

# 平成 28 年度第 1 回久留米市在宅医療・介護連携推進協議会会議概要

日時：平成 28 年 8 月 25 日（木） 19：00～20：20

場所：本庁舎 3 階 308 会議室

出席者：別紙のとおり

傍聴者：なし

資料一覧：次第

協議会要綱

資料 1 在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業）

資料 2 久留米市における在宅医療・介護連携推進事業について

資料 3 平成 27 年度久留米市在宅医療介護連携推進事業社会資源情報および課題抽出事業調査報告書

資料 4 久留米市における在宅医療の現状と課題

## 議事の概要

### 1. 開 会

委員の委嘱、委員紹介、挨拶

### 2. 久留米市在宅医療・介護連携推進協議会の設置について

協議会要綱および資料 1 に基づき事務局より説明。質疑なし。

### 3. 会長・副会長選出

会長に浅倉委員（久留米医師会）、副会長に北原委員（特定非営利活動法人久留米市介護福祉サービス事業者協議会（介護支援専門員部会））が選出された。

### 4. 議 題

#### （1）久留米市における在宅医療・介護連携推進事業について

資料 2 および 3 に基づき事務局より説明。 質疑なし。

#### （2）久留米市の在宅医療・介護連携の現状と課題について

資料 4 に基づき産業医科大学 医学部 公衆衛生教室 村松 圭司氏より説明

（3）の意見交換とあわせて質疑あり

#### （3）意見交換

会長にて進行

（柴田委員）

介護や医療提供側の人数が減ることについて村松先生の興味深い説明があった。地方消滅という雑誌では 20～40 代の女性が 2040 年には 46%減るとされている。そうした中、久留米市の医療提供体制の中で在宅の部分はどうしていくのか。在宅サービス付高齢者住宅や有料老人ホームなどの施設が相当増えているが、それらには施設基準があり、介護職が激減していく中で運営を維持できるのか。高齢化の中で、在宅の部分を見えるのか。訪問看護も訪問介護も自分は果たしてみることができるか分からないと思う。シミュレーションとして数値が出ているが、絵に描いた餅かバベルの塔ではないかと思っているが、そのあたりはいかがか。

(村松氏)

若者が減る、施設が維持できるかということについて、まず医療の側では急性期で7対1、10対1の基準があるが、国においては、(その基準では)多いため、減らす方向性で診療報酬等を検討しているが、そもそも看護師を確保出来なくなるため、急性期のベッドをそれほど確保できるとは思っていない。同じように介護職の方も減ってくる。他の医療圏での話であるが、介護施設が沢山出来て、そこに人手を取られ非常に大変だったという話も、医療の側では聞いた。

今、施設を作っても、介護が必要な人のピークが今後どんどん伸びる訳ではなく、施設が減価償却するまで30年とすると、それより先に人口が減る。今、新しい施設を作っても採算があわないし、人(スタッフ)も確保できない。出来るだけ既存の施設で使って対応していくべきではないか。地域包括ケアの概念と合わないのではというご指摘もあったが、ある程度まとまって住んでいただくことも必要。現在の療養病床の一部を住まいに転換しようという議論もされている。人間は確保できなくなってくるので、例えば、有床診療所でベッドのあるところを無床にして、その分を住まいの扱いにするなど、こういった転換をなるべく人の資源も、物の資源もかけないようにして、高齢化の山の部分をどう乗り切るかという議論が大切になってくると思う。

(小玉委員)

訪問看護の立場から、先生の講義を聞いての感想になるが、これまでの自分の体験から、高齢者が1人で過ごすより集まってもらったほうが良いのではと考えたため、昨年、看護小規模多機能施設を開設した。

久留米市は他市より施設が多く、9箇所あり、これが久留米の強みになるのではないかと。施設介護職員を募集したいが来ないため、どの施設も利用者数を半分減らすなどして職員不足に対応している。これが介護の現状だと実感した。かたや、介護職の仕事内容は、以前は爪切りも駄目だったが爪切りも可能となり、ストーマ装具の交換まで良いと拡大して来ている。介護も看護もレベルアップが必要だと思う。在宅療養において小規模多機能訪問看護介護を有効活用すると新たに施設を作らなくてよいし、市民啓発など地域密着の事業なので取り組んでいくと良い街になるのではないかと痛感している。

(村松氏)

小規模多機能施設は、地域包括ケアの中でも在宅において重要な位置を占めている。特に認知症の方が増えており、その対応ではグループホームを利用するなどしていかないと対応が難しいと考える。素晴らしい取り組みであると思う。

(会長)

久留米の第一線でご活躍いただいている西岡先生御意見ございませんか。

(西岡委員)

講演内容からは外れるかもしれないが、先日、在宅療養支援診療所の集まりがあり、その中で、意見を聞いたところ、一つは、病院と在宅を行っているクリニック間のことで、がんの経過観察などで3ヶ月に1回くらい大きい病院に受診されている外来患者がいて、休日に急に具合が悪くなって外来にて受診され、病院からの情報提供が得られず、ベスト・サポーター・ケアの患者であるのに、うまくフォローアップできないといった方が何人かおられたため、病診連携をより深めていく必要があるのではないかと。もう一つは、自分のところで施設等を建てても、看護や介護などなかなか人が集まらず、資金もいるので、国では診療報酬が決まっているけれども、何か独自で支えてもらえる仕組みがあればありがたいという話があった。また、訪問診療で、施設を専門に診ている医師について、同一建物の診療報酬が4分の1に下がって

いることから、施設での診療をやめる方も出てきている。マスで見れば、ひとつの診療所で5~10人診ているとされていたが、施設を専門に診ていた先生で通常だと100~200人だが、700人ぐらい見ていたような先生が診療をやめることを考えているようである。新しく訪問診療を始めた人も当初想定したよりも診療報酬の差もあり、非常に苦勞されている現状がある。うまく運営できるような方向があれば良い。

(村松氏)

同一建物の診療報酬の低下については、確かにどこでも議論されているところである。消費税3%から8%の増加分は診療報酬につかず地域医療総合確保基金に分配されている。その基金は地域医療構想実現のために使うことができる。構想の中に、例えば訪問看護師の人員を確保するなど具体的な目標を盛り込むことで、基金の活用性が出てくる。この基金は評価も行うため、例えば在宅訪問診療のレセプト出現比を100%に高めるなどの指標も盛り込むと、毎年評価されるので、こうした資料を活用するのも有効である。病診連携に関しては先生の言われるとおり、何をしてほしいかを明確にしておくが良い。「とびうめネット」の活用もしていただきたい。

(会長)

病院関係で、久留米総合病院の松隈副院長なにかございますか。

(松隈委員)

ネットで情報共有を行うというのは久留米にもあるが初期投資にお金がかかることもあり、上手く進んでいない。こちらもやらなくてはいけないとずっと思っている。連携先の先生方と情報共有しようという試みは早急に進めておかないといけないと思う。佐賀が一定上手く行っている状況だったと思う。医療圏としては久留米も被ることもあるので、そことどうしていくか。病院に入院される前の情報共有においても出来れば使いたいと病院側として思うところ。

(村松氏)

上手く行っている事例として、長崎の「あじさいネット」もある。情報共有の仕組みも大事だが、何を共有するかを決めておくことが大事である。先生方は非常に忙しいし、医師の方に限らず医療も介護の現場も手一杯の状況で、書ける量としてもチェック方式でA4用紙1枚くらいではないか。これは最低限共有するというものを皆で決めておくが良いと思う。

(会長)

在宅歯科診療で御意見ございませんか。

特になし

(会長)

学識経験者として御参加の環境医学の石竹先生お願いします。

(石竹委員)

感想になるが、今回は医療と介護の統合が大きな話であったが、実は住まいや生活支援を含めた要素が整ってのことであり、推計どおりいけるかということと実際は住まいがなくて帰せないといったこともある。難しいことだが、これらをどうしていくか。もう一つは、サービスを受ける側の認知というか、医療保険も介護保険も公的なものだとの認識があるが、実は自分たちも費用負担もするし、本当はセーブしなければいけないこともあるのだが、共助的なものの意識や、協議会の目的のひとつに住民への啓発もあるが、

何かそういったサービスを受ける側の認識をあげていく方法について何かあれば。

(村松氏)

医療区分Ⅰの人の70%を地域に出せるかは、住まい、生活支援にかかっている。それが出来る資源があるかどうか、久留米はまだ恵まれている地域だが、それが無い地域は難しいと思う。住民側の意識をどう変えるのかの話だが、一番分かりやすいのはお金の話だと思う。医療区分Ⅰの70%を地域に出して、介護側で診るとなると介護保険料がものすごく上がる。松田の推計では500円くらい簡単にあがってしまう。2025年、2040年ともっと上がっていくことになるが、果たしてそれが可能なかどうか、市町村は、今、非常に限界な議論をされているところだと思う。これ以上(の保険料引き上げ)は難しいという地域が沢山あると思う。そうなってしまう前に予防活動が大事だということと、そもそも介護でも医療でもなく、住まいでみられる部分は住まいでみる必要がある。

イギリスの研究で、病気が理由で復職できないとされている方のうち40%の方は、実は病気ではない理由で復職できないとされていて、ドラッグの問題や住まいの問題が原因でそれを解決する取り組みをすることで復職率が上がったという話がある。地域医療構想でも同じで、医療でなければ出来ないことを医療で行う、介護でなければ出来ないことを介護で行うとしているが、そうではなくて住まい等に関しても療養病床、精神科病床でみるのが経済的に安くなると言っている人もいる。それは、非常に提供側の良心だとは思いますが、プライベートなものがそんなセーフティーネットになっていてはソーシャルコスト全体で見ると上手く行かないと。行政にとっては大変だと思うが、住宅政策部門をいれるとか、住民の方をいれるとか、議論を継続していただければと考える。お答えになっているかどうかわかりませんが。

(会長)

皆様お一人お一人に意見をうかがいたいところですが、時間もございます。事務局から何かございますか。

(事務局)

村松先生から出していただいた課題にもあるように、医療機関で長期療養することは困難ということ、また医療機関外での再発の予防の実践、医療介護の連携があげられている。また先生の推計からも、今後は在宅療養を必要とする患者の数の増加、つまり退院支援を必要とする患者の増加が示されたと思う。医療機関から在宅へ患者が退院するに際しては「退院前から医療と介護が連携し、退院後の生活や療養を支えることができること」が求められる。しかし、現状として「病院から退院する患者の情報がケアマネジャーに十分伝わらない」といった実態があり、厚生労働省は退院を円滑に進めるには、一定のルール化が必要としている。国は実証事業として、平成26年度からすでに全国の17府県で、この退院支援ルール策定を行っており、今後全国に拡大していくと思われる。この退院支援ルールについて事務局で情報を集めたものがあるのでご説明させていただく。

(資料に基づいて説明。)

事務局といたしましては、この退院支援ルール策定について、市域で取り組むことを提案したい。

(会長)

退院支援ルールについてなにかございますか。皆さんまだ聞きなれてないと思いますが、第2回の協議会について詳しい協議をする予定でしょうか。

(青木委員)

退院時に病院と共同で患者に説明指導をすると保険上の点数加算がつく退院時共同指導料があるわけだが、病院の連携室からすると、この退院時共同指導に呼ぶ相手が誰かが明確ではないのではないかと感じ

る。退院時共同指導において、在宅の主治医であるかかりつけ医はもちろん（必須であるが）、それ以外に院外で薬が出る場合がほとんどで、薬剤師が訪問する場合もあるので、一緒に薬剤師を呼んでほしいと話をしたが、各病院の医療連携室に、薬剤師だけでなくいろんな職種がいるということを知ってもらえる活動をするのが大事だと日々感じている。

（会長）

貴重な御意見ありがとうございます。その他のところでどなたか御意見ございますか。

（西岡委員）

退院時の連携について、病院から在宅医への退院時連絡は100%だとは思いますが、入院する時にかかりつけ医から病院へ紹介し、退院する際はその元々のかかりつけ医にお返事は返ってくるけれども、在宅療養に移る際に人が変わる、地域でのかかりつけ医が変わることがあり、そこには情報が行かず、情報が非常に薄いことがある。今回の退院時連携の趣旨は病院とから介護ということだが、この点も付け加えて在宅の主治医にも情報提供することを取り組んでほしい。

（会長）

貴重な御意見ありがとうございます。今のご意見は多職種リーダー研修を久留米医師会でも行うので、そこでも発言していただきたい。他にあれば。

（臼杵委員）

歯科の場合、今年から医院を構えなくても訪問専門で開業できるように変わった。訪問専門の開業歯科が少しずつ出てくるのではないかと思う。また27年度から浮羽歯科医師会では県の助成を受けて医療連携室を作った。パンフレット等で周知し、1年間で60件くらい訪問をしている。歯科衛生士が午前中ではあるが、常時連携室にいて、そこに連絡があれば、かかりつけの歯科医師が訪問診療できればその先生が行い、出来なければ訪問できる先生を紹介するという形で訪問をやっている。

（会長）

先生ありがとうございました。そのほか、なければ議題を終了する。皆様ありがとうございました。事務局に変わります。

## 5. その他

今後の予定：次回は11月24日をベースに調整させていただき、事務局から提案した退院ルールについて地域に応じたルール作りが必要であるため本日いただいた意見をもとに具体的にご協議いただきたい。

## 6. 閉会