

令和5年度第1回京田辺市高齢者保健福祉計画委員会会議事録

日時: 令和5年8月23日(水)午後1時30分

場所: 京田辺市保健センター第1保健指導室

1. 開会
2. 会長あいさつ
3. 議事
 - (1) 令和4年度実績報告について
 - (2) 第9期高齢者保健福祉計画について
 - (3) その他について
4. 閉会

議題(1)令和4年度実績報告について事務局説明

委員: 認知症サポーター養成数について社協でも活動しているが、サポーター養成講座が大事になってくる。認知症になっても安心して暮らせるように、正しい知識や対応についての講座であり、令和4年度は2回実施した。出前講座でもボーリング場で1月25日に実施した。大人ばかりでなく、子どもの頃からということで、小・中学校7校でも532名に認知症サポーター講座を実施した。社協の取組として報告させていただいた。

会長: 資料は社協で実施された人数か。

事務局: 全体数は小・中学生を対象にしたものと、一般の方を対象にした講座を足し合わせた数字。99名のうち、社協でいただいたものと市の直営の分がある。

会長: 社協と行政が一緒にやっているということでよいか。講座の実施には認知症のキャラバンメイトの養成も必要かと思うが、そちらは養成しているか。

事務局: 京都府が養成している。

会長: 京田辺市の人把握はできるか。

事務局: 徐々に増加している。

会長: 認知症サポーター養成講座の先生役がキャラバンメイトであり、府が養成されている

とのこと。この研修で先生役が増えることも同時に必要。

委員：認知症サポーターはどういう活動をされているのか。

事務局：特別なことをするわけではなく、普段の生活のなかで認知症の方を見かけた際の声掛けなど。地域で一緒に暮らすためにどのような声掛け、見守りができるかということを講座で伝えている。

会長：認知症の方が困っている周辺症状への対処方法などを講座で伝え、関わり方を学んでいくことで、スムーズな対応ができるというものかと思う。

委員：認知症サポーターを増やすことも大事だが活動内容も大事。調査しにくい内容だと思うが、活動についてアンケート調査などで実態調査をしてはどうか。

会長：実際に出会った時にどう対応したかなど。

事務局：認知症に携わって支援していきたい方の支援の拠点をつくり、認知機能が下がってきている方に対して、一緒にサポートできる場や機会を設け、活躍してもらう仕組みをつくっているところである。

委員：孤立していくので話を聞いてほしいという方がたくさんいる。傾聴は労力が必要。このサポーターが孤独な方の話の聞き相手になってくれるのか。もうひとつ、一人で出歩くことができない方の付き添いなどしていただけるのか。もう一步踏み込んでもらってもよいのではないかと思う。

会長：オレンジリングを持っているが実働した実感はないという人が大半かと思う。実働してもらい、評価していくことも大事。

委員：外からみていて認知症かどうかわからない場合もある。

会長：事例として、例えば商店街の八百屋さんが近所の方を見かけたときに少し様子がおかしいかなと思っても、散歩しているのか徘徊なのか判断することが難しい場合がある。本人に認知症かどうか尋ね難く、最も課題になっている。

委員：実生活のなかでそういう方がいるとき、誰かが声を掛けられる状態が増えることが大事。診断は外からは難しいが、違和感があったときに声掛けがあれば助かることもある。

会長: 認知症の方への対応としては、そのまま同じ言葉を返すことが大事。話しながら落ち着いた頃合いをみて次のステップに進めるとよい。私が今関わっているところでは、アプリで家族や支援者からの SOS が出て通知されるものがある。そこから認知症サポーターの人に探してもらおう。令和5年度の高齢社会白書にも ICT を使った認知症高齢者への対応としてコラムも出ている。全国的に進めていこうとしている。認知症になっても安心して暮らせるまちをつくるため、実践事例から積み上げていくことも大事。

委員: 4ページにある通いの場への参加については延べ人数か。

事務局: 実人数である。

会長: 介護保険の改正のところで、通いの場に介護保険の専門職や医療職が行ってもよいという施策が検討されている。補足はあるか。

事務局: 通いの場に専門職がうかがうことについては、健康づくりとの一体的実施ということで、フレイル予防教室で既に開始している。

会長: 制度をつくる前から実践されているということがわかる。

委員: 居場所について、通いの場とともに約 20 会場の居場所事業を実施しており、コロナ禍から人数が戻ってきた。認知症については見分けが難しいが、高齢者事業をするなかで、「いつもと違う」という感覚は大事。先程会長がおっしゃったようなオウム返しや同調などをしながら、探りを入れていくこともコミュニケーションとして行っている。地域の人や、携わる方のつながりも大事。

委員: 認知症の方で注意が必要なのは、まだら痴呆、進行途上の人。その日ごと、状況によって落差がある。介護審査でも困っている。審査の日に限って調子がよいか、別の状況ではとても悪化しているなど、一時点、一状況だけで判断できないことを申し上げておきたい。

委員: 2ページの健幸パスポート事業について、よいものなので実績がもう少し増えてほしいと思う。

事務局: コロナ禍で半数くらいになってしまった部分がある。高齢者の利用は4割くらいなので、高齢者には定着しているかと思う。

会長: 健幸パスポート事業について、具体的な取組を改めて教えていただきたい。

事務局：健康づくりや健診のパンフレットを配って案内している。パスポート事業参加者には各自で目標を立てていただき、ポイントをためて申し込めば商品が当たるかもしれない、という事業。予防接種や各種健診・検診、ウォーキング、早寝・早起きという目標でもよい。子どもから大人までの事業で、自己申告なのでハードルは高くしていない。

会長：さらに利用が増えるよい方法はないか。

委員：歯科医院向けにポスターなどはどうか。

委員：薬局も子どもから大人まで来るところなので、薬局でも声掛けができれば市民に行き渡るのはではないか。

会長：ポスターは見られるだろうか。学生は SNS ばかり見ているが。

事務局：全戸配布はしているが、ポスターはない。家族のなかでも見ない人もいる。

会長：同じ用紙を委員の先生にお配りいただいてもよいかもしれない。

委員：健診の案内でもそうだが、葉書申し込みが必要ということを知らない人が多い。4月に案内されているが、きちんと行き渡っているかどうか疑問。周知がうまく進んでいないように感じる。案内しても気にされていないことが多い。

会長：以前は自治会の回覧板に葉書があり、それを必要な人が使う方式であった。全戸配布されていてすごいと思うが、積極的にお願いしたい。実績からみて、PDCA サイクルに乗せていく作業が重要。介護保険事業者では「LIFE」というものがある。「LIFE」は介護サービスに関して、利用者がいかに自立につながったか、適切なサービスだったか、事業所として改善したかなどを集める厚労省のデータベース。2021 年4月から導入され、まだ濃淡がある。おそらく義務になっていくだろう。通所型、訪問型は低位。施設系は結構導入されている。入力することが大変と聞くと、進めていけばエビデンスとなり、支援の標準化が図れる効果がある。LIFE の導入施設がまだ少ないと推察されるので、計画をつくる際にも LIFE を導入しているかどうか押さえていく必要があると思う。これまで職人技的な部分で行っていた介護業界においても、科学的エビデンスをもって支援していこうという過渡期にあるかと思う。

委員：入力作業が大変という話だが、通所でも言えるかと思う。デイサービスをしているが、入力をする労働時間とのバランスで導入を控えている。エビデンスということ聞き、これまで職人的な経験値でやっていた部分を形としてパターン化し、全体的な効果を

あげていくことを見据えて今後チャレンジ、判断したいと思う。

議題 (2) 第9期高齢者保健福祉計画について事務局説明

委員: 骨子案6ページについて、進捗状況の把握は例えば具体的に「1年ごと」などの文言を入れた方がよいのではないかと思う。13ページのグラフは、日常生活圏域ごとの認定率については入れないか。

事務局: 「1年ごと」などの文言については追加を検討したい。認定率は圏域別のデータがないため、個別に集計が必要となる。検討させていただきたい。

事務局: 集計についてすぐに結論は出せないが、どういった出し方ができるか検討したい。送迎サービスの表現についてはスーパーが行っているサービスとして書いている。

会長: 社協では買物支援のサービスはないか。載せられるのではないか。

委員: やっている。

委員: 認知症について、対象者を拾い上げる視点に力点が置かれていないと感じる。そういう人は自ら名乗り出るわけではない。且つ、独居の方も多し。どのように対象者を見つけて、支援の手を差し伸べるか。見つけ出すための手段としては健診が大きな手段かと思う。21 ページに後期高齢者健診、特定健診があり、対象者には保健指導を行うとあるが、元々はメタボ健診が基盤であり、そういう人たちをターゲットにした健診として専用のものではないと認識している。例えばDASC(ダスク)-21 やフレイル健診などから評価方法を用いて行っていくような視点があればと思うが、いかがか。

会長: DASC-21 は認知機能と生活機能を明らかにするものであったか。

委員: 自己点検できる。医療機関で診断するものではない。簡単なものでよい。昔は生活機能評価健診もあったが尻切れトンボで終わったと感じている。同じものをやってほしいわけではないが、そういう健診があってもよいのではないかと思う。

会長: 健幸パスポートに DASC-21 やフレイルの自己チェックなどを入れてもよいかもしれない。全戸配布しているのであれば、それも一つの方法。フレイルの方が簡単かもしれない。新しい話なのでご検討いただきたいと思います。

事務局: フレイルチェックは居場所に集まっている方に実施している。DASC-21 ほどのものではないが、後期高齢者健診の質問項目に、低栄養や飲み込みの項目もいくつ

か入っている。保健事業と介護予防の一体化ということで、健診受診者の痩せの方やアルブミン値が低い方には個別保健指導を実施し始めているところである。

会長：後期高齢者から広げて自己チェックしていただき、促すことも一つの方法かと思う。

委員：後期高齢者健診は特定健診の延長で、補完するものという認識。認知症とか、高齢者施策の視点が弱いのではないかと個人的には思っている。

事務局：基本チェックリストというほどの内容は網羅されていない。

会長：そうであれば DASC-21の方がよいかもしれない。簡単な項目を取り上げるなど、一度検討いただければと思う。

委員：スーパーの移送の件だが、第9期計画で医療機関への受診のサポートについて言われていたかと思う。医療機関も移動支援は難しいかとは思いますが、医療機関の受診ができなくなるのは大きな課題。在宅医療・訪問診療も難しい。医療機関受診のサポートのアイデアがあれば助かると思う。バスの本数も松井山手の幹線では30分に1本になっている。実際利用者は少ないが高齢者には不便かと思う。

委員：車の移動が多い。バスは乗っている人が少ない。高齢者の移動はどうしているのかと疑問に感じていた。

会長：ご本人が課題を抱えていないが、周りの人がみると受診したほうがよい、認知症ではないかという方もいると思うが、そこに関してご意見はいかがか。

委員：訪問していても気になる様子はあるが、ご家庭の人が隠していることもある。こちらから勝手に動くことはできない。言っていないと聞き出すことができない。

会長：民生委員の立場としては守秘義務のまま様子を見ておくのか。

委員：地域の仲間と相談して様子を見る。チラシを持って訪問するなど工夫している。

会長：サービスの利用が必要な時に民生委員には連絡があるか。

委員：ご家族から来ることもあれば、ご本人から連絡がある場合もある。

会長：その次はどこにつなげていかれるのか。

委員:生活で困っているということであれば、市の生活保護担当へつなぐようにしている。

会長:そこでニーズのキャッチをしていただいていることがわかる。

委員:概ねわかっているつもりではあるが、隠しているご家族もいる。先日見かけた事例でもトイレの失敗をされた様子の方がいたが、本人に直接言い難い状況だったため悩んだ。そういうことを家族に伝えるべきかどうか悩ましい。

委員:トイレの失敗などは言い方に気をつけている。先のことを考えると対処した方がよい。言い方と、その方の個性や性格も考えて、上手く言わなければいけない。

委員:ほかの民生委員とも相談していくことを考えている。質問だが、21 ページにフレイル予防啓発回数の記事があるが、どうかたちで啓発しているか。見かけたことがないが、サロンを行っているので、そこでも渡してはどうかと思う。

会長:フレイル予防の啓発の中身についてお伝えいただきたい。

事務局:健康推進課と国保医療課と高齢者支援課の合同で進めている。現在は居場所づくり支援事業の地域を中心に、フレイル予防とオーラルフレイル予防の教室を行っている。フレイルのことや、食事で気をつけた方がよいことを伝えたり、オーラルフレイル予防では歯科衛生士の先生から日常生活での注意事項の指導をしている。そのなかにチェック項目を入れてご自身で確認していただき、低栄養の危険がある人などには個別に事後フォローを行っている。

会長:いわゆるアルブミン値を測っているようなものか。

事務局:過去の健診結果があるので、それを踏まえて、来られる方のなかで気になる方を先に調べておき個別フォローしている。もしくは、来られた方のなかでもお話をし、気になった方、チェック項目で気になった方がいる場合も健診結果をみて個別フォローしている。

会長:口のなかのこと、栄養面の把握をしているとのことである。

委員:サロンの場に来ていただくことはできないか。

事務局:集団での啓発という形なので、サロンにも少しずつ伺っている。相談いただければ、年間のスケジュールのなかでタイミングがあれば行かせていただきたい。

会長:5ページ、「地域包括ケアシステムを支える介護人材及び介護現場の生産性向上」のところに、「ICT」を入れていただけるとよいのではないかと。また、資料2について、基本目標4のタイトルを変えた方がよいのでは。「地域包括ケアシステムの強化と重層的支援体制の構築」としていう形に変更いただければどうか。ご検討いただきたい。質問だが、基本目標4の1の考え方、「包括支援センター機能強化を含むケアシステム全般の取組に変更」というのはどういう意味か。

事務局:第8期の基本目標4の1は「地域包括支援センター機能の充実」となっており、包括支援センターの取組に特化した書きぶりになっていたが、それだけではなく、地域包括ケアシステム全般を示すような取組内容に変更していければということで、項目名も変更した。

会長:実際、今後も充実していかなければいけないとは思いますが、その点で了解した。重層的支援体制は、具体的には相談支援、参加支援、地域づくりという三つの柱があるので、それらを入れていただいたほうが分かりやすくなると思う。この部分は上位計画である地域福祉計画や、社会福祉協議会の地域福祉活動計画との連携、整合も必要となってくるかと思う。その関係性を視野に入れておかなければいけない。地域福祉活動計画は今年つくられるか。そこでの重層的支援体制整備事業はどのようになりそうか。

委員:重層的支援については、これからの検討になると思う。

議題(3)その他について

委員:生活支援コーディネーターとして、市内 20 会場で体操や情報提供等々の活動をしている。地域住民が何に困っていて、それをどのようにサポートしていくか、どういうところにニーズがあるか、話の中では聞き取れない部分もあるため、令和元年度からアンケートを実施している。外出・移動の課題が多く、令和3年から4年にかけてもアンケートを実施した。外出・移動手段や、病院にどうやっていくかという課題が出ている。260 名に調査して圏域ごとにまとめたものをみると、常磐苑圏域では今も車を運転している人が約 33%。買い物も自動車で行く人が多い。通院も月1回以上自動車を利用されている。宝生苑圏域でも約 48%の人が免許を持っていて車で移動している。週1回以上は通院。市役所圏域では免許証の返納が約 45%。買い物や通院の交通手段も徒歩が多い。徒歩圏内に買い物先や病院が多く、交通の便が良い場所でもある。そこから一步踏み込んだ内容として、「近距離移動など、低価格での乗り合いタクシーなどがあれば利用しますか」と聞くと、車を使った移動を主にしている常磐苑・宝生苑圏域では希望が多かった。価格帯は 500 円以下だったら使いたいという結果が多くみられた。フィットネスクラブでも年数が経つと来られなくなってしまった方もいる。

いまは地域に出向いて体操教室をしている。近くの自治会館や保健センターには来られる。そこにも来られなくなった方にはどうするかといえば、送迎のあるデイサービスになる。自分で行けるうちはよいが、近くで待合のポイントがあって、そこまで移動できるサービスなども必要ではないかと思った。今までと同じ生活を継続したいというなかで、周りからどのような支援ができるかが課題である。重層的という話があったように、いろいろなところと協力して進めたい。

以上