

第 1 回地域包括ケア推進部会 議事録

日 時	令和 7 年（2025 年） 8 月 28 日（木） 午前 9 時 30 分から 12 時 15 分まで
場 所	小田原市役所 6 階 6 0 2 会議室
出席委員	◎関田智彦部会長、○下田成一委員、瀬戸昌子委員、宮本多喜子委員、露木幹也委員（◎：部会長、○：職務代理者）
欠席委員	山崎由恵委員
事務局	高齢介護課長、介護給付・認定担当課長、高齢介護課副課長（事務取扱：地域包括支援係長）、高齢介護課高齢者福祉係長、同地域包括支援係長、同介護給付係長、その他関係職員
その他	別紙のとおり
傍聴者	1 名

（次第）

- 1 開会
- 2 部会員及び出席者紹介
- 3 部会長及び職務代理者の選出
- 4 会議の公開について
- 5 地域包括ケアの概要説明・質疑応答
 - （1）介護保険制度の基本構造
 - （2）地域包括支援センターの役割
 - （3）本市の総合事業について
- 6 検討テーマ：介護保険制度を持続可能なものとするために
 - （1） 2040 年を見据えた介護予防の在り方について
 - （2） 「地域での支え合い」を生かすために必要なこと
- 7 その他

- 1 開会

【進行：高齢介護課長】

定刻になりましたので、第 1 回地域包括ケア推進部会を始めさせていただきます。議事に入るまでの間は高齢介護課の大野が進行いたしますので、よろしくお願いいたします。本部会につきましては、小田原市高齢者福祉介護保険事業推進委員会規則第 6 条第 2 項の規定により、推進委員会の委員長が当該部会に属する委員を指名し、開催するものでございます。なお、本日は部会員数 6 名のうち 5 名の皆様に御出席いただいておりますので、委員会規則第 5 条第 2 項の規定の定足数に達しており、会議は成立しております。

- 2 部会員及び出席者紹介
-

【進行：高齢介護課長】

第 1 回地域包括ケア推進部会 議事録

それでは、まず次第の 2 番、部会員及び出席者紹介を行いますので、資料 2 を御覧ください。

名簿の順番に自己紹介をお願いいたします。

(委員 自己紹介)

【進行：高齢介護課長】

事務局側の出席者につきましては資料のとおりとなりますので、よろしくお願いいたします。

3 部会長及び職務代理者の選出

【進行：高齢介護課長】

それでは次第の 3 番、部会長及び職務代理者の選出に移らせていただきます。部会長の選任につきましては、委員会規則第 6 条第 3 項の規定により、互選により定めることとされており、部会長の選任につきましてはいかがでしょうか。

【下田職務代理者】

事務局さん、よろしいですか。皆さん特に御意見ないようなので、事務局の御提案でよろしいのでは。

【進行：高齢介護課長】

ありがとうございます。では、そのように取り扱ってよろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

【事務局：高齢介護課副課長(地域包括支援係長事務取扱)】

それでは、部会長につきましては関田委員にお願いしたいと存じます。御賛同を賜りますようお願い申し上げます。

(拍手あり)

【進行：高齢介護課長】

それでは関田部会長に御就任いただきます。よろしくお願いいたします。関田部会長から御挨拶を賜りたいと存じます。よろしくお願いいたします。

【関田部会長】

関田でございます。不慣れでありますし、推進委員会本体のようにうまく進められる自信がありませんが、進めていきたいと思っておりますので、御協力のほどよろしくお願いいたします。

第1回地域包括ケア推進部会 議事録

【事務局：高齢介護課長】

ありがとうございました。次に職務代理者でございますが、委員会規則第6条第5項の規定により、部会長があらかじめ指名する者が職務を代理することとなっております。職務代理者につきましては、部会長に指名をお願いいたします。

【関田部会長】

下田委員にお願いしたいのですが、よろしいでしょうか。

【事務局：高齢介護課長】

職務代理者につきましては、下田委員にお願いいたします。それでは、これ以降の議事進行につきましては、関田部会長にお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

4 会議の公開について

【関田部会長】

それでは次第に沿って進めます。次第の4、会議の公開についてを議題といたします。事務局から説明をお願いいたします。

【事務局：高齢介護課副課長(地域包括支援係長事務取扱)】

それでは、資料3「地域包括ケア推進部会の公開について(案)」を御覧ください。1部会の公開ですが、本委員会の公開につきましては、別添の「小田原市審議会等の会議の公開に関する要綱」に基づき原則公開といたしますが、議事において個人情報等を取り扱う場合は非公開とすることができとなっております。今回の部会につきましては、個人情報等を扱う議事はございませんので、公開が妥当と思われます。後ほどご審議の上、公開の可否を決定していただきたいと思います。表面にお戻りください。委員会開催の周知、傍聴を希望する方への対応につきましては、2傍聴希望への対応のとおりとさせていただきます。このうち、傍聴人数は5人以内としておりますが、会場の広さを考慮し、各回の人数は事務局で決定させていただきます。説明は以上でございます。

【関田部会長】

ただいまの事務局の説明について、何か御質問等がございますか。

よろしければ、本件については事務局からの提案のとおりとすることで御異議ございませんでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

【関田部会長】

それではそのようにいたします。本部会は公開とし、本日の傍聴希望者の有無について、事務局から報告をお願いいたします。

第 1 回地域包括ケア推進部会 議事録

【事務局：高齢介護課副課長(地域包括支援係長事務取扱)】

傍聴は 1 名です。

【関田部会長】

これ以降、傍聴希望のある方がお見えになりましたら、随時対応をお願いいたします。次に、次第 5「地域包括ケアの概要について」、事務局に説明をお願いします。

【事務局：高齢介護課副課長(地域包括支援係長事務取扱)】

それでは私から御説明申し上げます。初めに本部会の意義についてですが、資料 4 を御覧ください。5 ページまでの資料は、7 月 17 日に開催された第 4 回小田原市高齢者福祉介護保険事業推進委員会の資料からの抜粋でありまして、各委員御承知のことと存じますが、確認の意味も含めて、ここで改めて御説明いたします。資料 4 の 2 ページを御覧ください。まず、推進委員会でも議論されましたとおり、第 10 期計画に向けて大きな課題が 2 点ございます。1 つ目は、人材不足が続く介護現場のあり方について、もう 1 つは、介護予防の取り組みの再整理と制度的な立て付けの見直しについてです。3 ページを御覧ください。こうした課題に対応するため、第 10 期計画では「介護現場のあり方検討部会」と「地域包括ケア推進部会」を設置し、議論を進めております。部会のメンバーについては記載のとおりでございます。4 ページを御覧ください。スケジュールについては、令和 7 年度中に 8 月、10 月、1 月に開催し、さらに令和 8 年度には 4 月と 7 月に開催する予定です。

部会でいただいた御意見は、庁内のワーキングチームや推進委員会に報告し、第 10 期計画の具体化につなげてまいります。続いて 5 ページを御覧ください。ここには、それぞれの部会や庁内で検討すべき主な論点を記載しております。地域包括ケア推進部会としては、特に次の 3 点を重視しております。1 つ目は、介護予防に関する役割を整理し、関係者の連携を促進するための体系づくり。2 つ目は、地域包括支援センターの負担軽減と機能強化。特に介護予防ケアマネジメント業務の負担が大きく、本来注力すべき総合相談や地域活動支援に十分な時間を割けていない状況を改善すること。3 つ目は、地域との連携のあり方です。市の事業と地域のサロンやボランティア活動の関係性を整理し、より効果的な協働につなげていくことを目指します。6 ページを御覧ください。ここでは、私たちが直面している危機感を示しております。2025 年現在、要支援 1 から要介護 5 までの認定者は 1 万 1149 人であり、介護人材はかろうじて要介護者たちを支えることができている状況です。

しかし実際には、要支援者のヘルパー派遣やデイサービスの利用について、希望とおりにいかず、数ヶ月待ちとなる事例も出ております。さらに、2040 年には認定者が 1 万 2952 人に増えると推計されています。一方で、介護人材は国の推計によれば減少傾向にあり、現在の仕組みのままでは 3853 人が介護サービスを受けられない恐れがあると見込まれております。資料の右側を御覧ください。この課題に対応するため、次の 3 つの方向性が重要と考えております。1 つ目は、介護予防を徹底し、介護が必要となる人の総数を減らすこと。2 つ目は、専門職による支援が難しい部分を地域の支え合いに移行し、地域全体で支える仕組みを作る

第1回地域包括ケア推進部会 議事録

こと。3つ目は、介護人材の確保とサービス提供の効率化を進め、少ない人材でも多くの利用者に対応できる体制を整えること。7ページを御覧ください。以上を踏まえ、私たちは両部会で「持続可能な介護体制の構築」をテーマに掲げております。特に地域包括ケア推進部会では、左側の「介護予防の促進」と、真ん中の「専門職から地域への役割移行」について重点的に議論を進めていただきたいと考えております。

それでは、続いて地域包括ケアシステムや介護保険制度の概要を御確認いただき、その上で今後の取り組みを一緒に考えていければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。引き続き、「1. 介護保険制度・地域包括ケアとは」の御説明をいたします。

【事務局：介護給付係長】

ここからは説明者が代わりまして、高齢介護課の村岡と申します。よろしくお願いいたします。スライドの10ページを御覧ください。「介護保険制度とは」というところです。ここからは制度の枠組みについてお話しします。

まず、介護保険料についてです。介護保険料は40歳以上のすべての方に納めていただいています。40歳から64歳までの方は健康保険料と合わせて徴収されます。65歳以上の方は年金からあらかじめ差し引かれる形で納めていただく方が多いです。こうしていただいた保険料は、介護サービス事業所が提供する介護サービスにかかる報酬の一部として使われています。

実際に介護が必要になった場合の流れです。まず市役所に申請をしていただき、要介護認定の手続きに入ります。65歳以上の方は理由を問わず申請できますが、40歳から64歳までの方は特定の病気に限られています。市が申請を受けると、介護の必要度に応じて認定を行います。

認定を受けた後は、介護サービスを利用するためにケアプランを作ります。これはケアマネジャーや地域包括支援センターの職員が作成します。介護状態の悪化を防ぎ、自立を促進するための計画になります。作られたプランに沿って、サービスを利用していただく流れになります。代表的なものとしてはデイサービスがあります。デイサービスセンターに通ってお風呂に入ったり、食事の介助を受けたり、機能訓練を行ったりするものです。御自宅にヘルパーが訪問する訪問介護もあります。入浴や排泄の介助、掃除や洗濯、調理といった家事援助などを行います。在宅での生活が難しくなった場合は、特別養護老人ホームや介護付き有料老人ホームに入所して介護を受けることもあります。サービスを受けると費用が発生します。利用者の方は1割から、所得の高い方は最大で3割を自己負担していただきます。残りは行政から事業所に支払われます。その財源に介護保険料も充てられているという仕組みです。

ただ、要介護認定を受ける方は全国的に増えています。それに伴いサービスの費用も膨らみ、必要な保険料も増え続けている状況です。

次に、介護認定の流れを御説明します。市が申請を受け付けると、まず訪問調査を行います。調査員が御自宅や病院を訪問して体の状況などを確認します。あわせて主治医に意見書を書いていただきます。この二つの情報をもとに、一次判定としてコンピューターで判定を

第 1 回地域包括ケア推進部会 議事録

出します。その結果をもとに、介護認定審査会で二次判定を行い、最終的な介護度を決定します。

介護度は、一番重いのが要介護 5 で、そこから要介護 1 まであります。その下に要支援 1・2 があり、場合によっては非該当になることもあります。介護度が高くなるほど使えるサービスの種類や量が増え、自己負担額も高くなります。例えばデイサービスを 5 時間利用した場合、要介護 1 の方なら自己負担は 600 円程度ですが、要介護 5 の方では 1000 円を超えるといった違いがあります。

続いて、介護サービスと介護予防サービスの違いです。要介護 1 から 5 の方が使うのが介護サービス、要支援 1・2 の方が使うのが介護予防サービスです。ケアプランを作るのも異なり、要介護の方はケアマネジャー、要支援の方は地域包括支援センターが担当します。

ここで大事なのが「自立支援型の介護」という考え方です。せっかく保険料を払ってきたからサービスを余さず使わなきゃ損だとか考える方もいますが、それは誤りです。できることは自分でやる、今できないこともできるようになるように努力する、そういう気持ちで生活していただくことが大切です。

また、介護人材は限られています。必要以上にサービスを使えば資源の不足を招きます。そして、介護保険制度はみんなで負担して支える仕組みです。使いすぎれば保険料が上がることに繋がります。ですから、できることは自分でやり、改善が見込める方は介護保険から卒業を目指すことも大事だと考えています。

ここまですが介護保険制度の説明になります。続いて 14 ページ、「地域包括ケアシステム」について御説明します。

地域包括ケアシステムとは、医療、介護、生活支援や福祉、予防、住まい、この五つのサービスが一体的に切れ目なく提供される仕組みのことです。高齢になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるようにするためのものです。

例えば病気で入院し、退院した後には訪問診療や訪問看護、リハビリを自宅で受けられます。介護サービスに加えて、ご飯の配食や見守り、買い物のお手伝いといった日常生活の支援も受けられます。地域の体操や趣味の集まりに参加し、人と触れ合うことで生きがいを持ち、能力を維持していくこともできます。

小田原市では中学校区を基本に 12 の圏域に分け、地域包括支援センターを配置しています。こうした日常生活圏域ごとにサービスを整備してきました。団塊の世代が 75 歳以上になる 2025 年を目標に進められてきた取り組みです。地域包括支援センターはこの中核を担う機関となっています。

【関田部会長】

それでは今の事務局の御説明について、御質問や御意見はございますか。

【下田職務代理者】

地域包括ケアシステムという仕組みについてです。なんとなくスローガンのように聞こえてしまふところがあり、具体的にどういう仕組みになるのか、その辺を少しでも触れていただい

第 1 回地域包括ケア推進部会 議事録

ればと思います。

【事務局：地域包括支援係員】

地域包括ケアシステムについて、画一的な仕組みがあるわけではありません。例えば小田原市内でも、しろやま圏域のように駅前で交通インフラが整っているところと、山間にあるたちばな圏域のような地域では、必要な資源や文化も違ってきます。ですので、画一的に同じ仕組みを入れるのではなく、地域包括支援センターが地域ごとにカスタマイズし、地域の支援組織と連携してつくっていくことになります。地域だけで対応できないものは市に提言し、市として課題として捉えていく形になります。そのほか、医療との連携については、別途どう進めていくかを検討するなどしています。以上です。

【関田部会長】

その他、いかがでしょうか。

【露木委員】

基本的なことを確認したいのですが、6 ページの左の図です。ここに要介護認定者数が 1 万 1149 人とありますが、この数字は介護専門職の人材数と同じと考えていいのでしょうか。1 万 1149 という数字は棒グラフのものなのか折れ線グラフのものなのか、どちらでしょうか。

【事務局：地域包括支援係員】

この棒グラフが介護需要、つまり介護を必要とする方の数を示しています。折れ線グラフはその需要を賄う介護専門職数を表しています。介護専門職が 1 万 1149 人いるということではなく、実際の人材数はもっと少ないです。国の統計でも人材は減少傾向にあり、このままでは 2040 年には 9099 人分の介護サービスしか提供できないと見込まれていることを示した図です。

【露木委員】

わかりました。ありがとうございます。では、その 1 万 1149 人の中には、施設に入所している人や、認定を受けていてもサービスを受けていない人も含まれていると思いますが、この数字には反映されていないように見えます。その点はどう理解すればよいですか。

【事務局：介護給付係長】

御指摘のとおり、1 万 1149 人には施設サービス利用者や、認定を受けたけれどもサービスを利用していない方も含まれています。2040 年には数字はさらに膨らみますが、実際には自宅で過ごせる環境が整ってきているため在宅の割合は増えていくと考えられます。一方で施設系サービスを利用する方も今後増える見込みです。有料老人ホームも市内で増加しています。未利用者については、使わなかった理由の分析までは現状追いついていませんが、推計の中には含まれています。

第 1 回地域包括ケア推進部会 議事録

【露木委員】

理解しました。つまり 1 万 1149 人はあくまで認定者数であり、実際の利用者は少ないけれども、人材は現状で精一杯ということですね。2040 年に在宅が増えるかもしれないが全体は増える、その中で人材は減るので厳しいという理解でよろしいですか。では次に、10 ページの介護保険料についてですが、今の小田原市では介護保険料だけで賄えているのか、一般会計から投入があるのか、その辺を教えてください。

【事務局：介護給付係長】

介護保険料で賄われているのは一部です。制度上、かかった費用の半分は国・県・市で負担します。残り半分を保険料で賄うことになっています。つまり費用が多くなれば保険料を値上げして、その半分を保険料で負担する仕組みです。一般会計からの投入でサービス費用を賄うことはありません。

【露木委員】

ただ、その半分为市が負担するというのは、市の一般財源で負担しているということですよ。介護保険料以外の財源で負担しているということだと思います。ここも資料に表現があるとわかりやすかったと思います。2 分の 1 が介護保険料、2 分の 1 が市費と明示されていると理解が進んだと思います。最後にもう 1 つ、13 ページの「せっかくだから使おう」という利用者に対して、制御する仕組みはあるのかという点です。ケアマネジャーがプランを作る段階で制御できるのか、本人が使いたいと言えば拒否できないのか、その辺はどうでしょうか。

【事務局：介護給付係長】

先ほどの説明に補足しますと、費用の半分は国・県・市で負担し、残り半分を介護保険料で賄います。介護保険料の中の一部に一般財源が入る仕組みは想定されていません。もう 1 つの御質問についてですが、利用者が「払ってきたから使いたい」と言われる場合、制度として完全に制御できるものではありません。ただ、ケアマネジャーの専門職としての判断で適切に調整していただくことを期待しています。実際には利用者とのやり取りに委ねられていて、ケースバイケースです。

【露木委員】

強く希望されれば、やむなく利用が増えることもあるということですね。ありがとうございました。

【関田部会長】

その他ございますか。

第 1 回地域包括ケア推進部会 議事録

【下田職務代理者】

今の質問に関連してですが、要介護度に応じてサービス利用のガイドラインのようなものがあると思います。その点はどうなっているのでしょうか。

【事務局：介護給付係長】

介護保険制度には細かいルールが定められています。例えば、ある施設に入れるのは要介護 1 以上の方に限られる、介護ベッドを借りられるのは一定の条件を満たした場合に限られる、そういったものです。

【下田職務代理者】

例えば要介護 1 の人が要介護 3 のサービスを受けたいというのは不可能になるわけですね。

【関田部会長】

要介護認定は点数制のような仕組みになっていて、要介護 1 の人はこの点数まで使える、という上限があります。それを超えて利用する場合は全額自己負担になります。そのため上限は決まっていますし、使えば使うほど自己負担も増えます。実際には本人の希望や生活の仕方に合わせてケアマネジャーと相談してプランを組み合わせていくことになります。人によって違いはありますが、制度上は上限がしっかりと決まっていて、お金を払えばそれ以上も使えるという仕組みになっています。

それでは今の質問はこの辺りで終えて、続けて地域包括支援センターの御説明をお願いします。

【事務局：高齢介護課副課長（地域包括支援係長事務取扱）】

それでは引き続き、地域包括支援センターについて私から御説明します。スライドを御覧ください。まず、地域包括支援センターの現状と課題についてです。先日の推進委員会でも御報告しましたが、業務量が多く、多忙であるという認識を皆様お持ちだと思います。では、なぜそのような状況になっているのか、改善するにはどうすればいいのか。それをこの部会で検討していくにあたり、地域包括支援センターがどのような役割を持ち、どのような業務を行っているのかを改めて御説明します。

まずはセンターの役割と業務についての動画を御覧ください。

（動画の視聴）

【事務局：高齢介護課副課長（地域包括支援係長事務取扱）】

動画に続いてスライドで補足します。地域包括支援センターの業務は大きく 4 つです。総合相談、介護予防ケアマネジメント、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメントです。

まず総合相談です。高齢者や家族は、食事、病気や怪我、お金、一人暮らしの不安など様々な悩みを抱えています。どこに相談したらいいかわからない時に、地域包括支援センターが窓口となり、話を聞き、必要に応じて適切な機関につなげます。

第1回地域包括ケア推進部会 議事録

次に介護予防ケアマネジメントです。要支援の認定を受けた方などが、自立した生活を送れるよう、ケアプランを作成し、関係者と調整しながらサービスを利用していただきます。その後も訪問して状況に応じてサービスを調整していきます。

3つ目は権利擁護です。高齢になると体や判断力が弱まり、騙されたり嫌なことをされたりしても言えなくなることがあります。そうしたことから守り、自分らしく安心して暮らせるようにする取り組みです。

4つ目は包括的・継続的ケアマネジメントです。高齢になって生活が困難になる場面で、介護や医療を地域の力でつなぎ、安心して暮らせるよう支えるものです。短期で終わるのではなく、継続して見守り、地域の連携体制を支える役割です。

地域包括ケアシステムの構築において、地域包括支援センターは中核機関です。今後、介護人材不足がさらに進む中で、地域全体で支える仕組みを作ることが急務です。

次に現状の課題についてです。中央に大きな水槽をイメージしてください。そこに溜まった水が人員や時間などのエネルギーを表しています。水槽から4つの蛇口が伸び、それぞれ総合相談、介護予防、権利擁護、包括的ケアマネジメントに水が流れています。現在は総合相談と介護予防に多くの水が注がれ、力を入れるべき地域づくりに十分な水が注げていません。さらに水槽そのものの水が減ってきており、人材不足が深刻化しています。こうした偏りを是正し、4つの役割にバランスよく力を注げるよう、制度改正や人員基準の見直し、財政支援などが必要です。以上が地域包括支援センターの現状と課題です。

【関田部会長】

ただいまの内容について御質問や御意見はございますか。

【露木委員】

1点伺います。総合相談は地域包括支援センターが担っていますが、他にも相談を受ける機関がありますよね。そうした機関との連携は現実的にできているのでしょうか。

【事務局：高齢介護課副課長(地域包括支援係長事務取扱)】

例えば社会福祉協議会などがあります。相談内容に応じて連携を行っています。

【露木委員】

弁護士など専門職を市から派遣するような仕組みはあるのでしょうか。

【事務局：高齢介護課副課長(地域包括支援係長事務取扱)】

多職種連携の中で、顔の見える関係を築くためにワークショップや地域ケア会議に参加してもらっています。その結果、弁護士や行政書士にもすぐに相談できる関係を作っています。

【関田部会長】

総合相談の内容は幅広いという理解でいいですか。

第1回地域包括ケア推進部会 議事録

【事務局：高齢介護課副課長(地域包括支援係長事務取扱)】

消費者被害から、体調や家族の問題まで幅広い相談を受けています。

【関田部会長】

地域の方にとっては「困ったら地域包括支援センターに行けば何とかなる」というイメージですね。

【事務局：高齢介護課副課長(地域包括支援係長事務取扱)】

そう思っていますし、周知にも努めています。

【関田部会長】

私は地域包括支援センターを受託している法人の人間です。介護保険が始まってから、事業者と利用者が契約する点と点の関係になり、地域全体を見守る役割が途切れてしまったと感じています。その穴を埋めるために包括支援センターが始まりました。ただ、要支援者のケアプラン作成は件数が青天井で、増えれば増えるほど業務が膨らみ、地域づくりの仕事が進まなくなってしまいます。仕組み的にも、予防プランを作る仕事は収入源として重要ですが、時間がかかり、件数も制限できない。利用が増えればどんどん膨らんでしまう。そこをうまくコントロールしないと、地域で暮らす仕組みづくりが進まなくなると思います。

【下田職務代理者】

困っている方と一番接点があるのは民生委員だと思います。市の職員の方には耳が痛いかもしれませんが、縦割り行政なので窓口が違うと「あちらへ行ってください」と言われることがありました。でも地域包括支援センターができてからは、まず全部受けてもらえます。そして手に負えないことは「この課に行きましょう」とつないでくれる。これは非常にいい仕組みだと思います。ただその分、相談が集中して今の人員でこなすのは大変だとも聞いています。

【宮本委員】

地域包括支援センターがこんなに多くのことを担っていると知らない人も多いのではないのでしょうか。もっと広く知らせる必要があると思います。

【瀬戸委員】

私も同じ意見です。ただ、「自分は大丈夫だから介護保険は使わない」と言う人もいます。そういう人には「できるなら自分でやってみて」と言います。例えば「うちは息子が土曜日に買い物してくれる」というお宅があると、親は頼むのを嫌がるかもしれませんが、「それでつながりができるんだから頼んでみたら」と勧めます。それができれば「よかったね」と声をかけます。息子さんに「何買ってもらったの」と聞いたりして、困ったときに頼めるき

第 1 回地域包括ケア推進部会 議事録

かけになる。それが自立につながると思います。私は長く民生委員をしているので顔が広く、相談も多く受けます。「相談するなら包括支援センターだよ」「悪いところがあったら相談してみれば助けてもらえるかもしれないよ」とも周りに伝えています。ただ、介護保険を使わないことにハードルを感じ、自分でできることを自分でやっている人もおり、それは一つの自立の姿であると思っています。地域で支え合うという形が大事だと思います。

【事務局：高齢介護課副課長(地域包括支援係長事務取扱)】

瀬戸委員の御指摘のとおりです。介護保険を使いたいという相談があっても、まずは家族の支援や地域のサロンなどを紹介し、介護保険を使わなくても地域資源で対応できる場合はそちらを案内しています。地域全体で支えることがこれからの方向性だと考えています。

【関田部会長】

ケアプランの中にも、家族に役割を記載する欄がありますね。では、この説明はここまでにして次に進みたいと思います。

【事務局：介護給付係長】

事務局から説明をさせていただきます。スライド番号で言いますと、18 ページの「介護予防・日常生活支援総合事業とは」の部分です。次の 19 ページに移りまして、「介護予防・日常生活支援総合事業とは」というところを御説明します。

ここまでの説明の中でも、市として感じている課題を共有させていただきましたが、それを考えていく上でポイントとなるのが、この「介護予防・日常生活支援総合事業」、通称「総合事業」です。これから小田原市がどのように取り組んでいくかの大きなポイントになると考えていますので、制度の御説明をいたします。

まず前提として、総合事業は介護保険制度の一部です。スライドから少し外れて補足しますと、地域の介護人材には限りがある一方で、介護保険の利用量はどんどん増え、費用も膨らんでいます。そうすると、考えられる方向性は大きく 2 つです。

1 つは介護保険で支えなければならない人をいかに少なくするかです。要介護認定者はこのままいくと 4400 人程度増える見込みですが、その人数を減らしていく、あるいは介護が必要になるとしてもその期間を短くする。介護予防という視点が重要になります。

もう 1 つは支える側を増やすことです。介護人材には限りがありますので、より多くの人が担い手となり、介護資格を持たなくてもできる日常生活支援などは、介護人材以外の力も活用していく。こうしたアプローチも考えられます。

この 2 つを踏まえて設けられたのが総合事業です。2015 年、ちょうど 10 年前の介護保険制度改正で創設されました。これまで全国一律で行われていた介護サービスの一部を、市町村が独自にアレンジできるようにした制度です。

具体的には、スライドの図の左側「予防給付」の部分です。ここには訪問介護、つまりヘルパーが自宅に来るサービスや、通所介護、いわゆるデイサービスがあります。これまでは要支援 1・2 の方も全国一律の基準で利用していました。

第1回地域包括ケア推進部会 議事録

それを右側の「地域支援事業・総合事業」に移行します。移行することで、これまでとおりの基準に基づいて既存の訪問介護事業所による身体介護や生活援助、通所介護事業所による機能訓練も行えます。その一方で、NPO や民間事業者による掃除・洗濯といった生活支援サービス、住民ボランティアによるゴミ出し、NPO や民間事業者によるミニデイサービス、コミュニティサロン、住民主体の運動や交流の場、リハビリや栄養・口腔ケアに関する教室なども介護保険財源を使って実施できるようになっています。

つまり、多様な担い手によって支援が可能になった制度です。必要な人には専門的なサービスを専門単価で提供し、それ以外の人には多様な担い手による低廉なサービスを提供する。そうした設計になっています。

このスライドは厚労省が作ったもので、国の考え方を示しています。右上には「サービスの充実」、右下には「費用の効率化」とあります。市町村のアレンジによってサービスの選択肢を増やせる一方、住民主体のサービスは単価を下げられるので費用を効率化できる。介護予防を組み合わせれば、要介護認定を受ける人を減らすことにもつながります。

次の20ページを御覧ください。従来の介護保険サービスは国の制度に基づき、基準や料金も全国一律でした。それに対して総合事業は、市町村が地域の実情に応じて基準や料金を設定し、多様な事業主体がサービスを提供できることが特徴です。

21ページは総合事業の全体像を示した図です。左側が「介護予防・生活支援サービス」、右側が「一般介護予防事業」です。左側の対象は要支援1・2の方、そして「事業対象者」です。事業対象者とは、基本チェックリストを受けて「一定のリスクがある」とされた方です。これは心身の機能低下を把握する質問票で、要介護認定を受けていなくても対象となる場合があります。サービスは訪問型サービス、通所型サービス、その他生活支援サービス（栄養改善のための配食や住民ボランティアによる見守りなど）があります。一番下には介護予防ケアマネジメントがあり、地域包括支援センターがケアプランを作成して調整します。

右側の「一般介護予防事業」は65歳以上のすべての方が対象です。認定の有無に関わらず誰でも利用できます。体操教室や介護予防教室などが想定されています。

22ページは左側の「介護予防・生活支援サービス」をさらに詳しく示したものです。訪問型サービスには、従来型の全国一律の訪問介護に加えて、市町村独自の緩和した基準によるサービスもあります。短期集中的な予防の取り組みや移動支援などです。小田原市では制度上5つの類型を設けていますが、②と③は人材不足でほとんど提供実績がありません。

通所型サービスについても制度上はすべて整備していますが、利用状況は偏っています。①の従来型サービスは多く利用されていますが、②は①の1割にも満たない提供量です。

23ページ、24ページでは詳細を説明しています。①の従来相当サービスは多く提供されていますが、それは専門職が担っており、人材不足の原因にもなっています。今後は②や③をどう充実させていくかがポイントになると考えています。

以上で説明を終わります。

【事務局：健康づくり課(介護予防推進係長事務取扱)】

引き続きまして、一般介護予防事業について説明させていただきます。健康づくり課の小

第1回地域包括ケア推進部会 議事録

宮山と申します。ここからは資料4の別冊1を御覧ください。

一般介護予防事業につきまして、皆様の御意見をいただき、第10期計画策定の参考にしていきたいと考えております。まず市としてどのような一般介護予防事業に取り組んでいるのか、そして現状の課題について御説明します。その後、皆様から率直な御意見をいただきたいと思います。

なお、資料の1ページを御覧ください。少し細かい説明になりますが順番に御覧ください。まず「介護予防把握事業」です。これは委託事業として実施しています。対象は、要支援・要介護認定を受けていない70歳の方と、前年度未回答だった71歳から74歳の方です。国が示す基本チェックリストを含む指定様式のアンケート調査を実施し、回答いただいた方には介護リスクの該当状況に応じたアドバイス表を送付しています。また、希望する地域包括支援センターには地区ごとの個別データを提供し、地域での相談事業等に活用していただいています。令和6年度の実績は4420件発送し、回答率は38.9パーセント、1718件の回答をいただきました。

次に「介護予防普及啓発事業」のうち「高齢者筋力トレーニング事業」です。これも委託事業です。会場はふれあいセンターいそしぎと小田原アリーナで、有酸素運動やストレッチマシンを用いた運動を実施しています。令和6年度までは民間プールを利用し、水中運動も実施していましたが、令和7年度からは一時休止しています。

地域型教室については、各地域で自主活動を継続しているグループに運動指導者を派遣し、体力測定や活動支援を行っています。開催回数は延べ736回、参加延べ人数は2万6850人でした。

次に「高齢者栄養改善事業」です。管理栄養士を講師として派遣し、講話と調理実習を組み合わせた教室を市内7会場で開催しました。令和6年度は7回開催、延べ145名が参加しました。コロナ禍では試食を中止していましたが、令和6年度からはその場で食べる形を再開し、好評を得ています。

その下は「認知症予防事業」です。こちらでも委託事業で、ウォーキングや有酸素運動、ゲームなど脳と体を刺激するプログラムを実施しました。保健師や栄養士による講話や相談も組み合わせ、市内7会場で開催、各会場12回コースを3開催し、延べ1578人の参加でした。

続いて「介護予防普及啓発事業」です。事業者や講師を派遣して介護予防に関するミニ講座を地域サロン等で開催しました。また、小田原総合福祉会館に「介護予防対策室」を設置し、地域の高齢者が自主的に介護予防に取り組める場を運営しました。ただし、この対策室は令和6年度をもって終了しました。令和6年度の参加者は延べ782人でした。

フレイル予防講座は年3回開催し、49人が参加しました。「お口のスキルアップ教室」は令和6年度は4回開催、59人が参加しました。令和7年度からは「口腔健康スキルアップ教室」という名称に変更予定です。講師は歯科医師会の先生や歯科衛生士に依頼し、講義と実習を実施しています。

次に「いきいきふれあいフェスティバル開催事業」です。ふれあいセンターいそしぎを会場に世代を超えた交流イベントを年1回開催しています。令和6年度の参加者は600人でした。

第 1 回地域包括ケア推進部会 議事録

また「高齢者体操教室開催事業」も委託事業です。ストレッチやリズム体操を市内 4 会場以上で年間を通じて開催し、介護予防の意識啓発、健康増進、仲間づくりを目的としています。令和 6 年度の参加延べ人数は 7557 人でした。

次に「地域介護予防活動支援事業」です。これらは介護保険特別会計ではなく、一般会計から支出しています。

まず「いきいき健康事業」です。各地区の社会福祉協議会が中心となり、介護予防教室や交流事業を実施しました。令和 6 年度は 26 地区で 918 回開催されました。

「地域介護予防活動支援事業」では、市職員を講師として派遣し、老人クラブなどを対象に介護予防講座を開催しました。予算・決算額はゼロ円です。

「ふれあい担い手発掘事業」は、自主団体に初期費用を助成して活動を支援するものですが、令和 6 年度は申請がなく実績はゼロでした。

「アクティブシニア応援ポイント事業」は高齢介護課が実施している事業ですが、参考までに紹介します。市内在住 60 歳以上の方がボランティア活動を行い、ポイントが付与される制度です。令和 6 年度の参加人数は 2003 人でした。

次に 3 ページ、「地域リハビリテーション活動支援事業」です。リハビリ団体に委託し、介護予防の取り組みを強化するため事業所や通いの場に派遣しました。研修会も実施しています。

最後に 4 ページ、介護予防事業の体系図です。高齢者の元気度に応じて市がどのような事業を展開しているかを示しています。元気な方には「介護予防把握事業」、移行期の方には「筋力向上トレーニング」や「栄養改善事業」、リスクがある方はアンケート結果に応じて事業に参加を促す、といった流れを図でお示ししています。

次に、5 ページを御覧ください。介護予防把握事業についてです。先ほど説明しましたように、70 歳の方を対象に体に関する調査をしてリスク判定を行っています。令和 6 年度にどのようなリスクが出たかをお示ししています。

全体としては、物忘れのリスクが 37.8%と最も高くなっており、次に心のリスクが 18.2%、口腔リスクが 16%という順番になっています。リスク別の出現率を性別・年齢階級別に見ますと、70 歳は物忘れリスクが男女とも 37%、71 から 74 歳では男性 40.8%、女性 39.7%で、男性が 1.1 ポイント高くなっています。

それぞれのリスクに対応する一般介護予防事業は、暮らしのリスクがある方には一般介護予防事業全般、運動リスクのある高齢者は高齢者筋力向上トレーニング事業、いわゆる「筋トレ教室」です。同じく高齢者体操教室も対象になります。栄養リスクのある方は高齢者栄養改善事業の栄養教室、口腔リスクのある方は「お口の健康スキルアップ教室」、外出リスクのある高齢者は一般介護予防事業全般、物忘れリスクのある方は認知症予防事業の脳トレ教室や「脳と体が元気になる教室」、心のリスクのある方も一般介護予防事業全般が対象です。このように市では、それぞれのリスクに応じた介護予防事業に取り組んできているということになります。

次に 6 ページを御覧ください。一般介護予防事業の課題について、現在所管担当者で考えている点を示しています。

第 1 回地域包括ケア推進部会 議事録

1 点目は参加者負担金の徴収についてです。現在、一般介護予防事業の参加者からは参加費をいただいていません。事業によっては保険料をその期間中にいただくことはありますが、参加者負担金という形ではありません。しかし市の「第 3 次小田原行政改革実行計画」で、高齢者筋力向上トレーニング事業や高齢者体操教室への参加者負担金の徴収が必要であると指摘され、検討を進めているところです。負担金を徴収すれば参加者が減る可能性や、徴収手続きによる事務負担の増加が懸念されています。

2 点目は参加者の偏りです。参加希望が多い教室がある一方で少ない教室もあります。参加者が固定化していることも見受けられます。特に高齢者筋力向上トレーニング事業や高齢者体操教室では新規参加者が少なく、毎回同じ方が申し込みをし、そこに少し新規が加わる程度です。他の講義型の教室でも同じ方が複数回参加していたり、体操教室に参加している方が別の教室にも参加していたりします。一方で、介護予防に関心が薄い高齢者はどの教室にも参加していない傾向があります。

参加希望が多い教室は高齢者筋力向上トレーニング事業と高齢者体操教室です。参加者が少ない教室は「お口の健康スキルアップ教室」、高齢者フレイル予防講座、ふれあい担い手発掘事業などです。担い手発掘事業については補助金申請がなく実績がゼロでした。

以上が市として考える課題です。

その上で事務局の考え方です。参加者負担金の徴収は、他市町の事例を参考に検討中です。徴収する場合は 1 期（3～4 か月）につき 1000 円から 1500 円程度を想定しています。徴収した費用は委託料に含め、受託事業者の収入とする方向です。ただし高齢者体操教室は市民団体への委託で、団体が徴収事務を担えないため、市職員による徴収が必要になる恐れがあります。

また、介護予防事業に参加していない市民への普及啓発や参加促進も課題です。参加者の意欲は高く効果も上がっていますが、参加者が教室に依存してしまう傾向があります。地域で担い手となり普及啓発できる高齢者を育成しようと、新たに「フレイル予防」を切り口にした事業を検討しています。フレイルに陥りそうな高齢者を発見し、研修を受けたサポーターが地域に入って支援するような仕組みをつくれなかと考えています。ただし予算を増やすことは難しいと考えられることから、新規事業を導入する場合は既存事業の廃止や見直しをする必要があります。

次に 7 ページを御覧ください。介護予防把握事業で抽出されたリスクのある方へのアプローチを充実させる必要があります。現在、運動リスクのある方は筋力向上トレーニング事業に優先的に参加していただいています。口腔リスクのある方には「お口の健康スキルアップ教室」の開催案内を個別に送付しています。今後は栄養リスクなど他のリスクのある方にも個別案内を送り、各教室への参加を促していきたいと考えています。

その他の一般介護予防事業については基本的に継続しますが、見直しや廃止となる事業もあるかもしれません。目標値や効果指標についても検討が必要です。

以上で一般介護予防事業の説明を終わります。特に参加者負担金の徴収や事業内容について、皆様の率直な御意見をいただき、それを基に今後の検討を進めていきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

第 1 回地域包括ケア推進部会 議事録

【関田部会長】

ありがとうございました。では、介護予防・日常生活支援総合事業について御説明をいただきましたので、ここで御質問や御意見をいただければと思います。最後に事務局から一般介護予防事業の負担金についての話も出ましたので、その点も含めて御意見ををお願いします。

【下田職務代理者】

いつも筋力向上トレーニング事業に参加させていただいてありがとうございます。3 か月で1 クールなのですが、残念ながら、2 回に1 回くらい落選してしまいます。費用対効果というのはなかなか算出が難しいと思いますが、フレイル予防のために、希望者が多いのであれば、もう少し枠を増やしていただけたらと思います。私も月曜日と水曜日にアリーナの方に通っていましたが、次のクールも参加できるか不安です。これは個人的なことですが。ただ、もう少しお金を払ってもやりたいという人は多いと思います。今は保険料 500 円ずつ、3 か月で 1500 円だけで済んでいますが、例えばそれに加えて 1000 円払ってでもやりたいという方は多いのではないのでしょうか。

【関田部会長】

総合事業については、市町村が独自に設計してよい制度です。利用者が増加する一方で担い手が不足することは明らかであり、要介護になる前にどれだけ予防できるかが重要です。

介護予防事業をどのように進めるか、複雑で大きな判断が必要だと思います。特に人気のある教室には重点的に人とお金を回していく必要があるのではないのでしょうか。認知症やフレイルの予防にもつながりますし、とても重要なことだと思います。

【露木委員】

介護予防事業は全国どこでも実施されていますが、参加者は全体から見ればごく一部だと思います。その効果については疑問もあります。むしろ「自宅でできること」を啓発する方が効果は上がるのではないのでしょうか。参加者は意識の高い人たちで、教室に参加するだけでなく日常的にも運動していると思います。そうではなく、普段運動しない人、遠くて会場に行けない人が大半です。そうした人たちにどうやって運動してもらうか、自分でケアしてもらうかを考える必要があります。有料化についても、1 人 1000 円取って全体でいくらになるのか。そのために参加者が減るのであれば逆効果です。幅広い人が取り組めるようなプログラムを考え、地域で普及していくことが必要だと思います。

【下田職務代理者】

ラジオ体操の話をしてします。ラジオ体操は全身のストレッチです。私の地区である桜井では、尊徳記念館前で毎週土曜日に実施していて、子どもから高齢者まで 30 から 40 人が参加しています。ラジカセさえあればできるので、もっと広めていくのが良いと思います。地域によっては既に盛んにやっているところもありますが、こうした取組を共生して、具体的に体を動かす場を広げていくことが重要だと思います。

第1回地域包括ケア推進部会 議事録

【露木委員】

19 ページの説明について、真ん中の黄色い枠の「多様な担い手による多様なサービス」について伺います。今、社会福祉協議会を通じて地域で「お困りごとお手伝いグループ」を作る動きがあります。実際に活動しているところもありますが、内容も様々で、ゴミ出しだけをやっているところもあれば幅広く取り組んでいるところもあります。有料のところもあり、金額もばらばらです。こうした地域のグループができた場合、市から介護保険料の中の経費として支援できるのかどうかを伺います。

【事務局：地域包括支援係員】

しもふなかな圏域で社会福祉協議会が中心となって考えられている取り組みのことだと思います。現状では「生活応援隊」と呼ばれる事業として、介護保険と組み合わせて動いているところはありません。ただ運用次第では可能だと思います。ただし、介護保険制度の中で行うためには要支援1・2やチェックリスト該当者と紐づける必要があります。必ずしも誰でも対象になるわけではありませんので、その点の整理は必要です。現在も、市社会福祉協議会から生活応援隊などのサービスについて市の事業と連動できないかという相談を受けています。

【露木委員】

ありがとうございます。お金がネックになることはあまりないと思います。動けるところは動けると思います。

【関田部会長】

負担金については2つの考え方があると思います。無料でやるのはおかしいという市民感覚を重視するのか、参加者が減るのを避けるために取らない方がよいとするのか。負担の在り方の原則論としての議論だと思います。

【事務局：健康づくり課副課長(介護予防推進係長事務取扱)】

本日いただいた御意見を踏まえて市で検討します。最終的には推進委員会に諮り、御判断いただきます。次回の部会では「もし取るならこの形で、こういう理由で取る」という案をお示しできるように準備します。

【露木委員】

私の個人的な意見ですが、お金を取ることによって事業回数を増やせるのであれば意味があると思います。しかし「事業が続けられないからお金を取る」という考え方では先細りになると思います。当面の検討をよろしくお願いします。

【関田部会長】

第1回地域包括ケア推進部会 議事録

それではこの議論はいったんここまでとし、次の議題「検討テーマ」について事務局から説明をお願いします。

【事務局：高齢介護課副課長(地域包括支援係長事務取扱)】

それでは、私から検討テーマについて御説明します。スライド 27 ページを御覧ください。まず、これまでの総合事業、要支援1・2と判定された方へのサービス提供についてです。市はこれまで、介護予防に関するサービスを「用意する」という考え方で整えてきました。つまり、市民やケアマネジャーが自由に選べるように、たくさんの選択肢を並べてきました。しかし、実際には「やっぱり専門職に見てもらいたい」という希望が強く、結果として多くの方が専門職によるサービスを選んでいきます。そのため、地域のボランティアや住民同士の活動といった専門職以外のサービスを利用する人が少なく、せっかく作ったサービスが続けられなかったり、担い手が育たなかったりという問題が出てきています。

また、専門職のサービスに希望が集中することで、地域包括支援センターの職員が予防プランの作成に多くの時間を割かざるを得ず、本来大切にすべき総合相談や地域活動の支援に十分力を注げないという負担も生じています。

次にスライド 28 ページを御覧ください。こうした現状を踏まえ、これからは「器を用意する」考え方から「流れを作る」という考え方に変えていきたいと考えています。

具体的には、介護申請があったときには「本当に介護サービスが必要なのか」をしっかりと確認します。地域のサロンや健康教室で解決できる課題であれば、まずはそちらに参加してもらう流れを作ります。また、要支援1・2と認定された方については、まず3か月間生活改善や体力づくりに取り組んでももらう仕組みを考えています。その期間には専門職が評価を行い、改善が見込める方は介護サービスから卒業できるようにします。

一方で、どうしても支援が必要な場合は、原則として地域の支援につなぎます。ただし進行性の病気など専門職の力が不可欠な方については、例外的に専門職のサービスにつなぎます。こうした流れを作ることで、限られた専門職の力を本当に必要な方に集中させることを目指します。

この仕組みを支えるためには、地域のサロンや生活支援の活動が欠かせません。しかし現状では担い手不足や継続性の問題を抱えています。そのため行政としては、活動に必要なお金や仕組みを整え、地域の支え合いの基盤を強化していく必要があります。

スライド 29、30 ページには、この姿を実現するために必要な取り組みと、現状の介護予防を推進している主体との関係を記載していますが、詳細な説明は割愛します。

次にスライド 31 ページを御覧ください。ここで「介護現場のあり方検討会」で出された意見を御紹介します。専門職部会の委員からは「要支援1・2の方は地域や自助で支える方向に変えなければ、重度の人まで専門職が支えきれなくなる」「軽度者を切り捨てるのではなく、重度になったときに専門職が支えられる未来を守ることが大事」という提言をいただいています。

そのため対象者は外に出て交流や運動の機会を持ち、介護予防を実施する。訪問サービスは地域のサービスで対応、通所サービスも原則地域で対応するといった意見が出されています。

第1回地域包括ケア推進部会 議事録

す。

スライド32、33ページには要支援1・2の具体的なイメージを示していますが、ここでは割愛します。

最後にスライド34ページを御覧ください。本日皆さんに御意見をいただきたい点は2つです。

1つ目は、「器から流れへ」と仕組みを変えていくことについてです。これまでは自由にサービスを選べましたが、今後は行政が一定の順番を示す形になります。市民にとっては選択の自由が制限される面もありますが、この変化をどう受け止めるのか、不安を減らすためにどんな説明や工夫が必要か、御意見をいただきたいと思います。

2つ目は、地域の支え合いについてです。要支援1・2の方を地域で支えていくためには、どんな支援や仕組みがあれば取り組みやすいのか、また始めたときにどんな課題が出てくるのか、率直な御意見ををお願いします。

以上が事務局からの説明です。

【関田部会長】

介護予防のあり方について事務局から説明がありました。これまでは利用者やケアマネジャーが自由に選べるのが特徴でしたが、今後は予防効果を踏まえて一定の流れや仕組みを作る必要があると考えます。そうすると今まで自由に選んでいたものが一部選べなくなり、市民には制約が出てくるでしょう。そうした変化を求めるのであれば、住民の不安を減らす説明の仕方や工夫が必要になると思います。

本日欠席の山崎委員から事前に御意見をいただいていますので紹介します。

【事務局：高齢介護課副課長(地域包括支援係長事務取扱)】

山崎委員からの御意見です。資料5を御覧ください。

1つ目は、2040年を見据えた介護予防のあり方についてです。専門職の人材不足が見込まれる中、すべての介護者に専門職が対応するのは難しいため、専門職以外の人材による支援の仕組みが必要である。申請時のフィルターを誰が担うかが重要で、保健師や主任介護支援専門員など知識と経験のある専門職が想定される。退職した専門職の活用など人材の掘り起こしも必要である。また、利用者自身の自立意識や啓発も必要である。以上の御意見をいただいています。

【関田部会長】

では今の説明と山崎委員の御意見を踏まえて、皆さんの御意見をいただければと思います。

【露木委員】

専門職とそうでない人のアドバイスは大きく違うものなのか。その後の介護に大きな変化が出るのかどうか、その点が気になります。

第1回地域包括ケア推進部会 議事録

【事務局：地域包括支援係員】

大きな介護度の変化が出るかどうかは統計がないので明確には言えません。ただし、専門職でなければできないことがあります。例えば体に触れるような介助、入浴介助などは専門職でないと難しい。制度上も許されていません。一方で、日常生活の支援や一部の活動は必ずしも専門職でなくても対応可能です。

【露木委員】

なるほど。入浴などは専門職でないと難しいことがわかりました。ただ、専門職でなくてもできる部分をあえて専門職に頼みたい人もいるのでは。その理由はどういうところにあるのでしょうか。

【事務局：高齢介護課副課長(地域包括支援係長事務取扱)】

統計はありませんが、専門職の資格を持つ人に対応してもらった方が安心だという意識があるのだと思います。

【事務局：地域包括支援係員】

補足します。介護現場のあり方検討会でも、認知症への対応は専門職ならではの視点があるという意見が出ています。

【露木委員】

そうすると「専門職に頼みたい」という気持ちがある人が一定数いるということですね。今の問題は、専門職でなくてもできることをどう地域や一般の担い手に流すか。その考え方は当然で良い方法だと思います。あとは、介護を受ける人にどう理解して納得してもらうか。これは啓発しかないと思います。介護の逼迫状況を理解してもらい、その中で自分もできることを考えてもらう流れが必要です。

【宮本委員】

掃除や料理といった手伝いは専門職でなくても十分できます。問題は、そういう担い手をどう募集するかだと思います。私もやってもいいと思いますが、80歳を過ぎたら難しい。担い手を集めるのは大変です。

【事務局：高齢介護課副課長(地域包括支援係長事務取扱)】

御指摘のとおりです。受け皿となる担い手の育成は重要です。今事務局として具体的なアイデアはまだ出ていませんが、検討が必要です。

【下田職務代理者】

うちの地区の話で恐縮ですが、毎月サロンをやっています。ただ、14地区ある中で年2回しかできない所もあれば、全くできていない所もあります。参加できない人をどう支援する

第1回地域包括ケア推進部会 議事録

かは難しい問題です。今のサロンもボランティアに頼っていて、行政の仕組みがなければ続きません。全国的な課題だと思います。他市の取り組みを参考にして、うまく仕組みを作っていただきたいです。

【関田部会長】

ありがとうございます。まさにこれから皆さんに考えていただきたいのは「器から流れへ」の変化をどう受け止めるかという点です。利用制限という言葉は強いですが、利用の流れをある程度決める仕組みが必要です。介護現場の逼迫状況を踏まえれば、地域包括ケア推進部会としては、妥当な考え方ではないかということによろしいでしょうか。

【瀬戸委員】

答えになるかわかりませんが、サロンに積極的に出てくるのはほんの一部です。出てこない人をどうやって巻き込むかは、地域の声かけが基本だと思います。知っている人に誘われれば出てきますが、広報紙を見ても理解できない人もいます。声かけこそが流れを作る鍵だと思います。

【露木委員】

確かに高齢者が一人で参加するのはハードルが高い。例えば「親子で参加する事業」を作るのでしょうか。子どもが親を連れてきて、親の状況も理解する。そんな形も面白いかもしれません。

【関田部会長】

ありがとうございます。市民への説明の仕方についても工夫が必要ですね。他市のパンフレットでは「サービス一覧」ではなく「困りごとや希望」から逆引きする形式がありました。利用者目線の工夫と合わせて「行政は選択肢を用意している」ということを伝えることが大切だと思います。

では、お時間も限られておりますので、次のテーマに移ります。「地域との支え合いを生かすために必要な支援」について御意見をいただきたいと思います。

【事務局：高齢介護課副課長(地域包括支援係長事務取扱)】

それでは山崎委員からの御意見をご紹介します。資料5を御覧ください。

支援が必要な方の中には、地域で支援を受けることで自分の健康状態を知られることに抵抗を感じ、サロン参加をためらう方もいる。そのため地域サロンとは別に、一線を退いた介護支援専門員など有資格者が行う支援の仕組みを開発する余地がある。

また通所サービスでは場所の確保も課題であるため、支援が必要な人の自宅をサロンの場として設定し、参加者が輪番で通所し掃除や会場準備を行う仕組みも考えられる。

地域資源の掘り起こしについては、高齢者支援という切り口だけでなく、料理教室や子ども食堂などにアプローチすることも重要である。

第 1 回地域包括ケア推進部会 議事録

以上の御意見です。

【関田部会長】

では、今の山崎委員の御意見も踏まえ、皆さんから御意見をお願いします。

【露木委員】

実情を申し上げますと、要支援 1 の方を地域で見るとというのは理想的だと思います。しかし現場では難しい。例えば私の自治会が高齢化率が 35%を超えています。役員も高齢で、敬老会は祝われるはずの人が運営している状況です。70 歳までは働く人が多く、退職すると動けなくなる。若い世代も時間に余裕がなく、民生委員もなり手がいない。自治会役員を探すのも苦労している中で、ボランティアを担ってくれる人をどう確保するかが大きな課題です。

やる気のある人はいますが数が足りない。地域で核となる人をどう見つけて動いてもらうかが重要だと思います。助けたいという気持ちを持った人から始まり、少しずつ参加者が増えて育っていくのが理想です。うまく成長していけば良い方向に進むと思います。

【瀬戸委員】

助け合いについてですが、地域の人には「病氣した」とか「離婚した」とか色々話してくれます。ただ民生委員には守秘義務があり、「痩せたみたいね」と聞かれても病氣のことは言えません。民生委員は包括から連絡が来れば対応しますが、自分からは話せない。ここが一番のネックだと思います。困っていても「隣で支えて」と言えない。心を開ける関係づくりが必要だと思います。ただ、民生委員のなり手もなく高齢者が担っているのが現状で、根本的な課題だと思います。

【関田部会長】

ありがとうございます。地域の支え合いで、要支援 1、2 の人を事業所を使わずにどう支えるかという問題に直面しています。75 歳でも元気な方もいれば、85 歳でも活発な方もいる。その中で「これは地域でできる」という内容をはっきり示す必要があると思います。例えば体操の指導者なら、専門職のバックアップを受けた住民が担うなど、安心できる仕組みをつくる必要があります。その流れを市民に協力してもらいながら変えていくことが大事だと思います。

【関田部会長】

ありがとうございます。それでは本日の議事は全て終了します。これで閉会といたします。