

神戸市市民福祉調査委員会 介護保険専門分科会

平成30年度 第1回企画・調査部会

日時 平成31年3月1日（金） 13時30分～17時30分

場所 兵庫県農業会館111号室

出席者 松原部会長、大和委員、本澤委員、中村委員、村岡委員、坪委員、
増山委員、中根委員

I 開会

II 定足数の確認

III 部会長選出結果報告

IV 部会長あいさつ、部会長代理の指名

V 議題（質疑部分のみ抜粋）

【審議事項】

① 第7期介護保険事業計画の実施状況について

○委員

資料5の財政的インセンティブの配点は10点か0点か、どちらかというのが多いということによいですね。

○事務局

その通りです。もともとインセンティブを導入するというのは、この7期の計画をつくる段階で国は出しておりまして、計画をつくっている29年度ではまだ項目が出ていませんでした。去年の夏ごろに項目が出され、特に自立支援と重度化防止あるいは適正化といった項目が中心となっています。それに加えてインセンティブ交付金が交付されるということで、全国で190億円を市町村に配分します。31年も4月に入ったらすぐ提出しないといけないことになっています。

○委員

そういう意味では、次年度は、どの辺りの項目をすぐやらないといけないかというところですか。

○事務局

今年度は612点中542点で比較的点数がとれていると神戸市では思っています。自立支援、

重度化防止、あるいは適正化の項目が主ですが、第7期計画はそればかりではありません。資料4の「インセンティブ」欄が関連のある項目ですが、まずは基本は、先生方に構築いただいた第7期の柱をしっかりとやっていき、その関係でインセンティブもあわせて対応していくと認識しています。

○委員

独自の計画をまず中心にやっていって、それで点数が取れたらそれに越したことはないが、インセンティブの交付金のためにということではないということですね。

○事務局

額が2.7億円と大きいので、項目が1つとれば何百万円ということになりますので、決して無視はできないと思ってます。

○委員

さらに上の金額を目指すという話しはないんですか。あると思いますが。

○事務局

最終的にこの2億7,000万円については、次期の保険料に充当するということにしていますので、それは当然重視はしていくことになると思っています。

○委員

資料4の9ページの第2節の在宅医療・介護連携の推進の上から2つ目の項目「医療介護連携の推進方策の検討」で、今後の課題と取組の2つ目の○に「施設看取りの実態調査を行い、施設看取りを推進するための施策を検討する」とありますが、「施設」というのはどの施設を指しますか。また、国はできるだけ施設というか在宅での看取りを進めていると思いますが、このような表現でよいのでしょうか。

また17ページの「人材の確保・育成」というところで、看護師の不足は当然その通りだと思いますが、地域包括ケアを進めるためにはほかの職種も人材が決してまだ養成されている訳ではありません。リハ職の関係職種についても、圧倒的に9割が施設に勤務しておりまして、在宅ではまだまだ人材が不足しております。看護職以外、管理栄養士やリハ専門職、歯科衛生士などにも広げるような施策が必要ではないかというのが感想です。

それから、資料4の19ページの「ケアプランの点検」のところで、これだけ具体的に数字を示してよく取り組んでいることは確認できるのですが、全体のボリュームの中での割合は、これで十分なのでしょうか。

○事務局

ケアプラン点検は今年からいろいろ動きがあり、サービス付き高齢者向け住宅についてもともと全国的にも支給限度額をかなり多く使ってるのではないかというデータもあり、不正ではないが不適正なものもあるということで、資料4のケアプランの点検の今後の課題の上から2つ目について、国のモデル事業として、今年エントリーしてやっているところではあります。

それと同じく上から3つ目の項目で「ケアマネジメント検討会を開催」とありますが、これは今月中旬ぐらいにさせていただく予定になっています。昨年10月から、ホームヘルプサービスの生活援助については、多数行ってる分について十分チェックが必要ということで、要介護度ごとにある一定の回数を上回るものについては、ケアマネが義務的に市町村に届け出て、十分チェックすることになっています。31年3月にケアマネやPTに来てもらって多職種でチェックをするということを始めようとしています。

全体のボリュームについては、神戸市は要介護・要支援の方が大体9万人ぐらいおられて、サービスを使っている方が約8割の7万人超ぐらいおられますが、ケアプランの母数は5万件ぐらいありますので、その中で例えば国保連システムから抽出してやっていくなど効率的にやっていますが、まだ物理的には相当あるということになっています。

○事務局

資料4の9ページの看取りの部分の「施設の看取りを推進していく」という書き方がいいのかどうかについては、統計データでは約7割が病院、2割弱が自宅、施設が1割となっています。これだけひとり暮らしの方が増えてくる中で、本当に自宅で亡くなるのが現実的なのかという意見もあります。病院以外を「在宅」にすると国も言うておられて、在宅で看取りを増やすということは、広い意味での施設における看取りを推進していくということになりますので妥当ではないかと思えます。施設というのは、主には、終の棲家とされており、特養、老健は本来は在宅復帰の場ですが、老健で亡くなる方も相当数おられて、看取り体制をとっておられるところもありますので、主にその2つの施設を想定しております。ただし、アンケート調査では、サ高住やグループホーム等まで広げて調査すべきではないかといったご意見をいただいております。

もう一点の看護職以外の人材の確保は言われたとおりだと思いますので、今後そのように検討してまいりたいと思います。

○委員

資料5の12ページの指標は、これは厚労省が入力するのでしょうか。

○事務局

認定のデータは、私ども市町村から国に届け出しているデータを活用しています。国の方でも調査しています。認定の基準時間の変化率は、1次調査の時間が増えた場合は悪化するデータであり、②のほうは、要介護度が上がれば悪化していくもので、残念ながら両方とも今回は0点ということになっています。

○委員

今後は、簡素化ということになっていくと思います。

○事務局

どういう理由でこのようになっているのか、現在調べているところです。神戸市は認定に入る入口が難しいし、認定に入る入り口が厳しければ、なかなか認定になりません。一方、神戸市は入り口がかなり厳しいと思っていますので、認定されると、自然に重度化すると考えています。入り口が緩ければ、初めから緩いので重度化しない。また、1万人ぐらい変更申請の方がおられて、8割、9割ぐらいの方が重度化しているので、様々な要素があってこのような結果になっていると思います。一方、高齢者世帯の占める単身の割合が、全国は27%ですが、神戸市は36%となっており、介護保険料は単身の方が多ければ高い傾向があるので、認定されている方も単身が多いので重度化する傾向があるのではないかと思います。現在は検討すべき項目を拾い出していまして、両方とも0点なので、改善できるところはしていきたいと思っていますが、先生のおっしゃる簡素化の関係も含めて検討していきたいと思っています。

○委員

よろしくをお願いします。

○委員

質問ということではないのですが、最初に若年層のアンケートのお話がありましたが、その中で、40歳から65歳未満の方、生活習慣病に要注意ということが書かれていますが、実は私の方が、刑務所に関する業務に携わっていて、現在は刑務所の高齢化がすごく進んでいると言われてます。初犯年齢が50歳代、60歳代が結構多いです。なぜかと考えますと、50歳代は、女性は更年期に入りますし、いわゆる空の巣症候群で、うつ症状になったりして、それが犯罪につながったりしますし、犯罪につながらなくても、うつで閉じこもりになると、そのままフレイルというところにもひっかかっていくのかなと思いますので、この後のフォローも含めてお願いしたいと思っています。

○委員

ありがとうございました。

それでは、今日の報告についてご承認いただけたということで、3月11日に開催される介護保険専門分科会にこの形で諮っていきたいと思います。

【審議事項】

② 地域ケア会議について

○委員

資料6の2ページの「(4)地域問題に関すること」について、神戸市は坂がすごい多いので、バスのような交通に関する支援はないのでしょうか。

○事務局

この意見が出たところではすでに話し合いが進んでおりまして、地域の社会福祉法人が、高齢者施設に送り迎えのない時間帯で運転手さんと車を提供し、買い物など生活に必要な移動に利用できる仕組みを地域の中につくられた。神戸市内は坂が多いですので、このような取り組みが複数できています。

○委員

足の確保のようなものについて、取り組んでいただければと思います。

○事務局

神戸市では、敬老パス及び福祉パスということで、高齢者や障害者の方に対してパスを設けており、基本はバスですが乗っていただけるような施策を展開しております。

すべての交通機関を網羅することはなかなかできませんが、これから引き続き課題として検討していきたいと思います。

○委員

ACPに関してなんですが、ACPの話を突き詰めていくと、様々な難しい問題が出てくると思います。神戸市としては、ACPの完成形をどのあたりに置いておられますか。

○事務局

神戸市の役割としては、ACPは人生の最終段階で自分がどのような医療とかケアを受けたいのかということ、あらかじめ本人、家族、関係者で何度も話し合ってもらってそのプロセスのことをいいますので、そういった話し合いについて機会があるごとにやっていただくことは大変重要なことと考えています。ACPの市民啓発については、国が市民

啓発用の冊子なども作成していますが、神戸市の立場としては、市民にこういった取り組みが大事だということを啓発していくことが役割と考えておりますので、その部分については、きっちり自治体の役割としてやっていく必要があると考えています。

ただし、中身についてはなかなか難しいところも多々ありますので、先生がおっしゃるとおり慎重にやっていかないといけないと考えております。

○委員

A C Pに関しては、本当は国が音頭をとってやっていただかないとだめで、神戸市だけのローカルルールをつくっても非常に難しいところがあるので、またそのあたりも含めてご検討をお願いします。

○委員

これは意見ですが、資料6の地域ケア会議の概要で、①から⑤まで地域ケア会議の役割が挙げられているわけですが、その2番目で各区地域ケア会議で出された主な意見というのがここに挙がっていますが、この①から⑤が地域ケア会議の大きな機能ですので、できればこの項目に沿ってどのような意見が出たのかをまとめていただくと、神戸市の地域ケア会議がどのように動いているかわかるのではないかと思いますので、そのようにまとめていただきたい。

○委員

同じく資料6の一番最後のページについて、去年の図式ですが、4ページの右下のその他で「地域活動に関する会議」というのがありますが、これが今回はなくなっていますがどのように理解すればよいですか。

○事務局

地域活動に関する会議等とは今も連携させていただいているのですが、今回は資料の関係で専門分科会を大きくしたときに消してしまっていました。全体としては、まさに区のまちづくりの部と保健福祉部で連携していかないとイケませんので、図面には入れさせていただきます。

○委員

それでは、この報告についてご承認いただけたということで、前に進めさせていただきます。

【審議事項】

③ 介護予防・日常生活支援総合事業について

○委員

送迎はコストがかかるから差をつけてもいいということですが、入浴もおそらくすごく手間がかかると思いますが、この辺りの議論はありませんでしたか。

○事務局

入浴につきましては、資料8の7ページの「主なご意見」の下の③のところに書いておりますが、送迎も入浴も両方ともなしの場合になると今の報酬の65%相当になってしまい、それが現実として経営的に厳しいといった意見をいただきました。単独で入浴だけがない場合については、引き続き検討ということで、十分な議論、深掘りはできませんでした。

○委員

確かに経営の問題等はあると思いますが、例えば、送迎なんかは、歩ける方はむしろ歩くということも一つの予防になりますし、送迎は必要のない方まで行かなくてもいいのではないかと以前より思っていたところです。

入浴についても、例えば、ストーマをつけている方は嫌だという方もおられることは確かですし、その辺をどこでやるかということが問題かと思いますが、料金設定があれば利用する方にとっては助かると思います。

○委員

両者の利益が相反するというところがありますが、先ほどの国のインセンティブの2億7,000万円のうちの一部で神戸版のインセンティブをつくって、そのお金の一部を回すというような工夫はできるでしょうか。

○事務局

インセンティブの交付金は、介護保険の特別会計ということで介護保険事業に充当されるのですが、使い道については、一つは保険料を下げること、それと介護保険特別会計の介護給付と別に、あんしんすこやかセンターの整備や介護予防などの地域支援事業に充当するという事などがあります。地域支援事業に充当した場合は、保険料の23%にあたる第1号保険料部分に2億7,000万円を充当することになるので、市の負担として1億数千万円、国の負担として2億何千万円が必要となりますので、予算を改めて組み直さないといけないことになってきます。介護予防の通所サービスや訪問介護については、総合事業で実施されており、地域支援事業における介護予防サービスの大きなメニューになっていますので、その分、市費や国費を合わせて負担をしなければなりませんので、おそらく難しいのではないかと考えています。

○委員

国がインセンティブと言っているのであれば、神戸で足りない部分についてインセンティブ制度をつくって、基金に回す分の一部を使うというような工夫ができないかなと思ったのですが、難しいでしょうか。

○事務局

あと市町村特別給付といいまして、神戸市で条例をつくって特化した事業をすることができるのですが、今も緊急ショートステイや、通常の事業の上乗せのようなサービスを実施しています。ただ、それは完全に上乗せのようなサービスになりますので、インセンティブのようなメニューにこれが入るかについては検討は必要かと思います。

○委員

利用者と運営側とのウイン・ウインの関係の接点が、ワーキンググループで見つければいいと思います。ただし、このワーキンググループに、利益代表や利用者側の代表ももう少し入れてもいいかもしれませんね。サプライサイドばかりなので、コンシューマーサイドやユーザーサイドも入れたほうがいいかもしれません。

○委員

料金の見直しとは少し違いますが、介護予防は、自立支援、重度化防止がメインなので、この介護予防通所サービスの選択的サービスの中で運動と栄養と口腔だけやっても自立支援になるのかなと思います。やはり活動と参加というところも項目に加えていただいて、それに自立支援ケアプランをリンクするような形で総合事業のほうにどんどん移行するなど、地域資源を活用するほうに移行するという全体的な流れが必要だと思います。

○事務局

ご指摘いただきました通り、概念的にはデイサービスなどは社会参加という面が大きいと思っています。

○委員

ここは、かなり検討の余地があるとの意見が多く出ましたが、原案承認ということにさせていただきます。

【報告事項】

① 消費税引き上げに伴う介護保険料の引き下げについて

② 介護人材確保・定着の取り組みについて

○委員

外国人の受け入れのことについて、まだ今は人数が少ないですが、第三者機関のようなものを将来的に設けていかなくていいでしょうか。労基署との連携ももちろんあり得ると思いますが、生活習慣や文化などが基本的に違うので、どこかで悩みを聞いてあげないと相談に行けないのではないかと思います。私も外国人受け入れのときに悩みを聞く係をつくったので、やっぱり悩みをだれかが聞いてあげないと精神的にやられたり、日本のことを押しつける方が日本人は多く、そこが摩擦の原因になるので、その辺りも考えていただけないかと思います。

○事務局

ご指摘のとおり、現在、施設など実際に外国人を受け入れているところから聞くと、生活習慣の違いによる対応などの支援が非常に大事と聞いていますし、例えば、インドネシアの方でしたら、イスラム教の方が多いので、仕事中心にお祈りする時間があって、それは皆さんに理解いただくなど、いろいろと話を聞いております。また、監理団体についても従来よりはかなり規制が厳しくなっております。昨年からは始まった在留資格「介護」は、より適正なチェックをするよう、各事業所に定期的にチェックに入るといったものもありますが、なかなか生活支援まで行き届いているかどうかというところです。兵庫県の方では、来年度、外国人の方の相談に応じるために、神戸市が補助している県社協の監理団体に専門相談員を配置するというので、日本の理解や、様々な相談に応じるということ新たに始めるという動きもありますので、神戸市も兵庫県とともに連携していきたいと考えています。

○委員

単なる労働力として見るだけではなく、ニューカマーとしてどのように受け入れるか、まさに国際都市神戸が多文化共生のモデルになるようなものになればよいのでは。とりわけベトナムの方が、長田区を初めとして、中央区などでも実績がありますので、どの辺りが住みにくさなのか、どこが日本文化との接点として生きづらさなのかというようなことを国際交流の関係の団体も含めて考えていただき、新しい神戸市民を迎えているという意識でやっていただきたい。おそらく国の方もそのような多文化共生という方向で考えていく必要があると考えて、5年以上になると家族を呼び寄せるなど新しい展開が今後もあると思いますので、多文化共生のモデルを神戸から発信できればよいのではないかと思います。

○委員

先ほどの説明に加えて、国も総合相談窓口みたいなものを全国に100カ所ぐらいつくると言っています。現在、ソーシャルワークの学校連盟のほうでも、多文化共生というのを社会福祉の分野であまりやってこなかったのが、そこにすごく力を入れようとしています。外国から来られる方の言語が一番の壁になるので、総合相談はソーシャルワーカーがするにしても、言語は母国語が話せる人が必ず必要となり、ソーシャルワーカーが全部するというのは難しいので、神戸は特に多文化共生でたくさんそういう支援をしている方がおられるので、NPOとかNGOなど実績のある団体と連携をして、社会福祉士などを使って生活相談窓口をつくっていただけるよう要望します。

○委員

私も1カ月前にハノイに行ってきました、実際に現地の養成機関や施設を見てきましたが、本当に若い人たちが日本語もものすごく勉強して、介護技術も勉強して、日本の生活に慣れて日本の社会の役に立とう、そして、その持っているものをまた母国にも返していかうというすごい熱意を感じましたので、それを言葉の壁や差別の壁などで無駄にしたいくないというのを実感しました。

【報告事項】

③ 健康創造都市KOBEについて

○委員

キーワードは「アプリ」と「ポイント」ということですが、来年度の4月1日から試行ですか。

○事務局

健康アプリは、4月1日からです。

○委員

ポイントの方はどうですか。

○事務局

ポイントも4月1日からシステムに実装されていますが、介護の財源を使いますので、そのポイントの中でも一般ポイントと介護を受ける方たちだけが使える介護ポイントというものをつくる予定にしています。このフレイル予防ポイントに関しては、来年度の半ばぐらいにアプリの改修が終わる予定になっております。

○委員

ポイントの特典が、もう少し具体的なものが見えてきたらよいのではないのでしょうか。先ほどの説明では、そのポイントが少し複雑な感じで、結局、どういうインセンティブがユーザーにあるのか、ユーザにアピールできるようなものがもう少し具体的に出すことができればよいのでは。

○事務局

一般的なものに関しては、例えば、神戸港のクルージングの券であったりとか、あまり健康に特化しないようにあえて意識しています。その理由は、このポイント制度というのは、介護予防という観点では、もちろん健康に資する、フレイルを予防できるようなものであるべきだと考えているんですが、一般ポイントに関しては、基本的には健康意識が低い人たちに健康的な行動をとってもらうためのポイントですので、余り「健康」を前面に押し出しすぎるとメリットにならないということもございますので、一般的なものに関しては、健康を意識しすぎないようにしています。

一方で、フレイル予防に関しては、少し高齢者を意識した、低強度でできるようなチューブトレーニングのチューブであったり、例えば、バランスボールであったりとか、そういったものが適しているのではないかと考えています。

○委員

65歳以上の方にこの制度が本当に広がるように、どのようにPRしていくのか、また導入までの手順をきちんと説明する必要があるのではないかと。実際は使いにくくて、広がるかどうか心配してしています。

○事務局

まず、このアプリの紹介は、基本的に従来型のチラシを使ってQRコードを読んでもらって、申し込みをしていただくということになっています。現在は試験運転中で、ご高齢の方からたびたびご質問をいただいております。分かりやすくしたつもりですが、なかなかついてこれない方も一定数おられることが分かってきています。おおむね10%弱の方がそのような方であると思っています。

広げ方については、まず健康意識の高いご高齢の方々が、もう導入してきていますので、その方々を中心に、地域の集いの場などに出て行って勧誘することを考えています。これはポイントを付与することで、さらに出て行きやすくするつもりです。

あともう一つ、現在検討しているのが、お友達紹介制度をつくって、お友達を一人勧誘

したら、ポイントをさらにあげるといような機能も追加できないか検討しているところ
です。

【報告事項】

④ 認知症の人にやさしいまちづくりの推進

⑤ 市民福祉調査委員会・成年後見専門分科会について

○委員

まさにこの事故救済制度は始まったところでして、1年間に大体6,000件から7,000件ぐ
らいと想定していたのですが、すでに最初の1カ月で4,900件の応募があり、この制度は
非常にいい制度だと思いますし、他の自治体からも視察に来ておられるみたいなので、制
度が始まるといろいろな問題が出てくると思いますが、適宜修正しながらこの制度を確立
していきたいというふうに考えております。

○委員

成年後見制度は、結構使いにくいと思っています。一般の方が本当に必要性をどこまで
感じるか。本当の重要な契約を結ぶとき以外は、家族が勝手にやっているという感じなの
で、家族が勝手にやっているリスクそのものを一般の市民、家族側やご本人もあまり認識
されていない。何か大きな取り引きなどがあつたときや、施設入所や相続など何か大きな
変化がない限りあまり認識されていないと思います。契約の当事者というのは本人でない
といけないという感覚が、契約社会ではない日本にはないので、家族の団体ということに
なるので、市民は成年後見制度を関係ない制度だと思っています。したがって、
そのあたりを成年後見専門分科会で、専門家で法律の先生なども含めて議論いただければ
と思います。

成年後見法学会自体が本当の現場というところに密着してないので、現場の医者や施
設の施設長さんなども情報交換しながらぜひともやっていただいて、弁護士や司法書士
などがあまり前面に出ないような形も少し考えていただけたらと思います。

○委員

私もずいぶん前にフランスにこの制度を見に行つたのですが、家庭裁判所などの働きが
すごく大きいと感じました。したがって、日本の司法制度がもう一つ関わりが弱いと思
いますから、なかなか行政だけの話ではなく司法も含めて不完全さがあると思います。

○委員

成年後見制度は、それでもかなり利用者は増えてきています。特に社会福祉士がかかわっているケースは、ほとんどがいわゆる無縁社会というか、どなたも支えてくださる方がいないという場合です。したがって、制度を普及させていただくのはよいのですが、後見人としてできることとできないことをきちんとしておかないといけないと思います。先ほどの施設での看取りというところにおいて、後見人には医的侵襲などに対する同意権などは全くありませんので、施設からそのようなことに対する同意を求められても、なかなか後見人としての職務はそこまでは至らないことを周知しておいていただかないといけません。社会福祉士が関わっているのは、ほとんど1人の方です。1人でなくても、過去にいろんなことがあって、かかわりを拒否されている場合などがあります。施設の看取りのことについては、後見人は職務としては同意権、代理権はないことなどはきちんと周知しておいていただきたいと思います。

○委員

資料には関係ありませんが、ご存じのように、介護保険の該当者が月13単位、週2回ぐらい外来に行っているいろいろな医療的な治療を医療の方で受けているんですが、これが4月1日から病院で受けられなくなります。その受け皿が、通所リハビリテーションになっています。これがどれぐらい問題になるかわかりませんが、通所リハビリテーションの受け皿がどれぐらいあるかということが介護保険側としては課題になると思いますので、その辺りを神戸市としても現状を把握されてたほうがよいかと思います。この問題はこの5～6年の間に問題になっており、医療で何年もケアしている人がいて、それは医療は必要ないから介護保険でみるということで、医療から介護の連携ということで課題となりました。いよいよ来年度の4月1日から始まりますので、この対応も少し考慮していただいたほうがよいかと思います。