

地域包括ケアシステム構築に向けて

座長 上野道雄[†] 清田久美子*第68回国立病院総合医学会
(平成26年11月15日 於横浜)

IRYO Vol. 69 No. 10 (431-433) 2015

要旨

わが国の高齢化は、諸外国に類を見ない速さで進んでおり、団塊の世代が75歳以上となる2025年以降は、国民の医療や介護の需要がさらに増加すると見込まれている。

疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を継続するには、病院完結の医療だけでは限界があり、地域における医療・介護の関係職種が連携して包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供をすることが求められる。

厚生労働省においては、高齢者の尊厳の保持と自立した生活の支援を目的に可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう地域の包括的な支援サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。

地域包括ケアシステムとは、「医療」「介護」「生活支援」「介護予防」「住まい」の5つの要素が日常生活の場で提供できるような地域での体制のことをいい、おおむね30分以内の日常生活圏域で必要なサービスが提供されることを想定している。

高齢者人口をはじめ、地域間の格差は大きく、地域包括ケアシステムは地域の特性に応じてネットワーク作りや在宅サービスの整備等の取り組みが進められている。一方、病院から在宅に至る医療・介護の継続には、医療職が常駐する病院でしか得ることのできない全人的患者情報を地域へ提供することが求められている。今、まさに「病院から在宅へ」と医療のあり方は変わろうとしている。

本シンポジウムでは、地域包括ケアシステム構築に向け最前線で先駆的な実践を行っている、行政・退院調整看護師・MSW・地域のケアマネジャーの立場から「医療や介護をはじめ、5つのサービスを必要に応じて届けられる提供体制の整備」と「病院と地域の専門職などの連携」に焦点をあて、それぞれの活動と抱えている問題をお話いただき、地域包括ケアシステムの実践における課題、向かうべき方向について検討した。

キーワード 地域包括ケアシステム, 連携, 情報共有

国立病院機構福岡東医療センター 院長 *国立病院機構横浜医療センター 看護部 †医師
著者連絡先: 清田久美子 国立病院機構横浜医療センター 看護部 〒245-8575 横浜市戸塚区原宿3-60-2
e-mail: kiyota-kumiko@yokohamamc.jp

(平成27年3月2日受付, 平成27年7月10日受理)

For Building Integrated Community Care

Chairpersons: Michio Ueno and Kumiko Kiyota*, NHO Fukuoka Higashi Medical Center, *NHO Yokohama Medical Center,

(Received Mar. 2, 2015, Accepted Jul. 10, 2015)

Key Words: integrated community care, cooperation, information sharing

地域医療と急性期病院

共同座長である福岡東医療センター 上野道雄氏には、「地域医療と急性期病院」と題し、地域包括ケアシステム構築には急性期病院と地域医療機関との情報共有が必要であるとのお話をいただいた。急性期病院には多くの医療職が常駐し、地域での受け入れ先となる医療機関が必要とする患者情報を生成しているが、院内のさまざまな職種がそれぞれ情報を電子カルテに入力するのみで、その情報を統合し公開する機能が弱かったため、院内での情報共有が十分できず、地域医療機関や看護介護職への伝達も不十分であった。

そこで福岡東医療センターでは院内の情報伝達方法を改善するほか、病院と医師会との間で有効に情報共有ができる多職種連携システム（とびうめネットワーク）を立ち上げるなど、院内・院外の情報共有手段の構築に力を注いでいる。

地域包括ケアシステムの構築においては介護職との連携は重要であり、かかりつけ医のみでなく、介護職に至るまで情報が伝達される必要があり、病院の勤務医も積極的に介入する必要があるとお話された。

横浜市の取り組み

横浜市健康福祉局高齢健康福祉課 松浦淳氏には、横浜市の地域包括ケアシステム提供体制の整備についてお話しいただいた。平成26年度の横浜市の高齢化率は22.5%であり、そのうちの16.7%が要介護認定を受けている。介護サービス利用と住まいについては、介護サービスを受けても自宅で生活したいと考えている人が53%あまりいることがわかった。

このような調査結果を受け、横浜市では平成27年度から29年度までの3年間を「よこはま地域包括ケア計画」として、介護予防の推進、在宅医療・介護の連携強化の推進、住まいや施設の整備等の推進に取り組んでいる。地域包括ケアシステム構築実現に向け、地域福祉保健計画の推進、介護人材の確保・資質の向上、介護サービスの適正な量の提供および質の確保を進めるため、行政が果たす役割は大きい。

退院調整看護師の役割

国立病院機構水戸医療センター 退院調整看護師

梅原のり氏には、地域包括ケアシステム構築に向け退院調整看護師として行う役割についてお話しいただいた。退院調整看護師は、入院患者への退院支援、調整業務を行っている。院内での活動として、退院支援に関する院内教育とシステム作りを進め、多職種と業務連携も図っている。その活動の中で地域担当者との間でうまく意思疎通ができない場面があると問題提起された。水戸医療センターでは、訪問看護ステーションからの依頼により訪問看護を行っており、患者・家族が安心して在宅療養できるように支援する取り組みも行っている。

退院調整看護師と地域担当者が、患者の在宅復帰に期する思いは同じであり、医療と介護が同じ方向を向き患者を支援するため、お互い顔の見える関係を築くことが重要であるとお話された。

MSW の立場から

国立病院機構高崎医療センター ソーシャルワーカー 篠原純史氏には、地域と地域の福祉専門職の連携についてお話しいただいた。地域包括ケアシステムが導入される背景には少子高齢化や世帯構成の変化、地域力の欠如のみでなく、医療に関する価値観の変化や人々が希望する生活の場所や健康に関する考えの変化も関係している。篠原氏は、医療と介護の連携の中でおこる問題^{かな}に関して、地域の強みを活かすこと、患者の希望を叶えられるような連携を考えること、顔が見える地域連携を地域全体で実現させることが必要であると伝えている。高崎医療センターでは、総勢26名のソーシャルワーカーが入院中の患者への支援のみでなく、地域作りとしてさまざまな勉強会や実務者会議を開催している。今後は入院前からの予防的介入や意思決定支援を地域で展開することなどを展望としている。地域包括ケアシステム構築推進に向け、ソーシャルワーカーが精力的に活動されている現状を理解し、今後もこのような活動が重要であると考えた。

地域福祉専門職の立場から

ケアマネジャーである我妻正子氏には、ご自身が代表をつとめる戸塚区在宅療養連絡会・ほーめっとの目的とその活動を紹介するとともに、地域包括ケアシステム構築に向け、福祉専門職として考える課題についてお話しいただいた。戸塚区在宅療養連絡

会は、戸塚区の在宅療養に関わる医療・保健・福祉の担当者が連携し、在宅療養支援の取り組みを充実させることを目的としている。医師会や区役所、地域包括支援センターなどの協力を得て、在宅療養に関するテーマについての勉強会や検討会を開催している。

我妻氏は、福祉専門職の立場から、病院と在宅サービス提供者との連携について、お互いを理解できているか問題提起している。ほーめっとには、病院職員の参加がほとんどないのが現状で、そもそも病院職員は地域包括ケアシステムを理解しているのかという疑問を投げかけた。また入退院の対応についても、事例を挙げ病院と地域サービス提供者がもっと情報交換をする必要があることを伝えていた。ケアマネジャーによっては、病院へ行きづらく、情報が取れず苦勞されている現状があり、地域と病院がお互いの役割を理解しなければ、地域包括ケアシステムの構築はできないと考えられた。ほーめっとでは、アドバンスケアプランニングについての啓蒙活動を行っており、地域でこのような取り組みがされることは非常に重要であると感じた。

ま と め

今回のシンポジウムでは、地域包括ケアシステム

構築に向け、各専門職が悩みを抱えながら活動されている様子が理解された。意見交換の中でも、まだまだお互いの間に壁がありシステムは構築できても真の意味で連携は取れていないのではないかということも感じた。

退院調整看護師として従事する筆者にとって耳の痛いご意見もあり、病院看護師も地域サービス提供者との意見交換を積み重ねていくことが必要であると実感した。

病院から地域へ療養の場を変化させるためには、専門職のみでなく地域住民の意識の変革も必要とされる。そのためには、行政・病院、そして地域がともに協働する姿勢が求められ、お互いの役割を理解し意見交換できる関係作りが重要であると考えます。

各シンポジストに心から感謝の意を表するとともに、今後のご活躍を期待いたします。

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

〈本論文は第68回国立病院総合医学会シンポジウム「変わる医療（病院から地域へ）－地域包括ケアシステム－」として発表した内容を座長としてまとめたものである。〉