

平成30年度 厚生労働省委託事業

在宅医療関連講師人材養成事業 研修会

～高齢者を対象とした在宅医療分野～

【日 時】

2019年1月20日(日) 10:00～16:00

【場 所】

日本医師会館 大講堂

【主 催】

日本在宅ケアアライアンス (JHHCA)

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

【共 催】

公益社団法人 日本医師会

平成30年度 厚生労働省委託事業

在宅医療関連講師人材養成事業 研修会

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

平成30年度 厚生労働省委託事業

在宅医療関連講師人材養成事業 研修会

～高齢者を対象とした在宅医療分野～

発 行：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

制 作：佐藤あゆ美、鈴木芳明 (有限会社エス・アンド・エスクリエイティブ)

平成30年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

【目 的】

全国都道府県医師会から推薦された受講者の先生等が、
地域において在宅医療に関する進捗状況を踏まえ、
推進活動をするためのリーダー役、
そして様々な研修会の講師役となれるよう本研修を位置付ける。

【日 時】

2019年1月20日(日) 10:00～16:00

【場 所】

日本医師会館 大講堂

【主 催】

日本在宅ケアアライアンス (JHHCA)
公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

【共 催】

公益社団法人 日本医師会

はじめに

さて、我が国では1940年代後半のベビーブームの時代に生まれたいわゆる団塊の世代の方々が、2025年には75歳以上の高齢者となります。75歳以上になりますと、何かしらの病気を抱えながら生活していかなければならない方や、介護を必要とする方が増えてまいります。そうした方々が、その後も住み慣れた地域で暮らし続けたいと考えた時、これまで我が国が構築してきた制度や仕組みでは支え続けることが難しくなっております。

このような状況に対応するため、現在、日本の社会保障施策の大きな柱の一つとして「地域包括ケアシステム」の構築を進めております。ご承知の通り、地域包括ケアシステムにおいては、住民一人一人が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、医療、介護、住まいなどが状況に応じて適切かつ一体的に提供されることが重要であります。我が国の超高齢社会が進行する中、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けては住民が主体となり、異業種・異分野との連携がさらに不可欠となります。

地域包括ケアシステムの本質は、「地域づくり・まちづくり」であり、全国一律の仕組みではなく、それぞれの地域の特性にあったシステムであり、その役割と使命を医師会と「かかりつけ医」も担うことが、これまで以上に期待されております。

こうした背景から、日本医師会では今年度より新たに「地域包括ケア推進委員会」を会内に設置し、かかりつけ医を中心とした地域づくりへ向けて、我が国が直面している諸問題の解決に向けて検討を進めていきたいと考えております。

そして、地域包括ケアシステムを構築する上で重要な要素となる「在宅医療」は、地域のかかりつけ医が行ってきた「患者を最期まで責任を持って診る」という外来診療の延長線上にある代表的な診療形態の一つであり、入院医療・外来医療・在宅医療が過不足なく提供できる体制を整備することが、住み慣れた地域で暮らす患者さんの安心と安全を守ることに繋がってまいります。

本研修会では、研修修了者に地域において在宅医療に関する推進活動を行っていただくためのリーダー役、そして様々な研修会における講師となっていただくことを目的としております。ご参画の先生方におかれては、かかりつけ医が地域の中で積極的にこうした役割を担っていただけるよう益々のご尽力をお願い申し上げます。

あらためまして、本資料の作成及び研修会の開催にあたり、ご執筆・ご講演いただく先生方をはじめ、日本在宅ケアアライアンス及び公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団のご関係者の皆様方に深く感謝申し上げます。

平成31年1月

公益社団法人日本医師会
会長 **横倉 義武**

開催にあたって

日本在宅ケアアライアンス（JHHCA：Japan Home Health Care Alliance）は、健全な在宅医療の普及推進を目指した学術団体や職能団体等によって、平成27年3月に組織されさまざまな活動を行ってまいりました。

このたび、「平成30年度在宅医療関連講師人材養成事業（厚生労働省）」をJHHCAが受託となり、本事業の一環として「講師人材育成研修プログラム」を作成し、日本医師会との共催の下、研修会を開催する運びとなりました。

ご承知のように、地域包括ケアシステム構築が基礎自治体の重要な役割となり、在宅医療への期待はより一層高まりをみせておりますが、在宅医療という新しい医療の形態を社会に正しく認識して頂くための障壁は、決して低いものではありません。

生活の場で提供される医療サービスの妥当性は、生活の質の向上という尺度で推し量ることとなり、多職種が協働し、地域の社会資源を有効に活用し、「暮らし」を上位概念として提供されなければなりません。それこそ、望まれれば生活の場での看取りまで支えることも求められます。死を医学の敗北とし、命をつなぐことを最大の目的とみなした従来型の病院完結型医療から、「命の質・生活の質」を重視した地域完結型医療へ、地域医療のかたちは大きく変わろうとしています。

尊厳ある療養生活を支えるには、医師・歯科医師・看護師・薬剤師・リハビリ専門職（PT／OT／ST）・管理栄養士、さらにはケアマネジャーや介護職、そして行政にも「在宅医療に対する本質的な理解」が必要とされています。ケアチームの質が在宅医療の質を規定し、地域力が問われると言っても過言ではない状況となっております。

そこで、地域の「かかりつけ医」が良質な在宅医療を「医の原点」として積極的に実践するだけでなく、各地域の在宅医療普及推進のアドバイザー役として、行政とも足並みを揃えて地域包括ケアシステム構築の一翼を担えるようにと願い、本研修会を開催いたします。

昨年度からは、ワークショップ形式を取り入れ、多職種との連携がより強固なものとなることを期待しております。なお、シラバスの編纂を行いましたので、研修会を修了された皆様方には、在宅医療関連事業に各地域でご活用いただければと願っております。多職種協働を基盤として、地域連携で推進する日本の在宅医療のスタンダードを示すものとなれば幸いです。

最後に、日本医師会の強力なお力添えや、日本在宅ケアアライアンス加盟の組織団体の皆様のご支援、さらには公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団のご協力に、心より感謝申し上げます。

平成31年 初春

日本在宅ケアアライアンス
議長 **新田 國夫**

平成30年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
 ～高齢者を対象とした在宅医療分野～

日時 2019年1月20日(日) 10:00～16:00 日本医師会館 大講堂
主催 日本在宅ケアアライアンス (JHHCA)、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
共催 日本医師会
目的 全国都道府県医師会から推薦された受講者の先生等が、地域において在宅医療に関する進捗状況を踏まえ、推進活動をするためのリーダー役、そして様々な研修会の講師役となれるよう本研修を位置付ける。

総合司会：和田 忠志 (全国在宅療養支援診療所連絡会)

プログラム [午前10:00～12:00]

10:00～10:05	開会の辞・本研修の目的と狙い 新田 國夫 (日本在宅ケアアライアンス)
10:05～10:20	地域包括ケアシステムと在宅医療 ◆地域包括ケアシステムにおける在宅医療への期待 鈴木 健彦 (厚生労働省) ◆地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割と医療介護連携 江澤 和彦 (日本医師会)
10:20～11:40	地域のなかで推進できる、求められるリーダー人材とは ◆System of Systems ～各地域で既存のシステムを活用し、境界を越え、新たにつながる統括システムづくり～ 飯島 勝矢 (東京大学高齢社会総合研究機構) ◆先達に学ぶ—求められる地域のリーダー役とは ～地域のニーズをどう拾い上げ、どのように推進・活性化していくのか～ 1. 坂戸 慶一郎 (青森県・健生黒石診療所) 2. 北西 史直 (静岡県・トータルファミリーケア北西医院) 3. 蔵谷 弘子 (香川県・みのりクリニック) 4. 志田 知之 (佐賀県・志田病院)
11:40～11:50	在宅医療の新規参入～ブラッシュアップ：学び方とアプローチの仕方 説明者：和田 忠志 (全国在宅療養支援診療所連絡会)
11:50～12:00	ワークショップの趣旨と進め方 説明者：草場 鉄周 (日本プライマリ・ケア連合学会)
昼食 (60分)	

プログラム [午後13:00～16:00]

13:00～14:20	ワークショップ ※1グループ：6～7名 [議論の視点] (参考例) ・System of systems概念を踏まえ、地域における課題と着手点 ・在宅医療推進のPDCAサイクルをどのように回すのか ・新たな医師や市民をどのように巻き込むのか ・リーダー役として、地域でなにができるのか
会場移動 (20分)	小講堂、他会議室から大講堂へ
14:40～15:55	発表・ディスカッション 進行：草場 鉄周 (日本プライマリ・ケア連合学会) コメンテーター：太田 秀樹 (全国在宅療養支援診療所連絡会) 鈴木 央 (在宅医療医歯薬連合会) ※6チーム各5分、「現状⇒課題⇒解決策」という形式で壇上にて発表 ※壇上でディスカッション
15:55～16:00	閉会の辞 江澤 和彦 (日本医師会)

目次

ご挨拶	2
はじめに	2
開催にあたって	3
プログラム	4
地域包括ケアシステムと在宅医療	7
◆地域包括ケアシステムにおける在宅医療への期待	8
◆地域包括ケアシステムにおける かかりつけ医の役割と医療介護連携	28
地域のなかで推進できる、求められるリーダー人材とは	39
◆System of Systems	40
◆地域のニーズをどう拾い上げ、 どのように推進・活性化していくか	50
先達に学ぶ① 地域の在宅医療推進に向けた診療所の取り組み	50
先達に学ぶ② 地域での実践から考えたこと	56
先達に学ぶ③ 坂出市医師会における地域包括ケアシステムへの取り組み	66
先達に学ぶ④ 小規模病院の在宅療養支援病院としての取り組み	76
新たに在宅医療に取り組む方のための研修教材のご案内	87
ワークショップの趣旨と進め方	93
参考資料	103
◆団体紹介 日本在宅ケアアライアンスについて	104
◆日本在宅ケアアライアンス・加盟団体および有識者委員	108
◆プロフィール	109
◆「平成30年度在宅医療関連講師人材養成事業」委員名簿	113

地域包括ケアシステムと 在宅医療

地域包括ケアシステムにおける 在宅医療への期待

地域包括ケアシステムにおける かかりつけ医の役割と医療介護連携

I 地域包括ケアシステムと在宅医療

地域包括ケアシステムにおける在宅医療への期待

鈴木 健彦

目 標 わが国において急速に進行している少子高齢化を踏まえた社会構造の変革を背景に、住み慣れた地域で自分らしく人生の最後まで過ごすことができるように医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制を構築するため「地域包括ケアシステム」の整備が進められている。この研修では、地域包括ケアシステムの概念や考え方、在宅医療が担う機能や役割、介護との連携、多職種連携や医療・介護提供体制の方向性について、理解していただくことが目標である。

Keyword 在宅医療、地域包括ケアシステム、医療計画、介護保険事業計画、人生の最終段階における医療・ケア、アドバンス・ケア・プランニング

内 容

1. 地域包括ケアシステムにかかる背景
2. 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針
3. 在宅医療の位置づけ及び現状
4. 今後の方向性

1

 厚生労働省 平成30年度 厚生労働省委託事業
Ministry of Health, Labour and Welfare 「平成30年度 在宅医療関連講師人材養成事業」

地域包括ケアシステムにおける在宅医療への期待

平成31年1月20日

厚生労働省医政局地域医療計画課

2 テーマ

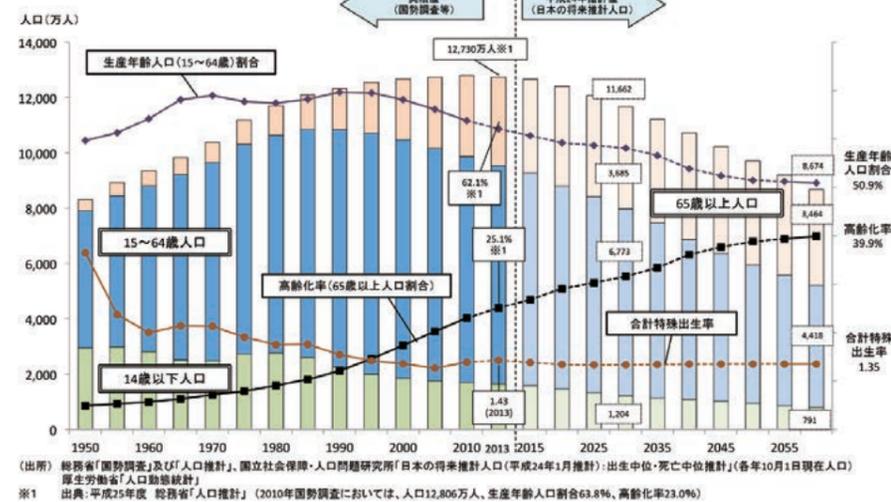
1. 医療を取り巻く環境の変化と地域包括ケアシステム
2. 医療政策における在宅医療の位置づけ
3. 人生の最終段階における医療・ケアに関する動向

3

1. 医療を取り巻く環境の変化と地域包括ケアシステム

4 日本の人口の推移

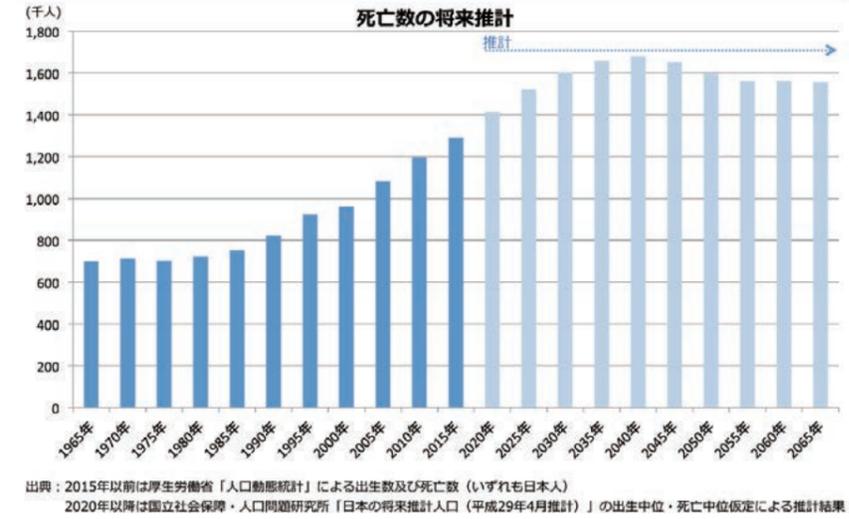
○日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2060年には総人口が9000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。



日本の人口は近年横ばいだが、将来推計では今後人口減少の局面を迎えている。2013年の高齢化率は25.1%だが、総人口に占める高齢者の割合は今後増加し、2030年には30%を超え、2060年には総人口9000万人を割り込み、高齢化率は40%前後になると予想されている。その一方で、15～64歳の生産人口と14歳以下の子どもの人口は減少傾向にある。

5 死亡数の将来推計

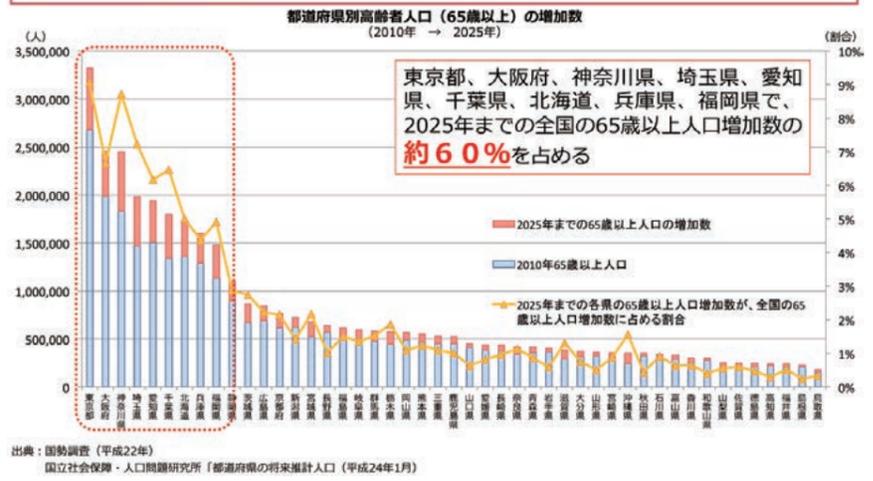
○今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約39万人/年の差が推計されている。



今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、2015年と、最も年間死亡数の多い2040年では、約39万人/年の差が推計されている。

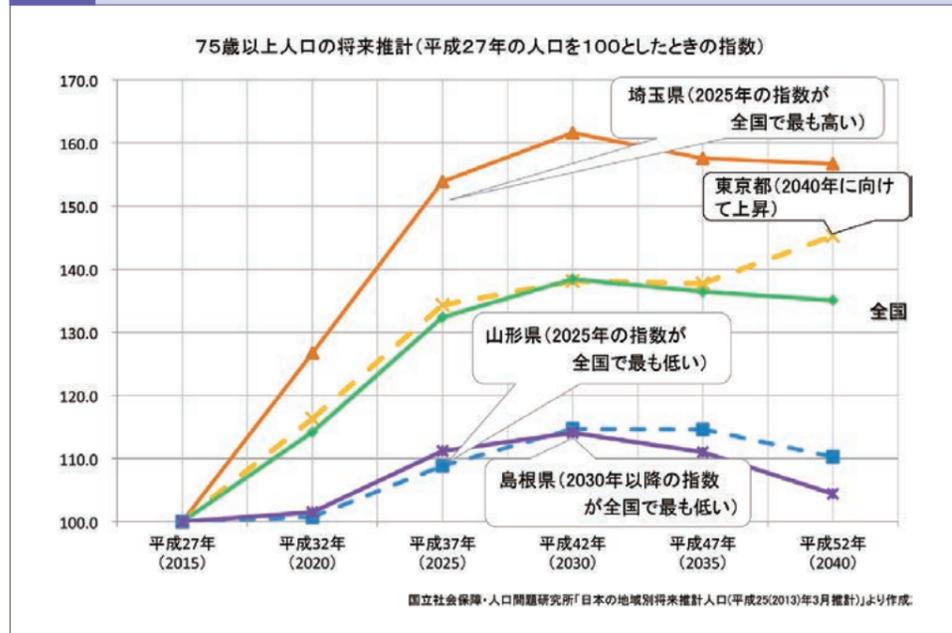
6 高齢者数増加の地域差について

○高齢化の進展には地域差
○首都圏をはじめとする都市部を中心に、高齢者数が増加（既に人口減少が始まっている都道府県も）



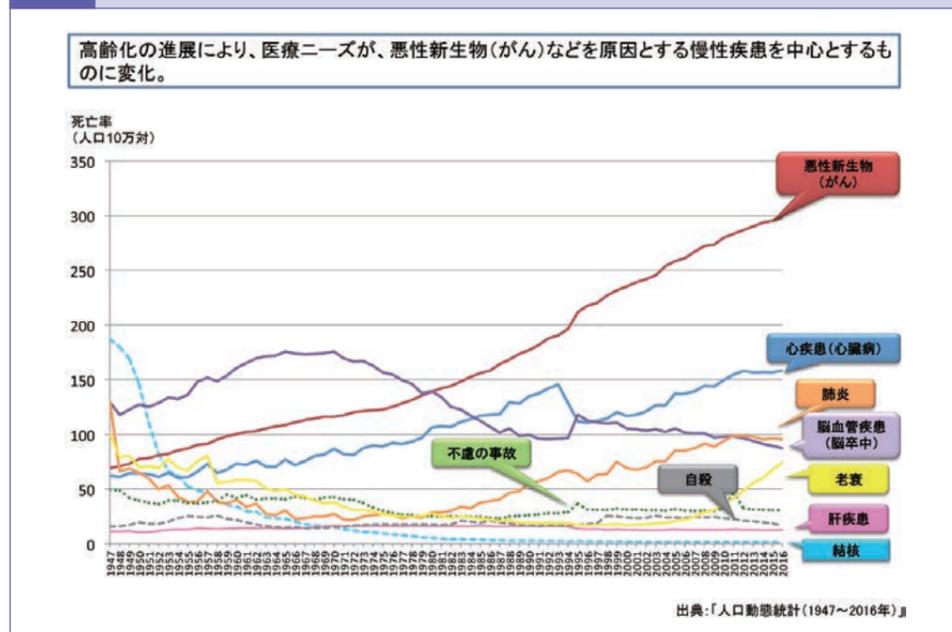
一方、2010年から2025年における65歳以上の高齢化の進展については、都道府県によって地域差があると推計されている。

7 2015 – 2025 – 2040年の高齢化の状況



また、2040年までの後期高齢者の推移については、都道府県によってピークの年が異なることが予想されている。

8 主な疾患別の死亡率の推移



近年、高齢化の進展により、医療ニーズが悪性新生物(がん)や心疾患、脳血管疾患等の慢性疾患を中心とするものに変化してきている。

9 医療における2025年問題

- 2025年とは団塊世代が75歳を迎える年
— 医療・介護需要の最大化
- 高齢者人口の増加には大きな地域差
— 地域によっては高齢者人口の減少が既に開始
- 医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが必要。

医療において、2025年問題といわれる話がある。2025年とは、全ての団塊世代が後期高齢者を迎える年であり、医療や介護の需要の最大化を迎えていく節目と考えられている。一方、高齢者人口には地域差があることから、地域の医療資源を、効果的かつ効率的に配置することを進めていくことで、病態に見合った病床で、患者の状態にふさわしい医療サービスを受けられる体制を構築していくことが求められている。

10 改革における医療・介護の方向性

- 「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」へ
- 受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までのネットワーク化
- 地域ごとに、医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク(地域包括ケアシステム)の構築
- 国民の健康増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要

社会保障制度改革国民会議報告書「医療・介護分野」(H25.8.6)から作成

このような社会の変化を踏まえ、平成25年の社会保障制度改革国民会議の報告書では、病院完結型の医療から、地域で支える地域完結型の医療に転換していくことの必要性について言及されている。

11 地域包括ケアシステム（医療介護総合確保促進法第2条第1項）

地域の实情に応じて、
**高齢者が、可能な限り、
 住み慣れた地域でその有する能力に応じ
 自立した日常生活を営むことができるよう、
 医療、介護、介護予防、
 住まい及び自立した日常生活の支援が
 包括的に確保される体制**

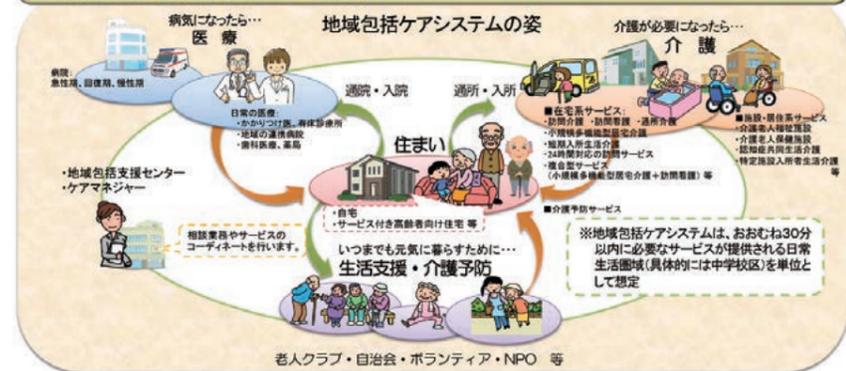


【左図の出典】地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業 報告書」（H28年3月）

地域包括ケアシステムについては、医療介護総合確保促進法において、地域ごとに、医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク（地域包括ケアシステム）の構築に取り組んでいくことの必要性について示されている。

12 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**

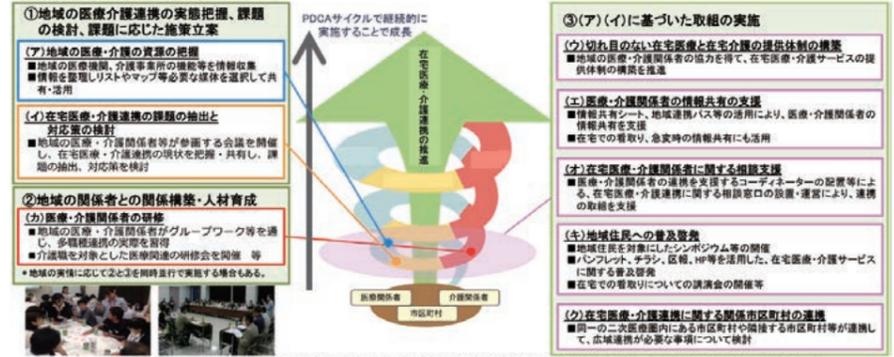


これらをまとめると、図示のようになる。地域包括ケアシステムの整備についてサービスの提供体制からみると、医療と介護は車の両輪の関係になる。医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職が積極的に関与し多職種連携を図り、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築していくことが重要である。

13 在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果、それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、都市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、都市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と都市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と事業の進め方のイメージ



地域包括ケアシステムの構築にあたり、在宅医療と介護の連携事業については、介護保険法に基づき、地域支援事業として、平成30年度から全ての市町村で取り組むこととなっている。

14

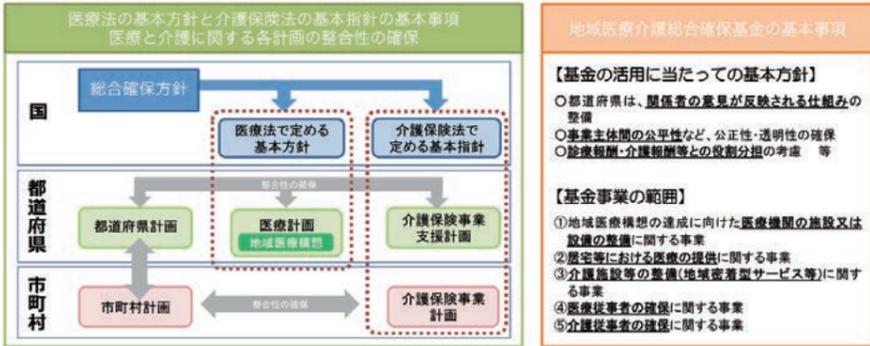
2. 医療政策における在宅医療の位置づけ

15 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(平成元年法律第64号)第3条に基づき、平成26年9月12日、**地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(総合確保方針)**を策定。

地域における医療及び介護の総合的な確保の意義・基本的方向

- 意義: 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、**利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築**。自立と尊厳を支えるケアを実現。
- 基本的方向: ①**効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築**
②**地域の創意工夫を生かせる仕組み** / ③**質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進**
④**限りある資源の効率的かつ効果的な活用** / ⑤**情報通信技術(ICT)の活用**

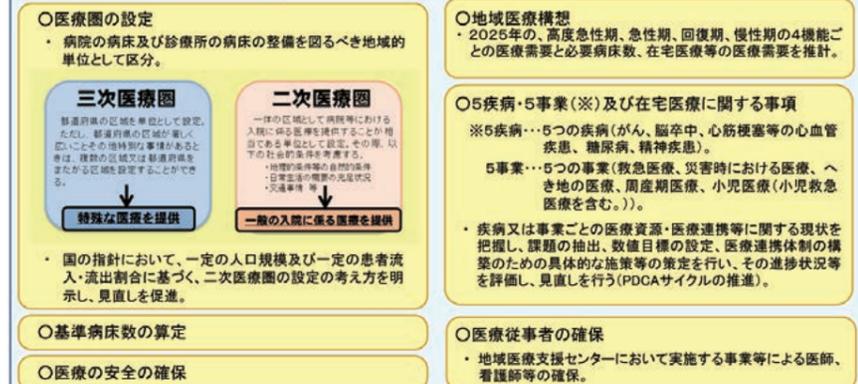


医療政策における在宅医療の位置づけについては、平成26年に「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(総合確保方針)」が策定されている。「団塊世代」が全て75歳以上となる2025年を見据え、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、人生の最終段階を迎えることができる環境を整備し、切れ目のない医療および介護提供体制の構築を目指す。この方針に即して、医療計画や介護保険事業計画を策定していく。また、こうした体制整備のために、地域医療介護総合確保基金を都道府県に設置し、各種事業を行うこととしている。

16 医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の实情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。

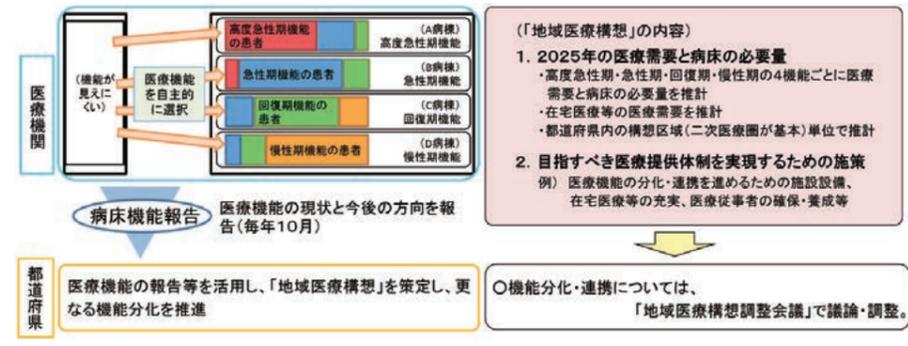
医療計画における主な記載事項



医療の提供体制の確保については、都道府県が6年に1度、医療計画を策定し、提供体制の整備を行っている。今年度からは、第7次医療計画が始まり、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患の5疾病と救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療の5事業および在宅医療について計画の実施が進められている。在宅医療も医療計画の中に位置づけられており、都道府県の实情に応じて必要となる医療機能や数値目標、施策等を定めることとしている。

17 地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



現在、都道府県が策定した「地域医療構想」に基づき、地域医療構想会議で各議論が進められているところだが、これは2025年に向け、病床の機能分化、連携を進めるために行われている。2025年の医療需要と病床の必要量を高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計する。在宅医療等の医療需要も推計を行い、都道府県内の構想区域単位で推計を行っている。

18 なぜ、地域医療構想が必要か?

【地域医療構想の目的】

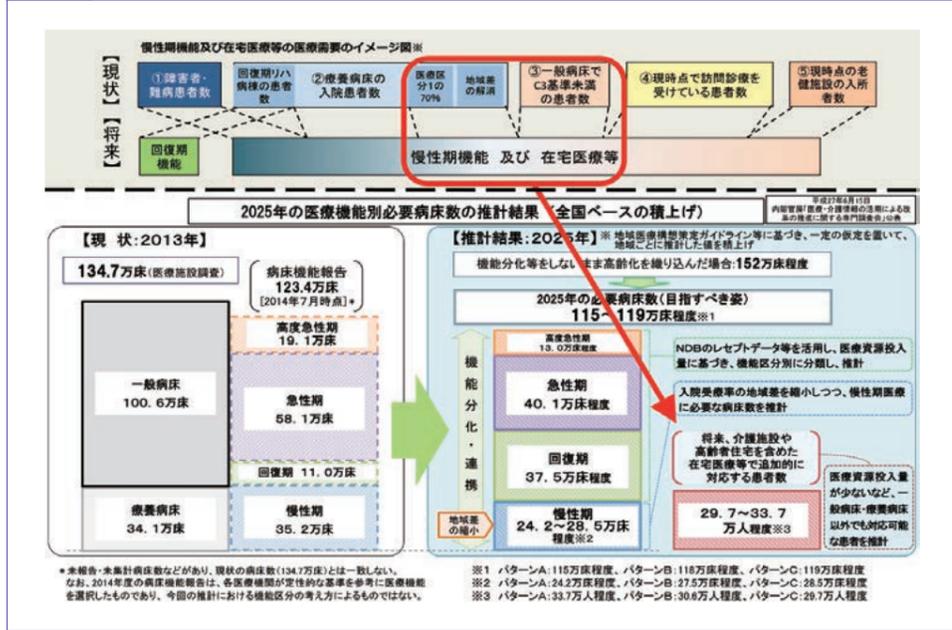
- 地域の高齢化等の实情に応じた、病床の機能分化・連携を進めることにより、効率的な医療提供体制を構築する

【現状の病床利用では解消しきれない問題に対して】

- ①入院患者の増加
 - ・急激な増床等は非現実的
 - ⇒地域ごとの病床機能の効率化・最適化で対応
- ②高齢化に伴う疾病構造・受療行動の変化
 - ・急性期医療から回復期医療への需要のシフト
 - ・「入院⇒外来」から「入院⇄施設・自宅」へ
 - ⇒地域ごとに必要な医療機能への分化を促し、施設間の連携の強化で対応

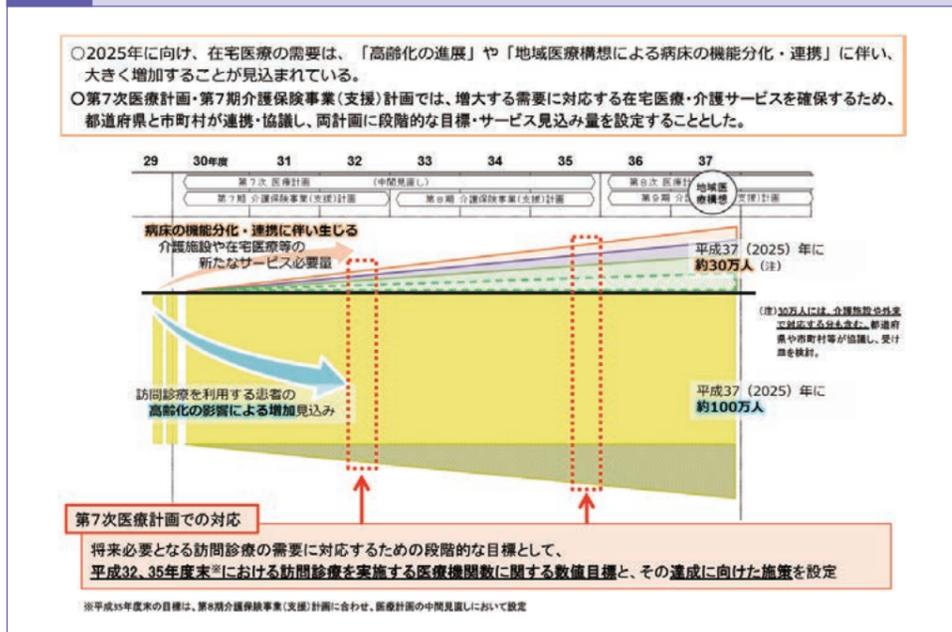
地域医療構想については、現在の病床利用では解消しきれない問題について、高齢化に伴う入院患者の増加・変化に対して、急激な増床で対応するのではなく、地域ごとの病床機能の効率化・最適化で対応すること、高齢化に伴う疾病構造や受療構造の変化に対して、地域の推計に応じた必要な医療機能への分化を促し、施設間の連携を強化していくことが求められている。

19 いわゆる在宅医療等で追加的に対応する患者数について



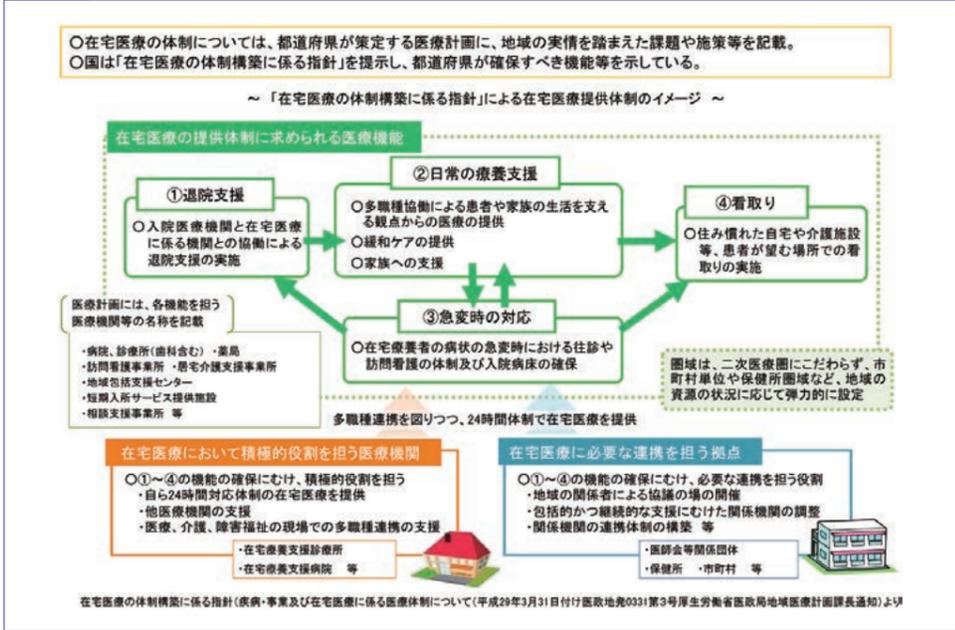
地域医療構想では、慢性期機能の医療需要と在宅医療等の患者数を一体的に推計している。ここでいう在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、その他医療を受けるものが療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。在宅医療等には、資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計している。そのため、地域医療構想では、在宅医療等で追加的に対応する患者数については2025年には29.7万～33.7万人程度とされている。

20 在宅医療の整備目標の設定について (全体像)



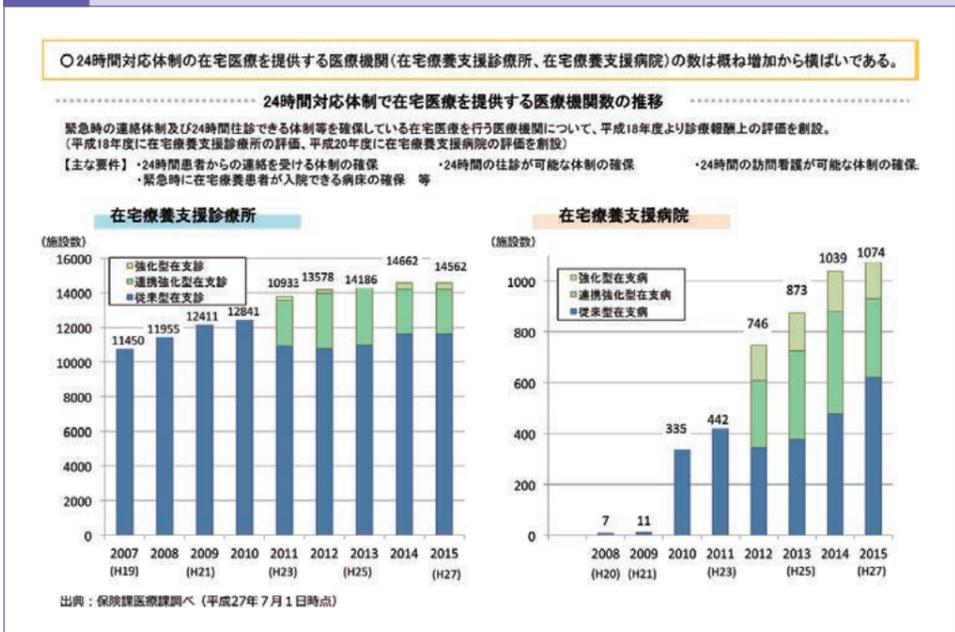
また、高齢化の影響による訪問診療を受ける方の増加見込みとして2025年には約100万人の需要があると考えられており、前ページの追加的の需要のうち在宅医療で対応する分と合わせて、将来必要となる訪問診療の需要に対応するための段階的な目標として、各都道府県は医療計画の中に、2020年、2023年度末における訪問診療を実施する医療機関数に関する数値目標と、その達成に向けた施策の設定について原則記載することとされている。

21 在宅医療の体制について



医療計画のなかで在宅医療の提供体制に求められる医療機能として「①退院支援」「②日常の療養支援」「③急変時の対応」「④看取り」をあげている。各機能を担う医療機関等の名称を記載していくとともに、都道府県が達成すべき目標や施策等を示している。そのなかで、多職種連携を図りつつ、在宅療養支援診療所・病院等の積極的役割を担う医療機関と医師会や保健所等の必要な連携を担う役割をもって、24時間体制で在宅医療を提供できるように整備していくこととしている。

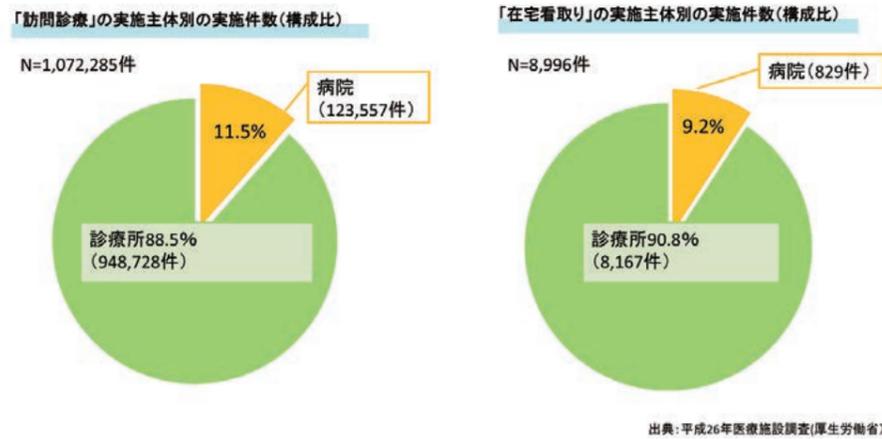
22 在宅医療の提供体制 ～急変時の対応～



緊急時の連絡体制および24時間往診できる体制等を確保している在宅医療を行う医療機関について、平成18年度より診療報酬上の評価を創設している(平成18年度に在宅療養支援診療所、平成20年度に在宅療養支援病院)。在宅療養支援診療所の施設数は近年横ばいで、在宅療養支援病院は増加傾向で推移している。

23 在宅サービスの実施主体について

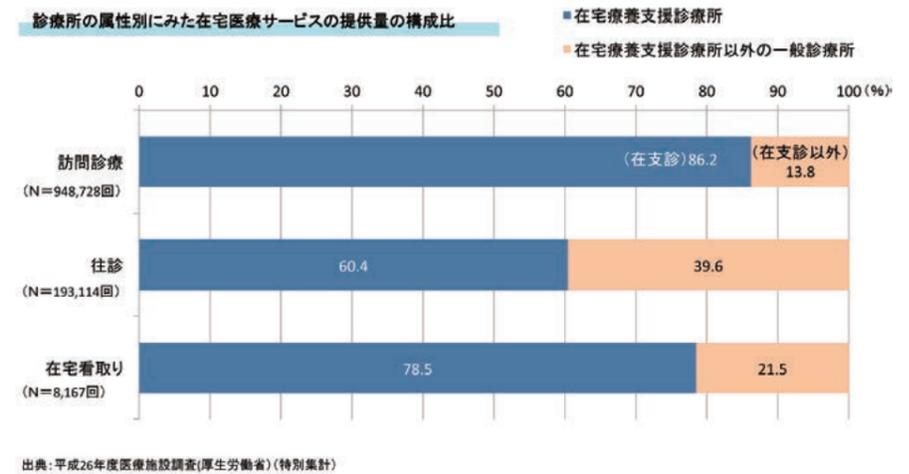
○訪問診療の実施件数について、実施主体別の構成比をみると、89%を診療所が、11%を病院が提供している。
○在宅看取りの実施件数について、実施主体別の構成比をみると、91%を診療所が、9%を病院が提供している。



訪問診療および在宅看取りについては、約9割が診療所にとって実施されている結果となっている。

25 属性による在宅医療サービスの提供量の違い

○在宅医療サービスの提供量についてみると、訪問診療については、在支診によって全体の9割弱が提供されている。
○往診や在宅看取りについては、在支診ではない一般診療所によって、全体の2~4割が提供されている。



一方、診療所の在宅医療サービスの提供量についてみると、訪問診療については在支診によって全体の約9割弱が提供されている。往診や看取りについては、在支診ではない一般診療所によっても全体の2~4割が提供されている。

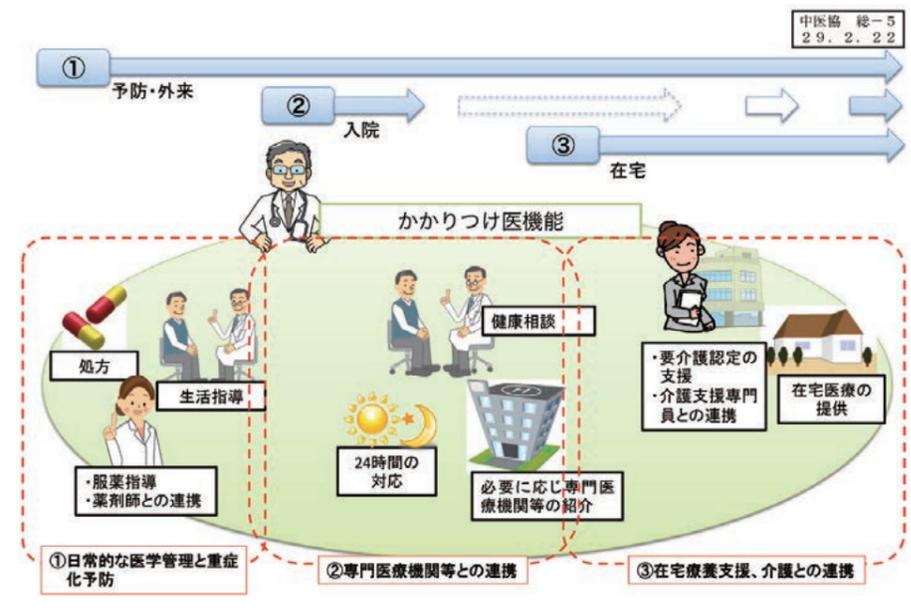
24 在宅医療サービスを実施する診療所の属性

○在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数をみると、在宅療養支援診療所(在支診)ではないが、在宅医療サービスを提供する一般診療所が相当数ある。
○在宅療養支援診療所であっても、全ての在宅医療サービスを実施しているとは限らない。



在宅医療サービスを提供している一般診療所の施設数については、在宅療養支援診療所(在支診)以外の診療所も相当数提供しており、訪問診療では、在支診と在支診以外はほぼ同数、往診は在支診以外の方が多い状況である。また、全体的に看取りに関しては行っている施設が少ない状況であり、在支診の役割は大変大きなものであるが、在支診であっても、全ての在宅医療サービスを実施している施設であるとは限らないのが、現在の状況となっている。

26 かかりつけ医機能のイメージ(案) ~生活習慣病を有する患者の例~



中医協の議論のなかでは、かかりつけ医機能のイメージ(案)として、在宅医療の提供や、介護との連携が挙げられている。

27 質の高い在宅医療の確保

平成30年度診療報酬改定 I-4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保①

在宅医療の提供体制の確保

在宅医療の提供体制では、在宅以外の医療機関の訪問診療(裾野の拡大)が必要である一方、かかりつけ医機能の一部として在宅医療を提供するには、**24時間体制の確保が負担**

在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応

訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有するなど、**在宅医療ニーズは多様化・高度化**

複数の医療機関の連携による24時間体制の確保

在宅以外の診療所が、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制等を確保し、かかりつけの患者に対し訪問診療を行う場合の評価を新設。

2ヶ所目の医療機関による訪問診療の評価

複数疾患を有する患者等に対し、在宅の主治医の依頼を受け、他の医療機関が訪問診療を行った場合の評価を新設。

患者の状態に応じたきめ細やかな評価

在宅時医学総合管理料等について、重症患者以外であって、特に通院が困難な患者等に対する加算を新設。

在宅以外の医療機関による医学管理の評価

在宅時医学総合管理料等について、機能強化型在宅以外の医療機関が月1回の訪問診療を行う場合の評価を充実。

末期の患者への緊急対応の評価

標榜時間内に往診を行った場合の加算(緊急往診加算)の算定対象に、訪問診療を行っている医学的に末期の患者を追加。

ターミナルケアの評価の充実

ターミナルケアの評価を充実するとともに、特養での看取りに協力して行ったターミナルケアも評価対象に追加。

平成30年度の診療報酬改定では、質の高い在宅医療の確保のため、訪問診療(裾野の拡大)が必要である一方、24時間体制の確保が困難な現状や、在宅患者のニーズの多様性や高度化に対応していくための評価が行われた。

28 医療と介護の連携の推進

平成30年度診療報酬改定 I-5. 医療と介護の連携の推進①

国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関する報酬において、「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」等を踏まえた対応を要件とするとともに、評価を充実
- 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、**ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実**



訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

- 訪問診療を提供する**主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進**
- 末期のがん患者について、**主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進**



介護医療院・有床診療地域包括ケアモデルへの対応

- 介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「**居住系介護施設等と同様の取扱い**」とし、退院時の情報提供等に係る取組の評価において「**介護老人保健施設と同様の取扱い**」とする
- 有床診療所の**地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)**での運用を支援

リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

- 医療保険と介護保険の双方で使用可能な**計画書の共通様式を新設**し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価
- 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、**人員配置等に係る施設基準を緩和**

また、医療と介護の連携の推進のため、本人の希望に応じた看取りの推進や、訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化などについて評価が行われた。

29 在宅医療関連講師人材養成事業

【趣旨】

在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材養成事業を支えることのできる高度人材を養成する。

【事業概要】

医師を対象とした「①高齢者向け在宅医療」、「②小児向け在宅医療」、看護師を対象とした「③訪問看護」の3分野ごとに、**研修プログラムの開発を行うとともに、相応の経験を積んだ医療従事者、団体役員等に対し、中央研修を実施する。**
(②・③分野では、行政職員が医師又は看護師と共に研修に参加し、地域の実情に応じた研修プログラム作成に取り組み演習も実施)

国(関係団体、研究機関、学会等)

◆研修プログラムの開発

- 職能団体、研究機関、学会等が連携し、人材育成研修プログラムを作成。

- プログラムは、在宅医療の主要な3分野に特化して構築。それぞれのプログラムの相互連携も盛り込む。



◆中央研修の実施

- 開発したプログラムを活用し、中央研修を実施。

*平成29年度の全国研修の状況

- ①高齢者向け在宅医療
日時：平成30年1月14日
参加者：210名(医師)
- ②小児向け在宅医療
日時：平成30年2月25日
参加者：175名(医師118名・行政57名)
- ③訪問看護
日時：平成29年12月9日
参加者：120名(看護師92名・行政28名)

- 受講者が、地域で自治体と連携しながら人材養成事業を運営するなど、中心的な存在として活躍することを期待。

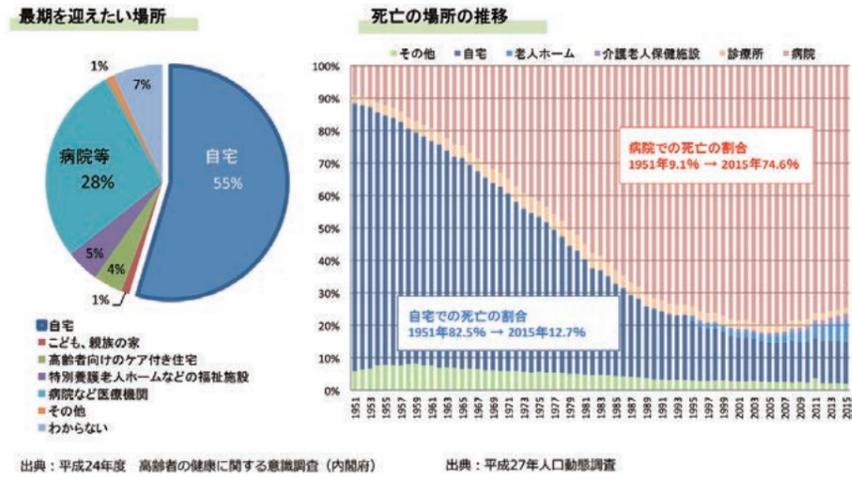
このように在宅医療の需要が増すなか、地域で在宅医療に携わる医師や看護師を確保していくため、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材養成事業を支えることのできる高度人材を養成することを目的に、本日ご参加いただいている講師人材養成事業を位置づけている。

30

3. 人生の最終段階における医療・ケアに関する動向

31 死亡場所の推移

○国民の多くは、「最期を迎えたい場所」について、「自宅」を希望している。
○場所別の死亡者数を見ると、多くの方は「病院」で亡くなっている。



高齢者の健康に関する意識調査からは、国民の約半数は「最期を迎えたい場所」について「自宅」を希望している。その一方で、実際に死亡している場所は1975年前後を境に「病院」が「自宅」を上回り、近年では病院で約75%、自宅で約13%となっていて、希望と現実の間に乖離がみられる。

32 「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」への用語変更について

「終末期医療に関する意識調査等検討会」（平成24年12月～平成26年3月）

最後まで尊厳を尊重した人間の生き方を重視した患者中心の医療を意味する用語として「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」という用語に変更することが提案された。

終末期医療に関する意識調査等検討会報告書（平成26年3月）抜粋
今回、平成24年に成立した社会保障制度改革推進法（第6条第3号）が、「個人の尊厳が重んじられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること」を必要な改革の措置の一つとしていることなどを参考に、調査名を「終末期医療に関する意識調査」から「人生の最終段階における医療に関する意識調査」に変更した。

■ガイドラインの名称変更

「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」
（平成19年厚生労働省）

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」
（平成30年3月改訂）

【参考】

- 社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月6日 社会保障制度改革国民会議）
II-2-(6)（略）「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療へと転換する中で、「人生の最終段階における医療」の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためにも、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要がある。
- 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成25年12月13日法律第112号）
第4条
5 政府は、前項の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んじられ、患者の意思が尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努めるものとする。

社会保障制度改革推進法において、「個人の尊厳が重んじられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備すること」を必要な改革の措置の一つとしていることなどを参考に、最後まで尊厳を尊重した人間の生き方を重視した患者中心の医療を意味する用語として「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」という用語に変更することとなった。

33 「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」の改訂について（平成30年3月14日公表）

1. 見直しの必要性

○富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成27年に「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」に名称変更）は、その策定から約10年が経過しており、

- ・ 高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとすることが必要であること
- ・ 英米諸国を中心として、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていることを踏まえ、ガイドラインの見直しを行う必要がある。

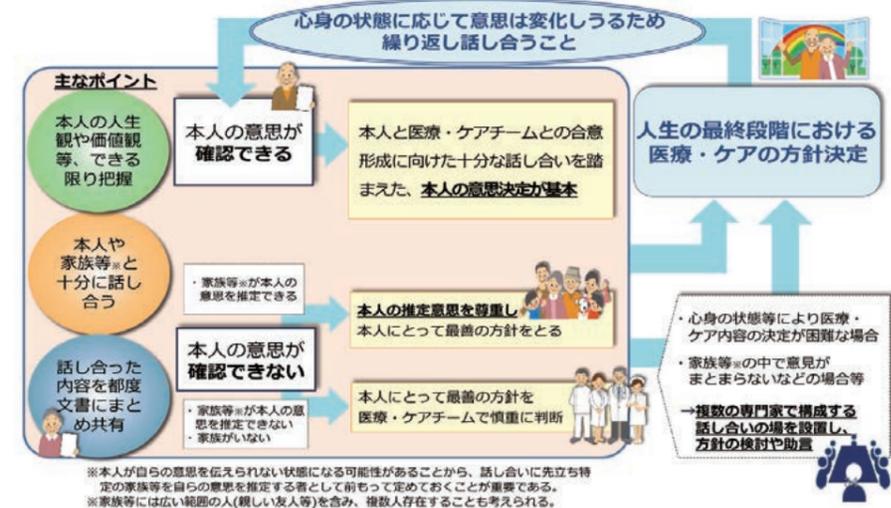
2. 主な見直しの概要

- ① 病院における延命治療への対応を想定した内容だけでなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、次のような見直しを実施
 - ・ 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
 - ・ 医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化
- ② 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化するものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うこと（＝ACPの取組）の重要性を強調
- ③ 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって決めておくことの重要性を記載
- ④ 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、③の信頼できる者の対象を、家族から家族等（親しい友人等）に拡大
- ⑤ 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載

平成30年3月には、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスのガイドライン」として、平成19年度のガイドライン策定以来、初めて、高齢多死社会の進行に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとすることが必要であることや、英米諸国を中心として、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていることなどを踏まえた内容の改訂を行った。

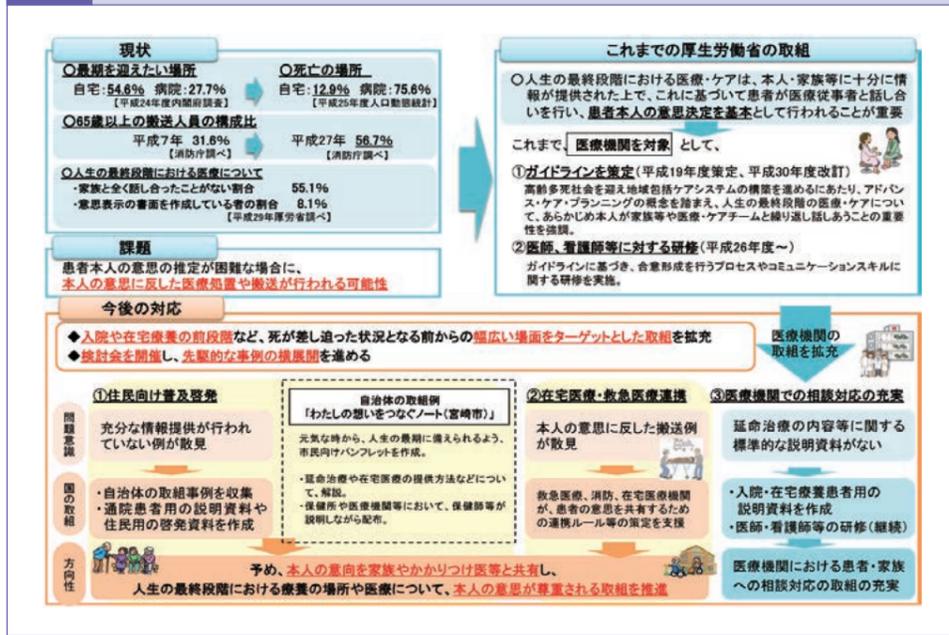
34 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインにおける意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



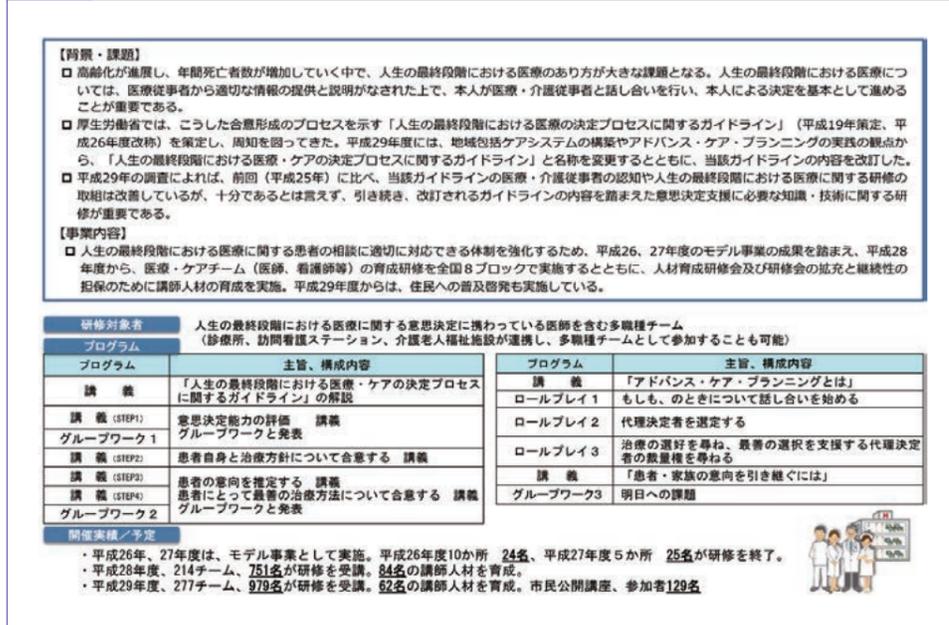
改訂したガイドラインについて、本人の意思は、心身の状態に応じて変化するため、繰り返し話し合うことや、話し合った内容を都度文書にまとめて共有することの重要性を含め、本人の意思が確認できる場合と、確認できない場合、それぞれにおいて、どのような決定プロセスの流れとなるかや、意思決定支援におけるポイントとなることについて、イメージ図として示している。

35 人生の最終段階における医療・ケアに関する取り組み



このように、人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・介護従事者から適切な情報の提供と説明がされた上で、患者が医療・ケアチームと話し合いを行い、本人による意思決定を基本として進めることが重要である。国においては、本人の希望に添った人生の最終段階の医療やケアが提供されるよう、今後、国民向けの普及・啓発や、地域の在宅医療・救急医療の関係者が患者情報を共有するための連携ルールなどを策定することの支援、ガイドラインを踏まえた意思決定支援についての医療・介護従事者向けの研修などに取り組んでいきたいと考えている。

36 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組 人生の最終段階における医療体制整備事業



なお、人生の最終段階における医療・ケアに関する患者の相談に適切に対応するためのプログラムを作成し、医療ケアチーム(医師、看護師等)の育成研修を全国展開して行っている。

37 ACPの普及・啓発のためのリーフレットについて

○ACPの普及啓発を図ることを目的としてリーフレットを右図のとおり作成し、厚生労働省HPにおいて、公表。

○都道府県や医療・介護関係団体に対して、リーフレットを広報に当たって御活用いただくよう周知。

※リーフレット掲載HP
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html

※「人生の最終段階における医療・ケアに関するリーフレットについて」(平成30年7月19日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡)等を通じて周知を実施。

人生の終わるまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？
 一人が死なず、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか？

誰でも、いつでも、自由に好きな大きな病院やケアを受ける権利があります。

命の意思決定は、いつか必ず起こります。約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり、望みを人に伝えたりすることができなくなると言われています。

自分が希望する医療やケアを受けるために、大切にしていることや望んでいること、どこでどのように医療やケアを受けるかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。

話し合いの場を準備する人は、話し合いたい人ですか？

話し合いたい人か、医師・ケアチームと話し合いたい人ですか？

話し合いたい人か、医師・ケアチームと話し合いたい人ですか？

話し合いたい人か、医師・ケアチームと話し合いたい人ですか？

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/index.html

国としては、アドバンス・ケア・プランニングの国民への普及を図るための一環として、自治体が活用できるようリーフレットを作成し公表している。

I 地域包括ケアシステムと在宅医療

地域包括ケアシステムにおける かかりつけ医の役割と医療介護連携

江澤 和彦

- 目 標**
- 今後の人口推計に応じた医療介護需要に対する医療介護提供体制を踏まえた在宅医療の提供を検討してみる。
 - 緩和医療・ケアの重要性を認識し、人生の最終段階における医療・ケアにおいては、本人の意思を最大限に尊重するために本人と医療・ケアチームで合意を形成する。
 - 平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定における医療介護連携の仕組みを現場で有効活用するとともに、地域住民との連携も視野に活動する。
 - 好き好んで病気や障害をきたしている人はいるはずもなく、誰もがその人にとっての本来の普通の生活を望んでおり、その生活の実現すなわち「尊厳の保障」を実現する。

Keyword 人口減少、人口推計、医療介護需要、医療介護提供体制、地域医療構想、在宅医療、緩和医療・ケア、人生の最終段階における医療・ケア、本人の意思、かかりつけ医機能、在宅医療介護連携、地域包括ケアシステム、尊厳の保障

- 内 容**
1. 近未来の人口推計は極めて重要な指標であり、今後の各地域における医療介護需要に見合った医療介護提供体制の構築が重要であり、在宅医療についても同様である。
 2. 2025年の75歳以上人口は総人口の18%を占めることとなり、病を抱えて生きる医療、治し支える医療、看取る医療における緩和医療・ケアの重要性は高まっていく。
 3. 人生の最終段階における医療・ケアにおいては、本人の意思を最大限に尊重するために医療・ケアチームと合意を形成するプロセスを重視する。
 4. 平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定では、医療介護連携の仕組みが盛り込まれており、現場で有効活用することが重要となる。
 5. 地域包括ケアシステムの構築は、住民が主人公として取り組む総力戦である。
 6. 好き好んで病気や障害をきたしている人はいるはずもなく、誰もがその人にとっての本来の普通の生活を望んでおり、その生活の実現すなわち「尊厳の保障」を実行することが役割である。

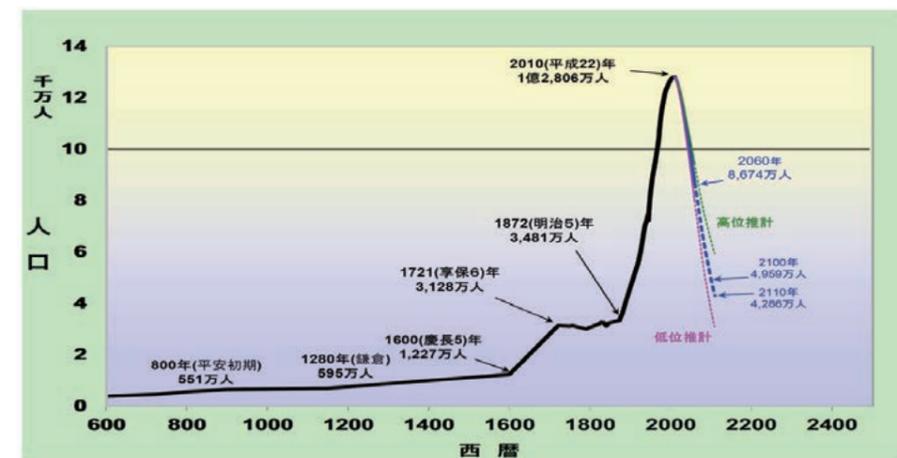
1

平成30年度在宅医療関連講師人材養成事業研修会

地域包括ケアシステムにおける かかりつけ医の役割と医療介護連携

2019年1月20日
公益社団法人 日本医師会
常任理事 江澤 和彦

2 日本人口の歴史的推移



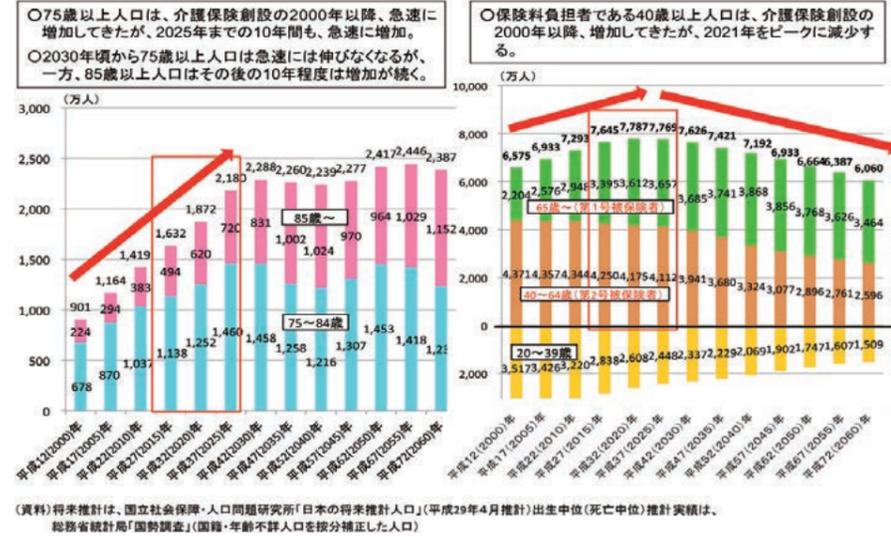
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田俊三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我が国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」「推計人口」)2011～2110年 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計])

提供: 国立社会保障・人口問題研究所 森田所長

わが国においては、明治時代の初めから約100年間の間に総人口が約1億人増加し、現在は総人口の最高値のピークを越え、過去の日本人が経験したことの無い人口減少社会を迎えている。近未来の人口推計は余程のことであっても変わらず、医療・介護分野のみならず全分野が適応していかねばならない課題となっている。過去の人口増加時代の経験は必ずしも参考とならず、各地域において新たな方策を検討すべき状況となっている。

3 75歳以上人口および40歳以上人口の推移

⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移 ⑥ 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移



75歳以上人口は2000年以降、急速に増加し、2025年まで急速な増加が続く。一方で、85歳以上人口は、2040年あたりまで増加が続く見込みである。2028年には日本の全国民の平均年齢が50歳に到達する。また、介護保険料負担者である40歳以上人口は、2021年をピークに減少し、2034年には介護保険第1号被保険者と介護保険第2号被保険者の人口が逆転する。すなわち、介護保険の支え手である40～64歳人口が65歳以上人口を下回ることとなる。

4 75歳以上人口の伸び率の市町村格差

75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、全国計で1.32倍であるが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%ある



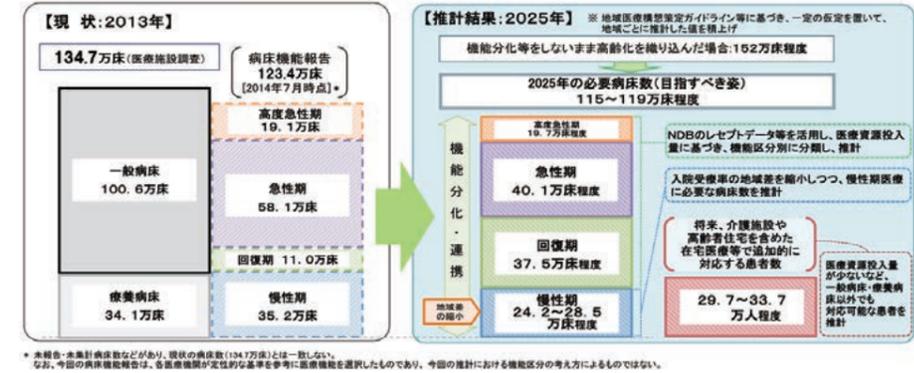
75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、全国計で1.32倍であるが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%あり、減少する市町村とあまり増えない市町村を合わせると全体の3分の1を超える。したがって、在宅医療の需要や提供体制も市町村によって大きく異なることとなる。

5 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(全国ベースの積上げ)

○今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、限られた医療資源を効率的に活用するため、医療機関の病床を医療ニーズに応じて機能分化し、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。
(⇒「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)

○今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。

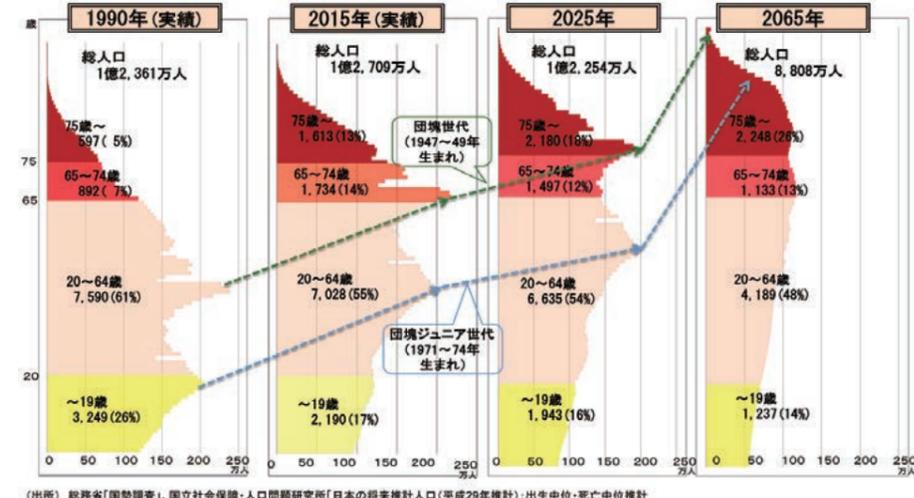
○地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進めるため、
・地域医療介護総合確保基金を活用した取組を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに
・今後の療養病床における医療提供のあり方を含め、受け皿としての医療・介護のあり方の検討を行うなど、
国・地方が一体となって取り組む。



地域医療構想においては、将来の人口推移に基づいて、性年齢階級別の疾患の発症数から入院受療を検討し二次医療圏の必要病床数を推計し、医療提供体制のあるべき姿を目指している。重要なポイントは、一般病床に入院する医療資源投入量175点未満の患者(C3未満の患者)と医療療養病床に入院する医療区分1の患者の70%が、将来病院以外の場所、すなわち介護施設や高齢者住宅を含めた自宅における在宅医療、あるいは外来診療で対応する点であり、この数は全国ベースで新たに約30万人が想定されている。各地域においてこうした状況を受け止められるかどうか地域医療構想の実現へ向けて極めて重要である。

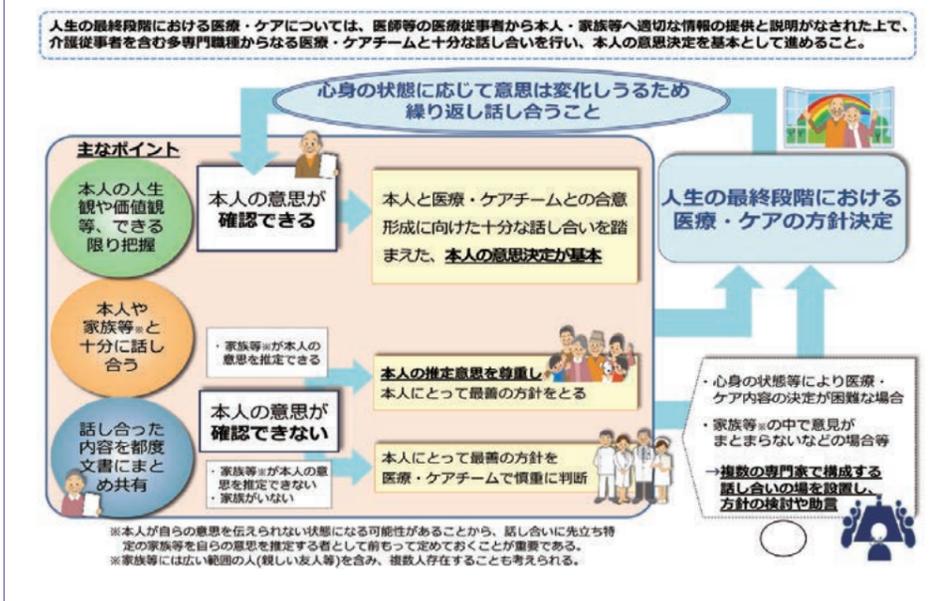
6 日本の人口ピラミッドの変化

○団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
○2065年には、人口は8,808万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約38%となる。



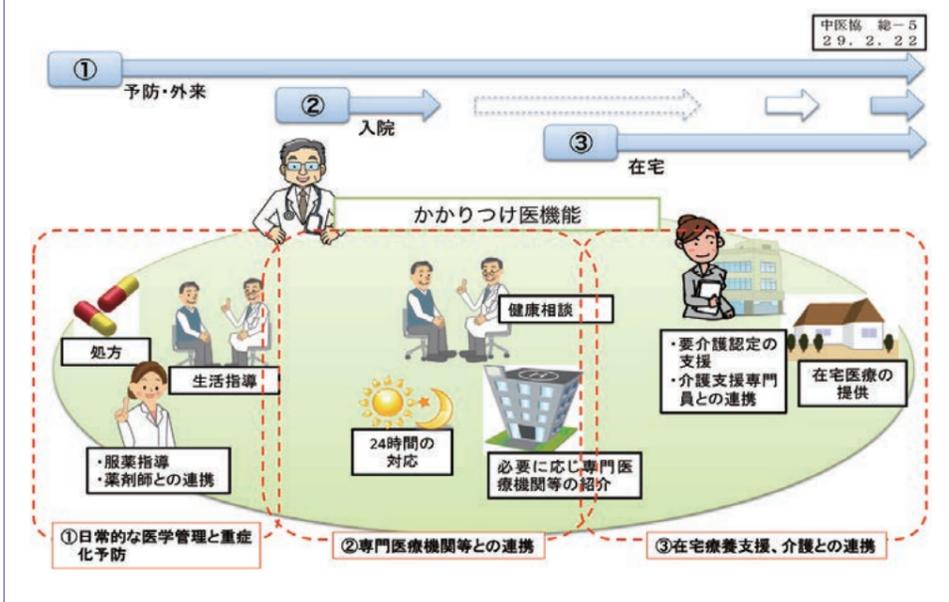
1990年には働き世代であった40代の方々も、2025年には後期高齢者となり、2025年の75歳以上人口は総人口の18%を占めることになる。後期高齢者は、がんが見つかったとしても、その方の希望や体力等を理由に、がんを根治するための治療を必ずしも行わない場合もある。実際にかんを理由に入院治療を行う患者数は現在をピークとして徐々に減少していく推計となっている。今後、がん等の病を抱えて生きる医療、癒し支える医療、看取る医療が増えることが想定されており、したがって、がん・非がんにかかわらず、緩和医療・ケアはますます重要となる。

7 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）



平成30年3月に医療現場以外の在宅や介護施設でも普及を促進するため、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に改められ、これまでの「患者」を「本人」に変更し、意思表示が出来なくなる可能性があるため本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である等が追記修正された。ポイントは、①医療ケアチームで考えること、1人の医療者で独断的な判断をしない、②徹底した合意形成主義で、何より本人の意思を尊重し、家族の気持ちに寄り添う、③体も心も苦痛の少ない状態であれば、人生の最終段階における医療において意思決定は難しくなるため、緩和ケアが重要である、以上の3点である。特に、本人が医療に対して素人であると同様に、医療専門職は初めて出会う本人の人生に対して素人であり、自分自身の専門家である本人自身から最善の選択に叶うための情報を教えてもらう態度が医療専門職には求められる。臨床所見の改善等の医学的最善が本人にとって最善とは限らず、医学的に無益なことが必ずしも本人にとって無益とは限らないことは留意すべきである。医療・ケアチームで慎重に判断するプロセスでは、チームの全職種が「本人の幸せ」を願っていることが大切となる。

8 かかりつけ医機能のイメージ（案）～生活習慣病を有する患者の例～



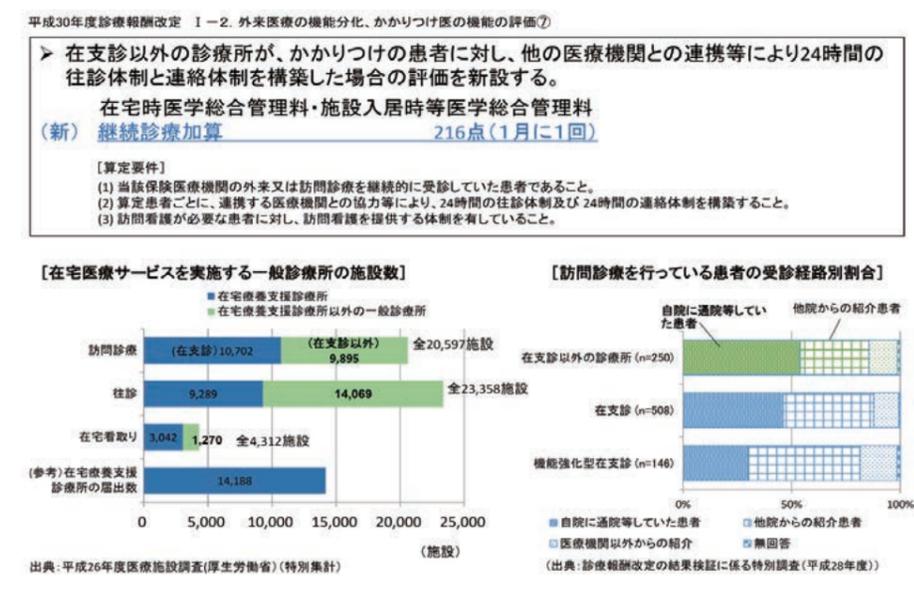
診療報酬上は、かかりつけ医機能を担うのは、200床未満の中小病院と診療所として評価されている。日常的な医学管理と重症化予防、専門医療機関等との連携に加え、日頃から気軽に健康相談に応じ、必要時には在宅医療の提供や在宅療養支援を行い、介護保険にも理解があり、介護予防や生活支援等あらゆる視点から一人ひとりの患者の生活、人生を支えていくことが、かかりつけ医の担うべき機能である。

9 質の高い在宅医療の確保



平成30年度診療報酬改定において、質の高い在宅医療の確保の視点から、在宅医療の提供体制の確保と在宅患者の状態に応じたきめ細やかな対応がなされた。在宅医療の提供体制には、在宅療養支援診療所（在支診）以外の訪問診療が必要である一方で、かかりつけ医機能の一部として24時間体制の確保が負担となっている。また、訪問診療を必要とする患者が複数の疾患を有し、在宅医療ニーズは多様化、高度化している。

10 在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価



平成30年度診療報酬改定において、在支診以外の診療所がかかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により、24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の評価として、継続診療加算が新設された。かかりつけ医が1人で24時間の体制をとることはシステムとしては非合理的であり、今後、200床未満の中小病院と診療所が連携体制を構築する等の各地域での取り組み促進が期待される。在宅医療を実施する一般診療所の施設数では、訪問診療は在支診と在支診以外はほぼ同数であり、往診は在支診以外の方が多く、在支診以外の診療所は非常に重要な社会資源であり、在支診以外の医療機関を応援することとなった。

11 訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

平成30年度診療報酬改定 I-5. 医療と介護の連携の推進⑤

診療報酬改定における対応

- 訪問診療を提供する主治医から患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員への情報提供を推進（在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の要件に追加）

介護報酬改定における対応

- 著しい状態変化を伴う末期のがん患者については、主治の医師等の助言を得ることにより、ケアマネジメントプロセスの簡素化を可能にするとともに、主治の医師等に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進

診療報酬改定における対応（通知抜粋）

○在宅時医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料の要件(抜粋)

悪性腫瘍と診断された患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者を担当する介護支援専門員に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、適時情報提供すること。

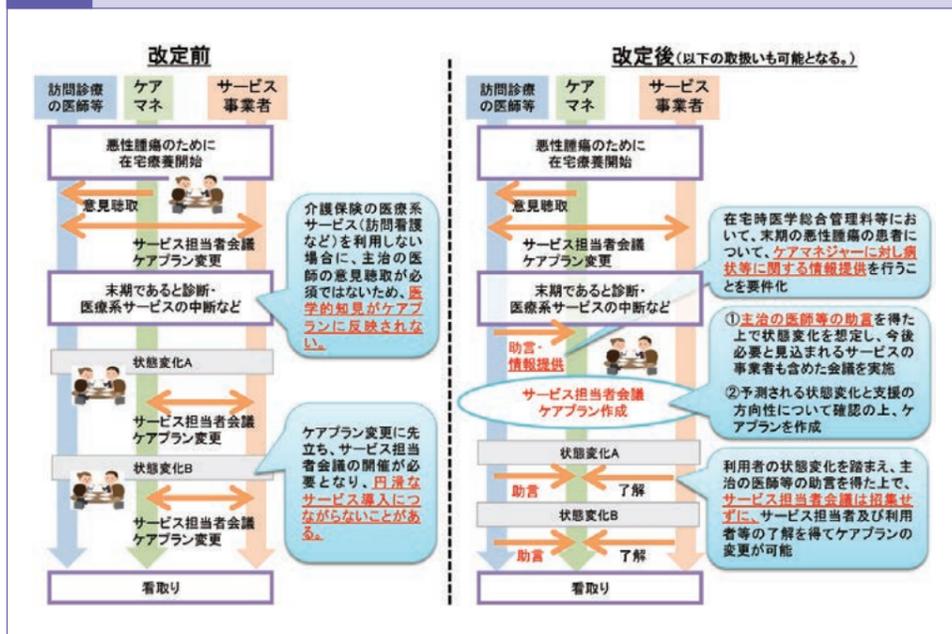
介護報酬改定における対応(居宅介護支援)

○ケアマネジメントプロセスの簡素化
著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とする等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。【省令改正】

○頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設
末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

平成30年度診療報酬改定では、在宅時医学総合管理料等について、医師が医学的に末期の悪性腫瘍であると判断した段階で、患者を担当するケアマネジャーに対し、予後および今後想定される病状の変化、それに合わせて必要となるサービス等について情報提供を行うこと、すなわち医師とケアマネジャーとの連携が要件に入った。一方、平成30年度介護報酬改定では、主治医の助言を得ることによって、ケアマネジメントプロセスの簡素化や頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価が新設された。

12 訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化（イメージ）



末期の悪性腫瘍の患者の在宅医療について、かかりつけ医と介護支援専門員の連携強化が見直された。在宅時医学総合管理料等において、かかりつけ医は、末期の悪性腫瘍の患者の病状等に関する情報を介護支援専門員に提供することが要件化された。一方で、かかりつけ医から助言を受けた介護支援専門員は、状態変化を想定し、今後必要と見込まれるサービスの事業者も含めた会議を実施しケアプランを作成するが、その後の状態変化時には、かかりつけ医の助言を受けた上でサービス担当者会議を招集することなく、サービス担当者および利用者等の了解を得てケアプランの変更が可能となった。介護支援専門員が状態変化を確認するため通常より頻回となるモニタリングを評価するため、在宅で死亡した利用者について、一定の要件のもとターミナルケアマネジメント加算も新設された。これらの見直しにより、末期がんに頻回に生じる状態急変時に、タイムリーなかかりつけ医からの助言を踏まえた対応が可能となり、利用者にとって有益となる。かかりつけ医と介護支援専門員が日頃から連絡方法や連携手段等について、相談しておくことがポイントとなる。

13 入院時における連携促進（運営基準改正イメージ②）

改正イメージ	現行
(指定居宅介護支援の具体的取扱方針) 第十三条 (略) 一～十二 (略) 十三 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握(利用者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。 十三の二 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師、歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。 十四～十八 (略) 十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師(以下「主治の医師等」という。)の意見を求めなければならない。 十九の二 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。	(指定居宅介護支援の具体的取扱方針) 第十三条 (略) 一～十二 (略) 十三 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握(利用者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。 (新設) 十四～十八 (略) 十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師(以下「主治の医師等」という。)の意見を求めなければならない。 (新設)

入院時における連携促進として、ケアマネジャーは居宅サービス事業者等から利用者に関する情報提供を受けた時、その他必要と認める時は、利用者の口腔に関する問題、薬剤状況その他の利用者の心身または生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師や、歯科医師、薬剤師に提供することとなった。

14 I-② 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進（その1）

- 医療機関との連携により積極的に取り組むケアマネ事業者について、入退院時連携に関する評価を充実するとともに、新たな加算を創設する。
- 訪問介護事業者等から伝達された利用者の口腔や服薬の状態等について、ケアマネから主治の医師等に必要情報伝達を行うことを義務づける。

居宅介護支援

- 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価する。
<現行>
入院時情報連携加算(I) 200単位/月
・入院後7日以内に医療機関を訪問して情報提供
入院時情報連携加算(II) 100単位/月
・入院後7日以内に訪問以外の方法で情報提供
<改定後>
入院時情報連携加算(I) 200単位/月
・入院後3日以内に情報提供(提供方法は問わない)
入院時情報連携加算(II) 100単位/月
・入院後7日以内に情報提供(提供方法は問わない)

- 退院・退所加算について、退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価するとともに、医療機関等との連携回数に応じた評価とする。加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。

	＜現行＞退院・退所加算		＜改定後＞退院・退所加算	
	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	300単位	300単位	450単位	600単位
連携2回	600単位	600単位	600単位	750単位
連携3回	x	900単位	x	900単位

- 特定事業所加算について、医療機関等と総合的に連携する事業所(※)を更に評価する。(平成31年度から施行)
特定事業所加算(IV) 125単位/月(新設)

※特定事業所加算(I)～(III)のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定している事業所

- 訪問介護事業者等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリングの際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

訪問介護員は、在宅の状況を目の当たりにすることがしばしばある。「口腔ケアの状況が芳しくない」、「服用していない処方薬が余っている」、「ADLが低下しているのにリハビリテーションを受けていない」等の情報を訪問介護員が介護支援専門員に伝え、情報提供を受けた介護支援専門員は、必要と判断した情報について、主治医等に提供することが義務づけられた。したがって、在宅の状況が主治医まで届くルートが制度上に位置づけられたこととなると同時に、かかりつけ医と介護支援専門員の連携が密になることが期待される。

15 入退院時の医療・介護連携に関する報酬（イメージ）



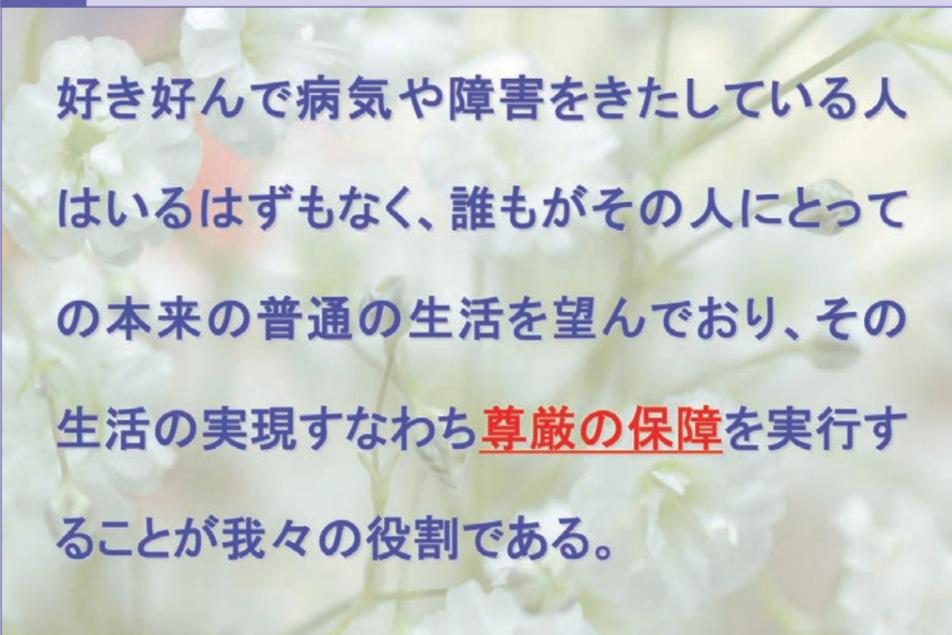
診療報酬改定の4つの基本的視点の1に、「地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進」が掲げられ、介護報酬改定も同様に、「地域包括ケアシステムの推進」が掲げられ、両者とも地域包括ケアシステムによる連携を強く意識した改定となっている。実務的には、医療と介護の重なり合う共通項の整理と両端に位置するエッジの部分をつなぐ細かい事項の積み重ねが丁寧になされ、同一項目について、診療報酬・介護報酬の両方で表裏一体的に評価されており、医療・介護連携改定の様相を呈している。入退院・入退所時の医療・介護連携がきめ細かく報酬上に位置づけられ、いかに活用されるか注目される。特に、異なる法人の事業所との連携について、利用者を地域で支える視点の共有が必要となるが、医療機関側と介護支援専門員や施設側の双方の歩み寄りにも努力すべきであろう。大切なことは、報酬を算定することが目的ではなく、真に利用者のための支援となっているかどうかなのである。

16 地域包括ケアシステム構築10か条

1. 本質は「地域づくり」「まちづくり」
2. 「住民」が主人公として取り組む総力戦
3. 課題を踏まえ住民共に築く「ご当地システム」
4. 「医療介護連携」から「異業種・異分野連携」へ
5. 「自助」「互助」は不可欠
6. 「全世代対応型」システムの構築
7. 若者や子供たちの「住み慣れた地域」の視点
8. 医療も介護も「生活の視点」の重視
9. 地域の一員として「地域づくり」へ参画
10. 地域力を左右する地域への「愛着」「想い」

地域包括ケアシステムの構築は、住民が主人公として取り組む総力戦となる。したがって、地域包括ケアにおける他職種連携では、異業種・異分野との連携が中心となる。医師会やかかりつけ医が町内会、老人クラブ、民生委員等と交流し連携を図り、地域の医療介護の課題、高齢者や認知症の方の生活支援等を地域づくりの視点でもとに考え合うことが極めて重要となる。地域包括ケア推進の最大の原動力は、住民の地域への愛着、想いであり、一人ひとりの愛着、想いが地域力を高めていく。自己の選択による住み慣れた地域、仕事をさせていただいている地域への馳せる想いと住民一人ひとりの意思の尊重により、地域包括ケアは深化・推進する。

17 尊厳の保障へ向けて



今は寝たきりや意識障害であっても、誰も普通の暮らしをしていたお元気な頃があり、仕事に精を出したり、家族との団らんを過ごしたりされてはいたはずである。私たちは、そこに想いを馳せながら寄り添うことが肝要である。心が通じ合うことで、治療効果も介護効果も増大する。今度のお正月も来年のお花見も確実に約束出来ない方々が世の中には大勢いらっしゃる。今度ではなく、今出来ることを実行することが求められている。急性期から慢性期、介護に至るまで医療、介護の究極のゴールは、その人らしい暮らしの実現や穏やかな大往生を創造することにある。お一人おひとりの「尊厳の保障」、これこそが医療人の最大の使命なのである。

地域のなかで推進できる、 求められるリーダー人材とは

System of Systems

～各地域で既存のシステムを活用し、境界を越え、
新たにつながる統括システムづくり～

地域のニーズをどう拾い上げ、 どのように推進・活性化していくか

先達に学ぶ①

地域の在宅医療推進に向けた診療所の取り組み

先達に学ぶ②

地域での実践から考えたこと

先達に学ぶ③

坂出市医師会における地域包括ケアシステムへの取り組み

先達に学ぶ④

小規模病院の在宅療養支援病院としての取り組み

System of Systems

～各地域で既存のシステムを活用し、境界を越え、新たにつながる統括システムづくり～

飯島 勝矢

目 標

『システム・オブ・システムズ (System of Systems)』の概念は、もともと産業界で用いられている言葉だが、それを地域包括ケアシステム構築に応用している。「それぞれ独自の機能を持つシステムが連携してつくられた高次のシステム」という意味である。各地域において「地域包括ケアに資する、個々の職種による独立した機能・役割」が存在し、個々のシステムとして出来上がっている。それらはどれ一つたりとも無くてはならない存在である。

1. それらの機能を各地域単位において十分に活用し、境界を越え、皆で統合し、新たにつながる統括システムを構築できることを目指す。
2. 求められる地域のリーダー役になるにあたり、地域のニーズをどう拾い上げ、どのように推進・活性化していくのか、この概念を照らし合わせながら、再考してみる。
3. その流れを受けて、地域を代表してご活躍をされている4名の先生方から「先達から学ぶ」という趣旨で講演を聞き、聴講者の各地元に照らし合わせて考えてみる。
4. 午後のワークショップでもその対応策をディスカッションしてみる。

Keyword

システム・オブ・システムズ (System of Systems)、規範的統合、Community based care、Integrated care、治し支える医療を実現するための総合的視点

内 容

1. 2040年度の社会保障費は対GDP比で24%に上昇
2. 医療における2025年問題
3. 都道府県別65歳以上人口の変化 ～ 2010年、2040年比較～
4. 規範的統 ー Community based care、Integrated care ー
5. 地域包括ケアシステムの推進・つくりかた
6. システム・オブ・システムズ (System of Systems) ～この概念を地域包括ケアシステムに当てはめると～
7. 治し支える医療を実現するための総合的視点

<平成30年度在宅医療関連講師人材養成事業 研修会>

2019年1月20日 (日)

【メインテーマ】

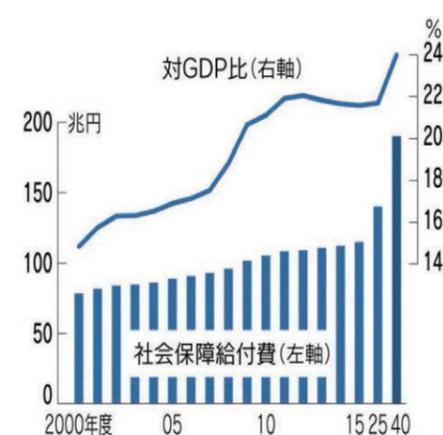
～地域のなかで推進できる、求められるリーダー人材とは～

System of Systems

各地域で既存のシステムを活用し、
境界を越え、
新たにつながる統括システムづくり

東京大学 高齢社会総合研究機構
飯島 勝矢

2040年度の社会保障費は対GDP比で24%に上昇



✓ 65歳以上の人口が4千万人近くとピークに達し、人口のほぼ3人に1人を占める

✓ 15～64歳の生産年齢人口は18年度より約1500万人減り、税や保険料を負担し社会保障制度を支える就業者数も約930万人減る

✓ 社会保障費は、18年度から6割増え、特に介護は高齢者数の増加で2.4倍の約26兆円

✓ 給付全体が経済成長を上回るペースで増え、国内総生産 (GDP) に対する比率は18年度より2.5ポイント高い24%となる

✓ 制度の持続可能性を保つには、給付と負担の両面からの改革が必要

(注) 2025、40年度は政府推計から作成。15年度までは国立社会保障・人口問題研究所の資料から作成

兵庫県立大学経営研究科 筒井孝子先生 2018年9月2日東京都医師会 スライドを引用

2040年にはどのような社会になるのか。65歳以上の人口が4千万人近くとピークに達し、人口のほぼ3人に1人を占める。生産年齢人口は18年度より約1500万人減り、税や保険料を負担し社会保障制度を支える就業者数も約930万人減る。社会保障費は2018年度から6割増え、特に介護は高齢者数の増加で2.4倍の約26兆円となる。給付全体が経済成長を上回るペースで増え、国内総生産 (GDP) に対する比率は18年度より2.5ポイント高い24%となる。制度の持続可能性を保つには、給付と負担の両面からの改革が必要である。

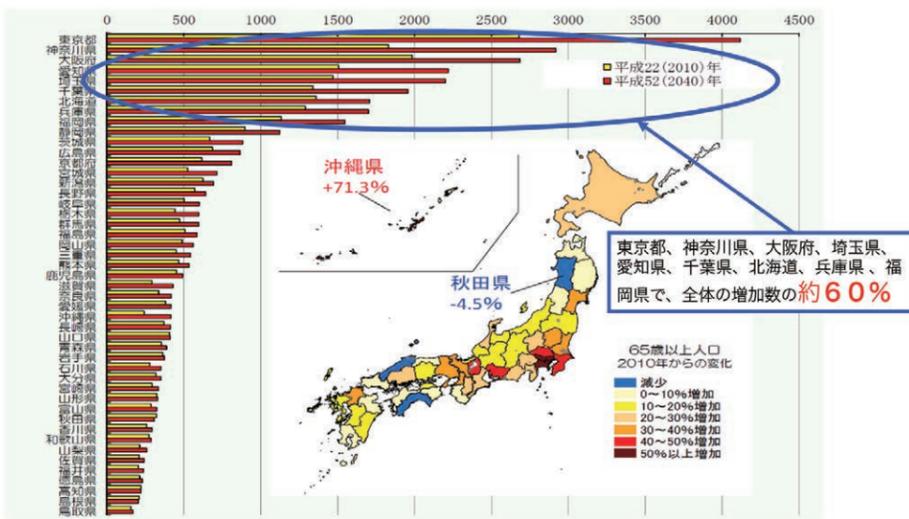
3 医療における2025年問題

- 2025年とは、団塊の世代が75歳になる年
 - 医療・介護需要の最大化
- 高齢者人口の増加には大きな地域差
 - 地域によっては高齢者人口の減少が既に開始
- 医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、**急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制**を作ることが必要。

兵庫県立大学経営研究科 筒井孝子先生 2018年9月2日東京都医師会 スライドを引用

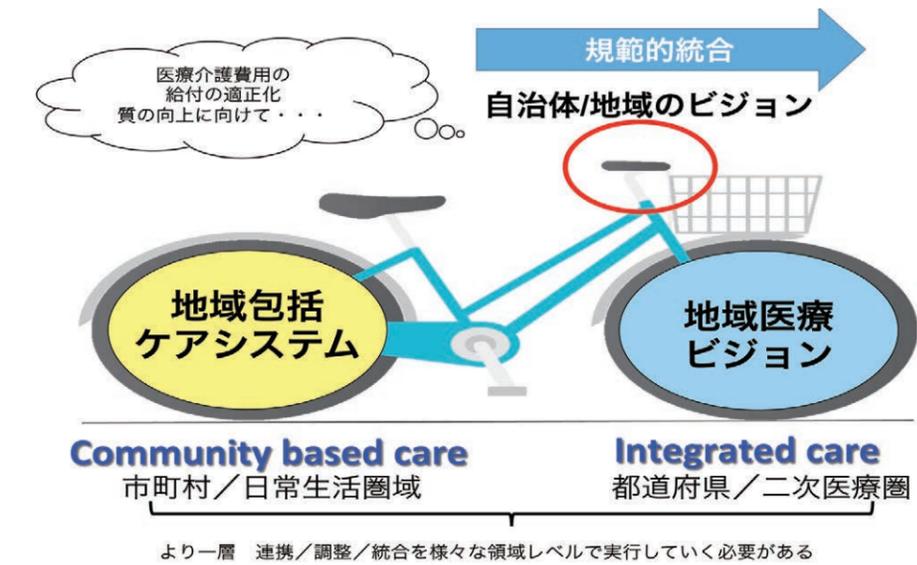
2025年とは、団塊の世代が75歳になる年であり、医療・介護需要が最大化する。高齢者人口の増加には大きな地域差があり、地域によっては高齢者人口の減少がすでに開始している。医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制をつくる必要がある。

4 都道府県別、65歳以上人口の変化 ～2010年、2040年比較～



東京都、神奈川県、大阪府、埼玉県、愛知県、千葉県、北海道、兵庫県、福岡県で、全体の増加数の約60%となる。全体的には、大都市部およびその近郊で高齢者の割合は激増する。

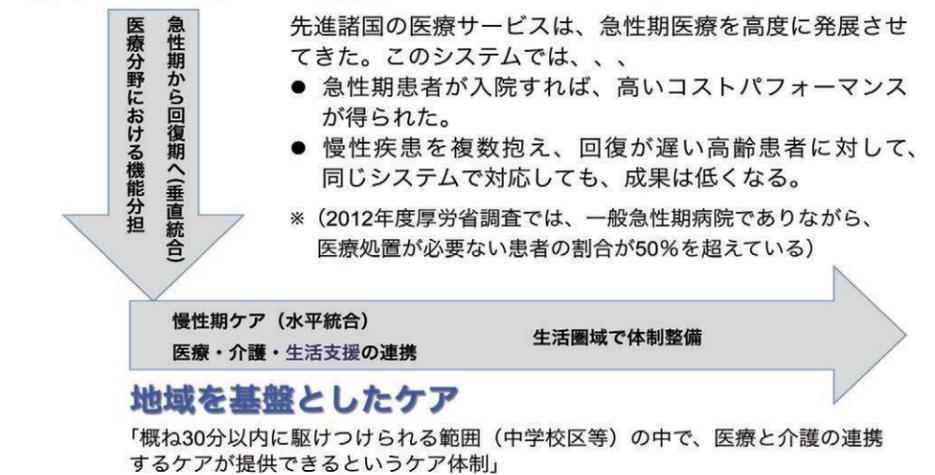
5 規範的統合を見据えた自治体／地域のビジョン



医療・介護費用の給付の適正化、および質の向上に向けて、どのような視点を配慮すべきなのだろう。そこには、バランスのとれた2つの視点（①地域包括ケアシステム、②地域医療ビジョン）が必要であろう。

6 地域包括ケアシステムの推進

日本の統合型ケアの概念



日本の統合型ケアの概念と地域を基盤としたケアの両方の軸を簡単に概説する。わが国は、高度急性期医療を推し進めながらも、慢性疾患を複数抱え回復が遅い高齢患者等に対して、どう対応していけば良いのか。ちなみに、2012年度厚労省調査では、一般急性期病院でありながら、医療処置が必要ない患者の割合が50%を超えているとの結果もある。

7 地域包括ケアシステムのつくりかた

- 1) 市長による**規範の統合**；「まちづくり」への共通認識構築
- 2) **指導者**の存在；地域包括ケアシステム構築や住民への啓発
- 3) 核となる**行政職員**の存在；計画策定や地域作りへの取組み
- 4) **ニーズ調査（悉皆）**は重要；関係者が情報共有し課題解決へ
- 5) 地域作りの**専門職**；地域包括支援センターや社協の保健師社会福祉士等が事例を通し、住民と共に地域作り
- 6) マスコミの協力；地域住民の**意識啓発**や行政・事業所の認識の統一へ地域の新聞が役割を發揮
- 7) 市議会議員の応援；地域の住民代表としての理解と協力
- 8) **地区リーダー**の育成；地区作りへ一歩を踏み出すキーマン
- 9) **地区住民の参加**；地区の状況を知り、自分事として行動
- 10) **高齢者の参加**；元気高齢者の把握と社会参加の機会創出

引用：シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」平成27年2月3日 東京会場 南氏作成資料

地域のなかで推進できる、求められるリーダー人材には、さまざまな視点に配慮することも求められる。

8 規範的統合をいかに進めていくか

- ・組織、専門家集団、個人の間で、価値観、文化、視点を共有するためには、、、

多様な人々が持つそれぞれの問題に対して、解決の手段となること、また、効果的であることを説明するためには

- ① 共通の**統合目的**の設置
- ② コミュニケーションの際に生じる**ギャップ**を解明し、対応すること
- ③ 現地での**イベント**を通じた**臨床的関係と信頼の構築**とサービス利用者やより広い**コミュニティ**と関係を持てること

兵庫県立大学経営研究科 筒井孝子先生 2018年9月2日東京都医師会 スライドを引用

①共通の統合目的の設置、②コミュニケーションの際に生じるギャップを解明し、対応すること、③現地でのイベントを通じた臨床的関係と信頼の構築とサービス利用者やより広いコミュニティと関係を持てること、などが挙げられる。保険者と地域包括支援センター間での規範的統合にも課題を残しており、この規範的統合をいかに進めていくかが地域包括ケアシステムの要となる。

9 全体が良いシステムになっていることは？



工業製品は多くの部品からなっている
製品の良し悪しはそれぞれの部品の品質だけで決まるわけではなく、**それらがうまく配置され調和して動くかどうか**が重要

例) 自動車

エンジン、ボディー、ブレーキ、タイヤなど部品の性能が良いだけでなく、それらが組み合わさって総合的に製品の性能が発揮されなければならない

例) デジタルカメラとカラープリンタを統合したもの

独立して使われることができています。つまり、それ自体が意味を思っている。一方で、カラープリンターも、デジタルカメラがなくても単独で利用され、それ自体に意味を持っている。更にそれぞれの開発は、誰かが統合的にマネジメントをしているわけではなく。

話は工業製品の例えになる。工業製品は多くの部品からなっている。製品の良し悪しはそれぞれの部品の品質だけで決まるわけではなく、それらがうまく配置され調和して動くかどうか重要である。

10 システム・オブ・システムズ (System of Systems)

それぞれ独自の機能を持つシステムが
連携して作られた、全体として調和されたシステム

- ・機能が一つ増えるたびに機器の複雑さのレベルが上がる
- ・それを技術として支えるのが、数ミリ四方の面積に組み込まれた数億個のトランジスタや膨大なプログラム

気の遠くなるような複雑さと
システム技術は対峙している



出典：経済産業省資料より抜粋

出典：「インダストリー4.0 実現戦略報告書」より抜粋

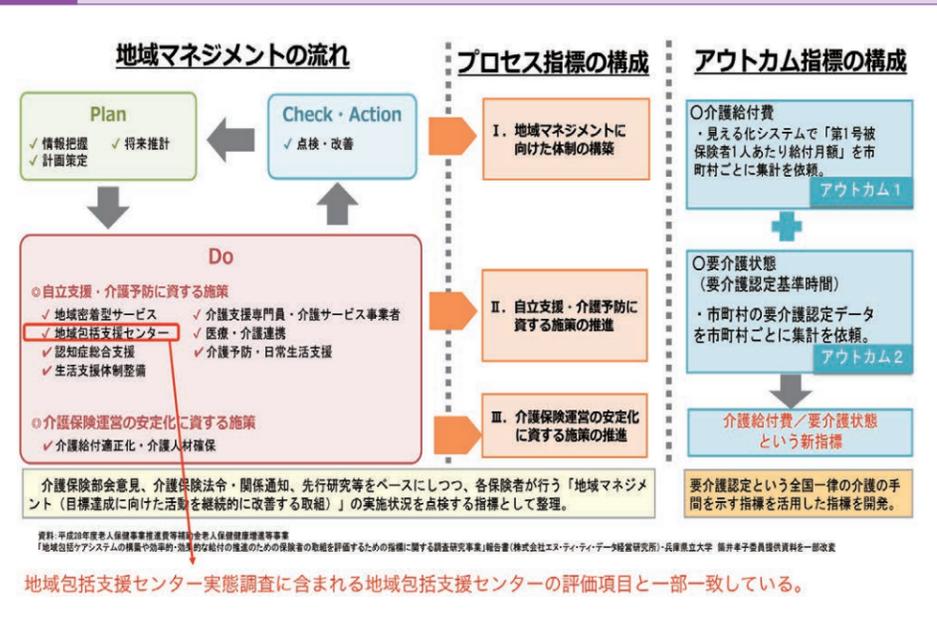
それぞれ独自の機能を持つシステムが連携してつくられた、全体として調和されたシステムのことを示す。

11 システム・オブ・システムズ (System of Systems)

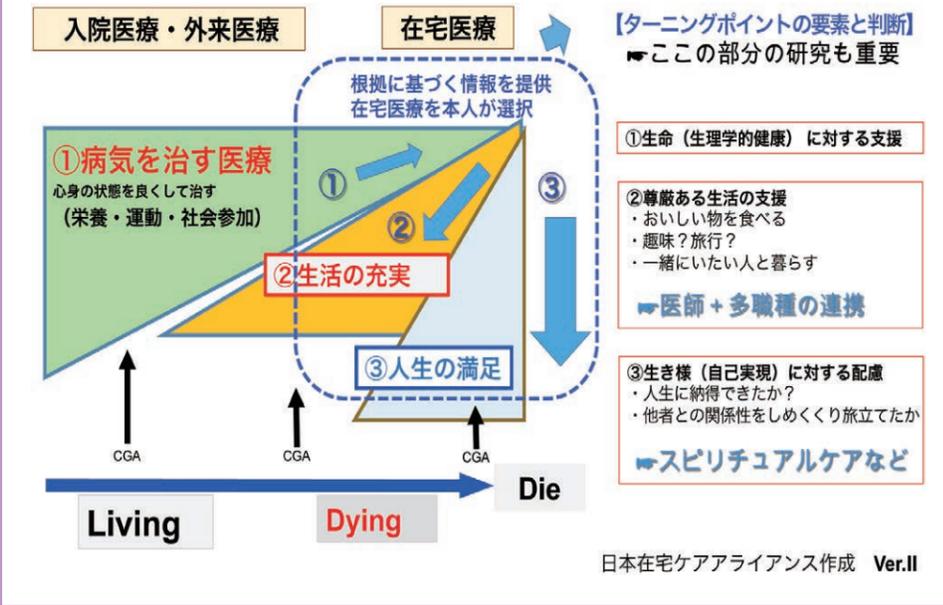
この概念を地域包括ケアシステムに当てはめると

- 「それぞれ独自の機能を持つシステムが連携して作られた、全体として調和されたシステム」という意味
- 各地域において「地域包括ケアに資する、個々の職種による独立した機能・役割」が存在し、個々のシステムとして出来上がっている
- それらはどれ一つたりとも無くてはならない存在である
- それらの機能を各地域単位において十分に活用し、境界を越え、皆で統合し、新たにつながる統括システムを構築できることを目指す

12 平成28年度版 介護保険者機能評価

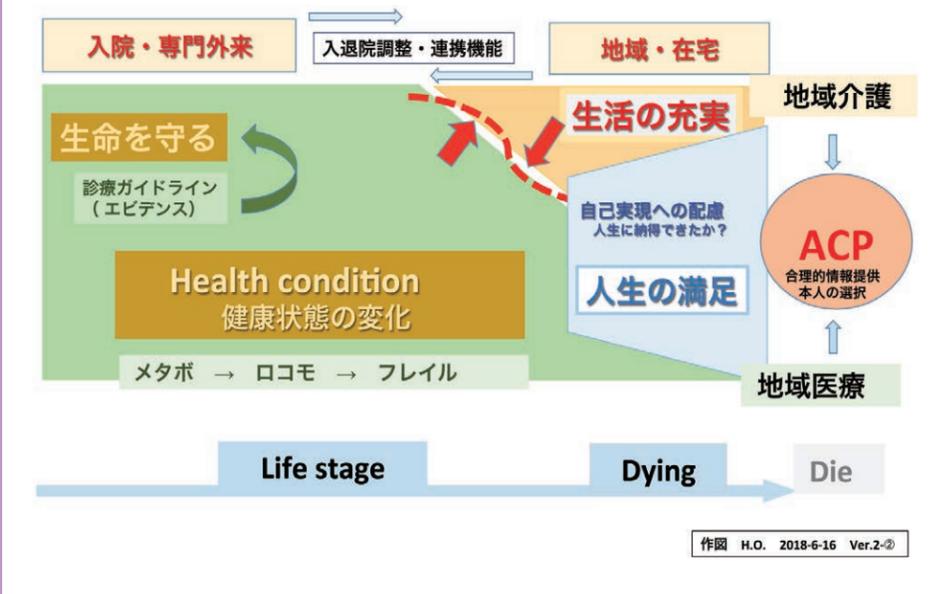


13 治し支える医療を実現するための総合的視点



入院医療・外来医療と在宅医療の個々に重きを置く点を分かりやすくするために、治し支える医療を実現するための総合的視点をあえてイメージ図化した。在宅医療においては、②生活の充実度、③人生の満足度をより大きくすることに大きな意義と位置づけがある。また、在宅医療へのターニングポイントの要素と判断も重要となってくる。そこには、根拠に基づく情報が提供されることと、在宅医療を本人が選択することも重要となる。

14 病院医療と在宅医療 ~医療と介護の関係性の視点から整理~



ライフステージが進み、死を迎える過程も含めて、病院医療と在宅医療との個々の位置づけを医療と介護の関係性の視点から整理してみた。老いの経過のなかで健康状態の変化も移り変わっていくが、そのなかで、「生命を守る」という世界から「生活の充実」へのこだわり、もっと突き詰めれば「人生の満足(自己実現への配慮: 人生に納得できたか?)」という世界に入っていく。そのために、地域でのどのような体制で支援をしなければならないのか。

15 一般的なマネジメントプロセス

問題意識を明らかにする

ゴールを設定する

外部を知る

自分を知る

関係者を知る

戦略を決める

スタートラインを決める

計画を決める

http://www.n-power.net/03_manage/mg_outline.html#2_2より引用

16 メインテーマ ～地域のなかで推進できる、求められるリーダー人材とは～

先達から学ぶ（4名）

グループワーク（議論の視点）

- 【1】 System of Systems 概念を踏まえ、
自分の地域における今の課題と着手点
- 【2】 医師会として在宅医療推進のPDCAサイクル
をどう回すのか
- 【3】 新たな医師と市民をどう巻き込むのか
- 【4】 上記1～3のために、地域のリーダー役として
着手できること

地域のニーズをどう拾い上げ、どのように推進・活性化していくか

先達に学ぶ①

地域の在宅医療推進に向けた診療所の取り組み

坂戸 慶一郎

目標 地域で外来・訪問診療を行う一つの診療所として、地域での在宅医療の推進のためにどのような活動ができるか、模索するための事例として紹介する。

Keyword 多職種連携、教育、診療所看護

- 内容**
1. 黒石市の現状
 2. 当診療所の背景
 3. 具体的な取り組みの紹介
 - ・ 診療所看護師の役割と重要性
 - ・ 医師・看護師などの在宅医療の教育
 - ・ 日々の在宅医療のなかでのカンファレンスや多職種連携
 - ・ 施設での看取りに関する学習会
 - ・ 訪問看護との連携を進めるための学習会
 - ・ ケアマネジャーの自主的な学習会への協力
 - ・ 見える事例検討会の開催
 - ・ 一般市民向け講演会
 4. 在宅医療推進についての今後の課題

1 黒石市の環境と現状

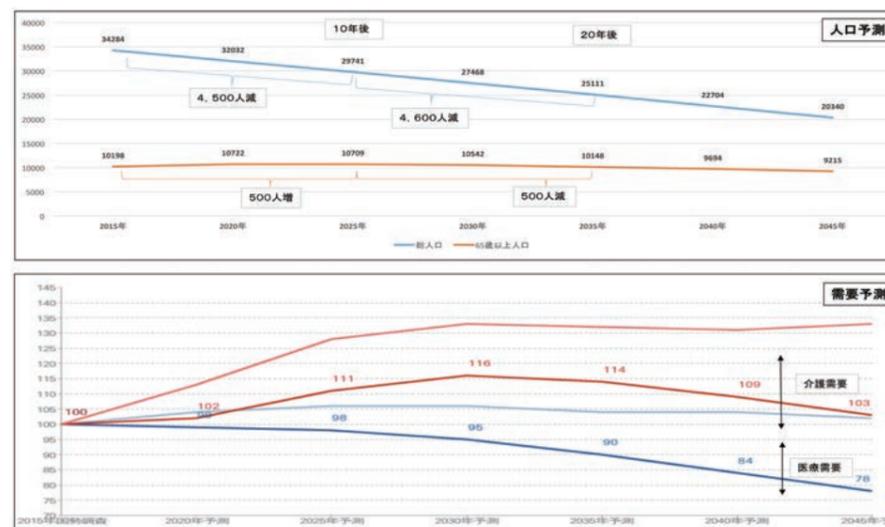


面積	217.05km ²
隣接する自治体	青森市・平川市・藤崎町・田舎館村
地域の祭り	黒石ねぶた・黒石よされ（日本三大流し踊り）
ご当地グルメ	黒石つゆやきそば
総人口	34,284人（人口密度 158人/km ² ）
高齢者人口	10,198人（高齢化率 29.70%）
独居高齢者数	4,148人（12.1%）

出典：黒石市HP「観光案内」より

青森県黒石市は人口約3万の地方都市である。リンゴ作りや稲作を中心とした一次産業も多い。冬は降雪量が多いことから通院も困難となりがちであり、在宅医療の潜在的ニーズは高いと考えられる。

2 黒石市の将来人口予測と医療介護の需要予測



出典：日本医師会HP「地域医療情報システム」より

これまでに黒石市の人口は漸減してきているが、今後も総人口の減少が予想されている。高齢者の人口はほぼ横ばいであり、若年者の人口は減少していくことから、高齢化率はさらに上昇する見込みである。介護需要は2030年までは上昇することが予想されており、一方で医療需要はやや減少することが予想されている。

3 医療と介護の資源状況

- 医療**
- ・診療所数 14機関（支援診2 支援診1(0)・支援診2(1)・支援診3(1)）
 - ・病院数 3機関（支援病0）
 - ・訪問看護ST 7機関
 - ・歯科診療所数 15機関（訪問歯科1）
 - ・薬局数 16機関（訪問薬局2）

- 介護**
- ・地域包括支援センター 1カ所
 - ・居宅介護支援センター 17施設
 - ・老人保健施設 1施設
 - ・訪問介護 24施設
 - ・特別養護老人ホーム 2施設
 - ・通所介護 14施設
 - ・グループホーム 12施設

出典：日本医師会HP「地域医療情報システム」より

在宅医療に関わる医療施設は、現在のところ、在宅支援病院が0、在宅支援診療所が2である。在宅支援診療所数は、人口当たりで全国平均の約半分となっている。黒石市は周辺にも人口密度の低い自治体があり、在宅医療については広範な地域を少ない医療機関でカバーする必要がある。また、介護施設については概ね全国平均並みの整備がされている。

4 黒石市の状況（2025年）

- 高齢化率は全国より高く、今後も上昇
- 高齢者人口そのものは横ばい（後期高齢者増加）
- 医療需要は横ばい、介護需要は微増
- 診療所数は全国平均より少ない
- 収入は低い世帯が多い
- 平均寿命は全国ワーストクラス

黒石市の状況をまとめると、高齢化率は全国より高く、今後も上昇が見込まれる。高齢者人口そのものは横ばい（後期高齢者増加）、医療需要は横ばいからやや低下し、介護需要は微増が予想される。診療所数は全国平均より少ない。また、詳細なデータは割愛するが、収入は低い世帯が多い。青森県の平均寿命は47都道府県で最下位であり、自治体別の順位も黒石市はワーストクラスである。

5 健生黒石診療所の人員体制と診療実績（2018年10月現在）

医師	2名		
看護師	4名		
准看護師	1名		
放射線技師	1名		
事務員	8名		
管理栄養士（嘱託）	1名		
計	17名		

	件数	延件数
外来	940	1,155
往診	52	181
合計	992	1,336

認知症サポート医、専門医制度基幹施設、後期研修医、県総合診療WG、京都府立医大研修医、弘前医療福祉大講義・実習受入、介護認定審査会、診療所キッズパーク、黒石よされ、特定健診栄養指導、小学校・幼稚園健診、市民健康講座、無料低額診療制度



当診療所は、もともと医師が1人体制で行っていたが、現在は総合診療専門研修の専攻医が入り替わり研修に来ているため、概ね医師2名体制となった。訪問診療の管理件数に比べて、訪問診療+往診の延べ件数が多いのは、終末期（良性疾患と悪性疾患いずれも）の状態での紹介を受けて在宅医療を開始し、頻りに臨時往診などの対応が必要となるケースが多いためである。外来、訪問診療の他には、教育面での各種の役割をいただいている。また、地域の学校医としての仕事や、ヘルスプロモーションに関わる取り組みなどを行っている。

6 地域のなかで在宅医療を推進するための取り組み

- 診療所看護師の役割と重要性
- 看護学校での授業、医学生の診療所実習、卒後初期臨床研修医・総合診療専門研修専攻医の診療所研修における在宅医療の指導
- **日々の在宅医療のなかでのカンファレンスや多職種連携**
- 施設での看取りに関する学習会
- 訪問看護との連携を進めるための学習会
- ケアマネジャーの自主的な学習会への協力
- 見える事例検討会の開催
- 一般市民向け講演会

診療所として、地域のなかで在宅医療を推進するために、いろいろな試みをしている。何より大事なものは、日々の在宅医療のなかで、悩ましい事例や困難事例などがあった場合に、しっかりと向き合い、カンファレンスなどを通じて多職種で協力し合うことのように思う。そのことによって小さなチームが形成され、それが積み重なって地域の連携が進んでいくのではないだろうか。一つひとつが地域に及ぼす力はそれほど大きくはないが、地道な取り組みの積み重ねを大事にしていきたい。

7 在宅医療推進についての今後の課題

<当診療所の課題>

- 24時間対応を継続するための医師体制の確保や医師連携の推進
- 在宅医療についての（急性期の対応能力など）質改善
- 多職種との連携の強化
- 経済的困窮者への対応能力の向上（制度の理解と活用など）
- 医師会、自治体の取り組みへの一層の積極的な参加など

<地域の課題>

- 在宅医療という選択肢があることの周知（市民・医療介護職）
- 多職種が事例検討や地域の課題を話し合う場を更に推進
- 短命県返上の取り組みなど

当診療所の課題としては、24時間対応を継続するための医師体制の確保や医師連携の推進、在宅医療についての（急性期の対応能力など）質改善、多職種との連携の強化、経済的困窮者への対応能力の向上（制度の理解と活用など）、医師会、自治体の取り組みへの一層の積極的な参加などが挙げられる。地域の課題としては、在宅医療という選択肢があることの周知（市民・医療介護職）、多職種が事例検討や地域の課題を話し合う場をさらに推進すること、短命県返上の取り組みなどがあるのではないだろうか。

地域のニーズをどう拾い上げ、どのように推進・活性化していくか

先達に学ぶ②

地域での実践から考えたこと

北西 史直

目 標 在宅医療・介護連携推進事業が全国で本格的に開始された。医師会と行政がタッグを組むことは良いことだが、8つの構成事業をかたちだけ行っても、恐らく魂の入ったものにはならないと思われる。当地域ではやや先取りするかたちで、地域医師会主導の在宅医療（介護）の連携事業を2012年度より行った。運営する上で意識したことはグループワークを多用することで、参加感や顔（腹?）の見える関係づくりを意識したこと、症例検討会でもレクチャー形式も入れ、お持ち帰り（勉強）感を持たせる工夫をすることであった。3年間の活動を振り返って、確かに多職種対象の会議などは人が集まり、成功したように見えるが、医師の参加が少数、固定化されるなどの問題点も感じられた。組織として行いう限界、在宅医療の特殊性や在宅医療・介護連携推進事業の課題にふれさせていただき、COPC（community oriented primary care）の概念を紹介、求められる地域のリーダー役を考察する。

Keyword 多職種連携、参加感、顔（腹?）の見える関係、お持ち帰り（勉強）感、在宅医療の特殊性、COPC（community oriented primary care）

内 容

1. 当地域について
2. 当時の在宅医療の状況
3. 在宅医療連携事業への流れ
4. 2012年度から2014年度までの開催内容
5. 運営する上で気をつけたこと
6. 現在の在宅医療（介護）連携事業の現状
7. 組織としての限界
8. 在宅医療・介護連携推進事業の課題
9. COPC（community oriented primary care）について
10. 求められる地域のリーダー役とは

平成30年度在宅医療関連講師人材養成事業 研修会

求められる地域のリーダー役

～地域のニーズをどう拾い上げ、どのように推進・活性化していくのか～

「地域での実践から考えたこと」

平成31年1月20日（日）
日本医師会大講堂
トータルファミリーケア北西医院
北西 史直

2 静岡県富士市の概要

富士市（静岡県）

- ・ 総人口 254,165人（平成30年11月現在）
男 125,797人
女 128,368人
- ・ 高齢化率26.3%（県平均28.2）（平成29年）
- ・ 後期高齢化率12.6%（県平均13.9）（平成29年）
- ・ 主たる急性期病院（臨床研修指定病院）1つ
- ・ 富士市救急医療センター（夜間・休日一次救急）あり



活動する地域、静岡県富士市の概要を紹介する。主たる急性期病院が、自治体立病院1つであることが、特徴である。

3 2010年の地域の在宅医療の状況

- 複数医師体制で在宅診療も行う診療所、実質在宅専門の診療所（医師会非加入）はあるものの、ソコ開業医による在宅医療が主体で、緩やかなグループで、年に数回休日バックアップをしていた
- 県の訪問看護協議会はあるも、市単位の集まりはない
- 医師会の講演会などで在宅医療をテーマにしたものは皆無
- 市内の在宅医療資源、ニーズ情報なし
- 指示書を出していても、ステーションの看護師の顔さえ知らない
- 市医師会委員会も方向性を模索

2010年当時の地域の在宅医療をとりまく状況である。演者が所属する医師会在宅医療委員会も、活動の方向性を模索していた。

4 富士在宅医療ネットワーク発足への流れ

- 2010年10月に製薬会社主導の「緩和ケア研究会」が富士市で行われる
- 2011年3月11日市内医師、訪問看護師の居酒屋飲み会
- 2011年県在宅医療推進センターが県医師会にできる

2011年「富士在宅医療ネットワーク」発足

- 2011年末医師会に医師と看護師の連携を目的とした富士在宅医療ネットワーク発足
- 運営委員長に会員歴（5年目）、年齢（44歳）の演者が就任
- 2012年3月第1回運営委員会を行う
（医師会員7名、ステーション2名、市立病院看護師2名）
- 副運営委員長にベテラン医師、看護師を選任

2010年に行われた研究会では診療所医師、病院医師がパネリストに加わり、病診連携、医療連携を盛り上げようという機運が高まった。

5 キックオフミーティング



医師9名
看護師44名



2012年6月富士在宅医療ネットワークの第1回（キックオフ）ミーティングが行われた。

6 富士在宅医療ネットワーク（2012年度）

- **6月：第1回キックオフミーティング**
「診療所と訪問看護ステーションとの連携の問題点」などをワークショップ形式で
- **8月：納涼会**
- **11月：第2回ミーティング 「身近な地域から学ぶ」**
近接した沼津地域の医療連携を御講演いただき当地域の連携の参考にした
- **3月：新年会**

2012年度は納涼会を合わせて4回の企画を行った。

7 富士在宅医療ネットワーク（2013年度）

- 4月：第1回症例検討会 在宅における鎮静など
症例検討の中から在宅医療における鎮静について意見交換
- 6月：平成25年度富士在宅医療研究会
「摂食・嚥下障害にどうアプローチするか」
山梨市立牧丘病院院長 古屋聡先生御講演+グループワーク
- 8月：納涼会
- 10月：富士在宅医療推進シンポジウム2013
「少しずつ広げよう在宅医療の輪」
鈴木内科医院（東京）鈴木央先生のご講演の後、地域の医療介護連携についてのパネルディスカッション
- 12月：第2回症例検討会 胃瘻と誤嚥性肺炎など
症例検討の中から在宅医療における胃瘻と肺炎予防について意見交換

2013年度は納涼会を合わせて年6回の企画を行った。

8 富士在宅医療ネットワーク（2014年度）

- 5月：第1回症例検討会 医療処置について
症例検討の中から在宅医療における医療処置について意見交換
- 8月：納涼会
- 11月：平成26年度富士在宅医療研究会
「食べる楽しみと尊厳を支援する」
港北ニュータウン診療所諸富伸夫先生「リハビリテーション栄養」についてのご講演と高齢者における食べる楽しみ、栄養について意見交換
- 2月：第2回症例検討会 退院支援について
急性期病院を会場、症例検討の中から、精神疾患の家族のこと、病診・医療連携についての意見交換

2014年度は回数を減らして年4回の企画になった。

9 運営する上で気をつけたこと

- 症例検討会はグループワーク、講演会形式でも、その後に必ずグループワークを行った（参加感、顔（腹?）の見える関係）
- 症例検討会であっても（ショート）レクチャーを取り入れた（お持ち帰り感）

3年間の活動で、参加感、顔（腹?）の見える関係づくりを意識し、仮に講演会形式でもグループワークは欠かせなかった。また単なる症例検討ではなく、ショートレクチャーを取り入れるなど、勉強感（お持ち帰り感）を感じてもらえるよう意識した。

10 富士在宅医療ネットワーク（2015年度以降）

- 「富士市の地域包括ケアを推進する在宅医療連携の会（富士在宅医療連携の会）」と名称変更
- 年に2回の症例検討会、講演会、納涼会を続ける
- 県の在宅医療推進事業、市の「在宅医療・介護連携推進事業」、保健所等の「地域包括ケア体制構築促進研修会」で同様の催しが多数行われる傾向

2015年度以降は運営委員長は降りたが、同様の企画は続いている。一方で県医師会から降りてきた事業、行政、保健所などで、同様の趣旨の催しが多数行われるようになった。

11 組織としての限界

多職種で一見参加者は多いが、医師は少数、固定化

一次救急当番、乳幼児健診、学校医、特定健診、予防接種、
介護認定審査会、産業医、検死などなど

→地域医師会が取りまとめ、存続できるものも多い
ただこれは多くが公の事業

在宅医療（訪問診療、往診）自身は公共の事業ではない

加えて在宅医療の専門分化が進む
→在宅医療はかかりつけ医の責務ではない（?）

医師会の関与が限定的にならざるを得ない

行政と医師会がタッグを組み、うまく成り立っている地域の保健医療事業も多いが、在宅医療はその枠組みには入りにくい。在宅医療そのものは保険診療であり、公共の事業ではないことや、地域のかかりつけ機能を有している診療所の在宅医療への取り組みには温度差があり、近年は在宅医療の専門化が大都会、県庁所在地から地方の都市でも進み、複雑な状況であることも要因と思われる。

12 在宅医療・介護連携推進事業の課題

①地域の医療・介護の資源の把握

→日々更新される情報をどうアップデートするか

②在宅医療・介護連携の課題の描出と対応策の検討

→代表者だけの検討で、現場の生の声が反映できるのか

③切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築促進

→上から押し付ける形だと機能しにくい

④医療・介護関係者の情報共有の支援

→同様に上から押し付ける形だと機能しにくい

在宅医療・介護連携推進事業が本格的にスタートしたが、その問題点についてふれる。

13 在宅医療・介護連携推進事業の課題

⑤在宅医療・介護連携に対する相談支援

→窓口は作っても機能するのか

⑥医療・介護関係者の研修

→顔の見える関係づくりを主眼にするならば、
個々の退院前会議、担当者会議、デスクカンファレンスなど、
（市より小単位の）地域ケア会議の充実を

⑦地域住民への普及啓発

⑧在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

引き続き在宅医療・介護連携推進事業についてであるが、顔の見える関係づくりを考えるならば、日々のサービス担当者会議、退院前カンファレンス、デスクカンファレンスや郡市よりも小さな単位の地域ケア会議の定期的な開催などにも、重きを置くべきと考える。

14 COPC (community oriented primary care)

地域を特定し、地域の資源を活用しながら、地域の健康問題を同定し、介入プログラムを開発し、アウトカムを評価していく、これらのサイクルを回し、地域の健康問題を解決していく手法である。



森尾 真明 地域指向性アプローチ
（新総合診療医学家庭医療学編第2版 2015）より

COPC (community oriented primary care) について紹介する。これは地域の健康保健問題に対するPDCAサイクルともいえる。地域の在宅医療の問題点は全国共通のこともあるが、地域ごとに違いがあり、地域で考え、分析し、企画、振り返りながら進めていくことによって意味のある活動になるのではないかと考えられる。

15 求められる地域のリーダー役とは

地域の医師全体対象か
在宅医療に熱心な医師対象か
むしろ消極的な医師の底上げ的な役割か
多職種連携やシステム作りに重きを置くのか

いずれにしろ実際に在宅医療をしている医師でなければ難しい
COPC (community oriented primary care) の考え方が重要

地域のリーダー役の活動は、それが誰を主な対象とするのか、地域の事情によっても異なり、それを見極める必要がある。多職種連携などは地域の現場で細かな振り返りをしながら進めなければならず、ある程度の実践者でなければ前に進まないと思われる。その際COPCの考え方が重要になる。

地域のニーズをどう拾い上げ、どのように推進・活性化していくか

先達に学ぶ③

坂出市医師会における地域包括ケアシステムへの取り組み 蔵谷 弘子

目 標 坂出市医師会での、地域包括ケアシステムへの取り組みを知り、群市区医師会の役割を再認識する。

Keyword 地域包括ケアシステム、群市区医師会、県医師会、多職種連携、在宅医療と救急医療

- 内 容**
1. 香川県坂出市・宇多津町の現状
 2. 当院の多職種連携の歩み
 3. 24時間365日対応の在宅医療実現に向けて
 4. 地域の多職種連携
 5. 坂出市医師会在宅医療介護連携支援センターの開設
在宅医療・介護連携に関する相談支援
 6. 地域の医療・介護の資源の把握、地域住民への普及啓発
 7. 医療・介護関係者の研修
 8. 在宅医療・介護連携の課題の描出と対応策の検討
 9. これまでのまとめ
 10. 医療・介護関係者の情報の共有
 11. 今後の課題
 12. 在宅医療と救急医療の連携
 13. 情報共有とACP
 14. 香川県医師会の取り組み

坂出市医師会における
地域包括ケアシステムへの取り組み

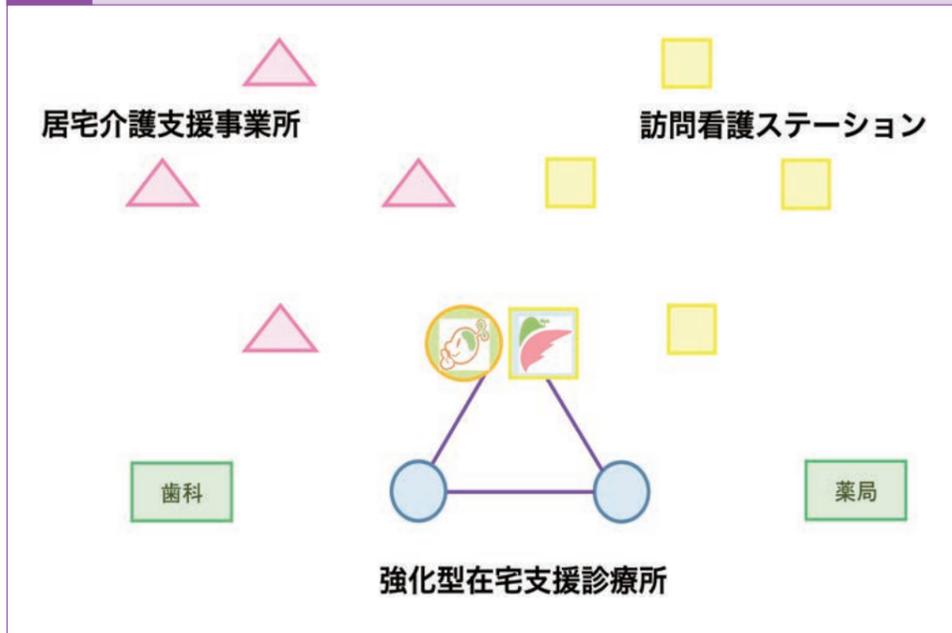
一般社団法人 坂出市医師会 理事 蔵谷弘子(みのりクリニック)

2 香川県坂出市・宇多津町の現状

	坂出市	宇多津町
面積	92.5km ²	8.10km ²
人口(高齢化率)	53,164人(34.3%)	18,982人(19.5%)
診療所(在宅支援診療所)	40(8)	8(0)
病院	6	1
歯科診療所	30	7
薬局	36	8
地域包括支援センター(職員数)	1(18人)	1(15人)
訪問看護ステーション	6	1
居宅介護支援事業所	17	5
特別養護老人ホーム	7	1
老人保健施設	4	1
グループホーム	7	1
通所介護	10	2
訪問介護	18	5
小規模多機能型居宅介護(看護小規模多機能)	4(1)	0

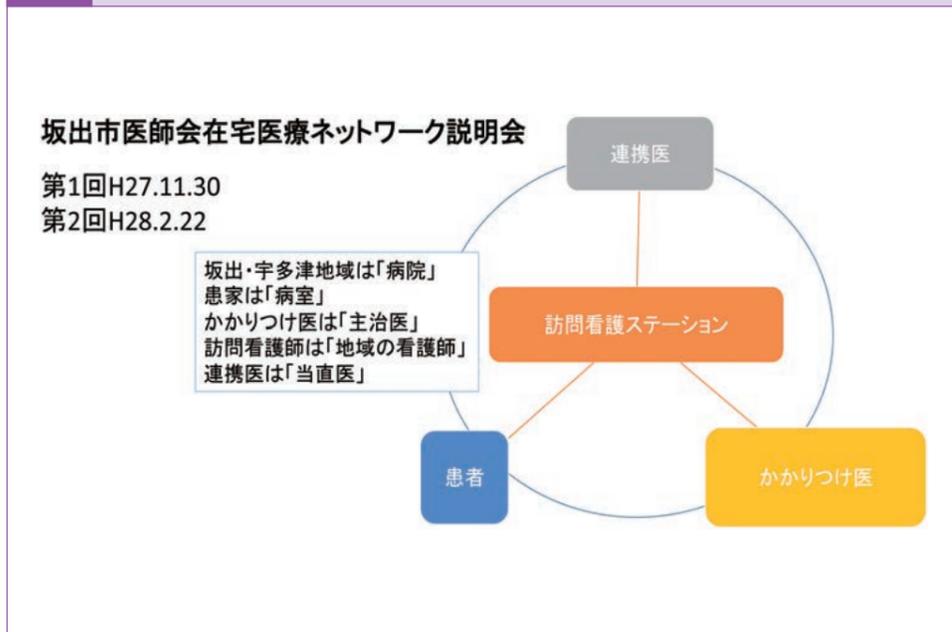
坂出市医師会が関わる地域は、坂出市と宇多津町がある。坂出市は高齢化率がすでに3割を超えているのに対して、宇多津町は高齢化の途上にあるまだ若い地域といえる。両地域には、医療機関、介護サービス提供事業所が複数あり、医療介護資源に比較的恵まれている。このため、地域住民の在宅医療への関心が低いという課題がある。

3 当院の多職種連携の歩み



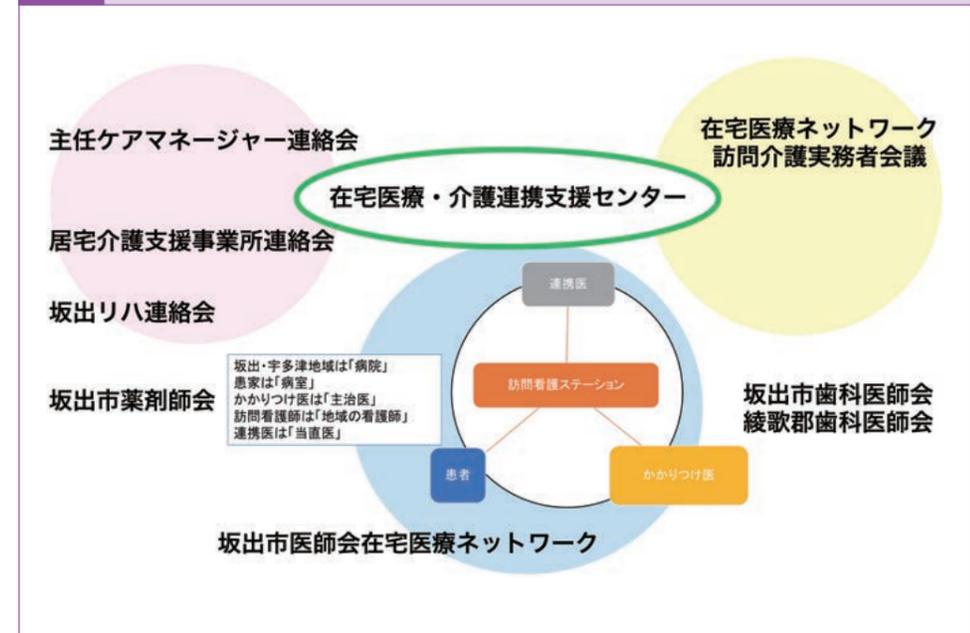
私はみのクリニックを開設、市内のほとんどの居宅介護支援事業所から在宅診療の依頼を受けるようになった。在宅診療を通して、訪問看護ステーション、歯科、薬局との連携も増えた。次に、近隣の2つの医療機関と連携し強化型在宅支援診療所とし、地域の既存の医療機関が在宅診療に一步を踏み出せるシステムをつくった。私はこの過程で、各職種の専門性を尊重、常にフラットでお互いにWin-Winの連携をつくるよう心掛けた。私は、医療介護システムのなかでトップに立つ医師を、医師としてのプライドを持って、多職種の円卓に加えることが、在宅医療を中心とした地域包括ケアシステム構築成功の鍵と考える。

4 24時間365日対応の在宅医療実現に向けて



私が坂出市医師会理事となって以後、地域のかかりつけ医に在宅医療への一步を踏み出してもらえるよう、最重要課題である24時間365日対応を坂出市医師会内で検討した。ここでは、地域の訪問看護ステーションを核とした医療連携を進めた。在宅医療と訪問看護の連携の必要性、坂出市医師会の方向性を周知するため、坂出市医師会在宅医療ネットワーク説明会を開催した。この会に坂出市・宇多津町内の居宅介護支援事業所がほぼ参加した。私がこれまでに作った連携の成果として、一医療機関のシステムが、地域のシステムに拡大できたと考える。

5 地域の多職種連携



坂出市では、ケアマネジャーの質の向上と地域課題の検討を行う居宅介護支援事業所連絡会、市内のリハビリ職をまとめる坂出リハ連絡会というシステムが行政主導で設けられていた。一方で、坂出市・宇多津町の訪問看護ステーションの管理者が集まり、地域における訪問看護の質の向上と均一化、医師・医療機関への問題提起などに取り組むシステムが自主的につくられた。もちろん、地域内には歯科医師会、薬剤師会もあった。これら専門職種のシステムをつなぎ合わせ、在宅医療の普及を図ることが、在宅医療・介護連携支援センターの役割となる。

6 坂出市医師会在宅医療介護連携支援センター開設
在宅医療・介護連携に関する相談支援

H29年4月1日 坂出市・宇多津町の委託事業として
坂出市医師会在宅医療介護連携支援センター開設

5月 広報さかいで・広報うたづ に掲載

地域内の既存のシステムに加え、その内外に新たにシステムをつくり、それらを有機的に結ぶために、坂出市医師会在宅医療介護連携支援センター（以後、センター）が開設された。センターの大きな特徴は、医師会が主導で、2つの行政単位をまとめていることだ。おそらく、香川県内、日本全国においても珍しいと思う。坂出市医師会が、かかわる地域の医療介護を支えていくという強い意志の賜物であると自負している。センターには専任のコーディネーターがおり、地域住民、医療機関等の相談支援を行っている。しかし、地域住民からもかかりつけ医からも、在宅医療の相談はまだ少ない。

7 地域の医療・介護の資源の把握、地域住民への普及啓発

H29年6月 パンフレットを作成、坂出市・宇多津町全戸配布
H29年8月 ホームページを作成



坂出市歯科医師会
綾歌郡歯科医師会(宇多津町)
坂出市薬剤師会

医療機関へのアンケートの実施

一般社団法人 坂出医師会
在宅医療介護連携支援センター
～坂出市・宇多津町医師会～

0877-46-2602

〒762-0003 坂出市東町三丁目17番11

ホーム | 在宅医療介護連携支援センター | **医療機関へのアンケートの実施** | 活動報告 | お問い合わせ

病気があっても、できる限り住み慣れた地域で、いつまでも尊厳をもって、自分らしい生活を送ることができるよう、患者さんとご家族に寄り添います。

坂出市・宇多津町医師会

センターの大きな取り組みの一つに地域住民へのセンターの普及啓発がある。パンフレットを作成し、坂出市・宇多津町に全戸配布を行い、ホームページを作成した。ホームページ作成に際しては、坂出市宇多津町内の医療機関へ在宅診療に関するアンケートを実施した。さらに坂出市歯科医師会、綾歌郡歯科医師会、坂出市薬剤師会の担当者を交えて、センター運営連絡会を開催、それぞれに専用のページを作成した。この作業の過程で、地域の医療・介護の資源把握がかなりできた。

9 医療・介護関係者の研修

H29年12月 (仮)坂出・宇多津在宅医療介護意見交換会を開催
(偶数月の第3月曜日 定期的開催)
H30年 4月 L'école de 在宅
(レコルデ在宅：在宅医療介護連携をみんなで学ぶ)



(仮)坂出・宇多津
在宅医療介護意見交換会

日時：平成29年12月18日(月)18時～(1時間程度)
場所：坂出市医師会館3階
坂出市東町三丁目17番11号

対象者：坂出市・宇多津町で医療・介護関係事業所や施設等に勤務している多職種の方々

事前提供：岡山訪問看護ステーション
～在宅での看取りについて～

【お問い合わせ】
在宅医療介護連携支援センター
TEL: 0877-46-2602
FAX: 0877-46-2603

センターが企画するもう一つが多職種研修会がレコルデ在宅だ。この会は、偶数月の第3月曜日、午後7時から1時間程度、坂出市医師会館で開催している。「L'école」とは、フランス語で「学校」という意味があり、地域の医療介護の課題を共有し、在宅医療や介護、連携等についてみんなで学びあうことを目的としている。この会の運営で大切なことは、興味をひきやすい事例の提示と自由に意見を述べられる雰囲気づくり、そして学びの提供にある。事前申し込みなし、座席自由、1時間ちょっとに凝縮されていることが好評を得ている。残念ながら医師の参加数が伸び悩んでいることが今後の課題だ。

8 医療・介護関係者の研修



認知症を地域で支えるための
多職種研修会

～坂出市医師会在宅医療介護連携支援センター開設に寄せて～

日時：平成29年8月19日(土)13時30分～16時

場所：社会福祉法人財団 大樹会
総合病院 厚生病院 新館5階講堂
坂出市東町三丁目6番28号

参加無料

① 特別講演：「認知症を地域で支えるための地域包括ケアと多職種連携」
医療法人神会 ばんだクリニック 院長 飯塚 邦秋 先生

② 認知症に関するグループワーク

対象者：坂出市・宇多津町で医療・介護関係事業所や施設等に勤務している多職種の方々
定員：200名(事前申し込み必要)

申込締め切り：平成29年7月18日(火)

【お問い合わせ】
坂出市医師会在宅医療介護連携支援センター
TEL: 0877-46-2602
FAX: 0877-46-2603

H30年9月15日
人生の最終段階における意思決定を支えるための多職種研修会

特別講演「地域医療とアドバンス・ケア・プランニング」
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 三浦久幸先生

次にセンターが行った取り組みは医療・介護関係者の研修会で、その一つが、年に一回特別講師を招いて行う多職種研修会だ。この会の成功の鍵の一つは何をテーマにするかだ。常に地域課題や社会情勢を把握しておくことが大切で、在宅医療関連の学会などに参加することが役に立った。もう一つの鍵はグループワークの盛り上がりだ。事前申し込みのあった参加者をグループ分けする際に、個人の資質やモチベーションを把握しておくことが大切だ。私が在宅診療でかかわる多職種と常にコミュニケーションをとっていたことが役に立ち、サービス担当者会議に参加することはその良い機会になった。

10 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

L'école de 在宅での検討事例と参加者数

	検討事例	参加人数
H29年12月	在宅での看取りについて	79
H30年2月	精神障害と認知症のある単身生活者への服薬管理	64
H30年4月	人工呼吸器下での嚥下評価と機能訓練	73
H30年6月	糖尿病を有する統合失調症の利用者への在宅支援	71
H30年8月	嚥下機能改善に向けて多職種連携支援	61
H30年10月	パーキンソン病を受け入れることが出来ず試行錯誤を繰り返すケース対応について	77
H30年12月	地域包括ケアシステムとレコルデ在宅(慰労懇親会)	

- ◆H30年6月からミニ講義を加え、日本医師会生涯教育講座1単位を取得
- ◆H30年度から介護保険「特定事業所加算」における「他法人指定居宅介護支援事業所との共同事例検討会・研修会」として、坂出市・宇多津町内の特定事業所加算算定事業所8カ所すべてが企画運営に参加

その解決策として、事例に則したミニ講義を坂出市医師会・歯科医師会などの専門職に行ってもらい、日本医師会生涯教育講座1単位を取得できるようにした。さらに、各職種団体などが、多職種研修会を企画したい場合には、その団体と協力してレコルデ在宅を開催することで、地域連携の強化、レコルデ在宅の質の向上に努めている。その試みとして、坂出市・宇多津町内の特定事業所加算算定事業所8カ所全てが、レコルデ在宅の企画・運営に参加することになった。レコルデ在宅を通して、在宅医療・介護連携の課題の抽出や対応策の検討がなされている。

11 これまでのまとめ

地域包括ケアシステム

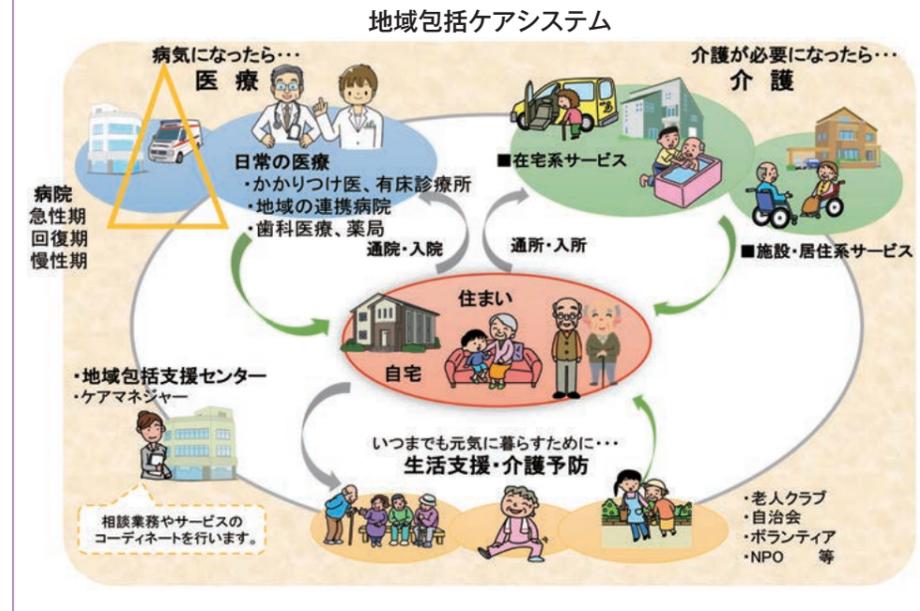
- ア 地域の医療・介護の資源の把握
- イ 在宅医療・介護連携の課題の描出と対応策の検討
- ウ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- エ 医療・介護関係者の情報共有の支援
- オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- カ 医療介護関係者への研修
- キ 地域住民への普及啓発
- ク 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

私のクリニックから始まった在宅医療の小さなシステムは、坂出市医師会を通して地域全体に拡大されつつある。センターが中心となり、地域包括ケアシステムの7つの事業のうち、「エ」を除く6つの事業を行うことができ、今後も継続可能と考える。「ア」の地域の医療・介護の資源把握に関しては、終末期への対応を中心としたアンケートを各介護施設に対して行うことを予定している。今後の課題は、「エ 医療・介護関係者の情報共有の支援」だ。地域包括ケアシステムを支えるICTがいくつか提案されており、坂出市医師会でも数力所の企業から説明を受けた。しかし、まだ決めかねているのが現状だ。

12 医療・介護関係者の情報の共有

在宅医療に関わる医療・介護関係者の情報を共有するツールの一つとしてメディカルケアステーションがある。このツールの最大の特徴は無料ということだ。そして誰もが簡単でかつ安全に、医療介護チームの情報共有を進めることができる。また、ご家族様やご本人にも参加してもらうことが可能だ。私と2医療機関の在宅診療患者には、このツールを用いて、訪問看護からの状態報告、主治医の診察内容などをオンタイムで共有することができる。かかりつけ医がセンターを介して在宅医療ネットワークをつくる際に、随時このツールを用いていくことになると思う。しかし、まだ利用には至っていない。

13 今後の課題



坂出市・宇多津町の地域包括ケアシステムは、この図の中心円を構築できた。しかし、住民やかかりつけ医の在宅医療への関心が低く、まだ十分に機能していない。在宅医療の啓蒙と、救急医療、施設居住系サービスとの連携が今後の課題だ。24時間365日の在宅医療が普及しても、また特養などの施設で看取りを望んでも、急変時、特に死亡直前の兆候に家族や介護者が戸惑うことは多々ある。治療可能な急変に対して迅速に医療を行うため、さらに本人の意思を尊重した望まない延命治療を行わないための情報共有を地域包括ケアシステム内で議論する必要がある。そのなかで在宅医療の啓蒙も図ることができる。

14 在宅医療と救急医療の連携

香川県救命救急研究会メディカルコントロールセミナー2018(H30.11.9)
高齢者施設等からの搬送困難症例 全県救急隊アンケートから見えること(抜粋・改編)

救急隊が実際に困った内容

- ・ 傷病者の状態や基本情報が把握されていない
- ・ 搬送先病院が決定しておらず、搬送先選定に苦慮
- ・ DNARの把握・確認があいまい

救急隊が考える、高齢者のためのより良い救急搬送

- ・ 救急車の適正利用
- ・ 緊急時の受け入れ先を決めておく

救急隊がかかりつけ医にお願いしたいこと

- ・ 搬送先病院の選定
- ・ 24時間365日連絡がつく体制
- ・ DNAR確認なら、かかりつけ医による死亡診断・看取りのできる体制

坂出市・宇多津町は入院施設を持つ急性期病院が4カ所あり、現在のところ救急隊による搬送の受け入れに困ることはあまりないと聞く。しかし、香川県救命救急研究会のなかで発表された「全県救急隊アンケート」の結果を見ると、搬送先の決定や基本情報の把握などに問題点が上がっている。さらに、かかりつけ医に対して非常に厳しい意見がうかがわれる。地域包括ケアシステムに救急医療というシステムを巻き込むための一つの鍵は、情報共有とACP(人生会議)の普及であると考える。

15 情報共有とACP

日本在宅医学会第20回記念大会(2018年4月29.30日)

シンポジウム

望まない延命治療をしないためのまちづくり

救急医療と在宅医療の有機的な連携のためにできること

- ふくろうプロジェクト
- 埼玉利根保健医療圏医療ネットワークシステム
- Aケアカードシステム
- わたしの想いをつなぐノート

平成30年の在宅医学会では、「望まない延命治療をしないためのまちづくり」と題したシンポジウムが行われ、在宅医療と救急医療の連携を行っている先進地事例が紹介された。超高齢多死社会を迎え、人生100年時代の医療を考えると、どんなに治療をしても死を避けて通ることはできない。地域包括ケアシステムに謳われる「住み慣れた地域で最期まで」は、言い換えれば、「地域におけるさまざまな死を支える」ことであり、高齢者の意思決定を支え共有する取り組みが地域全体で必要だ。私は、死亡診断ができる唯一の専門職としての医師の役割が大きいと考える。

16 香川県医師会の取り組み

• 在宅医療連携拠点事業

H25.1.14 福井県名田庄診療所所長 中村 伸一先生

• 医療介護地域連携パス事業

H25.10.27 オレンジホームケアクリニック 紅谷 浩之先生

• 在宅医療・介護人材育成研修会

H27.2.1 鈴木内科医院 院長 鈴木 央先生

山形県医師会副会長 中目 千之先生

H29.2.12 宮崎大学医学部 吉村 学先生

• 多職種協働によるチーム医療推進に資する人材育成の為の研修会 (香川県歯科医師会)

• 地域包括ケアにおける多職種連携

(日本介護支援専門員協会四国ブロック支部大会)

• 香川県地域包括ケアシステム学会 H31.1.13

香川県医師会では、各種研修会を開催、また香川県歯科医師会などが主催する多職種研修会の共催を行い、地域包括ケアシステムを啓蒙してきた。おそらく、他の職能団体でも同じような取り組みがあると思う。このような研修会を通じて、多職種内でも地域包括ケアシステムに関するリーダー役が育ったと思う。医師には多職種のなかにあって、まとめ牽引することが求められる。日ごろから、医師一人ひとりが、診療を通じて、相手を尊重し常にフラットでWin-Winの連携を図ることが大切だ。そして群市区医師会を先達する県医師会、日本医師会の活動は重要であり、今後ともご指導をよろしく願いたい。

地域のニーズをどう拾い上げ、どのように推進・活性化していくか

先達に学ぶ④

小規模病院の在宅療養支援病院としての取り組み

志田 知之

目標 今後さらに進行するに違わない超高齢少子化、多死社会に対応すべく地域包括ケアシステムの構築が急がれる今、在宅医療に取り組む医療機関の総力が求められている。診療所とともに、かかりつけ医である中小病院は、その病床を在宅後方支援病床として利用しつつ、在宅医療に取り組むことが期待されている。小規模の在宅療養支援病院である当院は、小規模ながら地域包括ケア病床を持ち、その特徴を活かす運営を心がけている。小規模病院でもできる在宅医療の実践を紹介したい。

Keyword 小規模病院、在宅療養支援病院、日本型在宅支援システム、地域包括ケア病棟（病床）、Person Flow Management、Advance Care Planning、看取りの場所

- 内容**
1. 地域特性について
 2. 当院の概要
 3. 在宅療養支援病院
 4. 当院の訪問診療の実際
 5. 日本型在宅支援システム
 6. 地域包括ケア病棟（病床）
 7. Person Flow Management
 8. 看取りの場所の実際
 9. 今後の展望

小規模病院の在宅療養支援病院としての取り組み



小規模病院の在宅療養支援病院 としての取り組み

平成31年1月20日
医療法人 天心堂 志田病院
理事長 志田 知之

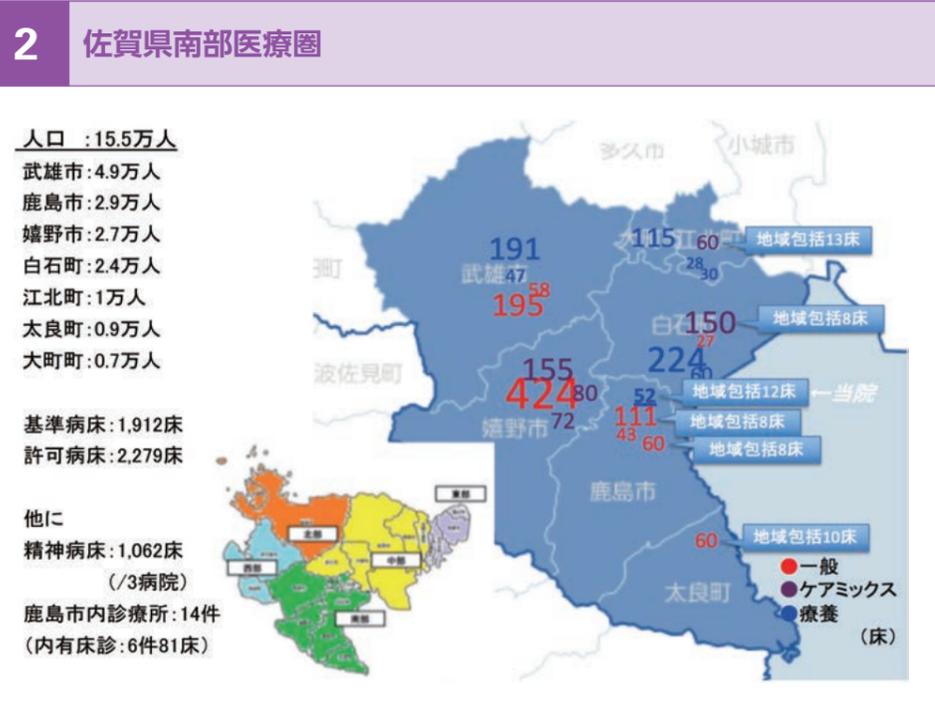
MEDICAL CORPORATION TENSHINDO SHIDA HOSPITAL

当院は52床（平成29年12月までは48床）の小規模病院で、在宅療養支援病院として、在宅医療に積極的に取り組んでいる。小規模病院のあり方の一事例として、当院の取り組みを報告する。

1 佐賀県鹿島市



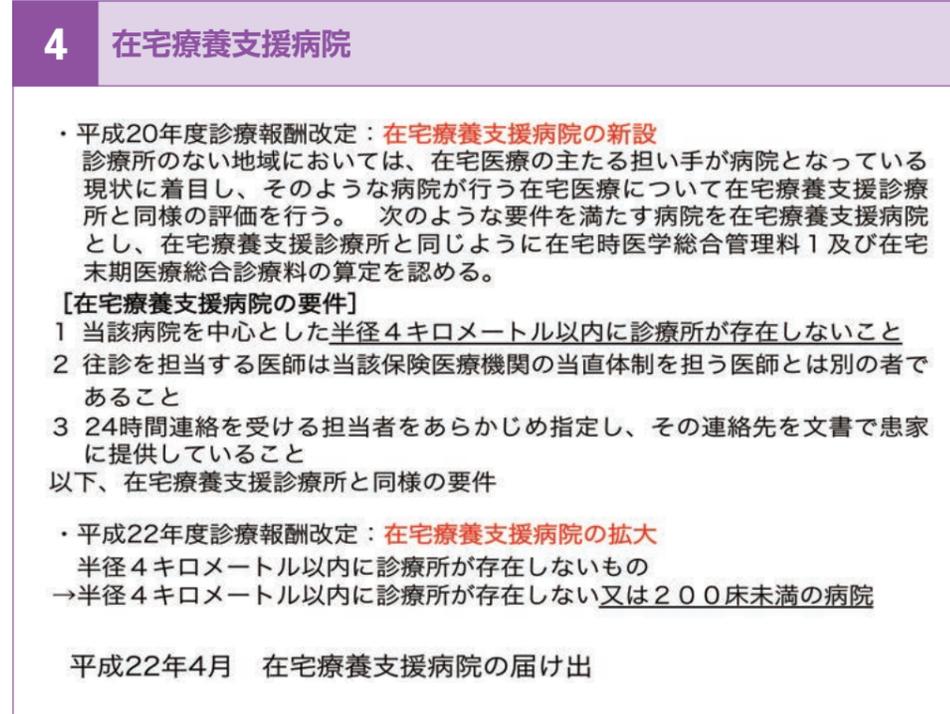
当院のある佐賀県鹿島市は、九州・佐賀県南部の長崎県と接した場所にあり、農業、漁業といった第一次産業が盛んな田舎町である。人口は急速に減少する傾向にあり、現在は2万9千人程度、高齢化率は昨年30%を超えた。JMAPによると、医療需要はすでにピークアウトしており、介護の需要も2030年にピークを迎える。当院は鹿島市の最北部に位置している。



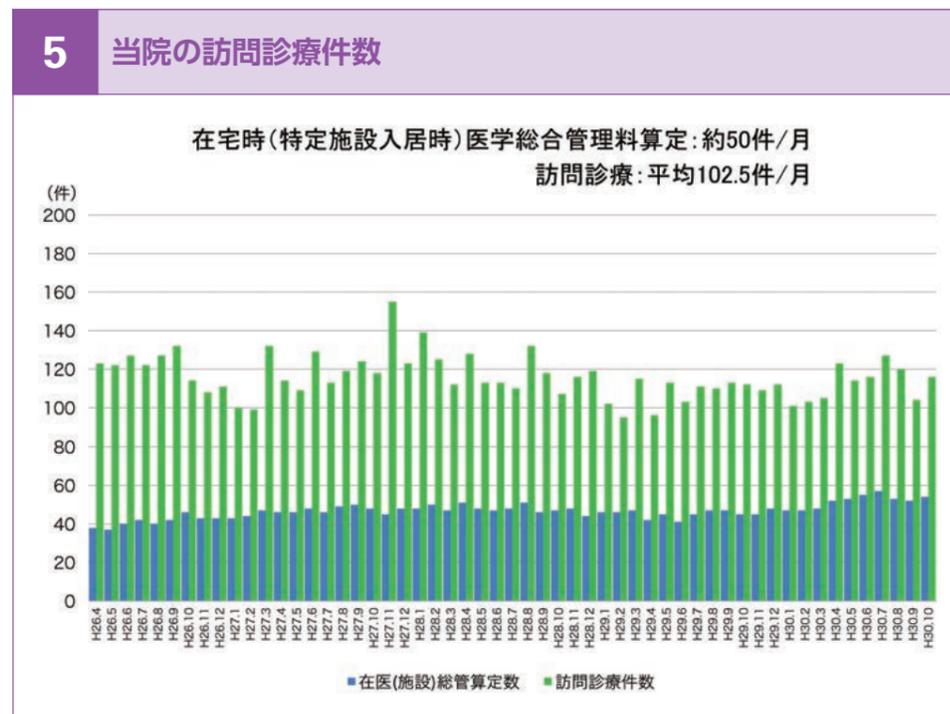
当院のある佐賀県南部医療圏（二次医療圏）は、3市4町で構成されており、人口は15万5千人程度である。しかし、私が所属している鹿島藤津地区医師会は、鹿島市、嬉野市、太良町の医療機関の会員で構成されており、この地域の人口は6万3千人程度である。二次医療圏のみと基準病床に対して許可病床が多い、いわゆる病床過剰地域であり、当院は増床したくてもできない状況のなかで長年運営してきた。医療圏内には精神病床も多く、一見連携には事欠かない地域のように見えるが、鹿島市以南は実質的には病床が非常に少ない現状である。特に示している（後述する）地域包括ケア病棟（病床）は全て病床単位であり、多くは亜急性期病床からの移行である。



当院は、52床の小規模病院で、現在は回復期リハビリテーション病棟32床、地域包括ケア病床12床、療養病床（在宅復帰機能強化）8床で運営している。外来受診者数が約135名/日と多いのも特徴である。各種介護保険サービス事業所を病院の隣接地に併設しており、小規模の医療介護複合体を形成している。



平成20年度診療報酬改定において、在宅療養支援病院が新設された。診療所のみならず中小病院も在宅医療の担い手となっていることに目が向けられ、在宅療養支援診療所と同様に評価されることとなった。しかし、その要件のなかに「半径4キロメートル以内に診療所が存在しないこと」というものがあり、この時点では当院は届け出ができなかった。平成22年度診療報酬改定において、在宅療養支援病院の拡大が図られ、上記要件が「半径4キロメートル以内に診療所が存在しない又は200床未満の病院」と変更された。そのことにより、当院は平成22年4月に在宅療養支援病院の届け出を行うことができた。



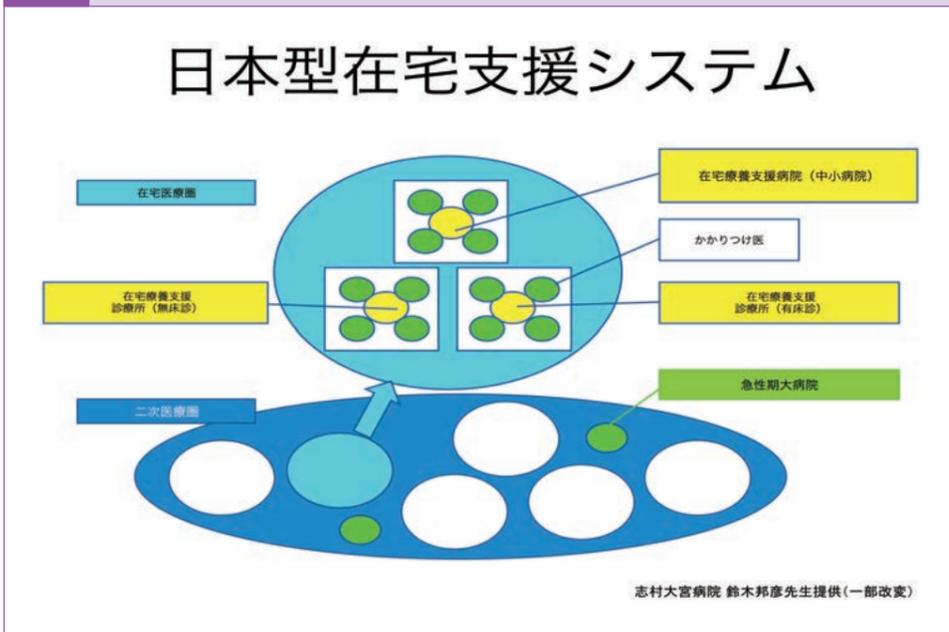
当院は古くから訪問診療に取り組んできたが、平成22年度以降は在宅療養支援病院を名乗ることができるようになり、訪問診療を行う医療機関としての認知度が向上したと感じる。緩やかではあるが在宅時医学総合管理料および特定施設入居時医学総合管理料の算定者数は増加傾向にあり、現在50件程度である。しかし、このうち3分の2が施設総管であるのが現実である。毎月の訪問診療件数は100件余りとなっている。

6 当院の訪問診療先の分布



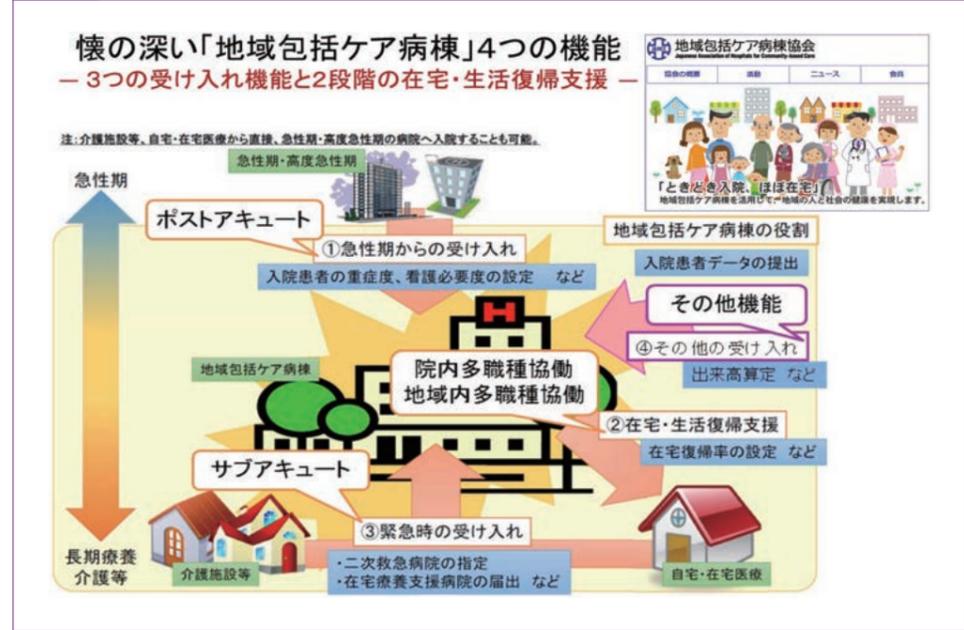
青色の円は当院から半径16kmの範囲を示している。訪問診療先は鹿島市内にとどまらず、近隣の嬉野市、白石町にも点在している。片道20～30分かかる場所もあり、移動に時間を要すが、訪問のコースを効率的に設定するようにして対処している。

7 日本型在宅支援システム



鈴木邦彦先生(志村大宮病院)が提唱されている日本型在宅支援システムである。日本には多くのかかりつけ医である中小病院、診療所があり、これらが在宅医療に取り組むことで一部が核となり、グループを構成することで在宅医療を実践する。急性期の大病院はこの外にあって在宅医療を下支えするというものである。地域包括ケアシステムの医療部分の構築は同様のスキームの上に成り立つと考える。

8 地域包括ケア病棟



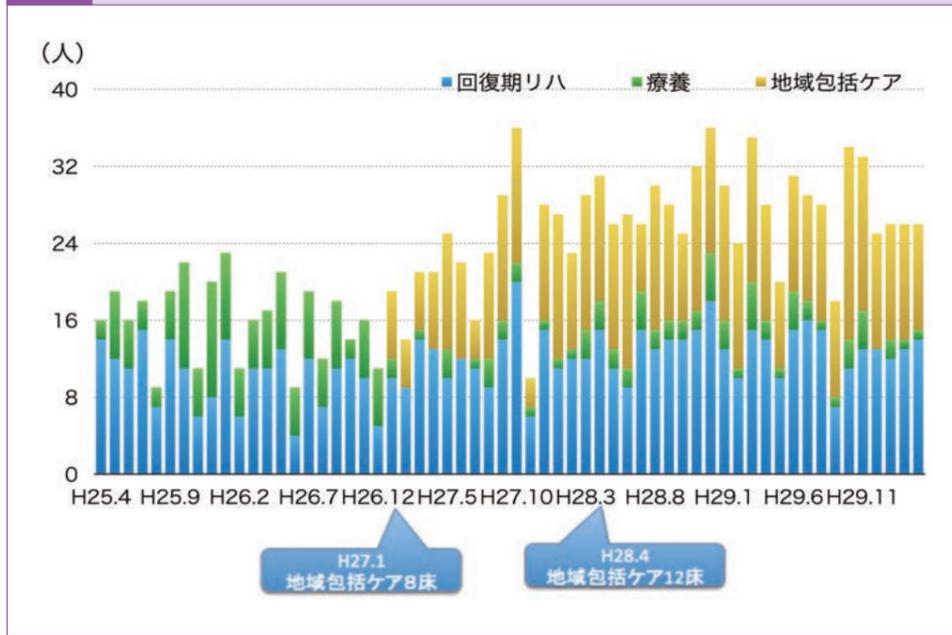
平成26年度診療報酬改定において、「地域包括ケア病棟(病床)」が設定された。地域包括ケア病棟には3つの受け入れ機能(①急性期からの受け入れ(ポストアキュート)、②緊急時の受け入れ(サブアキュート)、③その他の受け入れ)と、在宅・生活復帰支援の4つの機能に重点が置かれ、地域包括ケアシステム構築における目玉として登場した。地域包括ケア病棟協会が掲げているスローガンも「ときどき入院、ほぼ在宅」であり、在宅医療に取り組む当院のような医療機関にとっては、ぜひ採用すべきものであると直感した。

9 当院の地域包括ケア病棟(病床)開設の経緯

- 平成26年 4月 診療報酬改定にて地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)が新設
- 同月 院内に地域包括ケア病床開設準備プロジェクト発足
- 9月 当該病棟の看護配置を13:1に変更完了
- 11月 連携医療機関を訪問し、地域包括ケア病床開設を広報
- 12月 データ提出加算届出、夜勤Ns2人体制に変更
- 平成27年 1月 療養病棟18床のうち8床を地域包括ケア病床(地域包括ケア病棟入院医療管理料1)に変更
- 平成28年 4月 回復期リハビリテーション病棟を30→28床、療養病棟を地域包括ケア病床12床、療養病床8床に変更(当院の療養病棟の名称を地域包括ケア病棟に変更)

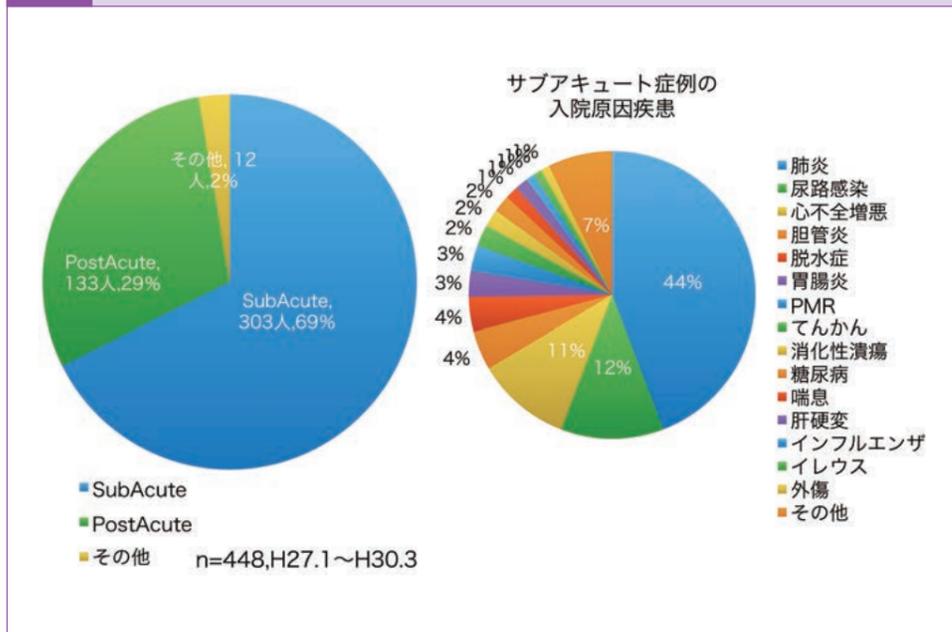
地域包括ケア病棟の診療報酬上の要件などが明確になった後、早速、当院ではプロジェクトチームを発出し、開設準備に取りかかった。当院は元来療養病床であったため、まず、看護師配置を強化する必要があった。次にDPCデータ提出加算の届け出が要件であったため、その対応を順次行った。平成27年1月から8床で地域包括ケア病床を開設することができ、翌年4月から12床に増床している。

10 当院の新規入院患者数の推移



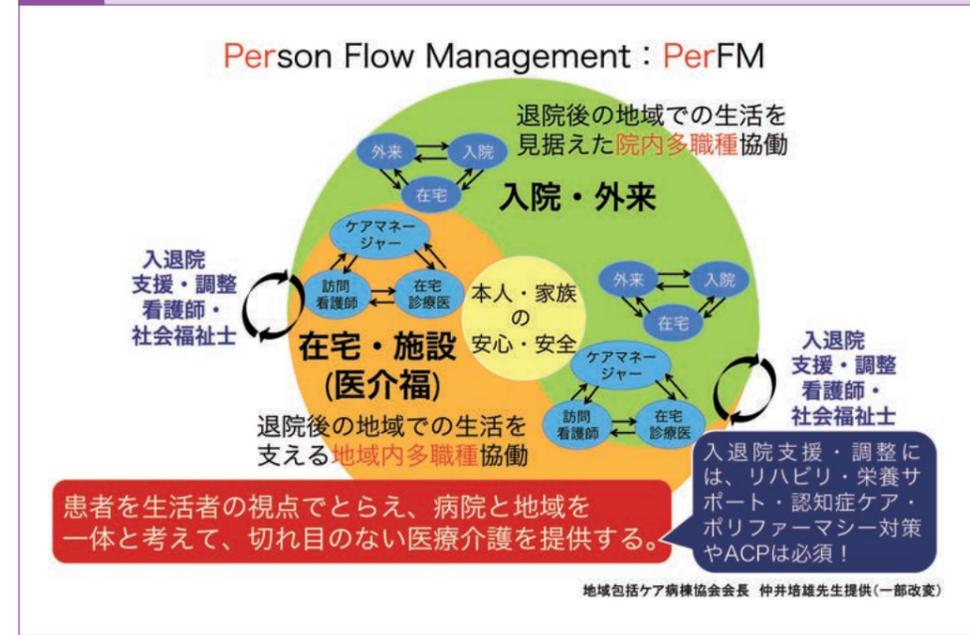
地域包括ケア病床開設前後の当院の新規入院患者数の推移である。地域包括ケア病床を始めた平成27年1月以降、新規入院患者が増えているのがわかる。

11 地域包括ケア病床の入院種別



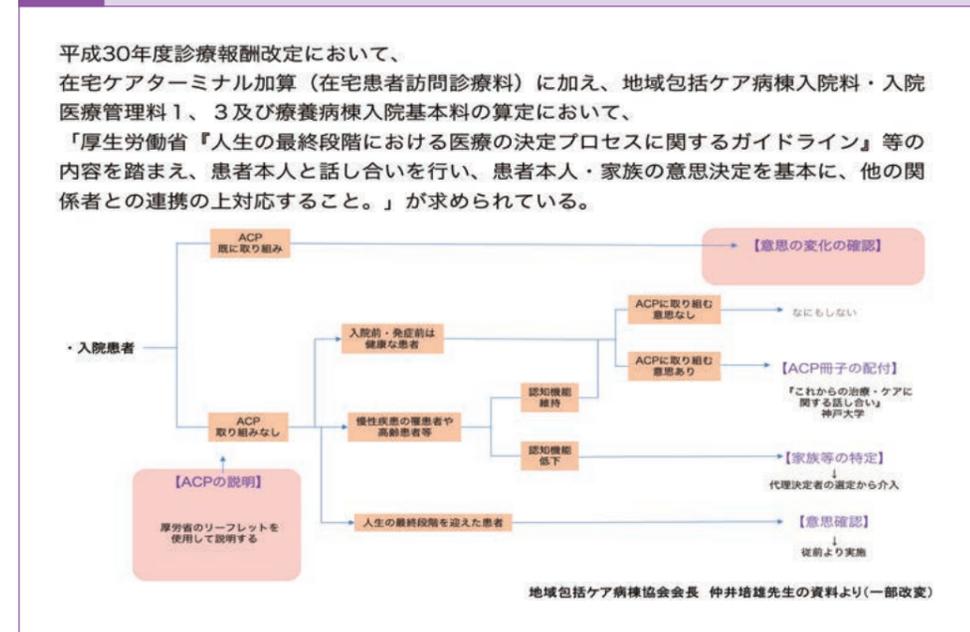
地域包括ケア病床の入院種別は、当院ではサブアキュート症例が約7割を占めている。これは、当院が在宅療養支援病院として、在宅患者の入院を速やかに積極的に受け入れていることの結果である。サブアキュート症例の入院原因疾患は、肺炎、尿路感染、心不全急性増悪の3つで全体の約3分の2を占めているが、グラフに示すように、その他さまざまな疾患に対応している。ポストアキュート症例の入院目的は、リハビリテーション、看取りの順に多かった。

12 Person Flow Management (PerFM)



地域包括ケア病棟に入院する在宅患者は、高齢者で多数の慢性疾患を有する方が多く、入院を繰り返すケースが少なからず存在する。Person Flow Managementは、地域包括ケア病棟協会の仲井培雄会長が提唱されているもので、「患者を生活者の視点でとらえ、病院と地域を一体と考え、切れ目のない医療・介護を提供する」というものである。この円滑な運用には、「院内多職種協働」と「地域内多職種協働」が欠かせず、これらがスムーズに回ることによって「ときどき入院、ほぼ在宅」を実践することができる。また、入退院支援・調整には、リハビリ・栄養サポート・認知症ケア・ポリファーマシー対策・ACPのどれもが非常に重要であると述べられている。

13 Advance Care Planning (ACP)



Advance Care Planning (ACP)については、平成30年度診療報酬改定において、在宅ケアターミナル加算（在宅患者訪問診療料）に加え、地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1、3および療養病棟入院基本料、また、在宅患者支援病床初期加算の算定において、その対応が要件化されている。当院でも院内でのACPの理解促進と対応強化を図るべく、研修会を開催している。また、市民への理解推進のための公開講座の開催を引き続き予定している。

14 当院の現状



第16回 医療法人 天心堂 志田病院 研究発表会プログラム

15:00 開会挨拶 理事長 志田 知之

● オープニング・リマークス (15:05~15:15)
「地域包括ケアシステムの一端を担う私たちの取り組み」 地域包括ケア推進部 志田 知之

● セッション1：通院・在宅支援 (15:15~16:00) 議長：回復期リハビリテーション病棟主任 井崎 朝暉

1-1 自宅への訪問が困難であった患者とその対応 看護部 地域包括ケア病棟 木原 伸子

1-2 通院ツールの開発と導入と平均通院日数の短縮性についての実証調査 医療法人 天心堂 志田病院 看護部 木原 伸子

1-3 大腸癌術後併発症の患者の現状と課題 医療法人 天心堂 志田病院 消化器科 水田 美穂

1-4 在宅療養への支援 看護部 地域包括ケア病棟 大町 恵美子

1-5 認知症ケア・ベースキャンプ「経路共有」を活用した在宅医療連携への取り組み 社会医療法人 天心堂 志田病院 看護部 大町 恵美子

● セッション2：リハビリ・その他 (16:00~16:45) 議長：リハビリ部長 上杉 義典

2-1 回復期リハビリテーション病棟でのリハビリの現状と今後の課題 リハビリ部 中村 真由美

2-2 回復期リハビリテーション病棟における患者の生活と今後の課題 リハビリ部 中村 真由美

2-3 山口県における伊予市産科総合センターの役割と役割について 医療法人 天心堂 志田病院 小児 院本 隆太

2-4 スピードロック防止のための取り組み 看護部 地域包括ケア病棟 野中 千佳子

2-5 当院におけるポリファーマシー対策について 看護部 看護 奥野 美智子

16:45~16:55 休憩

● 特別講演 (16:55~18:25) 議長：理事長 志田 知之
「最大で最強の地域包括ケア病棟」 医療法人 天心堂 志田病院 理事長 地域包括ケア推進部 会長 仲井 培雄 先生

地区医師会の在宅医療担当事務として、医師会主催で在宅医療普及・啓発を目的に市民公開講座を、医療介護職のスキル向上を目的に多職種協働研修会を、地区内で中心となって企画・実施している。当院は在宅医療連携拠点施設としても、市民公開講座、多職種協働研修会を実施している。また、当院は以前から研究発表活動を推進してきた。今年度の研究発表会のテーマは、「地域包括ケアシステム一端を担う私たちの取り組み」とし、例年のように院内外に一般演題を募集した。在宅医療に関連する演題が過半数を占めた。当院の研究発表会の特徴は、関連医療機関からも演題の発表も含めご参加いただき、一緒に特別講演を聴講しともに勉強するスタイルをとっている点である。

15 看取りの場所の実際



～ハッピーエンドの迎え方～

83% 看取りを自宅で望む人
12% 実際、看取りを自宅で迎えた人

鹿島の在宅医療 その現状と課題

平成30年 10/19 19:00~

当地区の看取り場所の実際 死亡診断書全数調査から

看取り場所	H29.4-H30.3	H30.4-H30.9
医療機関	約80%	約80%
特養	約10%	約10%
自宅	約5%	約4%
GH	約3%	約3%
老健	約2%	約2%
在宅	約1%	約1%
特定施設	約1%	約1%
有料老人H	約1%	約1%

市民団体から依頼を受け、私自身が在宅医療についての講演を行うこともある。自宅で看取りが増えないことの原因を問われ、まず、地区内の実態調査を行った。地区内の全医療機関に協力を依頼し、死亡診断書の全数調査を行い、看取り場所の実際を調べた。その結果、医療機関（病院・診療所）が8割を占めており、自宅は平成29年度は5%、平成30年度は4%に過ぎなかった。市民の意向とのギャップを垣間見ることができ、今後さらに在宅医療普及・啓発を目的とした活動を推進すべきであると実感した。また、当地区にも在宅医療支援診療所はそれなりの数が存在するものの、実体として訪問診療をほとんど行っていない医療機関が散見され、データで見ると厳しい現状も浮き彫りとなった。

16 今後の当院の予定（方針）

入院料	回復期リハビリテーション病棟		地域包括ケア病棟		合計
	回復期リハビリテーション病棟入院料3 実績指数 55.6 (2018.10.31時点)	地域包括ケア入院医療管理料1	療養病棟入院基本料1 +在宅復帰機能強化加算		
現在	32床	12床	8床		52床
新棟増築後	32床	28床	20床		80床



2019年6月に新棟増築予定

2017年8月、当院は近隣の病院の事業譲渡を受け、念願であった増床が可能となった。現在、新棟の増築工事中である。新棟増築後は、地域包括ケア病床を28床に、療養病床を20床に増床し、計80床とする予定である。地域包括ケア病床を増やすことで、在宅医療を支える医療機関としての機能をさらに増強し、地域医療に貢献したいと考えている。

17 まとめ

- ・かかりつけ医である中小病院は在宅医療に取り組み、地域包括ケアシステム構築に関与することが求められている。
- ・在宅療養支援病院は後方支援病床機能を持ち合わせており、自院のみでも、一定領域の在宅医療を支えるポテンシャルを有している。
- ・地域包括ケア病棟（病床）は、在宅医療に親和性が高く、地域包括ケア病棟を持つ病院が更に多く在宅医療に取り組むことが期待される。
- ・「ときどき入院、ほぼ在宅」の実践には、「院内多職種協働」と「地域内多職種協働」が欠かせない。
- ・ACPについての取り組みは必須であり、院内の意識、知識の向上はもちろん、地域での啓発活動の充実が今後益々求められる。
- ・在宅医療は医の原点として学ぶものが多く、やりがいがある大きなものである。困難さは地域がチームとなり課題をシェアすることで乗り越えられると考える。

新たに在宅医療に取り組む方のための 研修教材のご案内

全国在宅療養支援診療所連絡会 和田 忠志

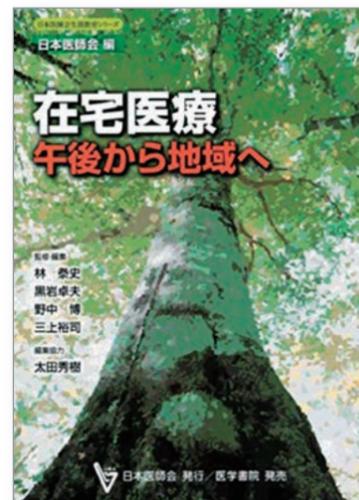
在宅医療および地域包括ケアを学習するための優れた教材を各団体が作成・配布しています。なかでも、特に、「かかりつけ医が行う在宅医療」を正しく伝え、簡単に入手でき、多忙な医師が活用できるものを中心にご紹介します。また、在宅医療や緩和治療などの実際について学びたいというご要望も多く、それに応えるような教材もご紹介します。本日紹介する教材は、書店にて購入可能、あるいはインターネットで閲覧可能です。

■日本医師会編

「在宅医療 午後から地域へ」

日本医師会生涯教育シリーズ（書籍）医学書院（2010）

（入手方法：一般書店販売）



■日本医師会

「かかりつけ医の在宅医療」

（入手方法：インターネット）

「かかりつけ医の在宅医療」（インターネット映像配信）

<http://www.med.or.jp/doctor/work/zaitaku/001706.html>

テキスト「かかりつけ医の在宅医療」（ダウンロード可能）

http://dl.med.or.jp/dl-med/jma/nichii/zaitaku/zaitakuiryotext_250728.pdf

「かかりつけ医が在宅医療を新たに開始するための教材」として日本医師会が作成した資料です。特に、映像教材は、かかりつけ医が、患者と家族の信頼に応えて在宅医療を始める様子とそのノウハウを伝えるものです。医師会での在宅医療に関する研修会での利用はもとより、在宅医療を始めようとする医師の勉強会などで広く利用できる教材です。



■日本医師会

「地域包括ケアと多職種連携」

（入手方法：インターネット）

①「地域包括ケアと多職種連携」

「学習用ワークブック」「指導者用ガイドブック」（ダウンロード可能）

②「地域包括ケアと多職種連携」

【看護職向け】【ケアマネジャー向け】（インターネット映像配信）

<http://www.med.or.jp/doctor/region/mdc/004304.html>

医療・介護の連携において、地域の診療所や中小病院の看護職員、訪問看護師、ケアマネジャーが果たす役割は重要です。日本医師会では、地域包括ケアシステムおよび医療・介護の多職種連携を理解するための映像教材とワークブックを作成しています。医師会における多職種連携の研修会はもちろん、看護師・准看護師養成所における授業などで活用できます。（文部科学省委託事業「地域包括ケアを担う医療・介護分野の中核的専門人材養成のための教育プログラム開発」平成26年度・27年度 日本医師会受託）

■公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

「在宅医療テキスト」

(入手方法：インターネット)

①「在宅医療テキスト」第3版（書籍）(ダウンロード可能)

<http://www.zaitakuiro-yuumizaidan.com/docs/text/text.pdf>

②在宅医療テキスト（第3版）特設サイト[e-learning用 映像教材]

(インターネット映像配信)

<http://www.zaitakuiro-yuumizaidan.com/textbook/>

在宅医療の実践的テキストです。在宅医療を始めようとする医師のみならず熟練した医師にも大変参考になります。在宅医療で利用される技術の具体的な事項を学びたい人に最適です。インターネットよりダウンロード可能です。

また、テキスト内容を執筆者が講演で伝えるe-learning教材も用意されています。医師のみならず、看護師、薬剤師、歯科医師、リハビリテーション専門職、ケアマネジャーが在宅医療を知る参考資料としても秀逸な教材です。

「在宅医療テキスト」(第3版)より一部読み込んで学習したい医療従事者のための映像教材を開発しました。移動中でも気軽に学ぶことができます。一つのテーマは15分程度で完了しています。(1本あたり15分程度、全22巻)

<http://www.zaitakuiro-yuumizaidan.com/textbook/>

上記URLにアクセスし、「はい」をクリックしてお楽しみください

- パソコン、タブレット、スマートフォンからも視聴できるようデザインしています。
※一部古いバージョンのブラウザや端末でそのままだけの表示、モバイルブラウザが読まれて表示される場合もあります
- 単体研修での映像教材を利用したい場合は、DVDも無償で貸し出しています。
(限定30セット、再生時間11時間29分)
- 各巻、巻の単位で、冊子『在宅医療テキスト第3版』をPDFで閲覧することもできます。

第1巻 在宅医療総論
第2巻 在宅医療の臨床課題
I 生活機能障害と在宅医療
II 在宅急性期の課題
第3巻 在宅における治療技術
第4巻 昼夜急の進行期の医学的管理
第5巻 在宅緩和ケア
第6巻 小児の在宅医療

(公財) 在宅医療助成 勇美記念財団
〒100-0063 東京都千代田区麹町 3-5-1 全共連ビル5階501号
TEL: 03-5226-6266, 030-3559-5401 / FAX: 03-5226-6269
e-mail: yuumi@zaitakuiro-yuumizaidan.com
URL: <http://www.zaitakuiro-yuumizaidan.com/>

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

1. 在宅医療の今日的意義

「在宅医療」は、居住している医療従事者や家族等によって、その人、医療従事者、家族等が協働して行う医療である。在宅医療は、地域社会の医療資源を有効に活用し、地域社会の医療ニーズに応えるための重要な役割を果たしている。在宅医療は、高齢化社会の進展に伴って、ますます重要性を増している。在宅医療は、地域社会の医療資源を有効に活用し、地域社会の医療ニーズに応えるための重要な役割を果たしている。在宅医療は、高齢化社会の進展に伴って、ますます重要性を増している。

巻名	内容	収録時間
第1巻	在宅医療総論	15分
第2巻	在宅医療の臨床課題	15分
第3巻	在宅における治療技術	15分
第4巻	昼夜急の進行期の医学的管理	15分
第5巻	在宅緩和ケア	15分
第6巻	小児の在宅医療	15分

■国立長寿医療研究センター

「はじめよう!在宅医療～今、医療の場は地域へ～」

(入手方法：インターネット)

DVD「はじめよう!在宅医療 ～今、医療の場は地域へ～」(全110分)

(製作協力:全国在宅療養支援診療所連絡会、複製:勇美記念財団)

(インターネット映像配信)

<http://monowasure.org/ninchiw/information/0000002/>

国立長寿医療研究センターが全国在宅療養支援診療所連絡会の協力を得て作成した在宅医療全般にわたる医師向け映像教材です。臨床現場のノウハウ、制度、システム管理に至るまで、在宅医療実践のノウハウが詰まっています。三巻構成からなり、全部で約110分ですが、DVDでは各巻ごと、各章ごとに、映像を見ることができます。インターネット配信画像も用意されています。

■東京大学医学部在宅医療学拠点

「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」

(入手方法：インターネット)

「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」

<http://homecarenetwork.umin.jp/ipw/>

地域において、「在宅医療推進のための多職種連携研修会」を開催するためのインターネットサイトです。多職種連携研修会の理想的なプログラム、準備過程、運営に至るまで、すべてが網羅されています。

在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会

この研修会は、在宅医療の推進を図るために、医師、看護師、薬剤師、歯科医師、リハビリテーション専門職、ケアマネジャーなど、多職種が連携して取り組むための研修会です。研修会では、在宅医療の現状、課題、推進方法について、最新の情報を提供し、実践的な研修を行います。

研修会の目的は、在宅医療の推進を図るために、多職種が連携して取り組むための研修会です。研修会では、在宅医療の現状、課題、推進方法について、最新の情報を提供し、実践的な研修を行います。

研修会の内容は、在宅医療の現状、課題、推進方法について、最新の情報を提供し、実践的な研修を行います。

研修会の開催場所は、全国各地で開催されます。研修会の開催時期は、毎年複数回開催されます。

研修会の参加費は、無料です。研修会の申し込みは、インターネット上で行うことができます。

研修会の問い合わせ先は、東京大学医学部在宅医療学拠点です。お問い合わせ先は、東京大学医学部在宅医療学拠点です。

ワークショップの趣旨と進め方

■全国国民健康保険診療施設協議会（略称「国診協」）

小規模自治体における多職種研修の実践に向けた研修プログラム

（入手方法：インターネット）

- 多職種研修プログラム・運営ガイド PDF
- 実施準備から～当日の運営～その後のフォロー PDF
- ロールプレイ（標準シナリオ）
 - ・「シナリオ1」：胃がんのため余命2ヶ月の患者の在宅療養支援PDF
 - ・「シナリオ2」：急遽退院が決まった、自宅での最期を希望するがん患者の退院支援PDF
 - ・「シナリオ3」：妻よりも長く生きて、妻を看取ってから逝きたいと願う方への支援PDF
 - ・「シナリオ4」：透析を拒否して退院希望の男性と自宅介護に戸惑う家族への支援PDF
 - ・「シナリオ5」：重度者の退院支援の機会が少ない関係者による若年者遷延性意識障害の退院支援PDF

<https://www.kokushinkyo.or.jp/Default.aspx?TabId=480>

■日本在宅ケアアライアンス編集協力

「在宅医療マネジメントQ&A」【電子版付】（2018）日本医事新報社

（入手方法：一般書店販売）

在宅医療における疾病対応の実際、在宅医療機関の運営、法的事項に至るまでの細目を収録した事典的な在宅医療テキストです。



日本プライマリ・ケア連合学会 草場 鉄周

IV ワークショップの趣旨と進め方

プログラム

司会・進行 草場 鉄周

時刻	時刻	会場	内容	解説・演者等
12:00-13:00	60分	各グループの会場	昼食	(大講堂から移動後) アイスブレイク*を兼ねた昼食
13:00-14:20	80分	各グループの会場	グループワーク	
14:20-14:40	20分		休憩	移動と休憩
14:40-15:55	75分	大講堂	グループ発表	6グループから発表いただきます ①プレゼンテーション 時間：30分（各グループ5分） 形式：現状→課題→解決策 ②パネルディスカッション 時間：45分（総括含む） 〈司会〉草場 〈コメンテーター〉太田、鈴木 ③総括（草場）

*アイスブレイク 参加者が初対面の場合もあり、話しやすい和やかな雰囲気をつくるための手法

ワークショップの趣旨と進め方

■議論の視点（参考例）

- ・ System of systems概念を踏まえ、地域における課題と着手点
- ・ 在宅医療推進のPDCAサイクルをどのように回すのか
- ・ 新たな医師や市民をどのように巻き込むのか
- ・ リーダー役として、地域でなにができるのか

■アイスブレイク

昼食時間を利用し、会食しながら行います。

手順・方法はファシリテーターに一任しますが、通常は次のような要領で行います。

i) ファシリテーターの挨拶

ii) 参加者全員からの簡単な自己紹介

開業歴、専門領域、その他医師会での活動など、また、ご家族のことや趣味などについても触れていただくと場が和みます。また、最近経験した感動的ことを1つなどと、他愛無いテーマを盛り込むと、さらに打ち解けるかもしれません。

iii) 重要なコミュニケーションの場づくり

ファシリテーターは参加者のコメントについて、逆に質問したり、関連する話題で再度コメントしたりして、場を盛り上げるように努力します。

iv) 昼食後、グループワークに入ります

■グループワークの流れ

- ・ 司会の方と、記録の方を最初に設定してください。
- ・ 各自の発言は、要点をまとめてもらい、冗長にならないように。
- ・ 一回の発言は原則的に3分以内で。
- ・ 司会者はできる限り全員が議論に参加できるよう、発言を求めても良いです。
- ・ ある程度議論が深まった場合、内容を簡単にまとめて、次に話題を展開すると議論が堂々巡りにならず、発展しやすくなります（発散→まとめ→発散 サイクル）。

■プレゼンテーション（5分×6グループ=30分）

- ・ファシリテーターがプレゼンテーションをお願いするグループを6組推薦します。
- ・プレゼンテーションに際して、パワーポイント（PPT）をお使いいただきます。標準テンプレートを用意しますが、活用は自由です。また、PPT 作成用パソコンを準備しますが、ご自分のPC をお使いになっても結構です。
- ・PPTの作成については、ファシリテーターがお手伝いいたします。作成したPPTデータの移行については、個別に対応させていただきます（ポケットWi-Fiによる通信環境を利用する、など）。なお、USBの利用はセキュリティの関係で控えていただきます。ご不明な点は、会場におりますファシリテーターにおたずねください。
- ・持ち時間は5分ですので、PPT は5枚以内としてください。
- ・プレゼンテーション後は、パネラーとしてディスカッションにご参加いただきます。

■パネルディスカッション（45分 総括含む）

- ・6人のプレゼンターに、パネラーとしてご参加いただき、ディスカッションを行います（司会：草場、コメンテーター：太田・鈴木）。

■総括

|| ワークショップQ&A

本研修会では、『ワークショップ形式』を取り入れ、受講者自らがディスカッションに参加できる場を設けています。

ワークショップによるグループワークを進めていく上での基本的事項に関して、Q&Aを編集いたしましたので、地域での活動にご活用いただければ幸いです。

Q-1 | ワークショップ（workshop）とはなんのでしょうか？

①仕事場、作業場 ②参加者が専門家の助言を得ながら問題解決のために行う研修会 ③参加者が自主的活動で行う講習会（出典；デジタル大辞泉）、と記載されています。このように、研修会や講習会でもあることがお分かりいただけると思います。

おそらく、ワークショップと聞くと、一般的なイメージは工房でしょう。そこでは、部品を組み立てながら製品を完成させますが、さまざまな意見を聴取し、整理して、何らかの結論を導き、そして提案する過程は、モノを産みだし、消費者の手に渡す作業と重ね合わせると分かりやすいかもしれません。

Q-2 | ワークショップの意義は？

課題について議論し、その結果を整理し、問題解決への提案を成果とします。他者との一連の共同作業を通して、異なる考え方や立場の違いを知ることができます。さらに、同じ目標を共有して協力することにより、ある種の達成感を得ることができるはずです。

また、仲間意識が芽生え、「連携」への一助となるでしょう。実際に膝を交え、意見を聞き、人柄を知ること、信頼関係も生まれます。複数の視点から導き出された成果は、それだけ重みのあるものとなります。

Q-3 | ワークショップの進め方は?

参加者が共有できるテーマを設定して、参加者全員が発言の機会を持てるように6～7人のグループに分かれます。各グループでは「ファシリテーター(後述)」が進行を行います。ワークショップ冒頭で「記録を取る人」、「発言を整理する人」、「結果を発表する人」など、役割を明確にします。

一定の時間内に発言内容を整理して、最後にグループごとに発表して頂きます。具体的な提言につながる結論が導かれれば理想ですが、仮に結論に至らなくとも、課題を整理するだけでも大きな成果といえます。

Q-4 | ファシリテーター (facilitator) の役割は?

ファシリテーション(facilitation)とは話し合いなどの集団で行う活動がスムーズに進行し、成果が上がるように支援することです。ワークショップの場面では、適切な質問を投げかけ、意見を引き出し、話し合いの方向性がずれないように修正したり、合意に向けて論点の整理を担当したりするのがファシリテーターです。

Q-5 | ワークショップは実際にはどのように行うのでしょうか?

- ①オープニング(話し合いをしやすい雰囲気づくりが重要)
- ②テーマを投げかけて、意見を引き出す (その際には開かれた質問が重要)
- ③出された意見を絞り込み、KJ法^{※(後述)}などを用いて整理する
- ④結論を提言としてまとめるために助言する

Q-6 | KJ法とは?

KJ法は、文化人類学者の川喜田二郎氏(東京工業大学名誉教授)がデータをまとめるために考案した手法で、考案者のイニシャルにちなんでKJ法と呼ばれます。

データや情報をメモ用紙(ポストイット®)やカードに記載し、これらの用紙やカードを、内容によって分類(グルーピング)し、図解しながらまとめていきます。

最近では、KJ法という名称が一般化し、企業研修や学校教育、各種のワークショップなどで広く用いられるようになりました。ブレインストーミング^{※(後述)}により、さまざまな断片的なデータを統合し、創造的に問題解決の糸口を探っていきます。

Q-7 | ブレインストーミング (brainstorm) とは?

集団でアイデアを出し合って、相互交錯の連鎖反応や発想の誘発を期待する技法といわれています。今回は好ましいとされる6～7人のグループで行い、先入観を与えないように、その場で資料を配布して行います。

Q-8 | ブレインストーミングのコツは?

その1 判断したり、結論を出したりしない

その2 批判的な意見は慎む

仮に否定的な意見を述べる場合には、肯定の可能性を広げるような発言を歓迎する。

例。「在宅で24時間の管理はできませんよ。晩酌もできないじゃないですか?」と否定する意見よりも、「晩酌していても、24時間管理できる方法はないのでしょうか?」という発展的な意見が期待されます。

その3 粗野な考えも歓迎する

なぜなら、既成概念を打ち破るアイデアが出てくる可能性があるからです。奇抜な考え方やユニークで斬新なアイデアは、最初は一笑に付されることがありますが、後に大きな発見や発展につながることもあります。

その4 他者の意見に便乗することを妨げない

他者からの、さまざまなアイデアを結合して、別のアイデアを創造したり、一部を改変したりすることで、新たなアイデアを生み出していくことができます。

Q-9 | KJ法は実際にどのように行うのでしょうか？

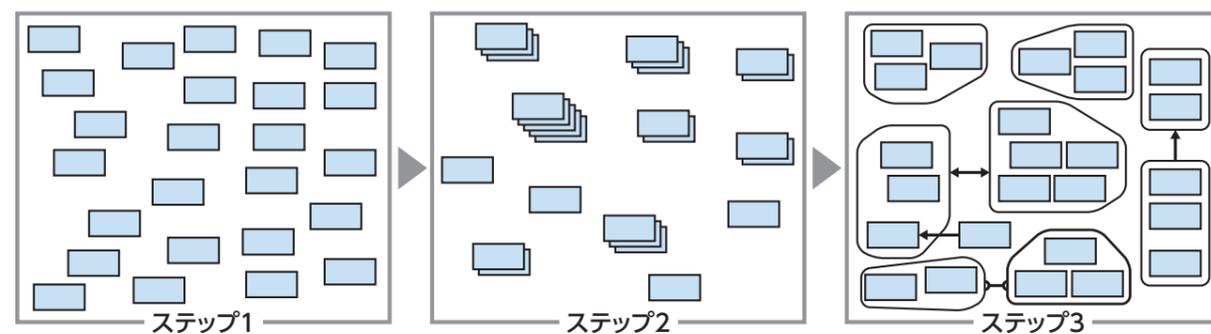
i) カード (ポストイット®) の記載

ワークショップに参加した全員が、同時進行で、1つのデータを1枚のカードに要約して記述します。1枚のカードに複数のデータを書き込まないのが原則です。

ii) グループピング

数多くのカードの中から似通ったものをいくつかのグループにまとめ、それぞれのグループに見出しをつけます。

iii) 整理には、図解化を行います

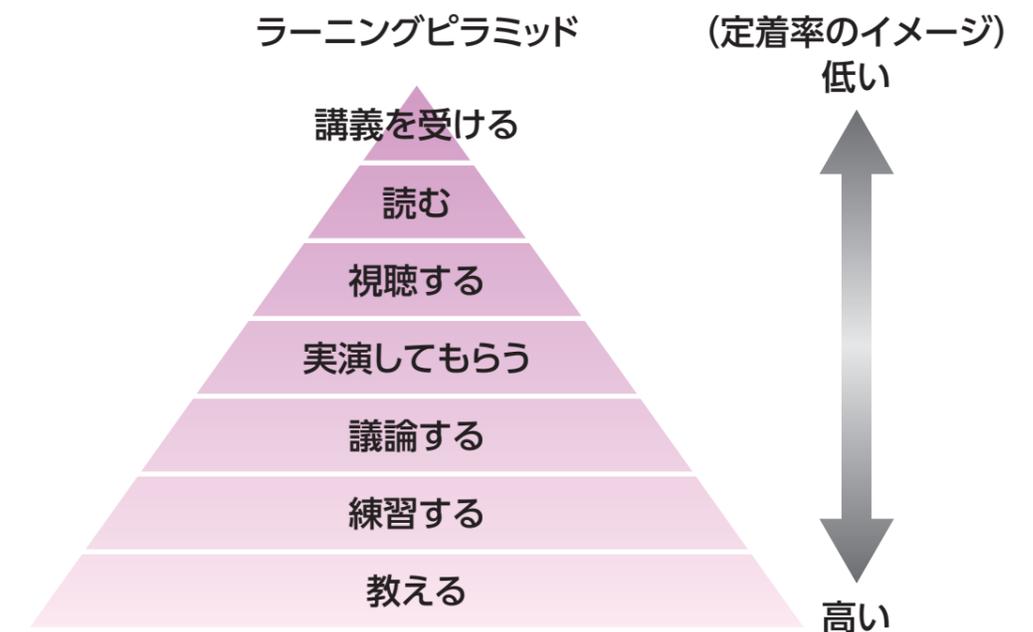


付録-1 学習方法を格付けした「ラーニングピラミッド」について

ラーニングピラミッドはあくまでも仮定されたモデルで、かりに数値が併記されていても、科学的な裏付けはありません。学習効果は、受動的な「講義を受ける」から能動的な「意見交換に参加」、さらに「教える」までの7段階にランク付けして、下段に行くほど、その効果が高いことを示すイメージ図です。

外科系の医師は、「See one Do one Teach one」と、教えられた経験があるかもしれません。技能を会得する時には、手術をみたり、手術書を読んだりして学習し (See)、実際に手術を体験して (Do)、それを教えられるようになって (Teach)、はじめて身につけたと言えるレベルとなるという格言です。

学習の円錐 (The Cone of Learning) も、See one, do one, teach one が意図することと同様でしょう。



引用

Dale, Edgar. (1946) The "Cone of Experience", Audio-Visual Methods in Teaching. NY: Dryden Press.

参考資料

団体紹介

日本在宅ケアアライアンスについて

日本在宅ケアアライアンス・
加盟団体および有識者委員

プロフィール

「平成30年度在宅医療関連講師人材養成事業」
委員名簿

団体紹介 日本在宅ケアアライアンスについて

概要

平成27(2015)年3月1日、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、日本ホスピス緩和ケア協会、日本ホスピス・在宅ケア研究会という、在宅医療に深くかかわる15団体からなる「日本在宅ケアアライアンス」(Japan Home Health Care Alliance ; 略称JHHCA) が設立された。

その後、日本在宅栄養管理学会、全国訪問看護事業協会、日本訪問リハビリテーション協会、日本老年医学会、全日本病院協会の5団体が趣旨に賛同し加盟、現在は20団体から組織されている。

「日本在宅ケアアライアンス (JHHCA)」は、我が国で在宅医療を普及推進させるための専門職団体による、ゆるやかな連合体といえる。

1. 設立までの経過

平成16(2004)年11月23日、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団が主催し、第1回在宅医療推進フォーラムが行われた。これは勇美記念財団が主催する「在宅医療推進のための会」が母体となって発案されたものである。第1回在宅医療推進フォーラムでは、在宅医療に携わる専門職団体が一体となって在宅医療推進に注力することを確認し、「在宅医療推進のための共同声明」が採択された。この共同声明で、11月23日を「在宅医療の日」と定め、在宅医療推進のためのフォーラムを毎年開催することとした。

その後、「在宅医療推進フォーラム」の会を重ねるごとに、その参加団体が増え、「在宅医療推進のための共同声明」も改定された。その間に、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などの実践者団体が設立され、在宅医療実践者の交流と研鑽がすすめられた。

このような活動蓄積のもとに、平成27(2015)年3月1日に、「在宅医療推進フォーラム」参加団体を含めて、「在宅医療推進のための共同声明」に賛同する団体が、日本在宅ケアアライアンスを設立した。

2. 日本在宅ケアアライアンスの概要

日本在宅ケアアライアンスの最も重要な特徴の一つは、その構成団体が「在宅医療推進のための共同声明」(平成26(2014)年11月23日改定)に賛同している点である。

日本在宅ケアアライアンスの構成団体は委員を選出し、その委員の合議によって運営される。委員には、団体から推薦された委員のほか、在宅医療に関する見識の深い有識者委員が論議に加わる。また、在宅医療に関し特に功績のある特別顧問が、アドバイザーとしておかれている。

3. 日本在宅ケアアライアンスの主な活動

在宅医療関連講師人材養成事業

これまでの活動で主要なものは、日本医師会と共催で行った「在宅医療関連講師人材養成事業研修会」である。本研修会は、全国の都道府県医師会から推薦された受講者が、地域で在宅医療普及推進活動のアドバイザーを担えるように位置付けられたものである。第1回の研修会は、平成28年(2016)年1月17日(日)に、日本医師会大講堂で行われた。41都道府県医師会から参加者があり、県医師会推薦医師参加者数271名であった。また、日本在宅ケアアライアンスから56名が参加した。参加者合計は327名であった。平成28年度、29年度も継続しての開催となり、今回が第4回となる。

在宅医療関連講師人材養成事業の考え方

在宅医療は、しばしば「病院のベッドが地域に広がった」と説明されているが、そこで提供されている医療の内容は、入院医療と大きく異なる。とりわけ疾病治療を目指す病院に対して、在宅医療は「生活を上位概念」として、医療介入の妥当性の尺度をQOL(Quality of Life)に求めている。したがって、「治し、支える医療」と表現されるが、命の質を重視し、自己実現を医療から支援し、人生とかわる医療といえる。バイオメディカルな課題だけでなく、むしろサイコソーシャルな側面からとらえ、さらにマネジメントのスキルがより強く期待されるという点を重視してプログラムを作成した。

行政が主導的に行う在宅医療普及推進のための啓発活動に、講師として速やかに積極的に参加できるように、すでに在宅医療の経験のある医師に、在宅医療の標準的知識を整理し、さらにスキルアップをめざし、マインドを深められる内容とした。

在宅医療関連講師人材養成事業の展望

人材紹介体制については、人材育成プログラムに参加した医師にはプログラムの修了書を発行し、承諾を得たうえで「修了者リスト」を作成、公開し、各地での研修会開催に積極的に協力する予定である。参加者が、みずからの本拠地にこの成果を持ち帰り、現地で「在宅医療推進のための研修会」を地域の実情に合わせて構築してくれることを期待している。

アンケート結果でも各地域での活躍や周知が一定程度すすんでいることが分かった。

平成29年度の研修会では、ワークショップを組み入れ能動的学習プログラムとしたところ好評であり、今回も継続して行うこととなった。

4. 日本在宅ケアアライアンスの今後の活動について

日本在宅ケアアライアンスでは、以下の4つの「ワーキンググループ」を構成し、今後の事業活動を行ってゆく予定である。

①アカデミックグループ

学術研究および教育活動を主導的に行うグループである。日本在宅ケアアライアンス委員に加え、医学研究に精通した外部有識者を交えて、骨太の研究が可能な体制作りを目指す。すなわち、従来のエビデンスとは異なる「在宅医療分野ならではのエビデンス（知見）」を積み重ねていく。

現在想定している活動内容としては、医学教育（医学部学生教育、研究医教育等）、在宅医療の標準化研究および活動（テキストの編纂、在宅医療リーダー養成研修会）、病院医療と在宅医療の両面からの水平連携を視野に入れた症例研究（症例レジストリも含む。レセプト研究、QOLも絡ませる）、看取り医療の倫理研究、多職種協働（IPW）／多職種教育（IPE）（専門職の行動変容にもつなげるもの）、在宅医療と救急搬送の在り方、在宅医療に関連する栄養管理（フレイル対策も含む。最期まで食を支える等も含む）、などを想定している。

②システムグループ

政策提言を主導的に行うグループである。主に国への政策提言を目指す。

政策提言の源泉は、アカデミックグループから得られる「研究成果および研究エビデンス」が極めて重要となる。例えば、在宅医療が医療内容において病院（療養病床等）と同等、あるいはそれ以上の効果があることが証明されれば、それは国の在宅医療推進のゆるぎない根拠となるであろう。

第二の源泉は、「在宅医療の実践を通じて得られる政策提言内容」である。例えば、在宅医療教育の必要性を提言することや、実践の見地から医療保険制度・介護保険制度・障害福祉制度などの改良に関する提言を行うことである。

③ムーブメントグループ

啓発等の社会活動を行うグループである。システムグループが中央の行政をその対象とするのに対して、ムーブメントグループは、市民や県および市区町村行政などを対象として、より暮らしに密着した立場から、在宅医療を推進するグループである。

現在考えられている活動としては、市民意識の改革、システムグループと連携しての制度・政策の提言、職能団体基本理念および専門職行動変容（個別の質向上と多職種協働推進、在宅医療リーダー養成研修会の総括）、市区町村行政への働きかけ、介護事業者の倫理問題（特定の企業やグループによる患者囲い込み問題も含む）、などである。

そのなかでも特に、市民の意識改革については、老い方、死に方、住まい方、地域での暮らし方等を取り扱い、手法としては、メディア（ジャーナリズム）活用を軸とする、戦略的広報活動を想定している。

一昨年は、地域包括ケアシステム構築への一助になることを願い冊子を編纂し、今年度は日本の在宅医療の歴史と、その基本理念などの検証、今後の課題などを整理した冊子の刊行に取り組んだ。

④エシックスグループ

日本在宅ケアアライアンスのガバナンスも含めて、クリニカルリサーチ及びプラクティスにおける倫理的な課題に対応するため、独自の活動を行う。

⑤4つのグループによる在宅医療推進活動

日本在宅ケアアライアンスは在宅医療に携わる専門職団体のゆるやかな集合体であり、それらの力を結集することで、これらの4つのグループの活動が強く推進される。なお、これらの4つのグループの活動内容は、互いに関連し重複することも多い。このため、グループ間での委員の相互意見交換を通じて、活動の整合性をとる予定である。とりわけ、厚生労働省、日本医師会等と密接に連携し、在宅医療を推進する諸事業に積極的に携わることを目指している。

日本在宅ケアアライアンス・加盟団体および有識者委員

プロフィール

(掲載50音順)

■ 加盟団体

(50音順)

- 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 日本訪問リハビリテーション協会
- 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 日本老年医学会
- 公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
- 公益社団法人 全日本病院協会
- 公益財団法人 日本訪問看護財団
- 特定非営利法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
- 特定非営利法人 日本ホスピス緩和ケア協会
- 特定非営利法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会
- 日本在宅ホスピス協会

■ 有識者委員

- 江澤 和彦 (日本医師会 常任理事)
- 井原 辰雄 (国立長寿医療研究センター 企画戦略局長)
- 田城 孝雄 (放送大学 教授)
- 辻 彼南雄 (在宅医療助成勇美記念財団 理事)
- 堀田 聰子 (慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科 教授)
- 和田 忠志 (全国在宅療養支援診療所連絡会 理事)

※平成30年12月現在

飯島 勝矢 (東京大学高齢社会総合研究機構)

【略 歴】1990年、東京慈恵会医科大学卒。千葉大学循環器内科、東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座講師、米国スタンフォード大学医学部研究員を経て、現在、東京大学高齢社会総合研究機構教授。「一億総活躍国民会議」有識者民間議員にも就任。

【資格・公職等】医学博士。専門は老年医学、総合老年学（ジェロントロジー）。特に①フレイル予防および住民主導の包括的フレイル予防活動、さらにその基盤となる高齢者大規模コホート研究、②課題解決型実証研究（アクションリサーチ）を基盤とした長寿社会に向けたまちづくり・地域包括ケアシステム構築、③在宅医療推進活動および多職種連携教育。

【主な著書等】『老いることの意味を問い直す -フレイルに立ち向かう-』（クリエイツかもがわ、共著）。

江澤 和彦 (日本医師会)

【略 歴】1988年、日本医科大学卒。1997年、岡山大学大学院医学研究科修了。医学部卒業後、救急医療・重症管理等の内科臨床に意欲的に取り組むとともに、現在も専門である関節リウマチの臨床や感染管理に積極的に携わる。1996年に現職である医療法人和香会および医療法人博愛会理事長（2002年には社会福祉法人優和会理事長）就任以降、地域づくりを目指して数多くの医療介護施設を開設。「社会貢献」を信条に、社会保障制度・地域包括ケア・地域医療構想・医療保険・介護保険・診療介護報酬等に関する数多くの講演や執筆活動を展開し、ライフワークである「尊厳の保障」に精力的に取り組んでいる。

【資格・公職等】医学博士、労働衛生コンサルタント（保健衛生）、日本リウマチ学会リウマチ指導医・専門医。日本医師会常任理事、日本慢性期医療協会常任理事、日本介護医療院協会副会長、慢性期リハビリテーション協会副会長、日本医療法人協会理事、日本リハビリテーション病院・施設協会理事、全国老人保健施設協会常務理事、全国デイ・ケア協会理事、厚生労働省「社会保障審議会（介護給付費分科会／介護保険部会）」臨時委員、厚生労働省「社会保障審議会（障害者部会）」臨時委員など。2012年、厚生労働大臣表彰。

【主な著書等】『認知症診療の進め方 -その基本と実践-』（永井書店、共著）、『高齢者ケア実践事例集2010年10月「尊厳の保障を目指して一ユニットケアによる個を尊重したケアの実現-』（第一法規）、『シリーズ介護施設 安心・安全ハンドブック5「苦情対応と危機管理体制』（ぎょうせい）、『高齢者のための薬の使い方 -ストップとスタート-』（ぱーそん書房、共著）、『感染制御標準ガイド』（じほう、共著）など多数。

太田 秀樹 (全国在宅療養支援診療所連絡会)

【略 歴】1953年、奈良市生まれ。1979年、日本大学医学部卒。日大医学部附属板橋病院麻酔科にて研修医。自治医大学大学院修了後、同大整形外科医局長、専任講師を経て、1992年に在宅医療を旗印におよま城北クリニック（栃木県）開設。現在、機能強化型在宅療養支援診療所として24時間×365日の在宅ケアサービスを展開し、地域包括ケアシステムの一翼を担う。

【資格・公職等】医学博士、日本整形外科学会認定専門医、麻酔科標榜医、介護支援専門員。日本医師会在宅医療連絡協議会委員、日本在宅医学会監事、全国知事会先進政策頭脳センター委員、在宅ケアネットワーク・とちぎ世話人、全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長、日本在宅ケアアライアンス共同事務局長など。

北西 史直 (トータルファミリーケア北西医院)

【略 歴】1991年、東京慈恵会医科大学医学部卒、国立東京第二病院（現東京医療センター）にて初期研修、総合診療科にて後期研修。救急医療、療養型病院、回復期リハ病棟、緩和ケア病棟、総合病院小児科、へき地などでの研修、経験を経て、2007年にトータルファミリーケア北西医院を開業。同年に病児保育室を開園。「ケアカフェいじ」主宰。

【資格・公職等】日本内科学会総合内科専門医、日本老年医学会老年病専門医・指導医。日本プライマリ・ケア連合学会静岡県支部代表、全国病児保育協議会静岡県支部長、静岡県在宅重症心身障害児者対応多職種連携研修準備委員会委員。

【主な著書等】『総合外来 初診の心得21か条』（医学書院、編集・執筆）、『その患者さん、リハ必要ですよ!!』（羊土社、編集協力・執筆）

草場 鉄周 (日本プライマリ・ケア連合学会)

【略 歴】1999年、京都大学医学部卒。北海道室蘭の日鋼記念病院にて初期研修、北海道家庭医療学センターにて後期研修を修了。2006年、北海道家庭医療学センター本輪西サテライトクリニック院長。2008年より医療法人北海道家庭医療学センター理事長ならびに同センター本輪西ファミリークリニック院長。

【資格・公職等】日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医・指導医、日本医師会認定産業医。日本プライマリ・ケア連合学会副理事長（2011年、同連合学会第2回学術大会大会長）、北海道医療対策協議会委員、室蘭市医師会監事、京都大学医学部非常勤講師。

【主な著書等】『家庭医療のエッセンス』（カイ書林）、『内なる診療』（カイ書林、監訳）など。

蔵谷 弘子 (みのりクリニック)

【略 歴】1992年、香川医科大学（現 香川大学医学部）卒。香川大学医学附属病院研修医。同大学院修了。2006年、みのりクリニック開設。現在、地域の2医療機関と連携、機能強化型在宅療養支援診療所として24時間×365日の在宅ケアサービスを展開。訪問看護ステーションみのり、看護小規模多機能型居宅介護事業所を開設し、医療・看護・介護の全ての面から、地域包括ケアシステムの一翼を担う。

【資格・公職等】医学博士、認知症サポート医。患者の意向を尊重した意思決定のための相談員指導者研修会終了、坂出市認知症初期集中支援事業、坂出市地域ケア会議議長、坂出・宇多津広域行政事務組合介護認定審査会会長、坂出市医師会理事。

坂戸 慶一郎 (健生黒石診療所)

【略 歴】2001年、弘前大学医学部医学科卒。津軽保健生活協同組合健生病院にて初期研修。青森保健生活協同組合あおもり協立病院、堤診療所などにて消化器内科・訪問診療などを担当。2010年より健生黒石診療所所長。

【資格・公職等】日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医、日本在宅医学会専門医。日本プライマリ・ケア連合学会理事。

志田 知之 (志田病院)

【略 歴】1990年、佐賀医科大学医学部卒、佐賀医科大学外科で初期研修。1992年、健康保険直方中央病院外科。1993年、総合病院唐津赤十字病院外科。1994年、佐賀医科大学外科。1995年、医療法人天心堂志田病院。1996年、同院理事長・院長就任。

【資格・公職等】日本医師会認定産業医、認知症サポート医。鹿島藤津地区医師会理事、日本慢性期医療協会理事、尊厳死協会佐賀支部理事、鹿島市高齢者保健福祉計画策定委員会委員、鹿島市地域ケアネットワーク会議構成員。

鈴木 健彦 (厚生労働省)

【略 歴】1993年、厚生省入省。保健医療局疾病対策課、環境庁企画調整局環境保健部保健企画課、健康政策局医事課、大分県福祉保健部健康対策課、医薬食品局食品安全部企画情報課、健康局生活衛生課等に配属。2011年、文部科学省研究振興局ライフサイエンス課先端医科学研究企画官。2012年、千葉県保健医療担当部長。2014年、原子力規制委員会原子力規制庁長官官房原子力災害対策・核物質防護課企画官。2015年、保険局医療課医療指導監査室長。2016年、老健局老人保健課長。2018年7月より医政局地域医療計画課長。

「平成30年度在宅医療関連講師人材養成事業」 委員名簿

(50音順)

鈴木 央 (在宅医療医歯薬連合会)

【略 歴】1987年、昭和大学医学部卒、昭和大学第二内科教室入局。1996年、社会保険都南総合病院内科部長。1999年、鈴木内科医院副院長。2015年、同院院長（鈴木荘一）逝去のため院長に就任し、鈴木荘一が日本に紹介したホスピス、ターミナル・ケアの概念を引き継ぐ。プライマリ・ケア、特に在宅終末期ケアを専門としている。

【資格・公職等】日本プライマリ・ケア連合学会評議員、日本褥瘡学会評議員、在宅医療委員会委員、在宅医療医歯薬連合会会長、全国在宅療養支援診療所連絡会副会長、東京都医師会地域福祉委員会委員、大森医師会理事。昭和大学客員教授、東邦大学医学部員外講師。

新田 國夫 (日本在宅ケアアライアンス)

【略 歴】1967年、早稲田大学第一商学部卒。1979年、帝京大学医学部卒、帝京大学病院第一外科・救急救命センター勤務。1992年より医療法人社団つくし会理事長。

【資格・公職等】医学博士、日本外科学会外科専門医、日本消化器病学会専門医。日本在宅ケアアライアンス議長、全国在宅療養支援診療所連絡会会長、日本臨床倫理学会理事長、福祉フォーラム・東北会長。

和田 忠志 (全国在宅療養支援診療所連絡会)

【略 歴】1990年、東京医科歯科大学卒。1999年、千葉県松戸市にあおぞら診療所開設・院長。2009年、高知県高知市にあおぞら診療所高知潮江開設・院長。2012年よりいらはら診療所在宅医療部、2013年12月より国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部医師併任。

【資格・公職等】日本在宅ケアアライアンス有識者委員、全国在宅療養支援診療所連絡会理事、日本在宅医学会理事、日本ノーリフト協会理事、千葉県医師会地域包括ケア対策委員会委員長、千葉県高齢者保健福祉計画策定・推進協議会委員、千葉県在宅医療推進連絡協議会委員、高知県在宅医療体制検討会議委員。東京医科歯科大学臨床教授、千葉大学臨床教授。

【主な著書等】『在宅医療テキスト』（勇美記念財団、執筆・編集委員）、『明日の在宅医療（全7巻）』『在宅医療辞典』（中央法規出版、執筆・編集幹事）など。

■ 委員

蘆野 吉和（日本ホスピス・在宅ケア研究会）
飯島 勝矢（東京大学 高齢社会総合研究機構）
苛原 実（在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク）
太田 秀樹（全国在宅療養支援診療所連絡会）
草場 鉄周（日本プライマリ・ケア連合学会）
江澤 和彦（日本医師会）
鈴木 央（在宅医療医歯薬連合会）
土橋 正彦（土橋医院）
新田 國夫（日本在宅ケアアライアンス）
和田 忠志（全国在宅療養支援診療所連絡会）

■ アドバイザー

前田 憲志（日本在宅医学会）
山脇 正永（京都府立医科大学 総合医療・医学教育学）