

第3回 超高齢社会の到来に向けた地域包括ケアシステムのあり方検討会議 議事録

日時： 令和元年10月9日（水）14：00～17：00

会場： ソリッドスクエア西館1階 会議室3

出席者：

■委員（五十音順）

- 落合明美（一般財団法人高齢者在宅財団企画部長）
- 後藤 純（東京大学高齢社会総合研究機構特任講師）
- 坂元 昇（川崎市看護短期大学学長）
- 柴田範子（特定非営利活動法人楽理事長）
- 関口博仁（公益財団法人川崎市医師会副会長）
- 中澤 伸（社会福祉法人川崎聖風福祉会事業推進部長）
- 堀田聡子（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授）

欠席者：

- 秋山美紀（慶應義塾大学環境情報学部教授）
- 石山麗子（国際医療福祉大学大学院医療福祉経営専攻教授）
- 金井利之（東京大学大学院法学政治学研究科教授）

■オブザーバー

- 手塚光洋（川崎区地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）所長）
- 瀬戸成子（幸区地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）所長）

■事務局

- 健康福祉局地域包括ケア推進室（ケアシステム担当、地域福祉担当、地域保健担当、専門支援担当）
- こども未来局児童家庭支援・虐待対策室、こども未来局総務部企画課（地域包括ケア推進室兼務）
- 健康福祉局長寿社会部（高齢者事業推進課、高齢者在宅サービス課）
- 健康福祉局保健所健康増進課、健康福祉局医療保健医療政策室地域医療担当課
- 市民文化局コミュニティ推進部協働・連携推進課
- まちづくり局住宅政策部住宅整備推進課

議事：

1. 認知症の人にやさしい地域づくり
 - ・ 川崎市における取組状況
 - ・ 報告（慶應義塾大学大学院教授 堀田聡子委員）
 - ・ 論点提示
 - ・ 討議

2. 医療と介護の連携による「一体的なケアの提供」について
 - ・ 川崎市における取組状況
 - ・ 報告（東京大学高齢社会総合研究機構特任講師 後藤純委員）
 - ・ 論点提示
 - ・ 討議
3. その他

【議事要旨】

(1) 認知症の人にやさしい地域づくり

- i. 川崎市における取組状況
資料 2「認知症施策に関する取組状況と議論のポイント」に基づき、事務局より説明。
- ii. 報告（慶應義塾大学大学院教授 堀田聡子委員）
資料 3「堀田聡子委員 報告資料」に基づき、堀田委員より報告。
 - ・ 若年性認知症者の就労支援のみでなく、介護保険サービス利用高齢者の就労支援の重要性を、川崎市でもご議論いただきたい。
 - 認知症になっても役に立ちたいという高齢者に、車の洗車や給食の手伝い等の仕事をしてもらい、認知症とともに生きるという思いを叶える介護事業所がある（町田市、桜井市等）。
 - 宅配サービスは人手が不足している。そこで、ヤマト運輸と介護事業所が提携して利用者が DM 便を配達する仕事を実施して、介護事業所を通じて全額利用者に還元されるモデル事業を実施している（大牟田市、始良市、霧島市）。
 - ・ 「認知症未来共創ハブ」では、認知症本人の声を聞き（当事者 100 人インタビュー）、思いや知恵を「知」として周囲の人に共有することで、「認知症とともによりよく生きる未来」を政策提言している。
 - 同ハブを立ち上げた背景として、各自治体が様々な取り組みを実施しているにも関わらず、以下の「問い」が生まれたからである。
 - ①本当に本人や家族の生活に変化があるか
 - ②本当に本人が実現したい暮らしを中心においてケア（当事者中心のケア）をできているか
 - ③本人の生活の具体的な困りごと／生活しづらさにはどのような背景があるのか、どのようにすれば、その困りごとを解決ができるのか
 - 100 人インタビュー等を通じて、認知症当事者にとっての 11 領域 189 生活課題があげられており、その要因分析を実施している。その上で、生活課題を解決して本人が望む生活を過ごせる「未来の住まい」実現のために必要なアイデア、アクションを検討している。
 - ・ 自治体としては、認知症当事者を守るのではなく、本人・家族の声を聞いて、実現したい姿を実現するために動いて、本当に本人・家族の生活が変わったのか（アウトカム）

を改めて検討する必要がある。

- ・ ポジティブヘルス（社会的・身体的・感情的問題に直面したときに適応し、みずから管理する能力としての健康）という健康に関する新しい概念があり、認知症分野にも当てはまる部分が多い。

iii. 論点提示

資料 2 に基づき、事務局より説明。

iv. 討議

- ・ フレイル予防と認知症予防の考え方や取組にも重複する部分があり、飯島先生グループ（東京大学）が実施している外出を促進するイベント参加は効果的だと報告されているので、川崎市でも同様に各地域で認知症高齢者が参加できる実施できればよい。（関口委員）
 - 歩いていける距離に参加できる場所があることが重要なので、行政事業のみでなく、地域活動も含めて整備したい。（事務局）
- ・ 専門職連携については、情報提供のハードルを下げることで、顔の見える関係性の構築が重要なので、認知症サポート医の先生と介護・福祉専門職の方々との顔の見える関係づくりを進めてはどうかと提案している。（関口委員）
 - 専門職連携は形だけにならないように、改めて検討する必要がある。（柴田委員）
 - 専門職のあり方、家族のあり方は課題が多い。本人と家族はセットで支援することを検討すべきである。「選択肢を奪わない」専門職のあり方を普及することが重要である。（堀田委員）
 - 専門職は、家族が気づかない本人の様子を家族に発信していく役割がある。そのため話し合いの場が重要である。（柴田委員）
 - 川崎の報告書を見ると専門職間の連携への意識は伺えるが、地域住民を巻き込んで、現場で実際に認知症高齢者と向き合っている声、気づき、ストーリーを引き出して施策検討・展開することにチャレンジしていただきたい。（柴田委員）
 - 認知症対応においては、医療による解決策は限られているが、かかりつけ医は頼られることが多いので、医療は切り離せない。医療者側としても行政と連携して予防施策を考えたい。（関口委員）
- ・ 予防・守るだけでなく「共生」が重要だと認識したが、認知症に限ったことでなく、認知症を含めて全世代の共生という文脈がよいのではないか。（中澤委員）
 - 認知症のみに留まらないユニバーサル就労の普及を提言しているので、参考にさせていただきたい。（堀田委員）
- ・ 国立市では一人暮らし高齢者の全戸訪問をしている。川崎市は人口も多いため一部でも良いので、一人暮らし高齢者を訪問して現状（生活）を把握して（声を聞いて）モニタリングした上で、施策検討する必要がある。（堀田委員）
 - その上で、認知症になって生活ができるという事例（個別ケース）を専門職・市民等

に共有することが重要である。(堀田委員)

- ▶ 個別ケースを追いかけるには、地域包括支援センターや行政のみでは難しい。共生を実現するためには、市民が認知症者の現状を理解し市民一人ひとりがおせっかいを焼くことが望まれる。(後藤委員)
- ▶ 家族よりもよく知っているという近所の人をどれだけ生むことができるかが重要な視点である。(後藤委員)
- ・ 認知症ケアパスにのせることができる人がどの程度いるのか。市民や現場が追いつかずパスにのらない人も多い。川崎市の共通理念を市民にもっと伝える必要がある。(落合委員)
- ▶ 住居の視点では経済面が影響してパス通りに実施できないこともあるので、ケアパスをより共有化・普遍化していくことも望まれる。(落合委員)
- ・ 家族への支援の重要性は改めて検討すべきである。(中澤委員)
- ▶ 本人と同じくらい家族も苦しんでいる。現在の地域包括ケアの概念では「できることは自分で(自助)」という考えもあるが、それだけでは回らないこともある。(関口委員)
- ・ 日本は保険制度が確立されているので、地域資源(ハード)から入る考えが薄い。川崎市で先進的な取組として **Dementia free** なハード構築(まちづくり)にもアプローチすることを検討いただきたい。(後藤委員)
- ▶ イギリスでは産業別に認知症に関する憲章を作っており、各産業が認知症対策を社会貢献ではなくソーシャルビジネスとして成り立たせているので、日本でもそのような流れになればよい。(堀田委員)
- ・ 鉄道(JR)と徘徊高齢者の衝突事故(大府市)以降、認知症事故では当事者が敗訴することが多い。民間による保険が発達しているので周知して早めに保険加入させるような普及も必要である。(柴田委員)
- ▶ 不安が先行しているため、極端だが、試行実験として認知症保険に全員加入させて、本当に市民が安心して暮らせるのか(ニーズがあるのか)を検証する方法もある。既に加入している保険でカバーされていることも多く、認知症保険が本当のニーズかどうかを確認した上で必要性を検討すべきである。(後藤委員)
- ▶ 知的障害者はどうするのかといった問題もある。(後藤委員)

(2) 医療と介護の連携による「一体的なケアの提供」について

i. 川崎市における取組状況

資料4「医療と介護の連携に関する取組状況と議論のポイント」に基づき、事務局より説明。

ii. 報告(東京大学高齢社会総合研究機構特任講師 後藤純委員)

資料5「後藤純委員 報告資料」に基づき、後藤委員より報告。

- ・ 今後の医療介護政策としての地域包括ケアシステムでは、多職種連携、コミュニティケ

- ア、地域資源を包括的に使って暮らしていくという多面的な支援が必要である。
- ・ 在宅医療にも、在宅看取り重視型、重度要介護在宅対応型、軽度要介護在宅対応型と型が分かれており医師ごとに意見も異なる。
 - ・ 地方都市でも在宅医療の連携で微妙に歯車が合わないことが多い。
 - ・ 在宅医療の課題は4つ考えられる。
 - ①訪問診療する意欲のある医師の拡大
 - ②在宅医療を担う医師のグループ化
 - ③在宅医療の連携を支えるチーム作りのコーディネーター役
 - ④住民の意識啓発（在宅医療＋介護予防＋地域の担い手づくり）
 - ・ 福井県坂井地区在宅医療連携コーディネーター事業では、地区医師会が在宅医療コーディネーターを1名配置している。
 - ・ 福井県坂井地区在宅医療実態調査では、地域の現状を知り、在宅医療の供給量の増加について具体的な議論を行うための材料にすることを目的としている（以下、分析例）。
 - 在宅医の90%が今後も在宅医療を続ける意向を示している一方、在宅医療を実施していない医師の89%が今後も実施しない意向を示している。
 - 副主治医の診療回数は非常に少ないが、主治医・副主治医体制の意義が感じられている。
 - 在宅医の9割が在宅看取りに対応している。約3/4の医師が24時間対応の看取り体制としている。
 - 退院時カンファに在宅医に声掛けしている病院は約半数。
 - ・ 福井県坂井地区訪問看護実態調査では、在宅医と訪問看護師の双方の仕事の効率化・負担軽減につながる連携体制のあり方を検討することを目的としている（以下、分析例）。
 - 全てのステーションがオンコール体制をとっている。
 - 看護師等のスタッフ割合と看護師等の訪問割合に正の相関が見られた。
 - 在宅医と訪問看護ステーションの連携体制を強化すべきかどうかの議論が行われている。
 - ・ 在宅医療の提供体制を構築する上で、在宅医の負担を軽減する環境改善、諸連携ルールを整理・普及することが重要視されている。
 - ・ 地域医療として在宅医療のあり方を整理する必要がある。
 - ・ 主治医、副主治医、在宅医同士で連携することで、手技等の情報交換の場になっている。
 - ・ 医師が指示しやすいのはケアマネジャーよりもむしろ普段から一緒に業務を行うことも多い訪問看護などの看護職だという声もあることも医療と介護の連携推進の課題となっている。
 - ・ サービスの手前で、病院・訪問看護ステーション・ケアマネジャー等との連携体制、その手段としてのICT活用等も課題と感じている。

資料 4 に基づき、事務局より説明。

iv. 討議

- ・ 大都市では単位を分けて資源等を整理したほうが良い(少なくとも区ごと)。(中澤委員)
- ・ 利用者視点で一体的ケアについてどの資源が足りていないかを見たときに、医療・介護に限定せずに議論する必要がある。医療と介護の隙間のサービスを提供する必要がある。既存相談機関(地域包括支援センターは介護、障害者相談支援センターは障害者等)も縦割りになっており、隙間を埋められていない(中澤委員)
 - 潜在的な利用者を見落としている可能性があるため、必要としているにも関わらずサービスにつながっていない市民をデータとして把握・周知することから始め、各事業所の意識改革も必要と感じている。(中澤委員)
- ・ 介護現場の意識変化が起きているにも関わらず人材確保も困難になっているため、サービスの品質担保が課題になっている。小さな事業所だからこそ地域住民と付き合うことができ、地域の困りごとを積み重ねたからこそ分かる地域のニーズがあるので、地域密着型サービスの重要性は検討していただきたい。(柴田委員)
- ・ 川崎市では7年前に柏モデルの紹介(主治医、副主治医制)を受けたが、川崎市の現場では受け入れられない現状があった(365日24時間へのハードル)。小さい診療所では連携体制が構築しにくく医師会のみでも対応できないため、訪問看護ステーションとの連携は重要である。(関口委員)
 - ICT情報連携システムは医師会も発信しているが、BYOD(私物デバイスを業務に利用する)の是非等の課題も残っている。(関口委員)
 - 情報連携システムを適切に稼働させることでサービス過剰にならないような管理・住民啓発も必要である。(関口委員)
 - 福井県でもペーパーレス化の必要性が大きいため医師会が講習等を実施しているが、都市部では他の選択肢もある分だけ一本化されにくい。国の後押しも必要だと感じている。(後藤委員)
 - 柏モデルでは、医師会を中心にして主治医・副主治医制を構築することを改めて議論する必要性を感じている。(後藤委員)
- ・ 地域医療構想会議の議論の中で、急性期を好む病院が多く回復期から慢性期へ移行する病院が少ないことが課題視されている。(坂元委員)
 - 川崎市において在宅を含めた高齢者施設での救急医療への依存度が高まっているのは、日常の医療提供体制が不十分である可能性がある。(坂元委員)
 - サ高住等の住宅施設では医療提供体制が弱いという事実は実際にある。(落合委員)
 - 国の看護師需要・供給量の見込みについても、大都市・地方で需給ギャップが異なる。在宅医は、大都市部で不足の傾向が強い。全国的に医療人材のシフトを考えていく必要がある。(坂元委員)
 - 都市部では、訪問看護ステーションが本当に地域密着を担えているのか疑問視されて

- いるため、訪問診療の数だけ追いかけるとミスリードする可能性がある。(坂元委員)
- ・ 精神疾患高齢者に対しては、既存の医療・介護の枠だけでの対応が困難な場合もあるので、別枠で医療提供体制を整備しないと非効率だという見方もある。(坂元委員)
 - ・ 国の推計通り、在宅医療が増えるとの見方はあるが、介護量も増えるのではないか。(関口委員)
 - 事例ベースにはなるが、医療提供が不十分なケースでは介護が提供できる体制にないことが増えている(住まいが大量のゴミまみれだったり、大掃除から始める必要がある)。そのような場合で、在宅介護が成り立たないケースを誰かが見極める必要がある。(柴田委員)
 - 経済的に施設入所が出来ず「やむを得ない在宅医療・介護」の場合、前述の通り暮らすことができる環境ではないことが多い。医療・介護のフレームには住まいを含めて福祉行政が介入すべきであり、生活支援を居住と共に検討する重要性を改めて感じている。(落合委員)
 - ・ 都市部では、医師だけが地域密着で、その他は施設密着／病院密着だと感じる部分もある。都市部で地域密着の考えをどのように推し進めていくのかを考えなければいけない。地域密着型の自立支援を考えていかなければいけない。(後藤委員)
 - ・ 災害時の在宅医療・介護は今後課題になるので、今後は平常時・災害時の地域包括ケアを検討していくことが望ましい(特に介護提供が課題)。(坂元委員)

(3) 次回テーマ・日程

次回の検討会議は12月20日(金)17:00~20:00に開催する。

- テーマ
- ・ 介護人材の確保・育成・定着について
 - ・ 仕事と介護の両立支援について
 - ・ これまでの論点整理、中間報告(案)取りまとめ

以上