令和８年度　北九州市高齢者支援と介護の質の向上推進会議
第２回 介護保険に関する会議　会議録

１　開催日時
令和８年１０月１６日（金 ）　１８：３０～２０：００

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）
金子構成員、曽我構成員、土持構成員、戸嶋構成員、中野構成員、野村構成員、
橋元構成員、廣滋構成員、藤野構成員、吉澤構成員、吉田構成員、渡邊構成員

（２） 事務局
保健福祉局地域共生社会推進部長、介護保険課長、介護サービス担当課長、介護イノベーション推進室長、長寿社会対策推進室次長、認知症支援・介護予防担当課長、地域医療課長、地域リハビリテーション推進課長

４　議事内容
（１）第 10 期将来推計（要介護認定者数、介護給付費等）・・・・資料１
（２）第 10 期介護保険料算定の考え方・・・・資料２
（３）施設整備計画の基本方針・・・・資料３
（４）介護人材確保と生産性向上等の取組の基本方針・・・・資料４
（５）高齢者施設等と協力医療機関との連携体制の構築・・・・資料５

議事(1) 第 10 期将来推計(要介護認定者数、介護給付費等) ・・・・資料 1 議事(2) 第 10 期介護保険料算定の考え方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・資料 2

(事務局)

議事1、2 について説明

(代表)

次期計画の将来推計値と介護保険料の算定方法について説明がありました。

今日、具体的な保険料が示されるのではないかと期待されていた方もいらっしゃるかもしれませんが、現実的には年明けにならないとお示しできないということです。

その点をご了解いただいた上で、構成員の皆様からご意見をいただきたいと思います。

まず、議題 1 の将来推計等について、ご質問はございますか。

私個人としては、非常に耳の痛い推計でもあります。この推計の対象となる団塊の世代の先頭にいるのが、私と構成員の中にもいらっしゃいます。私どもが 90 歳になった頃の推計も示されていますので、構成員の方、何かご意見はございますか。

(構成員)

推計値はそれほど外れていないと思いますので、おおむねこのような形で推移していくのだろうと思います。

(代表)

ただ、従来の高齢者のイメージと、団塊の世代以降の高齢者のイメージは、大きく変わってきていると思います。

健康づくり一つをとっても大きく変わってきています。これはあくまで推計ですので、今後、予防や健康づくりの取組が進むことで状況も変わってくると思います。

リハビリテーション医療の考え方も大きく変わってきています。疾病予防、健康づくりという視点、さらに高齢者になってからの健康づくりだけではなく、40 代、50 代といった現役世代から健康づくりに取り組み、未病の段階を長くしていくという考え方です。

そうした取組の成果が、今後 20 年、30 年後には反映されてくるのではないかと思います。

(構成員)

将来推計の推移について、資料 1 の 2 ページに関して質問します。

先ほどから説明がありましたように、第 1 号被保険者数は今後減少していく見込みである一方、要介護認定者数は令和 17 年頃まで増加し、その後、減少する見込みとなっています。

令和 17 年頃を境に要介護認定者数が減少していくのは、どのような理由によるものでしょうか。今後、介護予防の取組などが定着し、健康意識が高まることなどを見込んでいるのでし

ょうか。

（事務局）
　要介護認定者数が令和 17 年前後にピークを迎え、その後減少していく理由についてです。
　もちろん、介護予防等の事業に取り組むことは重要ですが、今回の推計では、要介護認定率が非常に高い 85 歳以上の人口動向が大きく影響しています。
　85 歳以上の方の要介護認定率は 65%程度ですが、この年齢層の人口が令和 17 年頃を境に徐々に減少していくことから、要介護認定者数についても減少していくという推計になっています。

（構成員）
　3 ページのグラフについてご質問します。
　在宅サービスの受給者数はかなり増加する見込みとなっていますが、それに比べて施設サービス等の受給者数はあまり増加していません。これについても何か背景があれば教えていただきたいと思います。

（事務局）
　在宅サービスと施設サービスの受給者数の推移についてですが、今回は、要介護認定者数の推計値に直近のサービス利用率を掛けて算出しています。
　現在の利用率を基に推計すると、施設サービスの利用者数はそこまで伸びないという結果になっています。

（事務局）
　補足しますと、施設サービスについては、特別養護老人ホームや介護老人保健施設、介護医療院などは、いわゆる総量規制があり、自治体において整備目標を定めています。そのため、ある程度、受け皿が決まっていると考えていただければと思います。
　一方、居宅サービスは自由に事業参入が可能ですので、現在、特に訪問看護などの居宅系サービスが増えていることも一因ではないかと考えています。

（代表）
　今、訪問看護という言葉が出ましたが、訪問リハビリテーションと一口に言っても、大きく分けるといくつかの形があります。
　医療保険による訪問リハビリテーションもあれば、介護保険による訪問リハビリテーション、また、今お話があった訪問看護ステーションから提供されるものもあります。それらをどのように選択していくのか、今後、そのすみ分けが非常に難しくなってくると思います。
　医療、介護、福祉の役割や割合も変わってくるでしょうし、変えていかなければならない部

分もあると思います。ただ、市民の中には、それらをひとくくりに「訪問リハビリテーション」と理解している方が非常に多いことも現実だと思います。

（構成員）
資料 2 で、国の標準乗率の考え方をお示しいただいています。
低所得者への配慮という考え方については、そのとおりだと思います。一方で、第 1 段階と第 15 段階では、8 倍、9 倍という差がありますが、果たしてそれでよいのかということです。
所得の高い高齢者がどの程度いるのかという北九州市の人口分布にもよると思いますが、特に第 10 段階より上の所得段階の方の人数がどの程度いるのかによって状況は変わると思います。
例えば、乗率の上限を 1.5、1.9、あるいは 2.0 程度とした場合に、基準月額がどの程度変わるのか、シミュレーションしていただいてもよいのではないかと思います。
高所得段階の方の人数が非常に少ないのであれば、乗率を高くしてもペナルティーのような印象になってしまいます。一方で、その人数が多いのであれば、基準月額にも大きく影響すると思います。乗率に一定の上限を設けた場合のシミュレーションについても、ご検討いただければと思います。

（代表）
今、具体的な回答を求めているということではなく、今後検討していくプロセスの中で、ぜひ考慮してほしいということですね。

（事務局）
当然、そういったシミュレーションを行った上で検討していくことになると思います。
国もそうした検討を踏まえて所得段階を設定していますし、市としても、先ほど申し上げたように、現在の第 15 段階にどの程度の人数がいるのかなどを確認していく必要があります。
高所得段階の方が多ければ、さらに上の段階を設ける場合もあるでしょうし、そうでない場合もあると思います。その辺りは検討していきたいと考えています。

（構成員）
資料 1 の 1 ページにある被保険者数について、現在は令和 8 年 9 月末の数値を基に推計されているということですが、最終的に第 10 期の保険料を決定する際には、令和 9 年の何月時点の推計値、あるいはデータを基に決めるのでしょうか。第 1 号被保険者の方には、6 月以降、新しい保険料についてお知らせすることになると思いますので、最終的にどの時点の数値で決定するのかをお聞きしたいと思います。
また、国の保険料の所得段階についても、まだ示されていないと思います。例えば、国が標準を 15 段階や 18 段階など、さらに細分化した場合、北九州市も同様に移行することを考え

ているのでしょうか。
　現在、北九州市は 15 段階で、同じ政令市の福岡市も 15 段階です。一方、広域連合などでは、市町村を区分し、20 数段階まで細分化しているところもあります。
　国の基準がまだ示されていない中で、本市として今後どのように考えていくのか。先ほども所得段階についてシミュレーションしてはどうかというご意見がありましたが、段階をさらに増やしていくのかどうかという点が一つ気になっています。
　もう一点、要介護認定についてです。第1号被保険者の要介護認定者数が少しずつ増えていく中で、例えば第 9 期において、新規認定を受けた方がどの程度いるのか。また、更新申請や区分変更がどの程度あるのか。
　現在、更新期間も 24 か月、36 か月、あるいは 48 か月というものがあります。要介護認定者数が増えていく中で、新規、更新、区分変更、さらに介護度別の状況など、もう少し細分化した資料を示していただければ、認定者数がどのように変化しているのか、より分かりやすくなるのではないかと思います。

（事務局）
　まず、第１号被保険者数についてですが、住民基本台帳の令和8年9月末現在の数値を用いて推計し、介護保険料を決定していくことになります。
　次に、保険料の所得段階についてです。現在、国は 13 段階、本市は 15 段階ですが、国の基準については 12 月頃までには示されるのではないかと言われています。
　資料 2 の 6 ページに、第 10 期の給付費に関する国の動向を記載しています。
　保険料を上昇させる方向の論点としては、物価・賃金上昇への対応や介護人材の処遇改善、サービス需要や給付費の動向などがあります。一方、抑制・調整する方向の論点として、保険料負担への配慮が挙げられています。これらを総合的に見ながら、保険料の所得段階をどうするのか検討していくことになります。
　仮に国が現在の北九州市と同じ 15 段階にした場合、本市も 15 段階のままとするのか、あるいは 17 段階にするのかなどについては、国の基準が示された上で改めて検討したいと考えています。
　ただ、国の基準が示される時期が少し遅く、現在も国で議論されていますが、なかなか示されていません。次回の会議までに示されるかどうかは分かりませんが、国の基準を踏まえて検討していきたいと考えています。
　次に、要介護認定についてです。市全体で見ると、令和 7 年度の新規申請は１万 6,000 件程度、更新申請は 2 万 4,000 件程度で、全体では 4 万 9,000 件程度あります。残りの 7,000 件程度が、主に区分変更や、要支援者からの要介護の新規申請などとなっています。
　介護度別の分布では、要介護 1 が最も多く、次いで要介護 2、その次が要介護 3、要支援 2 といった分布になっています。そうした状況も踏まえながら、サービス費等について考えていくことになります。

（代表）
　意外と市民の方には知られていないかもしれませんが、要介護 1 と要支援 2 は、介護サービスの時間という点では同じです。ただ、認知症がある、症状が非常に不安定である、あるいは廃用の程度が重いといった場合には、介護予防サービスでは対応できませんので、要介護 1 になります。
　要介護 1 の方は全体の 24%程度だったと思います。集計時期によって多少異なりますが、今、課長がおっしゃったように、その次に要介護 2、要支援 2 などが続きます。地域によって多少の差もありますので、認定審査会において、それぞれの状態を見ながら変更していくことになります。その変更の割合は全体の 4.5%程度で、その多くが重度の方向に変更されているのが現状です。
　そうした中で、介護保険制度も 26 年目を迎えています。次期計画策定に当たっては、施設整備の問題や人材の問題なども大きなテーマとなります。
　そこで、議題 3「施設整備計画の基本方針」と、議題 5「高齢者施設等と協力医療機関との連携体制の構築」について、説明をお願いします。

議事（3） 施設整備計画の基本方針・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・資料3 議事（5） 高齢者施設等と協力医療機関との連携体制の構築・・・・・資料5

（事務局）
議事3、5について、説明

（代表）
　非常に重要な二つの議題について続けてご説明いただきました。
　まず、施設整備計画の基本方針についてです。施設関係の方も多いと思いますが、何かご質問はございますか。

（構成員）
　資料 3 の 2、3 ページに整備目標の考え方がありますが、特別養護老人ホームと介護老人保健施設については、新たな整備は行わないことになっています。
　介護老人保健施設の状況を見ると、入所率が 85.9%とかなり低くなっています。老健に患者さんが流れてくる経路が今はあまりないという実情があります。
　そうしたこともあり、経営的に厳しい老健が増えており、11 月末までに八幡西区で 2 施設の閉鎖が決まっています。また、来年 3 月には小倉で 1 施設が閉鎖するかもしれないという話も出ています。こうした状況は非常に残念に思います。

一方、介護医療院については、定員も少なく、入所率が92.7%となっています。現在は医療療養病床からの転換のみとなっていますが、介護医療院に必要な医師や看護師の配置については、老健でも対応できるのではないかと私は思っています。

そうであれば、老健から介護医療院への転換について意向調査を行ってもよいのではないでしょうか。介護医療院への転換を医療療養病床からに限定している理由は何でしょうか。

（事務局）

私どもも、老健から介護医療院への転換を想定していないわけではありません。

ただ、今回アンケートを実施した対象が療養病床を有する医療機関のみでした。改めてアンケートを実施する時間はありませんが、老健の状況等も踏まえて、意向をお聞きしたいと思います。

（構成員）

地域の老健が閉鎖するというのは非常に残念ですので、介護医療院へ転換することで施設として残っていく道があるのであれば、それは非常によいのではないかと思います。このままでは介護老人保健施設の閉鎖が相次ぐのではないかと大変危惧しています。

特に、超強化型や強化型を取れない、基本型や加算型といった施設は、経営的に厳しいのだと思います。そうした施設では、入所者をなかなか外に出すことができず、行き先もないため、医師が頑張って診ているというケースが非常に多いと思います。

真面目に対応している施設ほど厳しい状況に置かれているようにも感じます。そうであれば、介護医療院として存続する道もあると思いますので、ぜひ検討していただければと思います。

（代表）

介護医療院に入所されている高齢者が、実際にどのような状態の方なのか、外からは見えにくい部分があります。

そうした実態も十分に把握した上で対応していかなければ、切り捨てにつながってしまう可能性もあると思います。入所者全員がターミナルの状態なのかというと、必ずしもそうではないという現実もあります。

（構成員）

グループホーム協議会から参加しています。この表を見ると、グループホームの入所率は94.3%となっています。この数字だけを見ると、「かなり経営がうまくいっているのではないか」と思われるかもしれませんが、これは相当な営業努力の結果だと理解していただきたいと思います。

グループホームは、比較的フットワークが軽いという特徴があります。空きが出れば、さまざまな情報網を使って利用者を探します。そのためには、日頃から地域でさまざまな活動を行い、

そこから情報が入ってくる関係をつくっています。そうした日頃の努力が、この数字に表れているのではないかと思います。

もう一点、グループホームがかなり減っている、あるいは閉鎖しているという現状があります。資料には、老朽化により廃止する事業所があるとされていますが、実際に閉鎖したところなどに話を聞くと、よく聞く理由の一つが、事業の承継者がいないということです。

介護保険制度が始まり、さまざまな会社が参入しました。私どももガス事業者ですが、介護事業に参入しました。個人でグループホームを建てたものの、子どもがいない、あるいは子どもが結婚して東京に行っているなど、承継者がいないために事業をやめてしまう。あるいはM&A で売却するというケースが、最近非常に増えているように感じます。

私もグループホームの業界に 20 年近くいますが、以前のような勢いはなくなってきたと感じています。

（構成員）

私は特養とグループホーム、軽費老人ホームを経営しています。私たちは随分前から、市に対して「これ以上、特養を作らないでください」とお願いしてきました。

一番の理由は、人がいないことです。また、最近では、特養に入所したいという方も非常に少なくなってきました。平成 15 年頃、介護保険制度が始まって間もない頃は、非常に多くの申込者がいました。そのため、何とか整理しなければならないということで、入所判定の仕組みをつくりました。

ところが、現在はその仕組みがうまく機能していません。申込者はいるのですが、順番が来て連絡すると、「最近グループホームに入ったばかりなので、もう動くのはやめておきます」「老健に入っていて、とてもよくしていただいているので、特養に移るのはやめておきます」「在宅でもう少し頑張ります」といった方が非常に多くなっています。また、治療が必要で、既に特養で対応できる状態ではないものの、「申込みだけはそのままにしておいてください」という方も多くいます。

一つベッドが空いて次の方を探す際には、待機者 10 人程度に連絡して、ようやく 1 人見つかるかどうかという状況です。見つかったとしても、状態を確認すると既に特養で対応できるレベルではない、あるいはターミナルの状態で、あまり時間が残されていないという方もいます。また、特養は要介護 3 から 5 の方を中心に入所していただくことになっていますので、重度の方が多く、入所期間も本当に短くなってきています。

そのため、市には以前から「これ以上、特養を作らないでください」とお願いしています。現在は、ますます人材不足が深刻になっています。

また、地域密着型特養については利用料金が高く、支払うことが難しいという方もいるため、満床になっている施設は少ないのではないかと考えています。

（構成員）
資料３の３ページに、介護老人福祉施設の整備方針として「短期入所生活介護からの転換」とあります。私が利用していた頃とは状況がかなり変わっているかもしれませんが、ショートステイから特養へ転換するという意味だと理解して発言します。
ショートステイについては、介護者の事情などによってすぐに利用したいと思っても、なかなか利用できないことがありました。1 か月ほど前から、「この日にショートステイを利用したい」と予約するような形で利用していました。
これまででも利用しにくい状況があった中で、さらにショートステイから特養への転換を進めると、例えば介護者が急病になった場合などに、必要なときにショートステイを利用できる体制を確保できるのでしょうか。

（構成員）
私どもの施設は平成 3 年から開設しています。特養 80 床に対してショートステイ 8 床、1 割程度という形でスタートしました。
その後、50 床の特養に 20 床のショートステイを設けるという時期がありましたが、その 20 床のショートステイを持つ施設が、現在かなり苦戦しています。それほどショートステイの利用がないということです。
例えば、そこから 4 床を特養に転換して、特養 54 床、ショートステイ 16 床としたところもありますが、16 床のショートステイを持っている施設では、やはり利用率が非常に低いと思います。
ご利用されている施設は、ショートステイのベッド数が少ないところかもしれません。
私どもの施設は 8 床ですが、多いときは 8 床すべて埋まります。特に週末はほぼ満床になります。土日に預けたいという方が多いためです。少ないときでも 4、5 人程度ですので、おおむね 60～70%程度の利用率です。特養 80 床に対してショートステイ 8 床という規模が、ちょうどよいのではないかと感じています。

（事務局）
特養の経営安定化という点も考え、より運営しやすい形にするという意味で、ショートステイから特養への転換を考えています。

（構成員）
私は現在、在宅で母を介護しており、先日ショートステイも利用しました。家族としての感覚になりますが、3 日間利用した場合でも、初日の朝は送り出さなければならず、帰ってきたときには迎えなければなりません。2 泊 3 日預けても、実際に家族が休めるのは 1 日だけです。
ヘルパーさんに送迎をお願いできないか聞いたところ、利用できないと言われました。現在、デイサービスを利用するときも朝は私が送り出しています。そのため、家族の負担がなかなか

減りません。
　自分自身が介護保険を利用する当事者になってみて、「こんなに使いにくいのか」と感じています。申し訳ないのですが、自分がサービスを提供する側にいたときには、あまり感じていませんでした。しかし、実際に利用する側になってみると、本当に家族の負担が減らないと感じます。
　在宅で介護するか、施設に入所するか、ゼロか 100 かのような感じで、その中間がないように思います。施設に入所すると、自分の好きなことができなくなったり、住み慣れた地域での生活や近所付き合いなども手放さなければならなくなったりします。そのため、施設に入るという選択は非常にハードルが高いと思います。在宅で頑張っている方が、もう少し使いやすい介護保険制度にならないかと非常に感じています。
　後ほど医療と介護の連携の話もありますが、訪問看護師さんに来ていただいて、とても助かっています。例えば、毎月の受診の付き添いについても、私は今仕事をしていないので対応できますが、リモートで受診できるようになれば助かると思っています。
　買い物についても、ヘルパーさんにお願いする方法がありますが、私のところでは週 1 回、訪問販売の車が家の前まで来てくれます。母に「この日はこれを買って」と書いて渡して、買ってもらっています。そうした民間サービスの利用なども、もっと推進していただければと思います。
　何でも介護保険サービスで対応しようとするのではなく、もっと柔軟にさまざまな仕組みを組み合わせることができれば、もう少しよくなるのではないかと思います。自分自身が当事者になってみて、感じることがたくさんあります。

（代表）
　今回、質問には出てきませんでしたが、もう一つ大きな問題があります。
　地域密着型サービスがなかなか伸びないという問題です。

（構成員）
　地域密着型のサービスは、施設側からすると、なかなか黒字にならない事業です。また、利用料も高いため、一般の方にとっては負担が大きいと思います。
　グループホームと地域密着型特養では、利用料はそれほど変わらないと思います。それでも、グループホームは人気があり、地域密着型特養は人気がないということであれば、サービスの違いもあるのかもしれません。グループホームの方が比較的自由な運営をされているのではないかと思います。
　一方、特養は社会福祉法人が運営しており、安全・安定を重視することもあって、サービスに一定の制約があるのではないかと考えています。利用率が 100%にならない状況ではもちろんですが、仮に 100%になったとしても、黒字化するのは難しい事業ではないかと思います。

議事(4) 介護人材確保と生産性向上等の取組の基本方針……資料 4

(事務局)
議事(4)について、説明 ～

(構成員)
そもそも北九州市では人口がどんどん減っており、介護に限らずマンパワーそのものが減っています。そうした中で、これから介護業界の人材を増やしていくこと自体が、もともと難しい状況にあります。一方で、高齢化率は高まっていくため、非常に厳しい状況です。

私どもの会社では訪問介護の規模が一番大きいのですが、ヘルパーが本当に集まりません。最も年齢の高いヘルパーは 80 代で、場合によっては利用者の方が若いという状況もあります今後、マンパワーが減っていく一方で、先ほどから話があるように、要介護認定者やサービス利用者が増えていくのであれば、職員一人一人が担当できる利用者数を増やしていく必要があります。

そう考えると、生産性を高めていくことが必要になってくるのではないかと思います。ただ、それを一つの事業所、例えば私どもの会社だけで担えるかというと、当然そうではありません。資料 3 ページの「法人の枠を超えて、競争から共創へ」という言葉は非常によいと思いました。この考え方は、地域づくりという点でも非常に重要だと思います。

一方、4 ページの福祉人材確保に関する協議会については、県で設置されるものなのかもしれませんが、地域によって課題はそれぞれ異なります。同じ福岡県内でも、北九州市のような地域もあれば、赤村のような地域もあり、地域性は全く異なります。県単位で協議会を設けるということですが、例えば支部のような形で、北九州市にも協議会を設ける考えがあるのか、関心があるとことです。

もう一点、2 ページに、小規模事業所では人材やノウハウが不足しているという趣旨の記載がありました。例えば、生産性向上の手段として ICT や AI を導入していくことが考えられます。

こうした機器やツールについては、意外と小規模事業所の方が導入しやすい場合もあります。例えば、私どもの会社にはケアマネジャーが 50 人程度います。50 人分のタブレットやパソコンを一斉に導入するとなると、非常に大きな費用がかかります。

一方、小規模な事業所であれば、比較的速やかに新しい仕組みに切り替えることができる場合もあります。小規模事業所であっても、ノウハウや知識を持ったスキルの高い人材がいれば、一気に取組が進む可能性もあるのではないかと思います。

(代表)
専門職をどのように育成していくのか、その流れをつくっていくことも非常に重要だと思い

ます。介護の魅力をどのように伝えていくのかという問題もあります。外国人材も含め、文化の違いなどさまざまな課題があり、なかなか進まない部分もあります。

（構成員）

専門的な意見というわけではありませんが、市民感覚として申し上げると、やはり何よりも処遇の問題があると思います。

私は産業保健の分野で生産性を専門としており、国の介護分野の生産性向上にも関わったことがあります。「生産性」という言葉は、捉え方によっては注意が必要だと思っています。生産性は、投入する労働力に対して、どれだけのアウトプットを生み出すかという考え方です。サービスを提供する事業者側にとって、生産性向上は当然必要ですし、人材が減っていく中では生産性を上げざるを得ないと思います。

一方、労働者側から見ると、そこにインセンティブがなければ、単純に一人当たりの労働負荷や労働量が増えるだけになりかねません。そのため、生産性向上の裏側には、労働者へのインセンティブも必要であるという点を踏まえておく必要があると思います。

（構成員）

処遇改善は、さまざまな場面で本当に必要なことだと思います。

私は理学療法士を養成する立場におりますが、リハビリテーション専門職は一定数います。そうした専門職を、介護の現場、あるいは介護予防の分野にどのように活用していただけるかということを期待しています。科学的介護をはじめ、既に介護が必要な方に人材を投入することは当然必要です。

一方で、できるだけ介護が必要な状態にならないよう、予防の分野に医療の視点も踏まえて関わることができれば、リハビリテーション専門職としても貢献できる部分があるのではないかと思います。

（代表）

北九州市医師会は、介護保険に対してどのような立場で関わっていただけるのでしょうか。

議題 5 では、協力医療機関との連携体制の構築について説明がありました。医師会からご出席されている構成員に、医師会の立場も含めてご意見を伺えればと思います。

（構成員）

先ほどの話にも関係しますが、議題 5、資料の 2 ページに「高齢者施設等と協力医療機関との連携体制」とあります。

ここで大切なのは、平時からの情報共有だと思います。私は、8、9 年ほど前から、先輩に言われて特別養護老人ホームに関わっています。普段から施設に行き、昨日も昼休みを使って診療をしたり、薬を処方したりしています。正直なところ、義理と人情のような部分もあり、使命

感でやっているところがあります。報酬が特別によいわけでもありません。

ただ、普段から入所者を診ているからこそ、急変時に「この方は少し状態が悪い」「悪くなりそうだ」と分かることがあります。そういう場合には、旅行を控えたり、どうしても出席しなければならない会議があれば、別の先生にお願いしたりすることもあります。いざというときには、すぐに病院を紹介できるような流れをつくっています。

夜中の 2 時、3 時に呼ばれることもあります。報酬に見合っているかと言われれば難しい部分がありますが、日頃から関わっている看護師さんや施設長との関係、いわば義理と人情のようなところで動いている面もあります。

そのため、資料には簡単に書かれていますが、実際にこうした連携体制をつくるのは、なかなか難しいのではないかと思います。

また、人材確保についても、私の知り合いが運営している施設では、わざわざミャンマーまで行き、本人の家族に会って挨拶をし、日本に連れてきて、一生懸命育成しています。介護福祉士の国家試験に合格するところまで育てても、合格した後に横浜など他地域へ移ってしまうという話もあります。なかなか思うようにはいかず、難しい問題だと思いながら聞いていました。

正直に言えば、特養の協力医になりたいという開業医は少ないと思います。報酬だけを考えると、なかなか見合わない部分があります。私自身も、昼休みの時間を使って施設へ行き、帰ってきてそのまま午後の診療に入ることもあります。そのような状況です。

（代表）

医師会にコメントをお願いしたのは、議題 5 の「高齢者施設等と協力医療機関との連携体制の構築」に関係するからです。

医療との連携自体は、これまでも当然行われてきました。どのような方向に進み、どのような連携のパイプを増やそうとしているのかを慎重に検討しなければならないと思います。

在宅療養についても訪問医療があり、その中で看護師、理学療法士、ケアマネジャーなどが関わっています。これは施設だけの問題ではありません。

一方、訪問医療を実際に提供する体制が北九州市に十分あるのかというと、まだ少ないのではないかと思います。施設だけの問題として捉えるのではなく、居宅との連携も必要になってくるのではないかと最近よく考えます。

最初に話があった訪問リハビリテーションについても、主治医やかかりつけ医の意見が前提になります。高齢者ケア、あるいは介護保険制度を考える上で、医療との連携なくしては成り立たないのが現実です。そのため、医療と介護の連携をさらに密にしていく必要があると考えています。

（事務局）

長時間にわたりご議論いただき、本当にありがとうございました。

本日いただいたご意見については、先ほど代表からもお話がありましたが、次回の会議において、それらを踏まえた次期計画の試案をお示しできればと考えています。

本日の議論を通じて、改めて現在の介護現場や介護者の状況、実情を知ることができました。

次回以降も、よろしくお願いいたします。