



1

在宅医療単独ではなく 入院・外来・救急と連動し 地域の実情に応じた提供体制へ

厚生労働省 医政局 地域医療計画課長

鷲見 学 氏

2

在宅医療ニーズは拡大 社会情勢や制度を考察して 事務方としてチームに参画

一般社団法人 日本在宅医療事務連絡会 代表理事・医療法人社団ゆみの 理事・最高経営責任者

堀部 秀夫 氏

3

チーム医療で 歯科医師の役割が拡大 退院支援・看取りも視野

公益社団法人 日本歯科医師会 常務理事

小玉 剛 氏

4

患者さんの生活は人それぞれ チームケアでの真の役割は 安心安全な配薬の個別対応

元ルンルンファーマシー 代表取締役 (薬剤師、介護支援専門員)

藤澤 節子 氏

5

中堅・若手医師が多職種連携に関心 訪問リハ提供は拡大していく 課題は提供元による報酬の違い

一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会 会長 (専門理学療法士、介護支援専門員、臨床心理学修士)

宮田 昌司 氏

6

病院の栄養食事指導を 継続して実施するのは難しい 在宅でないと効果が出ない 鍵は訪問栄養食事指導の拡充

関東学院大学栄養学部 管理栄養学科 教授

田中 弥生 氏

7

介護支援専門員は社会インフラ 職能団体との連携強化で チームケアを強化する

一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事

中林 弘明 氏

在宅医療クリニックが 高齢者施設に在宅健診

本特集でも数人の実践例を掲載したが、在宅医療に関わる医師・看護師・薬剤師・管理栄養士などには、制度変更を見据えて在宅にシフトしたのではなく、病院勤務時代に患者本位の医療を模索して、自身の問題意識から在宅分野に移った例が多い。この流れは今も続いている。健康診断を在宅で実施するクリニックでは、市町村が実施する健診を高齢者施設を訪問して行っている例も登場している。

きっかけは施設側からの相談で、採血キット、ポータブルX線撮影装置、心電図計測器などを持参。臨床検査技師も同行する。巡回健診よりも踏み込んだ方法だろう。訪問先の施設を増やせば、クリニックの報酬増にもつながる。

ただ、在宅健診が普及するかどうかは不透明だ。健診を行うには医師会に加入していなければならないが、在宅専門クリニックは医師会に加入しない例が多いので、新規事業として普及し得ない。外来と在宅を併設するクリニックと病院が関心を示すかどうかが鍵となる。

在宅健診は一例だが、制度に先行

した動きは他の分野でも実施されているかもしれない。

政府の医療介護政策で在宅の推進が鮮明に打ち出されたのは2013年である。社会保障改革国民会議が作成した『社会保障制度改革国民会議報告書』が「高齢化の進展により、疾病構造の変化を通じ、必要とされる医療の内容は、「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」に変わらざるを得ない」と提言した。

以来、診療報酬も介護報酬も改定のために在宅分野の拡充を繰り返して、先行する事業者に追いつき、経営環境の整備に向かっていく。ゴールイメージは「ほぼ在宅、ときどき入院」だ。「施設から在宅へ」も見られるが、この単線型の考え方は現実的ではない。在宅をベースに病院・施設と往復しやすい複線型の環境がゴールである。

在宅医療の担当医師は 他職種と対等の関係

厚生労働省によると、訪問診療の件数は増加傾向にあり、患者の年齢とともに受療率は増加し、85歳以上では特に顕著である。利用者は今後増加し、25年以降に後期高齢者の

「地域包括ケアの実現に求められる 在宅医療の整備拡充とその将来」

～多職種協働チームケアの在宅医療の確立に向けて

訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護、訪問リハ、訪問薬剤、訪問栄養の対応～

「Visionと戦略」9月号特集では、昨年10月に発足した「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」における第8次医療計画策定に向けた議論について紹介するとともに、在支病協、在宅医療に豊富な実績を誇る機能強化型在宅療養支援診療所、訪問看護などの政策研究者などの意見を取りまとめた。10月号の特集では、在宅医療（パート2）として、訪問診療、訪問歯科診療、訪問看護、訪問リハ、訪問薬剤、訪問栄養の効果的な連携の在り方等について、厚生労働省、団体、研究者、実践家などの取り組みを取材し、とりまとめた。

受療割合が9割以上になると見込まれ、40年以降には305の二次医療圏で利用者数のピークが訪れるという。在宅医療を担う医療機関は、在宅療養支援診療所の届け出数が横ばいで推移し、在宅療養支援病院の届け出数は増加傾向にある。

一方、訪問看護の利用者数は医療保険分および介護保険分とも増加傾向で、年齢とともに利用率は増加。利用者は今後も増え続け、25年以降には後期高齢者の利用割合が7割以上になることが見込まれ、40年以降に216の二次医療圏で利用者数のピークが訪れると予想される。

これらの見通しのもとに、在宅医療・介護は推進と同時に連携が強化される。連携では多職種連携によるチームケアが必須で、その要になるのは医師である。職能の上ではチームケアのマネジメントを担うのはケアマネジャーだが、現実にはケアマネの手腕以上に医師のマインドに大きくチームは左右される。医師のマインドで各職種の士気が上下し、それは医師にも跳ね返ってくる。

ある在宅専門クリニック院長は「地域関係者からの患者紹介が激減して困惑したことがあった」と今年5月に開かれた会合で報告した。同

院の患者の平均年齢は85歳。30～40年になれば団塊の世代が対象年齢に達するので、在宅患者の確保はネット集患に移行するだろうが、現在は地域関係者からの紹介だ。なぜ紹介が激減したのか。

「私に対する地域での信頼が低下していた。地域での人間関係に綻びが出ていたことに気づけなかった。医師は病院では各職種の頂点に立つが、在宅医療の場では地域包括ケアシステムの担い手の一人。他の職種とは上下でなく対等の関係だ。この現実気づいてからは、何かあれば自分から足を運ぶなどして、信頼関係を築いていった」

一方、在宅医療介護の今後には、提供体制の整備とは別に、増加する需要に供給が追いつくかも懸念される。ひとつは医師数の確保だ。在宅医療の主戦力は開業医だが、開業医の平均年齢は60歳を上回った。世代交代期を迎えている。在宅医の新規参入が進まなければ在宅医不足が顕在化して、新たな医師偏在問題が浮上するかもしれない。焦点は勤務医のキャリアとして在宅医が魅力的かどうか。診療報酬で誘導できる問題ではない。勤務医の志向性にも着目したい。

(編集部)

在宅医療単独ではなく 入院・外来・救急と連動し 地域の実情に応じた提供体制へ

「入院医療から在宅医療へ」と医療提供体制の流れを見てしまいがちだが、鷺見学氏は、入院・外来・救急、さらに介護・福祉・生活支援など各機能と連動し、地域の実情を踏まえた柔軟な在宅医療の提供体制を提言する。



厚生労働省 医政局
地域医療計画課長

鷺見 学 氏
Sumi Manabu

■鷺見課長のご経歴を振り返っていますか。

鷺見 1994年に名古屋大学医学部を卒業し、東京災害医療センターと東京医療センターの研修医を経ました。1997年に当時の厚生省に入省しました。保険局医療課で診療報酬改定を2回担当して、2003年にハーバード大学に留学してMPH（公衆衛生学修士）を取得しました。以来、国際保健分野の仕事が多く、WHO

総務局渉外担当医官、国際連合日本政府代表部参事官、外務省国際保健政策室長などに就任しました。コロナ感染症拡大が発生してからは健康局健康課長として保健所対応を担当し、2021年9月、現職に就きました。

■地域医療計画課の役割を教えてください。

鷺見 所掌業務は、医療計画、医師確保、外来・在宅医療対策、精神科医療対策、災害等緊急時医療・周産期医療等対策、医療関連サービス、医療安全推進・医務指導、さらに新型コロナ本部医療班としての業務なども担当しています。

直近の業務は第8次医療計画の策

定ですが、2025年に向けた地域医療構想も進めています。地域医療構想では2025年以降をどうするのかという問題があり、2040年に向けて全世代型社会保障をバージョンアップする議論もあります。私は新型コロナ本部医療班長を兼務していますが、目の前の新型コロナウイルスの課題が2年後の医療の課題につながっているという認識を持ちながら対応しています。また、2024年には医師の働き方改革が始まり、地域医療構想や医師確保にも関係しますので、幅広く医療全体をみています。

■医療計画における在宅医療の位置づけとはどのようなものでしょうか。

鷺見 地域毎の在宅医療の課題を踏まえ、都道府県の医療計画においてしっかりと策定いただく必要がありますが、医療の必要量に対してどのように提供していくのかが問われます。2040年には生産年齢人口が6000万人を下回るなかで、医療・介護・福祉に関わる人材を確保しながら、質の高いサービスをどのように提供するかを考えていく必要があります。効率的に提供しなければなりませんし、密度の濃い在宅医療も提供しなければなりません。これらの体

制が十分には整っていない地域もあるので、地域ごとに効率的な体制整備ができるようにデータ提供や技術的なアドバイスを行いながら、財政も含めて国としての後押しを考える必要があります。

高齢者が増えることを踏まえれば、在宅医療では、薬剤師による訪問薬剤管理、リハビリ、口腔ケアなども医療提供体制に連動してくる課題なので、多職種連携を含めながら整備しなければなりません。ただ一方的に在宅医療にシフトするのではなく、在宅医療が真に必要な方々を対象に、質と量を適切に把握しながら提供していく必要があると考えています。

■第8次医療計画は2040年を見据えて策定するのでしょうか。

鷺見 将来の課題は地域医療構想の中で検討します。地域医療構想は、高度急性期・急性期・回復期・慢性期という4つの病床機能を中心に議論してきましたが、2025年にむけて実行していただいています。ただ、第8次医療計画が2025年をまたぐので、それ以降を見据えて策定していく必要があると思っています。医療計画の検討会やWGにおいても

2040年までのデータもお示ししながら、議論をしていただいています。

■これまでの医療は入院と外来が中心で、在宅は周辺業務でしたが、今後の医療提供体制で在宅の比重は拡大していくのかどうか。どのようにご覧になっていますか。

驚見 在宅医療だけを入院医療と外来医療から切り離すことも、在宅医療だけを強調することも、意味がないと思っています。入院、外来、救急、在宅は全て連動しているうえに、医療だけではなく介護、福祉、生活支援とも連動しています。この実態に對して、議論をするときには個々に切り離さざるを得ないこともありませんが、全体の連動を念頭に置いて議論をすることが大事だと思います。

在宅医療には「退院支援」「療養支援」「急変時の対応」「看取り」という4つの主な役割があります。今後増え続ける「ほぼ在宅、ときどき入院」の状態や複数疾患を抱えた人々、医療介護の重複ニーズに対応していくためには、在宅医療だけではなく、今お話しした連動による全体像をお示しする必要があると考えています。その中で、国の役割は、都道府県が議論しやすいようにうまく区

分しながらデータを提供し、技術的な助言を行うことだと考えています。

■「これからは在宅の時代」という見方もありますが、こうした見方は現実的なのでしょうか。

驚見 在宅医療はそれにふさわしい人に提供することが基本だと思います。入院すべき人は入院し、外来に通院できる人は通院し、在宅のステージになっている人には在宅医療を適切に提供する。入院、外来、在宅のどれかにシフトする問題ではありません。しかも、どの医療に重点を置くかは、地域の医療提供体制も異なるので「こうすべきだ」と一律に決めることは適切でないと思います。

むしろ地域の実情に応じて、例えば人口減少が進んで医療機関の少ない過疎地域では、オンライン診療の活用も必要になるでしょう。あらゆる医療機能を活用していくために、適切なアドバイスをしていくことが国の役割であると受け止めています。

■デジタル化が進めば医療提供体制も大きく変わっていくのでしょうか。

驚見 デジタル化に対しては便利さだけでなく、いざというときの対応の両面から見なければなりません。地域の

状況も違うので、一律に「デジタル化によってこうすべきだ」ということを示すことは適切ではないと思います。

活用できる技術は適切に活用して、例えば遠方からモニターで病状をウォッチするとか、柔軟に活用しながら医療を提供することが望ましいと思っています。対面しないことで発生し得る負の側面もしっかりと認識しながら議論を進め、良い事例をお示しできるものは示し、費用面でサポートできるものはサポートしたいと考えています。

■10~15年前に比べて在宅医療を行う医師は増えていますが、一方で開業医の高齢化が進み、外来と在宅を同時に担えないという状況も出ていますね。

驚見 開業医の平均年齢が60歳を超えましたが、一人で日中も夜間も診療することは現実的ではありません。地域全体の機能としてどう支えていくのか。かかりつけ医機能や看取りについてもグループや連携で対応することになるでしょうから、患者さんにもそのことをお伝えする必要があります。

今回のコロナで多くの国民が医療提供体制に関心を持つようになったと思います。この機会を上手く捉え、国民に、どういう形で医療を受けるのか、ACPを含めて最期をどう迎えるのか

かを考えていただけるように適切に情報発信をしていきたいと思っています。

■在宅医療では、訪問看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士等も関わりますが、チームケアのあり方にはどのような意見をお持ちでしょうか。

驚見 看護師の役割は拡大していますし、今後も重要な役割を果たすだろうと思います。一方、医療の必要な人には医療に適切につなぐ必要があります。また、職種間で協調しながら口腔ケア、リハビリ、栄養指導などをどう効果的に提供すべきかは対象者ごとに異なり、様々な形があります。地域によっては在支病が中心になる場合もありますし、訪問看護ステーションが中心になって病院と連携する場合もありますので答えは一つではないと思います。

■在宅医療の今後のあり方について所見をお願いします。

驚見 繰り返しになりますが、在宅医療単独で医療が機能するわけではなく、医療全体を量と質の両面で提供していく必要があります。入院・外来・救急との連動、災害時のBCPも含めて地域でしっかり議論していただきたいと思っています。

在宅医療ニーズは拡大 社会情勢や制度を考察して 事務方としてチームに参画

世間からは見えにくいですが、在宅医療の質向上には事務方も重要な役割を担っている。在宅医療機関の事務長などで構成される日本在宅医療事務連絡会は、制度や報酬改定だけではなく、経営マネジメント・社会情勢に関する話題も会員に知見を広めている。代表理事の堀部秀夫氏に在宅医療の現状を聞いた。

■堀部代表理事のご経歴とゆみの概要を教えてください。

堀部 製薬会社でMRとして約10年勤務しました。ある時担当している大学病院にて、勤務されていた弓野大医師（現医療法人社団ゆみの理事長）から、開業し地域医療に取り組み計画を聞き、そのビジョンに強く共感しました。そして「自分は、プレーヤーであり続けたいので、監督を頼む」と誘われ、2012年、「ゆ



一般社団法人日本在宅医療事務連絡会 代表理事
医療法人社団ゆみの 理事・最高経営責任者

堀部 秀夫 氏

Horibe Hideo

みのハートクリニック」開院から参画しました。

ゆみのは開設当初から外来診療と在宅医療を行っています。現在、東京、大阪、福岡にて計5つのクリニックと1つ訪問看護ステーションを運営しています。職員数は350名で、医師、看護師、リハスタッフ、ソーシャルワーカー、検査技師、管理栄養士、医療事務、訪問診療コーディネーター、ドライバー、本部スタッフと多職種で構成されています。

■日本在宅医療事務連絡会が設立された経緯を振り返っていただけますか。

堀部 在宅医療を行う医療者には熱

い思いを持っている方が多く、そうした思いを持つ医療者に共感して働いている事務方も多いです。事務方の中にもレジエントのような方がいて、そのような方を中心に横のつながりで情報交換を行っていました。

在宅医療の制度は非常に複雑で、また変化も早いです。情報交換は毎月行われるようになりました。その内容を仲間内だけではなく、より広く共有するためにセミナーを開いたり、SNSで発信したりするようになりました。一般社団法人を設立したのは2018年12月です。

■現在の会員数はどのぐらいですか。

堀部 現在、会員数は有料会員が81名で、無料会員は約300名です。会員の勤務先はクリニックが多くを占め比率としては75%、病院が15%、企業やコンサルタントの方も参加してくれています。職種は主に事務方で中でも事務長職の方が多くです、医師の方もいます。

■連絡会は主にどのような活動をしているのでしょうか。

堀部 医学は日々アップデートされています。医療者の皆さんは忙しい中、熱心に学ばれています。一方で、

医療制度や世の中の動きも刻々と変化しています。医療機関として、これらも確実にキャッチアップしていくことが求められています。連絡会では、①在宅医療人同士の交流及び在宅医療人向研鑽・育成事業、②次世代を担う在宅医療人への教育事業、③在宅医療に関する各種最新または有用な情報に関する出版事業、④その他関連する事業、を行うこととしております。現在の具体的活動は、セミナーやSNSを通じた、在宅医療に関する各種最新の情報発信、運営ノウハウの提供を行っています。セミナーは昨年は毎月オンラインで開催しました。今年はコロナの感染状況をみながら対面の開催も行っています。運営ノウハウの中心についてですが、事務業務の整理や事務長の役割・モデルケースの提示、各種マニュアルやフォーマットの作成・提供になります。会の成果として感じているのは、何より会員が日常のちよっとした困りごとをすぐに相談でき回答してくれる場を提供できていると思います。

■対外的なアウトプットも行っていただけますか。

堀部 SNSやセミナー以外では、

先月7月に開催された日本在宅医療連合学会大会では2つのシンポジウムを共催しました。来年の大会や他の学会でもお声がけを頂いております。

■在宅医療提供体制についてお尋ねします。制度の整備が進んでいますが、クリニック経営の現場からはどのように評価されているのでしょうか。

堀部 先ほどもお話ししましたが、日本の在宅医療は医療者の思いで推し進められ、その実績を評価頂き、しっかりと保険償還されています。在宅医療に参入しやすくなり、その結果提供体制が拡充してきたと思います。すばらしい成り立ちと、医療機関への理解がある制度だと感じています。例えば、私たちのところにも、内閣官房や厚生労働省の方もたびたび現場視察にお越しになり、現場の実態やニーズを熱心にヒアリングしてくれました。きめ細やかな制度に落とし込んで頂いていることを実感していますので、感謝しています。私たち事務方も、医療者と同じくらい熱い志で医療に貢献したいという思いを持っています。ただ、これから在宅医療ニーズがさらに拡大

していくなかで、今の提供体制で対応できるのかという不安はあります。規制を緩和して、もっといろいろなチャレンジができる環境を整えることも必要でしょう。

■規制に言及されましたが、諸外国では在宅医療の規制が日本よりも緩和されていると思います。着目されている事例はありますか。

堀部 医療制度は、国が管理するイギリスや、社会保険で成り立つ日本や、民間保険システムのアメリカなど国によって仕組みが違います。私が見目しているのは国の制度よりも、先進的な取り組みを実践している医療機関や民間企業などのプレーヤーです。例えば以前からアメリカの「マーシー・バーチャル・ホスピタル」に注目しています。

ミズーリ州の広大な土地に建てられ、多くのスタッフが勤務している病院ですが、外来も入院も患者さんは一人もいません。遠隔で患者を管理しているのです。他の病院のICUにいる患者さんを診ている医療スタッフに遠隔で指示やサポートしています。また、在宅の患者さんにデバイスを渡し、遠隔でモニタリングやオンライン通話にて、管理・ケア

しています。コロナ以前は年間1万回の遠隔医療の提供が、コロナ禍では80万回行われたと、遠隔医療の絶大な効果が発揮されています。厚労省が進めている第8次医療計画の議論でも「テレナーシング」が話題となつていきますね。今後、数少ない医療スタッフで、ニーズが増大していく在宅医療を行うには、遠隔を組み合わせた新しい医療提供のかたちを作る必要があると思います。今回の診療報酬改定に訪問診療とオンライン診療の併用のような報酬が付きましたが、世界的な流れを見据えた改定ではないかと推察しています。

■ゆみのが開設している在宅医療・管制塔センターでもテレナーシングを行っているのでしょうか。

堀部 開院当初より私たちはテレナーシングに取り組んできました。患者さんを医療の視点だけでなく、生活や人生の視点で見る看護師が、対面ではなく遠隔にて、点ではなく線で看護を行っています。クリニックが増えてきたことで、今後の展開を考え、昨年7月に東京・渋谷区にセンター化しました。センターは教育の場となり、ゆくゆくは個々の看護師がどこにいてもテレナーシング

が行える環境を目指しています。

■今年の診療報酬改定では、在宅医療分野の項目において、何が特徴的な改定だったとお考えでしょうか。

堀部 収支に大きな影響を受けたという印象はありません。今回の改定、また今議論されている第8次医療計画の内容からは在宅医療への焦りや期待を感じています。特に機能強化型在宅療養支援診療所に対しては、自身のクリニックだけではなく、地域全体の在宅医療にコミットして欲しいというメッセージかなと感じます。

■在宅医療の多職種協働はどうあるべきでしょうか。

堀部 在宅医療ではフラットな感覚を持つ医師が多いと思います。医師の感覚がフラットだと、他の職種は専門性を存分に発揮でき、素晴らしいチーム医療が提供できます。連絡会としては事務職もチームの一員として、もっと加わっていくことを目指しています。制度の現状と今後の方向性や、患者さんご家族のニーズの変化、あるいは社会情勢などを俯瞰し提案できる役割を担い貢献したいと考えています。

チーム医療で 歯科医師の役割が拡大 退院支援・看取りも視野

「骨太方針2022」にいわゆる国民皆歯科健診の具体的検討が盛り込まれ、歯科医療が改めてクローズアップされた。介護施設に入所したことで歯科治療の必要性が判明して、治療に入る例も多いという。訪問歯科診療の現状と今後について小玉剛氏に聞いた。



公益社団法人
日本歯科医師会 常務理事

小玉 剛氏
Kodama Tsuyoshi

な検討」が盛り込まれました。具体的な検討が進むことで、切れ目のない歯科健診の実現を期待しているところです。

■切れ目のない歯科健診への課題は何でしょうか。

小玉 課題はいくつもあるのですが、とくに就業年齢になると事業所での歯科健診が法制化されていないので、これをどうするかという問題があります。それから特定健診に歯科が含まれていないので、歯科が含まれるようになれば切れ目のない歯科健診という形が整うと思います。

■訪問歯科制度の変遷において、方向転換となった制度として何が挙げられますか。

小玉 従前から往診という方式で、歯科医師が患者さんのお宅に訪問する活動は行われてきました。歯科診療報酬上の取り扱いで在宅患者訪問診療料が新設されたのは88年6月です。このときから訪問歯科が制度に組み込まれました。その後94年10月に歯科訪問診療料に枠組みを変えて、通院が困難な患者さんの求めに応じて訪問歯科診療が評価される仕組みになりました。この変更で、訪問先として社会福祉施設等も視野に入るようになっていきます。

■それから30年近く経ちましたが、この間に大きな変更はなかったのでしょうか。

小玉 とくに大きな制度変更はありませんでしたが、同一建物での複数名の診療に対する歯科診療報酬の減算措置が取られたことが挙げられます。それから08年4月に在宅療養支援歯科診療所が創設されました。訪問歯科診療の実績や高齢者の口腔機能に関する研修を受講した歯科医師の配置などが要件に設定され、機能の高い歯科診療所として位置付けられる制度です。

■在宅療養支援歯科診療所は全国でどのくらいあるのでしょうか。

小玉 届出数は20年7月時点で約8400施設です。19年度までは増加傾向にありましたが、やや減少してきています。全国の歯科診療所数は約6万8000施設なので、12%強という割合です。我々としては、もう少し増やしてほしいと思っています。

■12%強にとどまっている要因はおもに人員の問題でしょうか。

小玉 訪問診療を日常の外来診療の延長と捉えている先生もいますが、いったん外来を閉めて訪問体制を組む診療所にとっては、スタッフを同行させ

■小玉常務理事のご経歴と日本歯科医師会の最近のトピックスを教えてください。

小玉 1985年にこだま歯科医院を開設しました。その後、東京医科歯科大学歯学部非常勤講師、明治薬科大学客員教授、東京都東久留米市歯科医師会会長を経て、2016年

に日本歯科医師会の常務理事に就任しました。担当は地域保健です。

日本歯科医師会の会員数は22年3月末日現在に6万4102名で、ほぼ現状維持で推移しています。最近のトピックスは20年10月に「2040年を見据えた歯科ビジョン」という冊子を発行したことです。堀憲郎会長を中心に健康増進の課題について克明に分析して、どんな方策を取るべきかを示した冊子で、この方策に基づいてそれぞれの所管が事業を進めています。

地域保健では生涯にわたる国民の歯科健診の充実に対応していますが、「骨太方針2022」に「生涯を通じた歯科健診（いわゆる国民皆歯科健診）の具体的

なければならぬので、人員に関する悩みはあると思います。また、施設や自宅に訪問した場合、住診慣れした患者さんならスムーズに診療できそうですが、そうではない患者さんの場合、いろいろな問題に対応しなければならぬというプレッシャーも少なからずあるのではないのでしょうか。

■初診の在宅患者はケアマネジャーから紹介されるのですか？

小玉 ケアマネジャーからの紹介がかなり多いのですが、それぞれの歯科医師会が在宅歯科医療連携室を整備して、行政や施設とのネットワークを構築しているので、通院の困難な患者さんがいる場合は、対応する診療所を紹介する体制を組んでいます。

■訪問歯科診療のメリットについて説明してください。

小玉 在宅で療養されている方の生活が困難になって施設に入所した場合や、病院を退院した方が自宅に戻る前に一時的に施設に入所する場合、それぞれの場合で患者さんによって口腔機能や口腔衛生、栄養の摂取状態が違ってきます。ご家族が施設に訪問して下さる方もいますし、そうではない方もいます。こうした状況で、かかりつけ歯

科医のいない方が歯科医を紹介されたり、ケアマネジャーが「入れ歯が入っていない」と指摘して治療につながるケースもあるので、施設に入ることが歯科治療のキッカケになることがあります。

あるいは歯科治療を受けていた方が入院し摂食嚥下障害になった場合、摂食機能療法を行います。言語聴覚士や管理栄養士なども加わったチームで取り組む歯科医療も必要になってきます。

■チーム医療における歯科医師の役割が拡大しているわけですね。

小玉 病院には栄養サポートチームが配置されていますが、チームに医師、管理栄養士、言語聴覚士、歯科医師、歯科衛生士が加わって患者さんの様子を見ることがあります。施設でのミールラウンドでは、歯科医師、介護士、ケアマネジャー、管理栄養士、歯科衛生士などが利用者さんの口腔機能や口腔衛生をみることも行っています。

■第8次医療計画策定に対して日本歯科医師会は何を要望しますか。

小玉 第8次医療計画に向けて歯科医療を含む在宅医療が本格的に議論されるのはこれからだと思います。第7次医療計画の間見直しでは、歯科に特化した在宅医療に関わる指標例が取り

上げられました。在宅医療の4つの役割である「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」において、歯科の新しい指標として、日常の療養支援の中で訪問口腔衛生指導を実施している診療所と病院の数や、訪問口腔衛生指導を受けた患者数などが追加されました。歯科に特化した見直しを初めて取り上げられたのです。

第8次医療計画の中で、歯科に対して、例えば退院支援や看取りへの関わり方などの議論が深まればありがたいと思っています。

■看取りに対する歯科の関わり方には何が考えられますか？

小玉 ターミナルケアの中で、最期の時に口の中に痛みが出たり、不快感が出たりすることをなるべく少なくするために口腔健康管理を実施することが必要だと思っています。最期の時には口の中が乾いたり、痛みが出たりすることが多いのですが、厚労省のデータでほとんど対応されていないことが明らかになっています。少しでも口の中の乾燥を防いだり、痛みを取ったりすることが臨床的に必要です。

もうひとつ、アドバンス・ケア・プランニングには様々な職種が関わりますが、歯科医師や歯科衛生士も対応できる可能性があると思っています。

■在宅ターミナルケアで一番多く患者に接するのは訪問看護師ですが、訪問看護師に歯科の知見を持つてもらう必要がありますね。

小玉 その必要もあると思います。職種連携において歯科医と訪問看護師との連携が少ないというデータも出ているので、連携を増やすとか、日常的に地域包括ケアシステムの中でお付き合いできる関係をつくる必要があります。

■医療DXが進む中で、訪問歯科診療のDX推進はどんな状況でしょうか。

小玉 P H R からナショナルデータベースに疾患として紐づけることが重要になってきますが、今の段階で1本1本の歯の情報をどの状態までP H R に落とし込むのかまでの議論は進んでいない気がします。何をデータ化するかの議論が必要です。

■次回介護報酬改定には何を要望するお考えですか。

小玉 医療介護の連携で給付調整という課題があります。医療保険と介護保険ではサービスの提供回数や点数が異なるので、医療でも介護でも適切なサービスの提供につながるような仕組みへの対応を望んでいます。

患者さんの生活は人それぞれ チームケアでの真の役割は 安心安全な配薬の個別対応

「訪問薬剤師は薬の知識を備えたうえで、患者さんにとってこの薬がいかに大切かを伝え、飲んでいただくことが仕事」。そう断言するのは訪問薬剤師かつケアマネジャーとして20年の実績を持つ藤澤節子氏。20年の足跡から訪問薬剤師のあり方を聞いた。

■藤澤さんのご経歴を振り返っていただけますか。

藤澤 1973年に北里大学薬学部薬学科を卒業し、2年後に母の死を契機に訪問薬剤指導に関心を持ったのですが、当時は薬剤師が服薬指導に訪問する時代ではありませんでした。そこでボランティアでがん末

幾つになっても、介護が必要になってもしルンルン生きていきましょう！やなせたかし



元ルンルンファーマシー代表取締役
(薬剤師、介護支援専門員)



藤澤 節子 氏

Fujisawa setsuko

が、在宅医療を始めたばかりの医師にご挨拶に伺い、在宅の処方箋が、クリニックだけではなく病院からも舞い込むようになりました。当時、地域包括ケアシステムはいわれていませんでしたが、2009年に医療機関の連携の仕組みをつくる趣旨で「在宅医療・緩和ケアカンファレンス」を立ち上げ、今でも事務局として活動しています。

■訪問薬剤師活動を始めてから、どんな状況で活動が進んだのでしょうか。

藤澤 はじめは武蔵野市薬剤会を巻き込んで、一人でも多くの薬剤師が在宅を怖がらずに訪問できるように、月1回の勉強会を始めました。当時は「胃瘻って何?」「床ずれって何?」という薬剤師が多く、そこで毎回テーマを変えて、床ずれ、胃瘻・経管栄養、難病、在宅療養の姿など、いろいろな講座を設けました。

その頃、薬剤師会も医師会も歯科医師会も、医療保険制度とは異なる制度（介護保険制度）ができたので、各専門職がケアマネジャー資格試験を受けるようになりました。私も、資格を取り、薬剤師およびケアマネジャーとして働き20年が経ちました。その後、私は70歳を境に薬剤

師を辞め、ルンルンファーマシーを大手の同業者に事業譲渡して引退しました。

理由は仕事が非常にタイトだからです。夜に患者さんから「痛み止めが欲しい」という要望が入れば薬を届けに行くのですが、子育て中の女性薬剤師は行けず、男性薬剤師か子育てを終えた女性薬剤師が訪問していました。とても70歳からは訪問薬剤師の仕事は続けられないと思ったのです。

■現在はどうのような活動をされているのでしょうか。

藤澤 薬剤師、介護職、ケアマネジャーなどの教育に関わりながら、地域支援事業（みんなの食堂ルンルン・ルンルンサロン・無料の学習塾）も行なっています。服薬指導は薬剤師と患者さんとのマンツーマンの関係です。在宅に伺い、1時間を使っても1人しか服薬指導ができません。しかし、講演や書籍を通して、私の考えを伝えられる相手が1人ではなく100人に増えるのです。ヘルパーやケアマネに向けて話をすると「薬ってそんなに大事なんだ!」と驚かれます。それまでケアプランに「服薬」と書くだけだったのが、糖尿病だったら低血糖に気をつけなけ

ればいけない、高血圧ならめまい（薬の副作用）に、気をつけなければいけないというように、新たな問題意識を持つて利用者さんに接して下さるようになり、講演・書籍を通して薬の大切さが広がっていきました。

書籍執筆の依頼も結構来るようになって『訪問看護と介護』を書いたのですが、読んで看護師から「途中で眠くなった」、介護士からは「3回読んでやっと理解できた」と言われました。そのときに感じたのは「こんなに手間をかけて本を書いても、読んでもらえなかつたら意味がないんだな」と考え、「執筆内容を自分の中で消化して分かりやすい言葉で伝えた本を出せば、もっと皆さんが読んでくださるかな」と思いました。そして『おはよう21』に18回の連載を書かせていただいたところ、以前「眠くなった」と言った看護師も「おもしろかったわよー!」と評価してくださったのです。

今は、年齢的に現場での仕事は無理ですが、過去に患者さんや利用者さんと接して得た財産があります。目の前で亡くなった方もいますし、薬を届けた翌日に亡くなった方もいます。いろいろな方の人生から得た財産を在宅医療や在宅介護に携わる方たちに戻していけばいいのかなと。私

一人で在宅薬剤師はできなかったのですから。

■ルンルンファーマシーの事業概要を教えてくださいませんか。

藤澤 2カ所で経営し、薬剤師は日中のパートが多かったのですが、常勤換算すると6名の薬剤師で回っていました。さらに事務職が3名いました。事務職には登録販売者の資格を取得してもらったので、3名とも一般医薬品の知識は持ち、ファーマテクニシャンとしてピッキングなど調剤の補助業務も担当していました。

居宅療養管理指導料の算定は月平均200名でした。安全な服薬のための方策をいろいろと考えて、高齢者施設には配薬車やお薬ボックスを設置しました。一番安全な方法は個別の配薬です。患者さんの生活は一人ひとり違うので、一律の配薬は安全ではありません。安心安全かつ、最小限の量で最大限の効果を出していただくことです。ポリファーマシーをなくす取り組みにも注力しました。

■薬局の訪問服薬指導はどのような状況でしょうか。

藤澤 私が開いた勉強会で、訪問活

動をしたいと考えている薬剤師がかなり多いことが分かりましたが、今の診療報酬だと訪問に割く時間とのバランスで採算を取れるどうか分かりません。単に届けるだけならまだしも、心と心を通わせたコミュニケーションの時間を取れば報酬とのバランスは厳しいと思います。私が聞く限り、在宅に取り組む薬剤師は時間が足りないとか、在宅に力を入れている薬局は収入がやや低いなどの問題があるようです。

■医療保険と介護保険のどちらを利用することが多いのですか。

藤澤 施設の場合は介護保険のほうが、基礎点数が高いので、私は介護保険を利用していました。ただ、難病などの患者さんは医療保険を使うことになりました。

■第8次医療計画の策定に向けて議論されている在宅医療と介護の連携について、長年のご経験から盛り込むべき事項をご指摘いただけますか。

藤澤 やはり連携ツールは絶対に必要だと思えます。薬局にはAIツールを開発する財力がなかったため、コロナ禍でもツールがあれば、もっ

と小まめな対応ができたと思っています。それからケアマネと介護職が医療職と共通言語を持てるように、資質の向上が必要です。

■訪問薬剤師へのメッセージをお願いします。

藤澤 どんな治療診断が下されても、薬剤師が調剤する薬を服用して初めて効果が出るものだと思います。訪問薬剤師は薬の知識を持つたうえで、その患者さんにとってこの薬がいかに大切かを伝え、飲んでいただくことが仕事です。これが連携の中での本当の役割です。他の職種とは顔の見える連携、患者さんとは心の見える連携が大切です。

介護者やケアマネジャーに薬の正しい理解を啓蒙する
藤澤節子氏の著書



症状から理解する
薬のはたらきとつかいかた



イラストで理解する
ケアマネのための薬図鑑

介護職必携 症状から理解する薬のはたらきとつかいかた 中央法規出版
イラストで理解するケアマネのための薬図鑑 中央法規出版

中堅・若手医師が多職種連携に関心 訪問リハ提供は拡大していく 課題は提供元による報酬の違い

訪問リハビリテーションのニーズが増え、多職種連携の推進による提供体制も前進しているが、訪問リハの報酬は医療保険と介護保険にまたがるため、提供事業者によって報酬が異なるという矛盾もある。諸問題について協会会長に就任し10年目を迎える宮田昌司氏に聞いた。

■宮田会長のご経歴と日本訪問リハビリテーション協会の現状を教えてください。

宮田 理学療法士として玉川病院に勤務し、大正大学文学部大学院で臨床心理学の博士前期課程を修了しました。その後、初台リハビリテーション



一般社団法人
日本訪問リハビリテーション協会
会長
(専門理学療法士、介護支援専門員、臨床心理学修士)

宮田 昌司 氏

Miyata Syouji

全国津々浦々に質の高い訪問リハビリテーションを提供することが、協会の一番の目的です。そのために教育研修に最も力を入れています。

例えば協会認定資格の認定訪問療法士取得では、研修が「基礎」「応用」「実践」に分かれ、各2日間の研修を経て事例を提出し、協会認定を審査します。その後5年間における研修や地域活動の実績を踏まえて認定を継続させる仕組みです。現在の資格取得者は約450名で、PT、OT、STの割合はおよそ6対3対1です。

■訪問リハの現場で各職種の過不足状況はどうなっているのでしょうか。

宮田 訪問リハではOTとSTが不足しています。OTは主に訪問看護ステーションから訪問していますが、最近では精神科のステーションや小児専門のステーションも増えているので、OTが足りていません。STも在宅分野では不足しています。

在宅医療では摂食嚥下障害、精神、小児などのニーズがあるのですが、募集してもなかなか応募者が集まらないのが現状です。

■日本の訪問リハビリテーション制度の変遷を振り返った場合、何が問題だと認識されていますか。

宮田 日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本語聴覚士協会は、十数年前から訪問リハを単独で提供するステーションの創設を議論してきました。当初は訪問リハを提供する施設は非常に少なく、訪問リハ・ステーション設置の機運が高まりましたが、なかなか設置に向かないのが現状です。

一方、訪問リハ制度の変遷を振り返ると、一番大きな転機は介護保険制度の創設です。訪問リハが介護保険サービスのメニューに加わりました。その後「介護保険サービスで一番利用されないサービス」と揶揄されるほど訪問リハを提供する事業所は少なかったのですが、徐々に提供する事業所が増えて、さらに訪問看護ステーションからの療法士訪問が右肩上がりが増えてきたという経緯があります。訪問リハのニーズが拡大したと思っています。

介護保険制度が始まる前は医療保険に訪問リハビリテーション指導管理料が設定されていましたが、病院でも診療所でも外来でリハビリを提供するのが一般的で、療法士

ン病院教育研修部長などを経て、株式会社東京リハビリテーションサービスに移籍し、現在は取締役を務めています。日本訪問リハビリテーション協会の三代目会長に就任して5期目に入りました。理学療法士になってからは約35年経ちますが、2年目から行政の依頼を受けて訪問を中心に働いてきました。

日本訪問リハビリテーション協会は昨年、二十周年を迎えました。会員数は今年5月時点で法人会員が341事業所、個人会員が1310人です。

設立当時に訪問リハビリテーションは普及していなかったのですが、

も少なかったことから在宅まで手が廻りませんでした。その意味で介護保険に訪問リハが加わったことは奇跡的な出来事だと振り返っています。

■訪問リハの提供機関はどんな分布状況ですか？

宮田 病院・診療所、介護老人保健施設からの訪問リハビリテーションがあります。それから訪問看護ステーションでは訪問看護の一環として療法師が訪問していますが、訪問看護が主であつて、療法師の訪問で補完するというのが制度の趣旨です。ただ我々にとつて、制度上の趣旨はともかく、同じ訪問リハです。

さらに総合事業の中に予防の範囲で訪問リハが加わっていますが、取り組んでいる自治体は少ないと思います。

訪問リハのメリットは生活の場に密着して指導できることです。よく通所リハと訪問リハの議論で「通えない場合は訪問に切り替える」と言われますが、この考え方だけでは不十分です。通えないからというよりも、生活の場で困難な問題に対して指導するという考え方が正しいのではないかと思えます。通所で行うリ

ハと訪問で行うリハは別物と我々は考えています。

■診療報酬改定や介護報酬改定で、訪問リハに対する傾向としては何が挙げられますか。

宮田 話題になっているのは「訪問看護ステーションの療法師訪問と病院・診療所・老健の療法師訪問とどう違うのか？」で、違いがあるから報酬も変えていこうという議論になっています。当協会としては、医療機関からの訪問も訪問看護ステーションからの訪問も、同じ訪問リハとしたいのです。実際、サービス内容もほとんど同じなのに報酬体系が異なるので、療法師によってはず違うのか疑問を持っています。

一方、厚労省には「訪問リハの提供元が違うので提供内容も違うはずだ」という考えがあります。医療機関には専任の医師がいるからリハビリの質を保つことができるが、訪問看護ステーションには医師がいないので、医師の指示の確さに相違があるのではないか。そのような考え方から医療機関の報酬が手厚くなっていると推察しています。

■2021年度介護報酬改定は退院後の訪問が多くできる内容でした

が、どんな趣旨があつたのですか。

宮田 退院後に早めに訪問して訪問回数も多い場合に、予後が良いというデータが出ました。それまでは時間が経つてから「ではリハビリでもやりましょうか」という状況でしたが、退院直後に切れ目なくリハビリを提供したほうが効果が上がると医学的に明らかになったのです。

■海外の訪問リハで参考になる事例はありますか。

宮田 日本のように社会保険制度のもとで、国家資格を持った療法師がこれだけ長く訪問リハを提供できる国はありません。日本は国民皆保険制度ですが、医療に対する考え方が国ごとに違うので、良し悪しは語れないと思います。

■多職種協働によるチームケアの動向はどのようにご覧になってますか。

宮田 訪問診療をやっている中堅・若手の医師は、多職種との連携に向きで、いっしょにやっという姿勢が非常に強い。これからの医療は多職種連携が進む兆しが見えています。回復期病棟に配置されて

いるセラピストの多くは入職10年以下ですが、4〜5年目には在宅もやってみたいと思うようになる傾向があります。在宅医療はもっと推し進められると思っています。

■オンライン診療や在宅医療介護におけるDX推進の展望はいかがでしょうか。

宮田 例えばオンライン診療をセラピストに置き換えるとオンラインセラピーですが、それは訪問リハではありません。難しい部分はありますが、一方では、コロナ禍で訪問できないし、来てほしくないという現実があります。既存の利用者に対しては、オンラインによる指導を模索して、厚労省にも相談しています。サービス担当者会議やカンファレンスはIT活用によって運営しやすくなると思います。

■報酬改定への要望は何でしょうか。

宮田 療法師の知識や技術に対する報酬、それからサービス担当者会議に対する報酬を要望します。サービス担当者会議は実際に担当者が時間を費やしているので、報酬の対象にいただきたいと思っています。

病院の栄養食事指導を 継続して実施するのは難しい 在宅でないとは効果がでない 鍵は訪問栄養食事指導の拡充

27年にわたる病院勤務時代に、病院での栄養食事指導が患者の在宅生活に継続して反映されない現実に向き合った。自宅に訪問しないと食生活を改善できない—こうした確信から田中弥生氏は、訪問栄養食事指導の拡充に取り組んでいる。認定栄養ケア・ステーションの創設も主導した田中氏に、栄養食事指導のあり方を聞いた。

■田中先生のご経歴をご紹介します。

田中 関東学院大学六浦中学から六浦高校、関東学院大学短期大学と関東学院で育ちました。関東学院大学の源流は、幕末にペリーの黒船が入港したときに乗船していたプロテスタント信者が創設した横浜バプテスト神学校



関東学院大学栄養学部
管理栄養学科 教授

田中 弥生 氏

Tanaka Yayo

济学部3年に編入学し経営を学んできた。駒沢女子大学准教授に就任、この間に筑波大学大学院で博士を取得しました。現在は大学で臨床栄養学を教えますが、クリニック等で訪問栄養食事指導や外来栄養食事指導も行っています。

■どのような経緯で訪問栄養食事指導に関心を持たれたのですか？

田中 南大和病院に勤務した当初、栄養知識が豊富な透析患者さんから逆に私が栄養食事指導を受けたので、勉強のために、その方のお宅を訪問して食事をいただきました。ところが味が濃く、水分も多く、冷蔵庫の中を拝見したら梅干しや漬物がたくさん入っていたのです。塩分の濃い料理が好みと言われました。

知識ばかりが先行していて、分かっているでも実行できない中に、究極の栄養食事指導の場は病院ではないと思いました。当時の私は22歳頃でしたが、病院で栄養指導をして栄養を解説したパンフレットを渡しても、ごみ箱に捨てられるだけだろうなと思っていました。実際在宅に行った時、患者さんに「パンフレットを持ってきて」と話したら「本棚に入れたままで、どこに入れたかわからない」と言われたこともあります。それから自宅を訪問するようになったのですが、まさに訪問栄養食

事指導を始めたキッカケでした。

病院で指導するよりも、ご自宅の冷蔵庫を確認して「こんな物も食べたほうがいいですよ」と助言差し上げたほうが現実的だと考えるようになったのです。患者さんの家のごみ箱を調べたら、「お菓子など全然食べていない」と言っていたのにもかかわらず、アイスクリームのカップや、お菓子やあんぱんの袋などが入っていたことがありました。いくら病院で栄養食事指導をしても、好物を食いたいという欲求はそう簡単に止められません。やはり栄養管理を長続きさせるには家まで出向き、常に注意することが、栄養食事指導の基本であると気づきました。

■病院の栄養食事指導と在宅の栄養食事指導は何が違うのでしょうか。

田中 病院の栄養食事指導は「あれを控えた方がいい」「これを控えた方がいい」と否定的な指導になりがちなのですが、在宅の場合は看取りまで考えて、その人の生活に合った食事を提案することが管理栄養士の役割だと思います。さらに病院では医師や看護師など様々な職種が医療行為を提供しますが、私たちの訪問先には他の職種が同席していません。したがって管理栄養士は医療行為には法的に関わりませんが、

バイタルを見たり、急変時の連絡対応などができないと務まりません。

訪問栄養食事指導を介護の延長だと思っている人が多いのですが、たんに1日の摂取エネルギーを数字だけで示すのではなく、尿量や尿の色を見て水分摂取の不足を確認したうえで指導できることなどが在宅の強みだと思います。料理をつくる管理栄養士もいますが、データから体調を確認し、フィジカルアセスメントで確認して栄養の問題を解決していくことが重要です。

■訪問栄養食事指導の変遷を振り返っていただけますか。

田中 訪問栄養食事指導は1996年にさかのぼります。この年に在宅訪問栄養食事指導に診療報酬が付いて、その後は少しずつ普及していきましたが、実施している管理栄養士は少なく、1000人以下で栄養士全体のわずか4%です。2000年の介護保険制度発足で居宅療養管理指導が始まりましたが、病院の管理栄養士にしか権限がありませんでした。また、福祉施設の管理栄養士は訪問栄養食事指導ができなかったため人数は増えませんでした。しかも病院の管理栄養士も少なかったため、訪問にまわせなかったという事情もあります。その後、今に至るまで訪問栄養食

事指導を行う管理栄養士は未だ増えていません。管理栄養士全体の7%ぐらいでしょうか。昨年4月の介護報酬改定で介護施設からも居宅療養管理指導に出向けますが、医師の指示がないと訪問できないのです。しかし、医師も在宅の栄養食事指導までの指示が少ないのが現状です。

■先生は日本栄養士会理事・事業部長として栄養ケア・ステーションの立ち上げをリードされました。誕生の経緯を教えてください。

田中 特定保健指導においては管理栄養士が役割を担わなければならないという機運になりました。地域でボランティア活動を行っている管理栄養士も多いので、栄養ケア・ステーションをつくる商標登録し、2002年にモデル事業が始まり、数年後に都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションとして47都道府県に開設されました。その後、国が「健康日本21(第2次)」で健康サポート拠点を全国1万5000カ所に設置する構想を打ち出したので、我々も47カ所では不十分で民間の認定栄養ケア・ステーションが必要と判断して、当時、日本栄養士会会長や常任理事と共に栄養ケア・ステーション部長に就任して動き始めました。

そして内閣府に認定栄養ケア・ステーション開設を申請し、2018年にスタートしました。現在、都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションは支部を含めて100カ所、認定栄養ケア・ステーションは347カ所です。次に多いのが病院とクリニックで、食品メーカー、大学、医師会、薬局、フリーの管理栄養士などもステーション運営に参画しています。関東学院大学も設置する構想を固めました。

■認定栄養ケア・ステーションの認定要件は何ですか？

田中 認定栄養ケア・ステーションは管理栄養士として1年以上の業務経験があれば設置できますが、機能強化型栄養ケア・ステーションは診療報酬と介護報酬につなげるために5年以上の医療介護の経験を持ち、医療的な栄養食事指導ができることが要件です。設置数は94カ所、横浜市青葉区医師会が機能強化型のステーションを設置して、医師会の事業に組み込んでいます。理想は全ステーションが機能強化型になることです。

■認定栄養ケア・ステーションの事業収支はどんな状況でしょうか。

田中 しっかりとマーケティングを

行つたうえで、経営管理のできる管理栄養士は栄養学部のカリキュラムにも経営管理がないので、きちんと勉強してから設置しないと事業の継続が危ぶまれてしまいます。私の計算によれば、通所リハと通所介護の栄養食事指導をしても自分一人なら経営してはいけますが、人を雇うのならは大手フィットネスクラブのように様々なサービスメニューを用意しないと経営が成り立ちません。自治体からの受託事業も有効な収入源で、大学などは市の事業を受託しています。

依頼を待っているだけの管理栄養士には不向きな仕事で、広報力、営業力、サービス開発力が不可欠です。

■第8次医療計画に対する要望や政策提言がありましたらお願いします。

田中 第7次までは医療計画に大切な栄養管理が入っていないので、まずは入れていただきたいです。それから、生活習慣病予防から看取りまで生きるための栄養が重要なのに、管理栄養士の存在が抜けています。在宅患者訪問栄養食事指導と栄養ケア・ステーション、管理栄養士という言葉が入るだけで全く変わってくると思います。

介護支援専門員は社会インフラ 職能団体との連携強化で チームケアを強化する

在宅医療・介護を推進するうえでスポットが当てられるのは、おもに行政と事業者である。だが中林弘明氏は保険者と職能団体の役割を指摘する。チームケアの要となる介護支援専門員のあり方を含めて見解を聞いた。

一般社団法人
日本介護支援専門員協会
常任理事

中林 弘明 氏
Nakabayashi Hiroaki



能の強化」「調査研究の実施と情報分析機能向上や各学術団体・職能団体との連携強化の取り組み」などです。

■居宅介護支援の報酬に特定事業所加算などが新設され、黒字事業所も増えましたが、全国平均では、2020年度の介護事業経営実態調査で介護保険サービス唯一のマイナス収支でした。

中林 経営の前に、まずは介護支援専門員の役割を理解していただきたいと思っています。介護支援専門員は介護保険制度のなかで専門性を認識し

て、質の向上と公正中立を旨として幅広く支援を展開してきました。求められる役割は「利用者の自立支援に資するケアマネジメントの実践」「医療介護連携の促進をはじめ多様な生活支援サービスへの対応」「家族介護者の介護離職を防ぐ相談」「被災者支援」など地域を支える担い手として、年々必要性が高まっています。

また、公正中立なケアマネジメントに資するために、利用者が納得できるまで各サービスを選定し提案して、利用者本位の支援を行ってきました。このように業務が拡大している一方で、介護事業経営実態調査に示されているデータでは、居宅介護支援事

業所の経営は他のサービスよりも厳しい状況が続いています。介護支援専門員の人員確保についても、処遇や煩雑化する業務、さらに受験者と合格者の減少などで、全国的に見て数年後に人材確保が困難になると危機感を抱いています。2020年度の介護事業経営実態調査では、依然として収支差率がマイナスでした。利用者が安心してサービスを受けられるようにするには、質の高い介護支援専門員の安定的な確保と安定した経営基盤の整備が重要と考えています。

■2021年度改定で基本報酬が上がって通減制が緩和されたことで、収入増の事業所も出ましたが、一方では収入減の事業所も出て、二極化していると思います。どうご覧になっていますか。

中林 通減制についての居宅介護支援費には算定要件があり、情報通信機器や事務職員の配置によって、通減制の担当件数を35件から45件までとする基本報酬区分が新設されました。現状に即した内容です。通減制導入時に比べて介護支援専門員の質の向上を目的とした制度改正や特定事業所加算の実施、研修体系およびカリキュラムの見直しなどによって、介護支援専門員の質は向上しています。

■中林常任理事のご経歴と日本介護支援専門員協会の概要について教えてください。

中林 大学卒業後、民間企業の営業職を経て1993年に株式会社シルバージパンを設立し、代表取締役として就任しました。介護保険制度開始の

2000年4月から介護支援専門員として従事しています。日本介護支援専門員協会常任理事のほかに兵庫県介護支援専門員協会相談役を務めています。日本介護支援専門員協会は介護支援専門員の職能団体で、2005年に設立されました。会員数は3万3901名で、鳥取県を除く46都道府県に支部を設置しています。協会の目的は「公正中立なケアマネジメントの確立」「介護支援専門員の資質と社会的地位の向上」「国民の健康と福祉の向上」です。主な活動は「介護保険法改正介護報酬改定に関する対応」「介護支援専門員の質の向上および機

今後の見通しとしては、介護事業経営実態調査などを通して課題があれば、次期改定に向けて議論を行いたいと考えています。

それから特定事業所加算の算定要件に新たに(A)が設けられましたが、2019年度介護事業実態調査で特定事業所加算が算定できていない事業所の収支差率がマイナスになりました。また当協会が実施した2020年度の調査では、加算が算定できない事業所が45・8%だったことを受けて、質の向上に重点を置いた重度化要件や人員要件の緩和を要望しました。それが(A)の新設につながったのです。今後できるだけ特定事業所加算の算定が進むように、協会は取り組んでいく考えです。

■**通減制の緩和は、協会からの要望が受け入れられたと見てよいのでしょうか。**

中林 そうですね。やはり上限があると給与や設備投資に大きな制約が出ますし、制度が発足して20年が経ち、能力の高い介護支援専門員も多く育っています。ICTや事務員の活用によって質を担保しながら件数を増やしていくには、通減制の緩和は自然な考え方だと思います。また、昨今

の人材不足によって、中山間地域で介護支援専門員の担い手がいないという報告も上がっています。これも通減制の緩和の要因になりました。

■**次期介護保険制度改正では、ケアプランの有料化が審議されます。ご意見をお聞かせいただけますか。**

中林 介護支援専門員には、要介護者に対し個々の心身状況や置かれている環境に応じて、保健・医療・福祉にわたるサービスが総合的かつ効率的に提供されるように支援することが求められています。その重要性から保険給付率は10割と介護保険制度に定められていたわけです。こうした背景のもとに有料化が議論されていますが、2020年度に実施された保険外サービス活用推進に関する調査研究報告書で、介護支援専門員が行っている保険外の支援の実態が明らかになりました。家族からの相談対応や、介護保険以外の公的機関への手続き支援など本来は公的機関が担うべき役割を、民間の居宅介護支援事業所が対応しています。これらの対応を通常業務として認識している保険者も少なくないなかで、介護支援専門員の利用者支援という意識で行われてきましたが、居宅介護支援という業務の範囲を超えています。

居宅介護支援を介護保険サービスのひとつとして捉えるのではなく、地域に必要な社会インフラとして保険者の業務の一端を担っていると理解すべきです。よって、協会はケアプラン有料化に反対していますし、また有料化によって緊急性の高い状況への対応などに悪影響を及ぼすと考えています。

■**第8次医療計画策定に対する要望や提言は何でしょうか。**

中林 私が委員に就任している「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」では、全国一律で支援する体制やネットワーク、IoTの活用事例などが紹介されています。在宅医療の推進で問われるのは保険者機能の手腕です。とくに保険者が主体となつて率先して仕組みをつくるのが重要で、さらに地域において各職能団体との連携強化が必要です。保険者単位で在宅医療介護連携推進事業を策定はしていますが、大事なのはPDC Aサイクルに沿って取り組みを実施し、状況に応じて体制を組み直していくことが必要です。

■**第9期介護保険事業計画ではどのようなことを要望されますか。**

中林 2025年に地域包括ケアシステムの構築という目標が掲げられているので、第9期では地域包括ケアシステムが各地域でどのように進んでいるのか。計画を策定するだけでなく、PDC Aサイクルにより実行して評価する仕組みを実行することが大事かと思っています。都道府県の指導というよりも、保険者が手腕を発揮して事業者と連携して仕組みをつくり、やはりPDC Aサイクルで取り組みを実行・評価することが役割だと思います。

■**多職種協働のチームケアによる在宅医療・介護連携のあり方についてご意見をお願いします。**

中林 チームケアをマネジメントする役割を担う介護支援専門員が、チームケアを効果的に機能させてサービスを提供しなければ質の高いケアの達成は困難です。とくに在宅医療を担う医師や歯科医師との連携強化は不可欠で、協会はしっかりと連携を取るように伝えています。連携を強化させるために各地域の職能団体同士のルールづくりが必要だと思います。