



# 地域包括ケアに医師会はどう関わるべきか？

政策委員（厚別区支部） 藤 重 正 人

## はじめに

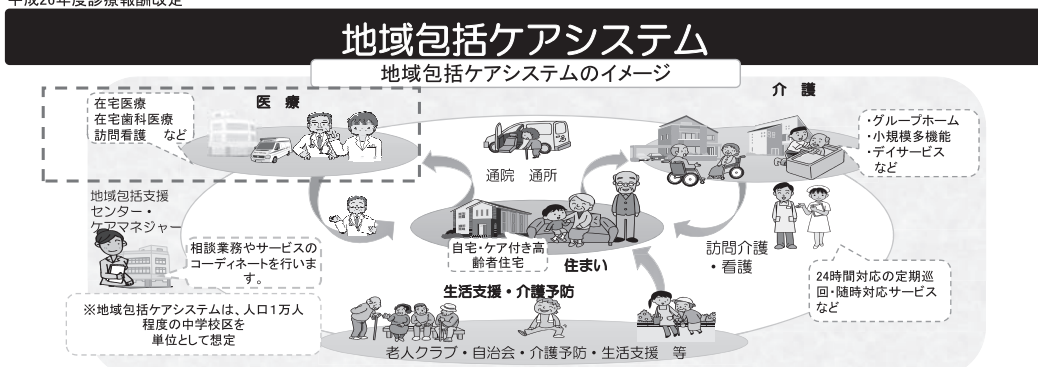
2014年の診療報酬改定後、地域包括ケアという言葉がよく聞かれるようになった。診療報酬改定では、医療機関の機能分化、介護との連携、在宅医療の推進、主治医機能評価などの課題への対応が図られ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための法整備が進んでいる。2016年の診療報酬改定に向けた基本方針でも地域包括ケアシステムの構築を明示することが決定された。地域包括ケアシステムのイメージは図1に示すようなものであるが、この中で医師会はどのような役割を果たすべきか考えてみた。

## 地域包括ケアシステム構築の5つの柱

地域包括ケアシステム構築に関する法整備は5つの基本方針に従って進められておりその項目とは医療・介護連携の強化、認知症施策、地域ケア会議、生活支援、介護予防である。

医療・介護連携強化については地域医療再生基金を利用して在宅医療介護連携拠点の機能を事業として成り立たせ、これをすべての市町村単位で行うという計画がある。イメージとしては在宅医療連携拠点と地域包括支援センターの連携を強化し、これを市町村がバックアップし必要があれば都道府県が支援するというものだが、現状をそのまま進化させれば良いというものでもないようだ。現状では患者さんが医師に

平成26年度診療報酬改定



### 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

#### ① 医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

#### ② 介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

#### ③ 予防の推進

- ・できる限り要介護状態としないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

#### ④ 見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

#### ⑤ 高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

図 1

相談し、病院のソーシャルワーカーより介護事業者を紹介してもらいリハビリや生活支援を受けることが一般的で地域包括支援センターが存在することは、ほとんど無い。病院と介護事業者が同一の経営母体であればその施設へ紹介されるのは当然の流れで、選択肢を示されることはほとんど無いであろう。病院から退院後も、長年通院していた診療所に通院することがかなわず、入所先の施設に訪問する見慣れぬ医師に診察を受けるようになる方が多くいると思われるが、疾患が慢性期となれば知れた土地、できれば自宅で以前から診察されていた医師に診てもらうのが良いのではないかと考えるのは私だけだろうか。つまり、介護、生活支援が必要になった患者さんが、今後の生活にあった医療、介護を中立的な立場で相談できる機関が必要なのではないかということである。医療機関の選択には在宅医療連携拠点、介護・生活支援の相談には地域包括支援センターが関わるという図式がイメージされ、両者の連携が密であることが望ましいが、2つの施設間でのやり取りは手間や時間がかかるので、これらを一つにまとめた機関があって良いのではないと思われる。厚労省の構想では地域包括ケアシステムは1万人単位を想定しているようだが、札幌市厚別区に例えて考えると人口13万人として13単位、地域包括支援センターが2か所あるので1か所で6.5単位のケアシステムを把握することになる。患者さんを把握するためにはデータベースが必要となるだろう。患者さんがかかりつけ医や介護事業者を変更する場合も多くあると思われるが、過去の治療や介護サービスの内容が把握、共有できれば治療、介護の継続に非常に有用である。認知症などは治療の中断、介護の放棄などを起こしやすいがこのような情報の共有がなされれば、家庭での介護の助けとなるだろう。医師会としては、在宅医療、介護をうける患者さんのデータベースの構築と管理を行う事業に着手し、現存の地域包括支援センターも合併するような機関の設立に関わってはどうか。

認知症施策については厚労省がすでに公表し

ている新オレンジプランと重なるところが多い。施策の一つとして初期集中支援チームの設置があがっているが、現在モデル事業として機能している例をみると公立病院主体となるところが多いように見受けられる。認知症初期集中支援チームの活動として、病院に受診していない認知症患者を発掘して治療、介護をコーディネートすることが主体となるが、これらの患者さんの多くは独居または2人暮らしのキーパーソンのいない高齢者であり、治療や生活支援を進めても最終的に施設入所や生活保護となる例がある。このような手続きを進めるには必ず自治体の関与が必要となり、民間でここまで世話をするのは非常に大変であろう、つまり経費を考えると不採算で活動を維持できないのではないかということである。患者さんの掘り起こしは、親族、近隣住民からの通報が主体となるだろうが、なかには引きこもっている例もあるのでチームが個別訪問している地域もある。こうなると自治体の関与は必須である。医師会としてはチームを編成する際、必ずメンバーに自治体の職員を含むように要請することが必要であろう。

地域ケア会議は地域包括支援センターを中心に運営され、すでに長い歴史があるが会議の内容はケーススタディのような勉強会が主で、地域包括ケアシステムの構築には関わりがなかったように思われる。今後、これを発展させていくには町内会などと連携し、地域の生活支援の必要な患者さんをどうしていくか話し合う場としてはどうかだろうか。この小さな地域会議をいくつか集めて住民1万人単位で連携できるシステムが作れるなら多くの患者さんに目が届くだろう。地域ケア会議を医療職、介護職と一般の地域住民との連携の場とするのである。もちろん、小さな地域会議の主催は医療職が行うべきである。

生活支援については、民間の病院や事業所で運営するサービスを患者さん個人が利用すればよいと思われる。紹介するのはコーディネーターと呼ばれる人たちで所属は民間でも公的機関でも構わない。ただ厚労省案に示されているポ

ランティアの活動というのは現実的だろうか？生活のお手伝いをただ働きする人はそう多くないだろう。このようなサービスは患者さんが購入するということになるのではないか。

介護予防については、既存の医療機関、介護事業所などが行っている健康教室や講演会などの活用で十分であろう、都市部では新たに事業を立ち上げる必要はない。

#### まとめ

厚労省が示した地域包括ケアシステム構築のための5つの柱について、私見を述べた。現存

の地域包括支援センターを医療（主に在宅医療）連携拠点と一体化した機関を作り、医師会が運営に関わること（一つの医療法人の経営としない）、患者さんのデータベースを作り、医療、介護の情報が共有できるようにすること、認知症初期集中支援チームも先に述べた機関におく、生活支援に関わる問題は複雑なので自治体の職員をその機関に組み入れるように医師会が自治体と交渉すること、地域の小さなケア会議に医療職がリーダーシップをとること、を重要な点として論を締め括りたい。

（新さっぽろ脳神経外科病院）