

# 総論 1 地域包括ケアシステムと在宅医療

## かかりつけ医の在宅医療と地域特性

鈴木 邦彦

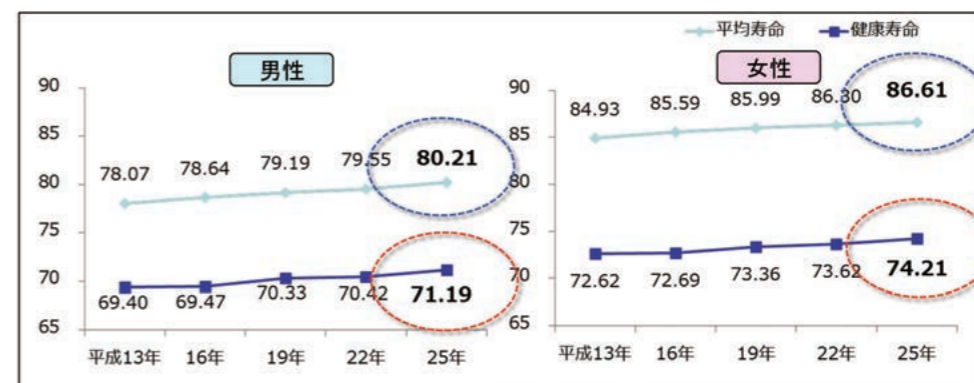
**目標** 世界に類を見ない超高齢社会となるわが国においては、かかりつけ医機能をもつ中小病院、有床診療所、専門医が開業する日本型の診療所という既存資源を活用し、かかりつけ医機能を充実・強化して、施設も在宅も利用する日本型の高齢者ケアシステムを構築していく必要性を理解していただく。

1. 世界に類を見ない超高齢社会の到来に伴い、これまでの急性期の大病院を中心とする垂直連携中心から、かかりつけ医を中心とする地域包括ケアシステムの水平連携中心へ、パラダイムシフトが起きていることを理解できる。
2. かかりつけ医機能の充実・強化と在宅医療の必要性について理解できる。
3. 地域包括ケアシステムの構築における郡市区医師会の役割の重要性を理解し、地域で説明ができる。

**Keyword** ①地域包括ケアシステム ②在宅医療 ③かかりつけ医 ④中小病院・有床診療所・診療所 ⑤郡市区医師会 ⑥まちづくり・社会づくり

- 内容**
1. 日本の医療の現状
  2. 今後わが国に必要な医療
  3. 超高齢社会に適した日本型医療システム
  4. 垂直連携中心から水平連携中心へのパラダイムシフト
  5. 既存資源を活用した日本型在宅支援モデル
  6. かかりつけ医を支援する日本型在宅支援システムの構築
  7. 日本型の高齢者介護の確立と地域性
  8. 超高齢社会における医療と介護の役割の変化
  9. かかりつけ医の定義
  10. 日医かかりつけ医機能研修制度
  11. 高齢者医療と介護の一体化とかかりつけ医の役割の拡大
  12. 医療機関・介護施設における地域活性化モデル
  13. 3重のコンパクトシティによる地域活性化構想
  14. 全世代・全対象型地域包括ケアの社会づくり

## 1 日本の医療がもたらしたもの



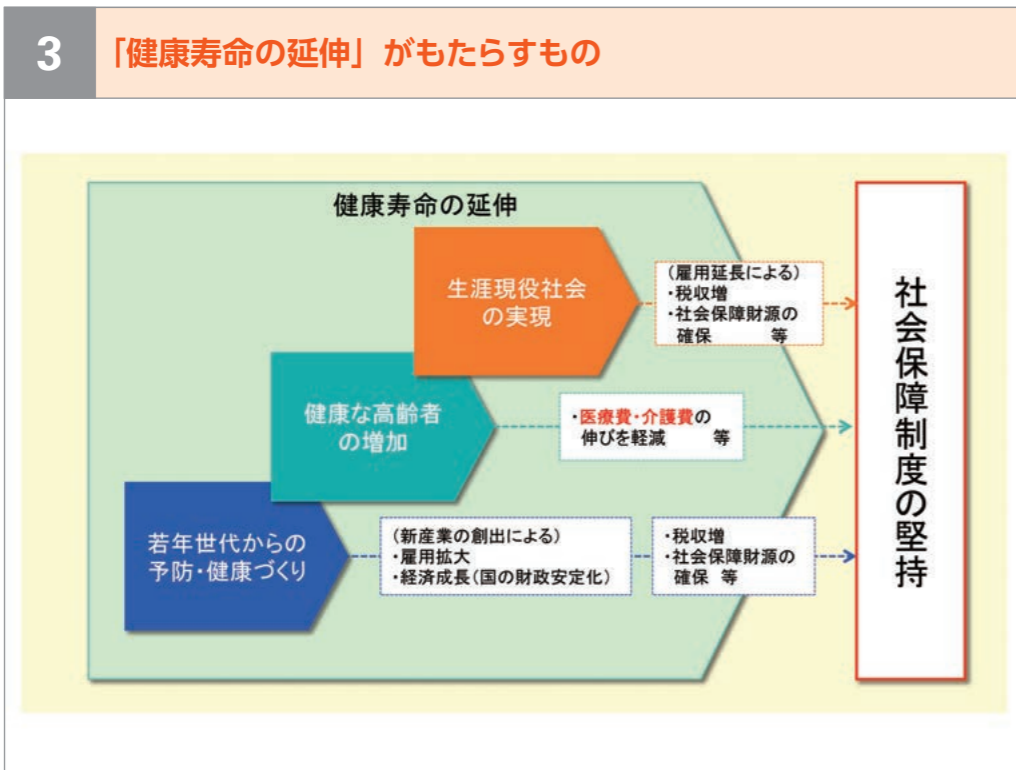
日本は世界トップクラスの長寿国に！  
⇒ 健康寿命との間に大きな格差

わが国の平均寿命と健康寿命はともに世界トップクラスだが、両者の間には大きな格差があり、健康寿命の延伸が大きな課題となっている。

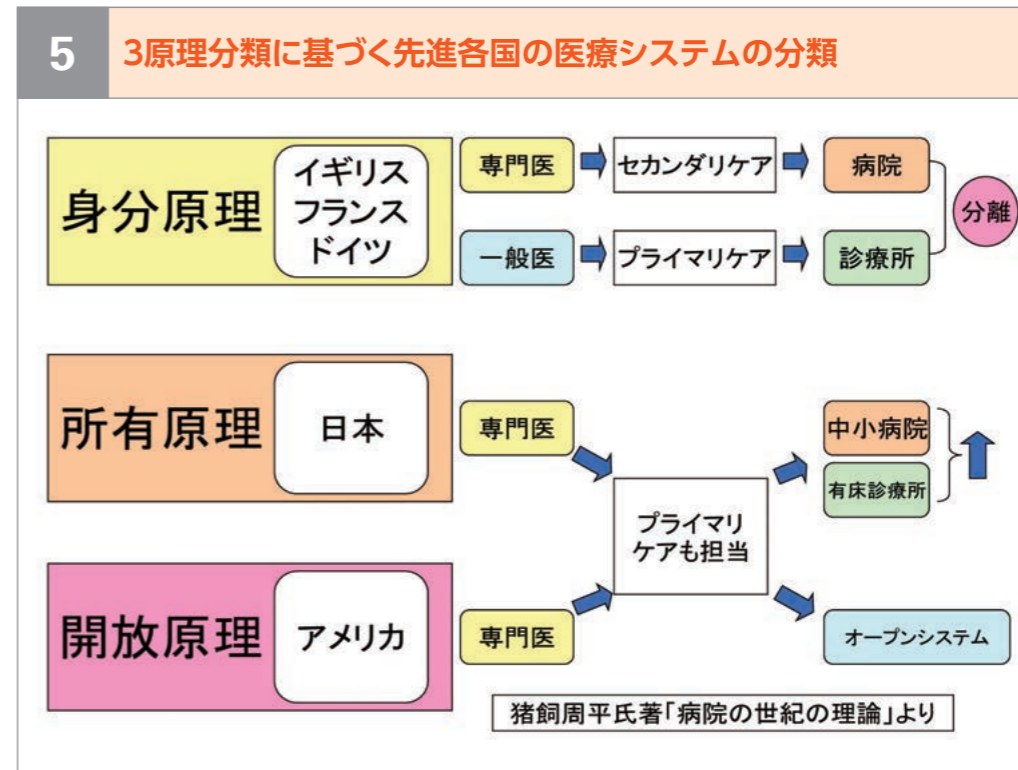
## 2 いま、考えなければいけないこと



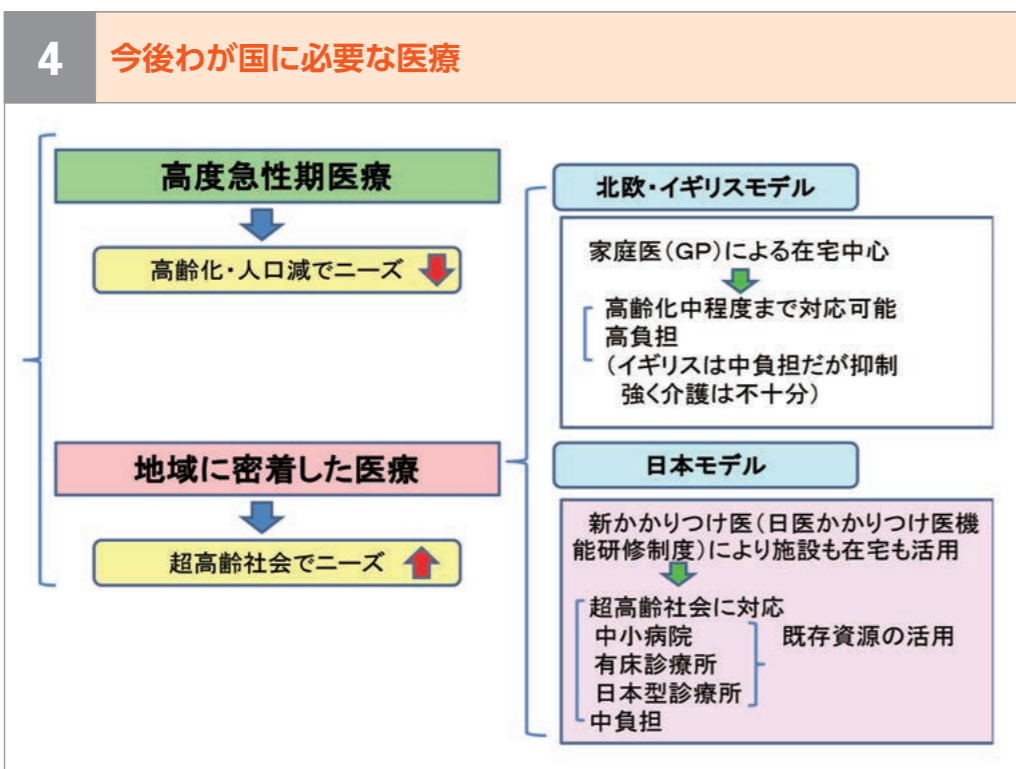
わが国の最大の課題は少子化が止まらないことである。今後高齢者が大幅に増加する一方で、それを支える労働人口は大きく減少する。給与水準が上昇しないなかで保険料負担は増大しており、どうやって若年世代の負担を減らし、社会保障制度を守っていくか考えなければならない。そのためには健康寿命を延伸し、元気な高齢者が活躍できる社会をつくるのが極めて重要になる。



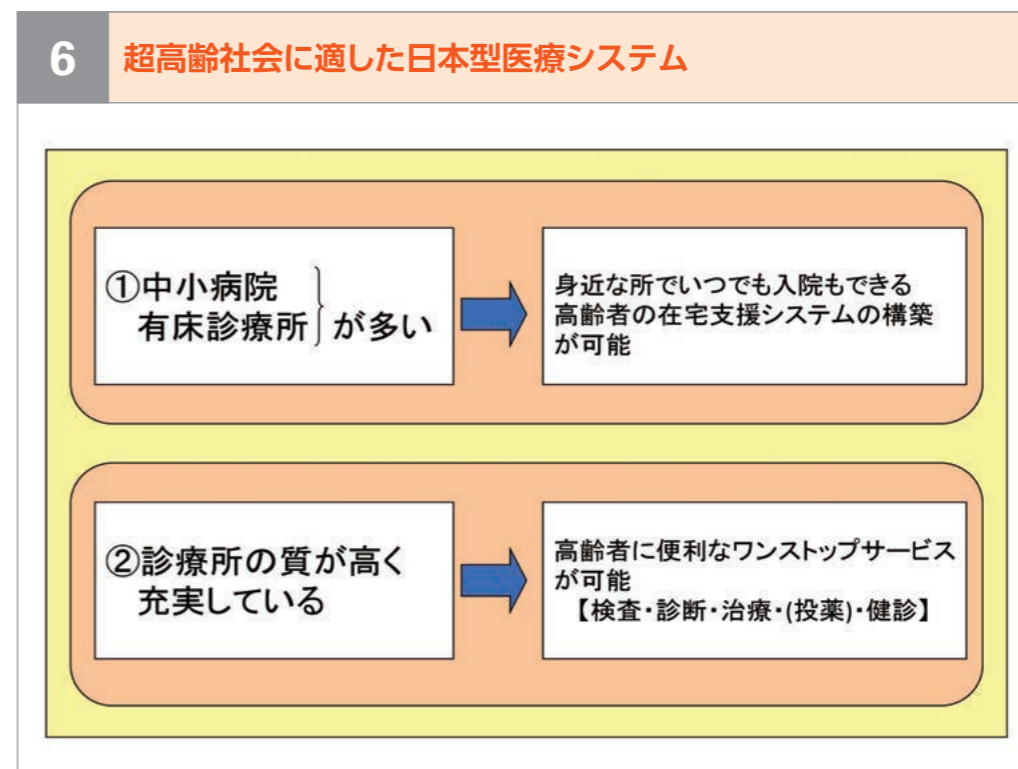
健康寿命の延伸のためには、若年代からの予防・健康づくりが必要であり、その結果健康な高齢者が増加して、生涯現役社会が実現すれば、社会保障制度を堅持することが可能となる。



猪飼周平氏によれば、わが国の医療システムは先進各国の3原理分類の1つである「所有原理」に基づいており、その結果、今日中小病院や有床診療所が多いという特徴を有する。

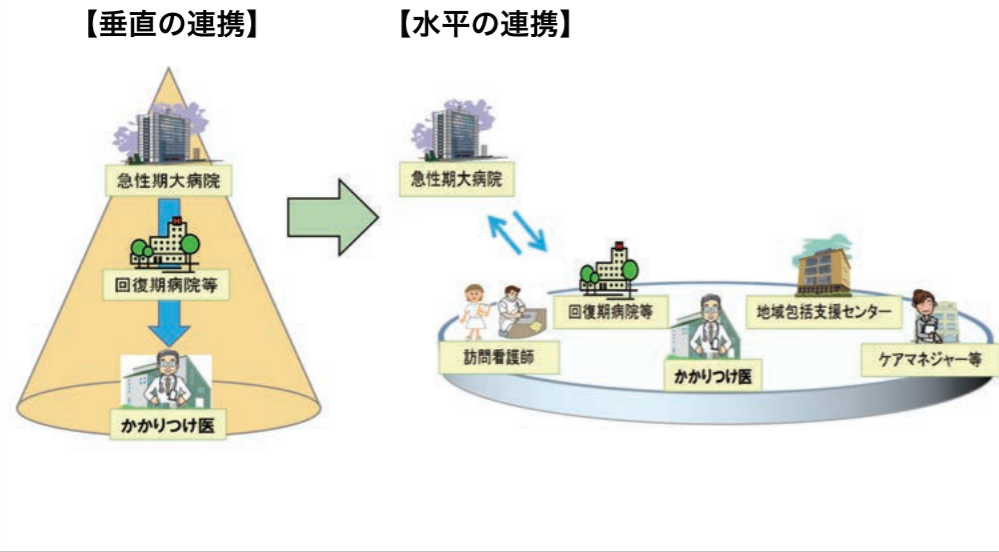


今後わが国に必要な医療は高度急性期医療と地域に密着した医療の二つであるが、前者のニーズは高齢化や人口減少により低下していくのに対して、後者のニーズは超高齢社会の進展に伴って増加していく。地域に密着した医療の担い手は、かかりつけ医機能をもつ中小病院、有床診療所と専門医が開業する日本型の診療所であり、それらの既存資源を活用し、施設も在宅も利用する日本モデルを構築する必要がある。



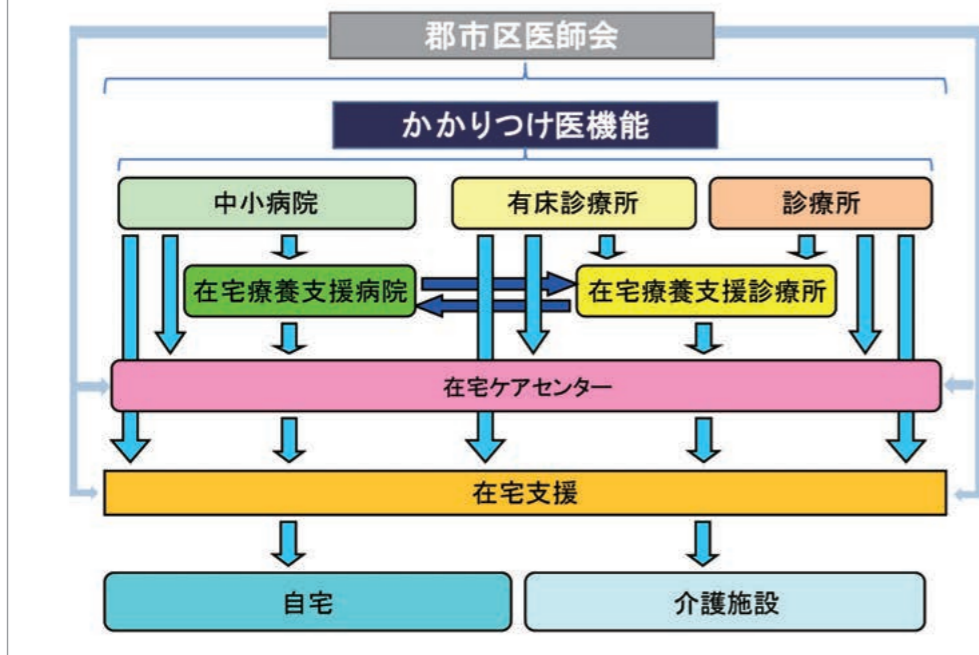
中小病院や有床診療所が多いことは、身近な所でいつでも入院もできる。診療所の質が高くて充実していることは、検査・診断・治療、時に投薬・健診というワンストップサービスが可能で、いずれも超高齢社会に適している。

### 7 垂直連携中心から水平連携中心へ



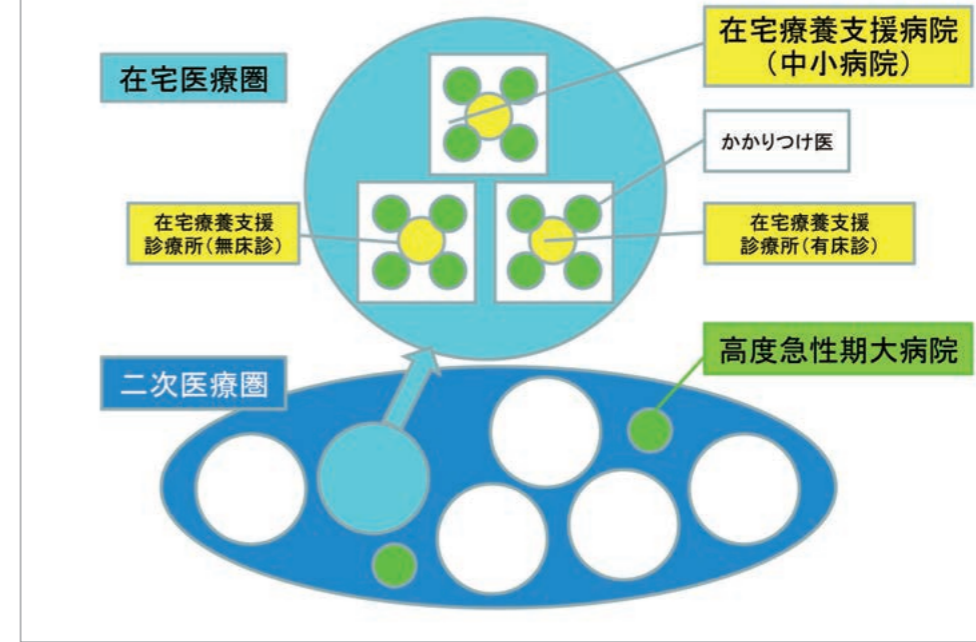
これまでの医療システムは急性期の大病院を頂点として、かかりつけ医を底辺とする垂直連携が中心であったが、今後はかかりつけ医が中心となって訪問看護師や介護分野などの水平連携が中心になり、それが地域包括ケアシステムに他ならない。急性期の大病院はその外側にあって、地域の最後の砦となることが求められる。

### 8 既存資源を活用した日本型在宅支援モデル



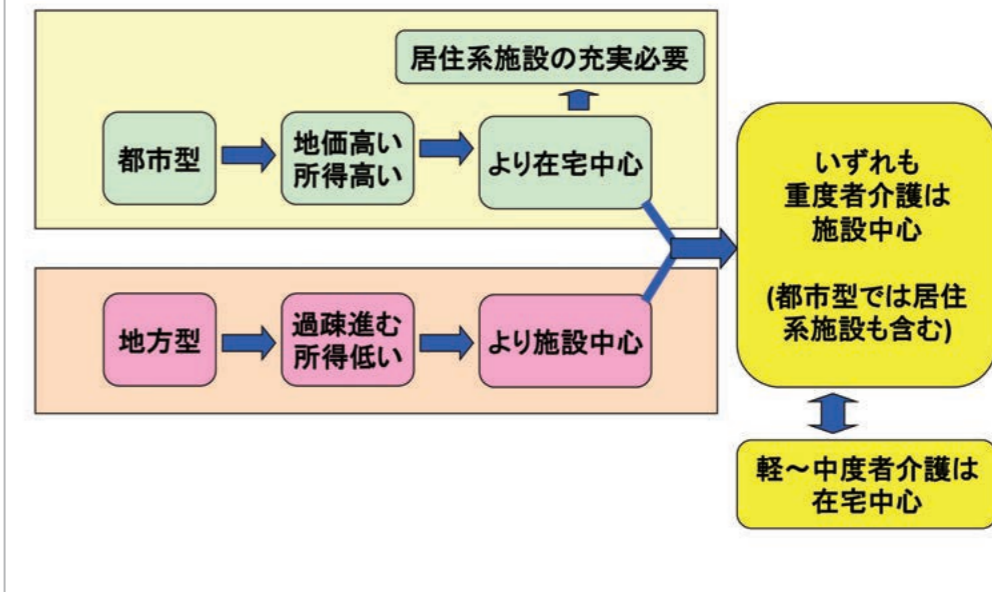
日本型の在宅支援モデルは、かかりつけ医機能をもつ中小病院、有床診療所、診療所が、それぞれ可能なところは在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所になった上で、可能な範囲で在宅ケアセンターを設置して、できるだけ総合的に在宅支援を行うことが望ましい。

### 9 日本型在宅支援システム



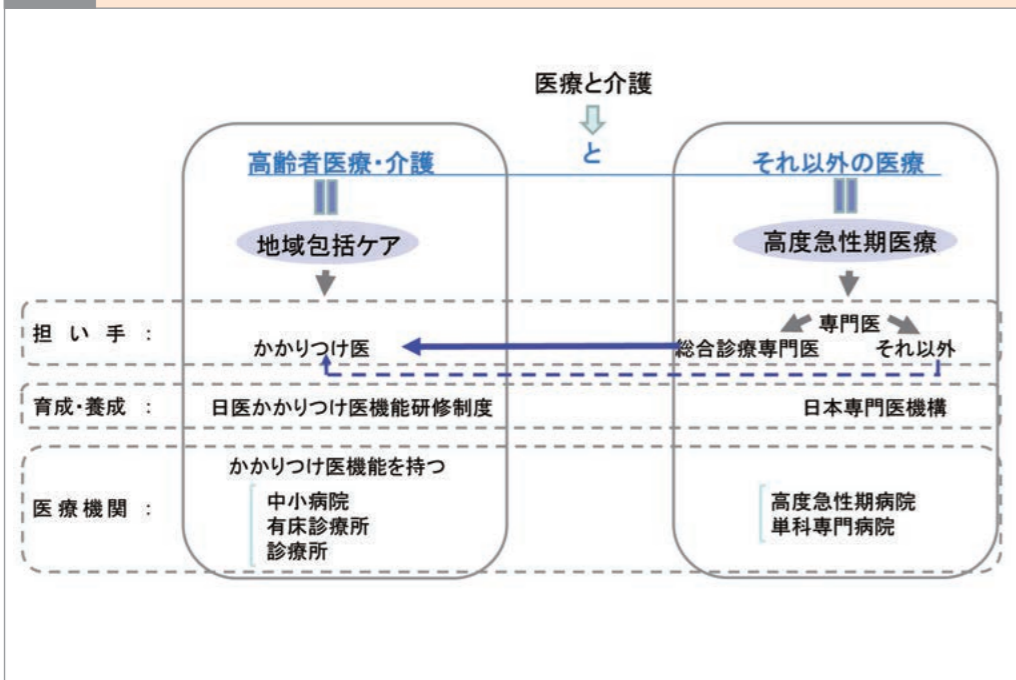
今後一人ひとりのかかりつけ医が在宅医療に24時間365日対応するのは困難であるため、日常生活圏域において、中小病院の在宅療養支援病院や、有床、無床の在宅療養支援診療所が近隣のかかりつけ医とグループを作り、全体として24時間365日対応できるようにすることが必要である。高度急性期の大病院はその外側で二次医療圏における最後の砦となることが求められる。

### 10 日本型の高齢者介護の確立



日本の高齢者介護は都市型と地方型に分けられる。都市部では、今後大幅に需要が増加するが、地価も高いが所得も高いので、居住系施設を充実させた上で、より在宅中心で対応する必要がある。一方、地方では、過疎が進み、低所得の方が多いので、より施設中心で対応することになる。いずれにしても重度者は施設を活用した上で、軽～中度者は在宅中心で見ていくことが必要である。

## 11 超高齢社会における医療と介護の役割の変化（私案）



超高齢社会においては高齢者医療と介護は一体化していくと考えられるが、それが地域包括ケアに他ならない。その担い手はかかりつけ医であり、かかりつけ医機能をもつ診療所、有床診療所、中小病院の役割が重要になる。かかりつけ医を育成するために、日本医師会は平成28年4月より、「日医かかりつけ医機能研修制度」を開始した。

## 12 「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「医療提供体制のあり方」 2013年8月8日  
日本医師会・四病院団体協議会



日本医師会では、かかりつけ医の定義を「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」としている。

## 13 日医かかりつけ医機能研修制度

【目的】  
今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

【実施主体】  
本研修制度の実施を希望する都道府県医師会

平成28年4月1日より実施

### 【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践



平成28年4月1日より実施されている日医かかりつけ医機能研修制度の目的は、今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するためであり、実施主体は本研修制度の実施を希望する都道府県医師会である。かかりつけ医機能とは、①患者中心の医療の実践 ②継続性を重視した医療の実践 ③チーム医療、多職種連携の実践 ④社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践 ⑤地域の特性に応じた医療の実践 ⑥在宅医療の実践 である。

## 14 日医かかりつけ医機能研修制度

### 【研修内容】

基本研修	応用研修	実地研修
・日医生涯教育認定証の取得。	・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに市区医師会が主催する研修等の受講。  規定の座学研修を10単位以上取得	・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。  規定の活動を2つ以上実施(10単位以上取得)

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より修了証書または認定証の発行(有効期間3年)。



日医かかりつけ医機能研修制度は、基本研修、応用研修、実地研修から構成されており、基本研修は日医生涯教育認定証を取得していればよい。3年間で要件を満たした場合、都道府県医師会より修了証書または認定証が発行される。

## 15 日医かかりつけ医機能研修制度

### 応用研修

- ・修了申請時の前3年間に於いて下記項目より10単位以上を取得する。  
単位数については1～8の各項目につき最大2回までのカウントを認める。
- 下記1～6については、それぞれ1つ以上の科目を受講することを必須とする。
- 下記1～6については、応用研修シラバスに基づき作成されたテキストを使用する。

### 【応用研修会】

1. かかりつけ医の「倫理」、「質・医療安全」、「感染対策」(各1単位)
2. 「健康増進・予防医学」、「生活習慣病」、「認知症」(各1単位)
3. 「フレイル予防」、「高齢者総合的機能評価(CGA)・老年症候群」(1単位)
4. かかりつけ医の「栄養管理」、「リハビリテーション」、「摂食嚥下障害」(各1単位)
5. **かかりつけ医の在宅医療・緩和医療** (1単位)
6. 症例検討 (1単位)

### 【関連する他の研修会】

7. 「地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会」等※の受講 (2単位)  
※平成26年10月13日に開催した日本医師会在宅リーダー研修会を含む、日本医師会、都道府県医師会、  
郡市区医師会が主催する当該研修会に準ずる研修会。
8. 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了 (1単位)

応用研修については、応用研修シラバスに基づき作成されたテキストを使用し、①かかりつけ医の「倫理、質・医療安全、感染対策」、②健康増進・予防医学、生活習慣病、認知症、③フレイル予防、高齢者総合的機能評価(CGA)・老年症候群、④かかりつけ医の「栄養管理、リハビリテーション、摂食嚥下障害」、⑤かかりつけ医の在宅医療・緩和医療、⑥症例検討から3年間に10単位以上取得することとしている。

## 16 日医かかりつけ医機能研修制度

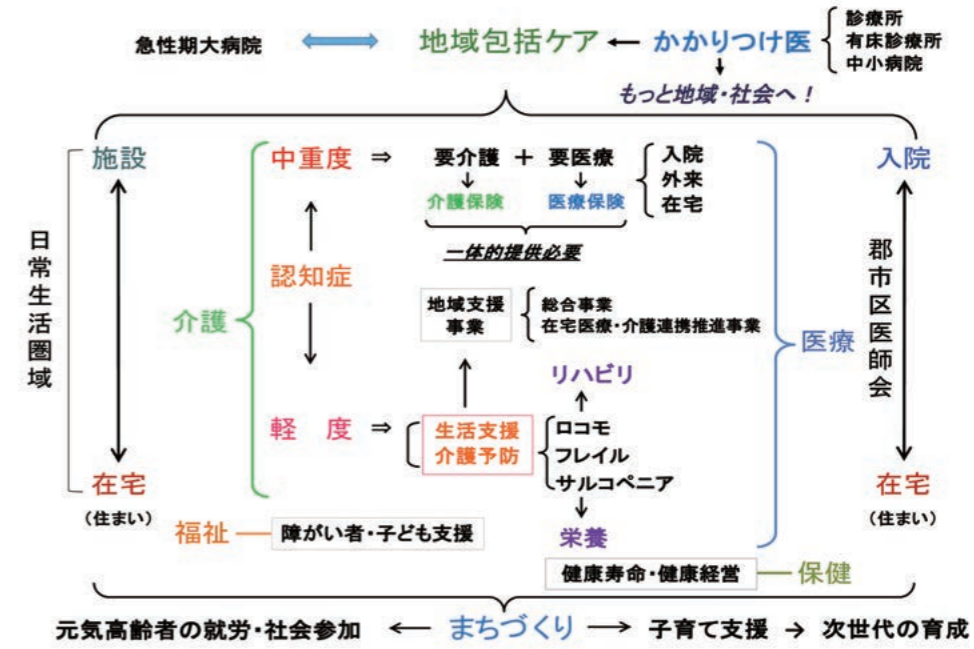
### 実地研修

- ・修了申請時の前3年間に於いて下記項目より2つ以上実施していること。  
1項目実施につき5単位とし、10単位を取得する。

1. 学校医・園医、警察業務への協力医
2. 健康スポーツ医活動
3. 感染症定点観測への協力
4. 健康相談、保健指導、行政(保健所)と契約して行っている検診・定期予防接種の実施
5. 早朝・休日・夜間・救急診療の実施・協力
6. 産業医・地域産業保健センター活動の実施
7. **訪問診療の実施**
8. 家族等のレスパイトケアの実施
9. 主治医意見書の記載
10. 介護認定審査会への参加
11. 退院カンファレンスへの参加
12. 地域ケア会議等※への参加(※会議の名称は地域により異なる)
13. 医師会、専門医会、自治会、保健所関連の各種委員
14. 看護学校等での講義・講演
15. 市民を対象とした講座等での講演
16. 地域行事(健康展、祭りなど)への医師としての出務

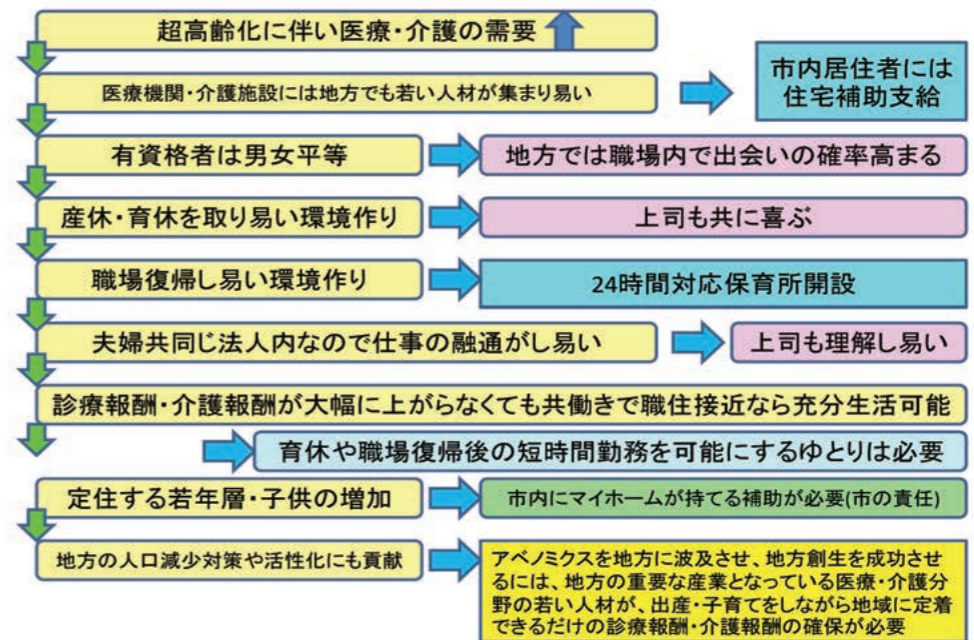
実地研修については、かかりつけ医として通常実践していると考えられる16項目から2つ以上実践していることを要件とした。

## 17 高齢者医療と介護の一体化とかかりつけ医の役割の拡大



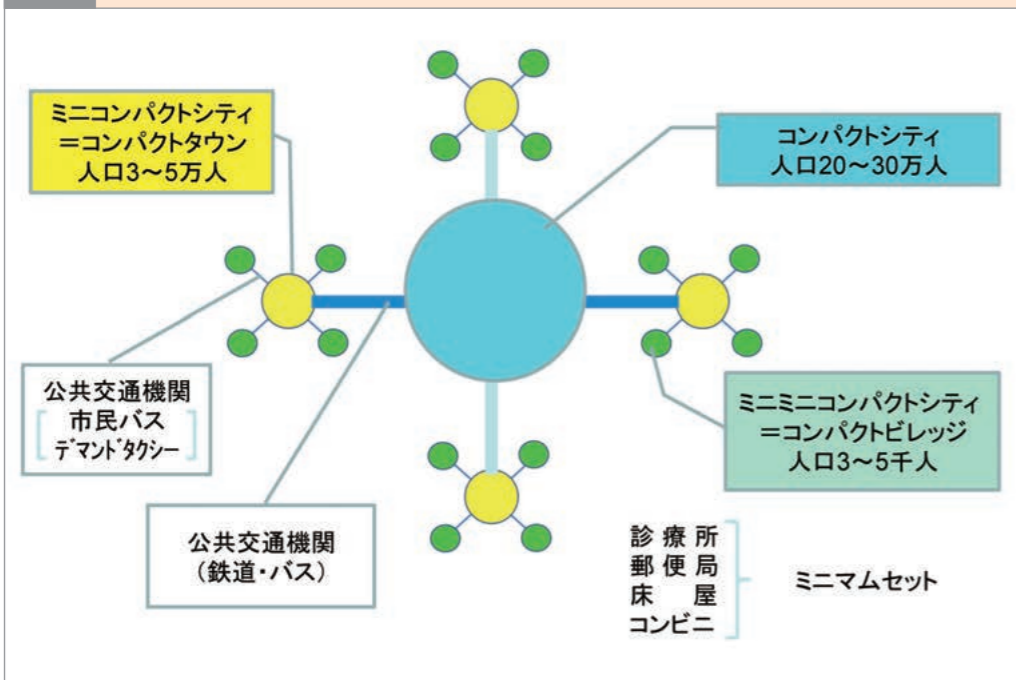
超高齢社会では、高齢者医療と介護は一体化していくと考えられるが、それに伴ってかかりつけ医の役割も拡大し、医療・介護だけでなく、軽度者に対する生活支援や介護予防、さらに障がい者や子ども支援のために福祉、健康寿命延伸や健康経営のために保健にも関わり、元気高齢者の就労や社会参加、子育て支援を通じた次世代の育成などまちづくりのリーダーとなるために、もっと地域や社会に目を向ける必要がある。

## 18 医療機関・介護施設における地域活性化モデル



医療機関や介護施設は地方でもまだ若い人材が集まりやすく、有資格者は男女平等なので、女性が働きやすい職場である。そこで率先して産休・育休・短時間勤務を取りやすくし、保育所を整備して仕事と子育てを両立し易い環境を整備すれば、子どもを希望する方が出産できるようになり、少子化対策にも有効である。

19 3重のコンパクトシティによる地域活性化構想



コンパクトシティの考え方は人口20～30万人の中都市だけでなく、その周辺の人口3～5万人の小都市や、合併した旧町村のような人口3～5千人のコミュニティにも必要であり、その中で診療所は必須である。それらの3重のコンパクトシティは公共交通機関で結ばれていなくてはならない。

20 進化する地域包括ケア



地域包括ケアは進化しており、高齢者の医療・介護だけでなく、障がい児・者支援、仕事と子育ての両立による次世代の育成、元気高齢者の就労や社会参加の推進や子どもの貧困対策などを通じて、人口減少社会から全世代・全対象型地域包括ケアで再生を目指す社会づくりを行うことが求められる。

都道府県医師会から地域へのアプローチ

その1：静岡県医師会における取り組み

篠原 彰

1

平成28年度  
在宅医療関連講師人材養成事業研修会  
「都道府県医師会から地域へのアプローチ」  
その1：静岡県医師会における取組

平成29年1月29日(日)  
静岡県医師会  
会長 篠原 彰