「地域包括ケアシステム」を考える

今年は医療制度大改革元年になるのか―。団塊の世代が後期高齢者になる２０２５（平成37）年に対応して、急性期の病床が減り、受け皿となる地域の療養病床が増える医療供給体制に大きく変わる。国は診療報酬改定で「地域包括ケアシステム」とともに「病院」から「在宅医療」へと転換を図る。大阪府枚方市で療養病床を運営する松谷病院・松谷之義理事長らが「超高齢社会を面で支える地域包括ケアシステムの在り方」をテーマに鼎談（ていだん）を行った。

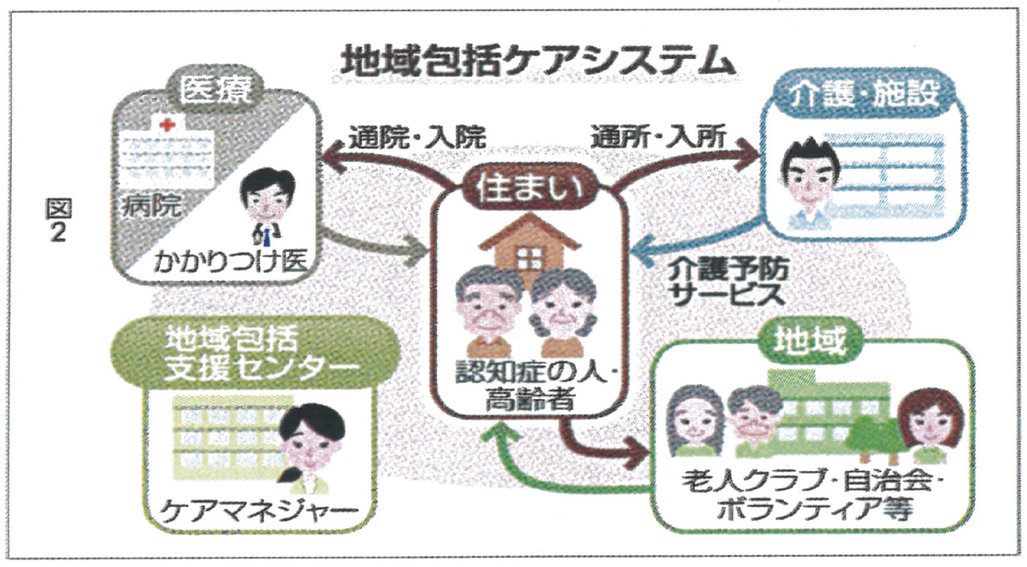

図2

2025年 団塊世代が後期高齢者に

「病院」から「在宅・地域」の医療へ

出席者

松谷 之義　松徳会・松谷病院理事長、日本慢性期医療協会副会長
長尾 和宏　裕和会理事長、長尾クリニック院長
濱田 和則　大阪介護支援専門員協会会長、晋栄福祉会理事長

病院と開業医の相互理解が原点

まつたに・ゆきよし　療養病床の運営やノルディックウオークで健康寿命の延伸を提唱する

――医療と介護の現状や課題を

松谷　現在の病床は、大きく分けると「一般病床」と「療養病床」になります。一般病床では、患者7人に看護師1人（7対1）が配置される手厚いタイプから徐々に配置が少なくなる4タイプがあります。なかでも、病態が重篤で不安定な状態など急性期の患者を治療する7対1の病床が約33万床と最も多く「ワイングラス型」の病床の構成になっています（図1）。2025年には団塊の世代が後期高齢者になり、「ワイングラス型」の病床数では医療供給体制が耐えきれなくなります。今回の社会保障制度の改革で「7対1」の病床が約9万床減り、症状が比較的軽い患者の受け皿病床を作り、病床数を平準化する形に変えていきます。

長尾　まず、足腰が弱った高齢者や認知症の人が、徐々に通院できなくなることです。次は認知症の人が10年間で急増していることです。認知症の人が1人で通院できない場合は在宅医療の対象になりますが、「家族の了解が得られない」「本人のプライドが許さない」など難しい面があります。最後に、在宅医療は国が進める「地域包括ケアシステム」（図2）の一部ですが、連携がなかなかうまくいかないのも現実です。特に認知症の人（軽度認知症の人を含む）が約862万人といわれ、これからは「地方」で「痴呆」をケアする時代になっていることに、大半の市民はまだ気づいていません。

濱田　介護保険がスタートして14年経過しました。その間、多様な介護サービス事業者が参入しています。身体的介護の必要な人を、手厚いサービスで支えることは可能となりましたが、認知症の人が家に居ながら暮などの周辺症状が起きると、いかに支えるかがまず難しい。次に「人材の質」です。訪問看護などのスタッフの高齢化が進み、人材が確保しづらくなっています。そして「人材の質」です。誰しも、最初は看取りの経験がなく、介護するスタッフや家族も混乱します。最終的には、より良い形になることを考えた支援で、本人と家族が理解できるケアの方法を、地域で作るのが課題といえます。

――医療制度が変わりますが、「病院」と「かかりつけ医（開業医）」との関係は

長尾　高齢者は骨折や肺炎など小急変があり、入院が必要なことがあります。病院数は昔から同じですが、高齢化に伴い病人は増えています。高度な医療機能を持つ病院と

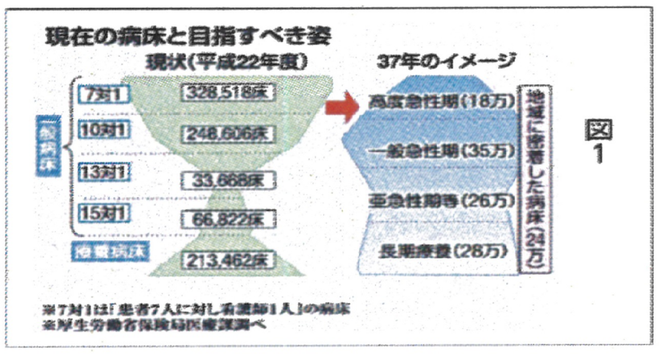

図1

の連携がない在宅医療はあり得ません。「病診連携」です。病院と在宅の機能分化と連携強化が必要です。

特に病状が安定していて医学的管理や介護、リハビリなどを行う療養病床の存在が不可欠です。病状が安定すれば療養病床に移る。あるいは退院して施設や在宅医療に戻ります。療養の場の選択は患者です。難しい病気は病院で治療し、自宅に近い開業医で日常の管理をするという「併診」も増えています。いずれにしろ、病院と〝かかりつけ医〟は「地域」をキーワードにして、一体となって協力していく時代です。

松谷　やはり病院と開業医の相互理解です。今回の医療制度の改革で急性期の病床が減り、地域に密着した病床が増えてきます。そのなかでも、国は緊急時に入院できる病床を常に持つ「在宅療養後方支援病院」や「地域包括ケア病棟」を認める方向です。病院は在宅を支える開業医の手伝いをするという方向を示すべきだと思います。また、逆もあり、双方向だと考えています。

――「患者が選ぶ」がキーワード。しかし、大病院で診てもらいたいという人が多い

松谷　医療制度の改革で、都道府県の役割も強化され、地域で高齢者を支えていくための病床形態や機能が整備される。今回の医療制度の改革で急性期の病床が減り、地域に密着した病床が増えてきます。そのなかでも、国は緊急時に入院できる病床を常に持つ「在宅療養後方支援病院」や「地域包括ケア病棟」を認める方向です。病院は在宅を支える開業医の手伝いをするという方向を示すべきだと思います。また、逆もあり、双方向だと考えています。

――「患者が選ぶ」がキーワード。しかし、大病院で診てもらいたいという人が多い

松谷　医療制度の改革で、都道府県の役割も強化され、地域で高齢者を支えていくための病床形態や機能が整備されていきます。高齢者の多くは複数の慢性疾病を患っていますが、在宅医療での管理は、可能です。患者の大病院志向は変えていく必要があります。それには、行政や医療・介護関係者が医療供給体制を分かりやすく説明し、患者・家族が理解する必要があります。

海外では自分と同じ年齢か、もしくは4、5歳年下の医師をかかりつけ医にしている国もあります。ともに年齢を重ねるので患者の気持ちが分かり、治療だけでなくいろいろな相談に応じてくれます。「死ぬまで」かかりつけ医ですね。

長尾　大病院は専門診療科の集合体です。「総合病院」は専門分化していますので、1人の医者が全ての病気を診察できません。総合的に診てくれるのは、むしろ自宅に近いかかりつけ医や療養病床だと思います。ある程度の年齢になったら自宅からできるだけ近くて、相性が良いかかりつけ医を選んでおくことがポイントになります。これが地域包括ケアシステムへの第一歩だと思います。

濱田　有識者の「地域包括ケア研究会」があり、今年の報告書では、「本人と家族の選択」の項目が付け加えられました。これは在宅生活を選択する意味を本人・家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要としています。

本人や家族も家で介護と思っていましたが、いざとなると大きな病院に行きたいと考えてしまいます。そこに至るまでに、本人や家族が家や施設で暮らし続けていくという心構えが必要になります。それを支えるのが、介護サービスのスタッフで、重要な役割を担っていると思います。病院には「地域連携室」があり医療、介護、福祉を相談できます。かかりつけ医や介護サービスのスタッフ、地域連携室などと情報を共有して本人・家族を支えていくことです。

本人・家族が心構えを持つこと

はまだ・かずのり　介護の現場を経験し、現在大阪府門真市で特別養護施設などを運営。

――地域包括ケアシステムとは

長尾　「地域包括ケアシステム」は役所の言葉なので、市民にはちょっと分かりにくいかも。本来は明るい言葉です。笑顔になるためのもの。そして人間の尊厳を守るシステムでもあります。住み慣れた地域で、笑って、最期まで安心して暮らしたいですね。地域の病院や施設や在宅、どこで療養しても最期まで口から食べて移動できる仕組みであると前向きにとらえてください。

2点目は、多死社会を乗り越えるために、ほかに選択肢がないことです。世界で最も素晴らしい社会制度であるわが国の国民皆保険を守るために必要な考え方です。また、これは国民運動でもあり、地域の住民全員が参画していかなければなりません。

松谷　高齢者の医療と介護を、点から面（地域）で支える地域包括ケアシステムを実現しないと、極端なことをいえば「死ぬ場所」がなくなります。このシステムは、国が何かをしてくれるのではなく、医療・介護の関係者が地域、行政を交えて可能な限りのサービスを考え、作り、患者・家族が自分で決めて、選ぶものです。しかし、患者・家族は迷うと思います。迷ったときは、かかりつけ医、ケアマネジャー（介護支援専門員）、医療を含むソーシャルワーカーらに相談することです。

濱田　地域包括ケアシステムでの介護は高齢者に限ったシステムではありませんが、介護は、かかりつけ医とともに主要なところを担っていると思います。医療と介護の間で、ケアマネジャーや訪問看護・介護する人は、ほかの関係する職種と協働して患者・家族を中心的に支援する役割になります。

自己決定で老後の安心を確保

ながお・かずひろ　兵庫県尼崎市の開業医。「町医者」として在宅医療に取り組み、全国で講演。

利用者・家族が在宅か、あるいは療養病床、施設かを自分で決定することが必要です。そのためには、私たちは地域でのサービスなどの選択肢を整理して示さなければなりません。ただ、選択肢によっては症状の悪化などリスクは当然ありますが、家族、利用者に押し付けるのではなく、一緒に背負うという信頼関係を築くことが大切です。

――地域包括ケアシステムを円滑に進めるには

松谷　診療所を開設した頃は、自分が患者を最後まで診ないと気が済まないこともありました。今では、医療上の重要な部分は別ですが、自分の分身と思い、開業医に全権委任するのが良いと思っています。開業医との相互理解が地域包括ケアシステムの原点だと思います。

長尾　医療・介護の選択肢が今後増えて、患者の自己決定が大切になります。患者自身が選ばないと自分の老後の安心は確保できません。高齢化に伴い病態も多様化しています。それに応える施設もさまざまです。いずれにせよ医師や歯科医、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、ヘルパー、栄養士、福祉用具業者など約20職種の人がラグビーのチームプレーのように阿吽（あうん）の呼吸で協働、連携していかなければなりません。医者も面（地域）で支えるチームの一員にすぎません。そこでは患者情報の共有が重要ですが、個人情報の管理という大きな課題も残っています。

濱田　地区医師会や看護、介護、福祉の団体、そして市町村などが地域包括ケアシステムに主体となって取り組む姿勢が打ち出されています。その結果、自治体や地域の医師も巻き込んだ大きなうねりとなり、さまざまな地域包括ケアシステムの実践が進むと思います。地域の開業医の先生方が深く関わることで、医療と介護の連携が深まり利用者・家族へのより良い支援が実現すると考えます。

――最後に

濱田　困ったとき、利用者・家族はまず、かかりつけ医、ケアマネジャーなど自分をよく知っている人に相談してください。そのほか、各市町村には、保健師・看護師や主任介護支援専門員、社会福祉士が配置されている「地域包括支援センター」がありますし、市町村の窓口や介護支援専門員が勤務する居宅介護支援事業所も各地域にありますので活用してください。

長尾　私は地域包括ケアシステムのことを「まじくる」と言っています。これは住民や医療・介護、行政などが〝ごちゃ混ぜ〟になることです。医療は従来、ピラミッド型でした。医師がその頂点にいると思われていますが、地域包括ケアシステムではお互いがフラットになることです。いずれ「わが身」で、同じ立場です。みんなが、いずれは自分自身のこととして地域を作ることです。

松谷　本当に、大きな変化になります。これからの時代のキーパーソンはかかりつけ医、病院の地域連携室、ケアマネジャーなどです。そして、セカンド・オピニオンを求めることが大事です。地域包括ケアシステムは、高齢者にとって非常に明るい自分たちの最期に至るプロセスを演出してくれるシステムです。また、高齢者が選べるサービスは多数ありますが、それを選ぶのは高齢者自身です。それができれば全てうまくいくでしょう。

＜企画・制作＞産経新聞社生活情報センター