

令和2年度 第1回八戸市健康福祉審議会 介護・高齢福祉専門分科会 会議録

日時 令和2年8月28日（金）午後1時30分

場所 八戸市長根屋内スケート場 1階 多目的室

○出席者（15名）

坂本専門分科会長、小倉副専門分科会長、深川委員、近藤委員、松川委員、阿達委員、
神田委員、浮木委員、澤口委員、中谷委員、李澤委員、荒川委員、古戸委員、慶長委員、
高橋委員

○欠席者（2名）

小柳委員、田名部委員

○事務局（14名）

池田福祉部長兼福祉事務所長、秋山市民防災部長

中里福祉部次長兼高齢福祉課長、山道市民防災部次長兼国保年金課長

〔高齢福祉課〕中居参事兼地域包括支援センター所長、荒木介護予防センター所長、
鈴木副参事、石木田主幹、高村主査、中坂主査兼介護支援専門員

〔介護保険課〕佐藤副参事、鈴木副参事、伊藤主幹、下平主査兼介護支援専門員

司 会：ただいまから、令和2年度第1回介護・高齢福祉専門分科会を開会いたします。

本日は、小柳委員、田名部委員が欠席しており、李澤委員は遅れておりますが、委員17名中
14名の方が出席で、半数以上の出席者でありますので、会議が成立しておりますことを御報告
いたします。

始めに、今年度の人事異動により事務局担当となりました職員を紹介いたします。

《事務局職員紹介》

それでは、坂本専門分科会長に御挨拶をお願いいたします。また、八戸市健康福祉審議会規
則第5条第11項の規定により、引き続き議長として議事の進行もよろしくをお願いいたします。

専門分科会長：委員の皆様におかれましては、お忙しい中お集りいただきまして誠に有難うござ
います。世の中コロナということで、社会が例年とガラッと変わりました、この会議も遅れ気
味でやっております。

そういう中で、第7期の介護保険計画が履行されて最終年度でありますけども、第8期に向
けて、令和3年度から5年度までの3か年の計画を作らなければならない訳でございまして、
今日も3つの議題を準備してございます。

今日はそれぞれの専門的な立場から御指導いただきながら、市民にとりましてこの介護保険
計画というのは無くてはならない計画でございまして、そういう意味で皆さんから意見を出
していただいて、確実に良いものを作って参りたいと思っております。

今年度は6回程度会議を開く予定でございまして、日程等皆さんにも是非御協力をいただ

きたいと思っております。

それでは、これから始めて参りますのでどうぞよろしく申し上げます。

議長：それでは、早速議事に入ります。(1)第8期介護保険事業計画に係る国の基本指針案について、事務局から説明をお願いします。

事務局：それでは、資料1について御説明いたします。

資料1は、令和3年度から5年度までの第8期介護保険事業計画の基本指針案が国から示されましたので、その主な内容をお知らせするものです。

1ページをお開きください。1ページは、基本指針の概要をまとめたものとなっております。

基本指針については、介護保険法第116条において、「厚生労働大臣は、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針、いわゆる基本指針を定めること」と規定されています。

都道府県及び市町村は、基本指針に則して、3年を1期とする計画を定めることと規定されており、基本指針は計画作成上の具体的なガイドラインの役割を果たすものとなっております。

基本指針に定めていることですが、介護給付等対象サービスを提供する体制の確保及び地域支援事業の実施に関する基本的な事項、市町村介護保険事業計画において介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込みを定めるに当たって参酌すべき標準、その他市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画の作成に関する事項、その他介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するために必要な事項となっております。

基本指針に係るスケジュールですが、去る7月27日の社会保障審議会介護保険部会で文案が提示され、パブリックコメント等により変更もあり得ますが、提示された案の内容により計画策定の準備をすることとされております。今後、法令審議等を経て、告示は12月から1月の予定となっております。

2ページをお開きください。ここからは、第8期計画基本指針案の内容についてですが、国から示された基本指針案は、新旧対照表の形式で100ページに及ぶことから、第8期計画において記載を充実する事項を抜粋して資料を作成いたしました。

第8期計画において記載を充実する事項案とは、

- ・ 2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備
- ・ 地域共生社会の実現
- ・ 介護予防・健康づくり施策の充実・推進
- ・ 有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅に都道府県・市町村間の情報連携の強化
- ・ 認知症施策推進大綱を踏まえた認知症施策の推進
- ・ 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化
- ・ 災害や感染症対策に係る体制整備

以上、7点挙げられています。

2ページに進みまして、

1つ目の「2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備」ですが、いわゆる団塊

の世代全てが75歳以上となる2025年が近づく中で、さらにその先にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる2040年に向け、総人口・現役世代人口が減少する中で、高齢人口がピークを迎えるとともに、介護ニーズの高い85歳以上人口が急速に増加することが見込まれているため、市町村における中長期的な人口構造の変化の見通し等を勘案して、介護保険事業計画を作成する必要があるとされております。次に、指定介護療養型医療施設の設置期限が第8期計画の最終年度となっておりますので、介護医療院等への確実な転換を行うための方法等について記載することとなります。次に第8期の保険料については、直近のデータ、介護給付費等の推計を行い決定していくこととなります。

次の項目は、「2、地域共生社会の実現」となります。

地域共生社会とは、高齢者介護、障害福祉、児童福祉などの制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことができるものされており、今後、高齢化が一層進む中で、高齢者の地域での生活を支える仕組みを構築していくことが、地域共生社会実現の中核的な基盤となり得るものと規定されております。

3ページをお開きください。

次の項目は、「3、介護予防・健康づくり施策の充実・推進」については多岐に渡りますので、新たに計画に盛り込む必要のある項目について御説明いたします。

上から2番目の高齢者に対する保健事業と介護予防の一体的な実施について、令和元年度の健康保険法改正等により、他の市町村や後期高齢者医療広域連合が保有する被保険者の介護・医療・健診情報など授受するための規定が整備されており、介護・医療・健診情報等の活用を含め、一体的に実施するよう規定されております。次は、上から4つ目の総合事業の量の見込みは、従来からの費用の見込みのほか、サービスを提供する事業者・団体数や利用者数を見込むように努めるよう規定されています。さらに、市町村の判断により、希望する要介護認定を受けた被保険者が総合事業の対象者となり得ることに留意する必要があります。上から6つ目の在宅医療・介護連携の推進に当たっては、看取りに関する取組や、地域における認知症の方への対応力を強化していく取組が重要となっております。

4ページに進みまして、

次の項目は、「4、有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化」ですが、有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅は、多様な介護のニーズの受け皿となっている状況を踏まえ、将来に必要な介護サービス基盤の整備量の見込みを適切に定めるために、これらの入居定員総数を踏まえることが重要となっております。また、必要に応じてこれらの住宅が特定施設への移行を促すことが望ましいと規定されております。

次の項目は、「5、認知症施策推進大綱を踏まえた認知症施策の推進」ですが、令和元年度6月に取りまとめられた認知症施策推進大綱では、(1)普及啓発・本人発信支援、(2)予防、(3)医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、(4)認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、(5)研究開発・産業促進・国際展開が5つの柱となります。このうち、国

の責任で行う「(5)研究開発・産業促進・国際展開」を除く、4つの柱に沿って施策を推進することとなります。計画には、認知症の人を地域で支えるために必要な早期診断等を行う医療機関、介護サービス、見守り等の生活支援サービス等の状況を示すとともに、4つの柱に沿った取組についての計画を定めることとなります。また、教育、地域づくり等の分野の関連施策と連携した取組を記載するなど、総合的に推進する内容とすることが重要となります。

5ページをお開きください。

次の項目は、「6、地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化」ですが、第8期に必要なサービスの種類ごとの量の見込み等を定めるとともに、それらを基にサービスを提供するために必要となる介護人材の数を推計することが重要となります。また、必要となる介護人材の確保に向け、処遇改善、新規参入や多様な人材の活用の促進、介護の仕事の魅力向上、職場環境の改善等のための方策を国や都道府県と連携して定めていくことが重要になります。

さらに、介護人材の資質の向上に資するよう、介護の世界で生涯働き続けることができるようなキャリアパスや事業主によるキャリアアップへの支援等の方策などを定めていくことが重要となります。

介護人材の確保以外にも業務効率化を進め職員の負担軽減を図るため、ICT導入を事業所の数値目標として定めること、地域のモデル施設の取組を地域内の介護施設等へ周知すること、子どもから高齢者まで幅広い世代の地域住民に対して介護職場の魅力を発信してことが重要となります。

最後の項目の「7、災害や感染症対策に係る体制整備」については、ここ数年増えている災害に備えて取組を定める場合には、地域防災計画との調和に配慮する必要があります。また、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症に備えた取組を定める場合には新型インフルエンザ等対策行動計画との調和に配慮する必要があります。

以上が、第8期介護保険事業計画基本指針案の主な内容ですが、高齢者のみならず、高齢者を支える家族や、地域づくりまでを視野に入れた、多岐にわたる内容が盛り込まれたものとなっております。

今後、第8期計画の策定に当たっては、今回の指針の内容を踏まえて、地域の課題を捉えながら、目標や盛り込む内容を検討していくことを予定しております。

以上で説明を終わります。

議長：ただいま、事務局から第8期計画を立てるにおいて、国の方針が出たということで抜粋して頂いて今説明をいただきました。

これを参考にしてこれから立てるという事務局の説明をいただきましたが、委員の皆様から今の報告について何かございますか。

委員：なし

議長：では、ただいまの事務局の説明について、御質問、御意見等無いようでありますので、これは了承したものと取り計らいます。

次に、(2)第8期介護保険事業計画策定のための各種調査結果の概要について、事務局から説明をお願いいたします。

事務局：資料2-1、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査集計結果の概要についてを説明させていただきます。

当調査は、当市の高齢者福祉計画を策定する上で、特に自立されている高齢者や軽度者の生活の実態を把握するためのものあり、国のマニュアルに従って実施いたしました。

調査対象者は、要介護1から5と認定されている高齢者を除く、一般高齢者、介護予防・日常生活支援総合事業対象者、要支援者となります。

調査人数は、5,000人で、市内を25の地区に分け、それぞれ200人を無作為に抽出し、さらに各地区男女100人ずつ、前期高齢者・後期高齢者を100人ずつ抽出しております。

回収率は、5,000人中3,440人から回答をいただき、68.8%となっております。

調査項目は、全383問となりますが、主なものとして、からだを動かすこと、食べること、毎日の生活などについて質問しております。

郵送により、本年1月に調査を実施いたしました。

次のページに移ります。

主な調査結果についてですが、第8期計画に関連する回答結果をいくつかピックアップして、合わせて課題についても一緒に説明させていただきます。

まずは、運動や介護予防についてですが、「普段、15分くらい続けて歩いていますか」という問いに対しては、75%の高齢者が「歩けるし、歩いている」と回答されている一方で、「歩けるけど歩いていない」という方がおよそ2割いるため、その方々に運動を促す必要があります。

また、介護予防のための通いの場への参加状況については、参加していないが7割を超えているため、健康なうちから介護予防に取り組んでいただくことが重要となります。

介護予防、認知症予防のために現在行っていることについては、3人に1人が何もしておらず、今後やってみたいことはありますかという問いに対しても、「ない」と答えた方が3割弱いるため、介護予防に取り組む意識づけが必要であり、また今後やってみたいと思う取組がある方々については、これを実行に移せるような方策が必要となります。

次に、2の食事についてですが、食事を一人でとることが多い方が4人に1人いるため、認知症や低栄養につながる可能性がある孤食の防止策が必要となります。

また、一日に3食食べていない方がおよそ1割おり、その理由として、食欲がないとの回答が最も多いため、運動することによる食欲の増進を図るほか、栄養士等による食生活についての指導が必要となっております。

次のページに移ります。

3の生きがいについては、趣味はあるとの回答が8割弱に対し、ないが約2割となっております。

(2)から(5)で、今の生活に満足していない、退屈に思うことがある、生きてることがむなしく感じる、自分が役に立つ人間に思えないとの回答も、それぞれ2割いるため、日常生活の中

で趣味だけではなく、役割や楽しみ、人との交流、地域活動がもてる環境づくりが重要となります。

4の社会参加については、町内会に参加していないとの回答がおおよそ半数であり、地域行事等への参加や地域住民との交流の場が必要と考えます。

5の日々の生活については、何か困りごとがあったら相談できる人や窓口は、8割が親族を占めておりますが、相談できる人がいないという方も5%いらっしゃるため、先程の4番の場合と同様に地域行事への参加や地域住民との交流により何かあったら相談できる人を見つけるよう働きかけたり、高齢者支援センターや民生委員等の関係者による協力体制の構築が必要となってきます。

近所付き合いについては、まったくしていないが、わずか2.8%と想定していたよりも低かったのですが、今後も引き続きその必要性を説明していく必要があると考えます。

次に移りまして、6の日常生活支援については、将来について不安に思うこととして、要介護状態になることと、認知症になることが半数以上となっており、介護や認知症に関する正しい知識の普及啓発が必要といえます。

次に、(2)の高齢者の福祉サービスとしてあってほしいものは除雪が最も多く、また、その下の(3)の誰かに手伝ってもらいたいことについては除雪のほか、日々の声かけ（見守り）、ゴミ出し等があげられています。

一方で、(4)の手伝いしてもよいと思うものについては、ないとの回答が50.2%もありましたが、日々の声掛けや除雪、ゴミ出し等何らかの手伝いをしてよいという方も約半数いらっしゃいました。

これらのことから、今後は、普段の見守り、除雪、ゴミ出し等については、住民同士の助け合い、支え合いで行われるような体制の構築を進めて参ります。

次のページに移りまして、7の車の運転についてですが、約半数の高齢者が車を運転しているとのことですが、その中で約2割の方が、運転に不安を感じているという状況です。

不安を抱えながらの運転は、市民の生命を奪いかねない大変危険な状況にあるため、免許の返納を促していく必要があります。

次に返納しない理由として、「買い物に困る」がおおよそ6割、「通院に困る」がおおよそ5割となっておりますので、免許返納にあたっては、生活支援の助言も同時に行っていく必要があります。

8のインターネットやメールの利用についてですが、ほぼ毎日が13.9%、月に数回が10.9%、週に数回が9.1%と合わせると33.5%と約3分の1の高齢者が使用しているとのことですので、今後、日々の見守り等で活用するなど、支援方法の選択肢が増えていくことが期待されます。

以上の結果などを踏まえて、今後、高齢者福祉計画の策定を進めて参ります。

事務局：それでは、在宅介護実態調査集計結果の概要について、資料2-2に基づき御説明いたします。

2ページを御覧ください。

今回の調査の目的ですが、第8期介護保険事業計画の作成に向けて、介護離職を防止する観点も踏まえたサービス提供体制を構築するべく、「要介護者の在宅生活の継続」や「介護者の就労の継続」に有効な介護サービスの在り方を検討することを目的として実施するものです。調査の対象は、主に在宅で要支援・要介護の認定を受けている方で、サービス利用者本人向けのA票と、主な介護者向けのB票の、国から示された2種類の調査票を使って実施しました。

3ページを御覧ください。

今回の調査における用語の定義を記載しております。上から2番目の表にありますとおり、サービスの利用については「未利用」「訪問系のみ」「訪問系を含む組み合わせ」、それから「通所系・短期系のみ」に分類して集計しています。

4ページを御覧ください。

この在宅介護実態調査を活用するうえで、国から5つの検討テーマが示されております。

まず、上の段の表にありますとおり、冒頭の調査目的でも触れました「要介護者の在宅生活の継続」と「介護者の就労継続」を基本的な視点として、

1. 在宅限界点の向上のための支援・サービスの提供体制の検討
2. 仕事と介護の両立に向けた支援・サービスの提供体制の検討
3. 保険外の支援・サービスを中心とした地域資源の整備の検討
4. 将来の世帯類型の変化に応じた支援・サービスの提供体制の検討
5. 医療ニーズの高い在宅療養者を支える支援・サービスの提供体制の検討

以上の5つが検討テーマとなります。

5ページを御覧ください。

検討テーマ1「在宅限界点の向上のための支援・サービス提供体制の検討」について、こちらのグラフは、「現在の生活を継続していくにあたって、主な介護者が不安を感じる介護」について、要介護度別に集計したものです。

各項目は、3本の棒グラフで構成されており、左から要支援1・2、要介護1・2、要介護3と、右側にいくにつれて重い症状となっています。要介護3以上の方を介護している方にとって、特に「日中の排泄」「夜間の排泄」「認知症状への対応」の不安が大きいという傾向が見られました。したがって、介護度が重度化するにつれて、主な介護者が「在宅生活の継続が困難」と判断する特に重要なポイントとして、「排泄」と「認知症」の2点が挙げられると考えられます。

6ページを御覧ください。

先ほどの5ページ目のグラフと同様に「介護者が不安を感じる介護」について、今度は要介護3以上のケースに限定して、さらに、訪問系サービスの利用回数別に集計したものになります。先ほどの5ページ目のグラフと同じように、「日中の排泄」「夜間の排泄」「認知症状への対応」の項目が高いことが分かります。矢印で示しているとおり、訪問系の利用回数が増えるほど、これらに係る不安を軽減する傾向がみられました。

7ページを御覧ください。

要介護度とサービス利用の組み合わせについて集計したものです。

要介護度の重度化に伴い、「訪問系のみ」と「訪問系を含む組み合わせ」の利用が高まる傾向が見られました。

8 ページを御覧ください。

要介護3以上のケースで、「施設等への入所・入居の検討状況」を、青の「訪問系」、赤の「通所系」、緑の「短期系」、それぞれのサービス利用頻度ごとに集計したものです。訪問系・通所系・短期系、いずれのサービスでも、利用回数が増えると「施設等を検討していない」の割合が低くなる傾向が見られました。

その中でも、訪問系サービスの利用においては、比較的「施設等を検討していない」の割合を高く維持する傾向が見られました。

9 ページを御覧ください。

ここから検討テーマ2「仕事と介護の両立に向けた支援・サービスの提供体制の検討」になります。こちらのグラフは、介護している方が不安に感じる介護について、今後も働きながら介護を続けていけそうかといった就労の継続見込み別に集計したものです。棒グラフ3本の真ん中「問題はあるが何とか続けていける」、もしくは棒グラフの右側「続けていくのはやや難しい、かなり難しい」と回答した方が不安に感じる介護として、「認知症状への対応」「屋内の移乗・移動」「外出の付き添い、送迎等」、さらに「日中の排泄」「夜間の排泄」が高い傾向が見られました。

10 ページを御覧ください。

訪問系サービスの利用の有無と、就労の継続見込みの関係を集計したものです。「続けていくのはやや難しい」「続けていくのはかなり難しい」と回答した人は、「訪問系利用あり」に比べて「訪問系利用なし」の方が高い傾向が見られました。

11 ページを御覧ください。

ここからは検討テーマ3「保険外の支援・サービスを中心とした地域資源の整備の検討」となります。こちらのグラフは、「在宅生活の継続に必要と感じる保険外の支援・サービス」について、要介護度別に集計したものです。

介護度に関わらず、一番右側の「特になし」が多く、保険外のサービスのニーズはあまりないという状況ですが、そういった中でも、通院・買い物などの「外出同行」や「移送サービス」といった外出に係るものや、「見守り、声かけ」のニーズが比較的高い傾向が見られました。

要介護の重度化に伴いまして、各項目ともおおむねニーズが低下する傾向にありますが、矢印で示しておりますとおり、「移送サービス」のニーズだけは逆に増加しました。

12 ページを御覧ください。

ここから検討テーマ4「将来の世帯類型の変化に応じた支援・サービスの提供体制の検討」となります。こちらのグラフは、青の「単身世帯」、赤の「夫婦のみ世帯」、緑の「その他世帯」の世帯類型ごとに、要介護度別のサービス利用状況を集計しております。

要介護度の重度化に伴いまして、いずれの世帯でも、「訪問系のみ」と「訪問系を含む組み合

わせ」のサービスを利用する割合が増加する傾向がみられました。

13 ページを御覧ください。

要介護度別と世帯類型別に、施設入所の検討状況を集計したものになります。いずれの世帯類型でも、要介護度の重度化に伴い、「施設を検討していない」の割合が減少し、「入所を検討中」または「入所を申請済み」の割合が増えていきます。

その中でも、赤の「夫婦のみ世帯」では、要介護3以上でも「施設を検討していない」が77.4%と比較的高く、在宅生活の継続の意向が強いことが伺えます。

14 ページを御覧ください。

ここから検討テーマ5「医療ニーズの高い在宅療養者を支える支援・サービスの提供体制の検討」となります。こちらのグラフは、要介護度別の「訪問診療の利用の有無」を集計したのですが、要介護度の重度化に伴い、訪問診療の利用割合が増加していることが分かります。

15 ページを御覧ください。要介護3以上の方で、「訪問診療の利用の有無」と「サービス利用の組み合わせ」を集計したものになります。

下の段の帯グラフは訪問診療を利用していない方で、「通所系・短期系のみ」利用の方の割合は46.7%ですが、上の段の帯グラフの、訪問診療を利用している方ですと、「通所系・短期系のみ」利用の方はゼロ%であり、「訪問系のみ」と「訪問系を含む組み合わせ」で100%を占めております。訪問診療を利用しているすべての方が、訪問系サービスを利用していることが分かります。

以上、調査結果の概要について御説明してまいりましたが、今回の集計結果からは、「何らかの傾向があること」は読み取ることができますが、「何故、そのような傾向がみられるのか」については、地域の特性や専門の方の知見などを踏まえた議論や解釈が必要となります。

今後、地域ケア会議などの場において、これらの結果に基づき、課題抽出や課題解決のための施策などについて検討を進めていく予定です。また、調査結果を、市内の居宅介護支援事業所に提供して、現場のケアマネジャーからも意見を求める予定でございます。

以上で、在宅介護実態調査集計結果の概要の説明を終わります。

事務局：次に、在宅生活改善調査集計結果の概要について御説明いたします。資料2-3を御覧ください。

本調査は、調査票をホームページに掲載し、本年2月3日から28日までの期間に居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所のケアマネジャーに対して実施したことになります。

本調査は、現在自宅等にお住まいの方で、「現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている方」の、①人数、②生活の維持が難しくなっている理由、③生活の改善のために必要な支援・サービス等を把握するものとなっており、住み慣れた地域での生活の継続性を高めるために必要な支援やサービス、連携のあり方を検討し、計画に反映していくことを目的としております。

結果概要のポイントは、「平成31年1月から令和元年12月の過去1年間で、住み慣れた自宅

で暮らすことが出来なくなった人はどれくらいいるのか」、「現在生活の維持が難しくなっている人は、どのような人で、どの程度いるか」、「生活の維持が難しくなっている理由、生活改善に必要な支援・サービスはなにか」となっております。

3 ページをお開きください。

こちらの表は過去1年間で自宅から居場所を変更した利用者の行先別の人数であり、市内の住宅型有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設の順に割合が多く、特に住宅型有料老人ホームとサービス付き高齢者向け住宅を合わせると全体の4割強を占めています。特別養護老人ホーム、地域密着型特別養護老人ホームに自宅から入所した方は、年間で89人となっています。

4 ページをお開きください。

推計値として、過去1年間で自宅等から居場所を変更した人は756人、自宅で亡くなった方は369人となっております。

5 ページをお開きください。

要介護度別では、要介護2・3・4と中重度となると居場所を変更する割合が多くなっております。

6 ページをお開きください。

在宅での生活の維持が難しくなっている利用者は、推計値として、市内全体で390人、全体の利用者のうち、5.2%となっています。

7 ページをお開きください。

要介護2以下、一人暮らしで自宅に暮らしている方が在宅での生活が難しくなっている利用者の属性としては一番多くなっています。一人暮らしの方の割合が多く、介護度別では要介護3以上の方が総じて多くなっています。

8 ページをお開きください。

このページは、生活の維持が難しくなっている理由の内、本人の状態に属する理由ですが、要介護3以上では身体介護の増大、要介護2以下では認知症の症状の悪化が一番多く回答されています。全体では認知症の症状の悪化、身体介護の増大、生活支援の発生・増大の順となっております。

9 ページをお開きください。

本人の意向に関するものとしては、要介護2以下では「本人が一部の居宅サービスの利用を望まないから」「生活不安が大きいから」の順に多くなっております。

10 ページをお開きください。

介護者の意向・負担等に関するものとしては、介護度に関係なく、「介護者の介護に係る不安・負担量の増大」「家族等の介護技術等では対応が困難」の順となっております。

11 ページをお開きください。

「必要な身体介護の増大」の具体的内容は、日中・夜間の排せつ、移乗・移動の順に多くなっておりますが、要介護3以上の方の場合、全ての身体介護で割合が多くなっております。

12 ページをお開きください。

「認知症の症状の悪化」の具体的内容は、要介護 2 以下の割合が多く、「薬の飲み忘れ」「家事に支障がある」「金銭管理が困難」「一人での外出が困難」の順となっております。徘徊や介護拒否、暴言・暴力などの認知症の周辺症状の割合は比較的低くなっております。

13 ページをお開きください。

「医療的ケア・医療処置の必要性の高まり」の具体的な理由としては、要介護 2 以下では、インスリン注射の割合が多く、要介護 3 以上では、経管栄養、褥瘡の処置、透析の順で多くなっております。

14 ページをお開きください。

「生活の維持が難しくなっている人」の生活の改善に必要なサービス変更についての全体図となっております。複数回答の設問でしたが、施設系のサービスの待機者は、約 200 人で割合は 5 割を超えております。

15 ページをお開きください。

表の右側の在宅サービスでも代替が可能な人数は 142 人となっており、生活の改善に必要なサービスとしては、ショートステイ、訪問介護、通所系サービス、小規模多機能型居宅介護、定期巡回サービスの順に多くなっております。

16 ページをお開きください。

特養に入所できない理由となりますが、要介護 3 以上であっても「申込をしていない」方が多い割合となり、17 ページに進みまして、特養以外の施設においても入所できない理由としては「申込をしていない」が多い割合となっております。

18 ページをお開きください。

入所する緊急度が高く、特養を選択している方は 41 人となっております。その内、19 ページに進みまして、「空きがない」として回答している人は 26 人となっておりまして、この方々が待機者となっております。

20 ページをお開きください。

在宅サービスの内、生活の改善に必要なサービスとして、定期巡回、小規模多機能、看護小規模多機能の 3 サービスは 89 人となっており、それ以外のサービスは 53 人となっており、3 サービスの必要性を感じているケアマネジャーが多い結果となっております。

以上で説明を終わります。

事務局：続きまして、介護人材実態調査集計結果の概要について、資料 2-4 に基づき御説明いたします。

2 ページを御覧ください。

まず、調査の概要について御説明いたします。今回の調査は、国から示された調査票や集計ツールをもとに実施しました。調査の目的ですが、事業所における介護職員の採用・離職状況のほか、介護職員の年齢や保有資格等の実態を把握し、介護人材の確保に向けて必要な取組等を検討するためのものであります。調査の対象は、介護サービス事業所と、そこに勤務する介

護職員です。

3 ページを御覧ください。

調査の対象は、「介護職員」のいる事業所としており、集計の際は「訪問系」「通所系」「施設・居住系」に分類しております。

4 ページを御覧ください。

ここから、具体的な集計結果について、御説明いたします。こちらのグラフは、サービス系統別の資格保有の状況を集計したものです。全サービスにおける介護福祉士の資格の保有割合は、一番上の帯グラフのとおり、色の薄い部分となりますが、61.3%でした。また、いずれも該当しない、つまり、資格を有していない職員の割合は、色の濃い部分となりますが、下から2番目の帯グラフの通所系で20.1%、一番下の施設・居住系で16.4%でしたが、訪問系は5.5%と、比較的少なくなっています。

5 ページを御覧ください。

今度は年齢別の資格保有の状況を集計したものです。介護福祉士の割合は、30歳代と40歳代が、他の年代と比較して高くなっています。50歳代、60歳代、70歳代と年代が高くなるにしたがって、介護福祉士の割合が低下しています。

6 ページを御覧ください。

正規職員・非正規職員の割合を集計したものです。一番上の帯グラフのとおり、全サービスにおける正規職員の割合は75.3%で、非正規職員は24.7%で、4人に1人が非正規職員ということになります。また、施設・居住系では正規職員の割合が82.0%とやや高くなっています。

7 ページを御覧ください。

性別・年齢別の雇用形態の構成比について集計したのになります。まず、全サービスの合計で見ますと、女性職員の割合が全体の78.8%と高く、特に30歳代、40歳代、50歳代の女性職員で全体の55.1%を占めています。なお、年代ごとの棒グラフの中の、色が濃くなっている部分が正規職員で、パーセンテージも示しております。薄くなっている部分が非正規職員ですが、正規職員の数値から非正規職員の割合を逆算しますと、男性職員のうち約12%が非正規職員、女性職員のうち約28%が非正規職員となっています。

8 ページを御覧ください。

こちらは「訪問系」の構成比となります。

50歳代以上の女性職員の割合が合計40.1%で、それより下の40歳代以下の女性職員の割合は合計42.8%となっています。

9 ページを御覧ください。

こちらは「通所系」の構成比となります。50歳代以上の女性職員の割合が合計23.4%と、先ほどの訪問系より低くなっています。また、それより下の40歳代以下の女性職員の割合は合計52.6%と、先ほどの訪問系より高くなっています。さらに、男性職員の割合は23.8%と、先ほどの訪問系より高くなっています。

10 ページを御覧ください。

こちらは「施設・居住系」の構成比となります。先ほどの訪問系や通所系と比較して、各年代とも平均的に職員を確保していることが分かります。また、男性職員の割合は22.9%と、通所系と同様に、訪問系より高くなっています。

11 ページと 12 ページは割愛させていただきます。

13 ページを御覧ください。

こちらは、過去1年間の採用者数と離職者数を集計した表になります。どのサービスでも、採用者数が離職者数を上回り、職員総数は若干増えているという結果となりました。なお、訪問系では、1事業所あたりの採用者数は2.9人で最も多く、一方の離職者数も2.3人と最も多く、訪問系は他のサービスと比較して流動性が高いといえます。

14 ページを御覧ください。

こちらは他の介護事業所からの転職者に関して、前の職場が市内か市外かを集計した表になります。施設・居住系では、採用者のうち、前の職場である介護事業所の場所が「他の市町村」である割合が27.5%と、訪問系や通所系と比較して高いという結果となりました。

15 ページを御覧ください。

こちらは、過去1年間に採用した職員の前の職場について集計したものです。棒グラフのうち、右側の網掛け部分が「以前は介護以外の職場または未就労」、おおまかに言うと介護業界未経験者となります。それ以外の色が塗りつぶされている部分が、前の職場が訪問系や通所系などであった人数を表しており、つまり介護業界経験者となります。経験者は、訪問系への入職の割合が高く、通所系が少ないということが分かります。一方で、未経験者は、施設・居住系への入職が81人と多く、訪問系が52人で比較的少ないという結果となりました。

16 ページと 17 ページを御覧ください。

訪問介護のサービス提供時間の内訳を集計したもので、16 ページが要介護1から5までの方が利用する「介護給付」で、17 ページが要支援1・2の方や自立の方が利用する「予防給付・総合事業」となります。

16 ページの「介護給付」では、小多機・看多機・定期巡回といった定額制サービスにおける身体介護の提供時間の割合は、訪問介護などの訪問系サービスにおける身体介護の提供時間と比較して低くなっていますが、17 ページの「予防給付・総合事業」では、逆に、小多機・看多機・定期巡回における身体介護の提供時間の割合が高くなっています。

18 ページと 19 ページを御覧ください。

訪問介護員、いわゆるホームヘルパーの年齢別にサービス提供時間の内容を集計したもので、18 ページが要介護1から5までの方が利用する「介護給付」、19 ページが要支援1・2の方や自立の方が利用する「予防給付・総合事業」となります。どちらも、ホームヘルパーの年代が高くなるにつれて、身体介護を提供する時間の割合が低下しますが、70歳代の職員は、身体介護を提供する時間の割合が60歳代より高くなっています。

20 ページを御覧ください。

訪問介護のうち身体介護について、サービスを提供する職員の年齢別に、サービスの提供時

間を集計したものです。50歳代以上の職員により提供される割合は、合計39.8%となります。うち、正規職員による提供時間は7割を占めます。

21ページを御覧ください。

こちらは、訪問介護のうち、身体介護以外の、買い物や調理配膳などの生活介護について、サービスを提供する職員の年齢別に、サービスの提供時間を集計したものです。50歳代以上の職員により提供される割合は、合計55.8%となります。うち、正規職員による提供時間は5割強で、先ほどの身体介護と比較して非正規職員の割合が高いことが分かります。

以上で、介護人材実態調査集計結果の概要の説明を終わります。

議長：ただいま事務局からそれぞれ説明をいただきましたが、委員の皆さまから何か御質問、御意見等ございませんでしょうか。

委員A：介護職員数の変化について質問ではないんですけども、現場の状況と併せて、このとおりだなというふうに聞いて参りました。

ただ、現場の感覚として、育児休暇とか介護休暇とかそういうのが職員には含まれているんだけど、実際は現場に居ない職員のことが反映されていないのかなというふうに思っております。職員は辞めてはいないんだけど、現在、当法人でも3人が休んでおまして、今3人がまた休むということで控えておまして、介護を理由に退職する者が今1人控えているというような状況があります。

職員の総数についても、毎年どの法人でも減っている傾向ではあるんですけども、やはり、その働き方改革ですとか、その現場の感覚とすると職員の人数は居るんだけど、充足しているような状況ではないという印象であるということです。

質問でも意見でもなく現場の状況としてこう感じました。

議長：ほかにありませんか。

委員B：ちょっと膨大な量だったので質問の仕方がよく分からないんですけども、一番最初の資料2-1の町内会の参加のところなんですけど、参加頻度で、参加していないが50.6%、このパーセンテージを足しても100にならないんですけども、その他の回答もあったのかなと思いつつ、それからやって欲しいのが除雪とあるので、ちょっと意外だったんですけども、そういうのも含めるとそういう人たちには、どういう方法がありますよとお話をしているものなのかなと。誰に聞けばいいか分からないんですけど、町内会に入っていると、もしかしたら隣近所だったり、民生委員だったりというのものもあるのかなと思いつつ、その辺のことをちょっと聞きたいと思いました。

それから、介護福祉士の資格のない方もたくさん働いていらっしゃるということですけども、それは良くある話なのか。皆さん資格を持ってやっているのかと思っていたので、資格のない方も働いていらっしゃるの数が多みたいなので、そのところも聞きたいと思いました。

それから、ケアマネさんのアンケートのところの13ページのその他というのが凄く多くなっていて、ここはどんな答えが入っていたのかなと思いました。特別な医療処置なのかなと思いつつ、そこもちょっと教えてください。

それから、資料2-4の16、17ページのコメント欄ですが、20ポイント以上低いとか、50ポイント以上高いというのが書いてあるんですけど、その根拠というかどういうふうにこれを見ればいいのか分からないので教えてください。

事務局：まず、町内会についてということで、これにつきましては無回答という項目がありまして、こちらの方に残りがございました。

2つ目の御質問ですけれども、除雪の件につきまして、これからどういったことを考えて、どういったことを伝えていくのかということでございますけれども、高齢福祉課において、これまでは行政の方でいろいろな事業を展開して支援して参りました。

ただ、少子高齢化、人口減少を考えますと、行政側だけでやってもかなり苦しくなる。そういった中で、総合事業日常生活支援の中で考えていかなければいけない。

これがまず、地域の民生委員だったり、地区社協であったり、老人クラブだったり、いろいろな団体がありますけれども、その方々が一生懸命やっています。ただそれだけではなくて、地域住民みんなで助け合ってやってる。今の地域支援事業の考え方でございますので、この設問のところに、誰かに手伝ってもらいたいということと、(4)の手伝いしても良いということの回答がこう出ましたので、ただ、除雪にしても、日々の声掛けにしても、ゴミ出しにしても、手伝ってもらいたいという方と、手伝いしてもいいという方とございますので、これからそのマッチングと申しますか、そういったところを地域ごとにやっていきたいということで、これから日常生活支援対策整備事業の中で、こういった事業を展開していければと考えておりました。

事務局：まず、資料2-3の13ページの医療的ケア医療処置の必要性の高まりについては、その他というところが多くなっているんですけども、具体的な内容を書いていただく設問とはしておりませんでしたので、中身までは把握しておりませんでした。申し訳ございません。

資料2-4の資格を持っていない職員が多いということですが、資料2-4の3ページ目を開いていただいて、訪問系の訪問介護、夜間対応、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の3つのサービスについては、資格要件が必要なんですけれども、それ以外のサービスについては、介護福祉士であったり、そういった資格を持っていなくても働けるということになっておりますので、そういう方々がいらっしゃるものと考えております。

資料2-4の16ページのところは、20ポイント以上低いというのは、薄い水色になっているところが身体介護と呼ばれる排泄介助であったり、入浴介助であったり、食事介助が含まれておりまして、濃い色の買い物だったり、調理・配膳、その他の生活援助としては、掃除だったりとかあるんですけども、そういったものをサービスとして生活援助と呼んでおりますので、そういった形になります。

小規模と看護小規模と定期巡回というのは、1回いくらというサービスではなくて、1か月定額払いのサービスになっておりまして、訪問介護は1回いくらという出来高払いのサービスになっておりますので、その定額払いのサービスと比べて、出来高払いの訪問介護のサービスとしては、身体介護の方が多いという結果になっております。

小規模と看護小規模と定期巡回は、月に何回使ってもいくらくらと決まっている金額になっているんですけども、訪問介護は少ない回数を使うと料金的には安くなっているんですけども、多く使うと定額払いより多く払う可能性はあります。

議長：よろしいですか。

委員B：はい。

議長：ほかにございますか。

委員C：質問したいことが2つあるんですけども、計画の中にも含めて欲しいと思うのは、今のコロナの関係で失業をされている方が増えている、津軽地区、青森市の方でも、失業された方の就労支援のために、介護の分野で働きませんかという発信をしているんです。そういうことを八戸市は行えないだろうか。

結局、介護者のもし何かあった場合には、これも欠員になる訳です。だからそういうところをやはりある程度の期間、養成する部分も含めて、失業されている方々に、介護の世界も視野に入れてみてくれませんかというような提案を、市として行えないだろうかというのを1か月程前から考えてはいるんですけども、やはり、今の質問の中にもありましたように、無資格の人でも養成すれば何とか資格を取ってもらえるまで我々の方で働いてもらえる、アルバイト的にとというのは有る訳です。現在もそういう職員もいます。ですから、そういう人たちも含めて無資格の人たちを我々が育てていかなきゃいけない。

というのが、養成機関に入れる人って少なくなっているんです。年々。学校もそうだし、それからいろいろな事業者がやっている研修のなんていいですか、そういう機関のところで資格を取る人が取りたいという人が減っているんです。現実として、それをカバーする意味で今のコロナの部分を含めて、失業した方々をこっちに引っ張りこめないかと一つ私の中ではあります。

それともう1つが、PCR検査のやっぱり行政的な支援というのが貰えないのかなと。特に医療もそうだし、介護もそうだし、あと保育の方もそうなんです。特に保育の方はマスクもせずに子供たちと接するわけです。やはり、顔は見えなければいけないそういうのもいっぱい。ですから、発熱して症状が出てからだとPCR検査とういうのは強制的にもある程度させられますけども、それ以前の部分で、自費でやるという人も何か芸能人で今ニュースで出たりなんかしてましたけども、自費で出来るのかどうか、いくらかかるのかとか、そういう部分を含めて今のコロナ対策というのをしていかなければ、我々としても不安な訳です。

何が不安かという、一番は対保健所なんです。保健所の指示に従わなきゃいけないということなんです。そうすると、医療機関に入れるのか、又は、その療養型のホテルみたいなところに入れるのか、行かなきゃいけないのか、家族とはどうなるんだ、こういう部分をもう少し具体的に市の方で我々を指導して欲しいなど。やはり情報を流して欲しいということです。

今青森県で、200 いくらでしたか 300 いくらでしたか、すいません細かい数字は忘れちゃったけども、PCR検査の可能な数値が出てそれも教えて頂いたつもりではいますけども、現実、働いている人は何万人いますか、青森県だと何千人でしょうか。そういう人たちのPCR検査

というのが保障されないのかというふうに思います。

ですので、何とかその辺を含めて、確かに機能的な部分での予算も掛かるでしょうし時間も掛かるでしょうし、その辺も我々の方とある程度折り合える形での数値とういうものも示していただけたらいいなと思いますので要望も含めて是非。

議長：これはすぐこうしますということではなくて、第8期計画を作るためのデータ、アンケート結果の報告をいただいておりますので、それに意見として出てますので、それもまとめて後で回答するでよろしいですか。

委員C：はい。

議長：ほかにございませんか。

委員：なし

議長：それでは無いようでありますので、3人の方からいろいろ要望等も出た部分もありますので、次回に対応出来るもの以外にも出来るものがあれば次回お話をいただき、結論は出なくてもこういう方向で調整してますとか、市だけで出来るのか国県もあろうかと思っておりますので、そういうふうに説明させていただきたいと思っております。

では、他に無いようでありますので、この(2)については終わりたいと思っております。

次に、(3)消費税増税に伴う介護保険料の低所得者軽減強化について、事務局から説明をお願いいたします。

事務局：それでは、資料3の消費税増税に伴う介護保険料の低所得者軽減強化について御説明いたします。

始めに、低所得者軽減強化の概要になりますが、令和元年10月以降の消費税率10%への引上げに伴いまして、介護保険法施行令の一部が改正され、平成31年4月1日から適用されております。

これにより、当市の介護保険料につきましても、公費負担による更なる低所得者対策といたしまして、昨年度に引き続き、保険料率を改定し軽減強化を拡充するものでございます。

次に改定の内容となりますが、軽減の対象となるのは所得段階が第1段階から第3段階の第1号被保険者で、改定後の保険料率と保険料の年額は表のとおりとなります。

まず、第1段階でございますが、保険料率0.375を0.30に引下げ、保険料年額28,350円を22,680円に、次に第2段階でございますが、保険料率0.60を0.50に引下げ、保険料年額45,360円を37,800円に、第3段階は保険料率0.7125を0.70に引下げ、53,865円を52,920円にそれぞれ軽減いたしましたのでお知らせいたします。

以上で、資料3の説明を終わります。

議長：ただいま軽減税率のことについて説明いただきましたが、何か御質問等よろしいですか。

委員：なし

議長：それでは、御質問等無いようですので、(3)については終わります。

以上で、本日の議事は全部終了いたしました。副会長であります医師会を代表して小倉先生から情報提供したいということで先ほど申し出がありましたので、よろしくお願ひいたします。

す。

副専門分科会長：皆さまお疲れさまです。コロナに関して御紹介させていただきます。

先ほど話題が出ましたが、新型コロナ対策について、介護系の中から何を具体的にどうしていったらいいかわからないというところもなかなか不安なので、通所、訪問、それから居住系施設に全てに関わることが、今、新型コロナ対策委員会のホームルームにおきまして協議しております。

今日お持ちしたのは目次と一部だけなんですけども、細かく具体的なものはホームページに載っていますので、是非ホームページを参考にして、その目次の中で気になったところをサポートでお話いただければと思います。

今日持ってきたのは、医療・介護関係者がどういうふうと考えてやっていけばいいかという提言集も比べていただいております。また、療養者等、御家族向けのものも当然載っておりますので、そちらも参考にして頂ければと思います。

何か分からないことがありましたら、この場でなくても、後で言っていただければと思いますのでよろしく願いいたします。

議長：小倉先生から情報提供がありましたので、是非、興味ある部分を調べるなり、あるいはまた、終わりましたら小倉先生から直接質問いただきたいと思います。

以上で、終わりますので、事務局、お願いします。

司会：御審議いただき有難うございました。

次回、第2回介護・高齢福祉専門分科会は9月29日火曜日午後1時半からとなります。

会場につきましては、事前にお伝えしていた場所から変更となりますが、田向に新たに出来ました八戸市総合保健センター1階の大ホールを予定しております。

希望者の方がございましたら、会議終了後に、介護予防センターの見学説明会を行いたいと思っております。

まず、後日文書で御案内差し上げますので、よろしく願いいたします。

以上を持ちまして、第1回介護・高齢福祉専門分科会を閉会いたします。

本日は誠に有難うございました。