

【事務局（高橋）】

大変お待たせしました。それでは、定刻になりましたので、ただいまから、第5回桑名市地域包括ケアシステム推進協議会医療・介護・予防合同部会を開催いたします。

本日、皆様方には大変お忙しい中お集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

本日、司会を務めさせていただきます桑名市介護・高齢福祉課、高橋でございます。よろしくお願いいたします。

本日の会議につきましては、お手元にお配りしております第5回桑名市地域包括ケアシステム推進協議会医療・介護・予防合同部会次第に従いまして進めさせていただきます。

座って失礼いたします。

早速議事に移りたいと思いますが、議事に入る前にお断りがございます。

事前に送付させていただきました資料につきましては、一部修正を行っておりますので、新たに全ての資料を配付させていただいております。よろしくお願いいたします。

また、議事進行につきまして、本日の会議は医療・介護・予防合同部会のため、竹田医療部会長を合同部会長、高橋介護部会長及び古川予防部会長を合同副部会長として議事を進めさせていただきます。

それでは、竹田合同部会長、本日の会議の進行をよろしくお願いいたします。

【竹田部会長】

皆さん、こんにちは。暑い中をお集まりいただきまして、ありがとうございます。

早速、第5回の桑名市地域包括ケアシステム推進協議会を始めたいと思います。一応2時間ぐらいの時間を想定しておりますので、どうぞ議事進行にご協力をお願いしたいと思います。

まず、第1番目、事項書にございますように、議事の1番、現時点で想定される論点、第1から4回における論点の整理を踏まえてということに関しまして、事務局のほうからご説明をお願いいたします。

【事務局（田中副市長）】

副市長の田中でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

では、後ろにスライド、資料1ー1を出しております。

実は、前回まで、第4回まででおおむね各分野にわたる論点を一巡したというふうに考えています。今回は、これまで出した論点をベースに、この間、第1回から第4回まで、委員の皆様からたくさんの意見をいただいております。そういった各委員のご指摘を踏まえまして、地域の関係者で共有すべき問題点ということで、論点を修正していくという作業を事務局のほうでさせていただきました。何回のどの委員の発言をきっかけに論点を修正しているかということがわかるように修正をしておりますので、全ては、事務的などところはちょっと省きまして、内容が大きいところを中心に、この論点の修正の趣旨をご説明させていただきたいと思います。

まず、訪問診療等の普及に関してでございますけれども、第3回で金海臨時委員より訪問口腔ケアのご指摘がありましたので、それを追加しております。

それから、②でございますけれども、これは、薬剤師、それから栄養士、歯科衛生士などにつきまして、人材育成の必要性ということがご指摘ありました。ということで、これを明示しております。その際、理学療法士会からも別途お話を聞いておりますので、明示をさせていただいたということでございます。

それから、③でございますが、これは特に歯科とか薬剤師につきまして、訪問を実施する方がまだ限られているということでもございました。やはり患者さんから働きかけていただくのが一番いいのではないかと、歯科医師、薬剤師も加えるということにしております。

在宅復帰を支援する退院調整の部分でございますけれども、これは佐藤剛一先生、片岡委員などからご指摘を何度もいただきましたけれども、専門職、事業者の側で、ぜひ状態を回復させて退院まで、ないしサービスを利用しないというところまで持っていこうとしても、家族との関係でなかなか難しいというケースがございます。そういったことを踏まえまして、被保険者とかその家族に対して、退院調整

を通じて、医療のほか介護サービスを組み合わせることによって在宅復帰というのは可能なんだということについて、しっかり理解をしていただくということが必要だろうということで書き加えさせていただいております。その際には、いろいろ小規模多機能型居宅介護等で実践されている方はぜひご協力をいただきたいと考えております。

それから、⑤でございますけれども、東先生のほうから、いろいろ退院時にこれを在宅医につなぐという場合に、そこで医師会の果たすべき役割ということについても言及をいただいております。そういったことから、ごらんのような論点を加えております。

それから、⑦でございますけれども、これからやはり退院支援という場面というのは、それをきっかけにしっかりと医療と介護が連携をして、医療・介護サービスの組み合わせによって在宅生活を支えていくと、そういう分岐点になる非常に重要なタイミングであります。当然、退院時の合同カンファレンスの開催などが非常に重要になります。その際に、やはり地域包括支援センターというのは、要は介護保険の側の機関として、ケアマネなどを通じ、しっかり医療の世界を介護の世界につないでいくという非常に重要な役割を果たしていただく必要があると思います。

これは案件も多いですし、案件の内容にもよると思いますけれども、できれば医師会等のご理解を得られれば、我々のほうから市内の医療機関に対しまして、こういった退院時にはぜひとも地域包括支援センターにご一報いただきたいと。それで、必要に応じて、また、業務量として可能な範囲で、例えば退院時合同カンファレンスにきちんと出席するとか、そういった対応をしていきたいなということで、ぜひ医療機関の皆様にご協力いただきたいというふうに考えています。

それから、医療機能の分化、連携ということ、それから、急性期から回復期を経て慢性期へという医療機能の分化、連携ということが言われております。後ほど説明しますが、今回の診療報酬改定でもそういった問題意識が明確になっています。

坂口委員のほうから、例えば、医療機関で1人ずつしか理学療法士が働いていない医療機関が多いとか、なかなか地域につながる場がないといった指摘もございました。そういった中で、まさにリハビリテーションというのは、これからの医療機能の分化、連携という場面で、まさに最も分化、連携しなきゃいけないものの1つだと思います。そういったことから、まさにこれはリハビリテーション専門職の間で、例えば、急性期の病院、老人保健施設、介護事業所、それぞれで働いている方がそれぞれどういうリハをするのかといったことについて情報共有していただくと。自分の次のところに行くと、こういうリハビリテーションになりますということを説明できるようにしていただくということによって、これは大分患者も含めて変わっていくのではないかと思います。そういったことをぜひリハ職の団体の方で考えていただけないかということ。

ここに紙をお配りしておりますけれども、今回の診療報酬改定の概要というものをちょっとつけさせていただきます。今回、診療報酬改定でございますが、これまで介護を中心に言われていた地域包括ケアシステムの構築というものをきちんと医療にも持ち込むという改定だったと思います。医療機関の機能分化の推進、それから、どのステージも、これは要するに、急性期、回復期、慢性期、それぞれにおいて在宅復帰を推進するということが目指されたものということが言えると思います。

今、7対1という患者と看護師の比率が非常に高いところに病床が集中しているということでございます。これをしっかりバランスのいいものにしていこうということが1つの政策目標です。これは、看護師のとり合いにもなっているそうですね。ちょっと見にくいですが、右上のほうを見ていただきたいと思います。しっかり医療機能の分化を図ることから、高度急性期の病院、看護師を7対1で置かなきゃいけない病院についてはしっかりと要件を厳格化し、限定していくと。一方で、急性期の受け皿となるような地域包括ケア病棟とか、それから有床診療所の受け皿機能、そういうものを評価していくということであると思います。この中で、先ほどのリハビリテーションとの関係では、地域包括ケア病床の中にもきちんとリハ職を置くということが要件になっているわけでありまして。そういう意味で、こういう形で機能分化をしていこうということになっていると思います。

これが一番特徴的なところですが、どの段階でも、例えば急性期病院を評価するときにも、例えば、

自宅に戻したり転院させたりしますけれども、転院させたらば、その転院先の病院がきちんと在宅復帰の成績を上げているかどうかと。つまり、きちんと在宅復帰の成績を上げているところに転院をさせることによって診療報酬が上がるというのが、急性期もそうですし、回復期もそうですし、療養期もそうですしと。既に前回の介護報酬の改定では、老人保健施設もそうになっているわけです。そういうことで、いずれにせよ、それぞれのステージで在宅復帰というのを促進していかないと、しかるべき診療報酬、介護報酬はもらえないと、そういう仕組みになっているということだと思います。

それから、いわゆる在宅患者が急変したときの後方支援ベッドといったことについても、こういった形で在宅療養後方支援病院ということで、きちんと診療報酬上手当てがされたということになります。

続きまして、多職種協働ということで加えましたけれども、これは、長谷川委員、それから星野委員の、例えば介護の側で口腔のリスクを見つけてほしいとか、長谷川委員も、いろいろ多職種で勉強すると、デイスサービスだけやれないものがあると、そういったご指摘があったと思います。そういったことを踏まえまして、多職種協働の重要性ということについての意識啓発ということを挙げさせていただきました。

その際に、これは柳川委員から、ぜひ在宅医療ケア研究会で介護専門職からも発表してほしいというお話があったと思います。

それから、④のところなのでございますけれども、これは福本委員にご協力いただきまして、先日、私、訪問看護ステーションの連絡協議会でいろいろ意見交換させていただいたんですが、やはり病棟の看護師に在宅医療をしっかりわかってもらわなければならないということで、病棟看護師と訪問看護師の合同勉強会が必要じゃないかという指摘がありました。これも、もちろん医師の先生方のご理解をいただく必要がありますが、いただいた上で、こういったものやっていくといいのではないかと思います。

それから、医療介護情報連携という部分では、三重医療安心ネットワークの活用などについて竹田先生からご発言をいただいて、大変心強く思っております。

実は、少しこの部分を整理させていただきまして、②は、地域の中での医療機関と医療機関の連携ということで整理をし直させていただきました。それから、③のほうは、これは介護も含めて、いわば日々この利用者さんにどういうケアをしたかということの情報共有、介護も含めた医療と介護との情報共有ということで整理をし直させていただいております。

これについては、市のほうでも県と協議をして、今回の制度改革の中に盛り込まれました、医療・介護サービス提供体制の改革のために消費税増税分を財源として新しく基金が創設されるわけですが、それを活用して、これを桑名地域でも活用できないかということをしっかり協議していきたいというふうに思っています。ご承知かと思いますが、こういった形で都道府県に基金を設置しまして、これを医療・介護サービスの提供体制の改革に使っていくという方針が示されているというところがあります。これは26年度限りではなくて、その後も続いていく制度というふうに位置づけられています。

その前に、在宅医療連携拠点の部分でございますけれども、第2回で東先生のほうから、やはり医師会がふさわしいというご発言をいただいたこと、大変うれしく思っております。この中で、やはり地域で医療・介護資源が限られていますので、それを大切に使わなきゃいけないという視点が示されていました。それを明確にしたということでございます。

それから、運営に当たって留意すべき点ということで上げております。①でございますけれども、高橋委員のほうからは、医師と介護支援専門員の連携といったお話がございました。それから、古川委員のほうからは、栄養ケアステーションなどのご紹介もあったと思います。金海臨時委員のほうからは、歯科医師会と歯科衛生士会で連携をして、いわば動ける歯科衛生士を紹介する仕組みなどについてご紹介があったと思います。そういったことを踏まえまして、書き加えたということでございます。

それから、②でございますけれども、佐藤先生のほうから、地域ごとに在宅医療、介護連携ということであれば、そういった医療機関と介護事業所の組み合わせ、グループというものをつくっていく必要があるんじゃないかというご指摘をいただきました。これは、まさに在宅医療連携拠点の非常に重要な仕事の1つだと思います。そういったことで、このように明記をさせていただきました。

③でございますけれども、これは東先生のほうから、医師会では今でも、どこがどんな診療をやっているかというのは十分既に情報があるので、それは必要に応じて外にも出していただけるだろうと。ただ、問題なのは、今の時点で例えばベッドがあいているかとか、そういうことが重要だというご指摘がありましたので、医療・介護資源の稼働状況を常時把握する体制の整備ということで掲げさせていただいています。

それから、認知症施策の推進の関係でございます。(2)の②のところでございますが、竹田先生、東先生のほうから、もちろん第一義的には、開業医でできる方々にいわばファーストコンタクトを持っていただくと、認知症かどうかというファーストコンタクト、相談を受け付けていただくということになるわけでございますけれども、それをどこに行ったらいいかということとはご協力をぜひいただきたいと思っているんですが、その上で、なかなか難しい案件などについては、できればそのバックアップとして、総合医療センターに認知症専門外来のようなものがあつたほうがいいのではないかとというありがたいご意見をいただいております。これは、実は先日、竹田先生と東先生と私とで三重大学附属病院の神経内科の先生のところに行ってまいりましたということで、ご検討をお願いしてきたということでございます。

それから、認知症の早期対応ということについては、事務局の中で、介護支援専門員にしっかり理解を深めてもらう必要があるという指摘がありましたので、その趣旨を加えております。

それから、認知症施策の推進のうちの意識の啓発という部分で、やはり今、例えば徘徊での鉄道事故ということが問題になっております。できるだけ高齢者の安全を確保するということは、もちろん大事です。しかし、だからといって、閉じ込めるということになってはいけなわけでありまして。そういう意味では、社会全体として一定のリスクを覚悟しながら、地域全体で支えていくんだという認識共有が必要だろうということで、これは片岡委員などからご指摘いただいておりますので、それを明記したものであります。

介護予防や日常生活支援の充実に資する地域づくりの推進との関係で、予防の重要性という啓発のときに、シルバー人材センターの岩花委員のほうから、シルバー人材センターの中でも、そういった啓発を行っているというご指摘がございました。まさに、これはいろんな場を活用してやる必要があると思っておりますので、そういうことで、自治会、老人クラブ、シルバー人材センターなどと明記したということです。

こちらの介護予防の中で、②のほうでございますけれども、介護予防事業の企画立案のところ、いろいろ管理栄養士、理学療法士、歯科衛生士の協力を得るということを書いておりましたけれども、これは古川委員のほうから、四日市の事例だったと思っておりますが、訪問給食で栄養士が活躍されているという事例の紹介もございましたので、ポイントは、ここの実施段階でもということで加えさせていただいたということでございます。

それから、③のところでございますけれども、これは、公民館なんかでも例えば料理教室をやっているというケースが栄養士などでございます。社協の事業についても事務局から発表がございましたけれども、老人福祉センターでやっているような介護予防教室とか、それから、ふれあいサロン、まめじゃ会というのも財産でございます。そういったことも例示に加えたということでございます。

それから、⑤のところでございますけれども、地域の方々の協力を得るという場面で、社会福祉協議会がやっている高齢者サポーター養成講座というのも重要なんですけども、シルバー人材センターのほうでもいろいろ会員に対して講習会などを開いているということでございましたので、それを加えさせていただきました。

それから、ケアマネジメントの充実の関係で、介護支援専門員の役割ということで、福本委員などからご指摘、ご発言がございました。ケアマネジャー、単に御用聞きにならずに、やはりその人がどういう状態なのかということのアセスメントして、専門職ですから、やはりご本人や家族がこういうことを希望しているといっても、いやいや、あなたの状態であれば、こういうサービスこそ自立支援にふさわしいんじゃないかということを引きちんと提案して、同意を得るという形になっていただく必要があると

思います。そういったことを記述させていただいたということでございます。

それから、専門職相互間、それから専門職と地域住民ということの役割分担という関係で、いろいろ特に日常生活支援などを念頭に、例えば、看護師でなくてもホームヘルパーでできることは何かとか、ないし、ホームヘルパーでなくても例えばシルバー人材センターでできることは何かと、そういったことを例えばケアマネジャーも含めてしっかりみんなで考える必要があるということかなというふうに思います。

⑥でございますけれども、それを具体的に書いたのが、例えばホームヘルパーがやる部分と、シルバー人材センター、民間企業が出てくる部分というのをしっかり分けていかなきゃいけないねという部分であります。基本的には、やはり専門職の方には、できないことをできるようにしていただく介護に専念していただくと。そこは、片岡委員のご指摘もありましたので、必ずしも、身体介護が専門職がやるべきで、生活援助が専門職以外の方がやるべきだということではないということでございますので、ここは生活援助も含めて書かせていただきました。いずれにせよ大事なことは、できないことをできるようにするというアプローチをするものについては専門職でやっていただき、できない人にかわりによってあげるというのは、むしろシルバー人材センターとか民間企業などを活用していくということが必要なんじゃないかということでもあります。

それから、ケアマネジメントの充実につきまして、この際に地域包括支援センターと介護支援専門員の協働ということが重要であろうと思います。ケアマネジメントの重要については、いろいろ星野委員や福本委員からもご指摘がありましたけれども、ここを加えた趣旨でございますけれども、やはり介護支援専門員1人でアセスメントをし、ケアマネジメントをするというのは、どんなに優秀なケアマネジャーであっても、これは限界があると思います。地域ケア会議で、地域の関係者の参加を得てケアマネジメントを支援していくというのは、やっぱりいろんな人の目を見て、できるだけよりよいケアプランをみんなでつくっていきこうと、そういうことが大事だと思います。そのためには、もちろんこれも案件にもよるし、地域包括支援センターが業務量との関係でどこまで対応できるかということとはまた別にありますけれども、できれば、困難事例になる前から、ケアマネジャーの方はぜひ日ごろから地域包括支援センターに足を運んでいただいて、ここの高齢者はこうだと、じゃ、こうしてみようということをお互いに情報共有するという関係をつくっていくということが私は大事じゃないかと思います。そういうことで書かせていただいたということでもあります。

これは、被保険者に対しても理解を得る必要がありますので、そのように記載をしたということでもあります。

そのほか、例えば、在宅はなかなか難しいという意識を解消していくためにも、これはいろんな委員からご指摘いただいておりますけれども、そういう意味でも、こういうケアマネジメントの重要性、そこに地域包括支援センターと介護支援専門員が協働していくんだということについては利用者にもしっかりわかっていただく必要があるかというふうに思います。

それから、在宅生活の限界点を高める介護サービスの普及ということで、新しい在宅サービス、3本柱についてご説明をしてきたと思います。これについては、施設では24時間だけど、在宅ではなかなか難しいんじゃないかといったご指摘が世の中にあります。そういったことから、特に周知すべき内容としては、こういった小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護というのは、ひとり暮らしでも、それから、状態が中重度でも、看取りも含めて対応できるんだ、実際実例があるんだということ。それから、2点目に、24時間、365日にわたる対応が可能だということ。施設であっても、居室につきっきりで職員がいるわけじゃないわけです。そういう意味では同じなんです。相対的な違いだと思います。3点目でもありますけれども、介護報酬、利用者負担が定額であるがために、利用者にとっても事業者にとっても柔軟な対応が可能なんだと、そういったことを周知していく必要があるんだと。これは、しっかりこの3本柱というのを、ニーズを掘り起こすためにも、地域包括支援センター、それからケアマネジャーのご協力をいただいて、しっかりこれを利用者にわかっていただくようにすることが必要だというふうに思います。

それから、サービス付き高齢者向け住宅の活用でございますけれども、これは高橋委員から発表がございまして、このときに、サービス付き高齢者向け住宅というものが何なのかということについて、専門職も含めて十分理解されていないということで、サービス付き高齢者向け住宅というのは、賃貸住宅であって介護保険施設ではないんだということ。必ず提供されるべきサービスは安否確認と生活相談だけであって、あとは住宅ごとにまちまちだということを周知していく必要があるんじゃないかということで書き加えました。

それから、先ほどのケアマネジャーと地域包括支援センターの協働という部分と関係するのでございますけれども、今、いろいろ現場の話を聞いていると、ケアプランの作成が、要支援者については地域包括支援センターがケアマネジャーに委託してつくと、要介護者についてはケアマネジャーがみずから作成するというものになっているものですから、要支援者は地域包括支援センターが関係するけど、要介護者は地域包括支援センターが関係ないんだという意識が相当根強いということがありました、最近。しかし、地域包括支援センターというのは、そういう介護予防のケアマネジメントだけじゃなくて、包括的・継続的ケアマネジメントというんですが、ケアプランを自分でつくるかどうか、つくるわけではないんですけれども、そういうケアマネジメント支援というのは地域包括支援センターの仕事になっているんです。それは、要支援者だけじゃなくて要介護者もそうなんです。

そういう意味では、これから、いろいろ予防につながるサービスの提供、要介護2の人だって要支援や非該当になるケースが実際はあるし、それから、特にこれから、今ほんとうに施設入所しかないのかどうか、そういったことのチェックも必要になると思います。そういったことになると、ぜひその認識は改めていただいて、やはり高齢者については、もちろん可能な範囲でありますけれども、やっぱりできるだけ日ごろから地域包括支援センターと介護支援専門員で情報を共有していくことが重要なんだという認識をぜひケアマネジャーの側でもお願いしたいなというふうに思っています。

地域包括支援センターの機能強化との関係で、高橋委員のほうから、これから地域包括支援センターの業務が増えていくと。やっぱりこれを地域の関係者でシェアできるところはシェアしていかなくやいかんというありがたいご指摘をいただいております。その中で、それは全般的に見なくやいけないと思います。特に、さっき申し上げた在宅復帰に向けた退院支援のときに医療と介護をつなぐ、これは非常に重要な仕事だと思います。そういったことをやる余力がないのであれば、ほかの仕事を削減しなくやいけないと思います。そうだとすると、例えば、この介護予防教室については、地域密着型サービス事業所などでも、抱えている看護師などでできる部分であると思うんですね。これは西村委員からも、介護予防教室とは意識していないけど、やっていることでということでご紹介があったと思います。

逆に、事業所でやっている方というのは、西村委員から宅老所運動の話は聞きますけれども、特別なことはしていないけれども、ただ預かっているだけではない、というのがキーワードなんです。私から見れば、特別なことをしていると思うんです、実は。むしろ、その特別なことを意識していただいて、こういうふうに介護予防事業としてもものは、ぜひ介護予防事業としてやっていただくと。少しではありますけれども、ある程度、いわば経営の安定化みたいにもつながっていくんじゃないかというふうに期待をしております。

ということで、済みません、以上、主な部分だけですが、これまでの議論の経過を踏まえて修正させていただいた論点というのをご説明いたしました。

もう一つだけ、済みません。資料1—3というところで、地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みというのをご紹介しています。ちょっと後ろにも出してありますけれども、実はこれ、コメントを忘れていたんですが、毎回改定しております。その都度、いろいろ新しい取り組みがあれば追加することで、市とか地域包括支援センターの取り組みが見える化するようにしています。

幾つかご紹介させていただくと、桑名ふれあいトーク、これは10人以上の集会に市の職員を派遣するというものですが、先日、西村委員のところで運営推進会議に呼んでいただきまして、ついに初めて桑名ふれあいトークを開くことができました。これから、白井委員とか佐藤委員とかもぜひ呼んでいただきたいなというふうに思っています。

それから、保健センターと地域包括支援センター、これは健康増進事業と介護予防事業をやっています。体操教室はどちらでもあるということで、そういったものをきちんと協力してやっていかなきゃいかんということで、保健センター・地域包括支援センター連絡会議というのを4月に初めて開きまして、その後も継続的に情報交換、連携をしてもらっています。

それから、地域包括支援センターと社会福祉協議会の連絡会議というのも初めて開催をしました。特に、介護予防事業などについてしっかり情報共有して、お互いにつないでいこうということで取り組みを進めているということでございます。これからも取り組みの見える化を図っていきたいと思いますので、逐次ごらんをいただきたいというふうに思います。

ありがとうございました。

**【竹田部会長】**

ありがとうございました。

今まで4回開かれておりますけれども、そこでいろいろディスカッションをいただきまして、いろいろご意見をいただきましたことを踏まえまして、今、田中副市長のほうからまとめていただきました。非常に多岐にわたっておりますけれども、何かご質問はございませんでしょうか。あるいは、ご追加がございましたら伺いたいと思いますけれども、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。ご自分に関係するところだけでも何かちょっとご意見があれば、ぜひお聞かせいただきたいと思いますけれども、よろしいですか。

**【事務局（田中副市長）】**

できれば、ケアマネジメントの関係で、高橋委員なり福本委員なり、コメントをいただきたいんですが。

**【竹田部会長】**

おうちのほうでちゃんと調べてこられましたので。

**【高橋副部会長】**

ケアマネジメントのところで、地域ケア会議、今、支援のほうから包括の事例として出していただいていますよね。それで、うちはサービスつき高齢者向け住宅をやっていて、その関連で、2事例、今から1事例なんですけど、していただいている、ぜひそこに我々も、ケアマネジャーとかも少しオブザーバー的にお話を聞かせてもらえたらなという思いも持っています。

**【事務局（田中副市長）】**

説明できる？ 今の、地域課題の解決の話だよ。どんな体制でやっているかとか。

**【事務局（西村）】**

中央地域包括支援センターの西村です。よろしくお願ひします。

今、地域課題の把握につきましては、7月の協議会でお伝えできるようにいろいろ取り組みを行っているところなんですけど、まず、5つぐらいの方法を使って地域課題の把握を考えております。

まず1点目が、困難事例要因調査、第1回のほうでご説明させていただいた中間報告書の、同じ原因が繰り返し困難事例を招いているのではないかという困難事例要因調査が1点目。もう一点が、最終報告書で上げる予定なんですけれども、全市内のケアマネジャーさんにアンケート調査を行いました。どうして高齢者が自宅を離れることになったのか、その要因について今アンケート集計を行っております。3点目がケアプランチェックですね。現在、ケアプラン適正化があまり十分なされていない状況じゃありませんので、その中で何か問題があるのかをチェックして地域課題を洗い直す。そして、4点目が地域ケア会議、5点目が日常生活圏域ニーズ調査です。

**【事務局（田中副市長）】**

要するに、高橋さんが聞きたいのは、どういう体制でどういうメンバーで課題の把握のための地域ケア会議をやっているかということの説明して、東西南北別でケアマネジャー等も入ってもらっているとか。

**【事務局（西村）】**

振り返りケア会議というので、施設に入られた、自宅を離れた方の事例を取り上げて、各職種が入って、どうして自宅を離れないといけないのかという地域課題を洗い出す振り返りケア会議というのを各包括で1回以上は行いました。あと、6月3日に東部さんが、最後、明日行う予定です。

【事務局（田中副市長）】

ごめんね。だから、そこに担当のケアマネジャーとかを呼んでいるとか、そういうことが聞きたい。

【事務局（西村）】

ケアマネジャー各事業所さんと入所した後の施設の方を含めまして、各包括が入って振り返りを行っております。

【高橋副部長】

そのときに、担当のケアマネジャーだけでなく、例えば私もケアマネジャーで、自分のところのサービス事業所が出席させていただくんですが、一緒に聞かせていただくことはよろしいでしょうか。

【事務局（西村）】

それは可能ですし、かかわった福祉用具貸与事業所さんとカヘルパーさんとかにも入っていただいております。

【高橋副部長】

これまでにちょっと思ったことは、サービス付きの住宅になぜ入ったかという議論をしていただくときに、サービスつきの高齢者住宅にお呼びがかかっていなかったのも、ぜひ呼んでいただきたいなという思いもあります。

【事務局（田中副市長）】

じゃ、お願いします。特に、これからそういった地域ケア会議が広がっていくわけなので、特にケアマネの連絡協議会の幹部にはちょっとお声をかける点もあると思いますので、ちょっと相談しましょう。

【竹田部会長】

いいですか。

ほか、いかがでしょうか。

【福本委員】

ありがとうございます。今、声をかけていただけるとのことだったので。

ごめんなさい、私は東員町なんです、実は。なので、桑名の動きがちょっと見えていなかったなど。会員の動きはわかっているんですが、この辺の地域ケア会議のところまでは把握しておりませんでしたので、またご連絡いただければまた来ますのでよろしくお願いします。

【竹田部会長】

よろしいでしょうか。

ほか、いかがでしょうか。よろしいですか。

【事務局（田中副市長）】

できれば、地域密着型サービス事業所として、介護予防事業とか、コメントがもし可能ならいただけると参考になります。

【佐藤（久）委員】

先ほど、包括のほうが仕事量が多くなるので、予防教室を地域密着型にということでもよろしいですか。

【事務局（田中副市長）】

そうですね。

【佐藤（久）委員】

地域密着型は、もちろん地域密着型なので、地域の方、今利用されている方以外にもやっぱり利用していただくところの事業所ですので、それはやっていかなければいけないんですけど、なかなか地域の方に私どものサービスを理解していただくことができていなくて、それを含めてそういうことをさせていただくことが私どもの事業の必要性は感じております。ただ、どのようにしていけばいいかは、また

いろいろとご相談させていただきたいと思います。

**【西村委員】**

現在、地域包括支援センターが行っているような現状の予防というのは、どこまでできるかなというのはあるんですけども、実際には、やはり地域の中に入っていけば入っていくだけ、地域ならでのことをしていかなきゃいけないのかなというのは見えてきています。例えば、このような形で会に入らせてもらっているからなのかもわからないんですけど、今回、地元の方たちが組合のほうでサロンの喫茶を使わせていただいて、一、二時間ちょっと会議をしたいからとか、あとは、高齢者の方が少し2階のところを使って運動とかさせていただけないですかというような問い合わせがあるので、そういう形から広がっていくのであれば、どんどん参加はできるのかなと。ただいま、地域包括支援センターがやっている介護予防的なことを、あれしなさい、これしなさいと言われると、ちょっと現状では無理かなと思っております。

**【事務局（田中副市長）】**

白井委員、よろしいでしょうか。

**【白井委員】**

地域密着型サービスだけではなくて、うちの場合には特養という施設もあります。今、お話の中で伺っておりまして、介護予防の部分というのは、入所をされた利用者さんを対象とするだけではなく、やっぱり地域のことを考えていくと、特養部分をも含んでの地域貢献、そういった1事業所のみでなく全体でのお手伝いができるかなと。そんなかたちを進めて地域ケアにつながっていき、地域密着型のサービスというものの意義もご理解していただけるような、そんな方向で持っていけたらいいなと思っております

**【高橋副部長】**

今、いろんな事業者が地域貢献という形で考えていますけれども、介護保険の事業者としては人員基準というものがあって、やはり既存の利用していただいている方々というのは、それなりの利用料も払い、介護保険料も使ってやっているの、その人員基準がきちっと満たされた上でできる体制というのは、なかなか事業者というのは結構厳しいですね。余分な人材というのは入れることはなかなか報酬の中でできないというところで、すごく幅広く貢献したいという思いがありながら、それが十分な人員基準の中で満たされないということもあるので、その辺のご理解も保険者さんと協力体制を持って検討できたらなと思います。

**【長谷川委員】**

長谷川です。

介護予防というか、うちの施設は複合型サービスが立ち上がって間がないということで、今までデイサービスセンターで行ってきた取り組みなんです、毎週水曜日にコミュニティプラザをお借りして、食事会等、あと運動ということで、講師の方はボランティアの方を活用して、定期的には、毎週ではないんですけども、1カ月に1度ぐらいやっている取り組みがありまして、そこでは主に地域の方が、主に高齢者の方が集まっていたらいいんですけど、うちとして特に取り組み、大きく広げているような案内なんかは出してないんですけど、その地域の方の高齢者の口コミみたいな形で、呼んで登録させてほしいとあって、別に登録をしておるわけではないんですけども、そういう形で参加してきていただいたりということがあります。

今はコミュニティプラザをお借りしていることがあって、無料という形ではさせてもらっているんですけど、会場代として100円いただいて運営させていただいていました。これからは私たちの施設でも地域交流室を持つことになりましたので、そこを活用してその取り組みをやっていこうかなと思ってはいるんですけども、地域交流室、コミュニティプラザに比べまして小さい施設、建物ですもので、それを回数を増やして少人数でやっていこうかなというふうなことは思っておるところなんですけれども。

先ほど高橋委員の言われたように、人員を割いてやるということが非常に難しいですね。私たちは比較的元気な、参加してきていただいた方に手伝いをしていただけるようなという形で、名簿の作成なん

かを一緒にやっていただいたりとか、その場の運営を手伝っていただいたりとかいうことで、比較的こちらの人員も割けないときなんかもあるときには、そういう当日の運営をお願いしたりというような仕組みはつくっているんですけども、ただ、これも軌道に乗るまでには多分かなりの労力と時間というのはかかってくると思います。言って明日にはできることではないと思いますので、そこら辺、職員がかかわりながらやるべきになってしまうところはあるんですけども、実際、実施事業の自分のところの大切な介護保険事業を、要介護、お金を払って、介護保険料を払ってこられている方に対してのサービスをおろそかにできないというところでは、やっぱりちょっとジレンマということは確かにあります。そういうところをこれから保険者さんと一緒に相談させていただきながら、いい方向が見つけられればなということでもありますので、考えています。

あともう一つは、高齢者のサロンなんですけど、高齢者よりもちょっと掘り下げて、子育てなんかも少しかかわっていったらなということも思っております。あと、男の人の介護者が多いということで、男の人の食事、料理教室なんかもちょうとこれから検討して行って、男の人の介護者1人で生活できるように、食事の支援なんかはできるようにということで、そういうメニューづくりなんかも今考えているところです。

以上です。

#### 【事務局（田中副市長）】

いろいろありがとうございました。

ちょっと誤解のないように申し上げたいのは、丸投げするという話では全くないです。これは、むしろ地域包括支援センターにとっても、地域密着型サービス事業所とか、それから、例えばサービス付き高齢者向け住宅のスタッフということがあるかもしれませんね。そういったいろんな事業者と、いわば接点を持つというきっかけになっていくといいと思います。

制度的に言いますと、今回の制度改正で、いわゆる要支援者に対する予防給付というのは地域支援事業になりまして、いろんなホームヘルプとかデイサービスだけでなく、いろんな通いの場をつくるということになっていくわけですね。そういう意味では、現在、例えばデイサービスとかホームヘルプをやっているところというのは、そういうのを必然的に考えていかざるを得ないだろうと。

それから、介護予防・日常生活支援総合事業をやるときには、やっぱりそういう介護予防事業をやる場所を事業者として、今、介護保険本体給付のように事業者を指定して、そこに介護報酬のようなものを払うという仕組みになっていくんですね。そういう意味では、そういう指定事業者みたいなものをつくっていかなくちゃいけないということなんです。委託するという方法もあるんですが、委託する、ないし委託先をつくる、ないしそういう指定事業者をつくるということ、保険者である市、それから、その委託を受けた地域包括支援センターで地域の中で働きかけていくと。そのほうがむしろ、住民にとってみると身近な場所で通いの場ができるという目的にもかなうということになりますので、そういう意味では、多様な事業者の方にご協力をいただきたいなど。そのスキームは、今の問題意識を踏まえてよく考えたいと思います。一緒に相談したいというふうに思います。

それから、今長谷川委員からあった男の料理教室でいうと、実は、これは保健センターでもやっていますし、公民館でもやっていますし、ここは結構機能の類似したものがかなりありますので、そこはむしろ整理が必要かなというふうに思っています。

以上です。

#### 【竹田部会長】

あと、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

医療側から何か特にございませんか。よろしいですか。いいですか、東先生。

#### 【東委員】

いいです。

#### 【竹田部会長】

それじゃ、また、2番目の関係団体の取り組みのほうでも関連してご質問をいただきたいと思います。

それでは、早速、2番目の関係団体の取り組みに入りたいと思いますけれども、桑名医師会から順番に代表の方にお話をいただきますけれども、大体10分ぐらいをめぐりにお話をいただきたいと思います。

それでは、まず、医師会のほう、東先生。

#### 【東委員】

医師会の東です。高齢社会と在宅医療ということでお話しさせていただきます。

いろいろ問題はあるのですが、病と老いという問題が一番大きいんじゃないかなと思います。昔は老いだと思っていたことが、医学が進んでくると、今やこれは病気だというようなことがあります。例えば認知症も、昔は年をとってぼけだということだったのですが、今は立派な病気ということになっていますし、ほかにもそういうように医学が発達してくるといろんな病態がわかって、その病因もわかってくると、老いと病はそう簡単には決められない。けれども、僕が思うには、やはりその病態をある程度わかっても、それに対する治療法というものが無いというようなことになってくると、それはなかなか病とは捉えられないんじゃないかなと思ったりもします。こういう問題がどうしても高齢社会、在宅の問題では出てくるんですね。認知症は今言ったとおりです。それから、尊厳死の問題も出てきます。そして、必ずやってくる終末期の医療の問題があります。こういうものが全部この在宅医療の現場で出てくるわけでありまして。

その在宅医療ですが、とにかくこれから50万人以上死亡者が増えるということで、国の方針としても、ベッドは増加しないんだということになってきますと、自宅あるいは施設で療養せざるをえないということになります。その在宅の問題点です。

まず、患者さん側として、急変したときにはどうしてくれるんだというような問題。これは、先ほどもまとめのところで出ておりましたけれども、急に肺炎になったら、当然これは急性期病院、医療センターを含め急性期病院に運ばれ治療を受ける。これは全然問題のない話なんですね。それから、もう一つは、やっぱり介護者への負担が大きいということ、いつも出てくる話です。それと、病院にいて、それから在宅に戻るような場合には、療養環境のレベルが低下します。いろんな意味で、最近の治療機器は先進的なものがあります。呼吸器はその最たるものですが、そういうものがどうなるのか。これも、今はかなり貸し出しとかそういうものができるので、ある程度はできるわけですがけれども、こういうものに対する不安というものは必ず患者サイドではあると思いますね。それと、独居の方。これは、先ほど来、出ている、24時間対応の看護、介護のサービスをしっかりとこれにうまく投入できれば対応可能です。それから、昔は3世代同居というようなことで、必ず親が亡くなるのを見ていた訳ですが、今は人が亡くなるのを見たことがない、そういう核家族の社会になりましたので、看取りの不安というものは大変なものだろうと思います。この問題に関しては看護師さん、我々医師はもちろんですが、介護の方も、みんなゆっくりと説明していかないといけないだろうと思っています。

医療側にもいろいろ問題があります。それは、24時間対応ということをするためには、やっぱりマンパワーが不足している。特に桑名の場合、かなり医師会も高齢化しておりますと、なかなかこれには問題があるんですけども、これはすぐに何とかなるといった問題ではないですね。それで、医療連携が必要になります。在宅医もそうだし、あるいは急性期病院、あるいは療養型の病院など、後方ベッドというようなものを利用して連携をしていかないといけないのですが、これをどうのように連携させていくかというのも問題があります。これには診療情報の共有が大事になってくるわけですが、共有する内容、範囲など先ほども出ておりましたけれども、ここのところを詰めていかないといけない。あるいは、かなり専門性が必要になってくるような在宅の患者さんもみえますので、在宅を専門にやっている先生、あるいは専門医との連携というようなものもかなり問題になってまいります。

医療サイドの対応策ですが、まず、多職種、特に訪問看護師さんとか介護の方との連携、これが全てではないかと思えます。それから、在宅医療の担当医を増やすことですが、これは物理的になかなか難しい部分があります。今、在宅療養支援診療所は十数カ所あるんですけども、これをもうちょっと増やすように、医師会としても努力しています。最近では、強化型いわゆるグループ化してベッドを持っている在宅療養支援診療所が出てきましたが、桑名には今2つぐらいしかないですね。それから、1人

の主治医だけでは、その人がどうしても用があるときのために、副主治医制をとっているところがあります。

例えば、柏市なんかはそういうモデル地区としてやっているんですけど、これも全ての患者さんに主治医と副主治医をつけるとなると、これはかえって負担になりますので、柏の場合なんかでも、結局、時々在宅医が話し合っ、「私はこのときは都合が悪い」というようなときに、「誰かちょっと副主治医になってくれない」というような話し合いをやっているようです。このようなことは我々も、今すでに行っていることです。そういう形で、緩い副主治医制といいますか、そういう形がかえって負担がないのではないかと思います、私もちょっとお願いしたことがあります。

それと、在宅専従の診療所ですね。この地区にもありますけれど。癌の患者さんを専門に診て見えますが、そういうところとの連携というようなことをやっていかないといけない。それから、今日、この後お話ししますが、後方支援ベッド、これをしっかりと確保することが大事ではないかと思っています。

今、後方支援ベッドというのは、急変時や容体の変化、あるいは療養環境の変化、例えば、介護している方のいろんな状況の変化、レスパイトも含めて、そういうものに応じて一時的に入院療養を行うようなベッドのことなんですけど、これは、有床診療所とか療養型の病院とか在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、今度これが制度としてできたものですが、これは200から400床ぐらいの大きな病院にこういうものをつくろうということなんですけど、今の桑名にはありません。桑名では有床診療所と療養型の病院でやっていかないといけないと思っています。桑名には療養型の病院は3病院で、後方支援11ベッドを確保してもらっています。療養病床を持っている急性期病院は3施設ありまして、6ベッドぐらいお願いしておりまして、有床診療所にもそれぞれ1ベッド、都合計20の後方支援ベッドが確保できています。これで一応やっていけるのではないかと考えております。

こういうものを、在宅医療連携拠点、医師会がやっていこうと考えておるんですけど、こういう拠点を中心に、在宅医、専門医、急性期病院、後方ベッド、それから訪問看護ステーション、ケアマネ、介護、これには包括支援とかももちろん入ってくるんですけど、こういう多職種がうまく連携をすることが必要になってきます。いかに診療情報というものをうまく、これが三重医療安心ネットですか、こういうものを上手に、どの程度うまくこれを運用できるかがポイントです。竹田先生にもお骨折りをいただかないといけないんですけど、こういう形で今のICTを使って、こういうものがうまく連携できて、在宅医療連携拠点到連絡すれば、そこと完全につながると、瞬時にいろんな判断ができるというようになればいいのではないかなと今は考えております。

以上です。

#### 【竹田部会長】

ありがとうございました。

医師会のほうから、特に、包括ケアシステムの中での医療部門、それにおける問題点とか、あるいは今後の方針といったことについてお話をいただきました。

何かご質問はございますでしょうか。簡単にでしたらお受けしたいと思いますけれども。

#### 【佐藤（剛）委員】

私どもの病院のほうでは、既に地域包括ケア病棟を立ち上げる準備を始めました。日本慢性期医療協会というのがあるんですけど、その中に地域包括ケア病棟、そういう協会ももうでき上がりました。いろいろと勉強を始めているということですけども、それ以外に、また在宅療養支援もこれからもやっていこうと思っています。

ただ、地域包括ケア病棟をやる上においては、地域というのは非常に広くなっちゃうんですね。というのは、具体的に、弥富の海南病院からお願いできんかということも聞いています。桑名市内の急性期病院ばかりじゃなくて、桑名市外からのそういう急性期病院からも要望がございます。そういうふうにもこれからも立ち上げていきたいと思っています。また、医師会ともよく連携をとってやっていきたいと思っていますので、よろしくお願ひしたいと思っています。

**【竹田部会長】**

よろしくお願いいたします。

あと、いかがでしょうか。黒田さん、何かありますか。最後の東先生が言われたネットワークの件ですけど、あれに関しましては、また今年度、何か新たなIT関係の予算がつくんですか。

**【事務局（黒田 勝）】**

国のほうで予算をつけていただけるということで、市のほうから計画を上げております。そして、来年度に向けていろいろ作業は進めておるんですけど、県下中では、竹田委員長のほうから言われております、三重安心ネットワークを、開示病院を拠点として地域の病院のネットワークを張って、当然その中には介護施設、福祉施設もございます。その先のケアマネとか看護師さん、介護士さんとのやりとりするネットワークが必要になってくるのかなということで、これもあわせて国のほうに計画として提出はさせていただいております。

以上でございます。

**【竹田部会長】**

ということで、国ほうからもそういう予算措置がされておりますので、三重県としては三重医療安心ネットワークの拠点病院を地域の核として、そこからいろんな診療所とか介護施設とか、さらにその先まで、最初だけでもいいからできるようなシステムを組んでいったらどうかという、そういうふうになんか考えておまして、桑名はぜひその方針でやっていきたいと思っておりますので、またどうぞよろしくご協力をお願いしたいと思います。

**【事務局（田中副市長）】**

今のを1点だけ補足しますと、あくまでそれは県と各関係の市町村で今協議中ということなので、この桑名地域の案件が採択されるかどうかは未定でありますので、そこは傍聴の方もいらっしゃるの、補足したいと思います。

**【竹田部会長】**

じゃ、続きまして、歯科医師会のほうにお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

**【星野委員】**

こんにちは。桑員歯科医師会の星野でございます。よろしくお願いいたします。

高齢者に対する歯科医療の意義、低栄養と誤嚥性肺炎などの予防による健康寿命を延ばすと。食べる楽しみや話す楽しみを持ち続けることによって、QOLの改善をすると。障害を持った口腔に対するリハビリテーションとしての意義。

現状としましては、歯科治療が必要な人は多いが、治療を受けている人は少ない。治療とケアが一体になったときの効果について知られていない。

口腔ケアとは、広い意味では、口腔の持つ種々の働きが障害された場合、これらの働きがより健全に機能するように手当てをすること。狭い意味では、口腔内の衛生状態を改善し、口腔疾患と口腔内に起因する全身疾患の予防に努めることということで、歯科医師とともに歯科衛生士が重要な役割を担う。

専門的口腔ケアの目的としては、まず感染予防、口腔機能の維持、回復、そして、全身の健康の維持、回復及び社会性の回復。

どういう内容がありますかということで、口腔清掃というのは、歯ブラシだとか歯間ブラシ、フロスなどを用いて歯をきれいにします。バイオフィルムというのは、細菌の膜とかぬめりみたいなものをいっております。歯石除去、入れ歯の清掃、管理、摂食・そしゃく・嚥下機能の回復、誤嚥性肺炎、低栄養の予防に配慮した口腔の管理。

これは、ある老人病院での死亡者の主要基礎疾患と直接死亡原因で、主要基礎疾患としては、脳梗塞とか脳出血とか骨折とかいろいろありますけれども、直接の死亡原因と見れば、高齢者の場合は肺炎で亡くなる方が非常に多いと。

これは、全国11の特別養護老人ホームで調査した結果で、期間中に1週間以上の発熱をした人を調べた結果、口腔ケアを受けている方とそうじゃない方の差、歯科医師や歯科衛生士による専門的な口腔

ケアを定期的に行うことにより、発熱を抑えられるということがわかっております。

2年間の肺炎発症率も、口腔ケアを受けている方のほうが少ないと。誤嚥性肺炎の予防にもなっております。

口腔ケアをしている人と対照群を比べると、発熱及び肺炎発症者や、肺炎による死亡者にも明らかに有意差があることが分かります。

無歯顎者、歯が一本もない人で、入れ歯がある方と入れ歯を使っていない方を比べると、やっぱり入れ歯を入れてかんでいる方のほうが肺炎の発症率が少ないということがわかっております。

口腔機能とALB値、これは血清アルブミン、血液中のたんぱく質の一種ですけど、老人の方の栄養状態を判断する指標でありまして、口腔機能が正常な方のほうが栄養状態がいいということがわかります。

これは、調査時点において要介護認定を受けていない65歳以上の方、4,425人を4年間調査した結果ですが、要介護認定を伴う認知症度2以上が発症するまでの日数を調べたもので、この時点で皆さんは健康であったと。これから日数がたっていくにつれて、歯が20本以上ある方、19本以下、歯がほとんどなくて入れ歯を使っている人、歯もないし入れ歯も使っていない。そうすると、認知症ではないという方が減っていくとか、全部差が出てきているということです。歯が20本以上ある者に比べて、噛めない人は認知症の発症率が高くなります。よく噛むことが大切で、自分の口で食べていないと認知症にもなりやすくなります。

歯を残すことは総医療費の削減にもつながっているということでもあります。残っている歯の数が多くなればなるほど、年間に使う医療費が安くなる。レセプト1枚当たりの点数、歯科に関してはほとんど差がありませんが、医科においては、8020を達成、80歳で20本以上歯を残している方のほうが医療費が安いことがわかっております。

ここで、残っている歯の数が20本以上の方とゼロ本から4本の方と比べると、医科の医療費が1.5倍開きがあります。糖尿病の医療費が1.3倍。次、歯周病に関してですが、歯茎が健康な人は糖尿病の医療費が9万5,900円に対して、重症の歯周病の方は20万9,600円の糖尿病の医療費がかかっております。心疾患の医療費も3.4倍と、すごく開きが出てきております。歯や歯肉が健康であると医療費も抑えられる。

中まとめですが、後期高齢者の健康寿命を延長するには、口腔ケアを含む歯科介入がぜひ必要であると。誤嚥性肺炎や低栄養の予防のためにも、口腔機能の向上及び義歯の装着、調整を含む維持管理が必要になる。唾液分泌が減少し、極度に口腔乾燥が起きやすい終末期においては、特に口腔の維持管理が大切と。後期高齢者の健康保持のためには、早い時期から歯の喪失が防止されるよう、虫歯や歯周病の管理が必要。歯がなくなってからじゃなくて、なくならないように予防に力を入れておくように考えていかないといけない。

ネットワークの必要性ということで、三重県歯科医師会が今どういうことを取り組んでいるかということですね。

地域口腔ケアステーションという、これは各地域においてこういうものをつくろうと。三重県に今11の歯科医師会がありまして、11の歯科医師会が各地域において地域口腔ケアステーションというものをつくろうとしております。

三重県があつて、三重県歯科医師会ですね。ここで桑員歯科医師会というのがあります。いろんな業種の方と連携をとりながら、介護なり予防なり、歯科の部分でお手伝いできるところをやっつけていこうと。

地域口腔ケアステーション、医療としては、昨年あたりから、がん患者医科歯科連携というのを今特に力を入れておりまして、講習とかをよくやっておりました。あと、介護というところでは、各郡市歯科医師会において訪問歯科診療対応チームの編成、訪問歯科診療対応チームの強化。予防としましては、歯科健診や歯科保健指導が受けにくい住民に対する健診、指導の実施、介護予防事業における口腔機能の向上ということで。

現在、三重県歯科医師会では、後期高齢者歯科口腔健診事業というのを計画しております。事業主体

は三重県広域連合とし、県下の後期高齢者、75歳と80歳の方だけに限定し、健康増進法によるいわゆる歯周病検診とは異なり、一般的な虫歯、歯周病に関連した健診項目に加え、口腔機能に関連した健診項目が入っております。今までおざなりになっていた高齢者の特質を考慮し、歯周病を起因とする細菌性の心内膜炎、動脈硬化症などの悪化や口腔機能低下による誤嚥性肺炎などを予防するための歯科健診です。桑名市の市役所さんにも、この事業が行われるようにぜひともバックアップ、経済的な援助をお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

三重県には歯科診療所が880軒ほどありますが、その中で在宅支援歯科診療所として届け出している医院は86カ所。要するに、積極的に訪問診療しますよというある基準を満たしたところに関しては、保険点数に見返りというか、加算点数がつけられるような、そういう制度があります。訪問診療を行う医院をもっと増やしたいと県の歯科医師会では思っているのですが、今のところまだ1割ほどしか届け出をしていません。まだまだ訪問診療、在宅医療に対しては積極的ではないというところ です。

在宅訪問歯科診療に携わる人材の育成ということで、毎年歯科医師会としては在宅診療に対する研修を行っておりますし、実際に病院歯科における口腔ケア実践研修事業としまして、歯科医師1人と歯科衛生士2人がペアとなりまして、藤田保健衛生大学七栗サナトリウムと済生会松阪総合病院において3日間の口腔ケアの研修制度があります。

また、地域での介護予防関係者へのアプローチとしまして、口腔ケア推進支援事業というのも行っております。この写真のように施設に出向いていきまして、歯科医師会が歯科衛生士会の協力のもと、こういうことをやっていますが、内容としましては、講話とか実地指導、口腔清掃指導、摂食機能訓練、あと、施設関係者に対する口腔ケア介助などの指導。昨年は桑名においては、グループホームすずらん、寿楽の家と、こころデイサービスセンターというところで2回行いました。また、今年度もそういう事業予定がありますので、よろしく願いします。あと、衛生士会さんが中心となって健康体操とか、それらも行っております。

最後に、今現在、歯科医師としては治療を中心とした訪問診療をすることだけで精いっぱい、口腔ケアにまで関わることが困難な状態です。本人、家族がかかりつけとなっている歯科医師への直接依頼が訪問診療の場合は中心となっています、桑員歯科医師会の事務所におきましても、訪問診療の窓口となっていますが、直接依頼は少ないということ。事務所に依頼があった場合は、会として、その方の住んでいるところに比較的近い歯科医師を紹介しております。絶対的に歯科衛生士の数が足りなくて、訪問診療そのものに支障があると。各歯科医院に衛生士が勤務しているわけではないということで、約4割近くの歯科医院には衛生士が今いません。それぐらい衛生士が不足しているということ。また、ある程度仕事ができるようになったところに結婚、出産等で退職してしまいうということがよくあります。ですから、比較的自由のきくフリーの歯科衛生士が活躍できるような場をつくると。口腔ケアステーションなる組織をつくり、そのフリーの衛生士さんが登録して、ある程度そういう人数を確保しないと運営が難しいのではないかとというのが今現時点のところ です。少しでも多くの口腔ケアを提供できるようになれば介護される方のQOLも高くなり、そのことが家族や看護、介護される方たちの負担を軽くする事につながると思います。

以上です。ありがとうございました。

#### 【竹田部会長】

ありがとうございました。

非常に有意義な話で、自分の歯がないと認知症になりやすいということですね。それから、もちろん医療費も非常に高くなると。歯がないと認知症になりやすいというのは、どういうメカニズムなんですか。

#### 【星野委員】

やっぱり噛むということ、噛むという刺激が脳に伝わりますから。

#### 【竹田部会長】

かむということが、やっぱり脳の働きに良い。栄養という意味じゃなしに、そういうことですか。

【星野委員】

あとは、やっぱり立てて、自分の管理できる力という、意欲ですね。

【竹田部会長】

なるほどね。意欲とかですね。非常に身につまされるような話でございまして。

それで、あと、歯科衛生士がそんなに少ないんですか。

【星野委員】

少ないです。

【竹田部会長】

それは絶対数が少ないんですか。

【星野委員】

そうです。衛生士学校が三重県には3校ありますが、なかなか認知されておらず、県内の各高校にも卒業される方に、歯科衛生士になりませんかと、積極的にアピールしたり、歯科医師会としても近鉄電車の中に広告をつるしたりとか、そういうこともやっているのですが、なかなか思うように増えいきません。また歯科医院が増えたというのもありますから、とり合いになっているというのもありますね。

【事務局（黒田）】

済みません、そのあたりも含めて、今、歯科衛生士会の代表の方がおみえになりますもので、それも含めて。

【竹田部会長】

どうぞ、ぜひよろしく、ご意見を。

【岡（訓）委員】

歯科衛生士会の岡です。よろしくお願いします。

衛生士の現在の状況といたしましては、確かに人材不足というのはあります。その人材不足の中でも、衛生士会に入会される方はほんとうにごく少なくなっております。現在、桑員支部でも33名しか在籍をしていないというのが現状になっています。歯科医師の先生方との契約というものを2011年に衛生士会もさせていただきまして、歯科医院さんのところに依頼があったときに、その医院に歯科衛生士がいなかったり、または、いても、ちょっと診療の中で手いっぱい在宅まで手が及ばないという方に対して、衛生士会に委託をさせて、来ていただければ、こちらのほうが責任を持って在宅へ行くというような形、システムの土台としては現在あります。

33名の会員のうち、3年前、契約させていただいたときに有志を募りましたところ、11名の方が手を挙げていただいておりますので、その方に対しては実践できるように、より密着をした研修会を数回行わせていただいて、いつでも行ける土台としてはなつてはあるんですけども、実際にこの契約をさせてもらった後、依頼があったかという、1件だけでした。ケアマネジャーさんから歯科医院のほうへ依頼をしていただきまして、歯科医院さんのほうから、ちょっとうちではということで、歯科衛生士会へ声がかかってきたというのが3年のうちで1件のみになります。1件ですので、ベテランな、臨時委員にもありました金海のほうから行っていただいたわけなんですけれども、今後、数が増えていけば、こちらにもお願いしますという声がかかるかとは思いますが、今現在11名だけですので、3年たっていると意思も変わってくるかと思っておりますので、もう一度、再度認識があるかどうか確認をしようと思っております。

また、新たな会員というのも入ってきておりますので、その方たちに対しても、お手伝いできないであろうかと、もう一度有志を募ろうかと。あと、歯科医院に勤務していない方が、何も働いていなくて家にいますという歯科衛生士の方もいらっしゃいますので、そういう方には、知人を通してとか、周知を今随時行っている状況であります。

あと、第3回のときに、臨時、金海さんから口腔ケアサマリーについてお話をさせていただいておるんですけども、お手元の資料に、歯科衛生士会の参考資料としてあるかと思っております。こちら、実際に中勢地区では現在出回っている、利用されているものです。形態とかは多少は変わってはいると思いま

すけれども、今後、病院から病院、病院から在宅、病院から診療所という情報交換として定着できればということで、三重県歯科衛生士会が作成いたしました。ホームページもまた少し載ってはいないかなと、ちょっと確認不足で申しわけないですけれども、今後、載せていただける予定ではあります。ぜひお見知りおきをお願いします。

**【竹田部会長】**

ありがとうございました。

ぜひ介護施設の方々も、やっぱり口腔ケアというのは非常に大事な、これは医療にとっても大事ですし、それから、先ほどいろいろ星野委員からご説明いただきましたように、いろんな意味で健康のための大切な手段でございますので、ぜひ岡さんのところ、そちらのほうへご連絡いただきましたら、いつでも協力していただけるということですので。

ほかの地域では、もっと盛んにこれをやっているところもあるんですが、介護施設で口腔ケアのいろんな検証とか。先ほど、依頼を受けたのは3年間で1件だけだと言われましたね。

**【岡（訓）委員】**

そうですね。中勢地区が今現在盛んでありまして、四日市から北勢はほとんど話を聞いていないというのが状況ですね。松阪が一番多いと思います。

**【竹田部会長】**

わかりました。

何かご意見はございませんでしょうか。

**【事務局(田中副市長)】**

ちょっと星野委員にお願いというかお伺いなんですけれども、地域口腔ケアステーションについてのご紹介があったと思います。私はこれを聞く限り、あまり今まで話を聞いたことがありませんでしたので、内容はよくわかっていないかもしれませんが、ぱっと見たところ、いわば在宅医療連携拠点の歯科版みたいな感じかなというふうな印象を受けます。私が知る限り、いろいろ例えば専門職のシンポジウムとかに出ますと、最近、医科と歯科の連携ということが盛んに言われていますし、その先、医療と介護の連携まで含めて考えると、在宅医療連携拠点の中心はもちろん医師会にやっていただくことになると思うんですが、できればこの機能を在宅医療連携拠点と一体的な形で、例えば、そこにこういう歯科医師とか口腔ケアの歯科衛生士も紹介できるというか、そういう形のほうが何か望ましいのかなと思うんですけれども、何かその辺のお考えをちょっとお聞かせいただきたいなと。東先生と星野先生から、どうですか。

**【東委員】**

私どものほうとしては、ぜひそうお願いできればと思っています。やっぱり肺炎との関連も多いようですし、確かに、やっぱり食べられなくなるというのは、実際、認知症の方なんかもそうなんですけど、口腔ケアをしっかりやっていただくと、食べられるようになる。僕らは、この辺、いろいろマッサージもあんまり上手にやらないですけど、かなりトレーニングを受けた方は、ここまでやるのかと思うようなことをやると、その後、確かによく食べられるんですよ。だから、その辺もぜひ歯科と一緒にやっていただければと思いますので、ぜひこちらとしてはお願いします。

**【星野委員】**

歯科医師会で、内科の先生が一番連携をとりたいのは歯科というふうに意見をいただいておりますので、歯科医師会としても、いろんな意味で医科の先生と連携をとってお手伝いできる場を増やしていきたいと思います。よろしくお願いいたしたいと思います。

**【事務局(田中副市長)】**

ありがとうございました。

今の時点は、まだこれ以上話が具体化できないのはなぜかという、今後、医療と介護の連携のための在宅医療連携拠点などについては、例えば人件費とか事務費とか、そういったものがおそらく介護保険の地域支援事業として位置づけられることになりまして、いわば今までは単年度の単発的なモデル事

業のようだったものが、いわば恒久的な事業になるわけですね。ただ、それが大体幾らぐらい、地域支援事業の中で、いわば国、県の負担分も含めて幾らいただけるのかというのが、おそらく来年度の予算を編成しないとわかってこないということがあります。こちらも国全体の動きをできるだけ早くキャッチして、そうしますと、大体どれくらいのお金を使えるかということがわかってきますので、その中で、具体的に在宅医療連携拠点のあり方とか、地域口腔ケアステーションのあり方とか、じゃ、例えば今の医師会立のえがおがある場所に一緒に置けるのかとか、ちょっとそういったことをご相談させていただきたいなというふうに思っています。

#### 【竹田部会長】

よろしいでしょうか。

口腔ケアというのは、これからの高齢化社会におきまして、非常に大事なキーワードになりますので、今後とも、ぜひ協働して立派なシステムをつくり上げていただきたいと思います。

じゃ、続きまして、薬剤師会のほう、よろしくお願ひします。

#### 【久保委員】

薬剤師会の久保です。

実は、田中副市長さんから先ほど言われたとおり、薬剤師の業務として、やっぱり処方箋、調剤及び服薬指導で日々追われて、なかなか在宅まで入れるというのが非常に困難で、今日持ってきた資料というのは、三重県薬剤師会の会員さんがつくってくれた資料なんですけれども、在宅で薬剤師ができることは今何なのかということこれから説明させてもらいたいと思います。ほんとうに桑名地区薬剤師会の将来の取り組みとしてこれができるんじゃないか、在宅であれば薬剤師はこれができるんじゃないかということ今からちょっと説明します。

高齢者の薬剤管理の4つのチェックポイントというのを上げてみました。1から4まであります。薬を理解してもらって、薬の飲み残しを減らす、重複、過量な薬をなくす、薬の副作用を早期発見。特にこの2つですね。

在宅の服薬時の援助は誰がしているのかという質問が薬剤師会からありました。これは、ヘルパーさんに答えてもらったんですけども、利用者がお薬を使用する際に、あなたが援助することがありますかということで、認知症でない患者さんはこういうことで、認知症の患者さんはこういうことで、いつもある、時々あるが7.2%、認知症の患者さんは、いつもある、時々あるが8.1%もあるということです。

どのような援助をしていますか。複数回答がこうなっています。

高齢者と薬剤管理の2つのポイントを上げました。飲みやすくするための工夫。これは、薬剤師、飲む回数、剤型、一包化等が薬剤師の仕事であり、多職種連携で見守る。訪問看護師さんやケアマネジャーさん、ヘルパーさん、ほかの皆様方の協力を得ると。

薬の飲み残しを減らす。これがほんとうに今一番大きな問題じゃないかと。後から出ますけれども、そんなときはどうするのかと。

これは厚労省の、皆さんおわかりだと思います。ひとり暮らしが多くなっていくという。

在宅における薬剤の管理者。本人、介護事業者がほとんどなんです。

在宅における薬剤管理の実態、訪問開始時に発見された問題点がこういうふうになります。薬剤保管の状況、薬剤の飲み忘れ、それから服用薬剤の理解不足。これは、年齢とともにお薬の量がどんどん増えていくということ。

高齢者の薬の数は多い。

薬剤種類数と薬物有害作用、副作用の関係。やっぱり投薬数が多いほど多くなっていくと。

高齢者の薬物療法の特性と問題点。平均78.3歳で、大体平均疾患が7.7。ちょっとデータが古いんですけど、2001年のデータなんですけれども、多科受診の機会の増加、このように結構多くなっていて、使用薬剤の種類増加、大体5種類弱の薬を飲まれているということですね。副作用の発現率も増加していくと。

もちろん、これは種類が多くなるほど飲み忘れが多くなるという図です。

これからちょっと残薬の写真集を見てもらいたいですけれども、薬剤師が訪問したら、こんなに残っていたと。総額3万円、無駄になっていました。降圧剤ですね、これ。

これは、総額4万4,600円が無駄になっている。残薬ですね。

ロキソニンテープ、686枚、期限切れのモーラステープが273枚。1割負担ですので、9割が国が負担している。3万1,670円が無駄になったと。

こちらは、32万7,000円が無駄になった。高いインスリン製剤があります。

何と麻薬も残っていた。塩酸モルヒネが752錠、非常に問題ですね。20万8,735円。

がん性疼痛に使う麻薬の頓服。

狭心症の発作のお薬ですね。薬が入っているか入っていないかわからない薬袋、ほんとうに必要なのかわからない塗り薬。

漢方薬も。

すごいですね、こうなると。薬屋ですね。

というのは、薬剤師がこういうふうに残薬を管理すれば、国の試算として、100億ぐらいの医療費が削減できるんじゃないかと言われています。

施設でもこうです。

まとめとして、とにかく薬剤師が在宅をするということは、やっぱりこの残薬管理、残薬がほんとうにこんなに残っているんだよということを我々薬剤師もほんとうにこれからも反省しなきゃいけないところですし、それから、残薬があるということは飲んでいないということですね。患者さんが飲んでいない。飲んでいないから、残っているんだと。飲んでいないから、今からある糖尿病の例がありますけれども、糖尿病のため、インスリン注射、内服薬が処方されていた。薬を増やしても全く検査値も改善せず、全く血糖値も下がらず。下肢切断を医師より宣告される。薬剤師が在宅訪問。内服薬がぐちゃぐちゃ、インスリン散乱。薬剤師が在宅訪問開始。徐々に服薬状況、インスリン使用状況が改善。血糖値も改善され、末梢循環不全も改善。下肢切断を回避でき、患者さんも大喜びという感じで、使えばちゃんと効くと。残薬があるということは、飲んでいない、使っていないということですね。

在宅における医薬品管理の実例ですけれども、こんな感じで、A病院、心療内科、7種類、B診療所、内科、4種類。介護ヘルパーさんは入っているが、薬は自己管理、整理がつかない状況。ほとんど自己管理できていない状況ですね。

処方医に疑義照会を行い、A、B両医療機関に処方薬を合わせて一包化したんですね、2つの病院の。単にまとめるだけでなく、重複、相互作用、吸湿などを考えながら整理しなければならない。

飲み残し、飲み誤りの防止方法としては、一包化、薬の管理、朝昼夕、それからカレンダーの管理。その人の能力に応じた管理方法を見つけるというのが薬剤師だと思います。

これ、うえむら薬局というところの資料を借りてきたので、うえむら薬局はこういうことをやっているんだよということを言っています。それで、これが日めくりカレンダーで、ここに1日の薬の、朝昼夕と一包化しているんですけれども、飲んだかわからないんですよ。飲んだ後の薬の空を残してもらうことで、ほんとうに飲んでいたかを確認ができる。だから、これを残してもらうということを言っています。

お薬手帳は省きます。

これは、日本薬剤師会がつくっているリーフレットなんですけれども、お薬の管理ができない、飲みづらい、飲んでくれない、服薬の改善に時間がかかる、飲み忘れてしまう、何に効く薬かわからない、たくさんの種類を飲んで大丈夫、飲み合わせは、錠剤を潰して飲んだりして大丈夫か。

薬剤師が在宅でできることのほんの一例なんですけれども、飲み合わせのチェック、飲み忘れ、飲み誤りの改善。これがほんとうに重要なんです、さっきも言ったように。副作用の早期発見、飲みにくいお薬を飲みやすくするための工夫。ただ単に飲みにくいお薬を飲みやすくするだけではなくて、やっぱりその人に合った、個人に合った服薬の指導をしてあげなければいけない。この5のお薬の配達、これはあんまり、これだけはいけないので、とにかく1から4が特に大事だと思います。

薬剤師による在宅訪問、服薬支援。薬剤師がご自宅に訪問して薬の管理を行います。対象は、1人では通院困難な方及び通院不可能な方です。

通院困難の基準がわかりません。厚労省がこう言っているんですけども、在宅患者訪問診療料を算定できない通院が容易な者とは、どのような患者かとQアンドAで言っているんですけども、年齢、症状、一概に言えないが、少なくとも独歩で家族等の助けをかりずに通院できる者などは通院容易であると考えられる。何を言っておるのか。解釈の解釈。これらは通院困難と思われるのが、この3つのパターンじゃないかと。通院時に家族やヘルパーの付き添いが必要。家から出るとき、タクシーの運転手などが介助し、病院に着いたら病院の職員が介助する。独立歩行はできるが、認知機能低下で付き添いが必要。以上の3例が通院困難と思われるんじゃないかと。

退院時のカンファレンスに薬剤師が参加するメリットとして、こういう3つのものがあります。ちょっと割愛させていただきます。

サービス担当者会議に薬剤師が参加するメリット。いろいろありますけれども、ほんとうに薬のプロとして、やっぱり介護のあれだけじゃなく別の観点から、さっき言った服用時の、ほんとうに飲んでいいのかとか、そういう薬の副作用の早期発見につなげられるとか、いろんな違う視点からで薬剤師がいろいろなことを助言できるんじゃないかということは言われています。

薬剤師による在宅でも薬剤管理指導、これはいいですね。

じゃ、今、訪問薬剤管理指導がどのように始まるのかというのを4つのパターンに分けました。まず、Aのパターン、医師の指示型、これが一番多いんですけども、処方箋に訪問指示と書かれたら、医師、歯科医師からそういう指示があれば、必ずこの4つのパターンでも患者さんの同意は要りますけれども、この場合、Aのパターンが一番多いんですけども、薬剤師が訪問して、訪問の意義、目的を説明して、患者さんの同意を得て、訪問薬剤管理が始まるということですね。Bは薬局提案型で、薬局窓口で薬剤師が疑問視して、薬剤師が訪問して、やっぱり薬剤師介入の必要があると判断した場合に、医療機関に行って医師、歯科医師さんの判断を、訪問指示を出してもらう。患者の同意を得て、私らが行くと。あと、多職種提案型。ケアマネとか訪問看護など多くの医療・介護職、そして家族からの相談を受けて、薬剤師が状況把握、同じように医療機関のドクターもしくは歯科医師さんに訪問指示を出してもらって、患者同意をとる。あとは、退院時のカンファレンスという感じで、この4つのパターンがあります。

在宅で薬の問題に気づいたら、遠慮なく薬局、薬剤師までご連絡ください。

ということなんですけれども、実は、皆さんの資料の中に、薬剤師会の資料の最後に、各施設代表者様方へということで、三重県訪問看護支援モデル事業—供給システムの整備への協力をお願いということ、この資料を入れさせていただきました。実は、平成21年度に、三重県の看護、ここにおられる福本委員と私を中心になって、2年間、補助金事業として、医療材料を各訪問看護ステーションと基幹センター、桑名では桑名センター薬局、うちの会員の薬局なんですけれども、センター薬局が中心になって、医療材料を療養者に効率よく届けるというシステムをつくり上げております。

それはどういうことかということ、1として、入手ルートの共有化により、共同で常時、緊急時のストックが確保できる。一括購入、ストックすることで単品の発注が可能になる。在庫管理の一元化で在庫の無駄が削減できる。各施設への配送を基幹センターが請け負うので、時間、人件費の削減ができるということで、薬剤師会、今これをやっているんですが、ちょっと頭打ちになっていて、利用者が非常に少ないんですね。だから、今回、この場をかりてちょっとPRさせてもらいたいんですけども、今は福本委員の訪問看護ステーションの方、えがおさんとかと一緒に3カ月に1回ミーティングをしてやっているんですけども、なかなか療養者の利用者さんが少なくて、在庫ばかり増えてくるという状況で、今後は、介護施設等、介護サービスつきのサ高住の人たちとか、介護の人たちのほうにPRして、こういうものをどんどん利用してほしいということで今日持ってまいりました。

以上です。

【竹田部会長】

ありがとうございました。

薬剤師さんの仕事は、急性期の病院におきましても慢性期の病院におきましても、それから介護施設におきましても非常に重要度は高まっております、さらに、今度は在宅医療にもまたいろいろお手伝いいただけるということで、これは非常にありがたいことだと思っておりますけれども、何かご質問はございませんでしょうか。

もうそのサービスは始まっているんですか？

【久保委員】

もう起動しています。

【竹田部会長】

そうですか。今は、どのぐらいの実績があるのですか？

【久保委員】

薬剤師が訪問して、ちょっと少ないですね、やっぱり。一番最初に私が言ったように、薬剤師自体がとり合いっこなんですね、薬局で。やっぱり田舎へ行くほど薬剤師が少なく、やっぱりマンパワーの不足が多くて、それができれば出やすいんですけども、時間を見つけて出ることにはできるんですけども、なかなかね。会員に出ていけ、出ていけと言っているんですけども。

【片岡委員】

訪問介護の事業所の片岡でございます。

訪問介護で、ヘルパーが利用者さんの自宅にお邪魔して、実際に服薬のお手伝いをするということがよくあるわけなんですけれども、先ほどお話が出たように、きちんと服薬できていないというのが実情でございます。ヘルパーには服薬管理はできないことになっておりまして、いわゆる一包化されて、今日、今回これを飲むんだよというような形のものを飲んでいただくということしかできません。これはちょっとご存じない方は知っておいていただければと思います。

本人が服薬されるのをお手伝いしたり、忘れないように水を準備して飲むように声をかけたりすることが中心になります。自分で飲むことができない人の口に入れて飲むことを介助したりする事はありますが無理に飲ませることはできませんし、体調に合わせて薬を加減したり一包化されていない薬を組んだりすることはできません。

薬剤師さんのほうで一包化していただくというのは非常にありがたいことです。いろんな病院からの薬がありますと、期限もばらばらになってきますし薬が変わって残薬があったりすると処理に困ることがあります。けれども、実際のところ薬剤師さんにかかわっていただけるケースは非常に少なく、薬の管理は重要で基本的な事項でありながら独居の在宅ではそれすらもけっこう難しいところかなと思います。その辺の連携が何とかうまくできればと思います。

今もちょっと写っていましたが、薬のカレンダーをいろいろつくっていただいても、そのとおりに飲めないことがあります。そのカレンダーをつくるのは、介護職にできるのかどうかのところは微妙なところです。状態に合わせて下剤を飲み分けましょうとか、頓服ということになると介護職は手が出せません。薬カレンダーを作るためだけに訪問するのが適当か否かはわかりませんが服薬をスムーズに事故なく行われるように、現場のほうに出てきていただいて連携できればありがたいと思います。

【竹田部会長】

医療現場から言いますと、今、急性期病院でも薬剤師さんをどんどんどんどん入れようとしておりまして、急性期病院でも足りないくらいですから、なかなか在宅医療まで回っていかないのが現状だと思いますね。ただし、6年制の大学が大分たくさんできましたので、今後はかなり増えると思いますので、そのうちにはある程度、数は確保できるようになると思いますけれども。

【福本委員】

訪問看護の立場からなんですけど、やはり訪問に行つて実際にケアをするのが必要なのに、薬の管理をしなきゃいけないというのかなりありまして、薬剤師さんにはぜひ出てきてほしいなと思うんですけども、1つネックになるところに、訪問看護もそうなんですけれども、ドクターの指示が得られにくいというのがちょっとありまして、患者さん自身が必要と思われていても、ドクターが居宅療養管理

指導にチェックをしてくださるタイミングがなかなかうまくいかないというところもありますので、ぜひよろしくをお願いします。どうですか。

**【久保委員】**

さっき、僕は4つのパターンを言いましたよね。大体医師のまず許しを得ないといけないんですよ。Aパターンがまず処方箋の訪問指示ですよ。BパターンもCパターンも、とりあえず行って主治医の許可を得るといことで、先生の許可を得るのがなかなかですね。

**【竹田部会長】**

私のほうから東先生に言っておきますね。

**【事務局（田中副市長）】**

ありがとうございます。今日いただいた事例とかも、いろんな市民向けの説明にも使えるので大変うれしく思います。

ちょっと1点この場をかりてお願いしたいのは、これから地域ケア会議でケアマネジメントを支援するための、その際に、いわばその案件を担当するケアマネジャーとか介護サービス事業者も呼んで、市と地域包括支援センターで地域ケア会議を開くということになります。そのときに助言をいただく方というのが非常に大事でして、もちろん、理学療法士とか管理栄養士とか歯科衛生士というのもあります。ただ、これについて言うと、実は、保健センターに人材がいますので、まず基本的なところを彼女たちにぜひ勉強してもらいたいということを強く期待しています。

ただ、一方で、絶対にはないのは薬剤師なんです。やはりこの間、和光市の地域ケア会議を実際に見てきました。その場合に、本人の状態を整理したアセスメント表がございまして、例えばその病名とか、どういう状態にあるかとか、そのときに、いわばこの人が例えば、先日、ケアマネの研修でも聞きましたけど、こういう症状があったら薬の副作用かもしれないから、こういうことを医師に相談しなきゃいけないというのを言わなきゃいけないわけですよ。そういうことをいわば紙の中のアセスメント表から気づいて、これは何らかの服薬管理が必要だ、ないし、医師に対する働きかけはこういうものが必要だとか、生活上、周りの人はこういうことを注意してあげるべきだとか、そういったアドバイスをいただかなきゃいかんと思っていて、今から、そういう在宅がわかる薬剤師というものに、ぜひ桑名の中で目星をつけていただきたいなというふうに思っておりますので、この場をかりてお願いしたいと思います。

**【竹田部会長】**

よろしいでしょうか。ちょっと時間が大分押してまいりましたので、よろしいですか。よろしいですね。

続きまして、看護協会のほうからよろしくをお願いします。

**【柳川委員】**

よろしくをお願いします。看護協会の専務理事の柳川といいます。

概要と役割ということで、協会は看護職の職能団体ですので、会員一人一人がみずから動いていくという形になりますけれども、個人の力では何ともできませんので、それを協会として、国とか県とか関係団体と連携して公益社団法人という形で動いております。協会は、日本看護協会1つと、各都道府県に支部が1か所ですので、三重県の場合は津に所在しております。

私たちの協会の役割としましては、質の向上というところで、研修の場を企画したり運営したりしております。あと、看護領域の開発、展開というところでは、在宅療養支援部門を看護協会が担っておりますので、訪問看護ステーションを開設しております。あと、看護職が働き続けられる職場環境づくりというところでは、ワーク・ライフ・バランスという取り組みをやっています。あと、潜在看護師の掘り起こしであったりとか、離職看護師の登録制に、今後していく方向性で動いております。

それから、三重県訪問看護ステーション連絡協議会を看護協会の会長がイコールで運営をしております。

そして、三重県の訪問看護ステーションは8ブロックに分かれておりまして、先日、副市長は桑名の

ほうのステーションの連絡協議会で話をしたと言われていましたけれども、その部分がこのいなべ地区、のブロックの会議に入られたのかなというように思います。それぞれ、ブロックの代表は理事という形で、運営会議を企画・運営しております。ここにありますように県内の訪問看護ステーションは107施設登録がありまして、その中でステーションの連絡協議会に入っている施設が93施設になります。

それから、桑員地区内のステーションの所在地としまして、今のところ10施設ありまして、員弁、東員町、桑名市という形で活動していただいております。

桑名市の行政、保健師さんたちと、それから看護師の市の行政として活動していただいている人数と配置表です。包括支援センターには保健師さんが配置されているわけではないことが見えてきております。

この表は、専門看護師、認定看護師が看護師の中ではございまして、これは、看護師の国家資格を取った後にまた専門的に教育を受けて、専門的な活動しております。25の認定看護師、専門看護師の種類がありまして、全員で今、三重県内では155名の方がその資格を取っております。

このスライドは、日本看護協会が出しているもので、国も県もそうですけれども、新たな財政支援制度ということで、25年度までは医療提供体制の推進事業として国庫補助金でやっておりました。看護協会も25年10月から連携推進事業ということでお金をとりに行きて、活動も新しくしております。それから、26年度から、今年、一応新たに基金を設置されましたので、対象事業としまして、3項目あがっていますが、「在宅医療の推進、介護サービスの充実」というところで、各市町村と連携を組んで、今動きを始めております。

今後の訪問看護事業の推進に向けてというところでは、在宅医療の整備も都道府県、市町村を中心に展開をしていくところで、地域の実情を踏まえた取り組みが重要になります。幸いなことに三重県は、三重県看護協会が訪問看護ステーション連絡協議会を持っておりますので、この部分の連携と、それから都道府県、全国訪問看護事業協会、日本訪問看護財団がございまして、日本看護協会とあわせて、これらの連携をとって包括ケアシステムに力を入れて動いている状況です。

あと、今後の訪問看護に期待されることとしまして、機能強化型訪問看護ステーション、これは日本看護協会としても強化事業として取り組む事業であります。制約が厳しく、常勤の看護師が7名、がんの疼痛看護及びがんの治療に関しては20症例以上、特定の疾患症例が15名以上、居宅の介護支援事業所を持っているということなど、要件が非常に厳しいので、なかなか三重県内のステーションは人数的にも厳しくて、現時点では、登録しているところはまだございませんが、今後はその辺のところも考えていく予定です。

あと、訪問看護の供給体制の拡充事業というところで、訪問看護職員の定着支援事業、これは先ほど出ましたICTの活用、これは去年10月から県内の訪問看護ステーション連絡協議会でホームページを更新する予定です。そこでステーションの利用状況なども全体で見えるようなシステムを今進めているところです。あと、訪問看護ステーションの規模拡大に向けた初期支援事業というところでも、訪問看護師さんが、新しく就職していただいても、なかなかその方を指導していくのにも大変な状況です。同行訪問などの、お金の補助をいただけないかということで、これも県のほうと交渉等をしております。

あと、専門性の高い看護師による同一日訪問というところは、褥瘡とか、がんの専門看護師、認定看護師と同日で訪問に行きますと非常に高い点数がとれますが、これは24年から始まったのですが、なかなか人数的に無理があって、その当初は6%ぐらいの活用状況でした。

退院支援と退院調整というところで、やはり入院と同時に退院を支援していかなければいけないというところで、実際、病院のナースも入院と同時にそれにかかわっていくということが重要になります。これも平成24年に、入院時の退院調整加算が点数化されまして、そして、実際、入院のときにスクリーニングをして、そして、7日以内にアセスメントをして、そして計画を立てると点数も高くとれるという、そういうシステムも始まりまして、全体的に動いてはおります。

それから、このスライドは在宅の緩和ケアに係る医療処置というところですが、在宅の支援の、緩和医療の拡大に向けたアンケート調査です。これは三重県のほうでとったものではなくて、厚生労働省のほうからの資料をお借りしました。経口麻薬の投与、この青のところは、自信を持って行うことができる、あと、専門的に相談すれば行うことができる。できないというところは、この紫のあたりですが、この経口麻薬だったりモルヒネだったり、このあたりは大体できるという領域になっております。あと、皮下輸液とか腹水、胸水とか輸血、このあたりはちょっと困難だということになって出てきております。

このスライドは、専門性の高い看護師による地域連携というところで、がんとか褥瘡に関しては、これも24年の診療報酬改定で、実際に現場、病院の認定看護師さん、専門看護師さん等が在宅のほうに行かれて、そして指導を受けるという、そのことの評価が高く評価されたというふうになります。

26年度、三重県看護協会の取り組みですが、まず、去年からこれは始めたのですが、現状を知ろうということで、認定看護師さん、専門看護師さんの活動状況をまず知るために、県内のアンケート調査、37施設で回収は36でしたけれども、調査をしました。

そして、その結果ですが、二次医療圏別で専門看護師、認定看護師の数を調査しました。桑員地区には専門看護師が1名と認定看護師が7名、あと四日市、それから津が多く取得しています。実際、25分野の専門、認定がありますけれども、一番多いのが感染の認定看護師さんが結構人数的には多くて、4分の1を占めている状況です。

あと、専門性の高い看護師というところで、これも実際に、県内、これは三重県の、1月に調査したものですけれども、三重県の看護協会で調査しました。実際、同行訪問、先ほど、24年に始まったころには6%しか行っていないという部分でしたけれども、桑員地区もまずまずそういう意味では同行できています。全体で、22%まで進んできている医療の状況です。ただ、これが全て点数をとっているところばかりではない状況ですね。なので、点数化されないような現状も現場のほうで出ているかなというところでした。

これは、緩和ケアチームの外来緩和実績ということで、伊賀と松阪はやられております。

それから、これは退院時カンファレンス、専門看護師、認定看護師に退院時カンファレンスに入っていただくと非常に有効なかかわりをしていただいているという実績はありますが、病院での配置場所、医療連携室のほうに所属になっている方ですと100%参加をしていただいています。違う病棟では、入っていない。どういう内容でかかわっているかといいますと、技術的な相談とかで認定さん、専門さんはかかわっているという現状になっております。

これは、看護管理者が考える専門看護師、認定看護師を活用した地域連携の課題というところで、この病院と在宅の連携体制の整備ができていない。やはり必要性をわかってもらえないというところですね。あと、ケアシステムの中での病院の役割についての理解不足ということで、この連携の周知をほんとうにしていかなきゃいけないというところになります。それから、地域連携推進のための医療や看護の質も確保できていない。やはり医療依存度の高い方が在宅に来られるというところで、在宅での管理ももっと質を上げていかなきゃいけないというところになります。それから、現行の在宅医療制度の課題としまして、やはり制約とか限界がある。それから、在宅ケアにかかわることのメリットについての検証がはっきりされていない。それから、施設外へ出たときのリスクマネジメントの体制の整備がきちっとできていないというところが出てきております。あと、病院の体制上の課題としましては、やはり勤務体制上、時間的な制約があつてなかなか外に出られないというところもあります。あと、病院から在宅ケアへの働きかけというところで、これもまだ十分と認識されていないというところになります。

これもアンケート調査の結果ですが、認定看護師とそれから専門看護師が地域連携にとって有効であるというふうにして考えられる部分なんです、在宅ケアの質を向上させることができるので有効になるでしょう。あと、多職種連携による在宅ケアを進めることができる。それから、専門性を生かした高度な看護実践を行うことができるということで、連携をとっていければ、非常に在宅のほうの看護を進めていくことができるであろうというふう考えている人がほとんどです。

それから、このアンケートに関しましては、専門看護師、認定看護師の地域連携活動内容としまして、どういうふうなことが実際やられているかというところですが、このパーセンテージの低いところだと、25%、22%、13.9%。やはり地域在宅ケアネットワーク会議への参加があまりできていない。あと、地域ケア会議への参加ができていない。あと、退院時における多職種連携の調整を行うという、そのあたりができていないという部分ですので、この医療連携室のほうの配属になられば、もっともこのあたりが活動していただけていただけの部分かなというふうにして読み取れます。

それから、いろんな去年の状況から、今年、26年1月にアンケートをとった結果、どのような取り組みをしていこうかということで、今年度、具体的に上げているものが、まず、訪問看護管理者会議等を始めて地域のネットワークづくりをしていくということですね。あと、訪問看護師の学習ニーズを踏まえた研修会を開催していく。それから、医療機関の相互研修による退院時の連携の推進。それから、ホームページは今現在進行形です。あとは、国のほうにもお願いして、いろんな事業をお金がどうしても要りますので、それをとりに行くということになります。

今から3点、今年度、26年度に事業計画として上げたものですが、三重県訪問看護機能強化・連携推進事業としまして、まず、訪問看護管理者の研修、これも年間計画で上げております。それから、訪問看護管理者ネットワークの会議も、先ほどの8ブロックの会議をネットワークでやるという形にしております。あと、訪問看護師の多職種連携推進研修、これは、三重県って細長いものですから、北勢、中勢、南勢のブロック研修を分けて、あと、集合研修。この訪問看護師養成研修は集合研修で、津の研修会館のほうで20日間の予定で企画をしております。

それから、次に、在宅医療推進のための看護師の研修事業としまして、まず、訪問看護事業所の看護師の研修。これは、訪問看護のステーションのほうに皆アンケート調査をしまして、現場から、どういうふうな研修をしたいかということをとりました。その中で、人工呼吸器のケア、中心静脈栄養、ポート管理、褥瘡のケア、緩和ケア、透析ケア、小児在宅など、これらのものが上がってきましたので、医療機関で実際に研修をさせていただき予定で、病院のほうも6病院ほど上げまして、6月から依頼に回る予定です。去年の時点でも、このアンケートをとるときに少し話はしてありますので、今度は実際に具体的なところを依頼していく形で動き始めております。

それから、次に、医療機関等の看護師の研修。これは、病院に勤めている看護師が訪問看護ステーションの訪問を実際に同行訪問することによって、退院に向けてのかかわりをいかにしていかなきゃいけないかということをおわかっていただくためにこの計画も入れております。

あと、訪問看護事業所間の研修ということで、ステーション同士の事業所の同行訪問、これも企画をしております。これら、現場からの状況を皆把握しながら起こしているところです。

それから、続きまして、精神科疾患の退院時地域定着支援のための基盤整備事業ということで、これは平成26年度の診療報酬改定で、精神科疾患を持つ患者の地域移行支援というものが出ました。これも、20時間以上の専門の研修を受けないと点数化されない。今年度は一応みなしで大丈夫ですけども、今年度中にこの教育研修を受けるというふうなことが、今、県内ではやれていなくて、県外、奈良県とかではありますので、これも後半で事業が受けられるような体制で、50名ぐらいを請け負うということで今企画をしております。

以上、今、看護協会のほうで取り組んでいるところをお伝えさせていただきましたけれども、もう一つ、これも今県のほうに交渉中ですが、やっぱりステーションって人数が少ないものですから、新採用に入っていただいたとき、その新採用を受けていただいたステーションさんに補助金をいただけないかということで、申請中です。

以上でございます。

**【竹田部会長】**

ありがとうございました。

時間が大分過ぎていきますので、お一方だけご質問をお受けしたいと思いますけど、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、続きまして、最後の介護支援専門員協会桑員支部のほうからお願いいたします。

【福本委員】

では、よろしく申し上げます。最後になりましたので、5分で終われと。

【竹田部会長】

いやいや、いいです。

【福本委員】

桑員支部の取り組みについて発表させていただきます。支部長をしております福本でございます。

介護保険と介護支援専門員というところで、振り返りのようなところばかりでございますが、介護保険の基本理念のところ、私たちは、介護サービスの社会化とそれから自立支援というところを大きなテーマとしてやっています。お一人お一人が自己決定をされ、そして、自宅で生活を継続されるように、そして、持っておられる残存機能を十分に活用してもらうようにということをやっております。ご本人さんたちも健康を増進させるという国民としての義務をお持ちなので、そここのところを生かしたらというふうにして活動しております。

介護支援専門員とはということで、介護保険制度の中ではかなめ、かなめと言われてまいりましたが、ケアマネのあり方検討会等々で私どもの足りなさを十分指摘していただいたところです。そこからまた頑張らねばと思っているところですが、これからの地域包括ケアシステムにおきましては、包括支援センターさんと一緒に動くところが出てくるんだろうというふうにして、私は桑名市では、非常にそここのところ、ケアマネがもう一皮むけて成長できないかなという期待をしているところです。

これは定義ですが、私どもの仕事は、私は看護師の資格も持っているんですが、記録用紙、それから書き方、そこに含まれる内容、全てが法律で縛られているという、とても不自由な仕事でもあるかなと思います。

介護支援専門員という専門職に求められる自立支援に必要な3つの能力と言われておまして、技術、技能のところでは、プロセスの目的達成に必要な技能、技術ということで、アセスメント、プランニング、マネジメント、モニタリングというこのプロセス。それから、知識としては、介護保険制度のこと、ケアマネジメント、高齢者の理解、疾病の理解、他制度、地域の社会資源等々、もろもろの知識を持っていなさいというふうに言われておまして、あと、倫理観ということも非常に大事だというふうに言われておられます。本来は、自立支援、利用者本位、公正・中立、権利擁護等々のことを踏まえてやらなければいけないというふうに言われておられますが、先日もヘルパーさんの連絡協議会に出席をさせていただきましたときに、どうも桑名はデイサービスがたくさんあるがために、ケアマネさんたちも関連施設へのデイサービスの誘導があるのではないかなというふうな指摘もあったところで、どきっとしたところでした。ちょっと実態はわかりません。

続きまして、介護支援専門員の配置ですが、水色のところは主任ケアマネジャーがいなければいけないところです。地域包括支援センターさんと居宅介護支援事業所で特定加算をとっている事業所には主任ケアマネジャーを置きなさいということになっておまして、ほかにもケアマネジャーのいなければいけないところには、地域密着型サービスであるとか、特定施設入居者生活介護、介護保険施設、特養、老健とかいったところ、それから一般の居宅介護支援事業者というふうになっておます。これも、主任ケアマネさんはこういうときに置きなさいとか、こういうふうな勉強をいなさいというようなことが決まっております。

介護支援専門員を取り巻く社会的背景ということで、これは皆さんの目にもよくとまっているかと思いますが、だんだんと65歳以上、75歳以上の人たちが増えてこられるということは、私どもと一緒に過ごす年月がだんだん長くなるということ、それから、高齢者が増えていく現状の中においては、ケアマネジャーが果たす役割が大きくなっていくかなというところです。

それから、これは23年5月に出された今後の医療・介護の強化の方向のイメージなんですが、非常にこれが私は一般的には理解しやすいかなというふうにして、いいと思います。今回の医療改正では上のほうで強調されておまして、さっきのこれ、こういうのが強調されているんですが、これも

23年に出されたので、この下のほうに注目をしていきたいと。在宅サービスとか住居系サービス、介護施設のところが、台形の下側で広く、それから大きくなっていつているんだというところをちょっと強調するためには、この絵のほうがわかりやすいかなというふうに思っています。

これも、一応23年には出されたんですね。これも先ほど説明がありましたからあれなんですけど、さっきの台形といったようなところでの、要は、この図を見ていただいてもわかると思うんですが、医療依存度の高い人であるとか認知症の人たちが増えてくるという現状がすごく見える中で、在宅とそれを支援してくれる病院さんとうまく連携をとっていかなきゃいけないというところは自覚をしております。

先日、県のほうでケアマネたちを集めた研修会、総会の後でありました。そこでの指摘にもあったんですが、基本的な考え方として、今後取り組むところとしては、医療ニーズの高い人たち、それと看護職とかリハビリとの連携が非常に重要になってくる。それから、認知症への対応を今やっていますが、高齢者が自宅で生活を継続できる地域づくりを一緒にやっていかなきゃいけない。これは地域づくりですので、決して私たちだけではできるとは思っておりませんので、包括さんを含め、サービス事業所さん、それからほかの市民ボランティアさんとか、そういう方たちと一緒につくらなければいけないんですが、ケアマネ事業所が中心ではなく、多分包括さんに協力をし、包括さんとともにというところではないかと思っています。

ケアマネとしては、実際のところは、ケアマネジメントスキルの向上をまず何とか図らなければいけないだろうというふうに思っております。アセスメントと課題の抽出であるとか、サービス担当者会議の機能強化、それからモニタリングで適切な評価をしていくということが大事になってくると思っています。

②のところなんですけど、サービス担当者会議の機能強化のところあたりでは、やっぱりそこに専門家の人たちに来ていただけるといいなと思っていますし、問題を多く抱えた人たちには包括支援センターさんにもぜひ参加してくださいよというようなお声かけも必要になってくるのではないかと考えています。

これは、介護保険利用の流れと介護支援専門員のかかわりですが、まず、介護保険の申請をされるときに、包括支援センターさんにも行かれることが多々ありますが、私どものところにも直接、介護保険を使いたいんだけどという相談があります。そういう申請の手伝いから、それから、ドクターへの情報提供ということで、特に、認知症の軽度の人たちは取り繕いがとても上手なので、実際、生活の現場を見させていただいて、どういう生活をされているか、お風呂がどうなっているか、食事はどうなっているかという細かい情報を先生方に提供するといったようなこともやっております。介護認定がおりまして、実際に依頼がありましたら、そこでアセスメントを行います。このアセスメント力が少ないということを言われていますが、23項目については絶対とらなきゃいけないという項目がもちろんあるんですね。そこをより専門的に深めていけるかというところが課題だと思っています。ケアプランの作成をし、そして、サービス担当者会議をやり、モニタリングをやっています。

ケアプランはどの段階のニーズに働きかけているかというところで、特に、マズローの欲求階層説の生理的欲求、安全の欲求の2層がケアプランで充足できるようにします。自己実現の最高のところは、ケアプランではちょっと難しいようなことが多々あります。

サービスを利用するに当たりましては、利用者さんと家族さんから依頼があったときに、両方の意見が全く一緒ということはありませんので、ほんとうに一緒だいいのですが、デイサービスに来たくない、もう一方はデイサービスに出したい、入所させたくない、入所させたいといったようなところ、いろいろございます。そのところを調整しながらやっていっています。利用者、家族さんがどんな生活を具体的に望んでおられるかというイメージを持ちながら、下に書いてあります多々のサービスを調整しているところです。ここで、介護支援専門員としてのかかわりのところが、ほんとうにその人の個人の専門性といいますか、努力といいますか、その辺が非常に問題だと思っております。個人差があるということです。

仕事の内容も、こういうふうにならずと決められているわけです。何々をして、何々をして、さっきの

ことが。

それから、インフォーマルなサービスというときに、ちょっと勘違いされるときもあるのでと思ってわざと出してきたんですが、家族さんもインフォーマルなサービスに含まれるんですね。家族、知人、隣の人からではないという。

それから、これはちょっと時間がないのでやめます。

桑名の現状と桑員支部の活動ということで、ちょっとずれていますが、日本介護支援専門員協会の下に三重県の介護支援専門員協会がありまして、そこと連携をして、9ブロックの中の1つに桑員支部というのがあります。桑員支部の会員は今181名です。

桑員は桑名、いなべですので、いなべに9事業所と東員に9事業所、それから桑名に33事業所があります。非常に東員なんか、2万5,000しかいないところに9事業所もあるんですけども、桑名及びいなべをカバーしていますね。

これは、桑名だけの居宅介護支援事業所の規模を見てみました。1人のケアマネジャーさんの事業所が9つあります。7人とか多人数でやっておられるところは1カ所だけです。しかし、6人のところが4事業所あります。ここの中の事業所の中で、14事業所の中に主任介護支援専門員がいます。ですので、ある意味では、この14事業所、15名の主任介護支援専門員を上手に教育して、一人一人をまた教育できるといいなという感じのところがあります。まだ主任介護支援専門員を中心とした研修会等は開いておりません。

桑員支部は、桑名が62%を占めています。181名ですので、62%といいますと、全員がほぼ会員になっていただいているような感じがします。

活動としては、広報紙を発行しています。私どもの活動を見える化したいというところの意図もありまして、年3回ですが、出しています。そして、右側のほうには、ひとことカードとか、それから、研修会の後には必ずアンケート調査をしまして、ここにQアンドAとか、それから、最近のトピックス等々を載せながら会員に発信しているところです。

これが25年度の研修会です。先ほど、知識が非常に必要です。認知症のことも、それから病院のことも、それから生活を整えるという栄養のこともとか、それから、人にかかわるスピリチュアルケアみたいな、人の心と生きる意味を考えると、そういうような多岐にわたって幅広くやっているところです。講師の先生方は、ほんとうにどの方をとっても一流の先生を呼んでいるつもりです。最後の26年2月なんですが、事業所発表会としています。研修会の中で一番効率、効果が高いのは、自分自身が学んで発表するというようなことです。ここで4事業所の発表をしていただいています。ここ、50名と少ないんですけども、実は、大雪でも50名来てくれたということで非常に評価しています。

病気がわかる講座というのが、一番右側が皆さん参加した人の評価なんですが、3.8になっていて、今年は130名弱来てくれました。病気に対するみんなの関心は非常に高いです。それだけやはり医療依存度の高い人たちを見ていかなきゃいけないという認識は高いと思っています。

これは、一番真ん中に副市長さんを置いておきましたが、研修の風景と、それから講師の人たちです。

これは、私たち一生懸命、こんなのをつくると生活が楽になるよといっているいろいろとアドバイスをし、家庭の人が自分たちでつくってくれたりした住宅改修です。訪問系のサービスも、決して1個だけを言うんじゃないんですね。大きいところもあれば小さいところもあって、それぞれのよさがあるんだよということを見てもらいながら、サービスを使ってもらえるようにしています。

ご清聴ありがとうございました。

#### 【竹田部会長】

ありがとうございました。

何かご質問はございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、申しわけございません、ちょっと時間がもう大分過ぎましたので、続きまして、その他の項目、事務局のほうから、ひとつ何かありましたら、よろしく願います。

#### 【坂口委員】

理学療法士の坂口と申します。

お手元の資料の一番下のほうにチラシのほうが用意してあるんですけども、7月17日は理学療法の日ということになっておりまして、三重県の中で桑名市は最もこの地域包括ケア会議が進んでいる地域でもありますので、今度桑名市のほうで、7月13日、14時から16時の間、桑名シティホテルのほうで、「いきいき健康生活を送るために」ということで、理学療法士の立場からお伝えするという会を開かせていただきます。

内容は、田中副市長さんにも参加していただきまして、一応副市長さんのほうから、地域包括ケアシステムにおける介護予防の役割、また、「やってみよう！『桑名いきいき体操』」の実演であるとか、三重県理学療法士会の会長の高橋のほうから、理学療法士としての役割の講演であるとか、あとは、脳と体を同時に刺激するというので、デュアルタスク機能をアップして認知症の低下や身体機能の低下を予防するという実演をさせていただきます。

委員の皆様はじめ行政の皆様にも、無料ですので、多数の方に参加していただきまして、理学療法士がこのようなことで地域の包括予防のほうに貢献できるかと思っておりますので、ぜひとも参加をよろしくお願いいたします。

以上です。

**【竹田部会長】**

ありがとうございました。7月13日にこのような研修会がございますので、ぜひお時間のある方へご参加いただきたいと思います。

それでは、この辺で事務局へマイクをお返しします。どうぞよろしくお願いいたします。

**【事務局（高橋）】**

事務局、高橋でございます。

委員の皆さんには、長時間にわたりご議論をいただきまして、まことにありがとうございます。

1点連絡ですが、次回以降のスケジュールのご連絡ということで、第7回の桑名市地域包括ケアシステム推進協議会を、7月11日、金曜日、場所はメディアライヴ1階の多目的ホールで開催を予定しております。開催のご案内につきましては、改めてご連絡をさせていただきますが、どうぞよろしくお願いいたします。

それから、本日使用しました資料と議事録につきましては、後日、市のホームページに掲載をさせていただく予定でございますが、一部お手元にお配りしておる資料から修正したものを改めて掲載させていただきますので、よろしくお願いいたします。

以上でございます。

**【竹田部会長】**

じゃ、終わりたいと思います。どうも遅くまで今日はありがとうございました。また、次回は7月11日の金曜日。何時からですか。

**【事務局（高橋）】**

13時30分を予定しております。

**【竹田部会長】**

一緒の時間ですね。メディアライヴのほうでございますので、どうぞまたよろしくご参加をお願いしたいと思います。本日はどうもありがとうございました。

— 了 —