

平成28・29年度
介護・高齢者福祉委員会 答申

高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定にあたり
地区医師会が果たす役割について

平成29年8月
大阪府医師会 介護・高齢者福祉委員会

【目次】

I. はじめに	3
II. 計画策定における医師会の基本的な立場	
1. 行政（市町村）との協力関係の構築	4
2. 医療の専門職団体としての助言と協力	5
3. 保健医療活動を通じて把握している地域ニーズや地域課題の施策への反映	5
4. 協議の場への参画と他機関・他団体・他職種とのネットワーク形成	6
III. 具体的課題と取り組みの現状	
1. 協議の場（地域ケア会議等）への参画	6
・市区町村単位の地域ケア会議等への協力	6
・地域包括支援センター単位の地域ケア会議等への協力	7
2. 在宅医療・介護連携推進事業について	7
(ア) 地域の医療・介護の資源の把握	7
(イ) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討	8
(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構造推進	8
(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援	9
(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援	9
(カ) 医療・介護関係者の研修	9
(キ) 地域住民への普及啓発	10
(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	10
3. 認知症施策の強化について	10
・認知症地域支援推進員への協力	11
・認知症初期集中支援事業への協力	11
・認知症カフェへの協力及びその他の事業の展開	11
4. 介護予防・日常生活支援総合事業への協力	11
IV. まとめと提言	12

I. はじめに

まず高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の根拠となる法律を確認しておこう。老人福祉法に基づき市町村及び都道府県に老人福祉計画の策定が義務付けられており、3年ごとに策定、更新が行われている。老人保健計画は、かつて老人保健法に基づき地方自治体に策定が義務付けられていたが、高齢者の医療の確保に関する法律に改定され、この規定は削除されている。しかし、多くの地方自治体が、従前から用いていた「高齢者保健福祉計画」といった名称で現在も計画策定を継続している。

介護保険事業計画は、介護保険法によって市町村に策定が義務付けられているもので、老人福祉計画と一体のものとして策定することが求められている。なお、都道府県には介護保険事業支援計画を策定することが介護保険法により義務付けられている。

高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の策定の責任は地方自治体にあるが、行政のみで計画を策定し、その遂行ができるわけではない。広く高齢者福祉・介護の関係者、保健医療関係者、市民などが参画し、計画の理念・目標等を共有しながら、対話と合意形成を通じて計画が策定され、遂行されることが必要である。そのために多くの自治体では、計画策定のための審議会等を設置して、関係する団体、事業者、市民等からの意見を汲み取りながら計画策定や進捗管理の作業を行っている。

関係団体・機関の協議の場は、計画策定段階だけでなく、計画の遂行、計画目標の達成に関する評価と新たな目標設定、次の計画策定といった一連の作業（PDCA サイクル：Plan-Do-Check-Act cycle）を進めていくためにも必要である。このような機能を担う協議の場として、市町村では上記の審議会等のほか、地域ケア会議、地域包括支援センター運営協議会等の様々な協議の場が組織されている。

医師会長諮問事項である「高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定にあたり地区医師会が果たす役割について」に関し、本委員会において検討を重ねつつ、2017年5月には府内の地区医師会及び市区町村に協力を求めて「介護保険事業計画策定等における医師会の役割に関するアンケート調査」を実施した。アンケートに記された実際の地区医師会の取り組みを参考にしながら、諮問事項に関する本委員会の見解を答申としてまとめた。

介護保険事業計画策定等における医師会の役割に関するアンケート調査の概要

調査目的：介護保険事業計画等の策定および実施に関して、地区医師会と市区町村の実態と意見を把握し、医師会の果たす役割を考察することを目的とした。

調査の対象及び客体数：地区医師会 57 か所、及び大阪府内の市区町村 66 か所（大阪市を除く府内 42 か所、大阪市 24 か所）。

調査方法と調査期間：メールで調査協力を依頼し、調査票を送付、メール・FAXにて回答してもらった。調査期間は、2017年4月21日～5月12日。大阪市内各区の回答は、大阪市福祉局がとりまとめた。

回答数と回収率：地区医師会 53/57 か所（92.9%）。大阪市を除く大阪府内市町村 37/42 か所（88.0%）、大阪市内各区 24/24 か所（100%）。なお回答のない医師会・市区町村にはメール、電話等で催促を行った。

II. 計画策定における医師会の基本的な立場

高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定を、策定・遂行・評価・見直しといった一連の過程（PDCA サイクル）にとらえると、地区医師会は、これらの過程の様々な局面に関与している。計画策定の主体は市町村であるが、地区医師会は計画策定のための審議会等に参画して医療の専門職団体として助言をしたり計画全体の進捗管理に関与しているだけでなく、計画に盛り込まれている様々な事業に関連して、事業実施の具体化のための協議や事業の遂行にも協力をしている。また、市町村からの委託を受けて事業を実施する場合もある。あるいは計画に関連した事業や取り組みを、医師会独自あるいは医師会が主導して実施することもあり、また医師会が他団体・他機関と協働して推進する場合もある。

このように地区医師会は様々な形で計画の策定と実施に関与している。その際、地区医師会はどのような立場で、どのようなことに配慮して計画策定に関与する必要があるだろうか。

基本的な立場（役割）として次の4点が重要であろう。第1は行政（市町村）との協力関係を築くこと、第2に医療の専門職団体として施策への助言と協力を行うこと、第3に日常の保健医療活動を通じて把握している地域ニーズや地域の課題を施策に反映できるよう努力すること、そして第4に様々な協議の場に参画するとともに、他機関・他団体・他職種とのネットワーク（協力関係）を形成することである。

1. 行政（市町村）との協力関係の構築

公衆衛生の向上を図り、社会福祉の増進に寄与することは医師会の基本的な立場である。したがって、こうした施策推進を目的とした行政計画の策定及びその実施に対しては、医師会は従来より様々な施策に関して可能な限り協力を行ってきた歴史がある。その実現には普段から計画策定の主体である行政（市町村）との信頼関係、協力関係を構築しておくことが肝要である。

「行政との協力」の中には、市町村から委託を受けて日常生活圏域レベルで介護等の相談や調整の役割を担っている地域包括支援センターとの協力体制の構築も含めて考える必要がある。日常生活圏域で地域包括支援センターが実施する事例検討会、地域ケア会議への参加などを、医師会としても支援していくことが重要である。また、政令指定都市では市レベルだけでなく、区レベルでも行政との連携が必要となる。

なお、市町村と地区医師会の地理的範囲が異なるところがあるので、そうした地域では、行政との協力関係づくりに一層の工夫が必要となる。大阪市の場合、介護保険事業計画等を策定するのは大阪市であり、市内の各区の地区医師会はその策定に直接的には関与することがない。計画に策定された様々な事業の実施段階で、区ごとに区行政と地区医師会が協力し合うことになる。大阪市を除く府内（以下、大阪府下）では、例えば泉佐野泉南医師会では、圏域に3市・3町（泉佐野市、泉南市、阪南市、田尻町、熊取町、岬町）が存在している。病院・診療所等が関わる地域医療連携体制の構築は市町を超えた範囲で取り組むことが有効な場合があり、医師会が主導することが望まれるが、在宅医療・介護連携推進事業等では、医師会として個々の市町と協力関係を築いて推進していくことが求められる。逆に東大阪市では市内に3つの医師会（布施・河内・枚岡医師会）が存在する。介護保険事業計画等の企画・運営の会議には3つの医師会からの代表が参画するといった条件を整えて、市と3つの医師会の協働関係が築かれている。

今回、アンケート調査において計画策定とその実施における市区町村との協力関係の総合的評価を地区医師会に質問したところ、表に示すような回答の分布であった。総数では9割弱

(45/52)の医師会が「十分な協力関係ができています」「おおむね協力関係ができています」と回答しており、行政との関係性は概して良好だといえる。大阪市内の医師会に限ると、そのように答えたのは19/23(82.6%)であった。区役所の人事異動で担当者が変わりそれまで築いてきた関係が継続できなくなることや、計画策定に区レベルでの医師会の関与がないことが、「どちらともいえない」「あまり協力関係ができていない」とする理由であった。府下でも計画策定への関与が薄い地区医師会において関係性の評価結果が低かった。

表 計画策定とその実施における市区町村との協力関係の総合的評価(大阪府内の地区医師会)

回答	総数		大阪市内		大阪府下 (大阪市を除く 大阪府内)	
	回答数	割合	回答数	割合	回答数	割合
十分な協力関係ができています	16	30.2	4	16.7	12	41.4
おおむね協力関係ができています	30	56.6	16	66.7	14	48.3
どちらともいえない	5	9.4	3	12.5	2	6.9
あまり協力関係ができていない	2	3.8	1	4.2	1	3.4
協力関係ができていない	0	0.0	0	0.0	0	0.0
総数	53	100.0	24	100.0	29	100.0

2. 医療の専門職団体としての助言と協力

近年の介護保険法の改正では地域包括ケアシステムの構築を目指すことが目標として掲げられている。保健医療は地域包括ケアシステムの重要な構成要素であるが、その領域の専門職団体である医師会は、計画策定とその実施の過程で関係者への助言と協力を行うことが求められている。

専門職団体として特に助言や協力が求められている介護保険の事業として「在宅医療・介護連携推進事業」がある。大阪府は、2014年度から地域医療介護総合確保基金を活用した事業である「在宅医療推進事業」を開始しており、この事業を行う大阪府内の地区医師会では在宅医療推進コーディネータを配置して、在宅医療の拡充と地域医療連携の促進を図ってきた。一方、2014年の介護保険法の改正では市町村が実施する地域支援事業の中に、在宅医療・介護連携推進事業が組み込まれ、第6期介護保険事業計画の期間である2017年度までに全国の市町村で取り組むこととなっている。大阪府内の各医師会は、「在宅医療推進事業」の取り組みをさらに発展させる意味でも、「在宅医療・介護連携推進事業」への協力や推進のための助言が期待されている。

3. 保健医療活動を通じて把握している地域ニーズや地域課題の施策への反映

医師会及びその構成メンバーは日常の保健医療への取り組みを通じて、地域住民のニーズや要望を把握することができる立場にある。また、個々の医療機関の取り組みを超えて他機関・他団体と連携しながら保健医療活動を展開する過程で、様々な地域課題にも直面している。把握している地域ニーズや地域課題を解決していくためには、その解決を目指した施策を立案して行政計画の中に盛り込んでいくような動きを作り出すことが望まれる。そうした施策の立案や取り組みのアイデアは、地域の関係者の協議の中から具体化されていくものである。こうし

た協議の場に参画しながら、現場からの声を施策に反映させていくことも医師会の役割である。

4. 協議の場への参画と他機関・他団体・他職種とのネットワーク形成

地域包括ケアは様々な地域の関係機関・団体の協力関係がなければ推進できない。様々な協議の場への参画を通じて、医師会あるいは個々の医師会員が、他機関・他団体あるいは他職種とのネットワークを形成することは、計画策定とその円滑な遂行の重要な要件である。

地域で生活する要介護高齢者と家族を支援するためには、医療・介護・生活支援に関わる多職種によるチームアプローチが求められている。個々の患者と家族の支援において、多職種がチームとして連携し役割を分担して支援を行うために、居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）がサービス担当者会議を招集する。病院から地域への退院・移行を円滑に行うためには、病院の医療担当者と地域の医療や介護の担当者が集まる退院調整会議が設定される。地域包括支援センターが、様々な支援課題を抱えるいわゆる支援困難事例の検討会を「地域ケア個別会議」として招集することもある。こうした個々の事例の支援のための多職種による協議の場に、かかりつけ医として医師会員が参加することが求められている。

地域ケア会議では、個々の事例の支援課題の検討と支援の蓄積から、地域全体に通じる課題を見出し、その地域課題を解決していくための社会資源の開発や施策の形成に向けた協議を行うことが期待されている（「地域ケア推進会議」）。地区医師会は他機関・他団体とネットワークを形成して、地域ケア推進会議や計画策定のための審議会などにおいて、地域の資源開発や施策立案に向けた協議に参画することが求められている。

Ⅲ. 具体的課題と取り組みの現状

介護保険事業計画等の中でも、とくに地区医師会や個々の医師会員の協力が必要な領域は、地域ケア会議等の協議の場への参画、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、介護予防への取り組みであろう。以下、こうした取り組みの現状をアンケート調査の回答から探る。

1. 協議の場（地域ケア会議等）への参画

地域における包括的な支援体制を推進するためには、地域包括支援ネットワークを通じて、個々人に対する支援の充実を図るとともに、それを支える社会基盤の整備を図っていく必要がある。その一つの手法として「地域ケア会議」があり、それを主催・運営するのは地域包括支援センターまたは市区町村である。地域ケア会議には、①個別課題の解決、②地域包括支援ネットワークの構築、③地域課題の発見、④地域づくり・資源開発、⑤政策の形成という5つの機能が期待されている。それらを達成するには、協議の場への参加者、開催主体等にも工夫が必要となる。検討する課題に応じて地域ケア会議を「地域ケア個別会議」及び「地域ケア推進会議」に区分することもある。

市区町村単位の地域ケア会議等への協力

大阪市からのアンケートへの回答では、区及び市レベルで取り組む課題について検討する各区地域ケア推進会議及び市地域ケア推進会議へ医師会に参画してもらい、区及び市における地域課題の解決に向けて、意見・助言をいただいているとのことである。一方、各医師会におけるアンケート結果では、大阪市からの協力依頼については、協力依頼なしが4医師会、ほとんど協力依頼なしが1医師会、協力依頼ありが7医師会で、内容については、区地域ケア会議等に参画が3医師会、区地域包括支援センター運営協議会への参加1医師会、区多職種連携連絡

会への参加 1 医師会で、区単位の地域ケア会議は開催されていないとの記載も 2 医師会で認められた。また、その他の医師会では記載がなく、大阪市の記載とのギャップを認めた。

大阪府下のアンケート結果では、地域ケア会議に市町村から協力依頼があり、医師会の委員が参画している医師会は 20、協力依頼のない医師会 4、その他の医師会は記載なしであり、市単位の地域ケア会議を未だ開催していない市が 2 市あるのは驚きであった。大阪府下においては市町村と地区医師会との連携はかなり進んでおり、医師会からの委員が市町村の地域ケア会議の重要メンバーとして評価され、活躍していた。

医師会が主導して行っていることに関する記載としては、多職種連携委員会を医師会主導で市と共に運営し、多職種連携全体会議を開催することにより、各地域包括支援センター単位の多職種連携研修会の開催を推進・指導している医師会が認められた。

地域包括支援センター単位の地域ケア会議等への協力

大阪市からの回答では、必要に応じて主治医に対し、地域包括支援センターから地域ケア会議への出席を依頼し、意見をいただいている、また、地区医師会には、地域ケア会議が課題解決に向け実効性のあるものとなるよう、主治医の参加に対してご配慮をいただけるよう、会員への周知をお願いしたいと考えているとのことである。一方、地区医師会におけるアンケート結果では、協力依頼については、協力依頼なしが 4 医師会、協力依頼ありが 13 医師会で、その内容は会議への参加であり、他の医師会は記載なく、協力は未だ不十分と考えられる。

大阪府下のアンケート結果では、協力依頼なしが 2 医師会、協力依頼ありが 20 医師会であり、その内容は会議への参加であり、さらに運営会議への参加も 1 医師会でみられる。なお、生活支援体制整備事業における地域包括支援センター単位の第 2 層協議体の設置が進んでいる市もあり、医師会が協力していた。

医師会が主導して行っていること記載は少ないが、困難事例での助言のほか、特に病診・診々連携の記載があった。その他としては、地域ケア会議出席の担当医師を各地域包括支援センターごとに決めている医師会が 4 か所あり、地域包括支援センターのブロック別定例会の座長を医師会員がつとめている医師会も 1 医師会あった。大阪府下においては、各医師会の取り組みに大きな差異が認められた。

2. 在宅医療・介護連携推進事業について

地域包括ケアを推進するうえで医療と介護の連携は必須である。2015 年 4 月施行の介護保険法改正において、市町村が実施する事業（地域支援事業）のひとつとして「在宅医療・介護連携推進事業」が付け加えられた。2018 年 4 月までにすべての市区町村で（ア）地域の医療・介護の資源の把握、（イ）在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討、（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構造推進、（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援、（オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援、（カ）医療・介護関係者の研修、（キ）地域住民への普及啓発、（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携の 8 つの事業項目が実施されることとなっている。大阪市の回答では、（ウ）～（オ）の事業については、すでに 22 区で医師会等に委託して取り組まれている。

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

本事項は、地域の医療機関、介護事業所等の住所、連絡先、機能等の情報を収集し、これまでに自治体等が把握している情報と合わせて、医療・介護の資源のリスト又はマップ等を作成し活用を図る取り組みである。

大阪市における取り組みでは、①在宅医療介護支援マップ、情報冊子、リスト、医療機関連携ハンドブック・ガイドブックなど作成したものを関係機関に配布、②各機関のマップが別々に既にある、③アンケートを実施して今から作成予定、④データとしてホームページ上で更新やCD-Rで配布と、大きく4種類に分類できる。取り組みの年度に差があり、また区により進捗状況の差がみられる。行政が主導の区と医師会が主導の区があるように見受けられる。

大阪府下の市町村及び地区医師会のアンケート調査から、ほとんどの医師会・市町村で医療介護資源集・マップが作成されていた(28/29 医師会・28/31 市町村)。藤井寺市では、専門職向けの「医療介護ネットワークガイド」と市民向けの「在宅医療・介護おたすけマップ」を作成している。冊子での発行が多いが、茨木市、八尾市、和泉市は市のホームページ上で、岸和田市医師会はアットホームきしわだという在宅医療ポータルサイトを開設しており、それぞれ市民に在宅医療・介護情報を提供している。今後は在宅医療・介護の情報をウェブ上で公開し、地域住民が閲覧・検索できる形が増加してくると思われ、吹田市、泉大津市でも今年度中に在宅医療ポータルサイトを作成予定である。情報の更新が必須の事業である。

(イ) 在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討

本事項は、地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、対応策等の検討を行う取り組みである。

大阪市における取り組みでは、それぞれの区で連携の会議が組織されており(既存のものであったり、新たに作ったものであったりいろいろある)、医師会として参画している。おおむね行政主導というよりは、医師会が主導のように見受けられる。

大阪府下における取り組みとしては、市町村から医師会への協力依頼があったとアンケートで答えたのは24/29 医師会で、行政・医師会のいずれかがが主導して会議を行っているのは29/29 医師会。30/31 市町村であった。医療と介護の関係者が参画する会議は地域包括支援センター運営会議であったり、地域医療推進懇談会、多職種連携研修会など名称は様々であるが、医療・介護関係者、行政担当者が一堂に会し、顔の見える連携を構築し、地域に応じた現状把握・課題抽出にあたっている。例えば藤井寺市医師会では①認知症対策、②多職種連携、③課題分析、④災害対応、⑤啓発の5チームでそれぞれの課題抽出と対応策を検討している。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構造推進

本事項は、医療と介護が必要になっても、住み慣れた地域で可能な限り暮らし続けることができるよう、地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、在宅医療と在宅介護が切れ目なく提供される体制の構築を目指す取り組みである。在宅療養者のバックベッドの確保、入院医療から在宅医療・ケアへの円滑な移行など在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進する。

大阪市各医師会における取り組みとして、地域病院との連携についての取り組みを述べる。バックベッド、空床情報の把握など病院の後方支援機能の集約がなされ、コーディネータが配置されその業務として位置付けられる。ICTを利用して、浪速区(ブルーカード)、西淀川区、東成区では後方支援情報を共有できている。ICTによる情報共有の進んでいる医師会において、利用者の情報把握もし易いことが考えられる。城東区医師会内には病院部会が存在し、病診連携だけでなく病病連携、役割分担が進んでいるとの記載がある。区内に基幹病院がないというところもあった。区内にある病院の機能によって取り組みに差が生じてくるのはやむを得ない。

大阪府下における取り組みとして、病院から診療所へのスムーズな紹介体制、緊急時の診療所から病院への診療・入院依頼(バックベッドの確保)、在宅を担当する診療所間の連携、訪問診療を担当する診療所・訪問看護ステーション・薬局・歯科・訪問リハビリ及び介護事業者

が協力して行う地域の在宅医療介護の受け皿づくりなどがあげられる。診療所から病院への依頼時に、浪速区医師会が導入しているブルーカードと同様のシステムを採用しているところもある（河内長野市・藤井寺市）。病院から地域への紹介体制としては、病院の連携室と在宅医療コーディネータとの連携が今後の要として期待されている。病院から在宅医療への円滑な移行を図る地域の取り組みとしては、吹田市ではケアネット実務者懇話会の作業部会において、入院から退院までの医療機関スタッフとケアマネジャーの主な動き、及びそれに伴う医療報酬、介護報酬を示したフロー図を作成している。また、八尾市では退院時の医療と介護の連携体制のために「ケアマネジャーとの連携を進めるために」の冊子を作成し、配布している。診療所間連携として、泉佐野泉南医師会は主治医・副主治医制を導入し、岸和田市医師会・泉大津市医師会では主治医不在時の代理体制が確立している。在宅医療体制構築のために、多職種連携の会が各地域で行われている。

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

本事項は、情報共有シート、地域連携パス、ICT等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援するもので、自宅での看取りや急変時にも活用できるようにするものである。

大阪市における取り組みとして、各医師会では行政主催の在宅医療・介護連携推進会議へ参画したり、独自に多職種との連携などの研修会を開催している。事業運営の主体には地域によりばらつきが見られた。連携シートを用いて医療・介護関係者間の情報共有をしている医師会が多い。また、ICT(SNS ツールなど)を用いて、病診・診診連携にも試験中に利用している医師会もある。そのほか、基幹病院・多職種の協議会を開催し、実態アンケート、パンフレット・ガイドブック配布により情報共有をはかっている。

大阪府下では、この項目に関して、20/29（69%）と多くの医師会が市町村の委託又は協力依頼を受けている。連携シートを用いているところが大部分である。連絡帳が2か所あった。ICT連携が岸和田市と大阪狭山市で行われている。

（オ）在宅医療・介護関係者に関する相談支援

本事項は、医療・介護関係者の連携を支援するコーディネータの配置等によって、在宅医療・介護連携に関する相談窓口を設置・運営する取り組みである。

大阪市における取り組みとして、「大阪市高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業」において、相談支援室設置とコーディネータ配置が、24区のうち22の医師会等において取り組まれている。医師会によっては担当役員が各病院に説明し協力を依頼している。

大阪府下では、この項目に関しては、10/29（34%）と市町村の委託又は協力依頼を受けている医師会は少なかった。在宅医療・介護連携支援室を設けているところは、堺市、泉大津市、泉佐野泉南、河内長野市、高石市、交野市の6か所であった。枚岡、泉大津市、富田林市では各医師会の在宅医療コーディネータをこれにあてている。門真市では、訪問看護ステーションを利用している。八尾市は市の委託を受け検討中である。岸和田市では、市の協力依頼なしで医師会が在宅医療地域連携室を医療介護相談の窓口としている。

（カ）医療・介護関係者の研修

本事項は、地域の医療・介護関係者が集まって事例検討をグループワーク等を通じて行うなど、多職種連携の実際を習得する取り組みである。

大阪市における取り組みとして、各医師会が主体となり、研究会・グループワーク、シンポジウムを主催している。また行政の依頼により研修会の講師選定・派遣を行っている。その他、

行政主催の協議会には医師会から積極的に参加し、意見交換を行っている。

大阪府下では、この項目に関しては、26/29（90%）とほとんどの医師会が市町村の委託又は協力依頼を受けている。多職種連携の研修会を多くは年1回、ところにより小さな地区に分かれて年10回近く行っている。松原市、寝屋川市は、市の協力なしで医師会が独自に多職種連携の研修会を行っている。医療・介護連携の会は、堺市では「いいともネットさかい」、豊中市では「虹ねっと連絡会」、泉佐野泉南では「りんくう愛たいネット」、河内長野市では「いきいきフェスタ」、藤井寺市では「交流会『いけ！ネット』」と名付けられている。

（キ）地域住民への普及啓発

本事項は、地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催や、パンフレット、チラシ、広報、HP等を活用した在宅医療・介護サービスに関する普及啓発の取り組みである。

大阪市における取り組みとして、各医師会は区民向けマップ、パンフレットを作成し配布している。区民向けの講演会や講座では、医師会主体で行ったり、行政主催の場合には講師を派遣したりしている。その他、行政発行誌への積極的な寄稿や情報提供をしている。

大阪府下では、この項目に関しても、22/29（76%）と多くの医師会が市町村の委託又は協力依頼を受けている。市民向けの研修会を多くの市町村は年1回以上行い、和泉市は年5回行っている。河内、池田市、摂津市、枚方市では、市の協力なしで医師会が独自に市民向けの研修会を行っている。

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

本事項は、同一の医療圏内にある市区町村や隣接する市町村などが連携して、広域で対応が必要な事項について検討する取り組みである。

大阪市では、医師会・行政においても今後の検討課題として未実施が多い。現状では近隣地区医師会との情報交換や行政との会議に参加にとどまっている。

大阪府下では、この項目に関して医師会の取り組みは9/29（31%）であり、多くの医師会が市町村の委託又は協力を受けていない。複数の市町村や医師会が一つの二次医療圏を形成しているところでは、連携が始まっている。大阪府が開催する二次医療圏の会に参加しているところが多く、三島圏域、豊能圏域、泉州地域である。まだ、自分の地域の体制づくりに力を入れているので、関係市区町村の連携まで手が回らないと思われる。

以上みてきたように、取り組みの状況は地域差があるが、医師会が主導して事業を進め、協議会・ワーキンググループを主体的に開催している地区では、医療の立場からの提案ができており、行政と良好な連携が取れているように思われる。事業が実施されていない医師会では、どのような問題があるのだろうか。厚生労働省が実施した市区町村向けの全国調査（2017年3月6日）では、課題として「事業実施のためのノウハウ不足」、「行政と関係機関（病院、医師会、歯科医師会等）との協力関係の構築」、「事業推進を担う人材の確保」、「地域の医療・介護資源の不足」があげられている。また、市区町村から都道府県への要望として、「医師会等関係団体との調整」、「広域的な医療介護連携（退院調整等）」などがあげられ、行政側としても、予算上の問題より、医師会との連携・情報の共有方法を課題と捉えていることが見受けられた。

3. 認知症施策の強化について

認知症を有する人は、今後大阪府においても増加することが予想されている。認知症を早期に発見し、必要な医療や介護に結びつけ、地域の見守りと質の高いケア・支援を提供できるよ

うにすることが緊急の課題となっている。認知症になっても住み慣れた地域で、その人らしい生活を維持するため、医療と介護の連携の推進が必要である。

そのために行政は、認知症地域支援推進員の設置、認知症初期集中支援事業、認知症カフェ設置などの認知症施策を進めている。医師会も行政と協力してこれらの認知症施策の推進に協力することが重要である。

認知症地域支援推進員への協力

認知症地域支援推進員は、アンケート調査時点で大阪府下 38 市区町村に設置されており、その役割は認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所など地域の支援機関をつなぐ連携支援や、認知症やその家族を支援し相談業務等を行うことである。医師会の役割として、地域支援推進員との情報共有、対応困難例に対しては認知症サポート医が協力し対応すること、また医師会が行政と協力して設置している「認知症地域連携協議会」などで地域支援推進員が提示したいろいろな課題を検討することなどがある。今後、各医師会において認知症地域支援推進員と情報を共有し、対応困難事例への協力、推進員が把握した課題等を検討することが重要である。

認知症初期集中支援事業への協力

認知症初期集中支援事業では、認知症初期集中支援チームが中心となって認知症が疑われる人等を訪問して、必要な医療や介護サービスに結び付ける支援を行っている。大阪府下では調査時点で 22 チームが設置されている。チームには医師会より専門医あるいは認知症サポート医が参加している。対象者にチーム員が訪問するときに医師が同行するのが不可能な場合がある。茨木市ではそのために訪問したチーム員と医師にタブレット端末を供与し、スカイプ会議を行いリアルタイムでの情報共有、課題の解決を行っている。認知症初期集中支援事業では認知症初期集中支援チームだけではなく、オレンジダイヤル、地域包括支援センターなど、できるだけ相談窓口を多くし、認知症の早期発見に努めるべきと思われる。そのためにもより多くの医療機関が認知症の相談窓口になることが必要である。

認知症カフェへの協力及びその他の事業の展開

認知症カフェは認知症の人やその疑いがある人、その家族、専門職やボランティアなどいろいろな人々が集まって様々な交流を行う場である。医師会としても認知症カフェで認知症の医療的啓発を行うなどの役割を担うことが可能である。

その他の認知症施策に関連した医師会の取り組みとしては「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の開催や、認知症サポーター養成講座への医師会員派遣、認知症相談支援機関マップの作成などが行われている。

高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画における認知症施策の推進のために、医師会の役割として、行政と協力して認知症の早期発見に努め、その後は介護と協力して認知症の方や家族が住み慣れた街でその人らしい生活を行うように支えることが重要である。そのために計画の中に認知症における医療課題、その対応方策を提言し盛り込むことが必要と思われる。

4. 介護予防・日常生活支援総合事業への協力

介護保険制度の基本理念として「自立支援」が上げられる。「自立支援」とは高齢者が自らの意志に基づき、自らの能力を最大限活かして、自立した質の高い生活を送ることができるよう支援することである。できないことを補い、自らできることを引き出す介護予防自立支援を目指

すべきところが、これまでの介護保険の給付サービスの中では十分な効果を上げることができていなかった。

2012年4月施行の介護保険制度改正で、要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現を図ることになった。さらに2015年4月施行の改正では、高齢化が進み、単身高齢者や認知症高齢者、中重度の高齢者が増える中、団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年の将来像をイメージした地域包括ケアシステム構築の推進と、費用負担の公平化に向けた事業強化が展開され始めた。

この改正では、介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）の中で、これまで全国一律であった要支援者を対象とした予防給付サービス（訪問と通所による介護）を、市町村の実情に応じて多様な主体による柔軟な取り組みにより、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう市町村事業として見直すことになった（介護予防・生活支援サービス事業）。大阪府内の市町村のうちでは、箕面市がいち早く2015年度より新しい総合事業を展開している。2016年度にはさらに4つの市で総合事業に移行したが、多くの市町村で総合事業が開始されたのは2017年度からであった。以下、箕面市と箕面市医師会の取り組みを紹介する。

箕面市の総合事業では訪問型サービス（ホームヘルプサービス、掃除洗濯などの生活支援サービス、保健医療の専門職による訪問支援サービスの3類型）、通所型サービス（デイサービス、運動レクリエーションの通いの場、保健医療の専門職による短期集中的な運動指導の3類型）が展開されている。適切なサービス選択により自立支援につなげていく総合事業を積極的に活用することで、高齢者が生きがいと目標をもって地域で暮らせるよう、介護予防と健康長寿の取り組みを進めてきた。その結果として元気な高齢者の方が増え、要介護認定を受ける方が減り、介護保険料の上昇が抑えられることにより、高齢者の方のQOL向上につながることを目指している。

新しい総合事業（介護予防・生活支援サービス事業）は、これまでの介護予防事業の2次予防対象者や要支援に相当する人々が、それぞれのニーズに応じてサービスを選択できるような仕組みになっている。その結果、要介護等認定率を2011年度と2015年度で比較すると、全国平均及び大阪府平均は上昇しているが箕面市では低下している。

箕面市医師会は、このような取り組みに対して多職種連携研修会を開催して総合事業の仕組みの理解を深めてきた。個々の会員（開業医）としての総合事業への関与としては介護保険主治医意見書の作成と合わせて、主治医を持たない（病気の無い）場合は「特定健診」「後期高齢者医療健診」を実施して健康状態の把握に努め、地域保健医療介護の中核的担い手となって総合事業に協力している。今後、地域包括ケアシステムの実現のためには、医療と介護の連携強化だけでなく、特に行政と医師会との連携が必要で良好であることが望まれる。

IV. まとめと提言

本答申では、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定を、策定・遂行・評価・見直しといった一連の過程（PDCAサイクル）にとらえ、地区医師会がこの一連の過程の様々な局面に関与していることを述べた。

その際、地区医師会がとるべき基本的な立場（役割）として、

- ①行政（市町村）との協力関係の構築
- ②医療の専門職団体としての助言と協力

③保健医療活動を通じて把握している地域ニーズや地域課題の施策への反映
④協議の場への参画と他機関・他団体・他職種とのネットワーク形成
の4点が重要であることを指摘した。

また、地区医師会と市区町村を対象に実施したアンケート調査を基に、介護保険事業計画策定に関連した地区医師会の取り組みの現状を、①協議の場（地域ケア会議等）への参画、②在宅医療・介護連携推進事業への取り組み、③認知症施策への取り組み、④介護予防・日常生活支援総合事業への協力といった観点から分析した。

市区町村（行政）と地区医師会の協力関係の総合的評価では、「十分な協力関係ができてい
る」「おおむね協力関係ができてい
る」との回答が9割弱をしめた。概して良好な関係が築かれてきていることが確認できたが、アンケートの記載からは、行政側と地区医師会側にはそれぞれの課題も見受けられた。両者の協力関係の構築とその継続には双方からの歩みよりとそれぞれが有する課題への取り組みが必要である。

行政側の課題として指摘されていることは、医師会の協力を必要とする事業に関わる行政側の担当者が事業によって異なったり、場合によっては複数の課にまたがっていて、医師会側からわかりにくいこと、人事異動でその担当者が変わると、築いてきた協力関係の継続が阻害されることがあるなどである。また、在宅医療や地域医療の連携を進める基盤づくりは、従来、都道府県の守備範囲であり、市町村は市立病院等を運営しているところを別としてあまり関与してこなかった。在宅医療・介護連携推進事業などの新たな取り組みには、行政担当者自身が不慣れであるといった課題もある。

一方、地区医師会側の課題として、介護保険制度の改正が相次ぎ、制度そのものが複雑になってきており、地域支援事業に含まれる様々な施策についての理解が不十分であること、地域包括ケアシステムの構築に向けて在宅医療を充実させていくことは、医療関係者自身が取り組むべき課題であることなどが指摘されている。

大阪府医師会としては、こうした課題を見据えながら、次のような役割を担うことが重要であろう。第1に、広域の視点から大阪府が取り組む高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画、地域保健医療計画及び地域医療構想の策定や実施への参画・協力であり、そのことを通じて、地域医療の連携を推進するとともに、在宅医療の拡充などの地区医師会の取り組みを支援することである。第2に、地区医師会の置かれた地域にはそれぞれの特性があり、地域包括ケアの推進ではその地域特性を踏まえた取り組みが求められており、各地域で一様に進むものではないが、より進んだ地域の好事例から学びながら、他の地域に適用できるものを広げていくことは重要である。府医師会として、好事例の取り組み情報を地区医師会と共有しつつ、そうした取り組みを普及させていくことが望まれる。第3に、地域包括ケアシステム構築に重要な役割を担う人材研修の取り組みがある。かかりつけ医の力量向上のための各種の研修、認知症サポート医の研修、在宅医療推進コーディネータ研修などを通じて、地域の医療とケアの質を高めていくことが必要である。第4に、府レベルや国レベルで取り上げるべき行政課題について府医師会として対応していくことが求められる。

大阪府医師会 介護・高齢者福祉委員会

委員長	黒田研二		
副委員長	松谷之義		
委員	中 祐次	中島周三	
	野村圭	中西忍	
	李利彦	小田真	
	真嶋敏光	湊宏司	
	塚本雅子	長田栄一	
	田島幸兒	鹿島洋一	
	石見徹夫	辻正純	
	守上賢策	岡原和弘	
	前防昭男	中村芳昭	
	藤井敬三		

担当事務局

一般社団法人 大阪府医師会 地域医療2課
〒543-8935 大阪市天王寺区上本町2丁目1番22号
電話：06-6763-7002 FAX：06-6765-3737
メール：chiikiiryō2@po.osaka.med.or.jp