

平成 18・19 年度

— 介 護 保 険 委 員 会 答 申 —

『指針』の実現に向けて

平成 20 年 3 月

日本医師会介護保険委員会

平成 20 年 3 月

日本医師会長
唐澤 祥人 殿

答 申

本委員会は、平成 18 年 7 月 20 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「地域医療から捉えた地域ケア体制整備について」を、2 年間にわたり 10 回の委員会を開催し、鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、平成 18・19 年度「『指針』の実現に向けて」として取り纏めましたので、ここに答申いたします。

介 護 保 険 委 員 会

委員長	野 中	博
副委員長	嶋 田	丞
副委員長	渡 部	透
副委員長	高 木	安 雄
委 員	池 端	幸 彦
委 員	片 山	壽 靖
委 員	北 川	融
委 員	功 刀	博
委 員	小 林	彰
委 員	篠 原	一 弘
委 員	玉 木	峻 士
委 員	常 盤	正 俊
委 員	中 尾	一 道
委 員	原 田	勝 彦
委 員	増 田	孝 昭
委 員	山 内	博 昭
委 員	山 本	弘 之
委 員	米 満	

(五十音順)

目 次

はじめに：諮問事項と委員会の問題意識・基本姿勢・・・・・・・・	1
※「在宅における医療・介護の提供体制－『かかりつけ医機能』の充実－指針」 (2007年1月 日本医師会)・・・	2
提言1 「高齢者の尊厳の具現化に取り組もう」・・・・・・・・	3
提言2 「病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しをも担い 利用者の安心を創造しよう」・・・・・・・・	4
提言3 「高齢者の医療・介護のサービス提供によって生活機能の 維持・改善に努めよう」・・・・・・・・	5
提言4 「多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう」・・・	6
提言5 「住まい・居宅（多様な施設）と連携しよう」・・・・・・・・	7
提言6 「壮年期・高齢期にわたっての健康管理・予防に 係わっていこう」・・・・・・・・	8
提言7 「高齢者が安心して暮らす地域づくり、地域ケア 体制整備に努めよう」・・・・・・・・	9
まとめ：『指針』が示す3つの基本的考え方の普遍化・・・・・・・・	10
巻末：補足1（各地における取り組み事例）・・・・・・・・	13
補足2（各地から多く受ける質問等について）・・・	29

はじめに：諮問事項と委員会の問題意識・基本姿勢

本委員会は、平成 18 年 7 月 20 日に唐澤会長から「地域医療から捉えた地域ケア体制整備について」の諮問事項を受けて、10 回にわたり将来的な地域ケア体制のあり方や在宅医療を支える医師の役割と機能等について、審議を続けてきた。

この諮問事項を検討してきた委員会の問題意識・基本姿勢は、日本医師会が平成 19 年 1 月に発表した「在宅における医療・介護の提供体制－『かかりつけ医機能』の充実－指針」にある。ここでは、2025 年の高齢者の医療と介護について、将来ビジョンを支える 3 つの基本的考え方と、それを実現するために医師、医師会が取り組むべき 7 つの提言が今後の『指針』として示されている。

本指針は、平成 16・17 年度介護保険委員会答申において強調された、「医師、医師会の高齢者医療・介護に対する意識改革が重要である」ことを踏まえたものであり、本委員会の答申が日本医師会の政策指針として結実したことを評価したい。

日本医師会の高齢者医療と介護に関するこうした取り組みを踏まえ、本委員会は、『指針』に掲げられた 7 つの提言を軸に諮問事項である地域ケア体制整備について、地域医師会や医師のさまざまな取り組み事例をもとに、全国に普及・浸透するための課題を検討してきた。

現在、各自治体において「地域ケア体制の整備に関する構想（以下「地域ケア体制整備構想」）」の策定が進められている。これは、介護保険事業（支援）計画、医療計画、医療費適正化計画に反映させて、将来の高齢化の進展、サービス供給や利用見込みなど、地域の特性に応じた体制整備の策定が目的だが、行政の縦割り・縄張り意識のもとで各計画作成が別個に進行していることが報告されている。高齢者や住民のための包括的な地域ケア整備を構想・提言できるのは、地域で高齢者ケアに取り組む医師や医師会であり、本答申を踏まえて各医師会が地域ケア体制整備構想の策定に積極的に関与して、行政との協力・連携を通じ、より良い地域ケアが実現することを願うものである。

在宅における医療・介護の提供体制 —「かかりつけ医機能」の充実— 指針

2007年1月
日本医師会

日本医師会は、国民の健康と安全を守り、そして生活・人生を保障していく上で、医療の重要性を認識し、さらに少子高齢社会において従来の医療に加え、住民の住み慣れた地域での在宅療養を支える医療すなわち「在宅医療」の役割が重要と考える。

今後の高齢者の医療と介護の協働する地域ケア体制の整備において、従来からの「病院・施設における療養」とともに「在宅療養」も医療を通じて支えていくことが望まれる。その実現には、地域をひとつの病棟と捉える視点など、要となる医師の意識改革と支援が医師会の重要な責務と認識する。高齢化のピークである2025年に向けた高齢者の医療と介護について、以下の3つの基本的考え方と7つの提言をもって、そのビジョンと決意を明らかにする。

—将来ビジョンを支える3つの基本的考え方—

1. 尊厳と安心を創造する医療
2. 暮らしを支援する医療
3. 地域の中で健やかな老いを支える医療

—将来ビジョンを具現化するための医師、医師会への7つの提言—

1. 高齢者の尊厳の具現化に取り組もう。
2. 病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しをも担い利用者の安心を創造しよう。
3. 高齢者の医療・介護のサービス提供によって生活機能の維持・改善に努めよう。
4. 多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう。
5. 住まい・居宅（多様な施設）と連携しよう。
6. 壮年期・高齢期にわたっての健康管理・予防に係わっていこう。
7. 高齢者が安心して暮らす地域づくり、地域ケア体制整備に努めよう。

日本医師会は上記の3つの考え方、7つの提言が広く社会に受け入れられ、実現することを目指したい。また、地域における「在宅死」の追求と支援も行いたい。もちろん、死の看取りは多様な選択肢があり、たとえ医療提供者であっても他者が強制できるものではない。高齢者が求めているさまざまな医療と介護、社会サービスを利用者本位、地域で提供できるよう取り組む先には、家族や友人・知人に囲まれながら、生活の場における安らかな眠りへの看取りがあると考えたい。

提言 1 「高齢者の尊厳の具現化に取り組もう」

豊かで成熟した今日の高齢社会の医療は、老人医療費の自己負担が生じない 1973 年当時の「量」の確保ではなく、高齢者の人生と尊厳を踏まえた「質」の確保が問われている。

このため医師は、「暮らしの場」において必要な医療を積極的に提供して、本人・家族の希望に添う充実した「生活・人生」を支えるために、多職種協働のもとで医療・介護・生活支援が一体となった療養環境を構築して、心安らかな尊厳ある終末期までを支える役割が求められている。

高齢者に対する医療には、当然のことながら疾病を克服する役割が期待される一方で、完治ができない際にも継続的な医療が必要であり、さらに介護と協働した援助が望まれ、そのニーズも本人や家族を中心に社会面、医療面などさまざまな希望で決まる。このため、高齢者の在宅医療において、医師は、長期間にわたる医療の提供に加えて、患者の医学的管理以外の生活支援・社会的援助の技能のレベルアップを図らなければ、患者の満足は得られない。そして、高齢者や患者に対する使命感や優しさ、さらに同じ目線に立つ対応も求められ、医学的管理のための知識に加えて、高齢者を取り巻く家族関係や社会経済・生活面、介護サービスの知識も習得する必要性が生まれてくる。

介護や福祉に関与しないままの医療の継続的な提供は、高齢者の尊厳ある生活や人生を実現できない。地域に暮らす高齢者に係わる介護・福祉の知識の習得と理解のために、介護保険制度における介護支援専門員（ケアマネジャー）の資格取得を推奨している都道府県医師会もあり、高齢者ケアのための幅広い知識が求められている。特に、高齢者ケアの社会経済・制度的な基礎知識や看取りのための医療の役割・あり方などについて、現在の医学教育は甚だ不十分である。

尊厳ある高齢者医療、中でも心安らかな尊厳ある最期のために医療・看護・介護がバランスよく提供されるには、看取りのコーディネーター役としての医師の復権があらためて重要である。

提言 2 「病状に応じた適切な医療提供あるいは 橋渡しをも担い利用者の安心を創造しよう」

高齢社会とともに地域医療は、それにふさわしい姿に変わることが期待されている。高齢者の医療において、特に後期高齢者には残された時間が少なく、心身の機能が低下し、かつ、複合化・重度化していることも多く、医療と介護は一体的に提供するべきであり、病院完結型医療から地域完結型医療への転換、すなわち在宅医療が一つの大きな潮流になる必要がある。そのため、今後、地域の医師は、日常の医療を良質で効率的に提供するほか、連携・支援のためのチーム医療の体制をいかに自分の周りに構築するかが問われている。

すなわち、病状に応じた適切な医療の提供のために、医療連携による橋渡しを行いながら、実践を通して患者・利用者の安心を構築することが今日的課題といえる。急性期病院では、退院前カンファレンスの実施による患者の在宅療養支援機能の充実が求められ、介護老人保健施設でも在宅支援機能を保持している以上、医療と介護の一体的サービスの提供が追求される必要がある。

もちろん、かかりつけの医師や在宅療養支援診療所の多くは、在宅医療に特化しているわけではない。しかし、高齢者の療養の継続には、歯科による口腔ケアから耳鼻科、皮膚科、泌尿器科、眼科など専門的な対応が必要となり、必要な医療を暮らしの場で提供・実践するシステムが稼動しなければ、患者・家族の安心は得られない。医師個人の力量を超えて、地域の医師が力を合わせて療養を支えるネットワークの形成＝地域ケア体制による実践こそが、利用者の安心を獲得できる。在宅医療には、地域の医師との協働と補完の強化が不可欠である。

こうした医療連携の創造は時間がかかるものであり、先進的な取り組みを行っている地域は長い時間をかけてネットワークの構築を進めてきた。地域において病院、診療所の医師や地域ケアに係わる多職種が触れ合い、連携するには、地域医師会の息の長い取り組みとリーダーシップが求められていることを強調したい。

提言 3 「高齢者の医療・介護のサービス提供によって 生活機能の維持・改善に努めよう」

現在、国の「地域ケア体制の整備に関する基本指針」に基づき、都道府県において療養病床の再編を踏まえた「地域ケア体制整備構想」の策定が進められている。地域の医師会はこれに積極的に関与し、行政とともにいわゆる「医療・介護難民」と危惧される、行き場のない患者・療養者が発生しないよう取り組む必要がある。

そのためには、入院・入所者について、正確な状態像と医療の必要性を把握するため、主治医も参加した多職種協議による客観的な評価を行い、患者・家族の経済的状況、地域の特定施設等の収容能力、家族の介護力等、医療・介護の必要性を軸とした高齢者の生活機能を支援する幅広い評価・分析が求められる。

そして、医療機関、特に病院においては、適切な退院調整が行われるように MSW (Medical Social Worker) の配置や地域連携室などを設けて、ケアマネジャーや在宅療養を担う多職種との積極的な係わりを進める必要がある。医療機関と介護関連施設等との連携は、高齢者の生活機能の維持・改善に不可欠であり、地域連携クリティカルパスなどをベースに今ある地域資源の機能と役割を明確化して、医療と介護のサービスが切れ目なく提供される必要がある。たとえば、地域リハビリテーションは、急性期リハビリテーションと維持期リハビリテーションを切れ目なく適正に提供することによって、高齢者の QOL (Quality of life) の維持・向上が実現する。このような、切れ目のない繋がりシステム構築が望まれる。

高齢者の生活機能の維持・改善においては、介護なき医療サービスおよび医療なき介護サービスいずれもが成立し得ず、医療・介護サービスの一体的提供こそが求められる。こうした地域医師会、医師の取り組みによる地域ケア体制の実現によって、国民そして患者・家族の支持や信頼が再構築される。

提言 4 「多職種連携によるケアマネジメントに参加しよう」

高齢者医療は、これまでの急性期病院を中心とする自己完結的な医療から、在宅資源と結びついた地域完結型医療とケアの推進へと転換し、自宅に限らず施設を含めた多様な「暮らしの場」に応じて、医療ならびに介護による安心の提供が患者・家族の大きなニーズとなっている。このため、必要に応じて居宅や介護関連施設等において、医療が提供されることが必須となり、広く地域ケア＝在宅ケアと捉えて、かかりつけの医師の在宅ケアの対応力の支援・向上など、地域ケア体制の整備を推進する必要がある。

そのためには、「生活を支える医療」への理解が不可欠であり、「暮らしの場」における医療は、介護サービス計画（ケアプラン）を軸とする多様な介護、福祉提供者との連携・協働によって、患者・療養者の QOL や生活機能の維持・向上を目指すことになる。

ケアマネジメントの考えに基づいた多職種協働により、高齢者の総合的な支援空間としての「新しい地域ケア」が創造される。そして、「暮らしの場」においてかかりつけの医師をはじめとしたさまざまな医師が個々の患者の身体的機能・生活機能の低下に応じた支援と係わりを發揮することになる。診療所の医師が「かかりつけ医機能」を發揮するためにも、多職種協働による社会資源の活用が重要であり、サービス担当者会議（ケアカンファレンス）によって現場が整理され、各職種が自分の役割・機能を果たすことが可能となり、高齢者・利用者との信頼関係も構築される。

こうした多職種協働のケアマネジメント、地域ケア体制整備の重要拠点が、「地域包括支援センター」である。全国の地域包括支援センターのうち、医師会が設置するものは数%以下であり、圧倒的に社会福祉法人が運営している。ボランティアを含めた保健・介護・福祉との連携・協働を強化して住民の安心を支えるため、地域医師会は積極的に地域包括支援センターの機能強化に協力する必要がある。

提言 5「住まい・居宅（多様な施設）と連携しよう」

高齢社会における医療は、「暮らしの場」において展開される必要がある。地域の病院、診療所、介護関連施設等は、自らの役割・機能を十分に認識して、患者の住み慣れた地域での療養生活を支援する役割を果たすことにより、社会に貢献する医療提供者として評価される。

地域住民にとっては住み慣れた地域での療養生活を選択することは甚だ困難な現状であり、地域の個々の医師にとっても住まいや多様な住まいとしての施設と連携した医療の取り組みにはおのずから限界がある。暮らしの場での継続した療養生活に対する医療が受けやすい環境やネットワークの構築については、これまで地域医師会の取り組みに差があったことも事実である。しかしながら、在宅医療の提供を、地域の住民の選択する療養生活を支援する活動のひとつとして捉えて、地域医師会が、地域の医師が在宅医療を展開する条件の整備に率先して取り組むことが期待されている。

特に、患者本位の在宅療養の展開を基本に、介護保険における居住系サービスや特定施設等における医療提供、そして地域の高齢者を支える資源との連携を進める必要がある。すなわち、多様な住まいや介護関連施設等における療養や看取りに必要な医療や介護サービスを、高齢者の個別プランに応じて外部からどのように提供するかを考え実践するのである。

今後、特定施設や有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅など多様な住まいが増えることが予想され、住まい・居住形態を踏まえた適切な医療の提供体制、支援体制の構築への検討が地域医師会には早急に望まれる。

そのためには、医療と介護の地域ケア資源の機能と役割を明確にして、早期診断、病状に応じたトリアージ、治療選択基準、移送手順、情報連携フォーマット等を共有し、治療とケアが取り次がれる各段階において、高齢者の QOL の向上を目指して、地域ケア体制の整備に取り組む必要がある。