

令和2年度 第1回 富山県社会福祉審議会高齢者福祉専門分科会

日時：令和2年10月1日(木)

13:00～14:30

場所：富山県民会館 8F

バンケットホール

○ 開会

○ 挨拶（石黒厚生部長）

○ 会長・副会長の選任

○ 議事・報告

事務局より、資料1～5-2に基づき説明の後、質問・意見交換

【意見・質問】

（馬瀬会長）

それでは、ただ今の説明や資料について、ご意見、ご質問があれば発言をお願いいたします。

いかがでしょうか。はい、高原委員。

（高原委員）

説明ありがとうございました。将来を見据えた結果、こう立てていこうということの中で、介護予防はとても大事なことだと思っているのですが、特に今年は新型コロナウイルスの影響もあり、高齢者の方も外出しないようにということで、わりと引きこもる感じだった影響もあってか、やはり介護の状態が悪化したり、認知症状が進んだ方が多いと聞いております。

今まで地域包括ケアの推進とか、地域の皆さんでということ、例えば地域の中で介護予防のサークルとか、サロンとかを自主的に作って、皆さんが通っていたのですよ。ただ今回、この状況の中では、なかなかそれができなくて、ストップしている状況もあるのです。

やはりそれはいろんな感染防止の対策を取ってできるような支援というか、例えばこのようにやっている所があるから参考にして下さいなど情報の共有や支援、例えば、実際に地域の中で、そういう集まる場所で、公民館だったり、地区センターだったり、使っている所も多いのですが、こういう状況の中では、高齢者が集まるようなものはやらないでくれとか、言われるところもあって、非常に進めて行くのが厳しい状況もあります。

安心感でもないですけど、そこらへんを上手に啓発というか、説明しながら再開、そういった部分に取り組んでいけるような、それぞれ市町村はやっていると思うのですが、県の立場で足りないところを支援していただけるようにと想っての質問です。

**(馬瀬会長)**

はい。いかがでしょうか。

**(事務局)**

参考資料6の13ページをご確認ください。県では、9月補正におきまして、高原委員からご指摘もあったような状況もあるため、先ほど説明の中にもあった、地域包括ケアサポートセンターと連携しまして、4地区でモデル事業として、認知症介護予防強化モデル事業として、このような状況下でも、例えば会場で集まってやってみる、またそういったものを併せてケーブルテレビ等で流して自宅でもやってみるということ、認知症の進行や高原委員からご指摘があったようなことが少しでも収まるか、改善されるようなことで、取り組んでいくこととしております。

これが答えになっているかどうか分からないのですが、県としてもそういうことで取り組んでいきたいとは考えているところです。

**(高原委員)**

はい、よろしく申し上げます。

そしてケーブルテレビ等のお話がありましたけど、ケーブルテレビで介護予防のいろいろをやったりしているのもあって、それはいいなと思っているのですが、実際に高齢者でそれを見られる環境にない方が結構いらっしゃるので、その辺りの対応というか、高齢者の方へどう情報を伝えるのかということも、また検討していただければと思います。

**(馬瀬会長)**

コロナ感染症の状況の中で、3密を避け、いろんな条件を踏まえた上で、何とかお年寄りも集まって、いろんなことを研修したり、話し合える場が作ればというご意見かと思うのです。

非常に難しいことは難しいのです。若い人が集まるのとちょっと話が違って、県内でも昼カラオケで、高齢者の方達が昼からカラオケをやって、クラスターが起きたという事案がありますので、それはやっぱり3密を上手に避けて、そういう集会を持てるようなことを考えなければならぬのだらうと思います。

これは県のほうでも、市町村のほうでも取り組んでいただいて、やっていただかないと、高齢者の方が家に引きこもって、認知症が進むとか、フレイルが進むとかということがあるようございまして、やはりきちっと準備していかないといけないと思いますので、県のほうもよろしく申し上げます。

他に何かご意見ございませんか。はい、中島委員。

**(中島委員)**

認知症の人と家族の会の中島です。

私どもも6月から、今言われました3密を避けて、集いや認知症カフェを月4回、富山は月4回、全県では10回ぐらい開催しております。2ヶ月ほど集まらなかったところで、認知症の人はずいぶん症状が進んでしましまして、お茶も出さない、お菓子も出さないということで、かなり厳しくやっております。やはり安心できる居場所というのが、本当に大切だと思っております。その観点からは、今日の認知症サークルについて、3点に絞ってお話をしたいと思います。

まず1点目は、介護保険創設20年を迎えて、今回厚労省の6月1日付事務連絡、新型コロナウイルス感染症に関する介護サービス事業所の人員基準の臨時的な取扱い第12号は、介護保険制度から免脱する違法性を持つものです。この件について、9月28日の県議会本会議において、私たちが提出した請願が採択され、国に意見書が送られることになりました。これは県議会始め、関係者の皆様には感謝しております。

それから第2点は、今回の計画の重点項目として、すべての高齢者が人として尊重され、健康で生きがいを持ちながら、住み慣れた地域で安心して暮らせる社会構築が掲げられており、昨年6月に制定された認知症施策大綱に沿って、認知症の人ができる限り地域の良い環境で自分らしく暮らし続けていける社会の実現を目指す、とあります。この方向に沿って計画が策定されることを当事者団体として期待と希望を持っております。

それから第3点目は、高齢化が全国より早く進む富山県にあって、平成26年度の認知症実態調査では、65才以上の15%、軽度認知障害は13%となっており、認知症対策は急を要しています。何よりも早期発見、早期対応が望まれますが、参考資料3によりますと、要介護認定では要支援ではなく、要介護1、2の状態になって認定を受ける割合が高くなっています。私たちは認知症になっても、早期に発見対応することで、軽度の状態を長く維持できると思っております。だからこそ今般、厚労省が国会に諮らず省令改正、市町村が実地している介護予防、日常生活支援事業の対象を介護者まで拡大し、最初要介護1から要介護5全体とする案に賛成するわけにはいきません。

それから参考資料2-1の10ページ、地域支援事業の状況による、住民主体による支援B型の通所サービスは21ヶ所です。全体724ヶ所の多くはみなしによる、介護事業によるサービス提供です。報酬単価が少なく、予算上もサービス提供が限定的な対応では安心して介護を受けることができず、介護事業所の存続も困難になります。介護事業所の閉鎖は、在宅介護を続ける私たちにとって大きな打撃になります。このような対応は民生施策推進対応にも逆行すると思えます。以上です。

**(馬瀬会長)**

はい。ただ今のご意見、県のほうのご認識はいかがでしょうか。

**(事務局)**

意見の2番目にありました、認知症の方が安心して暮らせるような社会ということで、きっちりと計画に書いていきたいと思えます。

3番目につきましてですけれども、今回認知症の早期発見、早期対応ということで、第7期でも、いろんな初期集中支援チームの市町村への配置等で支援してまいりましたので、引き続き支援してまいりたいと思っています。

**(事務局)**

最初にご質問ありました、国の6月1日の通所特例の件につきまして、まさにそのとおりでございまして、利用者、事業者、保険者の方から、様々な制度の公平性ですか、利用者負担のあり方についてとか、ご意見、ご指摘がありまして、県としても既に国に対しては、運用改善に関する要望をしておりますし、国のほうでも検討するというふうにおっしゃられております。また、必要に応じて、国のほうへもしっかり働きかけてまいりたいというふうを考えております。

**(馬瀬会長)**

はい。よろしいですか。他にご意見ございませんか。筒井委員。

**(筒井委員)**

まず質問から、お願いします。第8期計画を作るに当たっての参考資料2-2についてお伺いいたします。この資料は富山県高齢者保健福祉計画第7期の達成見通しというものです。

ここに、達成、達成可能、要努力、達成困難という4つのカテゴリーで評価がなされていますが、これは県による自己評価と考えていいのでしょうか。

**(事務局)**

県の自己評価です。

**(筒井委員)**

わかりました。そうしますと、ご覧いただくとわかりますが、大きい項目で、全40項目あります。そのうちのA評価が5、B評価が21、C評価が14ありまして、Bが52.5%、半分以上で、Aが12.5%、CがAの3倍近くありまして、35.0%です。つまり、全項目のうち、Bが半分以上を占め、CがAの3倍近くになっているということです。

このうち、Cに着目しますと、3ページ目の介護との連携による在宅医療の推進というところがあります。

本日、医師会の先生方もいらっしゃいますので、お伺いしたいのですが、要努力Cと評価されているのは、訪問診療を実施している診療者、診療所、病院数、それから在宅療養支援診療所数とか、その次のページの、かかりつけ医、認知症対応力向上研

修了者数とか、これらが要努力となっています。これらの項目について伺いたいのですが、そもそもこういった診療所とか病院数を、富山県で、今後、増やせる可能性はあるのでしょうか。

私は、他県の審議会の委員でもありますが、医師の高齢化も進んでおりまして、診療所を維持するのは難しくなっています。果たして、この増加が、現実として可能なのか、もし、到底、達成不可能な内容が書かれているのであれば、考え方を考える必要もあると考えますが、県の考え方はいかがでしょうか。

**(馬瀬会長)**

いかがですか。

**(事務局)**

ご指摘ありました件ですけれども、県で増やせるかどうかという、必ずではないと思います。そういった意見を踏まえて、次の計画に合わせた評価の指標の考え方を考えていきたいと思いますが、例えば療養所の数ですとか、そういったものについて指標が正しいのかどうかというのは、この8期計画の策定の中で検討させていただきたいと思います。

**(馬瀬会長)**

はい。南委員。

**(南委員)**

今の質問に関して、南砺市しか分からないのですけれども、おっしゃるとおりかかりつけ医の先生方がそんなに増えなくて、毎年年齢が上がります。非常に熱心に在宅医療をされるのですけれども、夜中でしたり、24時間ダブルブッキングで薄くなるのですね。在宅医療と在宅介護の連携こそが、われわれ地域包括ケアシステムの根幹だと思っており、南砺市に関しては、2つ施策をしています。

1つ目は、病院で総合診療医を育てること。診療所の先生と連携しながらやっていく。

もう1つは、24時間、どんなことがあっても病院が受ける。在宅医療にしても。もちろん看取りは行かなければならないですけど、急に悪くなった時に夜中に救急で病院が受けて、そこをまたお返しすると。

この2つをすれば、かかりつけ医の先生方の負担も取れますし、これから在宅医療を推進しなければいけない時に、かかりつけ医の先生だけではなく、総合診療医というものをもっと育成する。私は昔からずっと言い続けているのですけれども、今は富山大学の総合診療部と、南砺市民病院とかが積極的に人材の確保と育成をしています。こういうことを具体的にされれば、今の質問に対するお返事になるのではないかと思います。以上です。

(馬瀬会長)

はい。ありがとうございます。はい、浦田委員。

(浦田委員)

介護老人保健施設の代表として来ていますけど、いずれにしてもいろんな議論の中で計画がありますが、基本的には医療と介護を一体化しないと、まずはすべてが為し得ないのではないかと考えております。

今の在宅のことにおきましても、基本的に在宅をやる先生はいません。個人的なことを言うと、私は26年間在宅をやり続けています。実際には魚津市で250名の患者さんを訪問診療、もちろん夜中も全部かけつけるという仕組みを私どもで作っています。

チーム力というか組織作りをしないと、例えば私1人では出来ません。若い頃は私1人で全部やっていました。

今の訪問診療は、残念ながら訪問看護ステーションを使って、指示をして行ってもら。だけど患者さんはそうではないと思うのです。やはり先生が来てこそ、患者さんの安心を得られるわけです。医療制度もそういうところを作っていた部分もあります。看護師が行けば、訪問診療として成り立ち、そこに診療報酬の加点があるのですよ。ですから、皆さんどうも診療報酬ありきで、在宅医療をやっている先生もおられるのではないかと。そこらへんが在宅医療の進まないところです。

ましてや介護老人保健施設の一番の目的は、在宅復帰なのです。地域包括ケアシステムの中心となるべくあるのが、介護老人保健施設なのです。

介護老人保健施設は、富山県に47施設ありますが、残念ながら、在宅復帰に取り組んでいる老健はほとんどないです。いずれにしても5年間くらいで、厚労省の老健局をはじめ国からメスが入ってきています。

富山県の47施設のそれぞれの老健の評価があるということ、皆さんご存知ですか。5段階評価を老健に対して全国がやっています。一番は外来を積極的にやっている、スーパー強化型というもの。次は強化型、加算型、基準型、その他型というものです。実際、その他型はやめて下さいというような、診療報酬、介護報酬に設定されています。

いずれにしても老健は、在宅復帰と、もう1つは認知症ケアができる、それと看取りができる。この3つができるのは、ベースは医療機関であるというところを、今はなかなか思うようにはいっていない。

特別養護老人ホームも、できれば在宅復帰と書いてあるのですけれど、終の棲家になっているようです。同じように老健もほとんど箱型で、お預かり老健と特養と、どこが違うのかという老健が非常に多いわけでありまして、そこらへんから根本的に、老健自体も変わっていかないとだめだと思っています。

国も評価に入っていますから、こういうところも、行政の方はあまり知られない現状があるのです。ここに委員の方、たくさん参加されていますけれど、そういうことも、やはり老健とは、というところを私たちも富山県の中では変わっていかないとだ

めだと思います。

それと、やはり予防でございます。予防において各診療所等と、予防医療に向けた取り組みということ。どうしても先生方は治療を中心にやってこられた。私もそうでした。ただ20年前に気づきました。やはり疾病の予防というところ、介護予防というところ、ここのところを重点におかないと。

特に今はフレイルという問題が増えております。フレイルのものはサルコペディアという、筋肉減少症。そこからロコモティブシンドローム、これも皆さん関節障害と筋力の衰えが出始める。フレイルはその2つを中心とした、残念ながらそこに、痛い、人と会いたくない、社会性を失っていくことが一番の原因であり、そのことがうつになったり、認知症が加速していく原因となっている。または、そういう方たちの栄養状態はどうなのかというのも大きな問題です。

一体となった予防事業、在宅医療を推進していく。

県の方々はなかなか進める術がないと思っていまして、それぞれの介護施設、医療機関が啓蒙、啓発を県の方を通じてやっていただきたいと思いますが、そのことが私の県の方への質問でございます。

#### (馬瀬会長)

県のほうは、在宅医療に関わる医療機関の増加についてはどのように。少し増えていますか。私ども医師会で把握しているのでは、在宅をやる先生の組織化が少し進んでいるようですが、新たに在宅専門医が少しずつ富山市内でも、専門ですね。一般のクリニックは知らない。在宅専門ということで、やるクリニックも出てきております。少し増えているのではないかなという印象はもっているのですが、どうでしょう。

#### (事務局)

県のほうで分析を進めているところですが、訪問診療を行っていただいている診療所はかなり増えて来ておりまして、平成24年から見ましても、人口10万対で、現時点でどこの圏域も100人以上が訪問診療を行っていただいで、増加してきております。

先ほどの在宅支援診療所の数字が人口10万対で比較しました時に、0.1のみの増加ではありましたが、この届け出をなさっていなくても、往診であるとか、訪問診療を行っていただいでいる医療機関も増えております。

#### (馬瀬会長)

実は在宅診療料を取らない医療機関があるのは、実はそれをやると診療所のレセプトの平均点数が高くなる。高くなると個別指導の対象になるので、それがいやだと。だから診療料はいらないと。だけど在宅診療に出かけるといった先生がおいでになるのは事実です。

ですから、そこに見えてくる数字だけが、在宅医療に関わる医師の総数ではないということ、それは事実です。要するに、お金はいらぬけどやることはやります、と

いう先生もかなりおいでになるということです。

他に何かございませんか。はい、宮田先生。

#### (宮田委員)

今日は富山県の介護士養成校協会の立場で出させていただいておりますが、福祉の人材、介護の人材、大変重要だということが重要項目に入りまして、大変歓迎をしたいと思っております。

その上でまず質問なのですが、参考資料の2-1の12ページになりますけど、福祉人材の状況ということで数字が挙がっております。福祉人材養成の状況で、訪問介護を始め、介護福祉士、社会福祉士と出ているのですが、例えば介護福祉士を見てみますと、2007年で7,362人、2019年で16,602人、この12年間に9,200人増えているというデータが出ているのですが、何となく内部で検討していても、ちょっと実感と違うよね、という感じなのですね。

この調子でいきますと、多分介護職員は充足していけるのだらうと思うのですが、1年に700人ぐらい増えている可能性になりますので、12年間で9,000ですから、割り算すると何人ぐらいでしょうか。これは実際に働いていらっしゃる方たちなのか、資格をとった人たちをずっと累計して行って、まったくやめた人だとか、いろんな方のどんな数字なのかははっきりしなくて、皆さん首をかしげていたので、まずここを質問させていただきたいです。

#### (事務局)

取得については、おっしゃられた通り、取得ベースでございます。

従いまして、特に養成校さんの立場では、新規に卒業されて入った人に注目をされると思いますが、働きながら実務者研修を受けて入ってくるルートも含めたものです。

登録抹消該当、または離職等で業界にいらっしゃらない方も含まれている数字ということになります。

#### (宮田委員)

もちろん新規だけではなくて、そこも了解した上でお尋ねしたのですが、かなり抹消なり、あるいはリタイア、場合によっては死亡ということもあるかなということをおっしゃるので、この数字が独り歩きしたら怖いなという感じがしておりました。

その上で人材確保の点についての意見なのですが、学校のほうでは4月、5月とまったく授業ができない状況で、オンライン授業しかできませんでした。6月に入って実習もしないと資格につながらないし、力もつかないということで、浦田会長さん、木原会長さん、尾崎会長さんの所へ、それぞれお願いに行きまして、介護施設、障害者施設で、コロナ禍の中でも、しっかり実習を全部、数を受けさせていただきました。そういった面でたいへん感謝しております。難しいのかなと思っていましたが、非常時だからこそ勉強に来てほしいという施設等もありまして、たいへ

ん学生ともども感謝をしております。

その上で残念ながらコロナ禍で、マイナスイメージが世の中では随分先行しておりまして、例えば保護者の皆さんの考えですとか、高等学校の進路指導の先生方、介護、福祉は勧められないと言われていたということがはっきり伝わってきておりまして、かつてなく厳しい志願状況になっていくだろうなと思っております。どうも3Kプラスコロナというイメージが強くて、いくらこちらが処遇改善だとか、ICTの推進だとか、がんばる介護事業所、がんばる介護職員と言っても、なかなか通じないところがあります。

そういった点で、ぜひ提案なのですが、処遇改善ですとか、ICT推進ですとか、職場はずいぶん変わってきているのだということを、ぜひ正しい姿を発信していく必要があるのではないかと考えております。

私どももいろんな機関と協力しながら努めてはおりますが、ぜひ行政のほうのご支援もお願いできたらというふうに思っています。

それからもう1つは、中学生から高校生に向けた福祉人材の裾野を広げるような人材計画、そうなりますと、教育サイドとの連携、そこへの踏み込みが必要かと思えますが、ぜひそういったことで進めていただければと思いますのと、もう1つ、コロナ禍の失業者とか業種転換される方達も出てきますので、離職者の皆さんの委託訓練、これも正規の2年間の養成の中で受け止めていますので、最近減っていましたが、この後増えるのではないかと考えていますので、ぜひ後押しをしていただきたいと思っています。

大きな3つめとしては、市町村の計画に人材確保を入れなさいということになったのが、非常に大きな前進だと思っております、ぜひ市町村独自の人材確保の様々な支援計画、もっと具体的、実効性のある計画にしていきたいというのと、ぜひ県としても連携なり、応援なりしていただければ思っております。以上です。

#### (馬瀬会長)

はい、ありがとうございます。要望ということでよろしいですか。確かにどこの介護施設からも同じ声が聞こえています。人が足りない。特に若い人が足りない。ぜひよろしくお願ひしたいと思ひます。他に何かご質問。どうぞ。

#### (森下委員)

委員の森下です。

先ほどの資料5-1の表で、地域包括支援センターの体制評価など総合的な支援体制の推進というところで、地域包括支援センターは、介護の必要になった家族の方だとか、あるいはご本人、最初に相談に入られる場所として、一般の方に認知されているのですが、地域包括支援センターの運営方法が、各市町村によっていろいろなのですね。ご存知かと思ひますが、ある市町村は独自で、町あるいは市でやっているところ、あるいは社協さんに任せているところ、あるいは法人さんに任せて

いるところ、あるいは委託というような形で、やっておられる状況だと思います。

富山市さんの場合は、民間法人にお任せしておられると思うのですが、地域包括支援センターの評価や結果に基づき云々と書いてございまして、その評価がどのように行われているか分からないのです。

私いろんな市町村を回ってみると、質の高い地域包括支援センターと、質の低いセンターといろいろございます。それでまた要支援1、2の方とか、介護1ぐらいの方の相談もたくさんいらっしゃるということも存じています。やっぱり基本は3人から、人口に応じた職員配置を行っておられますけど、数が多くて質が落ちるのか、それとも職員の質があまりよろしくなくて落ちているのかどうか分からないのですが、本人中心というか、本人に沿ったニーズを把握しきれていない方もたまに見られて、たまに残念な事例も見られます。

富山市の場合は、変な言い方ですけど困り込みをしている所もあるようです。ある不動産会社で自分の施設のほうへ、ケアマネさんが利用したらどうかということをおっしゃっていただくと、おられるところもあるように聞いています。

やはりこの計画も利用者ありきで、中心となると人材も不足している状況の中で、質を上げるのは大変だと思いますけど、もっと評価を厳しくと云えばいいのか、適正と云えばいいのか、そうしていただいたほうが、より高齢者のためになるのではないかなというところで、質問をいたしました。

**(馬瀬会長)**

地域包括支援センターの評価は、これは県がやるのですか、市町村がやるのですか。

**(事務局)**

これにつきましては、国が評価のための調査票を作りまして、それを基に市町村のほうで、各地域包括支援センターのほうに調査票に記入していただきながら、評価していくものだと思います。

**(馬瀬会長)**

委員、残念ながら県のほうは、これに対する評価を行うことはまずありません。支援をしたり、体制強化の補助をしたりすることはありますが、評価そのものは市町村が行うものであって、県がそれを指示したり評価したりすることは、普通無いものだというふうに認識しております。

**(筒井委員)**

ちょっと補足させてください。地域包括支援センターの評価は、チェックリストという性格のものを国から提供しておりまして、それをやっていただくことになっているのです。そして、この結果については、保険者である市町村が、自分の保険者機能評価と整合性がとれているかを一緒に評価することが求められています。そして、市

町村の保険者機能に関する項目は、県が取りまとめるとされていますので、実際には県が具体的に言及をすることにはなりません。地域包括支援センターに関する評価も県に責任があるという理解になるかと思えます。

それで、先ほど、質問の回答が途中になってしまったようですが、8期は7期のできなかったことを重点的にやるというご説明でしたので、私が申し上げたかったのは、C評価に関して自己評価された内容を、この8期にきちんと入れて、達成まで、もって行っていただきたいということなのです。

基本的には、単に診療所を増やすのか、人数を増やすといった内容だけでなく、先ほど南先生から、ご提案があったように、実際、現実的に医療と介護が連携しているという実態が把握できるような評価指標を導入されたらどうかと思えます。また、会長もおっしゃられましたが、「報告してはいないけれども、実際はやっていますよ」ということが把握できるように評価指標自体を工夫されたほうが良いと提案させていただきます。

特に介護との連携による在宅医療の推進については、医師会の先生方も、こちらに来ておられるので、少し話し合いをされて、今の指標で単純に数が増えれば良いのだ、という考え方ではなく、中身を反映する指標を考えられたらよいのではないかと、思っています。

それから、先程の質問の地域包括支援センターに関してですが、この計画の中には保険者機能強化の内容が含まれていないようです。介護保険事業計画は、市町村が作るわけですが、県は、介護事業支援計画を作らなければいけません。その枠組みとして、各市の保険者機能をどのように考えるのか、地域支援包括センターや、それから、実体的な在宅支援の状況を把握するということも含めて、保険者機能については、どのくらい、市町村の格差を平準化するといったことを考えるべきか、そういった、単なる数字ではなく、中身をぜひ検討していただきたいと思えます。これは意見です。

**(馬瀬会長)**

はい、ありがとうございます。指標のただ表に出た数字、その他、介護の方の実際に働いている数も、これでは見えてこない。そういったことを思えば、やはり実態を反映するような指標に、少し加えて評価したらどうかというご意見だと思います。よろしいですか。

**(事務局)**

8期に向けて、今ほどご指摘いただきましたように、実態をできる限り反映しまして、反映した指標を持って評価をしていく形にさせていただきたいと思えます。

**(馬瀬会長)**

よろしくお願ひします。はい、惣万委員

(惣万委員)

感染に関してですが、私の所で利用者に陽性者が出たのです。それで体験して言いたいのですが、まず保健師さんを増やしてほしいということ。私の担当の保健師さん、本当に朝から夜まで土日かけても対応してもらったので、かなり疲れていたと思うのだけど、すごく対応がわかりやすくよかったです。本当にそれが保健師さんだと思いました。

それと、県と市のPCR検査の意見が違っても、せめて富山県だけは統一してほしいなど。富山市とある所の意見が違って、PCR検査を受けられるか、受けられないかでかなり揉めました。

私が言いたいのは、宮田先生の言ったことが一番言いたかったのです。一番私たちが困っていることなので。

ただ、まずは、特養老人ホームのことなのですが、一見待機者が少なくなったという考えなのですが、特養が全部埋まっているのですか。私が聞くには、特養が50床で、5床とか10床が、稼働していないという話ではないですか。そうだとしたら、サ高住に、この人たちが行ってしまったのではないかという考えもありますよね。この統計によって、そこまで追跡しているかどうか。まだ、いくつかあります。

(馬瀬会長)

一つずつ片づけましょう。特養の収容についていかがですか。

(事務局)

特養の待機者数については、年度について増減はありますが、概ね減少傾向にあります。

ただ現在、特養のほうに入所しておられる方の入所率だけをみますと、やはりバラツキは当然ありますが、90%後半台ということが、各特養さんからの調査で結果として出ております。

(惣万委員)

10年前は100%近くでしたよ。90%をどう考えているのですか。

(馬瀬会長)

90%後半だそうですよ。

(惣万委員)

後半でも大きい数ですよ。

(事務局)

ほぼ100%と申していただいて。

**(惣万委員)**

私は、特養を希望している人がいっぱいいるのに、お金が足りないとか言って、だけど入れない。それでサ高住に行く。サ高住は高いですよ。それなのにいいように書いてあったら、はがやしくなってくる。

それともう2つ。訪問看護なのですけど、ある全国のえらい訪問看護の方が来られて、訪問看護の事業者数、全国では下から5番目だと聞いているのに、これを見たら達成可能と書いてあるのですよね。これは何なのですか。ニーズに対して達成可能なのですか。それともこれからの20何年なのか。どう考えているのか。

**(馬瀬会長)**

はい。この達成可能がどういう理由なのか。

訪問看護ステーションの達成可能というのは、何を指すのか。

**(事務局)**

これにつきましては、全国の中ではまだ少ないほうではございますが、その中で10万人当たりには少しずつではありますが、増やしていこうということで、2020年度までには10万人当たり6.7事業所、2025年度までには7.9事業所ということで目標を立てておりまして、それに対して達成可能かどうかということでございます。

**(惣万委員)**

でもこれだったらニーズに対しての達成可能ですよ。なぜニーズが少ないのかを、私は分析してほしいのだけど。介護が重いわりに、何で訪問看護の数が多くならないのか。

**(事務局)**

訪問看護の数自身は、これまで年々増えてきていると思っています。

**(惣万委員)**

でも、聞きましたよ。今日も富山市のある所から。これ以上事業所が増えたら私たちは潰れますと。意味が分かりますか。これが生の声なのです。分かっているのですよ。だから分析の仕方なのですよ。

それと介護福祉士のことなのですけれども、宮田先生が言われたように、私たちがいくらハローワークに行っても、どこに行っても6倍なのです。全然若い人たちが来ないのです。そして今の若い人たちは、今の介護に未来がないと言っています。これを本当に私はこういう会議で10何年前から言っています。一緒のことを。本当に本腰を入れてやらなければ、介護はなくなります。

ヘルパーだって在宅3本でしているのですよ。デイサービスはあります。だけどショートも弱い、夜勤する人がいなくて。ヘルパーさんも高齢化ですよ。60代、70代の

人が中心になってやっているのです。40代ではないのですよ。せめて50代でもいいな  
と思っているのですけど、平均したら全国でも60代とか70代ですよ。

**(馬瀬会長)**

はい。介護福祉士がさきほどから出ておりますが。

**(事務局)**

介護人材のことについては、お手元の資料3-2、このデータを用いながら、お話し  
したいと思います。3-2の最後、6番目の項目になります。

ここは総量のこと書いてあります。若い人云々については今年度、昨年度にどう  
いう人が入職しているかという調査を、県社協から主な介護事業者さんに今月にする  
ので、それを見て改めて有効な施策を取るのご容赦下さい。

ここの総量についての考え方、先ほどの筒井委員のご指摘の視点で見ますと、大き  
く2つポイントがあります。それを言う前にまず3月のこの分科会の時には、数字が  
出てなかったのですが、おとし平成30年の数字が17,858人。改善しましたけれど500  
人に足りない461人の増が出ました。正直に言いまして、参考資料5-2の※で書いて  
あるように今後7年で、500人どころか550人増加の取り組みが必要です。3月にも  
同じものを指標では要努力としているのですが、そこまで言えたかというのはいま  
す。ただしポイントの1つめとして、現下の社会的な就業情勢は、社会的には非常に  
不幸な意味で離職者が多いということなのですが、現下のそういう状況で、ただその  
離職者が介護業界には夏までに来たということはないのですが、こちらの確保のレン  
ジを過去3年平均にしたらとてもいきませんが、過去5年平均とか、過去6年平均ま  
で広げて、過去に社会の他の業界からも来てもらえた時代も含めて頑張りどころとい  
うことで、平均が概ね5年平均だったら510ちょっと、6年平均だったら535になりま  
す。そういう意味でまずは一歩一歩進めるとしたら、ここで過去の平均並みには頑張  
りどころとなるような社会情勢の変化があるので、そこで力を入れたいというのが1  
点。

それともう1点は、昨年外国人の特定技能の制度が創設される時に厚生労働省が、  
この推計をした時には出ていなかった新たな頑張り目標なのですが、平成28年の総介  
護職員数の1%については、2025年までにその規模を生産性向上で増やさなくてもい  
いように頑張ろうという形で推計しております。本県もそれになりますと17,000人  
ですから170人、今後7年間で単純に割ると25人ぐらい人を増やさず生産性向上で頑  
張っていきましようとなります。これは第8期の計画でも確保をこれまでと同じく頑  
張るとともに、介護現場の革新という形で頑張っていこうというような方向に数字的  
にはなりません。その550人から今ほど申し上げた25人の生産性向上になると、先ほど  
の※のポイントの過去の入ってきたところも含めた平均と同じく、この後7年頑張れ  
ば、2年間経っているのも非常に厳しいのですけど、要努力で何とか2025年までは整  
合性を保って頑張れるということになっています。

(惣万委員)

これ以上がんばれって言うのですか。これ以上何をがんばれと言うのですか。例えばこの入るといふ人よりも、もっと多くやめたら、どうしようもないわけでしょう。やはり魅力とか、これ以上働けと言っても無理ですよ。若い人たちに。夜勤何回していると思うのですか。無理です。だって時間遅くまで、みんな頑張っているのですよ、数が少ないから。

(馬瀬会長)

はい。行政の認識と現場の実情が少し噛み合っていないように思えます。先ほど宮田先生からも南先生からも同じようなご意見が出ています。介護現場で人材不足、特に若い人の参入がないということを見ると、先行き暗い話ばかりになりかねない、というのが皆さんの危惧かと思えます。このへんをしっかりと認識した上で、介護人材の養成についてももう少し視点を変えたりすることで対応していく。

国が効率化を図れと言っているのは、例えばロボットを使えとか、そんな小さな介護事業所でできるような話ではないようなことで、生産性を上げろと言っていますが、人を看るのに機械だけで出来るはずがありません。このことを我々はしっかりと認識しなければいけないのだろうというふうに思います。介護人材の養成について、もう少し施策の上で充実させたものを検討していただきたい、というのが皆さんのご意見かというふうに思います。

そろそろ議論も尽きませんが、時間もまいりましたので、今日の委員の皆さまのご意見を踏まえて、第8期計画に盛り込んでいただきたい、このように思います。

<了>