

医療と介護の連携に関する意見交換会議事録（高知県）

日 時：平成 29 年 1 月 27 日（金） 14:30～16:30

場 所：高知県立ふくし交流プラザ多目的ホール

出席者

関係団体 高知県医師会 寺田常任理事、高知県歯科医師会 織田会長、高知県薬剤師会 西森会長、高知県社会福祉協議会 福留事務局長、高知県介護支援専門員連絡協議会 廣内会長

行政機関 高知県地域福祉部 中村高齢者福祉課長、高知市健康福祉部 氏原健康福祉総務課長、梶原町保健福祉支援センター 橋田センター長

四国厚生支局 井原支局長、小林総務管理官、岡田高知事務所長、高橋地域包括ケア推進課長、谷口地域包括ケア推進課長補佐、光沖地域包括ケア推進官、永田地域支援事業係長

議 事

（司会）

定刻となりましたので、ただいまより医療と介護の連携に関する意見交換会を開催いたします。

本日はお忙しい中、意見交換会にご参集いただき、ありがとうございます。

進行を務めさせていただきます、四国厚生支局地域包括ケア推進課の谷口です。本日はよろしく申し上げます。

会議に先立ちまして、まずお手元にお配りしております資料の確認をさせていただきますと思います。

お手元に会議資料として、会議次第が 1 枚、座席図が 1 枚、資料 1 として 四国 4 県の人口及び医療・介護資源の状況が 1 枚、資料 2-1 として「医療・介護の連携の現況について」高知市の資料が 1 セット、資料 2-2 として「医療・介護の連携の現況について」梶原町の資料が 1 セットを配付させていただいております。このほかに四国厚生支局のパンフレットを 1 冊同封させていただいております。また高知県歯科医師会からリーフレットを 1 枚配布させていただいております。資料の不足等がありましたら、事務局までお申し付けください。

傍聴される皆様におかれましては、受付時にお渡ししました「傍聴時の遵守事項」を遵守していただけますよう、よろしく申し上げます。

それでは、議事にそって意見交換会を進めたいと思います。

開催にあたりまして、四国厚生支局長の井原より、ご挨拶を申し上げます。

(支局長)

厚生労働省四国厚生支局長の井原でございます。

本日は、ご多忙中にもかかわらず、本意見交換会にお集まりいただき、誠にありがとうございます。

また、厚生労働行政の推進につきましては、日頃からご協力を賜り、この場をお借りして厚くお礼申し上げます。

厚生労働省におきましては、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、地域包括ケアシステムの構築を推進していますが、私ども四国厚生支局におきましても、今年度から県と連携して、市町村の支援を行うため、様々な事業に取り組んでいるところです。地域包括ケアシステムの構築のためには、高齢者個人に対する支援の充実、それを支える社会基盤の整備に向け、さまざまな課題がございますが、本日の意見交換会のテーマであります「医療と介護の連携」は、重要な課題の一つであり、医療介護連携の成否が、システム構築の鍵を握るとも言えます。

そのためには、私ども行政も含めた関係者の間での共通認識の醸成、情報の共有が不可欠です。

本日の意見交換会では、それぞれのお立場での課題、問題点、その解決策に向けてのご意見などをお話いただき、認識、情報の共有の一助になればと思います。

また、地域包括ケアシステムは、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要であります。私は昨年11月に室戸貫歩に参加しまして、高知大学から室戸岬まで歩きましたが、そのわずかな海岸沿いを歩いただけでも高知は非常に広いと感じました。その広い高知で地域・地域の取組みには非常にバラエティに富んだものがあると考えます。その取組みが円滑に進みますよう、本日はいただいたご意見は、地域からの声といたしまして、厚生労働省本省に伝えていくとともに、四国厚生支局としても、今後の施策の参考とさせていただきます、四国での情報共有にもつなげていきたいと思っております。

それでは、本日は、よろしく申し上げます。

(司会)

それでは、本日の意見交換会にご出席の皆様のお名前と所属についてご紹介いたします。

- ・ 高知県医師会 寺田常任理事です。
- ・ 高知県歯科医師会 織田会長です。
- ・ 高知県薬剤師会 西森会長です。
- ・ 高知県社会福祉協議会 福留事務局長です。
- ・ 高知県介護支援専門員連絡協議会 廣内会長です。
- ・ 高知県地域福祉部高齢者福祉課 中村課長です。中村課長には、四国厚生支局地

域包括ケア推進本部の参与をお願いしています。

- ・高知市健康福祉総務課 氏原課長です。
- ・梶原町保健福祉支援センター 橋田センター長です。

つづきまして、四国厚生支局ですが、

- ・支局長の井原です。
- ・総務管理官の小林です。
- ・高知事務所長の岡田です。
- ・地域包括ケア推進課長の高橋です。
- ・地域包括ケア推進官の光沖です。

本日の意見交換会では、医療と介護の連携をテーマに実施して参りますが、支局長からの挨拶にもありましたとおり、医療と介護の連携を進めていく上では、関係者間での認識や情報の共有が重要となって参ります。

地域の実情という多様性の存在を前提としつつ、各地域における医療介護連携のあるべき姿や現状、課題、取組方法などを関係者間で共有し、進めていくことが必要と考えており、そのような観点から意見交換ができればと考えております。

それでは、はじめに高知県内の市町村で医療介護連携に取り組んでおられる高知市、梶原町から「医療介護の連携の現況について」ご説明いただきたいと思ひます。

ご質問等については、高知市、梶原町からご説明をいただいた後に、意見交換の中でお願ひしたいと思ひます。

それでははじめに、高知市健康福祉総務課の氏原課長、お願ひします。

(高知市)

ただいまご紹介に預かりました高知市健康福祉総務課の氏原と申します。どうぞよろしくお願ひします。今日は高知市から地域包括ケアシステムの構築の支援に関する意見交換会ということで、主に包括的支援事業の1つである在宅医療介護連携に焦点を絞った形でお話しさせていただきます。一応資料も準備しておりますが、パワーポイントで説明させていただきますので、どうぞよろしくお願ひします。それでは着席させていただきます。

まずは高知の概況から簡単に説明させていただきます。梶原町は、イラスト入りで大変きれいな資料をお構えになっていますが、高知市は数字ばかりの堅い資料で申し訳ありませんが、まず高知県の中で高知市の占める人口割合は、国勢調査の人口推移を見ていただければ一目瞭然ではありますが、現状 27 年では 337,360 人で、土佐山(村)、鏡(村)、春野町合併後にはなりますが、全体の人口の約 46%を占めているということになります。一極集中の中で人口密度は 1,091.8 で、面積は 308.99 という形になっていますが、ここ 10 年間の増減数を見ますと 11,630 減ということになっています。この数字は、県全体で見ますと、他の市町村から高知市への流入人口が非常に大きいのですが、

若年層を中心に都市部への流出、転出が非常に多いということで、高知市への他市町村からの流入があっても、他都市への転出が多いという1つの側面もあります。(2)は世帯数と人口の推移ですが、世帯数はどんどん増えているように見えますが、実際は独居世帯が増加しているということで世帯数が増えています。平成28年で見ますと、人口自体も減っているという状況でございます。団塊の世代の方々の高齢化に伴いまして、割合も増えているところですが、今問題になっている2025年を1つの第1の波としてピークを迎えるのですが、次に段階のジュニアの世代の方々が65歳以上となる時期を次のピークと捉え方をしております。次のページは、高齢化についてですが、2015年は住基台帳から、後は介護保険事業計画の各年中間値の推計値となっております。これで見ますと、65歳以上の高齢者人口は、第1の波となる2025年には95,286人で2015年と比べると3,700人ほど増えています。75歳以上の高齢者人口に至りましては、11,229人程増えており、要介護認定者数も22,000名、それからそのうちの要支援認定者数についても6,000名になるだろうという推計が介護保険計画の中でされています。4番目は産業別就業人口で見ますと、これも国勢調査の数字ですけれども平成17年と22年で平成27年は産業別就業人口の分類はまだ正確な数字が出ておりませんので、恐らく今月末くらいには出るだろうと予想されますが、これで見ましても第3次産業を見ていただきたいのですが、すべての産業において減少気味なのですが、唯一(8)の「医療・福祉」については、平成22年の結果は23,372人となっております、ここだけ就業者数が増えており、平成27年もだいたい同じような傾向にあるというように聞いておりますが、ある意味でこの業種が高知市で雇用の創出の面で見ましても支えているという側面があります。次は、高知市の高齢者支援センター別の高齢者人口となっておりますが、高知市には支援センターが6箇所、東部、西部、旭、南部、北部、春野とありましてすべて直営で運営しています。それから出張所が17箇所ありまして、これはすべて委託ということになっております。6箇所の1センターあたりの高齢者数は17,000から30,000人程度、春野は5000人程度ですが、基準から多いという状況で今後の高齢化に向けて、高齢者支援センターにどのような機能を充実させていくか喫緊の課題となっております。続きまして医療資源の状況ですが、まず施設・病院は63となっておりますが、平成26年10月1日の数字ですけれども、現在は64病院でございます。診療所は274、歯科診療所は198となっておりますが、対人口比で見ますと、病院の数は高知県、高知市とも全国1位でございます。他方一般診療所ではそれほど高くない状況となっております、歯科診療所では高知県が18位、高知市が19位となっております。次に2番目の病床数ですが、10,028、人口10万人あたりが2,958.1となっておりますが、この数字は飛び抜けて高い数字でございます。病院数、病床数は飛び抜けて高い数字ではありますが、3番の病床利用率を見ていきますと、高知市の平均在院日数は44.1、療養病床、一般病床とも全国平均と比べて非常に高い数字となっております。これは高知市の様々な歴史的な経緯というのもございますが、いくつか挙げられる点は、単身高齢者世帯が多い、或いは中山間地域が多い、

或いは共働き世帯が多いということで、病院への依存度が非常に高いという部分があります。特に 1980 年代の数字を見ますと、国保老人の 70 歳以上の平均在院日数が 66 日となっており、自宅での死亡率も 20%弱と病院への依存度が高いという歴史的経緯があります。

次に介護資源状況を見ますと、訪問介護が 152、通所が 234、入所型が 109、特定施設が 16、居宅介護支援事業所が 118、福祉用具事業所が 40 という結果になっており、入所型の定員は入所型介護施設で 3,595、特定施設が 625 という形で数字が出ていますが、療養病床は人口割合で見ると非常に高い数字を示しておりますが、こういった介護老人福祉施設とか特養とかは整備が遅れているという状況です。以上が高知市の概要ということで説明させていただきました。

次に、在宅医療・介護連携事業の方に移らせて頂きます。8 ページになりますか、まず高知市での本格的な取り組みとしましたら、平成 27 年度からということで、特に市内のケアマネ事業所への入退院の調整状況のアンケート調査を行いました。123 の事業所ですね。回収率も高いというような状況で、また、医療機関への対象の研修会ということで、市内の 64 病院に対しまして、小坂先生をお迎えして退院調整ルールの策定についての講演を頂く、ということでございます。このアンケート調査を見ますと、やはり、入院情報の提供書の有・無の部分でもですね、「無」というところが 44%というところがございます、また、「退院時の連携等々で困った状況」、こういったような要因で困った状況があるということでの記載がされておりますが、これはアンケート調査につきましては、平成 28 年度にも実施を致しましたけれども、大体同じような結果となっております。特に個々の「入院情報提供書」につきましては、特に介護保険ではいわゆる、入院時の情報連携加算等がございますし、また診療報酬上では、退院後支援加算等が施行されておりますので、また今度、平成 30 年度の大幅な改定の中で、こういった加算措置も非常にこう手厚くなっていくであろうというような予想ですが、ちょっとこの在宅医療・介護連携では、今後の積極的な活用がより必要ではないかというように考えております。

そこで、まず高知市の取り組みとして、実は平成 28 年度、今年度から本格的に取り組んでいるわけなのですけれども、まず、「センターの設置運営」ということで、高知市の在宅医療介護支援センターというのを、28 年 6 月に、本町 5 丁目に住所を構えまして、オープンをしております。この運営につきましては高知市医師会へ委託という形で行っております、スタッフとしましては、ケアマネの資格のある看護師、メディカルソーシャルワーカー、それぞれ 1 名の相談員 2 名で行っております。内容的には、相談・コーディネート業務、サービス資源のマップ作り、或いは研修、それから連携推進委員会等の出席等という内容になっておりますが、このセンターのイメージとしましては、この図にございますように、「医療依存度の高い利用者の在宅療養に向けての支援・相談・助言」にあるということで、対象が、医療機関、或いは事業者、まあ個人ではな

いということでございます。特にこの中では、かかりつけ医、在宅医、それからステーション、歯科医、それから、センターとの連携の下にそれぞれ行っていこう、というイメージ図を抱いています。個別的支援につきましては、通常通り、地域高齢者支援センターで行うという仕組みになっています。

次は、地域高齢者支援センターとの関係ですが、これは省きます。

次、13 ページ行きますと、「入院・退院調整ルール策定」ということで、まずは、医療・介護の連携の上で非常に重要なのが、情報の共有ツールであるということ、特にこの入退院の調整ルールとその共有ツールを作ろうということ、今取り組みを行っておりまして、29年の6月、運用開始を目指しまして、今協議を進めております。とりあえず今は、ケアマネとの協議。で、昨日、全員の関係者の方々にも集まって頂いて、3月10日には、合同のまた、協議会を開催していきたいということで進めております。それで、これらの医療・介護連携の課題の検討、或いは対応策の検討としましては、まず、「在宅医療・介護連携推進委員会」を立ち上げたいということで、今準備をしております。委員構成としましては、医療分野、介護分野、住民、学識経験者、行政等の約20名から構成をしております、また県からもオブザーバーとしての参加を頂くというように考えているところで、3月の開催に向けて準備をしているところでございます。ここまです高知市の、最近始まったばかりの事業ではございますが、関係機関のご協力の下で、少しずつ事業を進めている現状でございます。

それで最後に、国或いは県に対しての要望ということですが、ひとつはやはり、「地域包括ケアシステム」の植木鉢の図にございますように、いちばん下の部分の家族の本当に選択と覚悟という部分が、ここが非常に重要なところだと思うのですが、やはり市民啓発と並行して在宅での選択肢があるということを市民啓発していく、そのためには、それを可能とするシステムの構築というのが、非常に重要になると思います。私事ですが、私の母も、実はもう80歳になるのですが、40歳の時から30年間、まあ、祖父母を在宅でそれぞれ看取りました。で看取ったんですが、痰の吸引などずっと自分でやりましたけれども、やはり非常に家族の協力と言いますか、個々の覚悟があるという部分がございまして、そういった土壌を創っていくためには、家庭の介護力を強めて行くことは勿論ですけれども、在宅という選択肢があるんだということでの、意識的な変革も必要でしょうし、それを支えるシステム、多職種との連携のシステム、これが重要になってくるのではないかと思います。

それからもうひとつは、やはり県の地域医療構想が出ておりますけれども、あの計画、医療構想自体は、いわゆる県主導の計画ものではないという位置付けではございますが、やはり療養病床の適正化に向けた動きの中で、行き過ぎた削減というものが、行き場の無い方を生むのではないかとという危惧も、一方ではある部分もございまして、それは、地域の医療体制につきましては、世帯構成とか産業構造、非常に複雑な要因が重なっておりますので、そういったものを踏まえてですね、判断をして頂きたいと思っております。

いった、市民啓発につきましても、市町村の支援、こういったことでもご協力を頂ければと思いますので、宜しく願います。

簡単ではございますがこれで説明を終わらせて頂きます。

(司会) ありがとうございます。続きまして、梶原町保健福祉支援センターの橋田センター長、願います。

(梶原町)

梶原町の橋田と申します。先ほどの高知市とは人口規模が全然違いますので、桁が違いますけれども、本町の取り組みを簡単に説明をさせて頂ければと思います。的が絞り切れておりませんので大分枚数が多くなっておりますけれども、お手元の資料とパワーポイントをご参照頂ければと思います。それでは着席させて頂いて説明させていただきます。

梶原町でございますけれども、四国の山間地域で、標高が約 450 メートル位の場所にある訳なのですけれども、450 メートル位の愛媛県境に位置する、人口約 3,700 人の町でございます。南国の高知でございますが、冬場には雪が降る時がございます、多いときにはこのように雪が降ります。これは平成 17 年の時の雪で、標高の高い地域では雪下ろしをしました。独居高齢者も多いということでございまして、役場の職員も手伝いに行ったりしました。昭和 38 年には、豪雪の災害に見舞われまして、自衛隊の派遣がありました。最近ではめっきり雪の量が減りましたが、いつ大雪になるか解らないというのは、本当のところでございます。

梶原町は古くから、おもてなしの文化がありました。また、交通の要所であったため、道中では、茶道や、坂本龍馬が脱藩したと言われます脱藩の道も言い継がれております。また、日本三大カルストの一つであります、四国カルストや、津野山神楽、「千枚田」と言われる山間地域特有の棚田、森林セラピー等、昔から引き継がれている文化や豊かな自然も多く残っているところです。また、雲の上ホテルや温泉、プール、ギャラリー等整備した観光拠点もありまして、町内外から多くの方にご利用頂いております。また、本町の取り組みとしまして、環境モデル物としても取り組んでおりまして、風力発電と小水力発電、間伐材を利用しました木質ペレットの製造販売、太陽光発電の取り組みも積極的に実施しております。役場周辺の街並みです。国道 440 号線、あの新しくなっております、中央に上下に通っているのが 440 号線で、あとその写真の奥の方の南側になりますけれども 197 号線と交わっています。高知市内とか松山へも約 1 時間半程度で行けまして、近隣の宇和島市や、須崎市へも約 1 時間程度で行けます。それから、左上の役場周辺には 3 つの木橋がございまして、町民にとりましては当たり前の風景でございますけれども、大変珍しいものになっております。

続きまして、本町の組織図です。執行部 6 課、1 室体制となっております。その中で

私どもが所属しているのが保健福祉支援センターです。「センター」と申しまして、課の名前でございまして、健診事業や保健指導事業等を担う健康増進係、社会福祉協議会との連携窓口や福祉関係事業を担う福祉係、国保や後期高齢者医療保険を担う医療保険係、介護保険事業の総括を担う介護保険係、主に高齢者の相談窓口や介護予防事業等々を担う地域包括支援センターの係で構成されています。また、地域包括ケアシステムを実施していく上で、重要なパートナーとして、橿原病院と連携できる組織としています。更に、外部組織であります社協とも連携をとれる体制をとっておりまして、ハード整備につきましても、橿原病院と支援センターが併設するよう整備し、支援センターの3階に社協が設置されております。我々の取り組む事業につきましては、第6次橿原町総合振興計画に基づきまして、赤で色付けをしました、「橿原ならではの保健・医療・福祉が充実した社会」を目指して取り組んでおります。この総合振興計画の下に、健康の里づくりプラン、地域福祉計画と続きまして、その下に横並びでありますけれども、子ども・子育て支援計画、障害者計画、健康増進計画、介護保険計画と続きまして、それぞれの計画に基づいて事業を実施しております。この中でも、高齢者の支援や介護保険事業につきましては、高齢者福祉計画、介護保険計画に基づきまして実施しております。「人の尊厳が守られ絆を大切にしながら、町民みんなが家族として住み慣れた地域で暮らし続ける」を基本理念に、「自分の健康は自分で守る橿原人の育成」、「地域資源を活かして在宅といつでも気軽に利用できる施設の充実による予防型社会をつくる」、「互いに支えあい、協働して地域で生きる仕組みをつくる」、を柱にして計画を立てて、実行しております。

人口の増減でございますけれども、平成28年の実績の数値ですけれども、40歳未満が1,067人。40歳以上65歳未満が1,018人。65歳以上75歳未満が602人。75歳以上が964人。合計3,651人となっております。それぞれの年齢層が減少しておりますけれども、40歳から65歳未満の年齢層がその他の年齢層よりも減少する幅が大きく、37年の推計では、75歳以上の人口よりも少なくなる見込みでございまして、全体の人口は3,156人まで減少することになっております。

続きまして、「高齢化率と後期高齢化率」なんですけれども、65歳の高齢化率につきましては、平成28年度が42.9%でありまして、今後においても伸びていく傾向ではありますけれども、急激な伸びはなく、平成37年度については、44.6%になっております。参考ですけれども、平成26年の高知の平均が30.6%、全国の平均が24.7%となっているのと比較しますと、本町が飛び抜けて高いのが解ります。75歳以上の後期高齢化率も同様の傾向でございまして、平成28年は26.4%だったものが、平成37年は27.2%となっております。ちなみに、平成26年の高知の平均が16.4%、全国の平均が12%でありまして、こちらも突出している状況です。本町の人口分布についての紹介ですが、役場や病院の主要施設を中心としまして、集落が点在しております。大きく分けまして、東区というところを中心としまして、6つの区で構成されております。中心地から離れる

程、過疎化が進んでいるのが解ります。このような人口構造や過疎化の実情を考えながら、本町では保健・医療・福祉・介護施設を整えて参りました。中心部には、梶原病院や保健福祉支援センター、社会福祉協議会、歯科診療所を設置しまして、四万川区と松原区、中心から離れた所になりますけれども、こちらの地域にも診療所を整備しております。住民の健康維持のために、医療にかかりやすい体制をとっております。また、障害や高齢になり、在宅生活に不安を覚える方の場合は、社福法人が運営します特養やデイサービス、障害者支援施設がありまして、また、民間の株式会社が運営する訪問介護事業所や NPO 法人が運営します就労支援事業所 B、それから障害者のグループホーム、更には、施設の入所基準、まあ、障害だとか特養の入所基準に合わない方ですけども、そういった方々を支援出来るものとしまして、高齢者合宿施設や高齢者の生活支援ハウス、住民組織で運営します福祉の館が設けられています。このような体制になるまでは、長年、様々な出来事がありまして、その都度、対応策を考えてきた結果、このような形になりました。

本町が取り組んできた長年の取り組みを年表を用いて簡単に説明致しますと、昭和 30 年代に遡ります。この時代は、伝染病と結核予防対策、それから母子保健活動の時代でございました。現在でも活動頂いておりますけれども、赤痢等の伝染病が流行った時期もありまして、住まいの衛生環境の向上ということで、衛生組織連合会が昭和 30 年代に発足を致しております。また、貧しい生活の中で、子どもや子育てを良好な環境で実施出来るようにするために、母子保健センターもこの時代に設置をしております。また、昭和 40 年代には成人病予防の取り組みとしまして、診療所を設置して、現在でも施設を充実して取り組んでいるところでございます。昭和 50 年代には、成人病予防対策を更に充実させていくために、検診の受診率を高める取り組みを始めております。現在でも続けておりますけれども、「保健衛生推進員制度」が発足をしまして、健康に対する知識や検診の大切さを重視し、住民と一緒に健康づくりに取り組んできました。ここには載っておりませんが、現在の「特定健診」の受診率につきましては、平成 27 年の実績が 80.4%の受診率になっております。これも、その衛生組織連合会活動のおかげでございます。平成の時代に入りまして、一次予防の強化と福祉との連携の取り組みを行うようになりました。また高齢化率も段々上がって参りまして、独居高齢者も多くなってくる中で、平成 3 年には特養の建設を実施、運営を社福法人において取り組んでおります。更に、病気が回復をしまして、退院が出来るようになっても、独居高齢者の場合はすぐに在宅生活を送ることが困難な場合があります。また、高齢者の病状は、回復が思わしくないことも多々ございまして、施設入所が必要な場合がありますけれども、しかし、行き先も決まらず、本人や家族が困ってしまうという状況が発生してきていました。このような状況を解決するために、本人、家族、病院、行政、特に保健師でございしますが、それぞれが、退院後の生活を一緒になって考えていくことが必要になってきました。そこで、平成 8 年に、関係者が集まって協議が出来る場所が必要ということで、

現在の栲原病院と、保健福祉支援センターが整備されたということでもあります。保健福祉支援センターが整備されたことによりまして、役場の福祉係と福祉センターの保健師、健康増進係、社会福祉協議会が、保健福祉支援センターに移りまして、栲原診療所は、病院に移行しまして、現在はこのような形で運営されております。建物の右半分が栲原病院、左半分が保健福祉支援センターで、支援センターの1階のフロアには、我々がいる福祉事務所と、社福法人が運営します居宅介護支援事業所が入っております。2階には高齢者生活支援ハウス、3階が社会福祉協議会、4階は会議室という形になっております。このようなハード整備をしたことによりまして、栲原病院の医師・看護師・理学療法士・管理栄養士、保健福祉支援センターの保健師、居宅介護事業所のケアマネジャーが週に1回集まりまして、入院中の方がスムーズに在宅生活に移行できるよう、情報共有やサービスの調整準備が出来ております。また、在宅で生活をされている方についても情報共有を行い、その人らしい生活ができるように支援の方法を検討出来るようになりました。平成10年代に入りまして、介護保険制度と地域福祉事業の一元化を考えるようになりました。特養につきましても、介護保険制度の開始によりまして、措置の時代から契約へと変換しまして、入居者も増えてきたことから、平成12年に、特養を50床から80床に増設をしております。平成13年からは、町内の民間事業者にも訪問介護事業に参画を頂きました。平成18年からは、高齢者ケアマネジメントを行うために地域包括支援センターの設置を行っております。平成20年代に入りまして、後期高齢者医療制度が始まりました。医療保険制度が大きく変化した時代でもありますけれども、本町の取り組みなんかもあります。それが平成26年の社会福祉協議会の再法人化でございます。元々本町には社会福祉法人の社会福祉協議会がありましたけれども、平成15年度に、社会福祉協議会の法人を、カルスト会という社福法人がございまして、そちらの方に一元化をしまして、社会福祉協議会の仕事をカルスト会で担って頂いておりました。しかし、そのカルスト会では、地域福祉事業を担っていくノウハウがあまりなくて、実際のところは休止状態となっておりました。また、町内の地域の状況は、急速な少子高齢化に伴いまして、高齢・過疎化が進み、地域での支えあいの仕組みが限界となっている状態でした。行政も様々なケースが頻発しまして、マンパワー不足になりまして、地域の問題や課題に気付けなくなり、サービスが必要な方に迅速な対応が出来ない、出来ていないという困難な状況に陥っておりました。そこで、再び社会福祉協議会を法人化しまして、地域福祉事業を重点的に取り組める組織に改編したところでございます。

栲原病院の概要です。平成8年度に開設をしまして、病床数は30床、診療科は内科・整形外科・眼科・小児科の4科です。内科以外は、他院からの派遣によってやっております。また、救急告示病院とへき地医療拠点病院として指定を受けております。職員数は全部で41名おりまして、医師5人、看護師23人、技師6人、医療事務2人、臨時3人で運営しております。役割としましては、地域包括ケア体制の充実、救急医療の確保、かかりつけ医と保健・介護予防活動との協働、災害拠点病院、地域医療の教育の場でご

ざいまして、医療の提供以外のことについても積極的に実施しております。

病院の患者数の推移でございます。入院患者は、平成 20 年は 1 日平均 24.8 人ございました。現在は 19.9 人です。外来患者数につきましては、平成 20 年は 1 日平均 165.5 人、現在は 133.7 人です。いずれも減少しておりますけれども、本町や近隣市町村の人口減少に伴い患者数が減少したものと思われまます。

続きまして四万川診療所の概要でございます。昭和 47 年度に開設をしまして、診療は内科で、週 2 日でございます、火・金の運営です。医師と看護師 2 名体制で運営しております。四万川診療所も椿原病院同様の傾向で患者数は減少しております、平成 20 年には 1 日平均 24.4 人であったものが、現在では 14.0 人まで減少しております。

松原診療所の概要でございます。開設年度は昭和 44 年度で、診療は内科と小児科。週 3 日、月・水・金の診療です。医師と看護師の 2 名体制で運営をしております。松原診療所も、椿原病院と同様の傾向で患者数が減少しております、20 年度は 1 日平均 25.5 人だったのが、現在では 16.6 人まで減少しております。

歯科診療所の概要でございます。昭和 58 年に開設をしまして平成 17 年度から指定管理者によって運営しております。職員数は医師 1 人、常勤助手 4 人、技工士 1 人、歯科衛生士 1 人、事務 1 人の合計 8 人です。患者数は減少傾向にございますが、他のような大きな減少はございません。平成 20 年は 1 日平均 33.8 人、現在 29 人でございます。

福祉の館でございます。福祉の館は、住民組織である福祉の館の運営協議会というところが運営を致しております。部屋数につきましては 6 室ありまして、基本的には個室になっておりますけれども、場合によっては夫婦などで相部屋対応も出来るようにしております。基本的に自立度が高い方が入所の対象になりますが、介護認定をされている方でも軽度者までであれば入所可能でございます。入所の期間は基本的に 6 か月までの短期でございますけれども、特養への入所基準が要介護 3 以上になったことから、長期で入所している方も多くなってきておまして、現在では全室稼働しております。自立度の高い方が利用される施設ということで、介護員ではなく見守りのボランティアで運営しております。調理の支援というのが主な仕事でございますが、場合によってはトイレ等の支援もして頂いているところです。利用金額は月当たりで約 38,000 円。これは食事を含んだ金額でございますけれども、低所得者層の方も年金の範囲内でご利用頂けるよう設定して頂いております。

生活福祉支援センターですが、病院に併設をされている支援センターの 2 階に整備されているものでございまして、基本的に退院出来るけれども在宅生活が厳しい高齢者が利用されるところです。利用期間は長くて 6 か月までで、介護認定の有無に関わらず入居できます。入居の判定については毎月開催される地域ケア会議で判定をされることになっております。越冬目的でも入居出来ますけれども、医療的な支援が必要な方が優先になります。独居高齢者世帯が増えている中で 8 室ございますけれども、ここは満室になることもあります。利用料金につきましては所得に応じて徴収することになっており

ますけれども、低い方で1か月当たり食事込みで48,000円程度になっております。

次に「デイサービス ふじの家」でございますが、独居の高齢者の生活の支援のために、昭和61年にデイサービスセンターが設置されました。運営は社福法人のカルスト会に担って頂いております。定員は25名です。また、その下の民間の四国部品により「介護サービスなごみ」でございますが、平成13年度に設置されまして、訪問介護事業や介護初任者研修、こういった事業を担って頂いております。

あと、「特養 ふじの家」でございますが、在宅生活が厳しくなってくる高齢者の支援策として平成3年に設置をしました。運営は当初から社会福祉法人 カルスト会で実施頂いております。当時は50床でございましたが、介護保険制度開始により順調に増設をしております。主に高幡地域内より入所者が集まり、多いときには40人から50人程度の待機者がいた時期もありました。高齢者住宅等の整備も梶原町では検討しましたが、高齢者の数が将来的に落ち着くことと、介護予防事業を積極的に取り組んでいくことで、待機者数を減少させようという試みをしまして、施設の建設、整備については中止していたところです。待機者も4年前位から減少しまして、現在では10人程度になっておりますが、平成26年度から介護保険制度が改正されまして、特養への入所基準が要介護3以上に定められた結果、在宅生活では生活が困難な高齢者が発生しまして、町外のケアハウス等の施設へ転出する事態となっております。現在の入所者・待機者の流れでございます。要支援までの軽度であれば、町内の高齢者社会福祉施設である、生活支援ハウスでお世話をすることも可能でございますけれども、要介護1、2の方は、24時間のケア付きでなければお世話をすることが困難です。要介護3以上の方は特養に入所出来ますけれども、それ以下の方は在宅で、デイサービスやショートステイ、セルフサービス等を利用しながら在宅生活を送ることになります。しかし独居高齢者が多い本町では在宅生活は困難な場合が多く、町外のケアハウスや高齢者住宅に転出せざるを得ない状況となっております。この問題を解決するために、ケアハウス、生活支援ハウスを整備することにしました。またデイサービスセンターも昭和61年ですので、老朽化が進んでおまして、この度併せて整備することに致しました。場所は、町の中心部になりますが、こうすることで要介護1、2の方もお世話することが可能になります。町内で生活することが可能になってきますので、整備を進めていっているというような状況です。介護度が重度、3以上になれば特養に繋いでいくような仕組みで今後運営を考えております。

複合福祉施設の概要を簡単にまとめました。1階をデイサービス、2階をケアハウスとして、3階に高齢者生活支援ハウスを整備しまして、運営を社会福祉協議会に担って頂くように調整中でございます。これが完成の予想図でございますけれども、図の手前、屋根が3枚ついておりますけれども、この建物が図書館、奥の建物が総合福祉施設になります。図書館と併設をして整備をすることによりまして、複合福祉施設の利用者もこの図書館の方を利用出来るよう、多目的な使い方が出来る施設を目指しております。設

計は今話題の隈研吾氏です。

今後取り組んでいく、在宅医療・介護の連携の事業のイメージでございます。これからも取り組みを進めたいと思いますけれども、本町では、長年にわたり、病院の退院後も在宅生活が送れるように、病院と連携できる体制を整備しまして、ケアプラン会を通じて関係各所の関係者が集まり、個々に対しての支援策を考え、その方に合った支援をしてきたところです。今後は複合福祉施設も出来ることから、この施設を活用して充実したものになるよう取り組んでいきます。

生活支援サービス体制につきましても、国から取り組むように指示されているところでございます。本町では、社協に委託しております「地域福祉コーディネーター事業」としまして、「地域のニーズを把握して、関係機関に繋いでいく役割」ということで、地域福祉コーディネーター事業を委託しております。また、地域住民や各種団体、社協や行政と共有を図りまして、個人や地域の困り事を解決に繋げていく役割も担って頂いております。この取り組みを活用しまして、生活支援コーディネーターも社協の人材を登用しながら、高齢者も社会参加出来る地域作りを目指していきたいと考えております。

認知症の対応につきましては、これまで取り組んできたところでございますけれども、これまでは、認知症を発症しまして、その後の対応を考えていく、事後的な対応が一般的でございましたが、今後は事前的な取り組みにしていくことが国からも求められているところです。具体的には、認知症の疑いがある場合は、ケアプラン会の時に積極的に情報共有しまして、対応策を考えていくことで、症状の進行を抑えて、本人や家族も心構えが出来、症状が進んでいっても、切れ目のないサービスを受けて頂けるようにしていきたいと考えております。この制度に沿っていくためにはまず、専門職に研修を受講して頂いて、資格を取ってもらうことから取り組んでおります。保健師には、「認知症地域支援推進員」として任命をしまして、「認知症初期集中支援チーム」、このチーム員の資格を取りに行ってもらっております。県外で神戸に行ってもらいました。医師には、「認知症サポート医」の資格を、これも県外でございます。四国外でないと取れないので、東京に院長が行くようにしております。そこで取って頂きまして、町で、認知症初期集中支援チームが立ち上げられるように、今年度中に体制を整えていきたいと考えております。また、専門医療機関とも連携を図っていくことが必須とされていることございまして、その専門医療機関でございますが、当町にはございません。高幡管内には1箇所のみということでして、管内の市町村が一斉に連携を取ろうとしているということもありますし、医療機関が一陽病院でございますけれども、医師会との関連もあるということで、なかなか取ってもらえないのですが、高知県の保健所に調整してもらいながら、出来る限り30年4月から取り組めるように進めております。

単独事業としまして、「介護保険制度との隙間を埋める高齢者の在宅支援」としまして、本町では15項目の事業を実施しております。内容はちょっと飛ばしますが、介護保険事業の利用者軽減負担事業、それから永続的な介護保険事業を提供していくために

必要な事業、高齢者が安心して在宅生活を送ることができる移動支援の事業、高齢者の在宅生活を家族や地域で見守る支援の事業、高齢者が安心して安全な在宅生活に必要な住環境整備の支援の事業、高齢者が在宅生活を送るのに必要な介護給付事業以外の支援事業、在宅生活を送る高齢者や家族への労い・感謝を込めての事業、地域住民で支える高齢者等の在宅生活の事業、以上15項目に取り組んでおります。

最後になりますが、医療介護連携の取り組みを行う上での課題をまとめてみました。梶原病院との連携、地域ケア会議の充実と継続、保健・医療・福祉・介護の連携できる体制の維持と充実、複合福祉施設を活用した在宅医療と介護連携の推進、地域福祉・生活支援コーディネーターによる生活支援の充実、認知症総合支援事業の構築、制度間を埋める高齢者支援事業の充実、コメディカルスタッフ・介護従業者等の確保、以上でございます。

大変拙い発表で申し訳ありませんでした。詳細につきましては、本日同行しております西村の方に聞いていただければと思っております。ご静聴ありがとうございました。

(司会)

ありがとうございました。只今、高知市、梶原町から、取り組みの説明を頂きましたが、その中で高知市から、システム構築にあたって家族支援の選択肢の関係について、市民の意識改革に向けた啓発や実行体制の整備、多職種連携についてのご要望がございましたので、それについて、四国厚生支局の地域包括ケア推進課長から説明をさせていただきますと思います。

(高橋課長)

市民の方々の啓発ということで、植木鉢の話をいただいたところですが、植木鉢の図はありませんが本日お配りしている四国厚生支局のパンフレットの6ページに地域包括ケアシステムの図が載っています。その上に「地域包括ケアシステムは重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることが出来るよう、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される体制をいう」と記載されていますが、一言で言うと、生活者として生き抜くということを書いていると思います。植木鉢につきましては、皿の部分に本人の選択と心構えとなっており、本人のお考えは一朝一夕で変わるものではありませんが、現在、置かれている環境が考え方に大きく影響することもありますので難しいことだと思っています。

四国4県を含め、全国の市民啓発に関する好事例を発信していくことによって対応したいと考えています。

(司会)

支局長何か補足はありますか。

(支局長)

在宅医療を選択することに対して高知市民は現時点ではどう意識されているのか、もう少し詳しくお聞かせください。

(高知市)

高齢者に対するアンケートでは重度の介護状態になっても、自宅で最期を迎えたいという意識があるものの、歴史的経緯で病院への依存度が高く、かつ共働きの多いため介護力が低いことから、市民の選択肢としては在宅の優先度が低いと思われます。始まったばかり事業であることもあり、植木鉢の図の幹の部分は非常に重要という認識のもと、県及び国から助言等支援をいただきたいということもあります。

(支局長)

個人的な考えですが、万一の時に病院との連携がとれるかというシステムに対する懸念、社会的入院ということが議論されていたころから言われていたことですが、病院で看てもらった方が安心という意識、看取りをどうするかということを含めて医療介護の連携をどう考えていくかということだと思いました。

(司会)

市町村を支援する立場から、中村課長何かありますか。

(高知県)

具体的な案として何も持っていませんが、基本は各市町村で啓発活動を行っていたべく必要があると考えていますが、一市町村で実施するよりは、複数共同で啓発活動等実施した方がいい場合は、福祉事務所等連携しながら地域を広げて対応していきたいと考えていきたいと思っています。

(司会)

ありがとうございました。それでは意見交換を進めていきたいと思っています。高知市、梶原町からの説明に対して、ご質問などはありますでしょうか。無ければ、本日までご参加いただいている関係団体の皆様におかれましても、医療介護連携を推進するという取組みにご協力いただいていると思います。今後医療介護連携を推進していくためにはどのように進めていったらよいか、各団体の考えをお聞かせください。

(医師会)

県医師会で現在取り組んでいるのは高知市で、それから東福祉保健所管内も進行して

いるところです。

一般論と具体的な話を分けて話をさせていただきます。高知市から説明があったように、施設介護、療養病床など長期入院が一定の文化として成り立っています。これらを在宅医療・介護へ移行させるかが問題です。医師会でもコーディネーターを採用し医師会内に在宅医療介護の相談窓口を設置したり、また市民を対象としたシンポジウムの開催やパンフレットチラシの配布、在宅での看取りについての講演会などを行っています。看取りはリビングウィルの問題もありますが、家族本人の意向を元気づちから確認する取組みの啓発を行うことが必要だと思います。

在宅医療の推進のためには退院時のケアカンファレンスと入院先の医師、看護師から在宅医・ケアマネとの連携が重要です。在宅医療に安心安全に移行することが必要ですが、現在進行形です。このシステムができないと、住民はやっぱり入院、施設、回復期というような考えになってしまいます。受け皿が少なくなっているのに加え、厚労省も施設から在宅へ舵を切った訳なので、在宅医療に係るシステムをきちんと作る必要があります。そこで問題は訪問診療を行う医師の確保、もう一方は訪問看護ステーションが車の両輪となりますので、両方が機能して初めて上手くいきます。何かあった時は訪問看護ステーション、訪問看護ステーションの看護師が対応できないときは訪問診療の医師に相談するというシステムを作らないといけません。

そこで医師会では ICT 化に取り組んでいます。iPhone や iPad を活用して供給のツールとして患者情報をリアルタイムで共有しています。例えば訪問看護ステーション看護師が訪問した先の患者に褥瘡ができていたとすると、そこで写真を撮ってリアルタイムで主治医に送信すれば、すぐに指示を受けることができます。それで患者や家族も安心できます。すでにモデルで行っており、今年の 4 月からは本格運用する予定です。

在宅医療は 24 時間体制で、1 人の医師が在宅療養支援診療所として 24 時間体制は厳しい状態です。県内では 40 数カ所ありますが、資源が偏在していますので、中山間地域で行うことは医療資源が少ないので難しい状況です。また訪問看護ステーションも同様です。加えて訪問看護料も安いという問題もあります。脳卒中ならまだしも末期のがん患者など麻薬の問題などがあります。連携がきちんとしていないと上手くいきません。主治医が 1 人で対応するのは難しいので、副主事医がいないと連携できないと思います。眼科や整形など専門外を看てもらおう医師も必要です。在宅医師も含め医師は過重労働になっていますので、在宅医を増やすべく副主治医に対する診療報酬の手当を日本医師会も課題として挙げていますのでお願いしたい。

(支局長)

ICT での情報共有の範囲を教えてください。

(医師会)

パスワード等一定のセキュリティーを確保したうえでラインのように登録して、医師、ステーション事業所など登録すれば写真や書き込みなど情報共有できます。多くの関係者が登録しないと機能しませんので、これから普及啓発していきます。H28は補助金で実施しましたが、H29年度からは自費運用することになっています。高知県下全域で実施する予定です。

(歯科医師会)

梶原町の資料でP32の歯科診療所で常勤医師と記載されているのは常勤歯科医師の誤りだと思いますので、訂正をお願いします。

歯科は1人でやっている診療所が多いので、施設や在宅へ訪問を行うのは工夫がいりません。数年前から在宅歯科連携室を設置して運営をしています。訪問希望者から連絡を受け、連携室の歯科衛生士を派遣して状況を把握したうえで誰を派遣するか判断しています。1人の診療所が多いので、休診時間や昼休みに訪問してもらっています。従って診療所をグループ化して、かかりつけ以外の歯科医師も訪問するようにしています。また、器具を持参するかどうかの問題があります。治療内容によって外科や充填などできない場合があります、義歯の修理や調整などが多いように思います。

診療報酬上の制約が多いと思います。歯科衛生士が訪問した場合、訪問歯科衛生指導料のみしか算定できません。口腔ケアしても診療報酬上点数が認められていないので自費かサービスをしている状況で、それぞれの衛生士で工夫してやっていると思います。診療報酬改定では歯科衛生士の口腔ケアについても評価していただくようお願いします。

補足になりますが、在宅歯科連携室は高知市のみで来年度は幡多地区を考えていますが、全県網羅するのは難しいと考えています。

(支局長)

在宅歯科連携室での患者の情報はどのように共有し、連携を行っているのでしょうか。

(歯科医師会)

医科と違い継続的に訪問することは少ないので、情報共有せずに単発で行っているのが現状です。

(支局長)

介護分野への情報共有はありますか。

(歯科医師会)

介護分野への情報提供もそんなにないと思います。

（薬剤師会）

薬剤師の使命は薬物療法が適正に行われているのかですが、医師の指示の元に出された薬剤が適正に使用されるかが使命の1つです。その中、最近求められる薬局薬剤師の姿は、在宅への参画が大きく求められており、認定事由として健康サポート薬局、かかりつけ薬剤師・薬局のハードルとして在宅への参画が大変重要になって重要視しています。地域の患者においては、切れ目のない医療の中で外来入院退院また在宅への移行と普段からかかりつけている薬局、薬剤師が在宅への参画ができることを目標に、現在在宅訪問薬剤師の養成事業を重点事業として昨年より行っています。在宅への参画ができる薬局薬剤師を多く養成することにより地域偏在を無くしていこうと考えています。県下では200薬局余り登録されており、ホームページで公表しています。医療機関、訪問看護ステーション、ケアマネから依頼に応じて、薬剤師がその都度行けるように常時その準備ができているように準備を進めています。

保険料からいうと、残薬への対策が社会的な問題となっています。患者宅の残薬をどのように活用していくか、その情報を医師や看護師、多職種に連携していくかが重要な仕事だと考えています。残薬対策の1つとして香長土支部で試験的に行っている高知市お薬プロジェクトというのがあります。薬剤師薬局が訪問しなくても多職種からお薬に関する情報（患者情報）をかかりつけ薬局にいただくことで、残薬対策に知恵を絞って活動、連携していけないか目指しています。

医師、歯科医師と同様、薬剤師も不足しており、地域の偏在で都市部への集中もあります。県と協力して薬剤師の確保事業として県外に向けて薬科大学や自治体に対して行っています。

（社会福祉協議会）

多岐にわたる事業を展開しています。特に県と協力する、県から補助金をいただく、委託をしていただくなど等。医療にはあまり県社協として直接関与している部分は少ないですが、介護にはかなり関係があり、介護という社会的サービスを提供する側とサービスを受ける側とそれぞれ立場があります。また、受ける側には、ご本人と家族、知り合いの方などそれぞれの立場の方がいらっしゃいます。県社協がそれぞれの立場の方にどのように関与しているかという、サービスを提供する側からいえば、介護支援専門員の研修を運営していることが大きいことだと思います。基礎研修、実践者研修、認知症対応型サービス事業管理者研修など長期にわたる国が決めたプログラムを展開しています。ケアマネで実際に携わる方が在宅看護医療のプログラムを作られるので、提供する側に対して在宅での医療介護といったものも当然大きなカバーすべき領域ですので、研修の中のプログラムに入っています。提供する側で、プラザ1階に介護福祉機器の展示コーナーがあります。食事から排泄、移動等にいたるまで様々な器具を展示しており、

ここにいらっしゃる方のうち提供側の方もいらっしゃいます。例えば医療関係で今後在宅へ移行する際にどのような移動の器具がいいのか、理学療法士が専門になりますが、提供する側も個々に最も適切なものは何かということで、最新の機器にどんなものがあるのか、フィッティングで気をつけるとか相談に来られたりと、展示コーナーも一定役割を担っています。

2つめはサービスを受ける側に対する介護知識普及啓発事業で、これも県からの受託事業ですが、例えば家庭介護基礎講座を平成28年度は年5回、高齢期知っとく講座は年20回、本人というより家族が関係しますが高齢者疑似体験では1階の様々な器具を用いて家族の方がご本人の状態を理解するための1つの方法として提供させてもらっています。同じ1階の福祉機器の展示コーナーでは、器具だけではなく水回りの話から、移動する場合の補助にどういったものがあるのか、壁にどのような配慮をしないといけないのか、床にどのような配慮をしないといけないのかというようなものも展示しています。家庭で介護をする方、これからしないといけない方が来られて、説明を受けたり相談をしたりと、サービスを受ける方の情報提供として一定の役割を果たしています。介護知識普及啓発事業は家族の方に対して、病院ではなくて自宅でこれから介護をしていく過程で基本的知っておかなければならないことをその講座で勉強していただいています。ここだけではなくて、地域への展開として大変広い高知県内にアウトリーチで出張って行って講座を開くなどもしています。

在宅についてネガティブに考える方が多くいらっしゃって、在宅介護が大変だということで、実際は大変なのですが、ご本人にとっては病院にいるよりも在宅でというようなステージにいる方がいらっしゃいます。病院で自分とあまり関わりのない病室で、また病室もすぐが変わったりして、何か自分の居場所がはっきりしない、だんだん見当識までも失ってしまうようなことも聞きます。それが自宅に帰ると見慣れた自分の居室、あるいは親しい家族、食事も病院だと食事時間が決まっているので、時間内に食べきれないと十分に摂取しない状態でも食事時間が終わってしまうと引き上げられてしまいますが、家族であれば時間の制約も一定緩い中で十分な栄養を摂取させることができるのか、そういったメリット、特にご本人のメンタルとか自分のアイデンティティというものを自己の所有物とか慣れ親しんだ物の中で療養していくことは大きな意味があるんだということも介護知識普及啓発事業の中でも強調しているというか、そういった面も認識していただくようにということで、そういうことに配慮してプログラムを作っています。県社協としては、直接関係するところは以上です。

（介護支援専門員連絡協議会）

皆さんお世話になります。うちの団体としての取組としては、来ていただいている団体と連携を取らせていただいています。まず1つが医療ソーシャルワーカー協会との連携につきましても、お互いが賛助会員となって、お互いが企画主催をする研修の広報を

それぞれの団体で広報して、それぞれの研修に参加しあえるような仕組みを作って取り組んでいます。それから先ほど織田会長がおっしゃった在宅歯科連携室についてもいろいろお話しいただいて、うちの総会でも広報させていただきました。医療と介護の連携ということになると、高知県は東西に広く一極集中というような状況にあります。私自身も高知市内で仕事をさせてもらっていますが、高知市とそれ以外の市町村で状況がガラッと変わっている県の状況ですので、地域でいろいろな課題があると思います。寺田先生がおっしゃったように病院等の医療機関から在宅医療介護にスムーズに繋げていくことが課題ということは認識しています。協議会でも、県の保健所圏域でブロックに分かれています。県の組織というよりはブロック単位で医療機関との連携の研修の計画を立てたりしています。医療と介護の連携の課題にはいくつかパターンがあると思います。まずケアマネジャーが担当している利用者の病状が悪化して入院となった場合は、高知市のアンケートにあったように医療情報連携の点数も付いていますがアンケートの結果 56%はかなり低いと思います。自身ではもっとやっていると思っていましたので、きちっと広めてやっていかなくてははいけません。どういう診断でどういう目的でどれくらいの予定期間での入院なのかの情報連携をしながらお互いが準備を進めていくということで、スムーズな退院に運べるのではないかと思います。以前と比べて医療と介護の連携が取りやすくなったと思います。15年ケアマネジャーをやっていて実感しています。医療機関側に地域連携室ができたということとソーシャルワーカーの配置がかなり増えたということが大きいと思います。点数が付いたところには力が入ってくると思いますので、ケアマネジャーの入院時の情報連携についても点数が付いているのでしっかりやっていかないといけないと思いました。全くケアマネジャーが付いていない患者が退院するにあたって在宅での介護療養が必要な場合が問題になってくると思いますが、実際現場では明後日退院で、先週介護申請出しています、退院お願いしますっていう状況が結構ありますが、認定も下りていない、明日明後日退院してどうしていいのかっていうようなかなり難しいケースですが、結構よくある状況です。病院の方とも話し合いや情報交換させていただく中で、なかなか退院に踏み出せない患者、家族というのもあって、ソーシャルワーカーのスキルであったり情報提供なんかで何とか退院に漕ぎ着けましたが、退院が迫っていたという状況だったりすることもあるでしょうし、退院するかどうか分からない段階でケアマネジャーに依頼をかけづらいという話もよく聞きます。ケアマネジャー側としても退院して在宅でサービスを使って給付管理が上がらないと点数が発生しないので、それ以外は点数的にはただ働きになってしまうという現状があります。在宅に復帰するかどうかは別として、入院時に退院目的、在宅があるのであれば、早期にケアマネジャーが関わるような体制が必要だと思います。できればそこに点数でも付けばケアマネジャーも動くだろうし、病院も気兼ねなく依頼できると思います。具体的な在宅のイメージはケアマネジャーが一番把握していますので、話をさせてもらえば、より在宅のイメージがつかめたり、一回退院してみようかという後押しにな

るのではないかと思います。在院日数の関係で、退院日ありきの話が現実的にはありませんが、現状として老健施設の機能を在宅復帰の施設として活用、今も在宅復帰の施設ですが、私自身としては十分に機能していない部分があるのではないかと実感しています。退院日ありきで在宅の調整も難しく、リハビリでも向上の可能性があるという状況であれば、気兼ねなく老健施設を経由してってということが常時できるような体制がないと難しいし、家族もそういう状況だと不安で退院に踏み出せない結論に至っているということが現実にはあるのではないかと感じています。重度の方が在宅に帰る場合に、そういう方を支援したことの少ない経験の浅いケアマネジャーがいかに経験を積んでいくのかということも課題だと感じています。病院の看護師やソーシャルワーカーがいろいろと情報提供して退院の同意を得て、在宅のケアマネジャーを探すにもなかなか受け手がいません。結局経験の長いスキルのある一部のケアマネに依頼が来て何とか回しているという現状があります。同じ事業所内でそういうケースがあれば参考になってスキルが上がるといえることはあると思いますが、なかなかそういう経験が持てないから、そういう体験ができるケアマネジャーが一部になってしまっているという現状があるのではないかと感じています。

総合的にもケアマネジャーのフォーマットできちっとスキルの向上も含めて質を向上していくことが必要になってきますし、質を担保することが点数に繋がっていくことになると思いますので、協議会としてもできる限りのことはやっていきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

(支局長)

診療報酬の点数設定が、医療介護連携の足かせになっているという印象を受けました。MSW とケアマネとの相互交流を進めているという話がありましたが、看護師、ソーシャルワーカーとケアマネが情報連携するうえでの課題は何でしょうか。

(介護支援専門員連絡協議会)

大きな課題はないと思います。ソーシャルワーカーと病棟との連携だと思います。ソーシャルワーカーとはやりとりできていますが、病棟に伝わっているかどうかはよく分からない所は今までも実体験としてあります。ソーシャルワーカーを通じて病院側に情報提供しても、その情報が病棟やリハ職まで浸透しているかということは、情報提供していたのにという現場でもいくつか体験したことがあります。

(司会)

関係団体から取り組みを紹介いただきましたが、医療サイドと福祉サイドの横のつながりを展開していかないと医療介護の連携は進んでいかないとと思いますが、自治体の取組を支援していく立場で県はどのようにお考えでしょうか。

(高知県)

高知県が地域包括ケアシステムの取組を進めていくにあたっては、単に在宅介護を進めていくということではなく、高齢者の方やそのご家族の方の状況に応じて最適な手段をできる限り選ぶことができるように介護サービスについては整備を進めています。

医療介護連携推進事業については、先ほど高知市の氏原課長からも説明があったとおり、高知市が先行して退院調整ルールを作り始めましたので、それに併せる形で県としても各保健所単位で退院調整ルールを作り始めようとしています。今年度は安芸福祉保健所と連携して、安芸福祉保健所管内の市町村の方、ケアマネ、病院と連携して管内で通用する情報の共有シート等を作っていこうとしています。この取組は来年度地域を広げていって、各福祉保健所単位で共通の情報共有シート等を作って、それが高知市とほぼ似通った情報の内容になっているということで最終的にできればいいなと思っています。

高知県では高知市の病院といかに連携していくかが大きな課題になってくるかと思いまので、全域で活用できるようなルール作りを目指していこうとしているので協力をお願いしたいと思います。

個人的感想ですが、梶原町の取組を教えていただきましたが、人口規模的に行政がリーダーシップを取っていろいろな取組みをされる中で、梶原町の地域包括ケアシステムはできあがっているのではないかと思います。ところが、高知県でも高齢者の住宅整備の補助金がありますが、福祉の館のようなものを他の市町村で造っても入る人がいないという話も聞きますが、梶原町ではそのようなことはないのでしょうか。

(梶原町)

時期的にもよりますが、保健師が高齢者だけでなく、例えば脳出血で高知市の病院に運ばれたというような情報が保健福祉支援センターと梶原病院に入る仕組みになっています。最終的には在宅に帰る事を進めていきながら、無理であれば施設に繋げていきます。在宅の方に帰れる方は段階的に在宅の方に帰っていただくというやり方で進めています。在宅と病院の間間的な施設として、福祉の館、高齢者支援ハウス、高齢者合宿施設等を県下では早めに取り組んできました。福祉の館も6室ありますが、空いていることもありました。現在は一杯になっていますが、波はあります。

保健師、社会福祉協議会で情報を収集し、在宅へ帰りたいが帰れないといった方々をこういった施設でお世話できないかということ常日頃から検討できていますので、そういったコーディネートができてい関係でこういった施設が活用できているのではないかと思います。

課題も一杯で山積状態ですが、こういった施設を活用しながら、できるだけ住み慣れた地域、住み慣れた自宅で幸せな生活ができるように本町としては取り組んでいるとこ

ろです。

(司会)

医療介護を進めていく中で、情報提供が重要であることは共通の認識だと思います。実際情報共有をしていこうと考えたときに、どうしていいか分からない、実際にどう取り組んでいいか分からないという声があるのも事実だと思います。現在取り組んでいる高知市、梶原町でどういった工夫を行って取組みに繋げているのか教えてください。

(高知市)

平成 27 年度にケアマネ事業所にアンケート調査を実施して、協議への参加意向があるかどうか、全く分からない状況でしたが、ほとんどの事業所から参加を表明してもらいました。また病院についても、64 病院のうち 57 病院が協議に参加してもらうことを表明してもらいました。市の役割は、病院とケアマネとの顔の見える関係づくりのため、場の設定が重要だと思いますので、アンケートで入退院の調整の共有ツールを作るうえでの協議に参加してもらえるかどうかの調査から出発をしました。

(梶原町)

先ほど述べたことと被る部分もありますが、地域の住民の皆様の生活の実態を把握することが先だと思います。3,700 人程度の小さな町で、地域の方々の生活の状況は、6 区ある地区で区長、部落長と深い繋がりがあり、どういった生活をされているのか、間接的に伝わってきます。そういった仕組みを使って、情報共有を行い、専門のコメディカルスタッフや社会福祉協議会、保健福祉支援センターといったところで情報共有が図れるようにしています。地域性もありますが、情報がすぐに入ってくるようにすれば、行政で支援できることはたくさんあるのかと思います。

先ほど皆さんの方から、診療報酬だとか介護報酬に点数をつけなければいけないという話もよく分かりますが、最終的には保険料に跳ね返ってきて、我々に跳ね返ってくるものになります。そこをできるだけ押さえていくことも行政として考えていかなければいけないと思います。そういったことを考えながら進めていきたいと思っています。これはこれからの検討事項でもあるし、税金とかそういう所を上げない工夫をしていかなければならないと思っていますので、専門的な機関の皆様には又ご協力をいただくことになるかと思いますが、いろんなご意見もあるかと思いますが、行政側としてもいろんな取組みをしていきたいと思っていますので、ご意見をいただければと思います。

(司会)

医療介護連携を始めるにあたっては、どのような方法があるかは地域ごとにそれぞれ異なるので、それぞれ考えていく必要があるということだと思います。

まだまだご意見等は尽きませんが、予定しておりました時刻となりましたので、ここで締めさせていただきます。いただきましたご意見は、四国厚生支局地域包括ケア推進本部において、今後の当支局が行う支援方策の検討の参考とさせていただきます。

本日はどうもありがとうございました。

(支局長)

いただきました医療介護の連携を進めるにあたっての診療報酬を含めたご意見については、本省にお伝えするとともに、私どもとしてできる情報提供のあり方について、今後検討させていただきたいと思います。

どうもありがとうございました。