

## 平成 25 年度第 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 25 年 10 月 7 日（月） 午後 4 時から午後 5 時 40 分まで
- 場所：愛知県白壁庁舎 5 階 第 3 会議室
- 出席者：（委員） 20 名  
（事務局）伊藤健康福祉部長、岩井健康福祉部次長 他

### － 議事概要 －

#### 1. あいさつ

（伊藤健康福祉部長）

- 本日は、「あいちの地域包括ケアを考える懇談会」にご出席いただき御礼申し上げます。
- 地域包括ケアシステムを県内で推進していくにあたっては、地域における社会資源の違いや在宅医療・介護従事者を始め関係者の連携など、さまざまな問題点があるが、システムを構築するための中心的な役割は、市町村が担うことになるため、市町村が取組を進めやすくなるような、実効性のある提言が必要なのではないかと考えている。
- 本日は、提言の骨子案を資料として挙げさせていただいている。限られた時間だが、この骨子案をたたき台にして、さまざまな角度からご意見をいただきたい。

（柵木座長）

- 「地域包括ケア」という言葉はだいぶ聞き慣れてきているものの、具体像はどのようにイメージするかというと、各委員の方々、行政の方でも果たして将来像が頭の中に描けているのだろうかという感じがする。私も、これから 2025 年の高齢化を迎え、大変だということはわかるが、実際に現在とどう違ってくるのか、どういうふうに地域のネットワークを構築していくのかは、本当に大きな課題であると認識している。
- 皆様のご協力のもと、この会議が、先ほど健康福祉部長が言われたように、実効性のある会議になるよう、議事を進行させていただく。

#### 2. 議題（1）「今年度の検討状況について」

事務局より資料 1， 2 により説明

〔意見交換要旨〕

（伊藤（光）代理人）

- 最近の愛知県から出てくる文書では、「在宅療養支援診療所」という記載がなく、「市町村及び地区医師会等」と書かれている。この「等」の中に在宅療養支

援診療所が入っているのだと思うが、何か「在宅療養支援診療所」を外さなくてはならない理由があったのか。

**(青柳医療福祉計画課長)**

- 在宅療養支援診療所は、地域包括ケアシステムの中で非常に大きな役割を果たしていただくという認識は変わっていないが、システムを作っていく過程においては、市町村や地区医師会を中心にしながら構築していくということになるのではないかと考えている。

**(伊藤（光）代理人)**

- 在宅療養支援診療所の存在を認めていただけるならありがたい。また、我々は医師会と常に連絡を取って動いているということをご理解いただきたい。

**(伊藤（文）委員)**

- 在宅療養支援診療所については、前回の診療報酬改定において、要件により点数分けをして評価をした。全国的に見ると愛知県は中位程度の登録がある。中医協では、これから地域包括ケアシステムを構築していく中でどういう形が一番良いか、評価をしていく。できれば医療圏の中で、例えば400床、500床ある病院でも在宅医療を支援していけるところについては、200床以下という施設基準ではなく、機能基準で実績評価をしていきたいと考えている。地域包括ケアシステムについても、地域ごとに話を進めていただくのが一番良いのではないと思う。

**(樋口委員)**

- 在宅療養支援診療所は各地区でそれぞれの動きをしている。提言骨子案の中にも出てくるが、医師会員と非医師会員との連携をどうするかという問題も出てきている。在宅療養支援診療所はこれまで培ってきた形ができていますので、県の中でもよく話をして、その有効利用をしなければならぬ。

**(小林委員)**

- 資料2の顧問の主な意見の冒頭に、「ICTの活用」とあるが、人間同士顔を合わせてきちんと交流しないと、結局はうまく連携ができないと痛感している。顔を合わせてお互いが知った上でこういった道具を使うのはいいが、お互いの交流なしに道具だけではうまくいかない。

**(山田委員)**

- 4つのモデルについて、システムを構築するという方向性が見えるが、これだけ広範囲の愛知県の地域の中で、当てはまる地域と当てはまらない地域とで格差ができるような気がする。そのあたりを整理した上で方向づけをされたのか、伺いたい。

#### (植羅医療福祉計画課主幹)

- モデルについて、「地区医師会モデル」は主に都市部を対象としており、地域包括ケアシステムの中心的なモデルと考えている。「訪問看護ステーションモデル」は山間部など医療資源の限られたところを考えている。システムとしては医療と介護の連携だけではなく、予防・生活支援等全体を築き上げていただくのが最終的な目標。システム構築に着手するための取っかかりという点も考え、こういった4つのモデルを提示させていただいた。

#### (岡田(巖)委員)

- 資料1の検討状況の主な意見の中で、「地域包括支援センターが現実的にマネジメントをできるか」と書かれているが、今後、地域ケア会議の開催が義務化されることになる。地域包括ケアシステムを構築する上での課題は、地域ケア会議でアセスメントをして地域の課題を拾い上げ、市町村の介護保険事業計画の中に施策として反映させることができるかどうかである。地域ケア会議の重要性についてもっと市町村の認識が大切なので、その点についてもっと取り上げてほしい。また、各市町村では日常生活圏域がすでに設定されている。地域包括ケアシステムは各市町村がオリジナルで作り上げていくものと認識しており、そのあたりの記述が弱いと感じる。

### 3. 議題(2)「地域包括ケアシステムの構築に向けた提言について」

事務局より資料3～5により説明

#### 〔意見交換要旨〕

#### (伊藤(文)委員)

- 分野ごとの課題の「医療」の中に、後方支援病床という観点が抜けている。地域の医療資源を最大限に活用することが重要。
- 県への提言の中に「人材育成」という言葉があるが、本当に県がやるのか。市町村に任せられるのではないか。県が人材を育成するならそれはそれで結構だが、少し違うと思う。地域の実情に合った人材を育成していくことが重要であり、県としては、育成のためのビジョンをしっかり立て、各地域の取組を大所高所から検証していくことが大事だと思う。
- ICTに関しては、小林委員が言われたとおり顔の見える関係も大事だが、ICTを活用しないと実際には対処できないと考えている。ぜひ実行に移していただきたい。
- 市町村の立場からすると、地域包括ケアは、地域に対して防災・減災と同じようなことを求めている。今は地域で機運が盛り上がっているので、地域の皆さんにご協力をいただくチャンス。お互いに助け合っていくという気持ちを少しずつ養成していきたい。

- 住民にかかりつけ医を持っていただくと、健診受診率が高いなどとの相関関係が見られる。こうした地道なことを少しずつ進めていくこと、これは医師会がやられることではないが、こうしたことが前面に出てきてくれればよい。

**(伊藤健康福祉部長)**

- 後方支援病床については、昨年度の研究会の調査でも、在宅医療を行う上で必要なものとの指摘をいただいているので、その確保については骨子案にも入れてあり、提言においても重要な要素になると思うが、それを柱立ての一つに入れた方がよいというご指摘なのかどうか。
- 人材育成については、市町村によって規模・職員の配置状況が違い、少人数の体制であると人材育成も難しい。特に地域包括支援センターについては今後大きな役割を担うことになるので、その養成の必要性について書かせていただいた。
- ご指摘いただいたように受診率の向上は非常に大事で、かかりつけ医を持つことはそれに資するものだとも思うので、各市町村と医師会とで連携をとっていただき、診療所の方々のご指導・ご協力をいただきながらやっていくという形で位置づけていく必要がある。

**(柵木座長)**

- 人材と言ったときに、地域包括支援センターだけでなく、介護、生活支援の人材ということを含めて先ほど伊藤委員は言われたのであろうと理解している。医師会も医療的な面では協力することはやぶさかではないが、さまざまなマンパワーを総動員する必要があると思う。そのあたりについての言及は。

**(青柳医療福祉計画課長)**

- 介護人材の育成は県で現在しており、専門的・広域的な人材育成は県でしっかりやらなくてはならないということで記載している。市町村には人材の確保についてお願いをすることにもなると思われるので、もう少し具体的な記載ができないか検討してまいりたい。

**(太田委員)**

- 伊藤委員から人材をどう確保するかという問いかけがあった。介護人材の利用計画について、都道府県の第6期介護保険計画の中できちんと見直しをしていたり、あるいは実態調査を行ったりすることが必要。例えば岐阜県ではすでに実態調査を進めているし、静岡県では、賃金水準向上に向けた県独自のモデルとなる給与規程の参考例を示している。愛知県ではこういった取組をする予定があるのかどうか教えてほしい。

**(鈴木高齢福祉課長)**

- 第6期計画の内容について、人材確保についてどうしていくのか、まだ検討に

入っていない。今後ご意見を承りながら、検討していきたい。

(太田委員)

- ぜひ認識として持っていただきたいのは、今、介護事業では人材が枯渇している。増員はおろか、確保、定着をさせることすら十分にできない。最低限度の介護サービスを提供することすら危ぶまれている大変厳しい実態、現状がある。早いうちに何らかの具体策を示していただきたい。提言骨子案では、「人材の確保」は P.15 に記載されているが、深刻な課題であるのにいささか弱いと感じる。

(田川委員)

- 地域包括ケアシステムについて、白紙状態からこの提言を行うということではなく、すでに市町村では高齢者保健福祉計画、介護保険計画、地域福祉計画、県では住生活基本計画、医療計画、公営住宅、居住の安定確保等が策定されている。それらの計画の上で今回、提言がされるということになるので、全体の見取り図のようなものが最初に示されて、そしてその関連でこれがどのような位置づけになるかを示すことが必要。また、医療、介護、生活支援サービス等で多様な専門職や非専門職がコミュニケーションを深めていける、インターフェイスのしくみを作り上げていかなければならない。文字だけではわかりにくいので、図等で表していくことが必要なのではないか。
- ICTは専門家の間だけの情報の流れなのか、あるいは非専門家も含めてなのか、本人の情報の流れは、どこまで、どのような形で流れていくのか、プライバシー保護の問題も含めて、知りたい。

(樋口委員)

- 介護人材が枯渇しているというのはそのとおり。介護だけでなく看護師など、支える人たちが少なくなっている。病院と介護を離れたことにより、ケアマネは病院関係が2割、介護関係が8割となっている。
- P.35の「医療介護等一体提供モデル」について、先ほど後方支援病院の確保について話があったが、病院が各地域で在宅をやっている先生と連携をとって顔の見える関係をつくり、受入体制をつくるというのが基本となる。一体提供モデルではそれが隠れてしまう。グループになった法人がやるというのは、資源のないところは仕方がないが、顔の見える関係をつくる上でマイナスである。一体提供モデルについてはちょっと考えていただきたい。
- P.34の「訪問看護ステーションモデル」については、モチベーションや後方の会社(母体)など、さまざまである。行政と医師会と連携をとってそれがもとなりできてくるのだと思うが、各地域での懸念が出てくる。特に一体提供モデルについては、もっとしっかりとした連携の取り方、地域と地区医師会と話し合っってやっていくというところを前面に出していただきたい。

#### (青柳医療福祉計画課長)

- 田川委員が言われたとおり、確かに県や市町村ですでにさまざまな計画が策定されており、その中での位置づけについて提言骨子案には記載されていないので、全体の計画の中で地域包括ケアはどういう位置を占めるのかをわかりやすくできないか、少し検討させていただきたい。
- ICTについては、非専門家を含むのか、本人の情報はどのように流れるのか、こちらも掘り下げて検討していきたい。
- 樋口委員からご指摘のあった一体提供モデルについて、私どもの考えは、病院等の法人が在宅診療もやり、かつ介護もやる、グループの中で全てをやるというところを想定しており、先ほど言われた病院が後方支援の役割を果たすパターンは、地区医師会モデルとして考えている。
- 地区医師会モデルの中にもさらにいろいろなパターンがあると思われる。地区医師会においても地域包括ケアについていろいろな考え方があると聞いているので、地域の実情に合った形になるように、県医師会とも連携をとって進めていく必要があると考えている。

#### (伊藤健康福祉部長)

- 田川委員から貴重なご意見をいただいた。既存の計画がバラバラに動くのではなく、一体となって進めていくことが重要なので、そうしたことを冒頭に入れていく必要がある。インターフェイスの図示というご指摘もあったので、また個別に職員を先生のところへ伺わせていただいご指導賜りたいと考えている。
- ICTについては、顔の見える関係は重要だが、他県の事例や市町村のご意見を聞くと、多職種が一箇所に集まったり、在宅医療・介護関係者が頻繁に集まったりということは非常に難しい。患者宅に行くにあたって、事前に、他の職種の方がどういうケアをされたかが情報共有できると効率的にやれるということで、関係者側のみでICTというように考えている。先ほどの田川委員のご指摘だと、そうではなくて関係者以外にも広げる必要があるとお考えなのかを教えてください。
- 樋口委員のおっしゃっていた地区医師会の役割は私どもも非常に期待している。ぜひ地区医師会の力をお借りしたいと考えているので、ご指導いただきたい。

#### (杉浦代理人)

- 津下委員の意見を申し述べる。地域包括ケアシステムの目的は、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせること。介護保険事業計画が立てられるたび、介護保険料は値上がっている。2025年には月額基準額が8,200円に達すると予想されており、県民の負担はさらに大きくなる。介護保険の認定率や基準額は地域格差が大きく、2,000円もの格差が生じている。適切なマネジメントを行わないと、ますます給付費が増加するのではないかと懸念される。
- 地域包括ケアシステムの構築には、PDCAサイクルを回すことが重要。今回

示す地域包括ケアシステムが、市町村が地域の実情に合わせ、主体的に取り入れることで、介護保険の動向にどのような効果が見られたのか、評価指標を組み入れていただきたい。市町村には、負担と給付のバランスを考慮し、介護保険制度を維持していく義務があると介護保険法にも謳われている。介護保険制度を維持していくため、PDCAサイクルを回すという体系図をぜひここに組み入れていただきたいと考えている。

#### (鳥羽委員)

- 地域包括ケアシステムの対象者は高齢者ということでよいが、非常に多数になるので、介護予防から寝たきりまで、県が一体として地域包括ケアシステムを提示しても十分なものができるか心配している。これまで地域包括ケアシステムの成功例はいくつかあるが、およそすべて市町村で行っているもので、県で行っているものはない。成功した要因はいくつかあり、在宅医療連携拠点事業でモデルは出ているが、そこに1つ抜けているものがある。骨子案では対象者の中に「元気な高齢者・要支援」とあるが、元気な高齢者は約85%いる。その人たちに対する役割付与、つまり、団塊の世代以降の高齢者が地域包括ケアシステムのボランティアとしてシステムに入っていない限り、費用対効果としてもダメだろう。高齢者の方々にお願いして、まずはオール県民に地域包括ケアシステムに参加してもらおうという視点があるとよい。これは高知県香北町（現：香美市）モデルで京都大学の松林先生が10年以上取り組んでいらっしやった。自主的なものをもう少し取り入れることが新しい地域包括ケアになるのではないか。ヨーロッパもそのような方向に向かっている。対象者に元気な高齢者を入れて、参加させるという視点を愛知県で盛り込んではどうか。

#### (岡田（巖）委員)

- 対象区域については、市町村が地域包括支援センターの活動拠点として日常生活圏域が設定しているのでそれが目安になる。
- 国（厚生労働省老健局）の資料の中に愛知県武豊町が「住民参加・社会活動の場としてのサロン」として紹介されている。先ほど鳥羽委員がおっしゃっていたようなことがすでに武豊町で実施されている。こういうことを参考にされたい。
- 対象者は65歳以上だと思う。団塊の世代が75歳になるときの、そのための仕事だと思っている。地域の中でいろいろな方が参加して、国も一次予防・二次予防を地域支援事業に入れてくるので、その中に、いろいろな医師の先生方、管理栄養士、歯科衛生士などいろいろな方が関わって、地域の中で課題があればさまざまなネットワークを作っていく。初めから地域包括ケアシステムがあるわけではない。積み上げて積み上げて、アイデンティティーのある地域包括ケアシステムができ上がっていくのだと思う。初めからモデルを示してしまうと、逆にモデルに頼ってしまう危険性とも表裏一体。地区で取り組んでいることを大きく取り上げていけばできると思う。時間もかかるが、あと12年ある。

#### (山田委員)

- 人づくり、街づくり、防災が問われている時代が今。顔が見えることが原点。名古屋市天白区の地域包括推進ケア会議の委員も務めているが、予防というのは人を知ることという話が出てきている。岡田委員が言われていたように、積み上げていかないと街はできあがらない。天白区は地域包括推進ケア会議は地域包括支援センターが中心となってやっているが、モデル地区を決め、昨年度は山根学区、今年度は相生山学区で、「地域包括ケアとは」というところから始めている。私としては、「モデル」がいるのかどうか、県が示す必要があるのかどうかと思う。地域の課題はそれぞれ違っているので、モデルを決めることには反対していきたい。システムの中でこういうモデルが出てくるよりも、根幹をなすべきところをもう少し膨らませて提言をしていくと良いと思う。

#### (伊藤(文)委員)

- 3の(1)のシステムのマネジメント全体はこうした形で良いと思う。(2)の分野ごとの課題の「医療」については、どういうことが医療者の妨げになっているか、せっかくいろいろなデータがあるのでそこを追求すべきだと思う。(3)の「住まい」については、低所得者のところをどう考えていくか。住み慣れた地域で暮らすということが前提になるのだろうが。
- 最後に「人材」にこだわるが、顧問会議の提言にもあるように、元気な高齢者の活用、ここに人材を求めていくのが一番良い方法かと思う。地域に元気な高齢者はたくさんいるので、それぞれの地域で助け合えば、ちょっとした支えで生活できる方が多い。特に専門的な知識、資格がいるわけではないので、そのところをお互い支え合い、専門的なところは先生方にお任せをする。これは地域をつくっていく上で非常に大切。私が津島市でやろうとしていることは、地域の皆さんにお願いをしていく。こういうことを気をつけてください、こういうことを手伝ってもらえませんか、ということは何度も何度も繰り返し言っていく。

#### (田川委員)

- 3(2)のイ「医療と介護の連携」について、医療については受診したその時に医療サービスを受けられるが、介護の場合は、申請して認定を受けるまでに約1ヶ月かかる。特に末期ガン、余命1ヶ月と告知を受けた場合に、認定が下りる頃にはもう亡くなっていたという状況がある。末期ガンの場合は介護保険の認定の時間の遅れを改善できないかと思う。

#### (柵木座長)

- 介護保険は申請時から適用できるが、緊急入院した場合は、すぐに介護に切り替えるのは難しいという状況はある。

**(伊藤健康福祉部長)**

- 鳥羽委員から県の役割についてご発言があったが、県が県内の地域包括ケアシステムをつくっていくとか、県が主体になるという考えはない。システムの対象区域は、住民の一番身近なところで、市町村あるいは生活圏域で、あるいは市町村の一定の地域、例えば自治会レベルというのもあり得るが、そこで市町村がつくっていく。それを県が支援していくという形と考えている。
- モデルについては功罪があり、示すことによってそれにこだわってしまい、地域の実情と全然合わないという心配もあるので注意していきたいが、いずれにしてもゼロから立ち上げるというのは難しいと考えている。県としては、モデルを基にモデル事業を実施し、市町村に成功事例、失敗事例を示しながら取組を進めていただく、そういう参考モデルが必要であるということで研究会で検討させていただいた。事務局としては、市町村からの要望もあるので、打ち出し方や中身の説明については工夫が必要だが、モデルは示させていただきたい。

**(西川代理人)**

- 論点となっている地域包括ケアシステム全体のマネジメントは、私は地域包括支援センターが担うものと思っていた。医療・介護・福祉の3職種を入れて地域包括支援センターをつくったのに、初めから地域包括支援センターは忙しいからということで外していいのかという気がするが、どうか。

**(青柳医療福祉計画課長)**

- 決して外しているわけではなく、地域包括支援センターが中心になって地域包括ケアシステムを回していくという認識は変わっていない。ただ、立ち上げを行う際にネットワーク化などいろいろな業務があるので、地域包括支援センターに丸投げではなく、市町村、地区医師会としっかり協力しながら行うということで、全体のマネジメントとしては、三者を挙げている。

**(西川代理人)**

- 地域包括支援センターは各中学校区に1つという話があったが、そちらの強化は考えていないのか。

**(青柳医療福祉計画課長)**

- 地域包括支援センターを増やすという議論になると市町村の話にもなるので今この場で軽々に申し上げることはできないが、国は地域包括ケアシステムは日常生活圏域が対象で、具体的には中学校区だとしている。地域包括支援センターが中学校区に1つあるというのが理想だとは思いますが、あと12年しかなく、できるだけ早く地域包括ケアシステムの構築に取り組みなければならない中で、地域包括支援センターを中学校区に1つというところから始めるのは非現実的かと思う。理想は理想として、まずは地域包括支援センターの所管区域ぐらいを目途

として、市町村、地区医師会とともに地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいただきたい。その中で、改善していくべき点があれば改善し、地域の中で話し合っただけで新たな課題を抽出し、解決に向けて取り組んでいただきたいと考えている。

(鳥羽委員)

- 地域包括支援センターは介護予防の書類づくりだけで何もできない上に、虐待対応もあり包括できないと言われている。さらに、認知症初期集中支援チームもやることになり、国の担当に聞いたら人を増やすと言っていたが、在宅医療と地域包括ケアについて、認知症も含め地方自治体で独自に財政措置を講じて増やしているところはないかというところ仙台市は増やしている。それで認知症の初期集中支援チームがうまくいっている。2倍くらいにしている。1か所に10人以上いないと地域包括支援センターは回らないと思うので、提言でこれを出しても、もちろん予算などもあるので受け入れられるとは思っていないが、地域包括支援センターを強化してやるのであれば思い切って10人体制にしてやらせるというのは誠に正論であって、そのくらい踏み込まないと何も回らない。思い切って提言にそういうことを盛り込むことを提案する。何が必要であるかということを書けばいい。

(柵木座長)

- もともと地域包括支援センターと地域包括ケアは出自が違う。地域包括支援センターが初めから地域包括ケアの核にあるようなイメージがあるが、経緯としてはそうではない。しかし、全体の流れとしては、地域包括ケアの核は地域包括支援センターというようになってきているので、市町村、県は、人員の手配等をもう一度しっかり考えてやっていただかないと、とてもそこがセンターたりえないと思う。

(山内代理人)

- 介護者への支援について、記述が少し弱いのではないかと。認知症の方が増えている中、今後在宅でみななければいけない状況もふまえて、本人支援ももちろん重要だが、家族が担う部分、介護うつや高齢者虐待に対する相談も数多くきているので、介護者支援についてももう少し挙げていただけたらと思う。

#### 4. 閉会

(柵木座長)

- 介護人材の不足は大きな問題というのは共通認識。ただの作文ではなく、実効性のある提言なり対策を、ぜひこの提言の中に盛り込ませていただきたい。

**(伊藤健康福祉部長)**

- 今日いただいた意見は、座長と相談しながらどういう形で対応するか検討する。
- 今日の論点以外にもさまざまなご意見があろうかと思うので、他の委員の方にも共有させていただくことをご了解いただいた上で、意見書をメール等でお送りいただきたい。
- 田川委員に依頼したように、個別にお伺いしてご指導いただくこともあろうかと思うが、ぜひご協力いただきますようお願いしたい。

(以上)