

# 第13回 在宅医療推進フォーラム

～平成30年度在宅医療・介護連携推進事業の完全実施に向けて～

2017年11月23日(木・祝)  
於：東京ビッグサイト 国際会議場

主催 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター  
公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

# 第13回 在宅医療推進フォーラム

～平成30年度在宅医療・介護連携推進事業の完全実施に向けて～

開催日時

2017年11月23日(木・祝) 9:00～17:05 (開場 8:45)

開催場所

東京ビッグサイト 会議棟 7階 国際会議場

(〒135-0063 東京都江東区有明 3丁目 11番 1号 東京ビッグサイト内)

## プログラム

### 第一部

- 9:00- 9:05 **開会の辞** 住野 耕三 在宅医療助成 勇美記念財団 理事長
- 9:05-10:55 **活動報告**
- 総合司会 和田 忠志 全国在宅療養支援診療所連絡会 教育研修局長
- 9:05- 9:10 【挨拶】 新田 國夫 日本在宅ケアアライアンス (JHHCA) 議長・全国在宅療養支援診療所連絡会 会長
- 9:10- 9:25 **三師連絡会(医・歯・薬)活動報告**
- 【報告】 荻原 実 全国在宅療養支援診療所連絡会 第5回全国大会 大会長  
原 龍馬 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会 第5回全国大会 大会長  
大澤 光司 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 第8回学術研修大会 大会長
- 9:25-10:55 **全国在宅療養支援診療所連絡会 報告会**
- 【ブロック報告会】 北海道・東北・北関東・東京・首都圏・甲信越・東海北陸・近畿・中国・四国・九州
- 11:00-12:00 **シンポジウム「多職種協働における薬剤師の底力 ～介護支援専門員・歯科医師・訪問看護師との連携～」**
- 【演者】
- 看護師との連携 齋藤 直裕 ファーコス薬局新宿  
歯科医師との連携 山崎 あすか フォレスト調剤くりの木薬局  
介護支援専門員との連携 宇田 和夫 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 副会長  
座長 太田 秀樹 全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長
- 12:00-13:00 休憩 ※「お弁当引換券」事前申込制、「ルーテシア」弦楽四重奏(12:10-12:50)

### 第二部

- 13:00-13:20 **報告「大都市における地域包括ケアを構築するための政策提言」**
- 【報告】 服部 真治 医療経済研究機構 研究部研究員兼研究総務部次長  
座長 飯島 勝矢 東京大学 高齢社会総合研究機構 教授
- 13:20-14:15 **基調講演「在宅医療・介護連携による地域包括ケアシステムの推進」**
- 【演者】 濱谷 浩樹 厚生労働省 老健局長  
座長 鳥羽 研二 国立長寿医療研究センター 理事長
- 14:15-14:30 休憩
- 14:30-17:00 **シンポジウム「平成30年度在宅医療・介護連携推進事業の完全実施に向けて」**
- 【演者】 福田 紀彦 川崎市市長  
高橋 章 川崎市医師会 会長  
田中 幹夫 南砺市長  
矢島 眞 南砺市医師会 会長  
中貝 宗治 豊岡市長  
田中 洋 豊岡市医師会 会長
- 【コメンテーター】 辻 哲夫 東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授  
座長 田中 滋 慶應義塾大学 名誉教授
- 17:00-17:05 **閉会の辞** 大島 伸一 国立長寿医療研究センター 名誉総長

主催：国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団  
共催：日本在宅ケアアライアンス (JHHCA) (在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク、全国国民健康保険診療施設協議会、全国在宅療養支援診療所連絡会、全国在宅療養支援歯科診療所連絡会、全国訪問看護事業協会、全国薬剤師・在宅療養支援連絡会、日本介護支援専門員協会、日本ケアマネジメント学会、日本在宅医学会、日本在宅医療学会、日本在宅栄養管理学会、日本在宅ケア学会、日本在宅ホスピス協会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本訪問看護財団、日本訪問リハビリテーション協会、日本ホスピス緩和ケア協会、日本ホスピス・在宅ケア研究会)  
後援：厚生労働省、公益社団法人 日本医師会、一般社団法人 日本老年医学会、公益財団法人 長寿科学振興財団、公益社団法人 日本看護協会、公益社団法人 日本薬剤師会、公益社団法人 日本歯科医師会 (順不同 敬称略)

# 第13回 在宅医療推進フォーラム

## ～平成30年度在宅医療・介護連携推進事業の完全実施に向けて～

2017年11月23日(祝)、東京都江東区の東京ビッグサイトにて、第13回在宅医療推進フォーラムが開催された。テーマは、「平成30年度在宅医療・介護連携推進事業の完全実施に向けて」。地域包括ケアシステムの中核をなす在宅医療の現状はどうなっているのか、また課題はどこにあるのか。各セッションの様相を紹介する。

### 三師連絡会（医・歯・薬）活動報告

#### 【司会】

和田忠志氏（全国在宅療養支援診療所連絡会 教育研修局長）

太田秀樹氏（全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長）

全国在宅療養支援診療所連絡会、全国在宅療養支援歯科診療所連絡会、全国薬剤師・在宅療養支援連絡会の3団体（三師連絡会）による初の合同大会、「第1回全国在宅医療医歯薬連合会全国大会」が、2017年5月27日～28日、東京都千代田区にて開催された。どのような議論が交わされたのか、本セッションでは各連絡会の代表者が登壇し、当日の様相を報告した。

#### ●苛原実氏（全国在宅療養支援診療所連絡会 第5回大会 大会長）



このたび、第5回全国在宅療養支援診療所連絡会全国大会が、三師連絡会の初の合同大会と同時開催で実施された。テーマは「人生を支える在宅医療の創造～かかりつけ医療の本質～」。ここには、かかりつけ患者が通院困難になったら訪問診療を行い、その人の人生を最期まで支えていくことが、かかりつけ医療の本質であり、かかりつけ医の矜持である、との思いが込められている。

大会長として基本方針としたことは、地域で熱心に活躍している若手・中堅医師を中心に、シンポジウムを展開していくこと。内容もシンポジウムの座長に一任し、プログラムを組んでもらった。当日は各会場とも熱気にあふれ、特に各地域の若手・中堅医師の活躍ぶりや、地域とのつながりを確認できたことは、大きな成果であった。世代交代が起きていることに安堵の思いを抱くと同時に、今後も在宅医療の発展、地域包括ケアの推進に寄与すべく、合同大会を重ねていく方針である。

#### ●原龍馬氏（全国在宅療養支援歯科診療所連絡会 第5回大会 大会長）

歯科界ではまだまだ他職種との連携・協働の苦手な歯科医師が多い。しかしながらこれからの歯科医療は独立



完結型では済まされない。全国在宅療養支援歯科診療所連絡会のメンバーは、歯科界の中では連携を実践している歯科医師が多いが、今回の合同大会は、さらに踏み込んで他職種との連携を模索する試みであったといえる。

連合会シンポジウム1「かかりつけ医療の本質」では、地域におけるかかりつけ歯科医の役割について詳しく紹介。続く連合会シンポジウム2「垂直連携について 在宅医療から見た課題」では、垂直連携が患者にとって何を意味し、何をもたらすのか、医科、薬科とともに議論を深めた。

それぞれの文化が異なり、戸惑いがあったことも否めないが、この3職種が揃えば視野は大きく広がり、その成果は360度以上のものになることは確かである。そのためのチームの一員として歯科が活躍できるよう、これからも連携の推進に努めていきたい。

#### ●大澤光司氏（全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 第8回学術研修大会 大会長）



全国薬剤師・在宅療養支援連絡会、通称J-HOP (Japan home care supporting pharmacist liaison meeting) は、2010年11月3日に設立された薬剤師の組織である。現在まで8年に渡り、「薬剤師の在宅医療への取り組みを常識とし、多職種と連携して超高齢化する日本の医療・介護を支える！」を目的に、活動を展開してきた。

その活動の柱は4つ。メーリングリストなどを活用して意見交換する「相互交流」、各種研究会や学会の紹介、開催案内などを会員に知らせる「情報共有」、他職種で集う場を紹介する「他職種研修紹介」、大学の研究へ参画したり、エビデンスづくりを行う「研究参画」である。

発足以降、会員数は順調に増え、現在約1500名に。年1回、全国学術研修会を開催しているほか、地区ブロックごとに研修会なども実施している。これからも、「楽しく学ぶ」をモットーに、在宅医療に取り組む薬剤師がともに学び、発展していける場を提供していく。

## 全国在宅療養支援診療所連絡会 活動報告 (ブロック報告会)

### 【司会】

和田忠志氏 (全国在宅療養支援診療所連絡会 教育研修局長)

太田秀樹氏 (全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長)

全国在宅療養支援診療所連絡会では、勇美記念財団の助成を受けて、北海道から九州まで全国 11 ブロックで在宅医療推進に向けた諸活動に取り組んでいる。ここでは、各ブロックで開催されている在宅医療推進フォーラムをはじめ、それぞれの地域における活動、および現状や課題などについて、代表者が登壇し、活動報告が行われた。以下、その概略を紹介する。

### ●北海道ブロック——谷藤公紀氏 (医療法人社団支心ふたば診療所 院長)



2017年9月9日、第8回北海道在宅医療推進フォーラムが、北海道釧路市にて開催された。

釧路は医療圏が広大で、医師も医療機関も少なく、それらが釧路市内に集中している。このため、広域の救急患者が市内に集中することになり、在宅医療にまでとても目が向かない、といった状況が長く続いてきた。

そういった背景を受け、フォーラム第一部で最初に行ったのが、在宅医療の事例紹介である。まずは在宅医療を行う上で、カンファレンスや担当者会議がいかに大切か、ということを示すのが狙いだ。

続く第二部では、活動報告として、2人の演者が釧路市における在宅医療、地域連携の実際を紹介。さらに第三部の講演「ケアの倫理学」では、臨床心理士の金城隆展氏が、理解することが難しい倫理やナラティブについて解説し、ケアにおけるそれらの意味を学ぶことができた。

当日は専門職を中心に、一般市民、看護学生、大学生まで183名が参加。盛会のうちに幕を閉じた。

### ●東北ブロック——最上希一郎氏 (医療法人栄山会 山王胃腸科 院長)



2017年11月3日、第8回東北在宅医療推進フォーラムが、秋田県秋田市にて開催された。

第一部の特別講演では永井康徳氏 (医療法人ゆうの森) が、「自分らしく生きることを支える在宅医療」と題して講演。永井氏は、在宅医療が、帰りたい人が帰れるようにする Ver.1.0 から、多職種で支える Ver.2.0、地域づくりに関わる Ver.3.0、その

結果として地域の文化が変わっていく Ver.4.0 へ、段階を追って発展していく道筋を示した。

第二部のシンポジウム「多職種連携ネットワークの挑戦」では、多数の事業所が1000名以上の患者情報をICTで共有している八戸の取り組みをはじめ、東北各地での多職種、異業種協働の取り組みが紹介された。一方でディスカッションでは、顔の見える連携の重要性が改めて指摘され、真に患者の思いに寄り添えるICTツールをいかに構築するか、といった課題が示された。

当日は熱い議論が繰り広げられ、課題を再確認できた一方で、参加者が想定より少なく、急性期病院や医学部、看護学部の在宅医療への関心の低さも浮き彫りになった。

### ●北関東ブロック——太田秀樹氏 (医療法人アスミス 理事長)



2017年10月29日、獨協医科大学 (栃木県壬生町) にて北関東ブロックフォーラム in 栃木が開催された。開催にあたっては、県医師会や郡市医師会、県歯科医師会の理事など各職能団体の幹部、さらに大学教授も実行委員に加わり、まさに多職種協働で開催準備にあたっている。

テーマは、「地域包括ケアシステムと病院医療～人生の最終段階におけるチームケア～」。特別講演では石飛幸三氏 (芦花ホーム) が、「口からたべられなくなったらどうしますか?」と題して講演。続く基調講演「病院に求められる地域包括ケアシステムとの連携」では、高山義浩氏 (沖縄県立中部病院) が、病院医師による地域へのアウトリーチの重要性について解説した。

シンポジウム「住み慣れた地域で最期まで」では、多職種の代表者がシンポジストとして登壇し、人生の最終段階において何ができるのか、それぞれ職能と役割を紹介した。中でも管理栄養士の発表に対する会場の反響は大きく、終了後のアンケートでは「管理栄養士にもケアの仲間になって欲しい」といったコメントが多く寄せられた。

当日は約350名もの参加者が集まり、盛会のうちに幕を閉じた。

### ●東京ブロック——英裕雄氏 (医療法人社団三育会 新宿ヒロクリニック 理事長)



2017年2月18日、第7回東京都在宅医療推進フォーラムが、千代田区の東京都医師会館にて開催された。テーマは「どうする? 東京の在宅医療推進～それぞれの施設でできること～」。東京都は在宅医

療を行う医療機関が多く、比較的恵まれている一方で、貧困化、国際化といった別の問題が生じている。本フォーラムは、これらに対して各施設ができることは何かを話し合うのが狙いだ。

第一部のシンポジウム「都民の生活に寄り添う医療を実現するために」では、東京都医師会より安藤高夫理事、行政を代表して東京都福祉保健局の久村信昌氏が、それぞれの立場から今後の展望について講義。さらに特別講演として保健医療 NGO シェアの本田徹氏が登壇し、「貧困と医療」という観点から世界の中の東京とその未来について語った。

続く第二部では、「都民の暮らしを支えるために～どのような地域ケアが求められているのか～」をテーマに、ワールドカフェ形式でのグループディスカッションを実施。初の試みだったが、参加者は積極的に発言し、満席の会場は熱気に包まれた。

#### ●首都圏ブロック—三谷雅人氏（みたにクリニック 院長）



2017年より、かつての南関東ブロック（神奈川県）に埼玉県、千葉県が加わり、3県合同の「首都圏ブロック」が誕生。その記念すべき第1回首都圏在宅医療推進フォーラムが、2017年10月7日、埼玉県さいたま市にて開催された。

プログラムは「看取り」をテーマに、講演、寸劇、シンポジウムの3部構成で展開。第一部の講演では、在宅での看取りと、都市部の中小病院での看取りについて、それぞれ2名の講師が現状や課題を明らかにした。

第二部の寸劇は、さいたま市の多職種連携組織「大宮包括ケアネット」と、地域包括支援センターを中心に活動している「劇団にしく」のコラボレーションにより実現したものである。不安の中で始まった在宅療養を多職種の力で支え、やがて最期のときが訪れる、という在宅での看取りのプロセスを舞台上で再現。看取り後のグリーフケアに至るまで、笑いあり、涙ありのストーリーが展開された。

当日の寸劇の様子は、インターネットで視聴できる（「大好きな我が家で最期を迎えたい！！」で検索）。

#### ●甲信越ブロック—水島和一郎氏（水島医院 院長）



2017年9月17日、「これからの在宅医療と介護を考える～よりよい生（逝）き方を考える～」をテーマに、第5回甲信越在宅医療推進フォーラム in 山梨が開催された。

午前の部では、在宅での看取りをテーマに、多職種意見

交換会を実施。「がん」「認知症」「独居」について、3会場に分かれて話し合った。並行して一般市民向けには、専門職が質問に答える「一般市民交流会」を実施した。

続く午後の部では、午前中に交わされた意見を代表者が総括して発表。死に逝く姿を子や孫へとつなげていくことが人の道であること、認知症の在宅看取りで重要なのは孤独にしないこと、そして認知症への理解と覚悟が必要であること、独居の在宅看取りは地域の介護力や多職種連携の力が重要であること、などが示された。

特別講演では、乾徳山恵林寺住職の古川周賢老大使が「禅の死生観」と題して講演。人は死にゆく存在であり、その姿をみせていくことがいかに大切か。死は避けられないが、命のリレーをしているだけであり、恐れることは何もないという、示唆に富んだ講演をいただいた。

当日の参加者は177名。市民参加が少なく、これからは一般市民にいかに在宅医療への理解を広めていくかが課題といえる。

#### ●東海北陸ブロック—岡慎一郎氏（医療法人社団盈進会岡外科胃腸科医院 院長）



2017年9月10日、静岡県静岡市にて、第8回東海北陸在宅医療推進フォーラム（in SHIZUOKA）が開催された。開催地の静岡県では、在宅医療に対する理解が医療機関の間で十分には共有されていないことから、連携体制の構築に向け、具体的な動きが始まっている。その一つとして作成されたのが、「静岡県在宅療養支援ガイドライン」。在宅復帰、在宅療養・看取りの各段階における対応のポイントを整理し、その活用がスタートした状況だ。

そういった背景から、本フォーラムは「地域における病院と在宅医療関係者の“協働”」をテーマに展開。基調講演では、要介護度が高くても在宅療養を選択できる環境づくりの必要性が示され、続く2題の報告では、静岡県在宅療養支援ガイドラインの活用、およびICTシステム「シズケア\*かけはし」の活用の実績が紹介された。

アンケートでは8割近くが「新たな課題の発見につながった」と回答。多職種が集まる同様の会を開催したいとの機運が高まり、2018年2月に実施予定である。

#### ●近畿ブロック—坂口健太郎氏（坂口内科 院長）



2016年10月29日、和歌山県和歌山市にて第7回近畿在宅医療推進フォーラム「そこまでいうてえん会」が開催された。テーマは「歌と芝居で伝える在宅医療」。日本仏教の聖地である和歌山の

地から、“死を受け入れる文化”を歌と芝居で発信していこうというものである。

第一部では、多職種によるアマチュア劇団“けんたろう一座”が、「わかやまのおばちゃんはしまい上手」と題して公演。“しまい”とは“人生のしめくり”の意味で、一人暮らしの女性が帰らぬ息子を待ちながら死を迎える物語を、多職種がユーモアたっぷりに演じた。終末期の場面では、患者の周りで女性たちがフラダンスを踊り、いざ息を引き取る場面ではフラメンコダンサーが登場。神が下りてきてあの世へと導いていく「来迎現象」の演出に、会場は笑いと感動に包まれた。

続く第二部では、シンガーソングライター、安川修氏（安川診療所）が、紀の国和歌山での看取りの実践を歌とトークで披露。歌詞に込められたメッセージに、会場からはすすり泣く声も。「死は悲しいことではなく、新たな出発である」という死生観を、再認識することができた。

#### ●中国ブロック——豊田秀三氏（医療法人社団豊和会 豊田内科胃腸科 院長）



広島県では、県の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会が構成された「県民が安心して暮らせるための四師会協議会」が、安心して暮らせる地域社会の構築に向けて定期的に意見交換を行っている。2017年5月21日に開催された中国地区在宅医療推進フォーラムは、この四師会協議会の主催により企画、開催された。

四師会協議会の調査では、いずれの職種も在宅医療への関心が薄く、在宅医療に携わる人材の育成が大きな課題となっている。そこで本フォーラムは「在宅医療をみんなでつくろう」をテーマとし、専門職を対象に行った。

特別講演「これからの在宅医療と地域包括ケアシステム」では、和田忠志氏（いらはら診療所）が登場。在宅医療が必要とされる背景などを詳しく解説した上で、多職種連携が在宅医療の質を高め、それが地域の質さえも高めると提言した。続くシンポジウムでは、多職種がそれぞれの立場から取り組みを紹介。架空の症例を用いたディスカッションなどにより、互いの役割を再確認した。

来年は岡山県医師会、再来年は山口県医師会が中心となり、フォーラムを開催予定である。

#### ●四国ブロック——大橋英司氏（医療法人社団 大橋内科胃腸科 理事長）

在宅医療がなかなか進まない理由の一つとして、市民の認識不足が挙げられる。現在、地域には認知症、買



物難民などが埋もれているが、かつての日本は助け合って生活することが当たり前だった。

2017年11月3日に開催された第8回四国在宅医療推進フォーラム in 香川では、「みんなで支える豊かないき方～支え、支えられる社会を目指して～」をテーマに掲げているが、そこには地域コミュニティが確立していれば、在宅医療も進むのではないかと、との思いが込められている。

第一部では「共に支える、私の生き方、私らしい生き方」と題してシンポジウムを実施。認知症でも安心して暮らせるまちづくりを目指す「香西長寿声かけ隊」の活動をはじめ、住民や患者会などの活動が報告された。

第二部の記念講演1では、堀田聡子氏（慶應義塾大学）が「co-producerとしての住民・地域を考える」と題して講演。記念講演2では、鈴木央氏（鈴木内科医院）が「みんなで支える人生の最終段階」と題し、在宅での人生の最終段階とはどのようなものか、動画を交えて紹介した。

当日の参加者は232名。市民、医療・介護者、行政が同じ土俵で話し合い、ともに考える貴重な機会となった。

#### ●九州ブロック——安中正和氏（医療法人安中外科・脳神経外科医院 院長）



在宅医療推進が叫ばれる中、最近ではむしろ病院から在宅への移行が減っている、との指摘もある。2017年11月18～19日に開催された第8回九州在宅医療推進フォーラム in 長崎は、「病院と在宅の連携を考える」がテーマ。在宅医療が進まない背景に何が起きているのか、皆で考えようという主旨で行われた。

初日は長尾和宏氏（長尾クリニック）を招き、市民講座「在宅医療の理想と現実」を開催。続く特別講演では角田直枝氏（茨城県立中央病院）が「病院と地域を“看護”でつなぐ」と題し、看護の実践について紹介した。

2日目は、特別企画フォーラム「長崎の在宅療養移行支援の現状」を開催。長崎では拠点病院等での在宅移行率は実際に低下し、平成25年をピークに退院時共同指導は半減している。がん患者の在宅移行が減る一方で、急増しているのが外来化学療法で、5年前の倍近くに。しかし外来化学療法は月2回程度しか通院せず、全身状態の変化をタイムリーに把握できないことから、今後は外来化学療法の患者にも、在宅医療に対応できるかかりつけ医が必要、といった意見が交わされた。

続くシンポジウムでは、九州各県の取り組みが紹介され、互いの良いところ、課題などを議論。2日間の参加者は延べ1000人を越え、盛会に幕を閉じた。

## シンポジウム

### 多職種協働における薬剤師の底力 ～介護支援専門員・歯科医師・訪問看護師との連携～

- 【演者】 齋藤直裕氏 (ファーコス薬局新宿)  
山崎あすか氏 (フォレスト調剤くりの木薬局)  
宇田和夫氏 (全国薬剤師・在宅療養支援連絡会 副会長)
- 【座長】 太田秀樹氏 (全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長)

在宅医療の推進に向けて、薬剤師にはどのような役割が期待されているのか。3名の薬剤師がシンポジストとして登壇し、それぞれ「訪問看護師との連携」、「歯科医師との連携」、「介護支援専門員との連携」をテーマに、自らの取り組みを紹介した。

#### 《問題提起——多職種協働の現状》

##### ●太田秀樹氏 (医療法人アスミス理事長)



「多職種協働」という言葉は、在宅医療や地域包括ケアシステムについて語る際の枕詞のように用いられている。それこそ一般市民にとって、医師、歯科医師、薬剤師、看護師がうるわしい連携のもとでチームプレイをすることは、ごく当たり前のように思われている。

では現実はどうか。“門前薬局”と呼ばれるような開局薬局とは連携がとれているし、医師と訪問看護師も普段から車の両輪のごとく連携し、仕事をしている。また医師と歯科医師も最近になって少しずつ、ともに仕事ができるような状況が生まれつつある。しかしながら薬剤師と看護師、あるいは歯科医師と薬剤師にはどういう接点があるかという、なかなかつながるチャンスが乏しい。

在宅医療には移行期、安定期、急性期、看取り期といったフェーズがあるが、それぞれのフェーズにおいて、薬剤師の活躍の場はたくさんある。医科と歯科には、在宅医療、フレイル (フレイル予防)、食支援 (口腔機能改善) といった共通の課題があるが、薬剤師に今、期待されているのは、まさにこれら領域への積極的な関わりである。さらには地域をつくる、地域のカルチャーを変えるところまで、三者の協働が求められている。

#### 《訪問看護師との連携》

##### ●齋藤直裕氏 (ファーコス薬局新宿)

薬剤師の在宅医療への本格的な参入は、介護保険制度が始まって以降のことで、医師や看護師に比べるとその歴史は浅い。では、どのようなケースで薬剤師の関わりが求められるのか、ファーコス薬局新宿における退院時



共同指導の依頼内容をみると、経管栄養や持続注射といった医療的管理が必要なケースがほとんどである。薬局がこういったケースに対応できない場合、注射薬のミキシングなどは全て訪問看護師が行ってきた。最近は無菌調剤室を備えた薬局も少しずつ増えてきたが、こうして本来、薬剤師が担うべき仕事を、私たちが責任を持って行うことで、訪問看護師も本来の看護の仕事に専念できるようになる。それが、連携の最大のメリットだ。

また緊急時においても、その対応にはスピード感が求められる分、事故にもつながりやすい。そこに薬の専門家である薬剤師がしっかりと介入することは、医療安全にも寄与するものだと考える。

一方、在宅医療では薬局はポイント的に介入するため、現場で得られる情報量に限界がある。特に当薬局の周辺地域では、孤立や貧困など社会的問題を抱えた困難事例も少なくなく、訪問看護との連携により得られる情報が、訪問薬剤指導を行う上でたいへん重要となっている。

さらには残薬の問題についても、訪問看護との連携が必要だ。例えば看取り後の薬の飲み残しについても、最近では訪問看護師が気づいて私たちに相談してくれるケースも増え、両者の連携が適切な対応につながっている。逆に、薬剤師が薬剤回収に伺った際に遺族の様子がおかしいことに気づき、訪問看護師に伝えることで、グリーンケアにつながることもある。

医療は機能分化の歴史の中で各専門職がその専門性を高めてきた。そうして磨き上げてきた知識や技術は、多職種連携があってこそ発揮できると考える。

#### 《歯科医師との連携》

##### ●山崎あすか氏 (フォレスト調剤くりの木薬局)



薬局・薬剤師の役割は、地域住民はもとより専門職ですらも、十分に認識されているとは言い難い。一方で薬剤師側にも、住民の生活を理解する意識に乏しく、多職種とどのように連携をとっていいのかもわからない、といった問題がある。

私自身、在宅で服薬指導を始めた当初は、“薬ばかりを見ている” 薬剤師だった。どうして服薬できないのか、なぜ残薬が発生してしまうのか、疑問ばかりが浮かんだが、多職種と連携することによって、薬を飲めない背景には実はさまざまな理由があることに気づかされた。その一つが、摂食嚥下の問題だ。

摂食嚥下には先行期、準備期、口腔期、咽頭期、食道期という5つのプロセスがあるが、そのすべてにおいて

薬の影響がでる可能性がある。特に内服困難の背景に嚥下障害があることは多く、薬剤師が摂食嚥下の知識を持つことは非常に重要といえる。また、頬と歯茎の間や上顎などに錠剤が付着し、その影響で口腔内に潰瘍ができるなど、薬剤の口腔残留が問題になることも少なくない。これらの問題に、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士などと連携しながら対応することは極めて重要と考える。

口腔の知識を持つことで、小さな異変に気付けるようになることも大きい。例えば、雑談をしているうちに発音がおかしいことに気づき、口腔内乾燥が発覚。歯科につないで状態が改善したケースなども多く経験している。

第13改定調剤指針には、調剤の概念について、薬物療法を個別最適化して実施するだけでなく、薬剤交付後も、経過の観察や結果の確認を行うものであることが記されている。薬を出して終わりではなく、その後の経過もしっかり見ていくのが私たちの役割であり、そこに多職種協働は欠かせない。地域住民のサポーターの一員になるために、顔が見える関係をしっかりとつくってきたい。

#### 《介護支援専門員との連携》

#### ●宇田和夫氏（全国薬剤師・在宅療養支援連絡会：J-HOP）



在宅医療に関わろうとする薬局は、今二極化しようとしている。その一方の“一歩先をゆく薬局”、すなわち在宅医療にすでに取り組んでおり、地域の多職種との関係構築ができていく薬局では、訪問依頼が集中して対応しきれなくなりつつある。もう一方の“新たに始めたい薬局”では、多職種との関係構築のきっかけがつかめず、なかなか開始できない事態が生じている。確実に増えていく在宅療養者に対し、薬剤師が安定的かつ継続的にサービスを提供できる体制を地域単位でいかにつくっていくのか。それには、“かかりつけ薬局が対応する仕組み”が必要と考える。

茨城県東海村で行われた平成25年度在宅医療・介護連携拠点事業「在宅療養者へのケアマネジャーと薬剤師の連携シート活用事業（東海村プロジェクト）」は、そういった課題に対して、薬の専門家である薬剤師と、利用者情報へのアクセス力を持つケアマネジャーが、それぞれの強みを生かして協働する試みである。まずはケアマネジャーが服薬関連情報やADLなどを専用のチェックシートに記載。薬剤師はそれをもとに、必要に応じて実際に訪問して課題を抽出する。それを再びケアマネジャーにフィードバックして、課題や目標を共有する仕組みだ。

これをきっかけに合同研修会が実施されるなど、両者が顔を合わせる機会が増加。お互いの関係は深まった。また、在宅療養者の約20%が指示通り服用できていない

ことや、47%に残薬があり、うち68%が薬剤師の支援を希望しているなど、課題も浮き彫りに。薬剤師が入ることで確実に残薬が減少するなど、一定の成果もあった。

両者の協働により今後さらに期待したいことは、薬剤師が解決すべき課題を明確にしながら訪問することで、漫然と訪問を続けてしまう状況が改善され、本当に必要な時にしっかりと介入できるようになること。またケアマネジャーも、こういった取り組みが専門職の能力を生かすことにつながり、そのことでケアプランの質がさらに向上し、結果として利用者の利益につながるのだ。

#### 《質疑応答》

#### ——自ら進んで地域への一歩を踏み出したきっかけは。

**齋藤** 初めて訪問に出たのは救急病院に勤務していたときで、病院を飛び出すきっかけを作ってくれたのは訪問看護師だった。私がいまにもわかっていなかったため、地域に引っ張り出されて、現実を目の当たりにした。それが、今につながっている。

**山崎** きっかけはNSTだった。食べられなくなった患者さんに介入し、そこに薬剤の影響があることを知った。

薬剤師が口腔について理解すること、そして歯科との連携がいかにか重要かということ、このときに痛感した。

**宇田** 私の場合は平成7年に転職する際に、最初から在宅医療を行っている薬局を探して就職し、現在に至っている。その時、在宅の現場の生々しさを教えてくれたのは、やはり訪問看護師だった。

#### ——残薬の問題について、現場ではどう感じているか。

**齋藤** 大量にため込んでしまったからの相談が多く、もう少し早い段階で介入したい。薬局の窓口ではなかなか気づくことができないので、訪問看護師やケアマネジャーなど普段から関わっている人が、「怪しいな」と思ったら情報提供してもらえる仕組みがあるといいと思う。

**山崎** できるだけ早く対処できるように、自分からケアマネジャーにたずね、問題の掘り起しに努めている。患者にいくら「薬のことを医師に聞いてみて」と言っても、患者は医師に遠慮してしまい解決につながらない。やはりそこは我々がサポートする必要があると思う。

#### ——多剤投与の問題についてはどう考えるか。

**宇田** 多剤投与の問題については最終的に医師が判断するが、その医師に薬の調整を依頼するのは薬剤師の大切な役割の一つだ。その際、医師に耳を傾けてもらうには我々自身が在宅療養者の生活を理解し、その上で必要な相談をする姿勢がまず大切である。自ら在宅療養者の様子を確認することはもちろん、ケアマネジャーやほかの職種との連携の中で情報を得ながら総合的な生活の視点も含めて提案する、このことが今後より重要になる。



## 報告

### 「大都市における地域包括ケアを構築するための政策提言」

【報告】服部真治氏

(医療経済研究機構 研究部研究員兼研究総務部次長)

【座長】飯島勝矢氏 (東京大学 高齢社会総合研究機構 教授)

## 簡便に作成できる「保険者シート」を開発



医療経済研究機構の服部真治氏は、「大都市における地域包括ケアをつくる政策研究会」のこれまでの活動と、同研究会が開発した課題分析のためのツール「保険者シート」について紹介した。

まず服部氏は、同研究会の趣旨とシート開発の経緯について、次のように説明した。

同研究会は、急速な高齢化が見込まれる大都市において、既存の政策では超高齢社会の多様な課題を乗り越えることは困難との問題意識のもと、大都市における医療・看護・介護の課題を分析し、政策提言を行うことを目的に、平成26年12月に発足したものである。月1回の定例研究会において議論を重ねる中で、各市町村が現状と課題を把握して具体的な施策を検討するためのツールが必要と考えるに至った。そこで市区町村の有識者を中心としたワーキンググループを設置。約1年間の検討の末に完成したのが、「保険者シート」である。

服部氏が強調したのは、このシートが、市区町村の既存の公表データを活用して簡易に作成できることである。Excelの入力支援シートに、記載要領に沿ってデータを入力すれば、あとは自動計算で作成が完了。新たに大きな調査をすることなく、各市町村の現状や課題についてさまざまに分析、検討できる。服部氏は、「これを数年間に渡って作成することで時系列での分析が可能になると同時に、多くの保険者が参画すれば地域間比較もできる」と、活用の可能性を示した。

## さまざまな指標で地域間比較が可能に

この保険者シートには、保険者の位置や進むべき方向を把握できるよう選り出された複数の指標が、A4サイズの紙1枚(表・裏)に集約されている。ここに人口、介護保険料の推移、高齢化率、要介護認定者数…等々を入力していけば完成だ。平成28年12月より活用が始まり、平成29年10月までに43保険者へと広がっている。

では、これを用いてどのような分析ができるのか。例えば、要介護認定者の構成比を地域間で比較すると、要支援1～2の構成比が最も高いのは大東市38.2%なのに

対し、武蔵野市、あきる野市、小笠原市はいずれも10%台。一人当たりの給付費を比較する際には、各市町村の認定者の構成比がこれだけ大きく異なる点に、留意する必要があることを、この数字は示している。

一方、介護保険料については、第6期の保険料が最も高いのは大阪府の6,758円で、最も低いのが銚子市の4,475円。この差が平成37年度にはさらに拡大する見込みで、最も低い小笠原市で5,173円なのに対し、柏原市は1万737円と、大きな格差が生じることが見込まれる。

さらに所得階級別の第一号保険者の割合を見ると、第4段階までの合計が最も高いのは、大阪市の61.2%。一方、都内の港区や文京区、武蔵野市などは第9段階以上の割合が高く、ここにも大きな開きがある。今後さらに保険者の参加が増えれば、例えば「所得が低い高齢者が多い市町村は認定率が高い」などの傾向が見えてくる可能性もあり、さらに要因を探ることで、市町村間で認定率を比較する際に調整すべき要素が浮かび上がってくることも期待できる。

保険者シートではほかにも、在宅医療の推進状況など、さまざまな地域間比較、分析が可能である。服部氏は、「市町村が自らを分析する際に有用であるのみならず、その結果を公表することで、国、都道府県、研究機関、事業者、住民などが介護保険の運営の状況を客観的に知ることができる」と、その有用性を強調。その上で、「今後、全国の市町村で活用され、年報データブックとして普及することを強く願う」と述べ、広く活用を呼びかけた。

## 基調講演

### 「在宅医療・介護連携による地域包括ケアシステムの推進」

【報告】濱谷浩樹氏 (厚生労働省 老健局長)

【座長】鳥羽研二氏 (国立長寿医療研究センター 理事長)

## 社会保障政策をめぐる環境の変化



厚生労働省老健局長の濱谷浩樹氏は、在宅医療・介護連携の現状と課題、および平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定のポイントを整理した。

日本の社会保障を取り巻く環境は大きく変化している。2015年から2065年までに、約3000万人の人口が減少。その間、75歳以上人口は上昇を続ける。年齢別の要介護認定率は、60代では3%程度だが、75歳を過ぎると大きく上昇し、85歳以上では5割以上に。2025年に向けて地域包括ケアシステム構築が進められているが、それはあくまで通過点にすぎず、その後も社会情勢

の変化に合わせてシステムを進化させていく必要がある。

一方では健康寿命と平均寿命の差も大きな問題で、近年、その開きは拡大傾向にある。“健康でない期間”を縮小するためには、国民が自ら健康づくりに取り組むことが欠かせない。加えて、子育て環境の整備など出生率を上げるための施策も同時に進める必要があり、まさに全世代型の社会保障の構築が、日本の課題となっている。

このような状況を踏まえた上で、濱谷氏は現在の社会保障政策の背景を振り返った。そもそも医療費の伸び率をどう抑えるか、ということが最も激しく議論されたのは、平成17年の経済財政諮問会議であった。このときに医療費の伸び率をGDPの伸び率の範囲内に抑えることが提案され、その後の毎年2200億円の社会保障費削減へとつながっている。これは非常に厳しいものだったが、ひとつ良かったことは、経済界と厚労省が正面から議論し、考え方が整理されたことである。高齢化により給付額が伸びるのは不可避であり、このような一律の枠設定によるサービス制限は、限界を超えた利用者負担や健康水準の低下を招くことを、厚労省は指摘している。

当時の分析では、医療費の伸びの主要因は老人医療費の増加で、入院については病床数や平均在院日数の格差、在宅療養率の低さなどの問題が、また外来については生活習慣病の増加の問題が指摘されていた。その対策として平成17年度に掲げられたのが、「総合的な生活習慣病対策の推進」、「医療機能の分化と連携の推進」、「公的給付の見直し」という三本柱である。これらはまさに今の政策に通じるもので、地域医療構想と地域包括ケアシステムとは、これをさらに進化させたものである。

### 行政による連携のための環境づくりが重要

では改めて、地域包括ケアシステムとはどのような仕組みなのか。それは、まず生活支援とまちづくりがベースにあり、そこに医療・介護連携の専門サービスが乗っている、というように理解することができる。また、この医療・介護連携は日常生活圏域において進める必要があることから、市町村の事業として位置付けられている。

平成29年6月時点での実施状況は、「資源の把握」は9割の自治体で、「課題の抽出と対応策の検討」および「研修の実施」も6割の自治体で実施されている。しかしながら、「関係市町村との連携」についてはまだ25%程度にとどまっており、有機的な連携ができる環境づくりには、少し時間がかかると見込まれる。

福井県の退院支援ルールは先進事例としてよく知られているが、福井県ではこのルール策定により、かつては入院時にケアマネジャーから病院への情報提供がない割合が5割を占めていたものが、2割に減少したという。退

院時においても、病院からケアマネジャーへの情報提供が行われる割合が、以前よりも増えてきている。加えて、ルール策定にあたり協議を重ねたことが、行政や専門職の信頼関係構築にもつながっているという。在宅医療・介護連携を推進する上で、行政が連携しやすい環境づくりを行っていくことが、いかに重要かを示す事例である。

### 平成30年度同時改定のポイント

以上の現状と課題を踏まえ、平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定ではどのような改定が行われるのか。濱谷氏はポイントを整理した。

まず医療と介護に共通する視点として、①地域包括ケアシステムの推進、医療機能の分化・強化・連携、②安心・安全で質の高い医療・介護の実現、③人材確保・働き方改革、④制度の安定性・持続可能性の確保、という4つの項目が掲げられている。これらの実現に向け、具体的に検討されている内容は、以下の通りだ。

まず、「在宅医療・介護連携」の推進に向けたケアマネジメントの評価については、入退院時の連携の評価、特に退院時の評価について、きめ細かく行っていく。

次に「リハビリテーション」については、ICF（国際生活機能分類）の考え方にに基づき、心身機能へのアプローチに加えて活動・参加へのアプローチにも焦点をあて、利用者の生活機能を総合的に向上、発展させていくリハビリテーションを評価していく。

「在宅支援」については、介護老人保健施設の役割が在宅復帰およびリハビリテーションであることを法律上、明確化。各種加算についても基本報酬に統合していく。

「看取り」については、在宅および生活施設での看取りを推進。がん末期など状態が頻繁に変化する場合に、ケアプランを柔軟に変更できるようにする方針だ。また、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」が専門職に浸透しておらず、これを報酬上も位置付けることも議論されている。

そして、介護療養病床の廃止問題に端を発して議論されてきたのが、重度者の受け皿だ。日常的な医学管理が必要な重介護者の受け入れや、看取り・ターミナル等の機能と、生活施設としての機能を兼ね備えた新たな介護保険施設として、新たに「介護医療院」が創設される。

2025年まで10年を切った。地域包括ケアシステムの構築を加速化させる必要があるが、一方で急激な制度の変更は混乱を招く可能性もある。濱谷氏は、「行政がスケジュールありきで進めるものではなく、住民参画のもとで一歩ずつ積み上げていくものである。中長期的なゴールを見据えながらも着実に進めるべきで、そういった地域の実践が、全国に広まることを期待したい」と結んだ。

## シンポジウム

### 平成30年度在宅医療・介護連携推進事業の完全実施に向けて

【演者】 福田紀彦氏 (川崎市市長)  
高橋 章氏 (川崎市医師会長)  
田中幹夫氏 (南砺市長)  
矢島 眞氏 (南砺市医師会長)  
中貝宗治氏 (豊岡市長)  
田中 洋氏 (豊岡市医師会長)

【コメンテーター】

辻 哲夫氏 (東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授)

【座長】 田中 滋氏 (慶應義塾大学 名誉教授)

在宅医療は今、地域医療構想および地域包括ケアシステムの中核をなすものとして位置付けられている。その推進には自治体と医師会の協力が欠かせない。本フォーラムでは昨年に続き、自治体の首長と郡市医師会長を招いてシンポジウムを企画。3市より取り組みが報告された

《神奈川県川崎市の取り組み》

#### ●福田紀彦氏 (川崎市市長)



川崎市の人口は約150万人で、今も増加傾向にある。平均年齢は48.3歳と、政令市の中では最も若い。しかしながら、その川崎市でも確実に高齢化は進行していて、高齢化率もこれから急速に上昇する見込みだ。市内7行政区は実情が大きく異なっており、地域ごとのシステムを創り上げていく必要がある。

そんな川崎市の地域包括ケアシステムの最大の特徴は、対象を高齢者に限定せず、子ども、障害者、ケアを必要としない一般市民まで、全ての住民を対象としていることにある。市の健康福祉局に設けられた「地域包括ケア推進室」は、子育てなど幅広い部局と連携。各区役所の保健福祉センターに設置された「地域みまもり支援センター」でも、地域包括支援センターや障害者相談支援センター、町内会や自治会などの組織と連携し、市全体のマネジメント拠点として機能する仕組みを構築している。加えてこのセンターでは保健師が中心となって活躍しており、市内40地域の担当保健師が地域に出向いて、個別支援の強化および地域力の向上に力を注いでいる。

川崎市の強みは、行政と医師会が自然なかたちで連携がとれる関係ができてきていること。行政と医師会が全市レベルで連携していることに加え、区レベルでも各区行政と区医師会が互いに連携をとっている。具体的には、「地域包括ケアシステム推進本部」が市役所および区役所に

設置されており、行政は各区の課題を全市レベルで共有しながら地域マネジメントを展開。一方で、医師会をはじめ保健・医療・福祉関係団体の協議会も、市全体のものどと区ごとのものが組織され、これらが連携・協議しながら地域包括ケアシステムの構築を図っている状況だ。

一方で、市民の地域包括ケアシステムの理解度は低く、これからは市民の理解をいかに進め、自ら行動する人を増やすかが課題となっている。市内の在宅療養者は現状の1万1000人から2025年には1万5000人を超える見込みで、この需要にしっかりと応えられるよう、医師会をはじめ多職種の方々とともに取り組んでいきたい。

#### ●高橋 章氏 (川崎市医師会長)



川崎市医師会長に就任以来、私が会員に呼びかけてきたのが、プロボノ活動だ。プロボノとは、専門家が職業上もっている知識や経験を活かし、社会貢献をする活動全般を指すもので、弁護士などによる無料法律相談が有名である。社会が在宅医療を必要としている今、在宅医療・介護連携推進事業により我々がその要請に応えることは、まさに医療・介護関係職種によるプロボノ活動そのものだ。つまり私がこの言葉に込めたのは、「外来だけではなく、もっと地域に出よう」というメッセージである。

在宅医療推進の一丁目一番地として、川崎市が目標としてきたのが、かかりつけ医による外来から在宅への継続的な医療の実現だ。そのために川崎市医師会では、以下の三つの取り組みに力を注いできた。

まず、人材育成。在宅医療推進の中心的人材を養成する「地域リーダー研修」を平成25年度より毎年開催しており、これまでに医師102名を含む約600名が参加している。また、医師が在宅に出る動機づけを目的とした「訪問診療同行研修」も行っている。

次に、地域の課題解決。その旗振り役として、「在宅療養調整医」を市内7行政区に配置し、多職種への医療的な助言や、医療資源の把握、在宅主治医の紹介などを行ってきた。各区で開催している「区在宅療養推進協議会」においても、この在宅療養調整医が中心となって活躍。在宅医の負担軽減のための診診連携、市民啓発などに取り組んでいる。特に市民啓発は重要と考えていて、市民公開講座では、高齢者の80%を越える元気高齢者に、「もっと活動しよう」と繰り返し呼びかけている。

さらに、医師会独自で行っている「在宅医連絡協議会」がある。これは、在宅医療推進の課題を医師の視点から検討するもので、例えば在宅で専門的な医療が必要となった場合に、眼科、耳鼻科など各医会に往診要請ができ

る仕組みを協議するなど、さまざまな議論を行っている。

これから2025年に向けて、より多くのかかりつけ医の参画が求められている。これからも、行政と医師会の良好な関係のもと、プロボノ精神で取り組んでいく。

《富山県南砺市の取り組み》

### ●田中幹夫氏（南砺市長）



世界遺産の五箇山合掌づくり集落がある南砺市。市民が幸福感、安心感、満足感をもてる“一流の田舎”を目指して、在宅医療・介護連携の構築に取り組んでいる。平成20年時点での市の人口は約5万7000人だったが、平成29年には約5万2000人に減少。高齢化率も29.6%から36.7%へと大幅に上昇している。今後は64歳以下が急激に減る一方、すでに65歳以上人口のピークは過ぎ、75歳以上の増加が見込まれている。

その南砺市で、在宅医療・介護連携構築に向けて取り組んできたことは、以下のとおりである。

一つ目は、人材の確保と育成。深刻な医師不足に対し、富山大学との連携で総合診療医の研修を実施。市民病院の常勤医は着実に増えてきた。一方で訪問看護・訪問リハビリテーションの人材確保に向けては、南砺市介護福祉支援センターを拠点に病院と訪問看護ステーションが人事交流。南砺市は県内でも訪問看護の訪問件数が突出して多く、これが在宅医療の大きな支えとなっている。

二つ目は、行政サイドの取り組みだ。市が策定した「5つのまちづくり規範」に、「在宅医療・介護連携はまちづくりである」ということを明確に示し、専門職にも住民にも共通認識を持ってもらうよう啓発を続けている。また行政の機能強化ということで、保健・医療・福祉組織を統合し、新たに「地域包括医療ケア部」を設置。市民病院の隣に「地域包括ケアセンター」を設けて60名の専門職を配置し、地域包括ケア実践の拠点としている。

三つ目は、在宅医療・介護の普及啓発である。市民も参加する地域リハビリテーション研修会はすでに174回を数えており、市民の活動を促すための「地域医療・地域活性化マイスター養成講座」や「南砺の地域医療包括・ケアを守り育てる会」にも、多くの市民が参画している。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護もスタート。そこへNPOや市民による生活支援も加わり、自宅での最期を支える体制が整いつつある。「人生の終わりを自宅で」という希望が叶う社会の実現に向け、南砺市はこれからも医師会、市民と目標をともにして歩んでいく。

### ●矢島 眞氏（南砺市医師会長）

南砺市医師会は、平成18年10月に、全国初のNPO法



人医師会として発足した。平成22年6月には「南砺市医師会地域医療連携部会」を設立し、当初は隔月開催だったが、平成26年4月からは毎月開催とし、在宅医療・介護連携体制の構築を図ってきた。

何よりも重要なのは、キーマンである市長と医師会長との信頼関係であると考えている。在宅医療の限界、在宅介護の必要性を双方が認識すると同時に、連携構築を進めるという意志を明確に表し、内外に発信してきた。

また、関係者間の信頼関係も欠かせない。毎月開催している地域医療連携部会では多職種の意見交換が活発に行われ、関係構築に非常に役立っている。さらに、多職種連携のための仕組みづくりも進めてきた。例えば、南砺市では訪問看護で用いる医療材料を共同購入しており、在宅医の経費負担は大幅に軽減されている。また公的病院との連携に関しては、訪問看護を利用している在宅療養者は、必要時には確実に入院加療を受けられるシステムが構築されている。このバックアップにより、開業医が安心して在宅医療に取り組めるようになった。

自治体との関係についても、市役所の医療・福祉担当部門のOBを医師会の事務長に迎え入れることで、医師会と行政との情報共有や意思疎通が円滑に行われている。

こういった取り組みがもたらした最大の成果は、一つひとつの事例に対し、多職種協働で丁寧に対応できるようになったこと。在宅医療・介護の質が向上し、利用者が増加してきている。訪問看護レベルもかなり高度であり、重度の障害を持つ方の在宅復帰率も高くなっている。

一方、課題となっているのが、在宅医療を担う開業医の高齢化と担い手の減少である。新たに参入する開業医および若手医師の確保が求められている。また、南砺市では重度障害者の在宅復帰が可能であるにもかかわらず、在宅看取り件数が減少傾向にある。それがどうしてなのか、要因の分析と課題解決が必要だと考えている。ほかにも、薬剤管理の徹底、在宅歯科による口腔衛生の向上、在宅栄養管理の強化など、課題はたくさんあるが、自治体との協働で一つひとつ着実に進めていく計画である。

《兵庫県豊岡市の取り組み》

### ●中貝宗治氏（豊岡市長）



豊岡市は兵庫県の北部、日本海に面した人口8万2000人の中規模自治体である。平成26年の数字で、在宅看取り率が、人口5万人以上20万人未満の自治体の中で日本一となった。県内でも豊岡市の在宅

死亡率はトップ。毎年25%前後の高い水準で推移している。

背景に何があるのか。その一つに、病院からの在宅復

帰率の高さが挙げられる。豊岡市では病床数が全国平均に比べて少なく、機能別病床の割合についても、平成26年度の時点で高度急性期を含む急性期病床が94%を占めている。回復期病床はなく、残り6%は慢性期病床。この数字を反映するように、市内唯一の三次救急病院である豊岡病院の退院先は、87.5%が在宅、8.7%が一般病床という状況だ。一人当たりの医療費も、豊岡市は県内の市町村で最も低いが、これは入院医療費が低いためである。

一方で、在宅医療に取り組む診療所が多いのも特徴だ。在宅療養支援診療所だけでなく一般診療所も在宅で看取りまで行っており、看取り実施診療所数は、中規模自治体比較で全国3位となっている。

どうしてこういった構造ができたのか。それは医師をはじめ専門職の地域コミュニティの一員としての意識の高さ、責任感の強さではないかと思う。日中は診療し、終われば近所で住民と酒を飲んで、地域の活動に参加する。自分は地域の一員であり、たまたま医師という役割があるために地域に貢献している。それがごく自然に行われる風土があることは、地域の財産だ。

今後の課題の一つは、病床転換による必要な病床機能の確保である。市内の公立病院の一つである日高医療センターの病床を減らし、そこを地域包括ケアシステムの医療拠点とすべく、具体的な検討が始まっている。さらにはこの日高地域で地域包括ケアシステムのモデルをつくり、それを横展開していく方針。一方では、健康寿命の延伸に向けた健康づくり推進のためのモデル事業「玄さん元気教室」を集落ごとに実施し、3か年で効果を検証した。この成果を踏まえて、市内全域に拡大を図っている。誰もがいつまでも居場所があり、出番がある——そういう地域づくりを目指していきたい。

### ●田中洋氏（豊岡市医師会長）



豊岡市医師会の会員は、開業医約70名、病院勤務医約80名。会員以外の医師も含めると、約200名の医師が約8万人の人口をカバーしている状況だ。

では、豊岡市での在宅医療の実態はどうか、当医師会では平成25年より2年おきに、訪問診療患者数の実数調査を行ってきた。訪問診療の患者数は増加しており、特に市街地から離れた山間部や海に近い地域でニーズが増加。しかしながら提供体制については、ここ10年間、市内での内科診療所の新規開設はなく、訪問診療医の平均年齢は64.2歳と高齢化が進んでいる。

豊岡市は在宅看取り率が高いが、その在宅看取りで大事なことのひとつに、検案がある。市内では年間110~120件ほどの検案業務が発生しているが、当医師会では数年

前から、これを一部の医師に任せるのではなく、会員全員で分担して取り組むこととした。平成28年に訪問診療医より報告のあった在宅看取り患者数は164人だが、このうち約50人が在宅での検案だったと推定される。

では実際のところ、患者・家族は在宅看取りに本当に満足しているのか。平成29年9月に家族への満足度調査を実施した。まず、看取りをした家の世帯状況は、子どもとの二世帯が最も多く、子どもやその配偶者が世話をしているケースが多いことがわかった。豊岡市は持ち家が多く、二世帯で暮らす家族が多い。このことが在宅看取り率の高さに関係していると考えられる。また、本人が在宅での最期をどう感じていたかを家族に聞いた“予測満足度”は、「満足していた」とする回答が多く、さらに家族に対して、自らが最期を迎えるときには自宅で最期まで過ごしたいと思うかを問うと、「希望する」が7割を越えた。しかしながら、「実現は難しい」との回答も多く、この意識をどう変えていくかが課題となっている。

在宅療養を支えるため、当医師会は市と協力して、豊岡市在宅医療・介護連携推進協議会を設立。さらに平成29年10月には、訪問診療医が見つからない患者と地域の医師をつなぐ「豊岡市在宅医療・介護連携支援センター」を立ち上げている。今後は、このセンターの業務を拡大し、さまざまな相談に対応できるようにしていく方針だ。

《総括》

### ●辻哲夫氏（東京大学高齢社会総合研究機構）



日本の高齢化のスピードはすさまじく、2055年には75歳以上人口が全人口の4分の1を占める、未知の社会が訪れる。そこへ追い打ちをかけるのが人口減少で、今は増加している都道府県でも、2040年には全て減少に転じる見込みだ。

こういう時代を私たちはどう迎えるのか。孤独死が増え、空き家だらけになったまちに住みたいと思う若者はいないだろう。「ずっと家に居続けたい」という本人の意思を貫ける社会をつくらなければ地域は続かないが、問題は「多くの人は虚弱な期間を経て亡くなる」ということだ。だからこそ、その期間を支える仕組みとして地域包括ケアが必要で、これは日本の全ての地域が必ず取り組まなければならない、全国共通の課題である。

そのモデルである「柏プロジェクト」は、外来を行っているかかりつけの診療所が、在宅医療専門の診療所などとチームを組んで24時間365日対応の在宅医療の体制をつくり、それを病院がバックアップする構想だ。当然、そこに多職種協働は不可欠で、行政の力が欠かせない。

地域を病院に例えるなら、院長は地区医師会長、事務

長は市町村の介護保険部局である。その介護保険部局を統率する市長と、医師会長が手を握らなければ、人々が安心して暮らせる地域はできない。もう一つ、重要なのはかかりつけ医だ。住民を身近で支えるかかりつけの診療所が地域になれば、人は病院の周りにしか住めなくなってしまう。かかりつけ医が活躍できる多職種のチームをつくることの重要性を、改めて強調したい。

グループワーク形式の多職種合同の研修は、連携推進のために不可欠な手法だ。そこで医師がリーダーシップを取ることで、多職種はいきいきと活躍できる。今日の報告からも感じるが、多職種が仲良く、やる気のある地域というのはまち全体が明るい。郡市医師会、市町村行政、そして各職種団体の三者がガッチリと手を組むことで、明るいまちが日本中に増えることを願ってやまない。

#### 《質疑応答》

——ここに至るまでの苦勞、またその苦勞を乗り越えるために取り組んだことは。

**福田** 苦勞ではないが、川崎市の場合、市の協議会や各種団体の意見交換会などさまざまな場で話し合いが行われた後に、必ず懇親会を行っている。会議での情報共有はもちろん不可欠だが、信頼関係を育んでいくには、その後が大事で、私も必ず参加するようにしている。

**高橋** 都市型の開業医が在宅医療への参画に消極的で、そこをなんとか引き出すのに今も苦勞している。一方で少し明るいのは、眼科や皮膚科などの専門医の協力が得られるようになってきたこと。医師は自分の専門のことは頑張ってくれるもので、非常に力になってくれている。

**田中(幹)** 南砺市にも実にたくさんの課題があった。逆にその課題を乗り越える過程で、キーになる人が育ってきたことは大きな収穫だ。中心的なプレイヤーに加え、各専門分野でも人材が育ち、少しずつ先が見え始めたと感じている。まずは人材育成、ここが一番重要だ。

**矢島** 南砺市の一番の強みは、支援チームの皆さんが「Saint-like self-sacrifice」、聖職者のような犠牲的精神をもって仕事をしてくれることにある。困難症例の検討会も、議論の中で思わぬ解決策が飛び出すことは多々あり、非常にレベルが高いと感じている。

**中貝** 市民の意識と現場とのギャップをどう埋めるのか。市民はサービスの受け手という意識が強いが、そもそも地域医療とは「地域を守る医療」であり、「地域で守る医療」であり、また「地域が守る医療」でもある。当事者として、自分たちの地域の医療・介護を自分たちで守るという意識をどう育んでいくか、最大の課題である。

**田中(洋)** 誰もやりたがらない検案業務を皆で分担したことで、豊岡市医師会の会員に、協力し合う雰囲気が生

まれた。在宅で困ったときにも依頼しやすくなり、在宅療養支援診療所の届け出も増えている。困難なときこそ、その困難をともしする経験が、関係づくりにつながる。

——医療・介護だけでなく、貧困や虐待といった社会福祉の問題を抱えているケースへの対応は。

**福田** 昨年より保健師が担当地域をまわるようになり、問題が複雑に絡んだ困難事例が次々と挙がってきている。例えば母親は認知症で介護者はうつ状態、子どもはネグレクトといったケースでは当然、家族全体をサポートすることが必要で、福祉もセットでどうみていくのか、保健師と専門職種との連携が課題となっている。

**高橋** 以前、社会的問題を抱えた家庭を訪問する機会があったが、家の中は足の踏み場がなかったり、実態はすさまじいものだった。そういう問題には専門職の対応に加え、市民の力も必要だ。自らも支え手であるという市民教育を国レベルで考える必要があると考える。

**田中(幹)** 地域包括ケアの中でも、子育てや生活困窮者の問題にも対応していくのは当然だが、それでも行政には見えない部分がどうしてもあって、そこが潜在的な問題として残ると思う。重要なのは住民自治で、南砺市では住民自治の組織を今の社会に合ったかたちに直していく作業を始めたところだ。

**矢島** 南砺市にはコミュニティがあつて、近所の人が困った人を見てくれる風土がある。これには我々も非常に助かっている。また、特定健診の受診率は県内トップで、住民の健康意識も非常に高い。この意識の高さが福祉の問題も含めた助け合いの土壌になっていると考えている。

**中貝** 貧困も虐待も、孤立が一番の問題だ。実は虐待している人も苦しんでおり、それを社会でどう包み込んでいくのか。豊岡市では公民館を拠点にもう一度、地区単位のコミュニティをつくり、自治のあり方の見直しを行っている。一方、長期的にはコミュニケーション能力を育む必要があり、豊岡市では学校教育に演劇を取り入れて、子どものコミュニケーション能力を育てている。

**田中(洋)** 在宅医療を受けるにはお金が必要で、これが貧困家庭で大きな問題となる。医師会はいつも報酬を上げるよう国に要求するが、社会福祉的な問題を抱えた人を支えるためには、「報酬を上げると困る人がいる」ということも、しっかりと頭に入れる必要がある。

**辻** 閉じこもりの少ない地域は要介護者が少ないことは、データではっきりと示されている。しかしながら、いかに見守りを行っても、どうしてもこぼれ落ちてしまう人がいる。そういう人は家族や地域との関係性を失っているので、入院をきっかけに行き場がなくなってしまう。住まいの問題と、関係性の問題、この二つのことを解決していく社会技術の開発が求められてくるだろう。

# 在宅医療推進のための共同声明

2017年11月23日

## 日本在宅ケアアライアンス (Japan Home Health Care Alliance)

一般社団法人 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会

一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会

一般社団法人 全国訪問看護事業協会

一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会

一般社団法人 日本介護支援専門員協会

一般社団法人 日本ケアマネジメント学会

一般社団法人 日本在宅医学会

一般社団法人 日本在宅医療学会

一般社団法人 日本在宅栄養管理学会

一般社団法人 日本在宅ケア学会

一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会

一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

公益財団法人 日本訪問看護財団

特定非営利活動法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会

特定非営利活動法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会

日本在宅ホスピス協会

加盟団体 (50音順)

- ① 市民とともに、地域に根ざしたコミュニティケアを実践する。
- ② 医療の原点を見据え、本来あるべき生活と人間の尊厳を大切にした医療を目指す。
- ③ 保健・医療・介護・福祉専門職の協力と連携によるチームケアを追求する。
- ④ 病院から在宅へ、切れ目のない医療提供体制を構築する。
- ⑤ 療養者や家族の人生により添うことのできるスキルとマインドをもった、在宅医療を支える専門職を積極的に養成する。
- ⑥ 日本に在宅医療を普及させるために協力する。
- ⑦ 毎年11月23日を「在宅医療の日」とし、在宅医療をさらに推進するためのフォーラムを開催する。

## 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

---

〒474-8511 愛知県大府市森岡町7-430

TEL.0562-46-2311

HP:<http://www.ncgg.go.jp/>

## 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

---

〒102-0083 東京都千代田区麹町3-5-1全共連ビル麹町館

TEL.03-5226-6266 / 050-3559-5401

FAX.03-5226-6269

HP:<http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com>