



平成 28 年 10 月 26 日放送

## 地域包括ケアシステムについて

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 水戸協同病院  
医療ソーシャルワーカー 大津敏嗣

司会者：地域包括ケアシステムとはなんですか？

大 津：地域包括ケアシステムとは、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に、介護が必要となっても住みなれた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるような体制を整えることです。今後の高齢化問題にどう対処していくのかが問われてきています。

司会者：高齢化問題とはどういうことでしょうか？

大 津：日本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ます。65 歳以上の高齢者数は、2025 年には 3657 万人。人口の約 30 パーセントが 65 歳以上の高齢者となります。また、75 歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055 年には 25 パーセントを超える見込みです。  
今後、75 歳以上の人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口が多い地方でも緩やかに増加する見込みです。そういった中で、支えていく若年者の人口は減り、1965 年には 9 人が 1 人の高齢者を支えていましたが、2050 年には 1.2 人が 1 人を支えていく、いわゆる肩車型になる予想であり、社会保障改革により、支え手を少しでも増やす努力が必要になっております。

司会者：これから高齢者の方はどのように生活してくのか心配ですね。高齢者の方やご両親が高齢者という方はどのような生活を希望されているのでしょうか？

大 津：厚生労働省の統計では、実際に介護が必要になった場合の本人の介護の希望としては、自宅で家族の介護と介護サービスを組み合わせて生活していきたい方や家族に依存せず生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい等、自宅で生活してくことを希望されている方が約 75 パーセントいらっしゃいます。ご両親が介護の必要になった際、ご家族がご両親をどこで生活させたいと考えているかという問でもやはり、家族の介護や介護サービスを組み合わせて自宅での生活を支えていきたいと考えている方が 75 パーセントおり、大半の方が自宅での生活をしたい、させたいと思われております。

司会者：自宅で生活したいと皆考えていらっしゃるんですね。

大 津：病気を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要であるとされております。このため、関係機関が連携し、いろいろな職種が協力し、在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を作り上げるため、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図っていくことが求められております。

司会者：医療面ではどのような取り組みがおこなわれるのでしょうか？

大 津：急性期から亜急性期、回復期等まで、患者様が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を充実させていく必要があり、病院のみならず地域の診療所もネットワークに組み込み、医療資源として有効に活用していくことが必要とされております

司会者：病院にはこういった種類の病院があるのでしょうか？

大 津：急性期病院、亜急性期・回復期病院、慢性期・療養病院とあります。

急性期病院とは、急性疾患や慢性疾患の急性増悪などで緊急・重症な状態にある患者様に対して入院・手術・検査など高度で専門的な医療を提供する病院です。

亜急性期・回復期とは、患者様の状態が急性期の状態から脱し、身体機能の回復を図る時期のことで、合併症を予防しながらリハビリを行っていく病院です。慢性期・療養病院とは、病状は安定しているが治癒が困難な状態が続いている状態の患者様を、再発予防や身体機能の維持改善を目指しながら長期的な看護・治療を行っていく病院です。

こういった病院の細分化を行い、患者様が適切な医療を受けられるよう整備がすすんでおり、治療・療養・リハビリを一つの病院で行う病院完結型の医療から地域完結型の医療への転換がすすめられております。地域の病院がどのような機能の病院なのか分からない場合には、病院にいる相談員に聞くことをお勧めします。

司会者：各病院ではこういった取り組みが行われていくのでしょうか？

大 津：急性期の病院では、病床の機能の明確化と機能に合わせた評価のため、平均在院日数の短縮。長期入院患者の評価の適正化。入院早期からのリハビリの推進等が行われています。亜急性期・回復期病院では、急性期を脱した患者様の受け入れする病床の整備のため、急性期病床からの受け入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受け入れなど病床機能を明確化したうえで評価が行われています。長期療養型病床では、長期療養患者様の受け皿の確保を進めております。

司会者：急性期病床の平均在院日数はどのくらいなのですか？

大 津：茨城県内の急性期病床をもっている病院の平均在院日数にばらつきはありますが約11～14日となっております。そのため、急性期病院では入院されてからすぐに退院支援を行っている病院が多くなってきております。

司会者：退院支援とはこういったことを行うのでしょうか？

大 津：退院支援とは、患者様が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援です。安全、安心に療養できるように、各職種協力して患者様に支援していきます。また、患者様に必要な医療・介護があれば適切な資源を調整し、退院を目指すことが医療ソーシャルワーカーや看護師の役割となっております。介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤師などの在宅医療が不可欠と言われております。また、自宅だけでなく、高齢者住宅や介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医を決めることが重要となっております。

司会者：入院といった人生において困難な時期を乗り越え、退院されたあとも不安なく生活できるようにいろいろな職種の方が関わっていくのですね。

大 津：退院後のことで不安なことがある際は、医療ソーシャルワーカーにお声掛け頂ければと思います。