

新たな介護保険制度対策特別委員会会議録

(平成27年5月20日)

栄町議会

新たな介護保険制度対策特別委員会

議事日程

平成27年5月20日（水曜日）午前10時00分 開会

- 事 件 （1）なぜ、地域包括ケアシステムが必要になっているのか
（2）地域包括ケアシステムの構築に向けた取組について
（3）新しい介護予防・日常生活支援総合事業について

出席委員（10名）

| | | | |
|-----|-------|----|-------|
| 委員長 | 橋本浩君 | 委員 | 菅原洋之君 |
| 委員 | 金島秀夫君 | 委員 | 染谷茂樹君 |
| 委員 | 藤村勉君 | 委員 | 山田真幸君 |
| 委員 | 野田泰博君 | 委員 | 高萩初枝君 |
| 委員 | 戸田榮子君 | 委員 | 大野博君 |

出席委員外議員（1名）

議長 大澤義和君

欠席委員（2名）

副委員長 大野徹夫君 委員 松島一夫君

説明のため出席した者

副町長 本橋誠君 福祉課長 埜寄久雄君
福祉課課長補佐 金子治君

出席議会事務局

事務局長 鈴木正巳君 書記 野平薫君

◎ 開 会

○委員長（橋本 浩君） 本日はお忙しいところ、お集まりいただきまして誠にありがとうございます。これから新たな介護保険制度対策特別委員会ということで、みんなでしっかり議論を深めていただきまして、何とかまとめて、提言をするというような形をつくれればいいと思いますので、どうか闊達、自由にご議論いただきたいと思いますので、ご協力よろしくお願いたします。

それではただいまから、第2回目の新たな介護保険制度対策特別委員会を開会いたします。

◎ 開 議

○委員長（橋本 浩君） 直ちに、本日の会議を開きます。お諮りいたします。当委員会は、介護保険制度に対する専門的知識を要することから、町執行部の出席を求めることにしたいと思いますが、これにご異議ございませんか。

〔「異議なし」の声あり〕

○委員長（橋本 浩君） 異議なしと認めます。よって、町執行部の出席を求めることに決定いたしました。本橋副町長、埜寄福祉課長、金子福祉課長補佐におかれましては、ご出席をいただきましてありがとうございます。

それではここで、大澤議長よりご挨拶をいただきたいと思います。

○議長（大澤 義和君） 本来なら特別委員会は議長を除くということなんですけれども、委員長の発言の許可が下りましたので、一言だけご挨拶申し上げます。

改めて、おはようございます。議員各位におかれましては忙しい中、ご苦労さまでございます。また、町執行部より本橋副町長はじめ埜寄課長、また執行部のみなさん、本当に各課それぞれ忙しい中、私達議員のために時間を割いていただいて本当にありがとうございます。今、私が県内各町村を60周年でいくつも回っているんですけども、その中で問題になっているのが、色々話すと地方創生なのかなど。介護保険制度はいろんな話、時間がないのもなんですけどもなかなか出てこない。その中で先駆けて栄町がこの新たな介護保険制度を特別委員会やってやるということは、今、各市町村もかなりの少子化・高齢化、どこも悩みは同じで進んでおります。また、昨日、県においても町村会、県、県知事でこういう会議をやっております。栄町も執行部のみなさんにお骨折りいただくわけですけども、しっかりした対応をとってもらって、議会も更に勉強して、スムーズにスタートを切れるような体制にできればいいなと考えておりますので、よろしくご審議くださるようお願いいたします。以上です。

○委員長（橋本 浩君） ありがとうございました。

それでは、次第に沿いまして進めさせていただきます。本日の委員会は、1項目めに、なぜ、地域包括ケアシステムが必要になっているのか、2項目めに、地域包括ケアシステムの構築に

向けた取組について、3項目めに新しい介護予防・日常生活支援総合事業について、町執行部よりご説明をいただきます。なお、質疑については3項目の説明が終わってから一括して行いたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは、はじめに、なぜ、地域包括ケアシステムが必要になっているのか、本橋副町長より説明をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。本橋副町長。

○副町長（本橋 誠君） 最初、立ってご挨拶したいと思います。本日は介護保険制度対策特別委員会で説明させていただくことを非常にありがたいと思っています。これから高齢化社会が進む中で、高齢者の皆様方が地域で生き生きとして暮らせるような形にしていくには、やはり地域包括ケアシステムを中心とした介護予防、介護制度、そういったものが必要になってくると思っていますので、その中で色々な形でご提案・ご提言していただければ非常にありがたいと思っています。それでは着席のうえ、説明させていただきたいと思います。

資料に沿ってご説明させていただきますが、取った資料が色々なところから取っておりまして、数字が色々ちぐはぐなところがあると思いますけれども、傾向ということでご理解いただいて、細かい数字の差異については違いがあるという事をご了承願いたいと思います。

最初に、今後の高齢者数の推移予測ということから入ります。1ページ目から3ページ目は後ほど使いますので、4ページ目をご覧になっていただきたいと思います。4ページ目は国の資料でございまして、上の段の2015年のところの表を見ますと、65歳以上の高齢者人口が3,395万人という数字がございまして、75歳以上が1,646万人という数字がございまして。従来は65歳以上の高齢者人口というのが非常に問題になっていたんですけど、今はもう75歳以上の高齢者の方がどれぐらい増えていくかということが医療介護の問題を非常に議論する時に必要になってきております。その横、2025年を見ていただくとわかるように、65歳以上は3,657万人、75歳以上は2,179万人ということで、75歳以上は約5%割合が伸びております。65歳以上は約3.5%くらいしか伸びていないのに対して5%伸びるということは、75歳以上の高齢者の方々が非常に増えてくるということです。

次のページ、5ページ目を見ていただくと、今度、栄町の、この間皆さま方にご説明させていただいた介護保険事業計画でございまして。これはつい最近、できあがったばかりでございまして。栄町の状況を見ますと、グラフがちょっと悪いので、自分のほうで作って悪いんですけど、申し訳ないんですけど、一番左の平成25年、縦のしるしが付いているところは

2,482と書いてありますね、縦の25年。2,482というところが75歳以上の割合でございまして。%書いてないので申し訳ないんですけど、今、11.2%でございまして、75歳以上は。右のほうの平成37年のところを見ますと、4,043という数字が書いてます、縦のところは4,043と。それが22.4%。ですから、この12年間で75歳以上の方々の割合が11%以上伸びてくるというふうな形で、そこが今後、町の非常な課題、今、皆さんお元気なので65歳以上はもうお元気なんですよ、はっきり言って。75歳以上の方が増

えてくるってことが今後、医療・介護の大きな、約2倍になってしまう。割合から言えば。その辺が非常に問題になってくる。

次に6ページご覧になっていただきたいと思います。色々な要素が入っちゃって見づらいグラフでございますけれども、これは国の国民医療費の推移でございます。昔は、例えば2000年くらいは30兆円くらい、30.1と書いてある、2000と書いてあるところのグラフの上のほうに30.1とか、棒グラフの一番上に書いてあるのがその年の医療費の額でございます。ですから、例えば2000年だと30.1というのは30兆円でございます。途中の2008年これ平成20年ちょうどだと約34兆8000億円、35兆円くらいだったのが、今もう2013年の実績見込みだと40兆円に届かんとしております。かなり、この5年間で5兆円も増えております。折れ線グラフみたいなのはGDPとどのくらいの比率を医療費が占めているか、毎年毎年、GDPの比率からいくと割合が伸びてしまっている。医療費の国民の負担が非常に増えているということを示しているわけでございます。医療費の内容については高度医療が増えてきているとか色々な要因がございますけれども、一番は次の7ページご覧になっていただきたいと思います。

7ページでございますように、これは年齢別の保険料を払っているのと、医療費がどうかかっているのかという比較でございます。例えば60歳から64歳というのが真ん中にあります。棒グラフで34.6と書いているやつです。60歳から64歳のかたは医療費がだいたい34万6,000円かかっている、年間。それに対して下のほうに自己負担と保険料で、お医者さんにかかる3割負担とか2割負担とかあります。自己負担と保険料合わせると23万4,000円お支払いしている。ということは60歳から64歳で逆転しちゃうわけです。55歳から59歳までは26万円医療費がかかっているのに対して、30万2,000円払っている。ここで逆転しちゃうから段々、お年を召すに従って、例えば80歳から84歳のあたりを見ますと、年間89万1,000円医療費がかかっている。それに対してお支払いいただいているのが14万3,000円だということで高齢化が進めば進むほど医療費の額が増えてきている。皆さんの税金からの負担も増えてくるということでございます。

それと同じように次が介護保険料の8ページを見ていただきたいと思います。こちらが介護保険料で、国のほうでいくと例えば平成21年度、上と下で見づらいんですけど、7.4という数字がある。平成21年度頃は7兆4,000億円だったんですけど、介護保険のほうは。今は平成26年度10兆円、どんどん増えて、昔は一番左のほうの平成12年度くらいが3.6兆円だったのが、10兆円も、もう伸びてきてしまっている。町のほうもだいたいこういった同じような傾向で、色んなものが伸びている。こちらも同じように、高齢化が進むごとに介護保険料は伸びてしまう。9ページご覧になっていただきたいと思います。要介護の認定率は右のほうに四角のかっこで書いてあるんですけど75歳以上の認定率は31%、65歳以上の認定率は18%。このグラフは、例えば85歳から89歳のかたの半分は要介護になってしまう。

ですから、これも高齢化が進むほど要介護のかたが増える、このままだと、ということを表しているわけでございます。そうすると今度、介護保険料はどうなっているのかと、どういうふうに伸びてしまっているのかというのが続いて10ページでございます。

全国ですと第6期が今回でございますので、5,514円というのが全国平均です。それが平成32年度には6,771円になってしまうというふうに国のほうは見込んでおります、10ページでは。下のほうに、私、手書きで書いてあるのが4,691円というのは今回、ご説明させていただいた栄町の介護保険料でございます。それは栄町の方でも介護保険事業計画に書いてありますけども5,514円くらいになってしまう、平成32年度には。国よりは安いんですけどかなり900円程度値上がりせざるを得ないというようなところでございます。

11ページはちょっと見づらいグラフなんですけれども、国全体の社会補償費がどういうふうな動きをしているかということでございます。2000年度ですと全体的に上に書いてあるように78.1兆円だったのが、これは年金まで全部入れてです、社会保障費109.5兆円になる。あと、2025年では148.9兆円くらいになっちゃうんじゃないかと。特に、年金はそうでもないんです、2012年度が53.8兆円が60.4兆円になるのに対して、介護・医療はかなり伸びてしまうというふうに国のほうは見込んでいる。そういう状況が背景にございまして、社会保障費はかなり増嵩してくる、国のほうも見込んでいる。そういう中で3番の病院で死亡できないかたが増えるというのが3番目の、次の12ページをご覧ください。私が産まれたのは、下の方の欄のほうがわかりやすいので、昭和26年のところ、下のほうの構成割合のところがあるんです、100.0とか。その横に9.1という数字があります。9.1が病院で亡くなったかたです。ほとんどのかたが右から2番目の自宅で亡くなっているんです、昭和26年ごろは。ところが、統計ちょっと古いんですけど一番下の2009年ごろになると78.4%、約8割のかたが病院で亡くなっているんです。自宅では12%ぐらいのかたが亡くなっているというふうな形です。

次の13ページ見ていただくと、2010年では、下のところに棒グラフの説明しているところですけど、死亡者数が年間119万2,000人、そのうち65歳のかたが102万人ぐらいいらっしゃるんですけども、亡くなるかたのですね。2030年を推計すると159万7,000人、40万人ぐらい亡くなるかた増えます。そうすると、下の国のほうの課題ですでに書いてあるんですけども、40万人死亡者数が見込まれるが、看取り先の確保が困難、今まで病院で亡くなられてたのが今度、どこで亡くなっていいのかわからないということで、その辺が非常に問題ですということなんです。では病院増やせばいいじゃないかと、病床、ベッドを増やせばいいじゃないかということなんですけど、国のほうはさきほど申し上げましたように医療費が増嵩しているということからもベッドは増やさない、というものが14ページに書いてあるものなんですけど、これは平成23年7月ごろから議論が始まっております、一般病床107万床、療養病床23万床、左の方に書いてあります、これがその当時のあれなんです

けど、その当時から入院医療の機能分化・強化と連携と書いてあります。ここに地域包括ケア体制の整備と書いてあります、真ん中辺に。在宅医療の充実とか在宅介護の充実と。もう、その頃から、病院では引き受けられないから、一番右の方に書いてありますように「施設」から「地域」へとか「医療」から「介護」へということで、地域のほうにそれをお願いしていこうじゃないかというふうな形になっております。

15ページのほう見ていただくと、今までの医療政策の中では急性期医療、いわゆる重症患者を受け入れるという事で、一番上①のところで、7対1入院基本料、この病床を国のほうはかなり増やしている。これは患者さん7人に対して看護師1人いつでもいなきゃいけない、平均的に1日いなきゃいけない数なので、かなり看護師さんがくわれちゃう。その誘導策として下の方に一般病床って小さい字で書いてあるんですけど、7対1、1日15,660円と書いてあります。10対1、患者さん10人に対して看護師1人、これは13,110円ということで、国のほうはできるだけ看護度が高いような形で看護の質を高くするためにこういう政策を採ったわけです。そうしたらどの病院も7対1になってしまって、看護師が足りなくなり、右のほうへ行く矢印の下に病院が過剰と書いてあって、看護師不足・取り合いというふうな形になりまして、今現在は、目指すべき姿みたいな形で2025年にはそれぞれの機能ごとに病床を制限していこうと。一番下のほう、次第のほうで小さいあれなんですけど、例えば高知県と千葉県・神奈川県とかは見てみますと、かなり1人当たりの医療費の額が違っている。高知県だと、たとえば千葉県辺りの1.6倍、それからベッドの数、これは神奈川県ベッドの数は約3倍持っているんです。当然、だからベッドの数が多いと医療費は高くなってくる。国の税金も入れてますから、それを国民全体で高知の分をどこかからいっているというふうな形になって、その辺も問題だということでございます。

では、今度国のほうで考えているのは、16ページを見ていただきたいんですけども、平成26年の診療報酬改定ではそういったことを改善するために、この図の真ん中辺に病院みたいな絵が描いてあります。地域包括ケア病床と地域に密着した病床というのがあります。こういった病床を増やしていこうと、今まで7対1とかそういうことを中心にしていたんですけど、今度、地域包括ケア病床、こういったものを増やしていこうと。この図でわかるように自宅とか在宅医療で緊急的な高度急性期までいなくても、今、介護おやりになっていたかたが急に容体が変化したと。それで緊急患者の受入れというのがございます。あと、長期療養型の病院又は例えばそういうところからの緊急患者、また、急性期、例えば日医とかそういうところで1回治療が終わったかたが今度、地域包括ケア病床のほうに入っていき、在宅復帰困難な患者の受け入れと書いてあります。それと、一番下に有床診療所、栄町にはないんですけど診療所で19床までは病院ではなく診療所なんです。そういう所と提携していきましょうということで書いてありまして、最後になりますけど17ページのほうは逆に言えばそういった医療、診療報酬体系を作ってきているということでございます。在宅復帰の促進ということで例えば高

度急性期とか急性期と書いてある、これは日医大の病院とか日赤の病院の考えていただければいいんですけども、さきほど言った7対1、15,660円とかいうの診療報酬を算定してもらうためには、自宅に75%以上帰さなければならない、ここに書いてあるとおり、自宅等退院患者割合の導入、だから早く帰されちゃうわけですが、皆さん。75%自宅のほうに帰らなきゃならないので、次の病院に行く人は25%くらいで、ほとんどはご自宅に帰りなさいと、自宅なり自宅の地域のそういったグループホームとかそういうところに帰りなさいと。そうしないと先ほど言った高い診療報酬は取れなくなってくる、そういうのが色々、リハビリの病棟とか色んな所でそういった誘導をしているということは病院から地域へみんな早く戻されてしまう。それで戻りまして1ページ目2ページ目は後でたぶん金子補佐や埜寄課長のほうからありますけれども。それで、3ページ目に、では今までのことを整理してみますと、医療費や介護師が増えてしまっているから、病院とか施設とかそういったものはできるだけ少なくしようというふうなことがございます。そうすると地域で皆さんが支えてもらうしかないということから、こういった地域包括ケアシステムの中で訪問介護とか訪問看護とかそういったものの機能を強めていく。また、お医者さんの訪問診療とかそういったものを増やしていく。ただ、訪問診療とか訪問看護やるにはやはり何かあったときに不安でございますので、地域包括ケア病棟・病床とか後方支援病院そういったものを確保しながらそういったことを考えていくというふうな形になって、そのために例えば病院から帰ってきたかたのどういったプランを作っておけるか、それは今まではケアプランということで介護のほうだけでやっていたんですけど、そういうところに医療の観点も入れて、例えばリハビリはこうやったほうがいいのか、こういうふうな栄養をとったほうがいいのか、そういった色々な職種でその帰ってきたかたをみんなで見守ってあげる、そういうことで病院と地域が、病院と同じような機能を持たせる、そういったことを狙いとしているわけで、そこが逆に言えば批判的な言い方をすればいわゆる病院から地域に押しつけられちゃっているというところもあるんですけど、ただ、最終的には地域で最後過ごしたいというかたの希望も多いわけで、希望をとるとアンケートなんかでは自宅でお亡くなりになりたいというかたも多いわけで、そういうこともあってそういうふうな形で今、動いているということで、まとまりませんが、何しろ病院から地域へみたいな形でそういったシステムが必要になっちゃっているということで、お話をさせていただきました。細かいお話は金子補佐のほうから、また、埜寄課長のほうからお話をさせていただきます。私のほうからは以上で、また後でご質問は受けますのでよろしくお願いします。

○委員長（橋本 浩君） ありがとうございます。それでは次に地域包括ケアシステムの構築に向けた取組について金子福祉課長補佐より説明をいただきます。

○福祉課課長補佐（金子 治君） 皆さん、改めましておはようございます。本日はこのようなお話できる機会をいただきましてたいへんありがとうございます。それでは座らせていただいて説明させていただきます。失礼します。私のほうからは地域包括ケアシステムの構築に

向けた取組ということでお話をさせていただきたいと思います。資料のほう1ページをご覧ください。これは介護保険制度の改正の内容を示してございまして、現行と改正後とございます。現行から比べて改正後がかなりボリュームが多くなっているということがおわかりになれるかと思えます。改正後のほうに新たに設けられました4つの項目、地域ケア会議の充実、在宅医療・介護連携の推進、生活支援サービスの体制整備、認知症施策の推進と4つございますけれども、これらはみな地域包括ケアシステムを構築していくために市町村が取り組むべき事業として介護保険法に新しく規定された法定事業ということになります。特に2つ目の在宅医療・介護連携の推進につきましては、介護保険法施行規則の中でもここにあるようなア・イ・ウ・エ・オ・カ・キ・クというようなこういうことまで細かく規定されております。これらの4つを個別に見ていきたいと思えます。

2ページをご覧ください。まず、地域ケア会議の充実でございますが、これを充実させていくことによって多職種連携、地域のニーズや社会資源を的確に把握可能になり、地域課題への取組が推進され、高齢者が地域で生活しやすい環境を実現できるということでございます。地域ケア会議につきましては、国のほうでも言っておりますが、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールの一つであるという位置付けでございまして、更に取組を進めることが必要ということで、国も強く推しております。具体的には個々の対象者の個別事案の検討を通じまして、色々な職です、多職種協働とよく言っていますけれども、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させると。こういったことがありますので、地域ケア会議について、これまで通知の中でしかなかったんですが、今回、制度改正ということで、介護保険法で制度的に位置付けられました。これが位置付けられたことによって、守秘義務違反に対しての罰則規定といったものも整備されております。地域ケア会議の中身なんですけれども、これは地域包括支援センターが開催についてするという事になっております。個別ケース、例えば困難事例などそういったものの支援内容を通じまして、地域支援ネットワークの構築ですとか地域課題の把握などを行いましてそれが最終的には政策形成へつながっていくというような流れでございまして。こういったメンバーかということになりますと、図の右の四角の囲みの中に主な構成員ということで、自治体職員、包括職員、ケアマネジャー、介護事業者、民生委員、OT、PT、ST、医師と色々ございますが、これらにつきましてはその会議の対象によってこの構成というのはその都度変わっていくものと考えております。ちなみにこのOT、PT、STとありますが、これ私もよくわからなかったんですが、最近やっと覚えまして、OTが作業療法士、PTが理学療法士、STが言語聴覚士ということでございます。こういった専門職の意見を聞きながら地域ケア会議を進めていき、よりよいケアプランを作っていくという事でございます。

栄町における取組はどうかということでございますが、昨年12月12日に困難事例に対

する地域ケア会議を開催しております。3ページの表になります。このときは初めて本格的な地域ケア会議をやりましょうということで、ナンバー10に千葉県広域支援員というのがあるんですが、これが県が地域に指導者として派遣しているかたなんですが、こういったかたの派遣を依頼しまして色々意見をいただきながら進めました。この困難事例の検討にあたりましてはこの困難事例の対象者に関わったかた、これから関わると思われるかた全てにお声をおかけして開催してございます。中でも特徴的なのは、ナンバー7番に京葉銀行栄支店とあります。例えば、こちらの対象者のかたは認知症のかただったんですけども、よく銀行に行って通帳の再発行ばかりお願いされるというんです。そういった事実というのもこのケア会議の中で色々お話いただいて初めてわかったこととございます。ですから、その対象が誰であるかによって色々この中身が変わる、構成員が変わるという事とございます。その後、平成27年1月14日に会議の運営実務についての内部研修を実施いたしております。おさらいということです。今後の進め方といたしましては、この1回目開催したのはかなり人数が多かったんですが、今後は少人数のグループによる会議になろうかと思っております。その中での医療関係者だとか専門職だとかの議論を個別のケアプランに上手に反映させていくというような流れになると思っております。

それでは4ページをお開けください。この地域ケア会議に関して栄町の課題といたしまして挙げさせていただいております。まず、1番目に地域包括支援センターの機能強化ということが言えると思っております。地域ケア会議の充実ですとか、この後お話させていただきますが在宅医療・介護連携の推進、あるいは認知症施策の推進を図る中で、地域包括支援センターというのは中心的な役割を果たすものでございます。そうしたことからこの地域包括支援センターの人員体制の強化を図ることがまずは必要であるのではないかとござります。2番目といたしまして、ノウハウの蓄積、研修や会議の回数を重ねることにより会議のノウハウを蓄積していくことが必要とありますけれども、具体的には個別のケア会議が中心になろうかと思っております。その個別ケア会議を重ねまして、個々のケアプランの妥当性について医療的な意見ですとか専門職的な意見を議論しまして取り入れましてよりよいケアプランの作成につなげていくようにすることが必要とござります。あまり今までそういった細かいケア会議というのはやられておりませんで、サービス担当者会議程度にとどまっていたものですから、今後はそういった中身の濃い会議が必要になるということとござります。

続きまして、5ページをご覧くださいと思います。在宅医療・介護連携の推進ということとござります。まずこちらにつきましては、下の3本ある棒グラフをご覧くださいなのですが、これは終末期の療養場所に関する希望を調査したものでござります。そうしますと、自宅で療養したいと希望する割合は平成20年度には63.3%を占めるということがわかっております。一番多いのが、自宅で療養して必要になれば緩和ケア病棟に入院したいというのが29.4%で一番多くて、2番目が自宅で療養して必要になればそれまでの医療機関に入院し

たいと、3番目が自宅で最後まで療養したいということになります。あわせて63.3%ということになりまして、在宅での医療がこれでも求められているのかなというのがおわかりになられるかと思います。先ほど副町長のお話の中でもございましたけれども、これから、病院からどんどん在宅へとシフトしていくような方向になります。

そうしますと、次の6ページをご覧いただきたいと思いますが、一番上に白丸で書いてございますが、団塊の世代が後期高齢者となるのが2025年でございます。この2025年を目途に医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援を行うことが必要というふうにされております。そういう必要性があるので、在宅医療・介護連携の推進というものを介護保険法に新たに位置付けまして進めていこうとされたものでございます。この在宅医療・介護連携を推進していくことによって6ページの黒い四角があるんですが、関係者に対する研修を通じて、医療と介護の濃密なネットワークが形成されまして、効率的・効果的できめ細かなサービスの提供が実現されるというようなことになっております。

その在宅医療・介護連携の推進の中身でございますが、6ページにアからクまで列挙してございます。これらを市町村は全て平成30年度までに実施しなければならないということになっております。

まず「ア」でございますが、地域の医療・介護の資源の把握、これにつきましては地域の医療機関、介護事業者等の住所とか機能等を把握いたしまして、リスト化あるいはマップ化して活用するというところでございます。先進地ではそれらをホームページで公表しております。例えば柏市のホームページを見ますと、一目瞭然のような形になっております。

続いて「イ」でございますが、在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討ということでございます。これにつきましては、地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、色々な検討を行うということでございます。国の説明でも、まずはこのような顔の見える会議を作ることが先決ということで説明を受けております。後でお話いたしますが、栄町でも早速そういった会議を開催しております。

「ウ」でございますが、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進ということで、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指すということでございます。例えば、主治医・副主治医制の構築ですとか病院のバックアップ体制の構築ですとか、具体的にはそういうことになると思います。

続いて「エ」でございます。医療・介護関係者の情報共有の支援ということでございます。これは先進地の柏市でICTを活用した情報共有システムなどの構築をしています。

続いて「オ」でございますが、これが一番難しく、この相談窓口をどこにどのように設置するかが難しく、多くの市町村も悩んでいるところでございます。

続いて「カ」でございますけれども、医療・介護関係者の研修、こちらは「イ」の会議の中で

行うことも可能でございます。

続いて「キ」、これは地域住民への普及啓発、これは最もなことではございまして、各地域へ出向いての小規模な講演会等も効果的であるとされております。

最後は「ク」でございますが、関係市町村の連携ということで、具体的には保健所が中心となって取り組むことを想定しているということでございます。栄町の在宅医療訪問介護の現状を見ますと、7ページでございますが、実際に訪問診療を行っている医療機関は2件、おがわ内科と北総栄病院でございます。訪問看護を行っている事業所はさかえ訪問看護ステーション1件でございます。栄町における取組でございますが、先ほど6ページのイにありましたように、在宅医療・介護連携推進会議というものを平成27年3月30日に開催しております。これは成田市の事業所や医師、印西市の医師にも声を掛けさせていただいていただいております。29団体46名のかたが参加されております。表が7ページ・8ページにつながるんですが、こういったかたが参加してくださいました。こちら6月中旬にも次回の会議を開催したいと考えております。こちらの栄町の課題といたしましては、在宅医療を行う医師の不足、訪問看護事業所の不足、急に具合が悪くなったかたなどの病院のバックアップ体制の確保が必要です。福祉課と健康保険課の、高齢者を中心とした連携強化がますます必要となっております。あとは地域包括支援センターの機能強化、これは先ほどと同じでございます。あと、一番問題は在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口をどこにどのように設置するか、これが一番課題かと思われま。

続きまして10ページをご覧ください。生活支援サービスの体制整備でございます。生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等というのが重要なことになってきます。生活支援コーディネーターの役割として、この絵の中に書いてあるんですが、(A)資源開発、(B)ネットワーク構築とあります。この(A)と(B)が重要でございまして、ただ、最近の厚生労働省の説明ではこの(A)資源開発の中の3つ目の丸を一番重要視しているようでございまして、サービスを提供する側の高齢者を増やすような地域づくりに重点をおいていただきたいと、それが介護予防につながるというような話をされております。

また、もう一つ協議体というものも設置していただきたいということで、これも厚労省のほうから言われております。栄町における取組といたしましては、11ページでございますが、この協議体の設置をにらみまして高齢者生活支援団体連絡会というものを今年1月21日に開催しております。25団体43人の参加がございました。まずは顔合わせという意味で開催しております。今後、どの団体でどのような活動をしているかをリスト化して情報共有を考えております。又は民生委員や介護事業所なども参加を募りまして協議体へと発展させていきたいと、このように考えております。また、次回をなるべく早く開催したいと思っております。

12ページになりますが、栄町の課題といたしましてはやはり人材の充実でございます。生活支援コーディネーターというのが一番重要になってまいりますので、社会福祉士を充てたい

と考えております。これをどうにか確保したいということでございます。次の2と3というのもございますが、共にこれは生活支援コーディネーターの役割でございますので、やはり課題としては1の人材の充実につけるかなと思っております。

最後になりますが、認知症施策の推進でございます。こちらにつきましてはこれを推進していくことによって認知症初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断、早期対応、認知症地域支援推進員による相談対応等、こういうものが推進されまして、それによって認知症でも生活できる地域を実現するというような目的を実現するというものでございます。その下に絵で集中支援チームと推進員のイメージ図を載せさせていただいております。認知症初期集中支援チームの特長といたしましては、このチームがその対象者のところに個別に訪問するというのが特長でございます。認知症地域支援推進員は、こちらにつきましては、もう認知症になってしまった人の連携支援ですとか相談業務を行うというのが仕事になっております。いづれもその構成が専門職でございますが、課題のところでも書かせていただいておりますが、これだけの専門職を一つの、栄町ぐらいの自治体が揃えられるのかなというのが非常に大きな課題となっております。特に認知症サポート医は必ず必要なんですけど、栄町には認知症サポート医はおりません。この辺でいるのは佐倉の東邦大学付属病院にしかたぶんまだいないと思います。ですからなるべく認知症サポート医になってくださいということで色々お医者さんに働きかけるのも一つの仕事かなと思っております。

14ページをご覧くださいますと、栄町健康増進計画を載せさせていただいております。認知症は予防・発見・治療・リハビリの各段階がございます。それぞれの場面での取組が健康増進計画の中で定められておりますので、こちらのほうは後ほどご覧いただければと思っております。

最後に認知症施策の推進についての栄町の課題を出させていただいております。先ほどもちよっと触れましたけども、認知症初期集中支援チーム員を構成する認知症サポート医その他の専門職の不足ということでございまして、特に認知症サポート医の確保が難しいかなと思っております。それ以外でもやはり全部がその専門職になりますので、例えば保健師、看護師、介護福祉士、社会福祉士ということでこれだけの人材をどう揃えようかということが課題でございます。

続いて、これも先ほどと同じなんですけど、在宅医療介護連携の推進と同じく福祉課と健康保険課の、高齢者を中心とした連携強化がますます重要になってまいります。

もう一つが地域包括支援センターの機能強化ということでございます。地域包括ケアシステムの構築に際しましては、ほとんどの場面で地域包括支援センターが関係してまいりますので、その役割は非常に重要だと思っております。その意味でも機能強化は必要だと考えております。

駆け足の説明になってしましまして、足りないところもたくさんあったかと思いますが、私のほうの説明は以上とさせていただきたいと思っております。どうもありがとうございました。

○委員長（橋本 浩君） ありがとうございます。それでは次に埜寄課長の説明をいただくところでございますが、ここで10分間休憩をしたいと思います。11時より再開いたしますので、よろしく願いいたします。

午前10時49分 休憩

午前11時00分 再開

○委員長（橋本 浩君） 休憩前に引き続き会議を再開します。

新しい介護予防・日常生活支援総合事業について埜寄福祉課長よりご説明をいただきます。よろしく願いいたします。

○福祉課長（埜寄久雄君） それでは説明のほうは私、最後になりますが、今日はお話の時間を頂戴いたしましてありがとうございます。それでは座って、失礼をさせていただきます。

まず説明の前に一点、説明資料が多小、前後しますので、ご了承願いたいと思います。

最初に副町長が説明した際の「なぜ、地域包括ケアシステムが必要になっているのか」の資料の1ページをご確認をいただければと思います。説明するうえで一旦こちらのほうで事業の確認をお願いしたいと思います。課長補佐の金子より説明しました分は、この表の見直し後の下から2つ目の囲まれた部分、包括的支援事業について説明した部分になります。私から説明をさせていただく分につきましては、その上の新しい総合事業の部分になりますので、あらかじめご了承をいただければと思います。それでは私のほうの新しい介護予防・日常生活支援総合事業の資料のご用意お願いいたします。

まず、1ページをお開きください。こちらは現在、新しい介護予防・日常生活事業ということで、先ほど副町長、金子補佐より説明のあった中の、では具体的なサービスはどの部分にあたるのかというものを整理したものでございます。なお、財源構成につきましては後ほど10ページで補足させていただきますので、こちらのほうは無視していただければと思います。私からお話する具体的な介護給付・サービスにつきましては、全て介護保険事業の中の財源でまかなわれるものでございますので、その辺をよろしく願いたいと思います。

まず、1項目めの栄町の介護保険第1号被保険者数と高齢化率の推移についてでございます。2ページをお開きください。まず、指標として本年5月1日現在の高齢化率でございますが、一番下の小さな表の65歳以上の割合は29.3%ということでございます。全体的には全国的な傾向ではございますが、栄町は平成29年度、上の表見ていただくと細長い表ですが、約34%ということで3人に1人が高齢者という状況でございます。個々の年度については省略させていただきますが、特出すべきはこちらも副町長からありましたが、後期高齢者の数が非常に多く、伸び率も高いということで、平成37年には後期高齢者が前期高齢者を数で超えてまいります。当然、介護の必要度が増すかたが増えるということでございます。これは最近のマスコミ等の論調でも高齢化率が問題ではなくて高齢者数で考えていかなければならないの

ではないかという論調になっているという現状がございます。

続きまして2項目めの栄町の主な高齢者生活支援団体の現状についてということで、こちら新たな介護予防事業で、地域で生活する上で地域で支えていくサービスの量を増やす形で、前回、1月21日に関係すると思われる団体のかたにお集まりをいただいた際の資料の結果でございます。個々の団体のかたの説明は省略させていただきますが、サロン等の居場所作りについては各団体、数多く取り組んでいただいておりますが、例えばデイサービスとしてやっているもの、あるいは介助支援というかたの事業については非常に現在、活動されている団体のかた、少ないという傾向でございます

続きまして3項目めの栄町の介護事業所ということで、資料5ページから6ページをご覧くださいと思います。まず、介護事業所につきましては栄町町内に限らず広域で使えるというものでございますが、若干、地域密着の部分、町内限定ということになりますが、現状としましては居宅介護から短期入所までについては複数の事業所が事業を実施しておりますが、訪問看護から老人保健施設まではグループホームは2ヶ所ございますが、基本的には1事業者しか現在事業を実施していないという状況でございます。

続きまして4項目めの介護保険サービス体系のところでございますが、先ほど1ページ目にございましたが、新たな介護支援事業としまして今回、平成27年度より制度が変わっております。こちら、まず7ページからですが、介護給付につきましては現在介護事業所として提供しているもので、要介護1から5のかたを対象としておるものでございます。今回、制度改正の部分につきましては8ページの表の太い黒枠で囲んだ部分でございます。その中の介護予防訪問介護と介護予防通所介護、こちら一部地域密着型も含んでおりますが、こちらにつきましてはこのような形で事業が細分化されて、提供主体が多様化されるというような形で制度改正が行われております。その内容につきましては一番右の方で、訪問介護としまして現行の介護予防の訪問介護ですとか現行の介護予防通所介護は引き続き提供されます。しかしながらAからDまでにつきましては今回多様化された部分でございます。この中で特に今回、訪問介護のBと通所介護サービスBにつきましては国のほうで住民主体によるサービス提供を期待している分野ということになります。

最後に先ほど9ページの一番下のほうにありましたこちらは町が行います地域支援事業という形で、地域包括ケアを実施するうえで個々の事業を羅列してございます。若干、こちらも金子補佐よりありましたが、在宅医療介護連携の推進等の事業という形で正式に位置付けられているものでございます。

続きまして10ページ、介護保険事業の財源構成ということで、こちら副町長、金子補佐からございましたが、町の財源としましては各事業12.5%が町の負担分になります。ただし、居宅サービスと介護予防事業の財源につきましては国については25%、県については12.5%ですが、施設サービス、事例を挙げますと特別養護老人ホームの入所等につきまし

ては逆に国の負担率が下がりがまして、県の負担率が17.5%と厚くなっているような財源構成になっております。なお、第1号被保険者と第2号被保険者につきましては前期の平成24年度からの分と1%ずつ異なっております。これは全国の高齢者数の率等によって国が全国で調整している率によって計画期間ごとに若干、手直しがあるというものでございますので、こちらは町がどうということではございません。では、それを受けまして町ではどのような費用をかけて介護事業をやってきたかということが11ページのほうに、こちら古くて申し訳ございません、平成25年度の決算内訳ということでございます。総事業費は約12億円弱でございますが、そのうちの給付費、平成25年度は介護予防も全て入っておりますが、11億5,000万円ほどになります。地域支援事業が3,200万円ほどでその内書ですが、点線の部分で、介護予防事業については約570万円、包括的支援事業・任意事業こちら包括支援センターの運営費とか全て含んで2,600万円ほどかかっておるところでございます。

続きまして栄町の課題として12ページをお開きください。こちらにつきましては、新しい介護予防・日常生活支援総合事業のポイントとして町が課題として考えるものを整理してございます。まず、1の事業費（給付費）でございます。こちらの財源構成は、まず、冒頭に説明したとおり従来と変更はございません。②としまして平成29年度新たな介護予防・日常生活支援総合事業がスタートする際には、事業額の上限額が国のほうで定められております。こちらについては次の13ページ別紙ということで、細かい計算式になりますので過程は省略させていただきますが、本年度平成27年度の条件をそのままあてはめると、介護予防事業に充てられる国で示した上限額は約2,900万円ほどと見込んでおります。

続きまして課題のほうの12ページの2に戻っていただければと思います。2につきましては事業費の配分等に関して課題になるものでございます。まずこちらにつきましては（ア）としまして地域ニーズ、需要量の把握と（イ）としましてそれを提供する担い手の確保というのが課題になっております。その課題を見るうえでは、まず、需要側では当然、高齢化の進展が最大の要因になってまいります。加えましてその生活状況によりまして独居高齢者や高齢者のみの世帯もあわせて増加してまいりますので、そちらのほうも考えながら対応していかなければならないというふうに考えております。次に（イ）ではその必要性に応じて事業を提供する側の課題でございます。まず、事業者、NPO、ボランティア団体どれだけ供給をしていただくかを確保できるか、そのためには次の利用単価が非常に重要になってまいります。また、事業をやっていただくためのサービス提供者の基準についても課題となります。特にこの辺を厳しくしますと事業者が少なくて供給量が減ってしまう。あるいは利用単価を安くしても当然、事業提供が増える可能性は非常に小さくなっていくというようなことが考えられます。続きまして、もう2点でございます。3介護予防の充実でございます。まず介護事業につきましては重点的に取り組むということになります。今回リハビリテーション機能の充実とリハビリテーション専門職の確保ということで、現在、地域で行っております介護予防につきましてもリハ

ビリの専門職等が介入しまして介護予防の効率を高めるというという事業が追加されてございます。そのためにそちらを介入できる職員を何らかの形で確保しなければならないと考えております。続きまして4の地域包括支援センターの機能強化でございます。こちらについては金子補佐よりもございましたが、事業を実施していくにあたりまして地域包括支援センターが中心になりますことから、そちらの介護予防のケアマネジメントを行う人材の充実が必要不可欠となっているところでございます。最後に付け加えさせていただきますと、現在、こちらの事業につきましては福祉課、健康保険課の専門職等が中心となっているところではございますが、今後、これらを実施していくうえでは当然、両課の専門職の更なる連携強化を図らなければならないというふうに考えております。それでは私からは以上の説明で終わらせていただきます。ありがとうございました。

○委員長（橋本 浩君） ありがとうございました。

それでは説明が終わりましたので、これより質疑を行います。質疑ございますか。野田委員。

○委員（野田泰博君） 遅く来て、最初に質問させてもらってすみません。今、一番最後のところでこれは副町長と金子補佐と埜寄課長が説明した全部の中に当てはまることなんですが、最後のところ私、一番、先ほど休み時間に聞いたんですけども、この上限額というのは今までずっと決めていたことですか。今まで決まっていたことですか。上限額への国の考え方を教えてもらいたいです。

○委員長（橋本 浩君） 埜寄福祉課長。

○福祉課長（埜寄久雄君） それではただいまの質問にお答えいたします。上限額につきましては、従来も総給付費の2%以内で、地域包括支援センターの事業ですとか介護予防事業の一般高齢者施策を含めて第1次予防、第2次予防の対象者の把握事業等を含めてそちらの総枠の限度額という定め方はされておったんですが、今回の制度改正によりましてその限度額という考え方は引き続きかかっております。ただ、国のほうでは当然、介護予防に力を入れていくうえで従来の総額の2%だけでは市町村で介護予防は充分できないだろうということで今回、私の資料の13ページの別紙にありましたように、市町村の状況によって若干、その限度額を拡大してもいいよというような制度改正を今回、国のほうで行っております。

○委員長（橋本 浩君） 野田委員。

○委員（野田泰博君） 私、ひょっとしたら反対に理解していたのかもしれませんが、上限額以上は国のほうは出せないよと、だからこの中で何とかやらなきゃいけないんだよということが今までずっと3人の説明の中で脈々と続いていて、それをいかに減らしていくかということ町としての積極的を考えていかなきゃいけない。つまりそうしたら、もし上限額に達しないで余るようだったらちゃんと規定どおりに支払うけれども、上限額にいったらそのまま払えないよとなると、高齢者の人達が色々問題がどっと増えていったときに、困るじゃないですか。

○委員長（橋本 浩君） 本橋副町長。

○副町長（本橋 誠君） 今日のお話の全体のお話を通じては、医療と介護という全体のお話なんです。国のほうは医療が非常にお金がかかる、ですから医療から介護へ、なんです。というのは、医療は病院ですので、看護師、医者のお金が非常にかかる、お1人当たりの。それを介護へということなので、先ほど休み時間中、私、野田議員に話したことがちょっと誤解を生じたのかもしれませんが。国のほうは医療費は削減したい、医療費もかかりますから、お1人当たりの。早く地域に戻して介護のほうに行けば逆に1人当たりのお金はかかってこないということなんです。ですから介護のほうはある程度の額は、総額では先ほど埜寄課長が言ったように増やしていますけれども、全体としてはどうなのかというのはあります、確かに。今日のお話の一番のポイントは、医療と介護、全体としてどうなのか。今までは介護は介護、医療は医療という世界だったんですけれども、当然ながら病気になれば医療から介護というのは連携していないとそのかたも大変ですし、そのかたの家族のかたも大変だというふうな話なんです。国のほうは社会福祉費の増嵩を抑えるために医療から介護へという政策を少し強めているわけです。それとあと介護は、それを国の考えじゃなくて少し地元の市町村のやり方あるでしょうということで、地元の市町村にその分任せているというところがあります、介護の分は。そうしないと全国一律でそういうことをやるのがサービス事業者も違いますし、都市部の介護のほうと、地域によってはそういったサービス事業者がいない地域もございます。そういう中で市町村にまかせているというふうな形になってきております。だから逆にいえばそういったところが皆さまがたのご協力をいただかないとなかなかうまくサービスが今度、お金の面だけじゃなくて今度サービス事態が不足しちゃう。やってくれるかたがいらっしゃらないということです。

○委員長（橋本 浩君） 野田委員。

○委員（野田泰博君） ということは、単純に考えると医療と介護があって、今までは医療のほうがかかなり色々和金がかかって締めていたけども、それを若干、医療のほうから介護の部分は削って介護のほうを強化することによって、介護は少しでも伸びてもいいよ、でも医療のほうにもものすごく金がかかるからこれはある意味で抑えていかなきゃいけない、介護は伸ばしても構わないんだという意味で受け取ってよろしいんですか。

○委員長（橋本 浩君） 本橋副町長。

○副町長（本橋 誠君） 全体から言えばそういう話でございまして、特に医療はもう今、限界みたいな形に人材的にも限界ですし、医療費の伸びというのはこれからこのままだとどんどん伸びていってしまう。額的にも非常にもう、40兆円になっております。介護のほうは10兆円、当然ながら医療費を同じ1%2%伸びても40兆円が2%伸びると10兆円が2%伸びるのは全然違う話でございまして、そういった社会保障費の増嵩、その裏には日本の財政の健全化というふうな、今日も新聞に載っていたと思いますけれども経済諮問会議とかそ

ういうところで日本の財政を立て直そうということもございます。そういった中での動きの一つになっております。

○委員長（橋本 浩君） よろしいですか。ほかに質疑ございますか。戸田委員。

○委員（戸田栄子君） 本橋副町長の講義の中で、今、高齢者が最期を迎える場所は自宅を希望している人が人数的には多いけれども、今の社会事情、核家族化とか高齢者夫婦2人で片方が亡くなったらもう自分1人で、最後まで自宅でいたいけどできないというそういう住宅事情、社会的事情の中でも自分の家で最後は迎えたいという人が増えているのでしょうか。その辺、わかっている無理なだけ希望としてはある、無理だからもう自宅では諦めて病院で亡くなりたいというふうにやるのかってその、希望の数がどういう趣旨でそのアンケート結果が、その辺が色々な事情、社会的事情、家庭事情、もう核家族で子供と一緒に住まない、夫婦だけ、そういう中でも諦めずに自宅で死にたい、自宅で最期を看取りたいということが多いということなのか。

○委員長（橋本 浩君） 金子福祉課課長補佐。

○福祉課課長補佐（金子 治君） ただいまのご質問ですが、この厚生労働省の調査では別に、どういう世帯かというのを限定しないで無作為抽出でやったということです。栄町も実は平成25年度末に高齢者実態調査をやりました。やはり同じような傾向が出ております。最期を迎えたいというのではなくて、質問の内容がちょっと違うんですが、やはり在宅で、家で過ごしたい。何かあったときは病院に行きたい、そういう意見が一番多かったということです。

○委員長（橋本 浩君） 戸田委員。

○委員（戸田栄子君） 最期ではないのね。

○委員長（橋本 浩君） 金子福祉課課長補佐。

○福祉課課長補佐（金子 治君） それは最期ではないです。

○委員長（橋本 浩君） 戸田委員。

○委員（戸田栄子君） 具合が悪くなったときにということ。

○委員長（橋本 浩君） 金子福祉課課長補佐。

○福祉課課長補佐（金子 治君） 介護は家で、ということです。

○委員長（橋本 浩君） 戸田委員。

○委員（戸田栄子君） それでもやはり核家族との影響というのは考えられますよね。

○委員長（橋本 浩君） 金子福祉課課長補佐。

○福祉課課長補佐（金子 治君） はい。ただその場合、核家族とか場合分けしていなくて、抽出したものですから。

○委員長（橋本 浩君） 戸田委員。

○委員（戸田栄子君） あくまでも希望ということですか。

○委員長（橋本 浩君） 金子福祉課課長補佐。

○福祉課課長補佐（金子 治君） はい、希望です。

○委員長（橋本 浩君） 戸田委員。

○委員（戸田栄子君） もう一ついいですか。18日の月曜日にふれプラで認知症のための方々の心配のための機能テストみたいなものやっていたんです。それは役場の福祉課との関連がどうなのかということ、希望した場合にたくさん希望者がいると1人当たり6分、7分かかるとかなりの時間がテストみたいな、コンピュータか何かでやるみたいな、その関連をちょっと教えて。でもすごくいいことで、皆さん来た人が関心持って、こういうことをやってくれるとありがたいねという声が多かったので、ちょっと関連を。

○委員長（橋本 浩君） 金子福祉課課長補佐。

○福祉課課長補佐（金子 治君） それはふれプラのロビーのところでやっていたやつですね。それは地域包括支援センター中心になりまして、グループホームひばりの里というのが北総栄病院の隣にあるんですが、そちらのスタッフに来ていただいて認知症会話に近いようなオレンジサロンというのを月1回やるような形になったんです。その中で認知症か何かを判断する機械というのは栄町でも予算は取ってそれを導入しようとしております。この間のは業者がデモで持ってきてくれて、それで皆さんに試してもらってます。

○委員長（橋本 浩君） 戸田委員。

○委員（戸田栄子君） では、2回目からは町があれするの、それとも有料ですかそれは。

○委員長（橋本 浩君） 金子福祉課課長補佐。

○福祉課課長補佐（金子 治君） 無料です。

○委員長（橋本 浩君） 戸田委員。

○委員（戸田栄子君） 何回でもですか、2回目、3回目も。

○委員長（橋本 浩君） 金子福祉課課長補佐。

○福祉課課長補佐（金子 治君） 購入が間に合えば次回から使いたいと思いますが、今のところまだ業者のご厚意で、デモということで持ってきてもらってます。

○委員長（橋本 浩君） 戸田委員。

○委員（戸田栄子君） でも、やったときに戸田さん認知度が高い、とかじゃ嫌だから、やらない、恥ずかしいから。すいません、ありがとうございます。

○委員長（橋本 浩君） 高萩委員。

○委員（高萩初枝君） 一つだけ伺いたいのですが、説明された中でちょっと気になったのが、栄町の課題ということでその中で福祉課と健康保険課の高齢者を中心とした連携強化、これが課題だとあるんですけど、現状はどういう状態で、このことについてどういうふうに課題を乗り越えていこうと考えているのかを伺いたいと思います。

○委員長（橋本 浩君） 本橋副町長。

○副町長（本橋 誠君） 現状も連携はしているんですけど、どうしても、例えば福祉課・

健康保険課といった看板を背負っているもので、そこが一步踏み込めないというのが確かにあると思っています。保健師も福祉課・健康保険課、一緒になってやってくださっているんですけど、やっぱりそこは「課」といった、予算の面もあるでしょうし、そういったところがあるもので、その辺は今、そこに総務課長来てますけれども、総務課長のほうで組織をやっぱり変えていかないと、地域包括ケアシステムを構築していくうえにおいてもその辺は大きな課題だと思っています。やっぱり、国のほうも医療・介護の連携とってますので、組織的にもそういう形にしていかなきゃいけないのかなというふうに思っております。それが来年になるのか再来年になるのかちょっとその辺はあれでございますけれども。

○委員長（橋本 浩君） 高萩委員。

○委員（高萩初枝君） 私、まず思ったのは、行政の内部でできるのはなるべく早く組織きちんと作ってやったほうが、より動きやすくなるんではいかと思いました。よろしく願います。

○委員長（橋本 浩君） ほかにございますか。菅原委員。

○委員（菅原洋之君） 一つお伺いしたいんですけども、桙寄課長のほうの12ページのところで、介護予防の充実というところでリハビリテーションの充実とリハビリテーション専門職の確保というところで、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の確保というところなんですけれども、結局、今、この町で理学療法士、作業療法士を置いているところって北総栄病院だけですよね。STである言語聴覚士というところがなかなか、ここ10年位ですか、新しく制度変わってそういうふうにやりだしたというところで、なかなか確保できないというところがあると思うんです。そこで町として結局、白翠園だとか他の事業所ですよね。今後、そういうところを確保して置いていただくように推進していくという考えでよろしいんですか。

○委員長（橋本 浩君） 本橋副町長。

○副町長（本橋 誠君） 菅原委員のご質問は確かなものでございまして、その辺が一番の課題であるので、どうやってそういった方々をこの介護予防のほうに取り組んでいくか、例えば、それは週1回でも、栄町にいらっしゃらなくてもいいわけです。どこかの病院とかりハビリテーション病院にいればいいわけです。そういうかた、どういう形でそういう方々をずっと常駐、常時じゃなくてもそういうかたをどういうふうな形でからましていくか、それが一つの大きな課題だということで、ここに書かしていただいている、それがまさに菅原委員がおっしゃったことが課題だということ。今、健康保険課には理学療法士1人おりますので、その理学療法士もこういった介護予防といった面に少し力を注いでいかせたいと思っております。確かに言語聴覚士、作業療法士は町の中にいないので、その辺をどういうふうに、そういうところに、例えば色々なサロンの中で、肩が上がらないおばあちゃんとか、おじいさんいたらここ、こういうふうにやれば専門職から見て、こここういうふうにやれば少し肩上がるようになるよとか、そういったことをできるだけきめ細かくやっていきたいというのが理想な姿でございます。以

上でございます。

○委員長（橋本 浩君） 他に質疑ございますか。藤村委員。

○委員（藤村 勉君） 今の説明いただきまして、医療から介護、これを一体的に見ていくと、それはよくわかりました。それで医療費を少しでも減らして介護に回していくというのもわかります。ただ、今、全てのところでやっぱり出てきている、栄町の課題としては医師から看護師から全ての人員が不足している、これの確保が課題だということなんですけども、これはやらなくちゃしょうがないんだろうけども、見通しとしてどうなんですか、これは。

○委員長（橋本 浩君） 本橋副町長。

○副町長（本橋 誠君） 確かに難しく、例えば社会福祉士、募集しています。予算つけていただいて、予算案も皆さま方に認めていただいているんですけども、社会福祉士を募集しても、きません。非常に困っています。そういうことで、全国的に医療・介護、そういった人材は非常に不足しております。特に専門的な職種のかた不足しております。そういう中で、今、藤村委員がおっしゃったようにこれが一番の課題で、例えば、まずは医者、どうするのか。先ほど言った色々な理学療法士とか言語聴覚士、作業療法士の確保、特に社会福祉士の確保、そういった人材確保が一番の急務であって、また、皆さんご存知のようにこういっちゃ申し訳なんですけど町の財政、非常に厳しい中でどういうふうにそのお金をうまく集中的に割り当てて、出していくか。また、安くどういうふうに雇っていったらいいのか。そういったものが非常に課題になっておりまして、できるだけ早く1人でも2人でもそういったかたを確保できたり、また、支援する形で確保していくという方法もございますので、そういったものが一番の今年の課題だと思っております。今、藤村委員がおっしゃったことがこれ、日本、たぶん全国的な問題であって、例えば総合診療院みたいな全体的な全体の体のチェックができるかた、医者が専門医が多いとか、訪問看護ステーションの数が少ないとか、在宅の診療医、いわゆる往診をする先生が少ないとか、そういったもう全国的な問題だと思います。そういう中でどういうふうな形で考えていったらいいのか、確保していったらいいのかというのが本当に色々なところで書いてありますけれども一番の課題だと思っております。以上です。

○委員長（橋本 浩君） 藤村委員。

○委員（藤村 勉君） それを確保しない限りこれ進まないじゃない。

○委員長（橋本 浩君） 野田委員。

○委員（野田泰博君） それにからんで。栄町の職員にそういうの取らせるという、難しいですか。

○委員長（橋本 浩君） 本橋副町長。

○副町長（本橋 誠君） そういったいわゆる資格を取っていただくというのが一番いいと思います。資格を取っていただくのに、これも今年、予算の中で私も総務課長もあまり説明しなかったんですけど、そういった職員が資格を取るにあたっての補助制度みたいなもの、町にと

って必要な資格を取っていただくための職員への補助制度なんかも作っております。ただ、一番、今、身近な職種としては社会福祉士なんです。社会福祉士が欲しいんです。社会福祉士をぜひ、例えば社会福祉協議会の職員のかたであっても社会福祉士の資格を取っていただきたいというふうに思っております。例えば、すぐ医者資格を取れと言ってもそれは無理なので、中にそういった一番身近で、いわゆる何時間か講習取れば、やればできるだけそういった試験、資格が得られる職種については、できるだけ野田委員のおっしゃったような形で、そういった希望者がおればそれはバックアップしていきたいというふうに考えております。以上です。

○委員長（橋本 浩君） 野田委員。

○委員（野田泰博君） いないんですか、希望者は。

○委員長（橋本 浩君） 本橋副町長。

○副町長（本橋 誠君） 今のところ、そういった希望者はおりませんけれども、社会福祉協議会の職員もチャレンジはしておりますので、社会福祉士の試験には、そういったかたにもできるだけバックアップはしていきたいと、先ほど言っているように。そういうことは考えております。

○委員長（橋本 浩君） 他に質疑ございますか。染谷委員。

○委員（染谷茂樹君） 私もこれ、すごく大変なことだと思うんですけども、色々考えたんだけれども、これ団塊の世代がかなり的人数になっていくんです。そうなってきたときにもっともっと予防に力を入れていくというやり方を栄町は独自のもう一つ何かを加えていったらいいと思うんです。けっこう知識不足で色々な食べ物の食べ方から食育から含めて、きちっとした予防をやるとみんな健康になっていくんです。そういうことをきちっとやるようなことを追加していったらいいんじゃないかなと思うんですけど。これだって認知症で佐倉の病院1人しか先生がいないなんて、これから認知症がかなりの数になっていくのに、もう手に負えなくなります。

○委員長（橋本 浩君） 本橋副町長。

○副町長（本橋 誠君） 染谷委員がおっしゃっていることは確かで、町のほうは先ほど少し触れましたけれども色々なことをやるにつけて介護も医療も予防・発見・治療・リハビリという段階ごとに何か考えてくださいということを健康保険課と福祉課には指導しているところでございます。そういった意味で予防というのがやはり一番の取りかかりでございまして、ただ、予防の中で何を重点的にやるかということをはっきりさせないと、色々なことを予防、予防といっても非常に的が絞れない。今年是小出課長に指示して脳卒中、脳卒中が寝たきりの一番多い割合でございまして、脳卒中になりますと脳梗塞とか、くも膜下とか色々はありますけど、特に脳梗塞については非常に長い期間、寝たきりになる可能性がございますので。あと、不自由な体になる可能性がありますので、脳梗塞についての予防、そのためには食事でも減塩とか、サプリの関係もあるかもしれませんが、減塩とかそういった指導を一番集中的にやっ

うじゃないかというふうな形にしておりまして、今、一番は脳梗塞でございます。脳卒中の中の全部で言えば脳卒中、その予防を一番考えております。ちなみに時間無いところ申し訳ないんですけども、私共の国保の医療費でも一番は脳梗塞で、かなり、昨年度より2.5倍くらい医療費がかかっております。平成25年度と平成26年度を比べると脳梗塞にかかる医療費が一番かかっておりまして、かなりこれは入院でございますけれどもかかっておりまして、そこを小出課長のほうに指示してどうにか頑張ってくださいということでっております。以上でございます。

○委員長（橋本 浩君） 他に。戸田委員。

○委員（戸田栄子君） 訪問介護のことで、小川先生と北総栄病院が指定になっているということですが、小川先生うちのすぐ目の前ですからものすごい患者さんの数で、すごいですよ月々増えていて、その合間で何曜日に小川先生担当とかってどんなシステムでなっているんですか。あと現状、需要と供給じゃないんですけど。その辺の内容をちょっと説明してください。

○委員長（橋本 浩君） 金子課長補佐。

○福祉課課長補佐（金子 治君） 戸田委員のご質問にお答えいたします。小川先生に確認いたしましたところ、火曜日の午後は往診の時間に充てているということです。それでやはり外来をやりながら往診もやるとなると、1人で受け持てるのが6～7人が限界だということを書いていました。以上でございます。

○委員長（橋本 浩君） 戸田委員。

○委員（戸田栄子君） 例えばそれで間に合わないわけですよ、当然、もっとしてほしいわけですよ。そうしたらその国からの例えば指導とか助成金の関係とかで小川先生じゃなくて他にこれから増やすとか、その辺はどうなんですか。

○委員長（橋本 浩君） 金子課長補佐。

○福祉課課長補佐（金子 治君） 医者の方々もやはり在宅医療、訪問診療というのはいつ呼び出されるかわからないとか、色々なリスクがあるということで、やりたがる医者が少ないんだそうです。ですからお金を出せばどうにかなるかというものでもないということを小川先生はおっしゃっていました。

○委員長（橋本 浩君） 戸田委員。

○委員（戸田栄子君） 医者としてのあれだよ、心得でやったださっている。

○委員長（橋本 浩君） 金子課長補佐。

○福祉課課長補佐（金子 治君） ただ、小川先生はやはり仲間がいないと難しい、要は自分が行けないときに頼めるような医者がいないと難しいので、やはり誰かやってほしいということで色々打診はしているらしいです。以上です。

○委員長（橋本 浩君） 戸田委員。

○委員（戸田栄子君） 北総のほうはどうなんですか。

- 委員長（橋本 浩君） 金子課長補佐。
- 福祉課課長補佐（金子 治君） 北総のほうは4月に始めたばかりなので。
- 委員長（橋本 浩君） 戸田委員。
- 委員（戸田栄子君） まだ実績がないというところですね。
- 委員長（橋本 浩君） 金子課長補佐。
- 福祉課課長補佐（金子 治君） そういうことです。以上です。
- 委員長（橋本 浩君） 他に質疑ございますか。山田委員。
- 委員（山田真幸君） 埜寄課長にちょっと質問なんです、最後のほうの12ページ、2の事業給付費の配分ということで、ここの利用単価、栄町だとどのくらいになるのかなということと、現在の介護の単価と比べてどうなのかなということをお聞きします。
- 委員長（橋本 浩君） 埜寄福祉課長。
- 福祉課長（埜寄久雄君） それではただいまのご質問にお答えいたします。まず1点目の今後の単価の見込みというところでございますが、申し訳ございません、平成27年度始まったばかりということで単価も非常に国のほうで変更がございまして、現在、見込めていないというのが正直なところです。この辺も今後、事業者の方々の意見を聴きながら、また財源的な裏付けをしながら検討していかなければならない課題だというふうに考えております。現在の単価につきましては、実例を挙げますと、4月からの介護予防給付費なんです、デイサービスとかヘルパーの単価が約20%以上、減額されているという結果になっております。将来的にもっと安いやり方、あるいは基準を緩和して安い単価で事業ができるような形で市町村も状況に合わせて考えてというような意向かとは思いますが、ただ、今回その部分がかかなり減額幅が大きいということで、今後この新たな介護予防の部分の単価については非常にまだちょっと見込めないというのが現状でございます。大変申し訳ない回答で申し訳ございません。
- 委員長（橋本 浩君） 山田委員。
- 委員（山田真幸君） 今の単価というのはいくらなんですか。
- 委員長（橋本 浩君） 埜寄福祉課長。
- 福祉課長（埜寄久雄君） 各事業の単価については手持ちがございませんで申し訳ございません。
- 委員長（橋本 浩君） 山田委員。
- 委員（山田真幸君） ただ、これに関してはその20%減額された事業の単価よりも上がるか下がるか、どちらなんですか。大体、考え方というか。
- 委員長（橋本 浩君） 埜寄福祉課長。
- 福祉課長（埜寄久雄君） ただいま質問にお答えしますと、まず1点目、これは原則として国のほうでは新たな事業については国基準を上回らないという枠がはめられております。ですので、同額でいくかそれを基準にして下げるかということでございますが、こちらは事業者の

かたを栄町の場合、課題でも申し上げましたが、量的にも確保していかなくてはならないという前提がございますので、下げるにしても下げ幅を検討せざるを得ないとか技術的な問題もがございますので、現段階では具体的な数字は申し上げられない状態でございます。以上でございます。

○委員長（橋本 浩君） 山田委員。

○委員（山田真幸君） 了解しました。

○委員長（橋本 浩君） 他に質疑ございますか。

では私から1点だけ、本橋副町長にお聞きしたいのですが、藤村委員から質疑ございましたけれども、今回、全体的な質問になってしまうんですが、町で今回の介護保険変わっていくことでできる体制づくりだとか強化だとかいうことを町が行政がやらなきゃいけないことというのもあると思うんです。ただ、このお話聞かせていただけてほしい共通してポイントになるのは医者、看護師、PT、ST、そういった方々ということがトータルで確保していかなきゃいけないという一つの課題だと思うんですが、これ栄町が努力をして確保するってこれけっこう限界が私はあるとあっていて、その辺の、本橋副町長に聞くのはあれなんですけれども、国は例えば今、医者不足ということをご指摘されて、今でさえ不足しているという話なんです。例えば在宅医療をやっていただく医者ということを想定して、例えば人員を増やすとか具体的なこういう小さな町とか、もっともって田舎にある村ですとか、小さな自治体などというふうにしてその辺を想定して国はそこに対しての手を打って行くつもりがあるのかとか、その辺わかることがあればお聞かせいただきたいんですけど。本橋副町長。

○副町長（本橋 誠君） 国のほうは一つは医師の問題だけ申し上げますと、国全体では医師の数は足りているというふうな認識をしております。ただ、例えば千葉県、埼玉県について、首都圏近郊の地域については医師の数が不足していると。先ほどベットの数申し上げましたけれど、ベッドの数と医者の数というのは大体相対していますので、高知県、四国、九州辺りは逆に多すぎると。そういうところから、医師の偏在といったことが一つあります。それから今度は診療科の問題でございます。内科の医師、産婦人科の医師、麻酔科の医師などが不足している。そういうところをどういうふう緩和させていくかということが一つあります。どういうふうによく配分していくかと、これからそういった医師をどうやって育てていくか。一番は国のほうでとっているのは総合診療医といって、内科から全部パッと診ると色んなことが簡単でも診られてしまう、専門医じゃないけど。そういう医者を育てていきたいと思いますという方針になっています。ただ、今言った二つのことはすぐに解決できことではございません。そういったところで今の医者を増やしていく、また、今言った家庭医的な往診できる医者を増やしていくことは非常に難しい問題だと思っています。国のほうも後押しの中でそういった診療報酬と言いますが、いわゆる診療報酬をそういった1回あたりの往診時の診療報酬とか、深夜の診療報酬とか、そういったものを増やすことはしておりますけれども、ただ先ほど申しました

通り小川先生の例じゃないですけどやっぱりそれをやってもらえる、やる気のある先生方をどうやって増やしていくかということが一番の課題だと思っています。ですから見込みとしてはなかなか難しい、医者であれば難しい。ですから栄町ですぐできることは、そういった医者じゃなくても医者のレベルまでいかなくても例えば保健師の役割をどうするか、あと、社会福祉士の役割をどうするのか、どうやって力をつけていくのか、そういったところだと思っています。以上です。

○委員長（橋本 浩君） ありがとうございます。他に、よろしいですか。野田委員。

○委員（野田泰博君） 今から10年ほど前、確か自民政権のときに、医療制度は、医者の数は十分足りているということで、大きな医療制度の変更があったんです。というのは研修医というのは、結局、地方には来ないで、東京とか大都市に集中していったんです。そのとき、絶対に医者は足りていると言っていたんですけども、結局、今は医者が足りないという状況になってきちゃったのではないのか。これは雑談です、すいません。

○委員長（橋本 浩君） 本橋副町長。

○副町長（本橋 誠君） 確かに、先ほど申し上げましたように全体の医者は足りている。ただ、地域によっては違っていたり診療科によっては違っているというふうな形で、その辺の偏在をどうするか。先ほど言ったインターンのあれは、昔は大学が全部それをやっていたんです、千葉大なら千葉大が、あなたは最初ここに行きなさい、あそこに行きなさいと。それが今は自由になってしまった。自分で好きな、例えば都内の病院に研修しに行ってもいいし。ですから昔は千葉大系列の病院であれば医者は必ず確保できていたわけなんですけど、それが自由化されちゃったんで今、野田委員がおっしゃるように場所によっては医者が地方の、千葉大系列の病院なんかでは足りないというふうな事態になっているということでございます。以上です。

○委員長（橋本 浩君） ありがとうございます。よろしいですか。

[「なし」の声あり]

○委員長（橋本 浩君） それでは質疑がないようでございますので、終わらせていただきます。本日はお忙しい中、本橋副町長以下、執行部の皆さんからご説明をいただきましてありがとうございました。それではその他ということで、事務局何かございますか。鈴木事務局長。

○事務局長（鈴木正巳君） それでは事務局から1点、ご報告させていただきます。まずはじめに、お手元に配布してございます新たな介護保険制度対策特別委員会の今後の進め方の資料をご覧くださいと思います。こちらにつきましては、4月14日に開催されました、第1回の特別委員会において、事務局から提示した当初案は7回の委員会を開催した後に来年3月定例議会に提言を行うこととしておりましたが、第1回委員会において委員の皆さまから問題点及び課題等を整理し、協議・決定されたその提言内容がいわゆる予算措置を含む提言内容であれば、3月ではなく12月議会ではというご意見にまとまりましたので、その議論された内容を含め、12月に提言していくスケジュールに修正されたものを新たに作成しましたの

で、本日、委員の皆さまに配布させていただきました。よろしくお願いいたします。

○委員長（橋本 浩君） それでは、今後の進め方の変更について説明ございましたが、質疑ございますでしょうか。

〔「なし」の声あり〕

○委員長（橋本 浩君） ないようでございますので、質疑を終わります。

次に、次の開催につきまして、事務局より説明を求めます。鈴木事務局長。

○事務局長（鈴木正巳君） それでは7月に開催いたします、第3回委員会行政視察についてご説明いたします。お手元のA4版の裏表に印刷してございます、柏地域医療連携センターのパンフレットをコピーしたものでございますが、ご覧いただきたいと思っております。7月の視察先は執行部と調整を図った結果、柏市豊四季台にございます、このパンフレットの柏地域医療連携センターに視察先を決定させていただきました。次に、日程につきましては、町バスの関係と視察先との調整を重ねた結果、7月22日水曜日、午前10時からの視察となりましたので、よろしくお願いいたします。なお、当日は、朝8時20分、役場玄関前集合・出発でお願いさせていただきます。また、当日は、町執行部2名と事務局2名の職員が随行させていただきますので、よろしくお願いいたします。なお、視察日につきましては先ほどご説明いたしました資料、委員会の今後の進め方の7月の欄に日付けだけは明記させていただいておりますので、そちらのほうにただいま申し上げました集合場所、こちらが役場玄関前、集合・出発時間が午前8時20分をメモをしていただければと思います。また、事務局の告知板のほうにも概要を後日掲載いたしたいと思っております。説明につきましては以上です。

○委員長（橋本 浩君） 次回の開催につきましては、ただいま説明ございましたように、7月22日水曜日柏地域医療連携センターの視察を実施するということに決定いたしました。

◎ 閉 会

○委員長（橋本 浩君） 以上で、本日の会議を閉じ、散会いたします。皆さま、ご苦勞様でございました。

午前11時46分 閉会

上記会議録を証するため下記署名いたします。

平成27年7月31日

新たな介護保険制度対策特別委員会
委員長 橋本 浩