

審議会等の会議結果報告

1. 会 議 名	令和3年度第3回松阪市地域包括ケア推進会議
2. 開 催 日 時	令和4年3月15日(火)午後7時00分から午後9時00分
3. 開 催 場 所	松阪地区医師会館2階大会議室
4. 出席者氏名	[委員]長友会長、谷川委員、清水委員、平岡委員、長井委員、中村文委員、林委員、太田委員、中村昌委員、小林稔委員、志田委員濱口委員、市川委員、木村委員、近田委員、泉委員、奥田委員、青木委員、川上委員、岩本委員、小林麻委員、山本委員、小林正委員、渡部委員、長島委員、中井委員、菌部委員 計27名 (欠席委員)山口委員、櫻井委員、小林昭委員、木田委員、齋藤委員、中西委員、勝田委員、鈴木委員 石田委員、 計9名 [事務局] ◎高齢者支援課:西山参事兼課長、上西担当監、前川主幹、世古主幹、大西主幹、林主任、若林主任、潮田係員、野村係員 ◎介護保険課:田中参事兼課長
5. 公開及び非公開	公開
6. 傍 聴 者 数	9名
7. 担 当	松阪市殿町1340番地1 松阪市 健康福祉部 高齢者支援課 電 話 0598-53-4099、4427 FAX 0598-26-4035 e-mail kourei.div@city.matsusaka.mie.jp

協議事項「コロナ禍における松阪市での地域包括ケアのさらなる推進に向けて」

- 1) 情報提供 在宅医療・介護連携の県・市町における取組状況について
- 2) 話題提供 コロナ禍における地域包括ケアに関する事業を振り返りさらなる推進とは
- 3) 意見交換

議事録 別紙

令和3年度 第3回 松阪市地域包括ケア推進会議 会議録

日 時 令和4年3月15日(火) 19:00 ~ 21:00

会 場 松阪地区医師会館 2階 大会議室

◎出席者

[委員] 長友会長、谷川委員、清水委員、平岡委員、長井委員、中村文委員、林委員、太田委員、中村昌委員、小林稔委員、志田委員、濱口委員、市川委員、木村委員、近田委員、泉委員、奥田委員、青木委員、川上委員、岩本委員、小林麻委員、山本委員、小林正委員、渡部委員、長島委員、中井委員、
菌部委員

計27名

(欠席委員) 山口委員、櫻井委員、小林昭委員、木田委員、斎藤委員、中西委員、勝田委員、鈴木委員、石田委員、計9名

[事務局]

◎高齢者支援課：西山参事兼課長、上西担当監、前川主幹、大西主幹、世古主幹、林主任、若林主任、潮田、野村

◎介護保険課：田中参事兼課長

.....

事務局

令和3年度第3回松阪市地域包括ケア推進会議を開始いたします。

新型コロナウイルス感染症全体の収束も期間を要するというようになっております。特効薬がない中で早く3回目のワクチン接種が進んでいくといいかなと思っております。委員の皆様方の職場や、地域におかれましては、感染対策に努めながら心労が続いておられることと存じます。そのような中で、本日までご出席を賜りましたこと、オンラインの方もご出席いただきましたこと、お礼申し上げます。

本日この会場には、14名の方が委員としてご出席です。1名、遅れていらっしゃる先生いらっしゃいますが、オンラインでご出席をいただいている方が14名。本日までご欠席が8名あります。

それでは令和3年度の1年間の事業報告をさせていただきます。

地域包括ケア推進会議ですが、委員36名の方が集まっておられ、年3回、多職種による在宅医療介護連携の課題抽出と対応策の検討をしていただいております。今年度第1回目は6月に、成年後見センター及び権利擁護関係事業、会長から地域包括ケアシステムのさらなる推進ということでお話をいただいております。2回目が11月で、コロナ禍での介護予防について話題提供をいただいております。3回目の今日は、地域包括ケアの事業をこれからどうやってさらに推進していくか、まとめの意味合いで、2人の先生にお話をいただきます。

そして、地域包括ケア推進会議の中には、多職種勉強部会、松阪医療顔の見える連

携部会、認知症に寄り添う部会があります。多職種勉強部会につきましては、医療と介護の関係者が顔の見える関係を築いてから、多職種の役割を理解したり、それぞれの専門職の資質向上を図ったり、連携の仕組みを作るということで、年2回勉強会をしております。そのための会を年間7回ほどしているところです。8月に「もしもに備える多職種連携」、2回目は、2月に「レッツ介護予防」ということで、フレイル予防に取り組む身近な人について話題提供をいただいております。

松阪医療顔の見える連携部会につきましては、今年度は部会会議の開催計画はなしですが、令和2年度に医療と介護の連携ハンドブックを作成したときに、連携についてお話を深めていただきました。

認知症に寄り添う部会では、年に1回認知症施策の充実について協議をしております。認知症初期集中支援チームも設置4年目ということで、その状況報告を行っております。

事務局的な会議では、多気郡3町と協議調整を行うこと、地域包括ケア推進会議運営幹事会、松阪地域在宅医療・介護連携拠点運営委員会、それぞれ進捗管理を含めて、関係者の協議を事務局的な動きとして開催しております。また三重県在宅医療連携アドバイザーということで、櫃本先生が平成29年度30年度に来ていただいて、関係者の意識改革や、多職種連携の大事さを教えていただき、本年度も3月26日に講演の予定がございます。

最後に市民や関係者への啓発ということで、令和2年9月にもめんノート、そして令和2年12月に医療と介護の連携ハンドブック、令和3年5月に高齢者施設の救急搬送のガイドライン、マニュアルをそれぞれ作り、関係者と共有し、特にもめんノートは市民啓発ということで、たくさん配らせていただいております。認知症ハンドブックにつきましては平成30年度初版として、3回目の更新に入っておりますが、認知症の入口となる誰もが見てわかるようなハンドブックになっており、好評で配らせていただいております。今年が目玉は、参集型の講演会等を行うことができず、認知症も在宅医療講演会もできなかったのですが、在宅医療市民講演会の別バージョンということで、神島の小泉先生と、小片野の元医師会長の野呂先生の会談等を、行政チャンネルで講演をさせていただき、YouTubeでも、3月末まで見ていただくことができます。今年度はこのようなコロナ禍で、動画等使い啓発と多職種の連携の勉強会等を行ってきたということでございます。以上報告になります。質問等ありましたら、意見交換時に、教えてください。

ここから協議事項になります。テーマは、コロナ禍において松阪市での地域包括ケアのさらなる推進についてということで、この推進会議規則第6条により、会長が協議の進行をしていただきます。

会長

情報提供として、在宅医療介護連携の区市町における取り組み状況についてお話をいただきたいと思っております。よろしくお願いたします。

発表者：B氏

在宅医療・介護連携の県・市町における取り組み状況について、まず県の取り組みを発表します。まず、10月ACP研修会、11月市町コーディネーター意見交換会、12月から1月市町ヒアリングを、Webで開催させていただきました。

次に在宅医療・介護連携に関する市町取り組み状況調査について、県の伴走型支援（市町ヒアリング）により、市町が在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿を意識しながら、主体的に課題解決を図り、PDCAサイクルに沿った取り組みを進めることができるようになることを目的として、Webで実施させていただきました。内容は在宅医療・介護連携の各項目と具体的な取り組み、入退院支援、ACP、救急との連携などを調査票に基づいて①～⑩項目の聞き取りを実施させていただきました。

- ①資源の把握。現状についてはホームページ上での掲載をしており、タイムリーに更新ができる。課題としては定期的な更新が必要であること。取り組みとしては、住民や支援者に必要とされる情報を掲載するため、関係機関に調査を実施されている。調査をして社会資源の情報に反映していただいております。
- ②課題抽出と対応策検討。地域ケア会議の事例検討や多職種連携会議において課題を抽出。課題としては、事例検討はするけど課題抽出までは至っていないこと。ただ松阪圏域については、救急のマニュアル等を作成していただいているので、進んでいるのではとまっているところ。あとコロナ対策会議に参加して、課題を共有しているという意見が多かったです。
- ③切れ目のない体制構築。「入退院の手引き」や、「医療と介護の連携ハンドブック」を作成し、活用されております。課題としてはコロナ禍において切れ目のない支援をどのように抽出していくかということ。取り組みとしては手引きを作ったままではなく定期的に見直している。松阪市、伊勢市がそのようにされていると聞いています。他に、病院から在宅へ移行する際の連携課題の情報交換は津市において実施、精神科病院の入退院支援の事例検討をいなべ市が実施されていると聞いております。
- ④情報共有支援。ICTを導入している市町さんもあれば、「連携ノート」、「お薬手帳」などICTを使わない市町さんもあります。課題としてはICTを導入しているけれど、加入事業所が少ないことや、ICT環境の問題があります。これからICTを導入していきたいという市町さんは、事業所のニーズや管理について悩まれている市町さんが多いです。ICTをすでに導入されている市町さんにおかれては、魅力ある内容、例えばZOOM機能や、タイムリーな情報掲載を工夫していると聞いております。
- ⑤相談支援については、「連携拠点」では関係者の方々の相談対応を実施、「地域包括支援センター」では一般的な相談対応を実施されています。課題としては、行政が「連携拠点」の相談内容などを十分に把握し、分析をしていないことがありました。取り組みについては、重層的支援体制整備事業において情報共有などを実施されている。関連する他事業、認知症などや他機関と連携し、情報を共有するなど積極的

に関わっていただいています。

- ⑥ 支援者向けの研修については、課題としてW e b開催ではグループワークで顔の見える関係性を作るのが難しいこと。取り組みとしてはW e bやハイブリッド型など内容をどうしていくか検討されています。ただ不慣れな事業所ではW e bは参加しにくいと聞いています。
- ⑦ 普及啓発については、いなべ市さんはラジオで普及啓発されています。取り組みにおいて出前講座を少人数で実施していただいています。普及啓発を住民さんにできないので、名張市は出前講座、紀宝町では「老い支度講座」として少人数に実施と言われる市町がみえました。
- ⑧ 関係市区町村の連携については、県主催の意見交換会へ参加されています。全県的に繋がりが難しい中、11月に拠点の方も参加していただいています。来年度も県としては意見交換の場を設けたいと思っております。
- ⑨ 症例支援マニュアルの作成については、認知症ケアパスを作成していただいています。
- ⑩ 家族同士のつながり構築については、認知症カフェや家族の集いが開催しにくいと言われる市町が多かったです。

次に、①入退院支援、②ACP、③在宅医療と救急との連携について重点的に聞き取りをさせていただいております。

- ① 入退院支援について。現状は入退院マニュアルを作っているところ、マニュアルまでは作成しておらず病院の様式に従っているという、二つに分かれる傾向があります。課題としては、入退院マニュアルの評価方法をどうしていけばいいのかということ。コロナ禍のために、入院中の本人からどのように情報を取ったらいいのか。身寄りのない高齢者に入院・入所の問題が増加しているということがありました。それに伴って「身元保証マニュアル」作成に向けたアンケート調査の実施を、鈴鹿市が来年度取り組まれるということ聞いております。
- ② ACPについて。エンディングノートについては作成している市町と作成していない市町があります。作られない市町さんは理念をまず浸透させていくという考えでおられるので、市町さんのやり方でしていただいたらいいのかなと思います。取り組みとしては、研修会を継続していくことが必要ということと、研修会ではACPを身近に感じることができ、「自分のこと」として考えることができることが大切と先生がおっしゃっていました。専門職を対象とした研修会と、住民対象とした研修会の二つに分けて実施していただいております。住民対象では成年後見やゲームを活用した普及啓発をされていると聞いております。
- ③ 在宅医療と救急との連携については、ACPとも密接に関わってくる話ではあるのかと思います。取り組みとしては、救急搬送の現状把握、消防との合同研修の開催を検討されています。高齢者施設における緊急対応マニュアル作成のためのガイドライン作成、住民へエンディングノートの周知。あと、身寄りのない方をテーマと

した勉強会で救急搬送について検討。どの市町さんも救急医療情報キットを活用されていると聞かれています。

重点項目ではないのですが、今回市町のヒアリングで新たに抽出された課題として、身寄りのない方について紹介させていただいております。事例について、昨年孤独死が何件かありました。新聞がたまっているなど近所からの通報で行政が介入。山間部では民生委員やケアマネが救急搬送に付き添ってもらうこともある。課題としては、ADL低下の問題から一人暮らしを把握することが多く、サービス利用しているが本人に問題意識がなく、支援者が大丈夫かと不安になることが多い。近所との繋がりが弱い。認知症の徘徊事例が多い、説得しても応じない。認知症などで本人がサービス拒否する方への対応困難。信頼関係を築きながらつなげていく。関係を持ちたくない人もいます。早め早めの対応、一人一人丁寧に対応をしていただいていることが伺えました。現時点の取り組みについて①～⑥項目あります。

①相談体制について、

重層的支援を検討とか、総合相談窓口を検討中ということ。

②成年後見制度は、公的な制度では間に合わないという市町さんもあり、時間がかかる。民間の保証会社については慎重に進めていかないといけないと思います。

③救急連絡票については救急キットの活用。更新がなされていない、どうしていくのかという話もでている。

④民生委員さんとの協力。

⑤身元保証については、部会において愛知県半田市のガイドラインを参考にし、身元保証についての検討。成年後見の利用の有無で整理をされている。鈴鹿市さんが来年度、参考にしながら考えていかれると聞いております。

⑥その他、顔の見える関係性ができており把握しており、未然に防ぐことができている。

また、重層的支援体制整備事業については令和3年度は三重県で5市町、令和4年度は9市町で実施と聞いております。

最後に、市町の強みについて今回聞かせていただきました。コロナ禍においても、事業を継続して進めていかないといけない。行政内でも顔が見える関係性があり相談しやすい環境があるということ。総合相談窓口開設で行政内での連携が深まった、行政が住民レベルで考える体制がある。行政や関係課との連携などについては、近隣市町との連携が取れている、行政と拠点、医師会、歯科医師会、薬剤師会との協力関係が良好であること、行政と地域包括支援センターや事業所との連携が良好、関係機関の人が良い、優しく寄り添ってもらえる。在宅医療機関が中心となり、在宅医療を推進していただいている。住民等の理解については、行政側は住民をある程度把握している、民生委員、社協との連携がよい。住民側は、地区によっては住民同士の繋がりが強い。地域住民、民生委員さんが行政の理解があるとの声がありました。

在宅医療とかデータとかの活用もありますが、顔の見える連携は本当に大切じゃな

いかと思っていますし、他の市町さんに広げていければ三重県内の底上げにもなると思います。

会長

各県内市町、松阪市の取り組み状況について進めていただいているのと、重層的支援とか取り組みも始まっているというお話をいただきました。特に身寄りのない人々への新たな地域課題も、改めて大事なことだということを確認した次第です。

それでは私の方から、皆さんの意見交換の時間を踏まえて、お話をさせていただこうと思います。

今日のメニューは在宅医療、介護をめぐる連携について、今の制度、政策の動向も踏まえてのお話と、さらなる推進に向けての話をしたいと思います。

一方で先ほど引きこもりの話をしましたが、高齢者の方であっても、どなたでも自己責任論がかなり浸透している。そういうところへ専門職の方々や地域や住民をつないでいくことが必要になってきていると思います。ただその一方でダイバーシティ多様性については、かなり理解が広がっているというのが今の状況かなと思っています。

その中で、地域をめぐるっては、地域包括ケアシステム、或いは地域共生社会といった文言が流れ、政策が進められていますので、地域という冠がついた政策が今の主体になっているということは、それだけ地域への期待が大きいということ。裏を返せば地域が何もしなかったら、かなり自己責任論が浸透していて、放置されていくという状況でもあるということになるかと思っています。

こうした地域をめぐる政策動向について、コロナ禍であっても、コロナ禍前に立てた政策に大きな変更はありません。コロナ後を見据えて、地域に焦点を当てた政策に対して、皆さんで取り組んでいくということが大事だということは、改めていえるのではないかと思います。

そして、地域包括ケアシステムのさらなる推進に向けて進めていきたいと思っています。

医療費抑制の話ですが、医療に対して国がお金を出さないという政策は、40年ほどずっと続いているというのが現状です。2000年代に入って介護保険ができたのも、医療費抑制という政策に基づいています。診療報酬よりも安価に設定されている介護報酬という単価をつくり出し、医療保険のサービスを介護保険に移していくという形で、医療費抑制を図ったというのが介護保険という仕組みです。ところがその介護保険の財政も膨らんできた。そこで介護保険に対する財政的な抑制をすることで、医療から介護に移してきたものを、今度は介護から地域、自治体へ移していくという中で、それが総合事業ということですし、今回の地域包括ケアというの、そこに期待が寄せられているということになります。松阪市の地域包括ケア推進会議も2014年度から政策的な動向も踏まえて、いち早く設置して、受け皿づくり、そして地域づくりを進めているということになるかと思っています。2018年度から新たな公的医療費抑制のステージに入り、ここからは医療をデータで管理していくということで、進められているというのが今の特徴だと思っています。

続いて、その新たな医療費抑制、需要と供給の二側面です。ニーズを押さえていくということと、医療のサービス料を抑えていくという側面から医療費のコントロールを目指しているということになります。医療費を抑えていきながら、予防健康づくりにも政策的にシフトしているということになります。ですので、できるだけ医療にかからないようにしましょう、或いは、介護保険のサービスをできるだけ利用しないようにしていきましょうという政策的なシフトがあるわけです。

医療に関して言うと地域差を利用していくということで、47都道府県の中で医療費が最も安いところを目指していきましょう。県の中の市町で、最も医療費がかからないところを目指していきましょうという形で、医療費抑制を徹底して管理していこうというのが今の政策ということになります。

その中で特に供給体制を管理していく計画として地域医療構想というのが作られていて、2025年の医療供給体制を描くものとして作られたということになります。これは地域ごとで病床数を管理していくことで、在宅医療や在宅介護の地域包括ケアシステムの構築にも連動していきます。ベッド数が減ることになると、当然それだけ地域に患者さんが送り出されてくるわけですから、それを受けとめる体制、開業医の先生方はじめ、介護事業所等々に大きく影響していくということになります。なおかつ、今まで大きな病院に対しては、病床機能報告という制度が始まっており、加えて2022年度からは外来機能報告という制度が開始していきます。かかりつけ医というのをより目指し、在宅医療へシフトするということがデータ上でも進められていくことです。この地域医療構想という供給体制は、80年代から医療費抑制を行っています。そして2024年、この地域医療構想だけでなくさらに医師偏在対策、医師の働き方改革、この三つを三位一体の改革と呼んで計画を進めているわけです。入院ベッドをコントロールすれば、医療費は抑えられると思っている人たちが強く主張しているというのが実際です。医療経済学の中では病床を減らしたところでどうか疑わしいというのは、あわせて申し上げておきたいと思います。ただ結果として、ベッド数がコントロールされていくと、在宅医療とか在宅介護、地域包括ケアのあり方に影響しますし、なおかつ経済や産業にも影響が出るだろうというふうに見るのが、社会保障としての見方だということになります。そして経済学の観点からいうと、病院だけでなく、介護施設、或いは、福祉事業所とか施設等々サービスも含めてですが、地域経済とか地域の雇用拠点だという観点は、大事だと思います。特に10年以上前の厚生労働白書では、公共事業よりも効果があるとしていますので、こういった観点は特に地方に住む私たちとしては大事な観点だと改めて思うところです。医療や介護福祉は最も雇用を生み出し、そして経済に影響を与えるわけですから、その分野で働く人たちの給与水準が上がるかどうかとか、こういったことはその地域の経済の上げ下げに繋がるということになります。医療や介護福祉というのは、必ず重要な産業だということになります。

地域医療構想と地域包括ケアシステムの連動ということで、
1番目、地域包括ケアシステムを構築するためには、病院、診療所が特に大事です。そ

して歯科診療所や薬局等々、介護施設、福祉施設等々そういったところを合わせて、在宅医療、介護の充実を図る上では欠かせないことがはっきりしています。政策的には地域、在宅にシフトをしています。在宅で地域にシフトを図るということは、当然そこに頼るための元となる医療機関、介護施設等々基幹的なところだけでなく、開業医、歯科診療所等も含めて拠点がないと在宅でも生活は成り立たないことがはっきりしています。

2番目、この両者を意識しながら、患者利用者、そして専門職の皆さん方に影響を与えるということを自覚して、地域づくりを進めるということが大事だということになります。

申し上げてきた医療から介護、そして介護から自治体へというシフト、これは費用抑制っていう政策が一般になってきている。政策的にはより安価な労働力へシフトしようというふうに想定をしています。わかりやすく言うとお医者さんの仕事を看護師で、看護師の仕事を介護職員で、介護職員の仕事を地域住民でというふうに、より専門職の業務を、できれば無償の労働力で代替しようという政策的な動向が続いています。ボランティア、或いは地域の方々、お互い助け合いでとってきているわけです。ただし、これだと地域経済に与える影響も大きいですし、安全性とかも大事です。労働市場はより安い人が引き受けると、実は専門職の全体の水準も全部下がりますね。ですからそれは、どこかで止めないといけない。地域での基準というのを作らないといけない。政府の方も公的価格等検討委員会というのが進んでいます。実は地方公務員の給与水準も同じ構造で、地方公務員の給与水準を下げれば下げるほど、地域の底が下がっていく、労働の全体の底は下がっていきますので、公務員の給与を確保し、できれば引き上げていくというのが大事です。同じ構造で専門職の仕事を維持する、守る、そういう観点はすごく大事だということになります。今申し上げてきた形で地域づくり、地域に期待する方向で進められています。

地域の力は一体どれだけあるのかというのがポイントですけど、地域に政策的には期待していますが、女性と高齢者の就業率はかなり上昇しています。日本の場合は他の先進国に比べて低かったのですが、ここで一気に上昇していますので、全世代型社会保障改革というのが進んでいますし、当然年金の支給開始年齢が引き上がってきますので、そうすると皆さん働かざるをえない人も多くなり、日中に在宅している人が減少しているわけです。日中に在宅している人が減っているのも、地域の助け合いの力が弱まっているわけです。地域に期待する政策がある一方で、地域の現状としては、昼間に人がいないということですね。結局は、地域の助け合いの力に影響しているというのが現状だということになります。

かつ、医療費抑制策自体どうなのか、在宅地域へシフトしていますが、実際は費用はかかるというのが現状です。入院は、医療資源、お医者さん看護師さん、或いは専門職を、少ない数で集中的に投資して一気に対応できるわけですから非常に効率的です。ところが在宅になると分散しますので、必要なサービスを届けようと思うとお金がかかるというのが現状です。在宅地域にシフトすると、お金がどんどんかかっていくと

というのが現状です。そこを今どうしてるかということ、地域住民の方々、自治体の職員の方々、そして今日みえる専門職の方々等の皆さんが持ち場で頑張っていただいているというのが現状です。

予防による医療費抑制効果は明らかでない部分が非常に大きいです。むしろ予防を進めると中長期的に見れば、医療費を増大させる懸念の方が大きいというふうに思います。予防や健康づくりをして寿命が延びるということは、医療費や介護費を先送りするだけです。結果としては医療費がかかるのだということです。大事なことは費用の抑制を考えるよりも、地域住民の健康の課題に対する取り組みを重視して、健康づくりを進めていただければ十分だということです。副産物の結果として、医療費抑制効果が出るかもしれない、くらいです。私たちはまだ実験の段階にいるので、予防健康づくりをしたからといって医療費が抑えられるという研究結果は、中長期的なものは、実はどこにもないです。むしろ私たちの健康課題を解決する、そんな政策実践の方が大事だと思います。それはこの地域包括ケア推進会議や松阪市の取り組みでもあるということです。

そして実は医療費適正の効果については、財務省が昨年4月の会議で、例えば特定健診特定保健指導に関しては、コストを上回る実証的定量的な効果がいまだ示されていないというふうに指摘しているわけです。抑制を進めるというよりも、健康づくりを進めることの方が大事だということです。投入した額で、どれだけ回収できたかが実ははっきりしてないのです。三重県の特定保健指導とか検診率は高くはないので、取り組んでいくってということと、それが医療費抑制の効果があることは別で、そういった医療費適正化を強調するとミスリードとなるので、住民を巻き込んで一緒にやっていくっていう政策では、健康寿命の延伸とかを主張して、この政策に参加していただくということが適切だというふうに思います。ただし、費用を抑制できないからやらないのではなくて、住民の多くの皆さんは長く生きたい、できれば健康に生きたいという願いを叶え、そういった予防健康づくりが大事だと思います。誰もが健康になる権利、これを保障していくってというのは、自治体の責務だということ、市役所だけに責任があるわけじゃなくて、住んでいる私たちにも責任があるということになります。

そして住民の健康寿命の延伸とか満足度、幸福度を高める取り組みがいくつかあります。厚生労働省もたくさんチャレンジしていて、県の方でも様々牽引していただいているところです。各自治体、県内の自治体でも様々な取り組みを始められているということになります。松阪市も幹事会の方々を中心に、様々なチャレンジを進められているわけです。医療費抑制効果があったとかではなくて、元気になったとか、顔色が良くなったとか、よく眠れるようになったという指標が、十分効果があると考えています。こういったことが実は、住民の幸福度、満足度を高めていくということですね。結果として健康でいる時間が長くなる。特に三重県は女性の健康寿命が全国1位ですよ。特定健診特定保健指導のデータですが、三重県はそう高くないけども、健康寿命は女性が1位というのは、何か特別なものを持っているのか、まだ県の

方でも分析はできてないですし、複合的な話なので、松阪市でもこれから大事にしていくということは、一つ言えることではないかなと思っています。

アンケートは意識項目と実態項目、大きく分けてこの二つがあります。意識とか効果とは、数量的だけでなく、本人の主体的な意識とか、意識の変容にもっと目を向けてもいいのではないかなと思っています。データというと数量的になってしまうのですが、実は数量的に測れないものも大事なことで、それを政策の根拠にしていくこともおもしろいのではないかなと思っています。

健康保険は健康になる権利だけでなく、医療を利用できる権利を保障していくことが大事で、そのためには住民参加を進めるということが大事だと思います。それがこの地域包括ケア推進会議の一端だと思います。そして住民の方も責任の一端を担うことが住民自治の大原則だと。おまかせの姿勢では専門職、そして自治体職員が疲弊してしまうので、住民の方々がその責任の一端を担って参加していくということが大事だと思います。

最後に、今日お話いただいた在宅医療介護連携の現状把握、そして課題抽出という話がありました。新たな課題も見えてきていますとか、地域によっては様々な課題もあろうというふうに思います。この会議は続けていくということを改めて強調をしておきたいと思います。そして、日常的な顔が見える関係づくりは大事だということです。幹事会の方皆さんで工夫して、他職種を理解する、相互理解を深めていきましょうということを進めてきていただいたと思います。引き続き進めていくということが大事だろうと思います。そういう中で、課題が出てきて、その課題に対して取り組むということで、いろんなパンフレットを作成し、様々な展開をしていただいているところですよ。これらを通じて、専門職の資質向上を図っていただく、向上を図るのみならず連携を図っていくということで、お互いに理解を進めていけば、それぞれの資質はさらに向上する。そういうことを進めていただいているということになるのかなと思います。

ここからですね、意見交換、そのあと総評をいただきたいと思っています。在宅医療介護連携や区市町における取り組み状況をお話いただきましたので、例えばこんなことはどうかとかですね、そんな話もいただければありがたいなと思っています。最近の近況等、そんなところからでもお話いただければありがたいなと思っております。いかがでしょうか。

委員：0氏

在宅医療をやってしまして、慢性の患者さんがコロナでどうなったかという、あんまり変わらない。誰が一番影響を受けたかと言ったら、ある程度ADLが確保されていて、フレイルぎりぎりの方が一番、影響を受けたのではと思っています。なぜかという、うちのグループで年間10回以上健康講座を公民館でしたのですが、皆さん歩いて参加してきていた。そういうことがコロナでできなくなった。それから、年に1回、200人ぐらい集まる一番大きなイベントですが、今年残念ながらできなかつ

た。そういう方々が、医療も介護もあんまり関係のない方で、そこまでは行ってないけれど、ちょっと簡単に具合が悪くなるというか。これからコロナもそのうち出口が見つかると思いますけれど、そこで何を重点的に実施するかというと、そういう人たちを救わないといけない。包括支援センターが大事なんじゃないかと思います。

それともう一つ、いつも健康づくりの話をするときに健康寿命の話をする。松阪市の健康寿命はあまり高くない。特に女性は三重県の平均より低い。男性は三重県の平均と同じぐらい。しかしこの統計は本当にちゃんとしたのか見えません。

それから、最後に一つ。県や市町村がいろんなことやって、それぞれ特色を出してやっているということは、やっぱり地域差が出てくる。一生懸命やっているところは良くなってくるし、ちょっとわかってないところはよくなるらないという、今はそういう社会かなということ。おそらく松阪でも各地域で地域差が出てくる。そこで重要なのは、地域包括支援センターで、その地域を理解して、どうしたらそれを上げていけるかっていうことを、それぞれやっていただくというのが、大事なかなって思っ話をして聞いて思いました。

会長

健康寿命の向こう 10 年のデータは確かに信憑性が高いと言えないところですけど、1 位が喜ばしいというふうに思っ。先生がおっしゃった松阪市のデータで見るとそういうことなのですね。ありがとうございます。

発表者：B 氏

私も本当にいろんな市町の方の勉強会とか参加させていただいているので、ぜひ今後とも勉強会とか参加よろしくお願ひします。

会長

政策的には地域によって差が出ますと伝わっていますよね。市町村だけじゃなくてどうしても差が出るっていうのは、そういうことなのだという。あと影響受けている人は誰かということで、取り組みの課題のお話もいただきました。続けていかがでしょう。

委員：N 氏

会長の講演を聞いて、非常に感銘を受けて領いておりました。とりとめのない話になると思いますが、今の診療所へ行ったのが 2000 年の時です。その頃はまだ地域の人、若い人ばかりといっても 50 代 60 代ですけど、その時の診療所としての役割は、成人病予防と、ガンとかの早期発見を目指していました。そのうち高齢化が進んできました、介護予防、認知症予防が大事だなど、最近それを頑張ろうとしていたのですが行ったところからの個人的なテーマとしては、90 歳までは現役で皆、社会に参加しているろいりやってもらふことを目指そうとしていたのですが、最近ですね、もうみんな 90

歳超えちゃってですね。元気ですけど、診療所として何を指すべきなのかというのが最近分からなくなって困っていたのです。在宅医療って言われますけど、地域それから家庭での介護力が全くないです。家に帰ってくるのはもう死に帰ってくるような。夫婦でいても老々介護で、寝たきりの人の介護なんてとても。でもみんな帰ってきましたがりますね。非常に困っている。市内でしたら事業所もあって、訪問診療、訪問介護とかできますが、うちまで来ていただくのを例えば24時間見てくれるところがあるのか、それは週1、2回来てもらえるのか、そういうのでも在宅医療ってちょっと難しい。その診療としてどうしていったらいいのかなってというのが、最近の悩みです。

最後の方ですね、住民の満足度幸福度を上げるということで、今思っただけで思いつきですけど。地域社会、うちの地域としてのACPを考えてみてもいい。どういうふうにしてその地域を、きっと盛り返してやることはないので、地域を終わらしていく方向としては、どういうふうなことを考えていけばいいのかなってことを住民の人らと考えたい。地域が終わっていくからといって、地域の人らが不幸になる必要はないのです。幸福感を持ちながら地域を終わらすってということが可能なのです。ちょっと抽象的な話でした。ということをお聞きして、先生の話をお聞きして思いました。以上です。

会長

続けていかがでしょうか。

委員：T氏

病院代表として今回参加させてもらっていますので、まずコロナの現状についてお話をさせていただきたいなと思います。他の病院に比べると受け入れる患者さんが少ないですが、その中でいろんな気づき現状について、まとめてきましたので報告をさせていただきたいと思います。

皆さんご存知のように重症化が少ないですが、高齢者の方が増えている。新規感染者数が増えている中で入院患者数はそんなに増えてない。その対応などは違う現状がやはりあるという中で、当院ではこれまで、小児を除いて35名の方が入院になりました。90代以上の方が25%、80代が20%、65歳以上で見ても80%が60歳以上なので。若い方はそれほど重症化しない入院する必要がない。当然、ホテル療養とか大分状況が違って、そういう中で、軽症コロナの肺炎はないのだけでも、逆に誤嚥性肺炎で入院してくる。決して軽症の方ではなくて、逆に高齢者の方で入院されますと、非常に看護介護に手がかかると。時間を要するということは間違いないと、そういう現状の中でいろんな問題点、特に急性期病院として我々受け入れてやらなければいけないのですけども、その無力さといいますか、入院してどんどん高齢の方ほど回復するのではなくて、やっぱり悪くなってしまふ、どうしたらいいのかということをやったり考えさせることが多い。

今日の話はいろんな勉強させていただいたのですが、やはり、急性期医療としては

重要ですがそこを今後、在宅医療とどういうふうにつなげていくのかっていうことも考えていかないといけないのかなと。高齢者の方は、入院させるだけ、病状をよくするだけじゃなく、それとともに健康長寿なり、状態を悪くさせない、ADLをいかに保つかということも含めて、たくさんのことを考えていかないといけないということを今回、気づきました。

なかなか高齢の方を、しっかりとケアすることができない状況で、またお返ししていかないといけないというのが、今回第6波の現状かなというふうに考えております。そういうところを少し皆さんに知っていただくと、他も医療費でもう少し多くの患者さんを受け入れていますので、若干違うかもわかりません。おおよそ県内の状況見ても、病床占有率は決して高くはないのですが、高齢者の方が圧倒的に多くて、介護連携といいますか、退院をどのように進めていくかっていうのが問題だということとは間違いないと思うということで、やはり、病院から次にどうつなげていくかっていうのは今回のコロナに限らず今後もおそらく問題になってくることなのかというふうに考えております。

あともう1点は循環器内科が専門ですけども、循環器の領域では、循環器対策推進基本計画が進んでおまして、やはり今後それに対応していかないといけないという中で、特に今この地域として、高齢者の心不全の治療をどうしようかっていうことも、これもやはり急性期病院だけじゃなくて、在宅医療も含めた地域としてどのように、対応してくかってことは非常に重要になっています。

今も我々の中で問題なのですが、地域での例えばリハビリもそうですし、緩和ケアですね、今日のお話もありましたように、やはりその中でACPは非常に重要になってくると思いますので、我々急性期病院としましても、この急性期の疾患だけを治療するのももちろん我々の大きな役割ではあるのですが、それをどういうふうに地域へつなげていくか、まさにこういった会議の中で、多職種連携の中で、我々の病院の役割をしっかりと果たしていかないといけないのかなということを強く感じている次第です。そういう中で本当に、本日はいろんな話、地域包括ケアもそうですけども、我々が今後考えていくということをお話聞いて大変参考になりましたので、今後も、病院の中でもですね、より考えていきたいと思っております。どうもありがとうございます。

会長

ありがとうございます。急性期から見たということで今お話いただいたところですけど、やっぱり連携、どうつなげていくかって課題というお話もいただいて。続けていかがでしょうか。

委員：H氏

今いくつか質問が出ていますけども、たしかにコロナの患者さんが、軽症で自宅療養の方が非常に多くて、僕も30人ぐらい経過見て、コロナに限らず入院するとやっぱりみんな変わっちゃうので、もうそれは心不全でも、肺炎でもです。いかに入院させ

ないか、これがやっぱり一番の大事なポイントなので。会長の話もありました通り、在宅医療とか病院を利用しないようにしていく方が、いろいろ削減でも大事なので、介護に限らず普段から、何とか病院に入院させずに、例えば肺炎で入院させることほとんどないですね。入院しても毎日1回点滴するだけですよね。同じ薬を毎日通ってできたらそれで治っちゃう。入院すると確実に誤嚥性肺炎を起こして、肺炎の形が変わってくるのが高齢者に多いです。たまに見舞いに行くと、ほとんど1人で寝っ放しになっている患者さんが多いので、これじゃよくなるわけない、できる限り入院させないようにしますが。心不全の話も出ましたが、同じようなケースが多いと思っていますので、病院と診療所もいろいろ連携する中で、健康寿命をより伸ばしていくようなことは、できると良いと思っています。

やはり入院した方がより効率的に対応できる。それがバラバラでやっていくので当然医療費も介護費用もかかってくるので、そうなることです、先ほどの委員N氏の話ですね。その地域を終わらせていくってことです、もっと考えたら、今の松阪はいろんな住宅地が広がっていくわけですけど、それを集めてコンパクトにした方が費用は安くなるし、医療は重要な産業っておっしゃいましたよね。そういうところにむしろ投資していくような形が何となく想像できます。例えば外国だったら、どういふ世界が理想だと思われるか、ちょっとお聞きしたいなと思います。

会長

理想は地域の方が決める内容でいいと思っています、医療保障の水準とか介護補償の水準というのは、地域の方が合意していれば、その水準が一番満足するものになるのではと思います。お金をかけないということかというと、皆一斉に、街中に住んでもらった方がいいのですよ、ただそれでいいのかということだと思いますし、やはり分散して、それぞれ住み続けることができるというのが一番大事なのかなという。自分が生まれた地域とか、自分が決めたところに住み続けることができ、経済学的には効率が悪いかもしれませんが、最適な中身になるのではというのが今、医療経済学とか社会保障のところでは言われてきているところだと思います。だから、効率一辺倒でいうと確かに集中してですが、実は皆さんの願う健康の中身ですとか、お金がかかると思うのですが、それでも結果として、満足度が高いと思いますという判断になるのではと思っています。ただ一つではないというふうには思っています。

委員：H氏

ありがとうございました。

会長

続けていかがでしょうか。

委員：O氏

健康づくりはまちをつくるということと思うのですが、みんなが幸せに、まず健康を通して、まちをつくっていくというのが一番かなと思います。そうすると、今の不安は行政があんまり考えていない、踏み込んでやらない。健康何とか委員会とか出ているが、僕の意見ってほとんど通らずに、野菜を食べようとか。野菜を食べるならどこから持ってくるのかって、そこは全然考えなくて、小手先っていうか、そういうことで済ましてしまっている。健康づくりのシンポジウムに行って、土木や建築の人らに頼んでやって発表される。それで聞きました。時間かけて一生懸命説得したんって聞いたら、その市長さんは、秘書を保健師さんに決めている。保健師さんは、誰に頼んだらこれができるということがわかって、それやないかと思って。大きなまちづくりということを考えるためには、いろんな力が必要で、役所の方とか関係課がないとできないのではということをおもいましたが、今もそれは全然変わってないかなって思います。

会長

続けていかがでしょうか。お気づきの点とか。在宅医療介護連携の話、取り組み状況をいただきました。感想などいただきたいなと思います。

発表者：B氏

最後に一つ、東日本大震災とかの行政の方の体験談とか聞くと、災害の時に信頼関係があったから協力してもらったりできたっていうか、ちょっと話が違うのかもかもしれませんが。日頃松阪の方がされていることはとてもいいことで、私も微力というか、一緒にチームに入れてもらえるようによろしくお願いします。

委員：H氏

一般の住民がACPって言われても、身近に感じていただきにくい。エンディングノートは逆にわかりやすいのですが、松阪市はもめんノートという、名前も本当によく考えられている。そこから、終末期に延命治療するかしないかっていうページを設けていただいておりますが、そういうところはACPの話が入っていきやすいのではないかって思っています。いきなりACPについて話をしましょうって言われても、なかなか難しくて、こう言ったらいいかなと思って捉えています。

発表者：B氏

おっしゃる通りだと思います。日頃の人間関係、信頼感が引き続いて、そういうノートを作っていく。ACPをお医者さんから誘導して欲しいっていう、支援者やケアマネジャーさんとか、ヘルパーさんとかは、私達できないみたいな。でもそうじゃなくて、いかに気づいて、そういう信頼関係を作ったら、ACPっていうのを前面に持ってこなくてもいいのではと思います。

委員：H氏

かかりつけ医としてそういうことを普段から患者さんと話して、元気な間という理想があるわけですね。その一方で、救急病院で容態が悪化した患者さんが運ばれてきて、延命治療どうしますかって、紙を渡されます。実際、丸うってくださいみたいな。そこまで議論がなされてないのに、非常に病院が辛いところというか。病院が欲しいところもわかるので、私たちが構築して、病院の先生方や、本人の望まないようなことを抑えるために議論をしていける場があるといいと思います。ACPばかりを関係者が進めて、一般の人の理解がまだで、どんどん先走っていくのも問題だと思うので、どうやって市民啓発しているというか、すごく大事な部分じゃないかなと思います。

会長

ありがとうございます。ここまで意見交換ということで進めてきましたが、皆さん方の意見を土台にして、続けて進めていければと思っております。最後に委員S氏に総評いただきたいというふうに思いますのでよろしく願いいたします。

委員：S氏

今日はどうもありがとうございました。地域包括ケアの課題について、会長に一度しめていただきたいと。コロナ禍で、来年度に向けて、松阪のこの会議がさらに進んでいくような、一つの区切りをつけて欲しいなということで、ご講演をいただきましてありがとうございました。

本当にわかりやすいお話で、今まで会長と一緒に積み上げてきた、例えば地域医療構想と、それから地域包括ケアのこの両輪の中での、川上川下の問題であるとか、急性期で、コロナ禍でいろいろ問題がありますが、それはもうすでにコロナになる前からあった問題が顕在化してきたということで。我々慢性期の病院も含めて、或いはある程度施設に入所されている方も多くなってきて、今までの在宅療養と10年20年経って、松阪市内でも内容が随分変わってきている。様々な問題を抱えながら、みんな話し合いながら、今日は、お医者さんばかりで他の方のご意見がなかったのは少し残念ですけれども、またみんなで考えていかなきゃいかんというふうに思っております。

最後に、櫃本先生の三重県医師会と三重県の合同の研修会、3月26日土曜日にWebでありますので、ご参加いただければありがたいなと思います。

会長

ありがとうございます。引き続きどうぞよろしくお願いいたします。さらに議事運営にご協力いただきありがとうございました。それでは事務局にお返しします。

事務局

今日は地域をキーワードに幅広い協議を進めていただいたかと思います。本当にありがとうございます。

次年度のことですが、この地域包括ケア推進会議ですが、医療と介護の連携推進について協議を続けていくのですが、任期の方が、ちょうどこの令和4年3月末日までとなっております。引き続き皆様には、ご理解ご協力をお願いしたいと思います。それにつきましては委員の継続等の事務連絡をさせていただいておりますので、ご協力をお願いいたします。

令和4年度の第1回の開催は、6、7月ごろを予定しておりますが、方法につきましては感染状況を見て、お知らせをさせていただきたいと思います。

それともう1点ご連絡ですが、今年度松阪市在宅医療講演会動画配信ということで、今日の報告事項でも申し上げました神島診療所の小泉圭吾先生と、小片野の野呂純一先生の講演プラス対談ということで、YouTubeで見られるようになっております。とてもいい内容ですので、ぜひご覧になっていただきたいと思います。

今後とも、この地域の医療と介護の連携が進みますように、皆さんにご支援いただきたいと思いますので、どうぞよろしくをお願いいたします。本当にありがとうございました。