金沢版地域包括ケアシステム推進協議会（第３回）	参考資料３
平成 25 年 11 月 13 日	

金沢版地域包括ケアシステム推進協議会における主な意見・未定稿

○ この資料は、第１回から第２回までの主だったご意見を「金沢市地域包括ケアシステム推進基本構想（仮称）論点（案）」の項目に沿って、事務局において整理したもの。

■総論

○　地域包括ケアシステムは、大きな広がりを持つ概念であることから、多職種間の多様な連携を考えるべき。

○　地域包括ケアシステムについては、個別ケースの対応のための横の連携だけでなく、縦の関係にもっと目を向けるべき。地域ケア会議の開催により、個別事例対応の経験を積みあげ、地域課題を把握し、地域に必要な資源開発や地域づくりを行っていく、ボトムアップ機能の充実が必要。

○　医療・介護の連携だけでなく、地域の元気な高齢者など、いろんな立場の人も含めた『共助』を広げてはどうか。また、基本構想を策定するに当たり、４５万人のエリア全体でなく、１０万人規模くらいの単位で考えてみてはどうか。

■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

○　最近はサービス付き高齢者住宅の増加など、高齢者の住まいのあり方の変遷がめまぐるしく、在宅医療の分野では、訪問診療のみを行う新たな形態が増加してきており、それに伴って、訪問診療を受ける人が増加していると感じている。

○　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。

○　訪問看護事業者としては、在宅を回ることが主であったが、近年、サービス付き高齢者向け住宅（以下「サ高住」という。）を回ることが増えた。

○　サ高住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、ケアプランを見ることが少ない。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。

○　金沢市には、在宅医療連携グループが３グループあるが、それぞれの地域性もあり、それぞれオリジナルなものであってよい。

○　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分でしかなく、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。

○　介護サービス事業者の立場から言えば、かかりつけ医との連携は、クリニックの医師なら可能であるが、大きな病院の医師の場合は難しい。

○　介護側にとって、医療（病院）の敷居は高く、病院も在宅医療を理解する必要がある。

○　金沢南地区では、平成 24 年度に在宅医療連携推進事業を国から受託し、在宅医療に関わる多職種が一堂に会する場を含め 22 回の会合を実施したことにより、顔が見える関係を構築できた。

○　介護関係は人の入れ替えが激しく、顔の見える関係の継続は難しい。関係を構築

しても、継続する取組が必要。

○　居宅介護支援事業者の立場としては、連携することが仕事であり、当たり前のことであるが、難しい面もあった。最近では、医療の側からのアプローチが多くなってきており、そういう意味ではやりやすくなってきている。

○　介護サービス事業所として、介護職員向けに多職種連携、医療・介護研修もしているが、おしなべて、医療への理解度が低い。

○　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。

○　訪問歯科診療により、介護の問題として在宅療養者の口腔ケアのニーズが大変多いといった現状がある。

○　歯科は、病院と違い、敷居が高くないので、地域包括支援センターなどと情報交換し、在宅医療を推進していきたい。

○　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と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。

○　ケアマネジャー個人のネットワークにより社会資源マップを作ることは可能であるが、地域全体（大きなエリア）のマップ作成は困難。小さなネットワークが重なり合うような策定方策を、この会議で検討したらどうか。

■地域における高齢者の生活支援・介護予防等のあり方

○　民生委員として、活動する中で感じることは、アパートに居住している住民票をおいていない地域住民、精神疾患を持つ人、異臭を放つゴミ屋敷など社会的に孤立した人が増えた。その場合、他者の受け入れを拒むことから、訪問が難しく、地域での支え合いが成り立たない。

○　訪問が難しいゴミ屋敷の対応について、地域包括支援センターでは、地域の方と共に対応しているが、団塊世代が増えたこと、個人情報の問題も多くなかなか訪問できない家もあることも事実。

○　社会資源マップといった一覧表を作成するなど情報提供のシステムが構築されることにより、ボランティアなどのインフォーマルなサービスに関する情報が居宅介護支援事業所に入ることで、地域における見守り体制が整うのではないか。

○　地域サロンについては、趣味のサロン化により、メンバーも固定化している。地域サロンのあり方の再検討が必要。

○　地域での支え合いが難しい、社会的に孤立した人を支援するには、地域を含めた

連携体制の構築が重要。

○　介護事業所と地域との交流といった取組は、小さなことだが大切。いざ介護が必要、というときに初めて行くのでなく、喫茶店のような存在にして、サービスを受ける前から介護サービス事業所などと関わっておけるようにしたらよい。

■認知症を支える体制のあり方

○　認知症サポーターを養成するだけではなく、活用を考える時期にきているのではないか。

■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

○ 医師会では、ケアマネ協会と共に合同シンポジウムを開催している。３年前から在宅医療・終末医療をテーマに開催しており、一般の方には、重いテーマであるが、当初の予想に反して、好評である。

○　少子化も背景にあるが、高齢になってからでなく、小さいときから介護と関わることが重要である。子供が変われば、親も変わり、親が変われば、地域も変わる。

○　町会向けには、地域包括ケアシステムといった難しいシステムの説明でなく、『このままでは保険料が上がる』、『何もしなければ、こんな困った状態が起きる』などの情報が欲しい。日々の情報について、町会長はそのすべてには、目を通せない。

○　地域に住み続けることを選択するためにも、市民がどうしたらよいのかを知るべきで、市民に対する周知の方法や機会が重要。

○　サービス事業者によって、地域包括ケアシステムについての熱意、理解、関心に差があることから、丁寧な周知が必要。