

# 令和5年度 北九州市高齢者支援と介護の質の向上推進会議

## 第1回 介護保険に関する会議 会議録

### 1 開催日時

令和5年7月21日(金) 18:30～20:45

### 2 開催場所

北九州市役所本庁舎 3階大集会室

### 3 出席者等

#### (1) 構成員(12名/13名)

井上構成員、木戸構成員、黒木構成員、古島構成員、下河邊構成員、坪根構成員、中野構成員、中村構成員、野村構成員、橋元構成員、廣滋構成員、藤野構成員

#### (2) 事務局

保健福祉局地域福祉部長、介護保険課長、介護サービス担当課長、長寿社会対策課長、地域支援担当課長、地域リハビリテーション推進課長、認知症支援・介護予防センター所長、先進的介護システム推進室次長、地域医療課長、健康推進課長

### 4 議事内容

#### (1) 代表、副代表の選任について

#### (2) (仮称)第3次北九州市いきいき長寿プランの策定に向けてなど 資料1

①(仮称)第3次北九州市いきいき長寿プランのスケジュール

②国の制度の動向

③介護保険事業計画及び実施状況

#### (3) 介護サービス提供体制の確保など 資料2

①サービス基盤の整備の動向

②在宅生活を支えるおむつ給付

#### (4) 介護現場の人材確保・生産性向上など 資料3

①介護現場の人材確保

②介護現場の生産性向上

③在宅生活を支える地域リハビリテーション

議事(2)(仮称)第3次北九州市いきいき長寿プランの策定に向けてなど… 資料1

(事務局)議事(2)について資料1に沿って説明

(代表)

計画の策定、制度の動向、サービスの確保や整備に関する実施状況について、分かり易く説明いただきました。構成員の皆さんから、何かご質問等ございませんか。

(構成員)

定期巡回と小規模多機能の併設のサービス付き高齢者住宅が非常に多いところで、数字を切り分けてデータを取るべきではないかと考えます。

北九州市は意外と箱物が多く、その中でどのように小規模多機能とか定期巡回が準備されているか、高齢者の幸せな暮らしづくりという観点でデータ取りをしていただけると良いかと思います。

(代表)

ただ今のご発言は、33～34 ページの辺りを見ていただければいいかと思います。

ほかにございませんか。

北九州の現状についてこの表から伺えるのは、介護サービスは他の市町村、特に政令都市等を比較した場合、突出してよいことが伺えます。

より専門的な看護小規模や、特定施設は少し整備が遅れていますが、これが不利益かと言うと、そうでもないという分析をされているようです。

その点で何かご意見がある方はいらっしゃいませんか。実際に図を見て、北九州の位置を見たときに、多くが右肩のほうで見つけることができるというのは理解できると思います。

(構成員)

今回、私は利用者代表ということで、会員自体がすごく高齢化していて、本当に介護サービスのこととかを知らないといけないという会員がいて、勉強会とかをやっているということで、私が今回構成員で出てきています。やはり、これだけのサービスが他

都市に比べて充実しているのだということも、多分知らないです。なので、そういうことはどんどん会員さんに発信していこうと思いますし、小多機・看多機に関しては事業所の方と話すこともあるので、やはり運営面だったり人員配置等の難しさも、なかなか伸びていかない理由ではないかとは思っています。

(代表)

資料にも数字が出ていますが、北九州にどのくらいの介護施設があるだろうというのを少し調べたことがあります。介護サービスを受けている高齢者の多くが85歳以上の人です。65歳～74歳の人というのは、5.5%くらいしか入所されていません。

このことからすれば、高齢者を一括りにして議論するのではなくて、今後、65歳～74歳の前期高齢者、75歳以上の後期高齢者、そして85歳以上の高齢者の括りも少し分析していく必要があるかなと思います。

85歳以上の方が、大体3人に2人は何らかのサービスを受けている。どういうサービスを受けているか調べてみましたら、要介護レベルではなくて、要支援レベルの人が、非常に増えている。受けているサービスについての議論も出てくると思いますが、まず老健についていかがですか。

(構成員)

老健自体、入所者の平均年齢が上がってきています。

80歳以上、85歳以上が占める割合が非常に多くなってくる。そうなると、多疾患の対象者が非常に増えてきて、老健の場合は、在宅復帰が法的にも示された目的ですが、そういった方々を在宅にどう帰すか。

先ほどの議論にもありました、看護小規模多機能などが、もう少し利用できるような状況になっていかなければいけないのだろうと思います。小規模多機能は、ケアマネジャーを変える必要があるかと思いますが、そういう使いにくさ、それから看護師をしっかりと設置しなければいけない。この難しさで、運営がなかなか難しいと聞いております。

施設側から見て、これから在宅をどう利用するか考えたとき、医療系サービスの活用がもう少し高まる必要がある。通所介護とか訪問介護は、先ほどのデータでも、北九州はかなり充実していると思うのですが、老健から見た地域在宅を見ると、そういった在宅になかなか帰しにくい要因もあるだろうと。そういったことも、しっかりとこれから

対応していく必要があると思いました。

(代表)

医療系のサービス充実も検討しないといけない、という意見が出されていますが、これに対して、何かご意見ございますか。

(構成員)

やはり老健は、在宅復帰が問題になる。帰したくても、在宅の中で支えてもらえないというのがあって、医療系サービスを充実させると在宅も手が上がる。

今は平均年齢が 90 歳くらいになり、本当に帰れないけれど、やはり帰りたいと、自宅でみておられる方が多いのです。そうすると、やはり医療で支えてあげて欲しい。

だから、今はお家に帰ろうという運動をしているのですけれども、在宅サービスとしっかり連携を取って家に帰って頂き、少し問題があるとまた施設に帰ってくる。行ったり来たりという往復型利用を進めていて、そうになると、やはり在宅で医療系サービスが増えると助かると思っています。

(代表)

あとのテーマに出てきますが、地域包括ケアシステムの5本の柱の中に「住まい」という項目があり、それをどう捉えるか大きな課題でもあります。

もう1つだけ、このセクションで、特養はどうなのか、お伺いしたいと思います。

(構成員)

今日の会議に際して、職員と意見交換しました。特養の課題は、あとでデータが出てきますが、2015 年に要介護度3以上の入所と限定されて、そこから入所待機者数が減った。実際に入ってくる人も要介護度3以上ですから、在所日数・年数が短くなっている。つまり特養は入所している人のお世話が非常に大変になっている。

次に入所される方を探すのも大変になってきている。そこで、在宅復帰は、ほとんどうまく通用しないのが現実です。

だから、特養の課題は、入所している方の健康をどう維持するか。在所で長生きしていただく取組みをどうしていくか。

そのとき、医療は当然必要になりますので、医療とどう連携していくか。どうしても嘱託医とごく少数の看護師ではなかなかうまくいかない。

例えばコロナの時に、病院のベッドを使えないので施設の中で療養するということがありましたが、コロナが治っても基礎疾患で亡くなる方が増えたのです。

そういうこともあり、特養の課題として、入所している方の高齢化、体力が衰えないようどのように維持していくかということが、非常に大きな課題になっています。

また、入所するまでの在宅ケアの対応をどうするかも関連しているから、そういうことが主な課題として、今は浮き上がっている。

(代表)

この議論は、次の議題にも重要項目として出てきます。計画、国の制度、北九州市の現状について何かご質問ある方はいらっしゃいませんか。

(構成員)

今、医療系の体制を整えるというお話があったけれど、在宅サービスにおけるデイケアとデイサービス、今はどちらがどう違うのかよく分からないと、素人考えで思っています。

医療ということであれば、デイケアとデイサービスの役割というのを、再度確認することも必要ではないかと少し思いました。

(代表)

これは次のところでも出てくるテーマですが、北九州にデイケアをやっている事業者がどのくらいあり、利用している人がどのくらいか、調べてみました。

デイケアをやっている施設は 33 施設あり、利用している人が約 1,000 人。デイサービスをやっている所は 37 施設で、利用者は 1,200 人くらい。

これはコロナの中で調べていますから、今はもっと増えているだろうと思います。そういう状況の中で、デイサービスもデイケアも同じことをやっているのではないかと懸念もあります。

そのすみ分けを、もう少しきちんとすることも必要ではないかと考えます。

(事務局)

今、おっしゃられた医療系のサービスは、介護保険制度の中で保険者が弱い部分の1つと考えています。いわゆる「みなし」で行える事業は、把握がしっかり出来ていない部分もある。請求データでは分かるのですが、レセプトの解析はかなりの労力とスキルを要します。

今回、資料作成に「地域包括ケア見える化システム」という、国が作ったプラットフォームを活用しているのも、レセプトの解析や e-Stat(政府統計窓口)から事業状況報告をダウンロードして分析するのはとても労力がかかるからです。

見える化システムは、NDBとか医療系のデータベースからもデータを引っ張ってくるので、かなりのものが見えます。一般の方が取得できるアカウントと、行政向けのアカウントで見える内容が異なりますが、看取り率や、認知症自立度の状況や地域間比較が可能となるなど、多彩な活用ができます。

一方で、プラットフォームに依存する以上、事細かいところまで行き届かないところがあります。それは保険者独自に情報を収集しないといけない。

こういうものを組み合わせながら、議論のための良質な材料を提供していきたいと考えています。

(代表)

これは、ずっと前からの議論でして、事業所自体の目的と利用者自身のニーズがうまく合わないで、デイケアすべきことをデイサービスで利用者が要望し、それに事業所が応えている現状があります。

制度的な運用というのはあるかもしれませんが、デイサービス自体は、ソーシャルケア・レスパイト、介護負担の軽減を図る・介護者に時間を与えるというような大義名分があったのですけれども、その中にADLの日常生活の指導とか、レクリエーションの手段とかいうのが入ってきて、デイケア的ないわゆる通所リハビリテーションといわれる内容を多く取り込んできたという現状もあります。

### 議事(3)介護サービス提供体制の確保など… 資料2

(事務局)議事(3)について資料2に沿って説明

(代表)

先ほどの議論の、北九州の実数が非常に細かく分類されて報告されています。

私は、デイケア・デイサービスの話をしましたが、特養、あるいは老健の数も非常に細かく出されていますので、こちらのほうが現状として正確だと思います。それから、上乘せサービスについて、特におむつの議題等で報告がございましたが、何かご質問ございませんか。

(構成員)

質問というか、施設入所状況のアンケートに非常に興味があり、うちの実態に照らしてどうか、少し比較してみたので、その話をさせてください。

特養で470床空いており、施設・居住系全体で1,500床くらい空いている。

空きが出る理由は、例えば特養で考えたら2通りあると思います。

1つは、地域によって待機者が少ない、だから声をかけてもなかなか来ない。

もう1つは、人材が確保できないから空床にせざるを得ない。このことが表に出ていない。人材確保も大きな要因として空床があることを、少し押さえていただきたい。

それから施設の稼働率。例えば、私の所は50床の特養です。50床の特養は、全国的には昨年あたりは43%が事業赤字だと言われています。50床ではなかなか事業的な利益は出せない状況になりつつある。私たちは50床で稼働率は96%なのですが、事業収支はほとんどゼロです。

稼働率90~91%くらいでは、50床の特養は、赤字になる可能性が高い。なかなか事業がうまくいかないことを押さえていただきたい。

それから、空床になって次に入所が決まるまでに案内する人数。平均5.9人、最大で16人くらいとなっています。

私たちの施設では、大体1人が入所するのに6人案内します。最大8人くらい。

先ほど言いましたが、コロナの影響ではないけれども、基礎疾患が悪くなって亡くなる人が少し増えました。2カ月間で亡くなった方が5人くらいという月がありました。30

人に案内するわけです。私たちの第1順位の待機者は約 40 人くらいですから、残りは 10 人くらい。ということは、3カ月、4カ月たつて繰り返し案内する人が出てきますし、タイミングによってはなかなか入らない。私たちの施設では、50 床に対して 40 人くらいの待機者がおり、少ないほうではないのですが、それでもなかなかきつと埋まらない。

ということは、事業がきつくなる可能性があります。職員は 50 床の収益で賄っており、なかなか入らないので職員を減らす訳にもいかない。

そのへんで事業的なピンチが出てくる可能性が高い。北九州の私たちの団体で、50 床くらいの施設は 10 くらいです。同規模施設はほとんど赤字に近いと言えます。

どうして待機者がなかなか入らないのかと言うと、医療機関に入院中、在宅生活を継続する、このあたりのパーセンテージが多い。

コロナの影響が随分あります。在宅生活をしているけれども、まだできるだけ施設に入りたくない、コロナが明けてからとご家族は思っていると。

もう1つは、病気の治療をしているので、施設に入ったら治療ができなくなります。医療機関の関与がなくなります。そのため、在宅だったら医療を受けられるのに、施設に入ったら嘱託医だけになりますから、そういうところに今すぐ任せたくない、家族がまだ面倒を見るということで、コロナの中で待機者が増えてきたと、職員は話していました。待機者が増えるということは、コロナの影響が十分あります。

なかなか入れないというイメージを持っている方が多いと思うのですが、この4月末に入所待機を申し込んだ方が、検討会議の締め切りぎりぎり、6月2日に入られた。申し込んで実質1カ月で今は入れることも、その方の状況によってはあり得る。

昔みたいに3年待たないと、という話は、もう今はありません。先ほど少しお話しした、入所した方の在籍年数が短くなったのも大いに関係しています。それは、要介護度3以上の方しか入れないということが大きな要因としてあります。

こういうデータを見る限り、非常に実態に即している部分があるし、私たちにとってはよろしくない実態もあつたりすることで、興味深くデータを見させていただきました。

#### (事務局)

今、施設ごとの平均待機期間として、半年未満、半年以上 1 年未満というところがほとんどで、種別を見ましても、いま何年も待っていらっしゃる方はいないというのは、今回のアンケートの中で分かっています。入所期間、回転が早いというところで、やはり



回転が早い施設のほうが、要はロスが多いというか、年間の中で空いているベッドの数が多という状況となっています。

(構成員)

そのとおりですね。大体、2週間待つというケースが多いです。

(事務局)

その辺は、サービス種別によっては負担になっているだろうというのは、今回のアンケート調査の中でも見えてきているところです。

(代表)

それと、北九州の特養には入所判定の基準があり、判定会議のもとに第1志望、第2志望、第3志望まであって、要介護度のポイント、待機しているポイント、家族構成、介護力の有無とか、そういう項目で、ポイントの高い人から入るようになっています。

あとから申し込んでもうまく合致すれば、すぐ入れる人もいるし、逆に入りたいけれども順番待ちでという方もいる。

それと、3番目の議題に大きく関わってくる、50床、あるいは100床でもそうですけれども、実は介護力の問題があって、ベッドを稼働できないという大きな問題もあるということも。その上のデータだということですね。認知症とかそういう問題も絡んでくるでしょう。

(構成員)

私たちのグループホームは、先ほど特養のお話がありましたけれども、9人でワンユニットと定員数が少ないです。昨年度などでは、コロナでクラスターが出たら9人ほとんど全員がかかるような状態です。

すると、コロナで亡くなるというより、もともとの基礎疾患で亡くなる方がほとんどで、うちでも9人中5人の方が亡くなりました。そうになって空きができる、今度入所してくるのにも、コロナがあるので入ったら面会ができないとか、もう少し在宅で生活しますとか、いろいろな事情が絡んで、なかなか入ってこられない。

その中でグループホームは、これで見ると空きが九十何パーセントですけれども、空

きを持っているグループホームが結構多いのです。

それと、いつも協議会で話題に上がってくるのは、先々出てくる人員確保というところで、非常に人が足りないです。人員確保が難しくてやめたというグループホームも何軒かありますし、もう、今1人辞められたら、うちは閉鎖するしかないという所もあります。

先ほども医療的サービスの話が出ていましたが、入ってくる方の年齢も非常に高くなって、結構重度の方が多くなってきております。そうすると、インシュリンなど医療的な補助をしてくれるグループホームはなかなか少ないので、医療的な対応をしてくれる事業所を探すのも、私たちの頭が痛いところです。

グループホームは在宅の位置付けではありますけれども、そういった医療サービスを何らかの形で援助してもらえようような施策ができるの良いなと思っています。

また、グループホームは在宅ですので、福祉用具というのも、自ら買ったり、入居者のほとんどの方たちが車いすになったとき全員分の車いすを購入というのは難しいです。そういったところのちょっとした援助なども、次期の施策に入ってくれば良いと思っています。

(代表)

この2番目の議題、介護サービス提供体制の確保などについて、ご質問、ご意見ございませんか。

(構成員)

ご家族の方で、今、施設の状況を聞いて、先ほどもコロナの影響で入所を控えるという方のご意見が結構多かったのですけれども、コロナ禍で施設の方のお話を聞くと、入所される方が少なく、経営が大変という話も聞きます。

私たちの感覚としては、認知症があるために介護しているという方が多いと感じるのです。そうすると、介護が大変になったときに、最初にまずグループホームや住宅型の施設とか、そういう所を探して、とにかくどこか入れる所はないだろうかと探していくのですが、看取りまでやってくれるようなグループホームだったら入りたいとか、もう少し面会ができるのだったら施設にも行きたいとか、とにかく面会ができなかったことで、ご家族としては、特養やグループホームなどに家族を入所させたけれど、本当に良かった

たのだろうか、という後悔をすごく持たれています。

これからは面会できる機会も増えていくと思いますし、特養とか、食事の介助に施設に行ける日も近いのではないかと思います。そうすると、ご家族も安心して、ためらっていたけれども入所させてもいいかな、と思われてくるのではないかと思います。

認知症とかに限らず、特養でも胃ろうをしていたら入れないとか、医療体制に差がある特養がいろいろありますから、入りたいけれども医療的な問題で入れないこともありますので、これはやはり医療に精通した特養を増やして欲しいと思いますけれど、なかなかそれも厳しいのかという実態も分かります。

やはり、病院よりも特養で最期を迎えたいと願っている家族は多いので、いろいろなことに対応できる施設を増やして欲しいと思っています。

(代表)

どうもありがとうございました。いかにコロナが大きな影響を与えてきたか、この4年間だと思うのですが、医療ケアが必要な方の特養での対応は、今、胃ろうだけではなく、例えばCOPD、呼吸器疾患とか、糖尿も当然そうですけれども、いろいろな医療ケアが継続的に必要な方というのは増えています。それに対応する人員確保というのも、なかなか進まないというのが現状にあると思われま

## 議事(4)介護現場の人材確保・生産性向上など… 資料3

(事務局)議事(4)について資料3に沿って説明

(代表)

この議題に対してご質問等ございますか。キーワードは、「人」、それと、あえて言うなら「多職種との連携」かと思います。

(構成員)

ちょっと意見を言わせていただきます。64 ページに、先ほど表が出ました。

2025 年度に介護人材が 32 万人足りない。福岡県はどのくらい足りないのかというと、6,224 人という数字が出ています。では、北九州はという話になると、例えば後期高齢者の県別・都市別の配分でいうと、北九州市は 21%です。それを割り算すると大体 1,300 人くらい、北九州で介護人材が足りないと言えます。

それをどう賄っていくのか、資料に書いてあるいろいろな取組みが出てくるわけですが、私が考えている介護事業をうまくやっていくために人材をどうやっていくかという観点で、大きなポイントとして、人材確保のために職場環境を良くする。ホームページを使ってブランディングをしっかりと、就職者が興味を持つような法人づくりをしていく。事業所づくりではなく、法人づくりをしていくというのが1つです。

なおかつ、就職したときに、いい所なのですか、に答えていくために、在籍職員の職員教育をしっかりする必要がある訳です。

法人それぞれが理念というのを掲げていますから、私たちの法人の人材像として、こういう人が必要ですという理念があるわけです。それに向かって教育をしっかりする必要があります。それは入職してきたばかりの人も含めてです。在籍職員をどのように教育していくかが、この業界ではなかなか表に出ていないのですが、実はそれがとても大切なのです。

それからサポートとして、物を充実させるために、先進的介護システム推進室が言われたようなロボット・ICTを使う。そこは、この業界ではまだ、しっかり目を向けようとしていない。どう目を向けていくかが非常に大事だと思います。

利用者の心に関するところはカバーできない点です。記録を付けたら、行事の計画

をしたりという間接業務が5割、そこにどう物を使っていくかです。

それから、ロボットスーツなどを使うことで職員さんの腰痛対策にもなります。直接介助による圧迫をしないので、表皮剥離や内出血が減るとか、利用者のためにもいいことがあります。

だから、そういう物を使うということをしっかりやらなければならないのですが、そこに投資していない法人が多いです。投資するお金はあるのです。それを団体と行政とがタッグを組みながらどうやって広げていくか、ぜひやらなければということです。

人材教育はそれぞれの法人の責務です。法人に何とか仕向けていく。物のところでは、やはり行政の方たちと協力しながらいい方向に持っていくことで、これから業界に入ってくる人も、今いる人も、うまく組織の中でタッグを組んでやるようになって、初めていい介護の質が保てるということになってくる。

人材確保は、利用者の方のお世話が広がる、広がらない、に繋がるので、非常に大事ということで、ぜひ人材確保に向けてのいろいろな協力体制を取らせていただければありがたいと、今まさに実感しているところです。

#### (事務局)

人材確保については、福岡県で将来 6,000 人足りない、その中で北九州市が千数百人足りないとなります。要介護者数が、ピーク時に 1.1 倍になると見立てていて、働く人たちも現在からあと10%くらい必要になると思ったところです。

今の足元の状況で、あと 1,000 人必要と言われても大変で、今から 10 年後とか 15 年後に生産年齢人口が減ってくるとなのおことと思います。担い手が減ってくると、元気な高齢の方にはボランティアから進めてプレ就労みたいなものを考えてみたり、外国人材に来ていただく、などが大事になってきます。

外国人材については、介護福祉士を取れば在留資格を取れることから、ずっと日本に定着いただくために、全国老協が、介護福祉士試験の過去問集を外国語で作るとか、業界単位でもいろいろと取り組みいただいていると思います。

北九州市でも、先進的介護システム推進室でタスクシフトという研究をしているということで、多様な働き方を前提として、多様な人材を確保するということが大事かと思っています。これは行政だけが旗を振ってもどうしようもありませんので、官民一体となつてくれたらいいかと思っています。

(構成員)

質をどうやって確保するかというのは、今、施設にとっては喫緊の課題だろうと思います。

どういうところから人を確保するのか、一番期待できるのは、就業していない女性と中高年齢者で、すぐできる部分はここだろうと思います。それから、外国人労働者も、これから業界で受入れのための組合みたいなものをつくって、いろいろな所から受け入れるということをしないと、個々にやるのは難しいと思います。

最近経験した話で言うと、介護施設に入っている方のところに行って介護のお手伝を家族としてやっていた方で、入所者が亡くなられたあとに、「うちで働いてくれませんか」という話がありました。働いていない家族が介護に通っているケースも、うまくやると繋がるのだなと思いました。

それから、中高年齢者です。今は、何もしていないけれど、自分の好きな時間帯なら働いていいよとかいう人がいる。

タクシーが今、人を集めるのに苦労しているのですが、ある地域の取組みとして、「あなたの好きな時間で働ける」。

農家で田植え、稲刈りの季節は駄目と言ったら、「いやいや、そのほかの時間で結構です」とか、「自分は朝が早くて、釣りに行くのが趣味だから」という要望に応えると、人が結構集まったというのです。

いろいろな人が持っている多様なニーズをうまく対応すると、人集めは結構できるのだなと感じています。そういうものも、これからすぐやれることですから、やってみたらいいのではないかと思います。

(構成員)

これは実感ですが、例えば、私たちの新規の採用も他業種からたくさん来るのです。ところが、仕事の質はきちんとした心を持っていないと難しい。お手伝いします、あるいは離職したから、取りあえず介護事業者はいつも募集しているので来てみました、くらいではなかなか勤まらない。すぐに辞めてしまう。

介護の質を考えたとき、他業種から来るにしても、何かうまい仕組みづくりが必要なのかなど。そうでないと、安易な考えの人たちが多く来る傾向がある。難しい問題です。

(構成員)

確かに、質という意味で教育は大切だと思います。基本的には、介護とか人に関わることは身近にあるものであり、特別なことではないものとして教育していくことが必要ではないかと思っています。例えば、高校生とか中学生の頃から、どのような介護が必要だとか、自分たちにどういうことができるのかというところを学校教育に含めていくことは必要だと思います。

もう1つは、私は職能団体の副会長で、北九州支部に 2,000 人ほど会員がいますが、そのなかには自宅会員で、いわゆる潜在有資格者もいらっしゃいます。

人材活用という意味で、そのような有資格者に、教育の場に出る機会を与えていただくというのも1つあるのではないかと思います。

(代表)

介護が問題になっていますが、少し振り返ってみたら、日本の社会保障制度の中で介護という問題が出てきたのはいつ頃だろうかという、昭和 38 年に老人福祉法ができた時に「介護」という言葉が生まれました。

老人福祉法ができて特別養護老人ホームも制度化されるまで、施設では生活賄いさんとか、いろいろな言葉がありましたが、日本の資格制度の中で療養のお世話をできる人には定義があり、保助看法の中に、療養生活を援助するというのは当時の看護婦さんの業務内容でした。それが大前提にあるのです。

しかし、現状を考えたときに、各施設に全部看護師さんを配置して、これは福祉施設、生活支援施設だと。しかも療養を必要とする人というのがありましたから、当然、看護師さんは配置しないといけない。これは常時です。それで生活を支援する人ということで、寮母さんとか、いろいろな名前があったのですが、介助を行う専門職、生活を支援する人、そこで介護という言葉が誕生しました。そして、それが介護福祉士、介護支援専門員という福祉の専門員として資格化されてきたという、歴史的なものがあります。

それがどうしても、何となく介護といったら、年を取ったら介護を受けるというマイナスイメージが付いていて、なかなか人が集まらないという現状もあります。人に対する優しさとか、他にも高い知識や技術が求められるいろいろな課題があるかも分かりません。

先ほど説明がありましたロボットという概念も、非常に冷たい感じがしたりといった

文化的な解釈があります。それをどうするか。

先ほど少し説明がありましたが、ロボットというのは何も移乗動作とか歩行支援をするだけではなくて、心を支援するロボットもあります。そういうPRもしないといけませんし、ここでどうしても必要なのが、工業系とか福祉系とか医療系の、多職種の連携を、卒業した人に対してするのではなくて、中学・高校・大学と高大連携という形で結んでいかないと難しいだろうと思います。そういう意味で、連携といった働き、催しを北九州市は支援しているということです。

専門職の人たちに対するキャリア支援も目指しています。それが、いわゆる地域包括ケアという形で、医療と介護、生活支援、そして介護予防、その中核になるのが、「住まい」。何も自分の家庭で生活することだけが良いのではない、いろいろな形の住まいというのが北九州市の制度の中で準備されているというご説明を頂いたと考えました。

介護人材、先進的介護、地域リハという課題について、非常に現実味のある説明を頂きました。何かほかにございますか。

(構成員)

今、介護人材のことでお話がありましたけれども、主任介護支援専門員になるのに、入り口から10年かかります。そうすると、北九州市における介護支援専門員不足ということも視野に入れながら、研修をする。資格を取っているけれど、未経験という方が、福岡県は非常に多いです。なので、現場で働いている介護職になってケアマネジメントがひとつもできていないという現状がありますので、その数字も少し追い掛けていただきたいと思っています。

(代表)

北九州だけではありませんが、地域リハビリテーション、リハビリテーションという言葉について非常に誤解を招いています。リハビリテーションといたら、何か訓練するのではないという、基本的には社会保障の言葉であって、生活、人生そのものをどう構築していくか、それを地域、いわゆる自分が生活している場所でいろいろな方が支え合う、単に社会保障という公助だけではなくて、ボランティアとか地域の人たちの共助を利用しながら、生活の潤いを、目的を持っていきましょうということを狙っています。それを、地域リハビリテーションというと、どこで訓練してくれるのか、できるのかなど、



いまだに誤解される方がいらっしゃいます。こういう考えを変えていくことも、重要な機能ではないか。そのためには、いろいろなサービスを提供していかなければなりません。重層的なシステムを構築する、それを北九州は目指している、そういうふうであればいいなと思っています。

(構成員)

人材確保について、入職するまでは、なんと言っても賃金ということになってしまいますので、ここはご説明があったようにすぐに改善できる話ではありません。

そうすると、今度は入職した方の離職予防とか、働きがい、ということになってくる。

入職後の人材教育、職員教育が大変重要になってくると思います。

私どもも、10年来、介護施設の質という議論を職場団体の代表の方を交えてずっとやってきました。

私は医療職ですが、医療現場と大きな違いがあるということを、皆さん認識しています。それは何かというと、医療現場はエビデンスに基づいて、病気を治すという目標が明確にあります。

介護の場合はこれが質ですという統一的なものがありません。これは10年かけて議論して、我々が共通理解したものです。「これをしたらいいのですよ」というものがないというのが医療との大きな違いになります。

そうすると、介護施設の質といった場合に、それぞれの施設の理念をどう実現していくのかということに尽きてきて、それが良い、悪いではなくて、うちはこの理念を実現するのだということをやっていくしかないというのが、今、私どもが到達した理解です。

そのとき、例えば非常に素晴らしい運用をされている事業所がたくさんあるのですが、非常に個々人の資質でやっている部分が多くあるということも、我々が調査していて分かってきました。

それ自体は間違っていないのですが、人によってやっていることが違ったり、もしくは理事長やオーナーが思っているやり方と違うものがいつの間にか現場で走っていたりと、それぞれ皆さん、ベストを尽くそうと思ってやっている中で結果的にそうになってしまう。端的に言うと、例えば施設の中で運用されているいろいろなフォーマットを、いつ誰が導入して誰が管理しているのか分からない、というようなことも、実はたくさん起きているのです。

そういう中で、人材教育をやっていくのは非常に難しいという気付きもありました。人材教育の標準的なオペレーションを各施設でどうやって整えていくのか。これはいわゆるマネジメントシステムになってくるのですが、大きな医療機関とか、大きな介護施設は、導入しています。

そういったことも見据えながら、人材教育をまず標準化していくというのが1つの提案になると思います。

今回のいきいき長寿プランの中でどう反映させるかというのは、思いが至っておりませんが、人材教育という中で思い付くトピックでしたので、紹介させていただきました。

(代表)

事務局、最後のまとめをお願いします。

(事務局)

長時間にわたりまして、熱心にご議論いただきまして、誠にありがとうございます。

今日は、改めて利用者の高齢化が進んでいくということで、サービスを利用している人たちそのものも高齢化していく。

そのことが施設、あるいは在宅サービスに大きな影響を与えている、それを支えているスタッフにも影響を与えている。入所者の平均年齢が90歳、その人たちを支えるサービスというのは10年前と今は全く違う様相が、施設の中でもサービスの中でも見えてきているというのを、今日、改めて感じたところです。

その中で、今日もお話がありましたように、医療とどうつなげていくのかというのが、やはり大きなテーマになるのだらうと思っています。それと、最後はやはり、人材確保ということで、今日も潜在的な有資格者をどううまく使っていくのか、とか、あるいは多職種をどうネットワークとしてうまく使っていくのかという話もあったと思います。

今日頂いたご意見を踏まえまして、私どもも計画の中に今のお話も入れ込みながら、策定作業に着手していきたいと思っています。

今日は改めて、現状を、現場感覚をもって知ることができたということで、大変ありがたく思っています。

(事務局)

私も、皆さんの言葉の端々に「医療と介護」というのが出てきて、要介護者像が変わってきたのだなど。特養に入ったら医療が足りなくなるので、というのが象徴していると感じました。

そのほかにも、全世代型社会保障構築という中で、低所得の方への配慮と、高所得の方に能力に応じた負担をお願いするという議論が引き続き国で進んでいます。

2回目、3回目の議論で、また出てくることになるかと思います。皆さんのご意見を、またお願いいたします。

それでは、これもちまして、「第1回介護保険に関する会議」を閉会します。

どうもありがとうございました。