

平成 29 年度京都府高齢者サービス総合調整推進会議（第 2 回）議事録

1 開催日時

平成 29 年 7 月 28 日（金）午後 2 時～ 4 時

2 会 場

京都府医師会館 会議室 212・213

3 出席者

○ 出席委員（23名）・オブザーバー

岡本 民夫 会長（同志社大学名誉教授）
西村 周三 会長代理（医療経済研究機構所長）
山脇 正永 委員（京都府立医科大学 大学院医学研究科 総合医療・医療教育学教授）
栗林 三善 委員（京都府市長会（亀岡市健康福祉部長））
岡田 博之 委員（京都府町村会（和束町福祉課長））
岡嶋 修司 委員（京都府後期高齢者医療広域連合副広域連合長）
北川 靖 委員（一般社団法人京都府医師会副会長）
佐藤 雅之 委員（一般社団法人京都府歯科医師会常務理事）
宇野 進 委員（一般社団法人京都府薬剤師会副会長）
高木はるみ 委員（公益社団法人京都府介護支援専門員会常任理事）
荻野 修一 委員（一般社団法人京都府老人福祉施設協議会会長）
太田 努 委員（一般社団法人京都府介護老人保健施設協会理事）
久野 成人 委員（一般社団法人京都私立病院協会副会長）
清水 紘 委員（京都府慢性期医療協会会長）
武田 知記 委員（社会福祉法人京都府社会福祉協議会事務局長）
麻田 博之 委員（一般社団法人京都府理学療法士会理事）
齋藤 嘉子 委員（一般社団法人京都府作業療法士会役員）
内山貴美子 委員（公益財団法人京都 S K Y センター高齢者情報相談センター次長）
福本 淳子 委員（一般財団法人京都府老人クラブ連合会女性委員会常任理事）
藤原 公子 委員（京都府連合婦人会理事）
大西 幹子 委員（日本労働組合総連合会京都府連合会支部女性委員会事務局次長）
内藤 雅子 委員（一般社団法人京都ボランティア協会事務局長）
荒牧 敦子 委員（公益社団法人認知症の人と家族の会京都府支部代表）
林 直久 オブザーバー（京都市保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室介護ケア推進課）

○ 欠席委員（4名）

廣田 吉昭 委員（京都府国民健康保険団体連合会副理事長）※廣と吉は異字体
今西美津恵 委員（公益社団法人京都府看護協会会長）
関 道子 委員（一般社団法人京都府言語聴覚士会会長）
日野 直樹 委員（京都府商工会議所連合会（京都商工会議所常務理事・企画室長））

4 内 容

（1）協議事項

① 今後の施設整備のあり方や在宅系サービス等のあり方

<質疑、意見交換>

- 将来推計を見ると、2025年以降のことを充分考えていく必要があることがよくわかる。
- 今後、介護認定率も高く、重度化した後期高齢者の方々が増えてくる中で、比較のお元気な75歳までの高齢者は支える側に回っていただく等の考え方が必要。
- 介護予防から看取りまで、一体的に考えていく必要がある。
- 人口が減り高齢者数のピークが過ぎても、支える人たちはもっと減って少なくなり、より大変な状況になると考えられるため、詳しい分析が必要。
- 中・重度者を支える上で、「在宅」は一つの選択肢であるが、独居の高齢者が増える中では、やはり「施設」は重要。この「施設」を考えるときに、定員数だけではなく、実際どれだけ施設に入っておられるかも見ていく必要がある。
- 非常に厳しい状況であることは間違いなく、先のことを総合的に、また圏域毎に考えていくことが必要。「発想の転換」等、住民の方に理解していただかなければ、乗り越えられない。

- これから受け手がどんどん増えていくのに対して、支え手が相対的にも絶対的にも減少するという、逆ピラミッド型の人口構成になっていくと、今までの物の考え方やパラダイムでは、事がうまく進まないのではないかと。
- さらに医療や生活の状況が変化すると、長寿化も進み、重度者も延命が可能になり、ますますの重篤化と複合化という現象を想定して対応を考えていかなければいけない。

- 介護の専門職の充実と併せて、それを助ける住民、家族等支える方への配慮をどうするかということを見視野に入れる必要がある。
- 計画に「このままいくと大変深刻になる」という数字を出すことは大事だが、「それを緩和するためにどうしたら良いか」という話も入ってくると良い。
- 東京では一つの団地やアパートの中に、一般の方が住んでおられる中に、いくつかサ高住的な要素を持ったものを入れ、ご近所の方が見守りをできるような仕組み、「混住」の形態がある。これをどうやって作っていくか。2040年あたりには、ご近所の80歳90歳の方が「最近ちょっと隣の方、変ですよ」と言えるような仕組みをつくらないと間に合わない。
- 施設か在宅かという議論がよくあるが、その議論は今もう陳腐。「ほとんどの方が一年間同じ所にいる」というイメージを変える必要があり、「3ヶ月だけ、どこかにいて家に帰る」などいろいろな形がある。
- 例えば、特に過疎地域において、役所の横にケアをする施設があり、そこに一時的な住まいもあり、年間のかかりの日数はそこにおられて、割と元気になったら家に帰る、という複合施設をどうやってつくっていくか。大都市ではそこまでやる必要は無いかもしれないが、過疎地域になると、医療も介護もリハビリもあり、一箇所ですべての機能を果たす施設をどうやって計画していくかというのが課題。
- 計画の数値も、どこの圏域に何人、だけではなく色々なバリエーションを考えることによって、お世話をする人とお世話をされる人が比較的近くにいる、という形をどうやって作っていくかが課題。

- 国でも「我が事・まると共生社会」の構想を持っているが、地域密着型の多機能施設・機関をどのようにつくっていくか。「我が事・まると共生社会」が実現するような街づくりをどのようにしていくか。都市化が進んだ地域と、過疎地域では少し事情が異なるが、そういう多様なあり方、有り様を可能にするような拠点作りが課題。

- 要介護者の重症化や要医療化という問題に対しては、医療と介護の連携を密にすることが非常に大切。3点ほど医療と介護サービスの一体化へ向けて必要な点があると考えます。
 - ① 「ケアマネジメントの再構築」。人材を含めて、医療と介護の人材のミックスあるいはどのように連携するかという点。
 - ② 「情報共有」。医療と介護にはまだ断絶があり、それをどうするか。
 - ③ 高齢者の今後の介護を考えていく場合には、在宅、居宅、施設に関わらず、「日常の生活圏」とい

うものを考えなければならない。中学校区を一つのエリアとすると、約2万人の人口で、高齢化率が25%とすると、500人くらいの重症の要介護者がいると言われており、高齢化率が30%だと600人。医療圏のデータはもちろん重要であるが、もう少し細かい分析をもとに考える必要がある。

- 地域差の問題について、過疎地域の場合の情報の共有や連携のあり方は非常に難しく、ITの活用などを言われているが、京都府下の場合、特に北部の地域では大きな課題。それについて、事務局はどのように考えるか。

(事務局) 計画策定していくにあたり、地域差というのは当然非常に大きな課題であると認識。府の介護保険事業支援計画は、各市町村が策定する介護保険事業計画が基礎になるため、まずは市町村が市町村単位だけではなく、中学校区単位などの細かい単位で、しっかりと地域課題を見てもらう事が重要。現在、国からも色々と分析ツールがでていっているので、それらを活用して、市町村が地域分析をしっかりとできるような支援を府として行っていくことが、計画策定の中でまず重要なことだと考える。

② 在宅医療・介護連携の推進方策

<質疑、意見交換>

- 京都地域包括ケア推進機構の説明があったが、これは全国的にもユニークで、今後、より重要性が増していく。多くの団体が参加し、「オール京都」という形であるが、まだ団体間には意識の差がある。現在は「医療・介護」が前面に立っているが、将来を見据えて、「生活やまちづくり」という視点を重要視すれば、もっと各団体のご意見や、役割が高まってくる。これからの高齢化に向け、様々な企業や人材に良いアイデアを出していただき、それを行政が上手く吸い上げて進めていけば、企業にとっても関係する人達にとってもプラスになる。
- 「在宅療養あんしん病院登録システム」、「京あんしんネット」など、「あんしん」という名のついたものを、より有機的に連携しながら進めていく必要がある。医療はひとつの大きな柱であるが、これらは医者が主役になっては進まない。暮らしの視点が必要であり、推進機構の仕事として、色んな人に関わっていただいた方が進むのではないかと思う。
- 医療・介護連携は、市町村の仕事のようになってきているが、各地区医師会と団体が一緒になって頑張っている。地域支援事業に今後移行していくということであるが、市町村はお金がないため、検討経費しか出ていない部分もある。推進体制を作ってアイデアを出していただくのは良いが、そこから進めるにはお金がいるので支援が必要。
- 在宅医療の推進については、圏域別の取組は重要だが、府単位での支援が必要。退院調整や人が移動する部分の調整など、なかなか報酬でカバー出来ていない部分もあるかもしれないので、そういった部分にも支援が必要。
- 地域包括ケアについて、現場から見ると、実際の結果が見えない。具体的な結果や手法を、このような場で紹介したり、団体に具体的な協力を提案する等した方が前に進む。
- 「高齢者」と一括りにすることは実態に合わない。あるときは受ける側、あるときは提供する側など、状況は毎日動いている。
- 地域の具体的な成功事例の積み重ねが、地域包括ケアの形になっていく。
- 基本的には国の制度の中で、「診療報酬」や「介護報酬」がきちんと活用されているかどうかの点検が必要。
- 入院時は、介護報酬で位置づけられたケアマネジャーからの「情報」により、切れ目なく継続して一人の人を全体で見えていく入院のサービスに繋がっていく。退院時には、診療報酬の「退院支援加算」があり、病院に「退院支援看護師」あるいは「社会福祉士」が決められた数配置され、医師から退院許可が出たら、在宅で受け入れてくれるスタッフに、きちんと遺漏のなく引き渡していくという連携が非常

に大事。

- 府や市町村の施策を考えると、まず基本は「診療報酬」や「介護報酬」がきちんと活用されているか。その上で、それだけではカバーしきれない、あるいはもっとこういうものがあれば質の向上に繋がるといものが、府や市町村から提供されていくと、府民・住民にとってよりよい形が整っていく。
- 「在宅療養あんしん病院登録システム」には、私立病院協会の多くの病院が登録している。現在は地域の開業医と病院との連携が上手く出来ており、紹介に困っていないため、あまり使われていないのかもしれないが、今後高齢化がさらに進んだ 2025 年から 2040 年を乗り越えるために、このシステムが役に立つ。あんしん病院に登録する際は、ケアマネジャーや薬局、開業医、その他周りを支えている人を巻き込んで登録しなければならないが、それが病院と地域の在宅支援スタッフとの顔の見える関係をつくっていく第一歩になっている。中・長期にわたって考えると、いい仕組みであると今後に期待している。
- 地域の中で顔の見える関係を作るためには、医師がケアマネジャー等と本当に親密にならないといけない。あんしん病院システムによって、医師が、一人一人の患者にケアマネジャーがついているのかいないのか、どういう方がついているのか、要介護度は何なのかということに意識を向ける一助になっている。
- 例えば、フランスのパリの街は1階が小売店になっており、2階以上に住民が住んでいる。パリの高齢者は、1日に1回、お洒落をして下の小売店に降りてきて、パンを買ったり、買い物をしたりして帰られるので皆さんお洒落で元気だと聞いた。
かつては私たちの地域にも小売店が沢山あった。その小売店が閉まってシャッター通りになり、最後まで残っていたスーパーマーケットも 1 年前に閉まってしまった。そうすると、ある程度元気な方はちょっと離れた所に電車に乗って買い物に行かれるが、電車に乗っていけない方は、買い物に行けず足腰が弱り、一気に老いられた、という印象を持った。医療・介護というのはまちづくりと一緒にと言われるが、本当に表裏一体なのだなど痛切に感じた。
- 医療や介護の人材について、人材不足は深刻切実なもの。求人広告は医療や介護の募集で溢れているが、あげてもあげても応募がないという現状。京都市、京都府から、医療や介護の仕事の重要性や、そもそもそういう仕事があるということをアピールしていただき、意識を浸透できればと考えている。
- 認知症の親のもとに精神障害を持つ子がいる、あるいは非正規雇用や無職の子がいる等、複合する福祉課題を抱えている高齢者世帯の医療・介護を、その家族の暮らしを支えていくために、もっと多くの相談機関や、生活困窮者の支援をしている所も含めて、横に繋がっていくような取組が必要。
- 過疎地域の現実は非常に深刻。私は京丹波町の山の中に住み、地域で組長をしているが、今までは 10 年に1回まわってきた組長が今は 3 年に1回まわってくる。空き家もどんどん増え、過疎というのは言葉だけではなかなか表現できない状況。
- 京都地域包括ケア推進機構の目的はそれぞれの専門職の団体が、一府民をどのように支えていくかというシステムの構築だと考えている。
私は後期高齢者で、先日、運転免許の更新で認知症の検査を受けてきた。なんとかパスしたが、免許はいつでも返納できることをと強く言われた。しかし、地域の中で暮らしていくときに、免許を返納すると誰が暮らしを支えてくれるのか。高齢者も地域の中では支えられるだけではなくて、支え手になっており、それから逃れようと思うと病気になって倒れるしかないというのが現実。例えば、家の玄関に白い旗を立てておけば誰かが来てくれるというような状況になれば嬉しいといったような、京都府がこういう風になればいいなというイメージを実現できるようなものにしていただきたいなどお願いをしたい。
- 私も「在宅療養コーディネーター」の養成を受けたが、野に放たれて何をどうするのか分からないという実感。本日の資料を見ると、多職種連携会議において在宅療養に取り組む上での地域の課題整理や方策の検討、地域ケア会議での事例提供や専門的助言と、今更ながらこういう役割もしなければならない

らなかったのかと実感を持った。もう少し宣伝しないとせっかく時間をかけて研修に赴いたことが、もったいなく思う。

- 医療サービスと介護サービスの連携について、私は介護支援専門員(ケアマネジャー)として、利用者が入院したことが分かると、在宅時の情報をほぼ3日以内には病院に持って行き、担当の医師や看護師、医療ソーシャルワーカーに自己紹介をして、(退院後の)「在宅は任して下さい」と言う。報酬の面では難しいこともあるが、ケアマネジャーも努力しており、以前に比べてこうした連携がかなり定着してきたと実感している。会としても、これからも連携が進むよう努力をしていきたい。
- ケアマネジャーは要介護認定を受けた方につくことになるが、入院されても生涯一人のケアマネジャーが担当するような仕組みも検討すべきではないか。
- 人材不足について、関東地方では特養の介護スタッフが確保できず、建物は建てたけれども入所者を募集できないところがあると聞いている。厚労省は人材不足について、なんらの回答策も打ち出していない。EPA 制度や、最近介護の分野も認められた技能研修等々においても、厚労省は「我が国における人材不足を補うための制度ではない」とはっきり言っている。制度の趣旨はわかるが、人材不足に対する回答はない。とは言え、EPA 制度がある程度の人材不足に役立っているのは事実であり、技能検定についてもこれから役立つ可能性はあるのではないかと考える。

一方、外国人を紹介する業者が出てきている。中には悪質な業者があり、紹介料 30 万円を取り裏で操作してすぐ辞めさせるという話もきいている。これについては行政で、例えば京都府が紹介業者についての基準を設けるなり、認可・認定制度にするなり考えていただいた方がいいのではないか。

同時に、京都府独自の人材確保策を考えていただきたい。私の病院でも EPA に基づいて、外国人が来ていたが、言葉の問題さえなければ非常に優秀である。ほとんどが看護師の資格を持っており、知識的にも問題はないという印象を持っている。
- 介護医療院について。介護療養病床は平成 36 年 3 月 31 日をもって完全に廃止になる。その行く先は介護医療院となる。介護医療院の基準等については、今のところ全く出ていないが、介護医療院にどれくらいの数に移るのかということについて国は全くまだ想定はできていないと言っている。

医療療養病床については、看護職配置が 20 対 1、と 25 対 1 の 2 つのタイプがあるが、25 対 1 のタイプは来年 3 月 31 日限りと決まっているが、延長を求める意見が出ており、3 年は延長するだろうと考えられている。医療療養病床が介護医療院に移ってくると、介護給付が増えることとなる。これについても早期から移行調査等はされるべきだと考える。施設としても、移行についての検討が必要である。

国の検討会議の中では、一般病床からも介護医療院に移りたいという声も相当強く出ているので、将来的には移ってくるものと考えなければいけない。これについてもいつから認めるかというのは全くの白紙であり、3 年後か 6 年後どちらかになるのではないかと思う。

この介護医療院の問題については、非常に大きく介護保険財源にも影響してくるし、医療と介護の連携問題、この計画についても大きな影響がでると思うので、何か一考を立てておいた方がいいのではないか。
- 特に問題になっている在宅の医療介護をどのように進めるか、介護病床のあり方を振り返る、そのプランニングを真剣に考えないといけない状況。
- 人材不足について、施設を開設したが完全オープンできない事例は残念ながら京都府内にも一部ある。ただし、オープン時ではなく、しばらくして人員が不足して仕事を休むというケース。

京都府独自の認証制度等で、人員的には確かに毎年何百人何千人と集まっているが、一方で「質の担保」で最近不安を感じることが多い。全国的にも残念ながら社会福祉法人で色んな不祥事があったのも事実であるし、障害者施設では昨年以降かなり色んな事件が起きている。
- 高齢者の希望は、最近、「地域で最期まで慣れたところで暮らし続けたい」というのは圧倒的に多い。先日の綾部市の調査によると、「施設に入りたい」というのは 14% くらい。「どうしても行くところがなければ入ってもいい」のが約 40% で、あとは「希望しない」という結果。地域の高齢者のイメージとしては、「施設か在宅か」でスパッと分けている傾向があるので、住民の意識を変化させていくかは私達の大き

な役割ではないかと感じている。

- 施設は災害時の福祉避難所という役割も担っている。最近全国で災害が相次いでおり、社会福祉施設では人的被害はなかったと聞いているが、災害はいつどこで起こるか分からない。京都府で災害が起こった時にどう支えていくか。団体として京都府と一緒に DWAT という制度を作り、熊本にも支援に行ったが、こうしたことも大きな役割と考えている。

- 脳卒中で入院した方が退院する時に、二人暮らしで老老介護のためサービスが沢山入れられず、安全に帰れる保証がないという事例があった。病院であればセンサーを使って安全を守れるが、家ではどうやって安全を守るのかというところで、不安で家に帰れない。サービスを入れようと思っても充分に入りきれず、介護度によって夜などの隙間時間を埋められないというところで、やっぱり在宅生活を支えるのが不十分で、家族支援がなかなか組めないという問題がある。
息子と2人暮らしの場合でも、昼間は働いていてほとんど一人暮らしのような状態なのに、家族が居ることになっている為にサービスが入れないという事例がある。
- 家を見に行ったときに、元々発達障害がありゴミ屋敷となっていて、住み慣れた地域で暮らそうと思っても、元々がちゃんと住めていなかったという事例がある。病気になる前から地域づくり、まちづくりがもう少しできていれば、重症化する前に帰れるようなシステムができるのではないかと。そういうまちづくりができる仕組みがあると良い。

- 昔は婦人会という組織が各市、まち、集落にあり、女性の活躍が、近所の見回り・見守りにつながるものがあつた。今はそういう組織がほとんどなくなつてきている。女性は65歳くらいまでは田舎でも働いており、85歳くらいまでが比較的自由に暮らす年齢層。この女性の活躍が利用できないかと常日頃から感じている。
- 私は田舎に住んでいるが、80歳を過ぎると免許を返納して、バイクにも乗れなくなり、医者にも行けない。若い者にも頼みにくい。かといってタクシーを利用すると片道3000円掛かる。バスは2、3時間に1本。そこまで歩いて行くこともできない。という田舎の抱える大きな課題がある。現行計画を読んだが、私達の村には合わないところがあると感じた。
- 老人福祉施設では、良い建物は建つが職員が足りず3分の1、半分しか稼働していないところがある。京都府だけでなく全国的な課題として、介護に関わる方を確保するため、もっと報酬の面で考慮していかなければならない。
- 田舎の持つ課題と都市部の持つ課題は違う。地域の医療・福祉・介護の検討委員会のメンバーに入っているが、そこで問題になるのは特に「移送」の問題。田舎では「移送」と「介護者の不足」が一番大きな問題になっており、そういった過疎の田舎に関わる課題というものを考えていけないといけな