

第4回 佐賀中部広域連合介護保険事業計画策定委員会

議事録

日時 平成14年9月24日

15:00から

場所 はがくれ荘 ハーモニーホールA

【次第】

1. 開会

2. 議事

(1) 高齢者人口及び要介護（支援）認定者数の推計について

(2) サービス量の推計について

(3) 第1期計画の実績と課題について

(4) 介護保険のよりよい運営のための今後の方策について

(5) その他

3. 閉会

資料1	資料2	資料3 (PDF)	資料4 (PDF)
---------------------	---------------------	---------------------------	---------------------------

第4回 佐賀中部広域連合介護保険事業計画策定委員会議事録

平成14年9月24日（月）

15：00～ はがくれ荘

出席委員 井本委員 上村委員 副田委員 江口委員 藤岡委員 浅賀委員
久保田委員 塚原委員 多田委員 内田委員 松岡委員 倉田委員
鵜城委員 森永委員 角谷委員 宮地委員 西牟田委員 角田委員
北野委員 古野委員 中島委員

欠席委員 増田委員 諸隈委員 中下委員 林田委員 古賀委員 南里委員

事務局 山田事務局長 田中副局長 岡部介護認定課長 三塩給付課長
杉坂業務課長 御厨総務課副課長 上野行財政係長 八田 水町

1 開会（御厨総務課副課長）

2 あいさつ（山田事務局長）

3 議事（井本会長）

（1）高齢者人口及び要介護（支援）認定者数の推計について（田中副局長）
・資料1に沿って、高齢者人口及び要介護認定者数の見込み方で前回策定委員会から見直した点について説明する。

（2）サービス量の推計について（田中副局長）
・資料2に沿って、介護保険事業の推計量で前回策定委員会から見直した点について説明する。

（3）第1期計画の実績と課題について（田中副局長）
・資料3に沿って、第1期計画を分析評価し、これまでの経過と課題について説明する。

（4）介護保険のよりよい運営のための今後の方策について（田中副局長）
・資料4に沿って、今後のよりよい介護保険事業運営のための施策について説明する。

（5）その他（田中副局長）
・追加資料に沿って、第5回策定委員会に向け策定委員からの意見・提言の集約について説明する。

4 閉会（御厨総務課副課長）

午後3時5分開会

○司会

そしたら、あと2名ほどちょっと連絡がつきません。一名の策定委員は、ちょっと体のぐあいが悪いということで欠席ですので、ただいまから第4回介護保険事業計画策定委員会を開催していきたいと思います。

最初に、資料の確認をしたいと思います。

もう事前にお配りしておりましたけれども、送付文書と式次第、それに資料の資料

1、資料2、資料3、資料4、お手元にございますでしょうか。

本日、席の方に、策定委員の方から提出されています意見書、それに追加資料ということで、「平成13年度実績と平成16年度推計値の比較」という資料、それに「介護

「予防研究会」による「介護予防の推進」という裏表の資料です。それと、「第5回事業計画策定委員会に向けた意見・提言」という形で、「第1期計画の実績と課題」と「介護保険のよりよい運営のために」というものを二つ、後でよかったですら提出してもらうためにお配りしております。それに、もう一つ「介護保険講演会及び説明会のお知らせ」という資料をつけておりますけれども、お手元にございますでしょうか。もしないようでしたら、お申し付けいただければ持ってまいりたいと思います。よろしいでしょうか。

そしたら、会長の方にはあと議事を進めていってもらいたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

○会長

皆さんこんにちは。早速、議事を始めさせていただきますが、先日、介護保険の介護予防講演会がありまして、それにちょっと出席したんですけれども、「住んでよかった」と言わせるような介護予防という話が出てまいりました。やはり、この介護保険計画もそういうことを目指して、どんどん議論を進めてまいりたいと思います。きょうの議論は、また突っ込んだ内容といいますか、保険料に直接かかってくるような、そういう内容になっておりますので、議論のほどよろしくお願いしたいと思います。

では、まず(1)から(5)のうちの(1)から議事を進めてまいりたいと思います。

高齢者人口及び要介護（支援）認定者数の推計について、事務局お願いいたします。

○事務局

それでは、恐れ入りますけれども、資料1をお願いいたします。

実は5月20日に、中間値のためということで、計画年度におけます高齢者人口とか、要介護認定者数の推計を出しておりましたけれども、いよいよ10月の半ばには、厚生労働省の方に確定値に向けてのこういった指数の報告をする必要がございます。そのため、私ももう少し人口等について精査をしたところでございます。

まず、前回の高齢者人口の推計ですけれども、平成7年と平成12年の国勢調査に基づきまして推計をいたしております。平成12年の国調人口をベースにして、前回は推計をしたところでございます。

しかしながら、実態を見てみますと、65歳以上の高齢者の人口等で実際と乖離があるということがございまして、こういった方法が一番現実に近い方法なのかなということで、平成7年の住基人口、平成12年の住基人口、あるいは国勢調査人口に平成13年10月の県の推計値を起点としたらどうかとか、いろいろ考えたわけなんですけれども、実態にほぼ近くて、一応信憑性のある方法としては、平成7年と平成12年の国勢調査の生存率、あるいは移動率を使用しますけれども、平成13年10月の佐賀県が出しました推計人口、これをもとにして推計するのがより実態に近いのじゃないかということで、今回推計をしたところでございます。

国勢調査で推計したものと実態とを見てみますと、高齢者人口において約400名の差があるというような実態になっておりますので、そういうふうに変更をさせていただきたいと思っております。

ちなみに、平成16年度、これが次期の介護保険計画、特に保険料の算定の中間年度に当たりますけれども、前期の高齢者が3万8,785人、後期が3万5,530人ということでございます。前回お示した数字は、前期が3万8,734人ということで、これは50名程度の違いでございます。後期の方が3万5,044人ということで、今回480名ほどふえております。合わせたところでは530名ほど今度多くなっております。したがって、それをもとにして推計いたしておりますので、認定者数等にも影響が出てきておるといものでございます。

2ページをお願いいたします。

要介護認定者数（出現率）の推計ということでございまして、この点線で示したところが前回のパーセンテージになっております。それから、上の実線が今回のパーセン

ページということをございます。

2ページの下の方に数字で上げておりますけれども、平成14年度、これは推計なんですけれども、前回1万355人という数値でございました。3ページの右上を見ていただくとわかりますように、実数として平成14年8月には1万735人まで来ておるといようなこともございまして、全体的な見直しをしたというものでございます。

2ページに戻りますけれども、平成16年度で見えますと、今回が1万2,469名、前回は1万1,885人ということで、584人の増になっております。平成19年度では636名という増になっておるわけでございます。伸び率につきましては前回と同じく、平成13年1月と平成14年1月の差の伸び率は毎年0.8ポイント増するというので推計をいたしております。前回よりも580名ほどの認定者の増になりますけれども、これがより実態に近い実数ではないかということで、今回修正をさせていただいたところでございます。

以上が、人口、それから要介護認定者の関係でございます。

○会長

はい、ありがとうございます。

前回と随分違いましたんで、前回もこのあたりに関してはいろいろ御議論がありましたし、今回の事務局の案に関して何か御意見いかがでしょうか。いろいろあると思いますが。大分合ってきたというイメージでしょうか。

どなたか御意見ないでしょうか。

○策定委員

後期高齢者がふえること自体は積み上げですのでわかるのですが、この表でいきますと前期高齢者は前年度より200人ほど減るんですね。

ということは、佐賀市だけの統計なんですけど、現在59歳から64歳の方が65歳以降になるのを前期高齢者に足してくるわけですね。今59歳から64歳までの方をずうっと1年間ずつ足してくるわけでしょう。そうしますと、佐賀市だけでも今59歳から64歳までの方と65歳から74歳までの方との差が約1,000人あるわけですよ。ということは、今後ふえてくる人が1,000人多いわけなんですよ、今の人口だけでずうっと推移しますと。ということは、前期高齢者が減るといのは、ちょっと私は疑問に感じているんです。この場の説明は私は要らないんですけど、ただ疑問に思っているところです。

○会長

前回も同じような話になったんですけど、事務局、何か改めてないでしょうか。

○事務局

佐賀市と他の市町村との実態といいますか、佐賀市は実は国勢調査の人口が住基の人口よりかなり多いというような実態がございまして。ただ、広域連合全体としてトータルすると、平成12年の国調人口と住基人口にはさほど差がないわけございまして、その辺、佐賀市の特殊性なのかどうかはちょっとわかりませんですけども、その点つぶさには、5歳刻みごとに佐賀市の方を検証していないので何とも言えませんですけども、その辺ちょっと見させていただきたいと思っております。

○会長

ほかには何か……、この際ですから何かないですか。

○事務局

現実はやっぱ人口が多いと。国勢調査で私どもが推計しています生存率、それから人口の移動率は全国平均でございまして。その全国平均と佐賀県、あるいは佐賀中部広域連合の相違といいますか、それがやっぱあるんじゃないかと。結局、どうしても予想よりも実数がふえているというところは、やっぱ生存率といいますか、その辺が若干全国よりもこの辺が高いのかなという、そういうふうな気がしておりますけれども、ただこれは我々の推測でありますけれども、今までの過去のデータから見ますと、そういうことが言えるのかなと思っております。

○会長

何かこの計算上のことについて特にはないですか。—なければ、また次のことにもちょっと関係してきますので、(2)のサービス量の推計について、事務局お願いいたします。

○事務局

サービス量につきましてですけれども、前回、基本的には平成12年度から平成13年度への伸びを基本に推計したわけですが、この分についても最近の給付費の動き等も考慮に入れながら少しその辺を加味していったというものでございます。

資料2をお願いしたいんですけれども、1ページに今回我々が推計した点で若干変更したところについて4点ほど書いております。

簡単に言いますけれども、まず施設サービスについてでございます。前回は、特別養護老人ホームを150床ほど今後予定しているということで推計しておりましたですけれども、厚生労働省の方から施設入所についての指針等も示されておりますし、それから現実4月時点で616名の申し込みがあったんですけれども、真に必要な方という者はそれほどはいらっしやらないだろうと、そういうふうなことで、今回見込みを100床ということにいたしております。それが一つです。

それから、通所介護、通所リハビリテーションです。一番ウエートが高いところなんですけれども、高齢者要望等実態調査を見ますと、今後使いたいという方が今使っている方よりも2%ほど多かったわけですが、これについては2%増をさせていただいております。

それから、非常に最近伸びてきておるのが短期入所でございます。これにつきましては、昨年からことしへの状況、その比較をいたしまして6%伸ばすようにいたしております。それから、居宅療養管理指導については3.5%と。

それから、福祉用具貸与。これも非常に伸びておるところでございます。これについては、10%増加をさせていただいております。

そういうことで、前回と違った推計になっているということで御理解をお願いしたいと思います。

2ページをお願いいたします。

計画年度における施設・居宅サービス等の費用ということで、12年度、13年度、14年度については前回と変わっておりませんが、15年度、16年度、17年度、これが保険料にはね返る分なんですけれども、前回は下のグラフでございます。平成16年度は21,594,000千円という事業量の推計をいたしておりました。

今回、先ほどの認定者数の伸び、したがって、受給者の伸びとこれから予測されるサービスごとの伸びる分を加味してはじいたのが、その上のところなんですけれども、22,058,000千円ということでございます。平成13年度からいたしますと27%ほどのアップになっております。前回は24.6%、おおむね25%ということで、今回2.3%程度の増になっているところでございます。

3ページに、その積算の基礎をそれぞれずっと書いております。その内訳といいますが、まず4ページを見ていただきたいと思います。

施設利用者の推計でございます。先ほど申しましたように、前回150床を介護老人福祉施設、特養の方で予定しとったと言いましたですけれども、今回100床にしております。それと、前回に比べまして、それぞれの利用者の人数をなだらかな形にいたしております。芦刈の方に、50床が平成15年度オープンするわけですが、その後、平成16年度おおむね50、それから平成18年度おおむね50というような形で予定はしております。それぞれの年度ごとの伸びにつきましては、平成14年度から平成15年度は30床、それから平成15年度から平成16年度は28人分、それから26人、23、20というような形で、平成15年度から平成19年度につきましては97人の利用増と。

それから、介護老人保健施設につきましては、諸富の方に80床が15年度オープンするわけですが、これを見込みまして1,250から平成19年度1,298、48の増を見込ん

でおります。

それから、介護療養型医療施設につきましては、現計画値の615を平成19年度に達成というような形で、平成15年度500から615ということで115床の伸びと、そういうふうに見込んでおります。

それぞれ施設利用者高齢者人口比ということで書いていますけれども、平成15年度が3.99%、平成19年度で4.15%ということで、右の方にそれぞれ国が示している参考標準がございます。1.5%、1.1%、0.6%、合わせて3.2%ですけれども、佐賀中部におきましてはかなり整備の方は進んでいると、そういう状況でございます。

それから、真ん中ほどですけれども、痴呆対応型共同生活介護、いわゆるグループホーム、それから特定施設入所者生活介護の利用者推計でございます。

グループホームにつきましては、ここ1年ぐらい急激に伸びているという状況でございます。平成12年度、30床ぐらいだったんですけれども、もう既に平成14年度の推計で一応125と書いていますけれども、もうこれはオーバーをするような勢いでございます。平成15年度に、現在国の方に要望された分等もございますので、220床ぐらいは整備されると。最終的に平成19年度260というふうに見ております。

それから、特定施設入所者生活介護の方でございますけれども、ケアハウスですか、あるいは有料老人ホームあたりからの転換といいますが、そういうことで見込んでおりますけれども、現実は今のところありません。しかし、一応前計画の30というものを平成19年度に持ってきております。

以上が、施設利用者の推計でございます。

続きまして、居宅サービスの推計の説明をさせていただきます。

5ページですけれども、まず訪問介護です。前回、平成13年度と平成16年度の比較ということで2.4%の増と推計しておりますと説明をいたしておりました。今回も、一応全体的なサービスの必要量としましては38%伸びております。そのうち、利用の人数で35%、それから平均の利用回数で2.3回ということで前回と変えておりませんですけれども、最近の1人当たりの給付費を見ますと、伸びていない、むしろちょっと下がりぎみという実態もございますので、これは前回と同じ2.4%の推計をさせていただいております。

続きまして、6ページをお願いいたします。

給付費の中で一番ウエートを占めます通所介護でございます。平成13年度から平成16年度にかけてですけれども、サービス実績が平成13年度22万1,237人。今回、35万617人ということで、58.5%の増でございます。そのうち、利用人数が35%程度になります。それから、利用回数で1.58回が1.85回になるということで、17%見ておるところでございます。

平成13年4月から6月の状況と平成14年4月から6月の状況を見ますと、1人当たり8.6%ほどの利用の伸びがっております。したがって、14.7%と今回高齢者要望等実態調査の利用意向も踏まえまして、さらに2%ということで推計をいたします。

続きまして、7ページですけれども、通所リハビリテーションでございます。

これにつきましても、13年度と16年度の比較で申し上げますと、サービス必要量のところでは41%ほどの増になっています。そのうち、利用人数で35%、それから利用回数の方で4%程度の伸びということでございます。

それから、8ページをお願いいたします。

短期入所生活介護・短期入所療養介護でございます。平成14年1月から、訪問・通所系のサービスとこの短期入所が一本化されたということで、非常に最近伸びてきております。

平成13年度の4月から6月の状況と平成14年度の4月から6月の状況を見ますと、27.3%ほどの1人当たりの伸びとなっております。今回、サービス必要量全体としては75%ほどの伸びになっています。もちろん、そのうち35%ほどが利用人数の伸

び、それから平均利用回数ですけれども、29%、約30%伸ばしておるところでございます。したがって、前回21.9%の伸びにしておりますけれども、プラス6%伸ばしております。

それから、9ページでございます。

訪問系のサービスでございますけれども、訪問入浴介護、それから訪問看護、訪問リハビリテーションは、13年度から15年度の伸びといたしましては前回同様9.7%、2.4%、7.8%ということで伸ばしておるところでございます。現実の利用状況を見ますと、おおむねおさまるのではないかなというところで前回同様にしております。福祉用具貸与でございますけれども、非常に伸びてきております。今回、前回の2.8%にさらに利用希望の率10%を見込んでおるところでございます。

それから、居宅療養管理指導につきましては、前回推計以降の給付実績の伸びということで、3.5%を加味した分を必要量ということではじております。

恐れ入りますけれども、きょう追加資料ということで、「平成13年度実績と平成16年度推計値の比較」ということで出してあります資料を見ていただきたいと思います。平成13年度の実績と、今回、認定者の伸び、受給者の伸び、それから給付費の伸びを考慮したらどういう姿になるのかということで見たいと思いますけれども、まず1ページでございます。

平成13年度の認定者数が9,636人で、平成16年度には1万2,469人ということで2,833人の増になっています。それから、受給（利用）実人数、平成13年が7,984人ですけれども、平成16年には1万434人ということで2,450人の増と、これくらいになるのじゃないかなと見ております。なお、受給率についてはほぼ変わっておりません。0.8%程度の伸びということでございます。

2ページを見ていただきたいと思います。

そこに書いていますように、訪問介護から特定施設入所者生活介護まででございますけれども、平成13年度は5,387,000千円ほどです。これが平成16年度には8,186,000千円ほどになると。構成比を見ていただきたいと思いますが、訪問介護、それから通所介護、通所リハビリテーション、これにつきましては構成比が若干落ちるという状況でございます。逆に、短期入所サービス、痴呆対応型共同生活介護、いわゆるグループホームにつきましては伸びると、そういう姿になるものと想定しております。続きまして、3ページですけれども、施設サービスの方でございます。

これにつきましては、平成13年度が10,979,000千円ほどですけれども、平成16年度には12,993,000千円。この中で伸びるのが介護療養型医療施設、これが構成的には17.6%から21.8%に伸びるのではないかと想定をいたしとります。

それから、4ページを見ていただきたいと思います。

これが介護度ごとの構成ということでございます。在宅分でございますけれども、要介護2、それから要介護4で平成13年度よりも構成比が高くなるという状況でございます。

それから、施設ですけれども、施設につきましては変化というか、それは今のところございませんで、同じような比率になっております。

6ページをお願いしたいと思います。

これが、いわゆるそれぞれの介護度に応じたリミットに対する支給率といいますが、使用率になりますけれども、平成13年度が大体そのリミットに対しては51.3%と。で、平成16年度が57.9%、おおむね58%ぐらいになるというような推計になっております。以上が事業費の推計でございます。

以上でございます。

○会長

かなり具体的なイメージも出てきたと思いますけれども、この事務局の説明に関して何かほかに御質問なり御意見なり、いかがでしょうか。

保険料が27%アップということですね。いかがでしょうか。

○策定委員

この施設の整備目標というのは、設定するのが非常に難しいんじゃないかと思うんです。お金が非常に施設整備にかかるんで、これをどんどん整備していくと保険料にはね返ってくる。ただ、御説明ですと、当初介護老人福祉施設の方で150を今回100の方に訂正したというお話があったわけですけど、真に入所が必要な方を分析して100名になったというような説明があったわけです。

つい二、三カ月前、いわゆる待機者ですね、何名ぐらいの方が待機されているのかというのを調べたんですけども、そのときに、重複者を除いて佐賀県内だけで全部で2,000名の方が特養の入所待機者として数字が出ました。その中、2,000名のうち佐賀中部広域連合の方の管轄の中で待機者がどのぐらいおられるのかというのは、私は今の時点ではちょっと数字は持っていないんですけども、100床整備した上で、その待機者が現実的にどの程度解消されるのかという部分ですね、介護保険になって在宅を中心という話だったわけですけど、現実的には施設入所が非常に人気があって、これは家族形態が変わっているし、なかなか在宅で介護するという部分の限界といいますか、問題といいますか、そういう部分の中で施設というふうになっているんでしょうけれども、この待機者の方はどうなんでしょうか、佐賀中部広域連合の方で。

○事務局

待機者につきましては、実はこの策定委員会の方からも本当の実数をつかみなさいということで、4月に広域連合圏内の各施設に問い合わせをいたしまして、重複申し込みについては除くということで計算したのが616名でございました。その後、若干ふえているかもわかりませんが、4月の時点で616名ということでございます。この中で、緊急、すぐに入る必要がある方がどれくらいなのかという問題があるわけでございます。私ども、施設長さんの御意見を聞きましたら、おおむね3人に1人は呼びかけをしたら入られますよというようなお話を賜っておりますので、少なくとも200名ぐらいの方たちはすぐ入る状況にあるんじゃないかなと思っております。

それと、さっき厚生労働省の方からの指針が出たというお話をいたしました。基本的には、いわゆる介護度の重い方、要介護3以上ぐらいの方と、どうしても家族介護力が弱いと、ひとり暮らし、あるいは介護されている方が病気ということで、そういう方についての入所の方向、そういう基準を保険者と事業者が話し合っつくるという指針が出されておりますので、私どももこれについては県内の7保険者、あるいは県を入れて協議し、そして老協の方々ともお話をし、工夫したといいますか、真に入所が必要な方が入るような基準づくりをまずやっていかんといかんと思っております。

それと、入所されている方の入れかわりというものもございまして、今のところ、50床芦刈の方にできますので、その辺を考慮すると、大体100床あれば何とかいいのではないかなと、そういうふうに推計をいたしているところでございます。

○会長

せっかくですから、トータルの施設のベッド数ですね、短期入所も含めるのかどうかわかりませんが、それに関して御意見何かないですか、この際ですから。

○策定委員

今のにちょっと関連してなんですが、事務局にちょっとお伺いをしておきたいんですが、現在施設に入所されておられる方々が、いわゆる要介護5までの段階がありますね。そういう中身として、どの程度の人たちがどの程度入っておられるのか、そこら辺を把握されておられるのかどうか。

確かに今の制度で言いますと、ある面で言うと施設の入所希望者を順次入れていっているという現状がありますんで、実際施設をふやしていくことで打開するということになると、直保険料にはね返ってくると、保険者負担の増に直結してくるといったことがありますんで、やっぱり入所についての基準といったもの、それから優先順位といったものを、ひとり暮らしでどうしても介護する人がおられないとか、そういったもの

を掌握しながら基準づくりを早急にやっけていかないと、施設増で対応をしていくと今後保険料は無限大に伸びてくるという危機感を持たざるを得ませんので、そこら辺について掌握されておられるのか。されていなければ早急に実態調査をされて、今後のそういった基準づくりに向けての資料として出していただいで、今後の介護保険運営の根幹にかかわる問題ですので、そこら辺の調査はなされたかどうか。

○事務局

私どもが調査をしている内容で介護度別には把握しております。

それと、その入所希望といひますか、今すぐ入りたいとか、三月以内、あるいは六月以内、あるいは六月以上という、そういうふうな希望につきましては把握はしておりますけれども、その方たちの家族において、どういうふうな家族介護力にあられるのか、その辺まではつかんでおりません。今後、当然のことながら、その辺を決めないことにはこの基準づくりはできないものと思っております。

それと、現在もなんですけれども、基本的には各施設である程度の入所基準をつくられてやっておられるわけでございますので、全体的に見ますと、やはり介護度が重い方が入られているなという、そういう印象は持っております。

○会長

基準づくりということで分けておりますけれども、何かほかに。

○策定委員

今、他の策定委員の方からちょっとお話がありました、1点目の入所順位ですが、県老協では入所決定要綱をつくることにしております。もう近々、草案が出ると思ひますが、基本方針は決めております。県の老協では、各施設ばらばらではいけないと、ある程度入所基準を示そうじゃないかということで、先日の役員会で、介護老人福祉施設の入所決定要綱というものをつくるようにいたしております。

その中で、先ほどからちょっと問題になっておりますが、一つの基準としては、まだこれは案ですけれども、まず入所待機期間が非常に長い人、これは原則として第一段階として考えていこうということにはしております。

それから、もう一つは居宅介護が困難な人。これはやっぱり優先的に入れてやるべきであろうと。その中でも特に高齢者だけの世帯、それから独居老人、それから同居家族の介護が住宅の状況等から非常に困難な人、このような人はやはり優先的に考えて入所すべきじゃないかということで、これも順位を決めております。

居宅介護が困難な人で1番目は独居老人、2番目が高齢者だけの世帯、3番目が同居家族で介護が住居状況で困難な人と、こういうことで1、2、3と順序を決めております。

それから、参考として、要介護度の高い人からじゃなくて要介護度を考慮しようということにいたしております。これは、高いから入れる、あるいは低いから入れないんではなくて、その人の家庭状況、本人の病状などを十分考慮に入れて入所を決めることが大切だということです。一概に要介護度の重い者から入れるということではいけないんじゃないかという意見が出ましたので、要介護度を考慮すると、こういうことにしました。

それから、年齢を考慮する。例えば100歳の人と60歳の人ということであれば、要介護度が同じであれば100歳の人から入所していただくといった緊急度や必要性を考慮するということです、もう間もなく老協の統一した入所判断基準の資料が出ると思ひます。

それから、先ほどちょっと話があつておりましたが、特別養護老人ホームあたりの10床増床ですね、これは他の策定委員の方からの意見書の中に書いてありますけれども、実はこれが非常に今困っているわけです。

というのは、御案内のように、新設の特養は原則全室個室ユニット型になりましたね。そうすると、どのくらいの負担率になるかといひますと、補助基準が一部改正になりました、例えば70人の入所の施設では、今まで法人の自己負担が270,000千円ぐら

いでよかったわけです。今度新型をつくりますと620,000千円自己資金が必要となるわけです。果たして、これで理事長とか理事さんたちがオーケーするかどうか、非常に今考えられているところです。

そうすると、特養をつくる人がこれから少なくなるんじゃないかと。620,000千円の自己資金が必要であれば少なくとも相当の資金を医療事業団から借りなければいけません。これを20年かかりで返還しなければいけないとなると、果たして特養をつくる人が手を挙げるかどうか、これが非常に問題になっております。

それから、そのかわり個室料は取っていいよというふうな厚労省の通知がありますが、これは御案内のように30千円から50千円取ってよろしいよとなっています。低所得者には減税あります。しかしながら、大体平均して30千円から50千円の負担増となります。今、特養では大体45千円から50千円ぐらいの負担かと思えます。これが80千円から90千円になります。あるいは100千円近くなる人もいます。そうすると、特養は入りにくくなります。いわゆる低所得者層を扶助しようということの特養であるのに、まさしく老健とか介護療養型病床群とか、そういうふうなところと同じような負担じゃないと入れないという矛盾が出てきております。今、県の老施協でもこれは非常に真剣に考えるべきではないかということで、他の策定委員の方の意見もありますように、現在の50床の特養をあと10床か20床か増やしたがいいじゃないか、増床すれば簡単じゃないか、少なくとも補助金も少なくてすむのではないかと。それを強く厚労省に要望しようということであります。

果たしてこれが実現するかどうかは分かりません。というのは、これまで特養の50床と20床のショートステイが義務づけられておりました、この20床のショートステイを5%ぐらいは特養入所はあててよいという特例も出ていますが、この緩和規定でなく、特養床としての増設を特養の問題として取り上げているところであります。

それから、先ほどの事務局から、介護療養型医療施設を19年度までに115床ぐらい増床する計画をしているとの説明がありましたが、これは別紙の策定委員の意見書にも書いてありますが、医療療養型病床群は老人保健施設に5年以内で移管しなさいと、あるいは、介護療養型にしなさいという特例の提案がなされていますが、これも非常にコスト高になってくる恐れがあるわけです。だから、これがコスト高になると同時に、先ほどから話があるように、施設をふやしますとどうしても保険料にはね返ってきます。だから、このあたりを今後考えていくべきではないかと思えます。

特養を増やすのもさることながら、もっとグループホーム、あるいは生活支援型のいわゆる高齢者生活福祉センター、こういうところをふやすべきではないかと思えます。例えば、要介護で要支援や自立に落ちた方、また、要支援の方、この人たちでも施設に入りたい人がいっぱいいるんです。あるいは、特養で要介護1で入っていて要支援に判定が覆されるということもあります。この人たちは行き場所がないんです。だから、それをフォローするために生活支援ハウス、いわゆるミニケアハウス、これなんかを整備する必要が将来出てくるだろうと思っています。

今の佐賀中部では、生活福祉センターの計画が全然ないわけですがけれども、もう既に富士町で生活福祉支援センターができています。今日見学してきましたが、立派な高齢者のための生活支援ハウスができておりました。そこにどなたが入られるかということ、今申しましたように要介護度に漏れた要支援の方、あるいは自立でお年寄りの特に男性の方のひとり暮らしです。これは低所得者向きの入所施設ですから、利用者負担費は高い人で30千円もあれば入れるわけです。年120万以下の収入の方は利用者負担はありません。光熱費等の費用は別です。こういうふうな施設を将来は整備すべきではないと思えます。

特養も大事、老健も大事、介護療養型も大事ですがけれども、それ以前の独立して生活できない人たちも我々は手助けをする時に来ているんじゃないかなということですよ。

○会長

一応、施設全体の枠組みということではいかがでしょうか。今これだけの数が、事務局が出してきた案がありますけれども、あと細かい部分に関して、また他の策定委員の御意見もありますので、それは後でちょっとお話をしたいと思っておりますけれども、この枠で、いわゆる施設入所の基準などを設けて、とりあえずこの枠でいいのかどうかということではちょっとお話を伺いたいんですけど、御意見……、その件に関してどうぞ。

○策定委員

特養で介護保険が創設されてから5年間経過措置の方がいらっしゃるでしょう。あれの介護度は別として、その人数の把握はしていらっしゃるんですかね。経過措置で5年間過ぎたら出なきゃいけないとかいろいろ何か……、その分と、さっき施設整備の数の問題ですから、そこいら辺と—あんまりないですか。

○事務局

非該当の方が1人と要支援の方が7名、合わせて8人おられます。したがって、さっき策定委員の方から出ておりましたように、この方々の受け皿といいますか、それが当然必要になってくると思っております、それぞれの市町村、2市2町の方々でございますので、ここはそういう受け皿づくりについてお話といいますか、それはやっているところでございます。

○策定委員

それから、他の策定委員がさっきおっしゃっておりました要介護度の平均ですね、これは全部統計としておまして、特養は3.23ぐらい、あるいは老健施設が2.85ぐらい、また介護療養型が3.64ぐらいとか、その統計は全部出ております。我々は、特養の方は特養の方で毎月必ず平均を報告する義務がありますので、それは出ておりますので、すぐわかります。

いずれにしても、介護度は介護療養型が一番高いですね。

○会長

施設サービスの量について、もうほかには御意見、大体こういうものだろうかということではよろしいのでしょうか。

○策定委員

やむを得んでしょうな。

○会長

ですかね。

ほかになければ、次に、他の策定委員の御意見というのは、その施設の中での移動といますかね、療養型病床群は非常に介護保険の費用にはね返るといような意見が出ておりますけれども、もうお読みになりましたかね、皆さん方。これに関して何か御意見ないのでしょうか。枠組みを変え、中を変えていくという話ですね。

○策定委員

これは、他の策定委員の意見というよりも老健協の意見というふうに思っていたいで結構だと思っておりますけれども、療養型病床群を老人保健施設の方に転換するという特例が、5年の猶予期間を設けると条件で介護給付費分科会提案されております。

これが特例老健に移行しますと、大体24億円ぐらいが介護保険の方にはね返るだろうというふうな積算が出ております。それだけ保険料が高くなるだろうというふうには思っております。ただ問題は、これは他の策定委員の方から意見として出しておりますが、療養型病床群を介護療養型にすべきなのか、あるいは老健施設に転換すべきであるかと、これが今求められているところですね。これは選択肢が二つあるわけですが、今ここに書いてあるのは、もう介護療養型病床群に持っていき整備は中止したらどうかと。それで、介護療養型じゃなくて、考えてみれば老人保健施設の方がよりベターじゃないかと、こういうふうな御意見ではないかと思っております。ここに理由も書いてありますが、介護療養型病床群については非常にコスト高になる、した

がって、若干コストの安い老人保健施設、この分に移行するのが建前じゃないかというふうなことだろうと思っています。そうすると、保険者もいいし、あるいはここに書いておりますように三方一両益、そういうふうな方向でいいんじゃないかというふうな意味合いだろうと思っています。これは正式な積算はしてはないんでしょうけれども、概算で見るとそういうことになりますよというふうな考え方だろうと思っています。

いずれにしても、医療療養型病床群は、老健か、あるいは介護型の病床群に移行したらどうかという分科会の提案ですから、これをどのように受け止め、対応するかは、先生方というか、法人の考え方ということになろうかと思えます。

○会長

この件に関して、ほかにいかがでしょうか。

○策定委員

今言われたことも、確かに介護療養型の分に関してコスト面から見ればそんなふうだろうと思いますが、やはり医療面から見た場合とか、いろいろ単純には割り切れない部分が十分にあるだろうと思います。

それで、老健のベッド数とか、そういったふうなことも、地域医療の策定委員会でいろいろカウントして何床ぐらいが必要だというようなことであって、また老健の方に簡単に移行するというふうなことも、ある程度高いハードルがあるんじゃないかと思えます。

というのは、療養型病床群であっても、やっぱり8平米ぐらいのスペース、それにいろいろサービスを必要とするリハビリ、あるいは食堂というようなことをつくれば、結構ベッド数の減少にはつながるかと思えますけど、経営の方にはかなりの打撃も来るだろうし、徐々にはそんなふうになるかもしれないけれども、一足飛びにはならないだろうと—ならないというか、やっていいのか悪いのか、私はわかりません。だけど、簡単に老人保健施設が今介護保険の中でどういったふうな役割を演じているかというようなことを考えれば、療養費が高い介護療養型、それにまたいろいろなサービスの面というようなことを考えれば、老健の機能というものが非常に中心的な役割を呈するんじゃないかと。施設サービス、在宅サービス、そしてリハビリテーションというようなことをすべて兼ね備えているから老健の方がいいんじゃないかというようなことになってくるだろうと思います。あとは、地域の老健の必要度合いによって、療養型病床群のあり方というものがまた変わってくるんじゃないかと思えます。

○会長

はい、ありがとうございました。

ほかに何かこの件に関して。

○策定委員

私も他の策定委員の方の意見になるほどというのものもあるんですけど、やっぱり医療の方も今非常に厳しい状況になっているので、いわゆる急性期と慢性期の病床区分の問題もあります。今、その介護施設が一元性ということ自体おかしいことで、後期高齢者が多くなって介護度がどうと言われても、今後患者さんにとって急変ということが非常に多くなってくるような状況になってくると思うので、先ほどから介護度が高いからどうか、低いからどうと言われてるのが僕はわからない。

今一番の問題は、介護療養型、いわゆる医療型と介護型がまだ非常に問題を生じているわけですね。実際それがどうなるかというのは、まだ先が見えない状態なんで、簡単に老健がいいとか、他の策定委員の方も特養の方で、それなりの意見はあると思うんですけど、これは医師会で議論すると非常にまたややこしい状況になるんです。

きょうはあくまでも介護保険の会なんで、いつもそれを断って僕は話ししているんですけど、本当に今、医療保険の方は介護保険よりももっと切実な問題になっているので、一応この他の策定委員の方の意見に全く私は同意見でもあるし、厚労省がそういうふうな新しいユニットタイプとか、非常に理想を持ってやられておるのはわかるん

ですけど、なかなか今の中部広域の現状としては、この策定委員の意見書のはいい点もあるし、他の策定委員の方がおっしゃったような老健への移行もありますけど、何しろ既存の施設を簡単にするという事はなかなか難しいんですよ。

現実には、私も八幡小路から兵庫に移ってこういう話をしているんですけど、そういうこともあると、既存の先生方が今後急性期はだめだから療養型に移すという、そこも一つは考えてもらわないと、その福祉施設を一方向的にやられると、ちょっとやっぱり非常に医師会としても困る。

だから、この辺は十分に考えていただいて、やっぱり地域に合うような施設づくりということだと思いますので、その辺、私は医師会の側の方から持っていく場合にはそういう意見がやっぱり重要だと思っておりますので、よろしく御検討ください。

○会長

社会的な入院そのものが非常に難しくなっておりますので、そういう流れもあるという中でこの介護療養型医療施設ということになります。何かこの際ほかにこの件に関していかがでしょうか。

○策定委員

以前、介護保険の開始前から、私は大和の方で特養の入所判定委員会の委員でやっていたんですけども、その入所判定委員会というものが、介護保険が始まってもう解散してしまって、各施設長の独断でよろしいというようにして非常に緩められたと、そういったふうなことであるけれども、今、他の策定委員の方から言われたように、いろいろ入所判定のスタンダードをつくっているんだというふうなことを聞きました。それはまことに結構だと思います。

それに、入所に関して非常にしやすくなったということはいいいんだけど、やはり本来の、もうある程度なったら軽い人も出られないというようなこと、在宅の方へ導くというようなことで、策定委員の方からもお話があったように、僕、話を聞いていて、近い将来にはまた入所判定委員会みたいな、そういうふうな会が特養にも必要になってくるんじゃないかと思えます。そういったふうなところで厳しくチェックして、実際本当に必要なのか、そうでないのかというようなことを、広域というか、いわゆる自治体とかで各種の委員を選別されて、また盛り上がってくるんじゃないかなというふうに感じておりましたけれども、これは将来の考え方であって、そうしなければ自分のところの経営を守ろう、守ろうというようなこともあるだろうと思えます。補助金をもらっている特養に関してはある程度いいかと思えますけれども、そこら辺のところ、非常に入りにくい人、困っていらっしゃる方を最優先的というような本来の特養のあり方、それをしっかり今後も守るべきじゃないかと思えます。

○会長

1番目の論点の方にも関係してまいりますので、特養の増床の考え方、ちょっと1番目、他の策定委員からも出されておりますけれども、これに関して事務局よろしいでしょうか。これに関して説明を。

○事務局

実は、15年度の整備に向けまして、これは例年なんですけれども、県の方から照会がありました。で、その通知はそれぞれの市町村と、それから医師会の方にもあっております。

そういう中で、佐賀中部広域連合におきましては、15年度以降の整備計画、県の支援計画の中には実はないわけでございますけれども、それぞれの保険者で現在15年度以降の整備について策定委員会を中心に協議がされているということで、一応希望があれば出していいですよというふうなことで照会がございまして、実は広域連合、圏内で新設というのが2カ所、東部の方からございました。そのほか4町村ですか、一応増床ということも実は上がってきてございまして、昨年度からでございますけれども、この施設整備につきましては幹事助役会、18市町村の中で幹事になっているところがございまして、その助役さん方に議論をしてもらって、一番ふさわしいところを

順位づけといいますか、1位、2位、3位と順位づけをしてもらうような、そういうシステムをとっております。

去年は、拠点のないところをまず埋めるべきだということで拠点整備が一番になりました。増床については議論にならなかったんですけども、今回は増床のところ、いわゆる待機者が多いところについても同等に扱うべきじゃないかというようなことで、幹事助役の中でも、いや、まだ拠点整備ができていないところがあるからそれを優先すべきだという意見と、いや、待機者が多いところを優先すべきだという意見に分かれまして、数回の議論があったわけなんですけれども、東部地区の方で、はっきり言いますと三田川町と東脊振村が今特養も老健もございません。ここを、それぞれ一つということじゃなくて、1カ所に絞ってといいますか、そういうことであれば再検討していいんじゃないかというような意見もありまして、最終的にですけれども、今年度につきましては、まだ東部地区でそういう拠点がなくところを一番にしようということで県の方に申請をしたということでございます。今後については、どういう基準でいくのかというのは、今後、助役会、あるいは首長会がございましてけれども、そこで議論をしようということになっておりますので、今回他の策定委員の方からこういう意見も出ておりますので、策定委員会の中の委員さんからこういう意見が出されたということは十分踏まえて、そういう場に提出をし議論をしていただきたいと、そのように思っています。

○会長

このことに関してほかに何か御意見ないでしょうか。施設に関してということで。

○策定委員

資料2の4ページなんですけれども、ここに施設利用者数の推計というのがあるんですけども、特定施設入所者生活介護がまだないということなんですけど、随分これはお値段がお安いですよ、ケアハウスよりもうんと安い。その分をふやして行って、そこに移行するとかというふうな、広域そのものの介護保険料を少しでも少なくしようということであれば、そっちの方の施設を整備していくために仕向けるというか、補助金だとか何かそういうふうな部分を考えて、こっちをふやしていくというふうなことは余り考えられないんですかね。

○事務局

特定施設入所者生活介護につきましてですけれども、さっきも言いましたように、ケアハウスですとか、あるいは有料老人ホーム、ここが特定施設入所者生活介護に移行するといいますか、そういう適用が可能であると思っております。現在、ケアハウスについては、9カ所345人分に域内はなっております。ここがどういうふうに関後転換といいますか、こちらの方に移行されるのか、私どもは徐々に進んでいくのじゃないかなというような、そういう期待感を持っておりますけれども、特別、補助金とかそういうところについては考えてはおりません。

それから、有料老人ホームですけれども、福岡の方では幾らかあるようですけれども、現在のところ、域内にそういうものをつくりたいという事業者の方がちょっとおられないということでございます。これにつきましても、我々は期待はしているんですけども、それに対して補助をするというようなところは、連合としてはなかなかやりにくいといいますか、それぞれの構成団体がございまして、特別ここに誘致したいというような市町村があればなされるかと思っておりますけれども、連合として補助をしていくところは今のところ考えておりません。

○策定委員

ケアハウスがこっちに可能であるということはみんな知っています。移行しない理由は何ですか。何だと思いですか。

○事務局

ケアハウスにつきましては、入所の段階といいますか、一応自立している方が入っておられると。ただ、今後そういう方についても要介護状態というような状況になられ

るかと思えます。そういう段階になられたらこちらの方に移られるのかなと、そういうふうにも思っておりますけれども。

○策定委員

私が認識している範囲を言いますけれども、私は入所料を計算してみたんですよ。ケアハウスの入所料と特定施設入居料とですね。ちょっと経営上難しい問題があるんですね。うんと介護度が高い方が入るとまあまあという感じですけど、そうすると人がたくさん要るし、その分でこの施設が進まない理由がそこにあるんじゃないかなと思ってるんです。この施設が現在進まないというのはそこで、この施設が本当は施設入所の中で介護保険料が一番安いんですよ。とすると、何らかの面でそこをふやす方向に持っていく方が、将来的には介護保険料が一番経済的ではないのかしらというふうに考えておりますが、ここ一、二年の問題ではなく、将来的な問題でそこいら辺を考えられないのかなというふうに考えます。

○会長

検討を要するという事によろしいでしょうか。（「はい」と呼ぶ者あり）
今まで施設を中心に来ましたが、居宅サービスに関しては御意見何かございませんでしょうか。居宅もいろいろ推計を出しておりますけれども、この方向性でいいのか、非常に施設介護とも関係してまいりますので、このサービス量で果たしていいものなのかどうか、いかがでしょうか。それぞれ伸びを出しておりますけれども、追加資料のあのイメージでもよろしいと思っておりますけど。短期入所と痴呆対応型共同生活介護でかなり上がっていくと、そういうことも書いてありますが、こういう方向性でいいのかどうか。

追加資料の2とかになりますね、短期入所サービスが6.4%が11.2%と、痴呆対応型共同生活介護が4.7%が8.3%というふうに書いてありますが、在宅の介護はこの方向性で本当にいいのか。

よろしいでしょうか。特に御意見ないでしょうか。—なければ、とりあえず次に進みましょうかね。

(3)の第1期計画の実績と課題について。また何かございましたら御意見承ります。

(3)よろしく願いいたします。

○事務局

それでは、資料3をお願いしたいと思います。

資料3ですけれども、「第1期計画の実績と課題」ということで書かせていただいておりますけれども、まず現行計画の評価分析がとにかく今回一番重要であるということで、この第2期の介護保険事業計画の中で1章を起こしてこれは掲げるべきものと考えております。

第3回の策定委員会資料で出しました、佐賀中部広域連合における介護保険事業計画の課題等を一応文章化したということで御理解していただきたいと思っております。これは、次回の5回に向けての一応たたき台ということで私どもつくったものでございます。

開いていただいて、まず目次ですけれども、大きな1番として介護保険事業の運営について、2番目が介護サービスについてということで、主に数値的なところの実績、それから浮かび上がった課題ということで書かせていただいております。

1ページですけれども、総人口、高齢者数及び要介護・要支援認定者数の推移でございます。一番下の方の図表2にありますように、総人口としては徐々に減っている。65歳以上人口については約2,000名、1,900名ほどふえているという状況です。この中で、前期高齢者が164名ほど減って後期高齢者が2,069名ふえていると。高齢化率も徐々に上がっておる。当然のことながら、認定者数、受給実人数についてもふえておると。受給率については82%前後と、そういう状況を示しております。

なお、真ん中の方の図表1では、第1期の計画推計値と実績値の相違ということで書いておりますけれども、平成12年10月で高齢者で約500名ほど違ってきております。実績

値の方が多いと。この大半が後期高齢者の部分だということでございます。それから、平成13年10月で約1,000名ほど違ってきております。平成14年10月というふうに書いていますけれども、実績値は14年8月の数値を入れて書いていますけれども、1,500名ぐらいになっているということで、500人ずつぐらいちょっとぶれが出てきているという状況でございます。

2ページお願いいたします。

要介護度別の全国との比較をレーダーチャートで示した分でございます。要支援が170近くまでいっているという状況です。それと、要介護1も全国より多い。要介護2は若干少なく、要介護3が全国並みといいますか、同じような状況。要介護4、要介護5が少ないというようなことで、要支援、要介護1が多いという佐賀中部の特徴が出ているところでございます。

それから、3ページですけれども、在宅・施設の利用者数及び費用の推移ということで書いています。

利用者、それから費用の方ですけれども、平成12年10月と平成14年1月の推移を見ると、人数、費用とも在宅の方の占める割合が大きくなってきていると、そういう状況を示しております。

4ページをお願いいたします。

介護給付費における計画額と決算額との比較ということで、一番下にグラフで書いていますけれども、平成12年度は計画額が決算額よりも8億円ほど多かったと、逆に決算は少なかったと。平成13年度は、ほぼ計画並みの決算になっていると。平成14年度は、決算見込み、予算なんですけれども、逆に多いというような状況でございます。トータルしますと455億円ぐらいですけれども、何とか3年間としてはおさまるのかなと。やや最近の伸びを見ますと、幾分不足も予想されるところでございますけれども、大体おさまっているという状況でございます。

しかしながら、中身を見てみますとかなり違っているということで、5ページにありますけれども、一番上が施設の方でございますけれども、介護老人福祉施設、介護老人保健施設につきましては、計画値よりも若干実績の方が多いという状況です。介護療養型医療施設については計画値の約7割にとどまっていると、そういう状況を示しております。

それから、図表7ですけれども、居宅の関係では計画値、これが認定者数でございますけれども、計画値よりも実績の方が多いという状況でございます。しかしながら、③、これが実際のサービスを利用している方ですけれども、少ないということをあらわしております。

それから、平均利用率のところですが、計画値が38%に対して46%、42%に対して49%ということで、見込みよりも実績の方が率が高いというような状況になっているということでございます。

6ページをお願いいたします。

介護サービスの方の基盤整備及びサービスの利用状況ということで書かせていただいておりますけれども、基盤整備については十分できていると、サービスの供給量は確保できている状況にあるということでございます。

訪問介護が74%から79%の達成率、通所介護・通所リハが122%・135.7%と、短期入所が45%・63%という状況ということで書いておりますけれども、ここの分につきましては、平成14年度に入りましては相当の伸びになっております。そのことについては、もう少し書く必要があるのかなと思っております。

それから、施設整備につきましては、平成13年度に脊振村に50床整備したということを書いております。今後の施設整備については、慎重に検討を進める必要があるというふうに書かせていただいております。

7ページ、8ページですけれども、グラフとレーダーチャートで示しております。

8ページを見ていただきたいと思っておりますけれども、佐賀中部の一つの特徴として、訪

問系サービスが全国に比べまして60%のところ、逆に通所サービスが140を越えていると、150ぐらいいっていると、そういうふうな特徴が出ております。

介護老人福祉施設、それから介護老人保健施設については佐賀中部の方が高いと。療養型医療施設についても若干高いと、そういうふうな状況を示しております。

9ページですけれども、先ほどいろいろ施設サービスについて御議論がありました。③の最後に書かせていただいておりますけれども、入所の優先順位をつける基準を設けるなどの検討が必要と、そのように思っております。

図表12では、本人だけの単身の方が一番希望が多い。なお、その他ということで、高齢者のいない家族（本人以外に65歳未満の家族と同居している世帯）にあっても9.3%、約10%の方が施設を希望されている状況があるということを示しております。10ページですけれども、その理由といたしますか、どうして施設希望なのかということの中で、家族はいるが、十分に介護ができないとか、24時間の介護が必要だからと、その辺が出てきております。

主な介護者の就労状況で、約半分の方が仕事をしていると、そういうふうな状況もあるというものでございます。

11ページですけれども、居宅サービスについてでございますけれども、課題としては医療系サービスの利用、これが低いということでございます。ドクター、あるいはケアマネジャーとの連携のもとに利用促進を図ることが重要というふうに思っています。

それから、短期入所については非常にふえてきておりますので、利用増が見込まれると。

それから、居宅介護サービスの利用についてですけれども、単体メニューが60%を占めているということでございます。これについては利用者のニーズ、あるいは身体状況に合った複数のサービスの組み合わせというのが今後の課題ではないかなということでございます。

それから、福祉用具の貸与・購入、住宅改修については、身体状況に応じた適切な利用促進ということが重要と思っております。

それから、特定施設入所者生活介護、痴呆対応型共同生活介護につきましては、先ほども出ておりますけれども、質、量ともに充実させることが必要という、そういう認識は持っておるところでございます。

それから、在宅サービス受給者の限度額に対する率につきましては、全国よりも8%ほど高いという状況でございます。

それらを裏づける高齢者要望等実態調査の分を、12ページ、13ページに書いておるところでございます。

14ページ、その他でございます。

今回、高齢者要望等実態調査をした中で、全体の36.8%、約4割ですけれども、老老介護の状況にあるということ。それから、介護期間が思った以上に長いといえますか、31.6%の方が5年以上という長期にわたっておられると。それから、介護者の21%が病弱という状況であるということがわかっております。

それから、要支援、要介護状態になった主な原因ですけれども、脳卒中が一番でございますけれども、特に女性で関節炎、あるいは骨折・転倒というのが際立っているというのがございます。ここらあたりが介護予防のポイントになっていくのではないかなと思っております。

それから、一般高齢者の3.4%が日常生活に何らかの支障を来すというような状況でございます。ここらあたりが最近の認定者の伸びにも結びついていくのではないかなと思っております。

今後の対応としては、医療保健、福祉の連携、それから介護予防への取り組みが重要と、そういうふうな課題が出てきていると思っております。これが第1期計画の実績と課題ということで、一応たたき台的につくっておる分でございます。

以上です。

○会長

何かほかに、これにつけ加えるようなものはありませんか、委員さんの中であれば。また、個別でもよろしいと思いますけれども。

じゃあ、もう4まで行ってしまいませんか。

○事務局

それでは、資料4でございます。

「介護保険のよりよい運営のために」ということで、これにつきましては現計画の中にもうたい込まれておりますけれども、第2期の介護保険の運営におけるポイントといいますか、特にこういうところに力を入れていきたいというところを掲げる分でございます。

裏の方に目次を書いていますけれども、一つが利用者本位のサービスの充実について。それから、介護保険の理念であります在宅介護の推進のために。それから、広域連合と構成市町村が一体となった元気高齢者づくりのためにということでございます。

まず、利用者本位のサービスの充実についてということで、一つが需要増を見込んだ基盤の整備。

この中で、在宅重視という中では、訪問介護の24時間対応、あるいは医療系訪問サービスの利用拡大ですとか、住環境の整備、それから特定施設入所者生活介護や痴呆対応型共同生活介護、これらの整備を進めることが重要とうたっております。

2ページのサービスの質の向上ですけれども、幾分サービスが薄いと言われる中山間地ですが、基準該当居宅サービス提供事業者として指定していくということを書いております。

それから、心のケアというふうなところでは、福祉分野で活躍するボランティア、あるいはNPOがありますので、これらとの重層的なサービス提供体制の整備ということを書いています。声かけとか、ごみ出しとか、配食サービス等々があると思っております。

それから、ケアプランの質的向上ということで、さっきもちょっと言いましたですけれども、単体メニューが非常に多いというようなことで、ここらあたりの改善が必要であろうと。そのためには、介護保険のかなめを握っているケアマネジャーへの支援というふうなことも必要かなということで、ケース検討会、意見交換会等の開催ということで書いているところでございます。

それから、佐賀県介護保険事業連合会との連携ということで、それぞれの団体ごとに協議会等をつくられておまして、その連合体としての事業連合会がございまして、この例えはIT研修会ですとか、介護予防研修会等の実施をお互いにやっていて、介護サービスの質の向上を目指していくということにいたしております。

3ページですけれども、これは現計画の中でも一つの課題としてありますが、指定権限の委譲ということで、厚生労働省も保険者に持った方がいいんじゃないかなというような、そういう意見も出しております。今後とも検討と協議をしていきたいと思っております。

それから、⑤の痴呆対応型共同生活介護の質的・量的向上ということですが、この10月から第三機関による評価というのが導入されるということになっております。

4ページですけれども、よりよい介護保険制度のための環境整備ということで、その中で要介護認定の公正性・公平性の確保ということでございます。

独自のコンピューターシステム、それから審査会の委員長・副委員長会議等、熱心に取り組んでおまして、スムーズな運営ができているところでございますけれども、今後とも公平性を維持していくということでございます。

それから、相談及び苦情・不満の解決ですけれども、これにつきましては平

成12年11月から介護相談員を設置しておりますが、相談員の活動のあり方等についても工夫をしていきたいと思っております。

③ですけれども、高齢者の権利擁護。これは、介護保険制度ができますときに同時、並行的につくられた制度ですけれども、地域福祉権利擁護事業、あるいは成年後見制度というものがございまして。これらのPR、支援をしていく必要があると思っております。

④ですけれども、利用促進を図るための情報提供基盤の整備ということで、ホームページ、それから介護保険べんり帳、情報誌の「ささえ愛」等を出しております、できるだけ迅速に情報提供をしていくようにいたしております。それと同時に、情報公開条例、それとその裏腹にあります個人情報保護条例、これを制定したところでございまして。

今後の課題としては、第三者的機関によって評価した情報の提供というのにも必要になってくるのではないかなと思っております。

それから、運営協議会ですけれども、チェック機関として会合を開いていただいておりますが、今後とも制度の円滑な運営のために審議をしていただきたいと思います。

⑥ですけれども、これはさっき出ておりました施設入所の基準づくりでございまして。7ページですけれども、在宅介護の推進のためにということで、在宅介護重視の推進ということで、一つはさっきも書いておりましたけれども、訪問介護の24時間対応ですとか、医療系訪問サービスの利用拡大、それから住宅改修については受領委任払いというのを行っておりますけれども、福祉用具の購入についても、できるだけ使いやすいような形での受領委任払い化も検討する必要があると思っております。

②ですけれども、在宅復帰事業の取り組みということで、老健等から自宅に帰ると、帰りたいということで試してみようかという方もいらっしゃると思っております。そういう方々に在宅復帰家族支援事業を実施していくことにいたしております。

8ページですけれども、医療・保健・福祉ネットワークの促進ということで、これは医師会の先生方からの御提案がございまして、非常に大事なことといたしますが、非常にいいことだろうと思っております。本広域連合がその仲介役を担うということで、徐々にですけれども、利用が始まっているところでございまして。

それから、9ページ、介護者団体の周知及び支援ということで、介護者を抱えている方々が自主的にぼけ老人を抱える家族の会等をつくられております。こういう会の存在を今まで知らなかったというような方もいらっしゃいますし、そういうことのPRと、そういう団体を立ち上げたいというようなことであれば支援をしていくということで、介護者の精神的負担の軽減を図っていききたいと思っております。

10ページですけれども、広域連合と構成市町村が一体となった元気高齢者づくりということで、介護予防と健康づくりをやっていくということにいたしております。特に11ページですけれども、介護予防研究会というものを立ち上げておりました、介護予防の推進に努めていくというふうにはいたしております。

12ページですけれども、現計画の中に地域リハビリ事業ということでうたわれておりますが、実は佐賀県の方で既に佐賀県寝たきり予防・地域リハビリテーション推進会議ができて、都道府県に1カ所ですけれども、支援センターをつくる、それから保健所管内に1カ所広域支援センターをつくっていくという構想になっておりました、近々そういう指定もされるようになっております。広域連合としては、推進会議の方で展開されますいろんな施策等に参加をしながら、地域リハに寄与していきたいということで書かせていただいております。

介護保険のよりよい運営のためにということで、現段階ですけれども、たたき台としてつくったものでございまして。

以上でございまして。

○会長

はい、ありがとうございました。

議題と(3)と(4)に関して、まだ何か足りないよとか、そういう話はないでしょうか。介護予防研究会のこの資料は、もう説明はこれ以上しなくてよろしいですか。新しい追加資料に載っておりますけれども、いいですか。

○事務局

そしたら、介護予防研究会、ここにどういう人たちをとということで、おおむね元気な高齢者の方を対象に、1教室20名から30名ということで計画を今しております。65歳以上の方のクラスと65歳未満の方のクラスということで2カ所ずつ計画を組んでおります。9月末から開始をいたしまして3カ月間実施をするということで、評価も合わせてやりたいということで、取り組んだとき、それから教室が終了するときということで体力測定等も行うようにしております。

内容的には、ここに1回目、2回目、3回目以降というふうに書いておりますけれども、佐賀医科大学、それから佐賀大学の体育の先生方に顧問になっていただきまして、運動等を取り入れた教室ということを考えております。準備運動、ストレッチ、それから筋力アップ、持久力アップのプログラム、インストラクターの方を中心に体操等をやりながら筋力をつけていくというふうに考えております。

ここに、ライフコーダの説明というのにも書いております。これは、運動の時間、それから量、歩行数、そういうふうなものを測定することで、全体の1日の消費カロリー等をはかるものです。こういうことをしながら、その方個人の生活を見直していただくきっかけづくりということで計画しております。こういうふうなのを最初と最後ということで評価もやっていく予定です。

この裏の方には、14年度の研究会のスケジュールを示しております。今年度は、神埼町、大和町、佐賀市、久保田町で取り組むようにしております。実績が出ましたときには、早急に市町村ですとか、皆さん方に御報告をしていきたいと思っております。

○会長

はい、どうもありがとうございます。大いにやっていただきたいと思っております。

(1)から(4)について大体一応説明終わりましたが、通して何か御意見いかがでしょうか。

○策定委員

これは、資料3の4ページ。給付費の計画額と決算額ということで上がっておりますけど、平成14年度、実績170億円、見込み162億円。このペースで上っていったら、もう当然将来はマイナスという形が生まれてきます。それに対して、来年4月から65歳以上の方の保険料改定がなされますが、この改定と今の中部広域連合との絡みと、佐賀県からはまだその数字が出ていないんですね。

これ、全国的なものを一つ持ってきたんですが、佐賀県は公表せずとこれまでなっております。これが9月10日付の新聞ですけど、そのことで中部広域としての算定といえますか、将来的な幅ですね、一応上がり幅は330円と全国ではなっとるんですね。ところによっては3千円も上がる場所があるという新聞記事を見ております。それで、佐賀県の考え方と中部広域連合の考え方は当然一緒になろうと思っておりますけれども、中部広域連合ではどういう方針を出されておるか、ちょっとお伺いしたいんですけど。

○事務局

委員さんがおっしゃったのは、厚生労働省が発表した数値を新聞の方で出されておりましたあの分だと思っておりますけれども、保険料そのものが今幾らというのがなかなか言いにくいといえますか、その報酬が決まっていないというのがまず一つございます。それと、報酬が決まっていないというのが一番大きいのと、いわゆる保険料算定には後期高齢者の割合ですとか、所得段階別の分布状況、これが全国とどうなのかというようところがございまして、今どのくらいというのが非常に言いにくいわけで、佐賀県としては誤解を招いたらいかんというようなこともあって、公表はしないということで統一をされたところだと思っております。

で、私ども、今じゃあどのくらいになるのかと言われますと、資料2のところ、さっき言いましたように2ページですけれども、平成16年度の事業費を推計しています。

平成13年度が現第1期の真ん中なんですけれども、平成16年度が2期の保険料算定の真ん中の年度になりますけれども、22,058,000千円と。それで、今が17,332,000千円ということで27%程度実は上がっているわけでございます。ただ、ストレートにそうはならないんじゃないかなとは思っておりますけれども、25%程度保険料が上がるというふうには推定しております。

○会長

よろしいでしょうか。（「はい、わかりました」と呼ぶ者あり）

今後の流れといいますかね、完全じゃありませんけど、それぐらい上がるだろうと。この流れでいけば間違いないだろうと思います。

○策定委員

介護給付費の比較ところ、今の4ページですけど、12年度、13年度の分で大体予想に近いと言われていましたけど、中身がうんと違うということで、5ページに介護療養型医療施設の予想と実績がうんと違いますけれども、これの14年度の分のこの予想の中では修正はしてあるんですか。これがうんと実績が低くて上がっているということは、ほかの部分が上がっているということなんですけれども、この平成14年度の予想値としては、ここいら辺の修正はなさっているんですかね。

○事務局

第1期、確かにトータル的に見ると45,500,000千円になるのじゃないかなと思っておりますけれども、さっきも言いましたように、中身的にはかなり予想と外れていたと。その中で大きなところが、今言われたように介護療養型医療施設あたりが予想とは相当違っていた。ところが、逆に増の要素といいますか、平均利用率は思ったより高かったとか、利用者の数は少なかったとか、そういうふうな中身的にいろいろ計画と実績に差があったわけですけれども、今回は実績を基本にしておりますので、それを踏まえたところで推計はいたしております。

○会長

大体もう時間が参ってまいりましたけれども、一応きょう報告のありました1と2のサービス量の推計という方向性で中間報告と。また今後、介護報酬等出てまいりますので、具体的な保険料の問題とか、もしくは保険料の徴収の仕方等を今後検討していくことになると思います。

事務局、その他ということで何かございますでしょうか。

○事務局

お手元にお配りしておりますけれども、次回をまず決めていただきたいと思います。次回までに、個々の委員さん方、きょうの資料等についてのことでまた御意見等ございましたら、書いていただきまして、ファクス等で送っていただければ非常にありがたいと思っています。第5回事業計画策定委員会に向けた意見・提言ということで、「第1期計画の実績と課題について」と「介護保険のよりよい運営のために」ということで紙をお配りしておりますけれども、これをお願いしたいと思っています。一番下の方に、よろしければ委員さんのお名前を書いて、ファクス等で送っていただければありがたいと思っております。

それから、今さっき言いましたように、次の第5回目ですけれども、よろしければ12月2日の月曜日、また同じく3時からお願いしたいと思っておりますけれども。

○会長

以上でしょうかね。そういうことでよろしいでしょうか。

では、本当長い時間お疲れさまでした。次回12月ということでまた御審議お願いしたいと思っております。

きょうは本当に御協力ありがとうございました。

午後4時58分 閉会

計画年度における高齢者人口及び 要介護（支援）認定者数の推計

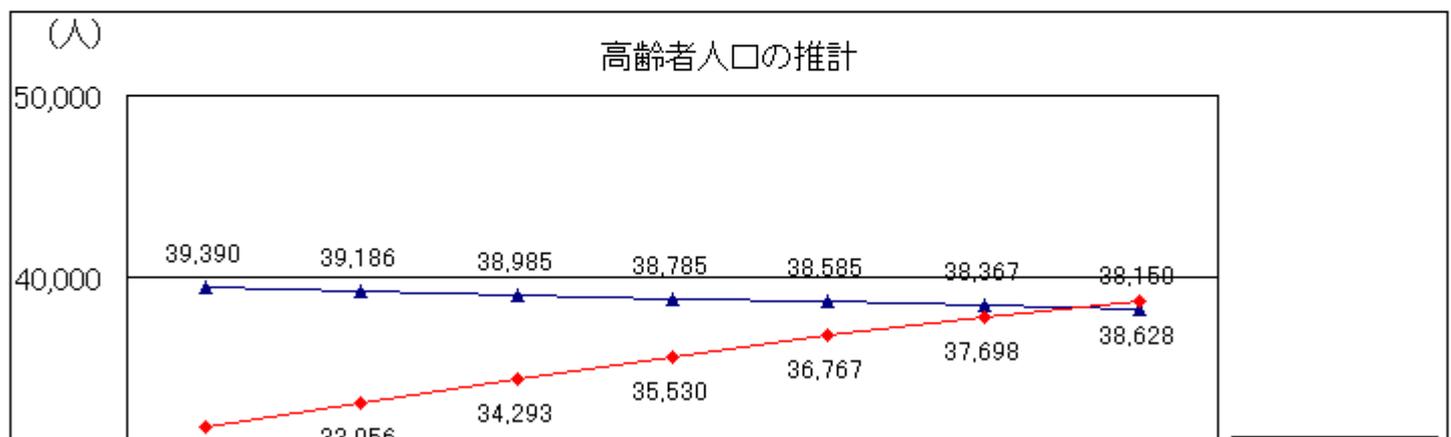
佐賀中部広域連合 第4回策定委員会資料

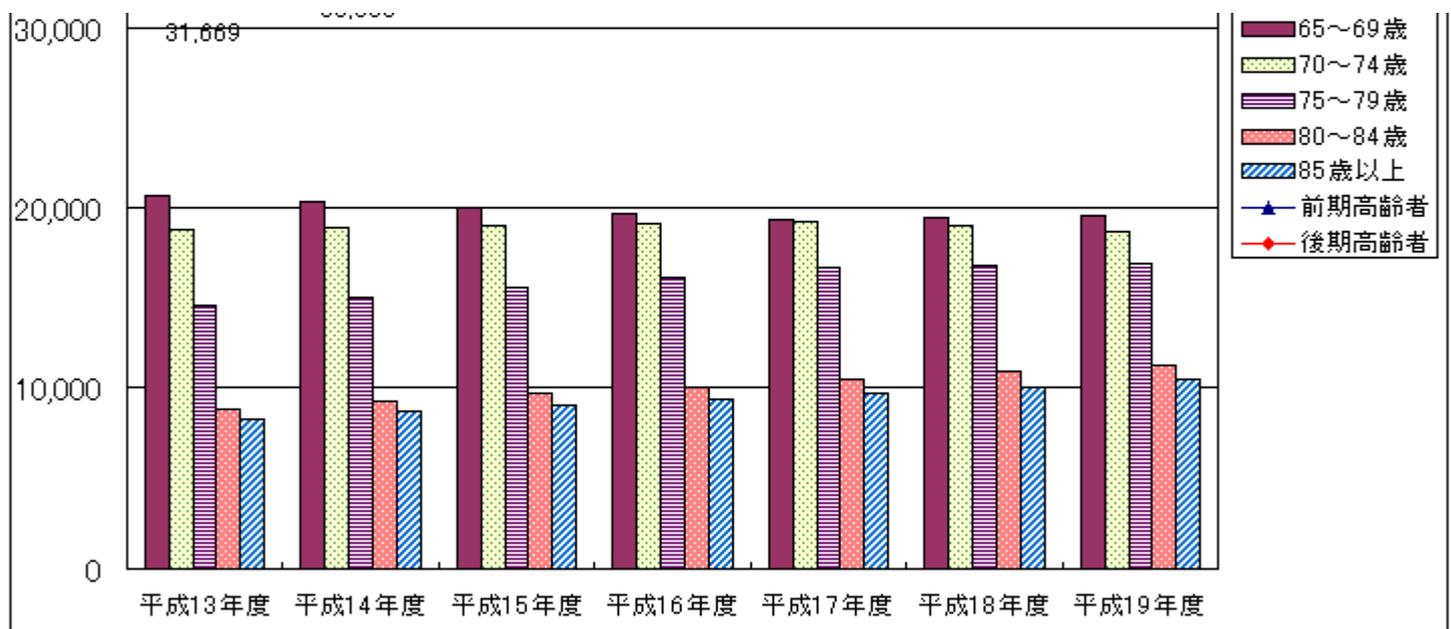
1. 計画年度における高齢者人口の推計

平成7年及び平成12年の国勢調査の結果並びに平成13年10月の佐賀県推計人口をもとに、コーホート要因法により佐賀中部広域連合域内の高齢者人口を推計した。

65歳以上高齢者人口（第1号被保険者）の5ヵ年間の推移は、計画初年度（平成15年度）から計画最終年度（平成19年度）まで、3,500人の増加となっている。

また、前期・後期の年齢区分別でみると、前期高齢者が約800人減少しているのに対し、後期高齢者は約4,300人の増加となっている。



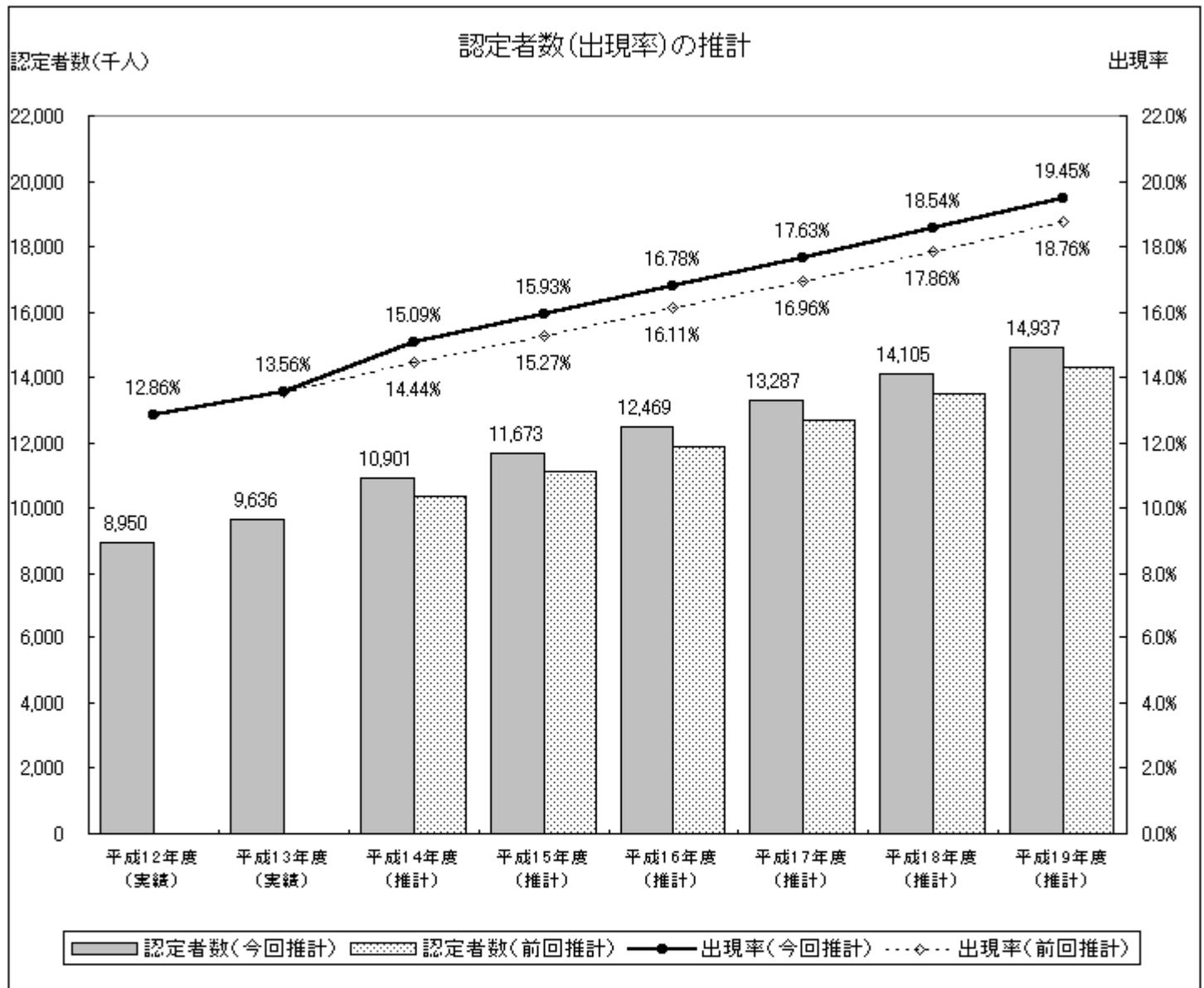


(単位:人)

区分		平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度
第1号被保険者	前期高齢者	39,390	39,186	38,985	38,785	38,585	38,367	38,150
	65~69歳	20,618	20,348	20,013	19,679	19,344	19,434	19,525
	70~74歳	18,772	18,838	18,972	19,106	19,241	18,933	18,625
	後期高齢者	31,669	33,056	34,293	35,530	36,767	37,698	38,628
	75~79歳	14,574	15,033	15,564	16,095	16,626	16,745	16,863
	80~84歳	8,788	9,252	9,659	10,067	10,474	10,881	11,288
	85歳以上	8,307	8,771	9,070	9,368	9,667	10,072	10,477
	第1号被保険者計	71,059	72,242	73,278	74,315	75,352	76,065	76,778
高齢化率	19.57%	19.99%	20.32%	20.65%	20.97%	21.25%	21.53%	
第2号被保険者	40~64歳	119,097	118,525	118,532	118,539	118,546	118,378	118,209
総人口		363,091	361,342	360,646	359,951	359,255	357,902	356,548

2. 要介護認定者数（出現率）の推計

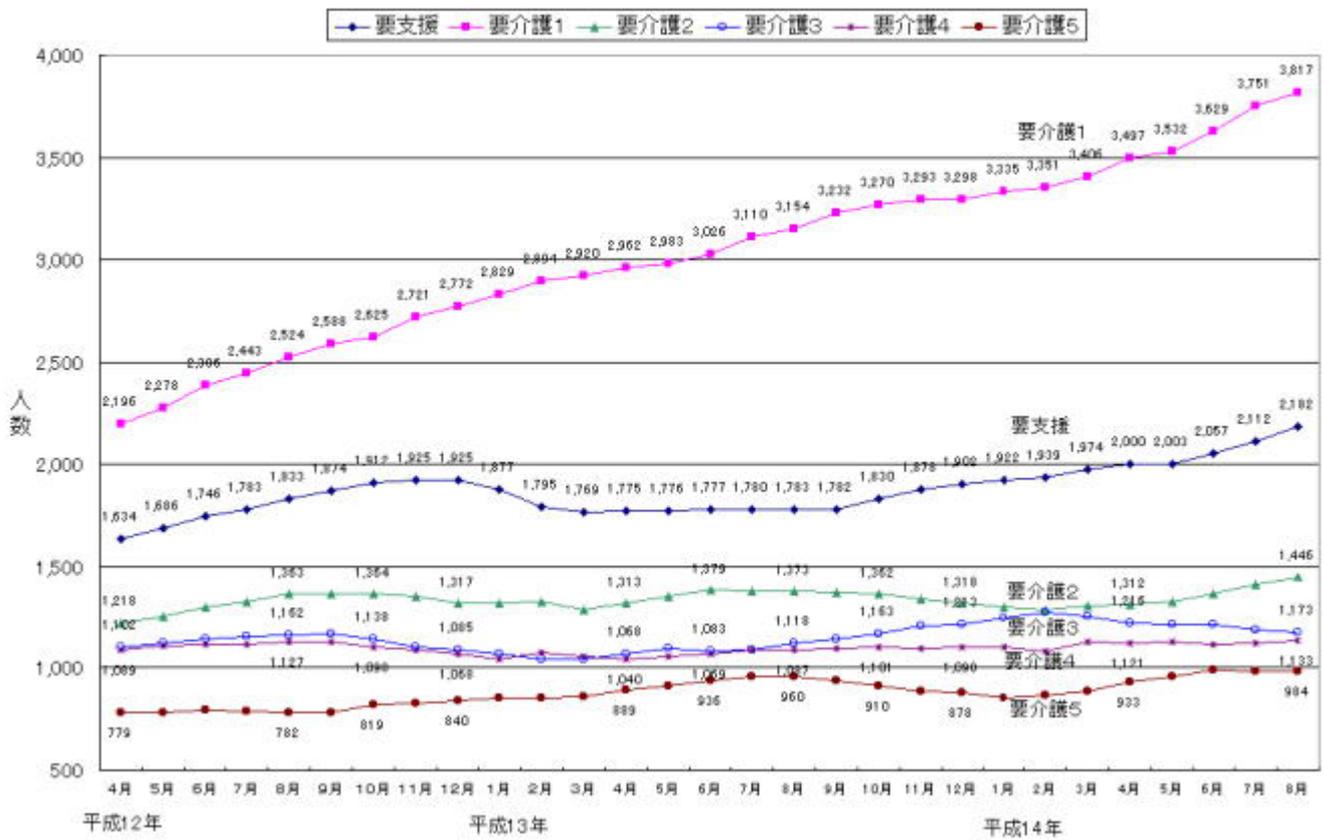
佐賀中部広域連合域内における要介護認定者数を各年の出現率をもとに推計した。
出現率は、平成13年1月と平成14年1月の差の伸び率により推計している。（毎年約0.8ポイント増）



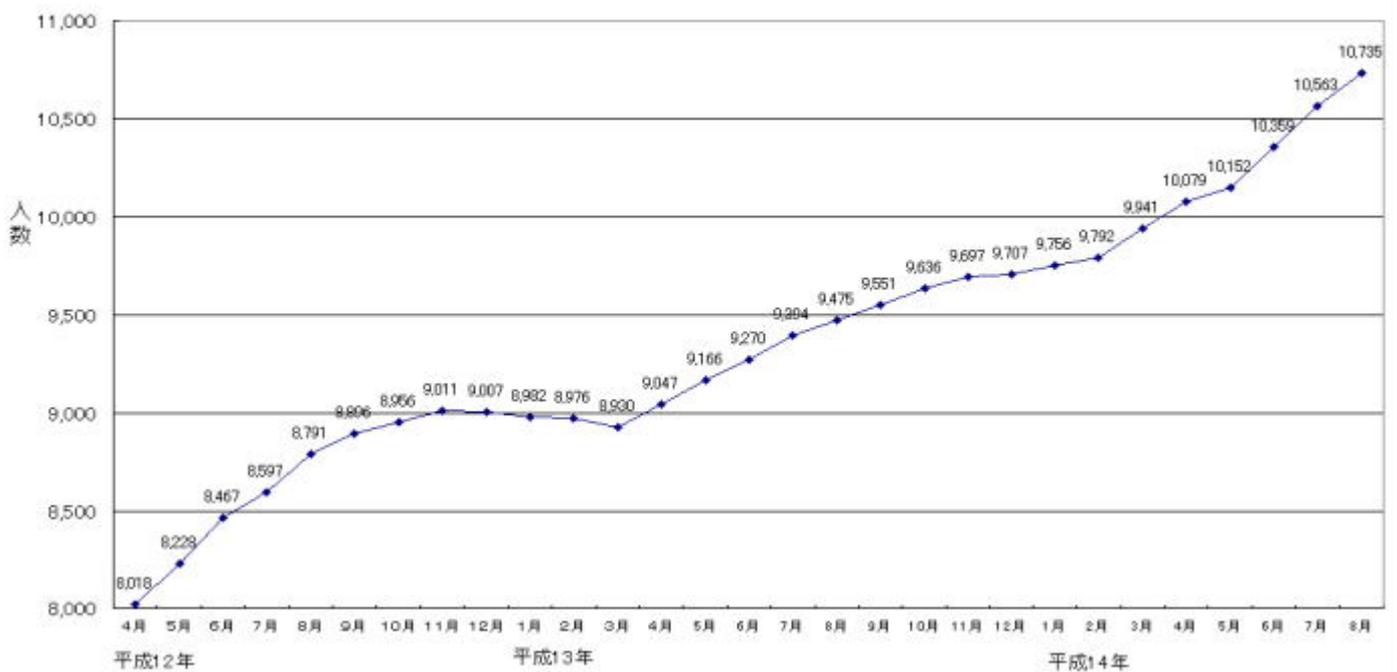
(単位:人)

		平成12年度 (実績)	平成13年度 (実績)	平成14年度 (推計)	平成15年度 (推計)	平成16年度 (推計)	平成17年度 (推計)	平成18年度 (推計)	平成19年度 (推計)
認定者数	認定者数(今回推計)	8,950	9,636	10,901	11,673	12,469	13,287	14,105	14,937
	認定者数(前回推計)			10,355	11,108	11,885	12,687	13,487	14,301
出現率	出現率(今回推計)	12.86%	13.56%	15.09%	15.93%	16.78%	17.63%	18.54%	19.45%
	出現率(前回推計)			14.44%	15.27%	16.11%	16.96%	17.86%	18.76%

介護度別認定者数推移



認定者数推移



介護保険事業費の推計

佐賀中部広域連合 第4回策定委員会資料

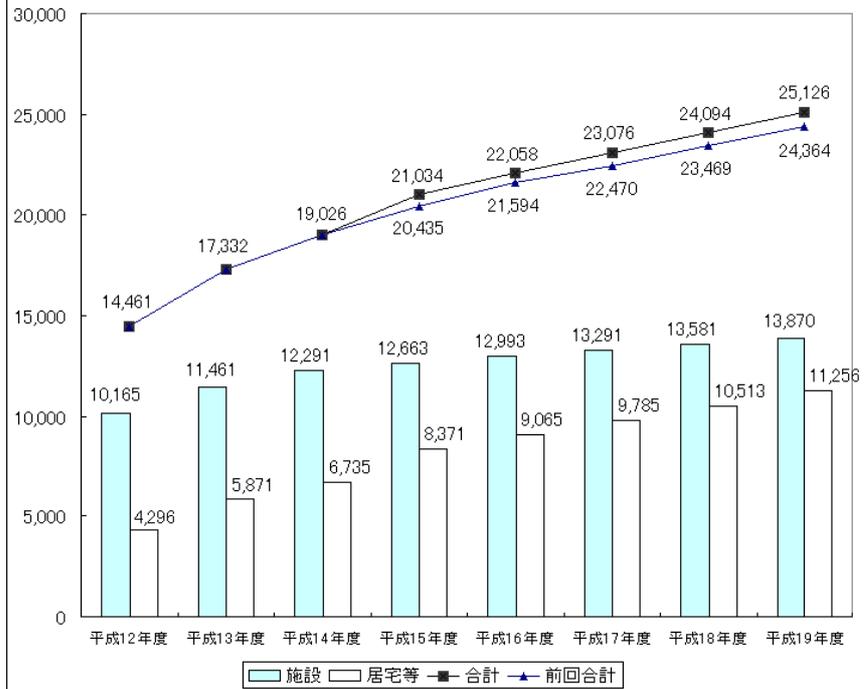
1. 事業費の推計

第3回策定委員会では、介護サービス量等の中間値報告をもとにした事業費推計としていたが、今回は、施設サービス及び各居宅サービスについて、最終見込み値に向けて個別に精査した。そこで以下に主な変更点を挙げる。

- ・施設サービスについては、現在の施設入所申込み者のうち、真に入所を必要とされる方等をさらに分析し直して、適切な利用見込者数を推計し事業費を算出した。
- ・通所介護生活介護・短期入所療養介護及び通所リハビリテーションについては、高齢者要望等実態調査での今後の利用希望の伸び率を加味して事業量を2%増加させた。
- ・短期入所や居宅療養管理指導については、前回推計時より給付実績の伸びがさらに増加傾向にあることから、それぞれ事業量を8%、3.5%増加させた。
- ・福祉用具貸与についても、利用件数の増加及び高齢者要望等実態調査での今後の利用希望の伸び率を加味して事業量を10%増加させた。

計画年度における施設・居宅サービス等の費

単位:百万円



※ 平成12年度は、11ヶ月分を集計している。

単位:百万円

区分	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度
前回合計	14,461	17,332	19,026	20,435	21,594	22,470	23,469	24,364
合計	14,461	17,332	19,026	21,034	22,058	23,076	24,094	25,126
施設	10,165	11,461	12,291	12,663	12,993	13,291	13,581	13,870
居宅等	4,296	5,871	6,735	8,371	9,065	9,785	10,513	11,256
施設割合	0.70	0.66	0.65	0.60	0.59	0.58	0.56	0.55

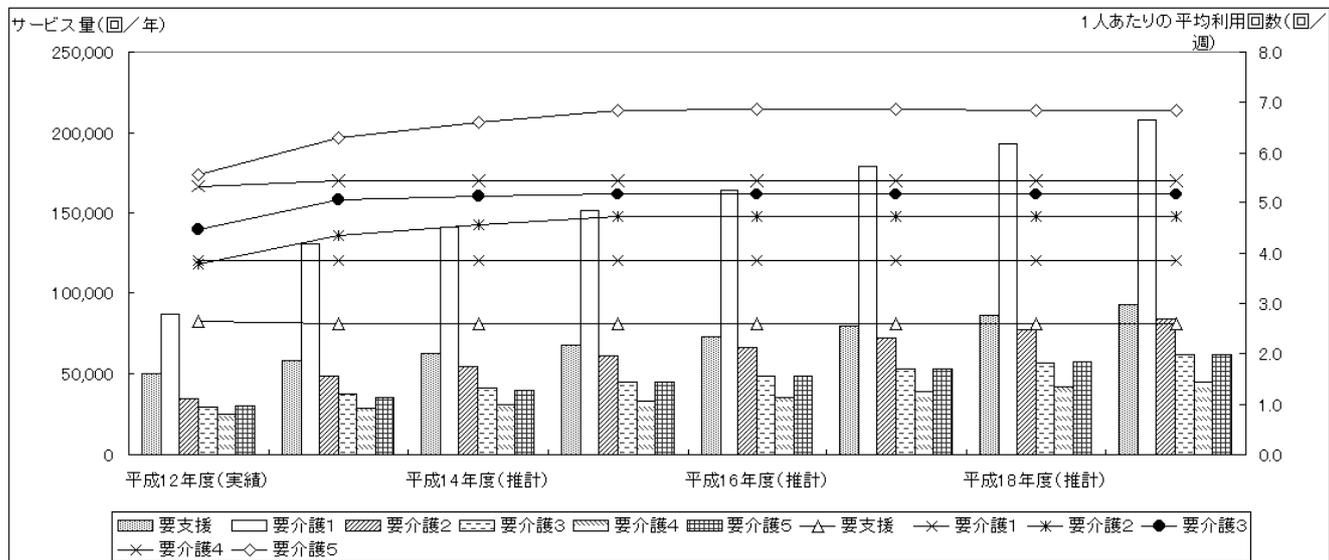
各年度の対前年度比

区分	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度
合計	1.20	1.10	1.11	1.05	1.05	1.04	1.04
施設	1.13	1.07	1.03	1.03	1.02	1.02	1.02
居宅等	1.37	1.15	1.24	1.08	1.06	1.07	1.07

	平成13年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度
65歳以上人口	71,059人	73,278人	74,315人	75,352人	76,065人	76,778人
要介護認定者数	9,636人	11,673人	12,469人	13,287人	14,105人	14,937人
要支援	1,830人	2,225人	2,252人	2,274人	2,277人	2,271人
要介護1	3,270人	4,455人	5,020人	5,611人	6,214人	6,838人
要介護2	1,362人	1,413人	1,375人	1,333人	1,286人	1,233人
要介護3	1,163人	1,392人	1,584人	1,783人	1,993人	2,213人
要介護4	1,101人	1,203人	1,259人	1,315人	1,376人	1,439人
要介護5	910人	985人	979人	971人	959人	943人

サービス種類	平成13年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度
①施設サービス						
指定介護老人福祉施設	1,138人	1,175人	1,203人	1,229人	1,252人	1,272人
介護老人保健施設	1,204人	1,250人	1,270人	1,284人	1,293人	1,298人
指定介護療養型医療施設	399人	500人	525人	550人	580人	615人
総費用(食事費用分を含む)	11,460,476,040円	12,662,637,170円	12,993,332,560円	13,290,824,185円	13,581,515,878円	13,870,472,466円
②居宅介護支援	5,303人	6,624人	7,182人	7,761人	8,344人	8,940人
総費用	448,972,620円	573,154,727円	621,436,783円	671,535,905円	721,981,136円	773,551,217円
③居宅サービス						
訪問介護	338,920回	433,645回	470,068回	508,042回	546,208回	585,213回
訪問入浴介護	2,374回	3,253回	3,526回	3,811回	4,096回	4,389回
訪問看護	27,927回	35,740回	38,742回	41,870回	45,018回	48,232回
訪問リハビリテーション	3,817回	5,143回	5,573回	6,024回	6,477回	6,939回
通所介護	221,237回	323,449回	350,617回	378,938回	407,406回	436,500回
通所リハビリテーション	172,718回	225,089回	243,994回	263,705回	283,514回	303,760回
短期入所サービス	48,703日	78,627日	85,230日	92,114日	99,035日	106,108日
福祉用具貸与	143,040,430円	202,145,230円	219,124,320円	236,825,390円	254,616,660円	272,799,520円
居宅療養管理指導	343件(人)	378件(人)	410件(人)	443件(人)	475件(人)	509件(人)
痴呆対応型共同生活介護	86人	220人	230人	240人	250人	260人
特定施設入所者生活介護	1人	8人	14人	20人	25人	30人
総費用	5,227,642,830円	7,564,519,843円	8,185,945,468円	8,831,422,746円	9,479,354,051円	10,139,501,523円
④その他						
福祉用具購入費給付額	19,955,810円	23,947,000円	26,342,000円	28,936,000円	31,930,000円	35,123,000円
住宅改修費給付額	68,434,297円	82,121,000円	90,333,000円	99,229,000円	109,494,000円	120,444,000円
高額介護サービス費給付額	76,406,797円	91,687,000円	100,856,000円	110,789,000円	122,250,000円	134,475,000円
算定対象審査支払手数料	29,977,672円	35,974,071円	39,571,408円	43,468,660円	47,965,389円	52,761,916円
総費用	194,774,576円	233,729,071円	257,102,408円	282,422,660円	311,639,389円	342,803,916円
合計	17,331,866,066円	21,034,040,811円	22,057,817,219円	23,076,205,496円	24,094,490,454円	25,126,329,121円

サービス種類	平成13年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度
①施設サービス	11,460,476,040円	12,662,637,170円	12,993,332,560円	13,290,824,185円	13,581,515,878円	13,870,472,466円
②居宅介護支援, ③居宅サービス, ④その他	5,871,390,026円	8,371,403,641円	9,064,484,659円	9,785,381,311円	10,512,974,576円	11,255,856,656円

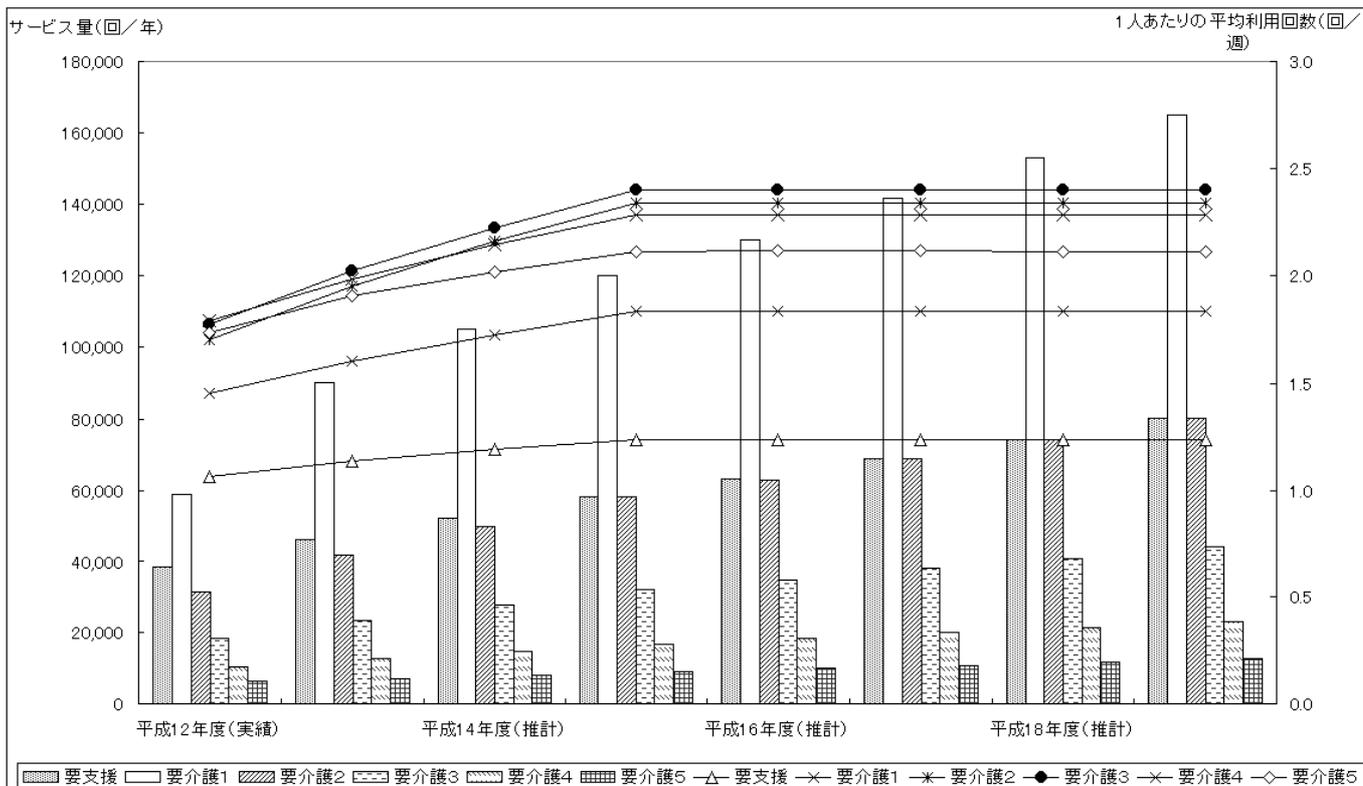


	平成12年度(実績)			平成13年度(実績)			平成14年度(推計)			平成15年度(推計)			平成16年度(推計)			平成17年度(推計)			平成18年度(推計)			平成19年度(推計)		
	サービス 実績	利用人数	平均利用 回数	サービス 実績	利用人数	平均利用 回数	サービス 必要	利用人数	平均利用 回数	サービス 必要	利用人数	平均利用 回数	サービス 必要量	利用人数	平均利用 回数									
合計	256,790	1,409	3.80	338,920	1,651	3.95	386,283	1,856	4.00	433,645	2,062	4.04	470,068	2,235	4.04	508,042	2,417	4.04	546,208	2,598	4.04	585,213	2,783	4.04
要支援	50,336	398	2.63	58,337	432	2.60	66,489	486	2.63	74,642	540	2.66	80,911	585	2.66	87,447	633	2.66	94,017	680	2.66	100,730	729	2.66
要介護1	87,031	471	3.85	130,538	652	3.85	148,780	733	3.90	167,022	815	3.94	181,051	983	3.94	195,677	955	3.94	210,377	1,027	3.94	225,400	1,100	3.94
要介護2	34,354	190	3.77	48,350	214	4.34	55,107	241	4.40	61,863	267	4.45	67,059	290	4.45	72,477	313	4.45	77,922	337	4.45	83,486	361	4.45
要介護3	29,800	139	4.47	37,746	144	5.05	43,021	162	5.12	48,296	180	5.17	52,352	195	5.17	56,581	210	5.17	60,832	226	5.17	65,176	242	5.17
要介護4	24,905	97	5.33	28,418	100	5.46	32,389	113	5.53	36,361	125	5.59	39,415	136	5.59	42,589	147	5.59	45,799	158	5.59	49,069	169	5.59
要介護5	30,364	114	5.57	35,531	109	6.30	40,496	122	6.38	45,462	136	6.45	49,280	147	6.45	53,261	159	6.45	57,262	171	6.45	61,351	183	6.45

※平均利用回数(回/週)

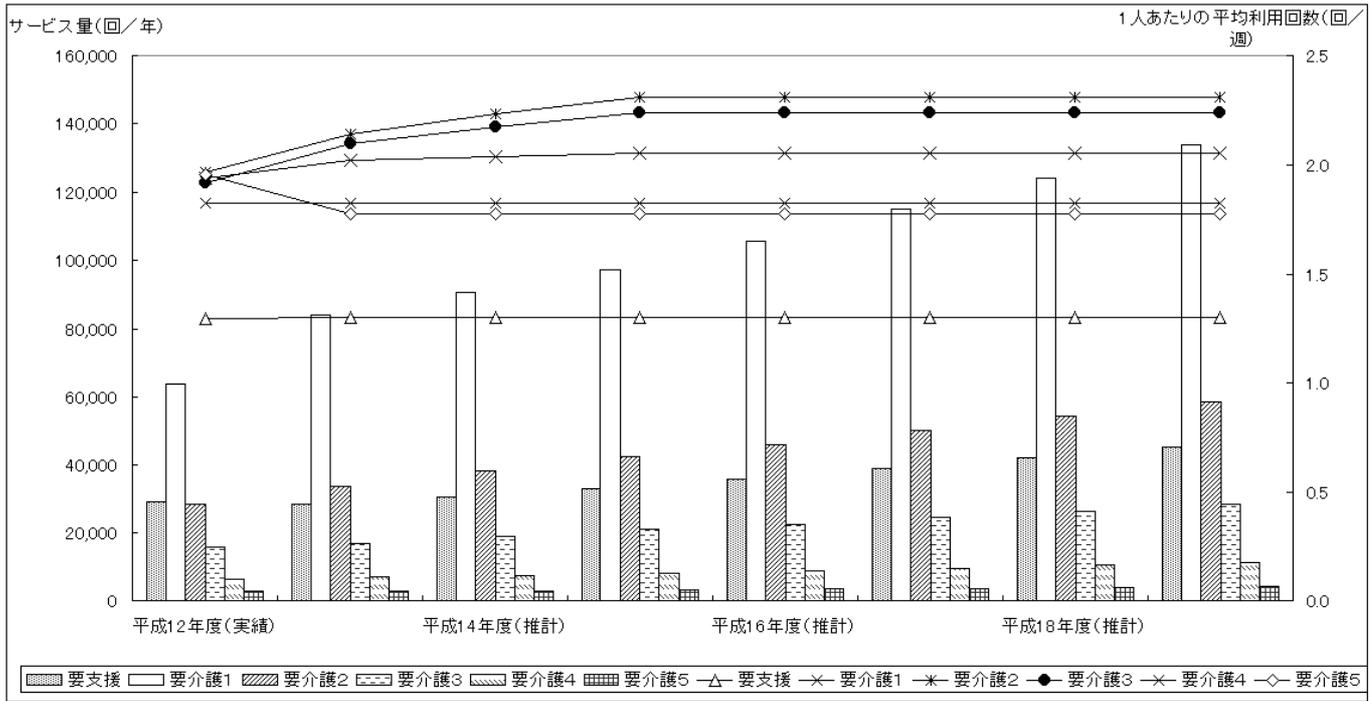
※平成13年度から平成15年度以降の各年度への平均利用回数の伸び: 2.4%(端数調整あり)

◆通所介護



	平成12年度(実績)			平成13年度(実績)			平成14年度(推計)			平成15年度(推計)			平成16年度(推計)			平成17年度(推計)			平成18年度(推計)			平成19年度(推計)		
	サービス 実績	利用人数	平均利用 回数	サービス 実績	利用人数	平均利用 回数	サービス 必要	利用人数	平均利用 回数	サービス 必要	利用人数	平均利用 回数	サービス 必要量	利用人数	平均利用 回数									
合計	163,397	2,386	1.43	221,237	2,693	1.58	272,343	3,028	1.73	323,449	3,363	1.85	350,617	3,646	1.85	378,938	3,942	1.85	407,406	4,239	1.85	436,500	4,540	1.85
要支援	38,371	750	1.07	46,253	782	1.14	56,937	879	1.25	67,622	977	1.33	73,302	1,059	1.33	79,223	1,145	1.33	85,174	1,231	1.33	91,257	1,319	1.33
要介護1	58,833	844	1.45	90,205	1,084	1.60	111,042	1,219	1.75	131,880	1,354	1.87	142,957	1,467	1.87	154,504	1,587	1.87	166,112	1,706	1.87	177,974	1,827	1.87
要介護2	31,198	381	1.70	41,827	412	1.95	51,489	464	2.14	61,151	515	2.28	66,288	558	2.28	71,642	604	2.28	77,024	649	2.28	82,525	695	2.28
要介護3	18,180	214	1.77	23,328	222	2.02	28,717	249	2.21	34,106	277	2.37	36,970	300	2.37	39,957	325	2.37	42,958	349	2.37	46,026	374	2.37
要介護4	10,340	120	1.79	12,565	122	1.98	15,468	137	2.17	18,370	152	2.32	19,913	165	2.32	21,522	178	2.32	23,138	192	2.32	24,791	205	2.32
要介護5	6,475	78	1.74	7,058	71	1.91	8,690	80	2.09	10,320	89	2.23	11,187	96	2.23	12,091	104	2.23	12,999	112	2.23	13,927	120	2.23

◆通所リハビリテーション

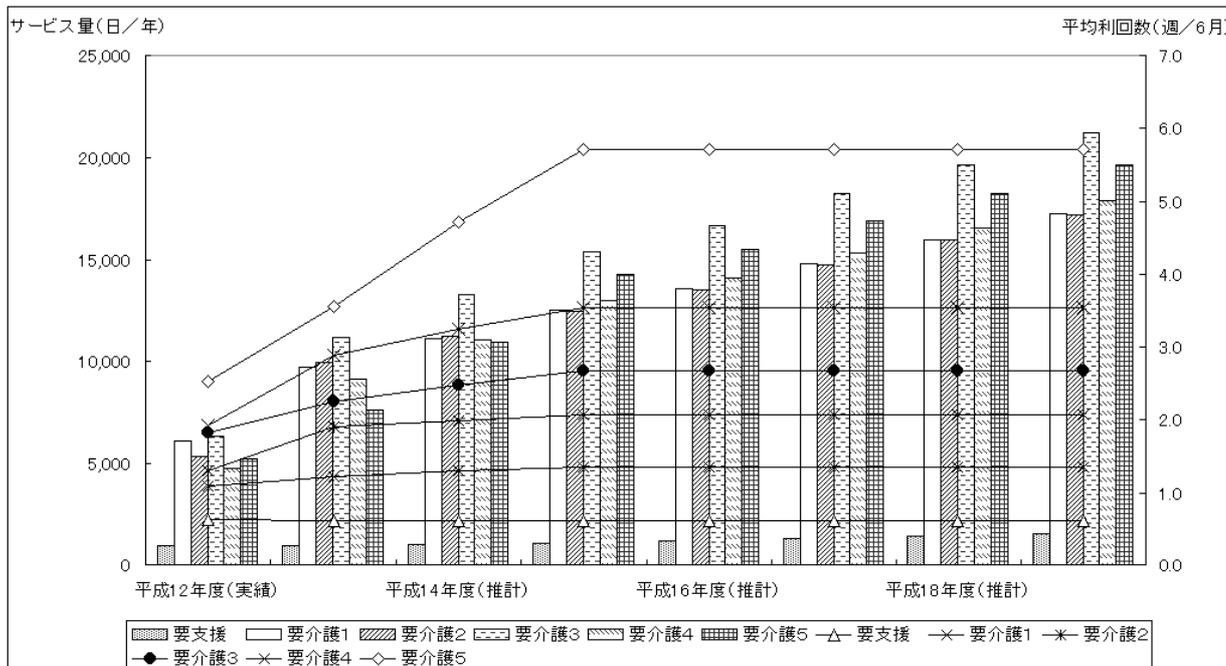


	平成12年度(実績)			平成13年度(実績)			平成14年度(推計)			平成15年度(推計)			平成16年度(推計)			平成17年度(推計)			平成18年度(推計)			平成19年度(推計)		
	サービス 実績	利用人数	平均利用 回数	サービス 実績	利用人数	平均利用 回数	サービス 必要	利用人数	平均利用 回数	サービス 必要	利用人数	平均利用 回数	サービス 必要	利用人数	平均利用 回数	サービス 必要量	利用人数	平均利用 回数	サービス 必要量	利用人数	平均利用 回数	サービス 必要量	利用人数	平均利用 回数
合計	146,493	1,773	1.72	172,718	1,860	1.79	198,904	2,092	1.83	225,089	2,323	1.86	243,994	2,518	1.86	263,705	2,723	1.86	283,514	2,929	1.86	303,760	3,136	1.86
要支援	29,398	473	1.29	28,452	421	1.30	32,766	473	1.33	37,079	525	1.36	40,193	569	1.36	43,440	616	1.36	46,704	662	1.36	50,039	709	1.36
要介護1	63,912	730	1.82	83,975	886	1.82	96,706	997	1.87	109,438	1,107	1.90	118,629	1,200	1.90	128,213	1,297	1.90	137,844	1,395	1.90	147,687	1,494	1.90
要介護2	28,564	303	1.97	33,971	305	2.14	39,121	343	2.19	44,272	381	2.23	47,990	413	2.23	51,867	447	2.23	55,763	480	2.23	59,745	515	2.23
要介護3	15,653	170	1.92	16,810	154	2.10	19,359	173	2.15	21,907	193	2.19	23,747	209	2.19	25,665	226	2.19	27,593	243	2.19	29,564	260	2.19
要介護4	6,203	67	1.94	6,868	65	2.02	7,909	73	2.07	8,950	82	2.11	9,702	86	2.11	10,466	96	2.11	11,274	103	2.11	12,079	110	2.11
要介護5	2,763	29	1.95	2,642	29	1.78	3,043	32	1.82	3,443	36	1.85	3,732	39	1.85	4,094	42	1.85	4,337	45	1.85	4,646	49	1.85

※平均利用回数(回/週)

※平成13年度から平成15年度以降の各年度への平均利用回数の伸び:2.3%(端数調整あり) プラス高齢者要望等実態調査での今後の利用希望の伸び率2%

◆短期入所生活介護・短期入所療養介護



	平成12年度(実績)			平成13年度(実績)			平成14年度(推計)			平成15年度(推計)			平成16年度(推計)			平成17年度(推計)			平成18年度(推計)			平成19年度(推計)		
	サービス実績	利用人数	平均利用回数	サービス実績	利用人数	平均利用回数	サービス必要量	利用人数	平均利用回数															
合計	28,823	1,502	1.37	48,703	1,786	1.95	63,665	2,008	2.26	78,627	2,231	2.52	85,230	2,418	2.52	92,114	2,615	2.52	99,035	2,811	2.52	106,108	3,011	2.52
要支援	988	122	0.63	977	112	0.62	1,277	126	0.72	1,577	140	0.81	1,710	152	0.81	1,848	164	0.80	1,987	176	0.80	2,129	189	0.81
要介護1	6,107	436	1.09	9,718	567	1.22	12,703	638	1.42	15,689	708	1.58	17,006	769	1.58	18,380	830	1.58	19,761	892	1.58	21,172	956	1.58
要介護2	5,335	317	1.31	9,982	372	1.92	13,049	418	2.23	16,115	465	2.48	17,468	504	2.48	18,879	545	2.48	20,298	586	2.48	21,748	627	2.48
要介護3	6,352	272	1.82	11,207	355	2.25	14,650	399	2.62	18,093	443	2.91	19,612	481	2.91	21,196	520	2.91	22,789	559	2.91	24,416	599	2.91
要介護4	4,789	193	1.93	9,157	226	2.89	11,970	254	3.36	14,783	282	3.74	16,025	306	3.74	17,319	331	3.74	18,620	356	3.74	19,950	381	3.74
要介護5	5,252	162	2.53	7,662	154	3.55	10,016	173	4.13	12,370	192	4.59	13,408	209	4.59	14,491	225	4.59	15,580	242	4.59	16,693	260	4.59

※平均利用回数(週/6月)

※平成13年度から平成15年度以降の各年度への平均利用回数の伸び:21.9%(端数調整あり) プラス前回推計時以降の給付実績の伸び6%

◆訪問看護

	平成12年度(実績)			平成13年度(実績)			平成14年度(推計)			平成15年度(推計)			平成16年度(推計)			平成17年度(推計)			平成18年度(推計)			平成19年度(推計)		
	サービス実績	利用人数	平均利用回数	サービス実績	利用人数	平均利用回数	サービス必要量	利用人数	平均利用回数															
合計	25,687	413	1.30	27,927	414	1.30	31,034	466	1.31	35,740	518	1.33	39,742	561	1.33	41,878	607	1.33	45,018	652	1.33	48,232	699	1.33
要支援	1,431	31	0.96	1,220	24	0.97	1,391	27	0.98	1,561	30	0.99	1,692	33	0.99	1,829	35	0.99	1,967	38	0.99	2,107	41	0.99
要介護1	5,999	105	1.17	6,962	117	1.15	7,936	131	1.16	8,910	146	1.18	9,858	158	1.17	10,438	171	1.17	11,223	184	1.17	12,024	197	1.17
要介護2	3,989	65	1.24	5,399	79	1.31	6,154	88	1.33	6,969	99	1.34	7,490	107	1.34	8,095	116	1.34	8,703	125	1.34	9,324	133	1.34
要介護3	4,256	66	1.34	4,969	66	1.27	4,980	75	1.28	5,591	83	1.30	6,051	90	1.30	6,550	97	1.30	7,043	104	1.30	7,546	112	1.30
要介護4	4,598	66	1.45	4,200	58	1.39	4,789	65	1.41	5,375	72	1.43	5,826	79	1.43	6,297	85	1.43	6,770	91	1.43	7,254	98	1.43
要介護5	5,015	79	1.48	6,777	70	1.59	6,585	79	1.51	7,393	87	1.63	8,014	95	1.63	8,661	102	1.63	9,312	110	1.63	9,977	118	1.63

※平均利用回数(回/週):平成13年度から平成15年度以降の各年度への平均利用回数の伸び:2.4%(端数調整あり)

◆訪問リハビリテーション

	平成12年度(実績)			平成13年度(実績)			平成14年度(推計)			平成15年度(推計)			平成16年度(推計)			平成17年度(推計)			平成18年度(推計)			平成19年度(推計)		
	サービス実績	利用人数	平均利用回数	サービス実績	利用人数	平均利用回数	サービス必要量	利用人数	平均利用回数															
合計	1,977	41	0.95	3,817	72	1.02	4,480	81	1.07	5,143	90	1.10	5,573	97	1.10	6,024	105	1.10	6,477	113	1.10	6,929	121	1.10
要支援	40	1	0.83	83	2	0.93	97	2	0.87	112	2	0.90	121	3	0.90	131	3	0.90	141	3	0.90	151	3	0.90
要介護1	360	7	1.04	731	15	0.94	859	17	0.98	995	19	1.02	1,067	20	1.02	1,154	22	1.02	1,240	23	1.02	1,329	25	1.02
要介護2	208	4	1.13	728	12	1.15	854	14	1.20	981	15	1.24	1,063	16	1.24	1,149	18	1.24	1,235	19	1.24	1,323	21	1.24
要介護3	693	15	0.99	913	17	1.06	1,072	19	1.11	1,230	21	1.15	1,333	22	1.15	1,441	24	1.15	1,549	26	1.15	1,660	28	1.15
要介護4	350	9	0.84	732	15	0.97	859	16	1.01	996	18	1.04	1,099	20	1.04	1,155	21	1.04	1,242	23	1.04	1,331	25	1.04
要介護5	226	6	0.81	630	12	1.03	739	13	1.08	849	15	1.11	920	16	1.11	994	17	1.11	1,069	18	1.11	1,145	20	1.11

※平均利用回数(回/週):平成13年度から平成15年度以降の各年度への平均利用回数の伸び:7.8%(端数調整あり)

◆福祉用具貸与

	平成12年度(実績)			平成13年度(実績)			平成14年度(推計)			平成15年度(推計)			平成16年度(推計)			平成17年度(推計)			平成18年度(推計)			平成19年度(推計)		
	サービス実績	利用人数	平均利用量	サービス実績	利用人数	平均利用量	サービス必要量	利用人数	平均利用量	サービス必要量	利用人数	平均利用量	サービス必要量	利用人数	平均利用量	サービス必要量	利用人数	平均利用量	サービス必要量	利用人数	平均利用量	サービス必要量	利用人数	平均利用量
合計	5,851,327	415	1,282	14,904,043	911	1,308	17,256,283	1,025	1,484	20,214,523	1,138	1,480	21,912,432	1,234	1,480	23,682,539	1,334	1,479	25,461,666	1,434	1,479	27,270,962	1,536	1,480
要支援	542,699	38	1,263	1,532,215	94	1,354	1,848,773	106	1,452	2,145,332	118	1,501	2,347,207	128	1,531	2,536,617	138	1,531	2,727,993	148	1,531	2,922,163	159	1,531
要介護1	1,575,578	115	1,243	4,514,527	298	1,262	5,447,236	335	1,354	6,379,945	372	1,428	6,915,826	404	1,428	7,474,492	436	1,427	8,036,006	469	1,427	8,609,879	503	1,428
要介護2	1,143,045	83	1,252	2,527,905	166	1,267	3,050,175	187	1,360	3,572,444	208	1,434	3,872,510	225	1,434	4,185,335	243	1,433	4,499,754	262	1,433	4,821,093	280	1,433
要介護3	1,050,950	74	1,290	2,535,995	151	1,402	3,059,936	170	1,504	3,593,877	188	1,586	3,884,903	204	1,686	4,199,729	221	1,585	4,514,154	237	1,585	4,836,522	254	1,586
要介護4	720,740	47	1,394	1,777,941	110	1,345	2,145,267	124	1,443	2,512,992	138	1,522	2,723,636	149	1,522	2,943,654	161	1,521	3,164,793	173	1,521	3,398,800	186	1,521
要介護5	818,315	57	1,301	1,415,460	92	1,287	1,707,886	103	1,381	2,030,333	114	1,456	2,168,350	124	1,456	2,343,511	134	1,455	2,519,565	144	1,455	2,699,494	155	1,456

◆居宅療養管理指導

	平成12年度(実績)		平成13年度(実績)		平成14年度(推計)		平成15年度(推計)		平成16年度(推計)		平成17年度(推計)		平成18年度(推計)		平成19年度(推計)	
	サービス実績(人)	サービス必要量(人)														
合計	275	311	311	344	378	410	443	475	509	543	577	611	645	679	713	747
要支援	39	30	30	31	33	36	38	41	44	47	50	53	56	59	62	65
要介護1	96	109	109	111	120	130	140	151	161	171	181	191	201	211	221	231
要介護2	51	59	59	65	71	77	84	90	96	102	108	114	120	126	132	138
要介護3	38	43	43	50	57	62	67	72	77	82	87	92	97	102	107	112
要介護4	40	40	40	47	53	58	63	67	72	77	82	87	92	97	102	107
要介護5	28	35	35	39	43	47	51	55	59	63	67	71	75	79	83	87

※前回推計時以降の給付実績の伸び率3.5%を加味した

第1期計画の実績と課題

平成12年4月にスタートした介護保険事業は3年毎の計画の見直しの時期を迎えた。そこで平成13年度に実施した高齢者要望等実態調査や給付実績などをもとにこれまでの経過と課題をまとめ、今後の政策・施策に反映させていく。

1. 介護保険事業の運営について

(1) 総人口、高齢者数及び要介護・要支援認定者数等の推移

広域連合域内においては、総人口が緩やかに減少しているのに対して、65歳以上人口は増加し、高齢化率も平成12年10月(19.2%)から平成13年10月(19.6%)の1年間で0.4ポイント上昇している(図表2)。また、前期高齢者数がやや減少しているのに対し、後期高齢者数は大きく増加している(図表1、2)。これらによって認定者数も増加しており、受給率もわずかであるが上昇傾向にある(図表2)。また、要支援、要介護1の軽度の認定者数が占める割合が全国平均に比べて高い(図表3)。この理由の一つは、介護保険制度の浸透による申請者の増加が考えられる。

図表1 第1期計画における推計人口と実績の比較

	平成12年10月			平成13年10月			平成14年10月		
	65歳以上	前期高齢者	後期高齢者	65歳以上	前期高齢者	後期高齢者	65歳以上	前期高齢者	後期高齢者
第1期計画推計値()	69,119	39,577	29,542	70,051	39,351	30,700	70,983	39,124	31,859
実績値()	69,613	39,601	30,012	71,059	39,390	31,669	72,489	39,614	32,875
計画値との差(-)	494	24	470	1,008	39	969	1,506	490	1,016

平成14年の実績値は、平成14年8月現在の値である。

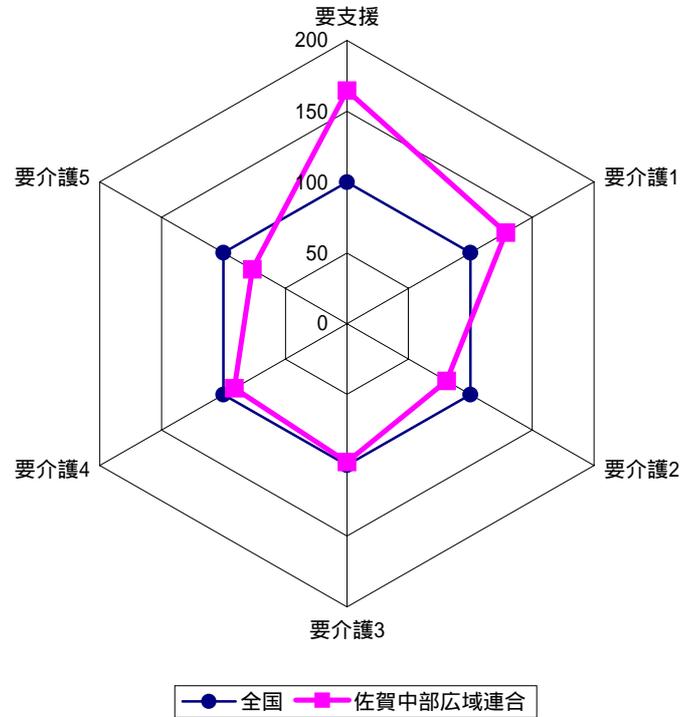
図表2 要介護認定者数等の推移

	総人口	65歳以上人口		高齢化率	認定者数	受給実人数	受給率
		前期高齢者	後期高齢者				
平成12年10月	363,355	69,613	39,601	19.2%	8,956	7,313	81.7%
平成13年1月	363,517	70,184	39,619	19.3%	8,982	7,277	81.0%
平成13年4月	362,696	70,578	39,545	19.5%	9,047	7,480	82.7%
平成13年7月	363,042	70,783	39,421	19.5%	9,394	7,746	82.5%
平成13年10月	363,091	71,059	39,390	19.6%	9,636	7,984	82.9%
平成14年1月	363,068	71,518	39,437	19.7%	9,756	8,016	82.2%

資料：介護保険事業実績分析報告-時系列集計分析

図表3 要介護度別要介護・要支援認定者の出現率

全国平均（平成13年10月）を100とした場合

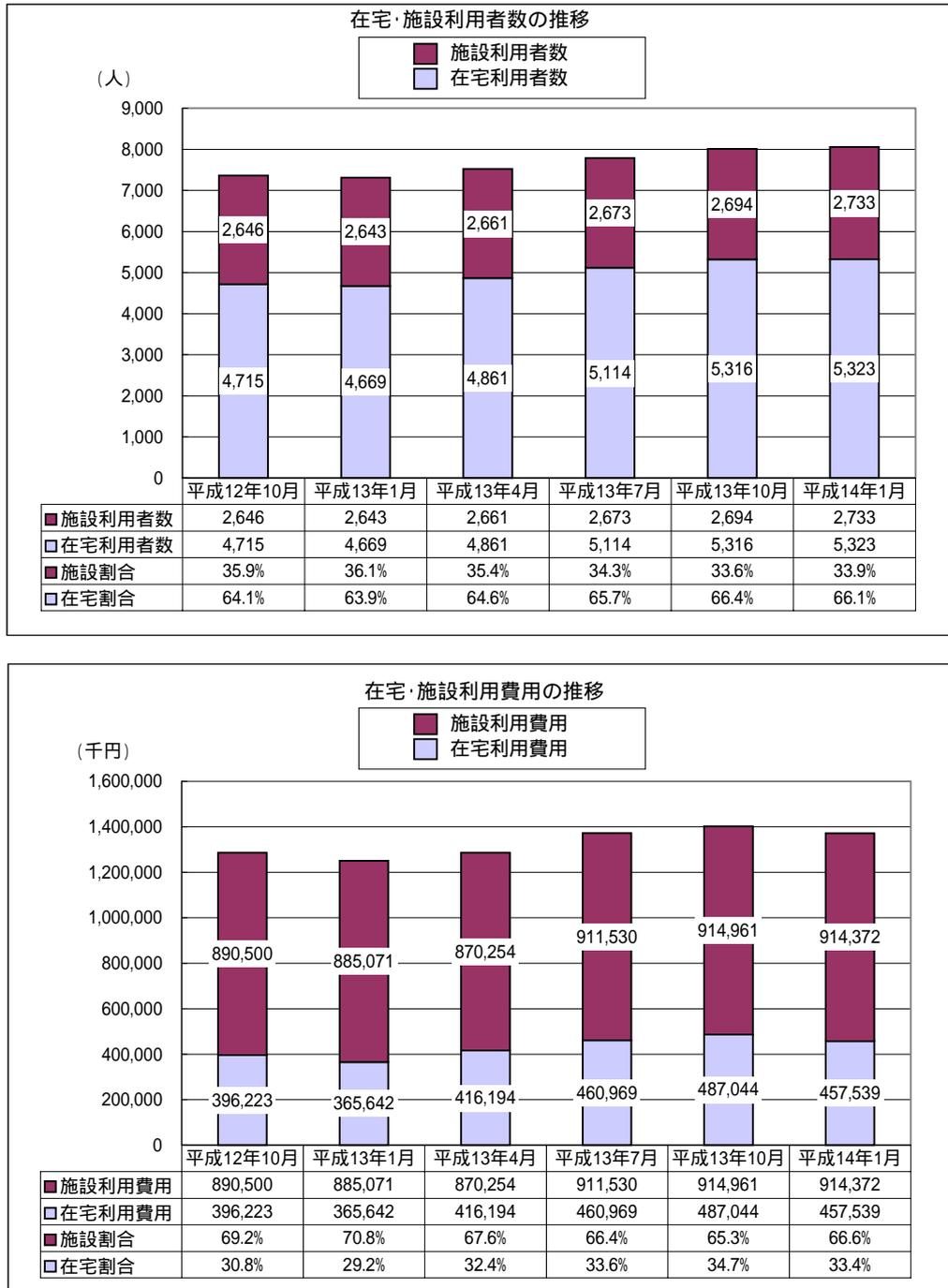


資料：介護政策評価支援システム（第1版）

(2) 在宅・施設の利用者数及び費用の推移

平成12年10月の利用者の割合を比較すると、在宅64.1%：施設35.9%と在宅が施設の約1.8倍となっているが、費用総額は、在宅30.8%：施設69.2%と施設が在宅の約2.2倍であった。平成13年10月においても同様の傾向であるが、人数・費用ともに、在宅サービスの利用増により、在宅の占める割合が増加している。

図表4 居宅・施設の利用者数及び費用の推移



資料：介護保険事業実績分析報告-時系列集計分析

(3) 介護給付費における計画額と決算額との比較

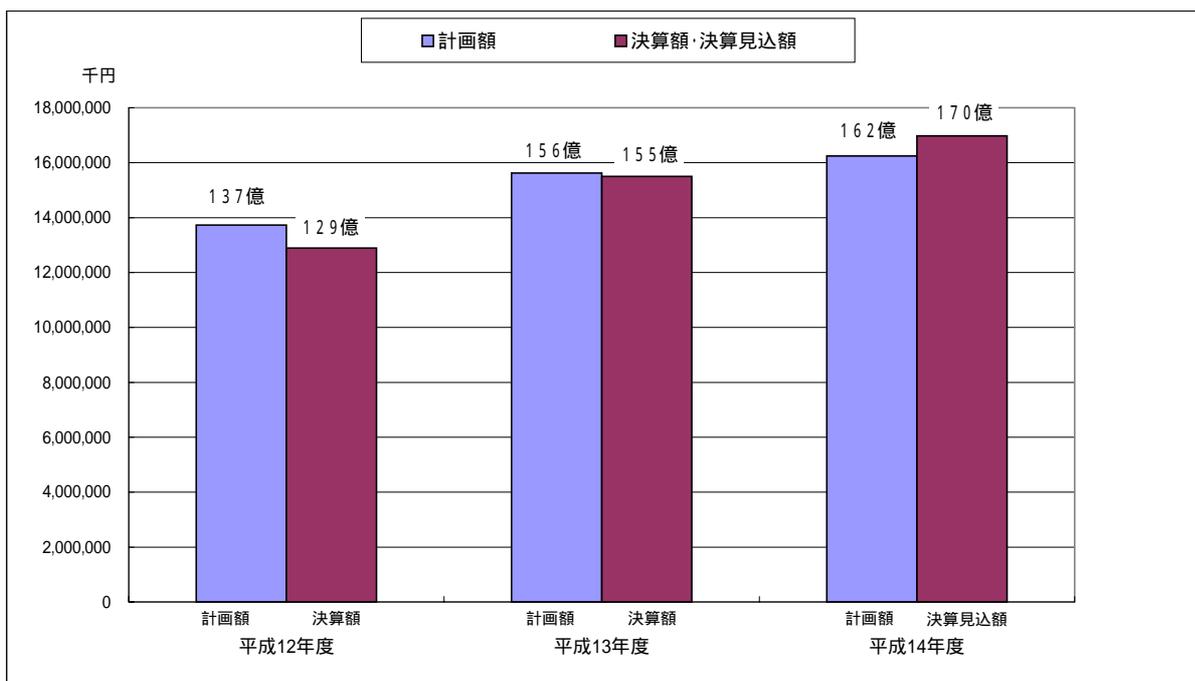
制度スタート時から3年間の計画額と決算額(決算見込額)とを比較すると、平成12年度は実績が計画値を下回り、平成13年度では、ほぼ同水準の実績であった。また、平成14年度の決算見込額は計画額をやや上回ると予測されるが、3カ年の事業費総額としては、概ね計画額になると思われる(図表5)。

しかしながら、実態は必ずしも計画通りに推移したとは言えない側面がある。給付費用が高額な施設サービスの給付実績額の内訳をみると、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設の実績が当初計画より上回ったものの、給付費用がもっとも高額な介護療養型医療施設の整備数が当初計画より下回ったために、施設サービス給付事業費の実績を計画値よりも押し下げる結果となった。(図表6)

また、居宅サービスにおいては、平均利用率は平成12年度、13年度ともに実績が計画値を上回った。さらに、居宅サービスの認定者実績は、計画値を上回ったが、認定者のうち未利用者があり、利用者数は、計画値を下回る結果となった(図表7)

仮に、介護療養型医療施設の実績や居宅サービス利用者の実績が計画値に近い水準となっていた場合には介護保険給付費の実績は計画値を大幅に上回った可能性もあり、第2期計画においては、実績を踏まえるとともに、十分な政策的判断のもとに施設基盤の整備目標及び居宅サービス利用見込みを設定することが必要である。

図表5 介護給付費における計画額と決算額との比較



平成12年度の決算額は11ヵ月分となっている。

図表6 施設サービスにおける計画値と実績の事業費比較

	平均単価(円)	平成12年度		平成13年度	
		計画値	実績	計画値	実績
介護老人福祉施設	323,000	1,120人	1,089人	1,132人	1,122人
介護老人保健施設	353,000	1,036人	1,175人	1,050人	1,197人
介護療養型医療施設	426,000	614人	417人	614人	413人
介護老人福祉施設	95.3%	344,664,934	354,031,148	348,408,013	366,669,439
介護老人保健施設		365,708,000	399,071,960	370,777,080	410,354,052
介護療養型医療施設		261,431,940	177,549,429	261,581,040	177,981,513
施設サービス総費用(円/月)		971,804,874	930,652,537	980,766,133	955,005,004

各施設の利用者数見込(*介護老人福祉施設の人数は経過措置者を含む)
各施設の月額費用(平均単価× の利用者数見込)

図表7 居宅サービスにおける計画値と実績の事業費比較

	平均単価(円)	平成12年度		平成13年度	
		計画値	実績	計画値	実績
要支援	61,500	1,558人	1,799人	1,603人	1,813人
要介護1	165,800	2,333人	2,118人	2,381人	2,691人
要介護2	194,800	1,005人	913人	1,025人	981人
要介護3	267,500	560人	557人	573人	591人
要介護4	306,000	275人	366人	281人	357人
要介護5	358,300	178人	287人	182人	288人
要支援	61,500	1,558人	1,396人	1,603人	1,432人
要介護1	165,800	2,333人	1,642人	2,381人	2,097人
要介護2	194,800	1,005人	680人	1,025人	740人
要介護3	267,500	560人	410人	573人	423人
要介護4	306,000	275人	241人	281人	251人
要介護5	358,300	178人	197人	182人	193人
要支援(円)		95,828,882	85,854,000	98,596,884	88,068,000
要介護1(円)		386,853,455	272,243,600	394,704,162	347,682,600
要介護2(円)		195,692,433	132,464,000	199,739,700	144,152,000
要介護3(円)		149,890,055	109,675,000	153,161,890	113,152,500
要介護4(円)		84,067,778	73,746,000	86,035,260	76,806,000
要介護5(円)		63,833,440	70,585,100	65,345,747	69,151,900
平均利用率		38.16%	45.67%	41.53%	49.09%
居宅サービス総費用(円/月)		372,504,824	340,022,957	414,296,463	411,908,481
居宅介護支援等費用上乗せ分(%)		15.9%	13.75%	15.9%	13.72%
基本居宅サービス費用(円/月)		432,571,821	386,775,282	481,090,895	468,403,698
痴呆対応型共同生活介護 (上段/利用者、下段/費用)	252,000	30.5人 8,820,000	30.27人 7,534,477	48.5人 12,222,000	82.75人 21,171,445
特定施設入所者生活介護 (上段/利用者、下段/費用)	182,000	0.0人 0	0.5人 114,653	30.0人 5,460,000	1.0人 217,553
居宅サービス総費用(円/月)		441,391,821	394,424,412	498,772,895	489,792,696

各要介護度の居宅サービス対象者数(見込)
のうちの居宅サービス利用者数(見込)
各要介護度の月額費用(平均金額× の人数見込)

2. 介護サービスについて

(1) 基盤整備及びサービスの利用状況について

在宅サービスの基盤整備については、介護保険制度施行後の民間参入やNPO法人の設立なども進み、事業所数は伸びてきている。これらによりサービスの供給量は確保できた状況にある。

また、主要な居宅のサービスの平成 12 年度と平成 13 年度の計画値に対する実績（達成率）は、要介護度毎に差はあるものの、訪問介護が 74.2%・79.2%、通所介護・通所リハビリテーションが 122.1%・135.7%、短期入所生活介護・短期入所療養介護が 45.4%・63.5% となっている（図表 8、9、10）。

なお、通所介護・通所リハビリテーションにおいて実績が計画値よりも 2、3 割増加しているのは、要介護 4・5 の方の利用割合が予想以上に多かったためだが、サービス供給量が不足しているという問題は起こっていない。

また、短期入所の利用が伸びている要因として、これまで訪問通所サービス区分と短期入所サービス区分に分かれていた区分支給限度基準額が、平成 14 年 1 月から一本化され、支給限度基準額内での利用の選択性・利便性が高まったことがあげられる。

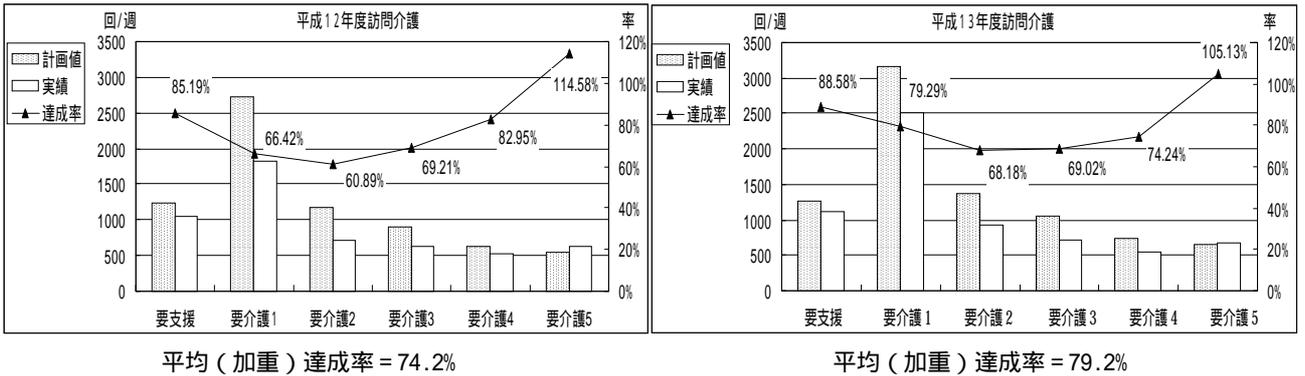
施設サービスの基盤整備状況としては、脊振村や三瀬村、富士町など中山間地における施設整備に関して、その要望を考慮して施設整備の誘導を行い、平成 13 年度に脊振村に介護老人福祉施設を 50 床整備した。

なお、平成 14 年 8 月現在において、本広域連合域内の施設整備率は 3.9% であり、国の整備目標である参酌標準（65 歳以上人口に対するベッド数の割合）の 3.2% をすでに超えている。施設が多様な在宅サービスの提供基盤を担っている現実や、保険財政に大きく影響を与える、ということ踏まえ、今後の施設整備については慎重に検討を進める必要がある。

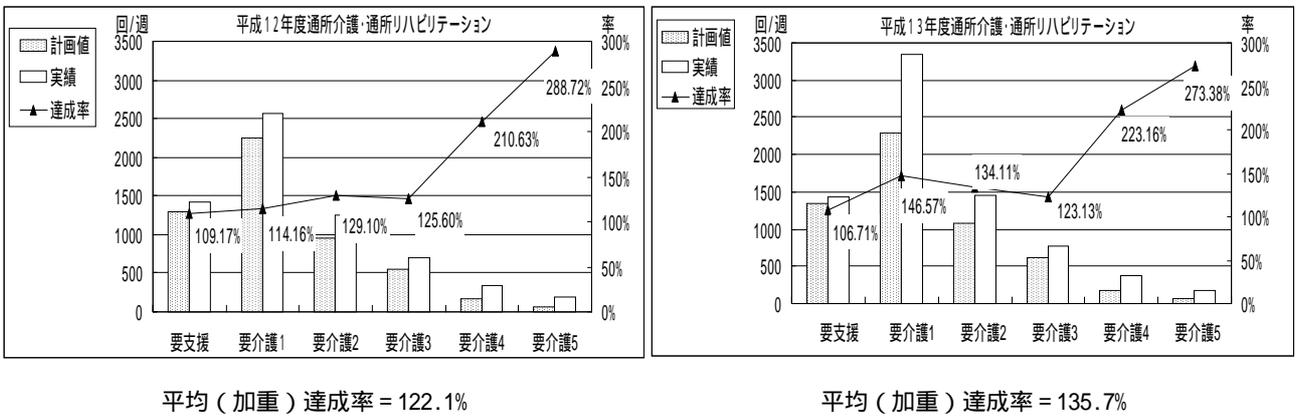
このようなサービス提供の基盤整備状況の中、高齢者一人当たりの種類別サービス費用を全国平均と比較すると、訪問系サービスとその他在宅サービスで全国平均を下回り、通所系サービス・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設では、いずれも全国平均を上回っている（図表 11）。

以下に、施設、居宅ごとにさらに細かく検討し、課題などを抽出した。

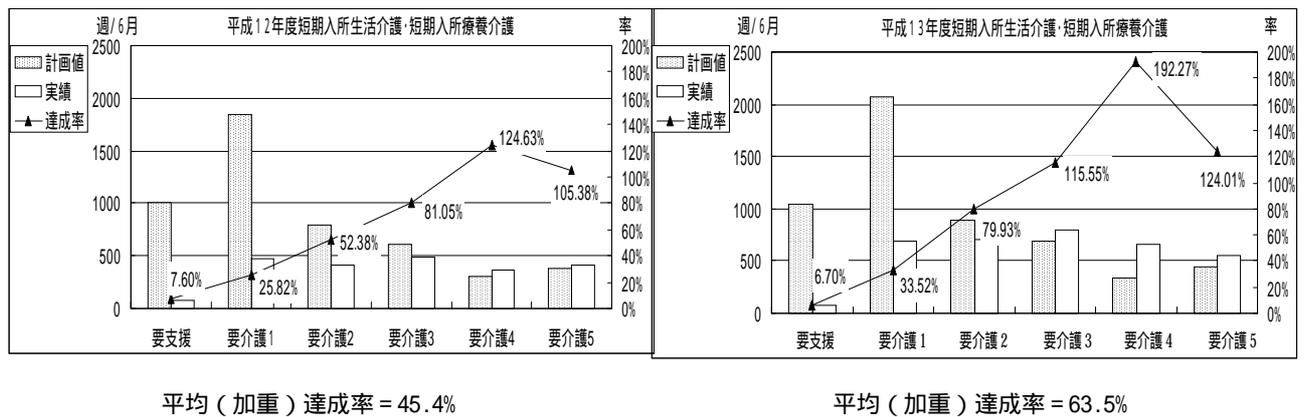
図表8 訪問介護の計画値と実績の比較



図表9 通所介護・通所リハビリテーションの計画値と実績の比較

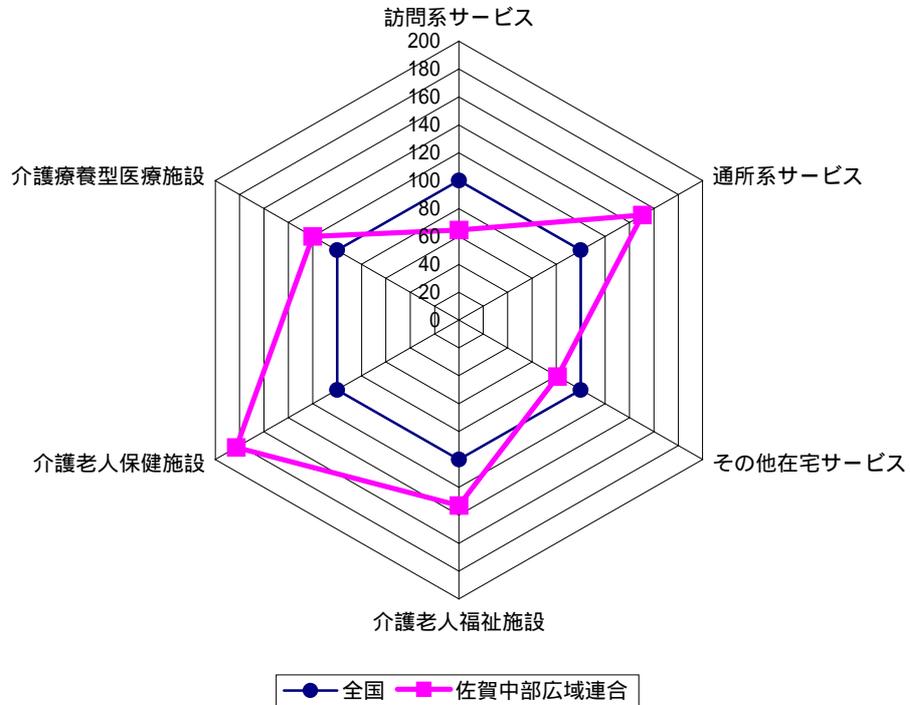


図表10 短期入所生活介護・短期入所療養介護の計画値と実績の比較



図表11 高齢者一人当たり種類別サービス費用

全国平均（平成13年10月）を100とした場合



資料：介護政策評価支援システム（第1版）

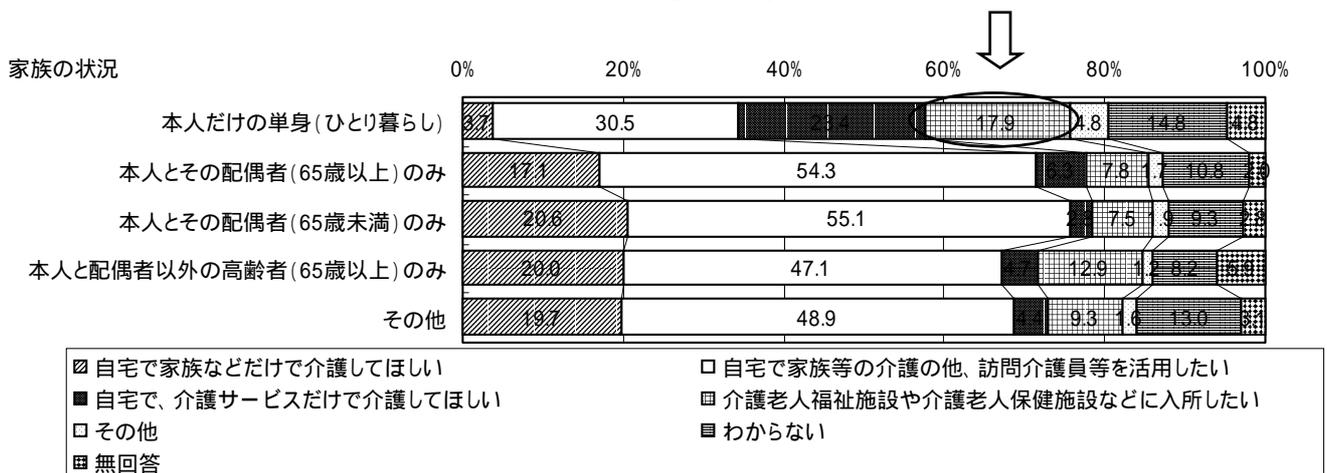
(2) 施設サービスについて

介護老人福祉施設の入所申込み者数は、平成14年4月の調査時点では616人となっている。その背景には、介護保険制度導入によって「措置」から「契約」になり、要介護1以上であれば申し込みが可能になった、施設サービスの24時間体制が安心感を与える、在宅介護に比べて割安感がある、などの理由が考えられる。

施設入所希望者の増加に対しては、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設を域内に増設することも必要である。このため、平成15年度に介護老人福祉施設50床、介護老人保健施設80床の増床を見込んでいる。特に介護老人福祉施設においては、入所申込が多いことから平成16年度以降にも必要最小限の施設整備が必要である。

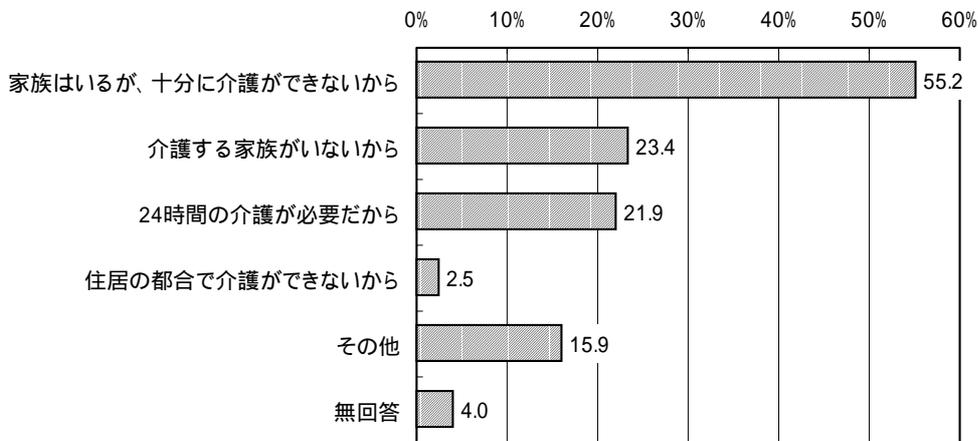
高齢者要望等実態調査の在宅要援護者調査によると、施設入所の希望割合が高いのは、家族の状況で見ると「ひとり暮らし」で最も多くなっているが、高齢者でない家族がいる場合においても約10%の入所希望となっている。その理由としては、「家族はいるが十分な介護ができない」が55.2%、介護をしている方の49.3%が就労されているなど、家族介護に関わる課題もある(図表12、13、14)。これらを踏まえ、今後は施設整備とともに、介護老人福祉施設の入所に関しては、介護度に加え、「ひとり暮らし」「同居人が病気などで介護力がない」などの個々人の事情を考慮して入所の優先順位をつける基準を設けるなどの検討が必要である。

図表12 在宅要援護者の今後の介護の希望(家族の状況別) [N=4,200]



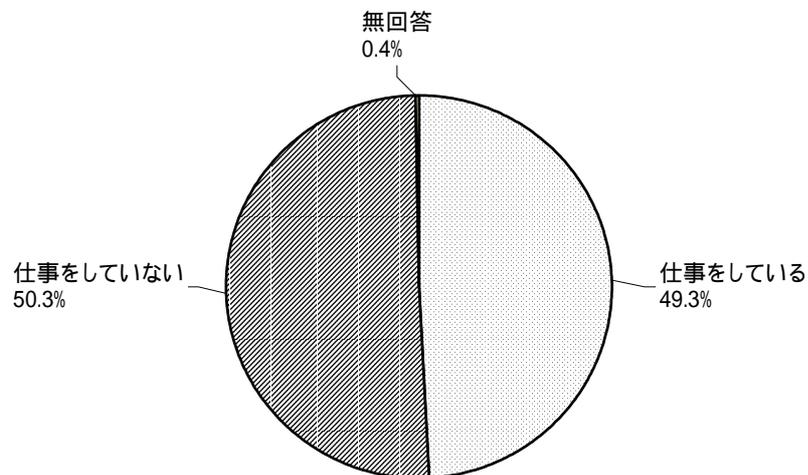
資料：高齢者要望等実態調査

図表13 在宅要介護者の施設入所を希望する理由[N=201]（複数回答）



資料：高齢者要望等実態調査

図表14 主な介護者の就労状況[N=4,005]



資料：高齢者要望等実態調査

(3) 居宅サービスについて

医療系サービス（訪問看護、訪問リハ、居宅療養管理指導など）の利用は、認知度が低いこともあり、他のサービスと比較して利用率が低くなっている（図表 15）。今後、医師やケアマネジャーとの連携のもとに、利用促進を図ることが重要である。

通所系サービスの利用状況は順調で、本人・介護者ともに利用意向が高く、今後とも充実していくことが重要である（図表 16）。

短期入所サービスは介護者に利用意向が高く、介護者の介護負担の軽減にもつながり、今後の利用増が見込まれる。（図表 17）

居宅介護サービスの利用は単体メニューの利用が最も多い（図表 18）。これは、本広域連合域内において要支援、要介護 1 の認定者割合が比較的多いことが理由と考えられるが、利用者のニーズや身体状況にあった複数のメニューの組み合わせ利用による、より効果的なサービスの提供に努めることも大事である。

福祉用具貸与・購入や住宅改修の利用意向が比較的高い。これらのサービスは、在宅での生活支援として大きな役割を担うものであり、身体状況に応じた適切な利用を促進することが重要である。

特定施設入所者生活介護や痴呆対応型共同生活介護は、地域での生活、また在宅生活支援のために、さらには施設入所申込者の受け皿として、質・量ともに充実させることが必要である。

在宅サービス受給者の対支給限度額比率は 50%程度である（図表 19）。これは、全国平均 42.0%（平成 14 年 5 月現在）より高いが、今後、さらなる受給率の増加を見込んで基盤整備を進めることが重要である。

図表 15 在宅サービス種類別利用人数〔サービス利用率の分析〕

サービス名	利用人数(人)	構成比(%)	利用率(%)
訪問介護	1,647	19.7	31.0
訪問入浴介護	50	0.6	0.9
訪問看護	410	4.9	7.7
訪問リハビリテーション	80	1.0	1.5
通所介護	2,655	31.7	49.9
通所リハビリテーション	1,844	22.0	34.7
福祉用具貸与	943	11.3	17.7
居宅療養管理指導	222	2.7	4.2
短期入所	439	5.2	8.3
グループホーム	86	1.0	1.6
有料老人ホーム等	1	0.0	0.0
合計	8,377	100.0	
利用実人数	5,316		100.0

資料：介護保険事業実績分析報告書（2001 年 10 月版）

図表16 介護保険サービスの利用状況と利用意向〔本人{N=4,200}・介護者{N=4,005}〕

通所介護・通所リハビリテーション

要介護度	利用経験(%)	本人：利用意向(%)				介護者：利用意向(%)			
		利用したい	利用する必要がない	わからない	無回答	利用したい	利用する必要がない	わからない	無回答
N	3561	2760	699	478	263	3091	408	372	134
全体	63.5	65.7	16.6	11.4	6.3	77.2	10.2	9.3	3.3
要支援	66.8	66.2	15.7	12.0	6.1	80.6	6.2	9.6	3.6
要介護1	66.9	66.1	15.9	11.4	6.6	78.5	8.5	9.7	3.3
要介護2	60.6	66.3	16.6	11.0	6.0	79.2	9.3	7.8	3.7
要介護3	57.3	65.1	19.3	8.5	7.1	77.1	11.9	8.1	2.9
要介護4	52.2	57.5	27.5	12.5	2.5	70.3	15.7	10.9	3.1
要介護5	37.1	45.8	45.8	4.2	4.2	52.1	34.4	10.4	3.1

資料：高齢者要望等実態調査

図表17 介護保険サービスの利用状況と利用意向〔本人{N=4,200}・介護者{N=4,005}〕

短期入所生活介護・短期入所療養介護

要介護度	利用経験(%)	本人：利用意向(%)				介護者：利用意向(%)			
		利用したい	利用する必要がない	わからない	無回答	利用したい	利用する必要がない	わからない	無回答
N	855	1125	1539	1462	74	2290	743	873	99
全体	15.2	26.8	36.6	34.8	1.8	57.2	18.6	21.8	2.5
要支援	4.4	20.1	39.1	39.7	1.1	46.5	21.4	29.2	3.0
要介護1	12.3	26.7	37.5	34.0	1.7	52.1	21.2	24.7	2.0
要介護2	23.3	35.7	30.1	31.9	2.4	64.6	15.0	17.8	2.5
要介護3	34.7	42.9	29.2	23.1	4.7	74.8	10.4	12.5	2.3
要介護4	34.0	47.5	27.5	23.8	1.3	74.7	12.2	10.5	2.6
要介護5	37.1	35.4	45.8	14.6	4.2	63.0	20.8	12.0	4.2

資料：高齢者要望等実態調査

図表18 要介護度別の利用種類数〔単数・複数ケアプランの分析〕

	1種類		2種類		3種類以上		2種類以上		合計	
	人数	%								
全体	3,188	60.0	1,470	27.7	658	12.4	2,128	40.0	5,316	100.0
要支援	1,107	78.5	274	19.4	29	2.1	303	21.5	1,410	100.0
要支援1	1,400	62.6	631	28.2	205	9.2	836	37.4	2,236	100.0
要支援2	397	51.0	258	33.1	124	15.9	382	49.0	779	100.0
要支援3	157	36.3	158	36.5	118	27.3	276	63.7	433	100.0
要支援4	81	30.8	91	34.6	91	34.6	182	69.2	263	100.0
要支援5	46	23.6	58	29.7	91	46.7	149	76.4	195	100.0

資料：介護保険事業実績分析報告書（2001年10月版）

図表19 要介護度別の対支給限度額比率〔対支給限度額比率の分析〕

要介護度	人数 (人)	費用総額 (円)	平均費用額 (円)	支給限度額 (円)	対支給限度額 <11種類> 比率(%)	対支給限度額 <区分支給 限度額対象 サービス8種類> 比率(%)
	A	B	C(B/A)	D	C/D	
要支援	1,410	52,333,470	37,116	61,500	60.4	0.0
要介護1	2,236	172,483,780	77,139	165,800	46.5	0.0
要介護2	779	84,397,090	108,340	194,800	55.6	0.0
要介護3	433	63,798,630	147,341	267,500	55.1	0.0
要介護4	263	40,692,640	154,725	306,000	50.6	0.0
要介護5	195	35,231,860	180,676	358,300	50.4	0.0
			平均(加重)		51.3	0.0

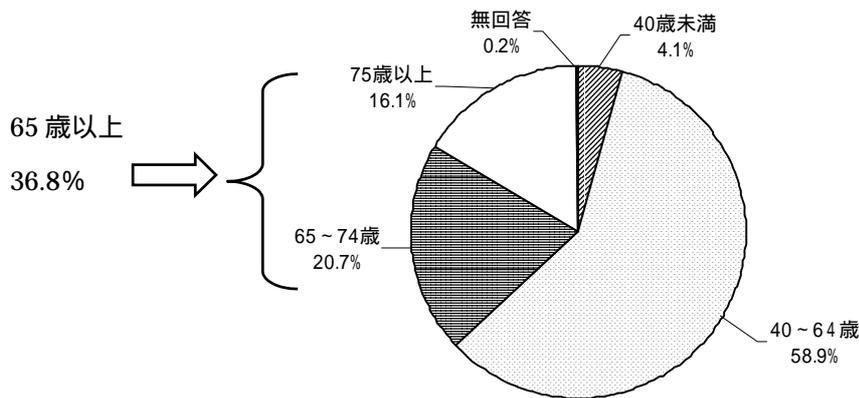
資料：介護保険事業実績分析報告書（2001年10月版）

(4) その他

介護者の状況として、全体の36.8%が老老介護であること、介護期間は5年以上が31.6%と長期にわたっていること、また、介護者の21.0%が病弱であること（図表20、21、22）など、これらの状況を踏まえて、介護者の負担を軽減する方策が求められる。

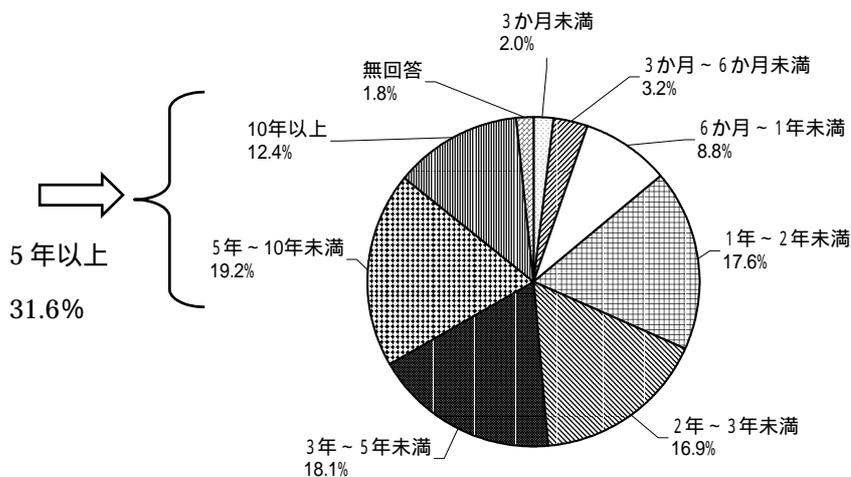
要支援・要介護状態になった主な原因は、全体で見ると脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）が24.7%と最も高いが、特に女性で関節炎や骨折転倒をあわせて35.5%と男性と比較して高くなっている（図表23）。また、一般高齢者の3.4%が「日常生活に何らかの支障をきたす」としており、これらの人たちは将来的に要支援・要介護になるおそれがある（図表24）。このため、広域連合域内における医療・保健・福祉の連携強化や、構成市町村との連携による介護予防への取り組みが重要である。

図表20 主な介護者の状況[N=4,005]



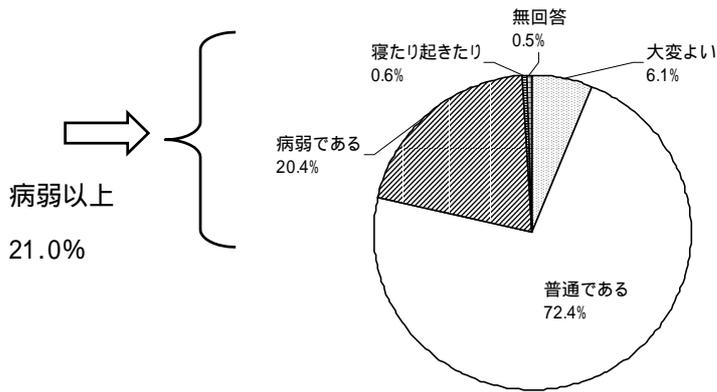
資料：高齢者要望等実態調査

図表21 介護者の介護をするようになってからの期間[N=4,005]



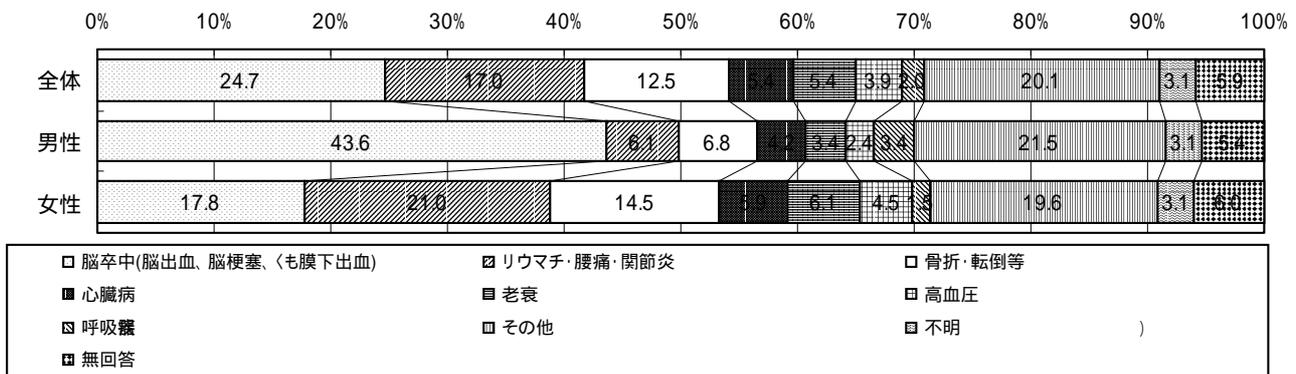
資料：高齢者要望等実態調査

図表2-2 主な介護者の健康状態[N=4,005]



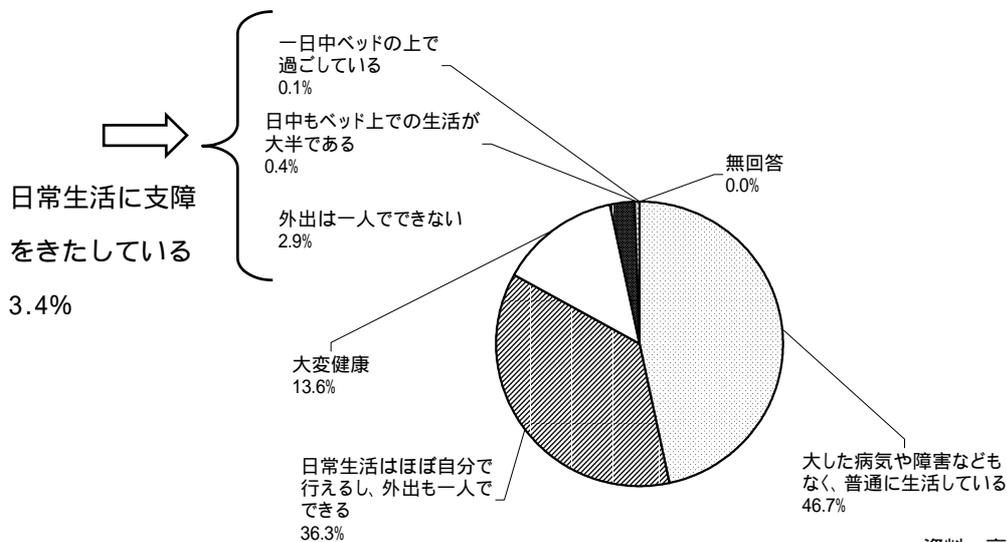
資料：高齢者要望等実態調査

図表2-3 在宅要介護者の現在の状態になった主な原因[N=5,609]



資料：高齢者要望等実態調査

図表2-4 一般高齢者の日常生活の様子[N=4,252]



資料：高齢者要望等実態調査

介護保険のよりよい運営のために

高齢者は、元気な人から要介護度の高い人まで、さまざまな状態にある。よって、一人ひとりの高齢者がその人にあった、あるいは、その人が望む身体状況と生活状況の維持や向上を図りながら、その人の生活の質の向上を目指し、それを実現することが重要である。本広域連合では、この考え方をもとによりよい介護保険を運営していくために、利用者の立場に立ったサービスの充実や、構成市町村が一体となった施策を展開し、元気な高齢者づくりを目指す。

1. 利用者本位のサービスの充実について

(1) 需要増を見込んだ基盤の整備

これまでの給付実績及び平成 13 年度に行った「高齢者要望等実態調査」の利用意向をもとに推計した各サービスの需要量と、サービス提供事業者調査からみた供給量を比較すると、現在のところは需要に対する供給量を確保できている。しかし、在宅重視のためには在宅サービスの一層の充実が必要であることや、今後の一人当たりのサービス受給率の増加を見込めば、サービスによっては今後需要が増加することが予測される。

中でも、訪問介護の 24 時間対応や、介護者の希望が多い短期入所生活介護・短期入所療養介護、また、利用度の低い医療系訪問サービスの利用拡大や住環境の整備などは今後促進を図っていくべきである。

介護保険施設の整備に関しては、国の参酌標準や県の支援計画にも十分配慮して整備する必要がある。このため、これらの機能を補完する意味でも、特定施設入所者生活介護や痴呆対応型共同生活介護を、その機能や役割分担を明確にしながら整備を進めることも重要である。

(2) サービスの質の向上

地域の事情やニーズにあった多様なサービス提供基盤の整備

利用者のニーズを反映した十分な質・量のサービスを提供するためには、さまざまなサービス提供事業者による多様なサービスが提供されることが重要である。しかし、「指定居宅サービス事業者」の参入が少ないと懸念される中山間地などの地域に関しては、保険者は、県の指定する事業者要件のうち一部を満たしていない在宅サービス事業者や居宅介護支援事業者（住民参加型非営利組織など）を「基準該当居宅サービス提供事業者」として指定していくことが可能となっており、今後も地域の事情やニーズにあったサービス提供基盤の整備を進めていく。

また、介護においては、サービスの提供による身体的援助とともに「心のケア」が図られることも重要である。このためには、公的サービスだけでなく、介護を地域で支え合う環境づくりが重要である。これを支えるのは、地域における重要なマンパワーであるボランティア団体やNPOなどの活動であり、本広域連合域内では、福祉分野で活躍するボランティア団体やNPOが数多くあり、今後も構成市町村と一体となってこれらの活動をさらに支援し、地域におけるきめ細やかで重層的なサービス提供体制の整備を進めていく。

ケアプランの質的向上

介護サービスの利用は単体メニューの利用が最も多くなっているが、複数のメニューの組み合わせ利用によって、より効果的なサービスを提供することもできる。このためには、個々人のニーズや課題に合ったケアプランが作成されることが重要であり、そのためには、ケアプランを作成するケアマネジャー（介護支援専門員）が利用者の立場になってプランを作成するなど、その資質の向上が重要である。ケアマネジャーの資質の向上に関しては、自助努力はもとより、作成されたケアプランが個人のニーズに対応しているか、また自立支援に向けた内容となっているかどうかを適切にチェックする体制も必要である。このため、本広域連合では、ケアマネジャー相互の情報交換や連携強化などのために、ケース検討会、意見交換会等の開催を通じて、ケアプランの質的向上を図っている。今後もこの機能をさらに充実させてケアプランの一層の質的向上を目指していく。

「佐賀県介護保険事業連合会」との連携

介護サービスを提供する事業者は、各々が自己研鑽に努めることがもちろん重要であるが、他の事業者との情報の交換も大事である。このため、佐賀県下では、それぞれの関係する事業者からなる佐賀県居宅サービス事業者協議会や佐賀県居宅介護支援事業者協議会、佐賀県介護保険施設連絡協議会を設立し、さらに、これらの関係機関が一層の相互連携強化のため「佐賀県介護保険事業連合会」を設立した。本広域連合は、同連合会との共同によるIT研修会、介護予防研修会等の実施によって、介護サービスの質の向上を目指していく。

サービス提供事業者の指定に関する事務の本広域連合への権限委譲

介護サービスの質の向上のためには、「指定居宅サービス事業者」や「指定居宅介護支援事業者」の質の向上に向けた自助努力はもとより、事業者に対する監督・指導、あるいは研修なども欠かせない。現在、県が有している事業者に対する指定権限に関しては、厚生労働省は保険者が直接その権限を持つことにより的確・迅速な監督・指導業務が行えるとして、保険者へ権限を移譲する方向を示唆している。本広域連合においても、事業者に対する指定権限の委譲を今後も県に働きかけていく。

痴呆対応型共同生活介護の質的・量的向上

介護保険施設の入所申込者の受け皿として、特定施設入所者生活介護や痴呆対応型共同生活介護などの整備も必要である。中でも、痴呆対応型共同生活介護は最近急増しているが、サービス内容の質の確保・維持が今後の課題となっている。このため、県では平成14年10月から第三者機関による評価が実施される予定である。本広域連合においても、同機関との連携によって痴呆対応型共同生活介護の質的・量的向上を目指す。

（3）よりよい介護保険制度のための環境整備

要介護認定の公正性・公平性の確保

本広域連合では、介護認定審査会は20合議体設置しているが、独自のコンピュータシステムを導入しており、また、痴呆高齢者の問題行動については、本広域連合独自の補完基準を作った。これらによって、認定審査委員の作業の軽減、標準化による判定のばらつき防止、20合議体間の判定結果の格差の軽減、類似ケースの比較による判定結果の統一性、更新申請における過去のデータ参照による認定作業の正確性と迅速化、ペーパーレスによる準備作業及びコストの軽減、などの効果があがっている。

また、認定調査員の資質も公正・公平な介護認定のためには重要な要素である。このため本広域連合では、調査員の研修会や勉強会の継続的な開催とともに、抽出調査や同伴調査などの定期的な指導、監督によって調査員の資質の向上を今後も図っていく。また、併せて介護認定審査会委員長・副委員長会議を開催し、認定のための判断基準の統一化を図るなど、介護認定や調査内容の統一性と公平性を維持していく。

相談及び苦情・不満の解決

本広域連合では、制度の適正な運営及びサービスの質や量の確保のための施策を講じているが、介護認定に対する不満やサービス、制度運営上の苦情などが発生している。そして、それらの不満・苦情は、基本的には県の介護保険審査会や各都道府県に1ヶ所ずつある国民健康保険団体連合会が受け付けることになっている。

しかし、本広域連合においても、こうした不満・苦情が生じた場合には、保険者として住民に対し十分な説明を行い、制度に対する理解や納得を得ることによって問題を解決の方向へ導くために、平成12年11月から介護相談員を設置して電話による苦情、相談体制の充実を図っている。現在、介護認定を受けている人の多くは、介護保険制度におけるサービス利用が「権利」であるにもかかわらず、これらの利用による苦情や相談が生じた場合でも積極的に言い出されていない状況があり、現状として利用件数は伸びていない。このため、本広域連合では、介護相談員が積極的に居宅サービス利用者を訪問して面接調査を行い、相談や制度の周知を行っている。また、あわせて、介護サービスに対する利用状況や満足度の把握に努め、ケアプランの質の向上を図っており、介護相談員が利用者と本広域連合を繋ぐパイプ役を果たすことで、利用者の声を制度運営に反映させている。

今後も、本広域連合では、構成市町村と連携を図りながら苦情・相談に対応していくとともに、情報提供施策とあわせ第三者機関によるチェック体制の整備や介護相談員の充実を図り、利用者の声を制度運営及びサービスの質の向上に反映させる仕組みづくりを進めていく。

高齢者の権利擁護

介護サービスを受ける高齢者、特に、判断能力が不十分な痴呆性高齢者や知的・精神障害

者などの権利擁護については、地域の社会福祉協議会が窓口になり、利用者との契約によって、福祉サービス利用や日常の金銭管理などの援助が受けられる「地域福祉権利擁護事業」や、軽度の痴呆の人が「補助人」を選任し、福祉関係の申し立てなどをサポートしてもらえ「成年後見制度」が導入されている。地方自治体には、痴呆性高齢者等がこれらの制度を容易に利用できるようにサポートする橋渡しの役割が求められている。本広域連合では構成市町村と連携しながら、公的な苦情処理システムなどの活用によって、要介護などの高齢者の「個人の尊厳」を尊重し、その人らしい生活を継続できることを目指して、高齢者のさまざまな権利を擁護し、支援していく。

利用促進を図るための情報提供基盤の整備

利用者自身によるサービスの選択を十分可能にするため、本広域連合では、介護保険施策の最新情報の紹介や、痴呆対応型共同生活介護、宅老所等の施設の空き状況などを利用者が直接検索出来る「ホームページ」を開設している。また、介護保険の内容を分かりやすく紹介した「介護保険べんり帳」(点字版・音声版も作成している)や、介護保険に関する利用者の声や各地区のホットなニュースなどを紹介する情報誌「ささえ愛」などの発行によって、介護保険制度への理解を深めてもらっている。

介護保険制度を当然の権利として意識し、サービスを気軽に利用してもらうためには、保険者の持つ情報や施策が住民から信頼をもって受け入れられることがもっとも重要である。そのため、本広域連合では、個人のプライバシー保護を第一に考えながらも、利用者の介護保険に関する疑問などに応えるため、制度に関する情報をオープンにする「情報公開条例」及び情報の適正な管理を行う「個人情報保護条例」を制定した。

さらには、利用者が介護サービスを選択する際の有効な判断のためには、サービス提供事業者を第三者的機関によって評価した情報の提供も必要であり、機関の設置を含めてそのあり方を検討する。

運営協議会によるチェック

住民の意見が十分に反映された介護保険制度の円滑な運営のために本広域連合では、有識者のほか、被保険者からなる「佐賀中部広域連合介護保険運営協議会」を設置している。運営協議会においては、介護保険事業に関する施策の実施状況の調査、評価などのためにこれまでに5回の会合を開催してきた。今後とも、介護保険の施策などに関する重要事項に関しての調査審議を行い、制度の円滑な運営に努めていく。

施設入所の基準づくり

介護老人福祉施設の入所申込者数は、介護保険制度導入によって非常に多くなっている。「措置」から「契約」へと利用者本位の制度となったことの影響はあるが、真に施設入所が必要な方が入所できないという状況は避けなければならない。このため、今後は施設整備と

ともに、介護老人福祉施設の入所に関しては、介護度に加え、「ひとり暮らし」「同居人が病気などで介護力がない」などの個々人の事情を考慮して入所の優先順位をつける基準を設けることが必要である。

2．在宅介護の推進のために

(1) 在宅介護重視の推進

「介護保険法」では、「被保険者が要介護状態となった場合でも、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう配慮されなければならない」と定められている。

本広域連合では、この考え方を重視し、多様な在宅サービスが提供できる基盤整備を進めていくことによって、在宅での本人の「生活の質」の向上を目指すとともに、介護者の負担軽減を図っていく。

充実した在宅サービスの取り組み

在宅介護を促進するために、訪問介護の24時間対応や、介護者の希望が多い短期入所生活介護・短期入所療養介護、さらには、利用率の低い医療系訪問サービスの利用拡大を図る。また、在宅での生活支援に欠かせない住宅改修については、利用者の一時負担を軽減し利用を拡大するために、これまでの「償還払い」に加え、「受領委任払い」を平成14年4月から実施しているが、福祉用具購入の受領委任払化も検討し、住環境の整備などの充実を図る。

さらに、特定施設入所者生活介護や痴呆対応型共同生活介護については、在宅介護を支える重要なサービス基盤として、あるいは施設入所のニーズを補完するものとして、地域事情などを考慮し、その役割を明確にしながら整備を進めていく。

在宅復帰事業の取り組み

施設入所者の在宅復帰を促すためには、在宅での介護が可能かどうかを試す一時帰宅を進めることも必要である。このため、一時帰宅中の在宅介護費用の負担額の一部を助成する在宅復帰家族支援事業を実施し、在宅復帰を支援していく。

（２）医療・保健・福祉ネットワークの促進

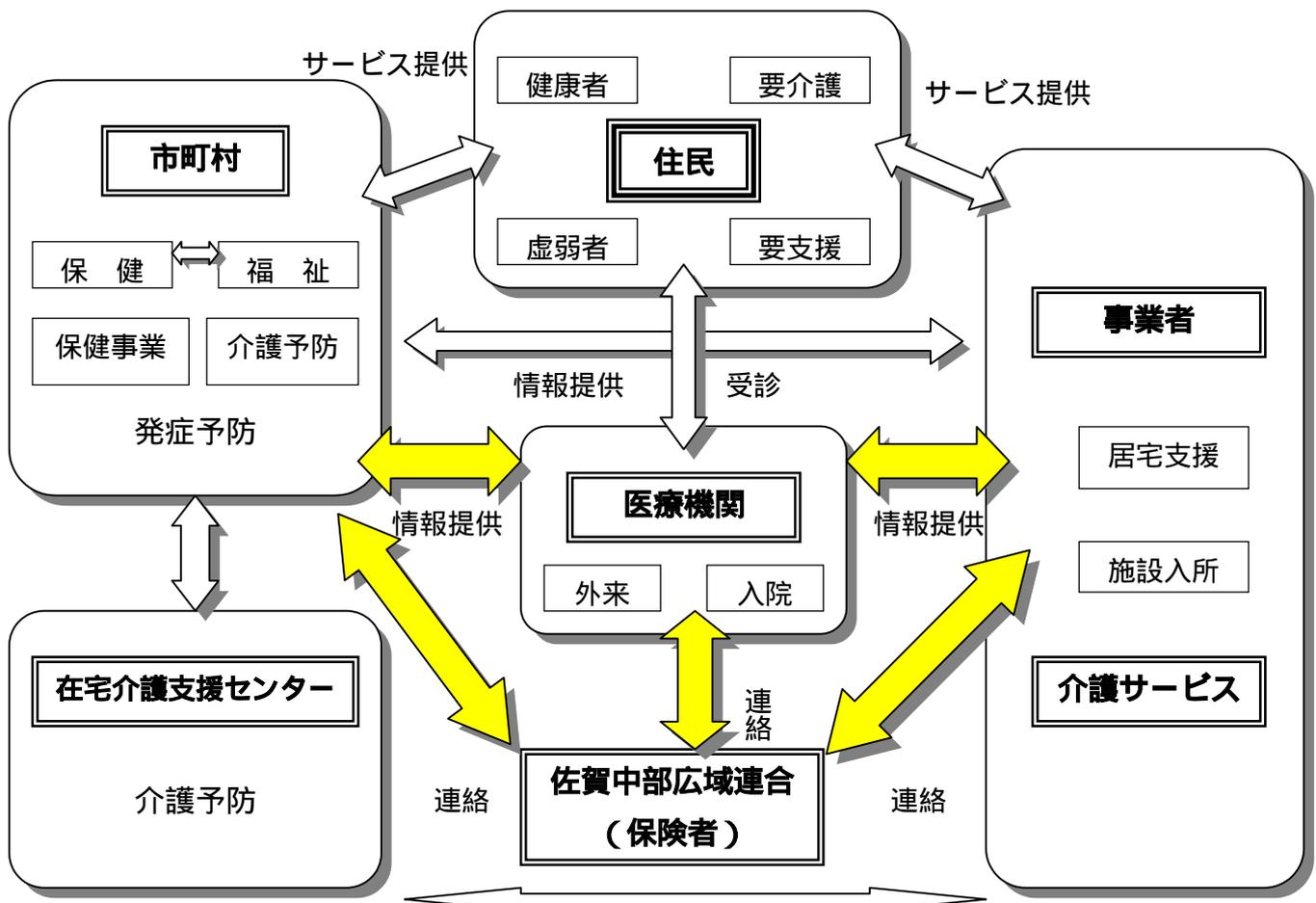
地域住民の健康と福祉向上のためには、医療・保健・福祉分野の連携強化とともに、個人や地域の問題点の把握や支援目標の共有化が重要であり、関係機関の相互連携ネットワークの構築と各種保健福祉サービスによる、よりよい療養生活を提供することが重要である。

このため、本広域連合域内において、「医療・保健・福祉情報連絡ネットワーク」を構築するとともに、その運営を円滑に行うために本広域連合はその調整を行うこととした。

同ネットワークは、本広域連合域内に住所を所有するもので、疾病や虚弱などで「寝たきり」や「閉じこもり」などになるおそれがあるために、各種保健・福祉サービスが必要とするものを対象とする。対象者各個人の健康・福祉に関する情報を、迅速に構成市町村や医療機関、介護サービス事業者が共有することによって、早期に的確なサービスの提供が行われるとともに、その後の経過や対応なども把握することによって、よりよい療養生活が送れるように支援することを目指すものである。

本広域連合は、同ネットワークが円滑に運営できるように、必要に応じて関係機関などとの連絡調整を行う。

<医療・保健・福祉情報ネットワーク フロー図>



(3) 介護者団体の周知及び支援

在宅介護を進めるためには、介護者の精神的負担を軽減することが大事である。介護者については、自主的に「介護の会」などの団体も立ち上げられており、介護者間の情報交換がなされている事例もある。

介護者がひとりで悩むことなく、介護に前向きに取り組んでいけるようにするためには、これらの介護者の活動が果たす役割も大きい。

本広域連合では、こうした介護者の団体の取り組みを広く周知するとともに、支援していくことで、介護者の精神的負担の軽減を図っていく。

3. 広域連合と構成市町村が一体となった元気高齢者づくりのために

(1) 「市町村高齢者保健福祉計画」と一体となった介護予防と健康づくり

「在宅重視」とともに、要介護状態から要支援状態へ、さらには、要支援状態から自立へといったように、個々人の身体状況の向上が図られ、施設から在宅へ、さらには、在宅によるその人らしい自立した生活が送れるよう、元気な高齢者をつくることも重要である。特に本広域連合では、要支援、要介護1の軽度の認定者数が占める割合が全国平均に比べて高い状況であり、施策の展開によって要支援・要介護状態の軽減化を図ることができる。

本広域連合の構成市町村においては、介護保険事業計画との整合性を図りながら市町村独自の「高齢者保健福祉計画」を策定しており、自立認定者を含む地域の高齢者を対象とした保健福祉施策として「介護予防・生活支援事業」などの取り組みが行われている。

本広域連合では、広域的観点から高齢者施策の統一的な方向性を打ち出し、「介護保険事業計画」と「市町村高齢者保健福祉計画」が連携を取りながら、地域資源の広域的な活用や各市町村共同による健康づくり事業などによって、要介護・要支援認定者はもとより自立と認定された高齢者など、高齢者全体を視野に入れた保健福祉施策を構成市町村が一体となって進めていく必要がある。

また、配食サービスや移送サービスなど、自立支援のための「上乘せサービス」「横出しサービス」の実施も望まれるところであるが、現段階では市町村の実施状況や基盤整備状況などにばらつきがあるため本広域連合の共通事業として行うことは困難である。これらの事業は、今後も各市町村で積極的に進められていくものであり、広域連合域内で一定水準の水準に達した時点で、広域連合の介護保険事業の共通サービスとして実施していくことを検討する。

(2)「介護予防研究会」による介護予防の推進

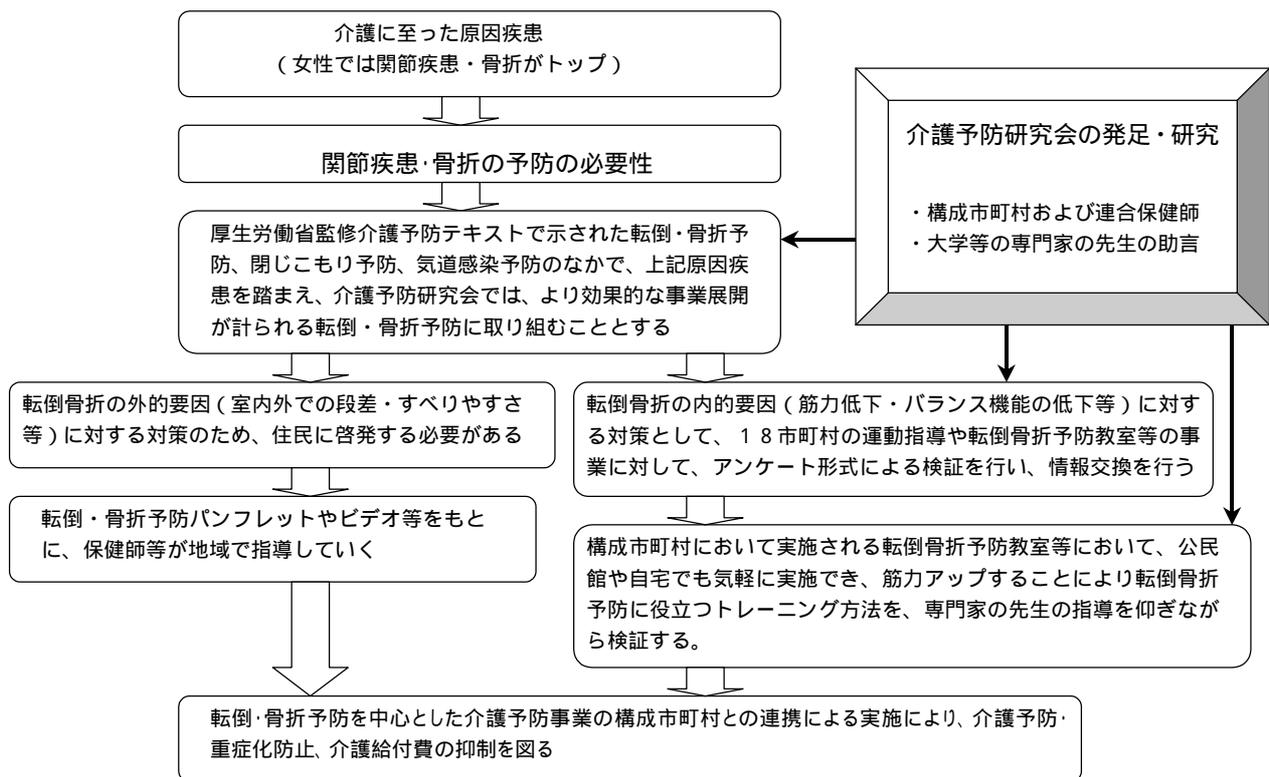
高齢者要望等実態調査によると、介護を受けるようになった原因疾患で一番多いのは脳血管疾患となっており、続いて痴呆、関節疾患、骨折の順となっているが、特に、要介護者の多数を占める女性では、関節疾患・骨折を合わせた原因がトップとなっている。

今後、関節疾患・骨折の予防を推進することが、介護予防や重症化防止、ひいては介護保険財政の安定化のためにも重要である。

このため、本広域連合では、平成14年5月に構成市町村との連携により「介護予防研究会」を発足させた。まず最初に、関節疾患・骨折の予防に効果的な筋力アップによる転倒・骨折予防事業の研究に取り組んでおり、その成果を踏まえ、構成市町村で事業展開することにより介護予防を推進する。

また、全国の介護予防の先進的取り組みについての的確な情報を提供していく。

<介護予防事業の概要>



(3) 佐賀県の「地域リハビリテーション事業」との連携

高齢者が住みなれた地域において、生涯にわたって生き生きとした生活を送ることができるためには、低下した身体機能を回復するリハビリテーションを行うことが重要である。このため佐賀県では、各関係機関、団体との連携により、高齢者それぞれの状態に応じた適切なリハビリテーション事業（地域リハビリテーション）が適切かつ円滑に提供される体制整備を図り、要介護状態となることを予防する推進方策について検討する「佐賀県寝たきり予防・地域リハビリテーション推進会議」を平成14年6月に設立した。これによって県下では、「都道府県リハビリテーション支援センター」を1カ所、「地域リハビリテーション広域支援センター」を老人保健福祉圏内に1カ所指定することになっている。

本広域連合においては、「佐賀県寝たきり予防・地域リハビリテーション推進会議」で展開される施策等に積極的に参加し、地域リハビリテーションに寄与していきたい。

<寝たきり予防推進事業体系図>

