

平成 28 年度第 1 回 日本一の健康長寿県構想南国・香南・香美地域推進協議会

<日時> 平成 28 年 9 月 27 日 (火) 18:30~20:30

<場所> 中央東福祉保健所 2 階第 2 会議室

<出席者> (南国・香南・香美地域推進協議会委員)

会長：中澤宏之、副会長：川竹康寛 (欠席)

委員：石本浩市、宇賀四郎、疋田隆雄、谷木利勝、公文龍也、味元議生、今井一雄、稲本悠、吉本智津子、豊永三奈、細川公子、中村隆之、岩越愛弓、今井義則、中村洋子、福島富雄、原康司、山内幸子、吉村亮子 (大石久美 代理)、前田哲夫、時久朝子、(宮野伊知郎 欠席)

情報提供者：医療政策課長補佐 川崎敏久、主査 原本将史

事務局：(中央東福祉保健所) 所長 田上豊資、次長 (総括) 鍋島克人、次長 河湊雅恵、健康障害課長 澤本貴代子、地域支援室長 窪内悦子、地域連携チーフ 山本忠明、地域支援チーフ 島田千沙、主事 山本怜、技師 高橋亜弥

1 開会のあいさつ (中央東福祉保健所長)

2 南国・香南・香美地域推進協議会委員改選について

(1) 新委員の紹介

土佐長岡郡医師会副会長 石本浩市、香美郡医師会副会長 疋田隆雄、JA 高知病院院長 谷木利勝、野市中央病院副院長 公文龍也、高知県看護協会土佐山田・本山・南国支部 支部長 吉本智津子、香美市健康介護支援課課長 前田哲夫、高知大学附属病院地域医療連携室副室長 宮野伊知郎 (これまでは執印室長の代理として出席)

(2) 会長、副会長の選出について

会長：土佐長岡郡医師会会長 中澤委員

副会長：南国市社会福祉協議会事務局次長 川竹委員

(3) 新会長あいさつ (中澤会長)

3 議事

(中澤会長)

早速ですが議事 1 地域医療構想ということで川崎課長補佐説明をお願いします。

(1) 地域医療構想について (医療政策課長補佐川崎) 資料 1

地域医療構想の概要と今後の推進体制、調整会議の役割等について説明。また、調整会議委員受諾について委員にお願いした。

調整会議については地域医療構想策定 (11 月予定) 後に発足の予定で、第 1 回目の開催は、第 2 回推進協議会と同時開催する予定。なお、会議開催までに医療機関から回復期病床の転換の申請があった場合については、作成した事業評価調書を各委員に文書送付し意見徴収を行うことを説明した。

(中澤会長)

ご説明ありがとうございました。まず資料の説明に対する質疑を受けたいと思います。

(石本委員)

中央東保健所管内に嶺北部会がありますが、こういった調整会議は、嶺北は嶺北でやられるのでしょうか。

(中澤会長)

川崎課長補佐若しくは田上所長ご説明をお願いします。

(田上所長)

嶺北は嶺北で同じような会議がございますので、そちらの方でご検討いただきます。この長寿県構想の推進協議会についても、嶺北の町村と南国香美香南市ではあまりにも状況が違い過ぎるということで、それぞれ別立てにしておりますので、この地域医療構想に関することも、別立てで検討したいと思います。

(中澤会長)

よろしいでしょうか。

(石本委員)

はい分かりました。

(中澤会長)

他はいかがでしょうか。地域医療構想については色々な所で講演を聞かれた方も多いたと思いますので、内容はだいたいご存知かと思えます。今回、この推進協議会の皆様に調整会議の委員をお引き受けいただくことについてご承認をいただきたいと思いますが、皆さまよろしいでしょうか。

(福島委員)

大変だということは私のような素人でもわかるのですが、資料がこのたった一枚の安芸から順に出ている数字だけのもの(資料1の15ページ上の表)で回復期の云々と言われても、住民がこれは大変だと実感できる内容では全くない。なぜビックデータがありながらたったこれだけしか表すことができないというのは、どうも私では納得がいきかねる。これで、まだ文書でいいか悪いか判断をしてくれと言われても、素人には何が大変で、何を判断したらいいのか全く分からないというのが正直な気持ちです。

(川崎課長補佐)

まず、私の説明が悪かったと思いますけれど、これはあくまでその一部だけ出したものであり、現状のデータ、細かいデータもございますし、先ほど言いました2025年の推計のデータは医療構想区域ごとにあり、それを見比べながら十分にできるような形になっています。これは全体のものを出すためにこういった形で出しました。それから、判断してほしいということは私考えておりません。もし転換するような病院があれば、情報を皆さま方に提供して、その情報のなかで、そこはもっと多くやってもらわなければといった意見があれば下さいということです。結論はこちらの方が出しますが、みなさんとの情報の共有と考え方を教えてくださいというのが調整会議になりますので。調整会議で何かを決めるとか、調整会議で決定するとかそういうことではございません。

(福島委員)

そうではなくて、情報を提供するのですよね。どこに情報があるのです。

(川崎課長補佐)

その提供する情報というのは、どういう病院がどういう病床機能をもっているのかというような細かな情報も含めて、今後その病院がどのように変わろうとしているのか、そういったことが出てきたときに、その情報を随時提供していくということです。現在の状況は既にあります。

(福島委員)

今 2025 年が大変だといっていますが、私が言いたいのは、その大変さが住民の中へ伝わっていないのではないかということです。一応住民代表ということで呼ばれている私が見て分からない。その 2025 年の大変さがここに表れていないということは、ケアマネさんや病室等の現状、あるいは住民の大変さを県の人達も分かっていないのではないのか。今問題を抱えて自分の家族が病院に入らなければならない事態になっているのに、ケアマネさんたちからは、「それは自分で探してください」というような返答をだされている現状があります。この資料を見せられた時に、その大変さが県の人達に分かってもらえているのかも私達には分からないです。

(中澤会長)

おっしゃることはもっともだと思います。今日の資料は確かに一部のデータしか出ていないですが、先ほど出てきたワーキンググループで、色んな喧々諤々の議論がありました。その中で住民代表の方もいたのですが、やはり医療提供者側若しくは病院団体側の意見がどうしても主になった意見交換になってしまったという反省点はあると思います。だからこの調整会議が福島さんのような住民の方のご意見を吸い上げる貴重な場になってくるとと思います。ワーキンググループでは、その病院の病床にどんな方が入院しているか、どのくらいの平均在日数等、地域にどれくらいの介護支援や医療支援があって、その方達が今後の医療にどんなものを望んでいるかとかいったデータもありました。高知県で療養病者が多いのは、介護施設が少なく居宅在宅医療が少ないからその肩代わりをする。地域医療構想の中にはデータ以外にもそういったことを本文の中にできるだけ盛り込んで高知県の実情を表せるようにしています。ですから福島さんのおっしゃるような懸念もその中には一応盛り込まれているとは思いますが、なかなか現時点では住民の方には理解されていないというのが現状だと思いますので、これから調整会議でそういったことの議論を区域ごとに始めていくことになると思いますので、その率直な意見を是非出して頂ければと思います。川崎さんそんなところでよろしいでしょうか。

(川崎課長補佐)

この地域医療構想はあまり知られていないと思っています。逆にこういった調整会議で議論されたことを広報していくことで、今自分たちの住んでいるところにはこういう課題があるんだということがみえてくるのではないかとと思っています。データは今日はお渡しできませんが、それを見て頂いたら、自分が感じていることとのギャップがあるということが分かっていただけるようなものも用意したいと思っています。2025 年が大変というよりも今が大変だと考えておりますので、それがますます 2025 年に向かっていく。2025 年にはそのような問題がなくなる様にとというのが地域医療構想です。是非ご理解いただいております。

(中澤会長)

他はいかがでしょうか。ご質問はありませんでしょうか。

それでは、おそらく今後地域医療構想は 11 月に策定され、その後調整会議が発足して、この推進協議会と二本立ての同時開催になると思いますが、委員の皆さまには調整会議の委員としてもご承認していただいて、参加していただくということでよろしいでしょうか。

(谷木委員)

我々は推進会議の、正式には何の委員になるのでしょうか。

(中澤会長)

三市の推進会議の委員でもあり、物部川部会の調整会議の委員でもあるということです。

(谷木委員)

三市の推進協議会委員と物部川部会の委員ですか。

(中澤会長)

はい。それを兼任するという形になります。

(谷木委員)

はいわかりました。

(中澤会長)

というのは、結局同じようなメンバーで協議をすることになるだろうということで、このように提案をさせていただいているということです。それでよろしいでしょうか。

(中澤会長)

それでは異論がないようですので、調整会議の委員にもご承諾いただいたということで、この議題1は閉めたいと思います。ありがとうございました。

(川崎課長補佐)

ありがとうございました。

(2) 部会報告

ア 健康づくり推進協議会 (澤本課長) 資料2 P 2

イ 災害医療対策支部会議 (河渕次長) 資料2 P 3～5

(中澤会長)

ありがとうございました。ここでは報告のみにさせていただきたいと思いますので、今年度の取り組みにつきましては次回の会で報告させていただきたいと思います。

(3) 地域医療構想と地域包括ケアについて

ア 今までの振り返りと在宅医療・介護連携推進事業の説明 (山本チーフ) 資料2 P 6～7

イ 在宅医療・介護連携推進事業開始の報告 (原委員)

(中澤会長)

ありがとうございました。この在宅医療・介護連携推進事業については、土佐長岡郡、香美郡の両郡医師会、南国・香南・香美市の契約が先日終わったばかりで、10月からいよいよ本格的に事業開始という段階にあるところです。医師会としましても、積極的にこの8つの事業項目を含めて、この連携推進事業には協力させていただきたいと思っております。具体的には、土佐長岡郡医師会、香美郡医師会の中で、地域包括ケア対策委員会を立ち上げておりますので、この会で合同で協議をしていきたいと思っております。

それぞれの委員も今日は出席しておりますので、それについてご意見をいただけますでしょうか。

(宇賀委員)

非常に大きい事業で、総論はできたが各論を一つ一つ実行していくことはなかなか大変なことです。

100点満点ではなくてとにかく一歩前進、手探りで行っています。2025年に間に合わなかったらいけないですが、少しずつネットワークを広げて、医師会の中で多職種で広げて頑張っていくようにしたいと思います。とにかく、全て教えてください。

(中澤会長)

ありがとうございました。疋田先生何か一言よろしいでしょうか。

(疋田委員)

さきほどから言われるように、住民の方の意識の変容といいますか、今は少し悪くなったらすぐ病院へと考えておられることがありますので、在宅であまり高い要求をしないことを住民の方が納得してくれることが一番の出発点かと思います。

(谷木委員)

この6ページの(イ)については、当院も病院単独で考えており、11月19日に地域の医療介護関係者等が参画する交流会を開こうと思っています。私はもともと手術ばかりしていたもので、こういった老人施設等、介護のことはあまり知らず、最近勉強を始めてやっと分かってきたところです。まだ当郡医師会の中澤先生に承諾をもらってはいないのですが、地域の医療介護関係者が集まれる会を計画しておりますので、また皆さんもこういったことをやってほしいと思います。

また、各介護関係者等施設に招待状等を差し上げるといいますのでよろしくお願いします。

(中澤会長)

ありがとうございました。この8つの事業の中の(ア)の医療介護資源の把握というのは、最初にこの事業の中で始めるべきところだと思います。それについては、先日、事務職員の方の採用が正式に決まりましたので、まずこの地域の医療介護資源の把握をして、リスト、マップ化をしていきます。それと、先ほど谷木先生がおっしゃった、医療介護関係者が参画する会議で在宅医療介護の連携の課題の抽出をすることになると思いますが、それもJA高知病院さんが独自に開いていただけるということであれば、その結果をこちらの方に報告していただいて、この事業の中で共有できたらと思っています。ありがとうございます。

また、(カ)の医療介護関係者の研修につきましては、もうすでに土長郡医師会、香美郡医師会が、在宅復帰システム研修検討事業として開催しておりましたので、それをこの(カ)の事業に充てたいと考えています。今後10月から3月までの間にどういったものやっっていくか内容を決めてこれから実施していくところですが、ぜひ医師会の先生方、関係機関の方々にはご協力いただいて、確実に進めていきたいと思っています。

それでは、次の課題について、資料を用いて私の方から説明させていただきたいと思います。その後委員の先生方からも意見をいただきたいと思います。

ここで中澤会長から、南国・香南・香美市各消防の管外搬送率が高い状況を情報提供 (資料2 P 8~9)

ウ 日頃の連携上の現状と課題について

(中澤会長)

この表等ご覧になってまずJA高知病院の谷木先生からご意見をお伺いしたいと思います。

(谷木委員)

皆さんご存知のように、今年の4月から救急車を断った理由が統計にして公表されています。救急

応需率はデータを覚えていないのですが、私が赴任してから2年半になりますが、昔に比べてだいぶましになっていると思います。それで、今日この管外搬送率を初めて拝見しましたが、こういうことには出来るだけ対処したいと思っております。当院の問題は2点、まず、常勤医師が20名です。できれば外科系の医師と内科系の医師二人で当直体制をしたら色々対処できますが、それがなかなか難しい状況です。もう一つは、検査と放射線科の当直体制にしなければならないですが、それも今オンコール状態です。常駐の体制にすると、人員を増やさなければならない。現時点ではできませんので、できる範囲内でこういったことのない様に進めていきたいです。

(中澤会長)

ありがとうございます。J A高知病院さんは地域包括ケア病棟を発足されたということで、発足前後でこういった救急の受入れ率や、その地域との連携など変化はございましたか。

(吉本委員)

地域包括ケア病棟にしたから受入れ率がよくなったということではないようですが、最近では少しずつ増えてきていると思います。

(中澤会長)

ありがとうございます。同じご質問を野市中央病院の公文先生にもお願いしたいのですが、特に地域包括ケア病棟、熱心に運営されていますので、そのあたりとの関連でコメントいただければと思います。

(公文委員)

最初の救急の管外搬送率については当院の方もこの数字はよく見えています。この4月からすべてのデータを取りまして、日中と夜間にわけて、救急の受入れを断った率を全て出しています。当院としては、基本的に日中の受入れで断っているのは平均していただいた2割から3割程度になりますが、それが、夜間になると8割をゆうに超える数字になります。その原因として、谷木先生が言われたことと一緒に、当院も検査等がオンコールになっており、それを全て常勤の検査、放射線技師というのはなかなかマンパワー的に厳しいところがあります。そういった理由から、夜間の救急はどうしても断ってしまっている状態です。トータルの数字を含めてのこの数字ではないかと認識しています。

それからもう一点の地域包括ケア病床について、当院でも4月から30床ありますが、この10月から46床に増床して、在宅復帰率というのも8割超えて9割近く、病床稼働率も100%近くで回しておりますが、先ほど言われたとおり、地域包括ケア病床と救急の受入れというのは必ずしも一致していないかと。

(中澤会長)

ありがとうございます。地域包括ケア病棟なかなか運営が難しいという様に聞いておりますし、実際施設基準もなかなか厳しいと思いますので、大変なご苦勞をされていると思います。

次は、他の先生方から日常の医療の掛かり方や、他の職種との連携の仕方について、日頃の困っている事や課題、気づきの点がありましたらお話しいただきたいです。疋田先生から診療所の先生として何かございますか。

(疋田委員)

往診は少ないですが在宅でおられる方は、やはり認知症で生活が困っている。医療云々というよりは生活との関連で対応をどうしたものかなど。これから増えていく傾向にあると思うので課題だと思っています。

(宇賀委員)

日頃毎日認知症の方への対応をしております。認知症になりますと話が長くなる、要領を得ない。家族と来ればいいのですが、一人で来られると時間ばかりがかかる、この件で非常に困っております。もう一つ、認知症が無くても高齢者は複数の病気をもっていますので、お薬手帳を持っていても、様々な病気のことを配慮しながらこちらが治療していくというのは非常に時間がかかります。だから、患者数が少ないのに手間は非常にかかる。私もだんだん年齢もいってきました。本来外科ですが、外科の看板を表の看板からのけました。ただ、先代から70年以上受け継いで外科をやっておりましたので、知っている患者さんは直接やって来ますので、そのくらいがちょうどです。出来る患者を一生懸命診たい、今診ている患者さんだけはきっちり診たい、そういうつもりでやっております。

(中澤会長)

ありがとうございます。石本先生お願いします。

(石本委員)

J Aと野市中央の救急の受入れに関しては、確かに、常勤を増やさなければならないとか、検査技師を常駐しなければならないなどの問題は、なかなか努力して解決できる問題ではないと思います。やはりその分は中央部の医療センターや近森へ行ってしまおうだと思いますが、谷木先生どうでしょう。医者を増やして検査技師を常勤にして救急外来をこれから増やしていくということは、現実的に可能でしょうか。

(谷木委員)

現時点の医療制度では無理と思います。できる範囲内で応じるしかないです。

(中澤会長)

ありがとうございました。医療提供者側からいくつか現状の課題や困りごとを上げていただきました。次は在宅サービス側からのご意見として、利用者さんの入退院時や、日頃の利用者さんの困りごと、そういったことについてのご意見をいただきたいのですが、高知県の介護支援専門員連絡協議会の岩越さんから、何か現状、課題を教えてくださいませんか。

(岩越委員)

私たちの利用者さんもよく救急で搬送されることがありますが、やはり高知市内の大きな病院の方へ搬送されて、そこから転院という形でこの中央東圏域に帰ってくるという形がほとんどだと思います。病院はソーシャルワーカーさんがいらっしゃるのですが、転院の連絡等も早くこちらに回ってくる人が多いので、情報交換、連携を取りながらスムーズな在宅復帰には努めています。

(中澤会長)

ありがとうございました。やはり大病院志向と言いますか、そういったところが住民側には大きいという印象でしょうか。

それではそれに関連して、住民代表の方にご意見いただきたいのですが、まず福島さんからお願いします。特にこの救急の対応について。

(福島委員)

よく分からないのですが、救急車が高知へ行っていることが問題なのか、病院が受け入れられない事が問題なのか、どこが問題なのかをちょっと教えていただきたいのです。

(中澤会長)

私が答えるのもなんですが、要は、基本的には一般の急性期や回復期、慢性期等は、地元の地域で

完結するのが原則です。しかし、脳卒中や心筋梗塞等というものは中央一極集中で、高度急性期として高知市内が受けるのはやむを得ないといえますか、それが妥当なものだと思います。例えば高齢者の肺炎や骨折等、先ほどから出ているあまり急がない待てる救急は地元で診てあげるのがいいという考え方です。ですから、その日の夜中に掛からなくても、翌日の受診でもいいといったレベルということになります。

それでは、南国市の今井さんどうでしょうか。

(今井委員)

色々お話を聞いていまして、我々住民のためにそれぞれの分野でご苦労努力されているということに関心しているわけですが、私も専門分野の人間ではないので、今福島さんも言われていましたように、実際分りにくいというのが正直なところだと思います。この表を見て、管外に搬送されているのがこれだけ多ことに驚きました。もう少し市内で収まるかと思っていましたが、やはり多いなというのが実感です。

(中澤会長)

ありがとうございます。では中村さんお願いします。

(中村委員)

答えになるかわかりませんが、この表をみていて、非常に中等症と軽症が多いと思いました。普段から感じる事として、ほんとに軽症で軽々に救急車を使っているという印象があります。

ある施設で孫の持っていた水筒が介護している人に当たり、施設の方が救急車を呼んで病院へ行ったことがありました。その際、本人は「私は行かなくてもいい。自分で車も運転できるのに救急車呼んで!」と言いましたが、施設の方は大事を取って行ったと思います。また、地域でもしょっちゅう救急車の音が聞こえて、心配していてもたいしたことなく帰ってきているといったことが多く、住民の方ももうちょっと考えないといけないだろうと思うことがあります。もちろん、大変な時は助けて頂かないといけないと思いますし、家族も、大変だと思ったら高知市内の方へも行きたいので救急車で搬送してもらいたいですけど。私はよく、直接病院へ電話して家族が行った方が早いです。

(中澤会長)

ありがとうございます。なかなか大変な病気かどうかの判断が現場の方は難しく、まずは大事を取ってという考え方はあると思いますので、そこは難しいと思いますが。地域の二次救急の病院に搬送されたら、そのあたりの判断はつくと思いますので、そこからまた高次の病院に搬送される可能性もあるということだと思います。

救急のこと以外でも、関係機関の連携について、特にこの在宅医療介護連携推進事業、6ページの図を見ながら、この中で医療と介護の連携を進めていく中で、現状の課題をもう少し話を進めていただきたいと思います。歯科医師会の味元先生はどうでしょうか。忌憚のないご意見をお願いします。

(味元委員)

歯科医師会としてもなるべくこういった事業に協力していくように努めております。皆さんなるべく知っていただきたいのですが、在宅歯科連携室というものを数年前から作っており、そちらに連絡していただくと、最寄りの歯科医を在宅に向かわせるようなシステムをとっています。他にも、歯科医師向けの認知症に対する研修会を行ったり、宮本先生が中心になって行っている口のリハビリテーション研究会等で様々な在宅に関する取り組みを行っています。これからもこういった事業を協力してすすめていけたらと思っております。

(中澤会長)

ありがとうございます。香美香南歯科医師会の今井先生お願いします。

(今井委員)

歯科の往診ですけれども、4、5年前までは厚生労働省の方針で、担架で運ばなければ動けないほどの患者でなければ往診は認めないという決まりがあり、往診の依頼があっても、他の病院に通院していることを聞くだけで、気の毒ですけど往診にいけない、往診してあげたくても出来ないということが何回もありました。だんだんこのような社会の状況で、今は一人でおられるような方であれば往診してもかまわないということになっています。

しかし、今でも、まわりのケアマネもまだそのころの意識があるので、往診を依頼するのに二の足を踏むようなところがあるような気がします。

先ほど先生もおっしゃったように、在宅歯科連携室に歯科のことはご相談いただければと思います。

(中澤会長)

ありがとうございます。薬剤師会からも稲本先生お願いします。

(稲本委員)

薬剤師会としましては、以前この会議でお話しさせてもらった、多職種との連携ツールの取り組みについて、ワーキンググループが発足しました。残薬が問題となっておりますので、薬局の方からも残薬はないかと声掛けをしますが、なかなか正直話してくれないという方も多い現状もあります。そこで、在宅を一番よく知っているヘルパーさん等と連携を取りながらそういった情報を集めて、出来るだけ薬局の方で対処していこうという動きをこの南国・香美・香南をモデルとして取り組みを進めていく予定です。

(中澤会長)

私からも質問ですが、先ほどの宇賀先生のコメントにも関係しますが、認知症の方やいろんな疾病を持たれている方で、お薬が沢山になったり、またハイリスク薬剤も中にはあって、在宅での管理がめちゃくちゃになっている方もいます。薬剤師さんの協力は本当に大きいと思いますが、このあたりの在宅管理の服薬の取り組みについてはいかがでしょうか。

(稲本委員)

認知症の方に対する服薬管理のニーズも高まっており、実際薬剤師が在宅に行くことも増えているかと思います。そういった場合にはデイサービス等との連携、用法についてはもっと簡単にできるように医師と連携する等、一人一人のニーズに対応し、しっかり服薬していただけるようなそういった取り組みをすすめていると思います。

(中澤会長)

ありがとうございます。更に災害時には薬剤師さんの役割も非常に大きいということも聞いておりますので。ありがとうございました。

先ほども発言いただきましたが、看護協会の方からこの在宅医療介護連携推進事業に絡めてご意見をいただきたいのですが、いかがでしょうか。

(吉本委員)

高知県看護協会は各地区支部に別れており、西部の方は在宅とのつながりはスムーズにできかけていますが、東部がどうしても医療と在宅のつながりが薄いところがあります。

地区支部としては、まず看護職員の能力の向上というものを今の目標に置いており、認知症関連の

研修を開催する等、地道にやっております。看護協会全体では、医療を在宅まで届けるために、医療（入院）の方の看護と訪問の方の看護のつながり「看看連携」というものを重視しており、そちらの育成も進めているところです。当院も訪問介護につなげる役割としての看護師の育成を行っており、そちらの方が一番の優先課題となっております。

（中澤会長）

ありがとうございます。では、先ほど話題に出ました、訪問看護協会の豊永さんお願いします。

（豊永委員）

訪問に行くと感じることは、老老介護、あるいは子世代の方が介護にあたる場合は、共働きで昼間いなくて独居という方が増えているということです。全体的に介護度も下がってきているように感じます。重症の方は看られないということで施設へ入られるという状態です。看取りも、ぎりぎりになって病院で診てもらいたいとなって、先日も、医大が主治医だったので医大へ送って3日後に亡くなったというケースもあります。介護力を増やすとなると、地域住民への普及啓発ということも重要であると感じます。

（中澤会長）

ありがとうございます。栄養士会の細川さんお願いします。内容はなんでもかまいません。

（細川委員）

私たちの会は本当に小さな会で、なかなか動けないのが現状ですが、昨年度末、岩越委員さんをお願いして、ケアプランの作成等、色々関連した勉強会をもちました。また、ヘルパーさんに対する調理実習をずっと続けており、そのなかで色々な利用者さんの悩みや、作る側もすごく困っているということをお聞きしています。今年度は岩越委員さんの方からまた依頼を受けまして、ケアマネジャーさんに対してミニ勉強会で低栄養のことについてお話をさせていただきました。少しずつ連携の糸口がつかめたぐらいの一步ですが、またよろしくお願いします。

（中澤会長）

ありがとうございます。そういった調理の問題とか意外と大きなところがあるのではないかと思います。色々な特別食的なものを食べてらっしゃる方とか、在宅復帰等非常に難しいと思いますので、是非連携をよろしくお願ひしたいと思います。

続きまして、民生委員児童委員連絡協議会の中村さんお願いします。

（中村委員）

私は地域の見守りなので、岩越さんどうぞ。

（岩越委員）

私たちは年に3回研修会を開催しており、今年度も医大の上村先生を講師に、認知症についての勉強会を開催させていただきました。10月には障害分野の方と協働での研修会も予定しており、また、ミニ勉強会で細川さんと低栄養についての勉強会をさせていただくなど、本当に多職種関わることが多いので、そういう研修会をもちながらケアマネジャーの質の向上に取り組んでいます。

（中澤会長）

それでは中村さんお願いします。

（中村委員）

三市合同の民生委員の対応として言わせていただきます。地域の子供、お年寄りの見守り、そして今一番問題になっているのが認知症の問題です。私たちが訪問して本人と話しても、その時は正常で

全然分かりません。しかし、家族の人と話していると、こんなことがあるんですよと問題あります。

また、無線の放送があるのですが、最近はしょっちゅうというほど、こんな服装で年齢は身長はと
いった認知症の人を探している放送があります。私達民生委員はあくまでもボランティアなので、そ
の家へ上り込んでどうのこうのはできません。けれども本当に忙しいというほど活動の範囲は広まっ
ており、今問題になっております。議員さんの政務活動費、あれを我々民生委員に分けて頂いたらと
いう風に考える次第です。

(中澤会長)

興味深いお話をありがとうございました。それでは三市の地域包括支援センターの方にもお話をお
伺いしたいです。まず、相談窓口として最初に相談を受けるところでもありますし、多職種連携のカ
ギになるところですので、山内所長からお願いいたします。

(山内委員)

包括支援センターは高齢者の総合相談の窓口ということになっております。皆さまから医療と介護
の連携や医療の問題、認知症の問題がでておりますが、全てに業務として関わっているところです。

その中でも、最近認知症の方のお話も非常に多くなったとありましたが、最近では包括支援センター
のことも少しは地域の関連の方が分かって下さっていて、農協や銀行などから連絡があります。例え
ば、南国の何とか地区のだれだれさんが、何回もお金を引きに来るけれども、持ってくる通帳とハン
コがどうしても合わず、そのことをきちんと説明するけれども、分からなくて何回も来るけれどお金
は引けていない。ご本人あるいは家族の方は生活費に困っているのではないかと。たぶん認知症だと思
うので、何とかしてもらえないかというご相談を受けたりする場合があります。そんな時に包括支援
センターは、ご自宅に訪問したり、ご家族を探し当てたりというところをまずします。

最近ご家庭の介護力が下がっているというお話がありましたが、独居でご家族がいない、そうす
ると家族のだれにご相談したらいいか分からないということもあります。どうしてもその方の実態が分
からない場合には、地区の民生委員さんにお聞きしています。おひとり暮らしの方の場合は、日頃の生
活がどんなふうか、あるいはお身内の方がおいでなのかお聞きして、その後お身内の方にお話をし
て、適切な医療機関につないだりということがあります。それから、先ほどお薬の話もありましたが、
認知症でお薬が全然管理できず残薬が沢山という方もあります。そういった方については、残ってい
るお薬をかかっている薬局へ全部持っていき整理し直してもらったことでもあり、色々な対
応をしております。

(中澤会長)

ありがとうございました。次に香南市の地域包括支援センターの吉村さんお願いします。

(吉村氏)

包括支援センターは先ほど山内所長からお話もありましたように、軽い方から本当に重度の方まで、
様々な相談の窓口になっております。

例えば、全く知らない方でも、今日重度で入院し、今まで医療をどうしていたのか、お金の管理は
どうするのか、家族を捜さなければならない等、全く情報の無い中で包括も動いているような厳しい
現状も有ります。中には民生委員さんから情報が入るケースもありますが、全く情報の無いケースと
いうのも最近をよく出てきており、お金の管理も含めて、それこそ納骨するところまで関わらせてい
ただいているようなシビアな状況も沢山見えてきています。

また、入院や入所という時に、身元引受人や後見が必要な金銭管理というような部分もすごく大き

な問題になっており、色々な制度を組み合わせながら、医療との連携はもちろん、弁護士さんや司法書士さん、あるいは社会福祉協議会さんというように、幅広い連携をとりながら進めています。

このように、介護保険が始まって、サービスの調整だけではなく、そういった広い視野の連携も包括の方では必要となってきたという現状です。

(中澤会長)

ありがとうございました。香美市さんのほうからお二人に、まず、地域包括支援班班長の時久さんからお願いします。

(時久委員)

最近、立て続けにターミナルの方のご相談が何件か入っており、本当に訪問看護ステーションの方がいなかったら大変だなと実感しながら相談を聞いたりしています。

私はどちらかというと権利擁護の担当が主になっておりますが、先ほど吉村さんからお話がありましたように、独居の方で身元引受人もいない方とか、日々非常に困難な状況です。後見制度が使える方ならその制度にすがれますが、判断力のある単身の高齢者ですと、保証人を見つけられないということもあり、病院もこちらも困ります。お互いそういったのりしろをどうやって増やしながらその方を支援していくのか課題です。周辺のサービスで、そういった方を支えるNPO的なサービスなども早急に整えていくことも、今後どこかで一緒に検討していかなければ、これからたちいかなくなるということを感じています。

(中澤会長)

ありがとうございました。最後に香美市の介護支援課課長の前田さんからお願いします。

(前田委員)

私は介護の方は初めてですが、香美市では独居老人が増えているのが現状だと思います。やはり核家族が増えて、おじいさんおばあさんお父さんお母さんを置いて市内、県外へ出て行っていると。年に何回かは帰ってきているという現状もありますが、やはり見守りができていない、そこで倒れていたということもあったと思います。市としても、この医療介護の連携や地域の見守りというものが必要かと思えますし、民生委員さんがやはり一番の核かなとも思えます。地域の住民といっても、最近では地域のふれあいがあまりないということもありますし、また、山間部にお住いの方もおります。それをどうやって見守っていくかということのも大事かと思えます。

(中澤会長)

ありがとうございました。一応すべての委員の方からご意見をいただいたと思いますが、何か追加でご意見のある方は。

(谷木委員)

福島さんはリハビリとありますが、香美市の住民代表ということですね。地域包括ケアでは、リハビリがとても大事だと思います。例えば今一番問題になっているサルコペニア、筋肉の退化や、フレイル虚弱体質など、そういったことの早期社会復帰を目指して、病院や高齢者施設はやっているの、リハビリの代表の人をこの中の委員に可能であれば加えて頂きたいです。

(中澤会長)

ありがとうございます。非常に重要な視点ではないかと思いましたが。他にご意見ありますか。

皆さんのご意見は非常に多岐にわたって鋭いご意見多かったですと思います。最初に出てきた救急の問題、認知症や看取りのこと、独居老人や介護者のいない方の情報収集や共有、発信の仕方や、色んな

職種団体の連携の取り方、地域住民の方への啓発の仕方、最後にサルコペニア、フレイルなどに対するリハビリの問題など。いくつかこの現状での課題が見えてきたと思います。

この6ページの8つの取り組みを眺めながら、そういった課題に対応するために、この事業を確実に進めていかなければならないと思います。これから医療介護資源を分析したりリストアップなどしているうちに新たな課題が出てきたり、若しくは介護職員と医療の方の参画する会議を開いているうちに出てきたりというようになるとは思いますが、他にも課題を抽出する方法がありましたら教えていただきたいと思います。また、この8つの事業を同時進行で進めるのはなかなか難しいですから、出来る事から、若しくはこれをやらないと次に進めないというのものもあるかと思いますが、優先順位を付けて取り組んでいきたいと思います。

この前の三市と医師会の契約の内容では、(ア)の地域の医療介護資源の把握を第一に考えており、(カ)の研修はずっと続けているので継続していくということです。それから、(イ)の在宅医療介護の課題の抽出と対応策の検討、(エ)の部分、ICTを利用した医療介護関係者の情報共有の支援、このあたりの優先順位が高くなるのかと考えておりますが、そういった方向でよろしいでしょうか。もし、もっと先にやらなければならないことがありましたら教えていただきたいのですが、いかがでしょうか。(ア)が一番急ぐとは思われますが。

(福島委員)

今年、高知県リハビリテーション研究会で、仙台の丹野さんという30歳代で認知症になられた方に若年性認知症の講演をしてもらいましたが、この席で丹野さんが仙台でやられている「オレンジドア」というピアサポートの活動が紹介されました。また、私は「ピアサポート実行委員会」をやっておりますが、癌の方や脳卒中の方とお話をする中で、ピアサポートは本当に当事者にとって糧になっています。また、高知県の認知症の家族の方からも、家族同士の話し合いなどで、自分の価値がすごくあるんだと認識できるという話がありました。

ところが、昨年県との意見交換会の中で、ピアサポートという言葉を一地域包括ケアの図の中に入れてもらいたいといいましたが、それ以上何もありませんでした。今年、その丹野さんの話があったので、是非ともこれから先の地域包括ケアの中にピアサポートという態勢を組んで行ってもらいたいと、これがある意味のボランティアになるのではないかと思いますので、ご検討をお願いしたいと思います。

(中澤会長)

貴重なご意見ありがとうございました。色々な障害の支援の方策の中にピアサポートは沢山取り組まれていますので、この地域包括ケア、高齢者や疾病を持つ方など、特に対象を限定せずにそういった考え方が大事ではないかということだと思います。またこれからの協議の中で盛り込めたらと思いますので、どうもありがとうございました。

他はいかがでしょうか。優先順位につきましては、平成28年も後半年、あまり欲張ってもできませんので、出来るところから(ア)(イ)(エ)あたりをやっていく、(カ)は引き続き継続するという事でやりたいと思います。ちなみに、この在宅医療介護連携推進事業には、先ほど説明した事務系の職員一人採用が決まっている事と、特にこの(オ)の在宅医療介護連携に関する相談支援に関するところを中心に関わってくださるコーディネーターがこれから決まることになっています。どんな方が適任かというのは、我々のイメージの中では、各病院の先生や診療所の先生方、介護の方、行政福祉の関係機関の方と、非常に顔の見える関係ができていて、言いたい事、言いにくい事も言えて、

コーディネーターとしてのネットワーク化ができる方がふさわしいと思っており、ベテランの訪問看護師さんのような方なのかなとイメージは浮かべているんですが、まだちょっと人選が決まっておりませんので、これからコーディネーターを選任するという事になっております。

まずは医療介護資源の把握というところから始めることになると思いますので、そのあたりはご理解いただきたいと思っております。

他にこの場で是非伝えておきたいという委員さんがいらっしゃいましたらお願いいたします。

資料の最後のページに、認知症に重点を置いた地域包括ケアの推進について各団体の取り組みを付けてありますが、時間の関係上参考として付けておりますので後程ご覧いただきたいと思っております。

先ほど地域包括ケア病棟の所で資料としてご案内するのを忘れていましたが、10 ページの、地域ケア病棟4つの機能というのがあります。ポストアキュートから、急性期の高次の医療機関からの後方支援的な受入れの機能と、サブアキュートの在宅や居宅から急変した患者さんを受入れる機能、それから、在宅復帰を支援する機能と、そういったあたりが地域包括ケア病棟に求められているということで、非常にこの役割の大きい用途になりますけれども、現状ではこのポストアキュートが多くなってサブアキュートの部分がちょっと少なくなっている傾向にあるので、本来のサブアキュートの部分、受入れの部分が進めば、地域包括ケアの後方支援病院としての機能がもう少し望めるのではないかと思っております。

それでは本日の資料としては以上ですが、他にございませんでしょうか。

それでは本日の議事は終了ということで、進行を事務局にお返しします。

4 連絡事項 (鍋島総括次長)

次回第2回：2月開催予定

5 閉会のあいさつ (中央東福祉保健所長)