

これまでの主な委員意見

健康の保持増進

1. 食生活について

○健康の保持増進という点でも、実は高齢者より若年層、幼児の現状に目を向けるべきだと思う。朝食の欠食率の高さは無視できない。子どもの欠食率が高い年代はその母親が朝食をとっていないことを示している。朝ご飯を食べない子どもが大人になった時やっばり朝ご飯は作らないだろう。厳しい言い方をすれば、今の高齢者の健康より若年者、幼児の健康増進に多くの力と財源を投入すべき。

○幼児期からの禁煙教育、食事のとり方の教育も大切

○40歳までの食育、生活指導も大切

○食事の中に「良く噛む」という視点を入れること

2. 運動習慣について

○40, 50, 60代の働き盛りの歩行(速歩)が必要。

○40～49歳の人に対する生活指導が重要

○家族や近所仲間で楽しく歩くためには、お祭りなどの事業も大変良い。

○成人するまでに「運動する習慣をつける」教育が必要。

○生活の中での習慣化という視点ではこれまで最も成果をあげたのはラジオ体操。

○ウオーキングに関するイベントを行う(市町村を中心に)。

○『〇〇町歩け歩けの日』の設定とか『歩く運動週間日』の設定をして、子どもから高齢者まで皆でイベントに参加。

○警察と連携して安全に安心して歩ける時間の設定。ウオーキングタイムとして、警察官がパトロールする時間と歩く時間を2時間から3時間設定する。

○歩くポイント制の導入→歩いて買い物に行った人にポイント制や割引を商業(産業)と連携して実施。

○「歩く」ことに対する施策に関係する部局間の連携の強化を図る。

(同じ組織の中→保健部局と教育委員会、都市整備部局、土木部局

違う組織の中→県の保健部局と市町村の土木部局

各部局の政策と、健保連や各国保の健康増進事業などの連携)

- 既存の市民運動を積極的に支援→運動推進員さんと健保連のウォーキングとを結びつける。
- 県の要介護の原因で骨折が女性18%、男性6%、高齢者の骨折は骨粗鬆症が要因→防止のためには栄養、運動、日光浴が鍵→地域における食事指導、高齢者の対する歩行やゲートボールなどへの参加の働きかけをするボランティアの育成を図る。
- スポーツ・運動への関心→若年層の生活上のゆとりが必要→ワーキングプアの実態をどうするか。
- 調査から事業のプランニング→プランニングしたものの継続の確認が大切

《道路・ウォーキングマップ等の環境整備》

- 歩道と自転車道の整備
- 歩道を広げる(自転車は歩道を使用しないように)、又は、車道が狭いところは車道とは分けて歩道を整備。
- 県内には多くの旧跡・寺社があるので、ウォーキングマップを多く作成し、同時に歩道の整備をする。(距離の表示も)
- 参加するための移動支援(視覚障害者・知的障害者)

3. 障害者のスポーツ参加の促進について

- ウォーキングを政策として推進するなら、障害者も参加できるように工夫が必要。
- 健康づくりに参加しにくい在宅に閉じこもりがちな人の社会参加を促すための取り組み。
- 家庭でできる健康づくりの普及。

高齢者や障害者の地域ケア体制の構築

4. 高齢者の地域ケア体制の構築

《全体について》

- 県と市町村で行政の取り組みを書き分けてほしい。
- 地域ケア、地域包括ケアなど定義、概念が曖昧。
 - ・「暮らし」という視点で政策を考えるべき
- 関係者一同に危機感をもって対策を検討してもらう必要がある。
 - ・地域医療対策協議会はその好機であったと考えるが、この会議が終了後、危機感を共有する場がなくなることは危険。少なくとも、県庁内の部局の壁を乗り越えて、対策について議論調整する場を継続していく必要がある。
- 地域包括ケアを論じる点においては、重要な視点は『集積』と『分散』、『連携』と『継続』が重要なキーワード。
 - ・『集積』: 地域包括支援センターが機能的には集積した役割を期待されている。
 - ・『分散』: 在宅介護支援センターや居宅介護支援事業所がその分散した機能と役割を持っている。
 - ・『連携』と『継続』: 十分に機能していればケアマネジメントはかなり期待できるはずだが、不十分さを認めざるをえない。その原因のひとつは地域包括支援センターに人的、財的基盤が不十分であるということがあげられる。
- 独居高齢者モデルの普遍化
 - ・ 前段階として全てが老・老世帯と想定しての支援モデルの作成

《医療等と介護の連携の強化、在宅復帰・在宅維持のための基盤整備について》

- 連携を強固にするためには、診療所は、在宅療養支援診療所の要件を満たすようにすべき
- 医療と介護の連携の前提は共通アセスメントシートの作成。
 - ・既存の要介護認定のための訪問調査用紙と主治医意見書を簡略化し、A4用紙1枚にまとまる作業を行う。
 - ・要介護認定の一次判定用紙の有効活用方法を考える。
- 通常のサービス担当者会議への医師の同席は現実的でない。
 - ・他業種の参加についても報酬加算の点数化を図る。
 - ・情報を共有化する視点で捉えることが必要で必ずしも同席する必要はないのではないか。
 - ・情報をやりとりするシステムの整備が必要。共通な情報カルテなどのフォーマットを整える検討

が必要。

○介護人材の不足

- ・ 老人人口の増加に伴い、供給側がサービスを提供できなくなる可能性が高い。
- ・ 外国人労働者の積極的な受け入れなど、ヘルパーをはじめとする人材育成を進めるべきである。
- ・ 在宅看護師の確保のためにリタイアした介護士の積極的な掘り起こしが必要であり、職場復帰のための研修の新設や奈良県内に就職した方の実習費の無料化などを検討すべき。

○医師不足の現状のなかで可能なことを検討する。

- ・ ケアカンファレンスに主治医の出席が困難(特に病院)な場合は、地域医療連携室の担当者とケアカンファレンスを行い、主治医にはポイントを押さえて意見をいただくようにする。
- ・ 地域医療連携室の担当者同士のネットワークを作る(事例検討会や研修など)。また、地域医療連携室とケアマネジャーや訪問看護ステーションのネットワークを作る。

○十分な経験と力量をもったケアマネジャー等と介護保険制度に精通した医師等が合同で事例検討会を公開で行うことが効果的である。

○地域包括支援センターが主催で月例の事例検討会を開催し、輪番で医師等が参加するとともに地域のケアマネ等にこれを公開し、互いに学びあう場とする。

○一般論として、医療サイドの介護保険制度や福祉に対する知識や認識に不十分さがあり、手だてが必要。

○医療従事者への介護保険制度や地域医療の現状の啓発が必要。

○病院医師や看護師を対象とした、在宅医療や在宅介護を見通した継続的な連携のための地域ケアや介護保険制度の研修を実施する。

○病院と診療所における要介護者の退院に向けての連絡システムを作る。

○在宅医療を実践する医療機関のリストの作成。

○地域の在宅医(地区医師会の医師)と地域の訪問看護ステーションの合同研修会や交流会を行う。

《ボランティアとの協働について》

○地域ケアに参加される民間人の、この事業に参加できる時間について十分考慮すること。研修、ディスカッション等にも参加していただくことも大切(スウェーデン等北欧で上手に実施しているとのこと)

○市民協働

- ・ 医療も福祉も介護も、高齢者の地域ケアニーズを満たすために、地域の住民同士でカバーしあ

える地域協働をすすめていく。

○昼間独居の高齢者の安否確認のため地域の高齢者(65歳～75歳)の元気な老人に安否確認訪問、傾聴訪問のボランティアを組織する。

《地域包括支援センターについて》

○地域包括支援センターに困難事例の相談者としてスーパーバイザー的な専門職を配置し、包括支援センターを強化する。

○地域包括支援センターの規模、人数を倍にして本業の業務を遂行すべき

《その他》

○訪問看護ステーションの参入啓発には、潜在看護師(子育て等で就業していない看護師)の掘り起こしのため保育所待機に優先的に入れるよう配慮。

5. 障害者の地域ケア体制の構築

○地域包括支援センターの拡充→介護保険制度と障害者自立支援制度の一元管理、精神保健福祉士の追加配置など。

○サービスのマネジメント及びその提供体制については、『集積』と『分散』、『連携』と『継続』が重要なキーワード。

○障害児のケア体制が非常に重要→障害を持っている就学前の幼児の療育は無償で保障すべき。県として基金の醸成など基盤づくりに取り組むべき。

○市町村の相談支援体制の充実を図る→介護保険の介護支援専門員を市町村からの委託で担当者として相談、プラン作成にあたるようにしてはどうか。

○医療サービスの利用について→障害者の方への学校や外出先での訪問看護の提供をしたい→診療報酬上は自宅に限られているので、県又は市町村で補填を。

○在宅で長期にわたり生活する障害者の方の健康管理を普及啓発する→在宅にいる障害者の方は主治医の無い方も多くいる。

○障害者の地域ケア体制も健康保持増進もまだまだ未整備→障害者の社会参加が十分進んでいないのが大きな原因→障害者の社会参加を促すには障害者を特別視する健常者側の問題も大きい→障害を持つ人も、そうでない人も両方の方が便利に使える町になるなら、地域ケア体制も健康保持増進も健常者への対策がそのまま障害者にも適応できるはず。

○何が障害を持つ人にとって障害となるかをそれぞれの立場から根本的に見直す必要がある。

○精神障害者への偏見をなくすための取り組み

○精神障害者の方に対する保健所・市町村の役割の明確化と体制の整備

6. 療養病床転換後の高齢者医療提供体制の構築

○連携を強固にするため、診療所は在宅療養支援診療所の要件を満たすよう努力すべき

○介護療養型医療施設が有する機能(医療と介護サービスの同時提供)の継続は必要。

○終末期医療(ケア)のあり方を本気で考えることの必要性を県民に訴えること。

○在宅を良くすること、家庭で亡くなること、教育のためにも死を見ることがよいとする哲学からきている→ヨーロッパ基準ぐらいの尊厳死をやらないといけない。

○日本は人口に比して医師が少ないというよりは、むしろ病床数が多いということが問題→病床数の多さと在院日数の多さという点、しかもこのことに関して高齢者の寄与している割合を考えると将来的には劇的に病床数を減らすということも視野に入れざるをえないのではないか。

○療養病床入所者の中には在宅療養が困難であるためという方が多いと考えられる→家族構成的な問題か、経済的な理由かなどまずは実態把握が必要。

○在宅療養の推進が大いに必要、これを助ける訪問看護体制の拡充を同時に進めることも必要。

→この2点のサービスを推進するための事業の考慮が大切

○本来ならば療養病床の転換そのものも回避すべきと考えるが現在のところは療養施設の意向を受け入れるしかない。→すると、重度要介護者の入所施設が劇的に不足してくる→重度の方を受け入れることのできる施設の新設目標をまずは明確にすべき→その上で、総施設数を設定できれば、残りの要介護者は在宅で見るとしかなくなるので、総必要サービス量が算出できる。

○医療を更に要するレベルの方の在宅管理できるようなインフラの整備を行う必要

○積極的なヘルパーを初めとする人材の育成を進めるべき→外国人労働者の積極的な受け入れや県で就職してくれるならヘルパーの受講料や登録関係の経費を無料化するなどの誘導政策が必要。→在宅看護師の確保のために、通常のリクルート活動を支援するとともに、リタイアした看護師(以下在宅看護師)の積極的な掘り起こしを行うべき→復帰研修の新設、県内に就職した方への実習費の無料化などを検討すべき。

○医療処置が必要になって退院する場合にそれを管理する医療機関が少ない→在宅医療ができる医療機関の確保

○病院と診療所において、要介護者の退院に向けての連絡システムをつくる。在宅医療を実践してくれる医療機関リストを配布して住民に選択してもらう。