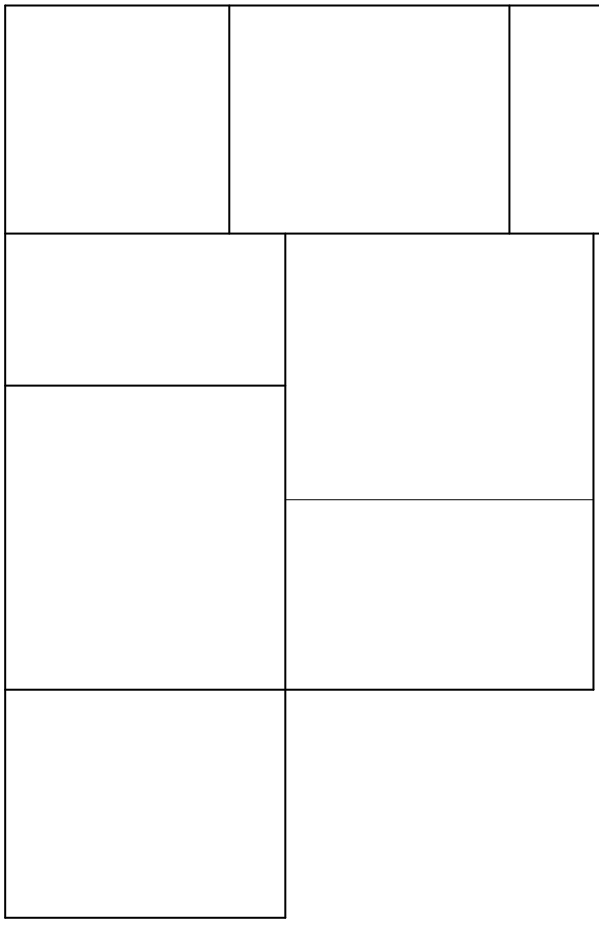
どうする老人医療これからの老人病院（Part34）

医療と介護の「絆」を考えるⅢ

～介護の現場から医療に期待する～



第３４回全国シンポジウム
平成２２年１１月２７日
東京研修センター

老人の専門医療を考える会

目　　次

１．プログラム ····· 2

２．講師略歴 ····· 3

３．開会挨拶 ····· 5

４．講演「介護保険部会の審議から」 ····· 7
齊藤正身
介護保険部会　委員

５．ﾌﾟﾚｾﾞﾝﾃｰｼｮﾝ(1)「特別養護老人ホームの立場から」 ····· 27
奈良高志
文京大塚みどりの郷　施設長

ﾌﾟﾚｾﾞﾝﾃｰｼｮﾝ(2)「ケアマネジャーの立場から」 ····· 39
崎山賢士
日本介護支援専門員協会　居宅介護支援事業所部会　部会長

ﾌﾟﾚｾﾞﾝﾃｰｼｮﾝ(3)「小規模多機能施設の立場から」 ····· 47
佐野眞一
鶴巻高齢者複合施設ケアタウンあじさいの丘
居宅サービス部　次長

ﾌﾟﾚｾﾞﾝﾃｰｼｮﾝ(4)「グループホームの立場から」 ····· 59
長井巻子
医療法人社団三草会　在宅支援統括事業部　副部長

６．シンポジウム　　医療と介護の「絆」を考えるⅢ～介護の現場から医療に期待する～ ····· 69

７．閉会挨拶 ····· 81

プログラム

１３：３０　開会挨拶

齊 藤 正 身
老人の専門医療を考える会 会長

１３：３５　講演 「介護保険部会の審議から」

齊 藤 正 身
介護保険部会　委員

１４：１５　休　憩

１４：２５　ﾌﾟﾚｾﾞﾝﾃｰｼｮﾝ(1) 「特別養護老人ホームの立場から」

奈 良 高 志
文京大塚みどりの郷　施設長

１４：４０　ﾌﾟﾚｾﾞﾝﾃｰｼｮﾝ(2) 「ケアマネジャーの立場から」

崎 山 賢 士
日本介護支援専門員協会　居宅介護支援事業所部会　部会長

１４：５５　ﾌﾟﾚｾﾞﾝﾃｰｼｮﾝ(3) 「小規模多機能施設の立場から」

佐 野 眞 一
鶴巻高齢者複合施設ケアタウンあじさいの丘　居宅サービス部　次長

１５：１０　ﾌﾟﾚｾﾞﾝﾃｰｼｮﾝ(4) 「グループホームの立場から」

長 井 巻 子
医療法人社団三草会　在宅支援統括事業部　副部長

１５：２５　休　憩

１５：４０　シンポジウム
シンポジスト　　プレゼンテーション講師４名
座　長　　齊藤正身（老人の専門医療を考える会　会長）

１６：３０　閉会挨拶

藤 井　功
老人の専門医療を考える会 副会長

総合司会：大 川 博 樹（老人の専門医療を考える会　事務局長）

講師略歴

奈良高志（ならたかし）
文京大塚みどりの郷施設長

昭和５４年　明治学院大学社会学部社会福祉学科　卒業
昭和５５年　日本医療心理専門学校　入学
昭和５７年　同校　卒業
　　社会福祉法人信愛報恩会信愛デイケアセンター　介護職員
昭和５９年　信愛デイケアセンター　生活相談員
昭和６３年　社会福祉法人信愛報恩会　文京区立特別養護老人ホーム大塚みどりの郷 主任生活相談員として異動
平成　３年　文京区立大塚高齢者在宅サービスセンター　センター長
平成　４年　文京区立大塚在宅介護支援センター受託に伴いセンター長兼務
平成　８年　24 時間巡回型訪問介護事業（大塚ホームヘルパーステーション）受託に伴いセンター長兼務
平成１７年　社会福祉法人信愛報恩会信愛デイケアセンター、清瀬市在宅介護支援センター信愛、
　　ホームヘルパーステーション信愛のセンター長として異動
平成２０年　社会福祉法人信愛報恩会特別養護老人ホーム文京大塚みどりの郷　施設長

崎山賢士（さきやまけんじ）
日本介護支援専門員協会居宅介護支援事業所部会部会長

平成　２年　桃山学院大学社会学部社会福祉コース卒業
　　聖徳園（枚方デイサービスセンター）に勤務
平成　８年　社会福祉法人神愛会（特別養護老人ホーム愛の園）に勤務
平成１０年　同法人　上富田町在宅介護支援センターに転属
平成１２年　同法人　居宅介護支援事業者愛の園　兼務
平成１８年　同法人　居宅介護支援事業者愛の園　専任

佐野眞一（さのしんいち）
鶴巻高齢者複合施設ケアタウンあじさいの丘居宅サービス部次長

昭和６０年　明治学院大学社会学部社会学科卒業
　　日本勧業角丸証券入社
平成　９年　医療法人社団三喜会入職
平成１２年　介護老人保健施設ライフプラザ鶴巻開設　副施設長
平成１６年　居宅サービス部　次長
平成２０年　ケアタウンあじさいの丘開設　次長

長井巻子（ながいまきこ）
医療法人社団三草会在宅支援統括事業部副部長

平成　元年　特別養護老人ホーム幸栄の里　介護職員
平成　５年　訪問介護主任ヘルパー異動
平成　８年　介護老人保健施設もえれパークサイド　介護係長
平成　９年　介護老人保健施設もえれパークサイド　相談係長兼務
　　グループホームもえれのお家　施設長兼務
平成１２年　グループホーム・デイサービスセンター長
平成１８年　東区第２地域包括支援センター長
平成１９年　グループホーム・デイサービスセンター長
　　在宅支援統括事業部　副部長

齊藤正身（さいとうまさみ）
霞ヶ関南病院理事長

昭和５８年　帝京大学医学部卒業
　　埼玉医科大学放射線科および第三内科にて研修後、同大学助手
昭和６３年　医療法人真正会霞ヶ関中央病院医局長
平成　２年　医療法人真正会霞ヶ関南病院病院長
平成　９年　医療法人真正会副理事長
平成１２年　社会福祉法人真寿会理事長
平成１４年　医療法人真正会理事長

開会挨拶

大 川　　本日、総合司会を務めさせていただく、南小樽病院の大川博樹と申します。どうぞよろしくお願いします。北は北海道から南は鹿児島まで、全国から集まっていただきまして、お忙しい中、本当にありがとうございます。

老人の専門医療を考える会第 34 回全国シンポジウムの大きなテーマは、前回までに引き続き「医療と介護の“絆”を考える」としており、パート３は「介護の現場から医療に期待する」ということで、シンポジウムを開催したいと思います。

まず、老人の専門医療を考える会会長、霞ヶ関南病院理事長の齊藤正身よりごあいさつ致します。よろしくお願いいたします。

齊 藤　皆さん、こんにちは。今、ご紹介がありました、齊藤でございます。今回の第 34 回全国シンポジウム、前回までと引き続き同じ題で「医療と介護の『絆』を考える」となっておりまして３回目となります。前回のお話は、「地域で安心して暮らしたい」という題でさせていただきました。今回は、ご意見が多くありました、敷居の高さや壁を感じやすい介護サービス提供者の医療にたいするイメージから「介護の現場から医療に期待する」を題とさせていただきました。今回はシンポジストとして、特別養護老人ホーム、ケアマネジャー、小規模多機能施設、グループホーム、それぞれの立場から現場で働かれている４名の方々に発表していただこうと思っております。

一昨日、介護保険部会が部会長預かりという形ではありますが、終わりました。介護保険部会の審議について委員として出席させていただきました。団体の代表ではなく、長く介護保険制度にかかわってきたことが理由なのでしょうか、そういったことから参加させていただきました部会について、今日は私見も含めてお話させていただきます。

この会場は、老人の専門医療を考える会の事務局に併設の会場となっております。まだこちらに移ってきてからそれほど日が経っておりませんが、このような大きな会場もとれるようになりましたので、事務局の方からは何かあればいつでもご利用下さいと宣伝するようにと言われております。是非ご活用いただければと思います。よろしくお願い致します。

それでは4時半までという時間になりますが是非いろいろなものを得ていただくということを中心に進めていきたいと思いますのでよろしくお願い致します。どうもありがとうございました。

講演

「介護保険部会の審議から」

介護保険部会　委員
齊藤　正身

介護保険制度の動向について、社会保障審議会の介護保険部会が一昨日終了しましたので、そのことを中心にお話させていただこうと思っています。

今回、社会保障審議会の介護保険部会というのは、任期は 2 年ということで平成 22 年 5 月 31 日から始まりました。先日のまとめが終ったというだけであって委員としての仕事は今後もあるのかと思いますが、介護保険関連では介護保険部会と、もう 1 つ、介護給付費分科会というものがあります。介護給付費分科会はまさに介護報酬のことを中心に話し合っていく場ですが、制度の改正、介護保険の制度をどう改正しようかという時にはこの部会が活動するということで、久しぶりに活動が始まったということであります。

第 25 回からということで、5 月 31 日から始まりましたが、先日の 11 月 25 日までに 13 回にわたって部会が進められました。委員は 28 人で、いろいろな立場の方々です。サービスを利用される側、あるいはサービスを提供する側、そして学識経験のある方々、各種団体の長の方々、そして今回の特徴としては、経済、医療経営なども含めた委員の方々で、いつもより多くの方々が参加されていた感じでありました。

第 25 回から進められていって内容は細かく書いておりませんが、第 26 回地域包括ケア研究会は、前回の介護保険制度改正の時に地域包括ケアが大事ということが出まして、小規模多機能など、いろんなサービスが生まれました。もう一押ししようということもあり地域包括ケアシステムというのが今回提唱され、これからは介護保険を地域単位でより一層考えていこうということです。わかりやすく言えば、地域によってあまりに差がありすぎます。それは都市部とそうではないところの差も勿論ですし、地域によってサービスの質、量がまったく違います。それを一律の制度の中で動かしていくのは如何なものかという基本的な考え方があって、ある程度、地域に柔軟性をもたせて運営できるようにしていったらどうかというのが今回の主旨だったと思います。

しかし、本来は財政の問題が一番大きいような気がします。私たちの介護保険部会は

5 月 31 日から始まって進められていったのですが、途中から何となく、それまでは夢を語れる雰囲気が多少あったのが、段々そうでもなくなってきて、それはお金がないから無理です、今後の情勢次第です、という話が非常に多くなり、なんとなく窮屈な議論になったように思います。実際、それは第 37 回、一昨日の総まとめの最後に老健局の局長がご挨拶の中で窮屈な議論になったことを申し訳なく思っているというようなことを言われていました。まさにそうだったと感じます。厚生労働省自身も感じていたのではないかと、厚生労働省の立場に立ってという意味ではないですが、その辺は同じような意識だったように思います。

このように何回も議論を重ねていったのですが、私の立場は、本来老人の専門医療を考える会の会長をとして出たかったのですが、そうではなくて個人として出てほしいというということで、学識がどこにあるか自分ではよくわかっていませんけれども学識経験者として、ニュートラルな立場で話をしてほしいと言われ、そういう気持ちで終始いたつもりです。私は介護保険という制度が始まる時に、皆さん方がよくご存知のケアマネジャー、つまり介護支援専門員という資格制度を作る、あるいは要介護認定のツールを作るというところで国の委員をつとめていて、10 年ぶりに委員としての復活でした。10 年ぶりに国の委員になったということもあり、ある意味、責任を感じておりましたので今回はお受けしたのですが、もともと介護保険制度に関わりを持つきっかけになったのは、「公的介護保険制度を作るにあたって何としても大事なことはリハビリテーション前置主義」という言葉を、その当時の担当の方からお聞きして、それだったら手伝ってもいいかと、そういうような意識もあったものですから今まで関わってきました。

介護保険の中にリハビリテーション、地域リハビリテーションの考え方、地域の皆で関わりを持ちながら、そういう意識を持って介護保険には携わってきたものですから、リハビリテーションについての提案なり意見というものを、私は部会の中で何回かさせていただきました。特に 8 月 23 日と 8 月 30 日は、資料を提出させて頂いて、お話をさせていただいたのですが、28 人もいると 1 人 3 分くらいしか毎回話せません。一回手を挙げて、次に二度目に手を挙げても指してもらえません。一回にどれだけ話すことができるか。一回目の時に自己紹介があったのですが、自己紹介も 3 分以内にと言われ、3 分で話したのですが、その中で高齢者のリハビリテーションについてお話をさせて頂きました。終ってから気付いたことですが、リハビリテーションという言葉を使ったのは 28 人中、私一人でした。それほどリハビリテーションということに対して、それどころでないと皆さん思っていらっしゃったのかもしれません。

しかし、私の基本的な考え方はどういうことかというと、介護保険という制度は決してお世話の保険ではないとずっと思っています。お世話をする保険ではない、その方が自立をしていってそのために援助をしていけるのか、サポートしていけるのか、そういうものだと思っていました。だから、唯一リハビリテーションが今あることを改善できる、そういう大事な役割をもっているものと思っていました。そういう意味で発言をしたのですが、リハビリテーションについての発言に対してはあまり反応がなかったのがちょっと寂しかった、裏を返せば、言うとおりになるのかなと思ったりしながら話はしていました。

さて、その話はまた後ほどするとして、介護保険制度見直しの基本的な考え方というのを今回出したことになりますが、まとめとして、どんなことが出てきたのかいうと、まずは第 5 期の介護保険事業計画に向けた制度の見直し。これが今回の部会の仕事だったのですが、この見直しに関しては見直していくのか、一つが地域包括ケアシステムの実現に向けた取り組み、基本は地域包括ケアシステムというものに置くこと。このシステムをどのように理解するか非常に難しいところも実はあるのですが、新たに出てきたものではなく前々から言われていたことではあります。それに向けてどう取り組むかということと、もう一つの柱が、給付と負担のバランスをはかることです。サービスをどう給付していくのか、それに対してどう負担していくのかを見直していこうということが今回の大きなポイントであります。

しかし多くのことは、この給付と負担のバランスをどうはかるかということに終始したように思います。そうなった理由の一つとしては、この部会が始まってからですが 6 月 22 日に閣議決定され、ペイアズユーゴー原則というものが出てきて、まず財政があり、サービスを使ったらそれだけの負担があるのは当たり前だというような主旨で、それが社会保障に当てはまるということが出てきてから、少し部会の話合いがトーンダウンしていったような、委員の人達が決してそれにすべて賛成していたわけではないのに、何となくそれが当たり前のように進んでいったように思われます。ただ、私も委員の 1 人ですから、部会で話し合ったことについて「私はそんな気はなかった」と言うつもりはもうとうありません。やはり委員の 1 人として責任は負っていきたいと思っております。

今回その中で、具体的には持続可能な制度をどう作るかということ、これが財政負担のあり方になるわけですし、それから地域の実情に応じたシステムの確立、地域包括ケアシステムということもありますが、今まで国主導できていたものを介護保険者の機能

や自治体の役割を強化する、そちらのほうを今回、制度の中にうまく盛り込んでいくことができないだろうかということ、それから良質で効率的な給付のあり方。私の印象だけかもしれませんが、非常に難しかったように思います。良質で効率的な給付とは何をもっていうのか非常に難しいです。委員1人1人の立場によって、良質とか効率的という意味合いが違う、受け止め方が違うということを、今回13回出席しながら改めて感じました。

地域包括ケア推進のためにというスライドの下にあることは、介護保険部会が始まる時に宮島局長から、こういうことを今回は話し合ってほしいということで、出て来たわけですが、実際にはどのような話になっていったのかというと、現状の課題として要介護認定をどうするか、支給限度額はこのまま残すものか、要介護認定も廃止という話も出ました。サービスの再編、医療と介護の役割分担、まさに今日の話に繋がるかもしれませんが、処遇の改善については今のような考え方でいいのか、安定した経営基盤を作るにはどのようにしていったらいいのか、こういうことが具体的には部会の中では出てきたように思います。ただ結局、このことも財源はどうするのかということにどうしてもなりがちであって、もう少しじっくり色々な話をしたかったというのが本音でありますし、介護保険制度、年明けの国会に合わせて一通りの取りまとめが出ましたが、その制度を変えなくても柔軟に対応していけるようなことがいくつもあると思うので、そういうことに関して個人的には関わっていきたいと思っています。

さあ、この財源は？ということになるのですが、ここが先ほど言った、将来に渡って安定的に制度を運営し、また高齢者の暮らしを支えるために必要な給付の拡充をする際には、平成22年6月22日に閣議決定された財政運営戦略に記されたペイアズユーゴー原則に沿って必要な負担像に見合った財源を確保することが求められる。こんなことが書いてありました。どういうことかというと、ペイアズユーゴー原則というのは下に書いてある通り、歳出増または歳入減を伴う政策の新たな導入、拡充を行うという、何か新しいものを作ったり、それを充実させようとした時には、それは原則として恒久的な財源を確保するものとする。導入、拡充をするときにはそれだけお金がかかり、負担もかかる。財源確保の為に、それだけ負担をしてもらわないといけない、そういうことを言ってきたわけです。

おそらく初めは、私たち委員にとってはそういう話から入っていなかったので、ある意味、寝耳に水だったところもありますし、経済学者さんたちは社会保障だって例外ではないのだという言い方をされている委員の方々もいたりして、なかなか意見に一致を

見ることができなかったように思います。このあとお話しをしますが、出された介護保険制度の見直し案に関しては両論併記というような形で納めざるをえないということが結構ありました。ペイアズユーゴー原則でいくべきだという意見もあれば社会保障にペイアズユーゴー原則をあてはめるのは如何なものかという意見もあり、両論併記のような形で出てくることも随分あったように思います。この介護保険制度の見直しについてということで、今日一つ一つ説明をしていく時間はございませんし、おそらくこれからあと１週間くらいしたところで部会長が整理をした形で公表されると思います。公表する前に委員には１回送って下さるそうですが、送られたものに意見を言っても修正はありませんと言われたので、なんで送ってくるのかよくわかりませんが、そういう話でありました。

この見直しについてですが、要介護高齢者を地域全体で支える為の体制の整備、まさに地域包括ケアシステムの構築ということで１番から８番までの項目が示されています。一つ一つのことを今日はなかなかお話できなくて申し訳ないですけれども、いろいろ変えていこうということがあります。もう１つは、こちらのほうが具体的に話しやすいでしょうか、サービスの質の確保・向上については、今日は介護支援専門員の協会のほうからもシンポジストとしてお見えですが、ケアマネジメントについて、ここではとても議論が白熱というより、早い話が、今までケアマネジャーさんがケアプランをたてたり関わったり、負担なしできていたわけです。それが介護保険制度の根幹に流れていた考え方で、本来は公的な機関がやっていいような仕事なわけです。それが、自己負担してもらうようにしようという話が唐突に出てきました。これに対しては反対される委員のほうが多く、反対、賛成というよりも、そんなにすぐ「うん」と言っていいことではないのではないかという意見が多かったように思います。まだまだ議論がつきないところかもしれません。

それから要介護認定についてですが、家族の会と高齢者に関わるサービスを受ける側の方から「要介護認定は廃止すべきだ、そんなものはいらないのではないか」、あるいは「要介護認定はもっと簡素化すべきだ」、そして、事務費が非常にかかりますから「そういうものも見直していくべきではないか」と色々な意見が出てきました。しかしここは概ね要介護認定について今回はいじらないだろうと、というか、いじれないだろうというのが、実際に私も合議体の長をしていますから感じますし、要介護認定に関わる人達はおそらく、今変えないでというのが本音です。去年変わったばかりですから、ここでまた認定の手法が変わって訳がわからなくなるのはちょっと困るということもあり

ます。

それから要介護度を 5 段階、7 段階を 3 段階にしたほうが簡単でいいということ、私も、もともとそのように思っていた時期がありましたが、これはなかなか大変なことで、早い話が、松竹梅みたいな 3 段階になってしまうわけです。3 段階になると何が起こるかというと 1 段階ごとの金額の差が大きく出ます。そうすると今までは 2～3 万円くらいの差、5 万円以内の差だったものが、3 段階になると 10 万円くらいのお金の差になってきてしまいます。そうすると、皆、要介護度 3 を下さいと言います。そういう話になってしまいますので、そうはいかないだろうというのが 1 点あります。

また、要介護認定なしでいいのかというと、本来介護保険という制度は冒頭でお話したように、どう自立していくかということ、その手助けをということがその根幹の考え方であり、その考え方からずれて、とにかくサービスを受ければいいと、たくさんやってもらえればいいという感覚になるということは怖いことです。そういう意味でも認定を今すぐなしというわけにはいかないだろうということがあります。認定のあり方というのは今後続けて考えていくことは必要だろうと思います。

ちなみに、部会でプレゼンテーションさせていただいたのですが、今年の 6 月にドイツに行ってきて、向こうの要介護認定の担当をされていた先生とお話をしたのですが、ドイツは 3 段階で、日本と大きな違いは現金給付があるということです。例えばデイサービスに通う時に、行くまでの往復を家族が代わりにするということになると、その分のお金が出る。実際に発生した介護についてお金が出ていくシステムになっているわけですけども、ドイツはなんと今、3 段階をどうやったら 5 段階に出来るかという話をしている。やはり差がありすぎて問題が多くあります。それと認知症の人に対しての評価をもっときちんとしたいというようなことで、各々どこの国も非常に悩むところではありますが、そういうことも話の中には出てきましたし、私も話をしました。

要介護認定に関して 1 つだけ、どうしても考えなければいけない、と私が個人的に思っていることは、どこの国でも、日本以外の国でも要介護認定を受けたらサービスを受けるのは当たり前です。あるいは現金給付を受けたりします。日本はとりあえず要介護認定を受けておこうという人が非常に多いという現実があります。これはすごく事務費がかかっています。私の住んでいる市では要介護認定一人頭にかかる費用は 1 万円から 2 万円だと言っていました。そうすると 1 つの合議体で 1 回 40 名の方を認定、審査をして、その中で実際、今サービスを使っておらず医療保険の施設に入っている、医療機関に入院している、あるいは、在宅にいるがサービスを使っていない。けれど有効期限

がきたからとりあえず取ろうという人達が、例えば 40 名を 1 日で審査をすると 40 名のうち少なくとも最低５、6 名はいます。それを全部合わせていくと、私の市では 12 の合議体がありますから、毎週のように 60 人くらい、60 万から 120 万のお金が余計にかかっていく。それを年間通して考えていけば、この金額たるや、すごいことになるだろうということを考えなければいけない。

どうしてそうなっているかというと、地域によってはとりあえずと思うところもあるし、もう一つは実は要介護の人に手当てみたいなものが出る。昔からそういうシステムがあるから、それを要介護認定というツールを使って判断をし、その人たちには手当てが出るというような、サービスを使っていなくてもお金がもらえるというようなことがあります。まさに現金給付になってしまっています。こういうがありますから整理をしていかないといけません。もしそうであれば、要介護認定を基準にして手当てを出すことはやめてほしい、他の方法で手当てならまだわかりますが、これは市町村の考え方ですから、その辺は調整が必要だと思うところです。

その他、情報公表制度に関して、今までお金を払って情報公表になっていたのが、これは無料になるようです。費用はかからない。これは、ほぼ委員全員一致していますので、情報公表制度に関してはお金はかからなくなるとういうことはあります。そして 3 番、介護人材の確保とし質の向上、4 番、給付と負担のバランスは非常に難しいところです。それから 5 番、地域包括ケアシステムの構築等に向けて保険者が果たすべき役割。今日は目次しか出しておりませんので、中身が出てきたらご確認いただければと思います。この地域包括ケア推進、システムの構築に向けて、ということに関してはここに書かれているような、例えば訪問看護と訪問介護の連携の下で行う 24 時間対応の定期巡回、随時対応サービスの創設、訪問看護と訪問介護を一緒に同じところからいくようにしようということ、その主旨は非常にいいことかと思いますが、定期巡回、随時対応サービスというのが、どうもまだはっきりしないところがあります。なかなか直接いっているわけではないということと、人によっては 24 時間、頻繁に人が変わって知らない人が夜中に家に入ってくるのが困るという話も出てきたり、決して直接入ってくるわけではなくて連絡だけだということ、よく私自身も把握しきれていないのですが、そういうサービスを作ろうということや、介護保険事業計画における医療サービスや住まいに関する計画との更なる連携、実はこの医療サービスとの連携が、今回は介護保険部会で話し合う大きなテーマでした。それには少し時間が足りなかったのと、これから制度を変えなくても連携を深めることはきっと出来ると思うので、より一層これからやってい

かなければならないと思うところです。

そして、利用者負担や保険料の見直し、こういうものを通じて 24 年度、診療報酬と介護報酬の同時改定がありますから、その同時改定に向けて各々の役割分担や関係職種の連携、サービスの調整などについて更に議論を進めていきましょうということに今回はなりました。ですからまさに今日の話と一緒で介護と医療の絆を考えましょうということが今残ってきたものです。

実はリハビリテーションに関しても色々な意見を言わせていただきましたので、そのことについて後ほどお話をしていきますが、リハビリテーションに関わる、携わる色々な職種の役割、あるいはどう連携をとっていくかということをこれから作っていかなければと思っています。

介護保険制度が創設されてから 10 年が経過しました。より一層、制度が複雑化してきたということは、どなたも認めて下さることで、それに対して利用者にわかりにくいシステムになっている。これは私から言わせると利用者にわかりにくいどころではなく、サービス提供側もわかっていない、わからない、そういうシステムになってしまっている、これを出来るだけ利用者や家族にわかりやすく利用しやすい制度にしようというのが今回の主旨なわけですが、13 回の部会に参加して非常に感じていることは、これだけ複雑化してくると簡単にはわかりやすくできないというのが実感です。やはり一つ一つ丁寧に見ていかないとわかりやすくはならないなと思います。その複雑化したものをわかりやすいシステムにしていくことも大事ですが、それよりも、その複雑化しているものを、どうわかりやすく説明していくか、そういう役割を私たちは担っているのか、私たちがその制度を知らなければいけない、今回の同時改定までまだ時間がありますから、その間に十分議論をしていくべきだと思います。

さて、この地域包括ケアシステムというものですが、これはどういう制度なのか、どういうことを言っているのかということがここに出ています。地域包括ケア研究会のまとめたものですが、これはニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、これも初めは、こういう言葉はなかったのですが新しく加わってきました。ニーズに応じた住宅が提供される、ここでいう住宅というのは、自宅だけではなく、第三の住まいといわれるようなものも合わせてのことですが、それがあったとして、その上で、医療、介護、予防だけではなく、福祉のサービスや、そういうものも含めた生活支援サービスが日常提供できるようなイメージをされています。

ですから、将来的には障害者のことも含めて地域包括ケアシステムの中で社会保障が

動いていくようにしたいというのが今回の考え方だろうと思いますが、この地域包括ケアの圏域というのが、概ね 30 分以内に駆けつけられる圏域と言われています。言いかえると中学校区、この 30 分以内と初め出た時に、30 分以内というのはどのくらいの距離なのか、30 分というのは歩いてなのか、走ってなのか、車なのか、いろいろ話が出ましたが、歩いて 30 分以内、そのくらいの地域ごとに考えようとなりました。ですが、すぐそんなことできるか、救急医療は別ですが、それ以外のものが、その地域ごとの中学校区にすべて置ききれるか、なかなか難しいだろうというのが皆さん思うことだと思います。

しかし、2025 年にはきっとそういうものが出来ているはずだと、そのためにこれから作っていこうというのが今回の地域包括ケアシステムの考え方です。そうなっているはずとここに書いてありますが、なる為にはどうしたらいいか、そのためにはどうなるかというのがここに書いてある内容でして、生活上の安全、安心、健康を確保するということは勿論ですが、出来る限り住み慣れた地域や故郷での在宅生活を継続する、エイジング・イン・プレイスという考え方、これはご自宅でなくても、だからといって急にお子さんが住んでいる地域に移るということではなくて、今まで住んでいた地域のなかで住まいは変わっても引き続き住み続けることが出来るような、そういうもの、そういうイメージ、これをエイジング・イン・プレイスと言うそうですが、そういったところで生活が継続出来るようにしようではないかと、そして介護保険施設というのは、リハビリテーションが充実した在宅復帰支援機能だとここではうたっています。介護保険施設の本来機能、介護保険施設というのは特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設、全部を含めて老人保険施設というわけですが、ここでは老人保健施設の本来機能はリハビリテーションが充実した在宅復帰支援機能。以前は介護保険施設の保健は老人保健施設のことしか書いていなかったです。それが、介護保険施設の本来機能は、と書いてありますから、25 年後には特別養護老人ホーム、あるいは介護療養型はないものだという風にきっと考えて作ったのかなと私は思っているのですが、どうなのでしょうか。とりあえず、こういう言い方をしています。ですから、老人保健施設が中心になって施設というのがこれから展開されていき、あとは住まいの中でどのように医療や介護を提供していくかということがイメージとして出てくるのではないでしょうか。それがケアが組み合わされた集合住宅に繋がってくるのだろうと思います。

それから、サービスのあり方としては在宅限界を高めるサービスの例、在宅限界を高めるという今まであまり聞かなかった言葉、どんなに重い状況になっても出来るだけ家

で暮らせるようにという意味が在宅限界ということになるわけですが、そこに 24 時間、365 日、短時間巡回型、小規模多機能、居宅介護の複合型の事業所、これから提唱されていくイメージとして、おそらくこの複合型の事業所がどんどん増えてくるだろうと思います。そういう意味では、病院や診療所が中心になって介護系のサービスをもっていたり、そういうところが手を挙げてくるところが増えてくることは考えられます。

そして保護型から自立支援、予防型へ進めていくことが大事です。実はこのケアの標準化の保護型から自立支援型、予防型に移っていくというところにリハビリテーションが大事だといえるということであります。介護保険制度とリハビリテーション、ここから先は、私がプレゼンテーションしたものをそのままお持ちしました。そもそも介護保険制度においてリハビリテーションはどう位置づけられているのかということが第一条、第四条、特に第四条の中には進んでリハビリテーション、その他の適切な保健医療サービスを利用することにより、あえてリハビリテーション、それ以外はその他の、という言い方、リハビリテーション前置の考え方というのをここでうたっています。ですからリハビリテーション前置主義ということで介護保険の制度は始まったということで私はずっと理解していましたし、そのように国も言っていましたが、言葉の上で「前置主義」とか「前置」というのはどこにも出ていませんでした。

今回、13 回の部会を経過して「前置」という言葉が入るか入らないかが私の一番大事な仕事だったと思っていまして、なんと「前置」が入りました。入ったのですが、「前置なんておかしい」と言った委員の方がいらっしゃって、私は反論をさせていただきました。そこが実はお世話の保険と考えている人か、お世話をしてもらうと考えている人か、それとも自分達の自立のためのサービスと考えてくれているのかで、リハビリテーションの捉え方が変わるのだなと感じたように思います。こういう考え方のもとに、高齢者リハ研究会から、どんどん話が進んできて介護報酬、診療報酬の上でも位置づけがなされてきました。

平成 18 年の時には、医療保険は主にレベル低下にどう対応するのか、介護保険では主にレベル低下しないようにどう関わるのかがリハビリテーションなのだと国では位置づけたわけです。私の個人的な意見としては、介護におけるリハビリテーションの必要性と将来あるべき姿として、特にこの中では 2 番と 5 番ということになるかもしれませんが 2 番の施設、在宅の区別なく、介護の負担を軽減するためにリハビリテーションは不可欠である。これがある意味、「前置」の考え方です。出来るだけ負担を軽くする、介護のサービスが沢山入ればいいということではなくて、少しでもサービス量を減らす

ことができたり、あるいは関わらないで済むようにご自分の意志で動けるようにしてもらうためにはリハビリテーションは不可欠だという考え方。

それから 5 番に示されたように、1 つずつの訪問リハビリテーションステーションというのが出来るのではないかという話もありましたし、私のところには、ほぼ毎日のようにメール等で、「ステーションが必要だ」ということを発言してほしいという話が出てきたのですが、だんだん部会に出れば出るほど感じてきたことは、新たなサービスをたくさん作っていくことが一番大事なのではなくて、今あるサービスをもっとより良いものにしていくということをやっていけば、それほど制度を改正しなくてもうまくいくことがたくさんあるのではないかと。そうすると 5 番のように訪問や通所、短期入所、入所、いろんなサービスを包括的に提供するということが実はとても大事なのではないか、そういう方法をとっていくことも大事なのではないかということを言いたくなりました。そして勿論、利用者側も、いろんなサービスができるということは、いろんなところと契約を結ばなければいけない。ケアマネにとっても大変ですし、そういうことを考えていくと、出来れば包括的に提供できるような、そういう形が必要なのではないか、同じところから包括的に提供するだけではなくて、同じ地域から出ていくならそれを包括的という言い方をして、契約書を 1 つにするという方法もあるのではないか、きっとそこから発想も広がっていくように思っています。

ただ、こういう発言をしておきながら、実は部会には出していない言葉ですが、言えば言うほどリハビリテーションは本当に必要なのか自問自答するようになったり、あるいは、その提供量はどう示していったらいいのか、PT、OT、ST、3 職種ありますが今のところは一緒くたになっています。リハビリ、訪問リハ、事業所別みたいになっていますが、本当は PT の役割、OT の役割、ST の役割、PT、OT、ST すべてが揃ってはじめて、もしステーションというならば、それが必要なのかなと思ったり、でも何人くらいいればその地域にはいいのか、提供量はどのくらいあったらいいのか、データがまったくないのが現実で、それをどう作っていくか、これを 1 年以内に考えていかなければいけないと思っています。

地域ケア包括研究会の中でもリハビリテーションサービスというのはどういうもの、どうあるべきかということがここに示されていますので是非見ておいていただければと思います。介護保険制度におけるリハビリテーションの提供。これが今回の私の結論であり、やはり介護保険といえどもリハビリテーションを提供するのであれば、現状ではしっかり医師の指示による提供が必須ではないかと思います。海外では指示ではなく

て提案、医師の提案という言い方をしている国もありますが、リハビリテーションの大事さというのは専門性や、この先どうなっていくかをしっかり予測する、評価をする目をもつことが大事だと思います。

リハビリテーション専門職は、さっきも言いましたように各職種の役割があるので、その役割を活かして、なおかつその方々の目で見たもの、あるいは関わってきたその評価をしたことを本人やご家族や携わる人たちにどうアドバイスをしたり提供していくかということが大事であり、直接手をとって訓練をしていくだけが PT、OT、ST の仕事ではないのではないか、そうあるべきではないか、提供の手法も継続的な提供も漫然とただ提供していくのではなくて、例えば月 1 回、3 ヶ月に 1 回でいいから評価をきちんとしていき、毎月関わっていく、毎週関わっていく、ということばかりではなくて、そういうことも今後考えていくべきではないかと思います。

それから既存のサービスをうまく使っていくことによって制度を変えなくてもやっていけることも結構あるのではないか。通所リハから訪問リハがいくようにしたり、あるいは特別養護老人ホームや通所介護に訪問リハがいくようにしたり、いろんな方法がまだまだあるのではないか。シドニーではナーシングホームからバスで通所リハへ通ってくる、デイホスピタルへ、そこでリハビリを受けて帰る、あるサービスをうまく使っています。そういうことをもっと日本は考えていくべきではないかと思うところです。

地域包括ケアにおける介護医療連携、今日のテーマに関わることでありますが、地域包括ケアシステムの実現に向けて、おそらく新たなサービスを創造するということも勿論大事だろうと先程から出ているようなお話です。しかしこれから、より重度の方が重度で在宅に帰っていく、もう既にそうです。この 10 年間で重い方が在宅で暮らしている方が増えました。本当にこのような新たなサービスだけで対応出来るのかといえば、前回の介護保険制度改正で新たに出来たサービスが本当にうまく出来ているかというと、大変申し訳ないですが、なかなかうまくいっていないのが現状で、今度できる上の２つが出来たからといって解決はしないと思います。それだけでは解決はしない、もっと考えていく、重介護、重症、重度の認知症、色々な方々が増えてきますから、こういう方々に対してどうするのかということになるわけです。

今、現場で何が起こっているのかというと、実は閉じこもりが増えている。訪問系のサービスはどんどん増えてきていますが、ご本人の立場で言うと、家から 1 歩も出ない方々がすごく増えている。介護保険制度が始まる前に言われていたことです。介護保険制度が始まる前に閉じこもりが多く、廃用症候群をつくったのが困りました。また、訪

問系のサービスに入っていても、その方にとっての社会とか外に出るということがほとんどなくなってきている。それは何とかしていかなければならないということになると、新たなサービス、訪問系のサービスをつくっただけではうまくいくわけはない。やはりそれには既存のサービスをどのようにうまく使っていくのか、通所リハの医療機能を活かしたり、あるいは通所系サービスの役割分担と連携体制を強化したり、それから老人保健施設の役割、老人保健施設がカギを握っていると思っているのですが、老人保健施設が在宅への目を向けてどう関わりをもっていくのかということ。そして、それを包括的に提供できるような体制をつくっていくことができるかということが重要だと思っております。

介護保険におけるリハビリテーションの提供は先程言ったようなことがここに書かれていますが、こういうことは専門性や有効活用がテーマだろうと思います。それから、続いてここに書いてあるようなリハビリテーション専門職のことや提供の手法に関しては、連携や専門性のことがきっとポイントだろうと思います。私はリハビリテーション前置の考え方というのは今あるものの有効活用をどうしていくのか。それから専門性をどう高めていくか、専門性を本当の意味で活かしていくのか、これは漫然と関わっていくのかということではなくて楔のようにうまく関わっていくのか、そういう意味です。

それと連携。今日のテーマにもなりますが、他機能との間、それから類似した機能との間、そして、というふうに書きましたが、こういうことをこれからやっていくべきではないか。介護保険部会の皆さんには私の話はどれだけ通じたのか、まだまだ力不足だったように思いますが、リハビリテーション前置の考え方というのが、実は財減、負担を軽減する役割も担っているということをもっと訴えていかなければいけないと思います。私が一番心配していることは何回も言うようですが公的介護保険制度というのは単なるお世話の保険ではないということがとても大事だと思う。そういう主張がどんどん通っていって、みてもらうのがあたり前で、サービスはどんどん充実させてくれ、でもお金は払わない、ということはやはり通じないだろうと思います。それよりも本来受けるべきサービスはどういうサービスで、そしてどれに関してはどれだけ負担を、ということはある意味仕方がないこと。そうでないと社会が成り立たないのではないかと私は思っていることです。公的介護保険制度であれば、そこのところを忘れてはいけないということです。

お時間が過ぎましたので、最後に１枚だけどこに行ってもお見せするのですが、オランダにアルツハイマーカフェというのがあります。どういうところかというと修道院全

体が認知症の施設になっています。修道院には回廊があるからきっといいのかもしれません。徘徊するのにぴったり合っているのかわかりませんが、日本でいうデイサービスを、昼間しか使わないのはもったいないのではないか、夜なんとか使えないだろうかということで、アルツハイマーカフェというのをアルツハイマー協会がプロモートして、オランダ全国 6 ヶ所で 2006 年にスタートしました。カフェといっても向こうはアルコール OK という場所がつくられました。毎週 1 回金曜日に夜開かれるらしいですが、アルツハイマーの人やアルツハイマーの家族、それから保健医療福祉の関係者、ボランティア、学生、地域の人、皆が集まってこられる、そういう場所を始めたというので見てきました。とても楽しい感じで、確かにデイサービスは夜は使っていませんから、そこを有効活用する。

これはなかなかおもしろいなと、アルツハイマーの人がアルツハイマーに「あなたどこが悪いんだい？」とかアルツハイマーの先生に向かって「あなたどこが悪いんだい？」と聞いたり、おもしろい会話が弾む場所らしいです。

3 年経ったあと、またもう一度オランダに行って様子を見てきましたが、なんと 6 ヶ所だったのが 120 ヶ所に増えていた。これはまさにインフォーマルサービスで、これから介護保険部会で話し合ったり制度を変えていこうというフォーマルな部分も大事ですけどもインフォーマルな部分で地域ごとに皆でどういうふうに何をつくっていくかと考えることも大事な仕事だと実感しています。

うちでも真似して実はアルツハイマーカフェは無理なのでリウマチカフェというものを始めたのですが 3 回でやめました。あまりに訴えが多すぎてついていけなかったというのが本音でございます。今日はそういうことを言ってもいい会かなと思って言いましたがそんなところです。

さて最後になりますが、私はこの会にもよく出ていらっしゃる小山秀夫先生に昔から言われている、人にとって一番大事なことは、居場所、行く場所、座る場所なのだ。その場所をどのように作るか、自分自身の居場所、行く場所、座る場所もそうだし、サービスを提供する側としたら、そのサービスを受ける側の人たちにお渡しできるかということを教わりました。これはきっと、これからも変わらないと思います。介護保険制度がどうなるか先々もしっかり周知しなければいけませんし、関わりをもっていこうと思っていますが、その原点となるのは、こういう場所をどのように地域包括ケアシステムという格好いい名前になっても、そこに居場所、行く場所、座る場所をつくっていくかが大事なのだと考えております。

長くなりました、介護保険部会で 3 分しか話せないので、その分ここで長くお話させていただいた気がします。シンポジストの方ごめんなさい、少し時間が短くなってしまうかもしれませんがよろしくお願いします。どうもありがとうございました。

平成２２年１１月27日

介護保険制度の動向

（社会保障審議会介護保険部会からの報告）

社会保障審議会　介護保険部会

任期：平成２２年５月３１日～平成２４年５月３０日

第２５回　平成２２年　５月３１日　今後の進め方について

第２６回　平成２２年　６月２１日　地域包括ケア研究会報告書を議論

第２７回　平成２２年　７月２６日

第２８回　平成２２年　７月３０日

第２９回　平成２２年　８月２３日

第３０回　平成２２年　８月３０日

第３１回　平成２２年　９月　６日

第３２回　平成２２年　９月１７日

第３３回　平成２２年　９月２４日

第３４回　平成２２年１０月　７日

第３５回　平成２２年１０月２８日

第３６回　平成２２年１１月１９日　厚労省：制度改正の素案を提示

第３７回　平成２２年１１月２５日　まとめ…

介護保険制度　見直しの基本的な考え方

第5期介護保険事業計画に向けた制度の見直し

「地域包括ケアシステム」
の実現に向けた取組み

給付と負担の
バランスを図る

★　持続可能な制度構築
　　財政・負担の在り方

★　地域の実情に応じたシステムの確立
　　介護保険者機能、自治体の役割強化

★　良質で効率的な給付の在り方

現状の課題とは…

★　要介護認定どうする　？
★　支給限度額は　？
★　サービスの再編は　？
★　医療と介護の役割分担は　？
★　処遇改善は？
★　安定した経営基盤は？

→ 財源は…！？

将来にわたって安定的に制度を運営し、また、高齢者の暮らしを支えるために必要な給付の拡充をする際には、平成２２年６月２２日に閣議決定された「財政運営戦略」に記されたペイアズユーゴー(pay as you go)原則に則って、必要な負担増に見合った財源を確保することが求められる。

※「ペイアズユーゴー原則」とは、歳出増又は歳入減を伴う施策の新たな導入・拡充を行う際は、原則として、恒久的な財源を確保するものとする考え方。

介護保険制度の見直しについて（１）

１　要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備

(地域包括ケアシステムの構築)

⑴単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備

⑵要支援者・軽度の要介護者へのサービス

⑶地域支援事業

⑷住まいの整備

⑸施設サービス

⑹認知症を有する人への対応

⑺家族支援のあり方

⑻地域包括支援センターの運営の円滑化

介護保険制度の見直しについて（２）

２ サービスの質の確保・向上

⑴ケアマネジメントについて

⑵要介護認定について

⑶情報公表制度と指導監督

３ 介護人材の確保と資質の向上

４ 給付と負担のバランス

５ 地域包括ケアシステムの構築等に向けて保険者が果たすべき役割

６ 低所得者への配慮

地域包括ケア推進のために…

訪問介護と訪問看護の連携の下で行う
24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設

介護保険事業計画における医療サービスや
住まいに関する計画との更なる連携

利用者負担や保険料の見直し

平成 24 年度施行の診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて、さらにそれぞれの役割分担や関係職種の連携、サービスの調整などについて、今後さらに議論を進める必要がある…

介護と医療の
絆を考える

介護保険制度創設１０年経過して…

制度の複雑化…

↓

利用者に分かりにくいシステム

↓

できるだけ利用者や家族に
分かりやすく利用しやすい制度に

地域包括ケアシステムとは？

地域包括ケアシステム

ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定義する。

その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね３０分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。

「地域包括ケア研究会 報告書」より

２０２５年の姿

病気や要介護であっても、個々人の心身状態にふさわしい

シームレスなサービスの利用により、個人の自立とQOLの

追求が可能に（なっているはずだ…）

そのためには…

◎　生活上の安全・安心・健康を確保する

◎　できる限り住みなれた地域や故郷での在宅生活継続

→　エイジング・イン・プレイス

◎　類型より機能を重視

◇　介護保険施設の本来機能とは、リハビリテーションが充実した在宅復帰支援機能

◇　従来の施設の有効活用：安心できる住まいニーズの代替機能

＝　（外付けを含む）ケアが組み合わされた集合住宅

◇　同時に地域ステーションの機能、多世代交流

◎　サービスの在り方

◇　在宅限界を高めるサービスの例

★２４時間365日短時間巡回型と小規模多機能、居宅介護複合型事業所

◇　ケアの標準化：保護型介護　→　自立支援型介護、予防型介護

◇　地域資源のマネジメント

介護保険制度とリハビリテーション

介護保険制度における「リハビリテーション」の位置づけ

介護保険法　第１条

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

介護保険法　第４条

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

高齢者リハ研究会からの提言（2004年1月）を受けて

1）急性期リハビリが不十分
2）長期間にわたる効果のないリハ

3）医療から介護への不連続な仕組み
4）リハとケアとの境界が不明確
5）在宅のリハが不十分

2006･2008年度
＜診療報酬改定＞
・早期リハ加算
・9単位実施体制
・算定日数上限
・質の評価

2010年度
＜診療報酬改定＞
・重装備の医療機関を評価
・質の評価を強化
・癌・難病患者へのリハ提供
・連携を評価

2006・2009年度
＜介護報酬改定＞
・短時間通所リハ
・訪問リハの見直し
・短期入所のリハ
・認知症リハの評価

2012年は…

平成１８年　診療報酬・介護報酬同時改定

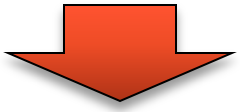
急性期から回復期までのリハビリテーションは医療保険で対応し、維持期のリハビリテーションは介護保険が中心となって対応するとの考え方で改定が行われた。

医療保険のリハビリテーションについては、発症後早期のリハビリテーショ ンを重点評価するとともに、疾患別に算定日数の上限を設けた。

→外来リハ等の医療保険で提供されているリハビリテーションに大きな課題・問題

→平成18年12月25日　老老発第1225003号 保医発第1225001号　 両課長連名の通知

「医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び 連携の強化について」



医療保険	介護保険
急性期及び回復期の状態に対応し、	維持期の状態に対応し、
主として身体機能の早期改善を目指す	主として身体機能の維持及び生活機能の維持・向上を目指す
主にレベル低下に対応する…	主にレベル低下しないように…

「介護」におけるリハビリテーションの必要性と将来あるべき姿

1．要介護者が、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、能力の維持向上を図るために、リハビリテーションは不可欠である。

2．施設・在宅の区別なく、介護の負担を軽減するために、リハビリテーションは不可欠である。

3．在宅での実生活の場面に直面しながら、自立した生活を目指すために、訪問によるリハビリテーションの提供は有効であり、自宅での閉じこもりを防ぎ、社会との接点を持ちながら自立した生活の幅を拡げていくために、通所におけるリハビリテーションの提供は有効である。

4．地域特性によって、単独型・併設型・包括型等の多様な形態で運営されることが望ましい。

5．訪問、通所、短期入所、入所等によるリハビリテーションを包括的に提供できる体制を整備することによって、リハビリテーションのニーズに臨機応変に対応できる。医療面でのバックアップが可能な老人保健施設や有床診療所・病院等の医療機関がその役割を担うことが期待される。
→　高齢者リハビリ研究会、新成長戦略、地域包括ケアシステム等の目指す方向性に適応

6．リハビリテーションの提供は、単に能力の維持回復を達成することだけが目的ではなく、要介護者の心身両面の可能性を引き出し、明日への新たな希望をもたらすために「最期」まで必要なサービスと位置づけるべきである。

リハビリテーションは本当に必要？　その提供量は？

「地域包括ケア研究会」の報告書より

2009年5月22日　平成20年度老人保健健康増進等事業

リハビリテーション・サービス

1. リハビリテーションとともに、他の居宅サービスを併せて利用する必要がある場合、他の居宅サービスが優先され、結果的にリハビリテーションの利用が制限されているケースが多いのではないか。

2. 要介護度とリハビリテーションの必要性が必ずしも一致しない場合であっても、リハビリテーションが適切に利用されるような仕組みについて検討すべきではないか。

3. リハビリ機能を重視した在宅療養支援診療所を新たに評価することについて、どう考えるべきか。

4. 地域包括支援センターにリハビリテーションの専門職を配置することや、地域リハビリテーション広域支援センターと地域包括支援センターが強い連携がとれる体制にすること等についてどう考えるか。

5. 医療保険・介護保険といった保険別の枠組みでリハビリを提供しているが、 利用者の状況や状態に応じて、両者の連携を図っていくべきではないか。

介護保険制度におけるリハビリテーションの提供

◆ 医師の指示による提供が必須

- 「リハビリテーション医療」は、生活期（維持期）であっても、「専門性」と「予測」が重要！
- リハビリテーション及び介護保険に精通する医師の育成（研修）が必要

◆ リハビリテーション専門職による提供が必須

- 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士には、それぞれの役割がある
- 各々の提供を明確に位置づけることが必要
- 専門職の指導（アドバイス）のもと、本人・家族・携わる他職種等が自主を含めて訓練実施

◆ 継続提供と短期集中提供の意味を明確にする

- 継続提供とは評価・指導が中心の関与であり、指導の対象は本人・家族・携わる他職種等
- 個別訓練に加えて、継続提供の場合、訪問は居宅療養管理指導料、通所は生活期リハ管理指導料を
- 短期集中提供の場合は、通所・訪問・短期入所ともに「支給限度額外」あるいは「特別指示書」から

◆ 現存する医療保険、介護保険のサービスを有効活用する。

- 通所リハビリテーション事業所から訪問リハビリテーションを提供
- 特別養護老人ホームや通所介護へ訪問リハビリテーションを…
- 特別養護老人ホームから通所リハビリテーションへ…（シドニー中央地区で実践されている）
- 回復期リハビリテーション病棟、療養病床等で短期入所を提供（介護保険）
- 回復期リハビリテーション病棟、療養病床等で短期リハビリテーション入院（医療保険）

地域包括ケアにおける介護・医療連携

地域包括ケアシステム実現に向けて

新たなサービスの創造

- ２４時間対応の定期巡回・随時対応サービス
- 小規模多機能型居宅介護＋訪問看護

より重度の方が在宅療養生活へ…　本当に対応できる？

重介護、重症、重度認知症　…

「閉じこもり」を増やしてはならない！

既存サービス有効活用

- 通所リハ（デイケア）の医療機能を活かす！
- 通所系サービスの役割分担と連携体制を評価

訪問・通所・短期入所・入所等によるリハビリテーションを
包括的に提供できる地域のリハビリ拠点の整備

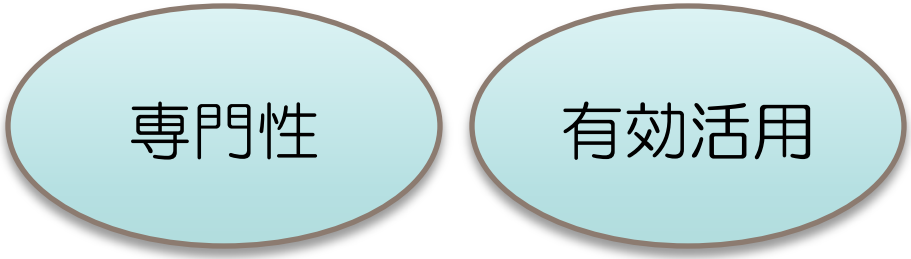
介護保険制度におけるリハビリテーションの提供（１）

◆医師の指示による提供が必須

- 「リハビリテーション医療」は、生活期（維持期）であっても、「専門性」と「予測」が重要！
- リハビリテーション及び介護保険に精通する医師の育成（研修）が必要

◆現存する医療保険、介護保険のサービスを有効活用する。

- 通所リハビリテーション事業所から訪問リハビリテーションを提供
- 特別養護老人ホームや通所介護へ訪問リハビリテーションを…
- 特別養護老人ホームから通所リハビリテーションへ…（シドニー中央地区で実践されている）
- 回復期リハビリテーション病棟、療養病床等で短期入所を提供（介護保険）
- 回復期リハビリテーション病棟、療養病床等で短期リハビリテーション入院（医療保険）



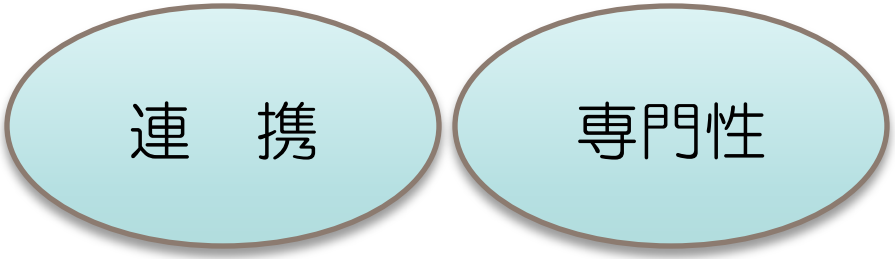
介護保険制度におけるリハビリテーションの提供（２）

◆リハビリテーション専門職による提供が必須

- 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士には、それぞれの役割がある
- 各々の提供を明確に位置づけることが必要
- 専門職の指導（アドバイス）のもと、本人・家族・携わる他職種等が自主を含めて訓練実施

◆継続提供と短期集中提供の意味を明確にする

- 継続提供とは評価・指導が中心の関与であり、指導の対象は本人・家族・携わる他職種等
- 個別訓練に加えて、継続提供の場合、訪問は居宅療養管理指導料、通所は生活期リハ管理指導料を
- 短期集中提供の場合は、通所・訪問・短期入所ともに「支給限度額外」あるいは「特別指示書」から



リハビリテーション前置の考え方を確立するために

有効活用

訪問、通所、短期入所、そして老人保健施設

専門性

PT、OT、ST、そして医師

連　携

他機能間、類似機能間、そして…

私が一番心配していること…

公的介護保険制度

単なる「お世話」の保険ではない！

Alzheimer Café

Alzheimer Café
2009 : Open 120 !

居場所
行く場所
座る場所

プレゼンテーション(1)

「特別養護老人ホームの立場から」

文京大塚みどりの郷　施設長
奈良　高志

皆さんこんにちは。よろしくお願い致します。15 分という限られた時間ですので、本来でしたら私が勤務する法人、あるいは施設の概要、医療施設の取り組みなどを細かく申し上げたいところですが、今日のお話は主に 2 点、私の勤務する特別養護老人ホームの抱えている医療に関する課題、そしてそれに基づいた私なりの問題提起を中心にお話し申し上げたいと思います。やや早口になるのをどうぞご容赦いただきたいと思います。

それではまず最初に、スライドに基づいていくつかお話申し上げたいのですが、2 枚目から 9 枚目に関しましては、私どもの運営方針など、あるいは法人の理念というところでございます。昨年、創設 100 周年を迎えました社会福祉法人でございまして、清瀬市に本部がございます。清瀬市といってもわからない方もいますが、東京都清瀬市、埼玉県所沢市との境にあるところです。その他、文京区、荒川区と都内に介護保険種別で 25 事業所を経営している母体でございます。

大塚みどりの郷は、今から 22 年前、JR 山手線圏内では初めての公設民営型施設として設立された施設であり、私どもの法人が運営を受託しております。特徴的なところは看護職員が 5 名、現在、常勤換算でいきますと 4.4 名です。60 床の特別養護老人ホームでショートステイが 4 床でございますので、比重としては看護職員配置が高いというところが 1 つの特徴になっているかと思います。全事業合わせますと職員が 80 名になります。

続きまして、少しとばしますが、入所者の状況でみますと、平均 84.1 歳、1 人当りの在所年数が 5 年 7 ヶ月、平均要介護度 3.95、東京都の平均が 3.8、全国が 3.6 ぐらいでしょうか、やや高めということになります。ADL の状態に関しましてはご覧の通りです。だいたい 3.95 の介護度でご理解いただけると思いますが、認知症のご利用者に関しては、全体の 95%が認知症という診断を受けております。

スライド No.5 は、理念に当たりますが、その中で手くばりとしたのはハンドサービス、確かな介護技術、対人援助技術というところにポイントをおいています。そして安

心、安全で自分らしい生活の実現を支援となります。先ほどエイジング・イン・プレイスという言葉がありましたが、まさしく特養はそうでなければいけないということで、生活の中での医療サービスがどうあるべきかというところで打ち出している方針の中で、医療と介護の一体的なサービスの提供、看取り体制の充実などをあげております。従いまして看護職員へのウェイトを大きくしているというのが 1 つの特徴かと思われます。

そしてもう 1 つは施設のケアプラン、特養においては介護のプランを施設サービス計画に位置づけているところが多いといいますか、私ども施設の課題でもあったわけですが、それぞれ看護に関しては看護計画、介護に関しては介護計画、栄養に関しては栄養計画、それぞれの専門職から計画、プランを出し合って、それを 1 つの施設ケアプランにしているというのが特徴でございます。

そして医療体制のところを中心に少しお話していきたいと思いますが、22 年前の特養ですので従来型特養で、個室はございません。医療機関の併設もなく近隣に協力医療機関を 1 ヶ所確保しております。加算体制はスライド No.8 の通りです。下の看取り介護加算ですが今年度の 4 月から 10 月まで 9 件の方が施設を退所しております。60 床の特養で 7 カ月間に 9 件というのは非常にハイペースです。そのうち 6 件が施設内死亡です。6 件中 5 件の方に看取り加算を算定しています。ここ 2 年くらい施設の中で亡くなるお年寄りが大変多いです。実は入所の時に要介護 4 とか 5 の方がほとんどですので、非常に重度化しているのがその原因かと思っております。

続きましてスライド No.9～10 の看護業務を見てみたいと思います。看護業務内容と比重ということですが、ちょっと見づらいグラフで申し訳ございませんが、ここを見ていただきますと、やはり他の特養とあまり大差ないかなと思いますが、疾病の早期発見、治療というところから、どうしても健康状態の把握というルーチンワークが 90%を占めます。それからリスクアセスメントや、介護職員の異常時の対応の指示など、急変時の介護職員の周知というところが多くあがってきています。

続いて、家族に対する説明というのが、ここ数年比重として大変高まってきているというのが特徴です。次に看護日誌、カルテ類の記録に関わる時間、それから受診対応が大変多くあがってきているのと、先ほど申し上げましたケアプランやカンファレンスに関する時間、というものにも相当時間がとられている特徴が最近顕著にみられます。

それでは、医師の体制がどうなっているかということですがスライド No.11 をご覧下さい。配置医師として 1 名内科医として来ていただいています。精神科のドクターは、

正確に申し上げますと、協力医ということで月 2 回、その他に歯科の協力医療機関が、月に 1 、2 回お見えになります。スライド No.11 は、4 月から 9 月末までのデータです。月によって変動がありますが、だいたいこのような状況になっております。

スライド No.11 の 4 の勤務時間外の対応状況というところですが、日中の電話対応 30 件とあります。これは主に看護師からの通院や服薬に関するものです。夜間は緊急対応に対する相談。施設に直接来所いただいている 6 件はすべて急変時ということになります。6 件中 5 件については配置医の先生が最後まで看取り、死亡診断書を書いていただいているという状況でございます。

スライド No.12 は、医師の体制についての資料です。22 年 4 月から 10 月までの業務内容で多い順に記載していますが、これはタイムスタディを細かくとっている訳ではありません。印象度も多少含まれておりますがスライド NO.12 の 3 番、4 番、5 番というのが、実は特養の医療の特徴を表しているかなと思います。その 1 つとして看護職員や介護職員に対する指示、説明、家族に対するインフォームド・コンセント、これは看取りに関するインフォームド・コンセントがほとんどでございます。インフォームド・コンセントとなりますと、家族からの同意形成に要する時間も相当数かかるということで、このあたりが特養における医師の医療関連業務の特徴かなと思っております。あとはだいたいルーチンワークかなと見ております。

さて、それでは私ども施設の医療体制の現状についてみていただきたいと思います。スライド 14、15、16 に関しましては特別養護老人ホームにおける医療ケアに関する実態調査、厚労省が平成 20 年 9 月から 10 月に実施したものです。左は有効回答、3,370 施設からのデータ、右側が大塚みどりの郷の 21 年現在のものです。ですので今日現在は、みどりの郷に関しては看護職員の常勤換算は 4.4 名ということになります。4.4 名のうち準看護師が 1 名ということで、そこは全国平均よりも高いですが、あとは同じくらいでございます。

看護職員の夜間体制のところをご覧いただければ全国的にはスライド No.14 のような数字になっております。みどりの郷と比較をいただきますと、やはり極めて少ないです。全国的にも夜間、夜勤職として配置しているのが 1.7%にしかすぎない。75.9%の特養がオンコール体制をとっています。みどりの郷も同様にオンコール体制をとっています。それから全国の 10.8%の施設が看護職員が状態に応じて勤務することがあり、私共も夜間帯に勤務調整をして出ていただくということがございます。

さて、みどりの郷の医療体制の課題をいくつか書きました。しかしこれは多くの特養

で共通する課題であると思います。施設外要因、医療機関との連携です。少し前に、救急対応した方ですが、2 時間待たされて 20 ヶ所近くの病院を断られたということが当たり前のように起きている都心部でございます。施設が例外ということではなく、他の特養からも同じような傾向にあると聞いております。施設内医療処置に対する報酬、これは褥瘡の処置を何回やっても、あるいは看護処置を何回やっても、それが介護報酬の中には反映されてないというところです。ここはやはり回数で評価するなどの仕組みをお考えいただきたい。

それから医師、看護職員の確保に関する課題、介護保険法では、医師の配置基準がないといってよいと思います。必要数とだけ書かれています。（非常勤でも可）と書かれているのみです。看護職員も看護、介護、3 対 1 基準というのがありまして、利用者 3 人に対して 1 名ということです。ですから 100 名の特養ですと看護職 3 人で可というような非常にゆるい基準。これは、特養自体を医療的施設に移行、或いはその機能を付加するには大変問題かと思います。ここにメスを入れないと、にっちもさっちもいかないなというのが実態でございます。

それから、看取り介護の制度上の課題ですが、看取り介護には算定要件というのがあるのですが、医師の判断というのは大きいのです。医師の判断は一つ一つの看取りケアに関する行為に関しては全部まるめでございまして、全く、介護報酬の解釈通知の中には抽象的なことしか書かれていない、評価はされていない、と思わざるを得ない。次に、介護職員の医療ケア実施に関する課題、これは後ほど触れたいと思います。当施設内の要因としてもいくつかありまして、医療ケア、看取りを推進する設備面での不足、個室がありません、静養室が 1 部屋しかないという課題を抱えています。

次に、施設内の職員連携の課題、介護職員がどこまで何が出来るか明確でないということ。夜間の職員体制も、確かに非常にお忙しい配置医の先生だったりしますとすぐに駆けつけられない。看護職員が皆さん近くに住んでいるわけではないので緊急時に駆けつけるのが、時間がかかるというような問題などがあげられています。ここ 2～3 年看取りが増えてきてスライド No.16 の介護職員がそもそも看取った経験がない、自分のお爺ちゃん、お婆ちゃんもいない、利用者さんを看取ったプロセスも十分に受け止められない、というところで、施設内研修はやるのですが、死生観にかかわる問題ということにもなりますと、そう簡単にはいかない。

スライド No.16 の 5 ですが最近身寄りのない高齢者の方が増えています。延命を希望するかどうかも入ってきた時にはすでに意志表示が困難な要介護状態です。後見人の

方がそこまで判断するわけにはいかず今後の施設運営の際に大きな課題となる可能性があります。

全国との比較でいきますと、先ほどと同じ調査ですが、吸引に関しては、ほとんど全国と差がありません。経鼻・経管・胃ろうに関しては全国的にも必ずしも多くありません。今、みどりの郷には経管・胃ろうの方はいらっしゃらないというのが現状でございます。次に医療処置の現状ですが、やや褥瘡のⅠ度、Ⅱ度に対する処置が、みどりの郷ではこの時点では増えておりますが、これもほとんど変わりがないということです。

最後のコマに進まさせていただきたいと思いますが、スライド No.20 は介護保険制度から見た医療体制の見直しの提案です。先ほど会長さんがおっしゃっていましたが、右のほうが外付けサービス、これからの特養は例えば近隣の医療機関から医師を派遣したらどうか、というような議論が介護保険部会であったように聞いています。実際にそんなことが可能かどうかということですが、左側（全国）を見ていただきますと医療体制充実型特養とありまして、この二極化に分かれるのではないかと見てます。ただ、今、常勤医師配置加算というのがありまして、60 床の特養で平均介護度 3.95 で年間出してみますと 550 万くらいです。「550 万で来てくれる先生どこにいるの？」という話です。やっぱり 100 床超えないとなかなか賃金を支払うのが難しいということがあります。施設が小さければ、医師に来ていただくということが大変難しくなるという報酬上の課題があります。

そこで複数特養間医師配置をネットワークによって出来ないだろうか、他法人との給与規定の差などもありますが、区市町村が地元の医師会と契約しながら、介護保険制度の一定基準を示していただきながら、2 ヶ所、3 ヶ所の特養に一人のドクターがローテーションで来ることは出来ないだろうか、ということを真面目に考えております。どうだろうかという提案になります。

次に看護体制加算の見直しです。看護体制加算というのは 2 本ありますが、両方合わせても 12 単位にしかなりません。 1 年間これをとったとしても常勤看護師をおくのは厳しいというところがありますので、やっぱり報酬を上げるほかない。それから、看護職員が夜勤ができるような配置加算。今の夜勤配置加算では、時給 1,000 円のアルバイトの人を 8 時間か 9 時間やって、ようやくペイするかなという感じでしょうか。ですから、看護師さんのアルバイトであっても、配置加算ではとても対応できないという現状があります。

スライド No.20 の右側（外付けサービス導入型特養）で是非私が進めたいのは、在

宅の要医療支援ケースで特養に入ってくる方は在宅サービスとまったく分断されて入所してくる。明日から入所ですよ、今まで在宅でかかわっていた訪問看護ステーションの方は、「さようなら」の一言で終わる訳ですが、せめて利用者が落ち着くまで、1 ヶ月でも 2 ヶ月でも継続して施設への訪問を継続しそのことが報酬上評価される仕組みが作れないかなと思っております。その下は、同一敷地内の併設内のデイサービスの看護師が指定基準を遵守しながら特養の看護業務を兼務できないかという提案でございます。

次に、スライド No.21 です。今申し上げたことと少しダブりますが一番目の配置基準についてはやはり、1 対 3 では難しい、今現在、都内の特養は平均で 1 対 2.2 くらいになっています。しかし特養の持ち出しがありまして東京都内の特養は赤字でございます。21 年度の決算状況ですが収支差額でマイナス 4.7%位です。つまりそれくらい持ち出しをせざるをえない状況です。

スライド No.21 の 3 に、会長さんも部会でご提言いただいているようですが、特養配置医師への専門カリキュラム、これは是非つくっていただきたいと思っています。例えば看取りに関すること、それからプライマリーケアに関すること、わたしは特養の医療は、プライマリーからターミナルケアまでの包括的ケアだと思っています。そこの判断の司令塔としてのドクターのカリキュラムがどこにもない。どこで学んだらいいのか、若い先生から聞かれることもあります。そういうことも必要なのではないか。

それから 4 番目です。往診に関する規定の緩和ということで、今、往診が可能なのは実は非常に限られておりまして、配置医の専門外であること、特殊な場合、緊急的なことに限り良い、そうするとこれがほとんど厳しい。往診をしていただくことが大変難しいのが現状です。この辺の規制も緩和していただきたいということです。医行為に関して私もいろいろ意見がありますが、例えば、胃ろうに関しても、吸引に関しても、介護職ができる範囲が非常に狭い。将来的に、具体的にどこまで介護職にやらせるのか、新たな資格を設けるという議論もあったようですが、そうではなくて、今の介護福祉士にどこまでさせるのか、ということを明確にしていく必要があるのではないかと思います。

最後にスライド No.23 をご覧下さい。特養における医療とは、一言でいうと私は看取りのケア、看取りに至るまでのケアだと考えております。特養は生活施設というふうに昔から言われております。最後の砦という言い方がありますが、私は必ずしもそうとは思っていない。エイジング・イン・プレイスで、高齢者専用賃貸住宅でも最後を迎えられればいいと思っています。それでは、生活施設って一体何なんでしょうか。生き甲

斐がもてる健全で安らかな生活を保障すると老人福祉法にはあります。その方のたどってきた歩み、生活や価値観を尊重し、老化に伴う心身の変化に対して包括的にケアが出来る事。その人らしく生き、その人らしく人生の幕を閉じる事。このことを生活施設としての在り方、ひいては高齢者ケアの理想というふうに思っています。

最近、「平穏死の進め」という本が売れているそうです。これは世田谷の芦花ホーム石飛先生が書かれた本です。先生は外科医として長くお勤めになり、常勤医として特養にいかれました。石飛先生は胃ろうを反対しております。胃ろうをつけることは自然な看取りではない。「平穏死の進め」の中で、死に際が近づくと何かしなければならないと考えることだけが医療とはいえないのでないか、というようなことをおっしゃっています。

いろんなご意見があると思いますが、最後に 1 つの家族の声を皆様にご紹介を申し上げて話を終わりたいと思います。特養では極力最後まで経口摂取を進めています。しかし、確かに誤嚥性肺炎を繰り返し、医療の立場である医師を中心に、それは胃ろうにすべきであるとなっていく。胃ろうに関して、私は反対する立場ではございません。必要な場合もあるだろうと思っております。しかしご家族にしてみると、ある先生が「胃ろうをつけないと、餓死状態をあなたが間近にみていくことになる。家族として、あなたはそれに耐えられますか？」という説明をしています。そうすると、やはり胃ろうをつけざるを得ないという考えになります。この家族の方はこうおっしゃっています。胃ろうをつけてから本人の笑顔が消えた、胃ろうをつけなければよかった、ホームでみんなに看取られて最後を迎えさせたかった、医師の臨終宣告より職員と一緒に笑顔で見送りたかった。こんなようなことをおっしゃっています。私は、家族の心情とか痛みに共感できる医療スタッフ、さらに特養のすべての職員がそこに向かうべきであると思います。医療機関との関係性の中で、特養における医療体制、医療のあり方をきちんと発信出来る特養であるべきだろうということを最後に申し上げて、私の報告を終らせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

介護の現場から医療に期待すること
～生活施設の中での医療について考える

社会福祉法人　信愛報恩会
文京大塚みどりの郷　施設長　　奈良　高志

特別養護老人ホーム　文京大塚みどりの郷の運営方針

- 理念　利用者の笑顔があふれるよう職員は「目くばり、心くばり、気くばり、手配り」の精神で、丁寧でやさしい介護を目指します。

- 法人の理念

  信、望、愛

文京大塚みどりの郷の概要について
～　職員体制

- 職員数～施設長1、看護職員5、介護支援専門員1、生活相談員1、管理栄養士1、介護職員31、事務員3、計　43名　　その他、医師、理学療法士

- 全事業を併せると…　80名
  平成22年4月1日現在

文京大塚みどりの郷の入所者の状況等

- 平均年齢　84.1歳(男1：女3の割合）
- 入所年数…平均入所年月日　　5年7ヶ月
- 平均介護度　　3.95
- 入所者のADL等の状況
  - 移乗移動　全介助　56.7%
  - 排泄　全介助　60%(オムツ着用88.3%)
  - 車椅子　85%
  - 入浴　全介助　　70%

平成22年4月1日現在

私たちが大切にしていること ①

- 目くばり～目に見えるものをしっかり見ていく。
- 気くばり～相手のことを思い配慮すること
- 心くばり～相手を思いやる気持ちを形にすること･相手の気持ちに沿った対応
- 手くばり～ハンドサービス(確かな介護技術･対人援助技術）

私たちが大切にしていること ②

- その人らしい生活を支援するためのケアプランの作成とサービス提供
  - ⇛ “制限の少ない当たり前の生活を“
  - ⇛ アセスメント、ケアプランは職員全員参加
  - ⇛ 根拠をもった個別的できめ細かなサービス提供！
  - ⇛ 緊急ニーズに柔軟に対応できるショートステイサービスの提供

私たちが大切にしていること　③

“安心、安全で自分らしい生活の実現を支援”

- 生活支援に根ざした介護・医療サービス(医療と介護の一体的なサービス提供、看取り体制の充実、医療機関と連携等）

“地域から必要とされる施設つくり”

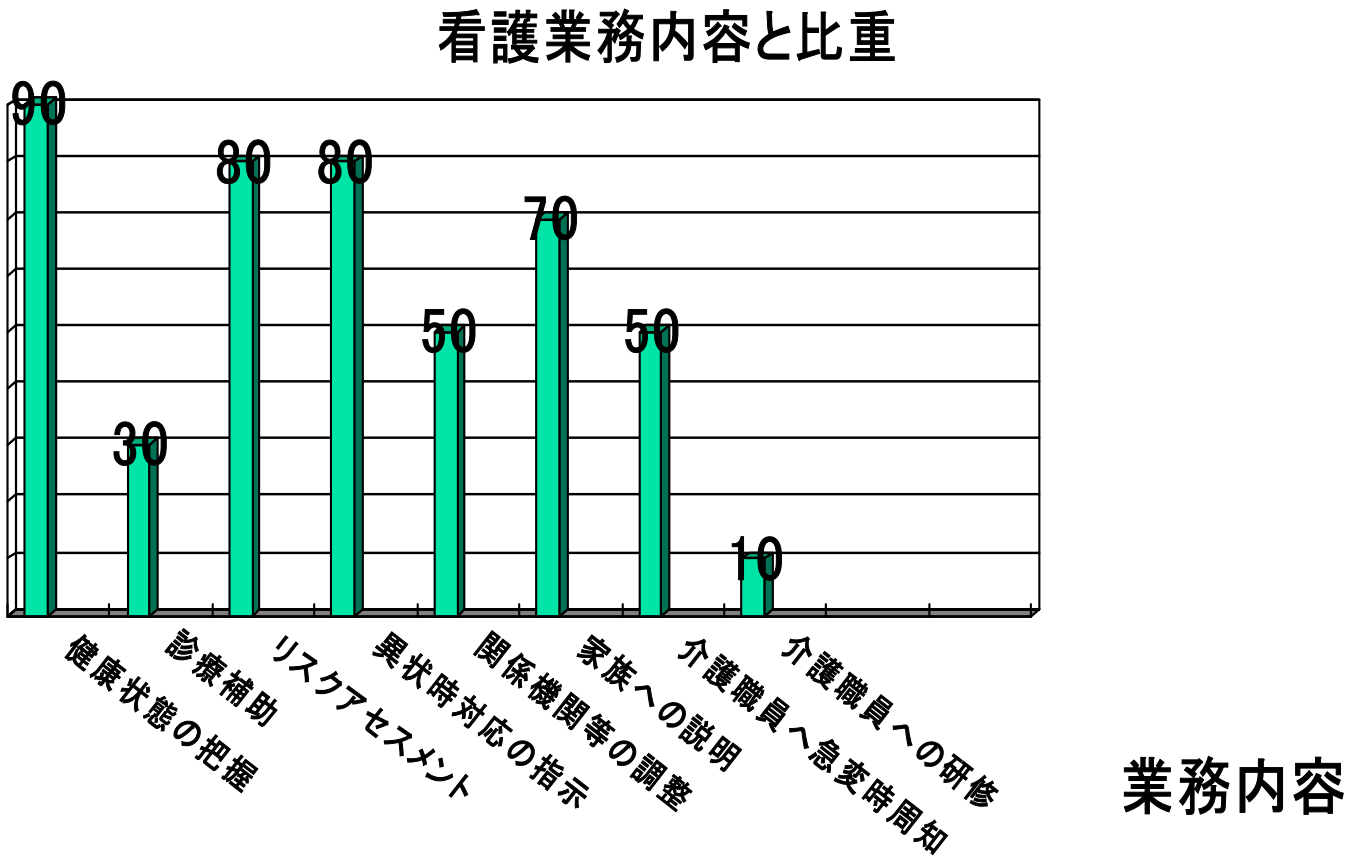
- 「いつでも、誰でも、気軽に立ち寄れる地域のホッとステーションに」
- 情報公開・情報提供の推進

大塚みどりの郷の概要～医療体制を中心に №1

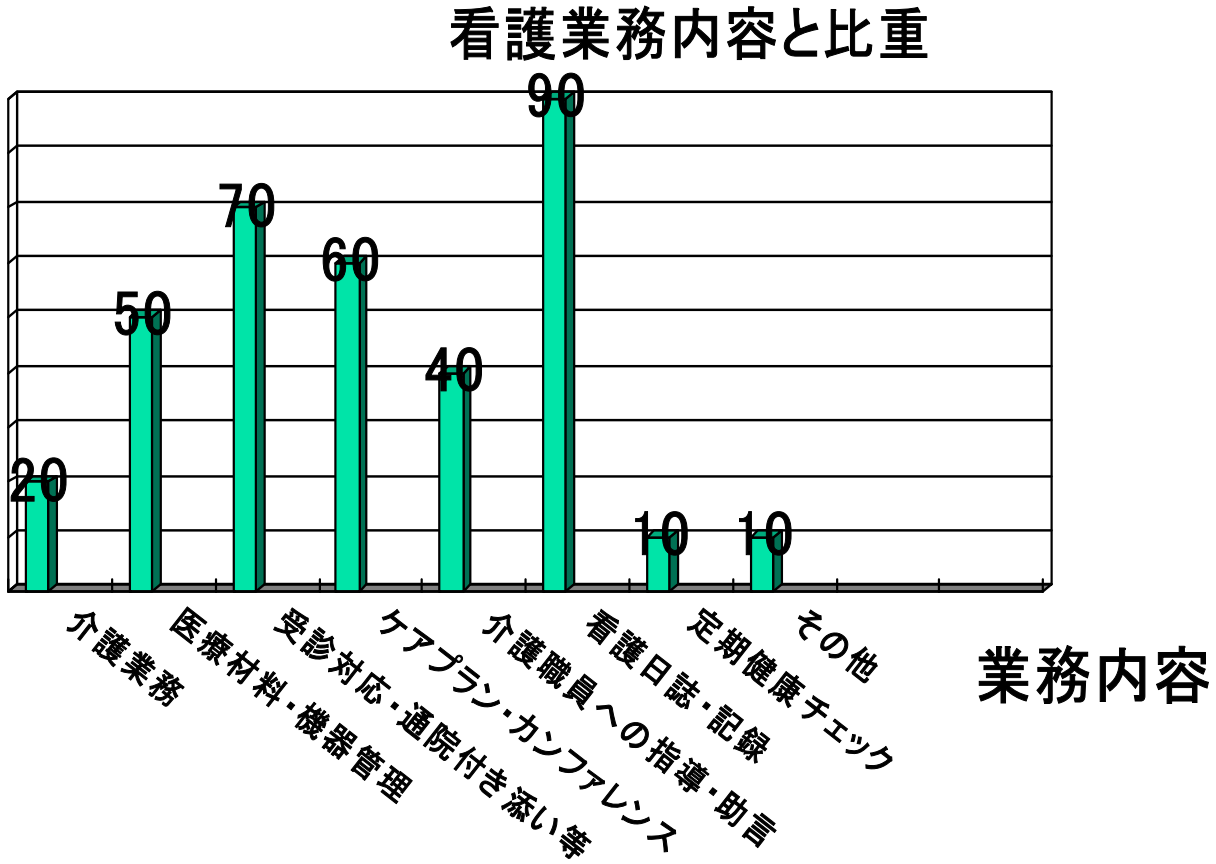
1. 従来型特養(従来型・個室なし)
2. 医療機関の併設なし、近隣に協力医療機関あり
3. 加算の体制

- 日常生活支援加算
- 看護体制加算(Ⅰ・Ⅱ)
- 栄養ケアマネジメント加算・療養食加算
- サービス提供加算(Ⅰ)
- 看取り介護加算　平成22年4月～10月

大塚みどりの郷の看護業務　№1
(平成22年4月1か月のタイムテーブルにより集計、おおよその比重割合を示した。重複計上あり)



大塚みどりの郷の看護業務　№2



大塚みどりの郷の医師の体制　№1

1. 配置医師の契約体制
   非常勤嘱託医　　2.0人(内科、精神科)
2. 勤務延べ日数　　10日(月平均)
3. 勤務延べ時間　　20時間
4. 勤務時間外の対応状況

電話対応　　日中　30件、夜間　6件

施設来所対応　　日中　3件、夜間　3件(緊急時のみ)

平成22年4月1日~9月末

大塚みどりの郷の医師の体制　№2

- 配置医師の業務内容(以下、多い順に)

1. 健康管理(定期健診含む)
2. 診療および治療(健康管理は除く)
3. 看護職員への急変時の指示・職員からの相談(往診・処置含む)
4. 看取りの診療・相談等
5. 家族へのインフォームド・コンセント
6. 医療機関への紹介
7. 予防注射の対応
8. その他、主治医意見書の作成、看取りカンファレンスの出席等

(平成22年4月～10月までの業務内容)

特養の医療体制の現状(№1） 全国比較
人員体制

全国	大塚みどりの郷
i. 医師常勤換算数　0.23人	I. 医師常勤換算数 0．3人
ii. 看護師常勤換算数 2.35人 准看護師常勤換算数 2.37人	II. 看護師常勤換算数 3．3人 准看護師常勤換算数 0人

特養の医療体制の現状（№2）
看護職員夜間の体制

全国

- 夜間の体制
  i. 看護体制
- 夜勤看護職員配置 55施設(1.7%)
- 宿直看護職員配置 19施設(0.6%)

大塚みどりの郷

看護体制

- 夜勤看護職員配置 なし
- 宿直看護職員配置 なし

特養の医療体制の現状（№3）　看護職員夜間の体制

全国

・看護職員がいる時間といない時間がある
187施設(5.6%)

・看護職員が状態に応じて勤務することがある
359施設(10.8%)

・オンコール対応
2,525施設(75.9%)

・特に対応していない
127施設(3.8%)

・その他　　55施設(1.7%)

「特別養護老人ホームにおける医療的ケアに関する実態調査」の概要
平成20年9月～10月実施、特養6,083施設への調査、有効回答数　3,370施設(55.4%)
厚労省

大塚みどりの郷

- 看護職員が状態に応じて勤務することがある
- オンコール対応をとっている

大塚みどりの郷　平成21年12月現在

大塚みどりの郷の医療体制の課題

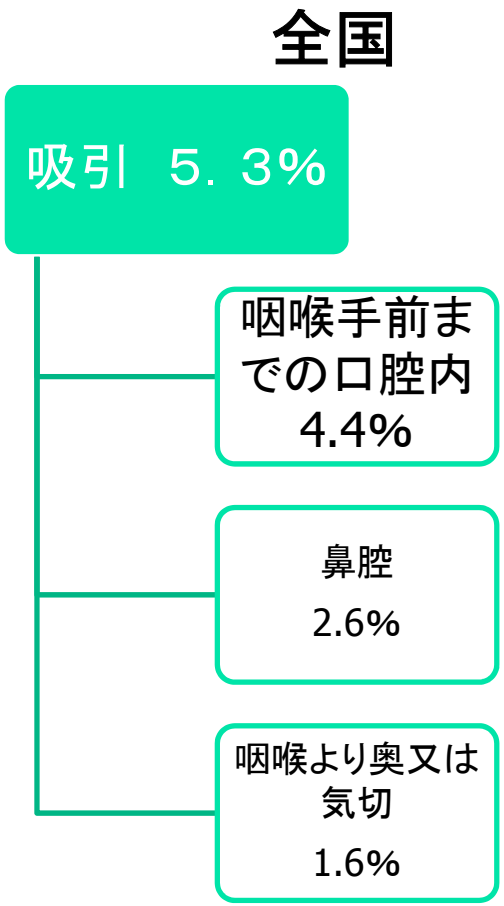
- 施設外要因

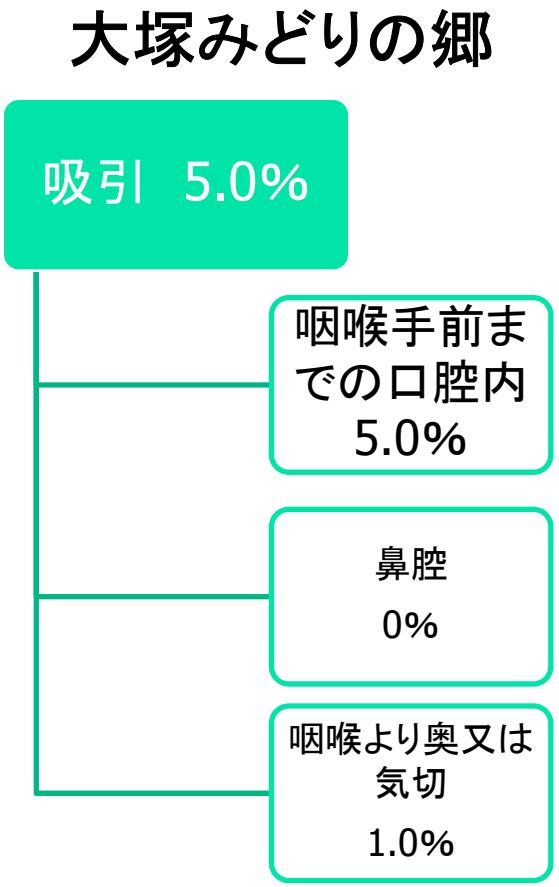
1. 医療機関との連携
2. 施設内医療処置に対する報酬の問題
3. 医師、看護職員の確保に関する課題
4. 看取り介護の制度上の課題
5. 介護職員の医療ケア実施にかかわる課題

- 施設内要因

1. 医療ケア、看取りを推進する設備面での不足
2. 施設内職員連携の課題
3. 夜間の職員体制(医師、看護体制)
4. 介護職員の看取り介護の経験不足、精神的負担増
5. 延命の意思確認に関する課題(身寄りのない高齢者増等の原因)

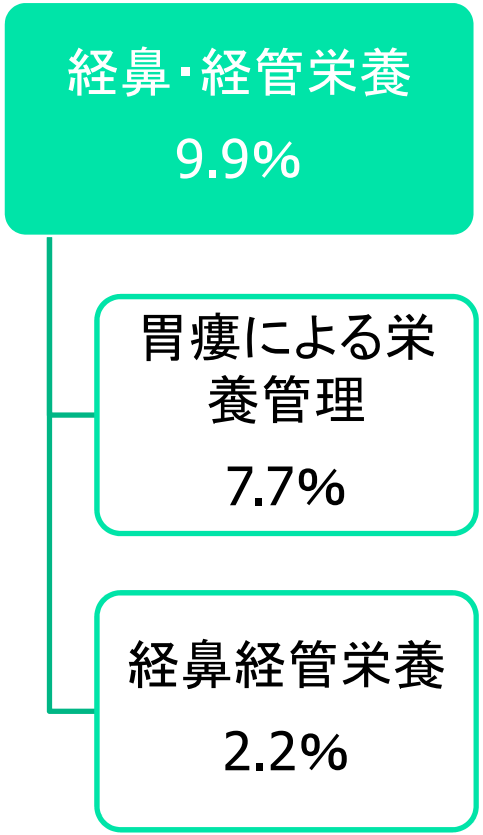
特養の医療処置の現状　№1
～全国との比較





特養の医療処置の現状　№2

全国



大塚みどりの郷

- 経鼻経管栄養　0%
- 胃瘻による栄養管理　0%

特養の医療処置の現状　№3

処置の内容	全国（割合　%）	大塚みどりの郷(割合　%)
創傷処置	４．６	３．３
浣腸	３．７	１．７
摘便	３．７	０
褥瘡の処置(Ⅰ度・Ⅱ度）	２．７	５．０
膀胱(留置カテーテルの管理）	２．７	１．７
インスリン注射	１．３	１．７
疼痛管理(麻薬使用無し）	１．１	０

全国は、三菱総研「特養利用者の医療ニーズへの対応の在り方に関する調査研究」より　平成20年
大塚みどりの郷は、平成22年4月1日現在の数字

・提案①
介護保険制度のから見た医療体制の見直し

施設内医療体制充実型特養

- 常勤医師配置加算の施設規模別単価の創設
- 複数特養間医師配置の導入
- 看護体制加算の見直し
- 看護職員夜勤配置加算

外付けサービス導入型特養

- 近隣医療機関からの医師派遣
- 訪問看護ステーション等からの連携加算の導入
- 同一敷地内事業所の看護職員等の活用

提案②
施設機能から見た医療体制の見直し

1. 看護・介護職員配置基準の見直し　　1対3から1対2へ
2. 夜勤職員の配置基準の見直し　　1対25から1対15へ
3. 特養配置医への専門カリキュラムの提供
4. 特養への療養(往診)に関する規程の緩和
5. 特養への処置等における介護保険給付適用範囲の拡充
6. 介護職員の医行為に関する制度的見直し(医行為実施に向けたカリキュラムの創設⇒資格取得時における教育、現場内教育のシステム化、介護報酬への反映）

提案③
特養における医療とは看取りに向けたケア

- 特養における生活施設とは？(老人福祉法)
- 生活施設における医療体制とは？

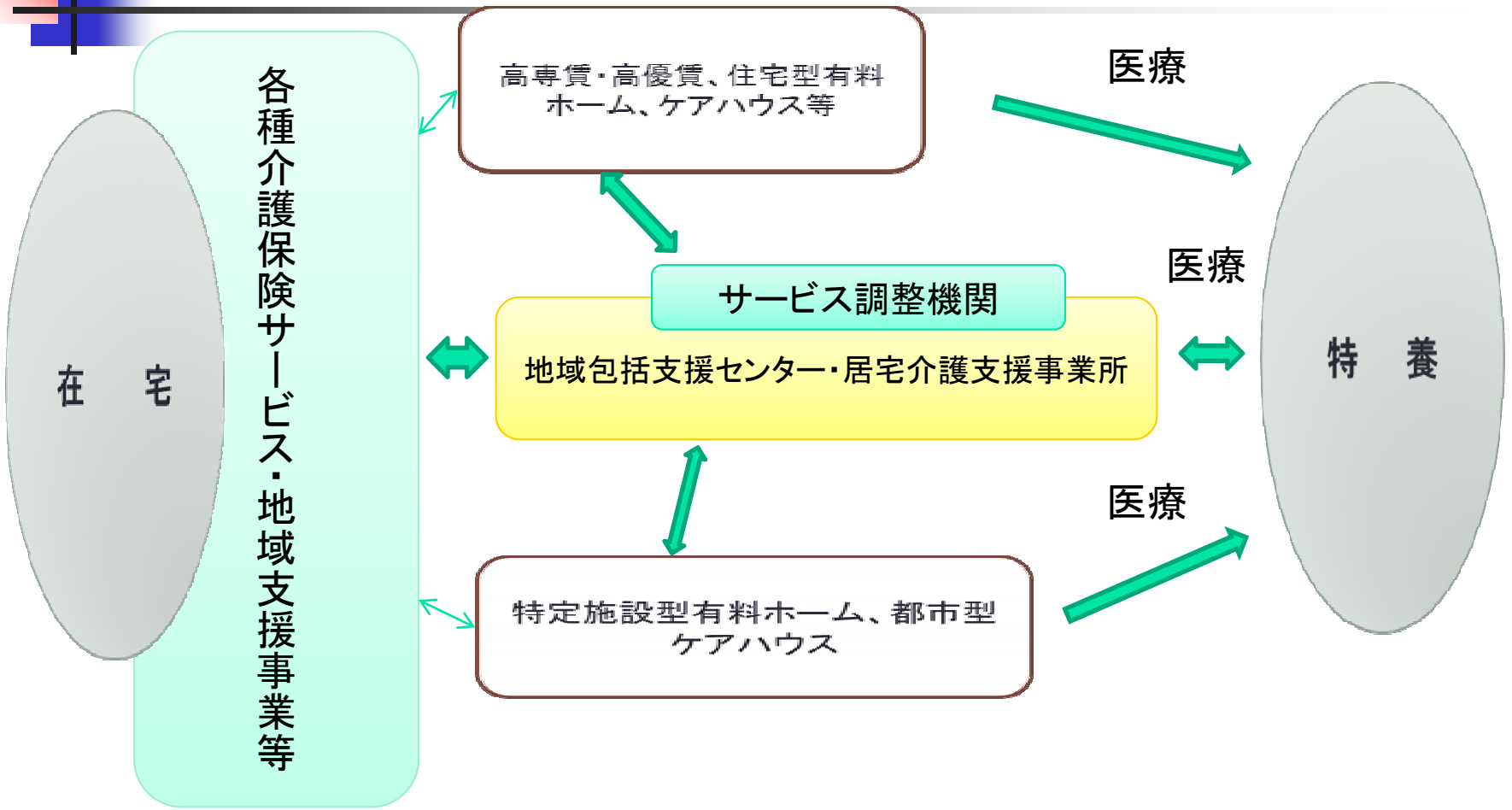
⇒　入所者に寄り添う医療サービスの提供

平穏死

尊厳死

自然な看取りとは何もしないことか？

提案④　施設機能から見た地域内連携



プレゼンテーション(2)

「ケアマネジャーの立場から」

日本介護支援専門員協会
居宅介護支援事業所部会　部会長
崎山　賢士

皆さんこんにちは。ただ今ご紹介にあずかりました私、崎山と申しまして、現在、日本介護支援専門員協会、居宅介護支援事業所部会、在宅、居宅のケアマネジャーの部会がございまして、その部会長を仰せつかっております。当会の木村会長より行ってきてくれということで今日来させていただきました。シンポジウムの要項を読ませていただきまして、「医療と介護の絆」というネーミングに、私は何を伝えればいいのか、自問自答いたしました。私も居宅介護支援事業所で普通のケアマネジャーでして、30 件の利用者を抱えております。地域でケアマネジャーをやっている人間として、両方の立場から、今日、いろいろお話できればと思っておりますのでよろしくお願い致します。

なぜ医療と介護の絆が問われているのか、どうすれば医療と介護の絆が強まるのか、という感じで、少しお話を進めていきたいと思っております。そもそも医療と介護の視点の違いは？ということで、和歌山県の県内の医療関係の、特に訪問看護の看護師と会話していると、ここが違うと話をしたことがありまして、それを少しまとめました。まず１つの見方は、細胞が集まり、それが一定範囲で調整しながら存在する人、つまり生きている人、これはきっと医療関係者が普通に診ている人だと思います。我々、介護のほうはどうかというと、次の社会環境との関わりの中で折り合いをつけながら存在する人。両方とも普段からみている人だと思いますがどちらかといえば、そうなのかなというところです。

今回のテーマでもありますように、この双方から見なければ、その人らしい生活が何かが、はっきりと理解できないと思います。だからこそ、医療と介護の絆を深める必要があると私は考えています。当然医療の情報は介護で活用すべきだが、介護の情報も医療に活用すべきだと考えています。認定審査会の委員もさせていただいている関係もありまして主治医の意見書をかなりの量を見させていただきます。認定審査の資料を見ていてもお医者さんが書かれているデータ、仕方がないのかもしれませんが、認定審査、

介護の手間というものを見る場合に、あまりにも情報が少ないケースが多いです。

我々は資料を取り寄せて、それを色々な形でケアプランに活かしていくわけですが、我々も情報のやり取りをしなければいけない立場にありますが、医療側もそういうデータをちゃんと吸収して、それを資料に活かしたり、治療のほうにも活かすということに繋げていただきたいと思います。

そして、皆さんご存知でしょうか。居宅のケアマネジャー、医療連携加算というのがつい最近出来まして取れるようになりました。つまり、居宅から入院します。そこで病院側といろいろやり取りしますと加算がつくわけです。退院するときも若干の加算がつきます。それほど高いわけではないですが、結構、要介護 1、2 の方ですと、平均すると 1 万円くらいの報酬の中にあって月 1 回とると、例えば退院退所加算 400 ですから 4,000 円、結構大きな金額になる。こういうことで書いていますように、それと意識していく為につくられたものではないのかなというふうに考えております。とはいえデータで見てますと、これをとってないケアマネも多いといわれておりまして、なぜなのか。これも少し調査、研究しなければいけないのかなというところはありますが、私共などからいいますと普通にやってきたことなので、普段やっていることを、お金をくれるから嬉しいという話になりますが、この辺のハードルを高く考えているケアマネジャーが多い、というのが現状かと考えております。

ここで考えてみましたが、平成 12 年の頃を思い出すとケアマネジャーの半分とはいいませんが、それにとても近い数の方が看護師ベース、看護師の方が多かったように思います。現在を見てみますと、その看護師の方たちは訪問看護ステーションのほうにいかれたり、病院のほうに戻られたり、非常に少ないです。今は介護福祉士、もしくはホームヘルパーの 2 級をとって、それから少し実践を踏んでからケアマネジャーになられた方が非常に多くなってきていまして、医療の方たちとのお付き合いがなかなかできない方が非常に増えていることも問題だという気がしています。医療側もその辺を割り切って考えていかなければいけない。

医療と介護の間では良質な情報が必要ということで、私の所属する居宅介護支援部会とは別に、例えば居宅から病院、病院から特養、病院から老健とか行く時に、どういう情報を伝えていけばいいのか、調査、研究をしていまして、来月も富山にヒアリングに行きます。そこで仮説ですが、3 つのことが必要だと考えています。1 つはあたり前ですけども、過不足のない情報。ケアマネジャーがつくる、とても多いアセスメントの情報がきても病院側も困ります。必要な情報は何か、過不足がないようにということです。

正確な情報、これも重要です。介護側はもちろんそうですが、医療側もそうで、正確な情報がないと治療する際に危険を伴います。そしてタイムリーな情報、入院されて1週間後に情報がきても遅い、入院されてすぐにいただけるとありがたいです。この3つの情報のあり方をしっかり把握して、そのためにはどういうことが必要なのか考えることが大切。その下に星印で、医療と介護の双方とも、一体どのような情報が必要なのかを互いに知り合うことが先決。ただ一方通行で、それでは足りないです。なんでそのくらいの情報をよこさないのか、とそのようなことをよく言い合ったりしている場面を見ますけども、もともとしっかりとこういう情報が欲しいとやり取りしていないと情報の齟齬が起こり、非常にまずいことになります。

私は今、和歌山県の田辺市というところにいますが、田辺市の周辺に3つ総合病院がありまして、総合病院の地域医療連携室とそこの担当医の方に来て集まってもらって、今一生懸命議論をしている。下に書いてあるマニュアル、システム、いわゆるパスめいたものを作り上げようということで議論をしているところです。議論をした上でマニュアル、システム作りが必要、ただ単にどこかで使ってきたものを、さあ始めましょうということではうまく進まないのではないかなと思っています。もちろんマニュアル、システムは欠かせないですけども、それを作りあげていくプロセスが地域に非常に必要だと思っています。これにはもちろん、ケアマネジャーも一生懸命関わっていく必要があると思いますが、医療側もそれにしっかりこうしていただきというのが思いです。

有効な連携ということで情報共有する際に必要な事項を3つくらいあげてみました。もっとあると思いますが、とりあえずこの3つがきちんと出来てないといけないのかなと思っております。1つが共通の概念、今どういうことを話そうとしているのか、お互い概略をわかっていないといけない。2つ目は共通の言語。これもよく話題になる話ですが、私もこの業界に20年いますが、今やっと医療用語、病院でお医者さんと看護師の方が話している言葉の内容が聞きとれるようになってきました。最初の頃は全然聞きとれなくて本当に困ったもので、いつも電子辞書を片手に調べたりしながら、その言葉を1つ1つ理解をしようとつとめたものですけども、言語の差というのが非常に出てきています。こういうこともしっかりとならしていく必要があるのかなということ。そして3つ目が双方向のコミュニケーション、ただ単に情報はFAXなどでながして、FAXでながすことはあまりないかもしれませんが、ついたらそれで終わりではなく、やっぱり双方向が必要だと思います。

病院から退院する時に、看護サマリーをいただきます。いただいただけで、ケアマネ

ジャーも返してない、看護サマリーをみてどうかということもなかなか返していない、我々も情報提供しますが、それの返しがない、というところがどうしてもうまくいっていません。どれか１つでも欠けていると有効な情報共有はできない、何がどう足りないのだろうか？というところですが、それぞれの倫理綱領を理解する、インターネットから引っ張ってきましたが、医の倫理綱領、お医者さんだったらご存知だと思いますし、下は看護者の倫理綱領、これは看護師さん達の団体のページにあったものです。一番下が日本介護支援専門員協会が作っているもの、上文の１番目と２番目です。こういうのもそれぞれ確認しておくべきだと思います。我々もこういうところを中核において仕事をしているはずです。他の職種の人がどういう倫理綱領をもって仕事をしているのか確認しておかないと、何をしゃべろうとしているのか、どうもわからなくなってしまう危険性が出てきます。ですので、どの倫理綱領もそんなに分厚いものではありませんので是非一度確認をしてはどうかと思っております。

医療現場の言語と介護現場の言語、これは、私の勝手な解釈ですが、言語というのはおかれた環境によって様々な変化を遂げます。医療現場では、命を扱う、ある意味、非常に切羽詰った環境に常に置かれているので、その現場で、的確にスピーディに情報を伝達していくためには、独特の略語や言い回しが必要不可欠となっています。介護現場では、比較的時間の余裕があることもあり、最近はカタカナが多くなってきたというものの、医療現場ほど言語が特殊化していないと思われる。つまりおかれた環境が違うと、同じ日本語でも全く伝わらないほどの状態になってきます。

ここで１つこう考えてほしいのですが、それぞれの言語をどこに合わせるか。医療側に合わせるのか介護側に合わせるのか、という話になるかもしれませんけども。基本的には利用者やその家族にもわかるレベルに合わせるべきだと思う。そうすれば、共通言語の問題はほとんどなくなってくると思います。ここまで落とすのは難しいかもしれませんが、できたらここまで落としていけば何とか通じるかなというところです。正直言いまして、私のように 20 年もやっている人間ばかりではないので、介護の仕事を始めてすぐの方は医療用語をやり取りしている中で絶対に意味がわかっていないと思います。意味がわかっていないと途中から聞かなくなるのでこの辺は考えていただきたいと思います。

双方向のコミュニケーションですけども、感情をやり取りするというところがあると、良質な連携がはかれると考えています。認定審査会での意見書についてですけども、医療側に介護の情報が伝わっていなければ当然、主治医意見書の精度が低下すると思いま

す。例えば、よくある議論で、主治医意見書の認知症の度合いをⅡAやⅢAという形で書いていますけど、ケアマネジャーがあとから見て、「何これ、先生どこを見ているの？」と言うことがよくあります。診察室に来てみた時に、何らかの形でこれくらいかなという形で書いてくれているが、家ではこうです、デイサービスに行っている時はこんな感じです、というところを実際にきちんと伝えられているか、というところがあります。そういうところまで少し意識してほしいです。そういう情報がケアマネからあがってきていない、他の事業所さんからきていないということであれば、最近どうなのか聞いてほしいというのが正直なところです。そうすると、主治医意見書の精度もかなり向上すると思っています。私の親しくしているすぐ近くの先生も頻繁に電話をくれます。今、意見書を書いているけど最近どう？と電話をくれるので、現実に即した感じで書いていただいています。主治医意見書の内容が良いか悪いかが、医療連携の1つのバロメーターと私は考えています。

情報共有の意味について、これも私の勝手な考えですが、情報というのは詳しく字を見ると、情つまり感情、こころを報、つまり知らせることの意味。マニュアルとシステムだけに頼っていると絆は深まらない、と私は考えています。つまり、つい最近あったのですが、COPD のかなり重度の方が入院されていましたが、意地でも家に帰ると言い、病院から家まで少し遠いので、帰りの車の中で死ぬかもしれないと主治医に言われても、帰ると言いました。それで、帰ってからお世話になる予定だった訪問看護師にタクシーに乗っていただいて帰ったわけですが、病院側はよかったですねと送り出してくれます。家に何とか無事に着きまして、その後1年くらいみたわけですが、その時に、他の方もしますが帰ってからその方がどんな表情だったのか、家での、ベッド上でどんな表情がどうだったか、家族との様子を文章にしたり、場合によっては写真に撮り、それを病院に返す。そうするとステーションで非常に盛り上がる。こうなりました、ありがとうございますと言うと、「わぁ、あの頑固じいさん、こんな風になってるよ」と非常に盛り上がるわけです。つまり、病院側から出して家に帰ってこんな生活しています、という家族にとっては感動。そういうのを病院に返してあげると病院も喜んでくれて、我々もきちんとやってきてよかったなという形になるわけです。そういうところまでもっていければ、非常に絆も深まるのではないかと考えています。

ケアマネジャーは、ケアマネジメントプロセスの中で、ケアチーム間で事実を共有していくだけではなく、その際に生じた感情、感動にも注意を払うべきです。同時に医療側も、その事に深い感受性をめぐらしてコミュニケーションをはかってほしいというと

ころです。

時間もなくなってきたので最後ですけれども、私、この絆という字をいろいろ調べていたのですけども、情と絆を使った慣用句で下の字、みなさん読めますか？情にほだされると読むらしいです。情に引きつけられて心や行動の自由が縛られるということらしいですけれど、「情に絆されてお金を貸しちゃったんだよね」そういうふうに使いますが、情によって絆は深く結ばれるのだと思うが、それが強まれば強まるほど、何らかの問題に遭遇した時、その絆を維持しようとする意思が強く表れ、問題解決の優先順位を下げてしまう危険性がある。医療も介護も対象者やその家族を支える専門職である以上、何が最も優先されるのかを常に意識する必要があります。これくらい絆がつながってほしいという気持ちも私はありますが、どうしても私なんかは、田舎で仕事をしていますけど、絆は強いと思います。強ければ強いほど絆をくずさないように発言が抑えられたりすることがある。その辺はちょっと考えなければいけないという気持ちを最後に、この言葉を入れてみました。ということで終りたいと思います。どうもありがとうございました。

医療と介護の「絆」

なぜ医療と介護の絆が問われているのか
どうすれば医療と介護の絆が強まるのか

一般社団法人日本介護支援専門員協会居宅介護支援部会部会長
居宅介護支援事業者愛の園　管理者　崎山賢士

そもそも医療と介護の視点の違いは?

人をどう見るか

○細胞が集まり、それらが一定範囲で調整しながら存在する人

○社会環境との関わりの中で折り合いをつけながら存在する人

この双方から見なければ、その人らしい生活が何かがはっきりと理解できない。　だからこそ、医療と介護の絆を深める必要がある

★当然医療の情報は介護で活かすべきだが、介護の情報も医療に活かすべき

居宅介護支援における医療連携加算の意味はそれを意識させるためのもの

医療連携加算

病院等と利用者に関する情報共有等を行うことに着目した評価

医療と介護の連携の強化･推進を図る観点から、入院時や退院･退所時に、病院等と利用者に関する情報共有等を行う際の評価を導入する。

○ 医療連携加算 → 医療連携加算 150単位／月 (利用者1人につき1回を限度)

算定要件 : 病院又は診療所に入院する利用者につき、当該病院又は診療所の職員に対して、利用者に関する必要な情報を提供した場合

○ 退院･退所加算 → 退院･退所加算(Ⅰ) 400単位／月 退院･退所加算(Ⅱ) 600単位／月

算定要件

【退院･退所加算（Ⅰ）】

入院期間又は入所期間が30 日以下の場合であって、退院又は退所に当たって、病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を求めることその他の連携を行った場合

【退院･退所加算（Ⅱ）】

入院期間又は入所期間が30 日を超える場合であって、退院又は退所に当たって、病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を求めることその他の連携を行った場合

医療と介護の間での良質な情報共有

過不足ない情報

正確な情報

タイムリーな情報

★医療と介護の双方とも一体どのような情報が必要なのかを互いに知り合うことが先決

★具体的な方法論としての連携シート

マニュアルとシステムは欠かせない・・・　しかし

有効な連携
情報共有する際に必要な事項

○共通の概念

○共通の言語

○双方向のコミュニケーション

★どれか一つでも欠けていると有効な情報共有はできない。何がどう足りないのだろう？

それぞれの倫理綱領を理解する

○　医の倫理綱領より

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

○　看護者の倫理綱領　前文より

人々は、人間としての尊厳を維持し、健康で幸福であることを願っている。看護は、このような人間の普遍的なニーズに応え、人々の健康な生活の実現に貢献することを使命としている。

○　介護支援専門員倫理綱領　条文より

(自立支援) 1．私たち介護支援専門員は、個人の尊厳の保持を旨とし、利用者の基本的人権を擁護し、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者本位の立場から支援していきます。

(利用者の権利擁護) 2．私たち介護支援専門員は、常に最善の方法を用いて、利用者の利益と権利を擁護していきます。

医療現場の言語と介護現場の言語

○　言語というのはおかれた環境によってさまざまな変化を遂げる。医療現場は、命を扱う、ある意味非常に切羽詰まった環境に常に置かれているわけで、その現場で、的確にスピーディに情報を伝達していくためには、独特の略語や言い回しが必要不可欠であるといえる。介護現場は比較的時間の余裕があることもあり、最近はカタカナが多くなってきたというものの、医療現場ほど言語が特殊化していないと思われる。つまり、おかれた環境が違うと、同じ日本語でも全く伝わらないほどの状態になるわけである。

★　それぞれの言語をどこに合わせるか。基本は利用者やその家族にも分かるレベルに合わせるべき。そうすれば、共通言語の問題はほとんどなくなるはず。

双方向のコミュニケーションについて

★双方向のコミュニケーションで「情」のある良質は連携が図れるよう互いに努力する必要性

（例）

<u>要介護認定審査にかかる主治医意見書について</u>

○医療側に介護の情報が伝わっていなければ当然主治医意見書の精度が低下する

○主治医意見書の内容が良いか悪いかが医療連携のひとつのバロメーター

情報共有の意味について

情報共有は単なるデータのやり取りではない

○「情報」というのは詳しく字を見ると、「情」つまり「感情、こころ」を、「報」つまり「知らせる」ことの意味

○マニュアルとシステムだけに頼っていると「絆」は深まらない

★ケアマネジャーはケアマネジメントプロセスの中でケアチーム間で事実を共有していく事だけでなく、その際に感じた感情にも注意を払うべき。同時に医療側もその事に深い感受性をめぐらしてコミュニケーションをはかってしてほしい

最後に
「情」と「絆」を使った慣用句

「情に絆される」

情に引きつけられて、心や行動の自由が縛られる（大辞林）

★情によって絆は強く結ばれるのだと思うが、それが強まれば強まるほど、何らかの問題に遭遇した時、その絆を維持しようとする意思が強く表れ、問題解決の優先順位を下げてしまう危険性がある。医療も介護も対象者やその家族を支える専門職である以上、何が最も優先されるのかを常に意識する必要があります。

プレゼンテーション(３)

「小規模多機能施設の立場から」

鶴巻高齢者複合施設ケアタウンあじさいの丘
居宅サービス部　次長
佐野　眞一

こんにちは。私は、神奈川県秦野市の鶴巻温泉というところから来ました医療法人社団三喜会のケアタウンあじさいの丘の佐野と申します。よろしくお願い致します。本日は手前どもの小規模多機能施設と書いてありますが、これは色々と後で説明させていただきますけれども、在宅支援の小さい事業所が寄り集まった施設になっております。そこの活動を通して医療と介護の絆、ならびに介護現場から医療に期待することということでお話をさせていただきたいと思いますので、よろしくお願い致します。

まず、私どもの施設がある土地柄から説明させていただきたいと思います。神奈川県秦野市というところで、小田急線の秦野ですとか、伊勢原ですとか、その辺をご存知の方も多いかと思います。人口約 17 万、高齢化率が約 20.6%、特徴としては、東京、横浜のベッドタウンとして、昭和 40 年代から 50 年代に人口は急増しましたが、近年の人口は微増状態で、少子高齢化が急速に進んでいるということで、これは全国各地の状況と変わらないかと思います。ここに写真があるように、富士山とか丹沢の山が非常に綺麗に見える環境はいいところです。

次に、手前どもが秦野市内のどの辺にあるかということなのですけれども、秦野市の東部地域で、小田急線の鶴巻温泉駅と東海大学前駅の２駅分が東部圏域となっておりまして、我々は鶴巻温泉駅から歩いて 7 分くらいのところにあります。こちらの写真、手前どもの施設から駅の方向に向かって撮った写真、ちょっと暗くて見づらいかもしれませんが、マンションとかもいろいろ建っていますが、来る途中には手前ども施設の母体でもある鶴巻温泉病院等もございます。丹沢山の端のところにあたるものですから、坂道が多くて、昔からの住民の方も多いです。駅前にマンション等も急速にできていまして、若い方の転入者の方も多いです。地域内には住都公団が約 40 年前に開設した大きな団地等もありまして、こちらの高齢化率が 40%超でかなり高齢化が進んだ地区もあります。

手前どもの複合施設の建物でございます。6 階建ての建物になっております。今の建物、内訳をご説明したいと思いますが、開設が平成 20 年 3 月です。1 階には鶴巻ホームケアクリニックという往診専門のクリニックを開設しております。ドクターが 1 名おります。次に鶴巻訪問看護ステーション、訪問看護のステーションですが夜間は当直体制をとっております。看護師 15 名、PT・OT5 名が在籍しております。非常に大きな訪問看護ステーションです。こちらの訪問看護ステーションは約 15 年程前から地域にありまして、今回の新設の建物の中に入ってきております。その中身ですけども、契約在宅支援診療所が 16 ヶ所、訪問看護の指示書発行医療機関数が 39 の医療機関、月平均利用者数が約 200 名、内、1 階にありますホームケアクリニックの利用者数が 30 名です。月平均延べ訪問件数が 1 500 件ということです。これを見ていただいてわかる通り、手前どもの中にある往診医よりも地域の先生からのオーダーが多いというものが特徴になっています。

次に鶴巻訪問看護ステーション居宅介護支援センター、ケアマネジャーが 6 名おります。あと、訪問介護の事業所でサービス提供責任者 5 名、介護福祉士 11 名、ヘルパー 9 名という訪問介護事業所になっております。ALS 等のヘルパーによるたんの吸引活動も実施しております。

そして、グループホーム鶴巻が 2 階、3 階でありまして 2 ユニットございます。こちらに関しては協力医療機関が 6 ヵ所、ホーム内での看取りまで実施。先ほど奈良さんの説明で、特養に入ってくると馴染みの訪問看護ステーションや在宅の診療所が途切れてしまうというお話がありましたが、ここのグループホームに関しては、そのまま主治医の先生が引きついで、下のホームケアクリニックの先生を必ずしも使わなくてもそのまま引きついで入ってくるということになっていますので、いろんな地域の先生がグループホームに主治医として入ってきていただいています。

次に 4 階にはデイサービスセンター鶴巻、これは小規模多機能の居宅介護の施設でして、名称はデイサービスセンターなんですけれども、小規模多機能型になっています。登録定員 25 名、通い定員 15 名、泊まり定員 5 名、協力医療機関 8 ヶ所で、こちらもいろんな地域の主治医の先生が入ってきていただいているという形です。ここの特徴は看護師常勤が 2 名、非常勤 1 名が在籍し、医療依存度が高い在宅の利用者を積極的に受け入れて、センター内での看取りもすでに 1 名実施しています。

5 階、6 階がレジデンスあじさいの丘で、こちらのほうは高齢者専用住宅になっています。この内訳は自立して生活できる方が 5 名、要介護生活者の方が 7 名です。協力医

療機関は、基本的には１階のホームケアクリニックの先生が診ているという形になっています。

あじさいの丘の理念ですけれども、今ご説明させていただきましたけども、ここの特徴は何といっても医療ニーズをもっている利用者さんを、介護ニーズと合わせてもち合わせている高齢者の方が、訪問、通所、泊まり、居住のサービスを受けながら、住み慣れた地域で馴染みの人々に囲まれ、その人らしい生活が送れるよう支援しますということで、医療ニーズをもっている方を積極的に受け入れているということを特色にしております。

これが当施設の概略図というか、主な略図になっているわけですけれども、こういった形で施設が非常に一体化していまして、それぞれの事業所間で行き来しております。当然、先ほども言いましたように、主治医の先生がいろんな地域から入ってきていますので、そういった形で、それに関わる行政、保健所、地域の診療所、病院、介護事業所、ボランティア、地域住民、民生委員、地域包括支援センターの方など、常に関係性をもって在宅での生活を支えているかたちになっています。利用者の多様性を認め、多機能性を提供と書いていますが、利用者の多様性というのは、医療ニーズが高い利用者さんでも、うちの場合は積極的に受けていきますという意味合いです。

次に、あじさいの丘では介護現場と医療・看護との連携は欠かせぬ要素ということで、先ほどの医療、看護との連携は欠かせないものになっています。あじさいの丘の介護現場ではグループホーム、小規模多機能デイサービス、高齢者専用賃貸住宅があるわけですが、その特徴として医療依存度の高い利用者さんが多いということと、主治医の定期往診による利用者の健康管理、先ほど言ったように地域のいろんな在宅の往診医の先生が入ってきますので、そういった部分での交流が多いということです。それと、早朝、夜間帯の緊急対応も当然、医療依存度が高い方が多く入っていますので、早朝夜間帯の緊急対応も多く出ております。

それから、どこの事業所も看取りを最後までやることになっていますので、当然ターミナル期に入った利用者さんに関しては、いろいろと医療との連携が欠かせぬものになってきているということです。常時やはり高齢者ですので、よく様々な面で病気のトラブルが出ております。あじさいの丘での介護と医療の接着剤は、当直体制をとり、24時間活動する訪問看護ステーションが担うということで、この訪問看護ステーションが本当に大きな役割等を担ってくれています。どういったものになっているかというと緊急時、早朝、夜間帯を中心に 24 時間対応をしてくれています。ですので、介護の職員

が医療依存の高い方を受け入れても、安心して介護の仕事に夜勤帯に 1 人夜勤でもつけるということになっています。当然、看取りに関してもサポートを訪問看護ステーションの看護師と主治医の先生とがメインになって、介護従事者がサポートする形で入っております。

地域病院・診療所医師との連携、これはうちのあじさいの丘に限らず、在宅にいる利用者さんなどをいろいろと地域の先生と一緒にみていますので、そういった部分でも連携が常時出来ているという状態になっています。あと、介護職への健康・病状観察・介護技術・吸引指導、病状悪化時における医師の指示のもとに行われる医療行為及び介護職との協働ケア、日常健康管理面での介護職からの相談受付、等々の役割を担っております。

その中で特徴的なものは小規模多機能型のデイサービスセンター鶴巻、小規模多機能型の施設があります。登録利用者さんは 25 名いらっしゃいます。これは 10 月のデータだと思いますが、こちらに書いてあるような病的な疾患をもっている方でもデイサービスに通い、泊まりを実施している状態になっております。この資料を作るために私がある日のお昼頃行って、それぞれの泊まりの部屋だとかを写真に撮ってきた状況なのですが、ある部屋では持続点滴があって、ある部屋では吸引の機械が置いてあって、ある部屋では胃ろうの溶剤が注入され、ある部屋では、髪の毛をとかしている方ですけれども在宅酸素をつけていらっしゃる方等々、このような形で、ある意味病院的な感じがするかもしれませんが、これがデイサービスの活動の内容として実施されています。

なぜこういうことが出来るか、医療と連携して出来るかというと、やはり高齢者複合施設という器の効能が大きいのではないかと考えております。24 時間、365 日当直体制をとる、地域に根ざした訪問看護ステーションを併設していることが大きい要因だと思います。それとともにこちらに書きましたけれど、併設するクリニックに加え、地域に１３診療所の主治医と、常時往診に来ていただく 5 診療所の先生が施設内に頻繁に出入りし、ケースを通じての介護職及び看護職との交流の機会が多いです。看護職だけではなく、介護職との交流もすごく多くできています。

これはある例ですが、地域の先生が在宅の利用者さんで本来、病院でみてもらうということがあったのですが、その先生は病院よりもデイサービスに行って、そこで点滴だとかを受けて診てもらったほうがいいということで、逆にデイサービスのほうでみてもらえないかと、預かってもらえないかというような依頼がくるケースもあるぐらいです。往診医の先生方も当然夏休みや冬休み等々いろいろありますので、そういった場合は往

診医の先生方がお互いに連携を取り合っていただいて、代行の緊急のときには他の先生に頼むといったことで先生同士の絆もできあがってフォローしてくれています。

病状の重度化や急変を含めて、介護職員と協働により、医師、看護師が迅速に対応することが出来ます。これはやはり同じ施設内におりますので、まずは訪問看護師に連絡なのですが、そこからすぐドクターに、地域の先生も夜間だろうが早朝だろうが携帯で電話をとってくれますので、そういった者から指示を受けて、介護職と看護職と協働して、先生が来るまで見ているということが常時行われています。

介護職が医療職と接する中で喜びを感じることということで、先生が頻繁にグループホームなどにいらしていただくわけですが、その介護職員に対して、365 日 24 時間利用者をみている命や健康の擁護者として、またチームケアのパートナーとして先生が対等の立場で接していただけるということを、介護職として感じていることが出来る。医師から利用者の健康状態や病状が、日々の生活支援介護環境活動によって、良くなったと言われること、「君達頑張ったね」と言われることが、すごくやりがいに感じているということ。逆に介護職員の果たす役割、力も医療だけではなく大きな力だと、先生のほうからも言っていただけることがあります。

次に利用者の病状や日常のケア方法について、介護職に直接丁寧に話をしてくれる時では、先生が色々とその方の病状ですとか、今後こうなっていくだろう、ああなっていくだろうと、介護職員に往診の時に直接先生のほうから教えていただける。そういったことは結構勉強会とかいろいろ開きますが、先生から丁寧に介護職員のほうに教えてくれる、話をしてくれると、介護職員もその方の病歴、病状に関して理解して、日々のケアの質が高まっているということがあって、それも喜びに感じているということにつながっています。これは、あるかかりつけの先生とのカンファレンスですが、ホワイトボードに書いていただいている方で、往診にきていただいている先生のお 1 人なのですが、こういったカンファレンスも定期的に開いております。

次に、介護職と医療職の連携ということで、チームケアの一員となる為の介護職の必要要素ということで考えてみました。利用者の日常生活全般や課題について、誰よりも一番良く解り、自分らしく生きていけるよう生活の一コマ一コマを大切かつ丁寧に支援することができることが、当然必要な要素ではないかなと実態を通じて思います。利用者の疾病や健康の変化及び訴えに対し、直ぐに看護師や医師に SOS を出し、丸投げしてしまうのではなく、表情やバイタル、訴えのレベルや変化に至る要因や兆候を把握した上で、相談依頼することができるという能力も必要だと思います。

よく介護職員が、お腹が痛いと言っているのです、とか、熱が出ています、とかすぐに看護師や、またはドクターに SOS を出すと、うちの場合は怒られてしまいます。どういった状況があってそうなっているのか、あと熱が出ているなら何度くらいなのか、38 度以上あるのかどうか、そういうことをよく把握した上で連絡して、というように返されてしまいます。ある意味ではそういう部分で介護の質もあがってくるため、安易に先生に相談するのではなくある程度利用者さんのことをわかった上で相談、依頼することが出来る能力が必要ではないかと思っております。

次に利用者の特性によって、異なる医療・看護職との連携支援チームケアの仕組みが理解できているということで、利用者さんによって千差万別だと思います。医療に関わる部分、看護に関わる部分もわかった上で、介護職が判断して相談するという能力も必要になってくるのではないかと思っております。話がとんでしまいますが、これはある介護職員の吸引勉強会ということで、あるグループホームの職員、訪問介護のヘルパーさんなどを対象にした勉強会を実施している風景でございます。これも同じようなことが言えます。

最後のまとめですが、今後、介護福祉士による胃ろう管理や吸引等の医療行為等の業務分担拡大は諸刃の剣になりうるのではないかというふうに思います。先ほどもお話に出ていましたけれども、いろんな手順ですとか、しっかりと知識をつけた上で実施していかないと、その辺に関しては怖い部分もでてきてしまう。ただ逆に言えば、その辺がきちんとされて、介護福祉士の業務拡大ができれば、介護福祉士のやりがい、職責、資格に関してもつながっていくのではないかと思っております。

介護職は、要介護者の生活の質を高める主軸としての位置づけと認識、仕組みづくりが必要ということで、先ほどもお話にありましたけれども医師とケアマネジャーまでの関わりに関しては、退院時共同指導加算ですとか、そういう形でつながりがついてきていますけれども、介護職までいたるというのはまだもう少し、そういうところまではいっていないと思います。ただ生活全般を 1 日みているというような部分では、介護職と医療との結びつきの何かしらの仕組み作りというものも、やっぱり医療行為の拡大等が出て来た部分に関しては合わせて行っていく必要があるのではないかと思っております。

最後になりますが、介護職が主軸となり、医療・看護・介護が密接に連携し、医療、看護のサポート体制が確立されていれば、医療依存度が高い利用者であっても、病院ではなく在宅及び在宅に準じる施設において、家族や地域に囲まれながら過せることが充

分に可能であると考えております。地域包括ケアシステム等々、これから考えられていって、いろんな介護の現場でも 24 時間対応というようなことが大きな課題になってくるかと思いますが、やはりその時に、まさしくこの早朝、深夜、そのような時間帯と医療対応との仕組みもしっかり考えていかないといけないかなと考えております。以上で私の話を終らせていただきます。ご静聴ありがとうございました。

医療と介護の「絆」を考えるIII

（小規模多機能施設の立場から医療に期待する役割）

平成22年11月27日

鶴巻高齢者複合施設ケアタウンあじさいの丘
佐野　眞一

神奈川県秦野市及び所在地域の概要

- 神奈川県秦野市
- 人口：約17万人　高齢化率：20．6％

特徴

東京や横浜のベットタウンとして、昭和40年代から50年代に人口が急増したが、近年の人口は微増状態で、少子高齢化が急速に進んでいる

秦野市東部地域

（小田急線鶴巻温泉駅・東海大学前駅を中心とした生活圏域）

- 人口：約3万8千人　高齢化率：約21．2％

特徴

- 起伏のある土地で坂道が多い。昔からの住民と若い世代の転入者が多いが、高齢化も進んでいる。

  約４０年前に整備された高齢化率４０％超の公営大規模団地もあり、更に高齢者が増え続けている。

あじさいの丘全景

高齢者複合施設ケアタウンあじさいの丘概要
（平成２０年３月開設　６階建て）

- １階

・鶴巻ホームケアクリニック
（訪問診療専門＝在宅支援診療所　医師1名　事務員1名）

・鶴巻訪問看護ステーション
（訪問看護　夜間は当直体制　看護師１５名　ＰＴ・ＯＴ5名
契約在宅支援診療所１６　指示書発行医療機関総数３９
月平均利用者数約２００名前後　内鶴巻ホームケアクリニック利用者約３０名
月平均延べ訪問件数約１５００件前後）

・鶴巻訪問看護ステーション居宅介護支援センター
（ケアマネージャー6名）

・鶴巻ホームヘルプセンター
（介護福祉士１１名　ヘルパー9名　サービス提供責任者5名（介護福祉士）
ＡＬＳ等のヘルパーによるたんの吸引も実施）

- **2・3階　グループホーム鶴巻**

  (認知症高齢者グループホーム　　2ユニット定員18名
  協力医療機関6カ所　　ホーム内で看取りまで実施)

- **4階　　デイサービスセンター鶴巻**

  (小規模多機能型居宅介護　登録定員25名
  通い定員15名　泊まり定員5名　協力医療機関8カ所
  看護師常勤2名非常勤1名が在籍し、医療依存度が高い在宅の利用者を積極的に受入れ　センター内での看取りも1名実施)

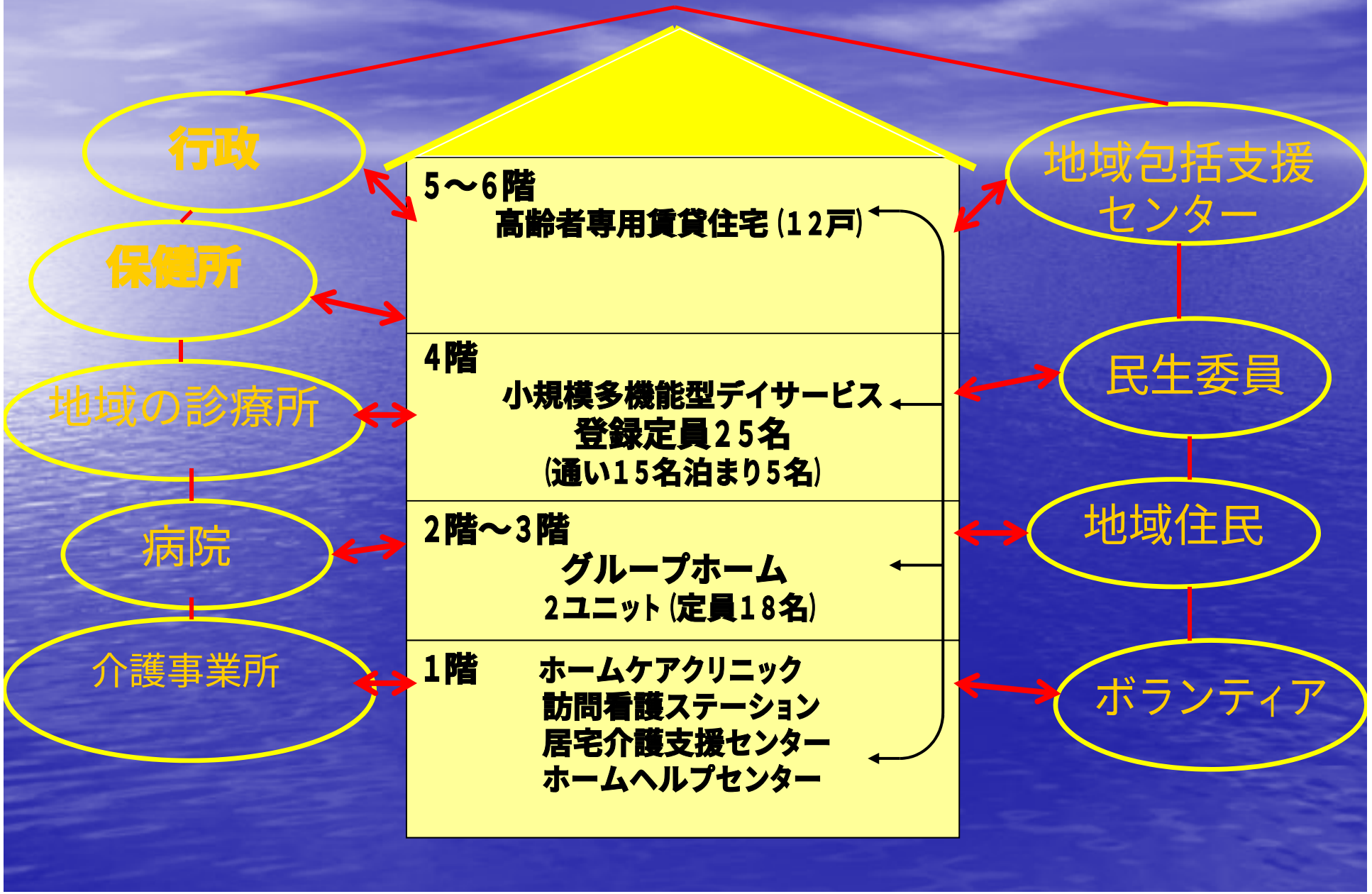
- **5・6階　レジデンスあじさいの丘**

  (高齢者専用賃貸住宅12戸
  自立生活者5名　要介護生活者7名　協力医療機関1カ所)

あじさいの丘の理念

医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ、高齢者の方々が訪問、通所、泊まり、居住のサービスを受けながら、住み慣れた地域で馴染みの人々に囲まれ、その人らしい生活が送れるよう支援いたします。

利用者の多様性を認め、多機能性を提供



あじさいの丘では介護現場と医療･看護との連携は欠かせぬ要素

あじさいの丘の介護現場

（グループホーム･小規模多機能デイサービス･高齢者専用賃貸住宅）

- 医療依存度の高い利用者が多い
- 主治医の定期往診による利用者の健康管理
- 早朝夜間帯の緊急対応
- 看取りの対応
- 利用者の様々な健康トラブルが出現

あじさいの丘での介護と医療の接着剤は、
当直体制をとり２４時間活動する
訪問看護ステーション（訪問看護師）が担う

あじさいの丘での訪問看護ステーションの役割

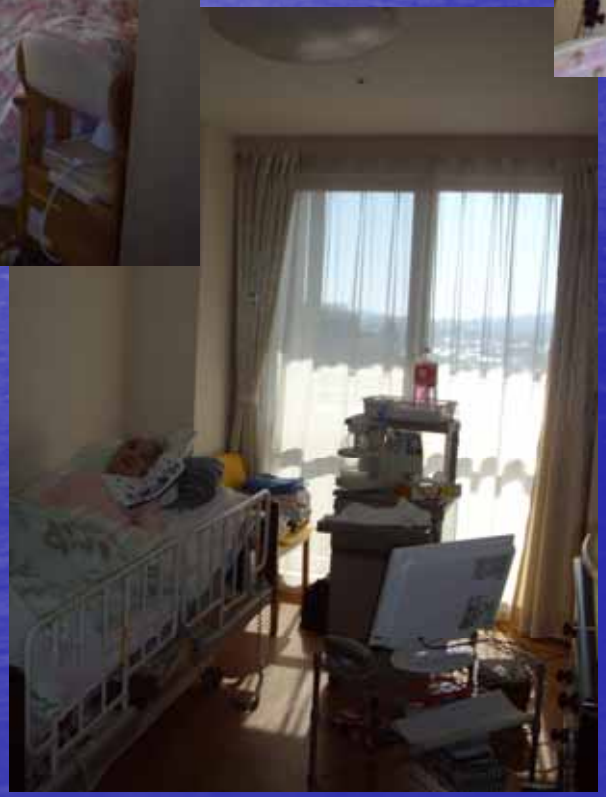
・緊急時早朝夜間帯を中心に２４時間対応
・看取りのサポート
・地域の病院・診療所医師との連携
・介護職への健康・病状観察・介護技術・吸引指導
・病状悪化時における医師の指示のもとに行われる
　医療行為及び介護職との協働ケア
・日常健康管理面での介護職からの相談受付

小規模多機能型デイサービスセンター鶴巻
利用者状況

利用登録者合計２５名（一部重複疾患あり）

- 認知症　１０名（胃ろう注入1名）
- 脳梗塞　　6名（胃ろう注入2名）
- 胃がん後 1名
- 心不全　　4名（ペースメーカー2名）
- 腎不全　　1名（週3回透析）
- 糖尿病　　2名（毎日インスリン注射1名）
- 肺気腫　　2名（慢性呼吸不全1名　在宅酸素1名）

デイサービスセンター鶴巻のある日のスナップ



あじさいの丘の医療･介護連携
高齢者複合施設という器の効能も大きい

- ２４時間３６５日当直体制をとる、地域に根ざした訪問看護ステーションを併設する
- 併設するクリニックに加え、地域の１３診療所の主治医と常時往診に来る5診療所の先生が施設内に出入りし、ケースを通じての介護職及び看護職との交流の機会が多い

  →地域の診療所の先生より、在宅で利用者の健康状態が悪化した場合などは、病院ではなく、暫くデイサービス（泊まりも含む）を利用して、様子を見たいとの依頼を受けるケースもある
- 往診医が休む場合は、往診医間及び併設クリニックの間で相談連携し、相互補完している
- 病状の重度化や急変を含め、介護職員と協働により、医師看護師が迅速に対応することが出来る

介護職が医療職と接する中で喜びを感じること

- 医師が介護職を３６５日２４時間利用者をみている命や健康の擁護者として、またチームケアのパートナーとして接してくれる
- 医師から利用者の健康状態や病状が、日々の生活支援介護環境活動によって、良くなったと言われること（介護の力も大きい）

  →胃ろうにてグループホームに入居された利用者が、介護職の日々の食事形態や嚥下能力を加味した食事介助アプローチにより、胃ろうから口腔からの食事摂取に変化
- 利用者の病状や日常のケア方法について、介護職に直接丁寧に話をしてくれる

  →百聞は一見に如かず・・・　講演会や勉強会による知識の吸収も大切だが、直接臨床を通じて医師から聞くことが最も頭に入り残る。ケアの質も格段に向上する

地域かかりつけ医とのカンファレンス

介護職と医療職の連携
チームケアの一員となる為の
介護職の必要要素

- 利用者の日常生活全般や課題について、誰よりも一番良く解り、自分らしく生きていけるよう生活の一コマ一コマを大切かつ丁寧に支援することができる

  →在宅では家族と同居しながらも、うつ傾向にあった認知症と肺気種の疾患を持った利用者が、グループホームに入ったところ明るく元気になった
- 利用者の疾病や健康の変化及び訴えに対し、直ぐに看護師や医師にＳＯＳを出し丸投げしてしまうのではなく、表情やバイタル、訴えのレベルや変化に至る要因や兆候を把握した上、相談依頼することができる
- 利用者の特性によって異なる医療・看護職との連携支援（チームケア）の仕組みが理解できている（役割分担）

介護職員吸引勉強会

実際に吸引の手技を確認

ま と め

- 今後、介護福祉士による胃ろう管理や吸引等の医療行為等の業務分担拡大は、諸刃の剣になりうる
- 介護職は、要介護者の生活の質を高める主軸としての位置づけと認識、仕組みづくりが必要

  →医師とケアマネージャーまでの関わりの仕組み作りは出来つつある
- 介護職が主軸となり、医療・看護・介護が密接に連携し、医療看護のサポート体制が確立されていれば、医療依存度が高い利用者であっても、病院ではなく在宅及び在宅に準じる施設において、家族や地域に囲まれながら過ごせることが可能

プレゼンテーション(4)

「グループホームの立場から」

医療法人社団三草会
在宅支援統括事業部　副部長
長井　巻子

皆さんこんにちは。札幌から参りました、医療法人三草会というところに勤めています。グループホームの立場からということで実践報告をしたいと思います。よろしくお願い致します。

まず、全体的にグループホームというのは、本当に短期間の間にたくさんグループホームができたということで、グループホームほど、この 10 年の間に次々といろんな事が起こって規制された制度もないのかなというのがございます。94 年に全国８ヶ所のモデル事業の調査研究で、北海道が４ヶ所ということで、北海道はやはり面積が広いということと、雪の問題、医療機関の問題で、どうも新しいものが好きだというような、そのような特徴があると思います。

認知症ケアというのは、誰でもなりうる可能性があるということでパーソンセンタードケアという形で地域を支えていくということで、全国各地で取り組みがなされています。平成 18 年に、地域密着型にグループホームがなって市町村に権限が移ったということがございます。グループホームは平成 11 年に 266 ヶ所であったものが、平成 22 年の 4 月には 10,411 ヶ所いうことで、利用者が 13 万人くらいいらっしゃるということで、あっという間にグループホームが増えたということがございます。グループホームというのは、その人らしい生活支援をチャレンジャーとしていつも試行錯誤していながらやっていくというところでございます。

グループホームの制度ですけれども、要支援２から入れるということで、認知症の診断があって、1 ユニット 5 人から 9 人ということでしばりがございます。私は日本グループホーム協会の役員等もやっておりますので、皆さん興味があれば見ていただきたいんですけれども、事業所調査結果というのがあります。インターネットで調べるとこの調査結果が出ています。この調査結果を見ていくと、入居の年数が高くなると、重度化ターミナルということがこの調査結果からもわかります。

人員配置は3対1ということで、グループホームは生活時間というのがございまして、

これは事業所によって違い、たいてい朝の 6 時くらいから夜の 9 時くらいまでが生活時間、ですから 21 時以降が夜間帯ということになります。今年の 3 月、札幌で火災がおこって 1 人夜勤はどうなのか、ということになり、本当に夜勤の職員が来なくなりまして、今、大変な問題が起こっています。働いている職員はやはり中高年の方が多く、そしてヘルパー 2 級保有者が多いというのが全国的な特徴でもあります。設備に関しては火災報知器とかそういうものが経過措置の間に、火災があったということで、今年どんどん規制がされています。

利用者負担というところでは、ホテルコストといっていますけども、やはり高いということで、今問題になっていることは、ご夫婦が認知症になってグループホームに入りたくてもホテルコストが高くて入れないというような状況が起こっています。もう 1 つ特徴的なのはグループホームは独自の介護報酬がありまして、要支援 2 から要介護 5 まであまり変わらないフラットな報酬だというところも特徴かと思います。21 年度、介護報酬が改定になって新規加算がつきましたけども、なかなかこの加算の使い勝手が悪いというのが今、現状だと思います。

地域との連携ということで、運営推進会議、概ね 2 ヶ月に 1 回といわれていたのですが、今年の火災をうけて 2 ヶ月に 1 回開催をしなさいということで規制が入っております。そして外部評価と介護サービス情報公表ということで、グループホームは 2 つ行わなければいけないというのも、またグループホームの特徴かと思います。来年からは、情報公表はお金がかからないということなので、少しは事業者負担も少なくなるかと思います。医療機関との連携もしなさいということで、母体施設とか大きな施設、あるいは医療機関、歯科、という形で医療機関との連携ということになっています。連携体制加算ということで、医療機関や訪問看護や看護師の配置をしていて、健康管理とか自動化対応や、そういうことの体制が整っていれば、事業所加算、連携体制加算がとれるということになっています。

ターミナルについては、下の方に協会のデータがありますけども、取り組みを実施したというのが 37.2%ということで、だいたい 4 割のところでターミナルを経験をしているというデータがございます。

グループホームの多機能化ということで、開設 3 年以上で短期入所が使えたり、あるいは共用の認知症のデイが使えるということで、なかなかこれもハードルが高いということで、使い勝手が悪いという現状があります。自主事業の実地状況ということでほとんどありませんけども、あるというふうに答えたところは、泊まりとか配食サービスを

自主事業としてやっているというデータもございます。

私が勤めている実践を少しご報告したいと思います。まず札幌市の現状はというと、大きな都市で四季がはっきりしていて、人口約 190 万人で、北海道の人口の３割が札幌市に集まっているということになります。行政区が 10 区、高齢化率が 19.1%、要介護認定状況が 17.4%、そして平成 19 年度の老人医療支払い件数は約 450 万件という、現状がございます。札幌市におけるグループホームの状況はというと、地域密着型になってから札幌市は、全国２番目にグループホームが多いということで凍結をしていました。現状としては、特定の地域に集中しているということと、利用者の約６割が居住地にいて、グループホームの待機者が 500 人くらいいるということで、この第４期に、少し今年から規制緩和がされています。その公募です。まちづくりセンターが地域の核になるので、その場所にないところにグループホームを公募ということで少し規制緩和がされています。

私が勤めている三草会のことをちょっとお話します。東区と北区に事業所がございます。まず病院があって、225 ベッドで、整形とリハビリに特徴をもった病院です。ですから、障害が残ったまま退院をして、地域で暮らすという患者さんが多かったということで、介護保険事業のほうを手がけています。次に、老健がございます。平成８年に老健がオープンして、認知症の方は回廊式の建物でなければいけないということで平成８年に老健がオープンしましたので、当然回廊式の 100 床の老健が開設をしました。その頃はまだ介護保険制度前でしたから、低減制がありました。3 ヶ月以上いると安くなってしまう。3 階が認知症専門棟でしたので、在宅に戻ってもすぐに戻ってくる人という形で、在宅での生活が難しいということが本当に半年もしないうちにわかりました。ですから、老健を核にしてグループホームをつくろうということで、老健のそばに民家改修型のグループホームを始めたのが平成９年ですが、今はございません。そしてその 2～3 年間のノウハウを活かして、現在あるのは、東区というところにグループホームとデイという形で必ずグループホームとデイサービスを併設しているというのが特徴でございます。

これが事業所一覧です。ですから平成９年の民家改修型はございませんので、今伸縮のグループホームしかありません。私、少し間違えましたが、デイの平成 19 年の１月にオープンをした「出逢い」というのが一般型です。あとは認知のデイになりますので直していただきたいと思います。ですから、グループホームが 3 地域にあり、63 名の方が生活をしていて、そこにデイサービスが併設をしていますので、イメージ的には大

型施設が 3 地域に分散をしているというイメージで見ていただければと思います。

それとこれが 7 ユニット 63、空室が 2、10 月末の現在ですけども、そこに書いてあります平均要介護度が 3.5～6 です。やはり入居期間が長くなると、当然要介護度も上ってきているという状況でございます。その足し算を間違っていると思いますので、その辺見て確認していただければと思います。

どこから入ってきているかというと、自宅からというのが圧倒的ということがそのデータでおわかりだと思います。老健あるいは病院というのは母体施設の老健、病院から入ってきているわけではなくて札幌市内の老健、病院から入ってきているというのが特徴です。中にはグループホームから入ってきているというのも最近の傾向なのかと。

うちの特徴としては、特養待機の方が誰もいないというのが特徴です。入居期間が 5 年以上という方が 27 名ということで、そういう意味では終の棲家という機能を果たしています。医療との連携ということで、複数の慢性疾患を持つ入居者が多く、それぞれの事業所は、母体病院があり、連携はしていますけども、地域の医療機関とも連携をしていますので、それぞれの事業所が違う医療機関と連携をしています。健康的な管理や、あるいは日々の病状に関しては内科の先生がホームドクターとして、つまり内科の先生が専門医の先生と連携をしているという構図になっています。医療連携体制加算をとっていますので、訪問看護あるいはクリニックとの連携をしています。

そして、やはり認知症の方は環境を変えないということがとてもいいわけですから、治療が終ったらできるだけ早く生活の場に、グループホームに返して下さいとお願いをしています。入院中も職員が細目に見舞いに行って、経口摂取で戻ってこないとグループホームの生活が難しくなるので、胃ろうや鼻くうやカテーテルが入らないようにして下さい、というような形で情報交換やそんなことをやり取りして、出来るだけ早く返してもらうということで連携をしています。

1 年間の退居状況をみれば、データ的にだいたい、各 2 ユニットでやっていますので、1 人か 2 人くらい退居していくということです。当然グループホームで看取る方もいらっしゃいますし、病院への転院ということで、やはり多いのはインシュリンや胃ろう増設、吸引等の常時医療行為がおこってくると、グループホームを退居しなければいけないということがあります。日々の健康管理、病状の管理がいかに大切かということで、母体の老健のリハのスタッフにボランティアで来ていただいて、例えば、経口摂取ができるような姿勢とか、歩行状態をこんな風にという感じでアドバイスをしてもらいながら、出来るだけ医療の専門職を活用していくというような形にしています。

今後、医療と介護の協力、連携強化というのはとても大事だと思っています。ですから病院は治療の場ですので、こちらのほうがああしてほしい、こうしてほしいというのは環境の中ではとても無理だと思いますので、出来るだけ早く返して下さい、治療が必要であれば、治療が最優先であれば、短期間の入院でお願いしますという形でやっています。あとチームで支えていくということで、私も福祉系ですので医療の敷居は高かったと思います。最初は、医療職はなんとなく専門用語を使ってなんか難しいなと思った時期もありましたけれども、こちら側がアレルギーをおこしてしまうと、利用者さんに迷惑がかかるということで、少し視点を変えていくと、質を上げるためには医療職と仲良くして、一緒にチームで支えていくとより効果的になるのだと、ふと気が付くことがありましたので、難しい言葉を使われると、もうちょっとわかりやすくお話しをして下さいとか、あるいは通院などする時には、皆さん医療職の方は忙しいですから、コンパクトにA4くらいでまとめて生活の状況や何が困ってどうしてほしいのかというような形で、書式と口頭でという形でお互いに出来るだけ効率よく質を上げていこうということでやっています。

それとあと、法人外の中で質を上げていくということで、東区にグループホームが24 事業所ありますので、そこに認知症のサポート医がいますので、その先生が２ヶ月に１回ミニ事例で検討会をやっています。２時間、夜やっていて、１時間はその地域で在宅診療に熱心な先生が１時間ほどプレゼンをして、そして残り１時間は、私達がもっていく事例でこんなことが困っているというような、そんなような事例検討会をやっていています。今、実施をして３年目に入るのですけども、敷居が低くなって、フレンドリーになったなというのが私の実感です。

ですから、これからグループホームというのは本当にいろんな地域の社会資源を使って活用して、アラカルトメニューで認知症の方を支えていくというところでは、地域と共生をしていかなければいけない、医療と連携強化をして、出来るだけ環境を変えないシステムを作っていかなければいけないと思っています。最後にお願いですけれども、本当にヘルパー２級の保有者が多くて、スキルアップも含めて、医療機関の方に今後も育てていっていただけるとありがたいと思います。これで私の実践報告を終らせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

平成２２年１１月２７日

老人医療を考える会第３４回全国シンポジウム

医療と介護の「きずな」を考えるⅢ
～介護の現場から医療に期待する～
グループホームの立場から

医療法人社団三草会　在宅支援統括事業部
長井　巻子

グループホームの歩み

＜スウェーデン＞

１９８５年	バルツァーゴーデン（バルブロ・ベック・フリス）
１９９２年	エーデル改革　認知症の切り札として登場

＜日　　本＞

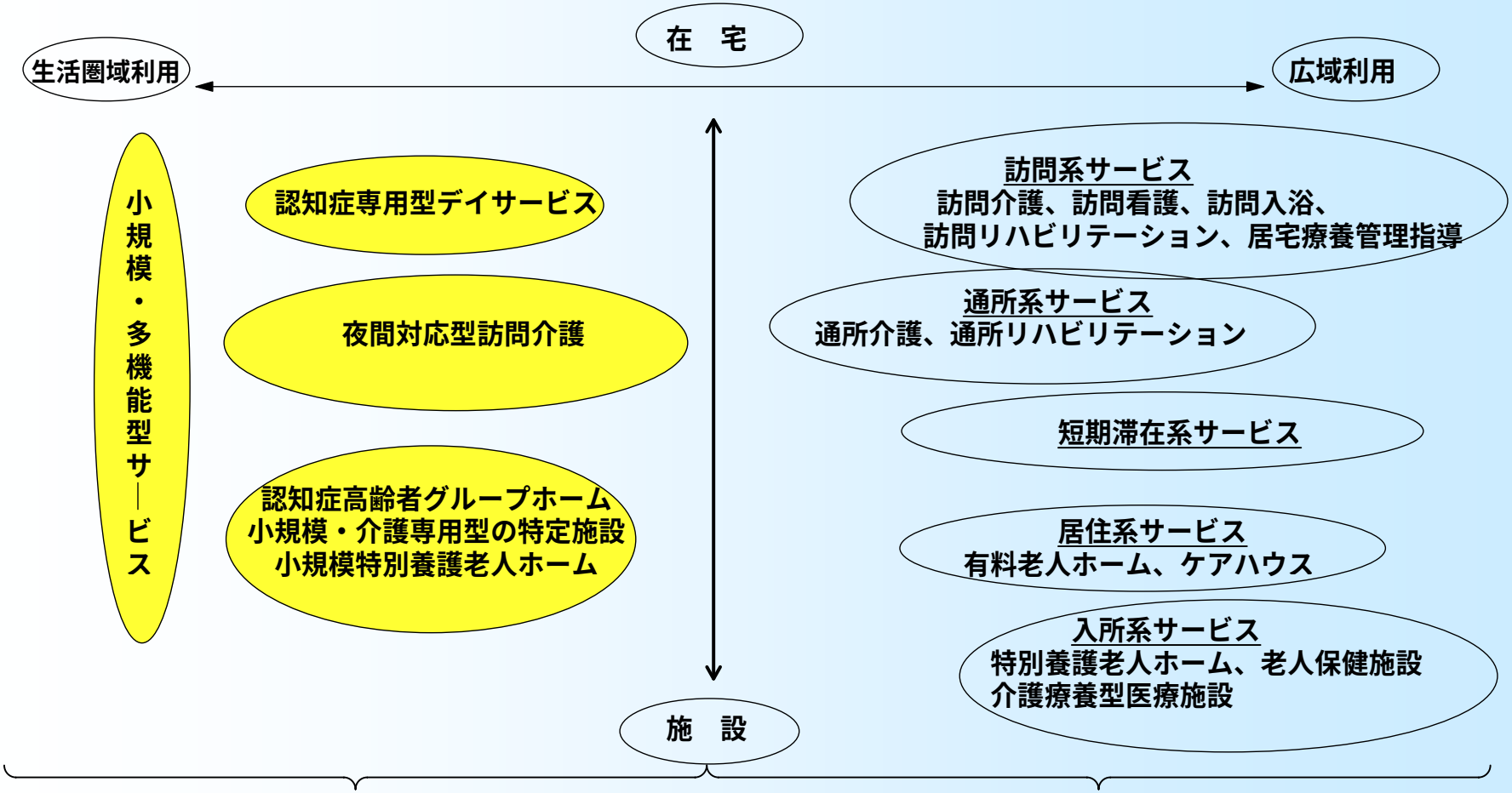
９０年代初め	先駆的・画期的な取り組み
１９９４年	「痴呆性老人のためのＧＨの在り方に関する調査」 全国８か所(北海道４か所、うち札幌２か所)
１９９７年４月	痴呆対応型援助事業
１９９７年	ゴールドプラン（２００４年度３，２００か所）
２０００年４月	介護保険制度導入　「居宅サービス」
２００６年４月	介護保険制度改定「地域密着型サービス」

認知症ケアの経過

	世の中	介護最前線	国
1970～	認知症の人が増加	ケアなきケアの時代	老人医療制度の導入（72）
			特別養護老人ホーム開始（63）
	「行き場がない」	問題対処、魔の3ロック（ことば、しばる、過剰な薬）	
1980～		老人病院/施設急増　提供側本位のケアの時代	
	「入所させる」	・やってあげるケア	老人精神保健対策（82）
		・プロの視点での集団処遇	認知症性老人対策推進本部（86）
			老人保健施設開始（87）
		・プロの視点での施設整備	ゴールドプラン（89）
1990～	グループホーム誕生	利用者本位の支援の始まり	
	「ふつうに暮らす」	・本人中心の新しいケア	
		・あたりまえの暮らしの支援　GHの制度化	
2000～	施設改革（ユニットケア等）	利用者本位の支援の時代へ	介護保険制度の導入
	「いつでもどこでもふつうに暮らす」		サービス評価導入
	質の格差		2015年に向けた高齢者介護
			認知症への名称変更
			認知症を知り町を作る10年
2006～	地域包括ケア	⇦地域の中で暮らし続ける支援へ	介護保険法改正
			小規模多機能型居宅介護開始（06）
	「いつでもどこでもふつうに暮らす」	地元の人とプロと一緒に	
2015	全自治体で確実な実施		

認知症介護研究・研修東京センター主任研究主幹永田久美子氏
資料より一部改定し引用

地域密着型サービス～平成１８年度創設



地域密着型のサービス

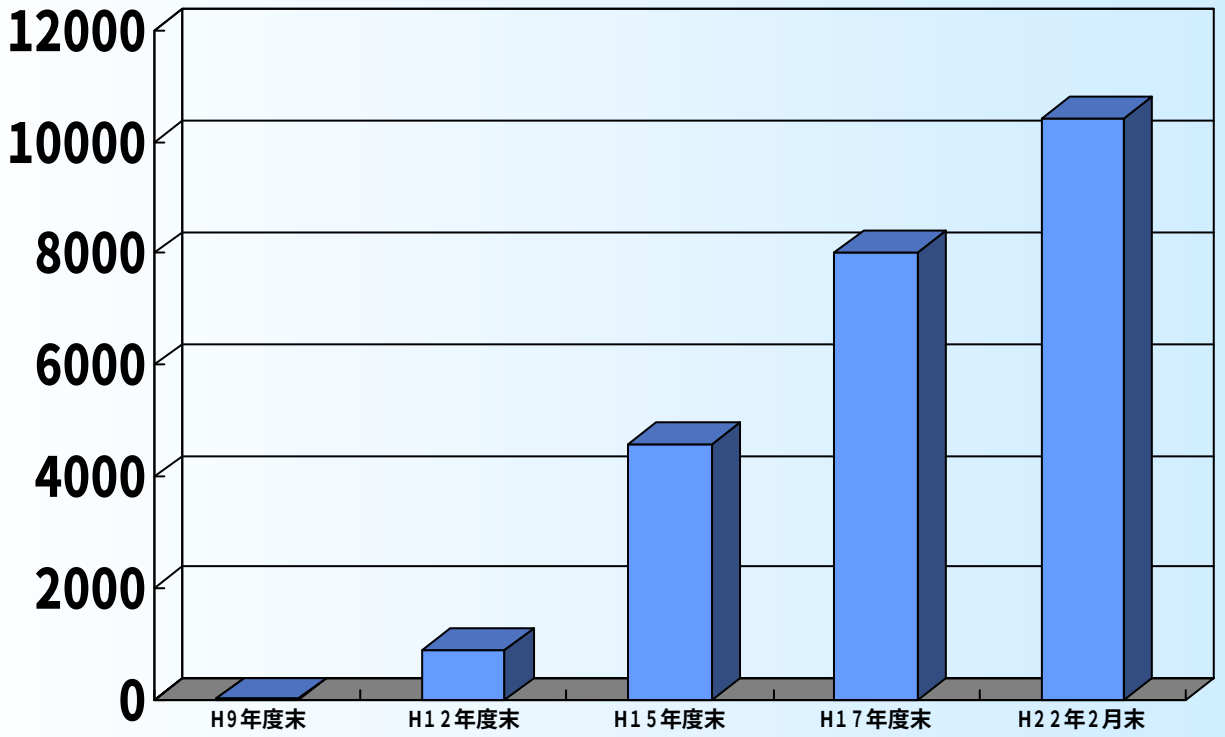
一般的なサービス

（事業者指定・指導監督等）

市町村長

都道府県知事

全国認知症グループホーム事業所推移



グループホームとは

馴染みの環境
地域・小規模・家庭的
馴染みの人間関係
少人数対少人数
残された能力を奪わない
自立が基本
普通の生活
家事、食べたいもの、地域に出かける
お金を使う
一人ひとりの生活歴
一人ひとりの人生、生活を尊重した対応
その人らしさ
周辺症状を取り除いて、その人らしさを呼び戻す

グループホームの基本方針

認知症対応型共同生活介護の事業は、

「要介護」(要支援2～)　「認知症の状態」(認知症の診断)「共同生活住居」(1ユニット：5～9人)

「家庭的な環境と地域住民との交流の下で」

「その有する能力に応じ」　「自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない」

データー：日本GH協会、2010年度事業所調査結果

＜要介護別＞要支援2：0．9%、要介護1：17．9%，要介護2：25．8%、
　　要介護3：29．4%、要介護4：16．7%、要介護5：7．9%

＜定員＞　1事業所：14．3人

＜性別＞女性：83．1%　　＜平均年齢＞85．4歳

＜入居期間＞平均3．0年　　要介護度が高くなると入居年数も長い

ＧＨの人員に関する基準（1ユニット当たり）

・人員配置　日中　3：1

生活時間：1日の活動時間、事業所によって違う
例　6時から21時

夜間＆深夜の時間帯：1名以上　　例　21時から6時

・職員

＊従業者：介護等に対する知識・経験を有する者
＊計画作成担当者：介護支援専門員、研修の義務
＊管理者：認知症介護経験（3年以上）、研修の義務
＊代表者：研修の義務

データー：日本ＧＨ協会、2010年度事業所調査
性別：女性：83．1%、男性：16．5%　　平均年齢：43．3歳
介護従事者はヘルパー2級保有者が多い

設備に関する基準（1ユニット）

○入居定員　　5人以上～9人以下
○居間（兼食堂）、台所、浴室その他日常生活を営む上で必要な設備
○居室（個室）を設置（1室　7．43㎡以上）
○消火設備その他の非常災害に際して必要な設備
・消防法その他の法令等に規定された設備に設置
・延べ面積275㎡以上の事業所、スプリンクラーの設置
・自動火災報知機、火災通報設備・消火器の設置
（すべての事業所H24・3月末）
・たばこ、ライター等の適切な管理や消火・避難訓練の徹底（年2回）
防火体制の強化
○事業所単位　　2ユニットを上限

利用者負担

○家賃、光熱水費、食材料費、理美容費、おむつ代、日用品費

○平成２１年度介護報酬改正に伴う項目

＊介護報酬~フラット(８５１円～９２１円／１日)

＊介護報酬単価

＊新規加算

①夜間ケア加算　②認知症行動・心理症状緊急対応加算
③若年性認知症利用者受け入れ加算　④看取り加算
⑤退居時相談援助加算　⑥認知症専門ケア加算（Ⅰ）（Ⅱ）
⑦サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）

地域との連携～運営推進会議

○目的～サービスの質の向上･透明な運営

地域住民との連携･協力を得られるような自発的活動

○対象事業者～ＧＨ、小規模多機能

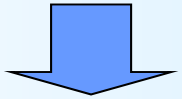
○構成員～利用者、家族、地域住民の代表等

○開催頻度～2カ月に1回開催

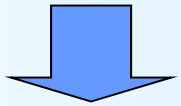
○内容～活動状況報告、要望･助言等

外部評価と介護サービス情報公表

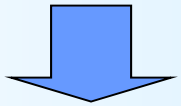
グループホーム(家庭的、小規模ゆえの密室性の高さ)



事業者の自主的な取り組みとして先行(平成１１年)



外部評価の義務つけ (平成14年)



外部評価と介護サービス情報公表 (平成２１年)

医療機関等の連携

- 協力医療機関
- 協力歯科医療機関
- 介護老人福祉施設や介護老人保健施設、病院等の連携・支援体制の整備
- 医療連携体制加算(３９単位／日)

  医療機関、訪問看護、看護師の配置

  健康管理・重度化対応の体制の強化
- ターミナルについて

データー：日本ＧＨ協会２０１０年度事業所調査ターミナルケアの取り組み実施　(２００９１月～１２月)　３７．２％

グループホームの多機能化

・短期利用サービス

開設3年以上、定員範囲内で、空室の利用、
1人30日以内
実践リーダ研修・指導者研修を受けた職員がいること

・共用型認知症ディサービス

居間・食堂などの共用スペースの利用、
1日3人以下、開設3年以上
基本的には認知症対応型通所介護の基準と同じ

・自主事業の実地状況　なし：87.5%　あり：8.5%
泊まり、配食サービス

(データー：日本GH協会2010年度事業所調査)

札幌市の現状

＊北海道石狩平野の南西部に位置、四季の移り変わりが鮮明
＊人口　　約１９０万人(北海道の人口の３割)
＊行政区　１０区
＊高齢化率　１９．１%(約３６万人)
＊要介護認定状況　１７．４%(約６万人)
＊老人医療支払い件数　約４５０万件 (平成１９年度)

札幌市におけるＧＨの状況

現状

２３２事業所(平成２２年度末)

全国2位　(1位：横浜市)

特定の地域に集中

グループホーム利用者の約6割が居住地

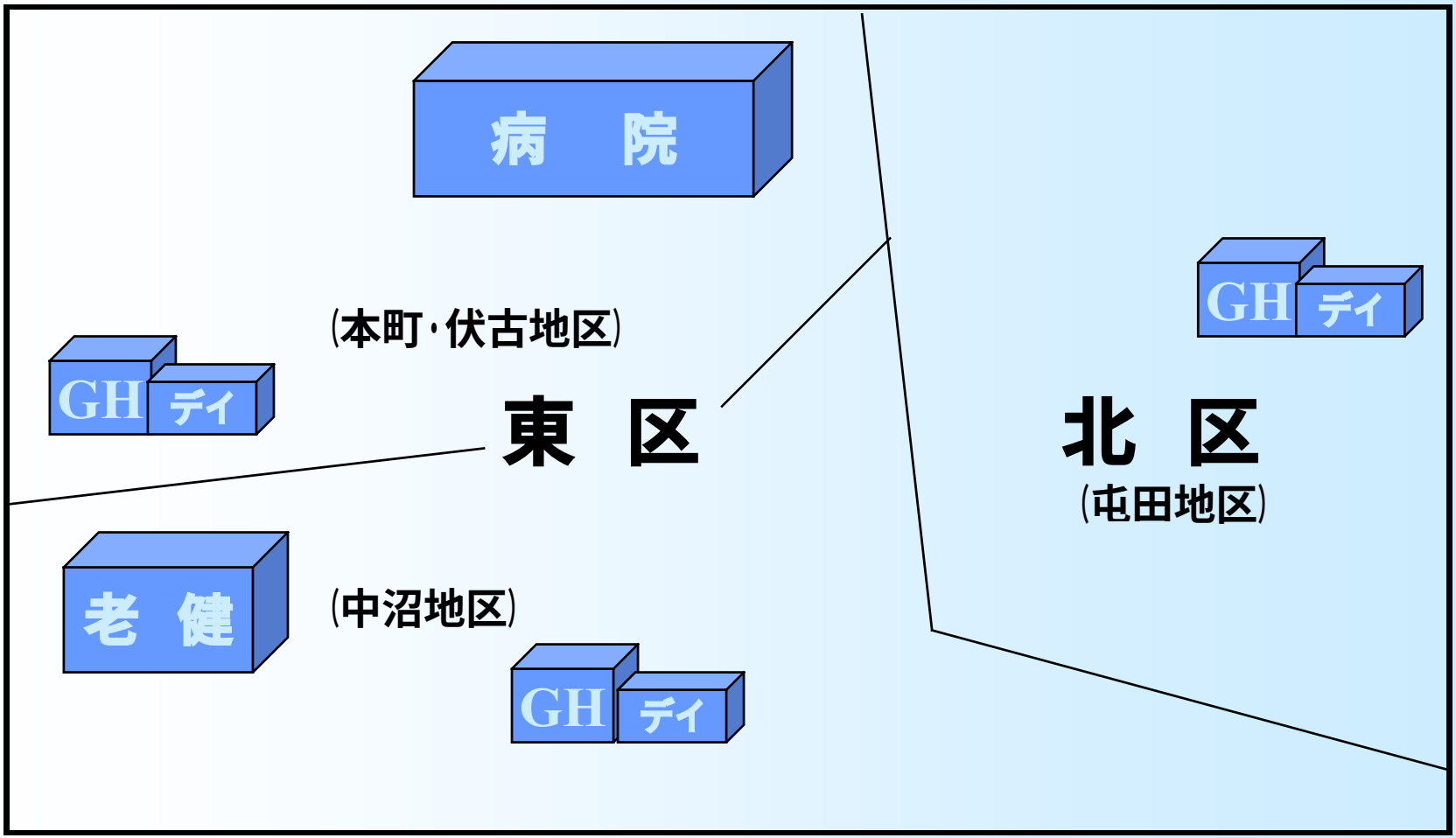
ＧＨ待機者　５００人

第４期　介護保険事業計画にＧＨの方針

まちづくりセンター(連合町内会と一致・地域の核)

平成２２年度～　　ＧＨ規制緩和

札幌市内の三草会の事業所



もえれのお家事業所一覧

地　域	名　称	開設年月日	定　員
東区中沼地区	GH 北大館	平成11年1月	9人
	GH 大和館･バルブロ館	平成12年4月	18人
	ディ(認知) 初恋	平成12年5月	12人／日
	ディ (認知) 出逢い	平成19年1月	20人／日
東区伏古地区	GH アカシア館･ポプラ館	平成15年4月	18人
	ディ きずな(一般型)	平成15年4月	12人／日
北区屯田地区	みやけ館･よしお館	平成15年7月	18人
	ディ昔茶屋	平成15年7月	12人／日

介護度別＜7ユニット：定員63人空室2＞

平成22年10月末現在

	定員	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	平均介護度
北大館	9人	1人	1人	1人	3人	3人	3．7
大和･バルブロ	18人	0人	1人	5人	6人	4人	3．8
アカシア･ポプラ館	18人	1人	1人	7人	7人	2人	3．4
屯田みやけ･よしお館	18人	2人	6人	1人	4人	5人	3．6

入　居　経　路(平成22年度10月末現在)

	自　宅	老　健	病　院	G　H
北大館	5人	2人	2人	0人
大和･バルブロ館	10人	4人	2人	0人
アカシア･ポプラ館	14人	1人	2人	1人
屯田みやけ･よしお館	11人	2人	4人	1人
合　計	42人	9人	8人	2人

入居期間 (平成22年10月末現在)

	1年未満	1年～3年	3年～5年	5年以上
北大館	1人	3人	2人	3人
大和･バルブロ館	1人	8人	1人	5人
アカシア･ポプラ館	2人	7人	4人	5人
みやけ･よしお館	2人	1人	1人	14人
合計	7人	19人	8人	27人

医療との連携

～複数の慢性疾患を持つ入居者が多い～

・地域の医療機関と連携

内科：ホームドクター、専門医との連携

・医療連携体制：訪問看護・クリニックとの連携

・短期間の入院　　治療の場→生活の場

・１年間の退居状況　　各事業所1～2名

ＧＨでの看取り

病院への転院

（インシュリン、胃ロウ　　吸引等の常時医療行為）

今後、医療と介護の連携強化は重要！

・病院は治療の場、医療は生活の一部
・「措置」から「契約」へ
・チームで支える
・認知症サポート医とＧＨの連携

＊事例検討会の実施

地域の社会資源として

- 世代を超えて：幼児期からの心のバリアフリーになるための活動
- 地域交流の場を通じて地域との共生のための活動
- 医療と連携強化して生活環境を変えないシステム作り

シンポジウム

「医療と介護の「絆」を考えるⅢ」

座　　長　　齊藤　正身（老人の専門医療を考える会　会長）
シンポジスト　プレゼンテーション講師４名

齊 藤　　予定の時間より早いですが、早速シンポジウムを始めたいと思います。「介護の現場から医療に期待する」というテーマで４名の方にお話を伺いましたが、この４人の方がいらっしゃって、同じ地域包括の地域で仕事ができたらどんなにいいだろうと思いながら話を聞いていました。それはそれでやりにくさもあるかもしれませんが、個々に立場立場でお話をしていただきました。

まず、私のほうから個々の方々に、少しご質問させていただいてお答えをいただいたのちに、皆さんのほうからもご質問があれば、という形でいきたいと思います。まず、奈良さん、特別養護老人ホームの立場でいろいろお話をしていただきましたが、その中で大塚みどりの郷の医療体制の課題のスライドのところ、この課題の施設外要因の施設内医療処置に対する報酬の問題、あるいは医師、看護職員の確保に関する課題もですが、2番のあたりと、それと施設内要因の施設内職員連携の課題、このあたりをもう少し詳しくお話していただければと思います。お願いします。

奈 良　　今のスライド、施設外要因、制度的な問題 2 番目については取りあげています。例えば、特養、褥瘡１度、２度の方も含めてあるいは通常の看護処置のレベルですが、その辺に対して、例えば何回１日に処置をするか、どの程度するか、これは配置医の先生、あるいは通院した場合の通院先の主治医の先生の判断に基づいて実施することになります。それについては何回やっても、何をやっても基本的には介護報酬のなかでは、それが評価されていないということと、それから医療保険が使えるかというとこれは使えない範囲のことですので、そのあたりのところを制度的に何らかの形で、広い意味での生活介護の行為として行った場合に、それが介護報酬として評価が出来ないだろうかということで課題がそこにあるのかなということを申し上げました。

それから施設内要因の２番目に関しては施設内職員連携の課題と書いてあり

ますが、これは医療というところからいきますと、私共の施設だけの問題だけではないのかもしれません。例えば、吸引ということになりますと咽喉手前までの口腔内の吸引というのが、モデル事業で介護職員がやりましたが、ただ実際に継続的に、それが仕組みとして研修を受けられる形というのが施設まかせになってしまったというところがあります。ただ施設の中で医師や看護師が出来る体制、先ほどの鶴巻の事例のように、いつもドクターがやるといっていただける体制があるといいのですが、私どもの場合は地元の医師会長が配置医をやっている関係上、ものすごく忙しい、「やりたいけれど俺はそんな暇ないよ」というところです。看護師は看護師で、先ほど看護職員のタイムスタディをご紹介申し上げましたが、とてもそこまで手が追いつかないというところがあり、一応課題としてあげさせていただきました。

齊 藤　介護保険制度から見た医療体制の見直しというスライドの外付けサービス導入型特養、奈良さんの場合はこちらのほうがいいのではないかというお話で、私の主張通りなので非常にありがたいと、リハビリもそうならいいなと思っていますが、どうなのでしょうか。これは訪問看護ステーションの中に入ってくるというイメージ、まだ実際入ってきていないので何か雰囲気として何か感じることありますか。

奈 良　短期入所生活介護に関しましては、訪問看護ステーションからのネットワーク加算でしたか、ショートステイですね。それは介護報酬で加算として 18 年度の改定の時だったと思います。それが入っている。そのことによって、だいたい併設の訪問看護ステーションの看護師さんが来ることがどうも多いみたいなのですが、しかし、A さんというご利用者さんが、そこの訪問看護ステーションのご利用者さんでもある場合で、その方が特養のショートステイに入った場合、その訪問看護ステーションの担当者が、やはり何かある時に、連携加算ということで入れることによって、ショートステイの継続利用が保障されるということ、担保されるということはあるように聞いています。

先ほど私が申し上げた在宅の生活が分断されるというのは、特養に入った場合、在宅の時のサービスが一切使えない、介護報酬保障が使うことができない。ところが在宅の要医療支援ケースというのが大変増えていく。私共の特養でも

実は老健とグループホームから、それから特養から特養に入所するというのが5割くらい、施設から特養に入ってくる方5割、老健から3割もいらっしゃる。老健の本来の機能はどうなっているかというのは別の話になりますが、残りの5割が在宅なのですが、この中のうちの7割から8割の方は訪問看護を使っていらっしゃいます。ところが入所すると使えなくなります。ですので、その方が施設での生活が落ち着くまで一時的に在宅の、例えば訪問看護などの方たちが入ることによって、訪問看護ステーションのほうにも何らかの介護報酬がそこに加算としてプラスされるような形でできないかな、という発想でございます。以上です。

齊 藤　ありがとうございます。この辺は、また、まとめての話のところで伺いたいと思います。

崎山さんのお話で、ケアマネさんはやはりとても大変だと感じましたが、共通の概念、共通の言語、双方向のコミュニケーション、まさにそうだと思いますが、私達、医師の立場では、その要介護認定の時の主治医の意見書の問題は課題としてあがっていて、実は今、日医が中心になって、私も委員に入っていますが、全国統一の文例集を作っている最中です。結局、何を作っても、どんな研修会をやっても、来てくれたり、読んでくれる先生はいいのですが、そうじゃない先生が困る。そういう実感みたいなものはございますか。ちょっと言いにくい質問だったかもしれませんが。

崎 山　先生が言われる通りで、非常にそういうのは感じています。特に、開業医の先生達はそこそこ書けているというか、普段からもお付き合いがありますから、非常にいいレベルで書いていただいているのではないかという気はしますけれども、いわゆる一般病院、急性期の病院、そちらの先生方は、そういうことをまったく意識していらっしゃらないというところがあるかと思っております。「わからないから書いていない」というようなところも非常に多いような気がします。

ですから、今回ケアマネジャーの医療連携加算もある中で、こちらからもこういうことがありますから、ということをどんどん伝えていくべきだと思いますし、そこをきちんと先生方も確認をしていただいて、それを参考にしながら

意見書のほうを作成していただく、そういう流れにしていくべきだろうなという気はすごくしています。そうしないと、審査会自体の精度も上がっていかないということにもつながっていくと思います。

齊 藤　それと、介護職ベースのケアマネがすごく増えてきている。これが介護保険部会でも、発言の中でどなたがしたか忘れましたが、そのことによって医療系のサービスが使われない。訪問看護、あるいはリハビリテーションがあまり使われない。これは実態としてはどうなのでしょうか。なんとなくイメージはそうかなと思うところはあるのですが、本当にそうなのかな、それで引っ張られているのか、それとも違う要素があるのか、それはすごく気になる要素ところですが、どうですか。

崎 山　データは持ってないので何とも言えないのですが、私の周りの感覚から見ても訪問看護ステーションなり、通所リハなり、そちらのほうへのつなぎが後手後手に回っている印象を受けています。これは、訪問看護ステーションの看護師達に結構飲み仲間が多いので、その中での話ですけども、非常にギリギリになって言ってきてくれると。もう少し、半年でも 3 ヶ月でも早く関われていたらもっと違ったのに、ということを言われます。そのあたりの観察力ということが、どうしても看護系のケアマネジャーの方にちょっと劣るのかな、という気はします。

齊 藤　そのケアマネさんがどこにいるかでも違ってくるでしょうけども。ありがとうございます。

さて、次が佐野さんですけども、佐野さんの所は鶴巻温泉病院を控えていながらも、すごいと思ったのは、併設するクリニックに加え、地域の 13 診療所の主治医と常時往診にくる 5 診療所の先生がいる。すごいなと思ったのですが、これすごいですよね。どうやってつくっていったのですか。それをどうしても聞きたいです。

佐 野　鶴巻温泉病院と正直、同じ法人で近くにありながら縁がないです。逆に、地域の開業医の先生と、今、先生がおっしゃったように密接です。これはどうい

った形で出来てきたかというと、先ほど言いました訪問看護ステーションがとにかくキーになっています。訪問看護ステーションが平成８年の開設以来約15年の歴史をもっていますが、その訪問看護ステーションが地域に根ざした活動を長年にわたってやってきて、地域の開業医の先生との信頼関係を築き上げてきたことが、一番大きな要因ではないかと思います。ですから地域の人々にとっては、鶴巻温泉病院も箱ものとしては大きな箱もので、駅前にどっしりとあるのですけども、実際に患者さんに関しては、横浜、東京、川崎等から遠方から来ている入院患者さんがほとんどであって、実際地域に根ざして地道に活動しているのは訪問看護ステーションです。東海大学病院も活動地域内にあるのですが、がんのターミナルがどんどん開業医の先生のところにおりてくるわけです。そうすると、私どもの訪問看護ステーションと、地域の先生が連携して地域をまわっているというような歴史があるということだと思います。

齊 藤　　すごいですよね。鶴巻温泉病院院長の鈴木先生何かありますか。

鈴 木　　地域の方達の中では別の存在になってしまっているところがあって、最近、私が来てからだいぶ交流は深めていますので、すみません。でもそれは言っていいですよって話をしていたのですけど。

齊 藤　　すごいなと思って。皆さん聞いていておもしろいなと思われると思うのですけれど、特別養護老人ホームは日本には昔からある、そういう制度の中では、医者が自由になかなか入り込んだり出来ないようになっていて、でも新しく出来た制度の中では自由に動けるようになって、結局新しいものをつくらないと出来ない日本の体質というのはいかがなものか、やっぱり今あるものを、今あるサービスをどうするかということが、原点にないといけないんじゃないかなというのを、どうしても一度形が出来てしまうと、その形から１歩脱皮して、あるいは、今まである決まったものから出るというのは、日本人は苦手なのかもしれませんけれど、そういうことを考えていかないと、いくらたってもお金ばかりかかるだけだと、そんな気がしてならないのです。よくわかりませんがそう思うのは私だけでしょうか。ありがとうございました。

さて、それからグループホームに関しては長井さんが慣れていらっしゃって、

お話がすごくわかりやすくて、ありがたかったと思うのですが、加算の使い勝手が悪いというお話がありました。加算をつくったりする時に、私が関わりをもっていたもので非常に気になるのですが、どんな感じなのでしょうか。

長 井　　まず夜間ケア加算に関しては、この加算では人員配置がまず出来ないというのがあります。全国的にみていくと、２ユニットに１人の夜勤という形ですけれども、多くはやはり建物の構造やあるいはその人の状態によっては、１ユニットに１人夜勤を配置しているところが多い現状です。夜勤ケア加算というのは先ほど言ったように夜間の時間帯ですから、夜の９時から朝の６時にそこに人員配置を更にするといったら、来てくれる人はいないです。特に北海道は雪の問題があって。

齊 藤　　わかりました。確かにそうですね。日本の場合、グループホームのユニットの数が結構限定されています。運営上も経営上もユニットの数の問題は結構あるかと。2 ユニットや 3 ユニットではなかなか厳しくて、海外へ行くと 4 つくらいのユニット、夜間帯は 4 つを 1 つでみる、30 人から 40 人を夜勤 2 人でみるというような感じが、海外へ行くと結構あります。そのあたりは、グループホーム協会などで、もっと緩和しようよという話はないですか。医療と関係ないですが。

長 井　　今、協会のほうでは 5 人から 9 人の定員枠がどうなのだろうという感じで、研究事業でやっています。特に若年の方も増えてきているので、やはり若年の方を９人のユニットで生活単位として考えた時には、やはり難しいものがあるのではないかということと、日中 3 対 1 ですので、９人の定員であれば日中職員 3 人、そうすると入居者が 9 人で職員が 3 人でというと 12 人です。食事の支度をしても 12 人、それに実習生とかが入ってくると、14～5 人の食事を作るのにすごく時間がかかるというのがある。ですから、今の家族関係の中でその単位がどうなのだろうかということと、あとは重度化をしてくるとか、ターミナルといった時に、果たして 5 人、9 人という単位がどうなんだろうかということで、今年実態調査が入っているところです。何故９人のところが多いかというと、入院をすると、次の日から介護報酬がグループホームは入らない。そうす

るとなかなかやっぱり厳しいというのがある。病院のほうもそんなことをよくご理解をして、治療が終ったら早く返して下さる病院もあるし、30 日ずっといて 30 日後に返すというような、中にはそういう病院もあったりします。

齊 藤　どうもありがとうございます。実はこの前ふりは宣伝の前ふりでございますが表のところに『Dementia Care－the Adards Way 問題行動のある痴呆老人のためのベストケア』という本を当会で、平井先生が会長の時に訳した本ですが、これはオーストラリアのタスマニアにあるアダ―ズナーシングホームという、動ける問題行動の人をみるナーシングホームがあるのですが、ここは 4 つのユニットです。4 つのユニットで、夜間帯は 4 つのユニットが全部開かれる状況になっていて、真ん中に詰め所があって、すべて 4 つですから 36 人を 2 人でみる体制をつくっている、そのやり方が非常に効率的だと。日中は４つの家で、しかし夜間は１つの家だと、そういう見方をしていて、ずっと厚生労働省にこれがいいよと言ってきているのですが、いいねと言うだけなのです。こういうことは真似てほしいなと。ちょっと本の宣伝させていただきました。

さて一通り、まだまだ私個人としてもお聞きしたいことはあるのですが、皆様方の中で４人の方に、何かご質問があればで手を挙げていただければと思います。いかがでしょうか。どなたでも結構です。当会の先生方でも結構ですが、どうでしょう。平井先生、何かありませんか。前会長の平井先生です。

平 井　どうもありがとうございました。今日は、今日も、ですけれども、色々勉強させていただいて、特に齊藤先生もおっしゃっていましたが、鶴巻の複合施設、おそらく私が思うには、開業医の先生方と、それから訪問看護と、皆にそれぞれ思惑があると思うのですけども、その辺のところがうまく適合しているのかなと思います。

といいますのは、実は私、奈良県なのですけども、病診連携会議ということで、２ヶ月に１回くらい開業医の先生方と会議しているわけです。そこでこの間出てきて、なるほどと思ったのは、「お前のところの老健に情報提供しろ」と言うので情報提供したけれども、そのあとどうなったのかと。「先生それは老健に入ってどれくらいになりますか？」と言うと、「今もう 4 ヶ月」と言うと、「それでは先生の手は離れていますね」と私がつい言ったもので、ということで開

業医の先生にしてみれば施設に入ってしまうとショートステイでない限り、在宅メニューでない限りは、やはり手が切れるわけです。

ですからそういった意味で、私もなるほどなと思って今日も聞かせてもらったのですけれども、在宅メニューを維持するということが地域医療にも貢献することになるのかなということを、今日改めて勉強させていただきました。ありがとうございました。

齊 藤　どうもありがとうございました。まさにその辺が結構ポイントかという感じもするのですが、どうでしょう、他にもご質問ございませんか。

鈴 木　訪問看護をやっているステーションから、「うちでも看取りますよ」とか言っているのですが、そういうのは訪問看護をやっている人達からみると、そういうのは必要ないのですと。自分達でちゃんと看取るからと。先ほど長井さんのほうからも病院は短く短くとおっしゃって、利益がちょっとそれぞれ違うほうで、こちらの方達から見ると病院に入るということはあまり好ましくないのかなと、ちょっと思ったのですけれど、そのあたりはいかがなものかなと。

齊 藤　どうでしょう。お１人お１人思いっきり言って下さい。

長 井　認知症の方は、やはり環境が変わってしまうと、治療優先に病院はしなければいけないので、やはりそれがうまく適合できないので抑制をされてしまっているので、そういうところでは早く返していただければありがたいと、病院にも迷惑をかけてしまうことになってしまうのでと思っています。

齊 藤　佐野さん、しゃべりにくかったらいいですけれど大丈夫ですか。

佐 野　病院の方達には申し訳ないのですけれども、１日も早く返してほしいと、すぐに入院のその日からお願いをしております。基本的に、また PR っぽくなって申し訳ないのですけど、看護、医療、リハビリも、うちにはスタッフがいますので、本当に病院と同じようなことが手前ども在宅と同じような居住施設でできますので、よっぽどそちらのほうが病院に長居するよりも患者さんもよくな

りますし、入院当初、初めに先生にすぐに返していただければ、こちらであとはやりますという形でお願いします。特に、認知症の方に関しては１日でも早くという形でお話しております。

長 井　　病院の先生にもよりますが、こういうことを言う先生がいます。「今の状態だったら家に帰れませんよ」と、普通に家族さんに説明される。我々は帰れると思っていても、そう言われると、家族さんや御本人もそうですが、「じゃあもう帰れないのだな」と諦めてしまう。その辺を、もう少し我々と、そういうことを言う前にディスカッションをして、こういうところまでいけば何とか帰れますし、こちらで何とかサポートができますからと、そういうことをふまえた上で、家族さんに説明なりをしてほしいなと、そういう思いはありました。別に医療型に移らなくても、家に帰れたというケースが今までもたくさんありました。その辺を少し考えていただきたいと私は思います。

奈 良　　早く返していただけますというよりも、受け入れていただける病院が少ないと言ったほうが適切かもしれません。特養の場合ですと、中には延命を希望されるご家族がいらっしゃいます。そうすると特養ではどうにもならない。もちろん、治療の施設ではないので。病院のほうも、この間ある先生から「なんで延命なんだよ」という話で、それは施設が決められないことですので、その辺の事情はよくご了解いただいてますが、そういう方もたまにいらっしゃいます。

それから、どうしてもこれは治せるものは治していこうという考え方なので、治療できることは治療して、終ったら御本人が一番どこで最後を迎えるか、私は特養が終の棲家では決してないのではないかと申し上げたのはそこなのです。特養で最後亡くなりたいという方が 65 歳以上ですと 15%くらいしかいない。ということは、みなさん在宅で亡くなりたいわけです。家だけではなくて、住み慣れた温泉地を離れたくないとか、有料ホームを離れたくないとか、いろいろあると思う。それを地域の中の仕組みとしてやっていかなければいけない。何でもかんでも特養に集中させるのはどうなのでしょうかと。全国で 42 万もいる。42 万の方が、ベッド数で最終的に入れるのが 5 年６ヶ月くらいかかるわけです。そんな非現実的な話はないのかなと思うので、それで先ほどちょっとそういうふうに申し上げました。

齊 藤　ありがとうございます。そんなところでよろしいでしょうか。
大塚みどりの郷では、家族へのインフォームドコンセントというのは、どんなメンバーでされているのですか。

奈 良　基本的に配置医の先生と施設長、それから看護師、生活相談員、介護職員のリーダー核、それから介護長というのが管理職にいますので、だいたいそのくらいのメンバーでご家族とお話をします。そこは「配置医も一緒にやらなきゃ、施設長とか逃げないでやってよ」というようなスタンスなので、一応先生の判断も踏まえて、施設としての判断もありますからということで、基本的にはそういう方向でやっているつもりでございます。

齊 藤　これは特養に限らず、病院もそうだと思うのですが、その時にいた家族とそうじゃない家族と全然意見が違っていて結構困るときがあります。お時間もそろそろきたところなのですが、先ほど奈良さんがお話なさったこと、それが結局他の方々とも共通していることなのかと思ったのが、医療は、あることが安心で、何かすることが大事なのではないかと。いてくれればいいと。何かしてくれと言っているのではなく、何かあったらやってほしいというのが医療のあり方かと。4 名の方もそんなことを言って下さっているのかなと、そんな感じがするのですが。

実は、私も特養を運営しているのですが、平成１５年までは病院と７キロぐらい離れたところにあって、その頃は毎日特養から電話でした。ほぼ何日かおきには救急車で利用者が来る、すごいケースは、朝、今日夕方熱が出そうですと電話がかかってくることもあり、やはり不安なんですよね。その当時はおそらく、うちの法人の特養での看取り率は 15%くらいでした。85%くらいは病院で亡くなっていた。それが平成 14 年の冬に病院のすぐ脇にすぐ引越ししてきて、体制も個室のユニットになったり、こちらも付き合いが長くなってきたりしたこともあったのですが、なんと今 95%以上が特養で看取っているというような状況で、何が違うのかと思うのですが、ハードだけではなく、ソフトもですが、私はやはり安心ということなのかと。何かあった時にすぐ来てくれるというそういう存在で医療はありたいと。いつも福祉の方々とお話をするたびに、介護

の方々とお話をするたびに、出しゃばってはいけないと、実感をいつもするところであります。しかし、教育は、そういう教育を医師も看護師も受けているものですから、ついつい何かやりたくなってしまう。そのあたりをうまくおさえられていくと、もっとお付き合いがいいのかと思っています。

それともう１つ、今日も何名かの方からもお話がありましたが、私たちは、老人の専門医療を考える会は医師の集団ですから、私たちがこれからどうするべきかということを、このシンポジウムで何かを得ないといけないといつも思っています。そのような中で特養の嘱託医、配置医のカリキュラムのこととか、介護保険自身に関わる医師の研修の件とか、あるいはリハビリテーションも勿論そうですが、このあたりがとても重要なことと思います。誰でも関われる、何でもいいという話になって、主治医意見書の書き方の次元の話ではなくて、もっと根本のことを考えていかなければいけないのではないかといつも思っています。おそらく、そういう取り組みができるのは日医か、当会しかないと思っているので、日医がやれなければ、私達がやっていかなければならないだろうし、日医にも働きかけをしながら、何か、やはり医師だからすべて専門家であるといえばそうではないこともありますから、そういうことを老人の専門医療を考える会、決して病院のことばかり考えているだけではなくて、そういうことも議論の 1 つとして、私たちの取り組みの１つとして考えていきたいと思っています。

次回はどういうテーマにするか、絆は考えていきますが、現場の声だけではなくて、今日、やはり 4 人の方のお話聞いていてすごいです。やっているところはやっているのだなと実感します。全般的にいわれる、よくマスコミで報道されるような施設のイメージとはまた違う、マスコミが悪いと言っているわけではないですよ、そうではありません。こんなに頑張っているところがあるんだ、というのをどういうふうに世間の人にわかっていってもらったり、それをすることはサービスを提供する側にとっても、非常にいいことだということを、何か訴えていけるようなシンポジウムを続けていきたいと思います。はじめに私が話しすぎましたので時間がバタバタになってしまいましたが、今後も皆様方に報告あるいはシンポジウムを通して、一緒に考える機会をつくっていきたいと思っていますのでよろしくお願いいたします。4 名のシンポジストの方々、本日はどうもありがとうございました。

閉会挨拶

大 川　本日は長い時間、時間超過してしまいまして申し訳ありませんでしたけれども、お付き合いいただきましてありがとうございました。最後に閉会の挨拶を副会長の藤井功よりさせていただきたいと思います。よろしくお願い致します。

藤 井　みなさん遅くまでありがとうございました。このシンポジウムも介護と医療の絆を考えるの 3 回目でございます。最初から比べますと、最初は「これでいいのか介護保険？」ということから始まって、相当深く問題が掘りすすめられた気がしています。医療ニーズ、介護ニーズ、両方とも必ず必要なものでして、これがいかにミックスしていいサービスができるか。私自身、今日聞いておりまして非常に反省することが多くありました。私は病院をやっておりまして、退院患者さんの行くところがないから老健をつくろう、グループホームつくろう、これつくろうと、一種の囲い込みみたいになってしまっている帰来がありました。地域として、いかに患者さんにサービスするかということで、地域包括ケアというものをやる場合に、楽だからついつい自分で囲い込みをやってしまうという医療法人もたくさんあると思います。それをいかに地域としてみんなでみて、いかにサービスが出来るか、もう一回考え直すいい機会になったと私自身思っておりますし、また反省もしております。また来年もこういうシンポジウムを開かせていただきますので、多数お集まりいただきまして、各施設の方お誘いの上、また来年お会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。

第３４回全国シンポジウム

どうする老人医療これからの老人病院（Part34）

医療と介護の「絆」を考えるⅢ～介護の現場から医療に期待する～

編集･発行　　老人の専門医療を考える会
〒162-0067　東京都新宿区富久町 11-5
シャトレ市ヶ谷２階
Tel.03-3355-3020　 Fax.03－3355－3633
URL http://ro-sen.jp/