

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

1

- この講義では、在宅医療における、かかりつけ医の位置付け、そして、そのかかりつけ医を基本とする在宅医療のあり方、それを展開するにあたっての在宅医療連携拠点の役割とその戦略を柏プロジェクトの経験を踏まえ、お話ししたい。
- 在宅医療の展開の流れは、全国で様々なかたちで行われている。一方、今後の急速な後期高齢者の増加を踏まえると、かかりつけ医が積極的に在宅医療に取り組み、地域を面的にカバーしていく必要性があると考ええる。
- かかりつけ医を基本とする在宅医療のあり方については、全国各地の事情があると思うので、どの方式がベストとは一概には言えないと思われる。しかし、あるべき姿を求める上で参考情報も必要である。千葉県柏市においては、かかりつけ医を基本とする在宅医療のプロジェクトを展開中である。まだ試行段階なのであくまでも参考として、本日、この後行われる、皆様の議論の材料にしていきたい。
- なお、スライドのうち、タイトルの背景がえんじ色のスライドは、レジメとしての位置付けとしている。講義中は、このレジメの内容を中心に、図の入ったスライドを使ってお話しする。両者を交互に参照しつつ、お聴きいただきたい。

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

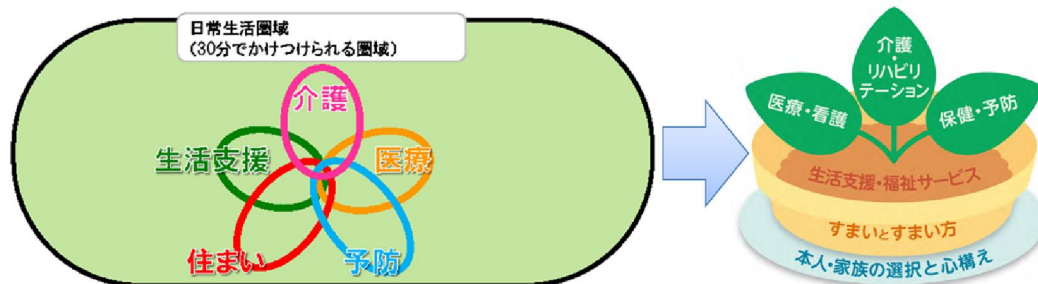


- ① 団塊の世代が75歳を越える2025年までを目途に、在宅医療を含む地域包括ケアの普及定着が必要
 - ② 地域のかかりつけ医がかかりつけの患者に対してその役割を果たし在宅医療を「点から面」へ広げる必要
- 以上のことは、日本の今後の本格的な高齢化と高齢社会における医療のあり方を考えると、日本全体の課題であり、残された時間は少ない

2

- まず最初に、柏プロジェクトの基本的な考え方を述べたい。
- 国が示している地域包括ケアの概念には、医療が含まれている。後期高齢者が激増する中、地域包括ケアの考え方で、住まいを基本とする24時間対応の在宅介護・看護を進めるということは、在宅医療の普及を必須とすることを意味している。では、在宅医療の担い手は誰か。これは本来、患者の状況をもっとも熟知しているかかりつけ医が担当するのがもっとも好ましい姿だと考える。(※スライド3枚目参照)
- (※以下、スライド4～6枚目参照)このような考え方で在宅医療を地域包括ケアの不可欠の要素として位置付けた柏プロジェクトを実施中であるが、一言その背景を述べておきたい。柏市は後期高齢者の急増地域であり、入院患者は増加し続け、早晚、対応に限界が生じることが危惧されるので在宅医療の普及は急務で、今から取り組まなければ間に合わない。
- 一方、現在のところ、高齢者の増加に伴い外来患者は増加しており、かかりつけ医は多忙で在宅医療の重要性を自覚しにくい状況にある。しかし、団塊の世代が後期高齢期に入る2025年過ぎ頃を境に、外来患者は減少に転ずることが予測される。
- また、その頃から病院への入院圧力がピークに向かっていく。このことを見越すと、今から在宅医療の普及に地域として取り組まなければ間に合わない。柏市医師会においては、そのような事情を理解され、若手の開業医の先生方を巻き込み、取り組みが始まったという経緯がある。
- この場合、一部の在宅療養支援診療所の対応だけでは限界があり、地域における在宅医療の体制を、点から面に広げていく必要がある。このためには、地域のかかりつけ医が、その患者については最期まで対応するという体制を基本とする一方、一人開業のかかりつけ医が、過剰な負担にならないよう合理的なシステムを作ることを目指している。
- このことは単に都市部の病院が限界に達するからというだけでなく、本来虚弱な高齢者がどのような過ごし方をするのが幸せかという観点から、日本の医療及び医療システムのあり方として、全国共通の課題である。また、この整備は急に行うことは不可能なので、速やかに進める必要がある。

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し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

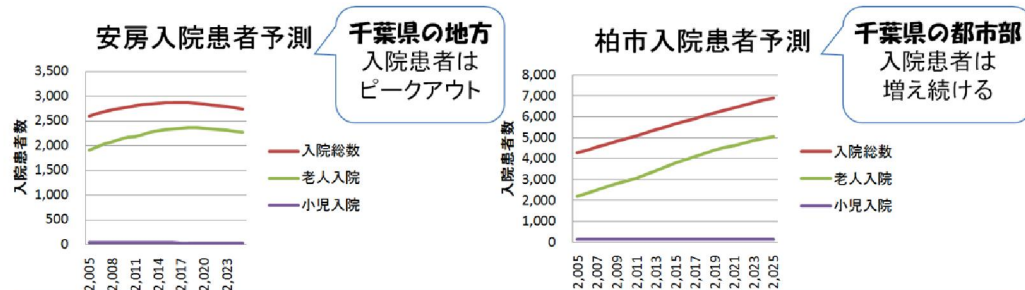
地域包括ケアシステムとは...

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

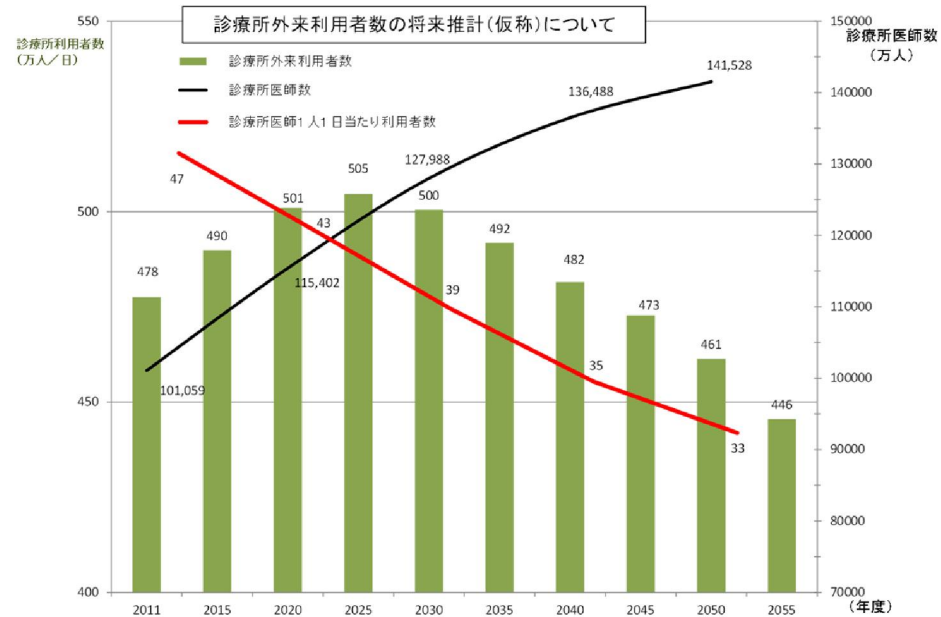
- ① 地域包括ケアを実現する上での最大の課題
：在宅医療がなければ、住まいでの継続居住が困難
- ② 一方、都市部の病院は高齢化に伴い、限界を超える可能性大



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

(資料: 千葉大学による推計) 4

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 内閣府)の現状推計シナリオを用い、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・看護職員調査を用いて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

（資料：柏市作成） 6

- ちなみに、柏プロジェクトにおける柏市の考え方を示したスライドがあるので、お示しする。
- 柏市では、介護保険事業計画に「いつまでも地域で暮らすことができる社会」と位置付け、その実現に向けた具体的手法として、「在宅医療を含めた真の地域包括システムの実現」を掲げている。そのための重要な柱として、「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」を掲げ、かかりつけ医を基本とする方針を明らかにしている。本日は、このような考え方に立って、話を進める。

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

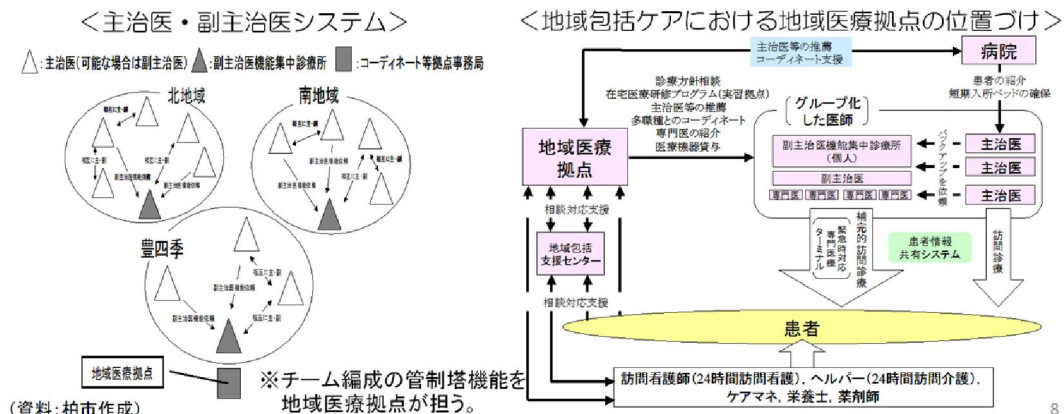
7

- ・ 続いて柏プロジェクトの構造を述べる。(※1の①、②についての解説は、スライド8枚目、9枚目参照)
- ・ なおここで、ここに至るまでの柏市の手順についてお話ししたい。
- ・ かかりつけ医を基本とする方針は、地区医師会がその認識をもたない限り、進まないものである。地区医師会の関係者と話し合う「医療WG」という場を設け、市役所がその方針を堅持しつつ医師会にお願いをしたこと、一方、医師会幹部もその方針があるべき方向性として確認したこと、その2つが揃うことがスタートポイントであった。
- ・ 日本医師会も、かかりつけ医を基本とする在宅医療推進の方針を出されていると理解しており、市町村ご当局と地区医師会の積極的な話し合いを強く期待する。
- ・ この両者の関係ができれば、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡会、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターの連絡会、病院の地域連携担当者などの多職種による話し合いの場を市が事務局となって設け、医師会がそれを牽引することができる。現在柏市では、この場を「連携WG」と称しており、極めて重要な位置づけとなっている。
- ・ これらの動きの中で、東京大学は、市役所とよく意思疎通を図り、地区医師会と市役所のタッグにより地域の在宅医療が推進されるよう、コーディネートする役割を果たしている。
- ・ 国の進めている在宅医療連携拠点のうち、地区医師会、市町村ではない主体が担当しているところについては、それら拠点に柏市における東京大学に類似した役割が期待されているものと考えている。
- ・ 以上のような流れが、順調に進む極めて重要な鍵があった。それが、この後述べる、かかりつけ医をメインとする多職種連携研修の実施である。

在宅医療・看護・介護の連携体制の確立

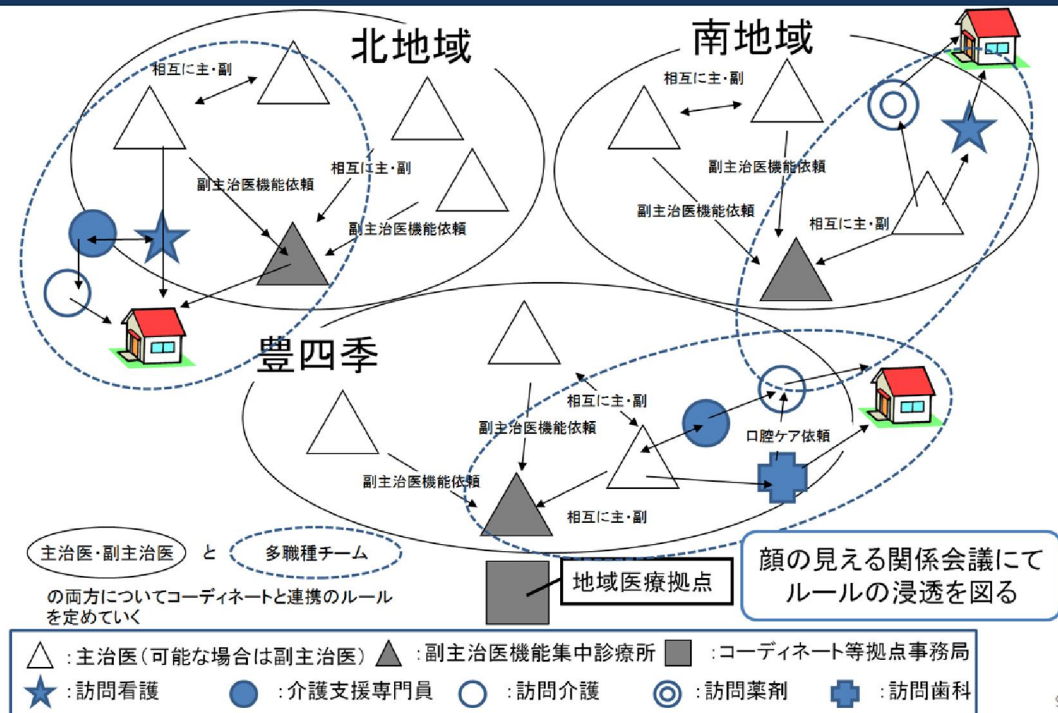
在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムをつくるポイント

- 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



- 一人開業の医師だけでは、24時間365日の対応体制を確保するのに大きな負担が伴う。この負担を、主治医・副主治医の仕組みにより軽減しようとしていることが一点目である。また、このような医師の体制と併せて、訪問看護をはじめとするさまざまな職種と連携しなければ、在宅医療は成り立たない。二点目は、以上述べたことを、柏市全体のシステムとするための地域医療拠点を整備しようとするものである。

在宅医療・看護・介護の連携体制の確立



- 主治医・副主治医の仕組みでは、「白三角(△)」のかかりつけ医は、もともとのかかりつけの患者を在宅においても担当し、夜間や出張時などには、「黒三角(▲)」の24時間対応できる診療所が、副主治医診療所としてバックアップする。併せて、多職種と組み合わせていく。このようなコーディネートをし、市内1か所の「黒四角(■)」の地域医療拠点で行うこととし、人口40万人の柏市において、医師の負担軽減のチーム化の単位は、現在のところ3ブロック程度を念頭に置いて実施することを予定している。
- 「黒四角(■)」の拠点は、コーディネーターのほか、研修、地域啓発なども行う。柏市では地域医療拠点を市役所が担うこととしている。その本格稼働は平成26年当初を考えており、現在それを目指して試行体制に入っている。全国的には、地域によっては、この「黒四角(■)」と同様の機能をもった医療機関等にその機能を市が委託するなどの形式も想定される。
- 一人開業のかかりつけ医の負担軽減についてのシステムは、柏市は、主治医・副主治医の仕組みに取り組んでいるが、国の示した例示では、輪番制が掲げられているように、どれというのではなく地域の実情に応じた運用となると思われる。

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)

10

- このようなシステムを作るためには、どういう手順が必要か、柏の取り組みを踏まえて述べたい。
- まず、地域包括ケアは、在宅医療を含めて初めて成り立つものでありそれを総括する市役所が仕事として取り組む体制をとった。次に地区医師会長が、将来、在宅医療に取り組むことがかかりつけ医師として必要であると認識し、医師会として取り組む姿勢を決めたことがスタート台だった。
- それを土台として、市役所を事務局とする医師会内の話し合い、更には医師会のリーダーシップによる多職種の話し合いの場へと展開したのが、次のポイントとである
- これを土台にして、例えば、柏の場合は、主治医、副主治医制を基本とする地域包括ケアシステムを目指し、地域医療拠点(国の推進している在宅医療連携拠点に相当)を設置するという目標を設定し、皆で話し合う体制を作った。
- そして、様々な議論を経て、柏市の多職種連携のルールが出来上がり、これまでの実績を踏まえて、来春発足予定の地域医療拠点の体制案も固まってきた。
- この土台づくりの大きなポイントは、医師を含む多職種の研修だった。

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

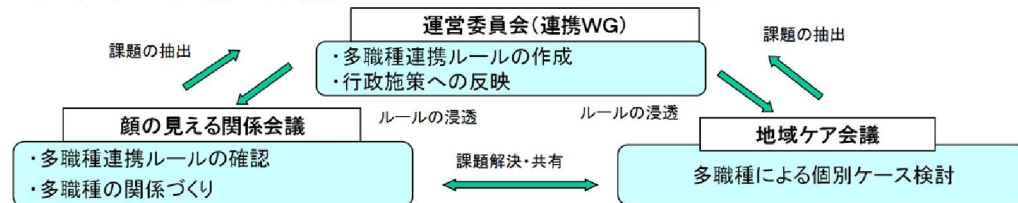
(5) 顔の見える関係会議

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

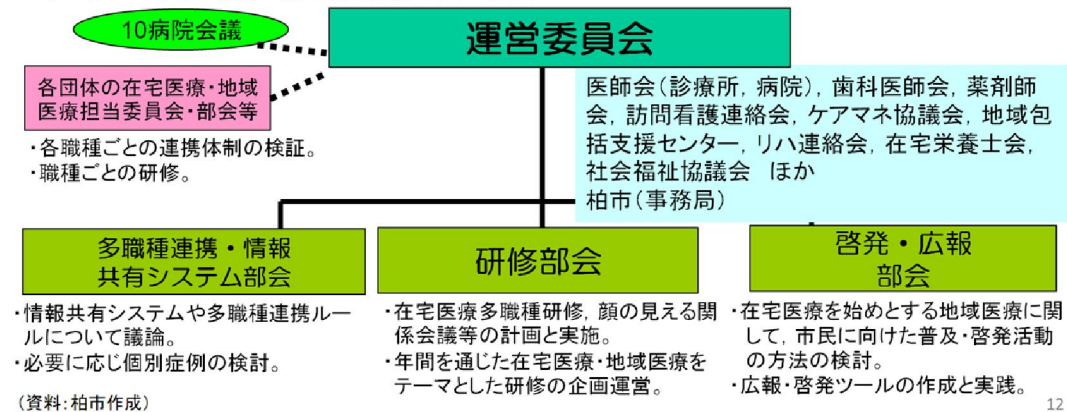


柏市の在宅医療・介護多職種連携の体制(案)

(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)



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

13

- ・ 次に、在宅医療多職種研修について、ご説明したい。
- ・ この研修の狙いであるが、在宅医療の面的な普及は、まずもって地域のかかりつけ医が在宅医療に取り組むことが出発点であり、かかりつけ医に対する動機付けを行うことを狙いとするものである。
- ・ 日本の開業医は、かなりの研鑽を積んだ上で開業するのが一般的であり、在宅医療についての動機付けを行いさえすれば、その後は自らの力で在宅医療への取り組みを始めていただけるという視点に立脚している。
- ・ 結論として、この研修を受講した医師は、在宅医療に取り組み始めるという成果をあげている。
- ・ 研修の構造は、最低限の座学、多職種連携のグループワーク、在宅医療現場の同行訪問(医師のみ)である。
- ・ 市町村単位で、各団体が推薦した方々が参加する形をとった結果、市町村全体のチームビルディングの機運が生じ、市内全体の多職種連携の大きな原動力となった。
- ・ このように、市町村と医師会が中心となって組織として取り組む多職種の研修には大きな意義がある。地域の特性に応じた研修プログラムが必要だが、その参考となるよう、午後、当機構の飯島准教授から研修について更に詳しい情報提供をしたい。

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

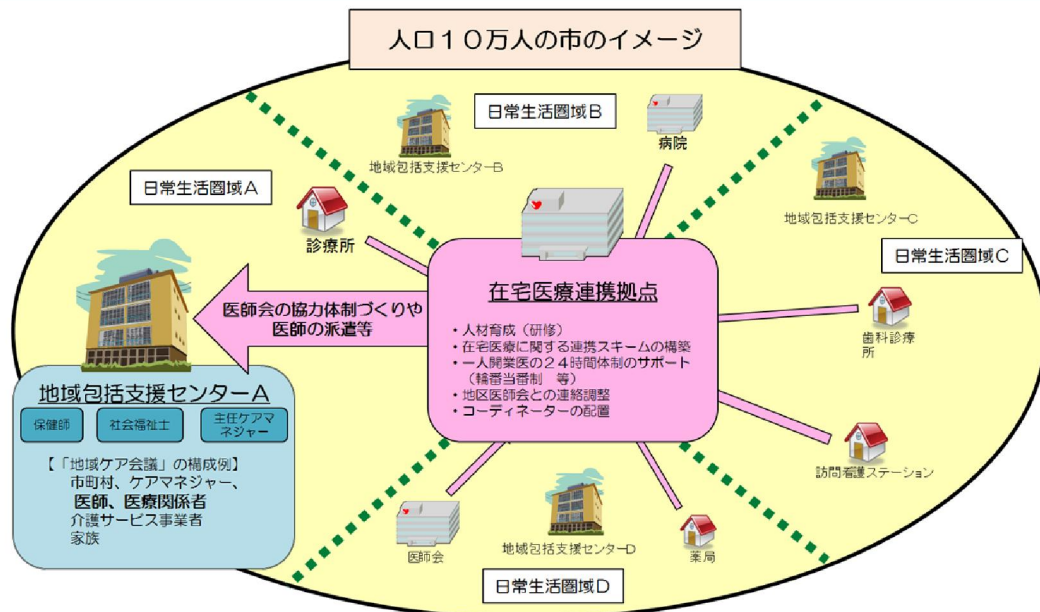
柏プロジェクトから見た 在宅医療連携拠点の位置づけ

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

15

- 在宅医療連携拠点の機能をまとめとして述べてみたい。
- 在宅医療連携拠点には、二つの機能があると考えている。一つ目は、かかりつけ医の負担軽減のためのバックアップ機関、先ほど述べた「黒三角(▲)」である。地域によっては病院が担うことも想定されるだろう。二つ目は、柏市における地域医療拠点が担うことになる「黒四角(■)」の部分である。ここには、医師、その他のさまざまな職種のチーム編成をコーディネートする機能、研修会の開催、市民向けの啓発活動などが含まれる。それは、かかりつけ医の在宅医療参入を推進する地区医師会と、地域包括ケアをつかさどる市町村の関与なくして、あるべき機能を果たしえないと考える。
- この二つの機能を中心に、これまで述べた研修という重要な機能も併せて果たすこと、更には在宅医療を含む地域包括ケアの啓発拠点の機能を果たすことも期待されていると考える。

地域包括ケア体制について(イメージ)



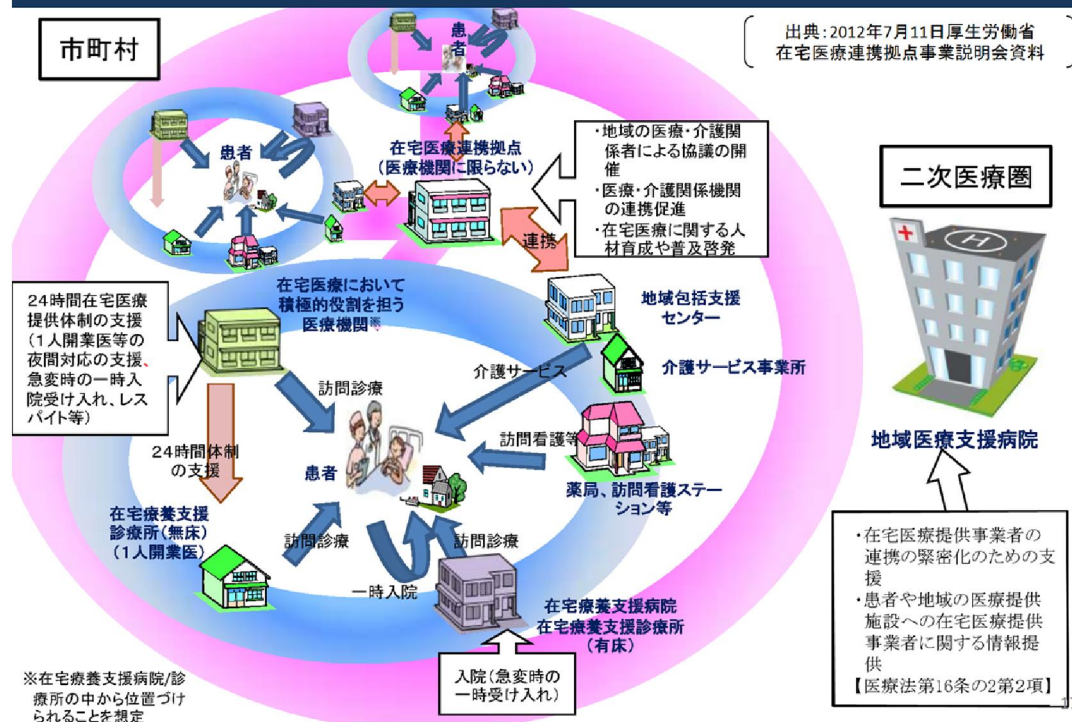
※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携は、地域の実情により柔軟に行う。

〔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〕

16

- このスライドには、国が示す在宅医療連携拠点の機能が羅列されているが、大きく二つあると考えられる。
- 一つ目は、「一人開業医の24時間体制のサポート」であるが、この関係は地区医師会の関与なしには成り立たないと考える。
- 二つ目は、「それ以外の4つの機能」であるが、こちらについては地域全体をつなぐ役割であり、医師会との連携の下での市町村行政の関与が不可欠であろう。

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)



- そして、最後にもう一つ、国が作成した興味深いスライドを示したい。このスライドでは、柏市における「黒四角(■)」の機能を在宅医療連携拠点が果たす形とされている。また、医療機関に限らないという点も、医療機関ではない柏市役所がその役割を担っていることと一致する。
- 一方、ブルーの輪は、24時間の在宅医療体制を示しており、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」とは、柏市における「黒三角(▲)」の診療所と対応する。
- スライド右側に示された二次医療圏単位の病院、例えば地域医療支援病院が示されているが、急性期の病院については、左側の「面として在宅医療を担う仕組み」が地域にないために、医療現場では今後病院が疲弊していくことが考えられる。日本の医療システムにおいて、まさしく、ピンクの輪のような仕組みが市町村等の単位で整備されなければ、将来、日本の医療が立ち行かなくなることが危惧される。
- 一方、中小規模の地域の病院については、地域によっては、地区医師会と市町村と連携しつつ、かかりつけ医の在宅医療のバックアップや在宅医療連携拠点を担うということも示唆されているように思うので、あくまでも参考として申し上げておきたい。

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の間の機能を
 - 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)