

【目次】

サマリー	2
1. はじめに	3
2. 地域包括ケアシステム構築プロセスの概要	4
3. 地域包括ケアシステムを進める政府の狙い	6
(1) 給付抑制と自助・互助、営利市場化（6頁）	
(2) 医療・介護サービス提供体制改革における川上・川下改革（9頁）	
(3) 川下の受け皿としての地域包括ケアシステム（10頁）	
(4) 国保の都道府県化と都道府県医療費適正化計画（12頁）	
(5) 「地域包括ケアシステム」と地域医療連携推進法人（12頁）	
4. 患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」	13
(1) 「真の地域包括ケアシステム」とは何か（13頁）	
(2) 公立みつぎ病院の実践から学ぶべきこと（13頁）	
5. 「真の地域包括ケアシステム」構築に向けた保団連要求	14
(1) 「真の地域包括ケアシステム」を構築するための保団連要求（15頁）	
<国への要求>（15頁）	
<国及び自治体への要求>（16頁）	
<自治体への要求>（17頁）	
(2) 地域医療の現場における実践的な取り組み（18頁）	
(2)-1 患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」確立に向けて地域医療に取り組む保団連・保険医協会の姿勢（18頁）	
(2)-2 医師・歯科医師が果たすべき具体的な取り組み（19頁）	

## 【サマリー】

高齢者を対象にした「地域包括ケアシステム」は、『持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律』では、「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、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と位置づけられている。

高齢者が、住み慣れた地域で日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び日常生活の支援が「総合的」に確保される社会の確立は、患者・住民、医療・介護担当者の願いである。ただし、これは一人ひとりの人権が尊重され、本人や家族が自宅で療養することを希望する場合が前提で、病状により入院治療や施設入所を要する際は、必要な入院・入所が確保される制度の構築を前提としなければならない。

しかし政府は、これらの願いを逆手にとって、疾病や介護リスクへの対応の責任を個人に転嫁し、医療、介護に対する国庫負担・企業負担の削減と営利市場化を目的とした「社会保障と税の一体改革」を「地域包括ケアシステム」の名の下に推し進め、今後見込まれる高齢者人口の増大とそれに伴う医療・介護ニーズの拡大に対し、社会保障費と医師や看護師など医療従事者数を最大限に抑制して対応しようとしている。政府が進める地域包括ケアシステムは、国の役割は後退させ、市場取引を通じて医療・介護ニーズを満たそうとするものであり、これでは、公平性のみならず、倫理性も損なわれ、格差医療・格差介護が横行する。

そもそも医療・介護は、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と定めた憲法 25 条に則り、いつでも、どこでも、誰でもが費用の心配なく、国の責任で必要なサービスを受けられるようにすべきであり、「地域包括ケアシステム」を本当に患者・住民のための制度とするためには、十分な予算と、人的・物的基盤を国の責任において整備すべきである。

長年にわたって政府が進めてきた医療・介護をはじめとした社会保障制度の改悪や診療報酬・介護報酬抑制の結果、医療崩壊・介護崩壊が進んでいる。保団連は、政府が「地域包括ケアシステム」の名の下に進める社会保障改悪と営利市場化の狙い・問題点を明らかにするとともに、いつでも、どこでも、誰でもが費用の心配なく、国の責任で必要なサービスを受けられるよう、①国庫負担の拡充、②非営利とフリーアクセスの堅持、③必要な医療・歯科医療が提供できる診療報酬を含めた医療保障制度の充実、④必要な介護が提供できる介護報酬を含めた介護保険制度の充実、⑤医療・介護従事者、行政、住民の連携、⑥住民を含めた地域からの発信の確保などを保障した「真の地域包括ケアシステム」の実現を、国と自治体に要望する。なお、地域包括ケアシステムにおいて歯科の関わり、役割が明確でない。歯科医療の役割と評価を強めるべきだ。

「真の地域包括ケアシステム」は、私たち自身が患者と一緒にあって作りあげてこそ実現できる。私たちは地域の医師・歯科医師として、「開業医宣言」\*の理念に基づき、①多職種連携の推進、②サービス担当者会議への参加やケアプラン策定への協力、③困難事例の把握と地域包括支援センターとの連携、④地域ケア会議への参加、⑤困難事例解決に向けた制度改善要求などへの取り組みを強め、患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」の実現に取り組んでいくものである。

※「開業医宣言」は、全国保険医団体連合会が、これからの医療をより良くする決意をあらわすものとして、4年間の討議を経て第 27 回総会(1989 年)で採択し、第 36 回大会(1998 年)で「5. 診療の記録」を修正したものです。下記ホームページに全文を掲載しています。

<https://hodanren.doc-net.or.jp/nyuukai/kaigyoi.htm>

# 1. はじめに

2013年12月5日に成立した「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（以下『プログラム法』）」において、「地域包括ケアシステム（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、住まい及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」ことを定め、これを具体化するために、「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（以下『医療・介護総合法』）」が2014年6月18日に成立。2015年度から地域包括ケアシステムの構築が本格的に推進されることとなった。

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、2013年に12.3%（1,560万人）である75歳以上の高齢者人口は、2025年には18.1%（2,179万人）となり、2035年には20.0%（2,245万人）になるとされている一方、核家族化や老老介護、認知介護の増加、生涯未婚率の増大（2010年で男性20.1%・女性10.6%、2035年には倍化の可能性）が指摘されている。

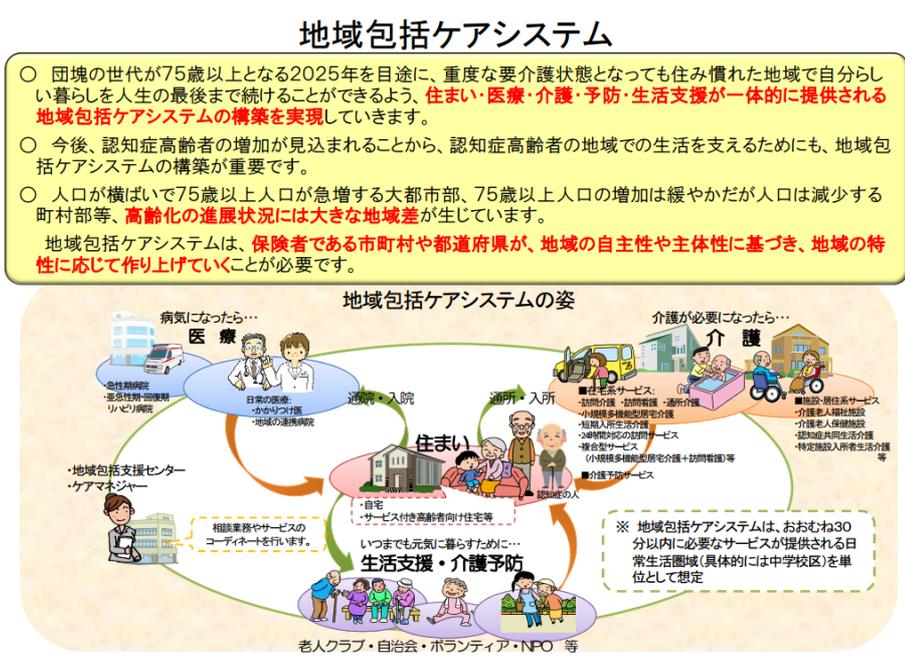
こうした状況に対応し、いつでも、どこでも、誰でもが必要な医療・介護を受けられるシステムの構築は、必要・不可欠であり、「住み慣れた地域で医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が一体的に提供される制度」をつくることは大変重要である。

しかし問題なのは、すべての地域住民が必要とするサービスを受けられる制度となるのかどうかである。『プログラム法』では、「地域の実情に応じて」との言葉が使用されているが、どこ

においても必要な社会保障体制が確保できるようにすべきである。

なお、「地域包括ケアシステム」を十把一絡げにして、すべてに反対をするのではなく、政府が進め

【図表1】 厚生労働省が作成した地域包括ケアシステムの概念図



出典（厚生労働省資料）

る「地域包括ケアシステム」のどこに問題があり、どう改善すべきかを明らかにすることが必要である。

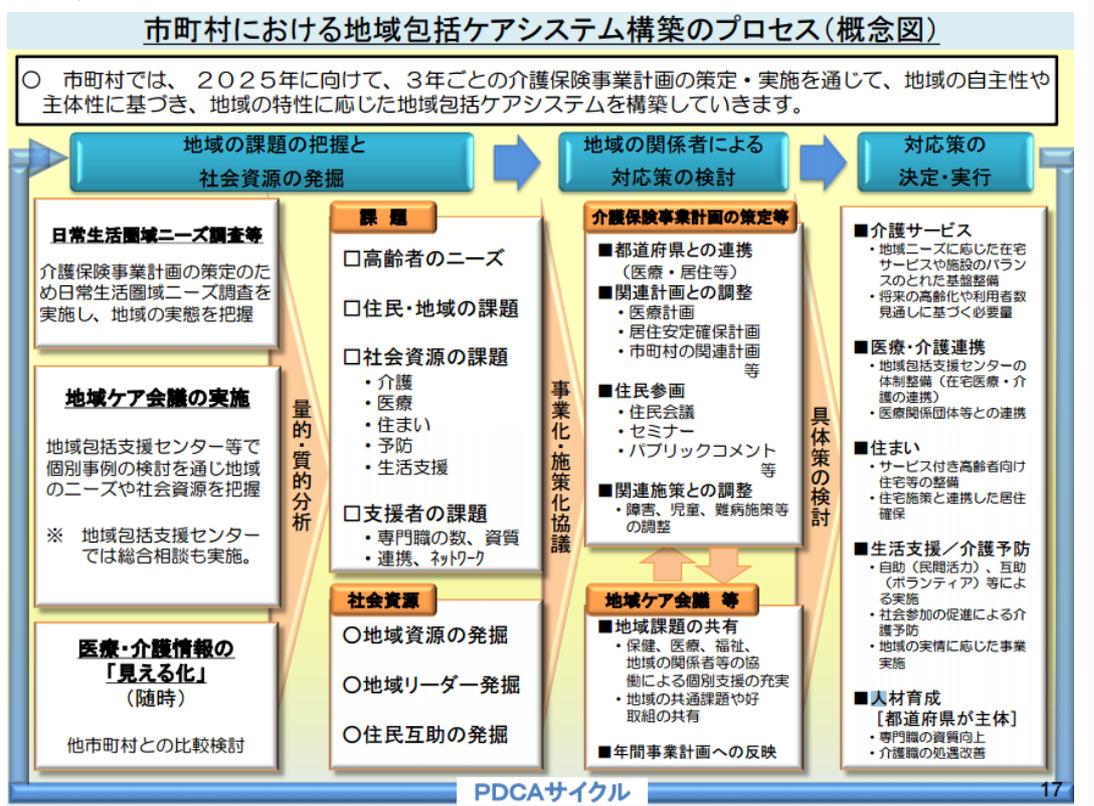
また、各地で進められている「地域包括ケアシステム」構築の取り組みの中には、地域の患者・住民や医師・歯科医師が取り組んできた成果や教訓も含まれている。寝たきり防止と寝たきりからの脱却、摂食・摂食嚥下を含めた身体機能の低下防止や維持・回復、見守りおや支援方法の工夫、バリアフリーなど、現場での様々な取り組みを集約・分析し、課題を明らかにするとともに好事例を広げていくことは大変重要である。

全国保険医団体連合会は、地域住民の命と健康を守る立場から、「地域包括ケアシステム」を進める政府の狙いを明らかにし、患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」をつくりあげるために何が必要かを提言し、改善方向を示すことを目的として見解を発表する。

## 2. 地域包括ケアシステム構築プロセスの概要

「地域包括ケアシステム」は、2025年に向けて3年ごとの介護保険事業計画の策定・実施を通じて構築していくこととされ、①地域の医療ニーズ等の把握（日常生活圏域ニーズ調査、地域包括支援センター等を通じたニーズや社会資源の把握、医療・介護情報の見える化）を行い、②課題を把握（高齢者ニーズ、住民・地域、社会資源、支援者）するとともに、社会資源を発掘（地域資源、地域リーダー、住民互助）し、③これらの情報を介護保険事業計画の策定などに反映させ、地域ケア会議等を通じて個別支援や課題の共有を図り、④具体策（介護サービス、医療・介護連

【図表2】



出典 (厚生労働省資料)

医療・介護連

携、住まい、生活支援、人材育成)につなげることとされている。(図表2参照)

これを具体化するために、2015年4月施行の介護保険法「改正」では、(1)在宅医療・介護連携の推進、(2)認知症施策の推進、(3)生活支援サービスの体制整備、(4)地域ケア会議の推進を「包括的支援事業」に位置づけ、地域包括支援センターはこれらの事業と十分に連携し、地域の実情に合った地域包括ケアシステムを構築することとされた。

以下、図表3で概要を紹介する。

**【図表3】2015年4月介護保険法改定による新たな「包括的支援事業」の枠組み**

**(1) 在宅医療・介護連携の推進**

地域支援事業として次の8事業を位置づけ、可能な市町村は2015年4月から取り組みを開始し、2018年4月からはすべての市町村が実施する予定。なお、下記⑤に関し「在宅医療・介護連携支援センター」が郡市医師会等に設置され、地域の医療・介護関係者等からの在宅医療と介護連携についての相談窓口を担う。

- ① 地域の医療・介護の資源の把握
- ② 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- ③ 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- ④ 医療・介護関係者の情報共有の支援
- ⑤ 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- ⑥ 医療・介護関係者の研修
- ⑦ 地域住民への普及啓発
- ⑧ 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

**(2) 認知症施策**

2014年度において地域支援事業の任意事業として実施されている認知症地域支援推進員設置事業と認知症ケア向上推進事業を統合した「認知症地域支援・ケア向上推進事業」と、「認知症初期集中支援推進事業」を2015年4月より順次実施し、2018年4月からは全市町村で実施する。なお、2015年4月より着手する新オレンジプランの主な体制整備目標は、下記の通り。

項目	新オレンジプランの目標
認知症初期集中支援チームの設置	2018年度からすべての市町村で実施
認知症疾患医療センターの数	2017年度末、約500カ所
かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	2017年度末、60,000人
認知症サポート医養成研修の受講者数	2017年度末、5,000人(一般診療所約10万)20カ所に1人
認知症地域支援推進員の数	2018年度からすべての市町村で実施
認知症サポーターの数	2017年度末、800万人
認知症カフェ等の設置	2018年度からすべての市町村に配置される認知症地域支援推進員等の企画により地域の実情に応じ実施

**(3) 生活支援サービスの体制整備**

単身世帯等が増加し、支援を要する軽度の高齢者が増加する中、見守り・安否確認、外出・家事支援など生活支援のニーズが増加することから、地域におけるボランティア

の養成・発掘などの充実・強化を図るため、生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の配置と「協議体」の設置を進める。

「協議体」の設置主体は市町村等に限定されず、生活支援・介護予防を提供する事業者などの情報共有・連携強化を行う。

対象	役割
生活支援コーディネーター （地域支え合い推進員）	ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘などやそのネットワーク化を行う。
協議体	市町村が主体となり、各地域のコーディネーターと生活支援・介護予防サービスの提供主体（NPO、民間企業、ボランティアなど）が参加した定期的な情報共有・連携強化の場

#### (4) 地域ケア会議

医師・歯科医師を含めた多職種が参加し、「高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備」を同時に進めていくことを目標に、地域包括支援センター、市町村が開催する。

①個別レベル、②日常生活圏域レベル、③市町村レベル、④市町村を越えたレベルで、支援困難なケアプランについて、多職種、住民等の地域の関係者間で課題解決に向けた検討、関係者の調整、ネットワーク化、新たな資源開発や地域づくり、介護保険事業計画への反映など政策形成につなげていく。

なお、「地域包括ケアシステム」を推進するための独自の計画策定や、進捗状況を管理する検討会の設置は義務ではなく、介護保険事業支援計画や医療計画などとの整合性が問われるが、『プログラム法』では、「地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域で必要な医療を確保するため、次に掲げる事項（①病床機能報告制度、②医療従事者の確保と勤務環境の改善、③医療従事者の業務範囲の見直し）及び診療報酬に係る適切な対応のあり方その他の必要な事項について検討を加えるとされている。

また、「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」では、①効率的かつ質の高い医療提供体制の構築と、②地域包括ケアシステムの構築を、地域において医療及び介護を総合的に確保していくための「車の両輪」と位置づけている。これは、病床削減・平均在院日数短縮を推進することで、これまでは入院医療で対応していた患者が在宅に戻されることから、こうした患者の受け皿として地域包括ケアシステムをつくっていかうとするものである。

### 3. 地域包括ケアシステムを進める政府の狙い

#### (1) 給付抑制と自助・互助、営利市場化

政府は、「地域包括ケアシステム」の名の下で、公的医療・福祉の給付抑制と、自助・互助、営利市場化を推進し、今後見込まれる高齢者人口の増大とそれに伴う医療・介護ニーズの拡大に対し、入院や施設介護を大幅に制限し、社会保障費と医師や看護師など医療従事者数を最大限に抑制して対応しようとしている。このことは、自治体による医療・介護

力の違いや、患者・利用者の経済状態の違い、地域の環境の違いなどによる格差を増幅させることになる。

しかし、今でも経済的な側面から必要な医療・施設介護を受けられず、最後までその人らしく尊厳を持った生活を全うできない人が少なくない。入院や施設介護を縮小すれば、さらにそうした人々が增大する危険性が高い。一方で、在宅生活を支える医療や介護、生活支援のシステムは、在宅において最後までその人らしく尊厳を持った生活を全うするには、まだまだ不十分である。従って今取り組むべきは、必要な入院や施設介護を確保するとともに、在宅においても最後までその人らしく尊厳を持った生活を全うできるよう、在宅医療、介護、生活支援のシステムを拡充することである。

「地域包括ケアシステム」の骨格となっているのは『地域包括ケア研究会報告書』（2010（平成22）年3月、三菱UFJリサーチ&コンサルティング）である。

同報告書は、地域ケアとは自助（セルフケア）・共助（介護保険サービス・医療保険サービス）・互助（住民主体のサービスやボランティア活動）によって形づくるのが基本だとし、「公助」はそれでもどうしてもならない場合に限って発動するものと定義した。これは、市町村が責任をもってサービスの決定・指示を行ってきた「措置制度下」とは真逆の定義である。

また、医療保険や介護保険を「共助」という言葉で表現しているが、そもそも医療保険や介護保険等の「社会保険制度」は「社会保障制度」を構築する一つの分野であって、国と企業の責任と負担を前提としたものである。報告書は、これを共助と表現することで、

【図表4】

地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

平成25年3月  
地域包括ケア研究会報告書より

○高齢者の尊厳の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することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」。

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

【すまいとすまい方】

●生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力にかなった住まいが確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

●心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。  
●生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

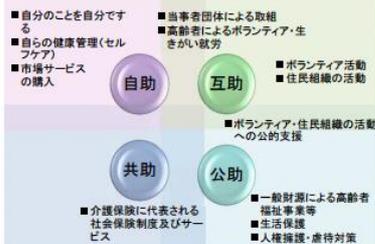
【介護・医療・予防】

●個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【本人・家族の選択と心構え】

●単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



【費用負担による区分】

●「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。  
●これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

【時代や地域による違い】

●2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。  
●都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大きい。  
●少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

国と企業の責任と負担を縮小しようとしている。

なお、地域包括ケア研究会の「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」（2013年）で、地域包括ケアシステムの5つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）について触れ、システムを支える重要な要素として『本人・家族の選択と心構え』を示し、「翌日になったら一人で亡くなっていたという最期も珍しいことではなくなるだろう。常に『家族に見守られながら自宅で亡くなる』わけではないことを、それぞれの住民が理解した上で在宅生活を選択する必要がある」とされている。これは、孤独死・孤立死を当然視するもので、国や自治体は関与しない、自己責任とも受け取れる文書が記載されている。

その上で、2025年に向けて、日常生活圏域（30分以内に駆けつけられる圏域）で、医療・介護・生活支援・住まい・予防の包括的な取り組みが進められるシステムをつくることを提起し、それを「地域包括ケアシステム」と呼んだのである。

そこでは、①ケアマネジメントは「自立支援型」であり、②在宅サービスは24時間365日の「短時間巡回型」であり、③人材の役割分担として、看護職員が在宅医療の提供、介護福祉士が基礎的な医

療ケアの提供、医師の役割は「訪問開始時の指示」と「急変時の対応」に限定するのだと述べた。また、④高齢者住宅の建設を進め、高齢者の住み替えを推奨することや、⑤「過度な病院依存からの脱却」を提起した。

これらの提起は、そのまま、介護保険法改正（2012年4月施行）や同年の診療報酬・介護報酬同時改定に持ち込まれ、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）、介護予防・日常生活支援総合事業の創設、介護職による喀痰吸引や経管栄養等の医療行為「解禁」、サービス付高齢者住宅の創設（2011年10月20日）として具体化された。これは、2014年6月に可決された『医療・介護総合法』による病床

図表6 用語解説「総合診療専門医」「ゲートオープナー」

**【総合診療専門医】とは**

平成25年4月の「専門医の在り方に関する検討会報告書」において、次のように整理されており、2020年度以降には総合診療専門医が誕生する見込みである。

○総合的な診療能力を有する医師を「総合診療医」とする。

※ 日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供。

※ 他の領域別専門医や他の職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供。

○専門医としての名称は「総合診療専門医」とする

**【ゲートオープナー】とは**

一般的に「適切な時に適切な専門家を提供する」役割をさす。

イギリスのGP（General Practitioners）は、ゲートオープナーの役割と、「患者を診察し、診療所で治療が可能か、検査が必要か、専門医への紹介が必要かを判断するが、「余計な検査や投薬の削減、過度の医療提供から患者を守る」（ゲートキーパー）の役割の両方を果たしている。日本における総合診療専門医は、ゲートオープナーの役割が強調されているが、キーパーとオープナーは裏表の関係にあり、どちらが強くなるかは、医療保険制度の充実度合いによって変化する。なお、2009年のOECD対日審査においては、日本は不必要な専門医受診を防ぐゲートキーパー制度を導入し、また総合診療医の数を増やし、かつ専門医の役割を明確にするよう勧告されている。

機能報告制度と、介護保険における新総合事業創設につながっている。

また、技術的難易度が高く、判断も難しい医行為（特定行為）を医師の「包括的指示」や「具体的指示」があれば看護師が実施できるように2014年6月に「特定行為に係る看護師の研修制度」が法制化（保健師助産師看護師法（保助看法）改正）され、医師不足を安易に補おうとしている。

新たな専門医制度が創設され、「総合診療専門医」の養成が開始された。高齢化社会の中で、かかりつけ医の役割をさらに高めることは重要であり、すべてのかかりつけ医が総合的な診療能力を有することが求められるが、その一方で総合診療専門医は、「地域包括ケアシステム」における「ゲートオープナー」（病態や患者ニーズに応じた専門医を紹介する）の役割を担われ、フリーアクセスの制限に繋がりにくい恐れがある。

つまり、政府は、高齢者に対して、出来る限り、医療や介護の公的なサービスに頼らず、地域住民の助けあいやボランティア精神に依拠して生きていくことを求めるものであり、医療・介護サービスもプロフェッショナルオートノミーに基づいて医療を提供する医師ではなく、安い費用の看護職・介護職に医療ケアも任せようとしている。

さらに、『地域包括ケア研究会報告書』では、在宅における医師の役割を「定期的な訪問診療、急変時対応、看取り」から、「在宅医療開始時の指導、急変時の対応・指示、看取り」に限定することを提案している。これが実施されれば、必要な治療の実施や他の職種への訪問指示の判断を困難にし、ひいては医療事故にもつながりかねない。なお、過疎地域では、看護職も介護職も確保できず、開業医がほとんど一人で地域医療を担っている実態もある。

社会保障分野の新自由主義改革（給付抑制と成長戦略に資する制度への転換）方針の下では、結局、サービス保障ではなく給付抑制と自助・互助の強調・強要になり、地域再建も自治体機能回復も不可能である。

政府が進める地域包括ケアシステムは、国の役割は後退させ、市場取引を通じて医療・介護ニーズを満たそうとするものであり、これでは、格差医療・格差介護が横行する。

#### 日本医師会「医の倫理の基礎知識」基本的事項 No.6

「医師とプロフェッショナルオートノミー」抜粋

手塚 一男（日本医師会参与、弁護士）

<http://www.med.or.jp/doctor/member/kiso/k6.html>

プロフェッショナルオートノミーの中心的要素は医師専門職としての自律であり、その自律とは、ごく簡単に言えば（1）患者診療に関して政府や行政機関等の外部による規制（他律）を受けないという自由を意味すると共に、（2）患者診療に関して、自ら実効性のある自己規律のシステムを構築しそれに従って行動していくという積極的義務を伴った自由をも意味している。

## (2) 医療・介護サービス提供体制改革における川上・川下改革

現在、進行中の社会保障制度改革は、社会保障・税一体改革大綱（2012年2月）に始ま

り、社会保障制度改革推進法（2012年8月）、社会保障制度改革国民会議報告書（2013年8月）、プログラム法（2013年12月）、そして医療・介護総合確保推進法（2014年6月）、医療保険制度改革関連法（2015年5月）と着実に組み立てられ、そのフォーマットが完成に近づいている。

その大きな柱である「医療・介護サービス提供体制改革」は、「川上」「川下」の改革として構想されている。

「川上」は入院医療改革である。都道府県は「地域医療構想」を策定し、2025年を目途に「機能別」（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）に都道府県内の病床を、「構想区域」（≒二次医療圏）毎に再編し、「過剰」な病床を削減する。これによって、病床の回転率を上げ（平均在院日数短縮）、患者は早期退院を促され在宅へ帰される。従って、入院医療費が抑制される。

「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」を目的とした「地域医療構想策定ガイドライン」では、全国で15万床の病床削減（3割超削減9県、2割超削減27県、2割以内削減5県）が示された。しかし、慢性期病床の必要数推計で「医療区分1」患者の「70%」は在宅ニーズにカウントされるなど、国がやっているレセプトデータを使用した2025年の医療需要推計は、地域の医療ニーズを反映したものではない。

2011（平成23）年に発表された厚生労働省社会保障・税一体改革の「医療・介護に係る長期推計」（医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み）では、2011年に166万床ある入院病床は、現状の医療制度下では2025年に202万床必要となるが、医療制度改革で159万床に圧縮。介護施設も含めれば、2025年に363万床必要とされる入院・入所病床を290万床に削減するとしている。

医療・介護を必要とするすべての人にもれなくサービスを提供することを前提とするならば、2025年の必要病床数はさらに増えなければならない。

### **(3) 川下の受け皿としての地域包括ケアシステム**

早期退院を促された患者は、ある程度高い療養ニーズを保持したまま在宅に帰る。その受け皿づくりが「川下」の改革であり、「地域包括ケアシステム」構築なのである。

医療では、在宅療養支援診療所・支援病院を評価。介護では、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護等を評価。さらに、医療・介護の連携を評価する報酬を新設した。また、国土交通省と連携をして、バリアフリー構造で安否確認・生活相談を付置した「サービス付き高齢者向け住宅」（サ高住）を創設してきた。

しかし、地域における医療・介護サービスは充実しておらず、保険料や窓口負担の引き上げもあって、孤独死、老老介護、認認介護による生活困難はむしろ、広がっている。

介護は家族が支えているのが日本の実態で、2004年に「ほとんど終日介護の負担がある」

と回答したのが 21.6%だったが、2013 年で 25.2%に増えており、家族介護は減るところか、増えている。これは介護保険制度が家族介護を前提としてためであり、今後増える独居、老々介護に対応するには介護保険制度の改善が必要である。

これに対して 2015 年の介護保険法「改正」で政府が実施したのは、①要支援 1・2 に対する全国一律の介護予防訪問介護・介護予防通所介護を市町村が基準や報酬、負担割合を独自に設定する新総合事業に移管、②特養入所者を原則として要介護 3 以上へ限定、③一定以上所得者の 2 割負担化であり、さらに、次なる制度改正では利用料の原則 2 割化や福祉用具貸与の原則自己負担化まで狙われている。

医療保険でも、2014 年 4 月改定で同一建物居住者に対する減算が大幅に拡大。今後は医師の役割を看護職員に、看護職員の役割を介護職員にシフトさせることが検討されており、早期退院で、より重症な患者が増大するにもかかわらず、2011 に示された社会保障・税一体改革成案「工程表」では、一人当たりの外来や在宅医療の 1 月当たりの単価は全く変わらず、実質的に診療報酬による評価を引き下げるに等しい。

政府は 2025 年までに医療・介護費を計 5 兆円抑制する方針を掲げている。具体的には、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）や DPC データベースなどいわゆる医療ビッグデータを活用して都道府県ごとに医療費の目標値を定め、目標を超えた都道府県に将来的にペナルティを設ける方向である。これは、必要な医療が受けられない事態を招く事にもなり、絶対に認められない。

退院患者の受け入れ体制は脆弱だが、川上での病床削減と平均在院日数の短縮は強引に進められる。川下に流される患者は医療も介護も受けられない。

「受け皿」であれば、必要な医療・介護を公的に保障する手立てが必要だが、国はそのようなことを一切考えていない。国が考える「地域包括ケアシステム」は、公的な医療・介護保障システムではなく、あくまで「自助・互助」を中心とした受け皿づくりなのである。

『プログラム法』では、「公助」の言葉はなく、自助・自立のための環境整備等（第 2 条）、個人の健康管理、疾病の予防等の自助努力（第 4 条）、介護予防の自助努力（第 5 条）が強調され、一方で多様な主体による保健事業等の推進、多様な主体による創意工夫を生かした高齢者の自立した日常生活の支援が強調されている。川上でも川下でも、目指されているのは医療・介護の給付抑制だけである。

国は、受け皿づくりといいながら、診療報酬では在宅医療の評価を引き下げ、介護給付範囲の縮小や報酬引き下げなど必要なサービスを切り捨てる改正を行っている。切り捨てられたニーズの受け皿は、市場での購入も視野にいれた「自助」で何とかせよ、あるいは自治体を中心となって、住民同士の互助機能強化（インフォーマルサービスを開発）による対応を求めている。

なお、厚生労働省は、医療は都道府県もしくは二次医療圏単位、在宅医療・介護は市町

村単位と説明しており、矛盾している。

#### (4) 国保の都道府県化と都道府県医療費適正化計画

2015年5月27日に成立した医療保険制度改革関連法による市町村国保の都道府県化も、そうした改革を前に進めるものである。すなわち、都道府県は川上で、国保の保険財政と地域医療構想による医療提供体制の整備を一体的に担い、市町村は川下で、国保・介護の保険給付が膨らまないよう、出来る限り効率的な在宅医療・福祉システムを「保険者機能」も発揮して構築するのである。

こうした仕組みの基本には「都道府県医療費適正化計画」による医療費支出目標の設定による「医療費総額管理」の仕組みが据えられ、都道府県も市町村も医療費抑制、あるいは介護費抑制に向け、「地域包括ケアシステム」も含めた医療・介護サービス提供体制改革にひた走ることになるのである。

#### (5) 「地域包括ケアシステム」と地域医療連携推進法人

第189通常国会に提案（2015年4月3日提出）された医療法改正案の柱の一つが、複数の医療法人や社会福祉法人等を統合させた二次医療圏を範囲とした「地域連携型医療法人制度」（非営利ホールディングカンパニー型法人制度）の創設である。

これが提案された背景には、今後都道府県が地域医療構想で構想区域（≒二次医療圏）ごとに機能別必要病床数を設定した際、現在のところの多くの医療機関が志向する急性期機能から、担い手が不足すると見込まれる回復期機能への転換をどの病院にさせるのかといった、利害対立が起これ、構想通りの提供体制が構築できない可能性があるからに他ならない。仮に、構想区域内の医療機関の多数を傘下に治める巨大法人が設立されたとしたら、法人の方針のもと（「統一的な連携推進方針」という）自らが機能分化・統廃合し、地域医療構想の実現に役立つと考えられているのである。さらに傘下に入る法人は医療法人のみならず、介護事業を展開する法人も想定されており、川上から川下までを一体的に担うことも想定されている。

また、地域連携型医療法人に営利法人の参加は許されないが、関連事業を行う株式会社への出資は認められている。この出資は「関連事業を行う株式会社への出資について地域包括ケアを推進する」ことを前提としているが、営利化への下地づくりとなりかねない。

経済産業省の「次世代ヘルスケア産業協議会」が2014年6月5日に発表した中間とりまとめでは、地域におけるヘルスケア産業を創出し、「地域包括ケアシステムと連携したビジネス」を展開することが打ち出され、そのための地域の医療・介護関係者を「糾合」した「地域版次世代ヘルスケア産業協議会」の創設が提起されている。

剰余金配当禁止を盛り込むなど産業競争力会議などが目指していた、医療の営利産業化につながる広域・大規模事業体の創設には歯止めがかかった。

しかし、国家戦略特区（特に東京圏と関西圏）が動き出すなか、外資を含む金融機関や保険会社などの営利法人に実質的に支配されることがないように、監視・評価する仕組みを設けるべきであり、営利法人が間接的にでも参加するのを禁止すべきである。また、医療費抑制の手段として活用される危険性や地域の医療提供体制が損なわれる危険性は払拭されていない。

## 4. 患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」

### (1) 「真の地域包括ケアシステム」とは何か

超高齢社会を迎える中で、いつまでも健やかに生活ができることは、国民みんなの願いであり、病気や要介護状態となった場合に、いつでも、どこでも、誰でもが、費用の心配なく、必要な医療・介護を受けられるシステムの構築は、大変重要である。

地域包括ケアシステムが想起されてきた社会理論として、①地域包括ケアを「当事者がこれまで生活してきた地域社会の中で、健康を損なう疾病に対する予防を心がけながら暮らし、病気になったら治療を行い、それが完治しなくても適切な支援を受けながら生活を継続させるヘルスケア」と位置づける、②こういったヘルスケアが希求される背景として、人びとの健康や病気に対する「認識枠組み」が、疾病の完治をめざす「医学モデル」から生活の質のよって規定される「生活モデル」に移行したことがあるとされている（猪飼周平ら）。

患者・住民にとっては、怪我や病気が治癒し、元通りの社会生活に復帰できることは最大の願いである。しかし、どんな治療を行っても罹患前と全く同じ状態に戻ることは困難な場合もあり、機能の低下や再発リスクの中で社会生活を営むことになる。したがって、その時代における最新の治療がすべての患者に提供できるよう全力をあげることを前提としつつ、機能低下を有する人が日常生活を送れるような社会システムの構築が必要であり、この社会システムが機能するためには、見守りや介護といった生活支援、住まいや移動手段、買い物の確保といった生活サポート機能の充実と、医療保障の充実が不可欠である。

「真の地域包括ケアシステム」とは、いつでも、どこでも、誰でもが費用の心配なく、国の責任で必要な医療・介護サービスを受けられるよう、①社会保障に対する国庫負担の拡充、②非営利とフリーアクセスの堅持、③必要な医療・歯科医療が提供できる診療報酬を含めた医療保障制度の充実、④医療・介護従事者、行政、住民の連携、⑤住民を含めた地域からの発信の確保などを保障、⑥在宅において尊厳ある生活を全うできるものでなければならない。

### (2) 公立みつぎ病院の実践から学ぶべきこと

「地域包括ケアシステム」の概念の基となったのは、広島県公立みつぎ総合病院の院長を務めた山口昇医師が提唱し、1974年から、同病院が取り組んだ「医療と福祉にまたがる、

ケアの実践」である。山口医師は「国に在宅ケアに関する制度が何もない頃」から、「病院を退院後寝たきりになってしまうケースが増え」ていくことに問題意識を抱き、「訪問看護、訪問リハビリ等の在宅ケアによる寝たきりゼロ作戦」を推進したと著書（「地域包括ケアシステム」高橋紘士編・オーム社所収）で述べている。

「病院医療の転換」を入口に、「健康づくり（保健・予防）および介護・福祉との連携を伴う仕組みを構築」する試みが、町ぐるみの取り組みに発展したのが、「地域包括ケアシステム」だった。

しかし、同著で山口医師自身も「地域包括ケア」という呼称も用いているものの、氏はそれを「地域包括医療・ケア」と名付け、次のように定義している。

- ① 地域に包括医療を、社会的要因に配慮しつつ継続して実践し、住民が住みなれた場所で安心して生活できるようにそのQOLの向上をめざすもの。
- ② 包括医療・ケアとは治療（キュア）のみならず保健サービス（健康づくり）、在宅ケア、リハビリ、介護・福祉サービスのすべてを包含するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携および住民参加のもとに、地域ぐるみの生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療・ケアである。
- ③ 地域とは単なる Area ではなく Community を指す。

同様の発想は、多くの医師・歯科医師が持っていた。地域包括ケアという言葉が用いられる以前から、地域で医療・歯科医療を提供する臨床医は、個々の疾患を重視するのみならず、患者の心身の状態、家族、生活環境にも留意し、地域の保健、予防、リハビリテーション、福祉、環境、公害問題等についても積極的な役割を果たす努力を行い、こうした中で在宅医療や医療連携を実践し、社会保障の充実を求めてきた。各地で進められている「地域包括ケアシステム」の構築はこうした取り組みの延長線に位置するものでもある。

なお、御調町で大きな成果をあげることができた原因は、行政が積極的に関わったことにある。このことは、「地域包括ケアシステム」は、ボランティアによって支えるものではなく、国や行政が責任を持つことで、活かすことができることを証明している。さらに言えば、住民や医療・介護担当者が動けば行政を動かすことができるし、行政を動かすことが地域住民の命と健康を守るために重要であることを改めて認識させられる。

## 5. 「真の地域包括ケアシステム」構築に向けた保団連要求

患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」を実現していくには、専門職と住民が連携し、実践の中で知った地域の困難、高齢者の困難の解決に取り組みながら、同時に国・自治体の制度・施策をよりよくしていくことが必要不可欠である。

これを実践する上で、私たちが守るべき原則は、①医療・介護は、ナショナルミニマム保障として、国による公的な給付を柱に保障される、②自治体・住民の互助機能によるサービスはその補完として提供されること、③患者・利用者とその家族の幸せや人権、生き甲斐といった、人生の幸福と人間としての尊厳が守られているかを検証し、システム改善指標の一つとすべきことである。

政府の「地域包括ケアシステム」で指摘している5つの構成要素（①介護、②医療、③予防の専門的なサービスと、その前提としての、④住まいと、⑤生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支える）の実現は大変重要であるが、問題は「自助を基本としながら互助・共助・公助の順で取り組んでいくことが必要」（厚生労働省平成20年度老人保健健康増進等事業による「地域包括ケア研究会 報告書 ～今後の検討のための論点整理～）の考え方である。

「地域包括ケアシステム」で指摘した5つの構成要素を真に実現させるためには、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と定めた憲法25条に則り、国がしっかりと財源負担を行い、診療報酬や介護報酬の引き上げ、医療担当者の公的養成、医療・介護をはじめとした設備への公的助成の実施、患者窓口負担の軽減などを行うことが何よりも必要である。また、モデル事業は、補助金やマンパワーが確保されて取り組まれた。今後すべての自治体で地域包括ケアシステムの構築に取り組むにあたって、財源や人がどれだけ確保できるのか不安も広がっている。これについても国として必要な援助を行うべきである。

なお、「真の地域包括ケアシステム」を構築するためには、医療や介護制度の構築やネットワークづくりだけではなく、生活問題全て含めた改善策が必要であり、一人ひとりの人権が尊重されるシステムでなければならない。

こうした視点から保団連は、患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」構築に向け、次の実現を求める。

## (1) 「真の地域包括ケアシステム」を構築するための保団連要求

### <国への要求>

- ① 患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」の実現のためには、公衆衛生・保健・医療・介護・福祉の諸制度が確立され、総合的に提供される必要がある。そのためには、国がしっかりと財源負担を行い、費用の心配がなく、これらのサービ

#### 公衆衛生 大百科辞典

公衆衛生とは、環境衛生の改善、伝染病の予防、個人衛生の原理にもとづく衛生教育、疾病の早期診断と予防的治療のための医療および看護業務の組織化、さらに地域社会のすべての住民が健康を保持するにたる生活水準を保障するような社会機構の発展を目指して行われる地域社会の努力を通じて、疾病を予防し、生命を延長し、健康と人間的能率の増進をはかる科学であり、技術である。

スが受けられるようにすること。特に、医療保険や介護保険における窓口負担の拡大や保険給付外しを止め、患者負担を大幅に引き下げること。また、健診・検診受診における自己負担金を廃止し、保健指導が充実できるよう、自治体への財政援助を行うこと。

- ② 必要な医療・介護が提供できるよう、診療報酬・介護報酬を引き上げること。
- ③ 医師・歯科医師、看護職員、薬剤師、歯科衛生士等の役割の見直しについては、医学的観点から十分な検討を行い、慎重にすること。
- ④ 医療従事者・福祉従事者の養成と安定した労働環境の実現に国が責任を持つこと。特に看護師やヘルパーの雇用確保は喫緊の課題である。
- ⑤ 地域包括支援センターに求められている役割を発揮するために、人員増や機能強化を国の負担で実施できるようにすること。また、保健所を増やし、住民や保健・医療・介護・福祉担当者の要求に応えた地域の公衆衛生・保健・医療・介護・福祉体制を自治体とともに国の責任で整備すること。

### ＜国及び自治体への要求＞

- ① 「かかりつけ医」・「総合診療専門医」・「かかりつけ歯科医」等の制度を用いてフリーアクセスの制限を行わず、必要なときに必要なサービスが十分に受けられるようにすること。
- ② 終末期をどこで迎えるかべきかは、終末期を迎える人の病態や環境によって大きく異なる。在宅最優先ではなく、本人や家族の希望に沿った終末期を選べることを前提とすること。また、容体急変に対応できる後方機能病院等の確保体制を整備すること。
- ③ 医療費抑制を目的とした医療機関の再編・淘汰、ベッド数削減、医師数の抑制などをやめ、提供体制の確保に国と自治体が責任を持つこと。特に不足している特別養護老人ホームの拡充や、介護事業所の整備を行うこと。必要病床数については、科学的根拠を基に、十分な議論を行うこと。また、早期退院を余儀なくされた患者の追跡調査を行い、早期退院が患者の予後に及ぼす影響を検証すること。
- ④ 非営利によるサービス提供の原則を堅持して、公共性・公益性を貫くこと。
- ⑤ 健やかに生きるためには、しっかりとした栄養摂取が不可欠で、口腔衛生と口腔機能の維持・管理が大変重要であり、介護保険において要介護認定時に口腔機能アセスメントを位置づけること。また、地域包括支援センターとの連携を強化すること。

なお、歯・口の機能低下は、加齢性筋肉減弱（少）症（サルコペニア）や運動器症候群（ロコモティブシンドローム）の前兆とも考えられ、「オーラル・フレイル（歯・口の機能の虚弱）」の予防が、全身の健康に寄与する。

生活習慣病の改善に口腔内ケアが重要な影響を与えることがわかってきており、歯科健診・検診の充実、歯科疾患予防や摂食嚥下と全身疾患との関わりの研究・啓蒙・

評価の充実、病院から在宅の流れの中で口腔の情報が共有できる地域連携をさらに評価すること。

- ⑥ 認知症が今後増大することが予測されている。認知症にならない対策、認知症になっても早い段階での対応を強化することで重症化の予防も期待できる。一方、重度の認知症のある人は徘徊やせん妄があり、在宅でも施設でも大きな負担となる。こうしたことから、次の対策を強化すること。

ア. 歯科には認知症の発見機能が期待されるとしているが、具体的な手順などは示されていない。認知症対応における連携方法や手順、評価などを明確にし、歯科の役割、位置づけを明確化し、評価する。

イ. 認知症に対する専門知識と倫理観を持った介護職員の育成及び処遇改善を早急に行う。

- ⑦ 高齢期を健やかに迎え、過ごすためには、精神的にも、身体的にも健やかであることが欠かせない。運動機能の維持、禁煙などを含めた生活習慣の取り組み、感染症対策、予防、機能維持が求められ、必要な医療を受けられることが必要である。特に、認知症、うつ病、口腔機能、運動機能、感染症などへの取り組みを強化すること。

- ⑧ 現場での様々な取り組みを集約・分析し、課題を明らかにするとともに好事例を広げていくこと。また、介護者（家族等）が抱える問題点や課題を調査し、介護者に対する支援を強化すること。

- ⑨ 医療・介護等の連携を進める上で、ICT（情報通信技術）の活用による情報共有と管理は大変重要である。しかし、重要な個人情報が含まれることから、個人情報の保護を優先し、企業による利活用の禁止、マイナンバー制度との連動は止めること。

- ⑩ 家族の介護負担軽減を進めること。福祉用具購入、福祉用具貸与、住宅改修をさらに利用しやすくすること。

## ＜自治体への要求＞

自治体をどう位置づけて対応するのが地域では課題になる。自治体は、住民や医療団体・福祉団体とともに、共同して国に対して社会保障の改善に向けた働きかけを協力・協働して行う対象である。同時に、自治体自身が地域包括ケアシステム構築の重要な役割を担うことから、改善を要求すべき対象でもある。自治体にはこうした2側面があることを前提に、取り組みを進める。

- ① 医療計画や介護保険事業計画の策定に当たって、下記の点を重視すること。

ア) 病床削減や、医師の役割の縮小、フリーアクセスの制限等を前提としないこと。

イ) 日常生活圏域境界情報や日常生活圏域ニーズ調査をはじめ、地域包括ケアに関する現状や要求を「見える化」して公開し、自治体における課題や計画について地域住民や医療・福祉担当者の意見を反映すること。

ウ) 歯科健診・検診の充実と受診率向上、歯科疾患予防や摂食嚥下と全身疾患との

関わりの研究・啓蒙・評価の充実、病院から在宅の流れの中で口腔の情報が共有できる地域連携のさらなる評価を行うこと。

エ) 介護保険事業計画の策定にあたっては、「住民の意見・思いを取り入れる」ことが何より肝要である。自治体は誰もが参画しやすいような説明会の機会を設けるとか、パブリックコメントをしっかりと政策に反映させる必要がある。

② 国に対して下記の実現を求めること。

ア) 非営利によるサービス提供の原則を堅持して、公共性・公益性を貫く。

イ) 医療従事者・福祉従事者の養成と安定した労働環境の実現に国が責任を持つ。特に看護師やヘルパーの雇用確保は喫緊の課題である。

## (2) 地域医療の現場における実践的な取り組み

### (2)-1 患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」確立に向けて地域医療に取り組む保団連・保険医協会の姿勢

患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」を実現する上で、保団連第27回総会(1989年)で採択した「開業医宣言」(1998年の第36回大会で「5.診療の記録」を修正)は実践的な取り組みの道筋を照らすものである。

全国の保険医協会・保険医会には開業医とともに多くの勤務医が入会しているが、「開業医宣言」で示した医療に対する姿勢は、勤務医も含めた全保険医が、患者・住民が求める「真の地域包括ケアシステム」を実現する上で目指すべき医療の在り方を示している。開業医が発言することはもちろんだが、特に改革の川上におかれている病院の勤務医が、多職種連携の中で、患者の家族や生活環境、地域における医療・福祉の整備情報を把握し、必要な入院医療の確保や社会基盤の整備の必要性を訴えていくことは、大変重要である。

なお、財政困難や老人医療費の財政圧迫などの政府の宣伝の中で、国民の中には、社会保障改悪に対する誤解やあきらめを抱いている人も少なくない。このため、政府の政策の本質を患者、住民に訴えること、必要な医療を提供できる医療保障制度を築くことが何よりも求められている。

①全人的医療：私たちは個々の疾患を重視するのみならず、患者の心身の状態、家族、生活環境にも気を配り、全人的医療に努力する。

②地域医療：私たちは住民の身近な存在として、日常診療に責任を持つと同時に、地域の保健、予防、リハビリテーション、福祉、環境、公害問題等についても積極的な役割を果たす。

③医療機関等の連携：私たちは最も適切な医療を行うため、診療機能の交流等を通じ他の医師、医療機関等との円滑な連携に努める。同時に、他の医療・福祉従事者の役割を重視し、患者を中心とした緊密な協力関係を保つよう努力する。

- ④社会保障：医療を資本の利潤追求の市場に委ねてはならず、すべての国民が医療・福祉を受けられるよう、社会保障を充実することは近代国家の責務である。私たちは国民とともに社会保障を守り、拡充するため努力する。

なお、超高齢社会に突入した日本が如何に高齢者に人間らしい最後の時間を過ごすことが出来る国創りをするかが、世界的にも注目されている。保団連は、開業医宣言の理念に立脚し、戦争のない平和な社会の中で、命と健康が守られ、患者・利用者とその家族の幸せや人権、生き甲斐といった、人生の幸福と人間としての尊厳が守られる地域包括ケアシステムの構築を国と自治体に要望するものである。

## (2)-2 医師・歯科医師が果たすべき具体的な取り組み

医師・歯科医師が果たすべき具体的な対策としては、次があげられる。各地域の実態に沿って、「地域包括ケアシステム」への創意ある参加が重要である。なお、これらの役割を果たすためには、医師不足の解消、医師・歯科医師の労働条件の改善とそれを可能にする報酬引き上げ、研修や交流の機会の整備などが不可欠である。

### ① 在宅医療への取り組みの強化

施設入所者を含めた在宅医療・歯科医療に取り組む医師・歯科医師を増やす。

### ② 多職種連携の推進（日常医療）

入院、外来、在宅において、他の医科・歯科医療機関、介護、福祉事業を含めた多職種連携を日常的に行う。

- ③ ケアプランが策定されている要介護者については、主治医のサービス担当者会議への出席（欠席の場合は意見照会への対応）や、ケアプランに位置づけられた各サービス計画の提出に協力をする。

### ④ 困難事例の把握と対応（ケアマネジャーや地域包括支援センターとの連携）

ア) 困難事例を地域ケア会議で検討するため、困難事例を把握し、必要に応じて、ケアマネジャー又は地域包括支援センターへ連絡、問題提起を行い、その結果を把握する。外来診察を通じてだけでは、困難事例は把握するのは困難であり、困難事例把握のために下記について工夫する。

- ・「医療相談係（室）」を設け表示するなど、外来患者さんが困難事例について相談できる状況をつくる。
- ・患者さんの地域での役割を把握する。町内会での役割、社協での役割など。診察の折に声がけし、たしかめる。
- ・ケアマネジャーなどの質問・問い合わせに必ず時間を取る。

イ) 困難事例について、「個別事例としての解決方法」や、「制度として解決すべき課題」について提案を行う。

ウ) 困難事例解決に向けた教訓や課題の共有のため、「個別事例としての解決方法」や、

「制度として解決すべき課題」について、各種研究会・学習会への報告や改善要望へのとりまとめ、提案等を行う。

⑤ 地域ケア会議への参加と、提案

地域ケア会議の定期的な開催を要請し、困難事例があれば、その事例のための会議開催を求める。参加が困難な場合は、参加しやすい日時での提案や、「個別事例としての解決方法」、「制度として解決すべき課題」について提案を行う。

なお、地域ケア会議に歯科が関わっている状況が少ないのが実態である。歯科の参加の位置づけを明確にさせていく。

⑥ 「在宅医療・介護連携支援センター」との連携

必要に応じて、在宅医療と介護連携についての相談窓口を担う「在宅医療・介護連携支援センター」との連携を行う。

⑦ 本人又は家族の情報の共有

本人又は家族が情報共有の中心にいる必要があり、地域ケア会議だけでなく、医療・介護の提供にあたって必要な情報を本人・家族に伝える必要がある。これを確保する上で、本人・家族への情報提供を診療報酬及び介護報酬で評価する必要がある。

なお、最近、「規範的統合」という言葉が、医療・福祉分野で頻繁に使用されている。それは「保険者や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方針が、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」と定義されている。しかし、保険者や自治体が進める基本方針への統合は、医療・福祉切り捨てのための統合になっていく危険性が高い。私たち医療者は、政府が進める医療費抑制の理念の下に無批判に「統合」されるわけにはいかない。

医療・福祉の専門職は、「真の地域包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みを地域医療の現場から進める一方で、医療・介護をはじめとした社会保障削減の動きや医療の営利市場化・産業化という政府・財界の意図と、その結果もたらされる医療崩壊・介護崩壊を過去の政策とそのもたらした結果の経験の蓄積により見抜く力を持っている。

私たちは、すべての医療・福祉従事者と力を合わせ、社会保障抑制策の危険性を患者・住民に広く伝えるとともに、患者・住民が求める「真の包括ケアシステム」の構築に向けた取り組みを進めるものである。

以上