

大阪府高齢者計画2021（案）に対する府民意見等と大阪府の考え方について

【募集期間】

令和3年2月18日木曜日14時から3月19日金曜日24時まで

【募集方法】

「大阪府パブリックコメント手続実施要綱」に基づき、所定様式を利用し、インターネットによる電子申請、郵便、ファクシミリのいずれかにより提出いただく方法で募集いたしました。

【意見件数】

7名（うち団体1）の方から、21件のご意見をいただきました（うち意見の公表を望まないもの1件）。いただいたご意見についてのお返事は次のとおりです。

寄せられたご意見等の概要、ご意見等に対する大阪府の考え方は下記のとおりです。お寄せいただいたご意見は、趣旨を損なわない範囲で一部要約している部分があります。

項番	章	ご意見の概要	大阪府の考え方
1	第2章	大阪府としては、大阪市で2度も否決された大阪都構想の住民投票の結果を尊重して、府市合わせ路線ではなく、大阪府独自で今後の高齢者計画を考え、大阪府のめざすべき方向性としてほしい。	介護保険法、老人福祉法に規定される都道府県と市町村の役割は異なっております。このため、計画策定においては、都道府県と市町村はそれぞれの役割に応じた取組みについて記載することとなっております。
2	第3章	ブラック職種の代表格ともいべき教員の志願者数が激減している現状を踏まえて、高齢者の就労という観点においても、学校現場での定年制を60歳から65歳への引き上げを2025年までに行っていくべきだと思います。	ご意見については、他部局が所管する事項となっているため、所管課にお伝えさせていただきます。
3	第1～4章	大阪府や大阪市が考えている「副首都」との関係性が明確でない気がします。諸外国にも副首都という都市はなく、副首都の制度そのものが言葉遊びのような気もするので、副首都を目指すというそのものの考え方をぜひ改めてほしいです。大阪は副首都を目指すのでは無く、まずは関西広域連合の中核として、舵を切り直してほしいです。	第1章第6節において、「万博ビジョン」等、関連する他計画と整合・調整を図り作成している旨を記載しております。なお、ご意見については、所管課にもお伝えさせていただきます。
4	第1章	<再犯防止について書かれていない> 本計画の上位計画である第4期大阪府地域福祉支援計画にはp48に「矯正施設退所予定者等への社会復帰支援」の府としての取り組みが書かれている。本計画は上位計画を受けて作成されているが、上記の件については全く述べられていない。福祉の網に支えられることなく、高齢化した犯罪を行った人々に必要な住まい、医療、福祉サービスの利用にかかる支援を適切に提供し、複会復帰を促進させ、社会定着を支援する計画を本計画でも明文化して欲しい。大阪万博をひかえ、大阪を世界に示すにあたって大切なことと考える。	大阪府では、再犯防止推進法に基づき、犯罪を犯した高齢者等に対する総合的な支援についての取組みを進めるため、「大阪府再犯防止推進計画」を策定しております。本計画では、矯正施設入所中から退所後まで一貫した相談支援を、矯正施設や保護観察所等と連携・協働して実施し、要介護認定や障がい者手帳の交付、社会福祉施設への入所などの保健医療・福祉サービスを円滑に利用できるよう、市町村支援を含む府の取組みについて記載しております。
5	第1章	<介護保険2号被保険者について全く書かれていない。SDGsの理念にのっとり”全てに人に健康と福祉を”であると考える> 本計画は介護保険事業支援計画と大阪府認知症施策推進計画2021と一体的に作成になっている。しかし、65歳未満の若年性認知症など、介護保険2号被保険者の人数、必要なサービスの検討などの福祉的視点の計画が全く書かれていない。40歳と65歳とでは、府でも市町村でも担当課が違うため、どの行政区でもないがしろにされてきた問題である。大阪府が「行政の福祉化」に取り組むのであれば、対応する必要があると考える。	本計画で定めることとされている要支援・要介護認定者数の将来推計やそれをもととした介護給付費等対象サービスごとの量の見込（第5章第1節）には、介護保険サービスの対象となる第2号被保険者も含んでおります。なお、若年性認知症の方への支援については、第4章第4項に記載しておりますが、若年性認知症に対する理解の促進、個々の状態に応じて多職種が連携し支援する体制の整備について市町村と連携し取り組むこととしております。
6	第2章	介護保険2号被保険者の人数が明らかにされていない。若年性認知症をはじめとする40～64歳の介護保険ユーザーがどんな在宅療養を行い、こういった公的支援を利用し、こういった点で困っているのかを分析する支援を持って下さい。	

7	第2章	<p><高齢障がい者の人権が尊重されていない> 障がい福祉サービスにより、介護保険が優先されることは全国でも統一されている。市町村によっては、本人の必要性に応じ、介護保険で足りない部分のヘルパー利用を認めている。●市では「要介護5で身障手帳1級でない」と認めない」との担当課窓口対応が今も続いており、それらの苦情を言う窓口が紹介されていない。閉ざされた”個別相談対応”が続けられている。65歳になったとたん、サービス量が減らされる”介護保険優先”は高齢障がい者の在宅生活に多大なる不便を強いていると言えよう。高齢者の障がい者の人数と利用サービスの府としての平均を明示して欲しい。市への調査をお願いします。</p>	<p>大阪府では、「大阪府障がい者計画」を策定しており、障がい福祉サービスについては、当該計画に基づき取り組みを進めているところです。なお、ご意見については、所管課にお伝えさせていただきます。</p>
8	第3章	<p><高齢者虐待について> 他人である第三者から殴られたら傷害罪です。その第三者が家族だった場合は市から虐待認定を受けるだけで、加害者は起訴されず、被害者の保護も”介護保険のショートステイ対応で”のくり返しです。高齢者の命が守りきれません。警察に発見者から直接通報できるシステム、又は市・府と警察との連携強化をお願いしたいです。</p>	<p>高齢者虐待防止法は、高齢者の権利利益の擁護を目的としており、事実確認や被虐待者の保護等を行うため、市町村に通報窓口が設置されており、養護者による高齢者虐待における通報のうち、約4割が警察を通じたものとなっています。また、同法では、高齢者の生命又は身体の安全の確保に万全を期す観点から、市町村長から警察署長に対する援助要請等についても規定されており、立入調査において警察が同行する場合があります。なお、極めて悪質な虐待の場合は、刑法等の犯罪に該当する場合があります。</p> <p>また、市町村長は、放置しておく重大な結果を招くおそれが予測される場合などには、養護者から高齢者を保護・分離する措置を講じることとされ、面会を制限することができます。この他、成年後見制度の市町村長申立てをはじめとする措置を講じることが規定されています。</p> <p>こうした虐待対応の終結は、虐待が解消されたことや高齢者が安心して生活を送るための必要な環境が整ったことを市町村が確認し、判断されます。</p> <p>府における市町村の虐待対応への支援については、第3章第7節に、市町村等の虐待への対応力向上を図るための研修の実施や、法律・福祉の両面から専門的な助言を行う等、高齢者虐待防止の取り組みの推進に関する施策の方向性を記載しております。</p>
9	第3章	<p><介護人材の確保：賃金の低い仕事に人材は集まりません> コロナ禍の中で人をケアする仕事をするエッセンシャルワーカーの大切さを痛感し、その仕事の重要さを全世界が認めました。ただ、職員のやり甲斐だけに支えられ、労働の対価として社会の物価に見合った正当なる賃金が支払われないのは福祉・医療による労働者に対する搾取と考えています。生活できるギリギリの賃金しか支払われないことを知って、その仕事を続ける人はいません。医療・福祉分野のエッセンシャルワーカーの最低賃金を上げてください。担い手がいなければ資質向上も議論できません。</p>	<p>介護職員の処遇に関しては、介護サービス事業所が提供するサービスの対価である介護報酬の中で「介護職員処遇改善加算」が制度化されています。これは、介護サービス事業所におけるキャリアパスの仕組み構築や、職場環境改善等の取り組み度合いに応じ、介護職員の賃金上乘せ相当額を加算するものです。</p> <p>これまでも介護職員の賃金については、介護報酬における処遇改善加算の数次に渡る改訂により、改善が図られており、令和元年10月からは現行の処遇改善加算に加えて「介護職員等特定処遇改善加算」が創設され、実施されています。</p> <p>大阪府においては、この処遇改善加算の効果検証及びその結果を踏まえた制度改善に継続的に努めるよう、国に対して要望しているところです。</p>
10	第3章	<p><40歳からの介護予防活動が必要です> 40歳になると介護保険の納付義務が発生する。医療保険ではどの年代でも定期的な健診などを受けるサービスがある。介護保険では65歳にならないと介護予防教室に参加することもできない。これでは介護予防の意識向上、啓発は定着しにくいと考える。筋力維持、高血圧、糖尿病予防、フレイル予防など40歳からの自立支援、社会参加を推進する介護予防の実施を提案します。</p>	<p>介護保険における自立支援、社会参加を推進する「介護予防・日常生活支援総合事業」（一般介護予防事業を除く）については、要支援認定を受けた第2号被保険者も事業の対象になります。</p>
11	第3章	<p><福祉避難所が必要です> 二次避難所ではなく、第一次避難所としての福祉避難所が必要です。大阪北部地震と台風で「避難所に行っても迷惑だからと避難をあきらめた高齢者、障がい者が沢山おられました。緊急避難場所、避難所と同様に福祉避難所の準備が必要と考えます。災害が発生する前に指定し、胃ろう栄養、在宅酸素、バッテリー、吸引機など備蓄をお願いします。</p>	<p>大阪府では、災害時、高齢者等の要配慮者の避難支援を行うため、福祉避難所の指定を市町村に働きかけるとともに、協力・支援しています（第3章第8節）。</p> <p>また、福祉避難所となる老人福祉施設等に対し、非常用自家発電設備の整備補助を行っております。なお、その他備蓄に関しては、今後の施策推進の参考とさせていただきます。</p>

12	第3章	<p><感染症予防のために濃厚接触者支援センターを大阪府にもお願いします> 埼玉県や全国で行われている濃厚接触者支援センターを大阪府にも作ってほしいです。2025年に大阪万博が開催され、全世界から来阪者が予想されます。人が多数集まること、全世界に移動することが感染症伝染のリスクであることを実感した一年間でした。家族が感染症などで入院した際に、高齢者、子ども、障がい者は自宅で一人残されても生活できません。感染リスクのある方に対して介護保険でも障がいサービスでも対応はできません。感染症はどこでもいつでも再燃します。準備をお願いします。</p>	<p>同居家族が感染し、高齢者本人が濃厚接触者となった場合は、必要に応じ、居宅介護支援事業所等が保健所と相談し、生活に必要なサービスを確保することとなっています。 また、介護事業所による訪問介護等を行う場合であっても、事業所は感染防止策を徹底のうえサービスを行うこととなります。 なお、お示しの埼玉県の事例は、陰性が確定した場合で、居宅介護支援専門員によるサービス調整がつかない方に対して県が確保したショートを斡旋する事業であると伺っています。</p>
13	第6章	<p><全府民が読んで理解できる計画にしてください> 本計画は国に提出のための計画でしょうか？府民が「自分ごと」を感じるための計画でしょうか？全府民が手にとりやすい場所への配布と読み易く理解しやすい合理的配慮をお願いします。第4期大阪府地域福祉支援計画には巻末に用語解説が掲載されていました。本計画でも必要と思います。</p>	<p>本計画の巻末に用語の解説を添付いたします。 また、本計画はホームページ上に公表するとともに、府政情報センターにて冊子を印刷代等の実費分をご負担いただくかたちで販売しております。 本計画の概要版については冊子を作成し、点字版も併せて、府政情報センター等にて開架いたします。概要版はホームページ上にも公表いたします。</p>
14	第3章、第4章	<p><大阪府でも認知症保険を> 全国各地で始まっている認知症保険や、入院及び死後の事務委任を含めた高齢者あんしんサポート（中野区、川崎市など）を大阪府でも行ってほしい。孤独死の防止だけでなく、大阪市などでも財政を圧迫している無縁仏の葬祭費の対応としても有効と考える。</p>	<p>いくつかの市町村で導入が始まっている認知症高齢者等個人賠償責任保険事業については、国において事例を収集し、政策効果の分析を行うこととされていることから、その動向を注視してまいります。 なお、第3章第7節及び、第4章第3節の「具体的な取組み」に、福祉サービス等の利用援助や金銭管理サービス等といった生活支援を行う日常生活自立支援事業について記載いたしました。</p>
15	第2章	<p><本計画でいう”高齢者”の定義、範囲も説明文に入れてください> この計画の対象者、該当者が明確です。SDGsの表を利用されているのは、大阪府に居住実態のあるすべての人々という理解でしょうか。日本の法律や計画は住民票や国籍を必要条件とするものがあります。性別、国籍、民族に差別なく適用されるとの理解でよいでしょうか。日本国籍のない無戸籍高齢者や、住民票のない難民の方、又はホームレスの方々が零れ落ちることないように、と思います。コロナワクチンもそれらの方々にも対応されるよう、市町村の管理をお願いします。</p>	<p>本計画は、老人福祉法、介護保険法、高齢者虐待防止法など様々な根拠法に基づく取組みを記載しております。このため、取組みの根拠法により対象者、該当者が異なる場合がございます。 なお、コロナワクチン接種に関しては、関係部局にもお伝えさせていただきます。</p>
16	第2章	<p>経験から得たものとして、良好な家族関係が少子化防止、子育て、介護負担の精神的、経済的負担軽減になると考える。血縁による家族である必要はない。 環境とシステムを構築し、家族の機能を取り戻すことで社会全体の負担を軽減する。 高齢者の健全な暮らしに必要なのは生き甲斐。生き甲斐とは趣味のような活動を伴うものだけではなく、〇〇の為に、〇〇と共に、〇〇に会う。〇〇とは、家族、友人・知人、サービス事業所の職員などの人、存在。 ・助け合いシステムの構築 府営住宅1棟を抽選ではなく、子育て世代、現役世代、父・母子家庭、高齢者世帯、独身世帯を割合を決めて入居する。棟内独自のルールで支援体制を整える。 例えば、チケット発券。（子守1時間2枚、買い物代行1枚など） 同棟内1階に、託児所、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所を設置。 ・3世代同居住宅 3世代同居可能な家族に、無料・低額賃料で住宅を貸す。 血縁に因らない関係でも良い。モニター募集し問題点を見つける。 ・サービス付き高齢者向け賃貸住宅からサービス付き多世代向け賃貸住宅へ 高齢者向け住宅は訪問介護事業所に負担が集中している。職員の入退職サイクルが早く入居高齢者の精神的負担となり症状悪化の原因となる。 親と一緒に暮らしたい50代60代の子世代、障がいのある子と一緒に入居したい高齢者、子育て世代、独身中高年世代。 介護、育児の負担が分散できる。家族と離別した後に喪失感を軽減できる。 保育、介護にかかる費用を軽減できるので賃料を無料・低料にすることで入居者を確保する。</p>	<p>今後の施策推進の参考にさせていただきます。 また、関係部署の所管のものについては、所管課に伝達させていただきます。</p>

17	第2章	<p>現状</p> <ul style="list-style-type: none"> ・気ままに暮らして来た独身男性。70代。生活、金銭管理ができなくなり本人は栄養失調、家はゴミ屋敷。処分と施設入所に公的資金投入。 ・特養では、夜間帯に20代の若者が一人で30人の介護をしている。尿まみれで全身衣類、リネン交換を一人でやる（フリー夜勤応援1人あり）長年地域に貢献してこられた高齢者のお世話を、仕事だからと若者一人に押し付けている。 ・高齢者の生活を第一線で支えるケアマネージャーの負担が大きい。クレマー、エネルギーバンパイアの対応、傾聴。書類作成。加算・減算。研修制度。 ・困難ケースの対応が地域包括支援センターに集中し過ぎている。24時間体制。市役所は昼休憩の45分間、窓口業務閉鎖。事業所の申請は受け付けない。 ・虐待ケースの背景の一つに、離婚できなかった世代の夫婦関係の悪化がある。知識・情報不足から、夫（妻）の認知症ケアができない。 ・介護者・要介護者共依存。 ・府営住宅のプライバシー重視の建築法に因る高齢者の孤立化。 ・サービス付き高齢者向け住宅は事業所によって対応に格差があり、入居してからでない分からないことが多い。 	<p>今後の施策推進の参考にさせていただきます。 また、関係部署の所管のものについては、所管課に伝達させていただきます。</p>
18	第3章、第4章	<p>現在、高齢者においては服薬が不要である事例がほとんどないことから、P43～48の医療・介護連携の推進におけるあらゆる場面において薬剤師の職能がさらに活用できると考える。 これには、P38にあるように健康サポート薬局における薬剤師としての地域貢献だけでなく、P36にある地域ケア会議の助言者としての貢献や、P106, 107にある認知症対応力向上研修会受講によるP104のMCIを含む認知症の早期発見・早期対応からの介護への連携、さらに職能団体独自の認定制度に基づく薬剤師職能の充実による貢献などが考えられる。 したがって、薬剤師の地域包括支援システムやP98にある認知症ケアパスへなどの医療・介護連携の推進、およびP97～124の認知症施策の推進方策において、先述の薬剤師参画を明記していただきたい。 また、P57～63の福祉・介護サービスを担う人材の確保及び資質の向上においても、薬剤師の職能活用により介護人材の負担軽減も可能と考えられるため、その点での薬剤師参画も記載頂きたい。</p>	<p>地域包括ケアシステムの実現に向けて、多職種協働による個別課題解決機能や政策形成機能等を有する地域ケア会議等を活用し、医療・介護連携を推進することが重要です。ご意見を踏まえ、第3章第3節の具体的な取組みにおいて、多職種協働の取組みをより明確化するため、市町村在宅医療・介護連携推進事業のための技術的支援等において、市町村の取組事例として、「医師・歯科医師・薬剤師と福祉職による個別事例の検討」を追記しました。 また、第4章第3節の認知症ケアパスのイメージ図に、歯科医師・薬剤師・訪問看護師等への相談の流れ等を追記しました。</p>
19	第3章	<p>なぜ、ここまでの個人情報をお知らせする必要があるのかわからない。意見に対する問い合わせであるなら電話もしくはメールで良いのではないかと。この件について、しっかりホームページに公表のうえ回答願います。 47ページ、在宅医療にかかわる医師などの育成や退院支援調整機能の強化を図ると記載はあるが、具体的に現在取り組んでいること、また今後新たに取り組む内容を記載してください。ターミナルケアについても、今後の方向性、取り組みを記載するべき。しっかりとホームページで公表のうえ回答願います。</p>	<p>大阪府におきましては、「大阪府パブリックコメント手続実施要綱」に基づいてパブリックコメントを実施しており、その意見受付の条件については、同要綱第6条『原則として30日以上意見及び情報の提出期間、提出方法及び提出言語の種類、氏名・連絡先等を意見受付の条件とする旨を定め、当該計画等の案等を公表するときに明示しなければならない。』と定めています。今後ともパブリックコメント制度の適切な運用に努めてまいります。</p> <p>在宅医療にかかわる医師などの育成、退院支援調整機能の強化、ターミナルケアについては、在宅医療の施策の方向性を定めた大阪府医療計画に基づき取組みを進めており、その取組みの一部を本計画に再掲しております。本計画独自の取組みとしては、「入退院支援の手引き」等の医療・介護の多職種が協働するためのマニュアル類の整備等について記載しており、今後とも関係計画である大阪府医療計画との整合を図りながら医療・介護の連携強化に取り組んでまいります。</p> <p><参考/大阪府医療計画に基づく主な取組み> 医師や医学生を対象とした同行訪問研修、多職種を対象とした個別疾患等研修、病院・診療所の職員を対象とした退院支援調整研修、在宅療養患者の病状変化時の受け入れ体制の確保に努める医療機関への補助、かかりつけ医や救急医を対象とした看取り研修、人生会議（ACP）の普及啓発 など</p>

20	第4章	<p>計画の記載内容が認知症施策推進大綱そのまま大阪府としてどうしていくのかが見えない。 もう少し具体的に府独自の計画を立てるべきである。 また例えば認知症サポーターの養成についても堺市では新型コロナウイルスの影響により目標を下げてるが府では従来どおり年7万人のまま。 きちんと府下市町村と整合性がとれてるのか。見解を聞かせて欲しい。</p>	<p>認知症施策について第7期計画までは、「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」に基づく取組みを戦略に定める目標値を勘案した府としての目標値を設定し推進してきました。第8期計画である「高齢者計画2021」からは、国の「認知症施策推進大綱」に基づき、都道府県の役割とされている「本人発信支援」、「若年性認知症支援」、「市町村に対する支援」等に係る取組みについて、大綱のKPIを勘案し府として目標値を定め推進することとしております。なお、目標設定にあたっては、第7期計画から引き続き取り組む内容に関しては、第7期末の達成見込みを踏まえ設定しています。</p> <p>なお、市町村での認知症サポーターの養成状況については、4半期毎に全国キャラバン・メイト連絡協議会から公表される市町村単位等のデータにより把握しております。</p>
----	-----	---	--