

シンポジウム

「地域包括ケアシステム—名古屋が日本に誇る大都市モデルとなるために」報告
※2015年10月11日(日)14~17時30分 於：名古屋大学医学部鶴友会館

開会あいさつ（伴信太郎理事長）

高齢者が急増する名古屋などの大都市部は、資源はあるがコミュニティが弱くモデルになる動きも少ないと言われる。今まで重ねてきた5回に亘るワークショップでの議論をいったん総括して、地域包括ケアシステムの具体像を、名古屋を例に考える場としたい。

ワークショップ報告（松村真吾副理事長）

第1回～第5回ワークショップ内容報告（HP過去記録参照）

講演1 名古屋における地域包括ケアシステム構築に向けて 名古屋市高齢福祉部長 松雄俊憲氏

介護保険創設以来の大事業だと考え議論を重ねている。大都市行政における最大の課題だ。本年度と28年度の2年間で基盤を作り29年度は議論、平成30年度より新しい事業計画をスタートさせられるよう大急ぎで作業していく。

いきいき支援センター(地域包括支援センター)と連携し「在宅医療・介護連携支援センター」を8か所で開所した。来年度は全区で設けたい。このセンターが司令塔となる。名古屋市は医師会とタッグを組んでいるのが特徴で、強力に在宅医療と介護の連携を進めていきたい。情報共有システムも「猛烈な」勢いで作り上げていく。ポイントの一つが認知症対策。初期集中支援チームをいきいき支援センター29か所に設ける。先進病院からアウトリーチしてもらってモデルを拡大していく。3年間で15のモデル病院を作りたい。

生活支援の拡充も図りたい。地域に多くのサロンを作っていく。地域住民に担ってもらうことを考えている。特養(特別養護老人ホーム)の部屋開放も、1,000か所を目指したい。社協(社会福祉協議会)、いきいき支援センターと協働しながら取り組んでいきたい。医療的ケアに対応できる特養を4か所程度、整備する。大都市では初めてではないか。新しい総合事業の取組みも行なう。基準を緩和した新しい居宅サービスで参入を促したい。介護予防ミニデイ、口腔ケアや栄養指導を含めたプログラムなど、6ヶ月で要支援「卒業」ができる仕組みを目指したい。

人材養成も課題。市民を対象に「3日間で介護入門」講習をNPOで行なう。小中学校でも取組みを行ない、11月7日を介護の日として施設開放など若い人材を逃さない策も講じる。



(会場との質疑応答)

ボランティアを集める策として、学区ごとの協議会にサロンを設けてPRする、社協などと組んで行なうなどを考えていきたい。

講演2 地域の在宅医からの報告—認知症ケアなど

医療法人至高会たかせクリニック理事長 高瀬義昌氏

在宅、特に認知症などに取り組んでいる。どういう立ち位置で向き合うか。そこから地域医療の再構築に取り組んでいきたい。高齢化問題は大都市の問題である。認知症に対応できるかどうかポイントとなろう。地域総力戦という認識である。病院以外での看取りをデザインする。現場主義で、医療と暮らしの「困った」を支援していく。

在宅では「生の重さ」「死の重さ」を考え、医療介護の最前線に立っているという意識を患者・家族と共有する。地域の医療・介護ネットワークを熟知していること、そして療養現場での意思決定支援のために患者・家族とのコミュニケーションとフットワークが大切だ。

認知症ケアで求められるのが、診断推論、薬の最適化、多職種協働である。薬の最適化が最大課題であり薬剤師との協働が必要、減薬で回復もある。2025年の認知症患者は700万人。地域包括ケアシステム最大の課題だ。東京都大田区の「認知症診療連携パス」事業では地域分散でのサポートを実現している。「高齢者見守りキーホルダー」事業、NPO オレンジアクトによる「認知症に備える」啓発活動などが注目される。



(会場との質疑応答)

医師の参加はどうなっているか、について。少しずつ在宅に取り組んでいく、また災害対応に若い在宅医ネットワークが参加するなどの動きがある。

講演3 保健師から先進地の現在を語る
公立みつぎ総合病院参与
広島県地域包括ケア支援センター主幹 大浦秀子氏



まず積み上げてきて「今」があるということを理解して欲しい。積み上げていくこと、続けていくことが大切である。

地域包括ケアの原点になった始まりは、退院患者が寝たきりになるという現実、「出前医療」で取り組んでいくということだった。寝たきりは作られる、だから寝たきりにしないという取り組み。座ってもらい褥瘡(じょくそう)予防と脳活動活性化を図る。ソフトから始めた寝たきりゼロ作戦だった。昭和59年、病院に行政部門を持ち込み病院と行政部門をドッキングさせて取り組むということも行なった。アポイントは要らない、その場で打ち合わせるというように、医療と行政の垣根が低くなる。

御調(みつぎ)では、QOL(生活の質)向上、多職種連携などを地域ぐるみで行なってきた。保健(予防)・医療・介護連携である。公立みつぎ総合病院には保健福祉センターや地域包括支援センターなどが一体的に整備されている。保健福祉総合施設も少しずつ整備されていった。特養、老健(介護老人保健施設)、有床診療所、リハビリセンターなど介護に関してもワンストップサービスを提供できる。

そういったハードを拠点にソフト事業として保健事業、在宅ケアなどを行なう。在宅でこういうことができる、などと教える。地域に向けては夜間健康教室を開く。「健康わくわく21」と称して医師ら医療介護関係者や行政の保健師が地域に出向く。QOL向上という共通目標を持って多職種協働・連携がなされている。医療・看護とリハビリで介護と福祉を支えるという構図である。地域ケア会議の充実なども図っている。

自助・互助(助け合い)と公助・共助(医療保険・介護保険)が一体となった取り組みにより超高齢化に対応するということである。

(会場との質疑応答)

尾道市との合併で企画が立てづらくなったが、御調のソフトを尾道市全体で共有できたという面もある。御調は公立病院が一つであり取り組みやすかったということはある。多職種連携は、開業医の往診・訪問診療をはじめ、他職種が同行訪問を行なうとともに、最初に多職種カンファレンスを行なうなどして、多職種で異なりかねないケアの考え方を揃えるようにしている。

講演4 各地域、病院の取り組み事例からモデルを考える

有限責任監査法人トーマツ

アドバイザー事業本部ヘルスケアアドバイザー 星剛史氏

(名古屋大学大学院医学系研究科 医療の質・患者安全大学院生)

国民医療費は40兆円を突破した。診療報酬・介護報酬同時改定などが重なる2018年が大きなポイントとなる。病院の機能が変わっていき明確化されていく。また、医歯薬のかかりつけ機能に対する評価が高まっていく。認知症などへの重点化、効率化などによる持続性確保もなされていくと思われる。

こういった動きの一つに地域包括ケア病棟の創設がある。急性期からの退院患者受入れ、在宅医療サポートが役割だが、地域包括ケアシステムの中心となる可能性を持っていると考

えられる。名古屋市では16病院にあるが、全く足りていない。しかも過半数が自法人内急性期病棟からの患者受入れとなっている。在宅からの受入れ強化も望まれるところだ。



在支診(在宅療養支援診療所)は患者数100人超のところも出てきた。訪問看護も大規模なところが増えてくる一方、患者カスタマイズ可能な小規模事業所もある。医療供給体制の構造が大きく変わり、介護施設のあり方も変わるべきだろう。重症な方を診ていけるサ高住(サービス付き高齢者住宅)も登場してきた。

今のところ、地域包括ケアシステムのモデルは地方に多いが、大都市部ではこれから先進的モデルを作っていく段階である。多くの施設・職種、市民を巻き込んでいく大変さはあるが取り組まなければならない。

(会場との質疑応答)

病院からの在宅復帰のスピード確保のためにも、在宅を支えるのは病床を持つ病院の主導だろうと考える。中小病院の生き残り策でもある。

講演5 地域福祉の視点で地域包括ケアシステムを考える

名古屋市名東区社会福祉協議会事務局長 内山和美氏

地域福祉とは、住民自身が地域問題・課題を発見し取り組んでいくということである。名東区は人口16万人、高齢化率20%だが団地などによっては高齢化率30%超えのところもある。区や保健所も参加し、多職種の「なでしこの会」の活動も始まっている。住民らの間にも少しずつ認識が進みつつあるだろうか。(介護予防などで重要となる)地域支援事業のうち、住民・地域包括支援センター・社協が協働し、地域課題解決型で地域ケア会議を行ない、課題を発見し、解決に向けて取り組んでいる事例を紹介したい。



事例1 香南地区

認知症ケアが地域課題と認識し、住民を巻き込んだ地域ケア会議を開催して、地域でのサポート体制を作っていくことになった。どんな取組みが有効か案を出し、投票で選んだ結果、ラジオ体操会、認知症予防サロン「香南元気会」が選ばれ、ラジオ体操は「場」として機能し、香南元気会は大学の参加も得て活動を進めている。

事例2 引山荘

買い物が困難な地区に、住民と社協が中心となって生協移動店舗を誘致、サロンも併設し、孤立防止のための活動をさまざま展開している。

取組みから思ったこととしては、以下のことがある。

- ① 住民のアイデアを早く具体化する→地域もやる気になる
- ② 活躍の「場」があれば、地域の力が掘り起こされる
- ③ 生協や NPO など新しい力と連携すると活動が広がる（住民と新しい力を繋ぐのが社協）
課題としては、（社協から）地域に任せるタイミングの見極め、担い手の固定化をどう防ぐかといったことがある。また地域によって活動に濃淡が出てきている。

（会場との質疑応答）

「地域」の考え方だが、区内 19 小学校区の内の 2 校区のそのまた一部の地域での取組みと限られたものとなっているが、とりあえず「火を付ける」役割を果たしたい。またサロンに出て行けない人々を、どうやって発掘していくか。見守り総合事業などで区とも協働しながらやっていきたい。認知症カフェの取組みなども予定している。ただ介護予防効果（アウトカム）評価が難しい。これをどうするかも課題だ。

パネルディスカッション

伴：まず講演の補足をお願いしたい。

松雄氏：システム(仕組み)作りは行政がしっかりとした考えを持って地域を巻き込んでいくことが必要。在宅医療はスピード感が大切であり、認知症ケアは全区に初期集中支援チームを作りたい。地域の参加は簡単なことではないが、行政で仕組みを作っていきたい。介護人材確保はオール名古屋で取り組む。外国人導入もある。

高瀬氏：行政、議会、医師会が共同してバックアップする。これは必要であるし有り難い。これからは、かかりつけの再編成もあるだろう。リハビリで歩けるようになってから退院など病院の役割も変わっていく。病院の対応一つで在宅医療も変わる。

大浦氏：互助をどう作っていくかが課題と思う。地域ごとに特性が違う。まずは成功事例を作っていくことが大切と考える。

星氏：自治体病院はもっと積極的に役割を果たして欲しい。

内山氏：医療者も生活者の視点を持つ、という発言があったが心強い。また困っている人とはつながるが、そうではない人々をいかに巻き込んでいくか、それを考えていきたい。

会場とのセッション

①訪問歯科をしているが歯科医師会の組織率が低い。今後、地域包括ケアシステムの中であっていきけるのだろうか。

高瀬氏：歯科連携のニーズは高まっている。三師会(医師会・歯科医師会・薬剤師会)とも協力し、現場で有効な策を考えたい。

星氏：診療報酬での手当てなどが契機となるか。少し時間がかかると感じる。

②医師会によって取組みに濃淡がある。

星氏：医師会もだが、病院は事業継続の必要性が高く、多職種連携をコーディネートする在宅医療・介護連携支援センターを病院内に置くなどの方法が考えられるのではないかと。

③病院が地域を意識していない場合もある。行政・医師会のタッグだが、情報共有システムの変更など現場に戸惑いが生じることもある。

松雄氏：今でないとできないシステム変更もあるという判断もあった。行政としては医師会と共同で大きな絵を描き、現場とやり取りしながら(地域包括ケアシステムを)作っていききたい。病院勤務医も在宅に出向く、病棟看護師と訪問看護師の交流を図るなどで生活の視点を持ってもらうことを考えたい。

④今の仕組みで超高齢化を乗り切っていけるのだろうか。ドラスティックに動かなければならない。

高瀬氏：生活困窮者などへの支援も必要となろう。事業の統合・大規模化、標準化も進めていかなければならない。

伴：新しい専門医制度で総合診療専門医が登場する。医療でのゲートキーパーとしてプライマリ・ケアの充実が期待できるのではないかと。

⑤在宅が自宅復帰とイコールでないが、その議論がない。キチンとした在宅には質の担保が

必要だが、医療者・介護者の教育はまだこれからである。行政が出て行つての仕組み作りが必要だろう。

⑥薬剤師だが薬局は可能性を持つと考えるが、どういう機能を期待するか。

高瀬氏：薬局は薬の販売・配達屋ではない。薬剤師は化学の専門家であり医師へのアラート発信なども期待したい。

大浦氏：老老介護などが増えて、患者への薬の説明が難しくなっている。その役割を果たして欲しい。

内山氏：サロンを倍増したい、と考えており、薬局には場の提供等で協力して欲しいと思っている。

⑦寝たきりは作られる。それによって医療費が増え介護負担も増している。どこに着目してこの問題に取り組むべきか。

大浦氏：各職種が訪問でもバラバラに話すのは無駄。チームとしての取組みを強化していくべきだろう。介護職とリハビリ職との交流とか。

高瀬氏：チームでモニタリングすること。それにより処方についても医師にフィードバックできる。薬の最適化などがそうだろう。



伴まとめ

冒頭に述べたように大都市部は高齢者の急増、コミュニティの問題がある一方、資源が豊富というポテンシャルも持つ。地域包括ケアシステムを考えていく上で、多職種連携に加えて市民参加もテーマに企てていきたい。

