

# 宍粟市地域包括支援センター 運営協議会 講演

## 地域包括医療とこれからの 生活様式を考える

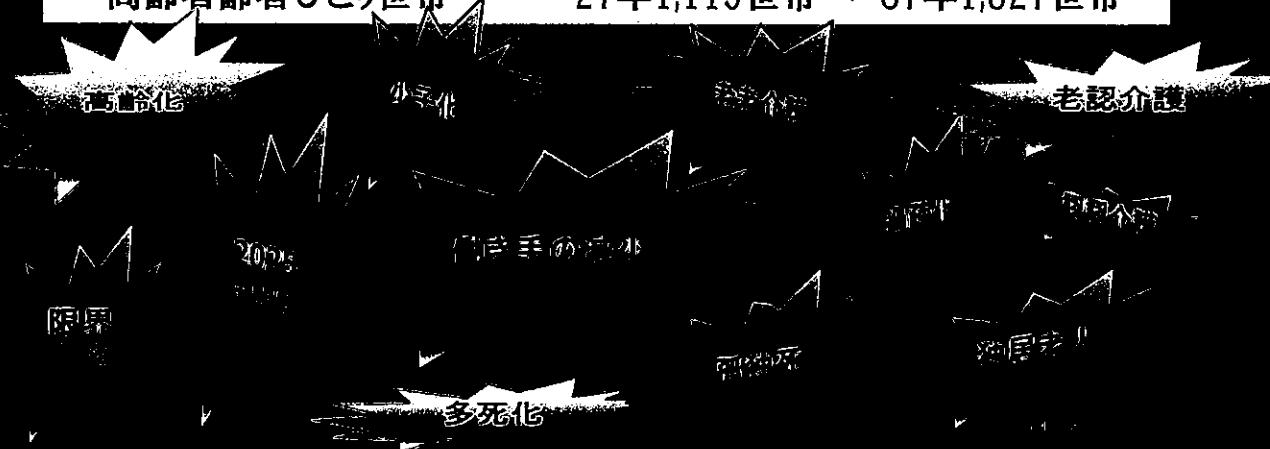
1. 変わってきた病院入院のしくみ
2. 変わらなくてはいけない地域での生活  
～過疎化の町で生き続ける為に～

平成28年5月26日 運営内科クリニック 運営講演

### 宍粟市の現状と今後について知って下さい！

#### 人口構成、社会構造の変化(今後10年間)

1. 人口減少 27年40,224人 → 37年33,673人  
毎年500人ずつ減って行きます
2. 働き手(15~64才)の減少 27年22,843人 → 37年17,527人  
これはかなり深刻な問題です
3. 高齢者世帯の増加  
高齢夫婦世帯 27年1,040世帯 → 37年1,649世帯  
高齢者単身者ひとり世帯 27年1,119世帯 → 37年1,827世帯



# 国の社会保障制度改革

社会保障と税一体改革を本流として

1. 財政の健全化 ⇒ 医療・介護・年金等の国庫負担を減らしたい
2. 診療報酬改定(2年毎) ⇒ 入院期間をできるかぎり短くする  
新たな病院は増やさない
3. 介護報酬改定(3年毎) ⇒ 重症者の在宅介護を進めたい  
老人ホーム入所は介護度3以上、在宅復帰型老人保健施設  
軽症者の介護保険外し

入院期間はできる  
かぎり短縮する

病院から施設へ

施設から在宅へ

（厚生労働省）

## 医療提供体制について(病院の場合) 国の社会保障制度改革のため病院は生き残りの時代へ

入院提供体制の変化: 病院(ベット)には医療機能上の区分がされています

1. 高度急性期 姫路医療センター、姫路循環器病センター、  
姫路回転病院、製鐵記念広域病院
2. 急性期 実業総合病院
3. 回復期 西播磨リハビリテーション病院、実業総合病院
4. 慢性期 尾崎病院

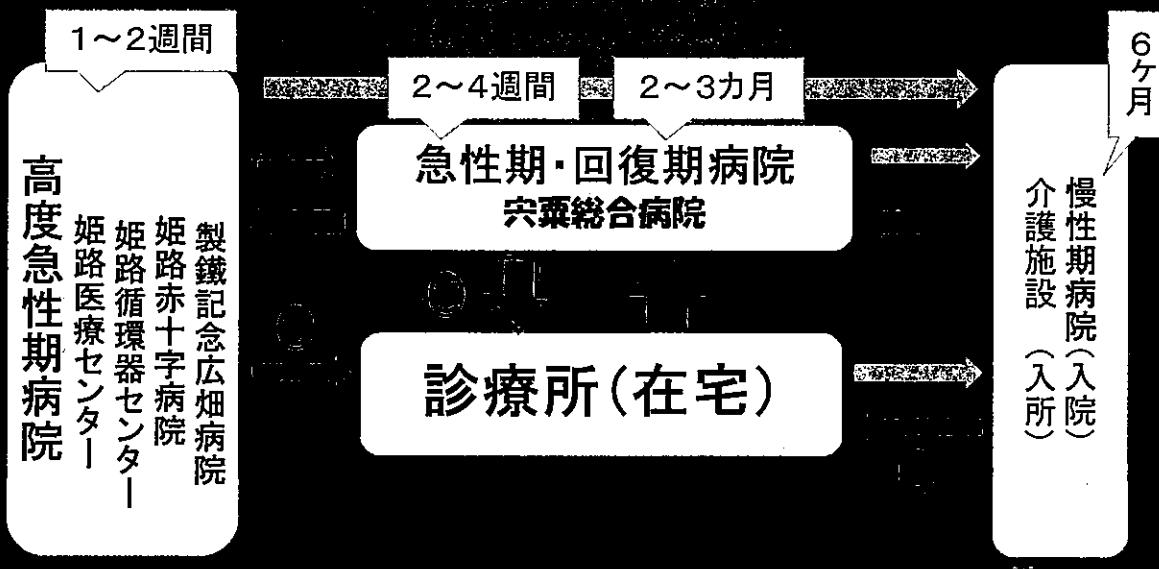
- ① 入院期間はできるだけ短くしたい。(大原則)  
(平均入院期間として高度急性期病院なら10~15日以下くらい)
- ② 病気が完全には治癒せず直接自宅に戻れない場合には、  
高度急性期→回復期または急性期→慢性期病院へと転院することになる。  
また、医療依存度が低い患者さんの場合には、病院→介護施設となる。
- ③ 看取り(死亡)の場所として、病院が全てを見るのは今後は不可能となる。  
⇒ 介護施設、または在宅での看取りが増えざるを得ない
- ④ 病院の外来診療はできるだけ縮小し、その分、救急医療に応需する。
- ⑤ 入院治療が過ぎた患者さんは診療所へ紹介し、検査や再入院必要の  
際には病院へ逆紹介してもらう(病診連携)。

（厚生労働省）

# 宍粟市における地域医療連携

病院↔診療所の役割分担と協力関係を強化する

- ・普段の疾患管理は主に診療所が行う
- ・病院は入院が必要な疾患につき、短期の入院で在宅復帰させる
- ・退院後の管理は主に診療所が担う。病院は経過観察のための検査等を診療所を補助する形で協力する。



## 医療提供体制について(診療所の場合)

診療所はかかりつけ医として包括的な医療を行う必要がある

地域の人口構造の変化と病院機能の変化を受けて、診療所の役割として以下の事が重要となってくる

1. 生活習慣病や認知症の患者さんを継続的に診療して行く。
2. 訪問診療や訪問看護など在宅医療に対応する。
3. 健康相談や介護保険の相談に応じる。
4. 在宅看取り(在宅死)の需要に対応できる。
5. 日常生活の支援が必要な方に対して医療を継続して行く。
  - ・介護保険サービスとの連携が必要となる。
  - ・家族内または地域住民同士の助け合いの支援をする。

かかりつけ医とは

「患者さんの身近な相談窓口として、身体的疾患を診るだけにとどまらず、患者さんごとの社会的背景、家庭事情、生活信条等々も考慮したうえで個々に合った医療を提供して行く診療医」

## 何かと相談できる“かかりつけ医”を持ちましょう！

合言葉は“ときどき入院、ほぼ在宅”

### 宍粟市における地域医療連携

#### 1. かかりつけ医は

「生活習慣病の管理」や「認知症」、「フレイル」対策をする。

#### 2. 専門外の疾病の場合は、適切に病院紹介を行う。

3. 肺炎などの感染症、管理の困難な生活習慣病、吐血下血などの消化器病、各種ガン、手術の必要な疾病などは宍粟総合病院が担当して入院医療を提供する。

4. 心筋梗塞、脳卒中、重度の外傷などは市外の高度急性期病院に紹介して入院治療する。

5. 高度急性期病院から自宅に帰るまでのつなぎとして宍粟総合病院が入院医療を提供する。

6. 病院退院後はかかりつけ医にて引き続きの治療を行う。

7. 特別の理由がある疾患の方は、かかりつけ医と病院が協力して併診により治療を行っていく。

（市長）内閣官房

## 地域包括医療を進めるための課題

日常生活の安定が必須です

1. 病院に長くは入院できないし、介護施設にも簡単には入れない

2. 日常生活の維持のために支援が必要な高齢者が増えている  
(独居・老老世帯・老認世帯・日中独居など)

3. 介護サービス、行政・社協等の行う福祉サービスは重要ですが、限りがある  
(人手不足、予算不足)ため、今後は充分には使えなくなるであろう

4. 家族、親類、縁者による介護・援助はもはやあてにできる状況にない

### 安定した日常生活の確保のために必要な支援

- ・通院の交通手段
- ・定期的な通院習慣
- ・体調悪化時の受診判断
- ・安否確認
- ・服薬の管理
- ・適切な食事や水分摂取
- ・入浴や保清や着替え、服選び
- ・買い物
- ・金銭管理
- ・掃除やゴミだし
- ・家屋回りの修繕
- ・話し相手
- ・趣味活動
- ・近所付き合い
- ・悪徳商法からの防御

つまり、家族目線での基本的な見守り、援助が実は非常に大切な事です。

## 高齢者はお荷物か？(1)

いつの時代でも、支え合う、教え合うつながりが地域の元気を呼び起します。支え合うとは？一方的に「かけ声」や「手助け」で相手に感謝してもらうことに止まらず、地域の弱者が「助けて」と言える雰囲気をつくることが大切です。

福祉事業・保健事業・医療・介護などは、とかく一方的になりがちであり、重要なのは地域の住民同士が「ささえあう」ことが重要です。

「2025年には田舎の世代が後期高齢者になり、若者が減り、一人の高齢者を1.8人の若者が支える時代となる」と言われています。

本当にそうでしょうか？人間関係が希薄な都会ではその通りでしょう。

実際のところは、高齢者のうち支援を必要とする方は2割程度にすぎません。むしろ、多くの高齢者が役割を担うことこそが、健康寿命の延長と認知症の予防に大きな力を發揮します。

この可能性は都会より、穴場市のような昔ながらの田舎の人づきあいのある社会でないと実現は困難だと思います。

2025年問題の解決手段のひとつは、  
「社会から支えられる側」から「社会を支える元気高齢者」になること！

（参考）

## 高齢者はお荷物か？(2)

「社会を支える元気高齢者になる」ことについて

- ・利点 役割を持つことは生きがいに繋がる。  
健康寿命の延長や認知症の予防効果も期待できる
- ・課題 高齢者は個人個人によって残存能力に大きな格差がある。  
移動能力（車の運転等）が低い。情報収集能力が低い



何らかの役割を担いたいと思っている方は多くても、果たすことのできる役割にたどりつけない方が多いと思われる。

（見守り・話し相手・家事介護・移送・趣味活動）

必要とされる役割（需要）と各個人の能力と希望に合った役割（供給）をマッチング（紹介）することが重要になります。

1. 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）の育成と活用
2. かかりつけ医も「地域で人と人が繋がる」役割を担える可能性あります。

## 要介護状態と医療・介護・家族地域支援割合

	要支援 1,2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
原因となる代表的な病気・状態	筋肉・骨 認知症 脳卒中	認知症 筋肉・骨 脳卒中	認知症 筋肉・骨 脳卒中	認知症 脳卒中 筋肉・骨	脳卒中 認知症 筋肉・骨	脳卒中 認知症 筋肉・骨
医療保険	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
介護保険サービス	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
家族の介護 地域の支援 在宅	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
施設	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

要介護2までの軽度障害者こそが、家族または地域で行う支援の果たす役割が大きいと思われます。つまり、認知症への対応と移動能力低下者への支援です。医療や介護の専門職（プロ）でなければできることは任せればいい！しかし、プロでなくてもできる支援は結構多いものです。助け合えばできる事は、同じ田舎の住民同士の互助でこなしていくことが課題解決方法になると思います。

82歳 女性 独居

4年前よりアルツハイマー型認知症、1年前転倒しに左手首の骨折を手術

- ①もの忘れが多く、さっき言ったことも覚えていないことが多い。  
何度も同じ話をしたり、聞いてきたり、突然自分の言いたいことを言い出すことあり
- ②近くの商店で、同じものばかり買ったり、財布にお金がなくとも買い物をする。
- ③金銭の管理ができない。通帳は自分で持っているが、いくらあるかは関心がない
- ④よく近所の喫茶店にお茶しに行くが、行ったこと忘れて2回行くことがある

- 内服薬の自己管理も不確かで2度飲みすることもある
- ⑤料理は自分でしていると言えができるのは炊飯のみ（水加減ができるくらい）  
作業をして冷蔵庫においてあるおかずを出し忘れて食べてないことがある。
- ⑥季節に応じた服装を選べない、前後ろ間違えていることあり
- ⑦テレビに向かって話をしていることがある
- ⑧それには失禁をする事はあるが、自分で交換している。3カ月前に廊下に便が漏らしていたり、パンツが汚れていることがあったが、最近はない。
- ⑨足の筋力が低下してきており、動作が不安定で転倒の恐れがある  
(歩行のための歩行用具には手すりが設置済み)

上記の症状のため、しばしば被害妄想やパニック状態になったりしていた。



近隣の方や知人にできない部分の援助をしてもらうようになった！その結果現在は落ち着いた生活ができるようになっている。

## 82歳、認知症の方：近隣の方の行っておられる援助の実際例を提示します。その1

- ①もの忘れが多く、さっき言ったことも覚えていないことが多い。  
何度も同じ話をしたり、聞いてきたり、突然自分の言いたいことを言い出すことがあります。

**認知症の方に対する対応法の原則【本人に悪気はない】ということからスタート】**  
**本人の言うことを・否定しない・叱らない・認めてあげる。できることはしてもらう。**

・何度も聞いてきたり、行ったりする

**その都度、丁寧に説明をしている**

・ティケアに行く目でないのに待つて  
いたり、朝早くから外で待つてい  
る

**見かけた人が、中で待つように  
声かけをしている**

・回数や予定が把握できない

**カレンダーに細かく予定を書いたり、  
メモ書きをして置いておくと、  
大まかだが把握できる**

## 82歳、認知症の方：近隣の方の行っておられる援助の実際例を提示します。その2

- ②近くの商店で、同じものはかり買ったり、財布にお金がなくとも買い物をする。  
③金銭の管理ができない。通帳は自分で持っているが、いくらあるかは関心がない

・スーパーで買い物をする。知人に  
連れて行ってもらう。

**スーパーには一緒にいて行き、  
支払いはしてもらっている**

・近所の商店は一人で行くが、同じ  
ものを買ったり、お金がないことあり

**商店の人が、同じものを買ってい  
る時は違うものを勧めたり、財布  
にお金の入っていない時は、あとで  
知人が支払いに行く**

・お出歩きあるときは一緒に行って  
くる

**行くときは、必ず一緒にいくよう  
にしている。不適切な支出がない  
ように見守っている**

## 82歳、認知症の方：近隣の方の行っておられる援助の実際例を提示します。その3

- ④よく近所の喫茶店にお茶しに行くが、行ったこと忘れて2回行くことがある
- 内服薬の自己管理も不確かで2度飲みすることある
- ⑤料理は自分でしていると書うができるのは炊飯のみ(水加減ができないくらい)
- 作り置きして冷蔵庫においてあるおかずを出し忘れて食べてないことがある。
- ⑥季節に応じた服装を選べない、前後ろ間違えていることあり

知人が1回分づつ箱に入れ、そこからとって飲むことはできる。  
2度飲みすることがあるので、一度に多くは置かないようにしている。

おかずは2日に一回知人が来て、作り置きしてくれて冷蔵庫に置いてくれる。  
その時に、冷蔵庫の中の期限きれの物、傷んだものの整理をする

知人が季節の服を用意して置いてくれる。そこから選んで着ることはできる。  
週1回くらい前後ろを間違えていることがあるので、声かけして着直してもらっている。

（以下略）

## 82歳、認知症の方：近隣の方の行っておられる援助の実際例を提示します。その4

- ⑦テレビに向かって話をしていることがある
- ⑧まれに尿失禁をすることはあるが、自分で交換している。3カ月前に廊下に便が落ちていたり、パンツが汚れていることがあったが、最近はない。
- ⑨足の筋力が低下してきており、動作が不安定で床倒の恐れがある  
(段差のある場所には手すりが設置済み)

認知症の方に対する対応法の原則(本人に悪気はない)ということからスタート)  
危険がないこと、有害でないこと、本人の不利にならないこと  
上記に関してはことさらに指摘したり、注意する必要はない

排泄に関しては、テリケートな問題で心配です。今後として、どうなった時にどう介入するか?などについては、相談できる人や場所があれば安心です。  
⇒近所の経験者や介護士や看護師さん、ケアマネジャー、地域包括支援センター

1年前の左手骨折後リハビリを兼ねて介護保険のティケア(通所リハビリ)を利用中。  
週2回利用しており、足元がしっかりしてきたとお世話に関わりの方の印象あり。

高齢者が住み慣れた地域で生きがいをもち、安心して暮らせるまちづくり

## 地域包括ケア

地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域、その能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び日常生活の支援が包括的に確保される体制

地域包括ケアの構築は、国を挙げて取り組んでいる制度です。

宍粟市でも当地の実情にあつた地域包括ケアを造り上げるために、各領域の代表者を交えて地域包括支援センターをその拠点として協議検討中のところです。

住民の方々は「最後は国が何とかしてくれるはず」とか「今は何とかなっている」と高をくくるようではいけません。

「何にもしてくれないし、どうにもならないくなる」ことが十分あり得ます。

医療・介護・福祉サービスのみでは、高齢化と過疎化のすすむ我がまち宍粟市では高齢者の生活を支え続けるのは困難です

近隣や地域自治会の中で、住民同士の見守りや支え合いが重要です。

地域包括ケアの構築に、多くの宍粟市民の参加を希望しています

（以下略）

## 地域包括ケアを行うための課題(市住民)

高齢者が住み慣れた地域で生きがいをもち、安心して暮らせるまちづくりを成功させるためには、当事者(高齢者)の気持ちと参加が重要です

1. 高齢者が自ら進んで介護予防などの事業に参加しすること
2. 高齢者が日常生活の中で気軽に参加できる場所、  
地域の人のつながりを通して活動が広がるような場所、  
そんな場所のある地域づくりに、傍観者ではなく、積極的に参加すること  

個人としての参加はモチロンですが、ご近所で誘い合い、お声かけをして  
地域の輪の中に居続けてもらうことが大変重要です。  
ご近所の方が、体調の変化に最も早く気づいてくれることも多いと思います。
3. 社会から支えられる側から、少しでも地域社会を支える側になるようにすること
4. 個人としては、健康な方は生活習慣病の予防をしっかりとすること  
すでに病気のある方は、きちんと通院をして、きちんと管理すること
5. 健康長寿のための3つの柱  
①栄養(食・口腔機能)  
②身体活動(運動・社会活動など)  
③社会参加(就業・余暇活動・ボランティアなど)

（以下略）

## 地域包括ケアを行うための課題(介護)

介護保険の本来の趣旨にもあるとおり、要介護者の自立援助に資するに価値のあるサービスを提供するよう努める。

医療との連携などのサービスにおいても重要です。

1. いずれのサービスにおいても、リハビリの視点を忘れない!
  - ・「工夫すればできうこと、少しの介助があればできそうな事など」利用者さん本位または利用者さんの希望の名のもとに、すべて“してあげる”になってませんか?
2. 認知症について、最初の気づき者(発見者)になる可能性がありますが、家人に医療機関に相談を勧めていますか?
3. 口腔ケアについて、サービス利用時以外でも在宅で実施するように家人に声かけはできていますか? 歯科受診を勧めたりも大切です。
4. 社会参加はとても重要なキーワードとなってきています。  
地域での交流、家庭内での役割づくりなどを見据えたサービスの視点を大切にして下さい。

（以下略）

## 地域包括ケアを行うための課題(医療)

病院とかかりつけ医が本来の役割を担うことは大前提として…。

### 病院の課題

- ・家庭介護力の乏しい患者さんの急性疾患の短期受入れ(サブアキュート)。
- ・入院中に廃用症候群を決して起こさない十分なりハビリ。
- ・退院後の個々の在宅生活をイメージした入院中の個別療養指導。
- ・家族の介護(看護)力、介護(看護)協力者の正確な把握が必要。
- ・介護関係者、福祉関係者、ケアマネとの連絡調整。

### かかりつけ医の課題

1. 生活習慣病と同じスタンスで認知症の患者さんの診療を受ける。
2. 訪問診療や訪問看護など在宅医療に対応する。  
在宅看取り(在宅死)の需要に対応する。
3. 健康相談や介護保険の相談に応じる。  
介護関係者、ケアマネとの連携を大切にする。
4. 「フレイル」「ロコモティブ」「サルコペニア」など要介護状態に直結する病態を重要視した生活指導を実施する。

（以下略）

# 地域包括ケアを行うための課題(市行政)

## 1. 医療と介護の連携

医療と介護従事者が相互理解の上、共に協力して働く(協働)

## 2. 認知症施策

「認知症初期集中支援チーム」の編成し訪問支援する

「認知症地域支援推進員」の設置し、増員していく。認知症カフェ

## 3. 地域ケア会議

問題を抱えた高齢者個人が適切なサービスを利用できるように、様々な業種(医療・介護・自治会・ボランティア団体等)の関係者が一同に会して、支援方法を考えることで、わが町の課題を発見し、地域に必要な資源の開発や地域づくりを行い、さらには介護保険事業計画(政策形成)につなげることを目指す。

## 4. 生活支援

「住まい」「見守り」「交流の機会」の確保

生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)による生活支援サービス充実、ボランティアによる生活支援、介護予防の担い手の養成・発掘など地域資源の開発や地域のニーズと地域支援のマッチングなどを行う

## 5. 介護予防

「要介護状態の発生をできる限り防ぐこと、さらに要介護状態であってもその悪化をできる限り遅らせ、さらには軽減を目指すこと」

西日本新聞社

「地域包括医療とこれからの生活様式を考える」

宍粟市民みんなの理解と協力が必要です

住み心地よい故郷



ご清聴ありがとうございました

平成28年5月26日  
垣尾内科クリニック 垣尾武志

