

平成29年度 第2回松戸市高齢者保健福祉推進会議 議事録(案)

- | | | | |
|---------|----------------------|-------------|--------|
| 1. 日 時 | 平成29年10月4日(水)18時30分～ | | |
| 2. 場 所 | 松戸市中央保健福祉センター2階集団指導室 | | |
| 3. 出席委員 | 淑徳大学 総合福祉学部社会福祉学科 | 教授 | 結城 康博 |
| | 聖徳大学 心理・福祉学部社会福祉学科 | 准教授 | 須田 仁 |
| | 松戸歯科医師会 | 副会長 | 藤内 圭一 |
| | 松戸市薬剤師会 | 会長 | 佐藤 勝巳 |
| | 松戸市訪問看護連絡協議会 | 会長 | 佐塚 みさ子 |
| | 東部包括支援センター | センター長 | 廣谷 明子 |
| | 松戸介護支援専門員協議会 | 事務局長 | 藤井 智信 |
| | 松戸市特別養護老人ホーム連絡協議会 | 副会長 | 恩田 美智子 |
| | 松戸市社会福祉協議会 | 会長 | 文入 加代子 |
| | 松戸市民生委員児童委員協議会 | 会長 | 平川 茂光 |
| | 常盤平地区高齢者支援連絡会 | 会長 | 安蒜 正己 |
| | 第1号被保険者 | | 森 清 |
| | 第2号被保険者 | | 御給 芳子 |
| 4. 欠席委員 | 国際医療福祉大学大学院 | 教授 | 堀田 聰子 |
| | 一般社団法人 松戸市医師会 | 会長 | 和座 一弘 |
| | 松戸市町会・自治会連合会 | 会長 | 大塚 清一 |
| | 松戸市はっらっクラブ連合会 | 副会長 | 渡辺 英雄 |
| | 公益社団法人松戸市シルバー人材センター | 理事長 | 龍谷 公一 |
| 5. 事務局 | 福祉長寿部長 | 郡 正信 | |
| | 福祉長寿部審議監 | 草野 哲也 | |
| | 高齢者支援課長 | 宮間 恵美子 | |
| | 介護制度改革課長 | 中沢 豊 | |
| | 介護保険課長 | 中嶋 弘行 | |
| | 地域福祉課長 | 伊東 朱美 | |
| | 健康推進課長 | 田中 勝規 | |
| | 地域医療課長 | 小嶋 博通 | |
| | 高齢者支援課 | 内海専門監 吉野指導監 | |
| | | 長島保健師長 斉藤主幹 | |
| | 介護保険課 | 高橋専門監 加藤補佐 | |
| | 介護制度改革課 | 高橋保健師長 中村主査 | |

健康福祉政策課 飯野指導監

6. 傍聴人 0人

7. 内 容 1 開 会

2 福祉長寿部長あいさつ

3 議題

(1) 推進会議の今後の進め方（審議）

(2) いきいき安心プランⅥ策定のためのアンケート調査（29年度実施分）（報告）

(3) 地域マネジメントの推進に向けた給付分析（報告）

(4) いきいき安心プランⅥのフレーム・骨子（審議）

(5) いきいき安心プランⅥの重点施策（審議）

4 その他

5 閉 会

【議事録】

会長

今日は夜お集まりいただき、ありがとうございます。では早速始めたいと思います。第2回推進会議を始めます。傍聴についてですが、今日は傍聴者はいらっしゃいますか？傍聴はいませんので、このまま続けたいと思います。ではまず議題の1番目。推進会議の今後の進め方について事務局よりお願いいたします。

事務局

着座で説明させていただきます。資料1をご覧ください。「松戸市高齢者保健福祉推進会議 今後の進め方の案」でございます。前回の時に全体のスケジュールをお示ししているのですが、推進会議の進め方ということでご説明させていただきます。本日第2回目につきましては、29年度に実施した分の市民アンケートの結果。また介護保険運営協議会の取り纏めということで、地域マネジメントの推進に向けた給付分析についてご報告させていただきまして、いよいよ計画の本丸ということで、計画のフレーム、骨子、計画の重点施策について、ご審議いただきたいと思っております。そして今日フレーム、骨子、重点政策など決定いたしましたら、それに基づきまして事務局の方で、いきいき安心プランの素案の方を作成いたします。それを10月30日にまたご審議をいただきたいと思っております。10月30日に素案を示させていただいて、ご審議いただいたのち、第4回目11月20日には、推進会議の皆様からのいきいき安心プランVIの答申という形でお答えをいただくというような形でこの会議については進めて参りたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。以上でございます。

会長

では、スケジュールについて、ご質問なりご意見ございますか？ではこの予定で行きたいと思えます。よろしく申し上げます。では次の議題。いきいき安心プランのアンケート調査についてよろしく申し上げます。

事務局

それでは資料2、アンケート調査の結果についてご説明させていただきます。28年度5本の調査を行いまして、その結果は前回第1回の会議の中で説明させていただきました。本日は今年度行いました6本の調査についてご説明をかいつまんでさせていただければと思います。

1ページを開いていただいて、本日差替え分がありました。6本の調査があります。これは事前に悉皆調査という事で、ある程度特定の方々に調査をさせていただいたものです。順番に説明させていただければと思います。

資料を開いていただいて2ページ目。介護事業所従事者。その中で経営者・管理者に聞いたものがございます。この中で2ページ目の中段から、職員の不足についてご説明がしてあります。やはり施設介護職員や訪問介護職員、経営者にとってこういう方が現に不足しているという声が多い。

3ページ目に行きますと、それを反映してか、Q7番で運営上の問題といたしまして、やはり職員の確保が大変難しい。それに連鎖いたしまして、利用者の確保も難しい状況になっているのかと感じております。

続いて4ページ目上段に移りまして、職員の確保が難しいとあって、どんな確保策を講じているかということですが、求人をしては応募が無いといった所で大変厳しい状況になっているかという風を感じております。

5ページ目は離職防止、就業定着に向けて、単に処遇だけでなく、ここでは面談とでコミュニケーションを図る職場の人間関係を良好にすることがとても効果が有るというようなお答えをいただいております。

6ページ目に移りまして、過不足ですが、この辺は介護事業所の人材不足の話がございますので、介護事業所、また定期巡回・随時対応訪問介護事業所、看護事業所等の不足が見られております。

8ページ目でございますが、市への要望といたしましては、介護従事者確保定着の為の支援をしてほしい。また事務の手続きの簡略化。こういうものが経営者から望まれているという状況になります。

続いて9ページ目からは従事者調査になります。従事者の方々に年齢の所を見ていただくと分かるのですが、70歳以上の方も一定量いらっしゃるというような状況で、70歳になっても働いている方が十分いらっしゃる。その下の雇用形態になりますが、介護事業所において雇用形態5割の方が非正規職員というような状況になっております。

続きまして10ページ目の年収の状況でございますが、正規職員におきましては、大体200万から350万に寄っております。一般的に平均年収が400万台ですから、そういう意味では若干100万前後低いような状況が見られるというような状況になっております。

続きまして12ページ目に移りまして、下段の転職理由でございますが、この中で転職理由として多いものは、法人や事業所の経営理念や運営の在り方に不満があったり、職場の人間関係に問題があったりすると離職に繋がるという事になります。これは経営者の調査でも離職同士の中でコミュニケーションが重要だという部分とくっついてくるのではないかとこのように思っております。

15ページ目からは、介護支援専門員ケアマネージャーの方々の調査になります。ケアマネージャーの方々の雇用形態でございますが、一般の介護事業所の従事者は5割程度が正規職員ですが、やはりケアマネージャーになりますと、75%程度になってくると。やはり雇用形態が違うという状況になっております。

16ページに行きますと、ケアプラン作成にあたっては、本人の意向、もしくは家族の

意向を重要視しているというような状況になっております。その下のケアプラン作成に伴う困りごとでございますが、私たち行政としても対応していかなければならない部分では、認定経過が遅いというご不満もいただいているような状況になっております。

続きまして18ページになりますが、地域において特に必要と思う生活支援でございますが、ゴミ出しや外出支援。こういうものに対してのご要望が高いという事になっております。

続きまして20ページ目になりますが、ケアマネの方々がケアプランを作成以外の業務として、利用者に対する支援という事になりますと、受診同行や緊急入院の場合の対応。頻回な電話対応やケアプランに見えない所で色々なご苦勞をなさっているというところが見えていると思います。

続きまして21ページ目からは、特別養護老人ホーム入所待機者調査になります。現在入所していない方々は実際にどちらにいらっしゃるのかというと、41%の方は自宅をベースに動いているということになっております。またこの待機している方々の世帯年収ですが、50万から300万未満の方が多いような状況になっております。色々な白書を見ますと、高齢者の平均年収は300万円前後と言われておりますので、若干低いかという感がございます。

22ページ目に移りますと、家族構成でございますが3分の1の方がひとり暮らしということになっておりまして、夫婦二人で暮らしているという方も踏まえまして、6割程度の方がこの様な状況になっているという事になります。また、日常生活の状況になりますが、こういう方々は、家や施設の中で生活に何らかの介助が必要で、日中も座る事は出来ませんが布団やベッドで生活している事が多いという方が5割程度いらっしゃるという事になります。

23ページ上段になりますが、在宅で待機している方で実際どのようなサービスを受けているかという事になりますと、通所介護（デイサービス）が3分の1程度。またショートステイなどで6割程度の方が暮らしていらっしゃるという状況だと思います。

24ページ目に移りますと、中段の入所の希望時期でございますが、当面は入所しなくても良いが、必要になった時入所したいという方が4割程度。また、今すぐ入所したい人が26%程度いらっしゃるという事になっております。下段の今すぐに入所を希望しない理由としましては、3割程度の方が当面自宅で生活がまだ続けられるという事になっております。

次に25ページ上段、入所の申込み理由ですが、早目に申し込んだ方が良かったから。他の施設に入院・入所中だが、経済的な負担が大きいためなどという理由で入所の申込みをされているという。その下では逆に入所辞退の理由として、当面は自宅で生活が続けられるという意向で、前段の今すぐ入所を希望しない理由と同等の理由が掲げられております。

続きまして26ページ目。上から2つ目の今後の意向でございますが、在宅で暮らし続

けたいが、条件が整わなければ施設に入所したい。若しくは、できるだけ早く入所したいという方が概ね5割程度いらっしゃるという風になります。また、在宅生活に必要なこととして、介護する家族が休息をとれるようなサービスの実施をしてほしい、24時間の定期巡回、デイサービスを中心とした、訪問・宿泊を組み合わせたサービスなど、やはり家族のことをお気遣いしてこういったサービスが欲しいというようにご意見をいただいております。

続きまして27ページ、町会・自治会等の調査になります。この中でいちばん下の集会所等の有無ですが、6割の方が集会所等をお持ちになっているという事になります。次のページに移りまして、上段。その集会所は一般利用の可否を聞いておりますが、7割の所では一般利用も可能と。またその下で支え合いの活動についてでございますが、こういう必要性について9割以上の方が、こういった活動は必要だというようにおっしゃっております。また助け合い活動を行っているかという事につきましては、行っていないというところが5割くらいあるかというような状況です。その下の町会等で行っている活動ですが、高齢者の見守り・声掛け等が9割のところでは実際に行っているというような状況になります。

29ページ目に移りますと、高齢者のために必要な活動といたしまして、前問と同じですが、高齢者の見守りや声掛けというところが必要な活動としての認識が高いようでございます。その下の通いの場等については、3割程度の方が通いの場が町会内にあるということです。通いの場の協力者ですが、5割の方が民児協の方がお手伝いをいただいていると。また、それ以外の一般の住民という言い方が適切か分かりませんが、こういう住民の方が6割お手伝いいただいているというような状況になっております。

次のページ30ページの上段になりますが、こういう通いの場を実際行ってみてどういう事が良いかという部分では、笑顔が見られるとか、やはり通いの場で人と人が触れ合っ繋がりができるという所が宜しいというお答えをいただいております。

31ページ下段になりますが、実際町会等で感じる地域課題といたしましては、防災なり、ひとり暮らしなり、そういうものに対するご意見をいただいているというような状況でございます。

次に32ページ目からは、在宅介護。実際に認定を持って在宅でいらっしゃる方の調査をやってみたところ、33ページになりますが、不安を感じる事はどんな事があるのかという部分では、夜間の排せつ、または外出の付添いや認知症への対応というものに不安を感じているということを伺っております。

34ページで見ますと、同等ですが夜間の排せつや、違う角度からの切り口で見ても、夜間の排せつや認知症への対応が大変重要だというように言われております。

続きまして36ページになりますが、在宅生活を続けていく中で、家族の方々が仕事をしながら介護と両立をしていくために、どんな事が必要かという部分では、前段と同じように、夜間の排せつや認知症。こういうものの対応が就労の継続に必要なと言われており

ます。

続きまして39ページに移ります。保険外の支援・サービス。こういうものをどのように考えるか在宅生活を継続するためにどのように見るかという部分では、生活援助の部分。多岐にわたってご意見をいただいております、特に配食、調理、掃除、洗濯、買い物、ゴミ出し、外出同行、見守り、声掛けと様々な生活援助の必要性が言われております。

続きまして42ページに飛ばしていただきまして、そういう方々の実際の医療との関係ですが、訪問診療等を利用している有無について聞いておりますが、13%の方々が訪問診療を利用して、下段の表の要介護別に見てみますと、介護度が上がれば上がる程利用している割合が高いというような状況になっております。

43ページ、サービスの未利用。実際に認定を受けているがサービスを利用していない方々のご意見としましては、現状ではサービスを利用するほどの状況ではない。本人のサービスの利用希望が無い。など特にサービス利用の希望の無い方では、要介護の方が48%でご本人の希望する形のサービスが現状では無いというご意見をいただいております。

6本の調査をかいつまんでご説明させていただきましたので、よろしく願いいたします。

会長

はい、ありがとうございました。では本議題でご質問、ご意見をご自由にいただければと思いますが、如何でしょうか。

委員

この介護事業所従事者の問題なのですが、今新松戸に海外の若い人が沢山いるのですが、この中に海外の人で働いているとか、そういった人は入っているのでしょうか？

事務局

海外国籍の情報については聞いていないという風に思います。

委員

新松戸だけか分かりませんが、日本語学校が有りまして。そういう所に働きかけると。うちの隣のコンビニも多分インドネシアの子だと思っておりますが、しっかり働いています。日本の高校生よりよっぽどしっかりしていて、もしそういう事が上手くできればそういう所に繋がるのではないかと聞いていたのですが。

事務局

制度的には、EPAとか技能・実習制度などがありますので、市内の認知症の所などでお手伝いをしている所は聞いております。

委員

給与の所なのですが、年収が 300 万から 400 万の間になっているのですが、それは今補てんされている処遇改善交付金も含めての金額なのでしょうか。

事務局

明確に控除した額だとか手取りの額だとか、そういう聞き方ではなくて、ざっくり聞かせていただいておりますので、概ね基本的には算入させていただいております。

委員

分かりました。

委員

介護人材不足というところで、いつも取り上げられている課題かと思うのですが、色々な問題があると思うのです。この調査の内容を見させていただいて、本当にこの通りだということ実感しているところでもあるのですが、それプラスアルファで、松戸市内に特養をはじめ、色々な介護事業所を整備する際に、同地区に固まって出来ているケースが非常に多いのです。例えば特養で言いますと、東部地区が今非常に特養の整備が多くなっております。職員からすると、どこの事業所で働いてもそんなに大きな差は無いのです。給料の面もそんなに大きな差は有りませんし、確かに離職する理由の中に、法人の理念や、事業所等の考え方や色々な理由はあるかと思いますが、それはひとつの理由でしかないと思います。新しく特養なり施設が出来た時に、目の前に出来たら何名かの職員は必ずと言っていい程そちらに移ります。それはやはり経験者として採用していただく事で、給料が高くなるというところ。そして新人の職員さんたちが入ってくるその職場については、自分が先輩として色々動くことができるという所もあるのです。見方考え方色々あると思うのですが、近くに施設があまりに多すぎるというところは、我々管理者としての立場から言わせていただくと、これは非常に大きな問題なのです。近くに出来ると、またこれで職員何人持っていかれてしまうのかなというのが、私たちの中でいつも出て来るのです。松戸市の施設整備は県との計画の中で進んでいる事かと思うのですが、地区の見直しという事を今後考えていただいて、既存の施設が人材不足にならないように、そういう所からもご配慮いただくべき事かというように思いますので。今後施設整備、認可される時に、こういう意見もあるという事を頭に置いていただけたら助かるというように思います。よろしく願いいたします。

会長

はい。この議論はまた後ほどの議題で少しやりたいと思います。

委員

今回は、只今ご説明がありましたように、6種類の調査をやっています。計画作りのために、これだけの調査を行っている自治体は大変少ないと思います。特に今回はケアマネさんへの調査。或いは在宅介護実態調査ということで、大変興味ある調査結果が出ていて、職員のレベルアップや施策に繋がるので高く評価したいと思っております。但し、従事者調査については回答率が3割なのです。大変残念で、ある意味勿体無いと思うのです。年齢構成を見ますと、どうも若手20代の回答率が低い少ない。実際に働いている職員数からすると、回答率が低いので、その辺は多分設問の表現などに工夫がもう少しあっても、要するに優しい言葉でもって質問を作っても良いのではないかと考えております。細かい分析はこの後も続けていって欲しいと思うのですが、是非各設問について、正規職員と、非正規職員。この両方は先ほどのご説明のとおり、ほぼ半数ずつ仕事をしておりますので、分けて集計していただきたいと思っております。前回の計画策定の時の詳細分析の結果を見ましても、この正規と非正規の就労への考え方というのは、大変異なっております。正規職員の希望は、処遇の良い事業所や或いはレベルアップということで、後ほど説明があると思っておりますが、資料6にございます人材確保施策に繋がっていくことで良いと思っておりますが、一方非正規職員。これはほとんどヘルパーが主だと思っておりますが、アンケート結果を見ますと、6割が103万円。或いは130万円の枠の中で仕事をしている。賃金のアップよりも、通勤の便、或いは都合の良い時間に働ける事を希望している。この辺は、意識として正規職員とかなり違うのではないかと。一方経営者に対する調査でも先ほどお話がありましたように、人材確保が大変急務だと。そういう点からするともう少し正規職員、非正規職員の分析をしていただいて、特に非正規職員、ヘルパー対応をどうしたら良いのか、もう少し考えていかなければならないのではないかと。要するに資料の6で示されている人材確保対策では間に合わないのではないかと考えておりますので、ご検討をお願いしたいと思います。以上です。

会長

クロス集計をかけてほしいという意味で宜しいでしょうか。

事務局

只今のご意見を踏まえながら、更に集計なり分析を進めていきたいというように思っております。次回今月の30日に間に合うかどうかは別にして進めていきたいというように思います。

会長

では次回のこの会議で少しクロスをかけて出していただければと思います。

委員

アンケートの16ページです。介護支援専門員の調査の中で、ケアプラン作成にかかる困りごとの中に、認定結果の判明が遅いというところで、かなり半数近くのケアマネジャーからの意見という事ではありますが、今年度に入って、担当ケアマネジャーが利用者の認定調査をするという事に関しまして、市の方での対応というところで動き出しているところと思うのですが、現状として実際に認定申請してから、利用者への調査日の連絡等がかなり遅くなっているというのが、声として聞かれております。また、主治医の意見書が出てこないという所で審査会が開けないというような状況がかなり見られておまして、例えば暫定利用ができるからということであるのですが、実際暫定になった場合の手間というのはかなりケアマネジャー大きいのです。また暫定利用期間中というのは、介護認定確定しておりませんので、その間についてはケアマネジャーも事業所の方も報酬が入って来ないというような状況になってしまいます。実際私の方が担当していた時に、6か月間主治医意見書が出てこなかったというような事もありました。その間ずっと暫定で進んでいて、実際に区分支給限度額ギリギリまで使っている方などは、やはり介護度が下がってしまった場合には自費が出てしまうという。そういうことがありますので、主治医の意見書に関しては、スピーディに書いていただくというような働きかけという所をしていただきたいというように思いますし、新規申請で緊急的に暫定利用が必要なケースというのは仕方ない部分もあるかと思うのですが、更新申請という形で通常でしっかりと申請や調査をしている中で、認定が中々降りてこないということで暫定が発生するというのは、極力減らしていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

会長

今の件、介護保険課。お願いします。

事務局

認定が遅いということで、非常にご迷惑をお掛けしまして申し訳ございません。市の方でも十分認識しておまして、色々な経過はあるのですが、ひとつずつ遅れる要因を通じて、一日も早く認定結果が出るように努力している所でございます。また、主治医の意見書が遅いというご意見でございますが、去年から認定申請する際に問診票を付けて主治医の方に書いていただいて、それを早く回収するという所で、一日も早く結果が出るよう努力している所でございます。主治医の意見書につきましても、その原因が先生が書くのが遅いというのも有りますでしょうし、必要な診察に申請の方が来ないので書けないという状況もございますので、そういう事が無いように、申請する際に注意を促したりして、一日も早く申請結果が出るように努力している所でございます。また主治医の意見書の回収につきましても、返って来るのを待っているのではなくて、大きい病院については、こちらから地域に訪問した際に病院に立ち寄って回収するなどという努力をしておりますので、

今後さらに早く認定判定結果が出るよう、ご迷惑を掛けないように努力して参りたいと思っております。

会長

では、アンケートの件で気付いたら、また同じように言っていただいて次に進みたいと思います。3番地域マネジメントの推進に向けた給付分析をお願いします。

事務局

資料3に基づいてご説明いたします。今般の介護保険法改正に基づきまして、地域マネジメントと言っておりますが、PDCA サイクルを通じた保険者機能の強化を求められておりまして、介護保険運営協議会において給付分析を行って、その結果を踏まえて計画の評価や作成を行うとされております。これを踏まえまして介護保険運営協議会において取りまとめられた資料をご説明申し上げたいと思います。前回、中間報告という形で説明させていただきましたが、今般、最終的に取りまとめられましたので、これをご報告いたします。具体的な内容は、以下の目次の2, 3, 4で、施設・住居系や重度者向け在宅サービスの関係、デイサービスの関係、人材の関係で分析を行っております。

1 ページでございます。今回の法改正の内容でございます。赤で囲いました所でございますが、データを分析した上で計画作成を行うことなどを通じて、保険者機能、つまり、市町村の機能の強化を目指していく、こういう事が盛り込まれております。

2 ページは前回ご説明いたしましたので飛ばさせていただきます。3 ページをご覧ください。これは今、国の方で市町村の評価を行うということで検討されておりますが、その評価指標の案が昨年度出ておりますが、こちらでございます。こちらの中で地域マネジメントに向けた体制構築を推進する観点から、給付分析をキチンと行うべきと言われておりまして、これに基づいて、給付分析を行いました。

4 ページでございます。施設・住居系、重度者向け住宅サービスの給付分析のまとめという事でまとめております。一番左が特養でございます。特養につきましては、待機者が多くなっておりますが、これは後ほどご説明しますが、各種調査から、緊急度が高いというのは、2割から3割程度、250人程度ではないかと想定されます。また、待機者の右側に書いておりますが、実際は待機者のうちの230人くらいが老健施設にお入りになっていて、また140人くらいはグループホーム・有料や別の施設に入っているということで、こういう関係も良く見なければいけないと思っております。特養の整備については、既に今期計画期間の中で決定された中で、来年の3月、つまり、今年度の最後に100床、それから、来年度(31年)の3月に200床の整備が既に決定しております。またこれは4月の段階でしたので、整備直後だったという事もございますが、空床が一定程度あるということで、特養につきましては、見かけの待機者数は多いのですが、実質人数はそこまでは無いだろうと考えられます。こうした状況をよく見た上で、整備を検討すべきと考えております。

また、すぐ右の老健施設につきましては、空床が相当程度ございます。一方で市外の利用も結構ある。こうした一方で既に今年度末の 100 床の整備が決定している状態です。このため、老健施設については供給が多くなっているのではないかとこの状態でございます。またその右の介護療養ですが、こちらについては市外の利用が 5 割弱という事でございまして、これも供給が多くなっているのではないかと考えられます。また、グループホームにつきましては、待機者と空床は大体同じくらいということで、需給はほぼ均衡していると考えられますので、今後の高齢者増を踏まえた対応を検討する必要があるかと思っております。また、その横の特定施設入居者生活介護と、その右の軽費・住宅型有料老人ホーム、さらに、その右のサ高住については、これは高齢者住宅と言われるものですが、これらは空床が多く、市外の利用も多いということで、やはり供給が多くなっているのではないかと考えられます。なおサ高住の下に書きましたが、これは民間の事業者の方で整備されるものですが、今のままで行くと、2020 年度までに、大体約 50%増加するのではないかとこの見込みが出てございます。

いちばん右の重度者向け在宅サービスということで、ここをもっと伸ばして行く必要があるのですが、この 2 年間で約 2 倍と大幅に伸びてございます。また、今回の計画では、医療計画との整合性が求められますが、在宅医療の需要が非常に増加してまいります。これに対応する中で、重度者向け在宅サービスの整備が必要だろうというように考えてございます。

めくっていただいて、ちょっと論点があるのが特養の所で、ここをご説明したいと思っております。5 ページでございます。特養待機者の分析ということで、これも前回お示しをしておりますが、特養に入られている方でも、要介護度や世帯の状況がかなり異なっております。右の表を見ていただきますと、この時点で、全体で 925 人いらっしゃいますが、みどりで困った所、居宅で要介護 4・5 の方ですと、大体 200 人弱となります。さらにそこから独居、高齢者のみ世帯の方だけを抜き出すと 120 人くらいということになりまして、待機者の中でも、ニーズは色々と異なっているのではないかと想定されます。

6 ページをご覧ください。特養の入所に当たっては、緊急度基準というものがございまして、これに則って、基本、点数の高い方から入所していくという仕組みになってございます。現行の松戸市の緊急度基準は若干課題がございまして、特養側からは、点数の高い方から声をかけているのだが、結構断られることが多いといったご意見がございまして、適切にニーズを把握できていない可能性があるように考えてございます。ですので、緊急度基準について少し改正イメージを作った上で、実際にモデル的に点数を出してみても、実際にどれくらいの方がニーズが高いと考えられるのかを、介護保険運営協議会の方で議論していただきました。今の基準の課題としては、1 つは、厚労省の通知では、在宅サービスの利用状況がある程度見て欲しいと言われますが、現状では入っておりませんので、ここを少し入れてみる。次は入所希望時期とありますが、先ほどのアンケート調査で出ていましたが、「今は入所しなくても良いです」という方が結構いらっしゃるということなので、

この部分を少し反映する形にしたいと思っております。実際、オレンジの箱の所で、少し細かいのですが、実際どういう方が緊急度が高いかという点について、標準的なモデルをザックリと作っています。具体的には、特養は原則要介護3以上という点も勘案して、要介護4の方で、認知症自立度がⅡbで、家族と同居されているが、十分な介護は難しい、自宅に住まわれている、要介護4の区分支給限度額の8割程度の在宅サービスを使っている、今すぐ入所を希望される方。大体これが70点くらいになるのですが、これくらいの方がどれくらいいるのかを推計しております。

めくっていただきまして、7ページと8ページは改正イメージを作ったものです。これはご参考までにとということで、9ページをご覧ください。これが今申し上げた改正イメージを作ったうえで、実際どうだったかという事でございます。実際先ほどのアンケートと似通っておりますが、直近の入所希望で聞きますと、約40%（青い部分）は、今すぐの入所を希望しております。しかしながら、約35%（紫の部分）は、当面入所しなくても良いというご回答であり、また、約13%（薄い水色の部分）はこの施設への申込みを取り下げたという事として、すぐに入所しなくても良いという回答の方は結構いらっしゃるという結果となりました。特養側からのご意見とも一致していたのだろうという事でございます。

10ページをご覧ください。今度はどういう所に住んでいらっしゃるって、どれだけサービスを使っているかというデータですが、左の円グラフ（介護サービスの利用状況）を見ていただきますと、赤い所が在宅で、全体の半分くらいです。青が介護施設で40%強、緑の所は全く使っていないというのが10%くらいいらっしゃいます。自宅の方について、実際どのくらい、サービスを使っているのかを見たのが右のグラフでございます。大体要介護4の8割程度というラインを引くと、赤いグラフの所ですが、これが4割程度。薄いオレンジの部分は6割程度ですが、これは、そのライン以下ということでございます。左に行けば行くほど、サービスを使っていないのですが、あまり使っていない方も相当いらっしゃるということで、実際のニーズは、相当、差異があるだろうと思われまます。

めくっていただいて、11ページでございます。これが今申し上げた一連の過程を経て、点数付けを行った上で、70点というラインで引いた場合の推計結果のまとめです。今回の推計の母数は800人くらいいらっしゃいますが、そのうち251人が緊急度が高いだろうと考えられます。比率で言うと31%くらいということになりまして、ほぼ全数に近い調査・分析をしておりますが、これで大体3割程度が緊急度が高いのではないかと推計されたところでもあります。この結果を踏まえて、整備等を考えていくということであろうと思っております。

続いて、12ページから変わります。重度者向けの在宅サービスの整備の必要性ということで、今回のアンケート調査として、以前報告させていただいたのですが、一般高齢者の方に「あなたは介護が必要になった時、どのような介護を望みますか？」と聞くと、家族介護と介護サービスの組み合わせは、それぞれバリエーションがございますが、65%、

約3分の2が自宅での介護を希望されております。また、高齢者住宅を含めると4分の3は在宅介護を希望されていらっしゃるという結果となります。一方で、施設・医療機関での介護の希望というのは約15%でございます。やはり、住み慣れた地域・在宅で生活できるサービスを整備していく必要性が高いのではないかと考えております。なお、自宅を希望される中では、家族介護に依存せずに生活できるサービスを希望する意見も多いので、重度者にも対応できる機能の高い在宅サービスの充実が求められていると考えております。

13ページは、今回の計画の中では、医療・介護連携ということで、県で作る地域医療構想との連携も考えなければならないと言われております。この構想は、2次医療圏という、ちょっと広い範囲で必要量を決めておりますが、これから松戸の状態を推計すると、下の表になりまして、2013年から2025年までの12年間で、入院患者は41.5%増と、これも結構多いのですが、在宅医療の方はより充実が必要な状態になっておりまして、75.1%増ということで、2倍弱の伸びをしていくという推計になっておりまして、こういうことから、医療・介護連携の強化や、受け止める在宅介護サービスの充実が必要だろうと考えております。

14ページでございます。今申し上げた、重度になっても住み慣れた地域で暮らし続けられる環境整備を図るとともに、地域医療構想で定められたように、在宅医療の需要の伸びが大きくなっており、この需要増に対応していくために、重度者にも対応できる在宅サービスの充実を図っていく必要があるだろうと考えております。こういった点で、小規模多機能サービス、定期巡回・随時対応サービスの充実が必要だろうと考えております。14ページは小規模多機能サービスのイメージ図でございます。このサービスの特徴は、住み慣れた身近な地域で、なじみの職員が「通い」「泊まり」「訪問介護」を柔軟に組み合わせることができる、そして、看護多機能の場合はこれらのサービスに加えて「訪問看護」も含めて柔軟に組み合わせられることになり、重度の方の状態変化等に対応した柔軟なサービスが実施できます。家族介護については、先ほどアンケートの話がありましたが、小規模多機能サービスは家族介護支援にもつながります。また、小規模な事業所によるサービスであり、身近な地域での馴染みの職員によるサービスなので、認知症の方の場合は環境の変化に非常に弱いという特性がございますが、そういう方に対応できる支援として有効だろうと考えられます。なお、重度の方は医療ニーズが高くなりますので、看護多機能の対応能力がより高いと考えられます。

15ページでございます。こちらは定期巡回・随時対応サービスということで、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護の両方を提供し、定期巡回型訪問と随時対応を行うサービスです。重度になりますと、定期的な訪問が必要ですし、また、夜間対応など随時対応によって24時間の安心を提供することが大切になります。さらに、医療ニーズが高くなりますので、看護も必要になりますが、これらの点をあわせて提供する定期巡回・随時対応サービスの整備が必要だろうと考えております。

16ページは、現行の計画で、かなり重度者向け在宅サービスの整備を盛り込んでいたのですが、これを着実に実施する中で、事業所数が2年で1.5倍、登録者数は2倍ということで、もっと増やす必要はあるのですが、ニーズが大きく、これまでのサービス量の伸びも大きいというように考えてございます。

17ページをご覧ください。今までのまとめをしますと、老健施設、介護療養、特定施設入居者生活介護、軽費老人ホーム・住宅型有料、サービス付き高齢者向け住宅。これらは空床が相当程度あるとともに、市外利用率が高く、現時点では供給が需要を上回っているのではないかと考えられます。なお、サービス付き高齢者向け住宅は、将来的にもっと伸びて行くものと考えられます。こういう状況も踏まえて、サービス整備を考える必要があるかと考えています。また、次はグループホームですが、これは空床・待機者等もゼロに近く需給が均衡しているので、今後の高齢者数の伸びを考えていく必要があるだろうと考えています。3番目の特養については、待機者が925人ございますが、待機者のうち、老健施設やグループホームなど他の施設に入っていらっしゃる方が相当いらっしゃる。また、少しザックリとした推計でございますが、今回の推計結果では、緊急度の高い方は約250人と、3割程度と推計されました。特養の入所判定や整備に当たっては、他の施設の需要にあたる影響や緊急度の高さを加味して整備の検討を行う必要があるだろうと考えています。いちばん下ですが、在宅生活の継続を希望する高齢者が多く、また、今後、在宅医療の需要が大幅に増加していく中で、看護多機能、小規模多機能、定期巡回・随時対応サービスといった重度者向け在宅サービスのニーズが増大するとともに、供給量も増大しているので、こういう点もキチンと考えていく必要があるだろうと考えております。これらの点を踏まえて、サービス整備の在り方を考えていく必要があるだろうと考えてございます。

18ページから毛色が変わりまして、居宅サービスやデイサービスの分析もしていただきました。これは居宅サービス全体の表ですが、居宅サービスの中で額が大きいのは、ホームヘルプとデイサービスです。みどりで囲んだ訪問介護の方は、マイナス1.6%ということで、26年度から28年度にかけて減少傾向にあります。一方で、いちばん額が大きいデイの方は5%の伸びということで、やはりこのデイの部分はどう考えるかというのは、ひとつ大事だろうというように考えてございます。

19ページをご覧ください。デイサービスについては、昨年度から小規模のものは地域密着型サービスに移行しましたが、広域型、地域密着型とも、左上の表を見ていただきますと、利用率が6割程度ということでございます。休止の事業所も結構ございまして、あわせて9事業所くらいありますので、これらの点から、現時点では供給が需要を上回っていると考えられます。利用率の状況は、事業所ごとに差異がございまして、右のグラフを見ていただきますと、利用率が高い所、高くない所ございますが、あわせて左下の表を見ていただくと、機能訓練、口腔ケア、栄養改善、こういったものに関する事業所の取組体制もそれぞれ違うので、各事業所における介護予防・重度化防止に向けた取組みの推進も

重要だろうと考えてございます。

20ページでございます。これはデイサービスをどう整備していくかということに関して、法改正が行われましたが、その内容を書いております。この中のオレンジの箱の②とありますが、小規模多機能などをさらに普及させる観点から、地域密着デイがある程度供給量がオーバーしているだろうという場合は、地域密着デイを指定拒否できるという条文が盛り込まれました。30年4月の施行でございます。青い箱の②の所では、広域型デイの指定は県指定なのですが、これについて市町村が県に協議を求められるという規定もでございます。デイサービスの利用率自体は非常に低くなっており、供給が多い状態ですが、こういう状況を踏まえるとともに、小規模多機能サービス等を整備していく必要は高いと思っているわけでして、こういう状況を踏まえて、デイの整備等を考えることが課題となっているということでございます。

最後に人材の関係でございます。先ほどからお話が結構出ておりますが、人材確保は非常に重要な問題になってございます。あわせて従来は県の方でやるという面が強かったのですが、国の方でも、市の方である程度取り組んでほしいという形になってきておりまして、人材の推計とか見込みを持つことが必要となっている所でございます。

21ページはザックリですが、今回の聞き取り調査等に基づいて粗く推計しましたところ、市内の介護従事者数はだいたい約1万人と推計されます。松戸市での就業者数は12万人程度とのことなので、1割弱くらいは介護業界で働いているということになります。先ほどのアンケートにも出ておりましたが、常勤、非常勤はほぼ同数。半々ということでございます。

22ページは、介護従事者というのは医師など全部入っておりますし、また、調理員なども入っておりますので、もう少し直接介護される介護職員の方や、看護師・准看護師だけを取り出したのが22ページでございます。これは粗い推計をしておりますが、これで見ますとだいたい介護職員の方、いわゆるヘルパーさんと言われる方が6千人くらい、看護師さんが700人、准看護師が400人ということで、これくらいのスケールではないかと推計してございます。サービスニーズが高まりますと、これらの職種の人材不足も多くなるので、人材の確保を図っていかなければならないということでございます。

最後に23ページは、あとで人材のことは触れますが、今行っている人材対策ということで、参加の支援や労働時間の短縮、働く見返り強化ということで、こういったものを展開しているというものです。以上でございます。

会長

では、質問なり、ご意見を。いかがでしょう。先ほどのアンケートも踏まえて如何でしょうか。

委員

8ページ。特養入所申込者緊急度基準の改正イメージ案というところで、ご説明をいただきましたが、在宅サービス等の利用状況が今度点数に加算されるという事ですよ？先ほどのご説明の中では、厚労省もそういう方向性でということもお話をいただいたかと思えます。ただ、実際うちの施設の状況等を見ますと、本来介護サービスが必要な人に適正にそれだけのサービス量を使う事が出来ないという現状もあります。その理由は家族による経済虐待があるのです。実際にご本人の年金がたくさんあっても、ご家族がそれを使ってしまって、本人に必要な介護サービスを使わせないという状況が非常に多くなっております。その辺はどのように考えていくようにしたらよろしいのか、お聞きしたいと思います。

事務局

大前提から申し上げますと、厚労省も言っておりますが、この基準というのは、市役所側担当と事業者、松戸市で言えば、特連協と介護保険課で話し合っただけで決めるということなので、今後、今回のイメージ案も踏まえながら、具体的に話し合っただけで決まるといっていただくこととなります。また、一般的に申し上げれば、入所判定に当たっては、虐待とかそういうことであれば、こういう点数とは関係なく、優先的に考えていくという形になっていくと思います。要は、点数とは別に、緊急的な事態が生じた時は、優先的に入所判定を行えるというようなことであつたと思うので、そういう形で対応していくように思います。

委員

一般的に、例えば経済的虐待というのも色んな捉え方があると思うのです。うちの利用者さんのケースをちょっとお話するのもどうかと思うのですが、ご本人収入がたくさんある方がいらっしゃるのです。不動産収入とかがあって、本来であれば、その人にとってこれだけのサービス量が必要だということで、ご家族に提示するのですが、ご本人が不動産等の収入がたくさんあるので、2割負担なのです。2割負担になってしまうと、これだけのお金を必要なサービスに使わなければいけないのですが、ご家族はこれだけのお金をこの人にこんなお金は使いたくないということなのです。今のご説明の中の、お金が無くなってしまったというものではないのです。ちょっと違うのです。多分表には出てこないです。その細かい内容はケアマネジャーの方が良く分かっていると思うのです。本来であればこれだけこういう介護状態だからこれだけのサービスを入れた方が適切ではないかということで、ケアマネジメントしていると思うのですが、色んなご家族がいらっしゃいます。自分の生活を維持することが中々出来ないご家族もいらっしゃるのです。親の年金をあてにしているご家族が非常に多い現状もありますので、この点数は本当に我々協議会と市の方と一緒に色々お話をさせていただきながら、松戸市としてどういう風にこれを点数

化していくか、しっかりとした話し合いの場を設けていただきたいという風に思っております。よろしくお願いいたします。

事務局

おっしゃっていただいたとおり、緊急度基準の具体的見直し内容については、よく話し合いをさせていただきたいと思っております。今おっしゃっていただいたのは、多分、本当はもっと利用すべきなのだが、利用率が低くなって点数が低くなることのあるのではないかとということです。例えば、1つの事由だけで、点数配分することが適当であるかどうかということがありますので、そういう目に見えない事由は特別の事由という加点項目もあるので、この加点項目の中で反映していくということが考えられるのだと思うのですが、現場でどういう風にやっていくかをよく話し合いをさせていただかないといけないので、ひとつ、今回のイメージ案を目安に持ちながら、話し合いをさせていただきたいという風に思っております。

委員

今回事前に資料をお送りいただきましたので、ちょっとその旧基準と新基準というところで、シュミレーションをしてみたのです。その中で例えばなのですが、要介護5の方で認知症が3レベルで、男性で年金がそれなりに有るので2割負担で、家族が常時介護してくれる人がいたり、というようなところを想定して、この方が、例えばデイサービスに週4回、ショートステイを月に14日くらい使っていて、福祉用具でベッドとか色々使っているという想定した場合に、合計単位数がだいたい2万7千円前後くらいだったと。こうなった場合に現行の基準で52点だったのですが、新基準にあてはめると74点になったのです。また違う例として、要介護3の方で、認知症が4レベル。徘徊があったりする方で、低所得で1割負担の方。未婚の子どもと同居で日中独居になってしまうというような方だった場合に、日中独りにしておけないのでデイサービスに週5日と。そこまでそんなにショートステイを使えないので月7日くらいが限度であろうというような形の方を想定した時に合計単位数がだいたい2万1千円単位前後だったのです。この方と言うのは、現行基準では65点になったところが、新基準になると71点というようになったと。先ほど要介護5の方と52点、65点だった所が、74点と71点という事で逆転するような形になったのです。この新基準を見た時に私が感じたのは、認知症に対する評価というのが低いのではないかと率直に感じました。その中で要介護度の配点が22点。認知症高齢者の日常生活自立度が8点ということで、例えば自立度が4、5の方と、3a3bの方が2点しか差が無い。3a3bの方と2bの方が2点しか差が無いというようなところが、認知症が4・5レベルとかで在宅で生活していくというのは、かなり負担が大きいところだと思います。その中で先ほどのアンケートの中でも、特養の申込みで点数が高くて順位が上の方に声を掛けたが、実際にはまだ在宅でやれるからいいです。と断る方が多いというのは、やはり点数が

高い方と、入所ニーズという所が一致していないという所があるのではないかというように感じております。実際在宅生活で在宅介護をおくられている方で、大変なのは、身体は元気で認知症が進行している方。動き回ったり色々な事をしてしまう方というところが、大きいのですが、別冊資料の方を読んだ時に、認知症の自立度という所が要介護認定の中に組み込まれているので、というような表現があったのですが、実際に要介護認定の今の判定のシステムの中で、例えばここも一次判定という所で、身体が元気な方であれば、身体的な部分については出来るみたいな感じになっていると。ただその中で認知症の所で酷い物忘れがあったり、昼夜逆転があるなど、そういうところをいっぱい付けたとしても一次判定で出て来るのは要介護2とかになってしまうのです。その中でその方が要介護3とか4に上がっていくとなると、例えば大声を出すとか、物や衣類を壊すとか、独り言や独り笑いなどかなり精神症状が進んでいるとか、そういったところのチェック項目に付かないと要介護3とか4まで上がってこないところがありまして、確かにその為の2次判定の審査会があったり、例えば入所申込に関してもそういった施設側の配分というところがあると思うのですが、実態にあわせた形で点数化して行くためには、あまり特例の部分というところに入れていくというところがスタンダードになるのではなくて、実態に合った状態が点数としてちゃんと上に来るようなデジタル的なものもやっていかないと、結局今まで通り施設の入所基準というところでの配点が曖昧だということになってしまうと思うのです。そういった意味でも、認知症というところに関しての加点はもう少しあっても良いのではないかというように思っております。また、所得がそれなりにある方で2割負担になる方というのは、例えばユニット型特養であれば、有料老人ホーム並みの費用になってくるので、正直特養を選ぶ必要が無いわけなのです選択肢の中で。そうなってくると低所得の方というのが特養に入りたい。その中でももっと低い方については、ユニットも無理なので、そういった部分では入所基準の中で、先ほど〇〇委員の方からも経済的虐待というお話がありましたが、実際に金銭的な面で使いたくても使えないという方は沢山いらっしゃいますので、そういった方が反映されてこないようになってしまうのかという所の懸念はこれを見て思ったところです。

委員

〇〇委員の今のお話とほとんど重なってしまうのですが2点ほど。要介護2または1の方も申し込むことは出来ると言いますが4点ということで非常に低いと。要介護2という認定そのものは妥当かどうかという部分もあります。認知症だがひとり暮らしだと中々ご家族が困っている事を訴えないために要介護度に反映しない。ただ周辺地域とかが非常に困っているという事もありまして、認知症と生活していくうえでの能力というのが、必ずしもこの介護度に反映しない。また社会的な背景等で要介護2だけど、経済的な余裕もなく特養しか行くところは無いだろうという方が、この点数配分でいくと非常に不利になってしまうというような感じを受けました。また、昔も特養の入所申込はあったと思うので

す。直近のサービス利用でどのくらいのサービスを使っているか、沢山使っているほど緊急度が高いという評価が昔はあったと思います。その理屈も分かるのですが、中には経済的な余裕が無いがために、サービス利用が必要だと分かっているにもかかわらず出せないという。それでサービス利用を控えざるを得ないお宅も有りますので、使っていないイコール緊急度が低いという事ではない。そのような点数に反映しない部分を、この7の加点項目という10点の所に十分に反映できるようにしていただきたいと思います。昔はもう少し加点の所が30点くらいあったような記憶をしていますが。個々の状況を勘案するということで私どももご相談いただいた時は申込書を直接相談員さんに持って、個別の事情を良く説明して訴えてくださいと。点数が低いからと言って一概に入れない訳ではないですというような助言をしてきたと思います。個別の事情が反映できるような仕組みを作っていたいただきたいと思った次第です。

会長

この案件で他にご意見ございますか？無ければ事務局どうぞ。

事務局

いずれにしても、申し上げましたとおり、今回お示ししたのは1つの改正イメージで、現行の基準はかなりザックリとしているので、これでは見えない部分が多いので、その部分をどうするかという事で検討しております。全体に項目を増やして入所申込時期などを入れているので、全体100点の枠の中なので何となく全体の個々の点数は少なくなってしまうのですが、それは様々な要素をよく見ているという事でご理解いただきたいと思います。また、どういう配点をするかは、事業者団体と私ども介護保険課で話し合っただけで決めていただくことになっているので、そういう中で、どういう内容が適切かは考えますが、経済的な面を考慮すべきというご意見はかなりあるので、その内容をどう組み込めるのか。なるべく合理的に組み込んだ方が良いので、どのような場合に加点を行うようにするのかということなどを合理的に設定していくのだと思うのですが、それも含めてよく特連協さんと相談させていただきたいと思っております。あと、認知症高齢者の日常生活自立度に関しては、評価が低いのではないかとのご見解もあるのですが、認定ロジック上、かなり認知症の場合は高くするようなロジックになってはいるので、ある程度、要介護度の部分で反映できているのではないかとこの風を考えております。個々のケースを見て、どこが正しいかどうかを判断していくのは難しいので、一定の基準を置いて改正内容を考えざるを得ないのですが、要介護認定の中にもかなり認知症のロジックが入っていて、認知症の場合に要介護度が上がるということがあるので、それも含めた上で、元々持っていた点数とかをスライドさせて、全体の配分を行ったという事でございます。どういう配点の持ち方、配分の仕方が良いかは特連協さんとお話をさせていただく中で、今日のご意見を踏まえながら、合理的だと思える改正内容を検討していきたいと思っております。

会長

これは引き続き報告していただくという事でよろしいですか？ではその経過をまたという事でよろしいですね。他にございますか。

委員

13ページ、地域医療連携構想が出されているのですが、ここの小規模多機能サービスとあわせての話なのですが、医療の事がメインに書かれているのですが、要介護、医療処置の必要な方という方が何も書かれていなくて、医療処置のとても必要な方は今すごく増えてきているのです。大人から子どもまで在宅で生活している人たちが沢山いると思うのですが、その部分を今の小規模多機能や看護多機能などで、医療処置に対応を深くやってもらえる所が有るのかと。そういうところを教えていただきたいです。

事務局

わりと要介護の重い方を見ていらっしゃる所も有りますし、かなりやっていたい所もあると思います。そこは事業者で差はあるのですが、例えば看護多機能であれば訪問看護も入っておりますので、そういう意味では、相当程度医療的な事をやっていたい場合もあります。全国的に申し上げますと、看取りみたいなことも行っていたり、加算が付いたりなどもございますので、そういう所もあると思います。

委員

私の言っている医療的な処置というのは、胃瘻とか、その辺は色々な所でやっていると思うのですが、いちばん困っているのは人工呼吸器を付けているとか、気管切開をしている人というのは、特養にも入れないし、どこにも行けなくて皆すごく困っている部分が、特養さんも勿論中々受け付ける事も出来なくてという所が訪問看護でも中々受けとってもらえなくて困っているのです。今「療養デイ」というのは松戸市に1か所だけあるのですが、そこに通うとしても、通うのがすごく遠くて1日の利用数も9名くらいというように決まっているので、例えば小規模多機能とかの中に、療養デイみたいな機能が付いた小規模多機能特別な枠みたいなものが出来るといいなあというように、医療ニーズが高い人たちの為の小規模多機能というのが出来たら使いやすいのではというように思っております。また小規模多機能にそういったニーズの高い人たちを、もし今後考えていただけるのであれば、訪問介護などの連携や色々な問題点は沢山あるのですが、小規模多機能全部まとめて同じ事業所なのですが、その中の事業所さんだけでは絶対解決出来ない問題も沢山出て来ると思うので、その辺を松戸市独自の何かやり方で、松戸市の中で医療処置の必要な人たちを、子どもから大人まで障害なども含めてなのですが、そういうものを考えていただけたら。今の共生社会というのを作っていくという中では、いちばん必要な重点項目では

ないかというように思っているのです。例えば地域密着型の特養があるという。小さい特養という所も医療ニーズの高い人が入れる特養みたいなものが、松戸市にできたら更に松戸市のイメージもアップするのではないかと思いますし、地域の人たちはすごく助かるのではないかというのが、今看護師として感じているところです。

会長

先に計画の方をやってしまっていて良いですか？その後でまた議論したいと思います。

事務局

いきいき安心プランⅥのフレームについてご説明させていただきます。資料4をご覧ください。A4一枚の資料です。本市におきましては平成29年度からの松戸市総合計画の第6次実施計画というのに先立ちまして、平成27年10月に松戸市総合戦略というものを策定しております。4つの基本目標があるのですが、私たち高齢者分野の目標といたしましては、基本目標にということで、ここに記載しております、高齢者がいつでも元気に暮らせる街づくり。「1、高齢になっても健康で暮らすことができるまち」「2、医療や介護が必要になっても安心して暮らせることができるまち」というのを目指しております。これを踏まえまして、今回のいきいき安心プランⅥが目指すビジョンということでございます。左側の箱を見ていただきまして、医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供することにより、高齢者が住み慣れた地域で、健やかに安心して生活を継続できるという地域包括ケアシステムの構築です。こちらの方は今期の計画を踏襲するという形で更にそれを地域包括ケアシステムを深めて推進して参りたいというように考えております。イメージ図はいつもの図になっておりますが、それを実現していくためにビジョン実現に向けた重点施策というのを右側の方に1から6まで重点施策を掲げております。これにつきましては後ほどご説明させていただきます。下段の方にいきまして、いきいき安心プランⅥの体系というところがございます。①については共通事項。これは後ほどご説明させていただきます。②から⑥につきましては、医療・介護・予防・住まい・生活支援といった地域包括ケアの要素をかいていきたいと考えております。⑦に認知症対策の充実、⑧権利擁護の推進、⑨地域包括支援センターの機能強化、⑩地域共生社会に向けた取組みの推進といったところは、今回の制度改正を踏まえた形で記載をして参りたいと考えております。⑪、⑫につきましては、制度の持続可能性を担保するという、制度を支えていくということということで、記載をしていきたいと考えております。更に資料5の方をご覧ください。これを「骨子」ということで、計画の目次になる案でございます。

第1章計画策定についてというところは、計画の主旨ですとか、位置づけについて書いて参ります。第2章現況と将来推計というところは、1回目のところ松戸市の現状などお示ししておりますが、将来推計を含めてここに記載して参ります。第3章のところ計画のビジョンと重点施策で、この重点施策につきましては後ほどご説明させていただきます。

す。第4章からは計画実行ということで、先ほどの体系のところでは、第1節の共通事項というところがございますが、こちらの方はこの計画全体に共通していく部分というところで、日常生活圏域の設定ですとか、自立支援及び介護予防・重度化防止に向けた取組・目標設定というところで、(2)にあります。すべての項目ではないのですが、数値目標の設定などもして参りたいと考えております。また共通事項といたしまして、他の計画との連携の部分、そういった事とか4のところでは、関係団体・関係者との連携に基づく取組みの推進。また5番目で地域住民への情報提供の推進、6番目で計画の点検・評価及び進行管理などについて共通事項として掲げていきたいと思っております。2ページ目の第2節から、6ページ目の12節までのところは、先ほど体系でお示したものを順次記載していくということで少し中身については、こんなものということで見ただけであればと思っております。最後の6ページのいちばん最後、第5章のところでは、介護保険の方のサービス、地域支援事業、保険料の見込みなど記載していくということで、骨子を考えているところがございます。

事務局

続きまして重点施策の案をご説明いたします。資料6をご覧ください。時間の関係もございまして、これまでの説明と重複する部分もございまして、適宜省略しつつご説明したいと思います。

まず1ページでございます。先ほどビジョンとして掲げました地域包括ケアシステムの深化・推進に向けて、どういう施策を検討するかということでございます。先ほどご説明申し上げました計画策定のためのアンケート調査、この会議での議論、現行計画の進捗状況の点検結果、国の介護保険制度改正の内容、これらは今までも反映して参りましたが、こういうものとあわせて、今回は新たに、地域ケア会議での議論や、先ほどご説明した給付分析も踏まえて、地域包括ケアシステムの深化・推進に向けた施策を立案していきたいと思っております。

2ページでございます。こうした検討の結果、以下の6つを重点施策として掲げてはどうかと考えております。1つは「住み慣れた地域で暮らし続けるための介護サービスの充実」ということで、在宅生活を支える小規模多機能や定期巡回サービスの整備・普及、それから先ほど給付分析をご説明しましたが、利用状況とニーズを踏まえた施設・居住系サービスの整備でございます。2点目は在宅医療の需要が大きく伸びていくという中で、対応を強化していく必要があるということで、「在宅医療・介護連携の強化」を掲げていまして、在宅医療・介護連携支援センターの創設、そしてこの創設を受けた在宅医療・介護連携推進事業の充実としております。3点目といたしまして、「介護予防・生活支援の推進」ということで、都市型介護予防モデル「松戸プロジェクト」の推進、地域の支え合いによる外出支援の推進、生活支援体制の整備を掲げております。4点目は「認知症対策の充実」ということで、認知症の地域支援、認知症の早期支援の推進を掲げております。5点目と

6点目は新規の項目ですが、5点目は「地域共生社会に向けた取組の推進」ということで、今回の介護保険改正の1つのテーマになっておりますので、地域包括支援センターにおける共生対応等を掲げてございます。6点目は、「介護人材の確保・育成・定着」ということで、参加支援・雇用管理改善・処遇改善の推進を掲げています。

3ページからは、1点目の「住み慣れた地域で暮らし続けるための介護サービスの充実」関係で、先ほどの給付分析の資料と重なるものが多いので、適宜飛ばしながら説明していきます。

3ページは、在宅での生活を希望される方が多いという資料でございます。

4ページでございます。今回の改正では、介護離職の防止や仕事と介護の両立が謳われておりますが、このためのアンケートでございます。「どのような支援があれば仕事と介護の両立ができると思いますか」と、こういう質問に対していちばん多いのは、「必要な時にいつでも利用できるサービスの充実」、それから、「ショートステイなど、休息のためのサービスの充実」、「早朝や夜間も対応できるデイサービスの充実」などが挙げられてございます。これらのことから、仕事と介護の両立に向けては、こういう内容のサービスを柔軟に組み合わせて提供できる小規模多機能、看護多機能が有効だと考えられます。

5ページでございます。これは先ほど説明しました、小規模多機能や看護多機能の概要ですが、重度者の生活を支えるとともに、家族介護支援を充実するという観点から、こういったサービスを積極的に整備してはどうかと考えております。

6ページ目が、これも先ほどご説明しました、定期巡回・随時対応サービスの概要ですが、24時間対応が可能で、頻回サービスのニーズや医療ニーズに対応できるサービスである定期巡回・随時対応サービスを積極的に整備してはどうかと考えております。

7ページをご覧ください。これも先ほどご説明いたしましたが、老健や高齢者向け住宅は空床が多く市外利用も多い、グループホームは需給均衡している、特養は他の施設との関係や実質的な緊急度を踏まえて対応を考えるべきだろうと考えております。

8ページ。これはアンケートの所に出て来ましたが、特養待機者へのアンケートでは、今すぐ入所したいという方は26.8%、当面はいいですという方は42.5%ということで、こういったアンケート結果を踏まえて考えていく必要があるところです。

9ページは先ほどご説明しましたので飛ばさせていただきます、10ページ。ここもご説明させていただきましたが、デイサービスは利用率が低いという中でどう考えていくか。供給が需要を上回っているのではないかとということでございます。

11ページ。これもご説明いたしましたが、デイサービスの供給がある程度多い中で、小規模多機能等を普及させるためには、指定拒否や県に対して協議を求められるという規定がある。これをどう踏まえるかということでございます。

これらを踏まえまして、12ページ、介護サービスの整備目標を挙げてございます。まず特養と地域密着型特養ということでございますが、待機者がこれまでの調査やアンケート結果から、約900人、そのうち概ね2～3割程度が早期入所の必要性が高いと想定され

ますので、こういう状況を踏まえてどう考えていくかということになります。実際には、特養については、30年3月に100床、31年3月に100床で、既に200床の整備が決定している状態でございます。これらの状況に加えて、今後の高齢者の増加を踏まえまして、あと100床程度の整備が必要なのではないかと判断しております。この100床の整備方法につきましては、仮に大規模な特養を1か所整備すると一般的には少なくとも一気に80人以上の職員確保をする必要がありまして、中々人材確保の観点で難しいと考えてございます。こういった点を踏まえまして、複数の既存施設の増床、小規模な地域密着型特養の整備を行うことによって、必要な人材を確保しつつ、必要なサービス量を確保する形としたいと思っております。なお、先ほど、委員より圏域単位で整備を検討すべきというお話がございまして、広域型の特養はなかなか圏域単位での整備が難しいのですが、地域密着の特養であれば、圏域でどう考えるかという、ご意見いただいた点への対応ができるかと思っておりますので、そういう点も踏まえて、地域密着型特養の整備も行うという形で考えております。

次の老健施設につきましては、別途30年3月に100床整備予定とございますが、この整備状況を踏まえるとともに、空床が多く市外利用も多いという状況を踏まえて、次期計画期間では整備する必要はないのではないかと考えます。また、特定施設につきましても、空床が多く、市外利用も多かったということでございますので、ここも整備は必要ではないと考えます。グループホームにつきましては、需給均衡してございますので、高齢化の進展による自然増に対応する観点から、31年度18床の整備が必要だと考えておりますが、これは先ほど話がありましたように、圏域ごとの整備率をよく見ながら、整備率が低い圏域での整備を優先したいと考えております。

それから小規模多機能・看護多機能につきましては、重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で生活し続けられるようにするとともに、家族介護支援を充実させる観点から、第7期を集中整備期間と位置づけて積極的に整備したいと考えております。市内全域に小規模多機能、看護多機能を整備したいということで、30年度2か所、31年度3か所、32年度3か所の合計8か所の整備を考えております。なお、小規模多機能サービスの中では、色々なニーズへの対応力が強い看護多機能の整備を優先していきたいと思っております。また、定期巡回・随時対応サービスについても、重度の要介護状態になっても、住み慣れた地域での生活を支えられるようにする観点から、積極的に整備することとし、市内のどこへでも概ね20分程度で訪問できる体制の整備を目指しまして、毎年1か所合計3か所の整備をしたいと考えております。

地域密着型デイサービスにつきましては、デイサービス全体の利用率が低く休止も多い、その一方で、小規模多機能等の普及を図る必要があるという観点から、改正介護保険法の規定に基づきまして、圏域での整備状況や事業所ごとの機能といったものは勘案しつつ、新規整備を規制する方向としたいと考えております。なお、療養デイについては、こうした規制の対象から除いております。地域密着デイの整備規制とあわせまして、広域型のデ

イサービスについては、千葉県に対して、指定に当たっての市町村協議を求めます。総合事業の従前相当の通所型サービスの新規指定は、原則行わないと整理しております。

13ページからテーマが変わりまして、2つ目のテーマ、「在宅医療・介護連携の強化」ということでございます。在宅医療・介護連携推進事業については、今、松戸市医師会に委託させていただいて、5つのプロジェクトを立てて、普及活動、研修、在宅医療・介護連携、在宅医療・病院連携、相談窓口、こういった内容をやっていただいております、先駆的な取り組みを含めて、非常に進んだ取り組みが行われてございます。

特に、14ページの地域サポート医ですが、これは非常に先駆的で、全国初の取り組みになってございます。松戸市医師会におきまして、地域包括支援センターごとに担当の医師を決めていただいております、医療機関の受診を拒否する、介護保険の利用を拒否するというような場合に、地域サポート医がアウトリーチする、こういう制度を作っております。

15ページでございます。高齢化の進行に伴いまして、今後大幅に在宅医療の需要が増加することが見込まれているのですが、先ほどから何度も申し上げているのですが、12年間で約75%の増加が見込まれます。地域ケア会議の議論の中では、②の所にありますが、地域サポート医のアウトリーチや医療・介護関係者間の連携を推進する上で、専門的な執行機能の強化が課題だとされております。また、現行のいきいき安心プランVまつどにおきましても、松戸市医師会との協議に基づきまして、在宅医療・介護連携支援センターを早期に実施するよう求められてございます。これを受けまして、市の方で医師会と協議を重ね、合意形成を進めてきてございます。

16ページをご覧ください。在宅医療・介護連携支援センターの創設のイメージ案ということで、お示ししてございます。病気を抱えながら要介護状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けられるように、松戸市医師会への委託を通じて、在宅医療・介護連携支援センターを30年4月に創設したいと考えております。これは医師会への委託に基づき実施しますが、在宅医療・介護連携に精通した専門職や事務職の方を配置いただいて、先ほどの5つのプロジェクトに沿って実施していくこととなります。その際、やはり、在宅医療・介護連携支援センターと基幹型包括支援センター・地域包括支援センターとの連携が重要ですので、緊密に連携しながら、医療面からの相談支援や、医療的な困難事例へのアウトリーチというものをやっていただきたいと思っております。また、基幹型包括支援センターで障害児者などの多分野への基礎的相談にも対応することを考えておりますが、これに対応する形で、在宅医療・介護連携支援センターにおいても、高齢者等への支援の一環として、障害児者などの多分野支援を30年10月から対応していただくということを考えております。具体の業務内容としては、相談対応を基軸としながら、関係者間の連携システムの運用や教育研修、啓発をやっていくということでございます。

なお、在宅医療・介護連携支援センターの創設については、医師会と十分相談させていただいております。本日ご欠席でございます医師会長の〇〇委員から意見書が出されて

おりまして、机上に配布されておりますように、在宅医療・介護連携支援センターの30年4月の設置に向けて、医師会としても全力を尽くしていただくというお話をいただいている所でございます。

17ページからは、3点目の「介護予防・生活支援の推進」関係です。まず、17・18ページは松戸プロジェクトでございます。18ページの絵を見ていただきますと、通いの場というのをやっておりますが、これは参加することで介護予防につながるということで、こういうものの増設を進めるとともに、その効果を検証するというものでございます。千葉大さんと協力しながらやっておりますが、千葉大さんの方で地域診断、地域に即した計画というようなのをやっていたいただいて、市としては、補助を通じた運営支援や定期的な研修を通じてそれを支援すると。いちばん下に協力者の公募とありますが、専門的なスキルを持ったボランティアの参加を推進するという中で、こういうものをやって、その効果を検証していきたいと思っております。

19ページをご覧ください。高齢化の進行に伴って心身機能が低下して外出が難しい方も増えております。一方で、介護予防の観点から、積極的に外出し、社会参加する方が介護予防に資するとも言われています。こうした中で、地域ケア会議でも外出支援の必要性を取り上げられて、頻繁に議論されております。これを受けて考えたものでございます。取組例の1ですが、例えばケア会議での議論などを受けて、病院の送迎車を活用して外出支援をおこなっている事例があります。取組例2は他県の例ですが、ボランティアの支援策を通じて通いの場作りを進め、あわせて商店などが通いの場に出てきて訪問販売などをしていただく。高齢者の外出支援を推進するとともに、困りごとの解消などもしていくという取組もございます。色々な取組例がありますが、こういったものを地域ケア会議の中で議論いただいて、検討を進めていきたいと思っております。

20ページ、生活支援体制整備事業の今後の方向性でございます。生活支援コーディネーターについては、第1層（市全域）と日常生活圏域（第2層）に配置することとされております。この役割は、資源開発、ネットワーク構築、ニーズと取組みのマッチングとされておまして、包括センターの役割と密接に関係しております。実際、現状でも、地域包括支援センターで社会資源の開発も相当やっていたいただいているという状況ですので、地域包括支援センターの業務と密接な連携が図れるように、生活支援コーディネーターの配置を行ってはどうかと考えております。具体的には、第1層のコーディネーターは基幹型包括センターを所管する高齢者支援課に配置し、第2層のコーディネーターは地域包括支援センターに配置し、順次拡充してはどうかと考えております。これは、新たに包括センターに負担をお願いするというよりも、今果たしていただいている機能と連携しつつ、資源開発などの役割を明確化する形で実施できたらどうかと考えております。

また、協議体という会議体がございますが、こちらについては、生活支援コーディネーターの組織的な補完等を役割としております。松戸市では、27年度以降、地域包括ケア推進会議という地域の課題を検討する圏域レベルでの会議を市全体で26回行っておまして、

幅広い関係者のもと、社会資源の把握・開発などを含めて議論していただいております。地域の関係者の方なども、色々な会議にご参加いただいて、ご負担になっているという点もありますので、こういった状況も考慮して、30年度以降は地域ケア会議など既存の会議の枠組みを活用して協議体に係る議論を実施していきたいと思っております。なお、第2層においては、高齢者支援連絡会との連携や、別途開催する住民勉強会での議論を持ち込むなど、地域住民の意見を協議体の議論に反映するよう努めていきたいと思っております。

21ページから、4点目の認知症対策の充実についてです。一番下にございます認知症サポーターについては、様々な世代・職種において養成を推進していきます。オレンジリング、持っている方も多いと存じますが、全ての市正規職員の受講を目指しております。今76%ということで、来年度までに全職員が受講できるようにと考えております。その上の声かけ隊については、認知症サポーターのうち希望する方について、見守り支援の観点から、声かけ隊になっていただいております。この養成を推進するとともに、スキル向上を図っていききたいと考えています。その上のオレンジ協力員については、さらに、傾聴ボランティアや認知症カフェ・サロン運営の補助など、こういうこともやっていたくボランティアとなりますが、このオレンジ協力員の取組みも推進していきたいと思っております。

22ページはオレンジ協力員の取組みということで、オレンジ協力員の養成を推進するとともに、好事例の収集・周知や積極的にモデルケースを作ることで、実践的な支援活動を充実させていきたいと思っております。

23ページをご覧ください。これは医療・介護連携に基づく軽度認知症の早期把握・ケアマネジメントということで、認知症の早期支援の先駆的取組みとして、初期集中支援チーム研修会で、全国に対して紹介されている事例でございます。軽度認知症の方を把握して医療機関につなぐとともに、セルフケアを推進するというもので、医師会・薬剤師会・特連協・介護支援専門員協議会・通所介護事業所連絡協議会等の皆様と連携しながらやっております。先駆的取組みですので、引き続き、関係者との連携・協調の下、このプロジェクトの定着・拡充を図っていききたいと思っております。24ページは、本プロジェクトの詳細な流れですので、適宜、ご参照ください。

25ページをご覧ください。次に、地域共生社会に向けた取組みの推進についてです。例えば、地域ケア会議で取り上げられていますが、高齢の親と障害のある子の世帯や、育児と介護に同時に直面するダブルケアなど、障害や児童分野など、高齢者以外の分野も含めた包括的な支援の重要性が高まっております。介護保険法改正に伴って地域共生社会の推進が求められていますので、高齢介護分野でも、地域共生社会に向けた取組みを推進していきたいと考えています。1つは、基幹型包括センターに総合相談窓口がありますが、高齢分野だけでなく、障害分野等についても基礎的な相談への対応ができる体制を構築していきます。2点目は、多分野における相談機関の連携の推進ということで、現在、多様な分野における相談機関の連携会議を開催しておりますが、これを定期的・継続的に開催

するとともに、参加機関の順次拡大を通じて連携を深化させていきたいと考えています。3点目は先ほど申し上げました在宅医療・介護連携支援センターにおいて、障害児者などの多分野支援も行っていくこととしておりまして、具体的には、高齢者等の相談支援を行う一環として、障害児者などの多分野支援を実施していきます。また、包括的な地域保健体制の構築ということで、地域保健に関わる市の関係部署の連携推進会議を定期的・継続的に開催するとともに、他機関との連携を通じて、包括的な地域保健体制の構築に向けた取組みを深化させていきたいと考えております。また、地域ケア会議において多世代の協議の場を設定することも検討していきたいと思っております。さらに、介護保険法で共生型サービスというものができましたが、これについては、具体的な指定基準や報酬が決定されたのち、松戸市における共生型サービスのニーズを把握するとともに、事業者の意向を確認しつつ、共生型サービス整備の検討を推進していきたいと思っております。

会長

ちょっとここで〇〇委員が中座するので、ひとことお願いします。

委員

在宅医療・介護連携支援センターですが、薬剤師会としても、実は8月に市長との面談がありまして、薬に関係することから在宅の一步を始めてほしいということで、地域に貢献するよという市長からの要請もありました。アウトリーチに取り込むという面で、このセンターを早期に確実に作っていただきたいと思ひまして、今薬剤師会の方でも2025年に向けて、薬を通じて在宅を始めるということで今構築しています。その構築に関しまして、どうしてもこのセンターが必要で、他の職種の方々との連携がどうしても必要だという事。そして今まで色々考えて進めてきた時に、どうしても公平性が担保できないと色々動けない所がありましたので、まさにこのセンターの創設をと思ひしておりますので、是非構築の方よろしくお願ひしたいと思ひます。今日はこれで時間がないので、よろしくお願ひします。

事務局

最後に介護人材の確保・育成・定着の関係でございます。まず、26ページですが、この絵は先ほどお示ししたものと一緒でございます。上の箱のいちばん最後のマルに書いてありますが、人材がどれだけ追加で必要なかをザックリ推計するため、高齢者数の伸びに応じて単純に必要な人材が増加するものと仮定すると、28年度から32年度の間が高齢者数が15%伸びるので、1500人の増加ということで、こういうものを踏まえて人材確保を図っていかねばならないと思ひしております。

27ページをご覧ください。介護業界に就職した理由としまして、「給料が良かった」ということよりは、「やりがいを感じられる」や「福祉の仕事に興味、関心があったため」「資

格、技能を生かすため」といったものが多くなっておりました。「やりがい」や「スキル」を活かせる職業足り得るかがポイントであるかと思えます。

28ページが介護業界内で転職・離職した理由ということで、いちばん上の「能力や実績に比べて、収入が少ない」ということよりも「法人や施設事業所の理念や運営の在り方に不満がある」や「職場の人間関係に問題がある」などが多くなっており、マネジメントや雇用管理の部分が大事であるという事だと考えられます。

29ページでございます。効果が高い離職防止・就業定着方策ということで、これについては「諸手当の充実」という事よりも、「職場内でのコミュニケーションを図り、人間関係を良好化すること」や「キャリアアップの仕組みの構築」、「人材育成のための研修・資格取得制度の構築」を選択する回答が多くなっています。このため、マネジメントの強化と雇用管理改善が重要なのではないかと考えられます。

30ページでございます。総合的な介護人材確保対策案ということで、人材確保に関しましては、これまでの調査からは、マネジメントの強化やキャリアアップの仕組みの構築、雇用管理改善、こういったものを総合的に講じて行く事が必要だろうと考えております。このため、参加支援・雇用管理改善・処遇改善に向けた対策を総合的に講じて、入職を増やし離職を減少させて、必要な人材の確保を図りたいと思っております。参加支援では、「働きながら資格をとり、正規雇用に移行する」介護人材確保事業とか、介護事業所合同就職フェアなどを行って、入職の増加につなげたい。また左下の箱の雇用管理改善ということで、そのためのセミナーや、労働法規の遵守の推進、これは具体的には、キャリアパス要件の厳格なチェックや労働基準監督署との連携強化などです。また、介護事業所内保育施設への支援や、介護ロボット等の活用推進による負担軽減を記載してございます。右の箱は「処遇改善」ということで、介護職員処遇改善加算の取得促進や、介護報酬地域区分の見直しの検討、それから、事業所内におけるキャリアアップの仕組みの構築や、介護職のモチベーションアップ・社会的評価の向上としております。このように、参加支援・雇用管理改善・処遇改善の3点をあわせて、総合的な対策を講じて行きたいと思っております。なお、さきほど、〇〇委員から、正規・非正規でニーズが違うのではないかとのご指摘がありました。もともとと考えております。分析してみないとわからない所がありますが、ひとつの私どもの考え方としましては、非正規の方と正規の方では、働くための動機が大分違うと考えられます。このため、一律に、処遇、つまりお給料をポンと上げるような措置を行うよりも、キャリアアップという事が大事だと思っております。そのままの働き方で良いという方がいらっしゃる一方で、家計を主体で支えるような方だと思っておりますが、キャリアアップしたいという方がいる。そういう方のために、キャリアアップは重要だと思っております。そういう事を強く言わせていただいたということです。もう一点、介護事業所内保育施設ですが、介護業界は女性が多くて非正規雇用が多いというのがあるので、そういうものの対応も考えております。今後の分析次第という面はあるのですが、仰っていただいたところに対応できるような人材確保対策を考えていきたいと思っております。

す。以上でございます。

会長

〇〇委員、先ほどの続きで25ページの所ですね。

委員

先ほど話しました、医療ニーズの高い方の対応についてという事で、小規模多機能や看護多機能にそういう方たち。先ほどお話しした中では看取りをすとか、それはだんだんこの松戸市内の訪問看護の中では、在宅で看取りをする、独居生活で看取りをすとかというのも大分増えてきて、ちょっと前まではすごく大変な事だったのですが、今はそういうものもだんだんクリアされて来ているのですが、いちばん問題なのは、医療ニーズの高い人たちの行き場が無いというのと、東松戸病院でも「レスパイト入院」は予約になっておりますが、1床だけしか無いので、その人たちも中々3ヶ月にっぺんくらいしか泊まりにいけなかったりという大変な部分があるのです。やはり看護多機能に療養デイサービスのような機能を持った看護多機能が出来たら障害の方も全ての方を網羅してやれるといいなというような思いはあるのですが、子どもも大人も皆一緒というような、通いの場みたいなのと訪問看護がそこにも行けてとか。いちばんその問題になる点はヘルパーさんの部分なのです。その中でヘルパーさんが、小規模多機能の人たちを全部まわれるのかと言ったら全部対応することが難しく、その辺は今の看護多機能のやり方ではクリア出来ない部分があるけど、その辺をちょっと新しいやり方とか、何か方策を考えてもらえて是非そういうものを実現してほしいという思いで今います。また特養についても小規模密着型特養と言っていたものについても、やはり中々お預かり出来ない。特養というと高齢者というような決まりがあるので、小児用の緊急ショート先が無いとか、そういうものもあるのですが、松戸市独自でそういうものの対応できるようなシステムの、特養という言い方にすると駄目なのかもしれませんが、地域密着型のどうしても子どもが出来なかつたら、大人だけでも医療ニーズの高い、気管切開している、人工呼吸器を付けてる呼吸管理ができるような特養みたいなそういうものが出来たら、地域密着で出来たらいいなという風には思います。

事務局

施設類系やサービス類系というのは、法制度で決まっておりますので、自治体独自に新しいものを考えるというのはちょっと難しいのですが、ただ仰っていただいた通り、中々難しいことではあります。介護サービスの中で、在宅も施設も医療ニーズに対応できるサービスを伸ばしていくという機能強化は必要だと思っております。今回の骨子の中では、在宅サービスの機能強化や施設・居住系サービスの機能強化というものもございますが、そういう思いも込めて記載しておりますので、ポンと規制してどうこうというものでは無

いのですが、そういう機能強化に向けた議論を運営協議会などで協議しながら、医療ニーズへの対応機能を高めていけるようなことを考えていきたいというように思っております。

委員

前回もお願いしたと思うのですが、松戸の認知症の予防プロジェクト。是非ともここに歯科医師会もお忘れなくということで。一応歯科医師会も、今日も認知の人を診て来ましたが、かなりおりますので。歯科医師会の方でアンケートをとって協力したいと思っておりますので、よろしくお願ひします。

事務局

まつど認知症予防プロジェクトに関しては、ご意見に沿って、歯科医師会にもご協力いただける旨を記載します。

委員

介護人材確保対策ということで、松戸市としても取組んでいただけるということでとても有り難いというように思っております。我々施設としても安定した介護人材の獲得による良質なサービスをしていくということは、非常に大事であるということは重々承知しております。今年8月に福祉長寿部長様宛に我々連絡協議会の会長名で、介護報酬単価に関する意見及び要望書というものを outsending いただきました。現在6級地という所で松戸市は位置されておりますが、千葉県全体を見ましても6級地というのは如何なものかというところで、我々も色々議論をさせていただいている所があります。来年4月から30年度介護報酬改定がございます。収入が無ければ良い人材を確保することは非常に厳しくなっておりますので、その辺を踏まえまして、是非我々協議会の要望・お願ひということで、是非受け止めていただきたいということで切にお願ひをさせていただきます。よろしくお願ひいたします。

会長

級地の変更について如何ですか。

事務局

お話しいただいたとおりの要望書をいただいております。このことについても今、介護保険料の見直しの中で検討しておりますので、前向きに検討していきたいと考えております。宜しくお願ひいたします。

委員

権利擁護の件につきまして、所得の低い人の加点が低いみたいな話で入所の件がありま

したが、緊急的なものとして、この前も市川であったのですが、無料低額の宿泊所などの把握を松戸市はちゃんとしているのかというのがあります、それは権利擁護の面でも、あそこも結構居住施設になってしまっているのを、どういう位置付けにするのか。あれは生保だから生保と言って計画の中に入れいいのか。権利擁護と絡めるのは居住で絡めるのかわからないのですが、「あの人たちは特養のニーズが高いかも、入所のニーズが高いかもしれないので」みたいな事をどうするのかというのを検討していただけるといいかと思っておりました。

会長

今の件でどなたかコメントできますか？

事務局

無料低額の宿泊については、担当としては生活支援課になっているのですが、今の松戸の生活支援課の方では、無低に入った人たちの地域移行という事に大分取り組まれています。そういう所ではどちらかと言うと、若い方についてはそういう方にどんどん地域移行しているのですが、高齢者については、居住という所に結びついている方もいらっしゃるもので、その辺は現状を把握してみたいと思います。

委員

今発言を聞いていても生活上の事になると我々はちょっと分からないのですが、ちょうど松戸プロジェクトのこれからの進行状況についてちょっと聞きたいと思います。これは千葉大のほうと色々協定を結んでやられるという事は前から我々の方にも情報が入っているのですが、これはどれくらいのスパンで、10年くらいかかるのではないですか？その辺を教えていただきたい。

会長

17ページお願いします。

事務局

協定期間は32年3月ということで、あと2年半残っている状況です。千葉大の先生から言われておりますのは、データ、エビデンスを作っていくためには、例えば1000人居れば3年程度でデータが作れるのですが、今実際データを取れる方を集めているという事で、データをとるためには、本人の同意を取って行かなければいけないという部分もありますので、その辺でちょっと苦労をしているというような状況になります。〇〇委員からありましたように、10年というよりは3年間である程度の結果を出していく。また毎年活動の報告をしていくような状況で今相手方と交渉をしているというような状況でございます。

委員

これは名古屋方面のある市で、小規模でやられたというのを聞いた事がありますが、松戸市は別のもので言わせていただいた事があるのですが、いきいきサロンとかふれあい会食会など社協が中心にやっているような、この長寿社会を目指すという事で前からすすめている健康的なもののそういう活動が、昔から松戸市には先進的なものがあるわけです。そういう所の連携をしているのでしょうか。私には見えてこないのです。

事務局

今年度当初ですが、「通いの場」を調べたところ、今〇〇委員がおっしゃったとおり、ふれあいサロン、若しくは町会自治会色んな方々がやっている「通いの場」としては250程度は把握しているような状況でありますので、今そちらの団体にこれから働き掛けて一緒にやっていけないかという取り組みを、先生と相談している最中でございます。

委員

是非既存のものも忘れずに活用していただきたいと思います。ありがとうございました。

委員

常盤平地区社協の「ふれあい会食会」「いきいきサロン」。いきいきサロンなどは松戸市のいちばん良くやっているというのを言われたことがあるのです。そういうこともやっているのですから、この会から要望とか何か全然来ていないのです私の所に。地区社協で事業をやっているのですから、もう少し情報をいただきたいと思います。

委員

〇〇委員さんがおっしゃったようにこの資料を送っていただいた時に、このアンケートの結果を見て、介護に従事していらっしゃる方の有効回収率が30%ってところがすごくガッカリしたのです。アンケートに答えても仕方ないのかと思われたのかと思ってしまうくらいだったので、実際その介護に従事されている方が、精神的負担が大きいとか社会的評価が低いとか、賃金が低いとか、とても仕事をする意欲が削がれてしまう事ばかりこのアンケートの結果に出ているので、この松戸市で総合的な介護人材確保対策をしてくださることなので、非常に期待しております。よろしく願いいたします。

委員

いきいき安心プランⅥのフレームという形で説明いただきました。アンケート部分につきまして、この委員の中から具体的な困難に直面している事も、この会で知るというような立場でありました。この理論を重ねていくというのは非常に大事なのだと思っております。ただこの議論が議論の中で終わってなくて、勿論行政もつきとめていただいて、皆

様方の意見をそれぞれ加味していただくというような事を具体的にこの計画の中に反映していただければと思います。それから先ほど「いきいきサロン」「ふれあい会食」等ありましたが、私社会福祉協議会としての反省点は社会福祉協議会はボランティアで全部行っているというような事も含めて、このことに力を注いでいる地区、地区での活動をもっと市民の方にアピールしていかなければならないのではないかと。またそれを活用して市民の方々が「安心・安全な街における生活」という形で利用していただくという所に結び付けていかなければいけないのかなと、深く反省と共に今思っております。こういう中にも市社協の活動というような形で何か連携したうえでの図式の中でも入れてもらえるというような方法も含めてお願いしたいと思っております。またプロジェクトが色々ございますが、私も今回の松戸プロジェクトでの科学的根拠で、住民主体の活動が自立期間の延伸に寄与することができることがわかりました。これはやはり研究機関である千葉大等との連携によって初めて成り立つ、或いは実現に結びつけるというように思っておりますので、松戸市としての特徴を全国にも知らせることが出来るのではないかと思っております。前にご発言がありましたが、具体的な地域の圏域をよく考えたうえで施設を作るというような事を。また新しい施設が出来れば既存施設の人材が流れてしまうと。そういう切実な問題点というのも突き進めて、それをいかにして解消できるか。そしてこの圏域全体を考えて、例えば特養の場合でもどのような形で地域に施設が出来るような方向性を打ち出せるか。或いは指導が出来るかというような事も松戸市にお願いしたいという風に思っております。これが今回全ての「いきいき安心プランVI」は更に力のある福祉施設というような施策という形で大いに市民にアピールできると思いますし、全国に向けても自信のある施策だという風に思っておりますので、期待している所です。

会長

ありがとうございました。この資料5の目次案に沿って今後やっていくという事でよろしいですか？了承という事でよろしくお願いいたします。あとは今日出た宿題で先ほどアンケートの人材のクロスの所と、今後入所基準の議論の過程をまた報告いただくという感じでよろしいでしょうか。では、引き続き事務局の方にお願ひできればと思います。今日はこれで終わりにしたいと思います。事務局に返したいと思います。何か言い忘れたことなどはありませんか？

委員

先ほど薬剤師会の方も言っておられました、在宅医療・介護連携支援センターについてですが、松戸市にこれが出来ることで訪問看護も色々入って行きやすくなるし、看護小規模多機能というの、もっと利用しやすくなっていくのではないかとこの風に思っております。医療ニーズの高い方がもっと応援されて、地域で、ここ松戸市の中で生活していると思っておりますので、是非よろしくお願ひします。

委員

薬剤師会と訪問看護連絡協議会の方からもありましたが、介護支援専門員協議会としても同じような形で、在宅医療・介護連携支援センターの推進の方をお願いしたいと思います。

委員

歯科医師会も同じです。よろしく申し上げます。

委員

ひとつ言い忘れた事があるのですが、先程、経済的虐待という話でしたが、個々の方々に、利用者に当てはめて実態を探るとするのは非常に難しい事だと思うのですが、経済的虐待を施設利用の問題も含めて、どういう方法でそれを把握できるのかという。そういう部分も考えていただければと思うのです。非常に難しいと思います。表面に出て来るとするのは中々難しい事ですし、それを利用者に本当に良いものなのか、量的に良いものなのかどうかという事も含めて考えていかなければいけないという風に思っております。

会長

はい、では終わりたいと思います。事務局申し上げます。

事務局

結城会長、進行の方をありがとうございました。事務局より事務連絡をいたします。次回の開催は10月30日月曜日18時30分から20時30分となります。場所は本日と同じこちらになります。委員の皆様には改めてご通知をさせていただきますので、よろしくお願いたします。