

# 2014年度 第3回町田市高齢社会総合計画審議会 議事録

〔日 時〕 2014年8月21日（木） 16:00～18:00

〔場 所〕 町田市庁舎2階 会議室2-2

〔出席委員〕 ※敬称略

本間、是枝、西口、川村、小島、大滝、岩本、江川、杉本、齋藤（秀）、山本、佐々木、伊藤、向井、湯川、横山、齋藤（節）、竹内 - 18名

〔会議の公開・非公開の別〕 公開

〔傍聴者〕 4人

〔次 第〕

1 開会

2 報告

（1） 広域型サービスの整備数について

（2） 第6期町田市介護保険総事業費の見込みについて（中間報告）

3 議題

（1） 社会参加の推進と介護予防

（2） 高齢者支援センターの機能の充実について

（第6期町田市介護保険事業計画の策定に向けて）

（3） 町田市認知症施策の推進（2015～2017年）

4 事務局より

5 閉会

[内 容]

1 開会

事務局：それでは定刻を過ぎておりますので、ただいまから第3回町田市高齢社会総合計画審議会を開始いたします。私は、いきいき健康部高齢者福祉課長の水嶋と申します。しばらくの間進行を務めさせていただきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

初めに本日の配布資料を確認させていただきます。本日の配布資料は、追加のA4 1枚ものが当日資料1で、広域型サービスの整備数についてです。また、冊子資料で、参考と記載があるものがパブリックコメント資料です。

事前にお送りしたものを含めて、お手元にありますでしょうか。それでは、いきいき健康部長の北澤よりご挨拶させていただきます。

部長：皆さんこんにちは。いきいき健康部の北澤でございます。前回、第2回目の町田市高齢社会総合計画審議会は6月26日に開催され、介護・医療に関する一括法が改正された直後でした。その後の動きとしては、7月の最終週に厚生労働省より本案のガイドラインが示されています。今週、高齢者福祉課と介護保険課で連携した勉強会を行っています。来年の4月には第6期の介護保険計画をスタートさせなければいけません。それまでにパブリックコメント・市民説明会を行わなければなりませんので、着々と進めてまいります。資料の中で、第6期計画の全体像を示させていただいております。そのあたりも含めて審議していただければと思います。

※事務局より、管理職の紹介があった。

事務局：次に4点の確認事項があります。1点目は第1回第2回と同様ですが、会議の記録を残すために録音させていただきます。2点目、会議録は事務局で取りまとめさせていただきます。確認については会長にお願いいたします。3点目は、本日の審議会につきましては委員の過半数が出席されていますので、会議は有効です。新沼委員、宮本委員は欠席の連絡をいただいております、2名の欠席です。4点目は、本審議会等町田市審議会等の会議の公開に関する条例第3条第4項の規定に基づいて、公開が原則となっております。本日の傍聴者は4名です。

議題に入らせていただきたいと思います。ここからの進行は本間会長にお願いします。

2. 報告

本間会長：早速、始めさせていただきます。よろしくお願いいたします。今日は報告事項が2つと、議題として審議事項が3つございます。それでは、報告事項の広域型サービスの整備数について、本日配られた資料について説明をお願いします。

※事務局より当日資料1について説明があった。

本間会長：2番目の報告事項は、第6期の町田市の介護保険総事業費の見込みについて中間報告ですが、関連する部分がありますので、報告を頂いてからご質問等を受けたいと思います。説明をお願いします。

※事務局より資料1について説明があった。

本間会長：ありがとうございます。今の説明に対して、ご質問ご確認ありましたら、お願いします。

向井委員：今、特養の直近の待機者数は何人くらいでしょうか。

事務局：直近では、2013年10月1日で、実人数が1,557人、介護3以上が1,037人、施設入居者を除くと915人です。

湯川委員：当日資料1についてですが、地域密着型サービスとはどのようなものがあるのでしょうか。

事務局：地域密着型サービスは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護・複合型サービス、認知症高齢者グループホーム、認知症対応型デイサービスの4つです。

本間会長：よろしいでしょうか。他にご質問はいかがでしょうか。

横山委員：方向性と整備数の中で、整備率が2%というのは低い感じがするのですが。

事務局：整備率というのは、特養の定員数を高齢者人口で割ったものになります。現在の1,854床に特養待機者を加えて高齢者人口で割ったものが2%で、整備率となります。定員に対して真に入居が必要な人を勘案して、高齢者人口で割ったものが、整備すべき率として2%で、妥当な整備率ではないかという数値です。

本間会長：ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

竹内委員：今日配られた資料の一番最後、一定以上の所得者の利用負担の見直し、1割負担から2割負担が減となっていますが、増の間違いではないでしょうか？

事務局：サービスを利用すると9割が公費で1割が自己負担です。自己負担分が2割になるため、公費が8割に減少するという意味です。

竹内委員：トータルでは、どのような見通しですか。

事務局：全体では給付費が抑えられるのではと予想しています。ただ、数値的には国から正式な通知が来ていないので、いくらというはお伝えできない状況です。

竹内委員：単年度の見通しですか。

事務局：第6期3年度の通しです。保険料は現時点で6,200円になる予定です。

向井委員：老健の市内利用率は57%、43%は市外の方が入っておられるということですか。

事務局：はい。町田市内の方が介護老人保健施設を使っておられる比率です。

横山委員：総事業費のうち、予防給付費・その他の経費は具体的にどのように使われるのですか。

事務局：入所系サービス利用時の居住費、食費などの補填額、高額介護サービスを利用した時の限度額以上の返還、国保連合会への介護報酬審査の手数料などに利用しています。

横山委員：予防というよりは、ある意味発症された方へのサービスに使われているということでしょうか。これから先の介護率を抑えるために、先に使われる形の予防ではないのですか。予防というと、あくまでも発症した人の予防ではないのですか。

事務局：その他の経費の内容は、説明したとおりです。予防給付費は別の項目になります。

横山委員：予防は予防ということでよろしいでしょうか。捉え方として。

事務局：その他給付費のうち、予防給付費と記載されているものが予防という中身になります。

向井委員：事業費は厚労省で配布しているワークシートに当てはめると計算されるものでしょうか。特養の施設を1つ造るのに要する費用との関連はどうですか。

事務局：認定者数と人口等を勘案した上で、町田の状況を見ながら数字を修正していきます。特養の数なども要介護度の人数に合わせて給付費がいくらになるかを検討し、推計してきます。

向井委員：つじつまが合っているのでしょうか。かたや人口などでワークシートの金額が出てきて、かたや個別積み上げで特養などをいくつ造るといくらになるという風に別途計算されています。実際の総事業費と実際の施設の中から積み上がってきた数字に齟齬が出ることはないのでしょうか。各市町村そのやり方ですか。

事務局：基本的にはどこの市町村でもこのワークシートに沿って行っています。

事務局：施設系の話については、その他経費の中に施設整備をした居宅費や、特養の整備数も勘案して数値の中に含まれています。施設を増やせば保険料が高くなるというワークシートになっています。

事務局：建設費については介護保険の計画の中に入っていません。町田市独自の一般財源の中から建設費の補助を出している形です。入所された方がサービスを使えば、こちらに入りますが、建設費自体は別の財源になります。

江川委員：補足給付の見直しが考えられていませんが、資産の勘案方法がなかなかしにくいのではないかと思います。どのようにお考えでしょうか。

事務局：どう把握していくかは非常に難しく、庁内で横断的にチームを組織して連携しながら把握する方法を検討中です。国の情報を踏まえて研究していく方針です。

湯川委員：介護の給付費というのが、5期～6期で200億くらい増えているのですが、このまま給付費が増え続ければ介護保険事業自体が財政的に破綻するのではないかと心配なのですが。

事務局：なかなか答えにくいところですが。介護保険料が8,000円を超えるのではということですが、制度の改正を繰り返しながら維持していく必要があると感じています。

本間会長：資料1の下の3に、平成27年度の介護保険制度の改正で4つの項目が挙げられていますが、これは給付費の伸びをできるだけ穏やかにしようということが基本的な主旨です。さらにこのような改正点が考えられていくと思います。

### 3. 議題

本間会長：時間の関係もありますので、議題を進ませさせていただきます。社会参加の推進と介護予防、資料2について説明をお願いします。

※事務局より資料2について説明があった。

本間会長：質問のある方、どうぞ。

齊藤委員：こんなに介護予防事業があることは知りませんでした。色々とやっているということが新しい発見でした。一次予防事業に 21,000 人位の方が参加されている。二次予防事業に参加されている方が 500 人ほど。これは市が考えている予想と比べて多かったのでしょうか。下回ったのでしょうか。

事務局：一次予防事業の参加者の目標人数を設定しており、それに対してはほぼクリアしている状態です。二次予防事業については 2021 年度までに参加者を 1,000 人と設定しています。

杉本委員：方向性のことについて。新規・既存の社会資源を活用する仕組みづくりとあるのですが、ここでいう社会資源とは具体的にどのようなものをイメージされているのでしょうか。

事務局：イメージ図を見ていただきたいのですが、生活支援サービス・高齢者の社会参加と示してあります。社会資源のうち、生活支援サービスというのは要介護になるおそれのある高齢者に対して受け皿的なものを用意するというイメージです。高齢者の社会参加については、高齢者自身が参加できる場所づくりという考え方です。具体的な内容については、各項目の下に示している事例となります。

本間会長：よろしいでしょうか。

山本委員：訪問型サービスのところに、色々とボランティアも参加できるのではないかとされています。今までは有資格者のみが、要支援から要介護 5 の方を支援してきたのですが、それらのことはどう考えればいいのでしょうか。

事務局：市としても新しい総合事業を実施しなければいけません。新しい総合事業の中には訪問型・通所型の種類がいくつか既にガイドラインで示されています。現状のデイサービスについては専門的なジャンルに入っています。民間・NPO・ボランティアの分野についてはもう少し簡易的なデイサービス・ヘルパーと位置づけされており、現状の施設とは別に新たに簡易的なサービスを作り上げていくということになっています。

湯川委員：これからは高齢者の一人世帯、高齢者のみの世帯が増えていくと思います。これらの人たちに対して事故があつたりするのを気がつかないことのないようにすることが大切だと思います。見守り・安否確認について、市で具体的に考えていることを説明していただきたい。

事務局：介護予防という視点と合わせた見守りという形になりますが、市では配食サービスを行っています。お弁当を配達する際に安否確認を行うなど、既存で実施しております。新しい総合事業ではさらに幅を広げ、介護予防と合わせた見守りサービスを新たに作っていかねばいけないと思っています。

竹内委員：市民ニーズから介護予防と社会参加活動をベースに、法改正を踏まえた介護予防事業の推進、新規・既存の社会資源を活用する仕組みづくりを導き出したというのは分かるのですが、事業費の中でも予防給付費がありますが、予防、予防といっておきながら額が小さい。施設系に振り分けたものも予防と考えていいのか、予防給付費と居宅などの他のものと絡めた予算配分について説明して欲しい。

事務局：予防給付費には色々なサービスがあります。介護保険のサービスを利用したサービス費を積み上げたものです。予防給付費の訪問介護・通所介護が地域支援事業費に移行していくという国の改正です。総事業費は基本的には介護保険サービスを利用した場

合の給付費、公費の負担するところの積み上げ金額です。

竹内委員：給付だけという捉え方で、施設に関わるものなどは別途という解釈ですか？

事務局：介護保険の介護報酬でサービスを使った部分の費用の積み上げです。

竹内委員：介護予防が重点的取組みというのは分かるのですが、それについての具体的なイメージが分かりません。介護予防と何年も前から言われているが、その方向に行かないというのは具体性に欠ける施策があるからではないでしょうか？

事務局：市の介護予防については、国の介護保険サービスと違うところで事業を進めてきています。市では資料に示しています4つの事業を進めてきています。総合事業という形で事業の中身を組み替えていかなければならず、今までの介護事業を続けるのではなく、継続しつつ社会資源を有効活用して地域の皆さまのニーズに幅広く対応できる形をこれから作っていく、制度の内容が大きく変わってきています。具体的内容が分かりにくいというのはご指摘の通りですが、具体的に新しくこれをやりますといことをこれから検討していくこととなります。

竹内委員：その内容が見えるようになると、市民としても安心できるようになります。

向井委員：第1回目の審議会で市民ニーズ結果が出された時、印象的だったのは、そこそこ元気ですが社会参加をしていない人が多い。この層の人たちをどうするか、ここが大きな問題だと思えます。そこそこ元気で社会参加していない人が5年10年経つとそこそこ元気でなくなる。サービスの中身は各市町村で色々と考えてやっておられるし、それほど画期的なものは出てこないと思えます。家に居て元気な人たちが5年10年経つと危ないですよというインフォメーション、情報を流すことを積極的に行うことが大切。それを聞いて各専門施設に相談に行く流れを作る。家に居て元気な人はそのまま、サービスを利用している人はいつも会に出てきて益々元気になる。出ない人は家に居てだんだん衰えていく。ここを解決するのは情報だと思えます。

事務局：元気な高齢者が介護サービスを使いたいとは書いていないです。自分が介護を受けるというところには抵抗があって、自分の趣味を活かしたいというところが一番多かったです。アンケートの中でそういった答えが出ています。NPO 団体は簡単に言うと自分の居場所です。自分の趣味を活かす、そのような団体にどう繋いでいくか。介護予防に繋ぐという意味ではなく、生き甲斐のある場所に繋ぐ制度を作っていくというのが総合事業の一番の肝だと考えています。これは今まで介護保険制度の中で考えていたものと内容が違います。ということで、今の段階では介護予防について十分答えられないということです。

横山委員：介護予防のことはお聞きしましたが、介護を必要とする方で軽度な方が予防ということですか？例えば、要支援の方、介護保険の適用にならない前の方、そういう方が介護保険の対象とならない前に止めるとか、そういう意味でしょうか。健康な人はいつまでも健康で、一生懸命働かせてどんなことも身の回りのことはできるということに、お金を使うことが大事ではないかと。話を伺っていると、発症された方に対する介護費の適用があるので。資料2を見ると、現役時代の能力を活かした活動とか趣味・関心がある活動、新しいチャレンジ・起業など、健康でなければできないです。その辺に関与する費用分配というにはどうなのでしょう。そういう形での予算配分はまだまだ先で、今起きている・これから起きることに対しての費用が先という解釈

でいいでしょうか。

本間会長：今のご指摘の点というのは介護予防を考える時に、自分たちの問題として考える時に非常に重要な点だろうと思います。高齢者の社会参加ということを考える場合、基本的には元気な方々が参加するということになりますから、それぞれが参加するグループ、様々なグループがあり、認知症予防のグループもありますが、いわゆる自主グループを立ち上げていかなければいけない。そこに市役所が予算を配分して、お金を付けて職員を貼り付けてという形の活動は人数的に無理です。如何に自分たちで自主グループとして立ち上げていくか。もちろん立ち上げの当初3ヶ月～半年は市役所が手伝うということはあると思いますが、最終的には自分たちでグループを運営して、走らせていくという意識が作られていかないと、本当の意味での介護予防という目的は達成できないと思います。日本人の特性かもしれませんが、比較的元気な方にこういうお話をすると、余計なお世話だということになってしまいがちな傾向もあります。自分の問題として考えられず、つい他人事になりやすいところからの啓発をどういう風にしていくかだと思います。是非ご協力をよろしくお願い致します。

横山委員：確かに市に委ねる、国に委ねるということは限界があります。将来高齢化していくためには頼ってはいけないと思います。具体的に我々健康な人間、市民が何か行政と一緒に、元気な高齢者と知恵を絞ってできるだけ公費を使わずにやっていけないか。しかし、転ばぬ先の杖は要ります。そういうことに対する別の項目で検討していただくことはできないか。無論、100%とか50%とかものを委ねるということではなく、自分たちのお金を少しは出そうという覚悟をしている人もいます。楽しく地域の人との輪とか、気力で防げると思います。加齢は防げませんが、老齢は防げます。今回、審議会市民委員への応募のレジメについてはそれを書きました。楽しくできるだけそういう形に入らないようになっていきたい。今日の議題が委員になった一番のポイントです。

本間会長：私自身も全く今のご意見に賛成です。

西口委員：家族は身内の認知症を認めたくないという想いが強いです。家族が、面倒を見る人が3割いるということです。この3割の人たちの家族の支援というのをどう考えていくか。家族が離れている場合、毎日会える訳ではないのですが、状況の変化というのは冷静によく分かっています。家族のキャッチした情報をどういう風に伝えていくか、高齢者支援センターなどにも行くこと自体非常にハードルが高い、敷居が高いという方がまだまだおられます。そのハードルをどう下げていくのか、家族と市、高齢者支援センターがどう連携していくのか、どうすれば普通に、普段に喫茶店に入るように助けてくださいといえるのが非常に重要なことでしょう。色々なイベントを組むことも重要ですが、家族の持っている情報を積み重ねていくことが介護予防の場合、非常に重要なことです。本人は医師が診察した時、私は元気ですといえます。家族の持っている情報をどうして行くのか、家族をどう支援して行くのが、1つの大きな支え、柱となると思います。

本間会長：今日、3番目の議題のところの考えとして触れるご意見です。先に進めさせていただきます。

※事務局より資料3-1、3-2について説明があった。

本間会長：町田市の場合、高齢者支援センターという名前ですが、2006年に介護保険が改正されてから8年、基本的な業務は8年前も今も一緒です。実際には対象となる市民の人数が増えれば、当然業務量は増えます。認知症に関しても様々な業務が具体的に増えてきているということもいえます。なかなか人数は増やせないが業務量は増えてきているという非常に基本的な課題はあると思います。

齊藤委員：高齢者支援センターの仕事というのはとても多くたいへんだないつも思っているのですが、これから地域を作るということで、地域ケア会議の重要性が一番になってくると思います。介護予防を地域で作っていかねばならないというところでは、やはり高齢者支援センターが中心になるということでも12ヶ所あるのですが、第6期3年間ではなかなか難しいのではという風に思っています。そのためにはやはり地区で市と老人会と連携しながら一緒に地域づくりを支援センター1ヶ所か2ヶ所でやってみないと、どう広げていっていいのか、どう作っていいのかが、高齢者支援センターではわからないのではと思います。地域ケア会議もある地区が活動的にやったら、他の地区にも広まったという状況があるので、行政と老人会など活動ができるようなものを考えていかないと、高齢者支援センター12ヶ所を均等化していくのは難しいと考えています。そういう地域づくり、老人会も第5期の時に40%介入しているかどうかということでしたので、老人会に入っていない高齢者が多く、年寄り扱いするなという問題もあってなかなか老人会に入っただけないということも聞いています。老人会の方で課題を持って、介護予防の方に持っていくという風にしていかないと自主グループというのはできないのでは。それに協力してあげるのが、高齢者支援センターと一緒に歩むスタイルがないと地域というのができない。そういう活動を高齢者支援センター1ヶ所でもやってみるといえるのが必要だと感じています。

本間会長：今、自分たちがやっているということは、いずれ我が身に降りかかってくる、自分の問題になってきますから。

伊藤委員：敬老会の立場から。老人クラブに入らない理由は、団体行動が嫌な方が多いです。免許がなくなった、足腰が痛くなった、そうすると老人会に入ってきます。そうすると面倒を見る人がいません。面倒を見てくれと行って入ってこられても、若い時何もしないで入ってきて、急に年寄りだからクラブだといわれても困ります。70歳を過ぎたら入ってもらいたいのですが、入ってくれません。なぜ入らないかという趣味が多いから老人クラブの運動ではつまらない。テニスだのをやっていて、今度は手足が動かなくなると老人クラブです。自治会の仕事も全然協力してくれません。皆さん元気なうちは地域の仕事ですから入って欲しいのですが、私の地区では所帯の5割しか入っていません。なぜ入らないかというメリットがないからです。今は老人クラブでも自治会でもメリットがないと入らないです。ここにおられる皆さんは理解があると思いますが、実際いくら言っても入らないです。老人クラブに入ってくれば、見守りでも何でもできます。老人会の町田支部と町田第1高齢者支援センターと協力して、見守りネットワークを作りたいと話しています。これをやらないといくら高齢者支



援センターを充実しても実際にもものが見つからないです。我々と連携していると情報が入ります。そういう形を行政も真剣に取り上げてもらいたい。70歳を過ぎたら独居老人は強制的に老人会に入るとか。入れば実は情報はよく入ります。それから会話もやれます。嫌な人は口をきくことも嫌で人にも会いたくないと。そのような人が実は多いです。これは戦後教育のツケだと思えます。自分さえ良ければ、地域なんかどうでもいい、クラブなんかどうでもいいという方が多いです。やってみてそう感じます。是非お願いしたいのは、元気な若い老人が入ってきて面倒を見て欲しい。80歳を過ぎたら面倒を見てもらえと。そのためには、全て元気な方とは言いません、75歳を過ぎた一人暮らしの老人は行政の指導で老人クラブに入ってもらえないかと。そうすると老人クラブももっと活動できます、見守りもできます。町田第1高齢者支援センターの職員の方とは定期的に会っており、たいへん熱心です。自治会の支部長にも紹介して打合せをなさいと話しています。市の方でも情報が入れば支援下さい。

本間会長：貴重なご意見だと思います。全員独居の高齢者に市が誘うということは難しいとは思いますが。実際に市の職員の何%が町田に住んでいるのかは分かりませんが、OBOGには70歳を過ぎたら老人クラブに入れということと言えらると思えます。

事務局：今のお話が現実で、こちらの方から入って下さいと言っても入ってくれないというのが現状です。NPO・市民団体でどのようにやっていくかということですが、入ってもいいけど代表にはなりたくないとか会計はやりたくないというのが現実としてあります。そういったところは中心の人がやっていただいて、お金を貰ってでも作る必要があるのかどうかというのはまだ分からない状態です。ただ、今の方はお金については高額でなければ出していただけるとい方はおられます。ただ、単純に入ってくださいというアプローチでは多分できないであろうと市でも認識はしています。NPOを簡単に作るというのはやればできるではなく、どうすれば入ってくれるかということを考える必要があると感じています。

本間会長：今の問題は、社会参加の推進と介護予防の最大の課題です。という風にもっと分かりやすく課題を取り上げてもらったらいいです。今のような課題であれば、全員がそうだと納得できると思えます。それに対してどうしていこうかと。高齢者支援センターの機能充実にも認知症施策にも関連してくることだろうと、一番基本的なところだろうと思えます。少し進ませていただきます。3番目の市の認知症施策の推進について説明をお願いします。

※事務局より資料4-1～4-5について説明があった。

齊藤委員：資料4-2の3に書いてあります、本人が高齢者支援センターに相談するというのはなかなか考えにくいのではないかと思います。認知かなというのはとても不安です。電話するということはとてもハードルが高い部分だと思います。成人健診などに認知症の検査のようなものを含めることはできないのでしょうか。希望者と希望者ではないのかは分かりませんが、そういう検査を受けることで多少自覚するというのもあるのではないのでしょうか。

本間会長：本人が高齢者支援センターに連絡するのは、多分将来的な目標だろうと思えます。杉

並区の浴風会病院には認知症外来が2つあります。1つは認知症外来で従来の外来です。もう1つは物忘れ外来で、そこに予約ができる人というのはご本人が電話をしてきて予約できるというものです。そのようなニーズがあることも確かです。町田市ではまだそこまではないかもしれませんが、いずれ先の目標、イメージということになるのではないのでしょうか。検診の時にそのようなツールを混ぜて。というのも、全員が健診を受診する訳ではなく、本当は受診して欲しい人はあまり受診しません。受診しなくても大丈夫だろうという人はどんどん受診するということで、どうしても偏ってしまうことがあります。

事務局：認知症について定期健診をするということもあるのですが、認知症だという指定をするというのはやはり何かしらの資格が有る人でないと。市の職員があなたは認知症ですよと言えるかということそれは非常に難しい。医師会から聞いた話では、簡易な認知症の判定をして専門医へつないでいると聞いています。行政の中で判定をするというのは、医師の協力も必要になってきます。単純に家族であったら、あなた認知症かもしれないねと言う事についてはさほど問題はないのですが、第三者が認知症だと言う事については十分な注意が必要なのかと思います。ケアマネージャーからあなた認知症かもしれないから成年後見人をつけたらという話がきますが、ケアマネージャーが経験から言ったことでも、私は認知症ではないとトラブルになるケースがあり難しいです。

本間会長：認知症は医学的な診断になります。医師が診断して決めることです。医師以外が診断するということはできません。認知症というのは状態の名前ですから、その原因が何かということが問題になります。おなかが痛いから病院にいったら、あなたは腹痛ですというのと認知症は一緒です。認知症の原因はなんだろうというところまできちんと診断して伝えることができるような状況が必要だということだろうと思います。ただ一定の物差しでだすということ、例えば年による物忘れはありそうですくらいは伝えることができるだろうと思います。表現の問題だろうと思います。

竹内委員：高齢者支援センターの機能の充実でも触れていましたが、視点2の医療との連携が取れないということで、医療従事者、特に医師の参加が得られない、地域の開業医の連携に対する温度差がある。高齢者支援センターの中の相談というのが一番大きなポイントとなるとと思いますが、その場合の医師はうまく手配されているのでしょうか。

本間会長：手配とは何の手配でしょうか。

竹内委員：医師の相談ということ、相談を受ける手配です。高齢者支援センターのメンバーは看護師・ケアマネージャーなどで医師はおられないと思うのですが。そこはどのようなのですか。

本間会長：非常勤でも頼むことはできます。それで賄えばいい訳です。むしろ、そういう意味での連携ということになれば、資料4-2の5のところに関係してくると思います。普段接する医療関係者といいますか、主治医というのが一番接する時間、1ヶ月に1回くらいは血圧とか糖尿病とかで通っているわけです。継続的に接する機会が多い役割の職種です。ただ、この場合主治医の役割があまり見えてこないというところはあろうかと思いますが。単に薬だけ出しておいて貰っていいのか。主治医の役割というのが書き加えられるといい。

竹内委員：医師による物忘れ相談事業というのがこの中に入る訳ですか。

本間会長：今、おっしゃった通りです。

湯川委員：資料4-4に認知症サポーターというのがありますが、数を見ると1万人以上と相当な人数だと思いましたが、これはどういう方になっているのか、あるいはどうやって養成されているのかを伺いたい。

本間会長：簡単に説明をお願いします。

事務局：認知症サポーター養成講座は、一般市民の方を対象に行っています。その方たちが認知症の方を地域で見守っていくということで、接し方について簡単に知識を得るといって講座を開いています。講座を受けた方はオレンジリングを所持しており、共通で腕に巻いています。

本間会長：国全体で進められている事業で、400万人を越えています。

向井委員：健診を受けられる方は色々あると思いますが、高齢者で医師にかかっていない人はいないと思います。主治医だけでなく、歯医者も含めて。個人情報保護法があつて難しいのですが、その辺から問診された時に少しおかしいという情報は歯医者でも分かると思います。高齢者が自分から電話するのが一番ですが、家族も重要ですが、レセプトを見ればほとんどの人が医者に通っていると思いますが、そこに何らかのサインを医師からいただくというのはあるのではないのでしょうか。

本間会長：充分それはあるのではないのでしょうか。日本医師会の会長と、その場でも充分察知できるような能力というのは歯科医でも求められるだろうという話になりました。それではどうすればいいのかということと一緒に考えていこう、モデル的にやってみようという話になりました。ご指摘になったこともいずれ結果として表れてくると思います。

事務局：協議会の中で、まず医師の方が高齢者支援センターのことを知らないということが多いということがあります。高齢者の9割の方が医師にかかっていることは分かっており、何かあったら高齢者支援センターに繋いでくださいというお願いはしています。その前に高齢者支援センターの方が分からないという状況です。協議会とか地域ケア会議に医師の方に来ていただけるよう努力して機会を増やしていきたいと取り組んでいます。

本間会長：ケアマネージャーが担当する利用者の人たちというのは、かかりつけ医師にかかる訳ですから高齢者支援センターの人も同席するということを繰り返していただくだけでも違うと思います。手間・暇・時間はかかりますが、そういう風な努力の積み重ねが日本の現状では必要でしょう。

川村委員：普段かかりつけ医を持つことをアピールしていますが、通って来ていただいて最初に認知症に気づくのは受付です。受付の方が気づいて、医師が気をつけて診て、簡単なテストをして専門医に繋げることもやっています。多分、開業医でも歯科でも実際に接している方は気がつきます。ただそこから如何に医療診断に結び付けていくか。積極的に気がついたらそこで一生懸命に進めるようとはしています。高齢者支援センターとの関係ですが、医師の方がよく知らなかったというところがあります。市と協働に向けて医師も積極的に出て行って一緒にやろうということで、地域ケア会議にも出て行こうとしています。最後のところは地域の住民の方も一緒になってやっ

ていただかないと。医師も一緒になってやらないと広がっていかない、できないということになります。どうやっても老人クラブの方や NPO の方と一緒にやるにはどうすればいいのかということが一番の課題ではと考えています。積極的に出てきてくれないという話がありましたが、今あるクラブなり団体と交流することで、あそこに入れば良さそうなことがありそうだという風になればいいと思います。

本間会長：活発な意見をありがとうございました。

#### 4. 事務局より

次回、第4回審議会は、10月3日（金）16時から2-1会議室にて開催します。

そこで素案を提示し、その後パブリックコメントと市民説明会を開催します。

市民説明会には委員も出席いただきます。

#### 5. 閉会