

## 令和5年度第2回京都府高齢者サービス総合調整推進会議議事録概要

## 1 開催日時

令和5年10月13日（金）午後2時～4時

## 2 会 場

京都府公館・府民ホールアルティ 4階 第5会議室

## 3 出席者

## ○ 出席委員（19名）・オブザーバー

- 西村 周三 会長（京都先端科学大学 国際学術研究院教授）  
 三上 靖夫 会長代理（京都府立医科大学大学院 医学研究科リハビリテーション医学教授）  
 谷口 洋子 委員（一般社団法人京都府医師会副会長）  
 嶋村 清次 委員（一般社団法人京都府歯科医師会常務理事）  
 豊田 久美子 委員（公益社団法人京都府看護協会会長）  
 山下 宣和 委員（公益社団法人京都府介護支援専門員会会長）  
 荻野 修一 委員（一般社団法人京都府老人福祉施設協議会会長）  
 久野 成人 委員（一般社団法人京都私立病院協会副会長）  
 齋藤 嘉子 委員（一般社団法人京都府作業療法士会事務局福利部制度対策委員会委員）  
 小國 由紀 委員（一般社団法人京都府言語聴覚士会副会長）  
 内山 貴美子 委員（公益財団法人京都SKYセンター高齢者情報相談センター所長）  
 井手口 温美 委員（一般財団法人京都府老人クラブ連合会副会長）  
 安井 美佐子 委員（京都府連合婦人会会長）  
 大西 幹子 委員（日本労働組合総連合会京都府連合会 女性委員会事務局次長）  
 岡野 英一 委員（一般社団法人京都ボランティア協会事務局長）  
 越野 稔 委員（公益社団法人認知症の人と家族の会京都府支部副代表）  
 星川 修 委員（京都府市長会（宇治市健康長寿部長））  
 北 広光 委員（京都府町村会（和束町福祉課長））  
 渡辺 隆 委員（京都府後期高齢者医療広域連合副広域連合長 事務局長事務取扱）  
 益本 豊貴 オブザーバー（京都市保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室介護ケア推進課管理担当）

## ○ 欠席委員（7名）

- 空閑 浩人 委員（同志社大学 社会学部社会福祉学科教授）  
 楠本 正明 委員（一般社団法人京都府薬剤師会副会長）  
 矢田 圭吾 委員（一般社団法人京都府介護老人保健施設協会理事）  
 清水 紘 委員（京都府慢性期医療協会理事長）  
 東 壽亮 委員（社会福祉法人京都府社会福祉協議会副会長）

麻田 博之 委員（一般社団法人京都府理学療法士会会長）  
三宅 英知 委員（京都府国民健康保険団体連合会副理事長兼常務理事）

#### 4 内 容

##### （2）報告事項

- ①第1回会議報告
- ②京都府の高齢者人口等の将来推計
- ③保険者機能強化推進交付金等の評価結果
- ④新・京都式オレンジプランの改定について

##### （3）協議事項

- ①第10次京都府高齢者健康福祉計画策定のポイント（案）
- ②議題1～5

〈質疑、意見交換〉

##### ◆報告事項

- ①第1回会議報告
- ②京都府の高齢者人口等の将来推計
- ③保険者機能強化推進交付金等の評価結果
- ④新・京都式オレンジプランの改定について

○京丹後市は100歳以上が多くて、昔から不老長寿の薬を探す人が出てくるというくらい、皆が希望を持っていた100歳に到達したということは、めでたい事であるという話をしたんですけど、生きていく責任として役に立つ100歳をつくりたいと言いながら、認知症があったり寝たきりがあったりとそういう100歳を迎えることは決してめでたいことではないので、もっとリハビリテーションを増やして和歌山的那智勝浦の方のリハビリテーションの寝たきりをつくらないというような、それから認知症になるいろんな原因をもっと究明して私たちも元気に過ごせるように自分も努力して運動をするなど、そういうような話をしたところです。

○私もほとんどその意見に賛成です。今のご意見をどのようにこの計画に反映していくのかというのが、今回の会議のテーマかと思しますので、後の5項目につきましてご検討いただけたらと思います。

○高齢者虐待防止の体制整備に関し、市町村に対する支援を実施しているか、という項目で平均が17.4点とある中、京都府は10点とありますが、これが極端に低いのは何か理由があるのですか。

## 事務局

項目がいくつかありまして、支援が全くできていないわけではないですけど、分析ができていない等で点数が低くなっているところです。

虐待の防止につきましては、障害者の担当課とも一緒になりまして、市町村職員に対する研修も行っておりますし、虐待事案、通報等がありました場合は内容に、京都府の方からも情報共有をする、というような対応をしているところがございます。ちょっと点数が低いのは、答え方がまずかったというのもあるのではないかとということで、これはちょっと見直しをいたしまして、内容を改めるべき点は改めますし、より実態に応じた答え方をすることで正しく評価されるのであればそういうような形で点数に現われるように注意してまいりたいと思います。

○保険者機能強化推進交付金の介護人材確保のところですけど、この差があまりにも激しくてどう理解したらいいのかと思っているのですが、笠置町、和東町、南山城村、城陽市が低いようですが、これは？

## 事務局

先ほどの質問項目に対する市町村の答え方にもよるのですが、北部点数が高いのは人材の取り組みを北部圏域では京都府が中心にやっているためで、南部ではそういう取り組みがない部分がこちらに表れているところです。

○これ（資料）だけが独り歩きするとかなりまずいような気がするのですが、もう少し詳しい説明をつけるか、取扱い注意にした方が良く感じました。

## ◆協議事項

### ①第10次京都府高齢者健康福祉計画策定のポイント（案）

### ②議題1～5

○議題4について、でございます。介護・福祉人材ということで、京都府さんの方では認証制度を作っていただいて、いろんな意味で人材確保についてご尽力いただいて、特定の成果は出ているのですが、いつも思っているのは、確保はできるのだけど、実際その確保した人たちがどう定着したかというフォローアップをしっかりとしていけないと、現場感覚としては、毎年、センター、入っておられるのだけど実感としては、どこも人材が不十分だと聞きますので、その確保のところを少し、課題の中に、しっかり加えていただきたいなことと、ちょっと議題とは離れるのですが、こちらの目標の中にハラスメント対策の話があるのですが、カスタマーハラスメント、本当に現場で働く方が一生懸命やっても、いろんな

ご家族、知り合いがおられてなぜここまでっていう例も何件もあります。やっぱりそこで職員がもう、辞めた例も実際あります。カスタマーハラスメントについても少し、加えて働きやすい職場の関係でも 1 項目加えていただけたら嬉しいな、この 2 点。

### 事務局

大変大事なご指摘をありがとうございます。介護福祉人材の定着につきましては、介護福祉分野の勤続年数は大変短いものとなっております、その事がひいては、介護職員の処遇の改善にも、なかなか繋がりにくいという事にもなっているかと思えます。そのための一環として、この認証制度による働きやすい職場環境づくり、働き続けていただけるような職場づくりということで取り組みを進めているのですが、もう一つはですねやはり処遇の改善が進まないと、定着になかなか繋がりにくいのかなと思っております。その辺りは社会保険制度として、ですね、法定価格で運営をされておりますので、報酬改定等の運用をして参りたいと考えているところです。

○ぜひ要望をお願いします。

○できたら若年層の就業者と比較的中高年の方の離職率がどう違うかというあたりを調べてもらったら良いと思います。

### 事務局

もう一点、ご意見いただきましたカスタマーハラスメントの防止につきましても、これはまた利用者さんの権利とのバランスの面でなかなか、どちらも重要でございますので難しいのですが取り組みを進められるように検討して参りたいと考えています。

○マニュアルみたいなものは各事業所にあるのですか？つまり、カスタマーの問題がある方がおられたときにどういう対応するか、という。病院の方は進んでいるように理解していますが、施設はどうですか？

○施設のカスタマーハラスメントというのは、最近はコロナとの関係があるものと私は見ているのですが、増えてきたなあと言うふうに感じています。これは事業所とやはり担当課の担当責任者、それからご意見解決、法人に大きな問題であれば、法人のルートがあってそこでどういう対応していくかっていうのは判断です。これ一つずつマニュアルという形ではないですけど、そういう意見があった場合はどこへ繋げるというのは、事業所も持っていると思います。

○今おっしゃったようにこれ、他人事ではないですね。やっぱり、皆さん、いろんな施設

で同じように対応するっていうこともすごく難しい、個別対応が前提ですが、これ以上、こういうことがあったら、毅然とした態度をとるとか、そういうことも必要なという感じがしていて、できたらもうマニュアル作成のお世話とかもうあったらいいなと思いました。

○議題の 2（に関して）でございます。その方の望む場所で看取るとありますが、あらゆる場で看取ることになりますので、看取り方が重要です。その点において「緩和ケア」というキーワードが入ってもいいのかな、と。看護師というのは、専門看護師、認定看護師と緩和ケア系におりますので、チームの中の一員として考えていただいているものと承知しております。

もう 1 つなんですけど、6 ページのポツ上から 3 つ目、訪問看護の人材確保のことについて書いていただいている大変ありがたいと思っているのですが、これからはかかりつけ医と連携して、先に指示書をいただいておいて、その方がいざという時に、医師をお呼びできない時に医療行為 21 区分 38 行為について、いま研修制度が始まっています。ほぼ半年以上、1 年近く研修をするものなのですが、これはこれからの在宅医療を進める上で重要だと考えておりますが、この 3 つ目のポツの 2 行目の「特定行為研修」というのは、これは看護師の特定行為研修かな、と思うのですが、「スキルアップを支援・在宅における療養の増加に対応するため、在宅療養者への質の高い訪問栄養食事指導に必要な能力を有する管理栄養士の育成を目的とした」となるのですが、ここが看護のことを前段は言っていると思うのですが、後半が管理栄養士のことを言っていると思うので、ここについて再考いただくか、その理由をお伺いできればと思っていますところ です。

## 事務局

ご指摘ありがとうございます。2 つの文を 1 つにしたところがありまして、分かりづらくなっておりますので、その点充分見直して参りたいと思います。ありがとうございます。

○議題の 2 になります。5 ページの②の在宅療養支援体制の確保で、先ほどの説明で歯科の関係に触れていただいて、ありがとうございます。私どもは、患者さんあるいは利用者さんが痛いという訴えがあって、治療をするのは当然なんですけれども、訴えがおできにならない利用者さん、在宅の患者さんに対してどういう風に手を差し伸べていくのかということ を常に考えております。特に 3 度の食事ですね。食事が 3 度ありますので、いかに食事を円滑に、しかも安全にとっていただく、経管栄養ではなくて、口から食べる経口栄養を歯科の方では、もっともっとアプローチしていかないといけないと思っています。

それによって低栄養、在宅の方がどんどん痩せていかれるとか、よって立ち上がることができなくなってフレイル状態に陥るといったマイナスのスパイラルをどこかで断ち切れるように歯科の方が、いま京都府の中で在宅療養歯科診療所？が 600 人おります。京都府在住で日夜走り回って、②の 1 つ目のポツのところにできれば「在宅療養支援歯科診療所」とい

う文言を追加いただきたいと思っておりますし、4つ目のポツのところにも「食支援」という文言を入れていただければありがたいと思っております。

## 事務局

ありがとうございます。ご指摘の部分、保健医療計画に十分に反映して参りたいと思いません。ありがとうございます。

○議題でいうと1番にかかると思うのですけれども、看取りの話も出ていましたが、チームの中で人生会議の話題で勉強会をさせていただいていました。どう正しく生きていくのか、それを支えていくということで、人生会議というのが数年前に言葉がつけられてきたのですが、全然定着していないという話題が出ておりました。やはりチームで、その人をどう支えていくのかということを考えて、そういったことも少し、どこの項目にあるのかわからないのですが、どのような生き方をどう支えていくか、もう少し見ていくのが大事なのかなというところでは。

あと、その意思決定ということから言いますと、やっぱり判断能力が不十分になってこられた認知症の方も含まれますが、発達障害者の方、いろんな何かお金の管理だとかそういったことが苦手な方も地域の中にはいらっしゃるって、そういった方を地域で支えていくために介護支援専門員がかなりフォローしていくこととか、さまざまな手続き、本来ならご本人やご家族がされるべきところが身寄りがいらっしゃらない、そういうお家がかなり増えてきているということがありまして、そういった方への手続き支援でありますとか、なかなかキーパーソンになる人が見つからないというところで、介護支援専門員も苦労している状況です。そういったところで重層的支援というキーワードが、国の方でも謳われてきているところですが、そういったところが今度は高齢者健康福祉計画の中にもありますけれど、そういった障害分野でありますとか生活困窮、そういったところとの連携も意識していくことも大事なかなと思うところでは。もう一点、今回の議題からは離れるのですが、京都でも災害が発生いたしまして、先ほど項目の中で、BCP、事業継続計画のことは出ておりましたけれど事業者側の話であって、地域でお住まいの人たちが、そういう災害が起こったときにどうするのだろう。個別避難計画の策定など進められていると聞いておりますけれど、かなり地域差もありますし、毎年どこかで災害が発生している中で、これも喫緊の課題ではないかなというふうに思います。

安全というところが課題で、市町村の取り組みを応援していくなどとか、災害が起こったときに介護支援専門員が助けに行くなんてことは難しいので、地域全体で取り組んでいかないといけない事ですので、この辺りも意識していけたらと思います。

## 事務局

まず、一点目の人生会議の件なのですが、京都府でもアドバンスケアプランニングの手引

きということで、パンフレットなどを作成しているところですが、なかなかまだ定着がして  
いないということで、こういった ACP の部分についても、計画に反映をさせていただき  
たいと思います。

また、認知症などの方の権利擁護支援につきましても、記載をさせていただきたいと思  
います。認知症の施策につきましても意思決定支援研修という形で、実施をしているところ  
でございますが、認知症計画のオレンジプランの方にもまたこの高齢者福祉計画の方にも  
またこの高齢者福祉計画の方にも、意思決定支援権利擁護の部分につきましても、記載を  
させていただきたいと思います。

## 事務局

重層的支援についてお答えさせていただきますと、まず重層的支援事業なのですが、京都  
府といたしましても、こちらの方の事業市町村が実施主体ということになるのですが、でき  
る限り多くの市町村の取り組みいただきたいというふうに考えておまして、個別に、各市  
町村にヒアリングをさせていただいたり、研修を実施させていただいたり、そういう  
取り組みを進めております。現在、今年度からですね府内で初めて長岡京市さんが重層的支  
援体制整備事業を開始されていまして、来年度はさらに 3 市町さんで新たに取り組みを開  
始されると。いうことでお聞きをしているところでございます。

もう一つ個別避難計画でございますが、こちらの方ですね、多くの市町村さんで今取り組  
みを進めていただいているところではあるのですが、何分にも必要・・・の方で、計画の策定  
というのは大変多くなっていますので、各市町村さんも苦勞しながら今取り組みを進めて  
いただいているところと聞いています。市町村によってはですね、介護支援専門員さんとご  
相談しながら計画を策定されているところもあるとお聞きをしておりますので、引き続  
きご協力のほどよろしく願いいたします。

○議題 1 のところに、認知症、看取り、リハビリと 3 つあがっていますが、京都式の地域  
包括ケアの三つの柱にはなるのですが、これはバラバラではなくて、1 人の患者さん思えば  
これ全部関わってくる話なので、いろいろと他の全部に渡ってのことですけども、人員の確  
保、これは、どこも人材が不足をしていて、その人をどっから持ってくるか。先ほど外国籍  
の人とかありましたけど、当然そういう話がでてくる。実は僕の住まいは滋賀県でして、滋  
賀県の 2002 年の県議会などを見ますと、向こう 5 年間で看護職員がなぜか 2000 人ほどい  
なくなるという議論されるのですね。僕が勤務する病院の看護師が六百何十人ほどいま  
すけど、そこもいなくなるみたいなのです。どこから人を持ってくるかという議論は難し  
いのですが、60 歳以上の方をどう活用するか、ということが大事です。60 になって定年にな  
った看護師さんなんかは、みんな元気です。僕の同級生、63 歳何もすることがなく、ふら  
ふらしている。そういった人を確保できるのはないかと思う。賃金のことなどはあると思  
いますが、片や長生きになりますとそういった心配も出てくるので、定年過ぎた方たちをど

かで登用するというのも考えていくこともすごく大事だと思います。それから先ほどリハビリのことで平均寿命と健康寿命、健康寿命というのは介護を要せずに生きる年齢ということなのですが、この差が縮まらないのですね、ちょっとずつ縮まってはいるのですが、たぶんこれは縮まらない。僕が子どものときに祖父が87歳で亡くなりましたけれど、あの当時は80なっても、びんびんしていたいねって言っていたと思うのですよね。今80歳の人、結構びんびんしていますよね。追っかけっこじゃないかと。ただ大事なことは病気になってからリハビリをするということももちろん大事で当たり前なのですが、病気になる前の健康予防これが一番大事です。ここがボランティアとか自治体に頼っているところがあるので、こういうところにちょっとリタイアされたような専門職の方とかを活用することによって、活性化できないかなということだと思います。今、リハビリのことで申しあげた脳卒中とか骨折とか肺炎の患者さんとかはリピーターなのです。要介護の方の繰り返しになっていますので、その介護予防のところ、それから高齢者の参加。例えば介護保険などを使って、リハビリをされている方でも、家に帰ったらすることがない。幾ら頑張っても社会参加する場所がないといけない、参加の場を充実させるということが、医療費を削減するより非常に大事だと思います。

それから先ほど言われた災害の時もそうなのですね。

今全国でリハビリ施設立ち上がっているのですが、災害に遭ったときに、例えばその通所とか訪問サービスを受けた人が避難所に行ったらどうなるか。あるいは杖とか歩行器を持った人が杖や歩行器無く避難所に行ったらどうなるのか。そこはだれが支えるのか。これは、避難所から元の生活に戻れば解消されるのですが、そこを繋ぐようなところでもリハビリの関連職種というのは、非常に活躍する場があると思います。災害が起こったら、大勢の寝たきりが出てしまうのは間違いありません。ここについても検討していただきたい。

○看取りの話が出ましたが、たくさんでもないですけど、何人か看取ってきました。

そしていろんな問題にぶち当たりました。主人の父親ですが、痰が詰まって、喉を切開して穴を開けて、取りやすいようにすれば半年はもつよと医者と言われて、それをどうしようかといったときに医療に携わっている娘とかが尊厳を損なうとか、どんな形になっても生かしておきたいかと言いました。それから胃瘻の話も出ました。その時も孫も医者になりましたので、それも言いました。みんなで阻止する。ある日突然、主人に点滴が入ります。あれも延命の処置だと言われたけれど、生きていたいと言われたら、私は、点滴は外せない、そういう看取りって難しい。そういう決心はどうして取ったらいいのかということと、この中で歯のケアがありましたが、歯のケアは子どもの頃からずっとしてほしいと、いろんな病気がでてくるので口腔ケアというのはすごく大事で、予防医学的に大事だと思っています。

○看取りの話も大事なんですけど、サービス提供者の方に、医療従事者、介護従事者が今までのサービスの提供の仕方を思い切って変えないと、なかなか時代に対応できないというふ



うに思っております。東京で勉強会しておりますが、一番大事なことはC型です。つまり、従来は施設と在宅・自宅という話をしていたんですが、行ったり来たりすることが常態化して、集中的に介入するときに、家帰ってどうするかという話を、つまりC型がそういったところを変えるんじゃないかと。従来は、家にいるか、施設に入るかの2方法で考えていたんです。行くところで違う内容が提供されると、行ったり来たりが普通になるということが私も分かってきました。予防も大事なんですけど、病院にいる間は食生活も良くて、予防するんですが、糖尿病の教育入院という話が有名で、家に帰った途端にあかんくなる。在宅でヘルパーさんが来てくれてそれでよくなる。ところが、これからは、このやり方も難しくなるので、行ったり来たりしながら連携を、こっちで何をやって、こっちで何をやって、ということを検討しないといけない。C型が集中的なケアをするということで、そこ（の要素）も策定の中に入れていただけたらと思います。