

令和元年度おだわら地域包括ケア推進会議概要

日 時	令和2年（2020年）2月6日（木） 午前10時から午後0時15分まで			
場 所	おだわら総合医療福祉会館 4階 ホール			
出席者	会 長	武井 和夫		
	副会長	木村 秀昭		
	委 員	西本 幸仁、渡邊 千括、高山 和子、若松 麗葉、 小林 順子、川井 悠司、村上 弘行、加藤 馨、 瀬戸 昌子、林 良英、田中 香枝、笹井 円、 村田 吉則		
	事務局	福祉健康部	部長	山崎 文明
			副部長	杉崎 智
		高齢介護課	課長	吉田 文幸
			介護給付・認定担当課長	有泉 三裕紀
			副課長（介護予防推進係長事務取扱）	井澤 由美子
			高齢者福祉係長	藤平 徳子
			地域包括支援係長	小鷹 英由紀
			地域包括支援係長	小薮 正裕
			介護給付・認定係長	小林 正佳
			介護認定係長	久保寺 重行
			高齢者福祉係 主事	久松 悟
			地域包括支援係 主査	大見謝 信秀
			地域包括支援係 主査	小川 泉
介護予防推進係 主任			石黒 純	
介護給付・認定係 主事			井川 翔太	
介護給付・認定係 主事	下平 智大			
介護給付・認定係 主事	大胡田 早紀			
欠席者	委 員	市川 初江、河原 美紀子		
傍聴者	1名			

1 委員の委嘱

加部副市長より各委員へ委嘱状を交付

2 副市長あいさつ

加部副市長よりあいさつ

3 会長及び副会長の選出について

委員から事務局案の提示を求められ、会長に武井委員を、副会長に木村委員を事務局案として提示し、承認を得た。

4 会議の公開について

会議を公開することについて承認を得た。

5 報告事項

【会長】

地域包括ケア推進会議は、当地域におけるケアを進めていく仕組の全体を取りまとめる位置付けである。それぞれ圏域における会議や個別の会議というのがその下に位置付けられており、その仕組みの説明を聞いた後で、協議をしていく。

(1) 小田原市の地域ケア会議について

(2) 小田原市の地域ケア会議の開催状況と課題について

【事務局】

議題1及び議題2 地域ケア会議の開催状況と課題について一括して説明する。

資料の2をご覧ください。本市の地域ケア会議の全体像とそれぞれの会議の役割を示している。地域ケア会議とは、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域で自立した生活を続けられるよう、高齢者個人に対する生活支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を進めていくための手法の一つであり、本市の地域ケア会議は4つの会議で構成している。

まず、地域包括支援センターが主催する個別ケア会議は、個別の事例についてそれに関わる地域の専門職や人々が課題解決のために行い、個別の支援を通じてネットワークの構築や地域課題の把握を行う。圏域ケア会議も地域包括支援センター主催であり、個別ケア会議で把握された地域課題の共有を図り、圏域内を中心としたネットワーク作り、地域支援の開発など課題の解決に向けた検討を行う。

これらの2つの会議とは別に、本市では平成30年7月から市主催で自立支援ケア会議を開催している。これは、要支援認定者等の個別のケアプランについて、その人なりの自立につなげていくことを目的に専門多職種の見解で検討し、高齢者の自立に向けた個別課題の解決、ネットワークの構築、地域課題の発見を目指している。

本日の会議は、3つの会議を通じて把握した市全体に渡る地域課題を解決していくためのもので保健、医療、福祉などの専門機関や、住民組織等によるネットワークの構築、市全体に共通する地域課題の発見、地域づくりの資源開発を行うとともに、市の介護保険事業計画への反映など市の政策形成につなげることを目指している。

続いて、本市の地域ケア会議の開催状況と課題について説明する。資料3をご覧ください。

まず、個別ケア会議の開催状況について説明する。令和元年度の開催回数は、11月末までの数字であり25件。平成29年度の同時点では39件、平成30年度の同時点では28件であり、回数は減少傾向である。理由は、高齢者虐待については、国が定める他の会議体を充実させたためである。また、平成30年度から自立支援ケア会議を始めた影響が考えられる。個別ケア会議の対象は、地域包括支援センターやケアマネジャーだけでは支援が困難な世帯が中心となっているため、幅広い職種の方にご出席を頂いている。

2ページの基礎情報に、検討事例の内訳を示している。検討対象について、独居の方の割合は、例年多い傾向である。また、介護認定と介護サービスの利用は、令和元年度要介護の方が中心である。これも、自立支援ケア会議で要支援プランを中心に検討をしていることが影響していると思われる。疾患は、認知症及び生活習慣病が多く、それに伴い、認知症や疾患に関する課題も多くなっている。認知症に関連し、経済状況の問題及び地域から

の孤立が課題となっている。令和元年度の個別ケア会議で、地域課題としては、認知症に対する家族や地域の理解が不足していること。独居の高齢者や障害をもつ高齢者、また家族が地域から孤立せずに生活できるための相談先の周知、支援体制の整備が求められていること。高齢者が地域にいられる居場所やインフォーマルサービスの充実が必要であること。移動支援が不足していること。金銭管理支援の必要性が増えていることがあげられる。

続いて、圏域ケア会議の開催状況について説明する。4ページをご覧ください。実施回数は、例年、年度後半に集中しているが、令和元年度は計画的に開催されているところが多いことから、実施回数は、昨年度を上回る見込みである。また、参加者は、毎年幅広い分野から参加があり、内訳に大きな変更はみられない。5ページでは、各地区の検討テーマを示している。これまで開催した個別ケア会議等から、地域包括支援センターが設定をしているため、テーマも幅広いものとなった。防犯情報を周知するネットワークの構築、高齢者集いの場の充実、また、自治会未加入の方への関わり方や地域の役割分担、移動支援等が議論された。

最後に、自立支援ケア会議から得た課題について説明する。6ページをご覧ください。この会議は、要支援の方のケアプランを中心に、自立支援の観点から多職種のアドバイザー及び地域包括支援センターの職員で会議を行っている。開催頻度は、現在月に2回、1回の会議で、3件程度を検討している。対象は、令和元年10月から認定直後または認定前の新規事例を対象としている。疾患は、整形外科分野の他、生活習慣病も多く、生活習慣病への対策を意識したケアマネジメントが必要と考えている。アドバイスから見た課題の主な指摘事項は、主治医と連携し、疾患の予後予測を把握すること。痛みや、ふらつきなどの原因を明らかにすること。また、口腔の状態は高齢者の健康全体に大きく影響するが、歯科の受診情報及び口腔の状態把握が不十分である。管理栄養士からは、具体的な食事内容の工夫や日常生活で取り入れられるアドバイスをいただいた。また、栄養指導は、実際に自宅を訪問する個別指導が有効とアドバイスを受け、介護予防・日常生活支援サービス事業の訪問型サービス支援として新たな事業を立ち上げた。その他、本人の意欲をいかに引き出すことが支援を考えるうえで必要であるとアドバイスを受け、本人や、家族への働きかけ、そのためにプランの目標をどのように設定していくか。また、市全体の共通の課題として、介護サービスから卒業した後の受け皿の不足。高齢者が歩いて行ける治療の場が不足しているとの指摘もいただいた。課題として、「医療と介護の連携の推進」、「ケアマネジメントの質の向上」、「市民への自立に向けた意識啓発」、「介護サービス卒業後の居場所作り」がある。以上、本市の地域ケア会議の開催状況と課題について説明である。

【質疑】なし

(3)「自立支援型ケアマネジメント」の取組について

【事務局】

報告事項3について説明する。資料4をご覧ください。本市の地域課題を解決するため、平成30年度から自立支援型ケアマネジメントの取り組みを課の重点事業として始めている。本市の要介護認定の傾向として、要支援及び要介護1の認定者の伸び率が、要介護認定者全体の伸び率を大きく上回っている状態である。これは、元の生活を取り戻せる方がたくさん含まれていると考えられ「できないことをお世話する介護」から、「自分でできるようになることを助ける介護」を目指し、自立支援型ケアマネジメントと名付けて取り組みをしている。

本市の取り組み内容は、シートの4をご覧ください。6つの柱を立てており、1つ目の「自立支援ケア会議の開催」。2つ目の「市民の意識を高める啓発活動」。3つ目が「要支援認定から自立した方の居場所作り」。4つ目が「介護の認定申請からサービス利用に

至るまでの手続きの整備」。5つ目が「地域診断、地域資源の把握」。6つ目が「ケアマネジメント技術向上のための事業所支援」である。1つ目「自立支援ケア会議の開催」は、先ほど説明したため省略をさせていただく。2つ目「市民への啓発活動」は、11シートをご覧いただきたい。高齢者が自分でできるようになりたい、いつか介護がいらぬ状態に戻りたい、これ以上悪くならない、また、家族も高齢者の思いを支える、そう思うための意識づけが大切ではないかと考えている。本市では、「広報の記事掲載」、「フォーラム」、「発行物へのメッセージの掲載」等に取り組んできた。令和元年度、広報の記事を拡大し、毎月掲載している。また、介護予防啓発用のポスター、「自分らしく歳を重ねる」と題したポスターを様々な施設で掲示し、普及を目指している。市民向けの講演会も昨年11月に開催した。令和2年度は、予防の啓発用のリーフレットを作成し、窓口等で配布するほか65歳の方に、介護保険の被保険者証を送るときに自立に向けたメッセージを送る。また、地域のサロン等に市の職員が出向き、自立支援に向けた啓発活動を行うことを考えている。

3つ目の「要支援認定から自立した方の居場所作り」について説明する。これまでは、介護予防事業における自主グループ化の支援をしている。本市は、高齢者筋力向上トレーニング教室等を行っており、終了した方による自主グループの立ち上げを支援し、市内全域で28グループ立ち上がっている。市は、必要な器具購入補助、会場の調整等の支援を行っている。その他、地域の方にも、高齢者の居場所作りにご尽力いただいている。次の15シート目をご覧いただきたい。現在180か所ものサロン等が開催されている。サロン、昼食会及び交流が116か所。筋トレ、体操が33か所。その他31か所ある。参考資料には、高齢者の人口及び統計があり、最後の7ページ目にサロン等の開催状況を地区別、連合自治会別にお示ししている。連合自治会合同で行っているものは重複してカウントしているため若干合計数が違うが、すべての地域で様々な活動が行われている。開催頻度は、月1回が4割近くである。年6回未満は、4分の1。開催場所は、地区公民館が約半数で、市の施設利用が3割、その他、農協、お寺、神社及び個人宅を提供いただいているものが含まれている。

その他、アクティブシニア応援ポイントを実施している。60歳以上の市民の方が施設等でボランティア活動をするものである。平成30年度末では、243人の登録をいただいている。また、活躍の場として102の福祉関係の施設が登録いただき、実際78の施設で活動している。元気な方のみならず、介護サービスから卒業した方、また、サービス利用の方でもできることがあり、支える側になれると考えており、その場所の提供としても利用いただきたいと考えている。

4つ目の認定申請からの手続きの整備である。平成29年度まで、申請から認定結果が出るまで平均40日を超えている時があり、期間短縮が急務であった。現在は30日を若干切っている。自立支援の観点から、新規の要支援認定者は、サービス利用に関わらず、地域包括支援センターに通知をし、心身の状況や生活状況の把握をしている。

5つ目の地域診断、地域資源の把握は21シートをご覧いただきたい。地域住民の支え合い、地域の居場所作りといったインフォーマルサービスの把握とその充実を図ることを目的としている。地域の活動の把握は、本市の社会福祉協議会の協力を得て把握している。また、現在第8期計画作成に向け、介護・予防日常生活圏域ニーズ調査も行き、集計をしている。

6つ目のケアマネジメント技術向上のための事業所支援では、ケアプランの質の向上を目指し、ケアプラン点検及び実地指導によるケアプランの充実を行っている。23シートをご覧いただきたい。平成30年度は53人のケアマネジャーを対象に、106件の点検を行っ

た。実地指導は、介護保険の基準を満たしているか確認し、ケアプランの質の向上も指導を行っている。ケアプラン点検と実地指導の課題は、「疾患や服薬等の医療情報の把握を深める」こと。また、「本人の何が生活上の課題となっているのか」、という原因分析を深め、そこから具体的な長期目標、短期目標を設定すること。また、自宅で出来るセルフケアを把握、位置付ける事などを指摘、指導した。

最後のページをご覧いただきたい。ケアプラン点検及び実地指導から見えたケアマネジメント上の課題は、医療の情報収集及び課題分析の不足がある。それにより目標が抽象的、評価が不十分という流れが見えてきた。この背景としてケアマネジャー、地域包括支援センターの職員だけが問題ではなく、ケアマネジメントに関する基準が明文化されていないことも大きな原因のひとつではないかと考えている。国は、基準を示しているが、具体的にどうケアプランに反映するかは解釈が必要になってくる。解釈が違くと、ケアマネジャーや地域包括支援センターの職員の混乱を招くこととなるため、保険者として明文化したいと考えている。今後は、本市が考える適切なケアマネジメントの基準や、ケアプランの作成の留意点等まとめたマニュアルを作成する事を考えている。以上で、本市の自立支援型ケアマネジメントの取り組みについての説明となる。

【会長】

ただいまの説明について質問を受け付けたいと思うが、何かご質問があれば挙手をお願いしたい。

スライド 12 の市民への啓発活動の実績について、令和元年 11 月に行われた「県と共催」の講演会の参加者の人数、会場及び時間帯を教えてください。

【事務局】

おおむね 50 人であり、会場は小田原保健福祉事務所の合同庁舎で昼間の開催である。

【会長】

令和 2 年度は、地域に出向いた講話は、どのぐらいの頻度を目指してるか。

【事務局】

各地区 1 回から 2 回くらいであり、地区担当が実施するイメージである。

【会長】

令和 2 年度は各地区に高齢介護課の職員が出てくる回数が増える、ということでしょうか。

【委員】

小田原市が一生懸命やっているのがよく分かった。資料 4 スライド 25、26 番の「ケアマネジメント技術向上のための事業所支援」の実地指導で挙げた指摘事項 2 番、3 番、4 番は、ケアプラン点検における指摘事項だと思う。実地指導の目的は事業所の指導であり、ケアプラン点検の目的は、ケアマネジャー個人の指導だと思う。そのため、まず実地指導でなければいけないのは、運営規定等、重要事項説明書に記載されていることが事業所として及びケアマネジャーとしてなされているかという点検が必要だと思う。重要事項説明書は、作成したら見なくなることが多いため、そこをみて教育をしていただきたい。研修の案内を事業所に出しても、ケアマネジャーの手元まで届かないことも多くある。ケアマネジャー及び事業所の質の向上をお願いしたい。

【事務局】

実地指導は、基準をベースに見ている。医療情報の不足、目標に対する個別性、具体性の乏しさ等は、ケアマネジメントの質の向上という観点から助言しているためそれがないと基準に反するというものではない。

【会長】

委員からあったケアプラン点検及び実地指導は、ケアプランの質の向上ということを意識しているということであるが、重要なのは、事業所の質の確保であり、情報がケアマネジャーに届いていないこと等について指導をしていただけるとありがたい。ぜひその項目、観点を付け加えていただきたい。

【委員】

資料3、地域ケア会議の開催状況と課題5ページの地域包括支援センターで挙げたテーマは、地域包括支援センターが決めるのか、与えられた課題をテーマに取り組みのか。

【事務局】

事前に本市の地区担当と協議をするが、地域包括支援センターが設定をしている。

【委員】

下府中地区のテーマは、下府中地区の地域課題を地域包括支援センターが捉え、テーマとしているか。

【事務局】

そうである。個別ケア会議からあがった地域課題を圏域ケア会議に挙げるのが一般的になっている。

【委員】

圏域ケア会議で出た地域課題が、この資料に織り込まれていると思っている。

資料4の自立支援ケア会議のスライド7の課題2、医療と介護の連携促進の「栄養・リハビリ・口腔の重要性」の課題については、どのように認識しているか。

【事務局】

課題全体に通じるところであるが、ケアプランの作成は、自宅に訪問し、高齢者の困りごと、医療のかかり方、家族構成及び家族や地域の協力体制等全体像を把握したうえで、その方の課題を抽出し解決するためのプランを作る。状態像の把握するにおいて計画作成者は、家族、地域との関係、どのような日常生活を送っているかということはよく把握されている。しかし、医療情報は、本人、家族を通して聞いていることもあり、情報が不十分という傾向がみられた。例えば、疾患の診断及び健康診査を受けているか。受けていればどのような診断か。その疾患名及び注意事項を聞いているか、医師から言われたことを本人や家族がどのように理解しているかを踏まえることは、プランを作る上でとても重要である。薬を自己判断して調整している場合もあり、疾患に対する理解を本人及び家族がどう捉えているのかを把握しないといけないが、不足しがちである。また、栄養と口腔は、全身の健康状態に影響するため大事な分野であるが、診療科別に考える傾向があるため、本人の全体像を把握する上で、課題2が重要と考えている。

【委員】

口腔の問題は、本人から訴えがない限り十分に聴取できない面がある。また、ケアプランに反映されない課題があり、ケアする方々も分かっている。低栄養は、その前に口腔の問題があるはずである。そのため、高齢介護課だけの枠で考えるだけではなく、参考資料にある特定健診あるいは長寿高齢者健診はすべての年代を網羅している検診であり、ほぼすべて同じ検査を受けられるため、高齢介護課と健康づくり課で政策をどのようにつなげていくか考えていただきたい。参考資料の5ページの7、長寿高齢者健診受診率29%が最新のデータであるが、実は歯科の場合は、成人歯科検診が65歳、70歳、75歳、80歳で行われるが、医療は訴えがなければ動けないため、70歳や65歳ではなく、40歳ぐらいから捉えていくことを政策としていただきたい。

【会長】

意見として受け止めていただきたい。医療的に考えても、生活習慣病と口腔の問題の関

連はデータがたくさんある。課をまたいで検討していただきたい。

【事務局】

医療と介護の連携について、医療の専門家ではないケアマネジャー、地域包括支援センターの職員が、どのようにしたら効率的に効果的に行うことができるか、令和2年度以降、ケアマネジメントのマニュアル作りの中で取り組んでいきたいと考えている。

【会長】

自立支援ケア会議にアドバイザーとして出席し、感じたこと等を含めた質問、意見と、それに対する行政としての返答であったが、実際に事例を提出する側の地域包括支援センターの立場から委員のコメントをいただきたい。

【委員】

自立支援ケア会議は月2回開催され、12の地域包括支援センターが順番で事例を提出している。事例を提出することに負担感を持つ職員がいることをご承知おきいただきたい。担当しているケースを書類に書き起こし、状況を伝えること、今日のような状況で1人1例を説明する、後ろには傍聴席が用意された状況で説明するのがとても緊張する。会議の30分間は医師、薬剤師、歯科医師に加えて、リハビリの専門職、管理栄養士の専門職から手厚いアドバイスをいただけるため、その30分で1人1人の職員が成長するのは間違いないが、緊張に包まれた会議である。

介護予防プランの介護サービス計画書を作る人だけが、この視点を持つだけではよい流れを作っていけないのではないか。また、高齢者が、自分で頑張ることもとても重要と思ってもらわないとどちらも手詰まりになってしまう。

【会長】

とても重要な観点である。説明の中にあつた比較的軽度の要介護認定の人が増えていることがよいとか悪いではないが、権利として認定申請することが一時だいつ目立つ時期があつた。その感覚は、一部には根強く残っている。その背景として、困ったら助けてもらうという感覚がまだまだあると思う。地域全体の啓発活動はとても重要であり、先駆的に成功している地域は、ずいぶん力を入れていたとあるため、この後の協議事項で、そのことも含めて話ができればと思う。

【委員】

資料4の、最後のページのマニュアル作りには、いつまでに、誰が、どのようにして作成するのか。また、対象は居宅サービス及び施設サービスの両方か。どのような方向性で考えているか。

【事務局】

現時点では、令和2年3月ぐらいに、書き方及び考え方を整理したものを出したいと考えている。また、その後も内容を追加して、令和2年度に出していこうと思う。まずは、ケアプラン点検等で指摘した書き方及び考え方等に取り組んでいく。対象は、現時点では居宅サービスを考えており、施設サービスは考えていない。

【委員】

それはなぜか。

【事務局】

まず、居宅サービスのプランを対象とし、意見を聞きながら、必要に応じて対象サービスを広げていくことを今後検討していきたい。3月に出そうと考えているのは、ケアプランの具体的な書き方に特化したもので、各欄にどのようなことを書くのかを細かく示したものである。ケアマネジメントのマニュアルはこれとは違うもので、インテークの時からのアセスメントやモニタリングの視点等を含めたマネジメント全体に係るものを想定している。それについては本市だけではなく、様々な機関、医療・介護関係の現状を知らな

くてはいけない。例えばツールの問題や、手法についてアドバイスをいただきたいと考えており、令和2年度からこれらに取り組むため、その際は広く参加、協力をいただきたい。

【会長】

先日説明を受けた際、ケアプラン点検事業を行っている受託事業者と主に調整をして行うと聞いたがそれでいいか。

【事務局】

プランの書き方については、点検受託事業者と調整している。

【会長】

プランの書き方について地域に出す段階で、そのまま出すのではなくて、この地域の専門職に見てもらってから出してほしいとリクエストをした。これは、地域特性などあり、また違った気付きがあるかもしれない。やったことの結果だけ出すのは、もったいない感じがする。

協議事項 「自立支援型ケアマネジメント」の今後の方向性について

【会長】

協議事項に移りたい。自立支援型ケアマネジメント今後の方向性について願います。

【事務局】

資料5をご覧ください。こちらは、それぞれのケア会議で抽出した課題等をまとめたものである。太字が今回のテーマとして協議の視点にあげさせていただいており、会議の中で指摘が多かった項目である。

先程、委員からおっしゃっていただいたが、要介護認定された方のプランを考えるのは、ケアマネジャーや地域包括支援センターの職員だが、ケアマネジメントというのは、その職員がプランを作って終わりではない。仮に良いプランを作ったとしてもそれを実行する本人や、家族、またその方たちを取り巻く環境が整わないと良いマネジメントはできない。市としては、ケアマネジメントの質の向上に取り組んでいるが、そこが上手くするには、様々な条件を作っていかななくてはならないと考えている。

その1つが、1番目の視点の「市民への自立に向けた意識啓発」である。こちらは、マネジメントの入口の部分となり、本人とその家族が状況をよくしたい、今までできなかったことができるようになりたい、もしくは、これ以上できなくことはできるだけ緩やかにしていきたいという、意欲がまずないと、始まらないと思っている。自立支援ケア会議、他のケア会議でも時々意見が出たが、例えば、要支援2が要支援1になることは本人の状態がよくなった結果のため喜ばしいことであるが、時々がっかりされることがある。理由を聞くと、サービスが受けられなくなる、デイサービスの回数が減ってしまうからということで、介護保険の精神からすると、かなり課題がある。そのため、介護保険の目指す姿、本人のせつかく状態がよくなったことをまず喜べる意識啓発というものが必要である。これまで広報をしてきたがこれをどうしていけば草の根的に、個々の人に届くのかについて議論をいただきたい。デイサービスに行けないのは寂しいという気持ちは分かる。デイサービスが利用できないからと引きこもるのでは意味がないので介護保険サービスを卒業できたとしても、地域とつながる手段というのは整えていく必要があると思う。それが本人や家族の意識を変えていくことになると思う。

2つ目の視点として、「元気な高齢者を含めた居場所作り」を挙げた。先ほど集いの場が180か所と申し上げたが、高齢の方が歩いて行ける場所という意味では、地域によっては厳しい状態と思っている。地域の方々に大変努力、協力いただいてここまで作っているが、行政としてどうしていけばよいか、もっと地域の中で輪を広げ、また今まで担ってい

ただいた方々とは別の新たな人々に支援の輪に入っていただけるにはどうしたらよいか協議をいただきたい。

3点目の「ケアマネジメントの質の向上」は、上の2つを含め、先程議論があった、マネジメント全体の質の向上にどのように取り組んでいけばよいのか意見いただきたい。

【会長】

資料2では、地域ケア会議の5つの機能が示されているが、本会議は、「政策形成」の機能が求められている。ここで政策を決めるというわけではなく、提案である。意見が出ない限りは、いくら課題が上がっても、なかなか政策に結びついていかない。ここまでの情報提供、皆様の日頃の活動の中で感じていることを含め、3つの視点を意識して、それぞれの立場で意見をいただきたい。特にここまで質疑は、医療・介護の専門職からの発言が多かったため、地域の代表の方々から、積極的に発言いただきたい。施設側の意見もぜひ出していただきたい。

【委員】

特別養護老人ホームの施設の代表という立場で出席している。要支援認定者が7.2%増加、要介護1の認定者が8.6%増加、後期高齢者人口が3.4%、要介護認定者も全体で3.9%伸びている。地域包括支援センターが12か所あり、困っている人を一生懸命掘り起こしてくれた結果、こうなったというのが現実である。課題として、移動支援の不足が若干出ているが、サービスを提供している立場からは、この会議の場でサービスそのものの担い手不足という課題が出てこないのが不思議である。高齢の人を巻き込んで、高齢の人が高齢の人を介護する仕組みは作っているが、やはり担い手がどうしても枯渇していること大きく感じる。いくらマネジメントの質を向上してもサービスを提供する人がいなければ、どうにもできないのではないかというのが率直な考えである。4つの視点が必要ではないかと思う。サービスの担い手、確保・養成はここで位置付けないとならないような気がする。サービスの担い手の養成は、若者でも高齢者でも、外国人でも、ありとあらゆる手をつくさないと今の状況は改善できないだろう。サービスの供給数も非常に多くなっている。事業所数は多くなっているが、サービスの担い手はいないという。デイサービスだけでも100か所ほどあり、“泊まり”の施設は3600か所ほどある。そこで働いている職員、担い手は枯渇している。この点も含めて、サービスの担い手の確保・養成というのを大きな課題として捉えてほしい。

【会長】

当然出てくる課題である。色々な会議に出ていくと、サービス事業者だけではなくて、地域も担い手が不足しているという話をよく聞く。自治会等の団体の現状で何かコメントあるか。

【副会長】

地域の代表として参加させていただいているが、市内26地区が抱えている問題は全部違う。横一列で皆同じ問題ではない。山、街中や農村地帯、それぞれ抱えている問題がある。幸いなことに26地区の連合会で、まちづくり委員会ができあがり、それぞれの地域で、それぞれに即した活動を行っている。先程も出ている高齢者の居場所作り、三世代交流等なるべく高齢者が家に閉じこもらないように、何とかひっぱり出そうと地域に即した活動を行っている。一旦引きこもるとほとんど外に出てこない。我々の地域でやっていることは、ある程度ご夫婦で健在の方、60歳過ぎててもよいので、出てきてくださいと伝えている。そうすると、1、2年して付き合いができてくると、ご主人及び奥さんが亡くなくても、家に閉じこもらないで出てくれる。しかし、地域とつながりがない場合、家の中に閉じこもっている人をひっぱり出そうとしてもなかなか出てこない。ケア会議の課題の中でも、自治会に入っていない人はどうしたらよいのかということがあり、これは永遠の課題に

なると思う。サロン活動などでは自治会に入っていない人も来て活動している。みんなでやっという、地域ができることは地域でやろうとすることだと思う。あとは、武井先生や西本先生、渡邊先生等に後ろ盾をしてもらう。我々の出来る事は、地域の顔の見える付き合いをつくるのが一番肝心である。一番良い例として、今、片浦地区の買い物難民対策で、1月の下旬から、宝安寺社会事業部のマイクロバスを借りて、板橋の小田原百貨店まで高齢者を乗せて買い物をし、またバスに乗って自宅に帰る、ということ、市・県・宝安寺社会事業部・まちづくり委員会が一緒になって始めたという事例もある。これから小田原市内でも、中心市街地でも買い物難民がでてきているので、行政だけではなくて我々も一緒になって考えていかなくてはいけない。後は、高齢者が引きこもらないように三世代交流の子どもから働き手、高齢者をうまく社協と一緒にし、家から出るような方策をこれから考えていきたいと思っている。

【会長】

もう、すでにいろいろな動きがある報告もいただいた。このような仕組みが他でも必要だと思っている地域のヒントになればよい。民生委員として担い手不足はどうか。

【委員】

12月から新しいメンバーで民生委員の活動が始まった。今日出席をしてうれしいのは、この後15時から行われる圏域ケア会議でお話をしたいと思っていたが、例えば、地域にこういう人がいるからどうすればよいというケア会議に医師や薬剤師など多様な参加者がいたら良いと思う。これからのふれあいのためにサロンをどうしたらよいかということについては2つあると思う。私の担当地区は33区であるが、民生委員をして30年である。地域全員を知っているためコミュニケーションがとれており、マンションにいる独居の人は40人ほどいるが、17人ぐらいと接点を持っている。その人達をサロンに入れている。そうすると、市や皆が言っているとおりケアになっており、自立しており、引きこもらない。それを実際やらせていただいております、この場にいることが幸せと思う。ケアマネジャーは一生懸命である。しかし、人によって、相性が合う・合わないということもある。このごろはいろいろな場面に行政の方が出てきているし、子ども食堂にも行政の方がいるため、これからではないかと思っている。

【会長】

先程、副会長から社協の話がでたが、社協の立場として今日の一連の話や、何か感じてらっしゃること、もしくは市に提案があればお願いしたい。

【委員】

社協としての立場と、個人的な感想であるが、高齢者が自立した生活をしていく上では、若い段階からの健康の維持が非常に重要だと感じた。特に、今後に向けた3つの視点、元気な高齢者を含めた居場所作りは、先程も副会長や事務局からも各地区で行われているサロン活動の状況等についても説明があったが、各地区の地区社協の活動の中で、高齢者の居場所作りは、それぞれが様々な工夫をして、ゲームや体操を取入れたり、あるいはもっと娯楽性を取り入れ、食事会という様々なかたちで、家から出やすい環境をそれぞれ作っていただいている。地域の方の理解と協力に頭が下がる思いである。社協としても、地域でのサロン活動等を含めて、地域福祉をどうやろうか、なかなか地域の皆さんも他の事例を知る状況がないのが現実である。平成20年から社協で地域福祉コーディネーターの養成研修会を行っており、地区社協の皆さん方等にもなるべく協力いただき、また、専門家のアドバイスをいただきながら、地域福祉コーディネーターを養成している。その方々が中心となり、コーディネーター会というものを作り地域にいろいろな仕入れた知識をフィードバックしていただく。そういったかたちで、各地域のサロン活動も、非常に充実した状況である。宣伝になるが、今週の土曜日このホールを使い、「社協さんちの井戸端会議」を初めて開催する。このホールを使い、1日を通じて、各地域の社協等が行っているサロン活動等の事例発表パネル展示を予定している。他の地区が、どのような活動をしている

のか地域がお互いを知ることも非常に重要と思い、取り入れるものは取り入れられるよう、情報交換を含めて、初めて企画をさせていただく。

【会長】

広報活動はどのようにされているか。

【委員】

地区社協等を通じて、民生委員を含め、各地区には情報を伝えている。また、タウン誌等に情報提供しており、神静民報が、記事として取り上げていただいている。今回は、広く一般の方に沢山来ていただくというより、関係者が集い、お互いに他の地区がどうしているのか、お互い見せ合うことが主たる目的であり、どのような感じになるのか、手探りの中で企画をした。どのような効果があるのか、また次回以降どう工夫すればよいのか、今回一つの事例として、次回以降につなげていければと思っている。

【委員】

副会長の言うように、地域性がとてもあると思う。私は距離的に駅から歩いて 10 分位の地域で暮らしているため、家も多くあり、また、マンションなのでできることがある。37 区の酒匂の方からサロンに参加することは難しい。もし、担い手が多くいれば迎えに行くこともできるが難しい。これからの問題として、担い手、民生委員は 10 人ぐらいだが、自治会の方がとても頑張っているが、楽しい、よかったという他の担い手やボランティアがもっと増えると、明るい小田原市になると思っている。

【会長】

先程の買い物の話もあったが、色々な活動の際にサービス事業所が持っている車の空いている時間を利用し、移動手段のない高齢者などを現地まで送迎することが複数の地域で展開されており、さらにそれが広げられないかという話合いも個別にされている。小田原という地域全体を見たときに、人口の集中している地域とそうでない地域とあるが、市全体は、電車はそれなりに走っているがそこへのアクセスの問題を考えると、非常に移動に関する弱点を持っている地域がたくさんある。それに対する、多角的な取組をもっと推し進めなくてはならない。行政だけでは、なかなか動きや話がまとまりづらいため、手段を持っているところが積極的に手をあげることや、必要としているところが声をあげて話合いをしないとなかなか動いていかない。ただ、1つ1つ新しいことが動いていることを知るとそのやり方をマネしてみようということになると思う。先程の社協の他がやっていることを見て気が付くというような取組はとてもよい。そういう取組が1つはあるとよい。

【委員】

訪問看護で、心不全の方の入退院の繰り返しが増えている。理由は、交通手段がないため移動が制限されてしまい、家の中でしか生活ができないからである。歩いても 50m ぐらいで息切れがするため買い物にも行けない。家の中でやることはテレビを見る、食べる、寝る。それが悪循環を引き起こす。その方たちは仕事をしたいという意欲がある。先程、施設はすごく人手不足というので、施設の中で、お茶碗を洗う、洗濯ものを干すことは福祉の資格を持った人でなくてもできることである。施設の車と一緒に乗せてもらい、施設に行き、仕事ができるとよい。移動や交通の手段さえあれば仕事をしたいという方が沢山いるので、福祉の方はケアの部分をしっかりやれば、不足したところを解消できると思う。

【委員】

介護補助員ということで、リネンのシーツ交換、軽度の掃除業務を障害のある方に来ていただき、活動の場ということにしている。介護予防・日常生活支援総合事業ができたときに、自宅に掃除に行くサービスの導入を始めた。筋トレに行っている元気な高齢者に担い手になってもらいたいのでぜひうちに登録していただいて、身体介護はせず掃除などをやってくださいと 150、160 人ぐらい声をかけたところ、登録者は 1 人だった。小田原市も 5、6 年前からその仕組み作りを意識しているが、思っているほどその事業がうまくい

かないというのを実感している。介護補助といってもそれなりに責任がある。きれいな仕事ではないため、そこまでしてまでもと思われるのが現実で非常に難しい。この地域ケア会議の委員構成は自治会、民生委員、医療、福祉だけだと限界にきている気がする。ぜひ、令和2年度は、商工会議所とか、経済界も巻き込んでやらないといけない。おそらく、経済界も高齢化で苦しんでいるため、どうやって人手を確保するのか、高齢者に対してどのようなサービスができるか色々考えていると思う。先程の移動手段も、福祉の事業所も行うようになったことだが、そういう所を巻き込むことが現実的な取組と考えている。

【会長】

核心的な意見と思う。十分検討の余地があると思う。実現するためには手順があると思うので、積極的に検討していただきたい。

【委員】

「市民への自立に向けた意識啓発」は当然だと思う。要支援2から1に下がって喜ばしいことと頭では理解するが、事業所側は社会福祉法人、医療法人、株式会社もある。介護度が下がることは入ってくる報酬が下がるということでもあり、そこは厳しいことは分かっていたいただきたい。しかし、市民の介護度が下がることは、喜ばしいことをどこで情報共有していくか、事業所側の理解というのが不可欠だと思っている。自立に向けて支援をした事業所には介護報酬を増やすことや、加算をつけることなど声をあげている団体はあるが、現実的には厳しい。それも分かるため、ケアマネジャーとサービス事業所と利用者と、三位一体で共通の意識を持っていかないと絶対いけない。例えば、デイサービスの職員が、利用者に、「もう一回増やせばいいんじゃないですか」と、ぼろっと言えば「デイサービスを使おう」になる。一番よくないのが、デイサービスに行って専門職に介護をしてもらうことがゴールということではあってはならない。自立支援に向けてはケアマネジャーだけではできないと思う。それを大前提に置きつつ、担い手不足の話に加えると人件費がかなり増大してくる。毎年上がる最低賃金は、神奈川県は上から2番目であり、さらに10年前ならハローワークに求人をかければ人は来るという状況から、今はほぼ人材派遣、紹介業者に頼っているような状況である。常勤職員を1人雇うのに50万円から60万円かかる。何も分からない、無資格、未経験の者が派遣や、紹介派遣から来ているという現実があるため、事業所側としては人件費が増大している。そのため要支援2から要介護3に上がった方がよいと思わざるを得ないという現実が行政も市民もみんな分かっていたいただきたい。事業所は今葛藤しているが、市民のためを考えていきたい。

【委員】

介護認定審査会で委員をやらせていただいているが、そこに上がってくる事例をみると、更新ケースの認定有効期間が令和元年度から2年から3年になり、審査件数が落ち着いてきている。1次判定で要介護2が要介護1に下がったら喜ばしいことだが、委員として前回は要介護2のため今回も要介護2でよいのではないかとかなりがちである。審査会委員の質の向上という意味で、市としても研修の機会や、集まって議論をすとか、事例を検討するとかという場がひとつあったほうがよいのではないかと、常々思っていた部分があるため検討していただきたい。

【会長】

全く別の会で同じような話がある。神奈川県医師会では、介護認定審査会の委員をしている県外の方達に声をかけて、研修会を開催することとなり、その講師をする予定である。それをこの地域で、この地域の介護認定審査会の委員を対象にやってくれないかとの提案を受けた。時間とタイミングが合えばよい、という話をしたため、市でぜひ考えていただきたい。

【委員】

ずっと話を聞きながら自立とは何かと考えていた。介護度が下がることだけを自立支援

型ケアマネジメントのゴールにしてしまうと、下がらないと何をしていたのということになる。本人がやりたいと思っている、本人の意思が出てきたとか、自分の生活を自分らしく生きていけることが自立（自律）につながると思う。そういう本人の視点がケアプランを立てる際にあまり出てこなかった。また、家族も担い手の一人だが、家族も病気や障害を抱えていることもある、家族への支援も含めて考えないといけないと思う。介護保険は本人だけのことをどうするのか、という形となっているため、広い部分で家族の支援も含めたケアマネジメントにつながっていければと思った。そのほか、ケアマネジャーに医療側の情報が不足しているのは、おそらく主治医意見書の情報のみがケアマネジャーに届いており、薬はお薬手帳を見ており、家族も医師から聞いてもよく分からない状況にあるからではないか。情報の流し方、ケアネットOHMYは在宅シートを作っており、本人の入院の時などでは使わせていただいている。本人のことに関する情報、家族も含めた経済的な情報をもとに本人中心に動いていけばよい。それをどう回るようにしていくという部分は、なんとも具体策がないが聞きながら考えていた。

【会長】

「自立支援型ケアマネジメントの方向性」で話をすると、ケアマネジメントありきになってしまうが、今日の議論の流れをみていただいて分かるように、ケアマネジメントありきではない。目指しているところは、それぞれの地域で出来るだけ生活し続けられ、困った時は、色々な助けを借りながら、また、助けを借りるだけではなく、その人らしく生活していける、そんな小田原にしたい。という大きなもとというものがあり、そこにそれぞれの立場でどのようなものができるかを考えていく話のため、ケアマネジメントありきではないことは理解されていると思うが、自立の「立」が立つだけではない、というのがとっても大事だと思う。その観点を忘れてはいけない。

【委員】

小田原医師会の地域医療連携室は、市民の皆様から直接電話をいただく部署である。医療機関を案内することがほとんどだが、年間 6000 件のうち、10%以上が高齢者からの電話である。この自立支援型ケアマネジメントとかけ離れてしまうが、例えば、整形外科に今かかっているが、こういう症状の時にはどこに行ったらよいかという電話がある。高齢者は地域で孤立しており、誰に相談すればよいかわからなくてここに電話したと話を数多くいただく。また、地域包括支援センターからこの電話番号を聞いたと言ってくさる方も随分増え、先日民児協の方にもお世話になり、連携室の案内のカードをいただきたいという民生委員もおり、300 枚ほど送らせていただいた。この電話は、命の電話ではないが、ここに電話をかけてくれれば介護や地域包括支援センター、医療が必要であれば医療の方に電話をつなげることをさせていただきたいと思っているのでぜひ活用していただきたい。高齢者は元気なうちに医療にかかることが大事だと感じた。高齢者は具合が悪くならないと病院に行かないのがまだ強く感じるため、元気なうちにも少し関わられたらいかがかと答えていきたいと考えている。

【委員】

委員がおっしゃっていった介護度が下がると、事業所収入が減る。介護保険は自立支援を促している場なのにそれをした結果として事業収入が減るとするのは、非常に矛盾した仕組みになっているのでどうにかしないといけないと常々思う。先程片浦地区の送迎の件を伺い、小田原でもそういうことがあると今初めて知った。他の地域、県などは事業所の空いている車を使うことは聞いたことがあったが、私がまだまだ地域の方の話を聞く機会が少ないと思う。地域の方がそういうことを困っているということを知ることが出来る機会がもう少しあればいいと思う。例えば、市の地区担当や地域包括支援センターとのやり取りなのか、民生委員、自治会の方かと思うのだが、きっかけとなる場を少し増やしていただくと、つながりがとりやすいと思う。先程の報酬関係も含めて、利用者、ケアマネジャー、事業所も同じような認識を持たなければいけない。そのために、情報交換というのが地域

ごと小さな単位でできること。大きな啓発もちろん大事だが、地域ごとにつながりが持つ機会があると、また違う発想が地域ごとに生まれると、先程の「社協さんちの井戸端会議」ではないが、また違う所で交流する場がどんどん広がっていく。今、行政は大きな視点で色々活動をしていただいているが、もっとミクロな部分に関して視点を向けていただけると、また違う発想が出てくる機会があると思うため検討いただきたい。

【委員】

小田原警察署の生活安全課の防犯を担当している。ケアマネジメントという言葉もあまりよくわからないが、私たちは防犯係で、やはり振込み詐欺の関係で、自治会やサロンに行ったり、老人会で「ひっかかたりしないでください」と話しをさせていただいてる。私達に関わっている高齢者よりも、もっと年上の方々と皆様方が関わっていると思う。私達も高齢者や認知症の方々と接する場合は、非常に時間もかかり苦労している。話を聞くだけでも時間がかかる。逆に「警察の方でこんなことはできないですか?」、「どんなことをやってるんですか?」と質問いただければ答えることはできるため、質問があれば答えさせてもう。

【会長】

これまでに参加した色々な会議は、特殊詐欺に対する啓発のチラシを持ってきてくださり、すごく分かりやすかった。欲しいとお願いして医院内に貼らせていただいた。

【委員】

我々のサービスは認知症の方が相手のため、施設から出てしまうことがある。鍵をしておく施設、鍵をしていない施設様々だが、そのマニュアルは事業所に任せている。僕がいたところも、探して15分たったら警察に電話しようとか、30分たったらとか色々あるが、もし警察としてアドバイスがあれば教えていただきたい。

【委員】

高齢者がいなくなった、施設や病院からいなくなったという届け出の場合、警察で探す。施設の方も探すと思うが、夜や夕方が多い。夜だとほとんど見つからない。では、どうするかという行方不明者届を警察に出してもらおうが、誰でも出せるものではない。原則としていなくなった方の身内、親族の方に出してもらおう。それはなぜかという、行方不明者届を出すことは、いなくなった人を探してくださいという依頼のため、最終的に責任が持てる方。生存して発見される場合もあるが、最悪の場合は亡くなって発見されることもある。その連絡をし、対応できる方に出してもらおう。その行方不明者届は、見つければ解除になるが、見つからなければ10年でも続く。施設などでいなくなった場合、身内の方がいる場合はいいが、いなくなった時の場合を考え、その方の身内とすぐに連絡が取れるよう、身内の方がいなければ、施設や病院を管理されている責任者の方からも届け出を受けることはできるが、最終的に2日後に亡くなって発見された場合、その方に引き取ってもらうことになるため、何かあった場合にすぐ連絡がつく親戚の方を記録しておいた方がよい。

【委員】

要支援1、2のケアプランを担当している地域包括支援センターでは、行き場所がないからデイサービスとか、買い物に行けないからヘルパー、それなりに困っているから無理に認定を受け、介護サービスを使っている人が少なからずともいる。そのことをそのままにしてこの社会を続けていくことは、どういう結末をよぶのかを今前線でもハラハラし、自分の時代にかかることなので、考えていかないといけないと思っている。専門職がいるところは、それなりのニーズを持った人が世話してもらわないと生きていけない人や日常生活が営めない人のためのサービスである。先ほどの人達が気軽に使うのはもうそういう時代ではなくなってきているということはどうしても言いたかった。

【会長】

とても大事な意見である。そこについては市も考えていることである。

【委員】

三権分立のような仕組みが、介護保険にあるのか。介護認定が適切に行われているかを審査する機関があるのかどうか。もちろん介護度が下がることによってインセンティブを与えるというのも大きな政策の一つと思うが、加えて、審査をする機関があるかどうかというのは、個人的に自分が介護保険料を納めているという面もある。適切にお金が使われているのかどうかというのは、恐らく市民の皆さんも考えていることではないかなということでは言わせてほしい。そのうえで、現場のケアマネジャーが苦し紛れに作るケアプランが、本当に適切にお金が使われたのかどうかという検証をしていただきたいと今の意見を聞いて思った。

【会長】

非常に大きな問題というか、現行の制度は保険者が、介護保険制度全体がきちんと運用されているかを監視する立場にある。しかし、介護認定審査会に対して何かどうだと言えるような仕組みではない。その昔、介護認定審査会に対する疑問とか意見を厚生労働省に申し出た審査会の委員がいた。そのときに言われたコメントは、そこで決まったことはすべて介護認定審査会に責任がある。独立しているというか、責任をもって決めてということになった。逆に、誰か何か言われるような仕組みになっていない。ただ、仕組み上介護保険制度がきちんと運用されるように、国は県などに委託して研修をやりなさいというものは制度上ある。ただ、査定して何かというようなことは全国的に聞いたことがない。話が色々広がったが、少しまとめていきたい。今日頂いた意見は、本当にもっともであるというところがたくさんあったが、できれば少し、このような方向性で、という提案をさせていただいて、合意が得られればその方向で進めてみたい。

市があげた3つの視点のうち、特に3は、色々な話の中でも、1にあつての3であるという側面もあると思う。全体として取り組むべきは1と2であろうと。ただ、忘れてはならないのは、それを支える担い手の問題である。それを4番目に挙げるかを別にしても、結局、元気な高齢者を含めて、居場所作りを維持するためには絶対担い手がいるため、2の中に入ってもよいのではないかと思う。色々な事業所の方の思いを考えるとこれは1本立てとして挙げるべきではないかと思う。3も含め、4本柱をできれば包括的に取りまとめて何かやれるようなことを、一般の住民や、事業所にも働きかけていく場を作っていくといけない。それが、市民啓発の講演会がよいのか、事業者を集めて何かするのがよいのか、両方がよいのか、そこはまた検討する価値はある。やはり、色々なことを動いていかないと、もう待ったなしだと思う。現場の最前線での困り具合が、そこのところに向けて、第8期の小田原市高齢者福祉介護計画にも盛り込まれていないといけないと思うが、ここにいるメンバーの何人かは第8期の小田原市高齢者福祉介護計画にも携わっていただけたと思うので、もう少し形は求めなくてはいけないが、何かしていかなければならない。どこかが単独でやるのではなく、みんなで力を合わせてやる。ぜひ警察の方にも一緒に入っていたきたい。今日の話にも出た、産業界にも関わっていただくような、取組を目指すことで進んでいくべきではないか。

【委員】

これは、第8期の小田原市高齢者福祉介護計画に提言として出るのか。

【事務局】

もう少しまとまれば。ここで出た意見は挙がると思う。

【会長】

もし、その方向でよければ、賛同いただき、拍手いただきたい。

(拍手)

では、賛同いただいたということで、その方向性で進めていきたい。今、賛同いただいたため今後これは続いていく。それぞれの団体において、自立支援ケアマネジメントを含めたいろいろなことに協力いただきたい。

6 その他

【事務局】

次年度は、第8期の小田原市高齢者福祉介護計画の策定にあたり、高齢介護課の主催する会議が通常と異なるスケジュールで令和2年度は動く。それを踏まえ、次回の会議の日程調整をさせていただく。

7 閉会

以上