



第1回日本地域包括ケア学会

常任理事・地域福祉部長 北野 明宣
常任理事・地域福祉部副部長 水谷 匡宏

地域包括ケアシステムの構築を目的として第1回日本地域包括ケア学会が令和元年（2019年）12月22日（日）に日本医師会館で開催された。今回の大会長である田中 滋氏は慶應義塾大学の教授を退官された後、現在は日本地域包括ケア学会理事長と埼玉県立大学理事長を併任されている。田中大会長は会の冒頭においてこの学会の設立趣旨を述べた後、「2040年の多面的社会に向けた地域包括ケアシステムの深化」をテーマに講演した。当初、高齢者を対象としていたこの概念が現在では障害者や若年者も包括する幅広い概念になってきた過程を述べた。そして多職種連携やまちづくり、つながりの拠点づくりについても解説を加えた。続いてシンポジウム1である「社会的処方あり方を考える」に移った。座長は松田晋哉氏（同会副理事長、産業医科大学教授）が担当し4人の演者が発表した。第1席の堀田聡子氏は現在慶應義塾大学教授をされており「英国における社会的処方」について講演した。社会的処方とは英語のsocial prescribingを和訳したものであり、その趣旨は社会的、情緒的、実用的なニーズを持つ人々が、時に「ボランティアコミュニティセンター」^{注1)}によって提供されるサービスを使いながら、自らの健康と「ウェルビーイング」^{注2)}の改善につながる解決策を自ら見出すことを助けるため、家庭医や直接ケアに携わる保健医療専門職が患者を「リンクワーカー」^{注3)}に紹介できるようにする手段であると説明した。この概念は比較的新しいが、健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health：SDH）への対応の重要性が明確に認識されるきっかけとなり、SDHにより良く実際に対応できるサービスとして関心を集めているところであると報告した。続いて第2席の佐々江龍一郎氏は英国家庭医診療専門医の資格を有し、現在NTT東日本関東病院の総合診療科医長をされている。佐々江氏は英国の社会的処方における成功の鍵として社会的処方のABCDを挙げた。Accessibility（アクセス）、Build on what matters to you

（患者にとって重要なことに基づく）Common outcomes（標準化された評価）、Developing and delivering services（サービスの開発と運用）であり、常に頭に入れておくことが重要であり、成功の秘訣であると報告した。次に第3席の西 智弘氏は抗がん剤治療を中心に緩和ケアや在宅医療を専門に活躍中の臨床医である。講演では社会的処方のディスカッションポイントとして4点のことを強調した。1点目は社会的処方の評価法のエビデンスそのものが確立されておらず、効果検証が難しい。2点目はかえって社会的処方につながることで害になるケースがある。3点目はリンクワーカーを制度化すると有償となる。4点目は活動を行うことで経済的にはディスインセンティブとなりうる。これらの障害をクリアしなければ社会的な評価を得られないと結論づけた。最後に第4席の川越正平氏は千葉県松戸市であおぞら診療所院長として診療を行う傍ら、同市地域ケア会議会長の活動をされている。講演では対象者を取り巻く諸課題に介入が必要であるとの立場から、医療では二人主治医制（病院専門医とかかりつけ医）の普及と認知症患者の地域サポート医の活動などの介入、また介護では担当ケアマネジャーと必要な介護サービスを逐次検討する等きめ細かな保健、福祉の利用サービスを検討することが必要であると強調した。（文筆担当：水谷）

注1) 地域の高齢者や体の不自由な方、子育て中の方など、家に閉じこもりがちなたちが気軽に集い、楽しく過ごせる場所と内容を自分たちでつくっていく活動。

注2) 個人それぞれの権利・自己実現が適切に保障されながら、身体的にも、精神的にも、社会的にも良好である状態を指す。

注3) 英国スコットランドで実施されている認知症の診断後支援制度（Post Diagnosis Support：PDS）を提供するスタッフの名称である。



シンポジウム2は「多職種連携コンピテンシーを活用した地域包括ケアシステムを支える保健医療福祉職員を対象とした教育活動」と題して草場鉄周氏（日本プライマリ・ケア連合学会理事長）を座長として始めた。

地域包括ケアシステムを進めるうえで、多職種連携能力が必要不可欠であり、この教育方略や知見を深めるにはどうすべきかについて、医師、看護師、理学療法士、大学教員の立場から取り組みを発表して意見交換が行われた。

第1席の後藤亮平氏（筑波大学 理学療法士）は、「多職種連携コンピテンシー」には患者・利用者、家族、コミュニティが中心職種として役割を全うする関係性に働きかけることで多職種間コミュニケーションが大部分を占めているとし、これらコアドメインを支えるには自職種を顧みて多職種を理解することが重要であるとした。超高齢化社会世帯への対

応は、孤立が進み個人や社会が抱える問題がより複雑化し、単一の専門職では解決できない問題が増加しているため、職種の垣根を取り払い連携に取り組む必要がある。多職種連携は病院、診療所、在宅等、都市、郊外といった地域の特性、保健福祉の人的、物的資源等によっても異なる。状況を把握し同じ目標に向かってさまざまなプレーヤー（多職種）が関与している北茨城市の事例の紹介があった。

第2席の柴崎智美氏（埼玉医科大学）は住民の質の高い暮らしを支える連携力のある育成である「彩の国連携力育成プロジェクト」による連携教育を紹介した。地域包括ケアシステムで大切なことは病気を治すことではなく、暮らしを支えることである。地域で専門性を柔軟に発揮するために大学卒業生等が実習によって学ぶ、いわゆる「IPW（Inter-professional Work）プログラム」^{注4)}を活用し医学部卒業生向けにも教育することが重要になると指摘した。

第3席の川瀬由起子氏（シティタワー訪問看護ステーション）より、「岐阜シティタワー43医療福祉フロア33タウン」について岐阜版IPE（Inter-professional Education）^{注5)}、IPWごちゃまぜ研修の紹介があった。現場で働く看護、リハビリ、介護、ケアマネ、薬局、医学生、研修医、行政、その他が一緒になって現場を体験する。自分の職種以外の職種を体験し、一人の利用者を中心にさまざまな職種として関わる体験を通じ現場の方、利用者の声をより深く傾聴する姿勢を身につける。2010年から現在まで285名の参加者があり、この研修を実現可能にしているのは「まちづくり」とその構造が重要となっており、いわゆる人づくりが根底にある。

第4席の吉村 学氏（宮崎大学医学部地域医療総合診療医学講座教授）は学びのプロデュース教育が必要であり。これには予算が必要であると論じている。

シンポジウム3は「在宅医療連携拠点の進化と在宅医療介護連携推進事業の今後」をテーマにし、座長は鈴木邦彦氏（日本地域包括ケア学会事務局長）が務めた。2011年度に厚生労働省医政局のモデル事業として始まった在宅医療連携拠点事業は、その後、2014年度の厚生労働省老健局の在宅医療・介護連携推進事業のひとつとなり、在宅医療介護連携に関する相談窓口となって今日に至る。この在宅医療連携拠点の進化と現状および現在見直しが進められている在宅医療・介護連携推進事業の今後についての理解を深めることを目的とする。

第1席の眞鍋 馨氏（厚生労働省老健局 老人保健課長）は日本の現状について言及し、社会保障費は増加の一途を辿っており、その持続可能性に懸念の意見を述べた。国は社会保障と税の一体改革以降、急速に改革が進行しており、厳しい財政比率と効果的な資源（人材、施設、資金）の配分が求められるが、地域によって進展度合いが異なるため地域特性に合わせた高齢化への対応が求められている。そのため「地域医療構想」と「地域包括ケアシステム」

の構築が重要である。今後は2025年のその先にある2040年を見据えての検討が必要となる5つの課題が提示された。

第2席の中野智紀氏（埼玉県北葛北部医師会）から、「より生きるを支える、埼玉県幸手市杉戸町地域ケアシステム 菜のはな、北葛北部医師会在宅医療連携拠点」について報告があった。生きることの苦しみをどう取り扱うか、オールインワンの地域丸ごとなんでも相談窓口を設け本人や患者家族が抱え込まない相談場所として、福祉的な人や取り組みを発掘し、支援につなげ、地域に開かれた福祉実践の場を増やすことで、ソーシャルワークを教育的に広めている。支援する人も支援の対象にすることが重要で地域コミュニティケアにより、新しいコミュニティを一緒に作り上げることが重要であるとした。

第3席の寺田尚弘氏（せいてつ記念病院長）より、在宅医療連携拠点チームかまいしの説明が行われた。2012年度厚生労働省のモデル事業として、行政と医師会型の連携拠点モデルを開始し既に8年が経過した。全住民が対象となりこれまで培った連携手法を応用しながら医療介護サービスとインフォーマルサービスとをつなぎ、自立からフレイル、要介護状態に至るまでの一連の地域ケアの連続性を構築することが重要であるとした。

第4席の千場 純氏（三輪医院長）は、1998年に初めて「多職種連携」としての住民啓発、医師等多支援を行った横須賀市の現状について述べた。

在宅医療連携拠点の進化と今後として横須賀市は2025年から2040年までに人口が現在の約40万人から約30万人への大幅な減少が予測される。この事業は1998年に2025年に向けた24時間在宅連携システムの構築に始まり、連携拠点として「かもめ広場」を設けた。本事業は行政との連携窓口であり2012年度の厚生労働省在宅医療連携拠点事業受託を契機として始まった。スタッフは医師会事務職員2名と非常勤職員2名（事務職、保健師）で構成され、切れ目のない在宅医療介護提供体制を構築し、病診・病病連携の強化、後方支援病院と協力病院による入院体制の整備。有床診療所を活用した後方支援ベッドの確保。よこすかりンクパスポート（情報共有ツール）の活用促進。地域住民への啓発やパンフレットの配布によって順調な経過をしている。

まとめとして社会的処方、多職種連携、在宅医療連携、在宅医療介護連携、住民への啓発（教育）、IPE学習プログラム等を活用した人材育成が急務となるがこれらを実行するためには財政支援が必要となる。英国ではGP（general practitioner）^{注6)}から発生した処方であるがボランティア精神と福祉的精神があふれる心豊かな人が多く、社会保障費に余裕のある国ではそれなりに機能が果たせる。しかし、我が国において同様のシステムを普及させるには、診療報酬・介護報酬によるそれなりのインセンティブを設定する必要があるだろう。（文筆担当：北野）

注4) 保健（行政）・医療・福祉の複数領域の専門職者が活躍する臨床現場や地域において、それぞれの技術と役割をもとに、共通の目標を目指す連携協働を意味する。

注5) IPWを実践するための教育概念であり、かつさまざまな教育手法を包括した教育体系、教育手段をも意味する。IPWが必要な関係者間の双方向学習とその相互作用を特徴とし、学校教育ならびに臨床や地域の職場、両方で実施されるべきであるとされる。

注6) 総合診療医。導入している各国によって定義は異なるが、英国では地域の登録医として、自地域の患者の一次的な診療を受け持つ。

専門部から

「日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度応用研修会」のお知らせ

— 学術部 —

「日医かかりつけ医機能研修制度」における応用研修に規定した中央研修について、以下のとおりテレビ会議方式による研修を行いますのでお知らせします。

なお、プログラムならびに申込み方法等の詳細につきましては、次号（令和2年4月1日号附録）にてご案内します。

記

- 日 時：令和2年（2020年）5月24日（日）10：00～17：15
- 場 所：北海道医師会館（札幌市中央区大通西6丁目）
- 内 容：応用研修6単位、日本医師会生涯教育7カリキュラムコード・6単位
（⑥を受講した方は専門医共通講習（医療倫理：必修）1単位）

- ①かかりつけ医に必要なリーダーシップ、マネジメント、コミュニケーションスキル
- ②かかりつけ医に必要な小児・思春期への対応
- ③在宅医療、多職種連携
- ④認知症、ポリファーマシーと適正処方
- ⑤在宅リハビリテーション症例
- ⑥かかりつけ医の倫理（専門医共通講習）

- | | |
|---------------|---------|
| ■受講料：日本医師会員 | 無 料 |
| 北海道医師会まで加入の会員 | 22,000円 |
| 郡市医師会のみ加入の会員 | 33,000円 |
| 郡市医師会非会員 | 55,000円 |