

佐賀中部広域連合第4期介護保険事業計画策定委員会 第1分科会

平成20年10月15日(水) 15:00～

佐嘉神社記念館 3階

【出席委員】

松永委員 藤岡委員 藤佐委員 陣内委員 山口委員 上村委員 服部委員
勝田委員 橋本委員

【欠席委員】

川原委員 石丸委員 平松委員 中下委員 倉田委員 成清委員 中野委員

【事務局】

飯盛事務局長 松永副局長兼総務課長兼業務課長
甲斐認定審査課長兼給付課長 百武総務課副課長兼指導係長
安藤給付課副課長兼包括支援係長 山崎庶務係長 熊添行財政係長
深川認定調整係長 石丸介護認定第一係長兼障がい認定係長
岩永介護認定第二係長 坂井給付係長 太田業務係長 古川賦課収納係長
梶原

午後 3 時 開会

○司会

ただ今から第 4 期介護保険事業計画策定委員会第 1 分科会を開催させていただきます。まず、第 1 分科会の開催にあたりまして、事務局長からご挨拶を申し上げます。

○事務局

お忙しいところ、お集まりいただきまして誠にありがとうございます。今回は事業計画の策定委員会の第 1 分科会という事で、主に保険料に直接関係している諸々についてご審議を遺憾なくご意見をいただきたく、分科会を持たせていただき皆さんにお集まりいただきまして本当にありがとうございます。

先日厚労省に行ってまいりまして、来年度の報酬改正については必ず改定を行うものとなっています。ただ、全体的に介護の報酬単価をそのまま引き上げるのかというのは、他のあたりでいくらか落としたりしてどうなるか分からないと。ただ、人件費を上げる事だけは間違いないという回答をいただきましてどれだけ見込むべきなのか教えていただきたいという質問をしたところ、なかなか回答をしていただけなかった訳であります。

また国のほうとしては、できるだけ報酬については保険料に響かないような施策を講じたいという基本的な考え方はもっておられるという事ですので、どれくらいの利幅になるのか。先日お話ししましたように、1 号被保険者の保険料の割合が 19%から 20%。1%上がっただけで、私のところは 200 億以上ありますので、大体 1%で年間 2 億だろうという事で、1 号被保険者の保険料が 2 億上がりますと 1 億で 132 円くらい上がりますので、260 円くらいは間違いなく 19%が 20%になっただけで、上がるわけですけど、これに報酬が引上げになって報酬額が上がりますと、かなりの負担になってくるという事で現場では申し上げておる次第であります。

そういった中ですが、私のところの事業計画の中で色々見てみますと、国の言うとおりの施設に対する比率の 37%というのはなかなか決定しきれない現状にありまして、待機者の比率もどんだんうなぎ登りに上がってきている現状であります。

こういう中、第 4 期の事業計画の中でどういった見込みをしていくのか、運営をしていくのかという事についてご審議をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○ 司会

それでは、お手元の次第に従いまして、議事に入りたいと思いますが、ご審議をいただく前に議事の進行につきまして事務局よりご説明を申し上げます。

○ 事務局

第 1 分科会の議事の進行を行っていただく分科会の座長につきましては、先日の第 3 回策定委員会でご承認をいただいたとおり、上村副会長にお願いを申し上げます。

また、座長を補佐する副座長でございますが、委員さんの互選ということでお願いしたいのですが、よろしいでしょうか。

○ 座長

ただいまの事務局の発言に対していかがでしょうか。よろしいでしょうか。

では、互選ということで問題がないようですので、事務局から何か提案がありましたらお願いします。

○ 事務局

橋本委員を副座長として提案いたします。

○ 座長

事務局から提案がありましたが、いかがでしょうか。

それでは、橋本委員、副座長を引き受けていただくということでよろしいでしょうか。

○ 事務局

それでは、ここで上村座長様にご挨拶をお願いしたいと思います。

○ 座長

今日は皆さん本当にお忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。欠席の方がいらっしゃって少し寂しいのですが。今回、第 1 分科会と第 2 分科会に分かれて、第 1 分科会の座長を引き受けさせていただきました。それでは橋本委員と一緒に会議を進行していきたいと思っております。4 時半を目途に進めて行きたいと思っております。よろしく申し上げます。

○ 事務局

ここで、橋本副座長様にもご挨拶をお願いしたいと思います。

○ 委員

橋本です。座長の上村先生と、私の力では及ばないかも知れませんが、しっかりサポートして充実した実り多いサポートをしていきたいと思えます。よろしくお願ひいたします。

○ 事務局

それでは、上村座長どうぞよろしくお願ひいたします。

○ 座長

それでは、議事に入りたいと思えます。

では早速（1）これからの介護サービスのあり方について、よろしくお願ひします。

○ 事務局

それでは、お手元に資料として【これからの介護サービスのあり方について】の冊子をお配りいたしておりますが、1ページをお願ひいたします。それから説明は原則30分以内に終わりたいと思えます。その後にご議論をお願ひしたいと思えますのでよろしくお願ひします。

まず1ページに、1.第3期における方向性という事で書かれていると思えますが、第3期の方向性につきましては上から2行にございまして、第3期計画では<高齢者が介護が必要になっても、自分らしく暮らし続ける事ができる地域社会の構築>が基本理念として掲げられております。

それから、下はこれまでの第4期策定委員会の中で今までの色々なご意見等を掲げておりますが、まず2番目の段落の行には「老老介護」とか「認認介護」といった問題が増えているので、今後そういったことの解消につなげる施策を講じる必要はないかというようなご意見等が出ております。

それから、その次の段落では、要介護度が低い方、認知症がある方などの施設待機者の方について必要な施策を今後講じることも必要になってくるのではないかというようなご意見もあっております。

次の段落でございまして、療養病床転換等によりまして、今後、介護難民が

出ないためにも、具体的な施策を想定する必要があるのではないかというよう
なご意見も出ております。

それから次の段落でございますが、国が示しております参酌標準を満たす事
は、佐賀中部広域連合の現状としては非常に厳しいという状況になっていると
いう事と、それから今後介護を受けながら住み続けられるような新しい「住ま
い」のあり方について、長期的な視野に立った検討が必要になってくるという
ような事、これは事務局のほうからご提案を申し上げております。

最後の段落でございますが、国のほうでは、地域密着型サービス、介護予防
拠点などの介護保険関連施設の整備を進めるための交付金制度の事業活動等を
呼びかけております。従いまして、今後これらの施策も考える必要があるの
ではないかというような議論もしております。

次の 2 ページをお願いいたします。2. 在宅サービスの状況について。これに
つきましては、1 回目の事業計画策定委員会で高齢者要望等実態調査結果として、
ご報告しておりますが、第 1 分科会に関わっていくようなものを幾つかありま
すので、再度簡単にご説明をさせていただきます。

(1) 介護を必要とする在宅者の状況についてでございますが、①世帯の構成
の表でお分かりのように、本人だけの単身（ひとり暮らし）、本人とその配偶者
（65 歳以上）のみの世帯が多くなっております。特に在宅者の（要支援）の方
では 65 歳以上のみで構成されている世帯が全体の 47.4% で半数に達している
というような状況でございます。

それから 3 ページですが、②介護が必要になった原因でございます。これは
男性と女性で分かれておりまして、要支援者の中で男性の方は「脳卒中」の方
が 26%。女性の方では「リュウマチ・腰痛・関節炎」が 26.3%。それから要介
護の方では男性の場合「脳卒中」が 33.8%でございますが、女性の場合には「認
知症」が 31.6%と一番高くなっております。

それから、施設入所の方では男性の場合には「脳卒中」が 47.3%で、女性の
場合はこちらも「認知症」が 35.6%と一番高くなっておりまして、男女で若干
原因が違っているようでございます。

③認知症による問題行動の有無でございますが、要支援では 6.9%でございま
すが、要介護では 49%、そして施設入所者の方では 40.4%に問題行動がある
という事で大きな違いが出ております。特に要介護でも要介護 3 の方が 58.9%、
そして次に高いのが要介護 1 の方で 49.2%の方に認知症による問題行動がある
というような結果が出ております。

次に 4 ページをお願いいたします。上のほうですが、④本人が希望する介護

形態。これは前回も申し上げましたように「自宅で家族等の他ホームヘルパー・ショートステイ等を活用したい」というご回答が要支援、要介護とも最も多くなっています。

(2) 在宅の介護利用者を介護している方の状況について。①利用者本人との続柄では、「ご本人の配偶者」それから「子ども」また「子どもの配偶者」こちらへんの方が介護をされているという数字が高くなっております。

それから、5 ページですが、②介護上の問題ですが、要介護者で見ますと「精神的に負担が大きい」という方が全体で 44.3%。それから「体力的に介護が困難である」というのが 29.4%と高くなっております。ただ、要介護ではなくて要支援の段階では「特になし」という方が 47.6%と高い数字になっています。

それから③希望する介護形態。介護をする側も「自宅で家族のほか、ホームヘルパー・ショートステイを活用したい」が高い数字となっています。

次に 6 ページをお願いします。

3. 施設の状況についてでございますが、

(1) 施設整備に係る基本的な考え方で、これも第 2 回の策定委員会でご説明をいたしました。第 4 期の事業計画は平成 26 年度の目標に至る中間の位置づけという事で変更はありません。

1 点目、地域ケアの推進と施設整備の見直しで言いますと、介護保険 3 施設・介護専用の居住系サービスの適正な整備というのがございまして、要介護 2 から 5 に対する施設・居住系サービス利用者の割合は 41%を、平成 26 年度には 37%以下にするというのは変わっておりません。

それから、2 点目が多様な「住まい」の普及の推進。高齢者が安心して暮らせるよう、介護がついている住まいを適切に普及していると。

3 点目が、介護保険 3 施設利用者の重度者への重点化。要介護 4、5 の割合が 59%を、平成 26 年度には 70%以上に重点化をするという目標も変わっておりません。

それから 4 点目として介護保険 3 施設の個室・ユニットケア化の推進という事で、個室・ユニットケア化を図っていくという事も変わっておりません。

次に 7 ページをお願いします。

(2) 療養病床の転換に係る影響についてという事で掲げておりますが、この中の表は佐賀県が地域ケア体制整備構想というのを発表していますが、その写しでございます。ご説明をいたしますと、上の表は介護療養病床転換計画表を求められて、中の表が医療療養病床の転換計画表でございます。

まず上の表の介護療養病床でございますが、左上のほうで 456 という数字が

ございますが、平成 19 年 4 月 1 日現在、介護療養病床が 456 床ございます。その下のほうに転換先と書いてありますが、その一番上の老人保健施設を右側に見ていただきますと、平成 21 年度に 110 床。それから平成 24 年度に 13 床という数字が入っておりますが、介護療養病床をそれぞれの年度に老人保健施設に転換をすると、それで合計が 123 床。

そして何行か下がっていただきまして、医療療養病床への転換分という事で右のほうを見ていただきますと、平成 20 年度に 121 床、平成 22 年度が 46 床、平成 23 年度が 30 床、平成 24 年度は 68 床という事で、合計の 265 床が医療療養病床への転換分でございます。

それから下のほうに行きますと、回復期リハビリテーション病床、一般病床、それから廃止の病床となっております。

次に医療療養病床転換計画表でございますが、これも左上のほうで 1,051 という数字がございます。これが平成 19 年 4 月 1 日現在の医療療養病床のベッド数でございますが、転換先としましては、上のほうから行きますと 4 行目介護老人保健施設に平成 21 年度 16 床でトータルの 16 床でございます。そして下から 2 行目の一般病床に転換をいたしまして、平成 20 年度に 77 床。廃止がこれも 20 年度で 11 床となっております。

一番下の細長い表が、介護療養病床と医療療養病床と分かれた表でございますが、一番下の行が療養病床の合計という事で、平成 19 年 4 月 1 日現在、医療療養病床と介護療養病床を合わせますと佐賀中部広域圏内で 1,507 床ある訳でございますが、平成 24 年度末を見てみますと、1,214 床になるということで医療療養病床が全体で 293 床マイナスになるというような目標になっております。

次に 8 ページをお願いします。

(3) 介護保険 3 施設・居住系サービスの整備状況でございます。国の参酌標準では平成 26 年度にこれを 37%にもって行くという目標でございますが、平成 19 年度佐賀中部広域連合全体では 53.3%でございますが、構成市町によりまして若干ばらつきがございます。佐賀市の場合で 58%、多久市も同じく 58%、小城市が 37%、神崎市が 54%、吉野ヶ里町が 28%、合計で 53%に平成 19 年度の際なっております。

ちなみに佐賀県全体の要介護 2 から 5 の認定者に対します割合は 58%となっておりますので、佐賀県全体で見ますと佐賀中部広域連合管内は低いというような数字になっております。

それから次に 9 ページをお願いいたします。

(4) 介護保険 3 施設+居住系サービスの利用人数推計でございます。下の

表をご覧くださいと思います。文字が小さくて申し訳ないですが、平成 20 年度（見込）の一番下の合計のところですね。3,810 という風になっています。これが 37%にいたしますと平成 26 年度の合計欄 2,786 になります。従いまして 1,024 床平成 20 年度よりも少なくしないと 37%にはならないという厳しい数字となっております。

それから次の 10 ページをお願いいたします。

（５）介護保険 3 施設利用者の重度者への重点化状況でございます。これも表をご覧くださいますが、平成 19 年度の実績といたしまして、介護保険 3 施設 2,904 床でございます。そのうち、要介護 4・5 の方が 1,484 人という事で現在 51.1% になっています。これを平成 26 年度に 70%にもっていくためには、ベッド数を 1,956、マイナスの 948 床になります。

要介護 4・5 の方の数が 1,369 人。これもマイナスの 247 人。この数字になりますと入所施設利用者全体に対する要介護 4・5 の利用者割合が 70%になると。これも厳しい数字となっております。

次に 11 ページをお願いいたします。

（６）介護保険施設の入所者についてでございます。

①現施設への入所を希望した理由で割合が高いのが「家族はいるが、十分に介護ができないから」が 71.6%で、「24 時間の介護が必要だから」が 47.9%でございます。これは複数回答でございますので 100%になっておりませんが、こちらへんが施設に入所した主な理由でございます。

②施設入所者が今後介護を受けたいところといたしましては、全体で「在宅」が 26.1%、「介護老人福祉施設」が 24.8%、「介護老人保健施設」19.9%という風になります。これは本人さんの希望されるところでございます。

それから次に 12 ページをお願いします。

（７）介護保険施設の入所申込者の待機状況でございます。

①介護老人福祉施設の待機状況です、今年の 5 月に調査した結果でございますが、1,363 人の待機者の方がいらっしゃるという事でございまして、そのうち認知症のある方が 871 名、約半数以上が認知症があられるという風になっております。

申込をされた方の現在の居場所ですが、これも数の多いものからしますと、「在宅」が 431 名、それから「病院」が 355 名、それから「老健施設」に入所されている方が 281 名という風な状況になっています。

それから 13 ページでございますが、

②老人保健施設の待機状況でございます。老人保健施設は 236 人の待機者の

方がいらっしゃいます。そのうち認知症がある方は 151 名、半数以上の方が認知症があらわれています。

また、老健入所待機者の現在の居場所は、これも数の多いものから言いますと「病院」が 128 人、「在宅」が 55 人となっています。

次に 14 ページをお願いいたします。

4. 地域密着型サービスの状況について

(1) 第 3 期の状況で、中程に (1) から (5) まで。

- (1) 夜間対応型訪問介護
- (2) 認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護
- (3) 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護
- (4) 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護
- (5) 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

で、地域密着型といたしましては、これ以外にももうひとつ、下のほうのアスタリスクのところに書いていますが、地域密着型特定施設入居者生活介護というのもございますが、佐賀中部広域連合管内では現在特定施設はなく施設整備も見込んでいませんので、これは第 4 期計画期間においては利用人数を見込んでいません。

この地域密着型の各サービスごとの整備状況が下の表でございますが、当初計画数と右側が整備数を掲げておりまして、2 番目の認知症対応型居宅介護、これだけが計画数を整備数が満たしております。これは整備数 600 と書いていますが、実際、現状では 607 になっております。

それと次の小規模多機能型居宅介護。これは当初計画 260 となっておりましたが 270 の誤りでございますので、260 は 270 に訂正をお願いいたします。いずれも認知症対応型居宅介護以外は計画数に達していないというような状況でございます。

それから 15 ページです。

(2) 日常生活圏域の設定でございますが、地域密着型サービスと申しますのは、日常生活圏域を設定する必要があります。中部広域連合管内ではこの表に書かれておりますように、12 の圏域の設定をいたしております。これはここにご覧いただくとおりでございます。

それから次に 16 ページをお願いします。

(3) 地域密着型サービスの圏域ごとの整備状況でございます。これもここに掲げているとおりでございます。地域密着型サービス計といたしまして 1,015。グループホームが 607、認知症対応型通所介護が 203、小規模多機能型

居宅介護が 205、それから居住系サービス（特定施設）でございますが 155、それから介護保険 3 施設の合計が 2,882。トータルで 3,897 床となっております。

それから次に 17 ページをお願いします。

（４）地域密着型サービスの量の見込でございますが、①から 19 ページの⑤まででございます。

①夜間対応型訪問介護利用者数の推計でございますが、第 3 期で見込んでおりました数字を来期においても踏襲するというので、要介護 3 から要介護 5 までの 10 人ずつ 30 人の利用を見込んでいます。

②認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護利用者数の推計。これも第 3 期の計画数値まで持ってくるということで、平成 21 年度には 282、平成 22 年度では 361、平成 23 年度では 440 ということで計画値まで持ってくるというのが目標であります。

それから 18 ページ。

③小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護利用者数の推計ですが、これも同じく第 3 期の計画数値までもって行くということで、平成 21 年度に 225 床、平成 22 年度に 248 床、平成 23 年度に 270 床までもっていくというものでございます。

④認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護利用者数の推計でございますが、これは先ほど言いましたように、既に計画の 600 になっておりますので、そのまま平成 23 年度まで 600 ということで採用いたしております。

19 ページです。

⑤地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護利用者数の推計でございますが、これは平成 20 年度の 69 でずっと行きまして平成 23 年度に 104 床にもっていくという計画でございます。

20 ページの最後のページでございます。

5. これからの介護サービスに対する方向性です。

（１）在宅サービスを受けるための適切な誘導が必要ではないのかという事で、介護の事業所の中の色々な情報、ホームページ等や利用者の評価等も含めまして分かりやすいものとしてホームページなどで発信していきます。

（２）高齢者福祉の向上ということで、地域で住み続けられるサービス内容の確立を目指すために、高齢者保健福祉事業と密接に結びつき本広域連合と構成市町がこれまで以上の連携を図りながら、高齢者保健福祉事業、介護予防事業、介護保険事業の運営などを含む全般的な高齢者施策を、今後、展開をして

いく事が必要ではないかということです。

(3) サポーターやボランティア支援者の育成・支援ですが、こういったことを伝えるうえでサポーターやボランティアの方の支援・育成が今後重要になってくるのではないかという事で掲げております。

(4) 高齢者活動環境の整備ということで、地域のボランティア活動、健康づくり活動、交流促進活動、老人クラブ活動等の活動を有効に活用するという事で、地域ネットワークの整備を図るということで掲げております。

(5) 均衡あるサービス基盤の整備ということで、地域密着サービスを掲げておりますが、計画に基づいて均衡ある整備を進めていくとともに、公正な方法により、質の高いサービス事業者を決定していきます、ということで地域密着型サービスを計画通り進めていくということを掲げさせていただいております。

本日、提出させていただいております資料については、早口で申し訳ないですが、以上となっております。

○ 座長

どうもありがとうございました。それでは、30分ほど説明を受けましたが、最初のページから順にいても結構ですが、ご意見等がありましたらよろしくお願いします。

○ 委員

今ご説明いただきましたけれども、14ページの第3期における状況の所に5つ種類がありますが、2番目と4番目は違うんじゃないでしょうか。認知症対応型通所介護と4番目は認知症対応型共同生活介護。認知症対応型介護というのは。

○ 座長

僕もそれは気付いていて。これは同じような事でも、見ていたら居宅がないんですよ。さっき見ていて、これはグループホーム。

○ 委員

上の(1)番から(5)番のとおりにはここは。

○ 事務局

(2) 番と (4) 番が入れ替わっているんですね、下のほうは。

○ 委員

入れ替わっているのではなくて。

○ 座長

文言が違う。

○ 委員

上に番号で記されているとおりに、ここは表を持っていくと思うんですね。

○ 座長

上の番号と下の表がきっちり合っていないから。

○ 事務局

申し訳ございません。これはちょっと間違っております。600 のところがグループホームの事です。

○ 委員

これは共同生活介護？

○ 事務局

はい。数字は合っております。

○ 事務局

下の表が 2 番目のところが 4 番目のことです。だから居宅介護と書いているのを共同生活介護と書き直していただいて、2 番目の欄と 4 番目の欄をひっくり返していただいたら入り変わります。

○ 委員

これは、でも全部でしょ。数字もひっくり返るんでしょ。

○ 事務局

欄ごとに全部です。

○ 座長

もう一度きちんと行ってください。

○ 事務局

(1) 番から (5) 番という数字を掲げておりますのに対応して下の表に書いたつもりなのですが、2 番目の文字の居宅介護を共同生活介護に書き直していただきまして、その欄がそっくり上の数字で言いますと (4) 番目の欄になります。

(4) が認知症対応型共同生活介護という事になりまして、これが 2 番目に書いておりますが間違えております。通所介護のほうは下の表の 4 番目の欄に書いておりますが欄を書き間違えております。

○ 座長

上の番号どおりにして、下を持っていくのはどう。

○ 事務局

上の番号をそのままにしますと、上から (1) 番 (4) 番 (3) 番 (2) 番 (5) 番になります。そして 2 番目の欄の居宅介護を共同生活介護に変えていただきたいと思えます。

○ 座長

(2) と (4) を変えれば良いということで良いですか。

○ 事務局

そのままですね。

○ 座長

はい。それから居宅介護を共同生活介護に。数値は 4 番目のところがグループホームで良い？

○ 事務局

これの 2 段に書いてある共同生活介護がグループホーム。

○ 座長

共同生活介護がグループホームですから。

○ 事務局

600 という数字がグループホーム。

○ 座長

他の委員の方、これ少し日本語を直したり、グループホームだけ一人歩きしているの。あとがこれだけ色々あるとちょっと難しい点も。説明が難しいですが。とりあえず（4）と（2）を逆にさせていただければ。数字は、あとは合っているようです。グループホームが 600 ですね。

○ 事務局

小規模多機能が居宅介護ですので、間違えて。

○ 座長

小規模多機能が 260 を 270 に変える。これは皆さんお分かりになりますか。若干、小規模多機能も一人歩きしていますが。今の委員の、その他あわせてですが。事務局から何か知っていただく上で、他の委員の方ご理解できますかね。

○ 事務局

15 ページの表をお願いします。ここは日常生活圏域という形で、地域密着型の施設がこの圏域ごとに並べる必要があります。佐賀市が合併いたしました。私が来る前に、合併する以前の姿でそれぞれ圏域を定められておりますので、例えば、14 ページに書いております（1）から（5）までの中の施設を富士町にそれぞれ設置しているという形になります。

地域密着型の施設については圏域を定めると、圏域外の利用よりも圏域内の人を優先的に行うという性質がございます。従いまして、佐賀中部広域連合管内はお受けすればいいんですが、それ以外のところについては、基本的に介護 3 施設については、圏域の指定はございませんので、どこの施設に入っても、例えば鳥栖に行っても東京に行っても良いんですが、この日常生活圏域の指定された地域密着型の施設については、その圏域だけを優先的に入れるという事で、圏域外については入って良いという保険者の許可が要ります。そういう形

の施設になります。

だから基本的には、大型の施設ではなくて小規模の施設というのが建て前になります。これが30名未満という事です。

○ 座長

僕も全然ここ分からないんです。

○ 事務局

小規模多機能型居宅介護施設につきましては、寝泊りの施設とデイサービスと一緒にしたような施設でございまして、登録が必要になります。圏域内におられる方を登録いたしまして、例えば自分のところが15人のデイサービスであると45人くらいまで登録ができると。そして、登録者の中からデイサービスをお願いするという形になります。だから登録をしていなかったらデイサービスを受ける事が出来ないという形になります。

その中で何日間か泊まりたいと、基本的にはこの小規模多機能は長期を考慮しておりませんので、短期間デイサービスに来られる方が、一定時期入所したいという場合に、宿泊施設も利用するという形が小規模多機能です。

先ほど言いましたように、地域を限定しての施設になりますので、入居人員が少なくデイサービスも範囲を決めてのデイサービスになりますので、なかなか効率が悪くて事業所認定が上がっておりません。それでやはり入所施設としても毎日9人ですので18人から20人くらいあると、大体ある程度のデイができますが、なかなか9人ではデイが増えないという現状でして、小規模多機能の施設については非常に希望者がおられないようです。

私のところは15ページの日常生活圏域に最低でも一つはお願いしたいという事で作っておりますが、なかなかそれが現状では充足できていない現状にあります。

○ 座長

はい。ちょっと、もとに戻りましょうかね。文言で、他の委員さんもお困りでしょうし。最後の20ページにこれからの方向性は掲げてあるので、最初のところで少し分析をされているようですが、このあたりで何か。このあたりは予想されるような事で分析の結果が出ていると思ったんですが。1ページからどうでしょうか。大体おおざっぱに施設入所というのは、介護度別としても男女比は、7対3は女性ですか、簡単に。8対2で良いんですか。色々あるでしょう

けど、どうでしょうか。

○ 事務局

7対3くらいです。

○ 座長

大体、委員の方、これで良いですか。老健でも特養でも大体女性と男性、女性が7で男性が3というくらい。

○ 事務局

8対2に非常に近い7対3ですね。今の現状で言いますと。

○ 座長

必然的に認知症も多く。そういう感じで。

○ 事務局

3ページの下欄に書いておりましたが、介護1から介護3までの原因で認知症の方が非常に多いという現状が出ています。要支援者の方たちの主がリウマチとか転倒だとか、昔作業をされていてとかいうあたりが原因で要支援1になって来られて、段々それが日にちが経つにつれて介護度が1から3まで下がっていくという形が多いです。

○ 座長

専門家としてどうですか。認知症に対するこの評価。

○ 委員

予想されるとおりに、要介護3というと元気がまあまあ良くて高度障害も出やすい。

○ 座長

審査会でも要介護3をひとつの目安としてやっているところも実はあるんですが。車椅子利用とか認知症とかいう形になると3という感じから、何でも僕自身もそんな分かっているほうではないので、何かこのように疑問とか。

段々家族もやはり一度施設に入所させると日々楽になるという所もあって、

なんとかまだ続くという事で。ここに書いてあるように老人保健施設は病院と在宅という事で。うちは中間施設という事で藤岡先生から回答があったようですけど、老健と特養の差を言っていただけますでしょうか。

○ 委員

特養と老健との違いというようなことは、まず始めにリハビリテーションが充実しているというようなことですね。スローガンと言うか使命が、重度になって生活が出来ないところをリハビリテーションなど現存能力を存分に活用してやって、在宅に戻すと。そして在宅にいられるように、そういった力の回復支援。あるいは、又悪化して生活が出来なくなったら、また老健に帰ってきてもらって、リハビリテーションで機能アップというような事が一番分かり易いのではないかと思います。

一つの病院で積極的な治療は要らないけれど、投薬とか医療の監視が必要だというような方が、老健が一番得意とする分野だろうと思います。特養は松永先生が説明してくれると思います。高齢者がいらっしゃるし、寝たきりというような状態で在宅という方もいます。皆が在宅という訳ではございません。どうしても帰れない、すぐ状態が悪くなるだろう、しかし今積極的に酸素吸入とか人工呼吸とか点滴追加というような状態までは行かない。そういった違いの内容となっています。

○ 座長

ありがとうございます。老健は医師が常駐するのがひとつ。特養のほうはどういった意味合いで、その辺が問題という事で。

○ 委員

介護保険の介護療養型と老健と特養とありますが、その中で医療と介護では介護の比率が高いと言えるかと思います。人員基準などの看護職と介護職の比率が療養型においては看護職の方が多いです。

老健は中間施設と言われるくらいで、この人員基準も看護職と介護職が同等くらいで。特養になりますと介護職の方が多いうようなことで、日常生活の支援というのは、家というような形で捉えている、家庭的な生活をということが以前から言われております。いわゆる生活の連続性という事になります。

最近は特にユニット型という事で、個別性とか自由化形で小規模の空間を持たれる生活をするというようなことですので、暮らしというか、生活、そ

ったことが特に求められている、そういうところがございます。

一方では重度化というのはどこも、終末を施設でという事で医療急務が薄い
です。先ほど座長もおっしゃったように医者の方駐はありません。中には常駐
の医師が居るところもありますが、多くありません。いわゆる、嘱託医という
形で協力病院のドクターに来ていただくというようなことですので、そこらあ
たりと看護職の数という問題で、これからもいわゆるターミナルケアとかそう
いったことがひとつの問題となっております。

それとリハビリということも、いわゆるPT・OTというのが必須ではあり
ません。これも配置している所もありますが、元々対処しておりませんので、
機能回復でという事になると、看護師がやったり、それ以外は介護職が日常生
活の中でリハビリを行うという形で、そういったところが特養の特徴かと思ひ
ます。以上です。

○ 委員

私も老健に関わっていますが、基本的に老健は、病院で医療を受けて自宅で
の橋渡しみたいなところ。私のイメージの中ではやはり特養は次の住み家とい
うような、その中で色々なそれぞれの施設で特色があると思うんですが。認知
症の面でいうと専門棟というのは老健だけで、特養には特にそういうのはない
ですかね。

○ 委員

うちもいわゆる以前は痴呆専用棟というのがありましたが、専用棟と言いま
すと、県によって有る無しがあるようです、特養は。だからその県によって差
があるようです。

○ 委員

加算とか、何かそのようなものがあるんですか。すみませんその辺詳しくな
くて。

○ 委員

加算はないです。ただ、精神科医が定期的によればというのはありますが。

○ 委員

老健の場合はそういうのがありますね。後は老健を含めて介護施設というの

は認知症が 6 割くらいという事で、もっと施設は多くなると思うんですが、区別がなくなってきたから、そのアプローチの仕方にしても色んな要素、リハビリであり介護保険でありというのもあまり垣根がないような状況になってきているのかなという印象を受けます。

○ 座長

はい、それから後は特養も老健も待機者の数が出ていましたが、やはりある程度終末期というか、それ一つ大変な問題になっているような。よく終末期医療というのは、私自身も癌の患者さんのことばかりだと思っていたんですが、こういう高齢者の方の終末期医療という事で、今それがクローズアップされていて、実はこれは大変な問題で。

例えば県立病院や医大だとか救急になっているんですが、そこにどうしても医療機関じゃないところの、例えばグループホームだとかいうところの患者さんが突然急変したからという事で、押し寄せて来るという事が全国的にある状況で問題になっております。それで、救急の患者さんがたらい回しになるという事が今非常に多い。私自身も痛切に感じています。非常にそういう事で、看取りとか色々あるんですが、そういう点では搬送しても夕方には亡くなる訳ですが。老健も特養もやはりある程度その辺の意思表示をきちっとやられて家族間とのトラブルがないようにしていないと。結構皆さん方送還すると、心肺蘇生をやるとこれも本当にきちっとやらないと、一度送還やって上手く回復するとなかなかそれは家族というところが医療に問題があつて。

だから私が今何を言いたいかというと、やはり今老健であれ特養であれ、ある程度特養のほうも嘱託医の先生とか、老健はもちろん私も呼び出されていくことがあるんですが、そういうところの対応というのが、なかなか一元的にはなっていないという、スタッフの問題もそうですけど。それも今後重度化すると非常に問題じゃないかと思えます。

それから後は私のところで新しく特養をつくったので。一応今いう「個室」なんですよね。当初、僕は心臓の医者なので、これは個室で死亡した時に死角になるかなと僕は思っていたんですが、それを結構僕は言い張ったんですが。これも結局快適になった状況なんです。

私たちも時代を見据えてプライバシーの保護とか、そういう事で作っているということで。今実際は快適に作れといわれても、そういうような部屋の大きさもかなり大きく出来て、廊下もものすごく長いんですよ。それで、やはり介護の人も看護の人も走り回らないといけないような感じになって。ただ、それ

を今後奨励するという事で、老健のほうも特養のほうもするという事でなかなか大変なこともあります。施設をやっている人間としては。

だから、これが要介護 4 とか 5 になると本当に大変な。介護職が今離れていくというように、離職率が非常に大きいということで。もうパートタイマーが良いという事で。大きなああいう風なものができる、あっちのほうが良いです。そういう現況なので私も少しその辺は。介護の方も今大変な状況で、介護職が非常に大変、今大学のほうも定員割れとかしているような状況だということも聞いています。

だから私たちが非常に感じているのは、介護職の人にもう少し報酬をやらないとまず魅力のある職にはならない。特に男性の介助する人間が結婚しても飯を食わせていけないというのが今現実に思っております。色々うちも報酬も色々あるんですが、介護のほうは特に。私はそれが非常に頭が痛いということをお知らせしておきます。

それでグループホームは簡単に認可しすぎるという苦言を呈したんですが、私も平成 12 年からずっとやっているんですが、医者の中で知らぬ間にグループホームばかり乱入してという現状が果たして良いのかどうか。色々な所で又局長と戦わなければいけないとか言われているんですが。作った所がもう少しチェック入れると、せつかくこれから先又おそらく施設を作る場合に大変かなというのはい今の状況です。

こういうのは私たちだけが関係あるような形でしょうが、実際の所は私のところは医療も介護も持っているんですが、介護療養型をどっちに移すかというのは、非常に頭が痛い。なかなか難しくてやっていけないくらいです。だから病院が立て続けに、特に病院ではなくて 19 床までの有床診療所、今まで医院というところですね。町のあちこちに必ず、お医者さんが病院の建物の横にお医者さんの自宅があって、ああいう医院が殆ど夜間のナースの不足でクリニックになっています。それもカウントできないところで非常に悩んでいる。19 床のなかで療養病床を 5 床とか、医療を 10 とか、そういうこともある。だから介護病床と医療の病床というのは非常にカウントするのが簡単なようですが、廊下の幅とか、面積で難しい。部屋の大きさが変わるということで、なかなかそれを簡単に移れない。

今やはりナース不足も大変な状況です。だから医師不足もそうですが、ナース不足ということも考えておかれたほうが良いのではないかと。これから先どんどん激減しますので、病院もかなり倒産しています。だから介護のほうに力を入れてどうするという事も全然ありません。実際、昔の先駆者の人たちはケ

アニックといって、病院と施設と両方持って上手く対応していく、非常に良く考えて日本の医療機関は、民間は出来ていたと思います。それがなかなか今はこういう風な状況になっているので、どうにかしてあげたいんですが、ちょっと給料も払えないような状況になっているという事も一番大変な状況だと思います。

だから簡単に病床数とか減ってきたから一般病床に移ろうとかいうのも大変ですし、今、公的病院に行くとか大体2週間とか決められていると思いますから、そうするとすごい回転率、ナースの充足率もないといけないし、非常に難しい。そこをちょっと、医療がそれで成り立っているという風に考えておられたほうが。

だから、東京都は大学病院とか言うところはものすごくたくさんありますが、福祉施設は埼玉とか神奈川とか千葉に行かないとだめなんです。東京都にいる人は、かえって佐賀に連れに来たほうが良いということも地域的に、僕はそこまで考えています。核家族化するとみんな東京に住んでいますので、ということも切実に思っています。皆さん方その辺をよく分かれた方ほうが、ご理解されたほうが良いと思います。分かりやすく言うとそういうことだと思います。

一人で話してしまったので、何でも結構ですが、現場で何か特に。

○ 委員

待機者の状況なんですよ。介護保険の入所の待機者、老健でも良いですけど。こっちのほうの待機者、特養で入ってらっしゃって特養に入りたいというのはどこにおられるのか。

○ 座長

患者さんは必ず老健に入っている方は、いつの間にか複数申し込んでいます。それが今のカウント。だからいくらあるか分からないので特養の場合に死亡されたり、対象が期限とかで病院に移った後に動くという事もありますので、こういう風なカウントになっている。だからそれでこういうことかなと思うんです。

それよりもう一つ、特養と老健も入所の申込に介護度不明がある。理解できなかったのだからちょっと。これはどういうことですか。

○ 事務局

介護度不明はアンケートで回答がなかった数でございます。だから実際に不

明という事ではなくて回答がなかったという事です。

○ 委員

ケアマネージャーとして回らしていただいていると、どうしても、先ほどの話の中で待機者の問題とかありましたが、小規模多機能施設の充実を推し進めていただければ、色々な問題が多少解決するのではないかなといつも思っています。先ほどおっしゃっていたように小規模多機能に報酬的な問題とかそういうことが成り立たないので待遇がないというようにおっしゃっていたので、そのあたりの改善点というのは、どうお考えになっていらっしゃるかなと思います。もうずいぶん前からこの問題というのは続いていると思っているので、こういうところも参考にいただければ、するためにお聞きしたいなと思います。

○ 事務局

先ほど申し上げましたとおりの数が会員制になって決まっているんですね。その人しか駄目なので、デイサービスを会員制にする事を撤廃してくださいというような事を要望で上げています。

それと施設に対してのそれぞれ入所の金額が決まっておりますが、小規模型多機能はデイサービスから入ってくるという形が多いので、介護度が低い方が多いというのが特徴なんです。初めから施設に入りたいという事であれば、要介護3とか4になって来られている方が多いんですが、いわゆる要介護1、2の方が相当おられるということで、入ってもらっても単価が上がらないというところも原因のひとつです。

根本的な解決がなかなかこれは言い出せない状況ですが、とりあえず入所施設とデイサービスとが一緒になっていますので、デイサービスの枠を撤廃していただければ、何とか兼用でやっておられるところがあるので、収益が上がっているのかなと思っております。

○ 委員

小規模多機能のほうは、じっくり考えていたらやはりどうしても介護度の低い方に対する人数が多いと思われるので、その辺の改善も出来れば考えていただきたいと思います。

先ほどグループホームの件に関しておっしゃっていたのですが、グループホームの中を見ると、重い方でグループホームに適している方と思えないような

方たちも介護されているという状況もあるので、まったくグループホーム自体も中身が悪いというよりも、そうならなきやいけない現状というのも随分あるので、そのあたりも改善をしていただければ。

数字だけで言うときちんと精一杯しているという事だと思うんですけど、認知症の方をきちんと受け入れられる状況なのかということと疑問があるなという事を感じておりますので、そのあたりのご配慮があったらと思います。

○ 座長

入居者の人がどういう人が入っているのか、よくやるなあと僕は思ってます。誰も居ない、風呂に入っているからとか、僕自体もわからない、そういう感じで思っているの。これは事務局の方もお父さんかお母さんがおいでになったら、どこか選ぶ権利はない、自分で風呂に入れる余地はないと思いますが。やはりどうかと、実はよく聞きますけど。

その辺が、実際現場に行ったら良く分かる。こういった方、ちょっと大丈夫かなというような感じが。実際そういう方が急変すると県病院か医大に運ばれて、若い連中だけがおたおたしながら、ということが今現実には多いですね。交通事故と同じように。

○ 委員

グループホームは管内に何施設くらいあるんですかね。

○ 事務局

53 施設です。

○ 委員

3年くらい前ですか、認知症のランクで言うと3以下の軽いほうの人という縛りを厚労省の人が言っていたんですが、いつの間にか取っ払って。

実は、あるグループホームの研修会に行ったときに、IBSというのがあるんですよ。それで私が皮肉を込めて、要するにIBSの患者さんは高介護度で寝たきりなんですね。そういう人たちを見て私たち介護職はすごく感動したと色々話をされていたんです。それはそれでいいんですが、その会自体というか、今のグループホームの方向性としては、全国的に終末期まで看ようというような方向に行っているんですよ。前は、ある程度身の回りのことが出来る人というのをやっていたんですが。

その代わり I B S の人たちに皮肉を込めて、何人まで収容できますかと質問したら非常に困っておられて。困られたというか、そういう現状を、やはりこの辺は普通の看護師とか医療職の人が常駐しないので、色んな事故が起こるだろうし、そういう垣根がなくなってしまって、やはり介護現場と医療現場のようなきちんとした仕事の仕切りは作らないといけない。なんか、ごちゃごちゃしているんじゃないかな。

先ほど言われたように、急変した場合の民間での認知症のグループホームが、嘱託医みたいな医者との契約をしているか、していないか、ものすごく曖昧で、突然悪くなると県立病院とか公的機関に救急車で運ぶというような。毎日、私のところにもそのまま、そこの乗用車で乗り付けて来て、急変して分からないので見て下さいと。うちは救急ではないですよと、見に行ったらもう亡くなっているんです、車の中で。どう処置していいかとすごく困ったことがあります。

やはりこういう保険者のほうで、その辺の、いろんな評価もされていると思いますが、もう少し見直すといいんじゃないかなという風に思います。

○ 座長

あと、何か。何でも結構です。

○ 委員

素晴らしく分析された資料なんですけど、これを見させていただいて、私は社会福祉士会としての考えというのは、2 ページの①世帯構成と 3 ページの認知症との関係性というところでは、非常に僕はひとり暮らしとか、高齢者の 65 歳以上の世帯が多く、全体の約半分は占めているというようなところと、3 ページのところでは、介護が必要になった原因としての認知症が上がっている。そしてやはり問題行動が在宅では 49% というようなことがあっているというようなところを見ると、非常に今後の高齢者の方たちの生活の自宅での様子が非常に心配という点がすごく感じます。それは例えば消費者金融の問題だったり、詐欺だったり。

例えば人間関係にしろ、地域で生活するというのは非常にコミュニティという場所では人間関係が非常に左右されるという点では、近隣の方たちとのコミュニケーションが上手くいくんだらうかという、認知症の方。老老介護、認認介護というような呼び方をされていますが、そういう中で、地域で生活されるにあたって、介護サービスだけではなく、そういう危険性があるような、権利

を擁護しないといけないような状態の方が多分いらっしゃるんじゃないかと。又更にそれが大きくなるんじゃないかという風に思います。

権利擁護に関して、地域包括支援センターも勿論動くんですが、もっと地域に根ざした、権利擁護をみんなで担わなければいけないのではないかとこの風に1点目は思いました。

次に、私はケアマネージャーもやっていますが、在宅で介護を支援する場合、誰が配偶者かという事によっては、支援の方向が違ってきます。その中で4ページのところで(2)在宅の介護利用者の介護をしている方の状況について、要支援の場合は、子供さんが多い。要介護の場合は配偶者というようなところですね。配偶者が誰かによってという事では、支援の仕方が違ってきますので、その辺を世帯構成と介護者との関係性というのを、4ページの(2)とか、5ページの②介護上の問題という所をリンクさせながら少し詳しく見たいなと思います。例えば「体力的に介護が困難である」というように数字が上がっている方は、介護者が高齢者ではないかなというふうに予測は出来ますし、「精神的に負担が大きい」、これはお嫁さんたちだろうかなとか色々思うことがあるんですが、その辺でリンクして考えたときに、介護者はこういう状態だから、介護の仕方がどういう風なバックが必要なんだという風に考える事もできるのかなという風に2点目として思いました。

3点目としてはやはり予防という事で、これも3ページのところで非常に病的な症状というのを報告されて、介護が必要になった原因というのがあるんですが、今高齢者のお元気な方を見ていくと、例えば、市内、中心部に関してのお年寄りでお元気な方というのが、結構パチンコ屋さんとかそういうところに、どこも行くところがないということで閉じこもっていらっしゃるか、そういうところで年金を使っているような方とか見受けられる。原因がどうもそのへんのリウマチが多くて外に出る機会が少ないんだろうとか、色々思うところがあります。

先日少しお話しましたが、地域で非常に活発であるサロン事業というものが福祉のためにされていますので、それと上手く計画とか重なっていけば、お元気な方の予防という面では、人間関係作りとか、地域の支援体制とかも、より深まるのではないかなという風に思います。以上です。

○ 座長

はい。ケアマネージャーの観点から見ていただいたようですが。最近、マージャン教室ですか、そういうのも非常に良いと思います。そういうことも重要

ではないかなと思っております。

あと、何かないでしょうか。何でも結構ですが、今、老人会のほうのお世話をされているようですので。そういう立場からいかがでしょう。

○ 委員

私、老人クラブに入りまして、小城市の老人クラブの事務局長をやりました後、副会長にもなりましたが、一番大事なのは、私はよく言っておりますが、「予防」という事を言っております。どうやって予防をやっていくかという事です。介護にならない予防を、予防策をどう注意してもらったら良いかということで、行政にもお願いしております。

やはり、現在私たちが行っておりますのが、ふれあいサロンやら、健康教室、健康づくりなどを毎月行っております。中身も口腔、歯科の問題から栄養問題、体力の問題、更にはリーダーになられる方の体力の指導委員にも別項目でやっていますが、何分にも介護の相談窓口になる包括支援センター諸々がまだまだお年寄りにはあっていない意見が非常にあるようでございます。

それで今回、包括支援センターの職員さんと 2 回の定例会に短時間ですが出前講座を要請しまして、立場上ですが。その後小城市は 4 町が合併していますので、こういう問題を皆さん方話し合って、是非予防策を講じていただきたいという事を訴えた次第でございます。簡単ですが。

○ 座長

いえいえ、経験者にちょっと言ってもらいましたので。とりあえず地域包括支援センターは目立つ所に作っていただいたので。宅老所みたいになってしまうかも分かりませんので、ちょっと僕も看板代でも差し上げたらどうだと。ちょっとお話していただけますか。

○ 委員

ケアマネージャーの立場でよこしてもらっていますので、ケアマネージャーの意見を聞いたときには、先生方あるいは、他の在宅の家族の方との調整役も兼ねている関係ですが、家族の方からの意見で、介護保険のサービスをいっぱい使いながら、使えることは漏れなく使って介護していらっしゃるという方と、その中でも家族が非常に協力的なところと、協力的ではないところとあって、その場合どこかで負担軽減という部分で考えれば、家族が出来る分も一生懸命支援している所を、何らかの家族負担の部分で軽減できるような方策を今後し

ていかないと、介護保険料がどんどん上がって行く。それに 1 割負担も当然そのままという事になってくると、一生懸命やる人が、損じゃないでしょうけども割が合わないとか、そういう風な姿勢に変わってくると、介護保険もどんどん負担が大きくなって破綻しかねないなという不安があるので、そういったものを結構見てあげるような方策を今後具体的に考えてあげようという風な感じをもっています。

○ 座長

僕もうちのケアマネージャーからよく聞きますが、非常に熱心なところと、あまり熱心じゃないところと極端に分かれている。私の方から入居させたほうが良いよと言っても、「いや、頑張ります」と。僕は体力の問題だと思っているんですが、頑張りますと言って。いよいよ駄目ですと言うまで頑張りますと言う、非常に親孝行の人と。まったくもう本当に。ただ、在宅の場合、非常に嫁さんがいつも可愛そうだなと。いつも嫁さんが、娘が大変だなと。

男は私も含めて、母親を認知症と認めないんですね。いつも言うとおりの認知症だと認めません。最後は認知症の診断を受けなさいと。必ず一緒に付いて行きなさいというところで。なかなか、みんな非常に認知症というのを認めない。

認認介護とか言われていますが、これも難しい問題。だから本当に家族が協力してケアマネージャーと一緒にやっていけると非常に良いんですが。ただ、最近、医師会でも色々話して私自らも協力していますが、できるだけケアマネージャーとの会話をという事で、色々やり取りをメモ程度でいいからという事で、そういうことは稽古をさせているんですが、あまりぶっきらぼうの先生も多少うちの下にも多いと思うんですが、その辺はお許してください。出来るだけそういう風な形で理解はしていますので。

介護をやはり程よく認知している先生と、まったく俺は、病気以外は、認知症は病気じゃないとかいって、すぐに専門医に任せるような人が多いということで。今そういうのも困ったものだなと思って、必ず合併症がありますので。一番私は心臓病を見ていて困るのが、認知症になったら薬を飲まないとか、大変な状況というのは身に染みしていますので。この辺はやはりケアマネージャーと良く協力していかなければいけないと思います。

○ 委員

患者さんもそうですけど、認知症が入ってくるとやはり身の回りのことができなくなって、やはり匂い、口臭が強くなってきたり。それから認知症が進む

とお口も匂ってきますし、体の匂いも強くなってくると思います。

歯科医の僕達は今最後の（４）番目の高齢者活動環境の整備のところで、老人クラブとかそういうものに僕たちは口腔ケアのほうをやっているんですが、こういうところに集まってこられる人たちは、すごく元気な方が多い。65歳以上でも車を運転して来られますが、介護老人センターとかデイケアで集まってきた人たちになると僕たちが口腔ケアをして説明をしますが、もう出来ないと思っていらっしゃいますが、すぐ全員、お話が聞けないくらいの状態の人も来られていますが、そういう人たちもどこかでケアをしてあげなくてはいけない。という事は、ボランティアで元気な方も一緒にいらっしゃいますので、そういう人たちの力を借りて、元気なお年寄りのボランティアという事を、友達同士という形のネットワークでも良いかなという感じはします。

○ 座長

今、8020運動ではないけど入りたいと、口腔ケアはやはり、食べ物は口から最後まで食べさせたいというのが僕も。誤飲が心配な人でも一生懸命職員が、介護職業で一番大変なのは、食事を食べさせる瞬間。あの時だけは私も頭が下がります。そういう事で、現場で僕もずっと見ているときに本当に痛切に見ています。口腔内の清潔というのは非常に重要なポイントだと思っています。

何か全体的にどなたかご質問があれば。

○ 委員

実は中部広域のケアマネの協議会を中心にしながらケアマネージャーの環境づくりというのを進めておりました、先ほど座長からも言われたように、ケアマネージャーと先生方の連携が必要なんだけど、なかなか難しい状況もあるという事で。

その中でこうすればもう少し連携が上手く行く、あるいはケアマネージャー自身が業務がやりやすいように環境づくりを目指していますというんですが、その中でケアマネージャーの理事の中から見えていて質問を。病院の中で当然先生方が忙しいというのはケアマネージャーも分かっている訳ですから、特に大きな病院になればなるほど窓口になってくれる看護師さんなり、看護師長さんなりを明確にしていただけると非常にケアマネージャーとして、病院の中に入って行きやすい、そういった環境づくりをお願いできないのかなという声が上がっています。この中に取り込むというのではなくて、こういった方向転換になるとお互いに連携がとり易くなるのではないかなという気がします。

○ 座長

はい。一つは地域連携というのがどこでも出来て大体それをインターネット、どこの病院でも大体ソーシャルワーカーとかそういうので名前が出るようになっていきます。それで勿論クリニックには婦長さんが一番でしょうし、年長さんの看護師さんの慣れた人からでしょうからその辺をやはり。

医師会ではそのことはいつも言っています。ケアマネと介護する人のネットワーク作りをしようという事で。私はこの辺の中部広域に関しては比較的うまくいっているかなと思っているんですが、ただやはりケアマネも変わって介護の人も新しい人がたくさん出ておられるし、又もう一つ、その辺、連携というところでは。

医師会のほうでは私は病院では地域連携というのが医大も県病院もそういう人が医療と福祉のほうを振り分けたりとか、そういうこともされていると思います。有床診療所とかクリニックに関してはベテランの婦長さんなりでいけるように私も話はしていきたいと思います。

それでは、これで今日の議事は終了させていただきたいと思います。事務局から後は何か。

○ 事務局

1点だけ。今日は最終的にそこまで話が至らなかったんですが、施設を作る事が出来ないと。しかし9ページに書いていますように国が言うとおりにしますと今から1,000人くらいの数が溢れてくるわけですね。これに待機者というか、本人さんは入りたくないでしょうが、ある程度入所待ちの方が1,300人、老健まで入れると1,500人おられると、2,500の方が何らかの形で在宅では見ることが出来ないのに、どうにかしないといけなくなる。

一番多くは多分、病院になると思うんですよ。それで病院の先生たちも出したいけども帰ってこない。そうすると医療ベッドが安くなるというか、仕方なしに居るといえるのが増えてくるのではないかと。そうするとやはり、こういう人たちの受け皿を何とか、国は施設はだめだと言っていますが、そういったところをいくらか見る必要があるんじゃないかと。

先ほど言いましたように、軽度の方は主に認知症の方が多いので、ある程度は意識がしっかりしていたら、例えば住宅改修だとか色んな事をやって、24時間監視ぐらいでもって、在宅で一人暮らしでも見ることができるとは思うんですが、家に帰って一人暮らしだったら、どうしようもないだろうと。だからそこらあ

たりを、私としては、施設を国は認めていないのですが、いくらか中部広域としては方向性として、施設としてもって行きたいと思っているんですが。

○ 座長

要するに今の老健と特養は移行するまでは医療のほうでとこうなっているんですが、それ以外の施設という事になると、小規模多機能はなかなか難しいけど、グループホームを今から許可するとかいう話になる。

○ 事務局

小規模多機能とかグループホームを作らざるを得ないのではないかという風に思います。というのは3施設が特に重度化してしまいますので、軽度の方は外に出て行ってしまふ。外に出て行ってしまったときに訪問介護でカバーできる人とできない人となると。出来ない人は多分に一緒ではないかと思うんですが、多少、そこらあたりのお考えを。

○ 座長

ちょっとその前に、実は病院が一般病院に移れば良いんじゃないかと言うけど、どうしようも出来ないんですよ。もう来月超えたらというのがとても移譲ができない状況になっているので。だからどうしようも、何でそんなに他に医療に変わるとか一般病院にやれば良いんじゃないかと、医者が何で出来ないかと思われても、これが出来ないんです、今。とても病院を縮小するにも大変ですし、先ほどから言うように、ナースもマンパワーと、建物自体も問題というのもあります。グループホームの事が話になっているんですが、グループホームは支援していたんですか。今の状況では。

○ 事務局

もう作れません。

○ 座長

作れませんよね。

○ 事務局

はい、600ですから。もう作れない。

○ 座長

だから中身が悪いグループホームがいっぱいあると思うんですよね。それが頭が痛いんですよね。それを何とかして欲しいと、良いタイミングで言わなければいけないと思うけど、これが一番ネックです。8年間これをやっていて、得体の知れないのもありますけど。もう少し介護どおりにきちっとした人が入所しているようなところで、オープンにやっていかないと非常に困るなと思います。

病院のほうも実はそれで、病院部会とも話し合っているんですが、なかなか次の手が。規模の大きさによっても違いますし、看護師集めも今は大変です。そういうことまで付け加えたらそこが今医療と介護に、どちらにも難民が出てくるという事を心配しております。

○ 事務局

特別養護老人ホームの入所待機者の中で、2番目に病院が多いんですよ。行き場所が、今度帰れないと。という事になると、多分出したいけれど出せないという現状は、今後ずっと出てくるのではないかなと思うんですね。

○ 座長

それは勿論、僕はそのように感じているし、どんどんそれがひどくなっていくだろうと、現状を見た時に。救急医療を話しているとたらい回しばかりですが、たらい回しができない状況に老人介護がなっているので。どこもそういうことで、すこしやはり介護度を上げてもらってもそれは色んな点でいい面も、それは公衆的なことがあるにしろ、人員の今の問題と、重度化すると急変の問題とか色んな事が。もっと医療が出来ないような、それがあるので出来たらチェックはきちんとしても、グループホームも増床というのは出来ないわけでしょう。そういう風になっている。

○ 事務局

増床は、数が規制されているから増床が出来ないとなっていると思うんですよね。

○ 委員

この問題は佐賀県だけではなくて、全国がそういう風になるんですね。それに対して僕は国の政策とかどう考えているのかという事を聞きたいんです。こ

れで良いのかと。

○ 事務局

国の要望は要望でしていくつもりですが、第 4 期の計画は計画で作らないといけない訳です。そうすると今ここで、施設を全部うちがシャットアウトをしてしまいますと、県はその数字でもって計画をすりますので、いっさい何の施設も作れないという事になります。3 年間は施設をつくれな

○ 座長

中部広域だけはつくれと言ったら。

○ 事務局

そういう方向性をここで出していただいたかったんです。

○ 座長

ああ、それを。

○ 事務局

3 施設は県のほうが認可権限を持っています。だから、県がオーケーを出してもらわないと 3 施設は作れません。中部広域で権限を持っているのは地域密着型の施設の権限を持っています。だから今収容型で増やせるのが小規模多機能型とそれからグループホーム。この 2 つが中部広域管内の収容関係で数が増やせます。

ところが県は認める考えがありませんので、3 施設は多分創れません。そうするとこれだけの待機者がいるときに中部広域で何とかしようといっても、この地域密着型の小規模多機能とグループホームを何とかするという事しか方向性が出ないものですから、その分だけでも何とかしようとは思っておりますが、この件について、今日は方向性を出していただきたいなと思っております。

○ 委員

是非、進めて欲しいんですが。私のところもかれこれ、その制度も改革を殆ど全然動いてくれないし、むしろ縮小方向ですね。あまりこれは言うてはいけないと思いますが、宅老所を自分たちで広げるとか、あるいは経費でケア付き

のアパートとか、実費くらいしかかからない様な、そういうところを自分たちで作っていかないと、本当に認知症の終末の人は置いておくだけとか自宅にいけないですね。そういうところを見てもらえるようなところは全然ありませんし、逆に今度色々高度障害があっても入院回避という事で診れないので、精一杯宅老所と、宅老所を広げたような形と、ケア付きのアパートみたいな所で、精一杯介護サービス、居宅系と通所系をいっぱい使ってやろうかなと考えていたところにそう言われるんだったら、是非、そういうのを創っていただきたいなと思います。

○ 委員

僕も10年位前に考えた事があるんですけど、実際問題として1,500人くらいの方が入所できない状態。中部広域のほうから補助金を出してもらえるのかというような事にも繋がってくるんだらうと思いますが、ご検討をお願いしなければならぬのかも知れません。だけどそれが何十年も続くかというところではないと思いますが、だけど我々からすれば施設を創るといいますのには、ちょっと力がないというようなことで、そういうような事もあわせて考えていただいたらと思います。

○ 委員

重度化するというようなことで、軽度の方を在宅でというのはなかなか難しいという状況になると思います。そういった中で軽度の受け入れ先というのが、これは財政が絡む事ですので言うは易し、行方が難しということだと思いますが、現実的に施設がこれ以上整備出来なくなれば、そういう形で整備していただきたいという風に思っております。

○ 座長

それでは、小規模多機能とグループホームを。

○ 事務局

基本的には在宅推進を柱に立てたいと思います。この後、第2分科会のほうで在宅推進にはどういう施策が必要かを議論していただくつもりです。それはそれで建て前として必要ですが、やはりどうしても今の率から行かましても余りにも施設が少なすぎるという考えがございまして、しかもおまけに今までの大多数の受け皿になっていた病院までが少なくなるという事で、それではお年寄

りの行き場がなくなるということで、中部広域連合としてはグループホームを100床増、小規模多機能を最低でも圏域内に最低でも1か所は設置できるように努力するという事を柱に掲げさせていただきたいなと思っていたんですが。

○ 座長

それでいいと思います。先ほどもお話しましたが、私自身が認知症の方を診るのは非常に大変なんですよね。だけどやはりいわゆる元気な痴呆という事で昔から言っていたように。やはりそういう方が介護度は3でなかなか4にはならないという現実もありますし、2くらいで落ち着いている人も居ると思うし。なんかある時には介護度はもっと上がるだろうと思ったけど、不思議に上がらないんですよね、介護度が。あれはいつも不思議でたまらない。ぼくも4・5ばかりになるのではないかとか思っていたんですが、そうでもない。年輪ピックとかいうのもあって、お年寄りも強い人は強くて、ギャップを感じているところもある。

だから一つは施設がなかなか出来なかった事をそういう風にやらないと、介護難民もそうですが医療難民も。産婦人科とかそういった問題だけではないんですよ。介護保険問題だけではないと思うので。

人間一人で、療養病床も老健も特養もみていくと、みんな同じ人なんですよね。老健も特養もそれだと思えます。順番で入った所で家族が納得して経済的な援助もやって、それで一生懸命やってくれているところと、まったく身寄りのない方も増えてきているという現実も老老でせつかく長生きしていた方が、心筋梗塞とかで急に亡くなったりするとその後がどうしようも出来ないという、そういう事実もよく分かっているんで、是非何らかの形で介護度を重症化させれば、軽い人もきちんと見てくれるような場所は創っていただきたいと思っています。以上です。

○ 事務局

設置する場合については、医療機関で十分な連携をはかった施設でないとかめだとかいう事をしたらどうでしょうか。

○ 座長

それくらいで。次回これを。今日の決議だけで、第2分科会と話し合っ
事務局から最後に。

○ 事務局

ご意見が出ましたが第1分科会の報告という事で11月の第4回策定委員会にはご報告いたしますので、今回の介護度に応じた施設整備の推進をしていく事など、本日のご意見をまとめまして座長にご相談をさせていただいて、11月の策定委員会で第1分科会のご報告をさせていただきたいと思っております。

○ 事務局

第1分科会で施設の足がかりについてのご報告をいたしまして、第2分科会で在宅に対しての対応策の話をいただきまして、それを合わせた形で11月に全体でお話をさせていただくという事で、最終的な了解をいただくという形にいたしたいと思っております。

○ 事務局

そしたら、最後になりますが次回の策定委員会は、前回もご連絡しているように11月26日15時から、場所は同じ佐賀神社記念館で開催を予定いたしております。その時に本日の分科会、そしてこの後の第2分科会の内容のご報告も事務局のほうからさせていただきたいと思っております。

それでは、本日の会議はこれで終わらせていただきます。委員の皆さんお疲れ様でございました。

午後5時 閉会