

第5回酒田市総合計画審議会民生部会会議録

日 時 平成19年7月6日(金) 午後1時30分～午後3時15分

会 場 酒田市役所 議会会議室

◎出席者

・ 部会長

佐藤 吉雄

・ 委員

檜山 實 池田 幸雄 大井よ志子 武田 恵子 本間 清和

富田ユリ子 齋藤 義明

・ 欠席委員

小松 隆二 日下部仁司

・ 事務局職員

松本 恭博 池田 辰雄 石堂 栄一

阿部 雅治 小松 寛 成澤 実 齋藤 吉記 相蘇清太郎

和島 繁輝 阿部 直善 土田 正 阿蘇 輝雄 佐藤 弥

大場 昭一

菅原 信二 後藤 重明 阿部 勉 菊池 裕基 熊谷 智

大谷 謙治 前田 茂男 佐藤 瞳

協議日程

1 開 会

2 協 議

(1) 酒田市総合計画第1次原案【修正版】について

(2) その他

3 その他

4 閉 会

---

## 部会長あいさつ ・ 1. 開 会

○事務局（菅原信二） 本日は、お忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。

それでは部会長より開会をお願いします。

○会長（佐藤吉雄） 今日は大変お忙しいところ、第5回の民生部会にご出席いただき、誠にありがとうございます。前回の審議後、各方面への呼びかけ、説明等の結果、大変な数の、700件を超える意見が寄せられたということで資料が配付されているわけです。いよいよ大詰めであります。今まで出されていない角度からのご意見ですとか、あるいは外部からの意見も踏まえましてこう表現すべきだといったことがありましたら、委員の皆様からの意見を出していただきたいと思います。本日は小松委員、日下部委員以外は出席ということで会議は成立するというごさいますので、よろしくご審議の程賜りたいと思います。

ただいまより第5回の民生部会を開会いたします。

---

## 2. 協 議

○会長（佐藤吉雄） 酒田市総合計画第1次原案【修正版】につきまして当局からのご説明をお願いします。

○企画調整課長（阿部雅治） （今後のスケジュールおよび資料説明、省略）

○会長（佐藤吉雄） ありがとうございます。皆さんよりご質問、ご意見があれば伺いたいと思います。どこからどこまでと分野を決めないで、全体を通して議題としたいと思います。

○委員（本間清和） 市民元気プロジェクトの関係ですが、北庄内が一番今問題としているのが、県内では平均寿命が短いということです。内陸のある町と北庄内のある旧町を比べると5歳低くなっています。それを各市町村別に並べてみますと、皆さんご存知のように、庄内が内陸に比べて軒並み低くなっています。これは以前から県においても指摘されていたことです。疾病の構成からすると、内陸と比べてがんや脳卒中が多いのです。そこがひとつ大きな戦略を考える柱になるのではないかと思います。それからしますと、先ほどご説明いただいた53ページですが、鶴岡市の胃がん・大腸がん検診の受診率が50%くらいで、死亡率が低いといえますのは県のデータではっきりしているわけですから、もちろんがん受診率を上げていかなければいけません。ただしここで注意が必要なのは、旧酒田市の胃がん・大腸がん検診の受診率が19.5%くらいだったのが、合併したので30%くらいになったとい

うことです。それを見過ごしてしまうとどのように戦略を立てていっていいのかわからなくなってしまう。八幡、松山、平田の受診率は、軒並み70%くらいで高かったのですから、旧町の場合はこれまでの受診率を落とさないようにすることです。旧酒田市は、申し込み方法が替わったことで受診率が27%にまで増加しましたが、まだまだ27%です。申し込み方法が替わってもこの結果ですので、これ以上に絶え間なく住民の方々に啓蒙していかなければいけないと言えます。この目標数値だとそこを見間違えることも考えられますので、内部的には自覚すべきであると思います。

それから胃がん検診についてですが、胃がん検診はバリウムでの検診になりますので、どうしても見落としがあります。これは不可避と言いますか、全国的にそうなのですが、例えば見落としにより、バリウム検診を受けたのに半年後に命を落としたということで、健診センターにクレームが年に1、2件きます。それで今富山、金沢、新潟で行われているのが、胃がん検診の内視鏡検診です。バリウム検診とどれくらい発見率が違うかと言いますと、4倍くらい違います。ですから、見落としにより命をなくすというケースは、カメラで検診すればほとんどなくなります。ただしこれはコストがかかる問題ですから、今バリウム検診で4千300円でできているものが、内視鏡検診ですと新潟で1万円くらいかかっています。また、内視鏡検診をする場合は、被検者の負担率を高くしていて、バリウムを千円としますと、内視鏡は新潟では4千500円の負担のようですが、がん発見率は非常に高くなりますので、一つの課題ではないかと思えますし、従来どおりの検診方法でアプローチしていくということだけでなく、この辺のことも少し含みを持たせてほしいと思います。

それからもう一つこの地域で問題なのが、介護保険制度というものが、言われている割に住民の方々がほとんど知らない、殊にそれを担当する医療面のドクターも知らないということです。そうしますと、ここにでてきている地域包括支援センターが何をしてくれるのか、恐らく市民の大多数の方がわからないと思います。ですから地域包括支援センターの利用の仕方というものが住民の方々に認知されにくいということが問題だと思います。地域包括支援センターを中心にして介護者になるのを予防していくと言われてはいますが、医療従事者からみてもなかなかピンとこないのが実状です。それから地域包括支援センターのサービス事業の中で、どの程度被介護者になることを阻止できるかというデータもまだ出ていません。地域包括支援センターはこれから非常に重要な役割を果たすと思いますが、この中に例えば訪問看護ステーションというものを考えていく、場合によっては訪問介護のステーションをそこに集約していくということで、介護、福祉にこれからは医療という面で各地域に

核できるとなるとありがたいと思います。現在10か所あり、うまく市で分配して作られているわけですが、いかに機能的に、介護予防支援という視野だけではなく、これを在宅医療につなげていく、そこを核にして病院との病診連携というものをつなげていくことだと思います。と言いますのは、現在訪問看護ステーションがこの地区に5か所ありますが、いずれもバラバラで、言葉は悪いかもかもしれませんが、競争原理で事業を行っています。介護保険は9割を国費等の税金、保険料で賄っているわけですが、そこに市場原理が入り込むとなかなか複雑になってきます。これらを踏まえて訪問看護ステーション、ヘルパー、そして地域包括支援センターをひとつリンクできるようなことも、大変むずかしい作業だとは思いますが、頭に入れておいていただければと思います。これからは在宅での看取りが必要になってきますので、こういう取り組みが必ず必要になります。在宅医療をバックアップする地域包括支援という構図を今から作っておく必要があります。

○会長（佐藤吉雄） 今のお話しに関しまして、他の委員の皆様から何かありませんでしょうか。私から言えば、地域という言葉が随所に使われています。地域で支え合う、助け合う、あるいは地域でこうした活動を行うというようなことが、健康という問題をめぐっては避けられない一つの選択肢かもしれません。ところが地域でも、学区という地域も使われていますし、地域包括支援センターも新しい地域という単位になりましたし、それから民生児童委員会の11民協も一つの地域単位として存在します。できるだけ地域を一定にしてほしいということから、老人クラブが今年から単位を小学校単位に換えました。理想のとおりにはいかないかもしれませんが、行政や我々が今後10年間の教科書としてこの計画を策定する場合、地域の単位は一体何が一番大きな要素として設定されなければならないかを明確にしておく必要があると思います。地域包括支援センターがなぜ10か所なのか、地域包括支援センターそのものがわからないところもあります。これからの単位をどうとっていくのか、必ずしも10か所という保障がないのではないかと考えます。その辺をもう少しきちんとした方向を見定めておく必要があるのではないかと思います。地域の使い方がまちまちだと使いにくいと思いますが、いかがでしょうか。

○高齢福祉課長（相蘇清太郎） 地域包括支援センターは、介護保険の地域の相談、権利擁護、介護予防の面で大きな地域福祉の拠点として機能していくべきだという考え方の中で、在宅医療、看護との連携も含めた視点も重要だと考えています。しかし今、地域包括支援センターの担う体制と役割はそこまでいっていないという実状にあります。地域ケアの体制を今後どうしていくかにつきましては、さらにつつこんだ検討と議論が必要であると認識していま

すので、大きな課題としてご指摘いただいていると認識しています。それから圏域の設定については、今申し上げました相談業務、あるいは権利擁護の高齢者の様々な相談など、大変幅広い相談窓口として業務を行っていますので、そういう面では各地域に根ざして発展、充実する機能として考えていかなければならないと考えています。介護予防のための、生活機能の低下の恐れがある高齢者の把握ですとか、介護予防のプランングをしていくというようなサービスを担っていくためには、一定の規模、人数も当然必要だと考えていますので、高齢福祉のサイドから見ますと、地域包括支援センターのエリアの設定については、課題として見直していく必要もあるものと考えています。

○委員（本間清和） 参考になればいいと思っています。地域医療は様々な問題が持ち上がっていて、一つには勤務医の過重労働があります。これをカバーするには、一般的には平日の夜間診療所を作ればいいのではないかとありますが、鶴岡の医師会でアンケートを取ったら76%が平日の夜間診療には反対でした。今後やっていくべきことは、地域のかかりつけ医が夜間部分を賄っていくという方法が一つのインセンティブとしてあります。地域のかかりつけ医というのは在宅医療医です。在宅医療医が地域を離れると、訪問看護師やヘルパーもそうですが、距離的、時間的、コスト的な部分が問題になってきます。私が考えているのは、10か所の地域包括支援センターというものは、今あるものを利用してと考えています。その一つの区画の内に開業している医者とその枠の中で、全てではありませんが、緩やかな形でくっついていきますと、地域毎で医療と介護と福祉の一つ拠点ができるのではないかと思います。小平市では、地域包括支援センターとケアマネージャーがいる事業体、ヘルパーを派遣する事業体、それからドクターが3人と、地域の開業医の先生方で一つの地域を形成しています。例えば、一つの地域内で、内科の開業医数、人口、家の数などで、ある程度シミュレーションできるのではないかと思います。そういったことを今後やっていく必要がありますし、来年度から医療制度が変わりますので、開業医が在宅医療をしなければならない状況になります。その辺も行政で、早めにすり合わせして区域割を考えること、地域包括支援センターをどう位置付けするかがこれからの問題だと思います。正直言って、医療面からみても地域包括支援センターの位置付けは非常に曖昧なものだと思います。これからもっと議論していかなければならないと思います。それから、この地域の5つの訪問看護ステーションが、今まで交流がなかったのですが、連絡協議会を作って訪問看護技術の平準化を図りましょうということになりました。区域分けも含めて、民間の段階でやっていく機運はできています。

○企画調整部長（松本恭博） 病院の統合問題も、実はその背景には、この地域のトータルな保健、医療、福祉をどうやってくくるかという方向性を、現在県が策定作業中の保健医療福祉計画の中に織り込めないものか、北庄内のエリアの中で一つのシステムとして出来上がっていないかということはある意味では想定しています。公的なセクターとしての日本海病院、市立病院はありますが、将来的には民間の医療機関、民間の病院や診療所、介護施設などを大きなくくりの中で、この地域の保健、福祉、医療を構築できないかというのがもう一方の視点にあります。それから医療だけではなく、救急救命の高度医療から在宅まで、各ステップ毎に受け皿を構築できないか、しかもそれを効率よくできないかということも議論の背景にあります。今委員からご指摘があったような形での流れは、この地域内では少しずつ芽が出てきているのではないかと思います。それから、総合計画の中での基本的な考え方で、従前は行政が全部、何をするかという形の総合計画でした。ところがこれから10年間を考えた場合、全て行政がやりますというような視点には恐らくならないということで、行政とある事案に対してそれを業としている組織、端的に言えば会社等いろいろな組織がありますが、それが費用対効果で行うものです。もう一つは費用、負担を伴わないいわゆるボランティアとか地域の自治会などと、三層的な考え方でそれを大きなくくりで、それぞれの立場、立場であることをやりましょうというのが協働の概念になります。それでは協働と言った場合の地域はどうかということですが、今我々が鋭意お話をさせていただいているのが、地域コミュニティという一つのくくりを考えています。したがって、先ほど会長からお話があった地域という根底の部分は、地域コミュニティの形成のエリアと考えています。旧酒田市では小学校区単位で一つのコミュニティを形成していましたので、大体のくくりが小学校区単位になっています。そうしますと地域という概念が大体リンクしてきます。ただ、八幡、松山、平田地区については、これまでコミュニティ組織がまだ形成されていないので、それぞれの地域事情に応じた形のエリア区分を地区の皆さんと考えていきたいと思いません。当然人口密度の多いところと少ないところでは事業効率の差が出てきますので、そのエリアが広がったところどう考えていくかということを抑えながら考えていくことを総合計画の中の一つの柱としています。これはマンパワーと言いますか、一つの力を発揮するためのエリア区分ですが、例えば災害や防災の場合、子どもたちの見守りを考えた場合、必ずしも小学校区エリアという中でするよりも、もっと濃密なコンタクトが必要になってくる事案があります。これは旧市街地で言えば自治会という組織体だとか集落単位とか、ですから総合計画の中では地域という定義には明確なエリア区分を示していませんが、ある意味では2

つの概念を使い分けながら地域という表現で書いています。

○会長（佐藤吉雄） 他に何かありませんでしょうか。一つ伺いますが、53ページの具体的事務事業の中で、健全な介護保険の運営が消されていますけれども、私は健全な介護保険の運営というのはこれから非常に大事だと思います。概要にある指導監督の強化ということもある意味では求められています。県下一位の介護保険料は決して自慢にはなりません。健全な運営という場合、ある程度正常な競争ならばいいですが、過大な競争は必要ありません。そのことを保険料を納める側からすれば言いたくないと思います。そういう意味で抹消した理由が、わからなくもありませんが、はっきりわかるとは言えません。どういう理由に基づくものか説明してほしいと思います。

○高齢福祉課長（相蘇清太郎） 17ページの地域で支え合う福祉のまちづくり、高齢者福祉の充実の中で、介護保険の円滑実施と健全運営ということで記述をしています。したがって、計画としての位置付けはきちんとしているわけですが、個別の制度の運営について改めてプロジェクトとして掲載をするまでにないのではないかということで、削除をしても十分な課題と方向性は計画として位置付けしているという理解をしたものです。

○会長（佐藤吉雄） わからなくもありませんが、市民から目線みると、これ以上介護保険料が上がるのは困るといのが圧倒的な意見です。だから適正にやってくださいということで、プロジェクトの中に入れてしかるべきだと思います。給付がこのままどんどん伸びていったら大変なことになるという考え方が本当であり、何がそうさせているのかということに行政の監督と言いますか、指導も一つの重要な要素になると思います。

○委員（本間清和） 私も同じ意見です。ぜひとも残すべきだと思います。サービス事業の中で、県が監督する部分と市が監督する部分があります。今介護保険の財源は半分が公費です。そういう公的なお金の中で、事業者が市場原理、競争原理で事業を行っていますので、行き過ぎがでてくる。県や市がきちんと監督しなければなりません。在宅医療の現場でよく感じることは、ケアマネジャーの約8割が介護士、社会福祉士出身です。その方たちは医療の方が堪能でない。残りの2割が看護師出身で、看護師出身がケアマネジャーをすると、患者の病状に応じて訪問看護師を入れて、残りの部分を介護保険の中で上手に組み合わせをします。ところが介護士、社会福祉士出身の方だと、はじめにヘルパーを全部入れて、そこに訪問看護師が入れないケアプランをたててしまうということを感じています。大資本の事業者は介護士、社会福祉士出身のケアマネジャーが多く、そこをリンクしたヘルパーの派遣所もあります。そういうところも行政の監視をきちんとしておかないと、この前のような

事件が出てきます。それから、もっと地元から声を上げていかなければならないのは、受益者負担ではなく、もっと国庫負担を増やす必要があります。そこを強く言わないと根本的には変わらないと思う。

○健康福祉部長（石堂栄一）　なお検討させていただきたいと思います。

○委員（池田幸雄）　受診率をいかにして上げるのかということで、50%まで上げるということですが、今のまま郵便で個人個人に送付する方法では、徐々に薄れていくのではないのでしょうか。八幡の場合は、衛生推進委員が手渡しをして最後に受け取ります。書いていなければ次の日という形で、今まで推進してきて70%までになりました。酒田でも郵送使わないで、人と人との話し合いで受診率を上げていく方法も作っていけないものではないのでしょうか。

○委員（本間清和）　医師会の役員として受診率に関わってきました。市の保健師も公民館などで啓発するなどがんばってもらいましたが、それでもなかなかうまくいきませんでした。申込書を郵送していなかったため、県内他市と比べてでも受診率が低かったということで郵送にしました。全国的にも効果が7%上がっている例はないそうです。これも方法の一つで必要なことですが、八幡、松山、平田がなぜ高いのかということも勉強しなければならないと思います。受診率が上がるということは、早期がんと進行がんで発見されるのでは国保の医療費が全然違いますし、回復までの時間も違いますので、地域の労働力にも関わってきます。もう一つ一番大切なのは、山形でも鶴岡でも、いくらがんばっても60%までいきません。なぜかと言いますと、小さな事業所、50人未満の事業所は、健診はしますが、二次精検のデータを労働基準監督署に出す必要がありませんので、強制的にそこの検診をすることがありません。この地域で50人未満の事業所がどれだけあるかと言いますと、94%、ほとんどになります。ですからどこでも60%で止まってしまいます。当地区では就労年齢の胃がん死亡率が県下で非常に高くなっています。この数字だけを見ているとそこに光あたっていきませんので、その部分も市で引き込んでやっていく必要があると思います。そこがうまくいくと受診率は高くなると思います。商工会議所でも全ての事業体を掌握できていないそうですので、どこかでしなければならぬと思います。

○会長（佐藤吉雄）　他に何かありませんでしょうか。

○委員（武田恵子）　55ページに女性の参画率を載せたのはよかったと思います。より高い比率で参画できるようにお願いしたいと思います。また、障害の害の字をひらがなにするかどうかは検討中ということでした。時代のすう勢で法律はなかなか変えられませんが、もし姿勢示してもらえらるならひらがなになればいいと思います。障害者から我々は害を持ってい



るというイメージで受け取られているという声出ているということですので、対応していただければと思います。検診は、自分の立場でも様々なところで呼びかけています。最後に困るのは自分であり、家族です。その辺の呼びかけもいろいろできないかと思っています。それから17ページの地域福祉の充実に「地域での支え合い、見守りの取り組みをさらに進めるとともに」と加えていますが、その具体的なものは何なのかをご説明願います。

○企画調整課長（阿部雅治） 事務事業には含まれていますが、文章に表現されていないということで、少し文章に示したものです。地域全体で高齢者や障害者等の方々を支え合い、見守っていくということです。

○委員（池田幸雄） マスコミ報道で、宮崎県の「かあさんの家」というものが出ていました。在宅介護の関係で、お父さんがおじいさんを介護するのが大変だということで、その家を提供してNPOの方々から利用してもらい、介護人が昼2人、夜1人のサイクルで、費用は一人あたり15万円から18万円くらいで、それが一つできたら三つ増えたということでした。酒田ではそういうものはないのでしょうか。

○委員（本間清和） NPOでやっている事例ですが、今の15万円というのは、老人保健施設に個室で入りますと、おむつや食事代も入りますので15万円くらいかかります。介護保険で要介護5の人は利用限度額が35万8千300円、利用者負担は1割ですから3万5千830円になります。実際に高齢者二人世帯で、どちらかが具合が悪くて介護する場合、ヘルパーや入浴サービス、デイケアやショートステイなどを利用すると35万8千300円ではやはり足りません。介護保険限度額がネックになっています。家族が介護力という考え方をやめて、国が一人暮らしの人でも在宅で生活できるようになるのが理想だと思いますけれども、そこがスムーズにいかないからいろいろな地域、地域で様々な試みがあるのだと思います。酒田では聞いたことがありません。

○会長（佐藤吉雄） 他に何かありませんでしょうか。

○委員（大井よ志子） 福祉バスのことですが赤字だと聞いています。どこの県かわかりませんが、福祉タクシーか何かで、申し込み制にして1回300円でその差額を行政が払うという形で、赤字を減らしていると聞きました。どのくらい違うかわかりませんが、あちこちで（福祉バスを）もっとまわしてほしいという声を聞きましたので、そういう形式にしてはどうかと思います。

○健康福祉部長（石堂栄一） 福祉バスにつきまして、今酒田市では相当額の持ち出し、要するに赤字でできる範囲でやっています。全国の事例を見てみますと、乗合タクシーのような

な形で行っているところもあります。現在、所管の部署でタクシーの運行をモデルにして、より良い方法を検討しているところですので、近いうちに一定の方向でてくると思いますので、よろしくをお願いします。

○委員（富田ユリ子） 地域子育て応援団の育成について、地域での子育てをどういうふうにしたらいいかということで、富士見学区でも民生委員を中心に立ち上げたと聞いていますし、これから泉学区でも育てようとしているようです。どのようにして応援団を育成して組織づくりをしようとしているのかお伺いします。

○児童課長（阿部直善） 富士見学区では昨年度から自主的に始まって、開催する際には市でも一定の応援をしました。ぜひ続けたいということと、同じように自分達もやりたいという声が寄せられたことを受けて、これを市の事業として位置付けしていくものです。現在富士見学区、亀城・港南学区で6月から、泉学区でも遅くとも9月から、今年度3つの地区でモデル的に実施するというものです。今の段階では、民生児童委員の集まりの時に市から呼びかけする形で作ってもらっています。当面はその方式で実施していきたいと思いますが、意図としましては、民生児童委員、地域での子育て経験者等が中心になっていろいろな人に呼びかけ、一つの小学校区を基本にしながら、一つの運動体を作っていくということで進めていきたいと考えています。

○会長（佐藤吉雄） 他に何かありませんでしょうか。出尽くしたようですので、他になれば閉じたいと思います。今回はどこをどう修正するというものではありませんが、健全な介護保険の運営については検討したい旨の回答がありましたので、検討していただきたいと思います。

---

### 3. その他

○会長（佐藤吉雄） 皆さんから何かありませんでしょうか。なければ事務局でありますか。

○企画調整課長（阿部雅治） 特にありません。

○会長（佐藤吉雄） これで第5回の民生部会を終了いたします。ありがとうございました。

閉会 午後 3時15分