

健康寿命延伸のための予防活動と
救急から在宅までの医療体制整備に関する
答申書
(素案)

平成 2 9 年 9 月 日

総社市医療費適正化推進委員会

総社市医療費適正化推進委員会 委員名簿

氏 名	所 属
二宮 一枝	岡山県立大学保健福祉学部
浜田 淳	岡山大学医学部
三宅 周	吉備医師会（平成 27 年 7 月 1 日から）
高杉 尚志	吉備医師会
高橋 貢	吉備歯科医師会（平成 27 年 4 月 1 日から）
堀江 政行	岡山県薬剤師会吉備支部
長野 勇	総社市老人福祉施設協議会
岩田 辰晴	岡山県後期高齢者医療広域連合（平成 28 年 4 月 1 日から）
山下 秀樹	全国健康保険協会岡山県支部（平成 29 年 4 月 1 日から）
田邊 豊	総社商工会議所
山下 芳枝	総社市愛育委員協議会
黒瀬 一也	総社市 P T A 連合協議会（平成 28 年 6 月 1 日から）
岡 弘	総社市老人クラブ
徳山 雅之	岡山県備中保健所
岩井 博行	校園長会（平成 29 年 4 月 1 日から）

《元委員》

(所属は就任当時)

氏 名	所 属
寺島 直之	吉備医師会（平成 27 年 6 月 30 日まで）
宮脇 清	吉備歯科医師会（平成 27 年 3 月 31 日まで）
檜村 勲	岡山県後期高齢者医療広域連合（平成 28 年 3 月 31 日まで）
布澤 良則	全国健康保険協会岡山県支部（平成 29 年 3 月 31 日まで）
高北 博文	総社市 P T A 連合協議会（平成 28 年 5 月 31 日まで）
板鼻 一祥	校園長会（平成 28 年 3 月 31 日まで）
平井 秀尚	校園長会（平成 29 年 3 月 31 日まで）

総社市医療費適正化推進委員会 審議経過（答申関係）

	開催日	審 議 項 目
第 6 回	平成 27 年 12 月 15 日	・ 第 1 回全国屈指福祉社会議報告 ・ 医療体制整備部会 ・ 総社市の医療体制の現状 ・ 救急医療体制
第 7 回	平成 28 年 10 月 26 日	・ 第 2 回全国屈指福祉社会議報告 ・ 地域医療連携ネットワーク会議報告 ・ H27 医療費適正化取り組み報告 ・ 関係機関からの情報提供（H27 医療費適正化の取組）
第 8 回	平成 29 年 2 月 1 日	・ 救急から在宅までの医療体制整備に関する中間報告（案） ・ 第 3 回全国屈指福祉社会議報告 ・ 意見交換（医療体制整備に向けた今後の取組） ・ H29, 30 年度の医療費適正化推進委員委嘱
第 9 回	平成 29 年 6 月 28 日	・ 健康寿命延伸のための予防活動と救急から在宅までの医療体制整備に関する答申（素案） ・ 関係機関からの情報提供
第 10 回	平成 29 年 7 月 26 日	・ 小児医療費公費負担制度に関する答申（素案）
第 11 回	平成 29 年 9 月 20 日	・ 健康寿命延伸のための予防活動と救急から在宅までの医療体制整備に関する答申（案） ・ 小児医療費公費負担制度に関する答申（案）

目 次

一 健康寿命延伸のための予防活動	・ ・ ・ ・ ・ 1
～生活習慣病・感染症の発症予防，疾病の早期発見・早期治療に向けた活動，重症化予防～	
1 施策の方向性	
（１）健康づくり施策	
（２）予防活動	
2 総社市の現状と課題	・ ・ ・ ・ ・ 1
（１）高齢者の増加	
（２）平均寿命，健康寿命	
（３）死亡別割合	
（４）特定健康診査	
（５）医療費	
（６）検（健）診体制	
3 今後の取り組み	・ ・ ・ ・ ・ 8
（１）生活習慣病，感染症の発症予防	
（２）疾病の早期発見・早期治療に向けた活動	
（３）重症化予防	
二 救急から在宅までの医療体制整備，在宅医療・介護連携	・ ・ ・ ・ ・ 10
1 施策の方向性	
（１）地域完結型医療，医療機関の機能分化	
（２）在宅医療・介護連携	
（３）県南西部保健医療圏の医療構想	
2 総社市の現状と課題	・ ・ ・ ・ ・ 13
（１）連携	
ア 検討会議	
① 全国屈指福祉会議	② 医療費適正化推進委員会
③ 地域医療連携ネットワーク会議	④ 地域包括ケア会議
イ 晴れやかネットケアキャビネットきびきび	
（２）医療・介護体制	
ア 医療施設数，病床数及び医師・看護師数	イ 救急搬送
ウ 転院	エ 在宅当番医及び夜間急病診療
オ 在宅医療・介護施設数	カ 自宅での看取り
3 今後の取り組み	・ ・ ・ ・ ・ 25
（１）連携の推進	
（２）拠点となる病院の整備	
（３）自宅での看取り	

一 健康寿命延伸のための予防活動

～生活習慣病・感染症の発症予防，疾病の早期発見・早期治療に向けた活動，重症化予防～

1 施策の方向性

(1) 健康づくり施策

国は平成 24 年 7 月に，健康増進法に基づき，「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」を定め，「第二次国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次））」（平成 25 年度～34 年度）に取り組むこととしている。総社市においても平成 27 年 3 月に，健康寿命の延伸と医療費の適正化を推進するため，健康増進法に基づく健康増進計画として「健康そうじゃ 21」を策定している。健康そうじゃ 21 は，食育や母子保健などの計画を含めて策定したもので，当該計画に基づいて，全世代を対象に市民の健康の維持・増進，生活習慣病の予防及び介護予防を推進している。

(2) 予防活動の目標

国は，がん検診については，平成 24 年 4 月に，がん対策推進基本法に基づき，第 2 期がん対策推進基本計画（平成 24 年度～28 年度）を策定している。そして，乳・子宮がん検診の受診率の目標を 5 年以内で 50％とし，胃・肺・大腸がん検診の受診率の目標を当面の間 40％としている。総社市では，後述する全国屈指福祉会議で平成 29 年 1 月に策定した「福祉王国プログラム 2017」において，平成 29 年度に胃がん検診 20％，大腸がん検診 25％，肺がん検診 25％の達成を目標としている。また，乳がん検診については，健康そうじゃ 21 において，平成 37 年度までに 30％達成を目標としている。

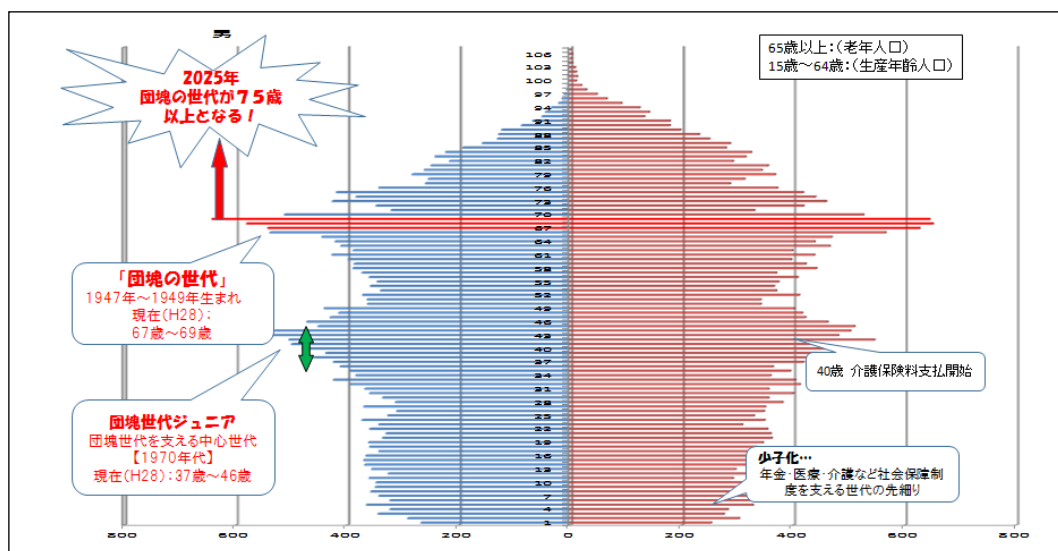
国は，特定健康診査及び特定保健指導については，高齢者の医療の確保に関する法律に基づき，第 2 期特定健診等実施計画（平成 25 年度～29 年度）を策定している。そして，特定健診受診率の目標を 70％とし，特定保健指導実施率の目標を 45％としている。なお，国は，保険者種別毎の目標も定めており，市町村国保については，特定健診及び特定保健指導ともに 60％を目標としている。総社市では，健康そうじゃ 21 において，平成 30 年度までに 30％達成を目標としている。

2 総社市の現状と課題

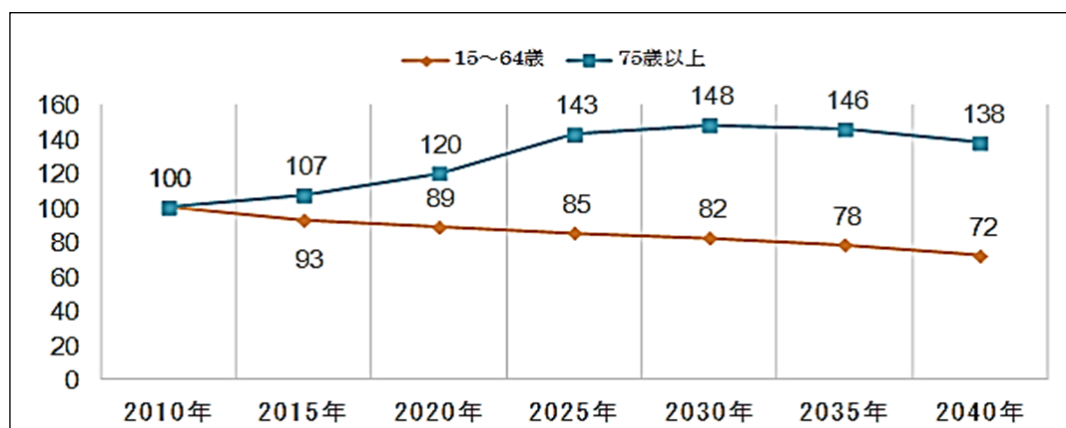
(1) 高齢者の増加

総社市の人口に占める高齢者の割合（人口ピラミッド）についてみると，総社市においても 2025 年に団塊の世代が後期高齢者に達するとともに，それを支えるに担い手（15～64 歳）は減少を続ける見込みである。

総人口に占める高齢者の割合（単位：人）



生産年齢人口の減少と後期高齢者の増加（単位：％）



※出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計）」より作成

（２）平均寿命，健康寿命

平均寿命と健康寿命（日常生活動作が自立している期間）はともに、男性では延びているが、女性では延びていない（平成 23 年と平成 26 年との対比）。男性では、日常生活動作が自立していない期間も延びているため、平均寿命と健康寿命の差（不健康な期間）は男女ともに縮まっていない。

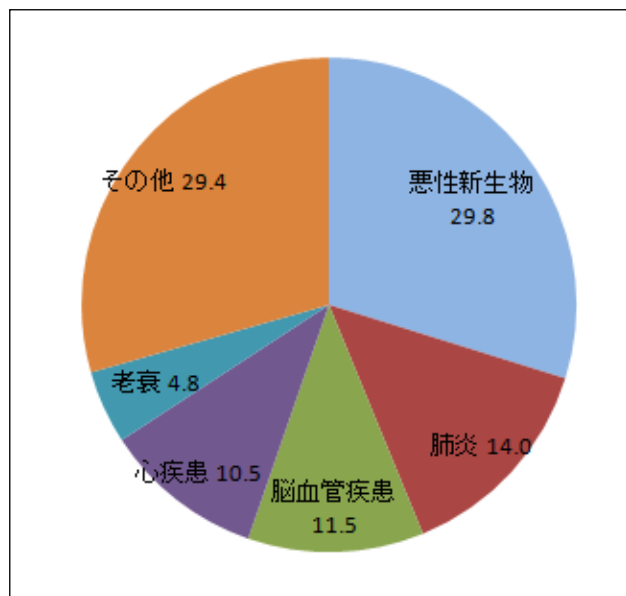
平均寿命・健康寿命（単位：年）

		平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年
男性	日常生活動作が自立している期間の平均	<u>79.75</u>	80.33	80.01	<u>80.19</u>
	日常生活動作が自立していない期間の平均	<u>1.36</u>	1.50	1.55	<u>1.49</u>
	平均寿命	<u>81.11</u>	81.83	81.56	<u>81.68</u>
女性	日常生活動作が自立している期間の平均	<u>84.08</u>	83.74	83.65	<u>83.72</u>
	日常生活動作が自立していない期間の平均	2.64	2.64	2.60	2.64
	平均寿命	<u>86.71</u>	86.38	86.25	<u>86.36</u>

(3) 死因

死因別割合についてみると、悪性新生物、肺炎、脳血管疾患の順に多い。全国の死亡率と比べた指標（平成 22 年～26 年）についてみると、男女ともに、肝及び肝内胆管がん、肺炎の順に多い。次いで、女性では脳血管疾患、乳がんが多く、男性では胃がんが多い。

死因別割合（平成 27 年，単位：％）



全国平均との比較（標準化死亡比，単位：全国平均 100）

	男 性			女 性		
	H20～H24	H21～H25	H22～H26	H20～H24	H21～H25	H22～H26
死亡総数	90.5	87.6	89.1	95.8	101.2	103.7
悪性新生物	87.0	86.5	90.1	97.4	101.3	101.6
胃がん	98.3	98.2	<u>105.6</u>	97.7	97.4	94.9
大腸がん	65.3	63.7	61.8	83.6	79.3	79.8
肝及び肝内胆管がん	102.3	104.1	<u>119.1</u>	172.8	216.5	<u>217.6</u>
気管，気管支及び肺がん	82.0	81.8	90.6	75.2	70.3	74.7
乳がん				122.0	137.4	<u>111.6</u>
心疾患（高血圧症を除く）	72.4	66.3	65.8	77.2	82.8	83.4
急性心筋梗塞	81.9	87.2	96.6	78.5	87.4	102.1
脳血管疾患	96.7	95.0	99.8	112.0	119.5	<u>127.1</u>
肺炎	110.0	115.3	<u>117.3</u>	117.7	131.9	<u>138.8</u>
自殺	99.1	85.3	90.0	95.1	100.2	98.1

※標準化死亡比：各地域の人口構成の違いを除去して死亡率を比べるための指標。100 を超えると全国平均よりも高い。

(4) 特定健康診査

総社市国民健康保険特定健診の受診結果についてみると、内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者が、男性では約 20%から 30%であるのに対して、女性では 10%以下である。また、その予備群は、男性では約 10%から 20%であるのに対して、女性ではおおむね 5%以下である。

メタボリックシンドローム該当者・予備群（平成 28 年度，単位：人）

		総数	40 歳代	50 歳代	60 歳代	70-74 歳代
男 性	健診受診者数	1,305	60	69	685	491
	メタボ予備群	205	7	8	115	75
	(%)	<u>15.7</u>	<u>11.7</u>	<u>11.6</u>	<u>16.8</u>	<u>15.3</u>
	メタボ該当者	328	12	11	179	126
	(%)	<u>25.1</u>	<u>20.0</u>	<u>15.9</u>	<u>26.1</u>	<u>25.7</u>
女 性	健診受診者数	1,721	72	116	987	546
	メタボ予備群	79	3	2	46	28
	(%)	<u>4.6</u>	<u>4.2</u>	<u>1.7</u>	<u>4.7</u>	<u>5.1</u>
	メタボ該当者	132	2	6	71	53
	(%)	<u>7.7</u>	<u>2.8</u>	<u>5.2</u>	<u>7.2</u>	<u>9.7</u>

※腹囲男性 85 cm・女性 95 cm以上の者のうち、血中脂質・血圧・血糖について
有所見 1 つの者（メタボ予備群）、有所見 2 つ以上の者（メタボ該当者）

有所見の項目についてみると、どの年代でも HbA1c 及び LDL コレステロールの有所見の割合が高い。

特定健診の有所見の割合（平成 28 年度，単位：％）

	順位	40 代		50 代		60 代		70～74 歳	
男 性	1	<u>LDL コレステロール</u>	<u>63.3</u>	<u>LDL コレステロール</u>	<u>60.9</u>	<u>HbA1c</u>	<u>62.1</u>	<u>HbA1c</u>	<u>70.5</u>
	2	<u>HbA1c</u>	<u>56.7</u>	<u>HbA1c</u>	<u>47.8</u>	血糖値	57.1	血糖値	60.1
	3	血糖値	47.5	拡張期血圧	40.6	<u>LDL コレステロール</u>	<u>52.6</u>	<u>LDL コレステロール</u>	<u>51.3</u>
	4	BMI	43.3	血糖値	40.3	収縮期血圧	49.5	収縮期血圧	49.5
	5	腹囲	41.7	収縮期血圧	34.8	腹囲	47.0	腹囲	44.4
女 性	1	<u>LDL コレステロール</u>	<u>45.8</u>	<u>LDL コレステロール</u>	<u>66.4</u>	<u>LDL コレステロール</u>	<u>69.0</u>	<u>HbA1c</u>	<u>60.0</u>
	2	<u>HbA1c</u>	<u>27.8</u>	<u>HbA1c</u>	<u>52.2</u>	<u>HbA1c</u>	<u>63.5</u>	収縮期血圧	53.0
	3	収縮期血圧	19.4	収縮期血圧	16.4	収縮期血圧	42.1	<u>LDL コレステロール</u>	<u>43.9</u>
	4	BMI	18.1	BMI	15.5	血糖値	35.4	血糖値	28.3
	5	血糖値	14.5	血糖値	14.8	拡張期血圧	19.9	腹囲	27.3

※HbA1c：医療費の上位を占める「糖尿病」の検査値で、赤血球中のヘモグロビンのうち、糖と結合している割合を示す値である。普段の血糖値が高い者はHbA1cが高くなる。

※LDL コレステロール：通称、悪玉コレステロールと呼ばれ、その数値が高まると動脈硬化の発症リスクが高まる。

合併症の発症リスクが高くなるHbA1c 7.0以上で、生活習慣病又は糖尿病の治療歴がない者の健診後の治療状況についてみると、治療につながらなかったのは10人で、そのうち8人は生活習慣病での治療歴がなく、医療機関への定期受診がなかった。かかりつけ医がいない場合、医療機関の受診につながりにくいという課題がある。

特定健診有所見者の治療状況（平成 28 年度，単位：人）

特定健診受診者	3,129				
HbA1c 7.0 以上	121				
生活習慣病治療歴	あり 101			なし 20	
糖尿病治療歴	あり 84	なし 17			
健診後の治療		あり 15	なし 2	あり 12 人	なし 8
10 人					

特定健診受診者のうち、慢性腎臓病（CKD）が疑われる者は20.4％であり、平成26年度と比べて高くなっている。発症には糖尿病、高血圧、脂質異常症などの生活習慣病による動脈硬化が関係しており、進行には食塩の過剰摂取、喫煙、鎮痛薬などの常用などの生活習慣が関係している。CKDは自覚症状が無いまま進行するため、新規透析導入患者数を減少させるためにも、慢性腎臓病の発症予防と早期発見、重症化予防を効果的に取り組んでいくことが課題である。

特定健診受診者の慢性腎臓病（CKD）が疑われる人数
（平成 28 年度，単位：人）

		蛋白尿	
		(-) ～ (±)	(+) 以上
eGFR	60 以上	2,488	40
	60 未満	572	26

※慢性腎臓病（CKD）：1つの病気の名前ではなく、腎臓の働きが徐々に低下していくさまざまな腎臓病の総称で、蛋白尿（+）以上またはGFR60未満の両方またはどちらかが3か月以上続くとCKDと診断される。

※GFR：腎臓の働きの程度を表す指標で、血清クレアチニン、年齢、性別から推算され、その値を推算GFR値という。

特定健診受診者への質問調査についてみると、県と比べて運動量が不足している。睡眠については、県と比べて2倍以上悪い結果となっている。

特定健診受診者への質問調査（平成 28 年度，単位：％）

	岡山県	総社市
1回30分以上の運動習慣なし	59.7	65.5
1日1時間以上の運動なし	54.2	73.0
歩行速度が遅い	55.2	77.2
睡眠不足	28.1	61.1

特定保健指導対象者は 359 人で、そのうち動機付け支援の対象者が 302 人、積極的支援の対象者が 57 人である。

動機付け支援と積極的支援

特定保健指導	対象者が生活習慣を振り返り、行動目標を立てて実行し、継続できるように支援する。
動機付け支援	個別面接又はグループ支援を原則 1 回行い、6 か月後に電話、E メールなどの通信手段を用いて評価を行う。
積極的支援	動機付け支援に加えて、通信手段を用いた定期的又は継続的な支援を 3 か月以上行う。

(5) 医療費

総社市国民健康保険の医療費についてみると、平成 28 年度の入院・外来の合計では、慢性腎臓病（透析あり）、糖尿病、高血圧症の順となっており、医療費総額の約 20 %を占めている。

C 型肝炎は、薬価の高い新薬の認可等により、平成 27 年度から上位 10 位に入っている。また、大腸がんや肺がんは、平成 28 年度に新たに上位 10 位に入っている。

総医療点（平成 28 年度、単位：点）

順位		入 院	外 来	合 計	割合
1	慢性腎不全(透析あり)	7,995,876	30,500,610	38,496,486	7.2%
2	糖尿病	3,143,889	29,587,013	32,730,902	6.1%
3	高血圧症	230,498	24,199,394	24,429,892	4.6%
4	統合失調症	16,538,495	5,112,752	21,651,247	4.1%
5	関節疾患	5,223,442	12,079,323	17,302,765	3.2%
6	脂質異常症	17,574	15,827,161	15,844,735	3.0%
7	大腸がん	5,484,473	5,780,170	11,264,643	2.1%
8	不整脈	5,171,612	5,963,847	11,135,459	2.1%
9	C型肝炎	361,987	9,968,626	10,330,613	1.9%
10	肺がん	4,336,299	5,083,742	9,420,041	1.8%
合 計		212,929,818	319,573,757	532,503,575	100.0%

1 人当たり医療費を岡山県平均と比べてみると、C 型肝炎は県と比べて 1.5 倍以上高い。死亡原因で多い肺炎の外来医療費は県と比べて 1.4 倍以上と高く、さらに認知症の入院医療費は年々増加傾向で、県と比べて 2.2 倍以上高い。

肺炎や認知症の発症、糖尿病の悪化は歯周病と関係すると言われているところ、歯科の医療費は年々増加傾向にあり、平成 28 年度では、医療費総額は 4 億 1 千万円を超え（412,134,720 円）、1 人当たり医療費は 2,254 円となっている。

(6) 検(健)診体制

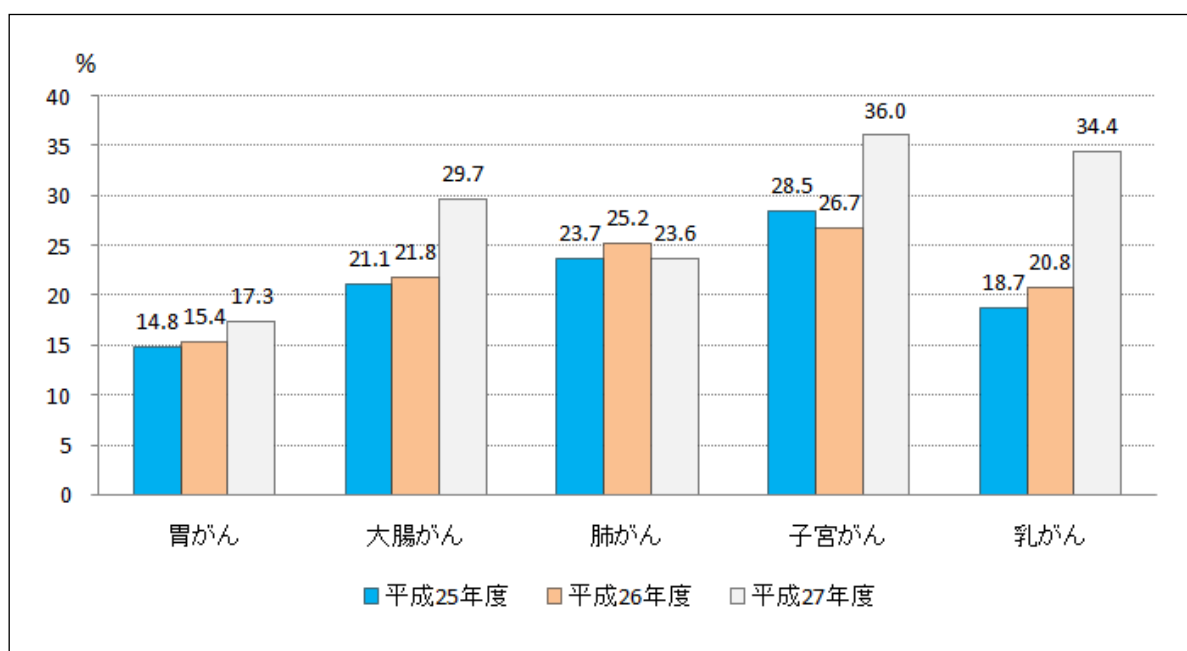
総社市のがん検診には、保健センターや公民館で受診する集団検診方式と、市が委託した医療機関で受診する医療機関方式とがある。集団検診については、複数のがん検診をセットで受診できる仕組みも充実させ、半日で5がん検診全てを一つの会場で受診できる体制整備に取り組んでいる。医療機関での受診については、全てのがん検診を一つの医療機関で受診することはできないが、平成29年度から、どのがん検診についても市内のいずれかの医療機関で受診できるようになっている。

各種がん検診受診率は低迷しているが、子宮がん、乳がん検診だけは目標である30%を超えている。受診しやすい検診体制の整備と合わせ、市民の健康意識の向上が課題である。

特定健診は、集団検診方式と医療機関方式に加え、人間ドックの費用給付を実施している。受診者数は、年々増加傾向であるが、平成28年度は受診者数が減少している。

平成27年度の特定健診の受診率は28.2%と県平均の28.7%より低く、目標である30%を下回っている。また、平成28年度の特定健診の未受診者のうち68.6%が生活習慣病で治療中となっており、医療機関との連携が課題である。

各種がん検診受診率（単位：％）



特定健診実施方式別受診者数等（単位：人）

検診名	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
集団検診方式	1,446	1,512	1,606	1,595
医療機関方式	510	460	364	251
人間ドック費用給付	1,232	1,315	1,365	1,285
受診者数合計	3,188	3,287	3,335	3,131
受診率	27.2%	27.9%	28.2%	—

3 今後の取り組み

総社市の現状と課題から、健康寿命延伸のための予防活動のためには、かかりつけ医及びかかりつけ薬局を持つことが大切である。そして、(1)生活習慣病や感染症の発症予防については、①運動習慣の定着、②歯科保健への取り組みを通じた肺炎、認知症及び糖尿病の発症予防、(2)疾病の早期発見・早期治療に向けた活動については、①がん検診受診率向上のための検診体制の整備、②かかりつけ医との連携、(3)重症化予防については、最も医療費総額の高くなる透析治療の新規患者の減少が大きな課題であることから、①早期の受診勧奨の徹底、②慢性腎臓病対策としてかかりつけ医と連携した保健指導の実施などが必要である。

(1) 生活習慣病、感染症の発症予防

現在総社市で取り組んでいる「そうじゃ健康マイポイント」を、運動習慣の定着に重点を置いて見直す必要がある。そして、参加者が継続できるように、仲間や専門スタッフが参加者を支える仕組みを設けるなど、新たな方法を検討する必要がある。

また、歯の健康づくりについて、歯周病は、肺炎や認知症の発症、糖尿病の悪化と関係すると言われている。まずは、働き盛り世代でも取り組むことのできる施策を検討する必要がある。市内企業に勤務する者の状況を調査することなどにより、働き盛り世代の現状を把握し、具体策を検討していく必要がある。

(2) 疾病の早期発見・早期治療に向けた活動

低迷している受診率向上のため、平成29年度から、市内医療機関で5がん検診を受診することが可能となっている。今後、できるだけ受診者の希望に沿った日に全てのがん検診を一か所で受診できる検診センターを市内に整備することができれば、受診者の利便性を飛躍的に向上させることができる。

併せて、市民の健康意識を高めていく必要があり、市民の健康意識に合った普及啓発活動を具体的に検討していく必要がある。

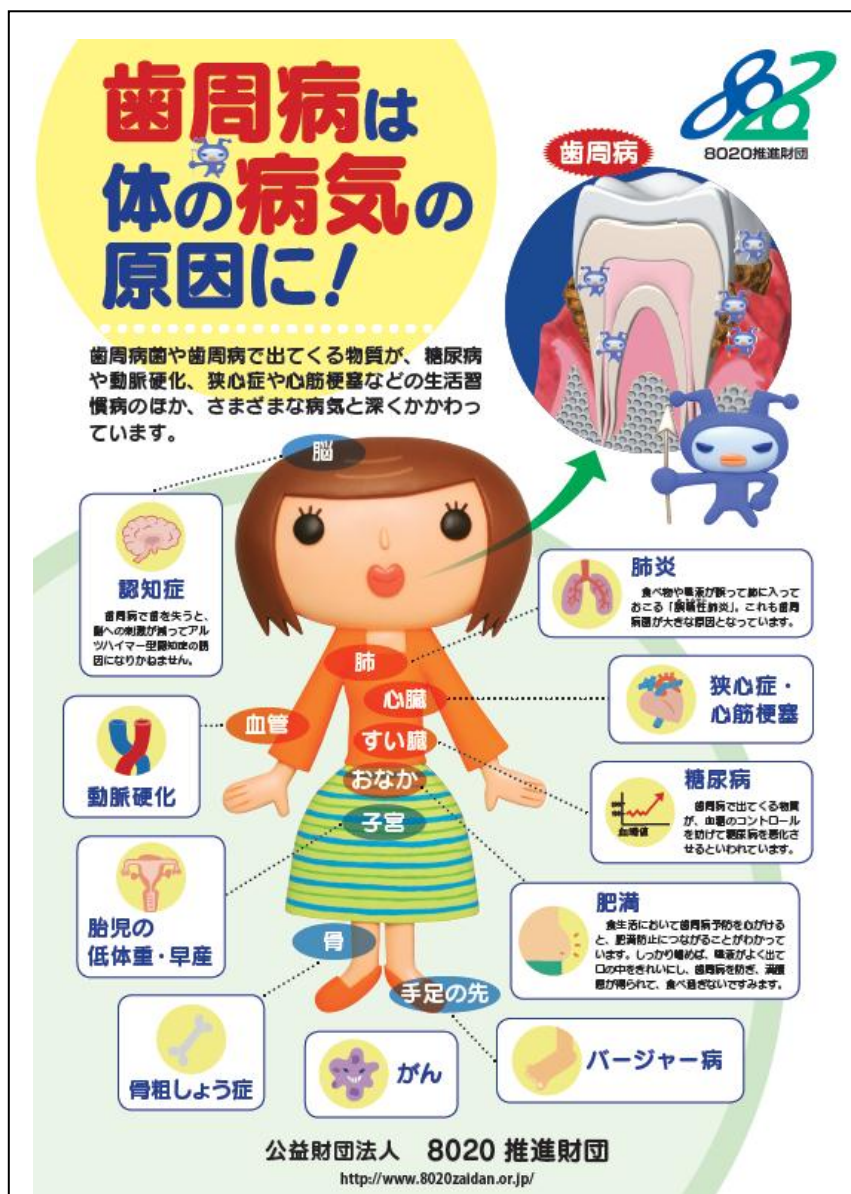
また、特定健診については、平成29年度から、かかりつけ医から患者の同意を得て検査データの情報提供を受ける事業を市内で開始している。その情報提供により特定健診の受診に換えることができることから、受診率の向上も期待される。未受診者の約70%が何らかの生活習慣病で治療中であることから、今後もかかりつけ医との連携を進め、当該事業に十分にに取り組む必要がある。

(3) 重症化予防

特定健診の結果を十分に活用し、優先順位をつけ受診勧奨者へ訪問指導を徹底していく必要がある。かかりつけ医の選択から受診確認まで、一貫した保健指導に取り組む必要がある。

また、治療中の患者に対しては、日常の診療において、かかりつけ医による生活習慣病の管理が非常に重要であるため、必要に応じてかかりつけ医と連携し、継続的な受診や適切な服薬ができるよう取り組んでいく必要がある。かかりつけ薬局等とも連携しながら、重症化を予防する仕組みを具体的に検討していく必要がある。

歯周病とその他の疾病の関係



出典：公益財団法人 8020 推進財団「歯周病は体の病気の原因に！」

二 救急から在宅までの医療体制整備、在宅医療・介護連携

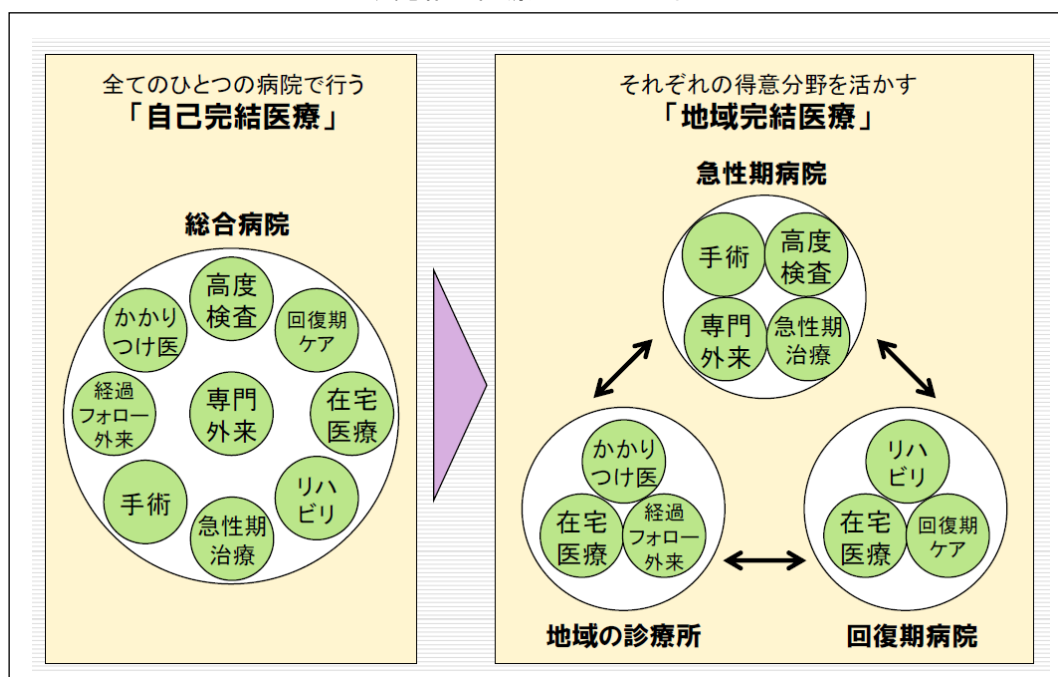
1 施策の方向性

(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にしていくことが重要であるとの方向性が示されている。

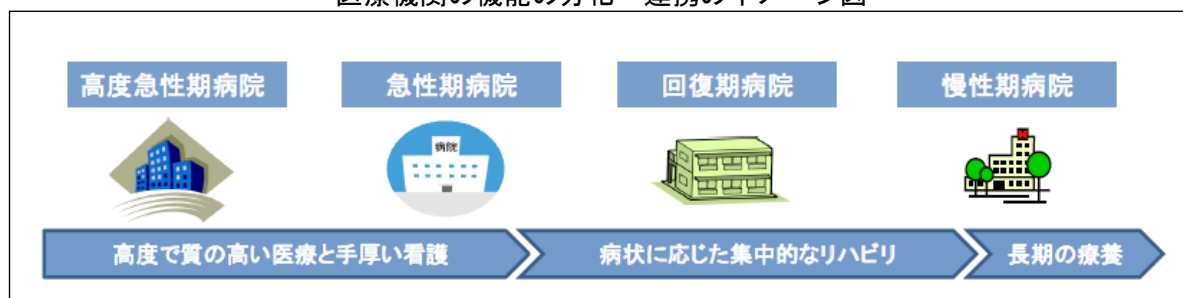
平成 26 年 6 月に「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が公布され、医療提供体制の改革の方向性が示されている。それは、① 高度急性期から在宅医療まで、患者の状態に応じた適切な医療を地域において効果的かつ効率的に提供する体制を整備すること、及び、② 患者ができるだけ早く社会に復帰し、地域で継続して生活を送れるようにすることであり、その主な内容は、医療機関の機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）の分化・連携を推進し、病床を機能別に再編することである。

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」

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。

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」

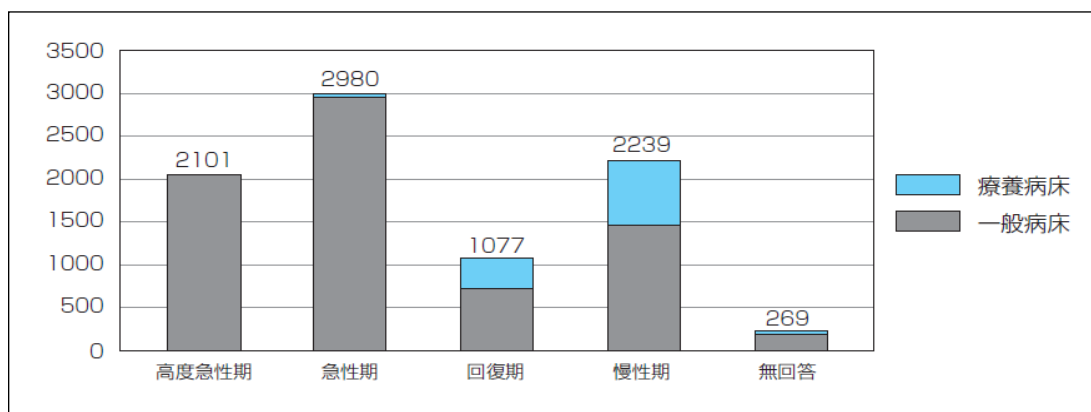
(3) 県南西部保健医療圏の医療構想

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。

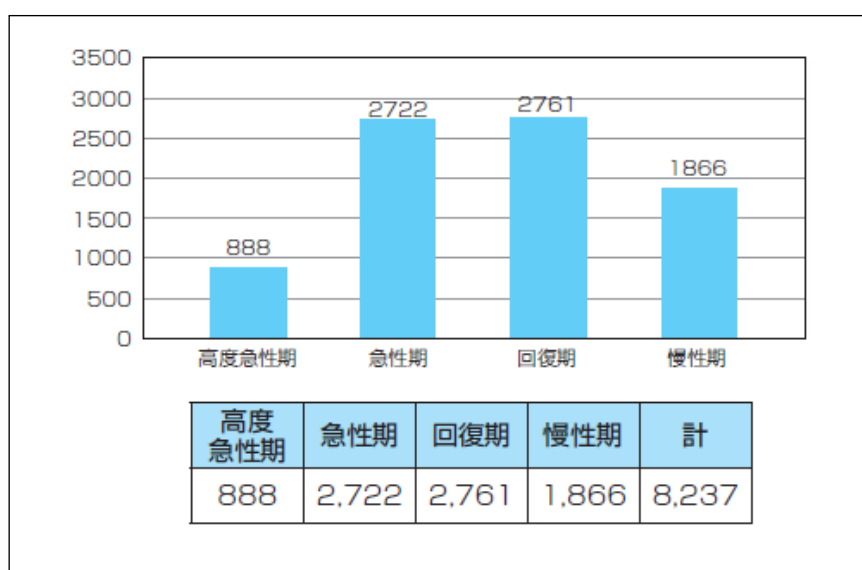
2025 年を目途に各医療機関等の自主的な取り組みのもとで病床の機能分化を進めていくこととされており、県の主催する県南西部地域医療構想調整会議等においてその議論が進められている。そして、県南西部の医療資源の偏在、アクセス、在宅医療・介護の進展の度合いなどの地域特性を考慮し、各地域の実情に応じた医療・介護の在り方を検討しているところである。

県南西部の機能区分別の病床数（単位：床）



※出典：岡山県「第 7 次 岡山県保健医療計画」

2025 年の機能区分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。本答申のテーマでもある「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28年度からは、在宅医療・介護連携についての検討を始めている。

① 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長，子ども・子育て会議会長，総社市校長会会長，総社市園長会会長，地域自立支援協議会会長，総社市社会福祉協議会会長）

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

【関連会議】ひきこもり支援等検討委員会

② 医療費適正化推進委員会

1 設置根拠 総社市医療費適正化委員会設置条例（H25. 3. 25 制定）

2 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）

3 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

③ 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

④ 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

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

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

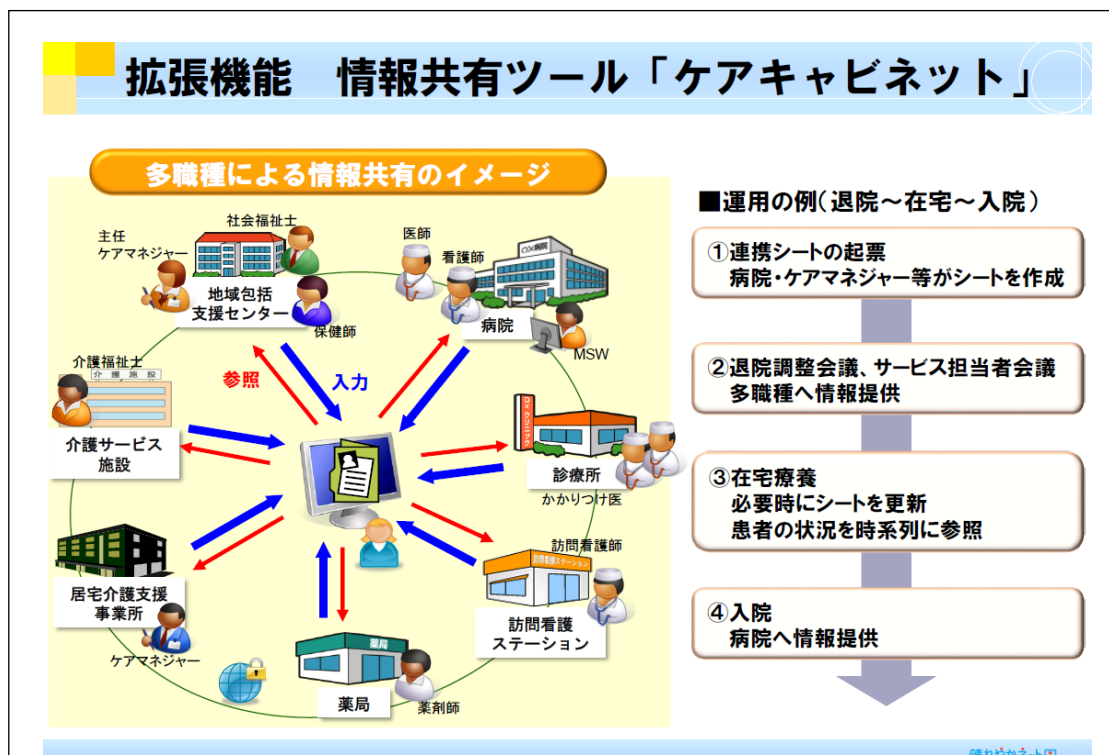
一般社団法人医療ネットワーク岡山協議会が、病院の電子カルテなどの医療情報をかかりつけの診療所で閲覧・共有できるネットワークシステム「晴れやかネット」を運用している。そして、その拡張機能として、医療・介護関係者の情報共有システム「ケアキャビネットきびきび」の運用が総社市を中心に始まっている。患者の許可を得た参加施設の医療・介護関係者は、日々のケア情報、画像、動画といった現場の情報を迅速に共有し、円滑にコミュニケーションを行うことができる。現在、加入施設数は 123 施設、医療・介護関係者の登録者数は 352 名、患者同意数は 236 名に至っており（H29.6.1 現在）、益々の利用拡大が期待される。

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」

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

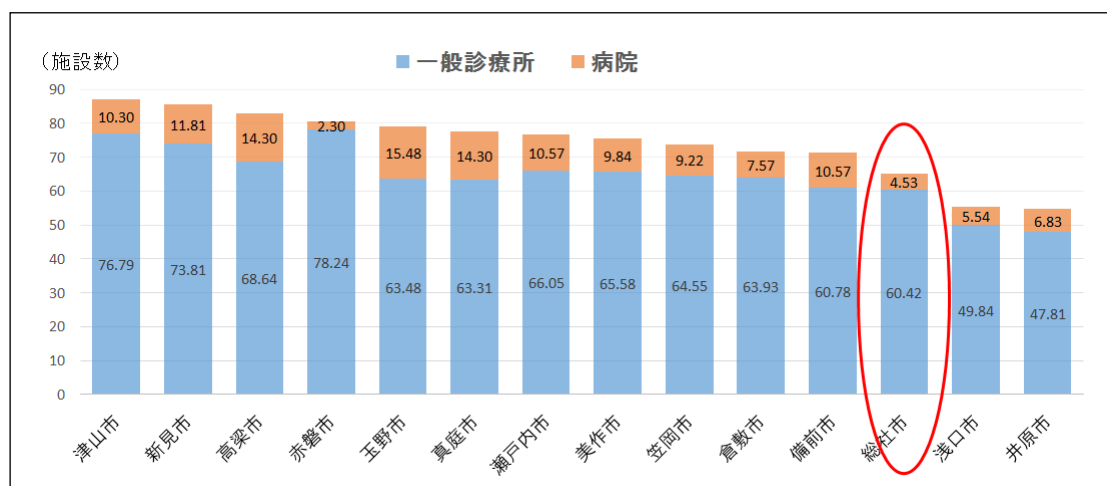
総社市の医療施設数についてみると、一般診療所数は、県南西部と比べて同程度であるが、岡山県や全国平均と比べると少ない。病院数は、県南西部、岡山県及び全国平均のいずれと比べても相当数少ない。岡山市を除く 14 市で比べても、一般診療所数は 3 番目、病院数は 2 番目に少ない。

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	全国平均
一般診療所	40	<u>59.83</u>	<u>60.77</u>	<u>69.81</u>	<u>67.88</u>
在宅療養支援診療所	11	16.45	11.34	16.96	11.43
病 院	3	<u>4.49</u>	<u>7.42</u>	<u>8.43</u>	<u>6.58</u>
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」

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。

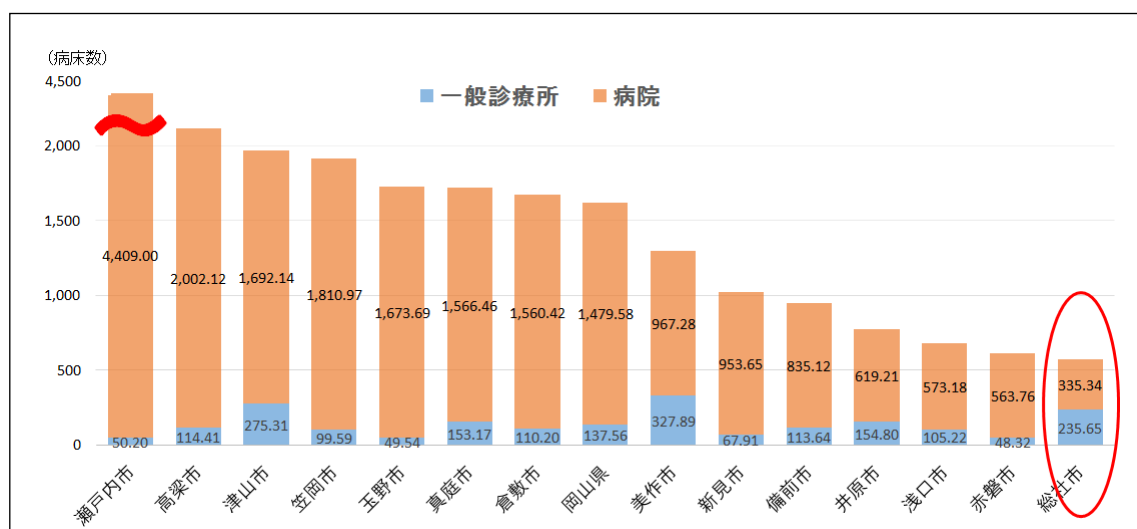
したがって、病院及び医師・看護師については、市内に最低限の数しか確保されておらず、2025 年問題への対応に当たり懸念がある。

病床数（平成 28 年 10 月，単位：床）

病床種類	病床数	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

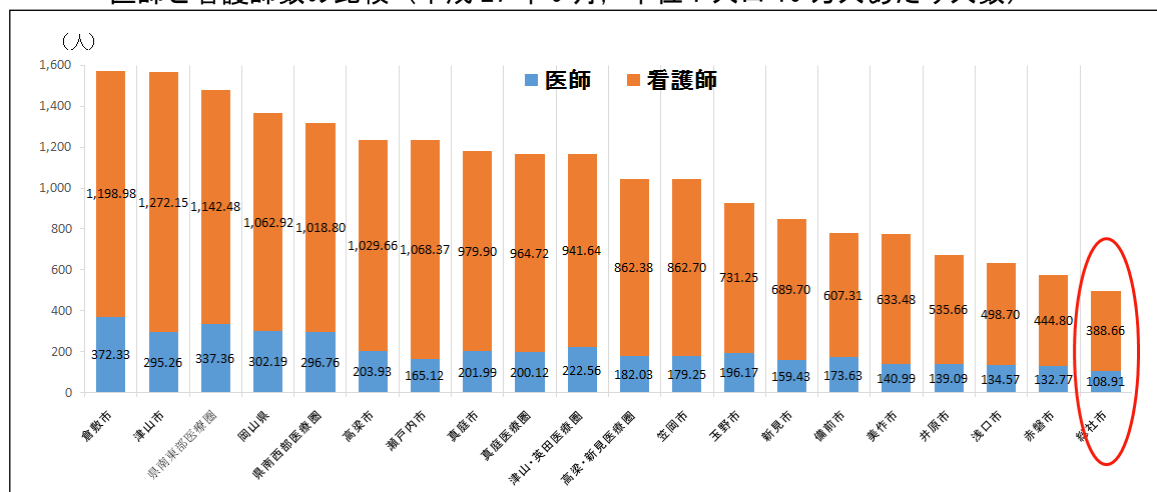
※出典：日本医師会「地域医療情報システム」

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」

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）

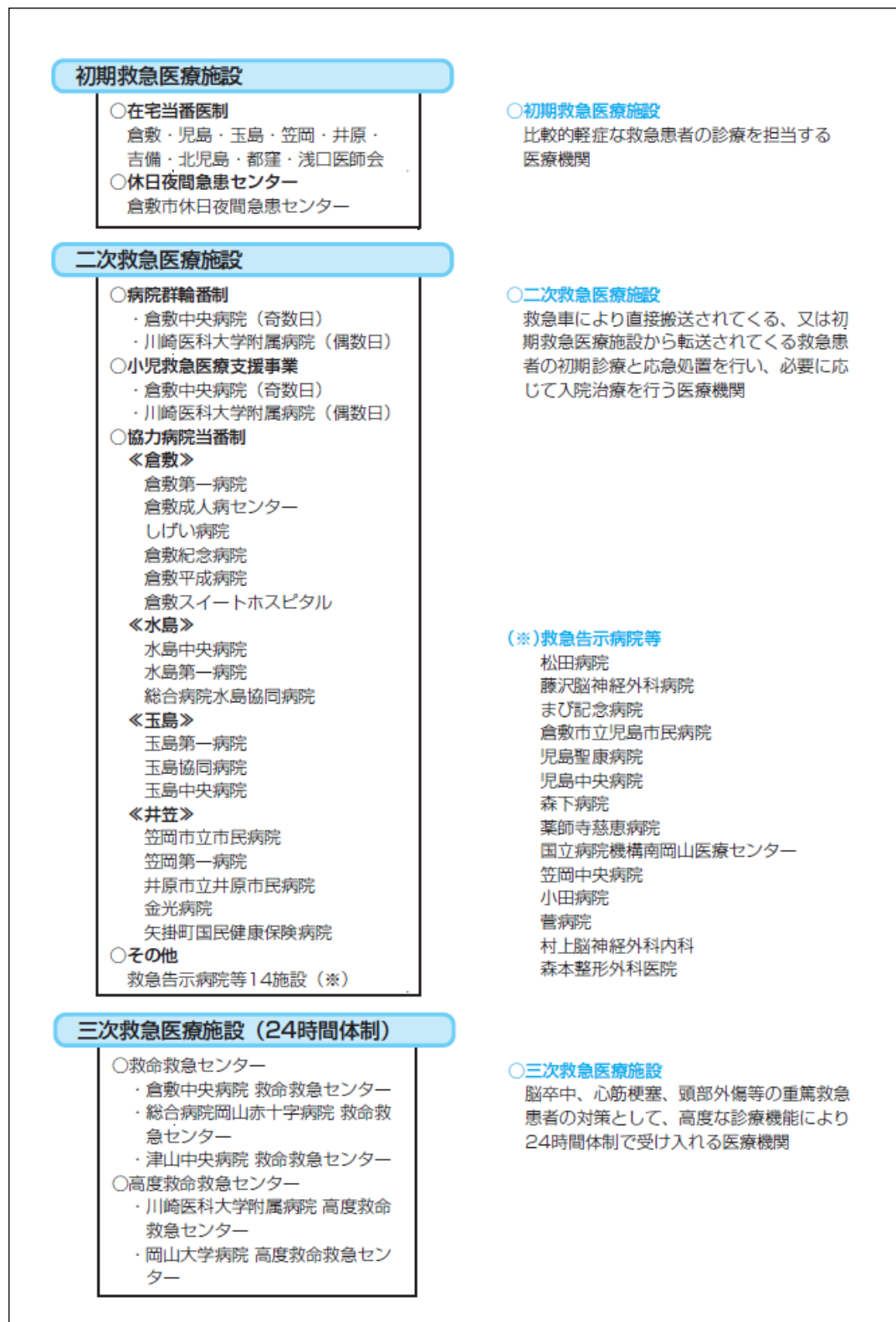


※出典：日本医師会「地域医療情報システム」

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。

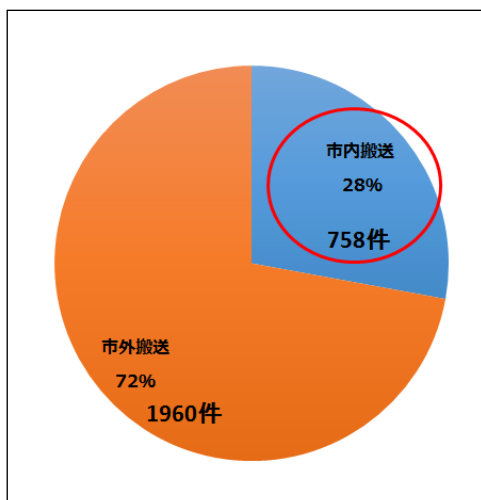
県南西部 救急医療体制（平成 27 年 3 月 31 日）



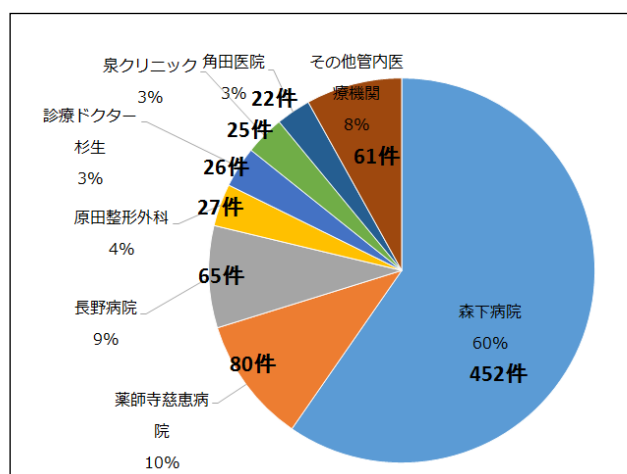
※出典：岡山県「第 7 次 岡山県保健医療計画」

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。

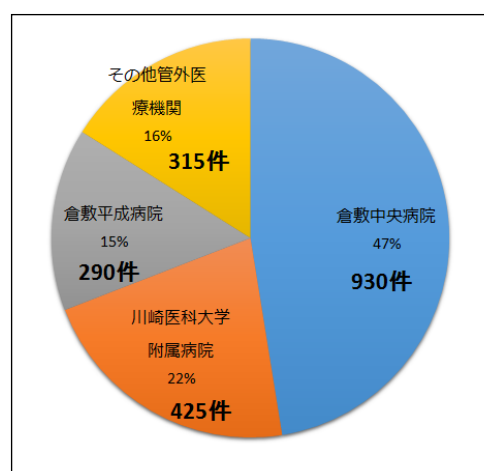
市内・市外救急搬送（平成 28 年）



市内救急搬送（平成 28 年）



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。

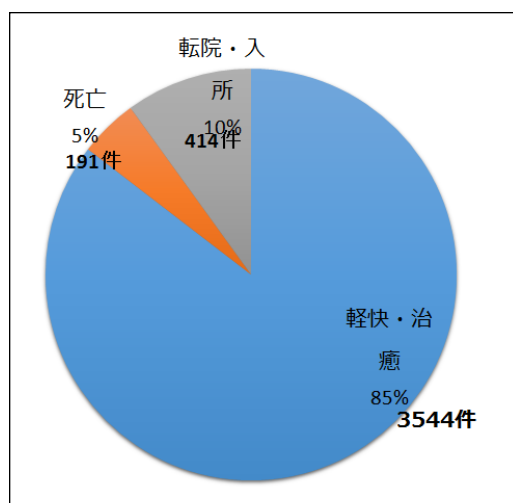
傷病程度別搬送人員（単位：人）

		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%	<u>40%</u>	<u>49%</u>	100%
平成 27 年	人数	51	223	1,063	1,243	2,580
	%	2%	9%	<u>41%</u>	<u>48%</u>	100%
平成 28 年	人数	49	269	1,096	1,333	2,747
	%	2%	10%	<u>40%</u>	<u>48%</u>	100%

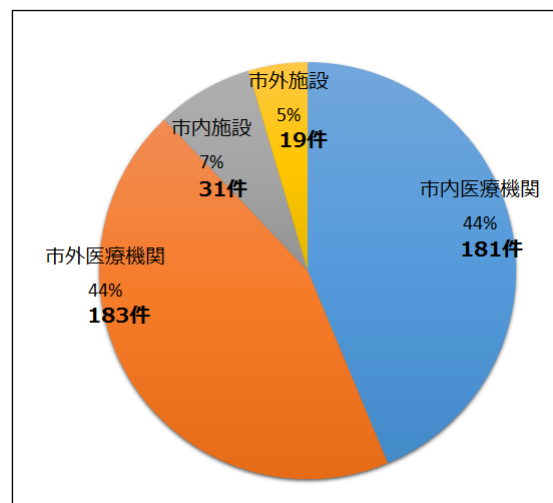
ウ 転院

市外病院からの転院等の状況（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，他の医療機関又は施設への転院等のうち，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。

入院後の経過（平成 27 年）



転院・入所先（平成 27 年）



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なかった。
- 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なかった。

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時に対応可）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。

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	合 計
2,235	1,437	575	56	4,303

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	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。

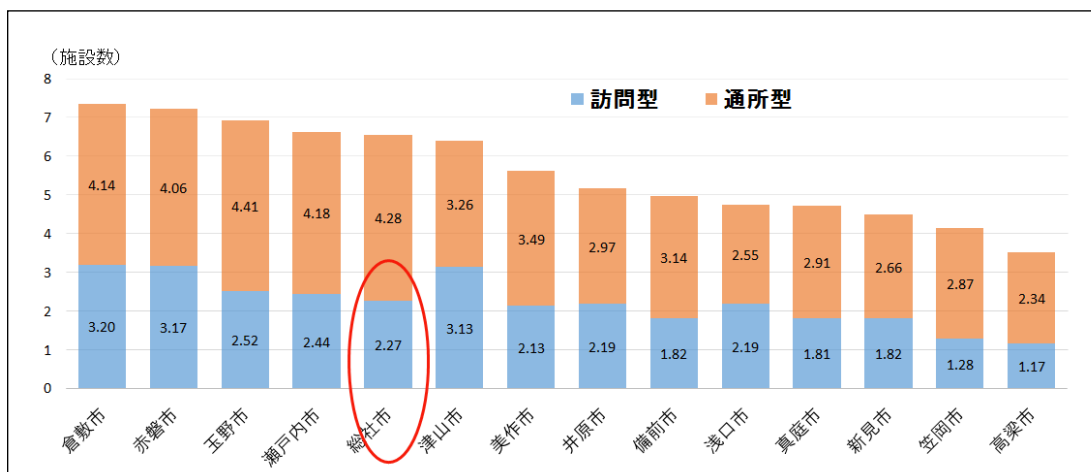
在宅療養支援施設数の比較（平成27年9月、単位：人口10万人あたり施設数）



※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。

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）

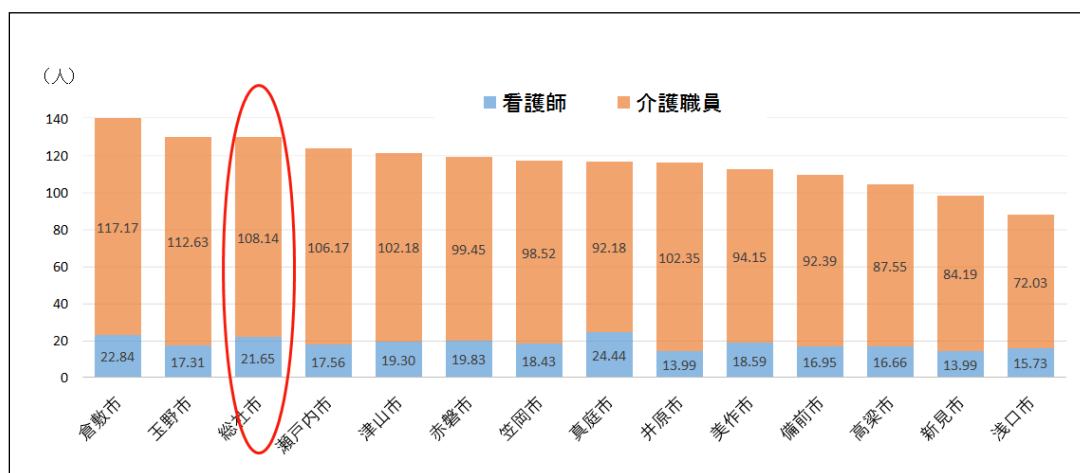


※出典：日本医師会「地域医療情報システム」

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。

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」

カ 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は、自宅を希望する者が 40% を超えている。しかし、現状は 80% 以上の者が自宅以外で亡くなっている。なお、亡くなるときの場所の希望は、ホスピス（終末期の緩和ケアを提供する病院又は診療所）が増えているが、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。

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

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%

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 そ死後の気になること

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。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。

この点、在宅医療・介護連携を一層進めるために、平成 29 年 4 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予定されている。

(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限の水準にあり、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、市内の病床の再編と併せて、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を持たせることが最も有効な対策である。そして、市外大病院との連携を更に推進し、併せて、総社市の予防上の課題である健（検）診受診率の向上を図るために、健（検）診センター、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望ましい。

(3) 自宅での看取り

市内の在宅療養支援施設数は、県内の他市や全国と比べても相当数確保されている（前掲表「一般診療所と病院数」参照。）。そして、亡くなるときの場所について自宅を希望する市民は多い。しかし、現状では 80%以上の者が自宅以外で亡くなっており、市民の希望と大きく乖離している。この点、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。さらに、本人以外に、家族や施設職員等への啓発活動も大事である。

併せて、市内に在宅療養支援施設が相当数確保されていることを活かして、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る在宅医療を推進し、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。

新たな拠点病院及び関係機関との連携のイメージ図

