

**平成 26 年度第 4 回社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会及び
第 7 次高齢者保健福祉計画・第 6 期介護保険事業計画策定に関する懇話会
議事要旨**

日時	平成 26 年 10 月 6 日（月） 14：15～16：25
場所	東大阪市総合庁舎 18 階大会議室
出席委員	関川委員、新崎委員、津森委員、西島(善)委員、松本委員、水口委員、山下委員、伊庭委員、岡田委員、竹林委員、西畠(準)委員、東野委員、引田委員、前田委員、
欠席委員	稲森委員、松浦委員、畑阪委員、河田委員

1. 開会（高齢介護室挨拶、配布資料の確認）

2. 議事

（1）報告案件

①計画骨子・基本目標についての各委員からのご意見について

（資料 1 の説明：事務局）

（2）審議案件

①第 7 次高齢者保健福祉計画・第 6 期介護保険事業計画素案について

（資料 2、3 の説明：事務局）

会長

○ 平成 31 年の目標「活力ある心豊かな高齢社会の実現」は違和感がある。「誰もが心豊かに安心して暮らすことができる成熟社会」を目指す内容のほうが望ましい。

委員

○ 国の債務 50 兆円に対し社会保障費 100 兆円、医療費 40 兆円で、特に入院費が増えている。国は中間的施設を増やすため、36 万床ある急性期病院を 9 万床、あるいは 12 万床減らし、回復期病床、慢性期病床に移行させようとしている。今年 10 月 1 日から 11 月 14 日にかけて、急性期病院が都道府県に今後の急性期と回復期病床数を報告する制度が始まる。急性期病院は二次医療圏として府が主導権を握っているため、市町村で必要性を訴えても府と合意できない可能性がある。入院医療と在宅介護の間の落差をどう埋めるかが今後の課題である。消費税の増収分を都道府県が基金をもって二次医療圏に渡す財政支援制度の利用が可能になる。急性期病院に退院前の中間的病棟である地域包括ケア病棟を導入してもよいが、二度と急性期に戻れないという心配から、現時点ではあまり手を上げておらず、現時点では急性期、慢性期、回復期の病床がどのくらいになるか不透明な部分が多い。

会長

- 地域包括ケア病棟の機能と、介護保険、特に医療と介護の連携とは、どのように関わるのか。

委員

- 地域包括ケア病棟は 60 日間まで入院でき、在宅や回復期病棟で急変した患者を受け入れる役割も担う。在宅復帰率 75%を達成できなければ、急性期として認めてもらえなくなる。

会長

- 地域包括ケア病棟への移行も、在宅復帰率 75%の中にカウントできるのか。

委員

- 地域包括ケア病棟への移行分は分母数から除く。現在、地域完結型医療として機能を分ける方向で考えているが、病院内に機能を集約する病院完結型医療に戻るといった意見も出ている。

委員

- 在宅医療はマンパワー育成が課題である。サービス付き高齢者向け住宅で他市や他府県のサービスを受けることもあるが、医療費増加や緊急時対応の問題がある。医師会で、一昨年からは在宅医療に関わる医療機関のハンドブックや後送病院の医療情報マップを作るなど啓発事業を行っている。河内医師会、枚岡医師会で緩和ケア研究会を立ち上げ、家族会も結成している。今年度の財政支援事業の一環として、医師会内に医療と介護に関するコーディネーターの配置を申請しており、来月には回答が得られる見込みである。多職種との顔の見える関係として、今年は 11 月 22 日にクリエイション・コア東大阪で、約 200 人を対象に在宅医療等に関する研修会を開催する。現在認知症サポート医が 10 人弱のため、倍増を目標に認知症サポート医の育成を行う。市民への啓発事業として、9 月 27 日に希来里ビルのイコラムホールで、「住み慣れた地域で自宅で最後まで」というテーマでパネルディスカッションを行い約 300 人の参加があった。現在 5～6 の事業を重点的に行っているが、来年度は、介護事業所関係者と協力しながら東大阪市で先駆的な取組を実現したい。

会長

- 今の内容を、77 頁以降の「医療と介護の連携」や「認知症施策の充実」に反映させるため、今後 5 年間で重要と思われるキーワードをいくつか紹介してほしい。

委員

- 安心して最期を迎えるという視点も必要である。

委員

- 総花的なので強調点を作ってはどうか。先進的な事例も記載すれば具体的なイメージがわく。

会長

- 研修内容や連携体制を概念図で入れてはどうか。具体的な名称もあれば東大阪市らしくなる。

委員

- 地域の人気遣いで発見される場合は、孤立死より在宅死や独居死という表現のほうがよい。地域で人間関係が築けていれば、在宅でも豊かな生き方や亡くなり方につながる。

会長

- 孤独死は、地域福祉と保健福祉計画の重要なテーマである。

委員

- 次期計画に向けて地域包括支援センターを日常生活圏域と一致させると聞くが、日常生活圏域は高齢者人口にバラつきがある。医療関係者とも連携しながら、圏域人口に応じた体制確保を進めてほしい。地域包括支援センターに研修を行い、虐待対応の認定など、チームで対応するには考え方や判断基準を一致できるようにしてほしい。基幹型にはスーパーバイズできるような研修も行ってほしい。地域型は、専門職と連携して地域の事業所をサポートする力量を身に付けることが必要である。地域と地域包括支援センター、各事業所、行政との連携関係ができているところをモデル地区としてしくみづくりを進めてはどうか。地域の医師や訪問看護、介護事業所、家族が協力して家庭で最期の看取りができるしくみを作りたい。医療と介護の推進のモデル事業として、エリアを決めて医師会と共に推進したい。会議で関共通認識できても地域にもち帰るとずれてしまう。重要なのは地域で機能させることである。

委員

- 来年の法改正に向けて、各基幹型にどこに重点を置くか計画書を作成してもらっている。

会長

- 79 頁の「その4—福祉事務所や保健センターなど関係機関との連携強化」は具体性のあるものにしたい。82～83 頁の「高齢者が自ら参加する支え合いのまちづくりの推進」はどうか。

委員

- ワンコイン生活サポート事業の需要がかなり増えると予測しており、検討している。

委員

- 重症患者や在宅での看とりに対応するために東大阪市介護支援専門員連絡会は、5年前から中長期目標を掲げて利用者が安心できるネットワークづくりを進めており、4年前から3医師会と交流をもっている。力量の差ですべてのケアマネジャーが関係構築できるわけではない。行政が主体になって隙間なく様々なシステムを作ってほしい。地域包括支援センター職員の頻繁な交代で一から関係構築が必要という課題もある。基幹型にはスーパーバイザー機能が必要なため、市に資質向上をお願いしたい。ケースワークは個人の力量に頼るところが多過ぎる。力量アップのための研修システムの構築が必要である。

会長

- スーパービジョンの体制は、基幹型の他に医師会、ケアマネジャー団体などが必要で、協議によって考え方を揃えることが地域包括支援センターの機能強化につながる。社会福祉協議会が基幹型をもつという強みを生かし、社会資源の開発やネットワークのシステム化、先駆的ネットワークのモデル化、実践事例の構想と実験などができる。

委員

- 78 頁の最後の行の「整理を行います」は、地域包括支援センターの数が増えた場合、地域割や分担の整理が必要ということか。もしくは、「整理」は「整備」の間違いか。

事務局

- 小さい2つの中学校区を1つの地域包括支援センターでみるなどの整理を行い、最終的には19か所から若干増えることも視野に入れて整理したいという意図である。

委員

- 今回の計画では、身近な地域包括支援センターを作ることが「検討」からより具体的な「実施」に入っている。前回の計画より整備が進んでいることが分かりやすい表現にしてほしい。

委員

- 平成 27 年 4 月からの 3 年間で整備すべきことをもう少し踏み込んで記載したほうがよい。キーワードは地域だが、かかりつけ医が在宅医療や 24 時間対応を行うのは難しく、チームを組んで対応すべきである。10 月 3 日に厚生労働省が公表した介護事業経営実態調査によると、施設系サービスの収支差率は約 8～10%、訪問系サービスの収支差率は以前より改善したものの約 2～7%しかない。小さな事業所でもきちんと仕事ができることが必要である。訪問系サービス収支差率が上がっているのは、有料の住宅型が増えてきているからだと思う。適切なサービス提供ができていくかという評価や監査、指導についてもこの計画に盛り込んでほしい。

会長

- 介護事業者への指導内容は、公表されるのか。

事務局

- 指導は施設課と居宅事業者課で分けており、63 頁にあるように、居宅事業者課は介護保険の居宅サービスの指導、監査を行う。指導は実地指導と年 1 回の集団指導がある。悪質が疑われる事業所には必要に応じて監査を行い、場合によっては行政処分を行う。数は公表するが、事業者名は行政処分を行ったところのみ公表する。行政指導の結果は、事業者の利益を損なう可能性があるため公表しない。集団指導の際に、不適切な事例は情報提供している。

委員

- 医療面でも、圧倒的に数が少ないが、どのくらいのマンパワーで行っているの。

事務局

- 東大阪市は、居宅介護サービス事業者数は府下で3番目だが、指導、監査体制の人員的な配置はよい方である。施設系は主任6人、課長1人で、実地指導はすべて回るようにしている。居宅介護サービスでは、指導担当が5人、非常勤嘱託が1人おり、課長も加わることもあるため、かなり充実している。

委員

- 行政による指導は重要である。今後居宅は増えると思うため、マンパワーを充実してほしい。

委員

- ケアマネジャーは、利用者の生の声が入ってくるため、自然に質が悪い事業者は敬遠する。ケアプランチェックはかなり厳しく見ているが、未熟な人にとっては力量アップにつながる。

事務局

- ケアマネジャーにも給付のしくみが浸透していないと感じており、ケアプランチェックによって、広く適正な給付ができ、全事業所で平均的なサービスができるようになればと思う。利用者にとって必要なメニューを選択してプランを立てるのが理想だが、利用者の要求に押されてプランを立ててしまい、プランの位置づけができていないというケースが多い。

委員

- 2頁の「関連する他分野の計画との整合性を図りながら」は、どの程度整合性が図られているのか。会長から話があった概念図は、地域福祉計画で使えるものがある。個別支援と、支援を支える地域づくりやまちづくりという二層の視点なども書き込まれているため、行政の福祉計画と高齢者施策で詰める必要がある。28頁に「高齢者がまちづくりの主体となって活躍するしくみづくり」とあるが、地域の専門職のネットワークとして、地域福祉ネットワーク推進会議を2か月に1回、東地区、中地区、西地区の3地区で開催している。また、7地区で地域包括支援センターの主催で地域別ケア会議を開催している。高齢者の見守りや担い手づくりなど、今回の計画に共通する部分が多いため、文脈を参考にしてはどうか。29頁の「シニア地域活動実践塾」も、生涯学習の観点からアクティブシニアの社会参加づくりという視点で、文脈を参考にしてはどうか。37頁の「ワンコイン生活サポート事業」は単なる有償サポート事業という位置づけではない。ボランティアや民生委員、地域福祉活動をしている人などが、6年前のアンケートに比べて5%減少している。高齢者福祉や地域福祉に対する無関心層を巻き込むという視点が必要である。37頁の認知症サポーター事業として、ある地区の地域包括支援センターでは、小中学校の認知症サポーター養成講座を実施している。市の教育委員会の人権教育担当の80数人にも、認知症サポーター養成講座を実施している。70頁の「高齢者が主体となって取組む支

え合いのまちづくりの推進」の「課題」では、「行政や社会福祉協議会、NPOなどの様々な機関との連携に基づく」など、主体となる主語がなければ、誰がいつ、どのような形で行うかという具体化が難しい。78頁に「その3－地域ネットワークの強化」とあるが、東地区、中地区、西地区の3地区で社会福祉協議会が中心になって、地域福祉ネットワーク推進会議という高齢、児童、障害、行政などの専門職の会議を定期的開催している。医療はまだ入っていないが、これは多職種連携に位置付けてよい。7地区で行っている地域別ケア会議は、専門職と地域の住民、自治会、校区福祉委員と一緒に話し合う地域協同である。専門職や地域の人との顔の見える関係づくりについては、福祉企画課と高齢福祉とすり合わせを行って、行政で協同で取り組むことが文言として入れば、より具体的な計画になる。

会長

- 地域福祉計画と本計画との整合性を図って、重複する部分は同じように概念図などを入れたり、紹介すべき部分は紹介していただきたい。連携についても、前回との変更点ができるような、目指す姿の具体的な概念図を事務局にて検討いただきたい。先行事例の紹介があれば、目指す姿をイメージしやすい。自治体が計画を作る際には、あえて主語を書かないことが多いが、様々なところが役割分担しながら関わる場合は、中心となる主体を書いたほうが、次期計画の見直しの際に、計画がどの程度実行できたかなど課題が分かりやすくなる。

②市民説明会及びパブリックコメントの実施について

(資料4の説明：事務局)

事務局

- 本日の意見を踏まえた修正と事業内容を盛り込んだ第5章、第6章を次回までに作成する。

会長

- 各地域で調査結果を踏まえて意見交換を行う地域別会議の内容も、計画に盛り込むのか。

事務局

- 本編では難しいかもしれないが、資料編として掲載することを考えている。

会長

- 資料4の通りに進めてもよいか。(異議なし)

事務局

- 次回は11月17日(月)10時から東大阪市役所、総合庁舎18階会議室1、2にて開催する。

3. 開会

以上