

平成29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：平成29年7月31日(月)

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（前田厚生部長）

○ 議事

（1）副会長の選出

- ・委員の互選により、臼田委員を副会長に選任

（2）富山県高齢者保健福祉計画及び第7期介護保険事業支援計画について

- ・事務局より資料1～7に基づき一括説明の後、質問・意見交換

—意見・質問—

（馬瀬会長）

特定の項目にこだわらなくて、それぞれのお立場でのご意見をお伺いする。

それでは、県外からこの会議のためにお越しにいただいている筒井委員、何かご意見ございますか。

（筒井委員）

いくつか質問をさせていただきたいと思います。

参考資料3の7ページの現状と課題で、重度認定率が全国最上位であるという点についてお尋ねします。このデータからは、要介護3以上をフォローするサービスとして、居宅サービスが薄いことが示されており、この結果として、施設サービスが多く使われていると思うのですね。

この点についてですが、要介護度が低い時点で65歳、70歳ぐらいで認定された方が、介護保険の中に入ってきて段々悪くなっているということなのか、それとも80歳前後で入られた人が新規で要介護3になっているのかという分析はされているのでしょうか。

（馬瀬会長）

いかがですか。大事な所です。

（事務局）

それにつきましては、参考資料3の5ページのほう、先ほど十分に触れなかったかもし

れないですけれども、年齢別にそれぞれの区分で認定されているかという分析を行っておりまして、これを全国の状況と比べて高い所を色付けしております。

これを見ていただきますと、高い年齢、80歳以上で全国よりも要介護3以上の認定率が高いという傾向がございます。

一方で下の表をご覧くださいますと、新規の認定では、要介護3以上の認定率というのは、全国より富山県が低いという状況がございます。更新や区分変更におきましては、富山県の認定率が高いという傾向がございます。これは27年度でございますけれども、それ以前の年度についても同じ傾向がございますので、そういう点では軽度で認定された後に、80歳以上で重度化している傾向が伺えるというふうに考えております。

(馬瀬会長)

よろしゅうございますか。

(筒井委員)

そのお考えですと、軽度で認定された方々がサービスを受けたとしても、年齢を追うごとに重度化していると考えておられるということでしょうか。

(事務局)

まったくその通りかどうかというのは、検証しておりませんので分かりませんが、客観的にはそういうデータが出ておりますので、そういった対策を何らかの形で取っていく必要があると考えました。

(筒井委員)

そうしますと、ここで考えなければいけない点は、要介護認定を軽度で受けた方々が、重度化しないような介護サービスのあり方というのを、どういうふうに考えるかという点になります。

それについては、対応策として掲げられているのが、第一として、生活習慣病の予防、疾病対策の推進です。第二も、要支援の方の支援となっています。さらに、第三としても自立支援型ということになっておりまして、要介護認定を受けた軽度者の重症化予防に対する策としては、どういったことが考えられているのでしょうか。

(馬瀬会長)

今、分析を行ったものについて、対策としてどんな対策を想定しているかというお話しだったと思います。

(事務局)

特に今回、対応策(案)の中でも1番上の、若い時からの健康づくりにつきましては、80歳以上で重度化する要因等は、左のほうに書いてありますけれども、そういった視点で書かせていただいております。

その後の2つにつきましては、特にリハビリテーション、そういったリハ職の専門職の方が参画したケアマネジメントが薄いのではないのだろうか、その結果、うまく介護予防なり、介護支援の機能が果たされていないのではないかということで、こういった対策を掲げさせていただいております。

これはまた先生のご意見を頂いた上で、見直してまいりたいと思っております。

(筒井委員)

今回のご報告は大変、よい分析がなされておまして、報告内容もまとまっていると思うのですが、以上、お話ししてきました点、つまり認定を受けた軽度者の重度化予防というか、要するに悪化速度を遅くするための施策、悪化予防のための居宅のサービスの多様性があまりないように思います。これについては、再度、検討をお願いしたい。

国では、医療と介護のSCRデータを使った分析をやっておりますが、富山県は訪問系の診療とか、そういった訪問系サービス量が少ないという結果が出ています。とくに居宅で医療を受けられる体制が脆弱ではないのかと予想されます。

このため介護保険制度での支援を受けているにも関わらず、何らかの疾病に罹患することによって悪化していると、この報告にも書いてあります。在宅における医療と介護の強い連携の仕組みが必要ということが、全国のデータから見ると明らかなようです。

これについては、施設サービスで代替するのではなく、居宅にいる軽度の要介護者への、医療の提供の適切性というのを、どういうふうに把握するか、重点課題でいきますと、介護との連携による在宅医療の推進という、ここに、もう少し訪問診療とか訪問看護とか、それらのサービスが、要介護度が低い人たちにどういうふうに提供されなければならないかという、指針が示されるとよろしいのではないかと思います。

また2025年の介護施設、在宅医療の追加的需要について、患者住所地ベースで分析したデータというのが内閣官房から示されておまして、富山県の場合、医療区分1の方の70%分、それから一般病床のC3未満の人、それから地域差解消分というのを合わせていきますと、富山市75歳以上の方々への訪問診療が少ないことがわかっています。他には高岡市も少ないですね。これらの市は医療機関が他の地域よりも比較的多いので、訪問ではなく、外来にきてもらうというようになっているのではないかと思います。

このように医療の実態は、市ごとに異なり、それによって支援する内容が違うということになるので、県が市町村を支援していく際に、施策の優先順位について、この計画の中にどう位置付けるかということも検討していただくといいかなと思いました。以上です。

(馬瀬会長)

ありがとうございます。

いろんなご提案があったと思いますが、県として地域医療で問題になっている介護と医療の区分というか役割をきちんと把握して、特に今お話しになった高岡市、富山市は高齢化率が高くて、医療の構図が手薄になっているのではないかというご意見ですが、これを県としてどのように指導というか、それぞれ高岡市、富山市等に示していくか、支援も含めていかがでしょうか。

(事務局)

まずは、今、筒井委員がおっしゃった通り、我々のほうも軽度の要介護度の方の重度化予防というところ、特に居宅の所のサービスをどうするかという観点で、ここは課題かなと思っております。

今ほど地域包括ケア会議の推進の報告のところでも申し上げましたけれども、その1つ上に在宅と施設のバランスの取れた介護サービスの充実というところもありますので、この辺でしっかり思いを込めていきたいと思っております。

さらに言えば、資料5の2ページ目の(2)にありますけれども、介護との連携による在宅医療の推進というところが、サービスそのものの在宅医療と、訪問看護といったところに、医療系サービスを加えていくところでもありますけれども、この介護保険事業支援計画という観点で言えば、訪問看護を主に中心に書いてありますけれども、訪問診療と在宅医療、訪問看護それぞれ本県の特徴で言えば、やはり富山と高岡と言いますと、人口が多くて且つもともと医療資源もそれなりに豊富な所で、どちらかというところ訪問看護、在宅医療を志そうという方も自然体でじわじわ増えてきているという環境でありますので、既にあるものをしっかりとしていくという形になろうかと思っております。

逆に本県は医療圏4つでありますけれども、新川地域でございますとか、砺波地域という所は、やはりご尽力を頂いておきながら、絶対的な医療資源がその2つの医療圏に比べると少ないというところがございますので、これはそもそも幹を作っていくところから始めなければいけないかなと思っておりまして、これはまさに南委員からご尽力を頂いておるところかなと思っております。

そういった動きをしっかりと進めていくということかと思っておりまして、またそういう大きな方向付けで思っておりますが、また今日は各委員の先生方がおられますので、もし個人的なところがございましたら、おっしゃっていただければ、また個別に聞きたいと思っておりますのでございます。

(馬瀬会長)

では、南委員。

(南委員)

私は全体のバランスとか方向性はすごくいいと思います。全然間違っていないと思います。後は、実行性を本当に上げられるか。絵は非常にきれいなのですけれども、実行性を上げるためにいくつかやっぱり必要だと思うのですね。

今の在宅医療は、特に充実させなければいけないのですけれども、特に訪問診療、訪問看護に関して、やっぱりどうしても急性期対応ができる医師、看護師でないと在宅にならない。だから今もやっているのですけれども、総合診療専門医をどれだけ本当に作れるかどうか、作る努力をするかというのも県としても考えてほしいというのが1点と、訪問看護の看護師は結構養成されているのですね。ただみんな急性期の病院に入っていくのですよ。なかなか在宅を看られないですね。

実は、南砺市民病院と南砺市の訪問看護は、人事交流をし始めました。3年ほど前から。

そして病棟のある程度中堅を出すのですね。半年とか1年。そしてまた戻すのですね。そうしたら全然視野が違ってきますし、病院の中の看護師さんの意識も変わります。地道ですけれども、こういうのも1つ大切かなというふうに思います。

それから、さっきの医療と介護の連携というのは非常に難しいのですね。言語も違わずし、意識も違います。これは実は、南砺市の医師会の以前の会長から始まってですね、これで数年間も毎月南砺市の医師会が中心となって、多職種の連携の会議をしています。

これは相当難しい事例を毎回出して、それをグループワークにして、解決策を皆で出すのですね。そうすると各専門職はどんな機能を持っているのか、どういう解決策を持っているのか分かりますし、顔の見える関係性がありますし、先生方も介護ってこんなに能力があるのだとか、いろんな専門職がこんなに協力してくれると解決できるのだということが分かりました。ですから、こういうふうな努力を医師会が中心となりながら、声を掛けてもらって集めて回るのもいいかなと思いますけれども、そういう地道なことが、私は必要かなというふうに思います。

その中で、病院と在宅医療の連携に関しても、やはり急性期でも相当引き受けるようになったのですが、地域包括ケア病棟。これが会議の中で、本当に在宅でいろんな課題があって困って解決が難しいというふうに、そこに連絡をして1回ちゃんとアセスメントして、解決策を立てて、また戻してもらおうとか、緊急避難的なことも南砺市の専門職の全体の意識になっていますので、これも在宅医療と病院との連携をスムーズにする非常に大きなツールなのではないかと思っておりますので、病院それから医師会の先生方にも、この辺のことは理解してもらおうと実際前に進むと思っております。

もう1つだけ、在宅と施設のバランスのところ、定期巡回介護サービスとか小規模多機能居宅、これが非常に大切だと、おっしゃる通り、ただ出来てないですね。

実は南砺市民病院に勤めているのですが、1つ縁があって、南砺市の社会福祉法人の福寿会という所の副理事長も3年ほど前に、理事長の田中市長から頼まれてやって、やはり在宅の中重度の人達を支えるには、定期巡回介護サービスが非常に大事だろうということで作ったのですね。人材確保しながら、非常にいいです。1人暮らしのがんの末期の人でも在宅で見送れますし、認知症の人の在宅期間も延びます。もちろん最期までいかないですよ。でも完全に延びます。ですから、これを広くしていかないといけないと思うのですけれども、実際それを作る時、人材確保が難しいです。本当に介護職がいないのですよ。初任者研修を始めても、だんだん参加者が減っていますし、高齢化しているので、現実難しい面がありますけど、努力するしかないです。

もう1つ、定期巡回だったらやはり赤字なのです。南砺市が広いという面もあるので、ものすごく時間が掛かるという面もあるので、明らかに普通に頑張ると赤字になります。ただそういうことをしないといけないということで、工夫とか努力をしているのですが、こういうこともたぶん参入の障壁になっているのではないかなというふうに思いますので、非常にいいものだと思いますけれど。

もう1つは、そこを定期巡回利用している人がポンと施設に入ってしまうのです。ある日突然。それはいろいろ理由があって入るので、悪いわけではないのですが、もう少し定期巡回で長くやれそうなのに、ポンと入ってしまうということで、施設の相談員と

の連携とか、もう少し地域全体でどこまでやれるのかということも話し合いで、環境は作らないといけない。

これは南砺市全体でやっていることですが、その中で先ほどの医療との整合性の話があったじゃないですか。療養型が非常に多くて療養型を減らさないといけない。それはそれで時間が掛かるのですが、じゃあその時にどこが受け皿になるのかというと、やはり1つは特別養護老人ホームだと思うのですよね。

その時にも、入所基準があって、1人暮らしの人、在宅の人が1番点数が高くなってしまいうという面があるので、福寿会で見直ししながら、少し試行的にやってみて、またその成果、結果を高齢福祉課とか老施協とか、皆さん方と話をしたいと思いますけども。

そういう全部を考えないと、絵に描いた餅になってしまうのではないかなと。いいのだけでも人がいない。入ろうとしても赤字になって、とても民間は入ってこれないとか。利用者もいると思いながら、ある日突然消えてしまうような状況では、参入が難しくなるのではないかなというように思いますので、その辺のことをまた分析されて、計画に入れてもらえればありがたいかなと思います。以上です。

(馬瀬会長)

ありがとうございます。ご提言いくつかありましたが、居宅の中で未だに介護職の不足というか、そういったことがあります。

私がちょっと気になったのは、在宅で軽度の認定の方が重症化するという時に、在宅でのリハビリとかっていう、そういうことに携わる職種の人が、あまりたくさんおいでにならないのかな。これは介護支援専門員協会の高原委員いかがですか。

(高原委員)

多くのケアマネが自立支援に向けて、そういったサービスに繋げていっているとは思いますが、なかなかそういったところが進んでいない現状もあるのかなということで、やはりリハビリの視点を入れるのを、理学療法士とか、そういった人達との勉強会を通して、組み入れるようにはしているのですが、今お話がありましたけど、介護予防が特に平成18年から進んできましたけど、なかなかうまくいっているような、いってない現実も片方にあったのかなという気もしています。

この介護予防と生活支援サービスの充実の中で、地域ケア会議を通して自立支援型のケアマネジメントを強化していきましょうということが書かれていて、これはいいことなのだろうと思います。

ただ、地域ケア会議を今まで市町村でやっていて、どっちかと言うと困難事例とか困った人の会議が多かったのですが、軽度の方の自立を進めていこうという視点を、これからも県のほうも支援して進めていただければいいなというふうに思っております。

(馬瀬会長)

ありがとうございます。

大事な点かなと思います。先ほど筒井委員からもお話しがありましたが、医療のサービ

スが不足したりしている可能性が、十分このデータから読み取れるというお話でしたから、そのところにやはり富山県は取り組まなければいけない、大事なポイントがあるように思います。

県がやる仕事と市町村がやる仕事、役割が輻輳していますので、大変だなとは思いますが、これは県としてしっかりと方向付けをしていただけたらと思います。文言でいくら書いても、予算を付けたり、支援する費用を付けたりしないと、きっと動かないと思いますので、よろしくご検討していただけたらと思います。

同じく介護を支えておいでの、富山型デイサービスを始められてどうですか、最近。惣万さん。

(惣万委員)

資料をもらって思ったのですが、まず在宅と施設のバランスのとれた介護サービスの充実とありますよね。参考資料2の5ページのほうで全国なのですが、富山県はいつまでたっても施設が第1位。何でも1位になりたいけど、これだけはどうかと思います。

そして、在宅は、居宅は弱いのですよね。これいつみてもこうなのですが。そうかといったら青森とか、まだ近くの石川、福井のほうが富山より頑張っているかなと思うのですが、その居宅にどう力を入れていくのか、もうちょっとはっきりしてほしいかなど。例えばこの表で言ったら島根を狙うのか。富山県の施設サービスの給付の月額がいつもこの辺りを占めているのですよ。そして居宅は半分、50%以下なのですよね。施設サービスがもし高かったとしても、居宅も島根みたいに高ければ、それはそれで私はバランス取れているとは思っているのです。その代わり介護保険料がとて高くなりますけど。でも県民の理解を求めたら大丈夫なのではないかなと思っています。

そうかと言って高齢者のデイサービスが、全国なのですが、過剰なのですよ。50%以下になっていると、稼働率がね。30%以下ぐらいだともう潰れてしまうのですが。これはどうですかね。私考え方としてどうかと思うのだけど、それも1つの例かなど。ある全国の市町村でいくつかは、もうデイサービスを規制かけていますね。書類だけの選考ではなくて、今までは書類が通ったらデイサービスできたのですよね。地域密着はちょっと違いますか。通所型は書類が通ったら大丈夫なのですよね。地域密着は書類だけでは駄目だった。

デイサービスを利用する人にとったら、選択肢がいっぱいあるから、ある意味ではいいかなという考え方なのですよ。選ばれるデイサービスになっていかなければなど思っています。そうかと言ったら、小さい所がどんどん潰れてきている。私達みたいな小さな所は、潰すための介護保険かって言っています。小さい所、デイサービスだと。私達もそれに特徴を作ってやっていますけど、そう思います。

バランスの取れた介護サービスの充実というのはとてもいいのですが、もうちょっと突っ込んでほしいかなど。どうしたいのかが良く分からないと思います。

(馬瀬会長)

いかがですか。どうしたいか。

(事務局)

惣万委員がおっしゃったように、やはり施設の利用が多いという実態がございますので、こちらの重点目標、今、主要施策ということで書かせていただいておりますけれども、在宅サービスの充実といったところが、やはり富山県では課題だと考えておりますので…

(惣万委員)

でも、まだ施設をどんどん作っていますよね。サービス付き高齢者向け住宅も地域密着型も。本当にそれでいいのかと私は言いたいのですけれども。

(事務局)

今のところは、6期計画で必要とされた追加施設を作っておりますので、7期は作り方も踏まえて、施設計画をしていかなければならないと思っています。

(惣万委員)

サービス高齢者住宅は厚労省でないから、皆さんも言いにくいのかもしれないけれど、1か月ぐらい前に話題になりましたよね。サービス付き高齢者向け住宅の事故の問題。だけど最後に国土交通省は、ニーズがある限りこれからもどんどん増やしていくと言うのですよね。これはどうなのかなと。厚労省と立場が違うかもしれないけれど、どうなのかなと思います。何でかと言ったら、町にお年寄りがいないと言っているのですよ。1つはデイサービスが作り過ぎ、もう1つは施設を作り過ぎと私は思っています。

(馬瀬会長)

課題の1つだろうと思いますが、今後また地域の在宅サービスと呼ばれる範囲のものでいろんなタイプがあって、かなりそこでいろんな摩擦と言うか、齟齬が起き始めているのが事実だろうと。

ただやはり気になるのは、富山は施設が多いと言いながら、在宅では結構費用がかさんでいる。やはり費用対効果を考えると、一見費用対効果だけを見ると、施設のほうはかなり効率的だというふうに見えます。

だけど、今の状態だと介護1、2がほっとくと重症化していく。こういう事実もある。何かここで施策として手を考えないと、同じことを繰り返すだろうと。

(南委員)

筒井さんからお話しされた、本当は軽度で見つけてなるべく進まないようにする。むしろ自立させていくというのが、すごく大事なのだと思います。

ただやはり介護保険が2000年に導入されて、基本的な介護保険の認識って介護の社会化でしたよね。大変だからみんなで世話しようよって。一生懸命富山県は、デイサービスも訪問各種もショートステイも施設も山ほど作って、介護の社会化をしてきた。これはこれで私はいいことだと思うのですよね。悪くはなかったと思います。

その間にこの十数年間、ケアマネジメントが、やはりお世話型というのをずーっとやっ

てきたのだと思います。それでケアマネジャーの人たちもその思いであるし、ではどういふふうに自立支援型のケアマネジメントにするかということの、変えていくそういう時期だって考えればいいのではないかと私は思います。これが1点目です。

何でかと言ったら、3年前から病院を出て、行政とか地域包括支援センターと一緒にいろんな活動しているので、そういうふうにするわけですね。病院は全部が自立支援型ですよ。障がい者を評価、アセスメントして、リハビリがどういふふうに入ったらどこまで良くなるのか、障がいをもつても、在宅でどうして生活ができるかということ、課題解決型でやっているのですけれども、なかなか今までの介護保険ではそこまで至っていない。

こういう認識の上でどうしたらいいかという話なのですが、南砺市も介護認定率が上がっています。それはやっぱり自立支援型のケアマネジメントが十分じゃないことと、もう1つは支えるインフラがないのですよ。南砺市は畑仕事をする高齢者とか多いのですが、先日大阪から大東市の逢坂さんという人に来てもらって勉強会をしたのですが、元気がないような方でも、相当負荷の強い運動を週1、2回すると明らかに元気になります。要介護率も下がります。そういうインフラがまったくないのですね。一般介護予防なのですけれども。

それから、もうちょっと上の要介護1とか2でも通所のAとかB、これはもちろん要支援の人たちなのですけれども、そういうふうには冷静に介護予防と、生活支援事業としてのインフラがない限り、どんなに自立支援型のケアマネジメントしようと思っても、自立に持って行く所がないんですね。

ですから、そういうのが並行的に自立支援型のケアマネジメントと、介護予防、日常生活支援事業の両方を強化しながら、なおかつ両方の連携するような施策が絶対必要です。

その中のキーになるのが、障がいに対するアセスメントなので、これを保健師さんとか社会福祉士に皆にしろというのが、やはり難しい面があります。

ですから、地域ケア個別会議とかいろんな所に、できればリハ職を出やすくするとか、引き出してあげられるようなことを県が応援してあげれば、市町村も動き易くなるのではないかなと。そういうこと全然ないですよ。南砺市もなかったですね。行政には、リハ職がないのですよ。ですから、そういう所を少しこれからの施策の中に入れていけば、変わってくるのではないかなというふうには思います。以上です。

(馬瀬会長)

ありがとうございます。

それでは在宅の話が出ておりますが、在宅訪問看護ステーション等を運営されています看護協会、大井委員。

(大井委員)

筒井委員から言っていて、重度化予防に対する考え方というか、見方というか、そういったところをやはりもっと力を入れていかないといけないのかなと思ったりしています。

在宅なり、サ高住なり、必要な所におられるのですが、そういった所で病気が悪化しな

いようにというか、そういう視点をどういうふうな形で計画に入れるか、訪問看護のほうも今60余りと、数が増えてきているのですが、量とともに訪問看護師の質の向上が必要になってくるのかなと思った次第です。

認定看護師とか、あるいは特定行為のできる看護師の養成とか、そういったものも計画的に養成していったら、また違ったものになってくるのかなと思った次第です。

（馬瀬会長）

ありがとうございます。

それでは、社会福祉活動を推進していらっしゃる得能委員、何かこの在宅の方々に対する今の現状というのか。

（得能委員）

国は在宅福祉サービスに方向を定めているようだが、実際在宅で介護をしようと思うと、家族はもちろん福祉専門職、また、地域で協力してくれる人がいないことは皆さんご存知ですよ。

国はいろいろと政策制度を出してくるが、基本となる市町村自治体（行政）が少子化や高齢化等で、今後どうなるか不安があります。

昨年6月に国においては「一億総活躍プラン」を閣議決定し、福祉分野において『我が事・丸ごと』地域共生社会の実現をめざして』を打ち出した。これは、介護保険法や障害者関係法等既存の縦割りシステムでは対応が難しくなってきたことにあります。

富山県が今後計画を立てるにあたり、国の動きなどこのあたりをどう考えておられるのか、只今の説明には出ていないのではないかと。

（馬瀬会長）

何か厚労省から言ってきたことがあるかどうかですね。特段省令として、通知として出たものは無いように、私は思っているのですが、特にないのですか。

（事務局）

今回の基本指針の中でも、一億総活躍という観点からしますと、介護離職を防止するための介護サービスの充実といった観点は入っております。そういった方向で、この重点項目なり、主要施策もそうなりますけれども、そういった形での反映はさせていただいております。

（馬瀬会長）

ありがとうございます。それではだいぶ時間も迫っておりますが、学識経験者として、宮田委員いかがでしょうか。

（宮田委員）

今回の重点項目で注目したいのは、「保健福祉人材養成と資質向上」の項目で「市町村

と連携した」と入ったということでもあります。

各市町村ごとに、あるいは保険者団体ごとに、計画を作っているわけですが、ニーズ調査をやって必要量を出して、そしてサービス計画を作ったということはやりますけれども、人材計画、まず県内市町村は作ってないですね。人材計画は県にお任せというスタンスだったのですが、それではやはり不十分でして、県のほうと市町村のほうとしっかり連携を取っていただいて、あるいは市町村をリードするような形で、ぜひ市町村においても人材計画を作っていただければというふうに思っています。それは単に処遇向上がどうだとか、上から降ってくるのを待つということではなくて、市町村の自力で人材育成にも力を入れるという体制を作れるような支援、支援か指導か分かりませんが、ぜひしていただきたいと思えます。

もう1つ注目しておりますのは、事業者側で最近気になる動きがありまして、それは事業者ごとに個別に修学資金、奨学金の制度を作って、これはたいへん結構だと思うのですが、高校生や大学生が選択できるような制度なのかどうなのかということが疑問であります。というのは卒業前に自分の進路が決まってしまうと、さらにそこで3年間なり、5年間働くことが決められてしまうという、そのところがなかなか学生の皆さんには手を挙げにくいところがあります。ですから、そういった点では事業者同士の連携した制度はできないものかと考えます。なかなか難しいとは思いますが、もう1つ気になる動きとして、外国人介護士の受け入れについて、事業者側が連携して、法人を作ってそこを窓口に行っているという動きがもうあるのですね。ですから、そこから窓口にして入れてきて、そして養成施設、養成校にお願いしたり、あるいはそれぞれ施設に雇いながら、養成校にお願いしたりという、どうもそういう動きがあるようなので、詳しいことは分かりませんが、これから先どうするのかという、計画に書けるのかどうか分かりませんが、絶対注目していかなければならないところだと思っております。養成校においてもいろんな立場、考え方がありまして、今のところそれぞれで対応していくというところでは、どうしたものかなというところで止まっているところが実情です。以上です。

(馬瀬会長)

ありがとうございました。

(惣万委員)

すみません。それが1番課題なのです。どう職員を確保するか。例えば、奨学金の金額とかを県がもっともって付けて下されば、個人の病院とか、特養とか大きい所が養成して、何年間か働くという契約を結ぶのですよね。とにかく皆必死だということ。

(馬瀬会長)

若い方々にそういう契約で将来を縛ってしまうのはどうかというご意見だろうと思うのですが、そういうことを含めて、県のほうでそういった奨学金等の有りようについて、検討していただければいいかなと思うのですが。人材養成ということ。

(宮田委員)

1点だけプラスの発言をさせていただきます。

私達、養成校協会が長年要望していました介護福祉士修学資金の高校生での時期の内定制度が今度実現しました。さっそく高等学校に対しても説明していただいていますし、受験生のほうから既に学校に対して問い合わせがあるというようなことになっております。たいへんこれはありがたいということでございます。是非その枠を広げていただければと結構だと思いますが。

(馬瀬会長)

ありがとうございます。はい、どうぞ。

(筒井委員)

おそらく国ですすめられているとおっしゃっている外国人介護福祉士のお話しというのは、厚労省の職業能力開発局や社会援護局のほうで話を進めている技能実習制度に関するものと思います。もともと技能移転をするために外国人実習生という名称で、様々な分野に外国人を受け入れるという枠組みがありまして、それに新たに介護分野を追加するという話です。介護技能を諸外国に移転するというを目的にして、外国人の労働者を介護現場に受け入れるということで、今年11月施行となっておりますが、その受け入れ期間ですとか、受け入れの内容ですとかを議論をしているところです。

これに付随する情報として申し上げますと、これは前回の会議でも申し上げたのですが、介護プロフェッショナルキャリア段位制度では、技術認定をするという仕組みがありまして、このスキームを利用することは大体、了解されています。

ですから、富山県では既にキャリア段位の研修を受けているところもたくさんありますので、これらの事業所が中核になって、外国人の技能実習生も受け入れていくということであろうと思います。

最後に、もう1つの情報提供をいたしますが、介護報酬の改定に伴うかたちで、国では市町村の保険者機能を強化する指標を使った評価制度を確立したいと考えております。この指標の中には、市町村別に介護人材を推計し、人材確保策を検討するという項目が示される予定です。これは、すでに保険者がやるべき内容となっているわけですが、おそらく保険者機能として、重要ということで評価指標となると予想されます。

その際には、市町村だけで介護人材の推計や、その実行をやっていくのは難しいということになるでしょうから、これまでの委員の皆様のご意見にもありましたように、県がどのような支援をするのかということについても、指針を出しておかれるとよいと思います。いずれにしても市町村別に介護人材の必要量を推計していただくことが、必須になります。

しかし、介護人材不足というのは、富山県だけでありませんで、いずれの県もお困りの状況と伺っております。富山県としましては、まずは本当にどのくらい足りないのかということ、その利用者の数から正確に出していただくということを考えていただくことになりまますので、例えば認知症の推計ですとか、かなり精緻な推計が必要になりますので、県の支援は必須となるかと思えます。

(馬瀬会長)

ありがとうございます。

ぜひ人材確保について、県のほうとしてもご尽力いただければいいかなと思います。

(関根委員)

先ほど参考資料3の6ページになるのですがけれども、そもそも介護が必要となる原因は何かという項目のスライドで、これを見ていただきますと、平成28年国民生活基礎調査で第1位が認知症ということで、このトレンド自体は、少し前の国民生活調査からきていて、介護要因になる理由として脳血管疾患というものが徐々に下がってきて、逆に認知症が上がってきて、とうとう28年では完全に逆転して18%になったと。最近のトレンドを見ていますと、非常に勢いを持って認知症というのが、原因として上位に上がってくる傾向があって、しばらくは認知症というものが1位になるだろうというふうに、私は思っています。

そういう意味で、こちらの重点項目のほうを見ていただきますと、やはりこの認知症施策の推進ということで、ぜひ進めていただきたいと思っております。私のほうで一言申し上げますと、やはり認知症の恒久啓発と予防ということに関して申し上げますと、やはり多くの方が認知症というのは年齢だから仕方がないと思っているようなところがあるのですが、例えば国が出している認知症の将来推計、これは久山町研究による部分があるんですけども、久山町研究では2025年に700万人という数字を出しておりますが、この数字は年齢と性別と糖尿病の有病率、これで将来推計を出していく。つまり糖尿病はこれからも増えるという前提で、そして糖尿病は認知症のリスクファクターでもあるということで、これからも有病率が上がるので、認知症は増える。ただ単に高齢化するから認知症が増えるのではなくて、高齢化と同時に糖尿病の有病率がこれからも上昇するという前提で出しています。逆に言いますと、糖尿病の有病率が今後上昇しないのであれば、700万人と言われている数字を下回る可能性もあるわけですし、ですからやはり予防という意味では、しっかり糖尿病の予防が、認知症の予防にも繋がるんだということをしつかりと述べていく必要があるというふうに思っています。

それから、早期発見という点に関して申し上げますと、以前行われました富山県の認知症高齢者実態調査、高齢福祉課さんが実施された調査を追加分析していますと、やはり長谷川式スケールで認知症が疑われる方のうちの3割程度しか認知症の診断を受けていないというデータがございます。逆に言うと地域では7割ぐらいの方が、そもそも認知症が疑われるのだけ認知症と診断されていない、そういう既往がないという現状です。

つまり地域には、そういう未診断の認知症の方がいらして、やはり認知症の予防とか対応とかを考えますと、認知症以前のMCIの段階、軽度認知障害の段階でしっかりと捉えられて、それが治療に結びついていけば、認知症が減っていく可能性があるわけなんですけれども、そういう状態からはだいぶほど遠いというのが現状だと思います。これは富山県に限らず、おそらくどこにもある一般的な傾向なのではないかと思うのですが、ですから、しっかり早期診断、早期発見、早期対応のシステム作りというものをぜひ構築していただきたいなというふうに思っています。

やはり今、介護と申しますと、老老介護というのが主に問題になっているわけですが、ここの施策の推進の3番目に、家族等を支える相談体制の充実というのがあって、これはすごく重要なことだと思っております。

と言いますのは、同じく認知症高齢者実態調査で分かったことは、家族介護をしている家族介護者の健康とか、どういうファクターによって決まるのかということを我々分析してみたのですが、そうすると身体的な不調というのは、これは家族介護者の年齢が上がるほど不調が増えますが、これはある意味当然のことです。それに対して精神的な不調が何によって決まるかというところが、年齢ではなくて認知症の方のBPSDの数、つまり精神症状の数が多ければ多いほど、家族介護者の精神的健康度が下がる、こういう関係になってございます。従いまして、認知症の方を家庭で見っていくに当たっては、その方の精神症状がどの程度あるのかということが、家族介護者の負担にも強く関わってきていますので、ぜひそういうような視点で、例えばデイケアの充実とか、そういったような形になるのだと思うのですが、具体的には、そういうような家族介護者の健康度というもの、特に精神的な健康度というものが大事だと思いますので、そういう視点での施策、相談体制の充実なり、あるいはデイケアの充実するようなことであつたり、それはまさに地域における見守り体制だと思うのですが、そうした視点をぜひ盛り込んでいただけたらいいと思います。以上です。

(馬瀬会長)

はい。今やっておいでのこと柄も汲んでいるかと思っておりますので、よろしく申し上げます。もう時間迫っておりますので、手短かに申し上げます。

(得能委員)

国の動きなどを踏まえて第7期計画をつくる必要があるではないですか。このあたりをどう考えておられるのか、只今の説明に出ていないのではないかと。出ているなら説明いただきたい。

(事務局)

少し具体的な項目立てとかは、ご指導受けて整理をさせていただこうと思うのですが、今の動きをご案内しますと、参考資料4の、地域共生社会の実現に向けた取組の推進という所がございまして。

基本的には上側でありますけれども、こういう形で地域になるべく、身近な地域で長きに渡り生活をしていただくというところが大きな柱でございまして、この介護保険事業計画も含めて、この辺をしっかりと盛り込んだようなものにしていきたいと思っておりますし、これは基本指針のほうにも少し盛り込まれておりますので、改めてまた整理をして、少しこれを踏まえて、こういう形の方向を加えるところは、また整理をさせてご披露させていただきたいと思っております。

(得能委員)

ありがとうございます。

(馬瀬会長)

はい、よろしゅうございますか。時間も過ぎておりますので、ご議論が尽きないようでございますけども、そろそろ終了したいと思います。