

**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保健福祉部会・介護保険部会**

1 開催日時 平成28年6月2日（木） 午後2時～4時

2 開催場所 大阪市役所 7階 第6委員会室

3 出席委員 16名（保健福祉部会：7名、介護保険部会：9名）

（保健福祉部会）

早瀬委員（保健福祉部会長）、中尾委員（保健福祉部会長代理）、伊藤委員、大槻委員、
白澤委員、野口委員、森委員

（介護保険部会）

川井委員（介護保険部会長）、植田委員（介護保険部会長代理）、家田委員、大橋委員、
木下委員、小谷委員、濱田委員、光山委員、山川委員

司会（三方高齢福祉課課長代理）

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保健福祉部会・介護保険部会を合同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まこと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時までの予定として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。

さて、今回は、保健福祉部会と介護保険部会の合同開催でございますので、会議に入ります前に、委員の皆様のご紹介をさせていただきたいと存じます。お手元の委員名簿をごらんいただきたいと存じます。

（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、河野高齢者施策部長からご挨拶申し上げます。

河野高齢者施策部長

改めまして、福祉局高齢者施策部長の河野でございます。よろしくお願い申し上げます。

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や保健福祉部会及び介護保険部会の合同開催に当たりまして、一言ご挨拶申し上げます。

早瀬部会長、川井部会長をはじめ、委員の皆様方におかれましては、本日は大変お忙しい中、ご出席賜り、まことにありがとうございます。

また、日ごろより本市の高齢者保健福祉施策の推進に一方ならずご協力をいただいておりますこと、この場をおかりしまして厚くお礼申し上げます。

さて、平成29年4月に移行を予定しております本市の介護予防・日常生活支援総合事業につきまして、この間、高齢者福祉専門分科会や保健福祉部会、介護保険部会の両部会におきまして、

実施案をご説明し、委員の皆様方からさまざまなご意見をいただいたところでございます。その中で、3月30日開催の専門分科会におきまして、多田羅会長から当事業のサービスの利用の流れにつきましては、大きな論点であり、部会を通じて議論を深めるようにとご指示をいただいたところでございます。

また、今回の議案につきましては、両部会とも関係が深いことから、本日は合同にて開催をさせていただいたところでございます。この介護予防・日常生活支援総合事業の検討に当たりましては、本日、ご議論をいただきました内容を次回開催の高齢者福祉専門分科会に報告をした上で、介護保険制度を持続可能なものとするよう、しっかり制度設計を行ってまいりたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

また、今後も引き続きまして、現計画であります第6期の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画に基づきまして、各種施策事業の効果的な推進に努めてまいりますとともに、7月に実施いたします実態調査をはじめ、次期計画の策定に取り組んでまいりますので、今後とも委員の皆様方のご支援、ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

最後となりますが、本日は、委員の皆様方には忌憚のないご意見を賜りますようお願い申し上げまして、簡単ではございますが開催に当たってのご挨拶とさせていただきます。何とぞよろしくお願い申し上げます。

司会（三方高齢福祉課課長代理）

それではまず、委員の皆様のお手元に配付しております資料につきまして、確認させていただきます。ご一緒にお手元の資料を確認ください。

本日の会議次第、ほかに資料1、資料2、資料3、参考資料の4種類をつけております。不足等がございましたら、事務局にお申しつけください。

なお、本日の会議の運営に関しまして、委員の皆様にご覧がございまして、この後の審議におきまして、ご発言をいただく際には卓上のマイクをご使用いただきますようお願い申し上げます。

それでは、本日の議事に移らせていただきます。本日は、保健福祉部会、介護保険部会、それぞれの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5条第5項により、両部会が有効に成立していることをご報告いたします。

また、本日の会議につきましては、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して、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して、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、両部会長にお諮りし、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。

また、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、両部会を代表いたしまして、保健福祉部会の早瀬部会長をお願いしてまいりたいと存じます。また、介護保険部会の川井部会長には、早瀬保健福祉部会長のサポートをお願いしてまいりたいと存じます。

それでは、早瀬保健福祉部会長よろしくお願いいたします。

早瀬保健福祉部会長

ただいまご紹介いただきました早瀬でございます。本日は、初めてこの保健福祉部会と介護保険部会の合同で開催すると。今日のテーマが新総合事業のサービス利用の流れということで、新しい仕組みですので、これは両部会で一緒にということになったわけですが、僭越で

ざいますがご指名が事務局からありましたので、私から進行をさせていただきます。拙い点もあるかと思いますが、よろしくお願いします。また、川井介護保険部会長のフォローをいただきたいと思っていますので、よろしくお願いします。

では、早速ですが、今日の議題、新総合事業のサービスの利用に関して、流れを最初に確認したいということで、事務局でまとめた案をつくっていただきました。資料1です。これをもとに事務局からご説明いただいて、皆さんでしっかり議論いただければと思います。

では、事務局お願いいたします。

河合在宅サービス事業担当課長

福祉局高齢者施策部在宅サービス事業担当課長の河合でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

それでは、着席させていただきます。

まず、資料のご説明に入ります前に、これまでの分科会、部会においていただいたご意見と、今回の資料構成の関係についてご説明申し上げます。

本日、参考資料という形でお配りしております本市介護予防・日常生活支援総合事業（案）につきましては、1月27日及び3月30日開催の分科会、及び2月10日及び17日開催の各部会でご審議いただいたところでございます。前回部会でも、多田羅会長からご指摘がありましたように、サービス利用の流れについては重要な論点でございます。2月10日の保健福祉部会でも、中尾部会長代理から国のガイドラインに基づき、地域包括支援センターが基本チェックリストを経て、現行相当型サービス、基準緩和型サービス等の振り分けを担うということになれば、包括の職員の力量によって振り分けるサービスが変わってきてしまうなどの課題があるのではないかと、そういったご意見もいただいたところでございます。事務局としても地域包括支援センターの介護予防マネジメントを通じたサービス利用の流れについて、この間地域包括支援センターとの意見交換検討を重ねる中で、さまざまな課題が浮かび上がってきたことから、3月30日開催の分科会においては、要支援認定による確認の必要性も含め、今後の検討の方向性をご報告申し上げたところでございます。

その際に、白澤委員から大きな論点を、私どもの認識では3点ご提示いただいたと考えております。まず1点目といたしましては、基本チェックリストを経て、全てのサービスが簡単に利用できるという国のガイドラインそのままの姿ではなく、認定を要するという現行の考え方に戻すのかについては、非常に大きな論点で、慎重に検討すべきであるということでございます。

次に、2点目といたしまして、基準緩和型サービスと現行相当型サービスの振り分けを一定の基準で確立ができるのかということでございます。

最後に、3点目といたしまして、短期集中型サービスによる改善や卒業をどのように実現していくのか、どう考えるのかということでございます。

このご指摘に基づきまして、事務局において検討を行い、1点目と2点目のご指摘につきましては、資料1「新総合事業のサービス利用の流れについて」にまとめまして、3点目につきましては、資料2「一般介護予防事業の充実について」に現時点の本市の考え方をまとめております。

2つの資料について、それぞれにご意見いただければと思っておりますので、まず、資料1から説明申し上げます。

資料1の表紙をめくっていただきまして、1ページ、「大阪市におけるサービス利用の流れ（サービスの振り分け）の検討について」をご覧ください。

昨年度、新総合事業における介護予防ケアマネジメントのあり方について、地域包括支援センターなどと意見交換を重ねてまいりましたが、その中で幾つかの課題が明らかになってまいりました。これらの課題を上側の白丸4点にまとめております。

まず、1点目の課題でございます。今回の改正でうたわれております基本チェックリストの実施を経て、簡単かつ速やかにサービスにつなぐという流れについては、裏返しますと、医学的な視点が十分に確保されないまま支援を行ってしまう可能性が出てくると考えております。

それから、2点目でございますが、介護予防・生活支援サービスの対象者は、要支援相当者であると位置付けられておりますが、基本チェックリストの該当者の大半は、要支援相当者よりも軽度であるというものでございます。これにつきまして、お手数ですが、5ページを開けていただけますでしょうか。この5ページで、事業対象者の判定資料についてとありまして、上側が基本チェックリストの説明になっておりますが、その中に表がございます。これは現在、基本チェックリストに該当した方が参加されている運動器の機能向上事業で実施する体力テストの最初の回の結果でございます。椅子に座った状態から立ち上がって、3メートル先に歩いて回って戻りまして、また、もう一度椅子に座るといふのかかる時間を計測しております。過去に行われた調査では、要支援者の高齢者の平均が12.2秒という調査がございまして、その結果に照らしますと、要支援相当者よりも軽い状態の方が9割以上を占めているのが実態であるというのがございまして、基本チェックリストが誰でも該当してしまう。相当に軽い状態の方も該当してしまうというおそれがあることがわかります。

申しわけありませんが、再び1ページへお戻りください。

次に、白丸3点目の課題でございます。例えば、今ご覧いただいたように、非常に生活機能の低下が軽い状態の方が基本チェックリストに該当して、ヘルパーに来てもらいたいと希望されたとします。地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを通じて、まだあなたは改善の可能性が高いので、運動器の機能向上を目指して、セルフケアの方法も学びましょうとお勧めしたとしても、利用者さんや一緒に来られた事業者が、あくまでもホームヘルプサービスが必要だ、使いたいというようにおっしゃった場合に、根拠となる基準や権限を持ち合わせていないため、理解を得られず、必要以上のサービスに傾斜してしまうという可能性もございます。

最後に、課題の4点目でございます。本市のような大都市では、介護予防ケアマネジメントの原案の作成は、委託により実施せざるを得ず、地域包括支援センター66か所に加え、居宅介護支援事業所1,500か所が係わる中で、客観性や中立性を確保していく必要がございます。

次に、その下の黒丸のところで、ただいまの白丸の課題の裏返しとはなりますけれども、予想されるリスクを5点ほど上げております。

まず1点目としまして、医学的な視点が十分に確保されず、利用者の心身の状態を踏まえた支援につながらない可能性があるだけでなく、サービス提供に係る事故発生のリスクなども出てます。

それから、2点目といたしまして、利用者の範囲が広がり、本当に必要とされる方以上に広がって、事業費が膨らむというリスクがございしますが、国は今後、後期高齢者の人口の伸びでしか財源を負担しないため、上限額を超えることがあれば、結果として65歳以上の方の保険のさらなる上昇につながる可能性もございます。

3点目としまして、必要度に応じたサービスの振り分けが難しいということで、かえって利用者の自立支援が進まず、ADLの低下を招くような可能性も出てまいります。

4点目としまして、担当するケアマネによって決定内容にばらつきが出ることによって、市民

から見た不公平感が増す可能性がございます。

それから、5点目といたしまして、地域包括支援センターがサービス利用に係る苦情や要望への対応によって、かえって負担が増加してしまうなどのおそれもございます。

以上のような課題を踏まえまして、事務局において検討を行った結果、次のような仕組みが必要ではないかと考えているところでございます。

このページの下、①から③でございすけれども、まず、①でございすが、継続的なサービスの利用を希望する方については、要支援認定の手続を経ることにより、客観的で公平・中立な視点で「要支援相当者」であることを確認するとともに、現在のとおりですけれども、主治医意見書により医学的な視点を確保するというところでございす。

次に、②でございすが、サービス決定のプロセスをできる限り標準化して、公平性を確保するために、訪問型サービスの現行相当型サービスの判定基準を設定したいと考えております。

それから、3点目ですが、高齢者の一人ひとりの状態というのは様々ですから、こういった基準を作ったとしても、当てはまらないという方も出てくることも考えられます。ですので、③でございすけれども、判定基準には該当しないものの、現行相当型サービスの提供が必要と考えられる場合には、本市が開催いたします「サービス判定会議」により必要性を判断してまいりたいと考えております。また、必要に応じてこの判定会議で、現行相当型サービスの判定基準の見直しを行ってまいりたいと考えております。

このような考え方に基きまして、具体的な事務局の案を次のページから順番に記載しております。

2ページの「サービス利用に係る利用対象者の判定フローについて」をご覧ください。これも前回の分科会でご提示した資料がなかなか表現し切れなかったところがございますので、直しているところもございます。右側に5つのサービスを記載しておりますが、一番上の一般介護予防事業から4番目の現行相当型サービスまでの4つが、今回の新総合事業となります。これらを一般的に生活機能の低下が軽い方が利用するサービスから重い方が利用するサービスまで順番に並べております。利用者は地域包括支援センターの介護予防ケアマネジメントを通じて、これらのサービスを選択し、利用していただくことになりますが、このうち基準緩和型サービス及び現行相当型サービスの継続的なサービスについては、要支援相当者であることを確認するために、現行と同様に要支援認定を経ただけにとともに、主治医意見書により医学的な視点を確保してまいりたいと考えております。

また、短期集中型サービスの前に健診と書いてありますが、これは総合サービスを選択された方が集中的な運動プログラムに参加される前に、心電図とか、そういったその他の点につきましては、健診で医学的なチェックをしていただくというものでございます。

地域包括支援センターは、新たにサービスの利用を希望される方には、こうした流れについて、事前に十分に説明を行った上で、希望される方には全て要支援・要介護認定を受けていただきます。継続的なサービスを希望される方には、全てにおいて受けていただきます。また、とりあえず認定手続を進めながら、という方も含めてですが、短期集中型サービスの利用を希望される方については、基本チェックリストを受けていただくことになります。また、当初は短期集中型サービスの利用を希望されなかった場合でも、認定で非該当となった方については、改めて基本チェックリストを受けていただいて、該当すれば短期集中型サービスを新たにご利用いただくことができます。

このように、当初は認定を経ることとしておりますが、このページの下段に記載しております

ように、予防給付をご利用の方を除いては、認定更新時には、認定更新申請を行うのか、あるいは基本チェックリストでいくのかについて、ご本人が選択するようにしてまいりたいと考えております。ただし、現在、利用しているサービスより重い方が利用することを想定したサービスを変更される場合、例えば、短期集中型から基準緩和型とか現行相当などの継続的なサービスに変更する場合や、基準緩和型から現行相当型に変更する場合については、更新認定申請を行っていただき、状態像の確認をしてまいりたいと考えております。

前回の分科会におきまして、このような考え方で判定を行うことについて、白澤委員からこの国のガイドライン、今の基本チェックリストで簡単な判定でサービスを利用するということになっていますが、その整合性から慎重に検討を行う必要があるのではないかとのご指摘をいただいたところでございます。少なくとも、サービスの新規利用時において、認定を経るかどうかということについては、大都市などでは特に大きな課題となるところでございますけれども、昨年11月に大阪で政令指定都市と東京都の参加する大都市会議を開催した際に、このことについても協議を行いました。出席された厚生労働省からは特にこれはといったようなご意見やコメントは出されませんでした。堺市も既に3月の審議会、分科会で認定を受ける旨、了承を得ておられまして、一定指定都市はこのような方向で運用を行うと考えております。

また、5月18日付けで、厚労省のホームページから市町村向け研修資料としまして、新しい総合事業の移行戦略―地域づくりに向けたロードマップ報告書というのが閲覧できるようになりましたが、その中で、東京都武蔵野市、これは平成27年4月から総合事業に移行しているのですが、ここで窓口職員のスキル、経験によって判定に差が生じることを防げることや、主治医意見書から医療情報を得られることから、原則として、新規利用者の要支援認定、要介護認定を申請することとしているという事例が紹介されております。本市の案は、ガイドラインの趣旨は踏まえつつ、地域の実情に沿って、地域包括支援センターとも協議しながら、検討してまいった運用でございますので、本市としては、問題はないものと認識しているところでございます。

続きまして、基準緩和型サービスと現行相当型サービスの振り分けの考え方についてご説明申し上げます。

3ページの現行相当型サービスの利用に係る判定スキームについてご覧ください。

まず、このページの下段の通所型サービスについて、ご説明申し上げます。通所型サービスについては、現行相当型と基準緩和型で、時間の長さやサービス提供時間の長さの異なるサービスとなりますので、これは介護予防ケアマネジメントを通じて、必要な支援の内容と時間を決定していただきたいと考えております。ちなみに、時間の短いサービスにつきましては、例えば、サービスを初めて利用する際の慣らし利用とか、入浴のみの支援を希望される方の利用などが考えられるところでございます。

続きまして、現行相当型と基準緩和型で、サービスの提供者などが違う訪問型サービスについてでございます。こちらは、訪問介護員がサービスを提供するのか、本市の研修受講者なのかという違いがございます。国のガイドラインにおきましても、現行相当型サービスについては、認知機能の低下により日常生活に支障がある行動や症状を伴う方など、訪問介護員が関与すべき対象者の考え方を示しております。本市の案では、これを1つ目としまして、認知コミュニケーション課題のある方。2つ目としまして、身体介護の必要な方という2つの観点により、判定してはどうかと考えております。また、このほか、新総合事業に移行する前に、現行の訪問介護を利用していた方については、引き続き、現行相当型サービスをご利用いただくことができますことから、これも織り込みまして、フローで表現したものが左側のフロー図でございます。これで順

番に「はい」か「いいえ」ということで見ていきまして、現行相当型サービスの判定を行っていただくと考えているところでございますが、具体的には右側の現行相当型サービスの判定基準についてという囲みをご覧ください。

まず、判定1でございますが、認知コミュニケーション課題につきまして、まず、大きくは主治医意見書の「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡ以上の方。すなわち、日常生活に必要な意思疎通に困難さが見られる方と主治医が判断しておられる方を基本にしてはどうかと考えております。主治医意見書にしている理由なのですが、以前もこの主治医意見書の自立度を参考にした介護保険制度の報酬の区分などもございましたし、それから、ケアマネージャーが必ず取り寄せられるということもありますので、そういう意味ではケアマネージャーがご覧になる資料として分かりやすいのではないかと考えているところでございます。

それから、これに加えて、それ以外の自立度の方のほうがもちろん多いわけなのですが、例えば、認定調査票で視力、聴力の障がいがある方とか、主治医意見書で精神症状がある方とか、そういった方についても訪問介護員が介護すべき方として、対象としてまいりたいと考えております。

続いて、判定2の身体介護の必要性でございます。こちらは、主治医意見書の「障がい高齢者の日常生活自立度」がランクB以上、すなわち、屋内生活、家の中の生活で介助の必要な方を基本としまして、これに加えて、それ以外の自立度であるものの認定調査票などで身体介護の必要性を確認できる方を対象としてまいりたいと考えております。

これらの判定基準については、地域包括支援センターからいろいろと意見が出ておりますので、そういった意見をもとに、こちらのご審議いただいた結果、やっていくという方向性が決まれば、今後、案を固めてまいりたいと考えております。また、高齢者の一人一人の状態像は様々ですので、この一律の判定基準で当てはまらない方も出てまいります。そういった方で、現行相当型サービスの提供が必要な方もおられると考えられますことから、こちらについては、その下なのですが、福祉局で仮称ですが、大阪市サービス判定会議といったものを月一回程度、開催しまして、医療、介護予防、それからケアマネジメントの観点について、専門的な知見を有する方に合議により判定を行っていただくこととしてはどうかと考えているところでございます。

なお、これが現行相当型サービスの利用の必要性を判定するスキームでございますが、このフロー図の下側に※の注釈を入れておりますように、サービスの名称の下ですけれども、判定結果が現行相当型サービスとなっても、例えば、生活援助だけを使う方などももちろんございますので、より軽度の方向けのサービスについては、利用者の希望等を勘案しまして、介護予防ケアマネジメントを通じてご利用していただくことができると考えているところでございます。

ここまでの説明は、サービスの利用の流れの課題ごとの説明となっておりますので、全体のイメージが分かりにくかったと存じますが、例えば、訪問型サービスを取り上げて、全体的なイメージを図で表現いたしましたのが、次の4ページの「訪問型サービスの利用のイメージ」でございます。サービス以外のものも加えて書いているのですけれども、地域包括支援センターの介護予防ケアマネジメントを通じて、利用者の自己選択、自己決定を支援していくということと、もう1つは、本市のような大都市で、必要度に応じた適切なサービスを公平に提供していくと。この2つのミッションの均衡を図っていかなければいけないということで、今のようなサービス利用の流れを考えまして、サービスの利用の流れや判定について、一定の標準化、平準化を図りつつ、必要な方に必要に応じたサービスを提供できるようにしていかなければならないと認識しております。

資料5ページと6ページは、判定に関する参考として付けているところでございます。

長くなりましたが、資料1の説明は以上でございます。よろしくお願い申し上げます。

早瀬保健福祉部会長

ありがとうございました。

大きく3つの図をつくった、図と言いますか、3ページにわたって整理していただいたものについてご説明いただきましたけれども、そうしましたら、この件について、メイン議題の一つですので、各委員のご意見いただければと思いますが。

最初に、問題提起いただいた白澤先生から。

白澤委員

僕も何と言うのですか、基本チェックリストというのが大変厄介であるという認識は、それは一緒です。基本チェックリストであれば、最後のページに基本チェックリストが出ていますが、誰もが介護予防・生活支援サービス事業対象者になると、私になりますが、という程度のチェックリストですから、大変リスクが大きい。

ただ、国が言っていることの流れにはいろいろな意図があって、こういう議論が進んでいるので、そのあたりをぜひクリアしていただきたいと思いがあって、当日申し上げたのですが、1つは、本当にこの基本チェックリストに人が来るのかという話があるわけですが、これは、国はデータを出してないと思うのですが、例えば、認定を受けに行って、自立や非該当になる比率は約1%、多分、大阪市もその程度だと思います。ということは、もう使いたい人はみんな使っているということで、ここには人が集まらないのではないかという思いが国の中にも、これを作った人たちの思いの中にはあると。私は、集まるのではないかと考えているのですが、そういうところとの議論のすり合わせはしておかなければならないかと。

2点目は、これは、大阪市は反対で、たくさん来て困ったら非常に不平等な制度になるから、認定に行ってもらおうという話なのですが、逆に認定に行かさないためにこういうものを作っていると勘ぐることもできるわけであります。チェックリストでとどめておくという、これは国というか市町村がそういうことができるために作っていると。要するに、チェックリストの段階でとどめると、認定を受けたいときの抑制作用が働くと。そして、財源を抑えるという。言えば、そんなことは本当に一人一人の利用者の権利を侵すことになるのではないかと議論が、当然そこにはあるわけです。

しかし、実際やっている町ってたくさんあるわけです。そういう町が今、たくさん出ているという現実が、恐らく国がこういうものを作っているベースにあると。そういう中で、私は大阪市のチェックリストを非常に厳しい言い方をすれば、形骸化させてしまって、要介護認定で処理するのは、権利を守ることになるので妥当と思うのですが、そのあたりをやはりきちんと国の制度と違うものをやる以上は、やはりきちんと議論をして、整理をする必要があると。そういうことで、保健福祉部会で発言をさせていただいたということでもあります。

それは今までの思い2点ということです。そういうことでご議論いただけたらいいのです。この中についても意見をいうのですか。

早瀬保健福祉部会長

一旦、どうしましょう。

白澤委員

その中少し気になるのは何点かあって、僕は、大阪市に考えは近いだろうと思うのですが、そのチェックリストについての位置付けを国がこういう形で入れることには大変無理があって、なぜこんなものを入れたのかと、そういう思いはあるのですが、何点か気になるのは、例えば、要介護認定を受けて、非該当になった人も一般、まずは介護予防を使えるのだと。そこに矢印が行っておかないといけない。

それと、2点目は、基準緩和型サービスというのはよく分かったのですが、今回もいろいろな選択肢があって、例えば、通所系であれば、サロン活動みたいなものも入ってくる。これはサービスBと言っているわけですが、このあたりをどこに入れるのかという議論も大阪市はやらないのか、やるのか、分からないですが、やるとすれば、そのBの中をこの中にも入れておかないといけないのではないかと思ったのです。それはどうなっているのかなというのが、この上のページです。

それと、この訪問型と通所型、2つ目の議論は、まさに基準緩和型サービスの議論なのですが、1つは、理念的にはサービスAやBができるというのは、利用者が選べるという言い方をしているわけですが、これは選べないということになるわけです。現実問題として。判定会議でやると、それが一つ。利用者の選択の問題と、どのようにうまく整理するのかという問題と、もしかして、例外の人があるから多分、判定会議議論を入れていると思うのですが、例えば、認定調査票だけであれば、機械的に決まる話ではないのと。認定調査で判定1と2の2つを見分ければ、何が使えると。なぜそんなことを申し上げるかという、サービス利用をできるだけ早く利用できるような、判定まで待つということは時間がかかるので、できるだけ早くサービス利用をするときに、この判定会議の位置づけの整理も要るのではないかと。

僕が質問しました2点については、そういうところが少し気になったと。だから、選べるということと、現実には選べないような市町村もあることは事実なのです。要するに、もう基準緩和型サービスに行けとか、僕が先ほど言ったサービスCに移せとか、そういうことが既に総合事業をやっている町で起こっていることも事実です。そういうことの中で、どういうことを選ぶのかというのを考えなければならないのではないかと。

早瀬保健福祉部会長

はい、この件について事務局でと言う前に、少し関連するご意見などがあれば、それを合わせた方がいいかなと思いましたが。中尾先生はいかがですか。

中尾保健福祉部会長代理

二次予防対象において、生活機能の健診を行っていった、一応、医学的にお墨つきを与えるという部分で、基本的に二次予防事業は、大阪市では成立していたというのがあると思います。その観点から考えると、やはり医療でのチェックがないと、やはり安全は担保できないという部分は必ずあるのだろうと。きちりとしたケアマネジメント、予防マネジメントが行われれば、全てADLが回復して、状態度が回復すると言われてたら、やはりきちりとした医療的な評価等を踏まえたものでないといけないということを私は申し上げました。そうすることによって、やはり主治医意見書の存在を考えて、要介護認定をご利用されてはいいかなのかなという部分からでき上がってきたものだろうと思うのです。白澤先生がおっしゃっています要介護認定がどんど

んどんどん増えていくではないかという、すなわち要介護認定率が増えていく、そしてその結果、国が今考えているサービス給付費も増える、それが内閣府が出した専門調査会の大きな意見になっています。だから、やはり要介護認定率を下げていかなければならないということは、やらなければならないと考えます。特に専門調査会が出した大阪市は群を抜いて全国平均で見てもここまで要介護認定率が高いのかというところまで来ているので、その部分等もきっちりと踏まえながら、やっていかなければならないと思っておりますが、やはり医療的な評価をどのようにして入れ込んでいくのかというところから考えて、私としては今回の大阪市の考えられている方向性というのはいいのではないかなと思っています。

それから、あともう一つ、この現行相当型サービスの判定基準において、判定1のところ、主治医意見書の日常生活認知度の認知症の部分のこのランクⅡというところが、やはり少し考えていただければいいかなと思うのです。基本的に要介護認定の審査会では、日常生活自立度認知症ランクⅡ以上となりますと、予防給付の理解が困難ということになります。予防給付の理解が困難という方に、介護予防の理解が本当にできるのかという部分等のものもあると思いますので、このところをもう少し丁寧に説明できるような方向性もあったら、この判定1はクリアできるのかなと思いますので、ちょっと私はここが気になることです。

早瀬保健福祉部会長

ここで事務局というようになりますけど、介護保険部会の皆様の中でもご意見とか疑問点とかを含めて出していただいて、まとめた上でお返しいただいたほうがいいかなと思ったのです。いかがでしょうか。

白澤委員

中尾先生に少しご質問があったのですが。

早瀬保健福祉部会長

まず、委員間での意見は大事ですね。

白澤委員

短期集中型サービスというのは、卒業するということになるのですが、例えばヘルパーを3か月間で、デイサービス3か月使って、卒業して自立したと。関西では生駒市が随分有名ですが、そのときの健診というのは、そのチェックができるのか、3か月で自立できるという、あるいは要するに、そういう意図をこの中に込めているわけですが、そこがどういう人は卒業できて、この仕分けをなかなか難しいのですが、卒業の仕分けという。何か僕はそれがなかったら、何か本当は基本チェックなどを行わないで、要介護認定で短期集中も整理をしたほうが本当はコンパクトで、利用者にはわかりやすい制度だと思っているのですが、ここの健診みたいなどころって何かいいヒントはないですか。そこがうまくいくと、この仕分けがしやすいと思うのですが、短期集中で終わるのか、認定に持っていくのかの整理がしやすいのだと思うのですが。

中尾保健福祉部会長代理

すみません、私がしっかりとした診断基準を持っていませんので、今の話に関しては明確に答えることはできないですけども、やはり国が考えている地域包括支援センターにこの役割を担わせていこうという部分に関しては、やはり包括的支援事業の中の地域ケア会議、特に個別会議をものすごく重要視していきましようということだと思っております。地域ケア会議の個別対応の部分

に関して、国はできるだけ医療職も入れて、そして、理学療法士等のリハビリ関連職種も入れて、そして、ほかの介護職種も全部入れてやっていきたいと思います。トータルで最終的に自立の方向、ADLはアップの方向に行きましようという部分だろうと思うのです。医学的な観点だけで話をするというのであれば問題であるとは私は思っていますので、多職種で、地域ケア会議の場において、こういうことはきっちりとした評価をしていただく基準をつくっていただければいいのではないかと考えています。

早瀬保健福祉部会長

たしかにメディカルの皆さんもいろいろ変わりますから。

そうしたら、いかがでしょうか。この流れだとかに関しての感想とかも含めて。ちょっともう一つコメントしにくい感じがしませんか。

まず、そしたら白澤先生、中尾先生のご意見に関して、少しお願いします。

河合在宅サービス事業担当課長

また、至らない点があったらまたすみません、おっしゃってください。

まず、白澤先生が大きな指摘を2つしていただき、国が言っていることにはいろんな意図があって、チェックリストで、人が来るのかということもおっしゃっていただいたのですが、その辺、国のイメージとどうなのかというのがあったのですが、ただ、ここもマイクで言いにくいことですけれども、現在、二次予防事業などでも、実際、事業者にも勧められてチェックリストを持ってくる方が実際本当にいらっしゃいます。そういうこともありますので、どうなのかというのは、チェックリストには来ないのではないかとということに関しては、私どもはそうでもないのではないかと予想しております。今認定を受けなければ使えないようなサービスもチェックリストで使えるとなると、いろいろな方がチェックリストを握りしめて、包括にやってくる可能性はあるのではないかと懸念も持っております。ただ、関東で新総合事業に移行しております自治体に聞きますと、やはり最初に窓口でとりあえずよくなるために頑張ろうとか、運動してみようという方はチェックリストを受けられますし、いろいろなところが心配であり、助けてほしいし、自分の生活を整えたい、頑張りたいという方は認定を受けたいとはっきり言われて、もう最初から認定を受けられるということで、窓口で説明する中で、やはり必要な手続きに入っていただき、選んでいただくということが一番大切なのかなと考えております。

それから、認定に行かせないためのチェックリストというのは、現にそういう市町村がありますし、現行相当型サービスですらもうない市町村もあるとか、基準緩和型でも、しかも週2回のサービスとかも設けていないとか、そういう市町村も確かにありますが、ただやはり、要支援認定を受けておられる方にもさまざまな方がおられまして、いろいろなサービスの必要度の高い方もおられますので、なかなかチェックリストで抑制するというようなことを、今の大阪市の中で一律にやろうとするのは難しいのかなと思ひまして、まずは新総合事業に移行する中で、いろいろと検証しながら、そういう全体のサービスの流れをもっと考えていかなければいけないと考えております。

それから、2ページの図で認定を受けた方が一般介護予防事業につながっていないとご指摘いただいておりますが、全ての高齢者は判定手続を経ることなく一般介護予防事業を利用していただけるということを言いたくて、図がうまく表現できておりませんが、そのようにご理解くださるようお願い申し上げます。

それから、通所サービスのBはやらないのかということなのですが、国のガイドラインで、

通所サービスのBの例示は、住民のボランティアなどが参画した運動、体操等の通いの場というのが例示されています。資料2でご説明申し上げますけれども、サービスと銘打つ以上は、保険料を払っておられる方全てに24区のどの地域でもきちんと提供できるものをサービスと呼ぶべきであると考えておりまして、なかなか一律にBという区分で市域にきちんとサービスとして保証するという形でできるものは少ないかと思しますので、一般介護予防という形のアプローチで第1号被保険者代表の委員様も、北区でやっておられますけれども、そういう地元の方がいろいろと、非常に意識高くやっておられていることをしっかりと支援していきと考えておりまして、これがいわゆる国がイメージしているBと近いものかなと考えております。

やはり地域づくりをしていくことが、これと包括的支援事業と合わせてやっていかないことには、そこに至らないのかなという認識を持っておりますし、今、サロン活動などもいろいろと立ち上がってきておりますので、今、一律に事業という形や補助金のひもで結んでということは考えておりません。

それから、私は現行相当型を使いたいのに選べないとかいうことも起こってまいりますけれども、そこが必要度に応じたサービスと選択のバランスということで、4ページでお示したような図で、必要性がある方にはサービスが行き届くという、この判定基準の作り方もしっかりやっていければと考えているところでございます。

また、判定会議は、こういう標準に当てはまらない方をさばくのに使うということで考えておりますが、この通常の判定の運用は、地域包括支援センターでガイドライン的にもうその場で運用していただくと考えておりますので、1件1件会議に諮る必要はないと認識しております。これは地域包括支援センターに任せたいと考えているところでございます。

早瀬保健福祉部会長

ランクⅡだ。

河合在宅サービス事業担当課長

Ⅱですね。Ⅱに関して、一応、国のイメージしている例で言うと、Ⅱ以上ということになると思うのですが、今の現実に要支援認定が出ている方で、主治医意見書ランクⅡ以上の方が大体2割ほどいらっしゃると思います。これを審査会が最終的に判定した自立度を使うのか、その辺はもう少し大きな流れとしてこれはご審議いただいた上で、ご了解いただければ判定会議の立ち上げまでに、こういう関係団体の皆様ともう少し実務的な詰めをしていければと考えているところでございます。

早瀬保健福祉部会長

つまりもう少し細かい目安ということで。

河合在宅サービス事業担当課長

はい、目安やどの資料をどういう手順で使うとかいうことに関しては、実務的な詰めはさせていただければと考えております。

それから、健診のところは、今も二次予防事業を受ける前に健診を受けていただいております。

て、骨折のリスクとか心電図とか、そういうものを事前に可否を判断していただくようなものになっております。おっしゃっていた予防の地域ケア会議ですね、大分ではリハビリテーション専門職の方が参画して盛んに行っておりますけど、なかなか、今困難事例を中心とした地域ケア会議を大阪市はたくさんやっておりますけれどもできていません。大阪府でもそういう認識で、もっと府域でそういうことを追及していこうという流れがございまして、大阪市も加わって一緒にどういうふうの実現していけるのかというのは、今後考えてまいりたいと思っております。

早瀬保健福祉部会長

ありがとうございました。少し委員会のやりとりも行いたいと思ってしまったので、たくさんのご質問になってしまいました。

今、両先生からの分についてはコメントがあって、なるほどと思ったのですが、ほかの方、両部会どちらの方でも結構ですので、この点はどうなっているのだとか、ここはこうしたほうがいいのかということも含めて、ご意見いただけますでしょうか。

家田委員

今回のこのチェックリストの話は、私は初めて伺ったのですけれども、何が何かさっぱりわからない状況です。これを見ていきますと、やはり基本チェックリストの項目が非常に重要な意味合いがあるのかなと感じました。元気な高齢者がどれだけ一般の介護予防事業を受けているかというのはわからないのですけれども、そのチェックリストを受けるということが、その健康に対する意識づけに非常につながると思います。該当したとしても、該当しなかったとしても、やはり健康にしっかり生きていかなければいけないのだというところを考えると、やはり介護予防や要支援、要介護にならないようになるためにも、そのチェックリストを通して、できるだけその介護予防も使いながら、生き生きと生活できるようなそんな仕組みを作っていくということにおいても、これは介護保険料の上昇にはつながらないのではと思います。介護認定をとられている方は、高齢者の大体17.8%ぐらいですか、残りの8割具体的の方は皆さん介護保険以外である、お元気である。しかしながら、いずれはやはり要介護世帯になっていくのだと、そういう状態になるのをできるだけ長く延ばそうということになると、その意識づけのためにもこの基本チェックリストというのは、非常に有効ではないかと思います。

早瀬保健福祉部会長

はい、25項目の中で20番目、「今日は何月何日かわからないときがありますか」についてはないこともないですね。先ほど白澤先生が衝撃の、私も該当しますとおっしゃった、大変びっくりしましたのですけれども。自分自身をチェックすると思いましたが。今の件で事務局のほうでコメントありますか。

河合在宅サービス事業担当課長

ありがとうございます。おっしゃるように今、意識づけに結構これを使っていまして、高齢者の方に集まっていたいただいた地域健康講座などで配って、ご自分でやっていただくとか、啓発的に使っております。ただ、先ほど指摘させていただいた問題は、今、訪問介護とか通所介護みたい

な本当に必要度の高い方が使っているサービスをこれに該当したらサービスを使えるようにすると、それは大変だという課題提起なので。今、ご指摘に出たことについては、入り口で自分の状態を認識するものとしては、すごく優れたツールであると考えております。

木下委員

これではなくて、ある程度の年齢になってきたら何か書類が来て、それで書くんですよ。私は今日の午前中高齢者の食事サービスをお手伝いしてきたのですが、その時こんな書類が来たけれど、元気であるのに、私は介護認定を受けないといけないのではないかなと思うのですが、こんな書類を書かないといけないのですかと持って来られました。その方は、何かすごく年寄り扱いにされているという感じで言われました。そんな書類は出している人は本当に相談しなくてもしかるべき方法で出しているのではないかなという感じで、たまたまそのような書類があったのです。

それと、サービスBという枠が何か重しのように落ちてくるのはかなわないと思いながら、本当に高齢者の食堂サービスとか喫茶とか、認知症対応のカフェも今年から行われていますが、ご本人もさることながら、ご家族のケアというか、ケアと大それたことを言っている割には場所提供しかしていませんけれど、逆にそういうことを想定して作っていくのかかと思いながら、自分たちの何かボランティア精神をおいそれと持ってこられているような言い方、何か感性が、失礼ながら、そういう感じにとられるのはお互いに嫌になるとか、上手には言いませんが、そういう感じはしました。

早瀬保健福祉部会長

後半の件は、この後の一般介護予防事業のところでもた少し議論したらいいと思いましたがけれども。ありがとうございました。

野口委員

私は老人クラブをやっていますが、高齢者は介護サービスを使う人は徹底して使っています。ところが、本当に我々から見ても介護にお世話になったほうがいいのにとという方が、要するにお上のお世話になりたくない、自分でできるだけやろうという方のほうが多いです。ですから、こういう資料、チェックリストをやってもこういうチェックをする時にはしっかりと書かれるわけです。だから、ケアマネジャーが来られて、認定を受けるときでももうしっかり受け答えているケースの方が結構おられる。ところが実際帰った後、ガタガタになるというケースも見受けられます。

本当に今、私たちは老人クラブとしまして、この予防という形で、もうやはり認知症も80歳以上になりますと、3人に1人は認知症になると言われていますので、できるだけ表に出て、やはりカラオケなり食事とか、そういう運動であるグラウンドゴルフとかいうことを各老人クラブで実施しておりまして、そういうところへ来ていただくことによって、やはり元気に動いていただくと、それが何よりも、認知症になってからどうしようというよりも、なる前の予防をするほうが一番であると思います。だから、要するに大阪市としましては、前の市長は、老人は贅沢だとかいうような形で、外に出ていくと。あるいは敬老パスも有料化にしてなかなか出ていけない。そうしますと、家に閉じこもって、逆に介護医療とか給付金の方がたくさん要するようになってく

るというようなことで、我々としては会議のときには、必ず我々はもう表に出てきて元気に動くことが一番何よりの国に対する恩返しにもなると申し述べているわけですが、その辺を今、なかなかやはり4人に1人、特に西成区だと3人に1人が高齢者、65歳以上のメンバーになりますので、そういう中で区のほうでも市のほうでも認めてもらいたいと考えています。私もこの前、区の会議の席で、年寄りをいじめるな、という話をさせてもらいましたが、本当に今はお年の方は介護保険料も上がる、いろいろな形で厳しい生活をしているのが現状です。だから、医療関係をできるだけ行かないように、お金がかかりますからというような形で節約してやっておられるのが現状だと思います。ただ、ほんと一部の人はもう使わないと損だと毎日病院へ行っているということも聞きます。毎日行っても効果がないと言っても、はしごしている状態の方も見受けられますので、そういう面で私たちはできるだけこういういい方向のお話を進めていっていただきたいというのが本音でございます。

早瀬保健福祉部会長

ありがとうございました。はい、まさに元気に出ていただけるようなこと。このあたりもまた、後の介護予防事業との関連にもなってくると思いますが。

すみません、私の方からですが、この3ページの図で、この判定会議に向かう矢印があります。身体介護が必要か、いいえになった後、こっちに向かう矢印。ここの説明では現行相当型サービスの提供が必要と考えられるケースだけでも、これはどういうものが考えられるケースになるかという、その基準はこれから作っていかれるということによろしいですか。

河合在宅サービス事業担当課長

すみません、一応、その判定1、判定2で、概ね一般的に考えられる状態像、認知症、あるいは障がいをお持ちであるなどで、スクリーニングをされると思うのですが、本当にお一人おひとりいろいろなお病気などで状態像も違いますし、逆に最初からは想定できないようなイメージになるので、今ここでこういう人を想定しますということがあるのであれば、逆に判定基準のほうに入れないといけないと思っています。

あとは、例えば、要介護認定などでは評価の対象になっているような状態が不安定とか、そういうのはただ「状態が不安定」なら、本当は認定を受けると要介護になるので、国のガイドラインでは退院直後の状態が不安定な方というのは、実は例示にありますが、一般的に想定しにくいような方になります。

早瀬保健福祉部会長

その方が判定会議で上がるのは、地域包括支援センターからですか。

河合在宅サービス事業担当課長

今考えておりますのは、地域包括支援センターなり、その原案の一部作成委託を受けた居宅介護支援事業所のケアマネジャーが、この方にどういうサービスが必要かということと一緒にご本人と考えているわけです。ここの判定の中で標準化され、ガイドラインにはまれば、これでいきましょうということになるのですが、今みたいな場合に、例えばもう少し必要だと思ったら、そ

のケアマネジャーが理由書を書かれて、包括も例えばそういう裏づけの意見書を書き、諸資料を出していただくと考えております。

早瀬保健福祉部会長

わかりました。

白澤委員

もう1点いいですか。これさっきの話だけれども、例えば、これは恐らく今のページ、現行相当型のケースで、要するに家事援助の人なのか、介護の人の人なのかという整理をしているのだと思うのですが、基準緩和型サービスを介護が必要な人は受けたいと言っても、これはだめということになるわけですか。

河合在宅サービス事業担当課長

さっき申し上げたのですけれども、一応、ここの下の※にも書いていますように、それは逆にできるということで考えております。例えば、身体介護が必要、車いすに乗っていると、身体介護が必要だけれども、ご家族もいらっしゃるなど、身体介護自体は必要ないという方もいらっしゃるって、生活援助サービスだけ使いたいという方とかおられます。ですから、それは構わないと考えておまして、4ページにちょっと書かせていただいているように、現行相当型サービスが使えるような方は、逆に言えば全てが選択肢に入ってくるといような形で考えておりますが、極端に言えば、別に一般介護予防事業でもやっていただけると考えています。

早瀬保健福祉部会長

ここはまさに4ページの図で、上で、利用者が選択と書いてありますから、そういうことですね。

白澤委員

もう1点は、基準緩和型サービスが本当に大阪市にできるんですね。これができなかったら、そこら辺が選べるというか、そういうものがどういう形に今になっているか、少しお話をいただくとありがたいです。

河合在宅サービス事業担当課長

訪問介護の事業者が市内に約2,000事業者ございまして、去年の10月にアンケートを実施いたしました。まだ検討している最中ですが、報酬が現行の7割から8割になり、かつ研修受講者がサービスの提供者として認められるというような生活支援型のサービスをした場合に、参入されますかということでお聞きしたところ、その2,000事業者中1,000事業者から回答がありまして、うち618事業者だったと思うのですが、参入したいということでご回答がありました。それ以外の方は検討をしていきたいとか、まだ今、海山なので、こう言われてもわからないとか、そういうお答えです。ですから、24区に直しましても、1区当たり数事業者は絶対サービスを提供して

くださるところが出てくると考えておりまして、このようなスキームも可能かなというふうに認識しております。

早瀬保健福祉部会長

いかがでしょうか。関連として、やはり一般介護予防事業の充実ということにもまた、委員会に対する部分もあるかもしれませんから、もしも、今のようなご説明で一定了解できましたということでしたら、一般介護予防事業のほうの充実についてもご説明いただいて、合わせて意見交換ができればと思いますが、よろしいですか。

とりあえずそうしましたら、この一般介護予防事業の充実についてのご説明をお願いいたします。

河合在宅サービス事業担当課長

それでは、資料2の一般介護予防事業の充実についてご覧ください。

表紙をあけていただきまして、1ページ目が短期集中型サービスの位置づけについてということで始まっております。これは、前回短期集中型の改善とか卒業ということをどういうふうに位置づけて、認識していくのかというご指摘がありましたが、私どもは短期集中型サービスは、全員が3か月でかかり必ず改善するようなものではないと考えておりますので、短期集中型サービスというのをどう認識していくかというのをこちらに書かせていただいております。こちらの目的にありますように、私どもが考えておりますのは、今は複数の方が集合的にやっていますが、新総合事業では、一応個別の14回プログラムということで考えております。これは、その一人ひとり生活機能の低下の度合いとか内容は違いますが、ご自分の機能が低下している課題は何なのか、それに対して落とさないように、あるいは向上させるようにするには、どういうセルフケアをしたらいいのかということを学んでいただくための3か月と考えております。

対象者としましては、サービス事業の対象者、チェックリストに該当した方と、それから認定を受けた方と考えております。あと、サービスの利用判断は、地域包括支援センターのケアマネジャーなりが介護予防ケアマネジメントによりご本人と話し合って、まずこれを受けてみて、ご自分の課題やセルフケアの方法を学びましょうということで決めていきますが、事前に心臓疾患や骨折等のリスクを医療機関でチェックしていただき、大丈夫だということになれば、プログラムに参加していただくと考えております。

生駒市のデータも国のモデル事業をやっておられたので、詳細なデータを公開されています。これを見ますと、生駒市の場合は、短期集中型サービスによって改善を集中的に図った後、確かに介護保険の通所事業に移行する方は少ないですけれども、結局はほとんどの方がより簡易な市の事業、継続的な事業に移行しておられるということで、これを卒業と呼んでいいのかなと思っております。また、生駒市では、地域住民の体操等の活動については、これからリーダー養成に力を入れていって、コグニサイズなどの認知症予防の体操を普及していきたいとお聞きしているところでございます。

本市の場合は違まして、まずセルフケアの学びをしていただく事業ということで、あと地域包括支援センターによるケアマネジメントを経まして、終了後は可能な方は、またその地域の集い、通いの場などに移行していただく、そして、活動を継続していただくというイメージを持っているところでございます。

こういうことをイメージするにしても、住民の方たちの活動もしっかりと大阪市がバックアップしていくことをもっと力を入れていかないといけないですけども、それにつきましては2ページをご覧くださいませでしょうか。

こちらが「一般介護予防事業（地域の住民主体の体操・運動等の通いの場など）の充実について」というテーマで書かせていただいています。高齢者が年齢や心身の状況によって、分け隔てられることなく誰でも一緒に参加することのできる、こういう介護予防に資する住民主体の体操・運動等の通いの場の立ち上げや継続を支援して、地域づくりを通じて介護予防の取り組みを推進するというのが一般介護予防事業でございます。これにつきましては、本市もこの間、10年ほどいろいろな取り組みがございます。健康づくりを展げる講座というのがございますが、これは区の保健福祉センターにおきまして、地域における介護予防活動のリーダーとなる人材を育成する事業がございます。この事業からしっかりとリーダーが地域の活動につき、城東区や北区やいろいろな区で盛んに住民の方が活動しておられます。ただ、やはりそういう方たちが一過性の講座を受けて終わったというだけで、活動をしてもらえないところは、そういう地域づくりというのは何か進んでいないところもございまして、去年から保健福祉センターともいろいろ意見交換してまいりましたが、こういうところをみんなやっていかないといけないということで、庁内的にもやはり今年はそこに力を入れていこうということで、新総合事業移行前ですが、本年度から2つの新規事業と、それから一つ既存の事業の充実を図っているものもございます。

これまで区ごとの取り組みになっていましたが、もう一度市としてまず今年度にいいき百歳体操を一つのツールとして、住民の方の体操・運動等の通いの場の立ち上げを支援するために、活動に必要な物品の貸し出しやリーフレットの提供などを行っていくということと、あと、リハビリテーション専門職の方に地域の方たちが立ち上げをするときに来てほしいということであれば、正しいやり方で体操が定着するまでの支援をしていただく。あるいは要支援の人が今度から参加したいと言っているけれど大丈夫かというような時に、そういう継続支援ということで派遣するというので、リハ職の方が地域に行って、今は保健師だけでやっていますけれども、一緒に指導を行うということを行っております。

それから、高齢者の生きがいと健康づくり推進事業ということで、老人福祉センターでももう半分はこういった活動を去年もやっているのですが、これはもう26館全館においてこういったいいき百歳体操などの介護予防に資する体操・運動等の通いの場というのを進めてやっていこうということで取り組んでおります。

一応、なぜ体操・運動なのか、なぜいいき百歳体操なのかということなのですが、これは基本チェックリスト、先ほどの該当した人というのは7つの該当区分というのがありますが、8割の方が運動器の機能低下に該当されておりまして、それが大半を占めているということがございます。それから、短期集中型というのは、やはり3か月だけなので、その時はいいのですが、それで終わってしまうことが考えられるので、継続していくような取り組みというのがやはり必要です。それから、国民生活基礎調査などでも、介護の必要な原因ということでなっているものは、廃用症候群とか、生活不活発病と呼ばれますけれども、そういう活動が低下している中で起こってくるものが3分の1ぐらいを占めておりまして、そういった意味でもそういう目的には非常に合致するのかなと思います。

あと、最近認知症の方が増えていくということが言われますけれども、30分程度のうっすら汗をかく程度の体操を週複数回やるというのは非常に効果があると言われておりまして、こういった条件にも合致するというのと、あと、右下に書いておりますが、椅子に座ってやる体操とい

うことで、もともと開発されたのが理学療法士の方なのですが、非常に安全性が高いということで、筋力が増す力の向上効果もありますし、持久力も柔軟性も上がるということで、高齢者の生活機能が低下しているところに対しては、非常に効果たるものがあるということはありません。今、活動されている皆さんの状況を拝見しますと、そういう一人ひとりの機能が向上したということのほかに、やはり人が集うことで楽しさややりがいが生まれたり、地域づくり、仲間づくりがそういう地域でしっかりしているということや、あと、認知症の予防や口腔機能の向上なども一緒に取り組まれているということで、非常にこういった一つの集まりからいろんな発展があるとお聞きしているところでございます。

左下ですが、今現在、大阪市内では約110地域、250か所でこういう取り組みをされておりまして、これを今、区域というレベルから小学校区域、あるいは徒歩圏域といったところまで、なるべく身近な地域に広げていこうということで考えているところでございます。やりたい住民の方がおられるときに、こういったものをご利用いただくということで後押ししたいと考えているところでございます。

3ページについては、参考として添付していますが、現在その医療保険とか介護保険の診療報酬改定でも、こういうリハビリテーション専門職の方などのお力を借りて、地域への移行というものを後押ししていこうということで、リハビリテーションの本来の理念であります心身機能活動参加にバランスよく働きかけていこうということを後押しする支援を強化するということが取り入れられております。このほかにも医療機関では、なかなか介護保険の維持期のリハビリテーションにつなげる資源が無かったところがだんだん整ってきたので、移行を後押ししたり、お試し利用などもされるのですけれども、両方のサービスを提供できる期間を拡大したりということで、診療報酬などは評価されております。

介護保険でも社会参加を維持できるサービスに移行する場合には、事業所に体制加算を付けるという評価も今回新設されております。こういったものと、この一般介護予防事業がうまくかみ合って、地域づくりと一緒に介護予防が進んでいくと。医療から介護へ、地域へという流れができていくということが着実に一步步進められればと考えているところでございます。資料説明は以上でございます。

早瀬保健福祉部会長

はい、ありがとうございます。先ほどの誰でも受けられる一般介護予防事業に関してのご説明ですが、これについてもまた、ご意見だとか、ご質問だとかお願いいたします。いかがでしょうか。

そしたら、私のほうから。この一般介護予防事業の2ページの部分で、例えばリハビリの専門職の方を派遣し、ということですが、これ具体的には市の職員でPTの人を紹介するのか、それとも、補助金を出すのかと、その辺はどうなのか。

河合在宅サービス事業担当課長

それは委託事業です。

早瀬保健福祉部会長

委託事業ですね。わかりました。3ページの資料で、中尾先生から。

中尾保健福祉部会長代理

慢性期維持期のリハビリに関しまして、国のほうの考えとしては、できるだけ生活リハも含めた介護保険の介護リハビリのほうに移行してほしいと推し進めてきているのですが、いつも経過措置等でなかなか進んでないですけども、多分、平成30年の同時改定の時には、もう維持期リハは恐らく全部介護でやっていただくという方向に行く一つ段階としてこの部分が出てきているのだと思います。特に、目標設定等支援・管理料を算定して、そして、できるだけ期限内に介護保険のリハビリのほうへ持っていきましょうというところで、非常に今、整形外科等で通院リハやっていますが、非常に減額になってしまっていて、このまま通院リハをやっていると大変なことになるという状況が出てきています。多分、地域のほうで変形性膝関節症とか、あるいは大腿骨頸部骨折で、その後に急性期リハが終わって自宅に戻られて、通われている高齢者の方々というのは、恐らく整形外科のリハビリではなかなか難しくなってくる。その部分で、今、適切な診療所がやっている医学的なリハビリが介護リハビリに行くのかというところで、ほとんどやはり通所リハにしる、訪問リハにしる、まだ充実はしてないと思います。そのところをもう少し充実する方向に持っていけないといけないということで、行政は考えながらやっていただく必要がある。

ただ、その後、社会参加というところまでをと介護リハのほうは言われています。介護リハで社会参加と言われたときに、本当に地域に社会参加できるようなリハビリの場所があるのか言われたときに、ここに書いてあります老人福祉センターとか憩いの家とか、いろんなものを書いてありますが、ここのところが非常にレベルダウンしているのが今、現実だろうと思います。ここをもう少し以前のようなレベルアップの状態に持っていっていただくということで、社会参加へ進めていけば、基本的に大腿骨頸部骨折で、そして急性期リハをされて、最終的に家に帰られて、そしてまた、社会参加するという、きれいな流れができ上がってくと思います。その部分を少し分かり易く書いてくださったのですが、あまり分かり易くなってない絵ですけども、そういう意味合いで今後、医療と介護のリハビリにおける連携は行くのではないかとということで、示させていただいた資料だと思っていただければいいと思います。

早瀬保健福祉部会長

ありがとうございました。背景も含めてよくわかりましたが、リハビリテーションということで、山川委員、何かコメントありますか。

すみません、いきなり振ってしまって。

山川委員

理学療法士の山川でございます。こういう形できっちりとご紹介いただけることが、まず感謝したいと思います。まず、そのことが今までできていなかった、また、理学療法だけではなくて、リハビリテーションとは何かということが地域の中にはまだまだ浸透してない。今、中尾先生がおっしゃったような形のものが現実でございます。我々団体としまして、それから、個々の理

学療法士も今まで宮仕えが主でしたものですから、なかなかその地域の中に出ていく形がとれなかった。でも、今はこのシステムのところ、診療報酬、介護報酬のとおり、今、示されたようにやはりつながりをもっていく連携。それから、今の現場、地域における中でのリハビリテーションの本当の生き方をきちんと示さなければいけないと業界も思っておりますので、私個人としてではなく、これは団体としてもこういう方向性でやっていただけることをどんどんやりたいと思いますし、皆様のご期待に沿えるような形で進めていけるように、努力を今も続けてきておりますけども、今後もご支援いただきたいと思います。その上で、今のこの出ている平成30年度以降に対しての社会の中では、リハビリテーションに対する期待というものは、要するに機能改善だけではなくて、社会性だとか生活だとか長生きをする上でもどうかということを問われておりますので、そういう意味ではいろんなところと連携をとりながら、お知恵をいただきながらやっていきたいと思っておりますので、決意表明みたいになってしまいましたけど、大変失礼しました。ぜひ、ご理解いただけて、いい意味でご要望をこれからもいただきたいと思います。よろしくお願いします。

早瀬保健福祉部会長

わかりました。ありがとうございました。

確かに地域リハというのは、そういう意味でも議論がされているわけですね。

ほかにまだ、ご発言いただいてない方もいらっしゃるし、そうでなくても。そうしましたら森先生から。

森委員

大阪市大の森と申します。私は直接リハには専門ではありませんですけども、最近、ニュータウンでいろんな地域づくり、コミュニティづくりに関わっておりますので、そこから見ますと一般介護予防事業の中で、このリハの運動、体操をやられると言ってもらえるのですが、これはとてもいいことだと思いますし、ますますそういうリーダーを育てていただけてやるのはいいと思いますけども、その中で今、既に私たちの支部の中でも理学療法の方が頑張っているニュータウンの中でやって、すごく評判がいいです。評判はいいですけども、話を聞きますと、やはり女性が多いと言われています。女性はみんなが集まってする体操が好きですけども、なかなか独居の高齢者の男性の方なんかなかなか出にくいし、そういう意味ではこぼれる方も実際にいるのではないかと思います。その中で、今後の話だと思いますけど、男性は逆に体操よりもウォーキングがいいとか言われています。ノルディックウォーキングですとか、いろんなものがあると言われるので、女性に性差で区別するわけではないですけども、メニューとして体操以外にももう少しアクティブに参加しやすいプログラムがあってもいいかと思っておりますし、最近、僕の環境と健康の関係ですと、緑道を整備すると健康になるというエビデンスが今は世界的に出ておりますので、そういう意味で僕は歩く場所を作ると出やすいとか、そういう環境整備も兼ねながら、いわゆる独居の男性が非常にやすくて、介護予防につながるような、総合的なところに、一気に難しいと思いますけども、その辺を含めて見ていただくといいかとも思います。

早瀬保健福祉部会長

しかし、福祉の話ですが、地域環境や緑道の話なんて非常に共感します。

伊藤委員

いきいき百歳体操というのは、4月に看護未来展というものを行っていただいて、そこで市の保健師の人にやってもらって、そこでリーダーとなる人が対象に椅子に座っていて、足におもりをつけたりしてやる体操で、特に治療のリハビリ目的ではなく、ちょっと動きが鈍くなった人がそれをする事で、ほんとに2週間したら筋力がすごく出て、この位置から1周してきなさいというその何秒かかるかがすごく早くなっているし、歩き方もちゃんと膝を上げて歩けるようになっていくというので、非常に効果があって、それを見せた後、このいきいき百歳体操というのを毎回続けていることを城東区の保健師がワークショップでやってくれたのですが、実際を見て、そんなに難しいことではないですが、私もおもりをつけてやっていたのですが、本当に筋肉を使っているという実感がある運動なので、先ほどここに出てくる集合住宅とか、そういう場所があって、リーダーになる人を育てておかないと、そして、持続しないとやはり難しいというのがあります。

あと、いつも出るのが、デイサービスで踊って歌ってというのは、女の人はその後おしゃべりができるけれど、男の人はやはりこれでは参加しない。最近出ているのが、コーヒーの入れ方講座というのをやると男の人が結構参加したとか、とにかく家にこもっていた人が出てくる何かを見つけて、あと、脳活性レクリエーションとここに書いてありますけれど、やはり脳ぼちといって、何かネットとかこういうゲーム的な何かを、そしたら男の人がそれには頑張って出ていく。結構、団体でしなくても個人でできるものなので、そこに何か並べてあれば、そこに通っていく男性がいるとかということも聞くので、まずは家にこもらず出るということや、さっきのいきいき百歳体操は本当に役に立つ体操かなと。もっともっと本当に広めないといけないなということは体験して感じました。だから、ぜひ広めてほしいことと思っています。

早瀬保健福祉部会長

今みたいな成功事例というか、より効果のある事例の事例集的なものをホームページにあげるとかいったこともいいかもしれません。

山川委員

すみません、もう一ついいですか。今、森先生等もお話になっていたのですが、実は施設の方には大変失礼なことかもしれないですが、カラオケなどをやって、そのことを楽しいとおっしゃる方はもちろんおられる。これは事実ではありますが、今、通所でも短期のところ、短時間のところに来られている方というのは、とにかくそういうことではないんだと、本格的な、とにかくリハビリで俺は元気になりたいという方は実際におられまして、そういうところが実際に今増やしたいというのが国の方針でも出ているのですが、現実の話を申し上げると、なかなかお金がついてこないで、それができなくて、そういう人たちはもうほとんど無料にしながら手間のかかる方々で稼ぎながら、施設の方が四苦八苦されているというのが、これ現実の施設ではあります。だから、気持ち的にはやはり皆さんはリハビリというのは、要するに元気になりたいという思いを持たれている。カラオケをしたり、何とかということだけのことでみんな簡単に言

うと、そういうテレビドラマでも時代劇を見れば嬉しいなんていうのではなくて、皆さんは本当はニュースを見たいというのと同じように、そういうものをやはり持っているという基本的なところをお持ちいただけた施策も少し考えていただけたらと思います。日ごろのところでも。

早瀬保健福祉部会長

ありがとうございました。この後、ほかの方、いかがでしょうか。

川井介護保険部会長

介護保険部会のほうも遠慮なく発言いただけたらいいのですが。はい、お願いいたします。

光山委員

光山でございます。新総合事業のサービスの利用の流れにつきましても、おおむね結構なものかなと感じております。大阪市のような大規模な自治体が一気に全体的に変更するのもなかなか難しい中で、ある意味で移行においてはこの程度で上等かなと思っております。ある意味言いますと、複雑になることによって抑制もかかるのかなと思っておりますので。それがいいか悪いかは別にしまして、中長期的にいけば、やむを得ないのかなと思います。

ただ、少し私気になるのが、大阪市が非常に大きな自治体で、区ごとによっての差が非常に気になります。先日、私はある区の地域ケア会議に参加させていただきまして、困難事例が非常に複雑になってきています。それを思うと、ほかの区との比較も私も個人的にはしてみたいと思うぐらい、非常に困難事例が複雑になっておりまして、現場の皆さんの疲弊というか悲鳴のように聞こえてきますので、そのあたりが少し今後の新総合事業に反映できるようなものができればありがたいというのは切なる願いです。以上です。

早瀬保健福祉部会長

そうですね、区ごとにもちろん均一にしたいけれども、住民のいろいろな特性もあったりするという。

白澤委員

ちょっとその件でよろしいですか。僕は介護予防はこれで随分進んだ施策だと思うのですが、今の区の話で少し気になるのは、他の自治体ではサービスBというのですが、サロン活動とか有償活動みたいなものを作っていく。そこは大阪市ではオール大阪でできないというような問題があるので、そのために補助金を、これは介護保険財源でもストレートに出すということではなくて、仕組みづくりをサポートするみたいなことをやっているわけですね。そこは区にお任せをするのか、何か介護予防事業と一般介護予防事業と、先ほどの基準緩和型には何かまだ大きな差があって、もう一つ真ん中に入れないといけないようなサービスをどうするのかは、他はやろうというか、国のメニューには入っているわけだから、区によって違うことは確かなので、やはりそれをケアプランに入れるという意味ではケアマネジャーの研修も大事という思いと、もう少し

そのあたりのサービスBに当たる部分、これが実は介護保険財源を抑えることになる一番のポイントだけれど、そこは少し何か、もう少し住民参加で作れるようなものをどうサポートしていくのか、少し介護予防もまちづくりだと国が言っているの、そういうところも少しお考えいただくとありがたいという個人的には思いがあります。恐らくそれは、基準緩和型よりも財源的には助かる議論だろうと思うのですが、少しオール大阪というところでどこまでできるか含めてお考えいただけると。

早瀬保健福祉部会長

ありがとうございました。その辺は自主的な社会活動をどう活性化するかという、非常に広い、市民局の中でも重要な話でございました。

川井介護保険部会長

今のBの意見につきましては、やはり白澤先生のおっしゃるとおりだと思います。ただ、これだけ大きいところですから、全体で一律にというよりも、モデル事業的にもさっきおっしゃったようなサロンの活動が活発に行われているような区があれば、その中でやってみてもらうという、先行的にモデル事業としてやってもらうのも一つの手かなと。B型を導入してみるというのも一つの手かなと思います。

植田介護保険部会長代理

よろしいですか。個別具体の問題については、私はそれほど専門ではないので的確なコメントを挟むことはできませんけれども、今日参加するに当たり、ネットで厚生労働省の答申案がこれまでにこれに関連したものがどんなものが出ているということを調べながら臨んだのですが、標準スタイルというか、フレームから具体的な項目にわたって、非常に詳細に目配りよく、内容にわたっても充実したものが書かれているのではないかという印象を持ちましたものですから、基本的にこの原案で私は賛成です。

ただ、これは動かしてみないとわからないことがたくさんあるので、あまりきれいに絵を描くことに終始する必要は全くないと思っております。実態はどんどん流れていきますし、変化していきます。それに応じて変えていけばいいことだろうと思っておりますので、まずベースはこれでやってみるということで、私は了承しています。ただ、一つ心配だったのは、日本経済や大阪経済の将来を考えると暗たんたるもので、正直言って確かに今、日本のGDPは世界では3位にいますけれども、1人当たりGDPですと何位か皆さんご存じですか。これ30位ぐらいです。26位、27位です。香港より下です。下にいるのに、日本の次に来るのはイタリアですけれども、イタリアというのはもう惨たんたる状態の国ですよ。それと同じぐらいのレベルです。これを急速に回復できるのかと、それは絶対できない。どんどん高齢化して人口減っていきます。生産人口も減っていきます。こういう大きい流れの時代で、しかも第4次の産業革命は、日本は出おくられていると言われている。まさにそうだと思います。イタリアのほうが国際化しています。私のいるところがイタリアの工業デザインの専門家でして、イタリアへ視察に行きましたが、その学校の半分ぐらいがドイツ人です。ドイツのデザインや工芸等、その表現様式とドイツとは全く違うものです。しかし、どんどんドイツからは学びに来ています。それだけ逆に言えば、外国人からの

客さんも入れる体制が整ってきていることということです。

日本は、そういう意味ものすごく遅れています。新しい産業革命を起こすにあたり、新しいアイデアを取り入れるとかでも。ということになると、経済発展もままならないなということです。加えて、こういう介護ビジネスというのはまだ20年もたってないです。1つの産業が起って、一人前になるので最低20年かかると言われています。その中でサービス業というのは、作ったものを客観的に評価することはできない。というのは、生産した過程が表示する過程ですから、皆に見せて、それで、それを客観的に評価するというのは非常にできない。そういう作業だけに試行錯誤が非常に多く繰り返されることになって、やっと世間的にコンセンサスの得られるような水準のものになるということにおいて、時間が非常にかかる産業だと言われています。こういう中であって、その介護ニーズというのはどんどん膨れ上がっていく。そういうことで、行政側としてどう対応したらいいかというのが、実は、私は結局、介護保険制度ができた最初からこの委員会のメンバーにさせていただいておりますが、常に頭にあって考えていることです。早い段階で一人前にさせようということと、無駄がないように必要なニーズに対して的確に対応しようということです。そうすると、重篤で人の手の欲しい人たちに行政が手を差し伸べるということが先だろうというのに、というならば、いわゆる非常に重度な要介護度の高い人たちに対する厚い手当ができていのかどうかということですよね。ところが、それを見ながら、これまでずっとそれぞれの施設計画を考え、それに基づきどれだけかかってということで、いわゆる介護保険条件の最低に、基本的な提供、作業をこの介護部会でやらせていただいた。

ところが、これからどんどん増えていきます。今までの流れのようなスピードで増えていったらもうお手上げ状態です。となると、これを何とかブレーキをかけるようにしないとならない。ということは、これは病気と一緒にすけども、やはり予防こそ最良の対策です。そうすると、介護予防にできるだけ金を投じるということ。これをやっているのはイギリスです。だから、ここにその介護保険のサービスが必要になるようなことがないように、できるだけ自立できるように手だてを講じるということです。ところが、ここは個人差がある、地域差がある、これをばらばらで、また、人によっては一つのもので計ろうとしたら絶対無理です。といって、きめの細かいものに、すごくかゆいところに手が届くようにサービスを行政がやろうと思ったら、これも無理です。そしたらどうしたらいいのかということが、実はこれから大きな問題になってくるだろうと。

僕が思っているのは、介護度の高い人たちで介護保険制度を見る業者がたくさん大阪市にいる。これもクリアすることがまず大事だと。僕は頭の中で常に思っていて。それと同時に、並行的にやはり介護予防というのは充実させるということがある。そのときに余りこういうしっかりした計画を立てるのではなく、やはり効果を見ながら、次の変化を見ながら対応できる柔軟な体制を作っていくことが必要だろうと。これには、大阪市はいろんな方がおっしゃったように、大阪市のこのセクションだけで対応しようとするのではなく、市民局では既にコミュニティー活性化方策はもう提案を出しておられるじゃないですか、いろんな同じような介護予防の結局、何か協議会ができたり、いろんなことがそれぞれの地域に既にできています。そういう資源をうまくオールワンにしていくということを考えながら、その後何が対応できるかということを考えていくのもものすごく大事なことでないか。この計画案には僕は基本的に賛成ですけど、これをどう動かしていくかというのは、もっといろいろ現実の動きを見ながら、どうか対応していただければいいのではないかとということです。

早瀬保健福祉部会長

はい、ありがとうございました。おっしゃるとおりだと思います。時間が段々進んでまいったのですが、ぜひ発言されてない方はと思っておりますが。

濱田委員

私も先ほどの植田先生と同じ意見で、やってみないとわからないというのが多いかなと思っていたのですが、ただ、現在、要介護認定を受けて、そして、サービスにつながっていくという流れを基本チェックリストに大幅に変えて、うまくいかなかったからもとへ戻すというのは非常に難しいことと考えますと、ソフトランディングでいくしかないかなと。感想みたいになってしまいましたけど。

あと、一般介護予防のいきいき百歳体操は非常に普及している地区もあると伺っているのですが、2025年を見ますと、今から1.5～1.6倍、要するにもっと高齢者の方の人口が増えていくと。そうしますと、場の確保ということも非常に重要になってくるということで、フォーマルサービスはかなり計画で量的に増やしていくパターンになっていますが、こちらのほうがどんどん増えていき、やる場所がないという、普及しているところはそちらのほうも気を配っていかないといけないのかという気がしました。

早瀬保健福祉部会長

ありがとうございました。せっかくですので、例えば、大槻委員いかがですか。あと、大橋委員と。何かご意見は。

大槻委員

今日の話は、少し私と外れたところがありまして、弁護士というのはもうちょっとドロドロしたところでうろうろしておりまして、結局は虐待されてどうしたとか、そんな話ばかりなものですから、いきいき百歳体操ですが、非常にこういうところに実は余り縁がないのですが、そうすると、弁護士というよりは、私はことし9月から前期高齢者になりますので、一高齢者として聞いたほうがまだひっかかると。ところが、今お話を聞いていますと、このプランというのはひとり暮らしのお年寄りで、引きこもりで、男性で、体も動かしていないという方が多いと。実は私はあと10年くらいは現役でやりたいと思っているので、実はそこでもうまく合っていないです。それで、一生懸命どこかでひっかかるかなと思っていたら、まず、いきいき百歳体操とか、これはどこかで集まってやれるかという、私は多分その時間が全くない。そうすると、あとは先ほども出ていましたけど、女性と違って男性は一人でもやりたいとかそういう発想があります。これ例えばDVDとかどこかで借り出すとか、そういうことはできるのですか。たとえばネットとか。

河合在宅サービス事業担当課長

高知市の件などは、自由にコピーをできるような形で、You Tubeでも公開されていて、そういったものもやっていただけます。

大槻委員

では、You Tubeでそれをさせていただいて、あと、いろいろ例えば、認知症の活性化レクリエーションとか、これをやると何か非常に多分、頭がよくなるのだろうと思うのですが、これはどういうことをやれるのですか。

河合在宅サービス事業担当課長

何かいろいろなことを、そうですね、参加いただいていますか。では、実際にやっておられる方がおられるので、すみません。もしよかったら。

大槻委員

後でいいですけど、要はそういう形でこういう典型的でない、さっきの話も少し出ると思うんですけど、いろんな形があると思います。本人は元気元気と思っているけど、周りから見ると、記憶能力が鈍くなっているとか、そういうことはよくありますから、そういう人にも手の届くようなことをやっていただければなど、一高齢者にそろそろなることでということでした。

早瀬保健福祉部会長

ありがとうございました。そうしましたら、小谷委員からお始めください。

小谷委員

歯科医師会としては、かみかみ百歳体操とか、口腔機能向上というのがありますので、きちんと書いてくださっているのはありがたいなというのが一つと、私は実家がお寺ですので、そういう人が集まるところでこういうことができるというのを、どこまで行政の方がやってくださるのかというのは、すごく期待をしているところでもあります、ちょっとリーダーがどういう人を想定されているのかと、リーダーの質にかかわってくるところが多くなってきますので、そういう方もきっと高齢者の方になってくるといいますので、そこはすごく楽しみといいますか、期待しているところです。よろしくお願いします。

大橋委員

私は、専門的なことは全然素人で、わからなくていつも傍観者的な立場ですけれども、現実には89歳の母が介護認定を受けて、今、植田委員がおっしゃってくださったように、守られる立場としてほんとに感謝しております。それと同時に、この一般介護予防事業に関して、これから団塊の世代の方がどんどんどんどん母と同じように介護していただけるかということ、いろんな経費の問題とかも出てくると思うので、やはり私自身がこの一般介護予防でいろいろなところに参加して、体操など自分がどんどん積極的にやっていけたらいいなと感じました。

早瀬保健福祉部会長

はい、ありがとうございました。いろいろとご意見をいただいて、特に応用できるものはぜひ市のほうでまた検討いただければと思います。日程、時間が迫ってまいったのですが、以上で、

要は今日のメイン議題はこの一般介護予防事業の推進についてですが、いろいろご意見をいただきましたので、こういったものを踏まえて、今度の議題、分科会のほうにも報告してまいりたいと思います。議題2としてその他がありまして、これは資料3の話だと思いますが、これについてお願いします。

久我課長

すみません、高齢福祉課長の久我でございます。よろしくお願いします。それでは、私のほうから平成28年度、今年度の高齢者福祉専門分科会の開催予定につきまして、ご説明をさせていただきます。資料3のほうをご覧ください。1枚めくっていただきたいと思います。

まず、一番上でございますけれども、6月2日、本日でございます。第1回目の保健福祉部会・介護保険部会の合同部会を開催させていただきまして、新総合事業のサービスの利用の流れにつきまして、ご議論をいただいたところでございます。これを受けまして、6月の下旬から7月の上旬ぐらいになると思いますが、今回、本日いただきました新総合事業のサービス利用の流れにつきまして、第1回目の保健福祉専門分科会の親会と言われている分科会にお示しさせていただきます。また、ご議論をお願いしたいと考えております。

それと、10月でございますが、第2回目の高齢者福祉専門分科会、親会を開催させていただきまして、7月から実施させていただきます高齢者の実態調査の結果につきまして、速報版をご説明させていただきたいと考えております。それで、まずご意見等をいただきまして、その意見を反映させていただきまして、2月、3月に開催させていただきます第3回の専門分科会並びに第2回の保健福祉部会などを踏まえまして、その実態調査の確定版をお示しさせていただきたいということと、第6期の計画につきまして、進捗状況等をご説明させていただきたいと考えております。このような予定になっておりますので、どうぞよろしくご予定をお願いしたいと考えております。以上でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

早瀬保健福祉部会長

はい、ありがとうございます。この予定に関しては、特にご意見はないかと思いますので、これで本日予定しておりました案件は全て終了となりました。今日ご出席の委員の皆さん全員ご発言いただけてよかったと思います。では、これで司会のほうに進行をお渡しします。

司会（三方高齢福祉課課長代理）

早瀬保健福祉部会長、ありがとうございます。委員の皆様方におかれましては、本日、お忙しい中、また、長時間にわたりご審議いただきありがとうございます。

本日いただきましたご意見につきましては、局において再度検討いたしまして、早瀬保健福祉部会長、川井介護保険部会長とも調整させていただいた上で、大阪市社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会において、ご審議いただきたく存じますので、引き続きよろしくお願いいたします。

それでは、これをもちまして、本日の保健福祉部会・介護保険部会の合同部会を終了させていただきます。本日は誠にありがとうございました。

閉会 午後4時00分