

## 第5回 宇治市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

### 推進協議会 会議録

#### I 会議の概要

(1) 日時 令和5年9月12日(火) 14時00分～15時55分

(2) 場所 宇治市産業会館 多目的ホール

(3) 出席者

1 委員

岡田まり会長、池田正彦副会長、空閑浩人委員、松田かがみ委員、中村長隆委員、柴田敏明委員、榊村雅文委員、西村三典委員、藤原秀太委員、小松一子委員、山下裕美委員、木本裕章委員

(欠席 桂敏樹委員、大字裕子委員、波戸瀬亮委員)

2 事務局

健康長寿部 星川部長、須原副部長

長寿生きがい課 浦井課長、雲丹亀副課長、畑下主幹、横山主幹、田辺係長、清水主任

健康づくり推進課 田口課長、三好副課長

介護保険課 久泉課長、植村副課長、鶴谷主幹、山口係長、北主任、古田主任、栗山主任、阿武主任

3 傍聴者

一般傍聴者：1名

報道関係者：1名

(4) 会議次第

1 開会

2 第9期介護保険事業計画に関する基本指針(案)について

3 第8期計画の課題整理と第9期計画の構成案について

4 意見交換等

5 介護サービス基盤の整備の方向性について

6 意見交換等

## 7 閉会

## II 会議の経過・結果

### 1 開会

- 欠席委員の報告
- 会議の傍聴及び公開に関する確認

### 2 第9期介護保険事業計画に関する基本指針（案）について

- 資料1に基づき説明

事務局： 厚生労働省が令和5年7月10日に公表した全国介護保険担当課長会議資料において、第9期介護保険事業計画に関する基本指針の案が示された。

市町村はこの基本指針に則して介護保険事業計画を定めることとされており、計画作成上のガイドラインの役割を果たしている。

基本指針の構成については資料3ページ以降に掲載されており、大きく分けて2つ、「第一 サービス提供体制の確保及び事業実施に関する基本事項」と「第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項」に分かれている。

「第二 市町村介護保険事業計画の作成に関する事項」については、さらに3つの事項に分かれており、「一 作成に関する基本的事項」、「二 基本的記載事項」（つまり必須記載事項）、「三 任意記載事項」となっている。

見直しの方針案に書かれているページ番号は、基本指針新旧案に対応している。本日新旧案の資料の配付はしないが、厚労省ホームページに掲載されているので詳細についてはそちらでご確認いただきたい。

見直しのポイント及び記載を充実する事項については資料1ページ、2ページにまとめられているので本日はそちらで説明する。

#### 基本指針のポイント

基本的な考え方としては、次期計画期間中である2025年に団塊の世代全員が75歳以上になり、高齢者人口がピークを迎える2040年に向けては、85歳以上人口の急増に伴い、医療・介護双方のニーズを有する要介護高齢者が増加する一方

で、生産年齢人口は急減すると見込まれていることから、これまで以上に中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて介護サービス基盤を整備するとともに、地域包括ケアシステムの推進や介護現場の生産性の向上を図るための具体的な施策や目標を、優先順位を検討した上で計画に定めることが重要とされている。

### 見直しのポイント（案）、記載を充実する事項

見直しのポイント及び記載を充実する事項の案は大きく3つあり、1つ目は介護サービス基盤の計画的な整備。

中長期的な人口動態や介護ニーズの見込み等を適切に捉えること、医療・介護双方のニーズを持つ高齢者の増加を踏まえ、関係者とサービス基盤整備の在り方を議論し、計画的に確保していく必要性が示されている。

また、居宅要介護者の在宅生活を支えるための地域密着型サービスのさらなる普及、複合的な在宅サービスの整備と在宅療養支援の充実が挙げられている。

2つ目は、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた取組。

地域共生社会の実現として、地域住民や多様な主体による介護予防や日常生活支援の取組の促進について記載されている。

地域包括支援センターには、業務負担軽減と質の確保・体制整備を図るとともに、障害者福祉や児童福祉など他分野と連携した属性や世代を問わない包括的な相談支援が期待されている。

加えて、認知症高齢者の家族やヤングケアラーなどを含めた家族介護者支援に取り組むことの重要性について新たに記載された。

また、デジタル技術を活用した医療・介護情報基盤の整備や給付適正化事業の取組の重点化・内容の充実・見える化の強化が記載されている。

3つ目は、地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び介護現場の生産性向上。

ハラスメント対策を含めた取組の推進や外国人介護人材定着に向けた学習環境の整備など介護人材の確保に関する取組を総合的に取り組む重要性について記載されている。

また、介護現場の生産性向上に資する様々な支援・施策を都道府県主導の下、総合的に推進する重要性について挙げられている。

ポイントとして記載されているのは以上の3点。

この指針を踏まえて、8期で積み残したものの、また新たに組み組んでいきたいことなどを整理し、9期計画の作成につなげていく。

### 3 第8期計画の課題整理と第9期計画の構成案について

#### ○資料2 に基づき説明

事務局： 次期計画の施策体系を検討するにあたり、この間実施した3つのアンケート調査、国が実施する取組状況に関する調査結果の分析、先ほど資料1で説明した第9期介護保険事業計画の基本方針（案）の内容を踏まえ、課題を整理し、取組の方向性、計画の構成や進行管理の手法などについて報告する。

#### P1 在宅介護実態調査

本調査では、要介護度が重くなるにつれ不安を感じている介護者の割合が高くなり、不安が大きいほど就労の継続が困難になっていることから、介護者の不安を軽減し、「在宅生活が続けられ、介護者も仕事をつづけられるような支援」の重要性が示唆された。

また、1ページ右側の下段、介護事業所調査結果より、「介護人材確保や定着」の観点では、特に介護職員、訪問介護員において職員の離職を経験している事業所が多く、介護職員、ケアマネジャーを含めた職種において、現状の職員配置に不足感を感じている事業所が多いことがわかった。

「医療との連携」の観点では、51.2%の事業所が「医療との連携に困難を感じたことがある」と答え、「看取り」の観点では、居宅サービス、グループホーム、訪問看護などの事業所で約8割の事業所が「看取り体制を整えている」と回答されたことなどがポイントとして挙げられる。

これらのことから、住み慣れた地域で安心して暮らし続け、最期まで望む生活を送ることができるよう、介護人材の確保、介護現場の生産性向上などの支援の必要性とともに、医療と介護の情報共有や連携が円滑に図られるよう、より一層の取組推進の必要性が示唆された。

#### P2～P4 これからの高齢者の暮らしに関する調査

2ページの左側、介護が必要となった要因や日常生活ででき

ることなどからは、フレイル予防や介護予防により要支援までで抑える取組の重要性が示された。

2ページの右側から3ページ左側にかけては、複数の設問の複合により得られる指標を掲げ、健康・予防に関する情報発信により、市民のセルフマネジメントの意識を高めることの必要性を確認した。

3ページの右側、週1回以上の頻度で社会参加している高齢者の幸福度や健康観が高く見られたことから、日常的な社会参加が、介護予防のさらなる推進につながると考えている。

4ページ左側では、身近な人に認知症の人がいなくても、地域社会全体で認知症を正しく理解し、認知症の人が地域の中で活躍することができる共生社会の実現に向けた取組と戦略的な広報による情報発信の必要性を確認した。

4ページ右側では、人生の最期を迎えたい場所では自宅が最多となったことから、在宅医療と在宅介護のさらなる連携促進の必要性が示され、介護が必要になったときに生活したい場所では自宅が最多となるとともに、介護付き住宅やグループホーム等と回答された方も一定の割合おられることから、在宅や施設に関係なく希望する生活を送ることができるような支援や基盤整備の必要性が示されたと考えている。

## **P5 市町村の取組状況に関する調査結果**

### **インセンティブ交付金評価指標にかかる該当状況**

5ページは、厚生労働省が毎年度実施しホームページなどで公表している市町村の取組状況に関する調査結果を分析することにより、本市での取組状況の充実度を相対的に評価をしたもの。

左側は、介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況の調査結果で、中ほどの表は本市での実施状況と全国での実施率を比較したもの。

ポイントとしては、全国での実施率が20%を下回っているような住民主体型サービスを本市では実施できていること、また、全国実施率が5%を下回っている移動支援サービスについても地域の協議体で検討が始まっていることが挙げられる。

これらのことから、介護予防・生活支援サービスの分野では様々な主体にご協力いただきながら充実した取組ができていると評価できる。

右側は、いわゆるインセンティブ交付金の評価指標にかかる

該当状況。インセンティブ交付金とは、各自治体の取組状況を評価指標に基づいて数値化し、取組を多く推進できている自治体ほど高得点となり交付金の配分に反映される補助制度である。

表は、それぞれの評価項目ごとに本市・京都府平均・全国平均を比較しているが、本市は多くの項目で京都府平均や全国平均を上回っており、取組はおおむね充実していると評価できるのではないかと考えている。

その中で②「地域包括支援センター・地域ケア会議」の項目では、京都府平均及び全国平均を下回る結果となっている。

表の下に項目ごとの要因を記載しているが、②では基本3職種と呼ばれる専門職の配置1人当たりの高齢者数という項目がある。本市では、体制拡充は実施してはいるものの基準を満たすまでの配置ができていないことで結果的に相談業務などが多くなり、その他の取組も実施までに至っていないことなどが平均を下回っている要因であると考えている。

先ほど資料1で説明したとおり、【地域包括支援センターには、業務負担の軽減と質の確保・体制整備を図るとともに、属性や世代を問わない包括的な相談支援が期待されている】ということ踏まえ、この部分については今後の対応課題といえるのではないかと考えている。

なお、現時点では令和4年度実施分の指標が全国平均や京都府平均との比較可能な最新のデータとなっているが、この評価指標の考え方は令和5年度実施分から大幅に変更されている。第9期以降の取組の進行管理にあたっては、変更後の評価指標を踏まえた評価を行う。従って、現時点での課題整理に当たって「課題である」としているポイントが次年度以降変わる可能性があるのでご留意いただきたい。

## P6 課題の整理

アンケート調査結果の分析、取組状況の相対的評価、国の方向性等を踏まえ、課題を内部環境と外部環境に分け、さらに内部環境を市で充実していること及び市で課題となっていること、外部環境をチャンスとなりうる社会の変化及び社会的な問題と4つのカテゴリーに分類して整理した。

充実している分野としては、住民主体による通いの場、生活支援の団体が立ち上がっていること、認知症総合支援の取組が進んで関係者が増加していること、住民の社会参加や地域づく

りへの関心度が増加傾向にあることなどを挙げた。

課題となっている分野としては、相談機能の強化を進めるため、地域包括支援センターのさらなる体制強化や権利擁護・成年後見制度の周知や支える側の体制確保などを挙げた。

チャンスとなりうる社会の変化としては、認知症基本法案の可決・成立、フレイル状態への早期介入による介護予防の可能性、また、新型コロナウイルス感染症による影響で直接的な関わりが減少する一方で、スマホなどのデジタル技術を活用できる高齢者の増加がみられることなどを挙げた。

社会的な問題としては、2040年に向け、高齢者数の増加とともに生産年齢人口の減少が見込まれていること、高齢者の中でも85歳以上の高齢者の数が増えることが見込まれていることから、8050問題やヤングケアラーなどの複合的な課題が増加すること、ゲリラ豪雨や地震災害など自然災害が発生した場合の対応などを挙げた。

## P7 今後の方向性について

2040年の本市の目指すべき姿＝最終目標として、「すべての高齢者が住み慣れた地域において、健やかに、生きがいを持って、安心して暮らすことができる」は、第8期の目標を継続していきたい。

また、地域包括ケアシステムで取り組むべきとされている5つの分野、介護・医療・住まい・生活支援・予防と、宇治市独自に設定する社会参加・生きがいを合わせた7つの分野で推進していくことも、8期計画から継続と考えている。

一番右側に施策の市民理解という分野を掲げている。次期計画ではわかりやすい計画づくりに取り組み、市が施策や取組をなぜ進めているのか、市民にどのような行動を期待しているのかを明確にして協働していただける人を増やしたいという思いから、広報に関する取組目標も内部目標として設定している。

宇治方式地域包括ケアシステムで推進する7つの分野を、密接にかかわりあう分野はセットにし、左から、「介護と医療」「住まい」「生活支援」「予防」「社会参加と生きがい」の5つのブロックで整理した。

左から専門職が中心となって取り組む分野、右にすすむほど、高齢者ご本人や地域の人々が中心となって取り組む分野というイメージで整理している。

それぞれのブロックごとに分野別の目指すべき姿として戦略

目標を設定し、戦略目標を達成するために必要な取組を戦略体系に記載している。太字・下線で記載しているタイトルが「施策」に該当するもの、さらに施策同士をグループ分けして黒い太枠で囲ってタイトルを表示したものが「施策の柱」に該当するものとなっている。

施策のタイトルの先頭に☆印を記載した取組が5つあるが、こちらが9期に向けて重点的に取り組む施策＝重点取組施策と位置付けたいもの。

施策ごとの具体的な取組については検討中だが、その検討中の内容において、特に重要となると考えられる取組をKeyAction（案）として施策ごとにいくつか記載し、その下に、施策ごとの取組の方向性を記載している。

この5本の柱・14施策が、2040年を見据えた大きな視点の中で、次の3年間取り組んでいく施策推進の基本的な考え方となる。

## P8 計画の骨子

左側上段の表が現行計画の構成となっている。

下段に、現在事務局で検討している現行計画の構成上の課題と、次期計画に向けて修正、改善を図りたい点を表の形で記載している。

市民にどのような行動を期待しているのかを明確にし、協働していただける人を増やすため、できる限りわかりやすい計画づくりに取り組んでいきたいと考えており、その考え方の元、アンケートなどで把握した課題の整理と施策の体系化に加え、「なぜその取組が必要と考えたのか」という背景・原点の部分などもコラム形式で分かりやすく掲載していきたい。また、高齢者ご本人や地域、行政などの役割についても記載し、読んでいただいた市民が行動に移せるような計画としていきたいとも考えている。

前回の協議会でもご意見いただいた計画の進行管理についても、9ページにあるように表で実績指標や成果指標をまとめ、実施状況や達成状況を把握し適切に評価、取組の見直しにつなげていけるよう、管理できる仕組みを構築したいと考えている。

今回ご提示しているシートは、次回協議会までに形として完成させられるよう、これから検討していく。



#### 4 意見交換等

委員： 戦略体系含め、分かりやすい資料となっている。  
気になる良いデータがあったのでそこから感じた現場レベルでの意見をお伝えしたい。資料2の4ページ、認知症についての調査のクロス集計のデータで、「はい」×「はい」の割合、つまり身近に認知症の人がいる人で、相談窓口を知っている人・認知症について学んだことがある人が50%程度しかいないというのはすごく少ないと感じた。この状況は、ご家族にとっても苦しい状況であると推察する。この数字（「はい」×「はい」の割合）をもっと高くしていかなければならない。

“認知症”に直面したときには既に対応できる窓口が分かっている、という状況を作れたらと思う。実現にはケアマネジャーの努力も必要であり、広報の仕方にも工夫が必要。

ある市町村で、診断を受けた後にどこへ相談に行けばよいか病院から案内が無かった、と当事者がお話しされていたことがあった。もちろん、病院側も何かしらのパンフレットは渡していると思うが、それが当事者にはしっかりと届いていない。

医療機関に並列した相談機関を作る、など直面したときにすぐにアクセスできる仕組みを構築し、「はい」×「はい」の割合を8割～9割にしなければならない。それが何か具体策として計画に盛り込まれれば良いと思った。

もう1点、地域包括支援センターに対する期待・役割について随所に書かれており、基本3職種の配置不足も含めその点について課題と感じておられることは良かったが、具体的にどうやって地域包括支援センターを支えていくのかというのが気になった。もっと色濃く書いていただく、もしくは具体策を書き添えていただきたい。

事務局： 認知症について、ご指摘のとおり当事者や家族に対する支援がまだまだ行き届いていないと感じている。国も示しているとおおり、介護者家族への相談支援の充実を進めていく必要がある。

計画なので具体的な施策まで書ききれないところもあるが、地域包括支援センターの充実として、相談をメインに対応できる体制の構築について検討し、計画に基づいた施策をしっかりと示していけるようにと考えている。

委員： 地域包括支援センターの運営協議会でも、この間ずっと包括

が疲弊しているという状況についての議論をしている。なんとか人を増やす等の手立てを打っていただいているが、おそらく、今の地域の状況や住民が抱えている課題は、人を一人二人増やすでは対応できないものになっている。

国の指針にも資料2にも取り組むべきと書かれている「業務負担の軽減」と「相談機能の強化」は矛盾しているものである。“機能強化”が何を意味するのか、どう位置付けていくのか、包括支援センターの存在意義をどう考えるのかを見直していく必要がある。

“包括”という名前がついているので地域包括ケアというと包括支援センターが直結するように思うが、包括支援センターだけでは地域包括ケアシステムの構築はできない。むしろ包括支援センターをとりまく他の社会資源や環境、また地域住民がどのように包括支援センターを応援するのか、が重要である。

宇治市として、包括支援センターの位置付けをどう考えるのか、“機能強化”をどう捉えるのかという議論が必要。

委員： 資料2の5ページ右側、インセンティブ交付金の評価指標の表で、介護人材について宇治市は京都府や全国と比べて倍以上人材が確保されているような評価になっている。一方で資料1ページ右下の介護事業所調査では、人材が不足していると感じている事業所が多いという結果になっている。この違いをどう受け止めているのか。

評価指標の数字を元に7ページの重点取組施策を考えているのだろうが、介護人材の確保・定着・育成が☆印の重点施策になっていないこと、6ページの市で課題となっていることにも介護人材の不足について挙げられていないことが介護現場で働く者にとって不安材料である。どのように考えているのか聞きたい。

事務局： 地域包括支援センターの機能強化についてだが、地域包括支援センターそのものが地域での第一次的な相談窓口であるべきと考えており、地域の人々の相談に対して的確に答え、必要な支援に必ずつないでいくことが大事であると考えている。そのためこれまでも体制の強化等を実施しているが、まだまだ上手くいっているわけではない。より一層取り組んで行くべきと考えている。

地域包括支援センターだけでなく他の専門的な相談窓口との

ネットワークの構築も必要であり、また地域住民との連携のためには包括の職員が地域に入っていける状態にしなければならない。それができる体制の強化とともに、事務負担軽減等もセットで考えていくべきと感じている。

事務局： 介護人材の確保の件だが、5ページの点数は説明させていただいたようにインセンティブ交付金の評価指標になっている。ある取組を実施しているかしていないかで○×を付けて最終的に点数化され、交付金の額に反映されるというものである。

介護人材の確保という点で、任意事業のため他市町村が実施していない入門的研修や就職フェアなどを宇治市は実施していることから点数に差がついたものと考えている。ただし、就職フェアを実施した結果実際にどれだけ就職に繋がったかといえ、数人はおられるものの多くの人材確保には繋がっていない。実施時期や手法についても引き続き検討し、効果の上がる施策を考えていきたい。

また、人材確保についての取組は、宇治市だけでは限界があると考えており、広域的にどのような取組ができるか京都府とも連携を図りながら計画に反映できるようにしていきたい。

事務局： 戦略体系の人材確保に☆印が付いていないという点だが、事務局としても非常に悩んだところ。前回の協議会でも話したが、様々な場面で事業所の皆さんが一番悩まれているのが人材確保についてであるので、事務局としても問題意識は持っている。

前回の協議会で介護人材の再就職準備金の給付を京都府で実施しているというご案内もさせていただいたところだが、こういった取組を事業所の方がご存じないということもある。京都府で有効的な施策を打たれていても現場に情報が行き渡っていないことが多々あるため、京都府と有効的に連携して事業を展開できるようにと考えている。

第9期に向けては、既存の取組だけでなく新規の取組についても考えていきたい。

委員： 人材についての取組は京都府が主体となって行うもので宇治市でできることは限られているのか。

事務局： 例えば、“カスハラ”や“セクハラ”などに対する法的な対応について等はひとつひとつの市町で行うよりも、都道府県単位

で行うべきではないかと考えている。一方で、市町でできることも当然あるので、内容に応じてということである。

事務局： 介護人材の課題というのは、例えば小中学生の頃から介護について関心を持てるような教育をする、ICTを活用する、外国人人材を活用するなど様々なアプローチの仕方があるが、外国人人材であれば外国との関係も含めて広域的に調整する必要があることから都道府県主体で実施するのが望ましい。

重点政策に☆印はつけていないが、介護人材についても大きな課題認識は持っており、宇治市としてできる努力はしていきたいと考えている。

委員： 他自治体での有効的な取組は把握しているのか。また、その有効的な取組を宇治市でも実施することは検討しているのか。

事務局： 例えば外国人人材について言うと、岩手県などでは法人が直接インドネシアに学校を建設して人材育成しているという事例がある。

引き続き情報収集しながらできることを行っていきたい。

委員： かかりつけ医の機能確保について令和7年の4月に法改正されると資料1にもあるが、医療と介護の連携は非常に重要だと思う。かかりつけ医の定義が国でもコロコロ変わるが、宇治市ではどのように捉えているのか。

大半の人が自宅でこのまま生活したいと言うが、在宅生活での健康保持は、かかりつけ医、いわゆるファミリードクターがいないと機能しない。

日本は医療保険制度でいつでもどこでも誰でもどんな医療機関にもかかれるため、介護保険の認定審査をしているとかかりつけ医として挙がってくるのが大病院の医師のことがあるが、その医師がその人のことを何でも知っているファミリードクターとして機能しているわけではない。

例えば足の骨を折って、病院からリハビリ病院を勧められるが、そこに通院したくないがために介護保険の申請をされ自宅で家族に介護してもらおうという人もいる。

現在の制度をどのように使用すべきかを正しく市民に周知するようなパンフレット等を作成できないか。

委員： かかりつけ医についての認識は、医師会の中でもぶれており、市民も含めて共通認識を持っていない。国ではっきりした指針を出されるべきだと思う。

開業医はいるがかかりつけ医になって欲しいとお願いすると断られるという市民の声をよく聞く。循環器や呼吸器など内科でも専門性を掲げて開業されている医師は多くいらっしゃるが、かかりつけ医として看取りまでお願いしたいと言うと、自分は外来なのでそこまでできないと断られるとのことで、切実に悩んでいる市民も多い。これは、かかりつけ医についての認識が個々で違うことが原因である。

資料2の1ページ、医療・介護連携で困難を感じたことがある事業所が51%あるという結果だが、総合病院の主治医とケアマネがやりとりをするのが難しいというのが原因のひとつである。また、「あの先生は怖い」「あのケアマネには言いにくい」といった声が出ることも珍しくないのが現実としてある。ヘルパー、訪問看護師など医者とケアマネだけではない専門職とどう連携していくかということは医師会としても考えていかないといけない。

居宅サービス・グループホーム・訪問看護で約80%の事業所が看取り体制を整えていると書かれているが、とても少ないと思う。5つに1つの事業所で看取り体制が取れていないのは今の時代にそぐわない。

アンケート結果を見ていて、介護サービスの隙間のようなものを感じるのだが、その隙間は大きな溝となり得る。例えば、小規模多機能型居宅介護を利用している人は、通いの場合訪問看護師は自宅にしか行けないが、泊りの場合は事業所に行ける。通いは行けない、泊りは行けると制度がきちりしていることは良い面もあるが、ある程度緊急性がある場合は融通が利かないといけない。デイサービス利用者で、「嘔吐しているが家に帰ってもらいます」「血圧上がっているが家に帰ってから診てください」ということがよくあるが、その“移動”にこそ危険がある。

このように、制度を守るために歪みが生じる<sup>ひず</sup>ことが度々ある。今は誰かがカバーしていると思うが、これからは健康で長生きするための介護制度ではなく、医療度が上がっている人をどうしていくかを考えないといけない。

関連して、1号被保険者と2号被保険者を同じ制度で見ているのは対象者が明らかに違うので不可能なのではないかと思っ

ている。2号被保険者でサービスを使いたい人は基本的にはがんか難病の人なので、1号被保険者とは全然違う。一律なサービスでは対応できないと思う。

先ほど出ていたハラスメントの問題に関連していることだが、医療の世界には“医療安全”ということばがある。トラブルに対していかに安全に医療を提供するか、ということだが、介護の世界でもこれだけ訪問系のサービスが増えてきているので、いかに安全に介護を提供するかという“介護安全”について考える必要がある。例えば、いちいち全部訴えていないだけでセクハラを受けているヘルパーはたくさんいる。他にも、「この番号で入ってください」とキーボックスの番号を伝えられることがあるが、番号を近所の人に見られないように配慮しなければ誰でも入ることができてしまう。インフォーマルのサービスをもっと普及させていくなら、そのようなケースに対してしっかりと補償していく必要がある。

今後、在宅での介護生活を守るために訪問系のサービスが増えていくと思うが、そういったリスク回避についても同時にやっていかないといけない。

委員：

制度の歪<sup>ひず</sup>みや狭間で色々な問題が起きている。

国はもう縦割りではだめだということは分かっている、地域共生社会の実現に向けて重層的な支援をする、地域包括支援センターも高齢者だけでなくあらゆる世代の人を対応していく、ということで完全な縦割りでなくどこかが重なり状態にしようということが国の方針としては決まっている。ということは、宇治市でも覚悟を決めたら実現できるのではないかな。

“安全”の話は、現場はとても大変と聞いている。訪問系のサービスでは利用者も支援者も守らなければならない。閉ざされた空間が怖いので、ICレコーダーを持参しお互いのために録音しておく、といったことをされている事例もある。そういった知恵を分かち合う機会があっても良いのではないかな。

委員：

柔軟なケアはケアマネにも求められており、ケアマネ側としても柔軟なケアをしていきたいと思っている。そこで、行政にも柔軟な解釈をしていただきたいと思っていることがある。

人材不足の話に戻るが、特に利用者と向き合う人材が不足している。例えば、実地指導や第三者評価のための書類対応に多くの時間を取られてケアマネ連絡会に出席できない人が多い。

もちろんコンプライアンスにかかる大切なことなので、実地指導等を緩くして欲しいというわけではないが、ICTの活用等も含めてもう少し効率化するなど、柔軟なケアができるようローカルルールを行政とともに考えていけたら人材不足やパワー不足も補えて、歪みの解消に繋がるのではないかと。

人の数は限りがあるので、ある程度法人の自助努力は必要である。時間を増やすための工夫と、実地指導等の効率化は行政と折り合いをつけていくことでお互いの負担を減らしていけたら柔軟なケアは実現できそうな気がする。

事務局： 重層的支援に関してだが、現代社会は引きこもりやヤングケアラーを含め様々な課題があるが、それらは単独で起きているわけではなくて、様々な課題が関係し合って大きな課題となっていると思っている。

ここに行けば全てが解決するというスタート地点になる相談窓口が設けられることが重層的支援ということだと認識しているが、宇治市としてはひとつの窓口で、というのは現時点では難しく、それぞれに窓口を設けて、窓口となったところがそれぞれのセクションと連携しながら全体として課題の解決を図るというかたちになっている。しかし、これで良いと思っているわけではなく、どのようにすれば解決に近づくのかを常に点検していくべきと考えている。

委員： 重層的支援というのは、様々な人に対応するために様々な機関が連携することが重要だが、先ほどの話にあったように制度上介入できないケースというのがある。緊急性があるのなら柔軟な対応をして良いと行政機関が認めてくれれば対応できるのではないかと。

状態の悪い人がここにいるのに、制度を守るために医者が介入できないという状況が現実問題としてあるということを国に意見していただくことが重要なのではないかと。

事務局： 介護保険制度が始まって長い年月が経つ中で、年齢構成が変わってきて様々な課題が出てきている。課題解決のための方策について国に意見していくことは努力すべきと思っている。

また、宇治市権限でできることはしっかりやっていかなければならない。

委員： 今度、中宇治地域で公民館機能を集約するという話が出ていると思うが、それをモデルケースとして重層的支援、いわゆるワンストップの窓口を作って一度動かしてみて、どういう課題が出てくるのかを精査していくというのはひとつの方法ではないか。

事務局： 中宇治地域で新たな機能をもった機関が現在検討されているというのは承知している。どういう機能を持たせるのかというのは今後検討が進んでいくものと認識しているので、頂いたご意見の趣旨については担当部局に伝えさせていただく。

委員： 縦割りにならないようにしてほしい。

委員： かかりつけ医と医療・介護連携に関する話で、国の指針にも介護保険事業計画と医療計画との整合性を図るよう示されている。

現在、都道府県で来年4月からの保健医療計画（6か年計画）の策定にかかる検討が進んでおり、京都府でも医療圏単位で議論をしている。議論の場には、市町村や関係する医療・介護機関の人にも来ていただいている。また、山城北圏域でも同様の議論をしていて、医師会長よりかかりつけ医の課題も聞いている。

かかりつけ医や訪問看護等、課題は様々あるので全て6か年計画に盛り込むのは難しいかもしれないが、各委員のご意見を京都府の医療計画にも反映していきたいと考えている。

委員： 様々な場で話し合っただけだと心強い。

委員： 資料2の7ページに2040年問題について書かれているが、今ある課題がどうかは一旦置いておいて、17年後はどうなっているのかと考えてみると、今とは相当違う社会になっているのではないかと思う。逆に17年前は2006年だがその時に比べると社会の在り方はかなり変わっている。

私自身、LINEのグループで「久しぶりにこのメンバーで飲みに行きましょう」などと呼びかけがあり盛り上がることもある。このように、現在のコミュニティでしっかり同世代の横のつながりを作っておきましょうと呼びかけることは、介護の



話だけでなく市の施策全体に関わってくることなのではないかと思う。

振り返るとこの17年でICT技術の進歩は凄まじい勢いだった。コロナ禍をきっかけにオンラインツールを使用する高齢者が増えたように、17年後はもっと劇的な変化が起こる可能性がある。

人材の確保は今の課題としてあるが、産業分野や教育分野などありとあらゆる分野で人手不足だといわれている。今のサービスを全て人手で補うのは社会全般的に厳しい。どこかで確変的なデジタル技術の活用等が必要になる。現場の声を拾い上げながら、国に技術開発等の要望をしていく必要がある。

17年後には、ICTの活用にかかる技術的な負担はおそらく相当少なくなっているのだから、そういったことを踏まえて目指すべき姿を考えていただければ良いと思う。

委員： 人材確保が大きなテーマとなっているが、ある事業所で、“サービス難民”ということばを使っているのを聞いた。

人材が不十分なために本来受けられるサービスを受けられない市民がいるということ。行政としてこの状況を把握しているのか。

資料2の7ページ、重点取組施策の介護人材不足に☆印が付いておらず、他に5つ付いているが、5つも付ける必要はない。

多様な人が住んでおられ、多様なニーズがあるという前提の元、漏れの無いように指針に沿って計画を作るのが行政だとは思いますが、宇治市として先ほどから出ている課題の中で何を第9期計画の中で重点的に取り組むのかは1つか2つで良いと思う。その中で、少なくとも介護人材の確保には☆印を付けてほしい。

総論的な計画にするのではなく、第9期では、第8期までの反省を踏まえて、何を重点的に取り組んでいくのかを数点に絞り議論してほしい。

事務局： ご指摘いただいた内容について危機感を持っている。様々な分野で人材不足が叫ばれている中であっても、公的な福祉制度において必要なサービスが受けられる基盤が脅かされることのないようにしないとイケない。

この間、オーソドックスな取組はしているものの、効果的に成果が挙げられているかは改めて考えないとイケない。また、国・

京都府と広域的に連携をとってやっていかないといけない。

事務局： 人材の面では、2024年問題というのもあり運送業、建設業、医療現場等においていわゆる働き方改革に関する法律が適用される。他の業種に与える影響も大きいと考えており、人材確保の観点ではより厳しくなってくると想像する。

宇治市では現在グループホーム等の施設整備を進めているが、資材高騰等による資金面と、建てたとしても働く人材が確保できないという2つの大きな課題がある。サービスを受けていただくためにはそういった難関を超えていかなければならない。

必要な人が必要なサービスを受けていただける条件整備をすることは行政の使命だと思っている。

重点施策については、それぞれに思いを持って☆印を付けているが、いただいたご意見については持ち帰り検討する。

## 5 介護サービス基盤の整備の方向性について

### ○資料3に基づき説明

事務局： P1 「1 介護サービス見込み量の算出について」

これから第9期における介護サービスの見込み量を算出し、保険料等を設定していくことになるが、その手順としては、(1)被保険者数及び要介護・要支援認定者の推計、(2)施設・居住系サービスの利用者数の推計、(3)居宅サービス・地域密着型サービスの見込み量の推計の3つの大きな流れに沿って行う。

今回の資料では、(1)の右側の表の最後にある、要介護・要支援認定者の推計の案をお示しし、(1)から(2)に至るまでの考察部分をまとめている。

P2 「2 人口の推移と将来推計(案)」

平成30年から令和4年までの、10月1日時点の住民基本台帳の実績値をもとに令和5年以降の人口推計を算出した。なお、本計画では令和5年10月1日の実績値に置きなおして再度推計するので、今後推計値には若干の変更がある。

次期計画期間中である令和7年には、いわゆる団塊の世代が全員75歳以上となる。この75歳以上の後期高齢者人口が令和2年を境に65～74歳人口を上回り、令和8年に向けて増加していく見込み。また、後期高齢者のうち85歳以上の高齢

者は令和22年にかけて増加していく見込みとなっている。同じく高齢者人口全体も令和22年頃に団塊ジュニアの世代が65歳以上となるためピークを迎える見込みとなっている。

一方で総人口と生産年齢人口は減少傾向で推移する見込みとなっており、令和22年の高齢化率は38.7%の見込みとなっている。

### P3 「3 要介護・要支援認定者数の推移と将来推計（案）」

要介護・要支援認定者数は、85歳以上の高齢者の増加に伴い令和22年度にかけて増加していく見込みとなっている。令和22年度の認定者数見込みは令和4年度の約1.2倍の13,255人となっている。

### P4～P12 「4 今後の方向性を検討するために」

「あなたがもし介護が必要になったらどのようなところで生活したいですか。」という設問に対して「このまま自宅で生活したい」という意向が最も多くなっている。また、「介護保険施設やグループホーム等への入所」を希望する声も一定数あることが伺える。

「あなたは人生の最期をどこで迎えたいですか。」という設問に対しては、「自宅」と答えた方が最も多くなっている。

要介護認定者に対して「介護が必要になっても住み慣れた地域で生活続けるために必要な事はなにか」という設問に、「家族の協力」と答えた方が最も多く、71.1%だった。それ以外では、「家で受けられる医療サービス」、「必要時の訪問サービス」、「24時間緊急時専門スタッフと連絡のとれる体制」と答えた方が多いことから、介護が必要になっても自宅で生活するためにはこのようなサービスが必要とされていることが伺える。

要介護度別のサービス利用を組み合わせたクロス集計では、要介護度が増すごとに訪問系を含む組み合わせの利用実態が高くなる傾向がみられ、訪問サービスを中心に通所系サービス等々を組み合わせて利用することで中重度者の在宅生活が支えられていると考えられる。

現在の生活を継続していくにあたって、要介護度別の主な介

介護の方が不安を感じる介護についてのクロス集計では、要介護3以上で特に「日中の排泄」と「夜間の排泄」、「認知症状への対応」について介護者の不安が大きい傾向がみられた。

要介護3以上の方について、訪問系サービスの利用回数別に介護者が不安を感じる介護との関係をみたクロス集計では、訪問系サービスの利用回数が増すことで「日中の排泄」や「夜間の排泄」、「認知症状への対応」などへの介護者の不安が軽減される傾向がみられた。

各施設、事業所にそれぞれのサービスの整備の方向性について意見を伺うと、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護では今後も増やしていくべきとの意見があり、サービスの拡充の必要性を感じている事業所が一定数あった。その一方で、現状を維持するべきと回答した事業所も一定数あり、その理由は、「利用状況をかながみたもの」「人材不足によるもの」であった。

人材確保・業務効率化の検討について各事業所の現状を確認したところ、事業所の職員の配置状況について、「大いに不足」「不足」「やや不足」の回答を足すと61.5%で、半数以上の事業所が「人員が不足している」と回答し、人材確保に課題を抱えている状況となっている。

一方で外国人労働者の受け入れについては、すでに受け入れていると回答した事業所は13.1%に留まっており、会話等における意思疎通に支障があること等がネックとなって受け入れにつながっていないと考えられる。

介護ロボット、ICTの活用状況について確認すると、介護ロボットの活用状況は7.7%と低い状況。また、ICTの活用状況は64.5%だった。導入はしていないものの、活用に対して前向きな事業所に対してのアプローチが重要であると考えられる。

### **P13 「5 今後の方向性について（事務局案）」**

高齢者人口のさらなる増加や要介護認定者の増加、生産年齢人口の減少などの推計等については、国の基本指針における「基本的な考え方」とおおむね同じ傾向にあるので、指針を踏まえた方向性として2つのポイントを挙げる。

### 【ポイント1】

(1)の施設・居住系サービスについては、各種調査結果から、介護保険施設やグループホーム等で介護を受けたい方が一定数いるという意向や介護老人福祉施設やグループホームに入所待機者がいる状況を確認した。また、サービス付き高齢者向け住宅等の高齢者を対象とした住まいが増加している現状から、今後は介護老人福祉施設の待機者数調査およびグループホームの待機者数調査の結果を踏まえ、整備の方針について検討を進めていく。

介護老人福祉施設や介護老人保健施設、介護医療院といった広域で利用できる施設サービスについては、本市だけではなく京都府下の他市町村の整備予定なども把握する必要があることから、京都府と連携をとりながら府の高齢者健康福祉計画との整合性を図っていく。さらに、中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて整備の必要がある場合についても、例えば現行の第8期の中でショートステイからの転換により介護老人福祉施設の増床をしたように、施設・サービス種別の変更など、既存施設・事業所のあり方も含めて検討を行っていく。

(2)の在宅生活を支えるサービスについては、様々な介護ニーズに対応するため、要介護者の在宅生活を支えるための複合的なサービス提供体制の検討を行っていく。

### 【ポイント2】

人材確保・業務の効率化については、生産年齢人口が減少する中 人材確保に苦慮している事業所が多いことから、京都府と連携をとりながら人材の「確保」と「資質の向上」、業務の「効率化」と「質の向上」に資する取組を検討していく。

## 6 意見交換

委員： 介護ロボットを活用しているかという質問で、費用がかかるので導入できないという事業所が多いという結果が出ている。  
私の働く事業所でも半月板損傷により手術・入院している職員がおり、復帰の見込みが立っていない。みんなでカバーしているが主任が8連勤しているというような状況である。このように怪我や腰痛が離職や人材不足に大きく影響している。

その状況を助けるのが介護ロボットだと思うが、高額のため事業所単体で購入は難しい。例えば複数の事業所で購入し共有していく仕組みを市で作っていただけはないか。

事務局： 介護保険法の改正に伴って令和6年4月1日から介護の生産性向上への支援が都道府県の努力義務になるということで、今後の事業展開を京都府に確認しているところ。

ご指摘いただいたことは生産性向上のため必要なことだが、ICTにしても介護ロボットにしても高額のため、絵に描いた餅にならないように制度や導入時の工夫について注視したい。

委員： 生産性向上という言葉について、何年か前からしきりに福祉の世界でも使われるようになった。福祉における生産性向上とは、業務改善をする、事務負担を軽減する、職員研修をして質の高いサービスを提供するなどのことかと思っているが、生産性という言葉に対し間違った認識をしていると福祉の世界は潰れてしまうのではないかという懸念を持っている。宇治市では生産性の向上についてどのような受け取り方をしているか。

事務局： 効率性、合理性、また怪我等の無いように、という意味だと理解している。そこで浮いた時間は、対人の心と心が繋がりあうようなことに費やされるべきだと考えている。

委員： 11ページの外国人人材の確保について、受け入れの不安として言葉の問題が挙げられている。

私の知っている事例では、府県レベルで様々な方法で外国人人材の受け入れをし、リーダー研修や初任者研修など受け入れ方法によって様々な研修を実施している。参加されている外国人はグループワーク等でも積極的な意見を出され、とても意欲的である。最初は日本語のレベルが低いかもしれないが、研修をしているうちに同じ国の人と協力して楽しくされているようで今人気が出ていていると聞いている。

宇治市でもできるかもしれないし、府県レベルでもできるのではないかと思う。もう少し外国人人材を受け入れる方策を考えてみてはどうか。

事務局： 京都府に外国人人材支援センターがあり、窓口相談や事業所訪問、セミナー交流会の開催や日本語能力向上研修など様々な

取組をされているが、なかなか伝わっていない。宇治市としても積極的に使っていただけるよう広報等していく。

委員： 全国平均で老々介護をしている人が63%を超えたという数値が出ているが、宇治市では老々介護をしている人がどのくらいいるか把握しているか。また、老々介護の人が6割を超えてきているということで、宇治市として支援は考えているか。

事務局： 市内で老々介護をしている人がどのくらいいるかは把握していない。

老々介護に限らず、介護保険制度について易しく市民の皆さんに知ってもらわなければならないと思っており、今回の計画も分かりやすく構成し直す予定をしている。また、宇治市ではかいごほけんだよりを市政だよりとは別に発行しており、地域に出向く出前講座も地域から依頼があれば実施している。介護保険について分かりやすく伝えていく取組はさらに充実していきたい。

委員： 老々介護している人は、介護保険サービスを使っておられると思うが、おそらく介護保険サービス以外にもご自身で介護されている。そういう人は、腰痛が出たり身体的な障害が出たりする。腰痛を起こさないための用具などもあるが個人的に買うと高額である。老々介護を日々頑張っている人のためにそういった用具の貸出サービスなども市で考えてはどうか。

事務局： 貴重なご意見をいただいたので参考にさせていただく。

委員： 先ほどの生産性という言葉の意味だが、最近若者がよく使う“タイパ”（タイムパフォーマンス）、つまり『手っ取り早くやる』『時短』という意味に捉えられるのは非常に危険であり、本来そういった意味とは正反対のものである。

これは哲学というよりは価値観の問題で、福祉の価値をどこに置くのかということ。社会福祉や介護というのはもっと『ゆっくり』とか『グズグズ』とか『ぼちぼち』とか、そういうことを大事にしなければいけないし、人間とは本来そういうものなのではないか。しかし、「もっと働きなさい」「要介護にならないようにきなさい」「歳を取っても勉強きなさい」などと、急かされ強制されるように感じる。

このように、言葉ひとつひとつに穿った見方をすると違和感を覚える。ぜひ、そうではない宇治市の在り方を考えてほしい。

事務局： 大変貴重なご意見をいただいた。  
福祉の職場は、介護でも保育でも障害でも“人”が仕事をするものだと考えている。本日はロボットの話も出たが、これはあくまで補助的に使用するものだという認識である。  
これからも福祉に対する考え方はそういったことを大事にしていきたい。

委員： 本日、事務局から提案のあった構成案で、委員から出たご意見を尊重しながら進めてほしい。  
もう一点気にかかっているのは、施設待機者数の調査である。もちろん、グループホーム等に入所が必要な人もいるが、在宅サービスについて知らないため施設に入るしかないと思っている人もいるかもしれない。待機者数をそのまま見るのではなく、なぜ入所したいのか、なぜ入所せざるを得ないのかというのを考慮した上で判断してほしい。

## 7 閉会

— 会議終了 —

## Ⅲ 配付資料

- 1 会議次第
- 2 座席配置表
- 3 資料 1 第9期介護保険事業計画に関する基本指針（案）について
- 4 資料 2 第8期計画の課題整理と第9期計画の構成案について
- 5 資料 3 介護サービス基盤の整備の方向性について