

令和6年度第2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7年3月24日 18時30分～20時30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。神奈川県高齢福祉課企画グループの青木と申します。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6年度第2回かながわ高齢者保健福祉計画評価・推進委員会・神奈川県介護予防事業市町村支援委員会を開催させていただきます。

本日の出席者ですが、事前にお送りした名簿のとおり、県高齢者福祉施設協議会の井上委員、県薬剤師会長津委員、山北町尾崎委員から所用のため欠席の御連絡がありましたので報告いたします。

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、傍聴希望はありません。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、橋本委員長をお願いいたします。

(橋本委員長)

橋本でございます。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願います。それでは、次第に沿って「第9期かながわ高齢者保健福祉計画の概要」について事務局から説明願います。

(事務局)

資料1 説明

(橋本委員長)

ただいまの事務局からの説明がありました第9期かながわ高齢者保健福祉計画の概要」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。

(池島委員)

私が所属している介護老人保健施設からの意見ではありませんが、全体として意見をお聞きしたいことがあります。

最初はスライドの16枚目施策体系の部分ですが、一番の地域包括支援センターの機能強化は横浜地域だけなのかもしれませんが、地域包括支援センターの業務が多岐にわたっており、人材の確保もすごく難しい状態ではないかと思えます。各郡市の状況はわかりませんが似たような感じなのかと懸念しております。

これに関して機能を強化させることはもっと業務をふやすことになり、難しいと思うのですが、どのように考えていらっしゃいますか。

次に、主要施策3番地域での支え合いの推進があります。先日神奈川県が主催した在宅医療の話し合いの場にも参加したのですが、そちらでも介護系の方々が言っていたのは、地域包括ケアのインフォーマルサービスの部分がかかなり弱体化しているのではないかということです。地域包括ケアシステムはインフォーマルサービスがあるという形の上で、フォーマルサービスを乗せる

ような状況を想定して作っていると思います。そのインフォーマルサービスがかなり町内会などで弱体化しているのではないかという意見があり、それに関して県はどのようにお考えになっているのでしょうか。

(事務局)

ご意見ありがとうございます。地域包括支援センターの円滑な運営として、現在県として行っている事業として地域包括支援センターの職員の養成、地域包括ケアの多職種協働推進事業、市町村が行っている地域包括ケアシステム推進のための伴走支援、市町村が掲げる地域支援事業の施策や、庁内連携に関する課題に対して一緒に現場で考えていくといった事業を行っています。そして包括支援センターの現場の人員体制が厳しいということは事あるごとにお伺いしておりますし、人員体制の強化に向けての負担軽減は同じと考えしております。研修や人員体制の強化、それから柔軟な人員配置も国から言われておりますので進めて参りたいと考えております。

(長澤高齢福祉課長)

私もいろいろ、団体から話を伺っていく中で自治会や老人クラブがどんどん弱体化して民生委員児童委員のなり手もないという話はいただいているところです。弱体化については歯止めがなかなか効かないかとは思っております。ただ地域全体を見たときに、インフォーマルなサービスがなくなっていったときに、誰が担い手になっていくかを、各地域で担い手の代わりになるようなものがないかを、伴走支援などで地域づくりをどうやっていくかを市町村とともに個々の地域で検討のお手伝いをしている事業を県でさせていただいているところです。

我々としても、当然民生委員児童委員のなり手不足は解決しなくてはいけないので、老人クラブの支援など今まで担ってきたものも、維持できるような体制は支援をしつつ、代わりになるサービスを考えていかななくてはいけないところもあります。

しかし、すぐ解決ができるわけではありませんが、我々としてもそういった視点を持ちながら、何かいろいろ考えていきたいと思っていますので、例えば何かこんなやり方があるのではないかというご意見がありましたら引き続きいただければと思います。

(池島委員)

認識をしていただいているというご回答をいただいたので、すごくよかったですと思います。ありがとうございます。

(橋本委員長)

地域包括支援センターはこれからも仕事が増えていくのだろうと思っています。例えば身寄りのない人たちが亡くなったときに様々な問題が出ています。それをどこで対応するかという問題が出てきて、1つの選択肢として、個々が担っていくという話になるかもしれないと思っています。実際に、静岡県などが実施し始めるという話がありますので、そうすると地域包括支援センターの仕事が増えるかと思うのです。

それからもう1つ、地域包括支援センターの仕事のうち、事務的な仕事はどのぐらいあるのか気になっています。かなり事務負担が多いと思います。そこを例えばAIを作った事務処理など、負担軽減を検討できるところがあるかと思いますが、人材不足という問題は否定できないと思います。

(諏訪部委員)

資料14 ページ介護保険の状況で、このグラフはすごく大事なものではないのかと思っております。2022年の中では事業と供給がバランスはとれていたとしても、あと5年後2030年には、明ら

かにデータでいうと2万4000人の介護職が足りない、15年後には4万3000足りないといったことを表しています。介護職が足りないということはその後ろにいる生活利用者さん家族の生活を守れないという話だと思いますので、非常に大事なグラフだと思っています。

それに対応するのが、おそらく資料33ページにロジックツリーで、具体的に先ほどの橋本先生の方からもお話あったように介護人材が足りないというご意見に関連して、このような具体的な施策を載せていただいているのですが、ここに書いてあるのは県立保健福祉大学の就職希望者の就職率や県立看護専門学校卒業生です。当然神奈川県というところはわかるのですが、神奈川県全域でも取り組まなければいけない課題だと思っており、例えば私立大学で、別に介護や社会福祉等を養成する学校もあります。看護養成する学校もあります。専門学校もある中で、民間の全員で関わらなくてはならない事業だと思っているのですが、県のみが載っているところは違和感があります。民間や一般企業も含めて載せるべき計画だと感じましたので、意見をさせていただきました。

(事務局)

このロジックツリーの取組は、第9期計画から目標管理が見える化していこうと作っております。これで完成だとは思っておりませんし、このように目標の見える化することによっていただけたご意見かとは思っております。県として管理しうる目標、指標ですので、お答えできるかどうかも含めて、今後の検討課題とさせていただきます。

(諏訪部委員)

県の施策ということはわかるのですが、実際には民間とか施設などが実態として多い中で、県事業のみが指標といったところに違和感がありましたので、ご検討いただきたいと思います。

(橋本委員長)

法定計画という言い方が正しいかどうかのこともあるのです。私たちは医療計画も含めて、社会計画という言い方をしております。そのためそういう観点から言うと、この県立或いは、東京だったら都立病院という言葉がよく出てくるのですが、そこに違和感あるのは当然かと思えます。

(石井委員)

施策体系1柱1の地域包括ケアシステムのところでお聞きしたいのですが、主要施策として、1から6まで上げていただきました。地域包括ケアシステムは2040年に向けて現在までのものとは大きく変わってきています。生産年齢人口が減り、高齢者が増えていく中で、やるべきことはたくさんあります。それで施策をたくさん挙げていただいたのですが、何が神奈川県にとって一番足りないのか、何を早期にやらなければいけないのかが、これだとぼやけていると感じました。県のお考えはいかがでしょうか。

(事務局)

地域包括ケア、住みなれた場所でということで、市町村は、日常生活圏域を設定して、それぞれの地域ごとに地域包括支援センターを置いて、都市部と県西部では課題が違ってくるといったこともありますのでご指摘はごもっともでございます。それぞれの地域性なども勘案して今後の課題として受けとめております。

(橋本委員長)

石井委員が質問されたのは意味があるように私は受けとめました。地域包括ケアは地域医療構想とも関係があります。新たな地域医療構想につきましては、近くガイドラインが公表される予

定です。国としては、医療提供体制の再編成が必要不可欠ではないかとの認識を持っており、持続可能な医療制度の構築に向けて取り組みを進めている状況です。

ですから地域包括ケアの問題をもう 1 回考えるといふ手があるのかと思います。

医療がどうなるかはかなり大きな問題ですので、その辺も一緒に考えていきたいと思っています。

(遠藤委員)

16 ページの第 1 節安心して元気に暮らせる社会づくり、柱 I の地域包括ケアシステムについての意見です。指標を見させていただきますと、住み慣れた場所で最後まで暮らせる人の割合 57.7%と書いてあります。地域ケアシステムの目指すところは、要介護状態になっても、住み慣れた地域で最期まで自分らしくということでありますので、多くの方が願っているであろう、できれば自分の家で家族に看取られながら最後迎えたいという気持ちも相当良い指標だと思っております。

ただ現場を見ていまして少し心配なところがありお話をさせていただきたいと思いました。この指標について県にお聞きしたところ、入院以外での看取りを算定しているということなのですが、最近、看護小規模多機能におけるいわゆるお泊まりデイでの看取りが増えてきていると思っております。県内で宿泊サービスいわゆるお泊まりデイを行っている施設は看護小規模多機能等を含めて約 100 ヶ所あるようです。

厚生労働省の指針によりますと、お泊りデイでの利用は原則として、緊急時または短期的な利用に限って提供することとなっておりますが、条件を満たせば1ヶ月以上の長期間、毎日利用し、昼間のデイサービスつなげて利用することも可能となっております。

特に在宅で介護を行った後、看取りが近くなってからの入院や入所大変困難な状況にあるところから、老老介護の限界等により、看護小規模多機能などで、人生の最後の 1、2 ヶ月を過ごされる方は少なからずいらっしゃると思っております。

この全体数はどこでも把握してないと思われますので不明なのですが、私が以前関わっておりました看護小規模多機能では、1 ヶ月の間に数名の方の看取りを行っておりました。

もちろん私の関わっておりました看護小規模多機能も含め、多くの施設では、困りごとに誠実に対応していただいて、フレキシブルに対応していただいていると、非常に素晴らしい施設であると思っておりますし、また、看護小規模多機能の施設のサービス目的の 1 つとして看取りはありますのでこのこと自体は大切なことだと思っております。

ただ、いわゆるお泊りデイは厚生労働省の指針によりますと、最低基準として夜間 1 名と昼間のデイサービスの定員の 3 分の 1 以下、かつ、救命の利用が可能となっており、本当にすべての施設において、人権に配慮された人生の最期を過ごすために適したサービスになっているのかというところが少し心配されるところです。

住みなれた場所で最期まで暮らせること本当に大切だと思っておりますが、他のサービスと同様、在宅での人生の最後の質を担保することもあわせて重要だと思っております。地域包括ケアシステムを振興することにより、在宅での幸せの看取りが増えていくように、県の研修や支援、それから、具体的に実地指導をしていただく市や町にもよくお伝えいただければと思っております。

(杉浦委員)

スライドの 25 ページで、保健・医療・福祉の人材の養成確保と質の向上とあります。位置付けられる K P I も見させていただきましたが、研修を予定通りできたとか何回やったという評価の仕方がありますが、人材育成だと、研修やってどのぐらい、働く人が増えたかまで追いかけないと、なかなか難しいので、それをどのように評価されるのかをお伺いしたいと思いました。

もう 1 点は、次の 26 ページで、施設の設置、サービスの充実について申し上げます。最近、

施設の設置において営利企業による参入が増加しており、訪問介護ステーションの設置状況に偏りが生じている現状があります。訪問が容易で収益性の高い地域には多数の訪問介護ステーションが設置される一方で、県西部など訪問が困難な地域では十分な設置が進んでいない状況です。

必要な地域に必要なステーションが配置されているわけではなく、収益性の高い地域にステーションが集中する傾向が見られます。例えば、藤沢市では約 60 の訪問介護ステーションが設置されており、利用者の取り合いが起こっている状況があります。また、今朝の新聞報道によれば、診療報酬に関する不正が増加しているとの指摘もあり、様々課題があるかと思えます。

つきましては、地域ごとのニーズを明確に把握し、必要な地域に適切な数のステーションを配置する方策を検討する必要があるかと思えます。今後の課題として、こうした点について議論を深めていくことが重要であると考えます。

(事務局)

人材の指標については、どれだけ人材確保できたのかということが目標ですので、ご指摘の通りです。

(橋本委員長)

時間の関係上、次の議題に移ります。「かながわ高齢者保健福祉計画の主要施策の評価の(案)」について事務局から説明願います。

(事務局)

資料 2-1 2-2 説明

(橋本委員長)

「かながわ高齢者保健福祉計画の主要施策の評価の(案)」について、ご質問・ご意見のある方は挙手願います。

(関委員)

評価部会に出席しておりましたので、意見を述べさせていただきます。

国や県のような評価においてそうですが、数字として計りやすい定量的評価が多くのところ採用されているところ、定量的評価では政策の推進状況を十分に評価ができない点が課題となっております。例えば、話題となった老人クラブの活動は定量的評価では評価しづらいところがあり、評価できないと必要な財政的支援を講じることが難しいといった課題が国レベルでもあがっています。そうしたなか、今回は、評価の指標を策定するにあたって、できるだけ定性的評価を盛り込むことに努めました。

事務局のご苦勞により定性的な評価をだいぶ盛り込めたとともに、ロジックツリーに基づき評価案を策定くださったことで、評価の課題なども見えてきました。これにより、現場の状況をより明確に評価しうるのではないかと考えております。

なお、さきほどの話題で、神奈川県看護協会の長津委員から評価の仕方についてご意見がありました。評価軸は現場の声を踏まえて改善していくべきものですので、新たな評価軸を取り入れたなか、現場とやりとりしながら今後も評価軸を見直していければと考えております。

(橋本委員長)

随分努力していただいて定性的な部分を大事にしようという考え方だと思います。現場とはどこなのでしょう。利用者だとお答えになると思いますが、県の計画とは一義的には市町村の支援になりますね。そうすると現場というのは、市町村の声をよく聞くということと利用者の声を

聞くことになるのでしょうか。

(関委員)

利用者という以上に、県の評価対象になっているところも含めています。県の職員もそうですし、それから、先ほどおっしゃっていただいたように実施している現場でその先に利用者があると思います。その途中を現場と捉えています。つまり操作する側は、一般的で具体的なそれぞれの施策について細かいことはわかってないところがあると思いますので、施策を実施している県の職員も含めて、それを現場として今回、お話をさせていただきました。

(橋本委員長)

わかりました。私は評価部分をずっとやってきたので、なかなか面白いとお伺いしました。どうぞよろしく願いいたします。

(関委員)

他の県の全体の総合評価でもここまで詳しく出てこなかったのではないかと思いますので意欲的な取り組みを今回事務局はしてくださったと私も見ております。

(橋本委員長)

事務局はこういう評価をいただいたので、これを事業の運営に反映するようにお務めいただければと思います。

それでは報告事項に移ります。「かながわ高齢者保健福祉計画（令和3年～5年年度）介護保険事業の実績」についてお願いします。

(事務局)

資料3 説明

(橋本委員長)

ただいま事務局から「かながわ高齢者保健福祉計画（令和3年～5年年度）介護保険事業の実績」について報告がありました。質問・ご意見の有る方は挙手願います。

大きく言うと前期はコロナの影響はかなりあって様々に事業がシュリンクをしていたという話が、この数字に出ているかどうかはわかりませんがあります。9期以降は何が影響するかと思うと、実は、医療ではもう悲鳴上げているのですが、資材が高騰していて新しい施設を立てられないのです。人材不足もですが、問題がかなり如実に出てきて、東京都は違う手を打ったのですが、そんなことが想定されてくるのかと思います。基本的には、公定価格ですから、そんな状況がこれから出てきてそれに対してどうしていくのか、計画値との関係でいうとこれからあまり期待できないと思います。

病院についてはもう新しい病院は建てられないと言っています。状況よく見ていかななくてはいけないと思います。

あとは杉浦委員から話ありましたが、新規事業者がどのぐらい出てくるかは問題だと思います。そういう意味ではなかなか難しいかもしれません。

では次の報告に参ります。「神奈川県介護予防事業市町村支援委員会・専門部会報告」について事務局から説明願います。

(事務局)

資料4 説明

(橋本委員長)

部会長の田中委員からコメントありましたら、お願いします。

(田中委員)

相模原市、横浜市からも参考になる取組のお話がありました。伴走支援では私が関わったのは、保健事業と介護予防の一体的なところでの伴走支援にも関わらせていただきました。

私も参加させていただいて非常に生の意見を聞くことができまして、参考になりました。改めてお礼を申し上げたいと思っております。協議事項に関わる内容も今日の会議の他の内容にも関わることかもしれませんが、一体的事業は令和6年度で一旦は終了で、神奈川の事例は非常に県に関しても市に関しても優良な事例が多く、国にも紹介されることが多くとても一定の成果を得たと思っております。

国では、現在まだ会議の中でよく出てくる言葉に、ハイリスク、いわゆるポピュレーションと両側から行くのですが、特にハイリスクアプローチを実施した人の行き場です。

一旦実施をハイリスクアプローチとして、低栄養や身体的フレイルでアプローチをした後、それきりになっていることが多く、そこから、先ほど話に出ましたが、サービスC、医療機関の何か、それから通いの場のどこか、地域資源がなにかなど、そういう綺麗な形で巻き込んでいっている記載が、まだまだ市町村の中に少ないということが課題として挙がっております。

案1、案2といろいろありましたが、いずれにしても多職種と上手な形でフレイル対策を行っていければいいと思っております。

(橋本委員長)

なかなか丁寧なプログラムを展開して、そのことの紹介があったと思います。

フレイルの問題などいろいろ出てきましたが、私は医療だとどうだろうと考えるのですが、大きい流れで言うと、人口が減ってきますので、医療が今までのような量で提供できないだろう、逆に、少し違うふうに展開しなくてはいけないだろうと思っております。

東京都と神奈川県は遅れてくるのですがやがてくるのです。病院の中でいいことはたくさんあって、例えば、今NHKの朝ドラでやっておりますがNSTです。あれを地域展開していくというやり方もあるのだろうと思います。今のフレイルの問題は、非常に似た形だと思います。

ですから病院の中では、歯科医師が入ってくることはほとんどないのですが、神奈川県従来から、歯科医師会が頑張っていて栄養の部門と一緒にいろいろな行ってくれています。

それが神奈川県の強みですので、そこをうまく展開していく方法があるかと思っております。

ただ、聞いていて、いいプログラムなのですが、田中先生も県でもおっしゃっていた気がするのですが、実際に全面展開をしていくとなかなか難しいのかと思っております。すぐれた先進的なプログラムをそれに気が付いた市町村がそれなりに頑張っている絵柄を見せていただいたと思いますが、それを全面展開していく方法論を我々全体に持ちえていないと感じています。なかなか難しいなと思っておりますが、このようなすばらしことを行っていることは、現場にすごく勇気を与えますので、とてもいいと思いました。

それでは、次に進みます。「令和7年度保険者機能強化推進交付金等該当状況調査結果」について、事務局から説明願います。

(事務局)

資料5 説明

(橋本委員長)

ただいま事務局から説明がありました資料5についてご質問・ご意見ありますか。

国の方策としてはわからなくもありません。結局この結果は、お金の配分を決める方式からみている話ですね。うまくやっているという指標もあるのです。

それから、いいサービスを行っているという指標もあります。そこをどう県としては考えているのかと思いました。

1つだけ気になるのですが、市町村別で大井町から始まって、葉山町で終わるものです。このように県の自治体レベルでばらつきが大きいということは、何を示しているのでしょうか。

仮にばらつきが少ない自治体があるとしたら、どんな意味があるのでしょうか。県の役割として評価と関係するのですが、県が全体としてどうだという話と、1つ1つの自治体でどうなのかがうまく整合が取れているのかと思います。

神奈川県はこんなにばらつきが多いけれども、どこかの県はばらつきが少ないということは、データとして分かるのですか。

(事務局)

ばらつきの資料は今回お示しできていないのですが、やはり県としても気にしているところはすべての市町村の平均値に近いところが方向性で考えているところなのですが、現状は低いところがあり、そこに支援をして全体の底上げを考えているものの、低いところほど支援が回らなくて、よほどプッシュ式で支援しないといけないところがあります。

伸びていくところはどんどん伸びていくので、二極化を心配しているところではあります。

そこをインセンティブとして国は交付しておりますが、全体として底上げをするためにどういうふうに、支援をしていけばよいかは、県の施策を考える上で重きを置いているところです。

(橋本委員長)

とても大事な視点だと思います。平均を上げるのではなく、困っている人たちを、上に上げていくというやり方がいいと思います。その観点はとても大事だと思います。

例えば、田中委員、すごくよくやっている自治体なのに、ご数字で表されるとこんなふうに表示されてしまうのかという印象はありませんか。

(田中委員)

おっしゃる通り、ないことはないですね。記載方法によっては報告されるところなのかということがあります。納得いくような部分もあるのですが、疑問に思うところもあり、どの要因がそれを決定づけているのか、私にもよく見えないところがあります。

(橋本委員長)

なかなかわかりにくいです。でもお金があってももらわないよりもらったほうがよいので、こういう形でやるのですね。なかなか難しい資料でした。

では次の議題に参りたいと思います。

「令和7年度当初予算福祉子どもみらい局主要事業の概要」について事務局から説明願います。

(事務局)

資料6 説明

(橋本委員長)

資料6についてご質問・ご意見あれば伺いたいと思います。

(池島委員)

最後のところの避難計画はどのあたりまで県は考えて、これから組むのでしょうか。

例えば、これは要配慮者のことだと思いますので、3つに分けるのだらうと思うのですが、1つは、家等々もしくはどこにいるところから、どこかに避難する、次は避難先で、配慮を受けながら生活する、3番は医療が必要になったときにどう対応するか、この3つのどの部分まで、県はお考えになっているかをお示しいただければと思います。

なぜならば、私も今横浜市医師会で、この部分に関して担当しており、県と考え方を同じくしたほうがいいのではないかと思いますので質問いたしました。

(事務局)

今回、災害の関係で支援体制としてかなり予算をつけておりますが、そもそも医療の方が先行して整備が進んでいる中で、福祉がそこに追いついていずに、医療サイドから福祉施設で、医療が必要になった人たちをいかに、拾い上げていくかと投げかけられて、福祉も体制を作り始めているところであります。

一方、福祉施設の被害状況の把握や福祉避難所の設置、要配慮者の避難先での生活もあわせて今回能登半島の被害を踏まえて、予算をつけたのです。

本来市町村でやるべき、例えば避難所であれば備蓄や運営、資材なども県として支援しようとしております。

そして、残りが在宅ですが、国でも能登の現状を踏まえて誰が見ていくのかはDWA Tの役割を広げて、在宅も見えていこうと議論されているところです。

そこを踏まえて県もDWA Tやっておりますので、今後対応していこうと考えております。

(池島委員)

今のご回答だと避難先まで行くことは、県は関知しないというお考えでしょうか。おそらく避難させないと、避難先での生活も医療もあり得ないと思うのですがいかがでしょうか。

(事務局)

そこに関しては国が、個別避難計画を作成して、避難先に行ける体制をしっかりと支援していくことを義務づけておりますので、市町村で個別の避難計画を一人一人作っていくことを始めております。しかし市町村も作っていく作業がなかなか進まない状況もありますので、県としてそこは、支援チームを作って、部局横断で計画づくりが進むように、個別に市町村回って、促しているところです。

(諏訪部委員)

資料の8ページの新しい事業で介護支援専門員法定研修負担軽減事業費として予算をつけていただいております。ケアマネジャーはその資格更新するための法定研修を必ず受けなければならないのですが、会社が費用を負担してくれるパターンもあるのですが、半分から1/3のケアマネジャーは自分で数万を負担して、更新研修を受講しており、費用負担が課題になっておりました。そこに補助をつけていただいて、非常にありがたいことだと思っております。

神奈川県に隣接する東京都のように法定研修費用を全額負担しているところもあり、川崎市や相模原市は東京都の会社に勤めれば全額お金を出してくれるといった県境の課題もあります。

お金を出してということではないのですが、神奈川県で働いてよかったと思えるような施策を打ち出していきたいと思いました。

(橋本委員長)

東京都周辺の知事たちが苦勞していますね。答えはないのだろうと思います。

(吉井委員)

「認知症とともに生きる社会づくり」にかなりの予算を割いていただいていると思います。皆さん方もご存じだと思いますが、認知症の大体半数から 60%がアルツハイマー型認知症と言われます。最近の話題になりますが、アルツハイマー型認知症は、アミロイド異常タンパクが沈着することによって、神経細胞が壊れるわけです。

1年前にそのアミロイドを取り除く薬剤が出てきたということをご存知かと思います。これらの適用は認知症の患者さんではなく、その前駆段階であります軽度認知機能障に対して扱われます。最近のデータを見てみると、今後高齢化社会で、認知症の患者が増えることが予測されます。それ以上に社会の関心が高くなっているからかもしれませんが、軽度認知機能障害の患者が急速に増えているのです。

それはこの治療を希望する方が、非常に多いからだと思います。そこでこの治療するにあたって、実は私は去年まで認知症疾患医療センターに関係する認知症対策推進協議会の会長もしておりましたが、昨年この認知症疾患医療センターを整備して東海大学を中心とした基幹型、それから、5ヶ所の地域拠点型の認知症疾患医療センターでその下にあります連携型の認知症疾患医療センターを整備しました。

こういった抗アミロイド薬を使うにあたって各医療施設がバラバラに医療連携もせずに行っても成果は上がりにくいと思っています。

ですからせっかく神奈川県でこのようなセンターを整備したので、もちろん横浜市・川崎市・相模原市は別ですが、こういった機能的に確立されたセンター事業として、こういった薬の使い方を検討することがかなり重要で、それはある意味、医学的な知見を作るといったことでもありますし、将来的にどういう人たちが、このような薬剤の恩恵が受けられるかどうかは医学的な精度を検証することにも繋がるだろうと思います。

ですからぜひとも県は、この認知症疾患医療センターが整備できた時点で、新しい抗アミロイド薬が市場に出てきたことを念頭に置きつつ、認知症の治療について、もう1回系統立てて整備していただいて、予算をうまく使っていただくことが重要かと感じております。

その点ご配慮いただければと思いますのでよろしくお願いします。

(大島委員)

2点あります。

1点目7ページ、外国人留学生介護分野受入環境整備事業費として、6700万ほどを計上していただいておりますが、この外国人の介護業務に留学生の就職率はおそらく把握できているかと思いますが、定着率を追っているかどうか気がなっております。

それは現場から聞こえてきた声として、一旦就職するのですがしばらくすると別のところに転職してしまうという意見がかなり聞こえてきておりました。ですから就職率だけではなく、どの程度定着しているのかを予算に合わせて追っていただけたらと思います。

もう1点は、修正になるのですが、資料3の6ページ、施設整備で介護医療院が2025年度末で期限が切れるとありましたが、2024年度末の間違いではないかと思います。

入力ミスでしたら訂正をいただけたらと思います。よろしくお願いいたします。

(事務局)

先生ご指摘の通り、就職後に転職してしまうと、把握は難しいのが実情です。やはりポイントはいかに定着していただくかに尽きると思いますので、ここは課題として突き詰めていきたいと思っています。

(橋本委員長)

ご指摘ありがとうございました。共有したいと思います。
ちょうど時間でございますので、ご意見がなければ、本日の議事を終了したいと思います。

(一同了承)

それでは進行を事務局にお返しします。

(事務局)

橋本委員長ありがとうございました。
また、委員の皆様、活発なご議論いただき誠にありがとうございました。最後になりますが、高齡福祉課長長澤からご挨拶申し上げます。

(長澤高齡福祉課長)

本日議題や報告事項が多くてご意見いただく時間が短くなってしまって申し訳ございませんでした。いただきましたご意見につきましては今後の県の事業を検討する中で活用していきたいと思っております。今日の会議以降も、もし全体通じてご意見などございましたら、事務局にメール等でお知らせいただければ反映できるものは、反映していきたいと思っておりますので引き続きよろしくお願ひします。本日はどうもありがとうございました。

(事務局)

それでは冒頭にも申し上げましたが、本日の会議記録は公開といたします。後日、事務局から案を作成して皆様にご確認をお願いいたしますのでよろしくお願いいたします。

以上をもちまして本日の会議を終了いたします。お忙しい中お集まりいただきましてありがとうございました。