

香川県社会福祉審議会高齢者保健福祉専門分科会（第3回）会議録

1 日時

令和2年10月28日（水）14時～15時15分

2 場所

ルポール讃岐2階 大ホール

3 出席者

（委員）

長尾会長、安藤幸委員、安藤照委員、石橋委員、大谷委員、大西委員、大原委員、小川委員、日下委員、久米川委員、佐藤委員、高嶋委員、辻委員、藤田委員、松浦委員、松木委員、山本委員（17名 会長を除き50音順）

（事務局）

健康福祉部 土岐部長、森岡次長
長寿社会対策課 田口課長、北村副課長 ほか

4 議題

第8期香川県高齢者保健福祉計画の素案

5 審議内容等

○分科会の運営についての説明

（事務局）

本日の出席者は過半数に達しており、有効に成立していること

本日の会議は、県の「審議会等の会議の公開に関する指針」等に基づき、公開とすること

当会での審議内容は、後日、県のホームページに掲載すること

○議題 第8期香川県高齢者保健福祉計画の素案

（事務局）

資料「第8期香川県高齢者保健福祉計画の素案」に基づき説明

（委員）

I C Tの活用や文書量削減など業務改善について、いろいろな方針が出てきているので、それに基づいて進めてもらいたい。

地域包括ケア「見える化」システムを活用して現状等を分析し、地域の課題解決に向けた取組みができるよう市町のシステム活用を支援するということだが、現状どの程度利用されているか教えてもらいたい。

K-M I X +（香川医療情報ネットワーク）で中核病院が新たに情報連携した患者数の数値目標について、現状の2,940件に対し、目標が15,000件ということでは5倍以上になっているが、何らかの指標、施策があってこの目標値になっているのか教えてもらいたい。

(事務局)

現在、市町に対して地域包括ケア「見える化」システムの活用方法についての研修を年1回実施している。どの程度活用しているかは市町によって異なるため何%ぐらいという回答が難しいが、研修時の反応を見ていると、便利なシステムだということにはわかったが業務に活用していくのは難しいというようなコメントをする市町もある。一方で活用している市町もあり、市町によって取組みはバラバラだと感じている。

(事務局)

K-MIX+については、今年度、更新時期を迎えている。更新に当たり、加盟する医療機関あるいは薬局の増加を図っており、新たに加盟してくる医療機関等が見込まれるため、このような目標値としている。

(委員)

地域包括ケア「見える化」システムについて、もし使い勝手が悪いようであればどんどん改革していったらいい。ICTの活用によって、人でなければできないような業務に限られた人材を振り向け、文書や届出についてはシステム化を進めていったらいい。

(会長)

地域包括ケア「見える化」システムの資料を各委員に配布してもらえるか。

(事務局)

公表されているものを参考として後でお配りする。

地域包括ケア「見える化」システムは、認定率、受給率、給付額など市町によって異なるものを他の自治体と比較できるというものである。将来にわたっての見通しを比較したり、同規模の自治体同士で比べたり、また他の自治体の取組みが見られるようになっている。

使い勝手については簡単に使えるものであるため、使おうと思えるかどうかの問題ではないかと思う。地域によって、高齢化の状況、地理的条件、家族構成は異なってくるため、保険者としてそれぞれの地域でどういう方向を目指していけばいいのかを検討するためには便利なシステムであると思っている。

(委員)

94ページを見ると、地域包括ケアシステムは大体30分以内に必要なサービスが提供される中学校区を単位として設けられるものとなっているが、図を見るだけで大変な作業ではないかとビックリした。

以前、一宮の駅前にあるところに相談に行ったが、なかなかこちらが思っている回答が出てこなかった。そこで働いている人は県の職員なのか、市の職員なのか。また、正規の職員なのか、臨時の職員なのか。もう少し住民にわかりやすくしても

ら県が把握しているものとして、E P Aによるものが令和2年4月末時点で99人。技能実習生は、来る前に実習計画を認定することになっており、これが令和2年6月末時点で225人。それから在留資格が介護で来る人が令和元年12月末時点で2人となっている。特定技能はなしである。

(委員)

外国人の人材については、63ページで集合研修を行うことに対する支援を記載しているが、今後、外国の人が非常に増えていく中で、研修も大切だが地域で生活するために安心して働ける環境づくりなどの生活支援も必要だと思うのでよろしくお願ひしたい。

(委員)

新しく記載されている日常生活自立支援事業の記載箇所について検討をお願ひしたい。現状は、前後がややインフォーマルな部分をベースにした取組みについて書かれている箇所に記載されているが、日常生活自立支援事業は第2種社会福祉事業で制度としてある仕組みなので、その後の41ページに記載されている成年後見制度の利用促進あたりに移してはどうか。成年後見制度の利用促進となっているが、地域における権利擁護体制の取組みの推進ということで、こちらに位置付けた方が自然なように感じた。

それに関連して、43ページの指標で日常生活自立支援事業の利用者数の目標を記載していることについて、直近何年かの推移や伸び率を勘案しての数字だと思うが、数字が増えることが適切にサービスに繋がっているという意味では良いことである一方、逆になかなか日常生活自立支援事業から成年後見に繋がらないなど様々な理由があるため、推計値とするか、目標という言葉の意味合いについて注釈的なものがあつた方がいいのかなと思う。

66ページの福祉避難所の指定とボランティア支援体制の整備の促進で、1つ目の施策に避難所の支援、いわゆる要配慮者の支援についての記載がある。香川県でもDWA T(災害派遣福祉チーム)の組成が昨年行われ、今年2月に県との協定が結ばれて、要配慮者、避難者への支援を多職種が連携してサポートするという仕組みができたので、そういった取組みの追加も検討してもらいたい。

(事務局)

日常生活自立支援事業について、御意見を踏まえ、次回までに検討してまいりたい。また、指標の目標のところに注釈が必要かどうかということについても検討してまいりたい。

DWA Tについても担当課と協議して、次回までに検討してまいりたい。

(委員)

意見でも質問でもなくお願ひになる。

介護老人保健施設をやっていれば、要介護状態で入る人がほとんどで、要介護状態の人のほとんどは認知症を患っており、圧倒的にアルツハイマー、変遷性疾患が多い。先日入所した人は、もう車椅子にも乗れなくてリクライニングの車椅子に乗

っていたが、半年ぐらい前まではしっかりしていて、ここは老健だからリハビリして歩いて帰れるようになりたいと言われていた。老健ではどういった人でもリハビリをして、例えば中等度の機能低下がある人は、ある程度のところまで上げて一度在宅に帰っていただき、また悪くなって戻ってきてもまた上げてということを繰り返す。そうしながら、最終的にはやはり人間なので、行き着くところまで行くのだが、そういったことをシームレスにやっていくのが老健の仕事だと思っている。ただ、完全に回復して帰ってもらう、認知症を治して帰ってもらうところではないため、その前の段階でそういった人が減ってくるといいと思う。健康寿命を延ばすといった取組みに力を入れてもらい、元気な人が長く生きられるような香川県にしてもらいたい。

私の周りにも、年配の人で、海外までゴルフに行く人、スキーをする人、バイクに乗る人、いろんな元気な人がいるが、ある時期からやめてしまい、そういった人が長寿大学に行くと、違和感というか距離感が出てしまう。その間に何かあれば元気なままいけるのかなと思う。バイクには乗らないが、その次の段階で本当の楽しみとしてできることがあればいいなと思う。

(委員)

地域包括ケア「見える化」システムについて非常に興味を持った。先ほど御意見があったように、住民に対して見える化されていると、自分の町でどこに行けばいいかということもわかる。市町で現状分析をして地域包括ケアの構築に繋がるようにするためのものであると思うが、もう一段落として市町で見える化をすると、住民も活用できるし、市町内の職員等の連携も進んでいくと思うので、「見える化」システムに期待したい。

60 ページの質の高い介護・福祉人材の養成で、保健師・看護師・准看護師の項目がある。私自身、保健師だが、介護・福祉人材というふうに思ったことはない。介護予防の部分で介護に関与することはあると思うが、質の高い介護・福祉人材という規定の仕方でいいのかどうか。この計画自体が保健福祉計画であるため、保健・医療・福祉の人材とした方が、保健の方から、福祉の方から、医療の方から介護力を高めるということで適切ではないかと思う。介護・福祉人材という括りにした理由について教えてもらいたい。

(事務局)

地域包括ケア「見える化」システムについて、地域分析をした後に反映する最初の場面が3年に1回作成する市町計画となる。県では介護保険の市町支援計画を作っており、そのために第2章でデータを示しているが、市町においても分析やデータ作成が同時並行で行われている。市町でも必ずパブリックコメントをかけて作成していくと思うが、それではわかりにくいという御意見もあると思うので、住民にわかりやすい周知が必要だということは、これからの研修を通して市町に伝えてまいりたい。

「介護・福祉人材」については、おそらく、これまでこうなっていたからという話ではあると思うが、違和感があるというのはおっしゃるとおりであり、次回に向けて検討してまいりたい。

(事務局)

先ほどの認知症の人で、元気な人と医療・介護サービスを受けるまでのはざまの問題については居場所づくりなどに取り組んでいるところではあるが、そこにもまだ行きたくないという人は多いのではないかと考えている。早期に発見して早期予防に繋がればいいが、絶望に繋がらないよう、そういった人々がどういった日常生活を過ごしていけるのか、県としても継続して考えてまいりたい。

(会長)

この審議会に出るといつも現場の生の声を聴くことができるので参考になるし、私自身ずっと認知症の患者を診る立場にあった。ある程度進行して、少しリハビリをやって少し良くなってもそこで止まってしまう、あるいは、また悪化するなどいろいろなタイプの人がいる。そのため、どういう改善の仕方が一番いいのかというのはまだまだ解決できない問題ではあると思うが、県が一生懸命システム作りをして、それをサポートする人材育成でも力を入れているため、我々としては結果をみたいと思う。

(委員)

介護支援専門員についての指標を、登録者から就業者の実際の数に変えてもらいたい大変ありがたい。

32 ページから 34 ページに記載されている生きがいづくりは今後非常に大事だと思うが、通いの場の参加率は市町に調査しての数値ということでもいいか。7%が高いのか低いのかということだが、綾川町も 100 歳体操というのをやっていて、8,000 人ぐらい 65 歳以上がいるが、コロナの前は 600 人か 700 人ぐらい参加していたと思う。8%が厚生労働省の目標とのことだが、統計の取り方が各市町で変わってくるのではないかと。いろんな統計の取り方があったのでは目標値の推計がしにくいのではないかと考えたので教えていただきたい。

(事務局)

通いの場というのは、体操や趣味活動等を行い介護予防に資すると市町村が判断するというようになっており、市町村が判断するというのが一つのポイントとなっている。また、運営主体は住民であることという要件がある。それから財政的支援をしているか、していないかに限らず、月 1 回活動実績があるというのが要件になっている。現状の数値については市町が出してきたものの積上げである。

(事務局)

国が全国的に調査しており、全体の平均は 5.7%程度である。飛び抜けて高い大分県だと 16%台とか、県によっても結構ばらつきがある。香川県は今のところ、全国平均よりは低い状況である。

(委員)

前回、就労の方も大事だという話をしたが、就労に関する指標はやはり難しいの

か。農業も就労になったりするので難しいと思うが、就労に関する指標がないのが少し気になった。

地域ケア個別会議の月1回実施について、半分ぐらいはしているのかと思っていました。現状が5市町で目標が9市町となっているが、そこはもっとしたらいいのではないかと感じた。

ACP、人生の終末期の話について、昨日も香川県における人生の終末期を考える委員会があり、救急時にその意思表示をするかしないかという話が出た。本人が持っておくというのももちろんだが、やはりどこかで情報を把握しておくということが大事なのではないか。横須賀市では、市でそういう情報を管理していて、消防隊からも終末期の意思はどうなのか聞けるようになっているということで、すごいと思った。ACPの普及啓発を図るのが今の目標だと思うが、今後、そういった情報をどう活かしていくかというところも考えていったらどうか。

(事務局)

就労に関する指標について、やはり難しい面はあるかもしれないが、担当課とも協議はしてまいりたい。

地域ケア会議の指標について、月1回ぐらいは実施してもいいのではないかとするのは御意見をいただいたとおりである。香川県は現在、5市町しか実施しておらず、これは全国的に見たら低い方である。保険者機能強化推進交付金の指標にもなっているが、残念ながら香川県は下位に位置している。市町における地域ケア会議の取組みを進めているところではあるが、実際に市町とやりとりをする中で、目標を全市町とするのはなかなか難しい状況であり、過半数の市町では少なくともやらなければいけないということで、9市町としている。

ACPの普及啓発について、その後どのようにしていくかということについては考えてまいりたい。

(会長)

今回は、前回の審議会における皆さんからの御意見を踏まえ、県として思い切って記載しているところもあると思う。

ほかに御意見がないようなので、本分科会として、第8期香川県高齢者保健福祉計画の素案について、了承してよろしいか。

(特に意見なし)