

第1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24年6月12日（火） 午後3時30分から午後5時30分まで
- 場所：愛知県東大手庁舎 4階 408会議室
- 出席者：（委員）20名中18名（鳥羽委員、八木委員欠席）
（事務局）大村愛知県知事、五十里健康福祉部長 他

－ 議事概要 －

1 大村知事あいさつ

- ・ お忙しい中「あいちの地域包括ケアを考える懇談会」の委員就任及び出席を賜り心より感謝。
- ・ 皆様のお力をいただきながら、地域包括ケアの愛知モデルを作っていきたい。
- ・ 本県は、都市部、山間部と地域差があるものの、全国の中では比較的人口構成の若い人が多い県だが、それでもまもなく超高齢社会へと進む。介護保険制度の改正により、介護の課題として、介護予防そして認知症が取り上げられた。また、今後特に都市部では団塊世代が一気に高齢化していく。介護の体制整備は、三大都市圏の課題である。
- ・ 今後、団塊の世代の方々が後期高齢者になる2025年を見据えると、今からしっかりと体制整備をしていくことが重要であり、愛知と名古屋が一緒になって、介護の体制を整えることが重要である。
- ・ 住み慣れた地域で暮らしながら、介護サービスや医療サービスが切れ目なく提供されるような体制をつくっていきたい。
- ・ 是非、皆様方のお知恵をお借りしながら、全国に愛知モデルを発信していきたい。介護の主体は市町村であり、医療については計画を作っている県に責任があるので、市町村と県を中心に介護と医療の連携を進めていきたい。
- ・ 委員の皆様には、この懇談会で率直なご意見をお聞かせいただき、全部できるとは限らないが、長期を見据えた愛知モデルの提言をしていただきたい。

2 松尾座長あいさつ

- ・ 私は3年前から、特に急性期医療について愛知県のグランドデザインを作るための「地域医療連携のための有識者会議」の座長を務めさせていただいている。既にグランドデザインを作って色々実施しているが、その当時から、患者にとって、在院日数を減らす方向にあることから急性期以後の状況が大変であり、今後急速に増加する高齢の方々を、在宅に入るのか、施設に入るのか、これがスムーズに流れないと、患者もストレスであるし、アウトカムもよくない。したがって、包括的なサービスについて、一連の流れを作っていかななくてはならないとの問題意識を持っており、そのような経緯から今回の座長の話があったのかと思う。

- ・ 先ほど、知事もおっしゃったとおり、高齢化社会の課題を克服するために、我々はどうすべきか、愛知の地からモデルとして提唱し、プランを作り、いかに実行するかを、懇談会で議論したいと思っている。
- ・ 今回は第 1 回目ということで、皆様の忌憚ないご意見をお聞かせいただき、第 2 回につなげていきたい。

3 事務局より資料説明

4 委員発言要旨

(津下委員)

- ・ 地域包括ケアを考えると、自宅で暮らすことは、入院できない、施設がないといった引き算の発想から出てくるが、是非積極的に捉えてほしいと思う。本人にとっては、自宅の方が施設より自由度があり、自分のやりたいことができるので、それを地域で支える仕組みが重要。その中で、どこまで医療、介護、保健、そして民間サービスも活用しながら、自立した生活できるか考える必要がある。現状は、退院するときに住宅の制限のため、在宅での生活が失われている。
- ・ 医療と介護の情報連携をどのように進めていくか。海外先進地では、情報の共有システムがあるが、高齢者にとって、自分の地域にどんなサービスがあるかを的確に知ることが重要。
- ・ また、高齢者も介護に依存しない姿が重要で、本人ができることを支えるよう、ケアマネジメントにおいても、そういった視点が必要と考える。

(松尾座長)

- ・ 公的サポートと民間サポートをどう使い分けるかという問題意識が提起された。また、連携については、日本のシステム上、医療と介護の情報は一元化されていない。そして、自立の精神、文化ということが重要との発言であった。

(岡田巖委員)

- ・ ケアマネジャー及び地域包括支援センターの立場として、高齢者や家族の相談から感じていることをお話させていただく。知事が言われた住み慣れた地域で暮らすという視点からは、地域づくりが重要。
- ・ 生活の課題としては、お金、住まい、健康、生活介護等の不安があるが、それを支えるのが、地域包括ケアシステム。私は、市町村が主体と考えており、地域包括支援センターを中心に、それぞれネットワークを作って取り組んでもらいたい。お年寄りや家族は継続したサービスを受けたいが、医療サービス、介護サービスも相談窓口がそれぞれで途切れてしまうので、ネットワークが必要である。地域包括ケアシステムの成否は、このネットワークが構築できるかどうかにかかっている。

(松尾座長)

- ・ 顧問会議でも、高齢期になると、時間の長さからも主体は介護になるといった話があった。
- ・ 医療は市町村を超えた広域で行われているが、地域で支えるといったとき、自治体（市町村）の役割が重要である。

(伊藤委員)

- ・ 顧問会議で、主治医との連携がとりにくいという意見が出たようであるが、連携の仕方には、色々なパターンがあり、どういう状況を称して足りないといわれているのかを示していただければ、対応できると思う。
- ・ サービス調整会議について、ケアマネの方に時間を設定して出席の依頼をいただいているが、忙しくてなかなか出られないことはある。連携の方法についても、電話や文書、ファクスは通常にやりとりしているし、メールでも対応できる。連携がとりにくいというその中身について教えていただくことで、医師会での調整も可能と思う。
- ・ 連携はきれいな枠組みの流れになっているが、問題の発生はその流れの中でというより、連携の枠組みの外でスポット的に発生している。高齢社会では、老々介護や単身高齢者が増えていくことで、急に介護の必要性が出てくる可能性がある。医療の前の段階でも介護保険をはじめ多様な社会資源を利用する知識がない場合があるので、それらの利用に対する啓蒙を行う必要もある。
- ・ また、保健師の数を5倍にすれば、介護や医療が必要になる前の掘り起こしができていくという議論も聞いている。

(伊藤代理人)

- ・ 在宅療養支援診療所について、愛知県での登録は650くらいであるが、実際の県医師会ネット上は約350カ所しかなく、確実に24時間対応できるところはさらにその3割くらいである。連絡会としては実際に24時間体制を採っているところをもっと増やしたいと考えている。
- ・ こうした在宅をやっている医師は、既に介護との連携をとっており、連絡ノートやネットでも行っているのも、壁はないと感じている。
- ・ むしろ病院と診療所の連携について、大学病院や基幹病院は対応してくれているが、退院カンファレンスしていない病院（特に公立病院）を何とかしてほしい。
- ・ 市町村による差もあって、大府市では、ちょっとした手伝いをシルバー人材センターやNPO等しっかり対応してくれているが、そうでないところは、我々医師がおむつ交換までしている。そういった共助、互助がしっかりしていないところは、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などの施設志向も強くなっている。
- ・ 特に中流階層では施設志向が強くなってきており、訪問診療を行っている家庭としては、経済的に豊かな世帯と貧しい世帯の2極化も進んでいる。
- ・ 都市部周辺に存在するエレベーターの付いていない公団住宅、この高齢独居や老々世帯化か

らの限界団地をなんとかすることができないかと考えている。厚生労働省も調査を始めたが、まさに今限界団地の対策が必要ではないか。

(松尾座長)

- ・ 昨年度、国民皆保険 50 周年ということで、厚生労働省から様々な資料が出て、今後高齢者の単身世帯、高齢者夫婦のみの世帯が増大するということだが、それは今の話にあったことや各地で起こっている悲惨な事件等が、一部ではなく現実にこれから増えるということであるし、どう救うかという課題が出てくる。

(山田委員)

- ・ 私はこれまで色々な活動をしてきたが、もともと建築をやっていて、まちづくりの視点でやってきた。現在は障害者や高齢者をみている立場として、今お聞きしていると、地域包括ケアはアフター（病気になってから）のものと感じる。暮らすということは、日常どのような生活視点で暮らしているのかということ。
- ・ 私が関わっている名古屋市天白区では、関係者による地域包括ケア推進協議会があり、ドクターが座長で、民生委員、婦人会、薬剤師、歯科医師、ケアマネ、介護事業者など関わっている。
- ・ 地域包括ケアとは、関係性の問題ではないか。日常的に、どういう住民が、どういう関係にいるのかということが重要。核家族化の問題や、集合住宅にしても、隣は何をする人ぞ、で関係性が希薄で事件も起きる。
- ・ 病院から出てどうしよう、介護を受けてどうしようというより、その前の段階。昔のような毎日来て心配してくれる町のつながり、病院を出る前からの人間関係が必要である。
- ・ この懇談会では、日常性を入り口にしてもらいたい。つまり地域包括ケアは、病気になる前、ビフォーの段階から考えてもらいたい。その後、皆様の専門性を生かしたケアを考えてほしい。

(松尾座長)

- ・ 論点 1 のまちづくりについては、顧問会議でも高齢社会になった時にどういうまちに住みたいか、人と人との関係はどうあるべきか、どうあれば安心できるかといったご意見があった。

(中井委員)

- ・ 医療と介護の連携での看護師、保健師といった看護職の役割は、戦前から公衆衛生看護婦等、病院だけでなく各家庭に入って生活支援を行ってきた。介護という言葉が出る前は、看護師が地域に入って、療養支援と合わせて生活支援も行ってきた。
- ・ 訪問看護ステーションも保険制度がない時代からやってきたが、看護職の役割として、医療と介護の連携においても病院の退院調整やケアマネとの調整など連絡調整を担っている。

- ・ 地域包括ケアでは、様々な職種が様々な役割を果たすべきであるが、看護職は医療だけでなく、生活支援も行ってきた経験が生かせる。
- ・ 保健師の役割も保健所（行政）と在宅をつなげるといった仕事であり役割は重要であると思うので、保健師をもっと活用したシステムをつくってほしい。
- ・ 論点1のまちづくり、地域づくりでは住まいの話もあったが、移動という視点がない。時間のロスもあるし、診療報酬もつかないし、医療側、患者側にとってストレスとなるので、交通手段の視点も入れて考えてほしい。地域の方々の「移動」も大きな課題である。

(下郷代理人)

- ・ 厚生労働省がなぜ、地域包括ケアを考え始めたのか。これは、病床数、平均在院日数を減らして医療費を削減するという医療制度改革において、療養が必要な方を在宅に返さなくていけなくなったために考え出された制度である。
- ・ 地域包括ケアシステムと切れない関係は介護保険制度であり、介護保険等システムに載せないともわっていかない。絵に描いたもちにならないよう、県がお金を出す必要があり、しっかり責任をもってほしい。
- ・ 顧問会議の論点では、認知症の項目がない。認知症の重度の方を地域でみるのは大変である。地域と施設が両輪になって受け入れるようにしないと、地域に何でも返すようでは地域が崩壊してしまう。

(松尾座長)

- ・ われわれは、まず、いい絵を描かないといけない。そして実行するため、国や県に政策提言等をしないとけない。さきほど申し上げた地域医療連携においても、愛知県で提言した後、国が地域医療再生基金を創設し、内容としては愛知県の提言が盛り込まれたものだった。もちろん提言が有効であるといった検証はしないとけない。

(太田委員)

- ・ 地域包括ケアについて検討していただく際には、施設から在宅へという流れでなく、施設も在宅も必要という観点から考えてほしい。厚生労働省の絵には、特養や老健がない絵もある。
- ・ 4月からの24時間巡回サービスが始まったが、未だに特養の待機者数は全国で42万人いる。特養では中・重度者を受入れているが、その人達を在宅でみることが本当にできるのか。施設はハコモノでなく、あくまで機能であり、特養機能を本当に地域で担っていけるのか。
- ・ 地域包括ケアを全て介護保険制度で担おうとすれば、利用者の保険料は高くなり、このシステムは高コスト体質であると言わざるを得ない。
- ・ また、高齢者の4割近くが独居となったとき本当に地域で支えることができるか不安である。
- ・ 24時間巡回サービスも、できたとしても1日に4回程度であり、それでは事業所の採算が合わない。きちんとしたサービス体制にしないと、地域で重度者を支えていけない。

- ・ また、今後認知症の方が 600 万人になっていくとの推計があるが、どうやって地域で認知症の方を支えていくのか。特養なら認知症の専門ケアが可能だが、やはり地域包括ケアでは認知症を支えていけない。
- ・ 地域包括ケアシステムには、非常に多くのマンパワーが必要であり、介護人材確保が大きな課題である。

(尾之内委員)

- ・ 認知症の家族支援の立場として思ったのは、資料 3 の 5 ページでやっと家族支援という言葉が出てきたが、家族支援を一つの社会資源としてみていない。24 時間の 1 日の中で、受診やデイサービス以外の時間は、家族が担っている。その家族を支えるシステムの充実が必要。介護者がゆとりを持てるよう支援することでいい在宅システムができる。
- ・ 私たちの会では、介護経験者が活動を支えているが、介護の経験の蓄積は財産であり、電話相談等を行うなどシステムとして機能しているし、介護の支援者を生み出すことになる。今は、まだ家族は支えるもので止まっているが、それをもう一步踏み出してもらい、家族の経験を財産として捉え、介護を支える機能としての視点も入れてシステムを考えてほしい。

(伊藤代理人)

- ・ 施設と連携がうまくいかない要因としては、認知症の初期の混乱期と、後期の混乱期といった家族への手助けが最も必要な時期に施設が使えないこと。この時期に、もっと施設がうまく利用できればと思う。
- ・ 要介護 5 の人が施設に入っているが、その方々は逆に手がかからない。施設はそれよりも前段階の人を受け入れていただきたいし、もっと地域に開かれたものであってほしい。

(田川委員)

- ・ 介護保険制度が導入された時に比べると、地域や家族の変容つまり、高齢夫婦世帯、高齢単独世帯の増加があり、これを支えるために在宅医療を進めるといった新たな課題も出ている。
- ・ 地域包括ケアを進めるにあたっては、地域の再生、家族への支援が不可欠である。資料では、高齢者に視点がおかれているが、コミュニティの視点（子育て支援、若者の就労支援等）が必要ではないか。
- ・ 地域で多世代が共生できる仕組みをつくるためには、住民主体でまちづくりする視点が必要。厚生労働省も住民活動に着目しており、介護保険料等今後増えていくことを考えれば、全体の世代での視点を入れてほしい。

(浅井委員)

- ・ 資料には、薬の話が入っていないが、医療にかかる人は、99%薬を使っている。薬については、必ず薬剤師が係わるべきである。

- ・ 地域包括ケアシステムの検討にあたってはインフラ整備を考えていくことになると思うが、そのための法整備が遅れていると感じる。医薬品を取り扱えるのは、薬事法上薬局しかできない。
- ・ 医療と介護を一緒に行うのは個人的には難しいと思うが、関係するメンバーがそれぞれのシステムを変えていくということになれば、そういった法整備も考えていく必要がある。

(松尾座長)

- ・ 地域包括ケアを考える際には、現実に医療や介護における壁や法的縛りがあって、こういった規制緩和が必要かということも大切である。

(葛谷委員)

- ・ これまで、在宅に復帰する流れにおいて地域と大学病院との連携はうまくいっていなかったが、名大病院ではそれを改善し、院内の地域医療センターでは退院支援を年に約 900 件行い、必ずカンファレンスを行い、加算を取れる体制を整えている。
- ・ 私のところは高齢者が運ばれてくるが、退院のために地域のケアマネやかかりつけ医と連携している。これまで連携に係わってきた立場としては福祉との連携は困難であるとはあまり感じていなかった。私としては、連携の中で、介護士と薬剤師、管理栄養士など、他の職種とどう関わっているのか知りたい。愛知県では、あまり関わっていないのではないか。
- ・ 厚労省の地域包括ケアのイメージ図では、住まいが根本にあるが、そう簡単に家を建替えることはできない。UR の老朽化なども大きな課題であり、千葉県柏市でも UR と東大が連携してプロジェクトを進めており、1年2年では難しいだろうが、長期的にみて、そういったところも入るべきだと思う。
- ・ ケアマネが、医療と介護の連携のキーパーソンと考えている。昔は医療系のケアマネが多かったが今は福祉系が多いので、彼らも医療の知識を勉強したいと考えているし、ケアマネの教育は最重要課題と考える。

(津下委員)

- ・ 三点申し上げる。一つは、連携。私共の介護予防支援センターでは、全市町村の地域包括支援センター職員を対象に研修を行っているが、地元の医師会と顔が見える関係を作っていくよう話をしている。医療との連携と言っているが、どういうことを求めているのか。どんな情報が欲しいのか具体的に聞くこと。会議に来てもらうだけではいけない。共同で仕事をする中で、実感としてつかんでいくことが必要。
- ・ また介護の側からすると、医療側からの言葉がわからない。例えば、急性期の病状まではわかるが、生活支援をするときに、何が必要か、何に気をつけないといけないかという介護側が欲しい情報が何かを伝えられていない。それぞれの役割や、こういった情報が欲しいかを整理することが必要。既にうまくいっているところでのコミュニケーションの仕方を広めて

いったらどうか。

- 二つ目は、老いの準備を社会で進めていくこと。介護予防支援センターでは、これからどう共に支えあっていくのか、高齢者だけでなく、家族、若い人、子ども達への教育を重要と考えている。
- 三つ目は、地域特性。施設が充実している地域と、在宅が進んでいる地域と様々。東三河山間地域だと、在宅をしようとしても高コストになる場合もある。要介護率と県営住宅の状況などデータの見える化をすることで、市町村単位で議論できるよう情報提供や場の提供をすべき。

(渡邊委員)

- 論点整理や議論の中で、食べることが議論されていない。介護される方の気持ちを考えるべき。食べることで食べられることが生きがいと感じ、口から栄養を摂ることは健康にも重要な要素であり、口腔管理をしっかりとすることで合併症がなくなる。歯科医師会では、訪問診療を積極的にやっていきたい。
- 地域包括ケアにはマンパワーが必要であるし、まちづくりの視点については、地域特性を考えるべき。
- 健康寿命と平均寿命の差が10年近くあるが、その間をどう人間らしく生きていくかについて考えれば、最後まで自分で食べるということは重要な要素である。

(神谷委員)

- ホームヘルパーの立場として、薬のことが気になっている。1人暮らしの認知症の方に3ヶ月分の睡眠剤が病院から処方されているが、ヘルパーによる管理が難しく、それでいいのかと感じる。
- また、食べることについても、4月の介護報酬改定で生活援助の時間が、60分から45分に減って、食べることの支援についてケアマネが係わるのが難しくなり、食べることについては配食サービスを利用する人もいるがお弁当を残されて食べない方も増えている。その人らしい生活を送るには、食生活は大切だと思う。
- 70、80代の高齢者が100歳の親の介護を担っている老々介護世帯は、今後増えていくということであるが、夜間もあり大変であり、支援体制が重要。
- また、たん吸引について、介護職ができるようになったが、現状は前に進んでおらず、医療と介護の連携が難しいと感じている。

(岡田温委員)

- 老人保健施設は医療と介護の中間施設としての位置付けとしてできた経緯があったが、報酬上第二の特養と見られたときもあった。しかし現在の地域包括ケアの議論では、やはり在宅への架け橋という位置付けと捉えられ、老健の立場は混乱の中にある。大府市では在宅志向

の老健があるが、私の地元の南区では在宅の動きがみられない。

- ・ 老健でも、看取りや認知症といった重度者を引き受けるなど、内容も2極分化しているが、今の議論を聞いて、老健の目指すべき方向として在宅が見えてきた。モデル事業の実施には、老健を是非活用してもらいたい。

(村田委員)

- ・ 社協では、なるべく介護の必要のない、元気な地域をつくろうと老人クラブや町内会といった地域づくりのサポートを行ってきた。自立した地域づくりをしっかりとやりたいという理想はあるが、現実には活動に参加する人が少なくなってきており、地域との連携という市民意識が薄れてきている。家庭の形、働く形も変わってきており、10年後もこういった傾向は変わらないのではないか。それを前提にして1人暮らしの高齢者をどういった形でサポートできるかを検討し、地域を支えている市民を巻き込んでいかないといけない。

(伊藤代理人)

- ・ 地域包括ケアには、高齢者ばかりでなく、障害者（特に0歳児や幼児）や難病患者、がん患者等も含めた支援が必要。そのためには、情報を持っている保健所が地域包括支援センターに入り込んで、難病支援を行うほか、低所得者対策に関する福祉行政についても連携し、行政の中の各部局間の壁を低くしてほしい。

(尾之内委員)

- ・ 家族の側から言うと、医師は偉い人という高い壁がある。在宅についてよく知っている医師ならつないでもらえるが、医療サービスだけでなく、どういうサービスが地域包括ケアシステムとしてあるのか、色んな職種があると思うが、どう浸透させていくのかも描いていってほしい。
- ・ 過去に認知症患者をショートステイに預けようとして、患者の帰宅願望が強いとの主治医の判断により自宅に帰らされたことがあり、主治医の言葉は重いと感ずることもある。

(下郷代理人)

- ・ 「看取り」についての、論点がない。厚生労働省は、現在80%医療機関で看取っているのを、10年後に60%に減らしたいと考えている。病床を減らせば可能であるだろうが、そのためには、家族、介護者の啓蒙が必要。私も、施設内で看取りについてのセミナーを開催したが、浸透するのに3年くらいかかった。
- ・ 住民と介護職員に対する看取りの教育をしっかりすべきであり、在宅でずっとみている、最後の最後に救急のお世話になってしまうことになる。

(津下委員)

- ・ 現在 65 歳の団塊の世代の方々はまだ元気であり、これからの 10 年間が大切。60 歳を過ぎて会社勤めをやめた今の時期は、地域に戻る重要なタイミングと考える。介護に関わる経験をしてもらえれば、支え手ともなる。ボランティアの活動に参加するなど、防災などきっかけはなんでも良いが、地域づくり、まちづくりで活躍する場を提供する積極的な仕掛けを、今すぐやるべき。

(松尾座長)

- ・ 今回の委員の皆さんの議論を、事務局でまとめ、今年度葛谷委員を中心とした研究会を開催し、論点整理した上で、次回の懇談会で提示させていただく。
- ・ キーワードの一つとして、「連携」が出てきた。急性期から在宅への連携、多職種による連携、地域による連携等色々あると思う。

(葛谷委員)

- ・ 研究会で取り扱ってほしいテーマや調査・分析してほしい項目があれば、事務局へ連絡していただきたい。

(五十里健康福祉部長)

- ・ 最後に、皆様にお礼を申し上げる。県においても、昔は医療と福祉分野の部門が別であり、仕事の進め方も違うところが多かったが、連携して進めていかなければならない。本日、様々なご意見をいただいたが、地域包括ケアを進めるにあたって、分かっていないところがあるので、今後少しでも実態を把握したい。

(松尾座長)

- ・ 懇談会の皆さんの熱意を、最後に方向性としてはある程度絞ってまとめていかなければならない。
- ・ 今年 1 年は論点整理に費やすということである。その際、ハードルはたくさんあるが、こういう支援があれば乗り切れるということもある。課題に対して、県でできること等明確にししながら、愛知モデルをまとめたい。