

6. 第6回研究会（平成28年3月8日）における意見交換

○地域包括ケアの推進へ向けて地区医師会会長および担当理事・地区行政担当者・県行政担当者等合同会議が岡山県医師会の主催で開催されたということだが、職能等の団体単独ではなかなかそういったことはできない。今回、モデル的に行政とタイアップした取組みができたので、次年度に向けて3師会、4師会やより幅広い職種を含めた連携につながるよう、ぜひ進めていただきたい。

○地域包括ケアは基本的には市町村が中心となって進めていくことになるが、市町村によって温度差がかなりあると感じている。委員会や会議といった場面設定を、各種団体から働きかけて、まずは委員会や会議でコミュニケーションをきちんととっていかないと、何もできずに2025年をむかえてしまうのではないか。

施設は何らかの形で貢献したいと考えているが、うまく市町村とかみ合わず施設単独で取組みを進めても大きな成果は得られない。例えば、施設の所在地の市に対して提案してもあまり反応がなく、連携もしづらい状況であるため、施設単独で配食サービスを始めたが、まだ利用人数は少ない。これをもう少しうまく活用してもらえれば、より多くの方の在宅での生活を支えることができる。デイサービスでは夕方は厨房が空いているため、人を配置すれば、きちんとした食事を作ることができる。そのように少しずつ連携を進めていければと思う。

○行政の役割の1つとして「社会資源の活用」があげられる。その点は、今後のポイントになる。

○新総合事業や在宅医療・介護連携推進事業の実施期限である平成29・30年度はゴールではなく、その後も改善していかなければならない。市町村による温度差というのは、行政の担当者は危機意識をもって頑張っているが、それがなかなか首長まであがっていかないのだと思う。

岡山県でも、来年度は非常勤職員を増員して市町村の支援を進めていく。

市町村には「情報不足」と「人不足」という課題があるが、情報不足については、こういった報告書が非常に参考になることから、各団体の取組みを県のホームページに載せるなど、他所の取組みがわかるような取組みも進めていきたい。

○これからは、市町村と県の連携が必要になる。県内でも美咲町や倉敷市など、意識の高い自治体もあるが、一部は手がまわらない状況がみられるので、県から連携や対話を呼びかけていただけると良いのかと思う。

地域医療連携推進法人が来年から施行されるが、既に岡山県内では地域医療連携推進法人への動きがある。1つは、岡山大学を中心とする急性期の6病院の連携という枠組みの中で、

病床のダウンサイジングや相互連携、機能分化等を進めていくということ。もう1つは、真庭の落合地区における地域包括ケアをどのように実現していくかということで、金田病院と落合病院が地域医療連携推進法人による枠組みを模索している。地域医療推進法人という枠組みも、有効な手法なのではないか。

○岡山県では地域医療構想の策定を今年度進めてきた。十分ではないかもしれないが策定した地域医療構想の実現に向けて、これからが問題である。来年度からは、地域医療構想を実現するための地域医療構想調整会議を5つの圏域でそれぞれ進める必要があり、地域包括ケアシステムの構築にも関わることになるため、市町村との連携や検討が非常に重要になる。また、スタートラインに立てるか、立てないかという状況だが、この取り組みを進めていきたいと考えている。

○高知市が発祥の地である「100歳体操」が住民の自主的な活動としての介護予防ということで全国的に広まってきており、岡山県内でも総社市、津山市、玉野市の3か所で盛んに取り組まれている。地域包括ケアシステムの生活支援や介護予防において、保健所も何らかの形で関わっていききたいと考えている。

保健所の管内では、栄養委員を活用した高齢者の食のネットワーク事業が始まっている。もともと栄養委員の活動としてスタートしたが、現在は栄養委員と老人クラブや社会福祉協議会とが協働で取り組む形で発展しつつある。この事業も生活支援や介護予防につながるものだと考えている。来年度もこの研究会が続くのであれば、こういった取り組みについても、詳しくご報告させていただきたい。

また、地域医療連携ということで、市町村単位、あるいは医師会単位で地域医療再生基金を活用した事業の中で、2年ほど前から在宅医療連携拠点事業に取り組んでいる。その事業の中で、多職種連携、市町担当課と医師会等団体との接する機会が増えてきている。従来は保健所との関係や医師会との関係で、市町のヘルス部門が担当していたが、来年度からはこれが介護保険部門に移行されるため、今まで積み上げてきたものを、受け継いで発展させるということが必要になる。これまで同様に保健所が関わって、応援していききたいと考えている。先程ご報告があった地域包括ケア推進協議会のような場合は、市町の担当課職員、保健所職員、医師会の先生方等が同じテーブルで議論できるので非常に良いと思う。来年度も是非続けていただきたい。

○この研究会では、普段はお会いできないような著名な先生方の意見を聞くことができ、住民のため、県のため、国のためにも一所懸命にされているのを感じて、心が温まる思いをもった。ソーシャルワーカーとして、個人から地域を見るという視点はどの病院のソーシャルワーカーももっているが、地域の特性から患者様を見るという視点は、今後、より意識を高めていくべきであると感じた。

この報告書をソーシャルワーカー皆でどのように共有していけるかが、平成28年度の課題

として、私の中で意識を高めていける場となった。

地域それぞれの課題だけではなく、その地域の「良さ」をみながら、個々の患者様の支援と地域との関わり、医療機関の連携等を、より充実したものにつなげていきたい。

○これだけ膨大な報告書ができあがったが、これをどう活用するかが今後の大きな課題である。第Ⅰ部をみると著名な先生方のお話があるが、この研究会の参加者はわかるが、参加していない方がみても、うまくつながっていかない。それは、私たち参加者が各団体に戻って説明や周知等をする必要があるのだと思う。

生データがはいっているので、各地域の行政がこういったデータを活用するということは有り難い報告書になるのではないかと思う。

岡山県の場合は、岡山市と倉敷市に全体の人口の6割が集中している。私が住んでいる町は人口1万5千人で、この規模の町は、この10年で要介護認定者の数はたった100名しか増えていない。そういった状況の中で、岡山県は人口1万5千から3万程度の市町が多いので、地域包括ケアシステムを推進していくにあたって、先ほど市町村の温度差という意見もあったが、対象となる高齢者数が行政の意識の差につながっているのかとも考えられる。各地域の資源の開発や、住みやすい地域作りを小さな町だからこそできるようなシステムをこういった報告書を参考にしながら作っていくということを、これから検討していく必要がある。

○私も立場上、いろいろな目線からみる必要があると思うが、先ほどから話題になっている岡山県内地域で事情が異なる、それぞれの温度差があることは事実だと思う。

病院としては、在宅医療や介護、医療が必要な時に受け入れる入院、将来的にはスムーズに受け入れるという形をどのように作っていくのか。3次救急の病院が全てを担うのではなく、地域の中小の中核病院が担っていかなくてはいけないのではないかと個人的には考えている。

私は岡山県の病院協会の会長を務めているため、県が主催する会議にも参加する。一方で、地域の会議にも参加する機会がある。そこでお話するのは、地域ごとに細かい話をしましょう、ということだ。

私どもの病院がある井笠地域では「みんなで考える井笠の医療介護の会」という会が数年前に発足された。これは郡市医師会の会長等で救急の問題を話し合おうと始まったものだ。3、4年前から在宅医療や介護の問題も話し合うようになっており、先日も、行政担当者、医師、歯科医師、薬剤師、介護関係、ケアマネ等のほか、地域の愛育委員や栄養委員等が総勢200人が集まって、10人単位でグループワークをして発表し合った。

一方で、浅口の医師会を中心としたワーキングや食事会が年1、2回あり、80数名が集まる。医師、歯科医師、薬剤師、ケアマネ、訪問介護等にかかわる職員が集まって、食事をするといったような顔の見える連携を進めようと努力はしている。

これらの成果が、いつ、どのように出るかはわからないが、こういうことが必要だと思って

いる。

また今年度は、3か所の町内会の集会所にボランティアで行ってお話をさせていただいた。そういった活動を通じて、住民にも地域包括ケアの推進、地域医療構想等で地域がかわっていくこと、高齢者が多くなるから皆で助け合おう、ということ啓蒙する場で住民への周知や理解を促す活動を地道に進めていくしかないだろうと思っている。

○地域包括ケアにおける多職種連携というのは、我々からすると異分野・異業種との連携が主体となる。これは何を指すかということ、医療従事者が町内会長さんや民生委員さん、愛育委員さん、あるいは社会参加されている高齢者の方々と連携を取り合うということだ。

我々が不慣れで、チャレンジしてきていない部分だと思うが、今後非常に大事なものは、異業種・異分野との連携をどう図っていくのか、これが地域を作るということに資する取組みであり、地域包括ケアを大きく推進させることにつながるのだと思う。

○地域包括ケア、地域医療構想を進めていく上で、医師、看護師、リハビリ、ケアマネ、介護といった多職種を有する老健施設が活躍する場が増えていくのではないかと考えている。老健施設は入所といった利点や機能ももっているため、地域包括ケアにおいて老健施設は中心とまではいかないが、積極的に参加していきたいと思っている。

老健施設はもともと在宅復帰が大きな目的の1つであるが、内向きの施設型が多くなり、在宅復帰が進まない時期があった。数年前から、国の方針としても在宅復帰が打ち出され、施設型から地域型に変えているところだ。これまで長い間、施設型にあったので、急には方向転換ができないが、老健施設としては「老健力のみせどころ」と考え、国の方針に従って在宅復帰を目指しているところである。

地域でも温度差があるというお話があったが、同様に施設でも温度差がある。数年前までは、在宅復帰型の要件を満たす施設は数施設だったが、この数年でかなり施設数が増えている。地域包括ケアの現状を考えると在宅復帰を目指していく上で、厳しい状況でもあるが、行政と協力、また、ご指導いただきながら、また、普段は接点が少ない開業医の先生方とも連携をとりながら、地域医療構想、地域包括ケアシステムの推進に向けて頑張っていきたいと思っている。

○老健施設の役割と機能を考えると、地域包括ケアの中核を担える機能と制度設計がされている。松田先生も仰っているが、地域包括ケアステーションを新しく作るよりも、老健施設はその機能に合致するので、老健施設が本来の機能を果たしていくことが地域包括ケア推進に大きく資することは間違いないということが一般的な認識だ。

現実には、在宅復帰率3割の加算算定施設、在宅復帰率5割をクリアする在宅強化型の施設は全体の3割で、7割近くの施設はまだそこまで達していない。一方で、高齢者住宅の供給過多、地域包括ケア病床と老健施設の入所者の状態像が重なるといったこともあって、全国平均の老健入所稼働率は9割である。入所待ちがなく1割のベッドが空いているという状況で、

稼働率が8割を保てない老健もでてきていて、経営的にも苦難している。そういった中で、平成30年の同時改定があり、療養病床の在り方等に関する検討会の議論を見据えて、今後老健がどのようになるかがこれからの喫緊の課題になっている。

○岡山県医師会にはかかりつけ医の部会が2つあり、岡山県プライマリケア学会と岡山県内科医会である。プライマリケア学会は医師の数が40~50名、内科医会は医師が約300人である。この膨大な報告書は、じっくりと読み返したいと思うが、私の立場は、このように大きな視野にたった勉強会の成果を内科医会員に周知するという役割と、地域のかかりつけ医として、このような場で発言することだと思い、この研究会に参加させていただいた。地域医療構想及び地域包括ケアについて、臨床内科医・かかりつけ医からみたトピックスをまとめた。

まず、かかりつけ医の立場としては、地域医療構想は病院と診療所の機能分化・強化・連携、地域包括ケアシステムは地域連携の促進と統合など。大病院主義から地域へと大きくシフトする時代になってきたと認識している。かかりつけ医は、従来の機能、質、業務拡大を求められている中で、責任、継続、連携といったプライマリケアの要素が今以上に必要になってくる。重篤な慢性疾患のコントロールやハイテク医療機器、ターミナルケアといったニーズに対応したスキルアップも求められている。

そのニーズに対し、若手の開業医たちは、専門医時代につけた専門分野で活躍したいという希望があり、ここに大きなかい離がある。

それに対する具体的な方策として、地域でどのくらい在宅医が必要かを吟味して、その地域で在宅医を育てていく必要があるが、若手の在宅医を育てるには、在宅医のモチベーションが必要だ。

また、病院から退院する際、医療から在宅につなげるシステムが基本となる。退院時に地域連携室やケアマネが在宅専門医に重症な患者をまかせるのは簡単だが、それだけでは不十分であり、地域包括ケアシステムは機能しない。住み慣れた地域で継続して責任あるかかりつけ医の手による、いわゆる血の通った温かい医療、療養が望ましい。

それから、居宅については、最近家族の介護力低下によって、家で看取りたいという思いは誰もあるが、現実的には贅沢な悩みになってきている。居宅とうたった施設入所が増えてきており、医療費の抑制策の1つとして、訪問診療の診療報酬が引き下げられた。在宅患者の重篤度での加算はあるが、施設の患者であっても、在宅の患者であっても、医療依存度や必要度は変わらないため、この点は不平等であると思っている。

最後の住処となる施設ではADLの良い利用者は通院に誘導することが必要になるのではないだろうか。また、訪問診療が必要な利用者は、希望するかかりつけ医や近所の医師による訪問診療を受けられるようにすることが必要だ。問題となった特養の嘱託医制度の二の舞にはなる必要はない。

病診連携については、退院支援を受けて地域に紹介される患者の主治医の検索及び選択はいわゆる大きな連携事業ではあるが、退院時は課題が残っている。それぞれの病院で苦勞して

いるという状態であるため、医師会にはその退院時の支援のシステムを作っていただきたい。それから診療所の救急搬送だが、救急搬送される在宅高齢者の問題もマスコミが取り上げており、社会問題になっている。急変時に、急性期病院に行くのか、慢性期病院に行くのか、地域包括ケア病棟へ行くのか、または自宅で看取るのかといった選択を迫られるが、患者自身が最後にどうしてほしいかというリビングウィルの啓蒙が必要になってきている。岡山県内科医会ではリビングウィルの冊子を作成し、会員の診療所窓口に置いている。

多職種連携と相互理解については、岡山市では多職種意見交換会、保健医療介護連携懇話会、愛育委員や民生委員の方が参加するワールドカフェを各区で年に3回ほど開催している。これらの取組みで顔の見える関係ができるかどうかかわからないが、多職種の相互理解は進んできている。

かかりつけ医のスキルアップ研修会は、岡山市医師会と岡山市が平成26年度から行っているが、ベテランの在宅医が若い在宅医を育てる仕組みだ。その延長線上で、ベテランの医師や若手の医師、訪問看護ステーションが2か所、薬剤師、栄養士、ケアマネ等が集って月に1回、在宅についての話し合いをするなど連携を進めている。こういった連携を進める取組みが必要になるのではないだろうか。

○地域医療構想の推進・実現、地域包括ケアの推進に伴うかかりつけ医に対する期待があるが、やはり、在宅医が少ない現状であり、在宅医の育成が必要だ。在宅専門医の方が一部活躍されているが、地域で診てきた医師としては、意欲のある在宅医にまわしてほしい。この報告書を見ると、在宅医が少ないということが地区ごとに明らかになっているため、会員に説明して理解を促し、内科医会でも若手の在宅医を育てていきたい。

○平成28年4月の診療報酬改定で、要介護3、4、5が5割以上といったように今回はモデル的に非常に高い要件の中で在宅医療専門機関を制度の中で認めたような形になった。在宅医療の在り方には、在宅医療専門と、午前中は外来診療をして午後は在宅といった従来のかかりつけ医が行ってきたような在宅医療がある。ここ数年は、在宅医療専門という、広域なエリアで複数の医師が患者・家族も桁違いに大きな人数を診るという実態もある。

○例えば、がんであと1週間しかもたないといった時に、病院では在宅医にまわしている。ただ、患者さんが1週間で亡くなるといった時に自宅に帰ってくる場合に、果たして在宅医に任せてよいのか。

また、10～15分で駆けつけなければ在宅医の意味はないのだが、1人の在宅医が全市をカバーしていて、30、40分かかる場合があるのが現状だ。在宅医が対応する範囲を公表するようにと言われているが、急変時の対応においては疑問が残る。

○在宅医に対しても様々な考えがあり、日本医師会の研修会等では、在宅医療の主役は訪問看護であり、医師は的確な診断と指示、責任をもつことといわれている。地域包括ケア研究会

の報告書の中には、2025年には看取りはナースの役割に、あるいは生活期リハもセラピストから介護福祉士への役割にすべきとあるように、少ない在宅医をどううまく活用するかということからでていることとは思うが、様々なアイデアが考えられている。

○岡山県の中山間地の代表である吉備中央町に3月12日に訪問看護ステーションをオープンさせることになった。これは、吉備中央町が基金を利用して、看護協会がそれを受けて、ステーションをサテライトで出すという形だ。ただ、訪問看護は何をしてくれるの？という住民の反応がある。サービスが開発・提供されていない地域のため、イメージがわからないという状況である。吉備中央町は施設が中心で在宅サービスが少ない地域であり、岡山市・倉敷市を除く自治体は多かれ少なかれ吉備中央町に似たところの中山間地域がほとんどだと思われる。しっかりと開業医の訪問診療をしてくださる先生方と訪問看護ステーションがタッグを組んで在宅を保障していきたいと考えている。

吉備中央町は、御津の訪問看護ステーションがエリアにしていた。医療的ケアを必要とする患者に対して、遠い御津から訪問看護に行かざるを得ない状態だった。看護協会で調査をして、ニーズを把握して、町とも協議をしていた。今回、吉備中央町が基金に手を挙げるということになり、新設に至った。サテライトのため、みつ訪問看護ステーションとの兼務者6人で当面は対応する。

○岡山市の訪問看護ステーションは、だいぶ充実してきており、機能強化型加算の要件を満たせるため、大規模化も考えられる状況にある。全国的な平均をみても、訪問看護ステーションの数、患者数、訪問看護師数をみると、少しずつ規模は拡大している傾向がデータ上ではみられる。また、営利企業が半数を占めている状況である。

○審議会でも問題になっているが、訪問看護ステーションの運営においては、全国に展開する営利企業は資本が大きく、経営体力もあるなど良い点もある一方で、ビジネスライクな点があり、採算がとれる・利益がとれる地域には進出はするが、そうではない地域には控える傾向があるということだ。また、訪問看護ステーションの事業所を構えたとしても、経営的に問題があれば撤退がしやすい・できるということがあり、全国展開しているしっかりとした経営母体があるところには、都市部に加えて過疎部もあわせて事業展開をすることを制度に組み込んでどうかという考えもある。