

平成28年度 富山県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会及び  
富山県あんしん在宅医療・訪問看護推進会議

日時：平成29年3月28日（火）

13:00～14:30

場所：富山県民会館401号室

○ 開会

○ 挨拶（蔵堀厚生部長）

○ 会長・副会長の選任

○ 報告

事務局より、資料1～6に基づき一括説明の後、質問・意見交換

—意見・質問—

（馬瀬会長）

それでは、意見交換に移りたいと思います。

まず、本日は兵庫県立大学大学院経営研究科教授で、地域包括ケアを巡る諸問題について詳しい筒井委員にご出席いただいております。せっかくの機会ですので、地域包括ケア等に関する現状や課題、国の最新動向について、ご意見を頂戴できればと思います。

筒井委員、よろしく願いいたします。

（筒井委員）

ただ今ご紹介いただきました筒井です。

お手元に「地域包括ケアシステムの構築と都道府県の役割」という資料を配布していただきました。本日、お話しさせていただく内容は、大きく3つのこととなっております。

1番目は、介護保険法の一部が改正されることについてお話しさせていただきます。現在も国会審議中ではありますが、今期の委員会に関連することとして、県が保険者機能を強化するための支援を行うということが挙げられています。これについて後で、再度、ご説明させていただきます。

2番目は、第7期介護保険事業支援計画を、平成30年度、つまり来年度になるわけですが県に作っていただくということです。これから、この計画の作成方法について、少しお話しさせていただきます。

そして、最後に、地域包括ケアシステムにおける医療介護連携の先駆的な例を紹介させていただきます。

それでは、最初の介護保険法改正について、この大きな改正点は、先ほどお話ししたように自治体の保険者機能を強化するということです。そして、この目標を達成するために

は、どの自治体が、保険者機能が強いのか、あるいは弱いのかといったことを明らかにする必要があります。そのため、国では、これを評価するための指標を現在、作成しております。私もこれにかかわっております。本日は、この指標に関してのデータを一部、お持ちしましたので、説明させていただきます。

次に、地域包括ケアシステムの構築と推進についてですが、これを実現するために、いったい何が重要かといいますと、これは、介護と医療との統合をいかにすすめていくかということになります。これを国がお示ししたのが、地域包括ケアシステムと、地域医療ビジョンというのが、両輪になった自転車の絵です。

また、地域包括ケアシステムとは、英語では、community based integrated care system と訳されておりますが、ここでいうintegrated care とは、まさに医療と介護のサービス提供体制の統合という意味で使われています。

富山県の地域医療構想では、かなり、いわゆる高度急性期と急性期の病床を減らさなければいけないという試算が出ています。そうすると、これらの病床に入院中の患者さんは、近い将来、地域で医療や介護サービスを受けながら生活することになります。地域包括ケアシステムは、こういった、いわば元患者という病態像をもった方々をどのように地域で支えるかということが求められているのです。そして、平成30年は、6年に1度の、診療報酬と介護報酬の同時改定であり、かつ地域医療ビジョンの実行、介護保険事業計画の策定という大きな改革を経て、地域ですべての方々が安心して、医療や介護サービスを受けながら暮らすことができるまちづくりを目指す年となっております。

次に、保険者機能の強化が課題となっていると申し上げましたが、実は先ほど県の担当者の方からも説明がございました「総報酬割」の導入で若干、国には財源ができて、これを使って保険者機能を強化するということが計画されております。

このため先ほど、申し上げましたように、いったい、どの自治体が、保険者機能が強いのか、あるいは弱いかということのために、大きくはこの3つの枠組みで測定をして、評価をしようとしております。全体で53項目の評価指標が現在、提案されておりますが、これを用いたパイロット研究をはじめておまして、本日は、この結果の一部をご説明させていただきます。

まず、全体的なお話をしますと、全国の自治体において、最も低い割合、つまり、法律上は、保険者としてやるべきとされていながら、やられていないことは何かということですが、これは「自立支援・介護予防に資する施策の推進」における「生活支援体制整備」であることがわかりました。これは、全国でわずかに18%の自治体しか実施しておりません。富山県のデータもご紹介しますが、こういうデータを見ると、他の県に比べてどうか、あるいは県内であまりよくない自治体もあるといったようなことがわかってくるということです。

自治体によって、大きく差がある理由ですが、いろいろなことが考えられるわけですが、やはり人口規模の影響は大きいのではないかと考えております。これは人口が増加するとされている首都圏においても、かなり自治体間差が激しいことから明らかといえます。

富山県は、今後、人口が増える自治体は、ほとんど無いと予測されておりますが、減り方については自治体ごとに大きく差があるようです。他にも、いろいろ富山県には特徴があ

りまして、1人当たり介護費を自治体別に分析した結果や、サービスの内容を分析した結果をみますと、富山県の場合、施設の占める割合が非常に高いということが分かります。これは全県の中でも非常に割合が高いということです。

下のデータは認定率の地域差指数ということで、富山県の特徴として、要介護3から5の認定率が上に凸となっていますね。どういうふうに解釈すべきかというのはあると思いますけれども、認定に至るまでの時間が長いというふうにも考えられます。つまり、かなり悪くなってから認定を受けておられるということなのかもしれません。こういった細かい分析をやっていかないと、県として、介護保険制度を運営している市町村に対して、どのような支援を、どういう優先順位でやっていくべきかがわからないということだと思います。

私は大阪府でもこういった仕事をしていますが、大阪府は全国で認定率がトップ、しかも介護にかかわる給付も、医療も多いという結果です。これについては、今年、大阪府が府下の保険者別にかなり精緻な分析をしておられます。そして、保険者ごとに、どこが、どのように問題なのかというのを市町村に示していかれました。

この中で、地域包括支援センターの機能が発揮されているところと、そうでないところの差があるという結果が示されました。その理由について、大阪府の分析がなされたのですが、まず、この地域包括支援センターというのは、ご存知のように、市町村が委託をして包括支援センターを運営するタイプや、市町村の中で、いわゆる直営で包括支援センターを運営するというタイプ、その混合型など、多様なタイプがあります。

大阪の場合は、ほとんどが委託型でした。それで自治体別に差がでてくる理由ですが、これは両者において、運営方針が共有されていないという規範的統合の欠如が問題であるということがわかってきました。例えば、保険者がセンターに委託していると思っている内容と、センターが保険者から委託されているという内容に乖離があるということです。実は、このような調査を厚生労働省では、全国の市町村でやっています、例えば、全国的にも保険者と地域包括支援センター間での規範的統合に課題があることがわかってきました。具体的には「相談支援に関する方針提示の状況」という設問があります。これは典型的な例ですが、保険者は包括支援センターの相談業務に対して、どういう相談に対しては、どういう終結条件が定められているかを把握していない。つまり、センターの相談業務のアウトカムが何かを理解していなかったということなのです。つまり、自治体と地域包括支援センターの意思疎通が出来ていないのですね。

こういう状況ですと、保険者の機能強化は、ほぼ不可能だということになります。この全国調査のデータと保険者のデータについて、実は県に対して同様の調査をやっています。県が保険者機能を強化するためにどういうことをやらなければならないのか、ということについて、何が重要かということを考えていってもらうために実施しております。この結果もいずれ公開されると思います。

また、このほかに、これも厚生労働省から補助金を頂きまして、医療及び介護サービス機関の連携強化を目標にしたモデル事業を3年間ほどやってきました。富山県には、残念ながらモデルとなった地域は、ありませんでした。この事業では、医療機関と介護事業所の連携強化だけでなく、対象となられた患者さんに対して、医療機関や、介護事業所から

の、医療や介護にかかわる情報提供とケアマネによるセルフマネジメント支援を目的としておりました。

すでに診療報酬では、退院支援加算がかなり高く付けられています。これを算定するためには、3日以内に退院の難しい人はスクリーニングし、7日以内にカンファレンスやって、14日以内に計画を立てて退院させなさいという要件が定められています。

しかし、これを多くの入院患者さんがおられて、本当に忙しい急性期病院で毎日、やっていくのは大変難しいのです。そして、まずもって、退院してその人が自立して生活出来なければ、また、入院をしてきてしまうということにもなりかねません。

そこで、我々がやってきたモデル事業というのは、入院されるご本人がもし介護保険の対象者であれば、入院時に介護保険のケアマネに付き添っていただいて、3日以内に家の状況を病院の方にお知らせして、14日間この共同アセスメントをやって、この人が本当に自宅で生活できるような、セルフマネジメントプランを立てていくというものです。この事業のモデルとして、やっていただいた自治体で長野県の駒ヶ根市という所があります。ここは、このモデル事業に参加していただいた結果、大変、保険者機能を強くしてこられました。まず、駒ヶ根市役所の分室を病院の中に設けまして、駒ヶ根市民が入院したらすぐセルフマネジメント支援をやる体制を作るというかなり画期的なことをやりました。ここは脳卒中の再発率というのが、駒ヶ根市の中核病院において、30%を超えており、大変問題であったという背景もございました。

結果として、駒ヶ根市では、こういった再発率を下げるという効果と、自宅に戻ってからの生活を継続するというセルフマネジメントをやっていくという患者さんが増えるという効果を上げてきました。

このように、地域ですでに様々な取り組みが行われていますが、地域包括ケアシステムというのは、在宅で過ごしていくために、どういうことが必要かというのを医療、介護、福祉、生活の方々が一緒になって考えるという規範的統合が大事なのです。駒ヶ根市は、忠実に、この規範的統合をやって、病院の関係者から、自治体に病院内に自治体の詰め所があったほうがよいという提案がだされたのだと思います。

他にも、この事業に参加された12市町村で、多様な取り組みがなされてきましたが、自治体の保険者機能の中で、多分、一番強化するのが難しいのが、在宅医療介護連携だと思うのですが、このように医療機関、介護機関、自治体というように、多様な機関が規範的統合を行っていきながら、とくに疾病予防とセルフマネジメント支援ということをやっていくことは、大きな成果を生んでいると考えております。

富山県でこれから問題となるのは、施設から在宅に戻すという、そういうことが本当にできるのかということです。これ以上は病院を作るということは出来ないわけですから、新たな介護医療院ができたとしても、どういうふう在宅との連携をやっていくかということが求められると思いますので、都道府県として、保険者に、どういうメッセージを伝えていくのかということ、この委員会はぜひ考えていただければと思います。

**(馬瀬会長)**

ありがとうございました。

それでは、委員の皆様方から、今のご意見も踏まえて、ご質問等があればお願いいたします。

#### (南委員)

南砺市の南です。

資料の1を見て、富山県は非常に施設サービスが多くて、居宅サービスがまだ不十分だと。それともう1つ、実に介護療養病床とか老健施設、非常に多いですね。これはこれで意味があると思いますけれども、実は特養の申し込みの時に、老人保健施設とか、療養型からの申し込みも結構あるのですけれども、それがなかなか入所の対象にならないのですね。そういう実態もあります。

少し事例を言いますと、南砺市での特別養護老人ホームの入所の検討委員会というのがあり、先日私オブザーバーで出たのですけれども、90才代後半の女性、要介護3。この人はもともと独居だったのですが、グループホームに入所中です。結構意欲的に軽作業されていて、ニコニコしているのですけれども、入所順番が7番目。それから80代後半の女性、要介護4。日中は自宅で1人。夜はまだ家族同居ですけれども、これは定期巡回の介護サービスが始まったのですね。この人の順位が8番。大体3か月で20位ぐらいまでは入所の対象になっていきます。

南砺市でも定期巡回随時対応型のサービス、小規模多機能型、それからグループホームも結構多くなりました。グループホームは、運用しているのは、私非常にいいと思うのですけれども、2つの事例のように、現在支援して、結構機能力の高い方の入所の順番が高くなっているのですね。ご存知のように、特養ホームの入所の手続きというのは、まずは富山県の入所申込者の評価基準表というものをもとに点数を決め、点数の高い順に入所の優先順位を設定して、入れて下さいと、こういうようなシステムになっているのですね。

もちろん入所というのは、本人の思いとか家族の介護継続の意思を確認して、柔軟に運用することも可能なのですけれども、基本的にはあまりご本人の意向は聞いてないようです。それからご家族が在宅介護をもうちょっとしようと思っても、そうすると優先順位選考者名簿から削除されるという面もある。上位で入所しない場合、なぜ入院決定しないんだということを明示するように県からの指導もあります。そういうことがあってですね、多くは上位から入所されて、定期巡回とか、そういうことでせつかく支えようと思っているのが、なかなか支えきれていないという面があります。

在宅でいらっしゃる人、それから独居、老老、高い介護サービスをたくさん使っておられる、そういう方々の点数が高くなって、介護療養型の病院とか、施設入所時の申請者は重度の方でも実は点数はあまり高くありません。ですから30位以下になってしまって、なかなかその対象に上がってこないことがあります。

もちろん特別養護老人ホームを運営している社会福祉法人としては、運営の柔軟な見直しをしていこうと思うのですけれども、やはり評価基準表とか、そこは現在に合うような見直しというのをやっていったほうがいいのではないかと。

もともと介護保険が始まった2000年は介護の社会化というのが非常に大切な役割だったので、それはそれですごく大事だと思うのですけれども、やはりいろんな定期巡回とか

小規模多機能居宅とか、いろいろなものが出来てきて、現在は尊厳の保持と自立支援というのが求められています。こういう入所の評価基準を見直すことによって、富山県で多いと言われている、介護のほうにいらっしゃる重度の人たちに、特別養護老人ホームに入ってもらことによって、また定期巡回が空きますから、そこを支えるということになるのではないかな。そういうことがあるので、富山県それから老施協を含めて、評価基準の見直しを少しずつまた検討してもらえればありがたいかなというふうに思います。

**(馬瀬会長)**

ありがとうございました。ただ今のご意見に何か行政として。

**(事務局)**

今ほどの特別養護老人ホームの入所につきましては、国の省令のほうで施設への入所の必要性の高い者の優先的な入所に努めるよう義務付けられております。

富山県では、市町村それから県老人福祉施設協議会と協議いたしまして、平成15年3月に富山県特別養護老人ホーム入所指針というものを作成いたしました。この指針は2年ごとに市町村や関係団体に運用上の問題点とかをお聞きして、これまで必要に応じて見直しを行ってきているところでございます。

南委員からの件でございますけれども、入所の決定に当たりましては、現在の指針においても、入所申込者の評価基準に基づいて点数順、要介護度の重い方がやはり高い点数になります。それから家で、家族で介護する方がいるより、いないほうが高い点数になっているわけなのですけれども、それで点数化しまして、点数順位を付けまして、それで名簿を作成して、原則として点数の高い方から入所決定を行っております。一方で特別な配慮をしなければならない個別事情なども総合的に考慮して、入所の決定を調整することができるというふうになっているところでございます。

今ほどのご意見を頂きましたので、老人福祉施設協議会のほうにもご相談して、十分意見を聞いてまいりたいというように考えております。

**(馬瀬会長)**

よろしゅうございますか。他に何かご意見。

**(大島委員代理：水上副会長)**

老人福祉施設の老施協というのがありますが、今日大島会長欠席で、私が代理で出ております。

入所の基準について、まず在宅の方が高くなるというのは、在宅サービスを使わなくして入所申し込みをされる方がいると、在宅で頑張っただければ施設へあまり入所しなくてもよいということかな、在宅サービスをたくさん使っておられる方を優先するというのがあったと思うのです。私は相談員をしていましたので、いきなり特養申し込みというのは変ではないかということで、ケアマネさんの意見書を見ながら、この方々の必要だということを判定させていくわけです。

介護度の高い方は分かります。それと老健とか病院だと、自宅が10点で、病院なんかは5点なのですよね。5点ぐらいの差は、私はあってもいいかなと思っていますね。というのは在宅で頑張っている方は、どこの病院も入らなくして特養申し込み、出来るだけやったということなので。実際に介護が出来なくなったり、行く所がなかったりという方なので、あと老健さんとか病院におられると、ある程度その辺は家族の方が安心感というか、自分で見なくてもいいという部分では5点ぐらいの差は、私はあってもいいかなと思っていますのです。

今年県からも、この指針に関して老施協に問い合わせがあったのですが、来年度介護報酬が変わるということで、この介護関係の制度が変わる時にこの見直しを、もうちょっと本格化してやったらいいのではないかという意見で、あまり要望は出さなかったという流れになっています。

(馬瀬会長)

よろしゅうございますか。

(関根委員)

富山大学の関根でございます。

この数年、富山県の主に認知症に関する研究等に携わってまいりまして、若干のコメントをさせていただければと思います。まず日本全体の流れとして、介護の五大要因というものがあるわけなのですが、それが国民生活基礎調査などを見ておきますと、だいぶトレンドが変わってきている。どういうふうに変ってきているかと申しますと、今までは介護の主要な第1位の原因は、脳血管障害、脳卒中だったのです。それが近年、脳卒中による介護原因がだいぶ低下してまいりまして、その代わりに増えてきたのが認知症です。

2010年代前半までは、まだ脳卒中のほうが高く認知症が少ないのですけれども、もしかするともうそろそろ交わって認知症のほうが第1位になる、そういうような勢いで認知症が増えている。介護原因の主要な要因としての認知症が今増えているという状況なので、特にこの在宅医療・訪問介護のことを考える時に、間違いなく認知症のことは避けて通れなくなるだろうという状況にきているということなのです。

それで、こういったような医療予測や福祉の予測をする時に、将来予想、将来推計というものが非常に大事な意味を持っているわけなのですが、実は国から出てくる情報は、算定式が情報によって、だいぶ異なっていることがよくあります。本日お示しいただいた認知症将来推計は、おそらく九州の久山町研究に基づく将来推計と思いますが、こちらのほうでは、年齢と性別と糖尿病の有病率、これを決定要因として大きなものとみなして、指数関数モデルを用いて将来推計を行っているものであります。

それに対して地域医療構想では、基準年の性年齢階級別の需要状況は今後も変わらないという前提で、将来予測をしています。

それぞれの算定方法には特徴があり、もし今後も性年齢階級別の需要状況が変わらないという前提でございますと、背景をある意味無視した形での将来予測なので、大きく外れる可能性もあるわけです。逆に指数関数を用いた将来予測ですと、指数関数は皆様ご存知

の通り、最初はゆっくりスタートして途中から急激に上がっていきます。ですからこれも近い将来はそれなりに予測も合うのですけれども、離れてくると急激に現実と乖離していくと、そういう可能性もあるわけです。ですので、これからの富山県の医療予測をするときに、将来推計の算定方法による振れ幅を見越した上での計画というのもしっかりと立てていく必要があると思います。

それと2番目のこととしまして、私どもが富山県の認知症の方々の症例対象研究を実施しましたところ、富山県における認知症のリスクファクターがわかってまいりました。

当然年齢というものが一番大きなリスクファクターになるのですけれども、それ以外の要因としては、糖尿病それから高血圧、心臓血管障害、脳血管障害、それからパーキンソン病、これらがいわゆる慢性疾患として認知症のリスクファクターとして上がってきているものです。

高齢期におけるこうした認知症は、高齢期というものはある意味、人生の総決算みたいなものなので、若い頃からの積み重ねが高齢期における疾病にも影響を与えると。ですから高齢期だけを審議の対象にするのではなくて、できればその背景にある、例えば慢性疾患やメタボ、こういったものをしっかりと取り扱っていくということが、在宅医療、訪問介護の需要を引き下げる、言ってみると健康寿命を伸ばすということにもつながってくるので、関係部署と連携して、この問題を取り扱っていただけると非常によろしいのではないかとこのように私は感じております。

また、認知症有病率というのは医療圏ごとでは実は格差がありまして、富山医療圏と高岡医療圏でやや低め、それに対して新川医療圏と砺波医療圏では認知症の有病率が高いという現状がございます。

それに対して医療を提供する側の医師に関して申し上げますと、富山医療圏と高岡医療圏では、認知症の治療は、内科の総合医かあるいは精神科医、特に診断に関しては精神科医が関わることが多いと思いますが、その二者の実際の医療圏ごとの人数と認知症の有病者数の関係を見ますと、新川と砺波医療圏の認知症が多いほうで、内科医や精神科医の人数はむしろ少ない。つまり同じ富山県の中でも相当、地域間の格差があります。地域ごとの重点項目というものをある程度明らかにした上で、プライオリティを決めてその後の資源の配分をしていくということが、今後求められるのではないかと思いますので、ぜひご検討いただければと思っております。

#### (馬瀬会長)

ありがとうございました。県内でも地域格差があり、資源投資を配慮して欲しいというご意見だと思います。いかがでしょうか、県としては。

#### (事務局)

おっしゃるように患者さんの状態と、県内に4つ医療圏があるわけですが、それぞれに存在する医療機関、あるいは医師数、それから専門とする医療の分野というのは必ずしも一致していない部分があります。

特に認知症については、今先生がおっしゃったとおりになっていますが、他の疾病につ

いても、やはりそういった部分が多からず、少なからずあるのかなというふうに思っています。

病院を不足している部分に建てるとか、あるいは医師を強制的にそっちに担ぐというのはなかなか難しいところはあるのですが、そこをどう考えるかというのは県としても大事なところだと思っております。地域の中で解決するのか、あるいは隣接地域との連携で解決するのかといった点については今ほどご意見を頂いていますので、これからよく考えて、また地域医療機関のほうともお話をさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願ひします。

**(馬瀬会長)**

他にございませんか。

**(高原委員)**

介護支援専門員協会の高原と申します。

新たな総合事業のことについてなのですが、県内の市町村それぞれ順々に29年度までに実行していくという流れの中で、それぞれ一生懸命やっている所、あるいは手さぐりな所もあるように見受けられますので、そういった例えば多様なサービス等が地域の中で出て行けるように、県としては支援のほうというか、リードしていただければと思います。

併せてなんですけど、介護予防でとても大事だと思うのですが、どちらかという地域作りの中で、例えば地域ケア会議の中で困ったことに対応するような会議等が、非常に多く行われているのですが、自立支援に改めて力を入れて、状態が悪くならないようにということ、より進めていただければと、そこに関しても県から各市町村にご支援等頂ければというふうに思っています。

**(馬瀬会長)**

ありがとうございます。ご要望ということで、よろしゅうございますか。

**(沢井委員)**

連合富山の沢井です。

いくつかお聞きしたいのですが、1つは現状の中で介護の取り組みの推進というのが必要なのですが、これに付随して、マンパワーにおいてはどうなっているか非常に見えにくいものですから、現行で足りているのか足りていないのか、これからどうなるか。例えば足りていないとすれば、養っていくためにどうしていくのか。増やす計画があるようですが、減っていく現状が一方であるので、介護の分野を我々から見ると、3Kと言われる非常に過酷な場で労働があるというふうに思っています。例えば一生懸命就職しても、なかなか長続きがしないという話があったり、再募集をしてもなかなか来なかったりといった背景があるのではないかなというふうに思っています。

こういう面でこれからどうしていけばよいかといったようなことを、少し出していかないと。いくら計画を立ててもそれに付随するマンパワーの部分がないと、推進出来ないこ

とになりますので、この辺を並行して出来るようお願いしたいなというふうに思っています。

あとは労働条件面とか、少しずついろいろな女性を活用してよくなっているということを行っているのですが、他の産業から見ると、本当にこれが水準的にそこをカバーするだけの魅力ある賃金体系になっているのか、こういうことについてもぜひ検討をお願いしたいと思っています。やはりこういうことに応えていかないと、人が集まってこないし、この分野で頑張っていこうというみなさんが来ないのではないかとというふうに思っていますので、この辺も合わせて検討が出来るように、お願いしていききたいなというふうに思っています。

#### (馬瀬会長)

人材確保という観点からのご意見かと思いますが、これについては国のほうの補助もあるようですが、県の取り組みとしてやっておいでのことを。

#### (事務局)

おっしゃるように介護の職については、有効求人倍率が非常に高く、要するに仕事はあるのだけど、希望して実際に勤める人が少ないという状態になっています。有効求人倍率で言うと3倍を超えているということで、人材不足感があるというのは事実でございます。

ただ一方で介護の職に就く人も、富山県について見ますと、年々増えていっているのですね。将来の介護需要を満たすための人材をどれだけ確保していくかというのが、今の課題になっていると思います。

それとおっしゃるように介護の仕事が3Kだというイメージが深く染みついている、実際に行くとそうでもない職場も結構あるわけなのですが、まず介護職に対する職場のイメージ、3Kイメージというのをどう変えていくかというのが大事だと思っております。まずそこを変えていかないと、若い人が就いても、なかなか長続きしないということになりますので、そこまでつらく3Kと言われる状態のものではないというように、既存のイメージを変えていくことが大切で、次に処遇を変えろということだと思っております。

処遇改善については国のほうでも予算がついていますし、順次処遇改善加算を取り入れるように働きかけて、社労士の方にも、キャリアパスを作って処遇改善できるようにということで、各施設に派遣するということもやっております。

あとは学校のほうの勉強している学生に奨学金を出すとか、そういうこともやっていますし、それから一旦介護の職に就いたけど離職した人を、さらにもう一度勤めていただけるようなマッチングの情報のこととか、福祉の職場説明会ということも県としては一生懸命やっているところです。

ただ一方で、それが施設側の人材の希望をすべて満たしている訳ではございませんので、今後とも皆様のご支援を頂きながら、一生懸命やっていきたいと思っております。

#### (馬瀬会長)

ご議論も尽きないようですが、そろそろ時間となりますので、本日の議事を終了したいと思います。委員の皆様には、円滑な議事進行にご協力を賜りありがとうございました。