

わが地域で取り組む地域包括 ケアシステム構築の課題と展望

司会・進行 押淵 徹 国診協会長／長崎県・国保平戸市民病院長
 齊藤稔哲 宮城県・気仙沼市立本吉病院長
 内田 望 埼玉県・国保町立小鹿野中央病院長
 澤田弘一 岡山県・鏡野町国保上齋原歯科診療所長



わが国では、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行している。厚生労働省では、2025年を目途に高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している。

国保直診施設の約8割は、中山間へき地・離島の医療提供サービスなどが希薄な地域に立地し、日本のどこよりも早く超高齢社会を迎えた地域でもある。高齢者の方々が生まれ育った地域でどのように高齢者の生活を支えていくのかを日々実践し、出来上がったものが「地域包括医療・ケア」である。また、国保中央会原勝則理事長は、第58回全国国保地域医療学会（徳島市）主催者挨拶において「国保直診施設は長年地域包括医療・ケアに取り組んできた経験・ノウハウをいまこそ大いに発揮することが期待される」と述べている。

そこで今回は、地域包括ケアシステムの構築に積極的に取り組み、先進的な効果を上げている施設や地域に登場していただき、それぞれの地域での取り組みの紹介や課題・展望などについてお話しいただいた。



押淵 徹氏



齊藤稔哲氏



内田 望氏



澤田弘一氏

地域にオンリーワンの施設として 顔の見える関係が構築

押淵 地域医療56巻4号特集として、「わが地域で取り組む地域包括ケアシステム構築の課題と展望」というテーマで座談会を開催いたします。

私どもの国診協は、皆さん方も共通の認識だと思えますが、周りに医療機関がなくてほとんど自分たちの診療施設の中で賄い、取り組んできた地域包括ケアシステムです。今、いろいろなところで地域包括ケアシステムが言われています。それぞれの地域によって違いがあるでしょうけども、その地域でそれぞれに、特にオンリーワンの診療施設のところで取り組んでいる中で、さまざまな課題や将来的にはこういった方向をたどっていきたいという設計もおありだと思います。そういうところをご披露いただきましたら、国診協の会員の仲間に呼びかける意義も果たせるのではないかと思います。では内田先生からお話をいただきましょうか。

内田 町立小鹿野中央病院の歴史を紐解いてみますと、介護保険が始まったのが平成12年ですが、すでに平成4年の時点で保健・医療・福祉サービスの調整会議を開いて要介護者の支援を始めています。私は小鹿野に赴任してまだ3年なのですが、介護保険制度が始まる前から、行政主導でこのようなシステムを作って取り組んでいることは驚きであり、当院というよりは当町の大きな特徴であると思えます。

平成14年には訪問看護ステーションや在宅介護支援センター、ヘルパーステーションなどを併設した総合保健福祉センターを開設しています。この総合保健福祉センターは、病院と同じ建物の中にあります。よく

言われる「顔の見える関係」がこのころからできていたのでしょうか。聞くところによりますと、そのシステムをつくるに当たっては、宮城県涌谷町や山形県最上町を視察して、最終的には広島県のみつぎ総合病院を参考にしながら、山口昇先生から直接アドバイスをいただき現在の地域包括ケアシステムの基礎をつくったそうです。

実は私は小鹿野町に来る前、高知県梶原町で勤務しておりましたが、驚くことにそこも小鹿野町と同じような体制だったのです。病院と同じ建物内、まさに一つ屋根の下に保健福祉支援センターが併設しており、介護保険制度が始まる前からサービス調整会議を始めていました。両地域とも、自分たちのやってきたことに追随する形で介護保険制度ができたといっても過言ではなく、そこは大きな特徴だと思います。

人と人をつなげる地域の接着剤から 後追いで施設との強いパイプに

押淵 内田先生のお話を参考にして、地域包括ケアシステムの課題と展望についてディスカッションしていこうと思います。齊藤先生のところはいかがですか。

齊藤 気仙沼市本吉町は、平成21年に日本吉町が気仙沼と合併して気仙沼市に組み込まれましたので、町立の本吉病院からその後市立になりました。気仙沼市には気仙沼市立病院という基幹病院があって、2つ病院ができたことで当初、立ち位置が難しいところではありました。その後、東日本大震災が起こって、それを契機にわれわれの気仙沼市立本吉病院は地域包括ケアを目標に、その人の生活を支援する病院という特色を出して運営していく方向になりました。

われわれの病院は多くの国診協の施設がそうである



ように、地域で唯一の医療機関ですが、一方、保健福祉の機関は多くあり、ケアマネジャーさんも多くおられます。医療機関が地域に一つというのはメリットにもなり得て、いろいろなところと手をつなぎやすいのです。機関同士がつながるといえる考え方もありますが、そこで働いている人と人とがまずつながるように、地域の接着剤になる活動を7年間行ってきました。

今は老健なり特養なりグループホームなり、ほかに障害者福祉施設もありますが、そこで出会えば立ち話ができる関係性ができてきました。地域包括ケアシステムと言って、何かシステムというと大きなもののように見えますが、そういったつながりなのかなと思っています。

押淵 要は地域包括ケアシステム本吉版、小鹿野版として地域それぞれで特色があり、日本全国同じような金太郎あめではないのですね。地域は同じものではなく、それぞれに地域包括ケアシステムがあって当たり前だと思っています。先生のお話を聞きますと、顔と顔の見える関係が構築されていったのは、医療機関同士の最初からのやりとりではなくて、住民の方々を挟んでの話ですね。

齊藤 はい。

押淵 そういふところからつながりができてきたので

すね。住民の方々が老健施設やいろいろな要介護施設に入れられて、そこで機関同士の連携ができてきた。そういうことは、とりもなおさず地域を見ているからだと思います。そうでないと機関同士は住民を不在にするところがあるのです。機関同士が先に手をつないだことになると、それぞれに運営方針に合う手のつなぎ方をしてしまう。だから私は、先生がおっしゃったように、手探りであるとか、あるいはルールのない連携の仕方から始まっていったのは意味があるのではないかと考えています。

齊藤 以前、鳥根にいたときに行政職に就いたことがありました。行政での初めての仕事でしたから、どのように関わるか思案しました。そこでまずは御用聞きに回ることにしました。皆さんの困りごとを私が何かしら担うことができないかとうかがうことで、行政の皆さんとの協働が少しずつできるようになってきました。

本吉病院に移ったときも、老健施設や特養でも困っていることが多い印象を受けました。最期まで施設で生活をしていただきたいと思っても、さまざまな要因で難しいこともあります。であれば、そこは私たちにできることがたくさんありますからどうぞと言っていると、ありがたいことに、ある特養で看取りの数がどんどん増えてきました。病院が最後を担保してくれるのであれば私たちはやれるところまでやりますと言ってくれる、そういうつながりが少しずつできてきたのはうれしいと思います。

一人3分ずつの小話で笑いをとってから スタッフ会議を始める地域もある

押淵 澤田先生、鏡野町ではいかがでしょうか。

澤田 介護保険が始まる平成12年に先んじて、平成7年に医療と介護を同じ建物におさめた総合福祉センターをつくりました。その時は村の単位であり、センター内に行政（保健福祉課）と社会福祉協議会、内科診療所および歯科診療所がありました。内科診療所には、村内の民間の開業医に、歯科診療所には岡山大学歯学部附属病院歯周病科から非常勤医が担当することにな

りました。

私は平成10年に当村に赴任し、今までの治療のみならず、医療・保健・福祉を一体として提供したいと思い、国民健康保険歯科診療所にしました。さらに内科診療所の医師が引退されたことを機に、内科も国民健康保険診療所にし、2つ隣の国保鏡野病院から医師を派遣してもらうようになり、現在に至ります。

平成16年に4町村が合併し、現在の鏡野町になり、総合福祉センターから行政（保健福祉課）が抜け、30km離れた本庁内に移転しました。

ソフトの面では旧4町村ごとに、「顔の見える関係」を構築するためのそれぞれの会議体（スタッフ会議、地域ケア会議など）があります。ある地域では、本題に入る前に、1人3分の小話で笑いをとることが義務付けられている会議もあります。その内容は、私的なことや子どものこと、社会問題のことなど多岐にわたります。

押淵 そのスタッフ会議では、中心的な役割は誰が担うのですか。

澤田 行政が主体になって運営しています。医療・介護の専門職のスタッフ会議は赴任当初から行っており、事務局は社会福祉協議会にあります。

押淵 医療機関主導になって医師や歯科医師がリーダーシップをとることになると、ほかの職種の方々が萎縮し、なかなかものが言えない関係ができ上がってしまうことがあります。私もその点を反省しています。先ほど述べられたように社協の方が主催することになると、意見も出やすいのではないですか。

澤田 そうですね。また、別の地域では司会と症例紹介をする人を毎回変えています。医療および介護関係者が参加し、さらに公的な施設だけでなく民間にも参加してもらっています。

押淵 持ち回りにしているのですね。

澤田 そうです。

押淵 それはいいことですね。澤田先生から地域ケア会議かそれに類似した集まりのお話が出ましたけど、皆さんのほうはそういう点ではいかがですか。



会議は医師主導型ではなく 何でも話せる雰囲気づくりが重要

内田 当院でも2週間に1回、包括ケア会議と地域ケア会議を開催しています。それぞれの部署がどんなことを行っているかをお互い発表し合うのが包括ケア会議で、在宅から入院してきた人や外来で困っている人たちの情報共有と今後の方針の確認、検討などを行っているのが地域ケア会議です。そのほか、毎週行われている緩和ケア会議では、病院職員である医師、看護師（病棟・外来）、栄養士、療法士（PT・OT）、MSW、保健課職員の保健師やケアマネ、訪問看護師に加え門前薬局の薬剤師や施設職員といった官・民の多職種が参加します。また、退院前や在宅での担当者会議はしょっちゅう開催されています。実際こうした形で顔を合わせることは大事だと思います。

押淵先生がおっしゃったように司会は持ち回りで、何でも話せる雰囲気をつくるのがいいようで、大きな病院から来た研修医などは、「多職種の人たちがとてもよく発言されて、本当の会議の姿を見ました」と言ってくれました。それがわれわれにとっても自信になったりします。

澤田 そうでないと本当の課題などを言ってもらえま



せんし、それがないとこちら動きようがないですね。

内田 そうですね。

押淵 特に医師や歯科医師から課題を投げられたり、あるいは一つの答えや解決策を言われたりすると、本当はそうではないと思ってても、つい引くところがありそうな顔つきをしていますね。そういう意味で齊藤先生、いかがですか。

ケアマネからの問題提起で 医療目線から生活目線へ

齊藤 私たちのところでは、患者さんのご自宅でケアマネさんが訪問入浴、介護用品の担当者を集めて担当者会議を頻回に行っています。ありがたいことに私たちの訪問診療に合わせてくれています。そのほかには、皆で集まるというのではなくとも、ちょっと心配な方にはケアマネさんが訪問時に同行してくれます。私たちはどうしても医療目線でものを語ってしまうのですが、患者さんやご家族がなかなか言い出しにくい、生活面での困りごとを問題提起してくれますので、いいきっかけになります。そのように言っただけだと、医療としてここはかかわれるとの提案もしやすくなります。

ほかに月1回ですが、ケアマネさんとの合同会議を

開いています。これには本吉のケアマネさんに集まっていますが、その中から今日の症例発表の人を決めて、困難だと思っている方の情報を提供しつつ、みんなで話し合っています。やはりみんなで一緒に考える機会を設けることで、自分が困ったときにすぐ相談しやすい関係性をつくることができます。これも続けてよかった取り組みの一つかなと思っています。

押淵 それぞれの会でケアマネの方々に定期的に発表の機会を持ってもらうわけですね。

齊藤 そうですね。

押淵 そうしますと自分が忘れていた、あるいは見落としていた視点がまたそこで自覚してもらえるので、大きく質が上がることになることもありますね。

齊藤 そうですね。症例を提示してくれた方やケアマネさんでも見方がそれぞれあって、気づきの場になっていますし、事業所は別々ですがケアマネさんが集まると地域でみんなで協働しようという気持ちも生まれてきます。

押淵 澤田先生のところはいかがですか。

医療は有限でケアは無限 住民主体で専門家が後ろからサポート

澤田 まさにそうだと思います。いろいろな方との風通しをよくして、課題もいろいろな方が関与すると解決しやすくなります。よく医療は有限でケアは無限と言いますが、治らない病気は歯科でもあります。ケアは家族を含めたさまざまな職種が関わることができ、最期の時まで無限にできます。さらに、住民からケアに関する知恵をどんどん出してもらうことが大事であると思っています。

できるだけ住民主体で、住民自身で行っていることに関して、専門職が後ろからサポートするという姿勢が継続性や本当に必要なものを提供したり仕組みを作ることに寄与すると考えます。

押淵 そうですね。それぞれの地域での大変貴重な実情を基礎にしたお話を伺いました。ここにお集まりの方々は同じような思いで、それぞれの地域で活躍、活動されているということがよくわかりました。

さて、それではこれから先、どういったことが課題として残されているか、あるいは考えられるかということがおありでしたらご披露いただければ、それぞれの地域に持って帰る題材が出てくるかもしれません。

今まで取り組んでいる過程の中で伺ったところ、齊藤先生も澤田先生のところも合併後は自治体の中心から離れてしまった。私のところも合併後、中心から離れてしまいました。それで取り残されている感が非常に強いのです。そういったことにこだわらずで結構ですが、課題が何かおありでしたらお教えます。

齊藤 私たちの本吉町は人口1万人規模でまとまっていますが、気仙沼市全体では6万4,000人ほどで、本吉以外の5万4,000人の地域にいかにか包括ケアを広げていくのが課題です。開業しておられる先生方も高齢化し、包括ケアを担うことが困難になってきており、中核病院は急性期で手いっぱい。これまで何とかやってきたから在宅までしなくてもよいのではないかという風潮もあるなかで、在宅も含めた地域包括ケアをどこまで構築するのか、そこにわれわれがどこまで関わることができるのか、今その議論をしているところです。

自治体の中心から離れた地域での医療は 枠にはめられない自由な発想が可能

押淵 実は自治体の中心から離れたというネガティブの面もあるかもしれませんが、逆に言えば、その地域の中心部からコントロールを受けずに、その地域で求められている課題を抽出した上で解決策を図っていくことを積み重ねていくうちに、全市的に広がっていくことになる要素が随分あるのではないかと思います。

私は32年前に平戸に赴任したときは島の南半分のところ、そこは本当に医療から取り残されていました。医療機関があるのは市役所のある市の中心部の北部で、そこに県内でも医療密度としては一番高い病院、診療所群がありました。そこから離れていますので、医療の面だけでいえばやりやすかったですね。

私と私の周りにはいる医師、あるいはスタッフと一緒に、いろいろなことを行っているうちに、その自治体の中で常識になっていることが、本当は非常識



なことだということを経々に医師会委員が気づき出して、ちょうど病院、診療所完結型の医療から病院、地域完結型の医療にシフトする時期に私もたまたま出くわしたせいかもしれませんが、われわれに標準を合わせてくれるようになりました。在宅ケアなども私たちが先に手をつけて後追いついてくることになって、それで広がっていったという面があります。従来のやり方から離れた自由な枠にはめられない発想でやっていける面では、私の性に合っていたと思います。そういう面では今となってみたら、ああ、やってよかったなということが、きっと先生のところにも出てくるだろうと思います。

澤田 そうですね。合併前と比較して自由度は減少しています。私は当町国保運営協議会の会長をしています。この会議は議会議員、医療関係者および住民代表が同数ずつ出席しています。疾病構造分析や保健事業および保険料など、専門的な議案を検討する会議です。昨年財政面の管理は県に移行しましたので、この会議の役割は保健事業に重要度が増しています。そのため、今まで参加していなかった保健師が参加し、特定健診結果、特定保健指導の参加率や内容について議論できるようになりました。すなわち、地域包括ケアシステムの話がこの会議でよりできるようになりました。

押淵 これから先の展望にもなるかと思いますが、保険者努力支援制度は県単位になりましたが、その地域ごとに税の徴収を決めていく機能、根拠にポイント制が付されています。その地域で特定健診受診数がどれくらいあるのか、特定保健指導がどれくらいあるのか、重症化予防対策にどれだけの事業を展開しているのがポイント制になってその課税負担の割合が決まっていく仕組みになっていますので、厚労省としてはそこは国保直診に期待するところです。これから先の展望は明るいものではないでしょうか。

澤田 保険者努力支援制度には歯科検診のポイントがついています。糖尿病重症化予防対策にも歯科がかかりますので、そういったところを住民の方たちにお話をさせてもらっています。

押淵 従来からの糖尿病重症化予防対策に生かされることになりますね。むしろ今までやってきたことが、新しい合併先の自治体に生かされていく一つの例ではないでしょうか。そういった事例をお持ちではないですか。齊藤先生は気仙沼市で地域ケア会議等を多職種連携で定期的に行いながら、住民を中心にしたケアのあり方をディスカッションしている。そういったスタイルは気仙沼市全体で見渡したときいかがですか。

ケアマネと医療者間で 連携フォーマットを統一して連携を強化

齊藤 東日本大震災を契機に気仙沼市全体でも、月1回多職種連携会議が開かれるようになりました。その成果として、ケアマネさんと医療者間の連絡をスムーズにするための統一連携フォーマットができました。これまではケアマネさんごとに独自の連絡票を使用していましたが、統一したことで、連絡内容がわかりやすく、記載にかかる時間が短縮されるようになり、情報を交換しやすい環境ができました。連携フォーマットの成功をきっかけに、その他の書類も統一できないかという機運が生まれ、老人福祉施設入所のための情報提供書を統一するに至りました。

これまではA施設では細かいけれど、B施設ではおおざっぱな内容の様式というように、施設により情報

提供書の内容にばらつきがあり、情報提供書の記載が大変でしたが、これも多職種連携会議がたたき台をつくり、市の医師会や施設に認めてもらって、統一フォーマットにしました。さらにこの情報提供書は複写使用を許可できる様式になっており、複数の施設に申し込むときにも1枚の情報提供書を作成して、医師が複製の許可を提示すれば、ケアマネさん権限で複写して複数の施設に提出できるようにしました。

先ほど述べた当地の課題として、地域包括ケアの担い手の不足をあげましたが、担い手が不足しているがゆえに、連携をしやすくするツールを活用して、地域をカバーしようという手法で対応するようになってきました。

押淵 内田先生のところはどうか。

内田 ちょっと違う話になってしまうかもしれませんが、当町は保健師がすごく頑張って地域包括ケアをつくってきた歴史があります。言い換えると、地域連携に関しては病院が今一つだった感は否めません。あくまでも個人的な意見ですが、病院はむしろ医療に特化し、包括ケアや地域連携といった関わりをあまり重要視していなかった。その分、保健師を中心として行政が頑張ったのではないかと想像します。結果、健康づくりや健康教室を行政中心にどんどん行ったことで、後期高齢者の医療費が安くなったのではないかと思います。

実際、当町の年間の後期高齢者医療費は平成29年度が約70万円でした。埼玉県平均は84万円、全国平均が94万円なので格段に安い。これがずっと続いているのです。そこに病院がうまく乗ってこれるといい。現在は一次予防、二次予防、三次予防から終末期、看取りに至るまで比較的シームレスに連携が取れてきています。今後ますます保健師をはじめとする行政と連携をとっていきたいものです。

その中で、私個人の意見になりますが、私は常々地域包括ケアとは「この町で死ねてよかった」と死をタブー視しない形で展開することだと思っています。そんな思いもあって、病院で毎年行われている健康ふれあいフェスティバルというイベントで3年前から「入



棺体験」を取り入れました。自分もいつかはあの世に行くのだということを改めて覚えておいてほしいためです。

当初はあまりの奇抜な発想に引いている方たちもいましたが、やってみると案外反応がいい。死に対しても少しずつ理解は広がっていると感じますが、まだまだです。もっとその辺も広めていかないといけないと思いつつも、そこは課題なのかなと思っています。

押淵 そうですね。

人生会議（ACP）の研修会を 住民レベルで開催

内田 運営のことも考えながら組織の中など、いろいろなことをどうつなげていったらいいのか、その辺はもやもやしてるのが、一番の課題なのかもしれません。

押淵 その課題の中の一つに名称は変わりましたが、人生会議（ACP）というものがあります。これにどう取り組んでいくのが悩ましい。その糸口が見つけにくいと私は思っていますが、皆さん方はどうですか。

澤田 内田先生の言われるように、住民自身が自分の地域で最期を迎えることをイメージする機会を設けることは重要だと思います。当町でもACP（Advance Care Planning）人生会議の研修を住民とともにしています。

内田 手っ取り早いのが入棺体験です。とりあえず入ってみて出てきたとき、「人生考えようかしら」と思う人もいます。嫌な人は入らないですけどね。

長生きするための医療から 満足いく死のサポートを考案

押淵 今までの医学はとにかく長生きしよう、長生きするためにはどういう治療が必要なのかに随分エネルギーを注いできたと思います。そして最終的に残っているのがどのように、いかに死んでいくのかという話だと思います。これは医療従事者たちには、死ぬということは敗北感を味わうことになるので、本来の意味が別にあるような気がします。敗北感ではなくて、達成感に変わる何らかの住民との合意といいますか、合意形成が必要になるのではないかと思います。漠然としか私もわからないんですが、そういう意味では入棺体験はどうなのでしょう。

内田 初めて聞いた人は、「何をやっ取るんじゃ」と驚かれることが多いですね。

押淵 いやいや。私は先生の発表を聞いて、私がまったく着想もなかった話で、これは参考になると思いました。しかし、そこに至るまでには人間はいずれ死ぬという自覚を、どうやって住民の皆さんが持っているかになるのではないかと思います。

内田 そうですね。これまでもいろいろなところで健康教室に行ってきました。“早期発見は大事”“生活習慣病とはこんな病気”“悪い生活習慣を見直すこと”“できるだけ元気で長生き”など。しかし、多くの看取りも経験しながら、なんかちょっと違和感があるとも感じていました。ある時に、「どうやって死にたいか」と問いかけるような話をする、結構受けたのです。それからどうやって死にたいかを考えることで、どう今を生きるのかという話にもつなげています。できるだけおもしろおかしく死ぬ話をする。

齊藤 確かに終着点としての死から逆算していった、満足いく生き方を構築するためにはどうしていくのかという発想は大切だと思います。大きな病院は病気を治療することを目的に活動していますが、われわれ中小規模の国保直診は満足いく生き方の構築、すなわち、満足いく死をサポートすることも活動の大きな目的になるのではないのでしょうか。

ちょっと話が変わるかもしれませんが、最近ありがたいと思うのは在宅支援のヘルパーさんも訪問入浴スタッフも、在宅で亡くなることについてはそれほど拒否感を持たなくなってきたのです。この方はお風呂が好きだけど入浴中に急変したら大変と、今までなかなか手出しできなかった。しかし、お風呂の中で逝けたら最高と前向きにとらえてもらえるようになり、かなり末期の方でも、その方が望む場合には入浴の提案ができるようになりました。

以前は生きる時間を長くすることが善であって、どういう状況でも長ければいいといった風潮でしたが、その後皆とかかわる中でどのようにして、どういう気持ちで生きていくかが大切なのだと変わってきた気がします。施設の看取りもそうですし、訪問入浴でのエピソードもそうなんですけど、亡くなることを恐れなめいとすると語弊がありますが、それはあるものとして受けとめていますね。

一人暮らしの在宅看取りができるかが 地域包括ケアの一つの完成形

押淵 そこまで皆さんたちの気持ちを育てていくって

いうのは、もう本当に難しいことではないのかと思っています。

内田 私が思っている一つの完成形は、ひとり暮らしの在宅看取りができるかどうかだと思ってますし、実際に全国のあちこちで行っている地域もあります。また、当院でもこれまで何度か一人暮らしの看取りをさせていただきました。しかし、ここにはスタッフの多大な理解が必要になってきます。というのは、もしかすると第一発見者がヘルパーさんやケアマネさんになる可能性がある。最初はやはり抵抗もあったようですけれども、今では十分皆さん理解してくれ、最期はあわてずに訪問看護や病院に連絡してくれます。ある意味、これが本当の地域包括ケアの形かなと思います。

押淵 そうですね。介護保険がつくられたときに、社会的に介護を負担すると言われました。独居生活であっても自立した生活が営める社会的支援をどうするかということです。どのように1人で死んでいけるかを内田先生はおっしゃったように思います。これはちょっと大きなテーマですね。看取りをした方々の満足がどこにあるのかです。ずっと病院なのかどうか。看取りされた方々の状態も紹介していきながら、最終的には在宅死がなぜ進まないかという問題があります。

いろいろ要素があるかもしれませんが、一つは家族の都合といいますか世間体もあります。医療もちゃんと受けさせずに家で死なせてという言い方になります。それが周辺へおもんばかった方法になって、病院死を選ぶところがあります。強固に自分は家で死ぬんだという方たち、あるいは死ぬことが運命づけられているがん死の方々にはそれは受け入れられるのですが、寝たきりや慢性の疾患を持って過ごしているの方々の中には、そういった周りからの目もあるように受けとめられます。

最終的には地域の方々の認識が、家で過ごして見送ったほうが家族も本人も一番よかったねと思える合意と言えますか、その常識をどうやって育てていくかですね。それは包括ケアの大きなテーマだと思います。

歯科医師にも死亡診断書を記載してもらい 看取りにもかかわってほしい

内田 そんな気がしますね。ところで以前、広島県北広島町の雄鹿原診療所長である東條先生が歯科の先生とコミットして死亡診断書をどう記入するのかを検討していました。澤田先生は死亡診断書は書かれますか。

澤田 書いたことがないです。

内田 歯科の先生は書けるには書けるのですよね。

澤田 舌がんの患者のお看取りを在宅でされた方の死亡診断書を歯科医師が書かれたことはあります。

内田 看取りに関していうと、歯科の先生もぜひどんどん関わってもらってもいい気がしますね。

押淵 確かにそれは大切なことだと思いますね。

内田 死亡診断をするということですね。ぜひ歯科の先生にもお願いしたいと思います。

押淵 本当そうですね。

内田 話は変わりますが、齊藤先生が地域の接着剤になるといった言葉、心にすんと来ました。そうだなと思います。地域包括というのは皆をどうつなげるかです。それによって、いろいろなことに対応ができるようになる。どの組織でもそうですが、新しいことをやろうとしたときに、中にはどうしても抵抗を示す人がいます。

齊藤 そうですね。

内田 みんなで何とか手探りで作り上げていった過程というのが、それぞれの地域の実情にあった包括ケアの構築につながった。できる方法をみんなで探そうというのが地域包括の醍醐味なのかと思ったりします。

大多数が抵抗勢力の時代 さしみの法則を励みに乗り切る

押淵 先ほど言いましたように病院完結型の医療から地域完結型にシフトしていくときは、今でこそそのように分析できますが、やみくもにいろいろなことを試行錯誤した時代は、本当に大多数が抵抗勢力でした。当院の職員の抵抗勢力が一番つらかったですね。

内田 そうですね。

押淵 医師会の皆さんたちからいろいろ抵抗受けることは何てことはなく、患者さんさえ満足させればという思いでしたが、自分と一緒に働いている職員からの抵抗で心も折れそうになったのですが、そのときに、私の高校時代の友人から励まされた中に、「押淵君、さしみの法則よ」と言われたことが印象に残っています。これは3割賛成者がいたらいい、4割は中立、3割の反対者がいるとのことで、これが世の中よと言われたときに、ああそうかと思いました。

内田 3対4対3ですね、さしみの法則。

押淵 それを励みに乗り切りましたね。

内田 当院は2019年4月から療養病棟を廃止する形で病床再編をすることにしました。現在、看護師をはじめとするスタッフの配置をどうするかで現在調整中です。また、今後はホスピスも作りたと思っていますが、今以上に課題も出てくるのだらうと思っています。

押淵 スタッフの大半は変化に抵抗する。見えない姿を嫌うわけですよ。当院も大変でした。ただ、中には理解して一緒にやろうという人はいます。その人たちを頼りにいろいろなことを行ってきました。

変わることの拒否感はどこも同じ 時間をかけて変えていくことも必要

齊藤 私の病院での大きな変化をあげるとすると、摂食の訓練でしょうか。震災前は当院ではそのような活動を行ったことはなく、歯科の先生が支援に来てくれて活動が始まりました。私も一緒にやっていましたが、怖いですね。自分で食べさせた一口で誤嚥したら自分の責任になります。取り組み当初は活動に参加してくれるスタッフは少なかったです。2～3人から始まって、頑張って食べさせた人がすごくよくなりました。そういう成功体験を積み重ねるのには何年もかかりました。何年もかかって、今はみんな普通に食べることができています。うちのスタッフを褒めたいんですけど、どこの病院のNSTよりも上手に食べさせていると思っています。

変わることへの拒否感が多分どこでも同じですね。やっぱり時間をかけることも一つの作戦かなと思います。



す。また病床の話なんですけど、私たちがゼロからスタートして、もとは38床でした。その38床のうち9床を潰さないといけなくなりました。27床がマックスになりました。そういった取り組みをしながら当初は患者さんの受け入れを10名に抑えてくださいということでした。次の年12名、15名と増えて今20名です。私たちの人員でいくと経営的にはすごく効率が悪いのですが、これが目いっぱい活動だろうと考えています。ここに至るまでに7年かかりました。

内田 ありがとうございます、参考になります。

齊藤 ホスピスなどの大きな改変は、やはりなかなか難しいものがあります。

内田 そうですね。

齊藤 ただ、必ずできますよ。

内田 そう、夢を諦めずに進めていきたいですね。

変わらない場合は民間に依頼して 周りを動かすこと

澤田 変わる場合もありますが、変わらない時は民間の事業所と協力して行くと変わりやすくなることも経験しました。現在、国保歯科保健センター事業では、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士および管理栄養士と活動しています。これらの専門職は、常

勤でお雇いするほどニーズがないので、地域の民間病院や在宅におられる方々をお借りして携わってもらっています。特に地域では専門職のシェアが重要であり、民間の協力も助けになっています。

内田 公的な機関だと、土日の事業活動は難しいですかね。

澤田 事業活動に対して抵抗もあります。

押淵 私はそれこそ3割の味方とともにどんどん進めていきました。そうしたら民間がついてくるようになりました。民間は収益の上がないものはやりません。それで当院のスタッフも民間も乗り出してくれるようになりました。

内田 周りを動かしたのですね。

押淵 はい、味方をつくることです。理学療法士にそういった社会性に富んだ人がいました。それから当院の准看護師ですけど、院長が言っていることを少しでも勉強しようと、捨て身の構えから始めました。そうしたら准看護師のほうが数が多かったということもありますけども、看護師のほうが取り残されてしまったのです。院長がやろうと言っているからやってみようかと、自分たちにバリアーをついていない人たちが結構いました。あとは全部院長の私が責任を持つからということで動いてきました。

先ほど厚労省の方にお話したんですが、タスクシフティングは医師の働き方改革に貢献しますかと話したのですが、あの9つ出ている大半は言われる前から私たちはシェアをしていましたってと言ったら笑い話になりました。

昭和61年だったと思いますけど、高知で開かれた全国国保地域医療学会で、医事評論家の秋山ちえ子さんが講演されました。その中で沢内村の話が出てきました。その国保直診では冬になると越冬入院を行っているのです。大変厳しい状況ですが、いろいろなことを行っているのです。病院で保健事業を行うのは、その当時は自主的にどんどん保健事業も行っていました。

それとも一つ、九州のある町の町長さんが自分の町に医師を呼び込もうと、一生懸命いろいろな大学の医学部を渡り歩いたのですが、どこも出してくれない。もう悲嘆にくれていたのですが、しかし考えてみれば、病人をつくらない町にすればいいのではないかと思って、保健師の活動をしっかり行っただけと言っていました。それらのことで保健事業を一生懸命やろうと思ったきっかけになりました。それと今まで取り組めていなかったことをいろいろと行いましたが、一番最初は訪問診療です。

内田 それがいつごろの話なんですか。

押淵 昭和61年ですね。60年に平戸に赴任したときは、私の病院の周りにたくさん寝たきりの人がいました。その人たちの家族が病院に薬をとりに来るのです。以前の先生方は、家族の言う症状に合わせて薬を処方していました。極端な話、便秘しているからといって下剤をずっと出していました。そうするといつか下痢になります。下痢してまますという、では下痢どめを出すと、そういうやり方をしていました。

それでびっくりして、これはだめだと思ってこの地域を4つに分けて月に1回金曜日の午後、当院の総婦長で地域に明るい方を先頭に、往診かばん持って心電図下げて訪問診療を行いました。往診料を請求していたのですが、保険診療を行う医師がこれでは困るということで、診療報酬の返還をさせられました。そうし

たら5年後に訪問診療制度が発足しました。

必要に応じて動いていくことで 制度が後からできる可能性も多い

内田 押淵先生がおっしゃったように、自主的に必要に応じて動いていく、それで後からその制度がついてくる。最初に申し上げた、当院や高知県梶原町の動きの後に介護保険制度ができたのもまさに典型例ですね。われわれが、地域の中でここが課題だと思ってやっていることで、後から制度ができてくる。そういうことも結構あるんですね。

押淵 たくさんあります。2019年1月の地域包括医療・ケア研修会で「在宅看取りと平穏死」をテーマに長尾和宏先生が述べられた、死亡診断書を記載するのに死亡現場に立ち合わなくてもいいというのは最近の解釈です。当時は死ぬときは医師が立ち会うことになっていました。私はそういうことは無視していました。死亡時刻だけ電話で言ってもらえればいいと思います。

内田 そうですね。そうでないともたないです。当院の療養病棟にもたとえば、高齢で在宅酸素療法中のCOPDの方における越冬入院などがあります。

押淵 そうでしょう。農繁期があるときには、家族に要介護者がいたら大変なんです。そのときは入院させます。そして、農繁期が過ぎたときに帰します。それをレスパイトケアと私が言っていました。

内田 レスパイト入院という言葉も定着しましたね。

押淵 そうですね、レスパイトという言葉が医療・ケアの領域で普通に使われるようになりましたね。本日はご多忙中のところ齊藤先生、内田先生、澤田先生、地域医療誌特集座談会にご参集いただきまして、誠にありがとうございます。「わが地域で取り組む地域包括ケアシステム構築の課題と展望」をテーマに実りある議論ができたのではないかと考えています。これで座談会を終了させていただきます。誠にありがとうございました。

全員 ありがとうございます。

(平成31年1月19日収録)