



福岡医発第 3037 号 (地)
平成 26 年 3 月 28 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度の
活用方法等に関するアンケート調査について (お願い)

時下 貴職ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年には、これまでに類を見ない超高齢社会を迎え、社会全体でその対応が喫緊の課題とされています。特に医療・介護関連では、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」に適切に対応する必要があります。

このような中、国においては、今回の医療法等の改正による制度面での対応に併せ、消費税増収分を財源とした新たな財政支援制度が創設されました。本制度は、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するために各都道府県に本制度を活用した基金（公費で 904 億円）を設置し、各都道府県が作成した計画に基づき事業が実施されます。また、本制度の対象事業としては、別紙のとおりですが、①病床の機能分化・連携のために必要な事業、②在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業、③医療従事者等の確保・養成のための事業、④その他（①～③の趣旨に沿った推奨事例以外の事業で、診療報酬や補助金事業での助成金など、他の制度で財源が充てられていない内容であること。）とされております。

先般開催いたしました平成 25 年度第 2 回各医師会地域医療担当理事者会においてもお願いいたしましたとおり、本会では、本制度の活用にあたっては、地域住民のニーズに対応するためにも、行政主導ではなく地域の実情を把握している地域医師会が本事業に積極的に関与することが重要であると考えております。

つきましては、県行政に対しまして本制度の活用に関する提言を行いたく存じますので、貴会におかれましても本趣旨についてご理解いただき、本制度の活用に関して積極的なご意見・ご提案を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

なお、貴地域における現状や本基金の活用方法等について別紙調査票にてご意見・ご提案いただきますよう何卒よろしくお願い申し上げます。また、回答につきましては、期日が短く大変恐縮ではございますが 4 月 15 日（火）までに本会地域医療課宛メール (fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp) にて回報下さい。

福岡県医師会地域医療課 宛

E-Mail fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp

回答締切 4月15日（火）

**医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度の
活用方法等に関するアンケート調査**

医師会名	
担当役員（役職）	（ ）
担当職員	

※本報告は貴会理事会において協議のうえ、会長決済でご提出下さい。

※空白がないように記載して下さい。

1. 本制度の対象となり得る事業のうち、現在、貴会にて国や県・市町村行政より補助（地域医療再生交付金事業含む）又は委託を受けて実施している事業等がありましたら記載下さい。

事業名	補助又は委託元	事業概要

2. 本制度の対象事業のうち、貴地域での課題と考えられる制度の活用方法について記載下さい。

(1) 病床の機能分化・連携のために必要な事業（地域医療構想（ビジョン）の達成に向けた医療機関の施設・整備の整備を推進するための事業等）

【地域での課題】

--

【制度の活用方法（提案）】

--

(2) 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業（①在宅医療（歯科・薬局を含む）を推進するための事業、②介護サービスの施設・設備整備を推進するための事業等、③介護サービスの連携強化のための事業等）

【地域での課題】

--

【制度の活用方法（提案）】

--

(3) 医療従事者等の確保・養成のための事業 (①医師・看護職員・介護従事者の確保のための事業、②医療・介護従事者の勤務環境改善のための事業等)

【地域での課題】

--

【制度の活用方法 (提案)】

--

(4) その他 ((1) ~ (3) の趣旨に沿った推奨事例以外)

【地域での課題】

--

【制度の活用方法 (提案)】

--

3. その他、本基金制度に関するご意見・ご提案等がありましたら記載下さい。

--

日 時：平成26年3月20日（木）
10時30分～12時00分
場 所：中央合同庁舎第5号館 共用第8会議室

新たな財政支援制度にかかる都道府県担当者会議

- 議 題
1. 新たな財政支援制度について
 2. その他

新たな財政支援制度にかかる都道府県担当者会議

平成26年3月20日(木)10:30~12:00

厚生労働省共用第8会議室(19階)

岩城医師確保等
地域医療対策室専門官
○
久保木医師確保等
地域医療対策室長補佐
○
佐々木 医師確保等
地域医療対策室長
○
梶尾 指導課長
○
小野 指導課長補佐
○
長谷川 指導課長補佐
○

--	--

--	--

福岡県 岡山県 三重県

--	--

富山県 福井県 茨城県 北海道

--	--

長崎県 広島県 滋賀県

--	--

石川県 栃木県 青森県

--	--

熊本県 山口県 京都府

--	--

山梨県 群馬県 岩手県

--	--

大分県 徳島県 大阪府

--	--

長野県 埼玉県 宮城県

--	--

宮崎県 香川県 奈良県

--	--

静岡県 千葉県 山形県

--	--

鹿児島県 愛媛県 和歌山県

--	--

愛知県 東京都 福島県

--	--

沖縄県 高知県 鳥取県 島根県

--	--

岐阜県 兵庫県 新潟県 秋田県 神奈川

--

佐賀県

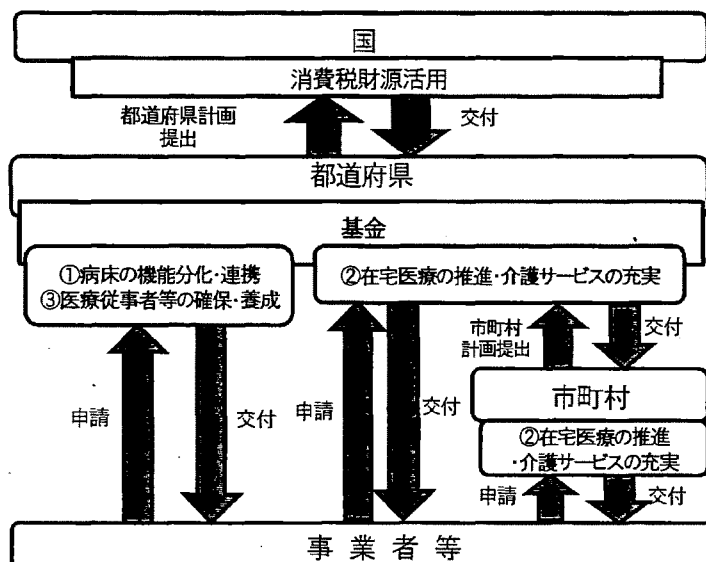
出入口

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

平成26年度
：公費で904億円

- 団塊の世代が後期高齢者となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築、といった「医療・介護サービスの提供体制の改革」が急務の課題。
- このため、医療法等の改正による制度面での対応に併せ、消費税増収分を財源として活用し、医療・介護サービスの提供体制改革を推進するための新たな財政支援制度を創設する。
- 各都道府県に消費税増収分を財源として活用した基金をつくり、各都道府県が作成した計画に基づき事業実施。
- ◇ 「地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律」を改正し、法律上の根拠を設ける。
- ◇ この制度はまず医療を対象として平成26年度より実施し、介護については平成27年度から実施。病床の機能分化・連携については、平成26年度は回復期病床への転換等現状でも必要なもののみ対象とし、平成27年度からの地域医療構想(ビジョン)の策定後に更なる拡充を検討。

【新たな財政支援制度の仕組み(案)】



地域にとって必要な事業に適切かつ公平に配分される仕組み(案)

- ①国は、法律に基づく基本的な方針を策定し、対象事業を明確化。
 - ②都道府県は、計画を厚生労働省に提出。
 - ③国・都道府県・市町村が基本的な方針・計画策定に当たって公正性及び透明性を確保するため、関係者による協議の仕組みを設ける。
- ※国が策定する基本的な方針や交付要綱の中で、都道府県に対して官民に公平に配分することを求める旨を記載するなどの対応を行う予定。(公正性及び透明性の確保)

新たな財政支援制度の対象事業(案)

- 1 病床の機能分化・連携のために必要な事業
 - (1)地域医療構想(ビジョン)の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備を推進するための事業 等
- 2 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業
 - (1)在宅医療(歯科・薬局を含む)を推進するための事業
 - (2)介護サービスの施設・設備の整備を推進するための事業 等
- 3 医療従事者の確保・養成のための事業
 - (1)医師確保のための事業
 - (2)看護職員の確保のための事業
 - (3)介護従事者の確保のための事業
 - (4)医療・介護従事者の勤務環境改善のための事業 等

■国と都道府県の負担割合は、2/3:1/3

1

未定稿

医療・介護サービスの提供体制改革のための新たな財政支援制度

スケジュール(案)

- 3月3日 全国医政関係主管課長会議(都道府県)
※会議後も適宜情報提供
 - 3月20日 都道府県新基金担当者会議
 - 4月中旬 第1回都道府県個別ヒアリング(26年度の事業として想定している内容、基金の規模感等)
 - 5～6月 第2回都道府県個別ヒアリング(26年度の事業の検討状況、27年度の規模感等)
- [以下は6月頃に法律が成立した場合(国会審議により変更があり得る)]
- 7月 国に協議会設置、総合確保方針の提示
交付要綱等の発出(交付要綱等の発出から都道府県計画の提出まで1～2か月程度を想定)
 - 9月 都道府県が都道府県計画を策定
 - 10月 都道府県へ内示
 - 11月 交付決定

交付の条件(案)

都道府県計画を策定する際には、次の点を交付の条件とするので留意されたい。

- (1) 国が定める総合確保方針に従うこと。また、事業内容が新たな財政支援制度の対象事業に合致していること。
 - ①病床の機能分化・連携のために必要な事業
 - ②在宅医療(歯科・薬局を含む)を推進するための事業
 - ③医療従事者等の確保・養成のための事業
- (2) 都道府県計画の公正性・透明性を確保するため、官民を問わない幅広い地域の関係者(市町村長、医療を受ける立場にある者、医療保険者、医療機関、診療又は調剤に関する学識経験者の団体その他の関係団体(医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体等)、学識経験を有する者等)から意見を聴取すること。
- (3) 新基金の趣旨に鑑み、官民に公平に配分することとし、都道府県計画において、公的・民間の割合・額を明示し、当該割合についての経緯・理由やそれに対する都道府県の見解を付すこと。
- (4) 国と関係団体との協議を踏まえ地域包括ケアの推進等のため特に必要と考えられる新たな事業(7頁以降の事業例で○印)や、今回の「医療介護総合確保推進法案」により新たに法律に位置づけられた事業(地域医療支援センター、医療勤務環境改善支援センター)については、実施について必ず検討すること。

なお、検討状況については、都道府県個別ヒアリングの際に聞くこと及び国の総合確保方針を策定するための協議会において配分方法と併せ検討状況を報告することを予定している。³

留意事項

- 新基金の交付決定については、年度途中となる予定であるが、交付決定前から実施する必要がある事業については、交付決定までの間は各都道府県において事業費を立て替えの上、基金設置後に基金から当該立替分について支出する等により、法施行日前から執行することが可能である。

【新基金の配分方法について】

- 新基金の配分は、都道府県人口、高齢者増加割合等の基礎的要因や都道府県計画の評価等の政策的要因を勘案して、都道府県計画に基づき、予算の範囲内で行うことを検討。
- 総合確保方針を策定するための国の協議会で配分方法を報告。

【新基金の対象事業について】

- 診療報酬や他の補助金等で措置されているものは対象としないこと。また、新基金の趣旨に鑑み、既に一般財源化されたもの及び地方単独事業の単なる新基金への付替えについては、慎重に検討すること。
- 病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備については、平成26年度を含め、地域医療構想(ビジョン)策定前においては、回復期機能を担う病床等への転換など、その地域での整備が必要であることがビジョン策定前でも明らかとして都道府県計画に定めたものが対象となること。

※関係省庁等と調整のため変更もありうる。

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(案)(抜粋)

(都道府県計画)

- 第四条 都道府県は、総合確保方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県の地域における医療及び介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画(以下「都道府県計画」という。)を作成することができる。
- 2 都道府県計画においては、おおむね次に掲げる事項について定めるものとする。
- 一 医療介護総合確保区域(地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、医療機関の施設及び設備並びに公的介護施設等及び特定民間施設の整備の状況その他の条件からみて医療及び介護の総合的な確保の促進を図るべき区域をいう。以下同じ。)ごとの当該区域における医療及び介護の総合的な確保に関する目標及び計画期間
 - 二 前号の目標を達成するために必要な次に掲げる事業に関する事項
 - イ 医療法第三十条の四第二項第七号に規定する地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
 - ロ 地域における医療及び介護の総合的な確保のための医療介護総合確保区域における居宅等(居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。次条第二項第二号イにおいて同じ。)における医療の提供に関する事業(同条第五項の規定により提出された市町村計画に掲載された同号イに掲げる事業を含む。)
 - ハ 公的介護施設等の整備に関する事業(次条第五項の規定により提出された市町村計画に掲載された同条第二項第二号ロ及びハに掲げる事業を含む。)
 - ニ 医療従事者の確保に関する事業
 - ホ 介護従事者の確保に関する事業
 - ヘ その他地域における医療及び介護の総合的な確保のために実施する必要があるものとして厚生労働省令で定める事業(次条第五項の規定により提出された市町村計画に掲載された同条第二項第二号ニに掲げる事業を含む。)
 - 三 その他地域における医療及び介護の総合的な確保のために必要な事項
- 3 都道府県は、都道府県計画を作成するに当たっては、医療計画及び都道府県介護保険事業支援計画との整合性の確保を図らなければならない。
- 4 都道府県は、都道府県計画を作成し、又はこれを変更しようとするときは、あらかじめ、市町村長、医療又は介護を受ける立場にある者、医療保険者、医療機関、介護サービス事業者、診療又は調剤に関する学識経験者の団体その他の関係団体、学識経験を有する者その他の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずるよう努めるものとする。
- 5 都道府県は、都道府県計画を作成し、又はこれを変更したときは、遅滞なく、これを厚生労働大臣に提出しなければならない。

5

(基金)

- 第六条 都道府県が、都道府県計画に掲載された第四条第二項第二号に掲げる事業(第九条において「都道府県事業」という。)に要する経費の全部又は一部を支弁するため、地方自治法(昭和二十二年法律第六十七号)第二百四十一条の基金を設ける場合には、国は、政令で定めるところにより、その財源に充てるために必要な資金の三分の二を負担するものとする。

(財源の確保)

- 第七条 前条の基金の財源に充てるために、同条の規定により国が負担する費用については、社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法の一部を改正する等の法律(平成二十四年法律第六十八号)の施行により増加する消費税の収入をもって充てるものとする。

附 則

(地域における公的介護施設等の計画的な整備等の促進に関する法律の一部改正に伴う経過措置)

- 第四条 医療機関の施設及び設備の整備に関する事業で、第四条の規定(附則第一条第三号に掲げる改正規定に限る。)による改正後の医療法(以下「第三号新医療法」という。)第三十条の四第二項第七号に規定する地域医療構想が同条第一項の規定により定められ、又は第三号新医療法第三十条の六の規定により変更された医療計画において定められるまでの間に、第一条の規定による改正後の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(以下この条において「新医療介護総合確保法」という。)第三条第一項に規定する総合確保方針に基づき、都道府県が地域における医療の確保のために必要であると認めて、新医療介護総合確保法第四条第一項に規定する都道府県計画において定めるものについては、当該事業を新医療介護総合確保法第六条に規定する都道府県事業とみなして、新医療介護総合確保法の規定を適用する。

6

新たな財政支援制度における対象事業（案）

未定稿

「○」をつけているものは、国と関係団体との協議を踏まえ地域包括ケアの推進等のため特に必要と考えられる新たな事業

① 病床の機能分化・連携

ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備や、病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備等の医療提供体制の改革に向けた施設及び設備等の整備

(例)

- ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備
 - 精神科長期療養患者の地域移行を進め、医療機関の病床削減に資するため、精神科医療機関の病床のデイケア施設や地域生活支援のための事業への移行を促進するための施設・設備整備
 - がんの医療体制における空白地域の施設・設備整備
 - 地域医療支援病院やがん診療連携拠点病院等の患者に対する歯科保健医療の推進 等
- ※病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備(ただし、平成26年度は回復期病床等への転換など現状でも必要なもののみ対象とすることとし、平成27年度から都道府県において地域医療構想が策定された後、更なる拡充を検討する。)

② 在宅医療(歯科・薬局を含む)の推進

在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備や、在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業等の在宅医療(歯科・薬局を含む)の推進に資する事業

(例)

- 【在宅】○在宅医療の実施に係る拠点の整備
 - 在宅医療に係る医療連携体制の運営支援
 - 在宅医療の従事者やかかりつけ医の育成、在宅医療推進協議会の設置・運営
 - 訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施
 - 認知症ケアパスや入退院時の連携パスの作成など認知症ケア等に関する医療介護連携体制の構築
 - 認知症疾患医療センター診療所型における鑑別診断の実施
 - 早期退院・地域定着支援のため精神科医療機関内の委員会への地域援助事業者の参画支援
- 【歯科】在宅歯科医療の実施に係る拠点・支援体制の整備
 - 在宅歯科医療連携室と在宅医療連携拠点や地域包括支援センター等との連携の推進
 - 在宅で療養する疾患を有する者に対する歯科保健医療を実施するための研修の実施
 - 在宅歯科医療を実施するための設備等の整備
- 【薬局】○訪問薬剤管理指導を行おうとする薬局への研修や実施している薬局の周知
- 在宅医療や終末期医療における衛生材料や医療用麻薬等の円滑供給の支援 等

7

未定稿

③ 医療従事者等の確保・養成

ア) 医師確保対策として、都道府県における医師確保のための相談・支援機能の強化や、地域医療に必要な人材の確保等の事業、産科等の不足している診療科の医師確保事業、女性医療従事者の復職支援 等

- (例) 地域医療支援センターの運営(地域枠に係る修学資金の貸与事業、無料職業紹介事業、定年退職後の医師の活用事業を含む)
- 地域医療対策協議会における調整経費
 - 産科・救急・小児等の不足している診療科の医師確保支援
 - 医科・歯科連携に資する人材養成のための研修の実施
 - 女性医師や歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、歯科技工士の復職や再就業の支援 等

イ) 看護職員等確保対策として、新人看護職員等への研修や、看護師等の離職防止・定着促進等に係る事業、看護師等養成所の運営 等

- (例) 新人看護職員・看護職員等の質の向上を図るための研修の実施
- 看護師等養成所における教育内容の向上を図るための体制整備
 - 看護職員が都道府県内に定着するための支援
 - 医療機関と連携した看護職員確保対策の推進
 - 看護師等養成所の施設・設備整備、看護職員定着促進のための宿舍整備
 - 歯科衛生士・歯科技工士養成所の施設・設備整備
 - 地域包括ケアの拠点となる病院・薬局における薬剤師の確保支援 等

ウ) 医療従事者の勤務環境改善対策として、都道府県における医療従事者の勤務環境改善の支援体制の整備や、院内保育所の運営 等

- (例) ○勤務環境改善支援センターの運営
- 各医療機関の勤務環境改善や再就業促進の取組への支援(医療クレーク、ICTシステム導入、院内保育所整備・運営等)
 - 有床診療所における非常勤医師を含む医師、看護師等の確保支援
 - 電話による小児患者の相談体制や休日・夜間の小児救急医療体制の整備
 - 後方支援機関への搬送体制整備 等

(参考)「〇」をつけているものは、国と関係団体との協議を踏まえ地域包括ケアの推進等のため特に必要と考えられる新たな事業

事業の例		事業の概要
1 病床の機能分化・連携のために必要な事業		
(1) 医療提供体制の改革に向けた施設・設備の整備 等		
〇 1	ICTを活用した地域医療ネットワーク基盤の整備	病院・診療所間の切れ目のない医療情報連携を可能とするため、医療機関相互のネットワーク構築を図るとともに、津波などによる診療情報流出防止の観点から、防災上安全な地域にデータサーバーを設置し、診療情報等のデータを当該サーバーに標準的な形式で保存することができるよう設備の整備を行う。
〇 2	精神科長期療養患者の地域移行を進め、医療機関の病床削減に資するため、精神科医療機関の病床のデイクア施設や地域生活支援のための事業への移行を促進するための施設・設備整備	精神科医療機関の機能分化を進める観点から、病床を外来施設やデイクア施設等新たな用途に供するための改修又は施設・設備の整備を行う。
〇 3	がんの医療体制における空白地域の施設・設備整備	がん診療連携拠点病院の存在しない二次医療圏において、新たに設置する「地域がん診療病院」に対して、新たに整備する放射線機器や検査室等の整備を行う。
〇 4	地域医療支援病院やがん診療連携拠点病院等の患者に対する歯科保健医療の推進	地域医療支援病院やがん診療連携拠点病院等の患者に対して全身と口腔機能の向上を図るため、病棟・外来に歯科医師及び歯科衛生士を配置又は派遣し、患者の口腔管理を行う。 また、病院内の退院時支援を行う部署(地域医療連携室等)等に歯科医師及び歯科衛生士を配置又は派遣し、退院時の歯科診療所の紹介等を行うための運営費に対する支援を行う。
5	病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備	急性期から回復期、在宅医療に至るまで、一連のサービスを地域において総合的に確保するため、病床の機能分化、連携を推進するための施設・設備の整備を行う。 (ただし、平成26年度は回復期病床等への転換など現状でも必要なもののみ対象とすることとし、平成27年度から都道府県において地域医療構想が策定された後、さらなる拡充を検討する。)
6	妊産婦の多様なニーズに応えるための院内助産所・助産師外来の施設・設備整備	院内助産所や助産師外来を開設しようとする産科を有する病院・診療所の増改築・改修や、体制整備に必要な備品の設置に対する支援を行う。
2 在宅医療・介護サービスの充実のために必要な事業		
(1) 在宅医療を支える体制整備 等		
〇 7	在宅医療の実施に係る拠点の整備	市町村及び地域の医師会が主体となって、在宅患者の日常療養生活の支援・看取りのために、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師が連携し、医療側から介護側へ支援するための在宅医療連携拠点を整備することにかかる経費に対する支援を行う。
〇 8	在宅医療に係る医療連携体制の運営支援	在宅患者の退院調整や急変時の入院受入整備等に資する病院との医療連携体制の運営に係る人件費(調整等を行うための人員雇用分等)や会議費などに対する支援を行う。
〇 9	在宅医療推進協議会の設置・運営	県内の在宅医療の推進を図るため、在宅医療関係者等で構成する多職種協議会による「在宅医療推進協議会」の設置、訪問看護に関する課題、対策等を検討するため訪問看護関係者で構成する「訪問看護推進協議会」を設置し、保健所における圏域連携会議の開催を促進する。 上記協議会を開催するための会議費、諸謝金等に対する支援を行う。

1

事業の例		事業の概要
〇 10	在宅医療の人材育成基盤を整備するための研修の実施	在宅医療に取り組む病院関係者への理解を深めるために「在宅医療導入研修」を実施する。 また、在宅医療関係者の多職種連携研修や各専門職の質の向上に資する研修、在宅医療・介護の連携を担うコーディネーターを育成するための研修、地域包括ケア体制の構築・推進を担う保健師(市町村主管部門、保健所等)に対する研修の実施に必要な経費に対する支援を行う。
〇 11	かかりつけ医育成のための研修やかかりつけ医を持つことに対する普及・啓発	かかりつけ医の普及定着を推進するため、地域医師会等における、医師に対する研修や、住民に対する広報活動に対する支援を行う。
12	訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施	訪問看護の安定的な提供体制を整備するための機能強化型訪問看護ステーションの設置支援等、訪問看護の人材育成及び人材確保を推進するための退院調整研修や人事交流派遣支援等、訪問看護の認知度を高め、訪問看護の役割を地域に浸透させるための講演会等を実施する。 上記の研修等の実施に必要な経費に対する支援を行う。
〇 13	認知症ケアバスや入退院時の連携バスの作成など認知症ケア等に関する医療介護連携体制の構築	認知症への対応など多職種間の連携を図るため、認知症専門医の指導の下、地域の医療と介護の連携の場を設け、各地域における認知症ケアの流れ(認知症ケアバス)等の検討を支援する。
〇 14	認知症疾患医療センター診療所型における鑑別診断の実施	認知症疾患医療センターの一類型として指定された診療所が、他医療機関とネットワークを構築し、認知症の鑑別診断につなげるための経費に対する支援を行う。
〇 15	早期退院・地域定着支援のため精神科医療機関内の委員会への地域援助事業者の参画支援等	精神科医療機関の院内委員会へ入院患者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供を行う相談支援事業者等を招聘するなど、地域における医療と福祉の連携体制を整備するための経費に対する支援を行う。
(2) 在宅医療(歯科)を推進するために必要な事業 等		
16	在宅歯科医療の実施に係る拠点・支援体制の整備	在宅歯科医療を推進するため、都道府県歯科医師会等在宅歯科医療連携室を設置し、在宅歯科医療希望者の歯科診療所の照会、在宅歯科医療等に関する相談、在宅歯科医療を実施しようとする医療機関に対する歯科医療機器等の貸出の実施にかかる運営費等に対する支援を行う。
〇 17	在宅歯科医療連携室と在宅医療連携拠点や地域包括支援センター等との連携の推進	現在、都道府県歯科医師会等に設置されている在宅歯科医療連携室を都道府県単位だけでなく、二次医療圏単位や市町村単位へ拡充して設置し、在宅医療連携拠点、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所、地域包括支援センター等と連携し、在宅歯科医療希望者の歯科診療所の照会、在宅歯科医療等に関する相談、在宅歯科医療を実施しようとする医療機関に対する歯科医療機器等の貸出にかかる運営費等に対する支援を行う。
〇 18	在宅で療養する疾患を有する者に対する歯科保健医療を実施するための研修の実施	在宅で療養する難病や認知症等の疾患を有する者に対する歯科保健医療を実施するため、歯科医師、歯科衛生士を対象とした、当該疾患に対する知識や歯科治療技術等の研修の実施に必要な経費の支援を行う。
19	在宅歯科医療を実施するための設備整備	在宅歯科医療を実施する医療機関に対して在宅歯科医療の実施に必要な、訪問歯科診療車や在宅歯科医療機器、安心・安全な在宅歯科医療実施のための機器等の購入を支援する。
〇 20	在宅歯科患者搬送車の設備整備	在宅歯科医療を実施する歯科医療機関(在宅療養支援歯科診療所等)でカバーできない空白地域の患者に対して必要な医療が実施できるよう、地域で拠点となる病院等を中心とした搬送体制を整備する。

事業の例		事業の概要
○ 21	在宅歯科医療を実施するための人材の確保支援	在宅歯科医療を実施する歯科診療所の後方支援を行う病院歯科等の歯科医師、歯科衛生士の確保を行う。
(3) 在宅医療(薬剤)を推進するために必要な事業等		
○ 22	訪問薬剤管理指導を行うとする薬局への研修や実施している薬局の周知	これまで訪問薬剤管理指導に取り組んだ経験のない薬局に対して地域薬剤師会が行う研修の実施を支援する。 また、患者が入院から在宅療養へ円滑に移行するために、地域薬剤師会が訪問薬剤管理指導を実施している薬局の周知・紹介を行うことを支援する。
○ 23	在宅医療における衛生材料等の円滑供給の体制整備	在宅医療における衛生材料・医療材料の供給を円滑に行うため、地域で使用する衛生材料等の規格・品目統一等に関する協議を地域の関係者間(地域医師会、地域薬剤師会、訪問看護ステーション等)で行うとともに、地域で使用する衛生材料等の供給拠点となる薬局が設備整備を行うことを支援する。
○ 24	終末期医療に必要な医療用麻薬の円滑供給の支援	人生の最終段階の医療の実施に当たり、疼痛コントロールが円滑にできるようにするため、地域で使用する医療用麻薬について、地域の関係者間(地域医師会、地域薬剤師会、訪問看護ステーション等)で品目・規格統一等に関する協議等を実施することを支援する。
3 医療従事者等の確保・養成のための事業		
(1) 医師の地域偏在対策のための事業等		
○ 25	地域医療支援センターの運営(地域枠に係る修学資金の貸与事業、無料職業紹介事業、定年退職後の医師の活用事業を含む)	地域医療に従事する医師のキャリア形成の支援と一体的に、医師不足病院への医師の配置等を行うための地域医療支援センターの運営に必要な経費に対する支援を行う。
○ 26	医師不足地域の医療機関への医師派遣体制の構築	医療資源の重点的かつ効率的な配置を図るためにもなお医師の確保が困難な地域において、都道府県が地域医療対策協議会における議論を踏まえ、医師派遣等を行う医療機関の運営等に対する支援を行う。
○ 27	地域医療対策協議会における調整経費	地域医療対策協議会で定める施策について、計画の進捗及び達成状況を関係者間において検証し、次の施策へつなげるための調整を行う。
(2) 診療科の偏在対策、医科・歯科連携のための事業等		
○ 28	産科・救急・小児等の不足している診療科の医師確保支援	産科医、救急医、新生児医療担当医等の確保を図るため、これらの医師の処遇改善に取り組む医療機関を支援する。 また、精神保健指定医の公務員としての業務や地域の精神科救急医療体制の確保のための精神科医確保に協力する医療機関の運営等に対する支援を行う。
○ 29	小児専門医等の確保のための研修の実施	医療機関において、小児の救急・集中治療に習熟した小児科医や看護師の数が不足している状況にあることから、専門性の高い医療従事者の確保のための研修の実施を支援する。
○ 30	救急や内科をはじめとする小児科以外の医師等を対象とした小児救急に関する研修の実施	地域医師会等において、地域の小児救急医療体制の補強及び質の向上を図るため、地域の救急医や内科医等の医療従事者を対象とした小児救急に関する研修の実施を支援する。

事業の例		事業の概要
○ 31	医科・歯科連携に資する人材養成のための研修の実施	医科・歯科連携を推進するため、がん患者、糖尿病患者等と歯科との関連に係る研修会を開催し、疾病予防・疾病の早期治療等に有用な医科・歯科の連携に関する研修会の実施にかかる支援を行う。
(3) 女性医療従事者支援のための事業等		
○ 32	女性医師等の離職防止や再就業の促進	出産・育児及び離職後の再就業に不安を抱える女性医師等のための受付・相談窓口の設置・運営、復職研修や就労環境改善の取組を行うための経費に対する支援を行う。
○ 33	歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士の確保対策の推進	歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士を確保するため、出産・育児等の一定期間の離職により再就職に不安を抱える女性歯科医師等に対する必要な相談、研修等を行うための経費に対する支援を行う。 また、今後、歯科衛生士、歯科技工士を目指す学生への就学支援を行う。
○ 34	女性薬剤師等の復職支援	病院・薬局等での勤務経験がある薬剤師(特に女性)の復職支援を促進するため、地域薬剤師会において、地域の病院・薬局等と連携した復職支援プログラムの実施を支援する。
(4) 看護職員等の確保のための事業等		
○ 35	新人看護職員の質の向上を図るための研修の実施	看護の質の向上や安全な医療の確保、早期離職防止の観点から、新人看護職員に対する臨床研修実施のための経費に対する支援を行う。
○ 36	看護職員の資質の向上を図るための研修の実施	看護職員を対象とした資質向上を図るための研修等を開催するための経費に対する支援を行う。
○ 37	看護職員の負担軽減に資する看護補助者の活用も含めた看護管理者の研修の実施	看護管理者向けに看護補助者の活用も含めた看護サービス管理能力の向上のための研修を実施するための経費に対する支援を行う。
○ 38	離職防止を始めとする看護職員の確保対策の推進	地域の実情に応じた看護職員の離職防止対策を始めとした総合的な看護職員確保対策の展開を図るための経費に対する支援を行う。
○ 39	看護師等養成所における教育内容の向上を図るための体制整備	看護師等養成所における教育内容の向上を図るため、専任教員の配置や実習経費など養成所の運営に対する支援を行う。
○ 40	看護職員が都道府県内に定着するための支援	地域における看護職員確保のため、養成所における都道府県内医療機関やへき地の医療機関等への看護師就職率等に応じた財政支援を行う。
○ 41	医療機関と連携した看護職員確保対策の推進	地域の医療機関の看護職員確保の支援や看護職員の復職支援の促進を図るため、ナースセンターのサテライト展開、効果的な復職支援プログラム等の実施、都市部からへき地等看護職員不足地域への看護職員派遣など看護職等人材確保促進法の枠組みを活用した看護職員確保の強化を図るための経費に対する支援を行う。
○ 42	看護師等養成所の施設・設備整備	看護師等養成所の新築・増改築に係る施設整備や、開設に伴う初年度設備整備、在宅看護学習室の新設に係る備品購入、修業年限の延長に必要な施設整備に対する支援を行う。
○ 43	看護職員定着促進のための宿舍整備	看護職員宿舎を看護職員の離職防止対策の一環として個室整備に対する支援を行う。
○ 44	看護教員養成講習会の実施に必要な教室等の施設整備	教員養成講習会の定員数の増加等に伴う教室等の施設整備に対する支援を行う。

事業の例		事業の概要
45	看護職員の就労環境改善のための体制整備	短時間正規雇用など多様な勤務形態等の導入や総合相談窓口の設置、看護業務の効率化や職場風土改善の研修等を行うための経費に対する支援を行う。
46	看護職員の勤務環境改善のための施設整備	病院のナースステーション、仮眠室、処置室、カンファレンスルーム等の拡張や新設により看護職員が働きやすい合理的な病棟づくりとするために必要な施設整備に対する支援を行う。
○ 47	歯科衛生士・歯科技工士養成所の施設・設備整備	歯科衛生士、歯科技工士の教育内容の充実、質の高い医療を提供できる人材を育成するために必要な施設・設備の整備を行う。
○ 48	地域包括ケアの拠点となる病院・薬局における薬剤師の確保支援	地域薬剤師会において、求職希望の薬剤師の氏名、勤務希望地域、勤務条件などを登録し、薬剤師の確保が困難な、地域包括ケア等を担う病院・薬局からの求めに対して、周辺地域に勤務する薬剤師の緊急派遣などの協議・調整を行うための体制整備を支援する。
(5)医療従事者の勤務環境改善のための事業等		
○ 49	勤務環境改善支援センターの運営	医師・看護師等の医療従事者の離職防止・定着促進を図ることを目指し、PDCAサイクルを活用して勤務環境改善に向けた取組を行うための仕組みを活用して勤務環境改善に取り組む各医療機関に対して総合的・専門的な支援を行うために設置される「医療勤務環境改善支援センター」を都道府県が運営するための経費に対する支援を行う。
50	各医療機関の勤務環境改善や再就業促進の取組への支援(医療クラーク、ICTシステム導入、院内保育所整備・運営等)	計画的に勤務環境の改善を行う医療機関に対して、医療クラーク・看護補助者の配置などの医療従事者の働き方・休み方の改善に資する取組、専門アドバイザーによる助言指導、業務省力化・効率化など勤務環境改善に資するICTシステムの導入、院内保育所の整備・運営などの働きやすさ確保のための環境整備など、改善計画を進める医療機関の取組を支援する。
○ 51	有床診療所における非常勤医師を含む医師、看護師等の確保支援	病院を退院する患者が居宅等における療養生活に円滑に移行するために必要な医療等を提供するため、有床診療所において休日・夜間に勤務する医師・看護師等を配置する。
52	休日・夜間の小児救急医療体制の整備	小児救急医の負担を軽減するため、小児科を擁する病院等が輪番制方式若しくは共同利用型方式により、又は複数の二次医療圏による広域を対象に小児患者を受け入れることにより、休日・夜間の小児救急医療体制を整備するために必要な医師、看護師等の医療従事者の確保に必要な経費及び「小児救急医療拠点病院」の運営に必要な経費に対する支援を行う。
53	電話による小児患者の相談体制の整備	地域の小児救急医療体制の補強と医療機関の機能分化を推進し、全国どこでも患者の症状に応じた適切な医療が受けられるようにすることを通じ、小児科医の負担を軽減するため、地域の小児科医等による夜間の小児患者の保護者等向けの電話相談体制を整備するための経費に対する支援を行う。
○ 54	後方支援機関への搬送体制の整備	救急や小児周産期の医師の負担を軽減するため、高次医療機関において不安定な状態を脱した患者を搬送元等の医療機関に救急自動車等で搬送する際の経費に対する支援を行う。 また、受入医療機関に積極的に受け入れるためのコーディネーターの配置を支援する。

新たな財政支援制度に関する都道府県個別ヒアリング調査票（案）

都道府県名

1. 26年度の基金の規模感（公費ベース）（2(1)～(3)の合計を記載）	（約〇〇億円）
2. 26年度事業として想定している内容（事業例の事業名等を記載）	
(1) 病床の機能分化・連携のために必要な事業	（約〇〇億円）
・ ・ ・	
(2) 在宅医療（歯科・薬局を含む）を推進するための事業	（約〇〇億円）
・ ・ ・	
(3) 医療従事者等の確保・養成のための事業	（約〇〇億円）
(例) ・ 地域医療支援センター運営事業 ・	
3. 26年4月以降、継続して実施する事業や新たに実施する予定の事業（2の再掲）（約〇億円）	
(例) ・ 地域医療支援センター運営事業 ・	
4. 都道府県医師会等関係団体とのこれまでの調整状況	
(例) ・ 〇月〇日 県医師会と協議 ・ 〇月〇日 県医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会と合同打ち合わせ ・ 〇月〇日 市町村意見交換会 ・ 〇月〇日 （病院団体の院長・事務長等の内部協議） ・ 〇月〇日 保険者協議会と打ち合わせ	

地域医療対策委員会

報告書

平成26年3月

日本医師会
地域医療対策委員会

平成26年3月

日本医師会長

横倉義武 殿

地域医療対策委員会

委員長 富田雄二

本委員会は、平成24年9月5日開催の第1回委員会において、貴職から、「地域医師会を中心とした在宅医療の推進について ～特に、病診連携の観点から～」の検討を行うよう、諮問を受けました。

これを受け、本委員会では、2年間にわたり検討を重ね、審議結果を次のとおり取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

地域医療対策委員会

委員長	富田雄二	(宮崎県医師会副会長)
副委員長	岩城勝英	(富山県医師会顧問)
副委員長	坂本哲也	(秋田県医師会副会長)
副委員長	三宅直樹	(北海道医師会参与)
委員	磯部俊一	(静岡県医師会理事)
〃	大橋輝明	(福岡県医師会常任理事)
〃	神野正博	(全日本病院協会副会長)
〃	小林誠一郎	(岩手医科大学医学部長)
〃	高橋泰	(国際医療福祉大学大学院教授)
〃	堂前洋一郎	(新潟県医師会理事)
〃	豊田俊	(兵庫県医師会常任理事)
〃	中目千之	(山形県医師会常任理事)
〃	中村一彦	(鹿児島県医師会常任理事)
〃	中村康一	(三重県医師会理事)
〃	林滋	(前東京都医師会理事)
		(～平成25年7月)
〃	弘山直滋	(山口県医師会常任理事)
〃	本田麻由美	(読売新聞東京本社編集局社会保障部記者)
〃	松井道宣	(京都府医師会副会長)
〃	松本吉郎	(埼玉県医師会常任理事)
〃	渡辺象	(東京都医師会理事)
		(平成25年7月～)

目 次

1		
2		
3	はじめに	2
4	1. 総論部分 地域医師会を中心とした在宅医療のあるべき姿.....	4
5	(1) 現在、将来の概括 ～高齢化と人口減少社会	4
6	(2) 在宅医療連携拠点と地域医師会	9
7	(3) 都市型と地方型の在宅医療	12
8	2. 各論部分	13
9	(1) 在宅医療提供側の体制	13
10	(2) テーマ	15
11	(3) 在宅医療への支援方策	26
12	おわりに	29
13	別紙1 三重県医師会の在宅医療関連事業への取り組みとアンケート調査	32
14	別紙2 京都府医師会における在宅療養あんしん病院登録システム.....	35
15	別紙3 京都府医療トレーニングセンター	37
16		
17		
18		
19		

1 はじめに

2 今期は、会長諮問「地域医師会を中心とした在宅医療の推進について ～特に、病診連
3 携の観点から～」について、識者を招いての講演を開催し、各地域での取り組みや状況も
4 参考にしながら検討を行ってきた。その間、社会保障制度改革国民会議報告書等に基づき、
5 2025年を見据えた医療・介護の改革案が提示され、現在、そのための改正法案が国会
6 において審議されている。

7 本委員会では、そうした状況を背景として、以下に概括する通り、総論部分と各論部分
8 に大別した報告書を取りまとめた。

9 総論部分では、高齢化と人口減少社会を見据えた日本の医療・介護の現在と将来を概括
10 し、その上で、郡市区医師会が在宅医療連携拠点の役割を担い、地域の医療ビジョン作成
11 を主導するべきであるとした。さらに、医療計画の作成者、二次医療圏と在宅医療圏、救
12 急搬送機関といった区域単位の相違を踏まえ、都道府県医師会と郡市区医師会との密接な
13 連携を主張した。

14 各論部分では、まず、「在宅医療提供側の体制」と「地域に応じた選択例」として、在宅
15 医療提供側の体制や住民の状況が都市部や地方、または地域特性によって多様であること
16 から、在宅医療の実施体制として6つのパターンを示し、地域に応じた選択例を掲げ、そ
17 れぞれに適した方法で在宅医療への積極的参加を医師会が支援していく必要性を提言した。

18 続いて、「かかりつけ医（地域の診療所等の医師）の在宅医療への参加」、「郡市区医師会、
19 都道府県医師会、日本医師会の役割」、「病院に求められる機能、役割」、「行政との連携」、「多
20 職種協働、ICTによる連携」及び「在宅医療のモラルハザード」の6つのテーマごとに提
21 言を述べた。

22 在宅医療を推進するには郡市区医師会が強いリーダーシップをとり、行政や多職種と連
23 携しながら、医師が積極的に参加できる環境を整備する必要がある。また同時に、今後導
24 入される病床機能報告制度も活用して地域における病診、病病連携をいっそう進め、医療
25 ビジョン作成を主導する責務があると考ええる。

26 最後に、在宅医療への支援方策として、本委員会において討議した結果、各都道府県医

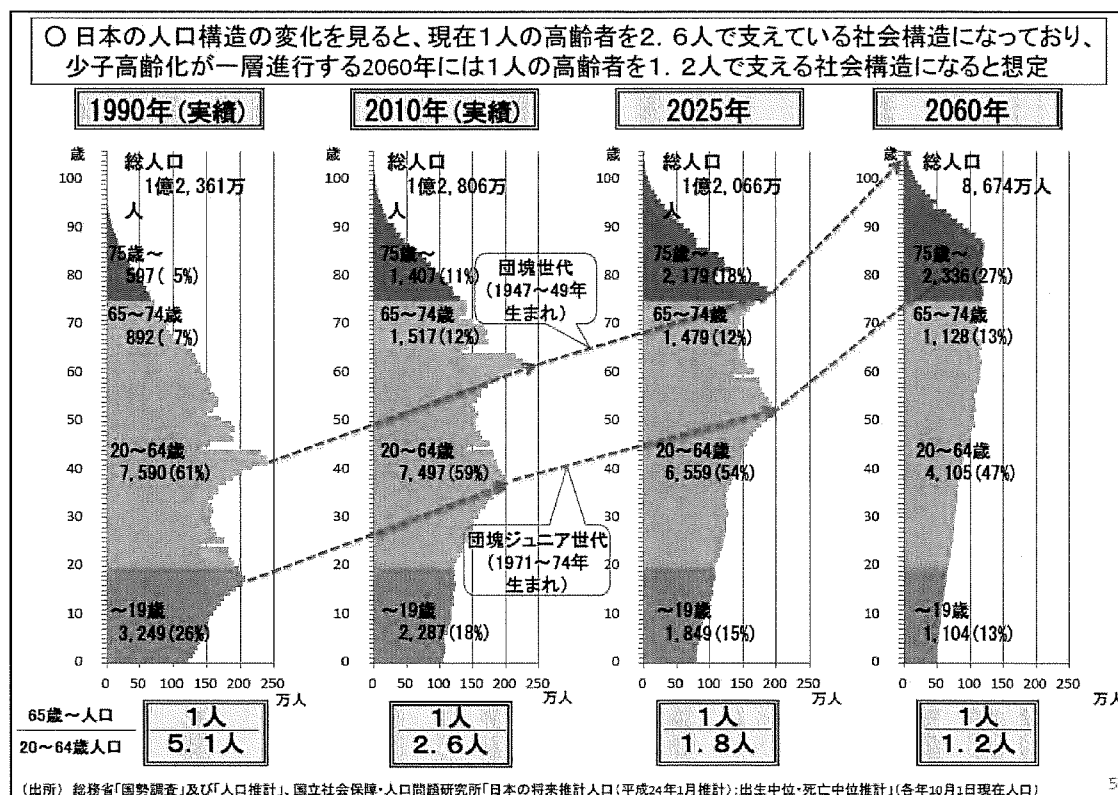
- 1 師会、郡市区医師会や会員が、自地域の将来の医療や介護の提供体制について検討を行う
- 2 際の参考、ツールと位置づけた日本医師会地域医療情報システム（JMAP）について述べ
- 3 るとともに、日本医師会が様々な地域医療支援策を実施しており、都道府県医師会、郡市
- 4 区医師会と協力して、国民のための地域医療提供体制を構築していることを、国民に広報、
- 5 周知し、医師会活動への理解を広げるよう努めることが重要であることを主張した。

6

1 1. 総論部分 地域医師会を中心とした在宅医療のあるべき姿

2 (1) 現在、将来の概括 ～高齢化と人口減少社会

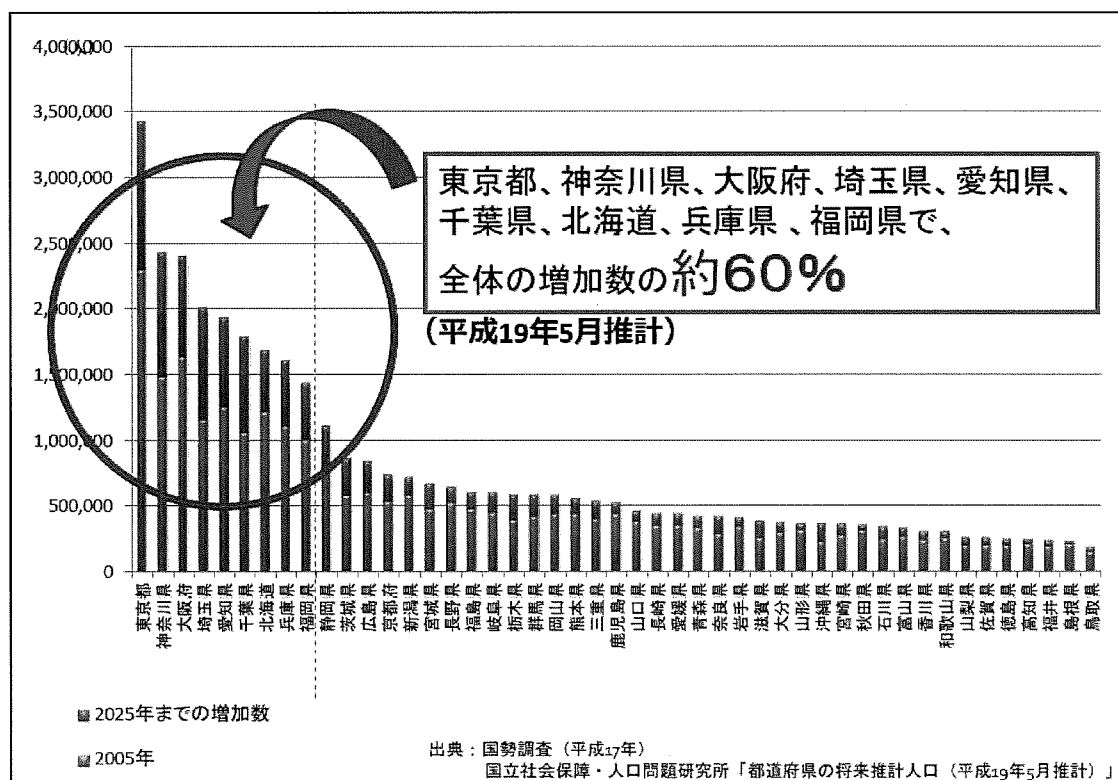
3 2025年(平成37年)には約800万人といわれる団塊世代が75歳を超え、「高齢
4 化と多死の時代」が到来すると予測される。その時まで全国各地において適切な高齢者
5 医療・介護のシステムを構築しておかなければならない。2025年から、団塊世代が9
6 0歳になる2040年までが、日本の高齢者医療の「山場」ということができる。



7
8
9 他方、今後、日本の総人口は減少していく。さらに、都市部、地方、また地域特性によ
10 って、高齢化と人口減少の様相は異なる。従って、全国各地の状況を共通の指標で表し自
11 地域と他地域とを比較検討しながら、それぞれの地域が今後の人口動態に合わせた独自の
12 将来プランを作成することが必要不可欠となる。医療提供量と年齢別人口変移による医療
13 必要量を比較検討し、どうすれば需要と供給の最適値に近づけることができるかという指
14 針を示す必要がある。

また、日本における「古い」の実態は、「相当な期間の虚弱状態を経て死に至る」という状況にある。いわゆる「ピンピンコロリ」は望めず、加齢とともに要支援・要介護となり、自力で通院さえ困難となる。このような「虚弱な期間の生活の質をどのように保つか」もこれからの医療、ひいては介護・福祉にとって大きな課題である。

以上により、人口動態、地域の医療の需要と供給等を考えた上で、各地域で「病院・診療所の機能分担のあり方」、「在宅医療のビジョン」を描いたグランドデザインを具体的な形で作るべきである。その時々行政の短期的な施策や各医療機関の独自の判断のみによるのではなく、地域医師会がリーダーシップをとり、各医療機関や多職種間の協働により、地域全体の医療・介護資源を有効かつ持続的に活用できるようにしなければならない。



今後の高齢化と人口減少の時代において、国全体としてみれば、急性期医療提供を減ら

1 して地域密着型の慢性期医療提供を増やす方向にあるが、地域単位では、より地域密着型
2 医療が必要な地域と、今後も急性期医療を必要とする地域に分けられていく。また現在医
3 療施設が飽和状態の地域は、これからの人口減少に従ってダウンサイジングも考えなけれ
4 ばならない。医師や医療施設が少なく、後期高齢者が増えていく地域では地域密着型を増
5 やす必要があり、医療資源が著しく少ない地域は、今後人口が減るにしても急性期、慢性
6 期ともに整備を進める必要がある。

7
8 特に都市部では、大きな医療のパラダイム転換が求められている。後期高齢者の急速な
9 著増により、病院が高齢の入院患者であふれ、医療提供の危機に瀕することが推測される。
10 サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）を含めた住居の整備、要医療・要介護者の集約、
11 在宅医療システムを早急に整備する方向に動いているが、それに伴う問題もある。在宅医
12 療は、多職種連携を必要とし一朝一夕には構築できるものではないので周到な準備が必
13 要である。柏市医師会が中心となって実践している柏プロジェクトは、都市型の高齢化に
14 対応すべく設計されたモデルの一つである。このモデルが全国の多くの地域に適用可能か
15 どうかは、今しばらくプロジェクトの成否も含め見る必要がある。

16 対照的に、外来患者は全体的に減少していく。現在、医療機関には多数の外来患者が来
17 院しているが、今後増加する75歳以上の後期高齢者は虚弱のために通院できない割合が
18 多く、またそれ以下の年齢層は人口が減少していくためである。

19
20 国の提唱する地域包括ケアシステムでは、施設中心の介護から「住まい」の概念を打ち
21 出し、サ高住の大量整備施策と24時間対応の定期巡回随時訪問看護・介護の導入が進め
22 られている。重い要介護度者でも在宅において24時間介護が可能となるにあたり、必然
23 的に在宅における医療提供が必要となる。

24
25 都市部で計画されている高齢者のサ高住（サービス付き高齢者向け住宅）への住み替え
26 （集住化）は、地域特性や地元への愛着の度合い等の当該高齢者の意向にもよるが、地方

1 においても医療・介護サービス提供の継続を可能にするための選択肢の一つとなるのでは
2 ないだろうか。過疎地域では、在宅医療の提供者が少ない上に、面積が広大なため、訪問
3 診療、訪問看護等に時間を要し、現実的にサービス提供が厳しい状況にある。

4 したがって、本委員会における「在宅医療」の場とは、患者・家族の自宅等だけではなく、
5 介護施設やサ高住を含む概念とする。ただし、医療が行われる場である以上、患者の
6 フリーアクセスが守られるとともに、適切な医療・介護サービスの提供が行われることが
7 求められ、営利の追求を最優先することは許されない。医師会は行政と協議し、最近問題
8 となっている高齢者住宅への医療・介護サービスのあり方については、会員はもとより非
9 会員を含む関係者への周知および指導する役割を果たさなければならない。

11 なお、在宅医療に関する議論は高齢者が主な対象であり、小児の在宅医療は論点から抜
12 けがちである。対象者は少ないかもしれないが、小児においても在宅医療の要望は大きく、
13 また NICU 病床の確保のためには、重症、後遺障害を持つ小児患者の受け入れ先として、病
14 院や有床診療所だけでなく、在宅という選択肢を用意することが重要である。ただし、小
15 児科医師は日常診療に追われて訪問診療が困難な場合も多いため、小児科の医師による在
16 宅医療と、内科の医師に研修を行った上で小児在宅医療への参加（小児科医の支援）とい
17 う二本立てによる形で進める方策が良い。

18 北海道では、北海道小児救急医療地域研修会（講師は北海道小児科医会会員）を北海道
19 医師会主催で年 8 回、各地で行っている。参加者は、各科医師、看護師、救急救命士、保
20 健師等であり、実績は別表の通りである。残念ながら小児科在宅医療への参加が増えたか
21 どうかは不明である。

別表

北海道小児救急医療地域研修会に係る開催地及び参加者数の推移

(単位:人)

年度	地区及び 参加職種等	札幌・後志	釧路・日高	空知	道南	道北	根室	十勝	釧路	計	構成比 (%)
H24	開催地(8地区)	札幌市	伊達市	岩見沢市	江差町	富良野市	紋別市	帯広市	釧路市	地区平均	95.8人
(内訳)	参加者数計	128	87	76	89	72	106	115	114	767	100.0%
(内訳)	医師	63	20	25	11	21	24	59	18	241	31.4%
(内訳)	(うち臨床研修医)	(14)	(0)	(3)	(0)	(2)	(0)	(25)	(0)	(49)	(6.4%)
(内訳)	看護師・准看護師	18	24	4	9	29	38	12	35	169	22.0%
(内訳)	他医療職(保・助・薬剤師等)	4	9	1	15	1	11	12	14	67	8.7%
(内訳)	消防関係者(救急隊)	42	33	42	32	21	28	28	41	267	34.8%
(内訳)	その他(事務職等)	1	1	4	2	0	5	4	6	23	3.0%
H23	開催地(8地区)	札幌市	新ひだか町	砂川市	南幌市	旭川市	網走市	帯広市	釧路市	地区平均	77.1人
(内訳)	参加者数計	90	70	73	65	67	67	93	92	617	100.0%
(内訳)	医師	57	18	23	22	29	17	40	30	236	38.2%
(内訳)	(うち臨床研修医)	(7)	(0)	(3)	(0)	(0)	(1)	(1)	(3)	(20)	(3.2%)
(内訳)	看護師・准看護師	13	17	9	2	4	11	20	35	111	18.0%
(内訳)	他医療職(保・助・薬剤師等)	3	8	5	7	0	5	13	4	45	7.3%
(内訳)	消防関係者(救急隊)	14	23	34	30	32	30	14	21	198	32.1%
(内訳)	その他(事務職等)	3	4	2	4	2	4	6	2	27	4.4%
H22	開催地(8地区)	札幌市	室蘭市	滝川市	南幌市	名寄市	北見市	帯広市	釧路市	地区平均	63.4人
(内訳)	参加者数計	87	80	49	34	35	47	62	114	507	100.0%
(内訳)	医師	45	23	21	21	16	23	33	32	214	42.2%
(内訳)	(うち臨床研修医)	(1)	(3)	(5)	(1)	(1)	(3)	(1)	(2)	(22)	(4.3%)
(内訳)	看護師・准看護師	16	17	1	2	8	2	7	35	88	17.4%
(内訳)	他医療職(保・助・薬剤師等)	1	15	3	0	2	4	3	5	23	6.5%
(内訳)	消防関係者(救急隊)	23	24	21	10	7	17	17	41	160	31.6%
(内訳)	その他(事務職等)	2	1	2	1	2	1	2	1	12	2.4%
H21	開催地(8地区)	札幌市	苫小牧市	岩見沢市	南幌市	富良野市	網走市	帯広市	釧路市	地区平均	70.8人
(内訳)	参加者数計	72	87	54	35	56	84	70	108	566	100.0%
(内訳)	医師	44	21	23	15	26	24	43	39	235	41.5%
(内訳)	(うち臨床研修医)	(2)	(2)	(3)	(0)	(5)	(1)	(5)	(1)	(18)	(3.4%)
(内訳)	看護師・准看護師	7	18	3	2	9	27	7	26	99	17.5%
(内訳)	他医療職(保・助・薬剤師等)	0	20	3	1	1	7	1	4	37	6.5%
(内訳)	消防関係者(救急隊)	18	19	21	14	19	22	16	31	160	28.3%
(内訳)	その他(事務職等)	3	8	4	3	1	4	3	8	35	6.2%
H20	開催地(8地区)	札幌市	伊達市	砂川市	南幌市	名寄市	北見市	帯広市	釧路市	地区平均	62.8人
(内訳)	参加者数計	59	49	89	33	40	46	68	118	502	100.0%
(内訳)	医師	31	34	25	19	23	35	46	44	257	51.2%
(内訳)	(うち臨床研修医)	(1)	(2)	(5)	(0)	(4)	(12)	(1)	(0)	(25)	(5.0%)
(内訳)	看護師・准看護師	10	6	18	4	3	2	4	28	75	14.8%
(内訳)	他医療職(保・助・薬剤師等)	0	2	1	1	3	1	1	1	10	2.0%
(内訳)	消防関係者(救急隊)	14	5	35	5	6	2	12	38	117	23.3%
(内訳)	その他(事務職等)	4	2	10	4	5	6	5	7	43	8.6%
H19	開催地(8地区)	札幌市	新ひだか町	滝川市	南幌市	旭川市	網走市	帯広市	釧路市	地区平均	41.0人
(内訳)	参加者数計	66	25	34	27	27	38	49	62	328	100.0%
(内訳)	医師	40	12	16	18	22	18	39	31	196	59.8%
(内訳)	(うち臨床研修医)							(1)		(1)	(0.3%)
(内訳)	看護師・准看護師	4	10	10	3		3	2	7	39	11.8%
(内訳)	他医療職(保・助・薬剤師等)			4	2	2	1		1	10	3.0%
(内訳)	消防関係者(救急隊)	16					10	3	10	40	12.2%
(内訳)	その他(事務職等)	6	3	4	3	3	6	5	13	43	13.1%
H18	開催地(8地区)	札幌市	室蘭市	岩見沢市	南幌市	名寄市	北見市	帯広市	釧路市	地区平均	34.8人
(内訳)	参加者数計	35	28	51	23	37	30	34	40	278	100.0%
(内訳)	医師	30	26	39	20	30	22	33	35	232	83.5%
(内訳)	(うち臨床研修医)		(2)							(2)	(0.7%)
(内訳)	看護師・准看護師			10						10	3.6%
(内訳)	他医療職(保・助・薬剤師等)			1						1	0.4%
(内訳)	消防関係者(救急隊)						4			4	1.4%
(内訳)	その他(事務職等)	5	2	4	3	7	4	1	5	31	11.2%
H17	開催地(7地区)	札幌市	苫小牧市	—	南幌市	旭川市	北見市	帯広市	釧路市	地区平均	46.0人
(内訳)	参加者数計	68	31		37	43	43	63	37	322	100.0%
(内訳)	医師	53	29		35	41	28	59	34	289	89.4%
(内訳)	(うち臨床研修医)									(0)	(0.0%)
(内訳)	看護師・准看護師									0	0.0%
(内訳)	他医療職(保・助・薬剤師等)									0	0.0%
(内訳)	消防関係者(救急隊)						10			10	3.1%
(内訳)	その他(事務職等)	5	2		2	2	5	5	3	24	7.5%
累計	地区	札幌・後志	釧路・日高	空知	道南	道北	根室	十勝	釧路・根室	年平均	555.3人
(内訳)	参加者数計	605	457	425	323	377	461	554	685	3,887	100.0%
(内訳)	医師	373	183	169	161	208	191	351	263	1,899	48.9%
(内訳)	(うち臨床研修医)	(25)	(8)	(29)	(1)	(12)	(22)	(34)	(6)	(138)	(3.6%)
(内訳)	看護師・准看護師	68	92	55	22	53	83	52	166	591	15.2%
(内訳)	他医療職(保・助・薬剤師等)	8	54	18	26	9	29	30	29	203	5.2%
(内訳)	消防関係者(救急隊)	127	104	153	92	85	123	90	182	956	24.6%
(内訳)	その他(事務職等)	29	24	30	22	22	35	31	45	238	6.1%

※平成19年度から看護師や救急隊員、20年度から臨床研修指定病院にも同知。23年度までの事業名は「小児救急地域医師研修事業」

1

2

3

（２）在宅医療連携拠点と地域医師会

前述の通り、「高齢化と人口減少」の時代に向け、全国各地で医療・介護のシステムを適切に再編、構築していくためには、将来の人口動態、地域における医療需要と供給等を踏まえたグランドデザインを作成し、かつ、地域の医療機関や多職種間の協働により、地域全体の医療資源を有効かつ持続的に活用できるようにしなければならない。

これからの在宅医療は、入院、外来に続く「第三の医療」とも言われ、これまでの在宅医療の概念から変化した、新しい医療であるとも言える。したがって、在宅医療を推進するためには、入院、外来を含めた視点に立って、地域の医療提供体制を見直していく必要がある。

そのためには、行政、中核病院、地域の医療機関、介護事業者、職能団体等、その地域で医療・介護に関与するすべての関係者を集め、急性期、亜急性期、慢性期、そして在宅医療・介護の役割分担と連携方法を決めるテーブルセッティングが必要となる。その役割の中心は、やはり地域の郡市区医師会が担うべきである。郡市区医師会は公共的な役割を担うことになる。医師会はリーダーシップを発揮しつつ行司役を担って地域医療の機能分化を図っていくことが望まれ、無秩序な淘汰や混乱を避けなければならない。

さらに、後述するが、病院の意識改革、機能分化と変換（急性期から回復期への移行など）、そして場合によっては集約をうまく誘導することや、在宅医療に関わってこなかった医師への啓発も、医師会の役割である。

在宅医療の推進において、医師会と行政との関係は、「行政は行政、医師会は医師会」であってはうまくいかない。地域医師会が、日常的に行政と関わり合いを持ち、行政組織の中にどれだけ入り込んでいくかが最も重要な点である。例えば地域医療再生基金のように、国から短期間で地域医療再生計画を提出するように求められても、行政だけでは、その地

1 域の医療提供体制の補強、再生にとって真に必要な計画をつくることはできない。医療の
2 現場に根ざした視点を持つ医師会が主導していくことが不可欠である。

3
4 高齢者医療・介護政策は、やる気のある人物・機関だけが個々に取り組むのではなく、
5 地域全体で取り組む必要がある。疾病やADLの状態に応じて、医療機関や施設、在宅をス
6 ムーズに移動して最適な治療・サービスが受けられるよう、町全体を一つのシステムとし
7 て設計する発想も必要であり、それこそが地域包括ケアシステムである。

8
9 在宅医療は、これまでの二次医療圏ではなく、市町村単位が基本である。ただし、郡市
10 区医師会の管轄地域は、二次医療圏や在宅医療圏域と必ずしも一致するわけではない。ま
11 た、医療計画は都道府県、介護保険事業計画は市町村が、介護保険事業支援計画は都道府
12 県が作成する。増大する高齢患者の救急搬送を担う消防機関も市町村単位（広域の場合も
13 ある）である。したがって、都道府県医師会と郡市区医師会（大都市の場合は、さらに地
14 区医師会）との密接な連絡と、都道府県医師会・郡市区医師会とそれぞれの都道府県・市
15 区町村行政との連携が、両立していることも重要である。

16
17 在宅医療の主役は郡市区医師会であるが、都道府県医師会は、郡市区医師会とのコミュ
18 ニケーションをより良くして各地域の問題を拾い上げ、解決のために都道府県行政を動か
19 すというかたちで応えていくべきである。例えば、管下の郡市区医師会や会員へのアンケ
20 ートにより在宅医療資源や課題解決のため、在宅医療・介護推進協議会を設置するなど
21 あるが、郡市区医師会による在宅医療の基盤づくりを支援することは、地味ではあるが、
22 引き続き地域にあった在宅医療を推進する上で重要である。

23
24 郡市区医師会は、もっとも在宅連携の現場に近い存在である。そこで、スキルアップ研
25 修会の開催、多職種連携会議の開催、市民に対する在宅医療・緩和ケアの啓発などを継続
26 的に行いながら、在宅医療連携拠点としての役割を果たす必要がある。

1 ケアマネジャーと医療機関との連携の「敷居」を低くするための具体的な方策として、
2 医療機関の相談可能な曜日・時間がわかる資料の作成、ショートステイの空き情報の提供、
3 各施設の医療依存度の高い者の受け入れ情報を掲載した冊子の作成を行って成果をあげて
4 いる例もある。

5

6 在宅連携の拠点は郡市区医師会が主体となると考えるが、規模・機能の小さな医師会に
7 おいては、地域の基幹病院等が中心となり医師会がそれをサポートする方法もありうる。
8 この場合も連携拠点となる病院には事務局機能を果たしてもらい、医師会が前面に出る形
9 にすれば、地域内の全医療機関が参加しやすくなる。医師会が関わらなければ囲い込みと
10 とられ地域に浸透しないであろう。

11

12

（３）都市型と地方型の在宅医療

在宅医療は、地域の人口密度や医療機関数によって対応方法が異なるので、都市型と地方型とに分けて考えるべきである。

そこで、次章に、「都市型」や「地方型」に分けた在宅医療提供側の態勢（パターン）と、それに応じた地域にあった選択例を掲げた。

都市型では、医療機関が多く人口密度も高い、たとえば訪問診療や訪問看護が自転車で回ることができるような地域であり、地方型では、医療機関が少なく人口密度も低いために効率が悪い。前述の通り、過疎地域において疾病や高齢で自立生活が困難な場合には、集住化して医療・介護サービスを提供する選択肢も必要であろう。

また地方では、医師と患者・家族との間に強い信頼関係があるので、かかりつけ医不在時の急変対応や看取りなどで問題が起こる可能性は低い。都市部では患者意識も強く、医師と患者・家族とトラブルにならないように診療側のグループ化やバックアップ態勢などのシステム整備をしっかりと作っておく必要がある。また、都市部では専門指向の若い開業医が多く、地方では開業医師の高齢化により、いずれの地域でも在宅医療に関わりたくないとする医師が増えている。若い開業医に在宅医療に参加してもらうためにも、医師への研修と一人一人の負担軽減のためのシステム作りが必要である。さらには、在宅医療等に関して、今後の医師養成を担う学部教育での取り組みについても要請してゆく必要がある。

2. 各論部分

(1) 在宅医療提供側の体制

在宅医療提供側の体制は、都市部、地方、または地域特性によって多様である。そこで、6つのパターンを示し、地域に応じた選択例を掲げる。

A. 開業医が1人で在宅医療を実施

- ・24時間訪問看護、介護サービスとの連携が必須
- ・無床診療所においては後方病床の確保も必要
- ・患者・家族との強い信頼関係のもとに、特に緊急時において多職種でケアを行う同意が必要
- ・在宅医療を実施している医師の多くがこの様式であるが、個々の医師の負担を軽減し持続可能とするために可能な限り以下の連携パターンを構築する方向性が望ましい

B. 開業医同士が主治医・副主治医制で在宅医療を実施（下表の調整例を参照）

- ・基本的には主治医が責任を担い、旅行など不在時の緊急対応を副主治医（バックアップ医）が担う
- ・1人（主治医）：n人（副主治医）の組み合わせの方が取り組みやすい
- ・医師会が組み合わせの調整を行う
- ・Aと同様に、24時間訪問看護、介護との連携、後方病床の確保が必要

主治医・副主治医制における調整例								
グループを組んだ複数の医師が、それぞれの都合を登録しておき、個々に、または調整担当者が主治医不在時のサポート調整を行う								
例：A,B,C,D,Eの5人の医師がグループを組んで連携								
*…副主治医の協力を希望								
△…原則、自院の患者のみに対応								
◎…副主治医として協力が可能								
	○月1日	○月2日	○月3日	○月4日	○月5日	○月6日	○月7日	○月…
	月	火	水	木	金	土	日	月
A医師	◎	◎	◎	△	△	◎	◎	…
B医師	◎	△	△	**	◎	△	△	…
C医師	**	**	△	△	◎	△	◎	…
D医師	△	△	△	△	◎	**	△	…
E医師	△	◎	△	△	◎	△	**	…

1 C. 一診療所に複数の医師が在籍して在宅医療を実施（単独強化型在支診型）

- 2 ・地域の多数の在宅患者を受け持つ役割を担う
3 ・A, B など在宅医療を行う周辺診療所を支援する役割も期待される
4

5 D. 複数の診療所や中小病院がグループを組んで在宅医療を実施（連携強化型在支診・病型）

- 6 ・地域の多数の在宅患者を受け持つ役割を担う
7 ・A, B など在宅医療を行う周辺診療所を支援する役割も期待される
8 ・患者の病状に応じて在宅・入院医療の移行がスムーズに行える
9

10 E. 有床診療所や中小病院が在宅医療を実施。

- 11 ・病床を有し、患者の病状に応じて在宅・入院医療の移行がスムーズに行える
12 ・急性期病院から在宅への橋渡しや在宅の後方支援の機能を担う
13 ・訪問看護、介護サービスとの連携 ・無床診療所への多様な支援 ・在宅医療中の患者家
14 族へのレスパイト機能 ・医療介護ミックス機能
15

16 F. 大規模な住宅に住民を集め、在支診や介護施設が入る

- 17 ・高齢者が急速に増える地域においては有効な手段として構築が進められている中心部
18 への集住化という観点において、地方や過疎地においてもサービス提供維持のために
19 有効な手段として考慮する必要がある
20 ・事業プラン作成時から、郡市区医師会が中心的に係わることが肝要
21

22 （２）地域に応じた選択例

23 ① 人口 20～30 万人以上の大規模都市型

- 24 ・人口密度が高く、医療資源も多い、大病院が多い
25 ・今後、高齢者が著増し、若年人口は横ばい。医療需要の著増。
26 ・高齢者の入院数の著増、高齢者の救急搬送の著増
27

28 B+C+D+E+F の積極的参加が必要。

29 A により在宅医療が支えられている現状があり今後も必要であるが、医師会が連携パ
30 ーンを構築しつつ、在宅医療に取り組む医師を積極的に養成する必要がある。

31 ② 人口 10～20 万人の中都市型

- 32 ・人口密度が高く、比較的密に医療資源がある
33 ・今後、高齢者は増加し、若年人口は軽度減少。医療需要は全体としてやや伸びる。
34 ・高齢者の入院数の増加、高齢者の救急搬送の増加
35

36 A+B+C+D+E の積極的参加が必要。場合により F によるまちづくり。

37 医師会主導により診療所と中小病院の医療連携体制を構築していくことが望まれる。

38 A パターンが中心である現状から連携型への移行を進めていく必要がある。

39 病院の役割分担についても考慮。（今後の人口構成、医療需要の変化に適応）

③ 人口 10 万人以下の小都市型

- ・人口密度が低く、医療資源が少ない
 - ・今後、高齢者は軽度増加し、若年人口は著減。医療需要全体は横ばいから減少
 - ・急性期入院患者数の減少。外来患者の減少
- A+B+E が中心となり C,D も参加。場合により F によるまちづくり。
基幹病院が一つの場合は、そこをトップとしたピラミッド型の医療機関連携も取り組みやすい

④ 過疎地型

- ・医療施設が少なく、患家までが遠い
 - ・今後、人口減が著しい。独居や高齢者だけの世帯の増加。
- 医療機関が少ないため A が中心とならざるを得ないであろう
開業医も高齢化し、医療提供体制が崩壊しつつある
住民がそれぞれの自宅で生活する場合は医療・介護サービスが粗になる心配があり、
独居・老々介護等の場合は、地域特性や高齢者の意向等も考慮しながら、中心部への
住替えも選択枝として検討が必要 (F)

(2) テーマ

① かかりつけ医（地域の診療所等の医師）の在宅医療への参加

かかりつけ医とは

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」日本医師会・四病院団体協議会合同提言（2013年8月8日）より

日本の診療所医師は、専門性を持ちながら同時に幅広い疾患に対応できる「かかりつけ医」として有効に機能しており、国民の長寿と健康維持に貢献してきた。

「高齢化と人口減少」の社会を迎えるにあたり、これまで述べてきたとおり、今後、原則的にはすべての診療所医師は在宅医療にも係わることが求められている。専門科の診療

1 所も、在宅医療のサポート役として、求めに応じて往診を実施することになる。

2 そこで、地域の診療所医師に対し、在宅医療参加への動機付けとしての在宅医療研修会
3 の開催（実地研修と多職種グループワーク）が必要となる。現在、在宅医療に取り組んで
4 いる医師は高齢化しつつあるので、在宅医療に携わる医師を養成し、増やしていくことは
5 急務であり、医師会の重要な役割である。

6
7 留意しなければならないのは、三重県医師会によるアンケートで、在宅医療をしなくな
8 った診療所にその理由を聞いたところ、「24時間対応が困難、自院の人員では困難」とい
9 う結果が出たが、さらに、「その問題が解決された場合に再度在宅医療に参加する」と回答
10 したのが15%程度にとどまった点である。地域の医師に対して在宅医療への参加を促す
11 ことと同時に、在宅医療からの撤退が起きないように、支援策が不可欠である。

12
13 在宅医療の成否は、その地域において、後方支援病床の確保や主治医・副主治医制など
14 のシステム構築と、気軽に利用しやすい24時間対応の訪問看護ステーションが設置され
15 ていることの2点が大きなポイントになる。

16 医師一人で24時間対応することは負担が大きく、参加医師も限られてしまう。医師を
17 グループ化し、主治医・副主治医制によってワンポイントで副主治医が支えることで、在
18 宅医療へ参加する医師を増やせると考える。そして、医師をグループ化することは、医師
19 会の仕事である。医師会として、会長以下、根気強く取り組んで「主治医・副主治医制」
20 を浸透させる必要がある。なお、「副主治医」という表現をとると、主治医並みに患者の情
21 報を持たされたり、24時間365日体制で呼ばれるのではないかと不安を持つため「バ
22 ックアップ医」という表現に代えている地域もある。

23 ただし、主治医・副主治医制は、医師の多い都市部では成り立つが、開業医と開業医と
24 の距離が離れている郡部では困難であろう。そのような地域では、主治医と患者・家族と
25 の間で強い信頼関係がある場合が多いので、他職種との連携など他の方法で医師の負担軽
26 減の方策を考えたい。また、副主治医の役割を地域の病院が担うこととし、在宅患者の受

1 け入れという形でバックアップ体制を構築する方法もある。

2 在宅医療は、かかりつけ医が患者に寄り添う形で主体的に関わることが基本である。外
3 来を持たない在宅専門診療所の開設については今後も検討が必要であり、また、サ高住と
4 契約し入居者に対して一括して訪問診療を行う例などの問題解決も含めて、良質の在宅医
5 療が浸透するよう医師会として関与していく必要がある。

6
7 また、訪問看護ステーションが整備されなければ、地域の医師は在宅医療への関与を増
8 やさない。訪問看護ステーションは、医師の24時間対応の負担軽減に大きく貢献する。
9 なお、訪問看護ステーションの24時間対応の中には電話対応程度にとどまり現場対応で
10 はないものもあるので、その場合は改善を促すなど注意が必要である。

11
12 在宅医療に取り組まない若い医師の意識を変えるには、医師会の研修会などで、例えば
13 「医師の負担はそれほど大きくはない」旨の講演をしたり、実際に夜間に呼ばれることは
14 少ないこと、事前に家族と話し合い、関係職種と連携を行っておれば、看取りもそれほど
15 負担にならないことなどの啓発を繰り返すべきである。三重県では、医師会が在宅医療関
16 連事業を継続的に実施することで、医師や関連職種の参加が積極的となり、多職種連携も
17 進んでいる実態が報告されている。

18 19 別紙1 三重県医師会の在宅医療関連事業への取り組みとアンケート調査

20
21 財源面については、在宅療養支援診療所への評価だけではなく、日常診療の延長線上で、
22 個々の診療所が往診、訪問診療を行っている場合にも相応の評価を行うべきである。在宅
23 医療を主に支えているのは、在宅療養支援診療所・病院の届け出の有無にかかわらず、地
24 域の一般の診療所・病院である。さらに、医師が地域に根付いている地方では診療報酬に
25 よる誘導は効果が少ないとの報告もあり、診療報酬だけではなく地域を支えるための医師
26 の責務として在宅医療への参加を促す方法も必要である。患者が在宅医療を希望している、

又は選択せざるを得ない場合に、かかりつけ医はそれに応える責務を担うという理念である。

なお、在宅療養支援診療所への移行が進まない要因には、顔の見える関係の患者・家族に対して高額な一部負担金を請求しづらいことも挙げられている。在宅医療における一物二価、三価は、多くの問題を抱えているのではないか。

現在、在宅医療から離れている医師、在宅医療を行ったことのない医師が在宅医療に関わっていくためには、在宅医療に関する研修を行うことも重要である。研修会は、まずは都道府県医師会が地域への支援策として主催し、郡市区医師会と協力して実施することが実行しやすい（大規模な郡市区医師会は独自での開催も可能であろう）。京都府医師会の京都府医療トレーニングセンターのように大規模な施設を備えて実施している例もある。

別紙２ 京都府医師会における在宅療養あんしん病院登録システム

別紙３ 京都府医療トレーニングセンター

② 郡市区医師会、都道府県医師会、日本医師会の役割

１）郡市区医師会

郡市区医師会は、在宅医療、地域包括ケアシステムの中心的な担い手である。リーダーシップをとって地域に適合した在宅を含めた地域医療のプランを策定しなければならない。在宅医療で先進的な取り組みをしている地域は、強いリーダーシップを持った者がいる。開業医に在宅医療へ取り組んでもらうために、医師会は在宅医療のリーダーを養成していく必要がある。リーダーを育てていく姿勢がないと地域は活性化されない。日本医師会でもリーダー養成に取り組んでおり、協力しながら実行していただきたい。

環境整備のために以下のような事業が考えられる。

- 行政等との協働により、多職種を集めたミーティングの開催

- 主治医・副主治医制のコーディネート
- 医師＋訪問看護師＋バックアップ病床のセットのコーディネート
- 市町村行政との連携、行政の役割を啓発
- 在宅医療のテクニックを学ぶ研修会の開催
- 在宅医療に関するトレーニング研修室の設置

2) 都道府県医師会の役割

郡市区医師会が行う事業のサポートを行い、県内全体のレベルアップを目指していた
きたい。

- 都道府県内の人口構成変化、患者受療動態を把握し、医療提供プランの作成。地域事情に即した柔軟適正な医療機関の機能分化の調整。(医療計画の再チェック)
- リーダー研修会の開催
- 在宅医療に必要な医療技術を学ぶ研修会の開催
- 在宅医療に関するトレーニングセンターの設置
- 病院とかかりつけ医をコーディネートする医療系 MSW の育成
- 情報共有の仕組みづくり。IT 利用において遵守すべき原則とそれに基づく仕組み作りなど

3) 日本医師会の役割

- 在宅医リーダー研修会の開催。研修の材料の提供
- 在宅医療に関する診療報酬、介護保険制度、補助制度の充実
- モラルハザードへの対策
- 日医総研による調査・研究、各都道府県医師会による現状把握支援

③ 病院に求められる機能、役割

平成25年8月、日本医師会・四病院団体協議会が医療提供体制のあり方について合同提言をまとめ、公表した¹。厚生労働省は、同提言を踏まえ、社会保障審議会医療部会や「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」において、各医療機関が都道府県に現状と今後の方向を報告する医療機能を、「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」及び「慢性期機能」として提示している。

今後、次期医療法改正により、病床機能情報報告制度に基づく報告、国による地域医療ビジョンのガイドラインの策定、都道府県による地域医療ビジョンの作成が行われる予定である。

また、上記4機能のうち「急性期機能」は、在宅急変患者を含む急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供する機能、「回復期機能」は、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能とされている²。

在宅医療は主に診療所医師によって実施されているが、患者が急性増悪した際のバックアップ病床の確保が必須であり、その役割が病院に求められている。しかしながら、現状は、多くの病院が高度急性期型医療を目指し、7：1看護の病床が多数を占めている。中小病院においても収入確保、医師と看護師などのスタッフ確保のためにそのような経営方針に立たざるを得ない状況にある。

急性期型の病院が、在宅からの緊急入院を受入れる場合の問題点に、急性期治療を終えても、その間にADLが低下してしまうため元の在宅療養の環境には戻れず、結果として長期入院になってしまい、その病院の急性期医療に支障が出てしまうことが挙げられる。また、7：1看護を算定している病院は、平均在院日数の要件を満たせなくなることの懸念も出てくる。

また、病院がレスパイトとして在宅患者を受け入れる必要が出てくる場合もあるであろう。

¹ <http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20130808.pdf>

² 第32回社会保障審議会医療部会（平成25年9月13日）資料2参照

1

2 7：1病院は必ずしも高度急性期というわけではなく、在宅医療をバックアップする機
3 能を持つ病院、専門特化型の病院などがあってもよいとする考え方もある。複数の病棟を
4 持っている7：1病院は、看護職員を傾斜配分している可能性があり、ICU や重症患者が
5 多い病室・病棟は7：1以上の看護師を手厚く配置して、そのかわりに比較的安定期にあ
6 る患者の病棟は低めに配置をしている可能性もある。今後、地域とのかかわりにおいて病
7 院が能力を発揮するためには、病院全体ではなく、病棟毎の機能で考えていくべきである。

8

9 平成26年4月の診療報酬改定では、7：1看護の病床の削減と地域包括ケア病棟の新
10 設が行われるが、許可病床200床未満の中小病院は、病室単位で地域包括ケア病床を設
11 けることも可能となる。在宅や施設からの緊急入院と言えども、急変は急性期であり、ま
12 ず急性期病床で受け入れ、落ち着いたら地域包括ケア病床に移すことが現実的な対応と思
13 われる。こうした機能を持つ中小病院や有床診療所こそが、在宅医療の入院の受け皿にな
14 るべきである。

15

16 医療資源が少なく、診療所が存在せずに病院のみの地域があるが、その場合には病院医
17 師が直接在宅医療を実施する立場になることもある。

18 また、在宅患者の急変時の受け入れ（後方病床の確保）は中小病院が中心であり、かか
19 りつけ医である診療所との連携をそれぞれの地域でシステムとして構築する必要があるこ
20 とは言うまでもないが、一方で、悪性疾患・難病・小児領域においては、専門性の高い拠点
21 病院と診療所が直接連携して在宅医療を実施する方式も試みられ効果を上げている。一般
22 化はできないが、基礎疾患によっては柔軟な連携が患者にとって、また医療提供側にとって
23 有用であると考える。

24 病院が在宅医療において十分な役割を果たすためには、勤務医が在宅医療についての知
25 識を身につけることも重要である。地域医師会が勤務医部会と連絡を取り合って、病院勤
26 務医師を指名して研修会へ参加するよう要請したり、病院から在宅に移行した症例を中心

に病院スタッフ対象の勉強会を開催したりして顔の見える関係を築きつつある例もある。そのためにも、急性期病院の院長に対して在宅医療の必要性を常に訴える必要がある。地域の開業医をバックアップするため、地域の医師会と病院とで、かかりつけ医の研修プログラムを組むことも考えられる。このような役割は、地域の医師会が担わなければならない。

地域医師会として、中核病院の院長と定期的に会って在宅医療連携に協力をしてもらい、また地域連携クリティカルパスを作成し公的病院に配付した結果、紹介、逆紹介といった効果が表れてきた例も紹介された。

在宅の急変患者を病院が受入れ、治療後に地域に返すという流れ（循環型システムの構築）をスムーズに行うためには、在宅医療を行う医師とバックアップを担う病院の連携に加え、両者をつなぐコーディネーターが必要である。医療を理解した MSW（医療ソーシャルワーカー）を育てることが重要であり、できれば地域医師会が雇用して活用できれば、地域の病診連携が進むと考えられる。

④ 行政との連携

医師会は行政とともに、日頃から地域の医療・介護について協議できる場をシステムとして構築することが重要である。そのためには、医師会側から積極的に行政、消防機関や保健所等に呼びかけて医療機関と共に議論する協議会を開催したり、ルール作りを行うべきである。例えば救急医療の整備や、勤務医の負担軽減などの実績が上がると、医師会に対する見方も変わることにもつながる。

大都市においては、行政が区ごとに分かれており、また郡市区医師会（地区医師会）も一つの市の中に区単位などで複数存在している。こうした場合は、区役所の機能がどれだけ機能するかが問題であり、区役所への権限移譲も必要である。

他方、大都市や中核都市以外の市町村では、仮に独自の在宅医療施策を地元医師会と協働して実施したいと考えても、その原資も指導力も乏しい。日本医師会や都道府県医師会

1 が、国・都道府県と協議・要望活動を行い、市町村が利用可能な方策を実現させていくべ
2 きである。一方、市町村側も、国・都道府県の施策による補助のみに頼るのではなく、地
3 域の医師会との間で、先を見据えた在宅医療を着実にを行うことを協議すべきである。

4
5 行政には在宅医療連携のノウハウがないので、医師会に対して協力を要請する。行政が
6 費用を負担し、医師会が在宅医療連携の推進を主導することで地域の実情に即した住民の
7 ためのシステム作りが可能になる。

8 行政では、医療、介護、障害者施策等が縦割りの状況にあるので、都道府県行政と都道
9 府県医師会との対応部署を整理、マッピングし、横のつながりを持たせる必要があり、そ
10 の過程で予算が付く可能性も出てくる。

11 今後の医療政策策定において、知事の権限が大きくなっていく事に注意しなければなら
12 ない。地域包括ケアシステムの構築を進めることは、医療と介護の融合であり、日医と厚
13 生労働省、県医師会と県、郡市区医師会と市区町村行政が密接に連携し、制度の変化に対
14 応していかなければならない。

16 ⑤ 多職種協働、ICT による連携

17 医師、歯科医師、看護職員、薬剤師、ケアマネジャー、PT、OT、ST、ヘルパーなど多職
18 種の協働がないと在宅医療は機能しない。

19
20 医師会内に協議会を設け、それぞれの職種が参加し、様々な課題を率直に協議し対策を
21 考えることが必要である。たとえば、医師会内の訪問看護ステーション連絡協議会により、
22 医師会と看護協会との連携促進、訪問看護ステーションから医師会への要望の受付、マッ
23 プ作りなどを行っている例もある。

24
25 訪問看護ステーションは、在宅医療を推進するうえで重要な機能を果たすが、その課題

1 の一つは、訪問看護師の確保が困難なことである。病院の場合は、2 交替あるいは3 交替
2 勤務であるが、訪問看護の場合は仕事が終了した後も携帯電話を持たされることが多いな
3 ど勤務条件が厳しくなる。さらに収入改善も必要である。また、病院勤務と訪問看護とで
4 は仕事内容が異なることも課題となる。病院から訪問看護ステーションに移っても、病院
5 のような役割、仕事ができないということで、すぐやめてしまうことがあると指摘されて
6 おり、事前に訪問看護の研修を行う必要がある。

7
8 また、その経営体力は低い。一定の要員を雇用して活動するには相応の経営体力が必要
9 で、病院や、医療法人等の法人組織など、ステーションの経営主体のあり方を考える必要
10 もある。

11
12 そもそも地域の診療所で看護を担う准看護師・看護師も不足している現状があり、多職
13 種連携の前提として、医師会などの関係者や行政が、看護職をはじめ地域のリソースを把
14 握し、共有する必要がある。

15 過疎地域などで訪問看護ステーションがない地域では、行政が直接、あるいはその支援
16 の下に医師会が中立的・公正な立場で訪問看護ステーションを設置することが必要である。
17 訪問看護師の身分もたとえば地方公務員扱いというように処遇する。民間に任せた場合は、
18 採算をとるために低賃金であったり、人員不足や研修が不十分のため不安を感じた訪問看
19 護師が辞めていく事態も起こりうる。

20
21 医師会と地域の歯科医師会との連携では、かかりつけ医が、訪問歯科診療の必要な患者
22 を把握したとき、近隣の歯科医師を紹介できるシステムを構築している例もある。

23
24 ケアマネジャーについては、高齢化、看護系の減少と福祉系の増加による医療への理解
25 の低下が起こっている。また、平成 20 年 8 月から介護サービス計画書の第 5 表（サービス
26 担当者に対する照会（依頼）内容）が廃止され、医師の意見が求められなくなっており、

ケアカンファレンスが各職種の意見を求める場ではなくなり、サービスの最終確認の場と
なっている。介護サービス計画書第4表（サービス担当者会議の要点）の活用を義務
づけるべきである。

多職種連携を深める上では情報共有が重要となる。患者宅にノートを置いて、それぞれ
の職種が情報を書き込むようなアナログ方式は簡便で有用であり、また ICT を活用した医
療情報システムも各地で構築されている。医療だけではなく、介護、福祉を含めて一元的
に情報を共有する仕組みとなっている。

情報システムにおいては、セキュリティの担保が重要課題となる。在宅医療の場合は、
食事やバイタルサインなどの秘匿性の低い情報から、病名や患者家族が主治医等の限られ
た範囲だけに秘匿したい情報まで様々である。セキュリティと利便性は相反するので、情
報を切り分けて、多段階のアクセス制限をかけるなどの工夫も必要である。

また、公的補助による ICT の整備で課題となるのは、補助金の多くが単年度決算でなさ
れていることである。ICT によるシステムの維持、改変には十分な資金が必要であり、継
続的な財源の確保が必要である。近年では、最大5年間の地域医療再生基金によってシス
テムの整備も図られているが、地域の医療機関が容易に参加しうるシステムの汎用性や採
算性ととともに、長期的な視点に立った安定性、持続性が不可欠である。

超高齢社会の在宅医療・ケアにおいては、認知症の早期診断・治療のシステムは最重要
課題の一つであり、行政と医師会、関係団体の間でその構築のための協議を急ぐべきであ
る。認知症の相談に協力できる医療機関リストを、県下の全医療機関に配布し、スムーズ
な医療機関連携による早期診断・治療に繋ぐべく取り組む県もある。認知症に限らず、多
種の疾患に応用し、地域住民・患者が気軽に地域のかかりつけ医を受診し、在宅医療にお
ける、かかりつけ医の役割がさらに評価されることを期待する。

ただし、認知症患者に関して、現在の流れは、特に BPSD では医療の現場から介護に移行

され、介護の分野が大きなシェアを占めるようになっている。「1千万人が認知症」という時代に、将来的には医療の関わりが相当薄れてしまう懸念がある。認知症において医療は非常に重大な役目を担っていることについて、医師会が再認識する必要がある。

⑥ 在宅医療のモラルハザード

最近是在宅専門診療所も増えてきたが、地域全体を包含した連携という観点から、そうした診療所の医師と、地域の医師会との関係が新たな課題である。

また、民間企業によるサ高住の整備が積極的に進められる中で、その営利性に基づく行動の是非も課題となる。何よりも患者のフリーアクセスを前提として、在宅患者の安全や尊厳を守ることを第一として、行政や医師会がどのようなチェックを行うことができるかについて、医師会・行政官の連携、国の現在の推進策など、現状の見直しを検討する必要がある。

通常の外来診療を行わない在宅専門診療所の開設については、かかりつけ医を主体とした在宅医療充実の観点から問題があると認識している。

(3) 在宅医療への支援方策

日本医師会では、地域医療情報システム（JMAP ;Japan Medical Analysis Platform）を平成25年度から運用開始した。JMAPは、日本医師会ホームページにおいて公開しており、個別の医療機関の情報、地域における医療提供体制の現状や将来の人口比等を把握、分析ができるシステムである。

JMAPは、次期の「5疾病5事業」及び在宅医療に関する医療計画作成、次期医療法改正で導入予定の「地域医療ビジョン」の作成に際し、都道府県医師会、郡市区医師会が独自の医療政策を立案し、また会員が自院・自地域の将来の方向性を考えていくことに寄与することが目的である。

1 地域医療ビジョンは平成27年度以降に作成される。

2 診療報酬・介護報酬同時改定年度にあたる平成30年度は、第三期の「5疾病5事業」
3 及び在宅医療に関する医療計画の開始年であり、かつ大部分の都道府県で基準病床数の見
4 直し時期でもある。さらに、同年度は地域医療ビジョンに基づく医療機能ごと（高度急性
5 期、急性期、回復期、慢性期）の必要な病床数への誘導方策を行うことも検討されている。
6 介護療養型医療施設の廃止も計画されている。

7
8 そのような状況にあって、日本医師会は、都道府県医師会、郡市区医師会、会員への支
9 援策として、JMAPの認知度の向上、地域医師会がJMAPを活用して地域医療ビジョンを描
10 く際に参考となる具体的な機能の充実をいっそう図るべきである。

11
12 目下、都道府県医師会、郡市区医師会等において、それぞれの担当行政と協議し、対応
13 中であると思われるが、日本医師会においても、行政サイドが押し付ける機能別再編によ
14 る地域医療ビジョンではなく、柔軟に地域医療を提供できる地域医療ビジョンの作成に資
15 するための指針あるいは方策を提示して頂くことを要望する。

16 国の平成24年度補正予算による地域医療再生基金を活用し、県下の地域医師会の在宅
17 医療基盤を構築・強化し今後の取り組みの拠点とできた事例があることは、日本医師会の
18 強い支援によるものと高く評価するところである。

19
20 なお、一般国民の目から見て、「救急患者に手術をして高度急性期医療を担うのが優れた
21 医療であり、格好が良い」というイメージがあると感じる。日本医師会、都道府県医師会、
22 郡市区医師会は、高齢者が増える中で、急性期から患者を受け入れ、歩行や嚥下困難、肺
23 炎の併発なども並行して管理し、再び住み慣れた地域に戻って自立した生活を取り戻すと
24 いう、地域に密着し住民の視点に立った医療を行っている医師、医療機関の姿こそが「国
25 民に望まれる医療であり、支援しなければならない」とするイメージをつくる必要がある。

- 1 日本医師会が様々な地域医療支援策を実施しており、都道府県医師会、郡市区医師会と
- 2 協力して、国民のための地域医療提供体制を構築していることを、国民に広報、周知し、
- 3 医師会活動への理解を広げるよう努めることが重要である。
- 4
- 5

1 おわりに

2 今期の本委員会では、別表の通り識者によるご講演をいただき、多くの知見を得ること
3 ができた。改めて謝辞を述べたい。

4 現在、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に
5 関する法律案」が国会に上程され、審議が始められている。同法案は、その名の通り、医
6 療と介護の総合的な確保を推進するために、医療法及び介護保険法を中心として、関係法
7 律を一括して改正するものである。

8 同法案が成立、施行されたとき、地域包括ケアシステムの構築のため、医療と介護の総
9 合的な計画が立てられ、基金が創設されることになる。医療計画については、在宅医療が
10 「5 疾病 5 事業」と同列に位置づけられるとともに、介護保険事業支援計画との整合も図
11 られる。また、医療法では病床機能報告制度と地域医療ビジョンの導入、地域医療ビジョ
12 ンの達成のための様々な措置の設置、有床診療所の医療法への位置づけなどが行われ、介
13 護保険法では地域包括支援センターの機能強化、地域支援事業の拡大、地域ケア会議の法
14 制化等が行われることになる。さらに、地域医療支援センターや医療勤務環境改善支援セ
15 ンターの法制化など、医師や医療従事者の養成・確保も併せて進められる。

16 いずれにせよ、本法案は、今後の我が国の医療と介護、とりわけ今期本委員会の主要検
17 討テーマである在宅医療にとって重要性が高いことは言うまでもない。日本医師会、都道
18 府県医師会、郡市区医師会には、国民の生命・健康を守る医師の職能集団の立場から、上
19 記の制度改革が国民・患者に真に資するよう適切に遂行されるため、主体的に関与するこ
20 とが求められる。

21 日本医師会におかれては、本報告書を参考とし、国民皆保険の下で確保されてきた地域
22 医療のさらなる充実を図るという観点から、制度改革の議論、実施に臨まれたい。また同
23 時に、地域包括ケアシステムの構築に携わる都道府県医師会、郡市区医師会等への支援策
24 の充実を図っていくことも期待する。

25

1 別表 1 本委員会講演一覧（講師）

2

委員会／年月日	講師	演題
平成24年度第3回委員会 (平成25年1月11日)	辻 哲夫 東京大学 高齢社会総合研究 機構 執行委員・教 授	地域医師会を中心とした在宅医療の 推進について一特に病診連携の観点 から
平成25年度第3回委員会 (平成25年9月6日)	南雲 晃彦 蒲田医 師会長	在宅医療の推進と医療連携 ー地区医師会に出来ること
平成25年度第4回委員会 (平成25年12月13日)	逢坂 悟郎 厚生労 働省医療・介護連携 技術推進官	二次医療圏レベルでの病院の看護師、 MSWとケアマネ連携
	上野道雄 国立病院 機構 福岡東医療 センター院長・福岡 県医師会常任理事	高齢化社会の医療モデル 病院情報をかかりつけ医が活用し て、地域医療の向上を図る
	堤 啓 粕屋医師会 長	粕屋在宅医療ネットワーク 「がんばらない在宅医療をめざして」 スーパードクターにはなれないけ れど…普通のかかりつけ医と二次 病院が支えるみんなの在宅医療

3

4

1 別表2 本委員会講演一覧（委員）

委員会／年月日	講師	演題
平成24年度第2回委員会 (平成24年10月24日)	高橋 泰 委員	医療と福祉の現状と展望 ー日本は、どのように変わっていくべきかー
	豊田 俊 委員	兵庫県の在宅医療
	林 滋 委員	東京都保健医療計画の改定に向けての東京都医師会の意見（答申）（東京都医師会地域医療推進委員会）
	林 滋 委員	都市型モデルとしての東京都医師会と板橋区医師会における在宅医療・療養の取り組み
平成24年度第3回委員会 (平成25年1月11日)	中目 千之 委員	医師会主導による地域医療の構築
	中村 康一 委員	1.在宅医療アンケートの結果（三重県医師会） 2.志摩医師会（地区医師会）の現状
平成25年度第1回委員会 (平成25年6月7日)	高橋 泰 委員	地域医療情報システム（JMAP 関係資料）
平成25年度第3回委員会 (平成25年9月6日)	中村 康一 委員	三重の在宅医療・介護の推進2013
平成25年度第4回委員会 (平成25年12月13日)	豊田 俊 委員	兵庫県在宅医療推進モデル事業 ー地域在宅医療推進協議会の設置・運営ー
	豊田 俊 委員	認知症対応医療機関登録の手引き（兵庫県医師会・兵庫県）

2

3

別紙１ 三重県医師会の在宅医療関連事業への取り組みとアンケート調査

在宅関連事業

1. 平成 24 年度 在宅医療連携拠点事業 H24・7・11
2. 県医師会 在宅医療に関するアンケート調査 H24・7～8 月
3. 平成 24 年度 都道府県リーダー研修 H24・11・13～14
4. 平成 24 年度 地域リーダー研修 H25・1・20
5. 第 5 次三重県保健医療計画 在宅医療 H 25・3 月
(県医師会 在宅アンケートを基に県行政、在宅医療協議会等をへて作成した。)
6. 三重県 在宅医療フォーラム H25・9・16 (台風により中止)
(H24 年度 地域医療再生基金を利用した在宅医療推進のために、三浦 久幸氏 (長寿医療研究センター)、秋山 浩保氏 (千葉 柏市長)、池端 幸彦氏 (福井県医師会 副会長) 等の講演会を企画していた。)
7. 平成 25 年度 地域リーダー拡充研修 H25・10～11 月
(二次医療圏ごとに)
8. 24 年度地域医療再生基金を活用して、各郡市医師会での医師向け、地域住民向けの啓発事業 H25・10～

在宅医療に関する取り組み状況に関するアンケート

(対象は県内 14 郡市医師会)

(1) ドクター・多職種の方は昨年度までと比べ在宅医療に関して積極的 (関心や理解) であると思いますか？

はい 11 / 14 (79%)

- ・研修会の参加人数 (発言) が増えた。(出席率の向上)
- ・話題にのぼる事が多くなった。
- ・在宅看取りの症例が着実に増えつつあると思う。
- ・超高齢社会は在宅を取り入れなければ、やっていけないという危機感が感じられる。
- ・本年度、医師会中心の活動を行った事で、関心は持っていただけたのではないかな。
- ・行政の関わりが積極的になった。(行政担当者等の研修会等の参加が増えている)

変わらない 3 / 14 (21%)

- ・在宅医療を行うには新たな人員が必要のため、在宅医療を始める医療機関は少ない。
- ・医師会の対応の遅れも一つの原因としてあると思う。行政等の動きに対してドクターの反応が鈍い。

(2) 地域住民の方は昨年度までと比べ在宅医療に関して積極的 (関心や理解) であると思

- 1 いますか？
- 2 はい 5 / 14 (36%)
- 3 ・講演会のチラシを配布したところ問い合わせ等の多さに住民の関心の高さを知らされ
- 4 た。
- 5 ・選挙公報に「在宅医療」という用語が載るようになった。(1月に市議会選が有)
- 6 ・地域住民のかたからの勉強会等の希望が聞かれるようになった。
- 7 ・在宅医療に関して質問する患者さんが増えた気がする。
- 8 変わらない 9 / 14 (64%)
- 9 ・在宅医療と往診を同じと思っている。
- 10 ・判断材料がない。
- 11 ・地域全体的に在宅医療への認知度が低い。(必要性を感じていない感じがする。)
- 12 ※地域住民に在宅医療に積極的(関心や理解)を持ってもらうためにはどのような事が
- 13 必要だとおもいますか？
- 14 ・啓発事業に見合う医療提供体制の構築
- 15 ・医療、介護関係者の今後の活動にかかっている。
- 16 ・在宅医療に関する講演会等の数を増やし、在宅医療を再度身近なものとして感じても
- 17 らえるようにする。
- 18
- 19
- 20 (3)多職種との連携について年度当初の想定と比べてどの程度進んでいますか？
- 21 想定より進んでいる 5 / 14 (36%)
- 22 ・各地域包括単位でグループワーク等積極的に取り組んでいる。
- 23 ・行政の姿勢、担当者の意識が変わったように感じる。
- 24 ・在宅リハ、ヘルパー等の団体も研修会等に参加してくれるようになった。
- 25 想定通り 7 / 14 (50%)
- 26 ・多職種との勉強会の継続。
- 27 ・一つの包括センターが進んでいるのでそれを市全体に拡大していきたい。(拡大するに
- 28 あたり、在宅医療に合うように構築をし返す事は必要だと思っている)
- 29 ・制度の周知が進んできていると思われる。
- 30 ・医師を含めての退院時ケアカンファレンス地域でのケアカンファレンスはまだ 開か
- 31 れていない。
- 32 ・研修会等の参加が毎回100名を超えている。
- 33 ・市町との求める姿の共有が出来てきている。(リビングウィルの啓発に力を入れていく
- 34 という点でも市と医師会との意識共有が出来ていると感じている)
- 35 進んでいない 2 / 14 (14%)
- 36 ・全ての医院が積極的ではない。

・研修会等参加するドクターは決まっており、年配の先生方は積極的に参加していただけるが、若い先生はほとんど出席されない。

※地域で在宅医療を進めていくうえで、必要な事はどのような事だと思いますか。

・まずは、研修会に中々出席いただけない先生への参加促進
(※上記の意見しかなかったです。)

(4)昨年度までに比べ在宅医療に参加するドクターは増加しましたか？

増えた 4 / 14 (29%)

・在宅医療の新規開院があった
・在支診が少し増えた。
・地域包括からの事例検討会等への誘いが増えた。
・偶発的なケースはあったが、組織的計画的なものにはいたっていない。
・バックアップ病院の先生の研修会等への参加。

変わらない 10 / 14 (71%)

・まだ24時間拘束等、垣根が高いと思われる。
・医師会の取り組みの弱さ。
・もともと過疎地域で医療機関が分散しているため、ほとんど医療機関は在宅医療に個別で関わっている。
・もともと在宅医療を行う医療機関が多い。
・各医師個人の力に頼っている状態。

※在宅医療に参加するドクターを増やすには必要な事どんな事だと思いますか。

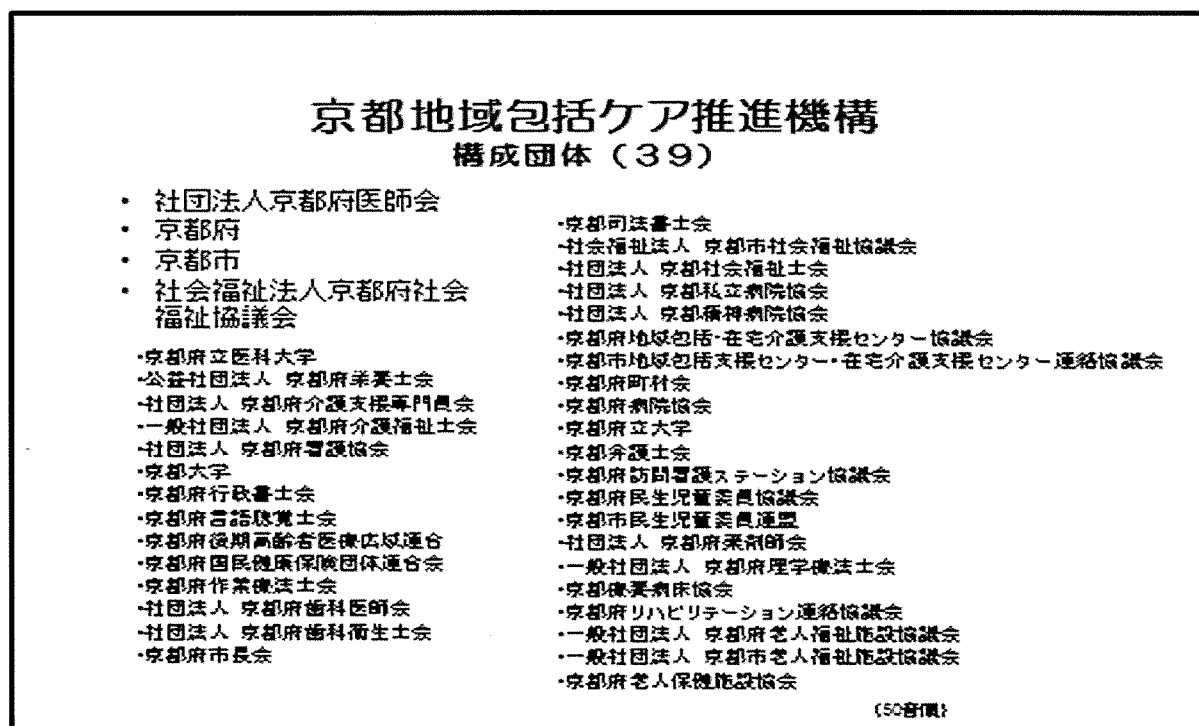
・医師会の積極的な取り組み。(率先していく)
・会員同士の連携の在り方の検討。

(7)次年度(平成26年度)に実施予定の在宅医療に関する事業をお教えてください。(計画段階のものも含む)

・医師会の健康福祉センター「えがお」を在宅医療連携拠点として行政に申請し、連携の中心的役割として整備していく(行政側からのオファーがある)。
・後方支援ベッド(20床)の確保が出来たが、この運営を円滑に出来るようにする事。
・多職種向け講演会、市民向け講演会、医師向け研修会。
・独自の在宅医療システムを4月より開始。
・包括ケア会議を26年度早期に設立。
・多職種協働のモデルケースの運用並びに反省等。
・現在、支援診のもとで、多職協働に進むか、強化型を組んで進んでいくかの検討。
・医師会会員間の連携の在り方の検討。実状に合った独自の活動の模索。

別紙2 京都府医師会における在宅療養あんしん病院登録システム

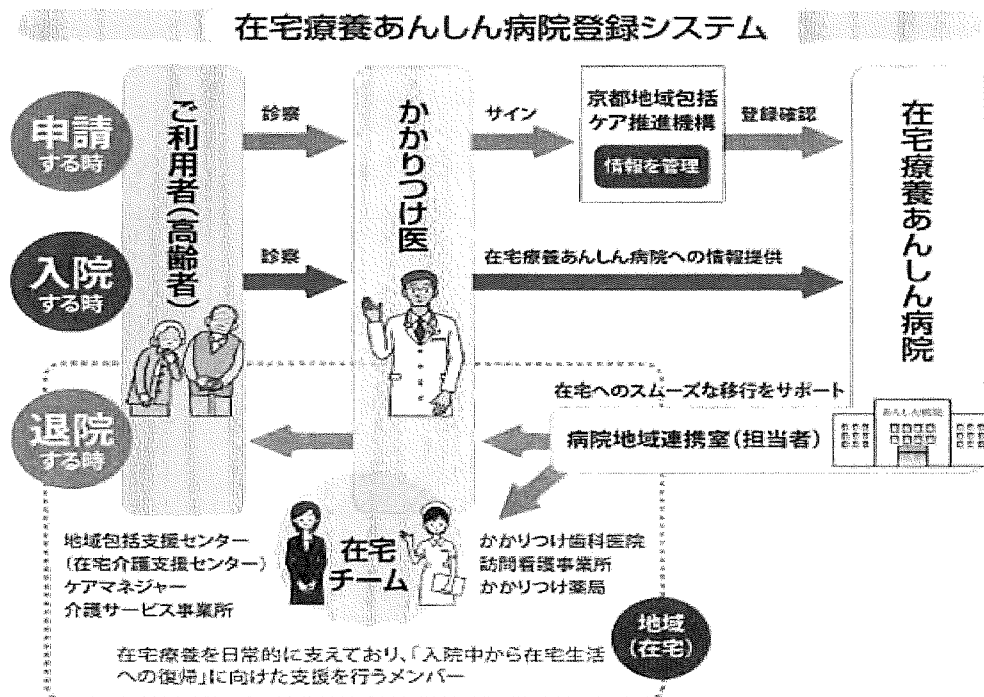
京都府全域で平成24年1月より始まった在宅療養あんしん病院登録システムは、患者とかかりつけ医両方の「あんしん」を守るシステムである。このシステムの事業主体は京都府、京都市、京都府医師会、社会福祉法人京都府社会福祉協議会を幹事団として39の団体から構成される京都地域包括ケア推進機構（平成23年6月設立）（図1）である。



（図1）

在宅療養あんしん病院登録システムは、在宅では診断や治療が困難な場合や時に重症化する危険性のある病状の場合に、病院への早期のアクセスを可能とすることにより、在宅医療を支援する体制を作ることとを目的とした。例えば、肺炎の重症化による入院の長期化を防ぐ、脱水による合併症や心身機能の低下を防ぐことなどによって、一旦入院しても早期の退院が可能であり、在宅療養の継続に繋げることができる。利用者は事前に病院を登録しておくが、在宅療養を継続させるという趣旨から、かかりつけの病院に限らず、利用者が在宅療養を行っている地域の病院を登録することとしている。登録を1ヶ所にした場合、満床で入院できないこともあるため、3ヶ所を登録することを原則としているが、地域の医療資源によって変わってもよい。京都の場合、参加病院は私立病院協会の会員病院と地域によっては公的病院としたが、大学病院や日赤など、いわゆる高機能病院は、参加病院とはしていない。かかりつけ医がまず、地域の病院にアクセスすることで、これら高機能病院の負担軽減にもつながると考えている。また、登録の際に、在宅に関係する多職種の情報を登録することによって、退院後の療養をサポートしやすくなると考えた。さら

- 1 に登録に当たっては必ずかかりつけ医が関わるので、入院しやすさだけでなく、退院しやすさにも力点を置いたシステムとなっている。(図2)
- 3 一方、受け入れる病院側のメリットとしては①地域との連携の強化・推進、②地域の病院としての役割の明確化、③病床の有効利用があげられる。退院調整機能を重視することによって病院の参加もしやすくなった。このシステムは、利用者を中心として、地域のかかりつけ医と病院、在宅を支援する多職種が一体となって関わる、いわゆる京都市包括ケアシステムである。



高齢者の方の在宅療養生活を維持するために、医療・介護・福祉が連携し、一体的なサービス提供を行います。

(図2)

1 別紙3 京都府医療トレーニングセンター

2

3 かかりつけ医が在宅医療に対して持つ不安、すなわち提供できる医療の質に関する不安
4 を解消するために京都府医師会では、医師会館内に設置された「京都府医療トレーニング
5 センター」において、在宅医療の研修を実施している。「京都府医療トレーニングセンター」
6 は、会員の生涯教育・研修の場として京都府の補助を受け、平成24年10月に新医師会館
7 建設に伴い設立された。医師、研修医、メディカルスタッフだけでなく、患者家族を含め
8 一般市民を対象に多くのプログラムが開催されている。(図3)

9

現在開催している主なコース

- ACLS,BLSコース(AHA JAPAN主催)
- ICLSコース 勤務医対象コース
診療所医師対象コース
- 急変対応診療コース
- チーム医療連携コース
- 産科クライシスコース
- 歯科医向け急変コース
- 在宅診療コース 医師対象
訪問看護師対象
薬剤師対象
介護士対象
- 介護家族コース 在宅患者の家族対象

10

11

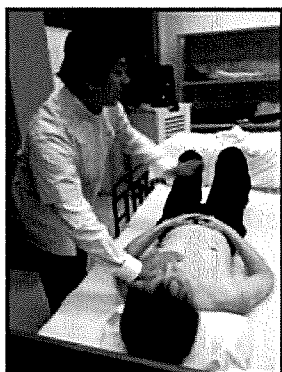
(図3)

12

13 特に在宅医療に関しては、多職種協働という観点から「在宅医療実地研修」(写真1)や
14 「介護に携わる家族向けの実践講習会」(写真2)を開催している。

「在宅医療実地研修」

呼吸の管理



多職種合同カンファレンス



1

2

(写真1)

「介護に携わる家族向けの実践講習会」

(共催: 京都市・京都府歯科医師会・京都府看護協会)

床ずれの管理



胃瘻の管理

3

(写真2)

4 また、平成24年10月から「京都在宅医療塾」を開講し、在宅医療に必要な知識、技術、
5 考え方の習得を学び、参加者のディスカッションを通じて在宅医療への理解を深め、価値
6 観の共有に努めている。

7

8

1 2013 年度京都在宅医療塾日程

2 【緩和ケアコース】

日 程	内 容
7 月 3 日・12 日・19 日	①緩和ケアの定義と現状、近未来 ②緩和ケアにおける保険診療の実際
8 月 7 日・11 日・21 日	①がん疼痛の評価 ②がん疼痛の基本的薬剤治療
9 月 4 日・1 月 16 日	精神症状に対する緩和ケア（不安・抑うつ・せん妄のケア）
10 月 2 日・2 月 20 日	呼吸困難（感）と消化器症状に対するケア

3

4 【在宅医療に必要な医療処置・管理コース】

日 程	内 容
7 月 18 日・11 月 6 日	在宅高齢者の排尿管理の実際
8 月 7 日・11 月 21 日	胃ろうのすべてをお教えます。 ～最新の胃ろうモデルを用いて交換などの手技を体験していただきます。～
9 月 19 日・1 月 8 日	在宅医療に必要な皮膚科の知識・処置について
10 月 17 日・2 月 5 日	摂食嚥下について

5

6