

平成28年3月22日

大阪府医師会長
伯井俊明様

答 申 書

平成26年10月10日付けをもって貴職から諮問のありました「地域包括ケアシステム構築に向けた医師会が担うべき役割と課題について」に対して、次の通り答申いたします。

大阪府医師会 介護・高齢者福祉委員会
委員長 黒田 研 二
副委員長 松谷 之 義
委 員 中 祐 次
 中 島 周 三
 西 本 光 廣
 中 西 忍
 白 川 親
 前 川 たかし
 真 嶋 敏 光
 近 藤 真 也
 塚 本 雅 子
 浅 井 晃
 田 島 幸 兒
 鹿 島 洋 一
 石 見 徹 夫
 辻 正 純
 守 上 賢 策
 岡 原 和 弘
 前 防 昭 男
 中 村 芳 昭

地域包括ケアシステム構築に向けた医師会が担うべき役割と課題について

はじめに

大阪府医師会介護・高齢者福祉委員会では、会長諮問「地域包括ケアシステム構築に向けた医師会が担うべき役割と課題について」を受け、2014年度から2015年度にかけて、9回にわたって開催した委員会においてこの課題に関する議論を継続してきた。また、郡市区医師会（以下、地区医師会）および府内の市区町村における「地域包括ケア」とりわけ「医療と介護の連携」「在宅医療の拡充」等への取り組みの現状を明らかにするため、アンケート調査を実施した。

調査結果をもとに医師会として取り組むべき地域包括ケアシステム構築に向けた課題と対応策について検討を加えた。以下、検討内容を「Ⅰ 地域包括ケアシステムについて」、「Ⅱ 地域包括ケアシステム構築に向けたこれまでの医師会の取り組み」、「Ⅲ 地区医師会、市区町村における取り組みの現状調査結果」、「Ⅳ 医師会が担うべき役割と課題」の4章に分けて記載する。

Ⅰ 地域包括ケアシステムについて

地域包括ケアの意味をまず確認しておこう。2003年6月に出された高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」は「地域包括ケアを確立するためには、在宅サービスの複合化・多機能化、新たな『住まい』の整備、施設における個別ケアの実現などとともに、介護と医療をはじめとする支援が継続的・包括的に提供される仕組みが必要」だと述べている。同報告書に基づき、2005年の介護保険法の改正が準備され、2006年4月から市町村に地域包括支援センターが設置された。地域包括ケアを進めるため諸機関・団体のコーディネートを行う機能も、地域包括支援センターとその設置主体である市町村に期待されることとなった。

地域包括ケアに関する議論は、2011年の介護保険法の改正に先立って出された「地域包括ケア研究会報告書」（2010年3月）においても展開された。そこには、「地域包括ケアシステムは、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」であり、「日常生活圏域は、おおむね30分以内に必要なサービスが提供される圏域として、具体的には中学校区を基本とする」と定義されている。

2011年の介護保険法改正では、第5条に「3 国及び地方公共団体は、被保険者が、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、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。」と述べ、地域包括ケアの推進が、国及び地方公共団体の責務であることを新たに規定した。

法律による規定としては、このほか、「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」（2014年6月25日改正）において、第2条に、「この法律において『地域

包括ケアシステム』とは、地域の実情に応じて、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（要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。）、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をいう。」と定義している。

このように、地域包括ケアシステムは、介護保険制度との関連で議論されてきた。そのため、制度的にはその主な対象は高齢者に限定されてきた。今後の後期高齢者数の急速な増加を考えれば高齢者施策が重要なことはいうまでもないが、しかし、地域を基盤として提供され、医療、介護、保健予防、日常生活支援、住まいといった要素が包括的に組み合わせられたケアは、高齢者以外にも多くの人々が必要としている。難病患者、児童を含む重度の障害のある或いは医療的ケアを必要とする人々、障害を持ちながら施設や病院から地域生活に移行する人々などである。とくに、今後の地域医療では、入院医療と在宅ケアの間でケアの継続性を確立することが求められており、医師会としては、対象が高齢者に限定されない地域包括ケアを提言していくことも課題であるといえよう。

現在、医療と介護の政策において、「在宅医療の推進」「医療と介護の連携の推進」「認知症施策の推進」「地域ケア会議の開催」などが進められている。これらの施策は、介護保険法で定められている地域支援事業（保険者である市町村が介護保険給付サービスとは別に実施する事業）の中に盛り込まれ、2015年度以降3年間に、可能な市町村から実施していくことになっている。また「在宅医療の推進」は、医療法に基づき現在策定の議論が始まった「地域医療構想」にも関連している。

II 地域包括ケアシステム構築に向けたこれまでの医師会の取り組み

2012（平成24）年度、厚生労働省は「在宅医療元年」と銘打って、全国105か所で「在宅医療連携拠点事業」を実施した。大阪府でも3か所（淀川キリスト教病院、東成区医師会、ベルピアノ病院）が、このモデル事業を受託し事業を展開した。大阪府は、厚労省事業とは別に、独自に大阪府地域医療再生基金を財源として「大阪府転退院調整・在宅医療円滑化ネットワーク事業」を予算化し、大阪府医師会が受託して実施することとなった。本事業は、在宅医療の円滑な推進を図るため、転退院や在宅医療に関する事業の企画、立案、実施、評価等を行う連携拠点の機能を作り出していくものである。この事業の一環として「在宅医療推進モデル事業」が開始された。大阪府医師会では「在宅医療円滑化ネットワーク検討協議会」を組織し、関係団体等への働きかけや支援を行い、年度末3月には「在宅医療推進モデル事業」の報告会を開催し、事業の総括を行うとともに参加団体の交流の促進を図ってきた。

2012年度は、地区医師会を中心として23団体が「在宅医療推進モデル事業」を展開した。事業に参加した各団体は、自らの創意により、「多職種協働」「地域医療連携室」「医療機関連携」などの取り組みを展開した。「多職種協働」は、在宅での医療とケアを総合的に提供していく際に欠かすことのできない条件であるが、そうした連携と協働を地域に根付かせるには、「在宅ケアを進める公的な協議の場づくり」「地域の課題や在宅ケアの実態の把握」「地域の医療・介護の資源マップづくり」「多職種が参加する研究会、勉強会、事例検討会の組織化」「市民の理解の促進」などが重要であることが示された。地区医師会内に「地域医療連携室」を設置する動きも進んだ。病院の「地域医療連携室」と連携する地域の側の

体制づくりとして、地区医師会内に「地域医療連携室」を設置し、かかりつけ医がいない人への在宅医療担当医紹介や訪問看護サービス等の調整機能をもつことが追求された。こうした条件整備のもと、病院と診療所の連携、在宅療養支援診療所・病院の機能を強化するための医療連携、精神科、皮膚科、整形外科など様々な診療科目を含む診療所間連携などの「医療機関連携」を進めていくことが、在宅医療を推進していくための課題であることが認識された。

2013 年度も大阪府医師会は大阪府転退院調整・在宅医療円滑化ネットワーク事業を継続するとともに、その中の在宅医療推進モデル事業には応募した 19 団体が採択されて事業を展開した。

2014 年度には、大阪府地域医療再生基金による事業として「大阪府在宅医療連携拠点支援事業」を実施することとなり、大阪府医師会では「在宅医療ネットワーク支援会議」を組織して、この新たな事業の推進を図った。本事業においても、地区医師会が主体となり「在宅医療推進モデル事業」を実施したが、2012～13 年度に行った提案型の事業と異なり、2014 年度には実施主体は「ア.在宅医療連携拠点推進事業」または「イ.在宅医療連携拠点整備事業」のいずれかを選択して実施することとなった。「ア.在宅医療連携拠点推進事業」は、7つの取り組み（①研修の実施、②会議の開催、③地域の医療・福祉資源の把握および活用、④地域住民への普及・啓発、⑤地域包括支援センター・ケアマネを対象にした支援の実施、⑥効率的な情報共有のための取り組み、⑦24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築にむけた検討）のすべてを実施するもので、「イ.在宅医療連携拠点整備事業」では①②③を中心に実施することとした。「ア.在宅医療連携拠点推進事業」には 26 団体が、「イ.在宅医療連携拠点整備事業」には 12 団体が参加して「在宅医療推進モデル事業」を展開した。なお、本事業は 2015 年度まで地域医療再生基金の予算の範囲で継続することとなり、2015 年度は 9 の地区医師会が参加して取り組んでいる。「大阪府在宅医療連携拠点支援事業」を活用して地区医師会が取り組んできた 7 項目の取り組みは、介護保険制度の改正により、今後は市町村が行う地域支援事業の中の「在宅医療・介護連携推進」の中に組み込まれることになった。

一方、2014（平成 26）年度の後半から、大阪府では、新たに設けられた地域医療介護総合確保基金を活用した事業「在宅医療推進事業」を開始することとなった。本事業は、大阪府内の地区医師会が「在宅医療推進コーディネータ」を雇用する際の費用を補助するものである。また、大阪府医師会は、在宅医療推進コーディネータの研修事業を受託することとなり、「在宅医療推進コーディネータ研修企画会議」を組織して研修事業を推進している。在宅医療推進コーディネータには、訪問看護の実務経験があるベテラン看護師等が就任し、その地区の在宅医療の体制の確保・充実を図ることをめざしている。在宅医療推進コーディネータは、所属する医師会の支援を受けて、訪問診療や看取りの実績のある診療所を地域で増やすことをめざしている。そのため、地域の医療資源の状況把握、医療関係者の研修の企画と実施、地域内で新たに在宅医療に取り組む医療機関に対する情報の提供、在宅医療の担当医師への地域内で連携可能な医療機関・歯科医院・薬局等の情報提供などの活動を行っている。2014 年度には 24 の地区医師会がこの事業に参加し、2015 年度には 34 か所へと拡大している。

Ⅲ 地区医師会、市区町村における取り組みの現状調査結果

本委員会では、2015年8月に、地域包括ケアシステムの構築のために医師会の関与が想定される事柄（「在宅医療の推進」「医療と介護の連携の推進」「認知症施策の推進」「地域ケア会議への参画」等）について大阪府全域での取り組み状況を把握するために、地区医師会と行政担当者の双方にアンケート調査を実施した。

府内の地区医師会（57団体）を対象に「郡市区医師会における地域包括ケアシステム構築にむけた取り組みに関するアンケート調査」「『在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業）』および『在宅医療推進事業』『在宅医療ICT事業』に関するアンケート」を実施し、また、併行して府内の市町村および大阪市の各区を対象に、「大阪府内市町村における地域包括ケアシステム構築とくに在宅医療・介護の連携、認知症施策推進に向けた取り組みに関するアンケート調査」を実施した。本章ではこれらの調査結果をまとめる。

（1）在宅医療の現状

医療機関の配置において、在宅療養支援診療所・病院（在支診・在支病）の全医療機関に占める割合は大阪市内の医師会では9%（中央区東医師会）～46%（西淀川区医師会）の広い範囲に分布し、大阪府下の医師会でも6.8%（枚方市医師会）～35%（藤井寺市医師会）と同様の結果であった。一方、緊急の往診と在宅における看取りの実績が必要となる「強化型」在支診・在支病の全医療機関に占める割合は大阪市内の医師会では0（4医師会）～11.9%（東成区医師会）に分布し、大阪府下の医師会でも0（2医師会）～12%（富田林医師会）であり、「強化型」が全く存在しない地区が6医師会に及んでいた。大阪市内では在支診・在支病の割合が1位、2位（此花区医師会）であった医師会がいずれも「強化型」在支診・在支病が0であり、届出のみの可能性も考えられた。いずれにしても「強化型」在支診・在支病はいまだ不足していると思われる。

在宅医療に取り組む診療所数が不足している理由として、一人医師診療所が多く、チーム医療体制が構築されている地域は極めて少ないことがあげられる。診療所医師の高齢化も要因となっている。また、都市部では診療所医師の職住分離が進んでおり、在宅患者の夜間の救急に対応し難いことで、在宅医療に参入する医療機関が少ない状態となっている。後方支援病院と24時間対応可能な訪問看護ステーションの充実、地域医療連携の構築がキーポイントである。

（2）在宅医療の質・量の拡充に向けた地区医師会の取り組み

在宅医療推進コーディネータ配置と在宅医療推進事業への取り組み

2014年度から大阪府事業である在宅医療推進事業に取り組む医師会では、地区医師会に「在宅医療推進コーディネータ」を配置し、在宅医療に関する情報の収集と整理を行い、医師会員に対して在宅医療の参入を勧誘し、訪問診療に取り組む医療機関に対しては継続して取り組むための情報提供を行っている。各医師会のコーディネータは大阪府医師会による研修を受講し、情報交換を行っている。また、在宅医療推進ハンドブックやマップ等の情報冊子を作成している医師会も多い。更に、会員を対象とした在宅医療に関する講演会や勉強会、更には診療報酬（請求）説明会等を開催すると共に同行訪問研修を実施した医師会や予定している医師会もみられる。

在宅医療推進のための医療機関連携体制の構築

チーム医療体制を構築することにより、既存の在宅医療機関の負担が軽減され、対応可能件数の増加や強化型在支診への発展につながるとともに、現在訪問診療を行っていない医療機関も参入しやすくなると考えて、チーム医療体制作りに向けた検討を行っている医師会もある。既に 2015 年 6 月に在支診で連携強化型を希望する医療機関の斡旋を行い、6 医療機関で 1 チームを構築した医師会もみられた。また他の医師会では同年 4 月に「在宅医療推進委員会」を設立し、在宅医療を実施している医療機関同士の連携を計るためにメーリングリストの登録を行ったり、在宅医療を実施する会員を増やすためにメーリングリストの登録者の追加を呼びかけるとともに、在宅医療の診療報酬研修会を予定している。ある医師会では、対応出来る診療科目・対応可能な医療行為・往診・訪問診療可能な地域・緊急往診と 24 時間体制の可否等をデータベース化することにより、「医師会在宅連携システム」を構築し、主治医マッチングプログラムを用いて対応可能な主治医を検索出来るシステムづくりに取り組んでいる。在宅医療を実施している医療機関の 7 割以上が参加する「在宅医療連携チーム」を設置して、年 2 回程度カンファレンスを行い、それぞれの状況や抱える疑問などの意見交換を行い連携を深めている医師会もある。

後方支援病院との連携の構築

患者急変に対しての後方支援病院との病診連携の重要性を指摘する医師会が多くみられた。浪速区医師会が開始したブルーカードシステム等医師会内の病院とのバックベッド確保のための連携協力を取り付けている医師会もある。更に、在宅医療を行っている医療機関を対象にメーリングリストでネットワークを構築し、このネットワークを通じて 1 日 2 回病院の空床状況および受け入れ可能疾患情報を配信したり、「在宅医療推進医療マップ病院編」を作成することにより後方支援システム構築を進めている医師会もある。また、病院スタッフの在宅医療への理解を深めてもらうために、医師会が病院を対象とした研修を行っている地域もある。

訪問看護ステーション等との連携、多職種連携の推進、その他の取り組み

在宅医療をバックアップする手段の一つとして、24 時間対応の訪問看護があるが、医師会立訪問看護ステーションの規模を拡大し、24 時間対応体制を構築することにより、医療機関の負担軽減に努める取り組みや、訪問看護ステーション協議会を立ち上げ、医看連携を進めている医師会もある。多職種連携を目的とした在宅医療支援ネットワーク会議等を主催し、事例検討会などを通じて会員がそれぞれ多職種のネットワークづくりができるように支援している医師会もある。

他方、新たに委員会や会議を立ち上げたばかりの医師会もあり、これから在宅医療の実施状況に関するアンケート調査を行い、在宅に取り組まない理由と課題を調査して検討するとの意見や、実際に在宅医療に取り組んでいる会員を理事に登用して、問題点の把握に努めている医師会もあった。

(3) 「在宅医療・介護の連携推進」「認知症施策の推進」等に関連した市町村から医師会に対する協力依頼、事業委託等

「在宅医療・介護連携推進事業」および「在宅医療推進事業」に関するアンケートより、市町村から医師会に協力依頼があったかどうかについて回答が得られた。在宅医療・介護

連携推進事業に関して市町村から医師会へのアプローチや事業委託等の有無について、57 医師会中アプローチがあったのは 48 医師会（84%）で、なかったと回答した医師会は 9 医師会（16%）であった。

具体的にどの事業委託のアプローチがあったかと項目別にみると、57 医師会中
ア「地域の医療・介護サービス資源の把握」 29 医師会（51%）
イ「在宅医療・介護連携の課題抽出と対応の協議」 31 医師会（54%）
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」 19 医師会（33%）
エ「医療・介護関係者の情報共有の支援」 24 医師会（42%）
オ「在宅医療・介護連携に関する相談支援」 16 医師会（28%）
カ「医療・介護関係者の研修」 36 医師会（63%）
キ「地域住民への普及啓発」 32 医師会（56%）
ク「在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」 16 医師会（28%）、であった。

アプローチが 50%を超えている事業は「ア 医療介護資源集（マップ）」、「イ 医療・介護連携推進協議会の開催」、「カ 医療・介護職への研修」、「キ 住民への啓発」であった。

認知症施策の推進のため医師会へのアプローチや事業委託等の有無について、アプローチがあったと回答したのは 33 医師会（58%）、なかったと回答したのは 24 医師会（42%）であった。

・「医療・介護専門職による認知症初期集中支援チームの配置」に関しアプローチ有りとは回答したのは 22 医師会（39%）

・「認知症のコーディネータ（認知症地域支援推進員）の配置」は 12 医師会（21%）であった。

一方、市区町村を対象としたアンケートにおいて、行政から医師会に期待することとして記載されていたことをまとめると以下のようである。

まず、ほとんどの行政は、医師会の協力なしに地域包括ケアを実現することは難しく、今後も連携を密にして医師会の役割に期待するとの趣旨の記載がみられた。

具体的には、地域包括ケア実現のための協力として、地域ケア会議への参加、在宅医療の推進（在宅医療を行う医師の増加）、多岐にわたる認知症施策への参加、認知症初期集中チームへの人材推薦、地域医療体制（病診連携等）の広域的構築への協力、認知症疾患医療センターへの協力、多職種間の連携に関する相談員の設置等について言及されていた。

ただ、記載内容からみる限り行政間の温度差は大きい。泉佐野市、豊中市、西区、東淀川区、藤井寺市、高石市、摂津市、八尾市などでは、熱心に地域包括ケアに対しての問題意識を持ち、地区医師会への具体的な協力と参加依頼が記入されていた。一部に医師会入会、非入会に関わらず、対立的状況は好ましくないとの指摘があった。市区町村の事業委託として、島本町、松原市の在宅医療・介護連携事業の委託契約、住之江区の認知症による行方不明者対応の見守りネットワークの推進等が記載されていた。

（４）「認知症地域支援推進員」配置、「認知症初期集中支援チーム」設置等、認知症施策の実施の状況

認知症施策については、2016 年 3 月時点で、大阪府福祉部高齢介護室介護支援課に提供してもらった資料をもとに大阪府内の取り組み状況を述べる。

大阪市は認知症疾患医療センターを 3 か所設置し、各担当するエリアを分けており、地域支援推進委員を各エリアに 1 名ずつ配置している。各区独自には認知症地域支援推進員

の配置はないが、今後配置場所や人数は検討中とのことである。

大阪府内（大阪市以外）の市町村における認知症地域支援推進員の配置は42市町村のうち31市町村に配置されていた。

認知症初期集中支援チームの設置に関して、大阪市は現在3チーム設置されており、それぞれ東淀川区、城東区、東住吉区の地域包括支援センターに配置されている。今後、平成28年度中に市内全域での実施を目指している。

大阪府内（大阪市以外）の市町村における認知症初期集中支援チームの設置状況に関しては、富田林市、忠岡町など10市町で設置されている。富田林市は2013年10月から医師会、歯科医師会、薬剤師会と「地域包括支援ネットワーク推進事業」の委託契約を締結し、その中で、認知症の初期集中支援を目的とし支援チームの機能を有する体制を整備している。忠岡町では2014年度より医師会に設置されている。その他、2015年度に堺市、茨木市、枚方市、寝屋川市、和泉市、泉大津市、高石市、岬町に設置された（岬町については設置済みで支援の開始に向けて準備中のため2016年3月時点で実績はまだなし）。2016年度設置予定は9市町、2017年度に設置予定は8市町である。

（5）「在宅医療・介護の連携の推進」に関連した取り組みの現状

厚生労働省は「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」（平成27年3月）において、本事業の具体的な取り組みとして以下の8つの業務をあげて、それぞれの目的、ポイント、実施内容・方法、留意事項を解説している。8業務とは、（ア）地域の医療・介護の資源の把握（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討（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、である。

地区医師会、市区町村に対して行った今回のアンケートでは、このうち（ク）を除いて、残り7業務の取り組みについて、13項目の質問に基づいて、それぞれ「十分実施している」「おおむね実施している」「あまり実施できていない」「実施できていない」の4段階で回答してもらった。7業務は順番を変えて、a) 在宅医療、医療・介護連携および医療機関連携に関する研修、b) 在宅医療・介護等に関する地域住民への普及・啓発活動、c) 地域の医療と介護の資源の把握と情報公開、d) 在宅医療・介護の連携（ネットワーク）推進のための会議、e) 切れ目ない在宅医療と介護の提供体制構築、f) 在宅医療・介護関係者間の効率的な情報共有のための支援、g) 在宅医療・介護連携のための医療機関や介護事業者に対する相談支援とした。

7業務13項目の質問に対する57地区医師会の回答を表1に、65市区町村の回答を表2に示す。

地区医師会のうち7割以上で「十分実施している」「おおむね実施している」との回答がみられた項目は、「a1) 医師会員、医療関係者、介護関係職員に対して在宅医療を推進するための研修を実施している」、「a2) 医療と介護の関係者の連携を推進するためグループワーク等を取り入れた多職種協働研修を実施している」、「b1) 地域住民対象の講演会や学習会を行っている」、「c) 地域の医療提供施設、介護施設、介護事業者の機能、連絡先等の情報を収集して、医療・介護の資源のリスト又はマップとして公表している」、「d1) 病診連携、診療所間連携、医療介護連携などを進めるための協議の場が組織され、機能している」であった。

半数以上の医師会で実施されているが、5～6割にとどまった項目は「b2) 医師会員が地域（町内会等）へ出かけて啓発活動や相談業務を行っている」、「d2) 日常生活圏域で地域包括支援センターが開催する会議に医師会から参画している」、「f2) かかりつけ医がケアマネジャーと連携できるよう、各開業医の連絡可能な時間帯を開示している」であった。

実施している割合が半数に満たず、4割台の実施であった項目は「e1) 医師会として在宅患者の急変時に円滑に医療・介護の対応ができる地域体制を検討している」、「e2) 病院からの退院時に、円滑に在宅、地域に移行し、継続的な医療・介護を提供できるような地域体制を検討している」、「f1) 地域の医療・介護関係者が情報を共有するために連携シート（情報共有シート）を活用している」であった。

7～8割の医師会で実施できていなかった項目は、「f3) ICTを活用した情報共有に取り組んでいる」、「g) 在宅医療・介護連携のための医療機関や介護事業者に対する相談支援について医師会に在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口を置き、コーディネータを配置している」であった。

市区町村からの回答の分布も、医師会の回答分布とおおむね類似した結果を示した。「b2) 地域（町内会等）へ出かけて啓発活動や相談業務を行っている」、「e1) 在宅患者の急変時に円滑に医療・介護の対応ができる地域体制を検討している」、「e2) 病院からの退院時に、円滑に在宅、地域に移行し、継続的な医療・介護を提供できるような地域体制を検討している」といった項目は、実施していないとの回答割合が医師会からの回答よりもさらに多かった。

表1 「医師会として次のような取り組みをどの程度実施していますか（市区町村等と協力して行っている場合も含む）」に対する回答の分布
（大阪府内 57地区医師会）

	医師会の取り組み 実施状況				総数
	十分実施している	おおむね実施している	あまり実施できていない	実施できていない	
a1) 医師会員、医療関係者、介護関係職員に対して在宅医療を推進するための研修を実施している	15 26.3%	27 47.4%	11 19.3%	4 7.0%	57 100.0%
a2) 医療と介護の関係者の連携を推進するためグループワーク等を取り入れた多職種協働研修を実施している	18 31.6%	33 57.9%	3 5.3%	3 5.3%	57 100.0%
b1) 地域住民対象の講演会や学習会を行っている	13 22.8%	31 54.4%	11 19.3%	2 3.5%	57 100.0%
b2) 医師会員が地域（町内会等）へ出かけて啓発活動や相談業務を行っている	6 10.5%	23 40.4%	15 26.3%	13 22.8%	57 100.0%
c) 地域の医療提供施設、介護施設、介護事業者の機能、連絡先等の情報を収集して、医療・介護の資源のリスト又はマップとして公表している	18 31.6%	29 50.9%	6 10.5%	4 7.0%	57 100.0%
d1) 病診連携、診療所間連携、医療介護連携などを進めるための協議の場が組織され、機能している	12 21.1%	28 49.1%	9 15.8%	8 14.0%	57 100.0%
d2) 日常生活圏域で地域包括支援センターが開催する会議に医師会から参画している	14 24.6%	21 36.8%	15 26.3%	7 12.3%	57 100.0%
e1) 医師会として在宅患者の急変時に円滑に医療・介護の対応ができる地域体制を検討している	8 14.0%	18 31.6%	18 31.6%	13 22.8%	57 100.0%
e2) 病院からの退院時に、円滑に在宅、地域に移行し、継続的な医療・介護を提供できるような地域体制を検討している	7 12.3%	18 31.6%	24 42.1%	8 14.0%	57 100.0%
f1) 地域の医療・介護関係者が情報を共有するために連携シート（情報共有シート）を活用している	7 12.3%	21 36.8%	17 29.8%	12 21.1%	57 100.0%
f2) かかりつけ医がケアマネジャーと連携できるよう、各開業医の連絡可能な時間帯を明示している	12 21.1%	23 40.4%	8 14.0%	14 24.6%	57 100.0%
f3) ICT（インターネット等を活用した情報通信技術）を活用した情報共有に取り組んでいる	4 7.0%	8 14.0%	15 26.3%	30 52.6%	57 100.0%
g) 医師会に在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口を置き、コーディネーターを配置している	6 10.5%	12 21.1%	7 12.3%	32 56.1%	57 100.0%

表2 「市区町村として在宅医療・介護の連携の推進に関し、次のような取り組みをどの程度実施していますか（医師会等と協力して行っている場合も含む）」に対する回答の分布（大阪府内 65市区町村）

	行政の取り組み 実施状況				総数
	十分実施している	おおむね実施している	あまり実施できていない	実施できていない	
a1) 医療関係者、介護関係職員に対して在宅医療を推進するための研修を実施	14 21.5%	30 46.2%	11 16.9%	10 15.4%	65 100.0%
a2) 医療と介護の関係者の連携を推進するためグループワーク等を取り入れた多職種協働研修を実施している	13 20.0%	37 56.9%	8 12.3%	7 10.8%	65 100.0%
b1) 地域住民対象の講演会や学習会を行っている	4 6.2%	26 40.0%	13 20.0%	22 33.8%	65 100.0%
b2) 地域（町内会等）へ出かけて啓発活動や相談業務を行っている	5 7.7%	15 23.1%	14 21.5%	31 47.7%	65 100.0%
c) 地域の医療提供施設、介護施設、介護事業者の機能、連絡先等の情報を収集して、医療・介護の資源のリスト又はマップとして公表している	13 20.0%	37 56.9%	6 9.2%	9 13.8%	65 100.0%
d1) 病診連携、診療所間連携、医療介護連携などを進めるための協議の場が組織され、機能している	16 24.6%	27 41.5%	10 15.4%	12 18.5%	65 100.0%
d2) 日常生活圏域で地域包括支援センターが開催する会議に医療関係者が参画している	8 12.5%	36 56.3%	13 20.3%	7 10.9%	64 100.0%
e1) 在宅患者の急変時に円滑に医療・介護の対応ができる地域体制を検討している	2 3.1%	10 15.4%	28 43.1%	25 38.5%	65 100.0%
e2) 病院からの退院時に、円滑に在宅、地域に移行し、継続的な医療・介護を提供できるような地域体制を検討している	1 1.5%	21 32.3%	26 40.0%	17 26.2%	65 100.0%
f1) 地域の医療・介護関係者が情報を共有するために連携シート（情報共有シート）を活用している	4 6.2%	26 40.0%	16 24.6%	19 29.2%	65 100.0%
f2) かかりつけ医がケアマネジャーと連携できるよう、各開業医の連絡可能な時間帯を開示している	12 18.8%	23 35.9%	9 14.1%	20 31.3%	64 100.0%
f3) ICT（インターネット等を活用した情報通信技術）を活用した情報共有に取り組んでいる	1 1.6%	11 17.2%	12 18.8%	40 62.5%	64 100.0%
g) 在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口を置き、コーディネーターを配置している	5 7.7%	10 15.4%	11 16.9%	39 60.0%	65 100.0%

以下、調査を行った7業務について、実施状況や実施できていない理由に関する自由記載内容をまとめる。

a) 在宅医療、医療・介護連携および医療機関連携に関する研修について

市区町村の回答では、医師会主導の研修会との共催をあげているところが多かった。内容が医療的な研修はほとんど医師会との共催である。その中で、大東市の取り組みは、産・官・医が協働し、目的別の研修やグループワークを行っており、先駆的なモデルケースである。

医師会の回答では、東淀川区の「こぶしネット」や泉大津市の「イカロスネット」など、地域で在宅医療や多職種連携のネットワークを構築し、その中心となっているところが多数ある。また、「大阪府在宅医療連携拠点支援事業」「大阪府転退院調整・在宅医療円滑化ネットワーク事業」等の事業を受託してきた医師会は、事業に沿った研修を行っていた。

研修会をどこが主催するかということで見ると、医師会主催の研修会が多い。その他、地域包括支援センター主催、地域で独自に立ち上げている連携ネットワークがあるところは、その事業としての研修が行われている。全般に市区町村が主催する研修が少なく、あったとしても、「大阪府在宅医療連携拠点支援事業」「大阪府転退院調整・在宅医療円滑化ネットワーク事業」等々の事業に合わせて行っている傾向がある。

研修内容としては、認知症関連のものが多く、次いで在宅医療、地域包括ケアなどがあがっている。認知症については、医師会との協働が図りやすく、行政側としても重要課題であるため、取り掛かりやすいようだ。多職種連携の研修では事例検討会等をグループワーク形式で行っているところも多かった。医師会が熱心な地域は行政も動いているようで、医師会が地域の在宅医療についての考えを明確に示すことが重要なポイントである。

b) 在宅医療・介護等に関する地域住民への普及・啓発活動について

地域住民に向けての啓発については、市区町村主催の健康祭りなどで講演会を開催すると回答したところが市区町村、医師会ともに多数であった。内容としては認知症関連が多く、認知症に対する市民の問題意識の高さがうかがわれる。認知症サポーターの養成講座を行っているところもあった。講師の確保が難しい、企画のマンネリ化という意見もあり、医師会どうしや市町村どうしで、いろいろな取り組みについての情報交換が必要である。

地域へ出かけての啓発活動については、市区町村としては、地域包括支援センターの活動をあげているところが多かった。医師会では、地域に出向いてまでの研修は難しいとの回答が多かったが、地域包括支援センターとの協働として、医師の派遣をしている医師会は多数あった。城東区医師会では、出前講座として地域住民への講演会を行っている。

c) 地域の医療と介護の資源の把握と情報公開について

地域の医療・介護資源や、提供サービスなどについては、市区町村、医師会ともに、おおむね把握していると思われる。医師会作成の医療機関マップなどは各医師会ともに作成し、地域住民などに配布している。また、介護サービスについても多職種連携の事業等で確認し、作成している市町村が多数あった。しかしサービス提供情報は作った当時のままで、2版、3版と更新していくことの困難さがうかがわれ、情報のアップデートができていないと回答したところも多かった。医師会のホームページなどでの情報公開も進んでおり、ホームページを作成している医師会のほとんどに医療情報をホームページ上に公開してい

る。公開する情報の内容や、更新の頻度が医師会により異なっている。

岸和田市医師会は「アットホームきしわだ」というウェブページを運営しており、ここに医療機関、歯科診療所、調剤薬局、訪問看護ステーションをはじめ居住系施設なども検索でき、また一覧で見ることができ、介護保険事業者については岸和田市が運営する検索システムにリンクするなど広範囲の情報公開を行っている。

この質問に関して市区町村は、「医師会が作成している」という回答が多く、医療機関等の情報公開は医師会が担うという傾向にある。

d) 在宅医療・介護の連携（ネットワーク）推進のための会議について

病診連携、診診連携などの連携会議についてはおおむねできているという回答が多かった。地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域の医療・介護の連携会議もおおむね開催されているようである。おおむねできていると回答したところでは、定期的な会議の開催（隔月、半年に1回等）が多かった。

行政主導モデルとしては、大東市、四條畷市が入退院連携について、2011年度から「大東・四條畷医療と地域ケア連絡会」として両市の高齢担当課（保健師、理学療法士、看護師、事務職）、両市の医療機関（看護師長、相談員）、介護支援専門員代表、地域包括支援センター、CSW（コミュニティソーシャルワーカー）、保健所、薬剤師会で会議を行っている。また、在宅医療と介護の連携については「大東市・四條畷市医療介護連携事業」の運営委員会、代表委員会として両市の高齢担当課（保健師、理学療法士、看護師、事務職）、両市の医療機関（看護師長、相談員）、介護支援専門員代表、地域包括支援センター、CSW、保健所、介護保険サービス事業所が参加する会議が行われている。

地域包括支援センターが開催する会議への参画について医師会としては、「出席している」という回答が多く、おおむねできているようである。「出席はしているが、参画しているとは言えない」という回答もあり、地域ケア会議の内容や進行なども地域によって差があることがうかがわれる。

e) 切れ目ない在宅医療と介護の提供体制構築について

在宅患者の急変時に円滑に医療・介護の対応ができる地域体制、病院からの退院時に、円滑に在宅、地域に移行し、継続的な医療・介護を提供できるような地域体制の検討については、半数以上の医師会が「あまり実施できていない」「実施できていない」と回答した。その理由としては、「病院によって対応が異なる」ために急変時の対応を患者家族、又は介護職に事前に説明できないことが大きいと思われる。急変時には医療の介入が必須であり、速やかな介護側から医療側への情報提供とともに、在宅医と近隣急性期病院との連携や、在宅患者に関する情報共有が必要である。浪速区医師会で導入されたブルーカードシステムを参考にしている医師会も多く、それぞれの医師会が他地区の取り組みを参考に、患者・家族に緊急時連絡先を提供するために、在宅療養支援診療所を増やす方策、お盆や年末年始など長期に休業する際のかかりつけ医同士の連携の構築、近隣病院と連携した在宅患者の急変時の受け入れ体制の構築等を推進する必要がある。

また、病院からの退院時の円滑な在宅への移行に関しては、「退院時（前）カンファレンスの必要性」と「医師会の在宅患者紹介・調整（コーディネート）機能」に関する自由記載が多くみられ、各病院の地域医療連携室と医師会が在宅医療・介護におけるコーディネートのための検討を積み重ねることが必要であると思われる。

f) 在宅医療・介護関係者間の効率的な情報共有のための支援について

情報共有の方法として、連携シート（情報共有シート）の活用、かかりつけ医がケアマネジャーと連携できるよう、各開業医の連絡可能な時間帯（ケアマネタイム）の開示、ICT（インターネット等を活用した情報通信技術）の活用などがある。

医療と看護・介護の連携シートは2009年に大阪府医師会と訪問看護ステーション協議会、大阪介護支援専門員協会とが共同で作成したもので、今回のアンケートでもその普及の効果が確認できた。医療介護連絡ノートあるいはカードを患者に携帯してもらうような取り組み、認知症をはじめとする疾患別、病態別に情報共有シートの作成などを多職種で検討している地域もみられた。さらに現場での活用に向けて今後も各医師会として普及に努める必要がある。

ケアマネタイムについては、近年では医療機関の特性に関する情報を公開している医師会も多くなり、また在宅医療・認知症診療の協力医療機関を載せるマップや冊子も作成されており、その中でケアマネジャーの連絡しやすい時間帯を明記している地域が多くなっている。

ICTの活用については、コスト面、セキュリティ面の理由から患者情報の共有をICTを利用して行うことに消極的な医師会が多く、一部の医療機関や介護事業所のみに限定されている。

g) 在宅医療・介護連携のための医療機関や介護事業者に対する相談支援について

医師会に在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口を置き、コーディネータを配置しているところは、3割ほどにとどまった。「在宅医療連携拠点事業」「大阪府在宅医療円滑化ネットワーク事業」などで在宅医療推進コーディネータや相談窓口を医師会に設置するところが増えているが、広く在宅医療・介護の連携・推進に関する相談機能を発揮している地域はいまだ少数である。多くの地区医師会にとっては持続的な人材の雇用が大きな障害となっており、設置を検討している医師会においては、既存の医師会内の人材の活用や、医療介護総合確保基金の利用等資金捻出の方策を考えなければならない。

市町村からの回答では、実施できていないという回答が多い理由には、「行政としては実施しては行かないが医師会が行っている、あるいは参画している」「医師会をはじめ関係団体の協力を得て実施（実施予定）している」等の記載が多くみられ、在宅医療と介護の提供や相互の連携に関しては医師会や多職種による会議の中で検討するものとしてとらえている市区町村が多い。また在宅医療における医師会の取り組み、特に医療連携に関する医師会の取り組みを行政が把握していないと思われる回答もみられ、今後、地域医師会と行政の相互の情報共有が必要であると思われた。

多職種連携会議に行政が参画している市区町村も多く、今後は行政のなすべきこと、医師会等行政以外のなすべきことを協議していくことが、地域の特性を生かした地域包括ケアシステムの構築につながるであろう。

IV 医師会が担うべき役割と課題

地域包括ケアシステム構築に向けて医師会が担うべき役割と課題を検討するにあたり、まず、地区医師会アンケート調査に記載された今後の方向性についての意見をまとめる。次に、本委員会での検討結果を記載することとする。

(1) 地域包括ケア、とりわけ在宅医療の推進、医療と介護の連携、認知症施策のために、地区医師会として今後とくに進めなければならないこと

地区医師会のおかれている地域特性、人口特性、医療環境、医師会活動状況によって、微妙に課題には相違がみられた。全体として多職種協働による地域包括ケアの推進は十分理解が進んでおり、今後とも必要なことであるという認識は一致していた。

行政、地域住民、介護事業者等との連携、多職種協働

社会福祉予算を抑制するためだけの地域包括ケアには異を唱えるべきで、介護者や地域住民に過度な負担を負わせない注意が必要とされるとの意見（藤井寺）や、地域包括ケア、特に在宅医療は、多職種、介護事業者、地域住民、行政との協働と相互理解が欠かせない（福島）、そのプロモーター（旗振り役）が必要（藤井寺）、地区医師会がその中心となるべき（河内）との意見がみられた。一方で、依然として医療と介護の相互理解の不足を指摘し、医療側の介護への理解のなさ、敷居の高さ（福島）の指摘がなされた。学術講演会、研修会などでも介護側へ大きく門戸を開いて、継続して地道に連携を図っていくことが必要（大東 四條畷）とされた。行政の協力がぜひ必要（天王寺）で、行政と医師会が両輪となって進めるべき（城東）。行政は地域包括ケアが必要なことは理解しているが、具体的な方法や計画の進め方が曖昧で、医師会側が積極的に組織作りを提案していく必要がある（河内長野）。人材確保、財政の面で行政の協力は欠かせない（河内長野）。府医師会は 府を通して、市町村に対し、医師会事業への協力を後押ししてほしいとの府医師会への要望（天王寺、河内長野）もみられた。

在宅医療の質・量の拡充

在宅医療に関しては、まず在宅医療を担う医師数の増加を図ることが 直近の課題（交野、高石、枚方、吹田、泉大津、西成、北 他）とされている。医師会員の高齢化（西成、河内長野）、医師の職住の分離（北）、多忙（住之江）および無関心（大東、四條畷）が 医師参画の阻害要因として挙げられた。講演会や勉強会を通して、一般医師の在宅医療に対する地道な意識の向上や啓発が必要（枚方、北、西）で、コーディネータによる情報提供と支援も必要（吹田）とされた。専門医でない医師が在宅で行えるマイナーな処置や麻薬による鎮痛法、レスピレーター機器操作など、実際的な研修を地区医師会で行い（松原）スキルアップを図ることが重要である。在宅医療に必要なスキル研修ビデオ作成も一つの方法で、府医師会への協力依頼（豊中）もあった。

在宅医療を担う医師の負担軽減、病診連携、診診連携

また、在宅医療を手掛けることによる負担、特に夜間、休日、旅行時などに対する在宅医の不安の重圧は大きく（布施、鶴見、枚岡 他）、診診連携、病診連携によるバックアップ体制の構築・強化（東淀川、西成、藤井寺）、特に緊急時や医療依存度が高まった時の

後方支援病院の充実（松原、枚岡）が要件とされた。地域内の病院や病院医師に対し、在宅医療への理解、啓発（レスパイト入院も含め）、お互いに協力体制を構築する働きかけも地域医療には必要（旭区）である。在宅診療が継続できなくなった時の協力受け入れ施設の充実（藤井寺）も指摘された。府医師会には、病院の機能分化が進む中、各病院が地域包括ケアと在宅医療にどのような役割を果たすのか、しっかり意見交換をお願いしたいとの意見（東淀川）があった。また、病診連携等の地域医療連携システムは、単独の郡市区医師会だけで解決は難しく、近隣医師会と情報交換、連携協力（東住吉）、利用病院や利用施設を含めて、二次医療圏での情報共有、活用連携（浪速）が必要とされた。

在宅診療では複数の疾患を併せ持った高齢者が多く、婦人科、泌尿器科、皮膚科、眼科などの診療科を含めた複数の医療機関によるチーム医療が必要である（旭、布施、鶴見）。在宅医療は各医療機関が少人数ずつ在宅患者をもつことが重要（布施）であり、医師会全体で広く薄く在宅診療をすることによる負担の軽減（旭）、自分がかかりつけ医として診ていた患者であれば看取りを行うには抵抗が少ない（鶴見）。「とことん医療」ではなく「ほどほど医療」の推進（住之江）の提言もみられた。

診療報酬制度等の在宅医療推進の条件整備

在宅医療を進めるうえで、在宅支援診療所での診療報酬請求事務や申請書類、報告事項の煩雑さを指摘する医師会（布施、東成、高石、門真）も多く、診療報酬請求研修（東成）やコーディネータにその役割を担っていただくのも方法（布施）、府医師会内に問い合わせ窓口を設置してほしい（門真）などの要望もあった。他診療科からの往診を含め、在宅医療における診診連携推進のための診療報酬の確立（旭、布施、枚岡、西淀川）、診療報酬の分配モデルの作成も必要（鶴見）とされた。在宅支援診療所が強化型在宅支援診療所の施設基準のハードル（4人緊急往診 2人看取り）を下げる（旭、北）ことも必要と思われた。一方、非医師会員による貧困ビジネスや在宅特化診療所の報酬不正請求が、施設在宅医療の報酬カットに結びついており、劣悪な非会員に対する情報共有や提供、監査を府医師会レベルで厚生局や保険者と協力して対応してほしい（城東）という声もあった。

市民の啓発

市民への在宅医療に対する啓発も重要な事項（住之江、貝塚、北、羽曳野）である。通院困難となった市民が、次には在宅医療があるという制度の周知徹底（泉大津）、病いや老いを抱えて、市民自身がどのような終末期を迎えるかを考える機会（河内長野）、「ほどほど医療」への理解（住之江）を含め、病院志向から在宅医療志向への方向転換を図ることが必要とされた。この様な市民への啓発を府医師会をお願いしたいとの意見もみられた。

在宅医療推進コーディネータ事業について

在宅医療推進コーディネータ事業に関しては、地域包括ケア、特に在宅医療を推進する上で、財政面でも人的面でもその補完となり、システムを進めていく上での大きな要素（住吉）とされ、コーディネータを活用した体制作りの重要性（河内長野）が指摘され、情報交換や支援を通して、コーディネータの活躍に期待（吹田、摂津）が寄せられた。同時に、同事業が人件費の補助のみとされており事業費に利用できない（旭、河内）、コーディネータが非常勤なので活用しにくい（門真）、また同事業終了後の雇用関係とその後の予算の確保（平野）など、多くの問題が指摘された。

情報共有のためのICTの活用

ICTの活用も在宅医療充実のために是非必要なツールとされた。実際の利用に関しての情報、知識、実践のノウハウが不足している（西）、逆に積極的にICT化に取り組み、クラウドサービスの構築を検討している地区もあった（浪速）が、いずれも経費面での支援依頼（摂津、枚岡、大東、四條畷 他）が多かった。

（２）医師会が担うべき役割と課題について

地域包括ケアシステム構築に向けて地区医師会が担う役割や課題については、前項までにすでに言及されているが、医師会活動としての取り組みの対象という観点から、本委員会での議論を以下４つの項目にまとめる。

行政に向けての取り組み

地域包括ケアシステムを構築する制度上の責任主体は市町村である。医師会をはじめ各種の専門職団体、医療や介護の提供機関、社会福祉協議会や市民団体等は、地域包括ケアの実現に向けて行政に協力していくことが求められている。様々な立場の組織が協働関係を築きながら、ネットワークを形成して、地域の課題やその解決のための対策について協議する場（地域ケア会議など）に、医師会も参画して協力をしていくことが必要である。医師会には医療の専門職団体として、地域支援事業に組み込まれた各種の事業、とりわけ在宅医療・介護の連携推進事業などに協力し、助言や提言を行う役割がある。

医療は地域包括ケアシステムの重要な構成要素である。地域包括ケアの中の医療は、主としてかかりつけ医による一次医療すなわち外来治療や在宅医療として提供されている。しかし、かかりつけ医の医療は、入院を含む二次医療や高度専門医療（三次医療）との連携なしには成り立たない。そのような医療の連携体制を構築するために、都道府県行政の中で医療計画や地域医療構想の策定が行われている。医師会には、医療計画や地域医療構想策定に協力するとともに、地域医療の連携体制の構築に尽力していく役割も求められている。

地域包括ケアシステムの対象は、現在の制度では主に高齢者に限定されているが、医療の対象は子どもから高齢者まですべての人々を含んでいる。地域包括ケアシステムは、本来、対象を高齢者に限定すべきではない。厚生労働省は2015年9月、新しい地域包括支援体制（全世代・全対象型地域包括支援）の構想をうちだした（厚生労働省新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討プロジェクトチーム「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現ー新たな時代に対応した福祉の提供ビジョンー」2015年9月17日）。医師会としても、全世代を対象とした地域包括ケアを構想し、行政に提言をしていく必要

がある。

地域医療介護総合確保基金を活用した大阪府の「在宅医療推進事業」において、2015年度は大阪府内の34か所の地区医師会が在宅医療推進コーディネータを配置し、在宅医療の拡充に取り組んでいる。本事業は、地域包括ケアシステムを構築する基盤整備のために重要なものである。在宅医療推進コーディネータの取り組みを継続して実施していくための予算措置のあり方が、今後、課題となつてこよう。本事業を継続するために、医師会として行政との協議を継続する必要がある。

医師会員、地域の医療機関に向けての取り組み

在宅医療の拡充に向けて在宅医療に従事する医師を増やすことが課題である。このため、地区医師会では現在、在宅医療推進コーディネータを配置し、医師会員を対象とした調査、情報提供、研修会等の活動を進めている。こうした取り組みをさらに推進し、普及させていくことが求められている。

在宅医療の推進と併せて、地域医療全体の質の向上を図り、地域医療のための連携体制を構築していくことも課題である。そのために、医師会として地域の病院に働きかけて病診連携を推進する、病院関係者に在宅医療への理解を深めてもらう、などの取り組みが進められている。また、診療所間の連携を通じて、在宅主治医と他の診療科医師との連携を図ったり、強化型在宅療養支援診療所への取り組みなどが行われている。前述した地域医療構想策定への参画と併せて、個々の医師会員や関係職種への働きかけが必要である。

在宅医療を担っている医師が医師会に加入していないことがあり、医師会として地域医療の推進を図るうえで障壁になっているとの指摘がある。医師会という専門職団体の活動は公益性を追求するもので、自らの資質向上を目的としていること、地域包括ケアシステムや地域医療体制の構築に医師会としての取り組みが不可欠であることなどを理解してもらい、会員層を厚くしていくことも課題である。

他の関係職種に向けての取り組み

在宅医療を含むかかりつけ医としての医療は、他の医療・介護職種との連携なくして進めることはできない。地域において医師会は、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、その他の医療関係の専門職団体、介護支援専門員や介護関係者の団体などとの連携を図り、個別の事例において多職種協働の支援が円滑に提供できるような基盤を作り出していくことが求められている。そのためには、医療と介護の関係者が共同で取り組む学習会、研修会を活発にしていくことが重要である。また、市町村や日常生活圏域で開催される協議の場（地域ケア会議など）を通じて、多職種・多機関のネットワークを作り出すことが必要である。個々の事例の支援において、多職種チームとして情報を共有する方法を普及させていくことも課題である。

市民に向けての取り組み

地域包括ケアシステムおよび地域医療体制を実現し円滑に運営していくことは、それを利用する市民の理解なくしては困難であろう。制度改正や新たな事業導入が相次ぎ、専門職にとっても医療・介護・福祉の環境変化を理解していくことが大変であるのに、一般の市民がこうした新たな制度を理解していくことは並大抵のことではない。今後重要となってくる在宅医療における看取りへの対応なども、市民の理解なくして進めることはできな

い。医師会は、地域住民が参加する講演会や学習会などの機会を作り出し、市民の理解を促進するとともに、市民とともに歩む姿勢をもつことが重要である。

おわりに

地域包括ケアシステム構築に向けた医師会が担うべき役割と課題について、主に地区医師会を中心に述べてきた。大阪府医師会は、地区医師会の取り組みを支援するとともに、広域の視点から次のような役割を担う必要がある。

まず、地域の取り組みにはそれぞれの地域の特性があり、一様に進んでいくわけではないが、より進んだ地域の取り組みから学びながら、他の地域に適用できるものを広げていくことは大切である。府医師会として、地域における取り組みの情報を広く地区医師会と共有し、普及させていくことが求められる。

また、地域包括ケアシステム構築に重要な役割を担う人材研修の取り組みがある。在宅医療コーディネータの研修、かかりつけ医のための各種の研修、認知症サポート医の研修などを通じて、地域の医療とケアの質を高めていくことが必要である。

行政との協議や行政への提言という観点からは、府レベルや国レベルで取り上げるべきものについて府医師会として対応していくことが求められる。