

2018・2019 年度

－ 地 域 包 括 ケ ア 推 進 委 員 会 －

「尊厳の保障と自立支援に資する地域包括ケアシステムの
深化・推進へ向けて」

令和2年3月

日本医師会地域包括ケア推進委員会

令和 2 年 3 月

日 本 医 師 会 長
横 倉 義 武 殿

日本医師会 地域包括ケア推進委員会
委員長 中尾 正俊

答 申

本委員会は、平成 30 年 12 月 5 日開催の第 1 回委員会において貴職から受けました諮問事項「尊厳の保障と自立支援に資する地域包括ケアシステムの深化・推進へ向けて」について、2 年間にわたり 7 回の委員会（小委員会を除く）を開催し、鋭意検討を重ねてまいりました。この度、2018・2019 年度の答申書を取りまとめましたので、ここに答申いたします。

2018・2019 年度地域包括ケア推進委員会委員

委員長	中尾 正俊	大阪府医師会副会長
副委員長	池端 幸彦	福井県医師会長
副委員長	鈴木 邦彦	茨城県医師会理事
委員	馬岡 晋	三重県医師会副会長
委員	上戸 穂高	長崎県医師会常任理事
委員	桑野 恭行	福岡県医師会常任理事
委員	長島 徹	栃木県医師会常任理事
委員	西岡 昭規	和歌山県医師会理事
委員	平川 博之	東京都医師会副会長
委員	廣澤 信作	埼玉県医師会常任理事
委員	鉾之原 大助	鹿児島県医師会副会長 (R2.1.24 まで)
委員	水谷 匡宏	北海道医師会常任理事
委員	村上 秀一	青森県医師会副会長
委員	山上 敦子	徳島県医師会常任理事
委員	吉沢 浩志	新潟県医師会副会長
オブザーバー	櫃本 真事	日本医師会総合政策研究機構客員研究員

(順不同 敬称略)

目 次

はじめに～委員会の答申取りまとめにあたり～	1
-----------------------	---

第1章 総論

「尊厳の保障と自立支援に資する地域包括ケアシステムの深化・推進へ向けて」

1. 地域包括ケアシステム概念	2
2. 地域包括ケアシステムのコンセプト	2
3. 地域包括ケアの基本理念	3
4. 地域包括ケアの構成要素	3
5. 地域力推進に向けた地域包括ケアシステム構築 10 か条	4
6. 「多死」を支え「予防」を推進する「令和時代」	5
7. 極めて重要となる「意思決定支援」	6
8. 介護政策への発信	7
9. 介護人材確保の革新の本質	8
10. かかりつけ医への期待	9

第2章 各論

1. 地域包括ケアシステムにおける取り組みの見直し	1 1
(1) 主治医意見書の重要性	1 1
(2) 地域包括支援センターにおける地域ケア会議の役割と機能強化	1 2
(3) 地域におけるリハビリテーションの推進	1 2

2. 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けての施策	1 3
(1) 地域支援事業の推進と活用	1 4
(2) 認知症対策	1 4
(3) 介護医療院の推進	1 5
(4) 有床診療所の役割と活用	1 5
(5) ACP と「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに 関するガイドライン」について	1 6
(6) かかりつけ医の「社会的処方」による地域へのアウトリーチ	1 7
(7) 介護現場革新と人材確保	1 7
3. 在宅医療体制の構築に向けて	1 8
4. 地域包括ケアを支える病院との連携	1 9
5. 地域住民の意識改革へのアウトリーチ	1 9
6. 地域包括ケアシステムの取り組みにおける諸課題	
(1) 地域包括ケアシステムと産業保健	1 9
(2) 地域包括ケアシステムと救急医療	2 0
(3) 地域包括ケアシステムと災害対応	2 1
おわりに	2 2
参考資料	2 3

はじめに～委員会の答申取りまとめにあたり～

今期委員会では、横倉会長から「尊厳の保障と自立支援に資する地域包括ケアシステムの深化・推進へ向けて」というテーマで諮問をいただいた。これからの医療・介護の方向性として、地域包括ケアシステムにおいて個人の尊厳と自立支援を重視する視点から深化と推進を図ることが必要であり、医師会やかかりつけ医をはじめ、すべての医師が地域づくりに主体的・積極的に関わっていくことが求められている。今期より介護保険委員会から地域包括ケア推進委員会と名称変更したことも踏まえ、この答申が、医師会会員はもとより、多くの人に地域包括ケア推進に向けて活用していただけるよう、一考をお願いするものである。

第1章 総論

「尊厳の保障と自立支援に資する地域包括ケアシステムの深化・推進へ向けて」

1. 地域包括ケアシステムの概念

「地域包括ケアシステム」は、誰もが障害や認知症があっても住み慣れた地域で住み続けることのできるシステムである。住み慣れた地域は自己の選択によるとされ、日常生活圏域は30分圏内の中学校区程度とされている。地域包括ケアシステム構築の本質は「まちづくり」であり、日常生活圏域のなかにケア付きコミュニティを作ることなどを目的とし、既存の機能や社会資源のネットワークをできる限り活用することを前提としている。自治体の進める地域包括ケアシステムの構築に関する基本指針によると、同一の目的の達成のために、地域内の専門職や関係者に共有される状態、すなわち、「規範的統合」を推進することが重要である。

2. 地域包括ケアシステムのコンセプト

我が国で用いられている地域包括ケアには、2つの独立したコンセプトとして、Community-based care（地域を基盤としたケア）とIntegrated care（統合型のケア）がある。近年、この2つの方針をケアの中で統合させて組み込もうという議論が世界的に活発化している。“ご当地システム”である Community-based care ではガバナンスが重要となり、医療と介護の連携にみられる Integrated care においては、マネジメントが重要となる。

Community-based care では、地域の特色に応じたシステムを構築する視点が欠かせない。地域包括ケアシステムは全国津々浦々同一のシステムを構築するように国から命じられているわけではない。地域づくりを行うかどうかの目安は人口5,000人とも言われ、人口過疎地域や限界集落では社会資源を投じるよりも別の方法論を考える方が得策かもしれない。例えば、救急医療や日常の通院の医療アクセスをどう確保するか、短期集中的に行う生活期リハビリテーションを受けるための介護アクセスをどう確保するか等について検討が求められる。社会資源の少ない人口過疎地域も含めて、各地域には従前からの慣習に伴う住民の医療のかかり方や介護サービスの利用の仕方が存在しているため、機械的に算出されるサービス必要量のみならず、地域の風土を尊重すべきである。大切なことは、自治体や地域住民、関係者が主体となって、地域づくりをどうすべきかについて真剣に議論し、納得のいく地域包括ケアシステムを自ら構築していくことである。

Integrated care は、医療ケアにおける分断を減らし、異なる組織でのサービ

ス提供の間の継続性や調整を高めるという目的を持つ体制であると定義づけられる。従って、医療と介護の連携を核として、関係団体を取りまとめる医師会の役割の重要性が高まっている。

以上により、地域包括ケアシステムの概念は、職種・事業種別・組織を越えた規範的統合の下に展開される機能統合であり、Community-based integrated care system と表現される。

3. 地域包括ケアの基本理念

地域包括ケアシステムの基本理念は、「尊厳の保持」、「自立生活の支援」と「規範的統合」である。高齢者の「尊厳の保持」とは、高齢者が自ら住まいや必要な支援・サービス、看取りの場所を選択する社会の在り方であり、その意思を尊重するための支援・サービス体制構築に関する適切な情報提供、意思決定支援が不可欠となる。意思決定については成年後見人や家族であっても代理できないため、今後、認知症の初期段階あるいは認知症を発症する前からの家族などによる本人の意思確認の必要性も高まる。

高齢者ケアにおいては、心身の状態の変化や「住まい方」（家族関係や近隣・友人との関係性）の変化に応じて、医療・介護・予防・生活支援を適切に組み合わせ提供することにより、「自立生活の支援」に結びつく。なお、急激な変化により生じるリロケーションダメージは、自立支援の観点からも必要最小限に抑えられることが望ましい。

高齢者の「尊厳の保持」と「自立生活の支援」は介護保険の目的にも明記されている。介護保険は共助の精神に則り、リハビリテーション前置主義のスタンスをとっており、生活支援的な「お世話サービスの提供」は想定されておらず、自立支援のために不足している部分を補うための保険制度であることは、今一度留意する必要がある。

高齢者の「尊厳の保持」、「自立生活の支援」のための仕組みを「住み慣れた地域」で実現するために、自治体は中心的な役割を担うが、地域包括ケアシステムの構築は、地域住民の参画のもとに決定すべきであり、自治体には、地域住民に加えて支援・サービスに携わる事業者や団体などにも働きかけ、目標像を共有していく「規範的統合」が求められる。

4. 地域包括ケアの構成要素

地域包括ケアシステムの構成要素には、「本人・家族の選択と心構え」、「住まいと住まい方」、「生活支援」、「医療・介護・予防の一体的な提供」がある。「本人・家族の選択と心構え」では、養生というセルフケアの考え方、自己決定に対する支援が重要とされている。「住まいと住まい方」においては、すべての「住

まい」が「住み慣れた地域」での生活を保障するために、自己の選択した「住まい」においても必要な医療や介護が適切に受けられる体制が求められている。セルフケアの観点から、認知症予防・重度化防止の取り組みが地域支援事業や介護保険サービスにて蓄積され、より効果的な手法が開発されることが期待されている。「生活支援」では、本人や家族が気軽に相談したり立ち寄りたりする、地域における「包括的な生活支援の拠点」の必要性が論じられている。このような拠点は、相談支援、地域住民の交流、不安感の解消、支援サービスの周知、早期対応、生きがい創出、閉じこもり予防など運営方法によって多様な効果が期待できる。「医療・介護・予防の一体的な提供」では、介護予防、重度化予防、急性疾患への対応、入院・退院支援、看取りが挙げられている。その際、介護職は「医療的マインド」を持ち、医療職は「生活を支える視点」をもって連携することが大切となる。

5. 地域力推進に向けた地域包括ケアシステム構築 10 か条

1. 本質は「地域づくり」「まちづくり」
2. 「住民」が主人公として取り組む総力戦
3. 地域課題を踏まえ住民と共に築く「ご当地システム」
4. 「医療介護連携」から「異業種・異分野連携」へ
5. 「自助」「互助」は不可欠
6. 「全世代対応型システム」の構築
7. 若者や子供たちの「住み慣れた地域」の視点
8. 医療も介護も「生活の視点」の重視
9. 地域に一員として「地域づくり」へ参画
10. 地域力を左右する地域への「愛着」「想い」

前回の答申でも提唱された「地域包括ケアシステム構築 10 か条」を示させて頂く。地域包括ケアシステムの本質は、地域づくり・まちづくりであり、その構築は、全国一律の社会保障制度と地域の実情に応じた取り組みであり、地域の課題を踏まえたご当地システムと言われる所以である。地域づくりの主体である地域住民を中心として、行政、関係団体、あらゆる社会資源を用いて構築する総力戦となる。

地域包括ケアシステムにおける多職種連携では、異業種・異分野との連携が中心となる。医師会やかかりつけ医が町内会、老人クラブ、民生委員、商工会等と交流し連携を図り、地域の医療・介護の課題、高齢者や認知症の方の生活支援等を地域づくりの視点で共に考え合うことが極めて重要となる。地域包括ケアシステム推進の最大の原動力は、地域力を高めていく住民の地域への愛着、想いである。住み慣れた地域での生活への自己選択、仕事をさせて頂いている地域への

馳せる想いと住民一人ひとりの意思の尊重により地域包括ケアは深化・推進する。

6. 「多死」を支え「予防」を推進する「令和時代」

平成 30 年簡易生命表によると、男性の平均寿命は 81.25 歳、女性の平均寿命は 87.32 歳であり、毎年伸びを示している。2007 年生まれの日本人の 2 人に 1 人は 107 歳に到達するという研究報告もある。日本老年学会（老年関連 7 学会で構成）と日本老年医学会からは、高齢者の身体状況や活動能力を科学的に検証した結果、10～20 年前と比べて 5～10 歳若返り減少が見られ、高齢者の定義を 65 歳以上から 75 歳以上に見直すべきとの提言もなされた。実際に、新体力テストや歩行速度調査等も同様の結果を示し、2012 年度の「団塊の世代の意識に関する調査結果」（内閣府）においても、高齢者を 65 歳以上とした回答は全体の 1 割程度であった。

自他ともに高齢者の若返りが認識される一方で、平均寿命と健康寿命の差が男性で約 9 年、女性約 12 年となっている。近年、健康寿命の伸びが平均寿命の伸びを上回っているが、依然両者の開きは大きい。令和時代は、2039 年に死亡者数 166 万人のピークを迎え、多くの方が亡くなられる「多死時代」であると共に、健康寿命の延伸と介護予防を確立する「予防時代」でもある。「多死時代」においては、国民一人ひとりが自分らしい人生の最期を迎えるためには、後述する意思決定支援が極めて重要になる。

介護予防・健康づくりの推進において医学的根拠に基づいた取り組みを推進するためには、かかりつけ医や関係団体との緊密な連携を深めていくことがポイントとなる。また、現在の施策である介護予防は、「要介護者の重度化防止」に力点が置かれているが、もう一つの柱である「要介護者の発生防止」にも力を注ぐべきであろう。要支援・要介護の原因は、脳卒中・認知症・フレイルで 5 割を占め、多くは、生活習慣病に起因する。従って、20 歳代から 40 歳代にかけての生活習慣が将来に影響を及ぼすことになる。例えば、健康経営の観点から経営者の自覚のもと、国が予算を投じて血液検査の機会を増やす等の従業員健診の充実を図り、保健指導へ繋げていくことも一方策として考えられる。「予防時代」となる令和時代に健康寿命が延伸し、我が国が健康長寿大国を極めることを期待するが、不幸にして、障害や認知症、要介護状態をきたしても、誰もが誇りを持って暮らせる共生社会、即ち、誰もが排除されない包摂的社会の実現が求められている。

7. 極めて重要となる「意思決定支援」

厚生労働省は「終末期医療」という表現は、一般的に余命幾ばくも無いと誤解され、本人の視点で表現した場合に相応しくないと判断し、「人生の最終段階における医療」へ表記を改めた。例えば、脳卒中後の嚥下障害により誤嚥性肺炎を発症するステージを「人生の最終段階」と想定している。平成19年5月に厚生労働省が示した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」も平成27年3月に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に改称された。さらに、平成30年3月には、医療現場以外の在宅や介護施設でも普及を促進するため、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に改められ、これまでの「患者」を「本人」に変更し、意思表示ができなくなる可能性があるため本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である旨が追記修正された。

医療専門職が患者や家族に対して説明する際に、現存する問題点に対して、合意を形成する情報提供を行い、提供された情報について患者や家族が理解を深めているかどうかについて確認を行うことが重要となる。一方で患者に寄り添うことで患者自身から最善の選択にかなうための情報を教えてもらう態度が医療専門職には求められる。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」のポイントを示す。

- ①医療・ケアチームで考えること、1人の医療者で独断的な判断をしないこと
- ②徹底した合意形成主義で、何より本人の意思を尊重し、家族の気持ちに寄り添う
- ③体も心も苦痛の少ない状態でなければ、人生の最終段階における医療において意思決定は難しくなるため、緩和ケアが重要である

「患者の意思の確認ができる場合」に、患者の意思決定能力の評価や患者の理解を高める説明方法を考慮する。「してほしいこと」のみならず、「してほしくないこと」に留意する。「患者の意思が確認できない場合」は、事前指示やアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の有無について、家族、かかりつけ医等に確認する。

患者の意思が確認できない場合は、家族等の代理決定者が患者にとってふさわしいかどうかを踏まえ、医療・ケアチームで慎重に判断するプロセスでは、チームの全職種が『本人の幸せ』を願っていることが肝要となる。病態などにより医療内容の決定が困難な場合や家族の中で意見がまとまらない場合には、複数の専門家で構成された委員会から治療方針の決定や助言を得ることとなる。

求められるべきは、一連の意思決定プロセスにおいて、本人の意思決定を周囲の皆で支え、本人の価値観、人生観に寄り添い共に考える姿勢である。医師と本人双方が意思決定に関与する「Shared Decision Making：相互参加型モデル」が推奨されており、胃瘻の是非を問うものではなく、話し合いのプロセスを重視し、そのプロセスから得られた結果を尊重することが大切である。

8. 介護政策への発信

＜地域医療構想から「地域医療介護構想」へ＞

地域医療構想における医療提供体制は、都道府県を中心に急性増悪や救急時にも備えるべく整備されている。一方、地域包括ケアシステムは、市町村を中心に日常生活圏域で暮らし続けるための地域づくり・まちづくりである。地域包括ケアシステムの構築には、医療提供体制の整備が不可欠であり、安心して退院するためには、地域包括ケアシステムの充実が不可欠となる。従って、この両者は、相補的かつ密接不可分な関係にあり、地域医療構想の実現と地域包括ケアシステムの構築は、一体的に論じられる必要がある。

地域医療構想における実現のための最大のテーマの一つは、医療区分 1 の 70%＋地域差解消分の新たな 30 万人を加えて計 130 万人を全国の圏域で入院外医療、即ち、自宅や高齢者住宅、介護施設等の在宅系医療で受け止めることが出来るかどうかであり、医療だけでは完結せず、地域包括ケアシステムが構築されないと地域医療構想は絵に描いた餅となる仕組みとなっている。介護の行政担当や介護事業者等関係者も地域医療構想調整会議に参加し「地域医療介護構想」として取り組み、介護保険事業計画に活かす必要がある。

＜地域におけるリハビリテーションの提供体制＞

リハビリテーションは、提供者側の都合を優先することなく、必要な利用者に、必要な時期に、必要な量が過不足なく提供されることが重要であり、介護保険事業計画においても地域のリハビリテーションの提供体制や提供量について十分に検討すべきである。

また、介護保険はリハビリテーション前置主義とも称され、住民にリハビリテーションの意識を高めることも必要になる。地域リハビリテーションの体制は、都道府県リハビリテーション協議会、都道府県リハビリテーション支援センター、地域リハビリテーション広域支援センターから構築されており、市町村における一般介護予防の地域リハビリテーション活動支援事業と連携する仕組みとなっているが、一般的にあまり活性化されていない。市町村が対応に苦慮している現実もあり、医師会によるマネジメントが期待される。

＜科学的介護への提言＞

科学的介護における CHASE(Care, Health Status & Events) の情報収集にあたり、自立支援と尊厳の保持に大きく影響する日中の過ごし方のデータを是非蓄積すべきである。医療の科学と介護の科学は異なり、医療は対象が疾患であるのに対し、介護は対象が生活となるので、日中のベッド離床時間、本人の意思・趣向に基づいたアクティビティの提供、日中の着替え、外出の頻度、日々の食事・排泄・入浴ケアの在り方が自立支援に影響する。従って、データベースの構築にあたり、基本情報や介護レセプト等以外のこれらの「生活の質の評価」を網羅すべきである。

＜介護医療院＞

介護医療院は、単なる転換先の受け皿ではなく、住まいと生活を医療が下支えする新たなモデルとして創設された。生活施設の機能重視を明確化すると共に、医療提供施設として、要介護高齢者の長期療養・生活施設としてサービスが提供される。

介護医療院においては、利用者の尊厳の保持と自立支援を理念に揚げ、在宅療養も支援すると共に、地域に貢献し地域に開かれた交流施設としての役割を担うことが期待される。人生の最期まで尊厳が保障された看取りも重要な役割となる。

在宅療養支援も行えるように介護医療院では、通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション・短期入所療養介護の実施が可能となっている。利用者の多くは、重度要介護者が想定されるが、介護医療院と在宅を往来することや在宅復帰を目指す利用者に応え、支えることも役割の一つとなる。

これらの運営事業者の努力の集大成によって、利用者の意思を尊重し、自立支援へ向けた療養と生活の視点が融合し、「尊厳を保障する介護医療院」が実現化した時に国民から歓迎されるものとなるであろう。

9. 介護人材確保の革新の本質

介護人材確保には、介護という仕事の本質に踏み込んで考える必要がある。介護ロボット・センサー・ICT は人材確保対策というよりテクノロジーの進歩に応じて当然普及していくべきものであり、外国人材確保、介護助手等も講じるべき方策であるが、力を入れるべきは、日本人の介護人材の確保である。

介護は人が人に濃厚にケアを施す究極のサービス業であり、その醍醐味である最大の魅力は、職員自身が行ったケアによってかかわった利用者が元気になり、笑顔が出たりすることであり、その際には、この上ない喜びを感じるものである。

介護事業所の離職率の二極分化の傾向が示されているが、10年、20年以上勤務している職員がなぜ長く勤務を続けることが出来たのか、どういう事業所が職員の勤務年数が長いのか、職場の人間関係はどうであるのか、利用者との関係性はどうか等について、また、新たに介護業界を志した新人介護職員にもやりがいなどをヒアリングし、働きやすい快適な職場環境づくりを通して、人材確保の革新に迫るべきである。

介護に対するイメージについて、ネガティブな項目より、社会的に意義のある仕事、やりがいのある仕事、自分自身も成長できる仕事として着目すべきである。法人や事業所の理念・方針、働きやすい職場環境、職場の人間関係、利用者との関係性等の様々な要因が複雑に絡み合う中で、対応を検討し、介護職員の自己実現や介護現場の職員のみならず、これから介護を志す方々の心に響く方策が不可欠となっている。

10. かかりつけ医への期待

かかりつけ医の機能には、医療的機能と社会的機能の二つの機能がある。医療的機能では、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、自己の専門性に基づき、医療の継続性を重視した適切な診療を行い、自己の範疇を超える様々な診療科にわたる広い分野において、地域における連携を駆使して、的確な医療機関への紹介（病診連携・診診連携）を行い、患者にとって最良の解決策を提供することとされている。また、自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもちかける保健、医療、福祉の諸問題に、なんでも相談できる医師として全人的視点から対応することが求められている。

一方、社会的機能においては、日常行う診療の他には、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行うこととされ、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療に理解を示すことが望ましいとされる。

現在、我が国の介護予防の取り組みとして、各地の住民主体の通いの場における取り組みをより効果的・継続的に実施するために、医療介護専門職等の連携や専門職の関わり方が議論されている。また、市町村が取り組む地域ケア会議やフレイル対策についても専門職の関与が期待され、地域の随所で専門職が関わることによる取り組みの質の向上が求められている。

要支援・要介護の原因は、生活習慣病関連が5割、老年症候群関連が3割であり、また、脳卒中・認知症・フレイルで5割を占めるため、介護予防の取り組みでは、日ごろの生活習慣や健康管理、基礎疾患のコントロールは重要な要素と

なる。通いの場にかかりつけ医が参加し、気軽に相談に乗ることにより、取り組みの質の向上が期待され、例えば、フレイル対策では、筋肉の負荷運動と必須アミノ酸摂取の二者同時介入のみに医学的成果が認められており、参加者との会話により日頃の運動習慣や食生活へのアドバイスも可能である。また、血圧計や体重計を持ち込むことにより、健診の受診勧奨や食事療法の話題に楽しく花が咲き、内服薬の話へ発展し、時にはポリファーマシーのアドバイスにもなり得る。認知症カフェに認知症サポート医が順次訪れて、楽しく語り合いながら日常生活支援に繋がる事例も存在する。

もちろん、これらは、医療保険・介護保険とは異なるインフォーマルサービスであり、義務付けられているものではないため、かかりつけ医に時間的余裕があり、地域づくりへ参画したいという意思がある場合に貢献できる取り組みである。一方で、かかりつけ医による地域包括ケアの推進には、かかりつけ医しか出来ない取り組みも存在する。例えば、今は寝たきりや意識障害であっても、誰しも普通の暮らしをしていた元気な頃があり、仕事に精を出したり、家族との団らんを過ごしたりされていたはずである。かかりつけ医が、そこに想いを馳せながら寄り添い、心が通じ合うことで住み慣れた地域での生活が実現するはずである。生涯その人らしい人生の最期の実現は、かかりつけ医の大きな役割である。ひとりの人生の最期までの「尊厳の保障」、これこそがかかりつけ医の最大の使命である。

第2章 各論

1. 地域包括ケアシステムにおける取り組みの見直し

今後、地域包括ケアシステムを構築し深化・推進するにあたり、医療・介護費の削減を目標にした課題解決的な取り組みに終始するのではなく、我が国における高齢者数がピークを迎える2040年頃を目標に、就労も含めた元気高齢者をいかに育成・支援するか、そして地域をいかに活性化していくかということも重要である。さらに、地域格差の多い医療・介護資源の中で、地域ごとに“ご当地医療・介護”を考え、セルフケアや地域力を引き出すような取り組みが必要になる。

我が国の将来ビジョンにおいて、社会保障制度の基本的な考え方として、持続可能な医療・介護サービスの提供に必要な財源を確保しつつ、公助・自助・互助・共助、そして共生の原則を踏まえることが求められる。さらに、地域の実情や人口動態を考慮し、少子高齢化の将来、特に共生社会の実現に向けてそれぞれが自らの地域の目指すべきイメージを描くことが大切である。

そのためには、新しい事業を立ち上げる前に既存事業を見直すべきであり、以下の(1)～(3)の3点については、現状の分析と課題を明らかにし、改善・改革を図ることが重要である。特に、医師会やかかりつけ医が果たす役割や地域からの期待度は高く、より一層の参画が期待されている。

(1) 主治医意見書の重要性

地域包括ケアシステム構築において、主治医にとって最も重要なツールとして「主治医意見書」があげられる。医療的機能である疾病管理はもとより、社会的機能における社会的処方重視した意見書の活用は、尊厳の保障や自立支援の観点から、地域包括ケアシステムの深化に欠かせない。社会的処方としての主治医意見書を作成するには、利用者本人にとって、今後起こりうる問題を考慮し、本人の暮らしに対して総合的なアプローチを考えることが大切である。例えば、アルツハイマー型認知症の独居老人を診察したケースで、自宅に閉じこもることにより心身に悪影響を及ぼしている場合、保健師や相談員に「日中の居場所確保」や「日常生活支援の必要性」を示唆することが社会的処方と言える。

また、医療者や介護者に求められる地域包括ケアマインドは、一朝一夕に醸成できるわけではなく、早い時期から地域包括ケアの基本理念やそのマインドを学ぶことが重要である。現在、地域包括ケアの基本理念を学ぶための機会として一部の医師会では、大学医学部と連携し、カリキュラムの中に主治医意見書や介護保険制度の講義を盛り込むなどの取り組みも行われている。また、生活面の情報を病院に提供する貴重な情報資源にもなる主治医意見書予診票を作成し、活

用するなどの工夫も見受けられる。

それには、社会的処方のためのツールとして、主治医意見書が十分に活用されることが重要であり、主治医意見書の内容がケアプランの作成にさらに反映されることが検討課題となっている。主治医意見書については、内容が難解で医師以外には理解しづらい、主治医が交代した場合などプライバシーの問題により前主治医が作成した意見書を入手することが難しい、都道府県医師会が実施する主治医意見書作成に関する研修会における受講者の固定などの課題や問題点も指摘されている。主治医意見書の普及活用について、これらの課題解決と地域包括ケアのマインドを有する医療・介護の人材育成を行うことが求められている。

（２）地域包括支援センターにおける地域ケア会議の役割と機能強化

地域包括支援センターが、介護予防ケアマネジメント業務等個別ケースの対応に翻弄され、重要な役割でもある政策形成機能などに繋がる地域ケア会議運営の重要な機能を果たせていない状況にある。「地域包括支援センター業務を見直すべき」との声も多く、早急な改善策を図る必要がある。

一方、行政の縦割りによって、上記の機能が介護担当者だけに委ねられては、医療関係者等を巻き込んだ地域づくりとして広がりにくい。今後、行政と医師会の連携のもとに地域包括支援センターが全世代型の地域包括ケアシステム構築に取り組めるよう、地域包括支援センターと医師会およびかかりつけ医のさらなる連携強化が求められる。その中で医師会とかかりつけ医が地域ケア会議における多職種連携に向けて積極的に参画することが重要である。

（３）地域におけるリハビリテーションの推進

地域リハビリテーションは、高齢者や障害者が、たとえ介護を必要とするようになっても、住み慣れた地域で生活が続けられることを基本理念としている。活動推進にあたっては、「まちづくり」の観点のもと、尊厳の保障と自立支援に資するシステム構築が不可欠であり、都道府県医師会、郡市区医師会の積極的な関与が重要である。

都道府県医師会、郡市区医師会の連携のもと、しっかりとした地域リハビリテーション提供体制を構築し、医師会が市町村の窓口となり、市町村が行う地域リハビリテーションの取り組みにおいては、提供の継続性、リハビリテーションの質の向上が重要であり、そのためには、強固な提供体制が不可欠となる。都道府県医師会は、都道府県行政や職能団体等と連携し、現行の仕組みである地域リハビリテーション協議会等に関与し、リーダーシップを発揮することが、地域の実情に応じた地域リハビリテーション支援体制の構築の推進の鍵となる。組織を

医師会の中に設けることも一つの方策である。

現在、地域支援事業における一般介護予防事業において、医療専門職等の関与の促進を図るため地域リハビリテーション活動支援事業が行われているが、事業の質の向上と更なる活用のためには、市町村が安定的に医療介護専門職を確保できる仕組みを作ることが課題とされている。例えば郡市区医師会においては、市町村からのリハビリテーション専門職等の派遣要請について窓口となり、会員の医療機関や介護事業所等に協力を依頼するといった体制を整備すること、安定的な人材派遣に繋がると考えられる。なお、全国には規模の小さい郡市区医師会もあることから、義務とするのではなく、都道府県医師会等による支援も望ましい。

その他、地域リハビリテーション活動の質の向上においては、地域づくりの視点で活動できる人材育成のための研修体制の強化等、多様な役割があり、医師会は様々な場面で活動に関わることが求められている。

一方、医療・介護現場では、かかりつけ医として、リハビリテーションに関わる機会が飛躍的に増えてきているが、リハビリテーション専門医以外のかかりつけ医を始めとする医師についても、リハビリテーションに関する最新知識やそのマインドの十分な浸透が期待されている。かかりつけ医は多職種連携の中でのマネジメント役を担うことが求められるが、そのためにも単なる医学的な知識にとどまるのではなく、リハビリテーションに関する幅広い周辺知識も必要である。日本医師会においては、「日医かかりつけ医機能研修制度応用研修会」でリハビリテーションに関する講義内容を行っている。

また現状の通所リハビリテーションの短期集中個別リハビリテーション加算においては、提供期間が退院・退所日又は認定日から3月以内とされており、感染症や廃用による急性増悪時に提供出来ない仕組みになっている。短期集中でのタイムリーなリハビリテーションの提供により十分に改善が見込めるとの報告もあり、今後の検討課題である。

2. 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けての施策

「地域医療構想の実現」と「地域包括ケアシステムの深化・推進」は、相補的・密接不可分な関係にあり、一体的に論じられなければならない。今後高齢化に伴い、疾病構造の変化により急性増悪の高齢患者が増加する。これらの高齢患者における急性期後や在宅支援機能を担う回復期病棟と、治療が必要な患者に対する慢性期病棟（医療療養病床）および介護療養病床・介護医療院の役割分担は、高齢者やその家族の視点に立って、今後、各種施策の推進にあたって地域医療構想及び地域包括ケアシステムで議論することが必要である。

また、過剰な介護サービスの提供は、むしろ自立支援を妨げている現状があり、

個人の尊厳を尊重し、過不足のない医療・介護サービスの提供が求められている。

（１）地域支援事業の推進と活用

自立支援を図る観点から科学的根拠に基づいた、より効果的な事業を地域に浸透させていく必要があり、地域でいきいきと暮らしていきたい方が尊厳を重視した生活を送れるようにするためには、地域特性を踏まえた多様な地域支援事業を推進することが重要である。住民が対象の「一般介護予防事業（通いの場等）」、要支援者が対象の地域包括支援センターが実施する「介護予防ケアマネジメント」および要介護者に対する重度化防止等の取り組みを整理し、介護予防と地域リハビリテーションの役割や分担の明確化をしていかなければならない。

かかりつけ医が、これら全体を把握しマネジメントすることにより、本来のリハビリテーション理念に基づいた自立支援あるいは共生社会の実現に向けた地域支援事業の活用が期待される場所である。

（２）認知症対策

「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて（新オレンジプラン）」が平成 27 年 1 月に策定され、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現に向けた取り組みを推進する方針が明確化された。令和元年 6 月には、「認知症施策推進大綱」が取りまとめられ、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「予防」と「共生」を車の両輪として施策が推進されている。

現状の課題として、認知症初期集中支援チームは、本来の役割である初期対応よりも、重症者の問題解決が中心になっている現状がある。さらに認知症の人が、すこしでも意欲的に地域社会に参加できるための自立支援のさらなる取り組みが求められている。

また、住民への取り組みとして認知症サポーターの数は増加しているものの、認知症予防の自己啓発の範囲に留まりがちであり、共生の社会づくりや、認知症であっても地域で安心して暮らしていける地域づくりといった住民文化の醸成への取り組みには至っていない。

認知症は進行して重度になっても、身体に馴染んだ記憶によりかなりの行動は可能である。最後は、周囲の人に尊厳の保障は委ねられるということになるが、自分らしくありたいというのは誰にとっても共通の願いであり、急性期、慢性期、介護、在宅等、様々な場面において、自立支援を継続しながら尊厳を重視することを意識して連携する必要がある。医師会やかかりつけ医は、尊厳の保障や自立

支援の観点から、認知症の人が、生活者として多様な暮らし方ができるような体制整備に向けて、共生の社会づくりへと発展させていかなければならない。

（３）介護医療院の推進

介護医療院は、「住まいと生活を医療が支える」というコンセプトに基づいて創設された施設である。介護医療院の運営と地域づくりは密接に関連しており、地域に開かれた交流施設として貢献可能な地域包括ケアシステムの深化・推進に資する社会資源でもある。医療関係者はその真意を受け止め、地域住民に対しても介護医療院への理解を深め、施設の活用と推進を積極的に図っていく必要がある。

また、介護医療院における地域住民向けの介護者教室、住民の集いの場となるサロンや認知症カフェの設置、町内会や老人クラブへの出前講座、民生委員と連携した地域づくりに資する活動、ボランティアの受け入れ等は地域から歓迎される取り組みとなる。プライバシーへの配慮、トイレや浴槽の改修、ベッドの高さ、椅子・テーブルのサイズ、手すりの位置や補助具の見直し、自立支援を目指した過剰介護の廃止、利用者の意思・趣向の尊重、生活習慣を具現化した個別ケア、口から食べる支援、個浴ケアの導入検討、オムツの卒業、各種行事やレクリエーションの開催、地域の社会資源利用や住民連携による交流の担保されたケア等の生活感のあるサービス提供に向き合った運営事業者の努力が問われている。

（４）有床診療所の役割と活用

有床診療所は、これまでの長い歴史の中で、地域の在宅医療の後方支援、今後ますます増えていく終末期医療の対応、離島などの唯一の入院施設として、地域に密着した貴重な医療資源としての重要な役割を担ってきた。

地域包括ケアシステムの構築において、有床診療所の果たす役割は大きいが、年々減少傾向である。これは、開設者の高齢化、承継問題、職員の人件費の高騰、人材不足、経営的に継続困難、そして新規開設に対する規制などが根源となっている。

有床診療所の在り方として、主に地域医療を担う地域包括ケアモデルと専門医療を担う専門医療提供モデルがあるが、地域包括ケアモデルにおいては地域に密着した医療機関として、引き続き、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けての一翼を担うことが期待されている。

（５）ACP と「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」について

近年、書類があるだけでは代理決定に役立たないことが明らかとなり、文書作成による意思表示であるアドバンス・ディレクティブ（AD）、リビング・ウィル（LW）、DNAR（do not attempt resuscitation:蘇生措置を行わないこと）よりもアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の普及拡大が期待されている。ACP は、今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスと定義され、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、関係者と共有されることが望ましく、QOL の向上、余命延長等の研究成果も多く、患者の意向を尊重し質の高いケアを実践するために重要な手段となっている。但し、海外での医学的研究が多く、今後、日本人の哲学・文化・風習に馴染んだ ACP の蓄積が期待されている。

ACP は本人に帰属するものであり、本人の意思が確認出来ない場合に ACP は実施出来ないこととなり、基本的に本人の意思や価値観が最優先に尊重される。狭義的には、意思決定能力を失った時の話し合いであり、広義的には、生活全般を含む現在も踏まえた話し合いと捉えられ、代理決定者を決めることが重要となる。ACP の実施にあたって、時期が早すぎると失敗し遅すぎると役に立たないと言われ、

- ・医療や介護が具体的に想像できる時期（例えば、初めて入院医療や介護のサービスを利用する時等）に話し合う
- ・本人が１年以内に亡くなられても周囲が驚かない時期に、本人の病状の理解のもと、病状の共有が一致してから話し合う
- ・週単位で人生の最期が差し迫っている時期に、揺れ動く気持ちに対して頻回に話し合う等が想定されている。

一方、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」は、本人の意思を最大限に尊重するために、医療・ケアチームが合意を形成する意思決定支援プロセスである。話し合いのスタンスとしては、パターンリズムでもなく、情報提供型でもなく、「Shared Decision Making：相互参加型モデル」が推奨されている。本人の意思が確認できない場合は、事前指示や ACP について確認の後、本人の意思を推定する家族等と共に、医療・ケアチームは、本人の推定意思を尊重し最善の方針をとることとなる。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定を行う上で倫理的な規範から見た根拠としては、「自立尊重の原則」・「与益最大化の原則」・「不加害原則」・「正義・公正原則」の『４つの倫理

原則』に基づいており、これらの原則に基づく意思決定支援のあり方は、最善の選択を行う上で重要な根拠となる。医学的最善が本人の最善、医学的に無益が本人に無益とは限らず、本人の選考が本人にとって最善の選択肢では必ずしもないことに留意する必要がある。

（６）かかりつけ医の「社会的処方」による地域へのアウトリーチ

かかりつけ医の社会的機能として、地域貢献活動が期待されている。地域包括ケアシステムの構築にあたり、かかりつけ医の社会的機能が大いに期待されている。既に、「地域貢献活動」が一部の診療報酬・介護報酬の算定要件に規定されている。地域貢献活動とは、医療機関や介護事業所が住民対象として、健康づくり講座・介護者教室・介護予防講座等の開催、地域の町内会や公民館あるいは民生委員の会合等への出前講座、施設自らによる認知症カフェ等の定期的な集いの場の開催、住民向け医療介護相談窓口の設置等を行うことである。こういった取り組みは、全国各地域で広がりを見せており、住民からは大変歓迎されており、住民とのネットワーキング構築への期待も高まっている。

医師会やかかりつけ医が通いの場へ参画し、地域づくりに関わっていく必要がある。住民の日常的な診療に関わってきたかかりつけ医の貢献は大きい。住民の健康や well-being の向上などに、医学的に加えて、患者を地域の活動やサービス等につなげる「社会的処方」としての取り組みも大切である。医師会やかかりつけ医が医療的機能と社会的機能の両方の観点から、地域に積極的に関わることによって尊厳の保障と自立支援を実現する地域づくりへとつながる。

（７）介護現場革新と人材確保

医療・介護の人材不足が叫ばれているが、AI の活用やロボットの導入、外国人労働者の受け入れによってすべて解決することは困難と思われる。まず介護現場が働き甲斐のある、魅力のある職場であることの理解、介護職に就きたいという気持ち（モチベーション）を高めることも含めて、職場環境を改善して行くことが先決である。そのためには、施設・事業者の理念が非常に重要であり、その理念を追求する経営姿勢が問われている。

ICT の導入は、業務の効率化や質の向上に有効な手段であり、チーム医療・介護のツール、さらに地域連携や在宅医療の現場で患者情報の共有化や患者とのコミュニケーションの充実、暮らしを支える手段として、その活用を積極的に図っていくことも必要だろう。

また、介護事業所は公定価格である介護報酬によって営んでおり、介護職員の賃金のベースアップが厳しい現状もあり、職員の定着率が高いと特定処遇改善加算も一人当たりの配分が少なくなることもあり、さらには、定着率が高いと人

件費の圧迫によって経営が厳しくなるのかどうか、課題として認識すべきである。

3. 在宅医療体制の構築に向けて

「病院から地域へ」、「治す医療から治し支える医療へ」という文言が、「社会保障制度改革国民会議」の報告書に明記され、その実現のための最も重要な柱として在宅医療が位置づけられた。地域や暮らしを支え、生活に寄り添うためには在宅医療の推進も必要である。

また、医師会・かかりつけ医の役割も重要であり、市町村行政が多くの郡市区医師会と連携し、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を展開している。

在宅医療・介護連携推進事業の(ア)から(ク)^{※注}を全市町村において一律に取り組むことは、効率的ではなく、市町村の実情に応じて優先順位をつけて取り組み、その中身を見える化すべきである。本事業は、市町村にとって初めて医療行政に着手する登竜門であり、郡市区医師会との協働が成否を握る。

たとえ在宅医療の必要性が認識されていても、「1人で24時間365日を担保すること」に不安を抱き、地域の医師がその取り組みに消極的な現状があり、それを補完する病診連携等を促進する仕組みづくりが必要になる。地域包括ケア時代の地域づくりには在宅医療の支援体制も欠かせないが、在宅医療は、医師1人で完結するものではなく、訪問看護師や介護職、リハビリテーション専門職等と共に支えることになる。特に、介護職による日常生活の支援が在宅医療には不可欠である。

そのためには地域資源をマネジメントできる行政の役割は欠かせない。しかし、市町村は医療提供体制、特に在宅医療提供体制の構築に対する経験も少なく、ノウハウも十分には持ち合わせていない状況も示唆され、行政と郡市区医師会との良好かつ円滑な協働が鍵となっている。

それぞれの地域においては、長年の歴史や経緯の中で、住民の医療や介護への「かかり方」がある。在宅医療体制の構築においては、整備目標を単純計算で算出するのではなく、そうした「かかり方」を生かしつつ、貴重な社会資源を活用することが重要である。

注) 在宅医療・介護連携推進事業の(ア)から(ク)について

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援
(イ) 在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応策の検討	(カ) 医療・介護関係者の研修
(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	(キ) 地域住民への普及啓発
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

4. 地域包括ケアを支える病院との連携

医師会やかかりつけ医が、生活に戻すことを最重視した「入院前から退院支援」が実行できるように地域包括ケアを支える病院との日常的な関係強化が必要となる。

病院自身が地域にアウトリーチをかけ、その構築に参画することは、地域との信頼関係や連携強化につながり、病院にとっても極めて重要である。地域が地域包括ケアを支える病院を育て、病院が地域の暮らしを支える基盤を育てるといった、互いの関係性の充実強化を図ることが求められている。

5. 地域住民の意識改革へのアウトリーチ

地域包括ケアシステムの深化・推進には、住民の意識改革が不可欠である。

それぞれ地域の実情は異なり、地域特性や将来の人口動向を踏まえれば、全国一律の医療・介護サービスの提供に限界があることは否めない。地域包括ケアシステムの深化・推進においては、それぞれの地域で住民自らの覚悟により自身が住み慣れた地域を選択できる取り組みを行政に期待したい。

健康寿命の延伸を推進するにあたり、ヘルスプロモーション理念に基づいた“ポジティブヘルス”という新しい健康の概念が注目されている。医師会やかかりつけ医などにも、ポジティブヘルスの観点から、暮らしに重点を置いたセルフケア意識の向上を図っていくことが求められる。

また、互助・共助による「住民力」や「地域力」を引き出すようなマネジメントに、医師会やかかりつけ医が積極的に関わることで、住民が行政や医療・介護サービス等への依存から脱却し、地域づくりに主体的に関わっていく「意欲」を引き出すことが可能となる。今後、医師会やかかりつけ医が、住民の生活や地域に目を向けることが大切であり、例えば社会貢献として通いの場に関与すること等、あらゆる機会を活用して、住民意識の改革には、地域へのアウトリーチをかけていくことが期待される。

6. 地域包括ケアシステムの取り組みにおける諸課題

(1) 地域包括ケアシステムと産業保健

地域包括ケアシステムは、高齢者限定ではない。かかりつけ医は、子どもから若年、働き盛りの中高年など生涯を通じて、その役割を担っている。

地域保健と産業保健の所管が異なり、これまで別々に取り組みされてきた経緯があるが、地域包括ケアシステムの深化・推進を図るには、この両者の連携が重要である。例えば、がん患者が自分らしく生きるために、疾病と付き合いながら職場へ復帰できる環境を整えなければならない。そのような支援をかかりつけ医がしっかりと行うことによって、疾病や障害を抱えても、地域で自分らしく仕

事や社会参加をしながら暮らし続けることが出来る。

世界に類を見ない少子高齢化、生産年齢人口の減少をきたす我が国において、就労をはじめとする高齢者の社会参加の重要性は極めて高くなっている。男性就業率（2018年）は、15～59歳：84.2%、60歳以降：42.6%であり、先進国で最も高い水準にある。女性就業率（2018年）も15～59歳：71.1%と先進国中第3位、60歳以降：23.8%は同第2位と高い水準にある。また、「平成26年高齢者の日常生活に関する意識調査」（内閣府）の結果でも、60歳以上の8割が70歳以降まで働くことを希望している。もちろん、年金収入のみでは生活が立ち行かないことも背景にあると推測されるが、勤勉な日本人の特性を表わしている。

我が国の生産年齢人口である15～64歳人口比率のピークは1990年の69.7%であるが、生産年齢人口を74歳まで延伸と仮定すると、2025～2040年にかけては、ピーク時の1990年の比率と同等となる見込みである。このことから地域包括ケアシステムをまさに「全世代対応型」に深化・推進させていくことが求められている。

また、高齢者が元気で働くためには、フレイル対策やサルコペニア、ロコモティブシンドロームの予防を、若年層からの生活習慣として取り組んで行く必要がある。フレイルサポート医を育成し、フレイル対策を一層強化する取り組みを行っている医師会も存在している。

（２）地域包括ケアシステムと救急医療

我が国の救急出勤件数は年々増加し、特に75歳以上の救急搬送患者数は増加の一途を辿り、救急体制崩壊の要因として指摘されている。中でも、在宅療養されている高齢者や介護施設等に入院・入所されている高齢者の急性増悪時に、二次救急・三次救急として搬送されてくる事例が多い。また、救急医療が終了した後、回復期や慢性期の医療機関や介護施設および自宅等への受け入れが困難で対応に苦慮する事例も増えており、その解消に向けた施策が急務となっている。

地域包括ケアシステムの中で全ての医師は、総合的な医療を展開する能力と、地域内外の連携を見渡せる広い視野を身に付けておく必要がある。救急医療においても、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等の高齢者を取り巻く様々な地域における生活を支援する社会資源と、日常的に緊密な連携を図ることが求められている。

今後の救急医療体制を持続可能な状態にするためには、緊急時に迅速かつ適正な対応がとれるよう、平常時から本人や家族の理解と協力のもと、関係機関が協働して整備しておく必要がある。住民の暮らしを支えているかかりつけ医を始めとする関係者（訪問看護師、ケアマネジャー、民生委員等）が患者情報を共

有し、急変時に取るべき対応を日常的に把握し、悪化の可能性を継続的に予測しながら寄り添っていくことが大切である。地域包括ケアシステムの推進には、住民の意識改革を図りながら体制を構築していくことが重要である。そのためにも高齢者の様態をできるだけ前もって予測し、まずは地域包括ケアシステムを支える病院が受け入れ、適切な治療ケアのもとに速やかに生活に戻すといった、「入院前から退院支援」を重視した地域連携が望ましい。

これまでの救急医療システム充実路線での解決は困難と思われ、救急医療においても、地域包括ケアシステム構築の一環として取り組んで行くことが肝要である。

(3) 地域包括ケアシステムと災害対応

近年、我が国においても、これまでに経験したことのない未曾有の自然災害に見舞われており、災害は必ずやってくることを前提とした、平常時からの地域住民が主体となった自助・互助・共助による災害に備えた地域づくりが求められている。災害時において、被災地での避難所等における生活が長期に及ぶことによる様々な健康への影響についても考慮し、特に「要配慮者」の迅速な把握と適切な対応については、患者や家族及び住民の理解と協力を得ながら、行政と医師会等が平常時から協働して、災害時に有効に稼働する情報システムや備蓄等を含めた平常時から体制づくりを進めなければならない。

また災害拠点病院においては、BCP（事業継続計画:Business continuity planning）策定が義務化されているが、今後すべての医療機関や施設においても、被害をできるだけ最小限に抑え込むために、それぞれの機能に応じた BCP 策定に取り組むことが望ましい。医療・介護の分野では、災害時における最低限の継続というより、むしろ平常時よりも業務量が増えることも十分予測される。各々の単独での取り組みの限界を認識し、行政や関係機関との協力体制を構築し、住民や多様な地域資源との連携を進めながら、PDCA サイクルを回して、適宜バージョンアップを図っていく必要がある。

地域包括ケアの一環として、平常時から災害を想定した、地域に根付いた取り組みを推進することはもちろん大切であるが、災害に強い地域づくりを目的として、地域全体で取り組むこと自体が、住民の意識改革を図り、セルフケア意識や地域力向上といった地域包括ケアシステムの深化につながる原動力になると思われる。住み慣れた地域で安心して暮らせるまちづくりに向けて医師会やかかりつけ医が、平常時の災害対応に社会貢献として積極的に参画することが期待される。

おわりに

わが国が現在取り組んでいる地域包括ケアシステムは、世界が注目しており、最も早く超高齢社会を迎えている日本は、世界に先駆けてそのシステムを構築しなければならない。そのためには現場に近い郡市区医師会とかかりつけ医のモチベーションが重要であり、さらなるマインドの普及が不可欠である。医師会やかかりつけ医がその役割の重要性を認識し、地域包括ケア時代を創造するリーダーシップを発揮することを心から期待したい。

参 考 資 料

当委員会は、今期の委員会に有識者を招き、以下のテーマで講演をお願いした。講演資料を参考資料として、答申とともに日医メンバーズルームの医師会活動項目の下記アドレスに講演データを掲載する。

<http://www.med.or.jp/japanese/members/iinkai/meibo/kaigo.html>

第 2 回

講演テーマ 「介護保険制度の将来展望について」
～創設以来の経緯と今後の課題を踏まえて～
講 師 厚生労働省老健局老人保健課長 眞鍋 馨 氏

第 3 回

講演テーマ 「2040 年 多元的社会における地域包括ケアシステム」
講 師 埼玉県立大学 理事長 田中 滋 先生

第 4 回

講演テーマ 「データから考える地域包括ケア」
講 師 産業医科大学 教授 松田 晋哉 先生