

第 19 回 在宅医療推進フォーラム

どうなる、どうする在宅医療
～近未来の地域づくり～

【日時】 2023 年 11 月 23 日（木・祝）

10:00 ～ 17:00

【場所】 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

【共 催】 一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス

第19回 在宅医療推進フォーラム

どうなる、どうする在宅医療 ～近未来の地域づくり～

開催日時

2023年11月23日（木・祝）10:00～17:00（開場 9:30）

会場

東京ビッグサイト 国際会議場

（東京都江東区有明3丁目11番1号 東京ビッグサイト 会議棟7階）

※今回は会場開催のみとし、当日の同時配信はありません。後日アーカイブを配信予定。

プログラム（予定）

総合司会 鶴岡 優子

10:00-10:10 開会によせて 住野 耕三 在宅医療助成 勇美記念財団 理事長
新田 國夫 日本在宅ケアアライアンス 理事長
来賓あいさつ 浅沼 一成 厚生労働省医政局長

10:10-12:00 ブロックフォーラム 先進事例・好事例報告会 ※全国在宅療養支援医協会企画
テーマ「近未来の地域創り ～在宅医療の役割～」

【 進 行 】 蘆野 吉和 日本ホスピス・在宅ケア研究会 理事長

企画趣旨説明 ブロックフォーラムのこれまでとこれから

太田 秀樹 全国在宅療養支援医協会 事務総長

先進事例・好事例報告

1) Net 4 Uで地域に広がる食支援

三原 一郎 三原皮膚科（山形県）

2) つるカフェ12年の挑戦 ～小さな診療所の大きな夢～

鶴岡 優子 つるかめ診療所（栃木県）

3) KISA2隊の軌跡と奇跡 ～ポストコロナの展開～

守上 佳樹 よしき往診クリニック（京都府）

総合討論

令和5年度ブロックフォーラム（自治体ブランチ）開催状況 / 日本在宅医療 kongress の紹介

島田 潔 全国在宅療養支援医協会 事務局長

12:00-13:00 休憩

13:00-13:30 特別講演 「医療提供体制に係る改革の動向」

【 演 者 】 榎本 健太郎 独立行政法人 福祉医療機構 理事

【 座 長 】 荒井 秀典 国立長寿医療研究センター 理事長

13:30-14:00 基調講演①「ネットワーク化が医療を変える」

【 演 者 】 松田 晋哉 産業医科大学 医学部 教授

【 座 長 】 飯島 勝矢 東京大学高齢社会総合研究機構 機構長・未来ビジョン研究センター 教授

14:00-14:30 基調講演②「新米総合診療医のまちづくり見聞録」

【 演 者 】 鈴木 李理 医療法人 博仁会 みんなの内科外科クリニック

【 座 長 】 高砂 裕子 全国訪問看護事業協会 副会長

14:30-14:50 休憩

14:50-16:50 シンポジウム「どうなる、どうする在宅医療 ～近未来の地域づくり～」

【シンポジスト】 大橋 博樹 日本プライマリ・ケア連合学会 副理事長

沼崎 美津子 在宅看護センター 結の学校 所長

水野 克彦 独立行政法人 都市再生機構ウェルフェア総合戦略部 部長

中村 順子 NPO法人ホームホスピス秋田 理事長

七条 裕美 ひろみこどもクリニック 院長

眞鍋 馨 厚生労働省保険局医療課 課長

【 座 長 】 武田 俊彦 日本在宅ケアアライアンス 副理事長

二階堂 孝子 在宅医療助成勇美記念財団 常務理事

16:50-17:00 閉会によせて 辻 哲夫 医療経済研究・社会保険福祉協会 理事長

大島 伸一 国立長寿医療研究センター 名誉総長

開催趣旨

地域ぐるみの支え合いをめざす「地域包括ケアシステム」構築も、いよいよ深化が問われる時期になりました。新しい「将来人口推計」では、改めて出生率の深刻な低下や死亡者数の急増を裏付けました。生産年齢人口の減少は各分野の人材不足に拍車をかけ、地方都市や農漁村部は地域の生き残りをかける時代に突入します。

超高齢化や多死時代に備え、地域包括ケアの推進は地域づくりの核となり、行政にとっても最重要課題となっています。我々がめざす、かかりつけ医を軸にする在宅医療は、住み慣れた地域で、最期までというこの地域包括ケアの中核を担うものです。

COVID-19 パンデミックによって、在宅医療の価値や意義が見直されたのも事実ですが、原点に立ち返り、人生に寄り添い、看取りまで支える在宅医療の普及推進におけるさまざまな課題をあぶりだしながら、近未来の地域づくりについて、議論を重ねていきたいと思います。なお、このテーマは、在宅医療推進のための会やブロックフォーラムでも討議を続け、節目の第20回在宅医療推進フォーラムにおいて、具体的な提言として発信します。

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：一般社団法人日本在宅ケアアライアンス

全国在宅療養支援医協会、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、全国ホームホスピス協会、
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、日本在宅医療連合学会、
日本在宅栄養管理学会、日本在宅看護学会、日本在宅ケア学会、日本在宅療養支援病院連絡協議会、
日本プライマリ・ケア連合学会、日本訪問リハビリテーション協会、日本老年医学会、全国国民健康保険診療施設協議会、
全日本病院協会、日本訪問看護財団、日本ホスピス・在宅ケア研究会、日本在宅ホスピス協会、日本ホスピス緩和ケア協会、
NPO 地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワーク

後援：厚生労働省、公益社団法人日本医師会、公益社団法人日本歯科医師会、公益社団法人日本薬剤師会、公益社団法人日本看護協会、
公益財団法人長寿科学振興財団

※順不同、一部法人格省略

主催者代表



国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
理事長 荒井 秀典



公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団
理事長 住野 耕三

先進事例・好事例報告会

「近未来の地域創り ～在宅医療の役割～」

【進行】 蘆野吉和氏（日本ホスピス・在宅ケア研究会 理事長）



全国各地の取り組みを紹介する恒例の「ブロックフォーラム」。今回は、例年の活動報告会とは趣向を変え、3名の演者による「先進事例・好事例報告会」を実施。地域包括ケアシステムの深化が問われている今、在宅医療を基軸とした地域づくりはどのように行われてきたのか。まずは太田秀樹氏が本企画の趣旨を説明し、それぞれの演者より先進的な取り組みが報告された。

【企画趣旨】 ~~~~~

ブロックフォーラムのこれまでとこれから

太田秀樹氏（全国在宅療養支援医協会 事務総長）



太田秀樹氏は、来年の第20回の節目に向けて、これまでブロックフォーラムがどのように企画され、展開されてきたのか、その歩みを振り返った。

在宅医療推進フォーラムが初めて開催されたのは2005年11月23日。在宅医療を実践する医師らの集い「在宅医療を推進するための会」のメンバーが「在宅医療のサミットを開こう」と呼びかけたことが、その始まりである。記念すべき第1回フォーラムで、「在宅医療を推進するための共同声明」が採択され、その後はこれに賛同する団体が回を重ねるごとに増えていった。2015年には、それらが「日本在宅ケアアライアンス」として組織化され、現在は22団体が加盟している。

一方、国立長寿医療研究センターでは2007年に「在宅医療推進会議」が組織され、看取りまで行える在宅医療を推進するための方策について議論が行われてきた。その作業部会の一つ「在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション等の強化方策に関する部会」が、看取りまで行っている在支診の特徴について、アンケート調査を実施。その共通事項として、「歯科医師・薬剤師と連携している」、「病院の退院時カンファレンスに参加している」、「在宅医療の啓発に向けた社会活動などに熱心である」ことなどが明らかとなっている。さらに、アンケートの自由記載欄には、在支診が自由に意見交換できる場を望む声が寄せられ、これを受けて2008年に設立されたのが、「全国在宅療養支援診療所連絡会」である。

その年に開催された第4回在宅医療推進フォーラムで初めて、同連絡会の企画による「全国8ブロックの活動報告会」が実現。以降、フォーラムの午前の部で活動報告会を実施することが通例に。2015年の第11回フォーラムから、全国11ブロックとなり、現在は都道府県ごとの開催に向け、自治体ランチ調整が行われている。

2020年、同連絡会は「日本在宅療養支援医協会」と名称を改め、在支診のみならず病院や一般診療所も含めた医師の会として再出発した。この年のフォーラムから、恒例の活動報告会が「ブ

ロックフォーラム」という名称に。奇しくもこの年にコロナパンデミックが発生し、出だしから活動が大きく制限されることとなったが、オンラインで勉強会を行うなどして活動を継続してきた。

以上が、現在までの活動の大まかな流れになるが、この間、日本の在宅医療の状況も大きく変化してきた。死因別の死亡率の推移をみると、ちょうど在宅医療推進会議が発足した 2007 年頃から「老衰」が著しく増えた。これは医療機関以外での死亡の増加を示唆するものである。一方では日本医師会も動き出し、2016 年に「かかりつけ医機能研修制度」をスタート。その柱の一つに「社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践」という画期的な文言が掲げられている。

さらに医学部・歯学部のコアカリキュラムにおいても、「総合的に患者・生活者をみる姿勢」が重視されるなど、地域や生活を重視する方向性が鮮明に。在宅医療は今まさに、国を挙げて進められている。

一方では、浮上してきた課題も。太田氏は、「在宅医療が報酬上、有利に評価されるようになったことで、在宅医療の質そのものが変化しつつある」と指摘した上で、「制度ができたことで在宅医療を始める人が少なからず出てきているが、本来、制度がどうであれ必要な医療は提供していく姿勢こそが重要」と語り、このあとの事例報告へとつないだ。

【先進事例・好事例報告会】~~~~~

1) Net4U で地域に広がる食支援 ——山形県

三原一郎氏（三原皮膚科 院長）



山形県の鶴岡地区では、「Net4U（ネットフォーユー）」という独自の情報共有システムが長年にわたり運用され、医療・介護の連携ツールとして活用されてきた。それはどのような仕組みなのか、三原一郎氏は Net4U の概要と、その活用により行われてきた食支援について紹介した。

Net4U は、「一生涯、一患者、一カルテ」の理念のもと、2000 年に国の事業により開発されたもの。まだネットが普及しておらず、紙カルテが主流だった時代に「地域電子カルテ」として始まった、画期的なシステムである。その後、病院中心の医療から地域医療へとシフトしていく時代の変化に合わせ、2012 年にヘルスケアソーシャルネットワーク「Net4U」として全面改訂。同じく鶴岡地区で利用されている医師同士の情報共有システム「ちょうかいネット」や、地域連携パスなどのネットワークとも連携することで、「地域のさまざまな施設との情報共有、連携ができる電子カルテ」として、鶴岡二次医療圏全体で広く利用されてきた。



では、Net4U は実際にどのように運用されているのか。利用している職種は多岐にわたるが、中でも多いのは看護師。地域の 11 の訪問看護ステーションすべてが Net4U に参画している。多職種の中で情報発信が最も多いのも、やはり看護師だ。訪問の都度、状況を Net4U

に書き込み、それを多職種が参照する、というかたちでの運用がメインとなっている。さらに看護師は、自ら情報発信する以外にも、医師からの指示の確認、緊急（またはレスパイト）入院先への訪問看護サマリの報告、ケアマネジャーからの情報の参照、病院の電子カルテの閲覧など、さまざまな場面でこの Net4U を活用。訪問看護師からは、「医師への報告、相談が楽」、「病院の認定看護師との協働に有用」、「施設を超えた多様な情報を共有できる」といった声が上がっている。

この Net4U を活用した新たな取り組みとして今、鶴岡地区で広がりつつあるのが、地域 NST「たべるを支援し隊」の取り組みだ。これは鶴岡地区医師会の地域連携室「ほたる」が拠点となって活動しているもので、訪問看護師やケアマネジャーなどが在宅で食支援の必要な事例を「ほたる」に申請し、最大 6 か月を目安にチームでフォローアップする。この「たべるを支援し隊」は医師、歯科医師、管理栄養士をはじめ幅広い職種で構成されているが、病院とは異なり、普段はそれぞれが別々の施設に勤務している。そこで Net4U を活用し、互いに情報を共有しながら、定期的なミーティングを開催。動画なども共有し、チームでのより詳細なやりとりを Net4U を使って行うことで、2019～23 年の間に 26 件の事例に対して食支援を行ってきた。

この Net4U の運営は、鶴岡地区医師会が担い、その運用費も同医師会がすべて負担している。ここまで長きにわたり運用を継続できたのは、こういったかたちでコスト面での課題をクリアできたことも、理由の一つに挙げられる。また Net4U は、開発ベンダーが鶴岡に常駐しており、カンファレンスにも同席して一緒にシステムを構築してきたことが、幅広い活用につながった。その使い勝手の良さ、連携のしやすさから、特に在宅医療において活用が広がり、地域に欠かせないツールとなっている。

2) つるカフェ 12 年の挑戦

～小さな診療所の大きな夢～ ——栃木県

鶴岡優子氏（つるかめ診療所 所長）



鶴岡優子氏は、栃木県下野市で 12 年にわたり行ってきた、多職種連携のための勉強会「つるカフェ」の活動を紹介した。

鶴岡氏が院長を務めるつるかめ診療所は、2007 年 12 月に医師 2 名で開業した在宅療養支援診療所である。開業当初から、①「あなたの家で」、②「多様な価値観」、③「仲間を増やすこと」という、「3 つのダイジ（大丈夫）」を、その運営の柱に掲げてきた。中でも三つ目の「仲間を増やすこと（多職種連携）」は、小さな診療所にとって最重要かつ切実な課題。顔の見える関係以上の関係をいかにつくるか、紹介状以上の情報をどのように共有していくのか——試行錯誤していたところへ起きたのが、2011 年 3 月に東日本大震災だった。これが、「つるカフェ」開業のきっかけだ。

大震災、津波、原発事故、計画停電。危機感が募るなか、「まずはみんなで集まろう」と呼びかけ、初めての「つるカフェ」を開催したのが 2011 年 5 月。その 3 か月後に行った 2 度目のつるカフェで、今回の震災について改めて皆で話し合った。あのとき、何が起きていたのか。停電で人工呼吸器が使えない、経管栄養もいつもの薬もない、命綱だったはずの携帯電話もつながらない。心配な人のところに専門職が集中し、反対に支援からもれてしまう人もいた。混乱の中で起

きていたことを皆で振り返ることで、「お互いの動きが見えないと、そもそも連携はできない」という学びを共有し、日頃から学ぶことが大切だと定期的につるカフェを開催。まずは「お互いの仕事を知る」、「どう連絡を取り合うかを話し合う」など、課題になっていることを一つひとつテーマに挙げ、話し合いを重ねながら関係づくりを進めていった。



この「つるカフェ」は、3つのパートがある。専門職が集まって勉強会を行う月1回の「つるカフェ」、事例に関わった人だけで集まって振り返る「ふりカフェ」、そして年に一度、市民に呼びかけて行う「つるカフェ市民講座」である。市民講座では、講演やシンポジウムのほかに、専門職が披露する「演劇」も恒例となっており、楽しい学びの場を市民に提供している。

一方、つるカフェでの話し合いを通してつくられた独自の連携ツールが、「どこでも連絡帳」だ。これは在宅医療の情報を、SNSを使って共有するもの。2015年9月に発生した関東・東北豪雨災害で緊迫した状況に陥ったときにも、「どこの橋が渡れない」「在宅酸素が足りなくなりそう」「残りの酸素供給量は？」等々、この連絡帳でリアルタイムな情報交換を行った。

そして、この豪雨災害をきっかけに、月例のつるカフェは「防災」が大きなテーマに。2017年には市民講座でも「防災からとりくむ地域包括ケア」をテーマに掲げ、市民ともに防災を考える機会をつくった。そしてコロナ禍でも、毎月のつるカフェはzoomで開催。市民講座も、地元FMの特別ラジオ番組として放映するなど、工夫しながら活動を続けてきた。

こういった取り組みの根底にあるのは、「何があっても学ぶこと、つながることをあきらめない」という気持ち。鶴岡氏は、「こういった活動が、少なくとも地域を耕すことにはつながっていると思っている。市民参加を次の目標にして、皆が笑顔になるつるカフェの活動を続けていきたい」と語った。

3) KISA2 隊（きさつたい）の軌跡と奇跡

～ポストコロナの展開～ ——京都府

守上佳樹氏（よしき往診クリニック）



KISA2 隊は、コロナの流行を機に京都府で活動を開始した多職種連携医療集団で、現在はその活動の輪が全国に広がっている。守上佳樹氏は、KISA2 隊の立ち上げの経緯と、これまでの活動の軌跡について語った。

きっかけは、コロナの第3波が猛威をふるっていた2020年12月。感染した京都府の80歳代女性が、入院先が見つからないまま自宅で亡くなったことが、その始まりだ。「このままでは必要な医療が受けられずに亡くなる人がどんどん出てきてしまう」との危機感から、守上氏ら有志が立ち上がり、いち早く訪問診療チームを結成。2021年2月、まだ自宅療養者という言葉すらなかった時期に、全国に先駆けてコロナ患者の在宅診療を開始したのが、KISA2 隊の始まりだ。

ネーミングは「KANSAI（関西）INTENSIVE AREA CARE UNIT FOR SARS-COV-2」の略で、アニメ『鬼滅の刃』で一般市民を守る「鬼殺隊」にかけたもの。この難局で「患者を守る」という意気込みを表したもので、翌年2月には非営利型の一般社団法人として活動を本格化させ

ている。

その土台となっているのは、日々の在宅医療で育んできた多職種連携だ。危機が一気に押し寄せているときに、社会が分断したままでは、人を救えない。KISA2 隊が主軸としたのは、行政および医師会、民間の医療機関などが協働し、地域のあらゆる医療資源を集結させる“超法人連携”。そこへ在宅酸素業者、介護福祉など幅広いメンバーが加わり、一致団結してコロナを迎え撃つ、というプロジェクトである。

開始当初の訪問数は、一日最大 30 人。当時の京都府全域のコロナ病床数は 300 床であり、事実上、KISA2 隊の活動によって、コロナ病床数を 10%押し上げるインパクトを生み出すことができた。こういった居宅患者への対応に加え、施設患者へのサポート、さらには救急であふれた患者を在宅医療で診る、コロナ拠点病院のバックベッドとしての活動にも尽力。在宅医療、救急医療、災害医療を同時進行でバランスを取りながら行っていくという困難なプロジェクトを、愚直に続けていくことで、その活動は徐々に拡大。やがて京都府のほぼ全域をカバーし、さらに関西圏へと広がっていった。

大阪では、行政からの委託事業として大阪市内全域のコロナ往診および大阪府内全域のオンライン診療を実施。兵庫では、各医療機関等とのタイアップにより神戸全域でのコロナ往診システムを稼働させた。さらに奈良、滋賀、石川、福井と、地域ごとにさまざまな活動を展開。地域によって抱える課題は異なるため、まずはその地域に KISA2 隊の隊長格を立て、その人を中心に、その地域の多職種が自らチームで取り組んでいく、というかたちを取ることで、その活動を徐々に拡大していった。

コロナ 5 類移行後も、KISA2 隊の横断的な活動は大きなサークル活動のように各地へと波及。現在では全国 29 か所にまで、活動の輪が広がっている。守上氏は、「地域包括ケアシステムは、その地域での最適な医療を、その地域を最もよく知るメンバーで自ら構築することが重要。こういったかたちで各地にたくさんの連携チームができていくこと自体が、我が国を守る大きな防御網になるのではないかと述べ、講演を結んだ。



【質疑応答】~~~~~

——最後に、今回の全体テーマである「近未来の地域づくり」についてお聞きしたい。それぞれの地域の近未来を創り上げていくために、何が課題だと感じているか。

太田 それぞれの地域がそれぞれに頑張っているが、地域間格差があることも否めない。市区町村の担当者によって展開がスムーズな場合もあれば、ハードルが高くなる場合もある。あるいは担当者の人事異動によっても、せっかくやってきたことの振り子が戻ってしまうことがある。地域包括ケアを推進する行政担当者は、異動をなくしてフィックスしてもらい、やる気のある人がそこにつくとかなり違ってくると思う。

三原 Net4U の運用にも表れているとおり、当地区の在宅医療は、結局は訪問看護任せになっている。医師の在宅医療への意欲はまだまだ乏しく、病院医師と診療所医師の“顔の见えない関係”も続いている。一方では市民にも在宅医療の知識がほとんどなく、行政もあまり旗振りをしない。したがって、すべて医師会に丸投げの状態であり、今後はこういったたくさんの課題に取り組んでいく必要がある。

鶴岡 地域の課題は時期によっても変わると思うが、重要なことは、課題が何なのかを話せる環境をつくること、それを継続できること、シェアしていける仕組みをつくることだと思っている。その学びを継続させていくためには、地域の色、個性を大事にし、それらをすべて生かすようなかたちで地域づくりを行っていくことが、非常に重要だと思う。

守上 今回のテーマは「どうなる、どうする在宅医療」だが、もう少し市民目線でいうと、「こうなる、こうしたらいける！」というほうが安心につながるのではないかな。大丈夫だ、という感覚を皆に持つってもらうためにも、「どうしようかな？」ではなく、「こうする、こうやる！」という強いメッセージを、しっかりとした責任とリーダーシップをもって引き続き発信していきたい。



~~~~~  
**令和5年度ブロックフォーラム開催状況／日本在宅医療 kongress の紹介**  
**島田潔氏（日本在宅療養支援医協会 事務局長）**

島田潔氏は、令和5年度のブロックフォーラムの開催状況を報告するとともに、2024年3月9日に予定されている第1回日本在宅医療 kongress の趣旨と開催概要を紹介した。



在宅医療推進フォーラムを地域ごとに行う「ブロックフォーラム」は、平成22年度より勇美記念財団の助成を受け、各地で開催されてきた。令和5年度からは、従来の11ブロックの枠組みの中で、自治体（都道府県）単位で開催する形式へと変更しており、本年度は15の都道府県で企画されている。

一方、今回が初の試みとなる第1回日本在宅医療 kongress は、日本在宅療養支援医協会（在支協）の主催で行う、在宅医療関係者のための全国大会である。在支協は、2008年に発足した全国在宅療養支援診療所連絡会がその前身で、在宅医療で活躍する医師の裾野が広がったことを受けて2020年に現在の名称へ改め、再スタートを切った。しかしながら、ときを同じくしてコロナが流行し、その活動は大きく制限されてきたが、ようやく社会活動が戻りつつある中、在宅医療を代表する唯一の職能団体として、全国大会を企画。今後もこの「日本在宅医療 kongress」を毎年開催していく計画である。

その記念すべき第1回日本在宅医療 kongress のメインテーマは「地域包括ケア時代の在宅医療～その質を問う～」。この10年間で在宅医療の対象者数は約40%増えたといわれ、診療報酬や介護報酬も在宅医療を推進する方向で改正が行われてきた。その一方で、メガ在宅（広域、大規模、在宅医療特化型）の伸びが目立ち、かかりつけ医が看取りまで支える在宅医療の普及は、いまだ重要課題となっている。多職種協働で推進する質の高い在宅医療とは、いったいどういうものなのか。今回の大会を通じて、そのあるべき姿を皆で考え、在宅医療の質の向上と、さらなる推進につなげることを目指すものである。

## 特別講演

# 医療提供体制に係る改革の動向

【演者】榎本健太郎氏（独立行政法人医療機構 理事）

【座長】荒井秀典氏（国立長寿医療研究センター 理事長）

## 第8次医療計画における在宅医療の体制整備



元厚生労働省医政局長の榎本健太郎氏は、現在進められている医療提供体制の改革について、在宅医療をめぐる動向を中心に解説した。

社会保障の今後を考える上で、重要なファクターとなっているのは人口構造の変化だ。わが国では 2025 年以降、これまでの「高齢者の急増」から、「現役世代の急減」という新たな局面に変わる。高齢者の増加自体は緩やかになるが、要介護認定率の高い 85 歳以上人口は引き続き増加し、医療と介護の複合ニーズがいっそう増える見通し。この拡大するサービス

需要に対し、支える人材をどう確保していくかが課題となっている。

では具体的に、医療の需要はどう変化するのか。全国的にみると、外来患者数は 2025 年にピークを迎え、地域によってはすでにピークを過ぎている。これに対し、在宅患者数は今後も増加が続き、2040 年以降にピークとなる見込み。これに伴い、訪問診療と訪問看護の必要量も 2040 年以降にピークを迎える見通しだ。

このような需要増を目前に控え、各都道府県では目下、第 8 次医療計画（2024 年度から 6 年間）の策定作業が進められている。在宅医療の体制整備を、地域の実情に応じたかたちでいかに進めていくのか。今回の医療計画の最大のポイントは、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」、および「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画のなかに明確に位置づけること、そして地域ごとに適切な在宅医療の圏域を設定することである。具体的には、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院などが“積極的役割”を担い、市町村や保健所、医師会などが“連携の拠点”となって、在宅医療体制に求められる 4 機能（退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り）を整備していく。また、在宅医療の圏域の設定については、従来の 2 次医療圏にこだわらず、市町村単位など、それぞれの地域の実情を踏まえつつ弾力的に設定。こういった見直しにより、いっそう踏み込んだかたちで在宅医療の体制整備を具体的に進めていくことが、各都道府県に地域に求められている。



座長：荒井秀典氏

## 新興感染症への対応について

この第 8 次医療計画におけるもう一つの大きなポイントが、新興感染症への対応である。2022 年秋に改正された感染症法では、いざというときの体制づくりとして、感染症対応を担う医療機関と都道府県が協定を結ぶ、新たな仕組

みが盛り込まれた。具体的には、①病床（入院の受け入れ）、②発熱外来、③自宅療養者への医療の提供、④後方支援、⑤人材派遣、といった機能を1つ以上担うことを、「流行初期医療確保措置」つきで協定を結ぶ、というもの。この措置は、対応する医療機関の安定的な経営のために、感染症対応を行っている間も平常通りの収入を保証するものである。第8次医療計画では、流行初期はこの措置の対象となる医療機関が中心となって初動対応を行い、一定期間が過ぎたのちには、協定を締結したすべての医療機関で対応する、という想定で、そのための医療体制づくりが各都道府県に求められている。

一方でコロナについては、感染法上の類型が2023年5月より5類に移行され、通常医療の中で対応していくこととなった。同年10月には冬の感染拡大に備えて全体の検証が行われており、2024年4月から通常対応へと完全移行する計画である。あくまで確保病床によらない入院患者の受け入れを進めつつ、感染拡大の際には中等症Ⅱ・重症を中心に病床を確保していく方針で、それに合わせた病床確保料の見直しも検討されている。

### かかりつけ医機能の確保・強化に向けて

一方、社会保障審議会医療部会では、かかりつけ医機能の強化について、具体的な議論が進められている。慢性疾患を有する高齢者が増えるなか、かかりつけ医による継続的な医療を地域で確保・強化するために新たに創設されることとなったのが、「かかりつけ医機能報告」という仕組みだ。報告対象となるのは、「地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要が病院または診療所」として厚生労働省令で定められた医療機関。具体的には、「日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」があることを確認の上、①時間外診療、②入退院支援、③在宅医療、④介護等との連携、⑤その他（厚生労働省令で定める機能）の中で担っているものを都道府県知事に報告、その体制があるかを確認していく。このことで、その地域に足りない機能は何かを明らかにし、その機能を確保するための方策を協議。さらには、報告や協議の内容を公表することで、国民が必要に応じて適切な医療を選択できるようにすることが、最終的な狙いである。

その制度整備に向け、2023年10月に「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会」を新設。2025年4月施行に向け、今後は2つの分科会を通して具体的な検討を行っていく。現場に即した意見をもとに、より多くの国民、患者に資する体制づくりを目指すものである。





## 基調講演 1

# ネットワーク化が医療を変える

【演者】松田晋哉氏(産業医科大学医学部 教授)

【座長】飯島勝矢氏(東京大学高齢社会総合研究機構 機構長／未来ビジョン研究センター 教授)

### 増加する複合ニーズへの対応が最大の課題



松田晋哉氏は、日本の在宅医療を取り巻く状況と、今後の鍵となる医療介護情報のネットワーク化について、データ分析をもとに解説した。

2025 年から 2040 年のわずか 15 年の間に、日本の現役人口（20～64 歳）は約 1000 万人という規模で減少する。一方、75 歳以上人口は 2050 年代半ばまで増加を続け、世代間の所得移転を基本とする日本の社会保障制度は、その持続可能性が問われている。この“2040 年問題”を前に、日本で起きる環境変化の最たるものが、医療、介護、生活といった「複合ニーズを持つ高齢者の増加」である。これらのサービスは単体で提供されているが、実際にはニーズは重なり合っており、複合的に応えていかなければ無駄が生じてしまう。今後の現役世代の減少を考えると、サービス提供体制の複合体化による生産性向上は不可欠である。また、総合性のあるサービスを提供するには、幅広く診る総合医や特定看護師、さらには生活をコーディネートするソーシャルワーカーの役割が、ますます重要になってくる。

何より、情報を共有して複合ニーズに対応するには ICT の活用が欠かせない。各施設で ICT 化が進められてきたが、共有される情報が標準化されていなければ連携できないことを、日本人は今回のコロナパンデミックで学んだ。その意味では国レベルでの標準化が必要であり、ひいてはそれが健康危機管理への対応につながってくる。

### 要介護度の悪化を防ぐ、かかりつけ医の重要性

では具体的に、高齢者の複合ニーズの状況はどうなっているのか。データ分析から見てきたのは、患者の流れの変化である。要介護高齢者が増加したことで、在宅医療や介護の現場と急性期病院がダイレクトにつながり、行ったり来たりを繰り返すことが多くなった。この状況に連携なしで対応することは困難であり、いわゆる“慢性期のプール”から発生する急性期イベントに、連携して対応する医療提供体制が必須となる。



座長：飯島勝矢氏

一方で、高齢者の要介護度の悪化には何の関係しているのか、その要因が、在宅の要介護高齢者への追跡調査から見えてきた。一つは「年齢（特に 85 歳以上）」、もう一つは「入院を必要とするような病気の発生」である。骨折や心不全、肺炎といった急性イベントにより入院すること、さらにその入院期間が長引くほど ADL は低下し、要介護度が悪化して



いく。このような急性イベントを起こさないために、看護診断や看護計画のような予防的ケアマネジメントがいかに重要かをこのことは示している。

ところが、糖尿病や高血圧を有する高齢者の要介護度はあまり悪化しない。分析を進めていくと、要介護度が悪化しない高齢者の共通項として、外来受診をしていることもわかった。かかりつけ医を持ち、外来で定期的に医療にかかっている高齢者は、糖尿病や高血圧の診断を受け、普段から医療的な管理を受けている。このことが、要介護度悪化の予防につながっていることを示している。

### 「緊急時の対応機能」が在宅医療の安定に

複合ニーズが増える高齢社会は医療介護のネットワーク化を求めるが、重要なのは、その在り方が地域により異なることである。傾向として、中核都市や大都市では慢性期ニーズの増加量が大きく、より多くの診療所が在宅医療に関わることで、そのために中小民間病院が在支病として機能することが不可欠となる。一方、過疎地域では診療所機能そのものが低下するため、現在ある施設介護や療養病床の機能を維持すると同時に、在支病が訪問診療を行うことも必須となる。このように、地域ごとに環境条件は異なるため、しっかりと地区診断を行い、地域特性に応じた仕組みづくりを検討する必要がある。

いずれにしても、在宅医療のニーズは今後どの地域でも膨らんでいく。在宅医療を増やすための鍵となるのが、緊急時の対応機能である。在宅患者の多くは在宅生活を継続する過程で入退院を繰り返す。このため在宅を支える入院機能が地域にあれば、在宅医療は安定する。そしてもう一つ重要となるのが、高齢者救急への対応である。急性イベントには必ず予兆がある。その予兆を捕まえ、より早く対応できれば入院は短期間で済み、要介護度も悪化しない。そういった連携を可能にする優れたツールが、すでに北海道で運用されている。「はこだて医療・介護連携サマリー」は、診療報酬・介護報酬の記載項目を基づいて情報共有ができる仕組みになっており、地域で標準化されている。このようなツールを前方連携に活用すれば、症状が悪化する前に在支病での治療が可能となり、高齢者救急の負荷を減らせる可能性がある。

以上を述べた上で松田氏は、「在宅医療を増やすには在宅療養を支援する診療所が必要であり、それを支援する病院があることが地域包括ケアのコアをつくる」として、連携の重要性を改めて強調。そのベースとなるのが医療介護情報のネットワーク化であり、「強い意志をもって進めていく必要がある」と呼びかけた。



## 基調講演 2

# 新米総合診療医のまちづくり見聞録

【演者】鈴木李理氏（医療法人 博仁会 みんなの内科外科クリニック）

【座長】高砂裕子氏（全国訪問看護事業協会 副会長）

### 「病院を中心としたまちづくり」で地域を活性化



鈴木李理氏は、志村フロイデグループが茨城県常陸大宮市で住民とともに展開してきた、まちづくり活動について紹介した。

2004年に町村合併で誕生した常陸大宮市は、少子高齢化が進み、高齢化率は38.5%となっている。人口は3万7000人余りで、その多くは市街地のある旧大宮町に集中。それ以外の山間部では高齢化率が46～50%程度と、非常に高くなっている状況だ。

その旧大宮町にある志村大宮病院を中核に、常陸大宮市で医療、介護、福祉サービスを幅広く展開しているのが、志村フロイデグループ。病院があるのはまさに市の中心街だが、人口減少により病院周辺は閑散としており、そんなまちの活性化を図ろうと、2010年に有志が地域活性化プロジェクト「フロイデ DAN」を立ち上げたのが、まちづくり活動の始まりだ。

まずは駅前にコミュニティカフェをつくり、さまざまなイベントを企画。2015年には在宅サポートセンターを新設し、そこにアクティビティセンターやカフェを併設することで、地域に開かれた多世代交流の場をつくり出した。病院の外にこのような拠点をつくり、専門職が地域に出ることで、住民と専門職の接点が増え、医療・介護をより身近に感じてもらうきっかけに。一方では住民にもサポーターとして自ら活動に関わってもらうことで、得意なことを生かせる活躍の場をつくっていった。

### より小さな拠点でまちづくり活動を展開

このような市街地での「病院を中心としたまちづくり」を、さらに市内全域へと広げていくために、「フロイデ DAN」が次に行ったのが、より小さな範囲で活動の拠点をつくること。同じ市内でも、旧大宮町（市街地）とそれ以外の旧町村（山間部）では全く地域特性が異なる。それぞれに合ったまちづくり活動を行っていくために、まずは旧町村ごとの拠点としてサポートセンターを設置。それぞれの地域の第2層協議体（行政と住民代表の協議の場）にグループ職員も参加し、地域の課題を拾い上げ、住民とともに対応を検討した。そしてここでも住民サポーターを募り、健康教室や認知症カフェなどを一緒に運営。ほかにも、地域の商店にも協力してもらい、見守り活動や買い物支援といったさまざまな取り組みを行った。



座長：高砂裕子氏

こうして“顔の見える連携”を育んできたところへ、2020年にコロナが発生。その活動は大きく制限されることになった。特に山間部は、閉じこもりによる健康リスクを抱えた高齢者が多い。よりいっそう小さな範囲で地域を支えていく必要があり、そこで始まったのが「小さな小さな拠点づくり」である。

そもそも山間部は、車がなければサポートセンターに通えない住民も多い。それでも歩いて行ける範囲（自治会ごと）に拠点があれば、住民同士も普段から交流があり、コロナ禍でもそれほど抵抗なく集まることができる。そこで「フロイデ DAN」のメンバーが、市内 92 の自治会に順々に介入。行政とも連携し、皆が集まれる「まちなかサロン」の常設化を進めていった。その“小さな小さな拠点”での活動を持続可能なものにするため、住民の主体的な活動を支援。さまざまな趣味活動、交流会など、いずれも住民自らテーマを決めて運営し、その主体的なまちづくり活動を、職員がサポートしていった。

小地域カフェプロジェクト「クデカフェ（地区でカフェの略）」はその一例。ここでは住民サポーターが自ら認知症カフェや健康支援の活動を行っており、コロナ禍で専門職が出向けない場合でも、住民同士で DVD を見ながら健康体操を行うなど、住民主体の活動を続けている。

### 多様な通いの場で継続的に関わる

こういった一連のまちづくり活動により、常陸大宮市には今、地域のすみずみまで多様な通いの場が用意されている。住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らせるまちを実現するには、まずは地域で元気に自立して生活できるよう、虚弱を防ぐことが重要だが、こういった多様な社会参加の場が、そのための第一の防波堤になっている。そして虚弱になっても、今度は運動カフェや認知症カフェといった場が、要介護を防ぐための第二の防波堤に。こうして元気なときから関わりを持つことで、要介護になってもすぐに必要なサービスにつなぐことができ、継続的なケアが可能となっている。

こういったまちづくり活動を支えてきたのは、地方だからこその人々の地域再生への熱量、そして顔の見える距離感によるお互いの信頼関係だと鈴木氏。「マクロの視点を持つ総合診療医が多職種と連携してまちづくりに関わることは、より多くの人を笑顔にできる可能性を秘めている」と述べ、その関わりの重要性を強調した。その上で、「運動習慣がない人でも、歩きたくなるような商店街があったら、住んでいるだけで健康になれるまちになるかもしれない。専門職として、医療、介護情報にアクセスしやすいまちづくりに関わることで、病気をかかえていても自分らしくいられるまち、そして自分のもしもの話を安心して話せるまちになっていくくれたらと思う」と語り、講演を結んだ。



## シンポジウム

# どうなる、どうする在宅医療 ～近未来の地域づくり～

【座長】 武田俊彦氏（日本在宅ケアアライアンス 副理事長）

二階堂孝子（在宅医療助成勇美記念財団 常務理事）

【シンポジスト】 大橋博樹氏（日本プライマリ・ケア連合学会 副理事長）

沼崎美津子氏（在宅看護センター 結の学校 所長）

水野克彦氏（独立行政法人 都市再生機構ウェルフェア総合戦略部 部長）

中村順子氏（NPO 法人ホームホスピス秋田 理事長）

七条裕美氏（ひろみこどもクリニック 院長）

眞鍋馨氏（厚生労働省保険局医療課 課長）

シンポジウムでは、さまざまな立場で地域づくりに関わっている6名のシンポジストが登壇。地域で何が起きているのか、安心して住み続けられるまちづくりに今、何が求められているのか、目指すべき「近未来の地域づくり」について、ディスカッションが行われた。



## 都市部の在宅医療 ～効率化では解決できない地域での役割とは～ 大橋博樹氏



神奈川県川崎市で在宅医療を行っている多摩ファミリークリニック院長の大橋博樹氏は、都市部の在宅医療で何が起きているのか、その現状について語った。

日本では高齢者人口が増加の一途をたどり、訪問診療の需要増大が想定されている。しかし都道府県ごとにみると、その伸び方には地域差があり、特に都市部では大幅な伸びを示している。注視すべきは、この需要増加に対して、規模の大きな在支診・在支病が、その地域の訪問診療を一手に担うケースが出てきていること。そういった大規模在宅の多い地域の筆頭が、神奈川県である。

このような医療機関の中には、幅広い医療・介護事業を展開し、グループ内ですべてのサービスを完結できる「ワンストップ」での対応をうたっている法人もある。懸念されるのは、すべてが揃っている安心と引きかえに、外とのつながりを失ってしまうこと。最近では多様なサービスを備えた高齢者住宅や、がん終末期専門の民間ホスピスなども都市部で増加傾向にある。いずれもワンストップであるがゆえに施設に閉じこもってしまい、住み慣れた地域とのつながりを失ってしまう可能性がある。それが、本人にとって幸せなことなのか？ ここに、効率化では解決できない課題があると、大橋氏は指摘する。

自らも都市部で在宅医療を行っている大橋氏は、クリニックの診療圏をあえて川崎市多摩区に絞り込み、「診療圏外はお断りする代わりに、多摩区内の依頼はすべて引き受ける」という方針を



徹底しているという。理由は、多摩区の高齢化の波がくるのはまだこれからで、今後相当なニーズに応える必要があること、区内だけでも連携すべき事業所は多く、そのすべてと顔の見える関係を築くだけでもかなりの労力が必要であること、さらには同じ川崎市でも南部と北部では全く地域事情が異なり、エリアを広げてしまうと、地域の実情に合った対応が難しくなってしまうためだ。



今般のコロナでも、普段から地域にしっかりと向き合い、つながりを築くことの重要性が、より鮮明となっている。例えば主介護者がコロナに感染し、在宅療養中の認知症高齢者が濃厚接触者になったとき、いったい誰がその人の面倒をみるのか？ これは普段からの顔の見える関係、心を通わせている地域のつながりの中で解決していくしかなく、こういったピンチのときこそ地域の関係性が問われてくる。

以上、都市部の現状について語った大橋氏は改めて、増え続ける在宅医療へのニーズに応えるために、より小さな単位での地域とのつながり（連携）をつくる必要性を強調。「地域包括ケアは市町村単位だが、さらに小さな単位でしっかりと平時の連携をつくり上げていく。それが、災害や新興感染症の流行といった非常時に、真価を表すと考えている」と、自らの見解を示した。

## 看多機を中心に全世代を地域で支える取り組み

沼崎美津子氏



在宅看護センター「結の学校」(看多機)所長の沼崎美津子氏は、福島県福島市で展開してきた、看多機を中心に全世代を地域で支える取り組みを紹介した。

福島市は人口約 27 万人の地方都市で、高齢化率は 30.4%と、年々高くなっている。結の学校は、その市全域をカバーするため、市の中心部の住宅街に事務所を構えている。高齢者への対応に加え、児童発達支援や放課後等デイサービス、医療的ケアの必要な障害者(児)の一時預かりなど、さまざまな事業を展開。小児から高齢者まで、全世代に向けた支援を行ってきた。

その特徴は、訪問看護ステーション「結」との連動により、通い、泊まり、訪問まで、看護を一体的に提供していること。この途切れのない関わりにより、本人と家族がどうしたいのか、その意思確認がしやすく、ACP や EOL (エンド・オブ・ライフ) を踏まえた繊細なケアが可能に。地域の“かかりつけ看護師”として、療養者のいつもの暮らしをサポートし、地域で生活者として「どう生き切るか」を支援してきた。

そんな結の学校の看取りの状況について、過去 7 年間のデータをまとめると、在宅看取り扱いは全体の 66%、うち自宅が 41%にのぼっている。なぜ、多くの在宅看取りができていいのか。サービスを一体的に提供できる看多機は、最期が近づいている状況を家族と共有しやすく、看取り場所の選択や意思決定が行いやすい。このことで「希望する場所で安心して最後のひと呼吸を確認する」ことができていると、沼崎氏は話す。

そんな結の学校の使命は、病院でも施設でもない“もう一つの自宅”として人々に居場所を提

供すること。住民主体のサロンや季節の行事、医療的ケア児の親同士の交流会など、看護や介護の提供にとどまらず、さまざまな活動に取り組んできた。さらに災害時には福祉避難所としての役割も。誰もが安心して立ち寄ることのできる拠点、地域の「たまり場」のような場所になっている。

一方では課題も。障害児から高齢者まで受け入れている看多機モデルは全国的にも少なく、幅広い活動を行うにあたって制度や法律が壁になることも多い。また、最近では訪問看護ステーションを併設する有料老人ホームが近隣に開設され、「ナーシングホーム」とうたっていることで、病院が医療ニーズの高い患者を安易に紹介してしまう、といったことも地域のなかで起きている。

こういった状況に対し、沼崎氏は改めて、「病気や障害を持つ人を“生活者”として捉え、支えていく」という、本来の地域看護の役割の重要性を強調。「生まれる前から看取りまで、さらにはその後のグリーフケアまで、ともに支える仕組みを地域社会の中につくっていく。その役割を看多機としてしっかりと果たせるよう、ブラッシュアップしていきたい」と語った。

## 多様な世代が生き生きと暮らし続けられる住まい・まち

### “ミクストコミュニティ”を目指して

#### ～UR 賃貸住宅の地域医療福祉拠点化～ 水野克彦氏



都市再生機構では、2014 年度より、UR 賃貸住宅の地域医療福祉拠点化に取り組んでいる。そこにはどのような狙いがあるのか、水野克彦氏は、拠点化が始まった経緯とその実際について報告した。

全国 70 万戸の UR 賃貸住宅は、その多くが高度経済成長期に建てられたもので、供給後 40 年以上が経過する住宅が全体の 6 割以上を占めている。居住者の年齢層は 60 歳以上の割合が高く、特に多いのは 70～74 歳の団塊世代。まさに日本の近未来の姿を表しているような状況だ。

そこで、新しいまちの在り方、ライフスタイルを提案しようと、地方公共団体や福祉事業者等との連携によりスタートしたのが、団地の地域医療福祉拠点化である。その最大の肝は、単に団地を再生するだけではなく、“地域の資源”として活用していくこと。地域に必要な施設やサービスを整備するなどして地域の活性化を図り、多様な世代が生き生きと暮らし続けられる “ミクストコミュニティ” の実現を目指している。

現時点で、すでに 100 団地を超える団地で取り組みを進めているが、2030 年度までに 250 団地に増やす計画となっている。ハード面では、住宅の改修によりバリアフリー化を行うなど、高齢者が安全に住み続けられる住まいへと改修。ソフト面では、生活支援アドバイザーを配置して地域のネットワークと連携し、高齢者と地域関係者とのつながりを支援したり、見守りや生活相談などを行っている。また、医療・福祉事業者との連携にも積極的に取り組み、健康をテーマにしたイベントなどを開催。外出の機会を創出することでコミュニティの活性化を図り、健康寿命の延伸に寄与できるような環境づくりを進めてきた。

実際の拠点化の内容は、地域によってさまざまだ。その代表例が、市と東京大学、UR が協働して 24 時間対応の地域包括ケアシステムの構築を進めている、柏豊四季台団地（千葉県柏市）。団地の建て替え時に市の地域医療連携センターやサ高住、認定こども園、コミュニティ食堂など

を誘致し、高齢者と子育て世代が融合するまちづくりに取り組んでいる。

一方、人口減少により団地を縮小しているサンヴァリエ平塚（神奈川県平塚市）では、その空いた敷地に福祉施設や医療施設、商業施設などを誘致することで、地域の拠点となるよう再生計画を進めている。さらには、住民主体の NPO 法人が団地を活用して地域づくり活動を行っている事例や、日本赤十字社と連携して団地の中に子どもの学びの場や交流の場をつくりだしている事例も。ただ一律に拠点化を行うのではなく、それぞれの団地の地域との関係性を考えながら、その地域に合ったプランで拠点化を進めてきた。水野氏は、「住まいを提供するだけではなく、暮らしをサポートすることで、一人ひとりの well-being を実現できるよう、団地を変えていきたい」と述べ、講演を結んだ。

## ホームホスピスからの報告 中村順子氏



ホームホスピス秋田は、秋田県秋田市で 2 つのホームホスピスと訪問看護ステーションを運営する NPO 法人である。理事長の中村順子氏は、地域の人々の“とも暮らし”の場としてのホームホスピスの役割と、そこから見えてきた地域の課題について語った。

秋田県は、少子高齢化が全国に先駆けて進行しており、高齢化率、人口減少率ともに全国 1 位となっている。中村氏は、その中核市である秋田市に、2014 年に NPO 法人を立ち上げ、翌年にホームホスピス「くらの家手形山」、2020 年に「くらの家土崎港」を開設した。

ホームホスピスはその名の通り、民家を活用した“暮らしの場”だが、中村氏が強調したのは、「看取ることだけを目的とした家ではない」ということ。住人（利用者）、スタッフがともに暮らし、その中でホスピスケアを提供していく場であり、その人の尊厳を守り、あらゆる痛みを緩和することを趣旨としている。

そんなホームホスピスのいいところは、「ケアを提供する側とされる側、というはっきりとした構造を持たないところ」と中村氏。主に治療を目的とする病院とは異なり、ここはあくまで生活の場であり、ときにはそこにいる専門職が、逆にケアされる側になることも。そういった関係性が自然に生まれるところに、“とも暮らし”の良さがあると中村氏は考えている。利用者 6～7 名に対し、ヘルパー 7 名と調理員を配置。要介護 1～5 までさまざまな利用者が入居しており、個別ケアプランに応じて居宅サービスを提供している。医療は在宅医療を基本としており、8 年間で 24 名の看取りを行ってきた。

運営上の課題もある。その一つが、訪問介護の収入が安定しないこと。例えば、多様なサービスを必要とするが要介護度は低い、といった場合、訪問介護の料金をあまり請求できない。反対に、要介護度が上がると自己負担分も含め、料金が上がってしまう。このことで、なかには特養に移る利用者もいるが、それでも運営側の収入は少なく、なかなか安





定しない現実がある。ほかにも、介護員が常に欠員、安定的に入居者を確保できない、介護と看護の連携上の問題など、さまざまな課題がある。

一方では、ホームホスピスの運営を通して見えてくる、在宅医療の課題も。例えば、入院そのものが命のリスクになる高齢者に対して在宅医が検査入院を勧めるなど、病院医療の感覚が抜けないまま在宅医療が行われている。そうかと思うと、医師によっては異変があっても在宅だからと原因を調べず、そのままにしてしまう。中村氏は「医師ともっとフラットにコミュニケーションを取りたいが、いまだにハードルがある。“治し支える地域完結型の医療”とはいったい何なのか。秋田にはまだまだ乗り越えなければならない課題が多いと感じている」と語った。

## 地域で育てる医療的ケア児

### ～小児診療所の取り組みとして～ 七条裕美氏



東京都国立市で小児医療に取り組んでいる七条裕美氏は、地域のネットワークで医療的ケア児を支えてきた自らの取り組みを紹介した。

ひろみこどもクリニックは、七条氏が 2000 年に開設した医師 1 人の診療所である。この小さなまちのクリニックが医療的ケア児をみるようになったのは、先輩小児科医の「一緒に相談しながらやっ払いこう」という一言がきっかけだった。不安はあったが、「100%を求めないから先生、診てね」という医療的ケア児の母親の言葉が大きな後押しに。遠くまでは行けないけれど、自転車で行ける範囲なら…と、最初の一步を踏み出した。

現在は 3 人の医療的ケア児に関わっているが、その成長を支える上で大きな力になっているのが、地域のネットワークだ。国立市の行政、訪問看護、小児病院や大学病院、本人・家族に加えて、教育委員会や保育園などとも連携。これらがネットワークを組んで協力し、子どもたちを地域で育てることで、一般の子どもたちと同様に通園、通学が可能となっている。

例えば、寝たきりの状態で気管切開をしている重症心身障害児の A ちゃん（9 歳）。東京都の福祉交流制度を利用し、心身障害児の学校と公立小学校の両方に通学している。一方、B ちゃん（5 歳）には摂食・嚥下障害と排泄障害があるが知的障害はなく、公立の保育園に毎日通園。このことで両親とも常勤で働くことができるようになった。C ちゃん（3 歳）は慢性心不全で突然死のリスクがあるが、話し合いの末に 2 年がかりで私立保育園への入園が可能に。一度は仕事をやめた母親も再び職場に復帰し、両親とも常勤で仕事ができるようになった。

こうした取り組みの中で、七条氏が大事にしていることが三つある。一つ目は、子どもを親より先に死なせないこと。二つ目は、一般の子どもと同じように通学、通園する権利を守ること。三つ目は、親が働ける環境を整えるお手伝いをする。本人はもとより、その家族をしっかりと社会の中に組み込んでいかなければ、子どもを支えることはできないからだ。

では改めて、七条氏のように一步を踏み出し、医療的ケア児に関わる医師を増やしていくにはどうすればいいのか。そこには時間的なこと（24 時間 365 日対応）、知識の問題（関わり方が具体的に見えない）、訴訟のリスクなど、さまざまな課題がある。それらを乗り越えるために必要なのは他科も含めたチーム医療の構築であり、地域のネットワークだと七条氏。「国立市の会議では、できない話をするのではなく、どうしたらできるかを常に一緒に考えてくれた」と、地域に支え



られてきた自らの経験を述べた。その上で改めて、そのやりがいの大きさを強調。「医療的ケア児に関わることは、子どもが生きるという根本的な部分に関わることであり、その過程は医師としての得がたい経験になる」と語った。

## どうなる、どうする在宅医療

～近未来の地域づくり～（行政の立場から） 眞鍋馨氏



在宅医療のニーズが増加するなか、質の高い在宅医療・訪問看護は、報酬改定に向けた議論のなかでも、重要な政策課題に上がっている。眞鍋氏は、次の診療報酬改定に向けてどのような検討が行われているのか、その大まかな流れと方向性について説明した。

コロナ禍で行われた前回の令和4年度診療報酬改定は、感染対策を中心に、さまざまな医療機関の機能分化や連携を進めていく、というのが主な内容だった。そのなかでも、「質の高い在宅医療・訪問看護の確保」は重点課題の一つに掲げられており、入院から在宅までの切れ目のない医療を提供するための、さまざまな評価の見直し、加算の新設などが行われてきた。

そして、次の令和6年度診療報酬改定においても、在宅医療を重視した改定が引き続き検討されている。第8次医療計画において見直されたのは、在宅医療を中心的に担う医療機関を、その計画の中に位置付けること。医療計画自体はあくまで都道府県が立案するものだが、眞鍋氏が強調したのは、基礎自治体の役割も非常に重要になってくる、ということだ。

そもそも在宅医療は、地域のさまざまな医療資源を生かし、それをネットワーク化して提供していくことが必要である。しかしながら、その地域の医療資源は、地域によってそれぞれに特徴がある。その実態がよく見えているのは、都道府県よりもむしろ基礎自治体である。したがってこれからは、市町村が中心となり、地域密着で体制づくりを進めていくことが重要になってくる。

もう一つ、令和6年度診療報酬改定の大きなポイントは、介護報酬および障害福祉サービス等の報酬との同時改であること。これにともない、令和5年の3月から5月にかけて行われた「令和6年度同時報酬改定に向けた意見交換会」では、在宅での医療介護連携をはじめさまざまな課題について議論が行われており、その内容が公開されている。

一方で在宅に関しては、これまで4回にわたり中医協で審議が行われており、これについても内容が公開されている。さまざまな議論の中でも、眞鍋氏が特に大きな課題だと指摘したのが、栄養の問題である。訪問栄養食事指導の算定は、ほかのサービスと比べても、伸びが低調となっている、しかし医療を提供していく上では、栄養の視点が欠かせない。令和3年度の介護報酬改定でも、リハビリ・栄養管理・口腔管理を三位一体で実施することが打ち出されている。今回の同時改定でも、このような三位一体での推進を、施設でも在宅でも進めていくこととなる。

そして全体としては、より“生活”を重視する方向に。医療提供密度の高いところ（ICU、7対1病棟など）から、より生活の場に近いところ（在宅医療など）へと、患者の流れをつくっていく。そういった、生活重視の診療報酬改定を今後、具体的に検討していく。



## 《ディスカッション》

——発表で言い残したことや、ほかのシンポジストの話を聞いて感じたことなどを一言ずつお願いしたい。

**大橋** キーワードは地域とどうつながるか。特に頑張らなければならないのは、病院の医師とつながりをつくることだと思う。早く退院支援をしようと考えたら、病院はワンストップサービスになってしまう。地域で支えていくことの魅力、つながりの大切さというものを、私たちのほうから伝えていくことが必要だろう。

**沼崎** 訪問看護だけだと限界があるため、そのバックベドとして看多機を立ち上げた。利便性はいいが、制度的には非常にわかりにくい側面もある。どんなに医療ニーズが高くても、家があれば家族がいたり、犬がいたりする。生活者としてみていくことが重要で、それができるのが看多機だと思っている。

**水野** 住宅分野の自分だけが人と違う話をしてしまうのではないかと不安に思っていたが、話を聞くと、医療分野でも同様に、地域との関係性というところに中心が移っていると感じた。それと同時に、在宅医療や介護との関わりが、まちづくりには必要だと改めて思った。さらにこれからは、防災という視点も重要になると思う。

**中村** ホームホスピスは暮らしの場であり、生活を支えるヘルパーの存在が大事だということも強調しておきたい。もう一点は、かかりつけ医という言葉はあるのに、なぜかかりつけ看護師はないのか。生活の場で寄り添うことができる訪問看護師が、かかりつけ看護師として、もっとそばにいられる存在になればいいと思う。

**七条** かかりつけ医が重要ということが再三、言われているが、医療的ケア児を在宅でみていると夜中に呼ばれることもあり、小児科医がたった一人で担うのは無理がある。かかりつけ医チームのような仕組みの構築を、ぜひともしてほしい。他科の先生にアドバイスをいただくことも多く、そういう場合の手当てなどもあるといい。

**眞鍋** シンポジウムのメンバーからそれぞれの活躍を聞き、在宅医療の多様さを改めて感じた。七条先生の指摘については、報酬上、点数を取れるものがいくつかあるが、複雑なのでわかりにくい部分もあるかもしれない。ニーズに基づく連携はとても大事なことで、いかに取り漏れがないようにしていくかも、我々に求められている。



**榎本（会場より）** かかりつけ医機能をたった一つの医療機関、一人の医師だけで担うのは不可能だ。たとえば地域のいろいろな医療機関でグループをつくり、分担しながら一つのセットとしてかかりつけ医機能を提供していく、というかたちもあると思う。かかりつけ医報告については、仕組みはつくったが本格的な議論はこれからだ。それぞれの医療機関の機能を明らかにした上で、グループをいかにつくっていくかを検討していただきたい。

——栄養が重要という話も出たが、改めて食の問題に関してそれぞれ感じていることを聞きたい。

**大橋** 栄養士の協力は地域で非常に重要だが、制度上の難しさがある。たとえばフリーの管理栄養士が在宅を始めよ



うと思っても、医療機関から栄養指導に出るかたちにしなければならない。制度上、もう少しいろいろな筋道ができると、すそ野が広がるのではないかな。

**沼崎** 中医協で訪問栄養指導について議論されていると聞いてありがたいと思った。看多機にも管理栄養士はいるが、栄養指導を行っても報酬は包括なので経営的なメリットはない。専門職を雇用することはどこもハードルが高いと思うので、ぜひその議論を進めてほしい。



**水野** 食事をする場所は、人が集まる場所でもある。サークルは行きにくいけど食事なら行ける、という一人暮らしの人もあるだろう。最近はコミュニティ食堂やコミュニティカフェなどが団地の中にできてきているが、そうやって誰でも気兼ねなく行ける場所をつくることは地域づくりにおいて重要だと思う。

**中村** 病院で胃ろうをつくってきた人でも、手厚くみていくと実は食べられるようになることが結構ある。実際、口から完全に食べられるようになったケースが、ここ数年間で3名いた。すべての利用者に歯科医の往診を入れており、胃ろうでも口から食べることをあきらめずにケアするようにしている。

**七条 B** ちゃんは胃チューブだが、これから胃ろうを開けることになっている。理由は、小学校に行くため。胃チューブでは学校生活は困難という判断から、社会生活を確保することを優先した。小児の場合には胃ろうひとつでも、その子の人生を守ることにつながる。

**眞鍋** 在宅医療で最も提供料の多い訪問看護は、全国でひと月に約860万回提供されているのに対し、訪問栄養食事指導は約8600回にとどまっている。在支診へのアンケート調査では、なぜ在宅患者訪問栄養指導料を算定しないのか、という問いに、「対象となる患者がいない」という回答が半数以上を占めており。そもそも栄養状態を把握していない可能性があり、今後の課題といえる。





# 在宅医療推進のための共同声明

(2019 年版)

- 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、そして生きがいをお大切にした医療を目指す。
- ③ 医療・福祉・介護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寄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 : <https://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 / Fax : 03-5226-6269

HP : <https://www.yuumi.or.jp/>