

第21回 横須賀市社会福祉審議会 高齢福祉専門分科会議事録

1. 開催日時 令和5年8月24日（木）午後1時30分から午後3時30分まで

2. 開催場所 横須賀市役所 本庁舎3号館3階 301会議室

3. 出席者

【委員】

西村分科会長、荒木委員、伊藤委員、鈴木委員、沼田委員、原委員、半澤委員、
星名委員、松尾委員

（欠席）なし

【事務局】

介護保険課 宍戸課長、佐藤課長補佐、関澤係長、桂係長、国部係長、
竹内主査、小西主査、川口主任、青井、村岡

福祉総務課 清家係長、小松原

地域福祉課 椿課長、栗原主査、岩崎主査

健康増進課 竹内主査

【傍聴者】2名

4. 開会宣言

事務局により、開会が宣言された。続いて、出席委員が定数を充足している旨の確認がなされ、傍聴者数の報告があった。

5. 議事

（1）骨子案の変更について

議題（1）について、資料1に基づいて事務局から説明を行った。

事務局：まず1点目として、第2章の1「高齢者人口の推移と将来推計」に、（2）年齢構成を追加した。2点目として、同じく第2章の4「本市の課題」に、介護人材推計における課題を追記し、括弧数字を入れ替えた。内容については、議事（2）で説明する。なお、方針2については、方針1との関連性が強いことから、見直しは次回としたい。

会長：そうすると、今日の審議は第1章～第3章の総論部分をまず審議し、次に方針3、そして方針4と順次審議していきたい。

委員：（意見等なし）

(2) 横須賀市高齢者保健福祉計画（第9期介護保険事業計画を含む）について

第1章～第3章

議題（2）について、資料2-1に基づいて事務局から説明を行った。

会 長：この部分は総論で、基礎的なデータを入れてある。更新できるデータは更新したということだが、まだ入っていないところもあるので最終的にはまた見直す必要があると思う。今回は追加されたところを中心に、コメントや気づいた点があったら出してほしいが、いかがか。

委 員：16ページの日常生活圏域別の高齢者人口のデータは、住民基本台帳の数字だと説明があったが、下の表の数字のことか。

事務局：そのとおりである。

委 員：5、6ページの人口推計と年齢構成は国勢調査の数値を掲載しているのでいいのか。

事務局：基本的にはYOKOSUKA VISIONの数字に合わせて作成している。

委 員：7ページの高齢化率のグラフは、5、6ページと異なり四捨五入により合計が100%にならない旨が書いていないので、書いたほうがいいのかと思う。

事務局：修正する。

会 長：圏域別の部分について、地域差がどうしてあるのかは評価も難しいし、地区別でとなるともっと難しいのかもしれないが、どのように見たらいいか気づいた点があれば教えてほしい。

例えば16ページの図で言うと、高齢化率と認定率は調整していないから、必ずしも比べられるわけではない。例えば浦賀は、高齢化率は高いが認定率はそれほどではないので、認定率が低いと言える。また、逸見と衣笠は認定率は同じなのに高齢化率が違うが、どのように地区の差を見たらいいのか。答えは出ないかもしれないが、どうして認定率が違うのか、地域の差がどうしてこんなに出るのか不思議に思う。

計画との関係でいうと、17、18ページとの関連が大事になる。地区ごとにサービスが足りてるかを見るためにこの表があるが、施設サービスは必ずしも地区内で完結していないが、在宅サービスはある程度地区ごとに需要と供給が完結している部分もあると思う。人口に対してサービス事業所数がいくつかわかるように思う。前回、地区によっては足りないサービスがあるのでその部分を優先して増やしていきたいという審議があったと思うので、その裏付けになるような資料になればいいのではないかと。計画の表に入れられるかは分からないが、16ページと17、18ページの需要と供給の対応関係は整理してみるといいと思う。

地区ごとの差がどうしてあるのかは難しいと思うが、例えば浦賀は横須賀の中でも高齢化が進んでいる地区としては有名だが、認定率が低い。その理由が分かれば他の地区にも生かせるかもしれない。なかなか難しいと思うが、地区別の違いについて、地区社協の視点から何かコメントはあるか。

委員：社協では、18 地区社協ごとに高齢化率を出している。資料では、西よりも浦賀のほうが高齢化率が高くなっているが、地区社協ごとのデータだと長井地区は 39%を超えている。計画では 10 のエリアで割っているので、局所的な影響は薄まっている。

1つ言えるのは、確実にどこの地区も高齢化率が上がっているということである。

普段は 18 地区で分けて見ているので、このデータだけを見ても、個人的には釈然としない。

浦賀は高い方だと思うが、西の中では長井がダントツで、毎年一番高い。本庁地区では佐野町などの上町第二地区や坂本町、汐入町の港南地区は高い。本庁の場合はよこすか海辺ニュータウンという横須賀のなかでは一番新しい街が入っているので、そこがかなり引き下げる役割を果たしている。

高齢化率と認定率の関係について、認定率までは普段は見っていないので、会長が先ほどおっしゃったように興味深いと思う。

会長：せっかく今回データとして出しているのだから、もう少し分析して計画の中で整理、検討していただきたい。

第 4 章方針 3

議題（2）の続きについて、資料 2-2 に基づいて事務局から説明を行った。

会長：方針 3 について、前回の資料からいくつか修正が入った。これについて、気づいた点や意見はあるか。

委員：48 ページの認知症カフェについて、認知症カフェについての連絡会を行うと書いてあるが、意見交換を行うのは大切だと思っている。

最近認知症カフェに携わっている地域の方から聞いた話だと、せっかく開催しても、スタッフが 3 人で当事者は 0 人ということが何度かあって、それについて悩んでいるという声を聞いた。また、一緒に支援活動をしてくれる後継者がなかなか増えず、支援者の高齢化が進んでしまっているのが今一番つらいところだという声を聞いた。他にも同じ悩みを抱えているカフェはあると思うので、ぜひこのような声を集約し、何か応援して良くなるよう進めていっていただきたい。計画の記載のことではないが、感じたことをお伝えする。

会 長：認知症カフェは方針2の通いの場と合わせて考えていくということでペンディングになっているので、方針2のほうで将来的なことも含めてどのように支援していくか検討していく必要があると思う。

49 ページに認知症カフェ活動数を載せている件について、市の方針としては認知症カフェという捉え方を今後はあまりしていきたくないという考えだったと思うのだが、ここで認知症カフェとしての数を数えられるのか。

事務局：確かに会長のご指摘のとおりである。

認知症カフェという看板を掲げていても、実態としては地域の高齢者が集まって話ができる場所になっていることもある。運営者の思いとしては、認知症があってもなくても気軽に来られる場所にしたいから、認知症カフェとしてやっているという声も聞いている。ここは運営者の思いを汲んで、認知症カフェとしてやっているところを、数としてカウントしている。

会 長：認知症カフェ連絡会も、「自分のところは認知症カフェだ」と手を挙げたところの連絡会だということか。

事務局：そのとおりである。

会 長：この部分は、通いの場全体との整理が必要だと思う。認知症カフェとしての支援をしていかないという方針と矛盾する気がするので、方針2のところで議論することとして、ペンディングにしたい。

委 員：46ページの②のもの忘れ相談の実施について、専門医による個別相談会があるが、横須賀市の医師会で横須賀オレンジドクターという取り組みをしている。そこでももの忘れ相談や認知症相談をしており、医者の一覧表が出ているが、それについてこの部分に入れたらどうか。

事務局：状況を確認し、検討する。

会 長：事実関係の確認をしたい。認知症初期集中支援チームは今まで4つあり、それぞれ病院に委託をしていたと思うが、市の直営というのはどういうものか。

事務局：令和2年度までは市内を汐入、追浜、久里浜、秋谷の4つの地区に分け、4つの医療機関に委託し、4チームで事業を実施していた。しかし、令和2年度の状況で、汐入チームと追浜チームの相談実績件数が少なかった。委託先である病院・クリニック等に背景を聞いたところ、なかなか正規職員の配置が厳しい状況があり相談件数が減少していったという経緯があったため、令和3年度から汐入チームと追浜チームは市の直営の形に移った。

会 長：今は2つの医療機関が2つの地区、市の直営で2つの地区ということか。

事務局：そのとおりである。

会 長：直営というのは、ほっとかんの中にチームがあるのか。

事務局：そのとおりである。

第4章方針4

議題（2）の続きについて、資料2－3に基づいて事務局から説明を行った。

会長：いろいろ議論があった点について修正があった。特に薬剤師会、歯科医師会から積極的な提案があったが、それについても入ったと思う。
まだいくつかペンディングのところもあるが、積極的に直した部分についてコメントがもらえればと思う。

会長：いくつか確認したい。

必ずしも福祉分野や高齢者福祉だけの話ではないものをコラムという形で入れているが、56ページの移動確保のための支援のところ、特別給付について書いている。方針5でも議論があったかと思うが、特別給付は市町村独自の給付で、特に高台から降ろす搬送サービスは非常に横須賀らしいサービスだと考えている。これについて、令和6年度は搬送サービス事業者として指定を受けることができる対象を拡大することとしており、そのことは評価できるが、6年度「は」と書くと6年度で終わってしまいそうなので、書き方を変えた方がよい。「新たに」などの書き方を検討してほしい。

57ページの「安心な住まい確保のための支援」は、必ずしも福祉部局だけではないのでコラムになっていると思う。質問だが、高齢者住まい法（高齢者の居住の安定確保に関する法律）ができて、居住支援法人という制度ができていると思うのだが、これらの運用のことが書いていない。そのあたりのことがどうなっているか教えていただきたい。

また、66ページのコラムは重層的支援体制整備事業のことについて書いており、これも必ずしも高齢者に限らず多様な支援ニーズを抱える人に対するサービスであるのでコラムになっていると思うが、「8050問題など複雑化した支援ニーズを抱えながらも必要な支援が届いていない高齢者等への継続的な家庭訪問や医療機関への同行などの支援を本事業に位置付け、継続した支援を通じて本人との信頼関係の構築やつながりの形成を目指します。」と、積極的に利用・拡充すると書いていることを評価したい。

67ページについては市と薬局の協力体制についてということで、色々な形での協力があるのではないかと指摘が前回あったところである。どこに入れるかが特定できていなかったが、積極的なご提案をいただいていたので今回この位置に入っており、かなり詳しく書いたと思う。私も、この位置に入れるのがよいと思うが、確認したい。

最後に91ページについて、横須賀市は人口20万以上の都市で一番在宅看取り率が高いのだが、これは体制が整っているのが一因だということである。91ページのグラフはよくみる図だが、横須賀市のPR資料だとパーセント

で出ており、在宅看取りの比率が全国と比較するとこのくらい高いというように見せている。しかし 91 ページの図は実数になっており、これだと横須賀市が進んでいることがよくわからないと思うが、なぜ実数にしたのか。全国と比較するならばパーセント表示のほうが分かりやすいと思うのだが、教えてほしい。

事務局：91 ページの図をパーセントではなく実数で回答した理由について説明する。横須賀市は在宅医療という選択肢の存在について、介護保険事業に位置づけられる前から PR してきたのだが、他の市町村と比べて在宅死（死亡届で書かれる死亡場所が自宅である）のパーセントをもって在宅看取りが充実していると評価されるのは、横須賀市の本意ではないと考えている。そのため横須賀市で作っている資料としては、パーセントで作成している資料はあまり多くないと認識している。報道やほかで作られている資料だと、客観的なデータを見て、パーセントで表現されているものもある。

横須賀市は、在宅看取りができる環境整備をしていきたいと一貫として思い続け、取り組みを進めてきた。

グラフを見ていただくと、実は病院での死亡者数は、ほぼ変わっていないかやや減少している。背景には病院のベッド数が増えていないこともあるが、一方で、市内の年間の死者数は年々増えている。増加分の対応は、実数で見たほうがよく理解していただけるのではないかと思う。

要するに、横須賀市では、在宅看取りの選択肢をとって自宅で亡くなる方も多いし、居宅の暮らしとは少しずれるが、老人ホーム（特に特別養護老人ホーム）での看取りの取り組みも進んでいる。死者数が全体として増えてきても、横須賀市内ではそれなりの体制がとれていることを表現したいと考え、実数を使用した。

会 長：あまり分からなかったので教えてほしい。病院のベッド数が変わらないわけだから、死亡者数全体が増えているのであれば、実数で表しても、パーセントで表しても、老人ホームや在宅での看取りが増えるのは変わらないのではないか。

それと、死亡届の死亡場所の関係が分からなかったのだが、説明してほしい。

事務局：説明がよくできなくて申し訳ない。

パーセントで表すと、病院の死亡率は年々下がっている。死亡者数が年々増えているのに病院での死亡者数がほぼ変わらなければ、分母が増えて、分子が変わらない状況なので、パーセントの数字がどんどん小さくなる。そのようなグラフにすると、病院での看取りが減っているように見えてしまい、理解が変わってきてしまうように思う。

会 長：まだよくわからないのだが、今まで横須賀市は住まいとしての老人ホームを

含めた在宅での看取り率が非常に高く、市や医師会がいろいろな努力をして、協力してきたうえで達成してきたと言っている。

今の事務局の説明にあった、病院が減っていることを見せたくないというのは、どのような意味か。

事務局：病院が減っているのを見せたくないわけではなく、亡くなる方が増えたことを実数ベースで表現したいと考えている。

会 長：この在宅看取りのグラフを出す意味は、在宅看取りについて横須賀市が非常に努力をしてきており、その結果在宅看取りの体制ができているから、看取り率が高いという結果になっていることを示そうとしているのだと思う。絶対にパーセントで示せと言っているつもりはないが、説明がよくわからない。病院の看取り率は横ばいだというのをなぜ言わなければならないのか。今までと説明が違うように思う。

事務局：端的に、在宅で亡くなる人数が増えていることを表現したいと考えている。今の議論を踏まえて、グラフの載せ方は改めて検討させてほしい。

会 長：今の説明では納得できないので、ぜひ検討していただきたい。

委 員：73 ページの一番下の部分について、社会福祉協議会が実施している日常生活自立支援について説明している部分があるが、誤解が生じかねない表現があるので訂正を願いたい。

1 行目に「日常生活自立支援事業とは、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者等のうち意思決定に不安のある方が～」とあるが、ここに書かれている人が対象とは言い切れなくて、障害者手帳を持っていなくても判断能力に不安がある方なら誰でも対象になり得るため、「認知症、知的障害、精神障害などで判断能力に不安のある方が」という表現に記述を変えてほしい。

「意思決定」は最近流行りの言葉だと思うが、自分で決められないというわけではなく、分からなくなってしまうということがあるので、「判断能力に不安がある」という表現に改めて欲しい。

会 長：そこは説明を正確にしたほうが良いと思う。

事務局：そのように記載を修正する。

委 員：先ほど同様 90 ページと 91 ページについて。

平成 23 年が 3,985 名の死亡者で、令和 3 年が 4,882 名で、増えた死亡者はほぼ在宅看取りになっているように思う。先ほどの説明だと、病院のベッド数は変わらないので、少し悪い言い方だが、増えた死亡者は老人ホームか在宅で死亡するしか選択肢がないのかなと思う。

だから、死亡者が増えていく中で、死亡場所を選択できるというよりは、適切に在宅や施設で看取れる体制整備を進めてきたことなのかなと、このグラフから読み取った。

病院を選びたいければ選べるが、自宅で亡くなりたかった人が選択して自宅で看取られたということであれば、選択できる体制が整備されたという説明もできるのだろうが、病院のキャパシティが変わらない中で、高齢化率が上がり、あるいは後期高齢者の人数が増えていく中で、どんどん死亡者数が増えていき、病院が増えないならば在宅あるいは施設で亡くなる方が増えるのは当たり前なこと、それに対してこれまで適正な対応をとってきたということなのかと思った。

会 長：ここはちゃんと確認をしておく必要があると思う。

確認だが、どこで亡くなったかというのは、どこで看取ったかというデータか。つまり、ずっと病院で療養していて亡くなった方以外に、最期に救急車で運ばれて病院で亡くなる方もたくさんいるが、そのような方は病院での死者数に入っているのか。

事務局：今会長が提示した例は、病院で亡くなったとカウントされている。

会 長：そうすると、病院のキャパシティの問題とは違うように思う。

もともと私は、キャパシティの問題でやむを得ず病院ではなく在宅で亡くならざるを得ないということではないと思っている。

入院は、病院のキャパシティの問題があるのでできるだけ長期入院を避けるような方法がとられていると思うが、救急などで運ばれて最後に病院で亡くなること自体は、病院のキャパシティとは違うと理解していた。

自宅や老人ホームで亡くなる方が多くなってきているのは、やはり希望する方が多く、体制も整ってきたから増えていると思っていた。

病院のキャパシティがないので、やむを得ず在宅で亡くなっていると解釈すると、全然違う意味のグラフになってくる。どんなふうに理解すればいいのか。

委 員：基本的な方針として、例えば大正時代には 10 パーセントくらいの方が病院で亡くなり、それ以外はほとんど在宅看取りだった。その後どんどん在宅で亡くなる方が減り、今、ほとんど病院で亡くなる時代になった。

その後、住み慣れたところで、自身の意思で家族に見守られて亡くなりたいたいと思う人が増え、できるだけそれを推進しようと言われてきて、病院の立場としても協力するようになった。

確かに会長のおっしゃるように、キャパシティの問題とは違うと思うが、表現の問題のように思う。

通常グラフというのは、数字を比較する場合、自分のところのデータを比較する場合は、実数で比較をする。他施設と比較するときは、パーセントで比較をするのが基本だと思う。そう考えると、横須賀市内の状況を見たければ実数で、会長がおっしゃるように横須賀市と他都市を比較したければパーセ

ントで表すべきだと思う。私にはこのグラフでどちらを表現したかったのかわからないが、それに応じて決めるべきではないかと考える。

会 長：パーセントは他市との比較ではなく、病院と自宅との比較でも、比較という意味でパーセントを使ってきたように思うし、医師会が作ってきた資料もそのように作ってきたと理解している。必ずしも他と比較するときでないパーセントが使えないということではないかと思う。もう少し検討していただきたい。

委 員：おっしゃるとおりだが、実数とパーセントの使い分けの基本はこのように思う。

会 長：また、病院のキャパシティがないから在宅看取りが増えているというのは適切ではないと思うし、それだと、病院が受けるべき人を受けていないというような話になってしまうが、そのようなことはないと思う。もしそのような理解が、事務局の、病院での死者数が横ばいになっていることとつながっているのであれば、その認識は誤っていると私は思うので、そこはもう一度確認して、ここの表現については検討としたいと思う。

委 員：キャパの話は先ほども申し上げたとおり、私も同意見である。

会 長：薬局の取り組みの部分について、委員からご指摘をいただいていたが、このような形でいかがか。

委 員：細かく言えばいろいろあるが、大まかな方向としてはよろしいのではないかと思う。

会 長：大変前向きな提案をいただいたので、このような形でいかがかと思う。これでだいたいよろしいか。

かなり工夫していろいろ直してもらったと思う。未検討の関係で、また戻って修正しなければならないところもあると思うが、今日のところは、今までの議論を踏まえて直せるところは直していただくということでよろしいか。本当は8月はもう少し議論できるかと思ったが、準備やほかの委員会での審議との順番のこともあり、今日はここまでとなってしまうが、また引き続き検討していきたい。

6. その他

以上で議事がすべて終了したことを分科会会長が宣言し、事務局からは次回の開催は9月14日（木）を予定していることを伝え、第21回高齢福祉専門分科会は閉会した。

※この議事録は委員等の要点筆記である。