

平成21年度

圏域地对協研修会

「これからの地域ケア」

日 時 平成22年 1月31日(日)
 場 所 安芸グランドホテル
 主 催 広島県西部地域保健対策協議会・広島県地域保健対策協議会
 総合司会 堀江正憲 広島県地域保健対策協議会 (広島県医師会常任理事)
 参加者 医師112名 医療関係者289名 計401名

総合司会



広島県地域保健対策協議会
 常任理事
 (広島県医師会常任理事)
 堀 江 正 憲

開会挨拶



広島県地域保健対策協議会会長
 (広島県医師会会長)
 碓 井 静 照

この研修会は、平成7年度から、その時々々の課題をテーマに盛り込んで、毎年開催しており、今年度で第15回目を迎える。今回は、テーマを「これからの地域ケア」として、望月会長をはじめ、皆様方の並々ならぬ努力に、厚く御礼申し上げる。

ご存じのとおり、世界経済が大きく後退している中で、わが国の医療を取り巻く環境は、非常に厳しい。社会保障費が削減されている中、民主党政権に変わり、少しは期待が持てると思ったが、なかなかそうもいかない。診療報酬について言えば、日本は先進22カ国のうちの22番、あるいは7カ国の中では最下位であるが、OECDの中で見ると、その7カ国並みの医療水準を保つには、50%ぐらいの診療報酬のアップが必要であり、これから少なくとも20%のアップは必要である。

また、新政権によって地域医療再生計画は、100億円という当初の計画がカットされて、25億円2カ所と変更され、非常に厳しいものに

なった。地域医療総合支援センター設置構想については、なかなか難しい状況にあるので、地域医療の再生に繋がる事業になるよう、広島県に少し力をお借りしたいと思っている。

今日は、「これからの地域ケア」をテーマに掲げ、地域医療の問題について協議をしていただき、医療、介護、福祉を連携させるために何が必要なのか、皆様方に活発な意見交換をしていただければと思っているところである。

また、今日は基調講演として、前の広島県健康福祉局長で、現在は厚生労働省保険局医療課の企画官であられる、迫井正深先生に「診療報酬と地域医療」に対して、ご講演を願うことになっている。

また、シンポジウムでは、西部地对協の会長で、佐伯地区の医師会長でもある望月昭先生に座長をしていただき、それぞれの分野の専門家の方々をパネリストに迎え、ご意見をいただく。立場を越えた貴重なお話を伺えるものと期待している。

最後に、今日の研修会に当たり、担当圏域である西部地域保健対策協議会望月会長をはじめ、関係者の皆様方のご努力に厚く御礼を申し上げ、またご参加の皆様方におかれては、今日の研修内容をそれぞれの地域に持ち帰られて、その後の事業推進に役立てていただけるようお願い申しあげて、挨拶とさせていただきます。



広島県西部地域保健対策協議会
 会長
 (佐伯地区医師会会長)
 望 月 昭

本日は、広島県内の保健・医療・福祉にかかわる皆様方に、各圏域より、はるばるこの西の地にお集ま

りいただき、感謝する。

また、廿日市副市長川本様、大竹市市長入山様、本当にお忙しいところご出席願った。

安芸グランドホテルで圏域地対協研修会を開催するのは、第1回、第8回と今回の第15回の3回目である。

本日の「地域ケア」というテーマを考えると、平成19年度に、県が地域ケアの体制構想を策定したころから「地域ケア」の言葉は使われだした。自民政権時代では、療養型を始めとして、いわゆるベッドをどんどん減らして、医療費を下げようという国策であった。まずは療養型を廃止しようということで、いわゆる高齢者の医療及び介護を、施設から在宅へシフトする内容であった。その後、民主党政権になり、療養型廃止は一時中止されているが、これからどのようになるのか、私にはよく分からない。しかし今年度の0.19%のアップでは、現実に施設サービスの拡大は望めそうもない。今はどこも老健・特養は空きがないため何百人待ちとか、何年待ちとかいう状況である。そうした状況下で、いかに在宅で高齢者をケアしていくかが課題である。これに関しては、全国でいろいろな試みがなされているが、私たちが目指すものは、「誰でもできる連携はないのか！どこでもできる連携はないのか！」ということを目指して、今日のシンポジウムを進めていきたいと思っている。

皆さん、また各地に帰られて、今日のこの会が少しでも役立てばと祈念して、挨拶とさせていただきます。



(廿日市市長 眞野 勝弘)

代読 廿日市副市長

川本 達志

皆様方には、平素から保健・医療・福祉をはじめとした様々な分野において、多大なご尽力をいただき、心から感謝を申し上げます。

さて、少子高齢社会となったわが国では、今後も団塊の世代が高齢者の仲間入りをする事で、超高齢社会に突入し、ますます介護などの支援を必要とする人が増えていく。反面、それを支える人は減っていく状況にあって、深刻な課題となっている。

そのような中、本日は厚生労働省保険局医療課企画官の迫井正深様の基調講演に加え、各分野でご活躍をされている方々によるシンポジウ

ムは大変意義深いものである。

本市では、昨年からスタートした第五次総合計画において、人と人との繋がり、地域と地域の繋がりを町づくりの基本理念に掲げて、高齢者など誰もが自分らしく地域で暮らせるための施策を行っている。今後さらに市民ニーズが複雑・多様化する中で、医療・介護・福祉などのサービスを包括的に提供することが重要であり、そのためには、われわれ行政と広島県地域保健対策協議会の連携は欠かせないものである。引き続き、皆様方のご協力をお願いしたい。



大竹市市長 入山 欣郎

本日ここに平成21年度圏域地対協研修会が、多くの関係者のご出席をいただき、心からお喜び申し上げます。本日は厚生労働省保険局医療課企画官の迫井様をはじめとして、県内から各分野の第一人者がお揃いと伺っている。直接それぞれの皆様方から、ご指導ご鞭撻をいただくことができる貴重な機会ととらえており、このような機会を与えていただいたことを非常にうれしく思っている。

また、皆様方には、平素本市を含む地域ケア体制の整備、推進にご理解ご協力を賜り、現場におかれてのご熱心な活動に対して、心から敬意を表したい。

介護保険制度は、急速に加速する高齢社会の介護問題に、わが国全体の問題として取り組むという目的から、介護を社会全体で支え合うという理念の下に、平成12年4月から市町村を保険者としてスタートした社会保険制度である。本市においても、施行以来今日まで、介護・予防サービス面・財政面において、おおむね順調に推移してきた。平成18年4月には介護予防の拠点として、大竹市地域包括支援センターの設置や地域密着型サービスの創設などの、利用者にとって安全と安心が見える質の確保を視点に、全力で市民の満足度を高めていく所存である。

しかしながら、近年、一人暮らしの高齢者世帯や高齢者が認知症になる方々が増加している。こういうケースでは、単独な介護でなく、地域、医療、介護、それぞれが連携して、高齢者の状況に応じた医療介護サービスの提供が必要となってくる。周りの人が認知症の方の杖や車いすの役割を担う必要がある。高齢者の皆様は、生まれ育った、また住み慣れた地域で安心して

最後まで人間らしい生活ができるよう、支援体制を構築していくことが求められている。

そういう意味では、多くの関係者が一同に会しての研修会の開催は、これからの広域的な医療・介護・福祉施策の在り方が議論され、この圏域にお住まいの皆様の安心・安全が確保され、不安が少なくなるような仕組みづくりに繋がっていくものと思っている。

基 調 講 演



座 長 大竹市医師会会長
荒 田 寿 彦

「診療報酬と地域医療」



厚生労働省保険局医療課企画官
迫 井 正 深

今私が担当しているのは、診療報酬関係の仕事である。今日のテーマは地域ケアということで、包括的な議論をされると思うが、今回は診療報酬の話題を提供する。そもそも診療報酬って何なのかということ、今日は分かってもらえれば、私の役目は果たせると思っている。加えて、今日の話題なり、あるいは最近の医療関係の話題について、関心を持っていることにご理解いただければと思っている。

診療報酬の話の前に日本の医療費がわれわれの生活にどう影響するのかということ、説明する。

平成22年度の通常国会で議論される予算は、92兆円である。その中で、国債の償還費あるいは地方交付税等の費用を除くと、一般歳出である。一般歳出の中で、社会保障費が一番のボリュームを占める。この22年度の予算については、この数字の部分27兆円。ここに相当する部分が、一般会計の中で社会保障に拠出されており、生活に直結するものもさることながら、国家財政に非常に大きな影響を及ぼす。

今の社会保障費というのが何なのか。これは、年金・医療・福祉である。その中の医療は、その内容とかサービスの向上に質が掛かるので、大きな課題となる。

今の社会保障費では、社会保障給付費の中で、半分が年金、3分の1前後が、医療を占る。この医療の負担については、国庫が大体25%、4分の1ぐらいが税金で賄われている。医療の給付が、国民の生活そのものに影響を与えることはもちろんだが、国家財政に影響を与えることで、しばしば関心が高まっている状況である。

医療の現場ベースでは、医療費は入院と外来がある。それから歯科診療や調剤薬局等の薬剤給付費がある。経費別にみると、サービス関連、主には人件費、それから薬品等々にコストがかかっている。

診療報酬体系には二つの役割がある。一つ目は、保険診療の範囲と内容が決められている。例えば、点数表の冊子をいくらめくっても、正常分娩という点数はない。これは診療報酬、疾病の治療、療養に要する費用という概念から出来ている。美容外科等はあてはまらない。まず何を保険で見るとかという品目や保険の範囲の取り決めと同時に、点数・価格を決めている。品目リストとプライスリストを兼ねているのである。

これは何に影響を与えるのか、ご存知のとおり医療費の配分であり、医療機関の経営に直結することになる。かつそれが地域に与える影響もそうだが、医療の提供体制そのものの在り方を決めていくことであり、非常に重要な役割を担っているといえる。

診療報酬については、中医協が担っている。平成21年の年末にかけて大きな話題になった改定率が記憶にあたらしい。

歴史的に見て改定率というのは何なのか。2年に1回診療報酬の改定をするのが近年の大体の流れである。一部イレギュラーになるのは、消費税を導入したり、制度的な対応をしているだけで、原則2年に1回で診療報酬の改定をしている。

改定率というのは診療報酬本体と言われているものと、薬価等と言われる薬とか医療材料とか、基本的に市場価格で決めているものだが、価格が下がるもの、それをトータルで見ると足し算をしているという話である。

診療報酬全体は、主には薬、医療材料という物代に掛かるものとそれ以外のものに分けられる。そうすると、改定率とは何かというと、薬価というのは市場価格で決まるので、基本的には、新しいお薬も入ってくるが、多くの場合、トータルで見ると価格としては下落している。そのため薬価改定率は通常マイナスになる。診

療報酬本体というのは技術料なので、主には人件費が入っているが、ここの部分をどう見るかということ。要するに、ここの部分の上げ幅と、主には薬と材料の下げ幅が、トータルで足して見たらプラスになるかマイナスになるか。これが基本的にネットを云々とする意味である。

近年では薬価が基本的に上がることは殆どない。元年に上がっていたのは消費税改定のため例外であった。基本的に薬価というのは市場価格で下がっていく。それに対して、診療報酬の本体は、基本的には反対でプラスになっている要素が強い。今回はネットが0.19のプラスになったということである。

平成21年の年末の予算設定のときに、厚生労働大臣と財務大臣、長妻大臣と藤井大臣との折衝で最終的に合意を得た内容を踏まえたもので、診療報酬本体と言われているものは、1.55プラスで薬価等がマイナス1.36であるから、差し引きして0.19である。

例えば歯科とか調剤など、今回の改定が、政権の交代もあって大きく変わった点が幾つかある。まず、入院・外来の内訳を明確に定めているのは、今回初めての試みである。なので、トータルとしてどれくらい診療報酬を引き上げるのかということプラス、入院と外来でそれぞれこれだけの改定率にするということになる。

藤井財務大臣と長妻厚生労働大臣が、年末の予算案の最終的な策定を行った過程では、大きな特徴で、救急、産科、小児科、外科の診療科を指定した形になっている。

入院・外来内訳、それからもう一つ踏み込んだ枠組みに係る条件付けを含めて、中医協で議論するという形になったのが今回の診療報酬改定の特徴で、これは基本的にやっぱり政権交代を踏まえた対応と考えている。

中医協とは法律で規定されている協議体で、個々の診療報酬の項目あるいは点数設定等について協議をして、大臣からの諮問に答申で答えるというしくみである。理屈の上では厚生労働大臣が医療保険を所管しており、大臣が最終的に決定する。役所が一方的に決めるということではなく、中医協にお諮りして、中医協に諮問をして、中医協の答申を受けて、中医協の合意事項を得て、それを踏まえてということだから、実質的に中医協の意見が尊重されるという形で、点数設定等はなされる。

前述した改定率は従来から中医協で議論にはなるのだが、基本的に政府で決めており、中医協で改定率を決めるわけではない。

かつて、中医協改革というのは平成17年に、メンバーの在り方などを審議する。あるいは政府の責任をはっきりさせるということで、そこは仕切り直しをしているのだが、現行は今お話ししたように、基本的な政策とか方針、改定率はそれぞれ別にしっかり定めて、中医協では報酬配分、医療保険の項目について協議してもらっている。

メンバー構成だが、これは俗に三者構成という形になっている。支払側委員という方が7名、診療側委員が7名、公益代表の方が6名いる。

かつては総会しかなかったのだが、歴史とともに今は非常に複雑になってきているし、議論も多岐にわたってきている。様々な社会の要請もあり、各分科会、小委員会を作って、適宜機能させている。最近ではさらに検証部会といって、実際に改定した結果がどうだったのか検証も行うことで、これはかなり学術的にも面白い。次の見直しの参考になるような仕組みも作っている。基本的にはすべて公開という形をとっている。

先進医療、高度医療に係る枠組みは、実は2種類あり、高度医療・先進医療の中、特に薬事法の関係でその承認が得られているか否かを主に分けて、二つの枠組みで整理をしている。広島の場合はむしろ粒子線治療がいろいろな関心をもって議論されている。大きく分けると陽子線治療、粒子線治療があるが、これは今では保険の併用ができるようになっている。結論的には先進医療として保険導入には継続することは妥当で、それはなぜかというところ、つぎの三つの課題があげられる。一つ目は有効性とか効率性で、実は粒子線治療というのは非常に有効であるが、手術とかほかの治療法が存在して、かつそれらとどういうアドバンテージがあって、どういうふうな費用対効果があってというような研究は意外になされていない。だから、その整理をしていかないと、医療保険への議論になかなかつなげていかない。それからもう一つ、近年、これは確か広島県の計画にもあるのだろうが、IMRT等の高精度放射線治療との比較優位性というものも、これも意外に十分研究がなされていない。こういったエビデンスを整理しないと、医療保険へ導入はなかなかしにくい。

また、巨大な施設整備になるので、どれぐらいの施設整備を国内でやっていくのかと議論はある。それから、マンパワーがないので放射線治療技師などの方々にどうやって参画してもら

うのか課題整理が必要である。今回はちょっと早い結論だったわけだが、新規保険を導入するかしないかを議論しているということである。

ここからは財政的な枠組みを含めての説明である。ここにおられる方は医療関係者がほとんどなので、まず医科診療所あるいは病院等の診療報酬はどうなっているかという、構成は基本診療料というものと特掲診療料というものの組み合わせだけである。医科の診療報酬は、初診再診料、入院基本料、あるいはその入院基本料に替わる特定入院料が主な項目である。これらをベースに特別な技術、手術、あるいは検査等々を二階建てというか、これを足して、計算するというのが基本的な構造である。

それから、病院の中でDPCと言われている病名と診断群と呼ばれている病名と、行った手術等で包括払いをしている制度がある。これは変わり種だが、そういった包括的な払い方もしている。現在の診療報酬の大体のイメージだが、基本は出来高払いで診療報酬ができています。

実は診療報酬というのは様々な役割を担っており、その中の一つの典型なのだが、診療報酬で点数をお支払いする過程で様々な機能とか役割に応じた点数設定をすることで、現場の診療機能をさらに細かく評価するとともに、その体系化・体制づくりを推進するようなインセンティブというものも含めて、細かく規定している。

医療法上は単純で、一般病床、療養病床と基本的にはこの大きな枠組みである。あと、精神病床とか結核病床がある。また、有床診療所があるが、病床規模・ボリューム感からいくと、実はこの医療法上の規定だけでは大ざっぱといえる。だから、それを実態なり機能に応じてきめ細かくしてどういうふうに点数設定をすれば機能に応じた評価ができるかと様々な視点で、規定されている。本当なら一般病床で一つの塗り絵なのだが、細かくこういうふういろいろな機能を評価することで、体系化、機能分化が進んでいくという役割を担っている。

次は歯科だが、歯科も同じような話で、基本診療料部分があって出来高で算定をする。基本的な構成は同じ考え方で、設定の仕方が違う。

調剤は少し医科、歯科と少し性格が違うかもしれない。構成としては調剤技術料や管理料もある。それ以外に薬剤の費用が算定できるしくみになっている。

そこで、診療報酬を語る上で避けて通れないのが支払い方式である。例を幾つかお示する

が、いわゆる出来高払い制度を基本としている。つまり、それぞれ行った診療行為あるいは使用した薬剤等や費用をそれぞれ合算して足し上げていく、「出来高」が基本的な診療報酬の請求方法である。出来高払いというパターンである。

入院医療の場合も出来高払いで、入院に掛かる入院基本料に実施した検査とか薬剤とか、あるいは手術、麻酔をもし行えば、合算され費用を出すことになる。

そこで、出来高払いに相對峙するというか、どっちがいい、どっちが悪いという議論は本来なくて、それぞれ特徴は裏返しになるのだが、行った診療行為とか使った薬剤とかにかかわらず、一定に評価をしましょうという考え方が包括払いである。この場合の例は、近年こういった包括払いの特徴も併せて診療報酬体系の中にも入っている。

急性期と慢性期も、それぞれで包括払い設定が最近はなされている。基本的な部分も含めて、ある範囲包括払いになっているということである。

一応仕組みとしては、診療報酬は何でもできると錯覚されがちなのだが、診療報酬には一定の限界がある。まずその名のとおり診療の報酬であるから、あくまで報酬となる。現在の健康保険法上の取扱いは医療機関に対する支払であり、これはよくある誤解なのだが、そこに勤務する医師や看護師に、何点だからいくらあげるという考え方は一切ない。医療機関に対する支払なので、医療従事者の賃金とは直接リンクしない。逆に言うと、そのことがあって、ドクターフィーという議論が出ているということになる。現行の法制上では、ドクターフィーの導入はできない。法律を変えてドクターフィーを導入すべきじゃないかという議論がある、それは将来的な課題となっているが、考え方は大きく違うということをお分りいただく必要がある。

もう一つは、これも素朴に考えると、診療報酬を上げるというのは患者さんの負担なり保険料の引き上げにもつながる。だから、議論をする前提としてはそういったこともバランスの上で考える必要がある。

さきほど出た出来高払いと包括払いでは、総じて、医療の現場の方々には包括払いは評判が悪い。まるめ、まるめと言われて、非常に評判が悪い。しかし、これはどちらかが一方的にいいということではない。裏表の関係というふうに我々はよく使うが、出来高払いの長所と短所

は、多分ひっくり返るのだろうと思う。出来高払いの長所は、やった分だけ評価されるわけだから、ある意味フェアというか、患者さんの状態に応じてきめ細かい対応ができる。きめ細かい対応ができるということは、新規にコストが掛かるものをやれば、その分報酬で評価されるから、新しいものとかコストが掛かるものが比較的やりやすいとなる。新しい技術の浸透力は非常に強いが、当然逆も真なりで、出来高の短所は過剰診療を誘発する可能性があると言える。

それからもう一つ、全般に言えることだが、請求とか支払事務は非常に複雑になっている。簡素化という話は、あらゆる局面で出てきているが非常に難しい。それは、きめ細かく対応しようとするほど点数が複雑になって、事務も複雑になることを示す。簡素化すると逆のことが起きる。包括払いは過剰診療に陥りにくいという特徴がある。

短所としては過少診療になりやすい。大ざっぱなくくりの請求だから、中身は何をやっているんだろう、分からないじゃないかという話になる。というふうに、患者さんの視点、診療側の視点、それぞれで一長一短あるので、どちらかが一方的に悪いということでは必ずしもないことを、ぜひ医療関係者の方々には分かっていたいただきたいと考えている。

次の補助金との関係は、行政の関係者も含めて、補助金と診療報酬の役割分担というのは、今非常に議論になっている。中医協でも議論になっている。今の時点でこんな考え方ということで、メモ的な内容ではあるが、整理してみた。

診療報酬というのは、個々の診療に対して費用で点数をつけているので、病院単位と言った概念はあまりない。個々の患者さんに対してレセプトを起ししてお支払する。だから、それぞれ一長一短あるが、どうしてもそれを補うために補助金という枠組みが必要になる。そこで、診療報酬と補助金というのはどういう違いがあるのか。

まず診療報酬については、個々の患者に着目して、診療行為に対する支払いをしている。これは基本的には一物一価だから、日本全国厳密な計算をすると、当然同じ点数のわけがない。ある意味、歴史的経緯も含めて相対値というか割り切りで決まっている部分がある。そういう意味で、その時々医療の課題に適切に対応する観点である。

補助金についてであるが、特定の事業を促進するために交付されるのが補助金である。医療

体制の構築など広島市・都市部と中山間の医療機関に受診される患者の状況も当然違うし、数も違う。過疎地の医療が不採算に陥りやすいことは当然で、では経済原理で不採算だったらなくなってもいいのかということ、そうはいかないというのが医療なので、その下支えをするためにはどうしてもこの補助金が必要なのである。

補助金交付は、そういったセーフティーネット的な役割を果たすためであるから、特定の事業を促進する。補助金を使うためにはある目的がある。ある目的の範囲で、必要な体制を整備するのである。では、お金はどういうものを見るかということだが、当然役割分担しなければいけないので、基本的には診療報酬と重複しないという話である。基本的に、診療報酬で医療機関は成り立っている設計が前提になっているので、診療報酬等でどうしても採算がとれない場合に、補助金事業は重要なファクターとなる。

もう一つ具体的な救急医療、クラークの関係の補助金も今あるが、それぞれ似たような目的のための診療報酬と補助金がある。だから、行政は特にこの辺は厳密に運用を求められており、しっかり吟味をして、整理をして、理屈付けをしている。

ここまでが全体の制度論で、診療報酬はこういうことである。改めて20年改定を見ると、特に医師不足とか地域医療の課題に対応しようとしているのは、今もあまり変わらないといえる。さきほどの財務大臣と厚生労働大臣との折衝のときの合意文書には救急、産科、小児、外科等があげられている。それから病院、急性期医療の評価ということも含めて、重点課題1番、2番が掲げてあり、ここについて今後協議されていくことになる。

今日のテーマ「地域ケア」では、医療と介護の機能分化みたいなことで、診療報酬の評価を少し手厚くしていこうという内容であると思うが、前提となるのは24年改定、次の次の改定である。介護報酬との同時改定が待っているので、やっぱり大きなかじ取りと方向付けというのは24年改定を目指してやっていく。高齢者医療の議論も基本的には同じような側面があるので、今は政権が変わったというのは、もちろんあるのだが、いろいろな枠組みが24年に向けて修練するような流れになってきているのは事実だろうと思う。

個別の話は、スケジュールと最新医療の話だけを紹介したいと思う。今年の改定のスケジュールで、1月14日だったと思うが、第1回

の中医協が開催され、年が明けて改定率が定り、パブリックコメントとか地方公聴会が開催された。これから2月～3月にかけて実際に点数表の改定に答申するのであるが、答申は大体慣例で2月半ば前後には出ている。理由は単純で、4月1日から改定を実際に動かそうとすると、実際に請求事務を回さなければいけない。もっと具体的に言うと、特に病院はレセプトコンピュータの設定を全部変えなければいけない。4月1日に来られる患者さんから、すべて一部負担金を反映させなければいけないので、そのシステム改修にどう考えてもひと月前後時間が掛かる。その後は、現場からいろいろな意見をうかがう段取りとなる。

最後に、関心が高いと思われる最新医療の話である。最新医療の外来管理加算をどうするかというのは非常に大きな話題になっている。基本的に統一を図るべきであると支払側は言っている。その統一の図り方は、診療所を引き下げて病院を引き上げるべきだという意見だった。外来管理加算は何らかの5分要件の代替措置となり得る要件を設定するべきだという意見でもある。

ネットプラスという改定が行われた中で、診療所の最新医療を引き下げるとというのは、言ってみれば診療所にとっては基礎年金のようなもので、その取扱いについて慎重に行うようにと意見が出ている。外来管理加算についても様々な指摘がある。

入院・外来の枠取りがやっぱりここで大きく影響を与えている。事実上外来で改定幅というのは、400億円というふうに枠がはまっているから、最新医療の外来管理加算をどうするかというのは、この400億円の中に収めなければいけないという大前提がある。そういう前提で見ると、実は、このような組み合わせであると、現行で診療所が71点で病院は60点だが、これをどの点で一致させるかによって、これだけの財政影響がでてくる。仮に71点で統一すると、220億円いる。というのは、今より病院が上がるから。外来に使えるお財布は400億円であるから、400億円のうち220億円をこれに使う、という話になる。在宅等を全部含めて、外来をこの400億円の中に収めなければいけないので、そういう制約要件の中でどうするかというのがこの議論である。これはよく報道されているからご存じだろうと思う。

今日はどちらかという枠組みを理解していただくよう、話した。

質疑応答

質問（佐伯地区医師会副会長：松本春樹）

今、佐伯地区医師会では、患者の情報の共有というのを、IT化を用いて地域医療ネットワークで行っている。このIT化というのは、現在JA広島総合病院を核として、その周辺の診療所が、総合病院にある情報を引き出すことができるというような一方向性の情報の共有だが、来年度ぐらいからは双方向性の情報の共有を行い、私たち診療所の情報も総合病院に見られるようにと考えている。各診療所同士も情報が見えるような形を作っていきたいとも考えている。そうすると、在宅支援診療所同士でも、患者さんの情報を、インターネットを通して見ることができるようになると、地域ケアとしても非常に有効なものになってくると考える。将来的にはこういうものに診療報酬をつけられるものだろうかということと、こういう方向を厚生労働省は推進される予定はあるのかどうかというのを聞かせていただきたい。

回答（厚生労働省保険局医療課企画官：迫井正深）

将来の話なので、コメントを差し控えさせていただきたい。JA広島総合病院でやっている取組は、私もこちらに在職中に非常に興味深く感じて見せていただいた。話もずいぶん聞かせていただき、県庁にもお見えになって、いろいろな有用性、波及効果も含めて説明いただき、意義な取組の重要性は分かっているつもりであるが、国が将来どうするかというのは、正直分からないので、いい加減なことも申し上げられないので、コメントは差し控えさせていただきたいと思う。

質問（広大：河野修興）

非常に具体的なことで、私が医者になってからずっと思っていることが、薬価の決め方である。新薬が出たときに、よさそうな薬は非常に高い点数もつくが、その根拠が全く分からないというのがあって、別にそれを説明してほしいというのではなくて、先生にお願いというか、薬価というものをどういう基準で決めているのかが分からないと、この薬はやたらと高いとか、あるいはどうしても必要な薬なのだが、非常に安くて、古いから安いとかいうようなこともある。薬屋さんも聞いてみると、むしろ作りたくないが作らないといけない。そういう薬が非常に不当に安いのではないかというふうに推定しているだけなのだが、それが一つと、今、外科

の方にも少し力を入れるのだが、外科医の数が非常に減っているのだから、非常に危惧している。何か大胆な政策的な誘導というか、そういうものもやっていただきたいというのが2点目である。

3点目は、今の外来の再診療等も、診療所と病院の機能分担というか、そのあたりが実際に誘導できるようなこともやっていただきたい。病院側としては、そんなにたくさん軽症患者さんを診たいわけでもないと思う。そのあたりが実際に動くような方向性と思う。

回答（厚生労働省保険局医療課企画官：迫井正深）

いろいろご配慮いただいた質問で感謝している。薬価は、別の機会に説明したほうがいいと思うが、内容がそれで十分と納得されるかどうかは別として、かなり明確な設定基準がある。これは医療材料もそうだが、その善し悪しの議論はあるが、多くの場合は類似薬効といわれている今ある薬剤と似ているものについて、その薬価を参照するというふうに薬価を決める場合がある。まだ、全く参照するものがない場合は、原価計算といわれる方法に基づいて、積み上げ方式で決めている。その評価の基準や内訳、こういった項目を積み上げるかというのは、かなり歴史の積み重ねもあって相当細かい規定まである。ただ、結局、どこまで細かくやっても、最終的には善し悪しというか是非というか、これは高いという話がどうしても出てくるものだから、やや不透明な印象を持たれるのだと思うが、ルール自体はかなり進化をしているように思っている。

手術の関係、あるいは勤務医疲弊の問題だが、これは中医協の議論でも一貫してそうだが、やはり抜本的に何とかしないといけないという話は前から出ている。

在宅や急性期と後方病床、有床診療所が大きな役割になっているが、従来から少し役割なり機能として過小評価されているという意見があって、東京から見ているとかなり地域差があり、九州や中国地方は有床診療所はかなり強い役割を担っているように思う。有床診療所を評価するという方向になっているし、総じて言えることは、連携を強化していく方向に評価していこうというのは、全体を通じて強く、メッセージとしては出ているように思う。

シンポジウム

「これからの地域包括ケアを考える」



座長 広島県西部地域保健対策協議会会長
(佐伯地区医師会会長)

望月 昭

「在宅医療は究極の地場産業
—救急医が行う都市型在宅医療専門クリニックの
実践から—」



コールメディカルクリニック
広島理事長 岡林清司

今日は「在宅医療は究極の地場産業」この地場産業というのを、地域ケアと置き換えていただいても結構だと思う

が、日夜地を這うような医療をやっているのだから、話題提供にさせていただきたい。

「救急医が行う」という副題を付けたが、私は27年間、救急医・集中治療医として活動してきた、救急医こそ総合医であるという思いを強くしており、私たちがやることにより、日常いける第三の医療といわれる在宅医療に参加できると思う。私は外来診療をしていない。



(スライド1)

看板をかかげてないので、殆どの患者がうちに来れないという事情がある。これは患者さんに来てもらったら困るという内容である。

「コールメディカルクリニック広島」が私たちの診療所の名前だが、外来診療を行わずに在宅医療に特化した在宅医療支援診療所を、2005年11月1日に開業した。その後約半年たって、在宅療養支援診療所というのができ、24時間体制

であるということになれば、これを届け出できる。よく知っていたと言われるが、実はこういうものが出来るということは全く知らなかった。

在宅療養支援診療所 (2006年4月設置)

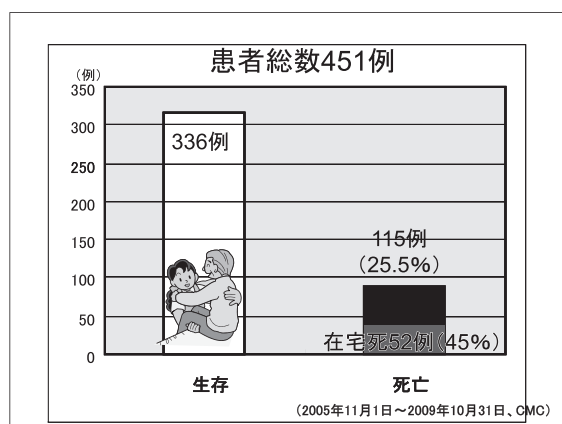
「居家で療養する患者からの連絡を24時間受け、患者の求めに応じて24時間往診・訪問看護を提供及び手配できる体制を整えた診療所。」

コールメディカルクリニック広島

- ・外来診療を行わず、在宅医療に特化した在宅療養支援診療所 (2005年11月開業)。
- ・常勤医師3名(救急医3)、非常勤医師5名(救急医3、内科医1、リハビリ医1)、看護師7名、セラピスト8名、管理栄養士1名(全職員数35名)。
- ・訪問医療、訪問看護、訪問リハビリ、訪問管理栄養、訪問薬剤管理(院外薬局)を提供(その他、通所リハビリセンターを併設)。
- ・2005年11月1日～2009年10月31日(4年間)の実績調査。

(スライド2)

当初は私と看護師さんと事務員3人でまさにラーメン屋台を引いたという思いで始めた。現在では常勤医師3名(救急医3名)、非常勤医師5名(救急医3名、内科医1名、リハビリ医1名)、合計8名のドクターと、看護師7名、セラピスト8名、作業療法士、健康療法士、理学療法士がいる。それから管理栄養士1名、全職員数が現在35名だがまもなく36名になる予定である。訪問医療、訪問看護、訪問リハビリ、訪問管理栄養、訪問薬剤管理、これは院外薬局を提供しており、その他通所リハビリテーションを併設している。

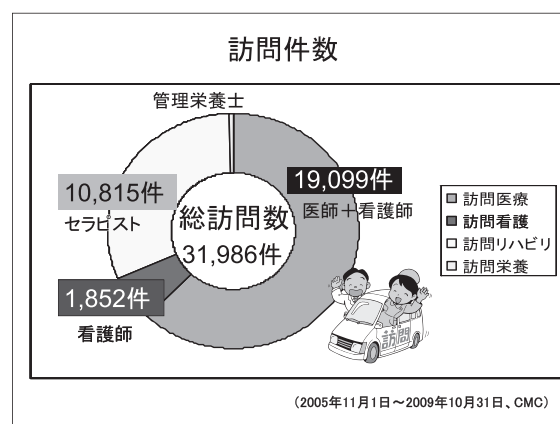


(スライド3)

昨年の10月31日までの4年間の実績を報告したい。患者総数451例。そのうち生存が336例、死亡数が115例、死亡率25.5%という救命救急センター並みの死亡率を誇っている。在宅死52例で約半分の方が自宅で亡くなられるという状況である。

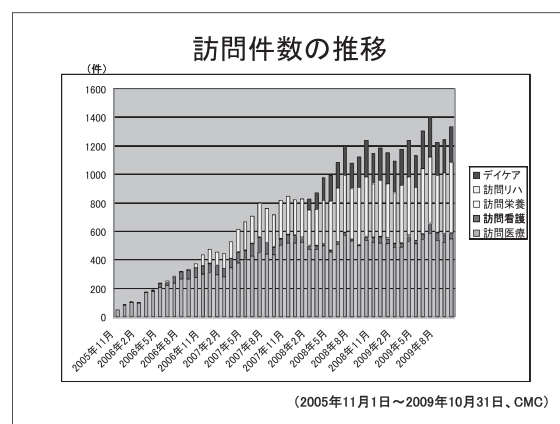
訪問件数だが、この4年間に31,986件を訪問し、それに訪問医療、医師と看護師のツインで

行っており、それが19,099件、看護師単独で行っているのは少なくとも1,852件、セラピストが在宅に行っているのが10,815件、管理栄養士が少しである。看護師の訪問看護が少ないというのは、訪問看護ステーションを作っておらず、他の訪問看護ステーションに依頼して、がん患者の末期を連携しており、数が少ないからである。



(スライド4)

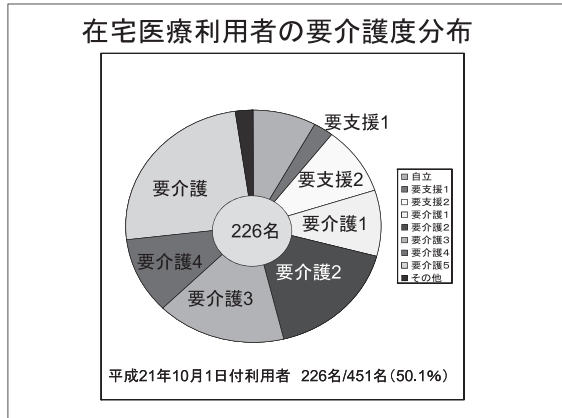
当初からの訪問件数を月別に見ると、訪問医療、訪問看護、訪問リハ、そして通常リハビリを行っている。大体訪問医療の件数が月に600件ぐらいで現在安定しており、リハビリが月に400件ぐらい行っている。451件のうち約25%が亡くなり、さらに25%は途中で入所していくので、実際の実働在宅患者は脱落があり、約半分の方が利用である。



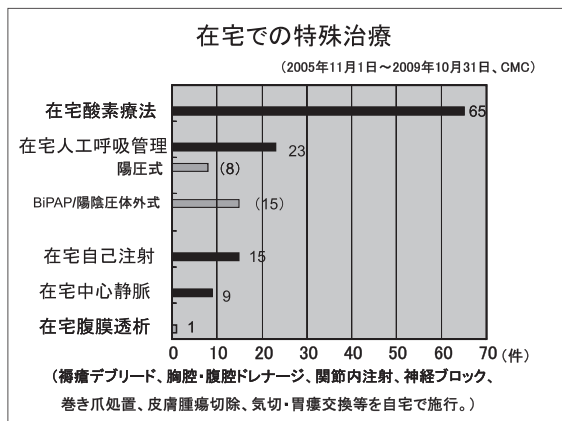
(スライド5)

(スライド6)では10月1日時点での利用者226名の介護度の分布を示している。最も多いのが要介護5。要介護3～5の間をいけば、約60%までが要介護3以上ということで、私どもがほとんど重症の患者さんを診ているのがわかりだと思う。

(スライド7)では、在宅で行っている治療を示している。在宅酸素療法65例、在宅人工呼吸



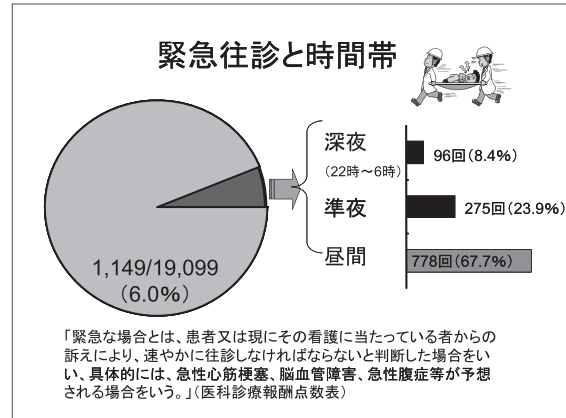
(スライド6)



(スライド7)

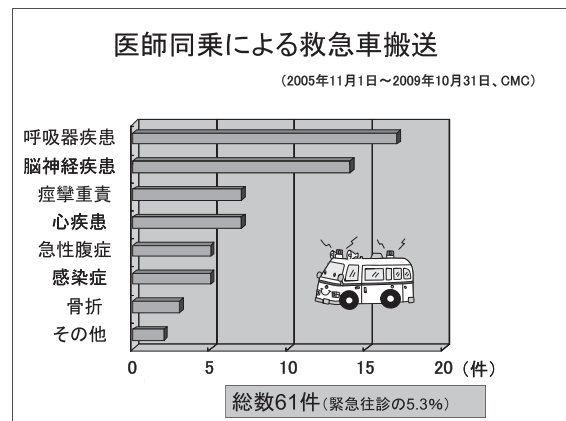
管理が23例。これは陽圧式8例でバイパップあるいは体外式の陽陰圧をやっており、15例ある。在宅自己注射、殆どがインシュリンで15例。在宅中心静脈が9例、腹膜透析が1例となっている。その他、処置については、電気メスを持っていき、褥瘡は自宅でデブリードしている。胸腔ドレナージ、腹腔ドレナージも行っており、関節内注射、関節内の注入、廃液をやっている。神経ブロックや、巻爪治療も自宅で手術している。皮膚腫瘍の切除、脊椎瘻交換等は自宅で施行している。脊椎瘻は、設置するときには病院の方でお願いしている。

家族から多く言われるのは、急変したときの対応をどうしてもらえるのかということである。私たちが行う緊急往診というのは、医科診療報酬点数表でいうところの緊急往診の割合が、訪問医療19,099例の約6%、1,149件である。24時間365日と言うと、いつ寝ているのかとよく言われるが、その内訳を見ると22～6時までの深夜帯と呼ばれる時間は96件、4年間で96件なので、月に2件程度ということが言えると思う。大学の救急で当直しているよりはずっと楽な件数である。準夜帯が275件、23.9%。圧倒的に昼間の緊急往診が多い。



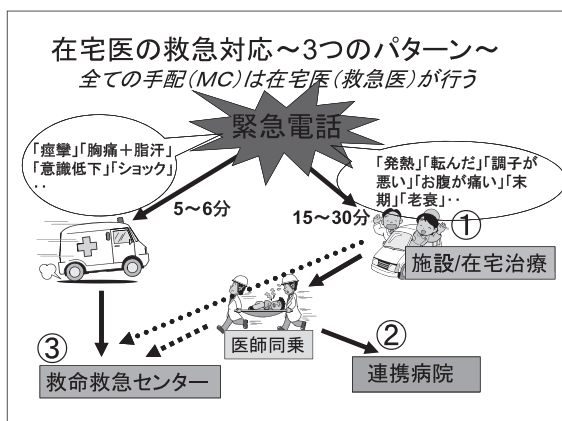
(スライド8)

医師同乗による救急車搬送では、61件ある。これは緊急往診の5.3%に相当している。後で見えるが、医師が同乗できるスタイルと、するまでもいかない緊急往診のタイプがある。私たちが在宅まで行って、これは入院した方が良くだろうと判断し、救急車を呼んで、救急搬送する患者もいる。最も多いのが呼吸器疾患・肺炎だが、その後が脳神経疾患、脳梗塞の発症である。痙攣重責、心疾患、急性腹症、これは急性胆のう炎とイレウス等がある。感染症、骨折があげられる (スライド9)。



(スライド9)

私たちの救急対応には三つのパターンがある (スライド10)。一つは通常の「発熱」、「転んだ」、「調子が悪い」、「お腹が痛い」、「末期」、「老衰」で、私たちが到着するのに約15～30分かかる。あるいは施設に入所する直前に、調子が悪くなったというので私たちが行く。これが一つのケースである。ここで何かの治療をして引き上げるというのがワンパターン。行ってみると、これは大変だということで、救急車を呼び、医師が同乗して連携病院に運ぶ。市内に2カ所の急性期病院と連携しており、まず100%入院は可能になっている。

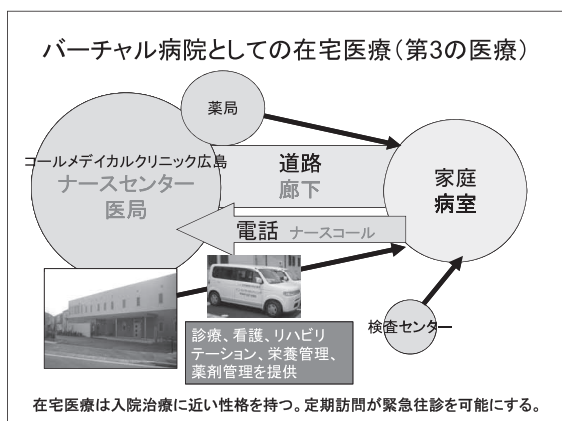


(スライド10)

もう一つは、これは患者の状態がよろしくないというので、直接救急車を手配する場合である。5～6分で救急車に来てもらって、救命センターに直接搬送する。ここで私たちは、すべての手配、救急車の手配から病院選択、すべて在宅医が行うというメディカルコントロールシステムを導入している。ここに運んだ患者は急性性の胸部動脈乖離、腹部動脈瘤の切迫破裂、冠動脈の脳血栓という、いずれも救命で来ており、これも心筋梗塞の人は救命センターに7分で行くことができる。

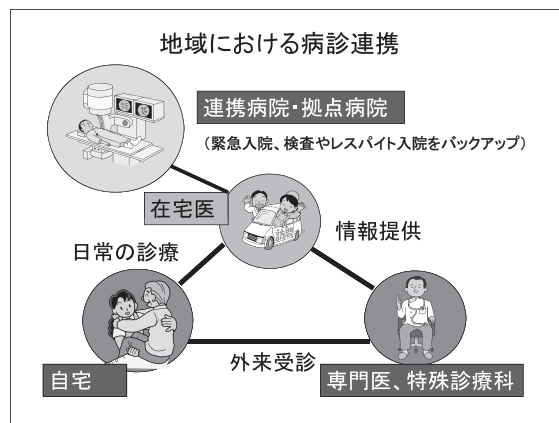
私たちの在宅医療の考え方は、在宅医療は外来診療ではないということである。外来診療の延長上ではなく、あくまでも患者は自宅に入院しており、病室が家であるという意味である。道路が廊下で、私たちの事務所がナースセンターあるいは医局に相当する。そこに、薬局は自宅に届け、検査もここです。検査は、レントゲンとMRIとCT以外の検査はほぼ自宅が可能である。そこに診療看護、リハビリテーション、管理栄養、薬剤管理を提供していくのが私たちの考えである。

地域における病診連携については、連携病院、急性期病院が2カ所、そしてがん拠点病院から



(スライド11)

救急入院、検査やレスパイト入院をバックアップしていただいている。在宅医、そして私たちの患者には特殊疾患が結構多い。パーキンソン関連疾患あるいはALSの患者、これは特殊診療科の先生と専門医にお願いしている。通常は私たちが診て、在宅での診療情報を提供する。そして、細かな薬剤管理を私たちにさせていただき、日常診療に生かしていくという流れを病診連携で行なっている。



(スライド12)

在宅医療というのは、この5つの柱で医療側を支えている（スライド13）わけだが、実際には患者、家族、ヘルパー、福祉関係者の橋渡しがケアマネージャーだと私たちは考えている。

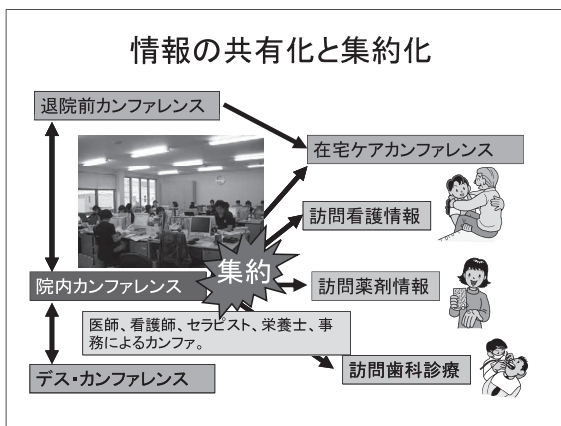


(スライド13)

そして、よく情報の共有化ということが言われるが、共有化と一緒に最も大切なのは集約化である。どこで基本的にすべてコントロールするのかを決めないと、情報は入るが結局誰も決められないという状況が起こる。私たちは院内カンファレンス、事務もすべてのスタッフがワンフロアに集まり、コンピュータでカンファレンスを毎朝行う。退院する前のカンファレンスでは、訪問看護師、薬剤師、歯科医などが退院前カンファレンスに集り、院内カンファレンス

で毎日やっていくわけである。訪問薬剤情報が毎日ファックスで入ってくるので、それもすべてカンファレンスで提供する。訪問看護ステーションからの情報も入ってくるので、私たちは看護師、薬剤師、歯科医に情報を送っていくわけである。

そして、退院前カンファレンスから何か問題が起こった場合や、要介護度が変わったときには、在宅ケアカンファレンスというのを行って、この情報の共有化と集約化を行っていく。最後に亡くなられたときには、訪問看護ステーションとデスクカンファレンスというのも行っている。



(スライド14)

在宅医療というのは、あくまでも入院治療に似た第三の医療であり、定期的な訪問が緊急対応を可能にしている。在宅医療においては、やはりそこでも救急が原点であり、在宅医は急変対応に対するメディカルコントロールの知識と経験が必要であると考えている。在宅医療は地域限定医療であり、その地域の様々な職との連携がなくてはならない状態なので、コミュニケーションも含めた、日常的に顔の見える環境を作りながら、チーム医療をもって行う必要があると考えている。そういう意味で、在宅医療医は究極の地場産業だと私は考えている (スライド15)。

結語

在宅医療は入院治療に似た第3の医療であり、定期的な訪問が緊急対応を可能にする。

在宅医療においては「救急が原点」であり、在宅医はメディカル・コントロールの知識と経験が必要である。

在宅医療は地域限定医療であり、その地域の様々な職種との連携なくしては成り立たない。日常的に顔の見える関係を作りながら、チーム医療をもって行う必要がある。

(スライド15)

「地域ケアとキーパーソン」

広島文教女子大学教授

蛸江 紀雄



福祉の立場から日ごろ思っていることを、幾つか話したいと思う。

まず始めに、「議論」の段階からもう「実践」の段階だということを話してみる。地域ケアが、介護型療養病床廃止計画とともに再び話題に上がっている。しかし、ノーマライゼーションの理念を背景にして、1970年代ぐらいからこのことは福祉でも取り上げてきているわけであるが、遅々たるもので、もう議論の段階ではなく、実践に取り組まなければならない時代になったという認識をもっている。

地域ケアというのは、住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるための支援の総体とすれば、医療や看護、介護というような専門職の支援体制というものはもちろんだが、制度の隙間を埋める住民の見守りや支え合いなどの日常活動が不可欠であることは、よく言われている。

しかし、地域は人間関係が希薄化しており、また地縁を基盤とする支え合いの仕組みももう機能しなくなってきている。単身または夫婦のみの高齢者世帯など、暮らしにくさを抱えた人々が増えてきている。

福祉課題自体が、潜在化してきている。人間関係の希薄化や個人情報保護法への過剰な反応があると思うが、どこに支援を必要としているかが非常に分かりにくい社会になってきている。例えば社会的孤立や閉じこもりの問題、あるいは介護・子育ての不安など過剰な負担を抱えていることがあげられる。時にはそのことがもととなり、虐待に至っているという問題などがある。

一つの家族の中でも、家族それぞれが色々な問題を抱えており、重複して生活課題を抱えている。そういう家庭も、支援もなく地域で暮らすことが増えてきている。そういうことを考えると、今までのように一つの専門機関や専門職だけで対応するということが非常に無理になってきており、チームアプローチということが欠かせない時代と言えると思う。

従来、地域ケアを考える場合に、専門機関や団体などのネットワークの仕組みに焦点を当てて考えるということがよくあった。しかし、いくらネットワークを作っても、あるいはネット

ワークの図柄を描いてみても、これが実践に結びつくかという、なかなか結びついてこなかったと私は思う。そこで、地域ケアの推進に必要なのは仕組みではなく、介護サービスをはじめ医療や看護、生活支援サービスを的確に繋いでいってくれる人だと思う。ネットワークの図柄ではなくて、人に焦点を合わせて考えていくことが現実的ではないかと思う。利用者一人一人についてしっかりと支援サービスに繋いでマネジメントしていく。その積み重ねが、結果として地域ケアというものが地域にできていく。だから、カンファレンスを開くということも大事だが、カンファレンスが開けないから地域ケアが進めないということではなくて、しっかりと繋いでいく働きができるキーパーソンがいれば、地域ケアというのはまた1歩前進していけると私は思っている。

ケアマネジメントというもの、あるいはケアマネジャーという仕組みが、日本では介護保険の創設と同時に導入されたというところがよかったのか悪かったのかと、私はいつも思う。要するに、介護保険制度と一緒に取り入れた結果、何が起きたかという、要介護認定で、要介護要支援と認定された人を対象にして、介護保険サービスをパッケージしていくためケアマネジメントあるいはケアマネジャーの働きが、ちょっと言い過ぎかもしれないが、矮小化されてしまった。ここをやっぱり何とかしなければいけないという考え方が、今日の地域包括ケア、地域包括支援センターというものになって、もう一度取り上げられたのではないかと思う。

地域ケアというのは、何か改めて新しい仕組みを作らなくても、居宅介護支援事業所のケアマネジャーや介護支援専門員、あるいは地域包括センターのスタッフなどが、自分たちが地域ケアのキーパーソンなのだという意識を高めて、その役割をしっかりと担っていく力を身に付けることによって、地域ケアを実現できるのではないかと考える。

それからもう一つ、地域ケアの基盤づくりだが、地域ケアの基盤づくりの一つとして地域密着型サービスが創設された。しかし、本来の機能を発揮するところまでは至っていない。この地域密着型サービスを真に機能させていくことが、地域ケアの推進上、またもう一つ必要な課題ではないかと思う。地域ケアといっても、在宅で家族が最後まで世話し、看取っていくことについては、非常に不安を抱えているし、限界もあると考えている家族が多い。その限界

を、住民と施設でサポートしていく地域基盤が必要で、その役割を担う施設が、地域密着型施設だと私は考えている。

行政はこうした事業者の理解を深め、意識を高めていくアドバイスと指導が、今とても必要ではないかと思う。そのために地域密着型サービスが、地域の特性に見合った、例えば廿日市で言えば私は吉和をいつもイメージするが、そういう地域の特性に見合って、地域密着型サービスの運営を住民と一緒に進めていかれるような体制作りがとても大事であり、国にはぜひ地域密着型サービスの運営について、市町の裁量権をしっかりと認めてもらうことが大事かと思う。

つまり、「何とか最後までうちで見ていきたい。でも不安や限界を感じる。」でも、「大丈夫です。地域の密着型サービス施設がありますから、何かあったときには言ってください」と言って、地域密着型サービスを出たり入ったりするということが日常的に可能なことを住民が実感すれば、私は地域ケアというのは本当に進んでいくと思う。そのような地域密着型施設に育てることが非常に大事な課題の一つではないかと思っている。

ここで、そんな考え方をもとにして、幾つかの提案をしてみたいと思う。一つは居宅介護支援専門員の仕事の仕方・意識であるが、「チーム化する」という考え方をベースに据えることがとても大事と思う。個々の介護支援専門員が受け持ってマネジメントするというのではなくて、それぞれの基礎資格の違いが、すなわち看護を基礎資格とする人、介護を基礎資格とする人、それぞれが得手不得手を補い合って地域のケアを守っていくという意識と仕事の仕方を、地域でしっかり養っていくことがとても大事といえる。

二つ目は、地域包括支援センターと住民の間を埋める仕組みがいて思っている。地域ケアの中核となるのは、地域包括支援センターだが、地域包括支援センターの抱えるエリアが少し広すぎて、住民の身近なところまでなかなかいきにくい。だから、住民と地域包括支援センターの中間にあって、住民と住民の橋渡し、あるいは住民と地域包括支援センターをはじめとする行政や専門機関、専門職に橋渡しをする拠点と人材が必要なのではないか。私の個人的な考え方であるが、廿日市では、公民館を市民センターとした。だから、この機会にぜひ、その市民センターの中に、つまり、小学校区を単位と

する市民センターの中に、例えて言えば「福祉何でも相談室」のようなものが設置されるとよい。このように住民の人たちによって担われる相談センターができると、そこで問題を解決するという事ではなく、そこが入口・窓口になって専門機関に繋がれていくという機能を持った身近な相談機関ができればよい。相談所のようなものが住民の身近にできていけば、それが住民と地域包括支援センターあるいは行政専門機関等を取り次いでいく。そういう働きができれば、もっと地域包括支援センターの働きが円滑になっていくのではないだろうか。

三つ目は、地域の各専門員が知り合い、共同学習する場を作ることが、とても大事だと思う。これまで専門職というのは、縦割りの教育と訓練を受けてきたわけで、いきなり連携しようといってもうまくいかない。例えば療養型の施設などに象徴的だといえるのだが、看護師と介護職の役割分担と連携の仕方というのは、まだまだ定着していない。お互いの仕事を知らないし、お互いの担うべき役割が確認できていなし、生かし合うというチームワークがどうも生まれにくい。だから、同じ地域で働き合う専門職同士が地域で共に学び合い、仕事の仕方をお互いが知り合うことによって、地域連携が上手くいききっかけ作りになるのではないかと。先ほど岡林先生が、結局ネットワークというのは、人と人との繋がりだという意味のお話をされた。私は本当にそうだと思う。それを地域でどうやっていくかという取組を始めなければいけないと思っている。

廿日市市にはそういう意味で、五師士会というのがある。望月先生がお力を注いでお作りになったわけだが、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護師会と社会福祉士会がみんなで一同に会って学び合うという場ができている。五師士会が共に学び合う、連携して同じ地域で働き合う場になっていけば、人との繋がりというのはスムーズにできて、廿日市の地域ケアの推進に大いに貢献されると、私はとても期待をしている。

最後に申し上げたいのは、「ぜひ家で暮らしたい」、「家で死にたい」ということを、高齢者がきちっと自分の意志として言える環境に取り組んでいかなければいけないということである。また、家族は家族で、「家で最後まで看取りたい」と思われるのであれば、それをきちっと主張するということが非常に大事である。行政・廿日市で言えば五師士会、ケアマネ協、民協、社協などが連盟で、この機会にぜひ「これから

地域ケアに取り組んでいきます」ということを、市民の皆さんにしっかりと宣言していただきたい。そうすれば住民の皆さんも、これからはそういう方向でいくという期待が出て、お互いが足並み揃えをしていくことに繋がっていくのではないかと。専門職だけがいくら地域ケア、連携ということをやっても、それを活用する住民が理解して、一緒に取り組んでいくという同じ方向に向かわなければ意味がない。共通認識をもてば、また一緒にみんなで頑張り合えるのではないかと考えている。

「地域の中で、介護支援専門員に求められるもの」

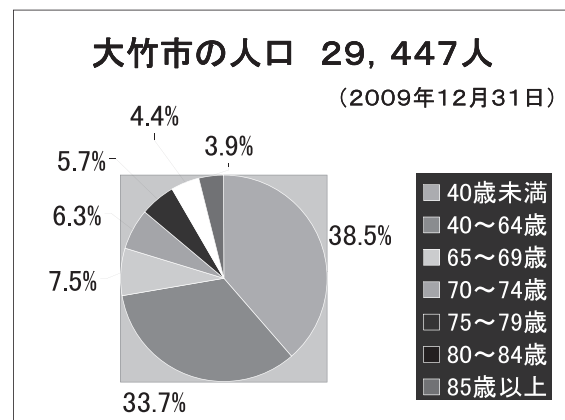


大竹市医師会訪問看護ステーション管理者

山重恵子

私の事業所の在る大竹市は、広島西圏域の中で山口県との県境に位置して、広島県の西の玄関にある。今日は、大竹市における地域の状況と大竹で実働している介護支援専門員の現状と課題、それに対して地域でどう動いていくべきか、地域の中で介護支援専門員に何が求められているのかを、地域介護支援専門員連絡協議会会長の立場と訪問看護の視点から述べてさせていただきます。

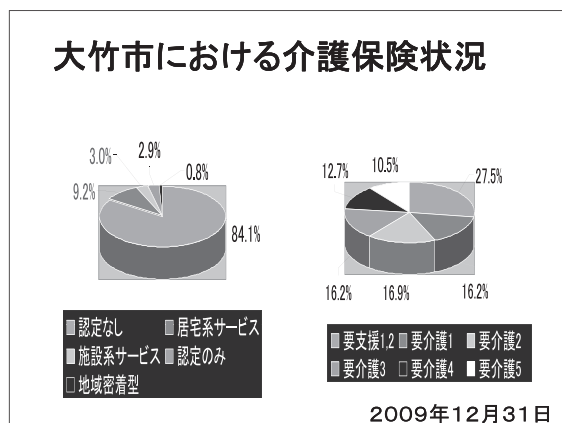
大竹市の人口は年々減少しており、2009年12月末で29,447人、廿日市市人口の約4分の1である。年齢分布を見ると、65歳以上である介護保険の1号被保険者の占める割合は大竹市人口の27.8%。約1年半で1.2%アップしている。



(スライド1)

次は、1号被保険者の状況(スライド2)で、認定を受けていない方、もしくは申請して非該当になられた方の割合が65歳以上の人口が

84.1%みられる。また、認定がおりた方のうち約6割の方が居宅系のサービス、約2割の方が施設系サービスを利用しておられる。1号、2号被保険者の介護保険の認定状況で、認定がおりた27.5%が要支援者で、要介護者は72.5%となっている。



(スライド2)

また、市内の居宅介護支援事業所は、これまでに2事業所が閉鎖し、現在7事業所ある。そのうち予防プランを受託している事務所は年々減り、4事業所となった。市内の居宅介護支援事業所で実働している介護支援専門員は約20名おり、そのうち常勤・専従が約55%である。市内の地域包括支援センターは、社協への委託事業で1カ所という状況の中で介護支援専門員は実働している。

大竹市の状況

- 市内の居宅介護支援事業所 7事業所
(予防居宅介護支援事業所 4事業所)
- 実働介護支援専門員 約20名
(常勤専従約55%)
- 地域包括支援センター 1カ所
(社協に委託)

(スライド3)

それではまず、地域における病院から在宅へのつなぎとなる退院時カンファレンスについてだが、医療機関の地域医療連携室相談員が窓口となり、院内の医師のパイプ役になっている。退院時カンファレンスが開催されるケースが増えてきた背景には、介護報酬の改定で、退院・退所時加算や医療連携加算の新設の効果もあると思うが、何よりも地域の中で、地域医療連携

室相談員と介護支援専門員の顔の見える連携が大きく影響していると感じている。これは、介護支援専門員にとって、とても心強い。特に医療ニーズが高く、訪問看護の導入が必要なケースの場合は、在宅医も含めた退院時カンファレンスの開催率が高くなってきた(スライド4)。

退院時カンファレンスの現状

- 地域医療連携室と介護支援専門員との連携
 - ⇒ 退院退所時加算、医療連携加算
- 医療ニーズが高い方の切れ目のない医療
 - ⇒ 在宅医を含めたカンファレンスの開催

(スライド4)

その一方で、退院時に介護支援専門員が関与できず、情報が全く入らないケースが埋もれているため、課題も残されている。それらのケースは、在宅に帰ってからの生活がイメージできない高齢者とその家族が大半で、高齢者同士の老老介護や認知症夫婦の認認介護、また家族の状況や介護力の背景に十分目を向けず、誰一人として課題を認識しないまま、網の目からこぼれてそのまま在宅に戻られ、疲れ困り果てるというのが現状である。それを防ぐために、入院中一番身近にいる病棟ナースが、退院後の生活状況に関心を持ち生活環境の情報を持つ介護支援専門員が、医療機関の地域医療連携室等と連携することで、退院後の生活の質が大きく左右されないよう温度差なく認識する必要がある(スライド5)。

退院時の課題

カンファレンス未開催のまま退院

- 高齢者(老老介護、認認介護)
- 家族(同居、別居)



退院後の生活がイメージできず
在宅復帰後に困り果てる

(スライド5)

つぎに、行政窓口相談に向いていく家族に対する対応についてはなして見る。相談者家族は、要介護者を家に残したり仕事を休んで出向いていくことは、介護者にとってはとても貴重な時間を費やすことであり、大きな労力ともいえる。そこで行政窓口がダイレクトに居宅介護支援事業所もしくは地域包括支援センターへ繋げ、相談者が動くのではなく、介護支援専門員が初期動作で動ける流れを作りたいと思っている。

その一方で、大竹市内の開業医の高齢化が進み、在宅医が減少傾向にある。外来診療も行っている在宅医の負担は確実に増えてきている。こうした背景の中で、退院時に在宅医探しに苦慮するケースもある。また、眼科や耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科など専門の在宅往診医が足りない。そして、介護保険サービスを見ても、生活を支えるのに重要な役割を担う24時間対応のヘルパーステーションがない。また、大竹は南北に細長く、離島に当たる阿多田地区と中山間地域に当たる栗谷地区があり、それらの地区へのサービスの供給が十分とは言えない現状がある。これは家族に係る介護負担の増大を意味し、さらには介護難民が増えていくことを意味する(スライド6)。

大竹市における現状と課題

- 在宅医の不足
- 社会資源の不足
- 離島、中山間地域のサービス不足

(スライド6)

次に、地域におけるサービス担当者会議の開催における課題についてだが、大竹では介護保険施行当初から地域介護支援専門員連絡協議会の主催で、複数のサービスを利用しているケースに対し、月1回、曜日と時間を決めてサービス担当者会議を定例開催してきたが、昨年4月で廃止し、個々の介護支援専門員に委ねることにした。会議日程調整は容易ではなく、主治医の参加は難しいのが現状である。サービス事業所においても人員配置がぎりぎり参加が難しい現状もある。それでも、主治医の意見が重要

なケースは、外来診療に支障のない時間帯に診療所に集まる機会や、主治医の訪問診療の時間に合わせて在宅サービス事業所が集まる機会も少しずつ可能になってきた(スライド7)。

サービス担当者会議開催の課題

- 会議開催の日程調整
- 主治医の参加率
- サービス事業所の参加率
- 在宅で開催場合の駐車場の確保

(スライド7)

ここで問題となるのが、複数の事業所を利用している場合の駐車場確保である。在宅で開催の場合、訪問者の駐車場確保さえ困難なのに、そこに複数の事業所が集まるのは容易ではない。また、サービス事業所には、サービス担当者会議の参加要請があれば、職員を派遣するよう位置付けられてはいるが、報酬の位置付けはない。それ故に介護支援専門員は貴重な限られた時間の中で、簡潔にポイントを押さえた会議を進行する力量が求められている。

介護支援専門員が中心となり、プランを企画することは、質の格差がある。利用者本位の意味をはき違い、主治医の意見が反映されないプランも見受けられる。時間を要する困難事例から、即日対応が必要な緊急を要する事例まで、様々なケースがある。事前情報からは探れない事態が潜んでいるケースが結構多く、このようなケースに当たったとき、一人で抱え込んでしまっていないだろうか。介護支援専門員には、基礎資格が大きく分けて福祉系と医療系があるが、事業所内はもちろんのこと、事業所の枠を超えて複数の基礎資格の介護支援専門員が専門分野の助言をし合える環境があれば、解決の糸口が見つかるかもしれない。また、見落としがちな問題点や、緊急を要する課題に、迅速に対応できないだろうか。

また、刻々と変化していく状態に、的確なサービスをプランニングするには、迅速な対応がさらに要求される。このような場合は、自分の判断や価値観にとらわれず、自分の得た情報をいかに早く主治医と専門職に繋げるかで、利用者の予後やQOLが大きく左右され、介護者

の不安感や介護負担も大きく変わってくる。ひと月の間に再三のケアプラン変更の調整と事務処理の労力は並大抵ではない。また、他職種共同において、主治医やケア担当者顔の見える連携ができるよう、地域で顔をつなげていく取組を、地域の介護支援専門員連絡協議会でも、今後も継続していきたいと思う。人口約3万の大竹市だからこそできるネットワークと思う。問題が起きたときに応じてフットワーク軽く動けるチームづくりが必要だ。いろんな事業所の方たちとかかわる中で、プランがパターン化されないことが可能な地域だと思う（スライド8）。

プランニングの質をあげるために 地域で取り組むこと

- 介護支援専門員同士の、事業所枠を越えた繋がり
- 福祉系と医療系の介護支援専門員の協同によるプランニング
- 専門性を生かす多職種のチーム作り
- 主治医・ケア担当者顔の見える協働

（スライド8）

最後に、訪問看護の視点から、地域の中で介護支援専門員に求めるものを述べさせていただく。今後さらに在院日数の短縮化が進み、地域に施設等の受け皿が少ない現状から、終末期医療も含めた医療ニーズの高い在宅療養者が増えてくるのは避けられない。医療ニーズが高い在宅療養者本人とその家族の不安は、計り知れない。その不安を少しでも払拭できるよう支援する必要がある。そのためには、医療ニーズに対応できる専門職を積極的に活用し、介護支援専門員が核となり、ケア担当者がその専門性を十

訪問看護の視点から地域の中で 介護支援専門員に求めるもの

- 終末期や医療ニーズの高い在宅療養者本人とその家族の不安を払拭
- 医療ニーズに対応できる専門職を積極的に活用
- ケア担当者が専門性を発揮できるよう核となる

（スライド9）

分に発揮できる環境づくりが重要であり、その調整役である介護支援専門員に対する期待はとも大きいものがある。

しかし、事務処理に追われながら地域を走り回り、疲れきっていると、相手に元気を与えることはできない。何よりも地域の中で、介護支援専門員自身が元気であることが、地域を元気にしていく原動力になるのだと思う（スライド10）。

地域の中で...

介護支援専門員自身が
元気であることが、
地域を元気にしていく
原動力になる！

（スライド10）

「廿日市市地域包括支援センターの地域連携の取り組み」



廿日市市地域包括支援センター所長 久保田 由美

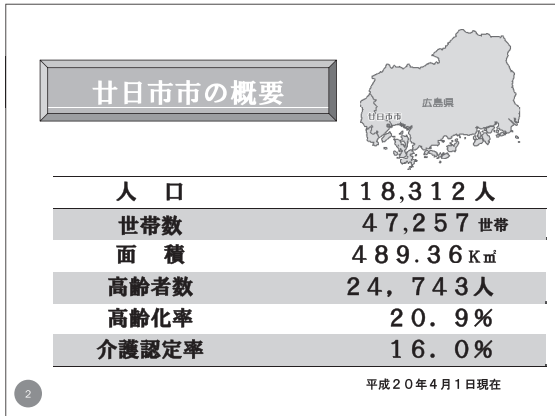
これから、地域支援包括センターという言葉がたくさん出てくるため、ここでは包括と略して言わせていただきたい。

まず、廿日市市の概要についてであるが、当市は平成15年に佐伯町、吉和村、平成17年に大野町、宮島町と合併し、面積は489.36平方Km、人口は118,312人と拡大した。地域は豊かな自然や歴史、文化を有する島しょ部、沿岸部、内陸部、山間部の多様な地域から構成されている。高齢者数は24,743人、高齢化率は20.9%、要介護認定率は16%である。

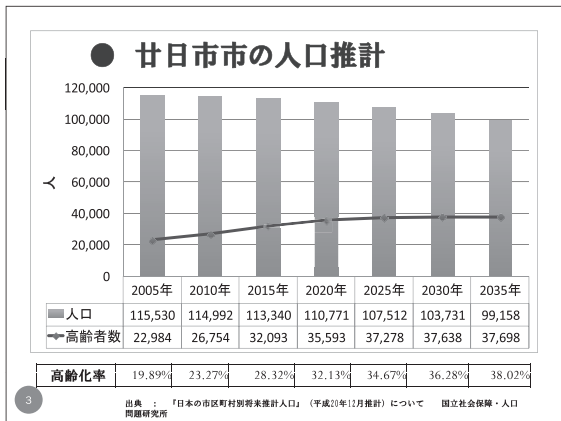
高齢者数、高齢者率はともに年々増加しており、15年先の2035年には人口も10万人を割り、高齢化率も38.02%と、今後高齢化はますます進んでいくと推計される（スライド1、2）。

地域別の高齢化率を見ると、廿日市は18.4、佐伯26.4、吉和43.9、大野23.7、宮島37.6であり、高齢化率から見ても地域差が見られる。（スライド3）

当市の医療・介護の関係機関は、病院が10カ所、内科などの診療所が84カ所、歯科診療所が57カ所、介護保険関係事業所が134カ所、介護保



(スライド1)



(スライド2)

地域別高齢者状況

(平成20年4月1日現在)

区分	廿日市	佐伯	吉和	大野	宮島
総人口(人)	75,888	12,062	815	27,658	1,889
高齢者人口(人)	13,934	3,181	358	6,560	710
高齢化率(%)	18.4	26.4	43.9	23.7	37.6

(スライド3)

除外施設が7カ所となっている。地域別に見ると、医療機関、介護保険関係事業所ともに廿日市や大野の沿岸部に集中しており、佐伯、吉和の中山間部、宮島の島しょ部は極端に少ない状況である。

次に、包括の設置情報。当市は平成18年度に包括を開設し、現在では直営で3カ所設置している。また包括につなぐ相談窓口機能を持つプラチを委託で2カ所設置している。人員は包括廿日市が17人、包括大野が5人、包括佐伯が3人、職種は保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー、ケアマネジャー、看護師、事務職員

地域別医療・介護の関係機関

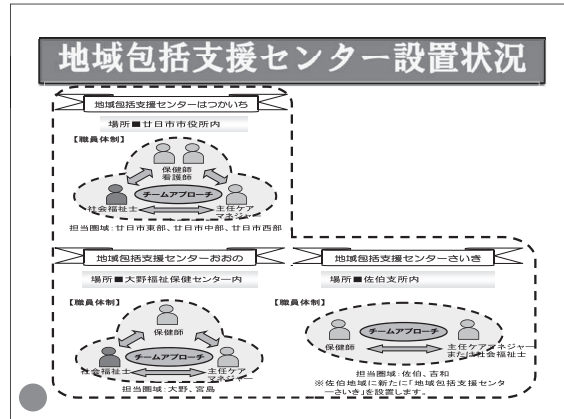
(平成20年1月現在)

	廿日市	佐伯	吉和	大野	宮島	合計
病院	6	2	0	2	0	10
内科等診療所	62	5	1	15	1	84
歯科診療所	39	3	1	13	1	57
介護保険事業所	86	15	1	29	3	134
介護保険外施設	4	2	0	1	0	7

(スライド4)

の合計25人体制で運営している。包括では高齢者の様々な相談事に対応する総合相談支援業務、予防プランの策定など介護へ移行することを防ぐ介護予防を進める業務、高齢者虐待や財産管理の支援などを行う権利擁護業務、ケアマネジャーの相談支援や関係機関の連携、体制づくりを行う業務の4業務を行っている。

本日はこの4業務のうち、関係機関との連携中心に包括業務の一部を紹介させていただく。



(スライド5)

まず始めに、なんのために連携が必要なのかをまとめてみた。地域社会における生活の支援は一方向だけでなく、総合的な支援が必要とされている。そのためには、保健、医療、福祉などの様々な分野における地域資源の活用を行う。また顔の見える連携機関との連携により、迅速に切れ目のないサービスを提供していく。地域にアンテナを広げ、支援が必要な人を早期に発見し、対応する。住民主体の支え合いの関係を深め、地域で安心して暮らし続けられる地域づくりを進めていく。以上のことが必要かつ重要になってくる(スライド7)。

次に、当包括における地域連携の取り組みである。地域包括支援センター連絡会・地域ケア

地域連携の必要性

- 保健・医療・福祉等、様々な分野における地域資源の活用により、総合的な生活支援をおこなう。
- 顔の見える関係機関との連携により、迅速に切れ目のないサービスを提供する。
- 地域にアンテナを広げ、支援が必要な人を早期に発見し、対応する。
- 住民主体の支えあいの関係を深め、地域で安心して暮らし続けられる地域づくりをすすめる。

7

(スライド6)

**地域連携の取り組み
(5つの連携体制)**

- 地域包括支援センター連絡会議
- 地域ケア会議
- 関係機関連絡会議
- 地域のネットワーク会議
- 生活・介護支援サポーター養成事業

8

(スライド7)

会議・関係機関連絡会・地域のネットワーク会議・生活介護支援サポーター養成事業のこの五つの連携体制を取っている。

まず地域包括支援センター連絡会ではこの会議は包括のみで実施する会議と、ブランチ、支所を含めた会議の2種類がある。この会議の目的は、包括及び関係職員の資質の向上と、包括の資質の均一化を図ることである。構成メンバーは包括、各支所、ブランチの職員だが、必要に応じて市関係課の参加を依頼することもある。協議内容としては、地域ケア会議で出た検討事項の紹介、困難事例、関係制度の紹介、包括内部の業務の流れや進め方の協議、確認を

地域包括支援センター連絡会

目的	地域包括支援センター職員、関係職員の資質向上と資質の均衡化を図る。
構成メンバー	地域包括支援センター職員 各支所高齢福祉担当職員 ブランチ担当職員 ※必要に応じて、担当課職員が参加
協議内容	・ケア会議での検討事項の紹介（地域課題、解決方法等） ・困難事例の紹介 ・関係制度の紹介 ・業務の流れ、進め方の協議・確認

9

(スライド8)

行っている。会議の議題については、各包括のリーダーにより提案された事項を協議しており、現場に即した身近なテーマで行っている。また、日常の業務では、職種の違う職員が意見交換しながら対応策を検討するチームアプローチを実践している。

次に、地域ケア会議についてであるが、当市の概要でもお話したが、当市は多様な地域の集合体である。近隣の関係が希薄な都市部で、交通手段や社会資源に乏しい中山間地域であり、救急搬送時の諸問題を抱える島しょ部など地域によって抱える問題が異なることもあり、支所単位の地域別ケア会議を実践している。この会議の目的は、地域の実態を把握し、情報を共有化することにより、問題解決や関係機関とのネットワークを構築することである。構成メンバーは、包括、ブランチ、支所、社会福祉協議会である。吉和においては吉和診療所の医師と看護師である。佐伯ではケアマネジャーを常時の構成員として、必要に応じて市の担当職員や消防などの関係職員に参加してもらう。ここでは、困難事例の検討、各部署からの活動状況、現場で抱える問題などを出し合う場になっている。社会資源の少ない吉和では、吉和診療所を中心に、支援が必要な人の情報を出し合って、どの場面でのどのような支援を行うかを確認し合い、役割分担を行い、限られた資源の中で各機関が協力し合って支援していく体制を作っている（スライド9）。

地域ケア会議

目的	地域実態の把握、情報の共有化により、問題解決や関係機関とのネットワークを構築する。
構成メンバー	・地域包括支援センター、ブランチ職員 ・各支所高齢福祉担当者 ・社会福祉協議会職員 ・医師、看護師（吉和地域） ・市職員、消防、ケアマネジャー等
協議内容	・困難事例の検討・各部署からの活動状況（制度、事業紹介） ・問題提起、役割分担、再確認

10

(スライド9)

次に、関係機関連絡会議についてである。この会議の目的は、専門機関や専門職の情報の共有化を図り、要支援者に対して、適正かつ迅速なサービスを提供する。また、相互の理解と資質の向上を図る。会議の種類はここにあげた五つがある。医療機関連絡会は、廿日市市内だけでなく、近隣の病院の看護部長や地域医療連携

室の相談員に参加していただき、各病院の機能や入退院の状況や諸問題を出し合っていたり。当市は、急性期、回復期、療養期と機能別の病院があり、それぞれの連携の取り方について意見交換の場となっている。

次に、居宅介護支援事業所連絡会。この会議は、市からの制度説明と事業所からの質問に答えていく場になっている。ここでは実際にサービスを提供しているヘルパーに出席をしていただき、介護予防に向けてのサービス提供の難しさなど、利用者のかかわり方について情報交換ができ、ヘルパーから、自身の勉強になったという意見も多く出た。また包括サイドで介護予防の説明をしっかりとすることも重要であるという再認識もできた。

介護支援専門員連絡協議会では、ケアマネジャーが気軽に参加できるように、仕事が終了した時間に情報交換会を定期的実施している。包括も開催当初から出席しており、ケアマネジャーとの連携を深めている。ここでは担当者会議の持ち方、医療機関との連携の取り方、事例報告など毎回テーマを決め、ケアマネジャーの日ごろの悩みを遠慮なく出し合えるざっくばらんな会として、互いに学び合う会に発展している。

次に五師士会の地域ケア検討委員会であるが、当市には、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・社会福祉士・精神保健福祉士の専門職が集い、資質向上のための研修などを行っている。今年度から五師士会は地域ケア検討委員会を発足させ、退院時ケアカンファレンスと在宅療養ケアカンファレンスのマニュアルづくり作業をしている。この委員会には包括も参画し、在宅の立場から意見を出している。このように、関係機関連絡会議は理解を深める場、学びの場、協議の場、つなぎの場など必要に応じて様々な機能を発揮できる会として展開している。

次に、地域のネットワーク会議では、地域の団体が主催している会議などに包括が参加している。まず、地区民生委員・児童委員協議会定例会への出席。ここでは民生委員から地域の情報をいただき、一緒に対応したり、こちらから制度や高齢者の対応事例を紹介などを行っている。包括が立ち上がって一番最初に行ったのが、民生委員との連携を強めるためのこの会への参加出席であった。現在では民生委員からの相談も、少しずつではあるが増えてきている。

次に、地区町内会連合会である。今年度からは広く市民に包括の役割を周知し、地域で困っ

関係機関連絡会	
目的	専門機関や専門職の情報の共有化を図り、要支援者に対し、適正かつ迅速なサービスを提供する。また、相互の理解と資質の向上を図る。
会議の種類	①医療機関連絡会 (病院看護部長、地域医療連携室) ②居宅介護支援事業所連絡会 ③介護保険関係事業所連絡会 (介護保険施設、訪問介護支援事業所等) ④介護支援専門員情報交換会 ⑤五師士会(地域ケア検討委員会)
協議内容	・各事業所の運営状況(受け入れ体制)の紹介 ・事業所、担当者が抱える問題提起・情報交換 ・制度の紹介、仕組みづくり

(スライド10)

ている人を早く発見されるよう、さらに高齢化に向かっている社会を自分ごととして考えていただく第1歩として、地区町内会連合会に包括のPRのためチラシ配布を依頼した。

また市民への周知方法の一つとして、今年度は医師会にご協力いただき、診療所にポスターを掲示した。医師会報のページに包括の役割や活用方法について掲載し、先生方にも包括のことをよく知っていただくようにと計画している(スライド11)。

地域のネットワーク会議		
会議等	目的	活動内容
地区民生委員 児童委員 定例会	民生委員からの地域の情報収集、情報発信し、個別の支援につなげる。	・制度の紹介 ・事例紹介 ・相談、支援
地区町内会 連合会	地域包括支援センターを市民に周知する。	・地域包括支援センター活動紹介 ・チラシ配布依頼
認知症高齢者 支援会議	認知症への理解を広め支援体制を構築する。	・講演会の企画 ・事例検討 ・周知方法の検討 ・相談、支援
サロン	サロン実施へ向けての支援を行う。	・立上げ支援、出前講座 ・相談、支援

(スライド11)

次に、生活・介護支援サポーター養成事業についてである。この事業は、地域の高齢者の生活のしづらさに着目し、地域で支え合っていくための仕組みづくりを考え、地域住民が主体となって高齢者の生活をサポートする担い手を養成していく研修である。この事業はNPO法人へ委託して実施している。この研修内容では、基礎研修として廿日市市の住民活動を学び、コミュニケーションのこつを身につける。中山間地域の高齢者の問題を考え住民主体の福祉のまちづくりを学ぶなど10回のテーマを実施した。

フォローアップ研修として、住民主体の具体的な取組について、これから3回実施する予定

である。この研修の企画や実施には、委託先のNPO 法人と包括だけでなく、市役所内部の地域福祉や地域づくり、健康づくりを推進していく担当課や社会福祉協議会と共同で行っており、それぞれの担当部署で知恵を出し合っている(スライド12)。

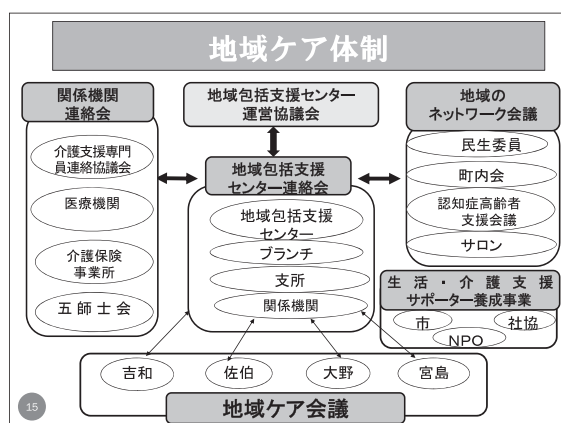
生活・介護支援サポーター養成事業	
目的	高齢者の日常生活を支援する住民のサポーターを養成する。
対象者	生活・介護問題に関心がある市民30人
研修内容	<基礎研修10回> ・ 甘日市市の住民活動を学ぶ ・ コミュニケーションのコツを身につける ・ 中山間地域の高齢者問題を考える ・ 住民主体の福祉のまちづくりを学ぶ ・ これから自分で出来る活動を考える <フォローアップ研修3回> ・ 住民主体の活動の具体的な取り組み方
実施主体	甘日市市
委託先	NPO法人 ふくし文化塾はつかいち
協力	社会福祉協議会、自主活動団体等

(スライド12)

この写真(スライド13)は研修の風景である。この研修の特徴は、テーマに沿った勉強が30分程度、あとの1時間30分は参加者によるグループワークである。この研修ではグループワークの時間を多くとって、学んだことを意識し、実践につなげていけるような進め方している。



(スライド13)



(スライド14)

研修の最後は、本日のシンポジストでもある蛭江先生に毎回まとめ役をお願いしている。研修修了生には副市長が修了証書の授与を行った。

今紹介させていただいたように、包括の地域連携の取り組みは、包括内部・支所単位・関係機関・地域の団体・住民との五つの連携体制をとっている。まだまだ十分な活動とは言えないが、新たな連携体制の開発や内容の充実など日々進化していきたい。

最後に今後の課題についてであるが、現在、ネットワーク会議などにより関係機関との連携が取りやすい状況になりつつあるが、まだ情報の共有化にとどまっている会議も少なくない。また包括自体の周知が不十分であり、地域との関係が十分図れていない状況である。今後ますます高齢化が進み、一人暮らし高齢者、老老介護、認知症の問題など今以上に問題は深刻になっていく。

さらに、地域では住民同士の関係が希薄になっている状況を踏まえ、これから住民の皆さんとどのような形で接点をつなぎ、一緒に考えていけるかのような仕組みにするかが課題と思っている。そのためには、まず包括が地域の住民や地域の団体から気軽に声を掛け、相談できるような存在になるよう、包括自身のPRを強化していく必要がある。包括としては、個別支援ももちろんだが、集積した情報や問題を多職種・多機関・地域に発信し、個別や地域課題の解決を専門家・行政・地域の皆さんが協働で行えるような地域連携活動を進めていく役割を担っていきたい(スライド15)。

今後の課題

- 地域包括支援センターの存在を広くPRし、地域実態を把握する機能を高める。
- 多職種・多機関・地域に集積した情報や問題を発信する。
- 多職種・多機関・地域との協働により、課題解決に取り組める地域連携活動をすすめる。

(スライド15)

この写真(スライド16)は包括のメンバーである。いろいろな場面に顔を出させていただくことがあると思うので、今後ともよろしく願います。



(スライド16)

指定発言



広島県健康福祉局長
佐々木 昌 弘

今日は、「これからの地域ケア」というタイトルで話す。2年前に作った広島県地域ケア体制整備構想に基づいてお話しさせていただこうかと思ったが、あえて第4期広島高齢者プランの概要というものを選んだ。これはなぜかという、最初の計画は10年前の介護保険制度のことで、先ほど入山市長からも話があったが、10年前に介護保険制度を作るときに、最初の「広島高齢者プラン2000」を作った。このとき、地域という言葉がどういう使われ方をしていたかと言うと、「地域リハ」だった。10年前、はじめは地域リハが第1期の計画の中で盛り込まれた。それから3年経ち、第二期の広島高齢者プランが平成15年にできた。このときは制度が発足して3年経って、地域という概念もさることながら介護予防をどうしようかというのが、かなりこの高齢者プランの中心的内容になっていった。それからまた3年経って、平成18年に広島高齢者プランの第三期



(スライド1)

ができた。ここで今日これまでの方が講演されたように、地域包括ケアという言葉がここで初めて出てきた。これは4年前のことである。

この第4期ひろしま高齢者プランを策定した趣旨については、皆さんよくご存じと思うが、わが県では25年後、平成47年には高齢化率が3分の1を超え、34.5%と3人に1人以上の方が高齢者になる。しかももう一つの問題というのは、構成比についてである。このままでいくと、15歳以下の年齢がこの半分にしかならない。ほぼ10年前に、高齢者と若年層、年少人口が同じだったのが、25年後にはもう倍の差がつく。そういう社会を迎えていく中で、どのように広島県を設計していけばよいかという内容になっている (スライド2)。

プラン策定の趣旨

- 我が国は、急速な少子高齢化の進展により、平成17年には、戦後初めて総人口が減少するなど、少子高齢・人口減少社会を迎えている。
- 本県においても、同様の状況であり、平成47年には高齢化率が34.5%と県民の3人に1人が高齢者になることが見込まれている。
- こうした中、平成20年度で「ひろしま高齢者プラン」の計画期間が終了することから、本県の状況や課題を踏まえ、活力と安心、希望のある高齢社会の実現に向け、取り組むべき施策展開の方向を明らかにするため、平成21年度から23年度を計画期間とする新たな高齢者プランを策定した。

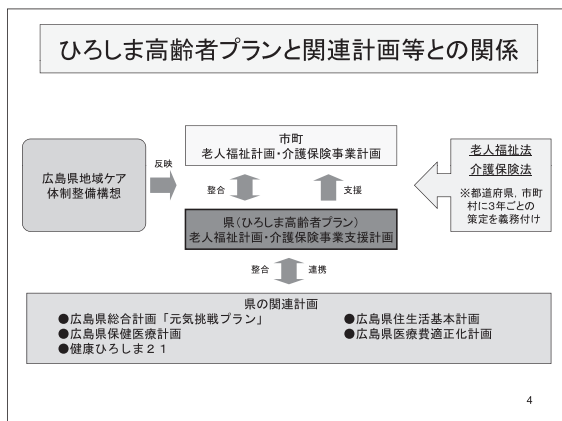
(スライド2)

位置付けについては、老人福祉法、介護保険法に定める老人福祉計画、介護保険事業計画、こういうものを包含した内容になる。

プランの位置付け

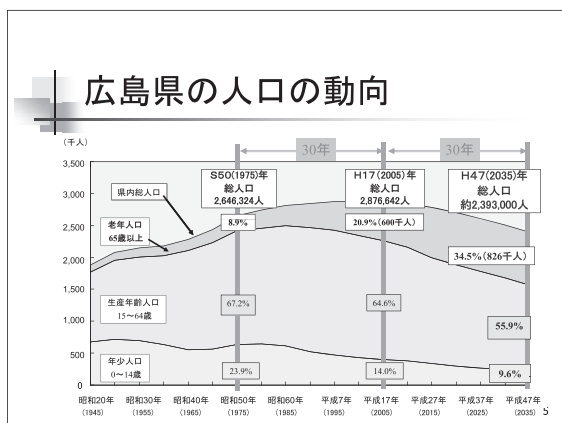
- 高齢者プランは、老人福祉法、介護保険法において都道府県が定めるものとされている老人福祉計画、介護保険事業支援計画を一体として策定したものであり、本県の高齢者施策の基本計画となるものである。
- また、市町の介護サービス量の見込みを踏まえた介護保険施設等の整備目標、市町を越えた広域又は全県で取り組む必要がある体制づくりや人材養成などの方策を明らかにし、市町の老人福祉計画・介護保険事業計画の達成を支援するものである。
- さらに、療養病床の再編成を踏まえた地域ケア体制の推進の方向性を明らかにするため、平成19年12月に策定した「広島県地域ケア体制整備構想」を反映するとともに、広島県保健医療計画など県の関連計画との整合・連携を図っている。

(スライド3)



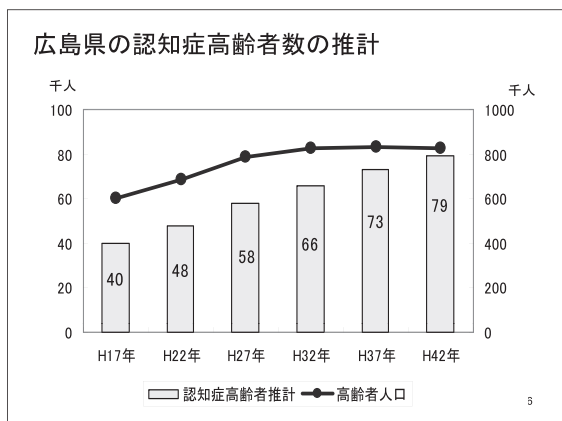
(スライド4)

基礎自治体である市や町の計画とも連動して、かつほかの保険医療計画や県の総合計画とも一体化したという位置付けとなっている。



(スライド5)

もう一つ、どうしても不可避な問題が認知症の問題である。これが高齢者の人口の伸びに比例して、どうしても増えてしまう。



(スライド6)

基本理念が、高齢者の活躍、自立、安心をみんなで支える広島県づくりが必要である (スライド7)。

高齢者プランの基本理念

高齢者の活躍・自立・安心をみんなで支える広島県づくり

7

(スライド7)

先ほど、私は地域という言葉に着目していると言ったが、地域リハから地域包括ケアになって、これは地域づくりを高齢者プランの中で目指そうというのがこの計画の特徴でもある。またこの、「づくり」という意味では高齢者づくり、サービス提供体制づくりも進めていこうという内容でもある (スライド8)。

施策の目標

- 元気で活躍する高齢者づくり
- 自立生活を支える地域づくり
- 安心できるサービス提供体制づくり

8

(スライド8)

具体的に中身は何かということで、重点施策を三つほど先ほどの「づくり」に絡めて整理したのがこれからお見せするものである。まず一つ目の高齢者づくりでは、つぎに示しているスライドの内容である。

重点施策(その1)

「元気で活躍する高齢者づくり」

- 健康づくり県民運動の推進
- 意識の醸成、介護サポーターの育成、老人クラブの活性化等の地域貢献活動への参画の促進に向けた環境づくり
- ひろしましごと館による高齢者の就労の促進・多様な働き方の支援

9

(スライド9)

そして、地域づくりではこれもまた四つほどある。そしてサービス提供体制づくりでは、基盤や地域ケアシステムを作っていくという内容が盛り込まれている。

重点施策(その2) 「自立生活を支える地域づくり」

- 住民主体の地域協働ネットワークの構築等による見守り・生活支援体制の整備
- 高齢者向けの多様な住まいの確保・提供と適正運営指導・情報提供体制の整備
- 市町における災害時要援護者避難支援プランの作成支援等の防災対策の推進
- 防犯対策・消費者対策・交通安全対策等による安全・安心に生活できる環境づくり

(スライド10)

重点施策(その3) 「安心できるサービス提供体制づくり」

<基盤づくり>

- 療養病床の円滑な転換の実施
- 特別養護老人ホーム、老人保健施設の整備の推進等による介護サービス提供体制の整備
- 介護サービスを担う人材の養成・確保

<地域ケアシステムづくり>

- 地域包括支援センターの機能強化等による包括的・継続的ケアマネジメントの推進
- 認知症対策の推進

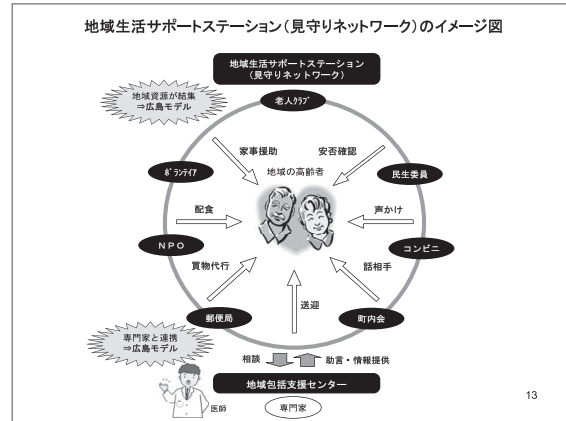
(スライド11)

もう少し具体化した施策、地域ケア、地域づくり関連の具体的施策として、五つほど述べる。まず重点施策の一つ目は、見守り支援体制の整備である。様々な老人クラブ・民生委員・コンビニ・町内会・郵便局・NPO・ボランティアなど様々な方に参画していただいて見守りをしていくこと。

地域ケア関連の重点施策1 見守り・生活支援体制の整備

- 一人暮らしや夫婦のみの世帯の高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、町内会、民生委員・児童委員、老人クラブ、ボランティア、社会福祉協議会、民間事業者など、地域のあらゆる社会資源を活用した見守りネットワークの構築を支援する。

(スライド12)



(スライド13)

地域ケア関連の重点施策2 介護サービス提供体制の整備

- 要支援・要介護高齢者の増加を踏まえ、介護サービスを提供する基盤の整備に努める。
- できる限り住み慣れた地域で生活できるよう、居宅サービス等の基盤整備を進める。
- 常時介護が必要で自宅等で暮らすことが困難な人のために、介護保険施設等を整備する。

(スライド14)

介護保険施設等の整備目標数

区 分	平成20年度末 (2008) 整備数	平成21~23年度 (2009~2011) 整備数	平成23年度末 (2011) 整備目標数
介護保険施設	21,788	1,552	23,340
介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	9,916	966	10,882
広域型	9,791	576	10,367
地域密着型	125	390	515
介護老人保健施設	8,149	2,920	11,069
介護療養型医療施設	3,723	△2,334	1,389
居住系サービス	7,321	2,396	9,717
認知症対応型共同生活介護	3,990	1,066	5,056
地域密着型特定施設入居者生活介護	0	50	50
混合型特定施設入居者生活介護 ※2	3,331	1,280	4,611
外部サービス利用型	974	238	1,212
外部サービス利用型を除く	2,357	1,042	3,399

(スライド15)

重点施策の二つ目が、介護サービス提供体制の整備。これも先ほど申し上げたところと重なる。介護事業計画であるので、介護保険施設、箱ものの整備目標数もこの中にもりこまれている。

重点施策の三つ目では、「人を育てよう」、「人材の養成」、「確保対策の推進」である。概念図は、高校生の世代から就労者、非就労者も含めて、多様な人材に参画していただけるようにしようと言うものである。

皆さんは既にプラチナ世代という言葉をご存じと思うが、55歳以上、65歳までまだ10年ある

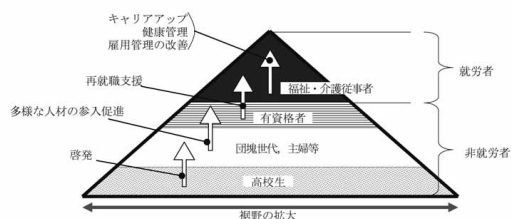
地域ケア関連の重点施策3 人材の養成・確保対策の推進

- 人材不足が顕在化している福祉・介護サービス分野の人材を確保するため、無料職業紹介、ハローワークと連携した企業合同求人説明会や福祉の職場説明会を行う。
- 離職率が高い福祉・介護従事者の定着促進を図るため、腰痛対策やメンタルヘルスの研修会、事業主を対象とした雇用管理改善のための研修会を開催する。
- 未就業の有資格者の再就業を支援する。
- 高校生等の福祉・介護職場への就業促進に向けた普及啓発を行うとともに、団塊の世代等の幅広い世代が「介護サポーター」として活動するための研修を実施する。

16

(スライド16)

福祉・介護人材確保策の概念図



17

(スライド17)

そのプラチナ世代も含めて、様々な立場の方に様々な参画関与をしていただこうと考えている。

地域ケア関連の重点施策4 包括的・継続的ケアマネジメントの推進

- 高齢者が介護や支援が必要になっても、住み慣れた地域で安心して生活できるよう、医療・福祉・介護の専門職や地域の多様な機関が連携して、高齢者の状態に応じた多様なサービスを包括的・継続的に提供するため、ケアカンファレンス(サービス担当者会議)の推進や地域包括支援センターの機能強化に努める。

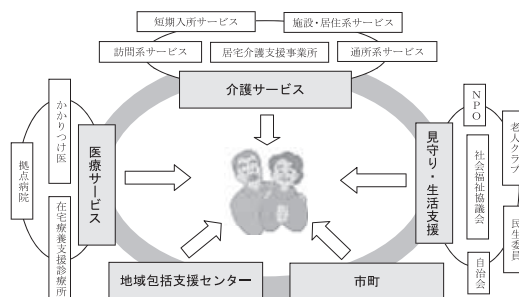
18

(スライド18)

重点施策の四つ目が、包括的・継続的ケアマネジメントの推進である。介護サービス、地域包括支援センター、市や町、見守り生活者、医療、様々な立場の方々に参画いただく。

実はこの介護サービス、医療サービスは、10年前、介護保険制度がよいよ導入というとき、ややもすると介護の人たちは肩に力が入って、医療保険何するものぞと、これからは介護の時代、そこのけ、そこのけ、介護が通るといふよ

多職種・多機関連携体制のイメージ図



19

(スライド19)

うな雰囲気だった。

ところが10年たった今はみんな肩の力が抜けてきたが、医療との連携、見守り生活支援との連携、自治体との連携、地域包括支援センターとの連携があってこそ本当の現場利用者の為になってきている。今日のシンポジウム、「これからの地域ケア」は、その意味では今、いい具合に力が抜けてきた時代だと思う。

地域ケア関連の重点施策5 認知症対策の推進(その1)

- 早期診断の推進と適切な医療の提供
かかりつけ医の日ごろの診療を支援するため、認知症の医療とケアに関するパンフレットを作成するとともに、認知症の適切な治療やケアの充実、医療と介護との連携強化を図られるよう、認知症診断ガイドラインの普及や研修の充実などに努める。

認知症専門医療機関の医師や、かかりつけ医への助言等を行う認知症サポート医等が、より高い認知症医療の知識と技術を修得するための支援を行う。

20

(スライド20)

認知症対策の推進(その2)

- 認知症介護従事者等の育成
認知症介護の質の向上を図るため、認知症介護従事者の研修内容の充実や認知症介護指導者の養成に努めるとともに、効率的・効果的な本県の認知症に係る研修システムのあり方について、調査研究を進めていく。

21

(スライド21)

重点施策の五つ目が、先ほど話した認知症対策を何とかしたいという内容である。認知症対策にはその1、その2、この後その3と三つほ

ど出てきたが、例えば認知症介護従事者等の育成や地域における総合的、継続的な支援体制の構築が必要である。認知症はもう少し力を入れるべきという認識を持っている。これをイメージ図にすると、このような体制になる（スライド23）。

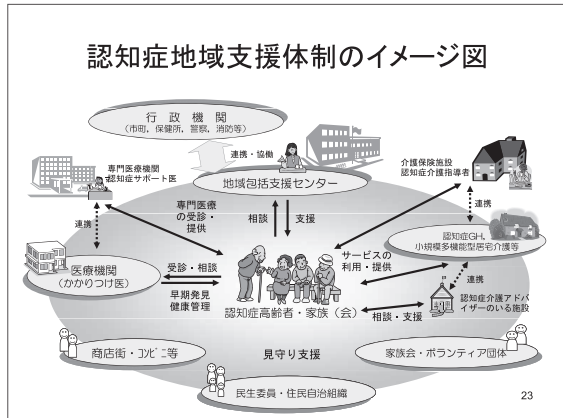
認知症対策の推進(その3)

- 地域における総合的・継続的な支援体制の構築
 認知症の高齢者やその家族が地域で安心して生活するためには、市町において、地域の医療、介護、福祉の専門職はもちろんのこと、弁護士、警察・消防などの行政機関、さらに、地域の商店街、住民自治組織などが相互に連携した支援体制を構築することが必要である。
 このため、地域における支援体制の構築に取り組む市町に対して必要な助言や支援を行うとともに、医療、介護、福祉の各分野における関係機関に対して、こうした市町の取組への積極的な参画が得られるよう働きかけていく。

また、家庭内で虐待を受けた高齢者の約6割が認知症であることから、虐待の未然防止や虐待発生時の迅速で適切な対応に向けた体制整備に取り組む市町を支援する。

22

(スライド22)



(スライド23)

今まで申し述べたとおり、これまでの県の施策、そして現場の皆さん方とのやり取りの中で、わが県はいよいよシンポジウムのテーマである「これからの地域ケア」へ良い作業ができるよう近づいてきたと思う。

地域という言葉はどうとらえるかは非常に難しい。官と民、公と民の関係で言うと、地域は基礎自治体である。市や町との関係、広域自治体である私ども県との関係、そして国との関係、これらの縦軸・横軸の中で考えたときに、市や町、圏域地対協、県という四重の構想の中で、「地域ケア」を考えたときに、ぜひ圏域地対協の皆様にも参画していただき、また技術的助言をもらいたいと思う。市や町の皆様にも発言してほしいし、私ども県に提言していただきたいと思う。また、必要であれば国に意見を述べるといふか、国に提案をしていきたいと思っている。ちょうど今日の演者の迫井氏が国の人で、私どもの願いが国に届き、そしてそれが制度として

裏打ちされて、私ども広島県が、圏域でも地域でも、よいサービスが現場の方に届くということを目指していきたいと思う。ちなみにこの現場というのは、昨年11月に誕生した湯崎知事が好んで使う現場主義、県民起点、もう一つは成果主義で、この現場主義でやっていきたいので、皆さんと協議していきたいと思う。

広島市健康福祉局長

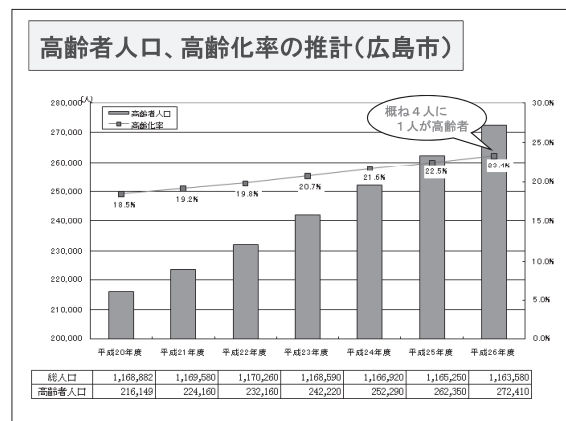
三村 義雄



昨年2月に高齢者を、保険・医療・福祉そしてまちづくりの面から支援する高齢者施策推進プランをまとめたので、それを中心に説明する。

その内容を簡単に言うと、広島市はこのプランを作るに当たり、平成20年から高齢者施策クロスセクションというものを設け、従来そういった健康福祉局で主にやっていた高齢者の問題だが、必ずしもそれだけでは地域の高齢者の課題に十分対応できてなく、例えば居住環境、住宅の問題であるとか、広島市の場合も郊外の坂が多い団地に高齢者が多く住んでいるので、そういった道路交通の問題も含めて考えないと、実際には高齢者が地域で生活できないことがある。そういった問題も含めて社会福祉審議会で議論していく中で、関係部局の職員も出席をして、そういった観点からもプランに盛り込んだ。先ほど述べた保険・医療・福祉そしてまちづくりの面から高齢者を支援するプランということで策定したものである。

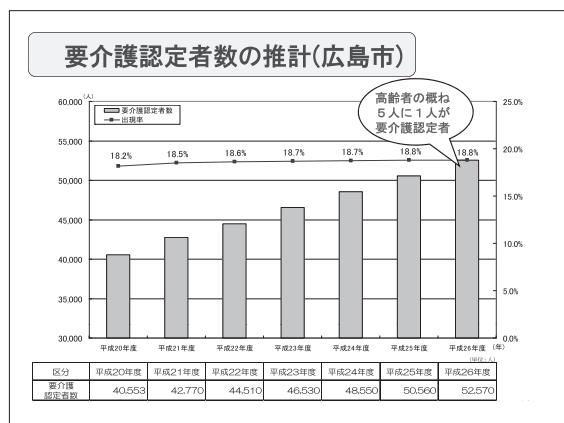
最初に、広島市の高齢者の状況、それから今後の見込みなどについて説明する。広島市の65歳以上の高齢者人口は平成20年度の約21万6,000人から、平成26年度には約27万2,000人に増え、高齢化率も18.5%から23.4%に上昇が見込まれ



(スライド1)

ている。従って、平成26年時点ではおおむね4人に1人が高齢者ということになる（スライド1）。

そうした高齢化の進展に伴い、先ほどからいろいろ出ている話と共通であるが、広島市の要介護認定者数も平成20年度の約4万1,000人から、平成26年度には約5万3,000人に増える見込みであり、これも高齢者のおおむね5人に1人が要介護認定者ということになる（スライド2）。



(スライド2)

こういった高齢者の状況だが、特に今度は在宅という立場から見てみると、広島市が平成19年度に実施した在宅高齢者の調査において、一人暮らしの高齢者が、その真ん中に枠で囲っている部分であるが、約3万4,000人で、平成16年度の前回調査に比べて13.8%増加し、構成比も0.2ポイント高くなっている。またその隣の夫婦二人暮らし世帯の中の共に65歳以上という世帯の人口が約6万9,000人で、これも前回調査に比べて、17.6%増加し、その構成比も1.5ポイント高くなっている。こうした傾向はこれからも続いていくものと思われ、在宅高齢者の半数以上が一人暮らし、あるいは高齢者だけの世帯という状況である（スライド3）。

区分	高齢者数	ひとり暮らし	夫婦2人暮らし		その他の世帯		無回答	
			ともに65歳以上	1人65歳以上	全員65歳以上	その他		
平成19年度	実数	194,351	33,952	69,005	13,134	3,964	71,591	2,705
	構成比	100.0	17.5	35.5	6.8	2.0	36.8	1.4
平成16年度	実数	172,731	29,828	58,664	12,177	3,415	67,720	927
	構成比	100.0	17.3	34.0	7.0	2.0	39.2	0.5
対前回調査比		112.5	113.8	117.6	107.9	116.1	105.7	291.8

(注)調査不能者を除く

(スライド3)

また認知症の状況であるが、平成19年の時点において、介護保険の要介護認定を受けている人のうち、認知症を有する方は65歳以上の高齢者の方で約2万2,000人ということで、年齢が高くなるほど増加する傾向が出ている（スライド4）。

区分	平成19年3月(実数)		平成26年9月(推計)	
	総人口	認知症の人	総人口	認知症の人
40歳～64歳	385,217人	540人	384,980人	500人
65歳～74歳	113,605人	2,423人	144,260人	3,000人
75歳以上	90,890人	19,396人	117,110人	25,000人
合計	589,712人	22,359人	646,350人	28,500人

1)認知症の人は、要介護認定における日常生活自立度Ⅱ以上の認知症を有する人
2)平成26年は、認知症発現率が平成19年と変わらないものとして推計

(スライド4)

こうしたことを踏まえて、昨年2月に策定した高齢者施策推進プランの中で新たな視点として、二つを掲げている。その中の一つに、在宅を基本に地域で支えることを掲げている。その具体的な方向として、一つが、共に支え合う地域支援体制の構築、二つ目が認知症の人への総合的な支援である。高齢者が地域で生活するためには、介護サービス、医療サービスの提供はもちろんであるが、それだけでは不十分で、やはり地域の人の心のふれあいといったものも必要だと考えている。共に支え合う地域支援体制の構築については、少子高齢化や核家族化が進行し、一人暮らしの高齢者や高齢者だけの世帯が増加している社会背景から、住民同士が互いに支え合い、住み慣れた地域で安心して暮らせるように、地域の実情に応じて、地区社会福祉協議会を中心に高齢者見守り体制の整備の支援、あるいは災害時要援護高齢者の避難の支援などに取り組むことが重要と考えている（スライド5、6）。

地域で支える

- 共に支えあう地域支援体制の構築
- 認知症の人への総合的な支援

(スライド5)

〇共に支えあう地域支援体制の構築

高齢者地域見守り体制の整備の支援や、災害時要援護高齢者避難支援の推進等

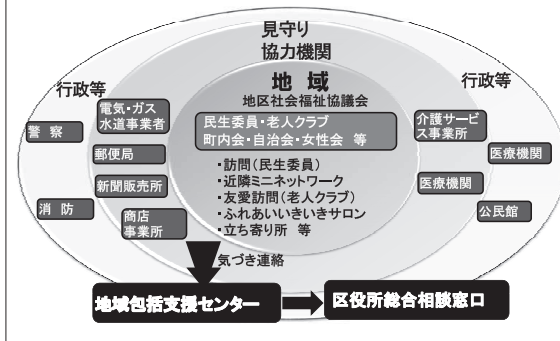


住民同士が互いに支えあう「地域の新たな支えあい」が構築され、住み慣れた地域で安心して暮らせる

(スライド6)

この図は、高齢者地域見守りネットワークのイメージ(スライド7)である。どの地域でも課題は共通している。地域では、日ごろから民生委員の方々による高齢者の見守り活動をはじめ、地区社会福祉協議会では近隣民のネットワークづくり、ふれあいいいききサロン、また老人クラブでは友愛ホームなどの活動が行われている。今後さらに一人暮らしの高齢者が増加していく中で、こうした活動を行っている地域の諸団体が互いに連携することが重要だと考えている。加えて、地域の外にある見守り協力機関とか行政等に該当する各種の事業者や医療機関の方々にも、日常業務の中で、例えば新聞配達の仕事者であれば、新聞がたまっている等の気づきがあれば区役所や地域包括支援センターに連絡していただくことで、できる範囲内で地域の高齢者見守り活動に一人一人が加わっていくことで、全体的な力のアップになるだろうと考えている。

高齢者地域見守りネットワークのイメージ図



(スライド7)

また、警察や消防といった機関も、地域による見守り活動を支援していくことが求められている。地域包括支援センターは、こうした見守りネットワークの構成機関の中では、専門的な

視点から地域の見守り活動の支援、質的な向上を図るといったところで期待されている。

次が認知症の人への総合的な支援である。先ほど説明したように、本市の認知症高齢者は約2万2,000人おられる。認知症の人は自分の将来に不安を感じ、その家族は自分の親等の認識機能がだんだん低下する様子を受け入れたくない気持ちをもっている。こうした状況を周囲の人が理解し、認知症の人とその家族を地域で支えていくことが重要である。このため、広島市では認知症サポーターの養成等により、認知症に関する正しい知識の普及を図るとともに、かかりつけ医の認知症対応力向上研修の実施や、認知症サポート医の養成を通して認知症地域医療連携の推進、また認知症などにより判断能力が十分でない人の権利擁護などの総合的な支援にも取り組んでいく。

また、言うまでもなく、共に支え合う地域、支援対策の構築と認知症の人への総合的な支援のいずれもが重要なことは、行政だけでなく、地域全体で支えあうことである(スライド8、9)。

〇認知症の人への総合的な支援

認知症に関する正しい知識の普及や、認知症地域医療連携の推進、認知症などにより判断能力が十分でない人の権利擁護などの総合的な支援



認知症の人やその家族が安心していきいきとした生活を送ることができる

(スライド8)

地域で支える

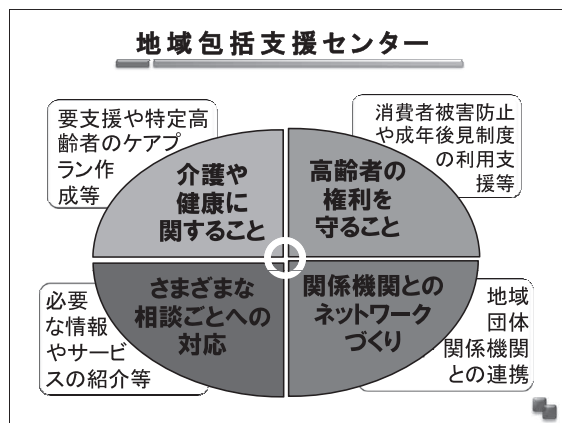
〇共に支えあう地域支援体制の構築

〇認知症の人への総合的な支援

(スライド9)

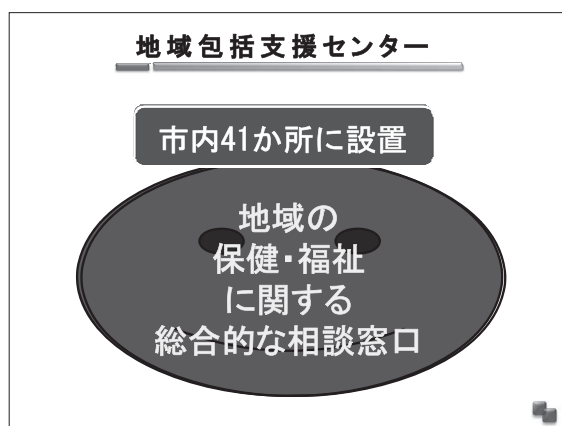
地域包括支援センターの役割として、四つあげられる。一つが要支援高齢者、特定高齢者の

方に介護や健康に関するサービス、いわゆるケアプランの作成を行うこと。二つ目が消費者被害防止や成年後見制度の利用支援など、高齢者の権利を守ること。三つ目が、必要な情報やサービスの紹介等、高齢者やその家族の方に寄せられる様々な相談事への対応である。四つ目が介護保険事業所、医療機関、民生委員、地区社会福祉協議会等関係団体とのネットワークづくりである（スライド10）。



(スライド10)

広島市では、中学校区を基本とした日常生活圏域におおむね1カ所、市内41カ所に地域包括支援センターを設置している。この地域包括支援センターでは地域ネットワーク会議の開催等を通じて、情報の共有化を進め、その連携を強化することに取り組んでいる（スライド11）。



(スライド11)

それから広島市では、在宅だけでなく施設での介護サービスの基盤も整備を図る必要があるため、その関係も簡単に説明させていただく。平成21～23年度までの第4期介護保険事業計画の期間中、定員数ベースで特別養護老人ホーム360人分、認知症高齢者グループホーム504人分、介護付き有料老人ホームなど特定施設入居者生活介護700人分を、それぞれ整備することに

している。加えてその右の前倒し分というのがあるが、こちらは介護施設の緊急整備を求める国の経済危機対策を踏まえて、本来であれば24年度以降の第5期に組まれる整備数を一部前倒しをすることにし、定員数ベースで160人分を第4期の期間中に追加・整備を図ることとしているものである（スライド12）。

介護サービス基盤の計画的整備

区 分	第4期新規分	前倒し分
特別養護老人ホーム	360人	120人
認知症高齢者グループホーム	504人	162人
特定施設入居者生活介護（介護付き有料老人ホーム等）	700人	—

（注）主なものを記載しています。

(スライド12)

最後に、在宅医療の体制整備について報告する。住み慣れた家庭や地域で、24時間安心して医療を受けられるよう、在宅医療の体制整備が必要と考えている。本市においては、かかりつけ医の普及、定着を図るために広島市連合地区地域保健対策協議会を事業主体として、区役所の保健福祉総合相談窓口で、在宅療養可能なかかりつけ医を市民に紹介したり、各専門科目の医師が市民に相談を行っている。特に平成20年度からは地域の複数の医療機関が連携し、急性期から回復期を経て在宅医療へと切れ目のない医療を提供することを目的に、地域連携クリティカルパスの普及を促進している。現在は脳卒中クリティカルパスを先行実施しているが、今後医師会や医療関係機関と連携しながら、他の疾病にも範囲を広げて推進に取り組んでまいりたい（スライド13）。

在宅医療の体制整備

医療と介護の連携

急性期から回復期を経て在宅医療への流れ

- ・かかりつけ医の普及
- ・地域連携クリティカルパスの普及

地域の基幹病院⇒回復期病院⇒かかりつけ医による医療連携の構築

(スライド13)

質疑応答

質問（広島県歯科医師会：小島 隆）

私は歯科医であるので、今日岡林先生から、訪問診療で歯科医と連携しているという話があったので、そのことについてお聞きしたい。

先ほどの在宅支援診療所というのが2006年にできたので、われわれ歯科医師のほうも、在宅支援歯科診療所というのが、その2年後の2008年にでき、在宅歯科診療に参画できる体制が整った。また歯科のほうも訪問診療の機器が進歩し、診療所でできる内容が在宅でもできるようになり、国・県からも支援頂いている。

お聞きしたいのは、今歯科との連携体制の内容について また、何が問題となって起きていたら、教えていただきたい。

回答（コールメディカルクリニック広島理事長：岡林清司）

歯科の先生方はすごく在宅医療に熱心なので、僕の方から何か所か紹介させて頂いたが、家族の意見や評判を聞いて、現在は1カ所としか連携していない。だから在宅患者を、多分その歯科医院に50名以上紹介したと思うが、全部その歯科医院で連携してもらっている。

また、今、問題は起こっていない。行く地域というのが共通しているので、ほぼ依頼した件は承諾だとしている。今は、自宅で歯のレントゲンも全部撮られるし、認知症のため開口しないというので、どうしてやるのかと思ったら、開口器を使って、医療機関と全く同じようにされるのを見て、いまや在宅で十分できるという感覚を持っている。

質問（広島県医師会副会長：高杉敬久）

岡林先生、在宅医療をしっかりされているのでお聞きしたいのだが、いわゆる厚労省は在宅医療を勧めて、あるいは在宅死を勧めているが、これをターミナルまで見るのには非常に大変なご苦労があると思っている。その積極的な取組は評価するのだが、介護をやっているとどうしても心配になる点は、医療保険と介護保険といったときに、介護保険が優先するという条項があるところである。いわゆる医療がしっかりと入っていくときに、どのような仕分けをされているのか、そこをお聞かせ願いたい。

訪問看護ステーションの人たちは、そこを一番悩んでいるだろうから、そこに医療者を、医者をおいかに介入させるか、あるいは介入して

チームで組んでいくかということがポイントになるだろうと思って、あえてお聞きしたい。

回答（コールメディカルクリニック広島理事長：岡林清司）

まず在宅死の件だが、がんを在宅でみてくれと頼まれた方の9割以上は、在宅死を最初から決めていない。ほとんどの方が最後の最後は病院に戻るとおっしゃる。それは、皆さん家でみることが初めてだからである。今は、核家族化が進んでおり、おばあちゃんは病院で亡くなっているし、家で人間が死ぬのをこれまでみたことがない。だから、ほとんどの方はそういう回答をされるが、そこに訪問看護ステーションと連携し、医療として介入していく。患者の状態が悪いときは頻回にわたって医師・看護師も訪れるので、家族の方は、病院に入院していたときよりもドクターがよく来ると言う。それでやっているうちに、これなら私たちは全然、別に家でみてもいいです、ということでみるようになってきたというのが実情である。

2点目だが、医療保険は全く問題ない。介護が優先されるのは訪問リハビリテーションである。これは介護が優先される。それから訪問管理栄養についてであるが、これも介護優先である。介護のない方にリハビリ行ったらどうなるか、これは医療保険になる。私たちのやっている行為は外来でやっている行為と全く変わらないので、ほぼ99%は医療保険でカバーをしている。ただし、訪問看護ステーションから来られる看護師さんは介護で入ってくるのだが、これはがんの末期だと診断して、訪問指示書を出したところからは医療保険に替わる。

だから、どちらを使っていくというのは、普段は介護優先の分野もあるが、私たち医者がやるものに関しては、介護でやるものはまずゼロと考えて結構である。

付け加えさせていただくと、高齢者の場合は外来扱いでは、上限が12,000円という制約がある。だから、月に40何回行って亡くなった患者さんがおられるが、その次の年に請求書12,000円を、その遺族へ持って行くとびっくりされた。「12,000円でいいんですか、毎日先生来ましたけど」と。それは、個人負担が12,000円というところがあり、医療的な負担は、かえって非常に軽くなると思われて結構だと思う。

質問（安佐医師会会長：桑原正彦）

蛸江先生と久保田先生、山重先生にお尋ねし

たいのだが、蛭江先生、先ほど地域ケアのキーパーソンは、よりよい地域ケアを育てるためのキーパーソンはケアマネジャーである、そして連携であるというお話だった。先生は人育ての達人であり、色々とされているのはよく分かっているが、その辺りでケアマネジャーの資質、あるいはケアマネジャーの待遇、その辺りのことについての先生のお考えをお知らせしていただきたい。山重先生と久保田先生には、公的な包括支援センターから見たケアマネジャーについて、久保田先生には民間から見たケアマネジャーについてを教えてください。

回答（広島文教女子大学教授：蛭江紀雄）

上手にお答えできないが、ケアマネジャーには更新制があるので講習を行うのだが、私はその更新制はとて面白いと思っている。他県にも行って更新研修をやっているが、やはりそれなりの実務経験を踏まえた上で、もう一度ケアマネジャーって何なのか、どこがポイントとして大事かというのは、私たちが教えるということではなくて、気づき合うという意味での研修は、私はとてもいいと経験的には思っている。

それから対応の話はもちろん、やはりきちんとやっていただき、最後は私たちが対応していくというプライドを持って言える力をつけてもらいたい。先生のご質問とは外れるかもしれないが、私は学生によく言っている。福祉の学び方という授業の中で、「資格を取るといことはどういうことなのか」とたずねると、学生は「たくさん資格を持っていた方がいいからだ」と言う。資格を取るといことはそれだけ社会的責任が重くなる。つまり、「利用者から見ると安心の保証書なのだから、それだけの安心していただけるサービスを届けることができる自分づくりをやらないと、本当のプロではない」ということを言って、資格を取るといことはそれだけ社会的責任が重くなるんだということを忘れないで、プロとは何かということを考えていくことが大事だという話を学生にしている。

回答（大竹市医師会訪問看護ステーション管理者：山重恵子）

私の思うところは、ケアマネの資質の向上という部分においては、全国的にもそうだが、広島県の中でも生涯教育体制を整えていくという観点で、研修単位制度のモデル事業が今始まっている。日本ケアマネ協会よりも県のケアマネ協会のほうが今、先に走っている状況である。何で

それができたかという、ケアマネの資格5年更新制度が導入されたからである。また、医療系と福祉系のケアマネがそれぞれ独立してやっていくわけではなくて、そろそろ一緒になって補っていくというか、望月会長がずっと言われているが、二人でやってもいいのではないか、という考え方には同感である。

もう一つ待遇のところだが、特定事業所加算というものが、とてもハードルの高いものが最初にできたが、その後少しハードルを下げた特定事業所加算2というのができた。それを取ることによって、例えば100件事業所がプランを立てたとすると、月30万円の増になる。しかし、それはしぼりがあり、常勤・専従・3人のケアマネが必要になる。なぜそういうことになったかという、一人ケアマネの事業所が多い中で、要は利用者さんが電話を掛けてもケアマネとなかなか連絡が取れなかったり、例えばそのケアマネが倒れて入院してしまったらもうそこでお手上げとなる。そういう苦情が日本ケアマネ協に入ってきており、全国的な問題になっている。それで国としてもそういう一人ケアマネの事業所はなるべくどこかと一緒になってやっていこうと声掛けをされるようになった。しかし、それは難しいとは思っているので、まずは自分たちはその地域の中で、その事業所の枠を取っ払って、医療系・福祉系というところで補っていける環境を作るというのがまずは第1歩かと思っている。

回答（廿日市市地域包括支援センター所長：

久保田由美)

廿日市市の中にケアマネの介護支援専門員連絡協議会というのがあり、そこでは定期的な勉強会・研修会を開催や、情報交換会を年に5～6回開催している。その中で資質を高めていこうという意欲的なケアマネがたくさんおられる。包括もそういうケアマネをバックアップしたいという思いがあり、一緒に学んでいこう共に学んでいこうという姿勢で、考えていきたいと思っている。

また、情報交換会に包括支援センターも出席することにより、最初は包括支援センターに何を相談したらいいのか分からないという状況だったが、回を重ねて、包括との職員の接点を設けることによって、こんなことも聞いてみようとか積極的になってきた。特に一人ケアマネは一人で悩まれている方が多いと思うが、うちにはたくさんの専門職種がいるため、相談に

来ていただき、一緒に、共に考えていけたらいいと思っている。

医療の相談などでは、先生方医師との敷居が高いといわれていると思うが、廿日市の先生方は非常に協力的で、包括の職員へアドバイスを随時電話連絡をさせていただいたり、あるいは診療所に向いてお話を伺ったりしていただいております。ケアマネのほうからも積極的に先生からご意見をもらえるように1歩を踏み出してほしいと思っている。

意見（広島県看護協会：安部敦子）

私の方も訪問看護関係の役割を一緒に考えており、今日は訪問看護ステーションの管理者もシンポジストとして出していただき、とてもうれしかった。ただ、全県下的に見ても、訪問看護ステーションそのものが150件あまりで伸びていない。ステーションとしても皆さんと一緒に看護の質を上げながら、在宅ケアの中で少しでも役立ちたい。

そういった訪問看護の現状の中で、私たち地域ケアの中で一緒に動いていきたいと思うので、先生方のご協力、ご支援、またご指導をいただきながらやっていきたい。よろしく願います。

質問（安佐医師会理事：頼島敬）

今ちょうど医師会の仕事としては、ケアマネジャーといかにうまくやっていくかである。ケアカンファレンスなどにおいても、ケアマネジャーのいろいろな地位向上というか、ますますよい仕事をしていただくことに協力したいと思っている。他県では更新研修の場合は補助金が出るが、いわゆる「みなし」での公務員扱いをされているのが広島県の現状である。そういうことに対しての補助などについてお考えをお伺いしたい。

回答（広島県健康福祉局長 佐々木昌弘）

ご指摘の点だが、結果として出していない。一方で、みなし公務員的なものの中で出ているもの、出していないものも様々であるので、それとのバランスを考えたときに、今、広島県では出していないのが実態である。せっかくなので、もう一つ付け加えさせていただきたいのが、今日は地域ケアを様々な職種で頑張っていこう、という内容であるが、一方で、人の命、生活に携わっている皆さんからすれば、何かがあったときに責任を問われる。刑事や民事で訴えられ

る。そういう状況に直面していると思う。県の立場とは別なのだが、民主党政権になって、無過失補償というものを予防接種や医療に広げようという動きがある。そういう形で負の部分から、ややもすれば負の部分についても、地域ケアを支える皆さんが、動きやすくなるような環境をつくることは大切だと思っている。質問とは直接関係ないが、付け加えさせていただいた。

回答（広島市健康福祉局長：三村義雄）

市のほうでも、特に介護保険の絡みで言うと、いろいろな形で制度上いろいろな報酬が決まっているが、その枠内でできることと言えば、確かに今言われたような研修の場面、そういった部分で、広島市としてもいろいろな形で研修をできるだけ強化していこう、というふうには努力をしているが、全体の状況があるので、またそこら辺りをお伺いしながら、検討したいと思う。

質問（市立三次中央病院：中西敏夫）

都市型というタイトルが付けられているが、中山間ではどうだろうか。それは岡林先生だからできており、他のほとんどの99%のドクター、午前午後に来来診療して、昼休みまたは6時後に往診をするというのがほとんどのドクターで、先生の真似をしてはたしてうちの地区でも出来るのか。どこから取りかかったらいいだろうか、教えて欲しい。

回答（コールメディカルクリニック広島理事長：岡林清司）

実は中西先生が庄原赤十字病院の院長をされていたときに、ドクターを3人送っていただいた。庄原から、朝6時ぐらいから来て助けていただいた経過がある。そのときにも同じことをずっと話していた。庄原ではこの医療の形態はできないと聞いている。在宅医療は究極の地場産業と言わせていただいたのはそういう意味である。広島ではできても、庄原ではできない。大竹でもできない。それぞれ事情が違うと思う。そこに、どうやったらいいのか、ノウハウは出すことはできないので、それはやはり地域におられる方がその地域の中で作っていくしかないように思う。

ただ、一つだけ言えるのは、かかりつけ医を増やそうという項目があったと思う。かかりつけ医とは一体何ですかと聞きたい。今医療の呼

び方に、プライマリーケア医、総合医、家庭医、かかりつけ医、ホームドクター、在宅医とこういう名前がある。私はかかりつけ医ではない。私は在宅医である。

在宅医は、家を、入院していると思ってやっているわけだから24時間体制は必ずいる。これなしに在宅医はないと思っている。だから正月をどうするか。人がいないと、一人でやるしかない。だが人が増えてくれば、今は3人いるので、3人で代わり交替に緊急電話を持っているので、すごく楽になる。そういうチームでやるようなものしか多分できないだろうと思う。そこを地域で、どういうドクターがいて、何ができていくのかというのがあると思う。

かかりつけ医というのが何かよく分からないが、総合医やプライマリーケア医というのであれば、時間外診療をするのと、困ったときは往診に行く。これを前提条件にしないと、やってはいけないと考えている。

本当に庄原に助けていただいたので、すごく思いはあるが、ぜひその地域でケアマネと一緒にあって、作っていただければいいと思う。

質問（市立三次中央病院：中西敏夫）

岡林先生のところはどのようなやり方をやっておられるか、拝見する意味もあって、少し手伝いをさせていただいたが、この中山間地域ではどのような方式がいいかについては、また地域で考えてみたいとは思っている。

もう一つは、今、基幹病院の先生方は非常に忙しい中で、地域のケア・訪問看護や包括のことにに関して、極論するとほとんど興味がないとか、かかわり合いが非常に少ないと思う。まさか、広島市民病院の忙しい先生にこういうことを勉強しなさいということは決して言わないが、少なくとも我々の中山間地域では、こういうことを、ここにおられる先生方にいろいろ興味を持っていただき、勉強する機会を作っていかなくてはいけないのではないかと考えている。こういう点も少し、行政も含めて、機会を作っていただかないと、やはり若い先生方はほとんど今どういう仕組みになっているかという

ことも含めて、何か書類を書けというようなことでしか、かかわり合いがないのではないかと考えている。ぜひこういう点でも、少し努力をしていかないと、この地域ケアということについて理解を示してくださる先生方は決して多くはないのではないかと考えている。よろしく願います。

回答（広島県健康福祉局長 佐々木昌弘）

私ども県でも、地域医療再生計画をまとめる中で、まさにそれが重要だという視点で二つ掲げてみる。一つが広島大学の河野先生のところだが、地域医療学関係の講座を作って、学生だけではなく卒業生も、県内の医者もそこに戻って学べるような仕掛けを考えたい。

二つ目が、先ほど確井会長のご挨拶にもあったが、センター構想の中での、人材を育てるという構想であるが、そういう視点も含めて、まさにその地域医療という視点で、県内の医師を育てていけるような体制を考えているところである。ただ忙しい人間に、そっちに目を向けさせるというもう一つの努力というのが必要だと認識はしている。

座長（広島県西部地域保健対策協議会会長：

望月 昭）

時間に限りがあり、まだまだ問題はたくさんあるかと思う。その前に一つ、地元廿日市の話をして悪いが、今私たちが考えているのは、地域ケア支援センターの建設を考えている。医師会だけでとてもできないので、廿日市市とも協力し、市の包括のユニット、いわゆる在宅療養のネットセンターやステーションもしかり、医療情報のネットワークのセンター、そういういわゆる地域ケアに関するもののセンターができればいいと考えている。ここはいわゆる「市民が助けてください、どうかしてください」と駆け込んでくれば、「それではどうかしましょう」と応えられるような窓口を作れたらと考えている。なかなか難しいことではあるが、こういう夢とロマンを追っているということを報告して、本日のシンポジウムを終わらせていただこうと思う。

次期開催圏地域対協 挨拶



広島県尾三地域保健対策協議
会会長（因島医師会会長）

弓場 通正

今回の開催が尾三ということで、一言あいさつさせていただく。今日は西部地区の先生方、また県医師会の先生方、スタッフの皆さん、大変お疲れ様でした。大変勉強になった。地域ケアということで、われわれもこの地域よりむしろ高齢化が進んでいる地域だが、何とか取り組んでいる。

尾三は尾道、三原、山のほうの世羅、島の因島、山あり谷あり、離島あり海ありというところで、どういうふうに、どんな企画をして来年はやろうかと思っている。これから企画部に持って帰って話をまとめたいと思う。今日のようなたくさんの先生方が集まれるような企画を考えてやっていきたいと思うので、どうか皆さん、また来年参加してください。

甚だ簡単だが、次回の挨拶とさせていただきます。

閉会挨拶



広島県地域保健対策協議会副
会長（広島大学医学部長）

河野 修興

今日は長時間にわたり熱心に、400名の方が来られ大変感謝する。また非常に感動したのは、廿日市の副市長の川本さんが最初から最後までずっとこれを聞いていただいたことである。こういうことは滅多になく廿日市は将来明るいと思った。

ただ、先ほど私も迫井先生にお聞きしたが、

昨年、東京大学と四国4県の国立大学四大学の外科の教室に入った人はゼロだった。全国的にも激減しており、外科だけではなく、外科にそういう医師不足は象徴的な現象として表れており、これはどうなるのかと危惧している。

迫井先生の話は大変期待できるご講演だったと思う。岡林先生は私と一緒に働いていたが、山口大学のほうに行ったかと思ったら、何か開業したということで、大変に立派なことをしておられるということで安心した。蛭江先生、山重先生、久保田先生には現場主義の佐々木先生とともに、今後介護をよくしていただく。私ども大学のほうで働いていると、例えば肺がんの患者さんがなかなか行く病院がなく、最近だいぶスムーズにはなってきたが、その後やはり非常に不安の中で過ごしておられるのではないかと、心配しているわけだが、これは相当力を入れていただかないといけない。行政の方には、また三村先生も広島市の非常に少ない財源の中で、医療をよくするのに大変ご苦労されているのではないかと思います。

最後に、私が思うには、いつも言っているが、医療、介護、社会保障のことである。これはもう財源として考えないと、産業として考えないと絶対にうまくいかない。これを産業化しないと、これは無駄だと思っていたら絶対にうまくいかないと思う。

2点目としては、いつも日本は少子高齢化、高齢者が増えていくという図がいつも出てくるが、何で子どもを増やそうと本気で考えないかと。そうすると、高齢化率はやはり少なくなってくるわけだから、そういう方向もこういう会で出てくるようになればいいのではないかと。来年はパワーのある外科医の弓場先生がやられるということで、また来年にも期待したいと思う。

平成21年度圏域地对協研修会の概要

日時 平成22年1月31日(日) 13:00～
 場所 安芸グランドホテル 4階「珊瑚の間」
 (廿日市市宮島口西一丁目1-17)
 (電話 0829-56-0111)

1 メインテーマ 「これからの地域ケア」

2 研修プログラム 4階「珊瑚の間」 13:00～17:00

総合司会：広島県地域保健対策協議会常任理事（広島県医師会常任理事）

堀江正憲

○開会挨拶（13:00～13:25）

広島県医師会会長

碓井静照

広島県西部地域保健対策協議会会長

望月昭

廿日市市長

真野勝弘

大竹市長

入山欣郎

○基調講演（13:25～14:25）

厚生労働省保険局医療課 企画官

追井正深

演題：「～地域ケアに関して（仮題）～」

座長：荒田寿彦（大竹市医師会会長）

○シンポジウム（14:35～16:40）

「これからの地域包括ケアを考える」

座長：望月

昭（広島県西部地域保健対策協議会会長）

コールメディカルクリニック広島 理事長

岡林清司

広島文教女子大学教授

蛭江紀雄

大竹市医師会訪問看護ステーション 管理者

山重恵子

廿日市市地域包括支援センター所長

久保田由美

（指定発言者）

広島県健康福祉局長

佐々木昌弘

広島市健康福祉局長

三村義雄

○次期開催圏域地对協会長挨拶（16:40）

尾三地域保健対策協議会会長

弓場通正

○閉会挨拶（16:45）

広島県地域保健対策協議会副会長（広島大学医学部長）

河野修興

3 交流会 4階「瀬戸東の間」 17:15～18:30

司会 堀江正憲（広島県医師会常任理事）

荒田寿彦（大竹市医師会会長）

～余興：宮島踊り～

～ビデオにて「宮島等」案内～

