

【日時】

令和2年10月27日（火）13：15～

【場所】

菊川市総合保健福祉センター プラザけやき 2階 201 会議室

【次第】

- 1 開会
- 2 あいさつ
- 3 議事
 - (1) 第8期介護保険事業計画・第9次高齢者保健福祉計画の計画案について
 - (2) その他
- 4 閉会

【議事録】

- (1) 第8期介護保険事業計画・第9次高齢者保健福祉計画の計画案について
ア 現計画の検証等

(委員) 開業して33年になる。最初からいた患者さんは33歳年が大きくなるわけで、だんだん動けなくなってきている人たちがいる。車の免許を返納してしまった人たちもいる。しかし、頭は比較的しっかりしているし、日常生活は出来るような人たちである。要するに、介護はいらないが弱ってきている人で、今私が心配しているのは、通院がなかなか困難で、薬を取りに来られない人たちがいるということである。家の人を送ってくれる時だけ来ることが出来るが、それ以外は来ることができず、薬が切れてしまうような人たちが散見されるようになってきている。本当に補助が必要な一歩手前の人たちのことをもう少し今から考えておいた方がよいと思う。

例えば、オンライン診療というのはご存知か。パソコン、スマートフォンを使って診療をするが、その年齢になると操作が難しい、耳が遠い、目が悪いなどという理由で出来ない人が多い。オンライン診療でその年齢の人たちを救済するというのはなかなか難しいと思う。将来的には我々が家に出かけて行って診察をするという方法かな、と思っているが、ただ薬は取りに行かないといけないですよ？

(委員) 指示していただければこちらから持っていく。

(委員) そういう方法でも数がものすごくなったらなかなか厳しい。本当にものすごい数の人たちが今来ると思う。だから、そういうことを考えておいた方がよいのではないか。

(事務局) ご意見ありがとうございます。委員からもあったが、薬剤師会でも薬を届けるようなサービスをこの間私もチラシで確認した。そういったところも市としてもPRしていきたいと思う。

(委員) すごくありがたいと思って聴かせていただいた。それはなぜかという、前からよく行政と話していたが、「重点事業3 在宅医療・介護連携事業の推進」に新規の事業がたくさん盛り込まれている。36ページに書いてあるように、支える保険制度が異なることや、それにより情報共有が十分にできず、これまで連携を妨げてきたと、その中でこれから医療職と介護職と行政と市民が手を取り合ってこの課題をどうにかしていこうという、すごく前向きな姿勢が今回とても感じられて感動した。

今の時代は本当に一瞬先が予測できないような状況である。変わらない状況が「静態的状況」だが、そういう時代とは全く違って今は新型コロナウイルス感染症の影響もある。最近よく感じることは、貧困がどんどん進んできているということである。そして、それに伴って家族の在り方という形態がどんどん変わってきている。親子も兄弟もそうだが、そういうのがどんどん切り離されていくような、そんな状況があって「動態的状況」という絶えず変わっているような状況の中で、今後の対応の難しさがある。その中で、P D C Aサイクルと先ほど何度か出てきたが、これは静態的状況においてうまく機能する経営手法である。1年～3年後がある程度見通せたときに、今年はここまで、来年はここまで、とやっていくのはよいが、今は全く1年後どうなっているかわからないという状況であり、そういう状況ではP D C Aサイクルはうまく回らない。行政はP D C Aサイクルという形で目標設定をしてということだが、例えば、富士フイルムがやっているような「S T P Dサイクル」や、野中郁次郎氏が提唱した「S E C Iモデル」という考え方もある。それらは、とりあえず歩きながら考えるという感じで、まずはみんなで話し合っ、現場の人たちの直感からよいと判断されたものやってみて、そこでまた内省を繰り返しながら良いものを作っていく、というような「創発」の考えをもってやっていくことがすごく大事だと思っている。

重点事業として取り上げていただいたことはありがたいが、その中で、やり方というのもとても大事なことであり、みんなで事業の進め方の手法を考えていくこともとても大事だと思う。病院の事業もまったく同じことで、これまでのP D C Aサイクルで回すところもあるが、そうでないところも様々な経営手法を取り入れていかないとうまくいかないということを考えているので、介護事業に関してもそういう発想も持って行くといいというのが個人的な感想である。

「2 在宅医療・介護連携の促進」について、48ページは改めてしっかりまとめて書いていただき、すごく具体的でわかりやすいと思った。内容的に述べると、地域では先ほど言ったように医療と介護の保険が違うというのがかなり制約になっている。ここの地域でもいろいろなことを

やっている。例えば、地域ケア会議も年3回、地域ケア実務検討会も年8～9回、地域連携室の意見交換会も年3回、あかつちカンファという家庭医療センターの訪問診療を行っている患者さんに限っては、訪問看護やケアマネジャーや薬局、病院の地域連携室や主治医、家庭医を囲む形でいろいろな会議を行っている。それでも医療・介護という部分の壁みたいなものもあり、どうしても縦割りで横のつながりに欠けている。訪問看護は医療と介護の両方の保険を使える。ケアマネジャーは介護だけだが、訪問看護は医療と介護を両方使っていて、本当に現場で働いている。現場の人たちが入っている会議は他のところではなく、現場が十分に入っていないという感じがする。会議が単なる報告会で終わってしまい、議論の場になっていないというところも問題なのかと思う。

44ページの「包括的・継続的ケアマネジメント支援事業」では、これから個別の地域ケア会議や多職種協働介護予防個別事例検討会、地域ケア推進会議など、もっと議論が出来そうなものを新しく作ってはどうか。その中で現場の訪問看護師、家庭医、病院のリハビリ関係、地域包括ケア病棟の看護師という医療職も含めた場で課題を出し合って、解決策をみんなで考え、その中から実施できるものをしていく。それにまた内省を加えていいものにしていく会議、対話の場が多くできると本当に良くなっていくのでは、というイメージがあるので、そういう方向で持っていっていただきたい。

また、菊川市の特徴はやはり家庭医がいることである。今年も全国から6人の応募が静岡県家庭医養成プログラムにあった。その先生たちが菊川市と森町と御前崎市に割り振られる。菊川市には2人くらい若い先生が家庭医として来てくれることになる。そんなところは日本を探しても他にない。そういう家庭医が働けるフィールド、生活のフィールドをどれだけこの地域が準備してあげられるか大切である。これによって、この地域に愛情を感じて医師がここに居付いてくれるというのが理想の形である。その先生たちを地域の宝、地域の財産と考えて受け入れていくということが大事である。家庭医療センターには、コミュニティ・ヘルスケア・リーダーシップ（CHL）という地域の保健医療・介護という健康事業のリーダーシップを研修で学んできた医師がいる。医師という存在は敷居が高く、気軽に話しかけられない。その敷居をどうやって壊し、自分が地域の中にもぐりこんでいけるか、その中でいろいろな人とネットワークを作り、自分が導く役、サポート役をしながら一緒に進んでいくリーダーとして活躍できる方法を学んでいる。自ら医師という鎧を脱いで地域に入りたいと思っているのが本当の家庭医だと思う。家庭医というのは裸になってもいいので地域の中に入っていきたい、そこで介護職・行政・市民みんなとネットワークを作っていきたいと思っている先生なので、それをうまく利用してあげてほしい。昨年2回多職種研修会をやっていただき、すごく良い研修会だった。その時も家庭医の

先生はすべての先生が参加していただき、それぞれのグループワークの中心となって研修を行っていただいた。それだけ関心があるということである。多職種研修というのは年2回やると思うが、高いお金を払って外部講師を頼まなくても家庭医にファシリテーターをお願いすれば安いお金でどのようなワークをするかを自分で考えて次につながるような形で生きていく研修会を行ってもらえるはずである。ただ、こういうことはゆっくりとやっていかないと様々なところで摩擦が起きてしまう。ゆっくりやっていきたい気持ちもあるので、3年という期間はちょうど良いと思う。5年6年あってもよい。ゆっくりと温めて家庭医を中心に菊川市の中で愛情のネットワークを作っていくことが本当にこの地域にとって一番良いことだと思う。ぜひ今回の研修会も彼らに任せて、あとにつながるような研修会にしていただけるとよい。現場の人たちはいろいろなアイディアを持っている。こんなことが良いという意見がたくさん出ると思う。そういうものを一つ一つみんなで見つめ直して実行に移していくというのが本当に良いことと思う。今回の計画はそういうことが感じられるような計画になっていると思うので、ぜひそういう方向で持って行っていただけると、嬉しく思う。病院自体もこの地域の中で何ができるかというのが全く分かっていない。病院の中に座って患者さんが来るのを待っていたが、これからはそれではいけない。これからは病院としてもリハビリの先生だけではなく、病院の中で何ができるか、どんな新しいものを作っていけるか、その中で自分たちがどのように成長していけるかを本当に歩きながら考える形でやっていきたいと思っている。病院に関しては自治体の人口も減って、これからどうなるかわからない。おそらく中東遠は残っても菊川病院はつぶれてしまう。この地域で病院がつぶれてしまわない唯一の方法は中東遠とは違う機能分化、違う機能を持った病院になっていられるかどうか。一言で言うと「多機能型の地域密着病院」というのが今後のコンセプトになる。医療だけでなくいろいろな機能、介護、地域、保健、福祉、行政とも関わりながら手をつなぎながら地域に本当の意味で根付いた病院になっていることが出来れば、残れる可能性がある。菊川病院としても医療・介護連携というところは病院の存続をかけて考えていかなければならない部分だと思っているので、今後とも様々な意味で協力をさせていただきたいと思うし、介護事業と病院の中期計画は同じ3年間なので、整合性を持たせて一緒にやらせていただけるとありがたい。今後とも、引き続きいろいろな対話の機会を設けていただけるとありがたい。

(事務局) 大変盛りだくさんの内容でご意見いただいた。家庭医の皆さんには在宅医療介護連携のファシリテーター等をしていただいております。今回の計画にも反映させることが出来た。認知症施策についても認知症初期集中支援チーム員会議でご意見をいただいたり、進め方についても相談させていただいたり、普段から担当の方にもご意見をいただいているところで

ある。今後も在宅医療介護連携についてはアドバンスケアプランニング等、計画の中で検討していくにあたってご意見等いただければ、と考えている。

今回の計画書作成についても、それぞれワーキンググループの中で医療、介護それぞれの専門職の皆さんからご意見をいただいて、こういった形になっている。地域ケア会議等の話もあったが、専門職の皆さんと連携を取って進めていきたい。

(2) その他

次回日程について