地域医療と市民を結ぶ会・プログラム

2018年2月9日（金）花見東2区公民館

＜学習会＞　18時30分～19時30分　司会：前野早月（結ぶ会事務局）

（1）「地域医療と市民を結ぶ会」の紹介　奴間健司（結ぶ会事務局長）

（2）「地域包括ケアシステム、高齢者の終活について」　大岩俊夫（結ぶ会代表）

（3）特別報告①

「福岡100の概要とオンライン診療の意義」

中村卓也さん（福岡市保健福祉局政策推進部長）

「オンライン診療の実証実験と今後の展開」

増崎孝弘さん（医療法人鉄祐会マネージャー）

（4）特別報告②

「職場対抗　歩く王　決定戦」　中村由香さん（古賀市予防健診課長）

（5）質疑応答

＜懇親会＞　19時40分～21時ころ

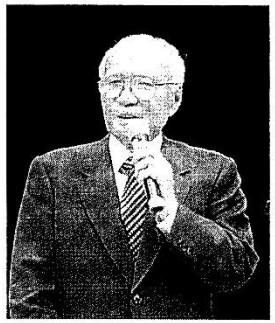
「結ぶ会」の前史

大岩俊夫先生講演会を大ホールで開催　2007年8月26日

西日本新聞　平成19年8月27日　朝刊

地域医療 課題考える

古賀の開業医 大岩氏が講演「診療所連携を」



地域医療充実の必要性を訴える大岩俊夫氏

古賀市で四十二年間開業している医師、大岩俊夫氏の講演会「どうなる日本の医療」が二十六日、同市中央二丁目の市中央公民館であった。厳しさを増す地域医療の課題を考えようと、市民でつくる医療問題講演会実行委員会が主催した。

大岩氏は胃がんの早期発見などで知られる「大岩外科胃腸科医院」の院長。昨年十二月、在宅医療の患者らの情報を医療関係者間で共有し、容体の急変時に生かす「粕屋北部在宅医療ネットワーク」の立ち上げに参加するなど、地域医療の充実に努めている。

講演で大岩氏は患者の医療負担の増大に触れ、「ベッドのある診療所の数が激減し、大きな病院に通える人との間で医療格差が広がっている」と説明。「服用する薬を整理するなどして、支出を抑える工夫が必要。大学病院などの治療を受ける前には、かかりつけ医で検査を済ませて紹介状を書いてもらうようにしてほしい」と訴えた。

診療所間の連携強化の必要性も強調し、「それぞれの医師が力を出し合い、緊急時にいつでも対応できる体制を築いていきたい」と話した。

2007年8月26日（日）・古賀市中央公民館大ホール

「大岩俊夫先生講演会」・講演レジュメ
「どうなる日本の医療・・医療崩壊と地域の課題」
～医療安全ネットワークの取り組み～

医　学　の　進　歩

—それに私達はどう対応していけばよいのか—

（1）最近の胃腸診断は進歩か退歩か
　レントゲン診断の軽視は進歩か
　内視鏡診断は最近下手になっていないか
　内視鏡下手術にだけ重点を置いているのは正しいか
　胃集団検診の今後は大丈夫か

（2）腹腔鏡手術をしてよいもの、悪いもの

（3）癌の治療について
　縮小手術はどこまで許されるか
　化学療法の進歩
　癌再発に対する治療と私の見解
　終末治療はどうあるべきか
　　在宅治療の方向性も考える

（4）急性期の治療は２週間でよいと考えるのは正しいか

医療政策の問題点とその対策

1）無料化の逆行

2）貧富の差別が起こり始めた。
　自己負担金の支払い困難が起こり始めた

3）医師看護師の流れが変わった。—中央へ、より大病院へ
　産科施設の減少
　小児科救急の対応

4）有床診療所の著明な減少

5）特定機能病院（急性期病院）からの受皿はどうするか

6）療養病床の削減・介護療養病床の廃止にどう対応するか
　慢性期の患者様はどうなるのか

7）独居高齢者はどうなるのか
　高齢化の恐怖

対策
（1）服用する薬を整理して支払うお金を減らしましょう。
（2）大学病院や、がんセンターなどへは、かかりつけの先生からの紹介で行きましょう。できればほとんどの検査を済ませてから行くのが望ましい。
（3）有床診療所の減少に歯止めをかける。そのためにも連携の輪を強化し、携帯などですぐ検索できるようにする。

「結ぶ会」の前史
大岩俊夫先生講演会を大ホールで開催　2007年8月26日

リーパスプラザ古賀・大ホールに約400人が参加

「地域医療と市民を結ぶ会」は2010年4月4日に発足しました
7年10ヶ月にわたって地道に活動してきました

「地域医療と市民を結ぶ会」の趣旨

●市民と医療関係者が一緒になって
　地域医療を守り、育てるために活動

●地域医療に関する講演会、学習会などを継続開催

●国・県・市町村や各種団体、国会議員などへの積極的働きかけ

●医療従事者をめざそうという若い方々との交流

「地域医療と市民を結ぶ会」発会式　2010年4月4日

清原留夫副代表の開会宣言

大岩俊夫代表の基調講演

古賀市長、市議会正副議長、国会議員、東医療センター院長、市内の有床診療所院長等など約150人が参加（リーパスプラザ古賀・大会議室）

発会式でのパネルディスカッション

「結ぶ会」の例会を地道に続けてきました

発会式の打ち上げ

遠隔・チーム医療に力

「こんにちは。年末年始はどうしていました？」福岡市の診療所「たろうクリニック」の診察室で1月下旬、ノートパソコンの画面に診察の予約をしていた市内の女性（87）とその長女（56）が映し出されると、内田直樹院長（39）がこう話しかけた。

内田院長は認知症などが専門。アルツハイマー型認知症を患って通院していた女性に勧め、17年夏から一部を遠隔診療に代えた。女性と長女はスマートフォンを使い、診察は15分ほどで終了。女性の近況を報告する役目の長女は「家で受診できるので介護する私の負担も減る」と話す。

内田院長が遠隔診療を始めたのは17年。診療所から半径16キロメートルで訪問診療をしているが、移動に車で片道30分かかることもある。それなのに診察時間は15分ほど。「運転時間を治療に回せれば患者をより多くみられる」と考えたのがきっかけで、今は2人の患者に遠隔診療をする。

遠隔診療について公的保険は長く、主に離島やへき地の患者の容体が急変し、家族が電話などで医師に指示を仰ぐケースを想定してきた。それがICT（情報通信技術）の発達を背景に、取り組む医師が少しずつ増えてきたことを受け、厚生労働省は15年夏に離島やへき地を遠隔診療の「例示」とする通知を出した。ただ、医師によって報酬を請求したりしなかったりとバラバラだという。今回の改定では「オンライン診

4月からの診療報酬改定のポイント

入院
- 急性期患者向けベッドの入院基本料を、診療実績も加味して7段階に細分化

在宅・外来
- 複数の診療所などが連携し、24時間在宅患者に対応できる体制を整えたら報酬を加算
- 遠隔診療の保険対象を拡大し、対面診療を組み合わせた診察・生活指導の報酬を新設
- 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の義務化対象を500床以上から400床以上に拡大

薬局
- 大手の門前薬局チェーンや「門内薬局」の報酬を引き下げ

個別の治療
- 性同一性障害の人が体を心の性に合わせる「性別適合手術」を保険対象に

改定で在宅患者を支える仕組みを強化した

パソコンやスマートフォンを使った遠隔診療
対面診療と組み合わせて計画的に診察すれば保険対象に

複数の医療機関が連携し24時間体制の在宅医療を提供
訪問診療や往診代わりに私が急用で行けない
主治医

在宅
自宅で暮らす患者

入院前から退院後の生活を見据えた支援
退院後に安心して暮らせるよう病院と在宅医療双方の医師、看護師、薬剤師ら多職種が連携して支援
入院時に主治医と訪問看護師が診療情報を病院に提供

複数の診療所連携 PC・スマホで遠隔診療

在宅医療の充実後押し

診療報酬4月改定

2年に1度見直される医療サービスの4月からの中身と値段が決まった。遠隔診療が拡大したり、複数の診療所が手を結んで在宅患者に24時間対応する仕組みが設けられたりと、自宅などで暮らす患者の診療体制が一層手厚くなる。医療従事者の不足を避けるための効率化や「働き方改革」の狙いも込められている。▼2面＝高齢化に備え、7面＝考論

医療サービスの公定価格の診療報酬を話し合う中央社会保険医療協議会（中医協）＝厚生労働相の諮問機関）が7日に決め、答申した。医療費は新年度予算案の国費ベースで約11兆8千億円で、この範囲に収まるように値段を調整した。団塊の世代がすべて75歳以上となり、国民医療費が急増していく「2025年問題」を乗り切る医療体制をいかにつくるか――。これが最大の焦点だった。

入院中心では医療費がかさみ、またサービスを受けられない高齢者が出かねず、政府は在宅医療へのシフトを進めている。今回の目玉の一つが、パソコンやスマートフォンなどICT（情報通信技術）を活用した遠隔診療の拡大だ。計画的な診療や日常生活の指導などの報酬を新設。糖尿病をはじめ生活習慣病の人の利用などを想定する。患者宅が遠く、訪問診療が重荷となっている医師に使ってもらうことも念頭にある。

また、複数の診療所などが連携し、24時間連絡がついて往診できる体制を築い

180208 朝日

調剤手数料 メリハリ 認知症 報酬を手厚く

診療報酬改定 4月から

▼1面＝解説

在宅医療 人手が不足

栃木県小山市で25年以上在宅医療を続ける医療法人アスムス理事長の太田芳樹医師の話

今後はさらに複数の慢性疾患を持った患者が増える。高血圧などの生活習慣病は、必要な薬をコントロールできても完治しない。必要なのは、人間らしく暮らせる生活のしくみ。さまざまな在宅医療を支える医療で、今回の改定が「人脈から「人」の育れを加速するものになったことは評価できる。

医療と福祉 連携課題

考論

医療経営に詳しい国際医療福祉大学の高橋泰教授の話

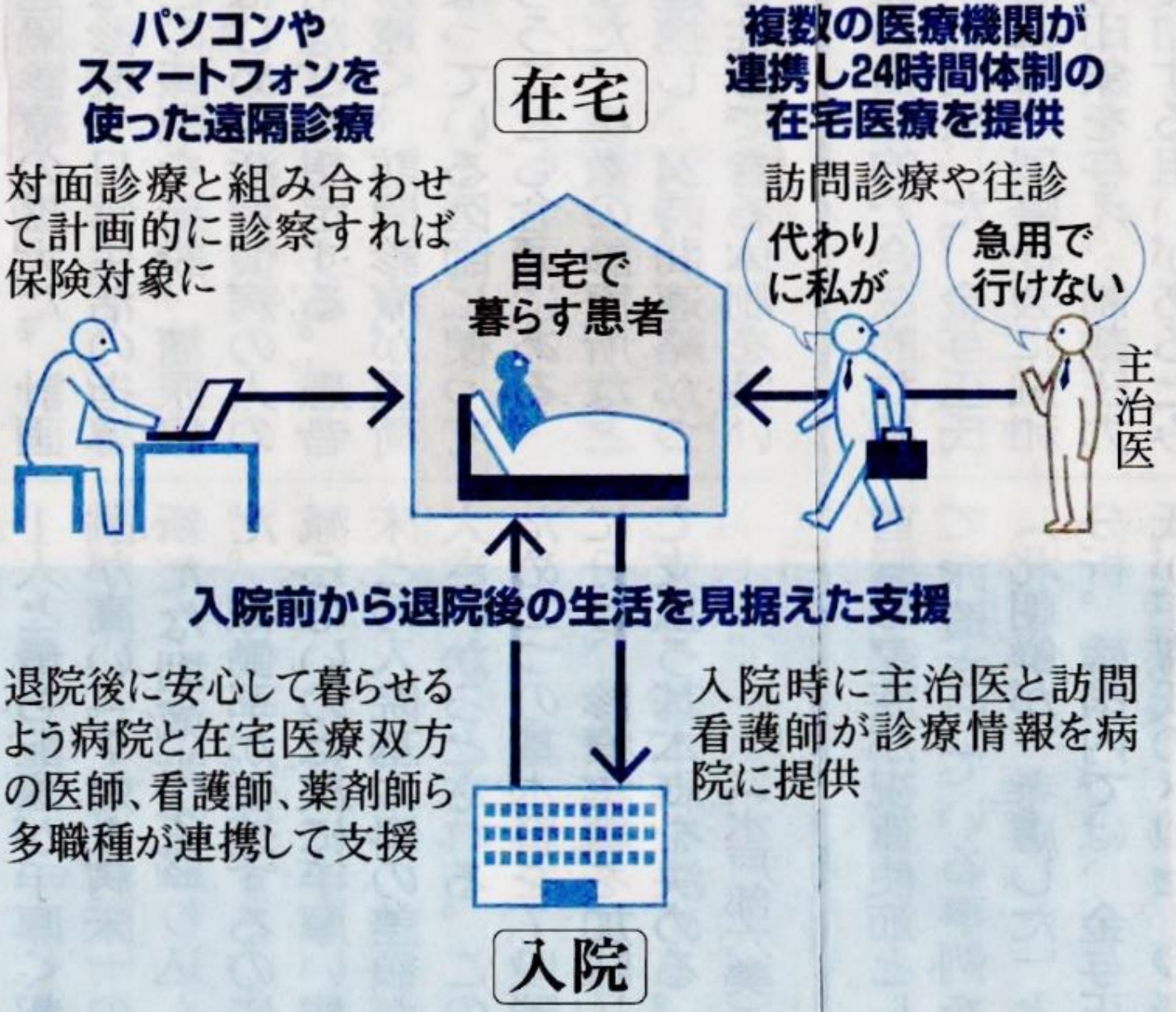
昨年の改定で、政府は今回、人より医療や介護の利用が増えるとの見方から、自宅の「本体」や介護術）の活用は必須だ。ICT（情報通信技術）や、介護報酬で見守りセンサーの利用が急速に進むことが、今回の改定で安全性を支える医療・介護報酬などは、「人」の育成や、仕事を広がるような報酬がついたことは評価できる。

また、近年は医療職と介護職の連携を促進するような改定が行われており、今回もその流れを加速させる内容になったことも評価できる。ただ、医療と福祉は使用している言葉や考え方に大きな隔たりがあるなど、報酬改定では対応しきれない問題も多く、情報連携のあり方を考える必要がある。

180208 朝日

診療報酬改定に関する報道
2018年2月8日・朝日

改定で在宅患者を支える仕組みを強化した



診療報酬改定のポイント

入院

- 急性期患者向けベッドの入院基本料を、診療実績も加味して7段階に細分化

在宅・外来

- 複数の診療所などが連携し、24時間在宅患者に対応できる体制を整えたら報酬を加算
- 遠隔診療の保険対象を拡大し、対面診療を組み合わせた診察・生活指導の報酬を新設
- 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の義務化対象を500床以上から400床以上に拡大

薬局

- 大手の門前薬局チェーンや「門内薬局」の報酬を引き下げ

個別の治療

- 性同一性障害の人が体を心の性に合わせる「性別適合手術」を保険対象に

医師の応召義務議論へ

厚労省 働き方改革検討会

労働時間把握や業務移管も

医師の働き方改革に関し厚生労働省の検討会が策定する、医師の長時間労働是正に向けた緊急対策の素案の内容が14日、分かった。労働時間管理や労使協定（三六協定）の順守徹底に加え、薬の説明や診断書の入力など医師以外へのタスク・シフティング（業務移管）の推進が柱となる。

医師の働き方改革緊急対策案のポイント

- 労働時間の的確な把握
- 労使協定（三六協定）を超えた時間外労働をさせていないかの確認と、設定時間の見直し
- 薬や検査手順、入院の説明、診断書入力の業務移管
- 勤務間インターバルの導入検討。当直明け勤務の負担軽減
- 短時間勤務など柔軟な働き方の導入や保育サービスの充実

「医師は原則、診察、治療の求めを拒むことはできない」と医師法が規定する「応召義務」の在り方も論点として挙げる方向で調整していることが判明。応召義務は、いつでも、どこでも診療を受けられることを保障するものだが、過労死遺族や医療現場から「長時間労働の一因となっている」との声もあった。

長時間労働が常態化している医師の働き方改革の第一歩。医師の負担軽減のため、診察を受ける側も不要な救急搬送や「コンビニ受診」を控えるなど意識改革が求められそうだ。

政府が昨年3月にまとめた「働き方改革実行計画」を受け、厚労省は昨年8月に検討会を設置。2018年度末までに最終報告を取りまとめることを目標に議論を進めている。今回、明らかとなった素案は15日の検討会で示される見通し。

医師の働き方改革は、医師のワーク・ライフ・バランスの確保と、医療の質・安全の向上が目的。宿直やオンコール（院外待機）に加え、医療技術の進歩に対応する自己研さんが長時間労働に拍車をかけている現状を踏まえ、素案では、医師の出退勤記録を的確に把握することや、三六協定で定めた上限時間を超える時間外労働（残業）をしていないかの確認、設定時間の見直しを医療機関に求めている。

また①薬や検査手順の説明②診断書の入力③尿道カテーテルの留置などの業務を他の職種に移管する負担軽減策を推進課題として、仕事をしてから次に働き始めるまでに一定の休息を義務付ける「勤務間インターバル」の導入や当直明けの勤務軽減などを挙げた。

女性医師増加を見据え短時間勤務など柔軟な働き方を進めるとともに、サービスを充実させるなども挙げている。

ワードBOX

医師の長時間労働 2012年の総務省就業構造基本調査によると、週60時間以上働く雇用者の割合を職種別でみると、医師が41・8%で最も高かった。長時間労働などが原因で、16年度に過労死や過労自殺（未遂を含む）で4人が労災認定された。政府の働き方改革実行計画は、時間外労働（残業）は繁忙期でも月100時間未満とするよう定めているが、医師への適用は応召義務などがあるため、5年間の猶予期間が設けられている。

「聖職性」重い負担に

医師の働き方改革に関する厚生労働省の検討会が議論の対象にすることを調整している応召義務は明治時代に規定され、医師の聖職性を示すものとして受け入れられてきたが、医療現場からは「長時間労働につながっている」との指摘があった。「医師個人ではなく（医療機関などで）組織的に対応できるようにするべきだ」との意見も聞かれ、義務の在り方が変わっていく可能性がある。

応召義務は医師法19条で規定され、不在だったり病気だったりした場合を除き、患者側の求めを拒めないとされている。明治時代に制定された旧刑法に同じ趣旨の条文があり、かつては罰則が設けられていた。現在罰則はないものの、違反すれば「品位を損する行為」とみなされ、医師免許取り消しなど処分の対象となることがある。

いつでも、どこでも診療を受けられるという安心につながっている応召義務だが、医療現場では「聖職性」を隠れみのにして重い負担を押し付けてきた」との批判がある。政府の働き方改革の実行計画で、医師への適用について5年間の期間が設けられたのは、の応召義務があること由の一つだ。

検討会は、医師も一人間であり、質の高いを提供するためには、であることが重要と場から、働き方改革急に進めるべきだとする。一方、厚労省は部に医師が集中し、過

180115 西日本

在宅みとりに対応

終末期医療 国指針改定へ

厚生労働省は、終末期医療に関し治療方針の決定手順などを定めた国の指針（ガイドライン）を改定する方針を決めた。2007年の策定以来、内容の改定は初めて。現在は主に病院を念頭に置いているため、自宅や施設でのみとりに活用できるよう見直す。患者が最期の過ごし方を周囲と話し合い、意思決定できるよう医師らが支援することの重要性も盛り込む。

患者の意思決定も支援

国は住み慣れた場所で最期まで暮らせるようにする「地域包括ケア」や在宅医療の普及を進めており、それらに合わせて指針の見直しが必要と判断した。策定から10年余りたち、医療現場の実態や国民の意識に合わなくなってきたことも背景にある。

今月中に改定案を有識者検討会に示し、3月末までにまとめる。医療機関や介護施設などに周知し、活用を呼び掛ける。

現行の指針は①患者本人による決定が基本②患者と十分話し合い、合意内容を文書にまとめる③医療・ケアの方針は多職種のチームで判断④可能な限り苦痛を緩和し、患者と家族を精神的、社会的に援助する―などで、基本的に病院を想定。このため「在宅医療にうまく対応できていない」との指摘があり、改定版では在宅医療や介護施設でのみとりもカバーする。

終末期医療の現場では近年、患者と家族、医師らが治療内容や療養場所を繰り返し話し合って決める「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」という取り組みが進んでおり、ACPの考え方も取り入れる方向だ。

指針の策定は、06年に発覚し、医師2人が殺人容疑で書類送検（後に不起訴）された富山県・射水市民病院の人工呼吸器取り外し問題がきっかけだった。07年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」として定められ、15年に「終末期医療」を「人生の最終段階における医療」と書き換えたが、内容の変更はなかった。

厚生労働省の終末期医療に関する指針の主な内容

- 治療やケアの方針は、患者本人による決定を基本とし、医師や看護師、ソーシャルワーカーら多職種のチームで判断
- 患者と医師らが十分話し合い、合意内容について文書を作成
- 可能な限り苦痛を緩和し、患者と家族を精神的、社会的に援助
- 患者の意思を確認できない場合は、家族による推定意思を尊重
- 治療方針の決定が困難な場合は、複数の専門家による委員会で検討

↑追加

- 自宅や介護施設でのみとりへの対応
- 患者、家族、医師らが本人の人生観を踏まえて繰り返し話し合う「アドバンス・ケア・プランニング」（ACP）の考え方を活用

読み解く

希望かなえる態勢は手薄

【解説】厚生労働省が終末期医療の指針を見直し、在宅みとりへの対応や患者の意思決定支援を盛り込むことになったのは、国民の意識の変化を考えると自然な流れといえる。ただ「住み慣れた家や施設で最期を」と思っても、医療や介護の態勢が追いついていないのが現状だ。指針は一般原則を示しているにすぎず、患者の希望がかなえられる環境の実現が課題となる。

内閣府の意識調査では、国民の半数以上は自宅で最期を迎えたいと考えているが、実際には4人に3人は病院や診療所で死亡している。自宅や老人ホームで亡くなる人も徐々に増えているものの、2割程度にすぎない。

在宅でのみとりに取り組む医療機関が全体の5%程度にとどまっていることが大きな要因の一つだ。病院に偏った医療の態勢を在宅へとシフトさせていく必要がある。

「病院でチューブにつながれて死にたくはない」と考える人は多いだろう。近年は自然な衰弱で亡くなる「平穏死」への共感も広がった。だが、実際にその意思を表示する人はまだまだ少ない。医療や介護の専門職が丁寧に時間をかけて患者の意思をくみ取り、家族とも共有する。指針の改定をそんな取り組みが広がるきっかけとしたい。

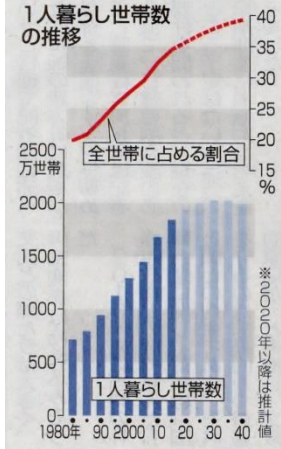
終末期医療 病気や老衰、事故などで回復が見込めない患者に対する医療。厚生労働省は2016年度から、患者や家族の相談に乗る医師、看護師らのチームを育成する事業を実施している。一方、13年の調査では、終末期医療に関する指針の存在を医師の3人に1人が知らず、周知不足が課題。日本では、薬物投与などで患者を積極的に死に導く「安楽死」は認められておらず、延命治療を控えたり中止したりする「尊厳死」の法制化を目指す動きがあったが、実現していない。

180107 西日本

独居世帯 2040年に4割

晩婚、未婚増で 高齢家庭も44%

将来推計



国立社会保障・人口問題研究所は12日、「日本の世帯数の将来推計」を発表した。22年後の2040年には全世帯の39・3%が1人暮らしになるとしており、15年時点の34・5%から約5ポイント上昇する。晩婚化に加え、未婚や離婚の増加が要因と分析している。65歳以上の高齢者が世帯主のケースも15年の36・0%から大幅に増え、40年には44・2%と半数に迫る。【3面に「読み解く」】

40年は1970年代前半に生まれた「団塊ジュニア世代」が高齢者になる時期。今後、高齢で独居の人を支える社会保障制度や地域の取り組みが求められそうだ。

推計によると、15年に5333万の世帯総数は、23年にピークの5419万世帯となった後は減少に転じ、40年は5076万世帯になる。

1人暮らしは15年の1842万世帯から増え、30年に2025万世帯に。40年に1994万世帯まで減るが、人口全体も減少することから、全体に占める割合は39・3%に高まる。うち高齢者は896万世帯と半数近い。

65歳以上で1人暮らしの割合は、男性で5人に1人の20・8%、女性で4人に1人の24・5%まで上昇する。

世帯構成を15年と40年で比べると、1980年代に40%以上を占めていた「夫婦と子ども」は26・9%から23・3%に低下、「夫婦2人」は20・5%が21・1%へ微増。世帯の平均人数は2・33人から2・08人に減る。

今後は未婚の人が多い世代が高齢化していく。このため40年の65歳以上の未婚率は男性が14・9%、女性が9・9%と、いずれも15年時点の倍以上と大幅に上昇する。

高齢者が世帯主のケースは324万世帯増の2242万世帯（全体の44・2%）。うち半数以上の1217万世帯は75歳以上が世帯主となる。

180113 西日本

単身男性 置き去り懸念

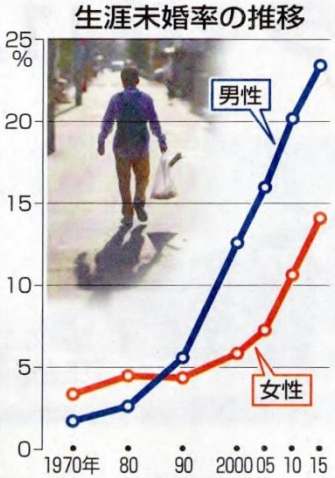
支援届かぬ高齢者　未婚の現役世代

日本の世帯数 将来推計

地域での支え合い必要

1人暮らし世帯が増え続けている。とりわけ懸念されるのは、地域社会と関わりの薄い男性の単身者だ。孤立しても支援が届きにくい高齢者、結婚相手が見つからない未婚の現役世代―。家族という単位を超えて支え合う社会づくりが求められている。

【1面参照】



※国立社会保障・人口問題研究所、2017年3月に取りまとめ

約10年前に妻を亡くした東京都内の90代男性は、1人暮らしを始めて5～6年後から認知症の症状が目立つようになっていた。「要支援」と認定されたが、地域包括支援センターの職員が介護サービスの利用を勧めても「かまうな」の一点張り。病院に通うことを拒み、ペースメーカーのメンテナンスも滞った。

元気なころに参加していた町内会の会合やイベントにも顔を出せなくなり、子どもがいない男性は孤立気味に。何年も風呂に入らず、着替えもしない。食生活も乱れ、栄養が足りないことも影響して認知症が悪化。昨年11月、有料老人ホームに入所した。

このような高齢者の例は各地で後を絶たない。男性を担当していた地域包括支援センターの島崎陽子センター長は「1人暮らしでは夜間などに死角ができてしまう。全てを網羅するのは難しい」と話す。

■婚活も

孤立は現役世代にとっても人ごとではない。鳥取県で1人暮らしをする40代の未婚男性は「老後のことを考えると目の前が真っ暗になる」と表情を曇らせる。

男性は関西の有名大学を卒業したが、就職氷河期で希望の企業に入れず、就職した中小メーカーを数年で辞めた。その後は非正規の職を転々とし、現在は地方自治体の臨時職員として働いている。婚活もしているが、年収を伝えると断られることが多いのが現状だ。

国立社会保障・人口問題研究所の別の調査では、50歳まで一度も結婚をしたことのない人の割合を示す「生涯未婚率」は上昇し続け、2015年時点で男性23%、女性14%に達した。

この男性のような就職氷河期に重なった団塊ジュニア以降は、非正規雇用などで収入が伸びず、経済的な理由で結婚をためらう人も多い。

男性にとって孤独死は視できない問題だ。「[illegible]をしたり失業したりし[illegible]社会から断絶してしまう。1人で生きるのは怖いし、どうにもならない」

■商機

高齢単身者の増加に[illegible]を見いだす企業もある。

読み解く

180113 西日本

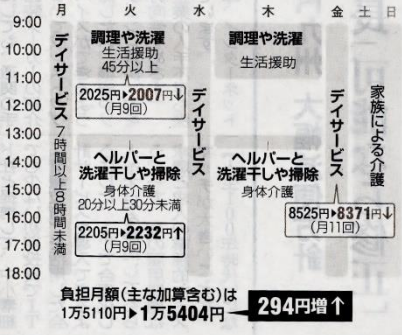
自立支援 報酬で後押し

介護サービス見直し「押しつけ」懸念も

180126 朝日

在宅サービスを使い自宅で暮らす人の負担はこう変わる

要介護2、1カ月の報酬額の利用者負担1割とした厚労省の試算を基に、1週間の生活イメージを作製



4月からの介護保険サービスの具体的な内容と新たな値段が26日決まり、高齢者の自立支援を促す仕掛けが随所に盛り込まれた。介護費の抑制に加え、多くの人に住み慣れた自宅などで暮らし続けてもらえるようにする狙いもあるが、望まない人への「押しつけ」を懸念する声もある。

自立支援の目玉は、自宅など地域で暮らす高齢者を支えるデイサービス（通所介護）で設けられる「成功報酬」の仕組みだ。身体機能の回復実績に応じて追加で支払われる。

▼3面参照

利用者の食事や排泄、着替えなど身体能力について、「1人で着替えられたら10点」「手助けが必要なら5点」などと点数化。利用開始時と比べて6カ月後の点数が上回っている利用者が、下回っている人より多くなるなどすれば、利用者全員について1人あたり月60円の「成功報酬」が事業所に支払われる。

ホームヘルプ（訪問介護）でも、掃除や調理などの生活援助で、ヘルパーと利用者が一緒に活動すれば報酬をアップする仕組みとする。生活援助は「家事代行」との指摘もあって基本料は引き下げられた。

全国で訪問介護事業を展開する「やさしい手」（東京都目黒区）は4月から順次、利用者の介護計画を見直す。担当者は「今後、ヘルパー単独で行う従来の生活援助が介護保険から外される可能性もある。生き残りをかけ、自立支援に資するサービスを提供していきたい」と話す。

厚生労働省は現在、自立支援に効果がある介護の研究を進めており、3年後の次回改定では、成功報酬の仕組みをさらに拡大したい考えだ。ただこうした流れを疑問視する関係者もいる。

東京都町田市でデイサービスを営むNPO法人の前田隆行代表は「事業者が成功報酬目当てで、機能回復が不可能だったり、そもそも自立を望んでいなかったりする人にリハビリを強いることになりかねず、本人の思いが置き去りにされてしまわないか」と危惧する。

鏡諭・淑徳大学コミュニティ政策学部教授（自治福祉政策論）は「そもそも介護保険は身体機能が

■施設サービスの利用者の負担月額はこう変わる

特別養護老人ホーム	
定員80人で、10人ほどが1グループで暮らすユニット型個室を使う要介護3の人の場合	
基本料	2万2860円→2万3280円
基本料＋主な加算	2万8104円→2万8873円
グループホーム	
二つのユニットがある施設を使う要介護3の人の場合	
基本料	2万4180円→変わらず
基本料＋主な加算	2万8864円→2万9453円

報酬額の1割として厚労省が試算

■介護報酬見直しのポイント

報酬全体は0.54%引き上げ
高齢者の「自立支援」を促す取り組みの報酬をアップ
掃除や洗濯などの「生活援助」は引き下げ
生活援助の利用が著しく多い場合、自治体がケアプランを検証し、必要なら是正を促す
生活援助に特化したヘルパー育成の簡易研修制度を導入し、人材を確保
医師と連携して入居者をみとった特別養護老人ホームの報酬を拡充
介護ロボットの見守りセンサーを使えば夜勤職員の勤務時間を短縮可能に

介護報酬 自立支援に重点

費用減狙う みとり対応は加算

厚労省18年度改定

180126 西日本

厚生労働省は26日、2018年度からの3年間、介護保険サービス事業所に支払う介護報酬の改定方針をまとめた。リハビリによって高齢者の自立支援や重度化防止を進める事業所に配分を重点化し、終末期の高齢者が増えていることを背景に、みとり対応する介護施設への報酬を加算する。経営が悪化している特別養護老人ホーム（特養）の基本的な報酬は最大3%引き上げる。

社会保障審議会の分科会に示し、了承された。自立支援に力を入れるのは、団塊世代が全員75歳以上となる25年に向け、増大する介護費用の伸びを抑制するのが狙い。事業所が外部の医師や作業療法士などのリハビリ職と連携して身体機能の回復に取り組んだ際の報酬を手厚くするほか、通所介護（デイサービス）は利用者の状態が改善するなど成果を出すと加算する。

介護報酬全体の改定率は昨年末に全体でプラス0・54%と決まっており、厚労省は、加算も合わせれば報酬が上がる事業所が多いとみている。報酬が上がると事業所の収入は増える半面、利用者の負担は増える。

医療機関に支払われる診療報酬との同時改定であることを受け、医療、介護の連携を強化する。高齢者のみとりに対応できるよう、夜間や早朝に医師が駆けつける態勢を整えた特養への加算を新設。実際にみとると従来よりも報酬を上乗せする。認知症の人への対応を強化し、手厚く看護職員を配置するグループホームにも積み増す。

特養は3年前の本報酬が大幅に引れたため、昨年の査で利益率が1・落。調査で比較的高かった大規模な事業所の報酬は、下げる。

訪問介護のうち調理などの「生活家政婦代わりに使るとの批判があったため、利用回数を大幅に上回る場町村がケアプランる仕組みを設けるを増やすためにへ資格要件を緩め、減とする。入浴支「身体介護」は多上げる。

介護報酬改定のポイント

- リハビリによって高齢者の自立支援を進める事業所に配分重点化
- 終末期の高齢者が増えるため、特養でのみとり対応に加算
- 全体を0.54%引き上げ
- 特養の基本報酬を最大3%引き上げ、大規模な通所介護は最大5%引き下げ
- 生活援助は市町村が計画を検証する仕組みを導入

自立の押し付

【解説】厚生労働省が介護報酬改定で自立支援に重点を置いたのは、介護費用の抑制を目指すためだ。総費用は2018年度予算べースで11兆円超に歳以上の介護保険在、全国平均で月0円だが、高齢化進む25年度には8

利用者負担こう変わる

在宅サービス
要介護2の場合
〈訪問介護〉
身体介護（20分以上30分未満）と生活援助（45分以上）を月9回ずつ
〈通所介護〉
月11回（デイサービス）

自己負担	現行 月1万5110円
	改定 月1万5404円↑

特別養護老人ホーム
要介護3の場合
ユニット型個室を利用
定員80人の施設
夜間に看護職員らを配置している

自己負担	現行 月2万8104円
	改定 月2万8873円↑

（厚労省が1単位10円で試算。施設は、食費、光熱費等の負担を含まない）

読み解く

4月からの介護報酬改定では、高齢者の自立支援や重度化防止に対する配分を手厚くすることでサービスの質向上が期待される。サービスや事業所の選び方によっては、利用者が支払う自己負担額も増えそうだ。厚生労働省が試算した主なケースを検証した。（利用者の自己負担は1割、都市部以外に居住と仮定）

利用者自己負担 増額も

サービスの質向上に期待

在宅サービス

ヘルパーらが自宅に来る「訪問介護」では、入浴や移動の手助けといった身体介護（長時間の場合）の報酬を引き上げ、家事などの生活援助は引き下げる。

「通所介護」（デイサービス）は時間や事業所の規模によって報酬を見直す。規模が大きいと報酬を引き下げるケースが多い。リハビリの専門職と連携している事業所は、訪問、通所のいずれも報酬を上乗せする。

要介護2の人が身体介護（20分以上30分未満）と生活援助（45分以上）をそれぞれ週2回（月9回）、通所介護を週3回（月11回）利用したと仮定すると、自己負担額（月額）は現行より294円増え、1万5404円となる。

多様な豊かさ指標を導入

久山町、自然などの価値数値化　予算案に反映

17/2/06 朝日

経済成長だけでない豊かさを目指し、久山町が新しい指標に基づく町づくりに乗り出した。九州大都市研究センターと共同で住民アンケートを実施し、数値化した住民ニーズを来年度予算案に反映する。

指標は九州大都市研究センター長の馬奈木俊介主幹教授らが提唱する「新国富指標」。国連で2015年に策定された「持続可能な開発目標」（SDGs）に合わせ、持続可能性に着目したものだ。

馬奈木教授によると、国内総生産（GDP）は経済的側面しか測れないが、自然や教育、環境といった価値を数値化。人間にとっての豊かさとは何か、といったところにも踏み込んだ指標という。具体的には化石燃料や水産物など「自然資本」と、教育、環境などの「人的資本」、インフラなどの「人工資本」で構成。環境の豊かさなど将来的な富も含め、金額に換算している。

久山町は、この新国富指標による「1人当たりの持続可能な豊かさ」が309万円で、県内1位となった。町は九州大医学部と連携した健診制度を長年続けるなど、特徴ある施策を推進してきた。方向性が重なることから、今後の町づくりにこの手法を取り入れることにしたという。

アンケートは町内全3千世帯を対象に11月中旬から実施している。「自分で健診を受けるためにいくらまで払うか」「学童保育所が閉鎖されるのを防ぐため、いくら払ってよいか」などと、金銭に換算して具体的に尋ねているのが特徴だ。これを指標を通して数値化するため、住民が求めることの優先順位がつけやすくなるという。

久芳菊司町長は「開発を規制する土地政策や健康管理など、町が目指した施策に自信が持てた。アンケートで町民が何を重視しているかを把握し、予算の使い方を検討したい」と話す。アンケートは年内にとりまとめ、年明けからの予算編成に反映する方針だ。

（馬郡昭彦）

久山町「新国富指標」でまちづくり

九大都市研究センターと連携協定

17/2/09 西日本

久山町は8日、住民の健康や教育レベル、自然などを資本として重視する新たな経済指標「新国富指標」を活用したまちづくりに取り組むため、九州大都市研究センターと連携協定を締結した。

新国富指標は、国内総生産（GDP）では測れない資本を金額で表し、将来への持続可能な資産として捉える考え方。同センターの最新データでは久山町は1人当たり3240万円の資産があり、県内60市町村のトップという。

町は現在、住民の望む施策を探るため、町内の約3千世帯を対象にアンケートを実施。回答結果は同センターが分析し、それを基に町は新規事業を検討、新年度予算案に反映させる。また2020年3月にかけて、同センターの研究者や学生が町内でフィールドワークをしたり、研究成果を発表したりする予定だ。

町役場での締結式で、久芳菊司町長は「物質的なものだけでなく精神的にも誇りが持てるまちづくりのため、一つでも二つでも予算に反映させたい」と語り、馬奈木俊介センター長は「同指標を実際の予算に反映させるのは全国でも初めて。プッシュ役として協力したい」と支援を約束した。

（弦本主税）

自然も健康も「地域の富」

新経済指標で町づくり

17/1/21 西日本

福岡県久山町が、九州大都市研究センターと共同で、持続可能な成長を測る新経済指標「新国富指標」を活用したまちづくりに乗り出す。同指標は、国内総生産（GDP）では測れない自然や住民の健康なども資本として金額で客観的に評価する。町は「新国富」を増やしていくために、全世帯にアンケートを始めており、結果を基に新年度予算案に反映させる。同指標を活用して実際に予算化に向けて取り組む自治体は全国初という。

「新国富指標」を生かしたまちづくりで連携する福岡県久山町の久芳菊司町長（右）と馬奈木俊介九大都市研究センター長　＝9日、久山町役場

久山町、九大都市研究センター

住民アンケ 予算反映へ

アンケートでは、住民にあえて不利益な未来像を投げ掛け、豊かな町にするためには何に投資してほしいかを探る。たとえば「地域の公園が一つ減ってしまうとしたら」「町内唯一の公共交通機関であるバスの運行が半減したら」「子育て支援センターの開所日（利用可能日）が半分になってしまうとしたら」などと尋ね、「それを防ぐため、あなたの世帯は年間いくらまでなら払ってもいいですか」と問い掛けている。

センターなどによると、福岡県内60市町村を新国富指標に当てはめて分析したところ、久山町の1人当たりの資産は3099万円で、県内トップだった。この結果を知った久山町がセンターにまちづくりでの協力を依頼した。ちなみに福岡市は2386万円で5位、北九州市は2068万円で16位だった。

町は以前から経済効率性だけではなく、自然環境を維持し、教育や健康も柱にしたまちづくりを進めてきた。九大とは1961年以来、糖尿病などの生活習慣病の疫学調査を40歳以上の全町民に対して行い、発症や重症化の予防に役立てる「久山町研究」も共同で続けている。久芳菊司町長は「新指標で良い評価が出たのは長年の政策が間違いではなかったことの表れ。今後は九大の力を借りて、町の政策を進める判断に生かしたい」と話している。

町はセンターが分析したアンケート結果を持続的な活性化につなげるため「子育て支援策の充実」「公共交通の維持と利便性の向上」「健康のまちへの愛着を高める」といった、町が地方創生のための施策として掲げている事業の選択と集中に生かしていく方針。

同センター長の馬奈木俊介主幹教授は「久山町の取り組みが地方創生の成功事例になり、他の自治体に波及する機会にしたい」と意気込んでいる。

（弦本主税）

ワードBOX

新国富指標　長期的に持続可能な発展を計測するため、多様な資本を重視して開発された経済指標。具体的には①人工資本（インフラなど）②人的資本（人口、教育、健康など）③自然資本（気候変動、農地、森林、鉱物など）―を中心に、地域の資産全体を評価し数値化する。国内総生産（GDP）だけでは把握できない富や豊かさの測定手法として注目を集めている。2012年の「国連持続可能な開発会議」（リオ＋20）で、ノーベル経済学賞受賞者らが初めて発表。18年に発行される報告書の執筆は九州大の馬奈木俊介主幹教授が代表を務める。

古賀市で馬奈木教授の講演会
4月15日（日）
14時～16時
リーパスプラザこが交流館
多目的ホール

大岩俊夫代表のおはなし

「地域包括ケアシステム、高齢者の終活について」

1）地域包括ケアーを推進するにはどの様にすればよいか

2）地域医療構想調整会議のゆくえ

3）高齢者はどの様に終活を考えればよいか

大岩俊夫代表のおはなし「地域包括ケアシステム、高齢者の終活について」

高齢者はどの様に終活を考えればよいか

自分自身での歩行・移動の能力を保つこと

例として星野監督の話

原口君（早良病院の副院長）

戸叶君（福岡東病院の呼吸器外科）

松岡君（福岡医学部生化学教授）

私の癌末期の方の治療法について（緩和療法とは）

阿片アルカロイド　　MSコンチン　アンペック坐薬

阿片から誘導した鎮痛を主とした麻薬　オキシコンチン

フェンタニール

デュロテップ

麻薬から誘導した麻薬に含まれていない鎮痛剤

ペンタジン　トラマドール　ノルスパンテープ