

令和7年11月25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 | 川邊正和 |
| 委員 | 中祐次 |
| | 近浩之 |
| | 小坂也 |
| | 李彦 |
| | 小田真 |
| | 小川久 |
| | 西村之 |
| | 安田司 |
| | 林則 |
| | 田兒 |
| | 島一 |
| | 長谷川節 |
| | 西川一 |
| | 鹿島夫 |
| | 石見徹 |
| | 辻正純 |
| | 守策 |
| | 中賢 |
| | 塚芳昭 |
| | 小林雅子 |
| | 三木宜 |
| | 木正士 |
| オブザーバー | 木和伸 |
| | 岡敦子 |

答申書

諮問事項「『地域完結型』の医療・介護提供体制の構築について」

目 次

| | |
|---------------------------------|-------|
| 1. はじめに | 1 ページ |
| 2. 少子高齢化・人口減少社会における医療・介護を取り巻く状況 | 1 ページ |
| 3. 医療提供体制 | |
| (1) 入院医療提供体制 | 2 ページ |
| (2) かかりつけ医機能を含む外来医療提供体制 | 2 ページ |
| (3) 在宅医療提供体制 | 3 ページ |
| (4) 高齢者救急 | 4 ページ |
| (5) 住まいとしての施設における医療提供体制 | 5 ページ |
| (6) 災害時における医療提供体制 | 5 ページ |
| 4. 介護との連携 | |
| (1) 医療・介護連携 | 6 ページ |
| (2) 認知症対策 | 7 ページ |
| (3) 介護予防およびリハビリテーション | 7 ページ |
| (4) 人材確保 | 8 ページ |
| 5. おわりに | 9 ページ |

1. はじめに

我が国は急速に少子高齢化が進展しており、2040年（令和22年）には85歳以上の高齢者人口がピークを迎える。また、生産年齢人口の急減に伴い、医療・介護人材の確保、財政的資源の確保がより困難となることが予想されている。このような状況下においても、全ての人々が適切な医療・介護サービスを享受できる体制の構築が必要となる。

人口構造の変化に伴う医療・介護ニーズの複雑・多様化に柔軟に対応するためには、医療・介護従事者、市町村および都道府県の行政機関等が連携して、限られた資源を最適かつ効率的に活用できるようにすることが重要となる。そのためには、「治す医療」と「治し・支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確にし、「地域完結型」の医療・介護提供体制の構築を推進していかなければならない。

本答申では、将来の人口動態や医療・介護需要の変化を見据えながら、地域の医療と介護がシームレスに連携し、住民が住み慣れた場所で安心して暮らし続けることができる社会の実現に向けて、かかりつけ医や医師会に求められる取り組みについて記載する。

2. 少子高齢化・人口減少社会における医療・介護を取り巻く状況

今後、高齢者救急、在宅医療の需要が増大する。2040年（令和22年）には、85歳以上の高齢者の1ヶ月あたりの救急搬送件数は、対2020年（令和2年）比75%増の約20万5,000件となり、在宅患者数は、対2020年（令和2年）比62%増の1日あたり約7万8,000人となると予測されている。

近年、侵襲的な治療を希望しない方や蘇生を希望しない方(D N A R : do not attempt resuscitation)、在宅や施設での看取りを希望している方が救急搬送されるケースが増えており、救急隊が到着してから、蘇生拒否によって不搬送となるケースが問題となっている。このような状況の中、アドバンス・ケア・プランニング／人生会議（以下、A C P）の重要性はさらに高まっており、A C Pの推進は望まない搬送の減少につながる。特に施設においては、日によって担当者が変わることがあるため、A C Pの内容を職員間で共有しておくことが必要となる。なお、多くの高齢者は搬送直後から日常生活動作（以下、A D L）が低下するため、速やかなリハビリの実施や在宅移行が求められるが、円滑な転院・退院、在宅移行が進んでいるとは言えない状況が見られる。

厚生労働省（以下、厚労省）の推計において、在宅患者の数は、多くの二次医療圏で2040年（令和22年）以降にピークを迎えるとされており、在宅医や訪問看護、訪問介護等の従事者の確保が課題となっている。地域医療構想においては、入院機能に限らない、外来医療や在宅医療、高齢者救急等の強化を含めた「新たな地域医療構想」の策定が求められており、介護においては、近隣医療機関との連携を推進し、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等への対応を強化することが必要となっている。

3. 医療提供体制

(1) 入院医療提供体制

「新たな地域医療構想」では変化する医療需要に対応するため、各医療機関が地域での医療機能を担うのかを明確にすることが求められている。具体的には、▽症例を集約して、手術や救急医療などにあたる「急性期拠点機能」▽高齢者等の救急搬送を広く受け入れ、早期のリハビリも行う「高齢者救急・地域急性期機能」▽訪問診療や介護施設と連携して在宅医療を支える「在宅医療等連携機能」▽中・長期に亘る入院医療や一部の診療科に特化する「専門等機能」——に分化し、大学病院等においては、医師派遣や医療従事者を育成する「医育及び広域診療機能」を担うこととなる。

厚労省は2024年（令和6年）度診療報酬改定（以下、2024年度改定）において、急性期一般入院料1におけるB項目（患者の状態・介助の実施など）を廃止し、高齢者救急の受入を目的とする「地域包括医療病棟入院料」を新設した。この新設は、急性期一般入院料1を算定する多くの医療機関が高齢者の入院で看護必要度をクリアしている現状があることから、軌道修正を図る狙いがある。しかし、厳しい算定要件や施設基準がネックとなっており、地域包括医療病棟への転換は進んでいない。また、急性期一般入院料1を算定する医療機関においては、平均在院日数の要件が18日以内から16日以内に見直されており、経営に大きな影響を与えていた。平均在院日数の見直しに関連して、急性期を脱した患者の受入先の確保が課題となっているが、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟等に関しては、医療機関ごとに受入可能な疾患や重症度が異なるため、すぐに転院先が見つからないケースも多い。急性期から回復期、慢性期への流れが停滞すれば、救急搬送の受入に支障を来たしてしまう。情報通信技術（以下、ICT）も活用しながら、各医療機関がどのような患者の受入を希望して、どのくらいの数の患者の受入が可能か、また、どのような患者が転院を希望しているのかを地域で情報共有できれば、円滑な転院・退院を実現でき、医療従事者の負担軽減、業務の効率化にもつながる。ICTも活用の上、かかりつけ医や介護支援専門員等の在宅チームと病院が密に連携しなければ、「新たな地域医療構想」を推進することは難しい。

なお、回復期機能は「包括期機能」に変更される。同機能は、高齢者救急を受け入れ、入院早期からのリハビリ・栄養管理・口腔管理を一体的に提供し、早期の在宅復帰を目指す機能となるが、「包括期機能」の中核を担うとされる地域包括医療病棟への転換がどこまで進むのかは不透明である。地域によって人口動態や医療資源の状況は異なることから、診療報酬の要件や国のガイドラインだけを基準にするのではなく、地域の実情を踏まえた機能分化が求められる。地域の医療機関の機能や患者の受入状況等に加え、地域特性や障がい福祉サービス等の社会資源についてもよく把握している郡市区医師会が中心となって、「新たな地域医療構想」に係る協議を進めていくことが必要である。

(2) かかりつけ医機能を含む外来医療提供体制

2023年（令和5年）5月成立の改正医療法において、かかりつけ医機能は「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置、その他の医療の提供を行う機

能」と定義され、2025年（令和7年）度より「かかりつけ医機能報告制度」がスタートしている。同制度の対象医療機関は、特定機能病院・歯科診療所を除く病院・診療所であり、1号機能（日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能）、2号機能（①通常の診療時間外の診療②入退院時の支援③在宅医療の提供④介護サービス等と連携した医療提供）において、自らが担う機能を都道府県に報告。都道府県はその内容を確認の上、地域医療構想調整会議等の協議の場（保健医療協議会）に提示。不足する医療機能の確保に向けた方策を協議することとなっている。なお、医療機関による報告は、毎年1月から3月にかけて、原則、「医療機関等情報システム（G-MIS）」で行う。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備にあたっては、登録制を含め、様々な議論が行われたが、結果的にかかりつけ医の“制度化”は免れた。我が国の医療の特性である“フリーアクセス”を堅持するためにも、制度化の議論が再燃することがないよう、一つでも多くの医療機関が制度に参画する必要があり、多くの医療機関の参画によって、医療資源の状況を詳細に把握することが可能となる。

地域の実情に応じた外来医療提供体制の構築にあたっては、医療機関が“面”となって、不足する医療機能を補完していく必要がある。郡市区医師会においては、市町村や関係団体等との連携を密にするとともに、会員医療機関が“面”となって、かかりつけ医機能を発揮できるよう支援することが求められる。具体的には、▽診診連携や病診連携、医療・介護連携の推進▽かかりつけ医機能の見える化▽住民に対するかかりつけ医機能の啓発——等である。なお、かかりつけ医においては、その機能を高めるべく、「日医かかりつけ医機能研修制度」や「日医生涯教育制度」の研修等を通じた自己研鑽に励み、介護認定審査会や学校医や産業医等の地域医療活動にも積極的に取り組まなければならない。

（3）在宅医療提供体制

第8次医療計画（2024年（令和6年）～2029年（令和11年））では、「在宅医療において必要な連携を担う拠点（以下、連携の拠点）」および「在宅医療において積極的役割を担う医療機関（以下、積極的医療機関）」を位置づけた上で、地域の実情に応じた在宅医療提供体制を構築することが求められている。大阪府においては、多くの郡市区医師会が連携の拠点となっており、市町村や保健所と協力しながら、在宅療養支援診療所等の積極的医療機関や訪問看護ステーション、介護サービス事業所等の連携体制の構築に向けた様々な調整を行っている。連携の拠点の取り組みについては、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業（以下、医介連携事業）との連携が重要とされているが、大阪府においては、多くの郡市区医師会が医介連携事業における相談支援等の業務を受託していることから、地域の資源把握や多職種連携は比較的進めやすい。

在宅医療のさらなる需要拡大に備えて、新たに在宅医療に取り組む医師を増やすことに加え、一部の在宅医療機関に過度な負担が掛からないよう、主治医・副主治医制の導入等にも取り組んでいくことが求められる。休日・夜間等に主治医が対応できない場合は、対応可能な医療機関が副主治医としてバックアップし、訪問看護や介護サービス事業所等とも連携しながら対応にあたっていく。連携の拠点となっている郡市区医師会においては、これらの連携や、新たに在宅医療に取り組む医療機関のサポートに積極

的に取り組まなければならない。

2024年度改定において、在宅療養移行加算の見直しや在宅医療情報連携加算の新設など、バックアップ体制の整備に向けた動きが見られたが、他の医療機関の患者を安全に診療するためには、事前に患者情報を共有できることが望ましい。患者情報については、サポートする居宅介護支援事業所や訪問・通所系サービスの担当者も詳細に把握しているため、ICTを通じて多職種が情報共有しながら、オンラインでカンファレンスを実施することができれば、円滑な在宅移行だけでなく、医療・介護従事者の負担軽減や業務の効率化にもつながる。

在宅医療提供体制の構築に向けて、ACPのさらなる普及・啓発を進めていくことが求められている。ACPは医療・介護従事者の間では一定程度浸透してきたものの、本人や家族の理解は依然として十分とは言えず、平時から医療やケア、そして万が一の際の意向を確認しておくことは不可欠である。

医師会や関係団体は、普及・啓発を推進するための研修会や広報活動に積極的に取り組むとともに、ACPに係る診療報酬の新設・充実を国に対して求めていくことも重要である。

(4) 高齢者救急

高齢者救急においては、受入時に提供された情報と患者の実際の状態に大きな相違が見られるケースがあり、搬送先の受入基準を満たさない事例も少なくない。そのため、受入の準備においては、正確、且つ、タイムリーな情報提供が求められる。堺市においては、2024年（令和6年）12月に厚労省が開始したマイナンバーカードを活用した「救急時医療情報閲覧サービス」に加え、二次医療圏内の全地域医療支援病院が参加する地域医療ネットワークシステムを活用することによって、搬送前に患者情報を確認できる体制を整備している。マイナンバーカードによる照合が困難な場合でも、救急隊が地域医療ネットワークを通じて、受診歴や薬剤情報等を確認することが可能であり、これによって、患者の状態に応じた適切な搬送先の選定や速やかな搬送を実現している。

高齢者の転院・退院にあたっては、患者の病態そのものよりも、独居や認知症の状況、経済的事情といった社会的背景によって、受入先医療機関が見つからないケースも多い。こうした背景によって、転院・退院が進まず、在院日数が長期化し、結果的にADLの低下を招く事例が見られる。今後、さらに独居高齢者や高齢者のみ世帯が増えていく中、急性期を脱した患者の転院・退院を円滑に進めるためには、入院前からの社会的介入が重要となってくる。市町村による高齢者施策の充実、障がい福祉サービスの基盤強化と併せて、認知症や精神疾患に対応可能な医療機関の整備を推進することも必要となっている。

(5) 住まいとしての施設における医療提供体制

有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅（以下、サ高住）は、超高齢社会を支える“終の棲家”として、大きく戸数を伸ばしている。特にサ高住は、登録条件が緩や

かであることや助成金や税制の優遇があることから、民間企業を中心に、この十数年間で約 29 万戸にまで急増、うち約 3 万戸以上が大阪府のサ高住となっている。しかし、数が増える一方で、提供するサービスの質の担保が大きな課題となっている。

サ高住には、医療を必要とする高齢者も入居しているが、職員の多くは介護職種であり、急変時や看取り等の医療に係る対応に不安を抱えている。サ高住の在宅診療を担当している医療機関の中には、施設から遠く離れた医療機関もあることから、急変時には救急搬送を行うよう指示しているケースが見られる。このことが施設からの搬送を増やす要因の一つとなっている。なお、施設からの搬送において、職員の付き添いが無い場合や付き添った職員が状態を把握していない場合、適切な対応を取ることが困難となる。かかりつけ医が責任を持って、診療情報を搬送先医療機関に提供することが基本であり、その情報提供が円滑に行われてこそ、迅速かつ適切な医療対応が可能となる。病状を速やかに判断した上で処置を開始するためには、正確な情報提供は不可欠であり、多くの搬送先医療機関から、速やかに患者情報を確認できる仕組みの構築を求める声が上がっている。また、家族と連絡が取れない場合も治療方針の決定に支障を来すことから、家族とスムーズに連絡が取れる仕組みについても検討が求められている。

2024 年度改定において、高齢者施設と近隣の医療機関が具体的な連携・協力関係を結ぶための加算（協力医療機関連携加算）が新設されている。▽定期的なカンファレンスの実施▽入所者の健康状態の把握・共有▽容態悪化・急変時の対応▽入院の受入——等、早期に元の施設へ帰することを目的とした新設であり、施設側が異変を感じた場合には、協力医療機関に診察を依頼。休日・夜間に急変の可能性がある入所者については、早めに入院させることで不要な搬送を防ぐことが可能となる。適切な協力医療機関を定めることは、施設職員の負担や不安の軽減にもつながり、協力医療機関においては、患者の受入先確保につながる。しかし、協力医療機関連携加算の算定率はまだ低く、さらなる連携の充実が望まれる。

高齢者施設が入所者を適切に医療につなぐためには、遠方の医療機関ではなく、地域に根差したかかりつけ医と連携することが非常に重要である。近年、営利法人が開設する施設や訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等によるビジネス目的の連携・紹介が問題となっており、施設入所と同時に主治医やケアマネを変更されるケースが相次いでいる。郡市区医師会においては、市町村や保健所、関係団体と協力して、高齢者施設における医療提供の状況把握に努め、施設に対して、信頼できる協力医療機関を紹介する等、適切な医療が提供されるよう支援に努めることが求められる。

（6）災害時における医療提供体制

2024 年（令和 6 年）度より、介護サービス事業所における業務継続計画（以下、B C P）の策定が義務付けられている。医療機関においても、第 8 次医療計画において B C P の策定が求められているが、災害拠点病院等を除く多くの医療機関は、人材不足等の問題から策定が進んでいない。全ての医療機関が B C P を備えておくことが望ましいが、B C P の策定を推進するためには、都道府県や市町村、医師会による人的・財政的支援が必要である。また、郡市区医師会においては、災害時にも地域の医療提供体制を維持できるよう、地域 B C P を策定しておくことが望ましいが、その策定にあたつ

ては、地域防災計画との整合性を図ることが重要であり、平時から地域の多職種や関係機関、行政と災害時対応について協議しておくことが求められる。

近年、台風や集中豪雨による土砂災害や河川の氾濫等が頻発している。水没等で電子カルテ等のシステムが障害を来たした場合、診療機能が著しく低下してしまう。そのため、医療機関においては、導入しているシステムの復旧手順の確認や人工呼吸器等の予備電源や蓄電池の確保等に努める必要がある。普段から各地域のハザードマップを確認し、B C Pを策定する際には、自院が地域の中でどのような役割を担っているのかを改めて認識した上で、南海トラフ巨大地震等の災害時にも、その役割を可能な限り果たすことができるよう、平時から備えておくことが重要となる。

災害時対応においては、在宅患者の情報を把握している在宅医や訪問看護ステーションとの連携が不可欠となっている。市町村は、在宅医を会員を持つ郡市区医師会や訪問看護ステーションに対して、患者情報の提供を依頼することで、避難行動要支援者名簿の情報を最新の状態に更新することが可能となり、三者が協力の上、個別避難計画を策定することで、発災時の連絡先の確認、必要個数の非常用電源等の確保、個々の病態に応じた避難経路および避難所の確保等が可能となる。

なお、発災時には迅速な情報共有が特に重要なことから、郡市区医師会を中心に多職種・多機関が速やかに情報共有できるよう I C Tの活用促進と I C Tを活用した訓練に取り組むこと等も求められる。

4. 介護との連携

(1) 医療・介護連携

協力医療機関の確保に苦慮している高齢者施設への支援が課題となっている。厚労省は、都道府県や市町村に対して、医介連携事業や連携の拠点を活用して、▽施設からの相談窓口の設置▽施設と医療機関とのマッチング▽医師会等の関係団体への協力依頼▽地域における施設等への医療提供体制の検討▽協力医療機関と連携体制を構築した施設の事例の共有——等の支援に取り組むことを求めている。大阪府においては、多くの郡市区医師会が医介連携事業の実施主体、且つ、連携の拠点となっていることから、施設に対して、適切な医療機関を紹介するなどの協力・支援を行い、施設が協力医療機関と連携の上で適時・適切に医療につなげることができれば、望まない救急搬送や施設職員の負担・不安軽減につながる。

医療と介護、双方のニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えるためには、かかりつけ医や訪問看護師、薬剤師、リハビリ専門職等の医療職に加え、介護支援専門員、介護サービス事業所等の職員が制度の壁を越えて、患者や利用者の意思を尊重しながら連携・協働することが求められる。また、一貫性のある医療・介護サービスを提供するためには、正確で迅速な患者情報の共有が必要となる。地域連携パスの作成や連絡様式・方法の統一化に加えて、I C Tを活用することで、リアルタイムに様々な情報を共有することができるが、その活用にあたっては、個人情報等に十分に配慮しなければならない。また、I C Tの活用は継続的にコストが発生することから、その費用対効果や技術的な妥当性についても、よく検討する必要がある。地域の医療・介護従事者が集まる協議の場等

で使用するツールや共有する情報項目を精査し、A C P や急変時の意思確認にも活用できるよう、地域の実情を踏まえながら導入を進めていくことが求められる。なお、医療・介護連携に係る I C T の導入とその維持等に係る費用については、医介連携事業の実施主体である市町村が負担すべきである。

医療・介護連携には様々な多職種が関わっている。かかりつけ医においては、多職種連携の中心的役割を担うことが求められており、郡市区医師会においては、かかりつけ医が患者や家族の生活支援に必要な地域のネットワークに積極的に関与するよう、支援しなければならない。

(2) 認知症対策

高齢化がピークを迎える 2040 年（令和 22 年）に向けて、認知症対策が課題となる中、2024 年（令和 6 年）1 月より「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が施行されている。認知症の人が尊厳を持って暮らし続けることができる社会の実現を目的として、①権利と意思の尊重②正しい理解の促進③障壁の除去④適切なサービスの提供⑤家族への支援⑥研究の推進と普及⑦総合的な取り組み——を基本理念に掲げ、様々な取り組みが進められているが、地域共生社会の中で認知症の人も地域の一員として孤立せず、必要な支援が受けられるよう、社会全体が新しい認知症観を意識しなければならない。

レカネマブやドナネマブをはじめとする新薬が保険適用となる中、医療・介護従事者は M C I （軽度認知障害）の早期発見・早期診断の意義を改めて認識する必要がある。本人の“気づき”を重視し、家族、医療機関や介護サービス事業所における“気づき”を鑑別診断に繋げていく重要性は一層高まっている。そのような中、若年発症の認知症の人については、医療的なサポートのみならず、就労問題や経済問題等で社会的孤立をさせないためにも、行政や認知症初期集中支援チーム、地域包括支援センター、認知症サポート医、医介連携コーディネーター等の多職種が連携を密にしながら、生活全般を支えるサポートに尽力することが必要である。

なお、認知症は特別な疾患ではなく、医師会、かかりつけ医は、認知症を一般的な疾患として捉え、決して他人事とは考えずに、予防や B P S D への対応、A C P や権利擁護等、認知症に特化した啓発活動を繰り返していくなければならない。

(3) 介護予防およびリハビリテーション

厚労省は「2040 年（令和 22 年）を展望した社会保障・働き方改革本部のとりまとめ」において、高齢化がピークを迎える 2040 年（令和 22 年）までに 3 年以上の健康寿命の延伸を目指しており、その達成に向けて、がん対策や循環器疾患対策、糖尿病、メタボリック・シンドローム等の生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に取り組むとしている。

企業等と連携した新たながん予防の取り組みや特定健康診査・特定保健指導の受診勧奨、糖尿病性腎症重症化予防プログラム等の疾病の早期発見・早期治療に向けた取り組みが各地域で進められているが、健康寿命の延伸において、フレイル予防の推進が不可欠となっている。厚労省は、フレイル対策を介護予防の重要な柱として、運動・栄養・

社会参加の3つの観点から取り組みを推進しているが、かかりつけ医においては、生活習慣病予備群やフレイルやサルコペニアに陥る可能性のある患者に対して、単に運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを図るだけでなく、家庭や社会への参加を促し、活動の機会を高め、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援しながら、生活の質（QOL）の向上を図っていく必要がある。高齢者施設においては、運動プログラムの充実、栄養管理の強化、社会参加の機会の提供など、入所者の介護予防・重度化防止に積極的に取り組み、近隣医療機関や郡市区医師会等と連携して、医療の視点も踏まえた介護予防サービスを提供することが求められる。

在宅患者は医療だけでなく、訪問看護、服薬管理、介護、栄養、リハビリ、口腔ケア等の様々なニーズを抱えることから、多職種が緊密に連携して、医療・介護サービスを総合的に提供していかなければならない。特にリハビリ・口腔ケア・栄養管理の一体的な提供が重要視されているが、口腔機能や嚥下・摂食機能に問題があれば、食事での栄養摂取が困難となる。歯科医や歯科衛生士による口腔管理、リハビリ専門職による嚥下・摂食機能訓練を併せて提供することで、要介護状態に陥る要因ともなる誤嚥性肺炎を予防することが可能となる。かかりつけ医は、生活機能の維持・向上の観点から、リハビリ導入の判断や介護予防サービスへの橋渡しを適時・適切に行わなければならぬ。

（4）人材確保

医師偏在指標において、大阪府は医師多数地域とされており、医師の総数を増やすことができない。しかし、医師偏在指標は全国一律の計算式に基づいて算出されており、地域の実情が反映されていないことから、大阪府独自の指標を用いて、医師の確保を進める必要がある。中河内二次医療圏は医師多数でも少数でもない区域、北河内や中河内、堺市や泉州二次医療圏は全国基準値を下回る区域となっているが、各圏域の実情に応じた偏在対策が求められる。医師数の偏在のみならず、診療科目における偏在もある。救急や周産期等の医師が不足する診療科、また、総合診療や在宅医療等の医師養成が必要な診療科の医師確保対策についても進めていく必要があることから、医師会や病院団体においては、会員医療機関の状況把握に努め、その状況を大阪府と情報共有しながら、必要な対策を推進しなければならない。

介護保険サービスの安定的・継続的な提供のためには人材確保が不可欠となる。「第9期介護保険事業計画に基づく介護職員の必要性について」において、2022年（令和4年）度の介護職員数215万人に対して、2026年（令和8年）度時点で約240万人、2040年（令和22年）度時点で約272万人の介護職員が必要とされているが、その確保に向けて、働き方改革やタスクシフト・タスクシェア、デジタルトランスフォーメーション（DX）による業務の効率化と負担軽減を進める必要がある。併せて、各地域のニーズに応じた計画的な人材育成や潜在看護師、介護福祉士等の復職支援体制の整備等を進めなければならない。介護従事者の就業継続の促進には、処遇の改善やキャリア形成の支援、ワークライフバランスの確保も重要なことから、医師会や行政、関係団体が協力しながら支援に取り組むことが求められる。

5. おわりに

少子高齢化と人口減少が同時に進展する中で、医療と介護を取り巻く環境は大きな局面を迎えている。とりわけ、85歳以上人口の急増に伴い、複数の慢性疾患や認知症を併せ持つ高齢者が増加し、医療と介護サービス、両方の対応が求められる事例が増えている。複合的な需要に対応するためには、従来の医療と介護の枠組みを超えて、地域の中で完結できる体制、即ち、「地域完結型の医療・介護提供体制」を構築することが不可欠となっている。

地域完結型の医療・介護提供体制とは、住民が住み慣れた地域で、必要な時に必要な医療と介護を切れ目なく受けることができる仕組みであり、医療機関・介護施設・生活支援が相互に連携して機能するものである。こうした体制を確立するためには、行政、医療機関、介護・福祉事業所、地域住民等がそれぞれの役割を果たすとともに、それぞれが主体的に課題を共有し、地域の実情に応じた体制整備を進めることが求められる。その中で、大阪府医師会、郡市区医師会、会員医療機関が果たす役割は極めて大きい。

大阪府医師会は、府域全体の医療提供体制を俯瞰し、制度的・財政的な課題に対する提言や政策形成を主導しなければならない。郡市区医師会においては、地域特性に応じた実践的な連携体制の中核として、行政や介護関係機関と協働し、在宅医療や高齢者救急、看取りまでを含む切れ目のない支援体制の構築を推進することが求められている。また、会員医療機関は、急性期・包括期・慢性期・外来および在宅医療の各機能を相互に補完しながら、患者の生活を支える医療を実践する責務を担っている。

かかりつけ医においては、地域における医療と介護の“要”として、日常の健康管理から在宅療養、看取りに至るまで、地域住民の生活に寄り添いながら、医療と介護、障がい福祉の連携を推進する役割を担っている。地域住民や多職種から信頼されるかかりつけ医の活動が地域包括ケアの基盤となるのである。

なお、近年の診療報酬・介護報酬改定や物価高騰等の影響により、住民の命と健康を支える医療機関や介護サービス事業所の経営は非常に厳しい状況にある。安定した経営基盤や人材の確保、ＩＣＴ等の設備投資が伴わなければ、地域完結型の医療・介護提供体制の構築は不可能となる。将来に亘って、住民一人ひとりの自立と尊厳を支える医療・ケアを実現するためにも、医師会をはじめとする医療・介護関係団体は、国や都道府県、市町村に対して、診療報酬・介護報酬の抜本的な引き上げ、設備投資等に係る補助制度の充実、医療・介護人材の確保と質の向上を強く訴えていかなければならない。医療・介護を取り巻く環境の変化に柔軟性を持って対応し、住民が安心して暮らせる社会の実現に向けて、医師会、かかりつけ医である会員医療機関が一致協力して、必要な取り組みを積極的に進めていくことを期待したい。