

平成 26 年度第 5 回生駒市介護保険運営協議会
議事録

開催日時	平成 26 年 8 月 28 日（木） 午後 2 時 00 分～午後 4 時 00 分
開催場所	コミュニティセンター 4 階 402・403 会議室
出席者 （委員）	澤井委員、高取委員、萩原委員、辻村委員、井上委員、中庄谷委員、日野委員 永田委員、林委員、小坂委員、藤尾委員、櫻井委員、小川委員、村上委員
欠席者	なし
事務局	福祉部長 坂本、高齢福祉課課長 安達、高齢福祉課課長補佐 堤 高齢福祉課係長 谷、高齢福祉課 水澤、介護保険課課長 奥田 介護保険課課長補佐 島岡、介護保険課課長補佐 田中、介護保険課係長 吉田 介護保険課 殿水、介護保険課係長 原木、介護保険課 齋藤
案件	（１）会議の公開・非公開について （２）第４期～第５期介護保険事業計画におけるサービス種類別の計画値、実績値及び第６期介護保険事業計画におけるサービス種類別の推計値（暫定値）について （３）第６期介護保険事業計画の方向性について （４）高齢者保健福祉計画の方向性について （５）介護予防・日常生活支援総合事業について ①国のガイドライン案 ②生駒市案 （６）その他
資料	平成 26 年度 第 5 回生駒市介護保険運営協議会 会議次第 資料 1－1 第４期～第５期介護保険事業計画におけるサービス種類別の計画値、実績値及び第６期介護保険事業計画におけるサービス種類別の推計値（暫定値）＜介護給付費＞（H21～37 年度） 資料 1－2 第４期～第５期介護保険事業計画におけるサービス種類別の計画値、実績値及び第６期介護保険事業計画におけるサービス種類別の推計値（暫定値）＜予防給付費＞（H21～37 年度） 資料 2 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針（案）について 資料 3 第６期介護保険事業計画における入所施設・地域密着型サービスの整備の方向性について（案） 資料 4 介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン案（概要抜粋） 資料 5 介護予防・日常生活支援総合事業におけるサービスの類型（生駒市案） 資料 6 高齢者保健福祉計画の方向性

議 事 の 経 過	
発 言 者	発 言 内 容
	開会
事務局	会議は生駒市介護保険条例により澤井会長にお願いすることになっていきますので、澤井会長よろしく申し上げます。
澤井会長	案件（１）会議の公開・非公開について事務局より説明願います。
事務局	案件（１）会議の公開・非公開について
澤井会長	案件（２）第４期～第５期介護保険事業計画におけるサービス種類別の計画値、実績値及び第６期介護保険事業計画におけるサービス種類別の推計値（暫定値）について事務局より説明願います。
事務局	案件（２）第４期～第５期介護保険事業計画におけるサービス種類別の計画値、実績値及び第６期介護保険事業計画におけるサービス種類別の推計値（暫定値）について
澤井会長	これまでの計画値と実績値、27年度以降の推計値が事業ごとに出ています。
委員	ワークシートに基づいて数値を入れたということですが、前回か前々回だったか、2025年には後期高齢者の人数が今の1.7倍になるということでした。要介護、要支援認定の方もほぼ同じような形で、記憶では、8,300人ぐらいになるという説明がありましたし、資料もいただきました。今、資料１－１を見ると、4倍、3倍になっているサービスがあります。例えば、訪問介護では3倍ぐらいになっています。利用者が1.7倍と推定されているのに、なぜサービス量が3倍になるのですか。ワークシートを使って計算するとこのような数字になるのでしょうか。それから、訪問リハビリも4倍、ほかのものも2倍、3倍となっています。利用者は1.7倍にだけけれども、4倍になるということは、今、週２回利用しているのであれば、週４回利用するということでしょうか。考えにくいように思われます。 資料３について、対象者は1.7倍になりますが、生産労働人口は0.95倍、要するに５パーセント減ります。先ほどの数値を県に出して、県が人口、労働者の推定をするということですが、訪問介護が３倍の提供量になるということは、訪問介護はマンツーマンのサービスですね。デイサービスであれば、一つの部屋に20人、

事務局	30 人集まっていた。勉強でいえば塾です。ところが訪問リハ、ヘルパーは 1 対 1 の家庭教師です。それが 3 倍、4 倍になるということは、マンパワーも 3 倍、4 倍必要になるということだと私はこの表を見て理解しています。ワークシートがそうになっているからこの結果になったと言われたら、それ以上、私は何もいえませんが、現実的に考えた時に、生駒市内の介護関係、看護も含めて今の 2 倍、3 倍の職員を確保しなければならないというような数値です。これを足したら、県内では、とんでもない数字になるように思います。これはあくまでも計画なのかもしれませんが、実現可能性というところにも意味があるかと思います。そのあたりをご説明ください。 委員のおっしゃる通り、2025 年の推計をするのは非常に難しいことです。ワークシートで計算しているのですが、ワークシートの方が実績の伸び率をそのまま伸ばしていくという形を取っています。ですから、今のところ、ワークシートの自然な形の表というのは、やはり伸び率がそのままだんだん伸びていくという形になっていますので、今のところこういう形で数字を提示しているということです。
委員	過去の伸び率で将来を推計するというのは当たり前の話ですが、例えば、今までが横ばいだったのが、去年、おとしでどんと伸びたというサービスもこれを見るとあります。そこも将来の折れ線グラフを見ると、その角度で伸ばしているんです。でもそれは普通、あり得るのかなと。もっと具体的にいうと、訪問リハはそれほどたくさん事業所があるわけではありません。ところが一つできただけで、ぼんと数字が上がります。そんな調子でぼんぼん毎年リハの事業所ができるとは思えません。確かに過去の例で自然推計するということでしょうが、一定の配慮があってもいいだろうとは私は思っています。
事務局	今のご指摘について、ワークシートの入力における注意点ということで、今、委員のおっしゃられた、ある程度、一定の水準できていたのが、1 年、2 年だけが急に伸びていて、その率のままで伸ばしてしまうと非常に大きな数字になってしまうということは、国の方も想定しています。そのような過去の実績がある場合は、そこに使用する数値は適切に平均化する。あるいは数値を若干調整して、推測される数値に修正しなさいという手続きになっています。このまま使うとまずいかなという数字は、事務局の方でも若干修正して入力しました。 ただし、そうしたとしても、なお平均的な人口の伸びに基づいて、サービスの利用が平均的にされるという計算方法を国はこのワークシートで取っていますので、この数値は、これ以上勝手にさわることはできない構造になっています。それが現実的かどうかという部分について、国の方は、はっきりどのように考えているかま

澤井会長	で確認はしていませんが、基本的には、このワークシートで算出された数字を基本にしている、絶対使えるということではないのですが、もし使わなかった時は、その根拠や計算式を詳細に説明しなければいけませんので、実質的には、このワークシート以外のものを使う、あるいは根本的に数値を大幅にいじるということはできなくなっています。今、お示した数値は、若干、事務局で微調整をした上でのもので、自然増からいくと、この数値にならざるを得ないという数値です。 いずれにしてもこの3年間については、それほどびっくりするような数字にはなりません、もっと先を見ると非常に大きな変化になってきてしまう。それについては、ワークシートをつくるというのに条件の与え方が適切だったかという議論もあると思います。それも含めて、国の方でも出てきた数字で勘案するでしょうし、実際、われわれが生駒市の計画をつくる際には、保険料数字の関係もあって、それほど機械的にできるわけではありませんので、それはもちろん、現実的な実績を尊重しながらやるということになると思います。修正はできるわけですから、それについて大いに議論した方がいいと思います。
事務局	国からワークシートでやりなさいといわれたら、それ以上国に対し反論できないということです。
委員	このワークシートを利用するというのは、介護保険事業計画を立てる時には、最初からそうでした。いわゆるゴールドプラン作成の時から、そういう基本的な仕組みになっています。原理的には、各市町村でそれぞれ計画を立てなさいと。そして数値目標を設定しなさいと。集計していくと、県の推計値、計画値になりますと。各都道府県の計画値を集めると国全体の数値目標が出てきますと、こういうプロセスでできあがってきたわけです。しかし、それが必ずしも実態に沿っていないと。常に、修正、再検討が必要だったというのは、実績が示しているわけです。 では、例えば、生駒市にどれぐらいの具体的数値目標を設定するのかと、自分たちで考えてみなさいといわれたら、これはまた非常に複雑な要素が絡んでいるので、それはできない。できないというか、お手上げ状態であると。それで支援システムとして、国が人口動態やさまざまな要素を算入した計算モデルをつくって支援してくれていると。これはこれで一つの支援施策として評価しなければならないと思います。ただ、ワークシートというのは、(資料2の19ページの表)「給付実績の把握・分析」から「サービス見込み量の算出と関係者への説明」に一気に飛んでしまうことになる。 日常生活圏域のニーズ調査や基礎調査、地域ケア会議の意見等を反映して、最終的な計画値にさせると図の上では書いてありますが、しかし、それを数式の上でど

澤井会長	のように反映したのか、これを何割ぐらい算定したかというのは非常に言いにくいわけですね。計画値をオーバーした、給付実績をオーバーしていたと。だけど、計画値限度で支払えませんというわけにはいきませんから、そこは丁寧に、年度ごとに見直し、修正するという基本的なスタイルが必要だろうと思います。 いずれにしても、今は国の支援計画に沿ったワークシートで、その場合はこんな数字が出てくると。このシートを使えば、当然、その数字が出てきましたということで、ああ、そうですかというふうに思わざるを得ないのかなという気がします。 ですから、実績が基礎となって、計画を修正していくという構造だということですね。ですから、3年ごとに見直しをしていくということになっていたと思います。例えば、資料1－1の2ページの下段、通所リハビリテーションの表の下から5行目、4行目に、計画給付費⑥と給付実績⑦がありますが、平成21年度から24年度はそこそこうまくいっています。ところが25年度、26年度はぐっと計画値を下回っていて、差が開いている。その差をそのままにして計画値を伸ばしたら大変なことになりますね。そこで、平成27年度の計画値は修正されているわけです。 今、ご説明がありましたように、修正が加わってきますので、最終的にどの線で収めるかとか、その議論に収れんしていくと思いますので、引き続き議論していきたいと思います。よろしくお願いします。 案件（3）第6期介護保険事業計画の方向性について事務局より説明願います。
事務局	案件（3）第6期介護保険事業計画の方向性について
委員	資料3の①介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の整備について、平成28年に50床の整備計画をされているということですが、これを前倒しすることはできませんか。介護費用はすごくかかります。年金生活者になると、施設に入れるお金が20万から30万いりますと、家で健康に生活している人の生活費が出せなくなります。その時に、特別養護老人ホームはとてもありがたい存在です。今、現在、とてもたくさんの方が待機しておられます。ハコモノをつくるというのは、あとのことを考えると色々問題もあるかと思いますが、今、介護されている方の現状を思うと、28年に整備計画されておられるのなら、ちょっとでも前倒して、解消の一滴にでもなればなど、今、伺っていて思いました。いかがでしょうか。
事務局	特別養護老人ホームは、たしかに28年度に50床の整備計画となっていますが、やはりこれぐらい大きな建物になると、事業者が参入するのにかなりの時間も必要ですし、補助金の関係もありますので、整備するにあたっては、半年ぐらい前から整備をするということで周知もしなければなりません。この計画は27年から始ま

	りますので、今年から始めるというわけにもいきませんので、27 年に入ってからという形になります。補助金がないと、なかなか整備もできないと思います。50 床の整備計画とは書いてありますが、27 年に前倒しすることは、ちょっと難しいかなと思います。
委員	今から準備にかかるということは無理なのですか。年度を超えてということはできないのですか。やっぱり行政は年度ごとで仕切っていないと駄目なのですか。
事務局	補助金がありますが、補助金は年度単位になっています。27 年度以降の補助金がどのような形になっていくかというのが、やっぱり国の方で決まってこないと分かりませんので、今のところ、その補助金分からない状態でご説明するのちょっと難しいかなと思います。
委員	できるだけ早くお願いしたいと思います。
委員	今、資料 3 についてご説明いただきましたが、資料 3 と資料 1－1 というのは、解離したものでですか。
事務局	資料 1 の方は、ワークシートの実績の値を伸ばしたもので、第 6 期以降の整備分については、まだ反映していないという状況です。
委員	資料 1－1 では、今ご質問のあった特別養護老人ホームの整備 50 床というのは、28 年度、29 年度のところにプラスされていません。ところが、資料 3 には 50 床つくりたいと書いてある。老健も同じです。老健も、資料 1 は 37 年度まで 264 です。それにもかかわらず資料 3 では、29 年度で 80 床、34 年度で 90 床、37 年度で 50 床となっている。これは別物なんですね。
事務局	現在ところはそうです。
委員	そうですと言われたら、そうですかとしか言いようがありませんが。
事務局	補足説明させていただきます。本日のところは、ワークシート側には資料 3 の整備計画は載せない形でご提示させていただき、資料 3 の方の方向性について、ある一定程度、委員の皆さままでご承認をいただけるようであれば、ワークシート側にこれをプラスして修正をさせていただいて、次回以降にご提示させていただくという段取りを考えています。別個にそれぞれ分離した形で本日は提示しています。

澤井会長	資料3はすごく貴重な資料ですね。
委員	それならば、資料3をもっと現実的なものにしてはどうでしょうか。例えば、特別養護老人ホームについては228床で計算して、あと280いるという表示になっていますが、今現在、228床ではありませんからね。
事務局	現在、公表されている国の資料が平成24年のものなので、全国や都道府県と対比するため、平成24年10月1日現在の数値を記載しています。特別養護老人ホーム萩の台ちどりが新設されましたので、今は338という数値になっています。ばらばらになるとちょっと非常に分かりにくいので、24年10月1日時点で、データの関係上、切らせていただいているということです。
委員	228から比べて、あと280いるということであれば、今現在、338あるわけですから、逆にいったら、あと50×4つと、それから地域密着の29×2つ、これだけはいらないという計算になりませんか。
事務局	その議論はあると思います。厳密にもう少し落とすかどうかというのも、ご意見をいただきたいと思います。おっしゃるように、現在と比べると、ちょっと多すぎるのではないかということになりますので、①の特養の50床ずつの整備計画のうち、一つ50床分を削除するか、または地域密着型の整備の方を削除するか、どちらかの選択肢になろうかと思います。また、ご意見いただきたいと思います。
委員	私が懸念しているのは、在宅サービスでは、来月、利用者がちょっと増えるから、職員さんを今月一人増やそうか、来月はちょっと利用者が減るからパートさんに休んでもらおうかということが出来ますが、特養、老健はそれができないのです。特養は、完成した時に30人、50人、60人という職員がその時にどんといるんです。それが在宅サービスと大きく違うところです。だから、施設を早く建てろという意見は分からなくもありませんが、はい、どうぞというわけにはいきません。建設計画を立てて、実際に完成するまでに数年かかります。資金計画、土地の確保まで含めると、最低5年はかかるでしょう。それは置いておいて、人の確保は、えいやという形ではできません。
事務局	補足で、ご説明申しあげます。特別養護老人ホームを開設するためには、都道府県から開設許可を受けます。そこで、県の方から市町村の方に募集意向が聞かれます。それに基づいて、市町村は、特養をする事業者はいますかという形で募集をか

	けて、その中で選定委員会に基づいて、よりよい事業者を選定して、それから県の方に生駒市は特養を建てたいと。この業者で選定をしたから許認可してほしいということをいいます。萩の台ちどりの時もそうでしたが、選定をして、県に申請を出します。今度、県は生駒市を含めた複数の市町村で整備圏域を決めています、その圏域内でバランスよく整備できるようにということで、生駒の手を挙げた事業者が非常によかったとしても、その時は郡山の方の整備が10年ほど開いていたということで、優先権は郡山に与えるべきだということで郡山が採択されてしまいました。そのように、市町村だけではどうにもならない部分もあります。その辺も見越して、ある程度、年度の幅を明けているという実情もあります。許認可権が県にある都合上、非常によい事業者だから絶対今年認めてほしいと思っても、必ずしも思い通りにはいきません。この計画はそのあたりも勘案して、このぐらいのペースであれば認めてもらえるのではないかなというような実務上のことも考えた上で、将来計画を記載をしています。 委員がおっしゃる、整備の50床が多いという部分については、その分を省くという方向で合意していただけるのであれば、修正いたします。とりあえずこのままいきましょうということで、最終の議論までにまた何か出てきた時に考えましょうかということでも、どちらでも結構かと考えています。
委員	私の意見としては、この整備計画については、一応、24年10月1日現在の数値を元にした数字だということでご了承いただき、具体的に詰める話はあとでもいいのではないかと思います。ベースとしては、これは了承しようかということです。ですから、そういう意味では、実績との差がありますから、それとの調整も含めて、あとで詰めていきたいと思いますということにしたいと思いますが、いかがでしょうか。
委員	介護者の切なる声も聞いていただきたいと思います。施設を開設、運営していくには大きな力があることはよく分かっていますが、介護している者の願い、経済的なものや体力的なもの、色々なものを勘案した中で、やはり施設がほしいという声をもものすごく聞いていますので、その声もやはり聞いていただきたいと思います。よろしくお願いします。
委員	先ほど委員がおっしゃったことと関連しますが、計画を立てるという時に、ベースになっているのが何かと。先ほど、実績値を元にワークシートに数字を入れたら出てきますとおっしゃいました。だけど、この施設のものはワークシートに入れても出てこないんです。つまり、数字は定数でしか入っていないから、伸びるとかいうのは、施設整備された分だけ伸びているだけです。ですから、この資料1-1を見たら、横ばいですね。ところが、施設については施設待機者がどれだけいるかと

いう話があつて、それに応えるために、ではどれぐらい整備しましょうかということで計画を立てる。ところが、これも先ほど課長がおっしゃったように、実は、県内の福祉圏域とか、そういう圏域で整備目標数値を県がつくっていますから、生駒市はこれだけ整備したいと思つても、県で採択しませんという矛盾がある。それからもう一つは、施設整備をするのは、在宅の場合でもそうですが、市が建てるわけではなくて、事業者が建てる。つまり、市の方は建てたかったら許してやろうかという上の立場にいますが、つくるのは社会福祉法人や、その他の法人です。建てたい要望が強い時は、特養を建てたいという人がいっぱいやってくる。生駒でも生駒市内に特養を建てたいという人がたくさんやってくる。それをかき分けて、あなたのところに建てさせてやろうかと。最近であれば、公募でこれぐらいの枠を認めましょうという話になっているので、計画を立てても、その通りにいくという保証がないんですね。どちらかという、計画そのもののベースになるものが脆弱というか。先ほど、介護している立場からしたら、もっと欲しいという意見がありましたが、実際のところ、待機者数と実際、どこで介護を受けているかということのすり合わせをしながら、本当に施設でやらないといけないのか、施設がなければ、在宅の地域密着型の入所系のサービスや、短期入所といったもので補えるのかということのコンセンサスをしっかり持つておかなければならない。ワークシートの数字でできたから、これぐらいであればいいというのは、もともとの数字の根拠がすごく薄いというのか、あまり議論しないで平均的な数字をずっと出してくるのですが、国の平均的な数字というのは、どこも合わないわけです。だから、国の方は地域の特性や特徴をよく見てというのですが、それをやりかけたら、シートの計算式を入れろといわれますから、われわれも議論するのがしんどいというか、自信を持って言えないというところがあります。

特養や老健というのは、つくと色々な条件が全部そこで固まってしまう。デイの場合も定員で決まってしまうから、一人でもオーバーしたらペナルティが付くというシステムです。だから整備しにくいし、何か条件がそろえば、あつという間にできるということもあるんですね。やっぱり市も、われわれ事業者としても、ニーズが高いところにはできるだけ即対応したいと思うのですが、その時にこの事業計画で、この年度にしか整備しませんと。この年度にはこれだけしかやりませんというようにセットされていて、数値が足かせになって、その時には70ぐらいまでいけるよと思つても、50しか予定していませんという、あと20はどうするという話になる。待っている人にしたら、少しでも前倒しでやってほしい。ところが、整備しすぎたら、空床になったらどうするのかという問題も出てきます。頭は痛いのですが、とにかく色々な要素を考えなければならない。ただ、ワークシートで出てきているというのと、自動的に50、50、50というように割りましたという簡単な話では現実にはいかないだろうということは、予測しておかないといけな

	いと思います。
澤井会長	その通りです。条件を含めた、整理した上で見積もりというか、予測値というところがありますね。それを含めて伺っておきましょうということです。 案件（４）高齢者保健福祉計画の方向性についてはあとに回して、（５）介護予防・日常生活支援総合事業について、事務局より説明願います。
事務局	案件（５）介護予防・日常生活支援総合事業について説明。
高取副会長	明日、予防部会がありますので、そちらの方での話になるかもしれませんが、私自身もまだ消化不良を起こしている状態で、十分消化できていないのですが、生活支援コーディネーターという言葉が随所に出てきます。ガイドラインを見ても、今一つ、これは誰がやって、何をコーディネートするのかというところが漠然としています。この辺は何かもう少し具体的な情報はあるのでしょうか。
事務局	生活支援コーディネーターに関しては、従前、社会福祉協議会で地域のインフォーマルなサービスをコーディネートするような役割を担っている方がコーディネーターの役割を担ったり、NPO法人などで地域活動をされていた方などをコーディネーターに設定したりするという話は聞いています。具体的な役割や内容、機能については、９月に国のコーディネーター養成講座が開催される予定ですので、私も参加しようと思っています。国の方でも生活支援サポーターを養成するコーディネーター自体を今から養成して、都道府県ごとに２名から４名ぐらい選定し、その者がまた伝達講習をするような流れで、本当にこれからというような流れだと思います。 主に地域で、例えば、外出支援のボランティアができますよという人や、買い物の支援ができますよとか、あるいは移動支援ができますよといった、色々な地域の社会資源をまず集約して、それで必要とする人とマッチングをしていくような役割を担う方かなという認識でいます。
高取副会長	ガイドラインの中では、たしかどこか市のモデルの養成講座のカリキュラムやスタイルが出ていたと思います。基本、そうしたものをベースにした形で進んでいくのですか。
事務局	そうですね。提供する方たちを養成するのは、その形だと思います。生駒市の１０月以降、もし補正予算が通れば１０分の１０の補助事業をもらって、そういった活動できる人を養成する講座をやろうかと考えているところです。

高取副会長	あと一つ、基本チェックリストのことですが、フローチャートを見た場合、資料４の８ページ、窓口から要介護認定申請へ明らかにいく場合と、チェックリストを経てという場合とで、まずここで２つ大きく分かれる気がします。先ほど話が出てきたかもしれませんが、判断基準というか、そのあたりの評価スキルが窓口にすごく求められることになるように思います。非常に大変なのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。
事務局	サービス利用の流れを見ると、市町村の窓口、もしくは地域包括支援センターに相談に行かれた時も、今までであれば、代行申請という形を取って要介護認定にもっていったケースに関しても、包括支援センター等で相談、もしくは行政の窓口で相談があった時に、その方たちの状態像や背景要因を見て、総合事業だけでいける方に関しては、そうしましようという形を取っていかないといけないような読み取りになります。これについては地域包括支援センターの方からも質問が多く出ていて、一人一人の職員のスキームによって結果が異なることがないよう、質の担保を取り入れるようなことも考えてほしいという意見も出てきています。 小さい市町村であれば、窓口の対応や老人クラブ連合会など、地域住民を活用して、虚弱になってきた方をチェックリストで、この人ということで相談窓口に来てくるといいう形を取られているところは大丈夫だと思いますが、10 万を超える市や100 万を超える都市であったら、本当にこれはどうやっていくのかなというところで、もう少し国に確認をしたいとは思っているところです。
澤井会長	最初の方に、「市町村の窓口で相談」→「チェックリスト」とありますが、これは要するにアセスメントですね。いきなりやれと。情報をどこに集積して、どういうふうにつなげて利用するかと。窓口にいらしたら、1 時間は用意しなければならないでしょうね。
事務局	以前から医師からもご指摘いただいているように、基本チェックリストだけから読み取れるものというのは、本当に最小限の情報ですので、それだけで要支援１、２相当の方たちのサービスを、その場である程度取捨選択するというのは、かなり高いスキルが必要だと思います。そのあたりをもう少し詳しい情報を集めたいと思います。
澤井会長	これは一見詳しいのですが、細かいところは細かすぎて全体像がよく見えません。だから、全部のめりこんでしまうと、何かよく分からなくなってしまう可能性がある感じがします。そういう意味では、それこそ何を実現するのかということ

	もっと明確にしないと、細かい仕事で埋没してしまいそうな感じがします。
委員	資料４、８ページのシステムについて、現に介護認定を受けている方は、そのまま続行ですね。新たに介護認定を受けたいという人が利用者として市町村の窓口に行くのですか。全員、窓口に行くのですか。これはどういうシステムですか。
事務局	今、実際にサービスを使っておられる方は、そのまま現行のサービスを使っただけです。これまでは、新たに何か不具合があった場合、市町村に介護保険の申請に来られたら、若干お話を聞かせていただいて、意向があれば申請受付をしていただいて、介護認定の流れに乗ってききましたが、これからはこの制度に乗った場合には、窓口相談された時に、明らかに車いすであるとか、明らかに寝たきりの方というのは、要介護の介護給付のサービスになりますが、杖歩行なんですという、要支援相当の認定の方とか、今まででいう二次予防事業対象者の方であれば、まず一旦、市町村の窓口でスクリーニングをなさйтеという趣旨だと思います。
委員	では、今、要介護１から５の方で、自分で一生懸命頑張ったり、色々な条件で認定度が下がる場合がありますね。その人たちは自分で判断して、市役所の窓口に行くわけですか。
事務局	多分、今の人はそのまま。
委員	そのままいけるのですね。
事務局	更新されて、結果が要支援２などになられた場合は、地域包括支援センターがケアプランを立てることになりますので、その時点で、多分地域包括支援センターの職員と総合事業をもし円滑に導入できた場合であれば、どちらがいいですかという話になるのかなと思います。
委員	では、この利用者というのは、新しく介護サービスを受けたいと思う方が、まず市町村の窓口に行って、チェックしていただくという認識でいいのですか。
事務局	総合事業を導入した場合、更新などで新たに要支援１、要支援２になられた方も、どちらかを選べるということになります。例えば、平成２７年４月に総合事業を導入しました。そうすると、現行の訪問介護サービスや通所サービスは予防給付という枠組から外れて、総合事業に持っていきますので、同じようなサービス体系ですが、例えば、３月までＡデイサービスに行っていて、そこが気に入っている。認定

	更新で要支援2になり、総合事業を案内されたけれども、そのままAデイサービスに行きたいと言えば、市町村が指定できますので、そのサービスを引き続き使うことも可能です。
委員	始まったら分かると思います。まだちょっと飲み込みが悪いので、よく分かりません。
事務局	なかなか複雑なので、本当に市民の方にこれを周知徹底してご理解いただくのは至難の業かなというふうに感じています。
委員	その点はよっぽどしっかりピーアールしていただかないと、要支援1、要支援2の方は、やっぱり使えなくなるという思いを持っておられる方が多いので、よろしくお願いします。
澤井会長	では次、案件（5）介護予防・日常生活支援総合事業について ②生駒市案について説明願います。
事務局	案件（5）介護予防・日常生活支援総合事業について ②生駒市案について説明
澤井会長	総合事業のイメージが少しできたかと思います。サービスの供給といいますか、提供できる範囲というところと小学校区でも広すぎますね。それこそ、自治会、町内会という範囲でしょうか。あるいは施設などでしょうか。これは私の感想ですが、何かございますか。
委員	質問ですが、一つはボランティアや住民主体というところが大きいですが、もう一つ重要なのは、短期集中型と書いてありますが、保健医療の専門職が関与すると。これは地域医療リハ、昔から言われていますが、これは市町村が主体になってという前提です。これは専門職をある程度抱えないと難しいですね。それから、先ほどのマッチングするコーディネーターも、基本は市が抱えるのか分かりませんが、市が覚悟してやらなければならない部分と、それから事業者や地域の人たち、ボランティアという部分、市がどれぐらい確保してやるのかというので、大分イメージが変わると思います。そこがどのような感じなのかというのが一点。ボランティア主体というところですが、通所型サービスの方は実施方法のところ補助（助成）と書いてありますが、訪問型サービスの方は抜けています。これはどちらもボランティア主体と書いてあるので、市としては、ボランティアの人とにかくボランティア精神でやってよという雰囲気なのか、ある程度、助成して有償ボランティアと

	いう形にされるのか、どのようなイメージでしょうか。
事務局	2 番目の方からお答えします。抜けていて申しわけありません。無償でただ働きというか、誠意だけでやってくださいということを考えているわけではありません。一定の対価はご用意させていただいて、住民の方にもモチベーションを持っていただきたいと考えています。 もう一つ、市が直接関与するものと、委託によるもの、補助によるものという区別ですが、通所型サービスや訪問型サービスに関しても、直接実施するものと、委託するものと、両方専門職関与の分をできますので、例えば、うちには理学療法士や作業療法士が市の職員ではないので、うち自身が専門スタッフを派遣するということではできませんが、例えば、事業所にこのような事業を委託する場合には、事業所にOTやPTがいない場合には、医療機関と市が連携を取って、そういった先生を派遣するのも協力ができるような形ということで、今、準備を進めているところです。
委員	そうすると、当然、利用料負担の話に関連しますが、保険給付の1割負担のようなものを一つの標準にした時に、専門職が関与しているところは、やっぱりすごく高くなります。ニーズは高いけれども、高くなるという見込みでよろしいですか。
事務局	利用料の選定のところが、私もすごく悩んでいるところで、これは私たちの課の中でも悩んでいて、まだ予防部会でも利用料の選定までの議論には至っていません。ですから、ちょっとモデル事業等とは異なりますし、やはり事業の内容によつての単価設定というのは、やはり給付の方でも訪問とかりハビリとか訪問看護とかというのは、普通のヘルパーサービスよりも単価が高いですので、その辺が微妙な単価設定のラインを位置付けないといけないのかなというニュアンスは持っています。
澤井会長	案件（４）高齢者保健福祉計画の方向性について説明願います。
事務局	案件（４）高齢者保健福祉計画の方向性について説明
澤井会長	一体のモデルをつくるわけですね。
事務局	はい、そうです。
事務局	次回日程について説明。

	(終了)
--	------