

長浜市・湖北医療圏における地域共生社会

～浅井東診療所での訪問診療事例から見える医療制度と社会システムの課題～

白井萌、北川実侑、小谷美奈、庄司航、村田直哉

1. 目的

湖北医療圏は、長浜市と米原市から構成される過疎地域型二次医療圏であり、医療資源の不足が深刻な地域である。特に慢性期の病床数が不足しており、在宅医療の需要が極めて高い¹⁾。日本国内で将来的に生じうる、少子高齢化に伴う種々の課題は、早くも現状の湖北医療圏で表面化しつつある。その湖北医療圏における地域医療や介護の現状について、在宅事例を通じて理解を深めることは、医師としての今後につながる貴重な学びとなることが期待できる。加えて、地域医療の背後にある地域包括ケアシステムや地域共生社会の位置づけを把握した上で、湖北医療圏が直面している課題を理解し、さらに行政と地域の関連にも意識を向けることで、地域医療を多面的に捉える視座を獲得することを目的とする。

2. 対象と方法

松井善典先生（浅井東診療所・所長）のご協力のもと、湖北医療圏（長浜市）における ACP（Advance Care Planning; 人生会議）、老老介護、医療的ケア児に関する 3 つの事例を提示して頂き、事例を通じて地域医療の現状を学んだ。また、ACP の事例ではケアマネージャー 1 名と介護士 1 名、老老介護の事例では訪問看護師 1 名、医療的ケア児の事例では保健師 1 名に対してインタビューを行い、事例に深く携わった方々から地域医療の実情について詳しくお話を伺った。事例についての学習とインタビューの他に、行政や地域の取り組みについて資料収集を行い、各事例の背後に存在する多様な制度とその関わりを学んだ。すべてのインタビュー及び松井先生とのミーティングは、ZOOM を用いたオンライン形式で実施した。

3. 結果

各事例と多職種のインタビューを通じて学習した内容、および資料収集を通じて事例の背後にある地域の特性や行政の制度に関して学習した内容を、以下に概説する。

3.1 地域医療の概観

地域医療は垂直的統合・連携である地域医療構想と、水平的統合・連携である地域包括ケアシステムを基に構成されている。地域医療構想では、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の、病床の機能分化と連携が行われる。さらにこれらの病院と診療所の間で病診連携が行われるが、在宅医療を成り立たせるためには医療だけではなく、介護・予防・生活支援を連携させ、一体的に提供する必要がある。このための制度を地域包括ケアシステムという。地域包括ケアシステムは、住み慣れた日常生活圏域の中で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることを目的としている³⁾。

さらに、新しく地域共生社会という考え方も出てきている。地域包括ケアシステムが主に高齢者に向けた支援であるのに対し、地域共生社会は地域住民全員が世代や分野を超えて主体的に支えあうことを強化し、公的な総合的サービスと組み合わせ、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創つ

ていく社会を目指すものである⁴⁾。

3.2 湖北医療圏の特性

湖北区域は、琵琶湖の東北部に位置し、北東に伊吹山地・霊仙などの山々が連なり、姉川・高時川などにより形成された平野が広がる地形となっている。北は福井県、東は岐阜県、南は湖東区域、北西は湖西区域と隣接している。

湖北は滋賀県の面積の約 23%を占めているが、人口は県全体の約 11%となっており過疎化が進んでいる。さらに、少子化・高齢化が進んでおり医療需要が増加していくことが予想される。今後の医療需要の増大に対応するために、湖北医療圏は全国で5箇所しかない重点支援区域に指定され、湖北圏は国から技術面と財政面で助言や集中的な支援を受けることが可能となった²⁾。

湖北医療圏には4つの病院が存在し、500床以上が2病院、200床未満が2病院ある。また在院日数は全国平均、県平均共に下回っており、特に療養病床の在院日数は著しく短くなっている。高度急性期、急性期、回復期の2025年予測区域内完結率は80%以上と高い状況が見込まれているが、慢性期は著しく低くなっている。回復期・慢性期は東近江区域や湖東区域への移動がみられ、慢性期に関しては岐阜県への流出も見られる¹⁾。

3.3 事例1_ACP

本事例は、90代女性で、慢性心不全の終末期であり、本人の希望もあり在宅医療や訪問サービスを利用しながら、独居で療養を行っている。

本事例における課題は、間近に迫る最期に対して、在宅医療の目標をどこに定めるか、ということである。目標を決める上で、最期を自宅で過ごすか、病院への搬送を希望するかという点を明確にする必要がある。ここでは本人の意志を尊重する必要があり、その手段としてACPを実施することが有効である⁵⁾。最期のあり方は、本人にとって非常に大きな決断であるため、時間の経過やその時の心身のコンディションに応じて意志はゆらぐものであり、時間を掛けてACPを実施することが必要になる。

しかし、本来のACPの実施者たる医師と看護師は、介護士に比べて在宅で患者と過ごす時間が短く、十分に対話する時間が取れない場合が多い。その中で、2018年の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改定により、ACPの実施者に介護従事者が含まれることが明確化され、介護士がACPを実施することが可能となった⁵⁾。本事例においても、ACPの実施に介護士が主体となって関わり、患者と介護士の間にある強い信頼関係を背景とし、徐々に本音を引き出して半年かけてACPを完了したとのことである。

ただし、介護士がACPについて教育を受けていないケースが多く、ACPに介護士が関わることはまだ一般的なことではない。したがって、本事例は介護士がACPを主導した先進的な事例だと言える。

3.4 事例2_老老介護と認知症

事例は80代の夫婦による老老介護である。妻は脳出血後遺症で右不全麻痺のため、車いすで移動している。認知機能に今のところ問題はないが、日常動作の多くに介助が必要である。夫はMCI (Mild

Cognitive Impairment)の状態から認知症へ移行しており、夜間の徘徊歴がある。服薬管理は妻が行っているが、作業記憶はあり、家事全般は実施可能である。この事例における課題は、認知症の夫が妻を介護する状況で在宅生活を維持していくための支援である。支援内容として、介護保険制度による医療介護サービスと、インフォーマルケアと呼ばれる地域住民や家族による協力の二つが挙げられる。

まず医療介護サービスでは、二人の介護保険の枠をフルに活用し、平日は極力毎日、訪問サービスを入れる必要がある。しかし、介護保険を使ったサービスは時間が限られているほか、休日や夜間に対応している事業所は少ない。医療・介護従事者が介入できない時間帯は、地域住民や家族の協力が必要になる。実際に、本症例では夫婦の向かいの住民が毎日訪問している。このようなインフォーマルサービスの補助があれば、安全に在宅生活を成り立たせることができる。

しかし、こうした支援にも限界がある。二人の介護保険の枠をフルに活用しているため、夫婦のうち一方の状態が崩れて入院すると、在宅生活が終了となる可能性が考えられる。

3.5 事例 3_医療的ケア児

本事例では、超低体重出生児として出生後、NICU を卒業して経鼻栄養等の医療的ケアを要する状態で在宅医療が始まった。5歳の同胞がおり、現在はこのきょうだい児と同じこども園に通園している。

本症例の主な課題は、医療的ケア児の支援、災害時の避難方法、きょうだい児や家族のケア、の3点である。それぞれの課題について順に述べる

医療的ケア児の支援を考える上で重要なことは、介護保険は40歳以上でなければ利用できないため、医療的ケア児は障害福祉サービスしか利用できない点が挙げられる。したがって、ケア児のサポート体制は十分であるとは言えず、地域の協力が必要不可欠である。そのような、地域での支援体制を構築する上での中心的存在は保健師であり、各職種とケア児の媒介者としての働きも担っている。

災害対策に関しては、保健師の働きかけにより、災害ノートや見守り隊といった非常時の準備計画が話し合われている。一方、近年 MEIS という情報共有システムが普及しつつある⁶⁾が、実際には認知度が低く、広く使用されているとは言い難い状況にある。

きょうだい児や家族のケアに関しては、日本財団の方々の協力により、全国各地にケア児を一時預かりする地域密着型のレスパイト施設が整備されつつある⁷⁾。このレスパイトケアにより、医療的ケア児をもつ家族の一時休息が可能となる。

3.6 市の行政と地域の関わり

長浜市では、市民の暮らしを支える様々な計画や制度を推進している。その中で、ゴールドプランながはま 21、健康ながはま 21、長浜市しょうがい福祉プラン、長浜市福祉医療制度について述べる。

ゴールドプランながはま 21 は、地域包括ケアシステムの推進と介護保険制度の持続可能性の確保を目指し策定された。長浜市では今後も高齢者数が増加し、事例 1, 2 のような高齢独居や認知症の方、老々介護世帯も増大していくと考えられる。それに伴い需要の高まる財源や人材をより重点的・効率的に活用し、高齢者の自立した生活を支援するための計画が策定されている。

健康ながはま 21 は、市民が生活習慣や社会環境の改善を通じて、健康かつ心豊かに生活すること、

市民の健康寿命を延ばすことを目指し策定された。個人の生活習慣改善、家庭・学校・職場等の社会環境の整備、食育推進、自殺対策についての方針が提示されている。市民が健康を増進させ、医療や介護の介入を遅らせることは、医療資源の確保、医療費の削減につながる。

長浜しょうがい福祉プランは、障がいを持つ人や事例3のような医療的ケア児が、地域住民の一員として尊重し合い、自分らしく自然で心豊かな生活を送ることを目指して策定された。声掛けや手助けといった地域福祉の推進、生活支援や災害・防災対策、精神保健・医療の充実、子育て支援、社会参加の支援について指針が述べられている。

長浜市福祉医療制度は、中学生までの子ども、ひとり親、障がいのある方、そして高齢者の保健適応総医療費の負担金を助成するものである。事例のような、医療費が長期間にわたって必要な医療的ケア児や高齢者も対象となっており、医療が必要な方を経済面から支えている長浜市独自の制度である。

3.7 国の行政と地域の関わり

今回学習した3つの事例に関わる国の制度として、社会保障制度が挙げられる。特に介護保険制度は事例1,2のような在宅医療を受ける高齢者にとって必要不可欠な制度である。介護保険を利用すれば原則1割負担で訪問介護、訪問看護等の訪問サービスに加え、各種の通所サービスが受けられる。

一方、介護保険制度は40歳以上が対象であるため、事例3のような医療的ケア児は介護保険制度の対象外となる。医療的ケア児が利用できる国の制度として、小児から高齢者まで対応した障害福祉サービスがあるが、高齢者と比べて利用できる制度は少ないのが現状である。

4. 考察

事例の精査と多職種へのインタビュー、及び資料調査を通じて、湖北医療圏が直面している課題が浮かび上がった。以下、事例ごとに見えた課題と、各事例に共通する課題に分けて概説し、その解決策について考察する。

4.1 事例1_ACP

介護士がACPを行う上での課題は、介護士がACPの実施について教育を受けていないことに加え、介護保険制度の枠組み内では介護の時間に制約があり、対話時間を捻出することが困難な場合があるということが挙げられる。介護士の方とのインタビューでは、ACPについて十分な理解があり、かつ介護業務に熟練した介護士においても、一回の訪問で数分間の対話時間を捻出するのが限界だ、とのことであった。したがって、湖北の一部の事業所において、介護士の努力と善意でACPが実施されているのが実情である。

この課題については、介護士へのACPの啓発を行うと共に、ACPを保険点数化し、行政側からACPの実施に向けた動機づけを行うことが必要だと考えられる。

4.2 事例2_老老介護と認知症

老老介護で在宅生活を維持する上での課題は、現状の介護保険制度に限界がある点である。在宅を継

続するためには、夜間の安全を担保することが重要となるが、夜間や休日に対応している事業所は少ないのが現状である。これは、夜間や休日の介護保険の点数が平日と同じである一方で、時間外の人件費は割増で支払う必要があり、財政面で事業所の負担が大きくなるという制度上の問題が挙げられる。対策として、夜間休日の点数を上げるような、介護保険制度の見直しが必要だと考える。

認知症に関しての課題は、認知症に対する地域の理解度や許容力を上げることにある。徘徊時に、気心の知れた地域住民や、事情を知った警察が発見すれば、大きなトラブルに繋がらずに済む。地域住民が認知症への理解を深めることで、徘徊の可能性があっても地域の見守りによって在宅生活を継続できる可能性が高くなる。地域における認知症の正しい理解のために、認知症の啓蒙活動や認知症の方との日常的な関わりが必要だと考える。

4.3 事例 3_医療的ケア児

近年、未熟児の医療が進歩したことで医療的ケア児は増加傾向にあり、平成 30 年度のデータでは、全国で約 1.9 万人と推定されている⁸⁾。しかし、介護保険の適応となる高齢者と比較すれば、圧倒的に母数が少ないことは明らかであり、未だに退院後のサポート体制が確立されていない現状がある⁹⁾。

医療的ケア児が在宅で生活していくためには、保健師を中心とした地域の協力が不可欠である。そのために、まず医療的ケア児の概念や実情、支援内容などの情報を啓発することが必要だと考える。さらに、医療的ケア児に対する対応のノウハウをもつ医療者を各地域に配置できれば、家族は医療の制限に囚われずに居住地域を選択できるだろう。加えて、健常者と障がい者間にある障壁を低くすることも重要である。医療的ケア児とその家族は、周りの目が怖い、という不安から自由に外出できないケースが多い。したがって、障がい者と健常者が同じ時間を共有する時間や機会を増やし、その間にある心の障壁を取り払う作業、すなわち「心のバリアフリー化」を進めていくことが重要だと考えられる。

4.4 各事例に共通する課題

各事例に共通する課題の 1 つは、医療・介護資源の不足である。特に介護資源の不足が深刻な問題であり、インタビューを通じてもケアマネージャーや介護士の業務負担が極めて大きい様子が伝わってきた。加えて、介護職の方々は患者に近い立場で業務を行うため、患者の感情や言葉をダイレクトに受ける環境にある。業務負担が大きだけでなく精神的な負担も大きくかかるが、待遇面では恵まれていないため、離職率が非常に高く、介護資源の不足に拍車をかけている状況となっている。このため、夜間・休日の対応にも負の影響が生じている。対策として考えられるのは、介護士の待遇を向上することが挙げられる。また、介護職に対する世間的なイメージを少しでも改善するような啓発活動が必要になるだろう。その他、介護ロボットの活用により、介護士が単純作業を行わなくて済むようなシステムの構築が望まれる。

もう一点の課題は、インフォーマルケアの充実である。介護保険制度や障害福祉サービスには限度があり、その不足を補うためには地域や家族の協力が不可欠となる。そのためには、日頃から地域交流を活性化する取り組みが必要になる。

5. 結論

本実習では、ACP、老老介護、医療的ケア児に関する事例やその背後にある制度の学習を通じて、地域医療への理解を深めた。中でも、事例に関連した職種の方々へのインタビューを通じて、医師単独で成すことよりも、職域を超えた連携により生み出される力のほうが圧倒的に大きく、患者・家族のみならず地域全体の幸福にも直結しうることを学んだ。

今後、湖北医療圏のみならず、日本全国で少子高齢化や過疎化が進行する。医師として目の前の患者に集中することは当然の責務であるが、地域や社会、あるいは行政との関わりの中で、迫りくる課題に対処する姿勢をもつことが、極めて重要な医師の職責となるだろう。松井先生が地域医療に向き合う姿勢はまさにその理想形をなしており、我々医学生が見習うべき医師の規範的在り方だと言える。

6. 謝辞

事例の提供と指導や、多職種とのインタビューを設定して下さった松井善典先生（浅井東診療所・所長）、インタビューに応じて下さった介護士、ケアマネージャー、訪問看護師、保健師の皆様、実習の機会を設けて頂いた北原照代先生（滋賀医科大学・社会医学講座）に対し、ここに謝意を表します。

7. 参考文献

1. 湖北医療圏における地域ならびに介護資源の総括, 日本医師会総合政策研究機構
https://www.jmari.med.or.jp/download/wp323_data/25.pdf (2020年7月15日)
2. 重点支援区域の状況について, 厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000609882.pdf> (2020年7月15日)
3. 地域包括ケアシステム, 厚生労働省
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
(2020年7月15日)
4. 「地域共生社会」の実現に向けて, 厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html> (2020年7月15日)
5. 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドラインの改定について, 厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html> (2020年7月15日)
6. ICTを活用した医療的ケア児等の医療情報等の共有について (MEIS), 厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/content/000493775.pdf> (2020年7月20日)
7. 難病児支援, 日本財団
https://www.nippon-foundation.or.jp/what/projects/supporting_seriously_ill_children (2020年7月20日)
8. 医療的ケア児に関する施策について, 厚生労働省 難病・小児慢性特定疾病地域共生ワーキンググループ
<https://www.mhlw.go.jp/content/10905000/000553177.pdf> (2020年7月20日)
9. 医療的ケア児の抱える問題, 全国医療的ケア児者支援協議会
<http://iryuu-care.jp/problem/> (2020年7月20日)