

原 著（第32回徳島医学会賞受賞論文）

徳島市医師会における在宅医療への取り組み

豊田 健二¹⁾, 中瀬 勝則¹⁾, 坂東 智子¹⁾, 鶴尾 美穂¹⁾, 岡部 達彦¹⁾,
豊崎 纏¹⁾, 藤田 稔夫²⁾, 岡田 元成²⁾, 棚野 哲明³⁾, 渡邊 美恵³⁾,
石本 寛子³⁾

¹⁾徳島市医師会

²⁾徳島市保健福祉部

³⁾徳島県保健福祉部

(平成26年6月24日受付) (平成26年6月24日受理)

はじめに

日本は諸外国に例を見ないほどのスピードで超高齢社会に向かっており、現在でも65歳以上の人口はすでに3000万人を超え(国民の4人に1人)、2042年には3900万人となってピークを迎えた後も、75歳以上の人口割合はさらに増加し続けると予想されている(図1)¹⁾。特に2025年には人口構成の0.7%を占める団塊の世代が75歳以上となることから、既存の社会資源をはるかに上回

る医療・介護の急激な需要の増加が見込まれており、その結果として、各地で急性期医療の崩壊や在宅難民の発生、看取り場所の消失などの事態を招くことが懸念されている。国は、そのような状況下でも高齢者が可能な限り住み慣れた地域で尊厳を保ち暮らせることを目指して地域包括ケアシステムの構築を推進しており、在宅医療の整備はこのシステムの最も根幹を担う構成要素の1つとして位置づけられている。

徳島市医師会でも比較的早い段階からきたるべき超高

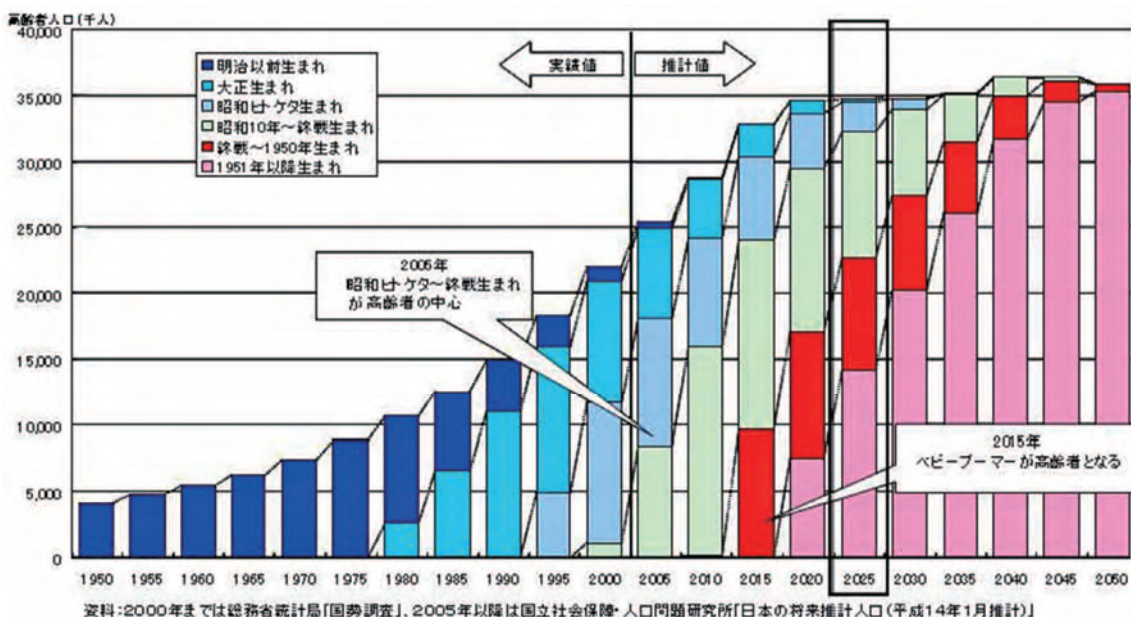


図1 世代別に見た高齢者人口の推移

齢社会に起こりうるリスクを想定し、地域の医療を担う公益的な役割として在宅医療を整備しておくことが将来の課題に対する最大の対応策と捉え、徳島市における在宅医療の整備に努めてきた。平成24年度には厚労省委託事業である在宅医療連携拠点事業に全国105ヶ所の事業所の1つとして参画し、さらに平成25年度からは徳島県が3年間に亘り執り行う在宅医療連携拠点事業において徳島市行政を補助事業者として当医師会がすでに実施をしているところであり、積極的に在宅医療の整備を推し進めている。当医師会が行なっている在宅医療への取り組みについて報告し、今後の課題や方向性についても言及する。

在宅医療の変遷

かかりつけ医は、随分と以前から来院できなくなって困っている自分の患者に対し、患家に赴き治療を行ってきた。1981年に初めて診療報酬上に往診料が登場し、来院できなくなった患者に対して事前に診療計画を立てて定期的に患家に赴くといった訪問診療の概念が診療報酬にできたのはその5年後の1986年である。以来、在宅医

療におけるさまざまな管理料や診療料が登場したが、最も大きく変化したのは2006年に登場した在宅療養支援診療所の概念である。1つの医療機関がそれぞれ独自の方法や考えで往診や訪問診療を行ってきたそれまでの在宅医療とは明らかに一線を画し、在宅療養支援診療所の算定要件は、自院で24時間連絡を受け往診ができる体制を取るばかりでなく、患者の状態をいち早く知り適切な対応が可能である訪問看護ステーションとの24時間連携体制や介護保険のキーパーソンであるケアマネージャーとの連携体制、さらには在宅医療が継続困難となった際の緊急入院受け入れ体制などが必要とされ、従来までのように医療機関が単独で行うのではなく、多職種で支える在宅医療の形が全国の統一基準として明示された。この概念の登場により、在宅医療を実践する中で「連携」という言葉がキーワードとなってくる。これがさらに進む形で2008年には在宅療養支援病院ができ、現在は在宅療養支援診療所も機能によって3分類に細分化されている(図2)。この在宅療養支援診療所は2014年1月現在で、徳島県内には146医療機関、徳島市には68医療機関が登録されている。

再掲		在宅療養支援診療所・病院の概要		医療保険部会 参考資料 (改)25. 5. 29
在宅療養支援診療所		在宅療養支援病院		
<p>地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所</p> <p>【主な施設基準】</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 診療所 ② 24時間連絡を受ける体制を確保している ③ 24時間往診可能である ④ 24時間訪問看護が可能である ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している <p>注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可</p>		<p>診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院</p> <p>【主な施設基準】</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 200床未満又は4km以内に診療所がない病院 ② 24時間連絡を受ける体制を確保している ③ 24時間往診可能である ④ 24時間訪問看護が可能である ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している <p>注2：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可</p>		
機能強化した在宅療養支援診療所・病院				
<p>複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関(地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能)が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。</p> <p>【主な施設基準】</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置 ② 過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する ③ 過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している <p>注3：上記の要件(①～③)については、他の連携保険医療機関(診療所又は200床未満の病院)との合計でも可</p>				

図2

徳島市医師会における在宅医療への整備目標

徳島市医師会は、将来の超高齢社会を見据え、かかりつけ医機能の一環として在宅医療を充実させる必要性を強く認識し、平成17年に在宅医療連携委員会を設置し徳島市の在宅医療の整備を進めてきた。この在宅連携委員会では毎年3月に当年度取り組んだ内容についての総括と次年度に取り組む内容を策定している。

在宅医療の整備目標として

- 1) 急性期医療を崩壊させない
- 2) 在宅難民を出さない
- 3) 看取りを含めた安心できる質の高い在宅医療の提供を掲げている。

方法（在宅医療連携拠点事業）

平成24年度、厚生労働省の委託事業として全国に向けて在宅医療連携拠点事業の公募（単年度事業）が行われた。これは、将来の超高齢者社会を迎える中で、対応策として在宅医療の整備が非常に重要であり、その成功の要は患者や利用者を中心として医療・介護にまたがった多職種協働による支援体制を構築することが不可欠であ

ることから、地域における包括的且つ継続的に在宅医療を提供する連携拠点が必要であるとされ全国に向けて実施されたものであり、徳島市医師会はその趣旨に賛同して手挙げを行い、全国105ヶ所のうちの医師会モデルとして採択を受け拠点事業に参画をした²⁾。翌年の平成25年度における在宅医療連携拠点事業は、国が地域医療再生基金を拡充する形で臨時特例交付金を地方自治体に対して交付し、実質的には各都道府県が地域の実情に応じて個別に実施する形で継承された。これを受けて徳島県は同年5月、県内での在宅医療連携拠点事業の公募を行い、当医師会は徳島市行政を補助事業者として採択され、平成27年度末までの3年間に亘り在宅医療連携拠点事業を行うこととなり現在実施中である。

この事業は、徳島市全体における今後3年間に亘る医療の向上に係わることであるため、運営方針の決定にあたっては医師会内だけに留まらず在宅医療に携わる多職種や行政を交えた14名の委員で組織された徳島市在宅医療連携協議会を新たに創設し、協議会内で事業の計画を検討し、委員の合意に基づき執行されている。

在宅医療拠点事業には6つの必須事業が義務付けられている（図3）。

1. 多職種連携の課題・解決策の抽出

平成26年度 徳島市在宅医療連携拠点事業 実施計画イメージ

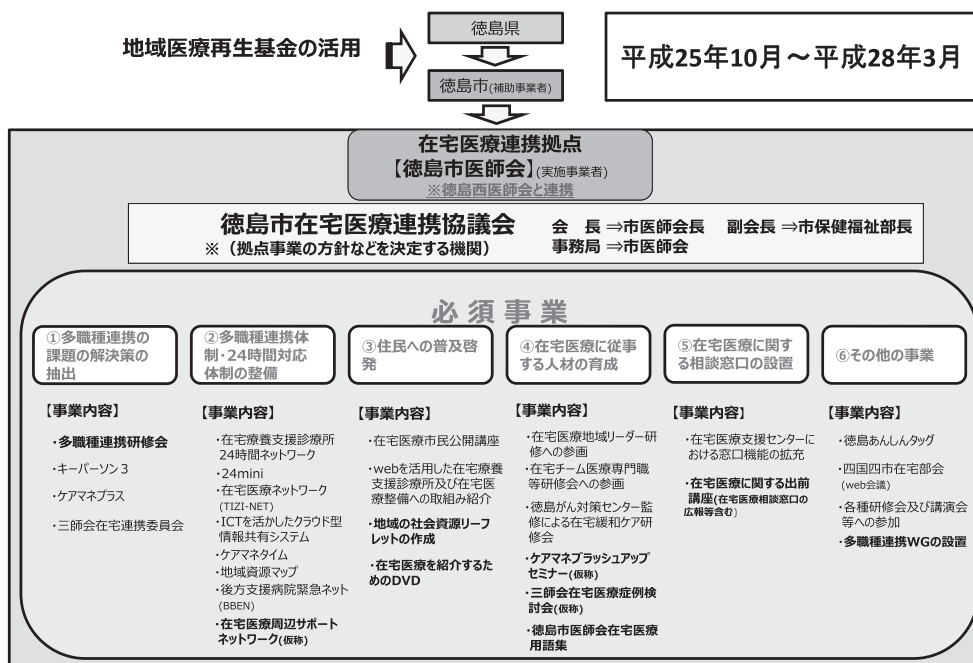


図3

2. 多職種連携体制・24時間対応体制の整備
3. 住民への普及啓発
4. 在宅医療に従事する人材の育成
5. 在宅医療に関する相談窓口の設置
6. その他の事業

結 果

在宅医療連携拠点事業の実績

1. 多職種連携の課題・解決策の抽出

①多職種連携会議

在宅医療に係わる多職種が一堂に会し、連携の障害要因や他の職種に望むことなどを抽出して解決策を導き出すと同時に顔の見える関係を構築する。

②キーパーソン3

在宅医，訪問看護師，ケアマネージャーの症例検討会。在宅医療の中でもキーパーソンと言われる3者が集まり，実際の症例を検討する中で，互いの距離感を確認する。

③ケアマネ・プラス

ケアマネージャーと他職種との連絡会。ケアマネージャーは医療と介護を繋ぐ重要な役割を担っていることから関係職種と意見交換を行い，効率の良

い情報収集の方法や医療従事者に繋ぐコツを学ぶ。

④三師会在宅連携委員会の開催

医師会，歯科医師会，薬剤師会で在宅医療の整備について情報を共有し連携体制を構築する。

⑤実態アンケート調査

拠点事業の多職種連携への取り組みに対する評価の指標の1つ。在宅医療における多職種連携の最小単位がサービス担当者会議であることから，ケアマネージャーと医師にアンケートを実施し，実態調査を実施。

2. 多職種連携体制・24時間対応体制の整備

①在宅療養支援診療所24時間ネットワークの運用

在宅主治医が緊急事態に対応できない時に備え，35の在宅療養支援診療所それぞれが輪番制に互いの副主治医となって24時間待機しサポートするネットワーク（図4）。

②24時間ネットワーク連携登録訪問看護ステーション連絡会

在宅療養支援診療所24時間ネットワークと連携登録している20の訪問看護ステーションとの連絡会。

③徳島市医師会在宅医療ネットワーク（TIZI-NET）の運用（図5）。

44の在宅療養支援診療所でネットワークを作り，

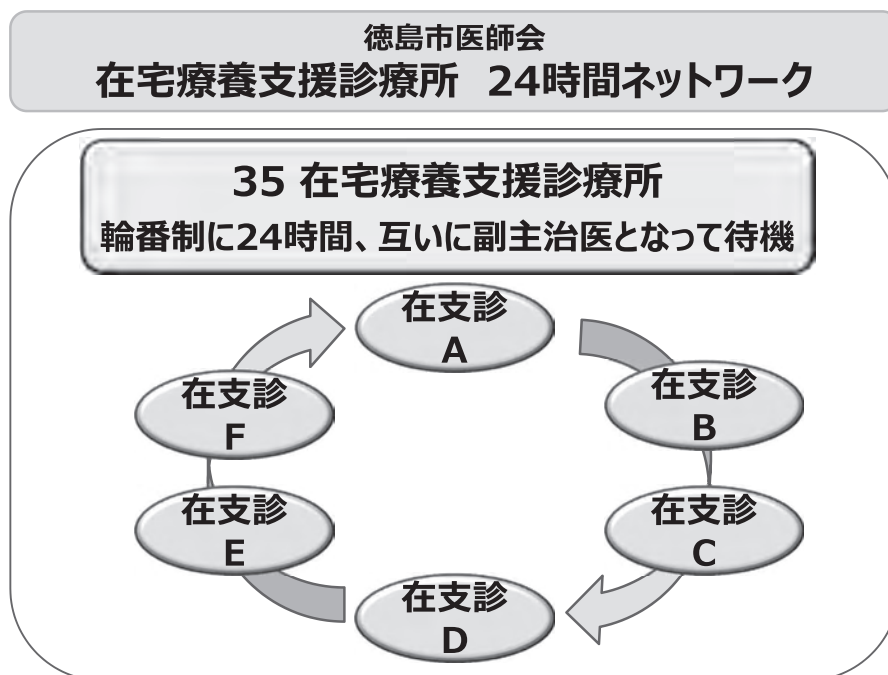


図4

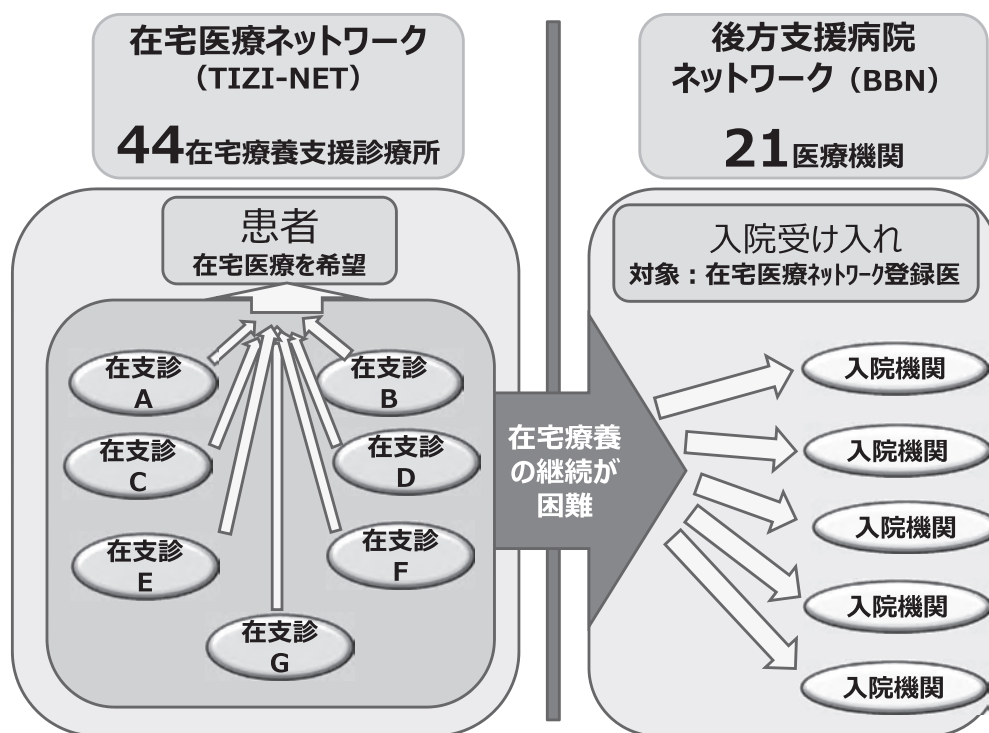


図5

在宅での療養を希望しても在宅主治医が見つからない患者に対し、ネットワーク登録医を紹介し速やかに在宅医療を提供する。地域における在宅医療提供のセーフティーネットとしての役割を担う。

- ④ ICT を活かしたクラウド型情報共有システムの共有
ICT を利用して患者情報をリアルタイムに多職種で共有したり意見交換を行う。

⑤ ケアマネタイムの運用

徳島市内の医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、病院関係者に対してケアマネージャーが相談可能な時間帯や接触方法を収集し、冊子として全ケアマネージャーに提供。

⑥ 資源マップの更新

徳島市全域における医療、介護資源をマップ化し、在宅医療に従事する多職種に情報提供。

⑦ 後方支援病院ネットワーク (BBN) の運用 (図5)

緊急入院の受け入れを行う入院医療機関のネットワーク。在宅医療の提供が困難となり入院医療が必要となるも、受け入れ先が見つからなかった際に入院受け入れをする21入院医療機関のネットワーク。在宅医師にとって安心して在宅医療に取り組むためのセーフティーネットとしての役割を担う。

3. 住民への普及啓発

① 在宅医療市民公開講座の開催

在宅医療を受ける側の理解も必要であることから、在宅医療の先進県から講師を招聘して公開講座を通じ、在宅医療の必要性を理解したり、在宅医療の徳島市の進捗状況の理解を図る。

② WEB を活用し在宅療養支援診療所を紹介

徳島市医師会のホームページにおいて最新の在宅医療の話題や各在宅療養支援診療所の情報公開を実施。

③ 出前講座の開催

各コミュニティーセンターや民生委員の会等に出向き、各地域住民に在宅医療の理解を図る。

4. 在宅医療に従事する人材の育成

① 在宅医療地域リーダー研修会への参画

徳島県が主催する同研修会に対して、県とともに研修方法の立案から携わり実施。また県内各地の地域リーダーと意見交換することで地域格差の解消を図る。

② 在宅チーム医療専門職等研修会への参画

各保健所管内で実施される同研修会への講師派遣。

③在宅緩和ケア研修会の開催

徳島がん対策センター監修のもと、がん診療連携拠点病院から講師を招き、在宅医療での緩和ケアに対する資質の向上と拠点病院医師との顔の見える関係作りを図る。

④在宅医療に関する研修会の開催

在宅医療全般に係わる研修会。

5. 在宅医療に関する相談窓口の設置

①在宅医療支援センターにおける窓口機能を拡充。

同センターは平成22年、主に入院医療機関に対する在宅医療の窓口として開設。今年度より在宅医療に関する住民への相談窓口として機能を拡充。

6. その他

①徳島あんしんタッグの開催

徳島市医師会と徳島市行政との意見交換会。徳島市における在宅医療の将来像を医師会と行政がともに描き、同じ着地点を目指す。

②四国四市医師会 在宅部会（WEB会議）の開催

徳島市、高松市、松山市、高知市の四国四市医師会でWEB会議を開催し、互いの在宅医療に対する取り組み状況の報告や困難事例への対応等について議論する。

③住民アンケートの実施

在宅医療を整備する上で、受け手側の評価が欠かせないことからアンケートを実施。

考 察

【在宅医療とかかりつけ医】

かかりつけ医の役割とは何か。

その答えの中に、今の時代を通してかかりつけ医の集合体とも言える医師会が積極的に在宅医療を整備しなければならない理由が見えてくる。

日本医師会ではかかりつけ医を「何でも相談できるうえ、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」と定義している³⁾。かかりつけ医として、自分の診ている患者がさまざまな理由で通院できなくなれば、希望さえあれば自宅に赴き医療を提供することは極めて自然な形であることから、在宅医療が特別なものではなく、今までと同様にこれからもかかりつけ医としての役割の延長線上にあると言える。

今までの在宅医療というのは、このような形で、あくまでも療養場所としての選択肢の1つとして提供されてきたが、超少子高齢社会が諸外国に例を見ないスピードで進む中、将来推計人口などが明らかとなるに従って具体的に見えてきたわが国の将来は、極めて厳しい医療環境に直面する可能性を突きつけられている。

たちまち、10年後の2025年には800万人とも言われる団塊の世代が後期高齢者となり、さらに30年後の2040年には、徳島県の人口は約27%も減少し徳島市においても22%減少する中で、高齢化率は徳島県、徳島市共に40%になると推計されており、要医療者、要介護者が今以上に、そして急速に増加することが見込まれている。

一方、これらを支える医療環境を見てみると、徳島市内周辺にある公的急性期病院（徳島大学病院、徳島県立中央病院、徳島赤十字病院、徳島市民病院）の重要な役割の1つに救急医療が挙げられるが、現在でもこれらの病院は満床状態のことが多くなりつつあり、まだまれではあるものの救急搬送後、満床により他の搬送先の確保に難渋することも経験するようになってきている。

また、本来その受け皿となるべき慢性期の医療機関や介護施設もすでに恒常的に満床のことが多く、入院入所待機待ちが常態化してきており、次の受け入れ先としての役割を十分に果たせていない。

当医師会ではこれらの現状を鑑み、将来の徳島市に起こりうるリスクとして、急性期医療の崩壊や在宅難民・死に場所難民が発生する可能性を想定した。そして、これらの課題に対しての最大の対応策は在宅医療の整備にあると捉え、平成17年に在宅連携委員会を立ち上げ、地域の医療を守る公益的な役割として在宅医療の整備に努めてきた。在宅医療はかかりつけ医機能の延長線上にある。会員1人1人に意識改革を促し、そのかかりつけ医の集合体である医師会から地域に向けて将来への警鐘を鳴らし、きたるべき時代のニーズに応えられるように準備をしておくことは医師会のミッションだと言える。

【行政との連携】

当医師会が在宅医療を整備していく上で最も重要だと考えたことの1つに、行政との連携が挙げられる。将来を見据えて、多角的に地域の社会資源を整備していくためには、医療と介護のグランドデザインを描く立場である行政と実際に医療を提供する医師会とが互いに理念を共有し、地域の実情を踏まえて将来のあるべき姿に向かうことが必要不可欠だからである。

ところが実際には、日本の行政には長年に亘り「縦割り行政」という構造的な欠陥がある。介護保険事業に関しての計画立案は市町村単位で行われているのに対し、医療施策の立案は県行政の役割とされており、市町村行政には地域の医療施策を自身で構築する部署がないのが現状である。本来であれば、在宅医療を整備するにあたっては、各市町村の人口構成や医療資源などさまざまな要素によって必要とされる医療施策が異なってくることから、1次医療圏である各市町村自身が必要だと思われる医療施策を主体的に立案することが現実的だと考えられる。

そこで、当医師会は平成24年6月、徳島市役所や市議会に対して、徳島市役所内に在宅医療に係わる担当部署の設置を要望した結果、医師会と徳島市行政との間で将来の徳島市における在宅医療の在り方についての話し合いの場（徳島あんしんタッグ）を定期的に持つことで合意がなされた。現在までに、この会で5回に亘り議論を重ねる中で、徳島市行政における在宅医療への理解は次第に深まり、平成25年度からは徳島市の在宅医療拠点事業における補助事業者と実施事業者という互助関係の中で3年間に亘り共にこの事業を実施するに至っている。残念ながら、業務運営の問題から今も担当部署は設置されないままの状態ではあるが、この2年間で確実に当医師会と徳島市行政の信頼関係は築かれ、方向性を同じくして進んでいると実感している。

【拠点事業とワーキンググループ】

このたび、当医師会は徳島市在宅医療拠点事業の実施に際し、徳島市在宅医療連携協議会を創設した。この事業は、徳島市全体における今後3年間に亘る在宅医療の方向性に係わる重要な事業であることから、拠点事業の運営方針を決定し、その後の運営状況を確認する機関として位置づけ、設置されたものである。在宅医療に携わる多くの職能団体の方々と行政とを交えた14名の委員で組織されており、この事業を医師会だけでなく地域全体で作りたいという意図に基づいている。当医師会で事業計画の素案を立案し、協議会内で十分な協議を経たのち、委員の合意に基づき執行され、その後も運営内容の確認が行われている。さらに、今年度の新たな取り組みの1つとして、協議会の中にワーキンググループ（WG）の設置を予定している。

これは、平成24年度に当医師会で行った厚生労働省の委託による在宅医療連携拠点事業の反省から着想したも

のである。この時の事業でも数多くの会議等を実施し、参加者によって在宅医療に係わるさまざまな諸問題とその解決策が見出されたが、その集約に難航した結果、地域へ還元することができず課題を残した。これらの反省から、協議会内に多職種と行政で構成されたWGを新たに設置し、必須事業で行われた各種会議で抽出されたさまざまな課題や解決策を、さらに、このWG内で再協議した上で実用性のあるものに改変を重ね、最終的には地域へのガイドライン（提案）として協議会を通じて徳島市全体に浸透させることにしている（図6）。

これは、現場で在宅医療に係わっている多職種の方々からの意見を十分に生かした形で最終的にガイドラインとして反映させ、それを地域に根付かせる仕組みになるものと考えている。作成されたガイドラインに規則的な側面はなく、あくまでもこの地域における基準1つとして運用していく予定である。

【医療と介護】

在宅で質の高い療養生活を維持していくためには、医療と同時に介護の環境整備も欠かせない。そして、これらは利用者の状況に合わせて一体的に提供されるべきだが、実際にはそれぞれの保険制度自体が異なるために、別々に提供されているのが現状となっている。従って、全国のどの地域においても、いかに医療と介護を一体的に提供できるような環境作りを提案するかが大きな課題となっている。このような状況の中、地域包括支援センターは介護予防を中心に保健医療の向上や福祉の増進を包括的に担う地域の中核機関として各町村に設置されており、地域の介護環境を整備する上で果たす役割が非常に大きいとされている⁴⁾。しかし実際は、全国のほとんどの市町村では地域包括支援センターの運営を複数箇所の民間団体に外部委託している。さらに、センター各々で独自に運営され、センター間での連携も密でないことが多いために、地域全体の介護整備における意思統一の障害となっていて、このことが、医療・介護の一体的提供の困難さに一層拍車をかけている。

その観点から見ると、徳島市の場合は、地域包括支援センターは市内全域で1ヶ所しかなく、しかも徳島市医師会が直接運営している。これは当医師会が徳島市行政から単独委託を受けているからであり、その結果、医療と介護との拠点が医師会の中に集約できているため、これらの一体的提供の実現は他の市町村に比べて比較的容易にあると言える。現在の徳島市地域包括支援センター

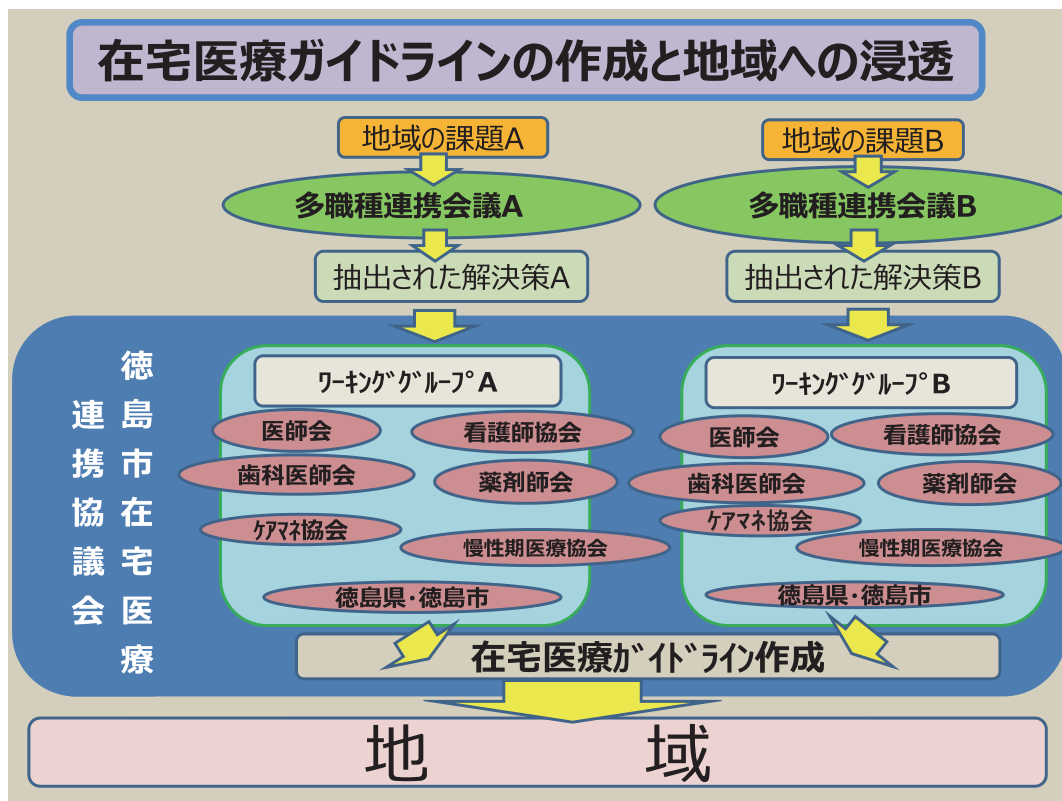


図6

は徳島市内全域の業務をカバーしているために、職員数は50余人を数え相談件数は年間3万4千件に上り、他の市町村に比べかなり大規模なものとなっている。

【四国四市医師会 在宅部会】

平成24年度、厚生労働省が実施した在宅医療連携拠点事業は全国全ての都道府県で実施されたため、これによって在宅医療整備の機運は一気に全国に浸透したと考えられる。その一方で、現在危惧されているのは在宅医療の整備状況の地域格差である。国の施策に対して即座に反応できるか否か、県・郡市医師会が中心的に在宅医療に取り組んでいるか否か、行政とうまく連携できているか否かなどさまざまな要因の結果、全国の在宅医療に係わる整備の状況は、一段と地域格差が顕著となっている。この地域格差は、最終的にそれぞれの地域における「住民の幸せ」の格差にさえ繋がっていくと考えられることから、どの地域においても格差を是正し効率良く在宅医療の整備を進めていくことが求められる。そこで、当医師会からの呼びかけから、平成25年に徳島市、高松市、松山市、高知市の四国四市医師会の間で在宅部

会を創設した。これは元々、52年前から四国四市医師会での交流を目的として開催されてきた四国四市医師会長会議を基盤として発足したものである。

実際には、各医師会の在宅医療担当理事がWEB上で会議を行うもので、互いの医師会における取り組み状況や課題への克服方法などさまざまな問題について定期的に意見交換を行なっている。1つの医師会が試行錯誤を繰り返しながら在宅医療を整備して行くことは時間的に無駄が多く経済的に限界もあることから、むしろ四国の地方都市として比較的医療資源の似た四市の医師会同士が連携し、共に有機的に繋がることは地域格差是正の観点からも非常に有用だと考えている。

【地域包括ケアシステムに向けて】

国は、団塊の世代が75歳となる2025年を目処に、要介護の状態となっても尊厳の保持と自立生活の支援のもと、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができることを目指し、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を進めている⁵⁾(図7)。

地域包括ケアシステム

- 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、住まい・医療・介護・予防・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していきます。
 - 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です。
 - 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が生じています。
- 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必要があります。

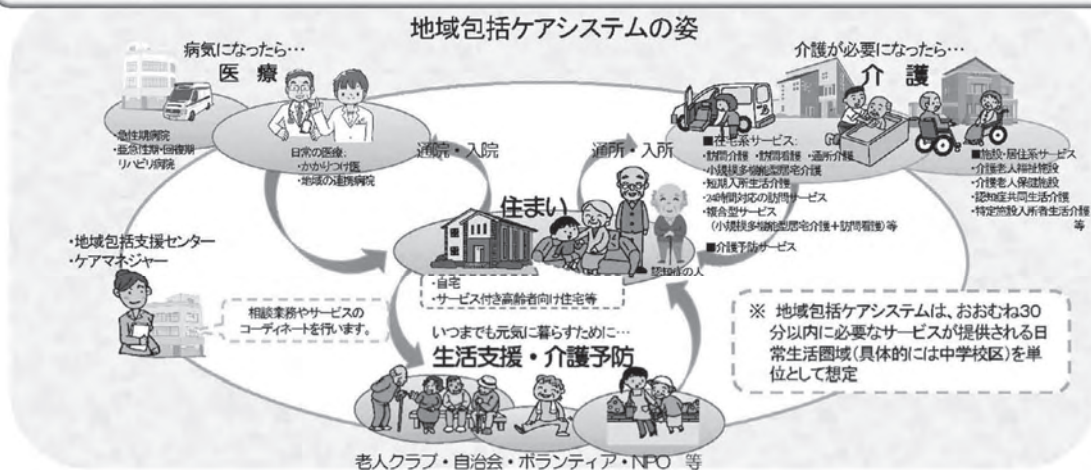


図7

この地域包括ケアシステムは「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」の5つの構成要素から成り立っており、どの要素もそれぞれに重要ではあるが、特に在宅における医療と介護体制の整備が重要であると言われている。

現在の日本の平均寿命は男性79.94歳、女性86.41歳でどちらも世界最高水準を誇っているが、それでも人はいつか必ず死を迎える。介助なく過ごすことのできる健康寿命は平均で71.6歳と言われており⁶⁾、健康でいられなくなった状態から死を迎えるまでの間には身体又は精神機能の低下をきたすため、その間には必ずと言って良いほど何らかの医療や介護が必要となり、医療技術が進歩した現在では、この状態が平均で約11年程度も続くと言われている。本年、国が実施した大規模アンケートでも、疾患を有していても身体状況が安定し意識や判断力が健康であれば、71.7%の人が人生の最終段階を過ごしたい場所として自宅を希望しており⁷⁾、それを支える在宅医療及び介護の果たす役割は限りなく大きいと言える。

昨年、さらに詳しい地域包括ケアシステムの考え方が、植木鉢になぞらえて示された⁸⁾(図8)。まずは底辺に「本

人・家族の選択と心構え」がお皿として表され、その上には生活基盤となる「住まいと住まい方」という鉢があり、その中に入れる土として「生活支援・福祉サービス」がある。地域ケア会議という水をやることで、「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」という健康な草木が育つとイメージされている。

生活の基盤となる「住まいと住まい方」自体がなくては生活の継続が成り立たず、生活が継続できなければ生活支援や医療・看護さえも成り立たない。このことは、東日本大震災を経てわれわれが経験から学んだ大切な教訓の1つでもある。

さらに、地域包括ケアシステムの構築にあたっては、「自助・互助・共助・公助」の必要性が挙げられている(図9)。その中でも、将来の人口の構成変化は地域によって異なることから、この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重要であるとも言われている。

高齢者世帯や一人暮らしが、より一層増加することが見込まれる中、地域の財政状況は人口の減少に伴い、今

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」

「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

【すまいとすまい方】

生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力に合った住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

【介護・医療・予防】

個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【本人・家族の選択と心構え】

単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。



図 8

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム

【費用負担による区分】

「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

【時代や地域による違い】

2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

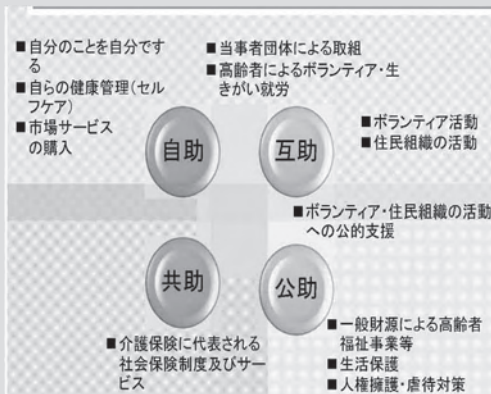


図 9

後大幅な拡充が困難であると考えられることから、特に「自助・互助」の果たす役割が大きく、そのためにも行政が主導的に取り組む必要がある。

前述の通り、徳島市医師会は在宅医療の整備を進める

中で行政との協働することが欠かせないと考えている。

未だ課題は多いが、きたるべき超高齢社会が到来したとしても、他の地域に劣ることなく市民が安心して暮らせるように医師会としての役割を果たしていきたい。

結 語

徳島市医師会における在宅医療への取り組みと今後の課題や方向性について報告した。

謝 辞

このたびの在宅医療への取り組みにおきまして、徳島市医師会の関係役員や会員の諸先生方並びに事務局の皆様をはじめとして、数多くの職能団体や徳島市、徳島県行政の方々にご尽力を賜りました。

皆様に心から深謝致します。

文 献

- 1) 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月集計）」
 - 2) 平成24年度在宅医療拠点事業 総括報告書 厚生労働省医政局指導課 在宅医療推進室
 - 3) 「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」
 - 4) 地域包括支援センターの設置運営について（通知）厚生労働省老健局 平成18年10月18日
 - 5) 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針 厚生労働省 平成24年7月10日
 - 6) 「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」（平成26年3月）
 - 7) 「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」地域包括ケア研究会報告 平成25年3月
- 1) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人

Efforts of The Tokushima City Medical Association to Support Home Medical Care

Kenji Toyota¹⁾, Katsunori Nakase¹⁾, Tomoko Bando¹⁾, Miho Tsuruo¹⁾, Tatsuhiko Okabe¹⁾, Matome Toyusaki¹⁾, Toshio Fujita²⁾, Motonari Okada²⁾, Tetsuaki Tanano³⁾, Mie Watanabe³⁾, and Hiroko Ishimoto³⁾

¹⁾Tokushima City Medical Association, Tokushima, Japan

²⁾Department of Health and Welfare, Tokushima City, Japan

³⁾Department of Health and Welfare, Tokushima Prefecture, Japan

SUMMARY

Japan is heading toward a super-aging society at a rate unparalleled with other countries. The vast increase in demand for medical treatment and care will exceed existing social resources by 2025 when the baby boom generation becomes older than 75 years. There are concerns that this may lead to the collapse of acute medical care, break out refugee Home Medical Care, and the loss of end-of-life care facilities in various areas. Therefore, Japan is promoting the establishment of a comprehensive community care system designed to allow elderly individuals to live in their own community with dignity for as long as possible. The development of home medical care is being promoted as the core component of this system.

The Tokushima City Medical Association has assessed the possible risks associated with this super-aging society that should emerge at a relatively early stage. Furthermore, the development of home medical care for the public to support community medical care is regarded as the best

means of tackling future challenges. Therefore, we set up the Home Care Cooperation Committee in 2008 and have worked to develop home care in Tokushima City.

The Tokushima City Medical Association participated in the Home Medical Care Cooperation Base Service of commissioned projects by the Ministry of Health, Labour and Welfare as one of 105 institutions in whole country in 2012. Since 2013, we have already been implementing this with Tokushima City administration as a subsidized institution under the three year's Home Medical Care Cooperation Base Service which was performed by the Tokushima prefecture. This base of operations incorporates the following five mandatory directives: 1. identify solutions to multidisciplinary cooperation issues, 2. develop a multidisciplinary cooperation system and a 24-h response system, 3. raise awareness among residents, 4. educate personnel engaged in home medical care, and 5. set up a consultation service for home medical care.

Because of community demands for projects to be implemented in a more area-wise appropriate manner, the Tokushima Home Care Cooperation Committee was newly established following general consensus within the association. This committee was composed of 14 members not limited to individuals from medical associations; individuals from the local government and various professions involved in home medical care were recruited and made decisions regarding operating policies.

The current major challenge in Tokushima City is the lack of a means to disseminate proposed solutions for home medical care throughout the entire community. Therefore, we are promoting the establishment of multiple working groups on home medical care to tackle this challenge in the future.

In addition, we intend to summarize the various challenges and their solutions that we identified during the course of our operations, draw up guidelines on home medical care based on the agreement of the local government and various professions and disseminate these guidelines throughout the community. We aim to effectively operate and from multiple levels a mutual support system between doctors who have long been working in medical associations, a multidisciplinary, conscientious cooperation system to support patients, a streamlined cooperation system for hospital admission and discharge, and a patient information sharing system utilizing ICT. These systems will be operated in parallel with our base operations.

We also aim to promote the future improvement of environments in which as many family doctors as possible can examine their patients at home with ease until their patient's final breath. This should enable us to provide high-quality home medical care equally and widely throughout the community.

We hereby report the home medical care initiatives and future projects of the Tokushima City Medical Association centered on the Home Medical Care Cooperation Based Project.

Key words : home medical care, home medical care cooperation base service of commissioned projects, super-aging society