

## 平成 26 年度第 2 回奈良市総合計画審議会第 2 部会会議録

開催日時	平成 27 年 1 月 15 日（木）午後 1 時 30 分から午後 3 時 40 分まで	
開催場所	奈良市役所北棟 6 階第 21 会議室	
議 題	1. 奈良市第 4 次総合計画後期基本計画各論（案）について	
出席者	委 員	山下部会長、澤井委員、木村委員、谷掛委員、林委員【計 5 人出席】
	事務局	総合計画策定委員会委員及び関係課長、総合政策課職員
開催形態	公開（傍聴人なし）	
担当課	総合政策部総合政策課	

### 議事の内容

#### 〔質疑・意見の要旨〕

#### 1 後期基本計画各論原案

事務局より、資料 1 について説明を行った。

山下部会長 皆さん、こんにちは。大変強い雨が降って、お足元の悪い中、ありがとうございます。

今日のこの会議の使命は、施策別に取りまとめていただいておりますので、前期計画の文言を見ながら加筆、追加していくことも必要かと思えます。特に、これだけ高齢化が進む中で、地域包括ケアシステムをどうしていくのか。あるいは、現実的な戦力になってもらっている地域包括支援センターをどれだけ充実させていくのか。さらに、高齢者だけではなく、障害者も含めた地域生活をどう考えていくのか。さらには、子どもなどたくさんテーマがありますので、医療の方面も含めて多岐に渡りますが、ご提案頂きたいと思えます。よろしく願いいたします。

木村委員 質問ですが、9 ページの、障害者福祉サービスの充実の、5 つ目、「重度の障害者に対して一部医療費を助成する」ことについて、今までは知的と身体障害者だったが、精神障害が加わると聞いている。私の所属する団体にも関係することで有難いこと。これは、障害者手帳との関係がある。等級のしぼりと収入のしぼりがあるのかという質問です。

障がい福祉課長 県の事業として、精神障害者医療費助成事業が、平成 26 年 10 月から開始されております。

本市としては、27 年 8 月から実施する予定をしています。精神

障害者保健福祉手帳の1級を所持している人から、まずは対象にして始めます。今後、2級への拡大を視野に入れて準備を進めているところです。

県の事業としては、所得制限と自己負担がありますが、奈良市としては、自己負担のみ実施をして、所得制限は設けない予定をしております。

自己負担というのは、通院は1ヶ月に500円を負担。医療費3割負担していただいたら、その500円を差し引いたかたちで、残りが自動償還して戻ってきます。入院は1,000円の負担で、あとは戻ってくるという仕組みです。

木村委員 分かりました。一律、自己負担ということですね。1級ということは、精神障害者手帳には、写真が付いているということですか。今までは、付けるかどうかを選択できた。

障がい福祉課長 今も写真を貼るかどうかは選択できます。バス券を利用するなど本人確認が必要なサービスを受けるには写真の貼付は必要ですが、医療費の助成を受けるのに写真を貼る必要はありません。

木村委員 この制度は1級だけではなく、暫時、進んでいくという予定はあるわけですね。

障がい福祉課長 県の事業は、1級と2級を対象としています。県内10市は1級からというかたちで始めますが、2級の拡大はいつからかということは、今後検討することになっています。

木村委員 ありがとうございます。  
次の質問ですが、11ページの「老春手帳」というネーミングに対して不満の声は聞いたことはありませんか。

長寿福祉課長 「老春」というネーミングについては、いろいろご意見が寄せられています。なお、この度市民から名称を公募いたしまして、70歳という意味合いで、覚えやすくななるカードという名称に1月1日から変更しております。

木村委員 施策的には「老春手帳優遇措置事業」でよいと思うが、一般通称名

は、ネーミングの影響が大きいので、普及しやすいものにしてほしいと思います。その方向性があるということで、分かりました。

13 ページの新規の部分。新たに認知症が加えられました。この認知症地域支援推進員というのは、任命責任、職分はどうなっているのか、また、何人いるのか。奈良市でお会いしたことはないです。認知症地域支援推進員の位置付けを教えてください。

長寿福祉課  
長 認知症地域支援推進員につきましては、平成 22 年度に、平和会がプロポーザル方式で選定され、現在、地域包括支援センターに 1 名配置しています。以後、継続的に変更契約をしております。認知症ケアにおける介護等、認知症疾患医療センターなどの専門医療機関との連携強化を図っています。認知症の方に対して、状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、地域包括支援センターや認知症疾患医療センター、これは、昨年度平和会が指定を受けたところです。

木村委員 どなたのことかわかりました。

長寿福祉課  
長 奈良県では、2 名配置されていると聞いています。

木村委員 ありがとうございます。

林委員 7 ページですが、市で障害者の計画を作っておられると思います。その中に書いてあると思うが、日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律への対応と書いてあるが、障害者差別解消法ができて、28 年 4 月から施行されるこの時期に入れておかないと、手遅れになるので入れていただきたいと思います。

8 ページ。前回話をした指標のところですが、自立支援法のサービスの支給率や利用者数というのが指標として本当に適切なのかということがあります。総合計画なので、全く駄目ではないが、それにプラスして、市の施策として、「こういうことやります」、それについて「指標があります」という方が良いのではないかと思います。

13 ページの変更した 4 番のところ。「地域包括ケアシステムの充実を図ります」とありますが、「充実」というのは、すでにあるものを充実するということだが、変更理由の欄には「導入に対応

するため」と書いてある。表現が少し違うかと思います。

地域福祉の1ページのところで、地域福祉関係のところは、ほぼ全て変更なしとなっているが、実は、2ページの指標の目標値を見ると、前期計画策定時に17、目標が15年で46となっている。後期計画策定時が19で、ほとんど進んでいない。この状況の中で、課題に対する対応は変更なしということで大丈夫なのか。何かあるべきではないかと感じます。

山下部会長 ありがとうございます。

谷掛委員 マスコミでも報道されているように、地域包括支援センターが、囲い込みをやっているのではないかということが話題になりました。社会福祉法人や医療法人が、地域における利用者の方の要支援1、2、介護認定を受けた方のケアプランを地域包括支援センターの委託を受けている法人、社会福祉法人などが、引き受けるということで、一般の地域包括支援センターに関係ない事業者から不満が出ている。公正中立を保つには、この地域にある施設をもった医療法人などの場所から離れていただく、違う場所でやってもらうか、その地域包括支援センターを受託している場所を変えてもらうかしない。そうしないと、根絶することはできないと考えています。

次に、「地域包括システム構築のために」とあるが、まず何をやらなければならないかといえば、受け皿。担当組織の市町村事業の取組のフローチャートが出されており、担当組織の決定、担当課の決定、担当者の決定、関係機関の訪問、事業の説明、協力依頼、推進協議会、いわゆる「在宅医療や介護に関係する団体と協議する場を作りなさい」ということが言われているので、奈良市の担当課、長寿福祉課、介護福祉課、医療政策課、それに関連する保健所等が一体となった組織をつくっていただきたい。

2000年、介護保険が実施された時からいろいろやってきたが、このようなことを奈良市がやってきたということを申し上げたい。認定調査票は手書きでコピーも禁止。こういうことをやって、市が改ざんしないという保証はない。そういったことを今までやってきたために、県が進めようとしているIT化が進めにくかった。例えば調査員にしても今まで手書きでやっていたので、コンピューターを使えない。こういうことをしてきたために、いろいろな機器を使うことが遅くなっている。

財政上の問題、超高齢化を解決するために考えられている地域包括ケアシステムの担当課を早く決めて、準備してもらいたい。

4 ページに、特定健康診査の受診率のことが書いてありますが、目標値を 2020 年には下げているというのは、いかがなものか。特定健診は、早く健診を受けて、疾病が見つければ、早く治療して、重症化を防ぐ、医療費を削減するという大きな目的があるのに、初めから目標値を下げてやるのはどうか。やはり検診率を国が目標としている 60% など、それに向けた努力、施策が必要だと思っています。

もう一つ、特定健診だけではなく、特定保健指導も極端に記述が少ない。重度化を防ぐというところに何も触れられていないのは、どういうことか。それに触れてもらい、目標値も掲げていただく必要があると思います。

11 ページです。認知症が爆発的に増えてくるということに対しては、いわゆるオレンジプランでも、早期診断、早期対応が、非常に大事であると言われている。今できることは、いろんなところで実施されている、例えば、盛岡、徳島、群馬県も検診の中に、物忘れの検査を取り入れている。こうして重度化を防ぐということが大切。

いわゆる認知症だけではなくて、治る認知症もあります。健診で他の病気も見つかっているのもより効果的だと思っています。

それから、ここにはっきり書いてないが、奈良市は、突然に要介護認定の認定業務一切をある業者に委託したという事実があります。認定審査会という会議で議事録を作成するというようなことは、個人情報漏えいにも関わることで、そういう情報を掴んだ方が、必ずしもそれを守って利用しないとは限らないし、それを見つけるのは非常に困難。効率化を図ることで、審査会に入ってくることや議事録を作成すること、それを委託するということはやめてもらいたい。

こういったことをして、次に何が起こるかという、国民健康保険の医療の部門でも同じことをやりかねない。果たして、安ければよいのかということ議論して頂きたい。競争するのであれば、もっと基準を低くして、やるべきであるのに、1社に絞ってやるということは、改めてほしい。

15 ページに病診連携、病病連携と書いてあるが、診診連携という言葉も入れるとよいと思います。それに関連して、介護職と医療

職の連携が難しい。介護職の方は医療職に対して敷居が高いと言うが、敷居は下がってきています。

医療は、介護とは違い、情報を全てに語ってよいかということが非常に難しい。そういったことも含めて、拠点づくりが是非とも必要だと思っている。この前申し上げた。地域包括支援センターには、医療職のスタッフが不足している。そこを補う意味で、医療介護連携センター的なものが必要だと考える。モデル事業をやっている、柏や横須賀、名張などのように市がやることも可能であるし、委託を受けて医師会が入ってやることも可能。退院したときの支援、市民への啓発、医療、介護職の連携の研修の企画などをやらせることは有用なことだと思います。

17 ページの多職種との連携に関係することだと思います。

近鉄奈良駅の交番の前に喫煙場所を設けているが、交番の前に喫煙場所を設けるのは、控えるべき。見ていると非常に若い人が多い。東京の駅前でそういうことをやったらどう思うか、奈良の一番メインの場所でやるのはいかがなものか。禁煙の時代ですから、ニューヨークのように、目立つ場所は、禁煙。歴史ある奈良にお酒、たばこの広告を大きく掲げるのはどうか。美的感覚を養っていただきたいと思います。

13 ページ。地域包括ケアシステムは県と連携してほしい。市としては、事業者の専門職をまとめる組織作りをやってほしい。ある程度、できていると聞いているが、しっかりとした組織にしないと市とは協議がやりにくい。県には看護協会、介護支援専門協会があります。

山下部会長 多岐にわたるが、ご指摘がありました。答えてもらえることはお願いしたいと思います。

長寿福祉課 長 まず、地域包括支援センターの公正性についてお答えします。地域包括支援センターは、介護予防支援事業者として、介護予防支援業務を担当圏域内で独占的に行うことから、その運営については公正中立が求められています。事業運営法人自ら、介護保険サービス等に利用者を誘導することが起こらないよう、また、センターが作成するケアプランにおいて、正当な理由なく、特定の事業者が提供するサービスに偏りが無いよう、利用しようとする要介護者への情報提供を適切に行うことを徹底しています。本市では、仕様書による

業務が適正に行われているか、介護予防支援事業の介護支援事業者への委託状況や介護予防サービスの提供事業者別利用状況について調査を行い、国の地域包括支援センター運営マニュアルにしたがって、年1回センターの業務評価をしています。評価の結果、要改善事項がある場合は、委託法人に対して、業務改善、改善状況の報告の提出を求め、改善の確認の必要がある場合は、再調査を行う。その結果を奈良市地域包括支援センター運営協議会に報告しています。

地域包括ケアシステムについては、現在、長寿福祉課が窓口として担当しております。ケアシステムは、地域の街づくりであることから、福祉部門だけではなく、庁内の各部署と連携をして進めていく必要があると考えております。現在の取組としまして、地域包括ケア体制の実現に向けて、本質な要因である、介護と医療の連携として、谷掛会長のお力もお借りして、奈良市医師会と他職種連携の研修会を進めております。そうすることにより情報共有ができる仕組み作りを進めているところでございます。

庁内の取組としては、庁内連絡会議、担当部署職員研修会を実施、また、来年度に向けて、地域包括ケア体制を整備、強化できる組織や担当を検討しているところです。他市の事例も研究しながら、進めていきたいと考えております。

山下部会長 公平性が損なわれているという声は聞いておられますか。運営協議会で出ている数字を見ていると、そういう印象はないのですが。

木村委員 会議に出っていますが、まんべんなく利用しやすいところを利用しているというように数字的には出ています。先生の方に個人的なトラブルのような声が聞こえているのですか。

谷掛委員 私が委託を受けているところを見れば分かると思います。私たちは、都南地域だが、運営委託を受けているのは三笠地域。三笠地域で在宅介護支援センターをやっているが、私たちが、ケアプランをやっているのは100分の1くらいの割合。300件あったら、3件くらい。これが公平と言えるのですか。

木村委員 先生のところが、少なすぎるということですか。

谷掛委員 場所が離れているから公正にできる。公正を保つために、スタッフを異動させたらどうか。デイサービス、特養でも、介護施設がないところで、地域包括支援センターを委託させたらよいというのが私の意見です。囲い込まれたいという人もいるが、それは公正性を欠く。

木村委員 各事業所のケアマネが自分の系列の事業所に囲い込むという話は聞きますが、奈良市の地域包括支援センターが自分の法人のところに誘導するというのは私の方にはあまり聞こえてきていないのですが。

山下部会長 今回のシステムは公正を欠いていますか。

谷掛委員 欠いていると思います。

山下部会長 運営協議会のことを否定されているようなご発言なので、承服しがたい。今のシステムを全部変えなさいというご指摘でしょうか。

例えば、人口規模の小さい、法人が少ないところでは、行政が地域包括支援センターを直にやっている例がある。これならば、形の上では公平と言えるかもしれませんが、真に機能しているかどうかというと、話は別です。私は民間法人がいい加減だとは思わない。

木村委員 利用者の立場で、全部見渡せているわけではないですが、奈良市は、地域包括支援センター、11カ所全部を委託されている。桜井や橿原や高田などは、半分くらい委託とか、目の届かないところは民間委託するが、中心は市役所に包括の事務所があるというところもあります。

奈良市も一貫して、11カ所の地域包括支援センターが全部民間委託されている。先生のおっしゃるように、危険性もあるが、よいところもたくさんある。地域性をよくご存じだということと、職員がいわゆる市の感覚の公務員ではない。公務員のように異動することは少ないので、継続的に見ていただけている。いろんな相談で、包括に連絡すると、地域のことをよく分かっている。奈良市のやり方もよいやり方だと思っています。

保育園もそうですが、公立と私立では違う。公立の保育園は、入ってから小学生までの間に、先生も園長もころころ変わってしまう

う。私立の保育園の場合は、先生は変わらない。成長の過程も見ていただいている。委託だからよい面が保育園でも見られているし、包括にも見られている。ただ、先生がおっしゃるような弊害があるのであれば、正していかないといけないので、チェックをきちんとしていかなければいけないと思う。それは奈良市の方でご意見があれば聞かせていただきたいと思います。

山下部会長 苦情処理がどうなっているのか。谷掛先生のご提案というのは、今のサービス供給システムの根幹に関わること。措置制度から契約型のサービス供給に変わって、どのように利用者の権利を守っていくのかというお話ですので、どうしたらよいですか。

谷掛委員 制度ができるときに、順番に回していくと公平性が保たれると担当者が言っていました。

澤井委員 私がかかわっているのは生駒や郡山なので、奈良のことは分からないが、奈良市民の話として聞くと、センターに相当違いがあって、「ここはだめ」という話は聞く。だめということ、チェックの仕組みはあると思うが、ちゃんと機能しているかどうかだと思う。市の方もセンターによって違いがあることは分かっていると思う。我々も勉強会をするときに、来てもらっている地域包括支援センターのように積極的なところもあるが、中々出てこないところもある。委託先の事情を勘案しないといけないこともあり、ばらつきがあると感じる。

地域包括システムをどう作っていくかということが重要だと思う。また、生活困窮者自立支援システム、新しいシステムが入ってくる。精神障害者差別の問題など新しい需要が入ってくるので、それに対応するためのシステムをどう考えていくか。中心は地域包括ケアシステムをどうやって作っていくかだと思う。その場合に、地域包括支援センターが地域包括ケアシステムを作る際に、どういう位置づけになるのかというのがここに出ていない。地域包括支援センターが包括ケアシステムの拠点であるべきと思う。その場合、医療的な機能をどうやって補強していくか。

今も地域包括支援センターは、施設によって違うとは思いますが福祉、ケアマネ中心で、医療は無いに近い。そういう点では、在宅医療との関係は切れている。

地域包括支援センターを包括ケアシステムの中心的な組織にして作っていくという展望、方針を立てなければならないが、それがはっきり出てはいない。その点は議論しないといけないと思います。

今の地域包括支援センター11カ所は委託。その地域包括支援センターに「地域包括ケアシステムの中心になってくれ」と、どうやって言うのか難しい。直営であれば言えるが、工夫が必要なので考えなければいけない。

地域包括支援センターを委託することに伴って、ばらつきがあることをどうするのかという問題と、地域包括ケアシステムの機関としてどう位置付けていくかということが課題と思っています。

山下部会長 とても大事な議論なので、このまま続けたいと思います。

今の委託方式の地域包括支援センターの委員会に関わっている立場から言いますと、やはり委託費が安い。これが根幹の問題の一つにあると思います。職員がすごく疲れている。いろんな問題、周辺の問題が地域包括支援センターに持ち込まれて、相談件数がものすごく多くなっている。障害者の自立支援協議会にも地域包括支援センターの職員に来てもらっているが、高齢者と障害者のお宅の問題なども出てきている。障害者福祉の分野から高齢者福祉の分野へのサービスの変更のことも出てきている。いろんな意味で、障害者や高齢者の問題が重なっている。

包括を核にするのか、新たに作るということはないと思っているが、包括を核にしたケアシステムをつくっていくということは大事なことだと思っている。公平性の問題と重ねて議論しないと。本音を言えば、法人が医療法人か社会福祉法人かでも反応が違います。母体法人で、端っこに追いやられている印象のところ、母体法人が赤字を補てんして運営していただいているところもあります。公平性はとても大事なことだと思うが、包括支援センターの取り組みを地域でどう見られるかということをもろから進めていかなければならないと思う。地域福祉型の社会福祉になっていくわけですから、システムの問題と合わせて、関係づくりと結びつけて議論しないといけないと思っています。

部長、どうですか。地域包括ケアシステム、どう導入していくのか、そこの体制づくりを書き込まないと。「検討します」ではなく、「こういうことを進めていきます」ということを、書けないでしょ

うか。

保健福祉部 長 私たちも非常に懸念するところで、入れなければいけないと思っ  
ていますが、ウソは書けませんし、まだ具体的でないので、どんなか  
たちで書かばよいか悩んでいるところです。市長も、高齢者対策は、  
さらに充実させないといけないと言っております。

認知症の支援員をどう増やしていくか、それをシステム化して、  
行政にも職員を置き、例えば、11カ所の包括支援センターに、そ  
れぞれの支援員をおいて、その方たちの活動を行政がどうまとめて  
いくのかということの構築をしなければならないのではないかと。ま  
た、包括も人数にばらつきがあり、一定の基準以上になっていると  
ころを、分割するなどのご提案もいただき、今、それが最優先にな  
っています。その協議もしてはいますが、まだはっきりとしていな  
い中で、「していきます」とははっきり表現できない部分がありま  
す。

林委員からも、地域包括ケアをどう進めていくのかというご質問  
を頂いていていましたが、それについては、地域包括ケアは、今流  
行り言葉のように言われていますが、決して奈良市が全くできてい  
ないということではなく、私は、もともと保健師ですので、地域を  
歩き、いろんな人の相談にのり、近くの病院や民生委員につないで  
きました。それを、もっと充実させて有機的な組織にしていかなけ  
れば、とても動かないという状況になっているので、地域によっ  
ては、地域の中で、活発に活動しているところもあるが、全体的に把  
握できていない部分があるので、まず、奈良市の現状、どこでど  
のような市民の活動があるのか、医療機関の在宅診療をマッピングす  
るなりして、奈良市のいろんな情報を、医療や保健所と共有して、  
どんな社会的資源があるのかをおさえて、もちろん、その中には、  
地域包括支援センターのことも子供の支援も入っているが、全体的  
な現状をしっかりおさえることを早急にしないといけないと思っ  
ています。それを地域の中で、どういうふうに関域ケアとか、地区  
診断をしていくための資料にするかを検討し、そこから共有しなが  
ら進めていかななくてはならない。頭の中にはあるんですが、計画  
の中にどのように落とすか悩んでいるところです。

山下部会長 部局を設置するところまではいっていないのですか。

保健福祉部 長	まだ確定ではないのです。方向性は検討しています。
山下部会長	県は地域包括ケアシステムについて、どんなふうに指導しているのですか。
林委員	<p>県は、5つのモデル事業をやっています。市内でも平松地区などいくつかのところで県がプレーヤーになってやっています。また、全市町村回って、社会資源をきちんと把握することから始めて、医療介護連携を進めるために、今まで行政は、医療とあまり関わりはなかったもので、「そういうことをしてください」というお話もしています。奈良市も部局長が集まった時に、担当を行かせて、包括ケアの話をさせてもらっている。進んでいるところは、部局横断的な組織を作ったり、医療との連携の会議もやっているところもいくつかあります。やっているところについては、県が支援しているという状況です。</p> <p>今おっしゃっていることは分かりますが、今日の資料の中で、気になったのは、15ページのところで、「地域包括ケアシステムの構築をはじめ、地域医療体制充実のために連携が必要」という書き方。この文章の流れは、これで関係性はよいのか。「包括ケアシステムの構築」という言葉は、医療のところに出てくるのに、高齢者の方では書いていないのか。地域支援事業で、3年ほどの間にいろんなことに取り組みないといけないので、方向性を後期計画である程度出さないと、終わってしまう。</p> <p>今、老人福祉と介護保険の計画を作っておられるが、地域包括ケア計画を作っている中で、中身で書けるものが今の段階である程度出てこないはずではないかと思います。</p>
保健福祉部 長	地域包括ケア計画は2025年が目途なので、今、第6期の計画の中で、どう盛り込むかということは、まさに検討しているところではあります。
澤井委員	地域支援事業の移行については何年ですか。
保健福祉部 長	地域支援事業は3年間です。
澤井委員	地域支援事業は29年まで。途中で28年度までとかならないので

すか。

保健福祉部 3年ということになっています。

長

山下部会長 どの町もそうなっている。実態では、手を付けかねているところが多いです。

地域支援事業のことについて、地域の実情から見て、奈良で地域支援事業を大きく展開するのは非常に難しいと思っている。去年の後半に滋賀県で、地域支援事業に対応するようなことをしているNPOやコミュニティ型の活動アソシエーションの様子を何カ所か見てきました。まだ、農村地域でも点の活動である。面の活動に展開しようと思ったら、奈良はとても大変だと思う。県で取り組んでいるところと、奈良市の規模と市民生活の状態を考えると、地元意識の希薄な人が多いところでやるのは、至難の業かと思っています。そのために研究する期間は、必要だと思っている。ただ、手をこまねいているわけにいかないの、今回の計画の一つの希望としては、地域包括ケアを上位概念として作戦を立てていく。縦割りをどう克服するかという筋を通さないといけないのではないかと思っている。各部署が大変なのはよく分かる。障害も介護も大変。しかし、障害にも介護にも共通する地域の生活課題がある。そういう意味で、地域包括ケアと言うのか地域支援と言うのかは考えないといけません、筋を通した計画の設計、せめて序文にはそういうことが入ってこないといけないと思っているところです。作文については私も頑張ります。厚労省も内閣府もひどい。地域政策も全て縦割り方式。一方で、自治会を何とかしなさいと下りてくる、また一方で、厚労省は地域で見なさいとおろして来る。仲の良い地域は良いが、関係性が良くない地域は混乱が起こるばかりで良い方へいかない。こういった中でどうつないでいくかということはとても大切。地域包括ケアシステムづくりを核にした見直しを是非お願いしたいと思っています。

木村委員 前回の話し合いでも出た、地域とはどこなのか。

11 カ所の地域包括支援センターもそうだが、奈良市の方は、委託だから全て任せているわけではなく、それを統括していると思う。それに対して指導をやっていると思う。包括の人たちは、市の仕事もしていると誇りを持っていらっしゃる。別のところのことで

別に動いているというのではなく、一緒に動いているという意識が高いと思うので、今ある 11 の包括センターも核としながらも、奈良市の社会福祉協議会の活動ともちゃんと連携をとるように、活動を把握してほしい。

そこに住んでいる住民には、自分にふりかかってくることで、盛り立たせることを投げかけてもらいたい。オレンジプランや地域包括ケアを言い始めてから、誰かが意識しているのか、自治会のイベントなどの貼り物が増えた。参加しているかどうか分からないが、呼びかけは地域地域で多くなってきました。それはきっと、核になるような、社協とかが意識しているのだと思う。そういったところを利用して、奮い立たせることが市役所のする仕事だと思います。

山下部会長 地域福祉は、住民の参加協力がなかったら進まないというのは共通項。ただし、住民をマンパワーだと考えている職員は叱責すると私は前回申し上げた。これは絶対に違う。住民がその気になって動いてくれるような、環境づくりやバックアップをしていく、その仕組みが一番大事。その心が表現できないような計画は駄目だと思っている。

地域支援事業は、奈良は厳しいのではないかと申し上げたのは、地域支援事業というのは、地域の人が動いてくれないと始まらない。地域を支援するのではなく、地域が地域を支援する。そういう関係性をつくるために何が大事なのかという要素を考えていかなければいけない。

住民活動は大きく見ると、コミュニティ型とテーマ型がある。この結合をどうするのかというのが、木村委員の話に関わる問題だと思います。支援関係と言った方が分かりやすい地域もあるし、暮らしの場だという言い方をした方がよい場合もある。我々がどこで生活しているのかを住民に意識してもらい、その中での協力関係をどうつくるのかということが、まず大前提。

悲しいことに、日本のNPOは地域からかけ離れてしまっているところが多い。元々、フランスのアソシエーションは、コミュニティに支えられたもの。その違いがある。日本のNPOは、ちょっと元気なおじさんやおばさんが、非常に熱心だが、10年くらいやって、しんどくなってバタバタつぶれている。「新しい公共」と言われますが、その公共性が持続できていない。それを行政がバック

アップできていないという現実。これをフランス人の教員に聞いたところ、フランスでは、公共的な使命のある活動だと、最低2人いればできる。ただし、地域で支えられている。

コミュニティ型とアソシエーション型をどう結合させていくのか。こういうことを施策に落とししていくことが大事。その時に、社会福祉協議会の名前が出ていないことはまずいと思います。

(休憩)

山下部会長 高齢者の活動が盛んなところで子ども支援も増えている。高齢者と子どもの支援は、別ではない。民間部門で社長さんをお願いするべきかとも思うが、考え方だけはおさえておかなければならないかと思う。

ここからは、順番に見ていきたい。

地域福祉については、国民健康保険の問題があります。これは社会保障なのか地域福祉なのか区別がよく分からない。

奈良市は、退職者が圧倒的に増えたので、国民保険、国民年金も大変だと思います。退職者がどれだけ増えているかデータを入れたらよい。客観的に見て、所得税が明らかに減る。受診のことや保険のことは、地域福祉のところでよいのでしょうか。違和感をおぼえています。

谷掛委員 「受診するな」という感じが強く出ている。適正受診ならよいが、抑制だったら、具合が悪い。

木村委員 5ページに明らかに削減と書いてある。

林委員 社会保障という柱の立て方で良いのか。

社会保障の中に生活困窮者も入っている。生活困窮者は違うかなと思います。

1ページの課題の下から2つ目、「生活保護制度の適正な運用を図るために、適正な実施体制の確立と自立を支援するためのケースワーカーの充足が必要」というのは、是非とも充足をお願いしたいと思います。

山下部会長 ありがとうございます。

林委員から地域福祉と社会保障、縦割りのイメージがあるので、組み替えないといけないという意見がありました。場所を入れ替えたりすることがあるかもしれません。ご承知おきください。

地域福祉は2ページに、地域福祉活動計画の策定地区数が書いてありますが、なかなか進んでいません。しかし、社会福祉協議会を責めるつもりはない。よく残業しているし、土日も働いている。社会福祉協議会という言葉が出ていないので、入れてほしい。そこがあって、各地区、学区の活動が進んでいる。そこで支えられている。奈良は老人クラブの名前は何か。

保健福祉部長 万年青年クラブです。名前を変えようということで調整していません。

山下部会長 イメージが古いのではないかと。私も来年入る資格ができます。老人クラブの加入率が減っているが、地域の活動で結構吸収して頂いている。そういった視点を入れた時に、住民活動支援の1つの柱として、支援活動計画に着目するというのはとても大事だと思います。ただ、気になったのは、奈良市の地域福祉計画は、27年度に見直しになると思うが、3ページの前期のところに挙げて頂いている6項目は、行政の地域福祉計画の柱です。これがお題目に終わっている感じがして、自分でも忸怩たる思いがあります。市長に言うべきか、進捗管理できなかった私が反省すべきなのか悩ましいところです。ここをもう少し実質化していくことの議論は必要かと思っています。前回の計画に参加いただきました、同志社大学名誉教授の井岡先生にはずっと関わって頂いて、奈良のこともよくご存じなので、是非お願いしたいと思っています。

木村委員 そこのところ、「仕組みづくりを行います」とあり、後期も同じことが入っていて、永遠に仕組みづくりをすることになる。何のために書いてあるのか分からないです。

山下部会長 1番の住民の参加促進と2番の保健福祉サービスの利用促進と、質の高いサービスを提供するという、この3つは、社会福祉法107条そのままなのです。4、5、6は奈良市で独自に付け加えていった。生活困窮なんかは6番目に当たってくることがあると思います。そのあたりは、書き込んでよいと思っています。1、2、3はずっと目

指していかないといけないこと。

保健福祉部長 事務局でもこのことは、見直さないといけないのではないかと考えています。地域福祉は大事なところなのですが、行政としてもなかなか積極的に取り組めなかったところでもありますので、この項目について、ずいぶん内部で検討しましたが、立派なお題目ですので、直しようがない。結局ここになるということで、放置しているわけではないですが、究極の目標ということで置いてある。ただ、仕組みづくりを行いますという言葉が、今の時点でどうなのかというところは、担当課としても疑問に思っているところではあります。

木村委員 ここまで進んでいるのに何もなしですか。

山下部会長 地域福祉計画は、保健福祉を超えた計画です。二次計画策定の時に予算もなかったなので、調査もできていない。庁内各担当課にどれだけ進んだか事業評価をやってもらった。細かい評価をしてもらった。それを見て、なくしてもよいものを内部的に判断した。今後それを踏まえて、どうしていくか、コンパクトに文言をまとめる時に議論していく必要はあると思っています。

こう書いたらよいというのは言ってください。

谷掛委員 施策の展開方向で、「社会福祉協議会と連携を図る」という部分、日曜、祝日も社協が頑張っているというお話でした。

地域包括支援センターもやらないといけないと思ったが、土曜日はオープンしたらいけないと市から言われている。日曜日や土曜日でも相談の窓口としては、絶対に有効だからオープンしてもよいではないか。民間だったらそれぐらいのことはやれます。

木村委員 何かしぼりがあるんでしょうか。

谷掛委員 地域包括支援センターを充実させるためには非常に大事なことだと思っています。年中無休で、夜は電話で対応しているが、なぜやっては駄目なのか。

山下部会長 民間の良いところは、柔軟に対応できること。委託のいいところでもありますから、委託条件を緩和するなり、お金つけるなりしてい

ただきたい。

澤井委員 行政は利用者目線ではない。行政の都合で言っているのだから、転換しないといけないのではないか。

在宅介護支援センターは、介護保険ができたことでなくなったが、24時間365日稼働していた。在宅介護支援センターの経験が地域包括支援センターに生かされているはず。奈良市も在宅介護支援センターの経験をどういう風に総括するのかなどの議論が入ってもよい。

山下部会長 今でも在宅介護支援センターの看板を上げているところがある。

林委員 地域包括支援センターができる時に、一旦、在宅介護支援センターを全部閉めようとした。しっかりやっていると、看板だけのところがあり、レベルがいろいろあったので、整理するようなかたちになったが、結局、今も並立して残っている状態。

在宅介護支援センターは元々、社会福祉法人がやっていたので、24時間365日特養に併設したりしてやっていた。まだ、県内にいくつか残っているところがあるので、在宅介護支援センターと包括で協議会を作っているのだから、そういったところの動きもこれからは必要になってくるかと思います。

山下部会長 ありがとうございます。

心の問題と言いましたが、利用者目線、市民目線で考えてみると、文章が変わってくるところがあると思う。共通の課題として持っておきたいと思います。

木村委員 せっかく民間に委託しているのだから、メリットを生かしていくような方策が必要。だから民間に委託しているのだと、他の市町村に言えるような働きを奈良市にして頂かないといけない。指導体制として奈良市にしっかりとしたものがないといけないなと思います。

山下部会長 4、5ページをご覧ください。社会保障のくくりが分かっていないが、検診の目標受診率が下がっているのはまずいと思う。修正、検討をお願いします。

国保年金課長 「下げたのはなぜか」ということですが、国民健康保険制度のみならず、全ての医療保険者の医療費抑制政策として、平成 20 年度から特定健診が、医療保険者いわゆる国民健康保険や社会保険に法定の義務化をされております。国保被保険者の生活習慣病の早期発見と発生原因の予防が、将来の医療費の増加を抑制すると考えて実施しております。奈良市の特定健診の受診率の実績は、平成 20 年度 27%、平成 21 年度が 24.5%、平成 22 年度は 24.0%、平成 23 年度が 25%、平成 24 年度が 27.9%、平成 25 年度が 28.6%となっており、過去 5 年の上昇率は 0.32%の伸びとなっています。過去の実績値から推計させて頂いて、0.4%/年と設定し、後期基本計画の最終年である平成 32 年度まで 0.4%の伸び率で、統計的に推計いたしますと、31.4%という数値になるので、目標値として「今後の特定健診の受診率対策を効果的に進める」として、32%とさせていただきます。広報活動としては市民だよりや市民向け奈良市ホームページへの掲載、受診率の低い 40、50 歳代の方のみに個別勧奨通知の発送、ポスター、奈良県全体で共同保健事業も実施、ショッピングセンターなどで特定健診のチラシ配布などの啓発活度にも取り組んでおります。この受診率は、現実からかい離れた値ではなく、実現可能な数値にさせていただいたもので、今後も特定健診の推進を強力に推進していくことには変わりはないのでご了承の程、よろしくお願ひしたいと思います。

山下部会長 実現可能な範囲を目標にするということですね。  
ここはなかなか数値を出すことが難しい。生活習慣病を克服することが目的ということで、あまり数字に振り回されることはないと思う。下がっていると違和感もってしまうので、注意しないといけないかと思います。もう少し検討しましょう。

8 ページをご覧ください。林委員から指摘がありましたが、数字が出てきている。奈良市として、どのような方向で障害者福祉を進めたいのか、市民に見えるような表現の仕方があるのかどうかというところの難しさがある。

これを担当した会長として、申し訳ございません。

誰もが暮らしやすい町を作っていくということで、地域自立支援協議会を構成して、当事者の方の参加もあり、取り組んでいるので、地域自立支援協議会の名前を書き込んでいただきたい。

法律をよく読んでみると、障害各事業の評価機能も地域自立支援

協議会にあるのであって、今までは小規模の事業所からNPOのようなかたちで発展して、善意で支えられてきた障害者福祉なのですが、事業としての公平性とかを担保していく仕組みをつくらないといけないという議論が出ています。

実態的には、障害者高齢者のお宅の問題。親亡き後の問題。国は、施設はつくらないといっているが、ケア付きの生活保障、住宅保障は、どうしても必要ではないかと思う。

精神障害者の方は、就労支援というが、精神障害が一番難しい。生活と自立をどう組み合わせしていくのかということの検討を奈良としてどうしていくのか出していかなければならないと思っている。これはもう少し私の作文を待ってください。

7ページ、差別禁止のご指摘をいただいたが、後期の上から4つ目に障害者総合支援法という通称を入れておいてください。むしろ自立支援法はなくてもよいぐらい。あわせて、障害者差別禁止のことをいれておくこと。是非そうしてください。

木村委員の質問にありました、医療の問題。ここも書き方は、誤解を受けるといけないので、慎重にいかなければならない。県は1、2級に出しているのに、奈良市は1級だけという書き方だと、文句を言われるために書いているようなもの。そのことを十分説明できるようにするとよい。検討しましょう。

それから、11ページ。谷掛先生に言っていただいた、認知症予防の話。これも強調点を出すべきだと思っています。

今、四百数十万人で、10年後には700万人になるということですね。認知症が大変、大変と宣伝することはやめましょう。最初には、自覚症状がある、それを言えないことが問題だと聞いた。健康が損なわれているのは、その人の問題のように思われているが、そうではなく、受け止める周りの問題という側面もある。認知症に関する、理解と啓発を進めていくということを前提にした対策にすることが大切。

具体的には、谷掛先生におっしゃっていただきました、予防の中の項目のことを是非進めて頂きたいと思います。

それから老春手帳のネーミング。

高齢者福祉のところも、地域包括支援センターの議論ということで、もう一回考え直していきましようというように思っています。谷掛先生からご指摘いただいた、介護関係のところは、たちまち解決しないといけない問題。高齢者保健福祉推進協議会や地域包括支

援センター運営協議会でも提案いただきたい。

もう一度確認しておきたいのですが、新しいセクションがいるのではないかと言いましたが、特に介護と医療の問題、福祉と保健医療の問題、そこを横断的に庁内で議論していく仕組みをつかって、「スタートします」くらい書かないといけないのではないか。

保健福祉部長 その表現であれば、事実、そこを目指していきますので、具体的ではないですが、それを目指すということは、きちんと表現はできます。

山下部会長 もう少し書きこんでほしい。

林委員 内部的なことなので、それも書けないのはどうかと思う。書き方はあるかもしれないが、そういう体制でやっていくのは外に出してもらったらと思います。

保健福祉部長 言葉足らずで申し訳ありません。そういう体制で参りますというのは、きちんと表現はできます。

木村委員 その場合、キーマンになったり、牽引するのはどこですか。

林委員 それぞれの市町村でということになるが、その時に1つ大事なことがあって、庁内横断組織を、ある部局長がもってしまうと、他の部局が協力しない。少なくとも、市長か副市長がトップに立った組織でないと横断的な組織は動かない。県から話をさせてもらう時に、部局横断的な組織のトップは首長か副の方に必ずしてもらって、そういう形の運営でないと、運営できないということを意見させてもらっている。

そういったかたちのものができれば、少しは動いていくのではないかと思います。

木村委員 その場合、県からレクチャー受けたらどうですか。

林委員 具体的に話をさせてもらっています。首長、副市長と話を直にしているんで、必要であればいつでも言ってください。

木村委員	そういうときは、門外不出で話すのですか。ちゃんとした行動をやるという時に、パッと打ち出すのなら、報道を入れるとか、ニュースに流すとかするとよいと思います。
林委員	副市長がトップになった連携の庁内のチームをつくって、生駒市が始めました。県をどんどん使ってもらったら。
木村委員	実際、動いていますか。
林委員	これからです。まずはそういう組織をつくることから。動かす時に必要なことはどんなことかということを、いろいろ支援するつもりにしています。
木村委員	理念が大事であるが、目に見えるときは動いてもらわないといけない。
山下部会長	<p>10年前、地域福祉計画を作った時には、30名くらいの係長、主任クラスに出てもらって、実質的な議論をできるようなかたちをとった。あの時は、すごく良い形でできたと思うが、今度は規模がもっと大きくなれないといけないので、行政の縦割りを崩していかないけない。そう言いながら、各担当課のことを見ていますと、忙しいからなかなか難しい。県下の他の市町と違って規模が大きいので、どうしてもその仕事にかかってしまって、全体を見渡すのが難しい。そういう意味で、副市長が入っていただいて、横串をさすことは大事だと思います。</p> <p>地域包括ケアシステムと地域支援事業の掘り起しを含めて、私も責任があるので、部長、相談しましょう。</p> <p>医療のところは、今日あまり出なかったのですが、在宅医療と地域包括ケアシステムの関係がある。担当課が違うので、書きぶりが違っている。まさに縦割りの弊害。シャッフルして整理し直さないといけない。</p> <p>担当者ごとの観点ではなく、地域包括ケアシステムづくりの観点で組み直していくべきかと思っています。</p> <p>禁煙のことが出ましたが、灰皿を減らしても喫煙者は減りませんから、良い場所で吸える場所をつくるとか、他の人に迷惑にならないことをするとかの議論にして頂きたい。</p>

谷掛委員	目に付くところでの喫煙はだめだ。
山下部会長	私もあれは駄目だと思う。京都駅前も私鉄の駅前も囲ってあって、煙の流れを上の方に逃がすように作ってある。
木村委員	日本が一番たばこの吸いやすいところと外国人が言っているのをこの前ニュースで見ました。誰も注意もしないし、歩きたばこもできる。
山下部会長	生活習慣病はごまかしだと思っています。生活困窮者に生活習慣病という言い方は差別ですよ。健康づくりを趣味にできるような階層と違うわけだから、生活習慣病というのは、厚労省のごまかしだと思う。昔は成人病と言っていた。生活習慣病と言いかえて、1割負担を上げた。低賃金を長時間労働で補っている人に、健康状態が悪いのは生活習慣が悪いからだと言えない。
木村委員	ということは良い方策をするために使うネーミングは大事だということですよ。
山下部会長	事前に提出してもらったことは対応できたと思うが、健康危機管理など違和感のある言葉がある。23 ページの、こんな言葉は一般化しているのか。
健康増進課長	どこまで一般化しているかは難しいですが、ここに書いている内容を括るとすれば、こういう表現になってしまうのかなと思います。
山下部会長	これこそ健康問題の自己責任について、危機感をあおって追い立てるようなことにならないのかと思う。社会的な健康が大事。社会的な健康がなかったら、こころの健康もからだの健康もないと思っています。危機をあおるようなことでよいのか。
保健福祉部長	健康危機管理というのは、感染症とか新型インフルエンザのことを言いまして、生活習慣病などの意味ではないのです。緊急な事態のエボラとかインフルエンザ、O-157 などのことを捉えて健康危機管理と保健所では使っています。

市民目線からいうと違和感がある言葉かと思imasので、もう少し工夫できると思imas。

山下部会長 ありがとうございます。  
委員さん方、もう少し検討が必要というご指摘はないでしょうか。

澤井委員 地域包括ケアシステムのこと。地域ケア会議がある。多職種連携は具体的には地域ケア会議で構築されていくもの。実際にやっていると思うが、その文言が一つもない。それを明確にする、地域ケア会議の構築とか定着とかの文言を入れて頂いて、実際にやっていることをきちんとつけていく必要があると思う。

特にその中心が地域包括支援センター。地域ケア管理の中心になる。地域包括支援センターの機能自身も明確になると思う。生駒市や和光市の場合はそうなっている。地域包括ケアに医療との連携を文言的に入れてもらいたい。

谷掛委員 大事だと思う。あるところの包括では、6人くらい集まって地域ケア会議だと言っているところもある。その中に医療が入らないと、地域ケア会議と言えるはずがないと思っている。おっしゃるように充実させることは必要だと思います。

木村委員 そういう会議のメンバーを規定する必要があると思imas。  
20 ページの自殺者数について、年齢分布は分からないのでしょうか。若年なのか、壮年なのか、老年なのか。

山下部会長 これを目標に書くのですか。

保健所次長 数字の根拠は今は持ち合わせていませんが、昨今問題になっているので挙げないといけないのではないかと思imas。目標値としては、下げるとするのが当然の目標値になります。

山下部会長 目標は0でしょう。

木村委員 ある県では、3世帯で暮らす率が高いのに、老人の自殺率が一番高い。家族がいるがゆえの孤独ということがある。そういうことも知りたいなと思imas質問しました。

データとして妊産婦の検診はどうなっているのか。一回も健診を受けないで亡くなるということがあるので。奈良市では、無料補助があるのは何回まで受けられるのでしょうか。県によって回数が違うので。

健康増進課 全国的に14回が一般的で奈良市も同じです。  
長 一回も検診を受けない妊産婦が、ごくまれに、年1、2人おられる場合がありますが。

木村委員 とても気になっている。今、若い方が妊娠すること多い。産婦人科に行くことが、恥ずかしいということもあるが、お金がないから行けないということもある。教育のところで体のことも教育するが、初診はタダで受けられる、それが大事だということも教育の場でしてほしいと思っています。目標としては、立替払いではなく、相殺してもらうような仕組みにして頂かないと、払えない人は高利などで借りることになる。

県とかはどのように進めているかは分かりませんが、立替払いではなくで、どうせ後から戻るので、初めから支払わなくて済むという仕組みにしてほしい。そうやっているところもある。

健康増進課 妊婦健診については、最初に妊娠の届け出をされた時点で妊婦健診の14回分、9万5千円分の補助券をお渡ししている。それを窓口で示すことによって、無料になるので、立て替えにならない。県外で受診された場合については、償還になります。

木村委員 ありがとうございます。

山下部会長 地域包括ケアシステムの問題を本気で考えなくてはいけないことなのだと、どこかの部局に任せておいて済む話ではないのだということまでお伝えできてよかった。

第2部会の書き方は、全体計画を踏まえないといけません、ちょっと構成が変わってくる可能性があると思いますので、事務局で検討してもらいたいと思います。

今度介護保険料が上がります。介護保険料を使わないと損だというような市民意識を撲滅するということを書きたい。本当に使わないといけない人が使えることが大事。しかし、なんでも介護保険に

ぶら下がっていく仕組みになっていくと、間違いなく介護制度自体が潰れます。私は健康づくりの問題で予算削減、抑制にことごとく反対してきたが、これからの福祉予算、奈良市の財政収入のことを考えると、なんでもくれとは言えないというのが私の気持ち。その時にどこで痛みを分かつかということ誰が発言するのか。健康づくりが大事で介護保険に依存しないでいきましょうと言うべき。地域活動に参加している方、ボランティアに熱心な方は健康だというデータがアメリカでも出ている。

「抑制しろ」というのではなく、制度を上手に使って、食い潰さないということをどこかで言わないといけないと思う。市役所が言う抑制だと言われるに決まっているのでどこかで言っていかなければならない。

木村委員 一方では、とても危険をはらんでいる。使うことに後ろめたくなってしまうたりする。使う時には使わなくてはいけない。健康な人で動く人が増えてきたら、結果数字として介護保険の利用率は下がってくる。直接的に使うなということではなく、活動を促がし、健康を促したり、みんな外へ出て何かしようという方向で考えるべき。まさに地域包括機能です。そういう方向でいって、結果として、保険使わずにすんでありがたい、世の中へ返せるわ、ということが自然に自分から起こるような動きになるもので、全面的にアピールするには危険があると思います。

山下部会長 もちろんここでは言いません。民間団体や健康づくりの基盤整備に行政が力を入れるとかのあたりで表現していかなければいけないと思います。抑制策自体は反対です。

木村委員 病気よりも外傷、骨折等が一番寝たきりにつながる。足腰の筋肉を鍛えたり、表に出たり、友達づくりしたりする、そういうまちづくりの方向で、おのずから健康な人が増えればよい。一旦病気になった時は、病気の方は健康保険も介護保険も使えばよい。またそこに若い人の雇用も生まれる。

いい循環に回っていくには、まずはきちんと地域包括ケアシステムを。

山下部会長 市民が主体的にものを言う場面で、そういうことが出てこないと、

制度を使い潰す。使いたい人が増えていながら、担い手不足の問題もある。一体的に市民に訴えていくべきところは訴えていかないといけないと思います。

今日の議論はこの様なかたちで終わりたいと思います。

資 料

資料1 後期基本計画各論原案（施策別）