

第 I 部

岡山県地域医療構想の実現と 地域包括ケアシステムの構築に向けて

地域医療構想における医療提供体制は、都道府県を中心に急性増悪や救急時にも備えるべく整備されている。一方、地域包括ケアシステムは、市町村を中心に日常生活圏域で暮らし続けるための地域づくり・まちづくりである。地域包括ケアシステムの構築には、医療提供体制の整備が不可欠であり、安心して退院するためには、地域包括ケアシステムの充実が不可欠となる。従って、この両者は、相補的かつ密接不可分な関係にあり、地域医療構想の実現と地域包括ケアシステムの構築は、一体的に論じられる必要がある。

地域医療構想における医療機能分化と連携は中核的なミッションであるが、実現のための最大のテーマは医療区分 1 の 70%が病院外医療、即ち、自宅や高齢者住宅、介護施設等の在宅系医療で対応できるかどうかを集約される。地域包括ケアシステムが構築されないと地域医療構想は絵に描いた餅となる仕組みとなっている。28 年度診療報酬改定の基本的視点のトップにも、『「地域包括ケアシステム」の推進と、「病床の機能分化・連携」を含む医療機能の分化・強化・連携を一層進めること』と記されている。

2014 年 7 月時点の国の病床機能報告による稼働数は 123.4 万床であり、未届け病床を含めて最大 128 万床程度が稼働していると予測される。2025 年の必要病床数は 115~119 万床とされるが、病床の自然減を考慮すると病床数自体は目指すべき姿に至り、地域によっては、必要病床数を割り込むケースも生じ得る。高度急性期 13.0 万床程度、急性期 40.1 万床程度、回復期 37.5 万床程度、慢性期 24.2~28.5 万床程度への機能分化は診療報酬改定が誘導するが、医療提供サイドにとって最大の難関となる。医療機関においては、それぞれの機能に応じた患者確保、医療提供体制の整備に加え、アウトカム評価への対応が求められる。診療報酬改定は、2018 年の同時改定を山場に 2025 年のゴールへ向けて粛々とシナリオが描かれていく。

地域医療構想の実現へ向けたハードルの一つは、厳しい環境下に置かれている医療機関経営である。医療経営は初めて人口減少時代に直面するため、地域の医療・介護事業としてのマーケティングの視点は不可欠となっている。地域医療構想は、きっちり 10 年かけて取り組むべき課題であり、必要病床数は医療機関の共倒れを防ぐための 10 年間の時間的猶予のある「救済データ」と捉え、その副産物は、地域を見据えた医療機関間の連携を超えた「協働」として現れる。多くの医療機関の債権者である金融機関の関与も地域医療構想の実現のためには必要となろう。

地域包括ケアシステムの構築は、全国一律の社会保障制度と地域の実情の折り合いをつける取組であり、「ご当地システム」と言われる所以である。地域づくりの主体は、地域住民であり、地域包括ケアにおける多職種連携では、異分野・異業種との連携が中心となる。医師会やかかりつけ医が町内会、老人クラブ、民生委員、愛育委員等と交流し連携を図り、地域の医療

介護の課題、高齢者や認知症の方の生活支援等を地域づくりの視点で共に考え合うことが極めて重要である。医療介護業界においては、地域包括ケアの論点が医療と介護の連携・統合に終始しがちであるが、医療も介護も生活の一部であることを念頭に置き、住民と共にご当地ならではの地域づくりに奉仕の気持ちで参加することで地域包括ケアは推進する。

我が国の高齢社会は世界のトップランナーに位置し、日本がこの局面をどう乗り切るかを後続の先進国にモデルを示す役割を担っている。共助、公助で支えるには限界があり、自助、互助が鍵を握る。初等教育の授業に病気や介護の予防の講座の導入、中高年に将来の介護予防のための知識の普及や生活習慣の見直しといった自助を促進する取組が考えられる。互助の中でも民生委員や愛育委員等のボランティア団体は地域づくりの中核的な存在である。75歳の要介護認定率は5%程度であり、定年退職後の元気な高齢者の社会参加も地域づくりに強く求められる。自分の仕事の経験を活かしたボランティア活動や新たなチャレンジ活動も有益となる。見守り、安否確認、外出支援、買い物支援、調理・清掃の家事支援、配食支援といった生活支援を地域住民の参加で自らの事として自助、互助でどの程度対応できるかがポイントとなる。

合わせて、将来を担う若者や子供達の地域への定着や10年後20年後の地域を支える医療介護人材の確保、社会資源の希薄な地域では近隣地域との連携や各種アクセスの検討の議論が欠かせない。ご当地に応じた地域力が問われており、医療介護業界も地域力を高める活動や取組の視点がますます重要となる。子供世代と同居する高齢者数は、1964年同居率8割で400万人に対し、2015年同居率4割ながらも1300万人と3倍増となっており、在宅家族力の低下の一言だけでは済まされない状況もある。地域の特性に応じて工夫する余地は残されている。

医療保険や介護保険の如く共助は、強制加入の保険方式であるため、被保険者が必要な時に適切なサービスが提供されるように制度設計されている。従って、病棟機能と見合っていない医療提供や社会的入院、あるいは、自立支援に反する過剰な介護、在宅生活の可能な人の介護施設利用等は是正される。今後、平等性や医療介護の質の評価の観点から、病院、介護施設、在宅等居場所が異なっても同じ状態の人は等しく評価されることが目指されている。実際に、慢性期DPC、介護DPCも開発されており、将来的には療養病床や老健施設等もコーディング評価となる方向である。

このように医療や介護の政策は着実に進んでいる。遅れているのは、国民の参加のみではなからうか。大半の国民が未だ地域医療構想や地域包括ケアの中身についてほとんど知らされておらず、保険料を強制徴取されている国民と共に議論をすることが一刻も早く必要である。健全な社会保障制度の持続のために痛みを伴う政策もやむを得ない状況にあることを丁寧にわかりやすく説明することで多くの国民の理解は得られるはずである。自らの健康管理、疾病予防、介護予防、医療機関のかかり方、介護サービスの利用方法について、行政、関係団体のサポートを受けつつ国民自らが考えることが地域医療構想の実現と地域包括ケアシステムの構築につながっていく。幾多の災害や苦難を冷静沈着に忍耐強く知性をもって乗り越えてきた日本人が世界にモデルを示す時が刻々と迫っている。

江澤和彦委員（岡山県医師会 理事）