

視点

福島県における地域包括ケアシステムの現状と課題



福島県医師会常任理事

石塚 尋 朗

何度も目にされたり、またお聞き及びのことと思うが、地域包括ケアシステムとは、「各地域に住んでいる高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい生活を人生の最後まで持続できるように、介護や医療、さらには住まいや生活支援といった、高齢者を支えるサービスを一体的に提供するシステムのこと」です。したがって、地域包括ケアシステムは次の5つの要素で構成されます。①医療・看護、②介護・リハビリテーション、③予防・保健、④生活支援・福祉サービス、⑤住まいと住まい方。地域とは住まいから30分以内の圏域が基本なので、地域の医療資源・介護資源・社会資源の多寡でシステムの構築内容に地域性が出てくるのは否めません。

県内各地域でそれぞれのシステムが構築されなければならないことは理解できますが、医療という立場からは、在宅医療・介護の構築がまずもって地域包括ケアシステムに重要であることには異論はないと考えます。

県医師会は平成27年度から地域医療対策委

員会を立ち上げ地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みを種々展開してきましたが、平成30年度からは地域包括ケアシステム推進協議会を設置し、在宅医療のさらなる推進を図る活動を開始しております。

まず最初に県医師会員を対象に、在宅医療に関する実態調査を行いました。

1. 在宅医療に関する実態調査の結果

県内の診療所1,140ヵ所を対象に調査を実施し、56%の診療所から回答をいただきました。回答者の年齢は50代、60代、70代が8割を占めており、高齢化が目立ちます。在宅医療の対応状況は、往診を実施しているが48%、訪問診療をしているが38%、在宅での看取りを実施しているが38%でした。往診、訪問診療を実施していない理由として最も多かったのが「現在の患者で手一杯」、看取りを実施していない理由では「24時間365日対応することは難しい」が最も多かった。休診等で訪問診療ができない場合の協力体制はど

うかという質問では、協力が得られないと回答された先生が63%にのぼりました。往診を実施されている先生に今後の方針をお聞きしたところ69%は現状維持と回答されたが、13%の先生は縮小すると回答された。その理由としては年齢や体力といった高齢化のためと答えられた方が多かった。訪問診療、看取りも現状維持がそれぞれ65%、70%であったが、縮小されると答えた方もそれぞれ13%、13%であった。その理由としてはやはり年齢や体力が多かった。見過ごせないのは訪問診療を行うにあたって、移動手段は車、平均移動時間が26.5分もかかっているということでした。訪問診療を行うに際し、現状での課題は、病院との連携、訪問看護師との連携、ケアマネジャーとの連携、地域包括支援センターとの連携を上げる先生方が多く、その他24時間体制を維持するための病診、診診連携、後方支援病床の確保、調剤薬局との連携などが重要課題として挙げられました。重要課題として挙げられている多くから、多職種連携が今後の訪問診療業務にとって重要であることが認識させられました。

2. 在宅医療関係団体との協議

医師会員への調査結果をヒントとして、次の6点について平成30年11月7日に関係団体との協議を行いました。1. 在宅医療実施に向けての現在の問題点と理想像、2. 看取りに関して、今後必要または重要と考えられることについて、3. 病診連携における入院・退院時カンファレンスの重要性について、4. 多職種連携において医療情報の共有化について、5. 多職種連携で他職種に臨むこと、6. 在宅医療に関する研修会の必要性と内容について。協議に参加していただいた団体は、郡市医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院協会、訪問看護連絡協議会、栄養士会、歯科衛生士会、理学療法士会、作業療法士会、

介護支援専門員協会、医療ソーシャルワーカー協会、介護福祉士会、市長会、町村会、保健所長会、県保健福祉部地域医療課、そして保健福祉部高齢福祉課の方々です。

各団体からそれぞれの協議点について事前に紙面で回答をいただいておりますが、時間の制約もあり、当日は1の在宅医療実施に向けての現在の課題について皆様からご意見をいただきました。それぞれの団体の現状の課題を要約して記載します。

- 歯科医師会：緊急的な対応が多く、定期的な訪問診療の対応は少ない。
- 薬剤師会：在宅医療に貢献したい薬剤師は多数いるが関わり方がわからない。在宅医療をすべて終末期と勘違いしている薬剤師もいる。
- 看護協会：訪問看護師の知識・技術の質の向上。管理者の研修会を多くし、質の高い看護を提供。
- 病院協会：24時間365日体制は理想だが、スタッフ、診療報酬、全てにおいて不足。家族側への教育啓発が必要。
- 訪問看護連絡協議会：看護小規模多機能といわれる地域密着型の訪問看護が徐々に増え、医療依存度が高い方の利用もできるようになったが、需要に対して供給は足りていない。訪問看護ステーションの偏在。人材不足でチームを組んでいただける地域の医師が少ない。病院側からの指示書で訪問している場合、緊急時の対応で医師とスムーズに連絡がとれない。
- 栄養士会：在宅での栄養管理をするうえで、在宅訪問のシステムの構築が必要。
- 歯科衛生士会：訪問歯科診療の認知度が低い。そのため、周知啓発が必要。
- 理学療法士会：在宅リハビリを提供するサービスが少ない。医療の理学療法と介護の理学療法との情報の連携がシームレスに行われていない。かかりつけ医との顔の見える連携が十分にできていない。

- 作業療法士会：地域ケア会議や介護予防事業への支援は病院に勤務する職員が対応、本業があつての在宅支援になっている。
- 介護支援専門員協会：ケアマネが居宅介護支援事業所を開設できる条件がきびしくなっている。
- 医療ソーシャルワーカー協会：職員が若くなってきていて在宅医療をイメージできるかそれを患者さんにどう伝えるか、研修が必要。価値や倫理をきちんと学ぶ必要がある。
- 県医師会：医師の高齢化で人材不足、24時間対応が困難、医師の在宅医療に取り組む意識に差がある。病院と在宅の先生の間で温度差がある。学生、研修医等のカリキュラムの中へ在宅医療の要素を入れるよう積極的に仕組んでいくことが必要。

協議を終えて、個々の団体のみでは解決できない課題をいくつか挙げてみますと、1. 多職種との情報共有（ITの活用）、2. 患者、家族への普及啓発、3. 医療資源、介護資源の地域偏在、4. 緊急時入院できる後方支援病院の拡充整備、5. 人材不足、6. 質の高い保健医療福祉サービスの確保、7. ACP（人生会議）の普及でした。

3. 最後に

現在、地域医療構想による病床の機能分化と連携体制づくりが進められているが、これらと一体的に今後生じる医療ニーズの受け皿として、在宅医療、在宅介護、ひいては看取りまで地域包括ケアの果たす役割は大きいと考えます。顔の見える多職種間の連携・情報の共有は、これを下支えする基本的な骨組みと考えます。一方、患者サイドからの意見もよく聴かなければいけないことは明々白々です。

地域地域でいままでの歴史的な人のつながりを考慮に入れて地域包括ケアシステムを構築していかなければならないことは当然ですが、基本となる在宅医療の道筋を探求し、種々の課題を解決しながら、理想とするゴールに向かうべく、他の団体と協力しながら県医師会はリーダーシップとしての役割を自覚して前向きに取り組んでいきたいと考えています。諸兄、諸姉のご協力、ご意見をお願いいたします。