

平成26年度 北九州市高齢者支援と介護の質の向上推進会議
第2回地域包括支援に関する会議 会議録

1 開催日時

平成26年7月17日(木) 18:30~20:00

2 開催場所

北九州市役所 3階 大集会室

3 出席者等

(1) 構成員

中村代表、村上副代表、大丸構成員、財津構成員、下田構成員、白木構成員、田中構成員、
文屋構成員、増本構成員

※欠席者：今村構成員

(2) 事務局

計画調整担当課長、認知症対策室長、地域包括ケア推進担当課長、介護保険課長、
健康づくり・介護予防担当課長、保健医療課長 ほか

4 会議内容

(1) 次期計画の骨子について

(2) 地域包括支援センターの機能強化について

5 会議経過及び発言内容

(1) 次期計画の骨子について・・・資料1

事務局：議題について、資料に沿って事務局から説明

代表：議題について、なにか質問やご意見はないか。

代表：骨子については、議論が進む中で変更や追加がある場合もあるため、必要に応じて、基本理念に立ち返りながら深めていただきたい。

(2) 地域包括支援センターの機能強化について・・・資料2

事務局：議題について、資料に沿って事務局から説明

代表：基本的な考えとして、この会議では、特に地域包括支援センターの機能強化についてご議論いただく。このための提案として3つの柱が出てきた。1つ目は在宅医療連携拠点、2つ目は地域ケア会議、3つ目は身近な相談体制についてである。まず、在宅医療連携拠点について、議論を始める前に、確認したいことはあるか。

構成員：支援を行うかかりつけ医に偏りがあるという説明があったが、その内容について教えていただきたい。

保健医療課長：具体的な患者というよりは、在宅医療を積極的に受けてくれる医師はこの医師だ

という意識が、地域包括支援センターの担当者であり、相談がある時は、その医師を頼ってしまう状況になっている。

構成員：在宅医療には、様々なケースがあると思う。症状や状態によって、そのケースに対応出来るかかりつけ医を探す拠点となれば良いと思う。連携拠点で関係者がスムーズに連携出来るようにしたいと言っていると理解した。

代表：在宅医療連携拠点について、各専門性の視点から足りない部分や改善点等のご議論をいただきたいが、何かあるか。

構成員：資料の北九州市内の病院・診療所・訪問看護事業数の中に薬局が入っていないが、在宅医療を行っている薬局もあるため、薬局も一覧の中にいれていただくと、協力出来ると思う。

構成員：同資料の歯科診療所数の()中に、在宅療養支援歯科診療所とあるが、この在宅療養支援歯科診療所以外でも、訪問診療は可能である。在宅療養支援歯科診療所とみなす施設基準に、歯科衛生師が勤務していないといけない。しかし、歯科衛生師不足が深刻になっている。

また、医師と同様に歯科医の場合も、訪問する歯科診療所に偏りがある。かかりつけ歯科医を決めているという人は76.9%いるが、要介護度が上がるにつれて、減少する数値がでており、かかりつけ歯科医が訪問することが望ましいと思うため、まずは、かかりつけ歯科医に相談するという施策を盛り込んでいただきたい。

構成員：医療と介護の連携において、在宅というと居宅のイメージになるが、認知症の方々はグループホームで暮らしており、グループホームでは、現在、医療との連携ということで、歯科医の往診や、訪問看護を中心とした医療体制の構築等を行っている。その中で、認知症の方々の入退院は大変であり、居宅のカテゴリーの中に入るものであれば、グループホームも包含した連携システムを作っていただきたい。

また、認知症の方々は、最近ではグループホームで看取りを行っているが、自身で体調不良を訴えることが出来ないため、発見の遅れや、重篤なケースになる案件もある。出来るだけ早く連携システムに載せていただき、居宅の方のみにならない視点を入れていただきたい。

代表：広い意味で医療間の連携、在宅医療連携だけではなく、この中では地域包括支援センターや介護の連携も将来担っていかなければいけない問題である。

構成員：在宅医療連携拠点は、本来、医療と介護の連携である。本来、連携をする時は、各病院の連携室が機能しているところはいいが、機能していないところや、また何処に行っても困っている事例など、先程言われた事業所も入る。

そのようなことを考えた時に、医療と介護の連携拠点には色々なものが入ってくる。実際に、在宅していただきと言われてもどうしたらよいかわからない。そのような人がケアマネジャーに相談し、ケアマネジャーが在宅医療連携拠点に相談する。きちんと連携室が出来ている病院であれば、主治医を決めてくる。そういった中から、漏れているや、困った人にこういったことが出来ないかと考えている途中である。

構成員：リハビリの専門職の立場から、リハビリをどう組み込めるかと考えた時に、あまりにも早期に退院するため、医療では追いつかない。このため、地域リハの視点から訪問看護に入れていただいて、先ず専門職の支援の強化という部分で、リハビリ職を使うことの利点を述べさせていただく。

医療機関での基本動作訓練、身体機能訓練で言うと、基本動作訓練が終わらないまま退院する、もしくは、応用動作訓練をやっても実際の生活に繋がらず、また、地域移行の部分では訪問看護や医師の処方も含めて連携しているが行き届いていないという実態がある。リハビリ職を使っただけだと、ここは伸ばせる、ここは限界のため支援が必要等の、アドバイスが出来るため、生活の中でのリハビリをこの仕組みの中に入れていただきたい。専門職という意味では入れていただいているが、リハビリの使い方を少し検討させていただきたい。

構成員：現状では、介護保険の認定を受ける時に、かかりつけ医の診断が必要と言ってきた。そのかかりつけ医と連携拠点作りがどのように関わっていくのか、先の見通しを教えてください。

保健医療課長：今説明したものは、訪問在宅医療が必要なため、強化していくというものである。前提として、先ず、かかりつけ医をしっかり持って医師に相談し、そこから自分が往診していない場合でも、往診出来る医師に繋いでくれるならば、かまわないため、在宅医療連携拠点を作って、在宅医療の普及啓発を行うことに併せて、かかりつけ医の普及をしっかり行っていきたい。

構成員：新しいものに変えていくということではないと認識してよいか。

保健医療課長：変えていくというよりも、在宅医療を希望する方に在宅医療を受けられる体制をより強化していこうというもの。何か方針を変えていくというものではない。

代表：既存の資源を十分利用しながら、機能強化していくという発想かと思う。

今出された意見については、今後この検討会の中で参考意見として取り上げていただきたい。最後に、情報をいかに共有していくかという、共有のシステムをツールとして作っておかなければ、情報が偏ってしまい、適切な介護や医療に繋がらないと思う。他に意見はないか。

代表：次に地域ケア会議について、議論を始める前に確認したいことはあるか。

構成員：国が求めていることと、現在、北九州で行われていること、まだ課題のあるところを整理していただいているが、私がイメージをしている地域ケア会議は、もう少し利用者に近い。我々からすると、地域ケア会議は統括の中で行われている地域ケア会議でしかないため、どのように現場とリンクしていくのか。本来、地域ケア会議は、地域での困難事例を事例検討し、それを地域包括支援センターが地域ケア会議を行って、代表者会議、ここでいう質の向上推進会議に繋ぐ。しかし、とても距離感があり、この体制で政策提言まで結びつく地域の課題発見というものの臨場感があるのか掴めない。

もう1つは、困難事例の個別支援から、ケアマネジャーの後方支援の機能があるということも謳われているが、そこが統括支援センターで行われていることが、我々には伝わってこない。このリンクするところをどのように考えているのか教えてください。

地域包括ケア推進担当課長：今回、地域ケア会議の実施主体については、国が示しており、市町村か地域包括支援センターということで整理されている。26年度については、現時点では、自立支援のケアマネジメントの視点が弱い部分もあるため、地域包括支援センター内部で深める努力をした上で、27年度以降に民間のケアマネジャーの事例に関しても、会議の中で検討していけるように、対象事例を拡げていきたいと考えている。

ケアマネジャーの人材育成に関しては、この場がいかに多職種協働の場として、専門的なアドバイスを受けることが出来る有効的な場になるかだと思うため、そういう観点で努めていきたい。

また、政策形成については、統括支援センターや地域包括支援センターから、今回の高齢者支援計画においても、意見をもらっているため、既に反映していく流れになっているが、構成員が言われるとおり、事例を通してどう課題を見つけていくかということをより認識していかなければいけないと思っている。

統括支援センターの後方支援については、処遇困難事例中でも特に処遇困難事例と思われるものに焦点を充てて行っているが、自立支援という観点も含めて更に、対象事例を地域包括支援センターから意見を吸収して報告を受けるといったような形で繋いでいきたい。

構成員：モデル事業の報告のまとめの中で、処遇困難事例は、精神科医師等から有効なアドバイスを得ることが出来たとあるが、生活継続が困難の事例、統括で行われる会議の内容と個別で行われる地域包括の会議の連携が必要だと思われる。処遇困難事例になってくると、精神的な問題のケースが多いと思う。そういう意味で皆さんの意見を伺いたい。

構成員：本来、個別事例がきちり出来ていれば問題ないが、個別事例が困った時に全部統括ということではなく、個別をもっと充実させていったほうがいい。これが地域ケア会議なのではないか。月に1度行っても、その時は困難事例中の困難事例で、弁護士に聞いたりする。もっと地域包括の困難事例の部分を中心に力を入れた方が、より身近な市民のためになる。

構成員：民生委員の立場からいうと、個別の案件で対応してもらい、その場で解決出来るものはその場で解決してもらっている。どうしても専門的な見識が必要な場合は、弁護士や医療関係に相談し、取り組んでいるが、その後、どういうルートでどのような社会資源に繋いだのか。その結果どういう成果が得られたのか、ということが今のところ跳ね返ってきていない。統括会議の中では、民生委員も関わっているため知ることが出来るが、それ以外の統括までこない事例については、なかなか我々は行く末がわからない状況である。自分が手がけていなくてもそのような事例を見聞きすることで、次に発生したものに対しての対応がより効率的に効果的に行える。各地域のレベルで行われている会議にも参加させていただきたい。

構成員：ケアマネジャーは、日々様々な困難事例を抱えて業務を行っている中で、地域ケア会議の開催に至る事例はレアケースであり、対処事例となったケースについて、どのように会議を行い、どう転換されているのかということが地域に落ちてこない限り、誰のための何のための会議かということが、遠くなってしまう、それでは、効果的ではない。先ず、地域の支援を行っている方達の個別の困難事例から、地域にどう転換され、解決されてきたのかという展開してきた結果がわからなければ、地域の支援力がその都度になってしまう。形成していくということを考えると、情報のフィードバックが大切になる。

今回地域包括ケア会議をこのように考えてくれているため、見立てが出来ないから直ぐに専門職種で検討するというのではなく、もう少し身近なレベルでの会議の形態や、統括、包括のレベルでもいいため、ケアマネジャーを含めた個別の困難事例の検討から始めて、構築していかないといけない部分もあると思う。また、それによって社会資源が作られても、その事例に該当しなければ、社会資源も知らずに終わっては、もったいないため、その点をご検討いただきたい。

構成員：処遇困難事例に関わらず、連携が上手くいっていない。特に食することの支援について、難しく、栄養の問題やリハの方との連携が特に難しい。リハの方に繋ぐにはどうすればいいかわからない時があり、実際に対象者を診察しないと状態が分からない場合があると思う。個別ごとになると思うが、実際にその部分の連携が必要だと思う。

代表：意見を集約すると、より身近なところでの支援を考える上では、地域包括での個別の事例検

討会、あるいは、そこにより他職種で関わりながら深めることが連携のスタートになり、政策を抽出していくことに繋がると思う。要は、中途半端に検討していてもそこから本質的な課題は見えてこず、また、上に上がっていかない。しっかりと現場レベルの議論をすべきである。

構成員：地域包括支援センターの創設当初は、事例に対する相談内容や処方及び結果についての簡単な読み分けがあった。それを見ると未だに役立つため、そういうものが作れるようご検討いただきたい。

代表：連携のためのツールが上手くいくかいかないかによって、大きく違ってくると思う。その他何かないか。

代表：最後に、身近な地域での相談支援体制について、議論を始める前に確認しておきたいことがあるか。なければ、意見を伺いたい。大きなポイントとしては、1つは、ランチ的なものを作る、次に地域支援コーディネーターの配置になると思う。意見はないか。

構成員：地域包括支援センターのランチは、市民センター等の身近な場所に置きたいとあるが、賛成である。今は、区に配置されている地域包括支援センターを利用している。それが、市民センターレベルになると対応数がより増え、また、タイムリーな対応になると思う。一方で、資料にもあるとおり、近くの地域包括支援センターより区役所に出向く人が多いというのは、昔から地域の中で知り合いに相談に来たことを見られたくないという人もいるため、遠いところに相談に行く人がいる。そういう人がいることを念頭にいただいて、どちらも対応出来るようにしていただきたい。身近なところに相談窓口が出来ると、今後民生委員の活動としても、負荷軽減になり、地域の困っている方々もタイムリーに効果的な対応が可能になると期待している。

構成員：包括の機能強化の中にふれあいネットワークとあるが、何を指しているのか伺いたい。今回、地域支援コーディネーターという機能がとても大きな力を発揮してくると思う。このコーディネーターの機能を持たせる内容等によってその成果が、保健福祉局全体になるのか一部の成果となるのか、そういったことを考えないといけない。そのため、地域支援コーディネーターの役割をもう少し拡げて、地域福祉づくりのような役割を持たせ、より効果を発揮させたほうがいい。

地域包括ケア推進担当課長：ふれあいネットワークの機能強化については、地域互助を推進するにあたっては、既存の活動している方々が重要な役割と考えており、本市においては、民生委員の活動やふれあいネットワークの福祉協力員の活動が、中心的な役割を果たしていただくことが大切である。その中でも、ふれあいネットワークの福祉協力員の活動については、非常に熱心な活動をしている地域や、様々な地域の実情からまだ、そこまで至っていないという状況を見させていただき、支援を一緒にしていくことが互助として大事だと考えており、先ずは、福祉協力員と民生委員の活動を中心的な支援対象として考えたい。

構成員：ふれあいネットワークは社会福祉協議会が立ち上げ、社会福祉協議会の事業の一つとして我々は取り組んでいる。これの強化は行政がどういった支援、指導が入るのか。もしくは、全く別のことを考えているのか教えていただきたい。

地域包括ケア推進担当課長：民生委員は、法定で決まっているため決まった人数がいるが、福祉協力員は、地域によって人数が様々である。地域の中で推進している地域団体は、自治会やまちづくり協議会、社会福祉協議会、民生委員など様々な活動形態がある。既存の団体の活動を大切に

しながら、その地域の特性に合わせた形で進めていきたい。そのためには、まずは、地域の代表者や活発にでてくる方々と話し合いを重ね、一緒に考えて汗を流して、共に実行していきたい。

具体的な活動について、地域特性はあるが、取り組むべきキーワードを探していき、その中で先導的な方がいるか等を地域でよく話さなければいけない。その地域でどのような会議を行うか、共通の認識を持つための会議を続けていくこと等が大事だと思う。

構成員：絵は綺麗である。地域支援コーディネーターを配置する職種は記載しているが、誰が選ぶのか。地域に何名配置するのか。また、1ヶ所の市民センターに何名配置するというあたりの説明をいただきたい。市民センターブランチはいいが、全ての市民センターに統一出来るのか。

地域包括ケア推進担当課長：現在検討段階のため、次回ぐらいに示すことが出来ればと思っている。

構成員：地域支援コーディネーターの役割は、互助を黒子となって後方支援していくというところには、とてもセンスがいる。例えば、地域で民生委員や福祉協力員等の方々とワークショップを開き、ファシリテーションしていきながらこの事業をどう作り上げていくか、というくらいの力のある方が、必要である。資料に、地域福祉論を学んでいる職種の中にケアマネジャーが入っているが、学んでいない。実際に地域支援をしたことない人が、職種を持っているからということで配置されても、反対に、民生委員や福祉協力員の方々に迷惑をかけてしまうことになる。これが出来ると、地域包括支援センターのブランチという機能強化になるが、これをどのように作り上げていくのか。これだけの職種の人材が保健師のように、地域に根差した方がどれだけいるのかということを見ると、丁寧に作りこみをしていかなければ、今ある地域格差がもっと広がって、地域住民の方々に迷惑を掛けしてしまう結果になりかねない。地域包括支援センターの本来の部分がブランチになるならば、そこは慎重に検討していただきたい。

構成員：やり方によっては、民生委員や福祉協力員に仕事をもっと与えて苦勞をかけることになるので、まずは、民生委員や福祉協力員の方々にしっかりと話しを聞いて欲しい。民生委員の方々は、またこれをしないとイケないのかと思ってしまうとよくない。まずは、そちらをしっかりとしてほしい。

代表：この部分は、次回にもう少し具体的なところを検討させていただいて、意見を諮りたい。

構成員：地域支援コーディネーターの方々が、上手く機能すればそれにこしたことはない。また、このようなポジションが新たに出来て、それが社会福祉士の活躍の場になるならば、是非地域の活動に強い方々を育てていきたい。本当に力量が試される領域だと思う。今後、益々様々な課題や複雑な事例が増えていくことが予想される状況の中で、ある時期に、一度にスタートすることは難しいと思うが、長い目で見ると、是非実現させたい。

代表：その他何かご意見はないか。無いようであれば、事務局から連絡はないか。

計画調整担当課長：地域ふれあいトーク及び次期高齢者支援計画の策定スケジュールについて説明。

代表：以上で、本日の会議を終了する。