金沢版地域包括ケアシステム推進協議会（第５回）	参考資料２
平成 26 年 1 月 31 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４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。

○　地域包括ケアシステムにおいて、１９の包括を支える行政側の体制づくりがなされないと包括はつぶれていくだろう。各課ばらばらではなく、包括をバックアップする役割を持つ組織がないと、今の包括はもたない。包括職員からは、５年目経つと「異動させてくれ」という声が必ずあがるような状況である。

■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。

○　在宅医療の推進において、かかりつけ医の負担軽減は市のレベルでは難しい。病院との連携の問題もある。在宅医療についての理解を深めることは、大切だと思う。医師会でも総合病院の医局会から依頼があり、病院のスタッフを対象として在宅医療のフォーラムを開くなどの取組みはやっている。

○　医師会では、在宅医リーダー研修をやっている。また、訪問診療をやっていないかかりつけ医を対象にビデオを作り、訪問診療を呼びかけている。私は、病院の勤務医として手術もしながら、訪問診療もやっている。かかりつけ医から「訪問頼むね」と言われることがあるが、本当は逆でないといけなく、負担に感じている。現状として、在宅医療に目が向いていない医師に目を向けてもらうのはハードルが高いと思う。若い医師へのアプローチが早いかもしれない。在宅専門の医師に頼らざるをえない状況であり、訪問施設が増えている中、在宅医の負担は大きい。

○　歯科医師は、勤務医が少なく、ほとんどが開業医である。在宅医療はチームでアプローチしないと進まない。歯科医師としては、訪問診療の依頼は欲しく、ほおってはおけない。しかし、訪問診療の依頼は、ヘルパーから直接受けるか、歯科医師会の窓口にあるくらいで、歯科医師につなげるシステムがない。歯科医師会では、どこまでの在宅医療に対応できるか、年明けすぐにアンケートを行う予定である。また、３月以降に医療関係者を対象とした講習会も予定している。

○　以前の会議で訪問リハビリステーションの話を紹介させていただいた。全国のリハビリステーションの事例としては、復興特区として７箇所、特例で認められた柏市のキャンパス特区として３箇所ある。訪問リハビリステーションでは、訪問看護と同じように医師から指示書を受けてリハビリを行っている。

○　訪問看護と在宅医療の医師との関わりは強い。在宅医には２種類いて、なんとか在宅でがんばるという医師と、週末に肺炎の症状が出てきたら土日が休診であるためすぐに入院させる医師もなきにしもあらずである。私は、まだまだ在宅でがんばれると思う例があるように思う。在宅へ戻すことへの関心も高くなってきている。看護師に在宅医療について知ってもらう機会は増えている。病院には在宅につなげる「退院調整看護師」がいるが、先日、病院に呼ばれて在宅医療の取組みについて話をしてきた。在宅医療を知ろうとして病院側も動いているのも事実である。

○　地域の病院としては、在宅医療を念頭においた退院支援を積極的に取り組んでいる。一方、医療にまい進するという医師もいる。特定機能病院では、高度医療を担う都合上、ベッドをすぐに空けなければならない事情があり、退院支援が難しい状況がある。そのため、病病連携も必要である。

○　忙しい医師が多いが、訪問診療に行くと切り替えてくれればよいのだが、生活の流れも変わり難しい。終末期となると「よろしく」と言われることがあるが、患者にとってもつらいと思う。

○　既存の冊子として介護保険のパンフレットなどがあるが、その中でも社会福祉協議会が作成している「まちぐるみ福祉活動ガイドブック」は、介護保険以外の福祉のことについても網羅されておりよいものである。既存のものを活用して改めて周知することも大切である。介護保険サービス以外のサービスについては、新任のケアマネジャーはあまり知らない。既存の冊子などをテキストにして研修をやってもらえるとありがたい。

○　在宅医療連携拠点事業では、地域資源の一覧をネット上で構築し、230 箇所の介護・医療機関を登録した。各施設の特徴や担当窓口などを掲載したが、あまりアクセスはされていない。また、情報の更新は各自でアップロードするようお願いしているが、うまくいっていない。電子データよりも紙ベースのほうが使いやすいのかもしれない。

○　働いている立場としては、ネットでは様々なところが情報を掲載しており、ほしい情報がすぐにわからない。ワムネットも使いにくい。以前に介護保険課から介護サービス事業所の一覧をもらっていたが、事業所数が増えたからか今はもらってい

ない。

○　包括は、地域の資源マップはわりと作っていると思う。包括が地域の居宅を集めて地域における支援マップを作っていて、お年寄りの支援の研修を行っている。

○　包括は、地域単位なので、地域の資源マップは小さなものであって地域の事業所や民生委員が使う実務的なものである。民生委員の高齢者マップは全部紙ベースで１年に１回更新されている。

○　市民としては、包括に行けばすべてがわかる。専門職情報を包括に提供すればよいのではないか。包括の強化としては、包括が情報を持っていればよい。

○　医療的ニーズのある在宅療養高齢者の状態急変時についてであるが、インフルエンザに感染している場合の入院受入れは危機管理上できない。在宅で訪問看護の対応となると思う。

■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。

○　地域の中には「集まり」がたくさんあることから、すでにある取組みを事後に地域サロンとして認定していくようなことはできないだろうか。自宅を開放して、家族介護教室をしているところもある。介護を受けていた人が亡くなり、介護をしていた人が残った。この人たちは、「健康ホットサロン十三間町」に月に１回 20 人くらい集まっている。このようなものも地域サロンではないが、１次予防の拠点ではないだろうか。地域の中には、高齢者のたまり場となっている所があり、こういう所で元気になっているのではないか。

○　包括きしかわは、１センターでまかないきれないほど担当圏域が広い。森本のよ

うな山間地域では、公民館まで行けないような場所がある。花園地区では、高齢者の集まりをサロンとして見るということでやっている。山間僻地の場合、高齢者が集まる場所が少なく、家で茶飲み話をするくらいになることが多い。それを広げられればいいが、移動手段がなくそこにも出てこられない人をどうするかが難しい問題である。

○　地域支え合いネットワークの図はよいが、ネットワークの構成員がみんな年寄りになってしまった。除雪もつらい。このような中で、包括は 24 時間携帯には出てくれるし、一番たよりにしている。包括の強化を図ってほしい。

○　山間地域では、高齢者の免許証の返納の問題がある。運転をしなくなると外に出なくなってしまい、確実にぼけてしまう。山間地域では、車しか足がない。車に乗ってほしくはないが、難しい問題である。子どものスクールバスの見守りに出てくる人は元気であるが、出ない人は出てこない。高齢者が何かできるような、地域の中での役割を作りたいが、地域として高齢者を有効に使えなくなってきた。

○　みんなペナルティはいやなもので、「これをすると得をする」というような、ボランティアポイントでもなんでもいいが、そうした仕組みづくりができればよい。それによって社会参加することによって、認知症予防につながればよい。また、コミュニティバスについてであるが、白山市や野々市市では病院に回れるルート設定となっており、金沢にもこういうものがあればいいなと思っている。金沢市のコミュニティバスのルートはどちらかといえば観光向けになっているように見えるが、運行ルートを考えてみてはどうか。

○　最新の介護保険情報の記事で、厚生労働省の介護予防モデル事業の取組みが掲載されており、生駒市の取組が紹介されていた。記事によれば、対象者の心身の状況に応じて「集中介入期」、「移行期」、「生活期」の３期に分けて支援を行っており、予防教室に高齢者を集めるだけでなく、その次の目的を設定して一連の自立支援を行っている。作業療法士や理学療法士などのリハビリテーション専門職が一連のプログラムに関与して効果が上がっているようである。

○　金沢市の場合は、2 次予防事業が魅力的でないこと、送迎が付くことから、介護予防デイサービスが爆発的に増えている。山間部において、歩いていける介護予防の場所があるとよいのではないか。

○　介護の人手不足が深刻である。現役世代が少なくなり、担い手の確保が気になる。団塊世代の方が定年を迎えるが、男性の場合は何もやることがないと引きこもってしまうという危険性がある。こういった方に対して、地域の中で働くことによって社会参加の機会を確保するということも考えられるのではないか。ただ、どなたも「何かしたい」と思っても自分に「何ができるか」はわからないので、地域の中で、どういうことをすると役に立つのか、情報提供がなされれば担い手になり得るのではないか。

○　前回の資料に、地域包括ケアについて入所施設の意識は薄いというような内容が書かれていた。確かにそういうところがあり、これまで業界団体も地域包括ケアに

あまり積極的ではなかった。しかし、最近では特養や老健が地域包括ケアシステムの中核になるというような考えも出てきた。社会福祉法人の枠の中で、地域に対してどのような貢献をしているかという意識づけは出てきており、入所施設として何らかの役に立ちたいとの思いはある。

○　歯科は病院ではないため、歯科医師は地域に根付いており、包括の業務に近いところにいる。歯科の訪問診療、口腔ケアは、一生必要であるので、地域の方とのお付き合いもある。そうしたところから、何かご協力ができないかと考えている。また、地域包括支援センターは、もっと数が増えてもいいのではないか。

○　論点の中に入っているが、ボランティアポイントについて検討すべきでないか。

■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。

○　地域のかかわりとして、認知症の疑いのあるひとに、「診断してもらえ」と言えるかどうかである。本人が、「大丈夫」と言うと診断につなげるのは難しい。地域の防災士の育成のように、市民後見人についても、「地域に何人か」というように、人材を養成する方法はあるかもしれない。

○　資料の認知症を地域で支えるというところであるが、論点において、サービスや医療など点の部分は出てきているが、地域で支えるというところが、論点に入っていないから含めてほしい。実際の地域で、制度やサービスに収まらない方やそこにつながるまでの部分で大変苦労している。例えば、徘徊の問題で、本人がデイサービスに行ったり、ヘルパーが来たりしていても２４時間の見守りでないことから地域の見守りが必要である。

○　包括として、認知症ケアに係る社会資源として、認知症予防教室をやっている。また、各包括では家族介護教室、サロンや認知症カフェなどを展開しており、認知症の方を介護する家族を支える仕組みも加えるべきである。

○　徘徊で行方不明となった場合、探し出すのは地域の応援がないとだめである。今の社会では難しいかもしれない。

○　家族が心を開いて、近所の人や民生委員に徘徊するかもしれない、気づいたら教えてくれと言ってくれればよいのだが、家族からの要請がないと何もできない。

○　大変頭を悩ませるのは、認知症の一歩手前の人で、特に退職後男性は、認知症になると行き先がない。一方、妻は、一生懸命介護をしてストレスを抱えている。認知症の入り口くらいの人で、特に男性には認知症カフェのようなものがよいのかもしれない。認知症の人の行き先と家族の支援が大切である。

○　認知症が悪化しているにもかかわらず漫然と同じ薬を服用している例もあり、薬を評価できる先生が少ない。認知症サロンができても、「認知症になったらあそこに行かされる」となってもだめである。

○　認知症の中には割合は少ないが治るものがあり、これを見落としてはいけない。

そのためにも、早期受療は大切である。

○　私は、リハビリでの認知症への対応を考えている。論文の中で有効とされるものは、有酸素運動しかない。認知症の方にとっては、「環境」の変化がよくない。認知症カフェに行かされるのは、環境の変化につながるから、今までのコーヒー屋がよいということもあるのではないか。

○　認知症予防教室は、継続型で３年やっており、反響は大きい。認知症になりたくない人の受講生は多い。認知症とはどういうものか学ぶ場所であり、認知症の受け入れ教室でもある。

○　市民の機運が高まるよう、認知症の予防を骨子案にいれてほしい。

■重層的な地域包括ケアシステムのあり方

○　町会の一部でネットワークを作る動きはある。難しいものはまだ無理なので、情報を持ち寄り、包括にも入ってもらって模索している。これがうまくいけば、市全体に広げていけばと思う。

○　地域ケア会議は平成 27 年度から義務化される。症例を通じて地域ケア会議は変わってくると思う。地域ケア会議の重要性は高く、専門職団体も入れたほうがよい。地域包括ケアシステムでは「自助」が強調されており、市民が包括に行ったら自分で判断して、自分で方向を決める。

○　アパートの１人暮らしの高齢者の見守りを地域包括支援センターでもやってほしい。家賃２、３万円くらいのところに住んでいる人などは、やけくその生活をしている。市と包括の支援をお願いしたい。

○　民生委員や町連の方は、住みながらであるから地域課題に敏感である。運営懇談会は、中学校単位であり大きすぎるため、小学校単位でできないかと思う。今年度、地域ケア会議推進事業を長寿福祉課と行っている。現在は、個別事例から政策へのつながりが弱いと思う。会議資料の図にはわかりやすくケアシステムが書かれていると思う。地域ケア会議推進事業でもこの案と同じものになってくると思うが、図の下から上に串刺しになっている矢印は、上から下のものも書いてほしい。自助で行う部分もあり、何でも政策につながるものではない。差し戻しもある。福祉健康センター圏域が示されているが、市内の中央部分はこの圏域から漏れていると思う。３つの福祉健康センター圏域に振り分けてもらったほうがよい。

○　包括が 54 地区の会議に入るのは大変で、地区社協の力が必要である。また、包括と地区社協の連携も必要である。また、これら３つの会議に包括が入るとなると大変である。包括では、要支援１、２のケアプランを作っており、現在の包括の体制でできるのか疑問である。職員を増やすといっても、どういう職員を増やすのか不安である。また、包括のバックアップ体制を作らないとこのシステムは作れない。

○　包括の人員基準からみても、大丈夫なのかと思う。小学校区に包括の支部を作ってはどうか。

○　19 の包括は、５人前後でやっている。包括には、介護予防支援事業者の役割もあ

る。ケアマネジメントが増えており、負担が大きくなっている。平成 27 年度改正で、要支援の一部が地域支援事業に移るが、これによって業務が楽になるのか、どうなのかこれにもよる。包括の当事者としては、個別課題の解決で手一杯であり、政策まで持っていけないのではないか。個別課題について、政策課題につなげるものとそうでないものの区別ができないと、あれもこれもとなる。

○　地域ケア会議のスキームは、今年度できる予定である。10、20 と積み重ねた中で共通するものを地域の課題として、政策に段階的に上げていく仕組みを考えている。

○　システムを動かすためには、包括の機能強化もセットで考えなければならない。

■市民への周知・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。

○　包括について、なかなか周知ができていない。大学に出向いて認知症サポーターの講座の開催についてアプローチしている。また、地域のタクシー会社に認知症サポーターの養成講座ができないか、また、地域の新聞配達の事業所にも周知できないか考えている。認知症の方が増える中での包括の役割を伝えていきたい。

○　「死生観」や「終末期」、「覚悟のうえの在宅」これらの上に地域包括ケアシステムがあり、イメージを持ってもらうために啓発が大切で、シンポジウムを行った。手ごたえは感じたが、単発で、継続ではない。エンドオブライフについて、何が有効なのか、文化の醸成が必要である。関係する映画の上映や劇なども有効ではないか。

○　「困ったら包括へ」というテレビコマーシャルを流してはどうか。回覧板は見ない。高齢者がよく見ている連続ドラマの前などにしつこく流して、「包括って何」となるくらいがよい。お金はかかるが、10 秒ほど画像を流すと目に付く。あるフォーラムで、家族ありきの介護は無理で、非家族介護をめざすという話があった。夫婦であれば、ヘルパーの資格をとって、配偶者の介護をしてお金をもらうという考え方もある。

○　地デジが導入されるときも頻繁にテレビコマーシャルが行われたが、介護では行

われていない。マスメディアの力は大切である。話を聞いてもらうには、「メリットがあるから話を聞いて」というような誘導が必要でなないか。家族のみとりを自宅で行うのは非常に大変である。他人をみるとお金がもらえ、家族であるともらえない。家族の介護に対しても手当てのようなものは出せないだろうか。

○　周知については、人が集まっているところに行くのがよい。たとえば、健康に関することであればスポーツセンター、死生観であれば医療機関など、場所によってわかりやすい切り口で話すのがよいと思う。集まっている人がどのようなことを聞きたいかによって、出前講習を売り込んでいけばよいのではないか。