

第4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30年(2018年)1月19日(金) 午後2時開会～午後3時54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)
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)
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)
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))
谷口 隆委員(大阪府吹田保健所 所長)
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

1名

樋口 敬子委員(吹田市高齢クラブ連合会 事務局長)

5 会議案件

1 開会

2 案件

- (1) 第7期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画案について
 - ア 計画素案からの主な変更点及び委員意見・市民意見について
 - イ 第7期計画案のコラム・用語説明について
 - ウ 第7期介護保険料案について
- (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：

(樋口委員)

委員長：

(あいさつ)

〔傍聴の報告〕

事務局：

傍聴者は4名でございます。希望者が5名以内ですので全員の方に入室いただきます。

〔案件1：第7期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画案について〕

〔案件1 ア：計画素案からの主な変更点等及び委員意見・市民意見について〕

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からの修正案一覧、第7期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画素案に対する市民意見及び市の考えについて説明)

委員長：

市民の皆さん、委員の皆さんからたくさん御指摘をいただいて、今の段階でいろいろと書き直したり追加したりということについては、素案の修正の中に盛り込んでありますが、回答が十分にできていないものもあります。素案の修正について、ただ今の説明に基づき御意見をいただけたらと思いま

す。既にいただいた意見等も含めて、地域で支援をする立場から見てどうなのか、当事者の側から見てどうなのか、御意見があらうかと思っておりますので、よろしく申し上げます。

委員：

地域では、地区福祉委員会を担当させていただいています。今年から社会福祉協議会の副会長を仰せつかりましたので、今回これだけたくさんあるいろいろな資料を見せていただくのも初めてでした。今回、民生委員、地区福祉委員、社会福祉協議会、CSWなど、私に関係する言葉がたくさん出てきました。中には「民生・児童委員が地区福祉委員会に入ることを義務化してはどうか」というような御意見も出ていたみたいですが、確かに地域の中では福祉関係に関わる方たちとの協働や連携がとても必要だとは思いますが、それぞれに役割分担があり、すべてにおいてそうするのは少し難しい部分があるかなと思っています。

それから、社会福祉協議会のCSWは今13名しかいませんが、各ブロックでとてもよく動いてくださっています。本当はもっと人数も増えて、それぞれ役割も軽減されるとよいと感じているところです。

後はやはり、高齢化の問題がいろいろあって、認知症で地域をうろろうされる方が多くなりましたので、やはりこれからは地域での連携がとても大切になってくるのかなと思っています。

委員長：

他に何かございませんか。

かかりつけ医の目標を新しく作るというような修正案もありましたが、その辺りいかがでしょうか。

委員：

吹田市医師会ですが、かかりつけ医ということに関しては昔から難しい問題があり、考えている場所によって、かかりつけ医の定義が全然違います。吹田市のかかりつけ医の定義は、多分、私たち医師会が使っている、かかりつけ医の定義とは違うと、少しだけ思っています。かかりつけ医というのは診療所のドクターだけではなく、病院で外来を受診されておられる方もかかりつけ医を持っていると言えます。そういった意味で、今は、病院の先生も含めて、外来診療で患者さんを定期的に診ておられ、なおかつ、介護の面、あるいは在宅での本人さんの生活の面にまで手が届くような能力を持った、地域に根差した医者を「かかりつけ医」と、日本医師会としては定義しておりますので、診療所だけを想定しておられるとしたら、ちょっと私どもとは話が違っているので、その辺はよろしく御理解のほどお願いいたします。

委員長：

ロードマップの評価指標にかかりつけ医の記述を出すということについて、何か御意見ございますか。かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局について、定着率の目標設定をして、それを更に高めようという評価指標ですが、別に構わないでしょうか。

委員：

市からアンケートで市民の方々にかかりつけ医をお持ちですかと聞かれますが、市民のかかりつけ医の考え方は全く違います。だから、かかりつけの散髪屋さんがありますか、美容室がありますか、

スーパーマーケットはありますか、というのと全く同じような意味合いで聞かれていると思います。ということは、病気の方で定期的にかかっておられる方はもちろん行っているところでしょうが、実際は1つの医療機関とは限りません。年齢がいきますと、3つも4つも、病院にかかっているのです、どの人がかかりつけ医か分かりませんが、一般的にかかりつけ医はありますかと聞かれると、5つあろうが1つであろうが「あります」と一応答えます。かかりつけ医として自分の在宅に関して全面的にバックアップしてくれるような一人を挙げなさいと言うと、グッと数が減ってくるような事態になると思いますので、その辺の数字のマジックがあり、パーセンテージを上げていただいても、実際はちょっと違う気もいたします。

委員長：

このような意見も出ていますが、いかがでしょうか。

委員：

吹田市薬剤師会です。今のことの補足になりますが、かかりつけ薬局という定義以外に、この頃は「サポート薬局」というものもあります。一概にかかりつけ薬局という区分ではなく、サポートするというのももっと伸ばしていくようにということです。厚生労働省から薬剤師の働き方ということも言われており、今の場合もかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局となっており、「かかりつけ薬剤師」とは言わないようです。人を対象にしていないという区分も、いかがなものかと考えますし、やはり先生方がおっしゃるように、人と人との繋がり、個人との繋がりがもっと大事で、建物とかその施設ではなく、その患者や利用者様に対して、もっとさまざまなサポートができるような体制を作っていくことが必要です。

「かかりつけ」という言葉が一人歩きしていますが、一昨年くらいから「サポート薬局」という言葉も出てきていますので、その辺ももう少し市の方が勉強をしていただければと思います。もっと皆さんが入りやすく、相談しやすくなるような薬局を持っていこうと努力しておりますので、その辺りのこともより勉強していただければ助かります。今後また私たちの方も、もっと協力できるような体制を作りますので、よろしく願いいたします。

委員：

吹田市歯科医師会では、歯科医師会をあげて在宅口腔ケアステーションを作り、市民の方の在宅主義を考えております。歯科医師会としましては、お元気な方を基本ベースで考えているのですが、専門性の違いがございますので、やはり特殊なケースやできないケースなどがありますので、かかりつけ医としては有効ではあるのですが、吹田市歯科医師会では会をあげて取り組んでいこうと思っておりますので、よろしく願いいたします。

事務局：

今のかかりつけの関係で補足として説明させていただきます。資料2の7ページ、「在宅医療と介護の連携」に関するロードマップの評価指標が、会議を何回したか、研修等に何人参加したかというようなことに偏り過ぎているのではないかという御意見をいただきました。市の検討として、その辺りの指標を少し減らし、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局を決めておられる高齢者の割合を増やしていく取組を進めていき、目標値を設定してはどうかと考え、第7期以降、今後どの

辺りまで伸ばしていけばよいのか、という議論をいただければと考えております。

第6期として、78.9パーセントなど3つの数字を挙げておりますのは、昨年度、第7期策定のために行った高齢者等実態調査にて出てきた数字です。この調査の中では、かかりつけ医とかかりつけ薬局に関しては、かかりつけ医とはここではこういうことをさします、かかりつけ薬局はここではこういうことをさします、という注釈を5行ほど入れてお聞きしております。ただ、それをきちんと読まれて、正確に判断して、いつもかかっているあのお医者さんをかかりつけ医と言うのが正しいのかどうか、というように答えられているかどうかは、本当に数字のマジックとおっしゃられると、その要素はもちろんあると思いますが、一応このような考え方だろうというところで、近い数字とは思っています。これらを決めていると考えておられる高齢者が減るよりは、増えていく方がもちろん望ましいだろうと思っています。ただ、その数値を目標として取り組んでいくこと、あるいはどんな数値が適切かということについて、今日ぜひ御意見をいただいて、ロードマップ上に設定をさせていただければと思っています。

委員長：

つまり、ロードマップの一つの物差しとして、今までは会議をやりましたということが挙がっており、市民の側から見ると会議の開催回数という物差しだけでは本当にそれが進んだかどうかは分からない。それ以外に、かかりつけ医の仕組みが市民に理解されているかどうか、受け入れられているかどうかを、評価指標の一つに入れてはどうか、という提案です。要するに、委員の皆さんが言われたように、はっきりしていないところが市民レベルでたくさんあるとは思いますが、かかりつけ医に対する市民の理解をよりしっかりしたものにしていこうということです。指標に入れるのは、あまりよくないということがあれば、また別ですが。

委員：

我々もかかりつけ医をしてはいけないという感覚ではなく、もちろん増えてほしいと思っているのですが、実際、在宅医療は体力が要ります。移動するという時間的な制約もたくさんありますので、一般的に自分の診療所を運営しながらその合間を縫って行くという場合には、夜しか行っていないドクターもたくさんいます。一番やりやすい在宅医療への転換は、御自分のところにかかっておられた高齢者が通えなくなった時に、自分が行くというパターンが一番患者さんも安心するし、自分も行きやすいことはよく分かっている。ただし、遠方は無理だというところで、かかりつけ医が変わってしまうという可能性もあります。従って、かかりつけ医がいるとなっても、そのかかりつけ医がその方に対して在宅医療を将来できるのかどうかは、全く話が別だということを言っておかないと、かかりつけ医がいるから、将来も在宅医療を受けられるという、単純なことでもないと危惧しております。

委員長：

他にはいかがでしょうか。計画素案に対する意見等を踏まえて、更にこの点は強めていった方がよい、これに関しては踏み込んだ書き方をした方がよいなど、いかがでしょうか。

委員：

今のかかりつけ医のことですが、私は千里丘に住んでいて、摂津市の協立診療所の2キロメートル以内のところに自宅があります。そこは、在宅医療をしておられるということ存じ上げているので、私は最近そこにかかるようにしています。ただ、どれだけの病院のお医者さんが行くことが可能なの

か、何人ぐらいの人が動けるのか。吹田市はすごく広いですから、2キロメートル圏内と言うとすごく狭い範囲にしか行ってもらえない。そのようなことが起きてくるということが既に分かっていると、では、どのようにして自分の身体の状況を伝えて、誰に来てもらうのかということまで考えておかないと、在宅医療は成り立たないのではないかとすることは想像できます。病院の方針として、勤務医としてなかなか大変だと思うのですが、こういうときは行きましようとなるのかについても考えなくてはけません。本当にどんどん高齢者は増えていくので、そこをどうするかということまで踏み込んで考えることが必要なのかなと思います。

もう一件、今日初めて弘済院が移転するというのを先ほどお伺いして、認知症のことに力を入れて重点課題にされていて、吹田市に認知症の専門の病院がなくなっていったときに、大阪府内のところで対応しますとおっしゃいましたが、それでやっていけるのかどうか少々不安になったのでお聞きしたいと思います。

事務局：

弘済院附属病院は吹田市の古江台にあるので、新規の患者さんも吹田市民の方が多いと聞いています。吹田市内ではないですが、現在、吹田市を含む北摂の領域をさわ病院というところが担っていただいています。さわ病院の中に認知症疾患医療センターがありますので、そこで診ていただいたり、吹田市は総合病院も多いので、その中で認知症外来を持っているところがたくさんあるので、そういったところと連携しながら、相談があれば御紹介させていただいたり、かかりつけの先生を通じて紹介していただくような形にしています。病院の移転までかなり年数を要するようで、5年くらいとか5年以上かかるのではないかとされていますので、当面は大丈夫ではないかと考えています。

副委員長：

私のところの大学院に、退院した人がもう一回再入院してくるケースが結構あり、その再入院してくる原因は何かについて調査した大学院生がいました。がんなど病気によっては、再入院を繰り返すのは仕方ないと思うのですが、そのような病気でもなく再入院してくるというケースの原因は何かということです。在宅の環境がよくない、退院される時に家の環境についての伝達が不十分だった、医療機関から介護施設への連携の際、本人の状態についての情報がきちんと伝わっていなかったなど、さまざまな原因が考えられました。しかし、このロードマップの場合は何を指標にするかで、指標を一つにすることは難しいと思います。孤独死のケースや、家族が近くにいっても十分にケアが行き届かなかったケース、あるいはあまり適切でない食事を与えてしまって死んでしまったという在宅死亡のケースもあります。再入院のケースをできるだけ減らしていく、とは言っても何を指標にしたらよいのかは、なかなか難しい問題です。これは今回の第7期計画では出せないような気がするので、今後の大きな研究テーマとして受け止めていただいたらよいのではないかと思います。再入院率や、在宅の孤独死、病院で死亡するケースと在宅死亡のケースがどうなっているかなど、例えばそんなものを指標に設定するというのも、一つのアイデアとしてあるのではないかと思います。

委員長：

在宅医療と介護の連携について、何を一つの物差しにするかで、一つはかかりつけ医が浸透したかどうか、それ以外にもいろいろと物差しになりそうなものが考えられるのではないかと御意見でした。物差しになるものを今後更に検討した方がよいと思います。

他にいかがでしょうか。

先ほど、男性介護者の孤立の問題について、そのサポートを強めるべきではないかという御意見が出てきましたが、この辺りを強めたらよいとか、この辺りについては計画の中に何か表現を入れてはどうかなどの意見があればお願いします。

委員：

入院、再入院というお話が出ましたが、非常に我々としても悩ましい問題であります。再入院が3か月以内に行われてしまうというのは、はっきり言いますと退院が間違えていたのではないかというのが、一番簡単な考え方です。しかし、根本はもっと昔からございます。今から30年前からの10年間くらいを駆けまして、社会的入院を新聞が強く批判しました。お金を使って病院に10年も20年もの長期間、患者さんが入院しているのはおかしいのではないかと、という30年前の発想が、今の在宅医療に持っていくという話に繋がってきていると一般的には言われています。今おっしゃったような再入院が早くなってきたり、自宅に一旦帰ったとしてもすぐにまた病院に戻ってしまうとか、そのような方々が実際にいたという事実は30年以上前もあり、その辺りに根っこがあります。その根っこを絶つために、厚生労働省は病院の提供体制に関して急性期は急性期、回復期は回復期リハビリをしてください、慢性的な病気の人に関しては医療保険が使える医療療養病床は、32万ぐらいあったのを18万とか20万切るような形で病床数を減らします、介護保険を適用する介護療養病床は残っていましたが、それも最近は介護医療院に持っていきたいというふうに、急性期から慢性期の最後の段階に、病院の体制は来ています。最終的な在宅医療の指標の一つは、看取り率というのが、全国の自治体や医師会の中で数字として挙がってきています。ただし、これも魔物でして、看取り率は非常に低く、一桁というところが出てきています。それを受けて厚生労働省は、自宅にいて病院に行って亡くなられたとしても、24時間以内に亡くなったのであれば、在宅で看取りにしてもよいという、人数を上げるための苦肉の策を使いました。そのような数字の魔術も使いながら在宅医療の指標としての看取り率を上げていこうという意見も出ています。でも、数字だけ変えても実際意味がないのです。

委員長：

他にはいかがでしょうか。

委員：

在宅医療の部分に関して、計画案の120ページ、「在宅医療と介護の連携の推進」ですが、入退院に関することは結構数値で書かれているのですが、実際の在宅療養や介護を受けて過ごされたという実績値が、ほとんど載っていないように思います。施策の方向2の「在宅医療と介護の切れ目のない提供体制の構築」のところも、特養や施設の看取りは載っています。施策の方向4「在宅療養のための基盤整備」のところも、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所が入退院時に算定した加算は載っています。在宅で看取りをしたというようなところの数値が載せられるとすれば、もう少し皆さんにも伝わるのではないかと、在宅でそういったこともできるということが分かるのではないかと思います。これを見ると、入院退院するところの数値を取ることが私たち在宅の支援なのだろうか、結局亡くなるのは施設なのだろうかと思えらるような気がします。在宅で看取った分の数値を出すのは難しいかもしれませんが、看護師さんの加算が付いているとか、そのようなところを出せると、もう少し在宅の実態が見えてくるのではないかと思います。

委員長：

基本目標6の「在宅医療と介護の連携の推進」に大分意見が集中しているようですが、他の基本目標に関してでも結構ですので、御意見いかがでしょうか。

委員：

男性介護者の立場から意見をさせていただきます。男性介護は女性と違って、施設にも合わない、居場所がない。うちの家族会にも団塊の世代の男性の方たちが、少しずつ増えてきています。大抵は娘さんが段取りして来ています。自分では何もしないです。来ても「俺は俺」と、扱いが難しいという言い方は悪いですが、女性の介護者と男性の介護者は少し視点が違います。私も一応コミュニケーションを取っているのですが、なかなか心を開かず、自分の意思を通す方もいらっしゃいます。介護保険でそのような居場所づくりは、なかなか難しいです。自宅の炊事とかは男性介護者は全部丸投げです。やはり娘さんたちが陰で支えています。そのような方もおられるし、もう一方では一生懸命に奥さんのために尽くす。そのような2つのパターンがあります。家族会からすれば、懸命にされる方はサポートできますが、介護を形だけしている人たちへのサポートは、なかなか難しいです。施設のデイサービスなどを勧めますが、「そんなところになぜわしが行かなあかんねん」と拒否します。どう連携を取っていくのか、それが2025年に向けての課題だと思います。よろしくお願いします。

委員：

立命館大学の津止先生が全国的に男性介護者の会を立ち上げておられ、全国でどれぐらいあるか分からないのですが、介護者同士がお話すると、自分だけが大変ではないということが、大変なことを喋っているうちに分かっていくというお話をお聞きしたことがあります。全然立場も違う者が、例えば集いの場に来てもらって本当に理解できるかというとなかなか難しいと思いますが、同じ立場の人が話し合えるような場を探して、こういう会がありますよというのも一つの手かなと考えます。

私は集いの場をやっているのですが、介護者ではないですが集会所でやっても10名前後の人が来ます。そのうち3名の男性が定期的に来てくれます。その人たちはまだ介護はしていないのですが、居場所だと思ってくださっています。その場を作るのはすごく大変ですが、気兼ねなくのんびりと来ていただいています。これをしなさい、あれをしなさいではなく、来てほっこりしてもらい、笑ってお茶を飲んでもらってといった居場所作りはできなくはないと思います。ただ、介護でくたくたになっていて、お仕事もやっておられてという方には、少し難しいと思います。

それともう一つ、先ほどの急性期、回復期から一旦退院した後ですが、NHKでたまたま見たのですが、東京でリハビリテーションセンターのようなものをしておられる、元々は外科の先生ですが、せっかく入院して手術して治った人が再入院してくるのはなぜだろうというところから出発して、チームを作って、回復期であれば週に3回はリハビリに来てくださいますとか、家に帰って御飯作るのが大変だったらどういうふうにしますかという、その人の生活を見てライフプランを立て、チーム医療みたいなリハビリテーションをやっておられるところがありました。どういうケアプランを立てればその人が生活していけるか、治っていくのかが、すごく重要だと思います。入院や、ただだめだと思った時は、生活パターンに合っていないサポートをやっているからだと思うので、その人には何が必要かをしっかり見て、どこかの病院の先生だけではなくいろいろな人が関わってサポートするという体制ができると、再入院が減っていくと思います。実際にすごく上手く回っておられるのをテレビでやっておりましたので、お伝えしました。

委員：

男性の介護の件ですが、2通りあると思います。実際お仕事として介護をしている男性群と、家族とかそのような方をみている方々です。どちらも集にくい人たちで、看護の男性も同じような感じだと思います。認知症の人と家族の会のところでも、女性は来て会った瞬間からすぐ集っていろいろできますが、男性はずっと立ったままなので、誰かが声をかけるなど、全部面倒を見ないといけないみたいなところがあります。あれで介護ができるのかなどと思ったりもします。でも、そういったふうに育ってきてるのだと思います。どちらにも支援という形は要ると思います。例えば、ヘルプマンという漫画がありますが、それを皆で読み、とにかく5分10分ではなくて、30分以上一緒にそこで過ごすということさえできたらよいかと思います。同じ空気をしばらく吸うと、やっと呼吸確保ができるようなところもあったりします。2種類の男性たちが同じ感じだと思うので、そこのところは少し女性性の高い男性なのかどうかは分かりませんが、男性でも女性でも誰かが必要かだと思います。それを行政がするかどうかは、また別ですが、やはり必要ではないかと思いました。

委員長：

この計画案に沿って、最終的にいろいろと御意見が出てきている段階だと思いますが、基本目標に沿って委員の皆さまの御意見をいただけたらと思います。基本目標1「生きがいくつくりと健やかな暮らしの充実」、基本目標2「相談支援体制の充実」について、何か御意見はございますか。よろしいでしょうか。

続いて基本目標3「介護予防の推進」と、基本目標4「自立した暮らしの実現に向けた支援の充実」について、改めてこの計画の記述に沿って何か御意見をいただけたらと思いますが、いかがでしょうか。

委員：

基本目標3の100ページ、施策の方向2「住民主体の介護予防活動支援の充実」に、身近な公園で介護予防推進員が中心となっていていろいろな体操を週1回開催していくということが掲げられています。地域包括支援センターの圏域に1か所ずつという取組が書かれていますが、地域包括支援センターが介護予防推進員と共に、公園体操を開催していくための準備など進めていくという想像がされます。その後も、「いきいき百歳体操」のおためし講座、活動支援講座、フォロー講座もおそらく地域包括支援センターが地域の住民の方と一緒にあって、講座の開催を進めていくということですが、この辺りは地域包括支援センターの機能強化の部分と絡んできますが、どのように吹田市としてフォローを今後されていくのか、心配であり気になります。つまり、地域包括支援センターは、今後すべて委託となる中で、基幹型という形で指導、あるいはフォローをしていくということですが、先ほどの委員の意見にもありましたように、今の体制の中でどれだけ市民ニーズに答えていけるのかが気になることです。この辺りは基幹型のセンターがフォロー体制を整えていくことであれば、委託のセンターが上手く回らないときに、手伝いに行くなどの体制ができるのかと考えます。おそらく、住民にこういうことが周知されていけば、この「いきいき百歳体操」も、今多くの地域包括支援センターに依頼があると聞いています。地域包括支援センターもその対応に苦慮しているということも声としてあがってきている中で、地域包括支援センターをやっている側、委託を受けておられる側としては、果たしてできるのかどうかという不安があると思います。

委員長：

この辺りはいかがでしょうか。

事務局：

地域包括支援センターのエリア内で住民さんたちが立ち上げたいといったときに、地域包括支援センターに関与していただくのですが、こういった一般の高齢者向けの事業の推進は基本的に市で計画を立てています。基幹型の地域包括支援センターや高齢福祉室の支援グループに、リハビリの専門職や体育指導員がおり、毎年1回、介護予防推進員養成講座を行っています。そこに30名、40名の、地域で自分のために、あるいは家族のために、そして地域ぐるみでやっていきたいという方たちに参加していただいて、その後の活動の場として公園や広場で何か定期的に運動をして、その運動をとおして顔見知りの関係を築いていくというような、地域づくりの一翼を担う事業です。計画案の101ページですが、今後地域で活動していただく介護予防推進員のスキルアップやフォローアップ等、担い手になっていただく方の支援の充実も図りつつ、その担い手は地域包括支援センターにとっても関係性がとても深いところなので、一緒にやっていただいています。地域包括支援センターばかりにしているわけではなく、基本的に一緒にやっていって、人間的なコネクション、地域とのコネクション、社会資源としてのコネクションのきっかけにもなっていると思います。委託している地域包括支援センターの実務が難しいときには、もちろん現在でも応援体制は取っております。

委員長：

他に、いかがでしょうか。

それでは、続いて基本目標5「認知症支援の推進」と、基本目標6「在宅医療と介護の連携の推進」、これについては大分先ほどから御意見をいただいていたところですが、改めてどうでしょうか。よろしいですか。

では、基本目標7「安心・安全な暮らしの充実」と基本目標8「介護サービスの充実・介護保険制度の持続可能な運営」について、何か御意見はございませんか。

委員：

一つ戻ってしまいますが、基本目標6の120ページになりますが、「在宅療養のための基盤整備」のところ、アンケート調査をまた実施されると思いますが、ぜひ、今受けている人ではなく、過去に受けた人にもしていただきたいと思います。なぜなら、どうしても今、訪問看護を受けているといった場合は、変な言い方ですが人質みたいところがあり、なかなか実際のところはお出せないということもよく聞きます。そういった意味でも、過去に、例えば10年、20年前ではなく3年以内に実際のところはどうだったのか、当事者であるとか、その反応が全体的に弱いように感じます。ぜひ、その点も含んで調査していただきたいと思います。

委員長：

その点について、いかがでしょうか。

「訪問看護の実態調査及び医療に関する市民アンケート調査を実施」と書いてある内容について、現状だけではなく、もう少し過去も含めるべきではないかということです。

事務局：

計画案 120 ページの、施策の方向 4 「在宅療養のための基盤整備」の表の一番上にあります、「訪問看護の実態調査及び医療に関する市民アンケート調査」について、過去に受けた人もという御指摘ですが、このアンケートにつきましては、地域医療推進室で昨年度実施したのですが、今回は少し空きまして 5 年後ぐらいにまたできればと思っています。その際には、今いただきました御意見等も踏まえまして、加えられるようであれば設問項目に入れさせていただきたいと思います。

委員長：

既に実施したアンケートの取り方は、今言われているような内容は含んでいるのでしょうか。

事務局：

昨年度行った調査では、過去にそういったことをしたことがあるかという設問項目はなかったと記憶しております。もし行くとすれば次回ということで考えております。

委員長：

他にいかがでしょうか。

第 5 章は後で御報告いただきますが、第 5 章以外のところで計画全体に関して言っておきたいことや、御意見等はございますか。

無いようですので次の議題に入りたいと思います。

〔案件 1 イ：第 7 期計画案のコラム・用語説明について〕

事務局：

(第 7 期計画案のコラム・用語説明について説明)

委員長：

32 項目のコラム、それから用語説明がありますが、全体について何か御要望や、ここの説明の仕方がこれでは分からないとか、もっと違う説明をした方がよいということも含めて、御意見をいただければと思います。

委員：

このコラムは確かに分かりやすくてよろしいのですが、地域ケア会議に出席したときに、私たちは当たり前前に知っていて皆さんに周知徹底していなくて申し訳ないのですが、「ポリファーマシー」ということが、去年の 4 月くらいからよく言われるようになりました。興味のある方は注意して見ていらしたと思いますが、多剤を使うことによる副作用を減らしていこうということが、厚労省からの指導にありました。そういった用語も入れていただければと思います。地域ケア会議のテーブル上で、「何それ」という質問があったので、いかがでしょうか。6 剤以上を使うと、副作用がどんどん増加するという認識で、減らしているドクターもおりますので、必要なものだけにして 10 剤も 20 剤も出さずがないように気を付けて処方なさっています。そのような文言も入れていただければ、私共も訪問看護師やケアマネジャーと会話するときに楽だと思います。専門的なことで申し訳ないですが、

付け加えていただけますでしょうか。

委員：

コラムに「フレイル」とありますが、「オーラルフレイル」もありますので、それも追加してください。

事務局：

資料1-2の20ページのコラム27で、あまり周知されていないけれども、できれば皆さんに知ってほしいと思う言葉を集めて、クイズ形式のコラムでまとめております。ここに「オーラルフレイル」は載せさせていただいていますが、「ポリファーマシー」についても、コラムに入れさせていただくのであれば、ここがちょうど合うのかなと思いました。非常に難しい言葉であり、馴染むようであればこちらで検討したいと思います。

委員長：

新しい用語の普及というのがありますが、我々の世代からすると、日本語で言えること、言ってきたことが、カタカナになって、覚えることが多くなり過ぎて、なかなか入りきれない感じがします。それでも頻繁に使われる言葉だと、このようなコラムでも使って市民に理解してもらうことは必要だと思います。今出てきたようなところも含めて、最近使う頻度が多いけれど、もう一つ理解できていないのではないかというような言葉がもしあれば、提案していただければと思います。今いくつか出ましたが、それらも含めて、もしお気付きになってこれを入れた方がよいということがあれば、また後で事務局にでも御連絡いただきたいと思います。コラムの表現等について、いかがでしょうか。

最近、「8020」も、人生100歳時代に入っていて「8020」でよいのかとか、いろいろと見直して表現したりするような動きもあるようですが、それは相変わらず「8020」でよいですか。

委員：

これが設定された時の女性の平均寿命が80歳で、「8020」を達成しようという動きで現在までやってきましたが、現在は86歳になっており「8620（ハローニーマル）」がよいのではないかという意見等も出ております。まだ今後の検討になります。

委員長：

他にいかがでしょうか。

委員：

用語説明の31ページの「自立支援型ケアマネジメント」について、モデル事業をしたり、地域ケア会議で取り組んだりしている部分ですが、始めの「介護が必要となった際」というのが、どうしても引っかかります。ケアマネジメントの目的は、介護が必要にならないとか、介護の状態を改善するためというところでもあるので、「本人の持つ能力や環境等」の後に、「介護が必要となる原因を分析し」に修正が可能であれば、本来の意味が伝わりやすいと思います。

委員長：

用語説明に関する要望です。コラム 12 とも関連することだろうと思います。今の御意見を踏まえて、表現の仕方を改善できるところはしてください。

他に何かございますか。

それでは、コラムと用語説明については以上のような形で、もし後でお気付きの点があれば事務局までお寄せいただければと思います。

〔案件 1 ウ：第 7 期介護保険料案について〕

事務局：

(第 7 期介護保険料案について説明)

委員長：

介護保険料の推計や計算のプロセス、実際に介護保険料の基準額がどれくらいになるのか、介護保険料の段階を 18 段階に分けるとどういうことになるのか、という説明だったと思います。この案件についての御質問や御意見等はございますか。

高齢者の側からすると、年金が一定の中で、保険料がこれから上がっていきますから、受け止め方は厳しいと思います。その中でも、基金を取り崩したりして、上げ幅を抑える努力をされていることと、それから同じ第 1 号被保険者の中でも所得状況によって、なるべく所得が低い高齢者の保険料負担を少なくするという配慮をして、18 段階は最初から比べると驚くほど細かく段階設定をされています。このような形になっていきますということですが、よろしいでしょうか。

それでは、このことを含めてでもよいですが、振り返ってみて全般的なところでの御意見を伺いたいと思います。最終的に大阪府とのすり合わせ等があって確定することになっています。大阪府の保健医療計画等との関係で御意見をいただければと思います。

委員：

先ほどから大きな問題になっている在宅医療の関係についてコメントしたいと思います。在宅医療の関係については委員から御説明いただきましたが、確かに開業医が在宅医療を一身に担うことは、なかなか大変な話です。開業医だけに負担をお願いするというわけにはいきません。当然のことながら、在宅医療をされているドクターが患者さんを何人か持つときに負担にならないように、はっきり言えば大病院がそのようなときのバックアップができるような体制を取らないと、開業医、中小病院のかかりつけ医の先生ともに大変になります。大病院が在宅医療のバックアップシステムを持つことを、少なくとも行政として考えていかなければならないと考えています。言葉で言うと、地域医療支援業務とか在宅療養後方支援病院とか、そのような病院がもちろん在宅医療をバックアップしようとなっているのですが、吹田市の場合は残念ながらそのような病院がまだ無いということで、固有名詞を出してよいかどうか分かりませんが、吹田市民病院できちんとそういったことをやっていただきたいと思います。これはむしろ、吹田市役所が頑張らなくてはいけないと私は思っております。

もう一つ、弘済院の話が出てきましたが、私共も寝耳に水と言いますか、大変な話です。大阪市からも説明を受けているのですが、正直、将来の姿がよく分からない、跡地をどうするのかとか、そういったところは分からないので、コメントのしようがないのですが、吹田市を中心とする豊能圏域における認知症患者の対策は待ったなしで、我々が考えているのは認知症も含めて、高齢者の方々の精神保健問題です。こういう問題を精神保健懇話会というところで、認知症が中心になるかもしれませ

んが、議論していこうということで、大阪大学医学部附属病院の精神科の教授ときちんとそのような問題を詰めて、吹田市だけではなく、豊能圏域全体で認知症医療の体制づくりをしていこうということです。この3月、4月に弘済院が吹田市から出て行かれるわけではなく、まだ数年ございますので、その間は弘済院もしっかりやっていただけるという言葉をいただいておりますので、その間にどのように代替システムを作り上げていくかということ、吹田市と一緒に議論していきたいと思っております。当然のことながら、医師会にまたバックアップをお願いしたいと思っておりますが、そのような形で全体を考えていくという方向性を持っているということです。

委員長：

全体を振り返って、話をしておきたいことはございませんか。

委員：

すごく唐突で恥ずかしいのですが、いきいきサロンとか吹田市内のヨガ教室とか、そういった人が集まるところに高齢者が来て、エコポイントみたいに、いきいき年輪ポイントみたいなものを作って、そのポイントが集まれば吹田市内の施設とか商業施設で使えるような金券をお渡しするようなことをすると、女性は割とポイントを集めるのが好きなので、病院に行く代わりにそちらに行って健康保険を使わずに元気になるという、そのような構造を思い付きました。

委員長：

「生きがいつくりと健やかな暮らしの充実」に関わるようなところで、こういうアイデアも活かさないかという御提案でした。その辺りも含めて、計画の中に何か具体化にできそうなことがあれば、また盛り込んでほしいと思います。

あともう一回、第7期計画について最後の議論の機会がありますが、今日の議論を振り返りながら、もしお気づきの点等ございましたら、次回までになるべく早めに提案等も含めて事務局までいただければと思います。それでよろしいでしょうか。

事務局：

何点か事務局から確認したいと思います。まず1点目ですが、こちらから御提案した計画案182ページの「在宅医療と介護の連携の推進」のロードマップについて、次回までに事務局案として、かかりつけ医等の数値を目標値にさせていただく案をお作りして、御提案したいと思いますので、よろしくお願いたします。

それともう1点、男性介護の問題です。いただいた御意見を踏まえながら、計画案としては92ページの文章のままにさせていただいて、事業の運営等についてはそれを十分配慮した形で進めさせていただきます。

先ほどの委員の御意見に補足させていただきたいのですが、計画案の98ページ(3)「介護予防事業の充実」の2つ目の丸に「介護予防手帳」とあります。名称は考える必要がありますが、御自身で介護予防に取り組んだことが見えるようになり、モチベーションの維持に繋がるような有効的なツールとして作成したいと考えています。それがお買物券に繋がるのかとなると、また検討しないといけないのですが、何かしら御本人が取り組むにあたっての目標となるようなノートを作成したいと今は考えております。

委員：

うちの母は 91 歳で、いつも家で 1 時間くらい体操をします。しかし、他人と関わることで脳も活性するし、楽しいということも大事だと思います。家でしていることが見えるようになるよりは、外に出て何かすることがポイントになる方がよいと思い、提案しました。

事務局：

先ほど委員もおっしゃったように、広場とか公園とか、身体を動かして緩やかな見守りに繋がるような、出かけたところで利用していくようなイメージだと思います。また具体的に検討していきたいと思います。

〔案件 2：その他〕

事務局：

次回の推進委員会は、2月2日金曜日の開催を予定しております。第7期計画策定の最終の会議となる予定です。詳細については、後日改めて開催通知を送付します。また、本日の委員会での議題について追加の御意見があれば、1月24日水曜日までに事務局まで御連絡をくださいますよう、よろしくお願いいたします。

委員長：

本日の会議はこれで終了とします。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。