

第2回 金沢版地域包括ケアシステム推進協議会における発言要旨

- この資料は、第2回会議での委員の主な発言を各論点の項目に沿って、事務局において整理したもの。

■総論

意見なし

■在宅医療・介護サービス等の提供体制及び医療・介護の連携のあり方

- リハビリが必要な人に対する訪問リハの供給不足に対応するため、福島では復興特区制度を活用して、医療機関以外の者による「訪問リハビリステーション」を導入して成果が出ていると聞いているので、そのまま同じことをするのは難しいが検討してみてはどうか。
- サービス付き高齢者向け住宅入居者の介護サービスのケアプランを作成する場合、サ高住に併設されたサービスを使うことが入居の要件となっているとそれに従わざるを得ず、やりにくい。
- ケアプランのチェックのあり方としては、小規模多機能型居宅介護やサ高住のケアマネが立てるケアプランをチェックすることが最も必要。また、低所得者を対象とした貧困ビジネスのようなサ高住については、介入が必要なのではないか。
- サ高住については、サービスの必要がないのにサービスを使いすぎているケースがある一方で、必要と思われるサービスが利用されておらず、結果として不適切なケアが行われている事例があり、両面から見る必要がある。
- 入院の際に、在宅生活の時の様子をケアプランを通して把握することが多いが、サ高住からの入院の場合は、ケアプランを見るのが少ない。こうした機会に医療サイドからチェックの網をかけることもできるのではないか。
- サ高住には、サ高住付きの医師がいる一方、看護師はいないことが多く、働いている介護職員のこともわからないことが多いため、医師として訪問診療に入りづらい。また、いわゆる患者の紹介ビジネスが行われているとの報道もあり、注意が必要。
- 在宅ケアの限界点という観点が非常に重要で、自分の事業所の限界点を示さない事業者や、当初の説明と違う事業所が多い。このため、在宅に戻ってもすぐに病院に戻ってくる例が多い。
- サ高住でケアを行える限界点をどう見ても超えているように見える方が入居していることがままあり、問題と感じる。
- 医療依存の高い人をぎりぎりの状態で在宅介護している家族のレスパイトが必

要である。

- 介護入院者が増える中で、医療依存度の高い人（透析や人工呼吸が必要な人など）については、介護保険のショートステイでは受け入れてもらえないことが多く、医療的ニーズの高い方の一時受入れ先の確保が必要。
- 専門職の間だけの活動にとどまることなく、地域住民に在宅医療連携グループの活動内容について知ってもらうことが重要であり、グループ内でプロジェクトチームを作って取り組んでいる。専門職間の連携ネットワークを作っていくために、場所の確保や講師への謝礼などある程度は財源が必要。
- すべての圏域をカバーできるようなシステム作りが必要。また、地域包括支援センターをどのように強化するのか。
- 専門職のネットワークは、地域包括ケアシステムのパーツの一部でしかなく、民生委員などとのネットワークも同様に存在する。また、小学校区など様々な圏域がある。在宅医療連携拠点などの団体も地域包括ケアシステムの中に位置づけられなければならない。
- 顔の見える関係として、類似の会議が多い。中学校区といった地域ごとの大きな運営推進会議があってもいいのではないか。介護施設同士のそれぞれの施設のよいケアの手法などを理解できる。
- 歯科が口腔ケアで訪問する人は、ほぼ重度の人であり、診療報酬制度上は在宅生活を送っている重度者に対する専門的な口腔ケアは月4回しか行うことができない。在宅療養支援歯科診療所の届出を行っているところは少ないが、実際には半分以上の歯科診療所が訪問診療をしている。
- 口腔ケアを必要とする人について、一時予防対象者把握のためのチェックリストから拾い上げを行っている自治体もあると聞いており、こうした仕組みについて検討してみてはどうか。

■地域における高齢者の生活支援・介護予防等のあり方

意見なし

■認知症を支える体制のあり方

意見なし

■市民目線に立った「地域包括ケアシステム」に係る周知・啓発のあり方

意見なし