第２回 奈良県高齢者福祉計画及び奈良県介護保険事業支援計画策定委員会
議　事　録

日　時：平成 29 年 10 月 26 日（木）
午前 10：00～12：10
場　所：奈良商工会議所 ５階 大ホール
出席者：委員 13 名、関係課、事務局

１．開会

事務局

定刻となりましたので、ただいまから、奈良県高齢者福祉計画及び奈良県介護保険事業支援計画の第２回策定委員会を開催させていただきます。本日はお忙しいところありがとうございます。本委員会は、本県の「審議会等の会議の公開に関する指針」により、会議を公開することとなっておりますので、ご協力をお願いいたします。

なお、議事録についても、県のホームページに掲載させていただきます。また、ご発言いただく際は、マイクを回させていただきますので、マイクをご使用いただきますようお願いいたします。

議事に先立ちまして、土井健康福祉部長からご挨拶を申し上げます。

２．健康福祉部長挨拶

土井健康福祉部長

おはようございます。本日は、今村委員長をはじめ委員の皆さまにおかれましては大変お忙しい中、午前中よりご出席を賜りまして、本当にありがとうございます。心から感謝を申し上げます。

さて、本日は、前回８月３日に第１回目の会議を開催させていただきましたが、それに続いての第２回目の会議でございます。前回は、第１回目ということもございまして、現行の計画、すなわち第６期計画の進捗状況、あるいは、昨年度実施させていただきました県民アンケート調査の概要の報告、さらには次期計画、すなわち第７期計画の策定に向けての課題や方向性につきましてご説明させていただきまして、各委員のそれぞれのお立場からご意見等を頂戴したところでございます。本日は、まずはその第１回目の会議でいただきましたご意見等に対しまして、その考え方あるいは対応等につきましてご報告させていただきながら、第７期の計画策定に向けて、次第にございますように、施策の展開の案等をご説明させていただきまして、またご意見等を頂戴したいと考えております。当然、全般にわたってのご意見を頂戴したいわけですが、前回もご説明申し上げましたとおり、第７期に向けての重要なポイントは、医療・介護の連携強化、介護給付の適正化、人材確保、あるいは住まいの整備といったことを７点ほど挙げさせていただきましたので、是非それにつきましてもご意見等を賜れればと考えております。

いずれにいたしましても、本日も限られた時間ではございますが、委員の皆さまからいただきましたご意見あるいはご指摘等を今後の策定に生かしていきながら、より実効性のある充実した計画策定につなげていきたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

３．議事

事務局

（配付資料の確認：省略）

（委員の紹介、出欠状況の報告：省略）

（事務局の紹介：省略）

事務局

それでは、次第に従いまして、議事に入らせていただきます。

会議の議長につきましては委員長が行うこととなっておりますので、今村委員長に議事進行をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

今村委員長

それでは、議事の方を、今村が引き受けさせていただいて進めていきたいと思います。奈良医大の今村でございます。今日の会議もよろしくお願いいたします。

前回の第１回の議論の中ではさまざまなご意見をいただきまして、特に医療と介護の連携部分が重要だというお話をほぼ全ての委員の先生からいただきました。今回、それに対してどのような対応をするのかということを含めて資料を提示していただいていると聞いております。それを踏まえて、本当に整合性が取れて、良い計画になっているのかということを確認していただくことが今日の一番大きな議題になるかと思っております。是非、忌憚のないご意見をいただきまして、良い計画になるようにご協力のほどをよろしくお願い申し上げます。

（１）前回委員会でいただいた御意見・御議論の整理と対応等について

今村委員長

それでは、議事に従いまして、議題に入っていきたいと思います。まず、議題の１番、「前回委員会でいただいた御意見・御議論の整理と対応等」について、事務局よりご説明をお願いします。

事務局

（資料１－１、資料１－２、資料１－２－１についての説明：省略）

今村委員長

ご説明ありがとうございました。

ただいま事務局よりご説明がありましたが、何かこの点につきましてご質問、ご意見等はございますか。全体に前の会議に出た意見を網羅的によくまとめていただいていると思います。

林委員

前回欠席させていただき申し訳ございません。

資料１－２の２枚目の「介護サービスの地域差の解消」におきまして、おそらくこれは前回、総合事

業も含めてのご質問だったと思います。実際、奈良県としてＡ型、Ｂ型、Ｃ型として、３年間かけてされてきたと思いますが、介護予防においてはその中身がどれぐらい進んでいるのか。Ｃ型はとてもではないが、市町村では、Ｃ型というのは３カ月、６カ月、ある意味での打ち切り型ですが、そういう所もあるかもしれませんが、最も多いのはＡ型ではなかろうかと思います。

また、前回の第６期計画策定時にもこの内容でご質問したことがありますが、Ｂ型はボランティアが中心となる中、市町村における介護サービスの地域差の解消に向けて、奈良県の総合事業はどこまで進んでいるのか。また、Ａ型、Ｂ型、Ｃ型はどのような内容になっているかということもお聞きしたいです。

それからもう１点、資料１－２の２枚目の「高齢者を地域で支える地域づくりと仕組みづくり」において、これから第７期は大変変わっていくことと思います。全国の地域包括・在宅介護支援センター協議会では 10 年前から、厚生労働省とも色々協議を重ねて、生活・介護支援サポーターを養成しています。この生活・介護支援サポーターは１週間で 20 時間程度の研修をして養成し、高齢者の生活を支える担い手となっています。地域包括ケアの推進、あるいは強化も含めて、福祉の分野も医療の分野もいずれにおいてもですが、人材が不足する中で、奈良県では生活・介護支援サポーターはどの程度養成されているのか。ちなみに、天理市は私共で 300 人程度養成しております。先ほど言った総合事業の担い手づくりもそうですが、ある意味では訪問型の内容に、Ａ・Ｂ・Ｃ型に比べて通所型などもやるＢ型のような内容で、ふれあいサロンというものが居場所づくりとして、買い物難民の人の買い物支援をしていくということが奈良県下ではどこまで進んでいるのでしょうか。

前回のことに関して補足的な質問をしたいと思っております。

今村委員長

今の件につきましては、今後の施策についてはこの後の資料で議論しますので、今のご質問で現状の部分について中心にお答えいただければと思います。

事務局

地域包括ケア推進室の井勝です。私から、今のご質問にお答えさせていただきます。

まず、地域差ということでは、総合事業のＡ、Ｂ、Ｃのそれぞれの類型別の詳細な市町村別の実施状況は持ち合わせておりません。まだ始まってまもなく、市町村に色々と照会をかけて実態の把握に努めているところですが、市町村から出てくる回答も正確性に欠けるような部分もありますので、もうしばらくお時間をいただきますと、正確な集計もできると思います。

そのため、概数で話をさせていただきますと、この移行に伴って、移行前から訪問型もしくは通所型のサービスをしておりました、いわゆる従前相当というサービスが今現在、市町村では提供の中心になっております。一方、Ａ・Ｂ・Ｃ類型で言いますと、まず、訪問型にのみ存在するＤ類型、これについては、少なくとも県内ではまだできていないと思っております。Ｄ類型といいますのは訪問型の中の移動支援の分ですが、これについては、できたという形では報告をいただいておりません。Ｃ類型は、おっしゃるとおり、３カ月間など、ある程度期間を区切って、リハビリテーション専門職による短期集中の予防に向けた取り組みです。これについては、市町村の中で既にリハビリテーション専門職などと協力しながらできている所もあるのですが、例えばその３カ月が終わった後の次の受け皿となるものが地域にあるのかどうかが重要になってきます。県におきましては、そういった次の受け皿として、地域づ

くりによる介護予防ということで、住民が 10～15 分以内で自ら歩いて通える近い所にそうした通いの場ができるようにという取り組みも進めているところです。平成 28 年度末現在で、市町村で取り組んでいただいている所では 56 カ所ほど立ち上がり、約 1,000 人の住民の方がそうした通いの場に通っています。また、県がモデルとして支援した所以外にも、自主的にそのような取り組みをしている市町村もありますので、そうした予防面の取り組みは広がってきていると思います。

類型で言いますと、従前相当から少し派生したＡ類型の所につきましては、数量的には揃ってきているものの、いわゆる地域住民の助け合いによるＢ類型はまだなかなかできていないのが実態です。これを作るためには、市町村が養成するボランティアと困っている高齢者をつなぐ役割、地域の中で様々なサービスを作っていくキーパーソンとなる生活支援コーディネーターを地域支援事業の中でしっかりと養成し、配置していく必要があります。県では、平成 30 年４月に全市町村がこの生活支援コーディネーターを配置できるように、平成 27 年度、平成 28 年度、そして今年度も、市町村に配置する生活支援コーディネーターの養成をしているところです。こうした取り組みを進めることで、平成 30 年度からの第７期計画の進捗に合わせまして、それぞれの市町村が必要とする総合事業について、しっかりと整備を進めていきたいと考えております。総合事業やサポーター養成につきましても、取り組みを進めている市町村に対しては補助を提供する、補助金を出すというような形でそれぞれ取り組みを進めていただいているところです。

それから、３点目のご質問であるふれあいサロンにつきましては、特に県から事例提供等をしているところですが、サロン以上に介護予防につながる通いの場という形で今、県では取り組みを進めているところです。県がモデルとして集中的に支援した市町村におきましては、先ほど申し上げましたとおり、56 カ所で立ち上がっており、1,000 人近い住民の方が、週に１回以上体操などに通っています。一部の例ですが、例えば高取町での通いの場に週が１回ということがわかっておりますので、そこで市内のスーパーが移動販売を行い、体操が終わった後に買い物もできるということで買い物支援につながったという事例もございます。こういった事例を県内市町村にも提供し、取り組みを広げていきたいと考えております。

秋吉委員

どの業種もそうですが、介護現場におきましては人材が非常に不足しており、サービスの質の向上のための人材確保の課題をここに挙げていただいております。今回の計画に挙げていただきます介護サービス量の見込みにつきまして、これは施設サービスの整備数も兼ねておりますが、必要な人材確保も一緒に計画していただけたらと思っております。各市町村において必要な介護サービスを見込んだが、人材が確保できなかったために、結果的に次期３年間で計画された介護サービス量を提供できないということは、住民側に保険料の負担とサービス供給量の不均衡が生まれることになりますので、そのあたりも十分考慮していただいて、サービスの精査と人材を一緒に考えていただきたいと思っております。よろしくお願いします。

今村委員長

今のご発言はご意見として承って、この後、施策の説明がまたありますので、前回そのご議論をいただいて、施策を今ご提案いただくことになるので、そこで過不足の分をご質問いただくという形で進めたいと思います。

上田委員

私も前回欠席していますので、議論の流れは全然わかっておりませんが、市町村のことが随分色々議論の中に出てきたように思います。人材確保のことについて私の立場から申し上げると、人材不足は介護だけではありません。保育士も保健師も足りません。それから、職業で言うと技術職、土木とか建築という技術職も足りません。採用試験をしても集まりません。それは全国的な状況ではないかと思います。待遇をよくしよう、労働環境をよくしようとそれぞれの分野で言っているわけですが、それではなかなか解決しない、非常に根の深い問題ではないかと思います。介護や高齢者の問題は、介護予防も含めて将来的な課題ですので、もっと若い世代を巻き込むと、あるいはもっと言えば、子どもたちも含めた世代間の交流であるとか、世代間の問題意識の共有という視点が実は大事なのではないかと思います。それが１点です。

それから、介護予防についてですが、私は後期高齢者医療の広域連合をお預かりしています。数年前から、県との共同事業で、介護予防に着目し、その中で一番大事なのは口腔ケアであって、誤嚥が非常に大きな障害になり得る、あるいは命に直結すると認識しています。そこで、「誤嚥にナラん！体操」というのを開発して、市町村で実施していただいているのですが、そういう動きもあるということをご理解いただければと思います。

先日、70 代前半の女の人と話をしていると、完全に車の生活で、30 メートル先の２軒隣の家に行くのに車で行くのだそうです。１日何歩歩くのかを伺ったところ、1,000 歩歩いたことはないとおっしゃいました。家の中でも歩かないのがしみついているそうです。だから、介護予防も意識をどう変えていくのかということがものすごく大事で、便利な社会は同時に、体を動かさない社会ということですので、そのことをどう理解してもらうかというような働きかけも必要ではないかと思います。

最後もう１点。大和郡山市では福祉施設が、要介護度は改善できるという視点で、「おむつは外せる」というリハビリをやっておられます。今、ある程度の成果が出てきており、要介護度が５から４に下がるというようなこともあり、そのノウハウが蓄積されてきています。そういう視点もすごく大事ではないかと思います。これは昨年から国へも申し上げたのですが、要介護度が改善されると、施設に対する国からの補助は当然減り、努力して改善したら援助が減るというのは制度上の大きな矛盾ではないかと思います。とにかく、介護状態になっていけばどんどん悪くなるというだけではないという発想、視点も必要ではないかということを、その施設の方々からは繰り返しお話をいただいています。

今村委員長

ありがとうございました。

今、上田委員からは前回の議論にないことを幾つか指摘されているので、それについては是非お答えいただきたいと思います。１つは、人材の不足は今ここの整理では、子どもまでは入れるべきだということだったのですが、全エリアまで含めて人材が不足するのはどうするのかというのは今までの議論ではなかったと思います。また、「誤嚥にナラん！体操」についての現状や認識については、この資料にもないので是非ご説明をいただきたい。あとの介護予防と、介護度を下げるという話は前回の議論の中でもあったので、対策としては今回説明いただいて質疑いただくという形で、その２点をご説明いただければと思うのですが、いかがでしょう。

事務局

まず、人材確保の件で、若い世代との交流という観点でございます。

元気なシニアを作る、それで子どもたちの教育の面からも、高齢者と触れ合うことはかなり重要なポイントですので、福祉の分野だけではなくて教育行政とも連携しながら、多世代が交流できる仕組みづくりを行っていきたいと思っております。

事務局

介護予防の中での誤嚥の関係でご説明させていただきます。

先ほど地域づくりによる介護予防で、住民が歩いて通える範囲に週１回体操をしに来るという場所の立ち上げでご説明させていただきました。県が集中的に支援したモデル市町村が 10 市町村あって、56 カ所です。それ以外の所で自主的に８つの市町村が取り組んでおりまして、それも合わせますと、全部で 18 市町村で 125 カ所立ち上がっています。そこで週１回やっている体操が「いきいき百歳体操」というもので、主に下肢筋力等の改善に資する体操です。ここで併せて、「誤嚥にナラん！体操」なども例えば紹介させていただいて、足腰が元気になって出かけられるようになったら、今度は「誤嚥にナラん！体操」でおいしいものを食べに行きましょう、など併せて体操のメニューとして紹介させていただいています。

事務局

もう１つ付け加えさせていただきましたら、今、上田委員からご紹介いただきました誤嚥の関係ですが、広域連合と県が一緒になって健康づくりを進めていく取り組みをしているところです。実は今村先生にもご指導いただきまして、口腔ケアと健康づくり、口腔ケアと健康寿命との関係についても、科学的根拠に基づいた取り組みにつなげられないかということで、老人クラブの方々にもご協力いただきましてやらせていただいているという状況がございます。

また、市町村も、先ほども広がってきているとご紹介いただきましたが、平成 28 年度では 39 のうち 30 の市町村で「誤嚥にナラん！体操」等に取り組んでいただいているということですので、そういう取り組みを介護予防という１つの切り口でしっかりまとめて、一体的に、効率的に、効果的に進めていくことは非常に大事だと考えているところです。

今村委員長

「誤嚥にナラん！体操」は、大変一生懸命に実施されているので、是非ＰＲしていただければと思います。

原委員

第１回策定委員会で、医療計画と介護計画がそれぞれ個別に動いているというような話をさせていただいていたのですが、今日の資料を見せていただくと、９月５日に医療構想や保健医療計画のことと介護事業計画のことを突き合せるような会をしていただいたというのは本当に結構なことだと思います。ただ、私はこの資料を見せていただいて、数字が複雑で、すぐには理解できませんでした。これは市町村の担当の方に対する説明ということだったと思うのですが、実際にこの数字両方を突き合せて、前回

にはなかったような新たな結果は判明したのですか。それとも、具体的な突き合せまではされていないのですか。

事務局

この医療構想なりを受けて市町村がサービス見込み量を積算するようにご説明をさせてもらって、今、各サービスでどのような積算をしているかをヒアリングで随時確認している段階でございます。

原委員

進行中ということですか。

事務局

はい。

今村委員長

会議の際に人数まで配って、何人積んでくださいというところまでは説明したということであるので、かなり進歩していただいていると思います。

ほかはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

では、議題としては先に移らせていただいて、ここから先は、どんな計画を立てようとしているかというご説明なので、今のご議論も含めて新たに質問していただきたいと思います。

（２）第７期計画の具体的な施策の展開（案）について
（３）給付適正化に向けた取組について
（４）施策の評価指標（案）について
（５）連携を図る他の計画と主な内容について

今村委員長

では、議題の２番～５番までの資料を一括して説明していただこうと思います。第７期計画の具体的な施策の展開～連携を図る他の計画と主な内容についてまで、できるだけ手短に説明をお願いいたします。

事務局

（資料１－１、資料２、資料３－１、資料３－２、資料４、資料５についての説明：省略）

今村委員長

ご説明ありがとうございました。これから質疑に移っていくのですが、ご質問いただく際に、是非、どの資料のどのあたりについてご質問いただいているかということを言っていただきながら質問していただきたいと思います。それは、他の委員にどの部分かがわからないと思うからです。

質疑全体の前にもう一度、自分なりに全体の問題点と今までの質疑すべき内容について整理させていただきます。最初の議論の際に問題点が指摘されていますが、これから高齢者が増えてきて、介護者だ

けだと 1.5 倍となります。これは病気の人も増えるので、医療を受ける人も 1.3 倍に増える。医療計画の方が先行していて、医療計画からあふれ出してきそうであり、そのあふれ出してくる人と介護の方で増える 1.5 倍の人を足したらどうなるかということを考えて計画を作らなければならない。その上で、前回も今回もありましたが、それだけたくさんの人を見るだけのマンパワーがあるのか、きちんとした研修を受けることは可能なのかというご指摘のもとに今この計画を作っていただいています。それに対して、今、県からのご説明としては、どこが問題点かを整理して、何をやらなければいけないかということを施策としてこの計画に記載しているという状況です。その背景に、どのようなことを強化しなければいけないかということをここで提言させていただいています。それを各市町村に投げていって、市町村でそれぞれの計画を作ったものを積み上げて、県として整合性の取れているものになるかどうかを検証しながら進めていくというステップがあります。ですので、今ここで県の計画の中で全て完結するわけではなくて、市町村に適切な計画を作っていただいて積み上げてこそ計画が完結します。ただ、出てきた後で言うことは難しいから、今、県の計画を作りながら市町村に向けて、計画を作るにあたっての注意点を県から市町村に説明しながら作ってもらっているという段階であります。今、県の計画でやってもらわなければいけないことと、市町村に向かってやってもらわなければいけないことと、２点ありますので、ご質問いただく際にそれを意識して質問していただけるとありがたい。

ただ、ほかの都道府県でやっていることはきちんとやっているという点の整理と、他に多くの計画があり、それらの計画との整合性は取れていいるかどうかということも前回の議論の中であり、それが資料４、資料５にあります。これだけ多くの計画と整合性を取るという、ちょっと信じがたい状態ではありますが、やるということまで整理していただいていますので、前回ご議論いただいた内容については一通り資料として出てきたという状況であります。

それぞれの委員の先生からご意見、ご質問等をいただければと思うのですが、いかがでしょうか。

秋吉委員

２点ほどお伺いとお願いです。１点目は、資料２の「施策の展開（案）」の 20 ページにあります「介護人材の確保、魅力ある介護職場づくり」ですが、先ほどおっしゃっていたように、80％以上の施設で人材不足で困っているということで、近畿圏内でも大阪や神戸、京都におきましても、外国人の受け入れを非常に積極的に行っております。奈良県もこれからどんどんそういったことを学んでいき、受け入れなければならない事態に来ております。やはり各法人なり事業所単位ではなかなか進めていけないのが現状でございますので、是非、行政のご支援なりご指導なりをいただき、また、より優良な外国人を導入するに当たりましては非常に支援金も必要になってまいりますので、そのあたりの補助もご検討いただきたいと思っております。

もう１点に関しましては、今、先生がおっしゃっていましたように、介護現場でも、特別養護老人ホームにおきましても要介護３以上の方が昨年から入られているということで、医療ニーズが非常に増大しております。しかし、特に特別養護老人ホームの現場では医療に関しましては限界がございます。ケアに関する色々な取り組みや、地域医療との間に構成されました連携に対するさらなる評価をお願いしたいと思っております。「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱い」という文書の通達がございますが、それについてももう一度お考えいただきたいです。国の通達かもしれませんが、行政に関しましても、国にも声を上げていただきたいと思っております。特に現場では、診療所がある施設もわりとあるのですが、特別養護老人ホームの中では点滴をするのは限界でございますので、この

あたりをもう一度再検討していただきたいというのが真意でございます。よろしくお願いします。

今村委員長

ありがとうございます。

今のご質問に対して、事務局からお答えできる範囲でお願いします。

事務局

１点目の外国人の活用ということですが、外国人の活用につきましては、地方自治体がどのような支援ができるのかは現場の声も拝借しながら検討させていただきたいと思います。多くは国の制度の中で決まっておりますので、また整合を確認していきたいと思います。

また、特別養護老人ホームの中での医療的ケアの規制緩和のようなものになるのでしょうか。国の設計もありますので、現場の声を国に届けながら、喀たん吸引のように介護職でもできるような仕組みづくりが導入できないかというのは国に対しても意見として報告したいと思います。

林委員

私も人材のことでお聞きしたいのですが、上田委員もおっしゃったように、介護だけではなく全職種で人材が不足しており、もちろん医療もそうだと思います。外国人の受け入れで、国では 10 年前からＥＰＡの海外協力として、インドネシア人を年 200 人ほど、介護福祉士候補生と看護師候補生として受け入れて以来、フィリピン人においても同様、又ベトナム人は今回初めて介護福祉士の試験を受ける訳ですが、特別養護老人ホームも受け入れ要件が要介護３以上になり、働き手の資質向上や夜間の介護なども含めて、看護師の必要性は非常に大きくなってきています。ところが、看護師が不足しているということから、中国人の看護師も、日本語検定１級を持った人が日本にやって来て、かなりの病院でもそういう方を受け入れています。今までのインドネシア、ベトナム、フィリピンはローマ字圏で、中国の人は漢字圏なので、私共でもそういう方がおりますが、准看護師には１年ぐらいで合格して、３年ぐらいすれば看護師の国家試験も合格するような人も最近は出てきています。平成 28 年 11 月 28 日に「技能実習制度」の介護も法令化されまして、今までは日本語検定Ｎ４程度の人が介護で多かったのですが、この 11 月に「技能実習制度」を利用した外国人労働者の受入も始まります。これらの外国人の労働者が奈良県ではどのぐらいの受け入れになっているのかを教えていただきたい。また今後、そういう労働者、あるいは介護福祉士候補生、看護師候補生を受けたときの施設への、さらなる日本語の養成の勉強のための奈良県単独の補助金とかも是非また追加のお考えをいただけたらと思っております。

それともう１つ、奈良県認証制度は県地域福祉課でされていると思うのですが、大変すばらしい内容だと思います。他の近畿圏ではこういう取組みをあまりされていないのではないかと思います。これはまさに、良い人材に来てもらうための施設の評価にある程度つながります。これがどれぐらい進んでいるのでしょうか。おそらく、昨年ぐらいから始まって、そんなにまだ認証の施設はないのではないかと思います。

また、地域包括支援センターが平成 18 年にできたときに、県民・市民にはほとんど理解されていなかったのですが、最近ようやく地域包括ケアとどこでも言うようになって、県民・市民にも理解されるようになったのですが、この認証制度もすばらしい内容ですので、是非もっと広報していただきたい。また、その辺の内容がどういうふうに進んでいるのかということもお聞きしたいです。

今村委員長

では、お答えいただける範囲でお願いします。今、外国人の話の中でも、中国からはどうですかという話が新たな質問ということと、認証制度の運用状況はいかがかという、この２点についてお答えいただけますか。

事務局

まず、ＥＰＡのことに関してですが、平成 29 年度までの受け入れ予定者数等を含めまして、県内でこれまで累計で 58 名の方を受け入れております。あくまでＥＰＡは２国間の経済活動の連携強化という観点から実施されており、基本的には介護分野での労働力不足への対応というものではないのですが、これまでに累計で 58 名の方を受け入れている状況です。

事務局

また、入管法改正による在留資格の介護の追加の分は、法改正直後なので、その実態はまだ把握できていません。今後また把握していきたいと思います。

今村委員長

認証制度の状況をお願いします。

事務局

地域福祉課でございます。

林委員からお褒めいただきまして、ありがとうございます。これにつきましては昨年から始まった制度でございまして、昨年の後半、そして今年度は前期ということで、６月から募集させていただきまして、現在 25 法人 188 事業所の方々に今この認証をお取りいただいています。今現在、平成 29 年度後期の申請の受け付けが始まっておりまして、10 月はスタートアップセミナーを開催し、そちらも今 80 事業所にご参加いただいております。来月がもう少し細かいワークショップというような形で個別のご相談をさせていただきたいと思っておりまして、後期の正式な受付期間は 12 月１日から来年の１月 24 日までということでさせていただいております。また、お取りいただきました事業所につきましては、奈良県のホームページで認証の状況、例えば給与の状況や休暇の状況、福利厚生の状況を紹介させていただきまして、介護の現場の仕事を求める人たちに非常に就労環境がわかりやすくご紹介するようにしております。夏にも就職フェアでご紹介させていただきましたが、認証事業所をお取りいただきますと、やはりブースは求職者の相談も非常に多かったそうで、認証事業所は平均して 14 人、そして認証以外の所は 7.9 人の相談があり、求職者の方にも浸透しているようです。

そしてまた、求職者の方々に知っていただくためのパンフレットを今作っておりまして、それにより県内の福祉・介護を目指す方、あるいは学生の方に広く周知していきたいと思っております。

原委員

資料２「施策の展開（案)」の７ページですが、在宅医療と介護のことで、今、「増加の見込まれる医

療ニーズが高い介護を必要とする高齢者」において、先ほどもお話がありましたが、例えば施設などで口腔内の吸引をケアする人がしてもいいということがあり、つい最近は、死亡診断書を遠隔でしてもいいというような話が出ています。高齢者は安心して医療・介護を在宅で受ける、それから施設でもそうですが、やはりそれなりの資格をしっかり押さえてやる必要があると思います。今後どのようになっていくかということを考えると、今まで医師がやっていたことを訪問看護の方にやってもらうようになり、訪問看護の人がやっていたことはヘルパーさんにしてもらうようになり、さらにはご家族にしてもらうということになっていくと思います。そうなると、在宅で療養される人はやはり不安であり、事故にもつながってくると思うので、そのことは考えていただく必要があると思います。

それが１つ目です。２つ目は、14 ページ、15 ページの認知症への対策という点についてです。私はずっと認知症の方とおつき合いしていまして、特に 15 ページの若年性認知症の人の医療は、どのようにその方を支えていくかということはものすごく難しいと思います。介護保険で介護認定を受けてデイサービスへ行くように言われますが、やはり 80 代の方などと一緒の内容では 50 代の方はなかなか行きたがりません。そういったことで、県内でも幾つかはこういった若年性認知症のために色んなことをやられている施設もあると思いますが、その点の充実をもっと図っていただかないといけないと思います。

それから、若い人は今、仕事をして現役でいらっしゃる。その現役が認知症という診断を受けることによって引きずりおろされるということもあると思うのです。今ここで、運転免許のことを言うと差し支えがあるとは思いますが、認知症という診断を受けただけで車の運転がいけないということになると、実際に私の患者さんでも、仕事をしていた人が、例えば物を運ぶ、農業をやっている人が畑や田んぼに行けないということもあります。そういうことも含めて、どのようにその人の生活を支援していくかということも考えていただきたいと思います。

３つ目は 26 ページにおける、介護給付の適正化についてです。最後の方にも書いてあるように、一般の方はやはり、せっかく介護保険制度があるのだから介護サービスを受けないと損だというような意識をお持ちの人が多いです。私の患者さんでも、介護認定を受けていたのが要支援になると、けしからんといって、すぐに区分変更の手続をされる、という例が最近幾つもあります。本来は、要支援２になった、あるいは１になったということを市町村の介護保険課で十分に説明して、そして納得していただくこと、それから、審査をもっと適正化するということも必要だと思います。そして、そのような一般の人に対する啓発が少ないように感じます。もう少し一般の方に介護保険制度のことを知っていただくということを進めていただきたいと思います。

今村委員長

ありがとうございます。

３つご質問をいただいているので、それぞれ簡潔にお答えいただければと思いますが、いかがでしょうか。

事務局

１点目のケアの資格の話でございますが、国の制度設計なりによるところも多いのですが、現状としましては喀たん吸引の１号、２号の資格を持つ方を介護現場で増やしたいということで、県で研修機会を設けて増やしております。先ほど秋吉委員から質問がありましたように、どこまで規制緩和ができるかということは国にも意見を聞いていきたいと思っております。

３点目の適正化につきまして、一般の方、利用者への啓発ということでございます。先ほども利用者の啓発というようなことを適正化の中で説明させてもらいましたが、例えば認定の際に介護保険制度についての説明の機会を通じて、市町村の協力を得ながら、利用者の適正化を図っていきたいと思っております。

事務局

認知症の中でも、特に若年性認知症に関しましてご説明させていただきます。

おっしゃるとおり、若年性認知症の方にはやはり高齢者の方とは異なる固有の課題がありましたので、そういった課題について昨年度より検討を重ね、本年８月に若年性認知症サポートセンターというものを設置・開設いたしました。これからではありますが、例えばどういったケアをするのか、そして、その際にはどのような居場所づくりをしていけばいいのか、就労の問題でありますとか、そういった課題について、このサポートセンターが市町村や市町村の地域包括支援センターと連携しながら取り組みを進めていきたいと考えております。

原委員

今の部分に関して、８月からの認知症サポートセンターの相談窓口の実績はどうですか。

事務局

相談件数はかなり多いです。

原委員

正確ではなくて、おおよそでいいです。

事務局

電話及び来所を含めて30件ぐらいの相談ですが、実人員にしまして15人ぐらいの方ということです。

稲﨑委員

３点質問させていただきます。

資料２「施策の展開（案)」の 11 ページの「生活支援コーディネーターの養成・活動」におきまして、生活支援コーディネーターとは、どういう身分で、どういうことを具体的に期待されて、奈良県としては養成をどのレベルまで持っていかれて、どういうサービスを具体的にして欲しいと考えていらっしゃるのか、教えていただきたいと思います。

２点目は、18 ページの軽費老人ホームの運営とか養護老人ホームの周知についてです。これから老人世帯がどんどん増えていきますと、生活保護受給者等、生活的に厳しい方が当然増加して、その方々が特別養護老人ホームに行くまでに生活としてどういう受け皿があるのかというのが軽費老人ホームとか養護老人ホームだと思うのですが、今その需給関係はどうなっているのでしょうか。十分足りているのでしょうか。それとも、これからやはりここに重点的に何かしていかなければいけないという認識をお持ちなのかどうか、お聞きしたいと思います。

３点目は 26 ページの介護給付の適正化の推進におきまして、ケアプランの点検についてです。資料

３－２の奈良県実態集計におきまして、ケアプラン点検の所を見ましたら、「×」の所が結構多くなっていますが、これは自主的にされているのか、それとも県が入られてチェックや、指導をされているのでしょうか。別に給付を締めるという意味ではなくて、まさに適正なので、介護度に応じたプランを進めていって欲しいと思います。実際、現場のケアマネジャーは利用者の希望をかなえる方になってしまうと思うのです。先ほど原委員もおっしゃいましたが、利用しないともったいないという考え方が生じてしまい、本当の適正というのが自分ではわかりにくいと思うのです。ですから、ケアマネジャーの資質にもよると思いますが、その指導や、ケアプランを通してケアマネジャーもしくは利用者に適正な利用を周知していくことが必要だと思いますので、まずは点検をきちんとしていただいてはいかがでしょうか。

今村委員長

ありがとうございます。

稲﨑委員から今３つありましたので、順次お願いします。

事務局

それでは、まず、１点目の生活支援コーディネーターに関してお答えさせていただきます。

生活支援コーディネーターに望まれることとしましては、それぞれの地域で人材の発掘やサービス資源の開発機能、あるいは関係機関や団体とのネットワークの構築など、そして地域の高齢者等を通したサービスをつなげていく、いわゆるコーディネーターとしてのコーディネート機能が求められます。こうした機能を発揮していただくために、県としましては生活支援コーディネーターの養成研修を実施しておりまして、この養成研修には基礎コースと実践コースがあり、本年度からはさらにこうした研修を受けられた方のフォローアップ研修という形で取り組んでいきたいと考えております。また、コーディネーター同士の情報交換や、あるいは色々な好事例の情報共有なども重要かと考えておりますので、こうしたことにも取り組みながら生活支援コーディネーターの養成と資質向上につなげていきたいと考えております。

事務局

２点目の軽費老人ホームと養護老人ホームにつきましてお答えします。今の実態から言いますと、軽費老人ホームの稼働率は 90％～95％です。養護老人ホームの稼働率は 80％です。お困りの人をしっかり施設につなげているかということが心配されますので、民生児童委員等にこの施設の存在をしっかり知ってもらった上で、お困りの人をこういう施設につなげていただく、ということに今取り組んでおります。

３点目のケアプラン点検でございますが、おっしゃるとおりでございまして、この資料３－１でもご説明させてもらいました。しっかりと利用者に対して啓発するということももちろんですが、ケアプラン点検の実施も重要です。先ほど説明はかなり割愛させてもらいましたが、資料３－１の右側を見ていただけますか。資料３－１、Ａ３の横でございます。ケアプラン点検は保険者である市町村に実施してもらうのですが、県としましては、できている所、できていない所をしっかり市町村に提示することにより市町村の努力を促すという目的もあります。また、資料の下の方でございますが、県ではケアマネジャー資格を持った専門職員を採用しております。そういう職員が市町村なり現場に出向いて、ケアプ

ラン点検がしっかりできているかどうか、ノウハウ指導等を今後しっかりと実施していきたいと思っております。

今村委員長

資料の３－２は、私もこれを見ていて、「×」の所が多いように感じたので、そこはきちんと指導してもらうようにお願いします。

ただ、見ていて感じたのが、これは自分の評価ですけれども、それぞれの市町村の評価の厳しさが随分違うなと思います。ここはこんなにやっているのに「×」をつけているという所と、やっていないはずなのに「○」がついているという所があって、自己評価の基準が大きく違うのだなと思っています。そこも踏まえて指導を県からもお願いできればと思います。

事務局

地域差や取り組みの格差を見せていくというと、単に「○」「×」だけではなくて、なぜできていないのか、その原因などもしっかりと保険者である市町村と意見交換しながら、取り組みが充実していくようなアプローチをしていきたいと思っております。

栗山委員

川上村は「過疎で課題」の多い村ですが、少し実態をお聞きいただきたいと思います。

本村は 1,313 人です。高齢化率が 57%、介護の認定率が 18%であり、高齢化率から考えると非常に元気なお年寄りが多い地域となっています。この実態が個人の努力なのか、村の取り組みなのかを把握するため昨年度アンケート調査をしたところ、色々なものが見えてきました。私は、高齢者が健康であるというのが村づくりに最も大事なことだと思います。お年寄りが元気だということが大きく村づくりに貢献しているということであり、とにかく家から出ること、テレビを見ないこと、人と話をすることを積極的に行うように言っております。結構そのことが浸透して、社会参加が非常に高くなっていると思います。

また、先ほどからの一番大きな課題であった人材確保についてお話します。村の中のお年寄りは非常に元気で、少しでも家から出すことをし続けたいと思っています。一方、今年の２月に、島根県の雲南市で、いわゆる技術を持った人がまちに飛び出す、地域に飛び出すという、コミュニティーナースという取り組みを実施していると聞いたものですから、幸い本村の場合は保健師が２人いますので、そのうち１人をこの４月から地域に出しました。また、役場職員が外に出ることが重要であると考えて、一般社団法人を立ち上げ、既に宅配や移動スーパー等の事業を実施しております。今年の４月からさらにガソリンスタンドも、民間の方がやめられまして、村が係わる社団法人が経営しております。コミュニティーナースと同じ役割をする保健師を社団法人に勤めさせて、移動スーパーと一緒に行かせています。まさに地域の高齢者の顔を見ながら、顔色や血圧を確認し、悩み事を聞くということをこの４月から続けており、非常にいい形の仕組みができてきたなと考えています。

問題は、コミュニティーナースあるいは保健師を少しでも住民に近づけるためには、人材の確保が継続的に要るなと思っておりまして、県と一緒にさらに保健師の募集をしたのですが、応募がありません

でした。また、先ほど上田市長の話もありましたが、介護・福祉について、子どもの時から総合学習等を活用しながら知識や経験を高く積み上げていくことが非常に大事でありますし、特に奈良県の場合には知事が健康長寿日本一を目指すと提言していることからすると、人材確保と教育は非常に大事かと思います。

今村委員長

ありがとうございます。

今のご意見に対して事務局から何か回答はありますか。

事務局

人材確保と教育ということに関しまして、教育委員会の協力を得ながら、人材確保基金を活用して、介護の職場のことを教材にして作り、配ってもらったりしています。また、若者に人気の、奈良県で発行されている『ぱーぷる』というタウン雑誌がありますが、その紙面を買い取り、毎週、特集を組んで介護現場を紹介するという取り組みをしております。若手や学生が介護職場を理解する取り組みはまだまだ十分ではございませんが、できるところからやっているところでございます。また皆さんのご意見、アイデア等がたまりましたら、実施を検討していきたいと思っております。

事務局

ご披露していただきました川上村の取り組みは、南部・東部の広いエリアにおける取り組みの１つの先進モデル事例と認識しております。我々もそうしたことにつきましては、しっかりと勉強させていただいて、いわゆる横展開という言葉を使っておりますが、そういったことにつながるように、我々も一緒になって取り組みをさせていただきたいと思っております。

今村委員長

今のご指摘の人材確保のコアの部分は、専門技能を持った職種をどう確保するかということだと思います。特に医療と介護の連携では訪問看護師と保健師がキーを握る状況で、この人材不足はずっと続いているわけで、その方々が頑張ってくれればおそらくその地域は非常によくなるのです。しかし、その人材の確保ができないという問題があって、この人たちを医療サイドのスタッフとして確保するのか、介護サイドのスタッフとして確保するのかというのはずっと議論されているのですが、なかなか力を合わせて確保ということにはいかない。それは、医療サイドも不足している、介護サイドも不足しているから、協力するということは自分の所の不足を我慢することになるので、そこに矛盾があって、そこの部分を是非考えていただく必要があるのかなと思います。そのために、介護と医療と、できるだけ一緒の計画でということで進めていただいているので、是非その辺はご理解していただいて進めてもらえればと思います。

森本委員

資料２「施策の展開（案)」の８ページにおきまして、先ほどもご意見に出ましたが、死亡確認も、医師がすぐ駆けつけられない場合は訪問看護師が遠隔で先生にご報告して死亡診断書を書けるということが実際に動いています。マニュアルもできています。これは誰でもできるわけではなくて、実施要

件は多々ありますが、今そのように実際に動いています。

私が思うに、医師が担っていた役割が今、訪問看護師の役割になってきている。訪問看護師が担っていた経管栄養や喀たん吸引等もヘルパーの役割に移行している。ヘルパーが担っていた生活支援などは、家族がこれから担っていかなくてはならなくなってきているのが現状で、ご家族も本当に不安を抱えている。金銭的にも非常に厳しい状況で、年金も減らされて、施設にも入れない、やはり家で見るしかないという方が在宅を選んでいる場合もあります。もちろん在宅が一番といって選んでいる方もありますが、そういった厳しい時代の中で、地域包括ケアシステムは、植木鉢の図を思い出していただくと、やはり本人の選択と、本人と家族の心構えというところが非常に大事かなと思います。自分がどのように最期を迎えるのか、どのように年老いて死んでいくのか、最後まで生き切るのかということを実際に考えていかなければならないことであり、終活という言葉もありますが、それを周知していかないと、「介護保険も使えるものは使ったほうがよい」という考え方の人が出てくるのかなと思っています。

また、訪問看護師は本当に人材が不足しています。これは訪問看護師だけではなくて、どの職域も人材が不足している中で、訪問看護師は１人で訪問先に行って、１人でケアするため、病院看護師よりも非常に厳しい、嫌な仕事というイメージがあって、なかなか余計に人材が来てくれません。やっと来てくれても、離職率が高くて病院に戻るというケースも実際に現場ではあります。そういった中でさらに、医師が担っていた役割を担うというわけで、質の向上も求められていて、非常に厳しいなと思っています。今度、看取りや死亡確認をするにあたっても、訪問看護師は法医学とか色々研修を受けなくてはならなくなります。また、ＣＶカテーテルの管理やドレナージの管理も、医師が行っていたことも特定行為ということで、大学で学んで資格を取る必要があり、これも費用が発生しますが、診療報酬の加算は別に今のところはありません。そのため、そういったことを捻出するのも非常に難しいので、是非、県でバックアップしていただきたいと思います。

また、住民に対する周知で研修や講演などがありますが、やはり、一方的に伝えるという時代ではなくなり、参加型、ワークショップなど、双方が意見交換できるような研修や学びの場をこれからは主体的に考えていく必要があると思っています。

やはり人材確保のためには、「来てください」だけではなくて、そんな厳しい中でも自分の職場はやりがいがあって楽しいのだということをアピールする自助努力もしていかないといけないと思います。これから少子化でどんどん働き手が少なくなり、どの職域も人が不足してくる中、そういった覚悟も私たちに求められていると思いました。

今村委員長

ありがとうございます。

今、特に人材確保の補助の話も出ましたが、その辺は、回答できる範囲でお願いします。

事務局

訪問看護師の離職率も高く、研修の機会を確保するというお話がありました。それで、訪問看護師の協議会と色々意見交換をさせてもらっていますが、どのような取り組みを行えば定着できるか、また、病院にあるようなプリセプター制度も訪問看護師では取れませんので、それを導入するためには県がどういう支援ができるかも含めて、現場の声を聞きながら支援の方策を検討していきたいと思っております。

また、利用者への理解促進が、一方的ではないかという話がございました。確かに「こうですよ」と言っても聞いてもらえるものではございませんので、市町村とか地域包括支援センターの協力を得ながら、認定の際やプランを話し合う際には、ご本人の意向も確認しながらご理解いただけるような仕組みをしっかり作っていきたいと思っております。

上田委員

先ほど「介護給付はもらわないと損」と言う人がいるという話もありましたが、それは現実であり、一方で、介護給付をもらわないことを誇りにしている人もいるのも、これもまた現実だと思います。要するに、個人差がだんだん大きくなっていく。特に団塊の世代が後期高齢者医療になったら、おそらく本当にみんな考え方はバラバラだと思います。そういう中で、先ほどの栗山村長のお話も感動しましたし、それから森本委員の心構えや死に対する考え方を、こういう計画の中にしっかり持たないといけないと思います。高齢者の所に伺った際には、今までは「どうぞ、いつまでもお元気で」と言っていましたが、やめました。「一日一日を大切に」という言葉に代えました。例えば 100 歳の高齢者の所に伺って、寝たきりの方の所へ伺って「どうぞ、いつまでもお元気で」と言っている自分がむなしいと感じます。そうではなくて、「一日一日を元気に積み重ねてください」という言葉に代えたのですが、やはりその辺の心構えを我々日本人はしていかなくてはならないのではないかと思います。そういう意味で、地域づくり、そして先ほど栗山村長がおっしゃった、地域へ飛び出す、これはすごく良いことだと思います。この計画における、特に資料２「施策の展開（案)」の 28 ページ以降の健康づくり、生きがいづくり、地域づくりの中で、どこを取っても要介護者は主役ではないのですね。受け身ですね。地域づくりでもそうですが、県で実施された取り組みを見ると、知っている顔が出てきましたが、元気な人はどこまでも元気です。でも、デイサービスは要らない、人に会うのは要らない、という人がかなり多いのですが、そういう人たちのケアをどうしていくのかというのは実はすごく大きな問題ではないかと感じています。そういう意味で、打って出るということもすごく大事な視点ではないかと思いました。

もう１つ。これは本市、大和郡山市の例を紹介しておきます。医師会と歯科医師会と薬剤師会と市の４者連携で、去年から「節約バッグ」というのを薬局に置いています。家で飲み残した薬をその袋に入れて持っていくと、薬剤師さんの指導をいただける仕組みです。なぜ余ったのか、これは基本的な発想は今の多剤投与の問題だと思っていて、これも１つ健康には大変大きな問題で、確かに、薬を飲み過ぎている方が現実多いのです。それは医師や歯科医師がどうということではなくて、やはりもらう側の意識の問題であり、例えば、おくすり手帳を病院ごとに持っている方が大変多く、重複をチェックするという機能が果たされていないということです。そういう意識からこの「節約バッグ」を始めたのですが、幸い、医師会、歯科医師会、薬剤師会にご理解いただいており、こういう観点も健康づくりの中にどこかで取り込んでいただければと思います。

今お話しした２つに共通することは、高齢者も主役になる、高齢者が自身で考えるという視点も必要ではないかという点です。

今村委員長

ありがとうございます。

今、森本委員、上田委員から、心構えというか、死に方の問題が出てきましたが、その辺について何

か事務局、お考えがあればお願いします。

事務局

地域包括ケアシステムの植木鉢の心構えという点におきまして、最近、学識経験者から教わったことですが、ＱＯＬ（Quality of Life）と向き合うときにはやはりクオリティー・オブ・デスにもしっかり向き合っていかなければいけないというお話を教わりました。それを県民に対してどのように啓発していくかをこの計画にどう書き込んでいくかは検討させていただきたいと思います。

また、２点目のご意見におきまして、高齢者でも個人差があり、また、ひきこもりの方もいるということがあります。アウトリーチ型の支援、人材も不足しますが、やはり地域の支え合いの仕組みづくりの中でアウトリーチ支援ができるようなところを市町村や地元の方との協力を得ながらやっていきたいと思っております。

薬剤の多剤投与とかに関しましては、医療部局も問題視しており、医療部局の計画にもそのように書き込む予定がされておりますので、連携しながら、取り組みについて検討していきたいと思っております。

高齢者の活躍や、高齢者が支える側というご意見もありましたが、これはまさに地域共生社会の中で支える側、支えられる側という垣根を超えて地域づくりをしていくというのが重要なポイントでございますので、そういう点も計画の中でどのように表現していくのか、また皆さんのご意見を賜りながら、内容を充実させていきたいと思います。

林委員

今日の大きな議題である在宅医療と介護の連携ということで、そのつなぎ役は地域包括支援センター、あるいはケアマネジャーということになっているのではないかと思いますが、そのための地域ケア会議の推進強化という面におきまして、奈良県の実施状況はいかがでしょうか。月１回以上やっている地域包括支援センターを含めて、実施回数はどうなっており、どのような取り組みを行っているのでしょうか。奈良県としての地域包括支援センターに対する地域ケア、地域ケア会議へのリハビリテーション専門職の参加、これは自立支援という意味で先ほど上田市長もおっしゃった様に、地域ケア会議の取り組みとしてはどうなっているのでしょうか。

今村委員長

お答えですが、質問いただき、今、手を挙げているのは松中委員と、あと南委員と、お二人ですね。では、先にご質問とご意見をおっしゃっていただいて、回答をお願いできればと思います。

松中委員

松中です。我々歯科からは３点、要望でございます。

人材育成の話が出ておりますが、地域包括支援センター等の方々の中に歯科関係者が少ないということと、そういう人たちの歯科関係の知識が不足しているということで、もう少し啓発していただきたいと思います。

２点目は、このような計画策定の場に歯科医師の免許を持った人がおそらくいらっしゃらないと思います。県下で歯科医師の免許のある方を雇われている市町村はおそらくないと思います。できれば、顧

問というような形でも結構なので、我々歯科医師が参加させていただけたらと思います。また、色々な各施設に、できれば１人ずつ歯科衛生士を配置するというようなことに取り組んでいただければと思います。

３点目、これも個人的な意見ですが、訪問や介護の現場に行ったときに、介護保険、医療保険等の縛りが厳しいので、適正化とはいうものの、ちょっとは加減していただきたいと思っております。

南委員

老健施設協議会から参りました南と申します。

１つ、介護人材の話が出ていますが、今、病院で看護師さんを募集したときに、ほとんどの方がインターネットで応募して来られます。また、病院への直接応募よりも紹介会社を通じて来る方が多く、若い世代の看護師や介護職への就職希望者の、仕事を見つけるというプロセスが私たちの世代とは大分変わってきています。そのため、今の時代に合った方法で、他の職種よりも介護・福祉の職種の方が魅力的であるとか、これだけの収入が確保できるとか、他の職種とのアドバンテージをアピールするような仕方をしないと、多業種中からは選んでもらえないのではないかと思います。応募者は、大体３つか４つぐらいの病院を掛け持ちして応募しているので、内定を出しても辞退するのが平気な時代になってきています。県の取り組みはすごく立派ですが、県の視点と違う視点で対応しないと、人材確保はできないと私は思っています。

２点目は、以前原先生がおっしゃっていましたが、認知症のケア体制の強化で、国は、地域包括支援センター、かかりつけ医、認知症サポート医、認知症疾患医療センターというような、色々な名目をたくさん作っています。原先生も私も認知症サポート医の資格を持っていますが、実際のところ認知症の分野では、講習で受けたような国の方針どおりには全く動いていません。今回、地域における認知症のケア体制の強化を図りますと書いていますが、どのように具体的にするのかをお聞きしたい。

３点目は、新しい取り組みを行っても動かないのがこの業界だと私は思っています。今回、地域支援コーディネーターというのができますが、今までも、保健所があり、保健師がおり、それから地域包括支援センターがありましたが、うまく機能しなかったのでこれができたと思います。このコーディネーターが地域でどんな決定権・裁量権を持って調整できるのかを教えていただきたいと思います。

事務局

地域包括支援センターへの支援という点についてお答えします。まず、地域包括支援センターの職員も年度ごとに人事異動等がありますので、地域包括支援センターの新任職員向け研修を県で毎年実施しております。これによりまして、地域包括支援センターの基本的なレベルアップを図っていきたいと思っております。

また、地域ケア会議にリハビリテーション専門職にも参加していただきたいというような要請があった場合には、理学療法士会、言語聴覚士会、そして作業療法士会の協力を得ながら、専門職を県が派遣するような仕組みも作っております。これからもそういった支援なり、派遣できる体制を強化していきたいと考えております。

次に、口腔ケアや歯科医師の参画、もしくは連携等の普及についてお話します。これも保健所と連携しながら、例えば南和の方の圏域では、歯科医師と薬剤師、訪問看護師等の医療職を含めて、地域での在宅医療をどう進めていこうか、医療・介護連携をどのように進めていこうかというような検討をして

いるところです。そこで良い事例が出てくれば、他の所にも取り組みを広げていきたいと思っております。

また、認知症への取り組みの中で、地域で具体的にどのように活動していくかという点につきましては、そうした地域のきめ細かな活動を目的としまして、新たに認知症初期集中支援チーム、それから地域支援推進員というものが、平成 30 年４月からは全市町村に配置されることになります。この初期集中支援チームの中にはサポート医の医師の方にも入っていただくことになっておりますので、平成 30 年４月以降は県内全市町村でそうした初期集中支援チームと地域支援推進員というような立場の方たちが訪問もしながら地域の中で具体に活動していくといった役割を担っていくことを期待しておりますし、平成 30 年４月には全市町村がそうしたものを配置できるように、今、必要な人材育成をしているところです。チーム員の養成、それから地域支援推進員の養成を県の方でしております。

それから、生活支援コーディネーターの地域での決定権とか裁量権の件ですが、コーディネーターだけでは、そうした決定権、裁量権は難しいと思いますので、コーディネーターと一緒にさまざまな検討をしていく協議体を市町村が設置することになります。コーディネーターが集めてきた色々な情報をもとに、協議体でその課題解決に向けて検討し、それを市町村にも上げていって、市町村がコーディネーターと一体となって課題解決に向けて動いていくと考えております。

事務局

人材の確保につきましては、今の若い世代の就職活動がどのようになっているか、現場の声を教えていただいて、どのような取り組みをすればアドバンテージが示せるかどうか、私も勉強させていただければと思います。よろしくお願いします。

今村委員長

あとの適正化についてはほどほどにというのはご要望として承るということで、回答していただかなくていいかと思います。

事務局

はい。

今村委員長

ほかはいかがでしょう。よろしいでしょうか。

（６）今後のスケジュール（案）について

今村委員長

時間が過ぎてしまって、誠に申し訳ありません。最後に、今後のスケジュールについて、事務局からのご説明をお願いいたします。

事務局

（資料６についての説明：省略）

今村委員長

ありがとうございます。

今のスケジュールについて、特にご意見等はございますか。

各委員

意見なし。

今村委員長

今日いただいたご意見をまた事務局で取りまとめていただいて、最終的な計画に反映させていただきたいと思います。今の議論の中で上田委員からご発言いただいた歯科医師会の口腔ケアと「誤嚥にナラん！体操」のことはあまり書かれていないので、是非これは、県に頑張ってやっていただいていることですので、アピールしていただいた方がよいかなと思いました。

４．開会

今村委員長

では、少し時間が過ぎてしまって申し訳ございませんでした。本当に活発なご意見をいただきましたので、よりよい計画になっていくと確信しております。

では、事務局に進行を戻させてもらいますので、よろしくお願いします。

事務局

長時間にわたり貴重なご意見をありがとうございました。

今後、皆さまのご意見を策定作業に反映させていただきたいと思います。次回の日程でございますが、１月中旬を予定しております。追ってご案内を差し上げますので、どうぞよろしくお願いいたします。

本日は、お忙しいところ、ありがとうございました。

了