

武蔵野市地域包括ケア推進協議会
(令和元年度第1回)

令和元年6月4日(火)
市役所西棟 811会議室

午後 6 時 1 5 分 開会

1 開 会

【相談支援担当課長】 本日は、お忙しいところ、また遅い時間にお集まりいただきまして、ありがとうございます。定刻になりましたので、令和元年度第 1 回武蔵野市地域包括ケア推進協議会を開会いたします。

それでは、山井先生、よろしく申し上げます。

2 会長挨拶

【会長】 昨年度に引き続きまして会長を務めさせていただくことになりました明星大学の山井でございます。

昨年度は、武蔵野市におきまして長年にわたって非常に懸案事項でございました看護小規模多機能型ホームができたということと、もう 1 つ、地域密着型の介護老人福祉施設の検討を行ったということで、委員の先生方におかれましては非常に貴重な意見をいただきまして、ありがとうございました。

この 2 つの施設に限らず、特に地域密着型の色々な施設は、地域包括ケア、武蔵野市で言うところのまちぐるみの支え合いを展開する上で非常に重要な施設と考えます。

今日の審議におきまして、看護小規模多機能型居宅介護について、各所から意見、報告がございます。今回も、皆様方の活発な質疑応答、ご意見等をいただければと思います。どうぞよろしく申し上げます。

3 新規委員自己紹介

【相談支援担当課長】 今回、委員 1 名の交代がございましたので、ご紹介をいたします。お手元の資料 2、名簿をご覧ください。10 番、武蔵野市福祉公社在宅サービス課長の服部哲治委員でございます。

それでは、服部委員一言お願いいたします。

【服部委員】 皆さん、こんばんは。服部でございます。私は、この協議会は再登板として、平成 20 年代の初めに権利擁護委員として関与していました。高齢者総合センターにしばらく勤務し、この 4 月からまた福祉公社の在宅サービス課長に再登板しまして、ここに参った次第です。

福祉公社は、昭和 59 年から高齢者の財産管理に関与しておりまして、日本で一番の法人後見の実績を誇っています。権利擁護関係でも、まさに個人の尊厳を守るという見地からいろいろと多岐に活動しておりますので、そういった現場の知見をつぶさに反映できるようにお力になりたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

【相談支援担当課長】 服部委員、ありがとうございました。

また、事務局でございますが、4月に市の人事異動がございましたので、ご挨拶をさせていただきます。

【高齢者支援課長】 4月に高齢者支援課長を拝命いたしました稲葉といたします。よろしく願いいたします。

【地域保健調整担当課長】 同じくこの4月に健康課の地域保健調整担当課長を拝命しました高橋と申します。よろしく願いいたします。

【相談支援担当課長】 次に、定足数の確認です。19名の委員のうち過半数のご出席をいただいているため、今回の会議は成立しております。

傍聴者につきましては、1名の方がいらっしゃっております。入室していただいでよろしいでしょうか。――お願いいたします。

〔傍聴者入室〕

【相談支援担当課長】 次に、議事に入る前に資料の確認をさせていただきます。

次第の下に配布資料の一覧がございます。

次第をおめぐりいただきまして、資料1が要綱。

資料2名簿。

資料3「平成30年度介護保険事業の実績報告」。

資料4「平成30年度地域密着型サービスの実績報告」。

資料5「平成30年度介護予防・日常生活支援総合事業の実績報告」。

資料6「平成30年度生活支援体制整備事業の実績報告」。

資料7「国有地活用による地域密着型特別養護老人ホーム等の整備・運営法人の決定について」。

資料8-1「平成30年度基幹型及び在宅介護・地域包括支援センター業務報告」。

資料8-2「平成30年度基幹型及び在宅介護・地域包括センター業務報告」。

資料8-3「在宅介護・地域包括支援センターによる介護サービス未利用者の定期的な実態把握」。

資料 8-4 「平成 30 年度基幹型及び在宅介護・地域包括支援センター業務報告」 地域ケア会議報告。

資料 9 「令和元年度基幹型及び在宅介護・地域包括支援センター運営方針及び事業計画(案)」。

資料 10 「在宅介護・地域包括支援センターの評価について」。

その他リーフレット。

熱中症予防シート。

「熱中症に気をつけましょう！」。

「武蔵野安心・安全ニュース 29 号」。

「武蔵野市いきいきサロンに参加してみませんか？」。

「健康長寿のまち武蔵野」のリーフレットでございます。

また、委員の皆様方には質問用紙を配付させていただきました。

過不足等はありませんでしょうか。

では、どうぞよろしく願いいたします。

4 議 事

(1) 報告事項

- ①平成 30 年度介護保険事業の実績報告
- ②平成 30 年度地域密着型サービスの実績報告
- ③平成 30 年度介護予防・日常生活支援総合事業の実績報告
- ④平成 30 年度生活支援体制整備事業の実績報告
- ⑤国有地活用による地域密着型特別養護老人ホーム等の整備・運営方針の決定について

【会長】 それでは、議事に入ります。

まず、次第 4、(1) 報告事項の①から⑤まで一括して事務局からご報告いただき、後ほどまとめて質疑の時間を設けたいと思います。それでは、よろしく申し上げます。

【介護保険係長】 介護保険係長の梅田と申します。よろしく願いいたします。私からは、平成 30 年度の介護保険事業の実績をご報告申し上げます。

資料 3 を使わせていただきます。右下にございます数字でスライド番号をご案内いたしますので、ご参照いただければと思います。

まず最初に、「人口と被保険者数・認定者数の実績」でございます。おめくりいただきまして、スライドの3、表1-1をご覧ください。人口総数が1,154名増、100.8%の伸び率で、平成30年度は14万6,645名となりました。65歳以上人口は人口とほぼ同じ伸び率で、302名増の3万2,447名。そのため、高齢化率は昨年との報告時とほぼ変わらず22%、4.5人に1人が65歳以上という状況になります。うち75歳以上の後期高齢化率は、人口総数65歳以上人口の伸び率を上回る102.8%の伸び率で、465名増の1万7,282名となりました。昨年度29年度の報告時は、8.7人に1人が75歳以上という状況でございましたが、本年度は8.5人に1人が75歳以上と、後期高齢者の著明な伸びが継続していると言えます。

その下、スライド4です。上の表が29年度末、下が30年度末の要介護度別、年齢区分別の認定者数の実績になります。認定者数は、29年度比1.3ポイントの増となりました。

おめくりいただきまして、スライド5です。こちらは直近5年間の要介護度ごとの認定者の推移を表でお示しをしたものでございます。要支援と要介護を合わせた認定者数全体で、29年度比82名増となりました。ここに記載をしておりますが、計画値は年央推計ですが、年度末数値に補正をしますと6,748名となりますので、30年度計画値比95.6%と、おおむね計画値どおりで推移していると言えます。

事業対象者数は17名減となりましたので、合計しますと65名の増となっております。

その下、スライドの6です。スライドナンバー5のうち、直近3年間の実績をグラフ化したものでございます。認定有効期間24か月などの関係で、増減を繰り返し推移する傾向がございますけれども、直近3年間を見ますと、左から、事業対象者、要支援2、要介護4に減少傾向、要介護1、要介護2に増加傾向が見られております。

ページをおめくりいただきまして、スライド7をご覧ください。棒グラフが左の縦軸で認定者数全体、折れ線グラフで右の縦軸に要介護度ごとの直近5年間の認定者数の推移をあらわしたものでございます。ほとんどの要介護度で、隔年ごとに増減をしながら緩やかに右上がりに増加をしているのが見てとれると思います。右に30年度末と26年度末の時点の認定者数を要介護度ごとにお示しをしておりますが、要介護1～5については全体に増加傾向、要支援については、当市では平成27年度10月に総合事業を施行し、事業対象者への移行がございましたが、その数を上回る減となっております。全体的に要支援と要介護の構成比としては重度化の傾向がうかがえます。

次に、給付費の実績でございます。最初に、介護給付費と予防給付費を合わせた総給付費をご説明いたします。資料3の巻末、スライド26以降にA4縦の表をいくつかお示しをしておりますが、こちらには具体的な数字をお示しをしております。従来の前年度比の報告に加えまして、7期より年度ごとの進捗管理が求められていることから、今回の報告より、対計画値比も掲載しております。

おめくりをいただきまして、スライド9です。毎回同じようなグラフでご説明をさせていただいておりますが、平成29年度の総給付費の実績を1.0として内部の正円でお示しをしております。そこに平成30年度の実績をプロットし、見える化をしたグラフになってございます。円をはみ出ているサービスが前年度比増、円からへこんでいるサービスが前年度比減となっております。黄色っぽく見えるところが居宅サービス、左下の青っぽく見えるところが地域密着型サービス、左上の赤っぽく見えるところが施設サービスになります。また、時計で言うと8時から10時ぐらいに当たる円の欠けている部分、小規模多機能型居宅介護から地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護までは平成30年度の実績がなかったサービスです。本年度特徴的なのは、介護医療院、看護小規模多機能型居宅介護の皆増で、大きく円をはみ出ているところでございます。

その下のスライド10で、前年度比で大きく増減のあった主なサービスについて、推測される主な要因とともにまとめておりますので、グラフとあわせてご覧いただければと思います。

まず、皆増となりました2つのサービスでございます。一番上と2番目に書いてございます看護小規模多機能型居宅介護と介護医療院になります。まず、上の看護小規模多機能型居宅介護ですが、ご案内のとおり、平成30年10月に開設しました市内初の看護小規模多機能型居宅介護事業所「ナースケアたんぼぼの家」の利用者数増に伴う給付費の皆増でございます。介護医療院は、平成30年8月に介護療養病棟から介護医療院へ転換した他県施設、具体的に申しますと茨城県の施設なんですけど、こちらの入所者1名の7か月分の実績による皆増でございます。なお、こちらの増額部分については、介護療養型医療施設の減額分の一部にあたるため、給付費に対する影響はございません。

3番目につけております、前年度比1.08、短期入所生活介護、ショートステイは、29年5月に開設をしました特別養護老人ホーム「とらいふ武蔵野」のショートステイ稼働開始に伴う給付費増でございます。30年7月審査より段階的に利用者数が増えてございます。

5番目、介護老人福祉施設。こちらは「とらいふ武蔵野」の段階的入所者数の増に加え、隣接の小金井市にできた152床のユニット型特養に市民入所があったための給付費増でございます。

なお、この推計にあたっては、武蔵野がショートステイの送迎範囲に入っていないこと、それから近隣の同様の施設の実績を加味して利用者数を見込んでおりまして、10名の利用者数を計画値に見込んでございます。実績としては8名の実績がございましたが、計画値の範囲内になっております。

7番目、訪問看護は、先ほど申し上げた「ナースケアたんぼぼの家」併設の訪問看護事業所の利用者数増に伴うものでございます。

減のほうを一部ご紹介させていただきます。

一番下でございます皆減となりました小規模多機能型居宅介護は、もともと母数の少ないサービスで、市内の事業者はないんですけれども、平成29年度実利用者数1名の実績が市外事業者でございましたが、この方のサービス利用終了に伴う給付費の皆減でございます。

もう1つ、23位でございます住宅改修、前年度比0.88でございます。こちらはもともと年により増減が見られるサービスでございますが、27年度上半期に2割負担導入に伴う駆け込み施工の件数増が見られましたが、以降、給付費の減少が継続してございます。高額介護サービス費の対象に含まれないなど、3割負担導入の影響を直接受けるサービスでもあることなのかなと思いますが、福祉用具購入費とも前年度比減となりました。

おめくりいただきまして、スライド11、12でございます。こちらは、先ほどの総給付費のうちの介護給付費を抜き出した部分です。スライド12でございますが、総給付費の98.7%を占めますので、おおむね総給付費と同様の傾向を示しております。説明は省略させていただきます。

おめくりいただきまして、スライド13、14は介護予防給付費です。14のグラフは大分いびつな形をしてございますが、母数が小さいため、わずかな給付費の増減がグラフに反映している形になっております。特徴的なのは、総合事業の施行により完全移行となった介護予防訪問介護、介護予防通所介護が皆減となっているところでございます。また、特徴的なものとしては、これらのほか、介護予防支援、住宅改修等の主要な居宅サービスが軒並み減となっている中で、給付費が109.1%に増になっているんですけれども、こちらの要因としては、介護予防特定施設入居者生活介護、いわゆる有料老人ホーム。円

外の飛び出しとしてはそうでもないんですが、単価が高いサービスでございますので、こちらの増加によって介護予防給付費全体を押し上げている形になってございます。

ページをおめくりいただきまして、スライド15、16です。

スライド15はタイトルだけですけれども、後ほどご説明いたしますので省略させていただきます。

スライド16は、スライド9で前年度比のパーセンテージでお示した円グラフを、金額ベースで棒グラフにてお示しをしたものでございます。特徴的なのは、右から4つ目の特別養護老人ホーム、緑の点線の囲みで示しているものですが、こちらの給付費の著明の増額です。スライド9では大きく目立たなかった介護老人福祉施設費ですが、単価が高く給付費の影響は大きくなります。前年度比106.9%は、本年度の給付費増額分1.5%、ここでは1億3,999万7,000円とございますけれども、それに相当する金額となります。

なお、後ほどご説明します制度改正や認定者数の増加など、様々な要因が給付費へ影響しておりますので、この増額分がそのまま30年度給付費の増額分となったものではございません。また、スライド9で、大きく円外にはみ出し皆増となっていた看護小規模多機能型居宅介護、介護医療院につきましては、金額ベースでは非常に少額で、給付費への影響としてはわずかになります。

ページをおめくりいただきまして、スライド17、18です。こちらは本年度新たに加えさせていただきました計画の進捗状況です。例年、3年に一度の計画策定時に進捗状況をご報告しておりましたが、本年度の報告より、毎年度の計画値に対する進捗を報告に加えさせていただきます。スライド9に似たグラフ、スライド18は、平成30年度の計画値を1.0として内部の正円でお示しし、平成30年度実績値をプロットして見える化をしたグラフになってございます。円外のサービスが計画値を超過したサービス、円内のサービスが計画値未到達になります。パーセンテージベースでは、青のエリアの地域密着型サービス、左上の紫の施設サービスの計画値との乖離が見られております。

おめくりいただきまして、スライド19、20です。

スライドの19は、スライド18のグラフを金額ベースであらわしたものです。赤い棒グラフが計画値、折れ線グラフが実績値をプロットしたものでございます。パーセンテージは一定の乖離が見られましたが、金額ベースにしますと、各サービスともほぼ計画値どおりに推移をしてございます。

スライド20で、計画値比で乖離率10%以上のサービスと、その推測される主な要因についてまとめておりますので、こちらをあわせてグラフをご覧くださいと思います。

先ほどの前年度費とかぶるところがございますので、一部ピックアップしてご説明します。

先ほども説明しました、1の介護医療院につきましては、東京都による転換意向調査を参考に推計をしまして、平成30年度からの転換を見込んでいなかったため、計画値はゼロですけれども、これを大きく超えています。

2番目の看護小規模多機能型居宅介護は、計画値比0.04、乖離率0.96と、大きく乖離してございますが、平成30年度からの1施設の開設を見込んでいたものの、開設が12月とずれ込んだため、大きくずれてございます。3位と9位にございます介護療養型医療施設と介護老人保健施設は、平成27年度から29年度にかけて、市内病院の病床廃止・廃院を要因と推察されます近隣の療養型、老健の利用者数増が見られましたので、この増加傾向をトレンドに推計をいたしましたが見込みほど利用者数が伸びなかったためになります。

ページをおめくりいただきまして、スライド21につきましては、その他の乖離率10%未満の15サービスでございます。

ページを少し飛びまして、一番最後の縦の「表2-4【総給付費】+【総合事業費】」の一覧をご覧ください。中段網かけの部分、総給付費で計画値比94.8%、一番下の総計、総合事業費を合わせても計画値比94.7%と、おおむね計画どおりに事業運営が図られていると考えてございます。また、30年度中の基盤整備計画も、看護小規模多機能型居宅介護の1施設開設がなされましたので、ほぼ事業計画どおりの運営がされているかと思えます。

スライド22、平成30年度の介護保険制度改正の主な内容でございます。

ページをおめくりいただきまして、スライド23、24にまとめさせていただきました。

本年度30年度は制度改正初年度でございますので、大きな制度改正が順次施行されました。それぞれの改正が複雑に給付費に影響を与えてございます。それぞれの改正がどれだけ給付費に与えているかというシミュレーションをするのはかなり難しい作業になってまいりますので、どのサービスにどのように影響を与えたかということだけまとめさせていただきます。

まず、スライド23の①「3割負担の導入（平成30年8月施行）」でございます。こ

ちらは3割に自己負担が上がりましたので、高額介護サービス費が増。それから、保険給付費が9割から7割、8割から7割と減ってございますので、給付費が減少をしてございます。

②「高額介護サービス費の見直し」は、②-1、②-2、②-3とございます。

②-1。第4段階（住民税課税世帯）に当たる方の基準額が引き上げられました。世帯で3万7,200円から4万4,400円になってございます。平成29年8月利用分から施行し、給付費への反映は12月支給分からになっております。30年度は丸々1年分この影響が出ております。

②-2「年間高額の新設」。こちらは上記の引き上げがございましたので、同一世帯の第1号被保険者の全ての方が、1割負担の世帯の方の上限額に44万6,400円という新たな上限額が設定されました。

②-3。世帯の基準額の設定にあたって所得指標の見直しが行われました。これは平成30年8月施行になります。

これらの影響としては、高額介護サービス費の基準額が引き上げられましたので、支給額としては減。ただし、高額介護サービス費を適用してもなお残る自己負担額が引き上がりましたので、年間で合算される高額介護合算サービス費は逆に増をしてございます。

③「要介護認定有効期間の延長」。こちらは最大36か月に延長されましたが、当市では一部のみ、在宅以外の要介護5などの方のみに適用し、平成31年4月1日の更新分より実施をしてございます。

④「『介護医療院』の新設」。新たなサービスでございます。それから、介護療養病床の廃止期限が6年間延長されました。介護療養型医療施設など介護保険施設からの転換の場合は、いわゆる行って来いになりますので、給付費への影響はわずかになります。ただし、医療の慢性病床等からの転換が今後あった場合には介護保険給付費への影響は皆増になりますので、大きな影響になってくることが懸念されます。

⑤「福祉用具貸与価格の適正化」。こちらは平成30年10月施行で、国が商品ごとの全国平均価格を公表し、品目ごとの上限額が設定されました。給付費減の影響は書いてございませんが、一部、福祉用具貸与の給付費の伸びに若干鈍化が見られております。ただ、こちらはもう少し様子を見ないといけないかなと思っております。

⑥共生型サービスについては、武蔵野市ではまだ実績がございません。

スライド24。平成30年度介護報酬改定が行われました。改定率は0.54%のプラ

ス改定です。27年度6期の改定では過去最高水準、最低なのかもしれませんが、マイナス改定2.27%が行われましたので、今回はプラスということで、給付費・高額介護サービス費それぞれに増となります。6年に一度の診療報酬との同時改定で、医療と介護の連携、自立支援、重度化防止の推進等に重点が置かれた改定となっております。

その他の改定でございます。1つ飛ばしまして一番下、市町村に対する財政的なインセンティブの導入、保険者機能強化推進交付金の創設が行われました。

ページをおめくりいただきまして、スライド25。こちらは平成31年2月25日社会保障審議会介護保険部会の厚生労働省の資料から抜粋したものです。趣旨としましては、一番上に書いてございますが、「自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための新たな交付金」です。

「参考2」に市町村の評価指標が列挙されてございます。75%以上の配点が自立支援、重度化防止に資する施策の推進、612点中460点となっております。大多数の項目が地域内の関係者との連携、取組に対する評価に充てられております。

最後に、スライド26をご覧ください。予算総額が200億円。そのうち都道府県分が10億円。こちらを除いた金額190億円が市町村分の財源となっております。算定方法については記載のとおりとなっております。

公表されている数値としましては、都道府県別の得点と都道府県別の市町村得点。市町村個別については未公表となっております。東京都は、大阪府と並び770点で、都道府県分では全国1位。都道府県別市町村得点については427.5点で全国22位となっております。

武蔵野市の実績としましては、市町村分は公表されてございませんが、金額としては2,200万円でございます。交付金の使途としては、「高齢者の市町村の自立支援・重度化防止に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な取組を進めていくことが重要」とされています。武蔵野市は全て地域支援事業の第1号被保険者保険料相当分にその金額を充当しております。

これまで様々な取組を進めてきました本市におきましては、全国トップクラスの評価を受けるに至りましたが、引き続き介護保険制度の適切な運営を行い、保険者として高齢者の自立支援、重度化防止に向けた取組をさらに推進してまいりたいと思っております。

私からの説明は以上です。

【介護サービス担当係長】 続いて、平成30年度地域密着型サービスの実績報告をいたします。介護サービス担当の長坂と申します。

資料4をご覧ください。

まず、利用状況です。平成31年3月利用分は資料のとおりとなりますが、めくっていただきまして、2ページをご覧ください。

今回初めて看護小規模多機能型居宅介護の実施が載せてあります。登録者数が9名で、そのうち訪問介護利用者が9名、訪問看護も9名になっていまして、通いが8名、泊まりが4名となっています。

2番目に、運営推進会議の開催状況です。2枚めくっていただきまして6ページをご覧ください。新しく(5)に看護小規模多機能型居宅介護運営推進会議の記録が載っております。昨年度(30年度)につきましては1回、31年3月18日に行われております。登録者数と、7ページには利用状況、サービス別の要介護度別の人数が載っています。また、プログラムも載っています。

新年度(31年度)については5月21日に第1回目が開催されております。運営推進会議は保険者も出席しておりますので、そこも含めてヒアリングをしてきたことをご報告したいと思います。

利用者は、開設時の昨年10月に6名から始まりまして、2月で9名となりました。今現在も9名なんですけれども、3月から5月の間に新規利用者が4名、また終了者が4名いらっしゃるということで、出入りがあります。終了の主な理由は、ターミナルや看取りということでございまして、医療依存度の高い、要介護度の高い方を受け入れているために終了の方も多くなっているということです。

看多機ならではのサービス提供を行っていると言えますけれども、登録者の損益分岐点が20人だと言われておりますので、半年経って、新規利用者の受け入れを強化していきたい。やはり要介護度が比較的重い方をとっていらっしゃるの、軽い方とバランスを見ながら人数を増やしていきたいというお話をしてございました。また、介護スタッフは、親御さんの介護のために辞めた方がいらっしゃったということなんですけれども、5月21日現在、看護師が5名、介護職員12名、ケアマネ1名ということで、当初と変わらない形のスタッフを確保しているということです。他に夜勤者としてパートで2名を配置しているということです。

職員の研修体制としては、喀たん吸引の指定事業者の指定を受けていまして、介護職員5名が喀たん吸引の研修を受けて資格を持っています。たんを取るというのは医療行為として、普通なら医療職の方しかできないんですけれども、介護職の方が一定の研修を受けて事業者から指定を取るとできることになります。それをちゃんと取っていらっしゃって、介護職でたんを取れる方を増やしているということです。

また、認知症の実践研修者も8名の職員が終了している。これも随時増やしていくということです。

所内の研修は2カ月に1回程度やっております、リスクマネジメントや法令遵守についての研修等を行っています。

7月には有限会社多摩たんぽぽ介護サービスセンターが主催で、精神科病棟に長期入院している方が沖縄に旅行に行くという内容のドキュメンタリー映画がございまして、その映画会を開催して、地域の方も参加していただいて福祉への理解を広めようということもなさっています。今後は、認知症ケアやターミナル、看取りのケアなどの具体的な事例検討会などを行う予定で、地域のケアマネさんなどにも参加していただきたいということです。

続いて、ボランティアの受け入れにつきましては、支え合いポイント制度の協力施設となって準備を進めておりますが、まずは、看多機の運営を軌道に乗せるということを優先したいということで、なかなかそこが進まないということなんですが、既に傾聴ボランティアをしたいというお問い合わせなどもあるので、個別に対応し、準備を進めているということです。

開設後、半年が経ちまして事業所も大分活気づいているご様子が見えがえします。6月には、振り返りということで、現在のご利用者様とご家族へアンケートをとって運営に生かしていきたいということもおっしゃっておられました。

以上が看多機のご報告となります。

また、資料に戻っていただきまして、7ページの「指定の有効期間」を見ていただきたいと思います。下のほうの認知症対応型通所介護では、「デイサービスセンター親の家」と「ぐっどういる境南」が来年の3月31日に有効期間が切れますので、今年度、秋以降ですか、またこちらの会議で皆様に更新の際のご意見をいただくことがあると思いますので、よろしくお願ひします。

私からは以上です。

【新介護予防・生活支援担当係長】 続きまして、平成30年度介護予防・日常生活支援総合事業につきまして、私、相談支援係の船木からご報告いたします。

まず、要支援1、2の方と総合事業対象者の方に対する訪問型サービス、通所型サービスの利用者数についてです。訪問型サービス、通所型サービスとも横ばい傾向にあります。ただ、訪問型サービス全体の利用者が横ばいで推移している中、認定ヘルパーの利用者数については増加傾向にあります。

次に、2「支給額」についてご報告いたします。訪問型サービス、通所型サービスとも減少傾向にあります。3月審査分の前年度比較では訪問型サービスが14.2%の減、通所型サービスが10%減となっております。

おめくりいただきまして、3「武蔵野市認定ヘルパーの養成」についてであります。6～7月と2月に通常の養成研修を、7月と10月に一部の研修科目の実習を免除した養成研修を実施しまして、計35人のヘルパーを昨年度新たに養成いたしました。去年の協議会でもご案内しているところですが、幅広い層が受講しやすい研修とするために、昨年度6～7月に実施した養成研修につきましては、実施期間を今まで3日間、1日当たり6時間のものを、1日当たり2時間15分、計8日間に変更して実施いたしました。

最後に、4「一般介護予防事業」についてです。一般介護予防事業の地域リハビリテーション活動支援事業におきまして、いきいきサロンなどの住民主体の集いの場に講師を全12回派遣し、介護予防に資する体操などを指導する介護予防活動支援団体事業を実施いたしました。いきいきサロンの活動をしている団体1団体がこの事業を利用いたしました。

あと、昨年度も作成しておりました、皆様の席上にも配付させていただいていますが、介護予防事業の関係課、団体で構成する介護予防事業連絡調整会議において、啓発パンフレット「市民みんなで目指す『健康長寿のまち武蔵野』」の改訂版を作成いたしまして、配付いたしました。

私からは以上です。

【生活支援コーディネーター】 続きまして、資料6を使用しまして、平成30年度生活支援体制整備事業のご報告をいたします。相談支援係で生活支援コーディネーター第1層を担当しております岡野と申します。よろしく申し上げます。

1「事業の概要」。介護予防・日常生活支援総合事業では、多様な主体による多様な生活支援の充実が目的として掲げられており、この生活支援を担う地域の社会資源の把握、創出のために、平成27年度に地域支援事業内に生活支援体制整備事業が創設され、市町

村は生活支援コーディネーターの配置及び協議体の設置をすることとされており、生活支援コーディネーターと協議体の役割はご覧のとおりです。

2 「生活支援コーディネーター」。本市の状況は、市全域レベルを基幹型地域包括支援センターに、日常生活圏域レベルを各在宅介護・地域包括支援センターに配置しています。平成30年度の実績は、地域資源の立ち上げ支援を行った結果、令和元年度に活動開始となったいきいきサロンが3か所、平成30年度中に活動を開始させた自主活動団体2か所が立ち上がりました。

いきいきサロンの運営団体より、自分たちの活動を報告したり、外部へ発信する機会が欲しいとの意見がありまして、「ケアリンピック武蔵野2018」にて、いきいきサロンの10団体が日ごろの活動の様子を発表しました。参加した団体からの報告では、利用者から、「緊張したけれども、頭の体操になり、とてもいい経験になりました」。出られなかった利用者からは、「今年は参加できなかったけれども、来年は私も頑張る」。また、見に来たお友達からは、「今度はいつやるの、1回ではもったいない」などの報告を受けまして、達成感と充実感を得られる結果となりました。けれども、いきいきサロンの単独開催を望む意見もあり、今後は、日常の活動を発表する機会としてどのような発表形態がよいのかを関係者と丁寧に協議していきたいと考えております。

生活支援コーディネーターの活動内容ごとの実施件数につきましては、次表のとおりです。

裏面に移りまして、3 「協議体」。本市では、地域包括ケア推進協議会を市全域レベルの協議体に位置づけまして、生活支援コーディネーターが協議体などで抽出した地域課題を本会議に報告し、協議会から市に政策提言を行う仕組みを設けております。平成30年度の協議体の実績は、市全域レベルの協議体は1回、日常生活圏域レベルの協議体相当は5回でした。

4 「課題及び今後の方向性」。

(1) 「地域の自主的な活動の立上げ及び継続の支援（担い手の養成）について」。地域の自主的な活動に参加したいと考えている住民でも、運営に携わることには躊躇するケースが多くあります。そのため、運営にかかわりたいと思えるようなきっかけづくりや、継続して運営に携われるようにするための効果的な支援について検討する必要があります。

(2) 「活動場所の確保について」。地域の様々な課題を地域で解決することに取り組む団体が増えていますが、そのような団体には活動場所の確保という課題を抱えているとこ

ろが多くあります。まちぐるみの支え合いを進め、共助による高齢者の支援を広げていくために、活動場所に関する支援について検討する必要があります。

(3)「事業者等との連携」。高齢者の多様化する支援のニーズに対応するには、住民だけでなく、地域の事業所などのマンパワーや活動場所の提供などの協力も重要です。各事業所の強みを生かしながら、住民と事業者等が互いにメリットを享受できるような仕組みを構築するために、事業者と連携を図る必要があります。

また、地域には、外出のきっかけがなく、他者との交流が少ない高齢者もおります。そういう方々にはなかなか地域活動などの情報を届けられておりません。情報が届かない層への情報提供の仕方につきまして効果的なアプローチ方法が確立できていないのが現状ですが、今年度はいきいきサロンを紹介するパンフレットを作成しまして、孤立しがちな高齢者へ情報を届けるきっかけにしていきたいと考えております。

私からは以上です。

【管理係長】 資料7をお願いいたします。続きまして、「国有地活用による地域密着型特別養護老人ホーム等の整備・運営法人の決定について」、管理係の小久保よりご報告申し上げます。

このたび、本事業につきまして、市が整備・運営法人の公募及び選定をしまして、国へ推薦いたしました。平成31年4月に国から正式決定の通知がございましたので、報告をさせていただきます。

まずは、昨年12月にこちらの協議会におきまして2法人によるプレゼン、ヒアリングを実施し、ご協議いただきました。その節は大変ありがとうございました。

このたび決定した法人の概要でございます。法人名は社会福祉法人徳心会でございます。これまでの実績でございますが、武蔵野市桜堤2丁目におきまして特別養護老人ホームさくらえんを運営しております。そのほか、青梅市、大田区で特養を運営しておりまして、その他の実績も記載のとおりでございます。

今回の事業内容につきましては、地域密着型特別養護老人ホームと小規模多機能型居宅介護でございます。定員は記載のとおりでございます。

3「整備予定地」でございますが、裏面をお願いいたします。中町三丁目23番5号でございます。敷地面積は1,480㎡となっております。

表（おもて）面にお戻りください。

4「公募及び選定」でございます。こちらにおきましてプレゼン、ヒアリングを実施し

ました後、協議会の意見を踏まえまして、外部委員として山井会長にも入っていただきました、武蔵野市指定地域密着型サービス事業者等選定委員会におきまして審査をし、市として事業者を選定しました。

これまでの経過と今後の予定につきましては5に書いてございますが、経過はただいまご説明したとおりでございますので、裏面をお願いいたします。

国の決定が下りて間もなく、4月22日に近隣住民説明会を実施いたしました。27名の方にお集まりいただきました。

今後の予定につきましては、まちづくり条例に基づきまして、法人で近隣住民説明会を行います。その後、工事説明会を行いまして、着工となります。令和3（2021）年に施設開設の予定になっております。ただし、※に記載のとおり、既存建物がまだ残っておりまして、国のほうでは秋ごろまでに解体を行うといった説明を受けておりますが、こちらの動きが、市のほうでもかなり確認をしておりますが、まだ判然としない状況でございます。遅れる可能性がかなりあるのではないかといたるところで、それに向けて市のほうでも対応を検討しているところがございます。その場合は最終的な施設開設につきましても若干後ろにずれ込む可能性がございます。いずれにいたしましても、近隣住民の方には丁寧なご説明をしてまいりたいと考えております。

以上でございます。

【会長】 ただいま事務局よりご報告を受けました。それでは、今の報告を受けまして、ご質問、ご意見等のある方は挙手をお願いいたします。

私から、2つほどよろしいでしょうか。

まず、1つ目です。1番目の平成30年度の介護保険事業の実績報告で、新しいサービスである介護医療院の話がありまして、これは武蔵野市ではなくて別の自治体ということでした。一般的には介護医療院は、今後は療養病棟から転換になると思うんですが、例えば、ここ数年の将来におきまして、武蔵野市ないしは近隣の自治体における介護医療院に療養病棟が転換する見込みというのはわかりますでしょうか。

【介護保険係長】 介護医療院のご質問をいただきました。東京都でも7期策定のときに調査をいたしまして、その意向調査をもとに推計を行ったんですけれども、当時、東京都の管下の保険者においては、転換意向はないとは言わなかったんですけれども、介護施設からの転換は予定では2施設だったと記憶しております。市内では転換意向はなかったもので、それを見込んでおりませんでした。

ただ、転換に当たっては相当な支援策が報酬に盛り込まれておりますので、全国的に予想外の転換が進んでいるように思われます。国のほうも、各都道府県に事務連絡を發出しまして、管下の市町村において転換意向をもう一度調査をしろということで調査をして、東京都のほうから取扱注意で参ったんですけれども、市内では介護療養型の医療施設は1施設しかございませんので、こちらについては転換の意向は今のところはまだ未定でございました。ただ、東京都のレベルで見ますと、いくつか転換意向が、具体的な施設名は出ていなくて病床数で出ているんですが、ちらほらと予定が見え始めているところです。

【会長】 政策的なインセンティブも出てきているのかなということで、市というより、東京都近郊あるいは全国的にはもしかしたら増える可能性もあるという理解でよろしいでしょうか。

【介護保険係長】 他県ではちょっとわかりかねるんですけれども、東京都では少なくともそういう状況でございました。

中で私がちょっと気になったのは、介護施設からの転換であれば、先ほど申し上げたとおり、いわゆる行って来いになりますので、給付費への影響は加算部分だけでそれほどないんですけれども、療養病床がいくつか医療系でありました。そちらがちょっと影響があるのかなと思っております。

【会長】 あともう1つよろしいでしょうか。

看護小規模多機能型で、ご報告の中で今は9名ということで、特に年度初め前後に、新しく入られる方々が4名で、登録を終わられた方が4名と伺ってございました。その終わった理由としては、ターミナルということで病院に入院したとか、あるいはお亡くなりになられた方とか、そういった感じの理解でよろしいでしょうか。

【介護サービス担当係長】 基本的にはお看取りと考えていただいていると思います。お看取りをかなりされています。病院からターミナルの方をお引き受けしてお看取りをしています。

【会長】 こちらの看多機のほうでもかなり看取りにかかわっておられるという理解でよろしいですか。

【介護サービス担当係長】 はい。

【会長】 看取りまで見越したということで、非常に看多機ならではの役割を果たしていらっしゃるかなと思いました。

それでは、ほかの委員の先生方、いかがでしょうか。

【会長職務代理】 まず、1点目です。資料5「介護予防・日常生活支援総合事業の実績報告」で、武蔵野市認定ヘルパーの養成で、今155名まで増えたということです。登録率はわかるのですが、実働率ってどのようになっているのでしょうか。まだまだこの事業は始まったばかりなので、どれぐらいの実働率があるのかという点です。そこまで多くなくても構わないのですが、実働がどうなっているのか。

また、登録はしていただいたんですが、せっかく研修しても、なかなか仕事がなく、そのうちに忘れてしまうのはもったいないので、アフターフォロー等を何か計画されていらっしゃるのか。あるいは、もう既に行われているのかをお伺いできればと思います。

【新介護予防・生活支援担当係長】 認定ヘルパーにつきましてご質問をいただきました。実働率につきましては、細かい数字が出ておりません。ただ、当然、養成した以上は現場に出て働いていただきたいところがございますので、把握をしていきたいと考えております。

研修についてのその後のフォローにつきましては、フォローアップ研修という形で実施して研修を図っております。

【会長職務代理】 実働率は常に高くなるとは限らないんですが、恐らくある程度把握しておいたほうがいいのかと思いますので、よろしくお願いします。

あともう1点、先ほどのいきいきサロンについてです。たしか私が把握する限り、今はまだ20か所変わらないはずなんですけど、おそらく2か所が入れ替わりをしているはずだと思います。入れ替わること自体は悪いとは思わないですし、おそらく活動が入れ替わっても、別にその活動をやめたわけじゃなく、消えちゃったわけではなく、自分たちでやりたいという形で動いていて、そういう意味では数が増えているので、いいとは思いますが、どういったことがあったのかという点について少しご報告いただければと思います。

【生活支援コーディネーター】 いきいきサロンについてご質問をいただきました。紫のチラシの中にいきいきサロンの一覧が載っております。30年度は20か所になっておりまして、31年度も20か所。今現在お配りしているのは今年に入ってからのもになります。終了になったサロンが2か所ありました。2つともに、やはり毎週1回の活動が厳しくなってしまった。あと、補助金をもらわなくても自分たちで活動できるということで終了となりましたが、地域の活動の場所として月に2回程度の活動を続けていくというふうにおっしゃっていただいていますし、在宅介護・地域包括支援センターの職員も、定期的ではありませんが、ときどき活動のご案内などをさせていただく観点から、ご連絡

等はとり合っております。

【会長職務代理】 おそらく全てを市がやる必要もないわけですし、地域の支え合いを増やしていくことが大事ですので。ただ、おっしゃっていただいたように、定期的に生活支援コーディネーターの方とかが把握しておく、こういう資源があるんだなという形になっていきますので。関係が切れないような形にだけしていただければいいと思っております。

【会長】 それでは、ほかの委員の方。

【酒井委員】 資料4の地域密着型サービスの実績報告の1ページ目、(3)の地域密着型通所介護と(4)の認知症対応通所介護の定員ですが、10名や15名が1日の定員ですね。

例えば(3)の⑨リハビリデイサービス「ステップぱーとなー境」は、定員10名に対して3.3名でかなり少ない利用数です。①もそうですが、⑦や⑩も同様に定員割れをしています。

利用者の介護度から「利用する必要を感じない」ということではないかと推測しますが、いかがでしょうか。または、高齢者だけの世帯や子世代が共働きなど、デイサービスに行くための送り出しができないのかと想像しますが、(3)と(4)の利用率が低い理由をお願いします。

【介護サービス担当係長】 運営推進会議で、例えば地域密着型通所介護のある事業所は利用率が少ないということは話題に出てきて、どうしてなんだろうというお話になると、地域密着デイの場合は、半日型のリハを中心にしたようなデイが多い。そうすると、要介護度の比較的低い方が多くなると、まだまだお元気なので、行きたくなくなっちゃうと行かないという選択をされる。やはりそこが大きい。施設としては、行きたくなるような、インセンティブが働くような何かをつくらなきゃいけないと思っていますということで、例えば、お友達だったりするので、ただリハをするだけではなくて、お茶のタイムをつくってみんなでおしゃべりをして、そこが楽しくして来てもらうようにするという工夫をしなきゃというお話を具体的にされていました。

施設によって稼働率が違うのは、やはり競争原理が働いていて、地域密着型もお昼を出すところもあったりするので、お昼がおいしいとか、ここに来るとこういう方がいらっしゃって楽しいとか、その施設の特徴がそのまま人気とか稼働率に反映しているところがあります。ということは、供給自体は不足していないということだと思います。競争原理が

働いていて、各施設の工夫がないとなかなか人が集められないということがあるのかなと思います。

送り出しという話は、地域密着型ではなくて通常の規模のデイサービスのほうが多いのかなと思います。ここはケアマネがついていますけれども、送り出しができなければちゃんと訪問介護が入ったりしてフォローはしているはずなので、あまりそこに原因はないのかなと思います。

認知症デイも、これは前からそうなんですけれども、認知症デイであることの特徴などが打ち出せないと、一般デイと認知症デイでは、認知症デイのほうがやはり料金が高いわけですね、報酬単価が高い。お支払いする分も高い。そうすると、認知症デイと一般デイとどう違うのかというところが明確に打ち出せていないと、なかなか認知症デイを選択しない。かなり一般デイも頑張って認知症の方を受け入れたりしていますので、その辺でうまく違いが明確化されていないところがあるのかなと思います。

あとは、デイ特有の課題で、入院だったり病気だったりすると、お休みが予想できないので、なかなか定員以上の登録者を登録することもできないので、どうしても定員数よりも下になってしまうというところはあると思います。

【酒井委員】 (3)の施設は、実際に利用している方から「元気でないと行けないし、元気だったら行く必要がない」という話を聞いたので、なかなか利用促進の難しいサービスだと感じていたので、質問をしました。

これらの介護保険サービス事業と、市のいきいきサロンやテンミリオンハウス、社協の居場所などの元気で過ごせることを目的にしている事業も含め、市民に利用方法などの情報を分りやすく伝えることが重要かと思います。

特に、地域密着型介護サービスについては、儲からなければ事業者が撤退するのではないかと危惧します。地域密着型サービス事業のテコ入れというか、武蔵野市の高齢者ニーズに合ったサービス提供の工夫を事業者にお願いしたいと思います。そして、利用対象者には、事業所と市が協力をして、自身の健康に不可欠だとの理解を啓発する努力をお願いします。

次に資料3は、介護保険サービスの利用状況について丁寧に数字化されていて、読みやすかったのですが、数字から実態をイメージすることができませんでした。例えば、介護保険制度に関する報告ですが、在宅介護をしている家族等の大変さというのは全く見えてこないのは残念だと思います。特に、2025年問題を考えると、75歳以上の後期高齢

者人口が急増し大変になる状況は分かっています。24時間対応の医療看護や夜間対応介護事業については、横ばいという説明でしたが、住み慣れたまち、住み慣れた家で最後までという市の計画でも掲げられていることを踏まえて、ひとり暮らしや高齢者のみの世帯の現状や介護をしている家族の負担は軽減しているのか否かについて、在宅介護に関する数字も重要だと考えます。

【介護保険係長】 お答えしづらいんですが、この資料が、比較的數字が羅列しておりまして、アカデミック的なのとか、そういう資料になってしまって申し訳ありません。

先週、プロポーザルをやったんですけれども、来年度の計画策定にあたっての実態調査をする事業者を今選定しているところです。その中に、今ご質問いただいたような、在宅生活の限界にあたる、事業者目線から見た必要なサービスといったものを掘り下げるような調査のご提案をいただいている事業者さんもおりました。これから事業者選定の作業に入るところですけれども、そういったものを活用しながら、本年度の実態調査の中で、次の計画の中でどのようなサービスが必要なのか。7期におきましてはある程度施設サービスを充足させてまいりましたので、今後大きな施設サービスがなかなかつくれない状況の中で、おっしゃられたように、どのような地域密着型サービスがいいのかというところの基礎資料をつくりまして、それを来年の策定委員会の中で委員の皆様にご議論いただければと思っております。

【健康福祉部長】 梅田係長は、介護保険財政も含めて介護保険の計画がそのとおりにちゃんと動いているかどうかということをもものすごくシビアに気にしながらやっております。このカラー刷りのものは、実際の計画に対してどのくらい超えているか、ここは少なくなくて済んでいるかということをお示しをしているものですから、個別の分野に入り込んだ表現がなかったことについては、先ほど申し上げたような形で、この後分析をして、ご報告ができればと思っております。

それと、せっかくですから、資料3のカラー刷りの6ページをご覧くださいと思います。先ほど酒井委員から、お使いにならなくなったりすると、地域密着型の通所介護などの事業所さんの運営が厳しくなるのではないのかという指摘がございました。

もともと、要支援1、2が全国平均と比較しても少ないのが武蔵野市の特徴でございます。そこには様々な介護予防のための取り組みを進めてきているということがございまして、なおかつ、ここに来て、いきいきサロンのような事業も始めている。テンミリオンハウスもあるし、健康課で行っている予防事業などもあって、多様な予防活動をしているこ

とによって要支援状態になられる方は少ない。そういう方々については、地域での共助の取組であるテンミリオンハウスとかいきいきサロンに行って健康な状態をずっと継続していただいて、要支援の状態にならないようにしていただく、それは成果だろうと思っているんですけども、要支援1、2の方々が減ってきているということがあったりします。

一方で、そういう地域デイサービスを提供していただいている介護保険事業者の方々に対しては、実際には要介護1以降の方々を対象にしたサービス提供がこれからは求められてくるのではないのかなと思っております。軽い方々に対するサービス提供については総合事業で基本的にはやっていきますけれども、それより前の段階の要支援にならないところを、地域の互助の力、共助の力で支えておいていただいて、介護の状態になったときには介護保険事業者の皆さんに支えていただく。言ってみれば共助、互助、公助というか介護保険によるサービスのすみ分けをしながらやっていくというのが私たち保険者として果たすべき役割かなと思っております。

【会長】 先ほどお手を挙げていただいた服部委員、よろしく申し上げます。

【服部委員】 これは質問というよりは、要望というか意見具申です。

看多機について、看取りをも視野に入れているというお話がありましたが、福祉の生活施設で、実際に入所者が極度の食思不振で、食べ物を食べなくなって、医療をどのようにしたらいいのか困惑する事例、あるいは、終末期医療についてご自身の意思表示が全くないという例が最近2件ほど出てきていまして、非常に困ったその施設の担当者が相談に来ているんです。ですから、その人が判断能力がある場合には、平生からきちんと終末期医療についての意思表示を確認して記録にとっておく。あるいは、その人の親密圏と言われる人たちから、その人がどういう意向を持っているかということ聞き取って、それを推認するという丁寧なアプローチというかフィールドワークをしないと、本来終末期のケアに傾注するエネルギーとは別の方面の、本当にこの人はこのまま医療にかからないで見守っていていいのだろうか、という葛藤に陥り、(本来ケアに向けるべき) エネルギーを浪費します。

そういうことのないように、もちろん市が進めているエンディングノートの事業にしても、様々な政策も、最終的には、自ら立ち、かつ、自らを律することのできる高齢者を育成したいという点に収斂すると思うので、その一端として、生活施設にかかわっているような人は、ぜひ終末期医療の意思表示を確定的に覚知するようにしていただきたいというのが私の意見具申です。

以上です。

【会長】 今のご意見に、事務局より何かご回答はございませんか。

【相談支援担当課長】 ご意見をありがとうございます。将来に向けて、自分の最期について考えるということ自体がなかなか難しかったり、ご家族も、自分の両親の最期についてはなかなか話題にできなかったり、デリケートなところもあると思います。今年度始めたエンディング支援事業、エンディングノートについては7月以降、出前講座等で配付していきますけれども、なぜそれが必要になるのか、今、服部委員がおっしゃられたことを啓発していき、丁寧に対応していきたいと思っております。

【健康福祉部長】 そこは医療者との連携もすごく大切になってくるんだろうなと思っています。今年の2月に在宅医療・介護連携推進協議会の市民セミナーとして、ACP、終末期医療についての意思表示、意思決定に対する支援をテーマに行いましたけれども、医療と介護の連携はまさにそういったところでもすごく効果があらわれるところではないかと思っております。大分先の話ですけれども、4月にやる来年度の地域医療フォーラムでは、終末期医療について医師会としても取り上げたいとおっしゃっていただいておりますので、これまでも在宅医療・介護連携は進めてきておりますけれども、さらにそういった課題も含めて検討して、実際にも進めてまいりたいと思っております。

【清水委員】 今のことについてです。ACPはすごく今医療の現場でもピックアップされております。医師会の田原会長を初めとして、在宅医療・介護連携推進協議会というのがありまして、いくつかの部会に分かれているんですが、多職種連携部会というところでも今年度はACPについて取り上げて、医療の分野から、また多職種の方から、どういことができるかということをも具体的に話し合う場を設けておりますので、その辺はまたこういう場でお話ができればと思います。

1つ気になったのが、先ほどの資料6の生活支援のところ、独居の方について、こういったいきいきサロンのリーフレットなどもどんどん展開して、つながりをということなんですが、こういう方にとっても、日常のつながりとかACPもかなり今後大きな問題になってくると思いますので、その辺も踏まえてご検討いただければと思います。

【会長】 今のはご意見ということによろしいでしょうか。承りました。

次の議題にもすごくかかわってまいりますので、また後ほど質問の時間を設けたいと思います。

(2) 審議事項

①平成30年度基幹型及び在宅介護・地域包括支援センター業務報告

②令和元年度基幹型及び在宅介護・地域包括支援センター運営方針及び事業計画

【会長】 次に、次第4の(2)審議事項、①「平成30年度基幹型及び在宅介護地域包括支援センター業務報告」及び②「令和元年度基幹型及び在宅介護・地域包括支援センター運営方針及び事業計画」について、事務局から一括してご説明をお願いいたします。

【地域包括支援センター長】 地域包括センターの荻原から報告いたします。よろしくお願いいたします。

平成30年度武蔵野市地域包括支援センター業務報告からさせていただきます。資料は8-1、8-2、8-3、8-4、そして最後に令和元年度の運営方針ということで資料9まで、一括して使わせていただきます。時間の都合から、数値的な部分はそれぞれご確認いただくこととして、ポイントを絞って説明いたします。

平成30年度の地域包括支援センターの運営方針が、武蔵野市高齢者福祉計画・第7期介護保険事業計画―まちぐるみの支え合い地域包括ケアのさらなる推進に向けて―を方向性として掲げ、基幹型地域包括支援センターと市内6カ所の在宅介護・地域包括支援センターとともに、保健、医療、介護の関係機関の多職種連携の体制や、地域住民の互助、互助によるネットワークづくり等を進めてまいりました。

まず、資料8-1「平成30年度基幹型及び在宅介護・地域包括支援センター業務報告」をお出してください。平成30年度は、新規事業として、介護サービス未利用者の定期的な実態把握を行いました。前回の上半期実績報告のときは、今始めたばかりなので年間の報告は次回で報告させていただくということでした。

資料8-3をお出してください。この経緯につきましては、27年10月の総合事業の開始以降、介護サービス未利用の方には、介護認定の更新の勧奨通知だけが郵送される仕組みになりました。しかし、第7期の介護保険事業計画策定のため在宅介護・地域包括支援センターにヒアリングに回ったときに、前回軽度認定の方が、次回相談時には介護が重度化して上がってくるという話がありました。在宅介護・地域包括支援センターは、今まで必ず1年に1回、2年に1回という頻度で、訪問して介護保険認定更新申請を推奨していたのが、今度は勧奨通知で終わった、ここに問題があるのではないかという意見がありました。実態把握が必要な人に実施されていないことが原因ではないかということが高齢者支援課の内部でも検討されてきました。

そこで、平成30年7月から要支援1、2の介護サービス未利用者の方に実態調査を行い、平成31年3月まで調査票が上がってきたものについてのまとめをしてみました。

3「調査対象者及び調査時期」。前回の介護度が要支援1、2の軽度者です。介護サービス未利用者について、要介護認定の有効期間満了後の更新時に実施しました。調査対象者は261名いまして、その中の67%、175名が更新申請を行っています。現在は介護サービス利用の必要はないがいざというときにすぐサービス利用できないのではないかと考え申請している方々です。そして、「私は一定程度治りましたので今回は申請はいたしません」という方が26.4%、69名いらっしゃいました。この時点で、17名の方の調査票が上がってきませんでしたので、17名は訪問調整中としています。

実態調査は、真ん中の黒く囲んだ四角の69名です。この表では男女比や年齢を記載できませんでしたので、口頭で伝えさせていただきます。男性29.0%、女性71.0%です。年齢は、85歳以上になると非常に要介護状態や認知症になる可能性が高いということで、84歳以下と85歳以上で年齢を区切らせてもらいました。84歳以下が63.8%、85歳以上が36.2%いらっしゃいました。

4「調査項目及び調査結果」です。日常生活はおできになりますか、お世話して下さる方はいらっしゃいますか、どのような世帯ですか等についてアンケート調査しました。この1年間の体調変化はありませんでしたという方が73.9%。身の回りのことはおよそ自分でできていますという方が95.7%。世帯構成については、ひとり暮らし、高齢ご夫婦、その他ご家族と一緒にほぼ3分の1ずつでした。生活のお手伝いをしてくださる方がいる方が82.6%と本当に低くて、「いいえ」という方が17.4%もいらっしゃいます。15分ぐらい続けて歩けますか、週1回外出していますかというところは、おおよそ9割です。

週に1回も外出していない2名の方はどういう理由なんだろうと、とても気になって理由を見ましたら、膝が痛い、体調がちょっと悪いという方で、世帯を見ましたら、ご家族同居の方でした。在宅介護・地域包括支援センターは家族が同居だということを把握していますし、両方の方ともモニタリングの時期は1年後になっています。またご家族にご様子を見てくださるよう依頼し、相談窓口周知を行っています。

そして、「普段就労や介護予防事業等に参加していますか」に「はい」と答えた方が41人、59.4%で、「いいえ」という方が28人、40.6%もいらっしゃいます。その方々にいきいきサロンを紹介してきたという在宅介護・地域包括支援センターのコメント

トもありました。しかし、そこが空白になっている＝どこにも参加していない方々が気になるところであります。また、独居であれば、どのような働きかけが必要になってくるんだろうかと在宅介護・地域包括支援センターの働きかけが必要になります。

体調不良時に助けてくれる人がいる方は95.7%いらっしゃいます。誰も助けてくれない人が3人いるということが在宅介護・地域包括支援センターでわかりましたので、そこはやはり力を入れて、ポイントを絞って訪問していただきたい方ではないかと思っています。

9番目のかかりつけ医について。介護保険申請を行っているので、必ずかかりつけ医がいると思いますが、1名の方はいないと答えています。介護保険認定申請を受けるときだけ受診して、その方のかかりつけ医とする、老人健診のときだけは行くけれども、継続受診にはならないという方が推測されます。必要時、適切な医療へつなぐことも地域の在宅介護・地域包括支援センターの業務として大切になってくると捉えております。

裏面をご覧ください。次回の訪問時期です。A～E区分で、1か月後、3か月後、6か月後、1年後、実態把握終了という形で分類をしてもらいました。必ず地区担当の職員が調査には行きますが、この分類区分については、センター全体の話し合い、センター長の了解のもとで決定することを原則としました。「1か月後」の2名の方はすぐに更新申請に切り替えました。Bの「3か月後」は1人、Cの「6か月後」が7人、「1年後」が4人、「実態把握終了」が15人。この調査に行ったときには、必ず在宅介護・地域包括支援センターの連絡先の周知をしました。サービス利用要件に該当する方についてはレスキューヘルパー事業、高齢者安心コール事業をチラシで案内しています。また併せて在宅介護・地域包括支援センターの周知も図りました。

このサービス未利用者実態調査の対象の方は、要支援1、2です。まだ回復力もあり介護保険サービスを利用することなく生活できていました。この方たちを上手に地域活動につなぎ、介護のほうにスライドさせないことも介護予防の視点から在宅介護・地域包括支援センターの重要な仕事だと捉えております。今後もサービス未利用者の実態把握に力を入れていきたいと考えています。

次に、報告書の権利擁護、虐待です。虐待対応研修等はこれまでと同じように行いました。そして、市民に対する虐待防止に関する普及啓発ができていないことは引き続き課題だと思っています。そこで、30年度は、民生委員と在宅介護・地域包括支援センターの情報交換会を1年間に2回実施しています。その時間をいただき、ミニ講座を行い、活

動報告をしました。次年度は、地域の高齢者の団体を対象に、見守り活動とあわせて高齢者虐待防止の普及啓発を計画しています。

横組みの2枚目のページをおめくりください。30年度も高齢者及び障害者虐待防止連絡会議は年2回行い、引き続き次年度も行う予定になっています。

資料8-2、6ページをごらんください。高齢者虐待通報の平成29年度実績と平成30年度実績が並べて書かれてあります。

虐待の通報数が38、認定数が9、認定でないと判断したもの19、そのほか事実確認中、経過観察中が10になります。30年度の通報数は38件で、前年度よりも22件の減になっております。明確な理由はわかっていません。

虐待認定にいたった9件の内訳は、記載のようになっています。被虐待者の概要としては、75歳以上の女性、要介護2程度で、認知症高齢者の日常生活自立度は、見守り、声かけが必要なⅡ以上の方。通報者はケアマネジャーやサービス提供事業者で、特にデイサービスであざが発見されたとか、デイサービスの送り出しのときにご家族が声を荒げていたという内容でデイサービスから通報が上がってくる場合が多いです。その後については6名の方がサービス調整をして在宅で生活継続、3名のうち2名の方は養護老人ホームに入所、1名は特別養護老人ホームに入所待ちで、ショートステイを使っている方がいます。

地域の見守りや声かけによる効果もありますけれども、一方で私たち専門職種としてやっていかななくてはいけないのは、認知症ケアについてです。その方の状態に応じた適時適切なケアプランの作成と対応を、ケアマネジャーやかかりつけ医と検討しながら実施していくことが望まれます。また、後に認知症のところで申し上げますけれども、認知症初期集中支援チーム事業などをここで活用していくのも1つのやり方なのかなと思っております。

虐待の対応ではありますが、認知症ケアの対応、検討となる場合が多いです。ケアの方法を医療・介護分野を超えて、その人のケアプランを見ていくことがとても大切な視点だと捉えています。

横組みの表に行きます。2ページ目の一番下の枠、「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」、ケアプラン指導研修事業のところです。その方の状態に応じたケアプランが作成されることはとても重要だということですのでケアマネジャー支援は継続課題です。

30年度は、地区別ケース検討会に在籍し、武蔵野市を担当しているケアマネジャー10

7人に対して113事例のケアプラン指導研修事業を行いました。第7回目は、今、国のほうからチェックするよという話がある生活援助一定回数以上の利用者を担当するケアマネジャー5名から該当事例の提出を求め、研修いたしました。平成30年度はケアプラン指導研修事業を年6回開催しました。令和元年度は12回実施予定です。

資料8-4の「地域ケア会議推進事業」をご覧ください。今回、武蔵野市の地域ケア会議の体系図をお出ししました。今ここで個別地域ケア会議と言われるものは、一番下の個別レベルの右側に該当するものです。「個別ケース検討を通じた介護支援専門員（ケアマネジャー）による自立支援に資するケアマネジメントの支援など」となっていますが、その方の課題解決です。ケアマネジャーによるケアプランだけではなく、地域の力を借り、様々な社会資源を活用して個別課題の解決に当たります。

そして、エリア別地域ケア会議の報告です。それが下から2番目の日常生活圏域レベルのエリア別地域ケア会議です。令和元年度は、各在宅介護・地域包括支援センターに、個別地域ケア会議を年間最低3回はやるようお願いしています。そこから見えてきた課題、また、エリアの課題から見えてきた個別の課題等を、行ったり来たりをやりながら、各センターはエリア別地域ケア会議を必ず1回はやるよということで業務を課しています。

その上の市町村レベルについては、武蔵野市においては在宅医療・介護連携推進協議会を当てていますし、トップのレベルは健康福祉総合計画・地域リハビリテーション推進会議（年2回）としています。

次のページから各センターの報告が記載されています。見ていくとおおよそわかるのは、個別の課題解決をする一方で、ほぼ全部、認知症の方の事例が上がってきています。そして、地域活動と声かけによる支援体制が上がってきます。認知症になったから通っているのではなくて、今までその方は地域の集いの場に行っていたから、認知症になっても私たちは今までの彼女また彼がわかるので、今までどおり支えてあげたい。通ってきたら世話をする。だから、その方の通い方、地域の受け皿の問題。認知症になって周りの支援が必要になったら、デイサービスではないんだから、どこで介護保険のサービスと地域の活動を組みかえていくかについても触れられた話し合いでもありました。

今回上がってきたのは、シルバーピア、市で借り上げて高齢者の方に住まいを提供している高齢者住宅です。シルバーピアやマンション管理組合と手をつないでいくのか。そんな課題も上がってきています。

個別地域ケア会議の開催は、参加者から日常的なつながりや声かけの大切さを実感する

機会となったとか、独居の方のご家族がサービス担当者会議に出席して介護についての意向が話し合われればよかったが、欠席のまま経過。しかし、エリアの会議で、離れている親族が参加してくださると、「うちの父や母のためにこんなに大勢の方が集まってくださってありがとうございます。私たち親族はやれることは必ずやりますので、皆さん今後ともよろしくお願いします」という言葉が聞かれる場面があります。このような会議でのご本人やご家族の同席は非常に有効なものだと思っております。

エリア会議については記載のとおりなので、お読みください。今年度も引き続きやっついこうと思っています。

また報告に戻ります。認知症のケアに対する取組、医療と介護が一体的に取り組む必要があると認識しております。認知症の初期集中支援チームの活用、在宅医療・介護連携推進協議会の認知症連携部会の運営等、さらに令和元年度も進めてまいりたいと思っております。

医療との連携については、武蔵野市歯科医師会の先生方と一緒に取り組んでいます。6ページが一番上の「摂食嚥下支援体制の整備」のところですが、今年度も3件のモデル事業を実施しました。デイサービスに通っている人たちの摂食嚥下の機能評価を行い、歯科医師によるミールラウンド、その後のカンファレンスを行い、ケアマネジャーとともに今後のプランについて反映できる内容等について検討してまいりました。次年度も引き続きこの事業については取り組んでまいりたいと思っております。この事業については施設ケアから在宅ケアにどんどんシフトさせていくことを計画しております。

計画に記載はありませんが在宅介護・地域包括支援センターの機能強化を目標に基幹型地域包括支援センター及び在宅介護・地域包括支援センターに対して対応力向上研修を年11回行いました。安否確認の方法、地域ケア会議の運営等、在宅介護・地域包括支援センターが学ばなくてはいけないことの研修をやってまいりました。令和元年度もまた年12回開催予定になっております。

長くなりましたが、令和元年度には引き続き継続事業で行ってまいります。

そして、新規事業が1つ入っております。資料9の令和元年度の計画の4ページ、下から3行目、「エンディング（終活）支援事業」については、高齢者支援課の事業として、基幹型地域包括支援センターと在宅介護・地域包括支援センター、ともに市民に対しての普及啓発をやっていきたいと思っております。これについては福祉公社と一緒にやっていく事業になっています。

以上です。

【会長】 ただいまの事務局の説明に対して、ご質問、ご意見等のある委員の先生方がございましたら、挙手をお願いいたします。

私が気になったというか、非常に感心したことは、資料 8-3 の、サービスを利用したい方たちに対して実態調査をしていただいた。特に、区分を A～E ということで優先順位をつけて、非常によく整理をされたなと思います。分析、検討して 1 か月後、3 か月後、6 か月後、1 年後と分けて、緊急度をつけたことで、今後の見通しの 1 つの基準になるのではないかと思います。

【会長職務代理】 私も、資料 8-3 は、まず大前提としてこういった実態調査は非常に珍しい調査で、全市的に行っていることは本当に素晴らしいと思っています。ぜひ継続していただければと思っています。

1 点はどちらかという感想なのですが、もう 1 点はぜひこういったことも盛り込んだほうが今後いいかもしれないという点です。

調査項目についての 4 番目、生活のお手伝いのことで、先ほどのご説明では 17.4% の人がいないというコメントで、多いという表現でしたが、個人的にはむしろこれは少ないというイメージがあります。なぜかという、ひとり暮らしが 36.2% なんです。つまり、ひとり暮らしの方の半数が何らかの形でお手伝いをしてくれる人がいるというのは、おそらく遠隔地に住んでいるご家族がいるという形が多いと思うのですが、意外に多いというのが正直な感想でして、こういった数字がどういった意味を持つのかというのは、少し注意しつつ考えていったほうがいいのかと思います。

どちらかというこれは提案ですが、7 の就労や介護予防事業等。地域包括とかでやっていることなので、どうしても介護予防事業等が入りますが、おそらく社会教育であるとか、自宅で農業をやっているみたいなこととか、いわゆるその他の活動に関してもある程度把握をしておいたほうがいいのか。要は、孤立をして出る場所がないのか、健康福祉分野ではないけれども、かかわっているのかといった点はとても重要です。正直、社会教育分野でも何でもいいんですが、どこかにひっかかってさえくれればいいんだけど、そういう場所が一切ないということは結構重要なポイントですので、閉じこもりというほどではないかもしれませんが、そういったものがあるのかないのかといったことは少し把握しておくだけでも、多分数字の読み取り方、あるいはほかの部署との連携の仕方が変わってきますので、盛り込まれるといいのかなと思います。

先ほど山井先生もおっしゃられた区分について。これは個人的に、どういう区分の分け方をされているのかな、これはぜひ確認させていただきたい。要は、A～Eで重みをつけて、より集中的に把握するのか。もうこれ以上はやらなくて、いずれゆっくりご自身で独立した生活をされる方で、分けるのは全くいいと思うんですが、特にA～Dはどうやって分けるんだろうと、個人的にとっても興味があったので、ぜひご教示いただければと思います。

【地域包括支援センター長】 各在宅介護・地域包括支援センターの職員が行ってみて、区分を決め、最終判断はセンター内の協議で決まったという非常に曖昧な感覚です。

【会長職務代理】 そうしますと、今すぐ明確な区分の基準をつくってくださいということではないんですが、今のところは調査者と、センターとしての感覚によってある程度つくられていると。いろんなセンターがありますので、ぜひその辺は調整等をしながら、すぐにつくる必要はありませんが、ゆるゆるとやっていただければと思います。

【相談支援担当課長】 ありがとうございます。これについては分析がまだ充分ではありません。若い方は60代の方もいらっしゃるし、85歳以上では90歳代後半の方もいらっしゃいます。一つ一つ丁寧に見ていくと、今後のアプローチの仕方も、60代の方と90代の方では違うのではないかと。

先ほどの区分の話ですが、体調だけではなく、私も報告を見て印象に残っている例としては、最近振り込め詐欺に遭って非常に落ち込んでいるところに訪問があった。お身体はお元気な方なんですが、精神的にかなり落ち込んでいたということで、1か月後にもう一度訪問のお約束をした。そういった個別的なところもありますので、分類や判断については、6エリアの在支と相談しながらすすめていきたいと思っています。

【別所委員】 今の件で、ずっと制度、仕組としてやっていくのにはこの区分分けも大事かもしれませんが、とりあえずは、すぐ1か月後に認定を受けた人が見つかるということが第一の目的なので、その後の6か月、1年というのを区別する必要があるかどうか。これから人数もそんなには多くないので、いつでも必要があるときに言ってきてくださいということをももちろん言ってこられるわけですから、そういうこともあるのかなとちょっと思ったりしました。

続けていくつか話してもいいでしょうか。

ほかの方もおっしゃったように、今日伺って、過去2年か3年の間に、介護保険制度に加えて市でどんなサービスが必要なのかということ調査して、それを踏まえて福祉ヘル

パーさん、市の認定ヘルパーさんとか、先ほどの、認定を受けたけれどもサービスを利用しないで悪化してしまった人とか、そういうことが今回反映されて、しかもその結果まで報告されて、すごくそこがうまく動いていて、心強いなと思いました。

ここには出てきていないんですけれども、私も、例えば前から地域健康クラブに行って、今年5年目になって、すごくありがたい市のサービスだと思っています。ただ、このごろ高齢者が多くなってきたので、満員になるとくじ引きになって、くじに外れると1年休みみたいなことになるので、何とか半年で次につなげていただけないだろうか。週3日でもいいからやめないで済む方法はないだろうか。ほかのサービスもありますので、今そちらとかけ持ちをして何とかしのいで翌年を目指すみたいなことをしています。そういうことも含めて、サービスがきめ細かくなってフォローもしてくださっていることはよくわかりました。

あと、例えばいきいきサロンも、この紫のチラシにも、地域住民団体やNPOが運営していますと書いてあったり、サービスによっては事業者が地域で提供したのがあります。さっきの利用率がちょっと低い地域密着型の通所介護でも、いろんな主体の組み合わせで違うものがいくつも提供されていて、住民だけというか、高齢者だけが運営主体になるとか運営にかかわるのはちょっと避けたいという意見があります。参加はしたいけれども、お世話するほうにかかわるのはちょっと面倒くさいというのを実感としてみんな多かれ少なかれ持っていたりするもので、そういうところを少し手伝っていただいて、そこで生きがいを見つけていけるような仕組みがあるといいなと思います。最初はその場にいるだけでもいい。自分は運動は苦手だと思っても、行って、90歳の方が頑張っているのを見ると、まだだめだなんて言ってもいられないかなという気になるように、そういう場にまず足を運んでもらえることがすごく大事なのかなと思ったりしました。

利用者の側でいろいろな経験をさせていただいて、そんなことを感じます。本当にサービスがいろいろきめ細かく、地域包括支援センターもこれだけたくさん仕事を精力的にしていっているということ、本当に大変だなと思ひまして、ありがたいことと思っております。

【会長】 今のはご意見ということでいただいてよろしいでしょうか。

では、ほかの委員の方。清水さん、お願いします。

【清水委員】 今の資料8-3の分野は、ちょうど私も介護認定のほうに席を置いていますので、非常に興味深いアンケートで、貴重な内容だと思います。大変いい刺激になり

ました。

1点、お伺いしたいのが、調査項目の2の「身の回りのことをご自身でできますか」ということです。どうしても認知症は重篤化するので、早期発見が医療分野では大切なことですので、例えば薬をきちっとしっかり飲んでいるかとか、食事はどうされているか、しっかりとれているかということは、このアンケートの中には入っているのでしょうか。

【地域包括支援センター長】 入ってはいません。

【清水委員】 多分簡単にまとめた質問ということなのですが、「かかりつけ医はいますか」ということが具体的に入っていますので、できれば今後、ちょっとした日常生活のことも詳細に入れていただけるといいかなということ。もしもそういうことができればよろしくをお願いします。

【地域包括支援センター長】 在宅介護・地域包括支援センターの職員がご自宅に訪問して、対面調査をしています。認定調査ではないので、できるだけ簡単な、負担のない項目をとすることに配慮してこのような項目にしております。清水委員の意見は、ご意見として賜ります。ありがとうございます。

【酒井委員】 研修をはじめ、きめ細かく様々な取組をされて、大変だと、敬意を表します。

私は、テンミリオンハウス「くるみの木」で在宅介護者の会やボランティアセンターのお仕事サロン活動で、70歳以上の方々とご一緒しています。皆さま健康に気をつけていらして、市の総合体育館や高齢者総合センターで実施しているストレッチなどの軽い運動プログラムを利用されている方が非常に多いのですが、最近の利用者が増えて継続利用ができないということです。いつまでも元気に過ごせるようにと願っている市民の目的に合致した事業が、既に継続利用できない状況ということでは、2025年前後から急増する後期高齢者の利用は不可能になると思われ。人気施設の人気プログラムや人気サービスを増やしていく努力と工夫をお願いします。

次に、先ほど意見が出ましたマンションの問題について、日本赤十字の募金活動も管理組合の許可が必要とのことで、かなり苦勞されているようです。募金はさておき、ひとり暮らしの高齢者や認知症の方など、ご本人の支援と共にマンション住民の不安にも繋がることなので、マンション管理組合や管理会社へのアプローチをしていただきたいと思います。

この計画にはなかったとおっしゃったとおりで、機能強化を推進して頑張っていくとい

うことですが、職員さんが疲弊して業務に支障が出るようでは困ります。また、人事異動もありますから、引き継ぎや事務連絡をしても、前任者と同様に対応するのは難しいことです。被保険者の市民が適切なサービスを継続して利用するには、地域包括支援センターの職員さんが中心となって、福祉公社や市民社協との連携も意識して、広い視点で支援体制を考える努力をしてはどうかと、これは提案になります。

最後に、いくつになっても元気で自分で何でもできるのが一番ですが、努力が必要です。この「住み慣れた街でいつまでも」という冊子は、東京都と医師会で作っているのですが、フレイルの話や介護保険を利用すると関わる専門職の仕事内容など、住み慣れた家で最後まで暮らしていくために必要な情報が、分りやすく書かれています。市で取り寄せていただき、全戸配布は無理でも、必要と思われる方にお配りするとか、自由に持ち帰ることができるなどをしていただけることは可能でしょうか。

【健康福祉部長】 高齢者総合センターの利用者に対する工夫については、服部委員から後で教えていただければと思います。

それと、例えばマンション住民への地域でのかかわり方みたいなものは、磯川委員は防災の活動などでそういうものをつくっていただいているので、そのご紹介をいただければありがたいかなと思っております。

最後のパンフレットにつきましては、ちょうど昨日、私もそれを見させていただきました。全面的に展開されている資料ですよ。そんなにたくさんというわけにはいかないかもしれませんが、東京都と東京都医師会が共同で作られているもので、願いをすればある程度はいただけるのではないかと考えておりますので、活用の仕方については検討してまいりたいと思っております。

【服部委員】 高齢者総合センターの各講座と地域健康クラブについて、希望者が多いので抽せんから漏れてしまうのを一体どうしたらいいかというご質問かと思えます。

まず第一に、機会均等ということを考えます。地域健康クラブについては、平成元年に発足しまして30年。最高齢では98～99歳のご利用者がいらっしゃいます。平均年齢が78歳。非常に市民的支持が大きくて、皆さん継続している。基本的なテーマとしては、可能な限り受け入れるということを数年前までやっていました。例えば、運動（エクササイズ）を工夫したり、狭小な教室であっても可能な限り多くの人たちを受け入れる工夫をしていたんですが、既にその工夫が破綻しているような状況です。そういうことで、万やむを得ず抽せんにした。抽せんをした場合でも、別の会場にご案内をしている。そして、

漏れなくきちんと落ちつくところに落ちつくという配慮をしているんですが、お友達と一緒に来ていて、ここの会場でなきゃ嫌だという方がいらっしゃるわけです。それはもう個人の選択の問題です。それはお任せしていますが、可能な限りご利用者を受け入れるというのを基本的な指針としています。

高齢者総合センターの各講座についても、人気講座の場合には時間を短縮して講座数を増やす、あるいは利用者が余りいないような講座は廃止して、その分の費用をかけて他の講座を増やすという仕組みにしていました。これもまた抽せんになる講座がありますが、今まで工夫をしなかったばかりに、1人で5つも6つも講座を受講している人がいました。それは機会均等の見地から、体操の講座は非常に人気がありますが、体操、音楽、文化系を含めて調和のとれる形で運用をしています。ご理解いただきたいと思います。

以上です。

【磯川委員】 私は今住んでいる中町は、マンションが随分急激に増えています。これは福祉の会という立場ではなくて、民生委員の立場で、できたときに管理組合を訪ねて、近隣地域にはこういう団体がありますので、少なくともそのまちの情報を知ってもらうためにも、例えばいろんな広報誌は入れさせてくださいという話は随時しています。それはまちのコミュニティの中である程度やっていくべきだろうとは思っていますので、続けていきたいと思っています。

ちょっと1つだけいいですか。さっきからお話を聞いていて一番気になったのは、やはり認知症の問題なんです。資料4に「認知症対応型通所介護」と「認知症対応型共同生活介護」とあるんですが、定員はいずれも34ですね。今、要介護3から要介護5までで市全体で2,600人ぐらいなんですけど、その中で認知症の方は何人ぐらいいらっしゃるのでしょうか。

認知症の現象自体はかなり医学的にはわかってきていると思うんです。それに対して、政策として一体どういう手が打てるのかというのがまだ未開発なんじゃないかなという気がしているんです。2025年問題と言われてはいますが、これから全体的に高齢化せざるを得ない。その中で、当然のことながら数が増えてきますよね。そうすると、この34、34という数字では、とてもじゃないけど、何もやっていないのとほとんど一緒になって、結果的にその負担は家族が負うしかないんだろうと思うんです。

そうすると、さっきの虐待の話で、娘や息子が親を虐待する。その原因が、十分認知症についての知識がないとか、必ずしも施設だけじゃなくて、行政として認知症という問題

に対してどんな打つ手があるのか。もちろん、認知症にならないのが一番いいですから、そこを大きくすることが1つで、それは随分やっておられると思うんです。

今度は、認知症になったときに、重度化していくんですね。最初は大したことないが、どんどん家族が手に負えない状態になってくるんじゃないかと思うんです。手に負えない認知症の方を、では行政がどうできるかという、この34、34では、余りにもみすぼらしいというか、何もやっていないのと一緒じゃないかなという感じがちょっとするんですね。これは今答えていただく必要は全くないんですが、もうちょっと認知症の医学的な部分で、その現象にはいくつかパターンもあるんでしょうけれども、結果的には家族はその部分を全部負うしかないというのは、ちょっと何とかならぬかなという気がします。

以上でございます。

【会長】 非常に重要な問題かと思いますが、いかがでしょうか。

【健康福祉部長】 最初に、1つだけ訂正がございます。先ほどのパンフレットですけれども、もう市に1,000部ほどいただいておりますので、これから有効に活用させていただきます。つい先日いただいたばかりですので、これから有効な配布を具体的に検討したいと思っております。失礼いたしました。

それから、認知症の方の数ですけれども、要介護認定を受けていらっしゃる方々の中で、日常的な支えが必要な方々と言われる、日常生活自立度がⅡ以上の方については、平成29年7月の時点で、市で3,900人いらっしゃいます。29年7月でそのぐらいで、毎年5%ずつ増えておりますので、その数は30年度で4,000人弱ですね。それが答えになります。

それに対して、先ほど認知症対応型通所介護の定員がすごく少ないということですがけれども、一方で、様々なデイサービスであったり介護サービスを提供する施設では認知症対応ができるような研修を受けている方々がいらっしゃるの、必ずしも認知症対応型デイサービスに行かなくても、そういったサービスの提供が受けられる方々もいらっしゃったり、一方、先ほど担当の長坂から申し上げましたけれども、認知症対応型デイサービスは介護報酬が高いんですね。ということはご本人の負担が高くなってしまいますので、行くんだったら普通のデイに行ってそういうサービスを受けたいという方もいらっしゃったりします。

あるいは、前々から武蔵野市では、認知症の方のためのサービスについては、例えばもの忘れ相談シートのようなものをつくって、できるだけ早く医療につながるように、その

シートがあれば認知症対応の専門医のところとの連携が早くできるといったシステムをつくって、既に10年以上使っております。そういったものを作って、できるだけ医療に早くつながるような取組はしてきております。そうはいつても、これから後期高齢者の方々が増えていくということは、認知症になられる方々が増えていくということになってまいりますので、市の単独事業としても様々なサービスは実施をしてきておりますけれども、もっと充実していかなければいけないだろうと思っています。

今回の第8期の計画の中でも、これは現実には今のところ具体化はしておりませんが、例えば認知症グループホームだってもう少し必要なのではないかとしたことについても言及をしております。そういった施設整備も含めて、認知症初期集中支援チームをつくったり、アウトリーチをしていったりして、アプローチの仕方も充実はさせておりますけれども、それを越えるほどの増加状況になるんだらうということもございます。具体的に認知症になられた方への対応、なる前の予防の段階での対応、ご家族に対する普及啓発が全て一体的に提供されて初めてそれに対応できるのだらうと思っていますので、そういう体系をつくってまいりたいと思っています。

おっしゃるとおりで、これからの状況にどう対応していくのかは、私どもの課題でもあるし、国家的な課題でもあります。先日、国は認知症対応の計画を出して、年1%ずつ、10年間で1割という数字目標を出しましたけれども、それを取り下げることになっております。そのこと自体が認知症になるのは悪いことだというイメージを与えてしまうということも1つの要因だと聞いております。そういうことも含めて、正しい理解を進めていくことも私たちにとって極めて重要な課題であると思っていますので、それもあわせて進めてまいりたいと思っています。

【別所委員】 今の認知症のことで、これからどんどん増えるし、重度化するし、家族ではなかなか見られなくなることはもう随分前からわかっていて、いろんなサービスもあるんですけども、認知症が重くなったときに、自分の家族の状態とか住んでいる状態とか経済状態とか、いろんなことを考えた場合に、どんな暮らしの選択肢があるのかがなかなかわかりにくくて、選べない。何があればいいかがよくわからない。第一、言葉が難しく、認知症対応型通所介護と言われても、こういうことを聞きなれていない人にはわからない。こういう場合には家でこういうサービスを使って、ときどきどこかに行って、ヘルパーさんが来てくれて暮らせていけるけれども、もっと重くなったらどこに行けるのか。そういう選択肢がわかるほうが、制度に当てはめるよりは親切というか、オーダーメイド

の認知症の住まい方みたいなものが武蔵野市なら描けるのかなという気がします。

【健康福祉部長】 おっしゃるとおりで、住み慣れた地域で生活が継続できるのが私どもの最大の目標ですけれども、それは必ずしも在宅だけではないだろうとも思っています。地域の中に特別養護老人ホームを整備していく。すごく離れた、1時間も2時間もかからないと行けないところではなくて、住みなれた地域の中に特別養護老人ホームがあって、在宅での生活が限界に達したときにはそちらへの入所ができる、そういった受け皿をつくっていくことが大事なことだと思っております。在宅生活の限界点を引き上げるような様々なサービス提供体制をつくりながら、それができなくなったときには施設という選択もあるということ、保険料とのバランスを考えながらということにはございますけれども、これからも検討しながら進めてまいりたいと思っております。

(3) その他

【会長】 続きまして、次のことも今のことと非常に関係あると思うので、次第4の(3)「在宅介護・地域包括支援センターの評価について」。よろしく申し上げます。

【事務局(中山)】 高齢者支援課相談支援係の中山と申します。私から、「在宅介護・地域包括支援センターの評価について」、ご説明させていただきます。

既に委員の皆様ご承知のとおり、昨年12月の地域包括ケア推進協議会で報告させていただきましたけれども、国におきましては、地域包括ケアシステムの構築を推進する上で地域包括支援センターの機能強化は非常に重要な課題だとしておりまして、地域包括支援センターの機能強化を目的とした、各センターの事業の質や実施状況の評価の義務化を盛り込んだ法改正(平成30年4月1日施行)が実施されております。これに基づきまして、全国統一の地域包括支援センターの評価指標が国によって策定されております。

本市では、これを受けまして、単に全国統一の評価指標を用いるのみでは、本市の具体的な状況、施策を踏まえた各センターの事業実施状況の把握、評価は十分に図れないのではないかと、国が求めている地域包括支援センターの機能強化に本当に資するためには、国の評価項目だけではなくて、本市独自の評価項目を加えて、さらにきめ細かく各在宅介護・地域包括支援センターの活動実績を把握する必要があるのではないかと判断いたしました。検討を重ねてまいりました。

このたび、具体的な評価項目や評価の分類(カテゴライズ)が確定いたしましたため、本日はご報告をいたします。

評価項目が非常に多岐にわたりますので、一つ一つの設問をここでお示しするのは避けられますけれども、ちょっと具体的に申しますと、国が示しております評価項目は全76項目に及んでおりますが、本市ではそこに独自に31項目を追加いたしまして、107項目で各センターの活動実績を把握することといたしました。

また、国による評価項目の分類（カテゴライズ）をさらに細分化いたしました。例えば、事業間連携項目として一くくりにされていたものを、本市ではその内訳をさらに在宅医療・介護連携、認知症高齢者支援、生活支援体制整備の3つに分割をしております。さらに、加えまして、本市単独で実施している事業や、本市が策定しております計画の方針に基づいて各センターの重点取組事項とした事業の実施状況を把握するような項目を追加させていただきます。

国の評価項目については、最終的に全ての設問に答えると、下にちょっと示していますが、その結果がレーダーチャートによって可視化されるというつくりになっております。国はこれを7つのカテゴライズでレーダーチャートにしておりますので、七角形のグラフができるんですけれども、本市に関しましては、さらにこのカテゴライズを細分化しておりますので、十角形できめ細かく評価するような形をとってございます。

各在宅介護・地域包括支援センターは、この内容で平成30年度の事業実施状況について報告を終えているところでございます。現在、その提出された内容を集約、精査をしております。数字の整合性等の精査をいたしまして、委員の皆様におきましては改めて各センターの事業実績としてご報告をさせていただきたいと思っております。

私からは以上です。

【会長】 ただいま事務局より報告を受けましたが、今のことに対してご質問やご意見のある方、いかがでしょうか。

【服部委員】 時間が押しているので恐縮ですが、資料8-2の(2)を拝見いたしますと、各在支の職員1人当たりの高齢者数が示されています。高齢者総合センターが1,077で4桁で、ほかは3桁です。「ゆとりえ」と「ケアハウス」が983で、94人の差です。

実は、(高齢者総合センターと)抱えている事案の重みが違う。例えば、「ゆとりえ」や「吉祥寺本町」の人たちのお叱りを恐れずに申し上げれば、資力がある。つまりお金がある。それで解決すべき方策もある。しかし、例えば高齢者総合センターは、先ほど磯川委員がおっしゃっていたように、中町では大規模なマンション群が林立している。中島飛行

機の跡地にできた公営住宅に住む人たちは、資力の点で欠けたり、家族機能を全く失っていたり、孤立していたり、そういう様々な違いがある。単に機械的に評価項目を当てはめるのではなくて、それをきちんと評価した上で、実質に踏み込んで考えていただきたいというのが、元高齢者総合センター所長の私が言いたいことです。(笑) これはまことにそのとおりなんです。私はネイティブ武蔵野人ですが、武蔵野は東から西までそれぞれ特有の住民個性がある。まさにそれが地域社会であり、(それに対応するのが) 地域福祉なわけですから、そういったものもきちんと把握してお考えいただきたいという意見具申を、僭越ながらさせていただきます。

【会長】 ただいまのご意見に対して、事務局からもしございましたらお願いいたします。地域の違い、ニーズの違いといいたいでしょうか、地域課題について。

【健康福祉部長】 おっしゃるとおりでございます。先ほどの酒井委員のご指摘からすると、真逆ですね。次から次へと鞭を入れろという話みたいにも聞こえますけれども、国がこういう制度改革をしているものですから、やむを得ないところがございまして、この評価指標に基づいて評価をさせていただきますけれども、これはこれとしてレーダーチャートで皆様にお示しをして、6つの在宅介護・地域包括支援センターの方々と一緒にその評価の会をやりますけれども、一方で、それぞれの在宅介護・地域包括支援センターでこういう新たな取組をしましたとか、地域特性に合わせてこういったことをやりましたということも積極的にアピールしていただいて、それを踏まえた上での評価。点数の評価はこれで必ず出てしまいますけれども、それ以外の地域特性に合わせた活動実績をPRしていただいて、そこも含めて私どもが評価するというか、保険者ですから評価するのは当たり前ですけれども、そういったことを情報共有し合いながら一緒にやっていく評価の場にしていきたいと思っております。ご意見をいただきましたので、それはそれとして生かしてまいりたいと思っております。

【会長】 ちなみに、その集約したものですとか、そういう取組についての資料は、次回の会議等でいただけるのでしょうか。

【相談支援担当課長】 現在取りまとめをしている最中でございますので、次のこの会議で6つのレーダーチャートをお示しする形になります。今、服部委員がおっしゃったように、エリアによって特徴がございますので、それをどのような形で盛り込むかは持ち帰って検討させていただきたいと思っております。生活支援コーディネーターの動き等とも関係があると思っております。

5 閉 会

【会長】 閉会の時間がだんだん近づいてまいりましたが、もし事務局より連絡事項等がございましたら、お願いいたします。

【相談支援担当課長】 本日は、貴重なご意見、ありがとうございました。ご意見、ご質問等がございましたら、お席にあります質問用紙にご記入いただき、6月28日（金）までに事務局までお送りください。

本日の議事内容については、議事録として取りまとめ、委員の皆様のご確認をいただい
てから市のホームページに掲載いたします。6月中には議事録案をお送りしたいと思いま
すので、その際にご確認をどうぞよろしくお願いいたします。

次回の協議会でございますが、秋以降の開催を予定しています。まだ日程は決まってお
りませんので、改めて調整後、通知を送らせていただきます。どうぞよろしくお願いいた
します。

【会長】 毎回そうですが、今回も非常に議事が盛りだくさんということと、それに対
して説明をたくさんいただくと、それだけ皆さん聞きたいことが本当にたくさんあって、
手を挙げられなかった方がたくさんいらっしゃると思うんですが、意見とかコメントを次
の回に盛り込んでくださって、それでまた資料が増えるという感じで、非常によい方向に
いっているかなと思います。

あと、今回、各立場の委員の先生がいらっしゃって、住民の助け合いや福祉の会で活動
している方、あるいは元センター長といったプロの方や医師会の先生方、共助とか互助と
かいろいろな言い方ができると思うんですが、本当にいろんな立場の方がいらして熱い議
論ができた会議ではなかったかなと思います。次回は秋以降ということで、また資料がい
っぱいになると思うんですが、また成果をいただければと思います。

どうもありがとうございました。

午後8時42分 閉会