

## 平成 23 年度第 4 回富山県高齢者保健福祉計画等推進委員会

日時：平成 24 年 3 月 26 日（月）

13：00～15：00

場所：県民会館 8 階キャッスル

○ 開会

○ 挨拶（飯田厚生部長）

○ 議事

（1）「富山県高齢者保健福祉計画・第 5 期介護保険事業支援計画（案）」について

●事務局より資料 1～5 に基づき一括説明

●意見交換、質疑応答

（岩城会長）

事務局から説明がございましたが、今回は、計画策定に関して最終の委員会になりますので、全委員の皆様から順に計画案についてのご意見やご質問をいただきたい後、ディスカッションしたいと思いますので、どうかよろしく願いいたします。

（稲垣委員）

計画書を読ませていただきましたところでは、今回の介護報酬改定、それから介護保険制度そのものの見直しに伴う変更点などいろいろありましたけれども、ほぼその全てが盛り込まれているのかと思っております。老人福祉施設、特に特別養護老人ホームの見直しがどうなるのかと一番関心があったわけでございますけれども、今回につきましては皆様方もご存じのように施設サービスから在宅サービスの方へのシフトということが強く打ち出されたところでございます。私どもといたしましては、以前の「措置」の時代、それからその後介護保険制度がスタートしてこれまでの状況を踏まえて、できればある程度の線をそのまま残しながら、介護報酬改定を検討していただけるのではないかと感じておりましたけれども、国の方からは、在宅サービスの方へのシフトということが強く出されたわけでございます。私ども自身、これまでもその方向で、例えば特別養護老人ホームでは要介護度 4、5 の重度の方を出来るだけ多くという方向でやっていたと思っていたわけでございますが、実はまだまだ施設によっては受け止め方に温度差がございまして、やっているところ、なかなかそこまでいっていないところと、いろいろありましたけれども、今回のこの計画ではっきり書かれたことによりまして、かえって私ども老協協の立場としては、各施設の方へ、そういう方向への取組みというものを本当に真剣に考えて欲しい、と。そ

ういう点ではこの計画の方向については、これでよいのではないかと考えております。

そういう中で、特別養護老人ホームのこれからの方向につきましては、この計画でも記載がありますし、国の方でも強く打ち出しておりますが、重度者の入所、それから看取りが、やはり一番中心になっていくのかなと考えております。それと同時に、特養もこれまでのような流れの中で継続的に行うというのではなくて、これから先を考えた場合、老人福祉施設、特に特別養護老人ホームはどう生き残っていくか、そういうことも真剣に考えて、実施していく段階に入ってきているなど受け止めております。そういう点ではむしろ今回よりも、この次の3年後の 때가、本当に一番重要な時期になってくるのかなという感じで受け止めております。以上でございます。

(大和委員)

施設の方から在宅の方にシフトが置かれているという計画で、基本的には非常に良いかなと考えております。

それで、地域でのインフォーマルなサービスの充実にむけていろいろ支援していくと出ています。特に認知症の方が在宅で住まわれている場合、日中はデイサービス等に行き夕暮れの時間帯だけ徘徊があるというようなことが多いのですが、その時間帯に地域グループの高齢者の見守りを活用したいというふうにケアプランにインフォーマルサービスとして位置付けるのですが、実際は、ボランティアなので毎日確実にいるということは約束できないので、「毎日夕方みる」と義務づけてケアプランに記載するのは非常に難しい状況にあるかと思うのです。その辺も含めて、もう少し地域でのサービス体制について、皆さんのご意見もお聞かせいただきたいと思っております。

(笠島委員)

私のところが関係する介護老人保健施設に関しては、今度の介護報酬改正で、在宅を一生懸命やっている「在宅強化・在宅支援型の老健」と「従来型老健」と報酬が分かれまして。県の計画にあるとおり、施設から在宅への方針が、より色濃く反映されたものと思っております。やはり、それに対して対応していかなければ駄目だと思ひまして、「老健は在宅復帰施設である」ということを明確に打ち出して在宅復帰率を上げるように努力したいと思ひますし、一方では大規模多機能施設でもございますので、ターミナルケアやリハビリ、認知症対応の充実といったことをきっちりやって、いろんな対応をしていく必要があると思ひますね。先ほどの説明では、介護老人保健施設は飛ばされたのですが、ちょっとだけ増えるということが書いてあります。38床程度ですから、新規施設ではないと思ひますが、その辺についても詳細がわかれば、説明していただきたいと思ひます。

それから、我々の法人内でもいろいろ話題になっていますので、ちょっと意見を申し上げますと、計画ではグループホームの新規整備が相当見込まれるということですが、前回もお話したように、やはり良質なグループホームではなくては駄目だと思ひます。道路に面しているような環境のホームや、さらに言うと、一見したところ入所したらより認知症がひどくなるんじゃないかと思われるようなグループホームが新しく作られているのが目立つように思ひます。その辺に関して、県のご指導で、きちんとした良質なものを作って、第

三者評価だけに留まらず、新規でありひどいグループホームは許可しないなどの措置等をお願いしたいと思います。

それから、小規模多機能型施設と訪問看護の「複合型サービス」が新設され5ヶ所ほどできるとあります。我々も一応考えてはいるんですけども、今までの小規模多機能型は、折角地域に密着して、認知症の方を中心に、結構歩ける方というか、比較的介護度の低い人が利用していたのが、今度そこに訪問看護がくっつきますと、今までの小規模多機能型とイメージが違ってくると思います。本当に良質なものができるかどうかわかりませんが、将来的には重度の人も受け入れられるような、重度の人も地域で安心して暮らせるような小規模多機能型施設にしたいとは思いますが、ちょっと戸惑いはあります。

もう一つは、訪問リハビリテーションと訪問介護ですね。それらが合同でカンファレンスすると加算がつく、という報酬改定がありました。確かに訪問介護だけやっても、住宅改修等を含めたアドバイスが充分でないことが多いかもしれませんから、私らの方も訪問リハビリを行っておりますので、訪問介護事業所と連携していけば、また地域に根差した地域包括ケアをより充実できるかなと思っています。よろしく申し上げます。

(勝田委員)

前回いろいろと私達の要望を出したことについて資料3で丁寧にご説明いただき、今回の計画の中に盛り込んで頂いてありがとうございます。ただ文字はきちんと入ったわけですが、これを実際にどうやって実現していくかという道筋がまだ見えないなと正直思います。

介護家族の実態は、老々介護が約5割になり、さらに介護者の年齢が75歳以上が約2割を占めることが資料でも見受けられます。そういう中で3人に1人がうつ傾向にあるということです。そういう中で、例えば資料3の18ページにあります、相談窓口について「知らない」という人が6～8割もいらっしゃる。介護うつの場合は、少しでも人に聞いてもらったり話をすることで相当解消されます。地域包括支援センターさんが頑張ってくださいているんですが、それでもなお「知らない」方が約6割になっているというこの現状に照らして、やはりもっともっとPRをしていかなければならないのではと正直思います。

そして施設から在宅へという流れの中で、サービス付き高齢者向け住宅が富山市内でもあちこちで建てられています。これは、国土交通省の予算が付くからかもしれませんが、そこに入所される人と、従来から住んでおられた町内の人達との連携の無いまま、どんどん建設だけが進められていっている。町内の人達が「何が建っているんだろう?」「あそこに、認知症のお年寄り達が入るんだよ」と言う具合です。やはり事前に、地域との連携が取れるようにしておくべきではないかと思っています。

次に、介護療養型医療施設の廃止期限が6年間延長され平成30年になりますが、21ページに掲載されているように、すでに病床数は減少しています。私達は介護療養型医療施設に入っておられる方、特に認知症の方で他の病気を持っておられる重度の方々の行き場がどうなるのか、とても懸念しています。重度の方が、計画で新しく整備されるグループホームや、老健に入れるかと言うと、実際は入れない。そういう事を含めて、今後検討していただければと思います。

今回、認知症対策について随所で掲げていただいております。今日は岩城会長をはじめお医者さんが沢山おられますが、「認知症の医療・ケア体制の整備」の中で、かかりつけ医や認知症サポート医のことが記載されています。また県のHPにも認知症を診ていただける医療機関というのが掲載されています。ところが、私たちがそこを対象に、実際はどうかというアンケートをいたしましたところ、残念ながら回答があったのは大きな病院だけでした。家族が在宅介護で頑張る時は、お医者さんの力が必要だと思います。サポート医の先生方もあまりそのことを公表されていないようですが、もう少し何らかの形で対応できる医療機関をみんなにわかるような形で公表していただくとか、実際的にこんな風にやるよ、という周知をお願いしたい。「認知症を診ます」という看板を上げるだけでなく、実際に診ていただけるお医者さんを増やしていただきたいと思います。

最後に一つ、入れていただいた79ページにあります若年期認知症について、高齢者福祉には直接関係ない部分もあるかもしれませんが、若年期は当然長い長い介護が必要になりますし、介護サービスの利用に辿り着くまでに5～6年かかる。お若いので、やれる事はいっぱいあるということで、試み的に昨年からは、小さなデイサービスで就労活動を始めています。この中でも書いてありますが、支援すると言うのは、具体的にどのように支援するのか。例えばデイサービスで若年の就労をやってくださる所にきちんと対応をしてくださるのかどうか。そこまで見えるような計画にしていいただければと思います。

(加藤委員)

老人クラブ連合会の立場で、意見を言わせていただきます。

まず、訪問看護について、あまり知らない人達もおられると思いますので、PRと利用に関する相談の対応、それから訪問看護に従事するための専門研修の実施を、ぜひ強化していただきたいと思います。在宅療養のための専用ショートステイ病床ですが、まだまだ少ない状況にありますので、確保に力を入れていただきたいと思います。また、介護職員が痰の吸引等の医療行為を行うための研修をしていただいて、より安全で安心な介護サービスを充実させていただきたいと考えております。介護予防対策については、予防は大変大切なので少し力を入れて事業を進めていただきたいと思います。

それから高齢者の総合福祉事業について、地域の実情に応じた福祉サービスをぜひ充実させていただきたいと思います。

それから老人クラブの推進事業、それから元気高齢者の活動促進事業について。先ほどでもご説明ありましたが、まだまだ元気で頑張っている高年齢者が沢山おられますので、この活動促進事業も是非充実させていっていただきたいと思います。

それから認知症の専門医療相談機能等の充実ですが、認知症についての相談をどこにどうしたらいいのか、なかなかわからない状況ですので、充実していただきたいと思います。

それからグループホームの設置・促進が記載されておりますけれども、まだまだ少ない状況にあります。「今後、介護が必要な状態になったら、どこへどうやって入所するのか」という不安を持っている方がたくさんいらっしゃると思いますので、高齢者の皆さんが安心できるよう、設置促進に力を入れていただきたいと思います。

全体的にはこの計画どおりに実施していただけたらよろしいか、と考えております。

(小島委員)

今回、資料をいただきまして、「新」や「拡」という字がすごく目立って、「こんなに変わってきたんだ」と感じさせていただきました。先ほど、笠島委員も言われましたが、「良質なグループホーム」について。このところ色々な所に見学等で行かせていただいて感じたのは、グループホーム、有料老人ホーム、小規模多機能、介護付アパート、様々な施設がありますが、同じ名前でありながら、やはり中身はピンからキリまでであるのです。よく言えば、それぞれ特徴があるということだと思のですが、そういう特徴が一般の方に伝わらない。その結果、自分に合わない所に入ってしまい、後悔されている。でも言えない。ケアマネジャーにも相談できない。そういった方が沢山見受けられます。ですから、利用者本位のサービスが受けられるように、家族や本人に各施設の特徴がわかるような物を作ってください、支援計画等に添付するなど広く皆さんに知っていただいて、自分の状態に応じた施設に行けるようにしていただけたらいいかなと感じております。勝田委員からもそういうような意見がいろいろあったのですけれども、やはり皆さんに知っていただくということが一番大事なかなと思います。以上です。

(惣万委員)

小島さんから施設がどう違うかもっと特徴がわかるようにという意見がありましたが、大きな施設の場合、私達介護現場で働いていてもそんなに変わらないのです。グループホームと特養の違いはわかりますよ。大きな施設は、多分大して変わらないと思っています。

それから、在宅に舵をきったというものの、例えばデイサービスの金額が上がるとか、せめて変わらないならわかりますが、むしろ私達にしたら減ったんですね。でも、厚生労働省に言わせると、加算があるので取られと言うんだけど、またこの加算には条件がいっぱいあり、こんな継ぎ足し継ぎ足したものでいいのかと思います。

グループホームについては、確かに大きな建物を建てるより、グループホームの方が良いと思っています。ただ、いろいろ聞いていると、呉西の方からよく苦情が来るんですね。あんまり良いグループホームがないとか、やはりいろいろと。呉東の方からはあまり聞かないのですけれど。だから、いくら建物を建てても中身が問題で、本当に魂がそこに入っているかどうか、理念がそこにちゃんとあるかどうか、が大事だと思っています。但し、今の厚生労働省の方針は、グループホームに段々と重度の人を入れていくという事なんです。初めは、要介護度1・2、せいぜい3の人が入って、元気な人達が料理を作ったり、散歩に行ったり、買い物に行ったり、というイメージだったのに、グループホームもまたミニ特養にしていくのかと。私は、元気な人がグループホームに入って、ターミナルまでケアしていくのなら良いと思うんですけど、結局は療養型病床群を減らすためにグループホームや特養が受け皿になるんじゃないかと思っています。特養の皆さんは、本当に要介護度4・5の人達だけ入ってくるのでいいんですか？要介護度が重い人ばかりがいると介護の手間がいっぱいかかるわけなのに、介護報酬も上がらないのに本当にそういう人達が集中していいのかと、理屈上はなりますよね。重度になったら家族だけでは見られないから施設に入れようということですが、でも福祉が進んでいる国ではどんなに重度であっ

ても、その人が望むなら自宅に住むことができるんです。そういう方向に日本を持っていくのかどうか？それとも重度になったら、やはり施設や療養型医療施設に入れようとしているのかどうか？そこが私は問題だと思っています。

若年性認知症については、自立支援法の就労支援継続B型を利用する方向に持っていくんですか？これでいいのか、イメージがちょっと湧かないので。

富山型デイサービスについては、満点ですので何も言うことありません。

(高原委員)

これまでいろんな意見があったのですが、県の計画については市町村に責任があるところが非常に多いのです。例えば、市町村で介護保険の事業計画を立てますが、そのまとめたものが、県が支援するみたいなイメージなんだろうと思うんです。それぞれの市町村が地域のニーズをしっかりと把握して対応しているような計画作りがなされているのかどうか？例えば、保険料が県内でもこれだけ上がっている中で、県全体のサービス量の数は出ていますが、地域的なバランスが適切かどうかということもやはり大事だと思います。そう言ったものをぜひとも県が見ていただきたいし、いろんな質の向上支援があると思いますので、市町村への支援をお願いしたい。

それから、ケアマネジャーや地域包括支援センターについても、研修等質の向上についていろいろ記載いただきありがとうございます。一方で、事業所の管理者の質をどう高めていくか、特に地域包括支援センターについては、市町村直営ではなく民間委託のところにそれぞれの市町村がしっかりと役割を伝えていくことが必要であり、そうした支援も、できることとできないことの難しい所があるとは思いますが、県の立場として考えていただきたいと思います。

また、介護職員の処遇改善について、交付金が3年限りの加算になったという話を聞くのですが、加算がなくなるまでの3年間に各事業所等で処遇改善がしっかりと行われるのかどうかという部分があります。今回の報酬改定は1.2%のプラスですけれど、処遇改善分の2%を考慮したら、実質0.8%のマイナスという意見もあるぐらいですので、3年後、報酬が下がるようなイメージになった時に、しっかりと働いている皆さんの待遇が良いものになっているのかは非常に大きな問題だと思いますので、そこら辺も見ていただければと思います。

計画自体はよくまとめていらっしゃると思いますが、今ほどいろんなご意見がありましたけれど、やはり実際にどう実行するかということがとても大事になると思いますので、よろしく願いいたします。

(寺島委員)

高齢者福祉とは全く業種が違いますので、制度等はわからないのですが、私も後期高齢者の中に一歩入りました。それから母が認知症になり、3年前に老衰で亡くなりました。母は一人生活していたので、火事を出したらいけないと思ってケアホームへ入れました。そこへ入るとやはり環境も違うので段々と要介護度が進んでいき、その結果「お母さんもう駄目だから、どこかのグループホームでも入れられ」と冷たい態度で言われたことがあ

ります。同一系列にそういう施設があったので、そちらに入所できるようお願いしたら、「いっぱいだから入れないわ。どこか探してこられ」とすごく冷たい態度で言われたのが、今でも切実に記憶にあります。母は働いていたので、認知症になっても、絶対に鍵をかけることが頭に入っていたので、「鍵のつかない部屋は嫌」と言い出しました。皆さんにいろいろ聞いて、お世話してもらった施設に行き1年程いましたが、耳が遠いので疑心暗鬼になるし、認知度も段々ひどくなってきて、段々「要介護4ならどこか他の施設へ移され」と言われました。母の状態が進んでいたのも、お昼ご飯時に交代で施設へ行きましたが、職員は家族が来ている時は優しいんですが、認知症の患者さんばかり扱っている施設の職員は大変かもしれませんが、他の人で家族がいない時に「早く食べられんか。あんたら、何しとんがけ？」という感じだったんですね。だから、私がいなかったら、母にもこういう態度をとっているのかと思いました。本当にこれが現場の現実なんです。もっと早く惣万さんの「このゆびと～まれ」を知っていたら、母をお願いしたと思います。だから、こういう県の計画等がありますが、本音と建て前があると思います。

(得能委員)

3回目ですから概ね意見も出尽くしてまとめつつあると思います。我々の思いを確実に捉えていただいて推進していただきたいという事が1点目でございます。

2点目でございますが、「災害時における要援護者支援体制の整備」でございますが、これは防災危機管理体制とも連携していくのだろうと思いますが、この間の震災のときも想定外であったということで片付けられた分もあるわけでございますが、しかしながら、富山県も呉羽断層だけとっても、恐らく85%の木造住宅が倒壊するだろうということが言われております。85%というと、ほとんどのものが倒壊することになる。厚生労働省は、施設から在宅にシフトを切り替えたわけですが、例えば、この辺りのところを、耐震化の推進とかいう1項目で縛ってあるわけです。この危機管理との連動をもう少し踏み込んだやり方をしていただきたい。今回は無理かもしれませんが、政府が言うような「想定外だった」ということでは、何のための知恵であったかをまた反省させられるということでもありますので、この辺も、今度次の段階でこれを踏まえて、もう少し具体的に、かつ連携的な事が出来る、ということで表現していただきたい、というのが希望でございます。よろしく願いいたします。

(中川委員)

先ほど説明があったのですけれども、県の計画でございますので、「細かいところはいろいろ市町村に頑張ってくれ」という風な表記で、「こんなものかな？」と思いながら見させていただいたわけでございます。具体的な事例に入りますと、様々なところで一般の市民の方はお悩みなんですね。施設から在宅へという場合ですが、例えば非常に手厚い看護、介護を受けて、少し介護度が良くなったような方につきましては、在宅でいいのかなと思うんですけども、実際には例えば特養等の施設に入っていた方が病気になって病院へ入院した場合、病院の方では、「もうそろそろ回復したから出て行ってください」と。で、元の特養へ戻りたいと言いますと、「今いっぱい入れません」とか「暫く在宅で見てください

ね」ということで、非常に困っている人を良く聞くんです。在宅へと言う場合には、当然訪問介護の利用等も考えられると思うんですけども、そのために必要な専門的なアドバイスを受けるにはどうしたらよいのかということが非常に大事なんだろうなと思うわけでございます。そこで92ページに、「地域包括支援センターの機能強化」とあります。「専門のアドバイザーを派遣する」ことは非常に素晴らしいと思うのですが、これは一体いつ頃からどういう形で具体化されるのでしょうか。こういうことは出来るだけ早く実現に向けていただけますと有難いなと思います。

それから介護サービスの見込みのところでもう一つ。これはなかなか私も出来ないのですが、107ページの地域密着型サービスのところで、夜間対応型訪問介護というのが人数的に実際に増えてくるだろうと。これはわかるのですが、実際に富山県で対応していただける事業所が出てくるんだろうかということちょっと悩んでいるわけでございます。今は病院が24時間の介護をして、到底人が足りなくて、お医者さんがいなくて困っていると、私どもの市ではそういう話が出ています。それから実際に訪問介護にそれだけの人員を付けて実際採算取れるのか？赤字になるだろうという話もいろいろ出てまいりますので、この辺のところの手立てをもうちょっとテコ入れをしていただけると有難い、と思う次第でございます。

計画としては本当に丁寧に、いろいろと網羅していただきまして、あまり手を入れるところもないんだろうなと思っておりますが、具体のところ、またよろしく願いをいたします。

(長崎委員)

資料1の「支援計画の概要」の中にあります「地域包括ケア体制の実現」ということで、今期、この第5期についても多くの新規事業を取り入れながら、多くのところに目を向けていただいたように思います。ただ、やはり一番問題だなと思いますのは、前回にもお話をしていたように、「人材の確保」「処遇改善」というところにあるかと思えます。計画では、26年度までの認定者数、サービス利用者数や回数の見込はこれだけになるということですが、それに対する人材の確保に関して、数字的に本当に追いつけるのか、というのが一番の不安材料であります。

それで資料2の88ページ「とやま福祉人材確保緊急プロジェクトの推進」で、「掘り起こし」「教育・養成」「確保」「定着」の4段階で様々な推進を行っていくという中で、一番大事な「定着」ということに関して言いますと、主任ケアマネ研修など人材のスキルアップを図ることが大変重要なんだろうと思いますけども、実際に介護職場で働かれる方々の、人材確保でいう「処遇改善」に関して言えば、長きに渡って働き続けられるために、今の現行の水準を落とすことなく確保すると共に、やはり、継続的なキャリアアップも含めて、処遇改善を進めていくということは、この中にありますが、毎年きちんと検証していかなければ絵に描いた餅になっていくのかな、と思います。やはり介護で働く方々の、数値の部分ももっときちんと把握していくべきではないかな、と思います。

(中山委員)

人材について、今ほどのいろいろなご意見と重なると思いますが、頭の中で考えると「もう何をどうしていいのか？」という、歯車が止まってしまうような思いがあります。例えば、県の担当の方々も、何をどうしたらよいか、やることがわかっていればいくらでも企画してやります、という思いだろうとつくづく思います。県のこの計画は、「高齢者保健福祉計画」ということですが、改めて中を見ると、「介護・看護」が大きな中心になっている計画なんだと、そういう時代になってきているのかな、と思いながら確認させていただきました。

国の方向としては、施設から在宅へ、地域の中で死んでいけるという方向に大きな旗が振られており、県の計画でも、やはりそれにきちんと見合ったものを立てていると思います。ただし、やはり本当に地域で暮らし続けて死んでいけるには、毎日 24 時間体制の切れ目のない支援を確保できることが必要だと思うのですが、残念ながら訪問介護の部門では、なかなかその体制が取れません。あちらでもこちらでも大きな旗は振られるんですが、実際にその船が動いていくのは遠い先かな、という気がしてしまいます。そのための人材確保等のためには本当にどうしたらいいんだろうかと、繰り返し胃が痛くなるほど思っております。計画中にも施策の方向性に子供の頃から関心を深めることが組み込んであるんですが、なかなか閃かないのですが、何か有効な手立てがないのかと本当に思っています。これをしないと船が動いて行かない。人材を確保していかないと、地域で暮らし続けることの実現は遠いですし、また、今いるこの方達をどうやってその支え続けたらいいんだろうという問題と、両方で本当に肩の荷が重い気持ちでおります。

たまたま、昨日久しぶりにお休みをいただいていたのですが、7年程前に八尾町から旧富山市内に越してこられた人で、どんどん悪くなっていて、現在は要支援2で外へはお一人で出られない方からお電話をいただいて、2時間ほどいろいろ訴えがございました。聞いていると、介護職員の質が問題なんだということを感じたんですね。ヘルパーさんの態度・言葉、ケアマネさんの対応に、とてもとても辛い思いをして悩んでいる。具体的に言うと、例えば、尿取りパットを使いたいので買い物をお願いしたら、とても良いヘルパーさんは気持ち良く買ってきてくれたけれども、別なヘルパーさんからは「2袋も恥ずかしいわ」というようなことを言われたそうです。そんなことを言うヘルパーがいるのかなと思いましたが、実際の言葉がどうであれ、言われた側がそういう風に捉えて悩んでいるのは事実なのです。また、「ケアマネさんが若い男性なので、尿漏れ等身体のごことは相談しづらい。やっぱり女の方がいいわ」と言われたので、「地域包括支援センターに責任者というか主任ケアマネがいるので、お電話でもいいから相談したらどうですか？」とアドバイスするなど、時間をかけていろいろな事を伺ったんです。やはり、とても良いヘルパーさんもいる一方、そんなことを言う人もいます。これは、人柄であつたり質なのですが、現場では、そういった質のところを利用者の方が喜んだり悩んだりされています。それをどうやって高めていったらいいんだろうかと、昨日も本当に痛感しました。人材の質を実際に高めることをやっていかないと、制度だけが大幅で動いていますよ、となってしまうと思うんです。

そういう点で、県にお願いしたいのは、市町村が具体的な事で動いていく時代に、県として、どのように市町村と整合を取っていかれるのか。そのことを本当にお願いしたいな

と。県が素晴らしい計画を立てても、市町村レベルで具体的な事を進めていく時に、県がどこまできちんと把握したり、指導したり、また提案したりできるのかなど。そこをしっかりとお願いしたいという風に思います。よろしくお願いします。

(三谷委員)

看護協会でございますが、高齢者保健福祉計画にもありますが、在宅生活を支えるため、訪問看護を推進するということが課題になっております。その課題については県の方で様々な政策を立てていただき、看護協会としても委託事業を受けたりしながら進めており、少しずつは前に進んでいるのかなと思っておりますし、それを継続していくことについて、計画に反映されておりありがとうございます。

日々いろいろな方から話を聞きますと、専門職である私達は在宅介護や医療についてある程度わかっているのですが、これだけ制度が頻繁に変わりますので、一般の方々は本当に制度をご存じありません。例えば40代の男性に「地域包括支援センターって聞いたことある？」と聞きましたら、「さあ？」と言うんですよね。「何だと思う？」って聞いたら、本当に笑い話みたいですが、「包括支援ということは自衛隊の何かですか？」と言うんですよ。それぐらいに、知られていない。介護保険という言葉は知っていても、制度の仕組みは、いざ使うときに初めてわかる。ましてや介護施設の「小規模多機能」や「グループホーム」は、利用する時でも違いもわからない。社会を作っていくのはやっぱり人々なので、世の中の人達が自分達の事として介護保険制度等がわかるような啓蒙・啓発が本当に大事なのではと思っています。今までやってきた在宅医療連携推進シンポジウムが県民フォーラムになるのは大変有難いことなんですけど、これも富山市で偉い先生を呼んで1回ドーンと開催しても、そこに来られる人はごく限られていると思いますので、できるだけこまめに多くの人達が参加できるように、しかも自分の言葉で聴いて自分の中で理解が深められるような会になるといいんじゃないかなと思います。皆さん、自分が年を取ったらどうなるのかと心配はしているんだけど、具体的にどうなるかわからないようなところがあるので、具体的に理解できるような会になればいいかなと思います。

それともう一つ、この計画の中に入る内容がどうかわからなかったのですが、人生を幸せに暮らして生きるためには、やはり最後に人生を閉じる時のことも入るのかなと思うんですけど、地域包括ケアシステムの中にも確か在宅で亡くなるということが入っていたかと思うんですけど、ターミナル期をどういう場所でどうやって迎えるということが計画のどこかに記載されていたら教えてください。もし入っていないとしたら、ターミナル期を誰がどのようにお世話するのか、ということも少し入っていた方がいいかなと思います。

(南委員)

私は、職能団体選出の委員ではないのですが、寺島委員が先程いろいろ医療側の対応についておっしゃったので、まずお詫びを申し上げたいと思います。まずそこから。私は8年間、県の高齢者保健福祉計画にお付き合いしたのですけれども、以前に比べて相当良くなりましたよ。今回の報告書も私は素晴らしいものだと思います。ただ間違っただけなのは、富山県が計画を策定したら地域が全て良くなるわけではないので、地域は地域で

作っていくしかないと思いますよね。自分達で作るものだという風に基本的に思っています。少なくとも南砺市では、目標をいくつか持っているんですね。私は、今おっしゃったように、死を安心して迎えられる社会であって欲しいな、と思います。死までの長さ、生の長さではなくて、QOLをちゃんと担保できる社会ですね。いつも惣万さんに「胃瘻は悪い」といわれるんですが、悪くはない時もある。南砺市民病院では、胃瘻の造成率は、この3年間で1/3になりました。ゼロでも多すぎても駄目で、ケースを1例1例検証していくべきで、これは今後またお話できることもあるかもしれませんが。

一人で住もうと、老々介護だろうと、孤立死がないような社会であって欲しいと思います。そのためには、医療・介護・福祉がしっかり連携するのと、いつも言うように、やはり住民が周りでネットワークを作ることだと思いますよね。ホームヘルパーだけで対応できるかという、それは無理だと思います。これは提案になるかもしれませんが、地域包括支援センターはこれから大きなキーになるんですが、介護予防事業など、やる事が山ほどあるんですね。無駄だとは言いません。言いませんけれども、高齢者がやらされる介護予防をしても、効果があがらない。むしろケアネット。社協の人が今日2人いらっしゃるので、南砺市でもすごく頑張っていて、これからも頑張っていて欲しいんですが、社協のケアネット活動で、支援の必要な人を周り的高齢者も含めた住民が見るといえるようにすれば、やらされているのではなくて、自分達が地域の人を支えるという公的な活動の中で、高齢者が社会貢献しながら介護予防ができる。地域の絆も作れる。なおかつ地域包括支援センターも時間が取れる。すごく良いと思うので、これからそういうことをやっていったらどうか、私は南砺市ではそういう風な方向性に持って行きたい、というように思っています。見られた方があるかもしれませんが、2月25日にNHKで白川村が舞台となったドラマ「家で死ぬということ」が放映されました。モデルとなったのは地域リハビリテーションの研修会をやっている白川村のお医者さんで、4～5年で体制を作ったんですね。凄く素敵な事なので、地域が本気になれば変われるんですから、私はそういうことを目標を持って作るべきだ、と思っています。

それから、先ほど惣万さんが、重度の人でも施設から在宅に行けるかどうか、という話をされましたけれども、砺波厚生センターに脳卒中に関する集計を出してもらったところ、モディファイドランキンスケールというものがあって、近隣の病院はスケールの4・5に該当する人は在宅が少なく施設が多いんです。一方、南砺市民病院は、4・5の人もほぼ全員が在宅なんです。だから、「重度だから施設」ということには決してならない。在宅で生活できる可能性は高いというのはいえらと思います。それでも、本人はハッピーでも家族が不幸せになる、犠牲になるような社会は良くないですから、そこをネットワークを作って支えてあげる。それば、地域での基盤整備をベースにしてやらないといけない、と。困った時にどうにか安心して相談できて、支えられる社会であって欲しいと思っています。

それから、できれば亡くなるまで口から安全に美味しく食べられて終われる社会になって欲しいな、と思います。さっきの胃瘻とも関係があるんですけども。そういう事を考えて、歯科口腔外科医や歯科衛生士を在宅サービスに回す。そうすれば余計な胃瘻を作らなくてもいいですし、その分だけ本人のQOLをギリギリまで維持して、終われる。そうすると多分、介護・福祉・医療の手を違うところに差し伸べることもできるはずですよ。

から、全体を作り直していかないと高齢者を支えられないんじゃないかな、というふうに思って、これからそういう社会を作ろうと思っています。具体的には、南砺市では平成24年度から行政の組織替えをします。「地域包括医療ケア局」というのを作って、医療と介護福祉を一体に運営管理する体制を作りました。病院・訪問看護だけではなくて、在宅介護支援センターも一緒に巻き込んでやるということになりましたので、非常に前に進んでいるかなと。やはり、そういう事を通して、一体的にできるのかなと思っています。

あとはこういったところだと思いますけども、最後に、県には、こういう事を通していろんなご支援をしてもらったことを本当に感謝申し上げます。先ほどの地域医療ケアのネットワーク作りというのは、地域支え合い体制作り支援事業で協力してもらったお蔭ですし、実は来年の10月に「介護保険推進全国サミット」が南砺市で開催されることになったんですけれど、それに向けて、市を挙げて本気になって組織替え等が前に進んだということを含めて、私は県に有難く思っておりますし、感謝申し上げたいという風に思います。

(宮田委員)

私もいろいろな立場で参加させていただいていますが、その一つは、市町村の介護事業計画や社協の計画作りという立場です。今、南先生がおっしゃったのを伺って、羨ましいなと思っています。この介護保険制度が出来て12年経ち、県の計画は全体的には随分きめ細かくなっています。何と言っても要介護認定者がどんどん増えていき、高齢者人口の分母も増えていきますので、そういう中で、介護予防から介護、看取りまでというトータルな形で、保健・医療・福祉、あるいは地域全体のサポートをどうしていくのかということで、どんどん充実をしてくれているんだろうと思っています。ただ、南先生がおっしゃったように、これから介護予防や日常生活の支援ということになりますと、地域包括支援センターが各市町村それぞれ非常に頑張って努力していらっしゃるんですが、余力がないといいますか、すでに目一杯の活動をしていらっしゃるということで、その気持ちに応える意味でも、県では新たにアドバイザーの派遣等を計画してらっしゃいますので、是非、力強い支援をしていただければと思っています。そして、市町村、社協、更に地区社協を中心としまして、見守り・支え合い・支援といったケアネット活動を、専門家と繋いだ形で展開するという、これは富山型の地域福祉の一つでありますので、是非ここにも力を入れてご支援いただければと思っています。こうした予防や地域支援について、先ほどもご意見が出ておりましたけれど、介護家族の支援ですね。男性介護者と高齢者の2人だけの家庭でいろいろ問題も起きているようですので、そう言った面でも、地域包括支援センターやケアネット、地区社協の活動の中を通して支えていかなければいけない問題ではと思っています。

それから私のもう一つの立場は介護人材の養成の教育の現場でして、この資料にもありますけども、介護福祉士養成校の入学者は、社会人と言いますか委託訓練や雇用プログラムを除きますと、やはり現状維持が精一杯。しかも年間100人程度なんですね。かなり厳しい状況が続いていまして、無事回復どころか現状維持が精一杯というところでもあります。かつては年間250名の人材を輩出できたんですが、今は雇用支援関係の人を除けば100名そこそこしか出せないわけです。この介護保険制度が出来た当時は非常に人気があって沢

山の学生さん達が集まりました。今は全く逆でして、何とか歯止めをかけなければいけないと思っています。そう言った点では、今度新しく出来ました介護人材バンク等の新しい事業に多いに期待をしたいと思っています。と言いますのは、いくら養成して送り出しても、離職されてしまってそのまま家に埋もれてしまうという方が多いのです。人材バンクはどのように運用されるのかわかりませんが、是非、データを日々最新のものに更新して、事業者の方からも、求職者やいずれ復職したいという人達も含めて、信頼できる仕組みにしていだければと思っております。

それから、養成の立場からもう一つ、やはり数の問題と同時に質の問題も大変深刻な問題です。先ほどもご指摘がありましたが、介護の現場で介護福祉士が、吸引・吸痰など医療行為の一部を出来るようになる流れになっております。そのために、養成課程が、従来の2年間1800時間に加え50時間実地研修など言われております。養成された人達が出ても、学生の絶対数がかつての半分に減っているのです。現場に散らばると、夜間に医療行為に対応できる人材が必ずいるとは限らないと思うんですね。施設規模の大小により異なるとは思いますが。そうすると、現場でそういう医療行為が出来る資格を持った介護士さん達の負担もまた増えるのではないかとも思ったりします。

いずれにしても、この第三者評価や自己評価等も含めまして、生きがいのある魅力ある職場作り、待遇面も含めてですが、やはりやりがい・生きがい、この辺も含めて魅力のある職場作りに努めていかなければならないのではと思っています。そう言った点では、これまで人材確保対策会議でも全体的な支援・対策をやっていただいておりますので、更にみんなの力をもう一歩前を出して、強気に展開していくことができれば、と思っています。施設やサービスがどんどん整備、充実、拡充されていきますが、やはり最後は人ですので、その辺の問題をみなさんとご一緒に取り組んでいただけたら、と思っております。

(山田委員)

建築家の立場で申し上げますと、資料2の94～97ページに書かれているように、住み慣れた所で生き続けたい、家で亡くなりたい、という方が本当に多いと私は思っております。最近の住宅着工の傾向は、東京では実は増えておりまして、その理由として、親の事が心配だとか、両方の親を若い人が看なければいけないため、というのがどんどん増えてきております。そういう意味で、計画にもリフォーム融資制度の活用やバリアフリーの促進ということが書いてありますが、そういう事よりも、今ほど言われたように、人材確保の意味では、やはり親子や孫と一緒に住むことが大変意義があるということ、是非県からPRしていただきまして、その流れに対して、融資制度や補助金等の支援制度を大いに利用できるような形にしていだければ、地域で支える前に家族で支え合うことができると思います。

富山県は、全国で幸せ度2位という統計が出たのをご存知でしょうか。1位が福井で3位が石川で北陸が占めています。その順位は、一世帯あたりの所得や家の大きさとか、そういう数字的なものだけで判断されていますが、果たして皆さんそういう風に実感しているのでしょうか？私は決してそうではないと思っています。南砺市の取組みで、南先生が本当に頑張っていると思っております、この間の審議会でもまちづくり基本条例が通り

ました。私も、公募の市民会議のメンバーとして、この2年半取り組みましたのでよくわかるのですが、やはり、行政と市民との距離があまりにもありすぎるのです。まだ。行政と市民との距離をなるべく近づけて、本当に一緒になって手を取り合っていないと、この先大変な状況が起こるといふ風に私は危惧しております。施設を何十億円かけて建てるのではなくて、同じお金があるのであれば、もっともっと一般の困っている人達への助けになるような方向でお願いできないかなと思っております。

(岩城会長)

どうもありがとうございました。皆様方からいろんな貴重な意見を頂きました。ここで一度県から、ご質問やご意見について、わかる範囲で結構ですから、是非回答をお願いいたします。

(事務局)

全部に対応できるかどうか、それからちょっとピント外れになるかもしれませんが、お答え出来ればと思います。

老人保健施設の説明について、先ほどの県からの説明は、前回からの修正点に限ってご説明差し上げました。老健につきましては、介護療養型医療施設からの転換の動きも進んでおりまして、資料2の110ページにデータがありますが、25・26年度にある程度の数の転換が見込まれており、老健全体では数が増えていくという状況でございます。先ほどもお話があったように、老健は在宅復帰を進めていく上で重要な位置付けにあると考えておりまして、71ページに「老健施設の在宅復帰と在宅支援機能の充実」という取組みを記載させていただいております。充実した人的物的資源をお持ちなので、在宅の要としての役割も担っていただきたい、ということを書いてございます。これは従来もありましたが、この方向を今後とも進めていくということで記載をしております。

それから、行政の支援制度を知らない人が非常に多い、やはりPRが必要だというご指摘もございました。県が実施した意識調査でも地域包括支援センターや認知症相談窓口がわからないと言う方がやはり非常に多いという結果が出ております。それにつきましては、やはりPR活動を推進する必要がありますので、ご説明しませんでした。第4章「計画の推進」の中で記載しております。従来から市町村では、広報誌やホームページ、ケーブルテレビなどでいろいろな媒体でPRしておられるわけですが、さらに努めていく、というような事を市町村の役割の部分で書いております。また、県としても、市町村を支援する立場で県全体を対象にPRを行うとしております。例えば、先ほど出ました在宅医療推進県民フォーラムを開催するなど、出来るだけ一般県民の皆様方全体に広まるような形での普及啓発活動を強化していくという方向性で考えております。

痰の吸引等の医療行為につきましては、介護職員がやらざるを得ない場合があるため、従来は違法だがやむを得ないという位置付けでしたが、平成24年度から、一定の研修を受けて技術を持った介護職員については合法的な行為として認められるということになりました。そのための研修や県の登録制度が設けられまして、今後はそれを進めていくということでございます。

市町村への支援につきまして。先ほどの制度周知についても、市町村がPRする、県もそれを支援していくと話しましたが、いろんな介護サービスの設置を進める、地域密着型サービスの質を向上するということも含めまして、県はやはり支援する立場になるものですから、やはり市町村との連絡会議等をできるだけ密に開きまして、市町村への情報提供や、県の計画に書いてある施策について考え方を伝え同意形成ということを進めていきたいと考えております。

地域包括支援センターの機能強化でございますが、先ほどアドバイザー派遣事業のできるだけ早い実施をというご意見をいただき、県でもそのように考えているわけですが、国の補助事業という事もありスタート時期はまだ明確にできないのですが、少なくとも年度後半までには取り組んで行きたいな、と考えております。

介護職員の処遇改善につきましても、報酬改定で処遇改善加算が新設され、これまでの交付金制度と同じように実際に処遇改善されるのを要件として交付金と同額を確保していく措置がなされたわけです。国での様々な議論の中では、給料改善はやはり労使間で決めるべきで国家があまり介入するものではないという意見も強く出されており、今回の処遇改善加算も、一応3年の経過措置という形になったわけです。交付金制度が開始されて3年経ちますが、県では県社会保険労務士会さんに委託して普及啓発を行うなど、この処遇改善が後退しないように、少しずつではありますけれども意識面の啓発をやってきておまして、計画にも書いていますが、今後はこれが定着していくように機会を捉えて事業者さんに意識啓発や支援をしていくという形で進めさせていただければと考えております。効果につきましても、これまで交付金の実績報告でどの程度改善がなされたかを確認しておりますが、加算の効果も、今後、検証・確認をしていければと思っております。

ターミナルの取り扱いについて計画に記載があるかというご質問につきまして、かなり漠然と、と言いますか項目だけというような形かもしれないんですけども、資料2の67ページ「医療と介護の連携による在宅ケアの推進」、69ページ「重度者を支える施設ケアの充実」の中で、ターミナルケアの推進を文言として掲載させていただいております。

国も今回の介護報酬改定でターミナルに手厚い措置を行っており、県の計画でもこの方向で進めていくこととしたいと考えております。

雑駁ではありますが、こうしたところでございます。

(岩城会長)

どうもありがとうございました。もう少し時間がありますので、質問があればどうぞ手を挙げてください。

(大和委員)

言葉が足りなかったと思いますので再度確認なんですけど、地域総合福祉推進事業について、参考資料に「ふれあいコミュニティ・ケアネット事業 6,320万円」新規の「ケアネット活動実践研修事業 120万円」とありますが、具体的にどんな風にするのかイメージが湧かないんですけども、どちらにしましても高齢者が地域で暮らしていくには、どうしても介護保険サービスだけではなくて、地域でのそういうサービスが必要になってくると思

うんですね。社協さんが今、非常に頑張ってケアネットを地域で作っておられて、南砺市さんでは非常に上手くいっている、モデル的な良いことをやっておられると聞きましたけども、そういうのを他にもっともっと広げていただいて、地域包括支援センターの方でそれをちゃんと把握して欲しいなと思います。折角サービスがあっても、ケアマネジャーさんが知らないとだめですから。ケアプランにはほとんど介護保険関係のプランだけ入っていて、地域でのインフォーマルサービスがなかなか入りづらい。あるのもちょっと知らないというのが、まだまだ実際はあると思うので、是非、地域包括支援センターは社協さんとも連携し合えるような関係を作って、本当に地域ぐるみで取り組める体制ができれば、と思います。よろしくお願いします。

それともう1点ですが、虐待の事例で成年後見制度を利用される方もかなり増えてきているんですけども、市民後見人を砺波市さんで今やっておられると思うんですが、富山市の方も行政的なことはしておられたと思うんですね。市民後見人がボランティア的にやるのは、非常に難しいと思うので、やっぱり法人後見を行う法人の中で市民後見人としての養成を受けた方が、ちゃんと監督される中でやっていかないと。その辺をあまり安易に進めていくのは危険かなと思いますので、ご配慮をお願いしたいと思います。

(勝田委員)

介護家族への支援につきまして。介護家族へのアンケートで、一番辛いのは何か、どんなことで一番悩んでいるのか、どんな支援をしてもらいたいのかを、私達家族の会で全国調査をいたしました。その結果では、認知症になられて1～2年間で一番辛い時期で、支えてくれる心のケアが何よりも必要だと、皆さん訴えておられます。もちろん介護サービスも大切ですが、それに心が伴わなければ、介護家族は頑張れないのです。介護うつや虐待も、電話相談の中での介護家族からの訴えでは、例えば、おうちでおばあちゃんが転んであざを作ったりする。ところが病院に連れて行ったら、虐待を通報されて、あそこの家族は虐待をしているというような烙印を押されて。そうじゃなくて随分自分は頑張っているのに、虐待をしているのではと疑いの目で見られて、訪問看護の方も2人1組で5日間も来て、これでは懲り懲りだという訴えもあります。その見定めというのは大変難しいところが確かにあると思いますが、そういう介護家族の側への心の支援を計画の中にも是非盛り込んでいただけたらと思います。

(長崎委員)

素朴な質問ですけれども、介護保険料の見込が県平均で5,513円と、上がり幅としては相当大きいなと考えます。約4,500円から約5,500円と、ほとんど1,000円近い上昇になっていますが、介護保険財政安定化基金を保険料を抑えるために使う法改正があったでしょうけれども、資料1には「上昇を抑制」という言い方ですので、もしお答えいただける内容があればお願いをしたいなど。

(事務局)

今回の保険料県平均5,513円につきましては、資料1の一番下の方に書いてありますとおり、市町村の準備基金の取崩し、それから県安定化基金を2.9億円一部取崩しにより上

昇抑制した結果が5,513円ということをございまして、これが5期3年間保険料確定値と言いますか、3年間この金額で変わらないということです。今後、第5期中にも給付費は年々伸びていくと思いますけども、第5期3年間全体を通じて必要な財源を賄うための保険料の額として5,513円になったということをございます。今後高齢化の進行に伴い認定者が増えていく見通しですけれども、この調子で増えていくとすれば、当然平成27年以降の第6期も、保険料水準はわかりませんが、少なくとも介護給付費そのものにつきましては伸びていくのではないかなと考えております。

(岩城会長)

3年間はこれで据え置くということですね。その先はちょっとまた何ともわからない、ということだろうと思います。

それでは時間もまいりましたので、これで終了したいと思いますが、皆様方の意見としましては、事務局が提案いたしました、この計画案につきましては概ね良かったかと思いますが、今日はいろんな意見もまた出ておりますので、今後また事務局の方には、今日の意見を踏まえまして、再度まとめていただければと思っております。

それから、修正の具体的な内容の確認につきましては、私にご一任いただけると思いますが、よろしいでしょうか？

では、私の方で確認しました後、事務局において最終的な計画書の作成を行っていきたいと思っておりますので、今後ともよろしくお願いいたします。

それでは、委員の皆様には、円滑な議事運営にご協力いただきまして、本当にありがとうございました。

○閉会