

平成17年度 第2回 京都市民長寿すこやかプラン推進協議会 摘録

日 時：平成17年8月29日（月） 午後2時～4時30分

場 所：ホテルニュー京都 2階「祇園の間」

出席委員：足達，荒綱，上原，小川，上林，木俣，木村，源野，玄武，坂口，里村，真田，清水（保），清水（紘），田中，玉置，橋本，浜岡，三村，森永，山下，山田，吉光，渡邊（五十音順・敬称略）

司会 （前田部長）	定刻となったので，ただ今から平成17年度第2回京都市民長寿すこやかプラン推進協議会を開催させていただく。 まだまだ昼間は暑い中，また皆様御多忙な中，本協議会に御出席をいただき感謝申し上げます。 開会に当たり，折坂保健福祉局長から御挨拶申し上げます。
折坂 保健福祉局長	（挨拶）
司会 （前田部長）	それではただ今より議事に入る。 以下の進行については，浜岡会長にお願いする。
浜岡会長	それでは議事に入る。 本日の議題は，報告事項が二点，協議事項が四点となっている。 まず，報告事項1，2について，資料2，3に基づき事務局から説明いただきたい。
事務局 （江口課長） （西田課長） （松本課長）	報告事項1「国の動向について」，報告事項2「本市の取組について」を資料2，3に基づき説明。
浜岡会長	二つの報告事項について，御意見・御質問等お願いする。
清水（鉦）委員	税制改正について，資料2の8頁下に「利用者負担段階の上昇が1段階の者については，社会福祉法人による減免により対応することを検討して

いる」とあるが、これは社会福祉法人でなければいけないということか。例えば、医療法人等に1段階上昇の人がいた場合、それは救済できないという考え方でよいのか。

事務局
(江口課長)

これについては、どのようなやり方をするかを含め、現時点では国から説明がない。社会福祉法人による減免ということになると、現在の社会福祉法人減免の延長であると考えている。医療法人あるいは株式会社、他の法人による減免という制度はなく、これについてはできないものと理解している。ただ、今後どういったやり方をするのかということについては全く示されておらず、現在、国において検討している段階である。

清水(鉦)委員

国に対し確認などはされておらず、通知や政省令を待つということか。

事務局
(江口課長)

今後国から示されるということである。平成18年4月からのスタートとなり、この部分についてはもう少し国の方で検討が加えられるものと考えている。

清水(鉦)委員

資料3の2頁「高齢者虐待事例研究会」の発足についてだが、研究会の目的の中に、「虐待を受けている高齢者の発見」という項目がない。しかし、そのような情報をつかまないと、隠れている人の状況はいつまで経っても変わらないのではないのか。

また、委員構成の中に医療関係者が必要ではないか。児童虐待の場合、医療機関で発見されるケースが非常に多い。お年寄りについても、児童ほどではないにしても、同じようなケースがあるはずである。

事務局
(松本課長)

まず一点目の、虐待を発見するシステムがないという御指摘であるが、『虐待防止法』が議員立法で提出されたが結局は廃案となった。この虐待事例研究会においては、関係施設等も含めた虐待事例の発見・対応、その後のフォローを含めて研究していくことが第一の主旨である。その後、対応やノウハウを蓄積した上で分析結果をまとめ、体系的な体制を研究していくという段階である。

次に二点目の、医療関係者の方が入っていないという御指摘については、まず弁護士や福祉関係施設の方で事例を分析していくこととしており、今回、医療関係者が委員として入っていないことは事実である。

清水（鉦）委員	できることなら委員として医療関係者を入れていただきたい。
浜岡会長	本市の取組について、10月からの実施に向けて、すでに7月から様々な形で説明会が開催されているが、その参加の状況はどうか。実際にサービスを提供される側には、どれくらいの説明が行われているのか。10月までの期間は短いですが、京都市の全サービス提供事業者に対する説明会は徹底されている状況にあるのか。
事務局 （江口課長）	7月27、28日の施設職員に対する説明会、あるいは8月19日の社会福祉法人職員に対する説明会については、出席しなかった施設は1箇所だけであり、その施設に対しては書類を送付し説明をするなど、一定の対応はできている。
浜岡会長	他に意見等が無いようであれば、協議事項1について御説明をお願いします。
事務局 （江口課長）	協議事項1「次期計画期間における第1号被保険者の保険料段階の設定について」を資料4に基づき説明。
荒網委員	資料4の3頁で、保険料段階を9段階にされているが、それぞれの段階の被保険者の割合はどのようになっているのか。
事務局 （江口課長）	平成17年6月1日現在の被保険者の分布を、2頁の表に示している。ただし、この表では、新5段階の層は示されていない。例えば、第9段階を合計所得金額700万円以上の方とすると7,555人おられるというように見ていただければと思う。 保険料段階の設定については、現段階では、例えば所得700万円以上の方の保険料率を2.0とするとこうなる、ということであり、合計所得金額をどこで区分するかによって、各段階の人数も変わってくる。
浜岡会長	今は、9段階ぐらいの多段階に設定するということが、実際の区切り方や保険料率についてはまだ試算をしている段階であり、700万円以上で区切ると決まったわけではないということか。
事務局	そのとおりである。現在、国の標準では6段階ということになっている

(江口課長)	<p>が、今後、段階を区分する所得金額をいくりに設定するか等々について、一定の全国平均の目安が示されるのではないかと考えている。そういったことを含めて検討していかねばならないと考えている。</p> <p>また、税制改正の影響によってどのくらいの方が非課税層から課税層に移行するかが十分読み切れていない。課税層へ移行する方の扶養家族の影響もみなければならない。</p> <p>このような段階でごく粗い試算をしたものであり、今後より正確に把握して段階設定を検討していきたい。</p>
浜岡会長	<p>京都市の場合、第1・第2段階のウエイトが非常に高く、その影響を抑えていこうとすると、結局はこの第9段階のような設定にせざるを得ないという一つの考え方を提示されたということである。</p> <p>考え方等について、御意見等なければ次の課題に移りたい。</p> <p>それでは、協議事項2について御説明をお願いします。</p>
事務局 (松本課長)	<p>協議事項2「地域密着型サービス等の基盤整備の考え方と見込み量について」を資料5に基づき説明。</p>
荒網委員	<p>質問ではないが、前回(6月20日)の会議の中で、特に認知症について意見させていただいたことに対し、市として前向きに取り組んでいただいたことに感謝申し上げます。</p>
浜岡会長	<p>小規模多機能型居宅介護拠点と認知症高齢者グループホームについては、日常生活圏域に合わせて整備するという形で、前回の案から変わっている。介護予防拠点については、「行政区ごとに数箇所」が「行政区ごとに1箇所」に変更されているが、この1箇所というのは何かモデル的な意味があるのか。</p>
事務局 (松本課長)	<p>まず行政区ごとに1箇所、早期に全区に実現するということを前提にしており、モデル的な意味を持つ。地域支援事業等の実施を含めて、みていきたいと考えている。</p>
清水(鉦)委員	<p>介護予防拠点の設置者は京都市ということになるのか、それともどこかの事業所を募集する形になるのか。</p>
事務局	<p>京都市の設置ということは想定していない。たとえ設置したとしても、</p>

(松本課長)	既存の場を用いたものである。実際、国が示している整備の金額や今後の事業内容を見ても、いわゆる“場と機能の拠点”といった性格の施設である。
清水(鉦)委員	資料5の2頁の4に、「介護予防拠点に高齢者に来てもらいサービスを提供する」とあるが、介護予防拠点に行ける人には予防の必要はない。つまり、家を出られない人、出たがらない人を引っ張り出すことが予防の一つではないかと言われているのであるが、そういったことから考えるとこれは一步後退であるように思う。将来的にはこういった拠点を急速に増やす方向で考えているのか。
事務局 (松本課長)	<p>現在、地域の学校の空き教室等を活用して、健康すこやか学級を160箇所で開催している。また、老人福祉センターが17箇所あり、様々な事業を展開している。</p> <p>これらに加え、介護予防拠点においてハイリスクアプローチということで事業を実施するが、実際は健康すこやか学級のような場に職員が行き、指導もしくは事業展開をすることも考えられる。従って、拠点自体の数を増やしていくというよりも、むしろ事業を増やしていくという考えを持っている。</p>
源野委員	資料5の4～5頁の認知症対応型通所介護と小規模多機能型居宅介護について、1人当たりの利用回数を月に8.2回、おそらく週2回ぐらいという形で算出されたものであると思うが、両サービスについては代替的なサービスというものがあまり考えられず、もう少し利用回数が多いのではないかと思う。8.2回という数字については、国の方から算出の基準のようなものがあつたのか。
事務局 (江口課長)	国の方からの指示はない。回数については、現在のデイサービスの利用実績から、週2回ぐらいかと考えている。小規模多機能型居宅介護の場合は月額の包括的な報酬というように考えられており、介護報酬を見た上で設定になるかと思う。
木村委員	介護支援専門員の立場として、サービス計画を立てる時、この認知症対応型通所介護はご家族にとって非常に有効であると思うが、介護報酬は一般型と比べて非常に高くなっている。回数を増やすと1割負担が高くなるというように連動してくる。認知症に対応した場所が増えることはよいこ

とであるが、ケアマネジャーからは、ご家族のことも考え費用の少ない一般型で(計画を立てた)ということも多く聞く。このような状況について、市独自で具体的な対策を考えておられるのか。

事務局
(江口課長)

確かに認知症対応型は一般型に比べ、介護報酬が高く設定されており、利用料の負担も多くなるということは事実であり、それによって利用回数が制限されることもある。ただ、本市独自で何らかの対策を講ずるということは現状では考えていない。

司会
(前田部長)

資料5の3頁にある夜間対応型訪問介護は、現在、市内では提供されていない新しいサービスであり、本市としてもサービス量を見込みにくいですが、現場の立場から何か御意見等があれば伺いたい。

源野委員

いくつかの事業所が、介護保険に入る前に24時間対応の特養ヘルパーという形で、一定の役割を担ってきた経緯がある。ヘルパーというものは時間に関係なく利用者のニーズに応じてきた。

介護保険になってからは、派遣時間帯によって費用が異なり、夜間になると利用者の負担が高いということで、ケアマネジャーを通してのニーズが減った。夜間の利用は控え、単価の安い夕方ぐらいまででできるケアを増やしてほしいという希望がある。しかし、実際に、その人に夜間の支援が不要なのかどうかについては検証できていない。

一方、障害者の方は夜間でも、本当のニーズに対応した派遣を実施している実状がある。

介護保険の場合、費用の高い深夜に派遣を求めるケースといえ、かなりの重度の方が家庭内の介護力がない方ということになる。場合によっては職員を2人派遣しなければならないなど、利便性の面でまだまだ難しい問題はあ

浜岡会長

現状から見て、これくらいの数値の見込みでよいというお考えか。

源野委員

今後、夜間対応型訪問介護がどの程度の単価設定になるかによる。訪問看護と同じように、登録された要介護3以上の方たちに、どれくらいの利用者負担で在宅の安心感が得られるのか、逆に言うと、利用者に支持されていけば、もっと利用が見込まれると思う。利用者に向き合う側としては充実していったほしいが、家族や本人の負担を考えると課題はかなりあると考える。

木俣委員

ある事例として、夜間の介助のために緊急通報システムのボタンを度々押されるひとり暮らしの方がおり、その都度、民生委員が様子を見に行ったり、救急隊員が駆けつけたりしている。夜間にヘルパーがいればこのようなことはなくなるのであろうし、民生委員にとっては夜に巡回してもらえたいが、費用等の問題もある。

浜岡会長

自信を持って見込み量を設定することはなかなか難しいということで、比較的近いサービスのこれまでの実績から見込んでみたというのが今の段階である。

山田委員

介護保険で施設志向が強まった中、地域密着型サービス、特に夜間対応型訪問介護と小規模多機能型居宅介護というのは、(現状のサービスでは)在宅で暮らせない、在宅サービスは脆弱すぎるといった声から出てきたものであると思う。本人や周囲の方にとって、在宅での不安や限界を超えた状況の中で、施設や病院へ気持ちが傾くことを何とか食い止めようというのがこのサービスであると思う。ただ、今までになかったメニューなので、回数などは大変算定しにくいと思われる。

小規模多機能型居宅介護の利用回数を月8.2回、おそらく通所介護の回数を用いて算出されているが、このサービスは通所だけでなく訪問や宿泊もあり、それらをひっくるめて、どれが何回という単品サービスの組み合わせの発想をやめようという前提がある。したがって、果たして資料のような回数表示がなじむのか、表現方法としては多少疑問に思う。

夜間対応型訪問介護と小規模多機能型居宅介護は、夜間訪問の部分で対象者が重なると思われる。しかし、サービス提供の重複関係が、もう一つ読みにくい。私自身、夜間対応型訪問介護のイメージがまだつかみにくく、随時のニーズにも応えていくということで、実際の利用回数は見込みよりかなり増えるのではないかと考えている。ただ、契約の単価が、いわば小規模多機能型居宅介護と同じように登録単価の形で設定されるのか、それとも出来高によるのかによって随分数字は変わってくると考える。

いずれにしても、小規模多機能型居宅介護の回数表示については御検討いただきたいと思う。全体の見込み量は、誰にとっても分かりにくいというのが感想である。

浜岡会長

他に御意見がないようであれば、次の協議事項へ移りたい。
それでは、協議事項3について御説明をお願いします。

事務局
(松本課長) 協議事項3「地域包括支援センターの円滑な運営と地域支援事業について」を資料6に基づき説明。

真田委員 地域サイドまではフォローできないという市の気持ちは重々分かるが、現場の者としては切羽詰っている問題である。
地域包括支援センターを立ち上げられるに当たり、資料6の1頁の図のように、社会福祉士が中心にこれをマネジメントするようなイメージとなっている。しかしながら、各地区での既存の資源との連携をどう模索されているのか。まず、地域の受け皿を先に準備しておかなければ、この事業はスムーズに地域へ入っていかないと考える。社会福祉士と各種事業者及び民生委員等の団体との連携、ルールづくりについて、事業を立ち上げるまでにどのように進めていくのか。

事務局
(松本課長) 地域包括支援センターについては、地域の関係機関、民生委員等との連携を深める中で展開されていくものと考え。
地域包括支援センターの運営協議会として、本推進協議会が位置づけられている。これは全市的な運営協議会であり、それ以外にも区役所ごとに運営協議会を設置し、そこで地域の関係機関、民生委員等を含めて協議していくことを考えている。当然、事業が始まった中では、個別の事案等を含めた連携を重々図っていくことになる。

渡邊委員 資料6の11頁(5)の「本市で検討中の課題」で、「ハイリスクアプローチ(特定高齢者施策)とポピュレーションアプローチ(一般高齢者施策)のどちらを重視していくべきか」とあるが、基本的にポピュレーションアプローチについては、例えば保健所を中心とした様々な機能を今後とも投入していくことを当然の前提と考えてよいのか。介護予防だからということで、新しい拠点なり地域包括支援センターの方に全部やっていただいて、保健所は何もしないということは決してないのか、ということを確認したい。

大槻部長 御指摘のとおり、各保健所で実施している事業を基盤に据えて、今後の介護予防の展開をしていくというのが基本的な考え方である。

渡邊委員 国が、老人保健法による基本健康診査のやり方を変えていくことを検討中であると聞く。

例えば、先ほどの認知症の問題についても、家の近所で毎朝公園の掃除をしている愛想のよいお年寄りがいた。だがついこの間、実は認知症のMMSEで20点を割るような方であったということがわかり、専門機関でみてもらうことになった。

結局は、そういう方に対して、いかに早めに対応するか。日頃の地域における活動、地域社会の中でその方たちをどう一緒にみていき、そこに専門職として、例えば保健師がどう関わっていくのかと考えると、保健師には最低限でも、MMSEや長谷川式（などの検査方法）を理解し、一人ひとりがどういった認知症のレベルであるかを判定できるような能力をまず身につけていただきたいと思う。そうでないと、MMSEや長谷川式において十数点にある方を後から捕まえて介護保険の中で対応しているようでは、いくらやってもあまり意味がないのではないか。そのような方を減らすことが、介護予防事業の大きな道しるべとなる。

ただ、どういった方々にそのような事業をするのかという部分が、国の方でもまだきちんと押さえられていない。どういう人たちをうまくスクリーニングし、必要とされる人たちにどれだけ正しいインターベンション（介入）をするのが、実はあまりよく分かっていないというところが、介護予防事業の大きな問題である。

そうは言いながらも、認知症の方は年を追うごとに一定の割合で出てくる。手をこまねいて見ていることは絶対許されないわけであり、客観的に皆が理解できるような物差しにおいてどうしていくのか。専門職種レベルアップを図り、早め早めにインターベンションできるようにすること、足腰を鍛えていくことを考えていかなければ、皆で支え合うと言いながらも、介護保険の費用はどんどん増えていく一方である。

ポピュレーションアプローチとして、京都市の健康部署の方たちは当然関わってくださると思うが、そういった方たちの能力をさらにアップし、うまく利用していくことを同時に考えていただきたい。また、事業を具体的に進めていくため、職員の資質の向上を図っていただきたい。

土井室長

貴重な御意見をいただき感謝申し上げます。

ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチについては、どちらが大事、どちらが必要でないというのではなく、両方が相まったものと考えている。

特に、ポピュレーションアプローチについては、介護保険の必要な状態になってしまうのをできるだけ遅らせるため、保健所が持ち合わせている現在の機能、能力、人材の資質などを十分に活かしていきたい。今日にお

いても、モデル事業から出発し、集团的にアプローチしている事業は非常に多くある。例えば基本健康診査においても、認知症に対する相談の場を設けている。そういったものを、制度が変わる中でどのように切り替えていくのか、よりよく展開できるかということを探している最中である。

荒綱委員

地域包括支援センターでの介護予防マネジメントにおいては、保健師の位置づけが非常に重要視されている。現在、保健師は全国で3万5～6千人と聞いているが、すでに現場をリタイアした人も含めての数である。

このような中、地域包括支援センターの中に保健師をどれだけ確保できるのか。たとえ確保できたとしても、その保健師が長期間仕事に就いていなかった人であれば、介護保険制度自体も知らないという現状の中で、介護予防マネジメントを実施していくのは非常に危険なことである。しっかりと教育していただかなければ、地域包括支援センターの機能を左右することにもつながりかねない。

また、資料6参考資料の13頁「基本チェックリスト」で、認知症に関わる項目がNO.20, 21の二つくらいしかない。認知症の方を早く発見し介護予防につなげていくことを考えた時、チェックリストの見直しも必要ではないか。

木村委員

京都府から委託を受け、介護支援専門員協議会として、地域包括支援センターの職種であるリーダーケアマネの養成研修を行っている。京都府全体で、毎年50名×3年間、計150名となっているが、その中で、看護師の資格の方、社会福祉士の資格の方、介護福祉士の資格の方が全て重複してしまっている。

地域包括支援センターの役割を果たすことのできる経験のある職種となれば、職員の確保が一つの課題であるが、京都市ではどのように確保できるとお考えか。

事務局
(松本課長)

在宅介護支援センターのヒアリングにおいても、職員の確保が非常に困難ではないかという声が多く聞かれた。地域包括支援センターに移行していただく中で、3職種(経過措置も含む)の職員について確保をお願いしているとともに、確保してもらえらものと確信している。

センターを運営していく上で、3職種の方が中心となっていくわけであり、しっかりと研修を行っていきたい。

木村委員

研修の予定はもう決まっているのか。

事務局
(松本課長)

時期については、また調べて答えさせていただきます。

浜岡会長

主任ケアマネと保健師等についての御意見が出たが、社会福祉士においても、資料6の1頁のイメージ図で想定されているような仕事をこなしている人はそれほど多くないと思う。社会福祉士に対する研修も予定されているのか。

事務局
(松本委員)

11月から国の方で研修が実施される予定である。地域包括支援センターに従事する予定の職員が対象ということで、3職種合わせて予定されている。

源野委員

在宅介護支援センターから地域包括支援センターに移行するのは、現在の80数箇所のうち50箇所程度であり、ヒアリングや各法人の配置状況を確認しながら、京都市が決定されると思う。

資料6の2頁に、事業者のヒアリング結果から経過措置等の課題を市がまとめておられるが、在宅介護支援センター連絡協議会として特に重要と考えていることは、(2)公正中立性の確保についてである。

地域型在宅介護支援センターはどちらかという施設や病院に併設している場合が多く、市民から見ると独立したイメージがあまりない。だが、地域包括支援センターの取組からすると、どうしても独立性を築いていかなければならない。現場職員からも要望がある。

その理由として、新予防給付のプラン作成については、業務を一部委託できることになる。地域の中でいろいろな取組をしてこられた事業所のケアマネジャーがたくさんおられ、要支援や要介護1の方たちのプランニングに懸命に取り組んでおられる。そういった方が委託を受けなかった場合、利用者が地域包括支援センターに行ってしまうのではないかと、利用者に向き合った援助ができないのではないかと不安がある。その辺りを考えると、中立性をきちんと作らなければならないということが、当協議会でも主流となっている。

それには、職員の確保・養成の問題や、一定の経験のある3職種を用意するためにかかる経費の問題がある。国からは、委託先に予防給付のプランを作らせても、請求や事務等は全て地域包括支援センターが行うよう言われているので、3職種以外にどうしても事務職を置く必要が出てくる。財政的に厳しい中であるが、中立性を持ち、市民に近いところで相談・援

助できるようにしていくことが大事であるとする。

また、地域包括支援センターにおいては、地域のハイリスク高齢者を全て整理して把握するというよりは、従来からの保健師の活動や民生委員、地域の医師会から情報提供していただき、プランニングやアセスメントに入っていくというイメージであり、情報の入ってきやすい、風通しのよい事業所、センターにしていかなければならないと考えている。

玉置委員

社会福祉協議会としては、福祉センターあるいは地域での様々な取組の中で、「基本チェックリスト」をできるだけ活かしていく方向で、様々な話し合いを進めているところである。

実際には、チェックリストを基に様々な分析をしていく時には、それなりの専門性を身に付けていかなければいけない。ハイリスクアプローチについては専門性というものが随分問われてくる中で、関係機関へのどういった繋ぎ方をするのか、今後のネットワークのあり方が重要になってくる。

資料6の5頁に、基幹型在宅支援センター運営事業としての地域ケア会議を継続していきたいと書かれている。地域ケア会議は地域の中で様々な状況を早期発見していくために非常に有効であると思うが、それが現在機能しているのは数箇所と聞いている。今後何が必要なのかという対応策を含め、地域ケア会議の中で、地域の具体的な状況を把握できればと思う。

また、地域包括支援センターが出来ていく中で、事業者としては、現在取り組んでいる事業との住み分けをしていかなければならない。日常生活圏域がどの時期に確定していくのか、地域包括支援センターとしての位置づけはどのくらいの時期に明確になるのか、地域包括支援センターのスタッフに高い力量が求められる中で、ネットワークのあり方だけでなく人材育成を早急にどう考えていくのか、明確にお聞きできるのであれば示していただきたい。

今、在宅介護支援センターで、介護予防の取組の様々な動きが芽生えている。しかし、やはり行政の方でお願いするとした場合、例えば土日や祝日に地域の方々を交えて様々な活動をしたいといった時に、保健所では土日祝の対応が難しいという状況がある。今後、関わり方をどのようにしていけばいいのか、あるいは考えられるのかを示していただきたい。

土居室長

ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの関係から、例えば保健所の保健師が新しい制度に対応していく場合、どのような関与をしていくのかという御意見だったと思う。

現在、保健師は赤ちゃんからお年寄りまで様々な保健活動をしているが、

今後高齢者の分野においても求められるところはますます大きくなっていくであろうと考えている。

ただ、新しく見えて決して新しくないと考えているのは、介護保険制度の改正に基づいて新たに行っていくことは、実は、従前の老人福祉法と老人保健法が行っていることの一部縮小であり、一部拡張である。一部拡張は、例えば保健師を活用しての保健事業、介護予防事業になるかと思う。新しく生まれ育ってくる保健師が、今後、かなりの需要に応えてくれるであろうと思う。

一方、現在の保健師に、他の部分でもどれくらい働いてもらえるのかということも今後の議論になろうかと思う。ポピュレーションアプローチである保健師活動というのが非常に大きいと認識しているが、その辺りの調整は今後数年に亘って続くと考えている。結論としてはまだ出ていない。

浜岡会長

他の質問に対してはいかがか。

事務局
(松本課長)

地域包括支援センターと日常生活圏域の選定は10～11月を予定している。

地域ケア会議については、実態として各所で有効に機能するように、さらに会議自体が有効に運営されるように、基幹型在宅介護支援センターの継続的な事業として力を入れていきたい。

浜岡会長

本日はもう一つ協議事項があるので、次に移りたい。
それでは、協議事項4について御説明をお願いします。

事務局
(松本課長)

協議事項4「次期プランの重点課題等の設定と主な記載事項について」を資料7に基づき説明。

浜岡会長

ワーキング等で、事前に気付かなかった点等があればお願いします。

三村委員

在宅福祉の重点化においては住まいの問題が重要であるが、重点課題ではまちづくりプロパーの中に入ってしまった。今の介護保険にしても、厚生労働省は、保険制度・福祉制度プロパーについては非常に熱心だが、住まいの問題については国交省に任せておけばいい、手に負えないといったところが多々見受けられる。

“転ばぬ先の杖”というが、本来であれば、介護予防という時に住宅をちゃんと直しておくことが在宅支援の基盤である。家族の介護能力を上げ

ていく、介護者の負担も減らしていく、本人の心身の向上にもつながるわけであり、予防の段階で（住宅改造について）よく点検し相談に乗るといふこともやっていかなければならない。

介護保険の住宅改修費はあるが、今度の改正ではほとんどノータッチの状態である。介護保険を使っても使わなくても、他のいろいろな制度があるので、きちんと相談にのってやっていけるということがケアマネジャーの能力の一つとなる。

浜岡会長

今回、重点課題を前回の10項目から6項目に、総合的にまとめているため、アクセントとして弱くなったイメージがあるかもしれない。

折坂局長

三村先生より住宅の問題について御提言をいただいたが、以前、三村先生にリーダーになっていただいて様々な住宅関係のプランニングをさせていただいた。また、都市計画局において策定している住宅整備第8次計画の中でシルバーハウジングという構想があった。

前回の本協議会の中でも、私の方から今後の課題の一つとして、特に、低所得者向けの住宅の確保について話をさせていただいた。

今回、施設から在宅へという流れの中で、ユニットケアの単価あるいは食費・居住費の負担等がかなり具体的に示されてきており、低所得者向けの住宅確保の問題は一段と大きくなってきた。ただ、これは保健福祉局だけで取り組める課題ではなく、関係部局とも協力を進めていきたい。

本日たくさんの課題について御議論いただいたが、基本的には三つのパートがあったかと思う。

一つ目は、入り口としての地域包括支援センターをどうしていくか。

二つ目は、様々なサービス提供事業者をどのように育てていくか、とりわけ地域支援事業が新たな要素として加わった中で、これをどうしていくか。

三つ目は、サービスと一人ひとりのお年寄りとをどうつなげていくかという意味で、地域との連携の問題。

それぞれに重要な課題であり、このような視点を踏まえて議論を深めていっていただきたい。

ただ、厚生労働省から示されている構想は、非常にレベルの高いものを求められているように感じる。地域包括支援センターの人材もしかり、新予防給付についても、例えば国の「運動器の機能向上マニュアル」の案を拝見すると、担当職種として、機能訓練指導員（作業療法士・言語聴覚士・あん摩マッサージ指圧師等）、看護師等、介護予防通所リハビリテーション

については専任の医師までが想定されている。

このような高い目標に対してどのように人材を確保し研修していくか、財源の問題、介護報酬を踏まえどのくらいの規模の事業ができるのかということが想定できない状況にある。さらに、よいサービスができたとしても、費用が高くなれば結局利用してもらえない。その辺りの大きな課題を克服しながら、現実に適応できるものにまとめ上げていくことが、これから数か月の作業であろうと考えている。

しかしながら、今回の改正で前進したと感じるのは、お年寄りに対する介護予防、介護全体に対する一つの体系を国の方から示していただいたということ。これまで様々な部門でバラバラに取り組んでいた事業を、一つの考え方にに基づき体系化していくことには、積極的に取り組んでいくべきだと考えている。

現在、来年度の予算編成を行っているが、とりわけ次の三つの視点から検討を進めている。

一つ目は、こういう体系が示されたことを糧として既存の事務事業を見直し、不要不急のものについては、この際大胆に削減することもあるだろうし、逆に本来重要であるにもかかわらず十分に活かされていないものについては、この機会に活性化する。

二つ目には、よい事業ではあるが量的に僅かしか利用されていない、それだけしか供給できていないものを、量的に大幅に拡大する必要がある。そういった分野があるのではないか。

三つ目には、介護予防という具体的な目標に対して、実際に効果のある新しい事業があるのではないか。

新しいプランを策定していただく作業と並行して、予算編成作業も進めていく。

渡邊委員

重点課題(6)「誰もが安心して暮らせるまちづくりの推進」のワーキンググループからの意見の5番目にも書いてあるが、実は、本市の防犯の方で中心になっている「セーフコミュニティ」という概念は、京都産業大学の藤岡教授が中心となって非常に優れたプランニングをされており、この課題と重なる部分であると思う。

局長が他の部局の施策とも合わせてと話されたが、施策として総合的に進めていくために、重なりを明確にし、うまく繋がるようにしていただきたい。

浜岡会長

予定の時間も過ぎており、以上で本日の推進協議会は終了としたい。

	事務局の方に進行をお返しする。
司会 (前田部長)	長時間に渡り、熱心に御議論いただき感謝申し上げます。 次回は10月下旬を予定しており、計画の中間報告を取りまとめていく 時期と考えている。皆様お忙しい中ではあるが宜しくお願いする。
土井室長	(挨拶)