

鳥取県西部医師会 第14回 在宅医療推進委員会記録

日 時：平成28年3月18日（金）

午後7時30分～

場 所：鳥取県西部医師会館 3階 講堂

委員（敬称略、順不同）（ ） 欠席者

【西部医師会】委員長：野坂美仁、安達敏明、阿部博章、田辺嘉直、根津 勝、野坂康雄、廣江ゆう
福田幹久、藤瀬雅史、寶意規嗣、細田明秀、市場美帆、小林 哲、仲村広毅
飛田義信、三上真顯、佐伯俊哉

（石井敏雄、石川 直、越智 寛、面谷博紀、神鳥高世、下山晶樹、辻田哲朗、
野口俊之、吹野陽一、都田裕之、松野充孝、鳥羽信行）

【山陰労災病院】（野坂仁愛） 【米子医療センター】（山本哲夫） 【西部歯科医師会】足立 融

【博愛病院】角 賢一（重白啓司、周防武昭） 【済生会境港病院】（佐々木祐一郎）

【真誠会】小田 貢、小山雅美 【西伯病院】陶山和子、（高田照男） 【日南病院】高見 徹

【鳥取大学医学部】（谷口晋一）、浜田紀宏、金坂尚子、秦野秀雄、河村直美

【鳥取県】健康医療局：藤井秀樹 長寿社会課：（小澤幸生） 中部総合事務所：（大口 豊）

医療政策課：（前田信彦、中川善博、板倉周也）米子保健所：大城陽子

【米子市】大前美奈子、（小椋善文）

※印一発言概要

1 開会（野坂委員長）

2 第13回在宅医療推進委員会の報告

- ・前回の委員会議事概要と、以降の委員会活動及び関連事業の概要報告。
在宅医療推進委員会 HP 内容紹介。正式 HP アップ。

3 第13回在宅医療推進委員会以降の動き

1) もしもの時のあんしん手帳改訂版 作成委員会（H27.12.11 西部医師会館）

平成28年1月あんしん手帳改訂版（第2版）2万部作成。

2) 米子市在宅医療フォーラム（H28.2.11 米子市文化ホール）

課題提起：「米子市の未来予想図2：在宅医療の課題」

鳥取大学医学部地域医療学講座 教授 谷口 晋一 先生

基調講演：「在宅医療～あなたは、どんな生き方を望みますか？～」

小笠原内科院長・日本在宅ホスピス協会会長 小笠原文雄 先生

がんに特化した岐阜での在宅看取りの話をされた。（参加者397名）

アンケート集計結果意見抜粋「米子で在宅医療が出来るのか。」「家で死ぬるのか。そんなことが出来るのか。」「そういう先生はどこにいるのか。」「住民のかかりつけ医が医院なのか、病院なのかもわからないので、現在、医療と関係ない方との温度差がある。フォーラム後、人生最期を迎えたい場所は、自宅が圧倒的に多かった。

3) 鳥取県西部地区医療連携協議会（H28.2.18）鳥大記念講堂

「地域包括ケアシステムの構築について～認知症の一事例について～」

4) 第56回西部在宅ケア研究会例会（H28.3.4）国際ファミリープラザ

講演 「治療が困難になった患者さん・家族への援助

～無力感にさいなまれる医療者の自尊感情・自己肯定感～

めぐみ在宅クリニック 院長 小澤竹俊先生

5) 米子市がいなケア会議（キックオフ）

平成 28 年 3 月 19 日開催予定。

6) 在宅主治医・連携医調整室（平成 28 年 10 月 1 日設置）

3 医療機関から 3 件の主治医依頼あり。活用促進。

7) 平成 20 年～平成 26 年鳥取県死亡場所推計 10 大死因別

（鳥取県においてどこで、どう亡くなっているかの資料）

平成 26 年度自宅で亡くなられた方の割合は、12.6%。

鳥取県での年間の死亡総数は約 5000 人、10 大死因が原因で、年間約 2500 人死亡、他については不明。

4 西部地区の基金事業報告

1) 真誠会

平成 24 年度在宅医療連携拠点事業を受託し今年度最終。

・認知症を早期に支援するための活動の展開

14 名の認知症の方の早期発見が出来、受診につなげ継続的に支援。

平成 28 年 1 月から弓浜地域の認知症事例検討会を開催。弓浜地域の支援センターが中心となって地域支援体制を進めている。

・効率的な医療提供のための多職種連携

平成 27 年度版「医療連携ガイド」を作成。在宅医療連携拠点事業コスミックリンクホームページを更新、医療連携ガイドについてもホームページにアップ予定。

・地域包括ケアシステムの構築

助け合いのネットワークの会を開催。（和田町・河崎御建地区）

・在宅医療に従事する人材育成

実習の受入を実施。実習終了後のアンケート調査において 5 段階評価で満足度 4.5 の評価。

認知症キャラバンメイトが中心となり、認知症サポーターの養成講座を開催。626 名（地域住民 124 名）が認知症サポーターとなった。

・災害発生時に備えた対応策の検討

災害発生時の防災拠点の体制整備を行い、食品の備蓄・地域との防災訓練実施。

・認知症に関する企業アンケートを実施。

・オレンジカフェから地域ケア会議の開催へ。今後、オレンジカフェを展開 6 拠点が、認知症、支え合い・助け合い、防災拠点など多機能の拠点となれるよう実践していく。

2) 米子医療センター

・平成 27 年訪問看護師 2 名で訪問看護事業をスタート。2 月末現在で 100 件の訪問。開業医へ依頼し訪問診療をしているケースあり。毎月 2, 3 件の新規患者に対応し、件数も増加傾向。2 月は 23 件の専用車で訪問。緩和ケア病棟から一時退院、早期退院の対応、退院日の訪問、介護保険が使えない患者へも対応する。訪問看護も地域の訪問看護ステーションと連携し、2 つの事業所での入るケースを増加。

・在宅緩和ケア実地研修会を開催。当院の認定看護師が中心となり、地域の訪問看護師、特養、老人ホームの方に対して研修会開催。

・緩和ケア病床は 20 床あり、県外からも申し込みがある。地域でも活用して行きたい。

3) 博愛病院

24 時間対応の訪問看護を使いながら在宅の機能を強化している。重篤な方のための往診、そのための機器の整備も行う。地域包括ケア病床を 51 床にして在宅への体制をより強化した。療養型も機能強化型の療養を維持し在宅機能を出来るだけ伸ばし自宅に帰れるよう準備している。

4) 鳥取大学医学部附属病院 医療福祉支援センター

在宅医療拠点事業報告

(平成 25 年秋から今年度末まで鳥取県地域医療再生事業補助金事業)

多職種協働のアンケートを基に事業計画を行った。

- ①在宅医療連携合同拠点合同会議を開催。
- ②医師側とケアマネとの連携強化が必要と考え医療福祉支援センター・入退院センター・病棟ケアマネ共同による療養支援を行い、入退院センターが設立された。患者の入院予約の時点から患者の身体的・精神的・社会的・心理的な問題を把握し退院後を見据えた支援を行っている。ケアマネとの早い段階での情報共有を図る。
- ③医師とケアマネの相互理解・患者情報を円滑に共有できるツールを作成した。連絡シートは当院のホームページからダウンロード。
- ④地域連携室地域連携室会議開催した。18 医療機関 45 名の参加があった。
- ⑤地域住民へ在宅ケアサービスの情報が不足していることから、在宅ケアハンドブックを作成。
- ⑥鳥取県西部地区医療連携協議会を開催。(参加者 246 名)
- ⑦在宅医療推進の看護師育成支援事業の支援を行った。

5

◆西部福祉保健局(米子保健所)：入退院ルール(ケアマネ)実施事業

入退院調整ルールを 3 月から開始。鳥取大学が作成したケアマネシートとあわせて、関連して相互に補いながら、かかりつけ医がいない患者に早くかかりつけ医を見つけるよう、医師会の調整室と一緒にいければ早期の解決につながる。高齢者、がん患者だけでなく精神疾患・認知症の在宅医療・小児・歯科・薬剤師も在宅医療に取り組む。

◆歯科の在宅連携 口腔機能向上に係る多職種連携票運用事業

昨年度から地域歯科医療連携室を立ち上げ、60 件を超える出動をしている。施設に出向いて口腔ケアの研修、依頼のあった訪問先に出かけ歯科医につないでいる。地域歯科医療連携室にぜひ連絡してほしい。(電話でも可) 歯科医だけではむずかしい嚥下障害がある場合、診療受入専門機関を 14 病院あげている。福祉保健局と協同して実施要項を作成、ホームページアップ予定。

◆小児の在宅医療

重度の障害をもって生まれる子どもが年間数人おられる。呼吸器、胃瘻のまま自宅に帰る方が毎年数人必ずおられる。絶対数は少ないが医療依存度は高い。全国的に 7 割ぐらいは自宅に帰る。以前は松江・鳥取医療センターなどの病院から病院への転院が多かったが、今は在宅での家族看護。それに対するの援助として人材育成を行っている。

◆米子市

平成 30 年までに市町村レベルで地域包括ケアを実施。平成 27 年度から介護保険が変わって、介護予防日常生活総合支援事業となり、要支援 1, 2 の方のサービスを総合事業に移すということに力をそそいできた。医療介護の連携というところで西部地区ではすでにいろいろな事業が始

まっている。市民への周知、西部圏域ということも視野に入れたいといけない。その辺りも含めて平成 28 年度は力を入れていくつもりである。介護保険は公的なサービスだけだったが、新たなサービスとしてこれからは地域の人たちの力も得ないとこれからは乗り切れない。

◆義方地区に地域包括ケアシステムのモデル地区をつくるプロジェクト（高見 徹先生）

- 1、市長に義方校区をモデル地区に指定してもらおう。トップ会談も必要であろう。
- 2、医師会、鳥大地域医療学講座、米子市がスクラムを組み、優秀な人材が集まっている西部在宅ケア研究会の力も借りる。
- 3、義方校区の保健・医療・福祉・介護のハードとソフトを明らかにしておくこと。テーマは、地域を把握する組織づくり。

◆西部福祉保健局 大城先生

「入退院の調整ルール」を作成。

◆長期入院精神障がい者の地域移行について

精神障がい者、認知症の方の在宅医療対応が必要。認知症の方については地域包括支援センター中心で取り組み、精神障がい者は長期入院の方が出来るだけ地域に移行していけるよう取り組みをしている。退院が出来るよう意欲を喚起する取り組み、ご本人の意向にそった退院の支援、地域の中での受け皿づくり、地域に帰られてトラブルを起こして再入院とならないよう、サポート。多職種での訪問。精神科病院長期入院患者実態調査結果に、退院される患者が西部は東・中部に比べて一番多い。退院可能な入院患者は多い。地域支援事業所が計画づくりをされているが、マンパワーが苦しい状況がある。計画が立てられた方はホームヘルパー・訪問看護で対応。

◆健康医療局 藤井局長

平成 22 年度より、再生基金は人材確保を中心に取り組んでいる。機器整備、病院の建て替え、機能強化が中心で在宅医療はあまり取り組めなかった。平成 27 年度が区切りで再生基金が終了。平成 28 年度からは地域医療介護総合確保基金（市町村の枠を超えた広域的な取り組みという位置付け）で在宅医療の推進に取り組んでいただきたい。

- 6 在宅医療推進委員会は今年度で終了だが、ホームページについては更新していく。要望があれば西部医師会まで連絡してほしい。来年度から在宅医療総合基金として新たなスタートを予定している。今後も協力をお願いしたい。

7 閉 会