

【事務局（高橋）】

大変お待たせいたしました。

それでは、定刻となりましたので、ただいまから第4回桑名市地域包括ケアシステム推進協議会を開催いたします。

本日、皆様方には大変お忙しい中、お集まりいただきましてまことにありがとうございます。

本日、司会を務めさせていただきます桑名市介護・高齢福祉課、高橋でございます。よろしくお願ひします。

本日、皆さんにお断りをさせていただきますが、公明新聞さんが取材にお見えになっております。全体の写真を撮影する旨の申し入れがありましたので、委員の皆様方にはご了承いただきますようよろしくお願ひします。

本日、山中委員におかれましては、所用のため欠席のご連絡をいただいております。

本日の会議につきましては、お手元にお配りしております第4回桑名市地域包括ケアシステム推進協議会次第に従いまして進めさせていただきます。座って失礼します。

さて、議事に先立ちまして、本会議は、桑名市地域包括ケアシステム推進協議会条例第6条第2項に協議会は委員及び議事に関係ある臨時委員の過半数が出席しなければ会議を開くことができないとなっております。本日は委員26名中25名の方にご出席いただいております、過半数に達しておりますので、会議は成立しておりますことをご報告いたします。

それでは、議事の進行につきましては、桑名市地域包括ケアシステム推進協議会条例第6条第1項の規定により、議長は豊田会長にお願ひいたします。

【豊田会長】

それでは、早速ですけれども、議事を進めさせていただくことにいたします。

それでは、会議次第の2の（1）桑名市保健福祉部の組織再編について、事務局より説明をお願いします。

【事務局（田中副市長）】

皆さん、こんにちは。今日はありがとうございます。

組織再編の前に、委員名簿をごらんいただきたいと思います。今回、この26年4月から長谷川委員のところの複合型サービス、これは県内で初めてということになります。それから、白井委員のところの定期巡回・随時対応型訪問介護看護、これも市内で初めてということになります。これがスタートをいたしました。小規模多機能型居宅介護とあわせて、いわば施設機能を地域に展開する非常に新しい重要なサービスであるというものが出そろったということで、この26年4月は桑名にとっての介護サービスの提供体制の整備という意味では非常に画期的な時期を迎えたということが言えると思います。

この4月からは、長谷川委員、白井委員にはこうした地域密着型サービス事業者の代表としてもご発言をいただきたいというふうに考えております。この機会に合わせまして、佐藤剛一委員には老人保健施設としての立場だけでなく、病院の立場からもご意見をいただきたいというふうに思います。それから、福本委員につきましては、介護支援専門員協会桑名支部支部長ということも併記をさせていただきました。それから、高橋委員には、日常生活支援との関係で地域福祉計画推進市民会議の会長という立場でご発言をいただきたいということで委員名簿を改正いたしましたので、よろしくお願ひ申し上げます。

続きまして、資料1—1の保健福祉部の組織再編につきましてご説明を申し上げます。

後ろに画面が、会長、済みません、後ろに出しておりますので、お願ひをしたいと思います。

ご説明をいたします。今回、特に今まで医療については理事が担当すると、それから、介護については部長が担当するというので、特にこの地域包括ケアシステムの関係では医療介護連携というのが非常に重要になるわけですけれども、そこがなかなか難しかったということで、今回、理事の所掌事務を変更いたしまして、保健医療・介護連携総括担当という理事を配置しております。これまでの健康づく

り、地域医療に加えまして、介護・高齢福祉も担当してもらうということで見直しをしました。

そうはいつても、さらに日常生活支援といった部分を考えますと、実は部長の所掌事務と理事の所掌事務、またがる場合がございます。地域包括ケアシステムの中核となる在宅医療という部分を所掌する地域医療対策課長に次長を兼務していただきまして、この地域医療対策課のほか、介護・高齢福祉課、健康づくり課、それから、福祉総務課といったところにまたがる仕事について統括をしていただくということで見直しをしております。

3番目でございますけれども、健康づくり課のこれまで健康増進施設準備室となっていたものをより所掌を広く、健康づくり企画室ということで見直しをしました。

それから、④でございますけれども、地域包括支援センターというのは、保健師、それから、社会福祉士、それから、主任介護支援専門員という3職種で構成をされます。この中央地域包括支援センターの中でこの3職種の連携をきちんととることがございまして、いわばシニアの保健師を補佐として配置するというによりまして、保健師と社会福祉士、主任介護支援専門員がいわばラインとして仕事をできるようにするというで見直しをしております。

それから、⑤、⑥は相関連しているわけですが、機能として類似をする健康増進事業、それから、介護予防事業について、例えば典型的にはそれぞれ料理教室があるんですが、実際には似ているわけです。そういったものを一体的に展開すると。さらに、地域包括支援センターにはいない理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士といった方々の職員の知見を活用するというで、お互いに兼務をさせるという形をとりました。

それから、日常生活支援という部分で地域福祉というのが非常に重要だということで、福祉総務課の中に地域福祉係というものを置くという見直しをしております。

そのほか、27年4月に施行させる生活困窮者自立支援法というものを見据えまして、福祉総務課の中に生活支援室というものを設置したというところでございます。

これに伴いまして、紙だけですけれども、資料1—2というところで事務局の名簿も見直しましたので、あわせてご報告をいたします。

よろしく願い申し上げます。

【豊田会長】

田中副市長からいつものように元気なご説明がございました。

皆さん、何かご質問がございましたら挙手でお願いいたします。いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

非常に何と申しますか、かなりの組織改編をされましたので、ぜひともパワーアップされるということをご期待しております。

そのほか、よろしいでしょうか。

それでは、次の議事に参ります。

(2)の第1から3回における論点の整理ということでございます。事務局から説明をお願いします。

【事務局（黒田）】

事務局、黒田でございます。

桑名市地域包括ケアシステム推進協議会が1月からスタートしまして、本日で第4回を迎えることとなります。この間に、桑名市におけます地域包括ケアシステムを構築するに至った背景や意義、さまざまな分野におけます取り組み、地域包括ケアシステムを構築する上で現時点で想定される論点などについて事務局からご説明をさせていただき、委員の皆様からご意見をいただいたところでございます。本日は、現時点で想定される論点とその論点に対する委員の皆様からいただきました主なご意見を報告させていただきます。

それでは、本日配付させていただいております資料2、第1回から第3回における論点の整理をごらんください。

初めに、1ページでございます。

1、在宅介護と連携した在宅医療の普及では、東委員、高橋委員から、在宅医療連携拠点は必要であるのご意見をいただいております。また、東委員のほうからは、その拠点は医師会が行うのが一番合っているのご意見もいただき、さらにその連携拠点には病院の今の状況、立場、後方支援ベッドの状況、介護情報といったかなりいろんな情報がリアルタイムで集まっていないといけないといったご意見をいただいております。

次に、(1) 医科訪問診療、歯科訪問診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等では、佐藤委員のほうから、介護老人保健施設から在宅復帰を進めていくと実情は家族でもとてつもない拒否が待ち受けていること、また、自宅での介護に対して家族の不安や拒絶感が随分大きいこと、無理して在宅復帰をさせると現実にはほかの施設に変わっていくことが多いのご説明もございました。それを解決させるためには、その具体案として、地域ごとに医療機関のグループ、介護関係のグループができると在宅復帰は増えるのではないかというお考えもいただいております。

久保委員のほうからは、在宅での服薬指導、薬剤管理等を考えておられるのですが、医師会と薬剤師会の間で処方せんによる指示書の協議ができていないとお話もございました。

星野委員のほうから、訪問歯科診療は治療機器の準備も大変なため、行う医師も限られています。訪問歯科診療の必要性は十分感じており、事前に口腔内の状況写真を見ていただき、情報の共有ができれば対応する歯科医師は増えてくるであろうのご意見をいただいております。

続きまして、次の2ページでございます。

(3) 病院と在宅支援診療所等との連携では、豊田委員長のほうから、急性期病院と地域の医療機関、福祉、介護システムとの連携強化が非常に重要で、開業医、在宅介護などの多職種が連携をとって強固なネットワークをつくり、地域包括ケアをやっていくのが一番大きなポイントであるというご意見をいただいております。

次に、②在宅復帰を支援する退院調整の充実では、東委員のほうから、急性期病院は退院調整を適切に行っていく必要があるのご意見をいただいております。また、柳川委員のほうからも同様に、入院を扱っている病院は適切な退院調整に向けて力を出していかないといけないのご意見をいただいております。そのためには病院で働いていただいております看護師が訪問看護師に同行訪問し、在宅の状況を知ることが必要であるというご意見もいただいております。

次に、3ページでございます。

①主治医とケアマネジャーの連絡票でございますけど、高橋委員のほうから、現在の紙ベースでは意思疎通が不十分なところがあるというご意見をいただいております。

次に、②三重医療安心ネットワークでは、竹田委員から、三重県全体で今行っている医療連携システムで、急性期病院から中規模、あるいは慢性期の病院、さらに介護施設、在宅医療センターなど、さまざまな事業所が連携して、医療から介護まで、患者さんのスムーズな移動を可能にし、急性期医療から在宅介護までの移動をスムーズにしようとする構想がスタートをしているというご説明をいただいております。

続きまして、2、認知症施策の推進の(1) 認知症ケアパスでは、竹田委員から、三重大学附属病院に認知症センターがございます。専任の医師がおみえになりますので、週に1度、医療センターのほうへ来ていただき、認知症専門外来を行えば、専門家による治療を受けられるということからメリットが大きいというお考えも伺っております。また、それを受けまして、東委員からは、週に1度、総合医療センターのほうに専門医が来ていただきさえすれば、医師たちもサポートしやすいというご意見もいただいております。

次に、(2) 認知症初期集中支援チーム及び認知症地域支援推進員では、事務局から、ケアマネジャー自身も相談業務を受けるに当たり、スキルを磨かないと早期発見は難しいことを話しております。

続きまして、4ページ、3の在宅生活の限界点を高める介護サービスの普及の(1) ケアマネジメントでは、福本委員のほうから、利用者の思いを伺うだけで終わらず、地域でできることを考えたプランニングが課題とご意見をいただいております。

片岡委員から、訪問系サービスでは空白の時間があり、家族としてそのリスクを理解してもらった上で、その人らしい生活を送る必要があるとご意見をいただきました。

西村委員のほうからは、在宅介護で課題は地域での受け入れと考えているとご意見をいただいております。

また、長谷川委員からは、ほかの職種と意識のずれがよくあり、単一サービスでの限界を感じている。それについては多職種協働での連携の構築に期待するとご意見をいただいております。

また、福本委員のほうから、地域の人たちがサービス一つ一つをしっかりと理解していただき、どううまく利用していただけるかを啓発していく必要があるというご意見もいただいております。

片岡委員からは、24時間切れ目なく誰かいなければ介護ができないという考え方をもう少し柔軟に考えていただけることができれば、もう少し先が見えてくるのではないかとご意見をいただいております。

次に、(2)介護老人保健施設を活用した多職種協働によるアセスメントでは、佐藤委員のほうから、在宅復帰、在宅支援を使命としている老健が抱える課題では、家族の意識であり、家族の精神的なケアまでも地域包括ケアシステムでカバーできるか不安を覚えるにご意見をいただき、それを解決するには、先ほども言いましたように、地域ごとの医療や介護グループをつくることで在宅介護の期待ができるとご意見をいただいております。

次に、(3)定時巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護及び複合型サービスでは、佐藤委員のほうから、小規模多機能型居宅介護は入院から在宅への中間施設として考えておられ、みとりまでも可能ではないかとご意見をいただいております。

続きまして、4、介護予防・日常生活支援の充実に資する地域づくりの推進の(1)専門職では、近海臨時委員のほうから、在宅を支える歯科衛生士の人材不足があるとご意見をいただいております。そして、坂口委員からは、理学療法士が地域に貢献したいのだが、ルートがないというご意見をいただきました。古川委員からは、栄養士会への入会人数が少なく、人材育成が組織化されていないのが現状であるというご説明をいただいております。

次に、(2)小規模多機能型居宅介護事業所等を活用した地域交流では、西村委員から、地域交流スペースボランティア活動にカフェは血圧計を設置するなどして、地域住民との交流を少しずつ進めているというお話もいただいております。また、佐藤委員からは、まだまだ活用は進んでいないのが現状で、南部地域包括支援センターでは介護予防教室として利用していただいているというお話をいただいております。

次に、(4)地区社会福祉協議会、食生活改善推進員、健康推進員、シルバー人材センター、ボランティア、NPO、民間企業等では、地区社会協議会でサロン活動などの互助を展開していると説明を受けております。

続きまして、5、地域包括支援センターの機能強化では、最後のページになるんですけど、5の地域包括支援センターの機能強化では、高橋委員のほうから、中央包括支援センターで重要視されている業務もかなり増えてくるだろうということを想定しますとかなり負担になるので、地域の中でどう役割分担をしていくのかということを考える必要があるのではないかとご意見をいただいております。

以上が報告でございますけど、それぞれのお立場で在宅医療へ復帰させるためのご意見、お話をいただきました。このことにつきましては、この協議会で取りまとめをさせていただきます。第6期保健事業計画、第7期高齢者福祉計画に反映させることを考えております。なお、今回のこの1回から3回までの論点整理でございますけど、全てここに網羅したわけでもございません。第3回についてもまだ書き落としがございますけど、その点、ご容赦をよろしく申し上げます。

以上でございます。

【豊田会長】

ありがとうございました。

実にさまざまなご意見をいただいたわけですけど、論点を整理するといいいましても、かなりたくさん

の論点がございまして、まさに包括ケアを分解したということですね。これを見ただけでもわかるかなと思いますが、それでは、皆様方から何かこの論点の整理につきましてご意見をいただきましたらよろしくお願ひしたいと思ひます。ここがもうちょっと言い足りないんじゃないかと、ここはもうちょっとつけ加えてほしいとか、ございましたらよろしくお願ひしたいと思ひますが、いかがでしょうか。

【竹田副会長】

2番目の認知症の施策の推進という項目についてです。認知症ケアパスに関しまして部会の方で出た話ですが、桑名市総合医療センターへ認知症の専門の先生を置いて欲しいということ。私としましては何時でも三重大大学の神経内科の富本教授へ医師派遣を頼みに行けるのですが、まだ正式になっていないものから、そのままになっています。ただ富本先生にお願ひに上がるにしても、桑名市の認知症相談室の職員などが行って、「桑名市ではこういうプロジェクトをやっていますのでぜひ協力していただきたい」とお願ひした方が良くと思ひます。もちろん私も同伴致します。そうした方が、単に医師派遣を要請するよりは、教授の方も乗って来られると思ひます。そここのところは如何でしょうか。

【事務局（田中副市長）】

竹田先生と相談させていただいてしっかり対応したいと思ひますので、よろしくお願ひいたします。

【豊田会長】

ほかにご質問、ご意見、ございませぬでしょうか。よろしいでしょうか。

ありがとうございます。それでは、次に参りましょう。

(3)の基本的な方向性及び現時点で想定される論点、これにつきまして事務局からまたご説明をお願ひします。

【事務局（田中副市長）】

それでは、失礼いたします。

後ろに、画面にスライドを出しているんですが、会長、済みませぬ、よろしくお願ひいたします。

今日は、まず初めに、基本的な方向性ということで、これは繰り返しになりますけれども、まずは認識共有ということをお願ひしたいと思ひます。地域包括ケアシステム、ないし介護保険制度の基本理念というのは、高齢者の自立支援ということになります。これが十分認識をされていません。医療では当然、医療を受けて病気が治ればハッピーだということ、これはおそらく誰しもが思うと思うんですけども、介護もやはりサービスを利用することによって要介護状態とならなかつたり、ないし要介護状態が改善すると、そこが目指すべき姿だということをもまず認識する必要があると。1つは、ここに書いた介護予防に資するサービスの提供ということを目指していく必要があると思ひます。もう一つは、仮に要介護状態があるといつても、なぜ施設でなければ難しいのか、在宅で生活を継続する限界点を高めるためにはどうすればいいのかと、そういった視点でみんなが考えていく必要があるということ。今の介護保険法の中でもそういったこと、予防重視とか、それから、居宅が原則だということについては法で規定されているということでもあります。

それでは、今日の論点について問題提起をしたいと思ひます。今日はここに書いた3項目について議論をしたいと思ひます。

初めに、お断りを申し上げますけれども、私、これまで、今日でおおむね論点の提起を一巡いたします。どんなメンバーにどんな論点を提起するかというのは、私なりにかなり考えて整理をしてみました。今日はケアマネジメントとか、それから、介護サービスのあり方、地域包括支援センターのあり方ということでございませぬ。そういった意味では、直接医療サービスとか、それから、日常生活支援サービスのあり方を議論するものではありません。しかし、なぜ医療部会、日常生活支援部会の方にも出ているかという趣旨でございませぬけれども、これはやはりこういった部分についてはみんな認識を共有すると。例えば、お医者さんというのは患者さんと接します。お医者さんが言うことというのは、非常に患者に対して大きな影響を及ぼします。そのときに介護のことを紹介するときこういうことをしていただきたいということをもまず知っておいていただきたいということがあります。それから、日常生活支援部会に出ている方々にも、いわばサービスの利用者という立場から知って

いただくべきことというのがあると思います。先ほど、論点整理でも佐藤剛一先生のほうから家族の意識という話もありました。まさにこれを提供者の意識だけではできないと。やはり利用者の意識も変えていく必要があるということがございますので、そういった意味でこういったやや専門的な部分も入りますけれども、ここにいらっしゃる皆さんにぜひとも認識を共有していただきたいということでお話をさせていただきます。

まず、ケアマネジメントの充実ということで、地域ケア会議を通じたケアマネジメントということでございます。今後、市、地域包括支援センターにおいて地域ケア会議、これは案件ごとに地域の関係者を集めて事例を検討するものでございますけれども、ここで介護支援専門員とか、デイとかホームヘルプの事業者を呼んで、そこで介護サービス計画の内容、ケアプランの内容について、介護予防に資するように、あるいは在宅生活の限界点を高めるように必要な見直しを検討する手法というものを確立する必要があるのではないかとこのように考えております。これについては、後ほど、先日、2月22日のシンポジウムで東内さんに来ていただきましたけれども、和光市の事例を別途職員から説明させます。

地域ケア会議は今回の法改正の中でもきちんと法律上位置づけられて、ここにちょっと左に書いてありますが、高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援という仕事が位置づけられることとなります。これ、市町村なり、その委託を受けた地域包括支援センターがどうしてこんなことができるのかという疑問を抱かれる事業者もあると思います。これは決してこういうふうにいえば強権を発動するというつもりはないんですけれども、最終的には市町村というのは介護保険の保険者としてやはり被保険者を代表して物を言わなきゃいかんという立場でございます。市町村が一体どういうことを利用者や事業者に言えるのかということを整理したものでございますので、ご参照いただきたいというふうに思います。今でも、これは市町村、これを地域包括支援センターに委託するわけですが、今の条文でもこういったサービス、ケアプランの検証というものが上げられているということでございます。

このためには、まずこの地域ケア会議を開催するに先立ちまして、要介護認定の情報とか、それから、今年から始めたニーズ調査のデータ、これは記名式で個人について状態像がわかります。こういったものをもとに、個々の高齢者の状態像に関するアセスメントというものをやる必要がございます。地域包括支援センター、介護支援専門員等のご協力をいただく必要があるかなというふうに思います。

それから、この地域ケア会議を開催するに当たりましては、保健センターに配置された保健師、管理栄養士、理学療法士、歯科衛生士等のほか、必要に応じて医師会とか歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、理学療法士会、歯科衛生士会等、ご協力いただきたいというふうに思っています。つまり人を派遣してほしいということです。そのほか、総合医療センターとか、多職種が集まる介護老人保健施設であるとか、それから、市社協でも介護事業をやっております。そういったところのご協力もいただきたいなというふうに思っております。とりわけ、この地域ケア会議で済むものはいいですが、やはりじっくり見る必要があるといったものについては、多職種が集まる介護老人保健施設に、これはつまりずっといさせるんじゃなくて、アセスメントのために介護老人保健施設を利用するというのもあってもいいのかなというふうに思っております。

お手元の参考資料をごらんいただきたいと思います。

まず、参考資料1でございますが、これは以前にも出したことがある記事なんですけれども、参考資料1-1、下のページで5ページのところをごらんいただきたいと思います。

5ページの下のところですが、最後の行からお話しします。「医療職と介護職の関係を考えると、例えばOT、PTが在宅を回って医療をするというのは現実的と思いません。リハのことがわかる介護職に補助として動いてもらって、OT、PTは処方を示し、それをケアプランに反映して実際に行うのは介護職という形がいい。看護職も同じで、介護職に任せる部門を増やすべきです。介護職は勉強してもらって、キャリアラダーを昇る道が開けるようにしないと魅力が出てこないのではないのでしょうか。」と書いてあります。こういったことで理学療法士もご協力いただきたいと思っておりますし、そして、そういった議論を踏まえて、ぜひホームヘルパーなどいけばそれを踏まえたホームヘルプをしていただきたいなというふうに思っております。そのあたり、多少、片岡委員のご意見を伺いたいなというふ

うに思っております。

それから、続きまして、参考資料2ですけれども、後で和光市の説明をしますけれども、和光市の場合には、和光市のケアマネジメントというのは、いわば要介護の人を少なくするという効果を上げているということを紹介しております。

続きまして、近くのいなべ市さんで、参考資料3です。参考資料3で、これも視察をしてきたんですけれども、この中の5ページを見ていただきたいんですが、5ページの下の大きい数字ですね。大きい数字の真ん中下の5ページで、上に個別ケア会議というのがございます。ここでケースカンファレンスというところに構成メンバーが書いてありますけれども、こういった職種の方に入っていて、いわばこの人がどうすれば介護保険を利用しないで済むのかということと議論すると。どうすればこの人の状態が改善するのかということと議論して、サービスを組んでいくということをやっています。ちょっとこれはごらんいただきたいと思います。

その後、参考資料の3—2というところですね。これ、国のモデル事業でやっておりますので、それをかなりしっかりと説明しておりますので、後ほどごらんをいただきたいと思います。

参考資料の3—3というところを見ていただきますと、まさにこういった様式でいわばアセスメント・ケースカンファレンスをやっていくということで取り組んでいるということでもあります。

参考資料3—4にそれぞれの職種の方が一体どの仕事をする方なのかということで、例えばさっき申し上げましたけれども、いなべ総合病院にお願いをして作業療法士だけ、この人も勉強になるということで手弁当で来ていただいているんですけれども、そういったことで関係のところにご協力いただいているということでもあります。

それから、次の参考資料4のところでございますけれども、いわば市なり、地域包括支援センターとして介護支援専門員、ケアマネジャーに対して指導するという意味では、これは私、武蔵野市を訪問してきたんですが、こういった形でケアプラン指導研修事業ということで、実際のケアプランをもとにそういった指導をするという取り組みもあるというふうに聞いております。

それから、次の参考資料5—1というところでもありますけれども、ノテ福祉会、これは北海道の社会福祉法人なんですけれども、社会福祉法人だと思っておりますが、ここで老健施設などを持ってまして、1ページの下にあるとおり、アセスメント機関として老人保健施設を使っていると。この老健施設の中のアセスメントチームで、これ、1カ月程度だったと思いますが、そういう評価をして、要するに在宅に復帰したときにどういうふうにサービスを提供すればいいのかというのを考えていくと。下のページの大きい3ページというところで、このアセスメントを経ることによってケアプランを見直していくということです。いわば、どちらかというと、特養と同様に長くいる場所になってしまいがちな老健施設について、制度本来の趣旨に立ち返って、こういう形でどうやったら在宅復帰できるのかというアセスメントをしているという例であります。

最後の参考資料の5—2ですけれども、これは別な資料なんですけれども、同じシンポジウムの別な資料なんですけど、要するに、例えばデイサービスとか、通所リハというところで、通ったときにできることが自宅に戻ったときにできないというケースがかなりあるということなんです。これはぜひ理学療法士さんの例えば予後予測とか状態評価、そういったことをやっていただきたいと思っておりますし、また、それを自宅でできるようにするためには、日々はやはりホームヘルパーさんにそういったところでぜひ力を発揮していただく必要があるんじゃないかというふうに思っています。

資料、戻りまして、本題に戻りたいと思います。

ここは老健施設について、今回の介護保険制度改正でどんなことを期待されているかということをおよと挙げさせていただきました。

会長、済みません、後ろに戻ります。

続きまして、今の話と関係するんですが、訪問介護員というのは専門職、ホームヘルパーという専門職でございます。これは地域の人材として極めて貴重です。そんなにたくさん数がいるというわけではないということになります。こういった方には、ぜひとも先ほどの例えば理学療法士などのアドバイ

スをいただきながら、それから、訪問看護の方のアドバイスをいただきながら、在宅生活の限界点を高める身体介護というものに重点的に取り組んでいただきと。その環境整備をする必要があると思います。掃除等の日常生活支援について、もちろん一緒に掃除をして、掃除をできるようにするというのをやっていただきたいわけですけれども、そういった部分で例えばシルバー人材センターとか、民間事業者を活用できる部分については活用して、まさにホームヘルパーとして専門職としてご活躍いただきたい部分にぜひ力を注いでいただきたいなというふうに思います。

今回のいろんな予防給付の見直しというのは、次のページですけれども、やはり多くの要支援者に対するホームヘルプサービスの多くの部分が掃除などに当てられているということで、そういった問題意識に基づくものであるということはやはり認識しておく必要があると思います。

それから、続きまして、今言ったようなことを進めるためには、やはり関係者に対して一種の啓発をするということが必要になると思います。やはり介護予防を目指さなきゃいけないんだ、在宅生活の限界点を高めようということについて、先ほど申し上げたとおり、介護事業所のほか、医療機関も含めてしっかりお伝えしていく必要があると思います。この場合のツールということでございますが、既に介護支援専門員とか訪問看護師については研修が今もございます。こういったところ、既に私も福本委員、片岡委員にはご配慮いただきまして、私もお話をさせていただいたところでございますけれども、こういったことをほかの部分でもやる必要があると思います。既に岡委員のところの歯科衛生士会でもお時間をいただきました。それから、今後、坂口委員の理学療法士会でもお時間をいただけるというふうに聞いておりますけれども、そういったことでいろんなものをぜひとも使わせていただきたいなというふうに思っています。

それから、一方で、佐藤剛一先生のご指摘もあるように、きちんと利用者に対して伝えるということが必要になります。こういったことについても、市、それから、地域包括支援センターとしてしっかり取り組んでいく必要があるだろうと。そのときに、実際にこういうサービスがあるんだというところには福本委員のところの訪問看護の話とか、それから、西村委員とか佐藤久美委員の小規模多機能型居宅介護とか、そういったところでぜひご協力をいただきたいなというふうに思っています。

このときには、当然、市や地域包括支援センターとしてもいろんな場をつくっていきたいと思いますけれども、やはりここはかなり目的意識を持った人が中心に来ることになります。やはり必ずしもいつも医療、介護に関心を持っている人じゃないという方に対して訴えるためには、ぜひとも社協、地区社協、自治会、老人クラブなどが開催する行事にちょっとお時間をいただいて、ふれあいトークなどをさせていただきたいなというふうに思っています。よろしくお願ひします。

それから、成年後見との関係で、弁護士とか司法書士が成年後見を受任するというケースがございます。医療、介護の専門職だけではなくて、こういった法律職の方に対しても、とりわけ簡単に施設に入所するというのを考える前に、やっぱり認知症の方というのはリロケーションダメージといって環境が変わると非常に状態が悪化するということがあります。そういったことについて一種の啓発を図りたいということです。実際、成年後見の開始と相前後して施設に入所するというようなケースもございます。この方の場合、必ずしも医療が必要だから老人保健施設に入ったということではないというふうに聞いています。そういった事例もあるということです。

それから、この認知症についてはやはり環境の変化に弱いということも指摘をされていますので、こういったことを法律家の方にも知っていただく必要があるかなというふうに思います。既に高齢者虐待防止研修会という福祉職と法律職の交流の場があるんですが、その中でも私はお話を一度させていただきました。

それから、住まいの選択肢として、もちろん自宅が一番望ましいんですけども、高齢者と家族との関係とか、それから、家のバリアフリーの状況とか、そういうことによってはサービス付き高齢者向け住宅という選択肢も出てきています。これは後ほど高橋委員のほうから事例をご紹介いただきたいなというふうに思っております。

続きまして、次の項目、在宅生活の限界点を高める介護サービスの給付ということでございます。

これまでの介護サービス、家族に負担がかかるものでありました。しかし、これからは高齢者単身世帯、高齢者夫婦世帯が増加をします。在宅で生活を継続する限界点を高めるためには、施設と同様な機能を地域に展開する新しい在宅サービスというものの普及を促進していく必要があると思います。これが先ほど申し上げた3種類のもの、桑名でもこの26年4月からそろったということでもあります。

今回、これ、初めて公開するんですが、実はこの4月に消費税の引き上げの関係で介護報酬が改定されました。これまではある介護事業者のつくったパワーポイントをそのまま利用させていただいたんですが、今回これを機に新しいものを職員につくってもらいました。

もう一度戻りますが、いわば、この際、実は施設と在宅というのはそんなに普通の人が思っているほど全然違うものではないということなんです。施設の中でやっていることを分解すれば、実はスタッフステーションから各居室に対して介護や看護、訪問介護や訪問看護、そして、共有スペースにデイサービス、やっているわけです。配食もやっているわけです。そういったものを壁の向こうの道の向こうに届けるだけですよといったことをしっかり理解していただく必要があると思います。それをするによって、高齢者にとってみれば自分の住みなれた環境で暮らし続けられると。今までレストランで食べていたものを配食してもらうということは世の中でも普通に行われているわけなので、そういうものと同じですよということを説明していく必要があると思います。利用者負担の面でも、新しい介護サービスというのは施設サービスと同様に定額の利用者負担になっていると。こういったこともきちんと周知をしていく必要があるだろうと思います。そういうことをしっかり周知する必要があるんじゃないかということです。

それとあわせて、ちょっとこれは見にくいんですが、済みません、今、20分未満の訪問介護というのが制度化をされています。これもある報告書ですけども、そういったものの24時間の定期巡回・随時対応型訪問介護看護も重要です。それが一番望ましいわけですけども、そこまで行かなくても、いわば1日1回しか行かないというのでは、これはなかなかひとり暮らしを支えられません。そういったときに、朝20分来る、夕方20分来るとすれば、かなり変わってきます。そういったことをぜひ普及していく必要があるということが言われています。この辺もぜひ片岡委員にご意見をいただきたいなというふうに思っています。

それから、今言ったことで新しい在宅サービスを適用していかなければいけません。これについては今度つくる介護保険事業計画の中でも、やはり市は介護保険の保険者ということになります。いろいろ和光市のお話を先日のシンポジウムでお伺いしましたが、やはりこの計画の中で、もちろんこれは事業者が参入するかどうかは民間の問題なので、市が全てコントロールすることはできません。できませんが、市としてこういうニーズがある、こういうサービスに来てほしいといったことはしっかり明確化する必要があると思います。

とりわけ、この定期巡回・随時対応型訪問介護看護、今回、白井委員のところで始めてもらったわけです。これは結構始めるんだけど、途中で続かないというケースが結構あります。一番大事なことは何かというと、こういうサービスを普通の人がなかなか知らないし、そういう意味で潜在的には絶対24時間の訪問介護ってニーズがあるはずなんです。そこをしっかりと市や地域包括支援センターとして掘り起こせないためにニーズが出てこない。そのために事業として成り立たないというケースがあります。そういった意味で、今回、これは保険者として非常に大事にすべきサービスだというふうに位置づけておまして、ホームページでも紹介する、メールマガジン「健康・ケア情報」でも発信をします。これからも地域包括支援センターの中でもいろんな場で利用者や介護支援専門員にしっかりと伝えていただきたいなというふうに思っています。

それから、そういった大切なサービスの普及を促進する環境整備ということで、今回3点挙げさせていただいております。1つはデイサービスであります。これは第1回のときに具体的な数字をお示いたしました。桑名の場合、全国と比較しても、県と比較しても非常にデイサービスが多いということで、非常にたくさんあります。そういう意味ではほぼ飽和状態にあると言ってもいいと思います。実際、市の現行の介護保険事業計画で見込みを定めているわけでございますけれども、これを見ますと既に25年

度の段階で26年度の計画値を大幅に上回るという状態になっています。そういったことから、これは今、デイサービスというのは県が一定の設備、人員要件を満たせば全て県が指定するという仕組みになっています。したがって、市が知らないうちに県が指定しているというケースがあります。これに対して、実は介護保険法の中でこういったことで実績が計画値に達しているような場合には、市から県に対して、その指定をするときに協議してくださいということを求めることができるという条文がございます。これを皆様もご理解いただいて、よろしければこういったものを発動する方向でちょっと考えていきたいというふうに考えています。

それから、認知症対応型共同生活介護というのは、いわゆるグループホームであります。これも計画との関係ではまだ若干余裕はあるんですけども、実は全国とも県とも比較してもグループホームが多いという状況にあります。そうであれば、やはり認知症の方というのは環境の変化に弱いということで、グループホームを単体でつくるのではなくて、認知症ケアを一体的に提供するということが必要ではないかと思います。例えば、軽いうちは認知症対応型デイサービスに通い、そして、いろいろ自宅でのフォローが必要になったら小規模多機能型居宅介護に移行し、そして、自宅にいることもちょっと大変だという場合にはグループホームに入るということが一番望ましいのではないかと。先日、西村委員のところで小規模多機能型居宅介護を見せていただきましたけれども、その際にもお聞きしたのは、場所よりもむしろ同じスタッフがかわるということが大切だそうであります。そういったことからすると、こういったグループホームがかなりもう整備が進んでいるとすれば、むしろ認知症対応型デイサービスとか、小規模多機能型居宅介護をやっている事業所に併せてやっていただくということが望ましいのではないかというふうに考えています。そういった方針で市として指定するということを考えています。

それから、介護老人保健施設でございますけれども、これもやはり全国、県と比較して高水準に既にサービスが多いという状況にあります。これから新しく開設が予定されているところもございます。そういったことから、今後はどちらかという、先ほど申し上げた小規模多機能型居宅介護とか、複合型サービスとか、そういう在宅サービスというものを進めていきたいということからしますと、これは県が許可をするときに市に協議する仕組みになっていますので、やはり市としてきちんと判断をして意見を出していくということが必要ではないかなというふうに思っています。介護老人保健施設もまだ26年度には達していませんけれども、これから開設するところがございますので、これは間違いなく超えると思います。

第3点の大きな論点でございますけれども、地域包括支援センターの機能強化ということでもあります。

まず、個々の高齢者に対する総合的な支援ということで、各地域包括支援センターにおいて市と一体となって地域の関係者と連携しながら、介護だけでなく、医療や日常生活支援も含め、ニーズとサービスをつないでいくと。それによって個々の高齢者のそれぞれの状態によって総合的に支援する体制を整備していきたいというふうに考えています。地域包括支援センターは民間の事業者が受託していますけれども、あくまで市町村の委託事業であります。そして、これは法律上、地域包括支援センターの職員というのは守秘義務を負っています。そういう意味では準公的機関ということになりますので、しっかりと個々の高齢者に関する情報も共有をして、きちんとその人の状態像に応じて支援できる体制というのをつかって、既にもうこれは始めているということでもあります。

それから、今の地域包括支援センター、非常に現場で頑張ってもらっていると思います。高齢者世帯のいわゆる困難事例と呼ばれるものをこれまでもご紹介してきましたけれども、これについてはほんとうに一つ一つ地域ケア会議を開いて解決してきています。ただ、今、それに追われているというのが現状でございます。先ほど申し上げた介護予防につながる、あるいは在宅生活の限界点を高めるケアマネジメントというのを支援できているかという、まだまだこれからということになります。そういう意味では、認知症施策と同じことなんですけれども、できるだけ早い段階から予防的に対応することが必要になります。そうすることによって実は困難事例も減っていくということになります。そういったことから、できるだけ早期にかかわりを持つ、それから、ケアマネジメントに力を入れるということだと思います。

参考資料のほうにチラシも入れましたけれども、今回「元気で安心」登録制度というのをつくりまして、いろいろひとり暮らし等でご心配のある方が申請をしてもらって、早いうちから地域包括支援センターと関係を持つというツールを今回つくりました。これによって地域包括支援センターとしてもいろいろ、この人、大丈夫かなという人に対して声かけをしやすいという環境をつくったということです。こういった形では、例えば介護予防教室の情報提供とか、そういったことをしていこうというふうに思っています。

次でございますけれども、桑名の場合には中央地域包括支援センターというものを市の直営で運営しております。これはほんとうに先見の明のあることで、市町村によっては全て外部に委託してしまったところも少なくありません。ほんとうにこれがあるということは貴重なことだと思います。これもやはりみずから困難事例の解決に追われることなく、これからは認知症施策の推進とか、今申し上げたケアマネジメントの充実とか、そういったことで東西南北の各地域包括支援センターに対するマネジメントの役割というのを強化する必要があると思います。

そういったことから、今回ある新聞に出ましたけれども、1つは、2番のほうなんですけれども、今まで精義地区を直接持っていて、その要支援者に対するケアプランというものも担当していました。この部分を東部地域包括支援センターに移管をしまして、つまり個々の高齢者世帯に初めからかわるという部分はなくして、どちらかという、後方支援に徹するという形に見直しをしました。あわせて、今まで介護・高齢福祉課に相談員というのはいました。それと別に地域包括支援センターがあるということでしたけれども、個々の高齢者を支援するという点では共通の仕事です。これがいわば縦割りで行われていたということのを是正するために、この相談員を名前を変えて中央地域包括支援センターに移管をするということにしております。相談員自体の業務は変わりません。あくまでこの方々がこれから民生委員とやりとりをするということには何の変わりもございませんので、そういったことで、いわば一体で個々の高齢者支援をやるんだということで変えたところであります。この場合も、当然、もともと精義地区を担当していたというのは現場を把握するという趣旨ですから、そういった趣旨はしっかり踏まえて、これからも困難事例の後方支援とか、それから、第1回目でも報告書を出しましたけれども、地域課題の抽出とか、そういったことには力を入れていきたいと考えております。

それから、これは市議会で議論があったわけなんですけれども、今、北部地域包括支援センター、ここに書いてある赤と黄色の部分を担当しています。長島、多度と旧桑名の北部圏域というところを担当しています。これが今事務局が多度と長島にございまして、これは社協なんですけれども、そこが旧桑名の北部圏域も担当するという形になっています。これを旧北部圏域の部分にも拠点を設置すべきじゃないかという議論がありました。これは将来的には北部圏域、特に新興住宅街の部分が高齢者が増えるという場合には、当然そこに独立に事務所を置くということも考えられると思いますが、ただ、当面の問題といたしまして、例えば新しく公共施設をつくって社協に使ってもらおうとなりますと、今、市長、特に財政再建に取り組んでおります。そういった中では新規の公共施設を整備するというのは非常に困難、申しわけないですが、困難です。

それから、実は既存の公共施設、例えば公民館とか、地区市民センターとか、いろいろ考えたんです。いろいろ当たったんですが、実は特に大山田地区というのはもともとそういう場が少ないところでございまして、非常に利用頻度が高いということです。そういったことも難しいということで、しかし、そもそも立ち返ってみると、地域包括支援センターというのは、来所してもらって窓口で相談するというのが中心じゃありません。電話を受ければ駆けつけるというのを基本にしています。そういった意味では、どこに事務所があるかというのは、どちらかという、こちらの事業所サイドの話でありまして、利用者にとってみれば、決して多度や長島に来てくださいということではございません。そういったことから、十分これで対応できるんじゃないかということ、それから、実は公民館などを借りて毎月定期的にふれあい相談というのも開催をしています。そういったことをもっとしっかり周知をして、新たな施設整備を伴わない形で対応していきたいなというふうに考えておりますが、いかがかということです。

それから、いわゆる困難事例の中には医療や介護だけでなく、障害とか、経済的困窮、中には子供

の問題といったものを抱えているものもございます。こういったことは、当然、各地域包括支援センターで地域ケア会議を開いて解決策を見いだすわけですけれども、そのときには市は中央地域包括支援センターを中心としながらも、各課でそれぞれ制度的にしっかり何ができるかという視点で支援するということで、これは今かなり私は徹底してきたと思っているんですけれども、そういうことを引き続きやっていきたいなというふうに思っています。

それから、地域包括支援センターの事業運営の見える化ということです。非常に現場で真面目にいろんなことをやっています。やっているんですが、私もいろいろ話を聞いてやっとわかった、こんないいことがあるならもっと言えというのがたくさんあります。なかなかこれは市民の方にわかっていただけないと私は思います。今回、この協議会というのがこれまでであった地域包括支援センター運営協議会というものを引き継いでおります。豊田先生には、いつも桑名市総合医療センターの評価委員会の委員長としてこういう実績評価というのをやっていただいていますけれども、それと類似の形で各地域包括支援センターに事業運営状況を報告してもらって、介護の世界の方だけじゃなくて、医療や日常生活支援の方たちに知っていただいて、そして、ぜひご意見をいただきたいなというふうに思っております。早速、7月をめどに次の協議会を開きたいと思っているんですけど、総会ですね、開きたいと思っているんですが、その際にこういう形を試行してみたいなというふうに思っています。今、実は、もちろん市と地域包括支援センター、委託契約になりますけれども、総合医療センターの例えば中期目標みたいになんかこういうことをやってくださいというのがないんです。これをしっかりその方針を明確に提示することも必要なことなんです。今回の制度改正でいろんな機能強化が議論されていますので、含まれていますので、そういったことで対応していきたいなというふうに思っております。

ちょっと長くなったかもしれませんが、以上でございます。

【豊田会長】

いつもながらほんとうに熱のこもったご解説をどうもありがとうございます。

それでは、非常にたくさんのお話さされましたんですけど、順次3つに分けて質疑をさせていただきますと思います。

まず最初に、1番目はケアマネジメントの充実についてということで、先ほどの資料の3—1でいきますと29枚目のスライドまでですかね。30枚目からの在宅生活の限界点を高める介護サービスはまたその後で議論をしたいと思っておりますので、まず最初のケアマネジメントの充実についてご意見がございましたらお願いいたします。先ほど副市長からも言及ありました佐藤剛一先生にまずお伺いしたいと思うんですが、よろしいでしょうか。

【佐藤（剛）委員】

少しお話がずれるかもわかりませんが、特に施設内でのアセスメントは実はやっているんですね。どこでしたか、モデルがありました、そのモデルに書かれているようなことは施設内ではやっているし、また、やらなきゃいけないと思います。しかし、アセスメントをやって、そして、在宅復帰ができる状態に持ち込んでいっても、前にも申しましたように、家族の拒否がある。そういうことの繰り返しになっておりますね。ですから、今のような在宅支援の状況ではとても在宅復帰ができるような状況じゃないと、このように思っております。ちょっとお話がずれちゃったかわかりませんが、そのように思っております。

それから、ほかの意見もよろしいですか。先ほど、副市長の説明で施設ケアと在宅ケア、レストランで食べるか、うちで食べるかの違いのようにおっしゃいましたが、施設ケアというのは24時間診ているわけです。それを在宅ケアで24時間診ようと思えば、もっともっと私は施設ケア以上にコストがかかると思います。24時間ケアしようと思えば、1人の障害者に対して少なくとも3人ないし5人のワーカーが必要であったり、ヘルパーさんが必要である。当然、週休もとらなきゃいけないし、夜勤をやった後は休みをとらなきゃいけないし、そういうことを考えてみますと、施設ケアと同じようなことを在宅ケアでやろうと思えば、とてもじゃないけれども、むしろ施設ケアよりも在宅ケアのほうが私はコストがかかると思います。ただ、今でも在宅でいさせようと一生懸命努力しておっても、現時点ではち

よっと、現時点の在宅支援の状況ではちょっと難しいんじゃないかなというふうに思っております。

先ほどのケアマネジメントですか、実際は院内でも、施設内でもやっているんですけども、そういう状態で先へ進めない状況にあるということで、ご意見とさせていただきます。

【豊田会長】

ありがとうございます。

副市長、どうぞ。

【事務局（田中副市長）】

ご意見ありがとうございます。

まず、ケアマネジメントのところにおいてのアセスメントというのは、これはもちろんやっていただいていると思います。むしろ地域ケア会議の中で、これはしばらく例えば一定の期間、介護老人保健施設にお預けをしてアセスメントをしたほうがいいんじゃないかという事例が出てきた場合にぜひお引き受けいただきたいという趣旨です。そのときのケアマネジメントというのは、その中で、介護老人保健施設の中でどうするかというよりは、退所して在宅に戻ったときにこういうサービスの組み合わせでやるといいのではないかと、そういったことのケアプランを作成するという意味だということでご理解いただきたいなというふうに思います。

それで、在宅復帰のなかなか現状では難しいというところなんですが、25ページ、先ほど少し戻りましたけれども、やはりこれを確かに医療、介護のサービス提供者側だけに押しつけるのはできないと私も思います。私も、これはサービスを利用する側に対してきちんと理解をしていただく必要があると思います。その一環で先日の市民公開シンポジウムなども開催しているわけですが、それだけでは足りないと思っております、そういったことをこの25ページに書いたように、やはりいろんな場を通じて被保険者やその家族に対する意識啓発というのを図っていく必要があるということだというふうに思っています。

これ、ちょっと先ほど飛ばしたんですが、既にここにいらっしゃる委員の関係の方にご協力いただいて、市の社協、それから、地区の社協、それから、民生委員の会議、ボランティア連絡協議会などでもお時間をいただきまして、お話をいたしました。そのほか、これからもっと普通の市民の方もいらっしゃるような場へ行きたいということで、今回、「桑名ふれあいトーク」という10人以上の集会に対して職員を派遣して、いわば意見交換をするというテーマに「地域包括ケアシステム」を加えました。

それから、実際にはなかなか、ぜひお声がけをいただきたいと思うんですが、いろいろ各地区社協とか、自治会、老人クラブでいろんな行事があると思うんです。今いろいろ地域包括支援センターでいろんな話をしてもらってケースもあると聞いています。そういった中でぜひお時間をいただいて、しっかり啓発をしていきたいなというふうに思っています。

それから、施設と在宅のところは、ちょっと繰り返しになるんですが、24時間対応は当然必要なんです。それで、それを説明したのが32ページ、ごらんいただきたいと思いますが、先にこの3種類のサービス、新しい在宅サービスを出していますが、順次お願いできる、33ページ。

繰り返しになりますけど、今回、白井委員のところでは始めた定期巡回・随時対応型サービスです。これも日中のみならず、夜間も含めた24時間対応です。ある程度信頼関係ができれば、夜に何かあるのでちょっと来てくださというは極めて限定的だそうです。こういったものがあります。これは、いわば施設の中でナースコールを押すのと同じ仕組みなんです。

次を見ていただきたいと思います。小規模多機能型居宅介護、これは西村委員、それから、佐藤久美委員のところではやっていることでございますが、これも24時間対応です。私、先日、夜の対応を西村委員にお願いして見せていただきました。これも連絡があれば訪問をします、夜も。それに対する人を置いているわけです。こういったことでやっていく。

その次、複合型サービスということで、これはさらに今言った小規模多機能型居宅介護に訪問看護もつけ加えると。これも24時間対応ができるんです。今回、長谷川委員のところでは始めていただいたということでもあります。こういったものがあるんだということについてしっかり知ってもらう必要がある

と。

今、コストの話がございました。ちょっと32ページに戻ってください。ここに小規模多機能型居宅介護の利用者負担などが入っています。右側、介護老人福祉施設、いわゆる特別養護老人ホームの費用です。これを見ていただくと、ここは利用者負担が書いてありますので、これの10倍が介護報酬ということになります。しかし、これはほぼ、むしろ小規模多機能型居宅介護のほうが介護報酬、利用者負担は低いという形になっています。もちろん、複合型サービスは訪問看護が含まれますので特養よりは高いですが、しかし、それはほんとうは老人保健施設と比べるべきなんじゃないかな。そういうことをいいたしますと、この介護報酬という面でも、つまり箱の費用がないと小さいということでございまして、こういった形になっています。もちろん決して小規模多機能型居宅介護、このお金で大変だとは思いますが、このお金でやっていただけるということでございますので、一概に在宅のほうがコストがかかるかといったらそうでもないですし、先ほど申し上げたように、大事なことは私はコストの問題じゃないと思っています。先ほどの認知症の方は環境の変化に弱いとございました。できるだけ自分の住み慣れた環境で過ごしてもらうためには、やはりサービスをデリバリー方式にする必要があるということではないかと思えます。もちろんその人の医療ニーズによっては当然老人保健施設は必要です。病院も必要ですが、そういったことを目指していく必要があるんじゃないかというふうに考えています。

以上です。

【豊田会長】

いかがでしょうか、佐藤先生、何か。副市長さんの答弁に対して何かご反論はございますでしょうか。

【佐藤（剛）委員】

まず、被保険者の意識を改革して十分に理解を求めるということは必要だと思いますね。

といいますのは、私ども、どうしても在宅復帰を無理に勧めますと、中には施設の経営を効率化するためにやっているんじゃないかと、そういうような意識を持たれる家族もあります。決してそうじゃないんだと言ってもなかなか、おまえのところは困るから出すだろうと、こういうふうな捉え方をなさる方もいらっしゃるから、ぜひそういう理解を進めていただくことが必要じゃないかと思えます。

そして、在宅と施設ケアとのコストのことですけれども、これは軽い状態でしたら絶対在宅のほうがコストは安いと思いますが、ある程度状態になってきますとやはり家族の精神的な負担というものはかなりきつくなります。そこをケアしていこうと思えますと、時々行くんじゃなく、ナースコールが鳴ったら行くんじゃなく、ほとんどつきっきりにおるぐらいにしてこそ初めて十分なる在宅ケアと私は理解していますので、そういう人にとっては施設よりも在宅のほうがコストがかかるだろう、こういうふうに思っています。

【豊田会長】

別に全ての介護を施設ですするというわけじゃないですね。在宅に適した方を在宅に。

どうぞ。

【事務局（田中副市長）】

そのとおりでありまして、当然、特別養護老人ホームが要らなくなるわけではないと私は思っていますので、そこはご理解いただきたいと思えます。

それから、先ほどの佐藤剛一委員がおっしゃった、介護老人保健施設だけで話をするとならざるという点はほんとうにそのとおりだと思います。まさにそこを支援するのが、ちょっと後ろに出しましたが、7ページの地域ケア会議を通じたケアマネジメントだと思うんです。つまりある事業者だけが言っているんじゃないかと、こういう地域ケア会議で多職種が集まって、その中で評価をしてこういうプランがいいんじゃないかというのをバックにつけて、そして、それをもってケアマネジャーが利用者に説明して同意を得るといったことなんじゃないかと思うんです。今、ケアマネジャーだって大変だと思うんです、1人で説得するのは。そういう意味で、まさに保険者である市、そして、地域包括支援センターがバックについて、やっぱりいろんな人の目を見たけど、あなたはこうしたほうが良いという提案をつくり、そして、それをケアマネジャーを通じて利用者に提案をするということなんじゃない

かなというふうに思います。

【豊田会長】

それでは、そのほか何かご意見、ご質問、ございましたらよろしくお願ひしたいと思ひます。いかがでしょうか。

どうぞ。

【東委員】

確かに佐藤先生がおっしゃるように、在宅で療養する場合には、ご家族への負担はかなり大きいです。だから、そういう意味でも、さきほどから出ている小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護や複合型サービスなどがどうしても必要になるのですが、もう一つ重要になるのが後方支援ベットだろうと思ひますね。家族が疲れてくる。そのレスパイトの意味も含めて後方支援ベットを確保して、必要に応じて患者さんを入院してもらうことが可能な体制を整えておくことが大切です。後方支援ベットの利用が普及し、かなりの人がそれを利用する。1週間、2週間、そこを使う。そういうことが一般化していくということが必要なんじゃないかなと思ひています。

【豊田会長】

副市長さん、何か、よろしいですか。

【事務局（田中副市長）】

いや、いいです。

【豊田会長】

ほんとうにそのとおりだと思ひています。

どうぞ。

【片岡委員】

ちょっと違う視点なんですけれども、先ほどケアマネジメントのところのお話の中であった22番目ぐらい、それから、介護予防の部分とかというところで、じゃ、訪問介護をどういうふうにしているんだというお話があったかと思ひますけれども、実績の上からも身体介護が少なく、生活援助が多いという結果が出ています。この辺のところの議論はずっと昔からあると思ひますけれども、訪問介護を提供している事業所としましては、その人の生活全般を支えるという事を考える中でどうしても生活援助というものは必要ではないかなというふうに考えております。

今から10年ぐらい前とは世の中の動き高齢者を取り巻く環境は随分変わってきていて、シルバー産業に参入される民間企業が随分増えてきています。いろんな意味で生活援助は介護保険の訪問介護を使ってやる必要はないんじゃないか、そう思われるほど代替的な機能を持つ保険外サービスの種類も随分増えてきているというのが実情だと思ひます。こういう意味でも、予防の部分に関してはそういう民間のサービスを受けていただくことも必要だろうと思ひえる時代になってきたかなと思ひております。

ただ、お弁当を注文することがいろいろな理由でできなかつたりとか、注文したけれども、玄関までとりに行かなくて、玄関で腐っているという状態があつたりとかします。在宅介護に携わる皆さんがご苦労されているのはサービスを実際に使える形で利用者に届けるところで、ここに一番大事な部分があります。買い物でもいろんなものが何でも発注し、手元に届くシステムが整ってはいますが、高齢者はインターネットを使えないですし、電話で商品番号を言えばいいだけでも、それができない高齢者世帯はいっぱいございます。何でも持ってきていただける時代にはなっているんですけれども、それが高齢者にとって、なかなか難しいのが実情です。

買ひ物を例に取り上げますと、写真を見て発注し、1週間先に配送されるような宅配システムでは、1週間先に必要となる商品を予見して発注するようなことはとても困難です。実際にヘルパーが行くと冷蔵庫に入っているものがまた次のときに来たりとか、同じものばかりがいっぱい入っていたりということがほんとうにある話です。何らかの形で誰かが関わっていかないと難しい。そのかわりを一体どういうふうにしていくのかというところが難しい。それをいわゆるボランティアさんでお願いできるの

か、訪問介護員がやるべき仕事なのかどうなのかというところを考える必要がある。先ほど、多職種連携の話がありましたが、民間企業の個人向けサービス、ヘルパーがどこかと連携することによって民間の方との間に入ってそういうつなぐ役割を与えられたとするならば、それはそれで何らかのことはできるかもしれません。マネジメントだけでなく、実際に届ける役をする人がいないと、せっかくサービスはあってもそれが使えないという形になるかなと思いますので、その意味においてもやっぱりその人の生活全般を支えるという視点を持って、その人に実際にかかわる人が必ずいないと、難しいところだなと思います。

訪問介護員の仕事の内容は、老計10号によって縛られているところがありますので、そこを柔軟に対応できるように新しく国のほうでお示しいただくなりして、さっきのリハビリの部分に関しても現在は、訪問介護員が身体介護でやっていいことになっていないということがあります。柔軟な指針が示されるとありがたいなあというふうに思います。それで、一体的にかかわっていくということが必要かと思えます。

ちょっとまたこれは違う話になるんですけども、要介護や要支援の認定がおりた時、今までは払うばかりだったのがサービス利用ができるようになり、無理もない心理かと思うのですが、どこかで回収しようという気持ちがかがわれます。ちょっと失礼なことをごめんなさい。そういうことがあって、何らかの形でサービスを受けて手間を省いてという認識が働くので、予防の観点から以上重くならないようにであるとか、今までできていたことをどうやって継続していくかということに頭を転換してサービスを使おうという意識が当事者にはなかなか理解されにくい。ヘルパー利用に関しても、自分でできることはご自分で続けてくださるようお願いしても「こんなことを自分でやらなきゃならないぐら이었다らヘルパーさんには頼まないよ」というようなお話をされる事があります。自分でできることを続けることが大切ですよというところから説明して、一時的にできなくなっても少しずつ続けることであるべく自分で出来るようになってもらう必要があるし、できることは御自分でお願いしますと説明します。ヘルパー利用にこぎ着けても残念ながら、「そんなのだったら要らないよということもあります。」男性のひとり住まいだった場合は、はっきりおっしゃいますので、意識を変えていただくこともやっぱり必要ではないかなと思います。よくよく話をすれば、やっぱり自分でできたほうがいいのかというお話にはなるんだけど、ケアマネジメントの場面だけで丁寧な説明と納得というのは実際にはなかなか難しい場合も起こりうると思います。

【豊田会長】

ありがとうございます。まさに副市長さんがつくろうとしておられるケア会議、その辺でもこういう現場の非常に難しいマネジメントをこねていただくんじゃないかと思うんですけど、いかがでしょうか。

【事務局（田中副市長）】

傍聴の方もいらっしゃるのでお断りしたいんですが、私は生活支援が要らないということを言っているつもりは全くないですということで、それは片岡さんはわかっていたらと思うんですが、そこは要するによく訪問介護の専門性を否定しているのかみたいに言われるんですけど、そういうのとは全く私は違います。要するに個々の高齢者の状態像にもよると思うんですよね。そういったことは今出ている地域ケア会議を通じたケアマネジメントの中で、しかもホームヘルパーだけが言ってもそう言われると思うんですけども、バックで市や地域包括支援センターが入った地域ケア会議でこういう議論がされたんだということで利用者にケアマネとして話をすれば変わってくると思うんですよね。そういうことじゃないかなというふうに思います。そのときに大事なのは、要するに例えば風呂掃除が典型だと思うんですよね。風呂掃除を単にかわりにやってあげるだけではちょっと専門性としてはどうかなと思うわけです。例えば風呂掃除を一緒にやって、今までできないことをできるようにするとか、わかりませぬけれども、もしほんとうにそれが回復できないんだったらシルバー人材センターに来てもらって風呂掃除をしてもらうとか、そういうかわりにやってあげるホームヘルプではなくて、できないことをできるようにするホームヘルプに変えていくということが必要なんだろうと。

先日、片岡委員にお時間をいただいてホームヘルパーの研修会でお話しさせていただきましたが、や

っぱり人がいないし、時間がないとおっしゃるわけです、皆さん。私はそれを応援したいと思っているわけで、つまりほんとうにホームヘルパーにしかできない仕事に集中してもらうためには、やはりシルバー人材センターとか民間事業者というのを使っていく必要があるだろうと。

先ほど説明を忘れましたが、机の上に「頑張る中小企業・小規模事業者300社」という資料をお配りしていますが、全国に300社しかないんですが、桑名市にある生活総合サービス企業組合というのが中小企業庁の表彰を今回受けました。これ、いろいろお役に立つこともあると思うので、ご紹介をさせていただきたいと思います。こういったこともしっかりリストアップしていかなくやいかんなどと思います。

それから、先ほど、お金を払ったから使いたいというのは、最初に冒頭申し上げた自立支援というものをいかに浸透させるかなんです。今の例で、私はこれまで医療保険料をいっぱい払ってきたと、だから、どしどしお医者さんにかかりたいという人はいないわけですね。それとパラレルだということをしっかり皆さんに理解していただく必要があるんだろうなというふうに思います。

以上です。

【豊田会長】

すみません、まとめとしてそういうことで、事務局のほうからケアマネジメントの充実についてご説明をしていただくということですので、まずそれをさせていただきます。和光市のご説明をお願いしたいと思います。

【事務局（岡田）】

資料4—1を出してください。関連して後ろのほうに参考資料があります。先ほど副市長のほうから説明がありましたが、和光市に関する資料が参考資料の2—1、2—2、2—3が後ろのほうについておりますので、そちらもご覧ください。

全国のモデルとして視察者が絶えない埼玉県和光市の取り組みについてお話しさせていただきます。

保健福祉部長の東内様に以前シンポジウムに来ていただきましたので、その際のパワーポイントの資料と地域で活用していらっしゃる資料をご提供いただきました。それを踏まえまして、今日はお話しさせていただきます。

和光市においては、地域包括支援センターがこの図では4つになっておりますが、26年4月から中央第2地域包括支援センターが増えまして、現在5カ所の地域包括支援センターがございます。真ん中のほうに書いてある中央コミュニティ会議というのが月2回開催されております。これには市の職員と5カ所の地域包括支援センターの職員、それに加えて、専門職である理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師の外部の専門職の講師を招いております。そこで介護度の軽い要支援者の方の介護保険のケアプランの内容を検討する会議が開かれております。

この様子が参考資料の2—2の5ページに写真で載っております。総勢30人から40人近いメンバーがこの会で一例一例のケアプランを皆さんで見直していくという会議です。そこに担当するケアマネジャーとサービスを提供する職員も一緒に参加します。

次に、ごらんのようなニーズと課題についてですが、個人のニーズについては、本人、家族の希望というのと同時に、私たち専門職が専門職の視点から生活の課題を見つけていかなければなりません。例えば掃除ができないとか、そういった問題にはどのようにしたら掃除ができるようになるかというのを専門職の視点で一緒にアセスメント、考えていくことが必要です。ケアプランを作りますが、本人、家族さんの思いと専門職が意見をじっくり話し合っ、合意に基づいたケアプランでない、ただ作っただけのプランになってしまいます。

これは一例です。1人で入浴できないということが課題であった場合は、その課題としては何故1人で入浴できないのかということを考えていかなければなりません。

次のこの表現としては生活行為評価票と書いてありますが、これが資料2—3—2の左側、資料2—3が全部和光市で使われているシートの資料です。そこにも入っておりますが、生活機能評価という表で和光市独自でつくっていらっしゃるしまして、全事業者が統一してこの様式を活用します。それがこの

様式の一部です。

7項目の身体的な状況のことを、今の現状の評価と予後予測の評価を整理するシートです。上のほうに丸とか、三角とか、ペケとかが、ありますが、誰もが一貫して、その方の現状がどんな状況で、予後でこんなふうに工夫したらできるようになるのではないかというところの評価が、次の段のところ、水色のところになっております。

入浴の欄を見ていただくと、先ほど、入浴はできないというのを上げました。今は三角となっており、デイサービスだけで入浴ができていっていることになっているのですが、支援の方法で、いずれ本人の能力はもっと発揮できるのではないかというようなことがここで書かれております。

集団的生活動作のほうでも、普段の日常生活の動作のことも同じように細かく一人一人に対してこのように現状評価と事後、どこまでこの人は可能かということをやケアマネジャーだけではなく、実際、現場のデイサービスの方やヘルパーさんの方、ドクターや看護師さん、PT、OTさんなどの専門職の目を通して、この方に対してはどうだということの意見をいただきながら、すり合わせながら、実際に本人の状況の向上を目指すようなことをしております。

実際にプランの一例です。よくありがちなのは、短期目標の右上のところに書いてありますように、デイサービス、通所サービスになれば良いだろうというように書きがちなのですが、そうではなくて、先ほどのお風呂のことを例にとりますと、見直し後の下線の部分を見ていただきますと、6カ月を目標とするときには浴槽のまたぎが1人でできる。短期ではその前にどんなことができたらいいかというところで、3カ月のところを見ていただくと、介護者の体を支える介助によりまたぎ動作ができるというような形で、より具体的に書いてあります。

それが援助内容のプランのほうでも、下線の書いてあるところを見てください。サービスの種別、通所介護、デイサービスでは、麻痺側と健側の足は使い方の指導を行いと、書いてあります。下の欄のところは、健側のROMというのは、関節可動域、関節をどれだけ動かすことができるかということ、動くところを広げる指導をするということが書いてあります。このようにきちんと分析をして、普通でしたらデイサービスでは、朝、来てから帰るまでに集団で行うプログラムをやっていたかというので終わりがちですが、これはその方の本当に必要性のある、状態を上げるための具体的なことが行われています。専門職の意見を取り入れて、ケアマネジャーさんと現場のデイサービスの職員、訪問リハビリの職員であったり、そういう職員が一緒になって、その人の状況を上げるために望ましいケアマネジメントになっているということになります。

これは先ほど言いましたように、参考資料2—3に全部これが書いてある項目を並べただけです。ちょっと縮小しましたので、参考資料2—3を見ていただきますと、順番にP1から下に数字が打ってあります。1ページから3ページまでがケアマネジャー、地域包括支援センターが使っているシートです。これはふだん私たちが要支援の方に使っているケアプランの用紙が省いてありますので、これは和光市独自でつくられたものです。4ページからが通所用と訪問用ということで、これはサービスを提供する事業者さんがこれだけの訪問をアセスメントして計画をつくっているということになります。見ていただくと、アセスメントの項目を見ていただくと、非常に誰でもがわかりやすい客観的な内容、ぶれないような項目で、これができる、できるというところを確認することで、どの職員さんでも同じ人を見るのであっても、この人はこういうことができ、こういうことができるようになるのではないか、可能性はここが伸ばせるのではないかというようなことが効果的なケアマネジメントになっているということがわかります。

最後になりますが、このようにプランをつくっただけではなくて、定期的にケアマネジャー側とサービス提供者側それぞれが目標をつくって、ぶれないように一緒に支援をしていながら、本人の最大限の自立に向けての支援をしていくという見直しをして、また新たな目標の設定、さらに本人、家族が同意をし、意欲を増やすことが何よりも大切だということを感じましたので、ご紹介させていただきました。

以上です。

【豊田会長】

ありがとうございました。

それでは、引き続きまして、高橋委員から、サービスつき高齢者向け住宅につきましてご紹介をお願いします。

【高橋委員】

それでは、説明をさせていただきます。

サービスつき高齢者向け住宅、満天星といいます。「どうだん」は満天星と書いて、ドウダンツツジの「どうだん」です。

まず、サービス付きの高齢者向け住宅ってどんなものだろうということでご説明をさせていただきます。これは高齢者の単身の方、夫婦世帯が安心して住めるという賃貸の住まいです。これは国土交通省、厚生労働省が所管する高齢者住まい法に基づいてできております。まず、居住と安心した生活というものが一体的に提供されるというものです。

ここ、ちょっと文章がおかしくなっちゃったんですが、居住と整備面の条件というのと安否確認、生活相談サービスが最低限の決まり事があります。居住と整備面の条件は県のほうで決まっています、それ以外のサービスは、外部によるサービスがその会社が行っているサービスと別に契約をして、さまざまなサービスの提供を行うことが可能です。これが在宅と言われる1つのところだったのかなと思います。

サービス付きの高齢者住宅の中には特定施設入居者生活介護事業者という認可を受けたものがあります。そちらでの介護の費用はこの介護の行われたものが含まれております。

現在、サービス付き高齢者向け住宅の現状を見ますと、特定施設の認可を受けていない、受けないというものが大多数で、一定の居住、設備の面積があつて、介護の有資格者が常時1名以上勤務している賃貸住宅だと考えていただいたらわかりやすいかなと思います。

サービス付き高齢者向け住宅は制度ができてまだ2年ぐらいです。勘違いされやすい部分がたくさんあつて、介護とか福祉の事業をよく知らない方はもちろんですけども、介護の専門職の方からもよく耳に入る言葉が老人保健施設とか老人福祉施設、グループホームと混同されている部分もありまして、この住宅に入ればいつも介護してくれるんじゃないか。それから、病気になったら病院に連れていってくれて、移動も全部してもらえんじゃないかという質問があります。しかし、先ほど説明させていただいたように、基本はあくまで賃貸契約を交わしている入居する施設、住宅ということです。ですから、そのサービスの内容もさまざまで、契約時に法律で最低限のサービスを提供するだけのところもあれば、少し上乘せしたサービスをするところもあるというところでは、契約する際には入居の希望がどんなものがあるかということをご家族さん、ケアマネジャーさん、ソーシャルワーカーさん方とそれぞれが希望に沿うかというものをちょっとそばでお手伝いをしていただいて、自分のほんとうに生活ができる場というものを選択できる必要があるのかなというふうに思います。

これがうちの場所とかなんですけども、星川というところにありまして、桑名から員弁街道沿いに行きますと星川西という交差点がありまして、満天星と電柱に案内もつけてあります。星川駅から徒歩で約5分から7分程度のところがありまして、嘉例川沿いにあつて、桜の季節、ついせんだつてまではとてもきれいな桜が満開に咲いていて、敷地内や館内から桜が見ることができました。それから、徒歩5分圏内にスーパーが2カ所、書店が2カ所、ファミリーレストランが1カ所あつて、非常に外出のしやすい場所に立地しております。皆さん、結構出かけられていて、自分のちょっとしたものとか、トイレトペーパーとか、日用品なんかを買われる方もたくさんあります。

さっき言われた設備の基準というのがあるんですけども、当方の設備というのは居室が全部で40室、単身のお部屋が38、夫婦の部屋が2つですね。計42人の方が生活することができます。単身用では13.38平米で11畳ぐらいでしょうか、それから、夫婦部屋のほうが17、18畳程度のものになります。それに、個室ですから、トイレ、洗面、非常用の呼び出しコール2カ所とエアコン、クローゼットなどが設備として整っております。共用部分におきましては、下の左が食堂です。兼居間というような形でやっております、右側のお写真は談話室といって、皆さんでくつろげる場所、適当にカ

ラオケをやったりとか、お話をしたりとか、くつろがれている方もたくさんあります。それから、共用のトイレは2つ、台所と言われる、ちょっとした湯を沸かしたりなんかするところも、これ、掛ける1になっていますが、2カ所あります。それとエレベーターです。エレベーターについては、緊急時にストレッチャーが入る大きさになっております。

それから、サービス内容ですけれども、食事の提供をさせていただきます。それから、状況把握、生活相談サービス、それから、夜間安心サービス、その他のサービスという形になっておりまして、食事の提供につきましては、管理栄養士が作成したメニューに基づいて食事を提供しております。個々のアレルギーや嫌いなもの、それから、食事形態、とろみ食の方にはそれなりの配慮をさせていただいております。

それから、常時ヘルパー2級以上のスタッフが在住しております。1日に1回以上の安否確認、朝夕、血圧、体温の測定とかをして状況把握をし、個人個人のファイルをつくっております。入居者の方々の日々の相談にも対応させていただいております。ですから、緊急時にはそのファイルを持って病院等に走っていただくことがあります。

それから、安心サービスのほうでは、夜、深夜、朝におむつ交換、トイレ介助、コール対応とかという形で定期的に回らせていただいて、必要に応じたサービスを行っております。

それから、その他のサービスでは、これは週2回、うちのほうの特徴として週2回程度の居室のお掃除、ごみ捨て、お洗濯は週2回です。ご自身で洗濯をしたいという方はご自身ですることも可能です。それから、入浴の利用者の方々には浴槽に入るまでの準備、お風呂は4つだけですので、順番に入っていただきますので、一度入られたら全てを落として洗い、消毒をして、またお湯を張るという形で対応しています。その他、コールの対応をしておるところです。

サービス内容の中身についてなんですが、上のほうは系列の事業所のことが書いてあります。これ、よく皆さんにも聞かれることなんですけれども、ここに入所したなら、おたくのサービスを全て受けなければいけないんじゃないかとかと思われる方がありますけれども、これは入居された方々、今までに在宅でいろんなサービスを使っています。居宅支援事業所も使っていたり、訪問介護、デイサービス、たくさん使われている方があります。ここに入居したからといって、うちとしては全て自信を持ってサービスは提供するんですけれども、うちのサービスを無理に使ってくださいと促すようなことはしておりません。使っていただくと幸せだなというところです。

それから、入居者自身さんが満天星での生活を充実したものにさせていただくために、希望に沿ったサービスを提供しております。入居者の中には全く何もサービスを使わずに生活をされている方、つまり自立をされている方が7名の方が入居されています。そのほかには要支援から要介護5までの方が生活をされております。

その他のところとしては、近隣の医療機関、それから、これまでのかかわりの主治医さんとの連携というところを持たせていただいております。それから、訪問理美容との連携ということでは、これは民間の事業者さんの散髪のできる状態の車がありまして、その方に第3日曜に来ていただいて、予約という形で準備をさせていただいております。先日もありましたけれども、大体13人ぐらいの方が毎月やられたり、2カ月に1回とかという形で、非常に身だしなみに皆さん気を使っております。

それから、何かの異常があった場合とかというときには、身体的な異常、何かあった場合には専門職との連携というところで、できるだけ適切に早くアドバイスなり対応ができるようにしております。

ここの敷地の中なんですが、一番右側の絵のところは芝生になっておりますが、年に1回、5月にバーベキューを開催するというので、皆さんに集まっていただいてバーベキューを楽しんでおります。それから、年間行事のところでは、節分、クリスマス等をさせていただいてまして、あと、真ん中の何か変な人形が立っていますが、あれ、かかしです。これは私自身は見ているとわかるんですが、利用者さんにそっくりで、畑を栽培するのを希望されている男性の方がおりまして、その方が弟さんを伴って一緒に耕したり、畑の作物をつくったりということで楽しんでおられます。

それから、満天星としては、西部包括支援センター、地域が抜けていますね。ここの連携をして、

介護予防教室というのを一緒にさせていただいて、地域の方々にも参加をさせていただいております。

それから、はがき絵の教室ということでは、はがき絵が得意な方、川柳もそこに入れながらということで、先生のご希望で今うちのほうで教室をさせていただいています。その際にはほんとうに何も持たずに来られてもいいような、絵の具やはがき等の準備もさせていただいております。

利用料金についてはこのような形でありますので、また関心がある方はお問い合わせいただければいいのかなというふうに思っております。

それから、満天星の特徴と理念というところでは、先ほど来説明をさせていただいていますが、やはりこれまでの生活のかかわりというのを大事にさせていただいて、ほんとうにその人らしさ、自分らしさを支えていく、そういう介護を目指しております。

これが満天星の入り口のご案内の看板という形になっておりまして、その両サイドにドウダンの花が咲いているところです。

ご清聴ありがとうございました。

【豊田会長】

ありがとうございました。

さまざまな形のケアマネジメントがあるということだと思いますが、ちょっと時間が押しておりますので、副市長さんのご発表、資料の2番目の論点であります在宅生活の限界点を高める介護サービスの普及ですね。この資料でいきますと、30枚目ぐらいから46枚目ごろになるとは思いますけど、2番目の在宅生活の限界点を高める介護サービスの普及のところにつきまして何かご意見、ございますでしょうか。

どうぞ。

【福本委員】

限界を高めるというところにもつながっていくことですので、発言をさせていただきます。

【豊田会長】

申しわけありません。どうぞ。

【福本委員】

2点ございまして、1つは訪問看護の立場からなんですけれども、先ほど訪問看護と訪問リハビリと、それから、ヘルパーの機能の分担のようなことが上げられておりましたが、リハビリさんとナースさんとヘルパーさんがそれぞれに1人の方に対して機能評価をして分担をしていきます。まず、リハビリがいき、そこをヘルパーさんにかわってもらえるところはかわっていき、ナースが健康管理をやりながら、徐々に健康管理の期間を延ばしていくとかいったようなケアを実際桑名のほうでもやっている事業所もありますので、その辺は周知していただけたらいいなというふうに思っております。

もう一点は、ケアプランのところなんですけれども、地域ケア会議の中において介護サービス計画、介護予防サービス計画の内容等について、予防的な視点でもって内容を検討する手法を確立するというふうに書いてございますが、そのあたりは私も非常に課題だというふうに思っているところでして、ケアマネジャーたちは、年間、協会に入っていただくと七、八回集団での研修を行っておりますが、やはり個別的なケアプランになりますと指導が充実しておりませんので、先ほどの和光市さんのところのケアプランの見直し前のほうのケアプランで終わっているケアマネジャーも確かにたくさんいるわけなんです。ここら辺のところを今後地区のケア会議の中で指導をしていただき、今までケアプランチェックというのでも十分にできていなかった部分もありますので、その辺の指導をしていただきながらやっていくと限界も少し伸びるのではないかというふうに思っておりますので、今後の地域ケア会議につきまして期待するところでございます。

【豊田会長】

ありがとうございました。

どうぞ。

【事務局（田中副市長）】

ありがとうございます。ちょっとどういうコメントか今心配していたんですけど、むしろ福本さんに指導する側に回っていただきたいということをこの場をかりてお願いしたいと思います。

【豊田会長】

ほかに何かご意見、ご質問、ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、副市長さんの論点の3番目ですね。地域包括支援センターの機能強化に移りたいと思います。47枚目のスライドからですね。

まず、南部地域包括支援センター長さんから南部地域包括支援センターの取り組みの紹介をお願いしたいと思います。

【事務局（秀島）】

桑名市南部地域包括支援センターの秀島と申します。ちょっと時間がない中で、ボランティアとの連携を中心にというところでセンターの活動を紹介させていただきます。

まず、介護者の集いというのをやっています。その中で連携のご説明をします。

南部地域包括支援センターでは、2カ月に1回、定期的に介護者の集いを開催しています。在宅で介護されている方は、ともすれば心身ともに疲労して、孤立化をされていると精神的に追い詰められて虐待に至るケースもあります。そうした在宅で介護されている方の精神的なところを支えるというところで、2カ月に1回、定期的に介護者の集いを開催して、その中で介護者間同士のつながりをつくり、また、包括からサービス等の情報提供をして、介護負担の軽減やストレスの軽減につながればということに取り組んでいます。

大体2時間ぐらいの会の中で最初の30分を情報提供の時間にしていまして、1時間半ぐらいを懇談の時間にしています。一番大事にしているのは介護者間同士の懇談のところ、包括の職員もほんとうに徹底して聞く側に回っています。口は出さずに聞くだけという形にしています。そういう中で、ほんとうに暗い表情をして入ってこられた方がいっぱい自分の思いを皆さんに聞いていただくことでほんとうに帰るときには明るい笑顔で帰られていくと、そういう経験を何度もさせていただいています。

包括の職員がやるのは最初の30分の情報提供の時間をどんなふうにして提供するかというところ、ずっと試行錯誤を繰り返しているんですけど、ここ2年ぐらいは介護保険サービスのサービスやボランティアなどに携わる方たちに外部講師として来ていただいて、直接情報提供をしていただくという取り組みをしています。

これは自助具工房くわなというところから来ていただいている様子です。自助具というのは、例えば片手でタオルが絞れるとか、瓶のキャップとかで硬くて開けられないのが軽く開けられるようになるとか、片麻痺の人が背中を自分でも洗えるようにとか、そういうのを自助具というんですけど、それをつくってくださっているところの方に紹介をしていただいているところです。

これは傾聴ボランティアみみずくというのがありまして、個人のお宅やデイサービスなどに訪問してくださって、利用者さんのお話を聞いてくださるというボランティアさんですが、最近は利用者さんだけじゃなくて介護者の方もいっぱいいたっていらっしゃるというところで、介護者さんを対象にした傾聴の活動もしていっていますというお話をいただきました。

介護小物「くわの実」というボランティアがあります。こんなふうなビーズクッションとか、お薬カレンダーとか、エプロンとかもありまして、ほとんど無料でつくっていただくんですね。何か、寄付とか、そういうのがあるらしくて、この日も早速持って帰られたり、注文をされたりということがありました。

これは認知症の人と家族の会という全国組織があるんですけども、三重県支部の方に来ていただいてお話をいただきました。ほんとうに同じ介護者としての立場でお話しされて、あとの懇談のところにも一緒に参加していただいて、ほんとうに介護者の方が涙ながらに話されるのをじっくり聞いていただいて、最後のアンケートでも一番評価の高かった会でした。

これは認知症見守りボランティア「あんしん」というボランティアさんがあって、これは桑名の認知症サポーター養成講座を受けた方の中で、認知症見守りボランティア教室というのを受講された方たち

でボランティアサークルをつくられて、できるところからやっていこうということで、やっぱり同じ介護者の人という立場でお話をさせていただきました。

介護者の集いにボランティアを講師として招いたことによる効果と書いてあるんですけど、まずは介護者さんへこういうボランティアがあるんだよという情報提供というのがまず第一番だったんですけども、うちの包括の職員としてもこういうボランティアサークルがあるというのは知っていても、実際にどういう活動をしているんだろうとか、どんな人たちがやっているんだろう、どんな思いでやっているんだろうと、知らないんですね。直接お話を伺うことでイメージが湧いて、ほんとうにセンター職員の質の向上にもなっているかと思います。ボランティアさんと顔の見える関係づくりができて、具体的に必要な方に必要なボランティアを紹介することができるようになりました。

あとは、開催するときには毎回ケアマネジャーさんにも案内を、今回こういうのをやりますよという案内を出すんですけど、興味のある方は最初の30分の情報提供のところにきて、一緒に話を聞いていかれるという方もいらっしゃいます。

あと、5番目のところは、やっぱりボランティアさんというのは同時に地域の住民さんでもあるんですね。ボランティアとして話をしに来てくださって、あっ、南部包括ってこんなところにあるんだとか、こういう方たちがこんなことをやっているんだということに来ていただくことによって知っていただくことができたので、その方たちを通して包括に対する認識を広めることができたと思います。

次に、介護予防教室なんですけど、年間60回、各地域包括支援センター、介護予防教室を開いていますが、その開催でかなりの部分でボランティアさんと一緒に開催をさせてもらっています。

これはスマイルの会といいまして、高齢者サポーター養成講座というのを受講した方たちが自主的につくっていらっしゃるボランティアサークルなんですけど、介護予防教室の中でスマイルの会の方たちにも何かしら、ぼけない小唄と書いてありますけど、そういうのをやっていただいたり。男性の方もいらっしゃって、何か足のつぼの話をしていただいているところです。

これは益世地区の地区社協さんと一緒に介護予防教室を毎年開催させていただいているんですけど、その中で体操と体操の間の休憩時間にスマイルの会の方たちがちょっとしたプログラムをしていただいて、楽しい時間を過ごしてもらっています。

これは小貝須浜という自治会の集会所なんですけど、そこをお借りして介護予防教室をさせていただいているんですけど、そこに歴史案内人というボランティアさんがいらっしゃるんですね。桑名の歴史の話をしていただいて、ほんとうに皆さん、身乗り出すようにしてお話を聞いていただきました。

こういうオカリナ演奏をされるボランティアさんもいらっしゃいました。

介護予防教室にボランティアを招くことの効果ということですが、包括企画の介護予防教室にプラスしてボランティアさんのプログラムが入ることで、ちょっと目先が変わったお楽しみというところが皆さんの魅力になっているかと思います。そして、ボランティアさんは地域の住民さんでもあるので、一緒に利用者さんの拡大もしてくださるといいます。介護予防教室の宣伝効果にもなっています。やっぱり地域包括の職員と顔の見える関係になって、スマイルの会の方とかはとてたくさんいらっしゃるのだから、ちょっと顔見知りになると出先でばったり会って、連れの方に「包括の方なんやわ」と言われて、「包括って？」と、「包括ってね・・・」という話に発展していけばいいなと思うんですけど、時々そうやって顔見知りの関係になって、そこから包括の認識も広げられていっていただいているんじゃないかなと期待しています。

あとは、さっき自治会の集会所の介護予防教室を紹介させていただいたんですけど、そこから自分たちでやってみようかという自主的な動きに今つながっていています。

ということで、そこへの支援なんですけど、小貝須浜集会所というところで地域の民生委員さん、新旧の民生委員さんや新旧の健康推進員の方々が集まって、定期的に集会所を利用して集いの場をつくらうじゃないかという話が持ち上がっています。包括の職員もちょっとその中の企画とか、一緒に相談のところに入って、中の企画をつくっていく支援を今しているところです。

それから、これは日進地区の個人の方で「サロン&はる」という集いの場を3月に開設されました。

センターの職員も開設に向けて役立つ情報をお伝えしたりとか、こんなふうな宣伝のチラシとかをつくらせたりして支援をさせていただいています。

これは益世地区の地区社協と一緒に今年度初めて取り組む「おうちごはんの料理教室」といいますけど、ちょっと連休明けで人が集まるかなというのをとても心配しながら、初めての試みで頑張って人集めをしているところです。主に男性をターゲットにした教室を開こうとしています。

最後になりましたけど、高齢者ができるだけ住みなれた自宅、地域で暮らし続けていくためには、介護保険サービスに限らず、地域の保健、医療、福祉サービスやインフォーマルサービス、ボランティア活動など、さまざまな社会資源が有機的に連携していくことが重要だということです。平たく言えば、つながっていく、つなげていくということが大事なんじゃないかなと思っています。南部地域包括支援センターはその取り組みの一環として、ボランティアとの連携を今後も続けていきたいと思っています。

ご清聴ありがとうございました。

【豊田会長】

ありがとうございました。

地域包括支援センターのいろんな活動の1つといますか、事例を説明いただきました。

それでは、地域包括支援センターの機能強化という論点につきましてご意見がございましたらお願いいたします。いかがでしょうか。よろしいですか。

【事務局（田中副市長）】

3時半になっていますので、診療のある先生があれば退席していただきたいと思います。

1点だけちょっと、会長、お願いしたいんですけど、在宅生活の限界点を高める介護サービスの普及のところで、40ページとかですけれども、デイサービスの話とかグループホームの話をさせていただきました。これ、今後について西村委員にコメントをいただきたいなど、お聞きになった感想をいただきたいなど、コメントをいただきたいと思います。

【豊田会長】

お願いします。

【西村委員】

確かに民間の運営ですので、認知症のご利用者の方が多いです。身体機能低下の方々は、色々なサービスを組み合わせながらプランを立てながらでも良いのかもしれませんが、やはり認知症の方を受け入れるということは、まず、認知症型デイサービスから始まり、柔軟な対応の出来る小規模多機能型居宅介護を利用していただき、その後、皆さん重度化され、重度化された認知症の方を家族の方が支えることは本当に難しい部分も多くなり、夜間対応のお泊りがどうしても多くなってきます。2年ほど前に小規模多機能居宅介護ふるさとの里の指定をいただき、以前に（H16年）グループホームふるさとの指定をいただいておりますが、グループホームが空きましたら泊り利用の多い方に入所していただきたき、なじみの職員が共に行き来しながら関係を築いて行くため、ご利用者の方も職員も多少安心していただけるようですが、小規模多機能型居宅介護ふるさとの里は成徳地区にあり、グループホームふるさとは精義地区にあり離れているため、職員が移動し関係を築くことについては、同じ事業所でも難しい部分を感じます。私は、スープの冷めない程度の距離で認知症の方に連動した事業所運営、顔と顔の見える馴染みの関係のあるスタッフが関わることが出来るシステムは賛成です。

それと、やはり今、デイサービスは本当に増えています。軽度な方は地域包括支援センターの方など、地域包括ケアシステムでどんどん軽い介護予防などを行っていただければ良いのですが、私たち介護保険サービス事業所としては重度化した方々をしっかりと最後まで看取ることのできる事業所づくりを行って行くことが必要です。

また、人材育成が大変です。今これだけ県指定のデイサービスが沢山出ていますのでやはり、私自身のふるさとは看取りまで出来る事業所づくりをしたいという思いがありますので、重度な方が多いです。やはり当事業所は人材育成の部分が弱いかもしれませんが、重度の方が多くなりますと職員が軽度な方の事業所へ転職され、軽度者だけを介護する介護職員・人材で本当に良いのかと事業運営をしな

がら感じる部分があります。やはり重度の方々としっかり在宅で看る場合は、私たちのように小規模な施設や先ほどの老人保健施設や特別養護老人施設などでしっかり支えるような施設づくりを行って行くことも一方では必要なのではないかとも思います。ですので、本日、副市長が報告されました県指定のデイサービスを市が関わって行くことは大切なことだと思います。また、認知症デイサービス・小規模多機能型居宅介護からグループホームという形で指定をいただけることは大変ありがたいことです。

【豊田会長】

ありがとうございます。

ほか、ご意見、ご質問など、ございませんでしょうか。

【西村委員】

もう一点いいですか。

【豊田会長】

どうぞ。

【西村委員】

あともう一点なんですけど、2年ちょっと小規模多機能型居宅介護を運営させていただき、今すごく感じていることが前回も同じようなことを報告させていただきましたが、やはり家族・地域がしっかりこの地域包括ケアシステムを理解していただかないと事業所だけが一生懸命、在宅生活をめざしても、やはり隣近所の方が帰ってくることを拒まれます。

一時的に長期泊りを利用していただき、元気になる帰宅していただくことになると、1週間・1か月あずかってしまうと一人暮らしの方や高齢者世帯の方を地域が受け入れていただけないという部分がありますので、やはり地域包括支援センターの方、市行政の方も一緒になって取り組んでいただけると、小規模多機能型居宅介護のあり方ということを理解していただけるのではないかと感じますので、ぜひ行政の方と一緒に地域づくりという部分の中では地域の方に見学していただければ、大変私たち事業をやりやすいですし、事業の目的を活かした取り組みが出来るのかと思いますので、ぜひ活かしてください。

それと、地域密着サービスの中には、運営推進会議というのがありますので、その場で行政の方に来ていただき、地域包括支ケアシステムの説明を、家族の方や地域の方に参加していただきますので、是非、副市長ではなく市職員の方に一緒に入って説明していただけると、私が説明しているより行政の方に説明していただけるほうが良いと思いますので、ぜひ一緒に説明をお願い致します。

【豊田会長】

ありがとうございます。

ほか、ご質問、ご意見、ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、次の議事に進みたいと思います。

4の桑名市地域包括ケア計画第6期介護保険事業計画・第7期高齢者福祉計画（平成27～29年度）（仮称）となっておりますが、この策定について事務局より説明をお願いします。

【事務局（黒田）】

事務局、黒田でございます。

桑名市日常生活圏域ニーズ調査「いきいき・くわな」中間報告についてご説明をさせていただきます。本日配付させていただいております資料5をお願いいたします。

この調査の目的でございますけど、先ほど副市長のほうから説明がございましたように、各地域包括支援センターの担当地区、東部、西部、南部、北部、多度、長島の6圏域の現状と課題を把握しまして、第6期介護保険事業計画、第7期高齢者福祉計画の策定をするための資料とする材料として今回実施しております。

調査方法と回収結果につきましては、平成25年12月1日現在、在宅の65歳以上の市民のうち、要支援、または要介護の認定を受けていない方と要支援1、2、また、要介護1、2の認定を受けている方を対象として無作為に9,000人を対象として調査しております。今回対象となる9,000人

の方に郵送を行いまして、提出のあった方を中間報告書としてまとめております。

回収の結果でございます。そのうち回収数は6,501人、未回収数は2,499人、回収率としましては72.2%でございます。なお、今回、返送されてこなかった方につきましては、現在訪問調査を行っているところでございます。今回は中間報告書ということで提示させていただいておりますが、最終的には地区社会福祉協議会、民生委員の方々の皆様の活動にご利用していただくために、地区別で活用できますようまとめさせていただきます。

この中間報告書の中身をご説明させていただくとよろしいんですけど、時間のご都合もございまして、後ほどこの報告書は見ていただければというように思っております。

以上でございます。

【豊田会長】

それでは、ただいまの説明に対しまして何かご質問、ご意見、ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

では、ないようですので、会議次第の3、その他、事務局からお願いします。

【事務局（高橋）】

事務局、高橋です。

委員の皆さんには、長時間ご議論ありがとうございました。その他ということで、次回以降のスケジュールでございますが、医療、介護、予防部会の合同部会のほうを6月2日月曜日、生活支援部会を6月30日月曜日に予定いたしております。本日、机上にそのご案内を配付させていただいておりますので、委員の皆様にはご出席いただきますようお願いいたします。

また、次回のその後ですが、7月上旬に協議会の全体会議を予定しております。また日程調整後、皆様にご案内を送付させていただきますので、よろしく願いいたします。

以上でございます。

【豊田会長】

ありがとうございました。

それでは、ほか、何か皆様方からありませんか。よろしいでしょうか。

それでは、これで第4回の桑名市地域包括ケアシステム推進協議会を閉会とさせていただきます。長時間にわたりまして熱心なご協議ありがとうございました。

— 了 —