

平成 23 年度第 1 回 富山県高齢者保健福祉計画等推進委員会

日時 平成 23 年 5 月 19 日（木）13：30～15：40

場所 富山県民会館 304 号室

開会

挨拶（飯田厚生部長）

議事

- （ 1 ） 本県の高齢者の状況と高齢者保健福祉施策の取組状況等について
- （ 2 ） 富山県高齢者保健福祉計画及び第 5 期介護保険事業支援計画について
事務局より資料 1、2 に基づき一括説明

意見交換、質疑応答

（勝田委員）

高齢者等生活実態調査報告（以下、実態調査）や富山県の実態について御報告いただいたのですが、高齢化が全国よりも 5～6 年早く進んでいるということ、このあと特に要介護者や認知症の方が増えていくということ等の数字がいろいろと出されておりますが、認知症の高齢者数は、平成 13 年に県が実態調査をされた 65 歳以上の 8.8% という数字で現在も計算をなさっているのでしょうか。その後、何かほかの調査をなさっているということはないのでしょうか。

（事務局）

国が平成 15 年ぐらいに実態調査をしまして、その中で、大雑把ですが、要介護・要支援高齢者の約半数ぐらいが認知症であるという結果が出ております。都道府県別等に細かく出したデータがないものですから、今のところは概ね要介護高齢者の半分と想定しております。

（勝田委員）

そうしますと、資料 1 では、65 歳以上の方が平成 27 年には約 32 万人ということで、単純に 8.8% をかけますと 2 万 8 千人ですし、平成 37 年になりますと、約 2 万 9 千人ぐらいと県内でも認知症の方が増えていく中で、やはり認知症対策を重点的に進めていく第 5 期計画であってほしいというふうに願っています。そういう点では、何も富山県だけが特殊ではなくて、ここに全国の認知症の推計が出ておりますけれども、少なめの数字だなと。この数字は自立度 以上の方ですので、実際には軽度の方がもっとたくさんいらっしゃるのではないかというふうに日頃から思っております。そういう中で、第 5 期計画を立てていくのですけれども、参考資料 1 の昨年の委員会の主な発言の中の下から 3 つ目なのです

けれども、今後1番重点的にやっていく地域包括ケアについて、考え方はとてもいいのだけれども、この受け皿がどうなっていくのかということ、この時も申し上げました。これに携わっておられる委員もおられますので、今後詳しいことをお聞きできるチャンスがあるかと思いますが、厚生労働省の社会保障審議会介護給付費分科会でも、この地域包括ケアをどうするのかという、各方面からのいろいろな意見が出ております。今部会に出されてくるものを見ておりますと、来年の改正ではならざるを得ないのかなというふうにも思いますが、特に要支援1・2を介護保険から外す、その受け皿は、地域支援事業だと。ですから、第5期計画の中では、富山県ではこの地域支援事業をどのようにやっていくのか。それを目に見えるような形で県民にも提示をしていかなければならないのではないかなと。もちろん私たちは、要支援を介護保険から外すということには反対しておりますけれども、将来的にどうなるのかという懸念はずいぶん持っております。もしどちらかが選べるとなったら、これは市町村や県が決めることですので、それをきちんと十分にやらなかったら、受け皿ができるのかという懸念がございます。それから、実態調査の中で、特に高齢者の方々の中や、それから、40歳以上の方の中でも、地域での助け合いがとても上位に上がってきております。ただ、その地域での助け合いというのは、誰がどんなふうにして地域で支え合いができるのだろう。誰が責任を持つのだろう。今までだと、公的な部分がしっかりあるからこそ、地域の人たちが有効に支えられたと思うのですが、それがもし、公的な部分がなくなって、それで地域で助け合いをなささいと言われた時に、家族の形が変化し一人暮らしがものすごく増えてきておりますので、実態として、誰が誰をどのように支えるのかということが見えない。これは何も富山県に限ったことではないのですが、第5期計画では、やはりそれが見える形にしていくことがとても大切なのではないかなということを思っております。実際に担う方々がどのような形で、この地域包括ケアをなさるのか。地域包括ケアの受け皿として、24時間365日の体制を誰がどのように引き受けるのか、なかなかイメージできない。ここに絵に描いてありますけれども、ヘルパーさんと訪問看護の方が対になって回るということも聞いておりますけれども、本当にそれができるのかなと。なかなか描けない実態が見えてきます。特に、重度の認知症で一人暮らしの方たちにとって、これが本当に有効なのかなと心配もしております。そういう点から、見えるような形で地域支援事業をどう構築していくのかということと、24時間をどのような受け皿でやっていくのかということ、第5期計画に見えるように是非作り上げていきたいものだというふうに思っております。

(高橋委員)

むしろ事務局に質問をさせていただきたいのですが、1つは、厚生労働省老健局がやっている日常生活圏域ニーズ調査について、富山県下では試行事業をやっているのでしょうか。そして、それがもし成果が上がっているとしたら、そういうものは相当、県の計画にも反映できるのではないかなというふうに思うので、状況を伺いたいことと、地域包括ケアと若干関係がありますが、先ほどの実態調査を拝見していて、小規模多機能型居宅介護に対して相当評価が高いのですね。どういうふうにそれを県としてお読みになっているのかを伺いたい。たぶんほかの県でやったらこんなに小規模多機能型が出てこないの、これはなぜか、どういうふうに解釈をしておられるかを是非教えていただきたい。それからも

う1つは、これはこれからの市町村との協議の問題で深く関わりますし、これは介護給付費分科会の行方とも深く関係しておりますが、富山県は資料1の24ページの表を見ると施設サービス給付費が日本一。徳島と1、2を争っているのですね。これをどうするかという議論は、私は相当深刻だと思っています。というのは、次期第5期介護保険計画では療養病床の廃止が6年延期になりましたから、その給付費が相当上積みされます。それから、いろいろな形で整理しきれなかったものが相当上積みされます。そして、御承知のような財政状況で、富山県も決して県の財政がいいわけではなく、相当財源上の制約があります。第5期は今までの中では、震災の問題もさることながら、もともとそれがなくても大変厳しい改定です。介護職員の処遇改善まで積み上げますと、恐らく大変難しい。逆に言うと、今度の介護給付費分科会の議論は、相当血が出る議論をせざるを得ないというふうに思っています。そういうことを含めて、是非、市町村がどういう考え方でやっているのか。それは県の考え方、市町村の考え方、相互に議論を出し合いながらというのが今までの県レベルでの計画の作り方とは、今回は大きく状況が違う。とりわけ地域包括ケアということになれば、保健所の機能がものすごく重要になりますから、そんなことも含めた質問とちょっと意見もございしますが、とりわけ質問の部分を是非教えていただけたら、大変ありがたいと思います。

(事務局)

まず1点目のニーズ調査の関係でございますが、富山県では平成22年に砺波市で実施しております。その状況を各市町村にもお伝えして、それも受けまして、試行事業のニーズ調査と同じ形で実施するというところは多くないのですけれども、県下9保険者で、ニーズ調査を実施または今後実施を予定しております。2点目の実態調査の件でございますが、小規模多機能が多かったというのは、実は我々もちょっとおかしい、どうなっているのだろうなということで頭をかしげているところでございます。

(惣万委員)

地域包括支援センターを知らない人が50%以上いるのにも関わらず、小規模多機能型居宅介護(以下、「小規模多機能型」という。)がこれほど理解されているとは思えません。ただ、例えば富山型デイサービスをやっているところも、小規模多機能型という言葉を使っているところも多いのです。だから、富山型も含めて小規模多機能型も入っているこのアンケートの正確さがちょっとわからないなと思います。地域包括もわからないのに、なんで小規模多機能型にこんなに理解があるのか、私は信じられません。

(事務局)

アンケート調査票の本体は報告書の134ページに載せておりますが、「小規模多機能型」とだけ記載してわかりにくいものですから、「泊まり、通い、訪問一体型サービス」と補足していますので、ある程度イメージを持った上で回答いただいたのかなと考えております。それと、話が違うのかもしれないけれども、例えば施設入所待機者数が非常に多い中で、実態調査では施設サービスへの要望がそんなに大きくありませんでした。これは反省点になるのですが、調査票の選択肢に「施設におけるサービス」というふうにしたことで、

施設整備とか施設を増やすとかというイメージを持たれなかったのかもしれませんが。このようなこともあり、この辺り数字をそのまま受け取るのはなかなか難しい部分があるのかなというふうに思っております。

(勝田委員)

小規模多機能型には第三者評価で何か所か伺ったのですが、実は、使われ方は通いが圧倒的に多いのですね。本来ならば、通いと訪問と泊まりがバランスよく提供されるはずなのに、実は通いが1か月25回とか、それこそ30日に近いような使われ方をされているのです。いいか悪いかは別としてですね。ですから、普通のデイサービスを使うと、週何回かとか、同じところをなかなか使えなかったりするのですが、小規模多機能型はなじみの地域の中で、毎日通えるということが、ものすごく評判がいいのです。逆に、そこの方々は、本当は25人定員いっぱい受け入れたいのに、利用回数が多い方がおられると、今のスタッフでは20人が限度で、もう泣きたいような思いをしておられる。最初は、利用者がなかなか集まらなかったそうです。小規模多機能型が何かわからなくて。だから「毎日でも使えますよ」というPRをなされたそうなのですが、そうすると、使い始めると特に家族がお勤めをされている方にとっては、普通のデイだと、週何回かしか使えずおうちにいる日があるのに、小規模多機能型は便利だと。金額も一定なものですから。そして、そこを利用しておられる方々は、とてももう極楽だっているというふうな言い方をされているのです。毎日来ておいしいものを食べられて、お風呂も入れて。国の制度で25人という制約の中で、そういう使われ方をしているから、普通のデイだといろいろ規制があるのに、ここは気に入れば、本当にいいという評価をされていました。ひょっとしたらそういう数字がここに出てきているのではないかなと。ここで言う話ではないかもしれませんが、県の方がどうしてここが1位になるのかわからないとおっしゃった理由の1つには、そういう使われ方があるという実態があるのではないかと思います。

(山田委員)

私も小規模多機能型を始めて3年目になります。最初本当に心配していたのですが、今満室というか、来ている方に、夕方送って行くよと言ったら、逆に帰りたくないと言うぐらい、とても気に入ってくださっているという話を聞いております。農家の一軒家を使っているせいもありまして、畑へ出たり庭へ行ったり、そういう生活のスタイルが利用される方に安心感を与えているのではないかなというふうに思います。

(高橋委員)

私が質問した意図も含めてちょっと申し上げますと、やはり中身を知らなくても、こういう言葉にものすごく反応してくださるといふことの意味をどれだけ読むかというのがものすごく重要なのです。要するに、地域で利用し勝手のいいサービスがあればできるだけ地域でいたいのだという意思表示だというふうにお読みになるべきで、わからないというのはちょっと困るのであります。是非そういうことを含めて、その場合になぜそうなのかという議論を掘り下げていただくと。施設給付費が非常に高い富山県ですが、これから施設はもっとレベルアップしていただかないと困ると思っています。具体的に4人部屋はや

める。個室転換する。これは基本です。それは逆に言うと、地域で、できるだけ支える仕掛けを作る。これは財政制約があることを承知です。6年後の療養病床の廃止は、私は、療養病床がなくなるということではなくて、施設体系の意味を相当変えざるを得なくなるということだと思いますから、6年というのはいぶ先なのだけど、実はいぶ先ではないのです。富山の資源やそういうことの状態を見て、できるだけこれから発生するであろう要介護の方々はなんとか地域で生活をしていただけるような基盤整備をしておかないと、これ施設はいくら作っても足りません。病院も含めて。人材的にもそうですし。それは認知症対策の話もそうなので、地域で早期発見をしてきちんと対応する仕掛け、これはドクターの専門領域の仕事はきちんとしていただかなければ困るけれども、しかし、どうも先進的な地域の認知症専門のドクターは、医療だけでは無理だ、むしろ介護が主役になるというふうにおっしゃっています。そういうことを含めたそれが小規模多機能型というのは、まさにそういう本来のグループホーム、今は1・2の報酬が高いおかげで軽度者しか入れないグループホームが多いのですが、本来のグループホームならそういうことと言えば、本来どうだったか、それから、先ほどやっていただいたように、市町村でかなりきめ細かなニーズ調査をやっていただいているので、そういうことを含めて、県の施策としてどういうふうに市町村・保険者に、基本的メッセージをどう送るか。それから事業者の皆さん方にどうメッセージを送るかということ、少し臍を固めて議論していただく必要があるのではないか。とにかく、金がなくなるということ。それから、金がなくなるというのはどういう意味かということ、大事な保険料と税金でいただいている介護費用をどういうふうに分かち合うのが一番いいのかということ、少し考え直す。これからの6年を見通しての3年というふうに思いますが、是非そこら辺の作業を事務方で闊達な議論を是非していただきたいというふうに思います。これは希望でございます。

(中山委員)

国の法改正では、大きな目標として、包括的なものという方向で行く。それから、24時間対応型サービスで、絶え間ない不安や不都合さに対応してもらえるということが具体的になるという方向で行く。その規模は小さいものである、要は顔の見える、すぐ駆けつけられる距離で見て行くというのは、もうそういう方向にあるということなのですが、これは現場にいて、やはり1番皆さんが望んでいることだろうというふうに思っています。できるだけ小さな規模の中で、どんなことに対しても対応してもらえるのであれば、このまま自分の今いる地域で暮らせるのではないかといいように皆さん思っていて、そうした安心がほしい、具体的なサービスなり医療ケアが欲しいということだろうと思うのです。ただ、国がそういう方針で進み、県で方針を立て、実際に実施するのは市町村・保険者レベルであるということで、そこが具体的につながっているのかどうか。それぞれが、こんな立派な政策を掲げたとしても、現場に丸投げされると本当に困るのは実際の利用者やサービスを提供する側です。そこが1番懸念されているところです。

先ほどの実態調査は五十何パーセントの回収でした。アンケートというものはそういうもので、それをたたき台にしていくのですが、ただ、現場で関わっている人間から見ると、答えられなかった四十数パーセントが気になってしまうのです。しっかりと答えを出せる、返事ができるという方たちの訴えはここに出てくるわけですが、例えば答えられない、ま

たは、返事として出す術がない、そういった人たちの実態を誰がどう読み取っていくのかというのも、とても気になることです。返事をくれた方たちの要望は、こういうことを望んでいるというのは数字として読み取っていただけると思うのですが、何割の方がこういったことが不安だとかという設問を読み取るときには、あれっという思いをしながら先ほどの説明を聞いておりました。それが具体的につかめるのは、やはり地域の中だと思うのですね。それで、そこで本当にきめ細やかなニーズをどれだけ把握して、それに対応できるか。国から下ろされていくのではなくて、地域の中で何が必要で、何ができるだろうかということ逆を逆に上げられ、それを県でも受け入れていくような計画であってほしいというようなことを思っております。

（高原委員）

日常生活圏域ニーズ調査で地域のニーズをしっかりと吸い上げるということ、調査をしっかりとやるのが、まず第一歩であり、大事なことなのだろうと思うのです。地域包括にいて常々思うのですが、例えば日常生活圏域って言葉がよく出てくるのですが、地域の住民の皆さんとか、あるいは関係者のものでも、どこが日常生活圏域なのか、ぴんと来ないような部分もあるのです。例えば、富山市は広いですが、その中でも日常生活圏域を作って、その地域ごとに、ニーズに対応した基盤を作っていくということなのであれば、そういったものを何か住民の皆さんもイメージできるようなことも必要なのではないかなという思いをしているところです。

（惣万委員）

資料1の24ページのこの表がいつも気になるのですが。富山県はやはり施設サービスが1番多くて、結局在宅サービスがかなり低いのですよね。10年前に、確か沖縄県、高知県、富山県が、この富山県のこの範囲に入っていたと思うのです。それが今10年経った時に、沖縄県がかなりいい位置にきましたよね。施設整備もこれだけ行ったし、在宅もかなり増えましたのね。私は青森県みたいのが一番いいと思っているのですが。ですから、沖縄県がどうして施設サービスが重点的だったのに、ここまで票を伸ばしたのか。これをまた分析した方がいいのではないかなと。見習うところがあるのではないかなと思っています。

それと、実態調査ですが、何を言いたかった、何を分析したかったアンケートなのか私にはよくわかりません。ただ、富山型が出てきた、うれしいなと思っただけです。もうちょっと分析とか、何をどう言いたいのか、何をこうやって議論するのか、どうやって政策に結びついていくのかということがわからない。それから、富山市の保険料が4,700円程度ですが、5,000円以上にならないように国も指導しているせいか、全国でよく4千9百何十円とかで絞っていますけど、5,000円になってもいいのですよ。富山はあまりそれにこだわらないで、もっとサービスを増やしていったほうがいい。結局は、施設サービスはこれ以上減らすことはできないのですよ。あと増やすことはできるのは、地域密着型とか在宅サービスなのです。ということは、介護保険料が上がって、5,000円以上になるということです。その枠を富山市でも富山県のどこかでもいいから、もう思い切ってやったほうが、ある意味では沖縄みたいないい位置に行くのではないかなと思っています。

(岩城会長)

負担とサービスというのは非常にバランスが大事で、負担が少なければ少ないほどいいというのは事実でございますが、これだけ認知症が増えてくる、老人の比率も増えてくる。そうすると、否応なしでもこの保険料というのは上がってくるだろうとは思いますが、ただ、やはり保険料が増えるだけでサービスが全然伴わなければ、これ何の意味もないので、逆に今言われたようにサービスがある程度向上してきて、それに対して保険料が少し、若干増えてくるというのはやむを得ないのかなと私自身は感じていますが、何かこの点につきましてご意見はありますか。

(高橋委員)

介護保険というのは社会保険ですから、基本的に保険料とサービス費用はリンクしているのです。保険料が高くなるということは、サービス費用が上昇するから高くなるのです。ということは、先ほど仰ったように、サービスが充実すればするほど保険料は高くなるのです。そういう仕掛けになっていますから、保険料が高くなる一方サービスがなくなるとい議論はむしろちょっと誤解を招く表現で、これは是非県の皆さんにも是非心していただきたいのですが、サービス費用と保険料は御承知のように1号被保険者への保険料は今回は確か、20%で計算しると出ると思いますが、はじめは17%から始まる。保険料はそういうふうに決まっていますから、保険料はどうするかというのは、実は結果論なのです。要するに、これからどういうサービスを整備するかによって保険料はそこに上がってくるという、そういう構造になっていますので、サービスが不十分だから、保険料が高くなってサービスが不十分ということは、原理的にありえない。ただ問題は、その同じ保険料というのでまかなわれるサービスが、やっぱり市民なり県民の満足度と関係してどうなるのかというのは、相当厳しい議論にこれからなっていくます。無尊厳高コストサービスの現実でございますが、尊厳がなくて、4人部屋、6人部屋で生活をしている人を高コストでやるという話はたぶんないだろうと。ただ、短期ならばそれはあるかもしれない。病院でも3か月以内の場合は4人部屋もあるわけです。それから、1,500日4人部屋というのはないのではないかとというのは、これ老施協の代表の方がいらっしゃるから反論していただきたいのですが、そういうことを含めて、50%が地域で生活したいという、そういうためにサービスをどういう形で資金を配分するかという中で決まってくる。そういうふうに考えております。やはり負担なしにはサービスの充実はあり得ないというのは保険の原則でございます。負担なしでサービスを充実させるということは、逆に言うと、将来私たちの子どもや孫たちに借金を全部放り投げるという、先行する世代として子どもや孫たちに無責任なことをするというところに今の財政構造ではなっています、ということをお考え方の基礎としてコメントさせていただきます。

(笠島委員)

県に聞きたいのですが、実態調査のアンケートの取り方は、先ほど言われたように、何か偏りすぎていませんか。住民の方が安心して生活できるためには、急変時の対応をし

てくれるかどうか、それが1番ではないでしょうか。それから、医療があまり書いていないのですが、急変時になっても医療は介護と関係ないのですかね。ほかのアンケートを見ますと、自宅中心だけれど臨機応変に病院や施設へ行って過ごしたいという人も、4割～5割ほどおられますけど、あくまでも自宅1本でいくというのは1割だけというアンケートもあります。もし急変した時の医療というのはどうするかという担保がないとなかなか自宅や地域で安心して暮らしていくのは難しいのではないのでしょうか。その辺のことが、アンケートの取り方ではどうもはっきりわかりません。あまり自宅ですっとおられますと、介護施設の介護士がかえって後悔したりすることもありますね。だから、自宅で住みたいというのは当たり前でわかっていますけれども、どんなことが起こるかわかりません。地域包括ケアの要旨というのは、医療が必要な時はすんなり医療が受けられるような、結構医療が入っている要素をイメージしていたのですが、今の話だと、もう医療は全く抜きのような感じがして、どうも私には理解できません。

（高橋委員）

地域包括ケアも医療を非常に重視しています。とりわけ、在宅療養支援診療所ができていますし、24時間体制のスキームは医療改革でも入っているわけですから。特養のようなやり方ではなくて、むしろ医療を外付けにすべきだという議論は相当ございますので、過剰な医療は不必要ですが、必要な医療をどう届けるかという体制は地域包括ケアの要でありますし、南砺市では地域包括ケアの大変努力をされているというふうに伺っております。そのキーは南砺市民病院というふうに伺っておりますので、医療は非常に重要な役割を果たしているということは前提でございます。ただそれは、在宅できちんと医療が届けられる、必要な場合は急性期の場合は処置をするということで、急性期病院もバックヤードで必要ですし、そういうことを含めた医療の在り方も、介護の在り方と同時にこれからの時代を見通すと変わってくるだろうと思っております。

（事務局）

今回の実態調査は、高齢者の生活実態、特に介護の関係を非常に重点に置いたと言いますか、ほとんどそればかりで、医療については「どのような病気をお持ちですか」というぐらいしか聞いていないような調査でしたので、そういう医療面での切り口は、今後また勉強していきたいと考えております。

（南委員）

大きな計画はどういうふうにするかというのはよくわからないのですが、最近東京で講演したことがあるのですが、その時、認知症の話をしたのです。そこに参加した東京の保健師さんが、自分の地域で孤独死がでるともうびっくりして本当に震えるぐらいに怖いというのです。そう聞いた時、なぜその孤独死が怖いのかなと。その時思ったのは、南砺市での調査では今現在もそうなのですから、一人暮らしの高齢者で障害を持っていて要介護2・3の人でも、ほぼ全員がうちに帰りたいと言います。さみしくないかと聞いても、家族が心配だと言っても帰りたいと言うのです、みんな。不思議なぐらいに。そ

んなことを考えれば、さみしさというか孤独よりもやはり思い出のある空間とか、いろいろなじみの人たちとか、そういうふうなものがやっぱり高齢者にとってすごく大切なのかなと、特に障害を持ったり、認知症を持っている人たちというのはキャパシティが低いですから、そうなのだなと思っています。ですから、頑張ってきてきた人、頑張ってきて地域を作ってきた人たちが、最後自分の思いが達成できるように支援をするのは我々医療者側の務めかなと、これを基本的な認識としてやっています。その時、どうしたらいいのか。孤独死と言われるけれども、さみしくてもそこにいたいのであれば、1番キーとなるのはやはり介護だと思います。1日に何回かちゃんとしたプロが行ってサポートする。そして、週に何回か、訪問看護、それから医師が行く。それから先ほどのお話に出てきた買い物とかごみ出しとか、それを地域の人たちがどういうふうにするのかというのが、南砺市ではイメージができます。富山だったら、ケアネットを使えばいい。そして最後に悪くなれば南砺市では必ず病院が引き受けるわけです。どんなことがあっても、絶対に断りません。かかりつけ医から頼まれたら100%受け入れます。それでもどうしてもだめな時にはうちに医師が行って看取りをする。こうすれば、何も難しくはないですよ。もちろん施設も最後のよりどころですからすごく大事だと思います。先ほどどういうイメージがよくわからないと言われましたが、南砺市ではそういうイメージを持てるのです。例えば、皮膚の清潔とかいうのは、訪問入浴なのかな、それともデイサービス1回か2回行って風呂に入ったほうがいいのかとか、そういうイメージを持ちます。ですから、基本的には高齢者のニーズをちゃんと捉えて、家族に犠牲にならないようなそういうサービスをきちんと地域で作るというプロの思いと努力が大切かなとそういうふうに思います。

(惣万委員)

孤立死とか孤独死ってマスコミが騒ぎすぎだと思います、私。「選択死」で、その人が選択して死んでいったって、とってもいいと思う。亡くなって1週間後、2週間後の発見はもちろんだめですけど、何時間後、1日後ぐらいだったら、そういう死に方がいっぱい出てくると思います。それは、選択死で、その人が選んだ死の仕方なのだとこれからマスコミもそんな書き方をしなければいけないのではないかなと。私、大原麗子さんが亡くなった時にそう思いました。あの人はそう選んだのではないかなと思います。

(南委員)

1人暮らしでもそういうふうに見守られたらば、孤独死という名前ではなくて「満足死」だったのだと、マスコミにもみんなにも受け取ってほしい。1人でそこにいたくて、それを支援する思いのある介護の人たちとか地域の人たちが来て、お医者さんが来て最後看取りをして、そしてそこで終われるわけでしょう。自分がそうなるかどうかは別にして、私は最後の時には一人よりも横に女房がいてほしいと思うのですが、でも、1人だったらそれでもいいのかなと。これを孤独死と言われるのは、ちょっとおかしいじゃないと東京の保健師に言ったら、マスコミに言われるとやはりきついのだそうです。それから、議員さんもきついのだそうです。だから、そういう死者が出るとものすごく怖いのだそうです。

(惣万委員)

家族がいても、何時間後に発見とか、次の日発見ってあるのだから、そういうのも孤立死と言うのなら、孤立死はどんどん増えてくると思う。

これとちょっと違うのですが、在宅を支えるということで、ショートステイが全然出ていないのだけど、例えばショートで、介護している人が熱が出たとか、怪我をした、救急車で運ばれた。では、認知症のおばあちゃんとか、精神病の障害者の方とか、障害を持っている自閉で多動の子たちをどうするかといった時に、緊急ではないというのですよね、介護する人が救急車で運ばれても。では、どういう場合を緊急と言うのかといたら、地震とか災害、または暴力というのです。これでは、私たちは在宅の人を支えられないのです。それを緊急として認めてほしいなと思います。では、どうしたらいいのですかと言ったら、空きショートを探せと言うのです。空きショートを探して、探して、結局は見つからない。やっと見つかったと思ったら、初めてうちを利用するのはだめですと言うのです。確かにその気持ちもわかるのです。初めて見る人を泊まらせても自信がないわけです。それなのに、いつも通っているショートがちょっと定員1人オーバーするけれど、見ると言っているのにだめだと言う。そして、在宅を推進って片いっぽうでは言う。富山にいつそんな震度6の地震が来るのですか。そんな暴力だって、女性相談センター1か所だけでしかないところでしょう。よくあるのはだいたい、介護者が風邪で倒れたり、救急車で運ばれる場合なわけですよ。そういう時も緊急として認めてほしいと思います。

(岩城会長)

今の意見は非常に貴重な意見で、やはりこういうショートステイで何かあった時にはどうするかというのは、やはり心配の種だろうと思います。ですから、医療というものがこのアンケートにあまり入っていないという意見もございましたが、確かに医療というのは、どうしても介護についてくるもので、それは是非必要だろうと思いますし、第5期計画の時には、その件も含めていただければと思います。人材養成の観点からは、何かございますか。

(宮田委員)

人材養成の立場で言いますと、心配なのはやはり人材の確保と言いますか、特に今、介護士の職務が拡大し、吸痰など医療行為が入ってきますので、ますます高い資質を持った人材が必要なのですが、現実的には非常に厳しい状況にあります。全国的にも全体でこの1年間で入学者が減ってきています。かつては全体で2万3千人あまりいたのですが、今は2万人すれすれになっております。それから、富山県内にしましても、直近のデータで見ますと190名の短大、専門学校の定員があるのですが、新1年生は144名という状況ですので、76%しか埋まっていない。しかも、その中の高校新卒者は95名ということですから、非常に恐ろしい状況になっています。かつては高校新卒者だけで240~250名がいたのですが、毎年このように高校生がなかなか増えない、むしろ減ってきているということの中で、もちろん県とタイアップしながらいろいろな事業を展開させていただいているのですが、なかなか食い止められないというのが1つございます。今年度は養成校が協力をしながら、高校の家庭科の先生、あるいは福祉系の先生たちともっと情報共有をしながら、

若い人たちのすそ野を広げるような活動ができないだろうかというふうなことに取り組もうと思っております。ここ2～3年間は、いわゆる労働サイドの委託訓練生ですとか、雇用プログラム関連の方たちも入ってきていたのですが、今年はやはり昨年よりも減っているということでありまして、昨年、委託訓練や雇用関係の入学生が76名いたのですが、今年は40名ということで半減にしておりますので、このままいきますと、経済の動向はわかりませんが、ますます尻すぼみということになりまして、そういう量的な面でまず1つ、大変大きな課題があるのではないかと。ますます在宅ですとか、医療的な行為も入ってきますと、やはりきちんとした専門教育を受けた人材がもっと増えていくということが必要だと思っておりますので、この辺での展望がどうしたら切り拓けるのかということをご心配しております。

それからもう1つは、これは養成の問題とは特に関係はないのですが、介護サービスに対する苦情ですね。これも制度ができてから12～13年経つのですが、また原点に戻ると言いますか、本当に利用者本位なのかどうかという原点のところはどうも危うくなってきてしまっていて、サービスの供給主体が多様化するにしたがって、いわゆる事業者、サービス提供サイドの倫理性と言いますか、ちょっときつい言い方になるかもしれませんが、原点のところは少しおろそかになっているのではないかと。匿名の苦情が非常に多いのです。これはもし名前を明かすと、当然「もうあなたはいいですよ、ほかにお客さんいっぱいいますから」というふうなことを恐れてしまって、匿名でしか出せないというところがありまして、たぶん氷山の一角だと思っております。かなり基本的なところでそういう苦情、あるいは心配が出てきています。それから、内部通報ではないのですが、働いている人たちの中からもそういう懸念、もっと突っ込んで言いますと、実習生の中からも、そういう懸念も出てきておりまして、もう1度初心に立ち返ろうではないかという倫理性、規範性という抽象的な問題ではあるのですが、ここはやはり忘れてはいけないのではないかなと思っております。

ですから、量の問題と質の問題と、両方ともますますこれ正念場ではないかなと思っております。毎年この会議や人材確保の会議に出るのですが、やはり看護や医療サイドにならって、もうちょっと何かできないだろうかと。総がかりで、みんな一緒になって何かやっていかないと、それこそ先行きは本当に空恐ろしい現実が待っているのではないかなと思っております。

(中川委員)

高齢者といっても本当に様々だと思っております。一人暮らしでありまして、例えばボランティアなんかに出てきていただきますと、本当に80いくつになりました方が元気で、若い人を指導しておられる。非常にうらやましいと思うほど健康でございます。かたや、介護が必要な人は、我が家でも1人見ておりますけれども、まだ80にもならないのに、認知症が入りますと、もう日がな1日何もせず座りっぱなしと。できるだけ、こういうふうにはしたくないなと思って、いかにして動かすかということをご苦心しているのですけれども、第5期の重点課題項目に「元気な高齢者の活躍の場の拡大」というのが入っております。これは言葉としていつも入っているのですけれども、このことについて、ではこういうことをしたいからと言って、だんだん予算がないから削られていく状況が最近ご

ざいます。そういうふうなものにもう少しお金をかけていただきまして、健康づくりのために何がいいのか、家の中に引きこもっている人を外に出すためにどうすればいいのかというふうなことに取り組んでいただきたいと思います。滑川では、ふれあいサロンを31か所ほど設けておりまして、町内の方々が非常に苦心して、月に1・2回ですけれども、できるだけ高齢者を外へ引っ張り出そうというふうな試みもございます。こういうふうなものでもう少し何かないものかと思っている次第です。今度の東日本大震災で物資を集めさせていただきましたが、その時3日間、ボランティアで多くの人に出していただきました。こういうものも1つのきっかけになって、またボランティアやろうかという雰囲気が出てきたな、非常にいいことだなと思っておりますので、是非この辺のところにも力を入れて、何か書いていただけるとありがたいなと思っております。

それから、先ほど出ましたけど、ショートステイの意味づけが何かおかしいのではないかと申し込むには3か月前でないと申し込めませんし、緊急なのですよと言っても、それは緊急ですかと言われるので、非常に困ることが多くございます。その辺のところを、うちは定員枠が小さいので、ほかの施設なら空いているかもしれません、と受け入れ施設もおっしゃいます。だけど、日頃使っていないところへポンとショートで入れるのもいかなものかと家族は思いますので、その辺もうちょっと流動性があるような受け入れ方ってないものかなということで、2点話をさせていただきました。

(岩城会長)

どうもありがとうございました。御発言が尽きないようございしますが、時間が参りましたので、これで質疑を打ち切りにいたしますが、皆様方からいただきました意見を踏まえまして、事務局におきまして、本当に重点課題、項目については、整理していただきまして、次の会議の時には、これを中心にまた検討を進めていきたいと思っておりますので、また御協力よろしくお願ひしたいと思ひます。

大川委員より、災害時の高齢者対策について、資料3に基づき情報提供及び提案

会長から、意見等があればファックス等で事務局に連絡することを委員に依頼された。

事務局より、今後のスケジュールとして、資料2に基づき、次回の会議を10月頃開催していることなどを説明

閉会