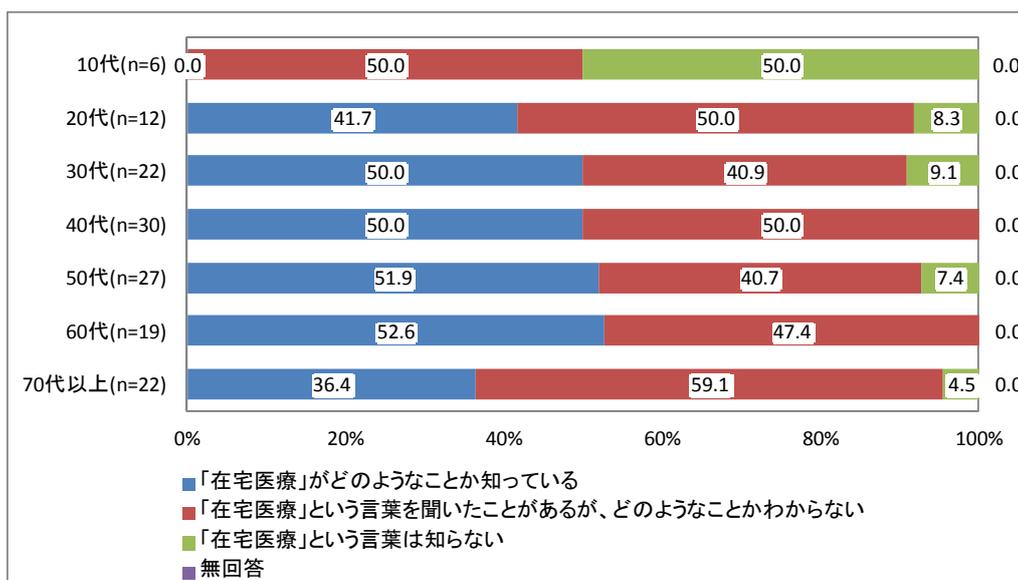


図 2 年齢別「在宅医療」の認知度



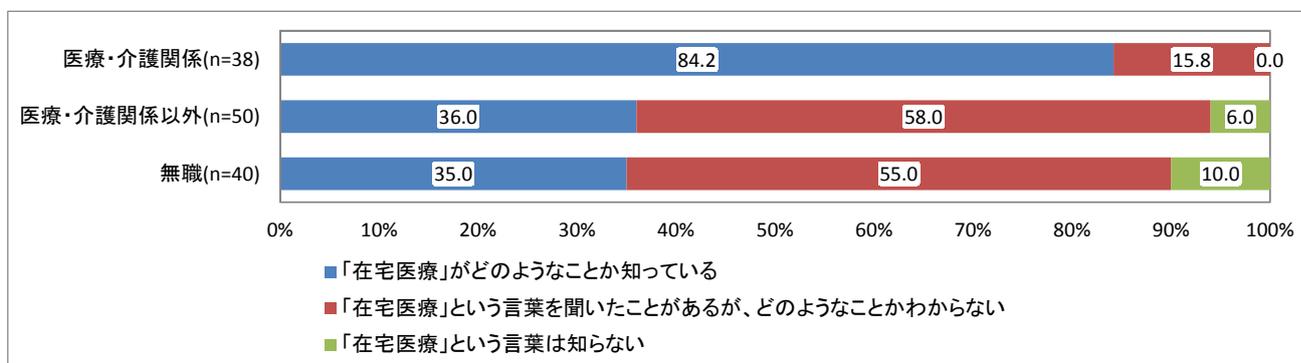
#### 4) 職業別

職業別にみても、「医療・介護関係」では「『在宅医療』がどのようなことか知っている」が84.2%を占め、「『在宅医療』という言葉聞いたことがあるが、どのようなことかわからない」は15.8%で、「『在宅医療』という言葉は知らない」人はいなかった。

「医療・介護関係以外」では、「『在宅医療』がどのようなことか知っている」は36.0%で、「『在宅医療』という言葉聞いたことがあるが、どのようなことかわからない」が58.0%を占め、「『在宅医療』という言葉は知らない」は6.0%となっている。「無職」では、「『在宅医療』がどのようなことか知っている」は35.0%で、「『在宅医療』という言葉聞いたことがあるが、どのようなことかわからない」が55.0%、「『在宅医療』という言葉は知らない」が10.0%となっている。

「医療・介護関係以外」の人では、「『在宅医療』という言葉聞いたことがあるが、どのようなことかわからない」人が過半数を占めている。

図 3 職業別「在宅医療」の認知度



## ② 「地域包括ケアシステム」の認知度

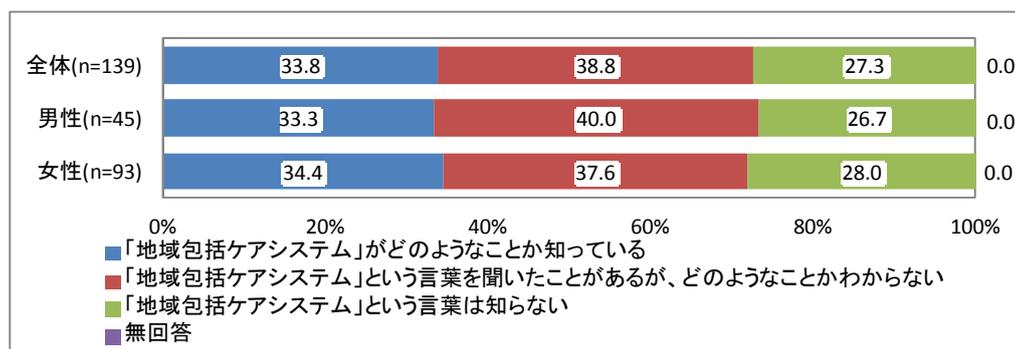
### 1) 全体

「地域包括ケアシステム」を知っているか尋ねたところ、『地域包括ケアシステム』がどのようなことか知っている」は33.8%、『地域包括ケアシステム』という言葉聞いたことがあるが、どのようなことかわからない」が38.8%、『地域包括ケアシステム』という言葉は知らない」が27.3%となっており、ほぼ3分されている。

### 2) 男女別

男女別にみても、「男性」では『地域包括ケアシステム』がどのようなことか知っている」は33.3%、『地域包括ケアシステム』という言葉聞いたことがあるが、どのようなことかわからない」が40.0%、『地域包括ケアシステム』という言葉は知らない」が26.7%。また「女性」では『地域包括ケアシステム』がどのようなことか知っている」は34.4%、『地域包括ケアシステム』という言葉聞いたことがあるが、どのようなことかわからない」が37.6%、『地域包括ケアシステム』という言葉は知らない」が28.0%であり、男女共に全体の傾向とほぼ同様であった。

図4 「地域包括ケアシステム」の認知度

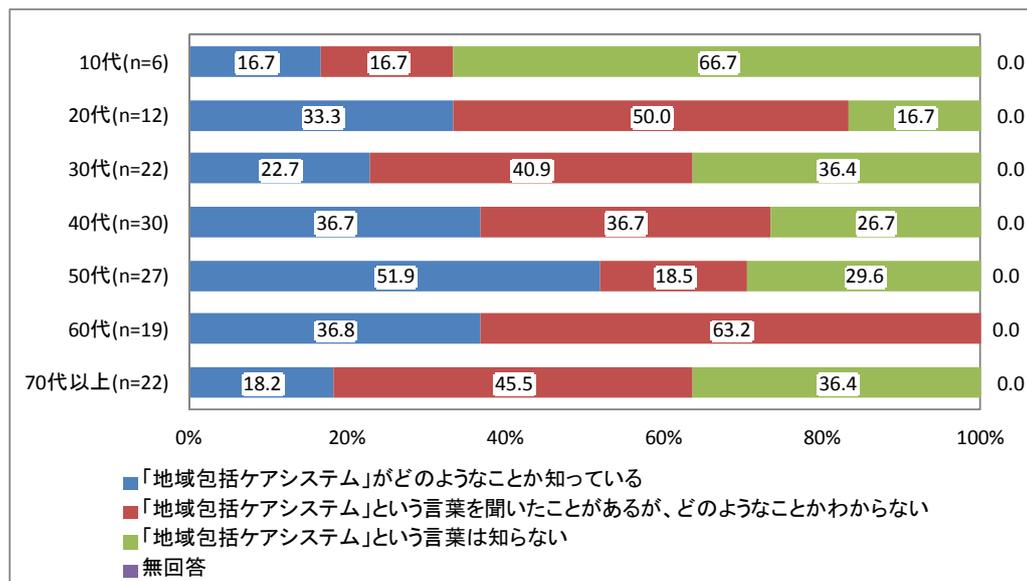


### 3) 年齢別

年齢別にみても、『地域包括ケアシステム』がどのようなことか知っている」では「50代」が51.9%と最も高く、「60代」が36.8%、「40代」が36.7%となっている。また『地域包括ケアシステム』という言葉聞いたことがあるが、どのようなことかわからない」では「60代」が63.2%と最も高く、「20代」が50.0%、「70代以上」が45.5%、「30代」が40.9%となっている。

「60代」では地域包括ケアシステムを知らない回答者がいなかった。

図 5 年齢別「地域包括ケアシステム」の認知度



#### 4) 職業別

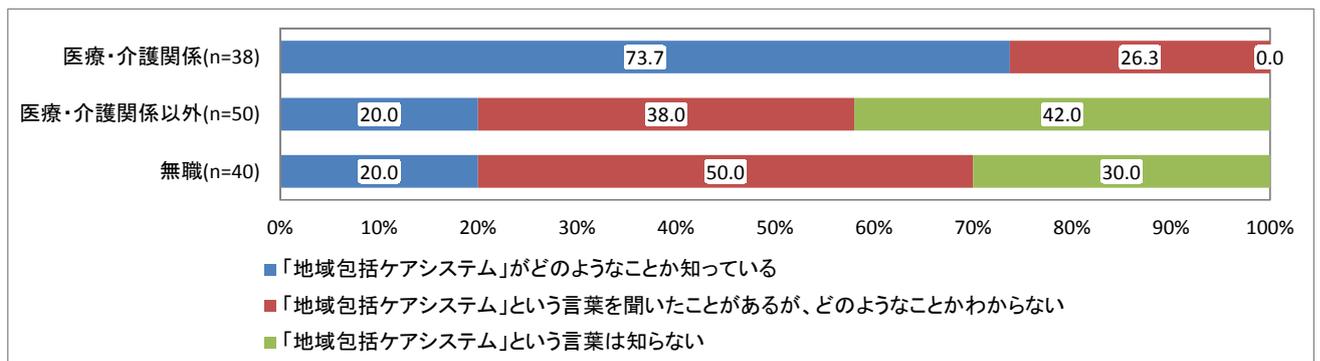
職業別にみると、「医療・介護関係」では、『地域包括ケアシステム』がどのようなことか知っている」が 73.7%を占めているが、『地域包括ケアシステム』という言葉を知っているが、どのようなことかわからない」が 26.3%いることがわかった。

「医療・介護関係以外」では、『地域包括ケアシステム』という言葉は知らない」が 42.0%で、『地域包括ケアシステム』という言葉を知っているが、どのようなことかわからない」が 38.0%となっており、『地域包括ケアシステム』がどのようなことか知っている」は 20.0%となっている。

「無職」では、『地域包括ケアシステム』という言葉を知っているが、どのようなことかわからない」が 50.0%、『地域包括ケアシステム』という言葉は知らない」が 30.0%、『地域包括ケアシステム』がどのようなことか知っている」が 20.0%となっている。

「医療・介護関係以外」の人では、『地域包括ケアシステム』という言葉は知らない」人が多いことがうかがわれる。

図 6 職業別「地域包括ケアシステム」の認知度



### ③ 「在宅医療」や「地域包括ケアシステム」に関する講演への参加意向

#### 1) 全体

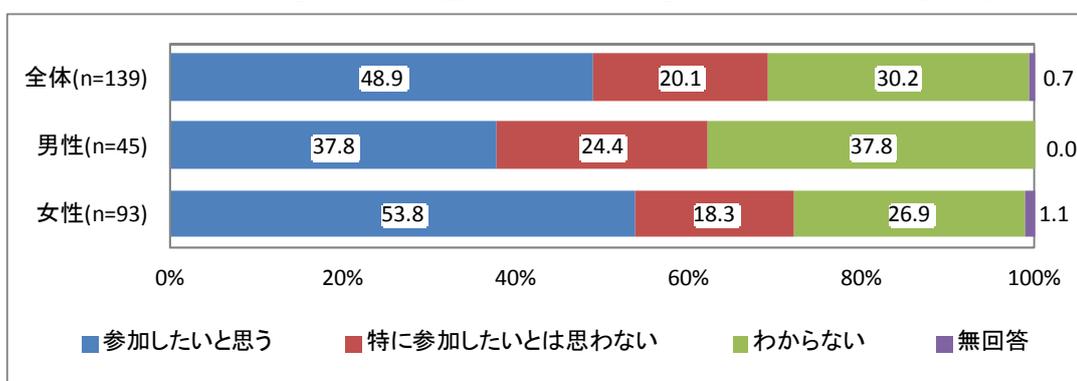
「在宅医療」や「地域包括ケアシステム」に関する講演に参加したいかどうかを尋ねたところ、「参加したいと思う」が48.9%、「わからない」が30.2%、「特に参加したいとは思わない」が20.1%となっている。

#### 2) 男女別

男女別にしてみると、「男性」では「参加したいと思う」と「わからない」が同数で37.8%、「特に参加したいとは思わない」は24.4%であった。「女性」では「参加したいと思う」が53.8%と過半数を占め、「わからない」が26.9%、「特に参加したいとは思わない」が18.3%であった。

「女性」の方が参加意欲は高くなっている。

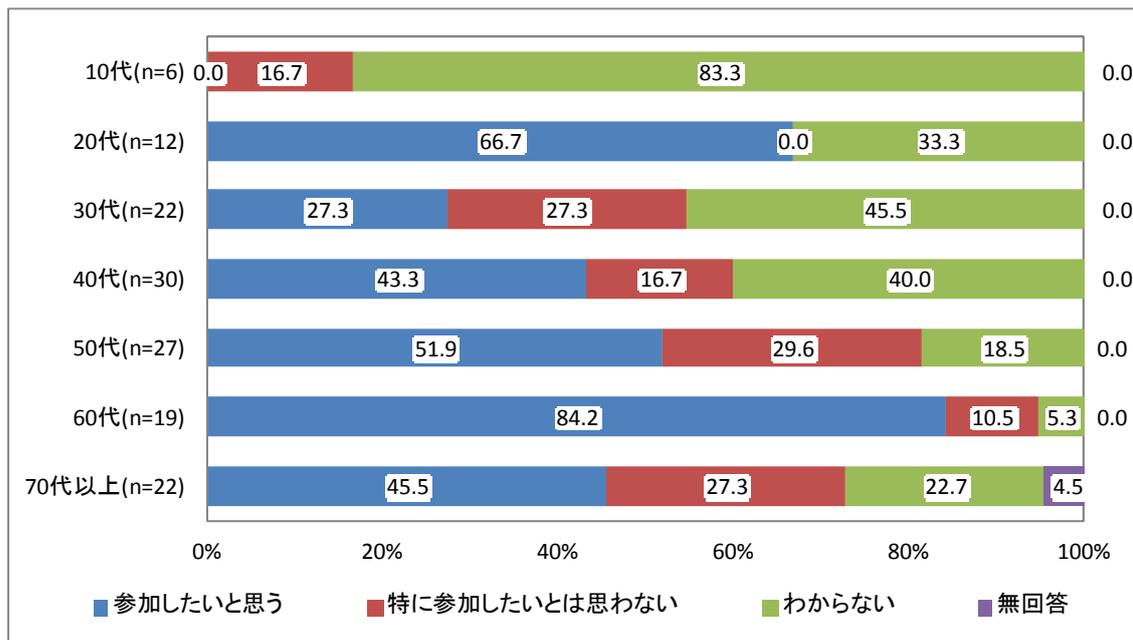
図7 「在宅医療」や「地域包括ケアシステム」に関する講演への参加意向



#### 3) 年齢別

年齢別にしてみると、「参加したいと思う」では「60代」が84.2%と最も多く、次いで「20代」が66.7%、「50代」が51.9%であった。「20代」の参加意欲の高さが目立っている。

図 8 年齢別「在宅医療」や「地域包括ケアシステム」に関する講演への参加意向



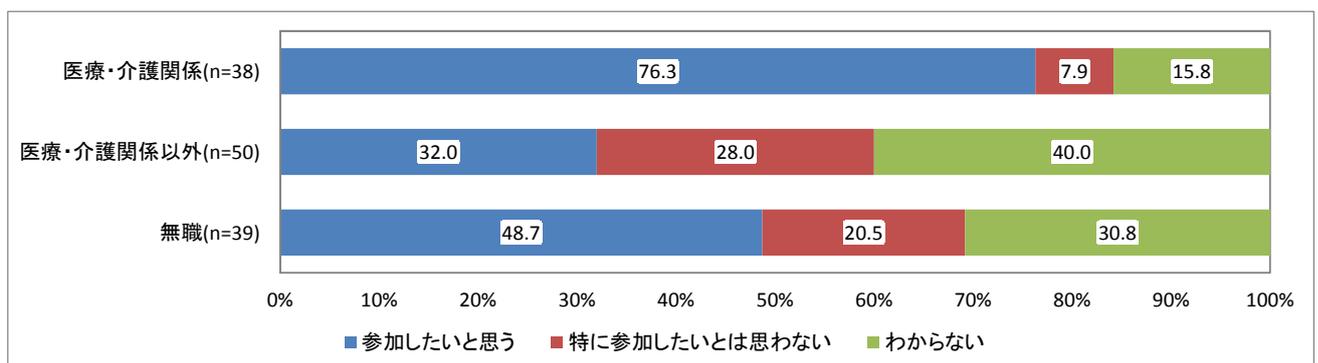
#### 4) 職業別

職業別にみると、「医療・介護関係」では、「参加したいと思う」が 76.3%を占め、「わからない」が 15.8%、「特に参加したいとは思わない」が 7.9%となっている。

「医療・介護関係以外」では、「わからない」が 40.0%、「参加したいと思う」が 32.0%、「特に参加したいとは思わない」が 28.0%となっている。

「無職」では、「参加したいと思う」が 48.7%あり、「わからない」が 30.8%、「特に参加したいとは思わない」が 20.5%となっている。

図 9 「在宅医療」や「地域包括ケアシステム」に関する講演への参加意向



#### ④ 自分が最期を迎えたい場所

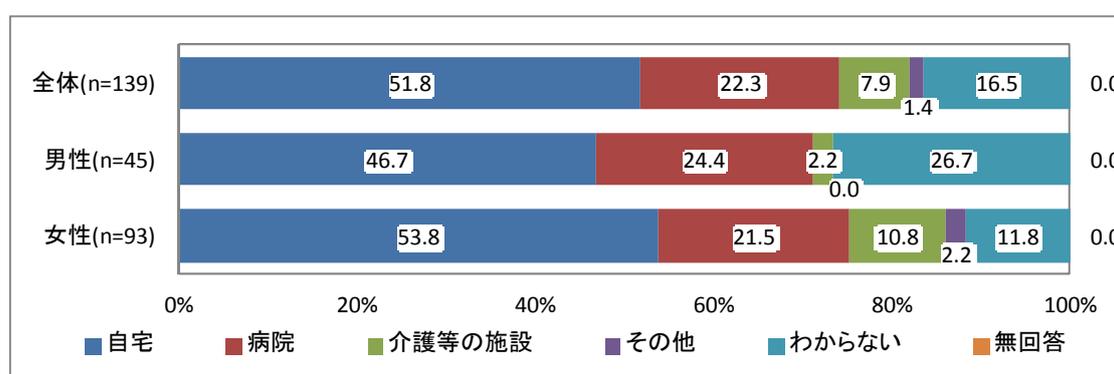
##### 1) 全体

自分が最期を迎えたい場所では、「自宅」が51.8%と半数以上を占め、「病院」が22.3%、「介護等の施設」が7.9%、「わからない」が16.5%などとなっている。

##### 2) 男女別

男女別にみても、「男性」では「自宅」が46.7%と最も多く、次いで「分からない」が26.7%、「病院」が24.4%であった。「女性」では「自宅」が53.8%、「病院」が21.5%、「分からない」が11.8%であった。「女性」の方が「自宅」での最期を望む人が多くなっている。

図 10 自分が最期を迎えたい場所

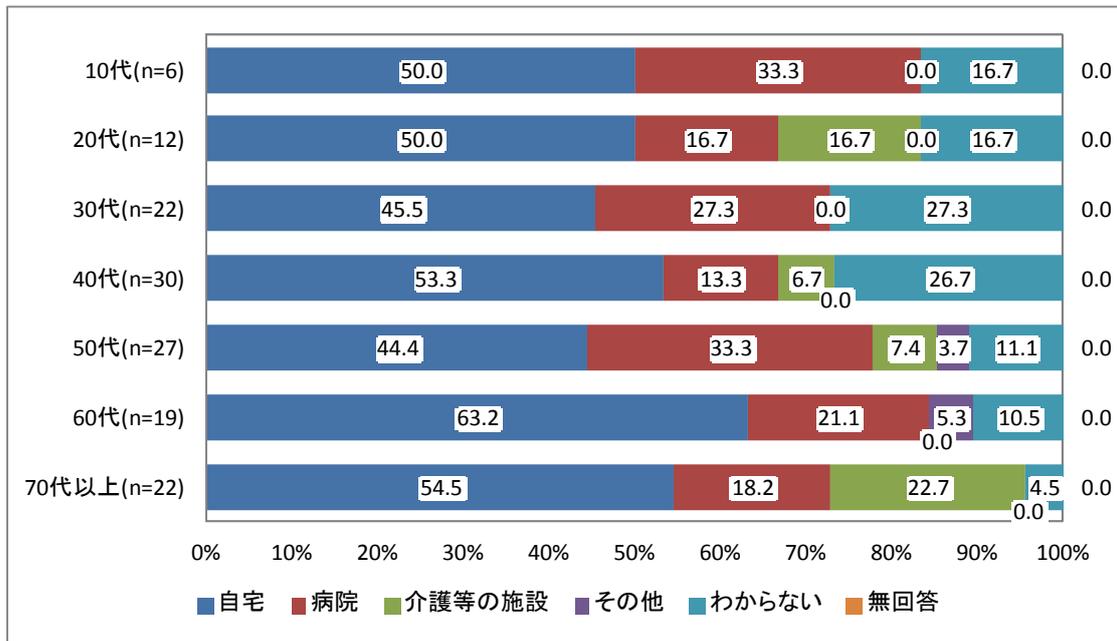


##### 3) 年齢別

年齢別にみても、「自宅」は「60代」が63.2%、「70代以上」が54.5%、「40代」が53.3%、「10代」「20代」が同数で50.0%であった。「病院」では「10代」「50代」が同数で33.3%、「30代」27.3%、「60代」が21.1%であった。

「70代以上」は他の年代と比較して「介護等の施設」の割合が高くなっている。

図 11 年齢別自分が最期を迎えたい場所



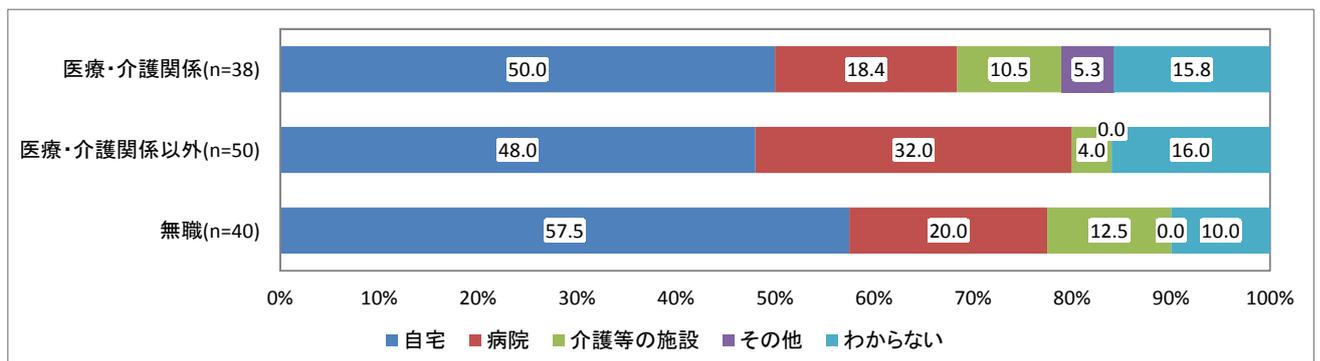
#### 4) 職業別

職業別にみると、「医療・介護関係」では、「自宅」が50.0%、次いで「病院」が18.4%、「わからない」が15.8%などとなっている。

「医療・介護関係以外」では、「自宅」が48.0%、「病院」が32.0%、「わからない」が16.0%などとなっている。

「無職」では、「自宅」が57.5%を占め、「病院」が20.0%、「介護等の施設」が12.5%などとなっている。

図 12 職業別自分が最期を迎えたい場所



#### ⑤ 家族に最期を迎えてほしい場所

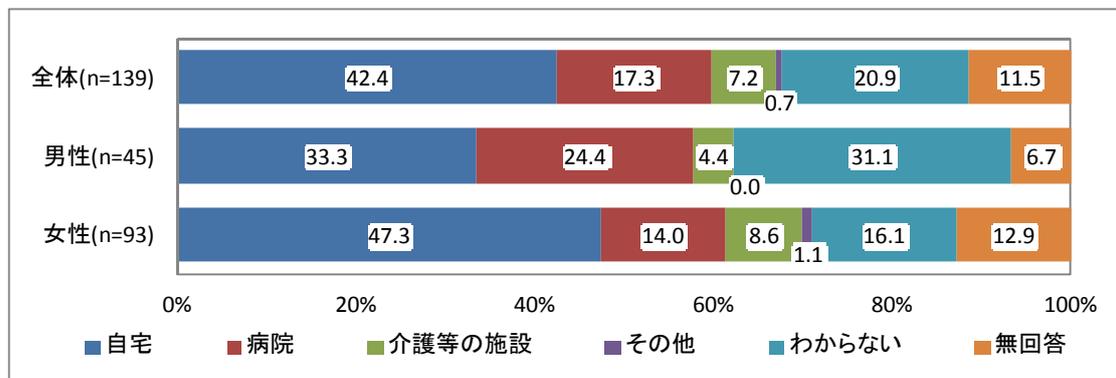
##### 1) 全体

家族に最期を迎えてほしい場所では、「自宅」が42.4%、「病院」が17.3%、「介護等の施設」は7.2%、「わからない」が20.9%となっている。

## 2) 男女別

男女別にみても、「男性」では「自宅」が33.3%、「わからない」が31.1%、「病院」が24.4%であった。「女性」では「自宅」が47.3%、「わからない」が16.1%、「病院」が14.0%であった。「女性」の方が家族に「自宅」で最期を迎えてほしい人が多くなっている。

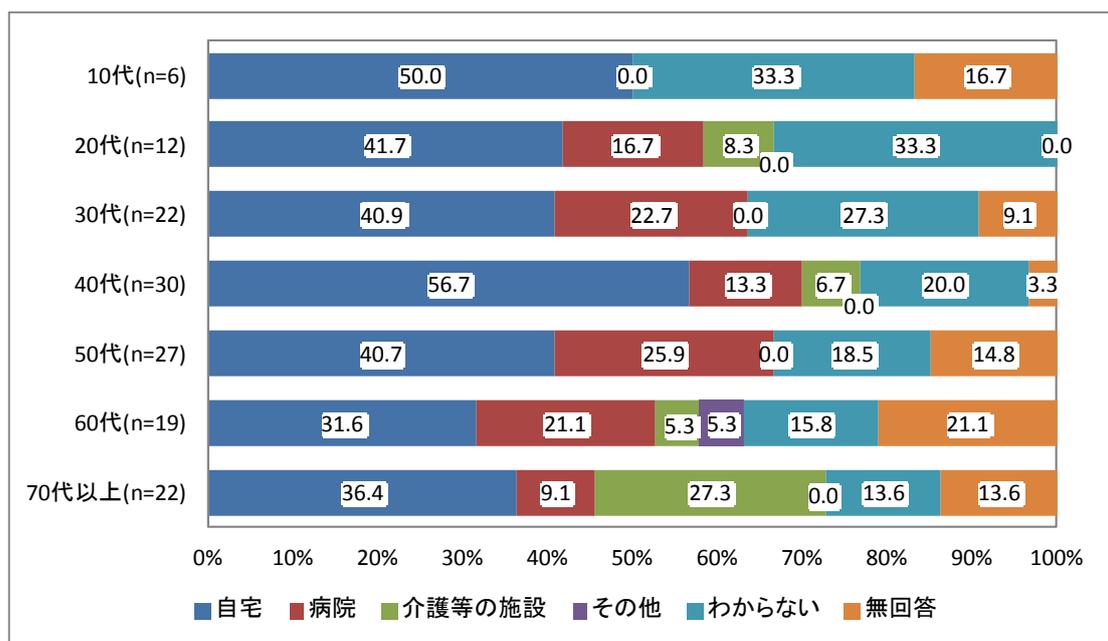
図 13 家族に最期を迎えてほしい場所



## 3) 年齢別

年齢別にみても、「自宅」では「40代」が56.7%で最も多く、次いで「10代」が50.0%であった。「病院」では「50代」が25.9%、「30代」が22.7%、「60代」が21.1%であった。比較的若い世代の方が家族に「自宅」で最期を迎えてほしいと考えている人が多くなっている。

図 14 年齢別家族に最期を迎えてほしい場所



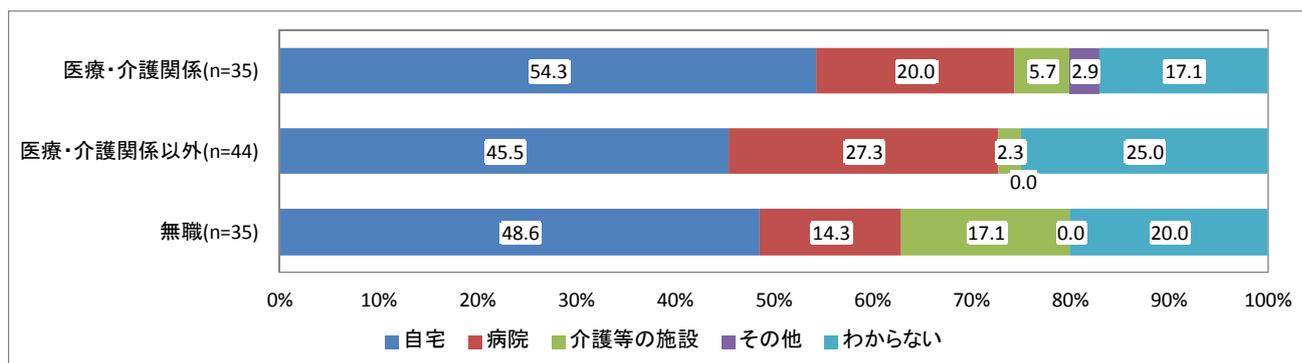
#### 4) 職業別

職業別にみると、「医療・介護関係」では、「自宅」が 54.3%と最も多く、「病院」が 20.0%、「わからない」が 17.1%などとなっている。

「医療・介護関係以外」では、「自宅」が 45.5%、「病院」が 27.3%、「わからない」が 25.0%などとなっている。

「無職」では「自宅」が 48.6%、「わからない」が 20.0%、「介護等の施設」が 17.1%などとなっている。

図 15 家族に最期を迎えてほしい場所





**地域包括ケアシステムの推進  
に向けた委員の意見**



**委員長 長岡市医師会 副会長 長尾 政之助**

この「在宅医療に取り組みやすい環境づくりに関する調査研究」は、「地域包括ケアシステム構築に向けた地域資源・ニーズ等に関する調査研究」に引き続いて行われました。前回の調査で長岡地域の実情が見えてきて、人々が支えあって暮らしてゆくための資源として、何がどのくらい整備されつつあるかが明らかになり、将来、何が不足し、何が過剰になるかの推計がわかってきました。引き続いて行われた、この調査研究は地域の資源である、医療、看護、介護などをはじめとする多くの職能団体を有機的に結び付け、それぞれの能力を最大限に発揮させ、実りある豊かな社会を具現するための道標となることを目論んでいます。そのためにテーマを4つに分け、①訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携、②主治医・副主治医制の仕組みづくり、③小国・栃尾地域でのタブレット活用モデル事業の成果と課題、④市民への効果的な周知方法、について議論し、まとめています。

今回、毎月行われた意見交換会では、お互いに協力して成果に結びつけるために何が重要か、浮かび上がってきたと思います。指針や教科書のない分野で、全国各地で同じ様に様々な努力が重ねられています。長岡市でも、長岡に合った御当地システムが出来るように意見を述べ、また、これを集約していった委員の皆様に敬意を表します。多くの職能団体が、何ができるか、何を得意とするか、相互に理解を深め協力し補完しあうことで地域包括ケアシステムは新たな段階へ進むことが期待されます。そのために、各テーマごとに問題点と提案事項がまとめられていますが、これからは、その実現に向けて更なる努力の継続が必要と考えられます。本研究にご協力いただいた委員の皆様に深く感謝申し上げます。

## 意見交換会 座長 長岡市医師会 理事 草間 昭夫

「在宅医療に取り組みやすい環境づくりに関する調査研究」という取組において、委員会での審議に先立って、前もって準備した幾つかのテーマに向けてたたき台になる現場の状況や意見を抽出するという役目をいただき、他職種の皆様参加の中で、その座長をさせていただきました。その意見交換会は6回開催されましたが、毎回時間を超過して活発な意見が出されました。それぞれの立場もありますし、実際の現場を体験したかしないかの差も有り、参加の皆様のそれぞれのテーマに対する感じ方にはかなり差がある部分もありました。結論を出し、参加者の総意を得ることが目的ではありませんでしたので、意識の差が明らかになったことが成果と言えるかもしれません。普段なかなかお話ができない中で顔の見える関係が作られ意見が交換されたこと自体が大変有意義なことと思っています。私個人としても医療を進める上で貴重な人脈を得た思いです。忙しい中お集まりいただきましたのに、座長の力不足から毎回終了時間が延びてしまい本当に申し訳ありませんでした。

この意見交換会は、「在宅医療」に特化した調査研究ということもあり、メンバーが、医師、看護、病院の医療職が主体になっており、私自身、医者から目線で話が進んでいたような気がします。本来、地域包括医療は障がい者を取り囲む環境の一部でしかなく、本人、家族、介護、福祉が現場が主体であることを考えると、もっと、それこそ包括的な意見のまとめが必要だったかもしれません。

具体的な話の中では、介護職が言うところの「医師の壁」、診療所、訪問看護の言うところの「病院の壁」が解消できるかということが問題でした。前者は患者を取り囲む他職種連携の中で経験が解決してくれる気がしますが、後者は時間がかかる問題と思いました。病院医師に十分な時間がないこと、病院の職員が在宅の実際を知らない場合があり、診療所の医師も通常の外来や自分の生活を犠牲にしないなかで足繁く病院に出向くことができないからです。

長岡市の全死亡者の1割が検視でありながらその70%は病死であります。市民の知識や、かかりつけ医とのコミュニケーションがうまくいけば検視や、病院への看取りのための搬送を減らせる可能性があります。市民への制度、知識の周知の方法についても意見が出されましたがコツコツと「良い在宅医療」の成功体験を伝え続けていくことが大切と感じました。在宅医療の核となる3病院の救急輪番制（世界に類のない素晴らしいシステム）を維持していくことは長岡にとって大変大切なことです。行政、市民が同じ思いでシステムの構築に携われることを切に願います。

意見がまとまらないままでしたが、出席者の皆様との顔の見える関係は今後も続いていくと思っております。

自分なりに今後の在宅医療の進め方、立ち位置について大変勉強になりました。

ありがとうございました。

### **長岡歯科医師会 専務理事 神成 庸二**

今回「在宅医療に取り組みやすい環境づくりに関する調査研究」に委員として参加させていただきました。多職種を交えた協議の中で様々な問題点が洗い出され、解決の方向性が示されたことは素晴らしい成果と思います。今後も地域包括ケアという大きな枠組みの中で、地域住民のために各専門職がどのようにしていったら良いのか、顔のわかる関係づくりを通して上手く協働していけることを願っております。

歯科における在宅医療は少し特有の問題、困難さを有しています。実際、在宅要介護者の9割は何らかの歯科治療が必要とされながら、歯科治療に至っているケースは少ないと言われてきました。しかし今後、誤嚥性肺炎予防や摂食・嚥下障害等への対応の要請が増加し、在宅歯科医療の必要性はますます高くなることから、それらを担う歯科医師・歯科衛生士の養成は急務と思われれます。私たち歯科医師会としても地域医療連携に歯科（歯科医師）が溶け込んでいけるよう努力し、かかりつけ歯科医として生活に寄り添う歯科医療を目指していかなければならないと考えています。

### **長岡市薬剤師会 副会長 佐藤 達夫**

医療・介護に携わる多職種が連携をとることで機能する地域包括ケアシステムにおいて必要な薬局の体制整備は、休日・夜間の医薬品供給体制、調剤応需体制の確立。在宅医療に適切に対応するため無菌製剤への対応が可能な設備の完備などが求められます。

薬剤師個人としては地域包括ケアシステムにおいて、患者さん、医療チーム・介護関係者の方々との協議が重要となるので、今まで以上に高いコミュニケーション能力が必須と考えられます。

### **新潟県栄養士会 長岡支部 支部長 小柳 スイ子**

保健・医療・介護が有機的に連携した地域包括ケアシステムの確立が求められている。その確立において、食べることは健康並びに生活の基盤であることから、切れ目のない食・栄養支援のための栄養管理の推進が重要なテーマとなっている。

高齢者の低栄養、寝たきり予防、褥瘡予防、疾患や加齢による摂食、嚥下機能の低下への対応等々、そして口から食べる楽しみや喜びといったQOLの視点も含め総合的な栄養管理が課題となっている。この課題への対策として、充実した切れ目のない栄養管理を多職種協働で推進するための地域栄養サポート体制（地域NST）の構築に向けて是非検討を進めて頂きたい。多様性のある在宅ケアシステムでありながら総合力の発揮できるシステムの構築を期待する。

### **長岡市訪問看護ステーション連絡会 副代表 鈴木 久美子**

長岡市の医療・福祉の現状、そしてこれから私達の住んでいる地域に何が必要であり、どのように医療・福祉・行政が連携していくべきなのか、また市民に対する啓蒙活動など・・・長岡市における地域包括ケアシステムが徐々に整備されてきていると感じています。

地域の特性や範囲も広く課題はあると思いますが、高齢者が住み慣れた地域で、安心して暮らせるようなシステムが構築されることを期待しています。二年間、長岡市地域包括ケア推進協議会の委員として関わらせていただきありがとうございました。

### **長岡赤十字病院 地域連携サポートセンター 副センター長・看護師長 小林 洋子**

本人の在宅で過ごしたい意思がはっきりしていれば、どのような身体状態の人でも、医療の継続が必要でも、介護が必要でも在宅で見ることは可能であると考えます。訪問診療、訪問看護、訪問介護、訪問入浴、デイサービス、ショートステイ等など多くのサービスがあり介護保険の対象者は在宅で過ごしやすくなったと思います。私たち（病院医療関係者）も頑張って調整して本人の希望をかなえようと努力をしています。

しかし、介護保険の対象でない方や、独居、老老介護、認認介護等、介護力不足の家族、同居者はいるが働かなければ生活ができないなどいろいろな事情のご家族があり、本人が自宅で過ごしたくてもできない方も多くいることも事実です。

「地域の道路を病院の廊下に」の故小山剛さんの考え方はすばらしいと思います。地域で子供も老人も、障がい者も支えることが実現できればすごいことだと思います。

しかし、地域住民が協力しての子育てや老人介護はまだまできていません。多くの意味（経済的、介護力的、地域的等）で格差は明確です。お金のある人は住みやすい住宅に住み、十分な介護を受けることができますし、20万円/月以上かかる介護付有料老人ホームにも入ることができます。サービス付高齢者住宅でも15万円/月はかかります。定期巡回・随時対応型サービスを利用したくても、本当に限られた地域でしか利用することはできません。自宅で最期まで過ごしたくても、いろいろな条件が整わないと難しいと思います。訪問で診療してくれる医師・看護師、介護してくれる家族、食事・排泄・保清等、生活全般をささえる業者さん。それでも24時間をサービスで埋めることは無理があると考えますし、家族がまかなうことも無理だと思います。要介護者が複数で介護者が1人の場合もあります。

本人が独居で本人がそれで良いなら在宅看取りは可能かもしれません。誰かに看取ってほしい、付き添ってほしいという人の希望はかなわないと思います。水が飲みたいときに自力で飲めない、痛くても自分で疼痛コントロールができない状況のときにそれでもいいのでしょうか。夜間対応型訪問介護の対応でも旧市内と寺泊や和島、小国では、介護者が到着する迄の時間はかなり差があります。排泄で汚れたままで数時間待たなくてはならない状況が生じます。

介護業種のみでなく、地域住民が地域の要支援者、要介護者を支える体制が必要なのだと思います。地域住民がコミュニティ単位で、子供も高齢者も支えることのできるシステムが作れると良いと思います。

**長岡中央総合病院 がん相談支援センター 医療ソーシャルワーカー 荒川 和也**

地域格差をまったく無くすことは困難だと思うが、地域による実情を理解した上で、なるべく介護・医療サービスの組合せやインフォーマルサービスを加えて、患者・家族が望むケアができることに期待します。

**立川総合病院 副院長 阿部 博史**

この度は急性期病院として参加させていただきました。在宅医療の主治医、看護、介護の現場の状況及びその連携の実情について勉強させていただきありがとうございました。

急性期病院としては入院が必要となったときには速やかに対応していく体制を更にきちんと構築していきたいと思っております。退院時には患者情報をできるだけ有用に共有できるように提供したいと考えております。そのため市医師会、訪問看護ステーション連絡会議を中心に現在実用化に向け進んでいるタブレット端末を活用した在宅地域連携システム（長岡在宅フェニックスネット）に関しては大いに期待しています。

急性期病院として柔軟に対応致しますのでご要望がありましたら遠慮なくお聞かせ下さい。

**医療法人 崇徳会 ソーシャルワーカー統括責任者 田宮病院 コメディカル部長 数藤 武彦**

職種や所属を超えた連携がケアマネジメントであるが、職種のスーパーバイズはやはり職種ごとが効果的と考える。地域包括ケアに関するバイザーを職種ごとに育てることは検討できるか。

「成功体験」「失敗体験」を学ぶ場があると良い（支援者側の勇気や、ネガティブで自信の持てない家族への支援への一考になると良い）

長岡市内でも地域格差はあるが、市外から見ると長岡地区はサービスが潤沢である。資源があることで却って不都合が生じる場面もあるのかもしれないが、住民がアテにでき、支援者側も胸の張れる「長岡モデル」が構築されるためにこの様なコミュニケーションの場は今後も必要と思う。

**長岡地域介護支援専門員協議会 会長 渡邊 一枝**

できればいいけど、課題はたくさんある。長岡市の地域住民を含めた、関わる全ての人が地域包括ケアシステムに対して、ある程度の共有理解がされないと難しい。

まずは地域包括ケアシステムが構築されることの意味とメリットを関係職種が理解することがポイントだと思う。このシステムが上手く機能することで住み慣れた地域で自分らしく生活をしていくことができるようになっていくと感じている。

### **長岡市社会福祉協議会 介護サービス課 課長 丸山 和浩**

地域包括ケアシステムの構築を目指すに当たり、今回の研究テーマであった①訪問看護ステーション・病院・かかりつけ医の連携、②主治医・副主治医制の仕組みづくり、③市民への効果的な周知方法等の意見は有効であると思います。今後、具体的な取り組みを行っていくことで、更に多職種協働による在宅医療・介護を一体的に提供できる長岡市モデルができていくこと期待しています。

### **長岡市地域包括支援センター基幹型 センター長 丸山 千代子**

行政を含め各関係機関の職員ひとりひとり、地域住民ひとりひとりが地域包括ケアシステムの考え方を理解し共有していくこと。まずは意識改革が課題かと思えます。

ビジョンを掲げ同じ方向へ互いの役割を知り、自分の役割をできる範囲で実行していくことで、自ずと子供から高齢者まで住みやすい地域になることを期待しています。

### **長岡市地域包括支援センター基幹型 認知症地域支援推進員 河鱒 和美**

ひとり暮らしの高齢者や認知症の高齢者が多くなると予想されている中、地域包括ケアシステムという住み慣れた地域や自宅で、いつまでも安心して暮らしたいと思っている方は多いです。

そのような方々を支えていくネットワーク・サポート体制づくりを進めていくことが、鍵の一つになってくるのではないのでしょうか。

現在、認知症地域支援推進員という仕事をさせていただいておりますが、認知症の方が、その発症から最期までより良い生活を続けていくには息の長い支援が必要です。医療・介護・福祉の様々な立場の人のつながり、本人のなじみの人や地域の人々などの協力も得ながら、まちぐるみで、そのつながりを育てていくことが大切であり、期待されることだと思います。

2年間委員会に携わらせていただきまして、他の分野のことも知ることができ、大変勉強になりました。本当にありがとうございました。

### **新潟県長岡地域振興局健康福祉環境部 企画調整課 課長代理 野澤 真里子**

地域包括ケアシステムが実現している高齢者の生活は、単一のサービスだけでなく、その方自身の身体状況や家族・住居等の環境に応じて、様々な地域資源を組み合わせながら支えられるものであり、その複合的な支援のために、多職種間の「顔の見える関係」構築が重要とされています。

今回、2年間にわたる調査研究によって、長岡市の地域包括ケアシステム構築に向けた現状分析や、在宅医療に取り組みやすい環境について、多職種の皆様が一堂に会して議論を重ねてきたことにより、まさに「顔の見える関係」が構築され、相互理解が進んだものと思います。

特に、医療・介護の現場に携わる方々がテーマ別に意見交換を重ねたことにより、今後の連携や仕組みづくりについて具体的な方向性が見え、長岡市の地域包括ケアシステム構築に向けた今後の道筋が示されたのではないのでしょうか。

今後も、長岡市には新潟県の地域包括ケアシステム構築の先陣を切り、他の市町村のモデルとなっていきたいと思えます。県としましても、できる限りの御協力をさせていただきたいと思えます。

## 長岡市医師会 理事 荒井 義彦

期待について、今の時代でこそ人生最終章のことを普通に話題にできるようになった。大げさに言えば自分の人生をかけた土地で最後の時を迎える環境が整いつつある。自分の死にたい場所は自分で決められる時代になった点。

課題について、そうはいえるが現実には病院、診療所間の意識の差、地域差、知識差等埋めなければならぬギャップが少なからず存在する。みんなが自宅死を希望するわけではない。家族状況により家人に負担をかけたくない選択もありと考える。話が大きくなるが2025年問題と少子化問題はリンクしている。少子化対策にももっと力を入れるべきだ。

もっといえば地域包括ケアシステム自体国の医療費削減から始まったものと言える。多くの医師が在宅に目を向けるような医療政策が必要ではないだろうか。2年間だけではなく長期の診療報酬も含めて。

## 長岡市医師会 本田 雅浩

要介護高齢者の増加とともに在宅医療の必要性が高まり、確実な推進が求められている。地域包括ケアシステムでは、医療及び介護双方への視点が必要であり、医療と介護の連携が重要である。地域の中で医療と介護が有機的に連携・統合し、結果を残すことが地域包括ケアシステムの目指すものと考えている。

地域包括ケアシステムでは、地域における医療・介護に関わる全ての職種が、地域全体の医療・介護の問題について自らの問題としてかかわる意識を持つ。医療の側も介護の側も、介護と医療双方の問題について同じ議論のテーブルに着く。このケアシステムにかかわる全ての人が、それぞれ立場から、より充実した在宅医療の実施、地域包括ケアシステムの完成のために各々が自ら努力するとともに、自らの努力では足りないことに対して、行政や他の医療機関、介護保険関係機関、施設等に対して、お互いに意見や要望を発信することが重要と考える。

地域の中でより充実した在宅医療が行われるためには、その地域の病院医療、訪問看護、訪問介護の在り方、ケアマネジャーの役割、さらに施設でのデイサービスやショートステイ、特別養護老人ホームや有料老人ホームでの医療・介護の在り方など、常に地域全体の医療や介護が関わっており、それらはこのケアシステムの充実のために相互に意見や要望を発信しあうことが必要である。

病院外での不適切な医療や看取りが、病院での救急医療の負担を大きくしているかもしれない。在宅医療が不十分なために、患者の退院を困難にし、病院のベッドを塞いでいるかもしれない。適切な病院医療が行われるためには、病院外での適切な医療の在り方、在宅医療の在り方、施設での医療の在り方が問われている。

地域医療では、「病院医療の改善」に対して、病院関係者以外は発言することもないし、自分には関係ないものと思ってきた。「在宅医療の改善」に対して、直接在宅医療に関わる者以外は、自分には関係のないものと思ってきた。

しかし、地域包括ケアシステムの問題としてとらえると、「病院医療の改善」も「在宅医療の改善」も、病院関係者・在宅医療関係者双方にとって、直接関係する問題となる。

病院医師の在宅医療への理解の不足が、在宅療養を希望する患者や家族の在宅での安らかな療養や看取りを阻害しているかもしれない。在宅医療への理解が不十分な病棟での看護が、退院後の患者の在

宅での療養環境を悪化させるかもしれない。病棟病室より自宅病室の療養環境が悪いであろうことを意識し、少しでも自宅での療養環境をよくする手立てを取らない場合、患者の病状は、退院直後より悪化し、再入院を余儀なくされる場合がある。たとえ自宅という精神的には最高の環境であっても、物理的な環境が患者の病状に適しているか議論されなければ、病状の悪化は避けられないかもしれない。訪問看護の必要性は常に退院時に議論されなければならない。病院で看護が必要な高齢者には、退院直後たとえ短期間であったとしても、訪問看護が必要だろう。自宅での療養が適切に行われるか、訪問看護師の目での検討が必要である。あらかじめ退院後に訪問看護が必要でないと判断される患者には、退院前より看護をしないことも検討される必要があるかもしれない。「入院中病棟では手厚く看護され、退院後自宅では無看護」では、患者も家族も不安を持ち、退院を拒否するのも当然かもしれない。退院前後の看護の在り方が、患者のスムーズな退院を阻害しているのかもしれない。実際、病院からの退院を拒んだある患者に、「なぜ退院したくなかったのか」と退院直後に聞いたところ、「看護師さんが居ないから」と答えた。

同じことが、リハビリテーションにも言える。特に高齢者は、入院中リハビリテーションが必要な場合、退院後にも相当期間訪問リハビリテーションが必要だろう。高齢者の訪問リハビリテーションは、介護予防も含めその必要性を常に十分に検討されなければならないと思う。

病院における「退院支援」は、「在宅療養支援」に含まれるべきであると考ええる。在宅療養支援の役割は大きく、病院において在宅療養支援の看護専門領域も必要ではないだろうか。

薬剤師の役割にも、栄養士の役割にも同様のことが言えるかもしれない。退院後の高齢者の適切な療養や健康の維持・介護予防には両専門職の役割が大きい。

在宅医療を行う医師の不足も地域の診療所全体の問題であり、病院との連携、訪問看護ステーションとの連携、訪問薬剤師との連携、ケアマネジャーとの連携などにより問題の解決が図られなければならない。主治医・副主治医制、救急医療問題、看取り、施設での医療の在り方、訪問看護ステーションの問題など多くの問題が関わっており、地域包括ケアシステムの問題としてとらえ、解決すべきである。病院医師・病院看護師の在宅医療への理解が進めば、全ての診療所で在宅医療が負担感なくスムーズに行われ、診療所における当たり前の医療として在宅医療が位置付けられる日が来るかもしれない。

特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、ショートステイ専門施設、サービス付き高齢者住宅などにおいて、不十分な医療環境が、結果として、状態が悪くなってからの患者の救急搬送や死亡確認のための救急搬送になり、救急医療の現場の混乱や疲弊を起こしていないだろうか。現状では、定期的に巡回診療が行われるが普段は無医地区である「医療僻地」と同じ問題をこれらの介護施設は抱えている。逆にこれらの介護施設に十分な医療環境が提供されたらさらに良い施設ケアが提供されるのではないだろうか。

地域包括ケアシステムは、こういった地域全体の医療・介護の環境を劇的に改善する大きな可能性を持っているといっても過言ではないだろう。

### **長岡市医師会 市川 健太郎**

いかに、現在在宅医療に参加していない診療所を引き込むかが大きな鍵になると考える。看護、介護の連携は既に構築されている。問題は病院から在宅へ患者を紹介する時の引き受け先の診療所の選択であろう。地域包括支援センターが、どこの診療所が、どの範囲で、どの疾患の在宅医療をしてくれるかの情報を共有する必要がある。在宅ができない診療所の医師も副主治医の当番には参加してもらい、皆で長岡地域全体の在宅支援に係わってもらえれば、在宅医の疲弊もある程度避けられるかと思えます。

### **長岡市医師会 事務局 野本 厚子**

市民への周知、多職種の統括を考えると、行政が主体となって主導することが必要で、長岡市においては、長寿はつらつ課に地域包括ケア係ができたことに、期待と希望を感じています。

今後は、地域医療介護総合確保基金など事業費の面において、国が総合的な視点で指針を示すことを期待しています。

### **立川総合病院 医療連携室 主任 西原 周太郎**

当初、地域包括ケアシステム構築の為には行政と医師会が仕組み作りをしさえすればよい方向へ進んでいくのだと考えていた。また、医療者側の経験の差や職種間連携の悪さが在宅医療を阻んでいると思っていた。

会が進む中で主治医・副主治医制や多職種連携に関しては多様性を含みながらも一定程度の意見集約がなされたように思えた。

医療従事者間で温度差はあるものの危機感や問題意識は共有されており、市と医師会がリーダーシップがあれば在宅医療の提供側の体制作りは進展していくのではないかと思えるようになった。

対して市民への周知に関しては課題が山積しており、意外と根が深い問題なのではないかと感じるようになった。

在宅医療は一部では先進的な試みも行われており、市内の在宅医療は広がりを見せているが、依然として市民のなかでは病院や施設での看取りや療養へのニーズは高いのではないだろうか。

良し悪しは別にして3病院輪番制と市内の病院や施設に支えられた「在宅で看取りや療養をしないという文化」が根付いている土地で市民に在宅医療の文化を浸透させるには相当なエネルギーが必要であるのではないかという気がする。

核家族化と世帯収入の減少が進行しているなかで在宅医療を選択しづらい状況も進行しているのではないかと考えている。

今後は仕組み作り、多職種交流に加えていかに市民の意識改革を行うかが非常に重要となるのではないかと考えるようになった。

**長岡市訪問看護ステーション連絡会 代表 丸山 佳子**

様々な職種の役割を結集しなければ、1人の利用者の生活を支えることができない。そのため、多職種連携は必須条件であり、連携においてはより多くとのネットワークづくりが必要であると思う。また、地域の特徴を捉え、地域に合ったシステムが構築されることを期待する。

**高齢者総合ケアセンターこぶし園 総合施設長 吉井 靖子**

地域包括ケアシステムの構築に向けて、改めて長岡市の現状課題を共通に認識し、その下で方向性を明確にしてそれに向けて関わる関係機関が具体的にどの様に対応をしていかなければならないのかを考え実践していくことで、長岡市独自の地域包括ケアシステムの構築に期待できると考える。課題としてはやはり「地域差」と「連携から統合」に向けて、どう考えていくかではないかと思う。

## 委員名簿



## 1 委員会

委員長	長尾 政之助	長岡市医師会 副会長
委員	草間 昭夫	長岡市医師会 理事
	神成 庸二	長岡歯科医師会 専務理事
	佐藤 宏之※ <sup>1</sup>	元 長岡市薬剤師会 副会長
	佐藤 達夫	長岡市薬剤師会 副会長
	小柳 スイ子	新潟県栄養士会 長岡支部 支部長
	鈴木 久美子	長岡市訪問看護ステーション連絡会 副代表
	小林 洋子	長岡赤十字病院 地域連携サポートセンター 副センター長・看護師長
	荒川 和也	長岡中央総合病院 がん相談支援センター 医療ソーシャルワーカー
	阿部 博史	立川総合病院 副院長
	岡 みずえ※ <sup>2</sup>	元 長岡西病院 医療福祉相談室 医療ソーシャルワーカー
	数藤 武彦	医療法人 崇徳会 ソーシャルワーカー統括責任者 田宮病院 コメディカル部長
	渡邊 一枝	長岡地域介護支援専門員協議会 会長
	丸山 和浩	長岡市社会福祉協議会 介護サービス課 課長
	丸山 千代子	長岡市地域包括支援センター基幹型 センター長
	河鱈 和美	長岡市地域包括支援センター基幹型 認知症地域支援推進員
	野澤 真里子	新潟県長岡地域振興局健康福祉環境部 企画調整課 課長代理
	横山 幸信	長岡市福祉保健部 長寿はつらつ課長
	藤田 萬豊	一般財団法人 地方自治研究機構 常務理事
事務局	野本 厚子	長岡市医師会 事務局
	上村 利明	長岡市福祉保健部 長寿はつらつ課 課長補佐
	綿貫 哲夫	長岡市福祉保健部 長寿はつらつ課 係長
	伊野 善貴	長岡市福祉保健部 長寿はつらつ課 主任（保健師）
	山田 美緒	長岡市福祉保健部 長寿はつらつ課 保健師
	岸田 拓士	一般財団法人地方自治研究機構 主任研究員
	平原 彩	一般財団法人地方自治研究機構 研究員
基礎調査 機関	大野 幸雄	株式会社アプライドリサーチ研究所 代表取締役社長 主幹研究員

(順不同 敬称略)

※1 第1回委員会まで

※2 第2回委員会まで

## 2 意見交換会

座 長	草間 昭夫	長岡市医師会	理事
	荒井 義彦	長岡市医師会	理事
	本田 雅浩	長岡市医師会	
	市川 健太郎	長岡市医師会	
	野本 厚子	長岡市医師会	事務局
	小林 洋子	長岡赤十字病院	地域連携サポートセンター 副センター長・看護師長
	荒川 和也	長岡中央総合病院	がん相談支援センター 医療ソーシャルワーカー
	西原 周太郎	立川総合病院	医療連携室 主任
	岡 みずえ※	元 長岡西病院	医療福祉相談室 医療ソーシャルワーカー
	数藤 武彦	医療法人 崇徳会	ソーシャルワーカー統括責任者 田宮病院 コメディカル部長
	丸山 佳子	長岡市訪問看護ステーション連絡会	代表 (訪問看護ステーションみつごうや 所長)
	渡邊 一枝	長岡地域介護支援専門員協議会	会長 (訪問看護ステーションさんわ 所長)
	吉井 靖子	高齢者総合ケアセンターこぶし園	総合施設長
	丸山 千代子	長岡市地域包括支援センター基幹型	センター長
事 務 局	横山 幸信	長岡市福祉保健部	長寿はつらつ課長
	上村 利明	長岡市福祉保健部	長寿はつらつ課 課長補佐
	綿貫 哲夫	長岡市福祉保健部	長寿はつらつ課 係長
	品田 菜穂子	長岡市福祉保健部	長寿はつらつ課 主査 (保健師)
	伊野 善貴	長岡市福祉保健部	長寿はつらつ課 主任 (保健師)
	山田 美緒	長岡市福祉保健部	長寿はつらつ課 保健師
	岸田 拓士	一般財団法人地方自治研究機構	主任研究員
	平原 彩	一般財団法人地方自治研究機構	研究員
基礎調査 機 関	大野 幸雄	株式会社アプライドリサーチ研究所 代表取締役社長 主幹研究員	

(順不同 敬称略)

※ 第5回意見交換会まで



在宅医療に取り組みやすい環境づくりに関する調査研究

第1分冊 委員会・意見交換会編

－平成28年3月発行－

長岡市 福祉保健部 長寿はつらつ課

〒940-0084

新潟県長岡市幸町2-1-1

電話0258-39-2268

一般財団法人 地方自治研究機構

〒104-0061

東京都中央区銀座7-14-16 太陽銀座ビル2階

電話03-5148-0661 (代表)