

第 1 回 第 9 期長野県高齢者プラン策定懇話会
《議事録》

- 1 日 時 令和 5 年 8 月 9 日 (水) 14:30~17:00
- 2 場 所 長野県庁 議会増築棟 3 階 第 1 特別会議室
- 3 出席者 【構成員】 萱津公子 溝口圭一 荻原朋美 松本清美
坂内孝之 (萱垣光英構成員代理) 小林広美 鈴木よし子
今井祐輔 伝田景光 畑山恵子 渋谷菜々花 高橋奈津子
福島直美 宮澤正人 (敬称略)
- 4 欠席構成員 萱垣光英構成員 松原智文構成員
- 5 傍 聴 あり
- 6 会議内容 1 開会
2 あいさつ
3 構成員紹介
4 会議事項
(1) 座長の選出、座長職務代理者の指名
(2) [報告]第 9 期長野県高齢者プランの策定について
(3) 意見交換
5 その他

7 会議経過

1 開会

2 あいさつ

| (発言者) | (発言内容) |
|--------------|--|
| 福田健康 福祉部長 | <p>本日は、大変お忙しい中、第 1 回第 9 期長野県高齢者プラン策定懇話会にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。また、日頃から県の健康福祉行政の推進にご支援、ご協力を頂いておりますこと、介護保険や高齢者福祉の向上にご尽力を頂いておりますことに対しまして、厚く御礼を申し上げます。</p> <p>ご案内の通り、長野県では 3 年を一期とする介護保険事業支援計画と老人福祉計画を長野県高齢者プランとして一体のものとして策定をしており、今年度は、第 9 期となる令和 6 年度から 8 年度までの 3 か年の計画を策定する年です。県の次期計画が市町村介護保険事業の円滑な実施を支援するとともに、高齢者福祉の推進に寄与するものとなるよう、関係の皆様のご意見を伺う場として、このような懇話会を設置させていただきました。長野県では、高齢者人口が令和 22 年に約 68.2 万人とピークに達し、単身や高齢者のみの世帯数の増加や、要介護認定者も 14.3 万人まで増加することが見込まれており、生産年齢</p> |

人口が減少し続ける中、介護人材の確保等への対応が喫緊の課題となっております。こうした課題に確実に対処していくため、介護人材確保の取組はもとより、健康長寿県である本県の特徴を活かした健康寿命のさらなる延伸や、高齢者が住み慣れた地域における高齢者の生活を支援する地域包括ケア体制の深化・推進のため、介護保険サービスのみならず地域の方や多種多様なサービス主体と連携して、地域ごとに必要な体制を整えていくことが大変重要であると考えております。また、本年度は、医療計画や障害者プランとの同時策定の年です。昨年度策定したしあわせ信州創造プラン3.0等も含め、計画策定段階から関係部署と連携を図りつつ、本プランの作成にあたってまいります。本日の会議では、本県の現状、国の方針等につきまして説明をさせていただき、その後、構成員の皆様が日頃の活動の中で感じておられる課題や、県の施策に盛り込むべき内容等につきまして、忌憚のないご意見をいただければと考えております。次期計画が、健康長寿日本一という長野県の誇る部分をさらに発展させ、また実効性のあるものとなりますよう、皆様のお力添えを賜りたいと考えております。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

3 構成員紹介

4 会議事項

(1) 座長の選出、座長職務代理者の指名

第9期長野県高齢者プラン懇話会設置要綱第4の規定により萱津委員を座長に選出した。萱津座長が座長職務代理者に溝口構成員を指名した。

(2) [報告]第9期長野県高齢者プランの策定について

各課より資料を基に説明。

(説明資料)

資料1_第9期長野県高齢者プランの策定について

資料2_介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(案)等について

資料3_長野県の高齢者福祉をとりまく状況等について

資料4_令和4年度高齢者生活・介護に関する実態調査結果の概要について

資料5_地域包括ケア体制の「見える化」について

資料6_認知症基本法の概要について

資料7_介護人材確保の状況について

資料8_令和6年度介護報酬改定について

資料9_しあわせ信州創造プラン3.0(長野県総合5か年計画)について

資料10_医療計画・地域医療構想について

- 資料 11_長野県地域福祉支援計画について
- 資料 12_高齢者の社会参加の促進について
- 資料 13_次期長野県障がい者プランの策定について

(3) 意見交換

| (発言者) | (発言内容) |
|-----------------|---|
| 萱津座長 | <p>これまでの県の方からの説明に対する質問や、介護保険・高齢者福祉の課題、日頃からお持ちの問題意識、又は次期プランで進むべき方向性等、ご発言がありましたらお願いしたいと思います。</p> |
| 溝口構成員 (県医師会) | <p>素晴らしいプランニングの策定、本当にご苦労様です。このプランニングを対象者の方に意識していただき、事業に参加してもらうことが大事だと思います。人生 100 年時代と言われておりますが、今日の計画を聴き、この計画で元気な高齢者を増やし、認知症の発症や進行の予防に結びつけていかなければならないと、医者として思いました。</p> <p>現在病院は急性期医療はしますが、なかなか在宅看取りまで出来ない状況です。先ほどのアンケートのように、ほとんどの人は家で最期を迎えたいという意向があり、それを叶えていきたいと思っております。問題は、診療と往診のバランスが取れなくなりつつあることです。最近往診の依頼がとても増えてきた印象があり、全てを受けると今まで私を頼ってくださった方の往診を断らざるを得なくなるかもしれないと心配しております。一方で、訪問診療の医者の新規参入がとても少ない状況です。新規で開業される先生は多いですが、訪問診療をするケースは私の印象としてはほぼありません。医者が専門化し、忙しく訪問診療まで手が回らないためと考えます。また、医者の高齢化が進み、2025 年に 75 歳以上が一気に増える中、医者に対応しきれぬかも心配です。訪問診療に対しては県から補助金が出ますが、なかなか軌道に乗りません。在宅医療は基本的に 24 時間態勢であり、厚労省は複数の医療機関で一緒に見ること許可しておりますが、実際は 1 人に押し付けられる可能性や、医師同士の治療方針の相違等のトラブルが考えられます。在宅医療に関しては、長野県の協力をいただき、毎年 1 回、在宅シンポジウム in 信州を各地で開催しておりますが、ACP（アドバンスケアプランニング）という言葉や在宅医療の認知度が一向に上がらず、このプランニングで認知度が上がることを期待しております。人の最期については我々医療が引き受けることだと思っておりますので、在宅医療を含めた高齢者に対するフォローアップをどうしていくか、関係者間で連携していかなければならないと感じました。</p> |
| 萱津座長 | <p>ありがとうございました。在宅医療と介護・福祉の連携という部分でもとても大きな課題があると思います。身寄りのない人、独居高齢者が増えてくる中</p> |

で先生が仰った ACP の問題はとても大きいと思います。認知症の方のケアを含め、荻原構成員のお考えをお聞かせ願います。

荻原構成員
(認知症疾患医療センター)

認知症高齢者を取り巻く環境は、独居の方の増加で年々厳しさを増していると思いますが、医療・介護等高齢者を支える側の高齢化という課題もあります。私が所属するあづみ病院は、比較的町村を抱えている大北地域であり、関わってくださる方の高齢化をひしひしと感じております。

その中で、医療側から出来ることという視点で資料を拝見しましたが、長野県民にとっては健康長寿がとても大事なことであり、80代、90代の元気な方々をお手本として元気な高齢者が増えていくように、認知症の予防事業等に関わっていきたいと思っております。昨今 WHO 等で認知症予防のガイドラインが出ているので、それらを啓発していき、健康長寿の底上げに協力したいと考えております。

萱津座長

ありがとうございました。在宅を支えるという面では、訪問看護や、看護小規模多機能等、在宅を支える様々なサービスがあると思います。その辺りについて、看護協会の松本構成員のご意見をお聞かせ願います。

松本構成員
(県看護協会)

看護協会には10の支部があり、それぞれ支部長を中心に、住民に向けてまちの保健室や研修会等を行っております。多くの支部が ACP の重要性を認識し、取り上げておりますが、なかなか浸透しておりません。デスクンファレンスといった形で、自分の役割の認識や次の看取りへの繋がりを、看取りに関わった人たちが振り返ることがとても重要と考えます。

協会の5つの訪問看護ステーションでは、住民向けに、在宅看取りについて平時にイメージをしてもらうために、訪問看護師や経験のある方が在宅看取りについて話していただく、在宅看取り語りの場を始めております。介護支援専門員にも入っていただき、全ての訪問看護ステーションで取組を始めております。在宅看取りに関わった人たちが経験を伝えていく重要性を感じております。

萱津座長

ありがとうございました。認知症の方も含めてどのように最期を迎えるのかということ、どのように意思を尊重するのかということを含め、認知症の施策、認知症の人やその家族の負担軽減等について、伝田構成員のご意見をお聞かせ願います。

伝田構成員
(認知症の人と家族の会)

認知症基本法については、非常に画期的なものが出来たと思いつつも、美辞麗句が並べ立てられているだけで、刺さるものがないと感じます。認知症は国家戦略と謳われ、法律まで作られましたが、最終的には長野県として条例等ま

で落とし込んだものが出来ることを期待しています。介護する家族は社会人と同様に週 40 時間以上介護してはいけない、40 時間以上介護したら手当が出る、等のルールを作ることで、家族が社会から見捨てられていないという感覚を持ってもらうことが必要だと思います。介護保険が出来てから 20 年が経ち、過去の介護に比べると相当に楽になっていると思いますが、感覚的にはまだ介護家族は救われていないと思います。家族に支援が届くように、具体的なところまで落とし込んだものが必要だと思います。

また、本人の意思の尊重に関しては、認知症の方が意思を言うことは難しいので、工夫していただく必要があると思います。本人の意見を聞きたいという話がよくありますが、そもそも発言出来る認知症の方は認知症ではないと思われる等、認知症の理解や啓発が足りておらず、上っ面の政策になっていると思います。認知症サポーターはたくさんいらっしゃいますが、認知症の方が本当に住みよくなったか、疑問を感じております。

制度面にも問題があり、要支援 1・2、要介護 1 の認知症の方は介護サービス、デイサービスともに使いにくい状態です。例えば、要介護 1 で医者が認知症と認めたら長野県独自に上限額を取り払う等の大胆な制度が出来れば、家族は少し楽になると思います。

萱津座長

ありがとうございました。認知症の人が地域で暮らすための地域共生社会の実現も含め、今井構成員のご意見をお聞かせ願います。

今井構成員
(県宅老所・グループホーム
連絡会)

私たち宅老所・グループホーム連絡会は地域密着型サービスの活動を行っております。様々な種別の人で構成しており、サービス別に部会を開いております。その会にて、従事する人たちの意見やサービスを利用されている方々の特性を聞き、課題等を県と共通認識出来るようにしております。

在宅等死亡率には施設で亡くなった方も含まれますが、純粹に在宅で亡くなった方々がこの 3 年でどのくらいいらっしゃるのかが気になります。施設サービスは整理していくべき問題ですが、限りがあると思います。医師・サービス事業所・看護師・訪問看護等の色々な問題に対して、各協議会の方々と協力・連携して、サービス事業所別に在宅の限界点のモデルを作ろうとしております。住みづらくなっている部分においては、地域住民の方々とケア会議等を開き、理解を得ながら行っております。宅老所においては、住民の方々と協力しながら地域の課題を吸い上げておりますが、一回いくらという金額の中でサービスが出来るかと言うとなかなか難しく、包括報酬の複合型サービス（看護小規模多機能、定期巡回、通いと訪問の組合せ等）に振ってきていると思っております。これらは、地域の方々やご家族がいらっしゃらない方々には有効で、支えきれるといふ事例も出てきております。第 9 期では、国が推す看護小規模多機能等の新しい点を鑑み、県としての施設の戦略的計画を立てる必要がある

と思います。生産人口が少ない中で一丁目一番地である人材の確保を視野に入れ、どうすれば在宅で看取れるかを調整いただきたいと思います。在宅で支えきるには色々な方の協力が必要になりますので、周知・協力・連携を要とし、負の遺産にならないように考えていきたいと思っています。

萱津座長

ありがとうございました。地域共生や地域包括ケアを考えると、施設を立てても人が集まらないエリアもあるかと思っています。人材確保や、労働と ICT との棲み分けについて、介護福祉士の鈴木構成員のご意見をお聞かせ願います。

鈴木構成員
(県介護福祉士会)

各施設や在宅にて、介護の人材不足により大変シビアになっている実情があります。訪問するだけではなく家族に手を差し伸べたいと思うことはありますが、繋げていくところがないことが多々あります。認知症の方は先生や看護師に、障がいのある方は地域の保健師に繋げて助けを求める等をしていかなければなりません、地域によってはそれをやる人がいない状況にあります。住み慣れた在宅で最期まで生ききるために、医師・看護師・ケアマネ・薬剤師・介護職が繋がりを作っておくべきだと思います。中心になるのはケアマネですが、ケアマネだけでは補いきれず、地域包括支援センター等も中心になって回らなければいけないと強く思っております。

また、介護福祉士や研修を受けた方だけでは足りない所や、民生委員が伺っても関わらせてもらえない所では、介護補助やボランティアの活用を進めていかなければならないと思います。地域の中で介護教室等を充実させ、食事や入浴、周りの整理、会話等に協力いただく等、周りの力を借りることが必要になってくると思います。

ICTについては、生産性向上のために力を借りる必要があると思います。しかし、効率的な使い方の研究が出来ておらず、かえって忙しくなることが起こりかねないので、上手に活用出来る中堅のリーダーの育成が最も大事だと思います。在宅も色々なことで困っている方がいるので、福祉用具の紹介等、医師・看護師・ケアマネの連携に ICT を入れていくのは、可能だと思います。問題としては、補助金に上限があり金額面で厳しい、ICT が使えない施設がある等が挙げられます。当会として研究をしていく必要がありますし、県には育成の後押しをしていただけるとありがたいと思います。

萱津座長

ありがとうございました。施設運営等においては ICT を入れてデータを記録することもあると思いますが、高齢者施設における導入や、様々な高齢者のニーズにどうやって応えるかについて、高齢者福祉事業協会の坂内様のご意見をお聞かせ願います。

坂内代理
(県高齢者福祉
事業協会)

高齢者福祉事業協会は高齢者施設を運営する特別養護老人ホームや養護老人ホーム、軽費老人ホーム等々を組織している団体です。資料2の4ページの第8で、災害対策と感染症対策の推進として、ほとんどの施設がBCPの策定をしていると思います。BCPは県と事業者団体が一緒に取組んでいかなければならないのですが、見込みが甘かった事例が過去にありました。2019年台風の影響で豊野の複数の特養が浸水し、社協が組織した災害福祉ネットワークに基づき災害福祉チームを豊野の福祉避難所に派遣しましたが、チームはその先の特養まで行くことはありませんでした。福祉避難所が求めていたのは同施設のみを対象としたチームであったことがわかりました。現在では、教訓を活かし、連携を取った施策を採り始めております。上部団体である全国老人福祉施設協議会の災害対策委員会で、長野県からも約40数名が、高齢者福祉事業協会の会員、施設の訓練を受けた施設職員が登録され、仲間の施設に同業の介護の担い手となる職員のチームを結成しております。

最後に、感染症拡大に際しましては、介護支援課より抗原検査キットの継続的な配布や衛生用品等の提供にあたり色々なご助言をいただきましたこと、厚く御礼申し上げます。引き続き、備蓄等も踏まえて一緒に協議させていただければと思います。

萱津座長

ありがとうございました。施設の方では、災害や新型コロナ感染症等で大変だったと思います。その教訓を活かしていくべきだと思います。

施設の取組と合わせて、在宅を支える介護支援専門員協会が、医療と介護の連携、災害時に介護支援専門員が担当する人について調査をしたと思います。医療と介護の連携、またヤングケアラーの調査について、小林構成員のご意見をお聞かせ願います。

小林構成員
(県介護支援専
門員協会)

市町村と事業所が連携を図りながらBCPの検証をしていかなければいけないと考えます。また、市町村では要避難者等災害時に支援する方をリストアップしていると思いますので、事業所だけではなくケアマネジャーも一緒に災害支援を考えていけると良いと考えます。

ヤングケアラーについては、その家庭を早い段階で発見し、関わらないといけないことがわかってきました。例えば、3世代同居で親が共働きの家庭の場合、親の帰りが遅い場合、子どもは部活を出来ずに家で祖父母を見るのが当たり前になります。それは介護支援専門員が必要ではない状態ということですが、そこには貧困・閉じこもりや、地域からの疎外が見落とされているケースが多いので、早い段階で関わりたいと感じました。

ACPの認知度については、住民への啓発が大事だと考えます。独居で身寄りがいない方、障がい者で高齢になられた方、貧困の方たちが入院される時に、治療方法についてケアマネジャーが呼ばれて、判らずに困るという状況がいくつ

かあります。お金や財産の管理、死に場所を含めて、自分の最期をどうするかを、元気な段階からしっかりと考えられるように、ACPを住民へ啓発することがとても大事と感じております。

医療と介護の連携については、どのような状況でもサービスを提供する方と主治医や訪問看護師の間で情報の共有がタイムリーに出来るシステム作りと、システム導入に対する県のバックアップが必要だと考えます。

複合型施設については、認知症の方には使いやすいサービスですが、そこも人材不足の状況です。家で生活したい方にヘルパーを派遣出来ない中、複合型施設も人材不足でなかなか活用出来ない地域もあると思います。先ほどもありましたように、施設をつくっても人が集まらない状況なので、独居高齢者が増える状況ではそれぞれの地域に合ったシェアハウス等の住まいを充実するという考え方が出来ると良いと思います。今の元気な方が、5年後や2040年に向けて自分たちで地域を作っていく意識を持つように、資料第1章、第2章（フレイル予防、社会参加）の早い段階での啓発の取組が、計画を立てる中でとても重要だと感じました。

萱津座長

ありがとうございました。今回は高齢者プランですが、地域の課題はそれだけではなく、複合的な問題を抱えた家族が増えております。地域包括ケア実現の構築について、宮澤構成員のご意見をお聞かせ願います。

宮澤構成員
(千曲市地域包括支援センター)

地域包括支援センターは、色々な方のご相談を受けております。医療と介護の連携という点で、現在、長野市と飯綱町が取組んでいる医療と介護の連携のシステムに注目しております。過日長野市内で説明会があり、実際にシステム使っている医師に良い点、悪い点を伺いました。複数の医者・ケアマネ・訪問看護師が、LINEのようなスタイルで情報を共有しており、その積み重ねで在宅患者の気持ちの変化が見えるということを仰ってございました。それも最期を迎える時の一つの考えだと感じております。

萱津座長

ありがとうございました。安曇野市では、行政として様々な事業所をまとめて地域包括ケアを構築しておられますが、取組まれていること、考えられていることについて、高橋構成員に伺います。

高橋構成員
(安曇野市福祉部高齢者介護課)

恐らくどこの市町村でも地域包括ケアシステムの体系は出来上がっておりますが、具体策まで落とし込めておりません。在宅医療・介護・福祉の連携、認知症施策、そして何より社会保障費増大の軽減を図る中の健康長寿のフレイル予防、全て大きな問題と考えております。先ほど宮澤委員も仰ったように、地域包括支援センターには、単に介護の問題だけではなく、どのように暮らしを支援してくれるかという相談も受けております。その中で、在宅医療介護連携

については、事業所連絡協議会・医師会・歯科医師会の皆様との話合いの中で、欲しい情報はケアマネが考えている情報だけではないという意見も出ております。

安曇野市では、事業所連絡協議会の部会組織の意見を十分に吸い上げながら、具体的な課題を介護人材の皆様と共有し、解決を図ろうとしております。私たちが課題に思っていることが実は既に解決されていることもあるので、事業所連絡協議会との連携を密にし、報告だけの場であった会議に、今年から相談する場を設けました。医師会の方で在宅医療推進協議会を持っていただいているので、その情報を期待しながら、少しずつ解決をしていこうと考えております。

住まいという点においては、今までは持家の方が非常に多かったのですが、その方も独居になると一人で暮らせなくなります。アパートやサ高住等の色々な住宅がありますので、住民の方がわかるよう情報を整理し、暮らしの啓発をしっかりとやらなければいけないと考えております。

萱津座長

ありがとうございました。認知症サポーター養成講座を受けている多くの方はなかなか活躍の場がありません。74歳までの元気な高齢者がどう社会を支える側に回るのか、畑山構成員のご意見をお聞かせ願います。

畑山構成員
(県長寿社会開発センター)

私は定年退職後の情報を欲し、シニア大に入りました。そこで色々な情報を得て、ボランティア、そして社協へ入りました。当時は介護の免許を持っておらず自分には出来ないと思っておりましたが、介護している人から声がかかり、介護施設で働くことにしました。最初は食事作りでしたが、だんだん楽しくなり、ヘルパーの資格を取り、今に至ります。私と同じ世代の人は、自分には介護は出来ないという思い込みがありますが、楽しくやりがいがあります。資格がなくても夜の見守りだけやっている方もいます。先ほどボランティアの話がありましたが、要支援1等の方と傾聴や一緒にゲームをするくらいであれば、垣根は高くありません。働きたいと思っている人はいるので、どこに行けば良いか、どういう楽しさがあるか、等の情報発信が出来れば良いと思います。

萱津座長

ありがとうございました。社協等で、ボランティアをきっかけに介護の世界に入る人もいます。直接介護だけではなく、サポートもあるので、第9期ではアクティブシニアを支える側にしていく施策が大切だと思います。一方、福祉を学んでいる若い人たちが、福祉に入っていくことに対してどういった想いがあるか、現役の学生である渋谷構成員のご意見をお聞かせ願います。

渋谷構成員
(公募委員)

若者は、介護は低賃金や重労働というイメージを持っていると思うので、若者の福祉・介護分野への参加促進のためには、賃金を上げてほしいと思います。また、身近な福祉に触れてみる機会を増やすと、福祉に関心を持つきっかけになると思います。私自身、中学生の頃に参加したボランティア活動をきっかけに福祉に興味を持ちました。若い人は人の役に立ちたいと思っている方が多いと思うので、学生も取り組みやすいボランティア活動や、地域行事への参加、交流等を通して、少しずつ福祉に興味を持ってもらえるようにしていくことが良いと思います。

萱津座長

ありがとうございました。福祉を目指してくる学生の中にも、大学に入るまでボランティアをやったことがない、当事者とコミュニケーションを取ったことがないという学生がとても多く、経験がないゆえに心の壁を作っている可能性があると思います。

高森町の福島構成員には、小さな町の保険者だから出来ることや、欲しい支援等、ご意見をお聞かせ願います。

福島構成員
(高森町健康福祉課)

高森町は約1万3,000人の小規模な町です。在宅医療の比率が昨年度より6パーセントほど上がりました。コロナの影響もあり、在宅者が増えたことが考えられますが、コロナ禍であっても質を落とすことなく、各事業所で行っているサロン等は継続し、在宅が増えたことによる家庭からの相談はなかったと聞いております。

高森町では介護の認定率が下がっており、次年度は介護保険料を減額出来る可能性があります。南信州は医療資源が乏しく、ism-Link（イズムリンク）という、ICTによる医師からの情報共有が出来る仕組みが出来ております。ある医師には在宅医療を前向きに実施いただき、さらに地域ケア会議も無報酬で企画から携わっていただいております。また、整形外科の先生には、今年度はフレイル予防のために足の大切さを教わる予定があり、さらには人生会議というものを開催いただき、早いうちから人生の最期をどうするかを考える場としております。参加者は年齢が上の方ですが、若い世代にも拡げていくべく、今年度は飯田短大の生徒にも参加していただきました。医療現場に行く方が大勢いらっしゃるので気持ちの面では難しかったと思いますが、家族と向き合う一番の大切なところだったというご意見をいただきました。

ただし、介護予防・リハビリ・体を動かす・社会参加等、正にフレイル予防をしっかり行うことが最も大切であると感じます。本日は色々な方のご意見を頂戴出来たので、コロナの影響の視点にて第8期計画を見返し、第9期にどう活かしていくのか、行政サイドとしての視点が必要と感じました。

萱津座長

ありがとうございました。

本日の意見交換は、この辺で終了とさせていただきたいと思います。

本日は、短時間の中で、言い足りないことも多いと思います。また、資料を見返す中で、考える部分もあろうかと思っています。

そこで、次回の検討に向けて、計画に盛り込むべき事項などのご提言がありましたら、あらかじめご提出いただけたらと思います。提出方法などは、後日事務局からご案内するようお願いします。

それでは、予定していた会議事項が終わりましたので、ここからの進行は事務局と交代したいと思います。

スムーズな議事進行にご協力いただきまして、ありがとうございました。

以上