

【事務局（高橋）】

大変お待たせしました。

それでは、定刻となりましたので、ただいまから第12回桑名市地域包括ケアシステム推進協議会を開催いたします。

本日、皆様方には、大変お忙しい中、また、雪がちらつく大変寒い中をお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

本日、司会を務めさせていただきます介護・高齢福祉課長の高橋でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

本日、石川委員、岡訓子委員、川瀬委員、近藤委員、白井委員、長坂委員、長谷川委員におかれましては、所用のため欠席のご連絡をいただいておりますので、ご報告します。

本日の会議につきましては、お手元にお配りしております第12回桑名市地域包括ケアシステム推進協議会次第に従いまして進めさせていただきます。座って失礼いたします。

さて、本会議は、桑名市地域包括ケアシステム推進協議会条例第6条第2項において、協議会は、委員及び議事に関係のある臨時委員の過半数が出席しなければ会議を開くことができないとなっております。本日は、委員26名中19名の方にご出席いただいておりますので、過半数に達しておりますので、会議は成立しておりますことをご報告いたします。

それでは、議事に移りたいと思いますが、事前にお送りさせていただいた地域包括ケア計画—第6期介護保険事業計画・第7期老人福祉計画—の案について、お持ちでない方は挙手を、皆さん、お持ちいただいておりますでしょうか。

それでは、議事に移りたいと思います。

議事の進行につきましては、桑名市地域包括ケアシステム推進協議会条例第6条第1項の規定により、議長は豊田会長にお願いいたします。

それでは、会長、よろしくお願いいたします。

【豊田会長】

それでは、ここからは私が議事を進行させていただきますけれども、議事に入る前に、前回、12月5日の協議会、前回の協議会から少し時間があいておりますし、また、パブリックコメントを実施するまで私に一任された形となっております。不十分な記載もあって、そういうことで、これまでの経過と今後の計画策定までの流れをまずは簡単に事務局から説明をお願いしたいと思います。よろしくお願い致します。

【事務局（高橋）】

では、事務局から簡単に説明をさせていただきます。

前回、12月5日の会議では、計画案について記載予定の項目だけをお示しして、精査されていない部分を加筆修正することとして会長に一任をさせていただきました。その後、修正させていただいたものを12月22日に会長にお示しをさせていただいて、ご意見をいただきました。その後、委員の皆様へ送付をさせていただき、12月24日から1月22日までの30日間、パブリックコメントを実施させていただきました。

この後、委員の前回のご意見、それから、パブリックコメントを踏まえた計画案を説明させていただき、ご協議いただきます。本日の協議を経て、桑名市地域包括ケア計画（案）として2月12日に市議会に協議いたします。その後、最終的に桑名市地域包括ケア計画として、本日の協議内容、市議会の協議内容を踏まえ、確定する運びといたしております。よろしくお願い致します。

【豊田会長】

ありがとうございます。

先ほどの事務局からのご説明では、この後、前回からの修正内容などの説明もあって、それから、パブリックコメントの資料も出ております。それらを踏まえまして今日の会議が本協議会としての計画案

に対する最終検討となります。そして、その後、市議会の協議などを経て、それから、市長さんが最終計画を確定させると、こういう運びになろうかと、そういうことであろうかと思えます。

それでは、具体的に今回示された計画案につきまして事務局から説明をいただきたいと思えます。会議次第の議事の1、桑名市地域包括ケア計画―第6期介護保険事業計画・第7期老人福祉計画―（平成27～29年度）の策定についてということと、それから、もう一つ、認知症施策推進総合戦略、新オレンジプランと言われるものがございますが、これにつきまして一括して事務局からご説明をいたします。

では、よろしく申し上げます。

【事務局（高橋）】

そうしましたら、計画の説明ですが、まず、私のほうから資料1―1というものに従いまして簡単に、これまで皆さんにご協議いただいた内容になりますので重複するところもありますが、簡単に説明をさせていただきます。

概要の流れですけれども、策定についての方針、それから、基本理念、重点事項と行きまして、今まで詳しく記載があまりなかった地域支援事業の充実の部分、それから、新しく取り組みます市町村特別給付及び保健福祉事業、そして、最後に保険料、こういう流れで説明させていただきたいと思えます。

まず、第1点目の計画の策定方針であります。これにつきましては、介護保険事業計画の位置づけとして本計画は3年間の計画ということになりますが、ただ3年間の計画ということではなくて、後期高齢者が増える2025年を見据えて、10年先を見据えた計画の策定になっていると。これについては国が示している策定の方針、ここでも第6期の計画については2025年を見通した上で計画を策定していくと、そういう継続したものになるようにということを示されております。

それを踏まえて、桑名市では、2025年問題を乗り越えるためにということで、地域包括ケアシステムの構築というのが目指すところであり。その地域包括ケアシステムのために計画の策定段階からその方針を皆で共有して働きかけていくという規範的統合に重点を置いて計画の策定を進めてきました。そのために、具体的にはということで、当協議会においてもただ意見をお聞きするというだけでなく、桑名市としての方針を示した上で、それぞれのお立場でそれに向かってどういう役割を果たしていただけるのかというようなことを投げかけるような形で期待を明確化して意見交換をしていただいていたというようなこととなります。

その他、情報公開の徹底であるとか、地域住民との意見交換を頻繁に行ったとかというものを全て桑名市の方針を皆に理解していただくというような取り組みの中でこの計画をつくってきたということになります。

では、この計画の基本理念は何だということになると、地域包括ケアシステムの構築を目指すと、その理念と方向性をこの計画の中で明示するということとなります。それについて、なぜ地域包括ケアシステムが必要なのかという導入部分の論点については、いまだ前回の協議会でも委員の方からさまざまな市民に対する背景であるとか、なぜ必要なのかという部分についてはご議論いただいているところですが、地域包括ケアシステムを目指すという方向には変わりはありません。

地域包括ケアシステムの理念とはといいますと、高齢者の尊厳保持と自立支援、高齢者の幸福の追求といえます。そちらが基本理念になります。

そのためにはセルフマネジメントが基本ですけれども、それを支援するようなサービスの提供、それから、介護予防に資するサービスの提供、それと、いつまでも住みなれた地域で暮らしていただけるように、在宅生活の限界点を高めるサービスの提供、この3つの方向に向かって施策を展開していくと。

それで、本計画の重点事項としては、身近な地域での多様な資源の見える化、創出、施設機能の地域展開、多職種協働によるケアマネジメントの充実に取り組むというような流れになります。

これがいつも見いただいているパワーポイントの図ですけれども、これがイメージをあらわしたものになるということです。

それから、目指す重点事項の3つのうちの1つですが、身近な地域での多様な資源の見える化、創出

については、医療、介護の専門職がそれぞれ専門性を発揮して、専門的なサービスに集中して提供すると、そういう環境を整備する必要がある。

そのためには、まず、日常生活支援に係る部分、専門職が専門的なサービスに集中できるように、地域住民でできる部分は地域住民主体で展開するというようなサポーターの見える化、それから、創出、つくり出す。

それから、もう一方では、集中して生活機能の向上を図った後に、そういう生活機能が向上した方が地域にデビューすると、そういう機会をつくっていく。そのための通いの場であるとか、そういうものをそういうものを住民主体でつくっていくと。見えるようにしていくと。具体的には、来年度、27年度から新しい介護予防・日常生活支援総合事業を開始します。それと、もう一つが生活支援体制整備事業に取り組みますということになります。

これが今の身近な地域での多様な資源の見える化、創出のイメージの図になります。

それから、第2点目の事項として施設機能の地域展開、これは在宅生活の限界点を高めるために施設サービスと同様の機能を地域に展開する在宅サービスを普及していくということになります。というのは、どういう機能を持ったものを増やすのかということになりますが、真ん中に掲げてあります24時間365日のサービス提供が可能であったり、高齢者の状態像に応じてサービスを適切に組み合わせるというようなことを同一の事業所で一体的に行われるということを実現する。あとは報酬が月単位であるとか、それによって柔軟にサービスを提供する組み合わせができるよというようなことですね。これらは全て既存の施設が兼ね備えた、持っている機能になります。このようなことを提供できるような在宅のサービスというものの普及が求められると。具体的には、定期巡回・随時対応型訪問介護看護であるとか、小規模多機能型、複合型サービスの普及を図るということになります。

これはいつも見ていただいている施設機能の地域展開、施設の廊下を道路と見立ててというような図になります。

あと、重点事項の3番目、多職種協働のケアマネジメントの充実、これについては介護予防に資するサービス、もしくは在宅生活を続けるためのサービスを提供するために、多職種協働でケアマネジメントを実践していくことが重要だということでありです。そのため、法のほうでも地域ケア会議の法制化がされました。それから、在宅復帰を支援する退院調整の充実が必要であろうと。あと、認知症については、ひどくなってから、重くなってからの対応じゃなくて、事前的な対応が求められると。具体的な施策としては、地域支援調整会議及び地域生活応援会議の開催、それから、在宅医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業を実施していくということを計画の中で書いております。

こちらは法制化された地域ケア会議の持つ役割であるとかが示された国のイメージ図です。個々のケア会議でケアマネジメントの支援をするというだけではなくて、そこから地域課題を把握して地域づくりにつなげ、政策形成につなげていくと。一番大きな枠組みの地域ケア会議がこちらの推進協議会の会議というような位置づけになるかと思えます。

これが多職種協働によるケアマネジメント、個々のケースにどのような働きかけをするか、地域生活応援会議をイメージした図であります。

それから、こちらは生活応援会議の一連の事務的な流れというか、認定からサービス開始までの流れになります。

それから、4番目に地域支援事業の充実、この部分がパブリックコメントの際にはまだ記載が不十分でして、かなり記載を充実させていただいた部分であります。これは社会保障・税一体改革の一環として皆保険制度の改正がされたわけですが、少し消費税率のアップの先送りがあったり、解散総選挙の関係で国の予算編成が少しおくれておまして、この地域支援事業にかけられる事業費全体の上限枠というものの考え方がまだ示されていないということで、ここについては少しまだ詳細な部分までは固まり切っていないというところではありますが、施策的にはここに上げさせていただいたようなことを今現在計画には記載させていただいております。27年4月から新しい総合事業を開始するということになります。その中で、具体的には訪問型サービス、通所型サービス、介護予防ケアマネジメント、それから、

一般介護予防給付を開始します。

それと、もう一点、平成27年度、これは4月からというわけではないですが、27年度から取り組むとして地域包括支援センターの運営に地域ケア会議の充実を位置づけたほか、在宅医療・介護連携推進事業、それから、認知症総合支援事業及び生活支援体制整備事業に取り組みます。これは地域支援事業の中の包括的支援事業に当たる部分になりますが、ここが消費税を投入してしっかり充実をされた。国のほうでもこの分野について充実を図ってきたというところになります。

具体的には、地域包括支援センターの機能強化ほか、ここに上げさせていただいた認知症ケアパスの作成であるとか、認知症初期集中支援チームの設置、認知症地域支援推進員の配置など、これらを考えております。

これにどこまで取り組むか、上限の関係もありますが、何もしないと、消費税の増収分をここの社会保障の充実として国がメニューを示してきたところを取り組まないということは、市民にとっても消費税を払いっ放して何も還元されない、そういうことになりますので、ここのところはしっかりと施策を推進していくという部分になります。

これが国が示した新しい地域支援事業の枠組みになります。総合事業のほうではサービスの多様化、そして、包括的支援事業については、さまざまな在宅医療・介護連携の推進をはじめとして充実をさせると言っている部分です。

総合事業についての国が示したサービスの枠組みとしては、こちらの図を見ていただくと、このようなサービスメニューがあります。それに応じて、国の示すサービス種類に応じて、今現在、2月現在ですけれども、市の事業として想定している事業の項目を上げさせていただいております。

こちらは在宅医療・介護連携支援センター、医療と介護の連携の相談窓口の国が示したイメージというか、役割を書いた図になります。

それから、次が認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について、これも国が示した図ではありますけれども、嘱託医を中心に認知症の初期集中支援チームを構成して、相談、支援に当たると。それとあわせて、認知症地域支援推進員を配置していくというような形になります。

5点目ですが、これは今まで市ではやっていなかった部分なんですけど、市町村特別給付及び保健福祉事業ということで、今想定しています特別給付については、おむつ助成サービス、それから、訪問理美容サービス、通院等乗降介助サービス、短期集中予防サービス、これらを新しく給付の中で法定の全国一律のサービス以外に創設するというのを計画の中で記載しております。

それから、ちょっと1点訂正で申しわけないですが、保健福祉事業のところの「保健福祉事業は、」というところで「市町村独自の給付」と書いてありますが、これ、申しわけございません、「事業」の誤りでございますので、訂正しておわび申し上げます。こちらは先ほど説明した法定の地域支援事業以外に市町村が独自に事業として行うものと。被保険者に保険料の還元をするという意味合いもありまして、具体的には、日常生活圏域ニーズ調査「いきいき・くわな」で各個人に結果のアドバイス表を送付すると。これによりましてどこにリスクがあるのかということをご理解いただいて、より介護予防に努めていただくというような意味合いがあります。それが納めていただいた保険料の一部還元というふうに捉えております。

最後に、保険料になりますが、保険料、本計画の対象期間である3年間の保険料を定めるということになります。おむね給付に応じて、給付に見合うご負担をいただくということで、財政の均衡を確保するということが可能になるような額で設定をさせていただく。それが保険料の基準額となります。市全体の見込みということで、これからの人口推計を見まして、高齢者の増加、それから、これまでの認定率、それから、サービス種類ごとの利用率、利用者数などの推移をもとに今後の伸び、見込みを出したもとのから保険料基準額を定めたものと、もう一方で、人口増等を勘案した上でこの計画の中で推進していく施策をうまく実施できたならばこれぐらいの効果があるだろうということを見込んだ上、施策の反映を見込んだ上でこの3年間の保険料基準額を定めるということに努めて、2種類の保険料の算出をしております。

こちらが実際に今現在、計画書に書かせていただいている基準の保険料になります。上段が市全体で見込んだ施策を反映していない部分になりますが、保険料基準額としては27年から29年度が一番上段にあります5,417円、現在が4,761円ですので、それを市全体で見込むと5,417円という見込みになります。それが下の表でいいますと、先ほどの施策を反映した結果として見込んだのが5,236円、178円の保険料の上昇の抑制が図られるというふうに見込んでおります。

そのほか、介護給付費の準備基金を取り崩して保険料の抑制にも努めております。その影響額が126円、施策反映後で126円の抑制になるというふうにも今のところ試算をしております。

最後の表は、こちらは先ほどの保険料基準額をどのように所得階層に応じて、保険料は応能負担ですので、それをどう配分するかは保険料率になります。1.0というところが先ほどの基準額の設定するところになります。そこを中心に所得の低い人ほど率を下げる。高い人ほど上げるというような枠組みになっております。ここの標準というのが国が示した区分になります。右側が桑名市の今想定している保険料率ということになります。

桑名市としては、まず1つは国が示している第9段階、一番所得の高い層のところを3つに細分化します。そこが1つですね。それから、もう一つがこちらに示している公費負担後というのが、これが消費税の増収分をここに投入することで低所得層の負担軽減を図る仕組みになっておりますが、これも8%から10%への税率アップ見送りによりまして、桑名市のほうの公費負担後というふうに示させていただいている。当面は第1段階のみ0.5から0.45というふうに引き下げる。そこに公費を投入するということになっておりますので、桑名市のほうではそこを0.45とさせていただきますと、27年度は。それで、29年度、10%に消費税が上がったときには、国が示している公費負担後と同様に、桑名市も引き下げを想定しております。ただ、そうすると、第2段階のところは非常に負担が増えますので、桑名市独自としてここの部分だけ国の基準とは変えて、0.65というふうに引き下げた負担割合というふうにしております。これが一応保険料についてのご説明になります。

以上、簡単ですけれども、計画書の概要について説明をさせていただきました。

それから、引き続き、パブリックコメントの実施状況について簡単にご説明をさせていただきます。資料は1-3になります。

パブリックコメントの実施期間は、先ほども申し上げましたけれども、昨年12月24日から本年の1月22日までの30日間です。意見提出者は9名ございました。お配りしている資料のとおり、ご意見としては81件になります。

なお、資料の中でお断りですが、各意見の欄の横に書いてあります計画書のページ数にありましては、パブリックコメント時点でお示した計画書のページ数でのご意見をいただいておりますので、現時点の計画書とはちょっとページ数がずれている部分がございますが、その点はご了承くださいと思います。

ご意見の中で多かったのは、計画の各論の大項目3、地域支援事業についてというところで、その中で介護予防・日常生活支援総合事業及び包括的支援事業、先ほど計画の概要のところでも説明した部分なんですけど、その点についての質問が全体の2割を超えております。これは社会保障・税一体改革として新しく充実された部分になりますけれども、選挙の関係等で国の予算が固まらないこともあって、今のところまだその上限が示されておりませんので、特にパブリックコメントの時点ではこの地域支援事業について詳しい記述をしておりませんでしたので、そういう形でその意見、質問が多かったと思われれます。裏を返せば、それだけ総合事業であるとか、在宅医療・介護連携とか、新しく取り組むべきところに非常に関心が高いということがわかります。

ほかには、昨年10月から開始した多職種協働によるケアマネジメントということで、ケアマネジメントを支援する地域生活応援会議についてということのご意見が多くありました。質問のナンバーでいくと、21、22、30、それから、58、59、60とかというところが応援会議についてのご質問なんですけど、特に18ページの58、59あたりなんかは、会議の方法論、アセスメントの様式であるとか、応援会議に用いる資料についてなんかの具体的なご意見もいただいております。

それから、最後に、質問の番号で75、27ページの75のご意見にもありますように、地域包括ケアシステム構築に向けたさまざまな取り組みについて見えるようにしてほしいというご意見もいただいております。それで、いつもこの協議会で資料としてお示ししている取り組み集について、申しわけないですが、今回はちょっとご用意できておりませんが、随時新たな内容に更新をしてお示ししていきたいと思っております。委員の皆様にも、この計画書が完成して製本できたら、その製本をお送りする際に取り組み集についても最新のものを一緒にお送りさせていただきたいと思っておりますので、お願いいたします。

簡単ですけど、パブリックコメントの公表の状況については以上の説明になります。なお、このパブリックコメントの状況の資料については、12日の市議会の協議のほうにも提出をさせていただいて、その後、計画が確定いたしましたら、回答をホームページのほうにも公表をしてみたいと思いますので、よろしくご理解いただきますようお願いいたします。

説明は以上です。

【豊田会長】

副市長のほうから計画案について。

【事務局（田中副市長）】

実は、この後、この計画で前回の協議会での指摘などを踏まえた修正の意図についてご説明しようと思ったんですが、高橋課長が非常に力説をさせていただきましたので、ちょっと30分になってきたので、もしよろしければ、ここで今の説明部分でご質問があればやっていただいたほうがいいのかと思いますが、よろしくをお願いします。

【豊田会長】

では、ここで委員の皆様方からご質問を承りたいと思いますが、いかがでしょうか。先ほどのご説明で、あるいはパブリックコメントについてでも結構ですけど、何かご意見、ご質問、ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

じゃ、副市長、お願いします。

【事務局（田中副市長）】

そうしましたら、資料の1-2の本体の資料に基づきましてご説明させていただきます。どうぞよろしくをお願いします。座って失礼いたします。

まず、3ページ、下のページで申し上げます。3ページ以降、本計画の基本理念の部分でございます。

前回、非常に多くの意見をいただきました。私もふだんパワーポイントで説明していますと非常に筋の通った説明をしているつもりなんですが、いざ文章にしようとするといろいろ考えさせられました。皆様のご意見を受けて、また改めていろんな文献を調べながら私自身も勉強させていただきました。その結果、修正の内容についてご説明したいと思えます。

5ページをごらんいただきたいと思います。

まず、これは東委員のほうから健康寿命の延伸ということに触れたほうが良いということがございましたので、それについて触れたということでございます。

その上で6ページですけれども、そうはいつでも、注の1に書いてありますけれども、理想の人生、ピンピンコロリだと言われるんですが、ピンピンコロリになる人は2割弱しかいないわけですね。必ず人間は虚弱な期間を経て亡くなるということで、そうしますと医療や介護を必要とする状態になったときにどうするかということを考えなければならないということでもあります。そのときに大事なのがリロケーションダメージということでありまして、つまり環境が変わることによる状態の悪化というものを防止していかないといけないということです。

この点、福本委員のほうからリロケーションダメージはなかなか市民にご理解が得られない、なかなかかわかってもらえないというお話がありましたので、これは本文のほうで定義を記載するという形にしております。

それから、長坂委員のほうから、まずは多くの人の希望に合致するんだということを書いたほうがい

いというお話でございましたので、6ページ、7ページのところを修正したということでもあります。

注の3のところなんですけれども、まず、多くの人が自宅で療養するのを望んでいますし、施設で療養することを望むと答える方の中にも、多くは本人が希望しているというよりは家族への迷惑を考えての回答だということが一般に指摘をされております。そういったことを踏まえて記載をさせていただいております。

それから、9ページでございますけれども、そういう意味でリロケーションダメージを避けるために住み慣れた地域に暮らし続けるということが大事だということで、この中で高齢になっても、ひとり暮らしになっても、認知症になってもということを加えさせていただいたということでございます。

10ページですけれども、2段落目ですけれども、住み慣れた地域で生き生きと暮らし続ける意義について、サービス提供側かサービス利用側かを問わず問題意識を共有する必要があるということで、これは西村委員のほうから、やはり地域の人々の理解が大切だということを繰り返し指摘を受けておりますので、このように記載をしたということでもあります。

それから、ただ、もちろん多くの人の希望にかなうということは大事なんですけど、11ページをごらんいただきたいと思っておりますけれども、一方で長寿社会、先ほど申し上げたとおり、長生きになりますと多くの人は虚弱な期間を経てお亡くなりになるということになるわけです。つまり病気を抱えながら長い人生を送るということになるわけです。そうしますと、病院完結型医療から地域完結型医療へというのは、これはいわば皆さんの希望をとって政策選択として意思決定をするという問題ではなくて、これは好むと好まざるにかかわらず、長寿社会の必然なのではないかということについてもやはり理解を深める必要があるだろうということで、11ページにこの説明のパワーポイントを入れまして、12ページ以降に言葉で説明をするという形にしているわけでもあります。

まず1つは、医療の構造が変わるということでもあります。11ページです。今までは青壮年期の患者中心ということで、環境の変化にも強いと。病気が治ればピンとして地域に戻って、その後、何のケアも要らない、そういう方たちだったわけです。そういう意味で治す医療だということでもあります。

これに対して、これからは高齢者の方が増えます。環境の変化にも弱いですし、病院で治療が終わったからといって病気を抱えている状態は変わらないわけです。そうしますと、その間、病院にずっと閉じ込めておくのかということではできませんので、当然のことながら、病院を含む地域全体で治し、支える医療ということに転換をしなければならないということでもあります。これからは通院が困難である患者も増えます。高齢であれば、治癒に至らない脳疾患を抱える患者とか、それから、高齢者、特に認知症などになりますと、誤嚥による肺炎や転倒による骨折でいわば急性期医療を繰り返す方も出てきます。そういった形になりますと、今までの病院完結型医療から地域完結型医療へ変えていかなければならないということになるだろうなということでもあります。

こういった趣旨のことは注の12にもございますとおり、国の会議の中でも指摘をされているということですし、13ページにございますとおり、実はこれは既に諸外国では先を行っているということでありまして、日本は突出して病床数も多い、在院期間も長いということでもあります。そういう意味では、世界的な流れで見てもこれは必然であろうということを訴えているということでもあります。

14ページですけれども、未曾有の多死社会が到来するということでもあります。このような中で先ほどの医療の構造が変わると。病院完結型から地域完結型へということになりますと、当然、地域の方で医療ニーズを持った人を支えていかなきゃいけない。そういう意味の地域包括ケアというのは必然になります。こういったことに対応していかないと、人生の最期を迎える段階でも皆さんの希望、ないし幸せに寄り添う形で人生の最期を迎えるということができないだろうということで、いわゆるというふうに、これは福本委員のほうから死に場所難民という言葉がどうかというご指摘もいただいたんですが、いわゆるということをつけさせていただいて、みんなで健全な危機感を共有しなければいけないのではないかということで書かせていただいております。

ちなみに、この言葉ですけれども、これは東京で在宅医療をやりまして、震災の後に石巻で在宅に取り組んだ武藤先生という方がいらっしゃるんですが、その本の中でも触れられているということで、注

の13ということを書かせていただいております。

それから、15ページに行きまして、そういう意味で、これはいわば病院完結型から地域完結型へということによって、病院の中で管理された人生の最期から自分らしい生活の中での幸福な人生の最期ということで、いわば死の質、幸福な人生の最期というものを実現していこうということで書いております。

この在宅での看取りの意義ということについては、さまざまな人がさまざまな形で紹介をしております、15ページに今日も幾つか用意をしたんですが、小笠原文雄先生の本とか、それから、柏プロジェクトについて紹介した東大の高齢社会総合研究機構の本、そういったものの引用をつけさせていただいたということでもあります。

それから、もう一つは16ページですけれども、高齢者が増えるということとともに若年者が減るということを考えなければなりません。高齢者の世帯もひとり暮らしや2人暮らしが増えるということになります。これまでの潤沢な若年労働者をいわば当てにする形で、もう支え手と受け手は別と、支える側は若者を専門職にしてというわけにはなかなかいかないということでもありますし、これまでは高齢者が若い家族と同居するというのが一般的で、つまり日常生活支援などは、例えば電球の交換とか、そういったことはわざわざ制度の中で考えなくても、いわばそのすき間は家族が埋めていたということです。しかし、これからひとり暮らしがどんどん増えるということになりますと、今までのように支え手と受け手を分離して固定化するというのではなくて、お互いに支え合うという地域コミュニティーを再生していかなきゃいかんということを書いております。この点で健全な危機感を共有しなきゃならないということを書いているわけでございます。

その意味で、18ページ、19ページ、これは今の計画の前のバージョンの三重県の介護保険事業支援計画の抜粋であります。では、その後、これを説明するときには19ページの右下に入れられているイラストも使われているわけでございます。これはご批判をいただいていることは重々承知しておりますけれども、やはり今の病院完結型から地域完結型へ、そして、少子化ということにしっかりと対応していかなきゃいけないと。こういう危機感をやはり専門職のみならず、地域住民全体で共有していく必要があるんじゃないか、そういったことをこういったものを使って訴えていきたいという趣旨であります。

続きまして、31ページをごらんいただきたいと思います。

先ほど、課長の説明の中にもありましたけれども、この施設機能の地域展開を説明するパワーポイントでございますけれども、福本委員のほうから、例えばナースコールで駆けつけるのが在宅でいうと訪問看護になります。その対応関係を明確にしたほうがいいんじゃないかというご指摘をいただきました。この点、まず、たくさん書き込めないものですから、施設の部屋をいわば地域の自宅に変えていく。施設の廊下を地域の道路に変えていくという形で書かせていただいたということでもあります。

それから、34ページでございます。34ページの新しい在宅サービスの概要を説明する資料なんですが、この資料自体も福本委員のほうからももう少しわかりやすく簡略化できないかというお話があったんですが、これは厚生労働省のパワーポイント資料を使っておりまして、勝手に変えることができません。それから、もう一つお断りしなきゃいけないのは、34ページの参考18のほうなんですが、これは通いを中心として随時訪問や泊まりを組み合わせというふうに書いておりますが、今回の介護報酬改定の中でむしろ訪問を強化するという方向性が打ち出されております。通いを中心としてという説明は今後なくなっていくと思いますが、これも直近に厚生労働省へ確認しましたところ、改訂版がまだないということなので、とりあえずこのようにさせていただいております。

それから、38ページのところでございます。36ページのところから多職種協働によるケアマネジメントの充実とありますが、この中で38ページの在宅医療・介護連携推進事業も続けて説明をするという形にしております。

と申しますのは、これから在宅医療・介護連携が重要だということで、病院から退院時には地域包括支援センターにご連絡をいただいて、全てというわけにはまいりませんが、可能な限り地域包括支援センターも退院前のカンファレンスに参画をするという形でやっていきたいというふうに思っております。

そういったことでこの部分に位置づけるという形にしております。

39ページでございますけれども、こちら福本委員のほうから認知症についてしっかり書いたほうがいいというお話がございましたので、この中で、「したがって」のところでございますけれども、認知症になると施設に入所せざるを得ないという社会から認知症になっても地域で在宅生活を継続することができる社会へということを書いて注のほうも充実をさせていただいたということでもあります。

それから、41ページでございますが、注の40のところでございます。まずはこの地域包括ケアシステム、2025年問題乗り越えるということで、高齢者介護を中心に議論をされておりますが、こういった形で地域の中でネットワークができれば、これは高齢者だけではなくて、障害者や子供、生活困窮者などにも応用可能であるということは、これは一般にも指摘をされております。こういったことから、これを記載場所を変えまして、この地域包括ケアシステムが地域のネットワークづくりだという部分に記載するというので、これは佐藤久美さんのご意見をいただいて修正をしたということでもあります。

44ページでございますけれども、今まで市役所の会議が縦割りだったということで、あちこちいろんな場所に行くだけけれども、同じメンバーにお会いするという指摘を多くいただいておりました。この中でこれまでも附属機関の整理、合理化を図ってきたわけですが、来年度からこの市民健康づくり推進協議会についても、この機能を子ども・子育て会議や地域包括ケアシステム推進協議会に移行するという方向性を書いております。

それから、58ページでございます。これは本計画の推進に関する基本的な方針という中で人材の育成ということを取り上げてきております。私もこれまでいろいろと職員を例えば全国的なセミナー、シンポジウムにつれていくとか、他の市町村の取り組みを調べに行くとか、そういうのを意識的にやっております。職場内でも報告会、勉強会などをやっております。これは時間外に自己研鑽ということでもしっかりやろうということでやらせていただいております。こういったこと、市役所も当然ですし、地域包括支援センター、社協も含めてしっかりやっていきたいということで書かせていただいているということでもあります。

それから、67ページでございます。これは藤原委員などから、前回、地域の単位をどう考えるかというご指摘があったとお聞きをしております。そのときにこの記載が不十分でありましたので、改めて書かせていただいております。まず、議論が混乱しないようお願いしたいのは、ここで言う日常生活圏域というのは、67ページの一番下の段落でございますけれども、地域密着型サービスなどの介護サービスの提供体制の計画的な整備をどうやっていくかと、どの地区に何を何カ所つくるかという基準になるということになります。例えば小規模多機能型居宅介護ほどの圏域に幾つ置こうかと、そういう単位になるものかどうかということでもあります。当然、これは取り組みによっていろんな地域を考えなければならぬというものでありまして、69ページを見ていただきますと、この地域包括ケアシステムの構築に向けた取り組みの単位となる地域の範囲は、それぞれの取り組みの趣旨、内容に応じて重層的に勘案されるという趣旨のことを書いております。

例えば、地域住民が自分たちで集まって体操をするという通いの場がありますが、これは当然可能な限り徒歩圏内ということになります。これからはなかなか動きにくい高齢者の方も出てきますので、これはそうなりますし、一方で、ご指摘いただいた地域包括支援センターでございますけれども、これはいわば地域にとって貴重な人材である専門職を集中的に配置する場所ということになります。これは歩いていける範囲とか、中学校区全部というのは難しいと思います。これはある程度広域的に考えていく必要があるだろうということで、この日常生活圏域の範囲と地域包括支援センターの管轄区域というのは別途考えていただきたいと考えております。ただ、この地域密着型サービスの単位となる日常生活圏域についても、例えば非常に小規模多機能型居宅介護の整備が進んで、大体中学校区に1個ぐらいそろったということであれば、もう日常生活圏域自体を中学校区に細分化するということは十分に考えられるだろうというふうに考えています。それを今、最後の段落に書いたということですね。

それから、116ページをごらんいただきたいと思っております。

116ページは実は今まであまり公開したことがない資料でありまして、レセプトを分析いたしました。病名に認知症と書かれた方を抽出しまして、どのくらいの期間入院されているか、入院されている方がどのくらいいるかということ調べさせていただいたこととあります。かなり長期にわたる方もございますが、これはたくさんある傷病名の中で1個でも認知症と書かれていれば計上される仕組みになっておりますので、例えばもとがかなり重い精神疾患の方ですとか、そういう方も入っているということをご了解いただきたいと考えております。

117ページ、特別養護老人ホームの入所申込者というのを載せております。これは特別養護老人ホーム、いわゆる俗に言う待機者と呼ばれる方がいらっしゃる。そういった方がいらっしゃるのに特養を増設しないでいいのかというご指摘を受けることがございます。そういったことから、正面切って、120ページですけれども、桑名市民で特養に申し込んでいらっしゃる方の数字というのを出しているということとあります。ただ、これについて申し上げますと、26年度は24年から26年にかけて少しずつ減っていると、減少しているということになっているということとあります。それから、この中には自宅以外に病院とか介護老人保健施設等々に入所されている方も含まれているということになっております。

続きまして、166ページをごらんいただきたいと思っております。ちょっと飛びます。166ページです。これは介護サービスの提供体制の整備に関する方針の部分でございますけれども、今の入所申込者についてご理解いただきたいのは、あくまでこれは希望して特別養護老人ホームに申し込んだというだけありますので、この方がほんとうに特別養護老人ホームに入所する必要があるかどうかというのは別問題であります。極端に言えば、要介護認定を受けていらっしゃる方も入所申込者の中には含まれているということとあります。この中には、もちろん特別養護老人ホームも、例えば家がないという方、経済的な理由で家がないとか、それから、虐待を受けているために家族や地域から切り離す必要がある方、こういう方は真に必要なということになります。ただ、それ以外にも、先ほどの施設サービスと同じ機能を地域に展開するような新しい在宅サービスを利用すれば、在宅でも生活継続できる方というのはかなりの数がいらっしゃるということが考えられます。そういったことから、こういった方々については先ほどの小規模多機能型居宅介護をはじめ、そういった新しいサービスを知っていただく。そして、適切なケアマネジメントをしていくということが大事、しかもできるだけそれを早期にやっていくということが大事だと思います。これはいろいろ特別養護老人ホームや近隣の市町村とも調整する必要がありますけれども、入所申し込みがあった段階でご一報いただいて、地域包括支援センターから戸別訪問などを実施するということによって早目に適切なケアマネジメントに結びつけていくという形でやっていきたいなというふうに考えています。

少し戻りますが、160ページでございます。地域密着型サービス事業所、これは市が指定する事業所、グループホームとか小規模多機能型居宅介護になりますけれども、これは定期的に地域住民の方を招いて運営推進会議というのをやっております。これは今ほどどちらかというと事業所の事業運営の透明性を高めるということで、事業運営の状況、そういったことを説明する場になっています。ただ、先日、桑名市内で開かれました九州で小規模多機能型居宅介護をやっている方のお話を聞く機会がございまして、その中でもこれを地域住民に対していろんなことを意識啓発していく場として使うことが必要なんじゃないかという事例が示されておりました。私、なるほどなと思っております、というのは、ここには例えば自治会の方とか、民生委員の方とか、そういう方もいらっしゃるわけですね。そこには、これからは例えば保健センターとか、健康推進員とか、そういった方も入ってもらってやれば、例えばいろんな介護予防に対する普及啓発であるとか、それから、在宅の看取りの意義について普及啓発をするとか、そういったことにも十分活用可能じゃないかというふうに考えられます。

実際、これは佐藤久美委員のところまで先日、この運営推進会議を使って実際にグループホームで看取りをされた事例というのを、しかも家族も含めてやるということを見学させていただきました。言ってみれば、地域住民に対する普及啓発とご家族に対するグリーフケアを同時にやるというようなものだったのでないかなというふうに考えております。こういった取り組みが広がればいいのかという

ふうに考えています。

それから、270ページ、地域支援事業の部分でございますが、地域支援事業の部分、先ほど申し上げたとおり、今回の消費税の引き上げ10%が見送りになりましたけれども、5%から8%に引き上げられたおかげでこの地域支援事業の充実が実現されたということになります。270ページの下にあるとおり、これまでは介護保険の財源でやるとは考えられなかった在宅医療の推進などが介護保険の地域支援事業という恒久的な制度の中で財源が確保されたということで、これは来年度はほんとうに10年から20年に1度の大きな改革だというふうに受けとめています。そういったことをわかっていただくために、271ページ以降に幾つか資料をつけさせていただいたということでもあります。

271ページにもございますけれども、消費税増収分というのは国と地方できちんと法律上決まった割合で割り当てられます。27年度につきましても、273ページの上のとおり、国で幾ら、地方で幾らという財源が配分をされるということになります。

そういうことを受けまして、274ページのところでございますけれども、これまで国や県にお金をもらうためにはかなり厳しいガチガチの基準を満たさないとお金がもらえなかったわけです。ところが、こういった事業が市町村の裁量でかなり自由に制度設計ができると。そういったものでも一定の割合で国や県が負担をしなければならないということが恒久的な制度として位置づけられたということで、画期的なことだと思います。しかし、そのためには、市町村が事業を企画して事業を実施しないといけないということになります。そういう意味で、このチャンスを生かせるかどうかは市町村のやる気次第ということに記載させていただいたということでもあります。

続きまして、総合事業でございますけれども、295ページをごらんいただきたいと思います。

先ほどの課長の説明を補足させていただきますと、在宅医療とか認知症の部分は前回の資料では書かれていなかったんですが、総合事業についてはある程度の記載をしておりました。この中で健康・ケア教室というものがございました。これは医療機関、介護事業所がそこにいる、ほかの事業のためにいる医療介護専門職が中心となって、ボランティアなどと連携しながら、その医療機関、介護事業所の患者さん、利用者さんではなくて、地域住民、一般の方、近隣の方に教室などを開いていただくというサービスということで盛り込んだということでもあります。

296ページから297ページでございますけれども、既に福本委員のところのももふれあい保健室とか、それから、長谷川委員、それから、西村委員のところもまさに地域住民の方にいろんな活動をしていただいているということで、既に先行事例が桑名の場合ございます。こういったことをしっかり位置づけて、つまり医療機関や介護事業所は地域に開かれたものだというようにしていこうという思想に基づくものであります。

このときに、298ページでございますけれども、これは佐藤久美委員とか西村委員から送迎はなぜなしになっているのかというご指摘がありました。ここで298ページでございますけれども、これは実は地域生活応援会議に出てきた事例であります。実は先日の九州の小規模多機能型居宅介護事業所の方のお話にもありましたけれども、今まで、これはもちろん皆さん当然一生懸命やってのことなんですけど、結果として医療介護サービスが入ることによってその人を地域から切り離してきた実態があるんじゃないかということでもあります。この事例なんですけど、実は昔は周りの住民の方々と例えばいろんな趣味の教室なんかで一緒に地域交流ができていたと。ところが、周りの人たちが一人一人、入院した、入所した、それから、昼間バスに乗せられた遠くのデイサービスに行ってしまうということで、近所づき合いがなくなると。その結果、近所づき合いがなくなったという事例があります。だから、デイサービスに行かせてほしいと、そういう悪循環になっているわけですね。そういったことを考えますと、先ほどの可能な限り徒歩圏内で地域住民主体で集まる通いの場をつくるということがやっぱり大事なことでありまして、こういったことで事業所を地域に開放していただくということは、事業所にとっても地域住民にとっても非常によいことだと思うんですが、これをあまり遠くから、いわばがさっとバスでみんなを連れてくるというのはちょっといかがなものかなというふうに思っています。そういったことから、基本的には近くの人たちに開放するというイメージで考えているということでもあります。ただ、そ

ういう前提で単価を設定しますが、例えばこの人、けがしているんだけどみたいな人がいたときに、そこまで事業所が自主的な判断で近くの人を連れてくるという分には、そこを禁止するというものではないのかなというふうに考えているということでもあります。

それから、299ページの上のところでございますけれども、この総合事業の案を見たときに、通いの場がシルバーサロンと今までの宅老所を引き継いだものとか、今の介護事業所がやる健康・ケア教室だけでは足りないんじゃないかというご指摘をいただいておりますが、それは誤解であります。これはあくまでも地域で拠点となる主なものということです。大事なことは、先ほど申し上げたとおり、例えば集会所などを使って地域住民が自主的に徒歩圏内で歩いて通える場所をつくるというものをたくさんつくっていくということが大事であろうということで、299ページにその趣旨を書くということとともに、それから、299ページの下の段落2つなんですけれども、よくあるのは公民館を無料にしてほしいという話があります。しかし、これはまず桑名市自体がそういった部分、例えば使用料なんかも含めてきちんと収入も確保しなきゃいけないという状況にあります。一般会計が非常に厳しい状態にありますし、仮にお金の問題をさておいたとしても、今の可能な限り徒歩圏内で地域住民主体の通いの場をつくるという点において、公民館だけを問題にしてもあまり問題の解決になっていないということを説明したいと思います。

そうしますと、これから公共施設マネジメントということで、合併でかなり多くなった公共施設をむしろ縮減していく方向というのが全体として打ち出されています。そういった中では、この公民館等の公共施設を当てにするのではなくて、例えば集会所、お寺や神社、喫茶店、医療機関、介護事業所など、そういった場をいわば開放していただくと、そういうことを働きかけていくということこそが重要だろうというふうに考えています。これ、実際にどれも事例があるわけでありまして。地域の方が実際に使っている事例があります。こういったものを広げていくことこそが本質だろうというふうに考えています。

301ページでございますけれども、サポーターの見える化、創出ということで、ここで専門職である訪問介護員に期待すること、ホームヘルパーに期待することということを明示しております。これまでは掃除中心で、いわば本人、家族ができないことをかわりにしてあげるケアだったと。しかし、今後期待されるのは、せっかく貴重な専門職ですから、302ページの上のとおり、例えばリハビリテーション専門職等と連携して、実際生活の場面でできないことをできるようにしていくと、そういうケアが訪問介護に期待されるだろうということを明記しています。どちらかという、地域住民、利用者の方も、いわば家事手伝的に訪問介護を使うのではなくて、この人が地域に必要な人材だという認識を持っていただく必要があるだろうというふうに思います。そういったことを書いたということでもあります。

そうしますと、これまでの訪問介護の中で大きかった、いわゆる生活援助の部分などで可能なものについてはシルバー人材センターなどに委ねていただくということが必要だろうということで、303ページにえぷろんサービスというのを位置づけているということになります。

これも訪問介護員とシルバー人材センターの役割分担いかにということが質問をされます。一言で言うと、専門職でなければできないことなのか、専門職でなくてもできることなのかということになりますが、具体的には訪問介護員は身体介護中心、シルバー人材センターは生活援助中心ということになるだろうというふうに思っております。この生活援助も生活機能の向上を図る、つまりなかなか下肢筋力が丈夫でない人を丈夫にする。この間、どうしても家事の手伝いが必要になります。そういった間に限って一時的にシルバー人材センターを入れて家事のかわりをしてもらおうということを想定しているということでもあります。

それから、304ページでございます。こちらでございますけれども、移動支援の部分でございます。こちらでございますが、当初、これは訪問介護事業所がいわゆる福祉有償輸送ということで、いわゆる介護タクシーというものをやっております。これを位置づけようというふうに考えたんですけれども、実は総合事業の中で例えば単価設定などをしようしますと、そもそも料金自体が認可制になっておりますので、そういったところをどうするかとか、ちょっとこれはさまざま検討する必要があります。

それから、片岡委員のほうからは、今の供給側のキャパシティとして、どうしても介護給付といっ

た、いわゆる通院乗降介助とか、そういったものに集中せざるを得ないという状況があるという話も聞いております。私としては、これを訪問介護事業所にさせたいという意味でこのように位置づけたんですけれども、そういった現実的な問題もあるということで、こちらは実際に今でも、例えば「まめじゃ会」に来るときに近くの人が自分の車に乗せてあげることが一般的に行われているようであります。そういったことをいけば介護支援ボランティア制度の対象にすると、つまりポイントを取得して、それを宅老所で例えば証明をしてもらって、それを介護支援ボランティア制度の中で年間5,000円なんですけれども、換金できるという制度があります。これは全国的に注目されております。そういった対象にするという方向を考えていこうと。その場合、当然、これはまず利用者の方にそれぞれ保険だったり入っていただくし、自分の判断で、リスクは当然理解した上でということは何かしらルール決めをする必要があるのかなというふうに考えています。

305ページですけれども、特に介護部会を中心に将来こういうサービスも考えたほうがいいんじゃないかというお話がありました。これはサポーターの部分で幾つか書いております。①でございますけれども、訪問介護事業所がシルバー人材センターと同じようなサービスを提供する場合ということであります。ただ、これは先ほどの趣旨に照らすと、せつかくのホームヘルパーは専門的な業務に集中していただきたいと思っておりますので、これは例えばそういう体操を家でやってくださいよと理学療法士に言われましたと。それを家でやりますと。それと一緒についでに、例えば一緒に買い物、普通の介護給付では難しいけど、一緒に買い物に行く練習をしてみるとか、そういったものをやるということが望ましいんじゃないかと考えていますが、これはこれから議論すればいいと思います。

それから、2つ目ですけれども、配食についていいますと、今もボランティアグループがやっている事例があります。こういったものをどう取り込んでいくかという問題、それから、③、④は、今、一般会計で行われている配食サービスとか、いわゆる緊急通報、そういったものをどう位置づけていくかという問題がある。これは電話相談に切りかえるということも含めて考えていきたいというふうに思っています。

5番目ですけれども、民生委員が非常に大変な業務になっているということがございます。これは山中委員からもしばしばお聞かせいただいておりますけれども、他市では民生委員を補助する人をつけるという取り組みもあります。たしか新潟のほうだったと思いますけれども、そういったものを例えば高齢者サポーターなどで民生委員と連携しながら民生委員の手伝いをすると。そして、ある高齢者のところを時々見守りに行くといったことを考えてもいいかなということを書いております。

それから、306ページでございますけれども、民間企業でも当然いろんな日常生活支援サービスが今いろいろ出てきております。これについてはもう既に市場の中に成り立っているものでございますので、総合事業の対象にしてお金を支払うということは考えておりませんけれども、これも含めて、いわばインフォーマルなサービスとして当然ケアマネジメントの中で使っていくということは大事なことだろうと思います。そういったことで、例えば商工会議所などと連携しながらそういったものをリストアップできないかということを考えていきたいというふうに記載をしております。

それから、308ページでございます。総合事業が始まりますと、介護予防ケアマネジメントということで、窓口で要介護認定の申請と基本チェックリストという25項目の項目であなたはどのような状態かというチェックを並行して行う必要があります。今までの要介護認定申請書を受理するだけの仕事に比べますとかなり専門性が要求されます。今、職員同士で勉強会をやっているということがありますが、そういったことから、その後、介護予防ケアマネジメントを地域包括支援センターでやっていくということもございまして、原則は308ページにあるとおり、各地域包括支援センター、それぞれお住まいの地域の地域包括支援センターにご相談をいただいて、その中で基本チェックリストや要介護認定の相談をしていただくということを基本というふうにしたいと考えております。そのために、後ほどほかの部分で出てきますけれども、来年度から先ほどの消費税財源を活用して地域包括支援センターの職員は増員を図りたいというふうに考えています。

ただし、今のは基本でありまして、当然そういったことを我々市としてもしっかり地域住民の皆さん

に周知をしたいと思っておりますけれども、そうはいつでも、そのことを知らなくて市役所に来るという住民の方も当然いらっしゃると思いますので、それはそれで、事務職であっても最低限の対応をしてこの専門職につながるができるように、しっかりそこは勉強会をしたいというふうに考えています。

続きまして、315ページでございます。315ページ、総合事業の中で今まで要支援者に対する訪問介護、通所介護を行っていた事業所、これまでは県の指定でございましたけれども、総合事業に移行しますと市の指定になります。ですが、来年度からの3年間は特段の手続がなくても、もう指定しないでくださいという申し出をいただかない限りは3年間は指定が継続するということになります。したがって、総合事業の中で現行のサービスに相当するサービスを提供していただくということになります。

しかしながら、その後3年間の経過をいたしますと、この事業所の指定をするかどうかというのは市町村の裁量になります。したがって、これについては今からしっかり予告をしておきませんと訪問介護の方も通所介護の方もわからないということになると思いますので、記載をさせていただいたこととさせていただきます。これをどうするかというのは、これから、例えば短期集中予防サービスが育っていくかとか、地域住民主体の通所型サービスが育っていくか、そういうことを見ながら決めていきたいというふうに考えています。

1個飛ばしたところがありまして、ごめんなさい。300ページですけれども、済みません、300ページ、これは通いの場の見える化、創出のところでございますけれども、今は医療機関、介護事業所が1回1時間ぐらい、月4回ぐらい、地域の人に教室を開くという部分を健康・ケア教室として位置づけているわけでございますけれども、あまり大したことないと言っては恐縮なんです、デイサービスのように機能訓練とかはしていないだけども、いわば居場所づくりというようなことを例えば全日とか半日、事業所がやるということも考えられると。これをいわゆる通所型サービスへ緩和した基準で位置づけることも検討する必要があるかなというふうに考えております。

それから、宅老所とか健康・ケア教室以外にボランティアグループが自主的に行う地域住民主体の通いの場というものを、例えば要支援者も対応できるというのができた場合にどうするかということは今後考えていきたいと思っております。もしこういったところがいろいろ出てくれば、実は今のデイサービスというのは一旦区切りをつけるということも考えられるのかなというふうに考えています。

それから、続きまして、354ページでございます。354ページでございますが、地域生活応援会議の資料の部分でございます。これは、いわば短時間で効率的に会議を行う必要があります。それから、多職種協働というものを実現しようとするときに、それぞれバックグラウンドの違う方がお話をしますので、やはり統一的な様式がないと、これは共通言語がなければ対話は成立しないと思っております。外国語同士でしゃべっていてもこれはコミュニケーションになりませんので、これは間違いなく必要だと思っております。そういったことについて地域の専門職の方々にわかっていただくために、注の143から145まで、それがなぜ必要なのかということをごに改めて記載させていただいたこととさせていただきます。

それから、361ページでございます。ここはいわゆるケアミーティングについての記載をしておりますが、地域生活応援会議についてもいろいろアセスメントが大変だというお話があります。もちろんなれるまで大変だと思います。現場の方に苦勞をかけますが、まずご理解いただきたいのは和光市では成果を上げているということですね。やっぱりこの成果を上げているところというのはきちんと学ばなければいけないと思っております。

もう一つは、ここがございますとおり、注の149に書いたんですけれども、介護支援専門員、居宅介護支援の規則なんですけれども、そういった中でもアセスメントをした上でケアマネジメントをすることが基準上もきちんと規定されています。アセスメントなきケアマネジメントはないということとあります。そういったことから、いわば今回の様式というのは、あくまでアセスメントを標準化したただけだというふうに理解しておりますので、そのように説明していきたいということとあります。

それから、369ページ、368ページ以降でございますけれども、地域包括支援センターの事業運営方針ということで記載をさせていただいております。この中で369ページの下から2段落ですけれ

ども、在宅医療・介護連携との関係で合同のカンファレンスに参加するなどということも記載させていただいたということでもあります。

それから、372ページ以降でございますけれども、片岡委員のほうから、社会福祉士代表として権利擁護の視点が薄いんじゃないかというご指摘がありました。これは現状のところでも、今後の方針のところでも、しっかり権利擁護事業について記載させていただいたということでもあります。

それから、374ページでございますが、地域支援調整会議、今、困難事例を扱っているところがございますけれども、ここのところで今後、特別養護老人ホームについては、原則要介護3以上になります、制度上。ただし、要介護2とか1の方でも、例えば虐待等の事情があれば特例的に入所ができるようになります。しかし、ここはきちんと市町村が関与しなければならないとなっておりますので、ここについては地域支援調整会議を活用して、ここでみんなの目で見て、確かにこの人は特養が必要だよなということを確認した上で、特養のほうで入所決定をしていただくということを考えております。

それから、377ページのところでございますが、ここから在宅医療・介護連携推進事業ということで、まず、現状の取り組みを書かせていただいた上で今後の方針を書くということでさせていただいております。中身はこれまでに協議会で説明したことでございますので、省略をさせていただきたいなというふうに思っています。

1個だけ、394ページ、395ページのところでございますけれども、これはまだ国の上限を最終的に待っているところでございますが、こちらの想定どおりであれば、在宅医療・介護連携支援センターというのを来年度から、当初からかどうかは別として、立ち上げたいというふうに考えております。桑名医師会のほうでも東委員を中心に非常に前向きにご検討いただいているということで、大変喜ばしく思っております。

それから、397ページでございますが、これは福本委員のほうから、最初は冒頭にこの資料を入れていたんですが、なぜ四日市が出てくるかわからないというご指摘をいただきましたので、これは今後、在宅医療・介護連携推進事業の実施状況を見る、実績を評価する際の指標の1つとして活用しようということで、つまり四日市の場合にはかなり在宅での看取り自体が進んでいるわけでありましてね。そういったところを目標に桑名も頑張っていこうという手法として使っていこうということで書かせてもらっております。

それから、401ページでございますが、在宅医療・介護連携を推進するときに、ある高齢者についてのケアについて、例えば訪問看護と訪問介護とお医者さんとケアマネと地域包括支援センターで情報共有をしなきゃいけないケースがあります。これは例えばタブレット端末なんかを使ってやる取り組みが各地で始まっているのでございますけれども、ちょっとよく考えてやりませんと後で例えば全国標準が出てきたりとかした場合、それから、お金をどうするかとか、そういう問題があります。ということで、しっかりこれは状況を見きわめる必要があるかなと。そのときには402ページでございますけれども、この地域医療介護総合確保基金をどう使わせていただけるのか、三重県とお話をしていかなきゃいかんということかと思えます。当面は、ITの活用を目的化してはいけません。やはりみんなで問題意識を共有することが大事だと思いますので、そういった取り組みを地道に続けていくということが必要かなというふうに考えています。

それから、404ページでございますが、在宅復帰を支援する退院調整ということでございます。下2段落のな書きのところでございます。前回、竹田先生のほうから近隣の市町村との連携協力が必要ではないかというご指摘をいただきました。特に医療の部分では2次医療圏、ないしその外側も含めて考える必要があると思います。そういったことを踏まえまして、特にこの退院支援、市外の病院から市内の自宅に戻ってくるというケースもありますので、ここについては他の市町村との連携をしっかりやっていきたい。その際には、今日はちょっと長坂委員がいらっしゃいませんけれども、三重県保健所としてしっかりご支援をお願いしたいなというふうに考えております。

406ページからは生活支援体制整備事業であります。これについては、今この中では特に桑名市社協の役割ということを根本にさかのぼって書かせていただいたつもりであります。

408ページ、409ページあたりですけれども、やはりこれからは地域福祉をやっていただく必要があるだろうということであり、会館で教室を開くというスタイルよりは、やはり地域に出向いて、要するに個別の問題にかかわる。その個別の問題をしっかりと解決するために地域づくりをどうしていくかと、そういうかかわりをしていただく必要があるだろうと。一言で言えば、409ページにあるとおり、コミュニティーソーシャルワークをしていただく必要があるだろうということでもあります。

でも、実際に今でも、これ、ちなみに長島支所の事例ですが、地域住民主体でいわゆるごみが散乱している方々の片づけをやっていただいたと。そして、地域のつながりを取り戻してもらったというような事例も報告をされております。そういったところに力を入れていただく必要があるだろうということを書いています。

411ページからは今後の方針を書いておりますけれども、この中で413ページでございますけれども、生活支援コーディネーターとか協議会というものを桑名市社協を中心にやっていただくというふうに考えております。地域に出向いて地域住民を主体とする活動を働きかける、その見える化を図る、ないしは、ニーズに応えるサービスを提供するボランティア等を発掘すると、そういった活動をしていただきたいというふうに期待をしています。その際に、先ほど申し上げた運営推進会議を活用することも考えられるだろうというふうに思っています。

418ページ以降でございますけれども、認知症総合支援事業について記載しております。これはこれまでも桑名医師会で認知症ネットワーク連携部会というのを立ち上げていただきまして、ほんとうにいろんなことを一生懸命やっていたらと思っています。まず、しっかり現状を共有するというところで書かせていただいております。

420ページ以降、今後の方針ということで書かせていただいております。

それから、422ページ、423ページなんですが、ちょうど計画の策定の最終段階なので反映ができないんですけれども、新オレンジプランが発表されました。これから国、県でもいろんな動向が出てくると思います。423ページでございますけれども、その動向を踏まえて、とりあえず今の時点で認知症総合支援事業の内容を書いておりますけれども、必要な見直しを検討していきたいというふうに考えております。

それから、今日、資料2のほうでこの概要を入手してお配りしておりますので、ご参照いただきたいと思っております。

それから、445ページでございます。サービス付き高齢者向け住宅について書かせていただいております。これは今三重県を中心に対応しております、ほとんど市町村が関与するような形になっておりませんので、考えていきたいということと、446ページでございますけれども、これは国土交通省の検討会の中でも、サービス付き高齢者住宅の入居者が、いわばそのグループのサービスをほとんどの人が利用しているというような実態も報告されています。きちんと選択の自由が確保されているかどうかということについてはやっぱり考えていく必要があるんじゃないかということをお話し合いたいというふうに考えています。

それから、449ページでございますけれども、先ほど、厚生労働省のほうで上限が示されていないというふうになりましたけれども、実は総合事業と地域包括支援センター運営事業の2事業については既にもう示されております。新しい在宅医療・介護連携と生活支援体制整備、認知症総合支援についてはまだという形になっております。これも今のところ、情報収集して、このぐらいだろうということを仮置きしておりますが、まだ財務省と調整ができていないというふうに聞いております。おそらく、これは特に新オレンジプランができましたので、認知症総合支援事業をどうするかというのを多分議論しているんじゃないかと思っております。そういったことを踏まえて必要に応じて修正させていただきますので、あらかじめご了承いただきたいというふうに考えています。

済みません、長くなりましたが、私のほうからは以上でございます。

【豊田会長】

ありがとうございました。

それでは、ただいまのご説明につきまして、ご質問、ご意見、お願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。かなり前回の委員の皆様のご意見を反映させていただいていますけれども、まだここがちょっと修正する部分があるということがありましたらぜひ、今日が最後でございますのでよろしく願いいたします。

【事務局（田中副市長）】

状況を申し上げますと、まだそういう意味でこれは上限も出ていませんから、その分も直さなきゃいけないし、それから、市議会全員協議会がこれからありますので、その直しもさせていただきますので、むしろざっくばらんに、これで承認しなきゃいけないと思わずにどしどし言っていただければ、できるだけコンセンサスを得た計画をつくりたいと思いますので、よろしくお願いします。

【豊田会長】

そういうことで、これからまだ修正が入る可能性があるということでございますので、ぜひともご意見をいただければそこに反映される可能性があるということでございます。いかがでしょうか。

ちょっと指名させてもらいましょうかね。東委員、どうでしょうか。

【東委員】

まだ詳細に見せていただいているわけではないですけれども、今お聞きした内容、それから、つらつらと自分で見た感じでは、前回と比べて、理念の面から入って、これからの医療がこういう超高齢になった現在、これから未来もそうですけれども、どのように皆さんが認識を変えていかないといけないか。そして、この地域包括ケアシステムというものがまちづくり、地域のコミュニティーを再構築していくのに必要な制度なんだというようなことが全体としてそういう流れが出ているように思いました。

私ども医師会が果たす役割のことについてもいろいろ書いていただいておりますし、なかなかこういうようにきれいな、言ってみればテキストブックみたいな形になりましたですけれども、このとおりにいけるかどうかというところには幾つか問題はあるとは思いますが、ビジョン的なものとしてはよくできているのではないかなと思いました。

【豊田会長】

ほかはいかがでしょう。

佐藤委員、いかがでしょうか。何かございませんか。

【佐藤（剛）委員】

ちょっと聞き疲れがしてしましまして、大変立派な計画が立てられたわけですが、これを実行していくためには、もう地域ごとに、この指定されておる地域ですね。地域ごとに具体的なことをやっていく必要があるんじゃないかと思えます。どこの地域には何があり、何が足りないのか、どうすればいいのか、そういう具体的なほうへ入っていただきますと、我々としてもそれにどう対処していくかということが求められていると思えます。ぜひそちらのほうにも少し進んでいただければなど、そういうふうに思えます。計画全体は大変すばらしいと思えますので、この計画がちゃんと実行されていけばそういうことが必要でないかなと、そのような感じがしております。

【豊田会長】

ありがとうございます。

ほか、よろしいでしょうか。

高橋さん。

【高橋委員】

ありがとうございました。

とても膨大な資料で、今日までに読みこなそうとして一生懸命読んでまいりました。やはり計画はすごく立派だし、これまで桑名市で取り組んでいる事例を通して資源の発掘とかもたくさんいただきました。ただ、やはりこれからこれを実行していくについては、市民に対する周知の仕方とか、やっぱりそのことはすごく重要で、あと、担い手ですね。担い手をどのようにこれから団塊の世代も踏まえてやっていくかというところでは、地域でつくる、つくると言っても、実際にどういう声かけをして、ど

う動いていくかというところをもう少し明確にしていけないと、なかなか具現化しないのかなというふうに感じております。その辺、よろしく願いいたします。

【事務局（田中副市長）】

課長に答えてもらいたいというのもあるんですけども、今のお答えをしますと、今回、よく計画は確かにつくったのはいいんですけども、しっかり実行しなければ、そのとおりだと思います。ただ、今までの計画、よくある計画と違うのは、かなり具体的にやることを書いております。私が目指したのは、市民の皆さんに対してどういうふうに説明するかということをしっかりみんなで統一していこうというのもあるんですけども、私が気を使ったのは、実は市とか、地域包括支援センターとか、社会福祉協議会の職員で理解すべきこと、これさえ見れば連携できるというものをつくりたいなと思ったんですね。そういう意味でこの計画というのは今後のトゥー・ドゥ・リストですね。何をやるべきかというのはかなり具体的に書いて、これを一個一個やっていけば、きっと桑名の地域包括ケアの構築はできるというふうに私は思っています。

その際には、地域に対する働きかけをどうするかとか、そのとおりでありまして、そのことも実はこの中には書いてありますので、ご理解いただきたいなと思います。

【高橋委員】

ありがとうございます。

というのは、私もケアマネジャーをしていますので、利用者さん、家族に対して身近なところでどういう説明をしていっていいかというのを一緒になってやっていこうというつもりで質問をさせていただきました。

【豊田会長】

山中部会長からちょっとお願いいたします。

【山中委員】

長い説明をありがとうございます。

委員長としても、まだ社協としてもたくさんやらなければいけないことがあるのだなというふうに感じました。例えば444ページ、認知症の推進委員というのを配置して、これに備え、平成27年度に認知症相談事業を開始しますと書いてあるんですね。43ページには、そういう会議とか、いろいろ書いてあって、それから、総合支援事業というものが当然創設してというふうになっておるんですが、きちっと廃止をするんじゃないくて、もう廃止は決まっていて、総合支援事業等に民生委員がどれぐらいかかわっていかなくちゃいけないのかなというようなことも心配しております。またよろしく願いしたいと思います。

【事務局（田中副市長）】

認知症初期集中支援チームとか、認知症地域支援推進員のほうは、これは認知症総合支援事業の中で420ページ以下、この中で書かせていただいている。特に詳しいところは424、425というところで書かせていただいております。地域包括支援センターの中に認知症初期集中支援チームとか認知症地域支援推進員というのが出来ますので、そちらが基本的には相談とか支援の窓口になります。そうしますと、今、桑名医師会に委託して、毎週だったかと思いますが、やっている認知症相談というのは、ちょっとその位置づけがなくなるものですから廃止しますが、一方で、桑名医師会のほうには在宅医療連携拠点事業というものを受託していただきます。当然、その在宅医療の相談を受ければ認知症の話も出てきますので、そのときにどういう形で在宅医療連携支援センターにこの認知症の話にかかわっていただくというのは、ちょっとこれから市と医師会で相談をさせていただきたいというふうに思っています。

【豊田会長】

それでは、副部長から一言ご意見をお願いします。

【古川委員】

私たちがどの辺でお手伝いできるかなというのは具体的に書いていただいたので、お手伝いできる場

面が出てくるかなというのをちょっと感じました。

【豊田会長】

あと、ほかの皆様方から。

どうぞ。

【柳川委員】

看護協会の柳川です。

ほんとうにきちっとした膨大な資料をありがとうございます。その中で訪問看護師、看護師は訪問看護ステーションだったり、あと、施設等もかかわってくるんですけども、今回は介護が中心なので、施設のほうは十分出てきているんですが、訪問看護師がもっともっと出なきゃいけないなという思いがありますので、今、三重県の訪問看護ステーション連絡協議会というのが各地区でやっております、私たちも地域包括ケアシステムに関していろんなところで検討をしておりますので、訪問看護というのがあまり知られていないのかなというので、いろんな地域での研修会だったりとか、コミュニティーのところで今まであまり参入をしていなかったのを、それをどんどんやっていきたいと思いますというところで今話をしているんです。

この資料の中だと、388ページに訪問薬剤師だったり、訪問看護、訪問栄養士さん、そういうところで医療の部分というのとかかかわってくるという表現があるんですけども、現場のスタッフは気持的には頑張ってるやっぴいかなければというふうな思いがあります。

【事務局（田中副市長）】

ちょっとコメントさせていただきますと、まず、155ページの介護サービスの提供体制の基本的な方針の中で、日中・夜間を通じた訪問介護・看護の効率的な提供体制の整備ということで盛り込ませていただいております、よく訪問看護ステーションの規模が小さいとなかなか看取りのところまでできない訪問看護ステーションがあるということがよく指摘されているわけですが、そういった問題意識を桑名市の中でも伝えていけるように156ページにはイメージも出して、もちろんそれぞれの事業者のご判断にはなるんですが、ぜひこういった問題意識を持っていただきたいということで書いております。

今のお話を聞いて思ったのは、訪問看護というのは在宅医療の推進のいろんなシンポジウムとかに行きますと、お医者さんの方もとにかく訪問看護が重要だと。在宅医療を一生懸命やっぴいやる方ほど、私は大したことはしていないけど、訪問看護がやっぴいしてくれているということを言われることがあります。そういう意味で、訪問看護が例えば医療と介護のかけ橋にならなきゃいかんとか、そういったこともよく指摘されていますので、どこかに盛り込むことを検討したいと思います。

【柳川委員】

ありがとうございます。

実際、規模の拡大化ということで、人材が足りない部分で、今、三重県内でもⅠ型とⅡ型とありまして、7人スタッフ常勤をそろえられているところがやっぴい登録を終えました。まだ5人というところは3カ所あると、まだそういうような状況なものですから、協会としても、今、潜在看護師の掘り起こし等をして、人材を確保していこうというところではあります。

【豊田会長】

ほか、どなたか。

どうぞ。

【片岡委員】

丁寧な加筆をいただきまして、修正もいっぴいいただきまして、ほんとうにありがとうございます。膨大な立派なもののできたなというふうに思っております。やはりいろんな理念が明確にされまして、ほんとうに今後の参考になるというか、テキストになるものだし、いろいろ利用者さんに説明するのも使えるなというふうに思っております。ただ、量的にはとても多いので、また縮約版か何かを出していただければなというふうに考えております。

私からは訪問介護のほうの部分についてちょこっとわからない部分というか、難しいところがあるか

なというふうに思いますので、ちょっと質問させていただきたいなと思います。

まず、理念の部分ですけれども、302ページのところでございます。前提としましてボランティアさんがいろんな形で入ってきていただいて、訪問介護の部分について、社協さんであるとか、エプロンサービス、そういうところがありながら訪問介護員が専門職としてかかわると。そして、ボランティアさんに生活の支援をしていただくというふうに区分されていこうというところが出てきているんです。この部分については賛成なんですけれども、302ページのところにできないことをできるようにするケアというところで、今までずっとやってきたことで今さらという部分もあるんですけれども、ヘルパーの専門性というのはそれだけなのかなというところをちょっと危惧する部分です。訪問介護員の専門性というところにつきましても、生活を支えるという部分も専門的な知識を持って生活を支える。それから、健康維持に寄与するということもあろうかと思っておりますので、ここだけに集約されてしまうと、じゃ、生活支援の部分であってもやはり生活をきちんと継続性というんですか、次入ってくるまでこの状態でこの人は生活していけるんだろうか、1週間後、またサービスに入るんだけど、大丈夫かなという目で常に我々は見ながらサービスをしておりますので、そこら辺のところを生活を支える部分の専門性はADLに働きかけることに特化するのではなくて、やっぱり我々はQOL、生活の質を高めるというところに寄与したいというふうに訪問介護員としては思っている部分が強いので、どこかにそういうのを入れていただけるとありがたいなと思います。

それと、303ページの先ほどちょっと触れましたエプロンサービスの件ですけれども、この辺の分け方はとても難しいかなというふうに思うところです。先ほど、生活援助はエプロンサービスさんで身体介護は訪問介護員というような分け方というざっとした形があったんですけど、その辺をどういうふうに実際、生活支援の中でもともに行いながら予防的サービスという形ですれば、当然その専門性を求められてくるんだろうと思いますし、そうかといって、知識も実際資格をお持ちのボランティアさんもおそらくいらっしゃるだろうというところがありますので、そういう方とどういうふうなかかわり方をするのかというところ、併用することは少ないかなと思うんですけれども、その部分についてどうお互いを尊重しながらやっていけるのかなというところは、今後、ボランティアさんと関係を深めながら、お互いにどういうふうなかかわりをしていこうと、協力関係という中でどういうふうにやっていったら一番いいんだろうかというところを模索していく必要があるかなというふうに考えております。

あと、もう一つ、訪問型サービスのD、いわゆる移動支援の部分でございます。ここで当初、通いの場への移動支援というところで乗り合いという話がありまして、これはちょっと難しいんじゃないでしょうかというお話をさせていただいたんですけど、今こちらを見させてもらおうと、いわゆる個別で私的な同乗というような形をとりながら、ボランティアさんに介護支援ボランティア制度を活用されてかかわっていただくという方法をとられているというところだと思うんですけれども、地域の社協、地域社協というか、今は宅老所を運営していらっしゃるんですよね。そういうような形のところが自分のところで車を持って、そこが運営する。例えば運転手さんという形でボランティアさんにかかわっていただいて、そこが車を持っているという形になれば、ないしは本体の社協が車を所有していて、そこにリースで出すとかいう形をとって使用権限があれば、それで1つの認可が出る形にはなるかなと思ったりするんですけど、すぐにというわけじゃないですけど、いろんなところがやるようになれば、そういう範囲が狭い、いわゆるクロスオーバーしないような狭い地域の中でそういうことができるとおもしろいかなと思ったりするんですけど、いかがでしょうか。

【事務局（田中副市長）】

3点あったと思います。

1つ目でございますけれども、済みません、補足させていただいて記述を調整させていただきたいと思っております。ただ、注で見ていただきたいのは114で、介護予防訪問介護の中で生活機能向上連携加算というのが既に現行の介護報酬の中にあります。こういったこともありますので、あまたある専門性の1つとしてこのADLを上げるということは間違っていないのではないかなと思いますし、全体として短期集中で生活機能の向上を図っていこうというのが目標になっておりますので、これはこれで書かせ

ていただきたいなと思いますが、それだけにとどまらないものがあるということについてはご指摘のとおりだと思います。

1つは注の115にございますとおり、非常に生活に根差した視点というのをお持ちだということで、これはいろんなシンポジウムで言われるんですが、一番先に高齢者の状態の変化に気づいてサインを出せるのはホームヘルパーだと。それを例えば訪問看護の方とかケアマネとかに伝えて、早い段階で適切な対応ができるという指摘はよくありますので、実はここであえて書かせていただいているつもりなんですけど、ここに書いたようなことをどうやって本文の中に盛り込むかというのは、できれば公式な文書でこういうことが言われているとか、こういう権威ある文献でこういうことが言われているとか、そういうのをぜひ社会福祉士の立場で教えていただいて、それを引用するという形で相談させていただきたいかなというふうに思います。

2点目ですけれども、シルバー人材センターのえぶろんサービスの受け持つ範囲ということなんですけど、そういうご指摘を現場からよく聞くんですけれども、ここで頭を切りかえていただきたいなと思っているのは、これまではケアマネが1人でケアプランを立てて、つまりそこが要するに給付ですから、それぞれ役割分担ははっきりしていて、それをどうケアプランにつなげるかという話だったので、その延長線上から、例えばこの部分はここ、この部分はここというすみ分けをつくる必要があったと思うんです。ところが、今度は地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントをするわけですね。特に桑名市の場合には地域生活応援会議にかけていこうということなんです。つまり、多職種でチームになってみんなで考えるという中で、この人はこういう状態だから、じゃ、ホームヘルパーさんはこの部分をやってねと、それから、シルバー人材センターはこの部分をやるんじゃないでしょうか、そういうことをみんなで議論できるわけでありまして。ですから、今までの給付のようなイメージで、つまりかちっとした基準を決めると、それは総合事業の意味があまりないんだと思っているんですね。そういう意味で、この具体的な役割分担というのは個々のケースごとに地域生活応援会議で検討するというのが実はこれから大きく変わることなんだと。

ただし、そうはいっても、ケアプランの原案をつくる段階である程度の目安がないと多分現場は困るということだと思うので、そういう意味で今私が試論として、主に身体介護、主に生活援助ということではないかということをおっしゃるとおり、生活援助かもしれないけど、それを一緒にやるので、一緒にやって生活機能の向上を図るという部分もあるかもしれません。あると思いますので、そういった部分は当然のことながらホームヘルパーにやっていただくということになると思います。ですから、実はきちっとした基準というのは結局これしかなくて、専門職でなければできない仕事なのか、専門職でなくてもできる仕事なのかということしか基本的にはないと思うんです。それを個別に地域生活応援会議の中で判断していくということではないかと思います。

304ページですが、移動支援のほうは、そういう声は実は専門職の方だけではなくて、いろいろ地域で宅老所の運営とかにかかわっている方からよく聞きます。ただ、どこかでバスを持ってみんなで使おうというのはわりかし簡単な発想ではありますが、ただ、これは、例えば他市なんかも確かにバスを持って地域住民で運転している名張市とか、ここでもご紹介したと思うんですけれども、ただ、そこでは何をやっているかという、結局、車両の購入なんかを市がやっているというケースがあります。それから、これはおそらく車両ですから、10年なのか20年なのかわかりませんが、定期的に更新をしていかなきゃいけないということになるということだと思います。もちろん社協なりで独自の財源があって、そういうものを用意できると、実際に今持っているところもありますから、できるというのは特別なんですけれども、今桑名市が非常に経常収支比率が厳しい中で財政再建に市長を先頭に取り組んでいるという中で、例えばそういう地区ごとにバスを購入してお渡しするということはできる財政状況ではないと思っておりますので、そういったことに頼らずにやる方法がないかということを考えていきたいと思っております。それから、もう一つは、地区社協でバスを持って、例えば城南地区なら城南地区住民をバスで集めてくるというのは果たしていいことかという、先ほどの地域コミュニティの衰退をかえって招くんじゃないかという部分も私はあると思います。なので、できればやはり可能な限り歩いていけ

る範囲で地域住民主体の通いの場ができ上がっていくというのをまずは目指していくということが先かなど。やっぱりそこをまず目指す必要があるんじゃないかというふうに考えております。

【豊田会長】

ほか、どうでしょうか。

そうしましたら、この計画案に対しまして当協議会としての本日のご意見、たくさんいただきました。その意見と合わせて、この計画案とともに私どもの意見をあわせて事務局から市長に報告をしていただきたいと思えます。

そういうことで、大変活発なご議論をありがとうございました。

それでは、事務局からほかに関心ありますか。

【事務局（高橋）】

委員の皆さん、ありがとうございました。

冒頭でも申し上げましたとおり、桑名市地域包括ケア計画の案については、本日のご議論を踏まえて市長に報告した後、2月12日の市議会の協議を経て、先ほどから何度も申し上げているように、地域支援事業の国の予算の未確定部分なども反映した後に最終確定をさせていただきます。

それともう一点、今回の協議会をもって委員の皆様の任期を一区切りとさせていただいて、引き続きお願いすることもございますが、27年度以降は新たな体制としてこの計画の進捗管理、それから、新たな課題について当協議会でご協議をお願いしてまいりたいと考えておりますので、よろしくお願いたします。

【豊田会長】

わかりました。

そういうことで、今回で計画案の討議も、それから、委員の任期も一区切りになるということでございます。今日が一応一区切りの最後ということですので、ちょっと時間が押しているようですけど、せっかくなので、各委員の皆さん、特に先ほどご質問されなかった委員の皆さんの一言ずつ感想を述べていただいて最後にしたいと思います。

まず、竹田副会長から。

【竹田副会長】

どうも本日は素晴らしい計画案を有難うございました。非常に詳細で膨大な資料で、かなりの労力を注がれたものと感銘致しております。ほんとうに有難うございました。

1つだけお聞きしたいんですけども、国、あるいは厚労省ではこれから数年間の方針を立てていることだと思います。ここに盛り込まれているいろんな計画は、現在国の向かっている方向に沿っているといえますか、施策に対して十分対応しているのでしょうか。あるいはちょっと足りない部分もあるのでしょうか、もしあるとすれば、今後桑名市としてこういう方向で計画をつくって行けば良いとか、簡単で結構なんですけど、教えてください。

【豊田会長】

じゃ、お願いします。

【事務局（田中副市長）】

ちょっと立場上難しい説明でもあるんですが、基本的には今回、最近の社会保障の傾向として、メニューは示すけれども、中身は市町村で決めてくれというのが多いです。そういう意味で、少なくとも国の出したメニューは原則的な施行期日に沿って、例えば来年4月からというふうに、これは全てやっています。中身は当然、各市町村でそれぞれ考えていることですから、また周りの市町村を見て、よいことがあれば取り入れていくことですし、桑名市のほうがよいことがあればしっかりPRしていくということじゃないかと思えます。

【豊田会長】

じゃ、藤原委員。

【藤原委員】

今回が12回ということで、私は11回出席させていただきました。ほんとうに勉強になりましたし、また、地域へこういったいろんな議論、こういった文書を皆さんに知ってもらおうような努力をしたいと思います。

以上です。

【豊田会長】

マイクを次へ回してください。

【田崎委員】

大変立派な資料を作成していただきご苦労様でした。これからも参考書としても利用させていただければなと思っております。ありがとうございました。

【星野委員】

星野です。

この協議会に参加させていただいて感じるのは、我々歯科が介入できる中で周りだけなんですけれども、食べることとか、会話するとか大事な部分で、その部分はしっかりと連携したいと思います。健康寿命の延伸、少しでも貢献できるようにと考えております。三重県歯科医師会でも今度の日曜日、地域包括ケアの会議がありまして、我々歯科医師会の各支部と皆さんとの多職種連携をどういう形で協力していけばいいのかと。地域口腔ケアステーション構築へ動き出しているところでありますので、今後ともよろしく願いいたします。

【豊田会長】

伊藤さん。

【伊藤委員】

いろいろ勉強させていただきましてありがとうございました。

【岩花委員】

先ほど、ご質問の中で総合事業において事業が重複する部分の棲み分け、区分について発言がありました。全くその通りで、区分できにくい問題があると感じています。こういった問題は事業の出発時にはよく起こることでありますので、一回やってみて、その後いろんなところを見直していこうやないかと、そういうふうを考えています。それから、今回、膨大な資料を含め総合的な計画にいただきました。今までは1つの事業は、機関の一部の人間が知っておれば事足りるということでしたが、この計画策定を通じて、市の各部局はもちろん参加している私たちも含めて温度の差はございますが、勉強をさせていただきました。この成果と計画は、今後の市の全体の福祉なり、住みやすいまちづくりに寄与できるという点で一つの指針になると考えています。そのため、団体や個人の立場でそれなりに取り組みをさせていただくことが大事だと思っています。大変ありがとうございました。

【豊田会長】

じゃ、こちらのまだ発言されていない方。

【福本委員】

ケアマネ協会の桑員地区の福本です。

今日は一番副市長さんに名前を呼んでいただきまして、ほんとうにありがとうございます。私はこの会議に参加いたしまして、見える化というところが1つ大きなキーワードではないかと思っているんですが、包括さんたちのそれぞれの活動、また、地域の活動、それから、各代表者さんたちが組織の活動、そういうものをほんとうによくわかったというか、理解させていただいた会議でした。それがこの中に織り込まれていたなということと、それから、これから先が非常に見通せるような資料でもあり、そういうものが詰まった1冊になっているなと思っております。今後、またこれを利用しながら地域で住民としての力を発揮していきたいと思います。ありがとうございました。

【坂口委員】

理学療法士会代表の坂口です。

まず、田中副市長さんをはじめ、桑名市の皆さんが大変努力をされて作成していただいた資料はとて

も意味のある資料だと思っています。私の仕事はこれを自分の仲間である療法士みんなに持ち帰って、桑名市は全体でしっかりと地域住民のことを考えてこの案を出したんだということを伝えていきたい。そして、また、自分の病院に帰って自分の職場の仲間に伝えていきたい。そして、自分が関わっている地域の方たちに市がしっかり考えて、完璧ではないですけど、しっかり考えた上で、地域のことを考えているんだということを伝えていきたいなというふうに考えております。僕もしっかりもう一回読ませていただいて、なぜなのかとか、どうしてかな、こういうときはどういうふうに考えればいいのかなどというとき、困ったときにもう一回読み直して、わからないことはまたお聞きしていきたいと思っております。どうもありがとうございました。

【豊田会長】

佐藤さん、お願いします。

【佐藤（久）委員】

ありがとうございました。

地域密着事業として出させてもらっています佐藤です。グループホームと小規模多機能をしているんですけども、私だけでなく、認知症ケアをしているスタッフが地域包括ケアシステムの中心になっている事業をしているという認識を持って、自分たちも、私だけでなく、スタッフ全員が思えるようにしていかなければいけないなと思いました。

というのは、認知症施策等でも、毎日認知症の方と一緒に生活をしているスタッフがどのようにしたらいいかすごく詳しくわかっておりますので、そういうのを発信していけるようなそういう場を設けていただいて、どんどんと今やっているケアを皆さんに伝えていきたいなと思っております。

【豊田会長】

西村さん。

【西村委員】

西村といいます。

1 2回出席させていただきまして、私自身は全てではないですけど、すごくわかりました。これを持ち帰って小規模多機能のスタッフ、また、小規模多機能の仲間にとどのように役割としてつなげていくのか。それと、もう一つよかったのは、ここに参加をさせていただいて、やはり市役所の方とか行政の方、それから、地域包括支援センターの方、また、事業所の方としっかり横の手をつなぎながら前へ進んでいけるんだということをすごく私もここに参加させていただいて思いましたので、これからは一事業所じゃなくて、また、小規模多機能の事業所じゃなくて、皆さんと地域づくり、コミュニティーづくりがやっていけるということにすごく私もうれしいですし、いろんなことがあると思います。そのときに先ほど言っていたように、意見を述べながら変えていくこともできるんだよということがすごく心強かったので、やりながらまた変えていただけるところは意見を言って変えていただけるようよろしく願いいたします。どうもありがとうございました。

【岡（正）委員】

私は桑名市の老人クラブの代表としてこのケアシステムの会議に出席をさせていただいたわけですが、出席した初めはなかなか難しいし、これはどうなるのかなという心配をしておったんですが、皆さん方、うまく内容説明していただいて、全部が全部ではないですけども、よく理解できたなというふうに、理解したという考え方であります。ほんとうに全くわからない人間が難しいことをいろいろと教えてもらったということで、ほんとうにありがたく思っておりますが、我々老人クラブの会員もご承知のように後期高齢化しています。ほんとうに老人クラブは高齢者の会ですが、その中でも高齢化しておると。後期高齢者が大部分を占めてきたということで、今までいろいろと勉強させてもらったんですが、痴呆の問題とか、介護の問題とか、そういった直面しておる問題がたくさん我々にはあるわけですけども、今のところ会員の中でそういった病気になったよとか、痴呆になったとかというのはあまり聞いておりませんのでありがたいなと思っておりますが、やはりこれから高齢化に伴ってそういった問題がすごく多くなってくるんじゃないかなという心配はしています。また機会がありましたら会議等出席をしていた

す。

また、本日使用いたしました資料と議事録につきましては、後日、桑名市ホームページに掲載をさせていただきますので、ご了承いただきたいと思います。

それでは、これで第12回桑名市地域包括ケアシステム推進協議会を閉会させていただきます。ありがとうございました。

— 了 —