

平成29年度 第5回京都市高齢者施策推進協議会 摘録

日 時 平成30年2月23日（金）午後2時00分～午後3時51分

場 所 御所西 京都平安ホテル 1階 平安の間

出席委員 麻田委員，井上委員，射場委員，加藤委員，北川委員，源野委員，清水委員，谷委員，
近田委員，中島委員，中村委員，浜岡委員，檜谷委員，平田委員，福富委員，道本委員，
山岡委員，山岸委員，山下委員，山添委員，山田委員

欠席委員 伊藤委員，内山委員，沖委員，北村委員，才寺委員，里村委員，團野委員，三浦委員，
森委員

事務局 別府健康長寿のまち・京都推進担当局長，谷口医務担当局長，谷利介護ケア推進担当
部長，林介護ケア推進課長，小田切介護ケア推進課担当課長，齋藤介護ケア推進課担当
課長，和田介護ケア推進課担当課長，塩山健康長寿企画課長，伊井健康長寿企画課担当
課長，小西健康長寿企画課担当課長，高見監査指導課担当課長

（開会）午後2時00分

＜司会＞ 谷利介護ケア推進担当部長

＜開会あいさつ＞ 別府健康長寿のまち・京都推進担当局長

＜協議事項1＞ 第7期京都市民長寿すこやかプラン（案）について

＜事務局説明＞ 林介護ケア推進課長

資料1 第7期京都市民長寿すこやかプラン（案）

資料2 第7期京都市民長寿すこやかプラン（案）概要版

資料3 第7期京都市民長寿すこやかプラン（案）中間報告に対する市民意見募集の結果について

資料4 第7期京都市民長寿すこやかプラン（案）に係る各ワーキンググループの主な意見（修正
反映事項）について

＜意見交換・質疑＞

檜谷委員： 資料1の43ページ「【重点取組3】1 安心して暮らせる住まい環境づくりの推進」
では，高齢福祉の中に住宅施策関係が位置付けられていて，大変心強く思っています。
この中で，市民の方が住まいの問題で困りごとがある時に住宅部局の窓口があることが
書かれていますが，例えば住まいを替えたほうが良いとか，バリアフリーを進めたほう
が良いとか，実際には福祉サイドのほうが高齢者の色々なニーズを知っておられるか
と思います。そういった福祉と住宅とがつながっていく流れという観点をより加えていた
だくと良いかと思います。

また，現在，高齢で独り暮らしの方は，将来の不安が大きいのではないかと思います。
そういう方のために施設ではないですが，住まいというカテゴリーの中で一緒に住ま
うという形態，シェアハウスやグループリビングなど，認知症の方の場合はグループ

ホームがあります。利用料が高額なものもありますが、身近で安価な住まいの可能性も検討し得るということで、そのような内容を示してもらえるとわかりやすいと思います。今後市民向けの広報をする段階で住宅部局と連携しながら、進めてもらえると良いかと思います。

林 課 長：住まいの窓口の問題，シェアハウス等の問題は，高齢者だけではなく，例えば障害のある方についても課題となりますが，引き続き考えていきたいと思っています。

平田委員：医療と介護の連携強化について，数値目標に「在宅医療・介護連携支援センターの設置数」があがっています。認知症等の病状が進行していく過程で，介護保険サービスの他に医師の往診や定期的な巡回，さらにもっと進んで看取り体制をどうするか，そういう問題が今後増えてくると思います。そのときに，介護保険サービスを超えて新たに医療保険の分野に移ることにより，それが費用の負担増につながってくるということもあり，ケアマネの手に余ることが起こり得るし，現に私は後見人として活動している関係でそのような事例が出てきています。そういった場合に，この支援センターが対応するのかなと思いますが，支援センターはどのような機関なのか，また現に2箇所あるとのことですが，どこにあってどのように活動が始まっているのか。細かい数値目標とはなっていませんが，それはこの2か所である程度モデルケースとして見極めをしているのかと考えており，医療と介護の分野に踏み込んで，どのように連携して看取りの体制を作るか，そういった点で重要な施策かと思うので，現状を踏まえて具体的な取組をどのように検討されているのかお聞きしたい。

伊井課長： 在宅医療・介護連携支援センターについて，2025年に向けて，医療と介護の両方を必要とされている高齢者が，住み慣れた地域でこれからも生活していけるように，医療と介護をつなげる仕組み，連携する部分を支援していくというものです。直接的に医療や介護にタッチしていくものではありません。モデルケースとして今年度2箇所設置しておりますが，在宅の医療と介護をつなげる役割は，これまでは少し垣根が高いと感じられる部分があったということで，今回この支援センターにおいては，各地区医師会に主軸を置き，そちらから介護側へのアプローチをしていただきます。支援センターには，医療と介護両方の知識を持つコーディネーターを配置し，地域の中で医療と介護をつなげるうえでどういった課題があるのか，多職種の方に集まっていただいて解決に向けた会議を行ったり，医療と介護の社会資源を支援センターで蓄積して把握することで，医療，介護の両分野から相談があった際に情報提供できる，つなぐ役割ができるものと考えています。

現在はモデルとして，右京医師会に委託した右京区を活動範囲とする支援センターと，下京西部医師会に委託した下京区・南区を活動範囲とする支援センターの2箇所が稼動しており，後者は下京東部医師会と協力しながら活動いただいています。12月に設置されたので，まだまだ動き始めたところです。実際に支援センターには，在宅で医療と

介護どちらも必要としながら生活するのがどういうことなのか、そういった意識を醸成するような市民セミナーを開催していただいたり、実際の相談等についても、地域で在宅医療を受けてくれる先生がいるか、薬剤師・薬局がどれくらい関わってくれるのか、訪問歯科医が地域にいるのか、居宅訪問してくれるリハビリテーション専門職がいるか等の相談が入っているようです。来年度以降についても、このような支援センターを地区医師会のご協力を得ながら設置を進めたいと考えています。

平田委員：行政区単位の支援センターを構築していくという展望でしょうか。

伊井課長：現在は地区医師会に委託するという形をとっていますので、京都市の場合は各区に一つという医師会の置き方ではなく、通常活動されている範囲になるかと思います。その点は、活動範囲を見ながら今後の展開を考えていきたいと思っています。

山添委員：資料１の４１ページ一番下に「保健福祉センター保健師・高齢ケースワーカーによる認知症の方がいる世帯への指導の実施」とあります。認知症の方の相談については、今まで保健師や高齢ケースワーカーはあまり想定されていなかったように思うのですが、どのように進められるのでしょうか。

また、４８ページ下から２番目「介護相談員派遣事業の充実」について、現に私も介護相談員として活動しており、介護相談員の方は皆さん活発に活動されていて意味がある事業だと思っていますが、この介護相談員は派遣を希望する事業所のみ訪問しています。そこからまた続けて派遣してほしいという要望をいただくことは多々ありますが、そもそも派遣を希望しない事業所も多々あります。事業所の金銭的な負担はないかと思うので、義務的な事業にさせていただいたらどうかと思います。

伊井課長：「保健福祉センター保健師・高齢ケースワーカーによる認知症の方がいる世帯への指導の実施」について、行政の制度等を使った家庭訪問等の認知症の方がいる世帯への支援になります。これまでは福祉事務所の高齢ケースワーカーが個別の支援として訪問はしておりましたが、組織改正により、保健福祉センターに多くの保健師が配置されたことを受け、必要があれば訪問をして、行政の施策につなげることが今後できるのではないかと考えています。

小西課長：保健福祉センターの保健師は、旧保健センターの頃から健康づくりの健康相談等の中で各家庭の個別の相談に対応していました。今回、保健福祉センターとして高齢施策と連携した形になりますので、高齢ケースワーカーとも連携しながら、保健師がご家庭の健康づくりや相談も対応するようなイメージを持っていただければと思っています。ご家庭から個別の状況等を伺いながら、いろいろな施策につなげたり、介護予防等をご紹介しますようなものと思っています。

林 課 長：介護相談員について、派遣された施設からは、新たな気付きがあり非常に良かった等の意見が出ているものの、未派遣施設で新たに手を挙げてもらうところまで結びついていないというご指摘かと思います。義務化は難しいですが、こういった制度があること、実際に派遣された施設で好評であることを周知していければと考えています。

近田委員：資料１の４２ページにある数値目標「認知症初期集中支援チームの設置数」は現在３箇所ですが、今後「全市展開」とあります。この支援チームは、医療機関が中心となっているのでしょうか。そこから地域の関係団体との連携が必要になってくると思うのですが、そうすると、在宅医療・介護連携支援センターとも連携が密に必要なになってくるのではないかと思います。５０ページ上の図で「必要に応じて連携」とあります。このあたりも最終的には大きな括りとして連携が必要になってくるのではないかと思います。加えて、支援チームに関わる高齢サポートの取組はとても重要になってくると思いますが、そのあたりの最終的な構想を教えてください。

伊井課長：認知症初期集中支援チームは、現在３チーム設置しており、それらはたまたま医療機関が手を挙げていただいたので、病院にチームを設置していますが、必ずしもチームを医療サイドに置くという事業ではありません。今後全市展開していく中で、社会福祉法人等から手が挙がることもあるかもしれません。今後進めていく中で、いろいろな形が出てこればいいかと思っています。アセスメント、家庭訪問する際に医療的な観点と福祉的な観点を持って対象の方を見ることが必要ですので、専任のチーム員が医療系職員である場合は、高齢サポートの職員を認定チーム員と指定していますので、福祉系職員と必ずチームとなり、二人で初回の訪問をしてアセスメントしていただきます。医療と介護両方の視点を持って、チームを動かしています。こちらと在宅医療・介護連携支援センターとの連携を「必要に応じて」ということですが、初期集中支援チームは基本的に初期の方を支援につなげていくことが想定されています。活動が始まったばかりの現段階では、かなり難しいケースも入ってきているようですが、将来的には初期の方に対する制度になっていくと思っています。支援センターについては、もう少し症状等が進行して、医療と介護どちらも必要になるような方を支えていく、コーディネートしていくものになりますので、「必要に応じて」となります。ただ、どちらについても、もともとは地域支援事業として高齢サポートが担ってきた分野であると思っています。その部分をより掘り下げて専門的な分野にわかれていっており、今後も高齢サポートが果たす役割は非常に大きいと思っています。専門的なことについては、こういった支援センターに移していくことも必要になっていくと考えています。

谷 委 員：資料１の４６ページ「（３）保健福祉サービスの充実」の一番上にある「あんしんネット１１９（緊急通報システム）等の在宅福祉サービスの推進」について、認知症で独り暮らしの方はこのシステムを利用している方が多いですが、使うと言うより下手をすればコンセンタを抜いてしまつて、どうしたのかと見に来られるケースもあります。この

緊急通報システムは、どれだけ必要とされていて、今のところどの程度利用されているのでしょうか。結果的にこの電話を置いておかなければいけない、1か月に1回費用請求がきます。認知症で耳も悪く電話を使うことが全くなくても、このシステムを利用することで一応電話を置いておかなければいけない。このシステムは、利用できていれば必要だと思いますが、耳も遠くて使い方もわからない方が在宅で一人の場合、これを推進するというよりかは、何か気付けるような警報等のシステムが家の中にあるとか、何かできれば良いと思います。在宅、ひとり暮らしで認知症という方の場合、緊急を知らせることにおいて何か推進されていることはあるのでしょうか。

林 課 長：「あんしんネット119」は、京都市全体では7,000世帯の方が利用しています。確かに認知症が進んで使い方がわからないとか、勝手に線を抜いてしまわれることもあります。認知症が進んできてそのような事態を繰り返すようであれば、「あんしんネット119」の利用は難しいように思います。一方、ひとり暮らしの方や虚弱な方で、お風呂で倒れたらどうしようという時に、袋の中にペンダント型の通報装置を持って入られたり、いろいろと便利に使っていただいている方も多くおられます。緊急時に自分では対処できなかったが、これがあつたおかげで消防車や救急車が来てくれたという事例もあります。事業としては非常に大事なものだと思いますが、個別のケースの方に今後どのように対応していくのか、ケアマネジャー等とも協議してもらえればと思います。

北川委員：資料2の9ページのイメージ図に「在宅医療・介護連携支援センター」、「認知症初期集中支援チーム」という言葉を入れられないでしょうか。この支援センターは、医療と介護をつないでいく、どちらかと言うと在宅医療寄りのものかと思います。在宅医療のシステムづくりまでは、今のところ検討はできますがそこから先が進んでこない。これから在宅医療そのものを京都市で進めていくことは非常に大事かと思うので、次の段階として京都府と連携しながら進めていく、その点も見込んでいただきたいという要望です。次の段階でそのようになっていけば良いと思っています。

谷利部長：このイメージ図自体は、地域包括ケアシステムを構成する医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスの5つの要素を書いています。認知症初期集中支援チーム、在宅医療・介護連携支援センターは、まさに医療と介護の真ん中あたりに位置するものかと思っています。図右上に「認知症施策の推進」「医療・介護連携の推進」と丸で囲んでありますが、このあたりの記載については、検討させていただきます。

北川委員：できれば入れておいてもらったほうが、その構成員の方等のやりがいもあるかと思います。

源野委員：地域密着通所介護事業所の指定拒否について、資料5の2枚目の例で、例えば地域密着型の見込量と広域型の見込量の合計量を、現在の広域型の利用量だけで満たしている

場合は、どうなるのでしょうか。地域密着型の見込量が満たない場合は指定していくのでしょうか。

また、地域密着型の事業所も、その圏域だけの利用者にサービス提供しているわけではないと思います。圏域の中にまだ対象者がいるので指定をするということであれば、地域密着型の新たな事業所は、「何割以上は地元の圏域の方が利用」といったような施策は検討されていますか。広域型のデイがたくさんあるとか、地域密着型の事業所が圏域の隅にあってほとんど隣の圏域方が利用している、という意見が出るかと思います。今後の課題として考えていけばいいのか、既にそのあたりは検討されているのか、教えていただきたいです。

谷利部長：広域型のデイも総量規制はできますが、広域型であるために、全市単位での規制が基本になります。一方で地域密着型の場合は、圏域単位で規制がかけられます。広域型と地域密着型でどういった供給状況にあるのかは勘案しますが、基本的には地域密着型の供給量と需要との関係で考えていこうということです。通所介護の量と書いてありますが、これはこの圏域にお住まいの方の地域密着型を利用された実績と考えてもらえば良いかと思います。委員のご発言のとおり、隣の圏域での利用もこの中には含まれています。デイサービスをはじめ介護保険サービスについては、介護報酬が同じで、基本的には同じサービス事業者を続けて利用されることになりますので、需要が供給より少ない圏域では、施設を開所されても新規利用者がなかなか確保しにくい状況となります。本市としては、そういった供給過多にある地域をあらかじめお示しして、そこについては規制をかけていくという考え方に基づくものです。

源野委員：高齢サポートは、地域の居場所のことなどいろいろな場面で苦勞しています。地域密着型の事業所が、その地域の拠点であったり居場所であったり、そういった視点を持って活動してもらえると有難いので、個人的な意見からすると、新たな指定をこれから受けていく場合は、その地域の方々のニーズを一番前向きに捉えていただいて、場合によっては居場所に対してもご協力いただけるように誘導してもらえれば有難いと思っていますので、よろしくお願いします。

谷利部長：地域密着型サービスは、地域との会議を通じて地域と関係を構築していただくような仕組みがあります。それをしっかりと活用していただいて、地域に根差した取組をしていただけるようにしていくことが必要であると思っています。その点については総量規制の問題とまた切り離して、どういうことができるのか検討してまいります。

清水委員：どうも施設がいじめられているように思います。国も含めてですが。施設サービスの記載が少ない。これから高齢者はどんどん増えるわけですが、そうすると、在宅だけでサポートできないのは当然かと思います。特に独居も増えていく、または老々世帯が増えていく、それから認知症の独居も当然増えていく。そうすると、施設サービスが絶対的に

必要になるのは目に見えているかと思います。近隣住民の反対、特に火災に対する安全上の問題により反対されることも聞いています。また、認知症だけではなく認知症で病気を持っている方は結構おられます。そういった方を在宅でサポートできるのか、在宅を担当するケアマネジャーが施設のことにについて知識が少ないということもあります。まとめて研修をする等の記載がありますが、実質は忙しくてなかなか出られません。新設される介護医療院は、在宅扱いで考えられています。例えば病院から介護医療院に移られると、在宅復帰となります。そうすると、在宅医療・介護連携支援センターは介護医療院に入ります。そのあたりの京都市としての考えをお聞かせいただきたい。

谷利部長：要介護状態になった後で長く在宅生活を支えていくためには、ご本人や家族の覚悟が必要になってきます。何かあれば施設や病院に入院できるという安心感があって、初めてそう思えると思っています。本市としては、在宅サービスの充実、施設サービスの充実を両面から進めていきたいと考えています。このプランについては、主に対象となるのが65歳以上の高齢者となります。現在の認定率は21.7%、つまり2割の方が要介護高齢者、それ以外の方は認定を受けていない元気な高齢者となります。要介護認定者のうち、今のサービス利用の状況で言うと、平均でおおよそ8：2で居宅サービスの利用割合が大きいということもあります。このプランについては、そうした要介護者に対するサービス見込みだけではなく、どうすれば要介護状態になることを防げるのかという介護予防や健康づくりの面から入りますので、施設に特化した内容は少なくなっているように見えますが、今後とも施設サービスと在宅サービスの両面から高齢者の生活を支えていきたいと考えています。

清水委員：在宅と施設という切り口が難しいということであれば、在宅療養ができなくなった場合ということも重要な切り口ではないかと思います。また、レスパイトも大事かと思えます。そういう視点を入れていただければ有難いです。

福富委員：施設は住まう場所でもあります。施設に入っても、家族や地域とつながりが持ちやすいような工夫をされている事業所があります。施設入所者の外泊を支援している事業所などです。そういった点を踏まえ、施設も地域の中で暮らす場の一つであるというメッセージがあると良いと思いました。

また、今後、認知症初期集中支援チームを全市展開し、機能し始めるにつれて、難しい複合的なケースに関わるようになっていきます。そして、取組が進む中で周知が図られていくと、本当の初期の方がタッチしていくようになると、先行して取り組まれているところから聞いています。初期の方に対してきちんとアプローチができるようになった時点で、その方達は必ずしも半年くらいの間にサービスにつなげようという状態ではまだない、お元気だったり認知機能の低下もまだ緩やかだけど、すごく不安を持っていたり心配事があるという時期がしばらく続きます。その時に、渡すところがないということが起こってくる。現在は高齢サポートが関わって、定期的に訪問して状態は変わら

ないけど支えていると聞いています。例えば京都府の取組で、リンクワーカーを配置することを検討されていて、養成研修も始めています。初期の段階でまだサービスは必要ないが、種々の不安に対する相談にのったりしながら、伴走型の支援をしていくという資源です。将来的にはそういった配置も含めて考えてもらえると良いと思いますが、そのあたりの最初の空白期間を上手く埋めるような仕組みについては、どのようにお考えなのかお聞きしたいです。

和田課長：施設整備については、7期においても、6期と同様に、できるだけ地域密着型サービスを重点的に進めていくという考え方で進めます。地域密着型サービスについては、運営推進会議の設置が義務付けられており、その中で地域住民との連携が図られると考えています。プランでも資料1の45ページに「地域密着型サービスの運営に係る地域住民との連携」を掲げており、運営推進会議だけではないですが、今後とも地域との連携について事業者に対して働きかけを強めていきたいと考えています。

福富委員：主に居住系の施設について、入所されていても家族や地域とつながるように一時外出をよくされていますが、そういった取組にあまり着目されていません。家に帰って奥さんのご飯を食べるだけで安心される方もいるし、あるいはその地域とのつながりを考えて地域のサロンで馴染みの人と会う等、施設に入っているいろいろな人とのつながりを持ちながら暮らせるという取組をしているところが結構あります。そういうところも評価をするという意味合いで申し上げました。

和田課長：広域型の特養でも同様ですが、できるだけ地域交流スペースの設置することなど地域との交流の必要性は同じですので、そういった点を事業所に進めてもらうように誘導していきたいと考えています。

伊井課長：認知症初期集中支援チームについて、本市においては、支援チームに高齢サポートの職員を認定チーム員として配置していますので、初期でまだ実際の介護サービス等にはつながらない方についても、その時点で高齢サポート職員が把握されるので、その後も緩やかに見守りを続けていただきます。あと、認知症サポーター養成研修等も十分にする中で、地域の中でそういうところにもアンテナがはれる市民が増えるような地域づくりをしていくということで、今後も対応していきたいと考えています。

道本委員：成年後見人の仕事をさせていただいています。ご存知のとおり成年後見人の仕事は、基本的に判断能力のない方の財産管理を行います。それに関連する身上監護についても、従属的な仕事としてやるような位置付けをされているように理解しています。先日、同じ成年後見人をしている方々と話をする機会がありました。どうも身上監護という業務の位置付けが曖昧で、何をすべきなのか、何まではすべきではないのかについて、それぞれの理解が違いました。第7期プランの中に成年後見制度の利用促進計画を新規

事業として取り組むとあり、これに期待するところが大きいわけですが、この利用促進は単に数を増やしていくとかいうことでは、私どもが持っている疑義が解消されないのではないかと思うところもあります。我々としても、こういった内容で後見人としての業務を充実させるべきか考えていますが、特に身上監護の部分について一体どういうものなのか、具体的な事例も我々は持っているので、そういうものも提供します。その部分に踏み込んで次のプランに組み込んでいただければと思っています。まだまだ新しい制度なので、各市の取組を聞くとそれぞれに非常に違いがあることも現実にあります。京都市として今後どのような形で発展させていくのかについて、方向性も含めてプランの中にまとめてもらえればいいと思います。

林 課 長：新たな成年後見制度利用促進計画の策定にあたり、委員からご指摘があったようなさまざまな課題について検討していきたいと思います。国の計画においても、財産管理だけでなく身上監護が大事だという指摘をしているので、実際に成年後見人という貴重な活動をされている中でのご意見についても、引き続き頂戴しながら、利用促進計画について考えていきたいと思います。

山岸委員：資料１の４８ページの下から５つ目「施設・事業所における虐待の防止の徹底」ですが、先日も京都府北部の施設で虐待の報道等があったところです。安心と安全の施設ということが一番求められていると思いますし、マスコミ的にも大きく取り上げられるところで、これについては各施設の自主的な研修や指導、また施設長等の虐待防止の方針の徹底が第一ですが、老人福祉施設協議会としても研修や呼びかけをかねてから行っています。京都市として指定された時に、虐待や権利擁護についての教育を徹底してやるように、利用者の権利を守ることを伝えていただいていると思いますが、より一層徹底していただきたい。それと、指導監査や集団指導の時にも、新しい職員等いろいろな職員が入ってきていますので、行政の立場からも研修をするだけではなく、周知徹底やそういったことが起きないシステムを必ずつくるようにということを、より一層呼びかけていただきたい。団体と施設と行政が徹底していかないと、施設が増える一方でいろいろな施設もありますので、虐待が絶対に起こらないようにお願いしたいと思っています。

浜岡会長：今日はプラン案の最終審議ということもあり、さまざまなご意見をいただきました。案の中にこうしてほしいという具体的な要望もありましたし、今後運用する時の要望もありました。最終的に第７期プランについての皆さんのご意見については、一旦私で受け取らせていただいて、取扱いについて事務局と協議いたします。

＜協議事項２＞ 京都市介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況と今後の対応策(案)等について

＜事務局説明＞ 林介護ケア推進課長

資料６ 京都市介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況と今後の対応策(案)等について

＜意見交換・質疑＞

井上委員：４ページに「ケアマネジメント支援において多職種の専門職（リハビリ等）から多角的な助言ができるような事例検討会」ということで（リハビリ等）と入れていただいています。もちろん、リハビリ専門職による助言はとても大事で効果的だと思いますが、加えてケアマネジメントの専門職という意味で「主任ケアマネ」もこの検討会の中に職種として入れてもらえればと思います。

（閉会）午後３時５１分