

平成27年度岡山県在宅医療推進協議会 議事概要

日時：平成27年8月7日（金）

18：00～20：15

場所：ピュアリティまきび

- 【議題】（1）岡山県及び各団体の在宅医療・介護に関する取組について  
（2）各団体における他団体への要望について  
（3）その他

〈発言要旨〉

○会長 今回の、A4の資料は事務局で非常にコンパクトにまとめており、我々の議論の非常に有効な資料だと思うが、皆様方がそれぞれ御用意いただいた資料をベースに意見交換をお願いします。

前の会でも申し上げたが、とにかく岡山県は皆さん方のアクティビティが非常に高いので、まず意見交換をお願いします。今までの皆様方の実績を踏まえて、いかに効率的で有効な事業を打ち出せるか、今回の皆様方の議論の中で案がまとまればこれは非常に有効と考える。

それでは、まず事務局から、資料の説明をお願いします。

○事務局 24ページですが、在宅医療、地域包括ケアのイメージ図です。団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けて、県民が住みなれた地域で望ましい療養生活を送れる社会を実現するために必要な医療介護サービスを継続的、一体的に推進できる環境を整えることが必要と考えている。

そのために、在宅医療介護の連携強化に向けて、県では在宅医療連携拠点事業に取り組んでいる。市町村や地区医師会が連携拠点となって、医療介護関係機関が多職種で適切に情報を共有して連携することによって、高齢者が住みなれた場所で療養し、最後には看取りまで行えるという体制づくりを目指している。

この在宅医療連携拠点事業は、最終年度の今年度、事業内容に、入退院支援ルールの策定を追加して取り組みを強化している。患者が退院直後から医療サービスや介護サービスを適切に受けるためには、病院職員が介護支援専門員へ退院する患者の情報をあらかじめ伝えて、退院に備えて準備をしておくことが必要になる。また、入院する際も同様で、介護支援専門員が病院職員へ患者の情報を伝えることのできる体制を確保する必要がある。そこで、これら相互の情報共有に際して、その方法や様式を統一するルールを作ることに

よって、患者へのよりよいサービスの提供につながるとともに、病院職員や介護支援専門員の連絡調整に要する負担を軽減することができると考えている。

実際には、拠点事業者が中心となって、市町村と連携をして、保健所、保健所支所の支援のもとに、病院や介護支援専門員と協力して、病院が退院見込みの患者に行うアセスメントの内容とその時期、また介護支援専門員への情報提供の方法とその内容等についてルールづくりを行っている。小地域で医師やケースワーカー、看護師、薬剤師、介護福祉士が話し合いを重ねていくことで、必要な連携ができていくと考えている。県下で7拠点の事業者が実施している。

在宅医療連携拠点事業は地域医療再生基金で行っており、今年度まで実施する予定である。県ではこの拠点事業をベースに、平成28年度以降は、市町村が行う介護保険法の地域支援事業でこの内容が拡充されるように、市町村や拠点事業者へ働きかけている。

続いて、在宅移行推進事業ですが、在宅医療を進めるには、在宅、病院、両方の体制づくりと、本人、家族の認識が必要になる。このため、病院の医師、看護師が在宅看取りを含めた在宅医療について理解を深めることを目的に事業を実施している。在宅医療、介護等に関する研修会を開催し、入院早期から在宅復帰に向けたアセスメントや関係者の連携を行い、スムーズに介護サービスにつなげて、患者の在宅生活を支援することを目指している。これまでは在宅医療提供体制づくりに取り組んできたが、今後は在宅移行への流れづくりが必要ということで、当事業に取り組んでいる。

次に、小児の取り組みですが、NICUに入院する小児の中には、必要な医療福祉サービスが提供されれば在宅で療養できる小児もいる。また、人工呼吸器が必要な医療依存度の高い小児も多く、医療、福祉、教育というさまざまなネットワークが不可欠ということで、重症心身障害児を中心に、在宅医療を必要とする小児を対象にした小児の在宅医療連携の体制整備に努めている。

今年度新規事業の死因究明等推進事業は、事件や事故の見逃し、大規模災害の発生等の背景を基に、昨年6月に死因究明等推進計画が閣議決定され、都道府県に協議会の設置が求められたものである。死因究明に関わる機関については、警察、病院、大学、検察、海上保安庁など多岐にわたるため、各機関が情報共有と、連携を図り、取り組みを強化することが必要になる。まずは、死因究明における現状の把握等課題抽出や、その対応について協議することとしている。

在宅医療に係る当面の課題ですが、現在実施中の在宅医療に関する多くの事業が地域医

療再生計画による基金で実施しており、本年度で終期を迎える。来年度以降は、在宅医療連携拠点事業は介護保険法の地域支援事業に移行する。また、他の事業は、医療介護総合確保促進法に基づく岡山県計画による基金事業での再構築に向け今後精査していく必要がある。

○会長 今、県から説明があったが、何か御質問はないでしょうか。結構いい事業をやっているように思われるが、いかがですか。

○委員 27年度岡山県在宅医療連携拠点事業のうちの6番目の新規、27年の取り組みということについてですが、介護保険の適用者以外でも全部介護支援専門員が窓口になるというようなルールになるのか。

○事務局 要介護者、要支援者を含めて、実はかなり退院支援が漏れている、調整ができていないという話が全国的にあるので、それを何とか少しでも減らしたいということ。他の県で例えば兵庫県の姫路あたりは実施しているが、そこでもできてない部分がある。しかし、以前に比べれば良くなっている実績があるので、それを岡山県においても取り組んでいきたいということで始めている。

○委員 実際は全てが介護保険の適用の方ばかりではないと思うので。

○委員 東備保健所管内、赤磐市それから和気町、備前市で取り組んでいるが、この入退院支援ルールの中で、ケアマネジャーが決まっている場合と決まっていない場合について、それぞれについてどうするかということを考えている。だから必ずしも、ケアマネジャーが決まっているとは限らない。

○事務局 色々な場合を想定して、この場合はどうするかというようなことを医療機関とケアマネジャーを中心に検討していただく。

○委員 10人いれば10人が全部、ケアマネが決まっていようが決まっていまいが、全てケアマネを窓口にできる体制の人ばかりではないということですね。

○会長 私もその件で質問がある。入院もケアマネジャーが関与するのか。在宅で病院に通院しており、介護認定もされていて、その方が入院になる場合、そして主治医に電話するというのが普通だと思うが。ですから、入院の場合にケアマネジャーが関わるとというのがいま一つ理解できないが。

○事務局 ケアマネ協会の方が説明していただいたら良いと思うが、入院時に医療機関に情報提供をされるようにされていますよね。

○委員 今の話は、担当のケアマネジャーがいない人もいるということで……。

○会長 いる場合も、入院するか否かのタイミングは、ケアマネジャーを介して入院するかどうかを決めてはいないんですね。

○委員 いない。

○会長 そういので、逆にケアマネジャーにその情報が伝わってこない場合もむしろあるかも知れない。

○事務局 その場合は、病院からケアマネの方へ伝えてもらうような仕組みをつくることを目指している。

○委員 ルールについてだが、拠点事業者のうち、入退院支援ルールに取り組む拠点事業者だけでも7つぐらい、7市町村とか医師会も含めてあるが、この例えば7つの団体が一堂に会して入退院支援ルールについての理解を統一しているのかというところが不安。よくあるのが、情報提供のシートでも、各々のところが作り、統一、情報共有をしようというシートがたくさんあり、使い方がばらばらになって、ケアマネジャーが、ここの病院に出す場合はこちらのシート、こちらのときにはこちらのシートみたいなことが起こってる場合もある。やはりルールというのは余り多くないほうがいいと思うので、やはりそこは県のほうで方針であるとか、意思統一をしていただきながら、当然、地域の実情もあると思うので、それはあくまでもオプションという形で進めていただくようなやり方でなければ、ケアマネジャーも対応が難しいと思うが、その辺はいかがか。

○事務局 今回、入退院支援ルールを始めるに当たり、昨年度、先進地である姫路からも先生にお越しいただいて、拠点事業者を集めた中で説明をしているので、大枠としては同じような考えを持たれているとは思っている。ただ現実にはルールの中で、じゃあ何々を実際にお伝えしよう、もしくは様式を作るのであれば、シートをどうするかというところは、統一はできていない。それぞれのところで実情に応じて作ってくださいという形にさせていた

○会長 基本的にはローカルルールで、県として特に様式は定めないと、そういうことだそう。これは非常に病診連携で非常に重要なものですから、また後でもし時間があれば話をしたいと思います。

○副会長 入退院支援ルールは、余り医師会とか病院協会では言葉が浸透していないので、多分ルールという言葉に抵抗感がある。入退院で支援ツールを使う、いわゆる支援サポートならわかるが、ルールというのは、入院するかどうかは本人、家族が主体的に意思決定することであり、色々な疾患があり、病態像もある中で、ルールという言葉は若干抵

抗感があると思ったりしつつ、医師会とか病院協会ではほとんど認知が少ないと思うので、またご検討いただければ。

○委員 この退院支援ルールというのは、これは国のモデル事業でこういう言葉を使っていたんじゃないかと思うが。

○事務局 昨年度から国がモデル事業で、全国的に10地域ぐらいで行っている。あくまで退院支援ルール。ただ、入院も退院も支援をするということであり、あくまで退院時、入院時の情報提供の仕方というところで、もう少しまい連携があるんじゃないかというのが事の起こりである。

○会長 わかりました。今まさに先生がご指摘されたように、大事なことは、実際にこれ使っていくらの世界だが、今、県はローカルルールでいいんだということなのか、それとも全県でルールというよりも、こういった情報をタイムリーにどういう関係者にどういふふうにこういうものを全県的に広めたいというのか、それでやり方は全然変わってくる。その辺もあわせてどう取りまとめるのかということも含めて次回に。

それでは、岡山県医師会。

○副会長 6ページのまず、1番に関しましては、規範的統合、すなわち県や自治体の地域包括ケアシステムの推進に関する基本方針を我々関係者あるいは地域住民が共有することを、推進していかないとなかなか間に合わないということで、そういった取り組みはなかなかというところ。

2番目は、在宅医療の推進は国の、あるいは行政の政策だが、これをどう国民は理解しているか、望んでいるかどうかも含めて、今のところ医師会においても、在宅医療を進めた時に、入院医療と同じレベルの管理をしてくれるのですかという質問で、もうそれで話が途絶するというのを多々聞いている。在宅医療には在宅医療のワールドがあるので、そのあたりをもう少し色々な意味で、闘う医療から、今、支える、癒やす医療というパラダイムシフトをしている中で、そういった取り組みができればと思う。

3番目は、今、地域医療構想の中で、日本レベルでいうと152万床あるところを、必要病床数は119万床だということで、単に引き算した33万床が在宅医療ということで、今、国は示している。その中で、特に在宅医療の地域の診断とか地域の分析はまだ手がついていない状況です。岡山県内でも各地域においてかなり在宅医療の充実している所、充実していない所と差があるので、そのあたりを含めて検討していかないとなかなか話が進まない。そもそもどこまで在宅医療を進めるかという物差しがない、あるいは目標

値がない中で我々も取り組んでいるが、そのあたりは色々気になる点もあり、考える必要があると思っている。

4番は、こういったことを掲げており、4番②のほうで、特に慢性期医療と在宅医療を一体的に捉えて地域医療構想を考えるとなっているが、そこにやはり介護事業所の、あるいは高齢者住宅等の福利状況も含めて、地域医療介護構想の視点が必要だと思っているので、そのあたりを含め、是非皆さんで考えていきたいと思う。

それから、5番目の取り組み案だが、これは今年度の県の医師会の事業として、在宅医療、在宅患者1人について主治医、副主治医がつくような複数主治医制のモデルを今年度作成している。それから、県医師会が認定かかりつけ医制度を創設している。また、地域包括ケアコーディネーターを専任配置するというので、今、人選しているが、先ほど言ったケアマネがないとか、あるいは医療機関かかりつけ医がないとか、そういった谷間のないようなことをしていきたいと思っている。

それから、地域医療介護連携推進事業だが、年明けの1月30日を予定しているが、行政と地区医師会の担当者と合同会議を開催する。地域医療構想・包括ケアシステム研究会を発足して、とにかく今までデータに基づいた政策理論ができていない中で、こういった研究会を立ち上げる予定で、この中で在宅医療についてもテーマとして取り入れる予定である。

それから、6番目は、やはり日常生活圏域においては、先ほどから出ているが、目に見えるようなフェース・ツー・フェースの在宅医療推進チームが日本の各地でより活発になることを期待している。

それから、7番については、昨年発足した地域包括ケア部会ということで、5の事業を実施するとともに、オール岡山で取り組むことが重要だと思っている。

○会長 特に先生、他の団体とどのような協働あるいは協力を求めたいかということですが、何かございますか。

○副会長 この5番の事業は、県医師会の地域包括ケア部会の活動だが、その中に先般も8団体の方に加入してもらっている。それから、この地域医療構想・包括ケア研究会も、これから行政を初め各関係団体の方にメンバーとして入っていただき、一緒に岡山の医療介護を考えていくというところである。

○会長 どなたか今の県医師会の御報告に御質問ございませんか。

○副会長 皆さん多分お困りかと。他団体に余り要望するのはなかなか難しいところがご

ざいまして、多分恐らく皆さん控え目に書いていただいたかなというふうな……。

○会長 多分アンケートを県がとられて、オフィシャルに返されたんでしょうが、今日はここの中ではこれにプラスして御発言を。次は県の歯科医師会、よろしくお願いします。

○委員 歯科医師会は、在宅の医療に関して、まずは会員の中の訪問歯科診療に関する質の担保と申しますか、ある程度レベルを統一しようということで、現状で行っているのは、7に上げている訪問歯科診療の疾患別マニュアル、昨年度から2年間、今年度も行う予定で、ある程度会員のレベルを同じようにしている。

今後は、歯科が在宅でどういう活動ができるのか、これを他団体に分かっていただくことが重要である。今までの講習会、研修会も歯科医師会がやっていたものだが、できれば他団体の方に来ていただき、こういうことができるよといったお話を聞いていただければありがたい。それから訪問歯科診療、在宅の中で歯科ができることについて、他団体に研修会を開催していただいて理解を深めていければと思う。どうしても歯科は待ちなので、これまでの医療連携にしても、残念ながらなかなか理解が得られてないのが現状かと思う。是非こういったところで理解を深めていただける方向性を持たせていただきたい。まずその前に今やってるのは我々の会員の質の向上です。

○会長 ありがとうございます。ほかの団体の方がいかがですか。

実は、岡山市のこういった会の中で問題になったのは、口腔ケア。口腔ケアをケアプランに入れることをもっとオートマチックと申しますか、それぞれがこの方には口腔ケアが必要だと判断したら口腔ケアのプランを立てるのではだめだと。それではどうしたら良いかということがあったのだが、これについては、ケアマネ協議会いかがでしょうか。

○委員 確かにケアマネジメントの中で口腔ケアのニーズ、必要性について、あれば御提案は御家族、本人様にはするが、割と歯科についての本人、家族の理解は、頭の中では分かっているが、いざ診療代を支払ってまで行くかという優先順位が、他の医療と比べると低くなって、結局お金がかかるものなので、予約であるとか診療のことを言うと、「今はいいです」と。だから、本当に会長が言われるように、ある程度権限を持って半強制的にマネジメントを行って行けるようなことができればいいのですが、今の介護保険の構造上、そこまでは難しい。

○委員 その件に関しては、本当にケアマネジャーからもだし、我々が言ってもなかなか進まない。一番はドクターから言っていただくのが一番良い。主治医から言っていただくと、動かれる方が一番多いのかなと思う。もちろん金銭的な問題もあるが、主治医から、

「これやっぱりちょっと歯科に入ってもらって、してもらったら」という一言が一番大きいように思う。

○副会長 まだ、居宅療養管理指導が余り活発じゃないですよ。色々な職種が出るようになってるが、そのあたりはちょっと工夫していかないといけないかと思う。

○会長 はい。それでは、薬剤師会。

○委員 8ページの7番目の医療用麻薬の検索システム、仮称ですが、構築事業として予定をしている。調剤薬局で終末期医療で扱われるような医療用麻薬の在庫状況とかがまだ薬局にどういった薬を置いているのかということが十分にお伝えできていないので、情報をデータベース化して、インターネットを通じて在宅診療に関わられているドクターや薬局薬剤師が情報共有でき、閲覧できるシステムを構築しようと考えている。

2項目だが、訪問薬剤指導等における技術向上研修については、今までも県から委託事業を受けている。引き続き取り組んでいこうと思う。具体的には、年3回程度の研修会等を、認知症や多職種連携協働の必要性とか終末期医療についての研修会を行っていく。

3項目だが、医療材料・衛生材料マニュアル作成事業ということで予定している。在宅医療の現場で扱われる医療用材料、衛生材料についてもまだ薬剤師も知識理解不足な面もあるので、そのあたりをまず習得した上で、安定して提供できるように考えている。

4項目は、在宅訪問薬剤管理指導、これも今までも県からの委託事業で受けているが、訪問薬剤師の管理指導の実態がどの程度進んでいるか、さらに深めるためにはどういったことが必要なのかという実態調査を行い、今後さらに内容を充実していきたいと思っている。

5項目が、県民啓発シンポジウムで、こちらも委託事業の一環で進めている。在宅医療における適正な服薬管理の必要性や、訪問薬剤師の役割について、県民への啓発を目的にした講演会と、それから薬剤管理指導の重要性や必要性について認識していただく上での事業を進めていきたいと思っている。最初に県から参考資料のお話があったが、今お話ししました関連については、34ページとか37ページ、38ページにも掲載されている。

○会長 ありがとうございます。薬剤師会もどちらかという待ちの中に入ると思うが、いかがでしょうか。他団体とどのような協働ができるかということについては、薬剤師会へ相談されたり懸案となった点もあろうかと思うが。

○委員 在宅支援は、訪問薬剤指導等で、かかりつけ医あるいは訪問看護師の連携が非常に重要だと思うが、そのあたりの、これから実態調査ということなんです、印象として



はどうなのでしょう。まだまだ遅れている、進んでいないのか、それとも、しっかりやっている調剤薬局と全くやっていない所と、やっていない所は調剤薬局の看板下ろしてもらわんといかんとか、そういう印象はどうか。

○委員 前回、実態調査をした時に、県内の保険薬局でまだ3割ぐらいしか訪問薬剤管理指導をやっていない現状でしたので、その後、進んでいるのかどうか、県の薬剤師会もまだ十分把握できていないのが現状。

○委員 在宅医療をする上で、絶対必要なことだが。

○委員 薬局と、ドクターで訪問診療されているエリアにいる調剤薬局は関わり具合は結構ありますし、私も在宅の業務もしていますので、やっているところとやっていないというのは確かに偏りがあると思う。先ほど歯科医師会からもありましたように業務のアピールと、やっている薬局の機能をもっと伝達していかないといけないと思っている。

○会長 ほかの方から御質問ないでしょうか。

○副会長 かかりつけ薬局だが、薬剤師会では議論されているのか。かかりつけ薬局制度、今色々国で議論が出ているが、何か薬剤師会ではそういった議論を持たれているのか。

○委員 在宅については、推進していこうという方向性は出ているが、具体的には。

○副会長 協会の中に在宅推進とか医療の部会とか、部会はありますか。

○委員 この在宅を推進する委員会としては、在宅介護特別委員会がある。

○副会長 ありがとうございます。

○会長 もう一つ、やっぱり残薬管理とかそういうことはありますね。そういうのは具体的にどういうふうにかかりつけ医と進めていくことを考えているのか。

○委員 残薬も実際訪問をしていたら本当にあるし、施設でもかなり残っていることがあるので、とにかく抽出して、それをドクターのほうにフィードバックしていく方法は考えている。ただ、それもやっている薬局とやっていない薬局があり、仕事量も違う。

○会長 仕事量が違うといいますか、服薬管理で訪問薬剤師が報酬を請求する以上は、それをやらないと意味がないので、その点について、かかりつけ医との連携を薬剤師会はどういうふうに進めるのか。やっている所もあるし、やっていない所はあるではなく、やはり推進のための工夫をとということですので、その辺はいかがですか。

○委員 それは薬剤師会へ持ち帰って、もう一度また具体化したいと思う。

○会長 是非よろしく願います。それでは、看護協会。

○委員 9ページですが、まず他団体でどのような取り組みがあればという中で、会員からも声が出ているのは、やはり色々なシートがあるが、統一的なシートにならないかという事で、色々なところから皆様来られますから、是非できたら良いと思っている。

それから、看護職といいますが、ありとあらゆるところで働いているので、人生の色々な場面で支える存在であるということは確かですが、その人たちの働きを看護職自身が知らないというところも現実にある。今でしたら有料老人ホームでも看取りをするのに看護職が携わっているという所もある。まずは中堅看護職員の施設間交流研修を2年前から独自に行っているが、その中でもだんだんに、訪問看護ステーションへ行きたいという職員もあり、急性期の病院からも行って目の当たりにすると、そういうことの大切さについても理解が広がってきているので、もう少し進化させたい。

それから、地域偏在の問題、これ医師、看護職のみならず他のところも地域偏在があると思う。以前、県でも保健師でしたら交流、派遣事業ということで、県と市町村の交流があったが、これを南北とか東西で交流的なことができればと考える。数の上では看護職も全国平均には達しているが、高梁、新見地域でも、数はある程度確保されていても、平均年齢がもう高いため、数年先にはいなくなるというところをどうするかということについて、インセンティブをつけて、交流をしていくと何かがあるとかキャリアアップになるとかという仕組みでも作らないと無理かなと、これは協会の課題として思っている。

○会長 一番色々なところで関わっているのが看護職ですが、どなたか今の御説明について御質問ないですか。内容が豊富なのですが、ケアマネ協会ではいかがですか。

○委員 そうですね、やっぱりこの在宅医療を推進していくためには、訪問看護ステーションを中心に在宅サービスの中での看護職とのネットワークは非常に大切なところである。ただ、看護職を配置するサービス事業所もなかなか難しくなっている。人材をどう確保するかというのはどの団体も多分同じだと思うが、その中でできるだけ患者さんに近いところではケアマネと看護職と介護職だと思うので、そこがうまく情報共有ができればいいと思っている。

○会長 ありがとうございます。やはり看護協会とすると、病院の看護職の意識改革といえますか、いわゆる在宅医療への意識を深める、これは一番看護協会がマンパワー的にも、それから実際その実績といえますか、指導力があると思うが、その辺はいかがでしょうか。

○委員 その課題については、研修計画で、病院の看護職の在宅への視点を深めるとか、

スタッフ職、室長クラス、看護管理者クラスにも研修計画はしている。先ほど申し上げたこともあるが、ありとあらゆることで、在宅へレベルを集中していくということの大切さは分かって対策をしているつもりだ。ここの2番目の2つ目に書いてある、岐阜市の小笠原文雄先生は、在宅看取りを支援しておられるが、トータルヘルスプランナーといわれる看護職をつくり、介護支援専門員だけでは支援しきれないがんの末期の患者の在宅看取りへの支援とか、スーパーバイズができるような人を養成することも大切と思っている。

○会長 実是在宅医療の普及啓発ということで、在宅関係者が幾ら地域住民やあるいは患者さんに言ってもなかなか理解してもらえない。ところが、病院の場合では、新人の医師が言っても、すぐ患者は受け入れてくれる。ましてや看護職が、在宅医療って方法もあるよと一言ささやくだけで随分認識が変わるんじゃないか、そういうふうな意見も聞いたことがあります。是非病院の看護職の理解だけではなくて、病棟の看護職の一言、そういったことが自然な形で言えるような研修プログラム、これはもう非常に重要な在宅医療推進のコアの部分ですから、必要があれば皆さん方の賛同で行いたい。続きまして、訪問看護ステーション。

○委員 訪問看護ステーションとしても、広報活動というか、地域の方もそうですし、それから病院の先生、看護職に対してもしっかり知っていただきたいという思いがある。研修会、部会をしっかり活用して勉強いただきたい。共有のツールもこの中には上がってきているが、患者のかかりつけ医の選択がしやすいようにと書かせていただいているが、今までは総合病院にかかっておられて、いざ退院となった時に、どの先生にかかったら良いのかということも結構あるので、選べるような仕組みがあったら良い。

あとは、訪問看護師の人材確保と定着という意味でも、ワーク・ライフ・バランスも課題検討会で考えていき、看護職が働きやすい職場環境ができれば良いが、若い看護師がなかなか入って来ないという問題もある。

それで、最後の12ページですが、新設ステーション・新管理者への支援も行っている。看護新任者への支援とか、訪問看護師の確保で一日体験をしていただいたり、結構総合病院の看護職が、訪問看護に興味があるから内緒で来たとか、そういう感じで研修、体験をしに来られる方もいる。

新人看護職、訪問看護師向けの研修も行っているが、今年度は中堅から管理職に対しての研修も強化している。今どんどんと新しいステーションが立ち上がってきているが、全然わからないからということで、問い合わせもたくさん入っている。訪問看護コールセン

ターを作っているが、地域住民の方とか訪問看護の内容とかではなくて、新しい管理者の方から立ち上げの内容でよく連絡がある。訪問看護ステーションの開設支援ということで、訪問看護ステーション開設セミナーも開催している。

色々な地区活動の充実とか、地域での会議とか講演会へ本当に訪問看護師も積極的に参加したり、連携体制づくりのため、普及啓発に結構力を入れている。ホームページで、住民に知ってもらうため、各ステーションの空き状況、利用状況を公表しているので、病院においてもそれを御利用いただいて、退院支援の時に使っていただきたい。

私も小笠原先生と御縁があり、トータルヘルスプランナーの研修を受けさせていただいて、先生から何かとアドバイスをいただいている状況ですが、実際にはケアマネさんがいらっしゃる関係で、トータルヘルスプランナーとしての活動は全然できていませんし、まだ勉強中ですけど。

○会長 この11ページで、特にこの3番、特に退院時に患者さんがかかりつけ医の選択がしやすいような、特に訪問診療してくださるような仕組み作りをと、これを医師会の地域包括ケアコーディネーターの中で是非お願いしたい。先ほど委員の方からもあったように、何とんでも訪問看護師不足ということで、こういうことをすれば訪問看護師さんが増えるんじゃないかということがございませんか。主に県に対するお願いになるのかもしれませんが。

○委員 訪問看護は、介護保険と医療保険でやっているが、介護保険ができたときから24時間365日体制で、交通費も取れず色々な制度上の縛りがあってなかなか利益が上がらない。今年の改定では、大型化、それから複合型を目指しての加算をつけるということで、基本報酬が下げられた状態で、中山間を受け持っているステーションは厳しいと思う。そうかといって大型化がすぐにはできないので、何か後押しができないかと思う。

やはり人は、給与も待遇もよくないとなかなか定着しないので、それこそ使命感とかやりがい感だけに頼っていると、訪問看護がキーパーソンであると言われながらもなかなか増えない。数は増えても休止するところが多いという現実があり、看護協会として基金を使って、新卒でも訪問看護に優秀な人を採るための事業もやっていこうと思う。これは国にも言わないといけないことなのかと思うが、各保険者である市町村長が介護保険で財政基盤を確保できるようなお金を出していただかないと難しい。例えば難病の人が吉備中央町へ帰るので、訪問看護ステーションに訪問してほしいと言った時に、吉備中央町へどこの訪問看護ステーションが行けるかということになる。例えば御津の訪問看護ステーショ

ンにかかってくると、使命感からやらないといけないという気持ちで行きますが、片道が50キロ近くのところへ行くのに実費も取れない。医療保険だったら行けることもあるが、そういうことだけに頼っていいのかということで、難病ではちょっと例えが悪いが、高齢者の場合も、そういう社会基盤を整備しなかったから自分の地域で亡くなることが保障できないのであれば、その社会基盤に対する支援を手当てしてもらわないと継続できない。

○会長 国も県もそういうことの要望は聞いているとは思いますが、聞くだけで何も具体的なものにつながっていないという中で、是非これも一つ御検討のほど。

○副会長 恐らく日本は、そもそも国土面積の2割に8割の人口が集中している、そういう特色のある島国ですから、そもそも中山間地域に訪問診療、訪問看護に行けないことは、誰も言いたくないが、システム上も不可能に近いわけです。それを誰がどう国民と地域住民と共有していくかの方が大事なことであって、そこにお金を使ってサービスを入れることもなかなか続かないし、お金もないわけで、行政も非常に耳障りで言いにくいかもしれないが、我々も医療介護団体が一体となって、地域住民に在宅医療のあり方とか、そのあたりをもう一步踏み込んで議論していかないと、間に合わないと思う。

ですから、そういったところにこれから訪問診療、訪問看護が入れるかということ、恐らく限りなくゼロに近い。その方が選択した地域だから、そこで希望したら、それは極力制度とか施設を利用しないといけないと思うが、その代わり地域包括ケアの住みなれた地域というのは御本人が選択した地域ということになるので、そういう前提があって、これから国民も我々も含めて、提供側も、住む側、地域住民の方も共通の覚悟を持っていかないと、もう限界があると思う。

○委員 ただ、先生、山の上に居続けることでそれを保障するわけではない。例えば同じ町内でも便利の良い集合住宅へ移るとか、有料老人ホームも、サ高住を住居としたとしても、そこでの訪問看護を受けられればよい。そういうところに住む時にも介護保険事業計画があるわけですから、自分達が基盤を整備してこなかったところは何をするのか、覚悟もしていただきたいと提供側としては思います。

○副会長 我々は皆、ビジネスでやっているわけですから、ビジネスモデルとして成り立った上でどう推進していくかという話だと思う。一番不幸なことは、こういう医療介護の厳しい実態を、本来被保険者である地域住民の方々が全く知らないことですよね。ですから、まだない物ねだりであれやこれや要望している段階で、日本人って知恵も見識も良識

もある国民ですから、そのあたりをきちんと踏まえて、国民にもっと開示して議論していくと、違ういい答えが出てくるんじゃないかなと思っている。

○会長 今のお話も、限界集落みたいな特別な所は別の議論が必要ですが、都市部でない所は、訪問看護ステーションの大型化は難しいですよ。そういった中で、手が行き届かない、どうしてもそういったことが発生しますので、診療報酬、介護保険って全国一律なんです。ですから、補助制度と保険制度、これはやはりいい組み合わせだと思うので、その辺は知恵を使う可能性があるんじゃないだろうかと。地域の実情に合った何らかの仕組み、特に訪問看護の力が弱いところについては何らかの工夫もあってしかるべきというのは思う。それは県だけではできないかもしれないが、市町村も今後必要じゃないかと。具体的に量的にどのくらいかって明らかにならないと難しいが、これもエビデンスが出てきますね。

○副会長 訪問することの労も大変なんですけど、やはりアクセスですね。専門職が散っていくよりは、ドクヘリとか、救急とか、救急医療の対応とか、日常の必要不可欠なツールに関してのアクセスを行政なり何なりがシステムサポートしていく体制が必要と思う。また御検討いただければ。

○会長 はい。それでは、栄養士会。

○委員 13ページに書いているが、今他の団体の方たちから、グローバルな視点での意見があったが、栄養士会の場合、非常に現実的な意見を書いている。特に、待ちということに栄養士会もなってしまうので、他の団体の方に栄養士会のことを少し知ってほしいということと、栄養士会自体が他の職種の方の実際の動きを知らないで、合同の研修会があれば良いと考えた。他団体の方とどのように協働ができればいいかということに関しては、栄養管理が大事というのはよく言われてはいるが、なかなか栄養士の存在ということが意識していただけていないところがある。困ったときには相談をしていただけたらと思う。

ただ問題は、4に書いているが、在宅訪問する際に、医師の指示の下、医療機関に採用された管理栄養士でない在宅訪問栄養指導料が取れない。ですから、行ったとしても、在宅のケアステーションで行った場合にはサービスになってしまう。先ほどのビジネスモデルとかとんでもない話ということになるので、難しいところがあると思う。そういう整理がやはり必要ということ。

○会長 具体的にはどういう制度であれば。

○委員 例えば医院と契約でなくても、訪問栄養ケアステーションですね。看護師から依頼があって、栄養士会の在宅ケアステーションから栄養指導に行っても指導料が取れるということになれば良いと思うが、今は医院で採用された方でないと、その医院と契約していないと在宅訪問栄養指導料が取れないという。

○会長 その辺、県はいかがですか。どういうふうにお考えですか。

○事務局 これは制度としては診療報酬の中に組み込まれた制度なので、医師の指示の下に行くように制度的になっている。その必要性というものをどう考えるか、皆さんに栄養指導が必要なのか、特定の方に必要なのか。恐らく今、特定の方に必要と。その特定の方であるかどうかの判断は医師の判断に委ねるということで、診療報酬に盛り込まれていると思う。

○副会長 介護保険の居宅療養管理指導の算定はどうですか。居宅療養管理指導で栄養士が出るのがまだ余り活発ではないと思うが、そこは制度でも報酬がついてますよね。

○委員 はい、それはついてます。まだ、1つは栄養士がどこも少ないからなかなかできていないというところもある。

○副会長 主治医も含めて、居宅療養管理指導の栄養士のイメージが多分まだ根づいてなく、実態が少ないということもあるんですけど、色々な職種が出るところへ出ていなかったり。一応ケアマネも一緒に情報提供しますよね、居宅療養管理指導。だから、そのケアマネにももう少し意識づけもできるのではないかと。

○委員 そういうこともあるので、ワールドカフェへ出向いて、しっかりアピールをしているところではある。今回岡山県が言われた取り組みの中にも、栄養士の存在はどこにもないという感じがするので、やはりまだまだアピールが足りないと感じている。

○会長 居宅療養管理指導で栄養士の役割は。

○副会長 それぞれ職種によって回数が違うんですけど、歯科衛生士も含めて色々な職種が、居宅療養管理指導に出れて、それは必ずケアマネと行った人が情報共有することになっていて、その指示がまだ余り浸透していない。知らないし、多分、居宅療養管理指導の中に栄養士が含まれていることを知らないかかりつけ医も大勢いるのかもしれないという状況。

○会長 はい。他にどなたか御質問ございませんか。

○委員 栄養士会が助成金を使って地域に出てくださいました時がありますよね。訪問看護を御利用の方で栄養指導が必要な方がいて、実際に栄養ケアステーションにお世話になった

が、それを主治医に情報提供すると、それはいいことだと言って、先生も知られなかった。私たちもすごく助かったので、幅広く使えるように広めてほしい。

○委員 興味を持っていただけるように、医師会会員の医療機関に栄養ケアステーションのチラシを2,000枚位配布したが、結局>Contactした施設が5施設ぐらいだったという現状があるので、是非よろしくお願ひしたい。

○会長 実は蛇足なんですが、栄養士会が多職種を対象にアンケート調査を実施した。そうすると、ケアマネの理解は非常に良いが、地域包括支援センターの理解が非常に低い。訪問の看護師が、ケアマネは、非常に重要で助かりますと、是非連携をとりたい。そういうアンケート調査結果もございますので、また是非参考にしていただきたい。

それでは、介護支援専門員協会からどうぞ。

○委員 はい。本当に他団体の取り組みについて、うちの協会がなかなか、物申すみたいな感じになるので、それは言えない。どのような協働がということ、やはり患者や御家族の方々が在宅医療に対して、岡山県というすごく事業が充実している県で、もう既に病院が多くあるという所は安心感があり、それと同様な安心感が在宅で持てるのかというところに非常に不安を持っている方が多い。お話を聞いている中で、その辺について、窓口であるケアマネジャーは、地道な啓蒙活動ができればということで、38ページの一番上の在宅医療普及啓発事業を県から委託されており、県民フォーラムを計画している。これについては、実は先般、岡山県介護保険関連団体協議会でも共催とか後援ということで、共同で事業を行わせていただこうと思っておりまして、他団体との協働ができればいいと思う。

あと、取り組みを始めたことの中で、今、ケアマネジャーのあり方ということで、国でも質の問題が非常に問われているところだが、そういう質の向上を協会の中でもやりながら、あと連携間での統一した情報の共有化をどうしたらいいかということをやっていくことが必要ではないかと思っている。

実は今、医療連携ということで、ワールドカフェに出させていただいたり、先般も実は薬剤師会の研修会にケアマネジャーが数名行かせていただいて、共同で研修会をさせていただいたりということで、当協会としては、ケアマネジャーを他団体の研修等で色々活用していただけたらありがたい。ケアマネの使い方、動き方を具体的に知られない専門職の方もおられるので、講師派遣とか、それから共同の研修会を開催できたら良い。今のケアマネジャーの基礎資格の中で医療職が少なくなり福祉職が多くなっているということで、



岡山市が、在宅医療支援強化研修事業を実施し、医療知識の底上げをしていこうとしている。

今回、実は4月から特定事業所集中減算が医療サービス側にも入りまして、顔の見える関係を広げていけば当然分散はできるが、そもそも医療職には敷居が高いというケアマネが多い中で、研修をしてやっと関係ができたところを使いたいというのがケアマネの本音なんです。余りそこを使うと減算になってしまう。システムはシステムとして受けとめないといけないが、やはりジレンマがある。そこをいかに伸ばしていったり、底上げするかということが協会の中で今課題となっている所で、また皆さん各団体の中で良い取り組みとか、声かけがありましたら是非声をかけていただければありがたい。そうすると顔の見える関係の輪が広がっていける。

○会長 いかがでしょうか、どなたか御質問ございませんか。

○委員 これから退院支援のこともありまして、入院と同時に退院の話をするぐらいのスピード感で、平均在院日数とか在宅復帰率とか、そういうところで早目早目に対応していく。そういう中で、介護福祉士、ケアマネジャーに言うと、落ちついてからだとか退院してからとか、介護認定が1カ月かかるとか、推測で要介護3ぐらいだろうなということでプランが決まっていくなだろうけども、そのあたりはどうなんでしょうか。医療のほうのスピードが早く、在宅だけじゃなくて施設にも早目に行かないといけない状況もあるが、介護認定がはっきりしてないのにそれはできないとか、そういうことがあり、だんだんギャップが広がっているんじゃないか、そのあたりはスムーズに行っているんでしょうか。

○委員 ケース・バイ・ケースだとは思いますが、協会としては、まず主治医よりも、例えば地域連携室であるとかMSWの方とうまく連携をとって、その中で、現状を踏まえて、例えば要介護認定が取れているのか取れていないのか、退院の時点でぷつぷつ切れるということではなくて、その辺をうまくかぶって連携、情報共有ができれば、決してケアマネジャーは認定が下りてないから相談に乗らないということはないと思うので、そうしていかなければいけないとは思っている。

○委員 要は、退院について、それがシステムとして動かなかつたらそれが早くできない。今以上に、今後その対応はされないといけないが、行政に近いところは割とのんびりしているので、病院の方はどんどん退院させるということで、それに対応できるのかなと。その辺のことも考えて、スピードアップ、ギアチェンジしていかないといけないのではないかと思う。

○委員 今のお話で、うちもほとんど、介護認定を申請しても決定が下りる前に退院になってしまうので、地域包括支援センターの方にやはりよく言うが、まずはやはりケアマネが認定が下りてないのに動くというのはなかなか難しい面があると言われる。予防支援も持っている居宅の方をお願いをするか、地域包括をお願いをして、とりあえず最低ラインの在宅ができるところのサービスを書いてもらうことは少しずつできてきているが、ただいまだに、退院が2週間後とか決まっているのに、退院してからでいいんじゃないですかと言う行政の窓口の方もいる。それから、地域包括にも地域差があり、すぐに受けてくれるところもあるが、とりあえず認定が下りるまでと言うところもあつたりするので。

○委員 在宅ならまだしも、老健に入る時に、認定されてないから入れないとか、脅されるわけですよ。もし違っていたら全額負担ですよと言われる。

○委員 それで、病院へ転院ということになって。

○委員 だから、そんなことはね、病院はもうできないですからね。

○委員 制度上、認定が下りていない時点でケアマネジャーが関わるのは、当然報酬が入らないが、モチベーションがダウンするところもある。何が一番面倒かということ、例えば介護だと思って暫定で居宅介護支援事業所が届出をしても、支援になると、また変更届を書くという、行政のシステム的な手続きが非常に難しい。

ちょっと状態が軽度で、要支援かなと思うところに手を出さずにいると、あとまた区分変更して、セルフプランに、例えば何カ月間か戻してみたいなことをやっていくと、何のために動いたんだろうみたいなことになり、それで報酬が結局入らない。これからこの地域包括ケアシステムという全体の中で見ていくということになれば、ケアマネジャーにその相談に対しての報酬を考えていただければ本当にありがたい。

○副会長 介護支援連携加算が算定できるものがあり、ケアマネも病院へ赴くが、連携している病院なら行けるかもしれないけど、よその病院はなかなか敷居が高いだろうし、あの辺がもう少し普及してないのがありますよね。

○委員 主治医の意見書についてだが、制度が始まった時は、病状が固定してから6カ月位してから申請と言っていたが、今はもっと早く書いてもらい、認定が下りなければ、他が動こうとしても動けないが、全然書かない医師がいることを聞いて驚いた。それがネックになって進まず、家の人が大変困ったという事例を聞いた。

○副会長 余り聞いたことないですけど。

○会長 いや、今の話は病院の医師。

○委員 病院の医師です。

○会長 これはもう随分前から、つまり診療報酬で在宅復帰率75%といった時から、そのような制度設計になっていない。少なくとも急性期病院からすぐ在宅あるいは介護保険での手当てができるような制度設計になっていないってことは随分国は叩かれたはずなんです。その辺は県庁としてはどういうふうな情報がありますか。今の状態では結局うまくいかない。老健へ本当は入所してほしいのに、わざわざ違う病院へ、わざわざ状態が重いような……。

○副会長 中医協が出しているデータですと、7対1病棟からのいわゆる診療報酬上の在宅復帰率は92.3%で、それから自宅復帰率も74.5%で、色々な議論がある中で、これは療養型もそうだし地域包括ケア病床も老健も共通ですが、自宅から来た人は概ね自宅へ帰るケースが多くて、療養病床においても、療養病床で在宅復帰率50%の強化型であってもなくても、急性期から来た人は、実は在宅に帰るのが4.5%しかない、自宅から来た人は概ね自宅に帰りやすいというのは、昔から老健もそう。ですから急性期から流れてきた中で、その方をいかに帰すかって、中央でも議論がされていて、そのあたりが今後どうなるか。

○会長 ですから、介護保険をスムーズに、急性期病院はもう明日退院ですよといったときには、明日介護保険がみなしであれ何であれ、それでケアマネの支援が入り、要支援になりました。結局それはただ働きになりましたというようなことを何とか手当てをするような……。

○副会長 7対1からは今ほとんど地域包括ケアとか回りハとか、あるいは療養病床に流れているので、余り介護保険では問題になっていない。老健から7対1へ行った時には、また老健に帰って、それは元に戻るケースが多くて……。

○会長 やっぱり我々、数%あるいは10%の患者さんのことが気になるわけです。数%の患者さんにもちゃんと行き届いたサービスができないだろうかと。

○副会長 病棟の現場では困ってない。

○委員 すごく困っているわけじゃないんですよ。今後はかなりスピードアップされるだろうと。

○委員 流れがね。その辺の対応はしていかないと、やっぱり1例でも2例でもそういうケースがあるとちょっと問題だろう。

○会長 結局、意欲の問題ですよ。かぶんなきゃいけないと思うと引っ込むというの

は、だからそれをなくすにはどうしたらいいかという議論なんですよね。

○副会長 いや、施設はみんな認定があっても、今はもう本当、利用者の獲得競争ですから、欲しいんですよ。そんなに施設の負荷にはなっていない。

○会長 施設もあります、ケアマネが困るという現実もあるのであれば、これは1つ制度設計の方ですよ。是非県として国へ情報を、どういう考え方でどうなのかと。

○副会長 それは、来年度から危惧しているのが特定集中減算、あれは通所リハとかどうしても集中しやすいわけですので、例えば事業所加算、うちなんかだったら300単位ぐらいとっているのが結構あって、それがなくなって、また200単位減りますから、例えば200人くらい抱えてるところの居宅介護支援事業所は同じことをやっていて月100万、だから年間1,200万減少になります。これは売り上げ、事業所次第ですから、売り上げの2割3割の減少になるんですね。それがこの9月から来年の春までの実績で4月から適用されますから、今後ケアマネがちゃんと正常に機能するかどうか非常に危惧していて、介護でも、全事業所の中で平均的な収支差が一番悪いのが居宅で、平均でマイナス、既に1%赤字なんです。多分ケアマネの死活問題が来年度から起きてきますから、在宅だ研修だというレベルではない。これで公正中立にというのはなかなか、居宅はもう多分経営的には完全に成り立たなくなるところがかなり増えると思うんですよ。

○委員 実際、ケアマネジャー自体が、年齢分布もかなり高くなっているのが現状だと思う。やっぱり若い方のなり手がなかなかなくて、実際5年働いてケアマネの試験を受けるが、28歳とか27歳の人がケアマネジャーの資格は取りますけど、やるかというのと、バリバリ元職でやれるので、ならないんです。例えば研修講師ですね、研修講師の後継ぎがないとか、中間の30、40代位のケアマネジャーが本当に少ないという、協会の中でもやっぱり少ないという状態なので、やっぱり魅力がないというんですかね。ケアマネジャーの仕事自体には魅力があるんですけども、本当に子供を養って仕事をやろうかという魅力となると、多分……。

○副会長 来年からケアマネさんの処遇が厳しい局面になるんじゃないかと思って……。いや、もうほとんど人件費ですから、それだけカットされたら給与しかないでしょう。非常に危惧していて、ちゃんと正常に機能できるのかどうか、心配している。

○委員 ほぼ80%以上が併設型の居宅がなので、給料が上がらないという現状はあるかもしれない。オーナーさんの心持ち一つですけども、潰れるということはあるかなと思う。国はやっぱり単独型で公正中立なケアマネジメントをと言いながら、単独型の事業所

が生き残れないシステムになっているので、かなり厳しいと思う。

○副会長 在宅医療の推進の足かせになるんじゃないかと心配している。

○会長 国の方で担当者会議がありますよね、そこでしっかり伝えないと。多分岡山県が言えばもう全部の県が同調するんですよ。別にこれはケアマネ協会の既得権でどうこうの話じゃない。まさに在宅医療の死活問題ですね。その辺の認識は県はいかがなんでしょう。

○事務局 県も、今のご意見をいただいて、今後、国にもいろいろ話をさせていただきたいと考えている。

○会長 担当者会議で遠慮なく言ってください。次に医療ソーシャルワーカー協会。どうぞ。

○委員 岡山県医療ソーシャルワーカー協会ですが、うちの協会も今回のアンケートを出すのに理事にも意見を聞いたが、他団体に何かを申し上げるのが本当に出てきませんでした。

ただ、課題としてあるのは、患者とか地域住民の方が本当に、今ここで議論されているような現状とか、介護保険の自己負担も2割になるとか、そういうことすらも全く御存知でない方も多々いるので、そういう普及啓発事業というのは非常に必要で、その努力はしないといけないのと、2番目の2つ目に書いたのが、2～3年前に、多職種人材育成支援事業があったんですけど、あれがやりっ放しになっていて、せっかく委員を出したのが、そのままになっているような気がする。これは私が知らないだけで県北ではやっているかもしれないが、そういうことは継続して取り組まないと、せっかくあそこまでやったのにもったいない。

それから、ここで今議論されている、介護保険の行政とかビジネスモデルに乗っていけない人、有料老人ホームもどんどんできて入れる人は良い。今の政策は地域格差と経済格差を生んでいるので、私たちが日々病院でお目にかかるのは、そこに漏れる人をどう考えていくのか、ビジネスで考えられないところを福祉でどこをサポートしていくのかというのは、日々感じている。今もセーフティーネットはないに等しい感じなので、うちでも乗らない人を、無認可といたらそこが悪いわけではないが、介護保険外の施設にお願いをすることもある。でもその施設の方は非常に頑張っていて助かっているんですけど、行政というか、福祉としてどう考えるのかは絶対抜けてはいけないところ。私たちソーシャルワーカーとして患者さんの人権を考えないといけないのと、今、意思決定支援、意思決定支

援って言われますけど、意思決定支援が経済格差と地域格差の中で本当にできているのかということを考えないといけないと思っている。

○会長 今の御発表で御質問ございませんか。

実は時間があれば例の入退院の取り組みの話もここでと思ったんですが、他の施設にも関係がありますので、先に介護福祉士会、それから老人福祉施設協議会、老人保健施設協会の話の後で、戻りたいと思う。では、介護福祉士会。

○委員 16ページです。1番ですが、ケアマネジャーは介護認定者が今非常に増えているということで、連携調整役を果たすことが多くなっている。皆さん御存知のように、介護福祉士の場合は医療という点で弱いところがある。そんなときに第三者的に相談できる場所、迷ったとき、困ったとき、そういうところがあったら良いと思う。訪問看護ステーションがコールセンター事業をされているということで、実はこの会議の前にちょっと確認して、相談してもいいですか、いいですよという返事をいただいたので、うちの会でもそれを普及したい。利用者を診ているドクターに聞くというのは敷居が高いこともあるし、余り身近な人に聞くと感情が入ったりするので、第三者が冷静に判断できるような相談場所が欲しいという意見が出ていた。

2番目に、私たちは介護福祉士ということに非常にこだわっている。それは生活の視点で考えるということ。病院関係者にも多い、病気や障害に対して治療回復ということだけではなくて、生活の視点というのは、障害や病気につき合っていく、快適な生活をしていく、病気を持っていても障害を持っていてもという視点で考えてほしい。よくぶつかるというか、医療職の方と介護福祉士でぶつかるのがこのあたりの考え方の違いです。

それから、3番目、講師を看護協会や医師会にお願いしているが、薬剤師会とかこれからもまたお願いしたいと思っている。

それから、4番目ですが、看護協会もケアマネ協会もやっぱり高齢化が進んでいる。ヘルパーステーションは求人をしてしても全然来ない。70歳ぐらいざらだと。それから、パートとか臨時職がほとんど。魅力を言っていないといけないんだが、24時間体制のヘルパーステーションというのはなかなかないですよ。9時ごろまでに終わるかとか、女性の場合どうしても主婦ということで、早朝とか夜間、利用者さんの頻度の高いときに働きにくいギャップがあるので、そのあたり厳しい。福祉職というのは、30代、40代、子育ての期間というのはどうしてもいない。40代後半、50代ぐらいになってくるとまた復帰してくる。

そうとはいうものの介護職を増やしていかないといけない。私たちは社会的地位の向上ということ、給料ですよ。責任があるし、一人で行かないといけない大変な仕事、訪問看護も一緒ですけども、大変な仕事の割には給料がとても安いので、若い人には魅力を感じない。やはり給料というのはすごく大きいと思う。だから、ヘルパーステーションなんか、定年制度がないぐらい。体が動く限り働いて、みたいなことになっている。会として、介護というのはとても魅力のある仕事なので、中学校、高校を対象に出前講座を、県の補助金でやっている。その生徒たちのアンケートを見ると、介護のことは知らなかったが、とっても楽しい仕事、魅力ある仕事だということをアンケートでは書いてくれる。だから、やはり長い道のりだが、こつこつやっていきたいと思う。

それから、介護フェアをもう7年ぐらいやっているが、これも県からの補助金で4～5年いただき、養成校と共催している。養成校はもっと危機的で、学生が集まらないということで、全然成果なく厳しいと言われている。

それから、7番目ですが、指導者養成、介護技術であるとか色々な指導者養成をしますが、県南と津山エリアに指導者が偏っている。8つの地区があるが、その地区地区で、新見なら新見で指導できるような、養成できるようなシステムにということで、今、研修会を一生懸命やっているところである。

○会長 今の御発表で御質問ございませんか。ちょっと非常に重要な問題もあるんですが。

○副会長 あと、今回、介護報酬改定で、事業者側は過去一番のマイナス改定になって、以前もあり、最近また声が大きくなってきているのが、介護を目指そうとすると、進路指導の先生が、おまえやめとけと、とめるわけで……。

○委員 知りませんでした。

○副会長 だから、介護報酬の、在宅だと8割が人件費、施設でも6割7割が人件費で消費されているので、報酬を下げることは当然になってくるので、そのあたりを何か対応打たないと。今そういう進路指導で、現場ではそういうことの声が大きく上がってきていて、あの辺をやっていかないと、もう魅力だけではなかなか。

○委員 親も働かさない。福祉学科とか介護福祉士養成校に行っても、就職時に介護はやめとけみたいな。

○会長 それでは、次へ移りたいと思います。老人福祉施設協議会。

○委員 はい。他団体との協働ということで、もう総合事業の準備をしている市町村もあ

と思うが、地域包括ケアにどういふふうに対応していくかというところが一番課題になると思う。19ページから、これはある研修でいただいた資料ですが、組織体を作らなければ、いきなり総合事業とか地域包括ケアはできないということで、ただその組織自体も作らずに何とかしようとしている市町村が多いので、是非こういう形を、まず形から作っていかないといけないということで、19ページから紹介させていただいた。ありとあらゆる団体が各市町村で、まず上で組織を作って、そこから下に情報を下ろしていき連携をさせると。セレモニー的な形になっている部分もあるかもしれないが、まずこういう形で市町村もきちんと作らなければ前に行かないんじゃないかと思っている。

ちなみに私は真庭市なんですが、総合事業を1年早く来年度からやるということで、単価もいきなり公表して、各施設を回っていくんです、事業所を。おたくはどうされますかと。いきなり言われてもねって感じで、組織体も協議体も何もない中で、総合事業だけやっていこうという方が無理があるんじゃないのか。そんなに簡単にいくもんじゃないと思います、そのことは個別に来られた市の職員に、言いましたけど、もう少しその辺も総合的に考えないといけないし、それをする時には、各市町村で団体の方が皆さん集まってきちっとした協議体をつくらないと絶対できないと思います。この県の組織から各市町村の組織にそういった情報をきちっと下ろして、その協議体できちっと話をさせていただきたいと思っている。

この糸島市というところは結構かなり活発にできている、九州ですけれども、これだけの会が参画をしているってということで、非常に素晴らしいと思いましたので、参考資料としてつけさせていただいた。

それからあと、協働ということでいいますと、一番在宅で難しいのは認知症高齢者の介護だと思うが、要介護度1とか2の方でも独居であればかなり大変な、周りの支援が要ると思ひまして、意外と1とか2の方が歩くから大変なので、色々なところへ出ていって色々なことをするものですから、そういった支援は医療介護の連携だけじゃなくて、それこそ地域住民も含めた支援をしないといけない。まず要介護2の方の支援はできないと思っていますので。何で言うかという、私の母親が要介護2で一人暮らしだったが、たくさんの方に御迷惑をかけてしまった。本当にこれから増えると言われている認知症高齢者をどうするのか、介護とか医療だけの力では何ともならない。認知症の治療の少し進み具合が少ないかなと思うんですけど、医療からの支援というのもきちんと提供していただければいいかなと思うんです。治療薬ができるできると言いながらなかなかできませんし、予防薬



がそれほど効くのかというのもちよっと実感がないような感じもしますので、このあたりは皆さんの力で関わるべきじゃないかと思っている。

それから、他団体にどのような協力を求めたいかということですが、まず介護の面からいうと、医療機関の連携の窓口を是非作っていただきたい。地域連携室というのは結構大きな病院ではあるんですが、中規模とか小さな医院とかになるとそういう形がなかったり、先生と直接お話をするのも非常にしにくいようなこともありますので、どんな小さな医療機関でも是非窓口を作っていただけたら、介護側から関わりやすいと思うので、そういった配慮をいただきたい。

それから、4番については、先ほどから出ています病院を退院するときの会議、これは必ず必要だと思うので、まだ私どもの地域ではこれが実際できていないので、きちっと早く体制を作るべきじゃないかと思っております。

それから、課題解決のための提案ということで、やはり個々の利用者を対象に会議をしないと前に行かない。ただその会議の仕方もいろいろとやり方があるので、前もって議題を言って15分間で終わるような工夫をしていかないと、きちっとした情報交換はできません。行ってから考えるようじゃ話にならないと思いますので、そういった会議の仕方とかを工夫していくべきではないか。

今年度新たに取り組みを始めたことで、先ほど介護福祉士会の方が言われておりましたけど、本当に人不足なんですね。高齢の介護者がいっぱいいるような状況の中で、やめてもらうと事業が成り立たないところもある。確かにホームヘルパーは募集しても一切来ない。医療系のケアマネが減少しているのは、看護師不足なので、ケアマネで看護師資格を持っている人は、すまんが看護師に回ってくれという異動をかけていますから、どうしても医療系の方はケアマネで残らない現状がある。特に県北に行けば、本当に看護師というのも資質がどうのこうのじゃない、とりあえず看護師の資格を持っていたら正看だろうが准看だろうがとりあえず来てくださいという形で、うちの施設も誰か1人倒れると減算になるという、そんな状況でやっているのだから、かなり深刻な状況になっている。介護職員もいない状況である。

そういった中で、とりあえず何かイベントをしないといけないが、画期的な方法があれば是非教えていただきたい。若干の補助金で、介護の日の関連事業として、宅急便に倣いまして11月21日にイオン岡山大でカイゴ男子とカイゴ女子発掘プロジェクトをする。少しでも人を集めようということをやっているが、これが解決策になるとも思ってな

いけれど、何かやらないといけない、1人でも2人でも来ていただいて理解をしていただけたらということで始めている。

私たち社会福祉法人、特養はほとんどが社会福祉法人が経営していますが、社会福祉法人は29年4月に社会福祉法人改革が行われる。その中で、お金が余っている場合は社会福祉充実残額を算出し、それを地域の社会貢献のために使わないといけないという制度が動くようになる。そのお金をどう使うのか、またお金がないところも何か地域貢献をしないといけないということになっているので、各施設、法人単位で考えているところ。うまく地域の中で話し合いをして、うちの市町村では足りないから手伝ってくれと言っていたらうまく使っていただけたらとも思うし、仮に少しでも余ってるお金があればそういったところに充当できるので、是非そのあたりを本当に地域の中で何が困っているかを言っていたらと思っている。

例えば私の地域であれば蒜山という、本当に田舎ですけれども、配食サービスというのは昼間にしかできていないが、一年365日配食サービスをすれば、まだ要介護3で頭のしっかりしている方、認知症のない方であれば一人で生活できるんじゃないかということで、夕食を一年365日、400円で配達するような事業を去年から始めている。施設と同じ食事ですので基本的にはバランスもとれており、カロリー計算もされている、そして変化もある食事が提供されるので、コンビニよりはいいと思っている。400円でさほど高くない、よそは500円だと思うので。やればやるだけ赤字ですが、そういったことを始めていますので、施設の機能をうまく使って地域に役立つことがあれば是非お話をさせていただきたい。どこの地域にも恐らく特養はあると思うので、うまく使っていただければ、それなりのノウハウを持っています。特にこの配食サービスであれば、神戸市の施設は市と契約して全施設がこの配食サービスをしていますので、そういう支援は恐らくできる。給食を作っていますから、10食ぐらい別個に作ることは簡単な話で、是非うまく使っていただけたらありがたい。何かしないといけない状況で、お役に立てたらこちらもうれしいので、是非よろしくお願ひしたい。

○会長 どうも貴重な情報提供ありがとうございました。次に老人保健施設協会。

○委員 私どもの老健施設は、介護保険事業所の中でも医療が提供できる施設である。今度の介護報酬の改定で、例えば訪問リハビリも積極的にできるようになったので、今後さらに地域包括ケアシステムを实际機能させるために各地域の老人保健施設が頑張らないといけないと思っている。

ここに書いているのは、僕は一緒に協働でやりたいということなんです、例えば人材とか患者の数の今後の推移をちゃんと知って、それを地域の住民も共通の認識として持つておかないと、例えば医師会のドクターはみんな年とってますよね。そういう人たちがあと10年後20年後はどうなっているのかというのは、すぐ出ますよね。各施設でも、皆さん高齢化というが、何年になったらこのままだと定年退職で全く看護師や介護職員がいなくなるというか。それはもう、若い人がその代わりに入るかといったら全く当てがないうことで、多分地域医療構想でベッド減らしをせず、放っておいても病院は潰れていくだろうし、自然なままにしておけば淘汰される。

認知症患者の絶対数の出し方は計算方式があるので出してみれば、どれだけ地域で大変かというのは分かります。調整会議、例えば地域医療構想調整会議に老健もオブザーバーで後ろに座って聞くのでもいいので、色々なところに参加していきたい。

例えば看護協会と老健、あるいは医師会、2つの組織での直接ミーティングも必要なんじゃないか、今回この3分のお話じゃあとてもとても。

来年岡山市で第2回中国地区介護老人保健施設大会を行います。そこで一つの試みとして、関連団体と協働で何か新しいもんができるんじゃないかなと、そういう企画を考えている。

下から2番目ですが、大都市からの移住の話ですよ。ちょっとセンセーショナルにマスコミに出たんですが、するかしないかは勝手ですけども、岡山県でもどんどんやれば良い。よそに乗り遅れて、よそがとり出したらもう終わりというのでは駄目。各市町村レベルでやってもいいが、ニュースに出てくるぐらいインパクトのあることなのでやればいいんじゃないか。ただ、お年寄りだけが来るのもいけないから、若い方が2人一緒について来るとか孫を連れて来てとかすればいいんじゃないですかね。

東京の昭和大学の看護師長と前に話したが、都市部の看護師、メンタルの看護師がいて、本当に看護師の資格まで辞める人もいますよね。それはもったいないということで、田舎のほうでちょっと癒やしてくれないかと、1年ほど。具体的に後一步まで行ったんですけど、そういうことをやってもいいんじゃないかと思う。

在宅での患者急変時とか看取りは、絶対クリアしないと、これできないという人がいっぱいいますから。一応老健と地域の小規模病院に24時間当直がいるんですけど、当直医師1人ですよ。その人が在宅へ出れないということは、連れて来てもらうということなんです、救急車でもいいから。病院に来てもらい、死後の処置から何からすればい

い。100%在宅死、それは大変な労力ですし難しいですから、そういう受け皿もちゃんと用意して、いかにうまく最後の1週間とか、亡くなった、あるいは急変時の24時間対応は、病院に連れて来てくれれば何とかするということはありますね。その辺のこともちょっと具体的に色々と考えてみないといけない。老健の看取り機能というのもあればいいですね。

○会長 どうもありがとうございました。最後、地域包括支援センターから今までの発表を聞いて、何かコメントや御意見がないでしょうか。

○委員 全体的ではないですけども、皆さんの顔の見える関係ということで、私、赤磐市の者になりますので、在宅医療の連携でケアカフェ等行っている。その中で、ケアマネと包括と医師に事例報告で、よい連携をしたことに関して短く発表していただいた。そして、ある事例を組み立てて、みんなでグループ分けして、100人ぐらい地域の方々、いろんな方々集まってやったんですが、キーワードは、最初のほうに出たと思うんですが、在宅に関してはやはり医師がキーだなというところで、みんな、協働はやるんですが、やはりそこを指示していただく、判断していただくということに関しては医師がキーだなということである。

○会長 ありがとうございます。障害施設協議会から。

○委員 当協議会は、3障害、精神それから知的、身体の協議会として、その障害別に交代でここに参加している。今年は私、知的障害の福祉協会から参加をさせていただいている。

大きい課題はやはり介護報酬、今年改定で下がりまして、知的も追従を、障害も追従しているんで、障害の方はゼロ%改定だったが、処遇改善が上がった分、事業費は落ちて、その中で介護の方はすごいされていると思う。事業費は本当、全体でいうと数千万円ぐらい落ちているが、介護はもっと落ちており、その中でされているのがすごいと思う。

あと、今、障害で大きく問題になっているのが、65歳問題ですね。障害は、65歳までの支援をするが、65歳になったら介護保険へ行きなさいと、介護保険優先ですよ。ただ、形だけそっちへ移行しても、それまでの積み重ね、生活がある方が多いので、いきなりは難しい。実態は、去年までは岡山市も生活介護を使われている方は行かれた方もおられます。そういうことで、生活のスパンを介護保険と障害の方とで65歳で切られるというのは果たしていかなものかなと。先日も県の方との意見交換があって、毎回これは出るが、一応毎年言わせてもらっている。ただ、介護報酬についてはやっぱり2025年

の問題がありますので、国家予算的にも厳しい状況で運営せざるを得ないということである。

具体的なことですが、在宅で生活される方は入院する時に、ヘルパーが使えないんですね。入院した人に付き添いをつけるでしょ。ヘルパーの制度がないので、病院の中でやってください、もしくは施設の職員がボランティアでやってください、御家族とそれから施設職員の負担が少し増えるというのが、具体的な今医療との関係で大きな課題になっている。

○会長 どうもありがとうございました。

ちょっと時間が過ぎてしまったんですが、皆様方のアンケート調査の結果、非常に重要な事項が、本当は2分野あるんです。1つは、合同の研修会ということと、もう一つは窓口ですね、相互連携の窓口でできればワンストップ。先ほど介護福祉士の方から、どうも看護について疑問があったりとか相談するようなところを、できればワンコールでできる相談窓口であるとか、あるいは、いいかかりつけ医の紹介であるとかということを是非ちょっと課題として皆様方の団体へ持って帰っていただけないでしょうか。特に相談窓口ということ。

合同研修は、県の方で少し聞き取って、次回までに、あるいは次回までの間に試みの研修会をやるか、あるいは何かそういったことを御提案、あるいは既存の事業の中、27年度あるいは28年度の事業といたしますか基金の中でも何か1つ御検討をいただけないでしょうか。

○事務局 はい。

○会長 実際、我々のこの協議会は、単に言ってガス抜きではなくて、実際に前へ進める。制度論は、これはもう県庁に任せるしかないです。あとはもう我々同士が本当に議論しなきゃいけない、徹底的に。例えばケアプラン一つとっても、包括の意見と、それから福祉系のケアマネの意見、これは団体で交渉ではなくて、ある専門集団として本当に技術的な膝詰め談判の定期的なミーティングみたいなことも必要かと思いますので、そういった具体的な意味について、できれば県からの補助金なしでもできるようなスキームで、今日触れたことについて可能かどうか、是非持ち帰っていただきたい。今まではアンケートという形でお願いしましたが、特に薬剤師会については残薬の問題であるとか色々、今日話題になったことがあると思う。それについての具体的な解決へ向けての団体での討議を次回までに是非お願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

特に県の医師会に期待するのは、地域包括ケアの会議ですね。地域医療構想・包括ケア研究会ですが、いつまでにどういうものをまとめる予定ですか。

○副会長 これは10月から毎月1回、計6回予定してまして、国のシンクタンクである松田晋也先生がアドバイザーで、県の医療推進課、有識者、各関係団体の長のクラスで、一応松田晋也先生のデータをもとに、データに基づいた議論をする。毎回テーマには、急性期とか慢性期とか在宅とか、あるいは経営とかということであつたてを立てて、これは製本して、皆さんに発信していこうと考えておりまして、その中に関係団体の方も是非御参加いただくということを考えている。

○会長 はい。そうであれば、医師会のほうに是非、団体としてはこういうことをここで検討してくださいという要望を遠慮なく出していただいて、実りあるまとめ、しかも本としてまとめるので、是非この地域医療構想・包括ケア研究会が有意義な議論となるようなバックアップを皆様方の協力を得てお願いしたい。駆け足でまとめさせていただいた。