

### 第3回 高齢者福祉医療戦略会議 議事要旨

日 時	平成24年10月19日(金) 14時～16時
場 所	小牧市役所本庁舎6階 601会議室
出席者	<p><b>【本部長】</b>            山下 史守朗 小牧市長</p> <p><b>【委員】(名簿順)</b>            松岡 和宏 市市長公室長            舟橋 武仁 市健康福祉部長            末永 裕之 小牧市民病院長            船橋 重喜 医療法人喜光会 北里クリニック院長            浅井 真嗣 医療法人胡蝶会 サンエイクリニック院長            大橋 弘育 (有) ウィルケア小牧代表取締役            大野 充敏 (有) エスエス・ヘルスケア・システムズ取締役            三嶋 直美 岩崎あいの郷(包括支援センター)管理者            田中 秀治 小牧市社会福祉協議会在宅福祉課長            江崎 みゆき 小牧市保健センター所長            松浦 詩子 小牧市ボランティア連絡会会長            松田 敏弘 特定非営利活動法人こまき市民活動ネットワーク代表理事            穂積 聡 小牧市地区民生委員児童委員連絡協議会副会長</p> <p><b>【コーディネータ】</b>            東 史人 (株)富士通総研</p> <p><b>【事務局】</b>            大野 成尚 市長公室次長            小塚 智也 市長公室 市政戦略課長            舟橋 朋昭 市長公室 市政戦略課 市政戦略係長</p>
傍聴者	8名
配付資料	資料1 委員名簿・会場配置表 資料2 課題抽出・整理その2(医療・介護及び住まい・住環境分野)委員意見まとめ

#### 主な内容

<p><b>1 開会</b></p> <p>(1) あいさつ(市長)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>10年後の高齢者生活の理想像を描くことから議論を開始し、第2回会議より、具体的な課題抽出へと進んでいる。本日は、医療・介護と住まい・住環境について議論を行う。10年後の小牧市を見据え、現場の皆様とともに議論したい。</li> </ul> <p><b>2 議題</b></p> <p>(1) 第2回(医療・介護分野の議論)の整理の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>コーディネータより、資料2を用いて第2回の議論を振り返り、整理結果を確認。</li> </ul> <p><b>【補足・参考】第2回の在宅医療・介護の議論に関連し、地域包括ケアのためのネットワークイメージ図(厚生労働省作成)の説明(末永委員)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>図のような体制づくりに今から取り組んでおく必要があるが、地域包括ケアを進める上では、開業医のほとんどが日中のみの在院のため、地域の診療所が連携して夜間対応を行えるよう、</li> </ul>
---

地域の診療所間のネットワーク（以下「NW」と略）が必要である。また、診療所を支える在宅医療支援病院の役割は小牧第一病院が最適ではないかと考える。

- ・ 小さなNW（かかりつけ医機能維持のためのNW）が中規模のNWでつながり、大規模なNWとなることで、地域単位で在宅患者の生活を支えることが可能になるが、これらNWづくりには地域力（地域住民）や保健師・ケアマネジャー（以下「ケアマネ」と略）の関わりが非常に重要である。
- ・ この会議でもテーマとなっている地域力を高めて、高齢社会に対応していくことが大切であり、この戦略会議は他団体と比較しても先駆的な取組である。この場での議論を通じ成果を出していく必要がある。

## （２）課題抽出・整理その２（医療・介護分野の続き）

- ・ コーディネータより各委員から事前に提示された意見の集約状況を説明、各委員から意見の背景・実態等の補足説明や、新たな意見等を頂き、現状認識や課題等を共有。

### **【将来像】介護等の理由で自宅での生活が難しくなった際には、地域の中でサービスが整っている施設を利用することができる**

#### ◇「施設数が不足している」について

- ・ 一口に施設といっても、介護保険施設や介護保険外施設等様々である。介護保険施設は増設されてはいるものの、待機者が多くなかなか利用できない。一方、有料老人ホーム等の介護保険外施設は最近市内でも増えているが、費用負担が高額なため、年金生活者ではなかなか利用は難しい。
- ・ 施設の不足を施設増で対応するのではなく、在宅サービスと組み合わせて現在の施設数で需要を賄えるのが理想。また、東京では有料老人ホームへの入居増で特別養護老人ホームに空きが出てきていると聞く。施設は最後の砦とし、地域の力を高めて、可能な限り自宅で生活ができると良い。行政の力を借りて、地域の力を強めていきたい。
- ・ 市民は介護保険施設か介護保険外施設かといった施設の種類まで理解していない。利用者が施設の種類やサービスを理解して利用することが理想だが、施設での生活イメージもなく、たまたま勧められたところを利用しがちなのではないか。どのような施設があるかの情報発信が必要。
- ・ 新しい有料老人ホームや、新たに3ヶ所できたサービス付き高齢者向け住宅（以下「サ高住」と略）は入居者がまだ半分も埋まっていない。
- ・ 介護保険3施設を容易に増やせない理由として、建築にあたり行政からの認可が必要なことがある。

#### ◇「料金がかかる」について

- ・ 介護保険施設や介護保険外施設がどの程度の料金で利用できるのかも知らない。
- ・ 地域で見ても金銭的に余裕のある人が施設に入居している。認知症の家族の面倒を見るのは大変であるため施設を勧めたいと思うが、費用の問題がある。
- ・ 有料老人ホームの入居金は高額だと入居が進まないこともあり、現在は安くなってきているが、事業継続を考えると決して余裕がある訳ではなく、コストの多くを占める職員人件費を削らざるを得なくなる。

#### ◇「看取り等医療系の対応が可能な要員・施設の不足」について

- ・ サ高住等、住居系の施設入居者は認知症患者が多い等、医療ニーズが高く、中には入居が不適な方もいる。一方で、施設が医療ニーズに対応できておらず、また自分で医療機関に受診できないため、往診が必要となる。

- ・ 施設への往診は、施設にしっかりした看護師や医療従事者がいるかがカギとなる。
- ・ 市内でもサ高住が増えてきている。また、施設では終の棲家に準じる施設として医療ニーズや看取りのニーズも増えており、それらも含めたサービス提供が求められている。

### **【将来像】 自宅で最期を迎えることができる**

#### ◇「ターミナルを支える体制や医療機関等が少ない」について

- ・ 夜中の急な往診は翌日の診療に影響を及ぼす。それまでに患者との良好な関係があれば、深夜の場合は翌朝駆けつける形を取らせてもらうこともあり、そのような形が可能であれば開業医でも対応可能である。

#### ◇「正しい理解が普及していない」について

- ・ 自宅で最期を迎えているのは一般的には15～18%だが、私の患者では62～63%にものぼることから、在宅での看取りは、本人（や家族）の強い希望があればできる。在宅での看取りが普及しないのは、家族は勿論のこと医療・介護従事者も含め、情報や知識がないために恐れているだけであり「最期は大変ではないこと」をPRしていく必要がある。とにかく、まずはどのような最期を迎えたいかを、本人が家族や医療・介護従事者と話しておくことが大切である。
- ・ 介護従事者からすると看取りには不安があるが、しっかりと対応する医師と連携できれば安心でき、在宅での看取りも可能になる。

#### ◇「家族の負担が大きい」について

- ・ 家族の負担を考える上でも、自分の決意を周囲に表明するタイミングがあれば、本人も家族も覚悟ができるため、在宅で最期を迎えることも可能になる。また、そうしたことを市民活動で普及していくことも必要。
- ・ 自宅で最期を迎えたいということを本人が文書を書くことで納得・覚悟し、家族や医療・介護従事者に伝えることができれば、家族等周囲も覚悟ができ対応しやすく、自宅で最期を迎えられるようになるのではないかな。
- ・ 元気なうちに死に方を表明しておくことで、最も世話をする家族の負担を軽減することができる。
- ・ 誰でも最期を迎えるという認識の下、元気な時に準備をしておくべきである。また、地域でも支えられる体制を整えていく必要がある。

#### ◇「関係機関が連携できていない」について

- ・ 看取りには家族の協力、医療・介護連携体制等様々な下地が必要となるが、医療・介護・ボランティア等をコーディネートする役割・存在が必要となる。
- ・ 医師は前面に出るよりも調整役の方が良く、介護、特に患者の生活状況を把握しており、医療従事者とも連携しているケアマネが中心となるのが良い。
- ・ 看護師資格を持ち、看取り経験のあるケアマネであれば中心となれるかもしれないが、そうでないと気後れすると考える。
- ・ 老いの中で最期について考え始めた時、ケアマネがケアプランを立てる中で看取りの話が出れば生活全体を見て考えられるが、もしもの際にケアマネは医療的な判断ができないことから、ケアプラン作成時に医師とケアマネが連携し、医師が方針を示す中でケアマネが動けるのが理想である。

### **【将来像】 健康な生活を少しでも長く続けられる**

#### ◇「定年後の地域や家庭での役割を見出せない」について

- ・退職後の健康維持の一つに心の健康があることから、市民活動への参加を呼びかけているが、なかなか参加者が増えない。市民活動を通して健康を維持できればと思う。
- ・心の健康維持として、定年後の地域活動や生きがいづくりが大切であり、行政としても考える必要がある。

#### ◇「健診受診者が増えない」について

- ・会社等に属していれば健診に行くこともあるが、退職によりそうではなくなってもまだ健康だという意識があれば行く機会がない。
- ・市の健診、特にがん検診はがんの早期発見・早期治療に有効であるが、若い人の受診率が伸びない。50歳代でがんの罹患率が増える（がん年齢）ことから、若いうちからの受診が大切である。
- ・70歳以上のがん検診は無料だが、70代であれば日頃通院する中で病気を見つけることも多い中、無料のために毎年受診している人もおり、中には受診によりバリウムで便が詰まったり、誤嚥性肺炎を起こしてしまう人もいる。一方、受診率の低い40代は多忙により病院や健診に行くこともない。このように、70代は費用対効果が低く、より効果の高い若い人の受診を促すためには、例えば70代以上の人にも一定程度の負担をしてもらい、若い人の受診料を下げる等があれば、受診のきっかけになるのではないか。
- ・働き盛りの若い年代は、体調が悪くても多忙を理由に受診しない人もいる。健診も受けられないほど忙しい世代の病気の早期発見が必要である。例えば、5年に1度、がんの好発年齢をターゲットに受診料を無料化する等は、費用対効果の面からも効果的ではないか。
- ・がんの罹患率（人口10万人あたり）は20代までは1桁だが、30代になると2桁になることから、若い人が受診しやすい仕組みが必要である。若い人の受診率向上を考える際には、限られた財源を効果的に活用する観点から、高齢者に一定の負担を求めることも考えていかなければならない。

#### （3）その他

- ・次回は、住まい・住環境分野から議論を行う。
- ・今回使用した資料は次回も使用するため、資料を持参願う。

### 3 閉会

#### （1）次回の開催予定

- ・次回は11月2日（金）15時～17時に開催予定。