

[エッセイ]

## 地域包括ケアの現場から 医学教育に思うこと

鴨 下 博

(2017年1月10日受付)

私は1975年3月に本学を卒業して以来40年リハビリテーション（以下リハと略す）医療に従事し、この20年は地域のリハ活動に携わっている。最近、主治医意見書、障害年金診断書を審査することがあり、その内容を理解しているとは思えない、必要な項目の記入がされていないなどの書類を度々目にする。

医療は救急救命の治療で終わるのではなく、障害に対し社会復帰するまで治療を続けなければならない。このリハの理念は、臨床医にとっても普遍性がある。主治医意見書、障害年金診断書は、診療にあたっている医師であれば作成できる。患者さんにとってそれらの書類は、社会復帰（家庭復帰）の手がかりである。医師は、医学的所見だけでなく生活に支障をきたす介護保険の区分、障害年金の等級に該当する客観的事実を記載する。主治医意見書により介護区分、障害程度区分判定が、障害年金診断書により障害年金等級が審査されるので、記載する医師の責任は重い。

さて、戦後日本の高齢者保健医療政策を振り返ると、1963年老人福祉法の制定により特別養護老人ホームが新設され、1973年に老人医療費無料化が実施されたが、1982年老人保健法が制定され老人医療費の無料化に終止符がうたれた。2000年に介護保険制度が施行され、団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向けて厚労省は包括的なケアの仕組みづくりを推進している。地方自治体は、予防、介護、医療、生活支援、住まいの5本柱を

それぞれの地域の事情に適した地域包括ケアシステム作りを進めている。

地域のリハ活動についてWHOは、2010年のガイドラインで障害者自立生活運動の国際標語「わたしたちについて私たち抜きでなにごとも決めないで (Nothing about us, without us.)」にあるinclusiveな活動を目的とし、それまでの地域に根ざしたりハビリテーション (Community-based Rehabilitation) から地域に根ざしたインクルーシブ開発 (Community-based Inclusive Development) へと拡大させている。我が国の地域ケアは、デンマーク (1982年) の高齢者3原則、継続性（これまで暮らしてきた生活と断絶せず、継続性を持って暮らす）、自己決定（高齢者自身の自己決定を尊重し、周りはこれを支える）、自己資源の活用（今ある能力に着目して自立を支援する）を理念とし、住み慣れた地域で老いる (Aging in Place in Late Life) を目標としている。地域のリハ活動は行政上地域包括ケアシステムに組み込まれており、医師会が区市町村の地域包括ケアに参画することにより、リハの視点にたつ包括的 (inclusive) ケアシステムが形成される。

地域包括ケアで医療と介護の連携が強調されているが、連携とは地域連携 (community teamwork) である。連携の成否を握るのは、医療、介護、行政だけではなく住民が参加する包括的なコミュニティーチームである。コミュニティーチームの構築は、高齢社会において喫緊の

---

東京医療学院大学保健医療学部リハビリテーション学科

Hiroshi Kamoshita. Medical education considered from the standpoint of a doctor engaging in regional comprehensive care.

University of Tokyo Health Science, Faculty of Health Science, Department of Rehabilitation, Tokyo 206-0033.

Phone: 042-373-8118. Fax: 042-373-8111. E-mail: kamoshita@mitsurukai.com

Received January 10, 2017.

課題であろう。コミュニティーチームにあって医師の果たす役割は、主治医意見書、障害年金診断書を作成することが第一歩である。チームリーダーになることではなく、患者さんの手助けをすることにある。その内容はcureからcareまで福祉・保健・医療と幅広く、医学部教育から始める

ことにより重責を担える能力が養成されるので、医療の現場からリハビリテーションおよび公衆衛生の学部教育充実が望まれる。その成果は、国民の医療にたいする満足度向上をもたらすであろう。

---