

8月19日（火）奈良県地域医療等対策協議会 第2回 健康長寿部会

午後14時00分～16時28分

司 会： 定刻となりましたので、ただいまから奈良県地域医療等対策協議会第2回健康長寿部会を開催いたします。

皆様方におかれましては、大変お忙しいところ、本日の会議にご出席いただきましてありがとうございます。

それでは、会議に入ります前に、お手元に配付しております資料の確認などをさせていただきます。

まず、会議次第でございます。それから、配席図、メンバー表でございます。それから、A4横の資料、高齢者や障害者の地域ケア体制の構築についてという資料でございます。ご確認をお願いしたいと思います。

また、外部委員の方におかれましては、机の上に2枚封筒を置かせていただいておりますけれども、この下の方の封筒の中に委嘱状、これを入れさせていただきます。ご確認の上、お持ち帰りいただきますようお願い申し上げます。

なお、前回同様、本会議は、審議会等の会議の公開に関する指針によりまして、公開となっておりますので、ご協力の方よろしくをお願いいたします。

また、傍聴される方、報道機関の方につきましては、先にお渡しいたしました注意事項をお守りいただきますようお願いいたします。

また、議事録につきましては、公開といたしまして、県のホームページに掲載させていただきます。したがって、後日テープ起こし等を行いますので、ご面倒ではございますが、ご発言される際には、マイクを使用してご発言いただきますようお願い申し上げます。

続きまして、委員の紹介に移りますが、今回2回目でございますので、前回ご欠席で今回初めて出席される委員のみのご紹介をさせていただきたいと思っております。

花園大学准教授の廣瀬委員でございます。

廣瀬委員： 廣瀬でございます。よろしくお願いいたします。

司 会： 以上でございます。

奈良NPOセンター副理事長の村上委員におかれましては、本日ご出席予定ということでございますが、ちょっとおくれられていらっしゃるようでございますので、また来られましたらご紹介さしあげたいと思っております。

なお、安川委員、松永委員、佐久間委員、石井委員につきましては、所用のためご欠席の連絡を受けてございます。

また、佐藤委員におかれましては、おくれるとの連絡を受けております。

それでは、ただいまから議事の方に入りたいと思っておりますが、前回同様、奈良県地域医療等対策協議会設置要綱第6条及び第7条によりまして、部会長が議長となることになっておりますので、小林部会長、よろしくお願いいたします。

小林部会長： 委員の先生方、大変お忙しいところ、時間を都合つけてご参加いただきましてまことにありがとうございます。

東京の方の天気は、今週の日曜日になる前から涼しくなりまして、皆さん方がた

奈良に住んでいらっしゃるわけですが、東京はすごく今寒いです。気をつけておられると、民放も、全国チャンネルですとか、気象のガイドをやっている女性職員の皆様、東京は寒いので長袖一枚着こんで下さいというぐらい気温が下がっております。それで私なんかはああ、やっと涼しくなってきた、私の好きな秋が来たなと喜んでおるんですけど、こっち今日来たら、やっぱりここは温かいなといっているのですが、それでも奈良の方々は暑さになれて、この夏を何とか乗り切られているのではないかと、このように期待しております。

それでは、今日は第2回の会議を開きたいと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、議事に入らせていただきます。

第1回の会議では、健康長寿部会の進め方と検討課題、健康の保持増進及び高齢者や障害者の地域ケアの構築について、事務局からさまざまなデータが示された。それぞれについて取り組みの必要性について、多くの意見をいただきました。

また、今回の会議に先立って、委員の皆様から事前にご意見をいただいております。これからのことも踏まえて、本日の会議では、当部会の二つの検討課題の一つであります高齢者や障害者の地域ケア体制の構築について、議論をお願いしたいと思います。事務局から先進的な取り組み事例等について報告させますので、課題や取り組みの方向について、意見をいただきたいと思います。

もう一方の検討課題であります健康の保持増進については、次回の会議で議論をしていただき、さらにその次以降の会議で、この二つの議題に対する一定の答えを出すことができると考えております。

なお、前回の会議で事務局から説明のありました療養病床の実態調査については、本日結果の紹介をいただき、目標値等については次回以降に対応する予定でございます。

では、療養病床アンケートの調査結果について、事務局から報告をお願いいたします。

保険福祉課長： 保険福祉課の松原でございます。

前回、部会の際に療養病床の患者さんの実態調査を行うということで、ご説明いたしておりました。その結果が速報という形でまとめてございますので、まずちょっと先に少々お時間いただきまして、その報告をさせていただきたいと思います。

資料でございますけれども、少し飛ばしていただきまして、51ページをお願いいたします。

本年の6月10日現在で、奈良県内の療養病床を有します34医療機関に対しまして、その療養病床に入院をされておられる患者さんのうち、誕生月、3月、6月、9月、12月、全体の3分の1の患者さんすべてを対象といたしまして調査を行っております。34全医療機関から回答がございまして、892名分の回答を得ているところでございます。

その内訳といたしましては、医療保険適用の療養病床575人、介護保険適用の療養病床317人分でございます。調査時点の入院患者数が、それぞれ1,686人と925人でございますので、3分の1、大体傾向が把握できる数ではないかなと、こういうふうに考えております。

調査項目といたしましては、医療処置の必要性を中心に、いろいろご示唆もいただきました認知症の有無、意識障害の有無、世帯の状況、あるいは入院患者の延命治療の意向等についての結果をまとめてございます。

それでは、52ページをお願いいたします。

まず、入院患者の平均年齢でございますけれども、80.7歳ということでございまして、医療療養病床の方が78.5歳、介護療養病床の方が84.8歳と若干介護療養病床の方が6.3歳ほど高齢の方が入院されているという結果でございます。

それから、53ページをお願いいたします。

性別で見てもまいりますと、女性64.9%、男性32.6%でございます。療養病床別で見ますと、医療療養病床が女性62.8%、男性36.9%、介護療養の方では、女性74.4%、男性24.9%ということでございまして、女性の割合が比較的高いという結果が出てございます。

それから、54ページでございます。

医療処置の状況でございます。何らかの医療処置が行われているかどうかということでございますが、医療療養病床で79.1%でございます。介護療養病床の方では、53.9%でございます。全体では70.2%、右下に少し細かいですが、数字を書いております。全体で70.2%ということで、医療処置がない方というのは、全体で29.8%ということでございます。

こちらの真ん中のグラフの方は、その医療処置の種類ということで、全体、それから医療療養病床、介護療養病床のそれぞれにつきまして、主だったものを記入をいただいております。全体では喀たん吸引19.8%、胃ろう19.5%、このあたりが高い数字でございます。医療療養病床の方を見ますと、喀たん吸引23.3%、胃ろうが20.5%、酸素療法17%、このあたりが高い処置ということでございます。介護療養病床でいきますと、経管栄養19.6%、胃ろう18.3%、喀たん吸引14.8%等でございます。どのような医療が一番多く処置されているかという状況を集計したものでございます。

55ページをお願いいたします。

介護を要するとされます認知症、常生活自立度Ⅲ以上の認知症の有無ということでございますけれども、全体で60.8%でございます。これは医療療養病床53.7%に比べまして、介護療養病床の方が73.5%を占め、介護療養病床の方で逆に認知症の部分が高くなっているということでございます。一番多いのは、この度合いでいきますとⅣの区分で、全体でも28.9%、介護療養病床では、36.9%という数字になっているところでございます。

56ページをお願いいたします。

意識障害の有無を調査いたしております。意識不明、または一時的に覚せいの方は、全体の23.8%でございます。医療療養病床で22.4%、介護療養病床では26.1%でございます。そのほか大体7割以上の方は意識はあると、覚せいしているという状況でございます。

57ページをお願いいたします。

こちらは療養病床の世帯の状況について調査をいたしております。これを見ても

ますと、やはり世帯、単身世帯と高齢者のみの世帯、これをあわせますと45.7%でございます。24.4%と21.3%足して45.7%でございます。それぞれ療養病床別で見ますと、医療療養病床では48.5%、介護療養病床では40.7%でございます。一番パーセンテージとして多いのは、高齢者と子供が同居しているというパターンでございます。全体の45.6%、医療療養病床で40.9%、介護療養病床で54.3%、こういったところがこの療養病床の世帯の状況でございます。

それから、58ページをお願いいたします。

患者さんの延命治療の意向の有無をお伺いしております。「意向あり」とされた方は、全体の5.8%でございます。医療療養病床では3.8%、介護療養病床では9.5%でございます。「意向なし」、あるいは「聞いていない」というのが多いわけでございますけれども、それぞれ「意向なし」が43.3%、「聞いていない」というのが47.1%という延命治療の意向の有無については、このような結果となっております。

それから、このあたりが今後につながってまいるところではないかなと思いますけれども、59ページでございます。

退院するためにどういったことが必要なのかということ的自由記載という形で整理をいたしております。それぞれグラフのところでもアルファベット打っておりますけれども、AからWまでそれぞれ集計をいたしております。AからGまでが介護に関する事項ということでございまして、HからRまでが医療に関する事項ということで、その中身を整理をいたしております。

特徴といたしましては、やはり介護に関する事項の中で、Bの欄、数字の多いところで申し上げますと、介護力不足の解消、これが全体24.1%、特に介護療養病床では、下の欄でございますけれども、36.9%、このあたりがパーセンテージが高くなっています。それから、訪問介護、あるいは24時間見守り・全介護、このあたりもその全体の12.5%、11.7%ということでございまして、特に介護療養病床では20.5%、20.8%ということで、高い数字になっている特徴がございます。

それから、医療に関する事項でございますけれども、これについては、アルファベットのN、医療処置の喀たん吸引、経管栄養、このあたりが10%程度ということで、比較的高い数字。それから、その他の医療処置も同程度に10%程度と8.8%、10.4%。医療療養病床の方がやはり医療に関する数字というのが少し高目にやはり出ているのかなというところが見られるかと思えます。

それから、病状の安定、改善、Q欄でございますけれども、これにつきましても、全体9.1%で、医療療養病床10.8%、介護療養者になりますと少し数字は、医療に関する事項の方は下がってくると、こういうような現状でございます。

入院患者の実態調査の方は、また少しほかのデータも今後、次回ということで考えております。とりあえず私からの今日の説明、報告は以上でございます。

小林部会長： ただいま報告いただいたことにつきまして、委員の皆様方のご質問がありましたらどうぞ。

また質問が出る前に私から聞きたいんですけど、この調査をやったグループの人た

ちでディスカッションをして、特に最後の59ページの退院するために何が必要かというときについての、今ちょっとコメントがあったんだけど、あんまりよく聞こえなかったんだ。もう少しわかりやすく言うと、どうしたらこの人たちが退院できるんだろうか、それとも、もうやっぱりこれじゃとても退院させられないとか、いろいろな競争があったかもしれないけれど、そのグループの中の研究を担当されたグループの中でのご意見でもありましたら、ご披露いただけると大変ありがたいと思うんですが、いかがですか。

**保険福祉課長：** ここまで、59ページでお示しした分は、単純の集計ということでございまして、このデータ、あるいは、もう少しほかに退院するために必要かということ、あるいはなぜ退院できないかとか、そういったところのデータをもう少し分析をしてみまして、それをもとに前回ご指摘のありました今後の療養病床のあり方でございますとか、医療療養病床のあり方の話とか、そういったものが報告させていただくような形で議論を深めたいと。

ちょっとまだきょう明確にご紹介できるんじゃないんですけども、分析をもう少しやった上で、このあたり、データをもとにやっていきたいと、こういうふうに考えております。

**小林部会長：** どうぞ委員の皆さん方、ご質問がございましたら。

はい、どうぞ。

**竹村委員：** 医師会の竹村でございます。

退院するために何が必要かというふうな質問が59ページにあるんですが、この療養病床におられる方が退院なさるということは、特養に行くということが退院になるんですか。それとも、実際住んでいらっしゃった家に帰ることが退院になるのか。

それから、その前が、療養病床の前には、ひょっとしたら終の棲家として特別養護老人ホームに入っておられて、また特別養護老人ホームに帰ることなのか、在宅に帰ることなのかというようなことが、そこら辺がちょっと僕にはわからなかったということがあります。

それと、もう一つ57ページで世帯の状況というところがありますが、単身世帯、高齢者のみの世帯をあわせると47とかという統計出ていますが、介護保険制度が導入されて、介護保険の費用を払う、お金がかかるというようなことで、同じ世帯でありながら世帯分離をした、息子さんと世帯を切ってしまった、夫婦でありながら世帯を二つに分けてしまったというようなことが現実的に行われており、市町村なんかの行政なんかでもそのように指導しているところがあるとかいうようなことを漏れ聞いたことがあります。そこら辺との世帯が実際どうなっているのかということをごちょっと教えていただけます。その二つお願いいたします。

**保険福祉課長：** 1点目の退院についてはどういうことであるのかということでございますけれども、ちょっときょうデータは、前回ちょっとお示したか、この今回のあれには載っていないんですけど、この療養病床におられる前にどこにおられたかというようなところの数値もこちらの方で少し調査しておりますので、そのあたりのものも含めながら、このことについては考えてまいりたいと。

ただ退院するということは、やはり療養病床以外のところに行くと、そういう意味合いで、それはその施設か在宅かというところもあるかと思えますけれども、退院ということであれば、そういうことで考えております。

**長寿社会課長：** 単身、そして高齢者世帯のことをございますけれども、今回のこの調査は、療養病床に入院されている方に対する調査でございますけれども、一般的な動向といいたしましても、現実的にはやはり高齢者のみの単身世帯、あるいは、高齢者のみの世帯というのはふえておるとというのは事実であろうと思えますけれども、今の竹村委員ご指摘がありましたようなことも、一部にはあるという話も事実として聞いてはおりますけれども、市町村、そういった指導しておるとするのは、まずはないんじゃないかというふうには理解しております。

**辻村委員：** 前回のときに説明をしていただいた国の資料、その療養病床再編の問題の最初のスタートになっているところですが、現在の利用状況見ると、医師の指示がほとんど必要ない方も利用しているのが実態だと。そこで国の資料では、週1回ないしほとんど必要ないという、医師による直接医療の提供頻度というのが前回のもらった資料の15ページのところに出ています。そういう国全体の傾向と比較したときに、奈良県の介護療養病床における医療の提供頻度というのは、何か奈良県は独特なといいますか、国の言っているようなことではないですよと、今の説明でしたら、54ページで介護療養病床では、何らかの医療処置をしているのは53.9%だと、半分強は医療の提供が行われていると。国の資料では、83%はほとんど必要としていないと、それで介護療養病床は、もう平成23年でしたか、それを全廃するという方向を打ち出しているわけですが、必要があるのかなのかという議論が、そこが国の資料見ておっても、何か移行する際の算定の数字が、掛けている数字というのが、前の資料では18ページになるんですけど、国の算定方式の計算の仕方と、実際に医療が必要な人というのでは、何か随分と数字の違う出し方で、実態とは合っていないのではという感じを持ってたんですけど。特別養護老人ホームと介護療養型との違いというのが、何かよくわからなくなっています。結局この介護保険の制度スタートのときも、特養と医療機関にいる要介護度の高い人たちが、同じような状態の方が多いいというので、一元化論というのがあったわけですけど、しかし実際的にはそれはやっぱり無理でしょうということで、ずっとそのまま来ているわけですけど、この辺の入所者の実態というのが、医療という観点から見たときに、医療療養型については、当然医療機能の方が高いというのはわかるんですが、介護療養型と言っているところの部分は、実態がどうなのかというのがもうひとつわかりにくいなと。

わかりにくいというのは、前回もらった本県の介護療養病床入院患者の介護の必要性という資料、前回の19ページですけど、これなんか見ても、要介護3以上の方が92%です。何と云うか、確かにこの数値だけ見ていると、これは特養とほとんど変わりが無い状態だと。国の説明聞いておっても、何か特養と介護療養型の利用者の状態像というのはほとんど変わりが無い。そこにこの療養病床再編の議論の大きなポイントがあるとすれば、奈良県においても、この辺のところはしっかり抑えておく必要があるんじゃないかと思うんですが、その辺はい

かがなんでしょう。

**保険福祉課長：** ご指摘のとおり、前回の資料の15ページの中医協の調査の結果の医療費による直接医療費提供の頻度で、回数で見た場合の割合ということ、それから18ページの国の方で示します医療区分に応じた療養病床の考え方、こういったものはもちろん国の方はこういうことで示してきているわけですが、奈良県においては、やはり県の実態に応じた療養病床のあり方というのが必要だろうという前提に立って、今回の調査をしたということでございますので、我々としては、今回お示ししました数値、あるいは、もう少しこれを分析したものを踏まえて、それがやはり介護療養病床なり医療療養病床なりの実態であるというふうに考えて、これをもとに目標の数といったようなものも報告させていただきたいというふうに思っております。

それぞれの調査のやり方も、国のやつと今回の県の分、また異なるところもありますので、完全にこの整合性をとるとというのは、なかなかできないかなと思うんですが、国のやり方でやるのではなくて、県の方の調査をもとにということをやってもらいたいと思っております。

**平井委員：** 資料の54ページですけれども、ひとつお聞きしたいのは、設問の仕方で「医療処置なし」という項目というのはございましたでしょうか。

**保険福祉課長：** 先ほどの中の項目で、「医療処置なし」に丸をつけるというのは、そういう項目としては設定してはいないという、調査の仕方としてはそういうこと…。

**平井委員：** 私申し上げたいのは、こういう「医療処置なし」というふうな一くくりですと、本当に他の人は医療要らないんだなど、医者も看護も要らないんだなどというふうに誤解されるというのがありまして、正確に言えば、「ここにある処置以外のことはしていなかった」というのが正しいんだと思うんです。

と申しますのは、例えば、リハビリテーションとかというのは、ここに含まれておりませんので、当然この選択の仕方は必要だと思うんですけれども、「医療処置なし」でひとくくりにすると、一般の人は非常に誤解するという、さっきの中医協の二の舞になると思いますので、正確に言えば、「ここにある医療処置以外の処置はなかった」というふうなことは、少なくとも説明していただきたいというふうに思います。

**保険福祉課長：** すいません、「その他」という項目がございますので、それ以外の医療行為については、1から10項目あるわけですが、それ以外の人は「医療処置なし」ということになるかなというふうに思っております。

**平井委員：** いや、さっきの辻村委員との関連で今申し上げているんですけれども、じゃあ特養に、あるいは老健にそのまま移行できるような方が、これだけいるのかというふうな置きかえに単純になってしまっただけは具合が悪いなど。いろいろな調査の仕方というのはあるんでしょうけれども、やはり「医療処置なし」というふうなことで言えば、普通の人だったら何で病院に入っているのか、何で医者が24時間もいるのかというふうな話になってきますので、そういう意味で医療が必要なければ、当然入院すべきではないということだと思っておりますけれども、ちょっとこの辺の説明が

必要かなと思います。

**山中委員：** 先ほど保険福祉課長申し上げたことの繰り返しになると思うんですけども、県としては、基本的には国の考え方というものは使う考えはないということで考えていますので、今回のこのデータでもって、いろいろな重なりとかその辺のこともう少し詳しく分析をした上で、どういった数値があるべきかということを検討して、またこの協議会に報告したいと、このように考えておるところです。

**小林部会長：** 要は、統計データをどう読むかというところは大変大事なところなので、そこはもう少しこのあとのフォローをきちっとして、きちっとしたレポートを書かないかんし、書ききれないものなら場合によっては再調査ということも、施策として大体の方向はそんなに違わないんだから、それをまた再度調査やり直すということだって、方向性としてはわかっているわけですから、方向性を右左に行くということではないので、もう一遍場合によってはデータをつくり直していくとか、その点だけをもう一遍再調査するということがあっても仕方ない。今後のご努力、すみません、事務局大変ですけど頑張ってください。

**今村委員：** この図の読み方として、私、非常に高く評価させてもらっています。国よりもずっと高い数字として推計してもらっていると思うんです。国は、ここで言えば喀たん吸引とかそういったものを医療行為に入っていない。こちらの調査の中では、一般的に退院は難しいんじゃないのかといった医療行為を全部挙げてもらったら、これだけ高い数字が出てきたという意味で、これは数字としては非常に意義はあると思います。また、大分踏み込んで調査をしているんじゃないかと思います。平井先生おっしゃったように、「医療行為なし」という表現は、やっぱり誤解があってしまうかと。

例えば、薬を飲んでいるかどうかという目で見れば、ほとんどの方が飲んでおられるわけです。医療行為だと思うんですけども、そういったものは除外されると、ある程度の注釈は必要ではないかというふうに思います。

**小林部会長：** それでは、次の資料に沿って、高齢者や障害者の地域ケア体制の構築について、事務局から説明をお願いします。

**長寿社会課長：** 長寿社会課でいたしております石橋でございます。

私からは、高齢者の地域ケア対策の構築ということで、資料につきましては、1ページから35ページまでになっております。資料、多いものですから、ポイントを中心に進めさせていただきたいと思いますが、まず1ページちょっと手前の目次を見ていただきたいと思います。

最初に介護サービス基盤の整備方向ということで、最初提示させていただいております。これは施設だけではなく、いろいろなサービスを将来どの程度必要になってくるかというのをここで予測したものとして提示させていただいております。

次が地域ケアに関しての先進的な事例をお示しをさせていただいております。また、その後に現在大和郡山市でモデル事業を県で取り組んでおりますけれども、それについての内容を示させていただいております。

そして、31ページのところでは、全体の整理といたしまして、地域ケアの必要性ということでまとめさせていただいて、最後の35ページでは、論点整理という

ことでの整理をさせていただいております。

特に、今回この35ページの論点整理の部分について、特に議論をお願いしたいというふうに考えておるところでございます。

それでは、順を追って説明をさせていただきます。

最初、1ページからでございますが、第1回の健康長寿部会の際に、委員の方から介護保険の施設を減らすという前提で、この会が進行されるのではないかといたご意見をいただきました。また、事前に委員からいただきました意見の中で、施設の不足ということに対して懸念をされているようなご意見をいただきましたので、将来の方向として整理をさせていただいております。

内容でございますけれども、いったんここでは2020年、平成32年の予測ということでさせていただいております。団塊の世代が要介護状態になる可能性の高い後期高齢者の仲間入りをするような時点ということで、2020年としておかせていただいておりますけれども、この時点で県内の高齢者は、41万人ということに予測をいたしております、そのうち要介護認定者は、6万6,000人余りということで、現在よりも32%余りの増加ということで予測をいたしております。

次の2ページでございますけれども、2ページでは、介護サービスの利用者を類型別で予測をいたしております。これは、現行の利用の割合と同程度という、前提として見込んだ場合の利用者の見込みでございますけれども、一番下の黒い部分、左側上の棒グラフですけれども、下の黒い部分が介護保険の3施設、特養、老健、療養病床でございますけれども、現在9,100人が、20年では1万2,000人となること。また、居宅サービスの利用者が一番多いわけですけれども、これは現在2万9,400人が3万9,000人と、こういったようにふえてくると予測をいたしております、その右上の方で少し説明いたしておりますけれども、施設及び居住系サービスの利用者数ということで、ここでは3施設とグループホームの利用者ということで集計を出しております。これはいわゆる国が示しております参酌標準の前提となる利用者をここに挙げさせていただいておりますけれども、2007年の時点から2020年にかけて、3,300人程度今後ふえてくるということで、その下の括弧のくくりで示しておりますけれども、要介護認定者の2から5の要介護認定者数に対しての割合ということで、現在37%余りということで、現在と同程度ということでの利用者見込んでおりますので、2020年でも同じく37%程度といったような状態であるということでございます。

整理といたしまして、下で整理方向として示しておりますけれども、今後2020年にかけて3,300人の増加、サービス利用者の増加が予測される中で、やはり将来的にも県民ニーズを充足するように、施設なり居住系のサービスの整備は引き続き必要であるというふうに考えておるところでございます。

また一方で、増嵩します保険料、あるいは県市町村の財政負担を勘案するとともに、高齢者の方はできるだけ在宅で介護を受けたいというような願いを持っておられます。そういったニーズも満たす上でも、やはり介護予防のための健康の保持増進、そして地域ケア体制の充実というのが、やはり必要であろうというふうに考えておるところでございます。今回は、特に地域ケア体制の充実についてのご意見を

お願いしたいということでございます。

4 ページからでございますけれども、ここでは先進事例を示させていただいております。まず、広島県の尾道市におきます先進的な取り組みということでございます。

尾道市におきましては、主治医機能を核として、在宅医療のための地域医療連携にとどまらずに、多職種協働のシステム化ということで、医師、さらには介護関係のケアマネージャーなり、あるいは訪問看護ステーションなりといったような方も参加して、地域と一体化したケアマネジメントの構築をされております。

特に、主治医とケアマネージャーが中心となりましたケアカンファレンスをチームとして取り組んでおられるというのが尾道方式と言われておるものでございますけれども、このケアカンファレンスには、本人や家族、医師、看護師、保健、あるいは福祉の専門職の方、さらにはサービス事業者の方、あるいは場合によっては民生委員、あるいはボランティア関係の方も参加しておられるという状況で、ケアカンファレンスを実施をされておるということでございます。

サービスの量の確保はもちろんでございますけれども、サービスの現場にルールを設定して、ケアカンファレンスというのをツールとして使いながら、医療、介護など一元的に提供するというのをシステムの的にされておるという取り組みでございます。

5 ページのところでは、この尾道市の取り組みを少し整理した形で示させてもらっておりますけれども、その1ということで、ケアカンファレンスが当然になったのはなぜかということでございますけれども、介護保険の施行前から急性期の病院と密接に連携をしながら主治医機能の強化ということで、在宅医療に取り組んでおられたということ。さらには、この介護保険の施行前から転院時、あるいは退院時、本人、家族、さらには主治医、あるいは看護師、ヘルパーさんも参加したケアカンファレンスも行っているという、こういったようなことでケアカンファレンスは当然のようになっているということでございます。

また、なぜこういうふうに着してきたかということでございますけれども、特別なことはしておらないということで、ケアカンファレンスというのを繰り返し繰り返しされたと、それを多職種協働でされていったということでございます。

ケアマネから見ますと、医師の方は敷居が高いといったような意識もあるわけでございますけれども、医師からケアプランを叩かれることによって、そのコツがわかるといったようなメリットもあると。また、介護保険だけではやはり限界があって、民生委員さんも来ていただいて、福祉と医療の場においては、ますます強まってきたおるといったことがあるということでございます。

また、各参加者も今回書いておるようなメリットをそれぞれが感じておるということでございます。定着に向けた取り組みということで、医師、ケアマネなどが系統的な研修、あるいは講演会を医師会主導で実施をされてきておるということ。医師の方も積極的に参加をされておるということ。特に、尾道の場合は、ケアカンファレンスには医師の方もほぼ100%参加をされておるという状況でございます。

できるだけお互いに忙しい時間の中ですので、資料を事前に配付して短時間で1

5分とかそういったような短時間のケアカンファレンスをされておるということでございます。議論だけでなく、実践をされておるということでございます。

次、6ページでございます。

これは埼玉県のと光市の取り組みの例でございます。ここでケアマネジメントサイクルということで書いておりますけれども、先ほどの尾道の取り組みというのは、サービス担当者会議、ケアカンファレンスの取り組みであったわけでございますけれども、と光市においては、コミュニティケア会議というのをケアマネジメントサイクルの中に位置づけて、実施をされておるということでございます。法令に基づく会議ではございませんけれども、市独自の制度として取り組んでおられるということでございまして、行政主導のシステムとして構築をされております。

ケアプランに対して各方面からの検討を加えて、最終的に合意を得る場にされておるということでございまして、特に介護予防プランについて、中心的にこのコミュニティケア会議では対応されておるわけですが、実際に要介護1、あるいは要支援1、2の軽度の方が平成18年で364名だったのが、改善というようなこともあって、平成19年には251人に減少したといった、そういった効果も出ておるということでございます。

7ページは、6ページとダブっております。

次に8ページをお願いいたします。

ここは、先ほどのと光市の取り組みを再度整理をさせていただいております。

コミュニティケア会議のねらいとして、自立支援に向けたサービスの提供ということで、真に自立に向けた取り組みであるかどうかという視点が必要ということで、このコミュニティケア会議を実施をされておることで、保険者としての役割、利用者の自立支援、さらには、ケアマネ、事業者に対する支援、あるいは給付の適正化、あるいは研修といったような意味合いも込めて、コミュニティケア会議の実施をされておるということでございます。

このコミュニティケア会議の運営につきましては、特にコミュニティケア会議の組織でございますけれども、保険者サイドということで、市、あるいは地域包括支援センター、管理栄養士、歯科衛生士等が参加をされると。また、事業者サイドということで、ケアマネージャー、サービス事業者、あるいは、場合によったら医師、民生委員なども参加をされるということで行っておられます。定着をしたことによって、自立に向けたプランの作成ができて、お互いに自立に向けた合意形成を図るようになってきたと。

さらには、ケアプランの質が向上してきたと。さらには、利用者に対して理解を求める場合ですが、市職員も同行して行政主導の体制を確立をされているということでございます。

次が9ページ、と光市の先進的な事例でございます。

と光市の取り組みは、特に目的を在宅復帰ということで、明確に位置づけをされた取り組みをされておられます。毎年在宅復帰を進めるための研究会というのをと光市で全国から集まって開催をされておるということで、この場では、なぜ施設の関係者が在宅へ戻そうとしないのか、またなぜみずからも自立支援、自立向上に

取り組まないのか、あるいは家族へのアプローチというのが何で行わないのかといったようなことを分析をして、在宅復帰を実現するための取り組みということで取り組んでおられるということでございます。

一つ一つの事例を重ねながら、実践的に取り組みをされて、在宅復帰を進めておられるということで、家族にとって在宅復帰なんか無理だと、施設職員がどこも在宅復帰は考えられないと、そんなような意識を変えるようなところからスタートをされておられるということで、具体的な手段としては、下の段に書いておりますけれども、在宅復帰支援会議の開催、あるいは地域ケア支援コーディネーターの配置などによって、この取り組みがされておられるということでございます。

実際にこういう取り組みによって、現在富山市の在宅復帰率は、42%程度になっておられるというような効果も上がっておられるということでございます。

次に、10ページからは。

**小林部会長：** 課長さん、ちょっと待って。まだ大分長くなるので、ここで今までのところが他府県ですね、紹介は。10ページ目からは、大和郡山市って地元ですよ。だから地元の話に入る前に、一遍皆さん方にご質問があって、とって事務局の方もそうも答えられないのかもしれませんが、何か委員の皆さん、意見を聞きたいとかいいですかね。事務局さん、いいですか。中断して、はい、どうぞ。

**北田委員：** このモデルは、全部市町村が割と人口が密集したところの話なんですけれども、奈良県の場合は、前回の資料なんですけど、川上村から東吉野、天川、下北山村、御杖村と、高齢化率が非常に高いですよ、そういうところのそういうモデルというのはないんでしょうかね。こういうことやれるというのか、何か非常に難しいとは思いますが、そういうことやっているところのモデルというのはとっておられないんでしょうか。

**長寿社会課長：** 全国的な取り組みで、先進的な取り組みということで、厚生労働省をモデルにしながら、制度を組み立てておられるというようなこともございまして、そういったものを今回お示しをしておるわけですが、今おっしゃいました中山間、特に高齢化率が30%とか40%とかなっておるようなところで、モデル的なものというのは、ちょっとまだ十分情報として入っておりませんが、同じ尾道市で、これは医師会中心ではございませんけれども、病院が中心になった地域ケアというものを組み立てておられるような取り組みもあるというふう聞いておりますので、またそのへんの情報も入れていきたいなと思っております。

**瀬川委員：** 天理市の瀬川と申します。

実際、退院に向けて、ケアカンファレンスを医師とともに持たれて、ほとんど100%の参加率ということが報告されていたんですけども、今現場で起きているのは、私は3月まで介護保険の現場にいたんですけども、退院されるときに、「病院から退院しろと言われていたんですけど、医療が必要だけど主治医がない、どこか先生紹介してもらえないか」というのがやっぱり相談に来られるんです。往診していただける医療機関がないか、退院はしろと言われても、現実に医療処置してくれる医療機関がない、そしたらまず往診できる医療機関が天理なら数軒しかないんですけど、とりあえずどこかそこに当たってくださいという形でご紹介していくのが現実です。

まして、この100%の参加率というのは、先生たち、大変お忙しい中で参加していただけるというのは、すごいことだなと思って、実際退院に向けて医療処置、先ほどの前回のテーマの中でもあったんですけども、本当に医療処置が必要となって退院される場合に、それを管理していただける医療機関というのは現実に少ないし、家族でできることというのは現実にはほとんど少ない中において、この制度改正で絶えず現場は振り回されているというのが実情だと思います。

もしこの参加率が100%というのは、例えばその地域の医療機関が参加されているのか、単なるその病院の先生方なのか、ちょっとわかれば教えていただきたいなと思ったんですが。

**長寿社会課長：** 入院されて退院される場合は、その病院の主治医の方、そしてその町の診療所の方、診療所の医師の方が参加されるということであり、それも先ほど言いましたけれども、時間にしたらほんと短時間、15分程度をめぐりにされるということで、非常に効率よくされておると。長年の積み重ねの中でされてきておるというふうに理解をいたしております。

資料の説明とまってしまっていますが、在宅での診療、往診なりしてくださる医師ということで、そのへんというのは、確かに課題だと思っております。資料でいきますと28ページ少し開いていただきたいと思いますけれども、28ページは、在宅療養支援診療所の状況を示させていただいております。これは24時間体制で往診、あるいは診療を行っていただける診療所ということでございますけれども、奈良県の状況でございますけれども、65歳以上の人口1,000人当たりを示させていただいておりますけれども、0.29というのが奈良県の状況でございます。数で言えば90カ所ということになっておりますけれども、全国でいきますと0.39ということで、全国平均よりも少ないということで、このあたりは充実されるべきだろうというふうに、あるいは、充実していくべきだろうというふうには考えております。

**今村委員：** 今回の資料全体にサービスをいかに使ってもらおうかという観点で、先進事例が集まっていると思うんですけども、今の質問にもありましたように、サービスの提供する側をいかに確保するかという観点が、全体に少ないように思えるんですね。老人の数は、ここ10年で1.3倍になって、施設の数が増えないということになれば、在宅サービスの量というのは1.5倍とかいう感じで必要になってくるわけですし、この1.5倍の在宅サービスをどうやって確保するのかというのは、直近の切実な課題だと思うんです。

施設の数というのは限られてしまえば、必然的にその人たちはあふれ出てくるわけで、必ずサービスを使わざるを得ない状態になって、そのときに在宅サービスを資源として1.5倍に増やすようなことが、実際にどこまで可能なのかということももう少し資料として示してもらいたいなというふうなのがこの資料読んだ実感なんです。それはいかがでしょうか。

**長寿社会課長：** 1回目の委員会の際に、現状としてお示しをしたデータの中で、病床の推移というのを資料としてお示しをさせていただきました。事業所はずっと介護保険制度始まってから増加してきておるという状況がございます。施設も計画的に整備をして

おるといふことで、この中で在宅サービスでございますけれども、特に最近、顕著なのは訪問介護の事業所の数が頭打ちになってきておるといふ状況は確かにございます。なぜ頭打ちになってきておるといふのを事業者に聞いてみますと、一つは、要はお客さんが最近集まらなくなったといったような反応でやめられるといふのも一つはございます。

また別に人材、働き手が最近集まらなくなったと、そういったようなのは最近特に問題となっております人材確保の問題で、事業をやめるといったような方も少しは出てきておりますけれども。ですから、そういったことから考えますと、少し奈良県においては、現時点の話でございますけれども、現時点では、事業所といふのは一定足りておるのではないかな。ただ、将来的なことを考えると、やはりサービスをふやしていくということから考えますと、やはり働き手と言うんでしょうか、人材の確保がやはり大きな課題になってくるだろうと。これは奈良県だけの問題じゃありません。日本全体の問題でもあろうかというふうには考えておりますけれども、現状としては、一定確保されておると。ただ将来的にこのまま本当に高齢者の受け皿となるサービス基盤が順調に伸びていくかどうかといふのは、ちょっと今のところ何とも言えない状況ですけれども、ただその中で一番大きな課題といふのは、やはり給料、賃金の問題ではないかなというふうには考えております。

**今村委員：** 訪問系の一番のサービスの提供者はヘルパーさんですね。ヘルパーさんの給料の問題もありますが、訪問介護ステーションの往診していただくドクター、在宅介護支援センターの数として、純粋に1.5倍近く必要になってくる状況があると思うので、今までどおりサービスを使うとすれば、今足りているということと、10年後足りるはずだと言われても、大分ギャップがあると考えられます。今までうまくいけたから、この後もいくはずだと、今、説明には聞こえました。大分、各訪問系のところといふのは、リミットまで来ているように見えるので、今のところに負荷させるということでは対応ができるのか、数をふやさなきゃいけないというあたりは整理をしておく必要があると思います。

キーステーションの数をふやすか、人数はふやさなきゃいけないのは間違いないんでしょうけれど。

**小林部会長：** あの、全部答えなくてもできないときはできないでいいんだよ。無理するとかえって欠点の方が出ちゃうから。

**長寿社会課長：** この分野では、一定自由競争というんですか、民間に開放された分野になってきておりますので、そこのところは、行政ほどの程度これに関してサービス提供量をふやすためにどの程度かかわれるかといふのは、ちょっと明確な答えとしては今持ち合わせはしておりません。

**小林部会長：** 私からの提案だけでも、ここの知事さんもよくおっしゃっているんだけど、こういう農村県的なところの一番いいモデルは、長野県ではないかと私は思うんですよね。知事さんもよく長野県はよくやっけていらっしやるとおっしゃっている。確かにあそこは医者数がどの程度あるのかちょっとわからないけれども、せつかくここまで都市調べたら、少し農村県を調べてもらって、言ったように、実際にサービスのする人たちがいないところでは、幾ら言ってもどうにもならないからね。私も非

常に気になっているのは、実は、今日は外部の人がいらっしやるんだけど、言っちゃうと、要は今医者が足りない。今度政府としては、医師の強化策ということで、大学の入学の定員もふやして、たくさん医者をふやす。それをやってもらわなきゃどうにもならないから、そのことはいいんだけど、じゃあ果たしてそれだからといって農村の医師の確保につながるのかね、と。

私は、実は母校が名古屋大学なんだけれども、名古屋大学の若い学生さんが話しているのを横で聞いてたんですよね。そしたらね、今の若いお医者さんは、内科って言っても内科の専門医にはなるけれども、カントリーサイドの内科の先生になる人もいないし、外科もいないし脳外科もいないし産婦人科もいないし小児科もいない。結局学生数増えたからといって、今足りない科のところに手を挙げて行く人なんてほとんどいないよというのが、彼らのディスカッションだったんですよ。横で立ち聞きしていたから議論には入らなかったんだけど、実際に私らもそう言われると本当に今医学部の学生ふやしたから、医者が簡単にその今我々が必要としている診療科がふえるかということは、政府が幾ら頑張っても、解決つかないかもしれない。

そういうときに、我々が助けてあげなくちゃいけないたくさんのご老人の方や弱者の方をどうするのかというところで、知恵を絞らなくちゃいけないんだから、少し長野県だとかその他の県で、いわゆる我々の奈良県に似たような状況のところのデータがあったら、とって向こうの県は嫌がるかもしれないけれど、長野県ぐらいなら出してくれるかもしれないませんが、少しそういうデータもちょっと探してみてくださいませんか。それぐらいはしてみても、ああそうか、こんなことやっているのかと。大体今確かにご質問があったように、都会地帯の、都市地帯のところばかりやっていますので、そんなふうに感じました。私もそこがあったもんだからちょっと一たん止めたんですけどね。

他に何かまだ意見ありましたら。なければさっきの続きに行こうと思います。

長寿社会課長： そうしましたら資料の10ページからお願いをいたします。

10ページからは、現在大和郡山市でモデルとして今年度から取り組んでおる事業についてのご説明でございます。

大和郡山で取り組んでおります事業も、先ほど説明をいたしております先進的な取り組みを参考にしながら、県・市、さらには市の包括支援センター、あるいは市の医師会に協力いただいて取り組んでおるものでございます。

どういったことをやろうとしているかということでございますけれども、医療、介護、福祉の連携に加えて、インフォーマルな見守りといったものを含めて、さまざまなサービスが連携しながら一体的に提供されるシステムを構築したいということでございます。

現在、4月から始めたばかりでございますので、現時点での進捗でございますけれども、課題の分析のところの1にケアマネージャーに対しての調査、そして医師に対しての地元大和郡山市の医師に対しての調査を行っております。今後は事業所に対しての調査、そしてさらにサービス利用者に対しての調査を行っていきたくて。あるいは、社会資源の調査もやっていきたいというふうに考えております。

2番目のところで書いておりますけれども、ケアカンファレンスの実践ということで、できるところからやっというということで、具体的なケアカンファレンス、あるいはケアプランの検討会もできるところから取り組んでおるということでございます。

3番のところで書いておりますけれども、実際に高齢者の包括ケアを進めていく上での支援体制の構築をしていきたいということで、カンファレンスの開催を支援するための組織、あるいは地域ケアの推進役、あるいは研修会、医師会合同での研修会の実施なども今後やっていきたいというふうに考えておるところでございます。

さらには、4番に書いておりますけれども、現在大和郡山市のモデルにしておりますけれども、このモデルの取り組みを県下の市町村に展開していくための取り組みもやっていきたいと考えております。

11ページは、できるところからカンファレンスを実施してみるということで、二つ、大和郡山でこの3カ月の間に行ったものでございます。

最初の11ページにつきましては、がんの終末期で入院されている方が、在宅での療養を強く希望されたといったことがございまして、主治医は当初ひとり暮らしのために在宅の療養など無理だといったことでございましたけれども、本人はより強く希望されたことから、ケアマネージャーは希望をかなえたいということで実際にカンファレンスを実施して、本人の希望がかなえられたといったような取り組みとして示させていただいております。

それから、12ページは、これもカンファレンスを実施した事例でございますけれども、介護されている方は兄弟でふたり暮らしでございますけれども、介護する方が軽い認知症であるわけでございますけれども、入院されている方が、胃ろうの手術された後に在宅での療養を希望されたということで、これも病院の医師、さらには主治医の方も参加していただいてカンファレンスを実施して、在宅の復帰ができたという取り組みとして示させていただいております。

13ページは、ケアマネージャーに対しての実態調査ということでございます。

15ページを開いていただきたいんですけれども、ケアカンファレンスの実施状況ということでございますけれども、ケアカンファレンスの開催について「開催が容易である」と答えられたのが17%、「開催が容易でない」と答えられたのが31%、「どちらともいえない」というのは53%という状況でございます。開催するうえで、最も大変であるというのが「参加者の日程調整」ということが84%の方が日程調整が大変だということで答えられておられます。

16ページでございますけれども、カンファレンスへの医師の参加状況でございます。

医師に参加を要請したところ、「参加がある」と回答がありましたのは17%、「参加がほとんどない」、または「ない」といったところは、全体の72%に達していたということでございます。

医師の不参加の理由でございますけれども、「必要がない」といったような回答も33%ございましたけれども、「参加が呼びかけにくい」といった回答が53%もございました。

17ページは、医師との連絡状況でございますけれども、ケアマネージャーと医師との連絡状況について「よくとる」という回答は29%で、「たまにとる」というのは42%、「ほとんどとらない」が16%ということでございまして、医師に連絡を「たまにとる」、「ほとんどとらない」、その理由について聞いておりますけれども、「必要がないと判断」というのが26%で、「連絡がとりづらい」という方が42%ございました。

18ページは、その他ということでございますが、カンファレンスに利用者、あるいは家族の参加状況はどうかといったところで、「ある」、「ほとんどある」というのが全体の7割を占めております。

次に19ページから医師に対してのアンケートの調査結果でございます。

20ページでございますけれども、保健・医療・介護・福祉の連携の必要性について医師に対して聞いております。ほぼすべての医師の方が、介護などとの「連携が必要」といったような回答を寄せていただいております。「連携の必要はない」といったような回答はございませんでした。

その他の意見のところ、社会的支援を含めて総合的な活動を行うことで、相乗効果を期待できるといったことや、あるいは尾道のような連携とは言わないが、やはり会議形式の情報交換は必要だといったようなものをいただいております。

21ページのところでは、ケアマネージャーとの連携ということで、これも医師に聞いた状況でございますけれども、約半数が「ケアマネージャーからの連絡があって、必要なときはみずからも連絡する」という回答がある一方で、「ケアマネージャーからの連絡はあるが、みずから連絡することはない」、「ケアマネージャーからの連絡もなく、またみずから連絡をすることもなし」という回答を合わせますと、4割に達しておる状況でございます。

22ページは、サービス担当者会議の参加状況でございます。

いわゆるケアカンファレンスが、「必要と思うので、ほとんど出席するようにしている」といったような回答は、全体の6%しかございませんでした。「そもそもサービス担当者会議への出席依頼がない」といったような回答は半数でございます。ただ、「サービス担当者会議を必要と思わないため、出席しない」という回答はございませんでした。先ほどの例でいきますと、尾道の場合は、これが100%出席をしておるといったことでございます。

次に23ページ、居宅療養管理指導についてでございます。

居宅療養管理指導と言いますと、医師の方が通院困難な利用者に対して、居宅を訪問していただいて、居宅のサービス計画の策定に必要な情報提供をしていただいたり、あるいは要介護者、あるいは家族に対して、サービス利用の留意点なり介護方法について指導、助言をしていただく介護報酬上の算定のものでございますけれども、「算定していない」という回答は66%に達しております。

次に、飛ばしまして、25ページでございます。

ケアマネージャーからの連絡で希望する時間ということでいきますと、診察時間、診察時間外、ほぼ同数といったような状況になっておりました。

次に、26ページ、ケアマネージャーに期待することでございますけれども、患

者の日常生活の状況を伝えることが一番多く、介護に関する情報、あるいは積極的な連携の期待も大きい結果となっております。また、ケアマネージャーに対して医学的な知識を希望する、期待する声もございました。

27ページは、主治医意見書の作成についてでございます。

主に、主治医意見書の作成に当たって、日ごろ感じていることがあるかどうかという質問でございますけれども、約4割の方が主治医意見書の作成に当たって「感じることはある」ということではございますが、その他の意見の中で、病気がなくても明らかに機能低下とか障害で困っておられたり、介護が必要と考えられても意見書では十分に通じない、意見書だけでは不十分じゃないかといったような答えや、あるいは、せめて要介護度の結果について一報いただきたい、自分の記載の内容は反映されているのかもわかりにくいといったようなことがございまして、いずれにしてもケアマネージャーとの連携は望まれているということになっております。

28ページは、先ほど説明しましたけれども、在宅療養支援診療所の状況でございます。

29ページは、訪問看護の状況でございます。

訪問看護を利用されている方の人数を縦軸にとっておりまして、人口10万人あたりですけれども、横軸が自宅で亡くなる率を横軸で示しております。このデータから訪問看護の利用の高い都道府県ほど、在宅で亡くなる割合が高いというのが、これから見てとれるんじゃないかというふうに思っております。

ちなみに、奈良県は、在宅で亡くなる率は、全国1位ということではございまして、訪問看護の利用の人数も比較的高い位置に属しております。

次に、30ページでございますけれども、30ページは、先ほど療養病床のアンケートの説明資料とダブっております。要は、退院するのに何が必要かということで、先ほどの説明にもございましたけれども、介護力の不足の解消、表のBの方、あるいはFの訪問介護、Gの24時間見守り、さらにはIの訪問看護、L・Mの医療処置等が退院するために必要だということで、こういったことが満たされれば、在宅での生活も可能になるんじゃないかといったような、逆読みとしてはできるんじゃないかというふうに考えております。

31ページからは、地域ケアの必要性ということで、これまでのことを整理をさせていただきます。

簡単に説明させていただきますけれども、地域ケアの必要性ということで、将来的に高齢化の進展により要介護や認知症の方もふえてくる、さらにはひとり暮らしの方もふえてくるといった中で、介護サービスの需要というのは、当然ふえてくるだろうということで、今後要介護者の増大に対応した施設を初めとする介護サービス基盤の整備を進めるとともに、在宅でのケアの充実も重点的に取り組んでいく必要があるということで、整理をさせていただきます。

32ページでございますが、地域ケアの実現のためにということで、医療・介護・福祉の一体的な提供は必要だということで、そのためには医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた生活支援サービスが日常生活圏の中で用意をされていること

が必要で、同時にそれらがばらばらに提供されるものではなくて、一体的な形で提供される地域ケア体制づくりが必要だということでございます。

地域でのケア体制の構築として、やはりケアマネージャーと医師との密接な連携が不可欠ということで、サービスの提供にかかわるさまざまな職種の方が協働して、ケアカンファレンスを行いながら、一人一人のニーズに合わせたサービスを提供していく取り組みが必要ということで、整理をさせていただいております、34ページのところで、それを全体として目指す姿として整理をさせていただいております。

多職種の協働によるケアカンファレンスなどを通じて、在宅、復帰在宅での生活を維持していく取り組みが目指す姿として示させていただいております。

35ページは、再度、全体をそういった形で地域ケア実現に向けた課題と論点整理ということでまとめさせていただきました。この整理は、各委員から事前に意見をいただいておりますので、そういったことも踏まえながら、整理をさせていただいております。

米印で示させていただいておりますのは、具体的な施策の提示ということで、意味合いで見ていただけたらと思いますが、少し時間が長くなりますが説明させていただきます。

まず、現状のところの医療等との連携というところで、医師とケアマネージャーがお互いに連携の必要性を認識しているけれども、現状は十分じゃないということで、課題としては、ケアカンファレンスの開催の充実が必要、またケアマネージャーから医師へのアプローチ、また医師の積極的なかかわりというのが課題になっておるということで、論点整理として推進体制の構築ということで、ケアカンファレンスを実施する体制の整備ということで、具体的にはスーパーバイザー、あるいは地域ケア推進コーディネーターといったような配置でありますとか、ケアカンファレンスの支援チームの設置、あるいは個々のカンファレンスを通じた支援といったような取り組みを行ってはどうかということでございます。さらには、地域ケアの重要性というのを医師、あるいはケアマネージャーに対して促すための意識改革というのも必要であろうというふうに示しております。

次に、現状の1の②でございますけれども、医師、ケアマネージャーはお互いの情報に関して不足をしておるという状況があるということで、福祉系ケアマネージャーは、医学的知識に乏しく研修が必要、また医師は、介護に関する情報や患者の日常生活に関する情報を求めておるということで、論点整理としては、医師とケアマネージャーの合同研修の実施ということで、合同での事例研究会の実施なども考えられるのではないかと示しております。

また、1の③の多職種協働によるカンファレンスが不十分であるということで、チームによる対応が必要ではないかということで、さまざまな職種の方がチームケアを行うための取り組み、さらには、その普及というのを求められておるんじゃないかということで整理をしております。

次に、在宅復帰に向けた基盤整備ということで、在宅での医療提供体制が不十分ということで、課題としては、主治医機能の充実が必要、さらには在宅療養支援診

療所の充実、また訪問看護サービスの充実というのが課題ではないかということで、在宅療養支援診療所を始めとする診療体制の充実、主治医機能の強化、さらには訪問看護サービスの参入促進、参入を促すための取り組みが必要だろうということで整理をいたしております。

次に、2の②でございますけれども、家族介護力の低下、世帯構成の変化により、独居高齢者に対する見守り体制が不足しておるといふこと。また、見守りなどの社会資源（インフォーマル）の発掘が十分できてないといったような現状を見て、課題として地域密着型サービスの充実でありますとか、見守り体制の整備、さらには医療、介護などの制度以外の社会資源を活用した地域ケアについても必要ではないかということで整理をさせていただいて、論点として、地域密着型サービスの充実確保と利用者に対する啓発ということで、地域密着型サービスの利用自体が伸びないというようなこともございますので、利用者に対する啓発も必要ではないかと考えております。

また、社会資源の整理と利用しやすい環境整備、さらには新規参入促進というのが必要と考えておまして、社会資源の活用を検索するためのシステムの構築も考えられるのではないかと示させております。

そして、最後に行政の取り組みということで、現状ということでは、地域包括支援センターは、本来ケアマネジメントなどの本来業務が必ずしも十分できてないというような現状、または地域ケアに対して市町村のかかわりが不十分であるという現状を踏まえて、課題としては、県内の地域包括支援センターが比較的小規模な組織になっておるものですから、介護予防プランの作成に追われておるといふような状況もございます。そういったような課題を整理いたしております。

そして、地域ケアの必要性については、市町村も十分認識はしてもらっておりますけれども、十分に取り組みができてないといったところで、論点、具体的な事業展開として、地域包括支援センターの組織体制の充実、また保険者の責務として、積極的な取り組みを市町村に対して求めるとともに、県においても目に見える形で事業を行っていく必要があるということ。また、県下一律ではなくて、全市町村の規模や地域の実情に合ったこういった取り組みを行うことが必要ではないかということで整理をさせていただきました。

大変長くなって恐縮ではありますが、以上でございます。

**小林部会長：** 御苦労さまでございました。

ここで石橋課長さんの部分のところが一応説明終わったんですね。そうですね。

これに関しては、大和郡山市ってこの県の中の町ですね。ですから、この地元の医師会の役員である竹村先生、何か補足するなり、追加するなりありましたらご発言をお願いします。

**竹村委員：** まあごもっとも、だれが考えてもこういうような答えが出るんでしょうけれども、ただ、部会長がさっきおっしゃいましたように、実際地域で在宅で往診できる先生が、今なかなか育たない、大学で糖尿病を診ても頻尿の膀胱炎なんかがいることはないの、他の科に紹介状を書いてしまうというような状況なものですから、せっかく新臨床研修医師制度ができてよくなったかなと思うと、医師破壊されて、

またちょっと異なった意見が出たりということで、僕たちも尾道市から片山先生をお招きして、奈良県医師会で講演会を開いて、ぜひこの居宅療養管理指導料っていうんですか、そういうのをとって、病院との連携、それと訪問看護ステーションとの連携、それと後方病院はどこですということ、それと自分が連携する、往診する医者を2人か3人、もし自分が日曜日とかお盆のとき、正月いなかったら違う先生はこれですよ、この先生ですよということを文書で提供してというようなことを今、ぜひ届けてくださいというふうにPRはしているんですが、まださっきの表のように0.29で、全国レベルのところまでいっていないというのが現状だと思います。

それから、またケアマネージャーに関しましては、ケアマネージャーの実務研修と言いまして、最初のケアマネージャーになれる時点で、僕たち、ここにいらっしゃる辻村先生、それからいろいろな方も「一応連携はとってください、医者の敷居は高くないですよというよ」うなことで、「主治医の意見書は無料でコピーして見せてあげますから、どうぞいらっしゃい」ということを言っているんですけども、なかなか初めのうちは医療職、訪問看護師さんとか保健師さんがケアマネージャーになられた方多かったんですが、ここへ来てここ1、2年は、主に介護職がふえたものですから、なかなか、どっちかという、初めのうちは介護保険と医療保険、かなり近いような状態だったのが、少しばらっとばらけて、介護保険はこの部分、医療保険はこの部分って、かなりばらけてしまったような印象を受けます。ぜひまた僕はこの会議の前に提言をくれというようなことで、提言ということで、できるだけ在宅療養支援診療所を満たすような医療機関を医師会主導でたくさん集めましょうということ。それと、地域包括支援センターが、余りにも規模が小さいもんですから、先ほど今村先生おっしゃいましたように、規模を倍ぐらいに今のうちにしとかなきゃパンクしてしまうんじゃないかなと、そんなことを申し上げているいろいろやっているつもりですが、なかなか介護の世界に株式会社導入とか、それとか別枠とか、横出しとか、いろいろな自由診療的なものが設けられて、医療と介護がなかなか当初みたいにじっくりいっていたのが、ちょっとばらけてきたような感じで、ちょっと残念な印象を受けているんです。ちょっと感想になりました。

小林部会長： 先生、そうするとこの内容については、医師会のほうが。

竹村先生： 医師会のほうは既に。

小林部会長： これの問題は何もなくていいんですね。

竹村先生： 大和郡山市医師会、それから大和郡山市、それと尾道市医師会の先生にも奈良県に来ていただきました。だから、在宅末期のことに関しましてもぜひ往診して、そういう患者さん本意の医師会になりましょというようなムードを盛り上げているんですが、なかなか全体の医師会の先生の同意というのがなかなか得られないのが現状です。

小林部会長： この資料の中、実施主体奈良県と郡山市地域包括支援センターという名前が出てくるけれども、医師会の名前は出てこないもんだから、医師会さんはどこへ行っちゃったんだろうと心配をしたんだけど、今の発言聞いて。

竹村先生： どこをやりましょうということなもんですから、奈良県南部は先ほど北田委員おっしゃいましたように、吉野地区とか五條地区頑張っているんですが、かな

り範囲が広がって苦戦していらっしゃるものですから、比較的大和郡山だったら既にうまくいっているからいいんでしょということで、ちょっと奈良県医師会としても、大和郡山医師会でモデル事業をやっていたら、それを全県的に網羅していただければということで、同意いたしております。

小林部会長： ありがとうございます。

長寿社会課長： 大和郡山市の医師会にも協力をいただいておりますので。

小林部会長： それを最初に言うてもらえたら気楽に聞けたと思います。  
どうぞ、栗田委員。

栗田委員： 私も少し感想と質問が1点と、一つは、私現任でケアマネージャーと訪問看護師と両方しているんですけども、今のお話をお聞きしまして、主治医の先生との連携なんですけれども、ここでは主治医の先生との連携ということが、ちょっとひっくるめて書かれているんですけども、私自身が知っていることの中で感じるのは、比較的开業医の先生とのケアカンファレンスの参加とかというのは、少ししていただくようなにもなっていますし、私も訪問看護ステーションだということもあって、比較的この先生でいつも訪問看護で連携してやっていくところが大体固定してきているというか、ここの先生とはすごくうまく連絡しながらやっていけるというところが何か所か、先生の方もここのステーションがいいというのができてきているような状況かなというふうに思います。ケアカンファレンスも比較的个人医院の先生とかだと声も掛けやすいし、出席もしていただけ、この曜日のこの時間だったら大丈夫とかいうことで、ある程度条件を示していただいて、そこに向けてほかの担当者の方も調整してもらってという形でできてきているのかなというふうに思うんですけども、病院に勤務の先生とのケアカンファレンスがやはりかなり難しく、難しいので仕方がないというか、参加はしていただけないので、事前に意見をいただいて、ほかのメンバーでケアカンファレンスをしてというふうな形での開催になっているかなというふうに思います。

それが1点と、あと訪問看護の方なんですけれども、先ほど論点の整理で書いていただいているんですけども、訪問看護のサービスの充実が必要ということで、実際のところ訪問看護もかなり閉鎖とか休止というところも多くなってきています。うちもすごく現況勤務している者としては、危機感というかあるんですけども、人材が少なくなっているということと、人材のことは、訪問看護だけで考えることはできないということで、7対1の看護体制がすごく大きく影響されているというふうに言われていまして、病院が設立の訪問看護ステーションだと、訪問看護を少し縮小したりとか閉鎖した形で、その看護職員を病院の方に充てて、7対1を確保するということが出てきているというふうに聞いています。

実際、それと小さくてまだ始めたばかりで、2.5人ぎりぎりで行っているステーションで、利用者さんを確保するのが難しいというふうな形での休止とかいうものもあるというふうに聞いています。

訪問看護サービスの充実の必要というのが、実際どんなふうに行っていたらいいかという点では、規模を大きくして24時間の連絡体制というのがやはりこれから看取りのこととかが出てくると、きちんとしていかないといけないというのが

あるんですけれども、やはり訪問看護師の現状としては、家庭を持ちながら、子育てしながらということで、それを担うスタッフが弱いという点では、少し規模を大きくして、そこで担っていけるような、24時間、何人で携帯電話とか対応するかというのが結構厳しいところがあるので、そのような話が今訪問看護ステーションの方では出てきていまして、少し規模を大きくして、安定した運営をしていこうというような傾向にきているかなというふうに思います。

というのは、今の私の感想とちょっと現状というものなんですけれども、一つちょっと質問をさせていただきたいなというふうにあるんですけれども、先ほどから少し先進のモデル的にやられているというか、事例を何点か示していただいているんですけれども、きっとこれ以外に調べられたものというのが何か所かあると思うんですけれども、尾道とか和光市とか富山とか、現在奈良県では大和郡山市ということで、人口規模とか高齢化率とか、かなりいろいろ尾道だと15万人で高齢化率28.9%、富山は41万人の人口に23%、和光市が7万4,000人、13.3%とかという形で、どこを強くして切り口でどんなふうに進めていくかという点では、医師会さんが主導か、行政からかとか、保険者からかとかという形では、何かその辺でそのほかの何か基盤となる条件みたいな、それ以外のところでも傾向としてあるのかなというふうに思ひまして、もしその辺でこれをされている中でお気づきの点とかありましたら、教えていただきたいなと。

**小林部会長：** 課長さん、どうですか。

**長寿社会課長：** きょうお示ししましたモデル以外で私も情報を十分持っておりませんので、逆に何かいいところがあれば、お教えいただいたらというふうに思いますけれども。現状としては今モデルしかないんですけれども、ただ感じておりますのは、人口規模とか高齢化率というのは、こういったモデルを成功に導いているというんでしょうか、成功云々とは余り関係ないんじゃないかなというふうには感じてはおりますけれども。確かに中山間とか都市部で、確かにいろいろな条件は違いますが、一定、要は、ある程度やる気の問題に最終的になってしまうんじゃないかなと、いかにしてその行政、あるいはそれぞれの事業者、あるいはケアマネージャーの方がやる気を出してこういうことを考えていくかという、最後はそれに行き着いてしまうのではないかなというふうには感じております。

**武末次長：** やる気とか精神論にいつてもというところもありますけれど、でもやる気というのは非常に大切だというふうに思っております。

富山市のところ、先進的なところが出たときに、少しこれは何か都会のやり方なんで、参考にならないようなご発言があったかと思っておりますけれども、富山市は、私もちょっと行ったことがありますけれど、決して都会では、確か、なかったかなと思います。むしろ私としては、奈良の方がよっぽど都会ですね、奈良市ですね、というのが…。富山の方がおられたら申しわけないんですが、確か面積は非常に富山市は広うございまして、確か大体人口密度が330人ぐらい、確か大和郡山市が2,100人ですから、大和郡山市の方が人口密度で言えば、面積が狭いということもあるんですけれども、非常に都会ですね。奈良市は確か1,320人ですから、この富山市の在宅復帰という視点から保険者の機能強化というのが、これが都会のモデルで

あると言うとすると、少なくとも奈良県下で奈良市とか大和郡山市とか、できないはずはないんじゃないでしょうかというのが県レベルでの考え方かもしれません。もちろん、県の地域によってはできないところがあるにしても、じゃあなぜ奈良市とか大和郡山市とか、その他の生駒とか、そういう奈良県の中の都会でできない理由をむしろ逆に教えていただきたいなというところがございます。

**田中委員：** 歯科の方のデータも出ておりませんし、今、歯科医師会として現在取り組んでいっている在宅医療のご報告ということでお話させていただきます。

在宅で療養されている方で、7割強に、やはり入れ歯の方に痛み、かみ合わせが悪い、それによる食事困難というようなデータが、2年ほど前に北海道の歯科医師会が出しております。

奈良県といたしましても、2000年の介護保険が始まる時に、一応ひとつ、各市町村での組織立てをやったわけなんですけれども、なかなか歯科医の会員の方も進まないし、勉強会もいろいろやったんですけれども、現実2005年の見直しの際にも本当に低位の数字で推移しておりました。

今回、この4月から大きく在宅療養の方に保険診療の方もシフトいたしましたので、歯科といたしましてももう一度再度いろいろな在宅医療における環境整備を今やっております。

それと各地域においてももう一度組織をつくり直しまして、そういういろいろの訪問看護師さんからの口の中にAさんが問題ありますよというようなときに、どこに話を持って行ったらいいのか、なかなかわからないということ、これも以前から聞いておるんですけれども、そのスイッチをもっとしっかりとこちらの方も受けとめる形で、迅速にその辺のところをやっていくと同時に、歯科衛生士も含めまして、カンファレンスとかもできるだけ出させてもらいまして、それと一緒にまた勉強させていただいて、口腔ケアも含めまして口の中の、特に口腔ケアをもっとしっかりとやれるような状況を、それからその結果を十分見ていただけるような状況をつくり上げていきたいというふうに思っております。

今現在そういうことでもう一度、再度組織立ったものをつくり上げておりますので、どうぞ歯科的な問題がありましたら、歯科医師会でも各市町村のところでも結構ですので言っていただければ、なるべく対応させていただくと同時に、また協働、一緒に働かせていただきたいというふうに希望を持っておりますので、どうぞよろしく申し上げます。

**小林部会長：** 事務局、今わかりましたね。歯科も結構大切なんですよね。一般の人や医療関係者もまあ、うっかりしているんだけど、歯のことはすごく大切。そこをきちっとやらないと、人間、要は何のために生きるのかって言ったらね、やっぱり食べることなんですよね。そのところのものを忘れちゃいがちなんで、もう私は昔から歯科医師会の人のおつき合いたくさんあって勉強させられてきましたので、私はよくわかっていますので、ぜひとも今のお話を大事に事務局の方で考えて、落ちのないようにいけたらと私も期待をしたいと思います。

それでは、まだご質問ありますか。

はい、どうぞ。

**竹村委員：** 先ほど武末次長の方からなぜうまくコミュニケーションがとれないのかなというのがございましたが、今田中委員もおっしゃいましたように、診療情報提供料という、医科ではインセンティブ250点という点数がございますので、医療機関に対する情報提供、それから特別養護老人ホームにしる、介護保険の事業所に対する情報提供というのが250点という、一事業所に対して、そういうとれるというような点数を余り実際、医療保険の支払基金とか国保連合会なんか見てましても、病病間とか病診間、医療機関内での情報提供には割合算定なさっているんですが、そこら辺の、よくとっていらっしゃる先生はとっていらっしゃるんですけども、そういう情報提供というようなインセンティブがあるものですから、そういうようなことを上手に利用なさって、介護保険施設、それからケアマネージャーの事業所とかに情報提供という、それはあくまでも介護保険でなくて医療保険での点数ですけど、そういうようなのをとりながら、ケアカンファレンスに参加していただいたら、それは別に医科点数表に載っているものですから、それでいいんじゃないかなというようなお話は医師会での主治医の意見書の書き方とか、そういう場では申し上げているんですが、実際、支払基金、国保連合会、なかなかその点数が、目に見えてこないのが現状ではないかと思っています。

**橋本委員：** 県立三室病院の橋本です。

実は、私もこの医師の講演聞かさせていただきました、非常にちょっと感動受けたんですけども、確かにこれやっぱり行政主導なしに、これは開業された先生と病院の先生とケアマネージャーがかなり意識レベルを高く持っておられる方だったから成功したんです。今ちょっと病院側の説明をさせていただきますと、実は尾道市のときは、そういう基幹病院で、そういうまとめ役って言いますか、そういう先生おられて、その先生が非常に熱心な先生、開業医の先生でも、もっと熱心な先生おられたということが、成功した理由だと思うんです。病院側もそれを受け取る基幹病院、中心になる病院ですね、やっぱり参加して、それも昼休みのちょっとした時間、15分ぐらいでもぱっとやるという、あんまり仰々しく場所や時間をとるんじゃないしに、いついつ空いた時間にやりますよと、非常にフランクな結びつきでやってたから成功したんだと思うんです。

ただ、今の病院の現状を言いますと、個々のドクターでは、例えば泌尿器科のドクターでしたら、今そういう在宅の患者さんと開業医の先生とコンタクトとって、こういうふうにしますよということを病院から帰った退院患者には指導をしているんですけども、それが有機的に個々の開業医の先生とは連携をとっているんですけども、それが組織的にまだ連携とれてないのが現状なんです。

ただ、がんの疾患なども、これから連携を組織だっつてつくっていかなあかんと思っています。がんでしたら個々の先生では在宅でしていきたいと思っている先生はいます。いてるんですけど、実際どこに言うていって、どうしていいかが、勤務医にとっては、ちょっとわかりにくいところがあったということです。組織づくりをしていけば、参加する医者も出てくるかなと思いますので、ある程度そういう組織のつくりも大事かなと思います。

その点医師会の先生、ぜひ率先してやっていただきましたら、また参加、協力で

きると思いますのでよろしくお願いいたします。

**辻村委員：** 先ほど確か、平井先生も質問されたかと思うんですけど、在宅復帰と、35ページの課題と論点整理というところで大体まとまっていると思いますけれど、在宅復帰に向けた基盤整備ということですけど、在宅復帰という概念がどこからのことを想定しているのか、医療機関に入院している人が在宅に復帰するという、そういう議論なのか、我々福祉施設関係ですと、特養にしても在宅復帰というのにはあり得るといって、昔から、現実にはほとんどないんですけど、ただ老健施設は3カ月在宅復帰、必ずじゃないですけどね、ほとんどはするということからすれば、単に医療機関から在宅復帰すると、療養型の病床から在宅復帰するということではなくて、もっと在宅サービスを整備していく必要があるという趣旨だろうと思うんですが、先ほども40何%在宅復帰したとかというのもありましたけれども、これはどういう形態をもってそういうデータなのか。ちょっと細かいことわかりませんが、わからなくてもいいんですけど。いいんですけどというのは、ケアカンファレンスを充実したら在宅復帰が進みますというのは、私はそれはそんなふうには思いません。在宅で支援する基盤ができてなかったら、これはカンファレンス幾らやってもそれは受け皿がなかったら、受け皿というのは、支援する地域の体制がなかったら、これは無理です。

そして、ちょっと論調がケアカンファレンスにすごく重点が置かれているような感じ受けるんですね、先ほどの説明なり記述の内容からすると。それは確かにカンファレンス、多業種が協働してやるカンファレンスというのは非常に重要ですけど、重要ですけども、例えば医師、ドクターの存在を考えましたらね、そもそもドクターは不足している。もともと診療医療に対するドクターが不足している。それにその方たち貴重なドクターにカンファレンスと言った場合に、私たち、このカンファレンスってどの程度のことを言っているのかなと思うんですけど、ケアマネさんがドクターのところへ電話で「こうで、どうですか」って、これもカンファレンスですわ、というようなことが今はケアマネジメントの中で認められているから、これもカンファレンスと言えそうですが、一堂に会して利用者も家族もドクターも事業者も、それこそ導入時のモデルケースみたいに、こんなカンファレンスが頻繁にできるはずはないと僕は思いますし、そんなことは行われているはずがないと思うんですね。そうすると、そのカンファレンス、カンファレンスってそんなに何か力入れないかんのかいなと。福祉サービスを提供する方から言うと、サービスの基盤をもっときちっと整備をして、そして必要な助言という意味で、専門的な立場からのドクターの意見なり指導というのは非常に重要だし、これは不可欠ですけどね、不可欠ですけど、何かカンファレンス100%やってたら、在宅で生活できるぞというのは、これは幻想ではないかなと。

じゃあ基盤整備のところのことになると、ここに書いてあるのでは、訪問看護、これは医療機関から在宅へ行くときには、これは不可欠だと思います、医療の必要な利用者にとっては。ただ、そうでない人たちも結構たくさんおられる。あるいは、在宅で頑張っている人が施設利用に結びつかないですむような

サービスというの、これをしっかりしていけないと難しい問題が起こってくる。

地域密着型サービスは充実しようと。地域密着型サービスというの、何かすごく重要なというか、非常にいいものだというふうに思われがちですけど、何しろ規模は小規模です。地域密着型というのは、市町村にいちやうわけですから、市町村任せみたいなのところがあって、何か小規模で地域密着型というの、これも何か私は少しちょっと幻想が半分ぐらいまざっているような感じがしています。ここで触れられていないのが、実は意外と最近よく利用されてて、予約待ちになっていますというのがショートステイですね、老健にしても特養にしてもショート利用の希望が多くって、それはなるほど皆上手になってられて、あるいは在宅サービスを在宅で継続していくときには、時々ショートを使ってのぐというシステムが、随分機能しているように思うんです。そうすると、あのショートの施設っていうのは、これは何か施設とも言えるし、在宅系のサービスのようでもあるしというわけですが、ところが、あれはやっぱりハード入れ物がくっついてないと提供できないですよ。そういうところの問題もおさえておかないと、地域包括ケアと言ったときに、やっぱり地域で暮らすということを主眼にしたときに、その辺の推進体制とかケアカンファレンスって確かに重要だけど、基盤をどうしていくのかということにも、もう少し重みを置いていただきたいなというふうに私は少し感じるんです。

**山中委員：** 今、辻村先生のご意見、最もだと思って聞いていたんですけども、そういう中で、今お話のありました在宅で支えるためのショートステイの話も出ていますけれども、確かにショートステイとかは、2月前、3月前に申し込んでおかないと間に合わないんだというような話も聞いております。

それとか、訪問看護の方も最近不足というような情報が我々に入ってるんですけども、ただ一方で、特養の入所申込者が5,000人ほどおられて、その半数近く、あるいは半数を超えるのが比較的軽度の人がおいでになるとか、さらに極端なことを言えば、要支援の人が申し込んでおられるとかいうような話もありまして、そういった一方の状況がある。さらに、在宅サービスの利用そのものの利用の仕方を見ましたら、軽度の方は区分限度支給額の相当いっぱいを使っておられるんですけども、必ずしも、以前私が担当していたときには、平均で見たら区分支給限度額の5割程度しか在宅の方は使っておられないというような状況、ちょっと今私その辺がどうなっているのか、直接担当していないので、正確には分からないですけど、そういった状況があるという中で、一方で先ほど今村先生の話にもありましたけれども、これからどんどん高齢者、要介護の人がふえていく中で基盤をどうするか、今の辻村先生と同じ話だと思います。そういったことも当然我々でやっていかないといけないと思います。しかしながら、一方でそういった在宅の生活されている方が、本当に十分その人にふさわしいサービスが提供されているのかどうかとか、それときょう冒頭にありましたけれども、これから12年先に3,300人ぐらいが施設系が必要になるだろうというデータも今の伸びで見たらそうなっているんですけども、これから12年先に施設系と、いわゆるグループホームとか、それで本当に3,300床、有料老人ホームとか含めて本当にこれで整備できるのかということ

を考えた場合、相当難しいのかなど。さらに、2020年に向かってこの施設を整備したら、じゃあその10年後、20年後はどうなるかと考えた場合に、本当にそれがいいのかどうかという、もう少し長期のスパンで考えていかないと、そういった意味の中では、やっぱり在宅の中のシステムというのも、これも極めて重要なことだろうという思いがします。

確かに、その地域ケアというようなことだけがオールマイティでも何でもないわけで、もちろんそういった在宅の基盤が現状足りているのか足りていないのかというようなことも十分我々としたら把握をしていかなければならんですけれども、このカンファレンスの話にしる、2000年に介護保険始まった当時から言われてきたことが、必ずしも今の9年近くたった中でも、まだ十分といいますか、やはり課題はあるということになりますので、やっぱりその両面から我々としてはやっていかなければならないという思いをしています。

確かに、この資料はそこに重点が置かれているという話になりますから、今年度来期からの介護保険事業計画の見直しの作業、これから実際に具体の作業が始まってくるわけですが、そういった中で今ご指摘のあった部分とかも十分検討していきたいと思います。

**小林部会長：** ちょっともうここで発言、ストップさせていただいて、事務局さん、これで定刻の4時になっちゃったけど、まだ課長さんおひと方、古市課長さんがまだ発言をしていないですね。どうしますか。武末さん、どうする。若干皆さんに。

説明だけさせていただいて。説明だけでも聞かさせていただいて、済みませんね、ごめんなさいね。座長できが悪くて申しわけない。

**障害福祉課長：** 障害福祉課長の古市でございます。どうぞよろしく願いいたします。

先ほどの高齢の関係の次の35ページの次のペーパーございまして、目次みたいなものでございます。

大まかにさらっと障害者の状況についてのご説明させていただきますが、中心は44ページ、45ページ、今本県で進めております「地域で安心して暮らせる社会の実現」、これは障害者地域ケアシステムにつながるものだと。

それから、今年度から相談支援体制の充実ということで、障害者「ほっと」支援戦略プランというのを始めておりまして、それを中心にご説明させていただきますので、その辺についてお時間のある限りご意見いただければと思います。

まず、最初に奈良県の障害者の状況について、簡単にご説明させていただきます。36ページをお願いいたします。

障害者数につきましては、手帳の所持者数によって把握しているところでございますが、左上のグラフのとおり、精神障害、知的障害、身体障害、ともに増加傾向にございまして、20年3月時点で合計7万5,388人になってございます。

それから、右上のグラフでございまして、これは奈良県の障害程度区分認定者数ということです。障害程度区分、障害者自立支援法に基づきまして、障害者に対する介護給付の必要度をあらわす6段階の区分ということでございまして、右側に行くほど高く、区分6というのが一番必要度が高くなってございまして、トータルで3,931人が認定者ということでございます。

それから、その下段でございますが、これは現在障害者自立支援法によりまして、サービス体系が大きく変わっております。給付体系から障害者自立支援法の新体系と順次移行されております。先ほど言いました3,931人というのが、障害者自立支援法による新法による新体系でございますが、まだ旧体系のサービスを受けている方が、この1,937名おるということでございます。

障害者7万5,388人のうち、新体系でサービスを受けている者が3,931人、そして旧体系が1,937人ということで、7万5,388人のうち5,868人、約7.8%の障害者が何らかの障害福祉サービスを受けている状況であります。

そして、その下の棒グラフでございますが、障害福祉サービス別利用者数でございます。一番左の方に訪問系というのが夜が広く多くて、そして、その横の日中活動事業というのがちょっと低調でございます。その右から4つ目でございますが、グループホームというのが極めて低調な状況でございます。

飛ばさせていただきます。次によろしく願います。

次は、37ページでございますが、タイトルは「障害者自立支援法の目指すもの」と書いてございますが、地域ケアシステム構築に中核的な役割をなします地域自立支援協議会について、ご説明をさせていただきたいと思っております。

障害者自立支援法がここに書いておりますようにノーマライゼーションの理念に基づき、障害のある人が普通に暮らせる地域づくりを目指して、18年4月に施行されたものでございますが、障害者の地域生活を支援するため、必要なサービスを適切に結びつけて調整するとともに、社会資源の改善及び開発を行う相談支援事業の充実が不可欠であり、その中核的役割をなす自立支援協議会を強化する必要があるというような位置づけをされてございます。

38ページをごらんください。

今まで申し上げましたように、地域自立支援協議会は、市町村が相談支援事業を始めとする地域の障害福祉に関するシステムづくりに関し、中核的な役割を果たす協議の場として設置するものでございますが、この設置は、市町村単独でも可能でございますし、複数の市町村による共同設置でも可能でございます。運営を指定相談支援事業者に委託することも可能でございます。

その主な機能が、地域の関係機関によるネットワーク構築等に向けた協議、あるいは、困難事例への対応のあり方に関する協議、調整、地域の社会資源の開発、改善というようなことでございまして、自立支援協議会については、都道府県全体のシステムづくりのため、県の自立支援協議会を設置するものとされてございます。

次に、39ページをお願いします。

これは下段の方からでございますが、個別の支援会議で本人を中心に関係機関の人が集まって、障害者個人個人の支援を協議いたしまして、そして、その上に上がっていきまして、運営会議では、個別の支援会議で確認した事項、課題の取り扱いについて、協議いただき、協議・調整をし、その上の定例会では、地域の情報を共有し、具体的に協議していただいて、そして専門部会では、課題別に具体的議論を深めていただくというようなことでございまして、全体会においては、地域全体で確認をしていると。この地域自立支援協議会のプロセスを経て、個別課題を普遍化

して、地域全体を財産ということにできるのではないかということになっている、  
こういうような位置づけでございます。

そして40ページでお示しのとおり、地域自立支援協議会は、地域が協働する場  
でございまして、地域で障害がある人を支える地域づくりの中核であるとも言えま  
す。

次に、41ページをお願いします。

先ほどから長野県というのが言われておりますが、たまたま長野県が相談支援事  
業については先進県であると思っております。長野県もかなり広い面積を持ちますし、か  
なり田舎もあります。奈良県の参考にもなるのかなと思っております。

障害者自立支援法に基づきまして、役割分担が明確化されております。市町村は、  
3障害の一般的な相談支援及びその機能強化を行って、そして県は、専門性の高い  
相談支援及び広域的な支援を行うこともまたございますが、長野県は、もともと障  
害者総合支援センターというのを設置してございまして、生活の場であるグループホ  
ーム設置運営事業者が幾ら踏んばって頑張らせておられても、第三者的に支援  
する仕組みが必要ではないかというような考えがございまして、その圏域に相談支  
援を担うコーディネーター、支援ワーカーがいれば、支援体制が重層化して、安心  
感が高められるのではないかというような考えで、圏域単位で相談支援体制を構築  
しておられます。

左の方は18年度で、19年度は右の方でございますが、右の図のように、現在  
は市町村の理解を増して、市町村共有の専門職を総合センターに配置することがで  
きるようになってございまして、この相談支援センターには、身体のコディネー  
ター、知的・精神のコディネーター、それから障害児のコディネーターが集め  
ていくということでございます。そして、コーディネーターが所属する各施設と契  
約して、相談支援センターに派遣されているということでございます。

このようにいろいろなところから集まった人の力が相談支援センターを成すしてい  
るということでございます。

ここに県は、生活支援ワーカーとか就労支援ワーカーを配置しまして、さらにア  
ドバイザーを配置するというような仕組みでございまして、一番下に書いておりま  
すが、スタッフは平成15年度に34名であったのが、19年度には128人とい  
うように充実をした体制でございます。

こういうふうに個別の支援で解決していく中で、「あったらいいね」というような  
サービスは、各圏域の自立支援協議会につなげていくと、このことによって、この  
地に続くいろいろなニーズを持った人たちの支援につながるのではないかと。

また、困難な事例については、自立支援協議会を中心とした関係者によるネット  
ワークを生かして、解決する結びつける仕組みができ上がっているということでご  
ざいます。

次に、42ページでございますが、これが県内の市町村の絵でございます。奈良  
市の地域自立支援協議会についてでございます。

これも下の方から上がっていきますと、個別の支援会議がございまして、そして  
相談支援部会が、ここで困難ケースの検討、地域資源の開発等を行います。そして、

運営委員会で自立支援協議会の運営、方針の決定を行って、各部会の調整、あるいは、奈良市や奈良県への提案内容を協議する。そして、専門部会では、個別具体的な精神障害、就労支援というようなことを行って、部会間の調整、検討事項の依頼を運営委員会に諮る。そして、特に専門的な検討する必要が発生した場合には、右の方に書いているように政策委員会を開催するというような仕組みになっているということでございます。

小林部会長： 課長さん、これもう奈良県はでき上がって、動いているわけですね。

障害福祉課長： 奈良市の例でございます。

小林部会長： 今の42ページの図は、奈良市はこれで動いている。

障害福祉課長： 奈良市。

小林部会長： ごめんなさい。  
奈良市は動いているのね。

障害福祉課長： はい。

小林部会長： はい、わかりました。

障害福祉課長： 済みません。もうちょっと簡単にします。

次、43ページでございますが、これは奈良県の相談支援事業・地域自立支援協議会の実施状況でございます。左の方が相談支援事業でございます。右が地域自立支援協議会の設置状況でございます。

相談支援事業につきましては、29市町村において民間委託、または専門職員を配置して実施しているところでございますが、10町村においては、行政職員が行っている状況でございます。ある意味専門的知識が不十分な状態のまま対応されている市町村があるというのが実態であると考えてございます。

そして、右の地域自立支援協議会は、32市町村が設置済みでございますが、奈良市町村は未設置の状態でございます。まだまだ不十分な状態であるという状態でございます。

それから、いよいよ本題でございますけれども、44ページをお願いします。

これは本県の障害者の地域ケアシステムの取り組みについて説明させていただきます。

障害者自立支援法の施行によりまして、相談支援事業は市町村の必修事業となり、いちから三障害対応の相談支援を行いまして、県は教育的、専門的な支援を行って、市町村をバックアップすることと役割分担が明確化されたところでございますが、本県では、平成18年度からすべての相談支援事業者を3障害対応の総合相談窓口として機能強化するため、総合相談体制を整備することとしまして、この図の中段以下でございます各圏域ごと中核となる総合相談センターを指定し、圏域内の相談支援事業所への助言支援、圏域の相談支援ネットワークづくり等を行う圏域マネージャーを配置することにしております。

この圏域マネージャーは、1市で1圏域を構成する奈良圏域を除き、西和、中和、南和、東和の各圏域に配置して、事業を推進しているところでございます。

地域自立支援法の柱でございます地域生活移行支援を推進して、地域生活への移行を実現するためには、本人、保護者、医師、サービス事業者、あるいは病院、関

係機関、地域住民等が一体となって理解し協力し合う関係が不可欠でございまして、この圏域マネージャーが中心となって、地域に対する受け皿づくりや権利擁護の意識を醸成するなど、引き続き圏域のネットワークづくりを図る必要があると考えてございます。

この図では、資料の中ほどにありますAさん、Bさん、Cさんの個別支援会議は、支援に必要な関係者が随時集まって協議する場でございますが、その場に行政やサービス事業者だけではなく、民生委員とか関係機関などが集いネットワークを利用して、個々の持つ専門性や資源を活用し、具体的な支援を検討することになってございます。

地域には、医療、就労、教育と、さまざまな分野で個々の課題にとどまらない地域での共通の課題が存在していると思われまます。そうした課題を個別支援会議を通じて、地域に課題として集積して、そして上に地域自立支援協議会でも協議いただき、検討していただく仕組みとなってございます。

地域自立支援協議会の運営に当たって重要なことは、とにかく困っている人を見過ごさない、こういう姿勢でありまして、一つのケア会議で解決できないことは、ネットワークを駆使し、それでも解決できない課題や社会資源の不足について、地域自立支援協議会で解決を図るべく、対応策の検討を行うことが肝要だと考えてございます。決して地域自立支援協議会だけで自己管理する必要はないと思っておりますが、地域自立支援協議会に届いた困難事案などは、保健医療機関、子育て支援機関、学校等関係機関とのネットワークで取り組む基盤をつくるのが大事だと考えてございます。

また、地域自立支援協議会で対応が困難な事例、あるいは市町村及び圏域を越えた県全体の課題を検討し、助言、支援する機関として、一番下に書いております県の自立支援協議会がございまして、地域自立支援協議会と連携して、広域的な支援を行っているところでございます。

44ページの図は、市町村と県が連携して地域ケアシステムを構築していく基本となる形でございまして、まだまだ奈良県では不十分であります、これをしっかりと確立した上で、一層自立させていきたいと考えてございます。

さらに、この44ページの図の真ん中より下に障害者『ほっと』支援戦略プランというのがございますが、これは地域ケアシステムのより一層の充実、発展をさせるために、今年度から取り組みを始めている事業でございまして、次の45ページで簡単にご説明させていただきます。

「障害者『ほっと』支援戦略プラン」と名づけてございますが、戦略プランの3つのテーマとして、障害のある子供と保護者に『ほっと』な安心をサポートする、あるいは障害のある人の自己決定、選択による本人主体の『ほっと』な生活をサポートする、3つ目に障害のある人もない人もともに生きる、ともに支える『ほっと』な地域をサポートするというような3つのテーマを掲げてございまして、これは障害のある子供や障害のある人のライフステージに応じた支援として、及び発達障害、就労及び生活全般にわたる相談支援を実施するため、各圏域ごとに総合相談窓口のある拠点を設置し、相談支援に対する充実強化を図るものでございます。

その支援戦略として、一つ目に書いておりますのは、相談支援体制整備でございます。本来の県の役割でございます専門性、広域性を発揮するため、ただいま未整備の分野に早急に着手していくというようなことでございます。

それから、2番目の大きな柱でございます「圏域総合相談ネット」でございます。特に、これは単独では実施できない市町村等に対しまして、この圏域総合相談ネットへの参加を提案して、相談支援の拠点を整備しようというものでございます。

これは、圏域ごとに設置しまして、県は圏域マネージャー、療育コーディネーター、就労生活支援ワーカーを常時、または定期的に配置、そして市町村は、相談支援専門員を配置し、この相談ネットでは、メンバー連携会議や困難ケース会議等を企画実施し、圏域の相談支援体制を構築しようとするものでございます。

これを各圏域に整備することによりまして、各分野の専門家が一体となって、障害のある人、障害のある子供を支援する地域システムを構築し、地域で安心して暮らすことのできる社会が実現できることを目指しているところでございます。

ちょっとはしりましたが以上でございます。以下の46ページ以下は、サービス見込み量の計画に対する進捗状況等でございますので、また参考にごらんいただければと思います。以上でございます。

小林部会長： どうもありがとうございました。

定刻過ぎてしまいましたので、これをもって終了したいと思います。よろしいですかね。

障害福祉課長： 自立支援協議会の県の会長で廣瀬委員が来られていますので、ちょっと。

廣瀬委員： 一言も発せず何しに来たんだろうと思っております。障害者福祉の領域は、ですからもう田んぼのあぜ道で、こつこつと草を引いておるところに、突然ブルドーザーで高齢者対策がどっと道をひいてしまって、すごいなと眺めているような状況です。何を言うてるのか。

少しマイノリティーの分野ですけど、今課長さんが紹介してくださったように、ここ数年奈良県の障害福祉課が近畿圏、もう少し広い範囲でもすごい頑張りを見せていただきまして。今お聞きして、僕は専門には直接これに関係ないんですけども、ほぼ近接レベルですし、医療との連携も重要やと随分認識はしていただきました。

この国のファジーな言葉遣いというのが、改革、改革言うてたらだれでもそういう人に見えてしまうのと同じように、用語の混乱みたいなものがどこかであるんだなど。例えば、今自立支援協議会というのが最重要課題で、県としても必死にやっています。これはもう本来で言えば、辻村委員やら北田委員。介護保険が2000年に始まるまでの全国の市町村のモデルでやられた細部調整会議が県の中にもありました。その原点がこのいわゆるアメリカの精神病院の5割を超える課題的入院の人がいらっしやったときの医療技術で開発されたケースマネジメントですから、そういう意味でいくと、さまざまなことで地域ケアシステムなどで課題を共有して、それで資源開発していく、そのときに、この35ページに資料で、論点整理で出ましたけれども、例えば論点整理の上、右側の方のスーパーバイザーや地域ケア推進コーディネーター、カリスマ的なケアマネというのが高齢の分野で書いていただ

いていますけども、これなんかも奈良県が割合早目に置かれた、先ほどの圏域マネージャー、概念に実は近くて、ケアマネジメントを進めていくときに個別のパーソナルマネジメントがどうしても資源開発には結びつかない。このときにゼネラル的な支援を受けたマネジメントをしないことには、相談だけで終わってしまうということから、ゼネラルマネジメントの概念って生まれてきた経過があるんだけど、そういう意味でいくと、やっぱりすり合わせでほとんど同じような経過をたどっているけれども、用語が別であったりとか、若干の違いがあるので、その辺の議論をもう少し詰めれば、もっと有効になると思うんです。冒頭に申されたこと、北田委員なんかおっしゃった奈良県の山間部においては、包括支援センターの動きなんかもう少し検証しながら、障害分野ともっと連携できないか。これは国がいつも言うんですけれどもこの上に関して言うたら、人数の問題とか規定、Q&A、などに関して我々、人口密度でとった交通アクセスの問題なんかと関連あるから、ここでやっぱり自己決定していくべきだし、何か検討方式いうても、この障害の人、10人以上集まらんと個別給付は受けられない状態に今なっている。3人やったら個別給付受けられへん山間部いっぱいあるわけで、本当は、個別給付は1人だろうと10人だろうと受けられて、そこが、その地域で法令とドッキングして、新たな資源を生み出していくようなことになっていったらいいじゃないか、そういう概念を組み立てていくような議論ができればなという感じもします。

それで用語の統一、もう一つ、障害分野、ソーシャルワークの立場からいくと、自立観を、自立という言葉を使うときに、徹底して社会モデルである生活モデルというのは、基本的なスタンスになってくると思いますし、もちろん医療関係の方は医療モデルと、個人のよりよき変容値っていうの大事になって、その辺はこの国は少し自立という言葉で自立支援というのを混同しながら何かファジーなままで議論してて、いつも結論があいまいになるので、その辺、少し、別にどっちが正しいんではなくて、医療モデルとしての自立観と社会モデルとしての自立観がちゃんとそれぞれ尊重し合うんだよとなってもいいのかなという形でお聞きしました。ぜひ障害の分野もマイノリティーですけど、よろしくお願ひしたいと思います。

**武末次長：** ちょっと私こっちの分野勉強中なんで、むしろ教えていただきたいんですが、1分間だけ。

障害者自立支援法ができたとき、37ページに書いてございますが、障害者及び障害児がその有する能力及び適正に応じて、決してこの障害者の自立というか、能力を変えろということよりは、そこの最後の方に書いてあるように、その個性を尊重して安心して暮らせることのできる地域社会をつくるということで、ベクトルは地域に向いているはずなんです。

ところが、言葉がちょっと悪くて、障害者自立支援という、何か障害者を変えてしまえみたいな、ノーマライゼーション、そもそもちょっと勘違いしているんじゃないかというようなご批判があったりしたんですが、そここのところ、ただ書いてあること、ここのページに書いてあるのは、いずれにしても地域環境整備というふうに書いてあるんですけれども、言葉が何か障害者に授産して、能力を高めてあげようみたいな話をよく聞く、そこは一体現場として、実情としてどうなっているの

かというのをちょっと教えていただければと思います。

**廣瀬委員：** 2002年に新障害者基本計画が2回目の策定されて、2004年に基本法が改正されて、今おっしゃったみたいに、環境整備とかバリアフリーとか、生活モデルによってという感じが中心に出てきます。この条文もおっしゃるとおりなんですけれども、制度設計が逆三角形になっているのは、介護給付と、それから訓練指導の給付と、それから交付税措置の地域ケア支援と3つの大きな枠に分かれて、あれは随分介護保険の統合議論は参加していたときもそうなんですけど、介護給付の方は、今は断念されましたけど、介護保険と統合していくための介護概念に修練されてしまって、この国はケアマネジメント大事、介護保険とドッキングしたことによって、ケアを介護に訳したと、僕らの中で建設的に語っておる。だから僕、20年グループホームで同居しておるんですけども、ケアホームにかえられた。僕らの立場から言うと1950年代から先人が努力してこられた、グループホームのシステムがある。そういう面で、それが介護の場になってしまうというとんでもない。一方で訓練指導給付はほとんど就労系の就労自立、その辺がベースにほかの職業の場でも障害のある人って選別されていってしまう。介護の対象になる。それで社会参加とか、自己実現、もともと困難やけど、70年、80年の人生すべてを介護だけで生きてるはずではないので、そういうのも介護と訓練しか医療給付でしなかった制度設計が福祉的ではなく、医療的な自立観にあらわれているというのは、根本的なことが間違いだなと思っているんです。

**小林部会長：** それじゃもう時間が超過をいたしました。きょうの会議は、この程度で終わりたいと思います。

皆さん方には長時間御協力いただきましてにありがとうございます。今後ともよろしく願い申し上げます。

次回の日程は、9月26日、金曜日の午前中にさせていただきます、主に、健康の保持増進について、議論をさせていただきたいと思います。

場所はまだ決まっておりません。次第も含め、開催案内は追って事務局からさせていただきます。よろしく願いを申し上げます。

きょうはどうも御苦労さまでございました。

以 上