

－ 介護保険・在宅ケア委員会答申 －

「高齢者医療と介護
：介護保険制度のあるべき姿を考える」

令和4年6月

茨城県医師会
介護保険・在宅ケア委員会

令和 4 年 6 月

茨城県医師会

会長 鈴木 邦彦 殿

茨城県医師会介護保険・在宅ケア委員会

委員長 坪 正紀

答 申

本委員会は、令和 2 年 10 月 5 日開催の委員会において、貴職から受けました諮問事項「高齢者医療と介護：介護保険制度のあるべき姿を考える」について、2 年間にわたり鋭意検討を重ねてまいりました。この度、答申書を取りまとめましたので、ここに答申いたします。

介護保険・在宅ケア委員会委員

委員長	坪	正紀	樺山診療所
副委員長	大場	正二	大場内科クリニック
委員	田口	雅一	田口同仁クリニック
委員	福島	由紀夫	福島クリニック
委員	平塚	圭介	神立病院
委員	岩下	清志	総和中央病院
委員	海老原	次男	龍ヶ崎済生会病院
委員	金子	剛	つくばセントラル病院
委員	太田	仁	太田医院
委員	太田	秀樹	介護老人保健施設生きいき倶楽部
委員	谷下	田敏夫	賀美診療所
委員	石井	啓一	あおぞら診療所
委員	海原	正宏	海原医院
委員	小松崎	八寿子	みらい平クリニック
委員	高橋	卓夫	さくらみちクリニック
委員	石本	祐子	石本病院
委員	河野	史尊	河野胃腸科外科
委員	鈴木	直文	慈泉堂病院
委員	石井	完治	松岡クリニック
委員	石毛	雄幸	石毛医院
委員	秋本	優	江戸崎病院
委員	中山	公彦	中山医院
委員	須澤	直木	須澤内科糖尿病医院
委員	亀崎	高夫	茨城西南医療センター病院
理事	佐々木	栄一	佐々木胃腸科外科
常任理事	延島	茂人	延島クリニック
常任理事	伊藤	金一	いとう医院
副会長	松崎	信夫	取手整形外科医院

(順不同、敬称略)

目 次

1. はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2. 医療保険と介護保険の垣根と融合・・・・・・・・	2
3. 労働力不足、財源不足・・・・・・・・・・・・・・・・	3
(1) 労働力不足	
(2) 財源不足	
4. 主治医意見書、介護認定審査会、介護老人保健施設の在り方・・・・・・・・	4
(1) 主治医意見書	
(2) 介護認定審査会	
(3) 介護老人保健施設の在り方	
5. 看取り、救急搬送・・・・・・・・・・・・・・・・	5
6. 地域包括ケア、多職種連携・・・・・・・・・・・・・・・・	7
(1) 地域包括ケア	
(2) 多職種連携	
【参考資料】	
(1) 医療提供施設等グループ化の現状	
(2) 令和3年度在宅医療及び地域包括ケアシステムの推進に関するアンケート調査結果報告書	
7. 茨城県医師会の取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・	16
(1) 茨城地域包括ケア学会の開催	
(2) 地域ケア推進センター連携会議の開催	
(3) 地域ケア推進センター全体会議の開催	
8. 茨城県医師会への提言・・・・・・・・・・・・・・・・	22
(1) 職員を大事に地域に根差して育てる	
(2) 平均寿命と健康寿命の差を無くすために	
(3) 地域包括ケアの柱である通所サービス利用可能者の柔軟な拡大を	
(4) 穏やかな施設看取り（ケアピス）の充実に向けて	
(5) 科学的介護（LIFE）の行きつく先への懸念	
(6) これからの日本の社会保障	

1. はじめに

高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化等、介護ニーズはますます増大する一方、核家族化の進行、介護する家族の高齢化等、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化し、従来の老人福祉・老人医療制度による対応では限界となり、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして介護保険制度が創設された。

急速に少子高齢化が進む中、我が国では、2025年までにいわゆる「団塊の世代」が全て75歳以上となり超高齢社会を迎える中で、国民一人一人が、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、その地域で人生の最期を迎えることができる環境を整備していくことが喫緊の課題である。

また、医療ニーズを併せ持つ重度の要介護者や認知症高齢者が増加する等、医療及び介護の連携の必要性はこれまで以上に高まってきている。

人口構造が変化していく中で、医療保険制度及び介護保険制度については、給付と負担のバランスを図りつつ、両制度の持続可能性を確保していくことが重要である。

利用者の視点に立って、切れ目のない、効率的な医療及び介護の提供体制を構築するために、それぞれの地域の高齢化の実情に応じて、安心して暮らせる住まいの確保や自立を支える生活支援、疾病予防・介護予防等との統合も必要である。

鈴木会長からの諮問を受け、国民一人一人の自立と尊厳を支えるケアを将来にわたって持続的に実現していくために、当委員会で検討した結果を答申として報告する。

2. 医療保険と介護保険の垣根と融合

現場に聞くと、やはり老健で困ることが多いとの報告であるが、こちらについては、「4. 主治医意見書、介護認定審査会、介護老人保健施設の在り方」で述べられている。

他に、訪問看護の現場も状況や状態の変化で使い分けが必要であり、この請求は医療保険、ここからは介護保険と考えながら使い分けている。本来、医師の指示が必要なサービスは医療保険に一本化すべきとの意見もある。訪問看護以外にも、訪問リハビリ、通所サービス等も同様である。特にリハビリは、医療から介護に移行すると質量とも低下している。

財源的にも、いずれは「全世代型社会保障」に移行することが想定される。医療保険、介護保険、障害者総合支援法等の福祉サービスをまとめて保険料方式にして、少子高齢化の日本の税負担を減らす効果を期待している。

地域完結型の提供体制の構築に向け、地域医療構想の推進、地域医療連携推進法人の活用、地域包括ケアシステムの整備、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、連携を一層重視した医療介護提供体制等の改革が議論されている。

今後、大きな概念である地域包括ケアの元、いろいろな施策が推進される。以前からの在宅医療・介護連携推進事業も各市町村で行われており、計画に携わったが、多職種連携が最も大切と痛感した。現場の活動は、医療保険、介護保険、市町村の総合事業と制度の違いがあっても、やらなければならないことは一緒である。事務的作業が増えている中、シンプルな形にして現場の負担を減らしていただきたい。

3. 労働力不足、財源不足

(1) 労働力不足

介護は本来家族が行うこととされてきた。それが困難な場合は出来る限り地域で助け合って行くものである。しかし、一方で、様々な問題はあるが、今後更に海外からの労働力を取り入れていく必要がある。

若者へ介護という仕事を周知することは重要であり、高校生時代にボランティアとして介護施設で働いたり、自分の祖父母の介護体験からその必要性を体得し、若者が将来介護の世界に入りやすくしていくことが必要である。

元気な高齢者に介護を学んでもらい働き手を増やすことや、介護ロボットを介護者、要介護者がそれぞれ効率的に使えるように改善することや、業務の効率化のために ICT の導入が必要である。

(2) 財源不足

超高齢社会である現状では、介護保険に係る費用は 2040 年度には今の 2 倍以上となり、このままでは介護保険制度が立ち行かなくなる。

第一の根本対策は、消費税を増税し、その増税分を財源に充てることである。

第二の対策としては、財源構造の見直しであり、介護保険料の納付開始年齢（40 歳）を段階的に引き下げることである。

第三に、介護保険サービスの自己負担割合 2 割、3 割負担の対象者の拡大である。

第四は、民間の介護事業参入障壁を高くして不適切事例を減らし、適切な運営による適切なサービス提供を図り、医療と同様に厳格な参入要件を求めることで財政の健全化を図ることが可能となる。

最後に、医療保険、介護保険、さらには障害者総合支援法等の各種法制度の統合が必要となることも考えざるを得ない。

しかし、どの施策に関しても痛みを伴う立場の人がおり、全体を俯瞰して考えざるを得ないと思われる。

4. 主治医意見書、介護認定審査会、介護老人保健施設の在り方

(1) 主治医意見書

人口の 1/3 が高齢化するために、多くの医療関係者は介護保険に係ることになり、老年内科中心となる。意見書については、期待される生活機能障害の記載に乏しく、介護職の職能を理解した上で、バーセルインデックス等を参考にした記載が求められ、それに基づいて意見書の様式は一部変更がなされている。

一方、現状では病院医師、開業医は、患者の ADL の把握には一定の困難があり、意見書の記載には簡素化を求める声もある。

(2) 介護認定審査会

審査委員の負担が大きく、自治体によってはなり手不足の現状がある。

合議体ごとに判定に基準が変わらないようにするために、委員長は在宅ケア、介護施設に係る医師が望ましい。

審査会のためのデータの提供が遅く、十分な審査が出来ない対象者が多くなり、認定期間の延長がなされている。要介護 4、5 の利用者は調査員の調査書レベルによる自動判定で良いのではないか。

以上の意見があるが、医療と介護が一体的に提供されるように医師に係るべきで、介護保険制度においてもリーダーシップをとるべきである。

(3) 介護老人保健施設の在り方

人口動態にみるように、世帯数の増加、一世帯当たりの人口が 2.5 以下と在宅の介護力が低下しており、在宅復帰が困難のために入所が長期化している。在宅復帰率によって介護報酬が差別化されたため、在宅復帰したように見せかける運営が横行していることが問題である。

また、多疾病を有する医療度の高い入所者が多くみられ、医師が常勤であるにもかかわらず、医療保険の適用に制限があり、制限は緩和されるべきである。

現状の介護老人保健施設は様々の矛盾があり、改めて議論がされるべきである。

5. 看取り、救急搬送

国民の意識調査で、終末期の療養場所を『自宅』での希望が6割であった。

一方、平成27年茨城県では、死亡に占める自宅死の割合は11%で大きな乖離がある。自宅療養の困難な原因は一番が“介護してくれる家族への負担がかかる”であるが、次いで“往診してくれる医師がいない”、“急変時対応が心配”、“急変時入院できるかが不安”という医療体制の不安が上位を占める。茨城県医師会では、茨城県医療提供施設等グループ化推進事業を通し、上記に対応できる後方支援病院を含む在宅医療の推進を図っている。

一方では、在宅医療を提供している診療所において、度重なる診療報酬の改定の中で、医療提供の場所、回数、訪問人数、加算等を含めると、在医総管、施設総管の点数はなんと“126”通りとなっている。この難解さが、新規導入の困難の一因とも考えられる。また、年に一度の厚生局への看取り数の報告により、次年度診療報酬の加算が変化する。機能強化型として、主治医副主治医体制をせっかく取っても、カンファレンス前に患者が急変し、情報共有前に死亡すると、副主治医には診療報酬のメリットは消えてしまう。まず、わかりやすい診療報酬体系と、現場での末期時の問題点の再考が必要である。

看取りの場合、在宅、施設ともに多職種での患者情報の共有が重要であり、今回のコロナ感染症下では、ITを利用した情報共有の有益性が認識されている。県南地区で、行政により導入されている多職種での情報連携（電子@連絡帳）は、順調に患者数、記事数、職種数とも増えており、他地区でもコロナ感染症は継続しており、積極的にIT連携導入は進めるべきと考える。

救急搬送においても患者情報の共有は重要であり、在宅時の急変対応においても一定のプロトコールが必要と考える。鹿行地区で救急搬送プロトコールが作成されたが、県より全県下での統一が必要と中座したようで、残念である。特に、コロナ感染症下であり、早急な全県下での統一プロトコールは必要である。救急搬送時の主治医の対応も、コロナ感染症下では、on line診療が有益な手段となる。

今回の診療報酬では、

コ】当該診療所において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を作成していること。

が、在宅療養支援診療所・病院の施設基準に加わった。看取りの場においてACPを家族とともに話し合っておくことは当然のことながら、今後の高齢化もあり、救急搬送時の対応等、在宅療養支援診療所だけではなく、かかりつけ医、病院主治医も含め考えるべきである。

在医総管・施設総管の点数（処方箋を交付する場合）									
	訪問頻度	単一建物の診療 患者数	在宅専門（在支 診療届出なし）	通常診療所	在支診	実績加算1	実績加算2	機能強化型・連携型	
								病床なし	病床あり
在医総管	月2回以上 (別表8の2)	1人	2760	3450	4600	4900	4800	5000	5400
		2～9人	2268	2835	3780	3930	3880	4140	4500
		10人以上	1440	1800	2400	2475	2450	2640	2880
	月2回以上	1人	2280	2850	3800	4100	4000	4200	4600
		2～9人	1260	1575	2100	2250	2200	2300	2500
		10人以上	680	850	1100	1175	1150	1200	1300
	月1回	1人	1368	1710	2280	2580	2480	2520	2760
		2～9人	756	945	1260	1410	1360	1380	1500
		10人以上	408	510	660	735	710	720	780
施設総管	月2回以上 (別表8の2)	1人	1960	2450	3300	3525	3450	3600	3900
		2～9人	1620	2025	2700	2810	2775	2970	3240
		10人以上	1440	1800	2400	2456	2440	2640	2880
	月2回以上	1人	1640	2050	2700	2925	2850	3000	3300
		2～9人	900	1125	1500	1610	1575	1650	1800
		10人以上	680	850	1100	1156	1140	1200	1300
	月1回	1人	984	1230	1620	1845	1770	1800	1980
		2～9人	540	675	900	1010	975	990	1080
		10人以上	408	510	660	716	700	720	780

126通りある

●34

6. 地域包括ケア、多職種連携

(1) 地域包括ケア

「介護保険」の財源は、被保険者に対して特養入所やデイサービスの利用等の現物給付だけでなく、地域の仕組み作りに対して投資的な役割をする地域支援事業がある。多職種間の連携を深める「在宅医療・介護連携推進事業」、地域の生活支援を推進する「生活支援体制整備事業」、認知症の方が地域で生活を継続できるように支援する「認知症総合支援事業」、虚弱高齢者を対象とした「介護予防・日常生活支援総合事業」等、インフォーマルな活動も含め多くの取り組みがなされている。

その地域支援事業の代表的な事業として地域ケア会議推進事業がある。地域で支援を必要とする世帯の中でも、解決に難渋する困難事例を検討するために、地域包括支援センターが中心となって地域個別ケア会議を行っている。その地域個別ケア会議を通し、地域の医療・介護の専門職だけでなく、時には法律関係者、自治会、民生委員、ボランティア、NPOの方に参加していただくことで、地域包括ケアで重要となる多職種間の『顔の見える関係作り』が始まり、質の高い地域包括ケアシステムの構築に繋がっていくと考える。

また、今回の新型コロナウイルス感染症の流行により、地域包括ケアのあり方に一石が投じられたように思われる。情報共有を基本に、保健所・病院・かかりつけ医・市区町村が連携し、多職種の協働によって、軽症者を地域（自宅・高齢者施設・宿泊施設）でモニタリングすることで、安心して安全な地域療養を可能とし、必要があれば、より積極的に治療を行える準備も進められないだろうか。病床圧迫の可能性も想定して、医療施設以外でも、地域の質の高い治療や支援ができるような「キューア」と「ケアー」が包括的に可能となる仕組みづくりが望まれる。

地域包括ケアシステムは一朝一夕に達成できるものでなく、多職種間で話し合う地域個別ケア会議や有事の際の関係各所の協議を繰り返すことで、『顔の見える関係作り』を進めながら、その地域の社会資源に基づく仕組みづくりを行うことが第一歩と思われる。

（２）多職種連携

上記の地域包括ケアを成就するためには、以下の三点について検討が必要と思われる。

１）在宅療養者を支える「かかりつけ医」「歯科医師」「訪問看護師」「介護支援専門員」等の多職種の連携がもちろん必要だが、その為のセーフティネット体制も必要になってくる。医療の面では緊急時の在宅療養後方支援病院が、介護においては家族のレスパイトを支援できる地域包括ケア病棟（医療保険）や小規模多機能居宅介護（介護保険）、ショートステイ等が挙げられる。

２）施設入所者においては、介護療養型医療施設の廃止が決まり、介護医療院が増えてきており、今後どの様に展開していくか不透明ではあるが、医療機能と生活施設としての機能を兼ね備えた役割には期待したい。また、介護保険施設の中でも特別養護老人ホーム（特養）には配置医師が義務付けられている。併設医療機関のない特養は、看取り介護加算を算定するためには、配置医師（１人）は施設内の「かかりつけ医」としての役割があり、義務ではないものの、原則 24 時間 365 日の応召体制にならざるをえない。さらに自分の診療所で在宅医療を行なっている医師にとってはすこぶる過酷な条件となる。「医療と介護の給付調整」により、利用者への医療行為については、介護保険として評価するのか医療保険として評価するのか整理されているが、曖昧な点も多く、結局施設側の緊急対応や看取り加算に対応し、拘束されている時間や負担が多くなっている。

今後、医師の働き方改革が進む中、病院の勤務医だけでなく、訪問診療を行う医師についても光を当てていただき、地域医療連携推進法人制度の充実にも期待したい。

３）また、軽度要介護者や虚弱の高齢者を対象として、平成 27 年より始まった「介護予防・日常生活支援総合事業」いわゆる総合事業がある。総合事業は、介護保険による支援と、各自治体内で住民参加を促しながら地域全体で高齢者を支えていく地域包括ケアの役割の一つと思われる。今回の事業変更について、その労力あるいは費用対効果はどうだったのであろうか。要介護認定の非該当者や高齢者のひきこもり対策等の検証も必要で、介護給付費

(2) 令和3年度在宅医療及び地域包括ケアシステムの推進に関するアンケート調査結果報告書

令和3年度在宅医療及び地域包括ケアシステムの推進に関する アンケート調査結果報告書

■調査の目的

在宅医療・介護の提供体制の構築に係る市町村の取組支援を目的として各市町村の在宅医療及び地域包括ケアシステムの推進状況や関係団体に対する意見・要望等を茨城県が調査する。

調査結果は、地域ケア推進センター連携会議（21 職能団体が参加）の中で、茨城県が関係団体に対して、情報を提供するとともに、本県の在宅医療及び地域包括ケアシステムの推進に係る取組みに活用していく。

■実施の概要

- ・実施期間 令和3年7月21日～8月5日
- ・調査対象 県内44市町村（各市町村高齢福祉担当課、介護保険担当課、地域包括支援センター、社会福祉協議会）
- ・調査内容 各市町村の在宅医療及び地域包括ケアシステムの推進状況や関係団体に対する意見・要望等

■結果

- ・県内44市町村のうち36市町村が回答（回答率81.8%）

【在宅医療・地域包括ケアシステムの推進に係る市町村の主な取組み】

- ・医療・介護関係者間でICTを活用した情報共有システムの導入を推進している。
- ・在宅医療に取り組んでいる医療機関の情報（窓口、連携ツール等）を地域住民等へ発信している。
- ・多職種連携を目的とした研修会・意見交換会を開催している。
- ・地域住民への普及啓発を目的とした、市民講演会を開催している。
- ・市町村が情報共有シート等（紙媒体）を作成し、医療・介護関係者や地域住民等へ配布している。
- ・地域住民向けに医療・介護関係者等が出演する演劇を実施している。
- ・ACP（人生会議）の啓発を推進するとともに、エンディングノートを無料で配布している。
- ・地域の医療機関が連携しやすい時間帯等をまとめ、医療・介護関係者や地域住民等に向けて情報を発信している。
- ・関係団体と市町村が連携し、地域を見守るためのネットワークを構築している。
- ・民間会社と市町村で協定を締結し、高齢者支援を目的として、日常生活用品や食品等の買い物が困難な地域住民に向けた支援を実施している。
- ・高齢者の見守りと共に、商品の配達や店内での購入補助などを行う店舗の情報を冊子に集約し、地域住民へ周知している。

【各関係団体への市町村の意見や要望等】

- ・意見や要望等は別紙のとおり。
 - ・各要望団体に対する意見要望の件数は以下のとおり。
- ※調査時点で地域ケア推進センター連携会議に参加している関係団体に対する市町村の意見や要望等を調査しております。

番号	団体名	件数（要望・意見）	
		在宅医療	地域包括ケア
①	茨城県医師会	23	10
②	各郡市医師会	21	3
③	茨城県歯科医師会	3	9
④	茨城県薬剤師会	3	9
⑤	茨城県看護協会	3	8
⑥	茨城県介護支援専門員協会	2	8
⑦	茨城県リハビリテーション専門職協会	1	1
⑧	茨城県栄養士会	1	0
⑨	茨城県社会福祉士会	0	1
⑩	茨城県介護福祉士会	1	1
⑪	茨城県ソーシャルワーカー協会	2	0
⑫	茨城県老人福祉施設協議会	0	1
⑬	茨城県介護老人保健施設協会	0	1
⑭	茨城県訪問看護ステーション協議会	1	1
⑮	茨城県訪問介護協議会	1	0
⑯	茨城県理学療法士会	2	1
⑰	茨城県作業療法士会	2	1
⑱	茨城県言語聴覚士会	1	1
⑲	茨城県地域包括・在宅介護支援センター連絡協議会	0	1
⑳	茨城県	8	12

【在宅医療】

問1 在宅医療を推進するにあたり、茨城県医師会・郡市医師会・その他の関係団体等（「アンケート調査結果報告書」の「【各関係団体への市町村の意見や要望等】」を参照）への要望がありましたら記入してください。

番号	要望団体先	要望内容
1	⑳①②	医療機関（特に総合病院）従事者に本事業の目的・内容を情報発信してほしい。 また、県の計画を示してほしい。 入院している高齢者が退院する際の連絡が急である（退院後に連絡が入る場合もある）ため、介護支援専門員がサービス導入・調整する時間が短く、負担となっているとの声がある。
2	㉑	市民の通院・入院先は市内の医療機関とは限らないことや、市内の医療機関には近隣市町村から通院・入院されていることから、（才）の相談窓口設置について、広域的な支援をお願いしたい。
3	㉑	本事業手引きVol.3にある評価指標に活用できるデータの提供を支援してほしい。
4	①②	在宅での看取りを進めていくうえで、在宅医療を実施している医療機関の充実を望んでいる。
5	㉑	訪問リハビリに対応してくれる事業所が不足している。
6	①④⑧⑬⑰	市内において在宅医療を実施している医療機関が少ないので、他市町村でも対応している医療機関があれば詳細の公表を要望したい。 また、総合病院等の対応範囲（市町村）の公表も併せて要望したい。
7	①②	グループ化事業について進捗状況を教えていただきたい。 また、市と連携して実施できるような体制にしていきたい。
8	①②	電子@連絡帳導入の働きかけをお願いしたい。
9	⑥	市内において、介護支援専門員が不足している現状であるため介護支援専門員の育成を要望したい。
10	②	在宅医療・介護連携推進事業協議会ワーキングへの参画を要望したい。
11	⑩	市町村単位での職能団体設立を要望したい。
12	①②	在宅医療介護連携という視点で、医師会会員を対象に、市町村と連携・協働するための研修会などを実施してほしい。
13	㉑	電子@連絡帳システムを県の負担により、全市町村に導入してほしい。
14	㉑	入退院連携マニュアルを全市町村で統一して欲しい。
15	①②㉑	市内において、在宅医療を実施している医療機関が少ないので、医療機関に対して在宅医療に関する情報提供等して頂きたい。
16	①②	在宅医療を実施している医療機関が少ない。本市は一部地域で高齢化率が40%を超えている。高齢により、自力で医療機関に足を運ぶ手段のない高齢者も大勢いることから、医療機関に対し在宅医療に対応していただける働きかけをお願いしたい。
17	①②	医師会単位でなく、広域で在宅医療に対応できるように県全体で統一した働きかけをしてほしい。
18	①②	独居や高齢者のみの世帯が多いので、往診等の在宅医療へ対応して頂けるような働きかけを要望します。

19	①②	MCS等の情報共有ツールの活用を推進してほしい。
20	①②②⑩	在宅医療・診療を実施している医療機関を各市郡医師会、県で集約し、県医師会や県のHPで公表してほしい。医療機関ごとに、相談、照会方法についてどのようにすればいいかクリニック、診療所の情報も含めて集約してもらいたい。
21	③	在宅歯科医療・歯科診療を実施している医療機関を茨城県歯科医師会、県で集約し、茨城県歯科医師会や県のHPで公表してほしい。医療機関ごとに、相談、照会方法についてどのようにすればいいかクリニック、診療所の情報も含めて集約してもらいたい。
22	①②⑭	市内において訪問看護の実施機関が不足しているので、働きかけを要望したい。
23	①	市内に医師会が複数あり調整が取りづらいため、県医師会が主導で在宅医療・介護連携推進の具体的な方針を示してほしい。
24	⑥⑪	新規要支援・要介護認定申請について、入院直後の急性期治療中と思われる時期の案内が目立ち、本人または家族が入院予定期間、治療内容などを理解していないことがある。申請・相談等については、入院時説明ではなく、病状安定を確認の上、手続きを勧めていただくよう要望したい。
25	④	担当ケアマネとして、個人情報取り扱い同意書を取り交わしているため、必要な薬情報を希望時に交付してほしい。
26	①②	在宅医療を実施している医療機関が限られており、その医療機関への負担が懸念されるため、利用期間に対して在宅医療へ対応していただけるような働きかけを要望したい。
27	①②	在宅医療を実施、医療ソーシャルワーカーを配置している医療機関が少ないことが課題となっている。働きかけを要望したい。
28	①②③	近隣地域において、在宅医療を実施している医療機関が少ないので、医療機関に対して、在宅医療へ対応して頂けるような働きかけを要望したい。
29	①②⑤⑪⑬⑭⑰⑱	退院時、入院中の情報等を在宅療養に生かすことができるよう正確な情報が欲しい。病院職員の在宅療養に対する理解の促進をお願いしたい。
30	⑮	訪問介護事業所が少ないのか、人材がいけないとの理由でサービス導入を断られることがある。
31	①②③④⑤	四師会連携シートを実際の現場で使用していただきたい。
32	①②	市町村地域には病院も診療所もないので、近隣の医療機関に対して、在宅医療に取り組んでいただけるような働きかけをお願いしたい。
33	①⑤②⑩	在宅医療を推進するには、訪問看護が要だと思うが地域に少ない状況である。在宅医療を進めていくのであれば、計画的に増やしてほしい。
34	①②	市町村単独の都市医師会がないので、市町村毎に都市医師会の設立を要望したい。
35	①②	市内には、訪問看護事業所がないので、開設を要望したい。

【地域包括ケアシステム】

問2

地域包括ケアシステムを推進するにあたり、茨城県医師会・都市医師会・その他の関係団体等（「アンケート調査結果報告書」の「各関係団体への市町村の意見や要望等」を参照）への要望がありましたら記入してください。

番号	要望団体先	要望内容
1	①③④⑤⑥	心不全のクリニカルパス、入退院支援、日常の療養支援に活用できる連携パスの作成をお願いしたい。
2	⑭	若年性認知症者を対象とした社会資源の開発 若年性認知症者を含む2号被保険者の方が認定がおりても本人自身の受け入れが難しかったり、高齢者と同じサービスを受けることに抵抗があったりと利用が難しいことから、対象者の受け皿が増えると良いと感じている。 また、若年性認知症者ではありませんが、高次脳機能障害の場合、自制がきかず女性職員へのセクハラ等の問題から、男性の介護職員が増えると良いと感じている。
3	⑭	いつでも安心して利用できるICTの活用を支援していただきたい。
4	⑭	市町村により考え方が弱いので、地域包括ケアシステムの構築をもっと推進して欲しい。 また、構築のための多職種での合同研修会等を開催して欲しい。
5	①③④⑤⑥	市内医療機関・介護事業所等の情報連携に資するシステム・ツールの導入を支援してほしい。
6	⑭	身元保証人が居ないことにより、入院や入居を拒まれるケースが相次いでいることから、この視点で医療機関や介護保険施設、高齢者施設等への研修会を行って欲しい。
7	⑭	シルバーリハビリ体操指導士の養成等の在り方については、フレイル予防や介護予防との関わりが深いので、もう少し時間をかけて検討していただきたい。また、指導士を活用した保健事業と介護予防の一体的実施と総めて行っている自治体を紹介して欲しい。
8	⑭	重層的支援体制整備事業を進めていくにあたり、県の所管課を明確にさせていただくとともに、研修会を開催して欲しい。
9	⑭	二次医療圏にある関係市町村等における広域連携への支援をしてほしい。
10	⑩⑫⑬	施設職員や訪問介護職員を含めた介護職に関して、高齢者虐待防止法に係る知識や職業倫理が希薄なあまり虐待（疑い含む）につながる事案が増えているように感じる。規模にもよるが、単独での十分な研修が困難な事業所も見受けられることから、介護職に対する高齢者虐待研修を実施していただきたい。
11	①③④⑤⑥	ICTのシステムは導入しているが、登録した事業所が積極的に活用できるように支援してほしい。 また未登録の事業所が参画できるように支援してほしい。
12	⑭	多職種連携のために、茨城県多職種連携ポータルサイトを検討していただきたい。
13	①③④⑤⑥	市内医療機関・介護事業所等の情報連携に資するシステム・ツールの導入を支援してほしい。
14	⑭	切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築のためには、地域の実情に応じた取組内容の充実を図る必要がある。 この取組内容の充実を図るためには、地域における課題の分析が必須であることから、地域ニーズの把握のためにデータ（厚生労働省で作成している在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.3に記載されている把握するデータ（例））の提供を要望したい。
15	⑯⑰⑱	リハビリテーション専門の職能団体として、地域包括支援センターと共同した事業があれば紹介をいただきたい。
16	①③④⑤⑥⑭⑱	市外の医療機関や介護事業所等を利用している市民が多いことから、市町村ごとではなく統一した情報連携ツールやマニュアルの作成等、県レベルでの対応をお願いしたい。
17	①②③④⑤⑥	市内医療機関・介護事業所等の情報連携に資するシステム・ツールの導入を支援してほしい。
18	①②③⑭	在宅医療・診療を実施している医療機関を各市郡医師会、県で集約し、県医師会や県でHP公表してほしい。医療機関ごとに、相談、照会方法についてどのようにすればいいかクリニック、診療所の情報も含めて集約してもらいたい。

19	④	居宅療養管理指導等で服薬管理を在宅で行える薬局が増えるよう要望してほしい。
20	①⑥⑯	在宅医療介護連携の推進に資する研修の講師派遣または研修開催を行ってほしい。
21	⑨	成年後見制度や高齢者権利擁護にかかる参考となる具体的な事例を紹介してほしい。
22	①③④⑤⑥	市内の医療機関・介護事業所等の情報連携に資するシステム・ツールの導入を支援してほしい。
23	①②③④⑤⑦	市町村の地域ケア推進会議などの委員を選任するにあたり、委員候補者の推薦などご協力をいただきたい。
24	⑳	理論・理想はわかっても具体的なイメージができずに、自分の地域でどのように推進していったらよいのかわからず、全く進んでいない状況である。実際に地域包括ケアシステムが構築されている地域の具体的な話が聞けるような研修会を開いてほしい。

7. 茨城県医師会の取り組み

(1) 茨城地域包括ケア学会の開催

・第1回茨城地域包括ケア学会

～多職種連携の深化を目指して～

日 時：令和2年10月3日（土） 13:30～17:00

場 所：茨城県メディカルセンター 1階 研修講堂

参加者：209名

第6回茨城県地域医療連携推進協議会 第1回茨城地域包括ケア学会 ～多職種連携の深化を目指して～	
日 時	令和2年10月3日（土） 午後1時30分～午後5時
場 所	茨城県メディカルセンター 1階 研修講堂
主 催	茨城県地域医療連携推進協議会、茨城県医師会、茨城県医師会在宅医療推進センター
後 援	日本地域包括ケア学会、茨城県
プログラム	
13:30	開 会
13:30～13:35（5分）	挨拶 鈴木 邦彦（茨城県医師会会長）
13:35～14:35（60分）	特別講演 「超高齢社会に向けた地域包括ケアシステムの深化」 田中 滋 氏 （日本地域包括ケア学会理事長／埼玉県立大学理事長）
14:35～14:45（10分）	休 憩
14:45～15:50（65分）	シンポジウム1 テーマ 「多職種連携教育の進め方について」 座 長 前野 哲博 氏（筑波大学医学医療系地域医療教育学教授） シンポジスト 1 「多職種連携教育とは」（20分） 前野 哲博 氏（筑波大学医学医療系地域医療教育学教授） 2 「医療系大学における多職種連携教育の実践」（15分） 富田 美加 氏 （茨城県立医療大学保健医療学部看護学科教授） 3 「笠間市立病院における多職種連携教育の実践」（15分） 稲葉 崇 氏 （筑波大学医学医療系地域総合診療医学助教 ／笠間市立病院内科医長）
	討 論（15分）
15:50～16:55（65分）	シンポジウム2 テーマ 「地域リハビリテーション推進体制の構築に向けて」 座 長 鈴木 邦彦 氏（茨城県医師会会長） シンポジスト 1 「地域リハビリテーション 私たちの実践」（20分） 斉藤 正身 氏 （日本リハビリテーション病院・施設協会会長） 2 「本県における地域包括ケアの取組み ～地域リハ体制の見直しにあたって～」（15分） 栗田 仁子 氏 （茨城県保健福祉部健康・地域ケア推進課課長） 3 「地域リハビリテーション推進体制に向け 茨城県立医療大学はどうあるべきか」（15分） 浅川 育世 氏 （茨城県立医療大学保健医療学部理学療法学科教授）
	討 論（15分）
16:55～17:00（5分）	総 括
17:00	閉 会

・第2回茨城地域包括ケア学会

多職種で活かす・つくる地域包括ケア

～コロナ禍での新しい茨城にむけて～

日 時：令和3年12月4日（土） 10:30～17:30

場 所：WEB 会議システム「Zoom」

参加者：315 名（アカウント）

第2回茨城地域包括ケア学会

多職種で活かす・つくる地域包括ケア
～コロナ禍での新しい茨城にむけて～

日 時：令和3年12月4日（土） 10:30～17:30

場 所：Web 会議システム「Zoom」

主 催：茨城県医師会・地域ケア推進センター・茨城県

後 援：日本地域包括ケア学会

プログラム

- | | |
|------------------|--|
| 10:30 | 開会 |
| 10:30～10:40（10分） | 挨拶 鈴木 邦彦（茨城県医師会会長） |
| 10:40～11:10（30分） | 基調講演
「茨城県における新型コロナウイルス感染症の対応と地域包括ケア」
鈴木 邦彦（茨城県医師会会長） |
| 11:10～12:10（60分） | シンポジウムⅠ
「地域包括ケアからみた地域リハビリテーション・介護予防の取り組み」
座長 鈴木 邦彦（茨城県医師会会長）
シンポジスト（各15分）
1 「地域包括からみた地域リハビリテーション・介護予防の取り組み
～北茨城地域自立支援センターの8年の取り組みからみえたこと～」
鈴木 和江（茨城県理学療法士会理事）
2 「集団の特性を活かした介護予防事業」
川口 淳一（茨城県リハビリテーション専門職協会理事）
3 「地域包括ケアにおける介護予防とシルバーリハビリ体操指導士養成事業」
黒江 悦子（茨城県健康プラザ介護予防推進部部長）
討論（15分） |
| 12:10～13:05（55分） | 昼休憩・DVD上映
「かかりつけ医の在宅医療 超高齢社会—私たちのミッション」
監修：公益社団法人日本医師会 |
| 13:05～14:05（60分） | 特別講演
「多職種連携の新たな展開」
田中 滋（埼玉県立大学理事・慶應義塾大学名誉教授）
座長 鈴木 邦彦（茨城県医師会会長） |

14:10～15:10 (60分)	シンポジウムⅡ 「ICT活用による多職種連携とまちづくり」 座長 伊藤 金一 (茨城県医師会常任理事) シンポジスト (各15分) 1 「常総市における地域医療連携システム『電子@連絡帳』」 伊藤 金一 (茨城県医師会常任理事) 2 「ICT活用による多職種連携とまちづくり ～訪問介護事業所の現状と課題～」 能本 守康 (茨城県訪問介護協議会会長) 3 「ICTツールを活用したまちづくり 電子@連絡帳」OSOシステムを導入した常総市の場合」 秋葉 利恵子・村上 大成・笠嶋 俊莉 (茨城県常総市福祉部幸せ長寿課) 討 論 (15分)
15:10～15:20 (10分)	休憩
15:20～16:20 (60分)	シンポジウムⅢ 「たべるを支える多職種連携」 座長 小野寺 鏡子 (茨城県歯科医師会常務理事) シンポジスト (各15分) 1 「たべるを支える多職種連携 (仮)」 土子 古久 (茨城県歯科医師会介護保険委員会委員長) 2 「たべるを支える多職種連携～言語聴覚士の立場から～」 横田 彰 (茨城県言語聴覚士会理事) 3 「食べる楽しみを支えるために」 伊藤 久美子 (茨城県栄養士会副会長) 討 論 (15分)
16:20～17:20 (60分)	シンポジウムⅣ 「在宅医療における多職種連携」 座長 松崎 信夫 (茨城県医師会副会長) シンポジスト (各15分) 1 「地域のすべての薬局が参加し、ケアマネジャーの強みを生かした連携で 服薬問題に挑む『古河モデル』とその効果」 宇田 和夫 (古河薬剤師会副会長) 2 「ケアプラン作成における多職種連携の現状」 若松 幸子 (茨城県介護支援専門員協会副会長) 3 「在宅医療における多職種連携訪問看護の立場から」 林 啓子 (茨城県訪問看護ステーション協議会会長) 討 論 (15分)
17:20～17:30 (10分)	総括 鈴木 邦彦 (茨城県医師会会長)
17:30	閉会

(2) 地域ケア推進センター連携会議の開催

・地域ケア推進センター第1回連携会議

日 時：令和3年4月30日（金）19:00

場 所：WEB 会議システム「Zoom」

出席者：33名

議 題

1) 地域ケア推進センターの事業概要について

2) 【意見交換】各団体における地域包括ケアや在宅医療の取り組み
や関わりについて

・地域ケア推進センター第2回連携会議

日 時：令和3年9月28日（火）18:30

場 所：WEB 会議システム「Zoom」

出席者：40 名

議 題

1) 茨城県における COVID-19 の対応状況について

2) 各団体の取り組み発表・意見交換

- ・茨城県薬剤師会

- ・茨城県看護協会

- ・茨城県栄養士会

・地域ケア推進センター第 3 回連携会議

日 時：令和 3 年 11 月 29 日（月）18:30

場 所：WEB 会議システム「Zoom」

出席者：49 名

議 題

1) 茨城県の地域リハビリテーションの推進について

- ・地域リハビリテーションについて（鈴木会長）

- ・茨城県における地域リハビリテーション推進の取り組みについて（茨城県保健福祉部健康・地域ケア推進課）

2) 茨城県の実施した市町村に対するアンケートの結果を踏まえた、参加団体における協議

- ・医療機関、介護事業所の情報連携、システム・ツールに関する意見交換

- ・虐待、権利者擁護の教育、研修の充実、実施に関する意見交換

3) 各団体からのアナウンス

・地域ケア推進センター第 4 回連携会議

日 時：令和 4 年 3 月 9 日（水）18:30

場 所：WEB 会議システム「Zoom」

出席者：40 名

議 題

1) 茨城県における認知症に対する取り組みと課題について

- ・ 茨城県における認知症施策について

(茨城県保健福祉部健康・地域ケア推進課)

- ・ 筑西市認知症初期集中支援チームの取り組みについて

(筑西市保健福祉部高齢福祉課)

- ・ 茨城県における認知症への取り組みと課題

コロナ禍における認知症への対応と課題

(筑波大学附属病院認知症疾患医療センター)

- ・ 意見交換

(3) 地域ケア推進センター全体会議の開催

- ・ 地域ケア推進センター第1回全体会議（講演会）

日 時：令和3年7月6日（火）15:00～17:00

場 所：WEB 会議システム「Zoom」

参加者：209 名（アカウント）

講 演

「在宅医療・介護連携推進事業について」

厚生労働省老健局老人保健課医療・介護連携技術推進官

高田淳子

- ・ 地域ケア推進センター第2回全体会議（講演会）

日 時：令和4年4月12日（火）15:00～17:00

場 所：WEB 会議システム「Zoom」

参加者：154 名（アカウント）

講 演

「地域包括ケアシステムと認知症施策」

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長 笹子宗一郎

8. 茨城県医師会への提言

介護保険も20年が経ち、3.5兆円から10兆円の経済規模になった。改正のたびに膨張を防ぐ視点で点数が変えられ、かつ提出書類がどんどん増え、加算形式の増加で現場の雑用は増え続けている。経済視点での改正で、介護労働の価値を否定するような改正がなされてきた。人事マネジメントや新人教育の重要性、中間管理職の育成をきちんとしなかつた事業者組織にも反省すべき点はある。先日も中間整理が出たが、全世代型社会保障改革の議論が進められている。成長と分配の好循環の為、又、中間層を支えかつ厚みを増す為にも必要である。かかりつけ医の機能発揮についても議論されている。同じ負担金なのに施設間の介護力の差がなぜこうも違うのかは、利用者さんたちの率直な疑問である。これにも私たちは答えなければならない。病院のベッド減らしが優先された施設でのトラブル、政治的思惑での整備等、諸問題にきちんと対応し、人々の安心と安全を求めていく。介護現場では、要介護度が改善すると事業所の収入が減るという介護保険開始時からの宿題も続いている。

(1) 職員を大事に地域に根差して育てる

労働力不足と財源不足については「3. 労働力不足、財源不足」にて述べられた。

高齢者就労(花の再就職)で介護助手を増やすには、きちんと指針を作り、公的なプラス誘導も添え、生きがいをもって安心できる職場を提供すべきである。高齢者就労は、東京都健康長寿医療センター研究所 社会参加と地域保健研究チーム研究部長の藤原先生によれば「4方よし」、すなわち「本人、利用者、他の職員(特に若い職員)、地域社会への貢献」である。生きがい、社会とのつながり、フレイル予防、知的活動、今日行くと今日用(きょういくときょうよう)等様々な効果がある。ここで問題となるのが足(就労地までの交通手段)の確保であろう。地域での足の確保は市町村の義務とすべきである。例えば、高齢者の場合には免許証を地域限定にする等の工夫も必要であろう。

介護職の魅力度アップ、エッセンシャルソーシャルワーカーとしての誇り

を持っていただくような施策をお願いしたい。また、各地で起きている准看護学生の減少は地域の人材資源の減少に直結することから、介護現場から准看護師養成に進めるための補助制度も組み込みを要望する。意欲ある方にはエキスパート介護士の道も整えるべきである。昨今の高額な紹介料等の派遣業の問題は、業種を問わず話題にすべきであり改善を望む。

(2) 平均寿命と健康寿命の差を無くすために

フレイル予防と認知症予防の重要性は周知のとおりである。平均寿命と健康寿命の差をなくさなければならない。フレイルの負の連鎖を止めるためにも、社会的要素、身体的要素、心理的認知的要素の3つを連動させることも必要である。また、これらの予防は楽しくなければ続かない。楽しみの達人は感謝の達人である。おかげさまの精神を重んじていただきたい。

予防の大切な1つ目は「つながりと知的好奇心」をどう満たしていくかである。人々と社会のつながりが大切であり、実際、高齢者だけでなく中年の方々も孤独の方が増えている。日本でもイギリス同様に担当の大臣を決めているが、先日やっと試案が提案された。どのように自宅から孤独の方を連れ出すか、通いの場所作りは地域包括ケアでも柱の一つであるので、行政が地域の人を巻き込み各地で熟成させていただきたい。例えば、学校再編で廃校が増えて地域のコミュニティが弱体化しつつある昨今、通いの場所の積極的活用を至急始めていただきたい。日本中の自治体が地域に即した工夫を始めている。地域包括ケアの柱である多職種連携も進めなければならない。地域リハビリも通所、訪問と連携し充実が望まれている。在宅では転倒防止とトイレ改造を早めに配慮し実行していただきたい。

予防の2つ目は「運動」で、地域でも工夫されているが、やはり自分の好きな運動を継続して行うことであろう。

予防の3つ目は「食事を楽しむこと」である。地産地消、身土不二を体現している世界無形文化遺産の和食をゆっくりよく噛んで味わうことも大切である。

(3) 地域包括ケアの柱である通所サービス利用可能者の柔軟な拡大を

老々介護、老障介護、ヤングケアラー、ダブルケアラー等に対して通所サ

ービスを受けやすくする配慮をし、家庭内の心中防止や介護者のフレイル予防のため、一緒にデイサービスを活用できるよう利用可能者の柔軟な拡大拡充を希望する。市町村の総合事業でも「今日行く、今日用」の通いの場の整備を行っていただきたい。

(4) 穏やかな施設看取り（ケアピス）の充実に向けて

アンケートでは自宅看取り希望が一番多いが、現実には病院看取りが多い。以前は家庭に複数の家族がおり、親戚も参加してくれたため、在宅ホスピスが可能であった。現在は就労している家族が多く、家族構成も少なくなったため難しくなっている。

このため、施設看取り（ケアピス）を推進していただきたい。家族とゆっくり過ごせる看取り部屋の整備補助、介護職員や看護師への看取り介護・看護の研修等により、一番お金がかからず静かなお見送りが出来る。看取りの為のケアピスショートも考えられる。映画「看取り士」のモデルで一般社団法人「日本看取り士会」の代表理事を務める柴田久美子さんも「人生の99%が不幸だとしても最後の1%が幸せならば、その人の人生は幸せなものに変わる」と話されている。

(5) 科学的介護（LIFE）の行きつく先への懸念

介護現場も科学的介護エビデンス重視と言われ、関連業者も張り切っている。ただ、1年間施行して、現在まだLIFEの効果は見えてきていない。このようにAIに判断を仰ぐことは介護の現場にそぐうのだろうか。台湾のデジタル担当大臣であるオードリー・タン氏は、AIをassistive intelligence（アシストする知能）と読み替えている。デジタル全体主義が急速に拡散し、巨大ITが量子コンピュータを駆使し、人々の生活全般に入り込んでいる。AIが進歩すると、データ処理で専門家も判断できなくなり、人々の自己決定権の放棄につながる。医療や介護は人間そのものが対象で、日々変化する人体と思考に定義付けや定型化は基本不可能ではないだろうか。共通の物差しはもっとシンプルに出来る。アトムがAIと戦ったシーンを思い出すが、機械の指示でのお世話はしたくないという方も多いのではないかな。

（６）これからの日本の社会保障

岸田総理も新自由主義の見直しに言及している。労働者を経済の一駒扱いされたことによる弊害は、慶應義塾大学の小熊教授は「労働を安く買ったとき、人間の尊厳を軽んじていることが、この国の停滞と閉塞感の根底にある」と話されている。異様な格差社会、株主資本主義、また非定期雇用労働者の増加、ブルシット・ジョブの増加等の現状認識が必要である。新自由主義が国家統制の中国に良いように利用され、結果として中国は第二の経済大国になった。自由経済がいずれ民主主義の人々を作るという大いなる誤解に気付くのが遅かったのである。ステークホルダー資本主義と言われるが、近江商人の「三方良し」のようにも聞こえる。日本には以前から知恵があった。ジャパンアズナンバーワンは「過信しろ、ではなく人々の営みの原点が日本にある」と言っていたのである。相田みつを氏は「うばい合えば足らぬ わけ合えばあまる」、探検家で医師の関野吉晴氏は「各地の先住民と会い皆さんが共通して言うことは『一番、最低な人間は物をため込んでしまう人』である。分かち合い、お互いに協力することが人間性」と言われた。

厚生労働省はコロナ禍でいろいろなシステムを作ってきた。デジタル庁もでき官民そろってデジタル化猛進である。これからの社会保障は、一つには「新自由主義を修正し、分かち合う哲学も含めた今後の方向性の議論」の上に、もう一つは「安全保障」の上に成り立つものと思われる。可能性や危険を後回しせず未来を見つめなければならない。これら二つを踏まえて、社会保障制度は構築すべきではないか。安全保障は、経済安全保障だけではなく、食料、地球環境、少子高齢化と人口、感染、予防医学（がん、フレイル、認知法等）等、分野別に取り組み結果を融合させなければならない。島根県の平井知事も「孫の代まで安心して暮らせる環境を作れて初めて地域を守れる」とお話しされている。

安心と安全は人々の生活の骨幹ととらえ、ぶれない議論をお願いしたい。