

第3回吹田市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画推進委員会議事録

1 開催日時

平成29年(2017年)11月27日(月) 午後2時開会～午後4時6分閉会

2 開催場所

吹田市立千里山コミュニティセンター 多目的ホール

3 出席委員

浜岡 政好委員(佛教大学 名誉教授)
石倉 康次委員(立命館大学 産業社会学部 特別任用教授)
豊岡 建治委員(一般社団法人 吹田市医師会 副会長)
西浦 勲委員(一般社団法人 吹田市歯科医師会 副会長)
秋葉 裕美子委員(一般社団法人 吹田市薬剤師会 会長)
櫻井 和子委員(社会福祉法人吹田市社会福祉協議会 副会長)
岩脇 ちゑの委員(吹田市民生・児童委員協議会 会計監査)
樋口 敬子委員(吹田市高齢クラブ連合会 事務局長)
岩本 和宏委員(吹田コスモスの会(認知症家族の会) 会長)
矢上 敬子委員(吹田市ボランティア連絡会 会長)
益田 洋平委員(吹田市介護保険事業者連絡会 会長、通所介護・通所リハビリテーション部会 部会長)
児浦 博子委員(吹田市介護保険事業者連絡会、訪問看護・訪問リハビリテーション・訪問入浴部会 委員)
高橋 千秋委員(吹田市介護保険事業者連絡会、介護老人福祉施設・介護老人保健施設部会 委員)
清水 泰年委員(公益社団法人 吹田市シルバー人材センター 参事)
菅沼 一平委員(吹田市認知症カフェ交流会 世話役(大和大学保健医療学部総合リハビリテーション学科 講師))
上條 美代子委員(市民委員)
坂手 裕子委員(市民委員)

4 欠席委員

3名

立山 裕代委員(吹田市介護保険事業者連絡会 会計監査、居宅介護支援事業者部会 部会長)
富士野 香織委員(吹田市介護保険事業者連絡会 幹事、訪問介護部会 部会長)
谷口 隆委員(大阪府吹田保健所 所長)

5 会議案件

1 開会

2 案件

- (1) 第7期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画素案について
 - ア 第2回計画推進委員会からの主な変更点等について
 - イ 施策の展開案
 - (ア) 基本目標2「相談支援体制の充実」
 - (イ) 基本目標3「介護予防の推進」
 - (ウ) 基本目標4「自立した暮らしの実現に向けた支援の充実」
 - (エ) 基本目標6「医療と介護の連携の推進」
 - ウ 介護保険サービスの見込量と保険料案について
 - エ 地域包括ケアシステム構築のロードマップ案について
- (2) その他

6 議事の経過

〔開会〕

事務局：

(開会のあいさつ)

〔資料確認〕

〔欠席委員の報告〕

事務局：

(立山委員、富士野委員、谷口委員)

委員長：

(あいさつ)

〔傍聴者の報告〕

事務局：

本日の傍聴者は8名です。吹田市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画推進委員会の会議の傍聴に関する事務取扱要領の規定で、定員は5名となっていますが、会場の広さに応じて傍聴人を増やすことが可能です。会場には余裕があるため、全員の方に傍聴していただいでよろしいでしょうか。

委員一同：

(異議なし)

事務局：

それでは、全員の方に傍聴していただきます。

[案件1：第7期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画素案について]

[案件1 ア：第2回計画推進委員会からの主な変更点等について]

[案件1 イ：施策の展開案について]

事務局：

(第7期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画素案のうち、第2回計画推進委員会からの主な変更点等及び基本目標2「相談支援体制の充実」、基本目標3「介護予防の推進」の施策の展開案について説明)

委員長：

施策の展開の基本目標2、3、4、6について説明がありました。御意見、御質問はございますでしょうか。

委員：

当日資料5ページ、高齢者がいきいき百歳体操に参加したいと思っても5名以上集めることができないという御意見に対して、地域包括支援センターがつなぎ役をすることもできますとありますが、高齢者生きがい活動センターでも行っているのです、もしそのような機会があれば、言っていただきたいです。

委員：

現在、マンションに住む住人の高齢化が進んでおり、フレイル状態の方も多く見受けられます。私が忙しなくなければ、その人たちのために5名集めていきいき百歳体操を開催したいと思いますが、私にはその暇がありません。高齢者の方々は少し遠い会場には行けません。どうにかして世話してくれる人を配置するとか、何かできないかと思えます。私自身、開催できないことを本当に残念に思います。

委員：

後で相談させていただきたいと思えます。

委員長：

他にいかがでしょうか。基本目標2、3、4、6含めて、今説明があったところ全体についてお願いします。

委員：

基本目標6の「在宅医療と介護の連携の推進」について様々な会議があり、医師会も参加しています。市としては、健康医療部と福祉部の2つの部署が在宅医療と介護の連携の推進について取り組んでいますが、各部署が一体となり行うことが難しいようで、我々も股裂け状態になるような会議の出

方をしています。ぜひとも縦ばかりでなく、横、斜めの会議を市の中でやっていただきたいと思いません。

そして1つだけ大きく希望していることは、我々の医療という主体に対しての御意見は分かりますし、事業所やその他ケアマネジャーも含めた介護に対する希望も分かります。しかし、希望をおっしゃるだけでは、医療と介護の連携でも何でもないと思います。医療環境を整えたり、介護事業の環境を整えたり、行政として何をしてくれるのかということ、我々は知りたいです。大阪府医師会の方針についても、大阪府が医師会を中心とした医療界に何をしてくれるのか、介護業界に何をしてくれるのか、地域包括ケアシステムという大きな題名を言うのはよいですが、大阪府は何をするのかを医師会の幹部は尋ねています。我々も同様に、吹田市は、行政として何をしてくれるのか尋ねます。その方針が分かれば納得できますが、我々に指導や評価ばかりを言われますと、萎縮してしまいますし、議論に参加できない場面も出てきます。会議の中で必ず、市は何をするということを今後言っただけならば、医師会としても非常に理解しやすいと思うので、どうぞよろしくお願いいたします。

委員長：

この計画に書き込まれていることと言えば、基本目標6の「在宅医療と介護の連携の推進」について、行政の果たす役割をもっと明確に示してほしいという御主張だと思います。抽象的な主張かもしれませんが、事務局としての姿勢等をお聞きできますか。

事務局：

在宅医療と介護の連携の推進について2つの部署でそれぞれの取組をしているという御意見についてですが、素案118ページに、正確性というよりは、分かりやすさに重点を置いています。在宅医療とは何か、在宅医療と介護の連携とは何かについてのイメージ図を示しています。それに対する市としての施策は2本あり、「(1)在宅医療・介護連携の推進」は福祉部、「(2)在宅医療推進のための環境づくり」は健康医療部で取り組んでいる施策です。ここが分れていますが、両輪となって調整しながら取り組んでいきたいと思っています。

どちらの取組の中でも、医療機関や医師会、介護事業所等の各機関に要望を申し上げているつもりはありません。お力を借りて手を携えながら、市として進めるべき施策の方向性をお示ししながら進めていきたいと考えています。

委員：

今後とも福祉部と健康医療部で仲良く仕事をしていただくことを、我々としても望んでいます。

次に、素案の81ページにあります地域包括支援センターへの点検・評価についてです。地域包括支援センターは直営型がなくなり、すべて委託型になります。高齢福祉室は地域包括支援センターの基幹的な役割を担いつつ、公平公正に事業が行われているかの点検・評価を中心となっていくとした、地域包括支援センターの運営に関する方針があります。他市では地域ケア会議において、あるいは地域包括支援センターの連絡会議において、介護サービス事業者や医療関係者が委縮するような形での点検・評価が行われているのではないかと心配しております。もし点検・評価を行うにしても、オープンな評価をすること、評価をする人がどのような立場で、何を見て何を経験した人がされているのかが分からなければ、何を言われても我々は信用できなくなります。このように今後なっていくとすれば、事業者を委縮させないような方向で行わないと危ないと思います。

委員長：

点検・評価は必要なことですが、それが粗探しのようになり、委縮させるようなものでは困るということですが。

事務局：

点検・評価については、市が事業者に事業を委託しているとはいえ、市の事業ですので、委縮させるのではなく、さらに制度が発展するような形で評価が望ましいと思います。また、中核を担う基幹型地域包括支援センターが市にありますので、点検・評価をいかに定めていくかが、市の大きな役割となっています。評価された内容は、あくまでも私どもの評価でありますので、手を携えて先に進んでいきたいという考えの下です。委縮させるような方向ではなく、共に進んでいくような評価になればと考えています。

委員長：

一番のポイントは、やはり市民目線です。市民が利用しやすいような役割が果たしているかどうかの評価が行われることが必要です。

委員：

市民にとっての公平な評価であり、市民のためには地域包括支援センターはどう動けばよいのか、どう連携すればよいのかということの評価し、今後の改善に向けるものだと思います。主体は誰なのかと思いましたが、委員長がおっしゃるとおりだと思います。

委員：

先日、大阪府内の各市における地域包括支援センターの報告会を聞きに行きました。やはり市によって違うようです。地域包括支援センターの役割が重要ということで、吹田市では「桶」の「たが」になっているのですね。「桶」の大きさが変わるのであれば、大きく、そして市民にとってよい形になるようにということが、必要だろうと思います。市民目線と言っていたので、その「たが」が緩んでしまうのではなく、固まってしまわないで、動きがあるようなものになってほしいと思います。本当に市によって差があると思います。それと、よい形になるように地域包括支援センター同士の連携があってもよいと思います。

委員：

素案 119 ページの「施策の方向2 在宅医療と介護の切れ目のない提供体制の構築」の重点取組として、「在宅療養推進のための研修の実施」が今回うたわれています。連携のためにいろいろなことをしないといけないと思っていますが、例えば丸の3つ目に「看取りに関する研修や情報共有」という施策が挙がっています。実際に、要介護度の高い人たちが介護保険施設で最期を迎えられるかというと、今はそのような現状が少ないのではないのでしょうか。このような研修会をするということは、例えば医療が必要な人たちも介護保険施設に入れるようにという研修が、本来必要なのではないかと思いますが、介護保険施設はそういった形では見てもらえない施設だと思います。今後、利用者のニーズを考えれば、現状を市がまず知っているかということと、そういうところで何を評価すれば本当に看取りができるのか、そういうところまでの情報があつての研修を意識するという方向なのでは

うか。この研修とは何をするのでしょうか。

事務局：

研修の中身についてはこれからになると思います。特別養護老人ホーム等を始めとする施設での看取りについては、数年前の介護報酬改正の中で看取り体制加算が行われており、看取りをする体制を取っていることを条件としています。それが少しずつ評価されてきており、市内の特別養護老人ホームや介護老人保健施設でも体制を取っている、あるいは、実際に看取り加算を請求している数字は、着実に出ています。医療ニーズがある人が介護保険施設を利用したい人かは別だと思えます。医療ケアがなく、施設で最期までという御家族や御本人の希望で看取っているケースは、実際にあると聞いています。例えば、急変した人は、看取りの体制を取っていても、救急搬送で医療と連携しながら対応されていると思っています。介護保険事業者連絡会で先日行われた研修も、看取りに近いようなテーマでした。そういうところとも連携しながら、スタッフの負担を少しでも軽減できるような何かができると思っています。

素案 115 ページ「1 現状と今後の状況、課題」の「施策の方向2 在宅医療と介護の切れ目のない提供体制の構築」に、「看取り体制加算を算定する事業所数」を載せていますが、市内にこれだけあります。全国的なデータですが、亡くなられた場所の中で「老人ホーム」が 3.2 パーセントで、年々増えてきています。

委員長：

研修の中身等はこれからということですが、質問の内容は「支援」とはどういうことを考えているのかだと思います。市として支援するというのはどのようなイメージがありますでしょうか。

事務局：

今後、看取りの問題は施設でも大きく影響してくると思います。その中では介護保険事業者連絡会等の現場の意見も踏まえ、市が中心となり、消防との連携や医療との関わり合いなど、それぞれが抱えている問題の現状等を知ってもらう研修も効果的だと思っています。そういったところに市が協力できればという意味で「支援」と記載しています。

委員：

ぜひ、現状の情報を取っていただきたいと思います。特別養護老人ホームでは、急変すれば病院へ行き、病院に行けば帰ってこられなくなることから、本当に終の棲家なのかという疑問があると思います。その辺りはいかがでしょうか。

委員：

質問に対する医療側からの考え方ですが、終の棲家について、厚生労働省は終の棲家をどこにするかという方針を、どんどん作っていっています。10 年ほど前からエンド・オブ・ステージという言葉があり、日本語では終末期、医療に関しては終末期医療と解釈していましたが、この2年ほどはその終末期という言葉は段々消えていき、人生の最終段階という言葉に置き換えています。自宅療養されている人は、最終的に 80 パーセントから 85 パーセントが病院で亡くなっています。事前のアンケートでの希望では、「自宅で死にたい」が 80 パーセントから 85 パーセントです。実際は逆転しています。自宅におられる人が急変したときに、家族が救急車を呼んで連れて行くことは絶対に止められま

せん。止めると人権問題ですので家にいる人は次々と病院に行ってしまう。そうすると極端な話ですが、エンド・オブ・ステージの人が入る場所を作ってしまう、そこから医療には逆に戻って来られないようにすることで、急性期医療も助かり、家族も楽になると考えて、終の棲家的な施設を作り始めています。その中で最近話題になっている、例えば介護医療院は平成 30 年度からでき始めます。介護型の療養がそこへ移転します。そこでは急性期医療は行われなくなり、完全な終の棲家となります。そして、特別養護老人ホームも、いずれ医療機関に肺炎だからといって戻って来ることなくなる一方通行の終点駅になると思います。介護老人保健施設は少し立場が違い、在宅に帰す中間的設備なので終の棲家とは言えません。それ以外に、例えば住宅型有料老人ホーム、あるいは介護付有料老人ホームなど、高齢者の施設や住まいにおける在宅医療についてははっきりした定義はありませんが、いずれ介護は認められますが医療はよくないといった、介護保険のほうを医療保険より優先するという方針に完結していくのではないかと考えられます。よって、エンド・オブ・ステージをどこへ持っていかという方針の中に、制度は動いているような気がします。御質問があったように 85 歳を超えたら医療保険が使えなくなるような、極端なことも考えているような気もします。人間そんなものではないと、市のほうでもできるだけ市長に言っていたいただければありがたいです。

委員長：

看取りの問題にどう対応するのが、大きな課題になってきていると思います。

〔案件 1 ウ：介護保険サービスの見込量と保険料案について〕

〔案件 1 エ：地域包括ケアシステム構築のロードマップ案について〕

事務局：

(介護保険サービスの見込量と保険料案について及び地域包括ケアシステム構築のロードマップ案について説明)

委員長：

介護保険サービスと保険料見込、ロードマップについて、関心が高いところかと思いますが、御質問、御意見はありますでしょうか。

委員：

素案 154 ページ、ロードマップの「自立支援型ケアマネジメントの浸透・定着」について、第 7 期は 30 パーセントの理解度、第 9 期においても 90 パーセントで、まだ完全に理解いただけないという目標ですが、総合事業等を進めていこうとしている中、これでは進まないと思います。事業者と同時に、一般利用者に自立支援型のケアプランを理解してもらうことが、とても大事です。大変ゆっくりした進み方だと思い、心配しています。

事務局：

自立支援型ケアマネジメントについて、今年度は 11 回の事例検討会を計画しており、これから残り 4 回を開催するという状況です。毎回、参加している地域包括支援センターの職員、傍聴に来ている

ケアマネジャー、訪問介護・通所介護の事業所にアンケートを取っています。その中で「十分理解している」「まあまあ理解している」と回答した割合をカウントすると、90 パーセント近くが事例検討会を傍聴したことで理解できたと回答しています。いろいろな方が出入りすることも含め、每期 30 パーセントずつ、最終的には 90 パーセント以上になることをめざしていきたいと考えています。

委員：

それで問題ないということでしょうか。

事務局：

今年度は地域包括支援センターの意識改革を行い、サービス事業者には傍聴してもらっています。来年度以降は、地域包括支援センターと居宅介護支援事業者というように、少しずつ対象者を広げながら行っていきたいと考えています。他にも、いろいろなアンケート結果の数値を客観的な指標にしているところがありますが、事例検討会には、いつも同じ人が来ているわけではなく、いろいろな人が出入りしており、その人たちの多くが最終的には理解していただけるように、長期的なスパンで見たいと考えています。

委員：

結局、第 7 期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の期間中は、70 パーセントのケアプランは、自立支援型ケアマネジメントが活かされていないものが出てくるということでしょうか。

事務局：

そうではなく、地域包括支援センターの職員を筆頭にケアマネジャーやサービス事業者の 1 人 1 人が理解を深め、一緒に検討していきたいと思います。市民の方の理解を得るという意味では、当日配付資料の 7 ページの上から 3 段目のうち、意識啓発も大事だという御質問に対しても書いているとおり、市民の経験を発表していただくこと等も有効的な手段と考えていますので、シンポジウムや講演会等で情報発信していく機会を設けていきたいと考えています。市民とケア関係者の両方へのアプローチが必要だということは承知しています。

委員長：

当面は、ケアマネジャーや事業所に向けての研修ということですか。実際に、ケアの現場で自立支援型のケアマネジメントが活かされた対応ができるかどうかは、また別の話でしょうか。最近、人手不足で自立支援型ケアマネジメントを行うと現場が回らなくなると聞くことがあります。本当は個人の能力を生かすような自立支援型ケアマネジメントを行いたいですが、施設入所者の朝ご飯が終わらないというような困難な問題が出てくるわけです。市民の協力を得るということと、ケアの現場で働いている人たちがきちんと理解し、この問題を受け止め、実践することを合わせて行わないと、なかなか進まないと思います。ここでは、ケアマネジメントについてきちんと研修や啓発をするということでしょうか。

事務局：

そのとおりです。今年度 11 回実施予定で、あと 4 回を残す状況と申し上げましたが、現在終わって

いるケアマネジメントについて3か月後にモニタリングを行っており、その人がどのように変化されているのかについての、情報を収集しています。マネジメントの効果検証も含めて、取り組んでいるところです。

委員：

私は地域ケア会議にも関与しています。自立支援型ケアマネジメントは、2年前に地域ケア会議に出てきて、ケアマネジャーは非常に戸惑っていました。なぜかと言うと、市からの説明のスライドの中に、今までケアマネジャーが十数年間やってきたマネジメントを全否定するようなものが1枚入っていたからです。そのため現在、ケアマネジャーは自立支援という言葉に、非常に敏感になっています。なぜ自立支援型ケアマネジメントが出てきたかと言いますと、ケアマネジャーが、ある認定者に対する介護保険サービスを入れるときに、不必要なものまで入っており、サービス過多の状態であるということがどんどん宣伝され、不必要なサービスは要らない、残っている能力を上げるような形でのマネジメントがよいのではないかと、という有識者の意見が出てきたということで、国はそれに便乗してきたと考えます。もう一つは、要支援1、2が、安心自信サポート事業として市に移管されたため、自立支援型ケアマネジメントをすることで、要支援1、2の人を増やすことが命題です。そちらの方向に行かなければならないという焦りもあったと同情はします。そういった流れの中での利用のされ方が、この自立支援型ケアマネジメントはあったような気がします。

それから、今言われていることは、平成30年4月の診療報酬・介護報酬同時改定の流れの中では、要介護度が5から4に、4から3に、3から2にと下がった人が入所している介護事業所の介護報酬は、特別な加算を付けて、自立支援型ケアマネジメントの評価を行う方向になっています。これ自体は変えられないと思いますが、その意図として不純なことも含んでいるような気がしますので、市でできるだけ不純な成分は除いていただき、自立支援で本人の能力を生かしていくという現場の頑張りを評価するような内容に変えていただければ、地域ケア会議関係者としては非常に嬉しいです。

委員：

素案153ページの介護予防の推進のうち、「介護予防事業の充実」について「参加したことがある高齢者」のパーセンテージが書かれています。1割弱から1割強という現実的な目標数値を出されたのかと思いますが、この数値は妥当でしょうか、どこまでいけば十分なのでしょう。

事務局：

この数字は、高齢者等実態調査の結果で、介護予防事業に参加した人の割合が8.2パーセントで、その結果が少しずつ増えていくように働きかけたいと考えているところです。

委員：

この数字は目標数値ではないのでしょうか。

事務局：

現在は実態調査による介護予防事業に参加したことがある人の割合しかわからず、実態把握が実はできていません。システム等を活用して、介護予防事業に参加した人が実際どれだけいるのかというデータでの分析もしていきたいと考えています。

委員：

それを踏まえての意見です。当日配付資料 5 ページの下から 2 段目の基本目標 3 「介護予防の推進」についての委員意見に対し、「参加率は 1 割を下回り、参加率は十分でないと考えており」とあります。私は、介護予防事業に参加することがすべてだとは思いませんが、一方で外出することで認知症予防になりますので、参加率は一つの目安になってくると思います。現状で 1 割の参加率を今後上げていく場合、当日配付資料の同ページ上の方の意見にもありますが、まず、御自身の身体の問題を自覚してもらうことから始まり、それが結果として参加率に繋がると思います。自分はまだまだ元気が自身の健康についての関心が高い人もいますので、御自身の身体機能の自覚のために、健診受診をセットにして考え、そのフォローアップとして介護予防事業をしていくという工夫が必要ではないかと考えています。

事務局：

大変重要な御指摘をいただいていると思います。吹田市で健診を実施しているのは、国民健康保険室、後期高齢者の広域連合、保健センター等いろいろありますが、そういったところにどのように組み込めるかは、難しい問題だと今のところ言われています。ただ、保健センターとは日頃の業務の連携の中で、74 歳までの教室や、特定健診から付随する指導の場がありますので、そこでチェックシートの啓発をしてもらう等、今ある業務の中で何とか広げていきたいと考えているところです。

介護予防事業に参加したことがある高齢者の割合は、目標として掲げるには地味な数字を挙げさせていますが、「吹田市民はつらつ元気大作戦」は市の事業だけではないと思っており、この夏から啓発のため市報にも必ず「吹田市民はつらつ元気大作戦」と入れるようにしています。主体的に健診に行くということも大きなきっかけですが、市の事業の利用の割合も少しずつ高めてきっかけにしてもらいつつ、ここには挙がっていませんが、健康のために自分でジムに通う等、何か主体的に健康のために取り組むための啓発も含めた取組だと思っています。

素案 153 ページに、吹田市は「75 歳以上の高齢者の要介護・要支援認定率」は全国平均よりも高いですが高齢化率はそこまで高くないという結果が出ていますので、その取組が少しずつでも浸透し効果が上がれば、抑制して落とすのではなく、結果として全国平均程度に落ちないかということを目指して掲げています。それと、素案 151 ページに「健康寿命」の目標値も掲げています。このようなところに、徐々に効果が出てくるような働きかけを、「大作戦」の名の下でしたいと思っています。そのうちの市の事業、市の教室や講座の利用率ですので、市の事業に 7 割参加してほしいというような事業展開をするものではありません。

委員：

最終的には、住民主体だと思います。ただそれは、行政が仕掛けを作っていないといけないところだと思います。

委員：

口腔ケアが、高齢者の認知症や健康にすごく影響するというのをテレビで見ました。吹田市は、口腔ケアにどのように取り組んでいるのでしょうか。

事務局：

口腔ケアの取組は、歯科医師会や保健センターの歯科衛生士にも御協力をいただいています。素案では、92 ページの下の表に示しています。「お口からはじまる健康教室」は3日間のコースで、「口腔機能向上講演会」は単発の講座です。「お口からはじまる健康教室」は年6回開催しており、「口腔機能向上講演会」は年2回実施しています。いずれも市報で参加者を募集しています。それ以外に「はつらつ体操教室」や「栄養改善講演会」がありますが、その中でもお口の体操には必ず触れています。いろいろな分野でお口のことの大切さ、あるいは口腔機能が低下しないようなお口の体操の周知を進めているところです。または「成人歯科健康診査」などもあります。

委員：

それは健康な人や講座に行ける人を対象とされていますが、寝たきりの人や認知症の人等は、いかがでしょうか。

事務局：

「在宅寝たきり高齢者等訪問歯科事業」があります。

委員：

それは、どのようにされているのでしょうか。

事務局：

寝たきりで歯医者を受診ができない人を対象に、歯科医師会で実施してもらっていますので、委員から説明いただいたほうがよいと思います。

委員：

寝たきり高齢者等を対象に、口腔ケアステーションを歯科医師会で作っています。吹田市内のすべての地域で口腔の審査をしており、それにより治療・介護が必要となれば、それに応じて口腔ケアステーションを勧めています。それと、吹田市歯科医師会のホームページに口腔ケアセンターを挙げており、介護活動に対する保健指導もしています。また、いきいきお口のケア相談も行っており、口腔ケアに関しては喋ることも非常に大事ということから、音楽療法士を交えて歌いながら喉を鍛えるという授業も毎月実施しています。そちらも活用していただければ非常に有効ですが、認知度がまだまだ上がっていませんので啓発していきたいと思います。

委員長：

他にいかがでしょうか。

ロードマップについては、数値目標みたいな形で掲げられると分かりやすいということで、かなり努力して数値目標を掲げられたと思います。先ほど質問が出た介護予防のところ、75歳以上高齢者の要介護・要支援認定率を少し下げるという大胆な目標を設定されていました。その目標を達成するには、75歳以上の人々が現実にとれくらい介護予防事業に参加できているのか把握し、そこにターゲットを絞った働きかけが、後期高齢者が増えていく中で認定率を減らしていくには必要だと思います。75歳以上向けの何か手立ては、具体的にあるのでしょうか。

事務局：

健康意識とよく似ていると思っています。素案 22 ページの認定率の推移のグラフで平成 27 年を見ると、90 歳以上では約 80 パーセントの人が認定を受けており、年齢とともに認定率は上がっています。その中でも大きく上がってくるのが 75 歳以上になります。この人たちをターゲットにするというより、65 歳になられたところから介護予防の意識を持っていただければと考えています。65 歳になると、市から介護の被保険者証と、同時に介護保険サービスの御案内が届きます。それを切り口に吹田市が取り組んでいる介護予防事業についての御案内ができればと思っています。65 歳から介護予防の意識を持っていただき、取り組むことによって、75 歳から上がる認定率を抑えることができれば一番よいと思っています。保険料が高いために強制的にサービスを取り上げることが一番悲しいことなので、市民の方々が介護で困ったときではなく、65 歳の時点から介護予防の意識を持っていただきます。今まではチェックリストを元に対象者の方にサービスを提案する、というピックアップの方法でしたが、もっと前からアプローチをしていきます。その中で、高齢クラブやボランティア事業についても紹介し、社会活動に参加してもらって、よりお元気ですごしていただくような、市の広報の切り口を考えていきたいと思います。介護の必要のない市民に対して、介護予防の重要性を周知して認定率が下がればよいという希望的観測があります。

そういったことをしていかないと、サービス提供には人材確保の問題も大きくあります。素案 8 ページで、平成 29 年度の高齢者が 86,892 人とありますが、高齢者人口の推計グラフでは 2025 年で 92,294 人となります。65 歳から 74 歳までよりも 75 歳以上が大きく増えてきます。先ほどの認定率と比較してもらえればと思いますが、同様の認定率でいきますと認定者が増えてサービス提供がより必要となります。そうなったときに、介護人材がどれだけ吹田市に要するかという問題が出てきます。いろいろな歯車がすべて絡み合っています。そのどこかの歯車が一つでも狂ってしまうと、動かなくなってしまうのではないかと思います。同時にいろいろな歯車を回していけないところが、高齢者の計画の難しいところです。介護予防や生きがいがづくり、ボランティアがよりよくうまく回れば、市民が安心して住めるまち、地域包括ケアシステムが完成していくことになると思っています。市としていろいろな広報を行い、市民周知なり研修・事例発表の場で意識啓発を多く図ることができればと考えています。

委員長：

75 歳になる前にさまざまな介護予防に取り組んでもらい、75 歳以上での認定率が上がらないような取組を強化していきたいという感じだと思います。

他にいかがでしょうか。

委員：

「桶」にこだわって申し訳ないのですが、ロードマップでは「医療」「介護」「介護予防」「生活支援」とありますが、「桶」の板部分は「医療」「介護」「予防」になっています。「支援」は要らないのでしょうか。またこの「予防」は何の予防なのでしょう。「住環境」はお聞きしたとおり「安心・安全」のセーフティネットのようなものだとよく分かりますが、「人」「住民力や市民力」というのはセーフティネットに入るのでしょうか。板が 3 つだけになっているのではなく他にもあるのかもしれませんが、なぜ「予防」だけ切り離して入れているのでしょうか。

事務局：

素案 150 ページには「医療」「介護」「予防」と挙げていますが、149 ページのイメージ図では、地域包括ケアの 5 つの要素は「住まい」「医療」「介護」「介護予防」「生活支援」としていますので、「生活支援」だけが出てきていないという違和感があるのかと思います。ここに挙げているのはその中の 3 つだけですが、それ以外に当然「生活支援」もありますし、「生きがづくり」や「健康づくり」、「医療・介護」の中にも、さらに細かく分けると「認知症の人への支援」等も含まれると思っています。主なものとして「医療」「介護」「予防」の 3 つを挙げており、「予防」は「介護予防」の意味で使っています。それが分かるような形で文章を入れるか、イラストを考えたいと思っています。

「住民力」や「人」がどこに入るかについては、この「桶」を作っていくのは行政だけでなく、市民の方々、事業者の皆さんと一緒にこの「板」を少しずつ大きくしていく取組を進めていく必要がある中で、この「板」を作っていくのが「住民力」「人」であり、それにより提供されるサービスや支え合い活動もこの「板」に入ってくると考えています。市民が取り組む様々な活動もこの「板」の 1 つとなり、それが少しずつ市内で広がっていくことで「桶」の容量が大きくなっていくと捉えています。住民もこの「桶」作りに参加していただくという辺りを、これを読んで分かるように言葉を追加した方がよいと、御意見をお聞きして思っているところです。

委員：

「支援」という言葉が入るとすれば、これが「生活支援」だけではなく、例えば人づくりという意味でも支援が関わります。ここでも「介護予防」ではなく「予防」とだけ出していますので、例えば「支援」という言葉を入れていただだけでも、随分違うのではないかという印象を持ちました。75 歳とおっしゃっていましたが、75 歳になるまでにも、お世話されながらお世話するというように循環していくことが大事だと思います。

委員長：

素案全体をとおして何かありますでしょうか。

委員：

どのような人づくりが必要かは分かりませんが、先ほど研修についてはケアマネジャーや専門職の人に対し先に実施しているということでした。例えば、看取りについては、専門の人だけでなく、私も勉強したいと思います。ケアマネジャーの話では、関わる人によって、本当に幸せに亡くなっていくか、残念なことになるのかが違うということが分かりました。私の身近な人が最期を迎えるときに、私はどうやって関わればよいのかということを知りたいと思います。

介護予防事業については「参加」しか出てきませんが、何を最後に目標とするかをきちんと設定することが必要です。最後まで元気でいたいということを設定するのであれば、講座に参加して栄養、散歩、口腔ケア等のことを学び、自分でそれをすべて実行できれば長く元気でいられます。項目の立て方を少し変えることで、結果が見えてきます。数値だけではなく、何を得るためにそれを行っているのかということ意識することによって実際に元気な人が増え、要支援 1、2 が 3、4 にならなくて済むということがストーリーとして見えてきて、項目を変えていけば見える化になると思います。そのようなことを知るために、市民は勉強をすればよいと思います。せっかく 65 歳から被保険者証を

送るのであれば、このような目的で行っている取組があるので、興味があれば御参加くださいという形で啓発を充実させてほしいと思います。私の夫は退職後に健診を受けて糖尿病ぎりぎり、市からいろいろなお知らせが来ます。少しずつ参加し、近くの大きな病院で勉強会など興味がある所に行くうちに、生活改善になり食事も自分で作り、悪いものは食べなくなり、どんどん健康になっていくのを横で見えています。それは市民力アップであり、介護にすごく関係しますし、最期を迎えるときまで、元気で過ごせるのではないかと思います。言葉や数値ではなく、どのように効果があるかという考えで組み立てればよいと思いました。「桶」を見たときに、これは人の繋がりでやっていきたいのではないかと思います。地域包括支援センターと医療や介護の場の全部が繋がりと、市民もそこで何ができるかを1人1人が考えていきますと、自分事になっていきます。そのようなことが見えていけばよいと思います。そういうことが盛り込まれたら嬉しいです。

委員長：

一通り御意見をいただきました。副委員長から一言お願いします。

副委員長：

このプランで最初にすごいと思いましたのは、152 ページにあります介護者支援の充実で、介護離職者をゼロにするとされたことは、すごい決断だと思い、注目をしています。

もう一つは、今御意見がありました。市民力アップについてです。介護予防に大きな焦点を据えていくということは、国の方針の流れでもあります。地域で介護予防に取り組むことは大変重要な点です。しかし、行政に言われたから実践するというだけでは進みませんし、あるいは、介護予防と掲げられますと、また進まない面もあるのではないかと思います。自立的に市民が取り組む雰囲気、どのように作っていくかを行政に考えてもらうのではなく、市民の皆さんが考えて取り組むことがすごく重要だと思います。行政は場所の提供等の役割を担う程度になるのではないかと思います。それをこの計画に、制約もある中、どの程度盛り込めるかが問題です。

紹介しておきますと、中国では、広場ダンスがものすごいブームです。夕方になると、公園や道の広いところで、50代や60代の元気な特に女性が、元気な音楽をかけながら自発的に行っています。最近、NHKでも大人のヒップホップダンスを紹介していました。あのような雰囲気で、街角で行っています。吹田市は、そのような動きがどこかで出てくれば、面白いと言って広がりそうな地域ではないかと思います。50代、60代の元気な人たちがそのような形で楽しみながら、まちに出て健康を維持する雰囲気ができていけば、結果的に介護予防と言わなくてもそれに繋がっていく制度が作れるのではないかと思います。いきいき百歳体操もありますが、もっと裾野を広げ、そのようなことができればと思います。

もう一点は、前回の議論ですが、介護人材の確保がネックになっています。これをどうするのでしょうか。介護従事者の収入をどう上げるかということについては、国の責任も大きいですが、市として何ができるかということ、もう少し何か工夫が必要ではないかと思います。例えば、市内で介護福祉士として働く若い人たちに住居を提供するなど、市で工夫ができそうなところで実のあることをしていかなければ、なかなか確保に繋がっていかないのではないのでしょうか。

もう一点は質問ですが、介護保険料の案が出され、資料3の4ページに、推計についての考え方が示されています。2017年度分から、変化分掛ける1が2018年度、2019年度は変化分掛ける2と書かれています。この「変化分」とは何なのか説明していただいた方がよいのではないかと思います。また、資料3の5ページに、介護給付費の推計が出されていますが、居宅サービスは全体として増えて

いき、地域密着型サービスは 2019 年度に向けて増えていますが 2020 年度はそのまま、施設サービスは現状で推移しています。推計を元にして、保険料を決定、算出していると思いますが、この推計の根拠は何でしょうか。

事務局：

推計の考え方で「変化分」は何かということですが、認定者数の変化、サービス利用者数の変化、利用回数と利用日数等の要素の変化分を 1 年分、2 年分と積み重ねて利用量を算出しています。

第 7 期の介護給付費の算出における居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービスの数字の考え方が違うという指摘についてですが、居宅サービスは基本的に先ほど申し上げた変化分に基づいて算出した数字です。施設サービスと地域密着型サービスは、変化分という考え方から外れている部分があります。まず、施設サービス、特別養護老人ホームや介護老人保健施設になりますが、現在、吹田市では整備の必要性を考えていませんので、整備計画を立てていません。今後 3 年間は増えないという数値になります。地域密着型サービスは、資料 3 の 12 ページでお示ししたとおり、ウェルネス住宅の整備、病床の機能分化、介護離職ゼロというところで、11 か所の整備計画を立てており、認知症グループホームや小規模特別養護老人ホーム等については 2018 年に募集をし、2019 年に開設できればよいということで、2019 年度から数字が増加しています。

委員：

介護予防というと、とてもネガティブなイメージが続いています。介護は、最後に誰もが当然受けるものですから、あまりネガティブにするのはどうかと思います。介護は、自分達の気持ちの中では、受ける人も提供する人も地域も行政も皆がよい感じで、「お互いに快い」と書いて「快互」と読ませるようにしていると聞いています。そのようなイメージが少しあるだけでも、「すいた吹田」になるのではないかと思います。肩身の狭い思いをして介護を受けるのではなく、気持ちよく受けて納得して感謝できることが、市民としては幸せではないかと思います。気持ちとしては、お互いに快い「快互」をめざしてほしいと、行政にもお願いしたいと思います。

委員長：

今、お話がありましたが、介護予防という言葉からそうなりたくない、要介護状態になると迷惑をかけてしまうイメージがあります。そのようになってからも安心して最後まで暮らせることに繋がるように、そのような視点での介護予防や要介護と位置付けるべきだという御意見だと思います。

他によろしいでしょうか。

それでは、当推進委員会で取りまとめた計画素案として行政にお返しし、市民の意見を聞いていただきたいと思います。その市民の意見を踏まえたくて、当推進委員会での最終答申をまとめていきたいと考えています。

従って、行政の方でこの計画素案をもって、次回の推進委員会までに市民の御意見を聞いていただき、とりまとめをお願いしたいと思います。パブリックコメントにける段階での素案について、また修正等がある場合は、各委員にお知らせする作業をお願いしたいと思います。

今後のパブリックコメントの実施等について、事務局より説明をお願いします。

事務局：

(パブリックコメントについて説明)

事務局：

補足として、本日いただいた御意見を元に素案を修正しますが、再度、推進委員会を開催できませんので、パブリックコメントに出す素案については委員長に一任して確認いただいたものを使いたいと思います。委員の皆様にはその後、事務局から素案を送ります。時間的な関係で御了承いただきたいと思います。

〔案件2：その他〕

事務局：

次回の推進委員会は、1月19日を予定しています。また、今年度第5回目は2月2日を予定しています。詳細については、後日改めて開催通知を送付します。

委員長：

本日の案件はすべて終了しました。ありがとうございました。

事務局：

ありがとうございました。