

地域包括ケアシステムにおける市民の役割 with 多職種連携
社会福祉子ども学科 講師 小川孔美

こんにちは。

え？『地域包括ケアシステムの構築が必要』とか言われているけれど、何だか難しく
てわかりにくいから、我々、一般市民は知らなくていいでしょう？」？

市民の皆さんが集まる会議で、まだ、時々耳にする言葉です。

それでは、質問です。

今、救急車で運ばれ、病院に入院したら、どれくらい入院していただけるでしょうか？

「そりゃー、病院なんだから、治療してもらって、具合が良くなるまでいられるんだろ。

お医者さんや、看護師さんに拝み倒せば、2～3 か月くらいは大丈夫さ。なにしろ、俺
の世話をしてくれる家族なんていないんだから。家に戻されたって困っちゃうよ。」

え？2～3 か月？表 1 をご覧ください。

表 1：医療分野についての国際比較（2012）

	日本	ドイツ	イギリス	フランス	スウェーデン
平均在院日数	31.2	9.2	7.2	9.1	5.8
平均在院日数(急性期)	17.5	7.8	5.9	5.1	5.6

厚生労働省 医療保障制度に関する国際関係資料について

OECD 加盟国の医療費の状況 医療分野についての国際比較（2012）一部抜粋し筆者作表

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/hoken/iryuu/hoken11/index.html

今回は、急性期の平均在院日数に注目してみましよう。

各主要国が数日の平均在院日数に比べ、日本は、「17.5 日」と長くなっています。平均在院日数は、「医療の効率性の指標」として用いられており、医療の効率性を試みた結果が日数の短縮化として示されていると考えられています。つまり長い平均在院日数は医療に課題があることを包含していると思なされ¹⁾ます。在院日数の長さは、医療費の増大に直結するため、その短縮に向けた検討や取り組みが各国で進められています。我が国でも、急性期病院の入院期間が短ければ、その後の入院先等にて、入院期間が短く、リハビリテーションの効果も高くなる（図 1 参照）ことから急性期とは手術や急性期処置が終了し数日間～1 週間²⁾にすることも考えられています。病院のなかですべての治療を終えるのではなく、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」³⁾は、団塊の世代が 75 歳を迎える 2025 年以降の医療において、限られた社会保障財源や医療資源を最大限効果的に使うためにも必要となっており、現在、病院のすべての病床に在宅復帰要件や評価指標が導入されています。例えば、2014 年度における診療報酬の改定では、「7 対 1 入院基本料」つまり、患者 7 人に対し看護師 1 名を置かなければならないほど、重症度の高い患者がいる病院においても、自宅等退院患者割合は 75% 以上、その後の 2016 年改定では 80% に引き上げられています⁴⁾。

さて、このように、できるだけ早期に在宅へ戻るため、病院では退院支援に力がおかれるようになっていきます。

2016年度の診療報酬改定では、入院期間を短くすること、退院までの速さを評価するだけでなく、その支援を円滑に進めるシステムづくりがきちんと進められているかどうか、それが、数字として表すことができるのかという実績重視の視点も加わりました。そのため、入院した患者において、退院困難な患者かどうかは3日以内に検討され、また、退院に向けた患者や家族との面談、多職種によるカンファレンスなどは7日以内の早期に行うことなどが定められています⁵⁾。

つまり、治療が始まって1週間もしないうちに、退院についての打ち合わせが医師、看護師、MSW（病院にいるソーシャルワーカー）、リハビリテーション関係などの多職種と始まり、退院が決まっていくことになります。

その退院先の「自宅」として現在考えられている場所は様々です。ご自分のお家以外にも幾つかあります。例えば、回復期リハビリテーション病棟入院料の届け出を行っている病棟、地域包括ケア病棟入院料の届け出を行っている病棟もしくは病室、療養病棟（在宅復帰機能強化加算の届け出を行っている病棟に限る）、居住系介護施設または介護老人保健施設（いわゆる在宅強化型介護老人保健施設または在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届け出を行っている者に限る）、在宅復帰機能強化加算を算定する有床診療所への転院でもいいことになっています。

さて、皆さん、これらの場所について、ご自分の住んでいる地域では、どの病院、どの施設になるか、おわかりになりますか。

難しいことと思います。具合が悪くなっていない、元気で色々なことが考えられるときに、一度調べてみてください。

もし、入院して、退院となったらどこに退院するのだろうか、病気になっても、自宅に帰ったらどんなことがしたいんだろう、多職種と連携することが大事らしいけれど、それは誰のことを言っている、どんな職種の人がいるのだろうか、ということについて、少しでも「知る」「情報を集める」ことが求められているのです。

埼玉県立大学では、多職種のなかの、看護師、保健師、助産師、理学療法士、作業療法士、臨床検査技師、歯科衛生士、社会福祉士、精神保健福祉士、保育士、幼稚園教諭、養護教諭、保健体育教員等の資格取得を目指す学生が学んでいます。そして、市民と多職種が連携することの大切さについても学んでいます⁶⁾。また、市民の皆様と共に学ぶ機会もご用意しておりますので、埼玉県立大学をぜひご活用ください。

「地域包括ケアシステムの構築」というと、「システム」（制度・体制）として、全国一律の基準が作成されており、自然に自分自身の身の回りに作られているような錯覚に陥るかもしれませんが、そうではありません。

市民一人ひとりが地域で生活をするために、生きていくために必要な「自分自身のネットワークを作る」こと、それが、今市民の皆さんに求められている役割といえます。

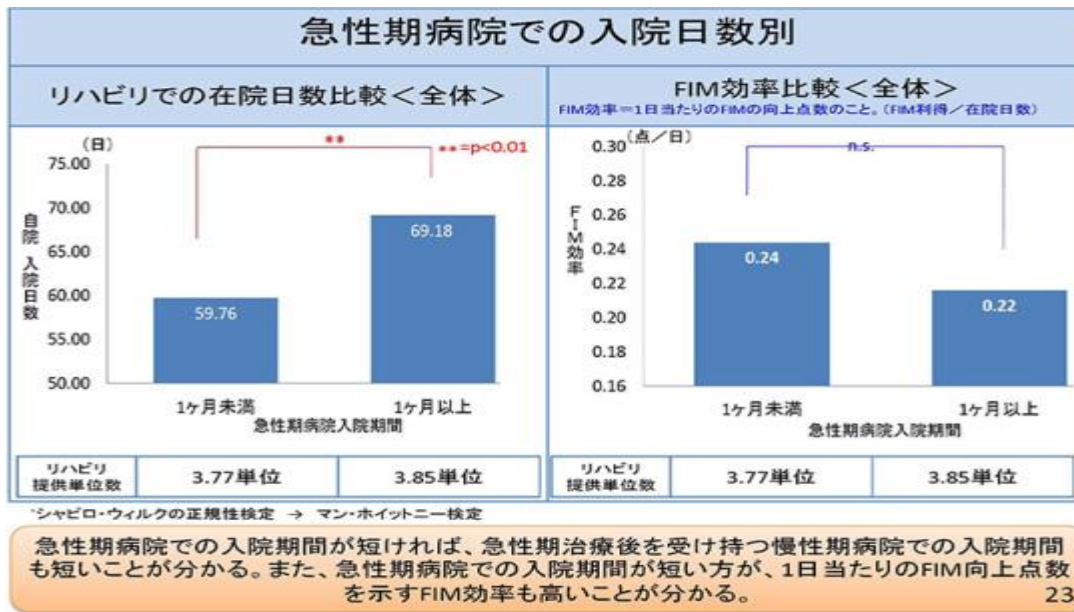


図1：急性期病院での入院日数別 リハビリでの在院日数比較/FIM 効率（*）比較
文献2）より引用

注*：FIMとはFunctional Independence Measureの略です。日本語では「機能的自立度評価法」と訳されます。日常の生活動作の自立度を示す指標で、世界的に広く用いられるスケールです。FIM効率はリハビリテーションにおけるケア効果を入院1日当たりで表しており、点数が高いほど短期間にてリハビリテーションやケアにおける高い効果があったことを示します。

文献

- 1) HEALTH AT A GLANCE 2013, OECD INDICATORS (2013)
<http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
(2017年5月1日閲覧)
- 2) 日本慢性期医療協会定例記者会見資料 (2016.1.14)
http://jamcf.jp/pdf/2016/16113kaiken_01.pdf (2017年5月1日閲覧)
- 3) 原澤朋史 (2016) 「厚生労働省医政局地域医療計画課, 地域医療構想・医療計画について一現行の医療計画制度について (平成25年～) p14」
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000131927.pdf> (2017年5月1日閲覧)
- 4) 中央社会保険医療協議会総会 (第347回) (2017) 「入院医療 (その2) について」 p43
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000155341.pdf> (2017年5月1日閲覧)
- 5) 宮寄雅則 (2016) 「平成28年度診療報酬改定の概要」
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000125201.pdf>
- 6) 小川孔美 (2016) 「IPE・IPWを両輪とした地域包括ケアシステムの必要性」保健医療福祉連携9巻2号 p184-187