

令和5年11月7日

大阪府医師会 介護・高齢者福祉委員会

委員長	岡原和弘
副委員長	松谷之義
	喜多村祐里
委員	中祐次
	中島周三
	小坂知也
	川邊正和
	李利彦
	小田真真
	藤井真真
	安田健司
	林正則
	金沢景文
	田島幸兒
	鹿島洋一
	石見徹夫
	辻正純
	守上賢策
	中村芳昭
	塚本雅子
	辻毅嗣
	小林正宜

答 申 書

諮問事項「第9期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定について」

目 次

1. はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 ページ

2. 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて
 - (1) 地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割・・・ 1 ページ
 - (2) 在宅医療・介護連携の推進・・・・・・・・・・・・・・・・ 2 ページ
 - (3) 病院とかかりつけ医との連携・・・・・・・・・・・・ 2 ページ
 - (4) ICTを活用した医療・介護連携・・・・・・・・・・・・ 3 ページ
 - (5) 在宅医療に取り組む医療機関の増加に向けて・・・・ 4 ページ
 - (6) 医療と連携した介護予防事業・・・・・・・・・・・・ 4 ページ
 - (7) 認知症対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4 ページ
 - (8) 災害や新興感染症等の有事に備えた取り組み・・・・ 5 ページ
 - (9) 住民等への地域包括ケアシステムの普及・啓発・・・・ 5 ページ

3. おわりに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6 ページ

1. はじめに

2000年（平成12年）に介護保険制度が施行されたが、65歳以上の被保険者数は増加し続けており、現在では施行当初の約1.7倍の3,600万人となっている。これに伴い、介護保険サービスの利用者数も急増し、約3.4倍の690万人となっている。さらに、団塊の世代が75歳以上となる2025年（令和7年）以降、15～64歳の生産年齢人口が急減し、2040年（令和22年）には、現役世代と高齢者人口の割合はほぼ同数になると推計されている。

また、医療・介護分野における技術の高度化・専門化、従事者の高齢化が急速に進む中で、医療・介護に従事する人材をいかに確保するかが喫緊の課題となっており、地域によっては、特定の職種を確保することが困難になることも予想されている。

地域包括ケアシステムにおける医療・介護の充足を維持し、高齢者を取り巻く生活環境の整備を行いながら、住民が安心・安全に暮らして行けるようにするためには、需要に合わせた人材の適正配置や処遇の改善と同時に、DXによる情報共有体制の整備を進め、医療・介護現場のイメージを刷新する必要がある。即ち、現場のニーズと社会の趨勢を踏まえた地域包括ケアシステムの深化・推進が求められている。

本委員会において、2025年、高齢化がピークを迎える2040年に向けて重要な計画となる「第9期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」に関連して、医師会や地域のかかりつけ医が取り組まなければならない内容をまとめたので答申する。

2. 地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて

（1）地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割

地域包括ケアシステムにおいて、多くの医療・介護サービスの提供主体が関与する中で、かかりつけ医は中心的役割を担っている。また、予防医学やプライマリ・ケアの領域においても、公衆衛生活動を通じ、行政との橋渡し役となり、地域住民の健康を守るための重要な役割を果たしてきた。

かかりつけ医機能の一つとして、在宅医療の提供があるが、24時間365日、夜間・休日を問わず一人で対応しなければならないことが高いハードルとなっている。かかりつけ医が在宅医療に取り組むには、救急要請時の受容体制の確保（輪番制など）、急変時の後方支援病院とのスムーズな連携、グループ診療や主治医・副主治医制の導入、訪問看護ステーション等との密な連携が必要となる。

今般のコロナ禍において、病床逼迫によって在宅療養を余儀なくされた際、往診や夜間・休日対応を専門に行う医療機関と地域のかかりつけ医との協働や、医師会や行政（保健所）を中心とした訪問看護や介護サービス事業所との連携体制の構築といった取り組みが生まれた。なお、都市部特有の現象と思われるが、広域で往診等に対応

する在宅専門医療機関や夜間・休日の往診を専門的に行う医師グループの活動を、どのように地域医療に組み込んでいくかを検討しなければならない。

かかりつけ医機能について、日本医師会は、「必ずしも一つの医療機関でその機能の全てを担わなければならないわけではなく、連携とネットワークによって、機能を補完する」としており、複数の医療機関が協働して、“面”として機能を担うことを示している。次期医療計画では、「在宅医療において必要な連携を担う拠点」を位置付けることとなっているが、郡市区医師会には、医療機関の連携・協働を促す中心的役割を果たすことが求められている。

(2) 在宅医療・介護連携の推進

地域包括ケアシステムの深化・推進は、在宅医療・介護連携推進事業の着実な実施と充実にある。厚労省の手引きには、①入退院支援 ②日常の療養生活 ③急変時の対応 ④看取りの4つの場면을意識したP D C Aサイクルによる取り組みの推進が示されており、各場面において医療と介護がいかに切れ目なく連携できるかが、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築するためのポイントとなる。

医療・介護連携が必要となる4場面に係る課題を地域の多職種が共有し、対策を検討できるよう、“顔の見える関係”を構築するためには、郡市区医師会や在宅医療・介護連携推進コーディネーターによる働き掛けが必要である。行政においては、地域のニーズに関する実態把握を行い、それらの情報を在宅医療・介護連携推進会議や地域ケア会議、サービス担当者会議等の協議の場で共有することが必要となる。しかし、課題を共有し、課題解決に向けた各関係団体や関係機関の役割等が明確になったとしても、それだけで在宅医療・介護連携推進事業が充実することはない。多くの医療機関を“面”でつなぐ郡市区医師会と市町村が“両輪”となって事業を進めることが重要である。

また、在宅医療の推進においては、A C P (Advance Care Planning／人生会議)の普及・啓発が不可欠であり、行政とともに、医療・介護関係者、地域住民に対するA C Pの普及・啓発に積極的に取り組まなければならない。

(3) 病院とかかりつけ医との連携

在宅医療において、最も重要なフェーズは導入時と急変時であり、これらのフェーズにおいて、入退院支援をスムーズに進めるためには、地域の病院とかかりつけ医のシームレスな連携が必要となる。

スムーズな入退院支援には、病院スタッフとかかりつけ医をはじめとするケアマネジャー、訪問看護師、施設看護師等の在宅チームとの緊密な情報共有が不可欠である。緊急入院で入退院を繰り返している高齢者や独居で認知症がある高齢者などは、入院後すぐに情報共有することによって、再入院や入院中のADLの低下、認知機能の低下を最小限に抑えることができる。また、在宅チームに院内カンファレンスに積極的

に参加してもらうことで、本人の意向を踏まえた合意形成や在宅復帰後の療養環境を具体的に検討することが可能となる。特に退院時カンファレンスは重要であり、院内スタッフと在宅チーム、地域の支援機関が一堂に会して、退院後のサービス内容について十分に議論することで、安心・安全な療養生活を送ることができる。かかりつけ医を中心とする在宅チームと連携した入退院支援は、心身の状況に応じて療養の場が移行する中でも、患者や家族に大きな安心をもたらしており、後述するICTを活用したオンラインでの退院時カンファレンスも有用である。

病院の医療従事者にも、普段から地域ケア会議等に参加してもらい、地域の多職種と“顔の見える関係”を構築することができれば、急変時の対応がよりスムーズとなる。さらには、退院後においても、その関係を基盤として、かかりつけ医を中心とする在宅チームとの確実な連携体制が整備され、患者や家族の思いに寄り添いながら、現場のニーズに応じた形での看取りを含めた医療提供が可能となる。

なお、今後、高齢化がピークを迎えていくに連れて、療養病床がひっ迫し、多くの入院困難患者が発生すると予測されているが、国は、受け皿となる在宅医療・介護を充実させることで、地域包括ケアシステムの深化・推進を図っている。病院とかかりつけ医は、お互いの機能にもっと目を向ける必要があり、この点からも、郡市区医師会は、研修や会議を通じて、両者をつなぐ役割を果たさなければならない。

(4) ICTを活用した医療・介護連携

在宅診療に使用する電子カルテシステムの多くは、診療情報を記録・確認するための機能は充実しているが、リアルタイムに発生する患者の痛みや思いといった情報や、スマートウォッチ等のウェアラブルデバイスから得られる脈拍等のデータを収集する機能は備わっていない。

本人から提供される日々のデータと在宅医療に利用している電子カルテシステムを連携させ、その情報を在宅医や病院だけでなく、多職種で共有することが必要となるが、その際に重要なのは、連携することではなく、多職種が課題を共有し、同じベクトルで最善な医療・介護を提供するための課題を解決していくことである。そのためには、患者ごとの目標を管理するための仕組みの導入が必須となる。

特に自宅やグループホームに訪問する在宅医療において、デジタル化を進める必要がある。最新の電子カルテシステムを一般診療所で新たに導入する場合や、既に利用しているシステムから移行する場合には、コスト面や診療録のデータの移動を含めて、様々な制約や負担がある。

デジタル化によって、社会や生活の形・スタイルが変わることを表す言葉として、DX (Digital transformation/デジタルによる変革) がよく使われるが、在宅医療を行う診療所や介護サービス事業所では、新しいICT技術の導入や医療情報のデータ連携が進んでいるとは言えない。しかし、医療・介護関係者だけでDXを推進できないため、行政主導による個人情報保護にも配慮したセキュアなICTシステムの構

築、ツールの導入が求められる。「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築するためには、全ての地域において、多職種が同じ目標に向かっていくためのICTシステムやツールの導入が不可欠である。

(5) 在宅医療に取り組む医療機関の増加に向けて

医療・介護ニーズの急増に伴い、在宅医療に取り組む医療機関を増やすことが必須とされている。最近の厚労省の資料からも、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の届出数は増加しており、在宅患者訪問診療料や往診料の算定回数、在宅時医学総合管理料や施設入居時等医学総合管理料、ターミナルケア加算、看取り加算、在宅がん医療総合診療料の算定回数は増加している。しかし、今後の高齢者人口の推計等を考慮すれば、さらに多くの医療機関に在宅医療に取り組んでもらう必要がある。医師会と行政が協力し、地域のかかりつけ医や在宅専門医療機関等が連携して在宅医療を提供できる体制を構築していくことが望ましいが、複数の医療機関が連携して在宅医療を提供するためには、報酬の要件を見直さなければならない。

例えば、▽一般の診療所が他の医療機関と連携して24時間の往診・連絡体制を構築する際の継続診療加算や在宅療養移行加算等の報酬の充実▽看取り件数の増加に向けて、複数の医療機関が連携して看取りを行うことを想定した在宅ターミナル加算の要件の見直し▽ICTを活用した情報連携や急変時の病診連携、多機関・多職種が連携した24時間・365日体制の確保等に係る報酬の充実——などが必要であり、関係各所に対して、日本医師会を通じた働き掛けを行う必要がある。

(6) 医療と連携した介護予防事業

介護給付費の抑制だけでなく、要介護状態の防止、要介護状態の改善、症状悪化の防止を目的とした介護予防の取り組みの重要性はさらに増していく。

要介護状態に陥る原因疾患として、▽認知症▽脳血管疾患▽高齢による衰弱（フレイル）▽骨折・転倒▽関節疾患——などがある。フレイルや重度化を防ぐため、今後、高齢者の保健事業と介護予防を一体的に実施する取り組みが増加すると予想されており、かかりつけ医をはじめとした医療職と連携した取り組みの推進が求められている。企画段階から医療関係団体や医療専門職種が積極的に関わり、高齢者の実態に即した効果的な介護予防事業に取り組むことが重要である。

なお、市町村の中には、「連携先が分からない」「誰に相談すればよいのか分からない」「何から手を付ければよいのか分からない」など、医療関係団体や医療機関等との連携に苦慮しているところもある。郡市区医師会は、地域ケア会議や在宅医療・介護連携推進会議等の協議の場を通じて、市町村と医療関係団体等が上手く連携を図れるよう仲介役を担わなければならない。

(7) 認知症対策

2023年(令和5年)6月、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立した。人権に配慮しながら、本人のみならず、家族等を含めた支援対象の拡大により、認知症の人とその家族等が地域において安心して日常生活を営むことができるようにすることなどが基本理念に加えられている。

認知症の支援には、▽かかりつけ医 ▽認知症サポート医 ▽専門医 ▽認知症疾患医療センター ▽認知症初期集中支援チーム ▽地域包括支援センター ▽ケアマネジャー ▽介護サービス事業所——など多様な主体が関わっており、これまでも、かかりつけ医は、これらの主体の中で中心的な役割を果たしてきた。今後も同法の基本理念を正しく理解した上で、認知症に関する正しい知識の普及・啓発、様々なアウトリーチ活動を通じ、認知症の人とその家族、医療・介護関係者、地域住民等がお互いに協力し合う関係づくりに積極的に取り組んでいく必要がある。また、認知症の人や家族の希望に沿った生活を可能とする地域資源との連携など、認知症の人の生活全体を把握し、その時の容態に最も相応しい場所で適切なサービスを受用できるよう貢献することが求められている。なお、認知症サポート医については、十分に有効活用できていないことも多く、本来の役割を発揮してもらえよう、市町村に対して、インセンティブも考慮した制度の創設を求める必要がある。

若年性認知症者に対する支援については、医師が関与することで、事業者側も患者の症状等を理解しやすくなり、特に就労の継続に向けた具体的な支援に取り組むことが可能となる。また、認知機能の低下に伴い、判断能力も低下することから、かかりつけ医には、患者本人やその家族の意思決定支援に積極的に関与することが求められている。

(8) 災害や新興感染症等の有事に備えた取り組み

災害発生時における避難行動要支援者名簿、個別支援計画の作成は普及しつつあるものの、行政と在宅医療を提供する医療機関等との連携不足が課題となっていることから、各関係機関の被災状況下における確認体制を整備する必要がある。また、災害時には、大阪府と府内各市町村の対応に齟齬が出ないように努める必要があり、これらの内容を医師会から提言していく必要がある。

在宅医療を提供する医療機関においても、治療やケアだけでなく、事業の継続や経営の観点も含め、災害の発生時や新興感染症の感染拡大時等に事業の縮小も想定したBCPの策定に努めなければならない、医師会と行政による積極的な策定支援が求められる。

(9) 住民等への地域包括ケアシステムの普及・啓発

各地域において地域包括ケアシステムの深化・推進が図られているが、上手く機能すれば、住み慣れた地域や自宅で人生の最期まで暮らすことができる。若い世代にと

っても、介護離職の防止につながる上、医療・介護が充実することで地域に雇用が生まれるなどの多くのメリットがある。

サービス提供者側である医療・介護従事者のみならず、在宅医療・看取りを基本とする地域包括ケアシステムに関する住民の理解を深めることは、魅力あるまちづくりにつながることから、医師会、行政、学校、企業等が協力して、あらゆる世代の住民に対する地域包括ケアシステムに関する講座の開催や普及・啓発のためのリーフレット作成などに積極的に取り組まなければならない。

また、かかりつけ医は、患者やその家族に対して、通院が困難となった場合の選択肢として、在宅医療があること、また、在宅医療や介護に係るサービスや社会資源にはどのようなものがあるのかを丁寧に説明し、理解の促進に努めなければならない。

3. おわりに

第9期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画は、本格的な人口減少・少子高齢社会の中で、地域包括ケアシステムの深化・推進、地域共生社会の実現を図る上で重要な指針となる。

地域包括ケアシステムが目指す姿とは、①医療 ②介護 ③介護予防 ④生活支援 ⑤住まい——の5つの要素が互いに有機的に連携する地域づくりであり、高齢者等が抱えている問題を明らかにして、人生の最期まで安心して暮らせるような仕組みを整えることは、住民だけでなく、医療・介護従事者の安心・安全、さらには、負担軽減にもつながる。

本答申では、第9期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定に関連する医療と介護の課題を指摘し、医師会やかかりつけ医が果たすべき役割について記載した。本答申が今後の地域包括ケアシステムの深化・推進、地域共生社会の実現の一助となることを祈念する。