

平成26年9月9日

生駒市議会議長 中谷尚敬様

市民福祉委員会委員長 伊木まり子

委員会調査報告書

当委員会で調査した事件の調査結果について、生駒市議会会議規則第107条の規定により、下記のとおり報告します。

記

1 派遣期間・派遣場所・派遣委員

派遣期間	派遣場所	派遣委員
平成26年8月 4日(月)	静岡県富士宮市	伊木まり子
5日(火)	千葉県柏市(柏地域医療連携センター)	恵比須幹夫
8日(金)	広島県尾道市(尾道市立尾道市民病院)	上原しのぶ
9月 2日(火)	生駒市民生児童委員連合会	角田晃一
	生駒市社会福祉協議会	樋口清士
	生駒市医師会	山田耕三
平成26年8月25日(月)	生駒市梅寿荘地域包括支援センター	(梅寿荘、社会福祉協議会)
26日(火)	生駒市東生駒地域包括支援センター	伊木まり子 山田耕三
	生駒市社会福祉協議会地域包括支援センター	(フォレスト、メディカル)
29日(金)	生駒市阪奈中央地域包括支援センター	上原しのぶ 角田晃一
	生駒市フォレスト地域包括支援センター	(東生駒、阪奈中央)
	生駒市メディカル地域包括支援センター	恵比須幹夫 樋口清士

2 事 件 地域包括ケアシステムについて

3 概 要 別紙のとおり

視察先	静岡県富士宮市
施策等の名称	地域包括ケアシステムについて
視察の目的	<p>1. 福祉総合相談支援体制の導入経緯について 2. 総合相談窓口の取組について 3. 今後の課題について 上記に関する調査を行い、テーマ別調査の提案に資する。</p> 
施策等の概要	<p>1. 福祉総合相談支援体制の導入経緯について</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 富士宮市では2005年度（平成17年）に地域福祉計画が策定された。 同計画の策定に当たっては、市内14ヶ所で住民との座談会を実施。そこからニーズの汲み取りを図り、計画へ反映させた。 計画では「誰もが住み慣れた地域で安全に安心して暮らせる街づくり」を目標に掲げ、高齢や障がい、生活困窮などの理由により支援が必要になった時、適切な支援がスムーズに実施できるシステム作りが求められていた。 このような背景の下で住民が抱える様々な問題を総合的に解決するために福祉総合相談支援体制（高齢者・障がい者・児童・DV等）が導入された。 ● 市民からの福祉分野の相談は、本人のみならず家族の病や経済苦など重層的な課題を抱えているケースが少なくない。 それらへの対応は、往々にして縦割り行政の弊害による「窓口のたらい回し」という状況が生じやすい。そこに問題意識を持ち、相談体制は構築された。 <p>2. 総合相談窓口の取組について ≪体制≫</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 市役所内の体制としては総合福祉相談課を設置。そのもと、福祉相談係、地域支援係、保護係が配されている。同課の属する保健福祉部には、福祉企画課、介護障害支援課、子ども未来課、療育支援課、保険年金課、健康増進課が同居しており、連携がとりやすい体制にある。

	<p>保健師、社会福祉士、精神保健福祉士などの専門職を配置されている地域包括支援センターは市直営の1ヶ所で、そのもとに地域型支援センター（ブランチ）が10ヶ所置かれている。</p> <p>生活圏域ごとの拠点には、11の自治会支部（自治会数は127）があり、地域型支援センターと連携している。</p> <p>各生活圏域には、民生・児童委員や自治会役員、保護司会、保健委員会、更生保護女性会、老人クラブ、子ども会、PTAなどの代表で構成する地区社会福祉協議会（中学校区を基本に市内14地区に設置）があり、市民の生活に最も近い位置で機能している。</p> <p>地区社会福祉協議会を通じ、丁寧にすくい上げられた相談の声は地域型支援センターへ持ち込まれる。センターに配されている職員は、相談の内容に関する聞き取り調査へと出向く。調査の結果をもとに、市役所各課、各専門職、団体などが連携し支援していく。</p> <p>《取組状況》</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 福祉総合相談を開始した平成18年度、地域包括支援センターで2034件、地域型支援センターで1724件であった相談件数は年々増加。平成25年度には、地域包括支援センターで3938件、地域型支援センターで17922件となっている。 <p>平成17～18年度、国のモデル事業「未来志向プロジェクト」を受託し、福祉総合相談に取り組む先進地視察を実施。さらに、平成19～20年度には「認知症地域支援体制構築等推進事業」を受託している。</p> <p>現在、認知症の方・家族への支援について、地域（認知症サポーターの育成など）および事業者（コンビニ、新聞販売所、生命保険外交員など）にも理解をもとめ（「地域見守りあんしん事業協力に関する協定」の締結）、見守りを行っている。事業者には、認知症のサポート講座を受講してもらう。また、小中高校では、授業で認知症サポーター養成講座を行い理解を深めている。</p> <p>3. 今後の課題について</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自助、互助を放棄する人をいかに減らし、共助へとつなげていけるか。 ● 在宅医療・介護に関し、医療関係者と連携し理解・協力を得られるか。
<p>考察</p>	<p>(本市施策等への反映の考え方など)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 市民の暮らしを細やかに照らし出し、隠れたニーズをみつけ、手を差し延べていくには、地区社会福祉協議会のような最前線の組織の存在が不可欠である。 ● 市、地域包括支援センター、地域型支援センター、地区社会福祉協議会といった、各組織の役割の分担が明確

	<p>となっており、連携がとれている。</p> <p>● 認知症の方の見守り体制の構築の必要性がある。</p>
<p>委員の意見等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 生駒市には、地区社会福祉協議会のような組織が存在しない。しかし、地域に密着した同様の組織体制を作らねば、地域包括ケアシステム自体が成り立たないことも事実。市の実態に即した、地域を照らし出す仕組みが必要である。 ○ ワンストップで福祉分野の相談が行える組織は理想である。地域包括ケアシステムを構築、推進する上で、専門組織が必要になってくる可能性が高い。 ○ 事業者の協力を得る「地域見守りあんしん事業協力に関する協定」については、独居の高齢者の救助事例もあり、実効をあげており、本市でも検討する価値がある。 ○ “まずは行政職員が汗をかく”と話された担当者の熱意が印象的であった。 ○ 支援が必要な人に関わる人・専門職・機関のネットワークは現在、認知症に関して構築されているが、認知症以外の他の福祉分野の相談に対してもネットワークが構築されていくと思われるが、これらはまだこれからの取組である。これらのネットワークが広がれば素晴らしい。 ○ 富士宮市の地域型支援センター設置委託料は1カ所当たり年間約460万円。この額や平成26年度の地域支援事業費（介護保険特別会計）1億9294万4000円について、生駒市の事業費との比較検討が必要。生駒市の事業について、市民ニーズ、費用対効果の検証が必要と思われた。 ○ 富士宮市の総合相談支援体制の核を為す福祉総合相談課を作ったことは市民のニーズを的確に把握した結果であり、市民が使いやすい行政サービスが行われていることを証明している。市民本位の行政サービスを行うことこそ、主権在民の本旨である。とかく縦割り行政の弊害が問題となるなか、当市の試みは画期的で、本市も是非参考にしたい所である。 ○ 多面的な支援を必要とする住民のためには一人ひとりが持つておられる問題により添ってより丁寧に解決することが求められる。富士宮市での福祉総合相談はまさにこのような住民の課題を解決するためには効果的なより良い方法だと痛感した。組織再編の問題はあるが、生駒市においてもこの様な対応で市民の問題解決に当たることが必要だと実感した。 ○ 富士宮市では、認知症の対応にもきめ細やかに地区社会福祉協議会や民生・児童委員などとタイアップして対応されている。同時に、問題の解決のため重層的に家族全体をしっかりと見て、それぞれの立場の一人ひとりの問題を解消できるような対応も不可欠である。 ○ 富士宮市では、地区社会福祉協議会と地域型支援センターを中心に、高齢者のみならず、障がい者、子ども、女性といった全ての層を対象として、市民、事業者を含め地域

ぐるみで、見守り・問題発見・問題解決を担うセクターへのつなぎを実現するための仕組みが整備されている。このような地域社会のあり様は一つの理想形と考えられる。

この仕組みは一朝一夕にできたわけではなく、平成5年度から20年以上かけて、仕組みを下支えする地区社会福祉協議会を育て、徐々に守備範囲と担い手を拡大し、構築されてきたものである。

また、縦割りとなりがちな行政サービスを地域型支援センターという総合相談窓口を設置することにより、事案に対応した個別支援チーム等により、住民ニーズに応じた総合的なサービス提供を可能としている。

生駒市においてこのような仕組み（地域社会）づくりを実現することを考えた場合には、以下の点が課題となる。

▽生駒市において地区社会福祉協議会は組織されていないものの、自治会、民生・児童委員・児童委員、PTA、老人クラブなどの連携・交流の場はできており、また各生活圏に地域包括支援センターが設置されているなど、資源は一定準備されていると言える。

その上で、地域福祉を下支えする組織をいかに作るかが大きな課題となる。現在、市民活動推進課では各小学校区での地域協議会の創設が目指されており、このような動きと連動し、整合させながら組織づくりを進めていく必要がある。このことにより、高齢者福祉に限ることなく、総合的な地域福祉を展開し得る組織づくりが可能となると考える。

▽仕組みづくり、特にその核となる組織づくりは時間の掛かる作業であり、住民の理解・協力を得ながら、取組内容を段階的に拡充していかなければならない。そのため、一定の目標を設定し、プログラムを作成し、組織の設置、育成に取り組むことが必要と考える。

▽地域包括ケアシステムの構築に向け、当面は現状に即した仕組みづくりに取り組むこととなるが、中長期的には、あるべき地域社会のあり様を目標として設定し、地域福祉の担い手の育成、体制の整備状況に応じて、仕組みを改変させつつ目標達成していくプロセスが必要と考える。また、目標設定は、行政や関係機関のみで行うのではなく、地域の福祉の担い手たる住民等が参加し十分な協議を行うことにより、地域ぐるみで問題・課題や目標を共有することが必要となる。

○ 生駒市において、富士宮市のようなシステムを構築するとすれば、大まかに以下2点のハードルがある。

(1) ワンストップ福祉総合相談支援体制

(2) 地域社会福祉協議会をはじめとする共助の構築

(1)は、市民にとっては窓口が一つになることで大いに利用するメリットがある。障害者や生活困窮者相談、虐待

等は地域型支援センターではなく、実質は市のセンターに集中させている。地域型支援センターは介護関連を中心に地域包括支援センターとして行っている。市民にとっては地区の地域型支援センターで様々な相談が行っているという安心感がある。

地域型センターは総合窓口であるため、様々な相談が通常なら混在する。しかしここでは、地域の共助の市民の見守り体制が確立している。その中でも地区社会福祉協議会の協力が大きい。

生駒市でも、生活困窮者や虐待、一人暮らしの高齢者の見守りは民生児童委員が担っているが、富士宮市では12地区に振り分けて行っている地区社会福祉協議会が民生・児童委員などと情報を共有し、相談があれば民生・児童委員を通じて市のセンターへつなぎ、福祉総合相談課へと連携している。

生駒市において地区社会福祉協議会を構築するには、相当時間が要すると思われる。

(2)について、地区社会福祉協議会の運営には地域住民の協力が不可欠である。しかし、どの自治会も役員は一年で半分以上が入替り、研修だけでは到底地区社会福祉協議会の組織維持は不可能であると考えられる。

市民の町づくりの意識向上を行う必要があるが、これには相当なエネルギーが必要ではないか。

また、地域型を生駒で構築するなら、現在の6地域包括センターとなるが、総合相談窓口として行うには知識を得る研修と相談件数の増加をどのようにするのか重要である。共助がなければ、相談をさばくことも困難であるかもしれない。

視察先	千葉県柏市
施策等の名称	地域包括ケアシステムについて
視察の目的	<p>1. 在宅医療推進の取組と導入経緯について。 2. 地域ケア会議について 3. 医療と介護など多職種連携に係る課題について 4. 今後の取組について 上記に関する調査を行い、テーマ別調査の提案に資するため。</p> 
施策等の概要	<p>1. 在宅医療推進の取組と導入経緯について</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 柏市は高度経済成長期、急速に住宅地の開発が進行。その一つの地域であるUR都市機構の団地「豊四季台」（昭和39年開発）は際立って高齢化が進んでいる。平成16年時点、同団地の戸数は4666戸で、人口は当初約1万人から6000人へと減少。65歳以上の割合は41%（柏市全体では日本の平均と同様の20%）、75歳以上の割合は18%（柏市全体では日本の平均と同様の8%）と、急速に高齢化が進んでいる。  <ul style="list-style-type: none"> ● このような中、平成21年、「高齢社会の安心で豊かな暮らし方・まちの在り方」を議論し実践していこうと柏市および東京大学、UR都市機構で構成される「柏市豊四季台地域高齢社会総合研究会」が発足。平成22年5月には、同三者による協定を締結。「在宅医療の普及」「高齢者生きがい就労の創成」を目標に掲げる『豊四季台プロジェクト』をスタートさせた。 柏市は、同プロジェクトでの成果を足場に在宅医療を市内全域に普及、拡大させていきたい考えである。 ● UR都市機構「豊四季台団地再生事業計画」（平成16年開始）の一環として在宅医療が推進されている。計

画は、主な内容は以下のとおりである。

- ・高齢者と子育て世帯の融合するまちづくりのための在宅医療・福祉施設導入と子育て支援施設の拡充
- ・住民の交流の場となる地域拠点ゾーンの整備
- ・優れた住環境づくりを先導する景観形成と低酸素まちづくり（ECOプロジェクトなど）への取組

- 在宅医療を推進するにあたり、市は平成22年度、保健福祉部に専門部署である福祉政策室を設置。24年度からは「在宅医療支援担当」を設置している。
- 具体的な取組としては、まず、かかりつけ医の負担を軽減するため、医師グループ形成による主治医・副主治医制を導入。急性増悪時等における病院のバックアップ体制（原則は退院元の病院が受入を行う）も確認されている。
- また、限られた数の診療所だけでなく、多くの診療所が少しずつ患者を支えるシステムも構築中である。



2. 地域ケア会議について

- 柏市では、市内のエリアごと（3地域）で地域ケア会議を開催している。具体的には、現場を担当するケアマネージャーの相談に対し、行政や医師会、薬剤師会、栄養士会など多職種が会議に参加しアドバイスし、支援の方向性を協議していく。

個別の事例について、顔の見える環境で多職種が関わり協議することで、本人の安心感が深まり、関係者の情報共有、対応策の発展、課題解決につなげている。

3. 医療と介護など多職種連携に係る課題について

- 訪問看護のニーズの増加にともなう看護師の確保

訪問看護の人材確保へ向けた取組み

① 看護師復職フェアの開催

平成24～25年で4回開催、延べ61人が参加。

② 訪問看護フォーラム

看護師の質の向上を目指し開催。平成24～25年で3回開催、延べ207人が参加。

● 医療職と介護職との連携強化

① 医療WG

医師会中心に構成 平成22年5月～24年3月で20回開催し、主治医・副主治医制度や病院との関係を議論。現在は医師会の「在宅プライマリケア委員会」で毎月議論している。

② 10病院会議

平成24年以降10回開催、継続中。院長やMSW（医療ソーシャルワーカー）で構成。在宅医療のバックアップや退院調整について議論する。

③ 試行WG

平成23年11月～平成26年1月までに10回開催。多職種連携ルールを検討。具体的症例に基づく試行と検証を実施。評価チーム設置している。

④ 連携WG

平成22年7月～平成26年3月までに28回開催。各職種の代表が参加。多職種連携のルールを決定する。

⑤ 顔の見える関係会議

平成24年6月から8回開催され継続中。医療・介護関係者が一堂に会し、顔の見える関係の構築を目指す。

4. 今後の取組について

- 主治医、副主治医制の全市展開と定着。
- 在宅医療への市民の理解を深めるための施策の展開。
- 療養生活を支援するための中核拠点「柏地域医療連携センター」における相談業務などの充実。



考察

(本市施策等への反映の考え方など)

- 「柏地域医療連携センター」は、医師会、歯科医師会、薬剤師会が共同で建設した。地域包括ケアシステム、そこにおける在宅医療を推進するには、医療側の協力が不可欠である。生駒市におけるシステム構築にあたって、実態に即した多職種連携の関係を築いていく必要がある。

委員の意見等

- 在宅医療の必要性に対する医師会の意識が高いので、主治医・副主治医制の導入、在宅医療研修の実施が実現したと思われる。生駒市における医師会の在宅医療に対する意

識は現時点では不明。意識が高ければ生駒市においても、柏市の事例を参考にした取組が実現できるのではないかと考える。

- 生駒市には、大規模団地が立地しないので、環境は異なるものの、主治医・副主治医制や診療所間の連携により、点から面への広がりをもたせ、支援が必要な人を支えていく取組は大いに参考になる。

柏市でも地区社会福祉協議会が存在し、機能していると聞いた。やはり、草の根レベルの組織の存在の有無が、地域包括ケアシステムの成否の鍵となると考えられる。

- 豊四季台の事例は地域再生事業計画と地域包括ケアシステムとのマッチングを行う試みとして画期的であり、発想には学ぶべき点が多くある。

- 柏市の取組は本格的な高齢化社会を迎える我が国の多くの地域が抱えている問題解決につながる可能性がある。今後の進展状況を注意深く見守り続ける必要がある。この試みが高齢者、障がい者等が安心して住み続けられるまちづくりにつながることを期待したい。

本市も今後のまちづくりを進める上で大いに参考にし、取り入れるべき所は取り入れる努力をして貰いたい。

- 高齢化が急速に進む中、高齢者が孤立せず地域でいきいきと暮らすことができる環境を整備することが豊四季台団地では求められていると感じました。

- 柏地域医療連携センターは2014年4月に建築された。今後このセンターが地域住民の医療と暮らしを連携する上で効果的にその機能が発揮できることを願う。

- 在宅医療を強化するため、かかりつけ医のグループ形成（主治医・副主治医体制）、急性増悪期における病院のバックアップ体制の確保が提案、実行されており、繁忙な医師に過度な負荷を掛かることなく安心して在宅介護を支えられる現実的な方策となっている。

また、このことが医師会を中心とした医療WGでの議論を通して実現していることを踏まえると、関係者が集まり問題意識を共有し、自ら実行可能な方策を検討、提案し、実現に繋げていくことの重要性を感じる。

さらに、多職種連携に関しても、関係者相互の交流・協議の場となるWGの設置と活動の積み重ねが、互いに顔の見える関係を構築し、福祉の現場において関係者が協力して取り組めるベースを作っており、人的なネットワークの構築の重要性を感じる。

生駒市においては既に福祉の各現場において、個別的な関係者間の協力・連携は行われているようであるが、これを組織的、制度的な仕組みにしていくためには、そのベースとなる地域的な（あるいは全市的な）関係者間の顔の見える関係づくり、そのための場づくりが必要と考える。また、仕組みづくりに際しては、関係者参加のもとに検討・協議の場を設け、協議の過程で問題意識を共有するととも

に、自ら実行可能な方策を創出していくことが求められる。

- 現地を視察し感じた事はコンパクトシティのモデルでもあるということ。

持続可能な都市構造への再構築が大きな課題となっている中、豊四季台はまちの中心部に住宅や公共施設、商業施設、医療施設などを集約し、徒歩や自転車で移動できる程度のコンパクトな規模に市街地を収める都市形態である。

団地中心部に主治医診療所等があり、自転車や徒歩での移動により買物をする方をみかけた。高齢化が進むとまちの空洞化が進み郊外へ向かって人口流出する構造を、中心拠点へ集約することにより都市機能を保とうとしている。

また、人口が減少しても機能や地域の活力が維持できるようだ。またURの建替えや土地売却によるマンションや戸建てによる人口流入をも考えており、中心部には保育園などもある。多極ネットワーク型のコンパクトシティであると感じた。

このようなハード整備と、医師会・歯科医師会・薬剤師会の協力の下、在宅医療推進がより一層成功したと感じる。

市民福祉委員会 視察報告書

平成26年8月8日(金)

視察先	広島県尾道市 尾道市立市民病院
施策等の名称	地域包括ケアシステムについて
視察の目的	<p>1. 「尾道方式」の導入経緯について</p> <p>2. 「尾道方式・新・地域ケアおのみち2009」の取組について</p> <p>3. 今後の課題について ——上記に関する調査。</p> 
施策等の概要	<p>1. 「尾道方式」の導入経緯について</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地元の医師会長が、公立みつぎ総合病院での取り組みやヨーロッパの医療の現状を勉強され、「近い将来、在宅医療が必要とされる時代が到来する。その折には開業医が往診する際には、病院や多職種との連携が必要となる」という認識の下に、今でいう介護保険サービスにあたる仕組みの構築に取り組んでこられた。このような背景の中、平成6年、尾道市医師会は「尾道市医師会高齢者医療ケアシステム整備・基本コンセプト」を策定し、多職種協働による高齢者の包括医療ケアシステムの構築に取り組んでいる。この医師会の取組は「尾道方式」と呼ばれている。 <p>2. 「尾道方式・新・地域ケアおのみち2009」の取り組みについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 上記の「尾道方式」を推進する中で、社会福祉協議会や、民生委員、尾道市公衆衛生推進協議会、老人クラブ連合会、尾道警察署などとも連携し、地域ぐるみで保健活動、健康寿命の延伸、認知症対策などを行い、高齢者虐待への対応を含めた地域住民の安全・安心を確保する取組を行っている。 <p>3. 上記1, 2にかかわり、現在、尾道市立市民病院で実践されている取組等について</p> <p>《尾道市の医療環境》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院 3病院 (合計963床) 2次～2.5次 (3次はない) ・回復期リハビリ病院 2病院 ・療養型病院・有床診療所 12施設 ・開業医医療機関 約110 (医師数約280名)

《尾道市立市民病院の概要》

- ・ 330床、26科、地域医療支援病院、癌拠点病院。二次医療を担っている。
- ・ 平均在院日数15日【医師が早期退院を促すことなく、入院直後からの在宅支援ナース（以後ナースをNSと略す）などの関わりにより短縮できている。】
- ・ 医療機能評価Ver.6
- ・ 経営は今後は苦しくなると思われるが、現在、概ね良好。
- ・ 認定NS9名（内1人は癌看護専門NS）。
- ・ NST（栄養サポートチーム）が有床診療所や企業で出前講座を開催。
- ・ 集学的がん治療センター、血管診療センターでチーム医療実施。

《地域連携室の取組》



- ・ スタッフ：NS3人,MSW2人,事務職2人
- ・ 業務：予約、受付、紹介、外来・入院患者の医療福祉相談
地域医療支援病院としての活動・・・医療提供（救急医療含む）、医療機器の共同利用
地域の関係機関との連携・連絡調整（カンファレンス、訪問看護ステーション管理者会議への出席、訪問看護師からの退院後一ヶ月情報提供等）、24年度から実施している患者サポート体制（相談窓口）など
地域の医療従事者に対する研修の実施
地域連携パスの作成（開発）と活用（推進・評価も）
⇒開業医との前方連携・・・広報配布や地域連携パス説明のために開業医訪問（院長、医師、看護師長、事務部長とともに）顔の見える連携（二十日会：月1回の宴会を実施）
IDリンク登録（尾道地区システム連携により急性病院と開業医のカルテ共有）
⇒『天かける医療介護連携』に参加、H24年3月医療

連携推進特区認定。

※開業医、調剤薬局、ケアマネージャーも登録できる

《在宅支援看護師の取組（外来・病棟の両方に配置されている）》

- ・入院前から入院期間に掛けて在宅を見すえた看護ケアに取組、スムーズな在宅支援につなげる。患者のQOL（生活の質）を低下させない、セルフケア能力を高めるよう取り組んでいる。
- ・地域医療連携室と共に、院内での看護連携を強化し、入院中に在宅に向けた良質な退院支援ができるシステムを構築する（結果として在院日数の短縮につながっている）。
- ・退院後に支援した患者全員に電話で連絡し状況を聞き、自宅訪問を行う。

《退院支援の取組》

入院直後から、在宅支援NSや多職種による支援を行っている。地域医療連携室、ケアマネージャー、訪問NSが協力。

【支援のプロセス】

i 病棟NSは支援が必要な患者には『退院支援計画書』を作成し、地域医療連携室に支援を依頼する。

※支援患者の選択：

- ・医療管理、医療処置が継続する場合（ADLが低下し在宅ケアに援助を要する場合、癌の末期や難病等で病状が進行する場合、在宅でうまくいかず入退院を繰り返す場合など）
- ・経済的な問題、家族背景、認知症がある場合

ii 地域医療連携室は、まず患者・家族と面談し、方向性の確認を行う。

- ・在宅支援の場合・・・院内多職種との情報共有、院外の関係機関とコンサルテーション、退院前ケアカンファレンスの開催

- ・転院支援の場合・・・地域の医療機関への転院調整

iii 退院前ケアカンファレンス

【在り方】

- ・入院中の治療・ケアを総括し、患者から日常生活者へ移行していくための情報共有と、治療、ケアの連続性の保障の場となっている
- ・患者にとって『依存』から、支えあって生きる『自立』への移行と考えている

【多職種協働】（通常15名程度）

医療職（医療関係者）：病院、診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局など

介護職（介護関係者）：ケアマネージャー、老人保健施設、介護サービス事業所など

社会福祉資源（社会福祉関係者）：社会福祉士、民生児童委員、医療福祉機器販売業者

【目的】

- ・安心して退院できるようにする
- ・急性期病院からの切れ目のないサービス（医療・看護・福祉・介護）を提供する。

【事前準備】

- ・ケアマネージャーにサービスの調整を依頼
- ・ケアマネージャーが病棟を訪問し情報を収集する
- ・ケアマネージャーが事業所等へ連絡。サービス計画書を作成し事前に提供。

【開催当日の流れ：15分～30分】

地域医療連携室が司会を行う。

開催目的の紹介、参加者自己紹介、入院中の経過・ケア説明、在宅主治医から疑問点等の確認、サービス計画説明（ケアマネージャー）、在宅サービス提供事業者等からの質問のあと、患者さん・ご家族からの疑問点、希望等が話される。

【効果】

- ・関係者間で緊急時の対応などについて共通認識を持つことができる。
- ・病院主治医と在宅主治医の連携をはじめ、病院スタッフと在宅チーム連携がスムーズになる。
- ・病院、開業医間の紹介逆紹介率が増えた。
- ・顔の見える連携ができ、患者・家族にとって安心感あり
- ・医療、介護双方のスタッフのレベルアップにつながる。

【件数】

平成25年度324件で、医師を除いたカンファレンスも行われている。入院患者だけでなく、外来患者のケアカンファレンスも行われている。（平成25年度6件）

【尾道市において退院前ケアカンファレンスが根付いた理由】

- ・元医師会長の強力なリーダーシップ
- ・重症患者でも在宅で診ていけるシステムをつくれる医師間の強いつながり
- ・患者のためというみんなの熱意
- ・患者や家族の満足感にスタッフが喜びを覚える
- ・ケアマネージャーや在宅スタッフ（介護士・ヘルパー等）に対する医師会を中心とした継続教育の充実

	<p>《開放病床》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医（開業医）が市民病院の主治医とともに診察し、カルテに記載する。 ・退院後、かかりつけ医は入院経過を熟知した状況で診察できる。 <p>《終末期患者の在宅支援》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院調整に無駄な時間をかけない(在宅で過ごせる貴重な時間を奪わない) ・担当ケアマネージャーと連携 ・病院でサービス調整を完結するのではなく、退院後、かかりつけ医のところでケアカンファレンスをすることもある。 <p>4. 今後の課題について</p> <ul style="list-style-type: none"> ●今後、開業医の高齢化によるかかりつけ医の減少。 ●「尾道方式」実現のベースにある医師同士の顔の見える繋がりが継続できるか。 ●市民病院等の病院医師の確保 ●経営上の問題 <p>近年の医療保険点数の仕組みは病院経営を難しくしており、今後はさらに経営が難しくなると予想される。</p>
委員の意見等	<p>A委員</p> <p>○ 尾道地域では、尾道市医師会を中心として、高齢者の在宅ケアシステムの構築に取り組んでいる。具体的には、尾道市立市民病院、公立みづき総合病院、JA尾道総合病院の3カ所の中核病院の支援体制の下で「尾道方式」と呼ばれる在宅主治医機能を中核とした在宅医療の地域連携、多職種協働システム化した地域の一体的なケアマネジメントシステムが構築されている。</p> <p>このような現状を詳しく説明を受け、地域の医療連携システムが高齢者にはもちろんのこと、医療を必要とする市民にとっても非常に重要で不可欠な体制だと実感した。</p> <p>また、尾道市立病院では認定看護師がおり、それぞれの病状に寄り添い患者の立場に立ったよりきめ細かな看護がされていることも実感した。在宅医療ケアシステムについては、在宅ケアがスムーズにつながるように、在宅支援看護師により在宅訪問、退院前訪問、退院後訪問もされている。また、退院カンファレンスも丁寧に実施され、民生・児童委員、看護師、介護士、ケアマネージャーなど多職種のメンバーによってされている。</p> <p>以上のような内容について説明を受けて感じたことは、病院が密接に地域と結び付き連携を持つことの重要性である。尾道市立病院では、永年の実績の上に立った地域医療連携が実践され、このことが地域の住民</p>

のいざというときの安心にもつながっていくと確信した。

B委員

- 本市施策等への反映の考え方など：来年6月に開院する予定の生駒市立病院に求められる多くの機能（特に地域医療連携室）が「尾道方式」にはある。開院までの準備委員会では是非この「尾道方式」についても議題として取り上げ議論を行う必要があると考える。
- 先に述べたように「尾道方式」は地域包括ケアシステムにおける地域医療連携のあるべき姿を示している。生駒市民が終生住み続けたいと思えるまちづくりの為には欠かせない取組であると考え。特に退院前ケアカンファレンスや終末期患者の在宅支援などは新病院において取り組まれるべき重要な課題と考える。

C委員

- 市立病院の地域医療連携室が中心となって、医療が必要となった人を診療所から病院へ、病院から診療所、リハビリ、福祉へと切れ目なくつながられるように、関係者が集まるケアカンファレンスを通して、個別事案（ニーズ）に応じた在宅医療、在宅介護を実現していく仕組みが確立している。あたかも町全体が一つの医療機関として医療・福祉サービスを提供できるような仕組みが確立しており、地域包括ケアシステムのプロトタイプが形成されてきた。
尾道市では、このようなシステム構築が、医師会主導、医師間の繋がりの中で、行政の関与がほとんどない中で、実現されてきた点が大きな特徴となっており、市内のほぼ全ての開業医がかかりつけ医として登録されていることも踏まえれば、医師会の結束力と協力関係の強さがあってこそその成果であると考えられる。
生駒市においては、既に行政が主導的に地域包括ケアシステムの構築に乗り出していることから、システムのあり方を検討する現段階から、医師会と協力・連携し、取り組んでいくことが必要と考える。また、生駒市では市立病院が開院予定であり、全体システムの中での市立病院の役割を明確にし、事業体制を整えていくことも必要となる。
- 尾道市では、ICTによる情報共有システムは医療サイドから発想、構築されており現状では病院、診療所間の情報共有に止まっているが、今後、福祉関係者も利用できるよう改善されるとのことであった。生駒市においても市立病院を中心とした診療情報のネットワーク化が構想されていることから、現段階から福祉利用も視野に入れたものとしてシステム設計、構築していくことが必要と考える。

D委員

- 尾道方式はなぜ機能したか？

当時の医師会会長が20年前に将来の少子高齢化を見据えており主要3病院を中心としての整備を行い、在宅医療や介護の中心をケアマネージャーとし、病院スタッフの中心を地域医療連携室に据えることを発案。この地域連携が果たす役割が極めて大きいと感じた。

急性期病院を中心として開業医を含めた医療連携に全員で取り組んで行った事である。視察では職員から行政の先導ではなく医師会がシステムを構築したとの説明。病院勤務医師だけではなく開業医師一人ひとりの協力を求めて月に一度の会合を開催しそこで必要性を訴え地道な努力をされた。

次に在宅ではケアマネージャーに主導権を持たせ常にケアマネージャーが中心で医療介護の連携を図り役割に応じて最大限の仕事をする。これは、介護制度導入後に医療と介護の連携を図るには医師ではなく介護の専門職、多職種協働を念頭に置いていること、介護職の教育を定期的に行っていること、介護職を始めスタッフの役割分担を決め、各々の役割を認識させていること、必要に応じて社会福祉協議会、民生委員にも連絡していること、地域医療連携機能を構築し院外の介護職を十分に利用すること、医者、病院だけで患者を抱えこまないことなど隅々まで現場での経験を生かした配慮が事前になされていたことが上手く機能した理由と考えられる。

ここで感じたことは、地域連携室が地域包括ケアセンターの機能を一部行っていることである。病院退院後すぐには介護とはならないまでも、そのような状況を考え、ケアマネージャーが医療の窓口にもなっているところがある。医師会だけではなく患者に係る医療と介護職関係の連携が必要となる。ここは、地域の協力もそうですが、他の2視察先に比較し医師会の強力なリーダーシップの上に構築されていると感じる。

E 委員

- 強力なリーダーシップを発揮する医師会と市民病院の連携が尾道方式を成立させているといっても過言ではない。やはり、医療サイドとの連携の重要性を再確認した。
- 入院から退院、そして在宅までのスムーズな引き継ぎが患者の安心につながり、入院期間も短縮される。生駒市でも入院時から安心できる体制を整える必要がある。
- 医師の高齢化までは考えが及ばなかった。生駒市においても、そのあたりの検証がなされるべきでは、と考える。
- 生駒市でも市民病院が中核となり、開業医との連携を図っていかねなければならない。その上で、必要な情報の共有システムを構築していくかも課題になってくる。

F 委員

- 日々の診療の中で、在宅医療の必要性を認識した医師が、患者や家族の医療以外のニーズへの対応が必要と考え、介護をはじめとした多職種に働きかけ、「尾道方式」と呼ばれる在宅医療の地域連携、多職種協働をシステム化した地域の一体的なケアマネジメントシステムが構築され、これに社会福祉協議会や民生委員児童委員協議会、老人クラブ連合会、さらには警察署との連携へと広がっていったという経緯を知り、単に医療提供だけでなく住民の生活に気を配れる医師の存在の重要性を再認識した。
- 尾道方式が患者・住民にとって有効なものにするためには、尾道市立市民病院の職員への「院内連携 チーム医療」、「多職種協働 チーム医療」の意識の浸透とこれに基づく取組が欠かせない。取組が行われるためには地域医療連携室への適切なスタッフ配置（尾道市立市民病院ではNS3名、MSW2名、事務2名）も必須。院長、副院長が率先して「尾道方式」を支援されていた。病院幹部の意識の高さが「尾道方式」の実現に欠かせないと思われた。
- 社会の変化、変化しつつある人間関係を考えると、「尾道方式」実現のベースにある医師同士の顔の見える繋がりが、今後も継続されるのか、懸念を覚えた。
- 医師の確保について
現在、ほぼ全ての開業医がかかりつけ医として市民病院の地域医療連携室に登録しているが、今後、開業医の高齢化による医師数の減少により登録者数は減少するのではないかと懸念されている。市民病院においては消化器内科医の不足により、一時中止していた消化器外科の手術は近畿大学の医師の就職により最近可能となったとのこと。公立みつぎ病院は広島大学、尾道市立市民病院は岡山大学からの医師派遣が多いということであるが今後も大学からの医師派遣が十分行われるのか。
- 近年の医療保険点数の仕組みは病院経営を難しくしており、今後はさらに経営が難しくなると予想される。病院の経営は財政支出が増えたここ数年を除き、黒字経営であったという。9人もいる認定ナースは、半年以上（認定ナースは半年、専門ナースでは2年かかることもあるとのこと）、地元を離れ、授業料、家賃などを自己負担し資格を取ったということである。この間、給与は支払われた。医療を含めた現在の社会保障制度の下で、認定ナースの存在に代表される職員に対する手厚い研修機会の確保や在宅支援ナースの配置などが、今後も継続できるか不安がある。
- 生駒市においても、尾道市にならった、患者さん、住民を中心に置いた、真に、患者、住民のための地域医療、地域包括ケアシステムを模索したい。

<p>視察先 視察日</p>	<p>◇平成26年8月25日(月) 生駒市梅寿荘地域包括支援センター(西旭ヶ丘) 派遣委員：伊木 まり子 山田 耕三</p> <p>◇平成26年8月26日(火) 生駒市社会福祉協議会地域包括支援センター(北新町) 派遣委員：伊木 まり子 山田 耕三 生駒市東生駒地域包括支援センター(辻町) 派遣委員：恵比須 幹夫 樋口清士</p> <p>◇平成26年8月29日(金) 生駒市フォレスト地域包括支援センター(北田原町) 派遣委員：角田 晃一 上原 しのぶ 生駒市メディカル地域包括支援センター(小瀬町) ・派遣委員：角田 晃一 上原 しのぶ 生駒市阪奈中央地域包括支援センター(俵口町) ・派遣委員：恵比須 幹夫 樋口清士</p>
<p>施策等の名称</p>	<p>地域包括支援センターについて</p>
<p>視察の目的</p>	<p>テーマ別調査「地域包括ケアシステム」に関する提案に資するため。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 地域包括支援センターの事業内容と問題点について 2. 病院や診療所との連携・協力体制の状況と問題点について 3. 地域との連携・協力体制の状況と問題点について <p>※地域とは、住民、自治会や老人会などの各種団体、コンビニやスーパーなど近隣の事業者・企業のこと。</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. 今後の地域包括支援センターの役割について <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;">    </div>
<p>施策等の概要</p>	<p>1. 地域包括支援センターの事業内容と問題点について 〈事業内容〉</p> <p>◇介護予防事業（二次予防・一次予防）</p> <p>◇包括的支援事業</p> <ol style="list-style-type: none"> ①介護予防ケアマネジメント ②総合相談支援事業 ③権利擁護事業 ④包括的・継続的ケアマネジメント

《人員体制》

地域包括支援センターには、看護師、社会福祉士、主任ケアマネージャーが2人または3人配置されている。スタッフは、概ね、65歳以上の高齢者1000人に1人の割合でスタッフが配されている。センターによっては人手不足が見受けられ、自主的な増員で凌いでいるケースもあった。

《活動状況》

委託業務を実施するとともに、地域活動に出向き、各地区の老人会、サロンなどに声かけを行い、地域包括支援センター自体の周知を手始めに、地道な関係づくりを進めている。また、地域のケアマネージャーの事業所に対し、日常的な指導や研修を行っている。支援困難事例に対する助言・指導、地域のケアマネージャーのネットワークづくりも手がける。

総合相談の件数は、地域によって異なるが、概ね各センターで年間800～1000件前後であり、市民からの電話相談、訪問先での相談、入院先の病院からの相談など多岐にわたる。相談内容は認知症、虐待（身体的、精神的）、がんの療養に関するものが多くなる傾向にある。

病院と隣接するセンターでは、受診者が病院内にある地域連携室を通して相談されるケースが多い。相談者の状態によって、次の段階へとつなぐ際には、専門的意見の下につなぎ先を探すとともに、本人がどのような終末期を迎えたいかを聞きつつ対応している。

虐待については、平成25年度に市が地域包括支援センターと連携して「高齢者虐待防止対応マニュアル」を作成、これを活用してケアマネージャーを教育している。虐待を見極める能力を高めていることが、相談数の増加につながっていると考えられる。

金銭管理や権利擁護に関する案件は、生駒市社会福祉協議会と連携する。介護保険分野以外の福祉の相談は、市の関係課につなげている。1件の相談で多方面との連携が必要なケースも少なくない。サービスが軌道に乗るまで、手間と時間がかかる。

閉じこもりがちな高齢者の生活意欲向上を目的とし、レクリエーションや手作りの食事を提供する「ひまわりの集い」が、厚生労働省のモデル事業「市町村介護予防推進事業」の一環で平成24年度から平成25年度にかけ実施され、その後も継続している。

2. 病院や診療所との連携・協力体制の状況と問題点について

《現状の取組》

生駒市では、書面で医師との連携を行っている。文書での伝達と面談により医師との連携ができています。他市の病院も含め、病院の地域連携

室が地域包括支援センターとつないでいる。病院を退院して自宅に戻る際、本人の希望があれば地域の開業医などを主治医として紹介するケースもある。

《在宅支援》

医師の在宅支援は、概ね充足している。しかし、地域によっては、さらなる医師の連携・関与を望む声もある。現状、訪問看護に関する不足は認められない。

地域によっては、「現場で病院や開業医に相談すべき事案があっても、じっくり時間をとって貰えない」といった不満も聞かれた。また、認知症、精神病の事案が増加しているが、本人が介護保険の適用に必要な受診を拒むため、こう着状態に陥るケースが多い。

3. 地域との連携・協力体制の状況と問題点について

《現状の取組》

地域包括支援センターと地域の連携は自治会抜きで考えられないが、自治会は役員が毎年交代される地区が多く、関係性が中々深まらない状況で、地域で高齢者を見守る環境が整いがたい。就労されている自治会長も多く、日常的な連絡、連携が困難となっている。また、転入・転出が多い地域は、後追いができず情報が途絶えてしまうケースも多々ある。

老人会やサロンと連携しているが、老人会は高齢化が進み、市老人クラブ連合会から脱会するところも出てきている。老人会へ入ること自体、敬遠される高齢者も少なくない。また、サロンも人が固定化し、ボランティアの高齢化が進んでいる。

そのような中でも、センターとして可能なところから老人会、サロンを立ち上げ、活性化するため、啓発を行うとともに、ニーズを聞き、マッチングを行うなど、サポートを行っている。

なお、老人会、サロンなどの地域の受け皿が存在しない地区は、民生・児童委員との連携が重要となる。民生・児童委員の役員会にも参加して今後の取組について協議している例もある。また、警察と連携して、徘徊い高齢者模擬訓練の開催を企画するなど、徐々に地域との連携事業を進めるといった取組もある。

個々の事業者単位では、認知症対応を行っているケースもあるが、総体的に地域の事業者との連携は成されていない。

4. 今後の地域包括支援センターの役割について

今後、高齢化がさらに進み、病院で最期を迎えることが難しくなるため、在宅ケア、在宅医療が重要となるが、それを可能とするため、地域包括支援センターと医師など関係機関との連携がさらに重要となる。ま

	<p>た、高齢者の支え、見守りにおいて、若い世代の関わりも大切になってくる。</p> <p>現状では、関係機関と個々の連携はあるが、ネットワークにはなっていない。高齢者の地域での居場所作りに対して更なるサポートを行い、地域包括支援センターの認知度を上げることが大切である。</p> <p>なお、地域包括支援センターの活動内容が65歳以上に特化するなど、関係機関との役割分担が明確になれば、センターとしてより充実したきめ細かな対応ができると考える。</p>
<p>考察 委員の意見</p>	<p>(本市施策等への反映の考え方など)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 新旧住民の壁がある地域が多く、新旧交流の機会づくりが必要となっている。いかに新しい人を呼び込み、地域活動を支える層を広げ、厚くしていくかが課題となっている。その仕組みづくりについて「公」の立場からサポート、支援していく仕組みが必要。 ○ 地域の見守りは、健康な高齢者の参入を促していかなければならない。 ○ 認知症の高齢者、一人暮らしの高齢者などの地域の見守りは、事業者の協力が不可欠である。市は、事業者に依頼する事項を整理し、事業者との協議の場を持つことが望ましい。その上で協定を締結し、スタートラインに立つべきである。 ○ 地域包括支援センターの現場では、仕事の幅としてどこまで行えばいいのか、手探りの状況もある。市からは、より具体的な仕事の枠組み、内容を示していくべきと考えられる。 ○ 地域包括支援センターの役割や業務についての認知度をあげるため、市、センターともに周知を図る新たな手立てが必要である。 ○ 他市、市内他地域の取組みなどの情報をセンターが日常的に得られる環境がない。情報交流の場づくり、視察・研修の充実、ICTを活用した関係者の専門サイトの設定——などの取組み強化が求められる。 ○ 潜在的ニーズを汲み取って、センターへの相談につなげていける、地域コミュニティの構築が必要である。 ○ 市が中軸となり、病院・開業医とセンターをつなぐ仕組みの確立が求められる。特に、精神疾患を有する人への対応は急務である。 ○ 関係者との連携を円滑に進めるため、センターの区割りを見直し、自治会、地区民生委員・児童委員協議会、市医師会等の活動の区割りを統一していくべきではないか。 ○ センターの現状の担当地域、業務内容と人員配置は見合っているのか精査する必要がある。 ○ センターの活動の延長線上で、どのような部分に予算措置が必要なのか精査すべき。

市民福祉委員会 視察報告書

平成26年9月2日(火)

視察先	生駒市民生児童委員連合会、生駒市社会福祉協議会
施策等の名称	地域包括ケアシステムについて
視察の目的	<p>1. 地域レベルでの具体的な活動内容と問題点</p> <p>2. 現場から見える高齢者に係るニーズと問題点</p> <p>3. 今後、地域包括ケアという観点から、“地域”に求められる役割をどう考えるか。</p> <p>——上記に関する調査。</p> 
施策等の概要	<p>1. 地域レベルでの具体的な活動内容と問題点</p> <p>活動内容は、地域の高齢者や独居老人を中心に見守りをを行っている。問題がある場合、平日は市や地域包括支援センターにつなげることができるが、土・日・祝日に相談できない。最近は児童虐待、認知症、老々介護等々の問題が増えているが、例えば、市の子どもサポートセンター“ゆう”は日中しか相談できず、認知症への対応は土・日・祝日ではままならない。県の児童虐待の窓口は24時間対応をしているが、休日は即座の対応とはならない。そのため、市の対応時間の拡大が必要である。</p> <p>民生・児童委員の地区の区割りは、自治連合会など関係機関の地区割りが統一されておらず、連携に困難を感じている。例えば、地域包括支援センターの区割りと異っているため、一つの地区で複数のセンター(1～4カ所)と連携しなければならない場合があり、地域包括支援センターごとに対応の違いもある。</p> <p>民生委員の仕事はきついで、希望者がほとんどない。自治会長も人選に苦労されている。宅地開発により世帯が増えても、担当する民生委員の数は変わらず、負担が増える。また、委員居住地域以外も担当しなければならないケースもある。</p> <p>見守りの対象となる高齢者についても、各地区で年間20～30人単位で増加している。高齢者世帯で特に注意しなければならない点の一つが、火災予防である。地域へ影響が及ぶ問題なので、日常的な徹底が必要である。</p>

2. 現場から見える高齢者に係るニーズと問題点

独居老人の単独世帯以外に、老々介護世帯が増えてきているが、守秘義務の関係で民生・児童委員に情報が入らず、問題が発生する懸念がある。見守る場合でも、現状では民生・児童委員だけでこれ以上見守るのは難しいので、他市で行っている協力員制度を整備してほしい。

高齢者の関係団体として老人会があるが、老人会を活性化し、元気な高齢者を増やせば民生・児童委員の負担も減る。しかし、市老人クラブ連合会から脱退する老人会が増えている。「動員がかかる機会が多い一方、活動費は減らされている」との声もあるため、老人会の活動への支援を増やしてほしい。老人会の活性化や、サロン等へ的高齢者の参加を促す仕組みが必要である。

最近の65～70才は元気な方が多いので、国から指示されている65才以上の独居老人の調査は、今後70才以上を対象とするほうがよい。

3. 今後、地域包括ケアという観点から、“地域”に求められる役割をどう考えるか。※地域とは、住民、自治会や老人会などの各種団体、コンビニやスーパーなどの近隣の事業者・企業のこと。

認知症への対応マニュアルについて、市内の公共交通機関は持っていないが、持っている企業もある。今後、市は、市内で活動している企業に認知症対応マニュアルの作成の指導をすべきである。

老々家庭への対応は大変難しいため、自治会も共に対応する必要がある。地域の見守りに対する意識付けのため、イベントを行う際、自治会も共催してもらっている。

※社会福祉協議会の意見

市で民生委員は162～3名いるが、その仕事の内容と量から考えればかなり厳しい状況にある。地域にもっと理解をしてもらいたい。

静岡県富士宮市にみられる「地区社会福祉協議会」の取組については、三重県伊賀市でも事例があるが、同市は合併を行っており、その結果と考えるが、他市の事例を調べてみたい。

市は市民自治協議会の立ち上げに取り組んでいるが、立ち上がれば地域の新しい枠組み作りに寄与すると思われ、注目している。

委員の意見等

- 民生委員の日頃の活動は、地域社会が抱える高齢化の問題、子どものDV、老々介護、独居世帯等々多岐にわたっている。民生委員の負担はその仕事の質・量に比例して重くなっている。
- 今後、民生委員の人材不足という状況が懸念される

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">○ 人材不足の解決は、現行の地域包括支援センターとの連携を上手く行うことや、地域の自治会・老人会等との関係をスムーズに行うこと等に負う所が大きい。○ 現在ある諸問題は将来的には増えることが予想されることから、当面の最大の課題はマンパワーを強化すること（民生委員の待遇改善、増員）と考える。○ 独居以外の高齢者世帯は、地域との人間関係が無いと孤立してしまう。将来的には、個人情報保護に配慮しつつ、公的データで把握していく方途を検討する必要がある。○ 市民自治協議会の立ち上げは理想的であるが「ハードルが高すぎる」との声も聞かれた。まずは、手の届く範囲から地域の連携を進め、その延長線上で市民自治協議会にたどりつけば良いと考える。○ 市として、各地域包括支援センターの対応の平準化が求められる。○ 民生・児童委員と各関係機関との連携体制を見直し、あるいは新たな体制をつくることが課題である。○ 市の関係機関における休日相談窓口を検討する必要がある。 |
|--|--|

視察先	生駒市医師会
施策等の名称	地域包括ケアシステムについて
視察の目的	<p>次の1～5について調査する。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在宅医療について (現状や課題、推進方法など) 2. 在宅医療・介護連携について (現状や課題、推進方法など) 3. 認知症対策について (現状や課題、推進方法など) 4. 地域包括ケアシステムの構築 (地域医療連携、福祉関係機関との連携、住民・地域との連携の構築を含む) について(課題や今後の展望など) 5. その他 (地域包括ケアシステムに関連した意見) 
施策等の概要	<p>I：生駒市地域医療体制について (医師会資料)</p> <p>《現状の取組》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師会内には地域医療運営委員会、地域医療室、在宅医療部会がある。 ・医師会は市内 (二次、三次は市外も含む) の一次、二次、三次医療群と互いに情報提供を行っている。 <p>三次医療群：近畿大学医学部奈良病院と奈良県総合医療センター (元県立奈良病院) と奈良県西和医療センター (元県立三室病院)</p> <p>二次医療群：市内3病院、市外2病院</p> <p>一次診療群：内科 (小児科) 診療所は地区別に3班6グループに分かれている。その他の診療所を専門科別に2班に分け、内科 (小児科) 診療所をサポートしている。</p> <p>※一次と二次は病・診連携、二次と三次は病・病連携を行っている。休日夜間応急診療所と一次は診・診連携、二次とは病・診連携を行っている。</p> <p>※一次医療群は保健・福祉・介護の専門職 (保健所も含む) とともにチームケアを行っている。</p> <p>II：調査事項関連</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在宅医療について 及び 2. 在宅医療・介護連携について <p>《現状の取組》</p> <p>病院から在宅での看取りを依頼される件数が多くなってきている。患者を中心とした、一次医療群と二次医療群や介護老人保健施設、介</p>

	<p>護支援事業者などとの連携についてはケアマネージャーが相互の話を聞いて調整している。</p> <p>市内の診療所に往診を依頼した場合、9割程度は受けている。平成26年度から薬剤師による在宅医療への取組も始まっており、歯科医師会所属の歯科医とは個人的なつながりで往診を頼んでいる。</p> <p>複数主治医制については、長年1人で診てきているので、医師側も患者側も抵抗がある。しかし、現実には最低2人、もしくはグループ主治医制にしないと対応が困難なケースが出てくる。例えば、医師が遠方に外出しているときも患者からの連絡を携帯電話で受けるが、病院に電話で依頼することはできず、緊急性を有する場合は消防に連絡している。なお、在宅医療診療所として登録していても病院の空きベッドがなければ入院受け入れは困難である。</p> <p>3. 認知症対策について ≪現状の取組≫</p> <p>物忘れ外来のある市内の病院があり、認知症の進行緩和などに役立っており、認知症の診療については、認知症家族会のサイト活用を薦める。</p> <p>4. 地域包括ケアシステムの構築（地域医療連携、福祉関係機関との連携、住民・地域との連携の構築を含む）及び5. その他（地域包括ケアシステムに関連した意見）について ≪現状認識≫</p> <p>医師の診察は週1回程度であり、独居老人については地域での見守りが必要（新聞配達、消防など）と考える。しかし、高齢者であっても老人といわれることに嫌悪感を抱く人も多く、一方で住民の意識改革の必要性を感じる。地域包括支援センターについても、機能拡大と充実が望まれる。</p> <p>また、医療や介護サービスを利用するほどの状態ではない高齢者への対応も不足している。サービスを受けられないことで不自由な思いをしている人が多く、相談窓口もない。あったとしても日常生活にかかわること（例えば、電球の交換をだれに頼めばよいか）、生き甲斐にかかわること（例えば、気軽に参加できる集まりはあるのか、幼児に対する幼稚園のような老人の集まりが作れないか）をどこに相談したらよいかわからない人が多いように思う。</p> <p>特別養護老人ホームが少なく、待機者が多いことも問題である。</p>
委員の意見等	<p>○ 医師会の個々の動きには限界を感じる。富士宮市のような人間関係の構築、気軽に相談に乗ったり乗られたりとの関係を作り、老々家庭に対して地域が見守れるシステムにしないと数年先は大変な状況になると感じ</p>

る。

- 個々の医師は個人的に熱心に取り組んでおられるが、さらに、医師会として他団体と連携したり、住民の意識改革も含め積極的に働きかけてくだされば、より良い地域包括ケアシステムの構築につながると思われる。あと一歩踏み出していただけるように今回の先進地や地域包括支援センターの視察、民生・児童委員の声を踏まえて、次のことを医師会に求めたい。
 - i : 個々の医師による依頼ではなく、医師会として歯科医師会、薬剤師会との連携を検討していただきたい。
 - ii : 個々の地域包括支援センターと医師との連携にとどまらず、市の地域包括支援センター全体と医師会との連携について協議していただきたい。
 - iii : 主治医不在時の対処法をどの患者にも分かるように医師会として示していただきたい。
 - iv : 認知症高齢者への対応について、地域包括支援センターの声も考慮し、医師会としての方針を示していただきたい。