

11. 地域包括ケアについて

誰もが安心して住み慣れた生活の場で療養できる地域包括ケアの推進には、地域医師会とかかりつけ医の意識改革とともに、市町村行政や多職種との連携が重要であり、その地域にふさわしい特性を生かしたシステムの構築が求められる。ここでは、地域包括ケアシステムの成り立ちや概要を述べると同時に、地域包括ケア推進のための行政と地域医師会の役割などについても解説する。

地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムは、「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」略して、医療介護総合確保促進法の第2条に、次のように規定されている。

「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、住まい、およ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」。

ここでいう介護予防とは、要介護・要支援状態になることの予防や、要介護・要支援状態になっている人の状態の軽減、悪化防止をいう。

地域包括ケアシステムを構築するための視点をまとめたものを図1に示す。ここには、同法第2条の地域包括ケアシステムの定義で用いられている、介護、医療、介護予防、日常生活

の支援、住まい・住居の5つの視点が挙げられている。2014年にまとめられた厚生労働省の地域包括ケア研究会報告書では、この5つの視点に、介護にはリハビリテーション、医療には看護、予防には保健、生活支援には福祉サービス、住居には「すまい方」を加えて、新しい5つの視点にした。図はそれらの関係性を植木鉢に例えたものである。

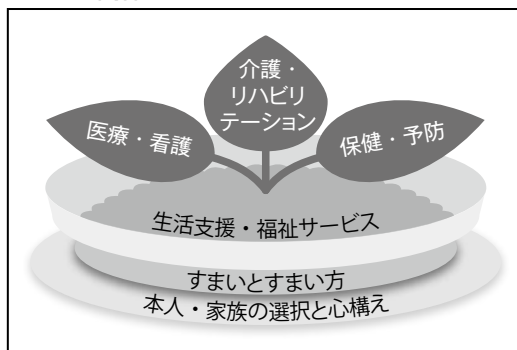
まず、3枚の葉を持つ植物が鉢に植えられている。医療・介護の葉、介護・リハビリテーションの葉、保健・予防の葉である。その植物が植えられている土が生活支援・福祉サービスであり、その土の入っている植木鉢が「すまいとすまい方」である。ここには自宅だけでなく、サービス付き高齢者向け住宅などの集合住宅も含まれており、自宅からサービス付き高齢者向け住宅に住み替えるなど多様な住まい方を指す。

この植木鉢をのせている受け皿に相当するのが、本人・家族の選択と心構えである。心構えは、覚悟という言葉にも置き換えられる。

最後まで地域で過ごすか、最後は病院に入院するか、不治の病の場合に延命処置をするのかなど、終末期の過ごし方などを含む選択、心構え、あるいは覚悟という受け皿の上に植木鉢がのっている、ということがここに示されている。

では、地域包括ケアシステムのなかで地域の医療はどう位置付けられているのか。まず、病気になるって医療が必要になったら急性期病院に行く。救急搬送された場合には救急医療を受け、手術が必要な場合などには入院する。生命の危

図1. 地域包括ケアシステム「5つの構成要素」の関係



機を脱したら早期に急性期リハビリテーションを開始し、状態が安定したら回復期リハビリテーションを受ける。慢性疾患の場合は、かかりつけ医が日常の体調管理や、降圧薬など必要な薬の処方を行う。以上が医療の流れである。

一方で、生活をどう支えるのか。退院後は、自宅あるいはケア付き高齢者住宅に住み替えて、住み慣れた地域に住み続ける。そこでの生活を支えるための医療として、在宅医療や訪問看護が提供される。通院可能であれば、かかりつけ医に通院する。また、要介護状態にある人は訪問介護や訪問看護、通所介護などの介護サービスを受ける。あるいは生活支援や介護予防の支援を受ける。さらには老人クラブや自治会などの支援を受ける（互助）。

こういった仕組み全体の総称が「地域包括ケアシステム」であり、住み慣れた地域で暮らし続けるための支える医療として、在宅医療が組み込まれている、という構図である。

地域包括ケアと在宅医療 ～変遷する地域包括ケア～

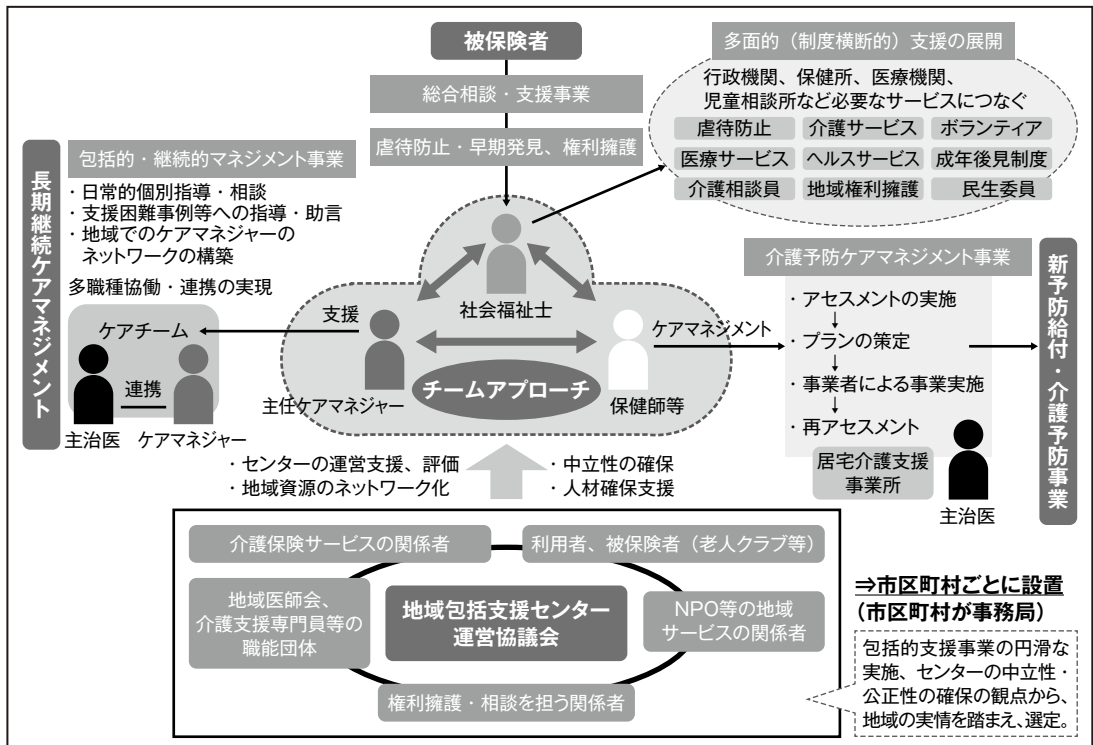
A. 2005年の地域包括ケア

まず、地域包括ケアが提唱されたのは、2005年の介護保険法の1回目の見直し（表）の際で

表. 2005年の介護保険法の制度改定における主な内容

①軽度者のサービスの見直し ⇒予防重視型システムへの転換（新予防給付の創設、地域支援事業）
②中重度者を支える在宅サービスの充実・強化 ⇒「小規模多機能型居宅介護」、「夜間対応型訪問介護」等の地域密着型サービスの創設、地域包括ケアシステムの確立
③サービスの質の確保・向上 ⇒・事業所情報の公表の義務付けの導入 ・事業者規制の見直し（指定の更新制、指定を取り消された事業者及び役員の欠格期間の導入、市町村による立入権限の付与） ・ケアマネジャーの更新制、ケアマネジャーごとのプランのチェック
④在宅と施設との利用者負担の公平の確保 ⇒施設の居住費・食費負担の見直し

図2. 地域包括支援センターのイメージ（2005年）



ある。介護保険制度の見直しにより、新予防給付の創設、地域支援事業、および高齢者の虐待予防や認知症高齢者などの経済的被害の防止、人権擁護、後見人制度の支援のため、保健師、社会福祉士・精神保健福祉士、主任ケアマネジャーの3職種を配置する地域包括支援センターが創設された(図2)。

B. 2015年の地域包括ケア

「2015年の高齢者介護」を著した高齢者介護研究会の報告書では、生活の継続性を維持するための新しい介護サービス体系について、以下の3点が提唱された。

- ①在宅で365日・24時間の安心を提供する
切れ目のない在宅サービスの提供(小規模多機能サービス拠点の整備)
- ②新しい「すまい」
自宅、施設以外の多様な「すまい方」の実現
- ③高齢者の在宅生活を支える施設の新たな役割
施設機能の地域展開、ユニットケアの普及、施設の再整理

C. 2025年の地域包括ケア

2013年3月発表の地域包括ケア研究会報告書によると、団塊の世代(約800万人)が75歳以上となる2025年以降は、国民の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれている。このため厚生労働省は、2025年に、高齢者の尊厳保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続し、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるよう、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)の構築を推進している。

高齢化の進展と在宅医療

わが国は少子高齢化が急速に進んでおり、2025年には全人口に占める65歳以上の高齢者の割合は約30%に、2055年には約40%に達すると予測されている。さらに、国民の60%以

上、終末期において自宅での療養を望んでいることから、今後の高齢者の増加を見据えた医療・介護の提供体制の構築は喫緊の課題といえる。しかし、このような超高齢社会においては、要介護者や認知症など的高齢者を病院や施設に収容するという形での社会システムの維持は、もはや困難との認識が定説である。

こうした状況を踏まえ、病院・病床機能の分化・連携を進めるとともに、在宅医療の充実を図ることが国の政策として位置付けられてきている。そして、高齢であっても、また要介護者になっても、可能な限り住み慣れた生活の場において必要な医療や介護サービスを受けることができ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を構築することが必要とされ、地域における包括的なサービス提供体制、すなわち地域の実情に応じて、高齢者などが可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じた生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まいおよ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構築することが、世界に類例のないわが国の超高齢社会を乗り切るための国策として提案されている。

地域医師会と地域包括ケア

地域医療を担う専門家集団である地域医師会は、好むと好まざるとにかかわらず、地域包括ケアシステムに関わることを期待されており、かかりつけ医を中心に診療科の枠組みを超えて対応することが避けられない課題となっている。地域医療を担う医師には、パラダイムシフト、すなわち意識改革と思考の枠組みの変化が求められている。

さて、2013年末に社会保障審議会医療部会が開催され、医療法改正に関する意見の最終案が取りまとめられた。この意見書の基本的な考え方は、在宅医療と介護サービス提供体制の充実、地域包括ケアシステムの構築を重要な課題

と位置付けていることであり、地域医師会は市町村および多職種と連携し、対応を早急に検討することが必要である。

今後、高齢社会が著しく進展することが予測されているが、それに伴い医療や介護サービスの需要が増大していくなかで、患者のそれぞれの状態にふさわしい良質かつ適切な医療を、効果的かつ効率的に提供する体制を構築するためには、医療機関の分化・連携を進め、各医療機能に応じて必要な医療資源を投入し、入院医療全体の強化を図ると同時に、退院患者の生活を支える在宅医療および介護サービス提供体制を充実させていくことが必要である。また今後、認知症や独居の老人、夫婦のみの高齢者世帯などが増加していくことを踏まえ、地域包括ケアシステムの整備が求められる。そのためには、それぞれの地域特性を踏まえた医療と介護サービスが一体的に提供されることが必要である。

地域医師会と市町村の連携

地域包括ケアシステムの構築に必要な在宅医療の提供体制は、在宅医療を受ける患者の生活の場である日常生活圏域での整備が必要であることから、市町村が主体となることが求められる。各地域医師会は市町村との連携を基盤に、多職種との協働を推進することが必要である。そして、それぞれの地域の特性を生かしながら、在宅医療を推進することが求められる。

また、在宅医療の提供体制の充実には、在宅医療に取り組む人材の確保や育成を推進することが重要であり、医師および多職種に対し、在宅医療への参入の動機付けとなる啓発事業や在宅医療に関わる医療従事者の資質向上のための研修などを実施することが必要とされ、また、在宅医療推進の中心的役割を担うリーダーや医療と介護に精通した連携のコーディネーターの

育成も必要とされる。さらに、副主治医の確保や在宅医療に取り組む医師の負担軽減、後方病床の確保や救急医療との連携などのバックアップ体制を構築することも重要である。

なお、在宅医療は高齢者に限ったものではなく、壮年期のがん患者や神経難病の他、NICU（新生児集中治療室）で長期の療養を要した障害のある小児などについても、在宅において必要な医療・福祉サービスなどを受けることができ、地域で安心して療養できるように福祉や教育なども連携し、地域で在宅療養を支える体制を構築することが必要である。

事例・千葉県医師会の取り組み

千葉県医師会は県内23地区医師会の在宅医療担当役員などを委員に、県庁担当者をオブザーバーに加え、在宅医療地区医師会担当役員合同委員会を定期的に開催している。この合同委員会は、各地区医師会が地域の特性を生かしながら、独自の在宅医療体制を推進することを目標としており、今後、各地区の地域包括ケアシステム構築の基盤となる活動に発展することが期待されている。

また、県医師会館を新築したが、1階部分に地域医療再生基金を活用し、地域医療総合支援センターを設置した。このセンターには在宅医療の啓発と発展を目的に、先進的な在宅医療・介護の機器材を常設展示したモデルルームを整備している。現在、医師だけではなく多職種や医療・福祉関係の学生の研修にも利用されている。また県民にも開放し、広く地域包括ケアが地域に定着することを目標に啓発活動を進めている。

(田城 孝雄、土橋 正彦)