

武蔵野市地域包括ケア推進協議会  
(平成28年度第3回)

平成29年1月16日(月)

市役所西棟8階811会議室

午後6時15分 開会

## 1 開会

【相談支援担当課長】 定刻になりましたので、武蔵野市地域包括ケア推進協議会を開会します。会長、よろしくお願いいたします。

## 2 会長挨拶

【会長】 皆さま、こんにちは。年が改まって最初の集まりですので、今年もよろしくお願いいたします。

3日程前から、寒さが厳しくなっています。関東は雪があまり降っていないのですが、ニュースを見ていると、北陸や東北や北海道で、特に過疎地の高齢化が進んだところで雪おろしをしているお年寄りの方は、互助の仕組みといますか、相当な年齢になられてもご自身が担っておられます。20～30年前だと、県庁の若い人が、ボランティアで雪かきなどを行っていたのですが、そういった方も徐々に高齢化してきていて、なかなか大変な状況だと思っています。武蔵野市においては、今年は4月以降の新しい年度で計画策定ということもありますので、またよろしくお願いいたします。

それでは、事務局から、定足数や傍聴者の確認などをお願いします。

## 3 新規委員自己紹介

【相談支援担当課長】 最初に、委員の交代がございますので、紹介いたします。お手元に配付しました委員名簿、資料2をごらんください。武蔵野市民生児童委員協議会より推薦の川鍋和代委員です。川鍋委員、恐れ入りますが、簡単に自己紹介をお願いいたします。

【川鍋委員】 皆様、こんばんは。紹介いただきました川鍋でございます。12月に民生委員の一斉改選がありまして、会長会のメンバーもかわりました。体制もかわっております。本日から、私がこの協議会に参加させていただくことになりました。皆様のご指導をいただきながら、務めさせていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

## 4 議事

【相談支援担当課長】 次に、定足数についてです。本日、黄田委員はご欠席ですが、過半数の委員のご出席がありますので、武蔵野市地域包括ケア推進協議会設置要綱第6条第2項により、会議は成立しております。

また、傍聴者については、現在いらっしゃいませんが、後程いらした段階で入室いただいてよろしいでしょうか。――はい。

では、次に、配付資料の確認をいたします。資料が多く大変恐縮でございますが、次第の「資料一覧」にありますとおり、資料1「武蔵野市地域包括ケア推進協議会設置要綱」。

資料2「武蔵野市地域包括ケア推進協議会委員名簿」。

資料3-1～3「武蔵野市の介護保険の現状」、こちらは委員にはカラー刷りのものをお渡ししております。

資料4「介護予防・日常生活支援総合事業の検証」。

資料5「地域密着型サービスの現状について」。

資料6-1～2「地域包括支援センター業務報告」です。

それぞれご自宅等に郵送しております。

当日配付資料といたしまして、先にお送りしているものの中で、資料5「地域密着型サービスの現状について」は、訂正がございまして、差しかえ版を机上にお配りしておりますので、そちらと差しかえをお願いいたします。

資料7「武蔵野市高齢者福祉計画・第7期介護保険事業計画策定委員会の設置について」と、資料7-2のスケジュール案、横組のものを配付しております。

委員の方にはカラー刷りの「熱中症予防シート」の原本1枚もお配りしております。

それから、2月4日に行われます在宅医療・介護連携推進協議会講演会のチラシを配付しております。

前回の会議録は、未校正のものになりますけれども、こちらについては後程ご案内をさせていただきますと思います。

また、質問・意見提出用紙をお配りしております。

全部でございますでしょうか。――以上でございます。

【会長】 資料がたくさんありますけれども、大丈夫でしょうか。――それでは、議事に入りたいと思います。

## (1) 報告事項

①介護保険の現状について（平成 28 年度上半期）

②介護予防・日常生活支援総合事業の検証

③地域密着型サービスの現状について（平成 28 年度上半期）

【会長】 最初に、報告事項でございますが、報告事項①から③まで一括して事務局から説明をいただいて、その後、まとめて質疑の時間をとりたいと思います。それでは、事務局、よろしくお願いいたします。

【介護保険係長】 介護保険係の梅田と申します。よろしくお願いいたします。

私からは、武蔵野市の介護保険の現状、今回は平成 28 年度上半期の実績についてご報告いたします。資料は右肩に 3-1、3-2、3-3 とあるものを使用します。3-1 と 3-2 を並べて置いていただければと思います。3-1 はパワーポイントをとじたものになります。3-2 が表 2-1 から始まる給付費の表。もう 1 つ、「補足」とございます 3-3 は 1 カ所だけ使いますので、申し上げたときに見ていただければと思います。

それでは、スライド 2 「1. 人口と被保険者数・認定者数の実績」になります。

スライド 3 「表 1-1 【人口と被保険者数・認定者数の実績】」をお願いいたします。27 年度と 28 年度の人口総数と認定者数を各年度 9 月 1 日、8 月末時点で比較をしたものでございます。27 年度は、ご案内のとおり、総合事業を施行する前の数字でございます。28 年度は総合事業施行後になります。今回から一番右側に、総合事業対象者数を加えております。認定者数は、前年同期比 195 名の減で推移しており、事業対象者数は 153 人。こちらは皆増となっております。内訳につきましては、後ほどスライド 5 で説明いたします。

スライド 4 「表 1-2（一部再掲）【認定者数の実績①】」でございます。こちらは年齢区分別、要介護度別に内訳を示したものでございます。上の 27 年度の上半期は、総合事業施行前でございますので、要支援と要介護の構成比としては、おおむね 2 対 8 でした。下の表が、28 年度の上半期でございますが、総合事業の施行により、当然のことながら、要支援の構成比が減っておりまして、総合事業を除きますと、おおよそですが 1.6 対 8.4 という数字になります。

スライド 5 は「認定者数の実績」でございます。こちらは要介護度別に認定者数の増減を示したものでございます。先ほど認定者数が 195 名減ったと申し上げましたけれども、軽度者が全て要支援、総合事業対象者に移行したというかたちではなく、要支援 1 と要支援 2 で 250 名程度減っており、そのほかの要介護度も増減があつて、全体で

195名の減となっております。

スライド6、グラフ1-3は、先ほどの表1-3をグラフにあらわしたものでございます。各要介護度で増減はございますけれども、右上のほうに凡例の説明がございます。上段、中段、下段と、それぞれのポイントでの増減を入れています。例えば、今回、要介護1は減となっておりますが、前回、前々回ではプラスで、今回は減に転じたかたちになっています。これは12カ月、24カ月、もしくは6カ月等の要介護認定の有効期間の波もございますので、一概に、あるポイントで減ったとか増えたということは言えないかと思うのですが、矢印の入った枠で囲っております要支援1、要支援2の減の要因は総合事業に移行された方で、要介護1の減は主に医療系サービスニーズと中重度化、要介護5の減については長期医療入院等による介護の未利用・未更新、お亡くなりになったというあたりが要因かと推察されます。

スライド7「給付費の実績」でございます。資料3-2の表2-1「総給付費」をごらんいただければと思います。こちらは介護給付費と予防給付費、総合事業を除いた給付費の総計でございます。前年同期比99.2%と、若干の減となっております。

スライド8は、いつもと同じグラフです。カラー刷りの後ろの円が緑になっているところまでが居宅サービス費、後ろの円が青になっているところが地域密着型サービス費、後ろの円が赤になっているところが施設サービス費に色分けしております。居宅サービス費はほとんどが減で、前回、償還払いが増だったのが減に転じました。小規模多機能と地域密着型通所介護の地域密着型サービス費が突出して増。特養を除いた医療系施設サービス、老健と療養型サービスの給付費が増。こちらの4点が主な特徴になるかと思えます。

スライド9は、今申し上げた増減について推測される大まかな理由を挙げさせていただいております。前年同期比増の割合が一番大きかった小規模多機能は、利用者数が非常に少ないため、わずかな増が大きく反映したものでございます。2番目の地域密着型通所介護の増は、定員19名未満の小規模通所介護が地域密着型サービス費に移行したために皆増したものでございます。その分、減の2番目にございます通所介護は、総合事業の施行とあわせて大きく減っております。増の3番目と5番目、介護療養型医療施設、介護老人保健施設は、利用者数の増が給付費の増につながったものでございます。減の3番目の住宅改修、4番目の福祉用具購入は、前年度上半期2割負担導入前の駆け込み施工、駆け込み購入があったために、それらの反動で給付費減となったものでございます。

スライド10、給付費の実績でございます。資料3-2「表2-2（再掲）【介護給付

費】をごらんいただければと思います。こちらは、総給付費では前年同期比減でしたが、予防給付費の減を含まない分、介護給付費のみでは前年同期比0.4%の増となっております。

スライド11「グラフ2-2【介護給付費】」は、総給付費の98.4%を介護給付費が占めるため、同様の傾向を示しますので、説明を省略いたします。

スライド12、給付費の実績について、資料3-2の「表2-3（再掲）【予防給付費】」をごらんいただければと思います。こちらは給付費の1.6%になります。27年度実績では2.6%を占めておりましたが、予防給付費の大幅な減、前年度比57.7%となっておりますので、その構成比も大きく減っております。

スライド13「グラフ2-3【予防給付費】」でございますけれども、介護予防訪問介護と介護予防通所介護が前年同期比で大きく減となっているのがわかるかと思います。

続きまして、スライド14、総給付費と総合事業費を加えた表を作成いたしました。最初の表2-1「総給付費」の下に総合事業費を加えたものでございます。総給付費だけで99.2%でしたが、総合事業の費用を加えますと、前年同期比で99.8%。前年度と同水準ということが確認できるかと思います。

【鈴木委員】 表2-4はどちらになりますか。順番に見ていけばわかるようにつくってください。

【介護保険係長】 次から、スライドの間に表を入れさせていただきたいと思います。

スライド15につきましては、総合事業を含まず、金額ベースで棒グラフに示したものでございます。こちらは構成比ではなく、費用額の大きなサービスが見てとれるかと思えます。費用額の大きなサービスのトップ4は、右から、特別養護老人ホームの介護老人福祉施設、有料老人ホームの特定施設入居者生活介護、通所介護、訪問介護です。この4サービスが突出しています。介護給付費につきましては、先ほどの総給付費と同様のグラフになるため、省略しています。

スライド16「グラフ2-3-2【予防給付費】」は、訪問介護、通所介護、介護予防支援の落ち込みが大きくなっております。結果、赤の棒グラフが28年度の上半期になりますけれども、予防の有料老人ホームの特定施設入居者生活介護が突出したサービスとなっております。

スライド17は、平成28年度8月に施行いたしました負担限度額の認定に係る非課税年金勘案導入という制度改正による給付費の影響になります。

スライド18、グラフ3-1でございますが、資料3-3「負担限度額の適用要件厳格化」の右下に赤字で「補足2」と書いてある表をごらんいただければと思います。「第2段階」のところに赤字で「非課税年金収入額」とあります。遺族年金や障害年金がこの第2段階の判定に加えられました。こちらが大きな改正の内容になります。第2段階で非課税年金収入額がある程度ある方は、第3段階に移行することになります。結果どうなるかというと、自己負担がアップし、保険で給付をします補足給付は減になります。

スライド18にお戻りください。総数としては670名から644名になり、大枠では変わらないのですが、その構成比が大きく変わっております。「第2段階の65.7%」でございますが、428名が147名に減り、第3段階が138名から400名に大きく増えております。

スライド19は、サービスごと、利用者負担段階ごとに内訳を比較したものでございます。増減としましては、一番下の表になりますが、特養、老健、療養型、ショートと、施設別に大きな差異は見られておりません。

スライド20は、25年度からの直近3年度に加えて28年度までの特定入所者介護サービス費、負担限度認定によって補足給付される給付費の増減を示したものでございます。黒い実線の27年度の途中で資産勘案の導入がありました。27年度9月以降、26年度比の月平均額が296万3000円と大きく減をしております。さらに、一番下の紫の線でございますけれども、28年度9月に非課税年金勘案が導入されました。これによって、8月審査比166万7000円の減になりました。

スライド21は、訪問介護・通所介護の実績になります。今回から、こちらにも総合事業の実績を加えております。総合事業の実績につきましては、後ほど新介護予防・生活支援担当係長から説明いたします。こちらでは、利用者数、利用回数、給付費のおおまかな推移を説明いたします。利用者数、利用回数、給付費とも、同様の割合で減になっております。

スライド23は、訪問型サービスの増減をグラフに示したものでございます。グラフにすると、よりわかりやすいと思いますが、総合事業の増以外全て同じ割合で減をしております。

スライド24、通所型サービスについても同様となります。先ほどの訪問型サービスと同様に、同じ割合で減となっております。

スライド25も、同様にグラフで示しております。

以上でございます。今回、説明でパワーポイントのスライドを画面にお示しせずに、資料が飛んでしまい申し訳ございませんでした。次回から改善したいと思います。ありがとうございました。

**【新介護予防・生活支援担当係長】** 続きまして、②「介護予防・日常生活支援総合事業の検証」につきまして、吉田から説明いたします。資料4をお手元にお願いいたします。

まず、介護予防・日常生活支援総合事業、いわゆる総合事業の概要について簡単に説明いたします。これは先般の制度改正においてできた事業で、平成29年4月までに全国の保険者で開始することになっている事業でございます。平成28年4月1日現在では、1579保険者のうち516保険者、32.7%で実施されております。武蔵野市では平成27年10月から実施してございます。

この総合事業の考え方としては、主に3つございます。1つが「多様な生活支援の充実」ということで、地域住民やNPO等も含めた多様な主体による生活支援サービスを充実するというもの。2点目としては「高齢者の社会参加と地域における支え合い体制づくり」ということで、高齢者の社会参加の機会を増やし、地域の支え合いを進めるというものでございます。3点目としては「介護予防の推進」ということで、高齢者が社会参加をし、社会的役割を持つことによって介護予防につなげるというものでございます。

この事業の従来からの制度からの変更点としては、まず1点目として、介護予防訪問介護、要支援の方のヘルパーと、介護予防通所介護、要支援の方のデイサービスを、市町村事業である総合事業に移行するものでございます。これに伴いまして、武蔵野市においては、認定更新のタイミングで要支援の方が総合事業に1年間かけて徐々に移行していくという流れをとりました。

2ページ目でございます。2点目として、保険者が実施するサービス、基準、単価を設定できるというものでございます。これは一部のサービスについて設定可能ということになってございます。

3点目としては、サービス利用の手続の一部の簡素化ということで、これまでは要介護認定を受けないと、介護保険のサービスは利用できなかったのですが、チェックリストを用いても総合事業が利用できる道ができたところでございます。この総合事業は、従来の要支援1と2以外に、先ほどのチェックリストによって総合事業対象者となった方が利用できるというものでございます。

武蔵野市における総合事業の特徴でございます。



続きまして、(1) が利用までの流れです。新規の方は必ず要介護認定を受けていただきます。チェックリストによって総合事業を利用できるのは、更新のタイミングのみということにしております。これには理由がございます。窓口の職員の経験やスキルによって案内に差が出るということが避けられるということと、主治医の意見書から医療的な情報が確保できる。こうした判断によって、武蔵野市はこちらの流れをとっております。

3 ページ目でございます。(2) 実施サービスとしては、訪問型サービス、通所型サービスにおいて、それぞれ現行相当のサービス、いわゆる介護予防訪問介護、介護予防通所介護から、そのまま総合事業に移行したみなしのサービスと言われているものと、緩和した基準によるサービスを訪問型、通所型とも設定しております。

訪問型サービスA、緩和した基準によるサービスにおいて、武蔵野市は独自に認定ヘルパー制度を創設しております。これはどのようなものかと申し上げますと、1つは、武蔵野市独自の研修を実施して、その修了者を認定ヘルパーとして認定するというものでございます。この受講者は、介護の資格を持たない一般の市民の方、主婦の方ですとかリタイアされた高齢者の方々が独自の研修を受けることで、認定ヘルパーとして認定され、それによって武蔵野市において家事援助のみを提供するヘルパーとして働くことができるというものでございます。これによって、まちぐるみの支え合いと軽度者に対するサービスの人材確保、支援の質の担保を同時に実現しようというものでございます。なお、この認定ヘルパー制度によって、地域住民が仕事として高齢者のケアに携わることができ、本人の希望によっては介護職員初任者研修などを受講するといったステップアップが可能な、トータルな介護人材の確保の体制を整備しているものでございます。そのため、住民主体によるいわゆる訪問型サービスBは現段階では設定しておりません。

4 ページ目でございます。武蔵野市においては、テンミリオンハウスですとか、いきいきサロン等の地域の共助による取り組みを既に進めているところでございますので、通所型サービスB、住民主体によるサービスは、現段階においては設定しておりません。なお、短期集中予防サービスとしてモデル事業を実施していたところでございますけれども、こちらは費用対効果等の課題から、同様の形態による事業としては継続しないことにいたしました。これは以前のこの協議会において報告いたしましたとおりでございます。

続きまして、単価設定でございます。訪問型サービスの単価設定をごらんいただければと思います。まず、現行のサービスが、包括報酬、いわゆる月ごとの丸目の報酬設定だったものを、1回ごとの報酬設定に変更してございます。その上で、既存の有資格者が提供

する訪問介護（有資格者）と、先ほどの認定ヘルパーが提供する訪問介護（研修修了者）の2種類を設定してございます。通所型サービスについては、現行の包括報酬を訪問型と同様に1回ごとの報酬に変更してございます。さらに、送迎の有無、時間の枠で4種類のパターンを設定してございます。

続きまして、総合事業の実績について説明いたします。

まず、訪問型サービスの利用者数につきましては、平成27年度中は利用者が減少傾向にありましたけれども、平成28年度に入ってはほぼ横ばいといった状態になってございます。

5ページ目をお願いいたします。訪問型サービスの支給費につきましては、事業開始前は202万3000円だったところが、介護予防給付からの移行が終了した28年11月審査分（10月利用分）において112万3000円となってございまして、44.5%の減となっております。これは、包括報酬だったものを1回ごとの実績報酬に設定したことが影響しているものと考えられます。

6ページ目でございます。先ほどの武蔵野市認定ヘルパーの数でございます。市の独自の研修を平成27年10月と28年9月、11月に実施いたしまして、97名の認定ヘルパーを認定してございます。なお、利用者については平成28年11月時点で15名の方が利用しています。この資料作成後、さらに利用者が増えまして、ここの資料には記載できなかったのですが、12月時点では20名の方が既に利用されております。

認定ヘルパーの登録者の福祉公社は、ずっと3名の記載がありますがけれども、現状、確認したところ、11月に増えて4名になったという報告が福祉公社からありましたので、こちらの訂正をお願いできればと思います。申し訳ございません。

続きまして、通所型のサービスの利用者数について、説明申いたします。こちら、訪問型サービスと同様、27年度中は減少傾向にありましたけれども、28年度に入ってから、ほぼ横ばいになってございます。

支給費につきましては、事業開始前は802万円だったものが、移行終了後には423万2000円と、47.2%の減となっております。こちら、包括報酬を1回ごとの実績報酬に変更したことが影響していると考えられます。

7ページ目でございます。一般介護予防事業として、いきいきサロン等の住民主体の集いの場に理学療法士、柔道整復師等を3カ月間派遣し、介護予防に資する体操等を指導する介護予防活動支援事業をモデル事業として平成28年度から実施してございます。こち

らはモデル事業でしたけれども、平成29年度から本格実施の予定でございます。

続きまして、総合事業全体の総括でございます。

(1)が多様な主体による生活支援についてで、総合事業の主眼が、多様な主体による多様な支援の展開にあるのですけれども、武蔵野市認定ヘルパー制度の創設によって既存の介護保険事業者の専門職、プロの方だけでなく地域住民の方もサービス提供に参画できるようにすることで、武蔵野市における介護人材の裾野が広がり、より幅の広い地域包括ケアの体制づくりが進みつつあると言えらるゝと考えられます。2点目に、基幹型地域包括支援センターと各在宅介護・地域包括支援センターに配置した生活支援コーディネーターを中心として、いきいきサロン等の地域住民の自主運営による集いの場などを支援することで、地域の共助による取り組みが着実に広がっていると考えられます。

(2)として、費用の効率化です。支給費のデータから、総合事業の実施により結果的に要支援者等の支援に係る費用の効率化が進んだことがわかります。こちらは、結果的にそういった効果が得られたということで、当初からこういった減を目的として設定したわけではありません。全国的には経費の削減効果ばかりに着目して単価設定を強行した結果、事業所が総合事業から撤退するといった問題も起きている自治体がございますけれども、本市においては、事業所の団体と基準や単価設定について協議を丁寧に行った結果、既存の事業所のほとんどが総合事業に参画しており、安定的なサービス供給が図られているところでございます。

最後に、今後の方向性でございます。

1つ目は、より多くの高齢者が各人の健康状態に応じて、気軽に、かつ継続的に介護予防に取り組めるよう、各部署が所管する介護予防事業の体系化を図り、市全体として健康寿命の延伸を進めることを方向性としています。2つ目としては、地域での自主的な介護予防活動をさらに広げていくため、現在、一般介護予防事業内の地域リハビリテーション活動支援事業において実施している介護予防活動支援事業について、より効果的な実施方法を検討して、実施します。3点目としては、今後さらに進むと考えられる介護人材の不足に対応するため、認定ヘルパーの継続的な養成とサービスの質の向上に積極的に取り組んでいくというところでございます。

総合事業の検証については、以上でございます。

【介護サービス担当係長】 続きまして、③「地域密着型サービスの現状について」、平成28年度上半期の利用について、松本が説明いたします。資料5をごらんください。

1 ページ目の 1、利用状況についてです。認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用状況は、表のとおりです。なお、定期巡回・随時対応型訪問介護看護につきましては、現在、2 事業所とも 6 名の計 12 名の利用となっております。

2、運営推進会議の開催については、認知症対応型通所介護はおおむね 6 カ月に 1 回、2 ページ目の中段の (2) 認知症対応型共同生活介護はおおむね 2 カ月に 1 回、3 ページ目の (3) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護につきましては、介護・医療連携推進会議の名称をういりますが、おおむね 3 カ月に 1 回、予定どおりの開催となりました。

4 ページ目、指定の有効期間は表のとおりです。今年 9 月 30 日にジャパンケア武蔵野の夜間対応型訪問介護が、有効期間の満了を迎えますので、またご意見を伺いたと思います。よろしくお願ひします。

次に、5 ページ目、地域密着型通所介護事業所の利用について、説明いたします。平成 28 年 4 月から定員 19 人未満の小規模な通所介護事業所が、地域密着型通所介護として地域密着型サービスに位置づけられました。

月別利用者数は、月約 620 名です。そのうち武蔵野市内の施設利用者は月平均 466 名、近隣市の利用が月平均 154 名となっております。約 75%の方が市内の施設を利用しています。事業所の指定数については、市内が 13 事業所、近隣市が 60 事業所となっております。

6 ページ、7 ページをごらんください。市内 13 施設の 6 カ月に 1 回の運営推進会議の開催状況を記載しました。

以上です。

**【会長】** それでは、今ご説明をいただきました報告事項について、どこでも結構ですが、ご質問やご意見があれば、発言をいただければと思います。

**【大脇委員】** 質問が 2 点あります。

1 点は、今、松本係長が報告くださった認知症対応型通所介護の親の家とぐっどいういる境南の利用者数が非常に少ないのですけれども、これは例えば職員がいなくて、この人数を受け入れることができないのか、もしくはそれに該当する人がいなくて、こういう人数になっているのか。原因は何でしょうか。これを増やす対応策は何かあるのでしょうか。

2 点目は、5 ページの地域密着型通所介護の月別利用者数のところで、75%は市内の施設を利用しているけれども、25%は市外の施設を利用されているということで、これ

について武蔵野市としては想定内と考えられているのか、それとも、例えば90%以上にならなければならないという感じなのか。もしその場合、今後施設と一緒にどういう対応をとっていけば良いのか、お考えがありましたら、お聞かせください。

**【介護サービス担当係長】** 1つ目のデイサービスセンター親の家とぐっどういる境南の利用者数について。デイサービスセンター親の家の定員は12名で、1日平均7.5名の利用があります。登録者数については定員いっぱいになっておりますので、休みが多かったのかと思います。

ぐっどういる境南については、通常のデイサービスと通常の通所介護と併設をしており、通常の通所介護で認知症加算をとっているサービスを行っている関係で、通常の通所介護のサービス利用を多く望まれ、利用者数が伸びないと聞いております。

2つ目のご質問、5ページの地域密着型通所介護の市外利用について。市外利用のニーズが少しずつ減っておりますので、このまま推移を見守りたいと思っております。

以上です。

**【大脇委員】** では、25%の方が市外の施設を利用されているのでしょうか、逆に市外の方が武蔵野市内の施設を利用されているのは、これに見合う分ぐらい来ているのでしょうか。それとも、来ていないのでしょうか。もしわかったら教えてください。

**【介護サービス担当係長】** 大体見合う分、来ております。

**【星田委員】** 途中で説明方法についてのご意見がありましたが、同感であります。わかりやすくお願いします。

何点かあります。まず第1に、冒頭からの説明の中で、認定者数の変化及び給付費の変化、それぞれ数字についての原因等いろいろお話がありましたが、これは総合事業移行に伴う想定内の数字としての変化と捉えていいのでしょうか。

2つ目の質問は、資料4でございますが、武蔵野市の認定ヘルパー制度、これは大変良い制度を創設されたなと思っておりますが、現在97名のうちの構成はどういった内訳になっておられますか。最後に説明されましたように、今後、介護人材の不足に対応する制度として、これをしっかりやっていくというのは大変賛成なので、しっかりやるというのは具体的にどういうふうにするのでしょうか。それと、新しい制度のシニア支え合いポイント制の関連はどうなのでしょうか。

**【介護保険係長】** 資料の作り方については、改めてお詫び申し上げます。申し訳ございませんでした。次回から改善したいと思います。

要介護認定者の構成につきましては、想定内かと言われますと、想定の内かと思えます。サービスが必要な方に、必要なサービスが行き渡るかたちで、総合事業の対象になる方は総合事業ということになるかと思えます。

**【新介護予防・生活支援担当係長】** ご質問いただきました1点目の認定ヘルパーの構成でございますけれども、主に65歳以上の方が、認定ヘルパーの割合として多くなっております。65歳未満の方については数名程度にとどまっているところでございますので、今後、主婦の方ですとかそういったところの層についてどのようにアプローチするか検討していかなければいけないと考えております。

2点目のポイント制度との関連につきましては、認定ヘルパーを養成すれば介護人材の不足が全て解消できるとは、考えておりません。あくまで介護人材の不足に対する対応策の1つとして考えております。認定ヘルパー制度は、軽度者に対するサービスの人材を確保するという面があるのですけれども、よりサービス提供の裾野を広げるという意味でのポイント制度との役割の違いはございます。ポイント制度と認定ヘルパー制度と、それ以外の施策において、介護人材の不足にトータルに対応していきたいと考えているところでございます。

**【星田委員】** ヘルパーさんは、支え合いポイントの対象になるのですか。

**【新介護予防・生活支援担当係長】** 認定ヘルパー自体は、福祉公社とシルバー人材センターから報酬が設定されていますので、ポイント制度の対象にはなっておりません。

**【会長】** 福祉公社とシルバー人材センター、それぞれ人数が入っているのですが、この2つは、登録しているもので、実際に1人1人が属している組織自体もまた別のところだという認識でいいのですか。

**【新介護予防・生活支援担当係長】** 認定ヘルパーは、まず認定されるというのが第1段階でございますので、その後、第2段階として、事業者にも所属します。今、認定ヘルパーを受け入れているのが福祉公社とシルバー人材センターの2つでございますので、現在はどちらかに所属していただくということになっております。

**【会長】** 先ほど、多くの事業所が認定ヘルパーを置いているような説明があったように思ったのですが、それは聞き間違いですか。2カ所だけに入っているのですか。

**【新介護予防・生活支援担当係長】** 現在は2カ所のみです。

**【山井職務代理】** 私は6ページの認定ヘルパーについて伺います。この表では11月となっておりますけれども、先ほどの追加説明で、12月には登録者がちょっと増えたとい

うことと、利用者が12月で20名という理解でよろしかったですか。

【新介護予防・生活支援担当係長】 説明が十分でなくて申し訳ございませんでした。認定ヘルパーの登録者が増えたというのは、11月の福祉公社が3名になっているところが4名になったというものでございます。

【山井職務代理】 ということは98名ですか。

【新介護予防・生活支援担当係長】 認定された97名のうち、そこで登録した人が福祉公社4名、シルバー人材センター73名で、計77名ということでございます。

利用者の増については、こちらの表に載っておりません。12月に20名の方が利用されたという速報値が出ているところでございます。

【山井職務代理】 そのことに関連してお伺いしたいのですが、利用者が11月は20名ということで、現在では何らかで登録者が77名ということですが、現時点ではこの方たちが全部働いているわけではないという状況でしょうか。

【新介護予防・生活支援担当係長】 登録されている方は77名ですが、こちらの認定ヘルパーを利用されているのは主に新規でサービスを利用されている方が中心となりますので、今、徐々に増えている段階でございます。

【山井職務代理】 先ほど星田委員の質問の中で、65歳以上が多いということでしたね。ということは、今後、もしかすると、その方が逆に要介護になってしまって、減ってしまう可能性もあるということですね。

【新介護予防・生活支援担当係長】 その可能性はもちろん否定できないところなのですが、また新たな方をどう確保するかというところを検討していかなければならないと思っております。

【山井職務代理】 ヤングオールドの方がさらにオールドの方を支えているところがあって、今後いろいろ考える必要があるかなと思いました。

【星田委員】 7ページの「全体の総括」の(1)のいきいきサロンのことについて一言申し上げます。

生活支援コーディネーターの方は非常に頑張っていますね。各地域でいきいきサロンのバックアップ等をやっただいて、私自身も当事者の1人として感謝申し上げます。今後これをさらに充実させていければと思っております。ありがとうございました。

【鈴木委員】 介護認定を受けた人が認定者数の実績で減ったということですが、総認定者数と介護サービスを使っている人はどのくらいいるのですか。実際にサービスを

使わない人は何名ぐらいいらっしゃるのですか。

【健康福祉部長】　　まず資料3-1の表1-1をごらんください。基本的には要介護認定を受けていらっしゃる方と、実際にサービスを受けていらっしゃる方の数は異なりますが、これまでは約20%の方がサービス未利用者でございました。

先ほど梅田係長から想定内と答弁いたしましたが、実は想定外に減っています。といたしますのは、表1-1を見ていただくとわかるのですが、各年度8月末時点というかたちで認定者数を書いています。うち、第1号被保険者数の減は185、赤字でマイナスの記載がございます。総合事業対象者数は153でございますので、30名程度は要介護認定者数が、総合事業に関係なく減しております。それは、鈴木先生ご指摘のサービス未利用者に対して、実は27年の総合事業が始まった段階で、自動的に更新しなくてもいいですよ、必要なときに要介護認定をしていただければいいですよと、更新認定のご案内の変更をかけています。できる限りサービスの未利用を減らす。要介護認定を受けてサービス未利用というのは、お守りがわりに認定を受けている方がそれだけいらっしゃるわけでございます。今後の認定者数の増を考えていきますと、サービスの未利用者については、更新認定の必要はございませんというかたちで、全体として認定者数を適正にしていく。いわゆるお守り認定の方はできるだけ減少させていく。実態に合わせた数字にしていきたいということで、そういう差が生じています。我々としては、そういう効果もあって、認定者数については適正化を図っているところでございます。

【鈴木委員】　　2割程度サービスを受けていない方がいたということですがけれども、その2割の人が認定を受けるためにかかった費用というのはどのくらいですか。こう言ったら変ですがけれども、要するに予防的に受けておこうということ自体が、今、部長がお守りがわりにとおっしゃった、これは趣旨に反すると考えられるわけです。保険はみんなお金を出しますけれども、認定にもお金が要るわけです。そういう中でどのくらいを占めるのかということも大事なポイントだと思います。それがあったので、そういう案内を出されたのではないかという気がします。

【健康福祉部長】　　鈴木先生ご指摘のとおりでございます。1件当たりのコストについては、調査委託費、審査会の委員の先生方の報酬、主治医意見書の報酬等を考えて、1件当たり、おおむね1万5千円程度コストがかかっているわけでございます。正確な数字と内訳は後ほど調べて回答いたします。ここで難しいのは、厚生労働省も要介護認定率を抑制する方向でインセンティブをつけようとしているわけですがけれども、やはり窓口に来て、



要介護認定を受けたいという、それが申請の段階ではお守り認定なのかどうなのか分からないわけですから、被保険者が保険料を払っていただいているという意味では、要介護認定を受けたいという権利を保障する必要があるだろうと私たちは考えております。そういう意味も含めて、先ほど吉田係長が説明申し上げましたように、たとえ軽度の方、総合事業対象だろうと思う方でも、要介護認定を受けたいという方については、窓口で基本的に要介護認定を、新規の場合は権利として保障していきたいということでございます。

一方で、その人が全くサービスを受けていないというのは、更新認定時に初めてわかるわけです。新規の段階ではお守りなのかどうなのかはわかりません。ですから、先ほど申し上げましたように、更新申請の中でスクリーニングをかけることで、権利性と制度の持続可能性をバランスよく、効果的に実施しているという方法になっているわけでございます。

**【鈴木委員】** 予防給付というか、総合事業にかかわるチェックリストがありますね。チェックリストを受ける方はどのくらいの割合なのか。それに該当すると思われる人のうち、ちゃんと回答があって、その事業に乗ってくる方はどのくらいですか。それは費用対効果の面もあると思いますが、その辺がどんな割合なのか。実質的に、予防事業にプランを立ててもらう人はほとんどいないはずなのです。2桁ぐらいだとか、全体的にそのぐらいしかいなかった記憶があります。

**【推進協議会担当】** ご質問いただいた趣旨は、チェックリストの該当者のうち、実際にプランが立てられて、サービスを利用されている方がどのくらいの割合かということでしょうか。

**【鈴木委員】** チェックリストを返送してきた方と、実際に該当してサービスを受けている方の割合です。

**【推進協議会担当】** まず、チェックリストを受けている方は、資料3-1のスライド3に、28年度のチェックリストの対象者153名と説明いたしました。実際にプランを立てられて、サービスを利用されている方は、資料6-2、地域包括支援センターの実績の資料の12ページをごらんください。上の段に「要支援認定者等数」とありまして、先ほどは8月末だったのですけれども、9月末時点の要支援者と事業対象者の数が載っております。事業対象者は、先ほど153だったのですけれども、1カ月たちまして、この時点では175名になります。そのうち、ケアプランを作成しているのがトータルで454名の方なのですけれども、そのうち事業対象者としてサービスを使っている方が137名

ですので、鈴木先生のご質問にお答えしますと、175人チェックリストを受けたうち、137名の方がサービスをご利用されていることとなります。

【鈴木委員】 　ただ、全体の要支援の認定者数1113名からすると、割合としてはかなり低いですね。その辺は逆に、フォローして予防給付というか。

【推進協議会担当】 　1113名の内訳は、事業対象者が175名、要支援1が451名、要支援2が487名です。それでトータルとして1113名なのですが、その中でケアプランを作成してサービスを受けている方が454名、40.8%。つまり、要支援と事業対象の軽度者の方で、サービスを使っている方は4割ということになります。その内訳としては、事業対象者が137、要支援1が107、要支援2が210ということになります。

【健康福祉部長】 　チェックリストの方でケアプランを作成して、サービスを受けていらっしゃる人は78.3%になります。事業対象者175名中の137名の割合です。

【鈴木委員】 　それでいいのですけれども、実際に今後要介護にならないようにするために、予防給付をどのように使っていくかということが課題になると思うのです。ここで1113名のうち、実際にそういう方たちがケアプランを作成して、そういうかたちで受けている人は、介護予防の要支援1、要支援2を合わせても、割合としてはちょっと低いわけです。そここのところをもう一回洗い直して、できるだけ介護にならない予防給付をできるようにしていただきたい。その差が大きいのはどうやったら埋められるかということで、検討していただきたいと思います。

【健康福祉部長】 　詳しくは、この資料のところで地域包括の担当から説明いたしますが、ケアプランを作成しなくても、武蔵野市の場合は、テンミリオンハウスであるとか、先ほど星田さんにおっしゃっていただいた、いきいきサロンであるとか、地域健康クラブであるとか、不老体操であるとか、様々な介護予防事業や健康づくり事業を実施しておりますので、例えば要支援1・2で軽度の方であったとしても、ケアプランを作成した方ではないと、介護予防や重度化予防の取り組みに参加をしていないかということ、そうではないわけです。

さらに、先生ご存じのとおり、住宅改修の、いわゆる上限20万円の保険給付サービスを利用するためだけに要介護認定を受けていらっしゃる方も多くいらっしゃいます。住宅改修と福祉用具購入は、ご案内のとおりケアプランは必須ではありません。要介護認定で要支援1か要支援2を一回受けて、住宅改修で段差の解消や手すりの取り付けを行い、そ

れ以降は継続的なサービスを受けない方もいらっしゃるので、この数字だけで介護予防あるいは保険給付あるいは重度化予防の取り組みに参加をされていないと表現することはできません。これ以外に、ケアプランの必要ないサービスを受けていらっしゃる方もいることを、ご理解を賜りたいと思います。

【鈴木委員】 1つだけお願いがあります。チェックリストを添付してください。どういう項目はどのような影響があるのかというのがチェックリストだと思いますので、その辺は要介護認定の調査項目と似ているかもしれませんけれども。

【健康福祉部長】 お手元のボックスの中に「武蔵野市ケアマネジャーガイドライン第4版」が入っています。これは武蔵野市におけるケアマネジャーのバイブルとして私どもの研修に使っているものでございます。クリーム色の間紙が入っている第6部が帳票編で「帳票編10」に、鈴木先生からご質問いただいた「基本チェックリスト」、「お元気アンケート」と書いたものがございますが、これを使って総合事業を利用してもいいというのが国の方向性でございます。通し番号を振っておりませんが、下に「帳票編10」と記載のあるページをごらんいただけますでしょうか。間紙の後ろ5枚目です。一番上に「記入年月日」「生年月日」と書いてあって「基本チェックリスト」とございます。

なぜ武蔵野市が、国の方針と違って、新規相談の場合については要介護認定を必ず受けていただくように権利性を保障しているのかということ、基本チェックリストはご本人のチェックなのです。客観性がないのです。例えば21番「(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない | いいえ | はい」、24番「(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない | いいえ | はい」、25番「(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする | いいえ | はい」は、主観でチェックをするので、果たしてこれだけで先生のおっしゃるような介護保険の適正なサービスが提供できるのかということがございまして、新規相談の場合については要介護認定で主治医意見書も含めて客観的なデータをとりたいというのが武蔵野市の方針でございます。

その上で、総合事業の方については、見開きの右側の「帳票編11」、「総合事業・介護予防サービス・支援計画表」のプランを使ってサービスを提供しております。ご覧いただければわかりますが、ご本人が記入して、6カ月後のモニタリングがご自身でできるというかたちで、セルフケアマネジメントの考え方を武蔵野市は導入しているという、従来の介護保険のケアプランよりも簡易なかたちです。ご自身が自覚的に目標設定できて、モニタリングができるという武蔵野市独自の帳票を使って、介護予防、重度化予防を図ってい

るところでございます。

## (2) 審議事項

### ①地域包括支援センター業務報告（平成28年度上半期）

【会長】 今のことは地域包括支援センターの業務報告にもかかわってくるということもございますので、議事の（2）「審議事項」に移りたいと思います。それでは、事務局からご説明をいただきたいと思います。

【地域包括支援センター長】 地域包括支援センターの荻原です。

平成28年度上半期の地域包括支援センターの業務報告をいたします。資料6-1「地域包括支援センター業務報告」というA3の横に広い表と、資料6-2「地域包括支援センター業務報告」という統計が載っている資料、その2つを使って説明いたします。

4月から9月までの実績ですが、会議開催が現時点で終了しているものについては、10月以降の実施分も記載しています。

説明の前に、訂正があります。資料6-1の1ページ、「包括的支援事業」の「権利擁護業務」の「実施状況」の虐待の研修の参加者数についてです。一番上の「養介護施設対象」の「参加者：48名」と記載されていますが、「60名」。その次の「通所介護事業者対象」が「48名」になっていますが、「72名」に訂正をお願いいたします。

次のページの1番上に「高齢者及び障害者虐待防止連絡会議」の1回目を研修会と変更しています。その参加人数も「48名」から「60名」に訂正をお願いいたします。

時間の都合から、数字的な部分はそれぞれご確認いただくこととし、ポイントを絞って説明いたします。

まず、平成28年度の地域包括支援センター組織運営体制で大きく変化したことは、これまで地域包括支援センター支所としての機能を持ち合わせていた在宅介護支援センターを、28年度4月から介護保険法上の地域包括支援センター及び老人福祉法の在宅介護支援センターと位置付けたことが挙げられます。名称を在宅介護・地域包括支援センターとしました。

各センターの組織・運営体制及び高齢者人口については、資料6-2、A4の1ページに記載してありますので、後ほどご参照ください。

今年度も地域包括支援センターは、地域包括ケアシステム、2025年に向けたまちぐるみの支え合いの仕組みづくりを基本的な運営方針として掲げ、直営の基幹型地域包括支

援センターは全市的な視点に立って、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体制や地域住民の互助、共助によるネットワークづくり等を進めてまいりました。

資料6-1の包括的支援事業の総合相談支援業務をごらんください。平成28年度新規事業として、熱中症予防シートを3500部作成しました。熱中症予防シートは、委員の皆様の上に配布されている、温度計がついているA4判のものです。配布することにより、ひとり暮らしや高齢者のみ世帯を中心に、熱中症に対する注意喚起を行い、支援者側も実態把握をすることができました。配布依頼先へのアンケートから、シートを見て水分補給を意識するようになった、今までエアコンをつける習慣がなかったけれどもエアコンをつけるようになった等、熱中症注意喚起の役割を担うことができたことを把握しております。

次に、権利擁護業務について説明申し上げます。平成24年から、障害者福祉課と共管で高齢者及び障害者虐待防止連絡会議を年2回開催しています。障害者の約半数は65歳以上の高齢者で、身体障害の約7割は65歳ということ踏まえると、高齢者、障害者それぞれの特性はありますが、基本の虐待対応研修は、今年度から一緒に実施することにしたしました。高齢者虐待対応研修会については、要介護施設、ケアマネジャー、通所介護事業者、そして訪問介護・訪問看護事業者の対象別に4回行いました。研修会開催参加者数は記載のとおりです。サービス提供事業者から虐待疑いの通報などを受け、細やかな事実確認や関係者会議の開催など、スムーズな対応につながってきていると考えています。さらに、市民に向けた普及啓発について、検討しています。

次に、見守り・孤立防止ネットワーク連絡協議会について説明します。関係機関や関係団体と、年2回開催予定で、今年度1回目は7月に実施しました。今年度は生活協同組合パルシステム東京、東都生活協同組合等と協定を締結し、現在25の関係機関や団体の中、17団体との見守り協定が締結されています。協力事業者には、店舗用と自転車等車両用のステッカーを配布して、意識向上に努めています。

次に、介護予防ケアマネジメント業務について説明いたします。介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメントの実施です。先ほど鈴木委員からご質問があった際に説明いたしました資料6-2の12ページですが、その内訳は介護予防給付のサービスと新総合事業をあわせて利用している方が193名いらして、サービス利用の42.5%、介護予防ケアマネジメント新総合事業のみ利用している方が261名いらして、

サービス利用の57.5%となっています。武蔵野市の独自様式のケアプランを使用することで、利用者が主体的に目標設定を行い、その達成を図ることを支援しています。独自様式のケアプランの中で、利用者が現在の状況をケアマネジャーと一緒にチェックする項目を設定しました。

その新様式というのは、これも先ほど説明いたしました「帳票編11」と、1枚おめくりになったところに書き方見本等がありますので、どのように作成して、利用されているかというところをごらんください。この独自様式を使うことによって利用者がみずから目標等を書き込み、自分のプランを見ることで、自立に向けた意識を持つことができるようになりました。従来ケアプランの作成については、介護予防に関してもケアマネジャーが記載し、利用者確認をとって、利用者のサインをとるかたちでしたけれども、今回独自様式によって、例えば記載例だと、室内外を自由に歩けるようになりたいとか、少なくとも1キロは歩けるようになりたいなど、自分の言葉で、自分で書くようになっていきます。

そして、サービス担当者会議にこのプランが提示されるのですが、同席しているケアマネジャーやサービス提供事業所についても、利用者が自ら設定したケアプランに対して、私たちはこのようにして支援してまいります、デイサービスでしたら、このような運動をして、1キロメートル歩けるように支援してまいります、このような簡単な話をケアプランの中に盛り込んでいくようになっていきます。そこで利用者のセルフマネジメント、自分の健康観を高め、みずから生活目標を定めていくことを目標にしています。

次に、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務について説明いたします。資料6-1の3ページです。

ケアマネジメントを必要とする武蔵野市民にとって適切なケアプランが提供されているか、ケアプランの質の向上を視点に、ケアプラン指導研修事業を実施しています。ケアプラン指導は2グループ開催しています。介護支援専門員として実務経験2年未満又は武蔵野市での実務経験2年未満のケアマネジャーで武蔵野市民を担当としている方をまず1グループとし、17事業所30名にケアプラン指導研修を行いました。2グループは、武蔵野市内で実務経験3年目以上のケアマネジャーを対象に、主任ケアマネジャーが配置されている事業所からケアプランをピックアップし、7事業所7名のケアマネジャーが受講しました。ケアプラン指導研修事業を実施することによって、私たち武蔵野市民にとって適切なケアプランが実施されているのかどうか、ケアマネジャーはどのようなプランを作成

しているのかに着目して実施しています。このケアプラン指導研修委員は、在宅介護・地域包括支援センターの主任ケアマネジャーと基幹型地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが担当しております。

そして、主任ケアマネジャーの研修も昨年から実施しております。今年度も1月18日に研修の開催を予定しています。主任ケアマネジャーが今後、地区別ケース検討会において①個別事例検討会のスーパーバイズ、②個別地域ケア会議への参画、③エリア別地域ケア会議のファシリテーターとしての役割が果たせるようになることを期待したものです。

次に、地域ケア会議の推進について、説明いたします。

地域ケア会議の推進については、エリア別地域ケア会議を年2回ずつ開催しており、今年度上半期1回目が終了しています。

資料6-2の16、17、20ページに各地区別ケース検討会の実施内容と各エリア別地域ケア会議の開催状況を記載しておりますので、後ほどごらんください。今回は、地域の実情に応じた意見や情報交換が行われ、おおむねいきいきサロンの立ち上げに関すること、また、地域資源マップづくり等が行われてきました。今年度下半期において2回目、また、今年度各センターに1回ずつは個別地域ケア会議を開催するようにと目標設定しております。

次に、資料6-1の4ページ、在宅医療・介護連携推進事業についてです。主担当は地域支援課ですけれども、地域包括支援センターとしても、医師会に設置された在宅医療介護連携支援室との連携や脳卒中地域連携パスを多職種連携ツールとして活用する方策の検討にかかわっておりますので、今後も推進してまいりたいと考えております。

生活支援体制整備につきましては、前回の地域包括ケア推進協議会で報告いたしましたので、省略します。

認知症総合支援事業ということで、5ページをごらんください。平成26年10月から基幹型包括支援センターの保健師を東京都制度の認知症コーディネーターリーダーと位置づけ、都の地域拠点型疾患医療センターで、杏林大学に設置されたアウトリーチチームとの連携による認知症の早期発見・早期診断事業を行ってまいりました。28年4月から9月までの相談実人数は142人、うち認知症コーディネーターリーダーと在宅介護・地域包括支援センターの認知症コーディネーターが訪問した実人数は25件でした。しかし、アウトリーチには至っておりません。

中心になって実施している武蔵野赤十字病院が平成27年9月に地域連携型認知症疾患

医療センターに指定されたことから、赤十字病院、武蔵野市医師会、在宅介護・地域包括支援センター、基幹型地域包括支援センターで認知症早期発見の体制として認知症初期支援チームをつくり、対応しています。28年4月から9月までの実績は、コアメンバー会議の検討が6件でした。初期集中支援チームとしての実施には至っておりませんが、その後10月に1件、在宅に訪問したり、疾患医療センターの相談員が医師会のサポート医と共に検討する事例が出てきています。その事例については、現在、活動を継続中です。

今年度は認知症ハンドブック「みんなで知ろう認知症～武蔵野市で安心して暮らすための情報」が8月に完成しました。前回の地域包括ケア推進協議会の中で、委員の皆様にも配布いたしましたが、3000部作成し、協賛団体に周知しました。認知症サポーター養成講座や地域の介護予防講座等市民への周知にも活用できる内容になっておりますので、今後も計画的に推進してまいりたいと考えています。

最後に、資料6-2の26ページになります。武蔵野市高齢者福祉計画・第6期介護保険事業計画において重点的に取り組むとしている事業については、特に計画的な運営を図る必要があることから、在宅介護・地域包括支援センターごとにアプローチ数や利用開始人数等の具体的な数値目標を設定し、まちぐるみの支え合いの仕組みづくりが、数値的にも推進していることがわかるように、推進状況の目標設定をしています。

28年度上半期の主な業務状況については以上のとおりです。どうもありがとうございました。

**【会長】** 審議事項で、地域包括支援センターの業務報告をいただいたのですが、今のご説明で、質問、ご意見があれば、おっしゃっていただければと思います。

**【酒井委員】** 私も仕事柄、ケアマネジャーさんや生活相談員さんを何人か知っていますが、市外の事業所の方から「ぜひ武蔵野市の方の介護をやらせてほしい」と言われたことがあります。その理由を尋ねたところ、「武蔵野市のケアマネジャー研修などで、ぜひ学びたい」というようなことを、2～3人の方から聞きました。非常に細かいところまで学ぶことができる。ご本人に書いてもらい、次に、またもう一度書いて、少し修正した方がよいとか、まだ大丈夫だなということを感じられるようなシステムというのは、ご本人のことを尊重して、方向が具体的に見える方法なのかなと思いつつ話を聞いていました。

資料6-2の8ページの権利擁護の部分です。「養護者の状況」の「被虐待者との関係」について伺います。28年と27年度の数字としては、「同居」が12と12で同じ



になっているのですけれども、内容を見ていると、27年度は息子が多かったのが、28年度は息子と娘がほぼ同じになっているのです。私も実際に自分の両親の介護を数年経験してきて、女性は細かいところまでやれてしまうし、やってしまうところもあって、ケアマネジャーさんを頼まない、介護保険を使わないで何とか頑張ってしまうのかなど、想像しています。このように具体的に数字が出てくると、一番近いところの人たちというのが非常に顕著に見えてきます。このあたりをシリアスに捉えていらっしゃるのか、数字ではこう出ているけどそんなにということなのか。もしシリアスに捉えていらっしゃるのであれば、ケアマネジャーの研修で、先ほど申し上げたように武蔵野市として方策を考えていらっしゃるのか聞きたいです。

**【相談支援担当課長】** 先日、訪問介護や訪問看護の方を対象に、東京都のあい権利擁護支援ネットの方をお呼びして、高齢者の虐待対応に関する研修を行ったのですが、その際のデータとして、虐待者は単身の息子が4割を占めるということがございました。次に娘、夫、妻の順で、嫁は出てこないという話がありました。単身の息子さんは、もともと家事能力といいますか、生活上のスキルのところも、今の年代でいうと余り求められず育った世代ということもございますので、そういったところでは女性が介護するよりもいろんなところで行き詰まってしまうとか、もともとの親子関係として、特にお母さんと息子さんということだと、できなくなってきたお母さんをなかなか認められないといった部分も傾向として強いのかなと思っています。武蔵野市も恐らく同じような傾向にあらうと思われるのですけれども、虐待についてはその時々どういうケースが出てくるかは本当にわからないということがございますので、そのとき出てきたケースに対して、家族構成も含めてそれぞれ丁寧に対応しているところでございます。

研修としては、事業所別に対象者を決めて行っておりますけれども、息子さんの場合にはこういう傾向が強いとか、事例についてグループワークを行う中で洞察をするといえますか推測をするといえますか、どういうことが背景にある場合に、どのように動いたらいいか、そういった内容の研修を行っているところでございます。

**【酒井委員】** 今の説明から、一般論として女性に比べ男性は介護不慣れ、家事援助をストレスと感ずるのではないかとということがわかりました。

先ほど、地域に深くかかわっていらっしゃる福祉公社さんやシルバー人材さんの認定ヘルパーさんは研修を受けて登録しているにもかかわらず、実際の活動に繋がっていないということです。

そこで家事のスキルが無く介護にストレスを感じ虐待になると予想される男性と研修後の活動が出来ないでいるヘルパーさんをマッチングすることは出来ないのかな、利用の周知はされていますか。

**【相談支援担当課長】** 認定ヘルパーについては、総合事業の一環になりますので、いわゆる軽度の方、要支援や総合事業対象者への家事援助サービスということで、ご家族がいらっしゃる場合に総合事業の中でヘルパーさんをお出しするというのは制度的に難しい部分はあるのかなと思います。ただ、家事援助の必要性、ニーズ等に対しては、被虐待者の要介護度ですとか、もともとのケアプランの見直し等も含めて、その中で必要なサービスを調整していくという対応になっているかと思います。

**【酒井委員】** 武蔵野市のケアマネジャー研修が非常にいいという話と、介護保険制度への武蔵野市独自の考え方もあると思いますので、虐待という一番あってはならない厳しい状況を改善する方向に何か一工夫、提案いただければと、最後は要望で締めたいと思います。

**【会長】** 被虐待者がどういう属性なのかというのはわからないので、軽度なのか重度なのか、あるいは認知症がどの程度なのか、そういう、被虐待者に関することと、虐待をする側の被虐待者との長い経緯、その中で例えば共依存であるとか、様々な関係があるので、一概に数字だけで判断するのは難しいのだろうとは思いますが、一つ一つを見ていくと、共通するものが出てきて、今ある制度やサービスが使えるか使えないかというよりも、そう見えてきた場合に、それをどうするかという視点で考えることが重要だと思います。肉親による虐待、被虐待の関係の要因などについて、少し調べてみる必要があるのかなという気がします。

一般的には、総合事業を利用するような軽度の方は、自分がある程度自立しているから、息子や娘によって虐待を受けるというのは、重度な方よりも少ないかなと思えたりもしますが、そこに家族のインティマシー（親密性）などがあつたりすると逆にすることもあられるかもしれませんので、個別に見ていく必要があるのかなという気がします。

**【酒井委員】** 家族の関係に要因があるような場合でも、そこに民生委員などの地域福祉に関わるような第三者が、少しでもかかると随分違ってくるのかなと思います。

**【会長】** 認知症の方などの場合、最初は驚いて拒絶をして、戸惑い、徐々に受け入れていくプロセスの中で、そのときのどこにどういう適切なかわり方を外部から行うかによって、随分抑えられるといった研究もあるので、少し丁寧にやっていく必要があるのか

なという気がします。

**【別所委員】** 高齢者や障害者の虐待については、様々な研究がされていて、報告もあります。国や都道府県も、被虐待側、虐待する側の要因などについて整理されて、よくわかっていることが多いと思います。一番要になるのがケアマネジャーさんで、利用者の家の中に入って、関係をよく見ているので最初に気がつく。研修で今すごく充実されているということですし、特に男性介護者の介護不慣れ、抱え込み、誰にも相談をしにくいとか、そういうことを助ける、サポートするグループ活動もあちこちでやっているのではないかと思います。認知症などいろいろとかかわってくるものは、ケアマネジャーさんの研修で早目にキャッチをして、介護サービスを組み直すとか足すとか、使えなかったものを使えるような手段を考えてあげるといことが大きな解決策の1つになっているようですので、ケアマネジャーさんの研修をトータルに、組織的にすることがとても役に立つのかなと思います。

**【星田委員】** 資料6-1の5ページ、認知症コーディネーターの項目の「実施状況」のアウトリーチチームと初期集中支援チームとの関係ですが、説明を見ますと、実際には142名の相談がありながら、訪問支援が25名で、アウトリーチチーム対応は0件というのはどう理解すればいいのでしょうか。発症率と近隣の方々の認知症になられている患者さんのケースを見ますと、アウトリーチチームの対応が0件というのは喜ばしいことなのでしょうけれど、実情はどうなのでしょう。少しご説明いただければありがたいです。

**【相談支援担当課長】** アウトリーチチームにつきましては、例えば認知症が疑われるけれどもご自分からなかなか治療にかからない方のご相談があると、まず地域包括支援センターの保健師等が訪問させていただいて、周囲との調整もした上で、それでもなかなか動かせないというときに、最終的に杏林大学病院からドクターを含めアウトリーチチームに出てもらいます。現状ではアウトリーチに出てもらうまでもなく、今、三鷹、武蔵野で、武蔵野赤十字病院、杏林大学と認知症連携のかたちをとっておりますので、そういった連携の中でほとんど解決ができていくということがあろうかと思えます。また、アウトリーチにつきましては、先生方もお忙しい中に出ていただきますので、夕方ぐらいに、一番不穏なときにアウトリーチチームがお伺いして、面会がなかなかうまくいかないようなタイミングの課題もあつたりといったことで、アウトリーチチームが出ることに必ずしも成果があるということではなくて、アウトリーチチームの可能性も探りながら、その中で既存の仕組みも含めて対応して、ほかの医療機関につないだり、サービスを調整したりという

ことで対応ができているということでございます。

### (3) その他

①武蔵野市高齢者福祉計画・第7期介護保険事業計画策定委員会の設置について

**【会長】** それでは、審議事項はこれで終えて、「その他」ということで、武蔵野市高齢者福祉計画・第7期介護保険事業計画、今度の4月からのことについて、ご説明をいただきたいと思います。

**【介護認定係長】** 次に入る前に、先ほど鈴木委員からご質問のありました要介護認定経費の1件当たりの審査経費についてです。最新の平成27年度決算額ベースで1万5723円になります。内訳としましては、審査会に係る経費9200円程度と調査に係る経費が6500円程度、合わせて1万5700円程度となります。なお、この費用につきましては、事務局である市職員の人件費は除く数字となります。

**【高齢者支援課長】** それでは、最後の議題でございますけれども、資料7をお手元をお願いいたします。資料7-2、本日お配りしたもの、それぞれ1枚物の2部でございます。

武蔵野市高齢者福祉計画・第7期介護保険事業計画策定委員会の設置についてということでございますけれども、第7期の介護保険事業計画を来年度策定することになります。平成30年度から32年度までの3年間の計画でございますけれども、これを高齢者福祉計画と一体のものとして策定いたしますので、そのための策定委員会を設置してまいりたいと考えております。

まず、1「策定に向けた基本的な考え方」ですが、2025年に向けた、現行の第6期介護保険事業計画の中で定めた武蔵野市が目指す高齢者の姿として、いつまでもいきいきと健康に、ひとり暮らしでも、認知症になっても、中・重度の要介護状態になっても、住み慣れた地域で生活を継続できる、この目指すべき方向性は変わらないだろうと思っておりますので、これを中心に据えながら、ご議論いただきたいと思っております。そのためのデータとして、武蔵野市高齢者の介護予防・日常生活アンケート調査、武蔵野市要介護高齢者実態調査、武蔵野市ケアマネジャーアンケート調査、武蔵野市独居高齢者実態調査、介護・看護職員実態調査の5つを具体的にお示ししながらご検討いただきたいと思っております。

裏面の2「策定委員会委員（案）」でございますけれども、事務局で検討いたしました

内容について、説明いたします。

現在、地域包括ケア推進協議会の委員は20名いらっしゃいますけれども、その中から11名の方をお願いしたいと思っております。これは現行の第6期の介護保険事業計画の人数と一緒にございます。委員の任期については、平成30年3月31日までとして、お願いしたいと思っております。具体的をお願いしたいと思っておりますのが、委員長には森本会長、副委員長には山井副会長、そして保健医療関係者として鈴木委員、清水委員、荒井委員、福祉関係者として竹添委員、黄田委員、大脇委員、地域福祉関係者として川鍋委員、公募による委員として別所委員と栗原委員をお願いしたいと思っております。

もう1枚の横長のスケジュール案をごらんいただければと思います。健康福祉総合計画は6年に一度計画するもので、その計画と地域福祉計画、そして一番下にあります健康推進計画も6年に一度計画をいたしますが、この計画と同時改定となります。したがって、ここにいらっしゃる選出母体の方々も、それぞれの計画にも回っていただくこととなりますので、できるだけ重複しないようにということで、この度の委員の案といたしました。高齢者福祉計画につきましては、4月の連休前に第1回ができればいいなと思っております。おおむね1カ月に1回ずつで4回、夏前ぐらいまでにご議論いただいて、それをもって健康福祉総合計画に意見として上げていって、そちらでもご議論いただく。その後、中間のまとめを秋口ぐらいにつくっていただきまして、その後で意見交換会やパブリックコメントを実施し、年明けの1月ぐらいだと思いますけれども、第6回で答申案として取りまとめをいただく。策定委員会のご議論はここまでにしていただければと思っております。この内容で進めてまいりたいと思っております。本日ご欠席の委員、あるいは既にお帰りになった委員もいらっしゃるのですけれども、その方々が策定委員会の案の中に含まれておりますので、ぜひご了解、ご了承いただければと思っております。

以上でございます。

**【会長】** 今ご説明いただいた内容について、何かご質問、ご意見等ございましたら、ご発言いただければと思います。いかがでしょうか。

それぞれの、例えば中間のまとめなどの区切りのいいところで、この推進協議会自体も開かれて、そこに諮るといったことも行われるということでのいいのですか。

**【高齢者支援課長】** そのとおりです。

**【会長】** ということで、フィードバックされて、反映するというやりとりを、少なくとも2回ぐらいはやるという感じですかね。いかがでしょうか。

【高齢者支援課長】 万が一、今、私どもでご提示させていただいた人選の中でご都合がつかないという方がいらっしゃいましたら、お申し出いただければと思いますけれども、よろしゅうございますでしょうか。

【会長】 帰られた鈴木委員や、ご欠席の黄田委員もいらっしゃるので、きちんと確認をとってください。本日いらっしゃる方で、ここに書かれている方は、ご納得いただいて、書かれていない方も、お任せしますということであれば、これでお認めいただくということでもよろしゅうございますか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

【会長】 どうもありがとうございます。

本日の進行については、予定していた項目はこれで終わりということになります。

少し時間がありますので、この際、ご発言されたいということがあれば、おっしゃっていただければと思いますが、いかがでしょうか。――よろしいですか。

意見・質問提出用紙もございますので、ご利用ください。その辺について、事務局から説明していただけますか。連絡事項等を加えてお願いできればと思います。

## 5 閉会

【相談支援担当課長】 本日は多数のご意見をありがとうございました。会議の時間が限られておりましたので、今、森本会長からもご案内いただきましたように、ご質問、ご意見等ございましたら、質問・意見提出用紙にご記入いただきまして、1月末までにお送りいただければと思っております。

また、本日の議事録につきましては、これまで同様、議事録としてまとめまして、2月中に議事録の案をお送りいたしますので、ご確認いただき次第、市のホームページに掲載したいと思っております。

議事録は、2回重なってしまうのですが、本日、前回の議事録を配布しております。大変申し訳ございませんが、本日お持ち帰りいただきまして、訂正等ございましたら、1月中にご連絡いただければと思っております。先ほどの質問用紙と同じ高齢者支援課のメールアドレスもしくはお電話等にご連絡いただければと思っております。

次回協議会につきましては、次年度ということになりますが、先ほどの計画の委員会等の開催日程の関係もございますので、また改めてご案内をさせていただきと思っております。

最後にご案内ですが、2月4日にスイングホールで武蔵野市在宅医療・介護連携推進事業の講演会を予定しております。本市の取り組みについて市民も対象にお話をさせていただきますので、ご都合がよろしければ、おいでくださいますようお願いいたします。

以上でございます。

**【会長】** 本日はこれで終了したいと思います。どうもありがとうございました。

午後8時16分 閉会