

第2回あいちの地域包括ケアを考える懇談会 議事概要

- 日時：平成 25 年 3 月 26 日（火） 午後 2 時から午後 3 時 30 分まで
- 場所：愛知県白壁庁舎 5 階 第 4 会議室
- 出席者：（委員）20 名中 19 名（鳥羽委員欠席）
（事務局）五十里健康福祉部長、高橋医療制度改革監 他

－ 議事概要 －

1. 五十里健康福祉部長あいさつ

- 年度末の大変お忙しい中、ご出席いただきありがとうございます。
- 本県が昨年 9 月に実施した県政世論調査の結果をみると、高齢期に介護を受けたい場所として、多くの方が「自宅」を希望されている。
- 今後も急速に高齢化が進行する中、県民の皆様が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援サービスを切れ目なく提供する「地域包括ケアシステム」の構築は急務である。
- 今年度は、研究会で 3 回にわたり、「医療と介護の連携」を中心にご議論いただいた。
- また、実態把握のために、県内の医療機関と居宅介護支援事業所を対象に、「アンケート調査」も実施したところである。
- 本日は、これら調査結果についてご説明させていただくとともに、研究会でまとめたいただいた「中間報告(案)」について、ご意見をいただき、懇談会として「中間報告」を取りまとめていただきたい。
- 限られた時間だが、率直なご意見をお聞かせいただくよう、お願いします。

2. 松尾座長あいさつ

- 年度末で忙しい中、多数お集まりいただきありがとうございます。
- お手元の資料 1 の 30 ページをご覧くださいと、年度スケジュールが書かれている。今年度は、懇談会を設置し、調査研究を行い、課題を整理する年となっている。
- これまで研究会という実務部隊で検討していただいたものを基に、本日、これから課題整理・議論を行っていく。委員の皆様には忌憚のない活発な意見をいただき、修正を加えた後、最終案として事務局でまとめ、公表される。
- 来年度以降もスケジュールに従って議論を進めていく。
- 非常に重要な課題についてディスカッションしているので、ぜひよろしく願いしたい。

3. 事務局より資料説明

4. 委員発言要旨

(松尾座長)

- ご出席の委員の皆様全員からご意見をいただきたいが、まずは、研究会で、実務の方で骨を折っていただいた名古屋大学の葛谷教授からご発言いただきたい。

(葛谷委員)

- 「中間報告(案)」について、研究会の参加者で議論をした。
- 「5 課題」が一番重要な部分だと思うが、「課題」中の「(1) 住民への啓発」は、もともと記載されていなかったが、県政世論調査の結果を見ても、住民がサービス自体をよくわかっていないのではないかと、住民に対して再度啓発活動が必要であるのではないかと委員からの意見があり、追加された。
- 「(2) 在宅医療の充実」は、研究会の委員の中に、在宅医療に従事している医師がおり、その委員の方々のご意見をベースにした。在宅医療を実施することを躊躇している医師も多くいると思うが、在宅医療は実はそんなに高いハードルでないということを強調した内容となっている。逆に言えば、住民への啓発だけでなく、医師への啓発も必要と考えている。
- 「(3) 人材の育成」は、前から問題視されていたことではあるが、特に福祉系ケアマネジャーに対する継続的な医療知識の教育が今後も必要であろうということここで掲げている。
- 「(4) 各職種・各機関の関係の強化」は、結局、地域ケア会議がうまく活かされていないことが根本的な問題であると思う。地域ケア会議というのは、本来こういう(連携という)目的を持った会議であるべきである。今回の県の調査では実態は見えてきてはいないが、全国調査では、4分の1の自治体が地域ケア会議を開催していないとのデータがある。今後、地域ケア会議を充実させていかないと、「連携」は全く絵に描いた餅になってしまう。地域ケア会議は今後の最重要項目であると感じている。
- (4)の最後に、行政と医師会のことに言及している。研究会の中でも一致した意見であるが、行政と医師会が動かないと地域包括ケアは前に進まないということで、最後に記載させていただいた。
- 皆様から、ここにさらに追加するような課題があれば、ご提言いただきたい。来年度の実際のモデル構築に向けての提言に活かしていきたい。

(松尾座長)

- この会議では、幅広いバックグラウンドをお持ちの方にお集まりいただいているが、立場によって、現状の認識や将来の課題など、若干認識が異なるところもあると思う。課題の優先順位をつけて実行できるようにしていくことがこの会議の使命だと考えているので、委員の皆様には、調査結果などを踏まえてご意見をいただきたい。

(中井委員)

- 第1回懇談会の時にもお願いしているが、「人材の育成」の「人材」の中に保健師が

入っていないのでぜひ入れて欲しい。

- 今回の調査結果は貴重な内容だと思うが、意識調査は入っているけれど、実態が見えていない。
- 市町村が保健師を活用できていないのではないかということを感じている。
- 福祉系ケアマネジャーに医療知識を持ってもらうという提案がされているが、現実はどこまで医療の知識をつけてもらうかというのがなかなか難しい。
- 保健師は看護師の資格を持った上で在宅を支援する資格である。職種として本来、福祉と医療をつなぐ役割だと思っている。しかし、現実はあまり活用できていない。医療・福祉の中立的な立場、それから、行政の理解もできる立場として、情報を共有する中心的な立場になれるかと思う。
- 今後検討していく愛知モデルでは、なるべく地域に密着した形で中枢的な役割を取れるという意味で、例えば地域包括支援センターにそうした役割の保健師を置き、そうしたところが中心になって、中学校区できめ細かな連携が取れる形になるとよいと思う。

(大石代理人)

- 県医師会で地域包括ケアを推進する委員会の委員長を務めている。
- 各市町村がまだわかっていない。危機感がない。
- 今週土日に、日本在宅医学会で「多死社会への対応」がテーマ。
- 高齢化すれば亡くなる方も多く、なおかつ救急搬送も増加する。愛知県は今後、救急搬送が4～5割増える。そうすると、救急病院は看取らなくなってくる。療養型病院はもうすでにたくさん看取っている。増えてくる高齢者をどこで看取るのか、ということが大変なテーマになり、今回日本在宅医学会でも議論するのだが、こうしたことについての記述もしっかり押さえてほしい。
- 特に、どこで、誰が看取るのかという点について全く決まっていない。介護施設や在宅で看取りをやるしかないと思うがそれについての記述を入れて欲しい。

(松尾座長)

- 今、行政の話が出てきたが、以前、この懇談会の上にある顧問会議でも、「地域包括ケア」というのは、「地域」という言葉が入っているように、地域でやるものであって、地域でやるときに行政の働きや役割が非常に大きいということであった。この中間報告書(案)や、先ほどの中井委員の発言をお聞きしても、行政の動きや状況認識がなかなか不十分ではないかという意見があったのだが、今日は行政の方も出席されているので、そのあたりはどうなのか聞かせてほしい。

(津下委員)

- あいち介護予防支援センターにおいて、地域包括支援センターの研修会や、地域包括ケアの強化事業として、地域ケア会議を市町村で円滑に営めるように専門家を派遣する事業を実施している。今のところ、16市町村22回出向している。

- 津島市南地域包括支援センターでは、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の多職種が、一つ一つの事例について多方面からどういうケアが良いかを話し合う会議ができつつあり、67名が参加している。また、江南厚生病院は、行政の対応がバラバラだということで、複数の市町村を集めて地域でどう体制を組むかという話し合いが始まっており、そこに私どもセンターの職員を派遣してサポートをしている。
- 資料6にあるように、「地域包括ケアシステムの構築方法がわからない」と多くの市町村が書いている段階は、ここ2～3年で解消すべく動いている。活動が活発な自治体で勉強し、それを広げるということで動き始めている。
- 資料1にあるように、多職種連携の中で一番大事なことは、顔の見えること。一つの事例について、社会福祉士、看護師等、それぞれ見方が違うので、どちらが大切という話ではなく、多職種がフラットに話せる会議が必要だと感じている。困難だと感じている理由は、相手が時間がないとか、相手の様子がよくわからなくて「困難だ」と感じていることが多い。「場づくり」ということで、地域ケア会議を一つのエンジンとして進めていく必要があると強く感じている。これを、研修や実地訪問で支援することを強化していかなくてはならない。
- こうした資料は研修の材料としても貴重だと思うので、私どもも資料を活用させていただく。
- 資料の中で、「住民あたり何箇所」というデータがあるが、人口10万対ではなく、面積というか、カバーが本当にできるのか、密集地帯と過疎ではずいぶん違うので、どのぐらいのキャパシティがあってどこが足りなくてどこが余分になっているのかを明らかにしてほしい。愛知県の中での実際の「格差」を見える化していくことが必要。
- 家族への教育というか、医療や介護だけに任せきれないという現実を県民が知る必要がある。医療・介護任せで高齢者が見えなくなる。高齢者が安心できる社会を愛知県は作るんだということを子どもたちから高齢者まで、すべての人たちにきちんと伝えていくことも併せてやっていく必要がある。
- 多職種が関わるからこそ、高齢者が多様な生き方をすることができると考えているので、顔の見える関係づくりのスキルを介護予防支援センターとして、提供していきたいと思っている。

(松尾座長)

- すでに国のモデル事業（在宅医療連携拠点事業）でやっている所もあるし、予算がつかなくても独自にやっている所もあると思う。愛知県は国のモデル事業で4か所ある。
- 行政がアクティブに動いている所はよくできている。行政が動くとは相当できる。もちろん、行政だけではないけれども。そういう典型的な例もあって、これからやろうと思っているところが、「こうやればいいのか」という先達があると非常にやりやすい。
- 「地域ケア会議」の顔の見える関係づくりを定期的を実施していったら、何かあった時にすぐ頼めるとか、相談できるというような、ただ会議を開催するだけではなくて、何かファンクションがあるといい。

(下郷代理人)

- 「課題」のところで、地域包括ケアの提唱者の慶応大の田中滋先生の意見が最近少し変わってきている。「リハビリテーション」という言葉が図の中に入ってきていて、「介護」と「リハビリ」の提供を地域包括ケアの中に入れるべきだということ。この「課題」の中には、「リハビリ」という言葉が入っていないので、介護を提供すると同時に、何らかの形で「リハビリ」を地域包括ケアに含める必要があると思うので、「課題」に入れてほしい。
- 多職種連携や地域ケア会議がなかなかうまくいかない理由は、誰が音頭を取るのか、誰が中心になるのかが決まっていない。一人の患者が中心になって、多職種で関わるというのは理想だと思うが、やはり誰かが中心にならなくてはならない。医師が中心というのは諸外国から考えても難しいので、看護師が中心になるべき。医療的なことは医師が意見を言うべきだが、全体をまとめるのは看護師がよい。そのためには、訪問看護ステーションがよいと思うが、今の訪問看護ステーションはあまりにも規模が小さすぎる。最低でも10人いないと看取りが難しい。諸外国でも、大きな看護師の人数でもって在宅のケアをしている。今後、愛知モデルとして、訪問看護ステーションを中心とした地域包括ケアシステムをつくるとうまくいくと思う。

(岡田(温)委員)

- 愛知県老人保健施設協会として出させていただいているが、多分に個人的な意見をお許しいただきたい。一つは、本来の老健部分についてだが、全国の老健組織においても、リハビリ、特に維持期のリハビリについてイニシアチブをとっていきたいということも明言しており、それなりのプロジェクトを作りつつあるので期待してほしい。
- 個人的な意見としては、先日の在宅医療のリーダー研修にも参加した。モデルとしては、立派なものが随所にできつつあるが、それを地元を持ち帰って、地元の医師会長と話しても、すぐに出てくる言葉は、「午前0時から午前8時までの時間をどのようにケアするのか」、「その時間は誰が責任をとるのか」、今の診療所の医師の多くは、診療所と家が離れている場合で、例えば診療所は南区で自宅が瑞穂区の場合、それは地域と言えるのか。そういう問題が責任問題とも絡んで、まだ解決しなければならない問題が医師会内にも山積している。そういう所の交通整理をしっかりとお願いしたい。
- 地域ケア会議は、個々の組織の集合体として、代表が集まって会議をする場となっているが、活動報告だけで時間が過ぎてしまい、実際に次の課題や次への進め方がなかなかできていない。その原因は、共有している地域資源の質等がいかなるものかについてのデータや情報がないので、これは、行政で把握をして、情報を集めてほしい。そのデータをもとに、会議の場で次のテーマを作り、個々の課題解決する順番を構築したいと考えているので、サポートをよろしくお願いしたい。

(松尾座長)

- これだけたくさんの職種が集まっており、かつそれぞれの事情や地域の特殊事情もあるということで、当面は、現実から出発するしかないので、今あるリソースを活かし

ながら少しでもよくしていくという視点が一つと、もう一つは、今後の愛知県の高齢社会にどう対応するかという、「ビジョン」もあるとよい。「ビジョン」に向かって、5年先、10年先にどう変えていくかという議論も同時にしていかなないとなかなか夢がないということで、両方必要かと思う。

(山田委員)

- 訪問介護やデイサービスなど多事業でやっている。天白区でも「地域包括ケア推進会議」というものがある。構成員は、だいたい同じだが、老人クラブ、婦人会、施設系、理学療法士、作業療法士、他業種にまたがった委員で構成されている。
- 昨年モデル地区を決めている。第1回は山根学区、第2回は相生山学区、ここは限界団地で、独居の方が多いので、そこから見えてくるものは何か、これから期待したい。
- その中で、ユニークな意見としては、「コンビニを巻き込め、銀行を巻き込め」という意見。巻き込みをどう図っていくか。それはあくまでも「日常性」である。緊急時の対応ではなく、日常的に予防につながることで、その人を見守ること、そういう地域共同体をつくっていかないといけない。暮らしの共同体が崩壊した現在なので、「共同体」とはどういうものかを考えていきたい。中学校区という考え方もあるが、小学校区を対象範囲とすべきと考える。
- 面積となると、広い中山間地でどのように地域包括ケアを行うのかという片方のモデルと、都市部の限界団地における地域包括ケアはどうあるべきか。都市部の場合、人材という資源は多くあるが、「隣は何をする者ぞ」というか、日常的なつながりが薄い。モデル地区を見ていきながら課題を整理していく必要がある。

(太田委員)

- 県民世論調査で、思いと現実の違いをつくづく感じた。介護を受ける場所として、自宅を希望する者は42.2%、しかし現実には特養ホームや介護保険施設になると思うと答えている者が35.5%だった。また、自宅で介護を受けられない理由として8割近い方が家族の負担を挙げている。
- こうした状況をふまえれば、特養ホームを拠点にした地域包括ケアを推進していくべきである。
- また、多くの県民が特養ホームを「お預かり施設」だと思っているとしたら、その固定観念を改めるためにも、もっと特養ホームの施設機能について啓発していくべきだ。
- 今や特養ホームは自立支援を目指し、おむつを外し、認知症ケア・リハビリ・看取り介護などを実践し、在宅介護の支援機能としても欠かせない位置づけにあると思っている。
- また、医療連携では、医療・看護・介護の守備範囲や医行為の緩和、介護福祉士にも看護領域の基礎部分を担わせる拡充も必要ではないか。
- 「地域を支える拠点施設」「在宅介護の支援機能」として、特養ホームが果たすべき役割は十分にあり得ると思う。

(松尾座長)

- 私は腎臓専門だが、透析患者は30万人を越えており、平均年齢70歳、透析に入る年齢も68歳、69歳ということできわめて高齢化しており、透析センターに通えない人も多い。病院に入院しっぱなしだと医療費も2倍以上はね上がるので、解決すべき問題はいろいろある。他にも、在宅酸素の方とか呼吸不全の方を在宅でどう見ていくかという問題もある。
- 家族がケアできることを看護師がやると点数が取れないなど、画一的になっているところもあるので、そういう課題もある。
- 高齢者の方は、複数の疾病を抱えている方もいるが、そういう方を地域でどう見ていくのかという問題もある。

(大石代理人)

- 地域包括ケアというと、介護保険対応の高齢者が対象ということが多いが、難病、障害者、重症心身障害も地域包括ケアのシステム中にぜひ入れていただきたい。
- 資料1の26ページに「在宅医療は決してハードルが高いものではない」と書かれているが、前提条件として、24時間訪問看護ステーションの看護体制がしっかりしているということがある。看護体制がしっかりしていれば、夜もそれほど呼ばれることはないし、看取り以外にはほとんど呼ばれることはない。ただ、このように書かれていると、24時間やっていない訪問看護ステーションを使っていると、苦勞している医者もたくさんいると思うので、前提条件があるということをご承知いただきたい。

(松尾座長)

- そのあたりは、書きぶりの工夫が必要かと思う。

(小川代理人)

- 前回の懇談会で、県歯科医師会の渡邊正臣会長が、「歯科では訪問歯科診療をどんどん充実させていく」という発言をさせていただいたが、資料1の11ページの表で、在宅療養支援歯科診療所が139件となっているが、今年3月1日時点では225件(5.5%)となっており、全国もおおよそ5%。在宅療養支援歯科診療所は増えている。
- 最期まで、在宅におられる方が口から食べられる幸せ、QOLを高めていただきたいということで、歯科医師会の方も取り組んでいる。
- 地域包括ケアシステムにおける多職種連携は、各市町村での活動によるところが大きい。
- 平成22年度から、「在宅訪問歯科診療連携室事業」を各地区歯科医師会で実施している。県歯科医師会44支部のうち、31支部で連携室が立ち上がっている。
- 地域包括支援センターや訪問看護ステーションから地区歯科医師会に声かけしてもらえれば、在宅または施設の介護者の方への口腔ケアの対応をほとんどしていくことができるまでできている。

(鈴木代理人)

- 愛知県看護協会が言われるように、保健師は地域において有効な社会資源であると考えられる。行政の保健師に期待したい。
- 地域包括ケアは、医師会が中心となって推進されていくと思われる。在宅医療に至る前の患者の主治医の先生も、例えば津島市の在宅医療連携拠点事業で行われているような多職種による事例検討会等に参加し、地域を盛り上げてほしい。
- 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業の地域リーダー研修に薬剤師会も参加した。地域で多職種による事例検討会等のファシリテータができるよう、フォローアップ研修を行ってほしい。
- 県政世論調査では、「介護を受ける場所の希望」の回答で、1番は自宅、2番は介護保険施設、3番が有料老人ホーム等である。しかし、医療保険や介護保険では1番と3番が「在宅」という同じくくりである。例えば、居宅療養管理指導の場合、「同一建物居住者以外」と「同一建物居住者」という別の点数になっているので、今後分けて集計をすると、県民の意向に合うデータとなるのではないかと。
- 薬局は、一般用医薬品やおむつの販売等、県民の皆様が足を運びやすい場所である。この特性を活かして、介護予防の窓口としての機能を検討していきたい。
- 介護支援専門員の医療知識向上が課題に挙がっているが、現場で医療関係者と連携することで解決できることもあるのではないかと。介護支援専門員が薬で困ったら薬袋に記載のある薬局に相談してください、と介護支援専門員研修で説明している。
- 愛知県薬剤師会のホームページに「在宅医療受入薬局リスト」があるので、訪問薬剤管理指導を行う薬局を探す際に参考にしてください。

(熊谷代理人)

- 「課題」にあるように、ケアマネジャーの医療の知識は、勉強してもなかなか得られるものではない。研修の中でも、連携というか、いかにさまざまな職種の方へ声をかけることができるかを課題として、今後も伝えていきたいと考えている。
- 地域で行われる実践的な研修等でケアマネジャーを育ててほしい。

(伊藤委員)

- 通常の開業医の立場からすれば、医師は、圧倒的に数が多いのと、市町村の津々浦々までいるため、地域包括ケアシステムの中では、理屈の上では相当の役割を果たせると思う。
- ただ、現実的には、地域包括ケアシステムという新しい枠組みができ、開業医に対してこれを「やれ」という話になってもなかなか現実には動かない。
- 通常の外來診療や往診・訪問診療の依頼、地域の予防接種、学校医など大きな負担に加えて、地域包括ケアの業務が加わるとなると、介護の方からいろいろ言われても対応しきれない。この患者に何が必要か、を介護・看護の関係者と相談して決めていくのはいいが、最終的な要望が全部集まってしまうとパンクしてしまう。
- やるべき優先順位は何かということ常々考えながら患者を診ているので、限られた

時間、限られた労力、診療所の看護師等の働ける状況を考えながらやっているのに、介護の方からするとどうしても医師の協力が足りないのではないかと、医師会は何をやっているのかということになってしまうかもしれない。

- 医師が動きやすいようなシステムにしていかなないと、連携が切れてしまう。枠組みや制度設計を考えてほしい。

(松尾座長)

- 医師会を弁護するわけではないが、私は「地域医療連携のための有識者会議」の座長もやっており、そこでは主に救急のことを話し合っている。愛知県は比較的全般的には状況は悪くないが、地域によっては相当厳しいところもある。いわゆるウォークインの患者、通常の風邪、腹痛、発熱などの患者は、なるべく地域の休日急病診療所に行ってもらおう。ここは主に開業医の方に主力でやってもらっており、非常にうまくいっているところも複数ある。中には、病院が救急ができなくて困っており、医師会が病院に入り込んでいいる所もあり、医師会も非常に協力していただいている。協力していただけたというのは、地区医師会で集団で取り組んでいただけたというのが大きい。
- 在宅でも、個人でやっていたらとてもできない。毎日診療があるのにバラバラ往診が入ってくることはできない。医師会でも考えていただいているとは思いますが、5年後、10年後を考えた時に、今のままでやっていけるのかを考えることも重要だと思う。

(津下委員)

- 介護側から医師にどういうことを役割としてお願いしたいのか、医師とのつきあい方を地域包括支援センターの担当者に対しての研修の中でもう少し明確にしていくことが必要だと思う。ただ、医師に「会議に出てくれ」とか、役割がわからない状況での発言はなかなか厳しい。介護予防支援センターとしては、介護側にも医師とのコミュニケーションのとり方の学習が必要だと思うので、それをやっていきたい。
- 施設の介護も非常に重要だが、施設に高齢者を預けっぱなしになっていて、高齢化の現状を知らない、だからあまり危機感がないということがあると思う。これからは、開かれた施設、高齢者の事を皆で考える場所として、例えば、危機感の少ない行政職員が見学したり、ボランティアなどを受け入れて住民と考えていくなどの機会を作っていただけるとよい。

(尾之内委員)

- 資料1の31ページの地域包括ケアシステムのイメージ図で何となく違和感があるのは、いろいろな人の話を聞く中で、専門職や現場の人たちだけでいろいろな事がつくられて動いているように感じていて、ぜひここに「生活者」ということで、地域に住んでいる人を入れて欲しい。
- 家族会として市町村と関わっているが、これまで交流会で関わらせていただいても、「来月からは地域包括支援センターがやるから」と切られてしまいがっかりして

しまうことがある。

- 住民にも、当事者として蓄積してきた力があると思うので、住民が持っているいろいろな力が位置づけられた地域包括ケアシステムがつくられるとよい。

(松尾座長)

- 言い足りないことがあれば、事務局へメールしてほしい。
- 加筆修正後、委員の皆様にも再度見ていただき、まとめる。

(以上)