

実践報告

名古屋市における地域包括ケアシステムの現状と課題

黒木 信之¹

はじめに

団塊の世代の高齢化が、ピークとなる 2025（平成 37）年、65 歳以上の人口の占める割合が約 3 割になる、また 2035（平成 47）年には約 4 割になる。国は、超高齢化社会に向けて、増加する要介護者、認知症の高齢者に対応するために介護保険の関連施設を増やし、また地域包括支援センターを中学校区に配置して対応してきた。しかし、増え続ける高齢者が、在宅で最後まで生活するには、医療と介護の連携がなくては、迎えられない。そのため、国は、地域で包括的なサービスの提供体制を作り、在宅で最後まで生活できる地域包括ケアシステムを目指すことになった。

2018 年、介護保険の要支援 1、要支援 2 の対象者が、介護保険から切り離されて市町村に義務化される。名古屋市は、2015（平成 27）年より名古屋市医師会に業務委託し、在宅医療・介護連携に取り組みはじめた。名古屋市（16 区）は、2013（平成 25）年から取り組んできた 4 区のモデル事業を基盤に 2015（平成 27）年から 8 区に名古屋市医師会で在宅医療・介護連携支援センターを設置し、2016（平成 28）年には全区に設置することになった。名古屋市における地域包括ケアシステムの取り組みの現状と課題について述べる。

1. 地域包括ケアシステムの背景

(1) 地域包括支援センターの役割

地域包括支援センターの役割は、2005（平成 17）年、要支援、要介護 1 が増加したため、予防給付の対

象者の範囲、サービス内容、マネジメント体制等の介護保険の見直しで自立支援を徹底するために設置された。予防給付対象者は、要支援 1、要支援 2 に決められた。地域住民の心身の健康保持および生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上および福祉の増進を包括的に支援することが目的である。公正・中立な立場から、地域における介護予防マネジメントや総合相談、権利擁護などを担う中核機関である。この機関は、市長村、または、市長村から委託を受けた法人が設置・運営主体となり、保健師や社会福祉士、主任ケアマネジャーといった専門の職種が配置されている。また、機関の設置・運営については、中立性の確保、人材確保支援などの観点から地域包括支援センター運営協議会がかかわることになる。この協議会には市町村や地域のサービス事業者、被保険者の代表などが入る。

名古屋市では、地域包括ケア推進会議が、各地域に設置され医療と介護の連携により保健医療の向上および福祉の増進を進めている。

(2) 地域包括ケアシステムとは

2011（平成 23）年、介護保険法の一部が改正され、地域包括ケアシステムの実現に向けた取り組みを進めることを目的としている。地域包括ケアシステムは、高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスの 5 つが切れ目なく提供されることを目的としている。高齢者のニーズに応じた住宅の提供が基本である。生活上の安全・安心・健康を確保し、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活サービスが日常生活の場で適切に提供できるような地域での体制である。具体的には、高齢者の日常生活の場である中学校区において、5 つの視点で生活支援の取り組みが包括的に

¹ 名古屋市医師会 在宅医療・介護連携支援センター統括センター長 医療福祉士専門官

行われることが必要である。充実が急がれるのが、在宅医療と介護の連携である。在宅での生活が困難になる理由は、在宅で病気の対応ができないことと介護が困難になることが原因である。2012（平成 24）年、死亡数は、125 万人で 2030（平成 42）年には、165 万になり約 40 万人の増加が予想されている。現在約 80%の人が病院で最後を迎えているが、増加する死亡者の増加に病院では対応できない時代がやってくる。病院でなく地域で看取る体制づくりを急がなくてはならないのである。

2. 在宅医療連携拠点推進事業（地域包括ケアシステムづくりの取り組み）

厚生労働省は、2011（平成 23）年、在宅医療連携拠点推進事業に取り組むよう、都道府県に対して通知した。在宅医療連携拠点推進事業の目的は、高齢者が住みなれた地域で最後まで生活できるように支える、そのためには、医療・保健・福祉の様々な支援の提供体制を作ることが地域で求められている。この事業は、在宅医療提供する機関等連携拠点として、地域の医師・歯科医師・看護師・薬剤師、社会福祉士の資格をもつ医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker：MSW）等多職種協働による在宅医療支援体制を構築することである。地域で包括的かつ継続的な在宅医療を提供し、今後の在宅医療の政策を立案し、均てん化を目指すことである。

3. 在宅医療連携拠点推進事業のモデル事業の経過

厚生労働省は、2011（平成 23）年度 10 カ所、2012（平成 24）年度 105 カ所、2013（平成 25）年度 300 カ所の在宅医療連携拠点推進事業のモデル事業を開始した。厚生労働省は、在宅医療連携拠点推進事業のモデル事業に 5 つの課題を果たした。

1) 多職種連携の課題を抽出し課題を検討、2) 在宅医療従事者の負担軽減の支援、3) 効率的で質の高い医療提供の多職種連携、4) 入院病床の確保・負担軽減の取り組み、5) 在宅医療に関する地域住民への普及啓発活動である。

愛知県は、2014（平成 26）年から、在宅医療連携

拠点事業所が県内 12 カ所にモデル事業として開始した。名古屋市は、市内 3 区（東区医師会、昭和区医師会、南区医師会）が愛知県のモデルに指定され、1 区は、名古屋市独自のモデル事業を中村区医師会で行うことになり市内 4 区になった。名古屋市では、切れ目のない医療・介護を目指して 2014（平成 26）年には、「名古屋市在宅医療・介護連携ガイドライン」作成した。名古屋市の委託を受けて名古屋市医師会は、1) 在宅療養支援アセスメントシステム、2) 在宅療養を支援する「在宅療養移行システム」、3) かかりつけ医を支援する「かかりつけ医相互サポートシステム」を構築した。名古屋市医師会では、在宅医療・介護連携支援システムと名古屋市在宅医療・介護連携ガイドラインを共通基盤として、かかりつけ医が参加しやすい共通の都市型在宅医療・介護連携モデルを在宅医療・介護連携支援センターを中心に 2016（平成 28）年度に名古屋市全区に配置する予定である。2015（平成 27）年からは、消費税増収分を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）が創設され各都道府県に 904 億円が予算化された。各都道府県から県下の医師会に配分され 2018（平成 30）年を目指して在宅医療・介護連携の構築のための事業が開始された。

4. 名古屋市における地域包括ケアシステムの具体的な取り組み

(1) 名古屋市医師会在宅医療・介護連携支援センターの設置と業務

2015（平成 27）年、4 月から名古屋市医師会に、各区の在宅医療・介護連携支援センターを統括する在宅医療・介護連携室を設置した。同年 7 月、名古屋市医師会在宅医療・介護連携室に統括センター長が、全区の在宅医療・介護連携支援センターを統括するために配置された。また同年 10 月から名古屋市 8 区に在宅医療・介護連携支援センターを、病院や休日診療所に設置し介護支援専門員の資格もつ看護師と MSW を配置した。その内 4 区は、中核センターとして 1 区に 3 人配置、残りの 4 区には 1 区に 2 名配置した。

2016（平成 28）年には、残り 8 区にも 1 区 2 名を配置し全区合計 36 名を配置する予定である。在宅医療・介護連携支援センターの名古屋市における配置は図 1 のとおりである。

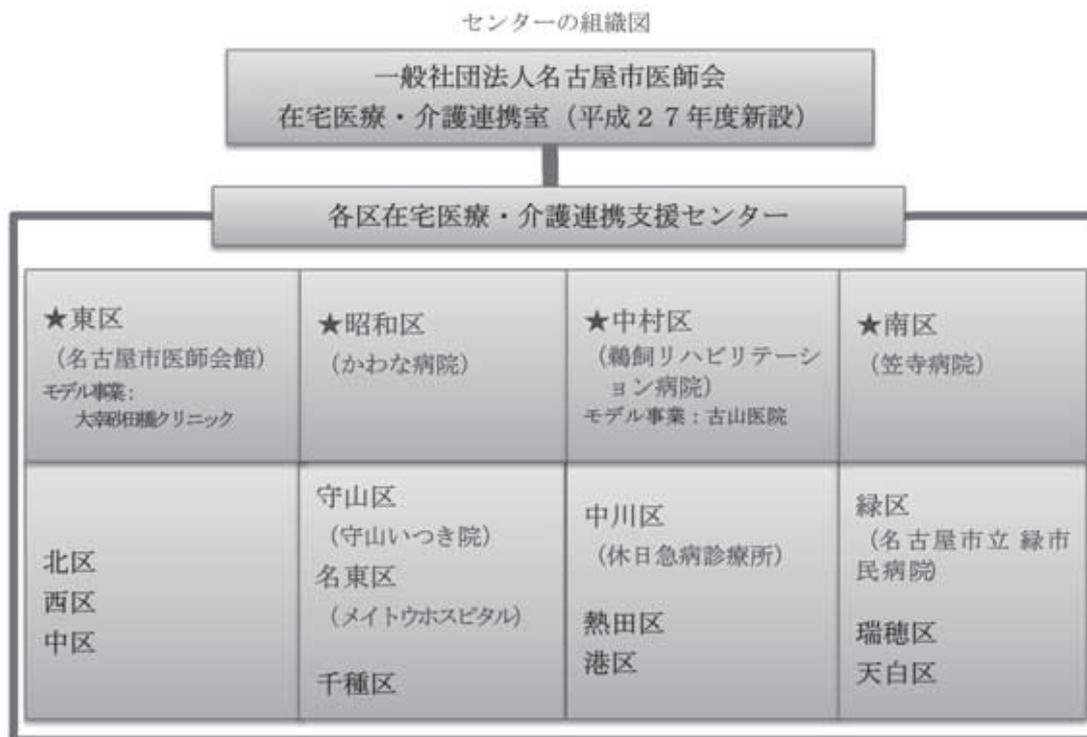


図-1

在宅医療・介護連携支援センターの業務は、1) 地域の医療介護の資源の把握、2) 在宅医療・介護の課題の抽出と対応の検討、3) 切れ目のない在宅医療と介護の提供の構築推進、4) 医療・介護関係者の情報共有の支援、5) 在宅医療・介護連携に関する相談支援、6) 医療・介護関係者の研修、7) 地域住民への普及啓発、8) 在宅医療・介護連携に関する関係市町村との連携が求められる。在宅医療・介護連携支援センターは、在宅医療・介護支援システムと名古屋市在宅医療・介護連携ガイドラインを用いて1) から8) までの業務を推進する。

(2) 在宅医療・介護支援システム

名古屋市医師会は、安心・安全で切れ目のない在宅医療を地域に提供するために「在宅医療・介護連携」を推進するよう次のような「在宅医療・介護支援システム」を構築した。

1) 在宅療養支援アセスメントシステム（在宅療養への移行支援）

①アセスメント対応施設は、在宅療養支援のための役割を担う。

ア) アセスメント対応施設は、概ね200床未満の病院で、急性期病棟、地域法価値ケア病棟、療養病棟、回復期リハビリテーション病棟、認知症ケア・精神疾患対応病棟等を有する。また、有床診療所、要件を満たす介護老人保健施設等でアセスメント入院の受け入れ（入院、検査）、急性期病院退院患者、外来通院困難な療養者の受け入れ及び、在宅療養移行支援、レスパイト入院の受け入れや在宅療養者の急変時に受け入れる施設である。

イ) アセスメント対応施設は、在宅療養支援のために医療アセスメントと介護予防アセスメントを行う。医療アセスメントは、病態から想定されるリスクを抽出し、在宅療養提供の準備を行う。（アセスメント例：運動機能、栄養状態、摂食・嚥下・口腔ケア・褥瘡・認知症）介護予防アセスメントは、療養者の要支援、要介護状況、また、在宅療養における家族の介護への理解・協力の有無を確認し、必要なサービスを検討する。

②支援センターは、在宅療養者が在宅療養に移行する時に次の連携・調整の支援を行う。

ア) 療養者が、急性期病院を退院後や外来通院が困難

になって、在宅療養を開始するにあたり、アセスメント対応施設で円滑に対応できるように支援する。そのために関連医療機関の医療従事者、MSW、介護支援専門員、介護事業所の介護従事者の多職種、家族等と調整を行い、安心・安全な在宅療養を実現する。

- イ) 在宅療養者が、急性期病院を退院時に、かかりつけ医を持たない場合、最適なかかりつけ医を紹介する。
- ウ) かかりつけ医は、今まで独自に持つことが困難であったMSWや介護支援専門員を在宅医療・介護連携支援センターを通じて利用することができるようになった。

2) かかりつけ医相互サポートシステム

かかりつけ医が、在宅医療を担うかかりつけ医師同士の連携により、多職種やアセスメント対応施設の協力により、相互に補完できる体制を構築するために次の活動を行う。

①かかりつけ医が受け持っている在宅療養者の情報を在宅医療・支援センターに登録し情報通信技術 (Information Communication Technology : ICT) による情報共有を図り、在宅医のグループ化を促進し相互サポート体制を構築する。

②サポートセンターは、新しく在宅医療に参加するかかりつけ医に在宅医グループを紹介して主治医、副主治医制を確立する。

③アセスメント対応施設は、副主治医としてかかりつけ医の在宅医グループを支援する。かかりつけ医と在宅医グループは、多職種と連携して自己完結を目指す。在宅医グループ内で困難な時、在宅療養者が緊急や急変時の対応が必要な時は、在宅医療・介護連携支援センターに連絡する。

④支援センターは、他の在宅医グループやアセスメント対応施設へ対応を依頼する。必要なら、急性期病院への搬送を支援する。在宅医療・介護連携支援センターが閉鎖しているときには、コンタクトセンターにて対応する。

3) 在宅医療・介護連携支援コンタクトセンター

在宅医療・介護連携支援センターの開館時間は、午前9時から午後5時である。コンタクトセンターは、

その時間外の夜間や休日等に在宅療養患者から緊急な連絡があった場合の対応をする。

4) 在宅療養情報共有 ICT システム

在宅医療・介護支援システムでは、在宅の療養者を支援していく時、医療と介護の地域の各医療機関、各事業所等の多職種が、適切なサービスを提供できるよう、またサービス提供の負担軽減のため、ICTによる情報共有ツールが必要である。平成26年から平成27年9月まで、カナミックネットワークを使用していたが、拡張等の限界とセキュリティ向上の必要により、同年10月から中部テレコミュニケーション株式会社 (Chubu Telecommunication Co. : CTC) の電子@連絡帳に変更になり「はち丸ネットワーク」として機能することになった。

5. 名古屋市における地域包括ケアシステムの取り組みの課題

(1) 相談援助の相談員養成の課題

2015 (平成27) 年10月から市内8区に相談員が配置された。内訳は、昨年度、モデル事業の医師会に所属する医療機関からの出向職員と新規に雇用した介護支援専門員の資格をもつ看護師を配置した。まだ医療福祉の制度や退院後の療養の相談に対応するMSWは、2016 (平成28) 年度からの配置を目指している。東京都にある板橋区医師会在宅医療センターが、都民から受けた相談では、次の受診・受療の問題が寄せられている。1) がんの専門病院に通院しているが、通院できなくなったとき、どこの開業医に受診したらよいか。2) 自宅で障害児の養育をしている。訪問看護は近くにないか。3) 腎臓がんの父が入院していて治療が終わった。後、1週間で退院と言われている。どうしたらよいか。4) 病院は、「退院は、無理」と言うが、本当に退院できないのか。退院後の受診先で困っている等の相談がある。介護支援専門員からは、1) 訪問医を紹介してほしい。2) 訪問看護を紹介してほしい。3) 現在、入院中の患者の退院相談に乗ってほしい。4) がん患者が安心して療養できる療養環境について教えてほしい。5) 断酒のできることを教えてほしい等の相談がある。地域包括支援センターからは、1) がん患者の退院支援の相談に乗ってほしい。

2) 精神疾患の患者の支援で主治医とうまくいっていない。3) 統合失調症の独居の方がいる。訪問看護の導入も考えているが、関わり方を相談したい。4) 退院後、自宅で療養している人が受診していないのでどうしたらよいか。5) 褥瘡のある人が転倒して入院しているが、転院を受け入れてくれる病院はあるか等の相談がある。その他の相談として、1) 訪問医や訪問看護ステーションの紹介をしてほしい。2) 独居のがんの末期の患者の退院支援の相談をしたい。3) 精神科診療のできる診療所を探している。4) 気管切開をしてレスピレーター装着した患者の在宅医をさがしている。5) 嚥下評価が可能な専門医を紹介してほしい等の相談がある。以上のように患者・家族の在宅療養をサポートしていく際の様々な問題の相談が板橋区医師会在宅医療センターに寄せられている。相談者は、このような様々な問題に対応できる幅広い医療制度・介護保険・福祉に関する知識や対応する面接技術を会得していかなければならない。名古屋市医師会在宅医療・介護連携支援センターでは、2014（平成 26）年に日総研から出版されている第 6 版「患者さんにそのまま見せる医療福祉相談の本」をテキストにして相談者の養成を行っている。

(2) 名古屋市 16 区の各医師会における在宅医療拠点推進事業の課題

市内 16 区の内 4 区は、2013（平成 25）年からモデル事業として在宅医療拠点推進事業に取り組んできた。在宅医療拠点推進事業を啓蒙するために、名古屋市医師会は、2015（平成 27）年から 16 区の各医師会、医療機関向け、介護職員向け、市民向けの説明会を開催した。同年、相談員が、モデル事業 4 区を含めた 8 区に、10 月から配置された。残り 8 区は、2016（平成 28）年度から配置される。そのため、16 区の各医師会で地域包括ケアシステムへの取り組みが進んでいるところとまだこれから取り組むところがある。16 区の医師会は、地域によって、在宅医療拠点推進事業への取り組みの状況が違うため、各医師会に対応した在宅医療拠点推進事業を進めていかなければならない。

(3) 独居の保証人不在の課題について

人口動態から今後、一人暮らしの高齢者が増加する

と思われる。2000 年の介護保険のはじまりで、社会保障等の保険、福祉は、社会福祉構造改革により措置型福祉から契約型福祉に移行した。契約社会において、独居の高齢者が、緊急入院して退院する時に歩行困難になって介護を受ける状態や認知症になり、金銭管理ができなくなると保証人の問題が起きてくる。独居の高齢者は、保証人が無いと転院も施設入所もできなくなる。意識があり元気な時に保証人をどうするか考えておく必要がある。成年後見制度や社会福祉協議会の権利擁護、民間の NPO 法人や保証会社を利用することも考えなくてはならない。

(4) メディカルエンディングプラン（終末期医療の計画）の作成と説明の課題

支援センターの業務として、看取りの計画をプランニングすることも大きな役割である。がんの終末期や老衰で治療の必要がなくなると、治療のできる医療機関には入院できなくなる。現在の「診断群分類」である DPC（Diagnosis Procedure Combination）の診療報酬制度では、高度な治療の必要のない患者は入院できなくなるシステムになっている。高度な治療のできる医療機関では入院できないが、点滴管理や緩和ケアの治療を受ける地域包括ケア病棟等の医療機関に入院が必要な患者もいる。患者の病状により、看取りのプランニングの必要性が出てきた。今後必要となるメディカルエンディングプラン（終末期医療の計画）には 2 つの準備が必要である。6 か月から 1 年前までの長期のメディカルエンディングプラン（終末期医療の計画）、もう一つは、1 週間から 3 か月くらいの短期プランである。今後、医療機関や在宅で、患者、家族の相談に対応して行くことが求められる。また、最後の治療の希望と選択について、救急救命センターに搬送されてから、家族や医師が決めるのではなく、本人が元気な時に決めておく必要がある。最後の時、メディカルエンディングプラン（終末期医療の計画）の治療と選択を自分で決めておくことは大事なことである。在宅医療・介護連携支援センターの相談員は、今後、このようなメディカルエンディングプラン（終末期医療の計画）を適切な時期に患者・家族に説明することが求められる。

6. まとめ

2013（平成 25）年の国民の総医療費は、40 兆円を突破した。税金の負担が約 4 割となり、医療費の増加は国の財政を圧迫する大きな要因となっている。国は、団塊の世代がすべて 75 歳以上となる 2025（平成 37）年には、国民の総医療費が 54 兆円になると推計している。65 歳以上の医療費は、4.6%増で約 23 兆円になった。高齢者の医療費の伸びの抑制が大きな課題となっている。

今後、増加する高齢者の看取りは、どこで行うか、誰がプランニングして行くかは、医療費抑制のための重要な課題である。在宅において、かかりつけ医と在宅医療・介護連携支援センターが連携して、高齢者の看取りをプランニングしていくことが必要である。

かかりつけ医と在宅医療・介護連携支援センターは、高齢者が、地域で自立した生活ができるように切れ目のない医療、介護、予防、住まい、生活支援のサービスを支援することが求められている。

文献

- 1 一般財団法人 厚生労働統計協会（2013）. 国民衛生の動向 2013/2014. 東京：一般社団法人 厚生労働統計協会.
- 2 一般社団法人 名古屋市医師会 在宅医療・介護連携担当理事 真野寿雄（2015.07）. 名古屋市医師会の在宅医療・介護連携の取り組みについて. 公益財団法人 杉浦記念財団発足記念特集 第 4 回杉浦地域医療振興賞・杉浦地域医療振興助成報告集.
- 3 井上多鶴子（2015.09）. 公益社団法人 板橋区医師会 在宅医療センター 井上多鶴子氏報告.
- 4 黒木信之（2014）. 「患者さんにそのまま見せる医療福祉相談の本」第 6 版. 名古屋：日総研出版.