視　座

医療・介護と地域をつなぐシームレスケア
～自立支援と重度化防止～

宮城県医師会常任理事
安　藤　由紀子

我が国はこれまで，高齢化が進む中，1983年老人保健制度，1989年ゴールドプラン，2000年介護保険制度，2006年地域密着型サービス，2015年新・総合事業スタート等次々と対応を進めてきました。団塊の世代の全員が65歳以上に達する2015年を最初の目標の年として，地域包括ケアシステムの基本となるコンセプトを提示してきました。そして，団塊の世代全員が，75歳以上となる2025年を「2025年問題」と位置づけ，サービス提供体制の充実に力を注いできています。しかし，2025年問題を乗り越えた次には「2040年問題」が待ち受けています。2040年は，団塊の世代が90歳以上となり，高齢者も減少し始めます。この2040年とはいったいどのような社会となっているのでしょうか。これまでの固定化された考え方や発想では，その状況に対応することはできないと思われます。

その頃の高齢者は，急速に進む高齢化の中で介護予防の重要性を認識し年齢を重ねた世代として，平均的な体力が向上し，就労を継続している方々が多く見られるでしょう。ICTやSNSを活用し，いろいろな課題も解決できているかもしれません。一方で，様々な要因から，心身状態が良好に過ごせない方々も決して少なくないと思います。つまり，年齢によるイメージや平均的なデータに基づく政策は，意味を持たない時代になってきます。また家族のあり方もそれぞれ多様となり，典型的な家族として「世帯単位」で設計されている社会保障制度も，「個人単位」，「地域単位」に切り替えていく必要があると考えられています。現在，厚生労働省は，多様化・多元化する社会の中で「地域共生社会の実現」を政策として掲げています。つまり，あらゆる人々が，地域で共に生きる社会の実現です。

2000年に介護保険制度が導入された際，「措置」から「契約」に制度が変わりました。その後2005年の介護保険法改正において，「尊厳の保持」の文言が記されました。尊厳が保持される社会とは，「自分の人生を自分で決め，また周囲からも個人として尊重される社会」と定義されています。これが地域包括ケアシステムの大前提となっています。2018年には認知症の方への意思決定支援について，「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」が示されました。また医療行為の選択においては「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が示されました。

昨年，2018年の診療報酬・介護報酬同時改定においては，「自立支援」と「重度化防止」が大きく掲げられました。医療においても自立支援を入院の時から考え，看護の中にも生活の視点を取り入れるようになりました。ケアマネージャーは，お世話型介護サービスによって逆に廃用が進むことのないよう

な自立支援と重度化防止を目指したケアプランの作成が求められています。「治し支える医療」「回復・改善または維持させる介護・福祉」を目指すためには，リハビリも単なる身体機能のリハビリではなく，生活行為向上や地域での自立を目的としたリハビリへと大きく変わりアウトカムが求められるようになってきています。リハビリとは単なる機能訓練とは区別されあらゆる疾病や外傷，摂食嚥下障害，フレイル，サルコペニアなどで低下した身体的・精神的機能に対して，つまり全診療科に関係する疾患について必要とされています。したがってリハビリ専門医のみならずあらゆる診療科の医師，そして地域におけるかかりつけ医は，積極的に医学的管理のもとにリハビリをすすめ，地域での生活を支えていくことが求められています。リハビリは日常での活動，家庭・社会での活動などを育み，参加に繋げていくことを目標とします。キーワードは「活動」と「参加」です。要介護認定を受けている方には，制度上は介護保険でのリハビリが優先されます。医療保険から介護保険へのスムーズな連携で切れ目のないリハビリを継続する「リハビリテーションマネジメント」を行うことが医師には求められています。

介護度が軽度の方へのサービスは，今後は介護保険から切り離され市町村の総合事業に移っていくことが予想されます。さらに軽度者のデイサービス等は，地域の方やボランティアによる住民主体のサロンやカフェとして，高齢者のみならず地域のあらゆる世代や障害を持った方々も参加する相互交流や生きがいづくり，社会参加を促進する場に変化していくかもしれません。住民や利用者，保険者，地域の団体，専門職・事業者が「参加と協働」を通じて，それぞれの地域の実情に合わせたサービスの仕組みづくりが，すでに始まっています。認知症グループホームなどの地域密着型サービスでは，利用者の家族や地域住民が運営推進会議に参加し，積極的に意見を出し改善の過程に関わっています。地域ケア会議も専門職や住民の参加で，地域をデザインしていく場としての機能が期待されています。

地域での生活を継続するためには，生活全体を支える地域の仕組みが必要です。つまり医療や介護だけでなく，住まいや生活支援なども一体的に提供される必要があります。介護保険制度では，そうした一体的なケアを実現するために，「定期巡回随時対応型訪問介護」「看護小規模多機能型居宅介護」「小規模多機能型居宅介護」等の包括報酬型在宅サービスを開発してきました。例えば，小規模多機能型居宅介護とは，通所（通い），泊まり，訪問介護等を柔軟に組み合わせて提供することが可能です。利用者の状態も刻々と変化するため，単独サービスや定期的な機能だけでは対応が困難な場合も，複合的で多機能なサービスで対応ができる利点があります。総合事業においては，介護保険給付から外し市町村事業に転換するだけではなく，専門職による生活支援を残しながら，より多様な選択肢をふやす方向で検討していく必要があります。つまり，すべてのシステムが生活全体を支える仕組みに向かっていくことが求められています。

我々医療者も，患者さんが住み慣れた地域でその人らしく暮らすことを支えるために，その地域を知り，地域アセスメントを行い「地域目線」で活動することがますます重要となります。そして，医療保険や介護保険制度の枠を超えた民間サービスや地域の住民活動までシームレスに患者さんと関わり，中心としてのリハプランやケアプランなどを統括し，多職種と積極的に連携をとり，地域マネージメントを担っていく役割が期待されていると思います。