

## 勤務医部会だより

### 地域包括ケアにおける医療



幹事 鈴木 裕介

皆様方におかれましては、すでにご存じの向きも多いとは思われますが、わが国の医療、看護、介護の制度設計は、さしあたり2025年を目標に立てられています。この年はいわゆる団塊の世代が後期高齢者（最近はあまり使われなくなった呼び方ですが）として定義される75歳に到達する年であり、人口構造で言えば少子高齢化による逆ピラミッドの津波がいよいよ押し寄せる時期であります。国としてもそれまでになんとか社会保障の枠組みを準備しておこうと考えているのが今日の現状であると言えます。高度成長期は生産人口による税収により「いわゆる」医療福祉先進国と考えられている諸外国の政策や制度を参考に日本風にアレンジすればなんとか帳尻を合わせられてきたのですが、日本は今や最も高齢化が進んだ社会であり、世界のどこにも手本となる成功例はなく、むしろ世界各国が明日は我が身と日本の動向を固唾をのんで見守っているといっても差し支えないでしょう。

そのような背景をもとに近年、本稿の表題である「地域包括ケア」という言葉が盛んに使われるようになりました。地域包括ケアとは一般的に「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されています。日常生活圏域のしめす地理的範囲とはおおむね中学校区を基本としています。つまり1つの中学校区内でそこに暮らす住民が、年齢を重ねて老齢期になっても、あるいは障害を抱えることになったとしても、住み慣れた地域で必要に応じたサービスに手が届く、あるいはその提供を受けることができるという地域ケアの概念です。

介護保険制度の施行後、介護の社会化は急速に進み、様々な介護サービスを提供する事業所がそれぞ

れの地域に展開しているのは皆さんもよく御存じのことと思います。地域包括ケアに含まれるサービスの概念は介護保険制度の利用者の枠組みを超えて、もっと広い意味での生活支援や予防的な試みを地域で展開することを前提としており、そのためには多様なサービス資源を多くの職種や立場の人たちが提供できる体制を構築する必要があります。具体的にはサービスを事業として展開する事業者のみでなく、ボランティアとして活動するNPO団体や民生委員、主役である地域住民、高齢者自身の参画も今後の体制構築の鍵となります。

地域包括ケアの枠組みにおける医療はその中核として位置付けられつつも、他の在宅系サービスとの連携なしには成り立ちえないという性質を帯びており、「僕、治すヒト」という言わば「高度成長期型」の（勿論 治す医療の需要は常に存在します）医療供給体制のみでは地域包括ケアモデルに馴染まないことは明白であり、医療を生活支援のためのサービス資源のひとつとして捉える考え方が必要になります。平均的な患者像はすでに高齢期に達しており、医療は患者像の変遷に対応していかなければなりません。現行の医療モデルはこれからの「平均的な」患者像に関する論拠が圧倒的に不足しております。地域包括ケアにおいて、医療者は患者さんに生活者の視点からアプローチする資質が求められます。具体的には1) 患者さんの病態の理解とともに生活に必要な機能評価の視点を持つ 2) 治療の適否を考える上で介入による利益/不利益の適切な判断ができる 3) 患者さんのみでなく介護者/家族と関わる包容力を持つ 4) 多職種と患者さんの立場から対等な議論ができる などが挙げられますが、これらの資質は学部教育で養われる機会は少なく、現状ではそれぞれの医師が地域での実地経験を基に自ら涵養するもので、言わば各自の経験に基づく感性に依っているのが現状であります。多職種協働における職種の壁、言語を共有することの難しさはすでに多くの先生方が十分理解されていることと思われます。地域包括ケアの方向性を模索するなかで、多職種の方と交流すればするほど、我われ医療者の中に内在する「ヒエラルキー」あるいは「父権主義」といった地域包括ケアにおける根本的な阻害要因がいかに根深いものか実感させられる今日この頃であります。

(名古屋大学)