

令和5年度第1回かながわ高齢者保健福祉計画評価・推進等委員会 議事録

日時：令和5年11月16日 10時00分～12時00分

会場：Web会議

○事務局

本日は御多忙のところお集りいただき、ありがとうございます。高齢福祉課企画グループの依田と申します。議事に入るまでの間、司会を務めさせていただきます。

ただいまから、令和5年度第1回 かながわ高齢者保健福祉計画評価・推進等委員会を開催させていただきます。

本日の出席者は、事前にお送りした名簿のとおりです。また、神奈川県高齢者福祉施設協議会の井上委員、神奈川県介護支援専門員協会の松川委員から事前に欠席の御連絡をいただいております。

なお、神奈川県医師会の石井委員、神奈川県歯科医師会の田中委員、横浜市の鴨野委員、鎌倉保健福祉事務所三崎センターの高宮委員におかれましては、今回の会議から委員に就任されております。

また、本日、御出席の山北町尾崎委員は、所用のため途中退席となりますので御了承ください。

次に本日の会議は、公開とさせていただいており、開催予定を周知したところ、傍聴希望があり、本日1名の方が傍聴しております。

なお、「審議速報」及び「会議記録」については、発言者の氏名を記載した上で公開させていただきますので、よろしく願いいたします。

本日の資料につきましては、事前配布しております次第に基づき進行いたします。

それでは、以後の議事進行は、山崎委員長をお願いいたします。

○山崎委員長

山崎でございます。円滑な議事の進行に尽力してまいりたいと思いますので、皆様の御協力をよろしくお願い致します。

それでは、次第に沿って、(1) 報告事項の「介護保険法第118条第8項に基づく厚生労働大臣への報告について」事務局から説明願います。

○事務局

(資料2-1～2により説明)

○山崎委員長

ありがとうございました。ただいまの事務局からの説明につきまして、御質問、御意見のある方は挙手をお願いします。

それでは次に移ります。かながわ高齢者保健福祉計画評価・推進委員会計画評価部会の開催状況について」報告をお願いします。

○橋本部長

(資料3-1により説明)

○事務局

(資料3-1～2により説明)

○山崎委員長

ありがとうございました。もう一度部会を開いて、最終的な評価案を次回のこの委員会に報告をしていただきます。

それではただいまの部会の報告につきまして、御意見、御質問がありましたらお願いいたします。特にないようですので、次に進ませていただきます。

次第に沿って、(2)議題の「次期かながわ高齢者保健福祉計画(素案)について、事務局から説明をお願いします。

○事務局

(資料1-1～4により説明)

○山崎委員長

ただいま事務局から説明がありました、次期かながわ高齢者保健福祉計画(素案)につきまして、御意見、御質問の挙手をお願いします。

○池島委員

神奈川県老人保健施設協会の池島です。御説明いただいた内容、その他、資料の内容から質問が2点あります。

1点目が、49ページでまだ数が入らないとなっております。去年も質問いたしました、例えば老健、特養を今後も作るのでしょうか。内容を見ると、整備をしていくことになっていると思いますが、県としてはどのようにお考えでしょうか。

○事務局

まず作るかどうかに関しては、まだ市町村と調整中ですが、2040年を見たときにピークがもう見えている圏域とまだしばらく伸び続けるところがあります。ピークが見えているところは、それを踏まえて考えていかなければいけないと思っております。

一方で、引き続き伸び続けると見込まれるところについては、必要な整備をしていかなければならないと思っております。施設整備に関しては、20年、30年のスパンで考えなければいけませんので、県全体で調整していきたいと思っております。

○池島委員

今お話があったように作る方向になるとお聞きしましたが、施設の利用の状況を御存じだと思いますが、例えば、老健は大体6割ぐらいしか入っていない状態です。特養に関しましても待機者多いのですが、ほとんど医療需要が高すぎて、特養に入れない方が多いと聞いております。例えば、老健で入れない理由は需要が少ないわけではなく、この後も問題になってくる介護人材がほとんど募集できず、ユニットを空けられない状態があると思います。外国人人材含めて県もいろいろな施策を打っていただいていると思いますが、思ったように介護人材が伸びていないことが現状ではないかと思っております。そのような状況下で、施設を作って、補助金を出す記載もありましたが、それを続けることによって施設はできますが、結局介護人材が追いつかない状態、場合によっては介護人材の取り合いになってしまって、今まで運営できていた施設でさえ、運営できなくなる悪癖が起きるかもしれないと危惧しておりますが、県は何かお考えをお持ちでしょうか。

○事務局

はいありがとうございます。人材につきましては引き続き努めていきますが、一方でロボット I C T等の導入による生産性の向上の取組を同時に進めていき、できるだけ人員の少ないところで、まわしていける仕組みづくりについて引き続き支援をしていきたいと考えております。市町村でも人材との兼ね合いを考えた上で、整備を考えているところです。

○池島委員

人材との兼ね合いで、承知していただけているのであれば我々は安心しております。

最後ですが、外国人人材、123 ページにもありますが、外国籍の県民には介護人材としての登録に関して施策があります。去年もお聞きしましたが、先ほどから説明にも出ております外国人人材に関しましては、県は補助や施策等々はお考えになっていないのでしょうか。

○笠井地域福祉課長

地域福祉課長、笠井です。外国人人材については、技能実習生や、E P Aなどがありますが、留学生含めて、いろいろな支援事業を行っております。日本語の学習支援、技術の研修、留学生は学費の支援などの支援を行っておりますので、今後に向けても引き続き行ってきたいと思っております。

○長津委員

薬剤師会の長津です。まず御説明をいただいたのですが、何の意見を求めたいのか、何を説明したいのかが全く伝わらないので、もう少し構成を考えていただきたいと思えますし、もしこういう漠とした話であれば、業界の方々には事前レクの時間を設けていただいて、あらかじめ説明をした方が、この会議が充実するのと感じました。

また P D Fの量が大きいから画面共有できないという話ですが、技術的に未熟なのであればしっかり勉強された方がいいのかと思います。

内容については、認知症のところですが、例えば、資料 1-4 の 100 ページ、「認知症対応力向上研修を実施する」とあります。次に「認知症対応力向上研修を実施し医療介護の連携を促進します」とありますが、認知症対応力向上研修は積年続けている厚生労働省のオレンジプランの頃から始まっているものと認識していますが、今までも継続していますので、それを促進しますと言われても、一体どうやって促進するのか、この計画には全く書かれていないことが多少不安であります。

それと、私の勉強不足で恐縮ですが、認知症未病という言葉が何ヶ所か上がっていますが、私は初めて聞いた言葉ですが、この単語自体は、神奈川県がお作りになったのか、或いは医師会石井先生にも、御回答いただければいいのですが、認知症のジャンルでこの言葉が確立しているのでしょうか。

○事務局

高齢福祉課笠原です。今 2 点ほどいただきました。1 点目で、対応力向上研修につきましては、委員おっしゃる通りです。こちらについては内容については今後もしっかり検討していただきますけども、引き続き実施をしていきます。記載について適切なものがあれば、今後、その方向での訂正も考えていきたいと思えます。

それから 2 点目認知症未病改善という言葉については、神奈川県で未病改善という言葉を使っているもので、これを認知症の分野にも使っていこうという県独自の言葉であると認識しております。

○長津委員

今いただいた御回答で、認知症対応力向上研修の開催は、基本的には業界団体が、委託を受

けて開催しているという認識ですが、であればどうやって促進するのが計画なのではないのかと思います。促進しますと言われても、我々業界団体としては実際にどうやって、さらに充実したいのが計画なのではないのかと思います。

認知症未病という言葉が神奈川県がお作りになったということであれば、我々医療業界からすると、認知症未病とはどの段階なのか全くわからないので、専門家の御意見いただけたらありがたいです。

○吉井委員

東海大学の吉井です。認知症未病とは普通医学的に使う言葉ではないと思いますが、認知症はある日突然起こるものではなく、徐々に記憶力の低下、見当意識の低下が起こって、それが進行すると、認知症になります。今、比較的初期の段階を医学的にはMC Iという言葉を使って、その状態に非常に注目しております。皆さんも御存じのように、レカネマブと言われているアミロイドベータの抗体ができて、これが治療薬として、新しい市場に出てくる可能性があります。適用は認知症の患者さんではありません。こういったMC Iと言われている未病と言っていいのかわかりませんが、そのような人たちに対して、治療することによって、病気を治すことができなくても、病気の進行をある程度抑えられることができます。未病という言葉を使うかどうかは別にしても、認知症の前段階の状態の患者さんを、診療の場、介護の場で探していくことは、これから我々にとって非常に重要な役割になるだろうと思います。

○長津委員

ありがとうございます。MC Iとの区別というか、認知症対応力向上研修の中でも早期発見が非常に重要だと強く謳っているプログラムになっておりますので、その中でこの新しい言葉が入ることで、言葉が入り乱れてしまうような気がして、これをここに書かれるのがどうかという気がしております。

○吉井委員

今申し上げたように、これは医学的な言葉ではなく、行政上の言葉だと理解してもよろしいのではないかと思います。状態としては同じようなことをある程度イメージして使われているのではないかと想像しております。

ですから我々医者としては、認知症の前段階の状態、MC Iを非常に今注目しており、未病という状態も非常に注目されていると、御理解いただけたらよろしいのではないかと思います。

○山崎委員長

事務局で引き続き、ただいまの御意見を参考に、改善すべきものは改善していただきたいと思います。

○石井委員

神奈川県医師会の石井です。昨年まで6年間、医療保険の担当しておりましたので、介護分野に関しましては委員の皆様にご教示いただきながら、やっていきたいと思っておりますのでよろしくお願いたします。

私も池島委員、長津委員がお尋ねしたと重複しますが、まず特養、老健に関して、池島委員からも御質問ありましたが、129ページにユニット化を増やしていくお話がありました。やはり今ハコを作っても生産年齢人口減少し人材不足、さらにコロナ禍で大分赤字が進んでいる中で箱物をつくっていくことは、少し危惧するところではあります。

それから、85ページ、長津委員の方からお話がありましたが、「神奈川らしい施策を展開

し」というところで、認知症未病という言葉が使われているのではないかと考えております。未病に関しては71ページのところに、神奈川県黒岩知事健康と病気の間に未病がある図ですが、この未病の範囲をどうするかもかなり前から問題になっております。

それから吉井先生の方からお話ありましたが、画期的な新しい新薬が出ております。これ今までは系統が違いますし、効果を期待されておりますが、適用がある程度しっかりしておりますので、未病を促進されることはある程度致し方ないと思っておりますが、認知症に関して認知症未病を使われてしまうと、やはり混同する可能性があるのではないかと考えております。特に認知症に関しては、これから基本法もでき、新薬もできたという中で、医学的ではない定義の言葉をあえて使うことはいかかなものでしょうか。

○事務局

最初の施設整備と人材の関係につきましては先ほど御回答したとおりですが、人材の方も進めていきますし、生産年齢人口が減っていくことは、確定をしていることなので、生産性向上の取り組みを、どこまでカバーできるかを考えていきたいと思っております。

○垣中高齢福祉課長

認知症未病につきましていくつか意見がございました。行政的な言葉であることはおっしゃるとおりで、初めて御覧なされた方にわかりづらいところもあるかと思います。この言葉を使って施策も考えているところです。言葉につきましては脚注やコラムで、もう少しわかりやすい表現として、説明を加えていきたいと思っております。

○池島委員

質問ですが、131ページ、「医療的な対応が必要な高齢者の受入への支援」とあります。今でも行っているとは思いますが。いろいろな会議で県の施策等々が示されておりますが、今後、県はより高度な医療的措置が必要な高齢者を老健施設や特養などで見ていくことを進めようとしていらっしゃるのですか。

○山崎委員長

事務局の方からお答えできますか。

では、引き続き事務局にて検討していただくということでお願いします。

○大島委員

県立保健福祉大学の大島です。私から3点質問がございます。1点目は54ページ、「①ケアラーを支えるネットワークの構築」のところで、「ケアラー支援専門員を配置します」とあり、その下に、「オーダーメイドの支援チームを編成できるコーディネーターを配置する」とありますが、ケアラー支援専門員をどういう形で配置するのか研修をどうするのかが決まっているのでしょうか。

それと、コーディネーターに対してどういう、具体的に計画があるのかをお聞きしたいと思います。

2点目は、36ページで、「認知症施策の総合的な推進」で、いろいろ計画がありますが、認知症基本法が国で成立して具体的なことを提示して施行するまで1年ぐらいと言われております。この施策に関して、第9期計画の中で、順次、国の指針が定まった上で進めていくものなのか、県として、市町村に何らかの形でおろすものなのかをお聞きしたいと思います。

3点目は、介護療養型医療施設で資料3-2で御説明いただきましたが、「介護医療院は、2025年度末で期限を迎える介護療養型医療施設の転換先の1つ」という御説明がありました。介護療養型医療施設は、2023年度末の廃止と理解しており、2024年3月が廃止と理解して

いたのですが、延長されたということでしょうか。

○事務局

まず1点目のケアラー支援専門員とコーディネーターですが、ケアラー支援専門員は県で設置をしているものです。市町村等では対応困難なものについては対応していくというコーディネーター的なことを果たしていくことを考えております。

「市町村が配置するコーディネーター」は市町村がケアラーの支援の最前線にいて、その中で各種福祉制度等、地域資源を組み合わせしていく役割の方を想定しております。市町村が配置するコーディネーターの研修は県で行い、市町村のコーディネーターでは判断が難しいことがあった場合、県の配置するケアラー支援専門員が、さらに支援をしていくという2次相談的な形の仕組みを考えております。

2番目のところにつきましては認知症の担当の方から御回答させていただきますが、3番目の介護療養型医療施設は2023年度末廃止で、延長はございません。

○事務局

続きまして県高齢福祉課笠原より2点目の質問についてお答えいたします。計画についておっしゃったとおり、認知症基本法の施行まではまだありますが、すでに成立しています法の中において、県として計画の策定が努力義務として課されております。

また、こちらは今回の高齢者保健福祉計画と合わせて、設定することが可能という見解も出ておりますので、今回この計画の中で位置付けをしておりますので、大島委員の御指摘の内容としましては、県として独自に策定はしているものになります。今後国から計画が策定をされることになるかと思えます。そちらが出てきましたらその内容も注視して、実施をすることになろうかと思えます。ただ、内容としましてはこの柱の後の主要施策については、認知症基本法、こちらの柱立てに合わせて作っておりますので、対応できるものについては、国の計画が出た後も対応していきたいと考えております。

○中嶋委員

ケアラー支援について、意見、質問をさせていただきます。ビジネスケアラーの問題も取り上げていただいて、これから高齢化が進めば、ますます働くケアラーも増えます。ケアラーの相談などを、各論・縦割りではなくて総合的にサポートしていくことが非常に重要かと思っております。働くケアラーについては、生産年齢人口直撃するわけですし、労働行政分野や企業との連携も必要になってくると思えますし、横断的な相談ができる施策が必要であると思っておりますので、ケアラー支援専門員や、或いはコーディネーターの配置が非常に重要だと思います。

54ページの施策①の方では「ケアラー支援専門員を配置します」とありますが、②の方では「ケアラー専門の相談窓口を設けます」と書いてあります。これは同一のものと理解をしてよろしいのでしょうか。

それから、もう1つケアラーとは違う質問ですが、高齢単身者で、例えば身寄りのない方の終末期のケアや、亡くなった全部を含めた身寄りのない方の身の始末の問題などについて、国も検討しているようですが、これからどのように対応していくのでしょうか。

○事務局

最初の御質問ですが、相談窓口とケアラー支援専門員は別々の設置になっております。相談窓口につきましては、LINEと電話の2つを設けております。こちらの内容によって、相談者御本人の御意向もありますが、適切な相談機関につなぐことを御了承いただいたものについては、つないでいきます。

2つ目の御質問の身寄りのない方の件ですが、今、確かに国で検討会をやっていくと聞いておりますので、そちらの動きを注視し、死後事務委任契約については、司法書士や弁護士でもやっていて、市によっては、エンディングノートをお預かりして、執行の場面でお手伝いをすることもあると聞いております。

今過渡期で、国で整理をすると聞いておりますので、動き注視して参りたいと思っております。

○田中（裕）委員

神奈川県歯科医師会の田中です。歯科に関する内容が46ページ47ページに、高齢者の口腔機能、在宅診療、歯科衛生士・歯科技工士のことがほんの数行ずつしか掲載されていないことに驚いています。歯科医師会として、高齢化社会において歯科が果たせる役割、具体的に申し上げますと、口腔機能の低下、オーラルフレイルと呼んでおりますが、全身的なフレイルの初期の段階に起こることの対策、或いは歯周病の感染症、これは多くの生活習慣病の原因になっていることがわかっております。また歯の喪失による咀嚼機能の低下で、これらは糖質偏重食などから筋力の低下に繋がっていきます。それ以外にも、糖尿病と歯周病の関連や、初期の認知症MCI、歯科医院は、定期健診の習慣が根づいており、特に問題のない方が、3ヶ月に1回、医療機関を訪れることは、認知症を含めて症状の初期の発見する場として非常に適していると考えておりますし、また介護の分野で、摂食嚥下の機能の障害に対する対応も歯科がアプローチできる部分だと思っております。

これは計画のたたき台で総論的な内容なので、今私がお話したような細かいことを載せる場ではないのかもしれませんが、もう少し歯科を利用していただくという県としての方針はありますか。

○事務局

おっしゃるとおりかと思えます。まず、オーラルフレイル歯科口腔については、77ページ、構成施策の④「歯及び口腔の健康づくりの推進と口腔ケアの充実」で取り上げております。

歯科医或いは歯科衛生士の方々の御協力は当然いただきたいところで、地域ケア会議や、認知症初期対応で御協力をいただければと思っております。

○長津委員

75ページの、構成施策①「地域における健康づくりの推進」で、「県内の各地域の健康格差の縮小」と書かれています。これは第二次「健康日本21」を引用しているのでしょうか。

○事務局

健康プラン所管課に確認させていただければと思えます。

○長津委員

これはおそらく健康日本21の第二次にあった健康寿命の地域格差の縮小というところから引用していると思うのです。第二次の「健康日本21」の検証のときに、都道府県格差が大きい小さいを議論するのはおかしいのではないかという意見があって、健康寿命が異常に高い県があると、格差が広がるということで格差自体を議論するのはおかしいという検証がかなりありました。

ですから今作成中の第三次の健康日本21では、ここのあたりはなくなると思っています。

もしそうであれば、この県の中のかながわ健康プラン21の健康格差の縮小とは、県内の市町村の格差のことだと思いますので、ここは御再考いただいた方がいいかと思えます。

○田中（和）委員

私は今、介護予防、疾病予防など重症化予防の両方から市町村支援に入り、一体的実施の取組に向けた支援をしております。これは意見であり希望でもあります。今、いろいろな先生方のお話のとおり、この計画の建てつけからすると、内容的な各論的なところをきちんと詰めていくことは重要なことではあります。市町村行政の福祉、保健、健康から見ると、特に来年から、いろいろな法律、制度の建てつけも変換点に来て、いろいろなところがいろいろな形でコネクト・連携が欠かせない状況になっています。

各論を深めるのも大切ですが、人材育成に入るのかわかりませんが、国からもそういう研修があるとは思いますが、県レベルで市町村の行政に対して、全体を把握できる類の研修を行っていただきたいと思っております。市町村はどこに何を置いていいのかわかり、アウトカムをどうしたらよいか、どこと繋がった方がいいのかわかり、混乱をしていると感じておりますので、ぜひ、御検討いただきたいと思っております。

○事務局

ありがとうございました。地域包括ケアシステムが言われ始めたときも、国がいろいろな事業を行うように言ってきて、やっつけやっつけでいけばいけばいいほど、個々の細かい事業に目がいて、地域包括ケアシステムが目指すべきは何か、その中でこの事業はどういう位置付けになっているのかわかり、だんだんお留守になって来ていることは認識しておりました。全体像の把握のための市町村対象の研修会も行ったことはありますが、そこに医療や保健を含めたものでよろしいでしょうか。次年度検討させていただければと思っております。

○吉井委員

ケアラーの話に戻りますが、最近ケアラーの問題は非常に注目されていて、テレビなどでも報道されております。実際、ケアラーとしてケアされる人を見ていくことは、なかなか素人には難しいと思っております。ケアされる人の大部分は認知症であったり、脳卒中で重い麻痺があったりするので、それを素人がケアすることは非常に難しく、ある意味ではそういう人たちが時間を割いて、ケアをすること自体は、ある意味で社会的な損失だろうと思っております。

また場合によってはお子さんたちがヤングケアラーになっていますが、彼らはもっと勉強しなければいけない時期なのに、ケアに時間を割くこと自身も、本当は私としてはあまりいいことではないと思うのです。

ですから方向性として、これからこういうケアラーが増えてくる状況になったときにケアラー支援専門員を増やして教育をしてみても、なかなか対応できるものではないし、むしろ社会全体としての損失が大きくなる可能性もあると危惧しております。

ですから先ほども話がありましたが、介護施設等々にケアが必要な方を入所させて、本当はケアしてもらった方がいいのかと思っております。

介護人材の問題など、それに伴った問題がたくさんあるので、必ずしも簡単には割り切れないところもありますが、今後ますます増えていくケアラーの増加については社会的な損失との関係を考えると決して良い方向ではないので、ある意味では神奈川県としてはそのような施設のことについても御配慮いただけることが本当は望ましいかと思っております。

○福地委員

県老人クラブ連合会の事務局の福地です。

福祉計画の28ページ、老人クラブの状況が書いてあります。近年、老人クラブがコロナの影響などで加入促進ができなくて、会員数も組織クラブ数も減っていると書いてありますが、ここ3、4年の話はそうですが、もう老人クラブ自体は平成9年か10年をピークにずっと下がりに続けているのです。その原因は、1つは定年が延長になって70歳過ぎても働いている方が多か

ったり、老人クラブなんて私はまだそんな年ではないとなかなか若い人が入ってくれません。それから自治会自体も地盤沈下して、自治会との繋がりも薄れてきています。

ですから老人クラブの状況について、もう少し膨らませて書いていただきたいと思います。

今回の高齢福祉計画で、例えば介護の問題とか、認知症の問題への対応が中心になっていると思いますが、老人クラブの活動自体は、介護の支援にならない、認知症にならずにケアを必要とする人が、なるべく増えないように高齢者が健康と生きがいを持って生きていくために、老人クラブの存在意義があるのではないかと考えています。

それからこの計画の基本方針に「ともに生きる」とあったと思いますが、高齢者になると高齢者同士が地域で支え合っていくことが大事だと、これは県も認識されていると思います。老人クラブでは会員が一人暮らしの高齢者を訪問する友愛活動も行っておりますので、そういう老人クラブ活動を大切にしていかななくてはいけないと考えております。

最後に、県にお願いしたいのですが、これだけ老人クラブが減ってくると、どうしたら老人クラブの会員を上げていく、組織率上げていくかになると、どうしても老人クラブは地域的な動きですから、市町村との協力が強くないとできないのです。この高齢福祉計画も市町村の計画と整合性を持って書いてありますが、整合性よりも1歩進んでぜひ市町村にもっと老人クラブについて認識を高めていただきたいと思います。

特に小さな町ですと、全く町の関与がないところもあります。そこはやっぱり県で、もう少し老人クラブの意義について市町村で認識をしてもらって、一緒に活性化を担っていくことをぜひ行っていただきたいと思います。

○石井委員

厚生労働省の4月10日の基本指針の構成という資料を見直したのですが、「9期計画において記載を充実する事項(案)」で、1、2を充実させるためには3番目の「介護人材確保及び介護現場の生産性の向上の推進」の部分をもう少し詰めていただけたらよろしいのかと思います。

例えば、離職防止に関して好事例を集めてみるなど、より具体のところを書いておかないと、3がなければ1、2も全く動いていかないと思いますので、少しお考えをいただければと思います。

○杉浦委員

県看護協会の杉浦です。

先ほどから、人材不足の話が出ておりますが、119ページの、「保健・医療・福祉の人材の養成、確保と資質の向上」で、構成施策①「県立保健福祉大学における総合的な知識と技術を有する人材の養成」とありますが、大学では定員は足りているのかもしれませんが、県内の看護師等々の養成施設は定員枠に達しない現状があり、定員割れした人数しか教育ができていないと聞いております。

看護界介護界両方とも今働いている職員が高齢化して、70歳でもまだ介護職として働いているところがある中で、若返りを図るためにどのような養成をしていくか、もう1つ踏み込んだ計画が必要ではないかと考えております。

介護職の研修も定員割れし、開催したとしても人数が集まらなければ、増えていきませんのでその辺の工夫が必要です。先ほど石井先生からありましたが、採用したとしても、環境によってはすぐに退職してしまうケースもありますので、環境整備、背景、給与の問題も含めて、整備をしていかないといけないと思います。何か1つ踏み込んだ内容が入るといいかと思えます。

無資格者の採用等々も入れていかないと間に合わない状況です。介護施設も訪問看護の病院も補助者等々の採用を盛り込んで、働く人を増やしていくことが必要だと思いますので何か1

つ加えていただけるといいのかと思います。

○山崎委員長

時間の都合もありますので、今日のところはこの程度にさせていただきたいと思います。

様々な御意見、御要望いただきました。事務局はできるだけこれを参考に、次回開催での審議事項になりますが、改定計画案の策定に向けてさらなる検討をお願いいたします。

以上で本日の議題、報告事項はすべて終了となりますが、最後に全体を通しての御意見、御質問がありますか。御意見がなければ、本日の議事を終了いたします。それでは事務局に進行お返しいたします。

○事務局

山崎委員長ありがとうございました。活発な御議論いただきましてありがとうございます。事前の説明等不足しているという御意見があり、申し訳ございませんでした。

それでは閉会にあたりまして、高齢福祉課長から御挨拶させていただきます。

○垣中高齢福祉課長

本日はたくさんの貴重な御意見ありがとうございました。

いただいた御意見につきまして、計画への反映、あるいは実施段階の工夫といった様々なものございましたが、いずれにしましてもしっかりと対応を検討して参りたいと思います。

御説明しましたように、今回の高齢者保健福祉計画では、認知症対策、ケアラー支援、人材確保といった視点をより強くしたものとしております。

今後来年度予算に向けて見通しながら、様々な位置づける取り組みを最終的に整理していきたいと思っております。

なお、事業実施あたりましては、様々な場面で、市町村はじめ高齢サービス事業者、民間NPOの方など、幅広く連携させていただくことが何より重要だと考えております。

引き続き皆様の御協力を賜りながら、高齢福祉施策を進めて参りたいと考えております。本日はありがとうございました。

○事務局

最後に事務連絡を申し上げます。冒頭にもお話させていただきましたが、本日の会議記録を公開とさせていただきます。後日、議事録案を作成いたしまして、皆様に御確認をお願いしたいと思いますのでよろしくお願いいたします。

今年度、2月頃に今回の御議論を踏まえまして、改定案をお出ししたいと思います。また、昨年度実績の評価につきましても、お願いしたいと思います。日程につきましてはまた調整をさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは以上をもちまして本日の会議終了とさせていただきます。本日御多忙のところをお集まりいただきまして誠にありがとうございました。引き続きよろしくお願いいたします。

以上