

平成 22 年度第 2 回大阪市地域包括支援センター運営協議会 会議録

議題 1) 平成 23 年度における地域包括支援センターの増設について

議題 2) 大阪市地域包括支援センター運営協議会選定部会開催要綱の改正について
事務局より、以下の資料に基づいて一括説明

資料 「平成 23 年度における地域包括支援センターの増設について(案)」

資料 「大阪市地域包括支援センター運営協議会選定部会開催要綱の改正について案)」

委員長

それでは、今議題 1、2 を一括してお話しいただいたわけですが、1 つは増設をどこにするのかということですが、先ほど説明いただいたとおり、来年度に向けて大変多くの圏域で増設して再来年度で増設完了する。こういう方向で、来年度に向けて最も多く増設をすることになるとということ、受託法人候補の選定を行う選定部会で委員が欠席した場合の対応をきちっと部会開催要綱の中に規定すると、こういう提案ですが、まずは増設について何かご質問・ご意見ございませんでしょうか。

委員

この新しく設定する圏域について各区と相談して決めたとおっしゃいましたが、例えば淀川だったら JR の線で区切れるとか、1 万人以下に高齢者人口を押さえ込んでいるということぐらいしかわからなかったのですが、区と相談してこの圏域に決めたとするのは、地域包括ケアをこれから地域包括センターが中核機関としてやっていく上において、この圏域であればいいというようなことを踏まえながら相談されたと思うんですが、そののところをもう少し具体的に説明していただきたい。

事務局

国が高齢者人口 3,000 ~ 6,000 人で 1 ヲ所、あるいは中学校圏域で 1 ヲ所といった示しをしている中ですが、大阪市のよう人口が集中している地域であれば、基本的にはおおむね高齢者人口 1 万人ぐらいの方が人員体制も複数配置できる中で、よりきめ細かく丁寧に、あるいは一定の質を確保して地域包括ケアを進めることができるだろうという考え方のもとに、昨年度の運営協議会でもこういう方向で今後進めていくということでご審議をいただいたところです。これにより、実は中学校区あるいは区によっては小学校区の単位を束ねて高齢者人口 1 万人前後というようなことを目途に、検討の土台となる具体案 を持って区と相談を進めてまいりました。

やはり我々は、各区の実情の細部について疎いところがありまして、区の地域実情をお聞きしたり、地域でのネットワーク構築の状況やつながりであるとか、あるいはこちら辺は非常に高齢者の市営住宅が多くて高齢化がどんどん進んでいるとか、この辺は町会組織率が低い、こちら辺には社会資源がほとんどなくて、地域の方はこういうところをこういうアクセスで行っておられるとか、様々な実情をお聞きしながら、例

えば北区だったら東西で切るのがいいのか南北で横切っていくのがいいのかということと区と一緒に考え、基本的に区の中でどれが一番包括ケアを進めるのにいいのかというお話をする中で、北部方面と南部方面で分ける方が地域のつながりはやっぱりいい、一番自然体だというようなお話がございました。以前からの地域のなじみといったことや、これまでのランチ、あるいはそれ以前の在宅介護支援センター時代からの相談の経路等いろんなこと含め、総合的に勘案してこれらの案にまとめました。

また、大体人口1万前後でうまく分かれている区もあれば、淀川区や旭区、住之江区のように、人口だけで見ると歪なところもあります。例えば淀川区では資料10ページになりますが、西部地域と南部地域をどう分けていくべきか。実は今年東部を圏域分けしたときにも、JR線で行き来しにくいというお声をいただいたことがありました。ここでは、ランチが南北にありことから実際のアクセスを考えて、結果的にはこの東部地域包括支援センターの圏域を決めました。今回この反省も踏まえて、人口だけで分けると西部地域のJR線南部の例えば田川地域を入れれば均等になっていいという考えもありましたが、地域のつながりとして田川地域の人是在介時代からこちらを利用していたとか、JR線を超えて行くには非常にアクセスが難しいというような実情のお話があって、このような最終的な案にまとめました。画一的な基準で切れなかったというのが実情でございまして、バリエーションが随分あるといった状況です。

また、住之江区で見ますと、今年度さきしま地域包括支援センターは、南港ということで5,000人あまりの高齢者人口ですが、新たにこの4月から稼働しております。残る圏域について、2圏域にするべきか3圏域にするべきか非常に悩み、区でもかなり検討していただきました。さきしま地域を除いた圏域が高齢者人口2万5,275人で、1万2,000人と1万3,000人で2圏域にするか、あるいは8,000人ぐらいずつで3圏域にするかと考えましたが、人口が南東部の狭い地域に集中しておりまして、かなり歪な圏域割りになりますが、区としては、残る中学校圏域で住之江中学・住吉第一中学・加賀屋中学の3中学校で分けた方がまとめや落ち着きがいいということで、結果としては地域包括ケアを進めていくためのネットワーク構築や地域資源との連携に向けて適切ではないかということで、この圏域設定案にさせていただいたところです。

委員

ありがとうございました。基本的には地域の社会資源の整備状況や、例えば小学校区や中学校区といったまとめが地域の実情に合ってるからといったことを考えて相談してこの圏域を決めたと考えておけばよろしいわけですね。

事務局

はい。そういうことでございます。

委員長

高齢者人口1万人程度という基準を一応基礎としながらいろいろ検討してきた結果ということでよろしいでしょうか。

事務局

はい。

委員長

地域包括ケア研究会報告書などからも国の今の考え方は、30分程度でいろんなことができるまとまりある地域として地域包括ケアを進めるに適切というようなことを言っていますが、人口1万人というのはこの30分の範囲内の議論と対応するように思うわけです。地域によってはもっと人口が少ないところもあれば、大都会の場合は少し多い人口でも30分でカバーできると想定しているということでございます。

小学校区が生活圈域という考え方としてよいと言う人も中にはいますが、現実には大阪市の場合、高齢者人口1万人という形でまとめていくということで、少しバラつきはあるけれども、このように提案されたものをお認めさせていただくということでよろしいでしょうか。他にご質問ございませんか。

無いようですが、要綱の改定についてもよろしいでしょうか。

委員一同 異論等なし

委員長

それでは、これもお認めをさせていただきたいと思います。

報告1) 地域支援事業実施要綱の改正について

事務局より、資料 「地域支援事業実施要綱の改正について」に基づいて説明

委員長

8月6日にこういう形で改定になったわけですが、何かご質問ございませんか。

特定高齢者のセレクトは随分お金がかかる割には効果が薄いということで、国でも問題になっていた部分ですが、そこを少し効率的にやるということです。特定高齢者という名称がだめだということで名称変更をするということですが、これはまだ法改正が進む途上ですから、ここでとどまるのか、もう一步踏み込むのか。

地域包括支援センターの本来の業務である地域のネットワークづくりができていないと言われている。それは介護予防プランに随分時間が割かれているためだと。そうということで、今の動向としては、特定高齢者のケアプランは基本的にやめましょうということのようです。要支援についても今の議論は、今回の法改正にゆだねられるんだろうと思いますが、委託できる8ケースという数字が消える可能性が随分ある。ただ、予防は大事なので、必要なところに限定してきたという状況なんですけど、まだ本当にこれでやれるのかという問題が残っていると思います。何かご質問ございませんでしょうか。

委員

先ほどの説明の中で3番目の介護予防事業のケアプラン作成について原則は不要とい

うことですが、今まで特定高齢者にケアプランをつくられた事例というのはどのくらいあるかということと、今回示された「特に必要な場合等」という「等」はどこまでなのかというのを教えていただきたいと思います。

委員

私の母親は97歳で、今ケアマネジャーが来てプランをたててもらってますが、それが全然なくなると、素人がどの程度介護の程度が進んでいってるのか、進んでないのか、効果的によくなってるのかわかりかねます。専門のケアマネジャーにいろいろな相談しながら、主治医の先生と話し合いながらしていこうかと思いますが、利用者としては一番安心できるようにお願いしたいです。

委員長

要支援か要介護ですか。

委員

要介護2です。

委員長

今回不要になるというのは特定高齢者という元気な高齢者のケアプランのことです。元気と言ったら語弊がありますが、認定を受ける前の元気らしい人ですので、介護認定を受けておられたら今回の変更は関係ありません。

委員

わかりました。

委員長

それでは、事務局から少しご説明いただけますか。

事務局

従来ケアプランは原則立てるということですが、包括支援センターによってプラン数の差はあります。目標を設定して日常生活のアセスメントをしてプランを立てていたところでは、総件数にしますと21年度で2千件以上はありますが、中身には若干差はございます。

「等」の部分についてですが、国にもこの「等」とは何を指すのかと質問しましたが、具体的な回答はなく、要支援あるいは要介護状態への移行が非常に高いと思われるであろうケース、そういう人たちについては立てることが望ましいという回答でした。

委員

基本的に手間がかかる割に特定高齢者の把握ができていない、お金も非常にかかるということで、生活機能の基本チェックだけ残して生活機能評価をやめる。その結果、医師外しに陥らせるというふうに感じずにおれないです。口腔機能に関しても、非常に問題があると思います。基本チェックリストで嚥下機能もある程度把握できますが、反復唾液嚥下をした時に、設問と理解が違う部分があって、実態とはそぐわないような部分等、あるいは生活機能評価でひざ関節がどうですかといった整形外科的なこと

も聞いて診察をするわけです。チェックリストだけでは、階段上の場合などの本人の感覚だけで確認されていくということで、非常に問題が多いと思います。

心疾患のある患者さんが運動器機能向上に行かれて、もしハートアタックでも起こされたらどうするかといういろんな問題も出てきます。そのために、安静時心電図をとるということもあります。これらを踏まえて、単にお金がかかるから、医師が診断することによって特定高齢者の把握数が減るからということであれば、違うと思います。医師会を通じて、その点に関しては言っていきますけども、大阪市の方でも安全という部分を考えて国に言っていっていただきたいと思います。

また、必要に応じて検査を行うとありますが、この必要とは誰が必要性感じて、誰が検査するのかわかりにくい。この点に関しても国に質問しておられたら、その回答を教えていただきたい。

事務局

そこについては十分確認していませんが、実施主体は市町村と言われております。ただし、検査の必要性を判断できる職種は限られていますので、このあたりについてはもう少し詳細を国とも詰めまして、今後体制をどうしていくかにもよりますが、医療機関等とも詰めさせていただきたいと考えております。

委員長

運動器の機能向上というのは大阪市としてお金出していると思いますが、1回の利用コストはどれぐらいになりますか。

事務局

重点型とその他型では若干違いますが、1回1人当たり7,000円前後かかっていたと思います。これは、介護予防事業の参加率が今より低い時に出した資料で、ここ2年ほど参加数が伸びていますので、若干コストは下がっていると思います。

委員長

一般高齢者でもこういうサービス使うと非常に効果がある。要支援の人でもプラスになると思うけれど、なかなか発見できない特定高齢者だけに限定していて非常に効率が悪い。せっかくあるサービスを発見しにくい人用に用意しているというイメージが強くて、これを厚生労働省に聞くと、要支援の人たちはもうサービス使っているからだめだと言う。そこをもう少し柔軟に使えるようになると、効率的にコストも落ちると思う。介護保険財源を使って1回7,000円はいかがなものかという議論にもなるので、必要な人あるいはニーズのある人みんなが使える制度にしたらいと思う。腰痛予防や転倒予防をもっと前もって考えて、厚労省と話をして使いやすい制度にしたら、コスト的にも有効なものになるので、よろしく願いたい。

他に質問・ご意見いかがでしょうか。これは国が8月急遽出してきた内容で、これにとどまらず、恐らく最終的には法改正の中での議論になると思います。

それではこれで終わらせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。