

特集：地域における医療介護連携の展望

<総説>

医療介護連携政策の動向

城克文

厚生労働省保険局医療介護連携政策課

Trend of the integration policy of healthcare and long-term care

Katsufumi Jo

Division for Health Care and Long-term Care Integration, Health Insurance Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare

抄録

我が国では、急激な人口構造の変化や疾病構造の変化を背景に、団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年を見据え、本格的な医療・介護サービス提供体制の改革が進められている。先の医療・介護提供体制の改革では、効率的で質の高い医療提供体制構築と地域包括ケアシステムの構築を通じて地域における医療・介護の総合的な確保を推進するため、地域医療介護総合確保方針等の仕組みが創設された。また、併せて、医療制度では地域医療構想と病床機能報告が制度化され、介護保険制度では地域支援事業の充実・再編と費用負担の公平化、給付の重点化が行われている。特に、地域包括ケアシステム概念の制度化は、地域の高齢者の生活を利用者起点で全人的に支える方向に制度哲学・視点が進化したという点でも画期的であり、今後さらにこれを進めていくためには、関係制度の統合的推進と併せ、医療・介護の専門職や地域住民も含めた地域における多職種連携、地域の関係主体の規範的統合の推進が不可欠である。

キーワード：地域包括ケアシステム、医療介護連携政策、医療・介護提供体制改革、規範的統合、社会資本

Abstract

In Japan, towards 2025, when the baby boomers will be 75 years or older, a full-scale reform regarding the “health care provider system” and the “long-term care service delivery system” is being carried out to address the rapid changes in population and disease structure.

In 2014, to promote overall health care and long-term care insurance through the establishment of efficient and high-quality health care provision systems and “community-based integrated care systems,” a structure known as the “regional health care comprehensive insurance policy” was established.

In addition, within the health care system, the “community healthcare initiative” and “hospital beds function report” was institutionalized. Also within the long-term care insurance system, enhancement and restructuring of community support business, ensuring fairness of the cost burden, and prioritization of the benefits were conducted.

Legislation of a “community-based integrated care system” is a breakthrough as this progressed the system towards holistic support of home life for elderly people from the user’s point of view.

連絡先：城克文

〒100-8916東京都千代田区霞が関1-2-2

1-2-2, Kasumigaseki, Chiyoda, Tokyo, 100-8916, Japan.

Tel: 03-5253-1111

E-mail: jou-katsufumi@mhlw.go.jp

[平成28年3月4日受理]

In order to further promote this “community-based integrated care system,” integrated promotion of related systems, cooperation between various actors including medical and nursing care professionals and local residents, and normative integration of the involved parties will be essential.

keywords: community-based integrated care system, integration policy of healthcare and long-term care, health care and long-term care provision system reform, normative integration, social capital

(accepted for publication, 4th March 2016)

I. はじめに

我が国では、急激な人口構造の変化や疾病構造の変化を背景に、団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年を見据え、本格的な医療・介護サービス提供体制の改革が進められている。平成25年の社会保障制度改革国民会議報告では、高齢化の進展は「疾病構造の変化を通じて、必要とされる医療の内容に変化をもたらしてきた」とし、「医療はかつての『病院完結型』から、患者の住み慣れた地域や自宅での生活のための医療、地域全体で治し、支える『地域完結型』の医療、実のところ医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる医療に変わらざるを得ない」とした上で、「急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要」があり、「川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠」であるとしている。

そして、「『医療から介護へ』、『病院・施設から地域・在宅へ』という流れを本気で進めようとするれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字通り一体となって行わなければならない」¹と、「高度急性期から在宅介護までの一連の流れ」において、川上の「病床の機能分化という政策」展開は「退院患者の受入れ体制整備という川下の政策」と同時に、川下の「在宅ケアの普及という政策」展開は「急性増悪時に必須」の「短期的な入院病床の確保という川上の政策」と同時に行われるべきとして、医療・介護の連携と一体的な改革の必要性を提起していた。

こうした観点から、先の医療・介護提供体制改革では、効率的で質の高い医療提供体制構築と地域包括ケアシステムの構築のための一連の制度改正が行われた。まず、地域における医療・介護の総合的な確保を推進するため、地域医療介護総合確保方針・総合確保基金制度が導入され、また、医療制度では地域医療構想と病床機能報告制度の導入、介護保険制度では地域支援事業の充実・再編と費用負担の公平化、給付の重点化が行われた。

特に地域包括ケアシステム概念の制度的導入は、地域の高齢者の在宅生活を利用者起点で全人的に支える方向に制度哲学・視点が進化した点でも画期的であり、今後あらゆる施策分野でその具体化に向けた施策が講じられることが期待される。

本稿では、こうした医療と介護の連携政策の動向を概観する。

II. 背景

1. 人口構造の急激な変化と大きな地域差

2000年に介護保険制度が創設されて以降、要介護率が高くなる75歳以上人口は急速に増加してきた。今後、団塊の世代が75歳以上になる2025年に向け、さらに急速な増加が見込まれている。2030年頃からは、75歳以上人口増は落ち着くものの、85歳以上人口はさらに10年程度増加が続く見通しである。一方、例えば介護保険の保険料負担層である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降同様に増加してきたが、2021年をピークにその後減少していくと見込まれている¹。こうした人口構造の大きな変化が見込まれる我が国においては、費用負担の問題とともに、これに伴う需要の量的・質的な変化に対応した高齢期の医療・介護サービス提供体制の再構築が喫緊の課題である。

今後の高齢化の進行は、実は構造変化やその速度だけが課題なのではない。都道府県別の75歳以上人口を2010年と2025年で比較した場合、全国平均では約1,420万人から約2,180万人となり、15年間で約760万人、1.53倍となる。しかし、既に高齢化が進行している地方圏ではその速度はそれほど急速ではなく、例えば山形県や島根県であれば1.15倍、鹿児島県では1.16倍と見込まれる。一方、埼玉県では約59万人から約118万人、千葉県では約56.3万人から約108.2万人と、15年間でそれぞれ5～60万人、約2倍であり、この傾向は神奈川、大阪、愛知、東京などでも同様である。つまり、2025年に向けた少子高齢化の急速な進行は、人口が集中している大都市圏に特に大きな影響を及ぼす課題となっている。

また、この値は2025年を断面として捉えたものに過ぎないことに留意が必要である。例えば2040年までの人口構造の変化を見た場合、2025年までは各県とも75歳以上人口は増加していくが、34道府県が2030年でピークアウトするのに対し、2035年にピークを迎えるのが9県、2040年以降もさらに上昇が見込まれる地域が4都県と

¹ 将来推計は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成24年1月推計）出生中位（死亡中位）推計による

なっている²。

したがって、当面の目標年次である2025年を基盤整備や再編の最終目標と誤解すべきでないことは言うまでもないが、地域によって現状や進行速度・ピークアウト時期に大きな違いがあることを踏まえれば、従来型の全国一律の制度的対応ではなく、それぞれの地域における人口構造変化の動態に即して、その地域にふさわしい基盤整備の在り方を地域毎に考えることが不可欠である。

2. 認知症高齢者、独居高齢者・高齢夫婦のみ世帯の増加

2025年にかけて認知症高齢者も増加していくと見込まれている。2012年には462万人だった65歳以上の認知症患者数は、2025年には約700万人、65歳以上の約2割となると見込まれている。認知症患者は、疾病の特性として環境変化の影響をとっても受けやすい。住み慣れた身近な地域となじみのある人間関係の下で、一人ひとりがこれまで培ってきた生活のリズムに合わせて医療・介護サービスが提供されることが重要である。

また、今後さらに独居・夫婦のみ高齢世帯が増加していく。2025年には全世帯数の四分の一以上が独居／高齢夫婦のみ世帯となることから、このような層に対するサポートとしても、地域での生活支援は今後ますます重要となる。

こうした状況を踏まえれば、今後の少子高齢化社会においては、地域密着型で利用者の個別ニーズに即したきめ細かなサービス提供が不可欠であり、そのためには、単に医療・介護など縦割りの制度的・定型的ケアやサービスだけではなく、日常の見守りや生活支援などの地域コミュニティに根ざしたサポートや自主的活動など、それぞれの地域の持つ有形・無形の資源を全て投入して地域での療養生活を包括的に支える仕組みの構築が不可欠だと考えられる。

3. 疾病構造・医療ニーズの変容と死亡状況の変化

高齢化の進行と医療技術の進化・高度化により、疾病構造も変化してきている。戦後の人口10万対の死亡率の推移を見ると、悪性新生物の死亡率が一貫して上昇しているのに対し、脳血管疾患は1990年代以降概ね落ち着いており、心疾患は同時期に大きく下がったものの緩やかな増加傾向にある。そして、これらの背景にある医療ニーズもがんや生活習慣病などの慢性疾患の比重が高まっていると考えられる。

死亡場所の推移を見ると、2005年頃までは一貫して自宅での死亡の割合が減少し病院における死亡の割合が増加する傾向にあり、1950年代には年間死亡数の約8割が自宅だったのに対し、2005年には年間死亡数の約8割が

病院での死亡となっている。一方、年間の死亡数は引き続き増加傾向にあって、2040年にピークを迎える見通しであり、2015年の約131万人から約36万人増の約167万人と見込まれている。

高齢化を背景に、疾病構造の変化による医療ニーズの変化が進み、同時に需要の拡大が見込まれる中、限られた医療資源を効果的に活用していく観点からは、患者が病状に応じて適切な医療を継続的に受けられるような効率的で質の高い医療提供体制を構築していくことが必要であり、また、並行して、要介護状態になり、人生の最終段階を迎えるようになったとしても、一人ひとりの希望に応じて³できるだけ長期にわたって住み慣れた地域で生活を送ることが出来るサービス提供体制を整えることが重要となっている。

III. 医療・介護連携政策、提供体制等改革

1. 改革の経緯

ここまで見たように、団塊の世代が75歳以上となる2025年を一つの区切りとし、さらにその先の姿も見据えて医療・介護サービス提供体制の在り方を考えたとき、「効率的で質の高い医療提供体制」と「地域包括ケアシステムの構築」は不可欠である。

平成25年8月には、税・社会保障一体改革の中で、社会保障制度改革推進法（平成24年法律第64号）の規定に基づく社会保障制度改革国民会議の報告書がとりまとめられた。その中では、医療制度改革について「医療資源を有効に活用し、より質の高い医療提供体制を実現するため、医療機能の分化・連携を強力に進めていくことが必須であるが、その改革の実現のためには、在宅等住み慣れた地域の中で患者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が不可欠」とされている。

これを受けて制定されたいわゆる社会保障改革プログラム法⁴においては、医療制度改革について、効率的かつ質の高い医療提供体制構築と地域包括ケアシステム構築を柱に、地域に必要な医療を確保するため、病床の機能分化と連携、在宅医療・介護の推進等が規定され、平成26年には医療法・介護保険法等19本の関係法律の一括改正⁵が行われた。

³ 厚生労働省 平成20年「終末期医療に関する調査」では、自宅で最後まで療養したいという希望や自宅で療養して必要になれば施設や医療機関を利用したいという希望を合計すると6割を超える状況である一方、自宅で最後まで療養することが困難な理由として介護する家族の負担を挙げる者が約8割、急変時の対応への不安を挙げる者は約6割となっている。

⁴ 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成25年法律第112号）

⁵ 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）による一括改正である。

² 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成25年3月推計）より

2. 総合確保方針・総合確保基金

今回の医療・介護提供体制等改革においては、特に医療と介護の基盤整備を一体的に進めていく観点から、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）」が名称も含めて大幅に改正され、地域医療介護総合確保方針や地域医療介護総合確保基金などの制度が規定された。

地域医療介護総合確保方針は、地域における医療と介護の総合的な確保を推進する観点からその理念や意義と方向性を明らかにし、併せて医療・介護の連携を進める観点から関連計画の整合性等を確保するために設けられたものであり、①地域の医療介護総合確保の意義と基本的方向、②国が定める医療計画基本方針と介護保険事業計画基本指針の基本事項、③地域医療介護総合確保の都道府県計画と市町村計画の作成と整合性確保、④都道府県の地域医療介護総合確保計画、医療計画、介護保険事業支援計画の整合性の確保、⑤地域医療介護総合確保基金による事業の公正性や透明性確保等の基本的事項、⑥その他地域の医療介護総合確保に必要な事項、について政府が定めることとされている。また、その作成のために、患者・利用者、首長、医療保険者、医療・介護提供者、学識経験者等の意見を聞くこととされており、これを受けて、医療介護総合確保促進会議が設置されている。

都道府県と市町村については、地域医療介護総合確保計画の作成が規定されており、総合確保方針に即し、地域の実情に応じて計画策定ができることとされている。

都道府県計画では、区域と医療介護の総合的な確保の目標・計画期間を定め、地域医療構想の達成のための施設・設備整備事業や在宅医療提供に関する事項、介護施設整備事業、医療・介護人材確保事業等について定めることとされ、計画作成に際しては、医療計画・都道府県介護保険事業支援計画との整合性を確保しなければならないこととされている。

市町村計画では、同様に、目標と計画期間、在宅医療提供事業、介護施設整備事業等について定めることとされ、市町村介護保険事業計画との整合性を確保することとされている。

地域医療介護総合確保基金は、医療・介護サービスの提供体制を再構築するという改革の趣旨に即し、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の方法として導入されたものである。各都道府県に設置されて都道府県計画に記載された事業に充てることとされており、その財源は国が三分の二を負担し、その費用は消費税増収分から充てる旨が明記されている。基金の用途は、①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備、②居宅等における医療提供、③介護施設等の整備、④医療従事者の確保・養成、⑤介護従事者の確保、である。この基金の前身は平成26年の診療報酬改定に併せて設置され、今般の改革で法制度上正式に位置づけられたものであり、その趣旨に照らし、診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせつつ改革の実現を期していく

べきものである。

基金の額は、平成26年度には医療分として904億円（うち国602億円）が措置されていたが、平成27年度には同額の医療分に加え介護分724億円（うち国483億円）が措置され、さらに、平成28年度予算案においても医療分・介護分とも同額が計上されている。また、平成27年度の補正予算では、介護分について1561億円（うち国1040億円）が措置され、在宅・施設サービス整備の加速化と介護人材確保をさらに進めることとされている。

3. 医療制度改革

医療制度改革においては、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制を確保する観点から、病床機能報告制度と地域医療構想策定の仕組みの導入等が行われた。

病床機能報告制度は、各医療機関が、それぞれの病床が担う医療機能を病床単位で自主的に選択し、都道府県知事に報告する仕組みである。そして、都道府県では、この報告を元に、レセプトデータ等を活用しつつ、2025年における地域の医療需要と各医療機能の必要量を推計し、2025年における地域の医療提供体制のあるべき姿を地域医療構想（ビジョン）として医療計画の中で策定する。記載事項は、①2025年の医療需要と病床の必要量、②目指すべき医療提供体制を実現するための施策、であり、医療需要と病床の必要量は、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに、原則として二次医療圏を基本とする都道府県内の構想区域単位で推計することとされている。

構想等の推進に際しては、地域の関係者との十分な協議が重要であることは当然であり、制度上もそうした仕組みが規定されている。都道府県は、地域医療構想の実現に向けて、構想区域ごとに地域医療構想調整会議を開催して、病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して機能毎の病床の過不足等を検討した上で、医療機関相互の協議により、機能分化・連携について調整することとされている。そして、地域医療介護総合確保基金などを活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進することとされている⁶。こうした仕組みは、増加抑制と自然体の削減に期待していた従来の病床削減策と比べ、推計された需要量と病床の現状や地域の病院の意向を「見える化」して地域の関係者でデータに基づき自主的な調整・協議を行う、という手続を導入した点で大きな改革といえる。

さらに、今回の改革では、医療と介護の連携の観点から、医療計画の計画期間の改正が行われている。改正前の医療計画の計画期間は5年であり、計画期間が3年である介護保険事業計画や介護保険事業支援計画とは改定

⁶ 自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合の都道府県知事の権限も新たに創設されている。

周期が異なるため、同時改定は15年に一度となっており、医療・介護の一体的な改革・推進の観点から課題とされていた。次期同時改定年は平成30（2018）年であることから、今回の改革において医療計画の計画期間を6年に見直すこととし、在宅医療など特に介護分野と関係する部分は3年後の中間年に必要な見直しを行うこととして、医療計画と介護保険事業（支援）計画を整合的に策定することができるようにされている。

4. 介護制度改革

介護保険制度においては、地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化の観点から、地域支援事業の充実・再編や給付の集中化、費用負担の見直し等が行われている。

まず、介護保険の財源で市町村が実施する地域支援事業について、在宅医療・介護連携推進等のために事業の拡充を行い、併せて要支援者に対する介護予防給付を個別給付から地域支援事業へと見直して多様化を図っている。また、特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化するため、新規入所者を原則として要介護度3以上の者とする範囲の見直しが行われた。費用負担の公平化の観点からは、低所得者の保険料軽減割合を拡充するとともに、保険料上昇をできるだけ抑えるため、一般の世帯の月額上限を据え置いた上で一定以上の所得のある利用者の自己負担の2割への引上げや、低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件への資産などを追加する改革を行っている。

介護予防給付の地域支援事業の形式への見直しは、効率的・効率的なサービス提供の観点から行われたものであり、全国一律のサービスの種類・内容・運営基準・単価等によるのではなく地域の実情に応じた柔軟な取組を実施できることとしたものである。これにより、市町村の判断で、ボランティア・NPOなどの住民主体の活動や民間企業など、地域の社会資源の有効活用が可能となった点は意義が大きいと考えられる。

在宅医療・介護連携推進事業は、在宅医療・介護の連携推進の観点からこれまで予算事業として進められ、一定の成果が得られていることから制度化されたもので、規定されている8事業全てを平成30年3月末までに実施することとされている。

在宅医療・介護連携推進事業の事業項目と取組例を挙げると以下（ア）～（ク）の通りである。

（ア）地域の医療・介護の資源の把握：地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト化・マップ化などを行う事業。必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査し、結果を関係者間で共有する。

（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討：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・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策

を検討する。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進：地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進する。

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援：情報共有シート、地域連携パス等の活用により、在宅での看取り・急変時なども含めた医療・介護関係者の情報共有を支援する。

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援：医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により連携の取組を支援する。

（カ）医療・介護関係者の研修：多職種連携の実践的手法習得のための地域の医療・介護関係者によるグループワークや、介護職を対象とした医療関連の研修会等を開催する。

（キ）地域住民への普及啓発：地域住民を対象にしたシンポジウムや、パンフレット・チラシ・区報・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、在宅での看取りについての講演会等を実施する。

（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携：同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討する。

なお、この事業は、郡市区医師会等と連携しつつ取り組むこととされており、事業項目の一部を委託することも可能とされている。都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援を行うこととされ、国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握することとされている。

また、この他、地域支援事業の拡充としては、①認知症専門医による指導の下での早期診断・早期対応を推進する観点から、認知症初期集中支援チーム・認知症地域支援推進員を設置する等の認知症施策の推進のための地域包括支援センター等の体制整備、②地域包括支援センター等において多職種協働で個別事例の検討等を行い地域のネットワーク構築・ケアマネジメント支援・地域課題の把握等を行う地域ケア会議の推進、③多様な生活支援・介護予防サービスが利用できるような地域づくりに対する市町村による支援拡充の観点から、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘等の地域資源の開発やそのネットワーク化等を行う「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」配置や協議体設置等の生活支援サービスの体制整備、等の改革が行われている。

IV. 地域包括ケアシステム

今回の改革では、効率的で質の高い医療提供体制の構築とともに、地域包括ケアシステムの構築が重要な柱となっている。

1. 定義・目指す姿

(1) 定義

地域包括ケアシステムは、法制度においては比較的新しい概念である。法律上初めて「地域包括ケアシステム」との文言が用いられたのは社会保障改革プログラム法第4条第4項で、その後制定された医療介護総合確保促進法第2条第1項で正式に定義規定が設けられ⁷、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防⁸、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」であるとされた。

(2) 地域包括ケアシステムの必要性等

この定義は、少なくとも今後の少子高齢社会に向けた対応策として考えた場合、かなり明確にその概念を表現している。前述のとおり、今後、我が国では、人口構造の急激な変化が進み、その速度には大きな地域差があると見込まれている。また、疾病構造の変化により長期に療養を要する慢性疾患の比率が上がる一方、年間死亡数は2040年に向けてますます増加しており、近年では死亡場所の8割が医療機関となっている。そして、終末期でもできるだけ自宅や居住施設で療養したいという希望が高い割合で存在し、それが困難な理由として家族の介護負担や容体急変時の対応への不安が挙げられている。さらに、今後認知症患者や独居・夫婦のみ高齢者世帯が大幅に増加するため、単なる医療・介護サービス提供だけでは在宅療養自体が成り立たなくなる可能性が高く、少子高齢化が急激に進行する中、地域のコミュニティはもとより、まちそのものの存続すら危ぶまれる状況にもなりかねないと思われている。

こうした状況を踏まえれば、医療資源の効率的・効果的な配分の観点から質の高い効率的な医療提供体制を構築しつつ、適切な在宅医療・在宅介護環境を整備することが急務である。そして、その際には、在宅療養が成り立つよう、住まいや生活支援サービスなども含め、生活そのものを支援できる体制を構築していくことが不可欠である。

(3) 求められるサービス像

～切れ目なく、循環型で、地域ぐるみ～

疾病の治療や介護サービスの提供は、それ自体が最終目的ではない。一人ひとりの住民が最期まで尊厳を持ってそれぞれの人生を全うできることが大切であり、そのために医療・介護サービスを提供しているのだとすれば、要介護状態になり終末期を迎える際にも、それまでの人生で培った人間関係や地域のつながり、生活空間との断

絶を生じさせないことが望ましい姿であろう。そのためには適切に療養生活を送ることができる支援体制を総合的に構築することが必要であり、その際には、要介護度が高く状態も変化しやすいという利用者の状況に鑑みれば、利用者から見てサービスが連続的で、医療機関・施設や在宅などサービスステージ間の移動の際にも連携が取られていて安心・信頼が確保されることが重要である。そして、在宅を基本とする以上、住まいを中心に、循環型でサービスが利用できる形を構築していく必要がある。そして、循環型サービス利用という視点に立てば、急性期医療も地域包括ケアシステムの一部である。日頃からそれぞれのサービス提供者の間で利用者の情報が共有されていれば、容体急変時でも背景が把握されている分だけ適切な対応が可能となり、退院時の在宅復帰も円滑に進む⁹。

もちろん、地域にもよるが、需要量の拡大と支える層の減少傾向に照らせば、専門職だけによる支援ではなく、まちづくりの視点も踏まえ、ボランティア等も含めた地域で一体となった支援体制が必要である。そして、地域毎に現在の高齢化率も地域インフラも核となる人材も資源の分布状況も異なり、これからの高齢化の進行速度も異なる以上、その推進に際しては、その地域に存在する有形・無形の社会資源を統合・活用しながら、その地域のニーズに即した形で、地域毎に特性を活かした取組を進めていかなければならないこともまた明らかであろう。

地域包括ケアシステムにおいては、こうした地域の有形・無形の社会資源や人的ネットワーク、すなわち Social Capitalをいかに増大させ統合していくことができるかが重要な視点となる。前述した介護予防給付の地域支援事業への見直しなどもこの考え方に基づくものであると考えられる。

(4) 目指す姿 ～「地域生活の継続」～

こうした観点から先ほどの定義規定を確認してみたい。まず冒頭で、「地域の実情に応じて」実施されるべき旨が明確に示されている。そして、対象を「高齢者」と規定しているが、これは、この地域医療介護総合確保という体系の当座最優先の課題としてこの法体系に限り年齢限定したものに過ぎず、本来の地域包括ケアシステムは全年齢対応として考えるべきであろう。対象分野については、医療・介護・介護予防といった専門的分野だけでなく、住まいや日常生活支援をも含めて規定した上で、これらが包括的に確保されることを求めている。

そして、地域包括ケアシステムの目指す姿として、場所に注目して「可能な限り、住み慣れた地域」で生活できることを規定し、質に着目して「その有する能力に応じ自立した生活を営むことができる（体制）」が規定さ

⁷ 社会保障改革プログラム法では定義規定ではないが表現は同一であった。

⁸ 介護予防については「要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。」とされている。

⁹ この循環型サービスの入院医療面を支える改革が、医療機能の分化・連携による医療提供体制の再構築である。したがって、医療提供体制の再構築は、地域包括ケアシステム構築の前提であり、同時にその一部であると位置づけられる。

れている。「地域包括ケアシステム」の文言が初めて法律上用いられたのが社会保障改革プログラム法第4条第4項であることは前述したが、同条第5項ではその構築の際の「個人の尊厳の重視」・「患者の意思の尊重」・「人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境整備」の重要性が簡潔明瞭に規定されている¹⁰。これを踏まえれば、この地域包括ケアシステム概念の背景にも、個人の自立と尊厳の重視や自己決定権の尊重、一人ひとりがそれぞれの人生を全うして心安らかに最期を迎えられる環境といった社会観や基本理念があると考えられるべきであろう。

もう一点、この定義規定を全体として見た場合、様式的・手続的な記述となっていないことも注目される。目指す姿を規定し、それが可能な体制を整えるとの趣旨を規定しているだけで、誰と誰がどのような手続きで何を行うことによって成立するシステムかといった記載はない。関係分野として医療、介護、介護予防、自立した日常生活支援を規定した上で、それらが「包括的」であるべきとの趣旨を規定しているのみである。

一般的に制度的サービスは、対象者や対象ニーズを明確に定義し、その対象毎に縦割りでシステムティックな提供体制を整え、実施手順を明確化して全国どこでも同水準の典型的サービスを提供できるように組み立てられることが多く、それが合理的・効率的であり公平でもある。しかし、地域包括ケアシステムにはそうした仕組みは本質的に馴染みにくいものであり、この規定方法にもそれが現れていると考えられる。すなわち、地域差や地域性が消極的に許容されるのではなく、地域特性を把握して最適な取組手法を模索し推進していくこと、すなわち地域が地域包括ケアシステム構築のために積極的に独自性を発揮していくことこそが求められている姿なのではないか。そして、前述のようにその重要な構成要素がSocial Capitalであるとするれば、その実態は地域のマネジメント体制の再構築であり、全国一律のシステムというよりも地域単位のネットワークなのではないか。

2. 医療介護等連携と規範的統合

こうした地域包括ケアシステムの構築には医療・介護連携が不可欠である。そもそも医療と介護の連携は大きく二つの局面に分けられる。一つは制度運営や計画策定・企画立案や具体化等、行政・政策面での連携であり、もう一つは個々の患者や利用者がサービスを利用する際の対利用者・実践面での連携である。

(1) 行政・政策面での連携

行政・政策面での連携については、まずは、地方自治体で策定されている医療計画や介護保険事業（支援）計

画、健康づくり計画、医療費適正化計画などの計画策定段階での計画間の整合性の確保や、相互に共通する事項・連携協力して推進する事業の立案などの連携が挙げられる。その際には、同一自治体の医療担当部局と介護担当部局との連携だけでなく、都道府県と市区町村との間や市区町村間での医療・介護連携が必要となる場合も生じる。今回の改革においては、医療計画と介護保険事業（支援）計画との橋渡しとなる地域医療介護総合確保方針の制度化をはじめ、同一都道府県内の計画の整合性の確保等の措置が講じられている。その詳細は前述したとおりである。

(2) 対利用者・実践面での連携

一方、対利用者・実践面での医療介護連携については、特に入・退院時と在宅医療・介護の現場において必要性が指摘される。前述のように地域包括ケアシステム構築の目的が「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができる」ことであり、その背景に「個人の尊厳の重視」・「患者の意思の尊重」・「人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境整備」との考え方があるとすれば、当然、利用者一人ひとりが長い人生で培ってきた人間関係や地縁、長く過ごした生活空間などの断絶はできる限り防止しなければならない。サービス内容も、利用者起点で考えれば、個々の利用者の生活やニーズに応じた個別具体的かつ多様なものが求められるが、これらは分化・特化した専門職が単独でカバーできる範囲を遙かに超えるものであり、必然的に医療・介護などの関係多職種との連携や地域住民との協働による連続的で柔軟なサービス提供が不可欠となる。

在宅移行の際の連携も重要である。データを共有するだけでは円滑な在宅への移行は難しい。脳卒中などの地域連携パスは既に相当普及しており、診療報酬や介護報酬上の評価も高いが、実際には算定数はまだ少ない。関係者間の連携体制が整っていないところで患者のサポートを行うのは極めて大変である。あらかじめ地域で多職種間の連携体制が構築され、そこから送り出されて入院し、退院してきた患者をそこに受け入れる形が適切であり、そのためには、病院の医師をはじめとする医療職やMSW、地域の開業医やスタッフ、ケアマネージャー、介護職、福祉関係者、薬局薬剤師、地域のボランティアスタッフや行政の担当者など、医療から生活支援まで関係するスタッフが、日頃からお互いに十分話が通じる関係性を構築しておくことが必要である。

(3) 規範的統合

具体的な実践面は他の論者に委ねたいが、このように、地域包括ケアシステムにおいては、地域における多岐にわたる関係者の連携体制が必要である。そのような多職種の連携を成立させるために必要なことは、司令塔とコマの関係ではなく、それぞれがあるべき姿を共有し、その実現に向けて情報を共有し、自ら考え、自らすべきことを主体的に実施する対等な関係性である。つまり「目

¹⁰「政府は、前項の医療提供体制及び地域包括ケアシステムの構築に当たっては、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重され、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境の整備を行うよう努めるものとする」と規定されている。

標を共有」し「ビジョン」を示し「フラットな関係」が保障される連携体制であり、それが「規範的統合」に近いのではないだろうか。

共有すべき情報そのものは実はさほど多いわけではない。情報共有が進まない原因の多くは、相手をよく知らないことである。一から十まで説明し指示しなければならないから時間と手間が掛かり嫌気がさすのであって、顔がわかり、口調になれていて、プロ同士、お互いの役割がお互いに理解できており、お互いの使う略語や指示語が無意識に共有できている関係では、短時間の情報交換でも必要な情報は十分に伝わっている。おそらくこれが「顔の見える関係」がさらに進んだ形であろう。そして、毎回日程調整するのではなく定期的に集合する仕組みがあれば、多忙な同士でも対面の情報共有が行い易くなる。この関係性の構築は、専門職種だけでなく、患者・利用者自身や家族、さらには地域の住民も含まれるべきものであり、これからの高齢社会におけるまちづくりそのものであるともいえる。

V. 今後の課題

今後、次期計画の始期となる平成30年に向けて、制度改正や基本方針等の改定、報酬改定等を集中的に進めていかなければならない。その中で、特に医療介護連携の観点から想定される課題をいくつかランダムに挙げてみたい。

1. 在宅医療政策における医療介護連携

医療介護連携は、対利用者・実践面では特に在宅医療の場面において重要な課題である。在宅医療は、第5次医療法改正において4疾病5事業と並ぶ形で医療計画に位置づけられ、第6次改正で数値目標や施策等を記載することとされた。また、今回の改革により、市町村における在宅医療・介護連携推進事業が開始されたところである。今後、さらに在宅医療を推進していくため、次期計画において、都道府県と市区町村との連携等を促進する方策を検討すべきであろう。

2. 計画圏域の整合性

現行制度でも各計画の圏域の整合性が求められているが、現状では、2次医療圏と老人福祉圏域が完全に一致している区域は42都道府県¹¹であり、医療介護総合確保区域・2次医療圏・老人福祉圏域の3つが一致しているのは39道府県¹²となっている。地域の特性を踏まえた圏域設定かどうか、改めて確認する機会となるのではないか。

¹¹ 不一致は、宮城、神奈川、奈良、徳島、宮崎の5県（平成25年12月現在）

¹² 不一致は、宮城、神奈川、奈良、徳島、宮崎に加え、東京、三重、島根の合計8都県（平成27年7月現在）

3. 入・退院時における支援の強化

前述の通り、入・退院時も医療介護連携の主要な場面の一つであり、診療報酬・介護報酬上の評価もされていることから、病院看護師やMSWとケアマネの連携や退院時カンファレンスの実施など、かなり取組が進んでいる分野である。しかし、限られた人員での対応となっていることから、受入先確保が困難であったり在宅療養に向けて配慮が必要な重度者が優先されるため、在宅への移行が一見容易で対象者が多い軽度者は退院時の情報共有や退院後のフォローが手薄となりがちで、逆に在宅復帰後に状態が悪化するケースも見られる。今後さらに退院時支援を強化していく観点から、軽度者に対する退院時の情報共有や在宅復帰支援等の連携を進めることが必要ではないか。

4. サルコペニア・フレイル・食支援

地域で人生の最終段階を穏やかに迎えるためには、食支援は不可欠と言える。最期まで口から食べられることは、究極のQOLとも言える。また、近年重視されるようになった高齢者のサルコペニア・フレイル（筋力低下・虚弱）の問題に対しても、食支援は有効な対策である。既に、昨年央に「経済財政運営と改革の基本方針2015」、いわゆる骨太の方針の中で定められた経済・財政再生計画においても、高齢者のフレイル対策の促進が盛り込まれたところであり、後期高齢者に対する相談や訪問指導等の具体的な事業も平成28年度の予算措置がされている。また、先の介護報酬改定においては、口腔・栄養管理に係る多職種支援の評価が拡充され、今回の診療報酬改定においても、栄養食事指導の対象や指導内容が拡充されている。今後、さらにこの取り組みを積極的に推進していくことが重要と考えられる。

5. 全年齢対応

先述したとおり、法制上は地域包括ケアシステムの対象者は高齢者と規定されているが、これは、優先度の高い層を当座の対象としたにすぎず、本来は全年齢を対象とすべき概念である。すでにより広い層を対象とした「地域包括支援体制」の提案¹³がされているところであり、今後本格的に拡大を検討すべきと考えられる。

VII. おわりに

先の改革の中心理念は医療提供体制の再編と地域包括ケアシステムの構築であり、その具現化の哲学は地域における関係主体の規範的統合である。すでに先の介護報酬・診療報酬改定においても打ち出されていた方向性である

¹³ 「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」（H27年9月）では、高齢者に加えて、障害者・子ども・引きこもり・障害のある困窮者・若年認知症・難病患者・がん患者など、より広い「地域包括支援体制」が提案されている。

が、引き続き、あらゆる施策の目的に地域包括ケアシステムの実現を位置付けていくことが必要である。本来目指すべき姿は、すべての人がそれぞれの人生を全うできる社会であり、そのためには（少なくとも医療・介護などを理由として）人生のステージに断絶が生じないことが求められる。

地域包括ケアシステムは、霞が関の机上の議論から生まれた概念ではない。地域の医療・介護関係者が患者・利用者の立場に立って医療・介護サービスや生活支援サービスを提供していく中で、住民とともに地域の医療介護の在り方を考え連携の姿を模索してきた結果、それぞれの地域に適した形で地域から発生してきた仕組みであり、制度は、これを全国に展開するために、後から位置づけたに過ぎない。だからこそ、不定型でわかりにくくても自信をもって推進できる仕組みでもある。

この地域包括ケアシステムは、今後の少子高齢社会を地域社会が乗り越えて行くには不可欠の仕組みである。先進例も様々だが、目指す姿は同じでも現状や使える資

源が地域によって異なる以上、その地域に適切な取組が異なるのは当然である。現場主導で実践例を蓄積する中で、さらに次の時代に相応しい洗練された仕組みとなるよう、さらに制度面も含めて進めていきたい。なお、いうまでもないが、文中意見に渡る部分はすべて筆者の私見であることをお許しいただきたい。

参考文献

- [1] 地域包括ケア研究会. 厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業」報告書. 2014.
- [2] 社会保障制度改革国民会議. 社会保障制度改革国民会議報告書. 2013.
- [3] 権丈善一. 医療介護の一体改革と財政. 東京：慶応義塾大学出版会；2015.
- [4] 二木立. 安倍政権の医療・社会保障改革. 東京：勁草書房；2014.