

平成28年度 第1回大阪市社会福祉審議会 高齢者福祉専門分科会

1 開催日時 平成28年7月27日（水） 午後2時～4時

2 開催場所 浪速区役所7階 701～704会議室

3 出席委員 20名

多田羅委員（専門分科会長）、早瀬委員（保健福祉部会長）、植田委員（介護保険部会長代理）、芥川委員、家田委員、大橋委員、木下委員、小谷委員、後藤委員、島田委員、高橋委員、筒井委員、手嶋委員、道明委員、野口委員、濱田委員、光山委員、森委員、矢田貝委員、山川委員

司会（三方高齢福祉課長代理）

お待たせいたしました。ただいまから平成28年度第1回大阪市社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会を開催させていただきます。委員の皆様には、公私何かとお忙しい中ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

私は、本日の司会を務めさせていただきます福祉局高齢者施策部高齢福祉課長代理の三方でございます。本日は午後4時までの予定で会議を開催してまいります。限られた時間ではございますが、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは委員のご紹介をさせていただきます。本来であれば本日ご出席の委員、お一人お一人をご紹介申し上げるべきところではございますが、時間の関係もございまして、昨年度の専門分科会以降に、新たにご就任いただきました3名の委員の方のご紹介のみとさせていただきます。

（委員、大阪市職員紹介）

それでは、会議の開会に当たりまして、諫山福祉局長からご挨拶申し上げます。

諫山福祉局長

皆さん、こんにちは。福祉局長の諫山でございます。

本日、本当に大変暑い中、皆様お忙しい中、本年度第1回目の大阪市社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会にご出席をいただきまして、誠にありがとうございます。また、皆様方には平素から福祉行政はもとより、本市行政の各般にわたりまして多大なご尽力をいただいておりますことをこの場をお借りいたしまして厚く御礼を申し上げます。

まず、委員の皆様ご承知のとおり、昨日の未明、相模原市の障がい者施設で大変痛ましい事件が発生いたしました。この事件に巻き込まれました皆様方、またご遺族の皆様方に心から哀悼の意を表すところではございます。社会的弱者の方に対して、こうしたことが起きるといふことに対して、本当に大きな衝撃とまた悲しみと憤りを禁じ得ない、そのことは委員の皆様共通のことではないかと思っております。

当局といたしましても、早速、障がい者福祉施設、当局が所管しております全施設に安全管理の徹底ということで、ここは大阪府と連携をいたしまして、取り組みをさ

せていただいています。また、入所施設ということではございますが、障がい者施設だけではございません。高齢者の方、あるいは救護施設ということもございますので、あわせて安全管理の徹底ということでの取り組みを担当課のほうに指示もさせていただいているところでございます。引き続き、施設を利用されている方々の安心・安全の確保に取り組んでまいり所存でございます。

さて、本日委員の皆様にご審議をいただきます案件でございますけれども、お手元の次第でございますように、平成29年4月から実施を予定いたしております新総合事業のサービスの流れについてでございます。3月に専門分科会においてご議論いただきました。

その際に多田羅会長から、大切な論点ですので、部会のほうで一旦議論を深めるようにというご指示をいただきました。そのご指示に基づきまして、事務局でも検討させていただきました。6月2日に保健福祉部会、また介護保険部会合同での部会をさせていただきました。その部会において委員の皆様方からさまざまなご意見を頂戴いたしました。そのご意見を踏まえまして、ご意見に基づきまして、作成いたしました考え方を後ほど説明させていただく次第でございます。2点目の議題でございます介護保険事業の現状とあわせまして委員の皆様方から忌憚のないご意見を頂戴できればと存じております。

本市といたしましても、大阪市高齢者保健福祉計画また介護保険事業計画第6期ということで現在進めておりますけれども、それに基づきまして高齢者の方々のための保健、医療、介護、福祉に関するさまざまな施策、事業に今後とも取り組んでまいり所存でございます。委員の皆様方の引き続きのご支援、ご理解を賜りますようお願い申し上げます。開会に当たりましてのご挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。

司会（三方高齢福祉課長代理）

それでは、本日の議事に移らせていただきます。

本日は委員総数の半数を超える皆様にご出席いただいております。大阪市社会福祉審議会条例施行規則第3条第2項により、本専門分科会が有効に成立していることをご報告いたします。また、本日の専門分科会につきましては、審議会等の設置及び運営に関する指針に基づき公開の予定でございます。後日、議事要旨とともに議事録を作成し、ホームページにて公開する予定でございます。

なお、個人または法人に関する情報などを審議する場合には、専門分科会会長のほうにお諮りいたしまして、非公開とする場合もございますので、よろしくお願いいたします。傍聴者の皆様におかれましては、傍聴要領に従って傍聴していただきますようお願いいたします。

それでは、以降の進行につきましては多田羅専門分科会長にお願いしたいと存じます。多田羅会長よりよろしくお願いいたします。

多田羅分科会長

本分科会の会長を務めております多田羅でございます。今日の審議会、皆様のご協力を得て充実した審議ができますよう努めたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

それでは、早速ですが本日の次第に沿いまして議事を進めさせていただきたいと思っております。まず初めに、議題1の新総合事業のサービス利用の流れについてでございます。それでは事務局から説明をお願いいたします。

河合在宅サービス担当課長

こんにちは。在宅サービス事業担当課長をしております河合と申します。私の方からご説明申し上げます。よろしくお願い申し上げます。座らせていただきます。

議題1におきましては、新総合事業についてご検討いただくということになっております。こちらの経過の確認をまず最初にさせていただきたいと思っております。

本日資料をお配りしておりますが、一番最後に参考資料をお配りしております。こちらが本市の新総合事業のサービスの内容、中身につきましてまとめたものでございまして、1月27日の分科会、それから2月10日の保健福祉部会、2月17日の介護保険部会でご議論いただきまして、3月30日の直近では分科会でご審議いただいたところでございます。

それまでの検討の中で、保健福祉部会の中尾保健福祉部会長代理より、どのような方にどのようなサービスを提供するのか、地域包括支援センターの力量に左右されることのないよう、きちんと運用を考えるべきであるとのご指摘をいただいたところでございます。

これを受けまして事務局では、チェックリストが非常に簡易なものであって、いろいろな課題があるということから、やはり要支援認定をこれまでどおり受けていただくことも必要ではないかとか、地域包括支援センターでサービスを決めるときには、一定の標準化が必要ではないかというようなことも検討いたしまして、そちらにつきましては、実務的に地域包括支援センターと詰めながら、実施していきたいということも申し上げたのですが、白澤委員から、この課題については国のガイドラインで基本チェックリストを経て、簡単にサービスを使うことができるという考え方もありますし、それからもう1点といたしましては、自立を促すという意味でサービスを使って改善して卒業するというを今後どのように展望していくかということも、きちんと議論しなければいけないのではないかと、こういう2点のご指摘をいただきました。

これを受けまして会長から、さらに部会で具体的な検討をするようにということで、3月30日にご指示をいただきまして、6月2日に保健福祉部会、介護保険部会の合同部会にてご審議いただいたところでございます。

お手元にお配りしている資料で資料1、資料2、資料3がございまして、こちらで今日のご説明しようと思っておりますが、今申し上げました6月2日の2つの部会では、白澤委員からご指摘いただいた2つの点につきまして、それぞれ資料1で新総合事業のサービスの利用の流れについて、それから資料2で一般介護予防事業の充実、その卒

業の考え方をまとめまして、こちらをもとに2つの部会でご検討いただきました。資料3につきましては、それぞれの部会でいただいたご意見を集約したものになっております。この3つの資料で今から本日のご説明をさせていただきたいと存じます。よろしく願いいたします。

まず、資料1のサービス利用の流れについての表紙をあけて、1ページをご覧ください。こちらに、サービス利用の流れについて、基本チェックリストをどのように使っていくかということのポイントにした課題整理をしております。

1番上に4つの白丸がございますけれども、こちらが課題となっております。まず基本チェックリストがどのようなものかということにつきましては、この資料の一番最後の6ページにつけておりますが、25項目から成る非常に簡単なものになっておまして、現在の二次予防事業で、生活機能の低下した状態がどのようなところにあるのかというのを確認していただくために用いているところでございます。今後はこのチェックリストを使って新総合事業のサービスを受けるということも想定されます。

1ページに戻っていただきますが、1つ目の白丸でございます。まず、今見ていただいたように、基本チェックリストは非常に簡単な内容であるということで、医学的な視点が十分に確保されないという可能性がございます。

それから、2点目の白丸でございますけれども、基本チェックリストはできるだけ要支援になる手前の方をたくさん見つけ出して、運動等のプログラムを受けていただくということを目的としておりますので、非常に簡単な、しかも軽い方が該当するような指標になっております。

もう少し具体的に申しますと、5ページ、裏表紙の裏側ですが、事業対象者の判定資料についてというところがございます。そちらの上側の基本チェックリストの項目の下側の表で、現在、二次予防事業に参加されている方の体力テストの結果を挙げております。

これは、椅子に座った状態から3メートル歩行して、帰ってくるのに何秒かかるかというのですが、要支援相当の方というのは、大体12秒台ということが平均になっております。ところが、実際に参加されておられる方は5秒台、6秒台という方もかなりおられまして、実際には9割以上の方が要支援相当者よりも相当軽い状態の方ということで、予防事業を受けておられます。ですので、何度も行き来しますが、1ページに戻っていただきまして、基本チェックリストを使って該当したから、デイサービスやホームヘルプサービスを使いたいというようなことをおっしゃった場合に、今の要支援相当者よりも相当軽い方がたくさん入ってこられてサービスを使うおそれがあるということで、そうなれば保険料も相当押し上げる可能性がございます。この辺をきちんと見極めていく必要があると考えております。

それから、3点目の白丸ですけれども、地域包括支援センターが基本チェックリストに該当した方や、あるいは要支援認定を受けた方について、介護予防ケアマネジメントにおいて必要なサービスを使っていただくという枠組みになっておりますけれども、きちんとした根拠となる基準や権限というものがございませんので、利用者や背後にサービスの事業者さんがついておられて、この方には現行相当のサービスが必要

だということを訴えた場合に、どのようにマネジメントしていくかということがございまして、明確な権限や基準がないということであれば、現行相当型サービスばかりになる包括がもしかすると出てくるかもしれない。そうなると、66か所ある包括の中でA包括、B包括、C包括でそれぞれ違った物差しでサービスを判断したときに、結果として市民の方に対して公平性が確保されないという可能性が出てまいります。

それから、4点目の白丸ですが、今の大阪市の構造としまして、地域包括支援センターは全て法人への委託で実施しております。また、7割から8割のケアマネジメントの中でのケアプランの原案作成については、居宅介護支援事業所、ケアマネジャーに委託して実施しております。それは、実際にはサービスの提供も行っておられる法人が大半ですので、その中でどうやって客観性や中立性を確保していくのかということも考えていかなければいけないということになっております。

下の黒丸につきましては、今の懸念をそれぞれ実際にリスクとして出てきたときにはどういうことが想定されるかということで、医学的な視点が十分確保されない、その結果事故につながる場合もある。あるいは保険料の上昇が高くなってしまうという可能性がある。それから、例えば、お世話型のケアプランといいますか、要望に従ってその方の必要度よりも重いサービスを提供した場合に、逆に、ご本人のADLの低下を招くような可能性もございます。それから、市民の不公平感の点でやはり標準化していく必要はあるのではないかとということや、包括がそういったことに対して物差しがない中で対応していますと、あの包括ではこうしてくれたのにとか、そういったことも含めて不服や要望が増えていきまして、その対応にかかる負担というものが増加していくのではないかと考えております。これらの課題を踏まえまして、一番下ですが、次のような仕組みが必要と事務局では考えております。

まず、現行の訪問介護や通所介護の後継のサービスになります現行相当型や基準緩和型のサービスを継続的に使っていただく場合は、やはり今の要支援相当者であるということを認定によって確認をしていきたいと考えております。認定というのは、やはり訪問調査員が伺うことや、主治医の意見書が出てくるということで、客観的で公平・中立な視点で判断するプロセスであると考えておりますし、これによりまして、主治医意見書の医学的な視点が確保できると考えております。それから、②ですが、サービスの決定のプロセスについては、もちろんケアマネジャーと利用者の中で決めていただくわけですが、やはり物差しの大きな差があって、不公平とかそういうことがないようにプロセスの標準化を図っていきたいということで、現行相当型サービスを使う方はどういう状態像が想定されるのかということを考えながら、判定基準を設定してまいりたいと考えております。

それから、③ですが、一定の判定基準を設けた場合に、一人一人の状態像というのはやはりさまざま、難病の方もいらっしゃる、病状の不安定な方もいらっしゃる、障がいのある方もいらっしゃるということで、そういう場合に標準化した基準では該当しない方というのも当然出てくると考えられます。そういった場合には本市が開催いたしますサービス判定会議を設けまして、そこで専門職の方に関与していただいて、ケアマネジャーや地域包括支援センターが必要と考えられるサービスについて確認してまいりたいと考えております。

2 ページをあけていただけますでしょうか。

こちらが今の考え方に基づいた判定フローを図にしたものでございます。結論的に申し上げますと、現行のサービスの判定といいますか、利用の流れと基本的には同じ形をとりたいと考えております。

まず一番上で、全ての高齢者の方は一般介護予防事業を地域に広めていきまして、そういったものは皆さんが身近な地域で使えるように、住民の方が希望されるような活動支援をしっかりとしていきます。それから、今、二次予防事業というものをやっております、それ自体は一旦廃止になりますけれども、今後は運動などについては、同様に短期集中型サービスという形で3か月の短期集中のプログラムを設けていきたいと思っておりますが、そういうものについては、これまでと同様に基本チェックリストで確認して、生活機能の低下が見られた方については、特に運動については今と同様に事前にドクターのチェックも受けた上で、ご利用いただくことを考えております。

それから、訪問介護、通所介護のような継続的なサービスを使う方、それからそれ以外の予防給付を使う方については、今と同様に要支援認定により要支援相当であるということを確認した上で、主治医の見解もいただきながらサービスにつなげていきたいと考えております。

ただ、異なる点につきましては、右側の点線で囲ったところでございますけれども、基準緩和型サービスと現行相当型サービスという今の訪問介護と通所介護を2つの少し細やかな分類をしているという点が異なっております。

あと、このページの一番下に書いていますが、最初は要支援相当者であることの確認である、あるいは主治医の見解を確認するというのをやっておりますけれども、認定の更新の時期が来た場合については、ご本人の希望を聞いて基本チェックリストでの更新というのも可能なようにしてまいりたいと思っております。

ただ、より専門的なサービスを使われる場合につきましては、例えば短期集中型を使っていた方が継続的なサービスに変更するとか、基準緩和型を使っている方が現行相当型に変更するといった場合については、今まで確認を受けていない場合については認定申請などで確認するという事は引き続きやっております。

それから、3 ページですが、次に基準緩和型サービスと現行相当型サービスという2つのサービスについて、どういった方がこういうサービスを利用する想定をしているのかについて、一定の標準化した判定スキームを運用してまいりたいと考えております。

まず、一番下側ですが、通所型サービスというものがございます。こちらは、現行相当型サービスと基準緩和型サービスということで分かれてはおりますが、通所介護のサービスにつきましては、平成27年に大幅に報酬が下がっているということと、現在も定員が小さいデイサービスについては、相当人員等の基準が緩和されているということがございますので、本市では特に人員基準や面積基準を緩和したサービスというのは設けずに、短時間のサービスというのを基準緩和型サービスとして位置づけてまいりたいと考えております。

一応3時間未満ということで考えていますが、どういった方が想定されるかという

ますと、デイサービスに初めて行かれる場合については、いきなり4時間、5時間と滞在されるのは大変ということで、ならし利用をするような、最初は短い時間から利用するという事は考えられます。それから、お風呂だけ少し支援してほしいということで、入浴のみの支援を希望する方というのもございます。こういった形で今利用しておられる方が1.8%ほどおられまして、本当にわずかですけれども、そういった方については、支援の必要性、その内容と時間をケアマネジャーさんと相談していただいて、どちらのサービスにするかということをご一緒に考えていただきたいと思います。

それから、現行相当型サービスに加えてできます基準緩和型サービスについては、市町村が実施した研修を受けていただいて、そういう方たちが家事援助、掃除や洗濯や買い物などの支援を行うことができるというサービスを新たに設けます。

この考え方については、国から一定の考え方が示されておりまして、認知症状の見られる方や症状の不安定な方については、例えば現行相当型サービスを使うということが想定されると。それ以外の方については、基準緩和型サービスを使うということが想定されておりまして、ここについては、国の例示よりもさらに細やかな判定基準を設けたいと考えております。

こちらのフローチャートで一応表示しておりますが、一番上にまず、新総合事業移行前に既に介護予防訪問介護を利用しているかという設問がございますが、新総合事業に移行する前に現行の訪問介護を使っている方については、引き続き現行相当型のサービスを使い続けることができるという経過措置のようなものはございます。ですので、平成29年4月以降に新たにサービスを使う方からこのフローで判定していくということになります。

先ほど、国が認知症状の見られる方というのを例示で挙げているということでしたが、まず1つ目の判定としましては、主治医意見書等によりまして認知機能に課題のある方、それから認定調査票等の関連項目も見まして、例えば障がい等によりコミュニケーションに課題がある方、そういう方も地域包括支援センターの意見を聞きながら、標準化した判定基準を設けたいと考えております。そういった課題のある方については、訪問介護員がこれまでどおりサービスを提供する現行相当型でサービスを受けていただくことはできると考えております。

それから、2つ目の判定基準ですが、今申し上げたように基準緩和型は家事援助のような簡易な支援ということになっておりますので、身体介護が必要かというようなことを判定基準に加えまして、身体介護の必要な方についても訪問介護員がサービスを提供すると位置づけたいと考えております。

ただ、標準化したフローでは当てはまらない方も当然おられると思いますので、そういった方については、ケアマネジャーの理由書や地域包括支援センターの意見書によりまして、右の中ごろに大阪市サービス判定会議のイメージを書いておりますが、医療や介護予防、ケアマネジメントの観点から専門的な知見を有する方をお願いいたしまして、月1回程度それを確認していく会議を設けていきたいと考えております。

4ページをあけていただけますでしょうか。

これからいわゆる団塊の世代の方が今65歳に到達されまして、これから10年間で

介護の必要性が非常に高まる75歳以上の後期高齢者に到達していくということで、後期高齢者の人口が非常に飛躍的に増えていくという中で、介護保険料の上昇もできるだけ抑えていかなければいけないという大きな課題がございます。

それから、もう一つとしては総人口が減少局面に入ると。それから、担い手となる生産年齢人口も減少していくという中で、担い手の裾野を広げていくという必要も出てまいります。

そんな中で、必要な方には必要なサービスを提供するということも、きちんと守っていく必要があると考えております。ですので、この図でいきますと、左側に書いておりますのは、一般の元気な高齢者から認知症のある方や、身体介護が必要な方も含めて、必要度に応じたサービスをまず提供していくということをきちんと考えるということと、今度は横軸ですが、地域包括支援センターのケアマネジメントを通じて、利用者が必要度に応じて利用できるサービスの中から選択していくということをやりたいというイメージをちょっと表現したものでございます。

一応こういった考え方で、サービスをどのように利用していただくかという運用については、地域包括支援センターと平成29年度以降にやっていければと考えているところでございます。

説明が長くなって恐縮ですが、もう一つの資料2のほうをご説明させていただきます。

これ、一般介護予防事業の充実についてというタイトルをつけておりますが、最初に、1ページ目は短期集中型サービスの中で、例示としまして運動器の機能向上というものを挙げております。今申し上げましたように、3か月程度、運動プログラムを集中的にやるというようなサービスもやっていきますけれども、ここでやはりできるということは、その方がどういう課題があって、ご自分で運動するとすればどういふふうにご自宅でできるのかということ、アドバイスを受けて学んでいくということは、この3か月の中でしていただけるのかなと考えております。

ただ、国が二次予防事業も結果的には失敗だったと言っているように、やはり継続的に介護予防に取り組むということや、あと、1人でやるということではなくて、いろいろな方と定期的に交流をしながら、そういうことに取り組むというような地域づくりが非常に今後は大事になると国も言っておりますし、本市もそのように認識しております。

それにつきましては2ページですけれども、今後は、やはりサービス事業で訪問介護や通所介護のサービスを引き続ききちんと多様に展開していくということも必要ですが、地域の住民の方が取り組まれていることを、きちんと後押ししていくということが非常に大事になってくると思っております。

そこで、要支援や要介護の軽度の方でも地域の活動に参加できるような、そして効果のあるようなことをしっかりやっていきたいと思っております。こちらについては平成28年度から新規事業も含めて強化しているところでございます。

大阪市ではここ10年かけて、高知市で開発されました「いきいき百歳体操」というものを地域保健活動の中で普及を図っております。左下ですけれども、現在110地域、250か所で展開しております。右下に解説をつけておりますが、「いきいき百

歳体操」とは、椅子に座って手足におもりをつけて、DVDを見ながら行っていただく体操で、週に1回から2回、30分程度行う体操ですが、高齢者の方の課題で多くは介護の必要な原因になっているような転倒とか骨折などいろいろありますけれども、筋力、バランス力、柔軟性や持久力の向上効果がありまして、広く普及してきております。

また、先行しておられる地域では、ここで脳活性化レクリエーションと一緒にされたり、「かみかみ百歳体操」という口腔機能の向上体操もやられています。これをもって本市としては組織的に後押ししていこうということで、今年から局で、おもりのDVDの予算を確保しまして、住民の方への貸し出し、理学療法士の方を地域に派遣するというような取り組みをしております。

今年の状況ですが、新規の約60か所程度の立ち上げを予定しているのですが、もう4・5・6月で、既に30地域ほどが立ち上げに取り組んでおられるということで、非常にニーズがあって、皆さん楽しんでやっていただけているものでございます。これを今後力強く普及して行って、身近な地域で住民の方が希望される限りは、全てそういう立ち上げの支援をやっていこうと考えております。

それから、3ページでございますけれども、こちらは中尾保健福祉部会長代理からご要望ありまして、つけ加えさせていただきます。

今、国もリハビリテーションというのを非常に重視しておりまして、我々もなかなか一般の方にお聞きすると、「リハビリは機能回復訓練でしょう」ということをおっしゃるのですが、そうではなくて、社会参加とか人生を豊かにする支援ということまで含めたリハビリテーションという、本来の意味できちんとそういう活動をしていこうということになっておりまして、医療機関での急性期、回復期からこれまで資源が十分になかったので、維持期のリハビリテーションというのも病院で担ってきたというところがございますけれども、今後は介護保険のサービスでのリハビリテーション、それから今申し上げたような一般介護予防事業を通じて、地域の方たちが取り組まれているような独自の活動、そういったものまで、うまく専門職の方の関与を得ながら、よくなる方はうまくつないでいくことが円滑に行われるような支援をしていく必要があります。これにつきましては、やはりそういった地域の資源の充実を図りながら、そういう仕組みづくりも今後展望していく必要があるのではないかとということでご意見いただいております、それをイメージとして共有していただくために付けております。

以上のような説明を6月2日の部会では事務局から説明させていただきまして、それに対してたくさんのご意見をいただきましたのが、資料3でございます。これは1ページからポイントを押さえながら説明させていただきたいと思っております。

まず、1ページで白澤委員からのご意見ということですが、まず基本チェックリストで簡単にサービスが使えるというようなことを国が言っていることには、いろいろな意図があるのではないかと。

1点目については、認定を受けてサービスを使うという仕組みですが、これで非該当になる方というのは極めて少ないので、大体そのサービスを使いたい人は使うことができているという中で、事務局が懸念しているほど、「基本チェックリストでサー

ビス使えます」と言えば、どっと押しかけてくるようなことがあるのだろうかということはどうでしょう、ということをもまず課題提起してくださいました。

それから2点目としましては、国のもう一つの意図としては、基本チェックリストで簡単に該当して、簡単なサービスを使ってそこで終わりということにすれば、保険給付のサービスを使わずに、結果として費用が抑えられるというようなことも期待できるという意図があるのではないかと。そこで、認定を受けていただくとするのは、白澤先生個人としては権利を守ることになるので、個人としては妥当だと思うけれども、国はせっかくそういうことも意図として持っているのであれば、大阪市として本当にどうするのかということについては議論していく必要がある、ということ指摘してくださいまして。

これにつきまして本市の考え方でございますが、まず、1点目の基本チェックリストでサービスが使えるようになったときに、どういうことが起こり得るかということですが、今の二次予防事業におきましても、実は地域包括支援センターの意見としまして、二次予防の事業者の紹介で基本チェックリストを持って包括に来られる方も実際にはおられるということをお聞きしております。ですので、やはり簡単にサービスが使えるようになったときに、やはり同じようなことは懸念されると認識しているところでございます。

それから、2点目ですが、逆に、基本チェックリストで簡単なサービスにとどめるということはどうなのかということですが、もちろんそうなればサービスの費用は抑えられるということは期待できると思いますが、逆に、今、要支援1・2の方にもさまざまな状態の方がおられまして、やはり本市としましては地域包括支援センター、区役所できちんとサービスの利用の流れもご説明した上で、認定を希望する方にはやはり今までどおり申請していただく必要があると考えております。

また、そういった方たちの中には、保険給付で提供しているような医療系のサービスであるとか、福祉用具や住宅改修で生活環境を整えることの効果が出る方はいらっしゃると思いますので、本市としては、現行の流れをやはり踏まえながら、丁寧にやっていきたいと考えているところで、認定を希望する方は全て受けていただくと考えているところでございます。

あと、白澤先生のところは確認ですが、サービスは決まったサービスしか使えないのか、そういう確認ですが、それは先ほど図でご説明したように、どこまで使えるかということは確認しますけれども、あとは必要度に応じてその範囲の中で自由に選択していただいて、ケアマネジャーさんとサービスを組んでいただけたらと考えております。

それから、サービスの判定会議についても、標準化した中で判定できないもので、必要があればかけていただくということですが、基本的にはケアマネジャーさんが地域包括支援センターの中で、介護予防ケアマネジメントの中で使うサービスについては、標準化された枠組みの中で確認した上で、どんどんサービスを使っていただければと考えているところでございます。

それから2ページですが、次に一番上の中尾保健福祉部会長代理から今のサービスの判定のフローにつきましての確認がございました。この意見の前段としては、当然

認定率が上がってサービスの給付費が増えるということを踏まえると、いろいろなサービスを効率的にやるということを考えていけないといけないけれども、医療の観点というのはきちんと踏まえてもらう必要があると思うので、今回の方向性はいいのではないか、という前向きな評価をいただいているところです。

後段の主治医意見書などで認知症の症状があるような方については、訪問介護員のサービスを受けるという確認をすることについて、認知症があれば要介護認定も出るだろうけれども、それでいいのか、ということを確認的におっしゃっています。ここは、中尾先生とも個別にもお話ししてご理解いただいているところですけれども、現行の予防給付でも認知症の症状が見られる方については、医師の判断を確認して加算を事業者がつけることができるようになっておりますので、それと整合性のあるという仕組みになっておりますのと、主治医が普段の診察の中で認知症のおそれのある方などについて確認している場合であっても、全体としてサービスの介護の手間が低ければ要支援認定が出ている場合もありますので、そういう意味でも主治医意見書の認知症の自立度を見るというのは非常に合理的だと考えています、ということでご説明しましたところ、一応ご理解もいただいているところでございます。

それから次に、家田委員と木下委員から基本チェックリストについてのコメントをいただいております、基本チェックリストは、ご自分の生活機能の低下に気づくという意味では非常に有効なものではないかというご意見や、あるいは今まで国の枠組みとしてたくさんこの基本チェックリストで生活機能の低下した方にプログラムを受けていただくという枠組みがありましたので、70歳以上の認定を受けていない方に今年までは一斉送付をしております、それが非常に年寄り扱いをされているようなというような不満に感じておられるような市民の方もいらっしゃるというご指摘を受けました。

これにつきましては、基本チェックリストについては、生活機能の低下を早い段階で自覚していただくという意味では非常に有効なものだと思っておりますので、今後ともそういったよい部分も含めて活用していきたいと思っておりますし、今も地域講座ではこういうものをお配りして皆さんにやっていただいて、ご自分の状態を確認していただくということでも使っているところでございます。

それから、次に早瀬保健福祉部会長から判定会議の運用についての確認ということで、判定会議に上がるケースの基準はあるのか、ということや、地域包括から経路上がるのか、ということを確認されまして、これにつきましては、逆に判定基準に上がらないケースを確認する枠組みである、ということと、地域包括支援センターを経由して上げていただく、ということでお答えしております。

それから、白澤委員から、現行相当型のサービスの判定が出ても、それ以外のサービスを使えるということか、という確認がありまして、そうです、ということでお答えしております。

それから、基準緩和型サービスの事業者というのは本当にちゃんと参入は確保できるのか、そうでなかったら枠組みも機能しない、ということも言われていますが、これもアンケートをとらせていただいております、一応、今の報酬や基準で600を超える事業者から参入の意向が示されているところでございます。

次の3ページでございますが、中尾保健福祉部会長代理から、これは白澤委員が中尾保健福祉部会長代理に質問される形で、サービスの卒業の評価というのは、例えば主治医が健診で判断するとかというのはできないか、ということ投げかけられました。それに対して中尾保健福祉部会長代理からは、今後はやはり地域ケア会議で多職種が、この方が今後サービスを卒業してどのようにやっていかれるのかということについては、きちんと判断していく必要があるのではないかとということをおっしゃっています。

本市では、地域ケア会議は非常に数多く開催しておりますが、やはり今、困難事例の検討が中心になっておりますので、今後、そういう予防のケア会議といったようなものをどのようにすれば開催できるのかということも、一つの課題として検討してまいりたいと考えております。

それから、光山委員からは、実際に地域ケア会議に参加した上でのご意見ということで、困難事例が非常に複雑になってきており、現場も大変になってきている、今後の事業にもそういったことで反映できる部分があれば、というご意見をいただいております。

それと、区ごとの差が気になるということをご指摘になっておられます。区ごとの差につきましては、今申し上げたような標準化を図っていき、地域包括支援センターの負担も軽減していこうということと、地域包括支援センターの運営協議会という審議会がございますので、こちらで今、地域ケア会議から見えてきた課題を市レベルや府レベルや地域レベルで、どのように政策に反映していくのかということもいろいろ整理検討していくということが始まっております。

次に、一般介護予防事業の充実についてということで、早瀬保健福祉部会長からリハ職の派遣については具体的にどうするのかということで、これは委託により派遣しておりますということでお答えしております。

それから、森委員から、実際にいきいき百歳体操などの活動というのは、今ニュータウンでもやっていますが、非常に評判がいいけれども、やはり女性の参加が多いということで、男性向けにはウォーキングなど、もう少しアクティブなプログラムがあってもいいのではないかと、あと先生は環境という観点から、緑道を整備すると健康になるというエビデンスも出ているので、環境整備も兼ねながら、そういう独居の男性が出やすく介護予防につながるという視点も、今後持つてはいいのではないかとということでご意見いただいているところです。

これにつきましては、ウォーキングというのは非常に大阪市でも力を入れておりまして、例えば今、公園の部局では、みどりのウォーキングコースマップということで、全部の区の緑の豊かなところを歩いて回るようなコースの地図をつくりまして、公開しております。

それから地域保健の観点から各区役所がマップづくりやグループづくり、それから講座、イベント、そういったことをほとんどの区役所がこれに取り組んでいるところがございます。このほかに老人クラブなどでもウォーキングのグループというのをされているところもあります。

ウォーキングというのは、非常に今まで大阪市も力を入れてきているのですけれど

も、そういったものはありながら、今回の事業というのは椅子に座ってできるようなそういう百歳体操のようなものをもっと普及支援していくことで、要支援者や要介護者の方が、先ほど申し上げたようなリハビリテーションの流れの中で、地域でも皆さんと本当に分け隔てなく身近に歩けるような地域で参加できるというところで、充実していくことを目指しているものでございます。いただいたご意見の観点を踏まえながら、また今後充実を図ってまいりたいと考えております。

それから、次の4ページでございます。

最初の中尾保健福祉部会長代理のご意見と山川委員のご意見については、先ほどのリハビリテーションという部分につきまして、やはり今後きちんと医療から地域へという流れをそれぞれの資源を充実しながら、レベルもアップしながらきちんと整えていかなければいけない、というご意見をいただいているところでございます。

いきいき百歳体操を今年から始めて非常な人気があるということをお知らせしたのですが、そういった市民の方がそういうやはり取り組みたいという強い意向を持っておられるということ、非常に私たちも肌身で感じましたので、こういったご意見を踏まえながら取り組んでまいりたいと思っております。

それから、次の伊藤委員、早瀬保健福祉部会長、大橋委員のご意見としては、森委員の意見と重なってくるのですが、男性でひとり暮らしの方とか引きこもっておられる方もいらっしゃるということで、そういった方たちが参加しやすいようなプログラムということをおそらく今後細やかに考えていく必要があるのではないか、とのご意見をいただいているところでございます。

それから、小谷委員からは口腔の観点もきちんと持ってやってほしい、というご意見をいただいております。

それから次の5ページですが、濱田委員からは先ほど申し上げましたように、人口構造が大きく変わっていくという中で、一般介護予防事業などでは、インフォーマルサービスとケアプラン上は言われるサービスを充実していこうということですが、通いの場をきちんと開拓していくことについていろいろな気配りをしながら、広げていかなければ広がっていかないので、そこに視点を持ってやっていくように、とのご意見をいただいております。

そこについては、先進都市の事例なども参考にしながら、細やかな通いの場の掘り起こしをしていきたいと思っております。

あと、次に新総合事業案についてということで、今の2つの枠組みを超えたちょっと大きな意見ということで挙げさせていただいております。

今回、国がいろいろなサービスを例示していますが、ボランティアがサービスを提供するB型というのを国が例示していますが、本市ではボランティアがサービスを担うというのは今回の当初の移行案では入れておりません。それに対して白澤委員のほうからは、やはりサービスBというのは今後考えていかないと、介護保険財源を抑えるには一番のポイントではないかということで、基準緩和型サービスよりも財源を抑えることができるということから、今後どこまでできるかということはお考えしてほしい、というご意見をいただいております。

そういうご意見とはまた違う観点で、木下委員からは、地域でいろいろな取り組み

をされておりまして、ふれあい型食事サービスとか認知症カフェとかさまざまな活動をしておられて、住民がボランティア精神で行っているものをいわゆる行政の都合や義務、仕事のような形で想定されるようなことは非常に嫌な感じがするという一方で、懸念を表明しておられました。

あと、川井介護保険部会長は、サービスBというのは、なかなか一遍にということでは難しいので、モデル事業のようなことも一つの手法ではないか、ということで、今後の課題として一つご意見をいただいているところです。

これに対する本市の考え方でございますけれども、サービスとうたう以上は皆様の保険料とか税金を投じたサービスであることから、大阪市の24区の市域で公平に提供できるような基盤が整っているということが必要であると考えておりますので、平成29年4月の新総合事業の移行時期に同時にすることは現在考えておりません。

ただ一方で、今、先ほどご紹介しましたように、住民の方が希望されていきいき百歳体操をやりたいとかそういった希望をお持ちの場合は支援もしていますし、平成27年度からは生活支援コーディネーターをモデル配置しておりまして、地域の方がサロンづくりをするとか、そうしたことに対する中間支援を実施しております。

ですので、このほかにもボランティア活動の振興ということで、ボランティア基金を使った立ち上げの支援など、さまざまな支援は継続していきたいと考えております。

ただ、木下委員おっしゃったように、地域で行われているさまざまな福祉活動というのは義務としてのサービスではなくて、自分たちが自分たちの地域で必要だと思って主体的に自主的にやっておられる自由なボランティア精神によって行われている活動でございますので、今後、介護保険事業内でサービスBを実施していくということについては慎重な検討が必要であると考えておりますし、そういった地域の方の懸念しているような形にならないような、逆に、自主的にやっていただけるような形はどんな形なのかということもきちんと検討していかないといけないと考えております。

年末には今の新総合事業とは別に、国が介護報酬の改定で、今後軽度の方の支援をどうしていくかというようなことも検討しておりますので、そういった概要も明らかになると聞いております。こうした国の動向も踏まえながら今後ともご意見を伺いながら検討していきたいと考えています。

最後に6ページでございますが、これも全体としてのご意見だったので最後に収めさせていただきます。

野口委員から、介護サービスについては、使う方は徹底して使っておられるということもありますが、使ったほうがいいのに使わない方、使うことを我慢しておられる方ということも結構おられると。やはり高齢者は敬老パスが見直されたり、介護保険料が上がっていくなど厳しい生活をしているというのが現状であって、老人クラブとしてはできるだけ表に出て、元気にさまざまな活動をしているということをやっておりますので、介護予防にもつながっているはずであると。こうしたことも認識しながら、全体としてよい制度づくりを進めてほしい、というご意見をいただいているところでございます。

それから、植田介護保険部会長代理からは、各国の例も挙げながら詳細な意見をいただいているのですが、要約がうまくできていないかもしれないですけれども、基本

的にはこの原案でやってみたらいいのではないかと、ただ、やはり事業というのは運用してみなければわからないことはたくさんあり、これからの社会構造が変化する中で、ニーズはどんどん膨れ上がっていくということで、まずは必要な方に必要なサービスを的確に提供するというを果たしていかないといけない。それと同時に、介護予防にもきちんと取り組んでいくということと、縦割りではなく、福祉局なら福祉局ということではなく、市民局などほかのセクションとも連携して、地域の資源をうまくオールインワンでしていくということを考えながら対応してほしい、ということでご指摘をいただいているところでございます。

いただいた意見をやはり踏まえながら、必要度に応じたサービスの提供と介護保険料がむやみに上がらないようなバランスのとれた運用、それから介護予防事業の充実、地域づくりの充実ということをしっかりやっていきたいと考えているところでございます。

長々とした説明になりましたけれども、以上が前回の分科会の後、より具体的な議論を先生方にさせていただいた結果を資料とともにご報告させていただきました。よろしく願いいたします。

多田羅分科会長

ありがとうございます。6月2日に両部会合同部会を開いていただいて、ただいま説明いただきました新総合事業のあり方について検討いただいた内容をもとに、本日の説明いただいた原案を事務局のほうで作成いただき、説明いただいたわけでございます。非常に全体大きな事業でございますので、かなり詳細な部分にわたってご説明いただいたと思います。一応、委員の皆さんも部会に出ていただいている方も多ということで、全体としてはご理解いただいていると思いますが、この分科会として、全体として最終的なご判断をいただきたいということで議題にさせていただいているわけでございます。

ということで、部会で検討いただいたということで、部会長のまず早瀬先生から何かコメント追加などございましたら、大事な点などお願いします。

早瀬保健福祉部会長

ありがとうございます。当日は川井介護保険部会長もご出席いただいたのですが、1つの会議の輪になっていましたので、主に私のほうで進行させていただきました。

今日お願いという形で市民団体の方からメッセージいただいていますけれども、特に合同部会の中で資料1の2ページ、3ページのところ、この部分をどのように評価するかということをメッセージの中でもいただいているわけですが、当日も一定その議論はありました。ただ、例えば認知症高齢者の日常生活自立度というのはランクⅠからランクⅣまであって、そんな中で、Ⅱ以上という結構カバーされる方も多いのではないかとということをみんなが感じていたり、あるいは認定調査票の特定の選択肢に該当するということを具体的に検討する時間の余裕がなかったということがありまして、そのあたりはまたこの後詳しく聞かせていただかないといけないと思っています。特に、この仕組みが導入されてしまうと、新たに介護予防の相談を受けられる方

がほとんど基準緩和型サービスになってしまうというようなニュアンスで私どもは全体的には受けとめていなかったもので、この点に関して実際上どのぐらいの形で想定されているかということについても、市のほうから教えていただければと思います。

以上です。

多田羅分科会長

ありがとうございます。

具体的な質問について、事務局いかがですか。基準緩和型サービスは費用の点から大きな穴があるのではないかとのご指摘のように聞こえますけれども。事務局はその点どのようにお考えですか。

河合課長

実際にやってみたときにどういう割合になるかということはあるかと思うのですが、今、主治医意見書の自立度とか認定調査票を見て調査しておりましたところ、認知症高齢者の日常生活自立度で、主治医の先生がランクⅡ以上をつけている方というのは、本当は要支援の方には少ないはずですが、実際には2割ぐらいいらっしゃいます。

それから、身体介護が必要な方というのは、全国統計になるのですが、今の要支援の方のサービスの利用内訳を見ますと、7%ぐらいの方が身体介護を使っているということが出ておりますので、1割弱ぐらいの方は身体介護をお使いになっているという実情がございます。

このほかに本市では例えば視力、聴力とかそういった障がいも含めたコミュニケーション課題のある方について、もう少し細やかに見ていこうという作業をやっておりまして、それも入れますと、おおむね4割前後の方が現行相当、6割前後が基準緩和型というような見方をしております。

これにつきまして、国は一定のビジョンを我々に示しておりまして、今後10年かけて、新規の方が新総合事業の枠組みで現行相当、基準緩和型をそれぞれ使っていけると、10年後に大体1対1の割合になるのではないかとということをおっしゃっていますので、それとも大体合った形で推移することが見込まれているところでございます。

多田羅分科会長

よろしいですか。はい、ありがとうございます。

それでは、本日、川井介護保険部会長がご欠席ですので、部会長代理の植田先生からも一言全体的な印象などいただければと思います。

植田介護保険部会長代理

もし川井介護保険部会長先生がいらっしゃったら、もっと私がしゃべるよりも適切なコメントをいただけるであろうと思いますが、簡単なが私のほうから私見を述べさせていただきたいと思っております。

2000年に介護保険制度が導入されて16年たちました。それまでに数々の大改革を

取り組んでまいったわけでありましてけれども、それは多くは介護保険制度の枠内です。保険制度を超えた分野において、自治体の責任のもとにおいてやらなければならないという枠組みの大変化が今回は伴っているというのは、一つの大きな特徴であろうと思っています。量的拡大が2025年を想定するならば、このままの調子ではいけないという強い危機感がきっと背景にはあるのであらうと。それを予定して見越しながら、組みかえができるかという一つの大きな実験が今回の一つの大きな特徴ではないかと僕は理解しておると。

日本というのはいろんな組織や制度も非常にこれまで柔軟に対応してきて、諸外国、特に欧米では原則論が中心になりますから、こんなにいろいろと変わることはないだろうと思うぐらい、器用にしかもソフトに制度あるいは機構を変えてくる実績があるのです。ですから、今回の大きな試みも私は割合楽観しています。何とか切り抜けることができるだろうと。2025年のソフトランディングの第1ステージは既に始まり、それが何とかこなしていけるのではないかと思います。

しかし、そうでありますけれども、今までは量的拡大でありますけれども、それに大編成が伴って、ある部分においては縮小させられるかも知れない。今までサービスを受けられてきたものが受けられなくなるのではないかというおそれをも与えるような制度改革であるということです。したがって、この改革には関係者に十分な理解と認識とやっぱり努力は払っていただく必要はあらうかと思っています。

我々はこれまでいろいろ議論してきましたけれども、関係者に我々が議論した内容が十分伝わっていくということが大事だろうということを思いますので、私は基本的にこの流れでやっていっていいと思うのですけれども、行政の責任とこれからの取り組みとして、関係者、当然ながら利用者ご本人及びその家族もそうですけれども、ケアマネジャーやいわゆる介護職員やあるいは事業者、あるいは専門家でありますお医者さんやあるいは薬剤師さんや理学療法士さんなど、そういう方々にこの趣旨についての理解を浸透させていく努力を払っていただきたいということ。しかも、国民全体に対する認識、大阪でしたら市民ですが、広報をしっかりとやっていただきたいというのが私の願いであります。

実は、基本的に私は大きな間違いはないと思いますけれども、先ほど申し上げましたように、今まで受けられていたサービスが受けられなくなる可能性があるという人たちが、実質的には最小限にとどめられるように、あるいはそれにかわるものが用意されているように、具体像を示して理解を得ていただきたいということでもあります。この努力は今までにやらなかったことが、実は必要としているという認識を行政側はぜひ持っていただきたいということでもあります。

多田羅分科会長

植田先生から基本的な点、今回の新総合事業に移行していくところにおける市民自身が判断しないといけないというところ、ご指摘いただいたと思います。

ということで、委員の皆さんのご意見をお伺いしたいのですけれども、まず公募委員として市民を代表してご出席いただいているまず家田委員から4名の方は、今日ご出席いただいているようですので、基本的な点、質問などございましたらよろしくお

願います。

家田委員

まず、新総合事業のサービスの利用の内容について、何度聞いてもわかりません。介護保険制度そのものは理解できているのですけれども、今回の新しい内容、流れ、これは内容が入ってこないです。これはなぜわかりにくいのかということが前回も聞いてもそうですけれども、今回聞いてもやはり基準緩和型サービスと現行相当型サービスがこれどう違うのかとか、もうそこからの話です。ただ、その辺を細かく見ていくと一応書いてあったりするので、そこの把握が重要と思うのですけれども、今回2ページのところでチェックリストに該当された方がどのサービスを使うかというのが、ケアマネジャー等のアドバイスというか指導のもと使うサービスが決まっていくと思うのですけれども、そこに健診と書いてありますね、健康診断。この健康診断というのは、これは無料でいけるのかあるいは有料になるのか、その辺はどう考えたらいいですか。

多田羅分科会長

では、それからまず聞いてみます。事務局、いかがですか、健診の費用。

河合課長

これは現行もやっている健診ですが、無料で実施していきたいと考えております。内容としましては、心電図とか血液検査、それから筋骨格系で問題がないかということ、関節とか、そういったところを先生に診ていただいております。

多田羅分科会長

これは昔の基本健康診査みたいな形ですか。

河合課長

そうですね。心電図とかで運動をしても大丈夫かどうかということをチェックしていただくということで。

多田羅分科会長

それはいわゆる主治医の意見書というのがありますよね。その流れの中で健診を受けるという形ですか。

河合課長

これは、主治医の意見書とは別に主治医の先生が健診していただいてもいいですが、医療機関でご紹介して健診していただいております。

多田羅分科会長

医療機関というのは基本健康診査みたいな形ですか。

河合課長

そうですね。

多田羅分科会長

ですよね。だから、いわゆる集団健診ではないのですか。

河合課長

違います。

多田羅分科会長

違うのですね。よろしいですか、家田委員。

それでは、続きまして大橋委員、いかがでしょうか。

大橋委員

私も先ほどの意見と一緒に、以前はわかりにくかったのですが、今日の説明を聞きまして、何となく流れと、どういうことをするのか理解できました。今度自分に当てはめて考えると、今の70歳の人とこれから10年後に70歳になる人は、体力的にも若さも違うと思います。

自分自身が基本チェックリストをいつするのか、いつしてもらえるのかということか、相談に乗っていただけるのかということか、先ほどの説明の中で70歳以上の方の基本チェックリストの一斉送付は新総合事業への移行に伴い廃止いたしますとの回答があったみたいですけれども、ひとり暮らしでなおかつ健康な人は、どういうあたりから携わってっていくのかということは明確にならないのでしょうか。

多田羅分科会長

基本的な点ですね。事務局いかがですか。

河合課長

これは今も同様ですけれども、区役所とか地域包括支援センターでご相談があったときには、基本チェックリストを必要に応じて保健師とか地域包括支援センターの職員が実施して、ご自分の生活機能低下状況を確認していただくように今後もしてまいります。

多田羅分科会長

基本チェックリストから始まるということですか。

河合課長

そうですね、それで介護保険のサービスをもう継続して使いたいということであれば、当然認定にもつないでいくということになります。

多田羅分科会長

入り口は変わらないということですよ。

河合課長

入り口は変わらないです。全く、市民の方から見て、今とはそこは同じです。

多田羅分科会長

使い方については変わらないということです。ありがとうございます。

それでは、木下委員、お願いします。

木下委員

河合さんの非常に細かい説明では、私でも少しずつは何とかわかってきたような。私が質問させていただいたことにもちゃんとお答え願えているのですが、現場で動いている普通の地域の人間として、地域の人に、この地域で少しでも住んでよかったと思ってもらえるような仕組みづくりをどうしたらできるかと思っています。そのためには、私たち素人だけではとっても難しいことがたくさんあって、役所がいろいろフォローしていただくことが、本当は一番大事かなと思っています。疑問となっているところははっきり答えていただいて、困ったときに相談できる人が地域に役所関係の窓口がバックアップしてくれて、フォローしてくれることをキックバックさせてもらおうとすごく安心できて動けるなど。

多田羅分科会長

そういう体制は既に存在していますからね。

木下委員

それをすごく思っています。

多田羅分科会長

もう少し市民の皆さんがそういう体制というか、バックアップがあるんだということを知ることができるような、むしろプロパガンダですか。

木下委員

出してもらえたら、地域の人たちは頑張れると思うし、逆に言うと、住民の高齢の方も安心して、包括に行くまでの準備が本当はもっとかかるわけです。近所の人、地域の民生委員であるとか、ふれあい喫茶に来て、実は困っているというところからスタートしなかったら、本当はひとり暮らしの人とか、高齢者同士の方は本当に困るわけで、そこがもっと見えるようなお金の使い方をしてくれたら、新しい総合事業と旗を振らなくても、もっとうまいこといくことがいっぱいあるのではないかと、私は今日読ませていただいて思って、逆に、はっきりしていただくことがすごく大事なこと

かなと思いましたが、すみません勝手なことで。

多田羅分科会長

わかりました。地域包括支援センターというのは66か所ですか、今。その辺が一つの具体的なあり方ですわね。66というのは大変な数かと思います。それがやはりそういう身近に相談を受ける始まり、原点だということが既に体制がありますので、そういうものが具体的な拠点になるように市のほうからも教示いただくというか、宣伝いただくということの大事さですかね。ありがとうございました。

それでは、筒井委員、いかがでしょうか。

筒井委員

制度的には新しい形になっていくということで、いろいろ難しい点とかまだまだこれから考えていかなければならない点がたくさんあると思います。

ただ、現状から言いますと、大阪の中では、先ほどちらっとありましたけれども、いろいろな役所は縦割りで取り組んでいることが非常に多くて、2025年に向けても保健の面、それから生活面、それから違った公共事業とかで、それぞれが頑張っているということはわかりますが、横のつながりがすごく少ないように感じますので、地域にいろいろ老人クラブがあるとか、若い人も年いった人も、それから中高年の人も一緒に何かできるような形をすることが大事だと思うんです。

例えば、いきいき百歳体操でも年配の人だけがするのではなくて、子供も一緒にできるような形、それから老人クラブという名前も非常に、私は第1号被保険者ですけども、やはり老人クラブにはなかなか顔を出しづらいというのがありますので、何かそういう枠組みのところでこれから楽しいまちづくり、誰でも一緒に交流できるようなまちづくりというところで、介護保険ももちろんこの基本になりますけれども、つながりをつくって、何か災害が起きたときには町会や民生委員など、そういうところが結局は土台になりますので、顔の見える近所づき合いみたいなことが非常に大事だと思いますので、介護保険とは直接関係はないように実はあると思いますので、その辺をお目指していけたらと思います。

多田羅分科会長

ありがとうございます。非常に大事な点ですね。ありがとうございます。

一応、公募の皆さんから市民を代表した意見をいただきました。前向きに取り組んでいただきたいという意見であったと思います。

ほかに委員の皆さんいかがでしょうか。部会のほうでご検討いただいたということですので、基本的な点はご検討いただいているようですが、市への要望、考え、芥川先生いかがですか。医師会代表してひとつ、今後も大きな役割を果たしていただくようですので。

芥川委員

簡単な言葉で質問ですけども、この場が初めてなので、よくわからないことで、

医療における一次予防、例えば脳梗塞にならないようにしようかというのが一次予防ですよね。二次予防というたら、仕方なくなってしまうと。なったけれども、その後どうするのか。

例えば再発にしろ、ほかに身体不能ということは医学のほうではよくわかりますが、介護における一次予防とか二次予防という言葉自体がはっきり言ってわからない、この辺少し教えていただけませんか。

多田羅分科会長

事務局いかがですか。一次予防、二次予防というのは公衆衛生のほうから始まっている言葉だと思いますが。

河合課長

それを多田羅先生の前で説明するのはちょっと僭越で。

多田羅分科会長

だから事務局がどのように理解されているかという。

河合課長

一次予防事業というのは全ての高齢者の方を対象にしている事業でございますが、二次予防事業、今、芥川委員おっしゃったとおりですけれども、生活機能が低下した高齢者に予防事業で働きかけていこうと。それをより悪くならないように、良くするようにということで、運動プログラムなどをやっていくという形で介護保険上は組まれているところでございます。

多田羅分科会長

もう一度よろしいですか。

河合課長

はい。生活機能の低下した方に対して二次予防事業をやっていく。

多田羅分科会長

公衆衛生では二次予防、先生ご存じですけれども、早期発見のことです。一次予防というのはそういう発見以前に状態があらわれるのを何とか予防しようと。二次予防というのは状態が曖昧な状態なものについて、それは病気の話ですけれども、早期発見。三次予防というのは入院している人が早く退院、社会復帰という感じで、だから予防と早期発見と社会復帰というのは一次、二次、三次の形になっている。

だから、福祉だと今おっしゃったように、生活という概念が入っているわけですね。だから、生活力が落ちないようにするのは一次予防で、生活力の落ちている人を早目に発見して助けるというか支援していく。三次はもう落ちてしまっている人をいろんな施設に入所した場合、その人たちが早く退所できるようにするというような感じか

と思いますけれども。ありがとうございます。

ということで、いかがでしょうか。よろしいでしょうか、ほかの皆さん。

では、早瀬委員。

早瀬保健福祉部会長

先ほど質問させていただいたことの繰り返しかもしれませんが、資料1の3ページのところで、上のほうに現行相当型サービスの判定基準の中で先ほどあった認知症の場合はランクⅡかM以上、障がい者の高齢者の日常生活自立度の場合はランクB以上ということになっていながら、しかしそうでない方についても特定の選択肢の該当によって引き上げる。先ほどのお答えだと、例えば判定1だと2割ぐらいの方が現行相当型サービスになる。あるいは判定2だったら7%ぐらいの人が現行相当型サービスになるということは、逆に言うと、両方合わせると27%程度なので、先ほど4割ぐらいにということは、その分ほかにもこれで漏れてしまう人たちをカバーしようということだろうと思いますが、もう少し具体的なイメージというのわかりますか。そのほうが、必要だけでも現行相当型サービス受けられないという方が安心されるのではないかと思うのですが、その点のご質問です。

多田羅分科会長

事務局お願いします。

河合課長

例えば判定1のところで認知機能・コミュニケーションの課題ということで書いていますが、認知症以外にも視力とか聴力とかに障がいがあってコミュニケーションが少し難しい方はいらっしゃると思います。そういう方は、やはり訪問介護員がきちんと関与することが必要ではないかと考えておきまして、障がい者手帳で見るとかそういう概念ではないですが、認定調査票の項目は非常にたくさんございまして、その中でそういったことを評価する項目というのがありますので、少し自立度だけではやはり大き過ぎるので細やかにそういう日常生活の支援の中で、訪問介護員が関与すべき状態像というものを、そういう障がいの有無ということではないですけれども、認定調査票の中で該当するような項目で見ているところと考えると、そういうことを入れると、全体としては4割前後になると考えております。

ただ、白澤先生おっしゃっていたみたいに、現行相当型サービスと判定された方が絶対に現行相当型サービスを使わないといけないのかといいますと、そういうことではなく、その次のページの図でお示したように、現行相当型サービスから一般介護予防事業までたくさんの選択肢の中から使っていただければいいので、例えば身体介護が必要な方であっても、私は買い物の支援をより安い自己負担でもらいたいということでしたら、基準緩和型を使っていただくということもできるということと考えております。よろしいでしょうか。

多田羅分科会長

ありがとうございます。

それではよろしいでしょうか。

私のほうから最後に一言コメントさせていただきたいのですが、基本は植田先生がおっしゃっていただいたように、非常に制度の大きなこれは改革でございます。しかもこれまでの制度はいわゆる要支援者についての介護予防は、予防給付、給付という概念で実施されていたわけです。それが制度の形。給付というのは、介護保険事業というのは市町村が保険者であり、市町村が運営している市民のものではあるのですが、給付という形の場合は、これは全国の市町村が全て同じ画一的なサービスをするわけです。ですから、市町村のものでありながら、サービス量は市町村によって違うのでしょけれども、骨格というものは国全体画一的なものでわけです。ですから、市民のものでありながら、国家全体というか、国民全体の制度だということところが特徴になってきたと思います。それが、計画でいいますと、今期が3年間で6期たちました。ですから、6期の半ばです。16年たって今年が17年、来年が18年ということだと思います。

そういうことで、そういう画一的な、国民が同じ骨格の制度を使うということで、日本の介護保険制度は大きな実績を上げてきました。それは各市町村のいろんな事情があっても、骨格として進んでいるので、市町村はそれにつき合わざるを得ないわけです。ですから、ある意味では上から押しつけられているが、それによって各市町村も無理やりにでも努力して、しかも自分の保険制度ですから、保険料は全部住民が払うわけですから。という思惑、気持ちの中で今日まで来たわけです。

ですから、もうそろそろということですから、それとともに日本の社会の人口の高齢化というのは年々進んでおりますので、住民の形がもう10年前、15年前とでは高齢者の年齢構成も随分違ってきているわけです。今、女性の平均寿命が86歳ですから。このことは住民のそういう生活の形が非常に多様になってきている。もう70と75、80というのは生活の形が全然違います。私も実は後期高齢者になって大変だなと認識しております。

そういうことで、画一的なそういう問題、これ介護保険の保険給付のほうは画一ですけれども、特に要支援、介護予防というところは、それぞれの市町村の独自の事業の中で取り組んでもらわないと、一律に画一的な形では取り組めない。給付のほうは行うことですから、それは画一的でいいけれども、予防というのは生活の上での予防ですから、そういうことになったのかと思います。

そういうことで、今回はこれまで予防給付として画一的に行っていたものを各市町村の独自の事業として総合事業としてやっていくと。それは、私は霞が関のそれなりの英断だと思います。市町村に負担を回すのかという批判もございますけれども、やはりこれだけ高齢化社会になり国民の健康状態、生活状態が多様になっている中では、市町村がみずからサービスの形も決めていくと、骨格じゃなくてその内容、という時代になってきたと思います。

そして、先ほど木下委員ですか、そういう制度が市民のものになっていかないとということをおっしゃいました。その意味で、今までの給付だと霞が関で決めたことを

押しつけられるというところですがけれども、まさに新総合事業になると大阪市の市民の事業が始まるということだと思いますので、これを機会に介護保険事業が市民のものになり、そしてまず予防というところから市民が取り組めて、予防であれば取り組めるわけですから。介護というのは助けてもらわないとできません。しかし予防というのはある意味では自分でできるわけですからね。

そういうこともあり、まさに新総合事業として市民が独立していくと。イギリスはEUから出てインディペンデンスデイということを行いましたけれども、介護保険がまさにインディペンデンス大阪というものを迎えているという理解も私はあってほしいと思いますし、そうだと思います。

そういうことですので、逆に、制度が今までだと現行相当型サービスだけでよかったけれども、市となると多様性というところの対応の中で、下手をすると費用ばかりどんどんかかってしまうという結果になってしまうわけですね。市民も自分の制度だから自分が使うのでいいじゃないかというところが出てきます。それで、現行相当に加えて基準緩和という形も、その多様性ということの中で、例えばできてきたものだと思いますが、そういうこともあって、ますます複雑で多様な形になってくるところが避けられないと思います。

ですがけれども、市民の皆さんは自分らの制度だと、だから多様であると同時に市民の皆さんにも十分中身について、さっき言っていたように教えていただくということがあって、市民のものとしてこのサービスが成長していただくように、我々審議会委員全員希望したいと思う次第でございます。ちょっと口幅ったいこと申し上げましたけれども、インディペンデンス介護保険とさせていただいて、今後とも委員の皆さんにはご指導いただくように私としてお願いしたいと思います。少しいい格好し過ぎたかもわかりませんが、そういう点ご理解いただければありがたいと思います。

よろしいでしょうか。早瀬先生、次いっていいですか。はい、よろしいでしょうか。

それでは、次の議題。予定の時間にもなってまいりましたので、次の議題に移らせていただきます。

議題の2、大阪市介護保険事業の現状について事務局から説明お願いいたします。

渡邊介護保険課長

介護保険課長の渡邊でございます。私のほうから議題2としております大阪市介護保険事業の現状についてご説明をさせていただきます。

資料4でございます。座って説明させていただきます。

まず、表紙をめくっていただきまして、右側1ページでございます。1としまして第1号被保険者数の推移ということでございます。先に一番下の下段の表、グラフでございますが、こちらをご覧くださいますと、大阪市、全国とも同じような推移ということで増加をしてきております。

中段の全国の表でございますけれども、65歳から74歳のいわゆる前期高齢者の比率につきましては、この間、団塊の世代の方が65歳を迎えられるということで年々増加をしてございましたけれども、平成26年度で一定その団塊の方のほとんどが前期高齢者になられたということがございまして、平成28年3月末では51.6%というこ

とで、若干ではありますが減少してきております。

上の表の大阪市で見ていただきますと、これまで大阪市の被保険者の状況としましては、前期高齢者の比率が全国に比べて少し高い状況でございましたけれども、平成28年の3月末では、全国とほぼ同率という状況になってございます。

今後は、75歳以上の後期高齢者の方の割合につきましては、さらに増えていくという傾向が続くと考えておりました、資料には直接記入はしておりませんが、団塊の世代の方が75歳を迎えられるという平成37年には前期高齢者の方が4割、後期高齢者の方が6割ということで推計をしております。

次に、2ページでございます。

2としまして、所得段階別の被保険者数と構成割合を表にしております。以前から申し上げておりますけれども、大阪市につきましては全国に比べて、低所得者が非常に多いということが言えると考えておりました、保険料段階で申し上げますと、1から4、いわゆる非課税世帯の方が該当するということになります、これを合算しますと、一番右端の全国の平成26年度末で見ますと、大阪市では49.2%ということになります、全国で申し上げますと31.9%ということで非常に大きな差があるということになってございます。直近の平成28年3月末現在でも大阪市の場合には49.9%ということで、半数の方が非課税世帯に該当されているという状況になってございます。

次に、3ページの3でございます。

要介護（要支援）認定者数の推移でございます。

上から2つ目の表が全国の状況でございます。認定者数につきましては高齢者数の増加とともに全国的に増加しているという状況でございます。また、出現率については、平成26年度から27年度につきましては少し伸びが鈍化をしているというところでございますが、一番下のグラフにありますように、大阪市におけます平成28年3月末の出現率につきましては23.7%となっております、全国平均の17.9%と比較しますと、5.8ポイントも高くなっておるという状況でございます。その理由としましては、ひとり暮らしの高齢者の比率が全国と比較しまして、平成22年度の国勢調査の数字で申し上げますと、全国平均が24.8%ということでございますけれども、大阪市は41.1%ということで、ひとり暮らしの方の高齢者世帯割合が高いという状況でございます。

次に、4ページでございます。

4としまして、介護度別の認定者数と構成割合でございます。

大阪市につきましては、要支援1と2のいわゆる軽度者の割合を合計しますと、平成28年3月末で37%となっております。同時期の全国平均が28.1%ということでございますので、約10ポイント高い状況ということになってございます。これも先ほど申し上げておりますが、ひとり暮らし高齢者の方が多いことが要因であると考えております。

次に、6ページでございます。

5としまして、サービス利用者数の推移の表になってございます。

先に7ページのグラフを見ていただきますと、全国並びに大阪市とも要介護認定者

の出現率の増加に伴いまして、第1号被保険者に占める利用者の割合も年々増加してきているという状況でございます。

6ページの表に戻っていただきますと、居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービスのそれぞれ種類ごとで見させていただきますと、全国に比べまして大阪市につきましても、居宅サービスの比率が28年3月末で82.2%と非常に高く、その分施設サービスの比率が低くなっているという状況でございます。

次に、8ページでございます。

6の保険給付額の推移でございます。利用者数の増加に伴いまして、これは1カ月ごとの表でございますけれども、1カ月当たりの給付額も増加をしております。先ほどと同様、居宅サービスの割合が、下段の表の全国と比べて非常に高い状況となっております。

また、9ページにグラフのところがございますけれども、グラフの枠囲みで見させていただきますと、上段の表の大阪市のほうですけれども、枠囲みで1人当たりの給付額を記載しております。居宅では月約10万円程度、施設では25万円程度ということになっておりますが、下段の全国の表と比べていただきますと、若干それぞれが高いという状況になってございます。

これにつきましては、介護報酬におきまして人件費の地域差を調整するというところで、地域区分がございます、こちらのほうは大阪市が、少し地域区分が高いという適用をされておりますので、こうした部分を勘案しますと、実質的には大きな違いはないものと考えております。

次に、10ページから13ページにかけまして、7としまして、サービス種別別保険給付額と利用者数の表でございます。

大阪市におきましては、先ほど来、居宅サービスの比率が高くなっておりますけれども、11ページの右側グラフのほうを見させていただきますと、全国に比べて、特に一番上の訪問介護の比率が非常に高くなっているという状況でございます。

次に、飛びますけれども、14ページでございます。

8としまして、支給限度額に対する利用割合と、1人当たりサービス費用額の表でございます。利用割合といいますのは、居宅サービスの場合につきましては限度額がございますので、その限度額に対する利用額の割合を示しております。基本的には大阪市、全国とも要介護度が高くなるにつれまして、利用割合も高くなるという状況でございます。

上段の大阪市の利用割合でございますが、28年4月時点で申し上げますと、全体で44.4%となっております、例年より少し低い状況ということになってございます。

次に、15ページのほうですが、1人当たりのサービス費用額のほうをこちらに表にしております。

一番下段のグラフのほうをご覧くださいまして、少し全国と大阪市で該当月が一月異なる状況ではございますけれども、各介護度の方につきましては全国に比べまして少し低い費用額ということになってございます。

次に、16ページでございます。

9としまして、介護保険事業者・施設の状況でございます。

居宅サービスにつきましては、訪問介護でありますとか訪問看護の事業所が、全国と大阪市ともに少しずつ伸びてきている状況ではございます。なお、居宅サービスのところの通所介護のところは少し数値が減っております。これにつきましては、下段のほうの地域密着型サービスの表にありますように、平成28年度から新サービスとなった地域密着型通所介護に事業所が移行されているということで、この点につきましては減っているということになっております。

次に、18ページでございます。

10としまして、地域密着型サービス事業所と施設の状況でございます。当初少なかった小規模多機能居宅介護事業につきましては、参入促進に取り組んだ結果、現在では75カ所の指定に至っているという状況でございます。

19ページでございます。

11としまして、介護保険事業計画と実績の比較ということで表示してございます。平成27年度につきましては、第6期の初年度となっておりますけれども、被保険者数、認定者数につきましては計画より少し低い結果となっておりますけれども、給付費トータルで申し上げますと、計画と大きな差はないと考えております。

22ページ以降が地域支援事業（包括的支援事業）のページでございます。

24ページのほうにつきましては地域支援事業の介護予防事業の実績等につきましては表示しております。

それぞれの地域事業につきましては詳細の説明は省略させていただきますけれども、またご覧いただきたいと思っております。

以上が簡単ではございますけれども、現状に対します説明ということでございます。よろしく申し上げます。

多田羅分科会長

ありがとうございます。かなり細かな数字が出ておりまして、これはこのとおりかと思いますが、基本的な財政がプラスとかマイナスというのはどこを見たらわかるのですか。健全運営されているかどうか、全体として。それはどの表を見たらいいのですか。赤字はないのですか。

渡邊介護保険課長

すみません、この表ではちょっと現状の中では記載をしてございません。申しわけございません。

多田羅分科会長

わからなかったら現状報告にならないじゃないですか。全体として財政がどうなのかというのは、1枚表が、推移があってもいいじゃないですか。

渡邊介護保険課長

わかりました。次回以降検討させていただきたいと思っております。

多田羅分科会長

それ基本の点だと思うのです。何も責めるという意味じゃなくて、実態としてどうなのか財政がという基本の第一表があってもいいような気がします。それは次回以降この会議のいつか機会を見てご報告いただきたいと思います。それでよろしいですか。

渡邊介護保険課長

次回以降、現状等のご説明のときには、そうした部分も含めてご説明できるようにと考えております。

多田羅分科会長

それがなければ現状報告にならないと思います。よろしくお願いします。それと私の勝手な質問ですけれども、まさに新総合事業というのは、市の事業としてやるという言い方もされるわけですね。介護保険という枠を使って市の事業としてやる場合、これは分科会長としての個人的な質問ですけれども、市は介護保険の予算以外、市からも補助いただけるのですか。ちょっと直接的な質問で答えにくいかもわかりません。これは河合さんから答えてもらっていいですか。

河合課長

新総合事業につきましては、介護保険事業の中の地域支援事業ということになりますので、被保険者の方からいただいた保険料と国それから大阪府、大阪市がそれぞれ財源分担するという意味では保険給付と同様の枠組みになっております。

多田羅分科会長

そうすると、市の独自というのは、どこを基盤に独自のことができるのか心配なのですが。

河合課長

独自の全く介護保険の財政を使わないサービスについては、今も高齢者の福祉事業でおこなっております。

多田羅分科会長

それはもちろん税金使ってやっていますよね。

河合課長

はい、やっております。

多田羅分科会長

だけど、この新総合事業はやはり市独自、大阪市民の実態に合わせた事業をやるといのが哲学ですよ。

河合課長

これは、国のほうの地域支援事業実施要綱というものがございまして、その大きな枠組みの中に沿ったメニューを市町村が組むことになっておりまして、財源も介護保険の枠組みを使うことになっております。

多田羅分科会長

それは制度としてはなっているけれども、大阪市が具体的にこういうサポートをしたいという考えはないのですか。

河合課長

それは、例えばいきいき百歳体操の支援であるとか、そういう部分は市独自に大阪市としてのメニューを組んでおります。

多田羅分科会長

それは介護保険の事業以外の市民全体の事業としてですよ。

河合課長

介護保険の趣旨に沿った予防事業としてやっております。

多田羅分科会長

だけど、それは介護保険の予算ではない。

河合課長

介護保険の予算を使ってやっております。

多田羅分科会長

市の予算は使わないのですか。

河合課長

市の予算もその中に入っております。

多田羅分科会長

だから、そういうのはどういふのがあるのかと思ひまして聞いたのですが。

市がサポートしてくれているということは、どういふところにあるのかなど。サポートを求めているだけではないですけども。市がそういう出費もいただいているのかなということを聞いているのです。

河合課長

そうですね、ここには書いていないんですけども、高齢者福祉の事業で介護保険

の保険料を使っていない大阪市の税金だけでやっている事業というのはほかにもございます。

多田羅分科会長

それはもちろんありますが、私が言っているのは、この新総合事業というのは介護保険事業の予算をベースにやるわけですね。だから全部介護保険事業の予算でやるのか、市からサポートいただいている事業もあるのですかということを知っています。

河合課長

全部大阪市も財源負担しておりますが、割合が決まっておりますので。

多田羅分科会長

それは決まっている枠はありますよ。

河合課長

新総合事業は、全部介護保険の事業でございます。

多田羅分科会長

新総合事業は全部介護保険の保険料及び公が出しているのがありますね。そういうものを合わせた、要するに介護保険の制度の予算で全部やっているということですか。

河合課長

そうです。新総合事業とはそういうものです。

多田羅分科会長

そうすると、どのようにして独自性というのが出てくるのか心配なものですから。

河合課長

そうですね、この趣旨に沿っていけば、今後新しいメニューを追加するということは今後できますので、トータルの中で段々財源は苦しくなっていて、余裕がなくなるとかいうことはあるかもしれないですけども、必要性があれば新しい事業をすることも今後できます。

多田羅分科会長

はい、わかったことにしておきます。座長がそんなもめていたら皆さんに愛想尽かされそうなので。ただ、市の負担は制度としてはそうなんです、保険制度の中で全部やりなさいということなので。だけど、その上で独自性というのは、やはり少しサポートしてもらわないと難しいと、親心的に思うもので、素人のような質問で失礼いたしました。

ということで、委員の皆さんからそういうプリミティブなご質問もあったらしていただけたらいいのですが、手嶋さんよろしいですか。もうあと2分くらい時間がありますけれども。

手嶋委員

この基本チェックリストの中で障がい者、先ほど河合さんがおっしゃっていた聾とか視力の身体障がい者、これを見ていたら、なかなかやりにくいものとやりやすいものと、全部一般の方の人と障がい者の人と同じようなチェックリストを使ってやるのですか。それを教えていただきたい。

多田羅分科会長

手帳持っているような人は、人の立場がありますよね。

河合課長

これは介護保険の認定もそうなんですけれども、障がい高齢者の方も同じものを使います。あくまでも介護保険の介護の手間という物差しではかるという枠組みになっていますので、障がい者の方だけ別の用紙ということには、これまでの制度上でもなっておりません。

多田羅分科会長

それでよろしいでしょうか。

手嶋委員

ええ。

多田羅分科会長

ありがとうございます。どうぞ。

芥川委員

資料4の11ページに書いてありますが、訪問介護が大阪市が全国に比べて飛び抜けてパーセンテージが多いですよ。これの要因というのはどういう分析をされているのか聞きたいと思います。

多田羅分科会長

いかがですか。どうぞ。

渡邊介護保険課長

先ほどご説明の中でも触れておりますけれども、やはり単身、ひとり暮らしの高齢者の方が多いということで、先ほども平成22年度で全国の国勢調査の段階で申し上げましたけれども、大阪市がひとり暮らしの方が全体の41.1%がひとり暮らしの高

齢者ということですが、全国平均で申し上げますと24.8%ということでご
ざいまして。

多田羅分科会長

全国平均は幾らですか。

渡邊介護保険課長

24.8%です。

多田羅分科会長

半分ですね。

渡邊介護保険課長

今後の状況等につきましては、今回、平成27年度で国勢調査が実施されてお
りますので、これからそうした状況につきましてはもう少し明らかになってくる部分もあ
ると思っておりますので、そうした部分はちょっと引き続き注視してまいりたいと
考えております。

多田羅分科会長

非常に重要な特殊ですね。

芥川委員

訪問介護ステーションが多いのではないかと。思っています。

多田羅分科会長

医師会の訪問看護ステーションもありますね。だけど、訪問看護ステーションも多
いのではないですか。はい、ありがとうございます。時間になりましたので、まだご
意見、ご質問があるかもわかりませんが。

野口委員

すみません。基本チェックリスト、私も最近聞きまして見させていただいたの
ですが、この中に新しい総合事業が始まりますという文言が入っております、来年の平
成29年4月から新しい総合事業の内容に関しては、今後各区の広報紙に載せま
す。ですから、我々、今説明を受けてなかなか難しい、わからないというのが各
区の広報紙に、今までのいろんな広報紙見ても、わずかのスペースですね。これ
が説明できるのかと、昨夜から私も見ているので心配になったのですがけれど
も、これからのチェックリストはもう廃止しますというような形で、広報紙に
発表しますということなので、もっとわかりやすい形を徹底していただきたいな
というようなお願いでございます。

多田羅分科会長

大事な点です。私もそれをお願いしようと思っていまして、それをうっかりしていました。この広報の方法は何かありますか。かなり詳細な細かな点もありますけれども、市民の皆さんへの普及啓発というのはどうなりますか。

河合課長

そうですね、サービスの利用の流れというのは逆に今と全く共通ですので、変わりますと言うと、すごく逆に皆さん非常に心配されるというところがありますので、地域包括支援センターが市民の方にご説明するような資料につきましては、お一人お一人具体的に丁寧な説明ができるようにしていきたいと思っております。

あとは、逆に、一般の市民の方には、変わらずに今と同じ流れですが、そういうサービスの種類が増えるとか、そういうところを的確にお伝えしていく必要があると思っておりますので、紙面が限られていますが、工夫してまいりたいと思っております。

多田羅分科会長

介護予防のところは、これからかなり根が広がっていくわけでしょう。

河合課長

そうですね。

多田羅分科会長

総合事業として。だから、それはかなり普及啓発や、各団体の協力をいただかないと、根の広がり方が独自のものになっていかないうな気がしますので、その辺ひとつ工夫いただきたいと思います。

河合課長

わかりました。ありがとうございます。

多田羅分科会長

よろしいですか、野口先生。

それでは、まだ意見あるかもわかりません。座長が勝手にいろんなことをしゃべったために時間をとって申しわけありませんでした。それでは、事務局のほうにマイクを返しませうか。

司会（三方高齢福祉課長代理）

多田羅会長ありがとうございました。

委員の皆様におかれましては、本日はお忙しい中、また長時間にわたりご審議いただきましてありがとうございました。

今後、新総合事業につきましては事業実施要綱や指定基準等の規定整備を進めまして、関係機関、事業者の皆様にはしっかり周知を図るとともに、事業者の指定手続や従事者研修、市民広報等を進めてまいりたいと考えておりますので、引き続きよろしくお願いいたします。

それではこれもちまして本日の専門分科会を終了させていただきます。本日はまことにありがとうございました。

植田介護保険部会長代理

ちょっと1つお願いしたい。すみません、こんな時間有的时候に。

団体からのこういう要望がありますね。これの取り扱いルール、事務局のほうでルールを管理していただきたいと思います。受け入れたらだめということを個人的に言おうと思っているのではないです。こういうものがあつたときの取り扱いのルールをどうするかということについてご検討お願いしたいと思います。

多田羅分科会長

どうもありがとうございました。

閉会 午後4時03分