

湖南省における地域医療の現状と課題

～職種ごとの役割と地域医療の実践意義について～

地域医療湖南班

兼島季暉、西垣敦司、石原寛太、江田峻輔
須賀弘篤、三上紗季、峯森溪斗、宮城大地

【背景と目的】

わが国では、現在の高齢化社会において、高齢者が自身の住んでいる地域で自分らしく過ごすため、医療やケアを地域が継続的に提供する、地域包括ケアシステムの構築が進められている。地域医療は、地域包括ケアシステムの構成要素である「医療」の中でも、患者の健康や生活を支える医療活動として重要である。そこで私たちは、湖南省における地域に根ざした医療の実際と地域医療における多職種の役割などを学び、症例や訪問患者の動向、湖南省の医療や介護の課題について理解を深めることを目的として本実習を行った。

【方法と対象】

地域医療構想や地域包括ケアシステムについて学習するために、以下の流れで実習を行った。

グループ内で話し合いを行い、「実習でどんなことを調べるか？ 先生や職員にどういう質問をするか？」など質問内容をあらかじめある程度決めた(5/18(火))。グループで設定した課題・到達目標は以下の3つである。

- 1 こうせい駅前診療所・所長の佐々木隆史医師の協力と指導の下、湖南省における地域包括ケアシステムの現状及び地域医療構想について理解を深め、その課題について考察する。
- 2 地域医療において、ケアマネージャーや地域包括支援センター（湖南省高齢福祉課）の担う役割について理解し、地域医療に必要とされているものは何かを考察し、それぞれの職業についての課題について考える。
- 3 地域医療にかかる費用と大学病院などでの医療にかかる費用について、制度や対象について学び、地域医療の実践で医療費がどの程度削減されているのかについて考察する。

1、2については、こうせい駅前診療所での診療の様子や地域医療の仕組み、こうせい駅前診療所における患者層、疾患別の割合などを、佐々木医師から zoom を用いて遠隔で聴き取りを行った(5/18(火)、7/9(金)14時～)。ここで佐々木医師について簡単に紹介する。

佐々木 隆史 (ささき たかふみ)

2003年滋賀医科大学を卒業、家庭医・総合診療医。在宅医療に力を入れる医師で4年前から学生実習の受け入れ案内役を担当。診療上大切にしていることは、「その人が、その人らしく生きられるようにする」こと。

そして、ケアマネージャーの佐野氏、地域包括支援センター（湖南省高齢福祉課）の奥邸氏には、zoomを用いた遠隔で、ケアマネージャーの仕事内容や地域包括ケアシステムなどの制度についてインタビューを行い、在宅ケアやその制度について学んだ(6/11(金)3、4限)。また、メンバーのうち4人は実際に訪問診療に同行し、地域医療、在宅医療、訪問診療の様子を見学してスタッフに聴き取りを行った

(7/2(金)、5(月)、7(水)、8(木)午後)。

地域医療構想と地域包括ケアシステムの制度の概要は、「社会保障制度改革国民会議報告書」やその他厚生労働省の資料等を用いて調べた。

3 については、滋賀医科大学附属病院医療サービス課に直接聴き取りを行い、大学病院における入院費や医療費について学んだ。加えて、厚生労働省 HP など参照し地域医療について制度や役割について学習した (7/6(火)午前)。

【結果・考察】

1. 地域医療構想と地域包括ケアシステムの概要について

地域医療構想は、「病床の機能分化に基づき在院日数の短縮・病床数の適正化を目指す構想である」と要約できる。地域包括ケアシステムは、医療、介護、介護予防、住まいと日常生活支援を包括的に提供するネットワークであり、その利用は在宅が基本となるので、地域包括ケアにおける医療は外来もしくは在宅医療が主となる。滋賀県の地域医療構想において、地域包括ケアシステムとして強調されているのは在宅医療の整備である。滋賀県地域医療構想の重点事項に挙げられている「地域包括ケアシステムの充実」の項では、在宅医療の推進が大きく取り上げられており⁽¹⁾、甲賀構想区域における「地域包括ケアシステムの充実」の施策例として挙げられた 13 の施策の内 9 つが診療所や在宅医療に関するものである⁽²⁾。

この二つの仕組みは医療介護総合確保推進法で併記されているものの、両者の関係について、調べた範囲では法・行政的に明確な規定は見あたらなかった。

しかし、社会保障制度改革国民会議報告書⁽³⁾には「高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に進められるべき」とある。つまり、地域医療構想が掲げる病床の機能分化・連携に基づく迅速な退院には、「川下に位置する在宅ケア」、すなわち、退院後の医療ニーズに対処する在宅医療の整備などが不可欠になると位置付けられている。

また、「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第 1 次報告」⁽⁴⁾で公表された、地域医療構想における将来的な病床推計において、慢性期機能を担う療養病床は全体として削減する見込みである。これは療養病床等から約 30 万人分を在宅医療に転換することを前提としている。この認識は基本的に現在も踏襲されていると考えられ、「令和 2 年版厚生労働白書」の第 2 部第 7 章⁽⁵⁾でも同様の推計が記載されている。

これより、地域包括ケア、中でも在宅医療の整備は、地域医療構想のめざす入院日数・病床数の適正化を支える手段としても位置付けられるということがわかった。

地域包括支援センター(湖南省高齢福祉課)の奥邨氏へのインタビューによると、地域医療構想において、湖南省の属する甲賀区域では在宅医療の需要が 2013 年～25 年に約 1.4 倍に増えると推計され⁽⁶⁾、湖南省は、訪問診療体制の強化に向け、診療所間の連携システム(こなん在宅医療安心ネットワーク)を運用していることがわかった。同ネットワークにより、かかりつけ医が不在の時でも代わりの医師が訪問診療を行えるようになっており、佐々木医師からは、「このネットワークは医師間の相互教育の場としても機能している」と聞いた。

奥邨氏とのインタビューでは、湖南省は病院が少なく、(高度)急性期患者の半分ほどが甲賀区域の外に流出していること、そこで湖南省で医療機能を完結させるよりも他市との連携に力を入れていることがわかった。しかし、救急搬送等に関して甲賀区域を超えた病院との連携に課題を抱えているとも述べ

ていた。ただ、高度急性期病床を擁する滋賀医科大学附属病院の入院サービス課の話では、少なくとも退院調整に関しては甲賀区域内の病院とも連絡を取って転院を行なっているとのことだった。以上の話を聞いた限りでは、緊急的で構想区域を超えるような高度な調整に難があっても、(高度)急性期から回復期への移行といった地域医療構想の想定する病床間の連携は概ね上手く問題なく機能していると考えられる。

2. 地域包括支援センターについて

佐々木医師へのインタビューで、地域包括支援センターが持つ課題について話を聞いた。

地域包括支援センターの課題として、厚生労働省の資料で2014年から2025年で、訪問診療の需要が1.4倍になるという報告があり、診療所が受け入れきれぬのかどうかという問題があることを知った。今後病院と診療所が連携してより受け入れやすくシステムを構築する必要があり、更に緩和医療との連携、難病に対しての保健所のスムーズな対応が求められてくると考えた。

2016年以降、湖南市内の診療所13箇所で開催する先述の「こなん在宅医療安心ネットワーク」により、エリア内の医師同士が連携し合って、1人の医師に負担が集中しないようになっている。これにより一応需要と供給のバランスは取れているが、近年、ターミナルケアの需要が増加傾向にあり、今の体制で対応ができるのかどうか不明であるとのことであった。また、「地域で診る」ことは「家族を診る」ことであると学んだ。本人だけの問題ではなく、家族全員のケアも必要となってくるため、メンタルケアなども含めた、多角的な支援が必要となってくると考えた。

さらに、社会福祉の増進のために地域住民や家族からの相談・援助活動を行う仕事を行なっている民生委員が、新型コロナウイルスの感染拡大の影響で、地域住民の横のつながりが減り、初期相談の遅れや情報不足により、病院から家族への情報の伝達が遅れて困っているということを知った。このような状況ではオンラインでのつながり、みまもりが重要になってくるのではないかと考えた。

3. ケアマネージャーおよびケアプランの作成にかかる職種について

ケアマネージャーの佐野氏から、ケアプランの作成についての課題や困難な点、およびコロナ禍においてケアプランの作成課程や作成需要の変化などについて聞き取りを行った。その結果、ケアプランの作成については多職種が絡むことなので、職種間の連携を管理するケアマネージャーはスケジュールや時間関係の管理が一番大変な仕事であると学んだ。また、ケアプランの作成について障壁となることとしてお金の管理や、高齢者の保険適応が挙げられていた。お金の管理については本人確認の必要な場面もあり、認知症の患者さんのケアの事例では工夫が必要とのこと。また、65歳以上になると介護保険が優先になるため、障害者総合支援法により受けていた娯楽などに対するサービスの制限がきつくなる点が難しいとも述べていた。このようなケアにおける障壁をいかに解決あるいは緩和できるかが、今後の在宅医療の向上にもつながると考えた。さらにコロナ禍における変化としては、病院で入院しているとなかなか面会ができないため、「最期は家で看取りたい」という需要が増加傾向にあるようだ。それに伴い短期のケアに対するケアプランの作成も増加しており、いつも以上の迅速な計画や対応が必要とされている。コロナ禍によりそうした需要が出てきていることは事前の話し合いでも出ず、予想と異なっていたため、様々な角度からの対応が現場では求められることに気づくことができた。

4. 訪問診療について

① 7/2(金) 同行者；須賀

医師 1 名と看護師 1 名に同行し、10 軒程度の家庭を回った。今回の訪問診療はワクチン接種を兼ねており、殆どの家庭でファイザー製のワクチンを患者に接種した。ワクチン接種以外の業務は血圧測定、聴診等によるバイタルの観察、血液検査結果の説明や薬剤の処方が中心。トイレや食事の様子など、生活の様子も折りに触れて質問していた。

地域包括支援センターから紹介された 2 件の事例について述べたい。1 件目は日系ブラジル人の家庭で、患者は廃用症候群である。住居は非常に狭く、玄関の目の前に患者が横たわるベッドが置いてあった。転居を図り、生活保護といった行政との連携の他、患者家族から友人の電話番号を聞いて在日ブラジル人コミュニティからの支援も模索していた。2 件目はがん患者と同居する認知症の患者である。抗がん剤の副作用で同居人は倦怠感を訴える一方、認知症患者は興奮してワクチン接種を拒否した。認知症患者の部屋はテレビが大音量で点けばなしになっており、床に尿が染み付いて独特な臭いが充満していた。患者の服薬は進んでいない様子で、同居人には患者に服薬を促すよう勧めるとともに、患者の精神科における治療も提案していた。

② 7/5(月) 同行者；峯森

医師 1 名と看護師 1 名に同行し、2 つの施設を回った。1 つ目の施設では、2 人の患者を訪問診療していた。仕事内容として、看護師は血圧や体温、必要であれば SpO₂ などのバイタルをとっていた。医師は聴診や血液検査結果の説明、施設の人から食事・普段の様子を尋ねていた。また足の爪が伸びてきた患者には爪を切ったり、発疹が出ていた患者には手足や腕の確認をしたりしていた。2 つ目の施設はサービス付き高齢者向け住宅であった。基本的に行う診療は、先述の事例と同様であった。

③ 7/7(水) 同行者；三上

1 人目は 94 歳男性で難聴あり。コロナワクチンの接種を行った。2 人目は 82 歳男性で脳出血の既往歴あり。コロナワクチンの接種を行った。3 人目は 83 歳男性で廃用症候群のため寝たきり。コロナワクチン接種と採血を行った。4 人目は 86 歳女性で息子と 2 人暮らし、腰痛あり。お薬 BOX の交換とコロナワクチン接種を行った。以上の 4 人はデイサービスで日頃の体温や血圧、体重などを計り、その結果やデイでの様子を書いたファイルを佐々木医師がチェックしていた。5 人目は 69 歳男性で、神経因性膀胱に罹患しており、人工呼吸器を使用し寝たきり。採血結果やカニューレの交換、膀胱バルーン、必要物品の確認、吸引チューブ 1 箱、アルコール綿 1 箱、喀痰検査を行っていた。6 人目は 18 歳男性の障害児（てんかん発作あり）。人工呼吸器を使用し寝たきり。体格が小さく、ワクチンは打たなかった。

同行実習により、訪問診療がどのような雰囲気で行われているのかについて良く学ぶことができた。本実習の目標として、地域ならではの取り組みや課題を理解し、地域に根ざした医療について学習する事を挙げた。そこで、湖南省での在宅医療における現状と取り組みや、その課題について考察する。

1 つ目の湖南省の在宅医療については、2 日や 7 日のように個人の住宅に訪問するものと、5 日のように施設に訪問するものがある。分散して同行した為、両方の体験をする事ができなかった事は残念であったが、どちらも患者さんの生活環境や食事、トイレの様子を実際に肌で感じる事ができ、在宅医療ならではの経験だったと考えられる。

また、こうせい駅前診療所では、医師 3 名と他の多くの職種によって訪問診療を支える事ができていると考えられる。加えて、「こなん在宅医療安心ネットワーク」に登録している診療所が互いに補うようにすることで、地域での訪問診療が成り立っていると考えられる。

2 つ目に在宅医療の課題である。同行中に質問した在宅医療による医療費の削減の事について考察する。医療費であるが、確かに診療報酬の点数のみを見れば入院した場合と在宅で診た場合とで、大きな差があると考えられる。しかし、単純に診療点数だけによる計算ではないという事が、家族や介護施設

の職員の様子を実際に訪問する事でよく理解できた。国自身がみる医療費としては減少するかもしれないが、減った分の搬寄せが家族の介護力や移動時間などの診療所のコストとして現れると考えられる。

以上のことより、湖南省の現状としては、相互補助のネットワークや保健所とのネットワークにより、在宅医療を行えていると思われる。ただし看護師の勤務時間が16時30分までであり、その時間までに訪問を済ませないといけない。それによって1人1人に訪問診療する時間を大きく取ることが難しい問題も今後、在宅を望む人が増える場合には浮上してくると思われた。実際に同行した際には、患者さん1人1人に背景が存在し、行う診療も少しずつ異なるが、患者さんがすみ慣れた場所で過ごせるようにという思いはとても良く感じる事ができた。

④ 7/8(木) 同行者；兼島

佐々木医師に同行し女性宅へ往診に行った。血圧を測り、聴診を行い、「どこか痛いか」「自分で立てるか」などを確認した。佐々木医師はその際、「送り迎えなどはいいいので、安静にしておいて。転倒されたりすると、またこちらの仕事が増えてしまうから」などと声を掛けていた。

次に、西澤医師と訪問看護師と3人で、ある女性宅へ訪問した。外国籍で、大きなヤケドの跡がある患者である。猫を一匹部屋で飼っている。西澤医師は帰り際に「ネコが外に出ないように注意してドアを開いてください」と注意を促していた。

さらにある男性宅へ訪問した。タバコをよく吸う患者で親族から、「もう好きに生きさせてやってほしい」という話を聞き、その男性の飲酒や喫煙に対する指導等はされていない。医師は、「入院するとタバコも酒も飲めないで、そういう希望がある場合にも在宅医療を選択する余地はある」と話していた。

その後、老人施設へ訪問し、3人の往診を行った。一人目の男性は車いすで、「左脇のできものが気になる」などの話に耳を傾け、問診票などを記入し、15分様子を見てとくに異常は認められなかった。二人目の男性は気管切開し、しゃべることができない患者であった。冷蔵庫に経口補水液の備蓄がたくさんあったのを確認した後、聴診がなされ、異常はないものと判断された。三人目の女性は血液検査をする予定だが、「今日はあまりいい気分ではない」などと話しているのを聞き、「では、採血は今日ではなく次の機会にしましょう」と判断された。

訪問同行を終えて、家庭医には「希望に沿って柔軟に対応する姿勢」が必要だと感じた。そのために普段から訪問先の患者やその親族などと話し合っ、患者や親族の希望を聞いておくことが不可欠である。また、「外国籍の在宅患者が多い」などの周辺情報にも意識を向けておくべきかもしれないと感じた。人種柄、よくある疾患などに早期に気付ける可能性があるためである。

5. 医療費について

今回は大学病院の入院サービス課に話を聴き、地域医療（主に在宅医療）にかかる費用と入院日について比較した。結論としては一月あたり単純比較にして在宅医療の方が15,000円ほど医療費については安くなる。これより、単純に金額だけで比較すれば、在宅医療の推進により医療費の削減は見込める。しかし、在宅医療における家族やその他関わる人の労力を考慮すると、単純に在宅医療が良いとは結論付け難い。さらに社会医学フィールド実習発表会の際に松井善典医師（浅井東診療所）からも意見が出たように、実際に在宅医療の現場で働く医師は、「医療費が入院よりも安いから在宅を推し進める」といった考えは全くなく、「その人らしく生活を送ってもらうのが一番の目的」とのことであった。

医療費の問題について単純に比較する事はできないと言える。結局、患者自身がこういった風に最期を過ごしたいかによって医療は行われるものであり、あくまで主役は患者という事を忘れない事も大切であると思う。

【結論】

本実習では地域包括ケアとその課題ということで、地域医療の現状について佐々木医師から話を聞き、実際に現地でその実際を知ることができた。また、地域包括ケアシステムを担う、ケアマネージャーの佐野氏や包括支援センターの奥邨氏からは、地域包括ケアの基礎からケアマネージャーの仕事内容から困難なことまで幅広く学ぶことができた。いずれも、地域住民がその人らしく過ごせるような医療やケアを行えることを主題とされていると分かった。さらには、コロナウイルスの感染拡大やそれを防止するための対策によってそれらが制限されてしまっていることも同時に分かった。

【謝辞】

今回の実習及び報告書の作成にあたり、多くの方々にご支援いただきました。本実習のための調査にご協力いただいた、こうせい駅前診療所所長佐々木隆史先生、こうせい駅前診療所 2 階在宅ケアステーションひばり佐野様、地域包括支援センター(湖南省高齢福祉課) 奥邨様に心から感謝致します。主指導教員である北原特任准教授には、実習日時の打ち合わせから報告書作成まで、丁寧にもた多くのご指導をいただきました。心から感謝申し上げます。最後に実習環境を整えてくださった衛生学部門の教員の皆さまにもお礼申し上げます。ありがとうございました。

【参考文献】

- (1) 滋賀県健康医療福祉部健康医療課『滋賀県地域医療構想』滋賀県，2016 年，p.24.
- (2) 滋賀県健康医療福祉部健康医療課『滋賀県地域医療構想』滋賀県，2016 年，pp.89-90.
- (3) 社会保障制度改革国民会議. “社会保障制度改革国民会議報告書”. 首相官邸. 2013-08-06. <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>, (参照 2021-07-21).
- (4) 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会. “医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第 1 次報告”. 首相官邸. 2015-06-15. <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/shakaihoshoukaikaku/houkokusyo1.pdf>, (参照 2021-07-21).
- (5) “7-2-1 地域医療構想による 2025 年の病床の必要”. 厚生労働白書，令和 2 年度，厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/19/backdata/02-07-02-01.html>, (参照 2021-07-21).
- (6) 滋賀県健康医療福祉部健康医療課『滋賀県地域医療構想』滋賀県，2016 年，pp.79-80.