



## 地域包括ケアシステムと地域医療

鳥取県西部医師会 会長 野坂美仁

重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることが出来る為のシステムと云われ、今や「国策」とも言われるようになった地域包括ケアシステムですが、この用語は2003年の厚労省高齢者介護研究会の「2015年の高齢者介護」報告書で初めて提唱されました。しかし翌年以降に始まる小泉政権の医療・介護費抑制時代の5年間は一切使われず、2009・2010年（平成21・22年）の「地域包括ケア研究会報告書」に復活します。この頃の「医療」は診療所医療と訪問診療（在宅医療）に限定されていました。当時は自民党から民主党への政権交替の時期と重なり、高騰を続ける医療費抑制の手段として診療報酬の値上げではなく、地域医療再生計画を元に、財源的な裏付けとして地域医療再生基金（在宅医療連携拠点事業）が創設され、現在は地域医療介護総合確保基金として継続中です。2013年の社会保障制度改革国民会議報告書で「治す医療」から「治し・支える医療」への転換が提唱されました。しかしそれまで健康状態の良かった方々が心筋梗塞や脳卒中などの急性疾患になった場合に高齢者だからといって「治す医療」をしないで最初から「支える医療」への転換は社会的には許されません。病院二次救急の受け入れ体制は地域包括ケアには重要です。医療介護の一体化とともに2014年の「地域包括ケア病棟」の新設も、病院医療が地域包括ケアに重要な構成要素であるというメッセージであり、更には施設の役割（看取り）も含むように変化拡大しています。このように国の方針は時と共に変化して来ておりそれに即した対応が重要です。

地域包括ケアシステムは団塊の世代が75歳以上となる2025年（平成37年）を目途に概ね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）が単位として想定され、保険者である市町村や都道府県が地域の自主性や主体性に基づき地域の特性に応じて作り上げていく事とされています。しかし、その対象は「死に場所難民」問題が起きる大都市圏と近郊であることは明白で、都会

と違って少子高齢化が既にピークを迎えつつあり、二次医療圏は広く、概ね30分以内に均一な医療介護のサービス提供が困難な鳥取県西部に於いてはシステムではなくネットワークが重要です。

5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）が互いに連携しながら有機的な関係を担うとされ、植木鉢に例えた模式図の「医療と看護の葉」だけが大きくてもバランスがとれず、綺麗な花も咲かせません。また、「すまいと住まい方」の鉢の底に「本人の選択と本人・家族の心構え」と云う皿のあることは見逃されがちな点です。

地域医療とは住民が主人公で、住み慣れた場所で生活し続ける事を支える為の医療であり、病院・医療機関完結型でなく地域のネットワークと有機的に繋がり補完し合い、人生という物語の最後の看取りまで見据えた医療との思いで、西部医師会として「もしもの時のあんしん手帳」を作成し、地域に出かけて在宅医療の講演会やフォーラムを開催してきました。講演後の住民の方々にアンケートから本人の選択と心構えについては消極的なニュアンスが見て取れました。まだまだ元気と云う高齢者がほとんどで、家族や周りに迷惑をかけたくないとの思いが強く、死生観は未だ未だ他人任せ・医療任せのようです。

平成28年3月より運用が開始された「入退院調整ルール」も地域包括ケアシステムづくりの一環で鳥取県の東中西部の保健所毎（二次医療圏毎）に在宅医療と介護を一体的に推進するために作成されました。また平成30年から全市町村が実施義務とされている「在宅医療・介護の連携推進事業」も地域包括ケアシステム構築に関連した重要な事業です。8つの取り組みを地区医師会と連携して作ることでされています。平成23年度から取り組んだ西部医師会在宅医療推進委員会事業で取り組んだプロジェクトで上記の取り組みにおける課題は概ねクリアされています。今後も西部医師会は「地域包括ケアネットワーク」づくりに貢献して参ります。

（参考：二木立「地域包括ケアと地域医療連携」）