

【第 10 回大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会】

【司会】

ただ今から、第10回大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会を開催させていただきます。それでは開会にあたりまして、福祉部医療監の福島からご挨拶申し上げます。

【医療監】

医療監の福島でございます。第10回大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会の開会にあたりまして、一言ご挨拶を申し上げます。委員の皆様におかれましては、日頃から本府高齢者保健福祉行政の推進に、格別のご支援・ご協力を承り、厚く御礼申し上げます。

さて、介護保険制度は、制度創設から幾度もの改正を重ねながら、17年が経過致しました。大阪府におきましても、第6期大阪府高齢者計画に基づく取組みが実施されているところでございますが、来年度は惑星直列とも称されるそうですが、医療と介護の各種計画の見直し作業が予定されておりますとともに、今国会には介護保険法改正法案が提出される見込みとなっております。こうした中、昨年、3月23日の厚生労働省の公表資料により、年齢調整後の大阪府の第一号被保険者一人あたりの介護費及び要介護認定率が、全国で一番高いという結果が示されました。こうした現状とも踏まえまして、前回、昨年6月の計画推進審議会におきまして、専門部会を設置し、要介護認定率や介護費が高くなっている原因の検証・分析や課題の検討を行ってはどうかというご意見を頂戴致しました。このため、昨年7月から計3回の専門部会を開催致し、委員の皆様から幅広いご意見を承りまして、先般、大阪府における介護施策の現状と課題・対応の方向性についての報告書を取りまとめて頂いたところでございます。

本日の審議会では、専門部会報告書の内容や第6期計画の進捗状況等を踏まえながら、第7期大阪府高齢者計画策定に向けまして、委員の皆様から忌憚のないご意見、ご提言を頂戴致したいと考えております。ぜひ、大阪府の高齢者施策をより良くしていくための活発なご審議をお願い申し上げ、簡単ではございますが、開会の挨拶とさせていただきます。どうぞ、よろしくお願い致します。

【司会】

では、新たにご就任頂きました委員の皆様をご紹介申し上げます。大阪府介護者家族の会連絡会会計監査の北本委員です。一般社団法人大阪府医師会副会長の中尾委員です。一般財団法人大阪府老人クラブ連合会会長の野口委員です。全体の委員の皆様につきましては、名簿の配付をもって紹介に代えさせていただきます。どうぞ、ご了承ください。本日は21名の委員の皆様にご出席頂いており、大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会規則による定足数を満たし、会議が有効に成立していることを、ご報告致します。

それでは議事に入りたいと存じます。以降の進行は、高杉会長にお願いしたいと存じます。高杉会長、よろしくお願い致します。

【高杉会長】

それでは、会議を開きたいと思っております。今日は大変資料が多いですから、時間の関係もありますので、事務局は、できるだけコンパクトに要点を絞って説明頂きたいと思っております。また、16時ぐらいを目途に終わらせたいと思っておりますので、委員の皆様方、ご協力の程よろしく

お願いいたします。それでは、さっそく議題に入りたいと思います。議題 1、本審議会の専門部会の報告という部分でございます。まず、専門部会の部会長であります黒田委員から一言お願いします。

【黒田委員】

先ほど、福祉部医療監のご紹介がありましたように、専門部会が設置されまして、7月、9月、12月の3回に渡って有識者による集中的な議論を行いました。また、事務局では、市町村との勉強会も通じて分析・検討を加えて参りました。検証・分析にあたっては、介護のみならず、医療や住まいなど幅広い視点から分析を試みております。こうした議論を踏まえて、この報告書では、要介護状態に至らないための健康に資するための施策等の必要性、要介護認定の平準化及び適正化に資する取組みの必要性、高齢者の住まいにおいて提供されている介護サービスの実態把握の必要性、そして利用者本位のケアマネジメントの実現に向けた取組みの必要性と言った柱を立てて、昨年末に報告書を取りまとめております。いずれも、大阪府の現状の分析や対応の方向性を明確に打ち出したものとして、意義深い報告書になったと自負しております。来年度、大阪府の高齢者計画を策定していくにあたりましても、ぜひ、参考にして頂きたいと考えております。内容は大部に渡るため、詳細は事務局よりご説明をお願い致します。

【事務局】（介護支援課長）

専門部会の報告書につきまして、事務局介護支援課長の菱谷からご報告させていただきます。まず、資料2と書かれた現状分析編をお開きください。

4 ページ目でございますように、昨年7月に計画推進審議会の下に専門部会を設置して、黒田部会長の下、分析等を行ってきたところでございます。5 ページ、6 ページ目は、国の介護保険部会、つまり、次の法改正に向けた検討においても、縮小されるべき地域差については、これを縮小するように適切に対応していくことが求められるということと、都道府県や市町村の介護予防の取組みの状況や成果を評価することで、財政的なインセンティブを付与するということが国で検討が進められている旨が記載されており、今国会に提出されている介護保険法案においても、そうした内容が盛り込まれているところでございます。

それでは、データを紹介させていただきます。まず、8 ページ目でございます。大阪府は団塊の世代の人口が非常に多いので、2010年を100%とした場合、75歳以上の方については2025年に181.3%に急増していくことが見込まれております。今後、2025年に向けて、後期高齢者が急増することが見込まれている状況でございますので、増大する地域ニーズに対してどのように対応していくかが問われるわけですが、一層介護予防に取り組んでいくとか、それでもなお高度な介護ニーズも当然増えていこうから、それに対応する人材をどう確保していくか。一方では、専門職以外の生活支援の担い手というの、別途確保していくことが必要ではないかということをご指摘させて頂いております。

それから大阪府の介護サービスの利用の特徴については、11 ページ、12 ページ目をご覧ください。大阪府は、居宅サービスの割合が高く、特別養護老人ホームなどの施設サービスの割合が低いという、居宅サービスを中心としたサービス利用というのが特徴となっております。特に12 ページ目でございますように、全国では、特養・通所介護・老健・訪問介護の順

で介護サービスの利用がなされているのに対しまして、大阪府では、訪問介護が**1**位にくるといふ居宅を中心としたサービス提供体制が構築されていることが特徴として挙げられます。

それから、**16** ページ目をご覧ください。これが、国が昨年**3**月に公表したデータの要約でございますけれども、大阪府の年齢調整前の認定率というのは全国で**38**位ですけれども、先ほど申しましたとおり、大阪府は前期高齢者が非常に多いので、年齢調整をかけてみますと、大阪府の要介護認定率というのは**22.4%**で、全国で最も高いということになっております。特に、要介護**2**以下の方の割合は**15.2%**ということで、全国の**11.7%**に対して、非常に高くなっています。また、年齢調整後の被保険者一人あたりの介護費も**47**都道府県で最も高くなっております。特に在宅でのサービス利用が、**19.2**万円になっておりまして、全国平均を**4.9**万円上回っているということになっております。

以上のように、大阪府の介護の現状を語る上で、「軽度者」と「在宅」が、特徴として挙げられます。

引き続きまして、**21** ページ目をご覧ください。被保険者一人あたり介護費は、大阪府が全国で一番高いという指摘を受けておるわけですが、この原因を分析しております。被保険者一人あたり介護費というのは、介護サービス利用者一人あたりの利用額、これを単価だと考えると、これに要介護認定率と、要介護認定を受けた方のうち介護サービス利用者の割合、これを利用率と考えますと、この三つのものを掛け合わせたもので算出されることとなります。この三要素に関する分析を行ったところ、利用者一人あたりの単価と利用率というのは、全国平均よりもむしろ低いということとなっているにも関わらず、男女別、年齢階級別の要介護認定率が、全年齢階級で大阪府が全国で一番高いという状況になっておりました。こうしたことから、要介護認定率が高いことが、被保険者一人あたり介護費が全国で一番高いことの直接の要因となっていることがうかがわれました。また、要介護認定率の構造と致しましては、全国平均との差の約**6**割は、要支援**1、2**という軽度者によって説明されることが分かっております。

これについて、**88** ページ目をご覧ください。なぜ軽度者が多いのかということなんですが、大阪府の要介護認定率は全国よりも高いけれども、そのうちの約**6**割は要支援**1、2**の部分で差分は説明できるということになっております。要支援**1、2**がなぜ多いのかということですが、全国の国民生活基礎調査のデータによると、要支援**1、2**となった方の約半数は関節疾患、骨折、転倒、高齢による衰弱といったフレイルが原因と考えられておりました。軽度者の多い大阪府では、まずは要介護状態に至らないための健康に資する施策を若年層も含めて検討すべきであるということが分かりました。

では、なぜそんなに認定率が高いのかということを見ていきます。**29** ページ目でございます。要介護認定率が高い自治体の特徴というものにつきまして、住民側の要因であるとか、事業者側の要因であるとか、市町村の取組みなど、それぞれを分析してみました。**29** ページ目から**42** ページ目は、簡単に結果だけ説明しますと、要介護認定率との相関が見られたものは、単身世帯率、就労率、生活保護率、低所得者割合、健康寿命、**BMI25**以上の割合、喫煙率、健診受診率といった**8**点でございます。このように**BMI 25**以上や、喫煙率、健診受診率と言われるような健康意識に係る指標と要介護認定率の高さの間にも一定の相関があることがうかがわれました。

その中の注目すべき点で、**32** ページ目をご覧ください。**32** ページ目は、前期高齢者の就業

率と要介護認定との関係性でございます。これは就業率が高い自治体のほうが認定率は低いということですが、鶏と卵みたいなところもあるのかもしれませんが、高齢者の社会参加の度合いというものをどういうふうに図っていくかというのは、結構、難しい問題なんですけれども、就労率の低さというの、大阪府の高齢者の退職後の社会参加の機会の少なさを表す指標だと考えれば、フレイルの多い大阪府においては、高齢者の居場所と出番を創出していくという取組みが求められているかと考えられます。

次は **43** ページ目をご覧ください。これは、供給側との関係ということでございますけれども、大阪府は、人口密度が高くて、訪問介護などの居宅事業者が事業を展開しやすいという特徴がございますけれども、大阪府の被保険者 **1,000** 人あたりに訪問介護事業所がいくつあるかという割合は、**1.64** となり全国で一番多いわけですが、こうした事業者密度と訪問介護費との関係性を見ますと、きれいに相関しているということが確認されております。このように供給体制とも関係があるということが分かります。

こうした健康意識だとか、事業所の状況というのは、なかなかすぐには変えられないと思いますが、自治体による取組みの差異による影響について、**44** ページ、**45** ページ目でご説明しております。**44** ページ目は高齢化率と認定率の関係性を見ておりますけれども、総じて言えば、高齢化率が高い自治体のほうが、認定率が高いという関係が見られるのですが、大阪府の場合は供給要因の影響も結構ありますので、この関係性がちょっと分かりにくくなっております。

45 ページ目でございますけれども、こちらは **2010** 年から **2015** 年にかけて、横軸で高齢化率が何%進展したか。縦軸で認定率が何%上昇したかを見ております。これによりますと、都道府県、府内市町村全てにおきまして、高齢化率は進展しているのですが、それに対して認定率がどう反応したかは差があります。都道府県レベルでは、大分県であるとか、徳島県のように認定率が下がっている自治体、それから、大阪府内におきましても、和泉市、箕面市、それから羽曳野市といった自治体では、認定率がほぼ横ばいとどまっていることが分かります。なかなか住民層の健康意識などはすぐに変えられないかもしれませんが、保険者の取組みによっても、認定率にかなり差が出てくるのではないかとということが示唆される結果かと考えております。

51 ページ目をご覧ください。こうした分析を行っていく上で、やはり自治体ごとの要介護認定の適正性もチェックしなければならないということで調べております。認定調査の一次判定で見ますと、左下肢麻痺ありの選択率は、全国平均 **36.9%** なのですが、これに対して府内市町村では **60.4%** の自治体が存在しました。また、一次判定から二次判定の変更にあたって、重度変更、軽度変更のバランスが極端な自治体があり、例えば、重度変更が **28%** あるのに対し、軽度変更は **1.4%** しかない自治体などもございました。

続いて、高齢者住まいの話に移りますけれども、**60** ページ目をご覧ください。先ほども説明したとおり、大阪府では施設居住系サービスの利用者割合が低いという特徴がございました。実際、特別養護老人ホームなどのいわゆる介護保険 **3** 施設の定員数は **53,166** 床となっております。一方で有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の合計戸数は、この **6** 年間で **3** 倍以上となっております、**59,215** 戸に上っております。

63 ページ目をご覧ください。住宅型有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅につきましては、一部に囲い込みによる過剰なサービス提供を指摘する声もございます。こうした

ことから、専門部会参加の **11** 市町に呼びかけまして、住民票の住所地情報との突合によりまして、名寄せできる被保険者番号を元に、入居者の要介護度、平均年齢、介護サービスの利用実態、生活保護の受給の有無等を分析致しました。

64 ページにございますけれども、この結果、データ数としては **11,257** 人分のデータが集まりました。これは当該市町村にある有料老人ホーム、サ高住の補足できた割合が大体 **36.2%** ということになっております。これは住民票を移している人については、データが取れていますが、住民票を移していない人についてはデータが拾えていないという特徴がございます。

こうした結果も反映してなのですが、**66** ページ目にありますように、この **11,257** 人の中で生活保護受給者は **5,203** 名で、生保受給率 **46.3%** という数字が挙がっておりますけれども、これも今回のデータの特性を良く踏まえていく必要があると考えております。すなわち、住民票を移していない人のデータには、住民票を移している人と比較して、持ち家を持っている方が多く、生活保護を受給していない方も多いのではないかと考えております。いずれにせよ、生活保護受給者が結構多いということは事実かなと考えております。

69 ページ目をご覧ください。これらの高齢者住まいにお住まいの人の要介護度を分析しております。要介護 **3** 以上の人は、介護付き有料老人ホームが低くて **38.8%** ですが、住宅型有料老人ホームでは **56.8%**。サ高住は二つありまして、特定施設の場合 **41.7%** ですが、指定のないサ高住、つまり一般的なサ高住の場合 **43.6%** が要介護 **3** 以上ということになっております。以上のように、実質、かなり施設化の傾向がうかがえるかと考えております。

そうした中、サービス利用の実態につきましては、**72** ページ、**73** ページ目をご覧ください。特養の実績と比較したものでございますけれども、これによりまして要介護 **3** 以上のところでは、グラフの上から特養、真ん中が住宅型有料、下が特定施設ではないサ高住という順番になっておりますけれども、要介護 **3** 以上のところでは、特別養護老人ホームよりも住宅型有料、指定のないサ高住のほうが、介護費がかかっているという実態が明らかになっております。また平均で見ますと、**73** ページ目のとおり、住宅型有料で **90.7%**、指定のないサ高住で **86%** にも及ぶ区分支給限度基準額に対する利用割合になっております。

こうしたことを踏まえますと、大阪府と致しましては、やはり府内保険者と **2** 点を留意していく必要があるというふうに考えております。**1** 点目は、やはりケアプラン点検の重要性ということが指摘されなければならないと考えております。決して区分支給限度額いっぱいまでサービス利用することや生活保護受給者が多いこと自体が問題だということは考えておりませんが、一方で、保険者がこうした実態を把握できてこなかった点をよく省みながら、何よりもその高齢者の **QOL** の観点から不適切と思われる介護保険サービスが利用されていないかについてはよくチェックしていく必要があるのではないかとこのように考えております。また **2** 点目と致しましては、来年度策定する第 **7** 期介護保険事業計画との関係性でございますけれども、従前、特養を作ったら保険料が上がると考えている自治体が多かったのですけれども、事はそう単純なことでもないことが明らかになったわけですから、地域の高齢者住まいのニーズをよく見極めながら、包括報酬となる特定施設の指定であるとか、定期巡回随時対応型サービスの組み合わせによる在宅介護の限界点の引き上げなど、どういったサービスを提供していく必要があるかについて、各保険者において、よく考えて頂きたいというふうに考えております。

それから、**83** ページ目をご覧ください。大阪府における介護需要の将来推計ということで調

べておりますけれども、大阪府の要介護認定率は、このままの認定率が続くと **2035** 年には **29.4%**まで、それから介護サービスの受給者数は **620,000** 人まで増加するということが分かっておりまして、うち、要介護 **3** 以上の方々だけでも **250,000** 人近くになるということが見込まれております。

こうしたことを踏まえまして、大阪府として、どういう対応をしていくかということについて、この資料 **3** の **3** ページ、**4** ページ目をご覧ください。**1** 点目は、こうした状況を踏まえると、やはり軽度者に対して適切にケアマネジメントをしていかないといけないということで、この取組みをどうしていくのかということでございます。資料 **2** の **90** ページ目と資料 **3** の **3** ページ目、**4** ページ目をご覧ください。軽度者が多い大阪府においては、やはり適切なケアマネジメントが重要だろうということで、理学療法士、作業療法士など専門職が入った形の地域ケア会議によって、ケアプランを適切に点検しながら、通所サービスや、機能訓練などを組み合わせていくような取組みを通じまして、状態の維持改善、可能な方については自立を促していくというような介護予防ケアマネジメントが求められておりまして、こうした自立支援型の地域ケア会議の推進が有効だと考えております。このための取組みを、本年から堺市・羽曳野市・泉南市で進めているところでございますけれども、来年度は、これにさらに吹田市と能勢町も入って頂いて、こうした事業を進めていきたいというふうに考えております。

もう **1** 点は、こうした高齢者の方については、やはり社会参加が進まなかったり、或いは、一旦元気になってもまた廃用症候群に戻ってしまうというのは、なかなか出ていくところがないということだと考えております。そこはやはり総合事業をしっかりとやっていかないといけないのではないかとということで、**5** ページ目にございます事業を考えております。新しい総合事業につきましては、平成 **29** 年 **4** 月までに、全市町村で展開していくこととなされておりますけれども、一方で、住民主体の多様なサービスの創出につきましては、市町村に十分な支援ノウハウが存在しないことから、順調に進んでいないのが実情だと考えております。こうしたことを踏まえまして、広域自治体である大阪府が府内に潜在している高齢者等による支え合い活動の掘り起こしや、伴走型支援の実施など具体的な市町村支援策を行っていくことが重要だと考えておりまして、これを「大阪ええまちプロジェクト」と名付けて、関係の **NPO**、社会福祉協議会、ボランティア協会に入って頂いて、進めていきたいと考えております。そうしたことを、予算を付けた取組みとして実施していこうとしておりまして、来年度、この関連予算に **1,394** 万円を予算案として計上しているところでございます。

続きまして、認知症施策についても、推進していかなければならないため、今年度、取組みを進めているところでございますけれども、顔の見える関係づくりとして、二次医療圏域で医療機関と圏域内の介護関係者が集まる研修会などを開催して、それから認知症ケアパスや、情報連携シートがない自治体については、そうしたものの整備も促していくような取組みも来年度実施していきたいと考えております。

それから **7** ページ目でございますけれども、医療・介護連携の質的向上に向けた退院調整ケアカンファレンスの在り方ということで、これまで比較的軽度者の対応を中心に説明してきたのですが、やはり、要介護度の重度化を防止していくことが、高齢者の **QOL** の維持向上と介護保険財政の両面から重要だと考えております。年々、急性期病院からの退院日数が短くなっており、退院の際の医療と介護の連携の質を向上し、退院支援の質の向上を図

っていくことが求められていると考えております。中核となるべきケアマネジャーには福祉職が増えている中で、医療リテラシーに課題を抱えていることも多いので、そうした部分について向上していくためのマニュアル作成などを来年度検討していけないかと考えております。

それから **8** ページ目でございます。要介護認定の平準化もやはり必要だと考えております。今年度、一次判定にバラつきがある市町村、府内 **19** の市町村を回りました。それを踏まえて、審査会資料であるとか、審査会事務局による運営状況などを確認させて頂いて、保険者指導も行ったところでございます。そうしたことを踏まえながら、共通評価シートを作りましたし、一次判定の部分については、補正予算を取って視聴覚教材を作成いたしましたので、研修等でこうしたものを活用し、認定の平準化に取組んで参りたいと考えております。それから、今年 **1** 月 **14** 日には、この関係で介護認定審査会会長、それから各市町村等介護保険所管部の長をお呼びして、初めての試みでございますけれども、審査会会長会議というのも開催させて頂きました。こうした会も通じまして、認定の平準化、それから府内の介護保険の状況などについてのその情報共有等も図って参りたいというふうに考えております。

それから高齢者住まいについてですけれども、資料 **3** の **2** と書かれた資料をご覧ください。こちらにつきましては、**12** 月 **16** 日の専門部会の段階ではまだ具体になっていなかったですが、高齢者住まいを巡る課題が見えてきたことを踏まえまして、府内学識経験者、自治体、高齢者住まい関係者なども集めまして、高齢者の住まいの質の向上に関する検討会というのを来年度開催しようと考えております。大きくは指導監督の在り方、これからの高齢者住まいの在り方について議論していく場にしたいと思っております。まだ詳細は決まっておりますけれども、まずは府庁内で調整等を行っていきたいと考えております。

それから、また資料 **3** のほうに戻りますけれども、高齢者住まいの質向上に向けた取組みの強化ということで、高齢者住まいの経営者を呼んでセミナー等を開催していきたいと考えております。経営組織力向上セミナーや、事業者団体と連携した事例研究会等を実施することを通じて、各事業者自ら、サービスの適正化を図るような、そういった施策を実施していかないかということを考えております。

ケアマネジメントの適正化に向けた施策については、二つ盛り込んでおります。**10** ページ目でございますのは、ケアマネジャーの資質向上に向けて、法定外研修の場で、地域課題なり、今求められている課題について対応するようなカリキュラムを盛り込めないかということを考えております。

それから **11** ページ目のところは、そもそもやはり自立支援型のケアプランを作成するためのマニュアルを作っていきたいと考えております。自立支援型のケア会議も **5** 市町で進めることになっていきますけれども、それだけじゃなくて、ケアマネジャーの自立支援に資する取組みとして、もう少し現状の **ADL**、**IADL** を適切に評価し、その上で適切なケアプランが作成できるようなマニュアルを作りたいと考えております。以上が、大体、専門部会で分析してきた内容と、それを踏まえて府で対応していく内容です。以上でございます。

【高杉会長】

ありがとうございます。多岐に渡るデータを、分析をして頂いて、方向性も含めて、問題点、指摘があったわけですが、これについてご意見を頂きたいなど、あるいはご質問があれば

ば、お伺いしたいと思います。感想でも結構でございますので、何かご意見がありましたらお伺いしたいと思います。

【中尾委員】

大阪府医師会の中尾です。資料の 3 の 2 の住まいの質の向上に関する検討会において、高齢者住まいに対して、効果的な指導監督、連携体制を検討していくと言われておりますけれども、先ほど、資料でも示されましたように介護保険 3 施設よりも住宅型有料老人ホーム、それからサービス付き高齢者向け住宅、特に指定なしというところの部分が多いということで、適正な医療が提供されているのかどうかというところの部分に関しては、非常に大阪府医師会としても問題視しております。単に、見守り、声かけによる状況把握だけのサ高住というのではなくて、先ほど示されました、要介護 3 から 5 の医療的ニーズも高いという方々が入居されていることから考えて、この検討会の検討項目の中に、適切な医療が提供されているかどうかという点についても、ご検討頂ければありがたいと思いますが、いかがでしょうか。

【高杉会長】

はい、どうぞ。

【事務局】（介護支援課長）

今、ご意見頂きましたとおり、囲い込みを疑われる事例が色々あり、それは介護だけではなく、医療もあるかもしれないと思っております。手厚い医療、手厚い介護というものはそのこと自体を全く否定するわけではありませんけれども、サ高住に入って孤立化して、要介護度の進展が早い方もいらっしゃるのではないかとということであれば、そこはやはりよく見ていかないといけないと考えています。医療についても重要な議論だと思っておりますし、その点については、健康医療部などにもお声かけをして、一緒に考えていけないかと考えております。

【高杉会長】

川合委員。

【川合委員】

手厚い医療とはどういうことですか。濃厚な医療という意味ですか。

【事務局】（介護支援課長）

少し言葉が不適切だったかも知れないのですが、私が言いたかったことは、例えば、介護の場合だと、区分支給限度額の基準額いっぱい介護サービス利用自体が直ちに問題だとは言えないかと思いますが、医療の場合は過剰な医療は問題かもしれませんが、もう少し中身を見ていく必要があるんじゃないかというニュアンスで申し上げました。

【川合委員】

昨年も申し上げましたけれども、9月に老人保健施設の全国大会があり、7,000名の方に集まって頂きました。プロばかりです。その中で、私が感銘を受けた講演が二つあるんです。一つは、東京大学の秋下教授のポリファーマシーについてのお話。もう一つは、大阪大学の楽木教授のお話、秋下教授もそうでしたけれども、楽木教授は「国民の意識のトレンドを変えないといけない。老人医療とはいかなるものなのかという認識を変えなければいけない。ここに高齢医療を専門としておられるドクターも多いと思うけれども、まず皆さん、あなた達から変わって下さい。」とおっしゃいました。今、説明のあった濃厚な医療というのは、福原委員、中尾委員に失礼な表現になるかも知れませんが、過去の歴史として、「濃厚な医療＝出来高払いの世界」があった時に濃厚過ぎる医療をしたのです。高齢者医療とは何か、ということを考えることなく。今、具体的にフレイルという言葉が使われましたけれども、やや専門的になりますけれども、ご両者がおっしゃったのは、糖尿病の管理で、ヘモグロビンA1cが、正常値が5.8や6など、テレビコマーシャルで言われていますが、「7.2でも良い場合があるよ。」と。「個別性をきちっと理解していますか、先生方。」というような、刃を突き付けられました。「全てが全て6.0とか、5.8にしなければならないと言うドクターがゼロにならなきゃいけないのではないのでしょうか。」と言う趣旨の発言をされました。私は医師免許を持っていますので、医者にちょっと厳しいこと言うかも知れませんが、私は担当者が「濃厚な医療ですね。」とおっしゃったことに、これはちょっと危ないなと。せつかく老年医学会の理事長・副理事長が「ドクターが変わって下さい。意識を変えて下さい。」と、この講演で言ってくれたにも関わらず、それから半年経って、濃厚な医療というようなことは、やはり行政側からも考え方を改めて頂きたいなと思います。

【高杉会長】

事務サイドで、なかなか言いにくい言葉の問題、表現として、そういう言い方されたのだろうと思いますが、言うならば、適切な医療という言葉以外にはないとは思いますが、少し言葉に気を付けながら、今、川合先生のおっしゃったような内容を十分頭に入れて対応して頂きたいと思います。他に何かございますか。どうぞ、高嶋委員。

【高嶋委員】

先日、大阪府医師会と訪問看護ステーション協会の地域包括ケアのシンポジウムに参加させて頂きました。退院調整ケアカンファレンスを大阪府看護協会の支部活動で行っているのですが、北支部の代表者会議で、訪問看護師さんと一緒になって、退院調整ケアカンファレンスを推進しました。そうすると、ケアカンファレンスが増えたということはもちろんなのですが、一番の成果は、再入院率が下がったこと。何と比較しているかまでは、私も質問しなかったのですが、よく覚えていないのですが、そういう成果があったという発表がございました。ですので、やはり、ケアマネジャー、訪問看護師、そして地域において、利用者さんを支えていらっしゃる方は、高齢者が、どんな生活の場に帰っていくか、どんな生活の場から来たかということ、良く知っておりますので、ぜひ、この退院調整ケアカンファレンスを推進して頂きたいなというお願いと、それと、なかなか先生ばかりではなくて、病院の看護師もそうだと思うのですが、急性期病院の中で、もっと理解いただき、この価値を広めて頂けたらなと思います。

もう一つ、今、私は老健に勤めておりますが、その中に地域包括支援センターがございます。総合事業の一環で、通いの場を増やしていかないといけないということで、地域包括支援センターの職員と話をしており、シンポジウムの中でも、そういう話をしていたのですが、マンションが増えている中、最近の新しいマンションは、とてもセキュリティーが発達しており、インターフォンを鳴らして、「こんにちは」と言って入っていけない状況がとても多い。そうすると、どこを窓口にして、通いの場づくりや地域のリーダーを探していくのかということが、包括の中で現場の悩みとして挙がっていましたし、シンポジウムの中でも、そのようなことが挙げられておりましたので、ぜひ、そういうところの開拓などを府にお手伝いして頂けたら、有り難いと思います。以上でございます。

【高杉会長】

ありがとうございました。退院時のケア会議、これは、今後さらに推進していかねばならないということは、事務局の報告でも出ておりますので、それはして頂きたいなど。もう一点は、非常に悩ましい問題を含んでおると思いますが、そういう観点も確かに必要だろうと思っておりますので、どういう形が良いのかは、今後、じっくりと検討をお願いしたいと思っております。他に何かご意見はありますか。

【濱田委員】

介護支援専門員協会の濱田です。大阪府の特徴として、先ほど、ご報告ありましたように、いわゆる、要支援から要介護 2 までの軽度者の方のサービス利用率が非常に高いこと、サービス付き高齢者向け住宅や住宅型有料老人ホーム等の戸数が非常に多いということがあり、ただ、これがその一つの原因として相関しているかどうかということがあり、実は、居宅サービス計画は、通常の一一般の居宅でのケアプランも、サ高住や有料のケアプランも、同じ居宅として、すべてデータが一緒に挙がってくるということがありますので、大阪府だけ、市町村保険者だけの取組みでは、難しいかもしれません。先ほど、一部のサービス付き高齢者向け住宅、住宅型有料老人ホームにおいて、名寄せをし、その傾向の報告を事務局からして頂きました。本当にご苦労頂いたなと思っております。ただ、これでは、やはり埒が明かないと思っておりますので、何らかの方法で、そのいわゆる居宅サービスの統計の中で、いわゆるサ高住や有料にお住まいで、サービスを利用した方のケアプランと、それ以外の一一般の居宅にお住まいの方のケアプランとを、何とか分けられる方策はあるのではないかと期待しています。そうしないと、それがどれだけの関与があるのかということが、最終、そこが見えてこないと分かりにくいのではないかと思います。思い付きですが、例えば、居宅サービス計画書の届出のときに、施設はレセプトで分かると思っておりますが、住宅でお住まいということが分かっているならば、そのケアマネジャー、或いは、誰か届け出るときに、住宅か、サービス付き高齢者向け住宅か、住宅型有料老人ホームかどうか、施設と同じようにナンバリングをして届け出て、ある程度補足できるような形が取れると、もう少しクリアに相関が出てくると思っております。

【高杉会長】

事務局から、このご意見に対して考えはございますか。

【事務局】（介護支援課長）

まさしくシステムとして把握できるような体制を作っていくということが重要であると認識しております。先般、この件について、厚労省へ酒井福祉部長と一緒に上京致しまして、老健局長に本件について申し上げました。すぐに対応されるかどうかということは別の話かもしれませんが、このような国に対する働きかけも考えていきたいと思っております。

もう一つ、本当は、認定調査の段階で、誰がどこに住んでいるかという情報は、市町村は分かっていると思います。認定担当、保険者部局、高齢者の住まいの指導をやっている部署というのは、一般的に別々だろうと思います。また、高齢者の住まいの指導を行う部署と、介護サービス事業者の指導監督を行う部署とは、それぞれ市町村の中でも担当部署が違うのではないかと思います。縦割りではなく、そうした横の連携をどう構築すれば、この指導監督がうまくいくのかということについて、今後、市町村とともに、どういう指導体制を組めば、指導できるのかということも考えていきたいと考えております。

【濱田委員】

どうもありがとうございます。サ高住や有料の増え方は、同じ角度で増えていくような感触を持っております。更に、私も正確なデータはないのですが、実は、サ高住、或いは有料老人ホームないしは、施設系のサービスを高齢者へ紹介する事業者が、かなり増えてきているということもあるようです。これはあくまでも伝聞ですが、大阪府下だけでも **30** 事業者ぐらいはあるように聞いております。例えば、旅行代理店のような、何か、登録制度を採って、アプローチをしていくとか、何のデータもない中で、先んじすぎているかもしれませんが、これも一つ意見でございます。

【高杉会長】

意見として、お聞きしておきたいと思っております。

【川合委員】

二つあります。一つは、要介護度について、軽度者が多いとおっしゃいましたが、それに対して色々な分析されています。本当に敬意を表しますし、黒田先生をはじめ、いろんな専門委員の方がよくこれだけ分析されていると思いますが、ただ、その軸の取り方であるとか、色々なところでこれは変わりうるものだと思います。雑談ですが、私の妻が、実は、高齢者のサークルに入っています。そこで聞いた話で、**80** 歳の認知症のおばあさんがいらっしゃるそうです。私はそのサークルの支部はとても頑張っていると思うのですが、その認知症のおばあさんは、物事の順番を間違えることも多いそうです。しかし、排斥することなく、「それは、次はこうですよ。」と、そのサークルに入った人たちが暖かく見守っている、という話を、妻から聞きまして、こういうことが、府のサービスでできないだろうか。

二つ目ですが、濱田先生は、ケアマネジャーの更新研修の費用が、全国で大阪府が **2** 番目か **3** 番目に高いということをご存知ですか。費用は **7** 万円を超えていますよね。私が事業所を始めた時は、ナースにやってもらいたかったのですが、コストパフォーマンスから考えると、やはり、介護職になる場合が多いです。そうすると、零細な企業で働いておられる介護

職の給料で5年に一回とはいえ、年に20日間の座学があって、7万円以上。安いところでは3万円くらいです。これで大阪府が、或いは、先生が動かないというのは、私は不可解です。

【事務局】（介護支援課長）

ケアマネの更新研修の費用については、大阪府の条例で定めておりますので、私から、先に説明させて頂こうと思います。大阪府のテキスト代込みの更新研修の受講料ですけれども、72,200円で、確かに7万円を超えておりますけれども、全国では、6番目に高くなっております。かつては一番高かったとも聞いております。これについて、公費を入れて安くしている自治体も一部がございます。ただ、公費を入れている自治体は、やはり公費がいつまで続くかという問題もありますし、予算キャップの問題、要は、予算に枠が設定されてしまうということもございます。そのようなこともあり、大阪府の場合は、数年前に議論した結果として、公費は入れない方向で行うことになっております。ただ、いずれにせよ、ケアマネの更新研修は、非常に重要なものだと認識しておりますので、その在り方については、適切に関係団体、ケアマネ協会だけではなく、YMCA、ファイン財団もありますけれども、そのような団体と内容等をよく相談していく必要があると考えており、一方では、受講生にとって過度の負担とならないように、適正な受講料を設定していきたいと考えております。

【川合委員】

座学は20日間も必要なのでしょうか。研修講師よりも受講生のほうが現場はよく知っているはずですが。更新するとき、過去5年間でできた法律や、或いは、具体的にこういう新しいテクニックができたということも座学で分かると思いますが、それに20日間も必要だろうか。現場で色々な人を見てきて、介護職が7万円も出してありますが、このままでは零細な企業のケアマネジャーがいなくなります。そのような危惧も見た上で、色々な施策もして頂きたいです。

【濱田委員】

ご指摘ありがとうございます。本当に先生のおっしゃるとおりで、座学だけでどう資質向上できるのかなと考えたことがありました。実は、厚生労働省で介護支援専門員の研修ガイドラインができて、研修の中身が抜本的に変わりました。座学を少なくして、演習が主体であり、演習も疾患別です。演習をしながら、医療的な知識も学ぶということ、もちろん、主任介護支援専門員については、虐待へのアプローチほか、指導法、スーパービジョンの方法も含めて、抜本的に今回改められまして、ほとんどが演習になっております。ただ、今年度からになりますので、演習を受けて、実際現場に戻る方が、この半年ないし、一年先ということになります。座学をできるだけ少なくしてという研修になってきております。また、今回から実習が入りまして、各関係機関の事業所の方には少しご心配かけることもあるかもしれませんが、福祉職の方は、医療の現場で経営されている医療法人へ、その他経営されている居宅介護支援事業所等へ。医療職の方は、逆に福祉関係の施設へ、このようにクロスで、期間は短いですが、研修カリキュラムが変わってきております。少し、ご紹介させて頂きま

【高杉会長】

講習の内容も含めて、料金についても、ご意見として出たということですので、検討ができればやってもらいたと思います。

それでは、時間も来ましたので、次の議題に入らせて頂きたいと思います。議題の**2**になります。これは、資料**5**からの説明になります。「第**4**回高齢者の生活実態と介護サービス等に関する意識調査報告書」そして、議題**3**の「大阪府高齢者計画**2015**の取組状況」について、両方の説明をお願いしたいと思います。

【事務局】（介護支援課総括課長補佐）

高齢介護室介護支援課総括補佐の中村でございます。皆様には日頃からお世話になっております。それでは、今、会長からご紹介がありました議題**2**の「第**4**回高齢者の生活実態と介護サービス等に関する意識調査報告書」につきまして、簡単にご報告致します。資料**5**でございます。

まず、目次をご覧ください。この調査は、前回の審議会委員の皆様方に、調査内容について、ご議論、ご意見を頂いたところでございます。高齢者計画を策定する前年度に、府域の高齢者の介護保険制度の認知度、利用状況、利用意向、法改正等による新たな制度、サービスの周知、暮らしの安全安心、今後の暮らしなど幅広く調査することによりまして、今後の高齢者保健福祉施策や介護保険制度の運営、また、来年度、市町村、大阪府が策定致します高齢者の計画に資するように、基礎資料となるべきものを得るために実施するものでございます。よって、**3**年に一度実施するもので、今回は、**4**回目の調査になります。

1 ページ目の調査実施概要でございますけれども、市町村のご協力を得まして、昨年**9**月に府内全域の満**65**歳以上の府民**5,610**人を対象に配付致しまして、回収は**3,966**人でございます。有効回答率は**71%**でございます。これは、**3**年前の調査とほぼ同じ高い回収率となりました。本日、お示し致しておりますこの報告書は、本日現在の暫定版であり、現在データの精査を行っております。年度末の**3**月末までに、最終の報告書を作成します。その点ご理解頂きますようよろしくお願いいたします。目次のとおり、**14**の項目について、伺っております。時間の関係もでございますので、前回ご議論頂いた内容、今回、新規で調査した内容につきまして、主なところを確認していきたいと思っております。

4 ページ目、「回答者の属性」です。「回答者の属性」で、記入者につきましては、本人が約**8**割、本人の意向を確認してご家族の方が書いたという方が、約**1**割ございました。

次のページです。「性別」については、男性が約**4**割、女性が**5**割**5**分ございました。

7 ページ目、回答者の方の「住宅の種類」につきましては、持ち家が非常に多いです。一戸建てが**63%**、次いでマンション、長屋等での共同住宅での持ち家の順で、これは前回の調査でも持ち家率が非常に高いというご意見も頂いたかと思っておりますけれども、今回も大阪府の一般的な平均のデータよりも少し回答者の中での率が高くなっていました。

8 ページ目の「世帯構成」です。回答者の中で夫婦二人暮らし（配偶者が**65**歳以上）が**4**割、子どもと同居（**65**歳未満含む）が**27%**、一人暮らしが約**2**割弱、以上が上位でございました。

次に**10** ページ目、「障がい者手帳の所持と種別」で、障がい者手帳を所持している方は全

体の **11%** でした。下の表にあるように、肢体の障がいをもつ方が回答者の中で一番多かったということになります。

それから **11** ページ目、「要介護認定の有無」で、これは全体の回答者の中で **21.9%** が受けているということでしたので、ほぼ現状の大阪府平均の要介護認定率と同じと理解をしています。

それから **12** ページ目、「介護保険サービスの利用状況」というところです。「介護サービス利用に対する考え方」については、今回から新規で聞いている項目でございまして、大阪府では軽度者が多いというご報告が先ほどもありましたけれども、要支援 **1** から要介護 **2** までの層、いわゆる軽度者の利用に対する考えとしては、「できることは自分や家族で行い、行き届かない部分のみ必要な介護サービスを利用したい」という方が **5** 割を超えていましたが、要介護 **3** 以上になりますと、その割合は低下していきまして、「認定された範囲内で、できるだけ多くサービス利用したい」というような意向が確認できました。

それから **13** ページ目の「認定を受けた理由」です。「訪問介護などの居宅介護サービスを利用するため」が、やはり大阪では多かったということで、先ほどの地域差のデータともほぼ同じだと思います。次いで、「知人や医療福祉関係者から申請を勧められたため」、あとは、「福祉用具貸与・購入や住宅改修を利用するため」という方が多いということが分かりました。

続きまして **19** ページ目、「利用者の満足状況」です。介護保険サービス事業者の選定基準でございすけれども、事業者の選定基準は、「ケアマネジャーに紹介されたから」が最も多く **47%**、次いで、「地域包括センターに紹介されたから」が **2** 割弱、「家族や知人に勧められたから」が **2** 割弱、「事業所が近くにあったから」が **12%** で、これも大阪府の一つの特徴かなと考えております。

それから **23** ページ目、「負担と給付」です。「保険料・利用料に対する考え方」です。「国や地方自治体などの公的負担をもっと増やし介護保険料や利用料が上がらないようにすべきだと思う」が **5** 割で最も高いです。その一方で、「介護保険のサービスを維持できる制度にするためなら、介護保険料や利用料が上がってもいいと思う」と答えた方も **1** 割弱いらっしゃいました。

それから **24** ページ目、「介護予防」です。「病気の予防や健康づくりで心がけていること」については、「定期的に歩いたり運動したりするなど足腰を鍛えている」が **6** 割、「バランスの良い食事をとっている」が **55%**、「歯磨きなど口腔ケアに努めている」についても **46%** という高い回答が得られました。

その次の **25** ページ目、「市町村の介護予防事業への参加意向」です。要介護認定を受けていない方に聞いております。「歩いていける身近なところに健康体操や趣味の集い等があれば参加したい」という方が **55%**、「参加はしたくない」という方が **37%**、性別で見ると、女性の方が男性より参加したい方が多いことがわかりました。

次に **29** ページ目、「総合事業」です。これは、**29** 年 **4** 月からの移行を踏まえて、今回から新たに設定をした項目ですけれども、多様な事業者が参入されるため、**NPO** 団体等によるサービスの利用意向をお聞きしております。**NPO** 団体等によるサービスの利用については、「分からない」が **41%** で最も高く、「利用したい」が **3** 割、「利用したくない」が **13%** 弱ということでした。

次の**30** ページ目です。「NPO 団体等によるサービスを利用したい理由」としては、「選択できるサービスの幅の広がりや、地域の実情に応じたきめ細かなサービス提供が期待されるから」という方が**5**割で高かったですし、「地域の高齢者等がサービスの担い手側に回ることで、地域活動の活性化や、高齢者の生きがいづくり、介護予防の効果が期待できるから」と回答をされた方も多かったです。

続きまして、**34** ページ目です。「地域のネットワーク」の項目で、「地域のネットワークづくりに必要なこと」については、「診療所（歯科を含む）・薬局・介護事業所など専門機関が連携して、介護・医療・生活支援サービスなどを一体的に提供する仕組みを作ること」が**57%**と一番多く、次いで、「日常生活で困ったことを気軽に相談や依頼ができる窓口を作ること」が**53.4%**で続けておりました。

次に**36** ページ目、「高齢者虐待防止」です。高齢者虐待防止に必要な取組みは、「身近な地域での相談窓口の設置」が約**5**割、「虐待を受けた高齢者の保護の取組み」も**46%**と非常に高く、「家族などの養護者に対する支援」も非常に高い回答を得ております。

次に**38** ページ目、「認知症」についてです。「認知症の人が安心して暮らせるまちにするために」ということで、「認知症に関する正しい知識や理解を広めること」が**60%**と最も多くなっておりました。

それから、**39** ページ目、「成年後見制度の認識度」です。「知っている」が**39%**、「聞いたことはあるが、内容までは知らない」が**29%**、「知らない」が**26%**と、それぞれ**3**割程度ずつありました。

次に**43** ページ目、「日常生活の状況」です。「生きがいを感じていること」については、「友人・知人との交流」が**46%**で最も多かったです。「孫や子ども、若者などとの交流」は**37%**、「趣味の活動」が**35%**と続けておりました。

それから、**48** ページ目、これは前回の選択肢を修正したものでございますけれども、「病院・診療所への通院の頻度」をお聞きしております。「月に**1~3**回ぐらいは通院している」が**52%**で最も多く、「週に**1**回以上」の合計は**11.9%**、「半年に**1**回以下」の合計は**25%**、「訪問診療を受けている」という方も**2.2%**いらっしゃいました。要介護**3**以上では、訪問診療を受けている割合が高くなっていることがわかりました。

次のページ、「人生の最期をどう過ごしたいか」です。これは今回からの新規項目でございます。「住み慣れた自宅で療養したい」が**47.9%**と最も多く、次に、「わからない」、「なるべく早く医療機関に入院したい」という方も**12%**弱いらっしゃいました。

それから、**57** ページ目、「地域の安全・安心」です。「日常的に相談できる相手」について、前回より選択肢を増やしましたがけれども、やはり「家族・親類」が**83.7%**と高く、次いで、「知人・友人」が**34%**、「かかりつけ医者（歯科を含む）」が**22.9%**と続けていました。年齢別では、年齢が上がるほど、「知人・友人」ではなくて、「ケアマネジャー」が高くなるという傾向もうかがえました。

それから**59** ページ目、「希望する暮らし方」です。「希望する暮らし方」については、「自宅に住み続けながら居宅介護サービスを受けたい」が**39%**で最も多いです。「介護保険施設（特別養護老人ホーム等）に入所したい」が**16%**、「自宅に住み続けながら介護サービスを受けずに、家族などの介護を受けたい」が**11%**でございました。

次に**60** ページ目、「施設入所にあたって重視する点」です。「利用料金」が**71%**で、「提供

される介護（医療）サービスの内容や質」というのが**62%**、「自宅や親族の住居などと近いこと」も半数ございました。

最後に**61** ページ目、「今後、どのような施策が重要と思いますか」ということについて、「居宅介護サービスの充実」が**41%**、「特別養護老人ホームなどの介護保険施設の充実」が**30%**、「生活支援サービスの充実（配食、見守りなど）」が**28%**強でした。

先ほども申しあげましたように、今日は少し荒い説明でございましたけれども、**3** 月末を目指して、今、鋭意精査をしておりますので、完成次第、高齢介護室のホームページにアップしたいと考えておりますし、成果品は次回の審議会でも配付をし、また必要なご報告も考えて参りたいと思っておりますので、よろしくお願ひ致します。資料**5** につきましては以上でございます。

引き続きまして、議題**3** です。現計画である「大阪府高齢者計画**2015**」は、平成**27** 年度から平成**29** 年度の**3** カ年間の計画ではございますけれども、そのうちの**27** 年度の実績等につきましてご報告したいと思ひます。資料**6** と資料**7** です。資料**7** は**A3** 版になっていて、両面で細かい沢山の数字、記載がありますけれども、これは一体の資料となっております。資料**7** はまたゆっくりと読んで頂きたいのですが、左側に「施策の推進方策」を一つひとつ掲げております。それから真ん中あたりに平成**27** 年度に取り組んだ内容を、これも一つひとつ対で書いております。そして一番右側に現時点における課題、今後の方向を記載しておりますので、非常にボリュームが多い資料となっております。**1** ページ目の一番左に「高齢者計画**2015** の取組状況（一対一対応版）」と記載のとおり、一つの項目について一つずつ整理をしており、従来から審議会でこのような形で報告しております。これを行うことによって、庁内のお話ではございますが、施策担当課においても常に意識を持って施策の推進、進行管理に努めて頂けるというような狙いもございますので、ご紹介をしておきます。

そして、資料**7** があまりにも大きなデータになりますので、それを集約し、「概要版」としたのが資料**6** でございます。この資料につきましても、毎回完成した各年度ごとのものを審議会の方で報告しておりますが、本日につきましては、時間の関係もございまして、詳細な説明は省略いたします。お気づきの点等がございましたら、また事務局のほうにお知らせを頂ければ、対応していきたいと考えております。

次に、資料**8** ですけれども、こちらにつきましても、先ほどと同様に現行計画の平成**27** 年度の各介護サービスの定量的な見込み量に対する実績でございます。

まず「目次」がございまして、第**1** 号被保険者数、要介護認定者数、居宅サービス・施設サービス、介護予防サービス、地域密着型サービス等、また必要入所定員総数が盛り込まれております。

1 ページ、**2** ページ、**3** ページ目は府全体の数字がありまして、**6** ページ目以降に、大阪府内の各圏域と、各保険者の計画の内容と平成**27** 年度の実績を書いておりまして、それぞれ計画に対する比率を書いており、計画に対する実績に若干の増減があるかと思っております。この資料につきましても、先ほどと同様に、本日は詳細な説明は省略いたしますので、お気づきの点等がありましたら、また事務局までお知らせください。

それから、資料**9** ですけれども、これも毎年この時期に報告をしております。高齢介護室のホームページにも毎年定期的に更新をして載せております。これは制度が開始された平成**12** 年と近年の過去**3** カ年の主なデータを比較して、グラフ化しているもので、関係者へ配付

したり、関係者への研修にも活用しているものでございます。平成**29**年**1**月時点の最新版ができましたので、配付をしております。

最後に、資料**10**です。これも報告事項になりまして、この時間をお借りして、説明をいたします。「大阪府地域医療介護総合確保基金」介護分でございます。医療分は健康医療部のほうで担当をしておりますけれども、特に来年度の平成**29**年度の事業計画につきまして、少し説明し、平成**27**年度の取り組み状況についても見て頂きたいと思っております。介護分の基金につきましては、地域密着型サービス施設の整備を主とします介護施設等の整備に関する事業と、介護従事者の確保に関する事業の大きく二つの事業があり、こういった事業が対象になっております。**1**枚目を見て頂きますと、平成**29**年度の整備につきましては、来年度は第**6**期計画の最終年度ということもございまして、整備需要が高く、約**67**億**6,000**万円を計上致しております。また、人材の分でございますけれども、今年度実施した介護費の地域差分析結果を受けまして、先ほど課長の資料**3**の説明にありました、例えば、介護支援専門員の法定外研修、大阪ええまちプロジェクト、こういった事業も基金事業として実施するとともに、もう一つ、市町村から特に実施の要望が高かった代替職員確保に関する実務者研修支援事業も新規で予定をしております、合計五つの新規事業を行いたいと考えてございまして、予算額は、人材関係分は約**4**億円、施設、人材を合わせて全体で約**71**億**5,000**万円です。今年度が約**48**億円でございますので、来年は約**1.5**倍の事業を見込んでございます。

次のページですけれども、これは事業が完了しました平成**27**年度、基金ができた初年度でございましたけれども、そちらのほうの状況を掲載しておりますので、ご参照を願えたらと思っております。私からは以上でございます。ありがとうございました。

【高杉会長】

端折っての説明なので、細かいところまではちょっと目が届かなかったかも分かりませんが、今の意識調査等を含めて、今後、どのような形で留意点を持って次期の第**7**期計画を作っていくかという部分で全体のご意見も伺いたいなところございますので、まず次の計画に向けての説明を事務局から受けて、そして、今、説明があった部分も含めてご議論を頂くということにしたいと思いますので、よろしく申し上げます。それでは、事務局、よろしく願いします。

【事務局】（介護支援課長）

資料**11**をご覧ください。これは次期計画を考える上で、今、国会に提出されております介護保険法改正法案に盛り込まれている概要を簡単にまとめた資料でございます。これは国の資料でございます。次の介護保険法改正で盛り込まれる内容と致しましては、大きく分けて、地域包括ケアシステムの深化・推進、それから介護保険制度の持続可能性の確保という取組みが盛り込まれることになっておりますけれども、そのうちの一つ目でございますとおり、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進ということが掲げられております。具体的には、全市町村が保険者機能を発揮して、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化ということで、具体的には、各市町村が作る介護保険計画に、介護予防・重度化防止等の取組み内容と目標を記載するということになっております。これまでの計画と異なり、介護予防・重度化防止の目標なり、取組みの内容なり、目標を記載するとい

うことになっているということでございます。また、都道府県はそうした市町村に対して、分析等の支援を行うということになっております。そして、市町村・都道府県の取組内容に応じて、財政的インセンティブを付与するという規定も盛り込まれております。

そのほか、参考までに、今回の介護保険法改正に盛り込まれるのは、介護医療院の創設、それから地域共生社会の実現に向けた福祉分野との共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化、それから高齢者、障がい児者が同一事業所でサービスを受けやすくするための新たな共生型サービスの位置づけ。それから介護保険制度の持続可能性の観点では、所得の高い層の自己負担割合を **3** 割にする、介護納付金への総報酬割の導入などが盛り込まれることとなっております。

それから第**7**期の計画策定に向けたスケジュールにつきましては、資料**13**をご覧ください。今の段階では、まだ国から具体的に「計画をこのように定めますよ」という内容が来ているわけではないのですが、右の「国の動き」ですが、**3月10日**に全国課長会議がありまして、恐らくそこで第**7**期計画策定に関する基本的な考え方を示すと聞いております。この時点では、恐らく国も法律が通っていないので詳細は示さないだろうと考えておりまして、国が基本指針案を示すのは、恐らく**6**月ごろと思われまます。それが示されますと本格的にサービス見込み量の設定作業が必要になってくるかと思えます。また、こうした次期計画の策定にあたりましては、医療計画との整合性をよく取っていくということが必要になってくるため、医療計画との関係性もよく見ていきたいと思っております。

そうしたことを踏まえまして、次の資料**14**をご覧ください。今の時期、国から特にその指針等が示される前段階ではありますけれども、専門部会の報告書で取りまとめたことと、第**6**期の進捗状況など現時点のものについてご報告したことを踏まえまして、これらを参考にしながら、施策の推進方策について、どのようなことを計画に盛り込んでいくかということについて、ご議論頂ければと考えております。第**7**期の計画にどういうことを盛り込んでいくかということなのですが、第**6**期の計画の目次を裏面に付けております。こうしたものを見ながら、事務局で簡便的に議題を設定しております。例えば、地域ケア会議のあり方について、医療・介護連携のあり方について、総合事業の進め方について、認知症高齢者等支援策をどう進めるのか、これからの高齢者住まいのあり方について、介護予防、健康づくりについて、それから適切な要介護認定の推進、介護サービスの質の向上について、それから整備をどう考えていくのかといったことについて、それぞれの項目についてでも構いませんけれども、或いは、これ以外の項目でもどういったことを盛り込んでいくべきかをご議論頂ければと思っております。また、介護サービス量の見込みであるとか、施設居住系サービス、地域密着型サービスの必要入所定員総数の設定にあたっては、どういうふうなことを留意していく必要があるかということ、今般の高齢者住まいの分析の結果などもありますけれども、留意すべき事項についてご議論頂ければと思っております。それから今回の介護保険法改正法案によって、市町村計画に介護予防・重度化防止等の取組内容の目標を記載することが市町村計画に求められますし、都道府県におきましては、それに対する市町村支援策を設定することが求められるようになりますけれども、計画策定上留意しておくべき事項があるかないかについて、ご議論頂ければと思えます。その他、目次に記載しておく、追記しておく事項とか、現時点で議論しておく事項がありましたら、ご意見を頂ければと考えております。事務局からは、以上でございます。

【高杉会長】

資料がたくさんあって、現状の部分の報告と、実績報告も含めて報告があったわけですが、これから議論を少し頂きたいのですが、中心的には資料 14 にあります次期計画。これに向けて、今まで専門部会でも議論された中で問題点として挙げた部分を、このように一応羅列をして頂きました。先ほどもご意見は頂いたのですが、特にこういう部分は留意してきっちりやるべきだというご意見があれば、ぜひ、お伺いしたいと思っております。次期計画は来年度に 1 年かけて、計画を立てて、その次の年度からの出発ということになるわけですから、少し時間はありますが、こういった審議会でのご意見、ぜひ、皆さんから積極的なご意見を頂きたいと思います。

【中尾委員】

大阪府医師会の中尾でございます。資料 14 に基づいてということですがけれども、この資料 11 の「地域包括ケアシステムの深化・推進」の 1 番の「自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進」という部分があります。これは、資料 14 の白丸 3 つ目の部分になるのだと思うのですがけれども、この保険者機能の強化に対して、都道府県が市町村にどのような支援をするのかということ、具体的に教えて頂きたいなというふうに思います。恐らく、市民が ADL、IADL を改善して、最終的に社会参加する方向に保険者として頑張りたいなというふうなことをやるのだと思うのですが、単に日本全国一の介護給付費に関しての部分で介護給付費の適正化等で削減するとか、或いは要介護認定率を下げる方向にいくとか、これはあくまで結果で出てきているものだと思うので、保険者機能の支援ということに関して、大阪府としてはどのように対応されるのか、お聞きしたいなと思います。

【事務局】（介護支援課長）

どういことを支援していくかということですが、資料 11 では中身がよく分からないので、資料 2 の 5 ページ目、6 ページ目に書かれている内容を、国で法律上条文化していくのだと思っております。市町村では、どんなことをやっていかなければいけないのかということについて、取組みのアウトカム指標や、プロセス指標を作っていくということになっています。市町村の取組みとしてどういうことが必要になってくるかというと、おっしゃられるようにただ単に認定率を低くすればいいということではないというように前段で書いてあった上で、要介護状態等の維持・改善の度合い、それから健康な高齢者の増加などをこの保険者の取組みの成果を反映する指標というものをアウトカム指標として考えていく。さらに言うと、アウトカム指標としては、これはプロセス管理の指標ですが、地域分析の実施状況であるとか、地域ケア会議の実施状況、それから生活支援コーディネーターの活動状況、そうしたことが指標になってくるのではないかと考えています。都道府県については、こういった取組みが市町村でちゃんと推進されるように、広域的に支援するということが求められてくるかと考えています。考え方として、「認定率を下げるんだ」ということを言うのかということについては、別にそういうことは言うつもりはございません。ただ、大阪府の場合、現状、軽度者に適切なケアマネジメントがなされない中

で、さらに健康意識も低いのではないかというデータが分析の結果で出てきたところです。そうした問題について、まず一義的には介護予防。介護予防というのは未然予防と介護状態の維持、それから悪化をできるだけ防止していくということも含めて、どういう取り組みができるのか。まずは未然防止のところでは、社会参加を促すことや総合事業もあると思っていますし、それから要介護度の維持、改善、或いは悪化をできるだけ防止できるということについては、例えば、ケア会議の取り組みもそうですし、退院調整の仕組みも上手く仕組みでいくということで、取り組んでいかなければならないと考えているところでございます。以上でございます。

【中尾委員】

先ほど、課長のほうが横串できっちりとやっていかなければならないのだと思いますと。介護保険担当課に関しても要介護の担当部署があり、指導の担当部署があり、いろいろな部署があるけれども、バラバラにやるからなかなかうまくいかない、というふうなことをおっしゃいましたよね。それプラス、私、特定健診や特定保健指導の受診率、利用率が低い、或いはがん検診受診率が低いと。そこのところから考えると、やはり医療部の健康づくり課ときっちりとした連携を取って、市町村に言っていないと、市町村はもっと縦割りにやっているところがありますので、そこのところを踏まえて、最終的に介護保険や医療、国保の保険者としての強化につなげていって頂くような支援をお願いしたいなと思いますので、よろしくお願いします。

【事務局】（福祉部長）

ご指摘のように国保制度改革、30年度からスタートする部分もでございます。健康指標の向上ということも大きなテーマでありますし、介護保険と連動させる形になっています。ただ一つ、やはり保険者としての市町村の課題意識と言いますか、そこを共有させて頂いて、自らがアウトプット指標、アウトカム指標というのは、やっぱりきちっと立てて頂く。大阪府としては、財源はともかくと致しまして、国の財源もございまして、うまくその大きな方向性の中で誘導していくという、大きな枠組みとしてはそういうことを考えておりますので、ご指摘のように医療関係ともきちっと連携をして参りたいというふうに思っております。

【高杉会長】

今、市町村での医療分野と福祉、介護の分野、こういう部分がきちっと連携して、実のある実績を残すように頑張ってくれということだろうと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

【福原委員】

最初のご説明で、いわゆる大阪府の調査で介護保険3施設よりも、有料老人ホーム等の介護費が高いというようなご指摘、調査結果をご説明頂いたのですが、この結果によって、大阪府の、特に介護保険3施設のうちの特別養護老人ホームのことを説明して頂きましたけれども、整備計画に変更がございましてかということが、第一点。それからもう一つは、病院の退院時の居宅、或いは在宅に患者さんに帰って頂くときに、ケア会議をやりませうけれども、

その担当の人に聞きますと、最近、勿論、住宅事情、或いは独居等が増えているということもございますけれども、とにかく地域での孤立化ということが非常に目立ってきていると。このことが医療や介護のさらに枠外の人に、いろいろ協力を仰がないと、ここで書いてございます「地域共生社会」がまさにこのことございまして、このことを大阪府の市町村に対して、どういう施策をなさるのか。具体的に分かっていたら教えて頂きたいと。二点でございます。

【事務局】（介護支援課長）

施設の整備状況については、追って担当から説明させていただきます。それから、先ほどおっしゃられたように医療・介護の枠外のところの話はおっしゃるとおりで、先ほど、フレイルの話もありましたけれども、やはり、廃用症候群を生む背景というところには、やはり、高齢者の方々の社会参加なり、居場所づくりなり、出番なりが、やはり関係しているのだと考えております。私もそうなのですが、特に男性の場合は、退職して名刺がなくなると、次からどこへ行ったらいいか分からないという状況になってしまうことが多いと聞きます。それから、フレイルは女性のほうが多いのですが、旦那さんが亡くなったあとに在宅で孤立化していくということも考えられます。そうしたことを踏まえまして、やはり地域づくりというのが、今改めて重要だと考えておまして、総合事業というのは、まさしくそのための取組みの一つでございます。この点についての認識というのは、市町村でもばらつきがありまして、なかなか進んでいない自治体、進んでいる自治体と分かれてきているのですが、そこをやはり、もう一回府のほうで、しっかり市町村啓発もして、それから「ええまちプロジェクト」という広域的支援策も今考えているところでございますけれども、そういった施策も含めながら、そういった互助活動も改めて創出していきたいと考えております。そうしましたら、整備のことについて担当からお答えさせていただきます。

【事務局】（介護事業者課長）

介護事業者課長の小孫でございます。特養の整備についてでございますけれども、現在 6 期の計画に従って、その計画を進めていくということでございますが、今日、いろいろ話がありましたように、特に大阪府の場合は、これまでその特養を作るとお金がかかるんじゃないかというそういうご意見もあったということでございますけれども、ただ状況を見ていくと、決してそうではないのではないかとということも、だんだん分かってきつつあるのかなと思っております。

それと、もう一つは、国が、介護離職ゼロということで、特に特養については、次の 7 期ぐらいの数字を見据えて、前倒しとか、上乘せということをお考えおまして、それに見合うような 27 年度に補正の予算を組んだりしておりますので、そのことも含めて、私どもとしましては、各市町村に次の計画をどう考えていくのかということで、これまで同様というのではなくて、いろいろな新しい要素を加えて考えていきたいと思いますということを、今までも機会があるごとに言っているのですけれども、今後、さらにお話ししていきたいと考えております。

【高杉会長】

ほかにご意見があれば、どうぞ。

【永井委員】

大阪ボランティア協会の永井です。今年度からお世話になっています。資料 14 の今後の計画策定でご議論頂きたい項目の中の、一つ目の○のポツの六つ目にある「介護予防、健康づくりについて」というところに関連することです。私は、ボランティア協会でボランティア活動の推進を進めている立場からなのですが、今日頂戴した資料の中の、例えば、資料 2 の 92 ページのところ、厚生労働科学研究班の近藤先生のデータが紹介されていて、この一つのグラフに、「ボランティアグループ等の地域組織への参加割合が高い地域ほど認知症リスクを有する後期高齢者の割合が少ない」というデータがございます。つまり、ボランティア活動などに参加をすると、介護予防につながるというような因果関係のデータの一つだと思います。この先生の研究には、鬱と趣味の関係ですとか、スポーツと転倒率の関係とか、そういったデータをよく厚生労働省で紹介されているのですが、こういったボランティア活動や社会参加ということが、とても重要で、そのことが介護予防や健康づくりにつながるということがきちんと謳えるといいなと思うのですが、実際にこの資料 5 の「府内の高齢者の生活実態と介護サービス等に関する意識調査」の中で、ボランティアに関する項目が 52、53 ページに出てきます。この「ボランティア活動への参加意向」とお尋ねしているところでは、全体として、「現在参加している」が 12%ということで、参加したいという方も含めて、全体で 3 割なのですけれども、参加しない理由が 53 ページで紹介されていて、「体調や事情があり難しい」という方もいらっしゃいますが、「適したものが見つからない」とか、そのようなこともおっしゃっているので、私もボランティア推進機関や、社会福祉協議会のボランティアセンター、あるいは NPO の皆さんなどが適切な情報提供に努力しないといけないなということをまず感じた次第なのですけれども、実際に、このボランティアの行動率というのは、総務省の調査で社会生活基本調査というものが 5 年に 1 回なされていて、今、公開されているデータは恐らく 2011 年のデータと言っていたと思うのですが、その年も 5 年前の年も、大阪府というのはボランティア行動率は最下位なのです。ボランティア行動率がとても低いと。10 歳以上の方で 20.6%の行動率ということで、高齢者の部分を取り出したときに、他県に比べて行動率が低いのかちょっと調べてみないと分かりませんが、なにぶんボランティア活動や趣味や社会参加が、健康づくりや健康寿命を延ばすことに繋がるのだというデータもうまく引用して、大阪府の場合のそういう成功例を紹介して、そういうことを資料 14 の今度の計画策定の中での健康づくり、生きがいくりの項目の中にもうまく取り上げていくことで、それに該当する推進機関が協力してくださるのかなというようなことを思いました。

一方で、もう一点だけ、ボランティアに関連することや NPO に関連することで注意したい点なのですが、資料 14 の盛り込む項目の三つ目のポツに、地域の支え合い体制の整備で、総合事業のことが出てくることで提案頂いているのですが、総合事業の関係でいくと、生活支援や介護予防サービスに住民主体、NPO、民間企業と多様な主体がサービスを提供し、その担い手に地域の元気な高齢者をはじめとする地域の方たちの担い手を期待したいと。それは有償の活動も構わないし、ボランティアもということなのだけれども、地域の社会福祉協議会が、今、一生懸命、その体制作りのために、ボランティアや担い手の養成の講座を一

生懸命されてはいるのです。そういうところに講師で伺うことがあるのですが、「担い手のためにボランティア活動をしようよ」と言っても、「何かまた都合のいいように、何か我々は使われるのか」というような地域の反応というのは、まあまあありますので、そうではなくて、まず自らの健康だとか、生き甲斐とか、人と繋がる関係性が豊かなことというのは、シニア・アクティブ・ライフがとても豊かなものになるというような部分と併せて、余力があったら担い手というか、地域の大変なお困り事の方にも応援していこうと。その自分事の生き甲斐や健康寿命のことと、応援の必要な方を応援するという活動としてのボランティア、ここを上手にバランス良く言っていかないと、ここを分離して言っていくと、ちょっとハレーションというのか、我々何か活用されるのかといった言葉への抵抗があるのかと思いますので、地域支え合い体制の中での担い手の部分は、それだけでボランティアや地域の人たちの人材を活用すると言い切るといよりは、健康づくりや自分事として、そこがプラスになるのだということとうまく関連付けて説明していくと、受け止めが地域のそれぞれの市民がしやすいのではないかなと。この二点を少し私の本業の立場からは感じましたので、意見として述べさせて頂きました。

【高杉会長】

今は意見ということなので、拝聴させて頂いたと。特に、ボランティアの活動の場そのものにおける意義を、参加する人たちが喜んで参加できるような形を、いろいろな言い方によって鼓舞するような形を、ぜひ、取ってもらいたいというような意見でございました。何かありますか。

【事務局】（介護支援課長）

ご指摘の趣旨はごもっともだと思っております、まさしくこちらが良かれと思って参加してくださいというアプローチが、決して効果を奏さないということがよくあると。ちょうど平成18年度改正による介護予防事業の失敗というのは、最近は言われていますけれども、その理由もまさしくそういった部分で、健康のためと思って、こちらから「何かやってください」と言うアプローチが、「行政からまた何か仕事をやらされている」という意識に繋がったのではないかと。だから、総合事業というのはもっと自発的なもの、もっと住民たちから主体となって活動してもらうことを促していくことが重要だと考えておりますが、その意味でいえば、逆に、行政としては非常にアプローチが難しい。行政が何かを作ればよいというアプローチが求められているとは限らないだけに、市町村も手をこまねくという事情もあるところなのですが、そうであるが故に、逆に言えば、社会福祉協議会、あるいはボランティア協会といったこれまで地域で活動されてきた方々との連携というのが、我々としても重要だと思っていて、一方では介護予防の事業性等についての周知啓発みたいなことも府としてやっていかなければならないと考えております。

【高杉会長】

はい、川合委員。

【川合委員】

永井委員がおっしゃった通りだと思うのですが、ただ、最後でおっしゃったことは申し訳ないですけど、ボランティアって本業でやるものなのですか。本職でボランティアをやっていますか。

【永井委員】

本職でやるものはないですね。

【川合委員】

本職ですか。違うでしょう。ボランティアは本業があってボランティア活動するのですね。

【永井委員】

そうです。ボランティア活動を推進している側はプロとしてやっているけれども、ボランティア活動そのものは無償です。

【川合委員】

ちょっと引かかったものですからね。ボランティアというのは空いた時間を提供するの
がボランティアなのだろうなと思っていたものですから。ただ、言いたかったのはそのこと
ではないのです。おっしゃるとおりなのです。きれい事をみんなおっしゃるのですけれど、
我々は団塊の世代です。人生経験があるのです。専門職経験もあるのです。本質的に言いま
してね、我々団塊の世代が若かりし頃はね、社会保障って成立していたのですよ。支える人
間が多いですから。それがね、若い人にいくら「頑張ってボランティアやれ」など言っても
それはもう無理ですよ。自分の生活をするのが精一杯。そうしたら、我々定年も過ぎた団塊
の世代以上が、専門職も、専門職でない一般の人も、「お互いに支え合いませんか」というこ
とを、大阪府として提唱されませんか。それと資料 14 にある第 7 期というのは何年から何年
までですか。今、知事が推薦されておられる万博のテーマは何ですか。

【事務局】（福祉部長）

不確定要素はありますけれど、大阪府としては健康長寿です。

【川合委員】

そうでしょう。そうしたら、そういう風な府民活動を今から始めておかないことには、ま
た空虚な文書が並ぶだけです。永井委員がおっしゃったように、高齢者をもっと活用しなけ
ればと私は思います。それを私が提唱しているのが世代内互助なのです。憲法第 25 条で自
助・公助・互助は書いていませんけれども、あの精神は自助・公助・互助ですよ。その中
でも世代間互助をずっと言ってきたから、若い連中は嫌になりますよ。「何で高齢者を養わな
いといけないのか」とみんな言いますって。やっぱりもう 25 年でしょう。今からもう 1 回か
2 回ぐらいしか計画立てられないじゃないですか。そのときに府として世代内互助が適切な
のかどうか分かりませんが、健康高齢者、軽度要介護者の活用にも繋がるのではない
でしょうか。例えば、有名人にスポンサーになってもらったらどうですか。「高齢者もっと頑
張ろうよ」というような感じで。

【黒田委員】

元気な高齢者が、高齢者同士で支え合っということは、総合事業を作るときにも言われていることでして、川合委員がおっしゃるとおりだと僕は思います。今、二つ目のご意見が出たので、引き継いで私の意見なのですが、資料 14 を見ますと、まず大きな白丸の中に施策の推進方策について、次のようなことをどう盛り込んでいくべきかということがあるのですね。これを見ていると、地域ケア会議でしょう。次に、医療・介護連携ですね。そして、地域の支え合い体制、総合事業。認知症高齢者等支援策、介護予防。これはいずれも地域支援事業の中に組み込まれてきたものなのですよね。これらの事業を、今、各市町村保険者がこの 3 年間の第 6 期計画の間に取り組むということなのですよね。第 7 期計画でこれらが、どう普及、実施されているかを、できればもっと見える化して頂きたいと思うのです。給付サービスのほうは、先ほどの実績報告でも非常に市町村別に細かくデータが出るのだけれども、地域支援事業は各市町村が創意工夫しながら進めているわけで、私はなかなか市町村ごとの取組みが付加的に見える化されていないという気がします。何かいい指標ができれば、その指標も作ったらいいのではないかとか、それもマップに落として見える化していくとか、そういう工夫ができないかということを思いました。

【川合委員】

おっしゃるとおりなのです。我々専門家は難しい言葉を使いすぎるのです。聞き手が分かる言葉を使わないと。

【黒田委員】

先ほどの高齢者の地域参加だとか、ボランティアだとか、そういうものも本当は見える化できたらいいのだけれどね。だけど、こういうのは指標化するのが難しいという面もあります。専門部会で本当に細かな分析もして、こうやってかなりの物事が見えるようになってきました。実は、こういう分析作業も継続してできればいいという思いがあるのです。これだけを毎年やっていくのは大変なことなのだけれども、3 年に 1 度ぐらいはこういう作業をして、この作業から何が見えてきたかと言ったら、先ほど、中尾委員もおっしゃったように、保健医療との関連なんていうのが重要なのだということも出てきたと思うのですよ。いろいろな受診率だとか、BMI が関係するのだというのはちょっと面白いデータだと思っているのですけれども、一方で住まいとの関係が出てきたと。健康医療部だとか、住まい、まちづくりの部署だとか、部門だとかと、そういうところともっと総合的に連携していかなければいけないだろうと思いますから、そういうものも含めてデータが見える化していけたらいいと思っております。

【高杉会長】

他に何か意見ありますか。

【濱田委員】

ちょうどそれを言おうと思っていたところ、黒田委員からお話して頂きましたが、介護予

防、健康づくりについて、要は、お話ありましたように、今、資料 8 では本当にフォーマルな統計しか出ていませんので、例えば、健康づくり教室や介護予防教室の箇所数と参加者数とか、その他先ほど出ておりましたけれども、9月30日の専門部会で近藤教授が、介護予防と相関があると一定の根拠で示されたもののうちのいくつかを、実際の統計は市町村のほうにお願いしないとイケませんけれど、とりあえず第7期でそれが集計できるように、例えば、いくつか少しはめ込んで、それで実際3年後どうなったかということで比較すれば、介護予防や健康づくりが進んだのかと分かるのかなという気が致しますので、確か3種類以上の地域活動に参加していると要介護認定率が40%低かったかと記憶しておりますので、少しそういうことも併せて可能かどうか分かりませんが、意見として述べさせていただきます。

【高杉会長】

他にありますか。

【黒田委員】

認知症カフェの取組みは、市町村ごとにもう取り組まれているわけだけれど、そういうのもまだ創意工夫しながらやっているところで、どこがいくつなんていうのはそんなに見えませんね。初期集中支援チームも実績が本当に作られてはいてもまちまちで、違いますね。でも、そういうものは給付サービスではないからなかなか見えない。これもできるだけ見える化して頂きたいと思います。

【高杉会長】

他に何かご意見ありますか。

【事務局】（介護支援課長）

いくつかご指摘頂いたことについて、世代内互助のことについてはまさしく総合事業によって進めようと思っておりますので、府としても一生懸命旗を振っていきこうと思っています。ええまちプロジェクトはそのための事業として実施していきたいと考えています。地域支援事業と認知症カフェとか初期集中の実績の見える化についてご指摘頂きました。ここについては、いろいろな市町村の方々の意見も踏まえながら考えていく必要があると思いますけれども、一方ではこれに限らず、今回の第7期の計画から色々なことの指標を設定して、それを公表することにもなっていくしますので、そういったものにどういったものが位置付けられるのかなども見ながら、市町村の意見を踏まえながら考えていく必要があるかなと考えております。以上でございます。

【高杉会長】

先ほど、いろいろな意見の中で総合支援事業で、特にボランティア、高齢者のボランティアをどう活用していくかと。活用というのは、非常に言い方が上から目線みたいな形ですが、皆さん、参画をどうしていくかということの中で、実は、僕は和泉市に住んでいますが、つい1ヶ月ほど前に市からアンケートが来まして、「あなたはどのようなボランティア活動に、あるいは今後どのような展開をしたらいいか」というアンケートを出してくれと言ってきておら

れるのです。市町村でいろいろなアイデアを募集しながらやっていこうというのも非常にいい活動の一つとは言いながら、もう一つは、やはり地域で本当にボランティアをやるという人の核になる人を見つけるというか、その人を中心はずっと周辺に輪を広げるような、本気で一生懸命頑張ろうという人を捕まえないと、「みんなでやりましょう」だけではなかなか上手く活動しにくいような気がするのです。何か中心的な人と市町村がお話しして、そういう人を各地域で見つけてもらって、その人を核にして活動を、どんどん輪を広げていくように。ご近所付き合いで「あなたもおいでよ、あなたもおいで」というような格好でどんどん広げていけば、行政が「どうですか、ああですか」というだけではなかなか広がりができにくいなという感じをちょっと持っているのです。そこら辺きめ細かな、そしてまた成功事例が市町村によっては必ず出てくるだろうと思うので、そういう部分を市町村に是非知らせて頂いて、参考にするような、そういう取組みも是非してもらったらありがたいなという気は致しました。他に何かご意見ありますか。はい、どうぞ。

【道明委員】

薬剤師会の道明です。認知症に関してなのですけど、新オレンジプランの中で歯科医師、薬剤師の認知症の対応力向上研修ということで、今年度から始まっているんですけど、やはり認知症の対応力をつけて、店頭で認知症の方かなという方がいらっしゃったときに、それを連携することが大事で、そのときにかかりつけ医であるとか、先ほどの認知症初期支援チームであるとか、色々なケアパスであるとか、市町村によっていろいろな形があると思うんですけど、その核になるのが地域包括であるとか色々なところがあるかと思うんですけども、やはり、市町村でどのような形で連携していくようにするかということ、ルートというのですかね、薬局で、もしこの方がちょっと早目に対応してあげたほうがいいなというときに、かかりつけ医に言ったほうがいい場合もありますけれども、そういう方は、かかりつけ医であると分かっている場合はいいですけども、例えば、OTCであるとか、いろいろなものを買いに来られます。例えば、毎日、蚊取り線香を買いに来る。じゃあ、ちょっとおかしいかなと言ったときに誰と連絡すればいいのかなというところがあるかと思うんですけど、そういうふうなときに、やはり市町村でそういうシステムの、連携のシステムをしっかりと構築するような形を今後して頂けたらいいのかなと思いますのでよろしくお願ひします。

【高杉会長】

大事なことだろうと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

【浅野委員】

介護福祉士会の浅野と申します。よろしくお願ひ致します。資料 14 の一番大きい白丸のところの福祉介護サービス基盤の整備ということで、人材確保のことが書いてあるのですけれども、皆さんもご存じのように今、介護福祉士のなり手が本当に少なくなりまして、今年の実験者も去年と比べまして半数になりました。養成校も 17,000 人入学していたのが、28 年度はその半分ということで、今、会議の中で、いろいろなボランティアの養成とかお話が出てきて、本当に高齢者のほうが元気な感じを受けるのですけれども、これから地域在宅に戻

していくということで、ちょっとこの資料の中からも介護福祉士の場合だったら、サービス提供責任者がいるのですけれども、やはり介護といえば、ここ最近ケアマネジャーのことを皆さんイメージが凄く膨らんできているようなのですけれども、やはり現場を担っているのは介護福祉士、介護職員だと思いますので、サービス提供責任者への教育なども是非この人材確保の中でも取り入れて頂きたいですし、**29**年度**4**月からは**EPA**の介護福祉士の訪問介護への参入も決定しておりますので、やはりそういう意味でも他職種と連携していくとか、そういう中でもサービス提供責任者の役割は凄く大きいと思いますので、サービス提供責任者がいるということも、多分知らない人も多いのではないかなということもあるので、是非そういうところの研修なども入れて頂けたらなと思っています。

内閣府の規制改革以降、特養が要介護**3**以上になりましたよね。最近特養での入所待ちがかなり減っていて、先ほどから皆さんの議論の中で挙がっている有料サ高住に、利用者さんがたくさん入っているということで、それが入所待ちを軽減していることにも繋がっていると思うのですけれども、私たちは今大阪府さんからのキャリアパスの支援事業で、施設などを訪問させて頂くのですけれども、サ高住が特に特養の小さい版みたいな形で、やっていることは一緒、しかし、介護職員の質はやはり違うと思うのです。そこのところで、本当にサ高住に要介護**5**の人が入っているのと社会福祉法人の特養に要介護**5**の人が入って受けるケアの質は、今は同一ではないと私たちは職能団体としては思っています。要介護**3**以上の人が特養に入るということで、特養の重度化もかなり高まっていると思うので、そこのところの職員の福祉用具の活用も教育としては是非研修の中で入れていって頂きたいのです。そうしないとたぶん今の若者は、社会福祉士振興試験センターの就労実態調査でも、**20**代の若者の介護福祉士のなり手が本当に減っているのです。なので、この状態で行くと、たぶん担い手がますます減っていきますので、今のこういう計画も介護業界の根幹を支えているのは介護現場だと思っているので、なり手が居なくなるとこういうことも実行していけなくなるので、是非、中核的人材の背中を見せるためにも私たちも今、介護予防の研修も来年度から取り入れていきますし、私たちも職能団体としては色々やっていくつもりでおるのですけれども、まず、なり手が居なければ何も進めていけないので、やはり人材確保というところは本当に重点的に頑張りたい。私たちも協力していきますので、是非よろしくお願ひします。

【高杉会長】

他に何かご意見ありますか。それでは、今日の審議会はこれで終わりたいと思います。あとは事務局から、連絡事項を含めて、スケジュール等少しお話頂いて終わりますでしょうか。

【事務局】（介護支援課総括課長補佐）

次回ですが、平成**29**年度に入ると思います。来年度は先ほどからございましたように、次期**7**期計画を策定する年度でございますので、通例では年**4**回の審議会を開催する予定でございます。また、次は大体**5**月から**6**月ぐらいに開催したいと思っておりますので、開催時期が固まって参りましたら、それぞれまた日程調整をさせていただきますのでよろしくお願ひ致します。

【事務局】（福祉部長）

最後にご挨拶を申し上げます。先生方、本当に長時間ありがとうございました。少し訂正をさせていただきますと、**2025**年大阪万博について、大阪府と致しましては、政府に対して健康長寿ということで提案させていただきましたが、政府で構想検討委員会を立ち上げて頂いてやっている中で、「もう少しテーマを広げてはどうか」というような指摘を受けておりますので、府と致しましては健康長寿で提案させて頂いたということで、川合先生の話の腰を折ってはまずいと思いますので、申し上げませんでした。公の場でございましたので。そこも川合先生が音頭を取ってやって頂ければありがたいですけれど。

本日は本当にいろいろと様々な角度からご議論頂きました。昨年**3**月の厚生労働省から公表されたデータということで、私も大変危機感を持ってそれを見て参りました。そして、本審議会においても早速検討部会を立ち上げて頂いて、その中で種々具現を頂いたということでもあります。黒田委員、本当にどうもありがとうございました。まさにそこで議論されてきた要因の分析、課題の設定、論点の設定、そして大きな処方箋の方向性をまとめて頂いた、非常にエッセンスが詰まった報告書だと思っています。そして、ご指摘がありましたように単に要介護認定率を下げればいいのか、単に介護費を下げればいいのか、そういうものではなくて、本当に府民にとって介護保険の本来の姿である自立支援というテーマに向かって、保険者である市町村、事業者、関係機関の皆さんと一緒に、どのような方向で第**7**期の計画を策定していけばいいかというまさに青写真になるものだと私は思っております。これを踏まえまして、第**7**期の計画に向けまして、本審議会において様々な形で引き続き先生方のご助言、ご指導を頂くことになると思います。どうか引き続きよろしくお願いを申し上げまして、私からのご挨拶とさせていただきます。本当にありがとうございました。

【司会】

本日、長時間にわたりましてありがとうございました。以上をもちまして、第**10**回大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会を終了させていただきます。