

平成27年度

第5回

福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方検討会議

日 時：平成27年11月6日(金)午後6時～午後8時

場 所：都庁第一本庁舎42階 特別会議室A

1 開会

2 議事

(1) 地域包括ケアシステムにおける病院・診療所の役割と在宅療養の推進について

- ・講演（平川博之副委員長）
- ・講演（新田國夫様）
- ・意見交換

(2) 地域密着型サービスの普及と介護人材の確保・定着について

- ・講演（馬袋秀男委員）
- ・意見交換

3 報告

「中間のまとめ」の公表について

4 閉会

<資 料>

- | | |
|-----|---|
| 資料1 | 福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方
検討会議設置要綱 |
| 資料2 | 福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方
検討会議委員名簿 |
| 資料3 | 福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方
検討会議について |
| 資料4 | 福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方
検討会議
中間のまとめ ～これまでの議論の整理と今後の検討の方向性～ |
| 資料5 | 平川博之副委員長 講演資料 |

資料6 新田國夫様 講演資料

資料7 馬袋秀男委員 講演資料

<参考資料>

参考資料1 東京都高齢者保健福祉計画《平成27年度～平成29年度》（平成27年3月）

参考資料2 東京都長期ビジョン（平成26年12月）【抜粋】

参考資料3 東京都の関連施策について
～東京都高齢者保健福祉計画《平成27年度～平成29年度》（平成27年3月）より～

<出席委員>

馬 袋 秀 男 一般社団法人「民間事業者の質を高める」全国介護事業者協議会
特別理事

和 気 康 太 明治学院大学社会学部 教授

服 部 絵 美 白十字訪問看護ステーション 所長

(株式会社ケアーズ 代表取締役 白十字訪問看護ステーション 統括所長 秋山 正
子委員 代理)

平 川 博 之 公益社団法人 東京都医師会 理事

山 田 雅 子 聖路加国際大学看護学部 教授

瀧 脇 憲 特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会 常務理事

園 田 眞理子 明治大学理工学部 教授

高 橋 紘 士 一般財団法人 高齢者住宅財団 理事長

松 田 智 生 株式会社三菱総合研究所プラチナ社会研究センター 主席研究員

荒 井 康 弘 多摩市健康福祉部長

田 中 文 子 世田谷区高齢福祉部長

<東京都>

黒 田 祥 之 福祉保健局理事 (少子高齢化対策担当)

<オブザーバー>

竹 林 悟 史 厚生労働省老健局介護保険計画課長

溝 部 和 祐 八王子市福祉部高齢者福祉課長

<ゲストスピーカー>

新 田 國 夫 医療法人社団つくし会 新田クリニック 院長

○西村部長 定刻となりましたので、ただいまから第5回福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方検討会議を開催いたします。

初めに、配付資料の確認をさせていただきます。

クリップでとめてある資料が、資料1から資料7になります。

資料1から3は、本会議の設置要綱、委員名簿、概要となっております。

資料4は、先月28日に公表いたしました中間のまとめです。

資料5から7は、本日予定されている講演の資料となります。

このほか、別に参考資料が冊子で置いてあります。ご確認をお願いいたします。

次に、委員の出欠状況ですが、お手元の資料2の名簿順で、内田委員、大熊委員、河原委員、繁田委員、水村委員、新開委員、川名委員は欠席となっております。また、秋山委員も欠席となっておりますが、代理として、白十字訪問看護ステーション所長の服部絵美様にご出席いただいております。

それから、ゲストスピーカーとして、医療法人社団つくし会、新田クリニック院長の新田國夫先生にもご出席をいただいております。どうぞよろしくをお願いいたします。

高橋委員長でございますけれども、先ほどちょっと連絡がございまして、渋滞に巻き込まれているということで、若干おくれるということでございましたので、大変恐縮でございますけれども、園田委員に、高橋委員長がお見えになるまで代行をお願いしたいと思っております。よろしくをお願いいたします。

○園田副委員長 では、高橋委員長がお見えになるまでということで、代行を務めさせていただきます。

まず、議事に入ります前に、会議の公開について、皆様方にお諮りしたいと思います。

本会議は、設置要綱第8条において、報道機関に公開としておりますが、出席委員の過半数で議決したときには一般公開とすることができるものとしております。本日を含めまして、今後の会議につきましては、特段異論のない場合には一般公開とさせていただきたいと思っておりますが、皆様、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

(異議なし)

○園田副委員長 ありがとうございます。

特にご意見などないようですので、この会議は一般公開といたしたいと思っております。

では、早速、今回の議事次第に従いまして進めていきたいと思うんですが、中間のまとめ、公表の報告ということで、お手元の資料4のほうに用意させていただいているか

と思います。これまでの議論を踏まえまして、中間のまとめが作成され、先月28日に公表されました。ただ、これにつきましては、高橋委員長が全体の取りまとめを担当されておりますので、高橋委員長がお見えになってから議論するという事にさせていただきたいと思います。よろしいでしょうか。

今、お見えになりましたが、よろしいでしょうか、先に進めて。事務局の方、よろしいですか。

(異議なし)

○園田副委員長 では、高橋委員長の席につかれた後、ゲストスピーカーの方も含めて、お三方のご講演をお願いしておりますので、そちらのほうを先行させていきたいと思えます。

今回は、医療と介護に関して議論したいということでございます。皆様方の議事次第にございますとおりに、きょうは3名の方のご講演をお願いしております。会議の進め方といたしましては、まず、医療関係ということで、平川副委員長、それから、きょうはゲストスピーカーとして新田先生においでいただいておりますので、お二方に続けてご講演いただいて、その後、特に医療に絞ってご議論いただければと思います。それから、もうお一方、馬袋委員から、その次に議論をした後にご講演いただいて、それに関して、またご議論いただければと思います。

では、ご紹介したいと思うんですが、一番最初に、この検討会議の副委員長でもあられます、東京都医師会理事の平川博之先生にご講演をお願いしたいと思います。先生、よろしく願いいたします。

○平川副委員長 こんばんは。東京都医師会の平川でございます。

今日は、東京都医師会の立場でお話をさせていただきますけれども、この検討会には、医療・福祉関係者だけではなくて、さまざまな分野の方がいらっしゃいます。医師会というと、日本医師会のイメージが強くあって、こわもての方が声高に何か訴えているイメージがあるかと思いますが、私ども東京都医師会は、あるいは地区医師会もそうですけれども、そういった政治色のある団体ではございません。あくまでも地域の方々を医療を介してどうやって支えていくかということを中心とした団体ですので、そこはちょっとイメージを変えてもらいたいなと思っています。

お手元に東京都医師会の冊子をお配りいたしました。この中にも地域包括という言葉が何度となく出ております。東京都医師会としては、この東京都の地域包括ケアシステ

ムをつくることを喫緊の課題として、今、力を入れております。裏面のほうには、区市町村医師会がごございますけれども、基本健康診断とか、がん検診とか、学校医等々、本当に身近なところで、住民の方々を支えるという取り組み、これが地区医師会、あるいは東京都医師会の機能でございます。

そういう中で、お手元にもう一冊資料がございますけれども、これは、ゲストスピーカーにもお見えの新田先生が委員長で、私も担当役員でやっております、東京都医師会地域福祉委員会で作成したものです。まさに内容は今日のテーマになりますけれども、地域包括ケアをどのようにして東京都でつくるかという冊子でございます。

ちょっと開いていただきますと、目次には、在宅医療、治して生活を支える医療とか、病院医療と在宅医療の機能分担の違いと協調性、そして、連携においてはさまざまな壁がございますけれども、その壁について、真正面からの議論をしています。次のページ、第3章には、東京都の目指す地域包括ケアということを掲げております。ぜひ、ご参考に見ていただければと思います。

さて、組織図的には東京都医師会は、地区医師会の上部団体ではありますが、地区医師会をどう支えて、地域の住民の方をどう支援していくかということが我々の役目でございます。お手元資料のほうで説明したいと思います。

これは、東京都からの支援を受けて実施している医師会の事業でございます。在宅医等相互支援体制構築事業、これは24時間体制事業というもので、とにかく在宅にいる方々を24時間365日、何とか支えていくということを目指している事業でございます。

それから、もう一つが、在宅療養推進基盤整備事業、先述の24時間事業をさらに進めて、在宅医療のために活躍している地域の多職種の方々とともに、実施している事業です。二つありまして、1つは多職種ネットワーク構築事業（ICTシステム）を使った新事業と、多職種連携連絡会というものです。

これが図でございますけれども、右側が在宅の高齢者や要介護者をみんなで支えていくという仕組みをつくっているわけでありまして。そのためには、左側にあるような多職種の委員会を開いたりとか、各地域での取り組みが行われております。

現状、今どこまで進んでいるかということでございますが、平成26年度では23地域、平成27年度には45地域で、おおむね東京都全体をサポートできる形を、東京都医師会と地区医師会の先生方とともに作り上げているところでございます。

もう一つ、多職種連携連絡会ですが、これは勿論連携の重要さは誰もが認めるところでございますけれども、医師の壁が厚いとか、遠慮もあって、東京都医師会が音頭をとって、多職種の連絡会をつくっております。今作成しているのがこの冊子でございます。在宅療養や包括ケアにそれぞれの関係団体の方々がどういった事業を行っているのか、そして地域包括ケアシステムにどういう思いを持って臨んでいるかということ、冊子にまとめて、来年度、4月ぐらいには冊子としてお配りできるかと思っています。これはサンプルでございます。

あとは、在宅療養研修事業、在宅の中心となる在宅の先生を育てる人、在宅医リーダーとありますが、そういった方のための研修会を行っております。ことしも行いました。ここでは多職種連携の大切さを理解してもらいたい。医師も、それ以外の方々も。それから地域医療の役割を理解するという。それから、多職種連携の研修会を区市町村ごとでやっていただきたいということ。あるいは、在宅医療へのかかりつけ医の方の参画を促進する。「往診できない」という先生も、一歩踏み出してもらおうということですね。そして、病院のスタッフの方々には、地域というものをぜひ理解してもらいたい、意識してもらいたいといったようなこと。医療は介護の、介護は医療の重要性を理解するといったこと。このような目的で進めています。本年も都内の各地区から参加いただきまして、医師や看護師、あるいは歯科医師、薬剤師、PT・OTやケアマネ、介護福祉士といった方々でグループミーティングをして、非常に盛り上がりました。

もう一つの事業は、在宅療養のシンポジウムです。この11月28日に行いますけれども、これまで皆さんが避けていた看取りというものについて、昨年度から、このシンポジウムのテーマとして続けております。ことしは特に、人生の最終段階における倫理的な問題と課題や、あるいは実際に看取りを多職種でどうするかといったことを含めて、きょうもご講演いただく新田先生にも、一肌脱いでもらっております。

そのほかにも、東京都医師会と地区医師会では、在宅療養環境整備支援事業や区市町村在宅療養推進事業、あるいは在宅療養推進区市町村支援事業、あるいは退院支援強化事業や転院支援事業、在宅療養移行支援事業、在宅療養移行体制強化事業、どれがどれかわからないような名称でございますけれども、たくさんの事業を各地区の医師会が多職種と協力して、地域の医療体制や介護体制を支えていこうという思いで動いております。

今、東京都全体のお話をしましたけれども、先ほど言ったように、47ある医師会の

中でも、それぞれいろんなことをやっています。今日は特に私の地元であります八王子市の取り組み、決して八王子が進んでいるわけではなくて、これぐらいのことをどの地域でもやっているということで、ご紹介したいと思っております。

八王子市の人口は約56万人、高齢化率が24.1%です。八王子市は、ほぼ鳥取県と同じ人口規模で、位置的に言いますと、甲府に行くのも、大宮に行くのも、横浜に行くのも、東京に行くのも、みんな1時間という、東京であって東京でないようなところでございますから、そういう地域特性もあって、都心部とは違った人間関係とか、あるいは距離感があるのかもしれませんが。

お手元の資料には、数字が入っていると思います。大体、八王子市の要介護4・5で在宅にいる方というのが1,922人で約40%、要介護4・5というのは、ちょっと自力で外来受診するのは厳しいかなとか、人の力がないと動けないなという方々です。同じく特養にいる方が25%の1,200人、老健施設や療養型にいるのが1,690人で35%。つまり約2,000人の方々が要介護4・5で在宅にいらっしゃるわけがあります。この方をどう支えるかという仕組みは、喫緊の課題であります。

その中で、八王子の高齢者救急医療体制というのをつくりました。八王子市の救急の状況というのは、ここ数年総数で言いますと少し減っております。しかしながら、65歳以上の高齢者については、やはりふえていっているということでございます。

どういう状況が起こっているかといいますと、平成22年におきましては、高齢者の救急搬送は約44%、救急車の要請場所は自宅から、あるいは屋外で倒れたとか、あるいは特養や老健といったような福祉施設からの要請です。現場での活動時間というのが20分以上。もたもたして、なかなか搬送できない、次の医療機関に結びつけられないため、20分以上かかってしまう例が、自宅では約半数あります。次に送れないわけですね。福祉施設でも43%。それから以前——たらい回しという言葉がありましたけれども、搬送先の医療機関が選べない。一番困難するのが高齢者とアルコール、精神疾患です。そういうことで、結果的には、3番のように、都内平均よりか、八王子市では結構、救急活動時間がかかっていたということがありました。

そこで、これは何とかしなければということで、この八高連というのを立ち上げました。17団体で、149機関で進めております。

ここで出された問題点は、救急医療入り口の問題点、いろいろここに書きましたけれども、結論は、とにかく搬送までに時間を要してしまうと。これを何とかしようという

ことになりました。

一方で、救急の出口の問題、病院から在宅、施設、慢性期の流れが滞ってしまう。受けたのはいいけれども、出せないよという問題があったと。

これについて、みんなで等分に汗をかこうということを話し合いました。

例えば在宅にいる方々については、急変時、どういう措置を望むかをちゃんと考えておきましょう、あるいは救急医療機関に対する情報シートをちゃんと記載しましょうと。

高齢者施設については、施設に入所された方に対して、医療処置や延命処置について、あらかじめご家族・本人と決めておきましょう。緊急時等の連絡も、素早く家族につながるような体制をつくってくださいとか、あるいは職員に対して、緊急事態が起こるたびにうろたえるんじゃないで、どっしり構えていられるような教育研修をしようといったようなことを取り決めました。

それから、救急隊については、記載方法を医療機関に伝えて、できる限り記載情報シートをふやしていく。それから、他地域の救急隊員に対しても、八高連のシステムをわかしてもらおうと。救急隊というのは、八王子市だけではなくて、日野市や、ほかの市からも来ますので、他の救急隊にも、これをお願いしたということです。

救急病院については、家族の付き添いがいないから受けないとか、連絡が取れそうもないので、うちは受けないよじゃなくて、とにかく受け入れるようお願いをしました。

それから、慢性期病院については、急性期を脱した方を、なるべく早く、多少リスクがあっても受けなさいよということ。一方、療養型医療施設というのは、いろんな医療体制もできるわけがあります。例えば、ちょっと雑駁で見えませんが、こちらのほうに——そちらには出ていませんけれども、人工呼吸器の使用、カロリー輸液ができるかと、こういうなかなかつまびらかにしにくい部分も情報として出してもらって、受ける・受けないというのをちゃんと選ぶようにしました。

それから、八王子市につきましては、慢性期の病院や介護施設が素早く受け入れられるように介護認定なんかを早くやってほしいといったようなことをお願いしました。

このようにしてみんなが汗を等分にかこうというのが、この仕組みです。

それで、これが活用している「救急医療情報」シートです。大事なことは、このあたりですね。もしものときに医師に伝えたいことがあればチェックをつけると。できるだけ救命、延命をして欲しい、苦痛を和らげるような処置なら希望すると、なるべく自然な形でしてほしいといったことをたずねています。

この結果、これは救急活動時間なんですけど、結果的に短くすることができました。

さらに「東京ルール」の対象者、いわゆる困難者という、時間を多くとってしまうのが287件から、半分以下に減ったという効果が出てまいりました。やっぱりみんなが汗かいた分、いい効果が出たわけであります。

ただし、残念ながら救命の情報シートがなかなか行き渡りません。今のところ、まだ市民にもなかなか普及せず、今のところ施設とか関係する団体で、かなりの数でつくってもらっています。

二つ目の八王子の取り組みです。救急車は、この下にちょっと書いてありますけれども、多忙をきわめ、崩壊の危機の状況だと。年間130万件以上が日本全国で走り回って、たくさんの方を搬送している。救急車という貴重なものをきちんと使いたい。足がわりに使っちゃ困ってしまうわけですから、そのあたりを八王子では考えました。

つまり、在宅にいらっしゃる方に対して、在宅の医師が救急対応が必要かどうかというのを見た上で、病院救急車を使って病院に運ぶ仕組みです。私は精神科の医者ですけども、精神科の救急と老人の救急というのは似ています。通常の救急というのは、その日に事故が起こったり、その日に心筋梗塞が起こったという、その日がまさに救急なんですけれども、精神とか高齢者は、前々から危ないと思っていた、それがたまたまXデーになったというわけで、事前にある程度読めるという特徴があります。そういった高齢者ならではの救急の特徴を生かしたのが、このシステムです。

対象者については、在宅療養生活を送っている市民で、利用登録をしてもらいます。そういう方の急変時に、かかりつけ医が搬送が必要と判断したら病院救急車を呼ぶわけです。あらかじめ登録されていた医療機関が受け入れるといったことです。

これは在宅からの場合ですけども、施設につきましても、施設の担当医師が救急車が必要だということを判断して送ると。施設の担当医または看護師が必ず要請するといったようなことにしてあります。

例えば2014年12月からことしの9月にかけて、10カ月間で97例の方を病院救急車を使って搬送いたしました。出動要請したのは、病院の医師、クリニックの医師、その他。出動先、救急車が駆けつけたのは病院や自宅や高齢者施設でございます。

これが要請の理由です。骨折や腰痛等の体動困難とか肺炎・COPDといったようなものでございます。

これが救急車の搬送先ですけども、これまで一番困るのは、連絡先もわからない、

病歴もわからない、何もかもわからないから、とりあえず三次救急、一番高度な救急施設に送り込んじゃうということをよく行っていたわけです。これには問題があって、救命センターですから、何がなんでも救うということをやります。しかし、それは本当に望んでいるかどうかわからない。濃厚な医療になってしまうこともあります。そこに家族がやって来て、こんなことまでやってもらう必要はなかったと言われると、それまでの医療に意味がない。もちろん命に年寄りも若いありませんし、重い軽いありませんけれども、やっぱり三次救急というのは、本当に、交通事故があった、災害が起こったときに、すぐ対応できる救急施設でございますから、八王子の場合には、勿論そこも使いますが、可能な限り慢性期の病院とか、認知症であれば精神科病院が救急として受けるという仕組みにして、この搬送先につきましても、半分は急性期病院ですが、病院救急車が来た場合には、半分は慢性期病院でも受け入れたということがあります。

その後、搬送後の転帰ですけれども、自宅に帰る方も多いですし、そのまま慢性期の病院に入院するか施設に行くということで、八王子の中で発生した事由がほかの区市町村に行ってしまうのではなくて、地産地消ではありませんけれども、その地域の中で解決すると。遠くに行って地域との縁が切れてしまうのではなくて、その地域に踏みとどまり、自宅に戻るということが、この目標でもありました。

三つ目の八王子の取り組みです。「まごころネット」と言っています。なぜ「まごころネット」かといいますと、東京都から事業を受けるときに、八王子市医師会の会長が孫田先生だったので、会長が受けてしまった事業を退任された後も責任を持ってもらうため、「まご」をつけることにしました。お陰で今もかかわってもらって、非常にうまくいっています。「まごころネット」導入以前、八王子には、確かに在支診（在宅療養支援診療所）といって一応24時間対応に応える医療機関はあったんですけれども、ばらばらでした。そこで、在宅療養推進室をつくりまして、八王子の10人の在宅医師、「八王子10人の侍」と呼んでいますけれども、このメンバーが24時間のオンコールで臨時往診等に対応しています。この10人の侍の特徴は、自分のクリニックの患者だけではなくて、医師会員の多くが在宅医療に取り組めるように、当番制で24時間、365日の対応をしています。往診もしています。これで市内の在宅診療を支える体制をつくりました。体制作りの裏には、訪問看護ステーションの力添えもありましたけれども。こういったことを進めています。これが10人の侍達です。侍にしては、ちょっといまいち迫力はないんですけれども、毎晩、この先生方が交代で支えてくれております。

「まごころネット」というのは、多職種連携情報をクラウドサービスで提供するということです。今述べましたように、在宅療養推進基盤事業で24時間体制はつくりました。サポーター体制もつくりました。しかし、これは医療関係者だけのやりとりということで、やはり在宅療養の中では、医療だけではなくて、介護、もちろん薬剤師や歯科医師の先生方にも、どうしても加わってもらわなきゃならないわけです。そういったものを、患者基本情報として、病歴や住所や、あるいは先ほど言ったような、終末期の意向として自宅で看取る（自然経過）がいいのか、自宅で加療しながら看取る、入院して加療するなどの項目も含まれております。

これが「まごころネット」の仕組みですけれども、これが情報が入っている磁器カードです。これがカードリーダーです。このカードリーダーによって多職種の方々と情報をみんなで共有するという仕組みになっております。

今、実績としては、病院が14カ所、かかりつけ医が25カ所、訪問看護ステーションが13カ所、歯科、薬局も入っています。ケアマネジャーも入っています。大事なことは、カードの登録患者さんが今440、もう500近くなっています。最初に申し上げましたように、八王子市内の在宅療養者約2,000人を救わなきゃならないので、今、約4分の1までは登録が進んでおります。

それから、このカードを活用して、先ほどの病院救急車搬送事業も行っております。カード利用でより情報がスムーズに進んで、救急隊の時間もより短くなるということで、この「まごころネット」のカードは、病院救急車でも活用できているという仕組みであります。

まとめでございます。

地域包括ケアシステム構築に向けて、東京都医師会と東京都は協力して、地区医師会と自治体との連携を支援しています。東京都医師会と東京都のパートナーシップとともに、例えば八王子医師会と八王子市のパートナーシップを支援しています。こういったものをお互いに相互方向でやりとりすることによって形をうまくつくっていく。自治体ごとのばらつきがないように、東京都と東京都医師会で情報の提供やお願いをするという仕組みをつくっております。

そういった支援を受けて、各地区、区市町村におきましては、地域の問題を抽出して、その地域の資源を活用したさまざまな取り組みが進められています。八王子市の三つの取り組みを紹介しましたが、あれは八王子ならではの事業だと思います。それぞれの

地域特性があると思いますけれども、その地域の資源を活用した地産地消のシステムをつくる。ご当地のものをつくればいいと思います。

それから、多職種連携については、以前は、医師の敷居が高いとか言われていましたけれども、最近は随分違ってきています。多職種連帯——多職種連携から連帯、さらには多職種平等といった形で、着実に進んでおりますし、さらにそれらに関連する事業は展開されていますので、やはり冷静に考えてみれば多職種連携は当然必要なことというのは誰もがわかるわけであって、今、ようやく胸襟を開いて、職種間で手と手がつなぎ合っているという状況だと言えると思います。

ただし、地域格差は間違いなくございます。東京は非常に広いですし、大都市の部分もあれば、八王子のような郊外もある。そのために、いろんな地域格差ができてしまっています。地域包括ケアというのは、地域ごとにつくるというんですけど、それはそれでいいんですけれども、ばらつきがあっては、やっぱり住民に不利益になってしまう。ある程度のやっぱりスタンダードなものというのはつくるべきじゃないかなと思っています。そのためには、他地域との情報の共有化というのが望まれています。このあたりをすり合わせることによって、全体的に上がっていくのかなと思っています。

それから、ICTのネットワークというのは、先ほど言ったように、もう40何カ所の地区医師会でやっていますけれども、残念ながら、システムがばらばらなんです。膨大な無駄遣いになるんじゃないかという気もするんです。システムが違っていると、すぐ隣の市の情報はわからないという、じくじたるものがあるって、本当にICTが使い切れるかどうかというのは、いまいち心配です。ただし、新田先生がよく言われるように、システムを立ち上げる過程で、いろんな人が集まって、そこで顔の見える関係ができるという、システムとしてICTを使うのではなくて、その前段の会議で人間関係ができるということもあるので、これはこれでやるべきことではないかと思っています。しかし、本音としてはできれば統一されたようなシステムがあればいいなと思っています。

最後に、冒頭に述べたように、医師会も、多職種の方々も地元自治体も、市民も含めて、地域包括ケアをつくらなくちゃいけないなって、今、いいムードになってきています。ただ、どこまでやっているのか、どこを今やるべきかというのがなかなか見えてこないんです。もちろん地域格差はあるにしても、先ほど言ったように、大まかな進捗状況表とか、どこまで到達しているなというような、そういう確認表があると、さっき言ったように、他地域との比較もしやすいですし、ちょっとここは踏んばらねばとか、

ここは結構うちは進んでいるねと気持ちも上がってくる。そういう評価表とか、進行表みたいなものを作りたいと思っています。

あと、最後に強調しておきたいのは、さまざまな事業を展開しておりますけれども、継続しなければ意味がない。やはり予算的とか、財源の措置というものを明確にしていただきたい。それがあれば、先に向かって進めるかと思っています。

以上、早口になってしまいましたけど、時間内におさめたと思います。どうもありがとうございました。

○高橋委員長 ありがとうございます。

ご質問等は、テーマが重なりますので、新田先生のプレゼンの後、一緒にということでもよろしく願いいたします。

それでは、新田先生、よろしく願いいたします。

○新田氏 新田でございます。

55枚を20分でやりますので、早口になりますが、失礼いたします。余分なことは言わないで、始めたいと思います。

今、初めに在宅医療というのをもう一回考えてみましょうということでございます。「医の原点」から考える時期になっているんだろうと思います。まず、病人である前に生活者であって、今まで治す医療、臓器医療の中心から治して、支える医療に変わる。そして、その基本には、高齢社会があって、高齢社会の基本は生活臨床であるという概念。急性期病院も含めて、一緒に考えなければならない。それが私たち超高齢社会の老いの姿。その基本が在宅医療ではないかというふうに思っています。

従来、急性期病院がパンクするから在宅、あるいは入院から在宅への導入、通院困難だから在宅ということでありました。しかしながら、この構図で見られるように、本来、その人たちは外来に通って、そして通えなくなる、もう一つのパターンは一時入院する、そして、そこから在宅になる。こういったような構図。これが恐らくこれからの地域医療の基本スタイルと思っています。

では、私たち在宅医療は今まで何をしてきたのかと。まず、今、終末期を、いわゆる人生の最終段階と言われますが、その医療を行ってきました。そして、緩和医療が発展しました。在宅医療を行うということは、旧来の臓器医療中心から、生活臨床としての高齢者医療に寄与してきたと思います。それが臓器医療から生活を支える医学と。そして、その人の最期まで見ますので、超高齢社会の生き方・死に方も一緒に考えてきまし

た。それが結局は地域づくり、いわゆる今で言う看取りの文化の再生でした。病院で死ぬ時代が今や84%でございます。今後地域再生のために在宅看取りが必要と考えます。それが地域づくりの根本になる。

そして、そのことに対して、社会的検証があつて、そして介護保険、地域包括システムの構築は我々が従来やってきたことでございます。ただし、私たちのそれぞれやってきたことは、個別の仕事であつて、集積化しないことでありました。そして、今後の超高齢化社会に対して、時代への引き継ぎの教育、そしてシステムを今考えています。

今まで在宅というと、往診を中心としている時代、それが狭義の終末期と見る医療。そして、現在の在宅医療というように、変遷を遂げております。治癒が期待できない疾患を患って、障害のために何らかのケアが必要な患者さんとその家族を支えるための医療でありまして、住みなれた地域で安心して生きることを保障するための、いわば地域医療システムというふうに思っております。在宅医学というのは、基本的には、限られた時間を生きる患者を対象にすることが多いんですが、そのために、患者さんの価値観に沿った医療を提供して、生き方をも支援するということでございます。

さて、今の医療構造は、このような構造になるだろうと思います。21世紀型で病院世紀の終了だなど思っているんですが、今まであった病院を生かすためには、こういう機能的な構造をつくらないといけない。先ほどありました機能分化をさせるということで、一般急性期、そして、その中に地域包括ケア病棟、さらに回復期と変化してきました。しかしながら、超高齢社会の医療としての医療が、それぞれできているかということ、なかなか大変なものがあります。例えば一般急性期病院、先ほど平川先生も言われましたが、特養に入っている人たちが救命救急に入っていく、どの様な医療が期待されるのか。一般病院へ行くと、同じような医療行為が行われるが、それぞれがその病院の価値観の中で医療を行う構造がここにあります。

その意味で、私は、左側の図でございますが、これは医療統合です。医療統合というのはどういう意味かということ、医療規範の統合。同じように高齢者を診たとしても、急性期医療から在宅、地域で生活者まで、同じ価値観に沿った医療が必要です。リハビリもそうでございます。例えばリハビリ病棟でも、診療報酬で言うと、20分1単位で、40分2単位、これをやればもう十分だと。そうすると、じゃあ、あとのほかの時間はどこへいるのか、場合によってはベッドで寝た状態でいれば、寝たきり状態になるわけですね。そうすると、回復期でリハビリをするのも、実際は寝たきりになるということ

だっているわけですから、そういったことも含めて、私たちは何のためにやっているのかというと、やっぱり生活期、高齢者を地域へ戻すためのものであるべき同じ目標を持ち、医療も、いわゆる臨床規範というのを統一する必要があります。

そして、さらに言うと、水平的統合というのは地域の問題でございます。地域の問題については、では、我々ができているか。医療・介護連携は、これまで、今までさんざん言われております。その意味で、家族、地域、行政も含めた水平的統合の概念。この二つをあわせる統合概念が私は基本に求められるなと思っています。

これは長谷川敏彦さんの図でございますが、現在、例えば病院に入る。これは福島の統計でございますね。75歳以上の虚弱の人は、年に1回入院すると。私の患者さんの統計では、実際は入院する人は多くありません。実際に入院する場合、ケアサイクル期の中で、大体、年間2～3%の人が施設、療養へ行くというサイクルです。そして、このサイクルを完成させるために、先ほどの医療統合も含めて、統合規範が必要だろうなというふうに思っています。

実際見てみると、実は1990年以降、高齢者の入院受療率は、下がっています。大体65歳までは上がって、80歳、85歳、90歳以上になると、実は入院受療といひまして、実際は全部入院しているわけじゃない、地域で診ていることが、これからうかがえると思います。医療需要が大きい高齢者人口ですが、大幅に増加していますが、患者数の増加はありません。1990年以降、入院患者数は減って、外来患者数は実はほぼ同水準です。私たちは、2025年、あるいは30年に向けて、高齢者率は増加するんだけど、その増加幅を含めて、ではどの様な体制を作るのかが私たちの課題です。

その意味で、今、例えば2006の介護予防から考えます。介護予防は失敗してきました。その対象者年齢のピークが80歳でした。80歳の人は誰も筋力トレーニングを行いませんでした。今、30年にまで行わなきゃいけない総合支援事業。それは何かというと、筋力トレーニングだけでなく、栄養も含めて、きっちりと地域の中で参加型事業をするというのが総合支援事業です。これをしなければならない。そして、さらに言うと、要介護・要支援になってくる、要介護状態になる人たちの在宅医療と介護連携、さっきの水平統合です、この取り組み、(ア)から(ク)までがあります。これも30年までに各区市町村はしなければならない。ただ、今、区市町村のやっている(ア)から(ク)をやれば、それで満足するという世界であれば、違うと思います。問題はその中身の評価です。この次に来るものは何かと。この次に来て、到達できる区市

町村のまちづくり、地域づくりは何かということを中心に考えていくということでもあります。

そういう意味で、下のモデルは、健康から虚弱、あるいは身体障害という、これはいわば医療モデルで、医療モデルの中では、健康、虚弱、これは健康のままにいて、虚弱（フレイル）を防ぐ。そして、身体障害になったら、また虚弱、あるいは健康にもどす。要介護の場合、介護保険のリハビリ前置主義の徹底でもあります。しかし、残念ながら、私たちは最後は死亡するわけです。

その中で、私たちが最後まで生きる、生きる豊かさモデルって何なのかを考える必要があると。それが安倍総理の言う完全社会じゃなくて、私は完全地域居場所づくりだと考えます。完全地域居場所づくりをつくる、最後まで、どんな高齢者、あるいは子供、そして貧困者も、その人たちの居場所づくりをつくるという、基本的な思想が必要だろうなと思います。

そして、それを、例えばこれは武蔵野市でございますが、これが一つの規範だと思います。例えば「いつまでもいきいきと健康に」、そして「ひとり暮らしでも」、「認知症になっても」、「中・重度の要介護になっても」、住みなれた地域で生活ができる、これが全ての規範です。例えばですね、そこが全て医療者も介護も家族も含めて、行政も含めて、こうした一つの規範の中で含まれるべきだろうなというふうに思っています。在宅療養へ少し入ります。

療養病床の区分でよく言います。療養病床区分というのは、例えば療養病床の医療区分の1、2、3であります。医療区分1が在宅だろうなという状況が言われてきました。実は、2も3も、この中は、今説明すると時間がありませんが、2も3も含めて、在宅療養者に適用者がほとんどいます。その意味で、在宅医療で今見られる患者さん像というのは、今、医療としては、病院医療に引けをとるものではありません。

その意味で、例えば医療・介護機器、例えばちょっとしたことの診断能力、そして私たちの地域では、MRIですら、当日に撮れてしまいます。そのような状況が東京の状況でございます。その疾病を多数、いわゆる上に書いてありますが、脳卒中から認知症、整形等、あるいはフレイル等々、末期がん等々、いろんなことを要求されるものでございます。

その内容でございますが、重症者の管理、左側が中心静脈栄養、人工呼吸器、気管切開、酸素療法、喀痰吸引等がありまして、右側にいろいろな施設等がありますが、一番

右が在宅でございます。これは比較してわかるように、中身において変わらないんですね。どこでも同じことが行われている。

例えばこの次の絵でございます。例えばこれは壊疽の図でございます。これは老健です。そして、これは在宅治療でも同じでございますね。同じようなことがどこでも行われているというのが実態でございます。

じゃあ、実際、訪問診療受給者の要介護分布はどうなっているかといいますと、在宅療養者の要介護分布は、「要介護1」が27.9、「要介護2」26という、そういう順番でございますが、訪問診療は、「要介護5」、「4」、「3」。いわば訪問診療というのは、かなり重症者を診ているんだなということが、この表でございます。

そして、主病名でございますが——主病傷ですか、要支援、要介護1は、脳血管障害者、心疾患、高血圧等でございますが、要介護2・3になると、脳血管障害、そして心疾患、そして認知症等。それで、4・5になると、脳血管障害等ですね、そして神経難病等が入ってきます。この中にはがんもありますし、さまざまな病気があります。こういったような、どのような病態像にもかかわらず、訪問診療は恐らく診ています。

そこを死因別に見てみると、これが一般の死因別でございますが、次の図でございます。まずは、今後地域の中で看取りも含めて解説しますと、一番右の図表が悪性新生物でございます。がんは年をとると減ります。80代から減少し、30%を切ってきます。逆に増えるのが、心疾患、脳血管疾患、認知症、廃用症候群に伴う死亡です。死亡率の状態像を私たちはきちっと見て、地域で完結する社会をつくるか考える必要があります。

自宅での死亡状況（都道府県）を見ると、東京都は非常に多い。全国で平均すると、16%、18%で、6%のところがありますが、東京都は、自宅死亡の割合が非常に多いところでございます。このように、基本的には、東京都は16%でございます。私たちは、この16%をどこまで持っていくのかということも、一つ設定しなければいけないだろうなと思っております。例えば1950年から60年で逆転して、今、病院死の時代になりました。これからの時代は、病院は限界があります。自宅で死ぬことをあたり前の世界に市民の意識改革があり、基本的に最期を看取る体制をどうするかということが求められるというふうに思います。

看取りの件数の内訳を見ますと、全国統計でございますが、訪問診療が、51件以上は全診療所のわずか3%でございます。ただし、訪問診療件数の75%、看取りの件数の45%、こうした施設によって実施されているということもここでは出して、これは

中医協で出された資料でございますが。

そして、在宅医療に取り組む医療機関の看取り状況は、一方で0件が、40%を占めております。ただ、これは東京都で前に調査しておりますが、東京都は、意外とかかりつけ医の先生が頑張っていて、1人、2人で看取るところの診療機関があります。これは全国平均として見ると、やっぱり東京都の状況は少し違うということをちょっとご承知ください。

それで、先ほどの話でございますが、東京都は、いろんな事業をやってきました。東京都医師会、東京都と一体となって、相互在宅医療事業等、リーダー研修等、さまざまなことをやってきました。これは全国で恐らく私はトップだろうなと思っています。結果として、先ほどのアウトカムは何かという像でございますが、一番は、右の下のほうのかかりつけ医の在宅医療の新規参入、在宅医療の看取りですよね。これがなかなかこの構図の中に上がってこないという、これが問題でございます。さまざまなことをやるんだけど、もう一步地域の医師が踏み切れない。それには構造、いわゆる各市町村の地域の相違、先ほど八王子の話がありましたけれども、その地域の実情に応じてどうつくるかというのが大きな課題になります。

認知症の人のことだけ少し、2枚のスライドで話しますが、認知症の人の問題点は、私は、ここの右側にあると思っています。まず、75歳以上で90%を占めて、85歳以上で56%を占める。認知症対策というのは、若年性認知症対策も問題ですが、要は85歳以上が56%を占める高齢者問題です。その上で認知症をどうするかということでございます。

そうすると、単に認知症だけではない、さまざまな病態像ということで、現実には、在宅医療の非認知症群は42%と、要介護に従って減っていきます。

私たちは、こうした社会的困難という在宅の問題になっておりますが、実は高齢世帯に属する独居世帯が問題であると言っている時代ではないのです。今後の東京は高齢世帯が高齢独占世帯が60%を占める世界になるからです。これは例えば一つ北区を例に出していただきました。北区は高齢化率が区内で一番高いところでございます。北区の人口はふえません。ただし、後期高齢者はふえていきます。

ここで推測した在宅医療、私の勝手な推測値ですが、現在北区は、訪問診療が58カ所で23%、非常に東京でも高いところでございます。そして、在宅死を平均すると552名、16%可能であることを推定します。ここで完結するには、1医療機関が50

人とする、数的には現在間に合うということでございます。ただし現実には1ヶ所50件の看取りは困難で、医療機関に片寄りがあります。今後の推定値でとすると、37年推定で行いましたが、4,162人が今後在宅にての需要者の中で対応が不可能となり、今後区行政として考えねばならない事になります。ここをどうするかという数字でございます。

今度は国立でございますが、もっと小さいところになると、要介護認定者がどの場所にどのくらいの人に住んでいるかをプロットできます。だから、東京といっても、恐らく多摩地区、そして23区と大きな違いがあるだろうと思います。

国立の地域包括ケア構築に向けた支援の課題と、在宅療養の支援体制づくりを出しておきましたから、参考にしていただければと。

それぞれ区市町村は努力しておりますが、病院完結型社会から地域完結型社会へ持っていかなければ2030年は大変な状況になると考えます。

現在の地域構造です、ざるのような構造になっているのが今の現状です。それは施設・病院が不足しているわけではありません。セーフティネットが機能していないから、施設があり病院を必要とするシステムが出来ています。今後の社会は、住民レベル、セミプロレベル、プロレベルできちっとつくっていけば、施設・病院は最低限のセーフティネットで、それほど必要なくなるだろうということでございます。

その意味で、これは一つの例でございますが、グッドプラクティスをエビデンスとして考えて、その効果検証をするということが求められます。地域の評価方法を考える。近未来の「見える化」と地域づくりの手順を作る必要があります。今、介護保険はきちっと出しますが、医療保険制度の中から、データが出ないという状況がある為に将来予測が困難となっております。

入院／入所前の場所でございます。療養病床、これはほとんど急性期病院から。特養だけが、自宅からが多いのが実情です。

この人たちが退院・退所後の行き先はどうなっているかという、特養は死亡でございます。あとは一般病床へ入って、さらに老健へ行くと。老健は結構頑張っていますね、しかしながら老健から一般病床そして特養のケースも多々あります。

そういう中で、最後の1年間の軌道を追いました。そうすると、20%だけが急性変化です。あとは予測できる変化です。

その中で、私たちが蘇生しても意味がないというのが、この構図でございます。ただ

し、年齢と蘇生後の退院率とは統計的関連がないことをちょっと言っておきます。

今、一番問題は、先ほど言いましたように、がんのケアに関してはだんだんわかりましたが、心肺機能の終末期の医学知識が市民、医療者の中で乖離があります。いつが最終段階かよくわからないということで、結果的には病院に入院するということが起こっております。

それと、入所した人はどうなのかというと、特養、療養場所等の場所の人は、本人は意思表示が不能な人がほとんどでございました。

家族の意見はどうかですが、家族は、もう在宅で見る気はありません。家族は、今の現状で継続して欲しいというのが現状でございます。

ここから私たちが見なきゃいけない社会というのは、やっぱり意思決定支援を確実にやっていくということでございます。今必要なことは、私たち自身意思を決定するプロセスを早急に作り上げる事です。もちろん、意思は過去、現在、未来、その都度変化する事もあらかじめ考慮する必要があります。その上で本人にとっての最善の医療とケアというのがあります。

本人は治療する権利を持っておりますが、実際は不確かな予後と複雑な議論で行われています。高齢者の多くは、一般的に最後の病気が急に発症して、よくわからない間に最期を迎えるということも事実でございます。

そのためにこそ、意思決定議論をしていく必要があります。それが最終的には医学の最善と患者にとっての最善が決まります。ただし、「医学的最善」が「患者にとって最善」とは限りません。「医学的に無益」だということが必ずしも「患者にとって無益」とも限りません。

事実は一つですが、価値は違います。それぞれ、例えばここにいらっしゃる参加者も含めて、価値観は恐らく皆さん違う。事実は一つでも価値は違います。例えば同じ病態を見ても病院と在宅では違いを見直していますが、今後同じ医療規範の中で進むことが本人の意思決定を守ることだと思います。そのことをきちっと見ていくということでございます。

ちょっと早口でございましたが、20分で終了させていただきます。失礼しました。

○高橋委員長 ありがとうございます。

ここでちょっとディスカッションができればというふうに思っております。

きょう、河原委員はまだご到着じゃないようでございますので、地域医療構想等のこ

とをちょっとお願いしようかと思っておりましたが、これはまた別の機会ということになるかと思いますが、これはぜひ一度情報だけは提供していただいたほうがよろしいかと思いますが、これはまた別の機会にということにさせていただきますが、何か、まずはご質問、ご意見等を——どうぞ、山田委員。

○山田委員 貴重なお話、ありがとうございました。

地域包括ケアシステムの構築には、住民の心構えがとても大事だというお話があったと思います。きょうのお話は、どちらも医療中心のお話だったんですが、住民の心構えに関して、今は、アドバンス・ディレクティブだとか、アドバンス・ケアプランニング、どう生きていくのか、死ぬまでどうちゃんと生きていくのか、最善の生は何なのかということ、医療者と被医療者が話し合いをするプロセスこそがとても大事だということが言われてきています。

それで、救急医療情報の中に、できるだけ医療を受けたいとか、緩和の医療なら受けたいとか、そういう選択肢をチェックする項目はあると思いますが、それだけでは運用するのは難しいだろうなというふうに思いまして、先生方のこの本の中にも、病院の壁という項目があったので、興味深いんですが、私たちは退院支援にかかわる看護師の能力開発をやっているわけなんですけど、今、患者さんの話をちゃんと聞ける、病気を追ってちゃんと話が聞けるナースがとても少ないので、そこをいろいろ教育的にかかわっているところなんですけど、アドバンス・ケアプランニングをどの段階で、どのように、誰が行っていったらいいのかというあたりのご意見を伺えたらなというふうに思います。

○平川副委員長 どの医療機関かということもありますし、疾病にもよると思います。確かに自分のあるべき最後の姿というものを記載していただいていますけど、個人的な意見としては、非常に曖昧、あやふやだなと思っています。つまり、法的な根拠とかをつきつめていくと、なかなか難しい。本人の意思や判断能力がどこまであるかということも勘案すると、これはなかなか難しいと思います。

ただし、実際の臨床現場においては、そういう建前というものばかりにとらわれてしまうと、いつまでたっても進まない。結局、それも一つの壁なんですけれども、八王子の場合には、厳密に言えば、これでいいのかなという不安もあるんですが、この事業に賛同してもらった方に勧めているわけであって、強制ではありません。こういうことを理解してもらえば、法的にどうかな、やや曖昧なところはあるかもしれないですが、これでみんながうまくいくような形であったら自分は参画するという形ですすめています。

す。自分の希望の欄でございますから、それを盾に、無理を通すという意味じゃないと思います。

そういうことも含めて、やはり病気の説明、先ほど新田先生のお話にもありましたけれども、高齢社会では疾病構造自体が変わってしまっていて、治せる疾病と、予後の厳しい病気もあり、経過はこうなるということを、嫌なことですけれども、きちんと伝えなきゃならない。例えばいわゆる救命、あるいは急性期の病院の方でも言うべきです。でも、何といても、やっぱりターミナルのことをかんで含んでわかりやすく説明できるのは、かかりつけ医の先生です。その方の人生を見てきたかかりつけ医が、通り一遍の説明ではなくて、その方の生き方、家庭環境を配慮して、言葉を選びながらの説明が大事かと思っていますし、そこに選択肢をまた提示するのも大事かと思いますが。

先生、どうでしょうかね。

○新田氏 前に総務省に行きまして、事前指示を持った人が、なかなか事前指示が活かされないという事実があるんだけど、何とかならないでしょうかという話をしたことがあります。ただし、救急車を呼ぶという、救急隊員は高度な判断はしないというのが原則でございます、例えば救急車は生命をきちっと維持して病院に送ることが彼らの役割なんですね。そうすると、じゃあ、どうすればいいのかというと、事前指示書というのは、今、平川先生が言われましたけど、やっぱりそこで救急車を呼ばない医療体制、先ほど僕が構図を出しましたが、20%の人は幾らでも急変するわけですよね。80%の人は、救急車を呼ばなくて、事前指示の中で、自然の中で私は最期を迎えることは可能だと思っています。20%の人に対してどうするかという話でございます。20%の人は、例えば予測された急変ってあるわけですね。例えば大腿頸部骨折で、90歳で、実はこのまま痛みで在宅にいましようということで、三、四日で急変し、進展死します。それは肺梗塞ですよね。予測された死なんですね。ということを医療者も家族も了解する中で、私たちはこれからの世界を迎える。市民と一緒にやらないといけないだろうというふうに思っています。

○高橋委員長 ありがとうございます。

この問題は、やっぱり専門職の問題と同時に、先ほど文化とおっしゃいましたけれども、その問題と深くかかわる。そうすると、やっぱりいろんな議論で、これからリビング・ウィルの表明の問題という議論をどう定着させていくかという議論だろうと思いますが、これは大変何かこのメモによると、知事が大変そこら辺のことは今気につ

ておられるというリマークが入ってしまっていて、少しこの問題も含めて議論をちょっとしていただくことはできないでしょうか。

どうぞ。

○山田委員 今、アドバンス・ディレクティブに結びつくようなケアをするのは、かかりつけ医が適切というお話でしたけれども、今、私たちの大学のある中央区でやっているのは市民向けで、今、これから皆さん最期までどうしますかということを考える、10回シリーズの教育をやらせていただいている、救急外来の看護師ですとか、老人ホームの看護師ですとか、いろいろな立場の看護師たちが、最期まで生き切るというのはこういう状況だと、延命処置というのは、こういうことを、こういうものを使って行うことなんだということを積極的に情報提供しているんですね。そうすると、住民の方々って、挿管と言われてもよくわからないと。挿管チューブを見て、「ああ、こんな太いものを入れるんだったら、それはちょっとやめてほしい」みたいなことを具体的に考え始めてくださるので、そういう地道な、健康な中高年の方を対象に、医療ってこんなもの、日本の医療システムってこんなもの、私たちが年とるとこういうサービスを受けて、延命って言われたら何を考えればいいのかというようなことを、少しシミュレーションのようなことを繰り返していくことも一つできて、それは私たち看護師が持てる力でも大分お手伝いできるのかなというふうに思っています。

○高橋委員長 いかがでございましょうか。

少し議論を広げて。これは、ここでの大変重要な議論。というのは、やっぱり終わりよければ全てよしではありませんが、それは偶然ではなくて、一つの文化を変えるということだろうなというふうに、もうかねがね思っています。そうなりますと、看護師さん、それから、やっぱりかかりつけ医——東京は、かかりつけ医はどなたですかと言うと、大学の教授が出てくるような、そういう受療構造ができちゃって、それはフリーアクセスの弊害の一つだろうと思っているんですが、そこら辺をやっぱり地域の——そして、地域のドクターへのやっぱり信頼形成というのが、また非常に重要なだろうなと思いつつ、ちょっと、少しそこら辺を敷衍して、新田先生。

○新田氏 そのとおりでございまして、じゃあ、私のかかりつけ医は誰と。私のかかりつけ医は信頼できるのという、ほぼ、ほぼないのかもわからない。そういう状況であることは事実だという意味です。その中で、今、日本医師会が来年5月から、かかりつけ医の研修制度を始めます。それは何かというと、地域の先生に、やっぱりしっかりと専

門医からかかりつけ医になっていただく。かかりつけ医という表現はともかくも、そういった、いつでも相談できて、最期までどうするのかということも、身近に、伴走者になっていただくような研修システムでございます。これは初めて日本医師会が頑張っていて、今、教育を、私も含めて中身をやっているんですが、その中に、人生の最終段階の項目もあります。そういったことで、医療側は医療側で今やっているというふうに理解していただければと思います。

○高橋委員長 知る人ぞ知る永源寺の話を僕は思い出しますが、あそこは花戸先生というドクターが1人で5,000人ぐらいの集落を診ているんですが、最近出た本は、「ご飯が食べられなくなったらどうしますか？」と。その先生の診療の経験なんですが、やっぱりかかりつけ医がいるということは、こういうことなんだというのを改めて実感して、折節折節、そういう議論をして、本人の意思と家族の意思をきちんと切り分けながら、そこが僕は物すごく重要だろうなというふうに。そして、そこにチーム永源寺というふうに花戸先生は呼んだんですが、多職種の協働の——これはお坊さんまで入っていますから。あそこは、薬局はもちろんですが、お坊さんがいますけれども、これは永源寺という、比較的、いわゆる田舎だからできるとすぐ言うのだけれども、実はシステムを考えると、大都市でもできるはずだと僕は信じているんです。それがあんな種類のイノベーション、お互いに変わりながら、どう変わっていくかという、それはやっぱり地域に開かれた——それぞれの高齢者及びそれを囲むご家族……。

今、しかし、もう一つの問題は単身がどんどんふえていますから、そこも含めた地域のネットワークをどう構築するかという議論とセットで考えないといけないなというふうに思っております。これはチャレンジングなテーマなので、ぜひ、福祉先進国というのは、ぴかぴかの施設をつくることではなくて、そういう価値観を持った地域、専門職。そして、これは多分、医療・介護の専門職だけではなくて、場合によっては、それこそ最近、日本郵便がIBMとアップルと組んで見守り事業を始めたんですが、そういう形で、いろんな形で、そういうものがこれから出てくると、そこでも共有しなきゃいけない。そういうことも含めた、チャレンジングなテーマを、ぜひ、きょうのお二人と山田先生のコメントを踏まえながら、ぜひ、事務局で少し整理をして提案をするようにしたいなというふうに思います。

どうぞ。

○園田副委員長 ありがとうございました。

大変いろいろなことを教えていただいたと思うんですが、きょう、お二方の先生のお話を聞いて、私のような全く本当に一都民というか、その側から見ると、平川先生がおっしゃったところの地域格差というのが、すごくやっぱり気になったんですね。まだいわゆる65歳以上の高齢者ではないですが、きょうのお話を聞いて、八王子市には10人の侍がいるとか、それから、新田先生のデータで、北区というのは意外に重層的で、北区では老いると何とかかなりそうだとかというお話があったんですが、今のかかりつけ医とのこともあるんですが、一患者としては、かかりつけ医と結びついていても、かかりつけ医の後ろにどのぐらいのバックアップがあるのかとか、どのぐらい多重なところとつながっているのかは、逆に全然知らなくて、お医者さん頼りですよ。そうすると、私は港区民なんですが、私がかかりつけ医だと思っているお医者さんは、日中はいらっしゃるけれども、夜はいらっしゃらなくて、そうすると、夜に何かあった場合には、もう、そのかかりつけ医の連絡先も聞いていないから、アクセス不能だし、多分、そのお医者さんは全然違ったところにおられるわけですよ。

ということで、かなり、花戸先生のいらっしゃるようなところだと、地域ということが、もう実感的にわかって、まとまりがあって、そこには必ずお医者さんが家族と住んでいらっしゃるということが実感できる地域と、東京のような、かかりつけ医だと思っても、そのお医者さんが、一体、どこにお住まいがあるのかとか、あるいは、そのかかりつけ医の後ろに多職種とか連帯とかという、その厚みがどのぐらいあるかというのが、なかなか東京では実感できないところがどうなのかというのを、ぜひちょっと教えていただければと思います。

○新田氏 一つの大きな話で、かかりつけ医がどこまでできるのかというのは、オランダでは、例えば90%がほとんどかかりつけ医が医療をやると。私のところを調べたら、全患者さん、95%が私のところでできてしまう。例えば連絡体制は、私のところで3,000人ぐらい登録みたいな外来がいらっしゃるんですが、24時間対応です。在宅だけの24時間じゃなくて。電話が来ると受付の人が入って、だめだったら看護師さんに行って、そして医者に来ると。私のところへ来るのは、ほとんどないんですね。そのくらい、だから、夜間帯の問題というのは、意外と少ないという話であります。そのときに、いざという場合に、救急車を誰がどう判断するかということになって、そのバックアップ体制。

もう一つの問題は、今あるのは85歳から90歳ぐらいの人が転んで、例えば圧迫骨

折、これが急性期のですね、75歳以上の入院で一番高いんですね。じゃあ、その人たちはどこへ行くのかと。動かなくなって、要介護、すぐ4・5なるわけですね、今まで歩いていた人が。そうすると、私は地域の中小病院。大きな病院へ行くと、戻ってくる確率が少ないので、地域の中小病院が少し診て、1週間程度診て、もう一回、すぐ戻すというシステムです。それがバックアップ体制、地域システムだろうなというふうに思っております。

○高橋委員長 よろしゅうございますか。ほかに何か、どうぞ。今の論点も含めて、少し深めるということも含めて。よろしゅうございますか。

馬袋さん。

○馬袋委員 先ほど先生の皆さんから、かかりつけ医などとの多職種連携という言葉、よく使われるのですけれども、例えば老人保健施設での多職種連携というと、施設の中でいろんな専門職がチームとなって利用者さんを全体的にみるので、多職種の専門職メンバーによる利用者さんに対する連携の効果がでてくるのですが、在宅の場合、多職種の前に多事業所との連携なんですね。要するに、各事業所のサービス提供責任者、またはケアマネジャー、看護師などは、その事業所に所属をしているので、事業所の考え方、支援体制がないと、自分の専門職を地域連携で発揮できないと思います。ここでの多職種の連携というときに、在宅での多職種の連携は、多事業所連携の中に多職種が入るということを整理する必要があると思っています。

先ほど先生が言われたように、医療において、特に中心部、中央区、港区など、例えば私が以前仕事をしていました杉並区においても、診療所の先生は、ビルで開業されている先生が非常に多いので、夜に区内にいらっしゃらないけど、在宅療養支援診療所と標榜している先生もいらっしゃいます。そうなったときに、24時間対応の訪問看護や地域の病院が、連携し対応し、バックアップ体制をつくると、地域の先生たちと病院をつなぐことや訪問看護との連携が進み、多くの患者さんの在宅ケアをバックアップできるということになっていきます。そこに、後でご説明しますが、定期訪問や随時訪問という訪問介護など、毎日みていくメンバーが確実に訪問することによって、なんでも救急車コールとか、夜間のコールなどが減っていると思います。自宅での転倒のケースでも通報対応によりそうです。そういう意味で在宅ケアにおける多職種と多事業所の連携について今後のまとめの中で論点として整理をすべきところだと思っています。

○高橋委員長 ありがとうございます。

今の問題はかなり重要で、それで、しかもやっぱり医療と介護が分かれているんですよね。地域ケア会議をやると、どうしても介護寄りになっちゃう。個別支援のための介護。そうすると、だけど、やっぱりこれはぜひ地域医療構想とか在宅医療介護連携事業とか、基金の事業が用意されていて、それをやっぱりどうやって戦略的に進めるかというのは、多分、非常に——お金はできているわけですよね、基金ができましたから。それがちゃんと機能するかどうかは別としても、可能性として。それをこういう議論の中で重要なものを精査して提案するというようなことは、多分、重要なことなのではないかという、そういう感じがいたしますし、問題は、やっぱり70万、80万のところでは大変なので、連携ができるサイズを、人数どおりつくると、地域包括支援センターが幾つあっても足りないというから、それは無理だという話もあって、ちょっとそこら辺の連携単位の問題。

事業者連携の議論って、まさにどこの範囲で連携するかという話と裏腹なので、ちょっと、要するに区レベルでやると長いという話が出てきて、何か挨拶して終わりという連携ですから、要するに個別地域ケア会議と言われているものをどう回すかという、そこにきちんと医療・介護の連携ができていくかという。そして、そこにできればバックヤードとして、さまざまな地域と。これから総合事業も始まると、地域のインフォーマルサポートというのが、実は見守りとか、そういうことが非常に重要だと、そこら辺のレベルまで及ぶためにどうしたらいいかとか、ちょっと課題がいろいろありそうなので、ここら辺は、きょうの議論を踏まえて、少しテーマを整理しながら、次のステージの議論ができるようにしたいなというふうに思いました。

というわけで、ちょうど——ほかに何かご発言なければ。

また馬袋さんのご発言も、ある意味では、今度は介護のほうの視点からの話ではありますが、まさに関係がありますので、よろしく願いいたします。

○馬袋委員 委員の馬袋と申します。私は、民間の介護事業者の団体の理事で、介護事業者の経営関係、事業運営などの指導をしています。

私は、地域密着サービスの普及について報告させていただきます。地域密着サービスというのは、東京都でなく、各区市町村が責任を持ってやる範囲ですので、そこに対してどのように考えるかというところで、定期巡回随時対応型訪問介護看護、長い名称なので略して定期巡回として、そこに絞って、今日は意見などを報告したいと思います。

まず初めに、介護保険の議論は、サービス内容や、報酬のことか、財源のことなど言

われます。介護保険サービスの体系についてこの図のとおりこれだけあります。これを介護給付と予防給付に分けて、かつ事業所の指定などを市町村と東京都で分かれ、サービスの業務が複雑になってきていると思います。利用者、または本当に必要なサービスというものをどのように選ぶのかというよりは、サービスが、何があってというところから説明して、選べるから選ぶというか、何かサービスを細かくつくり過ぎちゃって、本当にこのままでいいのかなという状況です。これをどのように解決するかというのは、制度の問題ですから、国、都のレベルでもあります。けれども地域密着というものは、地域で考えどのように位置づけるかというのは、市町村の自治のあり方につながっていると思います。

次に、介護保険サービスの体系と課題の整備の図ですけれども、利用者から見れば、多分、会話の中で、地域密着型の定期巡回を使っているとか、夜間対応を使っているということは出ないはずですよ。訪問してもらっている、デイサービスに行っている、ショートステイを利用しているか、グループホーム、施設に入所しているとか、この、訪問、通所、泊り、入所・入居の区分範囲でおわかりいただくことから始まります。サービスが細かくなってしまったために、何が介護として本当にいいのかより、どのサービスがいいのかという合わせ方をしてしまっているような気がします。そういった意味では、例えば小規模多機能型居宅介護は、訪問と通所と短期の三つがセットにされているとありますが、私は、小規模多機能という機能のサービスであると理解したほうがいいと思います。デイサービスとショートステイと訪問介護がありますというサービスの説明をするからわからなくなるので、小規模多機能は、利用者さんの娘さんの家がもう一軒、近くにできました。娘の家に泊まるように、また娘が自宅に来てくれる、娘の家へ昼飯を食べにいくような、もう一軒の娘の家が近くにできたというような感覚で機能していくサービスを提供していくことが、多分、地域密着サービスのこれからの整理じゃないかなと、小規模多機能のサービスから思います。

次に、定期巡回ですけれども、これは地域包括ケアシステムの中で整備すべき重要なサービスとされています。でも、これ、本当にどのように展開できるのでしょうか。事業者をはじめ皆さんが、あれは運営が大変だとか、なかなか事業化できないという言葉がありながら、地域包括ケアシステムの整備すべきサービスとして、定期巡回や小規模多機能のサービスが重要とされています。その定期巡回について、サービス内容と現状についてご説明したいと思います。

お手元のほうに、定期巡回の事例紹介の資料をお配りしています。事例紹介で、ケース1を見ていただきたいと思います。ケース1は、要介護3の方で、独居の方で、定期巡回を受ける前後の内容です。導入前は、よくあるパターンですけれどもデイサービスに2回通って、訪問介護が週2回入っているケースです。こういった内容のサービスを、ケアマネジャーさんには、失礼ですけれども、大体、こういうパターンが多いですね。この中で、この方は独居で、インシュリンと服薬のコントロールが必要です。実は服薬管理について、訪問看護が週2回入っていたのですが、本人は飲んでいきますということですので、結果として薬はなくなっているのですが、例えば1日に夜1回で全部1日分飲んじゃっても1日分は無くなっているわけです。それでは服薬確認として訪問看護では管理状態ができないので、定期巡回で服薬時の声かけなどで適切な服薬がちゃんと生活リズムとしてできてきましたと。そうすると、この方は、何とすごく安定して、訪問看護は週2回入っていたのが、2週に1回でいいという状態になりました。非常に貴重である訪問看護師が、最終的には週2回が2週に1回という内容になりました。すなわち、定期巡回のよさは、定期的に複数回入ることで、生活のリズムを戻していくことなどにつながるサービスとしてご理解をしていただければと思います。

ケース4に行きます。独居生活のご支援の内容です。生活の状況については、独居で90歳の要介護2の方ですけれども、この方は痛みがあって活動制限がある方で、デイサービスを一番初めに導入し、デイサービス2回と自費介護サービスを使って生活をされていました。この自費介護サービスで家事支援が入らないと独居で生活できないというケースで、それ以外に長女が週1回1時間かけて来ていらっしやったケースです。定期巡回で、まず帯で1回毎日定期巡回が入って、そして、本人からのコール対応での随時訪問について、コールの頻度から随時対応を定期巡回として早朝に1回を入れて、この方の生活リズムの安定を図りました。最終的には、1日に3回入っていく定期巡回を実施していきます。ここで、生活援助部分については自費でずっと入っていただいています。生活のパターンができた上で、定期巡回が入ることで、この方は非常に安定した生活リズムで過ごされることになっていきました。

ここに書いていますけれども、サービスの効果のところ、1時間かけて娘さんがこの母のために通っておられて、ご自宅での介護は限界だと感じていました。今大きくなってきている課題の介護離職じゃないですけれども、もう限界点を感じておられたところが、定期巡回が入ることによって、まだやれるということを確認されていくというケ

ースです。

このような効果があるサービスですが、なかなか導入が進まないということで、定期巡回の運営課題などについてご説明をします。初めの資料に戻ってください。

運営の現状と課題について、前の職場では定期巡回を50カ所以上で展開する中で、東京都で、どこの区とは言いませんが、定期巡回では訪問看護ステーションは連携しませんと、はっきり言われて、連携できなくて、スタートを延期した事業所もあります。訪問看護は包括払には適さないとか。訪問看護と訪問看護リハビリが入っているために、包括払いになるとできませんという内容でした。これが大きな障壁の一つになっていました。しかし、新宿の秋山先生のところの訪問看護では、ちゃんと対応していただけて、ケア連携していただける訪問看護ステーションも多数あります。地域医師会の先生はじめケアマネジャーなど関係者の理解と行政の支援など、ご理解とご協力の状況により定期巡回の導入は進むというのが現状となっています。

次に、定期巡回というサービスの報酬と構造が、経営を厳しくさせていると言われるところです。都内で今、大体利用者1人の収入としては平均15万円/月です。しかし、包括報酬単位では19万円ですが、デイサービスとか、ショートステイを利用されると減算で4万円/月の減収となって15万円となっています。そして利用者を18人ぐらまで確保しないと赤字です。24時間可能な人材体制、介護福祉士の確保が必要で、最低常勤換算で5名以上の資格者で運営することになり、最低人件費150万円以上の人件費などを出費しながら、損益分岐点の利用者18名確保までの運転資金が単体で実施すると一千何百万円かかるので、単体でやることは難しい事業と思います。定期巡回事業は既存の訪問介護に併設するサービスだと思います。単体単体のサービスでなくて、様々なサービスと併設可能なサービスとして定期巡回を位置づけないと進まないという経営的な課題です。

次にオペレーターの人材配置の課題があります。実際は訪問介護事業所のサービス提供責任者などと兼務でやっていますが、24時間、介護福祉士など指定の資格者を常時配置できるかいうところに課題があります。現状は、人材の確保困難で、看護師については人材派遣や手配の会社へ紹介手数料を1名あたり約100万円から払っています。介護福祉士は1名あたり60万円からの紹介手数料を払いながら人材を確保して、何とか基準を達成することは当然として、事業拡大まで人材の確保がしっかりできればやりたいという事業者はあります。そのような人材確保と配置に課題があります。

あと、ケアマネジャーとの連携ですけれども、なかなかサービスを理解されない、してもらえない。どこに問題があるのかを検討するにあたり、後でお配りした追加資料を見てください。この資料は、厚生労働省介護保険事業状況報告(暫定)平成27年6月分より、現物給付4月サービス分受給者数から市町村別の現物給付実績の内容を加工しました。定期巡回は市町村別の地域密着サービスですから、市町村別の件数、比率のデータです。資料のとおり、札幌市は、1,334人の受給者発生があります。東京都は全部の区市町村合わせても、1,099人です。地域によってこれだけ格差があるサービスです。なぜ、公募でない札幌市が多いのかというと、在宅に行っているか、サービス付き高齢者向け住宅など集合住宅にセットされているのかは、確認をしないといけないのですが、後者のサービス付き高齢者向け住宅など集合住宅に導入されているケースも多くあると思います。

次に、参考資料の2ページを見てください。これは東京都の状況です。定期巡回は地域密着ですので市町村別に整理しました。その結果、4月の利用者数は、世田谷の147人から渋谷区の2名までということで、こういう状況になっています。ですから、定期巡回の実態は少ない利用者数です。この現状の利用者を何倍までするかという計画を立て、どのように達成するのか、現状はこういう状況であることをご理解下さい。

次に、3ページ目の資料は、定期巡回を本当に導入するにはどこがしっかりやればできるかという市町村の例で、和光市の例です。これは、定期巡回を訪問介護系として考え、訪問介護系として訪問介護と定期巡回の現物給付実績数を合わせて分母として、定期巡回の給付実績数を分子として、定期巡回の割合を計算したものです。そうすると、和光市の場合は、訪問系サービスに占める利用者の定期巡回サービスの比率は29%、約3割になっています。全国平均は1.1%です。そのグラフの下に和光市の要介護度の1から5までの比率を見ていただくと、重い方は30%から40%の定期巡回が入っています。

次に、最後のページは東京都です。東京で一番比率が高いのが立川市です。立川市でも、やはり重度の方に多く入っているのですけれども、6%から7%という、非常に少ない比率しか入っていない状況です。すなわち、ケアマネジャーの理解の問題もありますが、地域の中でしっかり意思を持ってやれば、3割も実績がある和光市では展開できているということですから、本当にやるという意思をどこが持つかです。事業者なのか、市町村なのか、ここを問われている事業で、それが定期巡回だということを申し上げた

いということです。

そういう定期巡回の状況から考えても、今、在宅の生活を支える地域でのサービスをつくるという考え方が必要です。介護保険サービスではいろいろ細かく分けてケアプランをつくるということを実際やっていますが、一方でサービス付き高齢者向け住宅については、施設入居の感覚で入居者が増えています。なぜ施設が選択されるかという、住まいと住まい方の生活支援がセットされているからです。施設などにあるサービスなどが地域で連携して、住まいへ生活サービスが付いた地域での暮らしをつくる必要と考えています。そうすると、住まい、食事、生活支援、医療、見守りなどが、その人にどのようにセットされるかが大切で、その地域で住み続けられる基本のサービス部分だと思います。これらを整理して、必要なものを整備しないと、介護保険の各サービスの成長率がどうだ、こうだという議論は、無意味だと思います。地域ではどのようなサービスがセットされなければ住み続けられないのかを考えることが、地域密着サービスをどのように地域に適用するかということだと思います。

在宅ケアを考えるときに、ケアマネジャーへよく話をするのですが、制度から考えたら、もうだめですよ。利用者中心に考え、制度と自己負担を混同して考えてはいけません。介護保険ではできないから、ここまでしかできないと。そうじゃないですよ。制度の自己負担と自費サービス活用は違います。そういう意味のことをちゃんと説明して理解できるメンバーを育てないと、自分らしく地域で住み続けることへの提案ができないと思います。そういったところをちゃんと情報提供することで選択できるように、私たちも変化しないといけないと思います。

また、定期巡回は在宅ケアを支えるサービスとして、事業が継続できることであり、生活援助、生活を支援する内容を他事業者、支援関係者などの外部から入れる仕組みができれば、身体的ケアが必要な利用者の増加に対応できると思います。地域密着ですから、例えば、重度になられても、地域総合支援事業の訪問介護系の生活援助の部分など、継続してそのまま利用できることとしつつ、身体介護中心の定期巡回として、生活支援と連携して実施できれば、中重度や独居の方の在宅ケアで対応できると思います。

それを自己負担でできる人と、低所得者など支援が必要な人など多様な現物サービスや経済的支援などの範囲を設定することではないかと思っています。

その面では、定期巡回と食事配達や生活支援が組み合わさると、かなりの内容まで対応できるという事例があがっています。

例えば小規模多機能と定期巡回を一体的に運営できるようにしていくとかです。これは地域密着事業ですから、市町村が考えればできるのではないかなと思います。

もう一つは、介護保険など制度だけじゃなくて、さまざまなサービスを巻き込んでつくるということについて、やらないといけないと思います。この検討会で議論するか、どこでするのかわからないですが、介護保険だとか制度の内容は、当然、制度の検討や承認する組織が必要です。でもこのサービスは地域で考え具現化するものですので、地域のさまざまなサービスを呼び込む仕掛けが必要です。これを誰がやるかです。また、地域ケア会議の中に民間などの多様なサービス事業者がいることはよいと思います。介護保険の事業者だけの集まりでなく、この資料の例などさまざまなサービスを地域で実施しているメンバーたちがいますよね。それはNPO、株式会社、様々な組織があります。そういった人たちが参加して、地域で多様な生活環境を支える仕組みをつくり、そのような地域では定期巡回などが必ず展開できるのではないかと思います。和光市では、様々なサービス組織が地域に参画していける取り組みをされようとしています。

そういった面で、定期巡回などが進んでいる和光市は確かに8万人という人口は少し少ないところですが、意思を持って推進していけば、訪問介護系サービスの約30%が定期巡回が入っているという事実はあるということをご理解いただいて、これからの政策の中で検討していただければと思います。

ありがとうございました。

○高橋委員長 ありがとうございました。大変示唆的な、いろんな切り口でお話をいただいたような気がいたします。

どうぞ、ご質問。

そう、和光市そうなんだというのは、実は僕、和光市の介護保険事業計画をやっていて、あそこは介護保険料は4,000円で、30円しか上がりませんでした。施設をつくらないんだもの。施設をつくらないから、24時間定期巡回のニーズがきちんと出てくるんです。もちろん大変有名な地域ケア会議がありますし、事業者のレベルが非常に上がるんですね。

○馬袋委員 鍛えられますよね。

○高橋委員長 うん、鍛えられる。そういう意味で、23区、私、いろんなところでお手伝いをしていての感想は、地域密着も、まあ、事業者待ちなんですね。政策的に整備しようという意識は、どうも余り感じたことがないのです。だから、応募がありませんで

したで報告が済んでしまうということが、しばしばあって、政策的に意思を持って、どういうケアシステムをつくるか、実はそろそろおしりに火がついていますから。だって、1号被保険者の保険料1万円で、相当つらいんじゃないですか。そういう時期が、このまませっせこせっせこ施設をつくり、せっせこせっせこやっていますと。むしろ、そうではなくて、できるだけある資源をきちんと活用して支えるためには、どういうふうにしたらいいかという、そういう視点で考えると、やっぱり保険者機能の議論をどうしてもせざるを得ないんですが、23区の場合は、やっぱり一貫して政策を展開するエンジンが、どうもなかなかピンとこないことがよくありまして、その中でも、世田谷は、あの定期巡回の未来志向という開拓的なとき、私も、そのときからずっとお付き合いをしたことがあるんですが、そういう意味で、ある意味では、定期巡回に関するなれみみたいなものが区民の中に芽生え始めていて、ただ、その後どうなったかなというのがちょっと気になっているところでありまして、そんなことも含めて。

だって、世田谷は、やっぱり特養ニーズか膨らんでいますからね。その中で、24時間をどう戦略的に位置づけるか。これは先ほどいろんな定期密着をどう戦略的に位置づけるかというのは、結構、これからの第7期に向かって、ぜひ、意識づけをしてほしいなと思っているんですが、何かコメントございますか。東京最大の自治体の一つですものね。

○田中委員 定期巡回の発祥の地みたいなところですので、さっきニーズが一番多かったのを見て、ちょっとほっといたしましたけれども、さっきも自分の今後をどう考えるべきかというような議論もありましたけれども、やっぱり区民の間には、まだ最後は施設にお世話になるんだという話が出てくるというのは、まだちょっと私たちの努力も足りないところかなというふうには思っています。

定期巡回については、どっちかというサービスがある割に利用が進んでいないというほうの認識が今あるので、それを区民に知らせるといこととか、ケアマネ向けのセミナーを開いて、こういうサービスがあるということを広く区民とかケアマネに知らせるといことは、事業者さんと一緒にセミナーなんかをやっているんで、こういうことを続けていくというのが大事なかなというふうには思いますし、説明の仕方も、さっき小規模多機能を娘の家に例えるというご説明があつて、すごい上手だなと思いましたが、そういう知恵もいろいろお借りしながらやっていく必要があるのかなというふうには思いました。

特に世田谷は人が多いので、施設をつくろうと思ったら、とても追いつきません。施設も必要な人はいるとは思っているので、それも並行してやっていく必要はありますが、追いつきませんから、そういう場合、定期巡回、さっき馬袋先生がおっしゃったようなのは、まちじゅうを特養にしようみたいな発想で、恐らく屋根のない特養をつくりましょうみたいなことでやっていらっしゃると思うので、逆に人口が密集している分だけ、そういう可能性はあると思いますから、そういう意味で、もっとこういうサービスを知っていただくとか、誘導していくというようなことはやっていかなきゃいけないかなというふうには思っているところですね。

あと、やっぱり、さっきもちょっと出ましたけど、人材の確保の問題が、どんなサービスでもすごく難しいと思ってまして、そういうところで、ちょっと、報酬の問題は、こういうところで議論するのは難しいかなと思いますけれども、こういうことを行政としてやってくれたら、より人材の面で助かるというようなお話がもしあれば、少し教えていただければと思います。

○馬袋委員 人材の新規採用とか、介護福祉士の採用など、今、東京はどうなっているかというと、介護人材の不足で、右から左へ事業者間の奪い合いになっていると聞いています。特に資格ありの経験者は、中間に紹介会社などが関係していて、私たちは紹介会社へ紹介料を払いながら人材を確保している状況もあります、誰にお金を使うんだみたいな、ちょっと憤りも感じながらですが、でも、そうでないと、なかなか人材を確保できないというジレンマでお願いしているのも事実です。そのような中、人材を定着させるということが実は一番大切なことだということに気づいた事業者は、人材定着は人材育成することだと考え取り組んでいます。

ただ、定期巡回でも、必要な専門職、介護の資格などを持った訪問介護員の人たちが、生活支援で料理をおいしくつくること、きれいにお掃除をすることは、確かに喜ばれるでしょう。しかし、専門職の訪問介護スタッフによるケアのところと、そこに一体的に総合支援事業の訪問型のサービスなどの人材によるサービスと組み合わせることで、専門職の人材が効率的に稼働できるのではないかと考えています。制度で要介護の介護保険サービスを使ったら総合支援事業は使えないのでなくて、組み合わせるサービスができるように組み立てると、専門職が提供している生活援助の時間を訪問型サービスへ連携しながら依頼することで、専門的なケア提供時間の拡大になると思います。

総合事業などで参画をしていただく地域の人材育成へ協力し、そういった地域で育て

た人たちを、事業者がマネジメントとして一体的にできるような仕組みになれば、専門職の確保と効率的な配置など、かなり助かることだと思います。それには制度の問題とか、仕組みの問題がありますけれども、介護の専門人材だけを増やすだけでなく、生活の機能を支える人材のネットワークや地域で参画する人材を増やし、継続してもらう機会をつくることだと思います。その人材のネットワークが、不足する介護人材を真に活かすことになり、変えていくことになると思います。生活支援の基盤がないところに、介護は成り立たないので、そういう政策が必要だと思います。詳しくは説明できないですが、多分、そのような転換が必要なのではないかと思っています。

○高橋委員長 ありがとうございます。

介護人材も看護師さんの確保の問題もそうなんだけど、平均的な議論はしないほうがいいんじゃないですか。要するに確保できているところとできていないところと、あれはM字型ですよ、明らかに。そうすると、きちんと確保できているところは、なぜ確保できているのかということと、きちんとして分析して、なぜ離職率が3割を超えるような介護現場があるのかということとをちゃんと分析した上で政策を出さないで。

それで、少なくともいろんな調査を見ていると、東京都は、辛いのは例の介護報酬の地域差の話が現場の賃金水準とうまくリンクしていないというのは、これはもう介護保険発足以来の大問題なんだけど、これはどうするかは、またウルトラCがあるかもしれないという人たちも、東京は公私格差是正という、昔、措置の時代でウルトラCをやりましたけど、あれは仮に財源が潤沢な時代の話だから、そういう話ではないけれども、やっぱり何かやり方というのを、のっぺりして一般的に足りませんという議論ではなくて、足りているところと、足りていないところがはっきりあって、これは介護情報の公表データで離職率計算して分布を見ると、明らかにある。本当に5%ぐらいのところがあるんですもの。僕も東京都内の社会福祉法人に関係していると、その離職率は実に低い。それははっきりして、非常に施設と在宅と立体的にサービスを組み立てていて、職場のそういう経営上の工夫を实によくやっていると、離職率が下がるとか、いろんな法則があるんだけど、そこら辺がまだどうもはっきり——のっぺりとした議論しか行われてなくて、多分、看護師さんもそうですよね。きちんと確保できていて、継続できている職場と、なかなか定着しない職場って、きっとあるわけで、そこら辺の話、ちょっと何かコメントを。

○平川副委員長 まさにそのとおりで、幾つかの議論が出たんですけど、先生の話にあっ

た、なぜやめずにとどまっているかという調査も私どもはやって、報告書を出しました。どうしても今までの調査というのは、やめてしまった方の調査が多くて、なぜやめずに粘っているかという調査をやってみました。

それから、もう一点、介護の問題なんですけれども、介護職を専門性で分けなきゃならない。何でもかんでもひとくりに介護だと言ってしまう傾向には問題があります。今、介護職の離職が高いと言ったんですけれども、介護福祉士といったような専門職の離職が高いのか、あるいは100万円以内の扶養控除枠内でパートをやっている方々の率が高いのかと、ここを分けて考えないと、何でも介護といっくくってしまうのは危険だと思います。

まさに今、人材は少ないわけですから、専門に特化した身体介護、認知症介護、あるいは医療的な介護含めたような、専門職としての介護職と、それから、ベッドメイキングや入浴のための準備をするといったような介護補助業務、たとえば看護師の場合は、補助看護師ということがありましたけれども、補助介護士といいますか、そういったポジションも含めて見ていかなければ、全部が専門職でつくというのは厳しいと思いますし、当然、いわゆる入ってくる方々、入り口の方々に対する部分の対策と、高橋先生と一緒にさせていただいている、キャリア段位といったような介護職をさらに専門職としてスキルアップしていく仕組み、さらには、もうすぐ認定介護福祉士の認証機構ができますけれども、さらにもっと専門性を担保するといったようなものに、出口入口含めて、もう介護とひとくりに簡単に言うのではなくて議論する必要があるのかなと思っています。

お手元資料に、ぺら紙1枚のポスターみたいなものがあると思いますが、これは総合確保基金を使った三重県の事業なんですね。三重県の老人保健施設協会が元気な高齢者を介護補助者として活用する事業です。最近、マスコミでも、元気高齢者のことを使おう使おうと言っていますけれども、三重県では募集をかけたんですね。そしたら、何と1施設に30人から40人希望者があったそうです。この方々については、A、B、Cぐらいのクラスに分けて、単なるお話し相手、見守りする方とか、ベッドメイクをするとか、配膳をするとか、清掃・片づけと分けて進めていく。時給、たしか1,000円程度とうかがっています。これは総合確保基金でやっているんですね。ですから、介護職不足というのは、絶望的な考えじゃなくて、もっともっと工夫すれば、克服はできると僕は思っています。

○高橋委員長 いかがでしょうか。

○馬袋委員 まさにそうで、事業者などの事業所だけじゃなくて、地域の方々と、介護や生活のサービスなどを支援する地域の住民に参加していただく機会をどうつくるか。その機会に参画した人たちを継続的にマネジメントする力が、これから介護事業所として試される場所だと思います。それを制度的に、そして一体的に、また連携に対して、制度などを大幅に改革していくようにしないと、小手先の変更では、もう難しいと思います。地域で暮らす安全と保障の在るべきことなど、未来から考え整理することをしないといけない時期に来ていると思っています。

○高橋委員長 いかがでしょうか。

どうぞ、新田先生。

○新田氏 馬袋さんの中の私は一番いいのは、施設の機能を地域に展開するというのなんだけど、誤解されると思うんですね。施設の機能で何を持ってきたかということ、時間の短さだと思います。従来の介護保険、介護ヘルパーさんたちは、長い時間いて、無駄な時間をいたと。それを短くしたと。せいぜい30分だとか。ということは、私たちは最低限の生活を支えればいいんであって、その最低限を支えるためにやれば、ヘルパーさんはそんなに要らないわけですね。先ほど平川先生が言った総合支援事業とあわせればいいわけで、そうすると、そんなにヘルパーが足りない足りないと言っているもう時代ではないだろうなど。

フランスに行って、先月、フランスで同じ日本の介護保険の話をししたら、日本人はそんなに寂しいのかと言われました。だから、最低限の生活を支えるというのは——施設だってそうじゃないですか。介護時間とか、おむつかえる時間、せいぜい数分でやっているじゃないですか。それをただ地域でやっただけで、施設を持ってくるのではなくて、時間を持ってきたと思うんですね。そこをやっぴり基本としたシステムを私はやっぴりつくる必要があるなと思います。

○高橋委員長 今の新田さんのご発言って、僕、物すごく大事なご発言で、実はそんな寂しいのかというのは、非常に象徴的な議論なんだけど、実はヨーロッパなんかを見ると互助があるんですよ。日本は互助が切れて、要するに家族がずっと抱えたために、互助がなかなか入りにくい。そうすると、そこら辺の仕掛けづくりは物すごく重要。

それから地域密着、先ほど小規模多機能と24時間と、これは僕も戦略的には物すごく重要で、というのは、僕の仮説なんですけど、地域にこういうケア拠点をきめ細かく配

置するというのは、僕は震災対策になると思うんです。要するに大規模施設を100人の大きなものばかりつくっていると、多分、震災で、例えば夜来たときに、あの夜勤体制でという話になりますけど、小規模のものを丁寧につくっておくと、非常に丁寧に――これは東日本大震災でもそういう話を聞いているので、そういう意味で、そういう視点でちょっと考えていただく必要が絶対あります。

それから、福祉避難所の問題を考えたら、すぐその問題が出てきて、在宅系の施設をつくっておけば、これはあいているわけだから使えるんだけど、入所施設に福祉避難所をつくると、100人程度でいっぱいなわけだから、そこに廊下とか、いろんなものを使わざるを得ないということが起こってきて、ちょっとそこら辺のことはぜひ頭に置いてちょっと議論をしていただく必要があると。

それから、介護職員の問題は、コア職員問題じゃないですか。要するに多様な職種を受け入れる時代になってくると、コア職員の力量をきちんと定尺して、コア職員がバーンアウトしないように、これは施設・在宅全てそうだと思うんですが、そういう視点と、それから多様な人材という議論が、物すごく乱暴に扱われていて、また活躍会議で経団連の人が外国人労働者入れろという、そういう話を何かいとも気軽にお話しになっているということを含めて、ちょっと、そういう意味で、コア職員がいれば、逆に言うと多様な人材をマネジメントができる人をどう育てていくかという。これはボランティアの話もそうですよね。まさにそこでマネジメントできなかつたら烏合の衆になりますから、そこをきちんと役割を与えてという、そこら辺はぜひ、介護職員が介護の力だけではなくて、そういう管理能力といたらいいんでしょうか、それは多分、看護師さんもそういうテーマがあるのではないかと思っているんですが、そういう視点をちょっとリマークしておいていただきたいなど。

どうぞ。

○馬袋委員 外国人労働者による介護人材確保の件も議論しているところですけども、何か外国人労働者の方が入ったら救われるような、危ない議論が行われているときもあります。けれども、まず、考えないといけないのは、自分たちが行なっている仕事、業務がどういうプロセスで、どういうスキルのレベルを求めて、プロセスをマネジメントすることか。ケアの内容を標準化できること、ルールやプロセスを定めること、そして、それに対する力量の測定というものが整理できていて、初めて、そこにコミュニケーションを通じて外国人労働者の方などへ教えられるのではないのでしょうか。後ろで見えてい

るからやってね、私のやり方見てやってねという内容だけではできないと思います。だから、今やるべきことは何かというのは、介護の仕事はサービスのプロセスです。サービスプロセスの最適な標準化と、それに必要な力量の組み合わせなので、それをちゃんと整理した上で、本当に専門知識の内容が必要なものと、専門の人がマネジメントして支えることでできる仕事というのが、わかってくると思います。

在宅でそういう形があって、定期巡回でも、何かあったら行くというのでなく、予防的に事前対応できるように、隣の住民へ私たちのサービスをご説明し、ちょっと見てくれる関係をつくり、ちょっと見てもらえるだけで、訪問しなくて迅速に対応できることもできると思います。私たちが周りを協力者として巻き込んでいくときでも、どんなサービスをどのようにやっているのかが整理ができていない状況で、介護人材確保のみを議論をすることいけないことだと思っています。

○高橋委員長 あと、それから先ほどちょっと株式会社も、ちゃんときちんと資源として扱ってほしいというのは、これは行政はやっぱり民間の会社というのは、何か特別扱いしちゃうんですね。それで、排除するんですよ、そういう。そこら辺は、僕は鄧小平の議論で、やっぱりちゃんと鼠がとれるかどうかであって、社会福祉法人か株式会社かは関係ないんです。僕は、そういう意味で、実は営利企業もある種の社会性を持たないとやっていけない。介護事業って、そうですよね。それは顧客満足と物すごく関係があつて、そういう意味では、少し考え方を整理したほうが、考え方をこう。

それから、もう一つは、垂直的統合と水平的統合の話をなさっていて、この議論は物すごく重要で、僕の知っている、ある滋賀県の自治体では、NPOが合併したんです。介護事業だけ。そうすると、そのかわり、NPOそのものは残し、そして、そこに実はそれこそ訪問医療をやっているお医者さんがかんだんです。そういうおもしろい合併の仕方。だから、それでそれぞれの主体性を残しながら。だから、これは水平的統合なんです。垂直的というのは、M&A、最近話題の会社もそれで伸ばしてきたんだけど、そうすると指揮命令が一元化して、多元的な地域にきめ細かい対応ってできなくなってしまう。むしろ、そういう地域を基盤とした水平的統合の仕掛けというのは、これから多分、NPOがやっているデイというのは、これから物すごく介護報酬的にきつくなるはずですから、そういうことを含めて、潰れるのを待つよりは、きちんとそういう形で新しい事業に転換してもらって体力をつけてもらうというのは、これは結構、物すごく大事な——要するに、介護保険って、産業政策がないんです。医療は産業政策というとなら

れるかもしれないけど、やっぱり供給政策というか、そういう意味で、介護の問題って、もう一回、ちょっとそこら辺は。それをやるのは保険者ですよ。結果的に、合理的にサービスを配置することによって、適切なサービスを必要なところへ提供しながら、不必要なサービスについてはコントロールするということをやらざるを得ない時代ですから、そうすると、そこで事業所の統廃合というのは、これから僕は——さっき、ちょっと余りにも多過ぎるということも含めて、これは厚労省もちゃんときちんと研究してほしいことなんですけど、そんなことを含めた議論があるなど思いながら伺っておりました。

ほかに何か。そろそろいい時間になりましたが。どうぞ。

○園田副委員長 ありがとうございます。

きょうは医療と介護に絞ってということで、今ほど介護の立場からなんですけれども、お話を聞いていて、皆さんのご発言には、十分考えられていると思うんですが、やっぱりそろそろ財源というか、保険者として、今、どういうふうに全体の形を整えていくのかということが議論されていたんですが、本当に、被保険者としては、一体幾らまで払えて、どういう医療なり、どういう介護が受けられるのかということと、それから、非常に、ある意味専門的な、それは極めて短時間で専門性の高いものと、それから今、新しい総合事業などで考えられている互助的な要素も踏まえて、ある意味、マネーには顕在化させない、相互扶助的な仕組みで、要するに貨幣経済を経由しない支え合いの仕方の部分と、保険というのも、ある意味、マネーにかえている部分では、全くの自由市場経済とある意味同じなので、その組み合わせで、そろそろ合理的で、かつ質もきちっと納得できる負担と受益というところを、一体、きょうのお話を聞いていて、誰がどういうふうにデザインしてくださるのか。皆さん、例えば一医療機関、あるいは介護事業者としては、制度はそうなっているから、なるべくそれを上手にを使って、自分の事業が拡大していけばいいとか、そういうことは考えていらっやらないと思うんですが、利益がたくさん出たほうがいいというふうに、短絡的に考えれば、そっちのほうに行きがちなので、この場で議論しているところが、一体どこに着地するのかというのをぜひ考えていただければと思いました。

○高橋委員長 どうぞ。

○松田委員 きょう、非常に参考になる報告、ありがとうございました。

それで、今の園田先生の議論ともあれですけど、この議論をどう持っていくかということで、私、キーワードとして申し上げたいのは、やはり積極的な議論、それから都民

の合意形成だと思うんです。

きょう言ったお話、特に終末期について言うと、正直、例えば私でも、なかなか自分の親、あるいは若い世代で言えば、自分のおじいちゃんやおばあちゃんの介護や終末期を考えるとというの、実は余りなくて、突然、それはやって来ると。ですので、ミドル層、あるいは働き盛りの人たちが、自分の親の介護、あるいは地域包括について考えるような機会が決定的に不足している。それは都民全体でもそうであるとなると、例えば今、企業で研修がありますけれども、その研修の中で、地域包括、終末期に関する倫理的な議論をするというものを取り入れる。あるいは、若者が自分のおじいちゃんやおばあちゃんの介護や看取りについて考えることを、きっかけを都立高校でやる、区立中学でやるといったような、多世代での積極的な合意形成が必要だというふうに思いました。

結局、これから中間報告、最終報告を受けて、どうやって都民あるいは東京都に事業所があるような企業に対して、これを腹落ちさせるかということがポイントだと。そうになると、ここへ出てきた倫理的な議論、積極的な合意形成というのが重要であると。つまり、よく生きる教育というのがこれまでされていなかったと。よく死ぬ、よく生きるということが非常に重要になってくるということで、意見として述べたいと思います。

○高橋委員長 ありがとうございます。

おっしゃるとおりで、もう認知症なんていうのは、認知症サポーターは、もう金融が多職種でもやらなきゃいけない。それから、今のところだと、企業関係の人へ講演に行くと、要するに職務の話と同時に、自分の話になりつつありますから、もう大抵、部長さんぐらいになると、親の問題で物すごく悩んで、結構、そういうところから相談まで来るんですけども、そういうことを含めて、やっぱり都民に当事者になってもらうためにはどうしたらいいかって、パブリシティも——きょう、朝一でやっていたけど、防災のパンレットは、もう全国的に都民に全戸配布したやつは話題になっていますが、それぐらいの気概で介護・医療もやってほしいなと改めて思った次第でございます。

というわけで、時間がまいりましたので、また次回、この議論を引き続き重ねまして、いい最終報告、本当に福祉先進都市という知事からのオーダーがありましたから、先進都市とは何ぞやという議論は一度しなくちゃいけないで、そういうことも含めまして、ぜひ、次回につなげるような大変重要な論点をお三方の報告書やご発言の皆様からいただきました。

園田先生、スタートラインのところでありありがとうございました。

それでは、事務局にお返しいたします。

○西村部長 高橋委員長がお見えになってからということで、中間のまとめについてのご報告を飛ばしておりましたので、一言、ご報告させていただきます。

7月から9月にかけて各テーマについて、4回にわたって議論を重ねてまいりました。これらを踏まえまして、前回の会議でご議論いただいた構成案に沿って、委員の皆様から持ち回りでご意見をいただいた上で取りまとめを行い、中間のまとめとして、先月28日に公表いたしました。

委員の皆様におかれましては、期間の短い中、お忙しいところご確認いただき、また、さまざまなご意見をいただきまして、ありがとうございました。委員長と相談の上、できる限りご意見を反映させていただきました。ご意見の反映状況につきましては、個別にお伝えさせていただいておりますが、全体のバランスなどを考慮して、全てのご意見についてそのまま反映することが困難な部分もございましたことをご了承いただきたく存じます。

なお、委員長からもご指示を受けておりまして、年度末に予定している最終報告につきましては、本検討会の場で議論をする場を設けた上で、取りまとめを行いたいと思っております。よろしく願いいたします。

では、事務局からの連絡事項でございます。

今回は、11月26日、木曜日、午前10時から正午まで、場所は第二本庁舎の31階、特別会議室の27で開催いたします。詳細につきましては、追ってご連絡をさせていただきますので、次回もよろしく願いいたします。

あと、いつものことでございますけれども、机上に用意いたしました冊子、長期ビジョンなどにつきましては、そのままお残してください。

そのほか、今回配付させていただいた資料につきましては、お持ち帰りいただいて結構でございますし、郵送を希望される方は、机上の封筒にお入れいただきたいと思います。

また、着用していただいております一時通行証につきましては、1回北側の自動ドアを抜けたところにおります警備員に必ずご返却くださいますようお願いいたします。

それから、お車でいらっしゃる方は、駐車券をお渡しいたしますので、会議室の外のお受付までお声がけをください。

どうもありがとうございました。