

令和7年度第4回松戸市介護保険運営協議会議事録

開催日時 令和8年2月12日(木) 午後1時から午後3時00分まで
開催場所 松戸市役所新館7階大会議室(一部オンラインにて実施)
出席委員 川越正平 委員(会長)
鈴木英男 委員
矢野明宏 委員
久留善武 委員
星野大和 委員
近藤克則 委員 ※オンライン出席
小松世幸 委員
小松崎康文 委員
田尻雅子 委員
大住崇之 委員
小川早苗 委員
梶原栄治 委員
阿部桂 委員
藤井智信 委員
丸田敬子 委員
松本希 委員
渋谷寛之 委員

事務局出席者

福祉長寿部 川崎部長
福祉政策課 鳴原課長
介護保険課 小林課長、藤中専門監、橋本補佐、新里補佐
高齢者支援課 川鍋課長、菊池補佐、守田補佐
地域包括ケア推進課 有山課長、小野補佐、青木補佐
指導監査課 弓木田課長、伊藤補佐

傍聴者4名

令和7年度第4回松戸市介護保険運営協議会議事録

日時：令和8年2月12日（木）

午後1時から午後3時00分まで

場所：松戸市役所新館7階大会議室

（会長）

それでは、第4回松戸市介護保険運営協議会を始めたいと思います。
まず、会議の公開についてですが、当会議は公開の会議となっております。
〇〇様ほか3名から、本日の会議を傍聴したいとのことでもあります。これを、
許可したいと思いますが、よろしいでしょうか。

（委員）

異議なし。

（会長）

どうぞ、お入りください。

《傍聴者入場》

（会長）

それでは、会議次第に沿いまして、議事を進めます。
議題1「令和8年度松戸市地域包括支援センター運営方針について」につきまして、
資料1に基づき、事務局より説明をお願いします。

（地域包括ケア推進課）

資料の中では、令和8年度から内容の更新を予定している箇所を下線を引いて
おります。本日はその下線部を中心にご説明いたします。

なお、この資料では略称として、地域包括支援センターを「地域包括」とし
ております。

1ページをご覧ください。

「3業務共通事項の実施方針（1）事業計画の策定と評価・改善」です。変更
箇所は、めくっていただいて次の2ページになります。③の感染症や災害発生
時に業務を継続的に実施できる体制について、これまでの検討から、構築・整
備に変更いたしました。

令和6年度に改正された国の事業評価で、新たにBCPの策定状況を問う設問が追加されたことに伴い、本市の地域包括においても、BCPを策定してまいります。

6ページをご覧ください。

ページの中ほど、「4 地域包括支援センターの業務について」のうちの(4) 地域ケア会議関係業務」です。

個別レベルの会議として、地域個別ケア会議と自立支援型個別ケア会議がございます。このうち、自立支援型個別ケア会議は、事業対象者や要支援者等の軽度者について自立支援に資するケアマネジメントを検討する目的で実施していましたが、実際には支援困難事例があげられるなど、地域個別ケア会議との棲み分けが明確になっていない等の課題があったため、令和5年度からいったん休止したうえで、再開に向けた検討を行ってまいりました。令和8年度から、自立支援に資する効果的な検討や他事業との連動ができるように見直したうえで、再開する予定です。

続きまして8ページをご覧ください。

(8) 生活支援体制整備事業についてでございます。国の実施要綱が令和7年7月改正され、生活支援コーディネーターを中心とした相談支援連携体制構築事業が追加されたことに伴う変更となります。

地域包括と連携しながら、地域住民への個別訪問や相談対応を通じて、複雑化・複合化した地域課題を把握するとともに、地域のネットワーク構築を実施してまいります。

(会長)

ただいまの説明について、ご意見・ご質問がございましたら、お願いいたします。

(委員)

質問NO.1です。地域包括支援センターの人員配置の柔軟化による人材確保の促進は、先の介護保険運営協議会でも出されたところだと思います。国が定めた配置基準以上の配置をしている地域包括支援センターに対しては、それを加配とみなし、加配分をこの育成枠とするという理解だったかと思います。松戸市独自の取り組みと聞いておりますので、その進捗をお聞きしたところです。1つの地域包括支援センターが、介護福祉士を配置しながら、主任介護支援専門員を目指して行っているということで、非常に良い事例になればよいと思います。14の地域包括支援センターに関してはいかがでしょうか。何かのバリアとなっているものが現時点でも分かりましたら、松戸市独自の優れた取り組みを修正しな

から進めていくことができると思いますが、いかがでしょうか。

(地域包括ケア推進課)

特に障害となるようなものはないのではないかと考えております。制度の周知の徹底が必要だというところで、今月、地域包括支援センターの受託法人の管理者の方を対象に、来年度の方針を説明する会議を持つ予定でございます。その場において、改めてこの制度の活用について、お願いをしたいと考えてございます。

(会長)

非常に優れた仕組みを考えていただいたところですので、有効活用して、人材の確保、定着を引き続き目指していただければと思います。

その他、いかがでしょうか。

(委員)

質問 NO.2 です。市の方からご回答いただいてありがとうございました。懸念されます支援ニーズの多様化、複雑化及び相談件数の増加は、今後も続いていきますので、全国的にも、地域包括支援センターの業務過多は問題になってきております。しかしながら、公正中立な立場で支援をしていく地域包括支援センターの役割はますます重要になって参ります。松戸市においては、ただいま会長からもお話がございましたように、非常に十分な体制が敷かれていると承っており安心しているわけですが、地域の中での様々な社会資源、人的資源が有効に機能して初めて該当するということでございますので、引き続き、連携をよろしくお願いしたいと思っております。

次に終身サポートにつきましては、本日追加資料を出していただきまして、誠にありがとうございました。

(会長)

それでは、死後事務サービスについて、ご説明をいただけますでしょうか。

(福祉政策課)

昨年松戸市で新しく制度設計して始めた事業でございますので、簡単に説明させていただきます。本市で実施している死後事務サービスは、市民の方が亡くなった後の火葬、葬儀、埋葬などの葬送に関する部分の事務を、死後事務サービス提供者が生前の委任契約に基づいて代行支援するものと決めております。単身高齢者の抱える課題というのは数多くありますが、この死後事務の部分の

ほんの一部分のところにはなりますが、死後の手続きをする人がおらず、最終的に無縁仏になってしまう、また、備えをしたいが、経済状況により、預託金一括で支払うことができないという課題を解決できるように、制度として設計いたしました。中段の相関図をご覧ください。市民が、(3)の矢印にありますように、死後事務サービス提供者と委任契約を結びます。サービス提供者は、市の基準に合致した事業者に登録をさせていただいております。その事業者と市民が契約を結び、さらに契約を結ぶ際は、一般的には預託金ということで、一括して数十万円ほど必要になることが多いですが、一括で支払うことができない方もご利用いただけるように、預託金だけではなく、民間の少額短期保険などを活用することにより、このサービスを使っただけのようにいたしました。一番下に、法人名簿の登録基準とは、という記載がございますが、現在はこの基準に合致した5か所の事業者さんにも登録をいただいております。どのような基準で登録していただけるかと申しますと、①ご遺体の引き取り、火葬埋葬までの直葬のみとする場合は、利用料金を30万以内に設定すること。②預託金として用意できない場合は、保険金の利用料金の厳守とするなど、保険の活用を可能とすること。③として、利用者の安否確認のため、毎月最低1回は架電するなどの措置を講じることとしております。

現在の本市の制度としては以上でございます。最後になりますが、昨年12月に国の社会保障審議会福祉部会において、頼れる身寄りがいない高齢者等に対する日常生活支援や、円滑な入院等の手続き支援等について、第2種福祉事業に位置づけるということが記載された報告書が取りまとめられましたので、引き続き国の動向に注視して参りたいと思います。

(委員)

質問NO.3です。死後事務手続きについて、ご説明のありました「委任契約で依頼できる主な内容」というところをご覧くださいますと、葬儀、火葬の手続き等以外にも非常に多種多様にわたる契約事項が発生して参ります。今、国としてもガイドラインが出されて、そして昨年末に、全国的な事業者団体が設立されておりますが、今後、様々な問題が表出してくるのではないかと懸念しております。民・民での契約ということに対して行政が介入することが非常に難しいという部分も出て参りますので、今後この協議会においても動向を注視しながら、見ていくべきであろうと考えております。

(会長)

重要なお指摘をありがとうございました。そして、松戸市でも1歩進んでいるということは、非常に心強く思いました。国の方でも新しい事業創設について

の議論が進んでいて、来年度から着手ということになるのだらうと思います。実際には死後事務だけではなく、日常生活の支援と、入院時の支援ということも、確かに必要なことだらうと思います。そして第 2 種福祉事業と位置付けられるというのは、社会福祉協議会以外でもできるという立て付けにはなりそうかどうかでしょうか。全般に関連しまして、未定のことが多いと思いますが、いかがでしょうか。

(委員)

社会福祉協議会は第 2 種福祉事業の方に入っておりますので、国の方から全国社会福祉協議会の方を経由し、県社会福祉協議会、それから市の方にと、流れとしてはなる予定ですが、まだ県の方から指示はありませんので、私どもも動向を注視しているところでございます。

(会長)

社会福祉協議会の期待は大きいと思いますし、同様に、民間であっても、受託できる場所があれば大歓迎だと思いますが、そういったところの育成、創出も大事になってくるのかと思いますので、引き続きよろしく願いいたします。

(会長)

他にご意見等ございますか。

無いようでしたら、議題 1「令和 8 年度松戸市地域包括支援センター運営方針について」を承認したいと思いますが、よろしいでしょうか。

(委員)

異議なし。

(会長)

それでは、議題 1「令和 8 年度松戸市地域包括支援センター運営方針について」は、承認されました。

(会長)

続きまして、報告 1「いきいき安心プランⅨまつど策定に向けたアンケート調査(2次調査)について」につきまして、資料 2 に基づき、事務局より説明をお願いします。

(介護保険課)

資料 2-1、1 ページをお願いします。

まず、「1 アンケート調査の目的」ですが、次期計画策定にあたり、本市の介護従事者、介護支援専門員及び町会・自治会等の介護に対する意識や考え方、特別養護老人ホーム入所待機者の生活状況等を把握することにより、地域の実情や特性を生かした施策の検討に資する基礎資料を得ることを目的とします。

次に、1 ページ中段「2 アンケート調査実施概要」について、ご説明いたします。今回は市民アンケート等続く、第2次調査となります。調査につきましては、令和8年4月中旬から5月中旬までを調査期間として予定しております。

⑦～⑨は介護事業所調査であり、経営者や管理者、介護事業所の従事者、介護支援専門員に対し、調査を実施いたします。

⑩の町会・自治会調査は、町会長や自治会長の方々に対し、町会の活動や災害への対応等についてお伺いするもの、

⑪特養入所待機者調査につきましては、対象者に対し入所の希望等をお伺いするものです。

⑫在宅生活改善調査は国調査で追って最新書式が共有される予定です。

なお、主な設問項目については、1 ページ下段に記載の通りです。

次に、2 ページをお願いします。

2 ページ中段「4 設問項目の検討」については、今後の施策に生かすため、新たに追加した項目となります。一例をご紹介しますと、介護事業所調査のうち経営者・管理者調査については、ケアプランデータ連携システムに関する設問を追加、介護事業所調査のうち従事者調査については、就職したきっかけについての設問を追加、介護事業所調査のうち介護支援専門員調査については、ケアプラン作成の課題を追加、町会・自治会調査については、今後特に求められる「通いの場」のかたちの設問を追加しました。

なお、今回のアンケート作成にあたりましては、国の研究事業として伴走支援いただいていることを申し添えます。

続きまして「第1次アンケート調査の回収結果について」、ご説明させていただきます。資料 2-3「いきいき安心プランⅨまつど策定に向けたアンケート調査（1次調査）回答回収結果について」をご覧ください。

こちらは、令和7年10月1日を基準日として、令和7年10月3日から令和7年10月31日までを調査期間とし、実施した市民アンケートの回収結果をまとめた表です。

回答率につきましては、全ての調査で前回を上回る結果となりました。①から⑤の調査につきましては、郵送回収及びWEBアンケートの併用としました。

また、第1次アンケートにつきましては、今後集計・分析を進めていきまし

て、令和8年度第1回松戸市介護保険運営協議会にてご報告したいと思います。

(会長)

ただいまの説明について、ご意見・ご質問がございましたら、お願いいたします。

1次調査の回収率が前回よりも非常に上がっているという点は、大変喜ばしいことだと思います。ご質問は少なからずいただいておりますが、アンケート調査の中身のご提案はありますか。

(委員)

質問NO.4からNO.6です。NO.4及び5につきまして、お願いした通りの形で追加していただいたということで、ありがとうございます。NO.6につきましては、介護従事者調査の方で、今後も介護関係の仕事が続けていきたいと思いませんか、というご質問がありましたので、介護支援専門員の方にも同じような内容を入れていただきたいということで、意見いたしました。その中で、私の方は、あと何年やれますか、という形でのご提案でしたが、確かにご回答にあるように主観的であるとか、実際ここではそのように回答していても、その通りにするかどうかわからない、というところがあるかと思えます。ただその中で、続けていきたいと思いませんか、という質問の中に、続けていきたいと考えているが、年齢・体力的に続けていくことができないと感じている、という内容と、すでに退職を考えている、という項目を入れていただきましたので、これがどのような回答数になるのかということでも、現職の方がどのような状況にあるのかということが見えてくると思えますので、アンケート結果について、今後、制度に活かしていったり、現状分析に使っていければよいかと思えます。介護支援専門員調査につきましても、回答率が上がるように、当協議会としても、会員のみならず、市内のケアマネジャーに対し、アンケートを回答してください、ということをお願いを出す予定でおりますので、回答率が上がるように取り組んでいきたいと思えます。

(会長)

現場のニュアンスがよりつかめるとよいかと思えます。特にケアマネ事業所のケアプランデータ連携システムの導入は、いかがでしょうか。推進していく必要があるのだと思えますが、やったことがない、今まで困っていないと誤解していらっしゃる事業所もあるのかもしれないので、取り組めるように、促せてあげたいと思えますが、この書き方で、次の一手が、浮かび上がりそうですか。

(委員)

恐らく、現実を目の当たりにして、どうしたらよいのかと考えるような結果が出そうだとは思っておりますが、やはりそのあたりは、しっかりと把握することは大切かと考えます。その中で、最近のケアマネジャーの状況ということで1点ご報告させていただきます。最近、様々なケアマネジャーの方から、利用者の入院や施設入所が大変増えており、担当件数が減っているという声を多く聞くようになっております。

2月1日現在のケアマネジャーの人数が413名、要介護認定の方の居宅の事業所の受け入れ人数が434名、という状況でした。9月1日現在のケアマネジャー数は414名でしたので、1名多かっただけですが、そのときの受け入れ人数が355名だったので、ケアマネジャー数が1名減っているにも関わらず、9月から79名担当の受け入れ人数が増えているという状況が分かりました。ちなみに1年前の昨年2月1日現在の状況ですが、ケアマネジャー数が408名、受け入れ人数が310名でした。ケアマネジャー数は5人しか変わらないのに、今年は124名も受け入れ数が増えているという状況です。前回の会議でも、ケアマネジャーの人数ではなく、プラン数を見ていく必要があるというお話をしましたが、実際にここ最近ではケアマネジャーの人数としてはそんなに変わっていませんが、入院や入所をされる方が増えていて、受け入れの枠が増えているという状況があります。それを考えたときに、今後高齢者が増え、要介護認定者数も増えていく中で、増えれば増えた分だけ入院する方も増え、例えばヘルパー事業所が減ることで、在宅の限界点が下がり、ひょっとしたら、在宅で介護サービスを受けながら生活することのハードルが上がるとなると、入所する方も増えてくるのかと考えます。単に人数だけではなくて、その中でどのくらいの割合の方が在宅で介護サービスを受けて生活をしていくのかという点も、少し視野に入れながら、今後の対策を考えていく必要があるのかと感じたところです。

(会長)

重要なことをご指摘いただいたと思います。少なくとも入院は生活の場ではないわけですし、実際の入院の病床利用率は、国全体で見ても、コロナ禍前から着実に減少傾向、利用率が下がっているというトレンドはありますので、入院で吸い取っているということは、おそらくないのではないかなと思います。ですので、以前の本協議会でも話があったかと思いますが、例えば東京都に所在している事業所が、松戸市内のサービス付き高齢者住宅や、住宅型有料老人ホームのケアプランを一手に引き受けているということがありますと、松戸市では空きが増えているような現象が起こります。そういうことが、有り得るということでしょうか。高齢者の方、要介護認定者も年々増えておりますが、居宅にいらっしゃ

る方がどうなのかという意味では、居宅以外にいらっしゃる方が増えている、ということは、確かにあるのかもしれませんが。

(委員)

入院をして、自宅に帰れず、施設に入所するという流れになっている方も一定数いらっしゃるという捉え方をしております。前回の協議会の中で、〇〇委員よりお話のあったような実態につきましては、どこまで影響を受けてこの状況になっているのかということは分かりませんが、サービス付き高齢者住宅等が増えていることは確かなので、そういった背景も、今後は考えていかなければならないと捉えています。

(会長)

介護保険制度全体として重要なポイントだと思います。そして来年度、本協議会で次期計画を策定しますが、ケアマネジャーが足りないのか足りているのかという議論に跳ねてくるかと思しますので、この調査で把握できることと、データ分析をしないと分からないことがあります。

そして今のお話のような、居宅と居宅以外で傾向が違うかもしれない、また、松戸市以外のケアマネ事業所がケアプランを作成している事例がどの程度あって、それがどのような影響を及ぼすのか、そんなことがデータで分かりますでしょうか。

(介護保険課)

データで分かるかどうかは調べないと分かりませんが、給付実績等からそのような部分が追えるかどうか、確認させていただきます。

(会長)

その点が分からないと、本当に足りているのか、足りていないのか、分からないという気がしますね。

(委員)

実際に聞く話では、サービス付き高齢者住宅や住宅型有料老人ホームであれば、本来は入所しても、在宅のケアマネジャーが引き続き担当することは可能ではありますが、入所した段階で関連するケアマネジャーに代わるケースもあるようです。そのあたりについては、実態を把握していく必要があるのかと感じています。

(会長)

にわかに答えがありませんが、実態を把握した上で、次の一手を考えるということになるかと思しますので、事務局の方で今の議論について、ぜひ研究を進めていただければと思います。

(委員)

質問 No. 8 及び 15 は同じ内容です。項番 41 は、医療機関と支援する介護事業者さんとの医療連携の壁、バリアに対する設問だと理解しております。この回答に書いてある通り、医療者として考えてみた内容を記載しております。これについて、修正したほうがよい点等、ご意見いただければと思います。右の回答のところに書いていただいている 1、2 に関しては、外形的ところで、担当者窓口が分からない、病院などと連絡が取りにくい、という点です。3 は、急病、疾病の変化について、その時に相談に応じてもらいにくい、という内容です。4、5、6 に関しては、目的や認識の違いや、情報連携の仕組み、地域全体のルールが十分に整備されていないという、外形的というよりかは、規範的なところが不十分という点を書かせていただいております。実際にケアマネジャーや、介護サービスを提供される中で、医療と介護の連携の壁というのは、1 から 6 番で網羅されていますでしょうか。もしくは他の要素がありましたら、ご教示いただければと思います。

(委員)

当協議会で今年度の事業として、MSW の方と、事業所側の母体が、情報交換をする場をもたせていただきました。非常に久しぶりで、コロナ禍で長く実施できていなかった取り組みでした。病院側、介護事業所側、それぞれ様々な意見があり、退院の受け入れができない、こちらから救急搬送でお願いしても受け入れてくれないなど、いろいろなお互いの意見のずれが生じていたのは確かでした。ですので、質問 NO. 8 に関しては、恐らくこのあたりが、連携の中では、お互いに様々な意見が吸い上げられるのではと思います。介護と医療、近いようで接点がありません、話す場がなかったということがあるので、その辺でのずれが出てきてしましますが、これを改善できると、利用者さん、患者さんのスムーズなサービス提供に繋がるのではと思います。

(会長)

医療と介護が話す場があまりなかったというお話は、重く受けとめたいと思います。医師会も少し関わらせていただいて、来年度から在宅医療の協議の場を設けるという方向になっておりますので、そのような会議の場でも、大事な議題

の1つとして取り上げさせていただきたいと思います。

(委員)

網羅されているかという質問に対しては、これで十分網羅されているのではないかと感じております。私の方から、1番の医療機関側の担当者や窓口が分からないという点について、医療機関とのやりとりにおいて、苦労していると感じる場面があります。また、医療機関によっても連携の仕方が異なりまして、例えば相談員さんが窓口になってやりとりをするところもあれば、相談員さん、病棟の看護師さん、それぞれから連絡があったり、相談員さんに伝えていることが、病棟の看護師さんに伝わっていなかったり、というところで、二重の手間が発生することが多々あります。このようなところが、経験している人からすると、チェックがついてくるのかと感じております。

(会長)

今のご指摘も非常に重要だと思います。先ほどご紹介しました在宅医療の協議の場において、議論のテーマの一例として、入退院支援のルールを策定するという話があがり、紹介されています。ですので、確かに医療機関によってスタイルはまちまちであり、それがだめだということはないのですが、例えば行政においては、ワンストップにしましょうという話は、ずっとあると思います。同じことが病院という組織の中でも起こっているのかもしれないので、コンシェルジュ機能として相談部門が受けとめてくださるとありがたいですね。ただ実際の各ケアを行っているのは病棟ですので、きちんと病院の中で繋がってもらいたい、そのために、例えば入院して何日以内に何をするとか、退院の1週間前までに何をするとか、そのようなことができて、話し合いができるといいのかもしれない。これも来年度、大事な議題の1つになりそうです。

(委員)

医療提供に関しては、施設ですので訪問診療が中心になっております。訪問診療にかかっていたりしている方と、通院の方もちょっといらっしゃいますが、通院の方に関しましては、こちらから情報提供の紙を書き、先生とのやりとりができていない方もいらっしゃいます。訪問診療に関しては、今までかかってこられたかかりつけ医の方に、そのまま継続で訪問診療をしていただけない方もいらっしゃいますし、新たにかかっていたりしているところもありますので、ご家族と話しながら、その方に合わせた医療との結びつきをさせていただいているという状況です。

グループホームでは、施設には1つの医療機関に固定されているところも多

いかと思っております。その中で、皮膚科や、眼科などになりますと、なかなか訪問診療医っていうのが分かりにくく、どこに診療をお願いしたらよいのかというところが、我々の業務の中では戸惑うところございまして、その都度、どこにかかったらよいのか、ご家族とご相談しながら、通院することの方が多いです。歯科の方は、訪問診療に結びつけられやすくなっております。入院に関しましては、病院の相談員さんや看護師さんからご連絡いただき、施設に戻ってくることを前提にお話させていただいております。

(会長)

重要なお話をいただいたので、少し追加でお尋ねします。外来管理下にあるグループホーム入居者さんもいらっしゃるということですが、その方は、受診は具体的にはどのようにしてやってらっしゃるのでしょうか。

(委員)

実際、ご家族の方が迎えに来ていただいて、病院までご家族と一緒にいかれておりまして、その状況を、ご家族からご報告いただいております。

(会長)

一般的にそれが間違いないと思いますが、実際には、これから先、生活の状況を踏まえて診療をしてもらいたいという気はします。ご本人が認知機能が低下しているという状況なので、日常生活がどのような状況なのか、どんなお困り事なり課題があるのかということをご本人は伝えられないと思います。同席していただくご家族の方が把握していればいいのですが、同居はしていないわけですので、どこまで把握してらっしゃるのかと、心配にはなります。

(委員)

報告書のようなものを作成しまして、先生の方にお渡ししていただける形にしております。こちらでの状況が伝わるようにしております。

(会長)

今回の診療報酬改定が間もなくというところですが、その中で2人主治医制ということが、繰り返し推奨されるような、新しい枠組みも示されるようです。ですので、なかなか外来だけでは難しいということかもしれませんので、訪問診療、かかりつけ医、大きな病院の外来にかかっている方もいると思いますが、できるだけ生活の状況に近づけるような体制に持っていけるとよいのかも思いません。

(委員)

状況によって、必ずご家族とご相談し、通院の方が難しいときは、お話をしながら、訪問診療に切り替えさせていただいております。

(会長)

ありがとうございます。それから専門の訪問診療が、リソースが分からないということにつきましては、医師会の方で年に1回調査をして一覧表ができておりますので、ぜひご活用いただければと思います。

その他のご質問、ご意見がございましたらお聞かせいただければと思います。

(委員)

質問 NO.9 及び 10 ですが、居住系施設に対する質問です。すべてが義務化されていない状況ですが、居住系施設が協力医療機関を構えるというところが、国の方針として進んでいるかと思えます。質問 NO.9 に関しては、協力医療機関との連携に求められている内容ということで、国が示している1、2、3について、満たしているのかどうかという点を聞いています。実際には満たしている、いないではなくて、いると言っても様々なグラデーションがあるのではないかと、実態について把握する必要があるのではないかとということで、質問 NO.10 を新たに追加していただいて、実際に協力機関があったとしても、1、2、3、4 ぐらいはあるのではない、ということではありますが、書いております。必要に応じて往診をしてくれる、電話で相談に乗ってくれる、協力医療機関の外来受診を指示される、救急搬送要請を指示される、こんなバリエーションがあるのかと想像しております。ただ、設問のところに書いてありますが、入所者の病状が変化した際ということで、これが平日の日勤帯なのか、夜間、土日なのかによっても変わるとは思いますが、今回のアンケートとしては、そこを書かない、ぼやかした上で、まずは1、2、3、4、5、その他があるのかもかもしれません。どのようなバリエーションがあるのかということをおおまかに把握するという意味で、このような設問を考えてみたということです。従いまして、現在、居住系施設を管理して下さっている皆さまから見て、どのように質問 NO.10 をご覧になるか、またもうちょっと別の対応があるのか等、ご意見をいただければと思います。

もう1つ、市の方にお伺いできればと思いますが、現在この質問は、市が指定している施設、地域密着型に限るのかと思えます。一方、松戸市には県指定の居住系施設もありますので、そのような施設の実態把握もあわせて大事かと思えます。それを市が行うわけではないのですが、県とどのような連携をとりながら、市が指定する以外の県指定の施設に関しての実態把握を進めていくのか、以上2点についてお伺いできればと思います。

(委員)

質問 NO. 9、10 のご質問に関して、項目としては問題ないかと思っております。NO. 9 に関しては、おそらく多くの施設が対応をしてきているところです。あとは、NO. 10 で、必要に応じて往診をしてくれる、相談に乗ってくれる、そういった情報も吸い上げられたと思うので、これで十分かと思えます。

(会長)

ご質問としてはこれよさそうだということですが、これの中身をどのように検討していくのかというのは、また今後のことかなと思いますので、少しだけ議論ができればと思います。

NO. 9 にある 3 つの要件については義務化され、猶予期間が 3 年のうち、2 年が経とうとしているところで、年に 1 回、指定権者に現状報告をする、ということになっているのかと思います。ありと回答していただくと大丈夫のように見えてしまいますが、実際には、ありと言っても、いろいろなグラデーションになりそうということ、質問 NO. 10 になっているわけです。それから (2) の診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保しているという点も、昨年 Q&A が出され、病院を受診して診療することができれば、満たしているということで構わないとなっているようですので、それならできるに決まっているわけです。ただ、連れて行くとなりますと、介護現場のご負担というのも、もちろん小さくありません。職員が 1 人いなくなるということです。ですので、時間帯や状況によっては、悩ましい場合もあると思いますので、あまり拘り定規なことではなく、もっと柔軟に相談や対応、例えば、オンラインで診療していただいたり、臨時往診をしていただいたりすると、非常に助かるわけです。一体どんな方向に今後していけばいいのかは、この義務化という言葉だけでなく、現場をどのように守っていくのかという観点で、検討できればと思います。

(委員)

会長のおっしゃるとおり、電話やオンラインで見てもらえれば助かります。本当に受診に 1 人出すのが大変で、特に夜間では、夜勤者 1 人減らす状態で、他のサービスが低下するのは間違いないので、もしやっていただければ、ありがたいです。ただ、現実的に難しいと思いますので、恐らくそういった内容はコメントがあるとしたら入ってくるかなと思います。あと、複数の協力医療機関や、病院、クリニックと、複数で協力医療機関として契約している法人さんもいるので、そういったところなど参考にしながら、全体的にバランス取れた医療連携を構築できればよいかと思えます。

(会長)

複数の協力医療機関を構えられていて、入院が必要なときは病床のあるところ、そしてホームでサポートして欲しいときはもちろん往診ができるところの方が良いのですが、そうできているところがどの程度あるのか、その結果として二重に費用がかかってしまうことがあるのかもしれません。施設にとっての負担がいかほどのことなのか分かりませんが、一方で入院になってしまうとそのベッドでの介護報酬 0 円になってしまいます。そのマイナスも大きいと思いますので、最適解はどのような形なのでしょう。

(委員)

個人的な考え方になってしまいますが、入院等を受けてくれる医療機関、病院さんと、フットワークの良い診療所、クリニックさんが往診をしてくれるだとか、近くにあったら、手軽に短時間で受診できるとか、バランスよく、様々なパターンの医療機関と連携ができるのが一番よいのかと思います。

(会長)

つまり、入院して介護報酬が 0 円になってしまうことを防ぎ、仮に 2 か所の嘱託医療機関の契約に何かしらの費用が発生してしまうかもしれませんが、それが枠内に収まっていれば、全体としては増収になるような気はします。そんなことをうまくこの地域の中で繋がりを強めていけるのか、この時代ですので高次医療機関に、施設から救急搬送するということはできるだけ避けたほうがよいということも実際あります。松戸市内の地域包括ケア病棟が非常に限られているというハンデもありますので、どこの医療機関がどんな機能を果たし、どのように入居者を守っていくのか、そして、法人運営も安定するのか、ということと一緒に考えていければと思いますので、その辺は医師会としても、行政としてもできる限り支援をしていきたいと思っています。

関連して、他、いかがでしょうか。

(指導監査課)

協力医療機関の関係につきましては、国の調査もございますし、今回のアンケートが地域密着型以外にも対象となっておりますので、それらの結果を踏まえて検討して参りたいと考えております。

(会長)

1 点情報提供ですが、千葉県高齢者福祉課長と話をする機会がありまして、県としては市町村の介護保険事業計画の策定の支援をするのが一番大事なので、

情報提供を前向きに考えてくださる、ということは伺いました。

(会長)

他にご意見等ございますか。

無いようでしたら、報告1「いきいき安心プランⅨまつど策定に向けたアンケート調査（2次調査）について」の質疑を終わります。

(会長)

続きまして、議題2「地域密着型サービス事業者等の指定について」につきまして、資料3に基づき、事務局より説明をお願いします。

(指導監査課)

それでは、資料3、地域密着型サービス事業者等の指定について、ご説明させていただきます。

1 ページをご覧ください。

最初に、審議事項の新規指定でございます。

対象事業所は、介護予防支援1件でございます。

2 ページをご覧ください。事業所名は、『居宅介護支援センターさくら』、運営法人は「ハピネス悠株式会社」、所在地等の詳細は記載のとおりでございます。指定に係る申請書類等の確認も済んでおり、3月1日に新規指定したいと考えております。

3 ページをご覧ください。審議事項の指定更新でございます。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護が1件、地域密着型通所介護が1件、認知症対応型共同生活介護が2件でございます。

4 ページをご覧ください。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護、名称は『秋桜ヴィレッジ訪問介護事業所』、運営法人は「株式会社マザーライク」、所在地等の詳細は記載のとおりでございます。指定更新に係る申請書類等の確認も済んでおり、3月1日に指定更新を行う方向で進めてまいりたいと考えております。

6 ページをご覧ください。

地域密着型通所介護、名称は『デイサービス桜花乃郷矢切の家』、運営法人は「ビリーヴ・デイ・サービス株式会社」、所在地等の詳細は記載のとおりでございます。指定更新に係る申請書類等の確認も済んでおり、3月1日に指定更新を行う方向で進めてまいりたいと考えております。

8 ページをご覧ください。

認知症対応型共同生活介護、名称は『ミモザ新松戸』、運営法人は「ミモザ株

式会社」、所在地等の詳細は記載のとおりでございます。指定更新に係る申請書類等の確認も済んでおり、3月1日に指定更新を行う方向で進めてまいりたいと考えております。

11ページをお願いします。

認知症対応型共同生活介護、名称は『愛の家グループホーム松戸小金原』、運営法人は「メディカル・ケア・サービス株式会社」、所在地等の詳細は記載のとおりでございます。指定更新に係る申請書類等の確認も済んでおり、5月1日に指定更新を行う方向で進めてまいりたいと考えております。

審議事項につきましては、以上になります。

次に、14ページをご覧ください。報告事項になります。

指定更新の地域密着型通所介護が3件、居宅介護支援が2件でございます。

各事業所ともに書類の確認や、更新に先立ち実施した運営指導等において、問題ないものと判断し、指定いたしましたので、ご報告とさせていただきます。ご審議のほど、よろしく願いいたします。

(会長)

ただいまの説明について、ご意見・ご質問がございましたら、お願いいたします。

私から1点、お尋ねをして、議論をしてみたいと思いますが、6ページのデイサービスにつきまして、昼食代が100円、おやつ代を含むとなっております、100円というのは幾ら何でも安すぎるのではないかと思います。以前にも朝食が100円という事例があったと思いますが、これで本当に適切な食事が提供されているのだろうか、心配はいたします。営業努力だということであれば、それはそれで理解する面もあるかもしれませんが、もしかすると、実質的なディスカウントに相当するようなことなのだろうか、と心配したりもします。

このような安い設定の通所介護事業所というのは、少なからずあるものなのということを1点教えてください。それからもう1点は、宿泊サービスを、例えば長期継続利用している利用者さんは、一体どのくらいいらっしゃるのか、そもそも実態すら分からない、ケアプラン上はただデイサービスの利用となっているだけで、実質施設入所。ただ、施設入所と一番違うのは、ほぼ医療を受けてない、リハビリも受けていないというようなことになってしまうのではないかと心配をいたしますが、どの程度の規模感であるものなのか、それがどのくらい深刻な問題をはらんでいるのだろうか、お分かりの範囲で、お聞かせいただければと思います。

(委員)

まず1点目の昼食代が100円というところについては、この事業所以外にもあるというのは確かであります。ただ何か所というところまでは、把握できておりません。適切かどうかというと、確かに100円で食べられるご飯は、本来は適切ではないというところがあると思いますが、ただこの事業所が、その100円にみあった食事しか出してないってことはまずないというところの中で、介護保険で得られる報酬の中から、利用者さんのために、低所得の方のために、自費での料金を抑えるため、営業努力と捉えたほうがよいのかという感覚でおります。実際に、年金が少ない、介護サービスに充てられるお金が少ないという利用者さんに対して、昼食代が安い事業所をお願いをするというところでは、ケアマネジャーの立場としても実際に助かっているということも、現実的にあります。宿泊の方につきましても、結局は施設入所のような形で、ずっとお泊まりデイサービスに泊まり続けている方がいるというのも、一定数いるというのが実態であると思います。ただその中で、なぜお泊まりデイサービスという言葉がなくなるのか考えたときに、施設に入るだけの年金がない、生活保護をぎりぎり受けられないという状況の方ですと、結局はどこにも行き場がなく、こういったところに行かざるを得ないため、残っているという背景はあるのかと思います。医療の部分については、お泊まりデイサービスにずっと泊まりながら、外来の受診に家族が連れて行く、中にはケアマネジャーが連れて行く、デイサービスの方が連れて行くとか、様々なパターンがあると思いますが、何らかの形で医療受診をしながらお泊まりデイサービスに宿泊を続けているという方もいるのではないかと考えております。

(会長)

誰が誰しも答えを持っているわけではないと思いますが、実際の社会の現実と言いますか、難しい事がここにしわ寄せのような形で受け止められていると思います。適切な健康管理は受けられた方がよい、本当はリハビリをしたらもっと改善するのにそれが行われていない等、そんな事例ももちろんあるのではと心配しますが、何もかも100点のことはできませんので、少なくとも最低ラインの大事なことは保障されるような仕組み、手だてが打てたらと思います。100円ですが、営業努力でもっとよいお食事を出していただいているのであれば安心ですが、実際に、障害者グループホームで徴収した食事、食材料費をピンはねして、指定が取り消しになったという悪い事案もありましたので、本当はちゃんと中身を見ないと分からないということなのかと思います。

(委員)

市の方にお伺いします。更新審査の報告の中に、協力医療機関等という記載がございます。先ほども、医療と介護の連携に関するご質問がありましたが、協力医療機関の届出に対して市の側で具体的な内容を聴取する、という手続きはありますでしょうか。

(指導監査課)

届出書に合わせ、医療機関と取り交わされている協定書をご提出いただいております。そちらの方で、確認をさせていただいております。

(委員)

お聞きしたのはまさに今のところでして、具体的にどのようなところまでを協力するのか、というところですね。お互いの申し合わせということになりますと、消費者の側、利用者の側からは分かりにくいものです。ホームページやパンフレットのような類のものに、協力医療機関は書いてありますが、実際にその消費者、利用者が期待するものと、実際が乖離していることが問題になって、不当景品類及び不当表示防止法により、不当な表示が禁止されているわけですが、同法第5条3項において、消費者に誤認されるおそれがあると認められ内閣総理大臣が指定する表示（指定告示）として、有料老人ホームが平成16年に指定を受けております。内容は非常に多岐に渡ったのですが、その中の1つが、「医療機関との協力関係についての表示」です。「連携」と書いてあるが、その内容が不透明である、というようなご指摘でありましたので、ご質問したところがございます。医療機関と施設等の連携が、今後非常に重要になって参りますので、より具体的にどこまでをやる、というところを市の方できちんとチェックをしていただくというのが非常に重要かと思っておりますので、引き続きよろしくお願いたします。

(会長)

本協議会で協議する事項決定よりも、もっと本当の中身がどうなのかというところかと思っておりますので、この場に限らず、よりよい介護が利用する方に提供されることについて、市の担当課としても、支援をしていただければと思います。

(会長)

他にご意見等ございますか。

無いようでしたら、議題2「地域密着型サービス事業者等の指定について」を承認したいと思いますよろしいでしょうか。

(委員)

異議なし。

(会長)

それでは、議題 2「地域密着型サービス事業者等の指定について」は承認されました。

(会長)

続きまして、報告 2「地域密着型サービス事業者等の状況について」につきまして、資料 4 に基づき、事務局より説明をお願いいたします。

(指導監査課)

それでは、資料 4、地域密着型サービス事業者等の状況について、説明させていただきます。

1 ページから 5 ページまでの、「地域密着型サービス利用状況等調査結果」につきましては、令和 7 年 9 月 30 日現在の利用状況をお示ししております。

3 ページをご覧ください。看護小規模多機能型居宅介護では、3-1 の表の下に記載のとおり、利用率について、67.0%と、前回報告時の 71.6%、昨年 9 月の 80.9%と比較し、低くなっております。主な要因としましては、No. 8 の『看多機しまむら』の登録者数が減少したことや、令和 6 年 11 月 1 日に指定した No. 10 の『看護小規模多機能型居宅介護このはな』の登録者数が、他事業所ほど多くないことがあげられます。なお、No. 8 の『看多機しまむら』につきましては、令和 7 年 11 月 30 日をもって廃止となっております。

その他全体的なところでは、大きな増減は見受けられませんでした。

続きまして、6 ページをご覧ください。地域密着型サービス事業者等への指導・監査状況です。令和 7 年 6 月 1 日から令和 7 年 11 月 30 日までの期間で、19 件の運営指導と 1 件の監査を実施しました。

最後に、7 ページ及び 8 ページにつきましては、令和 7 年 11 月 30 日現在の介護保険関連施設等の整備状況となっております。

(会長)

ただいまの説明について、ご意見・ご質問がございましたら、お願いいたします。

(委員)

質問 NO. 17、看護小規模多機能型居宅介護の利用率についてです。前回は71.6%、今回は67.0%で、8番と10番の事業者によるものなのではないか、というご説明でした。確かに、その可能性が大きいとは思いますが、この右の空き数を見ていきますと、上から10番・11番、8番と10番を除いても、多い数の空き数があるのかと思います。これはワンポイントですので、2年前と比べて、登録者数がどうかというところを、市に別途調べていただきました。回答としては、2年前と比べて、6事業所において登録者数が減っているというところでした。6事業所減ってはいますが、Fに関してはプラスマイナスゼロというところでした。先ほどケアマネジャーさんの受け持ち数が減っているというお話もありましたが、看護小規模多機能型居宅介護においても、減っているという理解が正しいのではないかと思います。そして、先の介護保険運営協議会でも、利用者さんとともに、看護師さんなどの職員の方も、いわゆる在宅ホスピスさんの方に流れているのではないかと、引き続き注視していく必要があるのではないかと、という議論をしましたが、まさに同じような傾向が続いているのかと、これを見て感じました。

(委員)

まず、ご利用者さま側の要因としましては、主介護者の方が、やはり高齢でいらっしゃる、または、お勤めをされているということで、自宅の介護力がとても少なくなってきたと感じています。独居の方、いわゆる老老介護と言われるようなご家庭が増えているという印象があります。ですので、ケアマネジャーさんなどが、もう少し在宅で頑張ってみようという話をしたとしても、介護力がないと自宅に帰れない、そうすると、やはり入院等のタイミングで、これをいい機会に施設を考えてみましょう、というような話になる場合があるのではないかと思います。また受け入れ側、私たちのような事業所側の要因としましては、まず、慢性的な人員不足、それから、サービス過多です。余力がないといいますが、丸めのサービスですので、一人一人にサービスが多いです。それがやはり、居宅のプランとの差別化になっており、手厚いのが丸めのいいところですが、やはり通いが多いとか、想定の時間になかなか同じ方を迎えに行けないとか、受け入れたくても、受け入れられない、どうしてもスペースがない、そうすると、受け入れられなくて申し訳ない、というようにお断りをする事業所もあるようです。ですので、少しご利用者の方が減ってきているのかと感じております。

(会長)

大事な機能に違いはないのですが、ケアマネジャーと並んで、利用者が減って

いるとしたら、居宅で暮らすことを支援する、在宅限界点を高める、そのために松戸市は、全国的にも非常に有数の看護小規模多機能型居宅介護が多い市町村なわけですが、そこがうまく使えないということになっても、もったいないことですね。事業者にとっても、利用者を確保できないということは経営にマイナスですので、一体何をすればよいのか、にわかに分かりませんが、できるだけ入院しないで済むようにできるとよいのでしょうか。入院してしまうと、それをきっかけに帰って来られなくなってしまう、ということが多いのでしょうか。最後のページの資料を改めて見ましても、前回のこの協議会でも確認しましたが、介護付有料老人ホームが現在 29 か所、住宅型有料老人ホームが 47 か所、サービス付き高齢者住宅が 41 か所、全部で 117 か所です。いわゆる介護保険施設は 35 か所、そしてグループホームが 41 か所ですが、それをはるかに凌駕する、その他施設が増えています。悪い言い方をすると、そこに吸い取られているというようなところがあるのかもしれませんが。必要だからこそ整備されている面もあるわけですが、ご本人の意向としては自宅にいたいという方が多数だと思いますので、そのような意向を実現できるような土台づくり等を、この介護保険の枠組みの中でも進めていければと思います。

何かこの部分にご意見のある方、いらっしゃいますでしょうか。そのような意味でも、ケアマネジメントや、介護施設等の医療機関との連携、前段で議論させていただいたようなことが全部下地になっていくような気はしますので、そういうことをしっかりと整えて、できるだけご本人が望むなら家にいられるようにして差し上げるほうがよいのだと思いますので、この場でも、その他の場でも、議論を重ねていければと思います。

(会長)

他にご意見等ございますか。

無いようでしたら、報告 2「地域密着型サービス事業者等の状況について」の質疑を終わります。

(会長)

最後に、ご意見・ご報告事項はありますか。

本日の議事はすべて終了いたしました。私の方からは以上です。事務局にお返しします。

(司会)

会長ありがとうございました。

以上をもちまして、令和 7 年度第 4 回松戸市介護保険運営協議会を閉会いたします。本日はありがとうございました。