

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3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10月28日（火） 18:30～20:00

2 開催場所

北九州市役所 8階 82会議室

3 出席者等

(1) 構成員

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

※欠席者：白木構成員

(2) 事務局

計画調整担当課長、認知症対策室長、いのちをつなぐネットワーク推進課長、地域包括ケア
推進担当課長、介護保険課長、保健医療課長 ほか

4 会議内容

- ・次期高齢者支援計画の試案について

5 会議経過及び発言内容

- ・次期高齢者支援計画の試案について・・・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。

構成員：地域の力を活用して、これからの行政施策を進めていく動きがある中で、各論の様々な
取り組みに、今回配置するコーディネーターの人材を活かした効果的な取り組みが考えられる。
先程の説明では、そういった部分には触れられていないため、限定したコーディネート業務とな
るのか、もしくは様々な行政施策に効果的に関わりを持たせるのかお聞きしたい。

地域包括ケア推進担当課長：地域支援コーディネーターの取り組みは、各論の様々なところに記
載している。例えば、各論1の9ページの基本的な施策の3「社会貢献の意欲ある高齢者を地
域で生活支援の担い手としてつなげていく仕組みづくり」という、いわゆる元気高齢者にどう地
域の中で頑張っていただくかというところで、1つ関連が出てくる。また、各論2の2ページの
基本的な施策の1「見守り・支え合いネットワークの充実」の説明文書の「また」以降に、各区
に地域支援コーディネーターを配置し、ふれあいネットワーク、さらには地域での話し合い、そ
して、いのちをつなぐネットワーク事業や地域包括支援センターとの連携、互助の基盤づくりの
役割も記載している。同じく各論2の15ページ、(仮称)地域相談支援事業がこの事業名となる
が、これは、基本的な施策3「認知症高齢者の地域での日常生活・家族支援の強化」の地域での
日常生活の支援であり、コーディネーターがその役割を担うこととなる。簡単にまとめると、元
気高齢者の地域の中での活動の場の仕組みづくりの支援や、地域での見守り支援という民生委員

や福祉協力員の体制、さらには、家族や認知症高齢者を介護している方々の身近なところでの相談を支援していくという、様々なところで地域支援コーディネーターの役割を記載している。

構成員：地域との連携や民生委員との関わりなど、大きく展開を図っていること、また、地域支援コーディネーターの役割が、かなり大きなものだったということもわかった。

その一方で、民生委員に過大な期待をして、沢山お願いをして、潰れてしまったケースや、民生委員は良かれと思って関わったことに対して、本人が被害的になり、警察に訴えてしまい、警察がその民生委員に対して事情聴取を行ったが、残念ながらその時に、関係者からのサポートがなかったというケースがあったと聞いている。要するに、地域と連携を図ることは大切だが、その時の対応や補償やフォローの体制まで、今後のリスクを考えて行う必要があると思う。今後、地域包括は高齢者だけが対象ではなくなってくる可能性があると思う。分野が違うが、罪を犯してしまった高齢者や障害者が地域に戻ってきた場合、高齢者であれば民生委員も関わる可能性がある。そういった部分の対応を幅広く考えていただき、フォロー体制をシステムチックに行っていくことが必要だと思う。すでに、そのようなフォロー体制があれば話しを伺いたい。

構成員：民生委員は民生委員なりに努力しているが、民生委員 1 人あたりの対応する世帯数が多く、限界がある。意見としては、民生委員という言葉のわりに自治区会という言葉が出てきていない。自治区会は今、町内会に加入しない人がとても増えてきており、また、町内会そのものが成り立っていない状況がある中で、地域の助け合いや絆を構築して、このような計画を進めていこうとしても、なかなか浸透していかないと思う。まずは、町内会そのものを避ける人が多くいるという問題を解決しなければ、この計画がどの程度効果を発揮するかわからない。具体的に進めていく場合に、民生委員の立場としても、何も効果的な方策は浮かばない。ただ、地域差はあるが、ふれあいネットワークを、今まで色々と協力、支援をしてきた。ふれあいネットワークは、いい企てだと思うが、地域の認識不足、説明不足などから、理解を得られていない状況がある。地域がふれあいネットワーク活動を認識して必要だとなれば、今回の計画も入っていけるようになり、現在起こっている問題の改善もなされると思う。

構成員：民生委員の活動の中で、誤解を招いてしまった場合のフォローアップシステムはどうなっているのか。民生委員を守るシステムはあるのか。

構成員：民生委員の仕事は、1対1の仕事であり、グループでどうこうするものではない。1対1の対応で、色々相談を聞いた上で、それを民生委員が対応出来る内容であれば、その場で解決に向かう。民生委員も経験年数が違うため、必要に応じて、先輩の民生委員や地域の民生委員を束ねている会長に伺いを立てたり、場合によっては、区レベルの話しにもつなげる。また専門の機関に民生委員が直接パイプ役として繋ぎ、専門的な対応を受けるようにしている。しかし、民生委員の中には、ご指摘の通りフライングをし過ぎて問題を起こすこともある。それは、民生委員の質も関係あるため、我々はいつも民生委員のレベルアップを図っている。また、民生委員法により立場を保障されていると同時に裏返せば、民生委員は守秘義務負っているため、そういったことをしっかりと認識して、日頃の活動の中でトラブルを起こさないように気をつけている。フォローシステムは、民生委員会の中で独自にというものは無いが、区レベルや市レベルでのサポートはある。相談をすれば相談にのってくれ、善処していただいている。

構成員：今のやりとりは、様々な事例、特に生活に係ることであれば、誰でも起こりうるものであり、専門家にも共通する課題である。支援システムのことについてお尋ねだったと思う。先ほどの説明では、巡回で出向いて行って支援をするという説明であったが、どういう巡回を想定しているのか。必要な時に電話をすれば来てくれるのか、具体的なことを伺いたい。

構成員：我々は今、地域包括支援センターとよく連絡をとっており、医療的なことや介護的なことの相談については、地域包括支援センターの専門の三職種に相談をしている。

構成員：行き来するということか。また、それが上手くいっているという、点検役がいるかということをお尋ねだったのかと思う。

構成員：その通りである。

構成員：お互い行き来しているが、点検役はいない。

構成員：例えば、地域でゴミ出しをしてくれる人の話しになると、おそらく、民生委員があそこならしてくれるというアドバイスをしているのではないかと思う。

構成員：それは、地域それぞれであり、そのような地域もあれば、町内会で頼むケースもある。民生委員に特化したものではなく、現在は、行政もゴミ出しが出来ない人には玄関口に置いておけば収集してくれる事業もあり、これは皆で行っているものである。

構成員：そういう意味で元気かという、バロメーターを一番身近なところで見ていただける民生委員は、ありがたい存在であり、どのようにしてネットを張り、一緒にスクラムを組めばいいかということが今回の課題ということで認識していいか。

代表：今の意見を少しまとめると、地域支援コーディネーターは、今後の地域福祉を考えると非常に重要であり有効であると思う。しかし、現実的なことを見ると、民生委員や従来、地域の支援に関わっている人たちの抱えた課題があるため、それについてもう一度洗い直して、解決するというを行っていかなければ、本当の意味でコーディネーターが生きていけないのではないか。

それから、それぞれの支えあう関係者同士の支援ネットワークやフォローアップをしていくシステムという部分も含めて、行政で体制を整えて欲しいという要望であったと思う。

構成員：だからこそ、今回配置するコーディネーターが関わりを持つことにより、他の事業展開に繋がっていくのではないか。

構成員：コーディネーターは、能動的か受動的か。受動的であれば、何をやっても効果に繋がりにくく、能動的に活動し過ぎると、トラブルを起こす可能性がある。そういう部分で、さじ加減が難しい。

構成員：地域で頑張っている方々にこれ以上の負担を掛けたくないのも、今、頑張っている方々の負担を減らし、尚且つ、その方々が動き易いような仕組みが必要。もう1つは、1対1の対応をペアで行うなど、その方が困った時の後方支援が必要である。

気になることは、後方支援を市民センターで行うとなると、センターによっては、地域に今以上に差が出てくる可能性があり、そうなった場合に地域住民が不安になると思う。

難しい問題であるが、その中で、地域の実情をどう引き出すかということについて、先ず現状の課題の認識という部分で、もう一度コーディネーターがどういう役割かということをしちんと具体化しないと、何をしているのか迷ってくる。いのちネットの負担、地域包括の負担、私は民生委員や福祉協力員の負担が一番気になる。元気高齢者がはたして皆協力するのかわからないが、

出来ないとはばかり言っているとしても前に進まないため、少しでも前に進まないといけないと思う。

代表：今までの意見を受けて、行政から一言何か答えていただければお願いしたい。

地域包括ケア推進担当課長：今回、コーディネーターを配置して目指すことの1つは、行政も地域の方々と一緒に汗をかいて、地域格差を無くすことである。

全ての地域が、現在熱心に活動している校区のようになるとは思っていないが、日頃の見守りで発生する随時的な支え合いを1つでも多くの地域で出来ればいいと思っている。

代表：次に、介護予防・日常生活支援事業開始に伴う介護予防ケアマネジメントの実施について、総合事業を中心とした概略、或いは変更点についておさらいしていただいた。そして、参考資料2で本市における介護予防ケアマネジメントの方向性及び本市の目指す姿や具体策の提案があった。このことについて、なにかご意見はないか。

構成員：介護予防支援サービス計画票3について、これは、1回ごとにこの用紙を使用し、評価を何回かするのか。また、定期的に行っているのか。

地域包括ケア推進担当課長：この介護予防支援サービス計画票3に対して、介護予防支援サービス評価表をその都度使用することとなる。

計画票3の中に期間というものがあるが、この目標がどのくらいの期間で達成するものなのかという達成時期や、対象者の状態を勘案して目標を設定し、振り返りを行う。また、途中で予想しない状態変化があった場合は、途中で評価することとなる。

構成員：支援計画票3の下段に必要な事業プログラムに○を付ける欄があるが、その中の基本チェック結果の部分については、何分の何という形で記載するのではなく、支援計画票1に記載している項目を具体的に記載した方がいいと思う。

構成員：新しい総合事業を高齢者に説明する際は、地域の元気な方々も含めて地域を活性化し、新たな支援体制のあり方などを創出していくという希望的な説明をした方がいいと思う。高齢者の中には、サービスが無くなると不安に思う人がでてくるかもしれないので、説明の部分をもう少し詳しく教えていただきたい。

介護保険課長：現在サービスを受けている要支援者の方の中には、サービスの低下やサービス自体が無くなると不安を持たれている方もいると思う。これについては、地域支援事業に移行後も、基本的に、現在と同じ専門的な介護事業所が行うサービスを必要としている人については、そのサービスを利用する形になる。基本的には無くなってしまいうものではなく、それに加えて、多様なサービスメニューを用意することとなり、本人の状態像や能力などを踏まえたケアマネジメントを行い、適切なサービスを提供していくこととなる。その中で、住民主体による生活支援というメニューも想定されているため、その部分は地域でサービスを提供出来るような体制を整えていくという趣旨である。

地域支援事業に移行することにより、これまで個別給付であったものを、そういったものも含めて利用出来るようにするという趣旨であり、そのように、概略として理解していただきたい。

代表：決してサービスの質や量が落ちるということではないということでもいいか。

介護保険課長：今受けているサービスが、住民主体のサービスに全て移行するというようなイメ

ージを持たれると、マイナスのイメージにしかならないため、今お伝えしたような内容を、今後事業を開始するにあたり、市民や事業者に丁寧に説明を行っていかうと思っている。その際には、そういった視点で説明をさせていただく。

代表：他に意見はないか。なければ、最後の在宅医療連携拠点事業について、事務局より説明をお願いします。

資料に沿って事務局より説明。

代表：今の説明について、何か、質問やご意見等はないか。

構成員：医師会を拠点に考えた理由の1つは、かつて各医師会に在宅介護支援センターがあった。当時は、在宅に出て介護の方たちの相談窓口として、医療の側から何か出来ないかということで作ってきた。その後、基幹型から地域包括支援センターに変わっていった。

今、国が在宅という割には色々な情報が不足している。医療資源が不足している中で、情報自体も不足している。そのため、現在、行政と一緒に医療資源のアンケート調査を行っている。診療所や病院、介護医療所などの情報を基に、様々な業務内容を検討していきたいと思っている。

我々も是非良いものをつくりたいと思っており、そこで、様々な職種の方が相談出来るような連携拠点をつくるのが我々の責務と思っている。皆様には、様々な機会でも色々ご相談することもあると思う。

構成員：直接関係は無いが、参考資料3の2の配置人員に医療ソーシャルワーカーとあるが、現状はどこに配置しているのか。

保健医療課長：一般的には、ソーシャルワーカーは病院の地域連携室という、患者が入退院する際にその調整をする場所に勤務している人が多い。

構成員：ソーシャルワーカーに力を借りる場合は、地域包括支援センターを通すこととなるか。また、どこの病院にもいるのか。

保健医療課長：規模によっては連携室がない病院もあるが、連携室があるところであればいる。

構成員：医療ソーシャルワーカーは、大きな病院に配置されているが、資格は定まっていなため、出来れば社会福祉士や精神保健福祉士などの資格を有する医療ソーシャルワーカーにしてもらえると、より有効的だと思う。行っている業務が違うとなると専門性が違うため、是非そういったことを考えていただきたい。

構成員：先程の質問だが、病院によっては、連携室があるところと、無いところがある。連携室が無いところでも、看護師長などが退院後のことを考えて色々調整してくれるので、個人の患者は、病院に相談すれば、何らかの形でサポートが得られると思う。ただ、連携拠点で一般の方から相談を受けると十分な対応が出来ないため、相談者を限定している。使い勝手のいい拠点でないといけないと思うため、ケアマネジャーを含めた在宅に関わっている専門的な方たちに加わってもらい、資料に記載しているような往診医を含めたところでの色々な在宅機能を発揮出来ればと思う。

構成員：家族がいる方はまだいい。一人暮らしで病気になり入院した場合に、退院する時にどう

対応すればいいのかという話しになる。

構成員：そのような場合は、病院もだがケアマネジャーに相談したらいい。今は入院した時点で退院支援を考えるようお願いしている。

構成員：医療ソーシャルワーカーが居なくても、機能はあるということによろしいか。

構成員：その通り。

構成員：次期高齢者支援計画試案の各論3の4ページの「【新】在宅医療・介護連携推進事業」について、具体的に教えていただきたい。退院支援などで具体的な形が決まっていれば教えていただきたい。

保健医療課長：内容は、先程説明したものがこれにあたる。退院支援に、連携拠点がどう関わっていくかということは、これから病院などにヒアリングをしながら作っていくこととなる。退院される方が地域に戻る時に、在宅医療に関する資源の情報提供が中心となると思われる。地域連携室があるところは、ある程度、対応出来ていると思うが、連携室がないところや、時間がなくて十分な退院調整がしきれないところがあると思うので、そういったところに何らかの支援ができればと思う。

構成員：連携拠点に訪問歯科診療していただく先生方や薬剤師などの情報を集めたいと思っているため、歯科医師会や薬剤師会にご協力を仰ぐと思う。在宅に帰った方の口腔ケアは必要だと思うので、その情報を集めていけば、対応出来ると思う。その時、両区にまたがる場合は、必ずしも同じ区の方が行く必要はないと思っており、そういう場合の対応について、区同士の連携拠点でいつも情報交換をしていけばいいと思う。

構成員：病院内に歯科がある場合は、連携を組んで専門的な口腔ケアをして、誤嚥性肺炎も無く退院するが、在宅に戻り、誤嚥性肺炎を繰り返して再入院した場合に、かかりつけ歯科医師は全く連携がとれていない場合があるので、歯科医師会からもしっかりと情報を出したいと思う。

代表：在宅医療を中心としたネットワークを作っていく事業になると思う。

構成員：今まで個々で対応していたが、根本的なところから考えた場合に、医療関係者だけでなく介護関係者や行政を含めた組織で対応していきたい。

代表：その他、何かご意見は無いか。無ければ、事務局より連絡はないか。

事務局：第4回地域包括支援に関する会議について案内。

代表：以上で、本日の会議を終了する。