地域包括ケア会議・総社市地域医療連携ネットワーク会議合同会議 議事まとめ

日 時：平成 28 年 10 月 5 日（水）

14：00～15：30

会 場：総社市保健センター2 階 保健指導室

出 席：地域包括ケア会議 17 人

（うち 2 人両会議委員）

地域医療連携ネットワーク会議 16 人

（うち 2 人両会議委員）

事務局 13 人（うち 2 人ケア会議委員）

1. 開会(進行:内田課長)

2. あいさつ(片岡総社市長)

当選して 1 年経った。民意を代弁するのが仕事。訴えてきたのは全国屈指福祉先駆都市。医療・介護を含めたものを本気でやっていきたい。病院退院後のよりよいスムーズな体制をとっていきたい。さらに発展的に成し遂げていく部分が全国屈指福祉先駆都市。医療・介護・福祉の国のメニューにははまらない人、発達障害の子や障害ではないが働けない人、国の事業からはみ出している人にどう支援していくかの足固め。できればその領域に持っていきたい。グレーの部分は国の補助なしで市の単独事業となる。本当にやるかのライン引き。中身はどこまでやるのか。その辺りを視野に入れながらだが、マンパワーは限られている。限られたメンバーで最大の効果が出せるようにしていきたい。

3. 本日の会議の目的(長寿介護課 西川課長説明)

地域包括ケアシステムの「在宅医療」を検討

資料 1

(表面)2025 年問題を踏まえ、地域包括ケアシステムの実現。医療・介護両方を必要とする高齢者が住み慣れた地域で生活できるように。

(裏面)H30.4 月に全ての市町村で実施。(ア～ク)

医療の部分で地域医療連携ネットワーク会議。介護の部分で地域包括ケア会議。二つの会議の初めての合同開催。今まで話し合われてきた内容の情報共有や関係部署間での連携を推進していきたい。

4. 現状報告

①総社市の在宅医療の現状について(健康医療課 内田課長説明)

資料 2

・平均寿命は男性より女性が長い。女性は年々短くなっている。

- ・男性より女性のほうが自立していない期間が長くなっているが、女性は年々自立していない期間が短くなっている。男性は自立していない期間が長くなってきている。
- ・人口分布の状況(H22とH52の比較)H22は生産年齢人口の占める割合が高く医療現場でも治すことと救うことが中心。H52には人口全体が減少。生産年齢人口が減少し後期高齢者の割合が増える傾向にある。
- ・総社市の会計算出の総額に対する医療費の割合(H27決算)全体の11.6%。国保特別会計と介護保険特別会計を合わせると歳出総額の30%となり今後も増えていくことが予想される。
- ・地域医療資源と地域介護資源の状況 人口10万人あたりで比較してみると医療資源の病床数や医師・看護師は全国平均に比べると少ない。在宅医療・介護を支える施設、スタッフについては人口10万人や75歳以上千人あたりで比較してみると全国平均より多い状況。

②地域包括ケア会議からの報告(長寿介護課 野瀬主任)

資料3 資料7

地域包括ケア会議の目的:地域包括ケアシステムの構築・高齢者等が安心していきいきとした生活を送れるまちづくりを行う。

H17～小地域ケア会議発足。圏域地域包括ケア会議は中学校区ごと。地域包括ケア会議は事業化を協議。三層構造になっている。

成果としては、認知症初期集中支援チームの設置やSOSシステムの開始等。いきいき百歳体操は現在市内138箇所で行っている。

総社市の地域包括ケアシステムの課題として医療・介護の連携をさらに推進していきたい。在宅医療・介護連携に関する課題や不安を今後も検討していきたい。

総社市の地域包括ケアシステム構想図が資料7。支援を必要とする人中心に自助、互助、共助、公助についてまとめたもの。裏面は在宅医療・介護連携に関する課題や不安について圏域ケア会議の意見をまとめたもの。

③地域医療連携ネットワーク会議からの報告(健康医療課 竹下主査)

資料4

平成26年度から年2～3回開催。発足の経緯は2025年問題や救急医療の状況の解決に向けて総社市内外の医療機関や事業所等の役割分担と連携のあり方について意見交換を重ねてきた。

意見交換は①救急から在宅までの医療体制整備 ②医療介護看護の顔の見える関係づくりの2点について主に検討してきた。成果としては吉備医師会・倉敷中央病院・倉敷平成病院・川崎学園との連携協定締結と晴れやかネットケアキャビネット「きびきび」を導入したこと。きびきびの特徴は加入施設・ID登録者・患者同意数が多いことと市外の事業所も加入しているという点。今後も役割分担と連携について検討を重ねていきたい。

5. 関係機関からの情報提供

①総社市の救急搬送状況(総社市消防本部)(消防長)

資料5

- ・H27 出動件数 2694 件・搬送人員 2580 人
1 日に約 7 件出動 総社市民 26 人に 1 人搬送
- ・管外搬送 75%
- ・65 歳以上の搬送が 61.20%で救急車を頼らざるを得ない高齢者の状況がある。

②健康サポート薬局について（岡山県薬剤師会吉備支部長）（堀江委員）

資料6

- ・いわゆる薬事法の改正で位置づけ。
- ・かかりつけ薬局として一元的・継続的に。懇切丁寧な服薬指導と副作用等のフォローアップ。残薬の確認は医療費適正化にも結びつく。お薬手帳の電子版は現在実証実験中。
- ・ハードな研修も受けている。届出書類も多い。
- ・10/1～健康サポート薬局(24 時間対応, 在宅対応, 疑義照会, 受診勧奨, 医師市外の多職種連携)の受付開始(HCで受付)市内 24 保険薬局中 3 薬局が動いている。今年中には看板を上げる予定。
- ・日常生活圏域でグループ分けして圏域に 1 箇所は薬局が入るように、包括と連携できるように考えている。H29.3 月にはひとつの形が出来上がるのではないかと思う。

③総社市と市外医療機関との連携（倉敷中央病院・川崎医科大学附属病院・平成病院）

倉敷中央病院（福岡委員）

救急統計

2015 年度 救急統計が 9 月に完成した。PDFファイル。グーグルで検索可。ダウンロード可。わかりやすくまとめているのでぜひごらんください。取り組みとして外傷患者退院後支援システムの構築を進めている。退院後 2 年フォローシアンケート実施。外傷患者が良くなっていく過程でリハビリや訪問看護の利用等を把握しながら回復の促進につなげていきたい。受診患者は年間 6 万人前後で推移。救急搬送はほぼ 1 万人。センター内で行われた医療処置も増加。地域別搬送集計は総社消防は倉敷・玉島・児島に次いで多い。さきほど市外搬送の報告があったがその半数がわれわれのところに搬送されている。

川崎医科大学附属病院（武内委員）

総社市からの入院患者は増加。川大だけではフォロー難しい。退院支援看護師が入院後にケアマネ・包括と連携をとっている。ソーシャルワーカーも病棟担当制になっている。院内でも連携をとりながら医療費・家族の問題で連携している。

倉敷平成病院（篠山委員）

資料8

うちは二次救急。特徴は敷居が低いこと。紹介状がなくても電話でもよい。施設やグループホームの職員から連携室へ電話でよい。重症なら倉中や川大へ搬送する。総社市からの救急搬送受入は月平均 20～30 人。搬送全体では月 180～200 人。8 月は 212 人だった。総社市からの救急搬送は全体の 15%。治療を終えた人は地域へ帰る人がほとんど。敷居が低いことで地域連携をしていきたい。

6. 意見交換 —地域包括ケアシステムの構築について— 進行:小坂田委員長

櫻井委員:救急統計P5のグラフの色が違う。

福岡委員:修正します。

石田委員:ベット数が少ない,在宅医療を増やしたい,75%が市外等という話は矛盾があるのではないか。開業している医療機関は実際に在宅医療に対応できるのか。技術的にも時間的にも。私は無理だと思う。システム図は立派だが。

小坂田委員長:現状・課題を乗り越えるためにこの会議がある。前回の会議での森下先生の発言もあったがいかがか。

森下委員:吉備医師会では訪問診療,医院の往診の一覧表を作成し在宅に出て行ける医療機関を提示している。(ケアマネにも情報提供している)どこまでできるかはマンパワーもあるし市内だけでは難しい。市内搬送 25%の半分を森下病院と薬師寺慈恵病院で受け入れている。夜間であれば市外になることも。医療を望まれている方は市外へ搬送されている。

三宅委員:在宅医療をちゃんとやっているところはきちんと出している。在宅酸素療法,システム,ガン末期の痛み止め(麻薬)投与,吸痰等在宅でできることが増えてきた。患者にとっても有用な方法だと思う。24時間連携ができる療養支援診療所をとっているところが対応できる。きちんと対応している。グループホームや小規模多機能は施設と言うより在宅医療としてカウントしている。全て家ではなくそういうところも在宅医療。

石田委員:大変いい話を聞かせてもらった。医師会として全部の医療機関ができるようになれば安心。

三宅委員:往診できる先生はできると思う。最近は入院して亡くなる人も多い。自宅で看取りも増えてきている。できるだけ私もしようとしている。特養での看取りもかなり増えてきている。グループホームでも看取りができるようになってきた。何もできることがなくて最期に病院に紹介しても病院でもできないことがない。

石田委員:病院で亡くなる方が約9割。病院も治療が済んだら1~2週間で自宅へ戻り,悪化したら救急で運ばれる。結果最期は病院で亡くなる方が多い。

三宅委員:また疑問がございましたらどうぞ。

小坂田委員長:今のような課題や疑問を大切にしていきたい。

福岡委員:今非常に大切な意見をいただいた。医療の現場ではACP(アドバンスケアプランニング)という終末期になってからではなくもっと前もってどこまで治療をするか本人と決めておきましょうという考え方がある。本人の意向を尊重している。家で看取るのは大変。亡くなる前は暴れたり大声を出す。実は本人は寝ているだけで苦しくない。今日来られているような住民代表の方は,現場の人をサポートして欲しい。今言ったようなことを伝えるだけでも家族の安心につながる。そういったことを地域全体でサポートして欲しい。

小坂田委員長:病気をもって自宅へ。どう生きるか、そういう支援を組み立てていかないといけない。ケアマネの立場からはいかがか。

小原委員:小規模多機能施設というところで仕事をしている。ここは地域包括ケアシステムの凝縮版の役割がある。ケアマネの役割としては医療の専門職、介護の専門職、看護の専門職、その人に関わる全てのかたが役割をもってその人を支えていく。「安心」のパイプ役をしている。

薬師寺委員:訪問看護ステーションに勤務。末期の方も自宅へ帰ってくる。吸引も家族は病院で指導は受けるが帰ってできるのか不安。訪問看護ステーションは市内に6箇所あり家族と一緒に介護のサポートを行っている。末期の場合は毎日でも訪問する。家族の指導をしながらやっています。

小坂田委員長:課題はありますか？

薬師寺委員:すぐには思いつかないが、重症の方も増えてきているのが現状。その中でもお手伝いしたい、もう少し看護師がいればもっと支援できるのと思う。現状では介護職は足りているとあったが「訪問看護ステーションはマンパワー不足」自宅へ戻ってもどこにどうつなげていいかわからない、家族でぎりぎりまで頑張りたいという方もいてケアマネも支援につなげるのに困る場合がある。

小坂田委員長:「情報不足や意識づくり」これもひとつの課題。

寺島委員:在宅医療では「老々介護」も課題。1人暮らしが増えている。自宅で最期を迎えたいと思っても難しい。切れ目なくできれば。

三宅委員:そこが多職種の出番。訪問看護、ケアマネ等。医師だけでなく多職種で患者のために最善を尽くせるようになってきている。がん末期の方がグループホームに帰ってきて多職種の支援でスムーズに支援できた。昔は医療だけで四苦八苦していてスムーズさがなかった。いまは「きびきび」でも連携、情報共有しレベルを高め、最善のことが出来る。今は入り口だけどだんだんそういうことができる。

西野委員:在宅への動きの中で「退院前カンファレンス」を頻繁に行っている。月30~40件。入院時にケアマネがきて在宅時の情報を持ってきてくれる。多職種の方にきていただいて支援途切れず在宅へ戻れるようなことが増えてきた。

福岡委員:退院前カンファレンスをやっている。転院後訪問もやっている。外傷後いつでもケースワーカーに相談できる。我々の経験値も上がってきている。5~10年前と違って地域連携ができています。倉敷を中心にネットワークができていますのが強み。お手伝いはいくらでもやらせていただきたい。

十河委員:月10件カンファレンス行っている。倉敷市内も在宅中心の医師が増えてきて恵まれてきている。住民や家族が地域へ帰ることを要望されないと数も上がってこない。

森下委員:介護保険を申請していない、ケアマネのいない人が搬送されてくることがある。90歳の1人暮らしで家族がいないと家に帰せない。介護保険の申請は結果が出るのに1か月係る。独居老人や何もサービスを受けていない人等なるべく早く気づいて市へつないで

ほしい。

櫻井委員：ケアシステムについてそれぞれの圏域で検討してきた。医療は切っても切れないという大前提。搬送は軽症の方が多く、75%が市外と言う話があったが、在宅医療がどの程度充実していくかは「福祉サービスの充実」「医療の充実」この双方の充実がシステムの実現には必要。資料7にあるように北部圏域ではネットワークやチームアプローチが必要と意見を出したが総社スタイルに向けた動きができてきているんだと思った。往診の調査を医師会がしていたが、毎日24時間行ける体制がつくれるかどうかは別として、例えば火曜日の午後はA医院のB医師が出れる体制がある。その情報を包括や居宅と共有すると在宅医療の浸透度が変わってくる。できるだけ早い時期に整備されて介護・福祉系の事業所と共有できればいいと思った。

石田委員：健康寿命の出し方が違うというのは？

徳山委員：国は国民生活基礎調査の結果から算出(主観的)これだと岡山県は下位になる。総社市で出したのは要介護度を活用。要介護2以上の結果を活用して算出した客観的なもの。

小坂田委員長：資料7について説明があったが、認知症は早く発見できず重症化している。早く発見するには退院後の地域のつながりや生きがいづくりが大事。地域と専門機関の連携するしくみがあって初めて安心して生活できる。退院時の会議に社協、民生委員、地域の連携を考えてほしい。どういう課題があるのか、社協としてはどうか。

佐野委員：資料1と7の大きな違いは住民の力をいかに活用していかに早期発見し対応していくか。市内には民生委員のほかに福祉委員が574人いる。地域で組織化しており小地域ケア会議のメンバーになっている。民生委員と福祉委員が連携して地域の問題、課題を早く発見していきたい。総社市のケアシステムは三層構造になっており、地域の課題を全市的な課題にもっていくことができる。

小坂田委員：しくみがうまくいっていないこともあるので今後検討が必要。総社市は中央部を除いて後期高齢者が増加。高齢者の半が高齢者のみの世帯。5年後はもっと割合が高くなる。老々、認々介護も増える。在宅＝地域
今日の会議は皮切りである。ひとつずつ解決に向けて検討いただければと思う。

7. 閉会（まとめ・今後の方向性）

司会：行政としても今後必要に応じて会議を開催して検討していく。包括ケア会議は10/24、地域医療ネットワーク会議は次年度5月頃の予定。

平野部長：H18～地域包括ケアシステムを作っていこうという地域包括ケア会議。H26～医療を中心とした話し合いの場であるネットワーク会議。まだまだ課題はあるが合同で行うと住民の方からどんどん意見がでる。倉中・川大・平成の決め細やかなやり方を聞くことができた。倉敷の病院がここまでやってくれていると地域の人に伝わったことも大きい。歯科医師会も在宅医療をサポートしており薬剤師会も24時間のサポートをしている。合同でするとみんな

頑張っているという共通理解が出来た。在宅でどういう看取りをするか、地域で支える、住民で支えていくというのはまさに地域包括ケアシステムである。総社市で生まれた方の「最期まで自分らしく生きていきたい。」を支えるようなケアシステムでありたい。

高橋委員：お口の健康まつり紹介。今年で11回。今年は薬剤師会とコラボする。口腔への意識はまだまだ低い。一般市民の方にももっと身近に感じて欲しい。在宅で苦痛を感じない範囲の治療を考えている。