

平成 26 年度 富山市高齢者総合福祉プラン（高齢者保健福祉計画・  
第 6 期介護保険事業計画）策定懇話会 議事録

1 日 時 平成 26 年 8 月 5 日（火）午後 2 時～午後 3 時 30 分

2 場 所 富山国際会議場 2 階 多目的会議室

3 出席者 出席委員 13 名 欠席委員 2 名

【委 員】野尻委員（座長）、大西委員、一島委員、中田委員、山方委員、  
島田委員、森田委員、野口委員、水上委員、高原委員、角内委員、  
柳原委員、白野委員 （欠席：相山委員、勝田委員）

【事務局】宮田福祉保健部長、西川福祉保健部次長、橋保健福祉保健部次長、  
井上福祉保健部参事、宮崎保健所保健予防課長、東保健所健康課長、  
茶木介護保険課長、石井長寿福祉課長

4 次 第

(1) 座長選出

(2) 議 事

- 1 次期高齢者総合福祉プラン（以下「計画」）の策定（案）について
- 2 計画の策定体制（案）について
- 3 計画策定のスケジュール（案）について
- 4 介護保険制度の改正等について
- 5 計画の策定方針（案）及び現行計画の進捗状況について
  - ① 高齢者保健福祉計画
  - ② 第 6 期介護保険事業計画

5 議事内容

委 員 資料 7 ページの計画策定にあたっての留意点で、今回「⑦医療・介護連携」を追加されたが、具体的にどのようなこと又はイメージを考えておられるのか、お聞きしたい。

事務局 医療・介護連携については制度改正に伴う推進とともに、旧総曲輪小学校跡地を利用した「在宅医療と介護連携の拠点」となるものを考えている。

本日は具体的なものをお示しすることはできないが、これまでの取り組んできた多職種等の連携も含めた医療と介護の「顔の見える関係づくり」の事業に加えて、より一層連携が図れるよう第 6 期計画には何らかの方策を盛り込んでいきたいと考えている。

委員

総曲輪の拠点づくりについては、マスコミ等のニュースでも聞かせていただいている。

この資料にある「医療連携パス」や「認知症連携パス」が「医療介護の連携」と関連することから、こうした質問をさせてもらった。

市医師会のほうでも「医療連携パス」や「認知症連携パス」についていろいろ検討されているが、その中において介護の分野を外しては考えられないと数年前からおっしゃっておられると伺っている。

介護スタッフの中には医療の垣根が高くてなかなか繋がりにくいという感覚や、ケアマネージャーの方々等もドクターとの連携で悩んでいる状況があるので、医療連携に関しては、今回しっかりと富山市独自のものとして連携パスの書式等も含めて考えてもらいたい。

県や高岡市は見本として作成しているようだし、小規模多機能型居宅のほうでも昨年度に介護保険課のモデル事業として、近いものを採用させていただいて進めているところである。その資料を提供するので是非一度検討して、今後の提案やたたき台にさせていただければ有難い。

ともかくにも医療と介護の連携がうまくいかなければ、高齢者の方に長く自宅で過ごしていただくことは困難だと思うので、多職種連携の推進をお願いしたい。

委員

三年間の計画を策定するにあたり、実態把握のため、例えば国の指導による「ニーズ調査」を市町村で実施し、それを踏まえた上での計画づくりということになると思うが、特に富山市は広い市域でもあり、地域別にどのような実態があるのかなど分析したデータ又は簡単な概要等があればよいと考える。

事務局

本日配布した実態調査報告書には、一部の設問に地域別の分析等も加味しているところである。また、報告書に掲載していない部分についてもデータを少しまとめているところだが、本日は概要としてまとめたものは持ち合わせていないので、まとめたものは提供したい。

委員

巷では小規模デイが要支援の方、特に小規模型のデイサービスを地域密着型に移すと言われている。

7月28日開催の全国担当課長会議の発表の中では、人数ではなく特徴のあるデイといわれており、資料19ページの(3)「主な制度改正への対応方針」の部分に該当すると思うが、予防給付のところで、小規模デイのところを認知重視型、リハ重視型、医療重視型のデイサービスに分けて色々設定を考える、と国の方では言っていて、それ以外のところを小規模型にして、(小規模型については)平均人数18人という一つの見込みがでていたが、富山市として今後そのあたりを考えて策定には組み込んでいけばよろしいのか。

事務局

今おっしゃられたとおり、今回の制度改正に伴い小規模のデイサービス、定員18人以下のデイサービスについては、地域密着型へ移行するという方針が決定された。平成28年4月施行で1年間の経過措置（条例整備）があると記憶している。18人という数字が示されたのは、先月（7月28日）の全国担当課長会議の中で初めて聞いたところであり、当然それらの影響等を鑑み、今後の市の方針については計画の中に盛り込んでいくことになると考えている。

また地域密着型サービスとなると、市の権限で指定してどのようなことができる（する）のかということになるので、地域密着型サービスの検討委員会等でも詳しく検討させていただきながら方向性を示していきたいと考えている。

委員

地域密着型の検討委員会で、小規模デイの方も今後検討材料の中に入れていくということでしょうか。

事務局

手続きを踏みながら、計画の中に盛り込んでいきたいと考えている。

委員

特養に入所できる要件が要介護3以上になる、という改正も相当大的な問題だと思う。現行で実際にどの程度の比率か分からないが特養に入所している要介護1・2の人の中には在宅復帰を目指している方もいらっしゃるため、最初から要介護3以上の入所ということになると、在宅復帰を目指しにくい状況となるのではないかと懸念される。

富山市だけの問題ではないが、老健や介護療養型医療施設は絶対必要だし、今後退院するケースもあるだろうが、片方で在宅復帰委員会を組織するなど取り組んでいる最中に、要介護3以上の人しか入れないとなれば、その後の在宅復帰の推進はケアマネージャーをはじめ関係者にとってはやりづらいと思う。

委員

特養の話がでたが、要介護1・2の方でも認知症であったり、在宅での生活が困難であったり、独居であるなど、生活環境等を勘案して入所ができるとされている。

入所判定委員会は各施設で行っているが、順番というのは施設で（入所が）必要だということを市の担当課に打診すればいいのか、それともその前に書類で提出して入所判定委員会にかけるなどが必要なのか。

また要介護3の方が、環境変化や生活動作の改善により、要介護1・2に改善されることも当然ありうる。その方達が要介護1・2になったからといって即在宅復帰ということになるのは疑問が残る。

さらに、施設側としては（入所者の）在宅復帰に職員も力を注いでいる。ただし改善されると利用者に在宅復帰の可能性が出てくるが、報酬としては、例えば要介護4の方が要介護2になれば施設の報酬はマイナスになる。全国的には改善による報酬があると聞いているが、富山市の場合何かそのような介護職員を力づけるというかそういう方向性を持っているか。

事務局

まず、要介護1・2の方いわゆる特例入所の方の場合における市町村の関与のあり方については、要介護1・2の方を判定する際には、あらかじめ市町村の意見を表明した上で判定委員会にかけていただく手続きになる。意見を表明するとはどういう手続きになるのかは、今後具体的に検討していきたいと考えている。

次に、要介護3以上で新規入所の方が要介護1・2に改善された場合については、原則は退所になるかと思う。ただし、やむを得ない事情がある場合は特例的に継続入所を認めるという方針が示されている。各施設等で、要介護度の改善が図られるよういろいろと努力されているところである。国においても、要介護度の改善が図られた場合、何らかのメリット、インセンティブを与えるべきではないかという議論も確かにある。その一方で利用者の選別につながるという危惧もされている。全国統一の介護報酬の中では、この問題については先送りがされるのではないのか。市単独で何かできないかというご質問については、報酬で差をつけるということについては様々な懸念があるので、それ以外で具体的に特に検討をしているわけではないが、何らかの報酬以外のメリットが作れないか考えており、ご意見・ご提案をいただきたい。

委員

これから介護予防に移行していく項目が相当出てくると思うが、医療・福祉の連携の中で、それぞれ書類の様式が違う。富山市として、様式をある程度統一して連携を図れるようにするとか、他市町村ではiPad等で共通のものを入力してそれで連携されているという話を聞くが、何か画期的な案はあるのか。それともこれまで通り連携（の掛け声）だけで終わってしまうのか。以前から言われているが、なかなか医療・介護の垣根が取れない。その辺りの意見を伺いたい。

事務局

例えば新川地区では、郡医師会といろいろな会が取り組みを進める中で、共通の書式を使っているという話を聞いている。また南砺市では、南砺市モデルという形でやっている。

現在、具体的な案はないが、市医師会と河上先生を中心にとやま在宅医療協議会の研修会など様々な取り組みの中で、情報提供の方法や情報の入手表示の手法など課題等が当然出てくると思うので、委員ご指摘のような分かりやすい情報交換をできるようなアイテムを含めて検討をしていかないといけないと考えている。

委員

特養の入所基準が分かりやすくするのはいいと思う。また要介護3以上でもいいと思う。特養の方は老健の方より元気で、一方、老健で寝たきりの方は暗く、出なきやいけないので家族も本人も大変。こういう思いを本当にみなさん分かっているのか。私が仕事を辞めたのも年寄りのため、父が亡くなった後、今は母で苦勞している。

現在、裁判所の仕事で成年後見を申し込んだ方の面接をしている。詳細なことは言えないが、例えば月に年金を数十万円もらっている方に限って月数万円くらいの費用負担で特養に入所し、貯金が確実に増えていることに違和感がある。

貯金自体を問題や否定としないが、本当に苦しんでいる方が入所できているのか。特養に入れる方の審査について考えられないのか。収入がたくさんある方は負担を増やしていいと思う。ただ、預金の確認は難しい。裁判所への報告は本当に正確な報告がきているが、市町村への自己申告で正確な数字が出るのか疑問。また金融機関への調査は非常に難しく。制度的にしっかりしないと容易ではないと思う。

ケアハウス等いろんな施設に父母を入れてきたが、入所者は弱い立場であることを痛感させられる。あるケアハウスでは、「温泉券」を買わされたが、母は認知症で温泉に入れないため使用できず、また家族が使うこともできなかったため、毎回捨てていた。老健でも、消耗品について施設がある業者と提携したことで毎月9,000円を請求されたが、紙おむつも使わず、ティッシュをもらうだけでこんなに払うなんておかしい。

こういういった実態はたくさんあり、県や富山市にも調べて欲しい。入所者は弱い立場であるため、文句を言ったら出されてしまいかねない。

座長

今回は大きな制度改正に直面していて、直接仕事でかかわっている方は悩ましいでしょうし、あり方が今後どのように変わっていくのか、それぞれの立場で情報をお互いに交換したという形になると思うが、次の懇話会では具体的にたたき台がでてくるので、それまでに事務局からも新しい情報あれば教えていただいて、次回に向けてお互い理解を深めていけばいいと思う。

ここまでのような意見がでていますが、欠席された委員からも意見を預かっているとのことなので事務局から紹介してもらいたい。

事務局

欠席された委員から提出いただいたご意見については、皆様のお手元に配布してありますのでご覧いただきたい。

まず、長寿福祉課関連として上から3番目「認知症地域説明会の開催数が、目標160回のうち実施回数は85回で53.1%だが、認知症を正しく理解してもらうことは非常に重要な時代であり在宅介護に重要だが、今後の対応をうかがいたい。」という意見については、地域での見守り体制の充実の中で、ご指摘のとおり取り組みを強化していきたいと考えている。またこのほか「認知症サポーター養成講座」など通して、認知症患者を正しく理解していただき、住み慣れた地域で快適に過ごしていただくため、サポーターの拡充に努めているところである。

上から4・5番目「訪問介護・通所介護の地域支援事業への移行に関して、認知症の方に対し、従来の介護の質を保障し、又基本チェックリストのみに頼らず要介護認定調査によることとされたい」の意見については、今後認知症患者が増えていく傾向にある中、本計画の中で必要な事柄について十分検討していきたいと考えている。

事務局

次に介護保険課関連として、上から2番目「介護保険サービス事業者アンケートの回収率が低い、回収の取り組みはどうだったのか」というご指摘については、

このうち地域包括支援センターには催促し回収率は100%だが、他の事業所には特に催促はしてない。しかし、多くの意見をいただいたので、今後施策に活用させていただければと考えている。

上から6・7番目「特養の入所判定の対応の大切さ、並びに2割負担や補足給付における市の個別対応、さらには預貯金の把握方法」の件については、国で示されている指針等に基づき適正に事務を行っていきたいと考えており、現時点で市独自の対応は考えていない。

座長 何か最後に意見等があればお願いしたい。

委員 認知症のことだが、全国の老人クラブの会合に出席すると、予備軍を入れて800万人の認知症患者がいるという。65歳以上の人口は3200万人。現在は、高齢者4人に1人が認知症ということになる。もしも800万人が1000万人になったら3人に1人となる。そうすると社会保障費はもたないのではという心配がある。先ほどからの答弁を聞いていると、これだけのケアがあることは心強い。年を取っても立派な対応してもらえると心強さが高齢者に元気を与える。安心感があると高齢者の元気の源にもなる。他市町村や東京23区の話聞くが、富山市は進んでいると思う。自信をもってすすめていただければと思う。

委員 要介護3・4・5の特養入所の方、また老健入所の方もそうだが在宅復帰するための努力をされており、最近のレスパイトのケースをみても、無理強いすることは論外だが、家族の受け入れとかサービスのやり方など、在宅サービスの利用をうまく組み合わせれば、必ずしも要介護度が低くなくても自宅に帰れるケースはあると考える。

老健ではなかなか在宅復帰がすすまないということもあって、最近では定員割れしてきている。次期改正によってどういう方向性になるか分からないが、在宅復帰一本槍でいくと厳しい。ある程度長期で見てもらえる老健も出てくると思うので、そういうところも選んでもらえればと思う。

利用者負担金については、(受け入れ側として)利用者の状況、家族の状況で選んでいるところはあるので、利用者の方が弱いという気持ちも分かるが、県や富山市の指導によりガラス張りになってきているので、不自然なものは少しずつ改善されていくと思う。

地域包括ケアシステムについては、なかなかすすまないところもあるが、近年は地域包括支援センター連絡協議会、社会福祉協議会、介護支援専門員協会、医師会が中心となって、薬剤師会や歯科医師会、訪問看護協会等とも顔の見える連携、縦横の連携を作っている。こうした協会同士の顔の見える関係を作っていけば、必然的に方向性が近づくとともに、地域に根ざしたバランスのいいサービス提供が進むであろうと思う。

委員

地域包括支援センターは市内に32あるが、常にフォーマルな部分とインフォーマルな部分を結合させて、住み慣れた地域で安心して生活できるよう取り組んでいる。きめ細やかな部分で地域の意見を汲みやすく、地域ケア会議などでも民生委員さんをはじめ地域の方々に参画してもらっているが、ネットワークを組むことによって、さらにネットワーク外の方が認知症の方に興味を持って差し入れや見守りもしていただくなど、地域に小さな輪がどんどん広がって大きな輪になっていくという部分もある。

今後については制度改正等もあるので関係機関には周知しているが、地域の方々には理解しにくいいため、分かりやすいパンフ等を示していただければ、各地域包括支援センターで地域における説明会を開いていきたい。本人が制度の変化というものを新聞等では目にしている、その時興味がなければ全く見ていないので、説明という部分を濃厚にしていかないとうまくいかないと感じている。

実態調査の結果の中にもあるが、地域包括支援センターの知名度が向上してきている結果が出ているので、他の委員の意見にもあるように、困ったときのきっかけが早ければ早いほど重度化させないため、日頃から各地区の皆様と連携を強化し、何か問題があればワンストップでできるような体制づくりを更に進めていきたいと考えている。

座長

国全体・地域全体で支えていかないと大きな問題は乗り越えていけないことから議論は尽きないところであるが、今日は初めての懇話会ということでもあるので、この辺りで閉会にしたい。本日いただいた各委員の意見やこれから出させていただく意見については、是等計画の素案作成に出来る限り反映させるよう事務局にお願いし、議事を終了する。

(以 上)