

第2 救急から在宅までの医療体制整備、在宅医療・介護連携

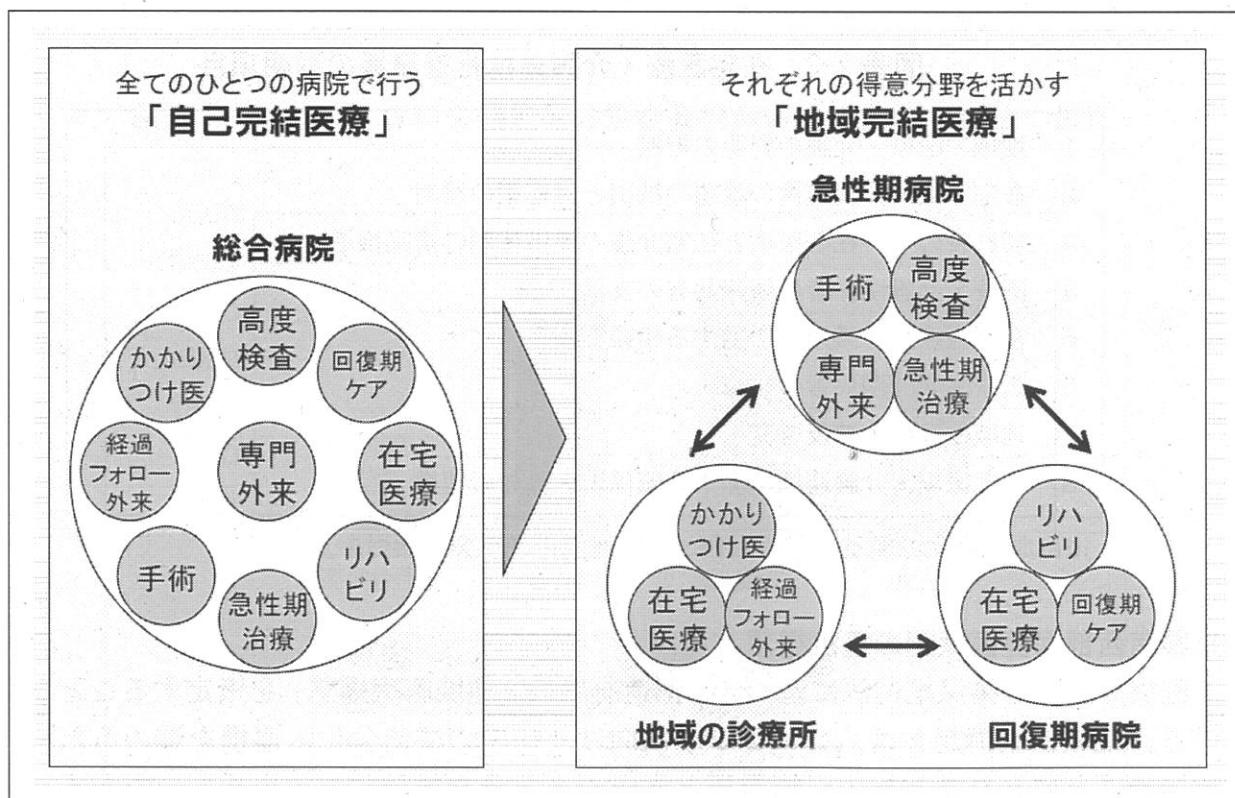
1 施策の方向性

(1) 地域完結型医療、医療機関の機能分化

団塊の世代が後期高齢者に達し、介護・医療費等社会保障費の急増が懸念される2025年問題への対応が急務になる中、国においては、①「病院完結型医療」から、地域全体で治し、支える「地域完結型医療」への転換が必要であること、そして、②医療や介護が必要な状態になっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、尊厳をもって人生の最期を迎えることができるようしていくことが重要であるとの方向性が示されている。

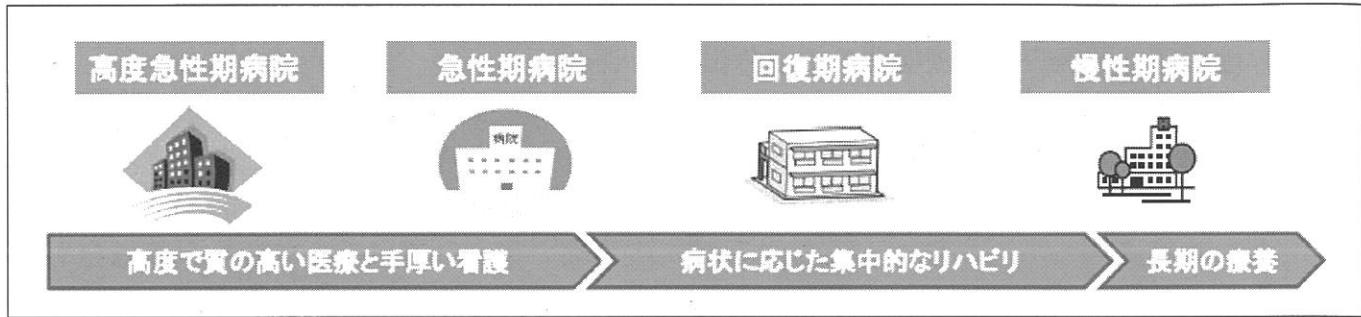
平成26年6月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(医療介護総合確保推進法)が公布され、医療提供体制の改革の方向性が示されている。それは、①高度急性期から在宅医療まで、患者の状態に応じた適切な医療を地域において効果的かつ効率的に提供する体制を整備すること、及び、②患者ができるだけ早く社会に復帰し、地域で継続して生活を送れるようにすることであり、その主な内容は、医療機関の機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期)の分化・連携を推進し、病床を機能別に再編することである。

図表2-1 地域完結型医療のイメージ図



※出典：社会福祉法人恩賜財団済生会熊本病院「地域完結型医療の実現を目指して」

図表 2-2 医療機関の機能の分化・連携のイメージ図



※出典：厚生労働省「医療介護総合確保推進法等について」

(2) 在宅医療・介護連携

医療と介護の連携については、それぞれを支える保険制度が異なることなどにより、多職種間の相互理解や情報共有が十分にできていないといった課題が従来から指摘されている。この課題を解決するため、現在、介護保険法（地域支援事業の包括的支援事業）に、在宅医療・介護連携推進事業が位置づけられ、市区町村が、各地域の医療・介護の関係機関等と協力して、当該事業に取り組むこととされている。具体的には、国が平成27年3月に、地域の医療・介護の資源の把握など8項目の具体的取組内容、実施方法、取組事例等を示している。そして、平成30年4月には全市区町村が、原則として8項目全てに取り組むこととされている。

図表 2-3 在宅医療・介護連携推進事業の取組項目

- 1 地域の医療・介護の資源の把握
- 2 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- 3 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- 4 医療・介護関係者の情報共有の支援
- 5 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- 6 医療・介護関係者の研修
- 7 地域住民への普及啓発
- 8 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

※出典：厚生労働省「在宅医療・介護連携推進事業の手引き」

(3) 県南西部保健医療圏の医療構想

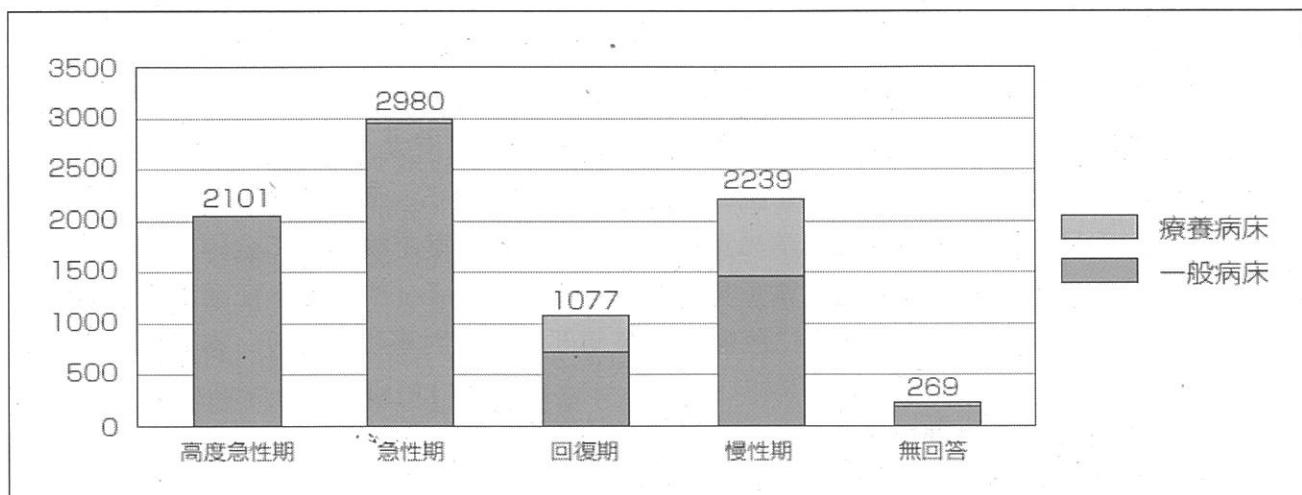
医療介護総合確保推進法に基づき、都道府県は「地域医療構想」を策定することとされている。地域医療構想とは、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるものである。岡山県は、国の「医療提供体制の確保に関する基本方針」に即し、現在、第7次の「岡山県保健医療計画」（平成28年度～29年度）を策定しており、その計画の中に地域医療構想を盛り込んでいる。

総社市は、その計画上、県南西部保健医療圏（以下「県南西部」という。）の倉敷地域に位置しており、県は、県南西部の医療機能ごとの医療需要と病床の必要量を定めている。それによれば、県南西部の機能区分別の病床数は、回復期の病床数が少なく、2025年

時点の必要数よりも大幅に不足している。したがって、病床の再編は必須である。

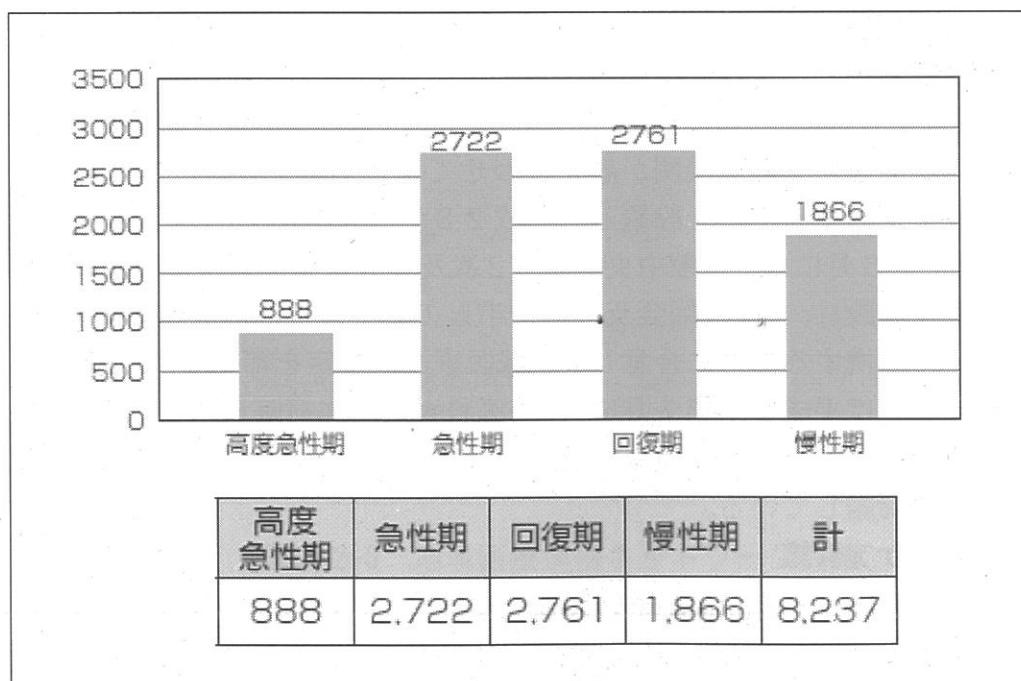
2025年を目途に各医療機関等の自主的な取り組みのもとで病床の機能分化を進めていくこととされており、県の主催する県南西部地域医療構想調整会議等においてその議論が進められている。そして、県南西部の医療資源の偏在、アクセス、在宅医療・介護の進展の度合いなどの地域特性を考慮し、各地域の実情に応じた医療・介護の在り方を検討しているところである。

図表2-4 県南西部の機能区別の病床数（単位：床）



※出典：岡山県「第7次 岡山県保健医療計画」

図表2-5 2025年の機能区別必要病床数の推計値（単位：床）



※出典：岡山県「第7次 岡山県保健医療計画」

2 総社市の現状と課題

(1) 連携

ア 検討会議

総社市では、予防、急性期、回復期、そして看取りまでを地域で支える医療介護体制について、次の4つの会議を通じて、多方面の関係者や有識者から意見を聴取し、検討を行っている。市長、副市長等の市役所幹部と有識者が全国屈指福祉会議において社会福祉制度全般にわたる検討事項を設定し、専門的知見を有する委員で構成される医療費適正化推進委員会等で検討を行っている。医療、介護等の課題を関係者で共有する体制が整っているものと評価できる。

① 全国屈指福祉会議

平成27年12月から、既存の社会福祉制度に捉われず、全国屈指の福祉文化先駆都市を実現するために、部局横断の幹部職員と有識者で構成する「全国屈指福祉会議」を設置し、平成28年度までに4回の会議を開催している。テーマ別に5つの部会を設置し、本委員会その他の関連会議の意見を聴取し、施策案を検討して全国屈指福祉会議に報告することとされている。本意見書のテーマでもある「救急から在宅までの医療体制整備」は、平成27年12月に医療体制整備部会の検討事項となり、本委員会で検討することとなった。

② 医療費適正化推進委員会

平成25年から、市民の健康づくりと生活の質の向上を図り、年々増加する医療費を抑制する対策を検討するために、条例に基づき「医療費適正化推進委員会」を設置し、平成28年度までに8回の会議を開催している。

平成27年から、全国屈指福祉会議の関連会議に位置付けられ、救急から在宅までの医療体制の整備についての諮問を受け、検討を行ってきた。

③ 地域医療連携ネットワーク会議

平成26年5月に、2025年問題を見据え、地域の医療介護の在り方を検討するために、市域を超えて関係機関が顔を合わせて意見交換する場として、「総社市地域医療連携ネットワーク会議」を設置し、平成28年度までに7回の会議を開催している。

平成27年6月には、倉敷中央病院（2次及び3次救急医療施設）、倉敷平成病院（2次救急医療施設）、吉備医師会及び総社市との間で、救急医療体制の確立その他の6項目について連携することに合意し、地域医療連携協定を締結している。さらに、学校法人川崎学園とは平成27年7月に、川崎医科大学附属病院（2次及び3次救急医療施設）との医療連携協定という枠組みを超えて、教育・地域振興についても連携していく包括的な協定を締結している。

④ 地域包括ケア会議

平成19年9月に、高齢者等が安心して生活を送れるまちづくりを行うために、地域の多様な社会資源情報を集約し、その総合調整、援助困難事例の検討、広域的な支援体制の整備等を図る「地域包括ケア会議」を設置している。

介護保険法に在宅医療・介護連携推進事業が位置付けられたことに対応して、平成29年9月に地域包括ケア会議の小委員会として「地域医療介護連携推進委員会」を設置し、在宅医療・介護連携についての検討を始めている。

図表 2-6 全国屈指福祉会議

1 参加者
①市長 ②副市長 ③教育長 ④庁議構成員 ⑤有識者（地域包括ケア会議会長、医療費適正化推進委員会会长、子ども・子育て会議会長、総社市校長会会长、総社市園長会会长、地域自立支援協議会会长、総社市社会福祉協議会会长、ひきこもり支援等検討委員会会长）
2 協議事項
テーマ別に部会を設置し、関連会議の意見を聴取し、施策案を検討し、全国屈指福祉会議に報告する。
(1) 高齢者支援部会
【当面の検討事項】独居高齢者世帯への支援
【関連会議】地域包括ケア会議
(2) 医療体制整備部会
【当面の検討事項】救急から在宅までの医療体制整備
【関連会議】医療費適正化推進委員会
(3) 待機児童ゼロ部会
【当面の検討事項】待機児童ゼロ
【関連会議】子ども・子育て会議
(4) 発達障がい児支援部会
【当面の検討事項】就学前からの発達障がい児支援
【関連会議】校長会、園長会
(5) ひきこもり対策部会
【当面の検討事項】ひきこもりからの脱却支援

図表 2-7 医療費適正化推進委員会

1 参加者
①学識経験者 ②医療等提供者 ③医療保険者 ④受益者代表 ⑤行政関係者
⑥市長が認める者（20名以内）
2 協議事項
①予防対策、健（検）診 ②救急医療体制 ③回復期の医療体制、在宅拠点となる施設 ④適正受診等に向けた啓発活動

図表 2-8 地域医療連携ネットワーク会議

1 参加者
①倉敷市の医療機関 ②吉備医師会 ③歯科医師会 ④薬剤師会
⑤総社市老人福祉施設協議会 ⑥介護支援専門員協会 ⑦訪問看護 ⑧岡山県
⑨総社市（合計19名）
2 協議事項
市域を超えた各機関の連携（役割）の在り方
①かかりつけ医 ②救急医療体制 ③回復期の医療体制

図表 2-9 地域包括ケア会議

1 参加者	①小地域ケア会議 ②民生委員児童委員協議会 ③福祉委員協議会 ④吉備医師会 ⑤福祉施設 ⑥司法等関係機関 ⑦岡山県介護支援専門員協会総社支部 ⑧社会福祉協議会 ⑨関係行政機関 ⑩学識経験者 ⑪市長が必要と認めた者(合計 25 名以内)
2 協議事項	(1) 地域包括ケア体制の総合的な整備 (2) 援助困難事例の検討 (3) 社会資源情報の集約及び提供 (4) 地域が抱える問題の把握及び共有化 (5) 新たなサービスの構築に向けての検討 (6) 小地域ケア会議への指導、支援

図表 2-10 総社市地域医療連携協定(概要)

1 協定締結者	倉敷中央病院、倉敷平成病院、吉備医師会、総社市
2 連携事項	
(1)	地域医療連携ネットワークの確立
(2)	救急医療体制の確立
(3)	地域医療を推進するための人材育成
(4)	医療情報の提供と活用
(5)	災害時等の医療体制の構築に関する事項
(6)	地域の医療・保健・介護・福祉の関係機関との連携強化に関する事項

図表 2-11 学校法人川崎学園と総社市との連携協力に関する協定(概要)

1 協定締結者	学校法人川崎学園、総社市
2 連携事項	
(1)	地域の医療・保健・介護・福祉・教育の充実
(2)	地域の医療・保健・介護・福祉・教育を推進するための人材育成
(3)	災害時等の医療・保健・介護・福祉体制の構築
(4)	大学等が有する専門知識を生かした地域振興
(5)	学生及び卒業生が地域の担い手として活躍するための仕組みを作ること
(6)	その他両者が協議して必要と認める連携協力

イ 晴れやかネット・ケアキャビネットきびきび

一般社団法人医療ネットワーク岡山協議会が、病院の電子カルテなどの医療情報をかかりつけの診療所で閲覧・共有できるネットワークシステム「晴れやかネット」を運用している。県内に開示施設は 51、閲覧施設は 400 以上あり、総社市に開示施設はないが、閲覧施設は 23 ある(H29.4.30 現在)。救急から在宅医療の連携を図る具体的ツールとして一層の普及が期待される。

そして、その拡張機能として、医療・介護関係者の情報共有システム「ケアキャビネット」の運用が県内の複数の地区で始まっている。患者の許可を得た参加施設の医療・介護関係者は、日々のケア情報、画像、動画といった現場の情報を迅速に共有し、円滑にコミュニケーションを行うことができる。現在、総社市が事務局を担うグループ「きびきび」への加入施設数は 123 施設、医療・介護関係者の登録者数は 352 名、患者

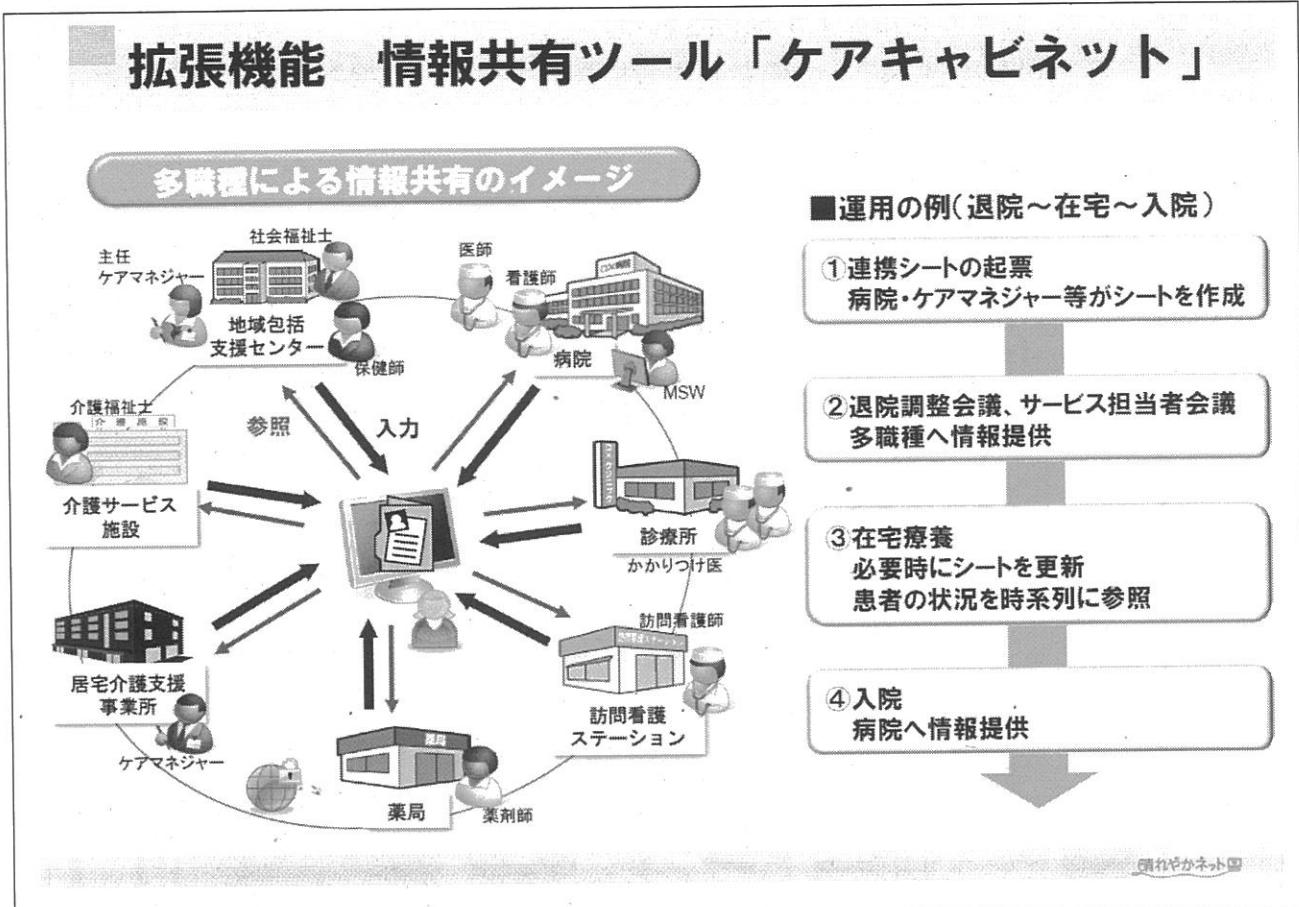
同意数は236名に至っており（H29.6.1現在），県内で最多である。医療と介護の連携を図る上で，益々の利用拡大が期待される。

図表 2-12 晴れやかネット



※出典：晴れやかネット事務局「晴れやかネットとは」

図表 2-13 晴れやかネットケアキャビネット



※出典：一般社団法人医療ネットワーク岡山協議会「医療ネットワーク岡山概要説明資料」

(2) 医療・介護体制

ア 医療施設数、病床数及び医師・看護師数

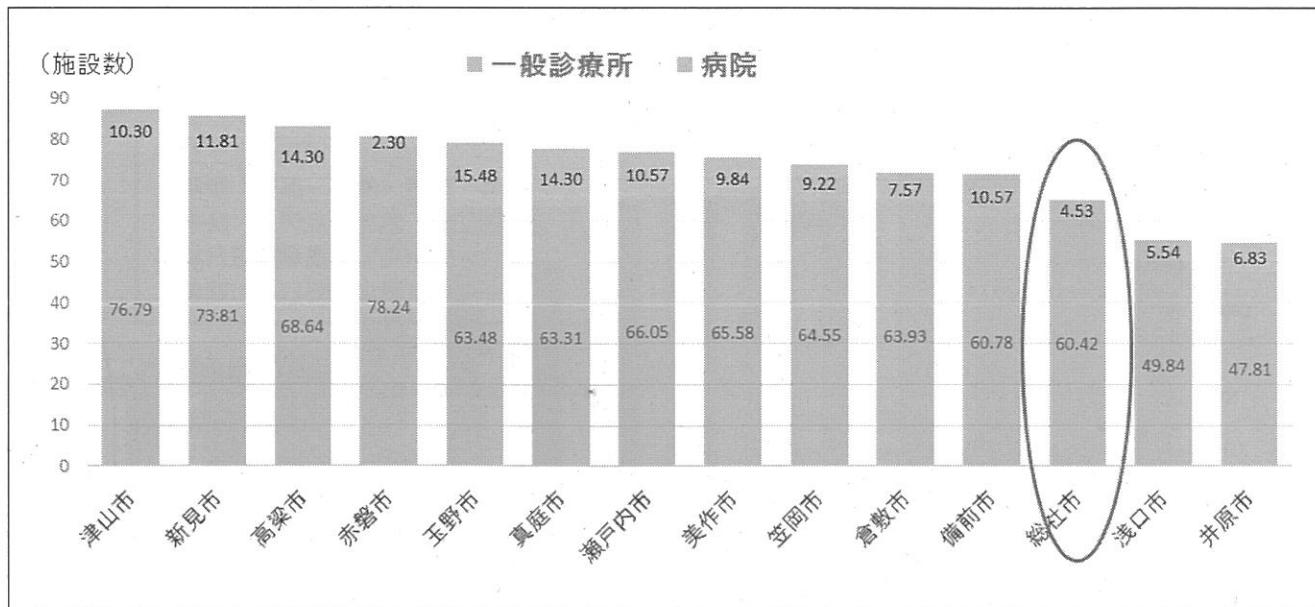
総社市の医療施設数についてみると、一般診療所数は、県南西部と比べて同程度であるが、岡山県や全国平均と比べると少ない。病院数は、県南西部、岡山県及び全国平均のいずれと比べても相当数少ない。岡山市を除く14市で比べても、一般診療所数は3番目、病院数は2番目に少ない。

図表 2-14 一般診療所と病院数（平成 28 年 10 月、単位：施設）

施設種類	施設数	人口 10 万人あたり施設数			
		総社市	総社市	県南西部	岡山県
一般診療所	40	59.83	60.77	69.81	67.88
在宅療養支援診療所	11	16.45	11.34	16.96	11.43
病院	3	4.49	7.42	8.43	6.58
在宅療養支援病院	1	1.50	2.24	1.65	0.91
合計	43	64.32	68.19	78.24	74.46

※出典：日本医師会「地域医療情報システム」

図表 2-15 施設数の比較（平成 27 年 9 月、単位：人口 10 万人あたり施設数）



※出典：日本医師会「地域医療情報システム」

病床数についてみると、一般診療所病床数は、県南西部、岡山県、全国平均のいずれと比べても大幅に多いが、病院病床数は、それらのいずれと比べても大幅に少ない。岡山市を除く 14 市で比べても、一般診療所病床数は 3 番目に多いが、病院病床数は一番少なく、両方合わせた病床数も一番少ない。病院病床の病床分類についてみると、一般病床が大幅に少なく、精神病床、結核・感染症病床は無い。

医師と看護師数についてみると、県南西部、岡山県及び岡山市を除く 14 市で比べても、一番少ない。

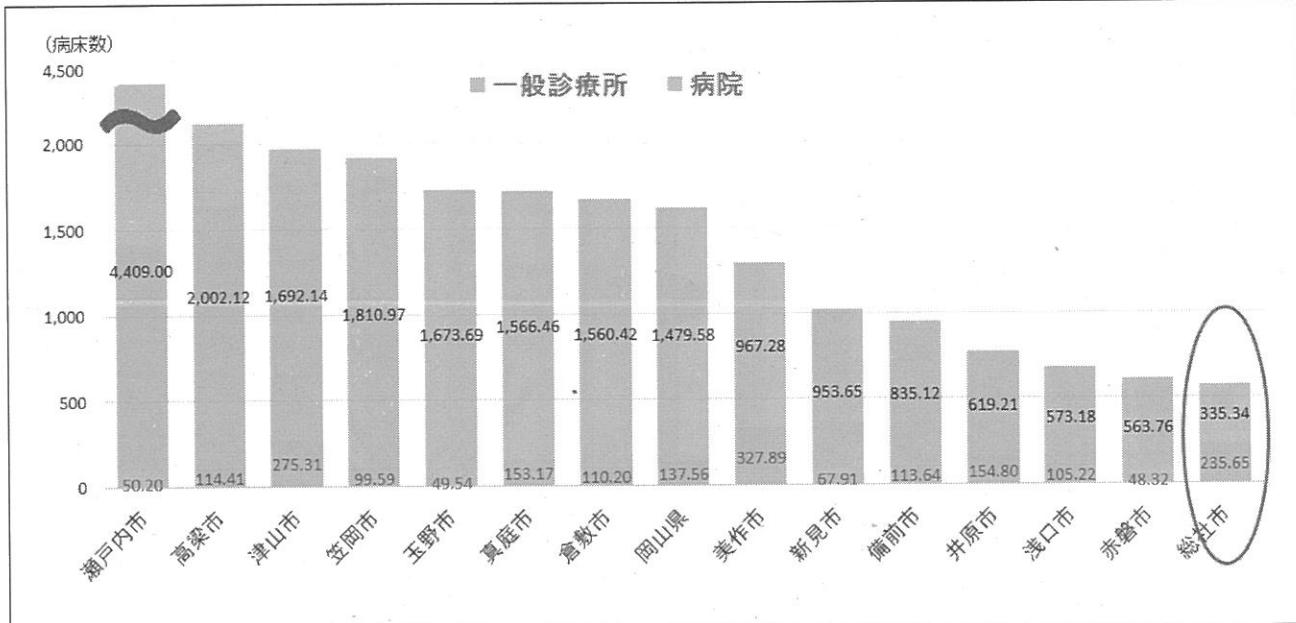
したがって、病院及び医師・看護師については、市内に最低限の数しか確保されておらず、2025 年問題への対応に当たり懸念がある。

図表 2-16 病床数（平成 28 年 10 月、単位：床）

病床種類	人口 10 万人あたり病床数				
	総社市	総社市	県南西部	岡山県	全国平均
一般診療所病床	156	233.34	117.19	128.36	80.90
病院病床	222	332.06	1,354.10	1,469.15	1,215.00
一般病床	68	101.71	908.99	938.43	696.06
精神病床	0	0.00	196.02	280.01	259.31
療養病床	154	230.35	244.19	242.38	252.28
結核・感染症病床	0	0.00	4.90	8.33	5.42
合計	378	565.40	1,471.29	1,597.51	1,295.90

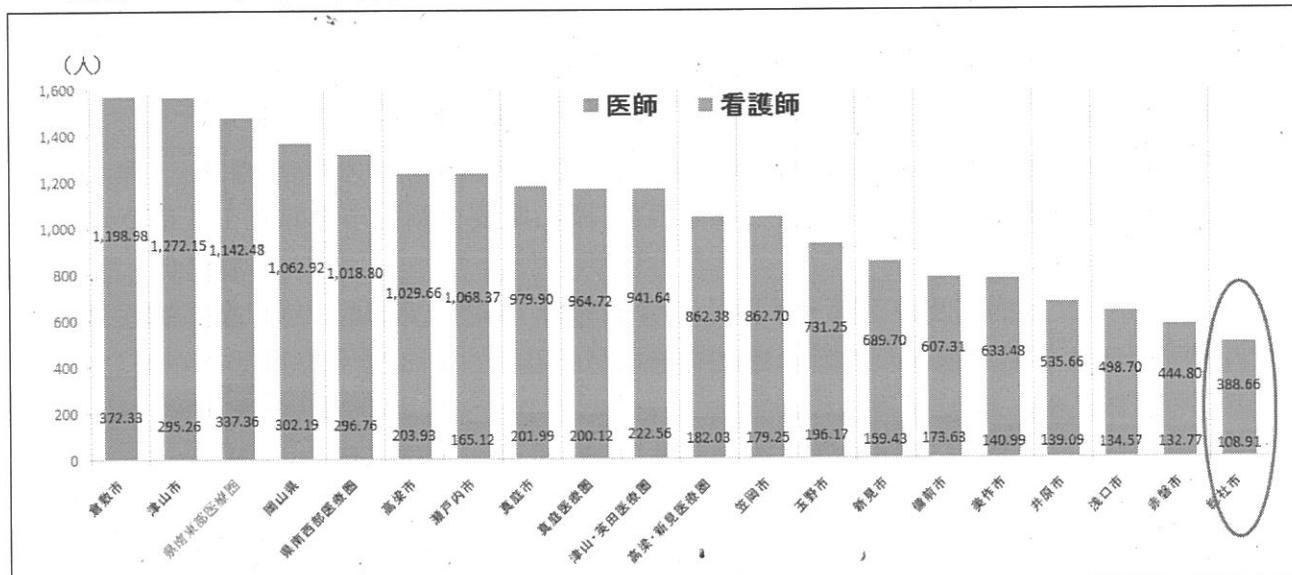
※出典：日本医師会「地域医療情報システム」

図表 2-17 病床数の比較（平成 27 年 9 月、単位：人口 10 万人あたり病床数）



※出典：日本医師会「地域医療情報システム」

図表 2-18 医師と看護師数の比較（平成 27 年 9 月、単位：人口 10 万人あたり人数）



※出典：日本医師会「地域医療情報システム」

イ 救急搬送

県南西部の救急医療体制における総社市内医療機関の位置付けは、森下病院及び薬師寺慈恵病院が 2 次救急医療施設（救急告示病院等）に該当し、長野病院及び市内診療所が初期救急医療施設（在宅当番医制）に該当している。

図表 2-19 県南西部 救急医療体制（平成 27 年 3 月 31 日）

初期救急医療施設

- 在宅当番医制
 - ・倉敷・児島・玉島・笠岡・井原・吉備・北児島・都窪・浅口医師会
- 休日夜間急患センター
 - ・倉敷市休日夜間急患センター

- 初期救急医療施設
 - ・比較的軽症な救急患者の診療を担当する医療機関

二次救急医療施設

- 病院群輪番制
 - ・倉敷中央病院（奇数日）
 - ・川崎医科大学附属病院（偶数日）
- 小児救急医療支援事業
 - ・倉敷中央病院（奇数日）
 - ・川崎医科大学附属病院（偶数日）
- 協力病院当番制
 - ・《倉敷》
 - ・倉敷第一病院
 - ・倉敷成人病センター
 - ・しげい病院
 - ・倉敷紀念病院
 - ・倉敷平成病院
 - ・倉敷スイートホスピタル
 - ・《水島》
 - ・水島中央病院
 - ・水島第一病院
 - ・総合病院水島協同病院
 - ・《玉島》
 - ・玉島第一病院
 - ・玉島協同病院
 - ・玉島中央病院
 - ・《井笠》
 - ・笠岡市立市民病院
 - ・笠岡第一病院
 - ・井原市立井原市民病院
 - ・金光病院
 - ・矢掛町国民健康保険病院
 - その他
 - ・救急告示病院等 14 施設（※）

- 二次救急医療施設
 - ・救急車により直接搬送されてくる、又は初期救急医療施設から転送されてくる救急患者の初期診療と応急処置を行い、必要に応じて入院治療を行う医療機関

(※)救急告示病院等

- ・松田病院
- ・藤沢脳神経外科病院
- ・まび記念病院
- ・倉敷市立児島市民病院
- ・児島聖康病院
- ・児島中央病院
- ・森下病院
- ・薬師寺慈恵病院
- ・国立病院機構南岡山医療センター
- ・笠岡中央病院
- ・小田病院
- ・菅病院
- ・村上脳神経外科内科
- ・森本整形外科医院

三次救急医療施設（24時間体制）

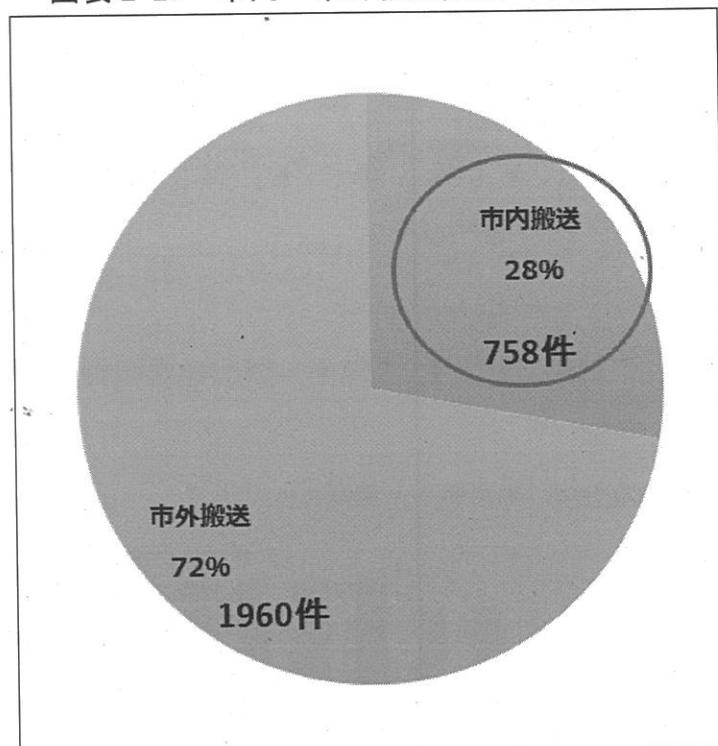
- 救命救急センター
 - ・倉敷中央病院 救命救急センター
 - ・総合病院岡山赤十字病院 救命救急センター
 - ・津山中央病院 救命救急センター
- 高度救命救急センター
 - ・川崎医科大学附属病院 高度救命救急センター
 - ・岡山大学病院 高度救命救急センター

- 三次救急医療施設
 - ・脳卒中、心筋梗塞、頭部外傷等の重篤救急患者の対策として、高度な診療機能により 24 時間体制で受け入れる医療機関

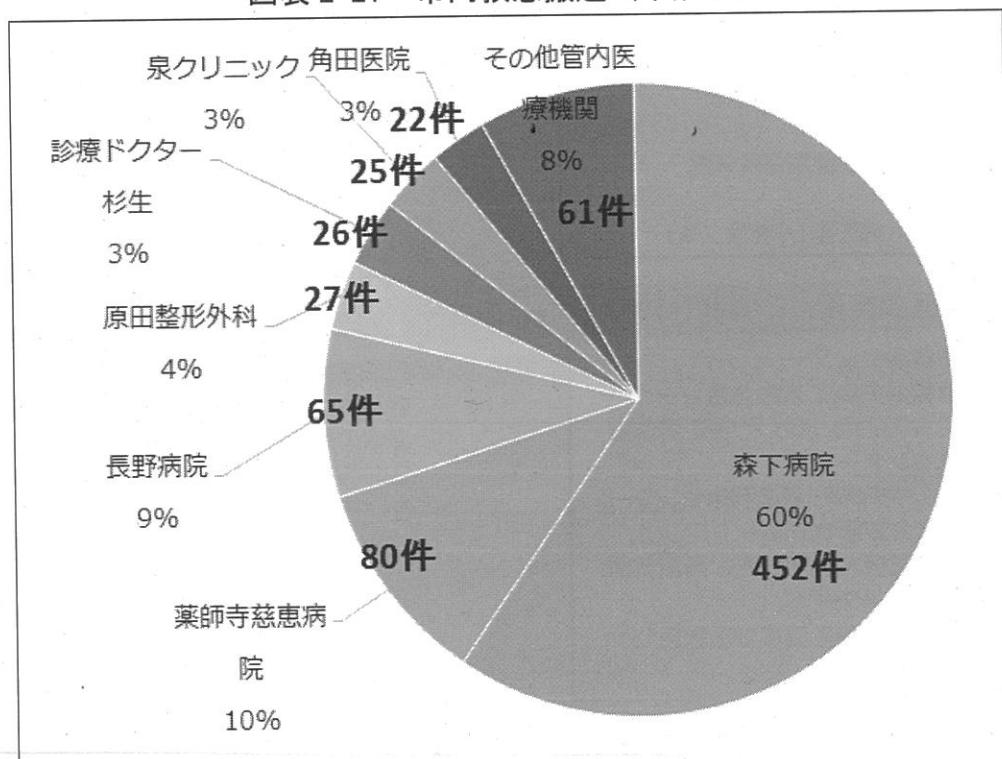
※出典：岡山県「第 7 次 岡山県保健医療計画」

総社市消防による救急搬送件数をみると、全体の約30%が市内搬送であり、約70%が市外搬送である。市外搬送の約80%は倉敷中央病院、川崎医科大学附属病院及び倉敷平成病院といった大病院であり、市内搬送の約80%は市内の2次救急医療施設である森下病院及び薬師寺慈恵病院並びに初期救急医療施設である長野病院である。この状況からは、総社市民の2次及び3次救急医療は主に市外の大病院で担われ、市内の3病院がそれを補うという形の機能分化及び連携が大幅に進んでいる状況が伺われる。これは、前述の連携協定によっても担保されている。

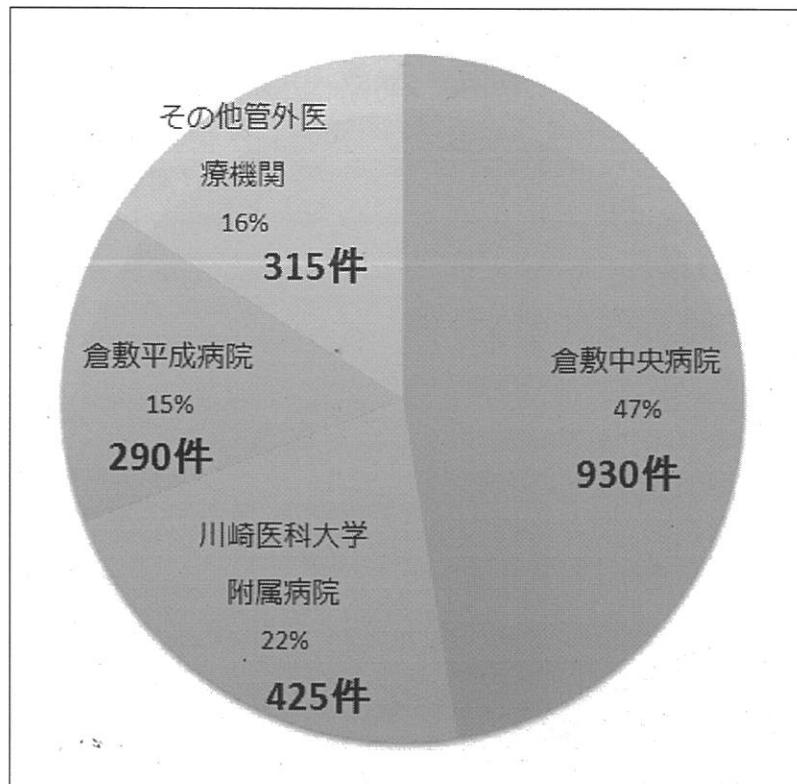
図表 2-20 市内・市外救急搬送（平成 28 年）



図表 2-21 市内救急搬送（平成 28 年）



図表 2-22 市外救急搬送（平成 28 年）



一方で、救急搬送の傷病程度をみると、軽症及び中等症が約 90 % を占めていることから、市外大病院への救急搬送にも軽症及び中等症が相当程度含まれていると考えられる。この点、救急搬送のような緊急時には、結果として軽症又は中等症と診断される案件を当初から市内病院へ搬送することは困難であり、今後も軽症及び中等症の患者が一定程度市外搬送されることは避けられない。しかし、2025 年問題が到来して以降も現在の状況のまま市外搬送に頼り続けられるかどうかには懸念がある。

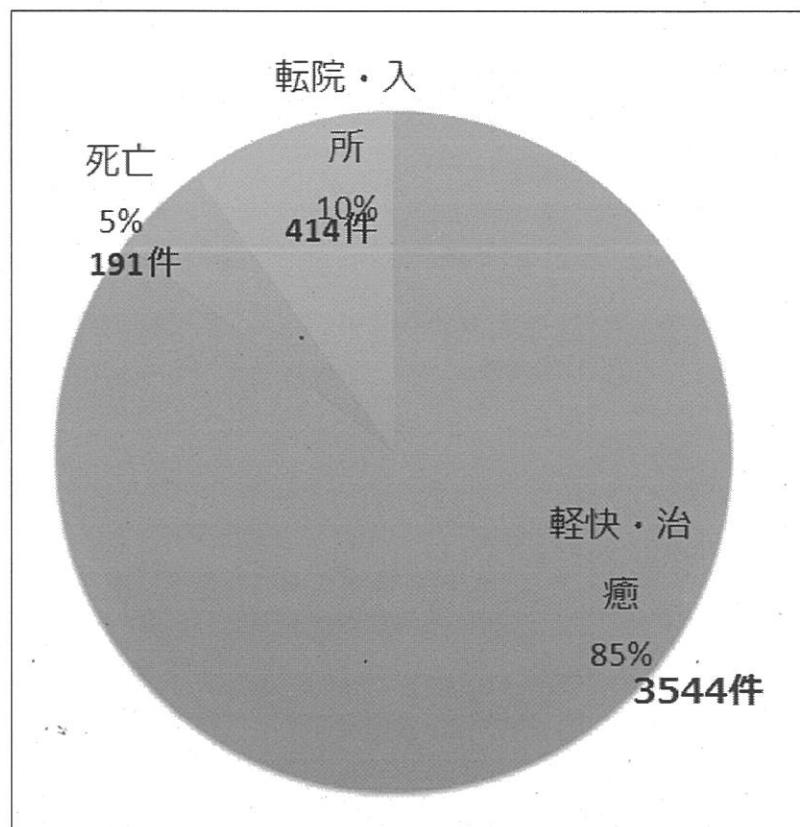
図表 2-23 傷病程度別搬送人員（単位：人）

		死亡	重症	中等症	軽症	合計
平成 26 年	人数	48	220	1,053	1,287	2,608
	%	2%	9%	40%	49%	100%
平成 27 年	人数	51	223	1,063	1,243	2,580
	%	2%	9%	41%	48%	100%
平成 28 年	人数	49	269	1,096	1,333	2,747
	%	2%	10%	40%	48%	100%

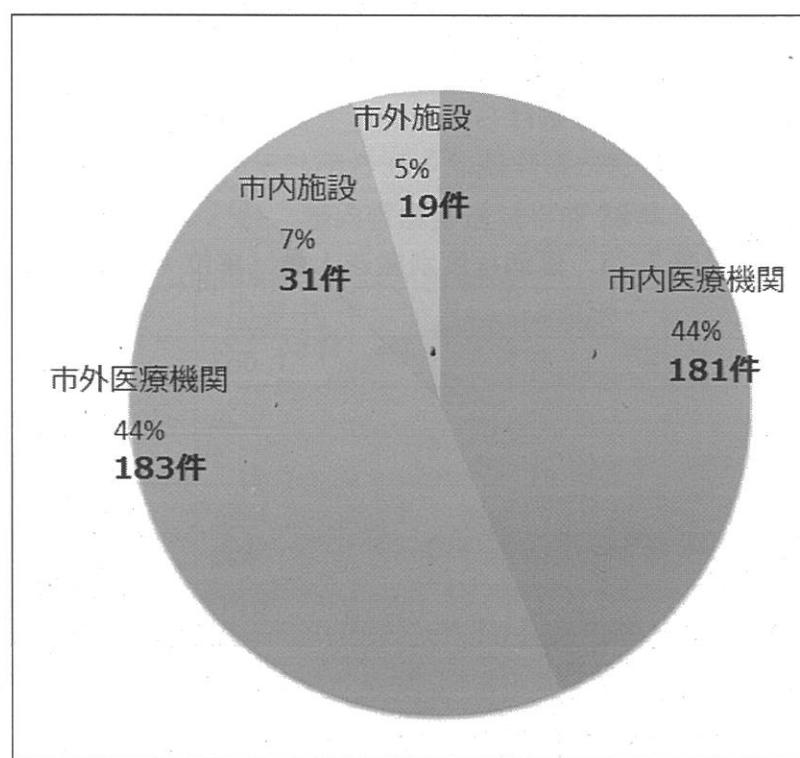
ウ 転院

総社市外病院からの転院の状況（倉敷中央病院、川崎医科大学附属病院及び倉敷平成病院への調査結果）をみると、市外医療機関への転院及び市内医療機関への転院はともに約 40 % で、同率である。市内医療機関へ転院しない理由を調査したところ、最も多いのが、治療に必要な診療科のある入院施設が無いである。このことは、市外の大病院で高度急性期又は急性期の治療を受けた後の医療体制が市内に整っていないことの現れであり、大きな課題である。

図表 2-24 入院後の経過（平成 27 年）



図表 2-25 転院・入所先（平成 27 年）



図表 2-26 総社市内医療機関に転院しなかった理由（主なもの）

- ① 治療に必要な診療科（回復期リハ病棟、緩和ケア病棟、外科などの緊急対応が可能な病院、精神科）のある入院施設が総社市内に無かった。
- ② 紹介元（かかりつけ医）が総社市外の医療機関だった。
- ③ 家族の居住地（市外）に近い入院施設へ転院した。
- ④ 総社市内のかかりつけ医に入院施設が無かった。

エ 在宅当番医及び夜間急病診療

日曜日及び休日の日中（9～17時）は、市内医療機関（救急告示病院の森下病院及び薬師寺慈恵病院を除く。）の中から当番となる2医療機関が、在宅当番医として診療に対応している。夜間（19～21時）は、当番となる診療所（水曜日）、長野病院（金曜日）及びみやした内科医院（月曜日）に加えて、診療ドクター杉生（曜日不問。事前連絡により21時から24時も対応可）が診療に対応している。日曜日及び休日の在宅当番医では合計4,303件、夜間急病診療では合計214件の対応があり、いずれも主に内科又は小児科についての診療である。この状況からは、市内医療機関の初期救急機能は機能していると評価できる。

図表 2-27 在宅当番医制事業実績
(日曜日・休日、平成28年度、単位：件)

内 科	小児科	外 科	その他の	合 計
2,235	1,437	575	56	4,303

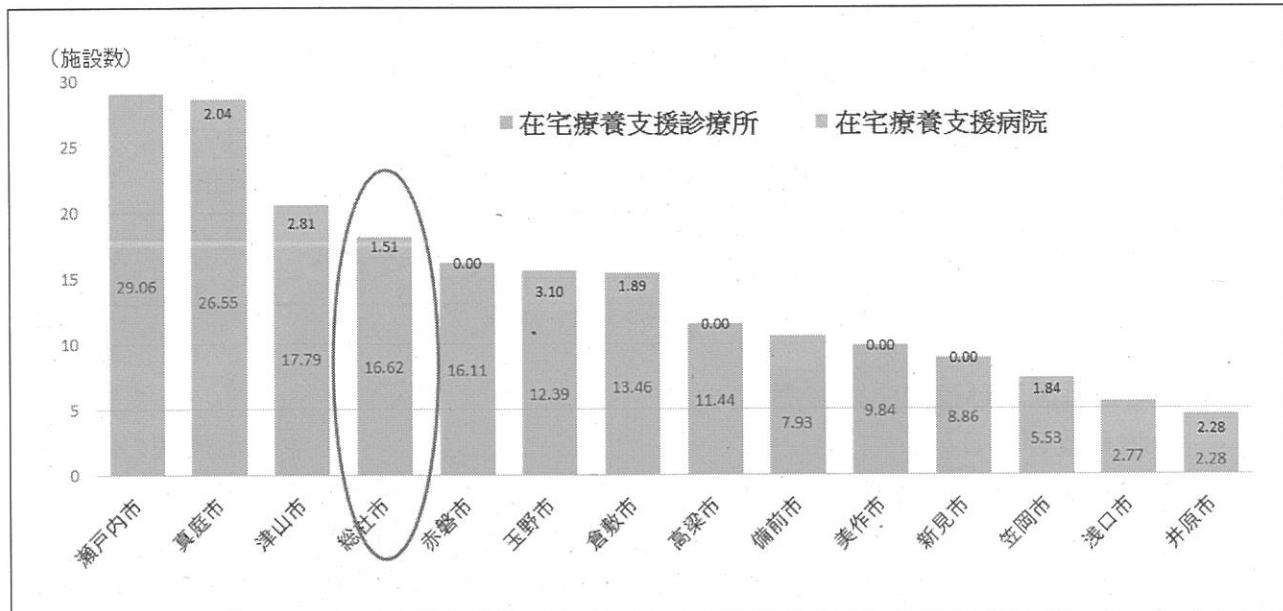
図表 2-28 夜間急病診療事業実績
(月・水・金、平成28年度、単位：件)

内 科	小児科	その他の	合 計
133	41	40	214

オ 在宅医療・介護施設数

在宅療養支援施設数（24時間往診・訪問看護ができる体制及び緊急入院受入体制のある施設）についてみると、県南西部、岡山県及び全国平均と比べて十分な数があり（前掲の表「一般診療所と病院数」参照）、岡山市を除く14市で比べても4番目に多い。

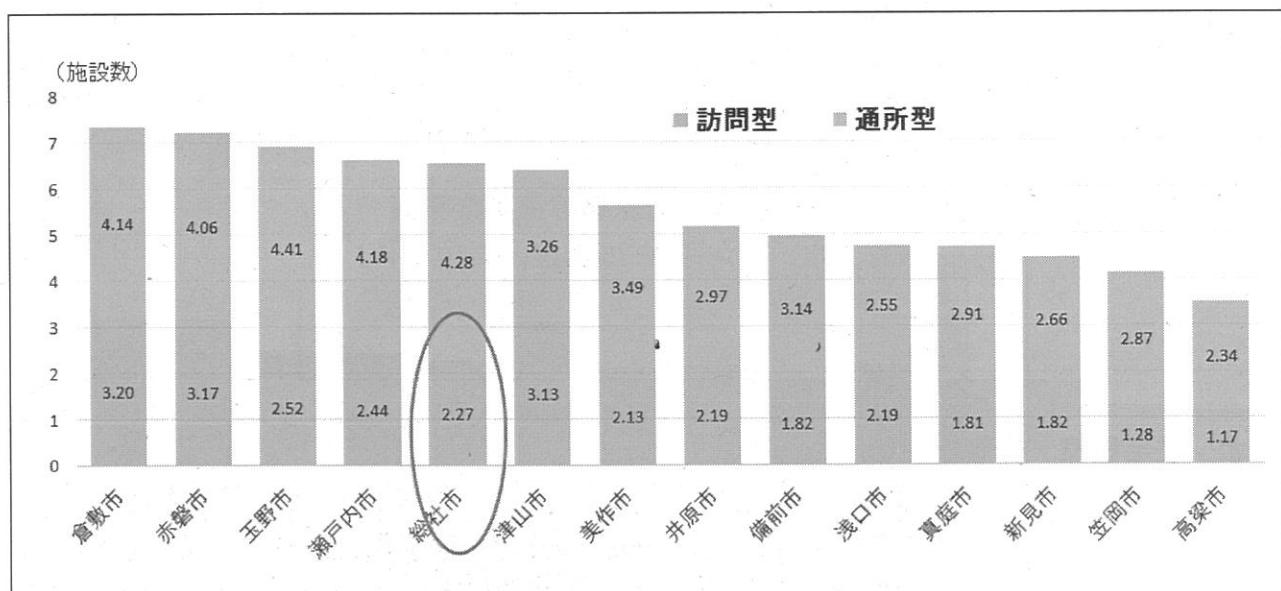
図表 2-29 在宅療養支援施設数の比較 (平成 27 年 9 月, 単位 : 人口 10 万人あたり施設数)



※出典：日本医師会「地域医療情報システム」

訪問型介護施設についてみると、岡山市を除く 14 市で比べると、6 番目に多い。通所型介護施設について同様に比べると、2 番目に多い。

図表 2-30 訪問・通所施設数 (平成 27 年 8 月, 単位 : 75 歳以上 1 千人あたり施設数)

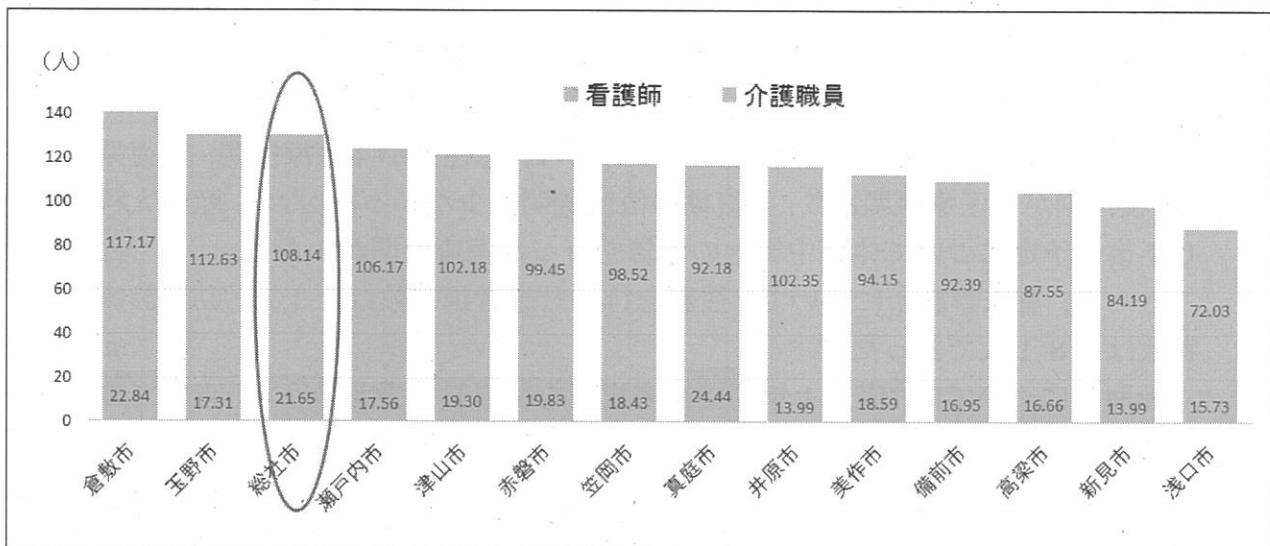


※出典：日本医師会「地域医療情報システム」

介護施設で働く看護師と介護職員数についてみると、岡山市を除く14市で比べると、看護師、介護職員数ともに3番目に多い。

したがって、在宅医療・介護を支える施設については、不足は見られない。

図表2-31 看護師と介護職員数（平成27年8月、単位：75歳以上1千人あたり職員数）



※出典：日本医師会「地域医療情報システム」

力 自宅での看取り

市民へのアンケートによれば、亡くなるときの場所について自宅を希望する者は40%を超えており、現状は80%以上の者が自宅以外で亡くなっている。なお、ホスピス（終末期の緩和ケアを提供する病院又は診療所）を希望する者も多いが、市内にはホスピスは限られている。

そこで、平成26年度から、自己の希望する終末期を記すための「エンディングノート」の普及に取り組んでおり、地域医療連携講演会などを通じてその配布を行うなどしている。

図表2-32 在宅死割合

市 12.8%	県 11.2%	国 12.8%
---------	---------	---------

※出典：平成26年人口動態調査

図表2-33 終末期の場所の希望割合（平成28年）

	自宅で療養	入院を継続	終末期ホスピスの利用	計
男性	45%	10%	45%	100%
女性	40%	6.5%	53.5%	100%

図表2-34 エンディングノートの内容

- | | | |
|--------------|----------|------------------|
| ① 自分自身のこと | ② 私の健康状態 | ③ 家族・親族 |
| ④ 友人のこと | ⑤ 家系図 | ⑥ 介護が必要になったときの希望 |
| ⑦ 告知・終末医療の希望 | | ⑧ 財産についての希望 |
| ⑨ 葬儀についての希望 | | ⑩ その他、死後の気になること |

キ 病床機能報告制度

平成26年度から、改正医療法第30条の13の規定に基づき、一般病床又は療養病床を有する医療機関は、その有する病床の医療機能・稼働状況、救急医療・在宅医療・看取りの状況等を都道府県に毎年度報告することとされている。都道府県はこの報告を地域医療構想の策定に用いる。

平成28年度報告によれば、総社市内の病床（3病院・9有床診療所）の稼働状況は、内科で1病床、眼科で4病床、産婦人科で6病床が未稼働であった。

また、内科又は外科の病床の機能については、急性期が4医療機関、回復期が1医療機関、慢性期が5医療機関あり、回復期の医療機関が少なかった。なお、産婦人科において、6年後の予定について休棟中等との報告を行った医療機関が1ある。

さらに、有床診療所について、往診を行った患者延べ数は11人、訪問診療を行った患者数は181人であった。

看取りについては、直近1年間で在宅療養を担当した患者のうち、自宅での看取り数が22であった。

図表 2-35 市内有床医療機関の診療科・病床数（平成 28 年度）

有床医療機関	主とする診療科			一般病床			療養病床		
				許可病床	稼働病床	許可病床	うち医療、療養病床	稼働病床	うち医療、療養病床
長野病院	外科					86	86	86	86
薬師寺慈恵病院	内科	消化器内科 (胃腸内科)	脳神経外科	31	31	33	33	33	33
森下病院	内科	外科	整形外科	37	37	35	35	35	35
診療所トータル-杉生	循環器内科	内科	脳神経外科	19	19				
泉クリニック	内科	外科	整形外科	19	19				
さかえ外科内科クリニック	消化器内科 (胃腸内科)	内科	肛門外科	19	19				
杉生クリニック	内科	消化器内科 (胃腸内科)	リハビリテーション科	9	9	10	10	9	9
角田医院	内科			19	19				
ふじかわ眼科	眼科			8	8				
すぎもと眼科医院	眼科			5	1				
谷口レディスクリニック	産婦人科			12	12				
くにとみクリニック	産婦人科			17	11				
12	—			195	185	164	164	163	163

※出典：岡山県医療推進課「平成 28（2016）年度病床機能報告（結果公表）」

※稼働病床：過去 1 年間に実際に患者を受け入れた病床

図表 2-36 市内有床医療機関の機能区分（平成 28 年度）

有床医療機関	保有する病棟と機能区分の選択状況 (平成 28 年 7 月 1 日時点の機能)					(6 年が経過した日における病床の機能の予定)				
	高度急性期	急性期	回復期	慢生性期	休棟中、休棟後の再開の予定なし、休棟・廃止予定、無回答等	高度急性期	急性期	回復期	慢生性期	休棟中、休棟の再開の予定なし、休棟・廃止予定、無回答等
長野病院				病棟 I・II						病棟 I・II
薬師寺慈恵病院		一般病棟		療養病棟			一般病棟			療養病棟
森下病院		一般病棟		療養病棟			一般病棟			療養病棟
診療トクタ-杉生				○						○
泉クリニック			○					○		
さかえ外科内科クリニック		○					○			○
杉生クリニック			○				○			○
角田医院		○					○			○
ふじかわ眼科		○				○				
すぎもと眼科医院		○				○				
谷口デンタルクリニック		○								○
くにとみクリニック		○					○			
	12	1	7	1	5	0	1	6	1	5
										1

※出典：岡山県医療推進課「平成 28 (2016) 年度病床機能報告（結果公表）」

図表 2-37 市内有床診療所の病床の役割・在宅医療を行った患者数（平成 28 年度）

有床診療所	病床の役割					在宅医療を行った患者数
	病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能	専門医療を担つて病院の役割を補完する機能	緊急時に対応する機能	在宅医療の拠点としての機能	終末期医療を担う機能	
左記のいずれにも該当しない	往診を実施した患者延べ数	訪問診療を実施した患者延べ数				
診療ドクター・杉生	○	○	○	○	○	23
泉クリニック	○	○	○	○	○	72
さかえ外科・内科クリニック	○					
・杉生クリニック	○		○	○		7
角田医院	○	○	○	○		
ふじかわ眼科	○					
すぎもと眼科医院	○					
谷口レディスクリニック					○	
くにとみクリニック		○	○			1
12	4	7	3	4	4	11
						181

※出典：岡山県医療推進課「平成 28 (2016) 年度病床機能報告（結果公表）」

図表 2-38 市内有床医療機関の在宅療養支援病院等の届出・看取りを行った患者数（平成 28 年度）

有床医療機関	在宅療養支援病院 又は診療所の届出 の有無	看取りを行った患者数（平成 27 年 7 月～平成 28 年 6 月）		看取りを行った患者数（平成 27 年 7 月～平成 28 年 6 月）	
		直近 1 年間で在宅療養を担当した患者のうち、医療機関以外での看取り数	うち自宅以外での看取り数	直近 1 年間で在宅療養を担当した患者のうち、医療機関での看取り数	うち連携医療機関での看取り数
長野病院	○	23	3	20	
薬師寺慈惠病院					
森下病院					
診療ドクター杉生	○	2	2	2	1
泉クリニック	○	16	16		
さかえ外科内科クリニック	○	1	1	190	190
杉生クリニック		2	1	10	10
角田医院					
ふじかわ眼科					
すぎもと眼科医院					
谷口レディスクリニック					
くにとみクリニック					
12	4	44	22	202	11
					191

※出典：岡山県医療推進課「平成 28（2016）年度病床機能報告（結果公表）」

3 今後の取り組み

(1) 連携の推進

総社市では、全国屈指福祉会議、地域医療連携ネットワーク会議、地域包括ケア会議、本委員会など、市域を超えた関係機関が顔を合わせて話し合うことのできる場が機能している。各会議は、それぞれ独立した内容を検討しているのではなく、全国屈指福祉会議に設けられたテーマ別の部会を通じて同会議に集約されている。こうした体制を今後も確保し、多くの関係者で医療、介護等の課題を共有し、検討していく必要がある。

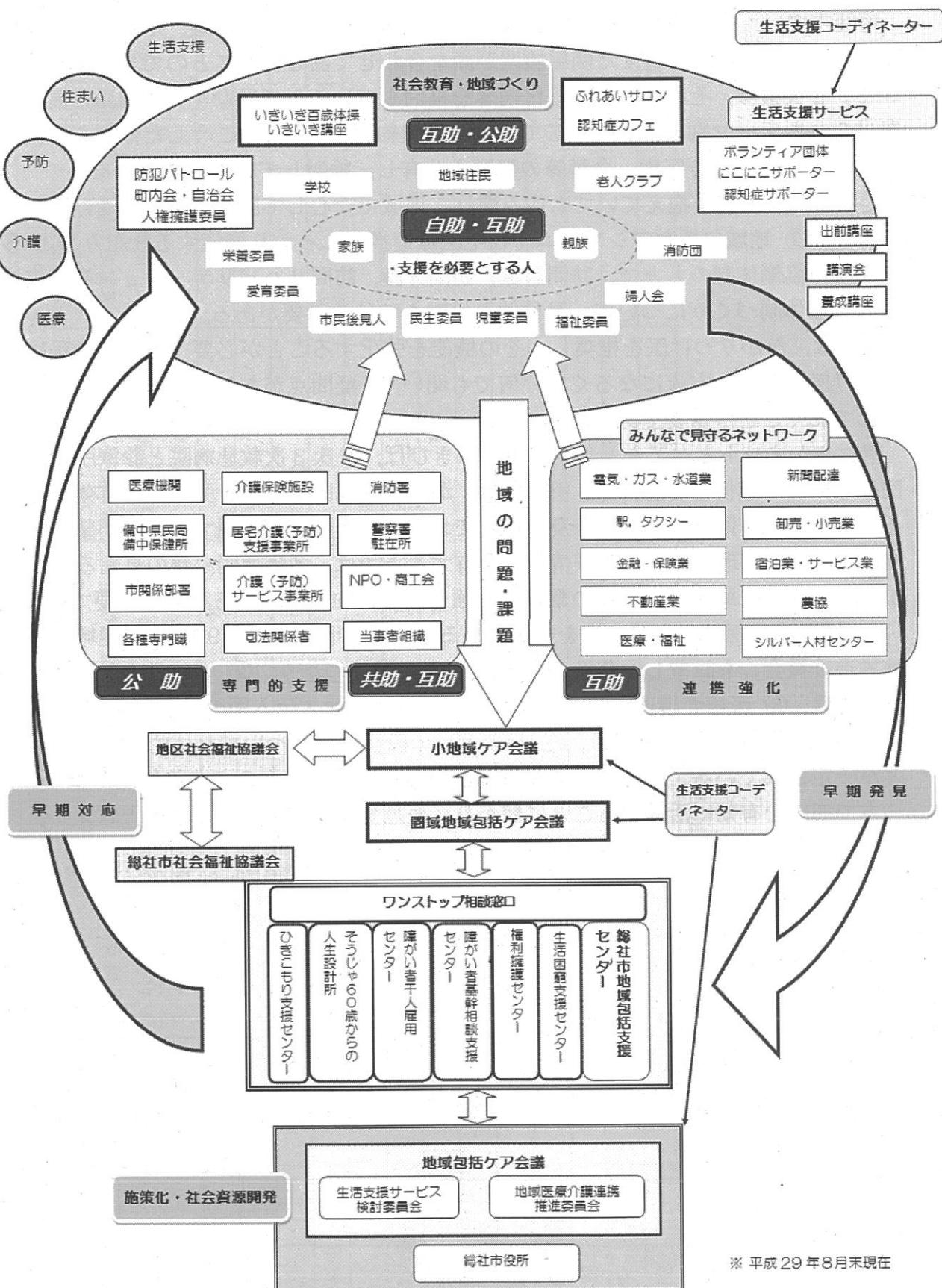
そして、① 疾病を抱えていても住み慣れた地域で安心して医療や介護を受けられる体制づくり、② 地域包括ケアシステムや在宅医療連携がしっかりと機能する仕組み、③ 多職種の連携、協働体制のもとで、訪問診療、訪問介護、訪問リハビリテーション等を実施できるような体制づくりについて、具体的な検討を続ける必要がある。

まずは、かかりつけ医を推奨し、その機能を強化することが必要である。住民は、かかりつけ医と親しい友人になるくらい何でも聞いて、疑問点があれば気軽に相談できるようにしておくことが重要である。

晴れやかネットとケアキャビネットきびきびは、2次3次救急病院と診療所との連携や医療と介護の連携を容易にし、引いては、かかりつけ医の機能を強化する有効な手段である。総社市は、県内でもその普及が進んでおり、今後一層、活用することが望ましい。併せて、厳重な管理を要する医療情報を共有する上では、多職種間の顔の見える関係づくりが欠かせない。敢えて人と人の繋がりを強くする方向に行動する意識も必要である。

この点、在宅医療・介護連携を一層進めるために、平成29年9月に、「地域医療介護連携推進委員会」を設置し、今後、① 顔の見える関係づくり、② 切れ目のない医療介護連携の実現、③ 医療介護連携を意識した地域包括ケアシステム図の見直し、④ 住民への普及啓発（研修会・講座の企画）、⑤ 相談窓口の設置などについて具体的に検討を進めることができが予定されている。在宅で適切な医療と介護を受けることのできる体制が整うことは、一方で病床を有効に活用することに繋がり、医療費適正化に資するものと言える。

図表 2-39 総社市地域包括ケアシステム構想図



(2) 拠点となる病院の整備

2025年問題が到来すれば、救急搬送を市外大病院に頼る機会がこれまで以上に多くなるのは必至である。市外大病院の受け入れが限界に達し、急患を市外に搬送できない事態に備える必要がある。そのためには、市内で受けるべき患者は市内で受け、市外に頼るべき患者は市外に頼るという役割分担と連携を確実に実行できる医療体制を市内に早急に確保する必要がある。

しかし、現状は、市内の病床数と医師・看護師数は明らかに最低の水準にあり、救急搬送を大幅に市外に頼っているばかりか、救急と在宅とを繋ぐ医療機能が不足しているため、市外大病院から市内医療機関への転院の受け入れにも支障が生じている。

この課題を解決するには、医療費適正化の観点から市内外の病床機能を再編するとともに、救急と在宅とを繋ぐ拠点となる病院を新たに設置し、市内に不足する2次救急機能、回復期リハビリ機能、地域連携室、緩和ケア病棟、災害拠点病院といった機能を持たせることが最も有効な対策である。そして、総社市の予防上の課題である健(検)診受診率の向上を図り、医療費適正化を推進するために、健(検)診センターの機能を持たせることが最も望ましい。

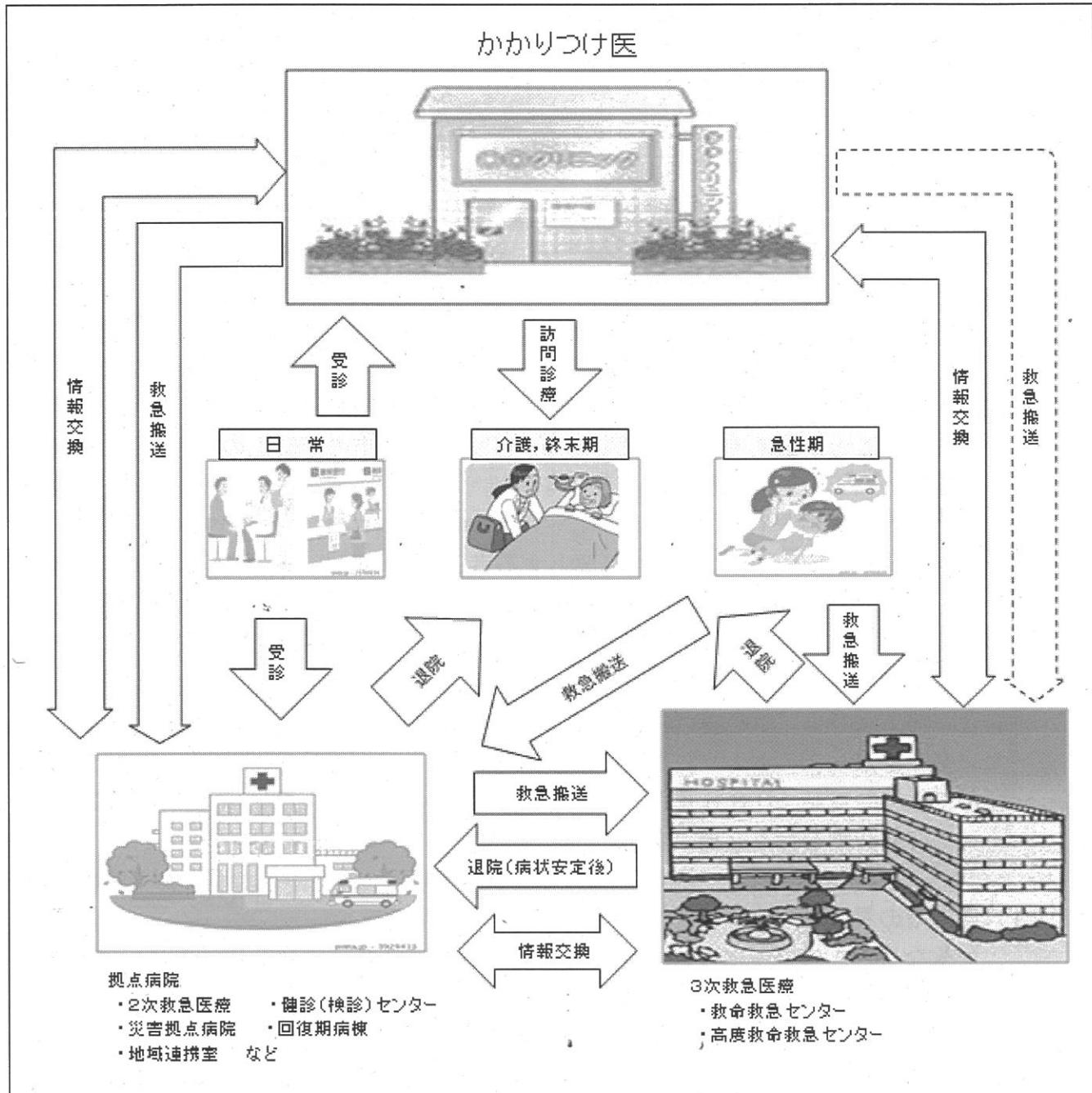
併せて、救急車は緊急で医療を必要とする者のための限りある資源であり、「便利だから」「交通手段がないから」「病院で待つのが嫌だから」といった理由で呼ぶべきものではない。本当に救急車を必要としている者に適切に医療が行き渡るように、そして、医療費の適正化を一層推進するために、救急車を呼ぶ前の相談ダイヤル（小児の場合：岡山県の小児救急電話相談事業「#8000」、成人の場合：消防庁の救急安心センター事業「#7119」：総社市では未実施のため、総社市消防本部の消防・救急なんでも相談電話「0866-93-1119」）の存在を市民に広く周知徹底するといった啓発活動を行う必要がある。

(3) 自宅での看取り

亡くなるときの場所について自宅を希望する市民が多い。しかし、現状では80%以上の者が自宅以外で亡くなってしまっており、市民の希望と大きく乖離している。この点、市内には在宅療養支援施設が県内の他市や全国と比べて相当数確保されている。このことを活かして、終末期を迎える前から自宅で訪問診療を受け、緊急時には24時間体制の往診を受けたり、訪問看護を含め介護サービス等を上手に活用することで在宅医療・介護を推進し、自宅での看取りへの不安を解消する環境づくりを行っていく必要がある。さらに、総社市では、講演会などを通じてエンディングノートの普及に取り組んでおり、今後も、この取り組みを継続していく必要がある。特に、突然起こり得る終末期医療の選択について元気な時から具体的に「こういう時はどうしますか」ということを家族や施設職員等も交えて話し合っておく必要がある。

なお、女性の社会進出が進み、出産年齢が高齢化することにより、育児と介護を同時に担う「ダブルケア」に直面するケースが増えている。そういう状況にある介護者に配慮した施策を行うことも、在宅医療や自宅での看取りを行い易くするためには必要である。

図表 2-39 新たな拠点病院及び関係機関との連携のイメージ図



【参考】委員・参考人・吉備医師会からの主な意見

第1 健康寿命延伸のための予防活動

1 施策の方向性

(1) 健康づくり施策

(委員意見)

- 「健康そうじや21」は、食育や母子保健などの計画を含むことは評価できる。リプロダクトの概念が反映されると更に良い。

2 総社市の現状と課題

(3) 死因

(委員意見)

- 肝および肝内胆管がんの割合が男女とも、男性では、胃がん、肺炎、女性では、乳がん、脳血管疾患、肺炎が多い。

(5) 医療費

(委員意見)

- 成人の医療費と小児の医療費の比較ができるデータがあると良い。

3 今後の取り組み

(委員意見)

- 健康寿命を延ばし、平均寿命との差を小さくすることをターゲットにすることをアピールすべき。
- 健康寿命延伸のためには、かかりつけ医やかかりつけ薬局を持つことは大事だが、医者の薬を飲まなくていい健康な体をつくること、まず自助努力があるという部分も大事である。

(1) 生活習慣病、感染症の発症予防

(委員意見)

- 「そうじや健康マイポイント」の見直しは必要。子育て世代に広げる工夫はどうか。
- 全世代型のもので、禁煙に成功したらポイントが付くとか、学校健診で病院受診が必要になったらきちんと受診して治療をしたらポイントが付くとか、自分の健康に気をつけてがんばっている人にポイントが付くものも考えてもらいたい。
- 医療費適正化推進のためには、全ての市民の病気にならないための健康な身体づくりが必要である。だれもが楽しみながらすすんで予防活動に取り組める施策を更に積極的に行うべきである。

(2) 疾病の早期発見・早期治療に向けた活動

(委員意見)

- がん検診率の上昇に力を入れるべき。乳幼児健診、妊婦健診の評価、充実をはかるべきである。
- 胃がん検診、大腸がん検診、肺がん検診、乳がん検診いづれも大事ではあると思うが、より若年女性に罹患頻度が高い乳がん検診に力を注ぐのはどうか。また、胃がんの原因は、現在、ほぼピロリ菌とされているので、ピロリ菌陽性の方の除菌を行うことの方が、胃がん検診よりも重点がおかれる事だと思う。
- 「働き盛り世代でも取り組むことのできる施策」については、協会けんぽ岡山支部が行っている企業等の健康経営事業と目的が同じであり、是非とも協力・連携をお願いしたい。
- 協会けんぽでは、企業の健康づくりを推進しており、健康づくりにがんばっている企業の登録を1000社を目標に勧めている。
- 市内医療機関でのがん検診を大いに利用するとよい。かかりつけ医との連携も必要である。
- 歯周病と全身疾患との関わりについて、市保健師から地区の講話等で啓発してほしい。
- 歯周病健診の受診率が低い。健診のメリットをもっとPRすべきである。
- 受診率を上げるための改善も必要である。広報（健康カレンダー）の字が小さい。通知の方法も改善が必要である。
- 歯周病健診についても、企業、健保組合、商工会議所等、働き盛りの方々への啓発活動が必要である。
- 市内のある大手企業では、職場に歯科医師を派遣して歯科健診をしているので受診率が高い。
- 歯科健診について、地域の愛育委員さんやいろいろな方とタイアップしていくべきだと思う。

(3) 重症化予防

(委員意見)

- かかりつけ医の役割が非常に大きい。予防接種推進にもっと力を入れるべきである。

第2 救急から在宅までの医療体制整備、在宅医療・介護連携

3 今後の取り組み

(1) 連携の推進

(委員意見)

- 各会議がそれぞれ独立した内容を検討しているのではないので、1つの会議に集約するような検討会議を組み上げてはどうだろうかと思う。
- かかりつけ医推奨とかかりつけ医機能の強化、2次3次救急病院との連携強化、在宅医療の推進が重要と思う。場合によっては、倉中、川崎大からの応援もお願いしつつ、積極的に取り入れることが必要である。
- かかりつけ医と親しい友人になるくらい、何でも聞いて、疑問点があれば気軽に相談できる人がいることが大事である。在宅介護を希望する人が多いが、現実はそうではない。老老介護だけでなくケアマネや訪看など多職種を入れたみんなでやるような介護体制が必要である。それぞれの立場でみんなでいっしょになってやっていくことが大事である。
- 医療介護連携については、顔に見える関係はできつつあるあるが、介護の分野はまだ敷居が高い。「きびきびネット」を使って、敷居が低くなるのならそれでいい。流れが途切れない顔が見える関係でないと個人情報は出せないということだと思う。結局は地域包括ケアになっている。顔の見える関係づくり、信頼関係がないと進んでいかないと思う。
- 晴れやかネットケアキャビネットきびきび、非常に有用なツールではあるが、敢えて人ととのつながりを強くする方向性で動くとよいと思う。

(2) 拠点となる病院の整備

(委員意見)

- 病床の再編は必要（コントロールされた再編）
- 75%が市外に救急搬送されている。できだけ総社市内でも2次救急まではできる体制づくりにやっていくようなので、われわれも期待をこめてやっていただいたらいいと思う。
- 検診も含めてがんとか早めにみつけていくことが大事。そういうものを前向きにやっていただきたい。
- 救急車を呼ぶ前の相談ダイヤルの活用を促す。#8000（小児の場合） #7119（成人の場合） 救急車は緊急で医療を必要とする人のための限りある資源である。「便利だから」「交通手段がないから」「病院で待つののが嫌だから」といった理由で呼ぶべきものではない。本当に救急車を必要としている人に適切に医療が行き渡るよう、救急車を呼ぶ前の相談ダイヤルの存在を一般の人々に広く周知徹底する啓発活動を行う必要がある。

(参考人意見)

- 2次救急機能を持った地域中核病院として250床から350床くらいの病院を3年以内に建設予定である。在宅医療の連携プレイがほとんど進んでいない状態であるので、今後医師会等関係機関と共に認識と連携の在り方や役割分担を持って、在宅医療の体制作りをしていくことで、市民のニーズに答えていきたい。

(吉備医師会意見)

- 患者の受け入れに関する課題を解決するためには、①初期救急の受け入れの確保、②2次・3次救急病院（市外病院）の退院患者の受け入れの確保が必要である。これら受け入れ機能確保のために新病院を設置することも一つの選択肢である。新病院は救急告示病院として初期救急に当たる。それらの救急患者の診療（外来又は入院）をすると共に、より専門的なあるいは高度の機能を持つ病院への転送を行うなどのトリアージ（傷病の緊急性や重症度に応じて治療の優先順位を決める）もする。さらに、回復期に入った患者の大病院あるいは専門病院からの受け入れをする。それために回復期病棟を充実させる。新病院を設置することと並んで、初期救急の対応について更なる工夫が望まれる。

(3) 自宅での看取り

(委員意見)

- 終末期を迎える自宅で訪問診療を受け、緊急時には24時間体制の往診を受ける在宅医療、看取りをしていただける支援施設をより多くすべきである。
- 女性の社会進出が進んでいる中で家族介護が不十分となり、子育てと親の介護のダブルケアということもあり、そのような配慮も必要である。
- エンディングノートの内容の中に、突然起ることがある場合の終末期医療の選択について、具体的に「こういう時どうしますか」ということを家族も交えて話し合っておく必要があると思うので、入れてほしい。