

H27.8.27 宮城県地域包括ケア推進協議会設立記念シンポジウム

第2部 パネルディスカッション 要旨

【高橋氏】

それでは、ただ今から「地域包括ケア体制の構築に向けて」ということで、パネルディスカッションを始めたいと思います。

ただ非常に1時間ばかりしか時間ありませんので、パネルディスカッションというよりはいろいろとパネラーの方に発表していただいて、そのあと最後にまた質問をいただく時間もありますので是非よろしくお願ひしたいと思います。

パネリストには、先ほど基調講演をいただいた井上様にも参加いただいて、さらにいろんなアドバイスなども伺いたいと思っております。

さて、去る7月に県内の関係機関、団体等が連携・協力して、本県における地域包括ケア体制の構築を目的に、趣旨・目的に賛同した46団体の参画して、「宮城県地域包括ケア推進協議会」が設立されました。

その事業の一つに「地域包括ケア体制構築に向けたアクションプラン」の策定がありまして、協議会設立総会で承認されて、これからの取組などを整理してきたところであります。

今日は、専門委員会で委員長や委員になられている方がパネラーでいらっしゃいますので、最初に自己紹介を簡単にさせていただいて、その取組の状況を少しお話をさせていただいて、プランそのものの説明だけではなく少しお考え等も含めて御報告をしていただければと思います。

ただ時間があまりありませんので、申し訳ないのですが最初5～6分ぐらいで少しまとめていただければと思います。

それでは早速、清野様からお願ひしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

【清野氏】

宮城県医師会常任理事の清野でございます。

宮城県医師会にはこの地域包括ケア担当の理事が4名おりまして、その代表として参っております。

私からは、「医療基盤の確保」と「多職種連携体制の確立」について説明いたします。

アクションプランの6ページをお開きください。

昨年度、専門委員会は3度開催いたしまして、活発な討論と協議が行われました。

「1 医療・介護基盤の確保」のうち、「医療基盤の確保」については、委員の皆様から「在宅支援診療所だけではなくて、在宅医療を行っている一般の医師への支援も必要」との意見や「市町村の実情に合った地域包括ケア体制の構築が重要だ」などの意見がございました。

「目指すべき方向性」といたしましては、在宅医や訪問看護師を増やしさらには訪問看護ステーション、訪問歯科医や訪問薬剤師を確保し切れ目のない医療サービスを提供することを目指しております。

また、医療機関同士の連携体制の構築や在宅医療を担う医師や看護師の育成さらには地域住民への啓発を具体的な取組としました。

7ページを御覧ください。

これらを踏まえまして「在宅医療・訪問看護推進」プロジェクト事業を記載の通り行い、取組内容については右に示します囲いの中に整理してございます。

次に「2 多職種連携体制の確立」についてですが、委員会では「地域の課題を検討する場や多職種間で事例を発表する場が必要」との意見がありました。

「目指すべき方向性」として、在宅医療に於いて多職種間の連携の機会を確保するとともに、情報の共有と相互理解を深める内容で整理してあります。さらに医療機関退院時においても、多職種間の情報共有やまた在宅医療急変時の入院時受け入れ体制の整備を目指すようにいたしました。

8ページにはこれらの具体的な取組を示してあります。

9ページを御覧ください。

これらを踏まえ、「多職種連携」プロジェクト事業取り組み内容を右の囲いの中に整理して記載してあります。以上でございます。

(ここからスライド使用)

井上先生から医師会の役割が非常に大事だというお話がありましたが、医師会としての立場で何分間かお話しさせていただきます。

《P1》

この必要性和構築に向けては理解なさったと思いますが、これは超少子化・超高齢化社会には不可欠な制度でございます。

《P2》

これは先ほどから何回も出てますが、これはたまたま5つの要素がありますのでオリンピックもいろいろ騒がれておりますが5つということでオリンピックの様式で考えていただければいいと思います。先ほど井上さんがお話になった植木鉢型が最近の考え方でございますが、いずれにしろこれを組み合わせていくわけでございます。

《P3》

地域における包括ケアとしましては、やはり住み慣れた地域、家で安心して暮ら

せる町づくりが必要なんです。今、町が壊れてますのでこういう考えで医師会が中心となってやっていきたい、という考えでございます。

それから先ほどの健康寿命の事。後からお話ししますけれども平均年齢がかなり延長しているのですが、実際には健康寿命が大事なわけでありまして、それから医療・介護・看護・住宅の一体化ですね。これが最終的な目標でありまして、医師会としましても在宅ケア体制の確立を考えております。

《P4》

これは何回も出てくるように、逆ピラミッド形になっていきます。

《P5》

全国でも非常に問題となってくるのは、認知症が先ほどもお話にありましたようにどんどん増えてくる。2025年には5人に1人が75歳以上、周りを見ればみんなお年寄りという形になってまいります。

《P6》

宮城県も非常に高齢化が進んでまいりまして、問題は真ん中にございます単独世帯が増えてまいります。この人達の見守りをどうするかということになります。宮城県でもどんどん認知症が増えてくる推計でございます。

《P7》

宮城県の高齢化率ですが大変、栗原県域ですとか気仙沼県域は30%を超えておりますので3人に1人はお年寄りというような地域でございます。

《P8》

これは全体の単独と夫婦のみの世帯でございますが、やはり2025年には増えてくるということでございます。

《P9》

平均寿命の話が先ほどなされましたが、実際は健康寿命といいまして、長生きだけしては困るんで、その間に日常生活を送れる状態がどれぐらいかということで、実際の平均寿命より9.3歳も男性は少ない。女性は、12.6歳も少ないというふうな状態でございます。

《P10》

よく「自助・互助・共助・公助」と出てますが、やはり自助という自らの健康管理というのが非常に大事だということになってきます。どうしても駄目な場合は次の互助、地域で支え合う。そして共助、それも駄目な場合は公助というシステムがございます。

《P11》

要介護になる原因ですが、かつては脳血管障害が多かったのですが現在はこのロコモ、運動器障害が非常に多いということでございます。

《P12》

これは皆さん御存知だと思いますが、立ったり座ったりの移動機能が低下して生

活が非常に制限されると。いろんな要因がございますが骨粗鬆症などがございます。

《P13》

ロコモ対策もいろいろ言われておりますが、こういう運動が必要、あまり低栄養になると困るという事で肉・魚を食べなさいと言うようになってきました。

《P14》

最近、フレイルという言葉が出てまいりました。虚弱という言葉を使っていたのですが加齢による心身機能の低下でございまして、筋肉量の減少、これもサルコペニアと新しい言葉でございましてこういうことを防ぐという事が医者の方からは大事になってまいります。

《P15》

高齢になるまで健康を維持するという事で、社会性をもちよりよく日々を生きるということで、毎日よく動くということが大切になってまいります。

《P16》

高齢者の見守りは、現在は地域包括支援センターで行っておりますね。大体中学校の区域に一つぐらいずつあります。先ほど30分圏域とお話しなさっておりましたが、こういうところでケアマネジャーさんとか保健師さん、社会福祉士さんがやっているんですが2025年にはやはり地域全体での見守りが必要となってまいります。住民のお隣同士の力も必要となってまいります。

《P17》

国が目指す方向として2025年には時々病院、何か具合が悪くなったら病院で診ましょ、ほぼ在宅という事で看取りも自宅という事なんです、これは介護者がいないと出来ないシステムです。そのまま「野垂れ死に」ということになってしまいますので要介護者がいる家庭じゃないと出来ない。ただ、少子化でなかなか見てくれる人もいない非常に大きな問題を抱えております。国は「在宅在宅」といいますが非常に難しい問題があります。

先ほども話がありましたように、多死社会でございまして120万人から160万人の多死社会となるということで、現在は先ほどもありました80%が病院で死亡ですが、将来的には30%在宅で見るようにとの国の方針ですが、これもなかなか難しいと思っております。

《P18》

これは先ほどの地域医療を支えるのとちょっと違うんですが、医師会としましては地域の医師会が中心となっているいろいろな事をサポートしていくというような考えでこういうスライドを用意しております。

《P19》

私がこの宮城県医療・介護多職種連携専門委員会の委員長になってこれだけの18名の方々が集まりいただいて検討会をしたわけでございますが、このような方々が皆さんをサポートするという事でございます。

《P20》

ケアシステムの構築でございますが、やはりこれは県レベルでは非常に難しいシステムでございます、市町村レベルでの構築になってまいります。そのためには行政の力が不可欠でありまして、在宅医療体制これは医師会が非常に取り組んでいる課題であります。

《P21》

これは全国一律のシステムではなくて、地域の特性に応じて構築していく。先ほど京都方式とございましたが各地域の名前を付けてご当地グルメみたいないろいろな名前を付けてその地域地域で特色を出してやっていいと思います。これをやらなきゃ駄目だということではないのでありまして、地域で特色をだしていただきたいと思います。そのためには郡市医師会といういろいろな医師会が地方にございますので郡市医師会と御相談していただければと思っております。

《P22》

これは日本医師会と厚労省はこういうのを作っておりまして、7月末宮城県医師会と宮城県とこういう協定を結んでおりまして、地域の医師会は、今度は市町村レベルでこういうのを作っていくということでございます。

《P23》

それから重要な視点としましては、先ほどから何回も出てますように顔の見える関係、先ほどの話で毎週木曜日22回も会議を開いたとそういうような事で常に顔の見える多職種間の連携ができればこの地域包括ケアシステムはほぼ完成と言われております。この多職種間との連携はまず先につくるということが大事であります。

《P24》

それから先ほどからリーダーシップ、キーパーソンの問題が出ておりました。医師会が大事だというようなお話で我らもこれを肝に銘じましてリーダーシップを取っていきたく思っております。また、多職種間が集まりますが、今までだとしても医者がいろいろ指示をすることが多かったんですがそれではこのシステムは成り立たちません。フラットな関係とかお互い同じ関係でこういうシステムを作っていかなければならない。最終的にはですね、包括ケアというのは国の考え方もコンパクトな町づくりを考えております。中学校区域の中に小さないろいろなことが出来るコミュニティを作っていくというような考え方でございます。これは課題がいっぱいあるんですが、人が十分足らない。地域包括支援センターのお話を聞いても人がいない、と。ケアマネジャーも訪問看護師もなかなかいないということでもあります。それから私が一番大事だと思っているのは財政的支援ですね、お金。先ほど京都では12億8千万円の予算でやっている。宮城県は今のところそういうお金はなくて国からの予算をやりくりして少しずつやるしかないんで今日は村井知事いないんですけど村井知事にどうぞこの福祉部長さんからも予算をつけるようにお願いしていただきたいと思っております。

それから多職種間の連携が非常に大事でございまして、お互いに相互理解が必要。ケアシステムとなっておりますが、実際にはネットワークなんですね。ネットワークというのは人と人との繋がりでございまして、実はこれは地域包括ネットワークと名前を変えた方がいいと私は思っているんですが、システムとして作るのではなくて人と人の繋がりでこういうものが成り立っていく、お隣同士の繋がりで始まってこういう職種の人が繋がっていくということが大事でないかと思っております。

それから、地域包括ケア推進センターが京都方式では医師会の中にできたという事ですが宮城県ではまだ出来ておりませんので、今後こういうのを構築して行こうと思っております。

【高橋氏】

有り難うございました。

とてもわかりやすく御説明いただきました。医療基盤の確保、それから多職種連携の必要性というところで医師会の取組も含めて御説明をいただいたと思います。

次に大内様お願いいたします。

【大内氏】

宮城県作業療法士会の大内です。

宮城県作業療法士会からは推進協議会に2名参加させていただいています。

私自身は普段は名取市にある医療法人仁泉会介護老人保健施設なとりで作業療法士として在宅復帰だったり在宅生活支援だったりあるいは地域の高齢者を対象とした介護予防事業に取り組んでいます。

私からは、「高齢者の健康維持・増進」について説明いたします。

9ページを御覧願います。

委員会は2度開催されましたが、高齢者の健康維持・増進を目的に「身近な通いの場の確保」や運動だけではなく「生きがいに対する支援も含めた介護予防事業」の実施等の意見をいただきました。またそのような活動の中でリハビリテーション専門職をより積極的に活用できる体制作り、体制整備として「モデル事業等で地域包括支援センターへのリハビリテーション専門職配置を配置できないか」などの御意見をいただいております。

「目指すべき方向性」として「仮設住宅等の住環境での活動支援や、健康づくり、生活機能の向上のための活動がしやすい環境を整え、認知症予防も含めた介護予防の取組を推進していくこと」また「病気や障害があっても高齢者が積極的に社会参加し、各人の役割が果たせる地域づくりが行われることを目指すこと」などの内容

で整理しました。

具体的な取組としては、「介護予防の取組推進」「リハビリテーションとの連携」などとし、10ページに「介護予防・リハビリテーション推進」プロジェクトとして健康づくりや生活機能向上のための環境を整え介護予防の取組を推進するとともにリハビリテーション専門職等を活用した自立支援など、記載の通りの取組内容で整理いたしました。

以上でございます。

【高橋氏】

有り難うございました。

また後で補足などお願いいたします。

次に池田さんお願いいたします。

【池田氏】

全国コミュニティライフサポートセンターの池田と申します。

震災後は仮設住宅等の支援員さんの研修とかに関わらせていただいできて、今、特に地域の住民の方の支え合う力の事に関心があつてそういった調査などをさせていただいております。

私は、コミュニティ・生活支援委員会の中で10ページの「生活支援サービスの充実及び住まいの確保」に関わらせていただきました。

委員会は2回開催されましたが「災害公営住宅を含む地域住民が支え合い、地域活動を促進させるべきだ」というようなことや、4月の介護保険改正で生まれたものですが「生活支援コーディネーターと関係する専門職との役割分担や地域住民との協働を」などの御意見をいただきました。

その中で「目指すべき方向性」として「被災地での経験を活かして地域で支え合う自立したまちづくりの推進」それから「ソフト事業と連携した災害公営住宅の整備等、さらには市町村と多様な主体との連携や高齢者の自発的な取組を促すことにより生活支援サービスの充実を図ったり、生活支援コーディネーターによって高齢者のニーズとサービスのマッチングを図る」というような内容で整理しました。

また、「災害公営住宅を含む地域住民のバランスのとれた地域コミュニティを構築していくための支援やコミュニティの維持に配慮した仮設住宅の集約に係る被災市町への支援」さらには「地域による自主的な生活支援体制構築に向けた支援及び地域活動を推進するリーダー育成など人材の育成」などを具体的な取組としました。

11ページを御覧いただきたいと思います。

これまでの部分を踏まえて「地域支え合い」プロジェクトを記載の通りの取組内

容で整理いたしました。

さらには「認知症対策の推進」についても委員から意見をいただき、目指すべき方向性や具体的な取組に一部を反映いただきました。

以上でございます。

【高橋氏】

有り難うございました。

また後ほど補足をお願いしたいと思います。

続きまして黒田様からお願いいたします。

【黒田氏】

私は宮城県老人福祉施設協議会の黒田と申します。

よろしくお願ひ申します。

私からは、「介護基盤の確保」、「認知症対策の推進」などについて説明いたします。

ページをお戻りいただき、6ページを御覧いただきたいと思ひます。

委員会は2度開催いたしましたが「1 医療・介護基盤の確保」のうち「介護基盤の確保」については、委員の皆様から「在宅医療を継続するためには24時間対応の定期巡回・臨時対応型事業所のサービス参入のための普及啓発を」などの御意見をいただきまして「目指すべき方向性」及び「具体的な取組」に反映させていただきました。

10ページを御覧いただきたいと思ひます。

「4 生活支援サービスの充実及び住まいの確保」について、委員の皆様から「社会福祉法人等の地域における役割の変化への対応として、広域に1か所ずつ病院や介護事業サービスを展開する法人を指定し、モデル事業として取り組んでは」などの御意見を頂戴しまして、「具体的な取組」として、「低所得者向けの住居確保について、国のモデル事業や先駆的事例を参考とした研究」などと整理し、11ページの「地域支え合い」プロジェクトの一部にも、取組を反映いたしました。

11ページを御覧いただきたいと思ひます。

「5 認知症対策」については、委員の皆様から「認知症サポーターなどの継続的活動が必要」「認知症カフェに対するモデル事業の実施を」などの御意見を頂戴いたしまして、「目指すべき方向性」として、「本人と家族を孤立させない支援や地域住民等による見守り支援」「在宅生活に必要な生活支援サービスなどが提供される地域における包括的・継続的なケアシステムを構築すること」などの内容で整理しました。

また、「サポート体制の構築と交流の場の創設」としまして、認知症カフェのモデル事業の実施と普及促進、関係機関と連携した成年後見制度の普及促進などを具体的な取組としました。

これらを踏まえて、「認知症対策推進」プロジェクトを記載の通りの取組内容で整理いたしました。

以上でございます。

【高橋氏】

有り難うございました。

最後に、私のほうから。12ページを御覧願います。

6番目の「介護人材の確保」ということで、私は宮城県の「みやぎ元気プラン」介護事業計画にずっと携わっているのですが、いつも一番の課題になるのは、人材確保の問題が非常に大きい、ということなのです。

高齢者の介護保険サービスを充実したり、障害者福祉においてもその担い手となる人材の確保がサービスを安定的に提供する本当の基盤になっていくだろうということなのです。

見ていただいたとおり、具体的な取組として1～6まであげております。

その中で、事業所の方に対して今京都では、先程ちょっと表の中にあっただけですが、人材確保の認証制度というのを実は非常に先進的に行われているんですけども、そういう事を少し参考にさせていただきながら事業所と一体となって人材確保に取り組んでいくということとか、あるいは介護者は女性が多いのでワークライフバランスの課題、子育てをしながら働き続けられるような環境とかですね、今まあ介護職だけではなくて看護職も同じように非常に大きな課題として挙げられていますし、今後若い方に介護に関心を持っていただけて積極的に自分の仕事として関わっていただけるような取組が非常に必要ではないかと。そのためには進路指導の先生とか両親に理解していただく、そういう人達の子どもへの影響は大きいのではないか、というような事も議論されております。

潜在的に資格を持っていらっしゃる方でまた働きたいという方とか、さらには今後人口減少ということで団塊の世代の方、まだ高齢者自体は増えていくわけですけども、じゃあ働けないのかと考えると結構まだまだ高齢者といっても生産世代と考えるといい方もいらっしゃいますので、そういう方が働けるような環境も大切だろうと思います。

そういう意味で、この会ではなるべく事業所の中でも若い方に知恵を出していただけて取組を進めていければ、というふうに考えてやっているところであります。ということで、最終的に「取組6」ということで見ていただければと思います。

宮城県のアクションプランについて、概略を説明いただいたのですが、井上さんのほうから「先輩」というか既に「機構」を通して取り組みをして、宮城県では協議会という形で進めてきているんですけども、何かアドバイスとか意見があれば簡単に伺いたいのですが。

よろしく願いいたします。

【井上氏】

アクションプランを専門委員会形式で一年かけて作りあげてこられたというところ、本当にすばらしいなあと思っております。

最初の講演の中で話しましたが、地域包括ケアシステムの中では皆さんが参画して自分たちのプラン、計画として動かないことには動き出さないものだと思いますので、専門委員会としていろんな方が入って発言して作りあげたということは、発言して参画した以上は自分たちが実行しなければいけない、ということになるんだと思いますし、自分たちが実行できるものだからこそ組み込まれていったんだと思いますので、そうした方式で作りに上げてこられたということ、これは本当にすばらしいなあと思います。

ただ、これはほんとに実行できなければ絵に描いた餅になってしまいますから、後はここをどう上手く動かせるように、京都で言いますと推進機構の事務局が後ろでバックアップできるかということになってくるかと思うんですよね。

京都の場合ですと、事務局に2人専門職がおりまして1人が保健師でもう1人が私、ケアマネだったんですけども、かなりそれぞれの団体ですとか市町村に出向いて行きまして、計画が進んでいけるかどうか、進んでいなければどういったところに課題があって動かないのかというのをかなり頻繁に行って意見を聴いてアドバイスをしてということを繰り返しやっていったという、そういったバックアップというのは必要だと思いますし、事業自体が単発の「団体」「市町村」で完結しないように出来るだけクロスするようにつくつかの市町村が組むとか市町村と団体が組むとかいうようなことを後ろで意図的に結びつけるようなバックアップをかなりしていったと思います。こういう取組が重要ななあと思います。

【高橋氏】

どうもありがとうございました。

京都は京都の特色の中でやられていますけども、今お話を伺ったような、ただ協議体が出来たから進むという事ではなくて、それをどういうふうにかしていくのか、それをどうバックアップして行く仕組みが非常に大切である、さらにそれを市町村にまで落としていくということも考えていかなければならない、ということだ

と思います。

パネラーの方が宮城県で取り組んで行く中でどういうふうに関わっていかうかという意気込みと、井上さんの話を聴いてこういうところが少し参考になったとか、もしご質問があればしていただいてもいいと思うんですが、少し井上さんの話も参考にしながら進めて行きたいと思います。

黒田さんの方からいかがでしょうか。

【黒田氏】

中核となる機関というのは大切で、医師会が中心になるのかどうか分かりませんがその辺をしっかりと進めていかなければならないのかなあとということで今後の参考にさせていただきたいと思っております。

今、少子高齢化が進んでいる状況の中で、人の問題そして財政の問題を考えたときに介護保険は継続・堅持する必要は当然ある訳ですが、地域包括ケアシステムの構築というのは切り離すことはできないと考えます。そのためには、医療と介護の専門職や自治会・民生委員・ボランティアなど地域包括ケアに携わる関係団体が情報共有や連携をしていく、こういったことが必要なんだろうなあと思います。

私は今、一社会福祉法人を運営している訳ですが、「社会福祉法人」はこれまで「社会福祉事業を行うことを目的に、行政施策の実施主体として地域への貢献を実施する」と従来は考えられていました。ところが、高齢者のみ世帯や核家族化などが進んで住まいの変化や住民同士の繋がり希薄化など地域を取り巻く環境がだいぶ変化しておりますので、そういった中で、これから社会福祉法人は積極的に地域包括ケア等について参入し、積極的に関わりを持っていく必要がある、そういうふうに考えているところです。

こうしたことから、社会福祉法人における新たな社会貢献活動を推進するための取組として、例えば高齢者が住み慣れた地域において継続して安心して暮らせる体制を整備する、自立した生活を送ることが困難な低所得・低資産の高齢者を対象とした見守り支援、空家等を活用した住まいの支援等のモデル事業の研究等を行い、その普及啓発を図ることなどが考えられています。

そのほか、アクションプラン以外の取組としましては、例えば、社会福祉法人による介護技術の指導だったり生活相談の支援体制の確立だったり、特別養護老人ホームを中心に有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅を併設した複合施設の運営などをモデル的に実施することによりまして、元気な高齢者の方から要介護の高齢者の方まで安心して暮らせるシステムづくりができるのではないかなあ、とも考えられます。

これからも、協議会での専門委員の皆様のお考えを交えながら意見交換を継続していきたくと考えております。以上です。

【高橋氏】

どうもありがとうございます。

協議会ですよね、これは県が必ずしも主体となるというよりは協議体としていろんな方が参入して、よく行政とのパートナーシップとか連携協力をしていく活動体それぞれがいろんな活動をされているわけですよね。それをまた活かしていくかお互いが協力をしていけるかという中で非常に社会福祉法人の役割について御説明をいただいたと改めて思いました。

それでは、池田さんお願いいたします。

【池田氏】

先ほどの井上さんの資料にもありましたが、2025年って10年後の話をよく出てますけれども、2050年に20～64歳までの方が65歳以上の方を1対1.2で支える時代がきます。35年後ですね。今日生まれた子が35歳の時です。その意味では、今よりも35年後の方が大変だ、ということを考えていくと、やっぱり目先のことと同時に長期の事を考えていかなければならないのではないかなあと思っています。

国は2060年に1億人の人口を守ると言っておりますが、実際は今、8700万人ぐらいと言われていまして、その後もずっと人口減少と同時に少子高齢化が進むということなので、その意味ではたぶんこれから数十年間生産年齢と言われていく64歳までの人口はズーッと減ってきてこれから実は後期高齢者が増えていく。65歳以上というよりは75歳以上の後期高齢者がこれから数十年増えていくとなった時に、専門職の確保が大変な中でどういうふうに地域で見ていくか、住み慣れた地域で見ていくかということが課題になっていくだろうと思っています。

既に国はですね、次の介護保険の改正で要介護1・2を地域支援事業に移行するという方針を打ち出していますので、その意味では要介護1・2の方は地域で見ていくという時代がそんなに遠くない時期にやってくるというようなことを考えるともう少し地域力を高めていくということを中心に積極的にやっていかなくてはならないだろうと感じています。

先ほど最初の自己紹介で地域の様々な地域の活動を取材、調査していると言いましたが、どうも最近よく見ていると、介護保険の事でもよく言われていますが、困っている人に何らかのサービスを提供すると問題は解決するんだけど、地域の方々は「じゃあ、そのサービスで解決したんだからもう私達は関係ないですよ。」となりがちで、そうではなくて困っている人の近所でその困っている人の事が気になって仕方がないご近所の人が出て、そういう方を困っている人と繋げると助け合

いになってるんですね。ですから、サービスが入りすぎる事によって地域の関係が切れるのではなくて、地域の問題を地域の中で考える事によって支え合いが起きているということを考えると、一方で専門職が前のめりになって個別支援に関われば関わるほど実は地域の関係が希薄になっていくという側面もあって、そういう意味では地域の関わりでいうと専門職の方は一歩引いて側面的な支援という形もこれから求められていくんだろうなと思います。そういう意味で、地域包括システムという中でなかなか地域の住民の方と専門職との関わりがあまり論じられていない、もっといって住民が本当は主役であって、その住民の生活をサポートするのが専門職なんだけど、どうしてもあの図を見ると専門職が先にあって住民は脇の方で助け合いをやっているような図になっちゃっているんで、やっぱりこの辺も改めてどうしていくのかっていうことを考えていかななくてはならないんだろうと感じています。

【高橋氏】

どうもありがとうございました。

基本的に地域包括ケア発想の転換が必要なんだろうなと思いますね。今までは供給体制を作っていく、これからはやっぱり地域の力をつけていく、そういう中に専門職の役割があるんじゃないかという話だと思います。

それでは、次に大内さんお願いいたします。

【大内氏】

私の方から先ほどアクションプランの説明をさせていただきましたが、それについて少し具体的な取組のところ、私、作業療法士会の立場として、あとまた介護老人保健施設の立場としてそれぞれひとつずつ紹介させていただければというふうに思っています。

まず、作業療法士会の立場からとさせていただきますが、専門委員会の取組の紹介の中でリハビリテーション専門職の活用ということを紹介させていただきました。今日は地域包括の方だったり行政の方だったり数多く参加されているということですが、なかなかそういった地域の中でリハ職に参加してもらいたいと思った時に、おそらくどこに声をかけていいのか、どのように利用できるのか、というようなことで苦労なさっているところが多いのではないかと感じております。その中で私達、宮城県作業療法士会では、作業療法士が地域のニーズに応じて様々な地域の中に出るためにその支援体制の構築に向けて、またそれに向けての会員向けの研修などを進めております。具体的には、宮城県10ブロックにこの会は分かれています、分類された各地域に地域支援担当者を配置して、各市町村の介護予防だったり地域ケア会議の中での講師派遣依頼等に応じて県士会事務局を窓口として対応できる体

制を整えております。特に、リハビリテーション専門職の中でも我々作業療法士は活動や参加など生活機能を支援する事が強みだと考えてますので、介護予防事業などでも対象者の生活や生きがい等の支援を含めてそういった活動をしていきたいと考えております。

もう一点、介護老人保健施設の立場としてとなりますが私自身の施設では、介護予防に関する取組を紹介させていただきたいと思っています。

老健なとりでは「トレカフェなとり」と称しまして介護予防のためのトレーニングマシンなどを設備や空間を介護サービス利用者があまり利用していない時間帯を活用して、地域の高齢者に無料で解放しております。老健においてはリハビリテーション専門職だけではなく、医師や看護師、介護士など専門職が揃っていますし、介護予防に関するノウハウだったり施設も揃っていると思っています。こういった老健の強みをいかしながら、現在「トレカフェなとり」では運動やお茶のみ、こういった交流の場だったりいわゆる地域の多様な場で地域の高齢者に利用していただいています。

さらにこういった通いの場をですね、老健だけの職員だけではなくて地域のボランティアにも入ってもらいながら地域でこういったところを運営できればなあ、と思っています。

井上様のお話にもありましたが、自分たちがそれぞれ何が出来るのかな、と考える事が大事かなと思っています、私自身はこの介護老人保健施設だったり介護事業所というものが介護予防の中核としての役割を担う事ができるのではないかなというふうに期待しております。

【高橋氏】

リハビリの考え方も包括ケアの中で変わってきてるんじゃないかなと思うんですね。

最近は特に、活動とか参加とか暮らし続けられる支援の中でリハビリの役割というのは非常に大きいと思います。そういう意味では介護が必要な方だけではなくてこれから必要になりそうな方もですね、支援していけるような体制というのが包括ケアだろうと思います。

ありがとうございました。

清野さんには、具体的に先ほど話していただいたんですけども、さらに強調しておきたいところや補足がありましたらお願いしたのですが、いかがでしょうか。

【清野氏】

最後に二つだけ覚えていってください。

一つは「人」なんですね。これをやるには「人」が大事。その中でもキーパーソンと先程もお話がありましたが、その地域地域でリーダーシップを取る人、キーパーソンとなる人を作らなくてはならない。その下で、1回に全部やらなくてもいいんですよ、その人と数人だけから始めていく。宮城県でも成功した所はあるんですが、やはり数人から始めていったというんですね。みんな集めて何でもかんでもやろうと思うとなかなかすぐ動かないので、志・実勢のある人から始めて、みんな仲間を引っ張り込んでいく。「人」が大事ですね。

そして、もう一つはさっき言った「金」。物事・事業をやる時、「人・金・物」とよく言うんです。財政的支援が国からいろいろ来るんですが、面倒な手続きがあつてなかなか取れない。取ったとしても使い勝手が悪い。そういうようなことで「県のトップの人」。実は京都府の知事が知事になる時公約したんですね。この「地域包括ケアをやるぞ、お金をいっぱいつぎ込むぞ」と言ってさっきの12億8千万円ぐらいの予算をボンとつけてくれた。それで回り始めたんです。だから先ほどお話しましたように、復興のためにも必要なんですが、これを将来のための投資としてやはり宮城県としても考えていただいて宮城県独自のお金をまた作っていただければ幸いです。

あとはですね、井上様からの「在宅の患者さんが一番心配なのは急変した時」との話で、「在宅あんしん〜」は非常に良いシステムで全国で初めてのシステムを作ったんですが、実は医者立場からいうと医者で在宅をやっている人も同じ考えなんです。急変した時どうしたらいいかみんな迷うんですね。それで、宮城県では今年の1月から「在宅患者急変時受入体制システム」というのを作ったんですね。みなさん御存知ですか？ほとんどまだ周知されていないと思うんですが、宮城県は4つの医療圏があるんですよ。その4つの医療圏のどこかの病院がかならず受け入れてくれる体制を作っております。全部当番が決まっております。日常であろうが夜間であろうが休日であろうが必ず引き受けてくれます。在宅やっている先生は御存知なんですがコメディカルの人とかほとんど御存知ないと思うんですよ。ですから急変した場合に必ず受け入れ体制の一覧表がございますから、一覧表は各医師会、郡市医師会を介してみなさんの所に行っているんだと思いますが、必ず引き受けてくれますのでどうぞご利用させていただきたいと思います。

【高橋氏】

どうもありがとうございました。

今の話に対して井上さんからコメントがあればお願いします。

【井上氏】

池田理事長がおっしゃった地域の力を高めていくという話は本当に大事なんですね。推進機構が挙げていました7つのプロジェクトの中でも「地域で支える生活支援」プロジェクトというのが実はひとつ大きな項目として挙がってるんですが、地味なんですね。他の「在宅療養」プロジェクトとか「リハビリ」プロジェクトとか「看取り」って言うと目立って非常に注目を浴びてそこにもお金が付きやすかったんですけども「地域で支える生活支援」プロジェクトというのはものすごく大事なんですがなかなか予算が着かなくて、実際に実効的なアイデアというのが出てこなかった、京都では。結局は京都府内の民間の企業で認知症の講座を行って認証してステッカーを配るというぐらいしか出せなかったんですね。ですから是非宮城県で池田理事を中心に、生活支援を地域のところを何か地域包括ケアで取組を出していただけたら京都でも非常に参考になるかなあというふうに思います。

【高橋氏】

逆に宮城の方に「是非こういうのをやれたらお願いします」という期待のお話をしていただいたように思うんですけど、おそらく京都はかなり先に進んだために制度が逆に追いついてない部分もあるのかなと。今年の4月から介護保険の改正があって新しい総合事業という形で、地域の中でいろんな生活支援をしていくっていう制度が出来はじめている訳ですね。そういうものを上手く活用していくという事が包括ケアの中でも考えていけるんじゃないかということと、まとめにはならないんですが、私は「宮城認知症を考える会」というのを他の方と一緒にやっているんですが、昨年京都の洛南病院の森先生をお呼びして京都の認知症の取組についてお話を伺って、その後何人の方と京都に行っているいろいろお話を伺ったんですね。その時に一緒に同行された中に丹野さんという方がいて、若年認知症の方で宮城出身で今全国的に注目されている活動をされているんですけども、丹野さんが今、当事者が当事者の相談に乗る活動を専門職と一緒に、サポーターというよりパートナーですね、専門職とのパートナーシップで当事者がやっぱりいろんな活動を当事者のためにしていくということも始めています。おそらくこれは全国で最初の試みではないかと思うんですが、そういう既にあるいろんな活動がこれから生まれる活動を地域包括ケアの中で、取り込むあるいは一緒にやっていくかいろんなやり方があると思うんですけども、総動員しながら進めて行く事によって新たな希望が持てるというか活動が生まれてくるのではないかというふうに思いますし、京都も長い時間をかけて作られていると話があったと思いますので少なくとも2025年、あと10年間をかけて我々は少し安心できる将来を作っていくように今からやっていく、ひよっとするともっと早くからやっておくべきだったかもしれませんが、でもまだまだ出来る事はたくさんあるんだと思います。

ちょうど時間がきてるんですけども、最後に一言だけそれぞれお話をしていた

だいて。
清野さんから。

【清野氏】

ほどんどお話ししましたけれど、先ほども述べましたようにですね、連携体制を作る事、これが一番大切なんです、連携、連携、とみなさん耳にたこで聴いていると思いますがそれだけ難しいんですね。私達も医療・介護の18の職種の人達が集まっていたんですがいろいろな意見が出てきまして、これを連携させるというのは非常に難しいなあと思ったんです。ただ、一人一人がですね、一人の在宅の患者さんに関わる時、どなたか一人、例えば医者が一人で診ていたのでは何の役にも立たないですね。いろんな職種の人が関わって初めて成り立つシステムですので、どうぞ皆様のお力をよろしくお願いいたします。

【大内氏】

私はリハビリテーション専門職としてこの地域包括ケアを推進していく上ではやはり専門職の我々が地域に出て行かなければならないというふうに思っております。そういった中で病院施設の職員が出られない場合があると思いますが、そういった人達が出て行く仕組み作りが必要なかなあと考えています。先程、作業療法士会の話をしていただきましたが宮城県では理学療法士会、言語聴覚士会それぞれ3士会が連携しながらそれぞれの強みを活かして効果的な地域支援が出来るように検討も進めております。是非いろいろ機会がございましたらお声がけいただけらと思います。

【池田氏】

井上さんから「地域」という事で、一方で見ると「地域」というのはやっかいだという見方もありますが、もう一方では何も無いという地域ほどいろんな助け合いが行われていて、それがわかり外から専門職が見ると見えにくい、というのが多くてですね、そういう事をどう評価していくかということがこれからの課題だなと思っています。今日の午前中、ある市に行ってきたんですけど、ある市の介護保険の担当の方がこれから市内に六十数カ所ある行政区を廻って住民の方に顔を売って住民の方の想いを聴いてきます、という話をされていてですね、そういう意味では専門職とだけではなくてですね、地域の住民の方と行政も含めて一緒に考えていくという場を作っていく、みんなが先程もありましたが顔の見える関係を広く作っていくというのは大きなことではないかなと思っています。是非、そんなことが宮城

で少しでも広がるといいなと思います。ありがとうございました。

【黒田氏】

私の方からは、社会福祉法人で今まで介護保険に特化してやって来ている部分が結構あるわけですが、これからこの地域包括ケアシステムを推進する上では、やはり地域に目を向けてしっかりといろんな職種と連携してそれぞれの施設、事業所で連携を密にしながらしっかりと地域のお年寄りを支えて行く、そういった仕組みを作るといったことが非常に大切になってきているんだなあ、というふうなことで多くの社会福祉法人の方々にもその辺を強く訴えていきたい、とこのように考えております。

【高橋氏】

井上さん、最後に何かありますか。

【井上氏】

最後に、認知症の取組なんですけど、これは推進機構だけの取組ではなくて「京都式認知症ケアを考える集い」という別団体とも相まっての動きなんですけど、京都式のオレンジプランの中にあります10のアイメッセージを平成29年にはどこまで達成できたか、っていうことを評価しなければならない、それを認知症の人本人に評価してもらわなきゃだ、そのための手法を編み出していこう、という動きが今、京都では動き出しています。それはやはり適切な支援者が付き適切な環境のもとで適切な言葉でアンケートしてきちんとどこまで達成出来たかという事を数量的にも出していこうというような動きが、非常に難しい課題ですが始まっているということですので、これはまた期待していただけたらなあと思っています。

【高橋氏】

どうもありがとうございました。

非常に短い時間の中で、結構たくさんのお話を伺ってきたように思います。これは1回で終わりという事ではなくて、これからまさに始まりですのでこの会場に来ている皆さんも含めてですね、全県的に取組を何度も何度も重ねていくという事が大切なんだろうというふうに思います。

これでシンポジウムを一旦終了とさせていただきます。どうもありがとうございました。