

令和5年度第3回松江市社会福祉審議会・高齢者福祉専門分科会 議事録

開催日時 令和5年10月20日(金)19時から20時30分まで

開催場所 松江市役所本庁舎3階 第2常任委員会室

出席者 (1) 委員

松嶋 永治委員(専門分科会長)、岡田 昌治委員、金築育代委員、
川谷 一寛委員、櫻井 照久委員、島田三和委員、須山 佐智美委員、
竹谷 里佳委員、武部 幸一郎委員、種田 真典委員、内藤 晋一委員、
野津 積委員、浜村 修委員、原 徳子委員、松尾 衛委員

(2) 事務局

【松江市】

松原 健康福祉部長、竹内 松江保健所長、松岡 健康福祉部次長、
岸本 健康福祉部次長、加納 健康福祉部次長、井上 介護保険課長、
長谷川 介護保険課保健専門官、柳浦保健衛生課長、
堀江 健康推進課保健専門官、豊田 健康福祉総務課管理係長、
伊藤 介護保険課総務係長、松原 介護保険課介護予防係長、
原田 介護保険課給付係長、吉儀 介護保険課事業所指定係長、
細田 介護保険課認定係長、佐々木 介護保険課保険料係長

【松江市社会福祉協議会】

兼折 専務理事、諏訪 常務理事、安藤 地域福祉課長、
雨川 地域包括ケア推進課長

1. 開会

(豊田 健康福祉総務課管理係長)

皆様、本日はお忙しい中、ご出席頂き、ありがとうございます。定刻となりましたので、ただ今より、令和5年度第3回松江市社会福祉審議会・高齢者福祉専門分科会を開催します。私は、司会を務めます、健康福祉総務課の豊田です。よろしくお願いいたします。はじめに、健康福祉部 松原部長からご挨拶申し上げます。

(松原 健康福祉部長)

健康福祉部長の松原でございます。本日は金曜日ということで週末となりますし、また、夜間でお疲れのところですが、ご出席を賜りまして大変ありがとうございます。前は、8月の開催ということで暑い中でしたが、ようやく2か月くらい経ちまして、肌寒くなって秋らしくなってきたなと感じているところでございます。本日の会議につきましては、昨年度から含めますといよいよ4回目ということになります。本日は、いよいよ保険給付に関わる部分について入ってまいりたいと考えているところでございます。それから、最後のところになりますけども、保険給付には密接に関連をいたします次期計画の施設整備の関係、こちらにつきましても8期の状況との整理がついておりますので、ご説明をいたしましてお諮りをしたいと考えているところでございます。この議題に関する資料としましては、本日お手元の方に資料3ということでお配りをさせて頂いております。また後程ご覧を頂きたいと思っております。詳細につきましては、担当課長からご説明をさせて頂きますので、皆様方の忌憚のないご意見、そして、活発なご議論をお願いをさせて頂きたいと思っております。本日もどうぞよろしくお願いいたします。

2. 専門分科会長あいさつ

(豊田 健康福祉総務課管理係長)

続きまして、高齢者福祉専門分科会 松嶋専門分科会長様からご挨拶を頂きます。

(松嶋 永治委員。以下、松嶋 専門分科会長と記載)

皆様、こんばんは。分科会長をしております松江市医師会の松嶋でございます。今年度も下半期に入ってあと1か月切ったというような状況の中で、この第9期の計画もだんだんと大詰めに近づいてきてるかなというところですが、今日も色々と前回の修正案から次の計画に向けての色々な議題がありますので、皆様の活発なご意見を頂ければと思いますので、よろしくお願いいたします。

3. 委員紹介

(豊田 健康福祉総務課管理係長)

ありがとうございました。なお、本日狩野委員につきましては、ご所用によりご欠席のご連絡を頂戴しておりますので、ご報告をいたします。それでは、ここからの進行を松嶋分科会長にお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いたします。

4. 議題

(1) 松江市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画について(資料 1 及び資料2)

(松嶋 専門分科会長)

それではまず議事に入る前に、本日の委員会について、松江市情報公開条例及びそれに基づく審議会等の公開に関する要綱の規定により、原則公開といたします。本日予定されている項目の中で、非公開の基準に当てはまるようなものがありますか。

(豊田 健康福祉総務課管理係長)

特にございません。

(松嶋 専門分科会長)

異議が無いようでしたら、本日の分科会は公開の取り扱いとさせていただきますので、よろしくお願いたします。それでは、議題に入ります。まず、「松江市高齢者福祉計画・第9期介護保険事業計画について」の「①第2回分科会で頂いたご意見等に係る計画の原稿の修正について」、事務局から説明をお願いたします。

(豊田 健康福祉総務課管理係長)

健康福祉総務課の豊田です。資料は 1 をご覧ください。前回第 2 回の会議におきまして計画書の第 1 章、第 2 章の一部、第 4 章、第 5 章についてご提案をさせていただきました。委員の皆様から提案に対してご意見を頂戴したところでございます。頂きましたご意見につきまして、事務局で検討をいたしまして修正案を作成いたしました。それをお諮りするものでございます。1 枚 A4 のものをおはぐり頂きまして、A3 の用紙に修正箇所及び修正内容を一覧にまとめております。左のページが第 2 回会議でお示した資料 1 の修正点、右のページが同じく資料 2 の修正の一覧でございます。それぞれ修正の項目ごとにアからキまでのカタカナをふっているところでございます。おはぐり頂きまして次のページ以降、右肩にアからキまでのカタカナをふっておりまして、それぞれページが対応しているという形になっているところでございます。

それでは、おはぐり頂きましてアからご説明をいたします。アにつきましては、右ページ中ほど表の中に赤字で対応している部分が前回からの変更点でございます。前回の資料におきましては、第 3 回専門分科会でお示しをするということで記載をしておりました。第 1 号被保険者のうち、要介護 2 以上の方の割合の 2026 年令和 8 年度の目標値を 9,1 とするということでございます。続きまして、ご確認頂きましてイをご覧ください。右ページ中ほどの上

赤字で示している部分でございます。ご指摘を頂きまして修正前リハビリテーション医師会と記載しておりましたものを医師会に訂正をしたものでございます。続きましてウをご覧ください。こちらは左のページでございます。左のページ中ほどグラフを記載しております。このグラフの凡例、全国、それから島根県、松江市と示す凡例がありますが、こちらを大きく見やすく修正をさせて頂いたところです。続けてご説明をいたします。エをご覧ください。こちらは左ページ上段、現状と課題について赤字でお示しをしている部分でございます。前回ご提案いたしました基本施策項目、要配慮者支援の推進におきまして、災害時を想定し事業者を含めた情報共有や取組についての検討を行う場をつくることについて、記載が必要ではないかとのことご意見を頂戴したところでございます。会議の場では、全体の中で組み込むことが可能かどうかといったところに書くのが、一番いいのか検討させて頂きますというお答えをさせて頂いていたところでございます。会議終了後、事務局において検討いたしまして、ご覧頂いております災害感染症対策支援の現状と課題の中に、介護事業所施設が災害時に地域住民と協力体制が取れるよう、地域との連携を日頃から強めておくことが求められています。と記載をさせて頂いたところでございます。続きまして、おはぐり頂き、オでございます。こちらは左のページの下段表の中に赤字で示すところでございます。2026 令和 8 年度目標値でございますけれども、当初 30.0 と誤って記載をしていたものにつきまして、ご指摘を頂きまして 50.0、認知症に関する相談窓口を知っている人の割合の目標値を 50.0 に修正させて頂いたものでございます。続いて、最後のページ、カ及びキでございます。カにつきましては、左ページ中ほどの表の中の赤字部分でございます。こちらにつきましては、前回資料におきましては、第 3 回専門分科会で掲載をさせて頂く予定としておりましたけれども、今回 2026 令和 8 年度目標値として要介護認定率の 19.7%、健康寿命の延伸、女性を 22.05 年、男性を 18.72 年とさせて頂いたところでございます。右側のページにキについての記載をしております。前回の会議におきまして、基本方針 3 認知症施策の推進の本文の記載につきまして、認知症基本法の制定を受けて計画の中にも市町村の責務と法律との整合性も表すべきであるとのことご意見を頂戴したところでございます。会議ののち事務局において検討いたしまして、記載の通り 2023 年令和 5 年度 9 月に共生社会の実現を推進するための認知症基本法が取りまとめられました以下の文章に修正をさせて頂いたところでございます。資料 1 につきましての説明は以上です。よろしく願いをいたします。

(松嶋 専門分科会長)

只今、事務局より、「① 第2回分科会で頂いたご意見等に係る計画の原稿の修正について」ご説明がりましたが、このことについて委員の皆さまからご意見・ご質問はございますか。前回出た案が盛り込まれたということによろしいでしょうか。

特にご意見がないようですので、ご説明のあったとおり【資料1】のように修正されるということをお願いしたいと思います。

続いて、議題「② 高齢者の現状、第8期計画の取組評価、第9期計画の推進及び評価体制について」、事務局から説明をお願いします。

(伊藤 介護保険課総務係長)

介護保険課総務係の伊藤でございます。

議題「高齢者の現状、第8期計画の取組評価、第9期計画の推進及び評価体制」につきまして、資料2及び当日配布資料としております、計画の構成をご覧ください。

赤の点線で囲っておりますが、今回新たに第2章高齢者の現状、第3章第8期計画の取組み評価、第7章第9期計画の推進及び評価体制についての原稿案を作成しました。

6章の施設整備計画につきましては、次の資料3の議題でご説明させていただきます。

原稿案の内容につきまして、それぞれ各担当から説明させていただきます。

なお第2章高齢者の現状につきましては、「要介護認定者推移」「原因疾患」「認知症高齢者」「給付費の状況」の部分について説明させていただきます。

それではそれぞれ説明させていただきます。

(細田 介護保険課認定係長)

介護保険課認定係の細田と申します。資料については第2章 13 ページをご覧ください。「(4)要介護認定者数の推移」についてご説明をさせていただきます。まず、1号被保険者に対する認定者数の割合として、認定率は現行計画である第8期介護保険事業計画では、令和3年～令和5年の推計で、20.4%に到達すると推計されておりました。しかしながら、このたび第9期計画の推計作業において、直近の数値を確認したところ 19.6%程度で推移しており、こちらを基に推計作業をおこなったところです。このような状況から、第9期計画期間の3か年において、認定者数は 11,800 人台、認定率は 19.7%台で推移し、横ばい又はゆるやかな上昇で推移すると推計しております。なお、令和12年には認定者数は 12,600 人台となり、これに伴い認定率も約 21%になると見込んでおります。私の方からは以上でございます。

(松原 介護保険課介護予防係長)

続いて 14 ページの「(5)要介護の原因となる疾患」について説明させていただきます。介護保険課介護予防係の松原です。要介護の原因疾患についてですが、令和4年度に要介護・要支援認定された方の、認定を受ける原因となった疾患を年齢別にみますと、74歳までの方は「脳梗塞」や「脳内出血」などの脳血管疾患によるものが多く、75歳以上では「アルツハイマー病」「血管性及び詳細不明の認知症」「骨折」が多くなっています。「脳梗塞」はすべての年代で上位を占めており、要介護状態となる大きな原因となっています。

下の表は、要介護や要支援認定を受ける原因となった疾患を要介護別にみたものです。要支援1・2では「関節症」「骨折」などの「筋骨格系及び結合組織の疾患」が多く、要介護1～5では、「血管性及び詳細不明の認知症」「アルツハイマー病」「骨折」が多くなっています。「骨折」「脳梗塞」についてはすべての介護度において原因の上位を占めており、健康寿命の延伸を図るためには、これらの疾患を予防することが重要となります。

続いて、15ページ、「(6)認知症高齢者の状況」について説明いたします。令和4年10月時点での要介護等認定者数は12,757人です。そのうち日常生活で見守りが必要とされる認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ」以上の高齢者は7,905人となっています。

令和3年10月時点での「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ」以上の高齢者は7,956人であり、減少してはおりますが、要介護認定者に占める認知症高齢者の割合は以前 6 割を超え

ていることから、9期計画においても、認知症に関する取り組みを着実に進めていくことが重要と考えております。

(原田 介護保険課給付係長)

続きまして15ページ右下「(7)給付費の状況」について介護保険課給付係の原田の方から説明をいたします。こちら直近3期計画分の総給付費の推計となっております。左の平成27年こちらが第6期計画、平成30年からが7期計画、令和3年からが現在の8期計画となります。なお、令和5年分のみ4月5月の実績からの推計でありますため今年度の見込みというふうになっております。単位はすべて100万円でございます。グラフの一番上の数字が総給付費でございますが、ゆるやかに上昇を続けていることがわかれると思います。現在の8期計画期間中の推移でございますけれども、このグラフの白い部分施設系におきましては、令和4年度の60億5,700万円から5年度の63億4,300万円と、2億8,000万円程度向上をしております。こちらにつきましては、令和4年に中央圏域に建設をされました大規模な介護老人保険施設の入居者につきまして令和4年度の後半から5年度にかけて定員数に近づいているという状況がございますので、令和5年度の給付の見込みが上昇する推計がされているところでございます。

続きまして水色の部分、居住系サービスにつきましてこちらの8期計画を通じまして、概ね横ばいまたは若干減少ということになっておりますけれども、こちらにつきましては、認知症グループホームですとか特定施設こちらの入居状況によるものでございまして、具体的に言いますとこの8期計画期間中に一時休止ですとか廃止、こういったグループホーム等がありましたことによりまして現在も休止をしている状況もございます。こういったものが令和5年度の給付実績を含めて反映されているという状況になっております。

続きまして、青色部分の在宅系サービスでございます。こちら見てみますと令和3年度96億6,200万円から令和4年度にかけて94億4,200万円、2億2,000万円程度減少をしております。こちらにつきましては、介護保険事業所におきまして、新型コロナウイルス感染症こちらが最も広まったのが令和4年度この1年間でございましたので、通所介護事業所、訪問系の事業所こういったところで一時休業した日数がこれまでになく最も多かったです。こういったことによりまして給付実績の減というふうになっております。とは言いまして、この他にも介護保険のサービスというのが本当にたくさんございまして、毎年多少上下はございますけれども、ゆるやかにやはり上昇を続けているということがわかります。第9期の計画に向けまして、こういった実績の推移に基づきまして認定者数の推移、それから、この後ご説明いたします9期計画に向けての施設整備、こういったものを反映したものを含めまして推計をすることにしております。以上でございます。

(豊田 健康福祉総務課管理係長)

続きまして、17ページからの第3章第8期計画の取組の評価でございます。健康福祉総務課の豊田です。18ページから24ページにわたりまして8期計画の取組の評価というこ

とで記載をさせていただいております。おはぐり頂きまして 18 ページに基本理念、地域でもに支えあいいきいき暮らせるまちづくりに関連しました 2 つの指標について実績と目標値が対比できる形で記載をしております。また、右側 19 ページには基本方針 4 つの基本方針の 6 つの指標についての記載をしております。それから、20 ページからは施策の柱ごとの実績と目標値を比較する表を掲載をさせていただいております。この 8 期計画の取組の評価につきましては、本年度の第 1 回会議におきまして令和 4 年度末の実績までの状況を A3 の一覧で 4 枚、それから、A4 の詳細なもので 20 ページあまりにわたる資料を用意いたしまして、ご説明をさせていただいたところでございます。それらをこの計画書に掲載するために要点を取りまとめて掲載するのがこちらのものがございます。ただ、原稿の作成時期がまだ年度の半分が経過していない状況での作成をさせて頂きましたので、2023 年令和 5 年度実績見込み及びそれを反映いたしました評価の部分については記載ができておりません。この部分につきましては、次回の分科会でお示しをしたいと言うふうに考えております。本日はこの要点をまとめた段階で何かご意見等ございましたら頂戴ができればと言うふうに考えているところでございます。

続きましておはぐり頂きまして 101 ページをご覧ください。101 ページの第 7 章でございますけれども、続いての 102 ページと 103 ページで第 9 期計画の推進及び評価体制について記載をしております。左のページに地域包括ケアシステムを表す図を掲載をさせていただいております。それから、右のページには基本方針ごとに設定をいたしまして前回の分科会でご議論を頂きました数値目標について掲載をしているところでございます。この 9 期計画の推進に当たりましては、常にこの数値目標を意識しつつ、地域ケアシステムの機能が十分発揮されるよう努めてまいるとともに、高齢者福祉専門分科会の皆様方には、引き続きまして状況の報告をさせて頂きまして、ご意見を頂きながらこの 9 期計画で定めた内容が着実に推進できるように引き続きのご意見を頂戴したいと言うふうに考えているところでございます。この資料 2 の説明については以上でございます。よろしく願いをいたします。

(松嶋 専門分科会長)

只今、事務局から計画の構成 2 章、3 章、7 章の部分についてそれぞれご報告頂きましたけれども、委員の皆様からのご意見ご質問はいかがでしょうか。

(櫻井 委員)

資料 2 の 14 ページの「(5)要介護の原因となる疾患」について、「詳細不明の認知症」というような表現はどうかと思ったところです。もう少し医学的な表現で、レビー小体だと思うのでアルツハイマー病、アルツハイマー型認知症という表現がいいかもしれません。「血管性及び詳細不明の認知症」、医学的にこの辺りがどうかと少し引っかかりました。もう一つ 14 ページの下の表ですけれども「他に分類されないもの」という表現が、他は疾患で並べてあるのですが、少し医学的な面で表現方法が引っかかりました。おそらくこの中に何が含まれているのか想像ですけれども、例えば潰瘍症候群とか、疾患名が糖尿病ですとか、高血圧ですとか、その辺りの色々な病気が入ってきていると思うのですが、その辺りの整理をされた方がいいのかなと見させて頂きました。

(松嶋 専門分科会長)

ありがとうございました。これに関しましては、用語についてここに上げてある用語は全国統一とか何か統一したのがありますでしょうか。それとも、松江市独自でつくられた病名というようなことなのですか。

(長谷川 介護保険課保健専門官)

この用語につきましては、表の各下に示しておりますけれども、社会保障の疾病分類 122 項目に基づいております。こういった集計は全国的に一律に行っているものではないので、松江市としてオリジナルのデータとして集計しているものですからこのものに基づいて使わせていただいているところでございます。

(松嶋 専門分科会長)

この分類の 122 項目にこの同じ文言、そういった病気が上がっているのですか。

(長谷川 介護保険課保健専門官)

項目がこういう名称になっています。

(松嶋 専門分科会長)

櫻井先生いかがでしょうか。

(櫻井 委員)

表現でね、何を参考にされたかよくわかりませんが、この辺りどうですかね。なんかこれなんなのと思いましたけどもね。

(松嶋 専門分科会長)

他に分類されないものとかって言われると、何かなど。具体的にはどういったものがあるのでしょうか。

(櫻井 委員)

今じゃなくていいです。また検討してもらって、何かいい方向性があれば。表現方法がどうかなど思ったので。

(長谷川 介護保険課保健専門官)

この文言につきましては、今まで市としてこの分類で行ってきております。わかりにくいとおっしゃることもよくわかりますが、オリジナルでつくるといってもなかなか叶いませんので、わかりやすくイメージできるようなところで少し注釈を加えさせて頂きたいと思いますが、それでいかがでしょうか。

(松嶋 専門分科会長)

この病名自体が決められたところから、そこで出された病名そのままを使っておられて、ただ内容がわかりにくいところについては注釈をつけて具体的な病名などを入れて頂くという

方向性はどうかということですので、またご検討頂いていったん素案を出して頂くということでもよろしいでしょうか。少し病名として何が入っているだろうというのが想像になってしまうのですね。

(長谷川 介護保険課保健専門官)

この疾病分類は、毎年と言いますか事務局では分類はしておりましたけれども、8期には記載はしておりませんでした。7期は記載をしております。それには、予防に役立てて頂きたいなという思いも込めて今回は掲載をさせて頂きました。医療費分類、医療費の統計とかもこういった分類を同じものを使っておりますので、それを参考にしながらわかりやすい表現に努めてまいりたいと思います。

(松嶋 専門分科会長)

いずれにしてもこの非常に多くの疾患が含まれるであろうその他の、「他に分類されないもの」とかいうところについては、少し具体的な病名があった方がわかりやすいかもしれませんので、またその辺りを記載の仕方をお考え頂きたいと思います。櫻井先生、他にもございましたか。よろしいですか。他の委員の皆様いかがでしょうか。

(浜村 委員)

社会福祉士会の浜村です。そのページの隣の15ページの四角の中の給付費の状況、過去10年分記載がございますけど、気になりますのは一人当たりの給付費がどれくらいで推移したかというのも幸い直で保険に直結するわけではないのですが、一人当たりの推移ですね、この辺りをお示しいただくと更にわかりやすいかなと思いますけど、いかがでしょうか。

(松嶋 専門分科会長)

事務局いかがでしょうか。

(原田 介護保険課給付係長)

介護保険課給付係の原田でございます。直近として8期の傾向でもよろしいでしょうか。

(松嶋 専門分科会長)

資料があれば。

(原田 介護保険課給付係長)

資料は今日ここには掲示はしておりませんが、数字として申し上げますと、令和3年度、令和4年度の8期期間中におきましては、受給者一人当たりの給付費という言い方をさせて頂きますけれども、施設サービスこちらが概ね28万円程度、それから居住系サービスが22万円程度、在宅サービスがこれが本当に幅が広くて一番低いものだと5千円代、一番高いものだと30万円代、このような数字になっております。

(松嶋 専門分科会長)

いかがでしょうか。これに関しましてはここに実数を載せるというのなかなか難しそうな感じがしますが、幅がかなり広いですし、サービス内容によってあるいは在宅の方によっても要支援1の方から5の方まで在宅でいらっしゃるという方もあるのですが、サービス内容当然違うと思われまます。よろしいでしょうか。

(原田 介護保険課給付係長)

参考にもう少し詳しく申し上げますと、一番かかるのが介護医療費です。こちらが35万円代を超えてまいります。一番低いものについては居宅療養管理指導。先ほど申し上げた5千円代というのが居宅療養管理指導でして、こちらもさっき分科会長が言われました通り、かなりサービスだけで50種類ありますし、掲載するかどうかも含めては検討すると言ってもなかなか全てを掲載することは要検討かなと思っております。

(松嶋 専門分科会長)

一人当たりの給付費ですと非常に差が大きく出るというような。

(浜村 委員)

ここにも出る問題はトレンドをおさえておかれるのはよいことかなと思います。

(松嶋 専門分科会長)

ありがとうございます。他の皆様いかがでしょうか。ご意見ございますか。

(種田 委員)

機能訓練サービス連絡会の種田です。14ページの疾患を見ていると、やはり64歳以下は骨折がない。65歳以上になってくると骨折が入ってくるということはあると思うのですが、やはり原因とか場所とかが特定できるもの、深堀できるところは骨折の部分かなと思います。骨折はどこでなったのか、完治するのにどれくらいの期間があったかとか深堀ができると思うのですよ。この骨折の部分に関して、どの場所で骨折したかとか、その原因とか、雨の日に滑ったとか、ここに記載して欲しいというわけではないのですけど、この骨折の部分に対しての深堀みたいなことはできるのですかね。少し聞いてみたいかなと思いました。

(松嶋 専門分科会長)

いかがでしょうか。

(長谷川 介護保険課保健専門官)

このデータは主治医意見書から疾病名を拾わせていただいて上げさせて頂いております。ですので、受傷場所ですとかそういったことは基本的には書いてないですね。部位は書いてあることが多いと思いますので、部位別にはある程度傾向は見えるかと思っておりますけれども、受傷場所、それから、罹患期間、骨折してからの期間というのはなかなか全部から拾い上げることは難しい。書いてくださっている先生も勿論いらっしゃいますけれども、どれだけの数字が出てくるのかなというところはございます。

(種田 委員)

この骨折の場所がわかると目標値数じゃないですけど、ここでの転倒はゼロにしようよみたいな、なんか介護保険内でなんかできそうな気がします。やはり骨折に対しては福祉用具の導入や運動の面とか一番アプローチがしやすい。今後、骨折というワードをどんどん減らしていくことが、介護予防に一番近道なのではないかなというのは感じていて、それこそ訓練をするとかでもそうですし、今すぐどうこうというわけではないですけど、僕らも一緒になりながらこの骨折の原因的な部分というのを少しでも予防できるような今後の計画にしていきたいなというのを意見として思っています。

(松嶋 専門分科会長)

この骨折に関しましては、おそらく大腿骨の骨折と胸腰椎の圧迫骨折がほとんどではないのかなと思います。場合によっては上肢の骨折があてがあるかもしれませんがそう多くはないのかなと思います。高齢者の方でやはり多いのは転倒に伴う骨折、転倒の原因というのがこういった環境の問題というよりも、ご本人の色々な筋力低下ですとかフレイルですとか、そういったところからの転倒ということが多いのだと思います。高齢者になるほど骨折の率が上がってきているのは、やはりその辺りと骨粗鬆症という、骨がもろくなってきて少しの転倒でも骨折しやすくなってきているということもある。そういったところがこういった要因だと思います。多くはほとんどが転倒につながる何かそれが予防でできればということは、さっきおっしゃったところにつながるのかなと思いましたが、なかなか主治医の意見書からその原因まで探るのは、一つずつしないといけないので無理だと思います。それから、どういう状況で転倒したとかを書いてくださる主治医ばかりではないので、何月何日転倒して程度の書き方でしかなかったりするんで、そういったことで骨折のところは、一つはキーワードにはなるのかなとは思いますが、いかがでしょうか。

(金築 委員)

民生委員の金築と言います。前回はちょうど民生委員の協議会と重なって失礼してすみませんでした。このページの「詳細不明の認知症」というのは例えばどんなことなのでしょう。それと、すべてにおいてですけど、予防に関するのはまた後でお話があるのですね。それこそ予防には診断を受けるための健康診断、それから、本人たちのどんな運動がいいとか、それから、例えば骨折しないためにはどんな運動がよいとか、といったのは後から話し合いがあるのでしょうか。

(松嶋 専門分科会長)

まずこの高齢者の現状のところですので、そこは現状がどういう疾患になっているかということだと思うので、私の方から説明するのはなんですが、詳細不明な認知症というところと言うと、主治医の意見書にどういう認知症の病名を書いていいかということがありまして、アルツハイマー型認知症ですとか、あるいはアルツハイマー病とか、レビー小体型認知症とかはしっかり書いてあればいいのですけれども、老年期認知症とか認知症としか書いてない主治医の意見書もありますので、そうすると分類が難しくなってくるので、老年期というのはあくまでもある年齢以上から発症したというところでの老年期という言い方をしておられる。ですので、原因としてアルツハイマーなんかでレビー小体型なのか脳血管性なのかというようなことまで詳細に原因がわからないという、けれども認知症という病名がついているというのがここに入るのではないのかなと思います。アルツハイマー病は認知症全体の6割から7割占

めるぐらいになっていますから、これは病名としても書きやすいと思っていますし、主治医の意見書でもアルツハイマーという病名がはっきり書いてあるものも見受けられますので、それを拾っていくとそれだけでもこれだけ多くなっている。更にその原因不明の詳細不明の認知症も加えると認知症というものがかなりのウエイトを占めるということがわかるのではないかと思います。私から説明してしまいましたけれども事務局いかがでしょうか。そういったところでよろしいでしょうか。

(長谷川 介護保険課保健専門官)

先ほど申し上げました分類のルールでは、例示としまして先ほど言って頂きましたように初老期認知症、老齡期認知症というのが詳細不明の認知症の例として挙げられていますので、そのようにご理解いただければと思います。

(松嶋 専門分科会長)

それと先ほどの予防のことについては、いかがでしょうか。

(伊藤 介護保険課総務係長)

予防の取組についてはですね、現状の方が今回のご提示ということになってしまいました。色々な施策、予防も含めてですけども、8月25日の専門分科会のところで例えばフレイル対策、介護予防の推進という施策、前回ご議論いただいたところでございますが、例えば通いの場、なごやか寄り合いですとか、からだ元気塾での活動の支援、もしくは通いの場への専門職の派遣をさせていただいて、健康教室や相談等実施しますというところで確認をさせて頂いているところがございます。

(金築 委員)

ありがとうございます。そのデータが欲しいとこの前言ったので、そしたら早速社協さんがされることになったみたいですね。なごやか会の出席者の年齢を書いて出して、多分それを1年後2年後追跡してくださるのではないかなと期待しております。ありがとうございました。

(松嶋 専門分科会長)

他にご意見ございますか。

(内藤 委員)

歯科医師会の内藤ですが、先ほどの同じ14ページですが、1位から5位という形で順位としてはとても見やすいと思うのですが、どれくらいの比率占めているのかとか、意外と2位と3位の間にはすごく差があるとか、64歳以下の脳梗塞の1位はぶっちぎりだよとか、95歳位になるとだいたい1位から5位でも同じぐらいの数字、%だよというようなところがわかるとよりいいのかなと思って。

(松嶋 専門分科会長)

%を載せるということでもわかりやすくなるのでしょうかけれども、そういったことは事務局としてはいかがですか。

(長谷川 介護保険課保健専門官)

数字としては持っております。例えば年齢の上の表で申し上げますと、1位のところは64歳以下から22.2%、65歳から74歳では11.5%ということで、先ほど先生がおっしゃったように、もう過半数をとか、そういうことではなくて1割2割ぐらいのところまで上がってきておりますので、一番多くても、64歳以下の脳梗塞の1位の22%が一番多く、64歳以下でいきますと2位は12.5%でございますので、そう大きな差が開いているわけではございません。

(松嶋 専門分科会長)

この辺りを載せた方がよりわかりやすいのか、それとも%を載せる意味合いがあまりないのかというのは見てみないとわからないと思いますが、いかがでしょうか。それを載せたもので1回目を通して頂いて、%入れた方がいいのか、それともいらないのかということをしてみてもいいですか。1回そういうふうなものを見せていただける方がわかりやすいかもしれません。

(櫻井 委員)

全国的にはそういうデータはあることはあります。

(松嶋 専門分科会長)

そうですね。松江市でも現状としての%をはっきり載せるかどうかということですね。どちらがよろしいですかね。見てみないとなんとも、案外似たような分類の比率になるのか、それともさっきおっしゃったように年代ごとですごく差が出るものなのか、%を1回お示しいただいても、それは簡単に数値として持っていらっしゃるのでしょうか、メーリングリスト等で回して頂くようなことでも可能なら、さっと目を通すことは可能ではないかと思うのですけど。

(長谷川 介護保険課保健専門官)

では%としてお示したものを皆様にまたご覧頂ければと思います。

(松嶋 専門分科会長)

どちらがいいかそれを見た上でご議論というか意見を頂いて、やはり載せていた方がわかりやすいようだとか、いらないだろうとか、その辺のご意見を頂くことでよろしいでしょうか。

(長谷川 介護保険課保健専門官)

よろしくお願いたします。

(松嶋 専門分科会長)

他にございますでしょうか。

(櫻井 委員)

15ページの給付の部分ですけど、先ほど在宅サービスが2022年はコロナの影響で利用されなかったからという話でしたが、いわゆるサービス付き高齢者住宅や有料老人ホーム施

設サービスが2023年度は63億と推計されています。先日の地域医療構想の会議では、いわゆるサービス付き高齢者住宅などの住宅系のサービスが平成29年から比べると800床、800人分増えているということで、おそらくサービス付きの居住系のサービスは在宅サービスの中に費用が入ると思うのですけれども、いわゆるグループホームなどの居住系ではなくて、さっき居住系ではグループホームが何か所か休止されたので、費用面ではぐっと抑えられたという話だったので。それで僕はこの在宅系のサービスがもっと増えるんじゃないかという予想をしているのですよね。このいわゆる住宅系のサ高住、有料老人ホームがこんなに増えているわけですから、頭打ちなのか、今後もっと増えるのか、今度はだんだん減っていくのかよくわかりませんが、その辺りの推計がすごく難しいところだと思うのです。費用の面、その辺りをどう加味して全体の費用を、費用を出すということは保険料の推計値にも関わってくるわけですからね。ある研究者の発表によると、松江はまだまだ介護サービスがどんどん増えるので、今度は保険料がどんどん上がってきて大変になりますよということを松田先生が言っておられたのですけど、その辺の推計の難しさというのがすごくあると思うのです。もう少し詳しくこの辺り、サービス付き高齢者住宅の今の状況、サービス提供の状況とか、人材不足の影響とか、色々な影響がこれからどんどん出てくる可能性があるのですが、次期改定とか、その辺りをもう少し精緻にチェックされて全体の費用を推計されている。22年21年とか今年もそうですけど、大体こんな感じかなと思って、という感想です。以上です。

(松嶋 専門分科会長)

事務局どうぞ。

(原田 介護保険課給付係長)

介護保険課給付係の原田でございます。貴重なご意見大変ありがとうございます。令和3年と令和4年につきましてはもう確定値でございますので、ただ、令和5年については今年の4月5月の実績を踏まえ1年間の見込みを出しております。おっしゃられる通り居住系につきましては、今後も推移を見守る必要だと思っております。この推計に当たっては、一つ一つのサービスの実績値を1か月ごとに細かく見ていっての確認作業となります。今後どんどん月報値が出てまいりますので、今年のそれこそ新型コロナウイルスの感染症の5類移行も今年の5月だったということもございまして、それ以降の実績値はまだ出ていない状況です。こういったところの傾向も踏まえまして、丁寧にひと月ずつ、一つのサービスずつ見ていきながら、9期の推計値を慎重に立ててまいりたいと考えております。ご意見ありがとうございます。

(櫻井 委員)

人手のことですけれども、19ページに介護職員の充足率、下の星印を見ますと「ハローワーク松江における新規求人数に対する就職件数の割合」というふうに書いてありまして、一つ引っかけかかっているところは、今ハローワークからの求人というのはほとんどないです。ほとんど紹介事業者からの色々な情報があるのですね。ハローワークからほとんどありません。介護職員、看護職員もいわゆる求人サイトからの紹介ですね。人材紹介の会社がありますけど、ほとんどそこからの紹介。ハローワークからほとんどない。もう少し、ハローワーク以外のところからのルートとかも加味しながらやっていかないと、先々のことがあるので、そういう状況だと思っています。以上です。

(武部 委員)

老施協の武部でございます。先生のおっしゃる通りだと思います。施設によっても状況はかなり差はあるわけですが、紹介事業者から採用活動を行っている事業者というのは、行っていない事業者の方が今はもう少ないのではないかとこのように考えます。そういったことを考えると先生がおっしゃるように、その部分の何か情報がつかめるような情報収集は必要ではないかと私も考えます。

(松嶋 専門分科会長)

民間の紹介事業者、ここの利用が多い。求人を出される場合はそちらの方に。ハローワークの方を通さない。ハローワークに出さない。

(武部 委員)

紹介事業者さんも、ハローワークに情報を上げると、それを調べられて、こちらでも紹介をしましょうかというような連絡もきますので、有料紹介です。私たちが直接そちらに言うというよりも、ハローワークに上がっているのを見て、私どもの方で紹介できますよというふうにご連絡を頂くというのが多いケースではないかなと思います。

(松嶋 専門分科会長)

そうするとハローワークにまずは登録していないとその民間の情報会社もその情報を得られないということ。

(櫻井 委員)

直接民間事業者に頼まれる方が多い。看護師さんとか。

(松嶋 専門分科会長)

そうするとハローワークには全くその情報は入って来ないということですかね。民間の事業者を使うと。

(武部 委員)

ハローワークに求人を出して動かないというところで終わっているのですが、実際はこの求人に対して事業者は採用したという時に、ハローワークの方を取り下げるということとはされるかもしれませんが、櫻井先生がおっしゃったように、事業者と直接連絡をしてということをするならば、ハローワークとは違うところでの情報や数値が出てくるということはあると思います。

(松嶋 専門分科会長)

そうしますと、この充足率の出し方がハローワーク頼りではなくて、民間の事業者のデータも取らないといけないというのはあるのですが、実際はなかなか難しいですね。

(豊田 健康福祉総務課管理係長)

健康福祉総務課の豊田です。この計画の策定に先立ちまして、介護人材の実態調査というものを各事業者様のご協力を頂きまして実施しております。その中で、職種ごとに配置を希望される人数と実雇用人数をお伺いを実はしております。その結果で今おっしゃったように、実際に必要とされる人員数と、それから、実際に雇用できている人員数というものの把握というのは、手段としては可能かなと思うところがございます。ただ、今回の調査につきまして結果として申し上げますと、有効回答率が46%だったということもございまして、そういった意味での悉皆性というものにはちょっと欠ける状況かなというのが実態でございます。私どもの中でも、ハローワークの数値を使うべきかこの数値を使うべきかという議論はいたしたところでございますけれども、現状8期のものの数値を連続性を持って見ていくということも一定必要かなと思うところで、今これをご提案をさせていただいたところですが、ご指摘の点も非常におっしゃる通りだなあと思って今聞かせていただいております、この数値としてこの調査をさせていただくということ、例えば定期的に行うということも手段としては可能かなと思うところもございまして、この方法と従来の方法とで言いますと、どちらを取るべきかというところでご意見がありましたら頂戴したいなと思うところがございます。

(松嶋 専門分科会長)

施設からの回答が50%を切ってるというお話でしたので、なかなか難しいという話でした。竹内所長さんどうぞ。

(竹内 松江保健所長)

医療計画とかの中で、よく医師の充足率とか看護師の充足率というのを出します。これは医療政策課が全病院に対して調査をかけるのです。各病院が診療科ごとに何人、あと何人欲しいとか、看護師さん何人欲しいですよというものを全部足し上げたものが、島根県の医療計画の中では医師の充足率ということで出てくるのです。これは県の高齢者福祉課が本来やるべきですよ。これだけ人手不足と言っている中で、松江市が単独でこんな調査をして有効回答数は5割いかないなんてデータにならないですよ。それで言うと、県が、これだけどこもかしこも人が足りないと言っているのであれば、高齢者福祉課が全施設に対して調査をやって明らかにすべきだと思うんですけど。逆に言うとその回答率が5割いかないということは、回答されてない施設は充足しているから関係ないと思っているのか、答えても仕方がないので、人が来ないので、答えるだけ無駄だと思っておられるのか。実際はわかりませんが、ちょっと回答者が5割切るのはちょっと理解しがたいところがあるんですけど。

(松嶋 専門分科会長)

やはり100%には難しいかもしれませんが、いずれにしてももう少し回答率を上げないと有効なデータにはならないでしょうから、ここのハローワークを中心としたデータは一つ揭示的に出しておられる。更にそこにプラスして施設からの回答も載せるかどうかということになるのでしょうか、今回は難しいと思います。今後回答率を上げる方法も含めてご検討いただいて、実態に合う数字を出していくということをご検討されるということが必要じゃないかと。竹内所長さんからの熱いご意見がありましたが、県がするのか松江市がやるのか福祉施設側の皆さんがもう少し声を上げられるのか、ということかもしれません。いかがでしょう。実

態調査がもう既になされていて、しかしそこまでの回答率が得られなかったという実態があるということでしたので、今回は間に合わないと思いますので。

(櫻井 委員)

なので説明を少し加えていただいて少し現状をね。

(松嶋 専門分科会長)

現状でそういう回答率が少なかったぐらいを上げてしまえば案外に、ですのでこういうデータしか出せないということ言えば、出していない人が少し自分のところは出していないからだめだったなあというようなことを思われる。どうなんでしょうか。何か文言をつけ加えるということで、そのハローワーク以外のところの調査をしているということでも上げられてもいいのかもしれませんが。実際やってらっしゃるので、どうでしょうか。

(豊田 健康福祉総務課管理係長)

調査の回答率につきましては、既に第1回の分科会におきまして調査の概要ということでお示ししております、そちらの方に記載はさせて頂いております。ただ、今ご指摘の今後の課題というところでございますけれども、今おっしゃった視点もですね、必要なことかなというふうに思うところがございますので、今後の課題といたしまして、掲載ということも検討させて頂ければなというふうに考えているところでございます。ご意見ありがとうございます。

(櫻井 委員)

やはり全国的にハローワークからほとんどなくて、紹介事業者からが多くて紹介事業者は紹介料をいっぱい取りますので、それでなかなか事業運営が難しくなっているということを全国的には言われている。それを何とかして欲しいという意見はある。それも現状です。

(松嶋 専門分科会長)

実態に合ったところの調査方法と現状をご理解いただくということも必要かもしれません。事務局よろしく願います。

(豊田 健康福祉総務課管理係長)

そういたしますと、19ページのところご指摘頂いたところに、今おっしゃって頂いたようなその全国的な紹介事業者の利用の状況等も付記をさせて頂く形で、今後の実態の把握方法についてより正確なものができるように努めてまいりますといったような記載をさせて頂くということではいかがでございましょうか。

(松嶋 専門分科会長)

そういう追記をして頂くということでよろしいですか。はい、ではその方向で。

(豊田 健康福祉総務課管理係長)

はい、ありがとうございます。そのように検討させていただきます。

(松嶋 専門分科会長)

他にご意見ありますか。よろしいでしょうか。色々ご意見いただいたところ、細かな修正点であったりになるかもしれませんが、追記部分少し文言の説明というようなところを入れて頂くところが、先ほどの疾病名、疾患名のところがありまして、今回のこの介護人材の問題のところでも、そういうふうにわかりやすい何かを追記をして頂ければと思いますので、よろしくをお願いします。それでは、この件に関しましてはよろしいでしょうか。では、続きまして、③施設整備計画につきまして事務局から説明をお願いします。

(井上 介護保険課長)

介護保険課の井上でございます。私から資料 3 の施設整備計画について説明の方させて頂きます。まずこの A3 の左側です。(1)施設居住系地域密着型サービスの整備計画について説明をさせていただきます。こちらの表に記載しておりますサービスにつきましては、介護保険法等関連法関係法令の規定に基づきまして、介護保険事業計画において定員数やサービス量の見込みを定めることとなっておりますので、それぞれのサービスごとの定員数につきまして、それぞれサービスごとですが上段に 8 期計画期間中のうちの各年度の計画値、その下、下段にはその計画値に対する実績値を記載しております。表の上半分はこの左側に総量規制対象というふうに記載しておりますけれども、こちらは施設サービスと居住系サービスでございます。これらの定員数を増やしますと介護保険料に影響を及ぼすこととなりますので、介護保険事業計画で整備方針を定めることで、この定員数をコントロールするものでございます。まずこの表の上の方からいきますけれども、介護老人福祉施設いわゆる特養、それと介護老人保健施設、介護医療院のいわゆる施設サービスでございますが、第 9 期計画期間中の利用者数を見込みましたところ、いずれもこの 2023 年度の定員数の範囲内で収まっているということから整備をしないということにしております。次に居住系サービスの特定施設入居者生活介護、それと地域密着型サービスの地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護いわゆる地域密着型の特養につきましても、同様の理由で整備をしないこととしております。一方、認知症対応型共同生活介護いわゆるグループホームにつきましては、この表の実績値の通り 8 期計画期間中においても定員数が増減をしております。これは令和 3 年度から令和 5 年度にかけて事業所の廃止と開設があったためでございます。しかしながら、今後の高齢者人口の増加に伴う認知症高齢者の増加に備える必要もございますので、2ユニット分 18 床を新規整備をするという整備方針にしております。次に地域密着型特定施設入居者生活介護でございます。こちらは現在松江市にはないサービスですけれども、このそもそもこの地域密着型サービスは住み慣れた地域での生活を続けることを目的としており、原則として松江市民のみを対象としております。したがって増加傾向にあります松江市民の高齢者の居住系サービスの利用ニーズに応えるため 29 床を新規整備するというふうにしております。

続きまして、この表の下半分は在宅系の地域密着型サービスでございます。小規模多機能型居宅介護いわゆる小多機につきまして第 9 期計画期間中の利用者数を見込みましたところ、こちらは定員数に十分余裕があるというふうに見込まれますので、公募を行わないというふうにしております。その下、認知症対応型通所介護とその 2 つ下、地域密着型通所介護につきましては、事業所の参入を促すため参入規制を設けないこととしております。続きまして、先ほど説明しました認知症対応型と地域密着型の通所介護の間に記載してあります看護小規模多機能型居宅介護いわゆる看多機につきましては、現在松江市に事業者が存在していませんが、この国においても更なる拡充を図る必要があるとの方針が示されていますので、参入規制は設けないということにしております。続きまして、下から 2 番目の定期巡回・随時対

応型訪問介護看護と一番下の夜間対応型訪問介護につきましては、事業所の参入を促すため参入規制を設けないこととしております。ただし、公募の際には有料老人ホームやサ高住といった施設入所者だけでなく、地域の在宅高齢者に対してもサービス提供行うこと。そういったことを条件付けをしていきたいというふうに考えております。

次に資料右側(2)有料老人ホームサービス付き高齢者向け住宅整備状況についてご説明いたします。有料老人ホームやサ高住、これにつきましては、介護保険事業計画による総量規制の対象外ですので、これは整備方針を定めるものではございませんが、こちらの資料では有料老人ホーム、サ高住の定員数の推移と特養の定員数、申請人数、待機者数の推移と比較しております。一番上の表は8期計画期間中における有料老人ホーム、サ高住それぞれについて特定施設入居者生活介護の指定の有無ごとに整備状況を記載しております。特定施設入居者生活介護は総量既定対象ですので、8期計画期間中はこの変化はありませんが、特定施設入居者生活介護の指定のないものは、施設数・定員数ともに増加をしております。

続きまして、ページ中ほどに特養、サ高住、有料老人ホーム定員数の状況として2011年から2023年までの推移を記載しております。このグラフの青い棒グラフは特養申請の実人数、白い棒グラフは特養の待機者数、青い折れ線が特養の定員数で、緑色の折れ線グラフはサ高住の定員数、オレンジ色の折れ線グラフは有料老人ホームの定員数を示しており、その下の表にはそれぞれの数値を記載しております。このグラフをご覧になると、サ高住、有料老人ホームの定員数が増加傾向にあるのに対しまして、特養につきましては定員数は横ばいなんです、申請数と待機者数は減少傾向にあるということが見て取れます。このことから、サ高住、有料老人ホームが要介護度は高くないけれど、在宅生活の難しい方ですとか、そういった特養の入所人数に対して一定程度受け皿になってるのではないかというふうに推測されるどころです。私からは以上です。よろしく申し上げます。

(松嶋 専門分科会長)

施設整備計画につきましてご説明がありましたけれども、委員の皆様、ご意見ご質問ございますでしょうか。実態がこうだということでの報告であると思いますが、更にそこに向けて参入規制を設けないのか、あるいは整備をしない方向なのかというようなことでの計画が示されましたが、これに関しましてはよろしいですか。

(櫻井 委員)

やはり特養、老健などの施設系のサービスが、松江ではベッドが空いているのですよね。実は昨日も県の医師会、医師会館で県の職員さんと色々話したのですが、そういう認識はやはり県の方も持っていますね。全体にそうだ。それで、先ほどの給付の実態状況も踏まえてですけども、ここにも関係者の方いらっしゃるかもしれませんが、さっきの人員不足の話とか、市民の皆さんにしてみればきちんと保険料を払っているからサ高住ではなくて最後には特養に入りたいと言う方も結構いらっしゃる。その辺りでサ高住の中には色々な方がいらっしゃいます。寝たきりの方や胃ろうの方もいらっしゃいますしね、元気な人だけではない。だから本当に必要な人が必要なサービスを受けられるような施設系のサービスと言われる所の原点にもう1回返らないと、返った方がいいのではないかと思います。まあそれは本人が望まればいいと思いますよ。ヨーロッパのような一人で暮らせる高齢者住宅であれば、現状は個室扱いで、なかなか自由な生活ができない状況の中で、家では看れない方がサ高住にいっぱいいらっしゃる、これが現状です。例えば外出したいとか、コロナの時は全然出れません

でしたから、面会もできませんでしたし、ちょっと危ないから歩いちゃだめだと言われて歩かない。ヨーロッパのような自由な空間の中で、ゆっくりとゆったりと生活ができるような状況ならいいですけど、おそらく今の日本の現状のサ高住はそういう状況じゃないと思いますね。だからやはりその人のニーズに合った施設でサービスが受けられるように、保険料を払っている皆さんの権利ですから、それをきちんと整備した方がいいと思っています。以上です。

(松嶋 専門分科会長)

ご意見頂きましたけれども、これに関しましては、実態としてこういう状況がある中でサ高住、先ほどおっしゃられたような医療ニーズが高い方もサ高住に入っておられる。本来ですと特養とか入られる方がいいかもしれないし、そこはどういうご希望で入られたのか、どういういきさつかがわかりませんが、実態としてはそういうことがあるので適正なサービスが住民の方に受けて頂けるような体制づくりということ。なかなかこれをこの場で結論が出るような話でもないだろうとは思いますが、ご意見として頂いたということだと思います。事務局の方、何か先ほどのご意見についてありますか。

(竹内 松江保健所長)

最近ちらほらと聞くのですが、この問題、急性期医療とも絡んでくる話でありまして、高度急性期や急性期の病院というのは、在院日数が非常に短くなっています。そうしないとなかなか報酬をもらえないということになって。だいたい退院の一週間ぐらい前から次どこに行きましようかというマネジメントをやっているようなのですが、それが間に合わなくて、要するにその介護施設に入ろうと思うと認定を受けないといけませんよね。その作業にも結構時間がかかって、結局、退院するまでに病院の方からここまで退院してくださいねと言われるまでに、その作業が進まないものですから、とりあえずサ高住に入っているような話も聞いたことがあるのです。それでいけば、まさに先ほどの地域医療構想の話なのですが、そうであれば、急性期の病院から回復期・慢性期の病院にいったん転院をして頂いて、そこでリハビリ等色々やって頂くわけですから、その様子を見ながらゆっくりと調査をしてですね、次行くところを決めて頂くことは考えられるのですけれども、残念ながらと言いますか今、高度急性期・急性期の病床は病院の報告を受けたデータでしか語れないのですが、少し過剰気味なのです。回復期・慢性期というのは若干増えては来ているのですがまだ十分ではない。そういう状況にありまして、いわゆる高度急性期・急性期病院というと日赤と市立と生協ですけど、その病院それぞれにもう少し詳しい調査をさせて頂いて、例えばこれも聞いた話ですが、松江市立病院は結構慢性期の方が入っておられるという話も聞いたりするのです。それから、患者さんがいないからと言って200床休止をするのですよ。他の病院がいっぱいいっぱいなのですけど。日赤は日赤で退院先がなかなか見つからないと苦慮されるのですよ。では市立病院とか受けたらいいのではないかと思うのですが、これは病院業界と言いますか、過去からそうなのですけど、なかなか病院同士の情報共有とか助け合いとかそういう風土がなかったのです。それぞれの病院が自己の経営でというような傾向があって。これはコロナを契機にして、コロナにかかると日赤、市立病院に受診されるのです。当然入院が必要な人がたくさんいるのです。だけど高齢者の方でご飯が食べれないとか脱水の症状があったり、咳が非常に強いとか、入院させた方がいいねという方も当然おられるわけです。その方々を全部日赤、市立に入院させようと思ったらパンクしてしまうものですから、ここの病院にお願いしますとか、入院調整が後でできるようになって、日赤もかなり負担が減ったということがありまして。その

ことでコロナ以外のことで入院患者を回復期の病院でどんどん受けますよとか、松江市内の病院でみんなで助け合いましょみたいな話し合いを病院長さん、病院も含めて集まって頂いて、これから進めようとしているところです。一例として松江医療センターは呼吸器疾患センターという看板が上がっていて、その院長さんが、誤嚥性肺炎でもうちはどんどん受けますからと言われたのですよ。そしたら日赤、市立の病院長さんが受けてくれるならどんどん送りますというようなことが前にあったのですよ。事程左様に、それぞれの病院がどんなことを考えていて、何に困っているかみたいなことが、そういう情報共有がほとんど過去にされてこなかったということがあって、それは我々の反省も含めて、随時、病院長に集まって頂いて、それぞれの病院が困っているのになんとかならないかみたいなことを出し合って、それだったらうちがなんとかしましょう、というような話し合いをして頂こうと思っております、その中で先ほどの時間が足りないためにとりあえずサ高住に入らざるを得ないというような人を無くしていく。急性期から回復期・慢性期の方にいったん転院して頂いてその方のアセスメントも含めてゆっくりと退院後の生活の場所を決めるような時間的な余裕を確保する必要があるという、今日の話をもつてまた一つ大きなテーマが上がってきたなと思って聞いておりました。医療と介護というのは本当にシームレスになっていますので、我々保健所の立場としてもこういうような医療構想、少子高齢化が進む中で、適切な医療提供体制は何かということを議論する場がありますので、こういった介護現場の話も盛り込みながら話を進めていきたいと思っております。少し長くなりました。

(松嶋 専門分科会長)

少しつけ加えさせて頂くと、現在医師会の方も関係して、急性期病院と後方支援病院との間あるいは在宅のところでの意見交換と言いますか、そういった高齢者の特に医療誤嚥性肺炎を中心とした医療の連携につきまして議論しているところです。これを松江市全体に広めていこうという流れを今、作ろうとはしております。そういう時に、各病院の色々な思いがあるということ、先ほど竹内所長がおっしゃったので、ぜひどこかが音頭取りして頂かないと難しいところがありますから、保健所ですらお願いできればと思いますので。現実には動いてはおります。ただ、なかなか難しいところも多いというのが現状であると思います。時間も押してまいりましたが、この施設整備計画につきましてはよろしいでしょうか。

(武部 委員)

老施協の武部です。来年度、制度改正ということで、現状の方向性であります。決まったことではないのですが、来年度以降、特養も要介護1や2の利用者の入所というのがまたできるような可能性が今出てきております。これについて、現状で私どもが算定させて頂いている加算がどういうふうな扱いになるのかということで、その辺りの利用の流れというのがまた変わってくる可能性はあるわけですが、要介護度のいわゆる今までは3以上の方が基本ではありましたが、軽介護度の方がまた施設の方を利用できるようにということになると、いわゆる総量規制の対象外の住宅や施設、有料老人ホーム等、そういったところの利用の状況もまた変わってくるのではないかとこの辺りに思います。この辺りは注視する必要がありますのではないかと思います。新規施設ができていくということで、必要だということで松江市が判断されたということだと思いますので、そこに対して特に意見はないのですが、人口減少でマンパワー不足がある中で、器を増やすということになってきた中に、先ほど竹内所長さんからお話があったように、機能分化、それから、今後続きの治療は在宅でという

ことになってくる中で、介護施設はこの制度改正のたびに利用者の、利用者像というのが重度化してきている傾向にあってですね、特養も数年前に比べるとかなり重度の方の受け入れをしているというような状況もあると思います。そして、急性期病院も DPC 等があって、いわゆるポストアキュートで後方支援病院との連携も必要ですし、私どもの施設から後方支援病院への連携というか、いわゆるサブアキュート、そういったところのつながりというものこれから非常に重要になってきます。そうすると、私ども施設としてはこの医療機関との連携が非常にこれから重要になってきます。そういった中で担う人材を育成したり機能強化するべきところが薄まってしまわないように対策を練っていかないといけない。ここをやはりセットで考えて頂いて、器は増えるのだけでも、質が下がるでは医療機関も介護施設もひいては市民の皆さんが困ることになると思いますので、セットでやはり人材育成や機能強化に向けた連携等ぜひ一緒になって考えて頂きたいと思います。よろしくお願いします。

(松嶋 専門分科会長)

ご意見ありがとうございました。他にご意見ありませんでしたら、この議題を終わりたいと思います。まず基本的にこの整備計画につきましては、特に修正ということもなく、ただ内容とか細かい部分につきましては、色々な情報を基に検討頂くということになるかと思いますがよろしくお願ひしたいと思います。それでは、本日の議題は以上となりますが、その他につきましては何かありますでしょうか。

5. その他

(豊田 健康福祉総務課管理係長)

次回の専門分科会の開催予定についてでございます。次回は 11 月下旬の開催とさせて頂きたく考えております。具体的には 11 月 24 日(金)で調整をさせて頂きたいと考えております。現在まだ確定ではございませんが、できるだけ早く決めまして、お知らせをしたいと考えております。内容といたしましては、介護サービス量の見込み等を予定予定しております。また、これまでご議論頂いた内容を素案として一つにまとめまして、計画書の形といたしまして、お示しをできるよう準備を進めてまいりたいというふうに考えております。できるだけ早く日程を決めさせて頂きまして文書にてまたお知らせをしたいと思っているところでございます。以上です。

(松嶋 専門分科会長)

それでは、本日の議事を終了したいと思いますので、進行を事務局の方でよろしくお願いします。

(豊田 健康福祉総務課管理係長)

本日は大変活発なご審議を頂きまして大変ありがとうございました。また、松嶋分科会長様におかれましては円滑に議事進行を頂きまして御礼を申し上げます。最後に閉会にあたりまして、松江市社会福祉協議会兼折専務理事よりごあいさつを申し上げます。

6. 開会

(兼折 専務理事)

委員の皆様方には、お忙しいところ、また遅い時間までご審議頂きましてありがとうございます。また、たくさんのご意見を頂きましてお礼を申し上げます。私ども社会福祉協議会の方も頂きましたご意見を参考にいたしまして素案の取組の方を進めていきたいと思っておりますので、また引き続きご指導をよろしく願いいたします。本日はどうもありがとうございました。

(豊田 健康福祉総務課管理係長)

それでは、以上をもちまして令和5年度第3回松江市社会福祉審議会・高齢者福祉専門分科会を終了いたします。ありがとうございました。