

第5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12月2日

15:00から

場所 佐賀市文化会館 大会議室

【次第】

1 開会

2 議事

- (1) 策定委員からの意見・提言について
- (2) 利用者及び介護者へのヒアリングについて
- (3) 計画策定の趣旨について
- (4) 市町村特別給付及び保健福祉事業について
- (5) 低所得者対策について
- (6) 計画の全体構成について
- (7) その他

3 閉会

| | | | | | |
|---------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|-----|---------------------------|
| 資料1 | 資料2 | 資料3 (PDF) | 資料4 | 資料5 | 資料6 (PDF) |
|---------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|-----|---------------------------|

第5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12月2日（月）

15：00～ 佐賀市文化会館

出席委員 井本委員 江口委員 上村委員 副田委員 諸隈委員 藤岡委員

林田委員 浅賀委員 久保田委員 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 中下委員 塚原委員 古賀委員 南里委員

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 石丸総務課副課長 上野行財政係長 八田 水町

1 開会（石丸総務課副課長）

2 あいさつ（山田事務局長）

3 議事（井本会長）

（1）策定委員からの意見・提言について（田中副局長）

・資料1に沿って、策定委員からの意見・提言について説明する。

（2）利用者及び介護者へのヒアリングについて（田中副局長）

・資料2に沿って、利用者及び介護者等に対して行ったヒアリングの結果について説明する。

（3）計画策定の趣旨について（田中副局長）

・資料3に沿って、次期計画の趣旨について説明する。

（4）市町村特別給付及び保健福祉事業について（三塩給付課長）

・資料4に沿って、当広域連合で検討した市町村特別給付及び保健福祉事業について説明する。

（5）低所得者対策について（杉坂業務課長）

・資料5に沿って、低所得者対策について説明する。

（6）計画の全体構成について（田中副局長）

・資料6に沿って、次期事業計画の概要について説明する。

（7）その他

・構成市町村保健福祉計画策定のスケジュール及び介護保険事業計画との関係について説明する。

4 閉会（石丸総務課副課長）

午後3時 開会

○司会

こんにちは。まだ何名様かちょっとお見えでない方もいらっしゃると思いますが、定刻になりましたので、ただいまから第5回介護保険事業計画策定委員会を開催したいと思います。

私、本日司会を務めさせていただきます石丸と申します。10月に人事異動によりまして佐賀市より参りました。今後とも、どうぞよろしくお願ひします。

なお、きょうの委員会には増田委員さん、中下委員さん、古賀委員さんは欠席との連絡をいただいております。

では最初に、資料の確認をしたいと思います。

事前にお配りをいたしておりましたが、そのお配りをしておりました封筒の中に、送付文書と式次第、それに資料の1、2、3、4、5、6まで。それに事業計画の政策目標を掲げましたA4の紙と、それに、18市町村の高齢者保健福祉計画策定のスケジュールをあらわしたものを事前にお配りいたしておりますが、ございますでしょうか。

それと、さらに本日、追加資料といたしまして、追加資料というふうな表題で書いておりますこの資料、それに第5回の事業計画策定委員会に向けた意見提言ということで、策定委員さんからいただきましたペーパーです。以上、資料そろっておりますでしょうか。

そういたしましたら、会長さんの方にあと議事を進めていただきたいと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。

○会長

皆さんこんにちは。第5回目の会議ということで、予定ではあと1回ということでしたけれども、恐らくあと2回ほどという話です。5回目、随分議論が出てまいりましたし、また、意見・提言もさまざま形で出ております。こういう形でも構いませんので、どしどし提言していただければと思います。

では、早速議事に入りたいと思います。

1番目の策定委員からの意見提言ということで、2点ほど出ておりますかね。よろしくお願ひいたします。

○事務局

よろしくお願ひいたします。それでは、座って説明させていただきます。

資料1をお願ひいたします。

今回、第4回の事業策定委員会で議論いたしました第1期計画の実績と課題、それから、介護保険のよりよい運営のためにということに対しまして、3人の委員さんから御提言なり御意見が出ておりますので、まず、事務局の方で調査したこと等を報告させていただきます。

まず、1人目の策定委員さんの方から出ておりますけれども、そのことでございます。

第1期計画の実績と課題ということで、大きくは4点ほど出ております。最終的には、入所施設整備において十分な検討が必要じゃないかということなんですけれども、まず1点目です。ショートの利用状況が非常に高まっているのではないかとことでの施設不足についての御提言、御意見でございます。これにつきましては、私どもが調査しておりますけれども、確かに昨年の同期といいますか、昨年の4月から8月、そして、ことしの4月から8月を比べてみますと、13年度は月 464名でしたけれども、14年度は今 607名の利用ということで、31%ほど伸びております。特に土曜、日曜日の申し込みが多いというふうになっております。

全体的な利用率といたしましては、おおむね7割前後の利用率でございます。

今後のショートの利用が高まることに対する対策ですけれども、現在、ショートのベッド数としては 259床ありますけれども、一時的活用が46床ほどございますので、約 210床になっています。今後ですけれども、15年度に芦刈の方に特養ができますけ

れども、ここに10床併設するというふうになっております。

それから、この策定委員会の中で、特養についてはおおむね 100床と2施設というふうな今数字が出ております。したがって、50床の特養には20床というのが一般的なセットになっておりますので、今後40ほどできるのかなというふうな感じを持っております。

それから、事業者の方に今後の意向を聞きましたけれども、それでもショートをやりたいという事業者の方もおられますので、この辺で緩和されていくのじゃないかなというふうに思っております。

それから、2点目ですけれども、痴呆症の受け入れ先施設が少ないんじゃないかということの御指摘がされております。このことにつきましては非常に難しい問題でございますけれども、今後の施設整備の中で痴呆の方々への配慮といえますか、それも十分頭に入れておかんといかんだらうと思っております。

それと、策定委員さんからも提案がっておりますけれども、佐賀県の痴呆介護実務者研修会というのを県の方でやっておりますが、これにも痴呆関係の方々のみならず、施設の関

係者に受講していただくということがいい方策ではないかなと、そのように思っております。

それと、グループホームが最近非常に多くなっております。今回の2期計画の中では、現在17ユニット 145床の実績となっておりますけれども、平成19年度まで 260床ぐらいというふうに計画をしているところでございます。

それから、ADLは自立しているため、介護度は思ったほど高くないというふうなことでの社会的入院が軽減できないのではないかとございまして、これにつきましては、正副委員長会議で、いわゆる元気な痴呆の方についての補正基準というものもつくっていただきまして、平準化を図るといいますか、そういうことをやっているところでございます。在宅での痴呆の方の介護につきましては、専門の医師の診療と、それから、そういう先生方のアドバイスを受けながら介護をしていく方法がいいんじゃないかなと思っている次第です。ほかに何かよい方策があれば、御意見をお願いしたいと思っております。

それから、2点目ですけれども、訪問看護、訪問リハについては、認知度の問題もさることながら、利用料の問題もあるのではないかなと。特に重介護状態の方については、医療、福祉ともに平均して利用できるような方法がないかなという御意見でございます。確かに要介護4、5で、いわゆるリミット以上に使われている方が最近多くなっております。したがって、これは国の社会保障審議会の方でも議論になっておるわけございまして、要介護状態の重い方の限度額引き上げについては、その辺の議論を待ちたいというふうに考えております。

それから、3点目ですけれども、入所待機者で緊急性が高い利用者は3分の1とありますが、正確にはどのようになっているのかというお尋ねでございます。ことしの4月1日の時点で域内の介護老人福祉施設に申し込まれた方というのが 1,016名おられました。私どもの方で名寄せをして、いわゆる特養、老健、療養型、あるいはグループホームは除いてですけれども、616名でございました。10月1日時点では、先ほど 1,016名と言いましたけれども、これに対しての人数は 1,540名となっております。きちっとした名寄せの数字は実はつかんでおりませんが、確かにその後もふえていると、そういう状況でございます。

前回と同様、施設の方にお尋ねしましたけれども、やはり2人から3人に声をかけると入所されますと、そういうことございまして。

それから、4点目ですけれども、入所待機者にはグループホーム入所者はどの程度おられるかということです。これはひょっとしてダブっているかもわかりませんが、10月1日現在では24名となっております。

それから、重度化した場合の対処方法ということですが、これも非常に難しい

のかなと思いますが、重度化した場合については、医療を受けながら何とか痴呆のみの場合ですと、グループホームで介護されているようですけれども、やっぱり医療ニーズが高くなった場合については、協力医療機関にお願いせざるを得ないと、そのようにお伺いしております。

それから、養護老人ホームからの在宅復帰、それから介護福祉施設利用の意向状況、この辺はどうかということですが、佐賀市内の養護老人ホーム、定員が80名の施設がございます。ここにお尋ねしましたところ、在宅復帰された方は去年は1名だったそうです。ことしはまだないと。それから、介護老人福祉施設への入所は、大体1年間で10名前後ですね。ことしは3名ということでございます。養護老人ホームの方では、要介護2ぐらいまでの介護をしているということでございます。施設自体への入所が難しいということで、養護老人ホームからまた施設への入所というの厳しい状況になっていると。したがって、養護老人ホームへの入所も厳しい状況だというふうな状況でございます。

それから、介護保険のよりよい運営のためにということで、策定委員さんの方から、利用者の苦情受け入れ態勢は十分できているけれども、施設側の相談窓口を設置していただけないでしょうかという御意見でございます。国保連合会にこの点聞きましたら、利用者側からも聞きますけれども、施設側の御意見も聞きますということで、シャットアウトといいますか、そういうことはやっていないということでございました。基本的には一番根本にあるのが契約だろうと思います。したがって、契約書のあり方、この辺につきまして専門家、弁護士の先生を入れての検討というのが必要になってくるんじゃないかと思っておりますので、この点につきましては事業連合会の方にも私ども話しかけてみたいと思っております。

それから、佐賀県痴呆介護実務者研修会の件でございますけれども、県に聞きましたら、確かに今年度はグループホームの関係者を主体に研修会の参加者を募ったということで、ほかの施設の方がちょっと割を食った面があるということは否めないということでございました。年3回、1回30名でやっているということでございます。来年度についても同じぐらいになるのではないかなということでございます。県の方には痴呆関係の研修には力を入れてほしい旨、要望したいと思っております。

それから、一番下ですけれども、要介護者、人工透析者等の受診ですね、施設に入っておられる方が病院等に行く場合に、送迎サービスが介護保険上、利用できないかということでございますけれども、このことにつきましては、病院受診については原則家族が送迎を行うこととなっております。また、人工透析者等の通院につきましては、障害者福祉施策の福祉タクシー助成、あるいはタクシー料金1割引の利用等もありますので、活用いただいていると思っておりますけれども、ほかに送迎サービスを行っている病院もあると聞いておりますので、この辺の検討で対応せざるを得ないかなと、そのように思っております。

続きまして、2人目の策定委員さんからの御意見でございます。

策定委員さんは、大変詳しく分析等もされて御意見を出しておられましたけれども、ちょっと私どもの方で少し要約というような形で今回出させていただいております。第1期計画の実績と課題ということに対しましては、これは国の対策になるかと思っておりますけれども、定年を長くし、社会保障の受給者としての期間を短くする必要があるんじゃないかというような御提言でございます。

それから、介護が必要になってもデイサービス等を利用するなどして、体を動かすことで寝たきり防止にもなるということの御提言でございます。

それから、介護保険のよりよい運営のためにということで、一つがケアプランの質的向上についてということでございます。サービスを必要とする方の個性に合わせて接し、計画を策定することが必要ではないかということでございます。私どももこのケアプランのチェックというのがこれからの課題ではないかなと思っております。

それから、2番目が高齢者の権利擁護の部分でございます。

それから、3番目が市町村の高齢者保健福祉計画との一体性ということでの介護予防と健康づくりでございます。

この辺は18市町村の高齢者保健福祉計画と関係しておりますので、18市町村の方に情報を提供したいと、そのように思っております。

なお、18市町村の高齢者保健福祉計画の策定状況については、後ほど中間報告をさせていただきたいと思っております。

それから、きょう追加資料といいますが、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、3人目の委員さんの方から出されております。

1点目ですけれども、県の老協では、平成14年10月付ですけれども、県の方に予算要望をされているという中で、新型特養の増床ということを上げられております。待機者が非常に多いと、そういう中での個室ユニット型の増床の件でございます。

特養につきましては、現在17施設 1,091床が整備されております。来年度、芦刈の方に50床できますけれども、これはユニット型でございます。今後は個室ユニット型の整備になると思っておりますけれども、ただ、増床でいくのか、いわゆる拠点的な新設でいくのかというのは、一つの課題として残っております。今年度ですけれども、15年度に向けての整備要望という形で18市町村の方から上がってきたわけなんですけれども、どこにどういうものを、その順位づけの問題が実はございます。これにつきましては幹事助役会で議論をしてもらって順位づけをしておりますけれども、ここでも東部地区の方へ、特に三田川とか東脊振の方にはまだ施設がないということでのこちらの方を優先すべきじゃないかという拠点整備を優先すべきという意見と、特に佐賀市ですけれども、非常に待機者が多いということでの待機者重視ということでの増床の話が出ました。結論的にはまず拠点を整備する必要があるということ、拠点整備の方を1位という順序で県の方に申請をしたところでございますけれども、今後とも、その辺はちょっと課題として残っております。

それから、2点目ですけれども、生活支援ハウスの問題です。

これは18市町村の高齢者保健福祉計画とも関係している問題でございます。確かに旧措置の時代で、要支援とか自立の方で今特養に入っておられる方がございます。5年経過後に出ざるを得ないということでございます。大きな問題があります。現在、その該当者が広域連合域内8名おられます。佐賀市が4名、それから久保田町が1人、多久市が2人、川副町が1人という8名の方が要支援以下の方です。したがって、佐賀市等にはこういう問題がございますということでの生活支援ハウスの検討については、お願いをしているところでございます。

以上が事務局として調査したところでございます。

以上です。

○会長

ありがとうございました。

私の方からもケアプランのチェックですね、そちらの方の検討は十分なさせていただきたいと思っております。

この件に関して補足等はありませんか。提案なさった3名の方々よろしいでしょうか。また何かあれば後でということ。

次は、2番目の利用者及び介護者へのヒアリングについて、これまた報告ですけれども、よろしくお願ひします。

○事務局

それでは、資料2をお願いいたします。

介護保険サービス利用者及び介護者等へのヒアリングということで、これにつきましては高齢者要望等実態調査というものも行っております。高齢者の実情等については一応調査をしておりますけれども、特に議会の方から、やはり利用されている方の生の声を聞いてほしいということもございまして、ヒアリングをやったところでございます。ここに書いていますように、介護保険サービス利用者、その介護者27名にヒ

アリングを行っております。これにつきましては認定者数の割合に応じまして、各市町村ごとに抽出をする。それから、要介護度分布の割合に応じて、要介護度ごとに抽出をしたところでございます。

それから、介護者団体につきましては、家族介護の会、あるいは呆け老人をかかえる家族の会と3カ所でヒアリングを行っております。

それから、ケアマネジャーにつきましても、ケース検討会というのが5ブロックで開かれておりますので、そこへ行きまして、参加者にヒアリングをいたしております。ヒアリングの期間としては7月から9月までということでございます。

全体的に利用者については権利意識は大分高まってきておるわけなんですけれども、まだ幾らか苦情とか不満を言い出せないというような方もいらっしゃいました。

それから、介護をなさっている方々のお互いの意見交換の場がないというようなことも出てきております。

それから、ケアマネについては、利用者のモニタリングが十分にできていないと、そういうふうなことが一つまとめになろうかと思っております。

次をお願いいたします。

これを調査項目ごとに5項目に分けて書いております。現状と課題、それから今後の対応ということで書いておりますけれども、介護サービスにつきましては、24時間体制が十分に整っていないため、家族としては不安だというようなこととか、通所介護、デイサービスの利用時間の延長希望というのも上がっております。特に農繁期あたりは長くしてもらえないかというような御意見でした。それから、苦情、相談が言いつらいというような御意見が出ております。

対応としては、在宅介護の充実、それから在宅介護重視の推進、相談及び苦情、不満の解決というようなことで、一応計画の中の施策として盛り込んでおりますので、この辺で対応したいと思っております。

それから、負担感の問題ですけれども、一つは精神的な負担感が大きいということがございます。それから、中には利用料が高過ぎるとできませんという方もございます。これにつきましては、きょうこの後、低所得者対策というようなことで問題提起をしたいと思っております。

それから、3番目の介護保険制度に対する希望ということで、施設入所の基準づくりについては、介護度だけでなくほかの要素もという御意見でございます。施設入所の基準づくりにつきましては、現在、老施協との協議を行っているところでございます。

それから、中部広域連合に対する希望というところでは、ケアマネジャーの資質の向上、それから、まだ制度を十分知っていないという御意見もあっております。これにつきましては、ケアプランの質向上、それから情報提供基盤の整備というようなことでの対応を考えております。

5番目のその他ですけれども、主治医との連携が重要じゃないかとか、インターネットが未整備である。それから、家族介護の会等の組織を知らない人も多いというような御指摘がっております。これにつきましては、対応としては医療・保健・福祉情報連絡ネットワークの促進、それから介護者団体の周知及び支援というようなことでの対応を考えているところでございます。

以上です。

○会長

ありがとうございました。

皆さん方これ意味わかりますかね。インターネットが未整備であるというのは、ちょっと意味がわかりづらいですけど。

○事務局

広域連合の方からはホームページをつくっております、こういうところに情報を流しておるということをおっしゃっておりますけれども、現実の家庭等の中ではまだまだ行き

渡っていないというようなことでございます。

○会長

はい、わかりました。何かこれに対して御質問なんかないでしょうか。

よろしければ、次の(3)に移りたいと思います。

(3)の計画策定の趣旨について、御説明よろしく申し上げます。

○事務局

それでは、資料の3をお願いしたいと思います。

これまで第4回、いろいろ事業費の推計等まで議論をしていただきましたけれども、現計画でいえば、第1章に当たるところでございますけれども、策定の背景、法令等の根拠、あるいは介護保険の理念、それから計画の方向性、この辺につきましては私どもこれまで議論をしてきておりません。ただ、基本的には法律等も変わっておりませんし、スタートしてまだ2年半という状況の中で、大きくは変わらないだろうというようなことで、この点につきましては最後のテーマになったわけでございますけれども、今回、たたき台的なものをつくりましたので、見ていただきたいと思います。1ページですけれども、策定の背景、それから法令等の根拠ということで、高齢化の進展の状況が今後どうなるかということ。それから、要介護高齢者の増加、あるいは介護の長期化、それから家族介護機能の低下、あるいは医療と福祉に分かれた高齢者介護に関する制度の再編成というふうなことから、社会保険制度として介護保険制度が創設され、平成12年4月から実施されておりますということを1ページで書いております。

続いて、2ページですけれども、この介護保険制度の見直しについての根拠規定ですけれども、介護保険法の第6章の第117条に基づいての3年ごと、5年を1期とする市町村の介護保険事業計画を定めるものですよという内容にいたしております。

それから、3ページですけれども、これは利用者の立場に立った計画策定をやっていますということをやっております。そのために佐賀中部広域連合では、保健、医療、福祉関係の専門の方々と、それから地域住民の意見を反映するというところでの一般公募による被保険者代表の方を合わせた佐賀中部広域連合介護保険事業計画策定委員会を設置したということ。そして、さらに高齢者要望等実態調査、あるいは介護保険サービス利用者や介護者等の意見を聞きながら計画策定を行うことに努めましたということを書いております。

それから、4ページをお願いいたします。

基本理念でございます。基本理念につきましては、法律の改定もあっておりませんので、現計画の基本理念を踏襲いたしております。1番が個人の尊厳、個の自立、2番が在宅での自立支援、それから3番目がサービスの自己選択、4番目が利用者にとって適切なサービスの提供、それから5点目が総合的かつ効率的なサービスの提供、6点目が住みなれた地域での安心した生活の営み、7点目が保健・医療・福祉が一体となったサービスの提供ということで、これにつきましては、現計画の基本理念を踏襲いたしているところでございます。

続きまして、5ページをお願いします。

計画の方向性でございますけれども、これは広域連合内の高齢者の保健福祉等の施策全般の指針ということで、構成市町村の高齢者保健福祉計画との連携、整合性を図っていくものでございます。現計画と基本的に同じでございますけれども、上から4点目の痴呆予防、それから権利擁護の推進、これにつきましては現計画にはございません。新しく取り入れたものでございます。18市町村の高齢者保健福祉計画の中でも痴呆予防・権利擁護の推進については非常に重きを持って議論されているところでございます。

それから、6ページをお願いいたします。

ほかの計画との関係でございます。介護保険事業計画につきましては、高齢者保健福祉計画、それから地域医療計画、それから、その他の計画、18市町村のマスタープラ

ンとの調和というものが保たれたものでなければならないということをうたっております。

なお、中ほどですけれども、「介護保険事業計画」は「佐賀中部広域連合」を主体として策定し、公平なサービス提供を目指します。しかし、配食サービスや移送サービスなど、自立支援のための「横出しサービス」、「上乘せサービス」の検討……」ということにいたしております。実はこのことについてはまだ全然議論をしておりませんので、検討後に書き加えたいということにいたしております。

下の方に、高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画との関係図を示しております。続きまして、7ページ目ですけれども、6番目の項目が計画期間ということで、今回は平成15年度から平成19年度までの5カ年の計画ですよということでございます。

それから、7番目に、各年ごとの計画の点検の考え方と方法ということで、毎年度点検し、課題の分析、それから必要な対策を講じることが必要ということで、評価項目を設定して的確な点検方法を工夫しますということを書いております。具体的には運営協議会による点検ということになるかと思えます。

それから、8番目ですけれども、高齢者の状況を把握するための実態調査の内容等ということで、一つが今回、高齢者要望等実態調査を実施しておりますので、その状況を書くということでございます。調査目的、調査の種類と調査ごとの目的、8ページですけれども、調査対象、それから調査方法、回収率、調査基準日、調査の実施というものでございます。

それから、2番目ですけれども、介護保険サービス利用者、それから介護者等のヒアリングをしたことについても書くことにいたしております。

それから、9ページですけれども、大きな9番目、佐賀中部広域連合発足の背景及び広域化のメリットということで、現計画の中では、そのメリットについてはこういうメリットができるというような表現になっておったわけでございますけれども、今回は実際2年半実施してどうだったということで、1番から5番まででございますけれども、どういうふうにできているというような内容表現にいたしております。

1番目が認定基準、給付、保険料の平準化については、認定基準とか保険料の平準化が図られ、地域間格差はないですよというようなことにいたしております。

それから、2番目が介護認定審査会における専門的な人材の確保、これについてもできておりますよと。

それから、3点目が多様なサービス資源の確保及び適切かつ円滑な調整ということで、域内居住の被保険者は多様なサービスを利用することができますと。

それから、4番目ですけれども、安定した保険財政の確保、これについてもおおむね順調な事業運営ができていますと。

それから、5点目が運用コストの大幅な節減でございますけれども、市町村単独で実施した場合に比しまして、職員数等、非常に少ない人数で対応できておまして、運用コストの削減に結びついておると、そういうことを書かせていただいております。

それから、10ページですけれども、これは全体の構成図ということで、理念、それから方向性、それから利用者、それから保険者、提供事業者の関係を一つの図の中に出したものです。

計画の策定の趣旨、現計画では第1章に入っていた分ですけれども、おおむねたたき台としてですが、こういうことを考えているところでございます。

以上です。

○会長

ありがとうございました。具体的なものが出てまいりましたけれども、何かこれに対して御意見ないでしょうか。理念ということで。

1点ですけど、市町村合併に対応するという部分は何か盛り込んでおかなくてよろしいでしょうか。

○事務局

市町村合併につきましては、もし市町村合併の方向性が定まりますと、当然のことながら市町村合併を前提としたマスタープランができるわけでございます。そういう中で、高齢者の福祉計画がどうなっていくのかというのがございまして、そのところは、正直なところ事務局内でも十分議論はしていません。

○会長

はい、わかりました。何かないでしょうか。どうぞ、策定委員さん。

○策定委員

この理念の中に、高齢者保健福祉計画ということで、保健の方と連携、整合性を図りますと書いてありますが、具体的には実際連携とか整合性を図ってあるんでしょうか。

○事務局

ちょっと後ほど報告をしたいと思っていましたけど、佐賀中部広域連合18市町村高齢者保健福祉計画策定スケジュールということで、きょう資料を出しております。

今、18市町村の方で実は高齢者保健福祉計画の策定委員会が開かれております。回数等もばらつきがございまして、3回ぐらいもう済んだところもございまして、今2回目に入っているというようなところもございまして、ですから、この辺がどうできてるかということもありますけれども、次に一つの紙で、現在のイメージ図といいますか、そういう形でお示しをしております。高齢者を支える環境づくりということで、左の方が介護保険事業計画の部分、いわゆる要介護者、要支援者の部分、それから、右の方が自立、あるいは自立に不安のある方というような形にしております。もちろん高齢者保健福祉計画の方がよりベースとしては広いわけです。もう一つ、その後ろに18市町村の総合計画というのがございまして、私どもの介護保険事業計画の策定状況につきましては、18市町村の方に随時ずっと情報として流しておりますし、18市町村の高齢者保健福祉計画の策定委員会にはオブザーバーという形で広域連合の職員が入って、お互いに今連携をとっているところでございまして、

この右の方でございまして、これもまだきちっと決まったわけではございませんけれども、おおむねこういう方向で進んでいくのではないかなということでございまして、

左の事業計画と、右の高齢者保健福祉計画の違いの部分といたしましては、健康づくりの推進、これは18市町村の方で担っていただくと。それから、上から3番目ですけれども、元気高齢者のための生きがい対策、これも18市町村の保健福祉の計画の中で定めていくものでございまして、そのほかにつきましては、基本的に施策の事業としては高齢者保健福祉計画の方で定めますけれども、お互いに連携をとっていく部分というようなことで、こういうふうにつくっております。

ですから、さっき言いましたように、計画の方向性のところで18市町村の高齢者保健福祉

計画とのすり合わせといいますか、確認をしながらやっていっておるところでございまして、

○策定委員

ありがとうございました。

○会長

ほかに何かございせんでしょうか。

またじっくり読んでいただくということで、また何かありましたら、おのおので事務局の方をお願いいたします。また後で受け付けますので。

では、きょうの本題が(4)と(5)になります。市町村特別給付及び保健福祉事業についてということと、低所得者対策について、これは非常に大きな問題ですので、一括して質疑したいと思います。

では、事務局お願いいたします。

○事務局

これまで4回サービスの事業量等について、それから、認定者数の推計等について御報告し、このくらいになるのではないかなということで委員さんにお示しをしてきたわけです。こと保険料に関しましては、まだ報酬がきっちり決まっていないというようなことで、どの程度どうなるのかという話はしておりません。20数%の事業量の伸びがありますよということで今までお話をしてきたわけですが、1月に厚生労働省の方で介護報酬についての答申が出ますと保険料を決めなくちゃならないわけです。それと大きく関係しているのが、いわゆる保険料をもって上乗せ、横出しサービスをするのかどうか、その辺が関係いたしております。それと、保険料がかなり上がるということでの低所得者対策を何らかする必要があるのじゃないかという御意見も既に入っているところがございますので、今回、その辺を事務局として投げかけ的に出すことにしたわけでございます、委員さん方の御意見を賜りたいということでございまして、一応事務局として、一つの例として考えているところをまず御説明させていただきます。

○事務局

それでは、資料4の市町村特別給付・保健福祉事業及び支給限度額増額の検討ということで、この資料に基づいて私の方から座って説明いたします。

まず1枚目、表紙をあけていただきますと、全国での実施状況と中部広域連合、構成市町村での実施状況ということで比較を載せております。全国での実施状況につきましては、厚生労働省がことしの4月1日現在で調査した結果内容について載せております。

まず1番目の市町村特別給付、いわゆる市町村独自サービスですけれども、内訳を見ますと、寝具乾燥サービス、それから移送サービス、配食サービス、おむつの支給、その他としては訪問理美容、それから施設入浴、マッサージ、通所宅老等が実施されております。

全市町村に対する実施割合としましては2.3%、いわゆる特別給付、これは介護給付の中での特別給付ということで、負担が1号被保険者になるということで、その負担の問題もありまして、また、国の方で介護予防生活支援事業を実施していますから、そのメニューとも重なるということで、全市町村での実施割合としては低くなっています。

隣に、右の方の佐賀中部広域連合及び構成市町村の実施状況ということですが、先ほど申しましたように、高齢者等の生活支援事業、それから家族介護支援事業、幾らかサービス内容には差がありますが、基本的には構成市町村の方でこういうサービスにつきましては実施されているということもありまして、市町村の方で対応ということで、連合としては新たにサービスを設ける必要はないかなと考えております。

続きまして、2番目の保健福祉事業ですけれども、この実施状況の内訳としましては、一番上の方が高額介護サービス貸し付けですね。それから、介護予防教室の実施、それから住宅改修費貸し付け等というふうになっております。これにつきましては全市町村割合が9.8%ということで、特別給付より貸付事業ということで財源が少なく要るということで実施状況としては多くなっております。

これについても佐賀中部広域連合及び構成市町村の実施状況では、高額介護サービス貸し付けにつきましては、生活困窮者については福祉事務所で対応、それから、社会福祉協議会で実施しております生活福祉資金貸し付けでも介護保険については利用できるということで対応できるかなと考えております。

それから、介護予防教室につきましては、8市町村ですかね、構成市町村の方でも実施、また、連合においても研究会ということで事業を実施しているところです。

それから、住宅改修費の貸し付けにつきましては、うちの方は受領委任払いということで貸し付けの必要はないということで、これについても必要はないかなと考えております。

次に、3番目の支給限度基準額の上乗せです。これにつきましては、居宅サービス区分が13団体、それから福祉用具についてはありませんけれども、住宅改修で8団体、全市町村割合としましては0.6%、低い状況で実施をされています。これにつきましては連合、構成市町村とも実施をしておりますので、一応検討しております。

次のページから、それについての説明をいたします。

まず、居宅サービス区分の支給限度基準額の上乗せということで載せておりますけれども、一番下の方に利用状況ですね。14年6月から8月、3カ月間の利用状況ということで載せております。計の方で見ますと、90%超といいますが、ほとんど支給限度額満額に近い利用ですね。これについてが全体では2,208人、利用率としましては12.59%の方がほとんど満額に近い形で利用をされている。それから、その下ですけれども、100%超ですね、限度額オーバーして利用されている方が計で869人、それで割合につきましては5%くらいの方が利用されている。このことについて限度額増額ということで試算をしております。上の方に試算の設定条件ということで上げておりますけれども、確かに要支援から要介護度5まで100%超の方はおられます。ただ、負担から考えて、一般的に豊富なサービス量を要すると思われる要介護度3、それから要介護度5を一応対象として試算をしております。

増額幅につきましては、3カ月の100%超えた分の平均をとりますと、10%ぐらいとなっていますので、一応10%としております。

限度額をオーバーすれば、超えた方については当然対象になるわけですがけれども、現在、支給限度額満度といいますが、いっぱい使っている方の限度額を上げれば、その分の方の利用がふえる可能性があるということで、一応90%以上の方が上げれば、その分増額の利用があるだろうということで算定をしております。

隣に試算の結果について載せております。

利用率につきましては、先ほど言いました利用状況の利用率で出しております。利用見込み数につきましては、90%超の15年から17年の認定者見込みより出しております。これで計算しますと、10%支給限度額を増額すれば、計でいいますと、3年間でですけれども、277,000千円程度。この分につきましては1号被保険者の負担となりますので、1号被保険者の負担がこれを行うことによって104円必要になるということになっております。

続きまして、その次のページですけれども、福祉用具につきましては基本的にレンタル、衛生品目については購入が認められるということです。福祉用具についての購入につきましては、大体年額100千円の支給限度がありますけれども、今までの支給状況を見ますと、大体その範囲内で済んでいるということで、ここでは利用が多い車いすのレンタルについては負担が大きいという声もありましたので、車いすの購入助成ということで検討しております。

一番下の方に14年度の実績について載せておりますけれども、月400人程度の方が利用されて、1人当たり月971円のレンタルで利用されているということです。

レンタルを購入する場合ということで、その上の右の方に、レンタルの場合と購入した場合の比較ということで載せております。

レンタルする場合、真ん中ですがけれども、車いすの定価が107千円の場合は大体一月当たりレンタル価格が700円。これを購入となりますと、助成を保険給付と同じように9割とした場合、利用者負担は17千円。700円を17千円で割りますと、24月程度ですかね、2年ぐらいうればもとがとれるということで、利用者におけるメリットの方に上げておりますけれども、2年間すれば、ペイするといいますが、もとがとれるということで、それ以上使う方については利用者負担の軽減を図ることが可能である。それから、車いすの場合につきましては、長時間利用した場合、脊柱側湾、骨盤変形、脊椎等の症状が懸念されるため、より身体状況に合った車いすの利用が考えられますので、購入によってそのことがより身体状況に合った購入が図られるんじゃないかということで、これを実施すれば、重症化防止にもつながるんじゃないかというふうに

考えております。

その次のページですけれども、その次のページにつきましては住宅改修の上乗せ・横出しということで上げております。

2段目に現行制度の問題点ということで上げておりますけれども、住宅改修費につきましては対象工事が手すり、段差解消等5品目として、工事の種類が少ない。それから、支給金額ですね、限度額が200千円まで。給付額は9割給付ですので、180千円になっております。それから、要介護度3以上の方は支給限度基準額 200千円分、リセットがきかない、1回だけということになっております。そういう問題点があります。

この住宅改修につきましては、県の単独補助があります。これにつきましては多少介護保険よりも工事種類は多くなっていますけれども、ここにありますように、1世帯につき1回しか利用できない。2人認定者がおられても1回だけ、200千円分となっております。市町村等によって対象工事にばらつきがあるという課題等があります。そういう課題の解消ということで、連合単独で200千円を上乗せした場合、最高給付額が600千円までできる。それから、対象工事も下の方にありますように、今ちょっと要望があっけていますけれども、レバー水栓、それから洋式トイレの新設等をふやすことによって、より利用者の立場に立った柔軟な対応ができるんじゃないかということで、この居住環境の整備により介護予防、重症化防止、それから介護負担の軽減、それから在宅介護の重視等に、これを実施すれば、つながるんじゃないかということで検討しております。

この車いす購入助成事業と住宅改修の単独事業につきましては、追加資料ということで、一応各事業費の積算を行っております。

車いす購入助成事業につきましては、サービス内容につきましては保険給付と同じように、今あります衛生品目の購入費用と同じように9割を助成する。利用対象者につきましてはもちろん要介護認定者ということで、利用の上限につきましても、現在ある購入費用と同じように100千円を新設するとした場合、一月当たりの利用見込み数ですけれども、利用期間が一定期間を超えれば当然効果がありますけれども、ただ、一度に負担がふえるということで、ちょっと見込み数につきましてはうちの方でも少な目かなとは思っていますけれども、一応3年間で22人程度で試算をしております。

これによりますと、3カ年事業費としまして23,760千円、もしこの利用者がふえれば、当然その分についてはふえていくこととなります。

それから、隣に住宅改修の単独事業ですけれども、これについてもサービス内容につきましては当然保険給付と、それから県単以外にまた単独で助成をする。利用対象者につきましては要介護認定者。それから助成につきましては今の給付と同じように助成限度基準額の200千円。利用者負担につきましては、他の市町村での実施状況、他の団体で特別給付以外で実施されていますけれども、その状況を見ますと、所得によって助成額を逡減といいますか、変えられておりますので、1段階については1割、それから保険料段階5につきましては9割負担ということで、また1割しか補助しないということで試算をしております。

一月当たりの利用見込み者数ですけれども、これにつきましては現在の給付額ですかね、限度額オーバーでの支給実績等から年間21件から22件程度の実績があっけていますということで出しております。これで試算しますと、3カ年の事業費では85,470千円となります。

この車いす購入助成と、それから住宅改修につきましてはですけれども、車いすにつきましては基本的に介護保険給付の中でレンタルということがありますし、住改についても多くの市町村が保険料負担がふえるということから、市町村で独自に実施しておりますので、も

し連合として実施する場合にも法定外給付で実施すべきかなということで考えており

ます。
私の方からは以上です。

○事務局

それでは、低所得者対策について説明をさせていただきます。

資料5をお願いいたします。

最初のページに、保険料設定の現状ということで書いております。

介護保険料の設定につきましては、市町村民税の課税状況をもとに低所得者に配慮した5段階の定額保険料設定が標準とされております。本連合でも、この標準的な5段階設定による保険料を平成12年度から14年度まで設定をしているところでございます。

保険料の水準につきましては、サービス量に応じたものと言われております。サービス量の多い保険者につきましては、保険料もおおむね高くなるということでございます。

次に、低所得者対策の検討の背景でございます。

今言いましたように、保険料の設定につきましては所得に応じたものになっておりますが、高齢者の収入状況を的確に把握することは難しい状況でございます。老齢年金、給与収入等は市町村の税の方でも把握をしておりますが、非課税年金であります遺族年金や障害年金などは把握をしていない状況でございます。

今の5段階の保険料の中で、特に、第2段階に該当する者の負担能力の格差が非常に大きいという問題がございます。公的年金等の控除額が大きいために、無収入から年金収入でいたしますと2,660千円までの幅がございます。本連合でも、2段階には約2万2,000人の方がおられます。約3割でございます。この2段階に格差があるということは、厚生労働省も承知をしております、ただし、全国的な制度として2段階を細分化することは困難であるというのが厚生労働省の見解でございます。

次期事業計画のサービス量が増加する、先ほども出ておりましたように、事業費の推計が20数%伸びることが予測をされております。それに伴いまして、保険料もおおよそ700円程度引き上げざるを得ないと考えているところでございます。

これらの状況からいたしまして、低所得者対策の是非の検討が必要ではないかと考えております。

次のページをお願いいたします。

低所得者対策検討に当たりまして、対策の視点として次の4点を上げております。

1点目といたしまして、保険料設定の仕組みでございます。

この仕組みにつきましては、先ほど現状及び背景で述べましたとおり、2段階に幅があるという問題がございます。

次に、2点目の負担と公平性、保険料を引き上げるということになりますと、その辺の負担感がどういうものか。それと、もし減免を行う場合ですが、減免を行った場合、その財源といたしましては第1号被保険者の保険料で賄うということになります。その場合の被保険者間の公平感がどうなのかということを考えております。

3点目が被保険者の状況でございます。

今も訪問徴収等を行いますと、やはり年金の少なさ、病気など生活の苦しさを訴えられますし、また、制度への不満等も言われます。そういうふうな苦情も電話でも来ておりますし、また、手紙で切実な要望等も上がっている状況でございます。

4点目といたしまして、国及び他保険者の状況でございます。

国の方針並びに他保険者の低所得者対策の実施状況等も視点の一つではないかというふうに考えております。

これらをもとに、低所得者に対する保険料軽減措置の是非の検討をお願いしたいというふうに思っております。

検討に当たりまず論点といたしましては、1点目に、先ほども言いましたように、第2段階の負担能力をどう考えるか、2点目に、苦情及び収納状況から見て軽減措置が

必要かどうか、3点目といたしまして、国の方針並びに他保険者の軽減措置の実施状況、それと最後に、次期保険料水準から見ての軽減措置を実施すべきかどうか、これらを論点としているところでございます。

次のページですけど、表にしております。これは介護保険料の段階別の年金収入の目安ということであらわしております。この表は、あくまでも本人及び世帯員すべてが65歳以上ということで、収入が年金のみの家庭で作成をいたしております。

この表をごらんいただければわかると思いますけど、第1段階と第2段階の収入が重なっているということでございます。第2段階には第1段階と同程度の層、また反対に、2,660千円近くとなりますと第4段階に近い層と、幅広い層がおられるということであらわしております。

一例を挙げますと、御夫婦で仮に2,500千円ずつ年金をもらっておられて、計5,000千円ですけど、それでも2段階、仮に夫婦で500千円ずつで1,000千円でも2段階という収入に幅があるということであらわしております。

次のページをお願いいたします。

あとは資料というふうにしております。

1番目に、所得段階別被保険者数、これは特別徴収、この分が年金から天引きされる分です。それと、普通徴収、これが直接納付をいただく分でございます。10月末現在で約7万2,800名の第1号被保険者がおられます。第1段階から第3段階までが、被保険者で市町村民税非課税者でございます。

次に、②の方が13年度保険料、これは普通徴収の分ですが、決算時の所得段階別の滞納状況をあらわしております。

13年度保険料につきましては、決算時、約2,100名近くの方が滞納をされ、そのうち、率でいたしますと、第2段階が一番多く、21%の方が滞納をされたという状況をあらわしております。

特別徴収につきましては年金から天引きですので、収納率は100%ですので、普通徴収の分が滞納が発生をするという状況でございます。

次のページに、苦情等の状況を書いております。

サンプル数が39件というふうに少ないですけど、実際100件近くありましたけど、匿名等が多く、氏名等がわかった分を分析したところが39件でございます。この中でも、やはり第2段階からの苦情が一番多く、41%が第2段階の方からの苦情でしたということでございます。

下の方に主な内容を記しております。

次のページをお願いいたします。国の方の方針です。

厚生労働省の方では、9月に中間値を踏まえた基本方針の中で、保険料が引き上がることが予測される保険者については、低所得者への配慮が必要というふうな指摘をしております。その方法といたしましては、保険料の6段階設定をはじめとした弾力化の検討を推奨しております。保険料の単独減免を実施する場合につきましては、3原則の遵守をするようにということを言っております。

今言いました保険料基準の弾力化を説明いたします。

一応弾力化の方法といたしましては、三つございます。

まず、1番目が各段階の基準額に対する割合の変更でございます。これは第3段階が基準で1、第2段階が0.75、第1が0.5、第4が1.25、第5が1.5というふうな基準割合をしております。これを保険者の判断で1段階を0.5ではなく0.4にできるとか、そういうことを言っております。実際、富山県の砺波地方介護保険組合ですけど、1段階を0.4にしておりますし、秋田県の鷹巣町では第1段階を0.4、第2段階を0.65というふうに変更しているところもございます。ただし、全体的にはまだ少のうございます。

次に、二つ目が基準所得金額（境界所得）の変更です。これは今、国の方の政令で第4段階と第5段階の境界となる基準所得金額は2,500千円と定められております。これ

を別に 2,000千円なり 2,300千円なりに保険者の判断で変えることができるということです。ただ、実際これをしているというのは、ちょっと今のところ話は聞いておりません。

次に、6区分の保険料率の設定でございます。これが厚生労働省が一番推奨をしているパターンでございます。市町村民税課税者、現第4段階、第5段階に当たりますが、この区分を新たに1段階3段階とし、全体で6区分の保険料率を設定することができるというのが6段階設定でございます。

新たに6段階を設けまして、これ書いていますのは仮ですけど、5段階と6段階の境界所得を5,000千円とする。そして、新たに6段階の保険料率を1.75か2.0、そして、この6段階設定で増収となった分で1段階や2段階の保険料率を下げるという方法でございます。今、1.75とか2.0とか5,000千円とか言いましたけど、このような数字につきましては保険者の判断で幾らでも決められますので、これらの組み合わせによりパターンは幾らでもできるというのが6段階でございます。

6段階の設定の実施状況ですけど、これはことしの4月1日現在で全国で11市町村が実施をしております。市では、流山市、横浜市、亀岡市の3市でございます。この3市では、境界所得を流山市は10,000千円、横浜市は7,000千円、亀岡市は8,000千円というふうに設定をされておられます。

続きまして、次のページでございます。

独自減免でございます。

これも介護保険法でも、市町村は条例で特別な理由がある者に対し保険料を減免することができるという介護保険法でも定めがございます。ただし、厚生労働省の方では、3原則の遵守を言っております。

その3原則でございますが、書いていますように、①が保険料の全額免除、これは介護保険は助け合う制度ということで、40歳以上の国民すべての方から保険料を支払っていただいています。一部でも保険料がゼロということはいけないということでございます。

2点目の収入のみに着目した一律の減免、これにつきましても、収入金額だけではなく、資産や扶養義務の状況を個々具体的に判断をしないで、あくまで収入だけでの減免は適当でないということでございます。

3点目の保険料減免分に対する一般財源の繰り入れ、これは介護保険制度では市町村の負担割合は全体の12.5%と決まっております。これ以上の市町村の一般財源の持ち出しは適当ではないということでございます。減免財源は、保険料で賄うようにというのが厚生労働省の考えでございます。

今、独自減免3原則を述べましたけど、一応神戸市の例を書いております。神戸市は単独減免をしております。あくまでもこれは申請が前提でございます。申請があって、それでまた聞き取り調査を行っております。世帯全員が非課税、世帯全員の所得がゼロ、世帯の年間収入が1,200千円以下、それと、市民税課税者に扶養されていない、資産などを活用してもなお生活が困窮状態というふうな調査を行いまして、これらの条件を満たしていれば保険料の減免を実施しております。

一応ほかの例といたしまして、新たに生活保護の受給が決まった人、受給決定前に未納だった保険料の免除をしているところもございます。

それと、第1段階の老齢福祉年金受給者の減免をしているところもございます。

それと、生活保護基準以下の収入にもかかわらず、生活保護を受けていない人の減免をしているところもございます。

今、単独減免の実施状況ですが、これもことしの4月1日現在で431市町村、これは全体の13.3%ですけど、実施をしている状況でございます。この単独減免につきましては、来年度以降は実施する市町村がふえるという状況かと思っております。

続きまして、きょうお配りしております追加資料の方をお願いいたします。

2ページをお願いいたします。

先ほど減免の方法といたしまして、6段階ということをお説明いたしましたけど、6段階での試算です。一番上の表が6段階を設定した場合の増収がどうなるか、この場合では境界所得をあくまでも5,000千円、7,500千円、10,000千円というふうに切っております。それと、保険料率も1.75と2.0ということで試算をいたしております。境界所得5,000千円の場合が、上の方に5段階が5,227人と書いておりますが、それから1,920人が新たな6段階の対象者となります。

増収の一番大きいものとしたしましては、5,000千円の2.0ということで、35,000千円ほどの増収になります。

2番目の表と一番下の表がおのおの1段階、2段階の料率を引き下げたとき、その分で幾ら減収になるかということをお示ししております。

第1段階につきましては、人数が917人と少ないので、余り金額的には影響はございません。ただし、2段階になりますと、2万2,000人という多くの方がおられますので、0.1ポイント下げただけでもやはり8,000千円の減収になるという状況でございます。

3ページをお願いいたします。

上の表ですけど、6段階を設定したときに1段階、2段階をどのくらい引き下げることが可能かというのをあらわした表でございます。境界所得が5,000千円で料率が2.0のときが2段階を0.17まで、これが一番最大下げることができるところでございます。

下の方の表が現行の保険料を6段階設定した場合、金額が幾らになるかというのをあらわしております。

6段階で保険料率を1.75にいたしますと5,369円、現在の5段階より767円の増となります。6段階で料率2.0とすると6,136円、現在の5段階より1,500円の負担増というふうになります。

1、2段階も書いておりますけど、これは境界所得7,500千円、料率2の場合で書いております。その場合で第2段階は2,240円ということで、61円安くなるということでございます。

続きまして、4ページをお願いいたします。

弾力化以外で独自減免ということをお説明いたしましたけど、独自減免を実施する場合の減免総額がどのくらいになるかというものを試算したものでございます。

この減免による保険料収入の減少分につきましては、第1号被保険者全員の保険料で賄うということで、一番右の欄に全員の保険料が1人当たり月額どのくらい加算されるかというのを書いております。これはあくまでも減免対象者を第2段階だけにしております。そして、保険料は第1段階と同額ということで試算をしております。仮に減免人数が300人おられると、減免総額としては約2,760千円かかり、1人当たりの保険料でいうと3.16円加算がされるということです。

実際、この減免認定者がどのくらいになるかというのが非常に想定は難しいんですけど、先ほど説明しました神戸市の例では、第2段階の実績で約2%くらいの方が認定を認められておられます。これを連合で当てはめると、約440名程度が減免対象者になるのかなと考えております。

一応今6段階並びに単独減免の御説明をいたしましたけど、6段階方式につきましては、新たな6段階層の負担割り増し感が大きい割には2段階の軽減額が少なく、また、収入に幅のある2段階、2万2,000人おられますが、全員に一律に軽減をすべきかどうかという疑問を持っており、6段階方式につきましては難しいのではないかと考えているところでございます。

以上でございます。よろしく御協議のほどをお願いいたします。

○会長

ありがとうございました。介護保険は自治事務といいながら、なかなか保険者の色を出しにくい制度になっていまして、そういう意味では、この上乗せ、横出し、もくし

は減免措置ですね、このあたりが一番特色が出せるところかもしれません。いかがでしょうか、事務局は神戸方式をお勧めということでしたけれども、何かこれに対して御意見はないでしょうか。

○策定委員

今、6段階で試算を出されておるんですが、例えば、境界所得5,000千円を出して、しかも、2掛けの中で3,534千円、そうすると、減免の分でこういうと、例えば、もう既に400人を想定したときで2段階のこれを出すと3,680千円ということになると、増収分を振りかえていくというても、1段階、2段階にその収入を振り分けますよといったって、本当の意味での効果がどう出てくるのかということも疑問ね、6段階方式に変えてみても。

そうすると、今、ここの国の3原則の問題が一つ大きなネックとして出てきているわけですが、いづれにせよ、今の段階で保険料確定というのはちょっと無理だし、利用料が確定していない中での保険料の議論を今しているわけですが、確かに今この資料を見ますと、果たしてどこまで効果があるのかなという疑問点も片一方にあるけれども、現実には滞納者の状況を見ますと、やっぱり何らかの減免措置を講ぜざるを得ないのかなということで、実は、私どものあれなんですけれども、事務局に提言をしておきたいのは、例えば今、保険料の滞納者の問題ですが、2段階、3段階、ここら辺でやはり構成している各市町村の助役会あたりでぴしっとそこら辺の事情説明をしながら、やっぱり徴税対策をやっておられる人たちが入ってやってもらわないと。ただ、福祉の関連課長会議あたりで状況説明しても、なかなか末端においていないなという感じがしますので、やっぱりそこら辺はぴしっとやっていただきたいと。

それと、あとちょっと聞いたんですけれども、65歳になられた時点で、いわゆる年金からの特別徴収の対象になるのに対しての社会保険庁の対応が余りにも遅過ぎるんじゃないかという感じがしますので、やっぱりそこら辺についての対応というのは全国の各保険者からでも申し出をして、そこを短縮してこない、下手しよると1年ぐらいは普通徴収で徴収をせないかんという実態が出てきておるわけですから、やっぱり今、年金のあれなんかは電算でぴしっと出ていますので、少なくとも我々が私の年金幾らですかと年金手帳を差し出してみりゃ、ものの二、三分で全部出てくるわけですから、やっぱり普通徴収じゃなく特別徴収に切りかえる期間というものを、例えば、年に6回だとか、せめて四半期ごとには切りかえをしますよというような形で国が対応をしてくれないと、どうしても普通徴収が出てくるというのが一つあると。

それから、2段階の構成の中で、例えば、私が知った人たちの中にも実質おるわけですが、子供さんたちが扶養親族として税法上の申告をしておきながら、現実には同居もしていないというこの実態が相当出てきておるんじゃないかという感じがしますので、やっぱりそこら辺については、これも広域連合でそれを調査せろといったって、とんでもない、とてもできるお話ではないんだけど、やっぱりそこら辺についても、各市町村の市民税課とかなんとかあたりの対応の中でそういうものの実態を掌握しておかないと。2段階の人たちでね、もう私が知っているのなんかでも子供さんの収入は結構あるわけですよ。結局、税金対策のために扶養親族として申告はしたと。しかし、実質扶養はしないと。そうすると、特に今、明治生まれの人たちで老齢福祉年金だけの人だったら、とてつもない負担なんですよね。そういう方もたくさんおいでになりますので、やっぱりそういうところで2段階、1段階の問題の中で、やっぱり収入で云々の議論の中でそこら辺の是正策をある程度講じていかないと、なかなかうまく進んでこないのかなという感じがしております。

以上です。

○会長

ありがとうございました。減免を考える前の部分をしっかりしてほしいと……

○策定委員

だから、当然減免は議論せざるを得んと思いますよ、今のこういう状況の中でいうと。ただ、それじゃ、減免した分をだれが負担するのかというたときに、6段階方式というのが大した効果をあらわさんということになると、どうするのかということだと思っんです。

○事務局

今、策定委員の方からいろいろ御指摘とか御忠告をいただきましたけど、私ども事務局の方では保険料の滞納者対策をいたしております。中部広域連合は18市町村という広い地域ですので、徴収活動を行いましても、やはり非効率といいますか、なかなか滞納の方は電話番号とかがわからないところが多うございますので、直接お伺いしましても不在というのが結構あります。9月に400件ほど滞納者のところを回りましたが、土曜、日曜日とかも回りましたが、半分ぐらいはやはり会えなくて、二度、三度行って、やはりその辺、もう少し効率的な方法も考えるべきではないかなと考えております。

それと、もう1点言っていました社会保険庁の対応でございます。65歳に新たに到達されて被保険者になられた場合、皆さん年金から天引きされるというふうに理解をされている方もおられますが、新規の到達者は最初はいくまでも普通徴収でございます。それで、誕生月の関係で最長で1年半ぐらい普通徴収、10月からスタートをいたしますので、4月等に誕生を迎えられた方は1年半ぐらい後の10月からということでもありますので、言われまし

たように、この辺は国の方へもやはり要望等をしていくべきではないかと考えております。

○策定委員

やっぱりこれは地方六団体あたりから強力に申し入れをして、そこを是正していかないと、実際問題として、いわゆる収納未済になってしまうと、普通徴収のことで。そこら辺は国も3原則を振りかざす以上は、やっぱり各保険者の悩みを解消するためにもそういう敏速な対応というものについての要望をどんどんしていかなと。

それから、広域連合で普通徴収滞納の分を徴収するというのは、これはもう明らかに不可能ですよ。だから、やっぱりここら辺は構成している助役会何なりでそれぞれの市町村単位でやっていただくという業務委託的なものを正式にやっていかないと、とても広域連合の今の人員で徴収をやっていけなんていったって無理な話で、物理的にも無理と思う。だから、やっぱりそこら辺は助役会あたりの中でおろして行って、徴収にかかわっては各市町村単位で滞納者の徴収について努力方を要請して、市町村でやってもらうという格好に制度上の中でやっていかないと、とてもじゃないけれども、これは減りもせんと思う。今後、滞納者はまだふえる可能性はあっても、減る可能性はないよ、今のままの制度でいきよればね。

○会長

どうですか、今の市町村にという話ですけれども、それは可能ですかね、事務局の方。

○策定委員

うん、これは助役会が受けるのか受けんのかばってんね。しかし、それしかなかと思う。

○会長

一応持ちかけることはしていただけますか。

○策定委員

かといって、佐賀市は国保なんかの特別徴収員を臨時雇用で雇ってずっとやっておりますけどね、そんなら、それだけのものを出せるのかといたら、ここの連合の事業費の中からそういうのを出しよる余力は全くないわけで。

○事務局

策定委員の方から今お話がありました徴収の問題については、一番当初ですけれど

も、半年間、介護保険料を取らないというときに、今後の問題として広域連合をどうするのかという話があって、当面は広域連合で対応いたしますということで議会等には話はしておいたわけですが、ただ、その後、2分の1の保険料を取る、そして、昨年10月から全額徴収という中で、現実、非常に滞納者が出てきているというような中で、私どもの18市町村の福祉関係の課長会の中でも、このことについては改めて議論していいのではないかという話も出てきておりますので、さっき事務局の方が言いましたように、我々が400件実際回ったわけなんですけれども、そういう状況を報告しながら、今後どういう方法がいいのか、課長会はもちろんですけれども、今言われましたように組織全体を動かすとなると、やはり助役段階の話になると思いますので、助役会あたりに策定委員会の中でも、こういうことが議論になったということで話をしてみたいと思います。

○会長

それでよろしいでしょうか。

○策定委員

はい。

○会長

では、今のもう減免の話が出ていますので、減免の方法に関して、大きく二つの方法が出されておりますけど、何か御意見ないでしょうか。6段階にしても余り効果がないのではないかと。これは事務局も含めて言われておりますけれども。選択肢は余りないんですけれども、何か御意見……

○策定委員

選択肢がないですね。

○会長

とらぬタヌキで、こういうのはなかなか難しいんですけどね。予測のまた予測ということで、何か御意見ないですか。

○策定委員

しかし、いずれにせよ、一応1段階、2段階、特に2段階あたりの減免というものをやっぱり考えていかざるを得ん。そうしたときに、やはりほかから上げてくるというのは、全体的な保険料の今の見直しの中で、例えば、基準になっている3段階の保険料アップで減免分を賄うとしたときに、どこまで上げにやいかんのかというのが一つあるだろうし、当然、1段階、2段階、それで、今ここに資料5の中に神戸市の例が出ておりますけれども、今ここに6項目ほど申請の前提としての条件が出ておりますけれども、こういったものも検討を加えながら、いずれにしてもやらないかん。そうすると、今の段階で、それじゃ、3段階の保険料を幾らまで上げりゃ、どこまで減免できるんかという議論をしようとしても、なかなか利用量自体が決定していないので、議論しにくいと思うんですよね。やっぱり利用量が出た段階で議論をしていかないとやいかんのかなという感じがしております。

○会長

わかりました。とりあえず、この低所得者対策をすることに反対の方はいらっしゃいますか。こういった例が幾つか出ておりますが、それに関しては特に御異論はないですね。——一応そちらの方向で進めていくということでよろしいですね。

あと、それでよければ、また保険料が出てからということでよろしいですね。

○策定委員

そうせんと、まず、基本的にはじき出しがでけんでしょうからね。この前の委員会の中で、利用量の伸び率については、この程度の伸び率ですよというものが示されておりますけどね、現実には介護報酬が確定していない段階では試算もでけんでしょうし、やっぱりそこら辺が確定した段階で利用量をはじき出して、それに対応する保険料でしようから。

○会長

事務局もそれでよろしいですね。

では、この件に関しては一応終わりました、先ほどの上乘せ、横出しという部分に関しては、何か御意見ないでしょうか。いかがでしょうか。

結構積極的にやっている市町村があるということでしたけれども、これもまた保険料にはね返ってくるという話で、いや、それでもこれだけはやってほしいとか、そういうものはないでしょうか、いかがでしょうか。事務局が幾つか出してありますけれども。

○策定委員

ちょっと事務局、1点だけいいですか。今、14年度の間接決算的なものが出ておりますか。いわゆる保険料と利用量とのかかわりの中で、現時点ではほぼ現在の保険料で14年度は賄い切れる状態。

○事務局

14年度の予算がございまして、今の給付の伸びを見ますと、2億円から3億円実は不足をするということで、補正をせざるを得ないという状況です。

ただ、保険料について言いますと、12年度が事業計画と実際の決算とで94%ぐらいということで、その部分の蓄えといえますか、そういうものがございまして、それを実は基金の方に積んでおります。ですから、他の保険者でどうしてもお金が不足するということで県でつくっている安定化基金というのがありますけれども、そこから借りざるを得ないという状況の保険者がこの県内にも二、三ございまして。しかしながら、現在の状況、確かに伸びておりますけれども、何とかそこまで借り入れという形ではなくて済むのじゃないかなということでございまして。ですから、3カ年のトータルを考えると、今3,068円で保険料を取っておりますけれども、その中に何とかおさまるといえますか、そういう状況でございまして。

○会長

特になければ、次の(6)の計画の全体構成の方にまいりたいと思います。ちょっと時間がありませんので、よろしくお願いします。

○事務局

それでは、資料6を見ていただきたいと思います。

この後、2月に入りまして、2月の策定委員会は保険料が何といても一番のテーマになるわけなんですけれども、策定委員会としてこの介護保険事業計画全体をつくり上げるということがございまして。きょうの議論も踏まえて全体像をつくるわけでもございまして、今までの4回の部分、そして、きょうの部分も踏まえた形でどうなるかということをつくったものが素案というものでございまして。

第1章に、さっきちょっと話を出した部分、計画策定の趣旨ということで考えております。

それから、4ページになりますけれども、第2章が第1期計画の実績と課題、これは第2回目、第3回目で議論したところの部分でございまして。

6ページ、第3章ですけれども、これが第2回目で議論したところの部分ということで、認定者数の推計の部分でございまして。

それから、8ページですけれども、第4章です。サービスの現状と評価、サービス量の見込み、これは第3回目で主に議論しております。

それから、第5章、事業費の推計、これは第3回、第4回で議論した部分です。

なお、第5章の2のところ、第1号被保険者保険料の算定ということで書いてありますけれども、これが報酬が出た後にきちっとした算定になるというものでございまして。

この分については、第4回の策定委員会の資料に記載しているところでございまして。

そして、11ページですけれども、第6章、介護保険のよりよい運営のためにということで、これは第4回の策定委員会で議論をしたところでございまして。

全体像としては、こういうふうなつくりになるのかなというふうな思っておりますけれども、必ずしもこういう順序でなければならないということでもございませぬの

で、私どもとしては、これをある程度文言化をいたしまして、図表と文言を入れた素案、たたき台をことしじゅうにつくりまして、委員の皆様方には送付をするということで見えていただければいいのではないかなと思っております。

最終的にですけれども、3月になるかと思えますけれども、策定委員会と運営協議会合同の委員会というふうな形でもう一回開かせていただきまして、そのときにきちっとした形での事業計画というものを決めていただければと、そのように思っております。

資料6については、以上でございます。

○会長

これに関して何かありますか。どうぞ。

○策定委員

さっきから議論になっております収入面、お金をどのように徴収するのかというのが抜けているみたいに思うんですけれども。

○事務局

策定委員がおっしゃられるように、保険料の徴収対策等については今のところ入っておりませんので、やはり事業計画の中に盛り込むべきということであろうかと思えますので、検討いたします。

○策定委員

第1回目のときというか、最初のこの前の策定委員会のときに、私がやはり収入といえますか、財源になりますお金は徴収できるんですかというふうな質問したときに、それは何とかでだから徴収はできます、みんな払うようになっておりますからというふうな回答をされてあったんですね。だけど、やはり徴収というのも難しいだろうと思えますから、ぜひやっぱり財源の確保というのは計画の中に入れとかなきゃいけないんじゃないかと思えますので、よろしく願います。

○会長

ほかにないでしょうか。なければ、その他にまいりたいと思えますけれども。—じゃ、その他で何か。先ほどちょっと一つ出ましたけれども。

○事務局

その他ということですのですけれども、1枚紙でつくっておる資料がございます。一番左の方が政策目標ということで、これは第6章のよりよい介護保険の運営についてというところを一つのペーパーにまとめたものでございます。政策目標としては、利用者本位のサービスの充実、それから、在宅介護の推進、広域連合と構成市町村が一体となって元気高齢者づくりという三つの柱でまとめてみたものでございます。これにつきましても、これでいいのかという問題もでございます。やはりサービスの質の向上というのが非常に大きな課題になっておりますので、これを一つの柱として出した方がいいのではないかなというような内部協議もしているところでございますけれども、今までの中で議論してきたこと、それを一つの政策として出したものといえますか、全体像としてこういう形に現在のところなっておりますということでお示しをしているものでございます。ですから、委員さん方、後ほどでも結構ですけれども、ああ、こういう項目が抜けているとか、こういうものを入れた方がいいとか、そういうことがございましたら、またファクス等で御連絡をいただければ大変ありがたいと思えます。

以上です。

○会長

はい、ありがとうございました。

今後とも、その辺でよろしく願います。

何か最後にまとめたところで、全体として御意見なりありませんか。はい、どうぞ。

○策定委員

今、介護保険のよりよい運営のための3番目、サービスの質の向上のところ、ボラ

ンティア団体やNPOの支援とありますが、具体的にはどういう支援をしてくださるのでしょうか。

○会長

どうぞ、何かありますか。

○事務局

これは18市町村の高齢者保健福祉計画との連携の中で出てくるのではないかなというふうに思っております。特に、介護保険に関係したようなボランティア団体、あるいはNPOができた場合については、私どもと十分協議して、できることがあれば積極的にサポートをしていきたいというふうに思っています。

○会長

もうないでしょうか。大体時間が来ましたので、この辺でと思いますが、よろしいでしょうか。

では、これで終わりたいと思います。どうも御協力ありがとうございました。

○司会

済みません、次の第6回でございますけれども、1月末ごろになりませんと、厚生労働省の方で介護報酬が決定しないということになっております。したがって、その後でないと保険料を決定することができません。そういうことから、よろしければ次回の第6回は2月3日月曜日の、時間としましてはきょうと同じく午後3時からということでお願いしたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。なお、場所につきましては、後ほどまた御連絡いたします。きょうはどうもありがとうございました。

午後4時58分 閉会

介護保険事業計画策定にかかる 意見提言の要旨

佐賀中部広域連合

第5回策定委員会資料

【策定委員意見①】

佐賀中部広域連合御中

第四回事業計画策定委員会におきまして、以下のことについて御報告いたします。

第1期計画の実績と課題

○資料などからショートステイの利用意向は高く、実際地域によっては利用したいが満床にて利用できず、遠方の施設を利用している状態です。また、痴呆症の利用者は一般施設では対応が困難な為病院、専門施設にて対応となるが受け入れ先が少ないのではないのでしょうか。以前は安全ベルトや抑制着を使用することによりリスクの解消を図っていましたが、現在は抑制禁止の取り組みが問われています。このような状況で痴呆症の方たちが安心して利用できる施設整備が必要ではないのでしょうか。またADLは自立している為介護度は思ったほど高くはなく利用制限があるため病院などの社会的入院が軽減できないのではないのでしょうか。

○訪問看護、訪問リハビリは認知度が低いこともあるが、利用料が高い為、他のサービスに比べ利用しにくいのではないのでしょうか。重介護状態の方がもっと医療、福祉ともに平均して利用できるような方法がないのでしょうか。

○入所待機者として、緊急性が高い利用者は現在の三分の一とありますが、老施協活性化委員会にて各指導員に尋ねるとまだ多いのではないかととの談話がありました。先日の御報告の中に「ある施設長に聞くと三人に一人が入所している」とのことですが正確にはどのようになっているのかお尋ねしたいです。

○入所待機者にはグループホーム入所者はどの程度いるのか。グループホームはあくまでも在宅サービスの一環として行われていますが実際、重度化した場合はどのように対処するのでしょうか。また、養護老人ホームからの在宅復帰、介護福祉施設利用の意向を踏まえ是非調査願いたいと思います。

以上、入所施設整備において十分な検討が必要ではないかと思われます。

介護保険のよりよい運営のために

○現制度上では、利用者の苦情受け入れ態勢は十分配置できているが、施設側の相談窓口を設置していただけないのでしょうか。ケースによっては事故発生時に明らかに金銭目的で訴えられるケースが全国でも聞かれます。またサービスを選ぶのは利用者・家族であるが支援専門員に依存するだけで協力的でないときもあります。理解が得られない家族に対し提供拒否は原則としてできないためどう対処するべきか。

○痴呆性高齢者の生活の質向上のために「佐賀県痴呆介護実務者研修」が行われています。現在ではグループホーム管理者には受講必須となっていますが、佐賀県全体の施設が痴呆性高齢者の生活向上にむけ参加していただければと思います。

○要介護者、人工透析者等の受診が必要であるが、自ら交通機関を利用できない場合、送迎サービスが介護保険上で利用できないか。ヘルパー同行にて民間の福祉タクシー利用をすると多額の利用料が負担となる。

ままとっていない意見ではございますが、どうぞ今後ともよろしく願いいたします。

【策定委員意見②】

第1期計画の実績と課題

第4回策定委員会資料1で示されているように、今後、一人暮らしや要介護高齢者は、世帯分離や働く女性の増加もあって急増するのは必至であり、これとともに孤独・痴呆・寝たきりの日常化といった不安もでてくる。

世代間扶養のシステムを維持する為には、高齢者や女性労働者の弱さを受け入れる職場を構築し、定年を長くし、社会保障の受給者としての期間を短くする必要がある。要支援・要介護1が多い原因として考えられるものの1つには、大家族制が崩れ、地域との交流が乏しくなる中で高齢者は孤独を感じ、デイサービスなどでそれを癒している方もいるのではないか。老いの寂しさを取り除くことで要介護者を減らし、介護が必要になってもデイサービス等を利用するなどして体を動かすことで寝たきり防止にもなるのではないか。

介護保険のよりよい運営のために

○ケアプランの質的向上について

ケアプランの質的向上のためには、サービスを必要とされる方の個性に合わせて接し、計画を作成することが必要である。

○高齢者の権利擁護について

成年後見制度では、利用者の生活・療養監護及び財産管理に関して本人の意思の尊重と、心身の状態及び生活の状況に配慮しているかが問題である。

○「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について市町村高齢者保健福祉計画は地域における介護保険給付対象外サービスの確保である。介護保険での訪問介護（家事援助）の範囲を超える部分について両計画でその位置付けを図り、住民ボランティア等との協力を求めているかどうか。

介護保険サービス利用者及び 介護者等へのヒアリング

佐賀中部広域連合
第5回策定委員会資料

介護保険サービス利用者及び介護者等へのヒアリング

1. 目的

介護保険事業計画の見直しに当たり、介護保険サービス利用者及び介護者の声をこの事業計画に反映させるため、平成13年8月に高齢者要望等実態調査実施したが、より利用者本位とした計画策定のために、この調査を補完する目的で今回のヒアリングを実施した。

2. ヒアリング対象者

(1) 介護保険サービス利用者及びその介護者(抽出調査 27名)

○抽出要件

・構成市町村毎の認定者数の割合に応じて各市町村毎に抽出。

・佐賀中部広域連合における要介護度分布の割合に応じて要介護度毎に抽出。

(2)介護者団体(家族介護の会等への参加者) 3ヶ所

・構成市町村社会福祉協議会主催の家族介護の会

・呆け老人をかかえる家族の会

(3)ケアマネジャー(ケース検討会への参加者) 5ブロック

・佐賀市中部, 多久市・小城郡, 佐賀市郡北部, 佐賀市郡南部, 神埼郡

3. ヒアリング期間

平成14年7月1日から平成14年9月20日まで

4. ヒアリング結果

意見及び今後の対応

5. まとめ

介護保険サービス利用者の現状としては、介護保険サービスの利用に対する権利意識はだいぶ高まってきたものの、サービス利用時における希望、苦情や不満が生じて、積極的に言い出されていない状況である。また、在宅介護をされている介護者の状況としては、介護者自身も高齢であること、介護者同士の意見交換の場が少ないこと等、介護に対する精神的・肉体的な負担が大きい場合が多い。介護保険制度において重要な役割を果たすケアマネジャーの現状としては、業務量が多いため、利用者のモニタリングが十分に出来ていない場合が見られる。

今後は、高齢者要望等実態調査で得られた結果に加え、このような状況を踏まえた政策・施策の展開が重要と考えられる。

| 調査項目 | 現状と課題 | 今後の対応 |
|---------------|---|---|
| 1. 介護サービスについて | <ul style="list-style-type: none">・在宅介護が出来ない理由は、24時間体制が十分に整っていないため家族の不安感が大きいから。・通所介護の利用時間の延長希望。・施設への入所申込者の増加。・施設利用について個室の希望が増加。・今後の利用を考えると、苦情・相談が言いづらい。・施設サービスはいわゆる特養化してしまい、各施設の持つ特色が見えにくくなっている。 | <ul style="list-style-type: none">・在宅介護を充実させるための基盤整備・在宅介護重視の推進・相談及び苦情・不満の解決 |
| 2. 負担感について | <ul style="list-style-type: none">・介護者の精神的な負担が大きい。・介護保険サービスを利用したくても、利用料が高すぎ | <ul style="list-style-type: none">・介護者団体の周知及び支援・低所得者対策 |

| | | |
|-------------------|--|---|
| | ると出来ない。 | |
| 3. 介護保険制度に対する希望 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設入所の基準づくりについては、介護度だけでなく他の要素についても考慮してほしい。 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設入所の基準づくり |
| 4. 佐賀中部広域連合に対する希望 | <ul style="list-style-type: none"> ・より一層、ケアマネジャーの資質の向上が求められている。 ・介護保険制度を余り知らない人もまだ多い。 | <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの質的向上 ・利用促進を図るための情報提供基盤の整備 |
| 5. その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・主治医との連携が重要である。 ・インターネットが未整備である。 ・家族介護の会等の組織を知らない人も多い。 | <ul style="list-style-type: none"> ・医療・保健・福祉情報連絡ネットワークの促進 ・介護者団体の周知及び支援 |

資料 3

計画策定の趣旨

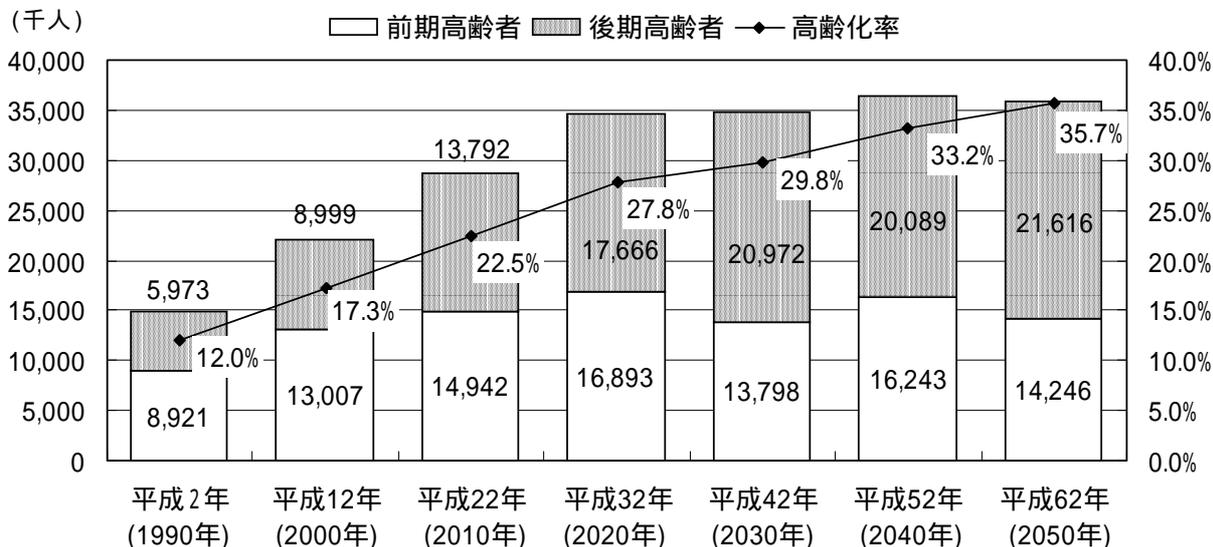
佐賀中部広域連合
第 5 回策定委員会資料

1. 策定の背景及び法令等の根拠

我が国の 65 歳以上の高齢者人口は、昭和 25 (1950) 年には総人口の 5% に満たなかったものが昭和 45 (1970) 年には 7% を超えて「高齢化社会」に入り、平成 6 (1994) 年には 14% を超えて「高齢社会」となりました。高齢者人口は今後平成 32 (2020) 年までは急速に増加し、その後はおおむね安定的に推移すると見られていますが、平成 18 (2006) 年以降は総人口が減少に転じることから、高齢化率は上昇を続け、本格的な高齢社会が到来します。なかでも、前期高齢者(65～74 歳)は平成 27 (2015) 年までの増加の後は減少することに対して、後期高齢者(75 歳以上)は増加を続け、

平成 32 (2020) 年には、前期高齢者の数を上回ると見込まれ、その後も、後期高齢者数の占める割合が増加すると見られています。

図表 = 1 - 1 : 全国の高齢化の見通し



資料：平成 12 年までは総務省「国勢調査」、平成 22 年以降は国立社会保障人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 14 年 1 月推計）」

高齢化の進展と後期高齢者数の増加に伴って、介護を必要とする人の数はさらに増加していくことが見込まれます。同時に、介護が必要な期間の長期化や、介護する家族の高齢化などの問題も深刻化し、介護の問題は高齢社会を迎えるわが国にとって大きな課題となってまいりました。

このような中で、これまでの医療と福祉に分かれた高齢者介護に関する制度を再編成し、利用者にとって利用しやすく、公平で効率的な社会支援システムを構築し、『要介護状態の人たちがその能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行い、国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする（介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 1 章第 1 条）』社会保険制度として「介護保険制度」が創設され、平成 12 年 4 月から実施されております。

この「介護保険制度」を円滑に実施するために、国は基本指針を定め、各市町村はこの基本指針に即して 3 年ごとに、5 年を 1 期とする「市町村介護保険事業計画」を定めることになっております（法第 6 章第 117 条）。介護保険事業は地域のさまざまな資源を十分に活用することが不可欠であるために、佐賀市、多久市、佐賀郡、神埼郡及び小城郡では、市町村の垣根を越えて地域の資源を有効、効率的に活用するために「佐賀中部広域連合（以下広域連合といいます）」を設立し、「佐賀中部広域連合介護保険事業計画」を策定し、その運営に当たってまいりました。

介護保険事業計画は策定から 3 年ごとに見直すことが法令で定められており、今回、その見直しを行うものです。見直しに当たっては、これまでの実績と課題や、高齢者要望等実態調査の結果、

サービス利用者など関係者の意見を十分に踏まえ、新たな計画に反映することとします。

2. 利用者の立場に立った計画策定

介護保険事業は、幅広い関係者の参画によって、地域の特性に応じた事業を展開することが求められます。また、介護保険法においては、介護保険事業計画によって介護サービスの水準が明らかにされるとともに、それが保険料の水準にも影響を与えることになります。このため、介護保険事業計画の作成及び変更にあたっては、被保険者の意見を反映させるための措置を講じることが義務づけられています。

佐賀中部広域連合では、学識経験者、保健・医療・福祉関係者、関係行政機関の代表者等の参加及び地域住民の意見を反映させるため、一般公募による被保険者代表等の積極的参加を得て、『佐賀中部広域連合介護保険事業計画策定委員会』を設置しました。また、計画策定過程においては、その他の専門家、関係者等の意見も配慮しました。

さらに、佐賀中部広域連合では、よりよい介護保険事業計画を策定するために、高齢者要望等実態調査や各市郡単位の説明会の開催をはじめ、介護保険サービス利用者や介護者、ケアマネジャーなどからの幅広い意見聴取を積極的に行い、それらを反映することによって、利用者の立場に立った計画策定を行うことに努めました。

3. 基本理念

介護保険法における理念を踏まえ、本広域連合における介護保険事業計画の基本理念として、以下の7点を掲げ、この理念に沿った施策の展開を積極的・計画的に推進していきます。

(1) 個人の尊厳、個の自立

高齢者が介護を必要とする状態になっても、人としての尊厳を保って生活できることが大切です。要介護等の高齢者がそれぞれ、その人らしい生活を継続できることを重視します。

(2) 在宅での自立支援

要介護等の状態になっても、できる限り在宅において自分の力で生活できるようサポートするという観点から、在宅での自立の支援を重視します。

(3) サービスの自己選択

利用者の心身の状況、その置かれている状況に応じて、利用者の選択に基づくサービスの提供を行います。

(4) 利用者にとって適切なサービスの提供

均衡のとれたサービスが提供できるように基盤整備を行い、利用者のニーズを反映した十分な質・量のサービスを確保して、利用者にとって適切なサービスの提供を行います。

(5) 総合的かつ効率的なサービスの提供

介護面のみをサポートするのではなく、生活支援の観点からの多様なサービスの組み合わせによって、生活が維持されるよう総合的かつ効率的なサービスを提供します。

(6) 住み慣れた地域での安心した生活の営み

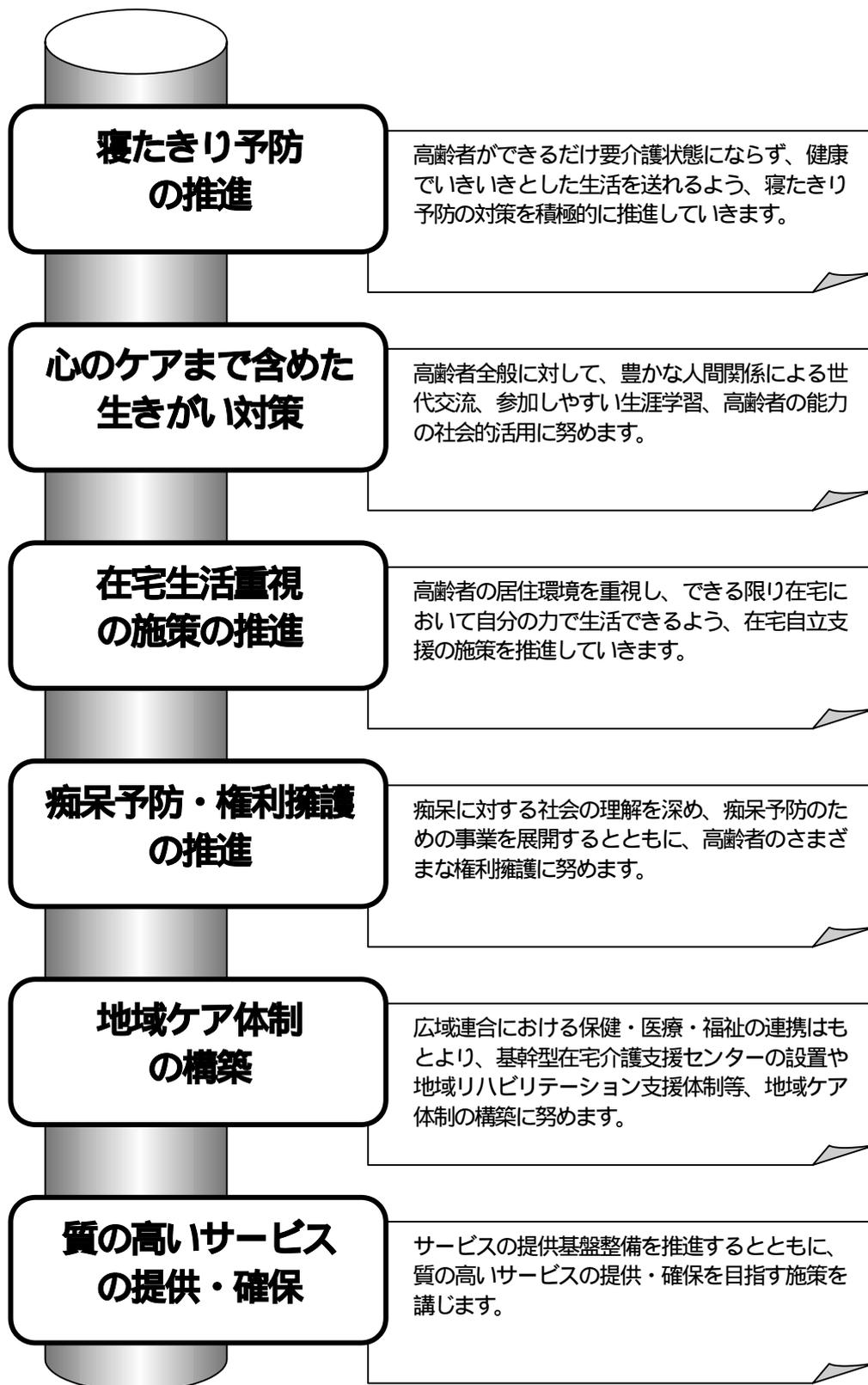
連合域内は佐賀市を中心とした生活圏域内です。住み慣れた地域という心理的なメリットを生かし、高齢者が安心して自立した生活を営むことができるようにサービス提供を行います。

(7) 保健・医療・福祉が一体となったサービスの提供

連合の構成市町村は佐賀中部老人保健福祉圏に含まれ、また、医療圏域を一にしています。このような市町村の枠を越えた共通の社会基盤を活用して、保健と医療、さらには福祉が一体となったサービス提供を行います。

4. 計画の方向性

佐賀中部広域連合における介護保険事業計画を、以下の方向性に基づいて作成します。また、この方向性は、広域連合内の高齢者の保健福祉等の施策全般の指針とし、本計画と構成市町村の「高齢者保健福祉計画」との連携・整合性を図ります。



5. 他の計画との関係

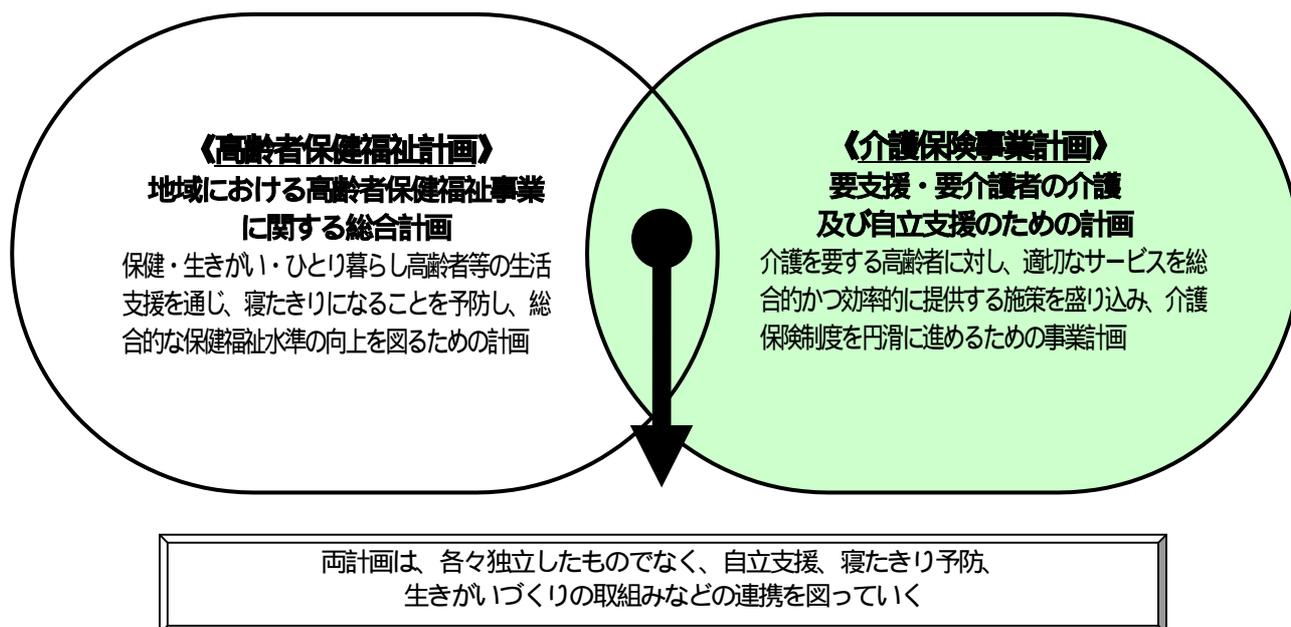
「介護保険事業計画」は、「高齢者保健福祉計画」、「地域医療計画」その他の計画と調和が保たれたものでなければなりません。この点に留意して策定することとします。

「高齢者保健福祉計画」は、地域における高齢者保健福祉事業全般にわたる計画として、保健や生きがい、社会参加、ひとり暮らし高齢者の生活支援等を通じ、寝たきりになることを予防し、総合的な保健福祉水準の向上を図っていくことを目的として策定されます。さらには、高齢になっても健康で元気な生活が送れるように、若年層にも配慮することが必要と思われれます。一方、介護保険制度は、要支援、要介護と認定された高齢者に介護サービスを提供し、介護を社会全体で支え合うものです。しかしながら、要支援、要介護者の自立支援や、元気高齢者のさらなる健康づくりや寝たきり予防など、高齢者保健福祉事業と介護保険事業が相互に連携しながら展開される施策もあります。したがって、両計画は整合性をもって作成されることが必要です。

「介護保険事業計画」は「佐賀中部広域連合」を主体として策定し、公平なサービス提供を目指します。しかし、配食サービスや移送サービスなど、自立支援のための「横出しサービス」、「上乗せサービス」の検討……

このように、「介護保険事業計画」と各市町村の「高齢者保健福祉計画」の連携と相互作用によって、連合域内の高齢者全体に対するサービス水準の向上が図られるものと考えます。

《高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画の関係図》



6. 計画期間

第2期計画となる本計画は、平成15年度から平成19年度までの5年計画とし、3年で見直しを行います。

| 年度 | H12 (2000) | H13 (2001) | H14 (2002) | H15 (2003) | H16 (2004) | H17 (2005) | H18 (2006) | H19 (2007) | H20 (2008) | H21 (2009) | H22 (2010) |
|------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 計画期間 | 第1期の計画期間 | | | | | | | | | | |
| | | | 見直 | 第2期の計画期間 | | | | | | | |
| | | | | | | 見直 | H17策定の計画期間 | | | | |

7. 各年毎の計画の点検の考え方と方法

介護保険事業計画においては、その実施状況を毎年度点検し、課題の分析及び必要な対策を講じることが必要です。その際、介護保険事業計画の進捗状況を客観的に評価できるような評価項目（在宅サービスの利用状況、在宅サービス利用者と施設サービス利用者との割合等）を設定するなど、次年度以降の課題の明確化と適切な対策につながる的確な点検方法を工夫します。

8. 高齢者の状況を把握するための実態調査の内容等

(1) 高齢者要望等実態調査の実施

調査目的

介護保険事業運営の基本計画となる「介護保険事業計画」は、介護保険法により5年計画を3年ごとに見直すこととされており、また、市町村高齢者保健福祉施策の基本計画である「高齢者保健福祉計画」についても、介護保険事業計画との整合性を図る必要があることから、同時期に見直す必要があります。本調査は、両計画の見直しを平成14年度中に行うため、その基礎資料を得ることを目的として、佐賀中部広域連合圏域内において一斉に実施しました。

調査の種類と調査ごとの目的

1) 要介護者（在宅者）調査

在宅の要介護者や主な介護者に対し、各種サービスの利用状況や今後の利用意向、介護保険制度施行後の変化、介護保険制度に対する考え方、今後の介護のあり方などについて調査を行いました。

2) 要援護者（施設入所者）調査

介護保険の対象となる介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の入所者に対し、介護に関する現状、介護保険制度施行後の変化、介護保険制度に対する考え方、今後の介護のあり方などについて調査を行いました。

3) 一般高齢者調査

高齢者に対し、健康に関する状況や、各種保健・福祉サービスの利用状況や今後の利用意向、介護保険制度に対する考え方について調査を行いました。具体的には、市町村ごとに無作為に抽出した高齢者について実施しました。

調査対象

- 1) 要援護者（在宅者）調査～要介護・要支援認定された在宅の要援護者 7,050人
- 2) 要援護者（施設入所者）調査～介護保険施設入所者 2,651人
- 3) 一般高齢者調査～65歳以上の一般高齢者 4,780人

調査方法、回収率

調査方法～調査員による訪問調査

回収率～ 要援護者(在宅者)調査 有効票 5,609 票(79.6%) 要援護者(施設入所者)調査 有効票 2,538 票(95.7%) 一般高齢者調査 有効票 4,252 票 89.0%

調査基準日

平成13年8月1日

調査の実施

佐賀中部広域連合及び構成市町村

(2) 介護保険サービス利用者及び介護者等ヒアリング

調査対象

- 1) 介護保険サービス利用者
 - ・構成市町村ごとの認定者数に応じて市町村ごとに抽出
 - ・佐賀中部広域連合における要介護度分布に従い要介護ごとに抽出
- 2) 介護者
 - ・構成市町村社会福祉協議会主催の家族介護の会
 - ・呆け老人をかかえる家族の会
- 3) ケアマネジャー
 - ・佐賀市中部、多久市・小城郡、佐賀市郡北部、佐賀市郡南部、神埼郡の各ブロック

9. 佐賀中部広域連合発足の背景及び広域化のメリット

介護保険制度を円滑に運営し、必要なサービスを公平に提供するためには、地域住民にもっとも身近な行政主体である市町村が保険者となり、地域の限られた資源を有効に活用して取り組むことが重要です。しかし、地域内のサービス提供体制の現状や高齢者の状況、ニーズなどを考えたとき、個々の市町村でこれを実施するには困難な面もあると思われます。そこで、佐賀市、多久市、佐賀郡、神埼郡及び小城郡の地域内の高齢者のニーズに沿った広域的観点から、サービス提供体制の構築や保険料の平準化を図ることを目的として、関係市町村が一体となった「佐賀中部広域連合」を設立、「佐賀中部広域連合介護保険事業計画」を策定し、合理的、効率的で住民により身近な介護保険制度の実現を目指しています。

「佐賀中部広域連合」の構成市町村は以下のとおりです。

| 「佐賀中部広域連合構成市町村(2市13町3村)」 |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・佐賀市 ・多久市 ・佐賀郡< 諸富町、川副町、東与賀町、久保田町、大和町、富士町 > ・神埼郡< 神埼町、千代田町、三田川町、東脊振村、脊振村、三瀬村 > ・小城郡< 小城町、三日月町、牛津町、芦刈町 > |

佐賀中部広域連合として介護保険事業に取り組むことで、次のようなメリットがあるとの考えに立って運営してきました。メリットと、これまでの経過は以下の通りです。

(1) 認定基準、給付、保険料の平準化

広域連合18市町村すべてにおいて、認定基準や保険料の平準化が図られており、地域間格差はありません。

(2) 介護認定審査会における専門的な人材の確保

認定審査会の専門性の向上は、住民の信頼感・安心感につながります。認定審査会の委員には医師や歯科医師、看護師、保健福祉の専門家など総数140人の委員によって20合議体の審査会を構成することができており、判定結果も正確・迅速に出されています。

(3) 多様なサービス資源の確保及び適切かつ円滑な調整

広域連合域内では、サービス提供基盤が市町村によって異なっておりますが、広域連合で運営することによって、域内居住の被保険者は多様なサービスを利用することができます。

(4) 安定した保険財政の確保

これまでの運営結果においては、おおむね順調な事業運営ができています。

(5) 運用コストの大幅な節減

規模を大きくすることによって電算機などの設備の導入も図られたために事務処理能力が向上し、職員も市町村単独で運営する場合の必要職員数予測数に比べ少ない人数で対応しており、運用コストの削減に結びついています。

みんなで支える介護保険

理念

| | |
|-----------|------------------------|
| 個人の尊厳 | 利用者にとって適切なサービスの提供 |
| 在宅での自立支援 | 総合的かつ効率的なサービスの提供 |
| サービスの自己選択 | 住み慣れた地域での安心した生活の営み |
| | 保健・医療・福祉が一体となったサービスの提供 |

方向性

質の高いサービスの提供・確保

地域ケア体制の構築

痴呆予防・権利擁護の推進

在宅生活重視の施策の推進

心のケアまで含めた生きがい対策

寝たきり予防の推進

利用者

- | | |
|--|---|
| <p>○法定給付サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 居宅サービス <ul style="list-style-type: none"> 1) 訪問介護 2) 訪問入浴介護 3) 訪問看護 4) 訪問リハビリテーション 5) 居宅療養管理指導 6) 通所介護 7) 通所リハビリテーション 8) 短期入所生活介護 9) 短期入所療養介護 10) 痴呆対応型共同生活介護（グループホーム） 11) 特定施設入所者生活介護 12) 福祉用具（貸与・購入） 13) 住宅改修 (2) 施設サービス <ul style="list-style-type: none"> 1) 介護老人福祉施設 2) 介護老人保健施設 3) 介護療養型医療施設 | <p>○介護保険のよりよい運営のために</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 需要増を見込んだ基盤の整備 (2) サービスの質の向上 (3) よりよい介護保険制度のための環境整備 (4) 在宅介護重視の推進 (5) 医療・保健・福祉情報連絡ネットワークの促進 (6) 介護者団体の周知及び支援 (7) 「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 (8) 「介護予防研究会」による介護予防の推進 (9) 佐賀県の「地域リハビリテーション事業」との連携 |
|--|---|

提供事業者

保険者
(佐賀中部広域連合)

市町村特別給付・保健福祉事業 及び支給限度額増額の

佐賀中部広域連合
第5回策定委員会資料

1. 介護保険の市町村特別給付・保健福祉事業（横出しサービス 及び支給限度額の増額（上乘せサービス）の実施状況

◎全国3,241市町村における各事業の実施状況

| 1. 市町村特別給付 | | 全市町村割合 | |
|--------------|--------------|--------|------|
| 実施市町村数計 | | 76 | 2.3% |
| 内訳 (重複有り) | ①寝具乾燥サービス | 10 | 0.3% |
| | ②移送サービス | 16 | 0.5% |
| | ③配食サービス | 10 | 0.3% |
| | ④おむつの支給 | 47 | 1.5% |
| | ⑤その他(訪問理美容等) | 30 | 0.9% |

平成14年4月1日時点厚生労働省調べ;平成14年6月4日全国介護保険担当課長会議資料より
 ◎その他
 ・施設入浴(船橋市、横須賀市など)、・マッサージ(新潟県黒川村)
 ・通所宅老事業(兵庫県市島町)、・住宅改良(埼玉県志木市)
 ・在宅介護手当て(鳥取県用瀬町)、
 ・訪問看護離島巡回移動費用給付(長崎県対馬総町村組合)

| 2. 保健福祉事業 | | 全市町村割合 | |
|--------------|---------------|--------|------|
| 実施市町村数計 | | 317 | 9.8% |
| 内訳 (重複有り) | 高額介護サービス貸付 | 242 | 7.5% |
| | 介護予防教室 | 55 | 1.7% |
| | その他(住宅改修費貸付等) | 61 | 1.9% |

平成14年4月1日時点厚生労働省調べ;平成14年6月4日全国介護保険担当課長会議資料より

| 3. 支給限度額基準額の上乗せ | | 全市町村割合 | |
|-----------------|----------|--------|------|
| 実施市町村数計 | | 19 | 0.6% |
| 内訳 (重複有り) | 居室サービス区分 | 13 | 0.4% |
| | 福祉用具購入 | 0 | 0.0% |
| | 住宅改修 | 8 | 0.2% |

平成14年4月1日時点厚生労働省調べ;平成14年6月4日全国介護保険担当課長会議資料より

◎佐賀中部広域連合及び構成市町村の実施状況

| 介護保険外の介護予防・生活支援事業にて実施。 | | | 実施市町村数 |
|------------------------|------------------|--|--------|
| 高齢者等の生活支援事業 | 寝具類等洗濯乾燥消毒サービス事業 | | 17 |
| " | 外出支援サービス事業 | | 18 |
| " | 配食サービス事業 | | 18 |
| 家族介護支援事業 | 介護用品の支給事業 | | 18 |
| 高齢者等の生活支援事業 | 訪問理美容 | | 3 |

各市町村国庫補助事業(国1/2、県1/4)にて実施している。
 ◎~④については全ての市町村にて実施。①についても17市町村にて実施。
 ↓
 連合にて独自にこれらの事業を行なう必要なし。

| |
|--|
| 介護保険外の介護予防教室は実施。その他の事業は実施していない。 |
| 生活困窮者については、福祉事務所との協議により対応している。 |
| 8市町村にて実施。連合においても、平成14年度から筋力アップによる転倒骨折予防事業実施。 |
| 受領委任払い制度実施により一時的な費用負担を軽減することで対応。 |

| |
|---------------------------------------|
| 実施していない。 |
| サービス利用実態及び在宅介護維持の観点から検討が必要と思われる。 |
| 在宅介護維持、介護予防の観点から検討が必要と思われる。 |
| サービス利用実態及び在宅介護維持、介護予防の観点から検討が必要と思われる。 |

2. 介護サービスメニュー（例）

○ 居宅サービス区分支給限度基準額の上乗せ

サービス利用実態(下表)、利用者負担の軽減及び在宅介護維持の観点から検討が必要と思われる。

以下、支給限度額の上乗せを実施した場合の第1号保険料への影響を試算する。

・試算の設定条件

・支給限度額の増額は、将来施設での介護を希望されることが多く、一般的に豊富なサービス量を要すると思われる「要介護3」～「要介護5」を対象とする。

・増額幅は10%増とする。

・利用率が90%を超えている方が、増額額を満度に利用されるものとする。

試算結果

| | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 計 |
|---------------|-----------|----------|----------|-----------|
| 利用率90%超の利用者割合 | 24% | 21% | 26% | 23% |
| 利用見込者数(1月当たり) | 140人 | 75人 | 70人 | 285人 |
| 区分支給限度基準額 | 26,750単位 | 30,600単位 | 35,830単位 | — |
| 10%増費用額(1月分) | 3,371千円 | 2,066千円 | 2,257千円 | 7,693千円 |
| 10%増費用額(3年分) | 121,356千円 | 74,376千円 | 81,252千円 | 276,984千円 |
| 保険料基準月額の上昇 | 45円 | 28円 | 30円 | 104円 |

(参考) 居宅サービス区分支給限度基準額利用状況

| | | 要支援 | 要介護1 | 要介護2 | 要介護3 | 要介護4 | 要介護5 | 計 | 介護3～5計 |
|---------------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 3月合計 (H14年6月～8月) | 利用者数 | 4,869 | 7,503 | 2,347 | 1,396 | 816 | 601 | 17,532 | 2,813 |
| | 90%超 | 836 | 616 | 313 | 219 | 108 | 116 | 2,208 | 443 |
| | 割合 | 17.17% | 8.21% | 13.34% | 15.69% | 13.24% | 19.30% | 12.59% | 15.75% |
| | 100%超 | 316 | 213 | 137 | 109 | 57 | 37 | 869 | 203 |
| | 割合 | 6.49% | 2.84% | 5.84% | 7.81% | 6.99% | 6.16% | 4.96% | 7.22% |
| | 合計 | 1,152 | 829 | 450 | 328 | 165 | 153 | 3,077 | 646 |
| | 割合 | 23.66% | 11.05% | 19.17% | 23.50% | 20.22% | 25.46% | 17.55% | 22.96% |

2. 介護サービスメニュー（例）

○ 「車いす」購入助成事業

① 事業概要

「車いす」について、現行の介護保険福祉用具購入費と同じように支給限度額10万円で、利用者負担を1割とし9割を助成する。

② 利用者におけるメリット

・利用者負担の軽減

「車いす」の価格(約10万前後)からすれば、「車いす」購入に助成した場合の利用者負担額は、「車いす」貸与サービスの1～2年間にわたる支払額に相当する。(右表参照) 車いすの減価償却期間を5年間としても、利用者負担の軽減を図ることが可能である。

・重症化防止

車いすをレンタルする場合、定価10万円程度(座面布製調整機能なし)が一般的であり、長時間利用した場合、脊柱側弯・骨盤変形・円背等の症状も懸念される。購入費用の9割を助成することにより、上級の定価20万円程度の座面調整付車いす等を購入することができ、前述の症状になり難くなり、重症化防止にもつながるものと考えられる。

○ 車いす貸与サービス費支給実績

| | 平成13年度 (実績) | 平成14年度 (見込) | 伸び額 |
|-----------|----------------|----------------|------------|
| 利用人数(人) | 3,392 | 4,832 | 1,440 |
| 利用者負担額(円) | 2,971,740 | 4,610,000 | 1,638,260 |
| 給付額(円) | 26,745,680 | 41,490,000 | 14,744,340 |

| 【レンタルする場合】 | |
|------------|-----------------|
| 「車いす」の定価 | 1月当たり レンタル価格 |
| 88,000円 | 600円 |
| 107,000円 | 700円 |
| 210,000円 | 1,100円 |

| 【購入する場合】 | | |
|----------|---------|----------|
| 「車いす」の定価 | 助成金額 | 利用者負担 |
| 88,000円 | 79,200円 | 8,800円 |
| 107,000円 | 90,000円 | 17,000円 |
| 210,000円 | 90,000円 | 120,000円 |

(参考)

※10月以降は、9月提供分×5ヶ月分として見込む。

| 平成14年度 実績 | 3月提供 | 4月提供 | 5月提供 | 6月提供 | 7月提供 | 8月提供 | 9月提供 | 10月提供以降 | H14年度 |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| 利用人数 | 334 | 372 | 377 | 391 | 406 | 414 | 423 | 2,115 | 4,832 |
| 利用者負担額 | 303,450 | 354,800 | 339,350 | 358,350 | 389,850 | 398,500 | 410,950 | 2,054,750 | 4,610,000 |
| 給付額 | 2,731,050 | 3,193,200 | 3,054,150 | 3,225,150 | 3,508,650 | 3,586,500 | 3,698,550 | 18,492,750 | 41,490,000 |
| 1人当たりの利用者負担額 | 908.5 | 953.8 | 900.1 | 916.5 | 960.2 | 962.6 | 971.5 | 971.5 | 954.1 |

2. 介護サービスメニュー（例）

○ 住宅改修費の上乗せ・横出し

◎ 介護保険住宅改修費支給実績（1件あたりの支給金額：最高180,000円）

| 平成12年度 | 平成13年度 | 平成14年度 |
|---------|---------|----------|
| 94,762円 | 89,457円 | 100,710円 |

◎ 現行制度の問題点

| 介護保険制度 | 佐賀県在宅高齢者住宅改良事業（県単） |
|-----------------------|-----------------------|
| (1) 給付対象となる工手の種類が少ない。 | (1) 1世帯につき1回しか利用できない。 |

(2) 支給金額が少ない(支給上限額180,000円)

(2) 市町村によって対象工事にばらつきがある。

(3) 要介護3以上の方は、支給限度基準額200,000円分しか利用できない。

◎今後の検討事項

【上乗せ】上記介護保険の問題点(2)(3)及び県単の問題点(1)を克服するためには、介護保険対象工事(6項目)の上乗せを実施する必要がある。上乗せを行うことにより、県単を併用しての最高給付対象額が600,000円となり、介護保険及び県単を使ってしまっている利用者で、状態の変化による改修の必要が生じた場合においても、助成を行い在宅における生活が継続できるものと考えられる。

【横出し】上記介護保険制度の問題点(1)の「給付対象となる工事の種類が少ない」は、利用者の要望として最も多く、厚生労働省及び県に改善の要望を出しているものもある。しかし、迅速に適用するとともに利用者の立場に立った柔軟な対応ができる制度を確立する必要があるため、連合独自事業として実施する必要がある。

◎対象工事案

Table with 3 columns: 通路的確保または拡張, 洗浄機能付便座または暖房便座の設置, 浴室の拡張, etc.

◎助成額案

(1) 助成限度額 200,000円

(2) 助成限度額管理 助成限度額は、要介護状態区分に関係なく1人につき20万円で、限度額に到達するまで何度でも利用できる。

◎平成14年度市町村介護予防・生活支援事業の実施状況調査

Large table with columns for various municipalities (e.g., 佐賀市, 多久市, 諸富町) and rows for different types of support services (e.g., 高齢者等の生活支援事業, 介護予防・生きがい活動支援事業).

第1章：計画策定の趣旨

1. 策定の背景及び法令等の根拠

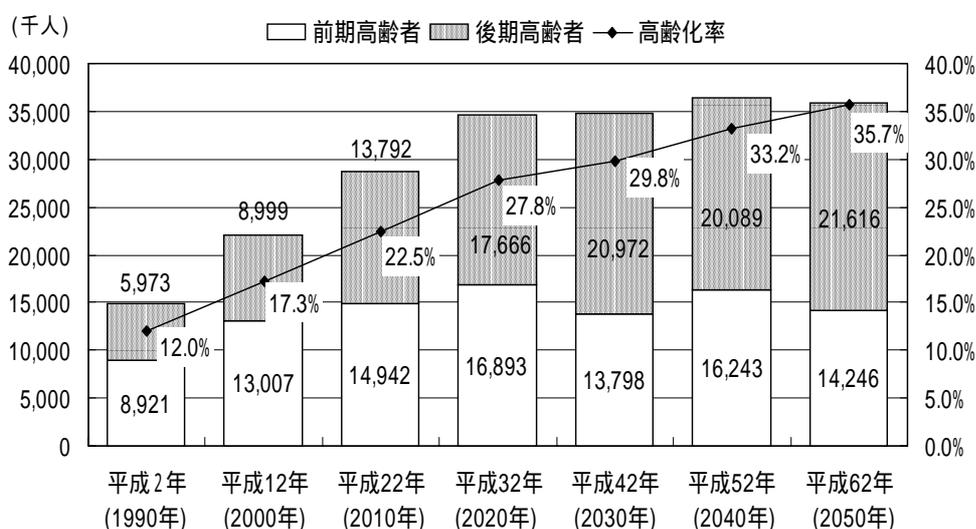
背景

- ・高齡化の進展
- ・要介護高齡者の増加
- ・介護の長期化
- ・家族介護機能の低下
- ・高齡者介護に関する制度の再編成

法令等の根拠

介護保険法第6章第117条

全国の高齡化の見直し



2. 利用者の立場に立った計画策定

佐賀中部広域連合介護保険事業計画策定委員会の設置

高齡者要望等実態調査

介護保険関係者の調査・ヒアリング

3. 基本理念

個人の尊厳

在宅での自立支援

サービスの自己選択

利用者にとって適切なサービスの提供

総合的かつ効率的なサービスの提供

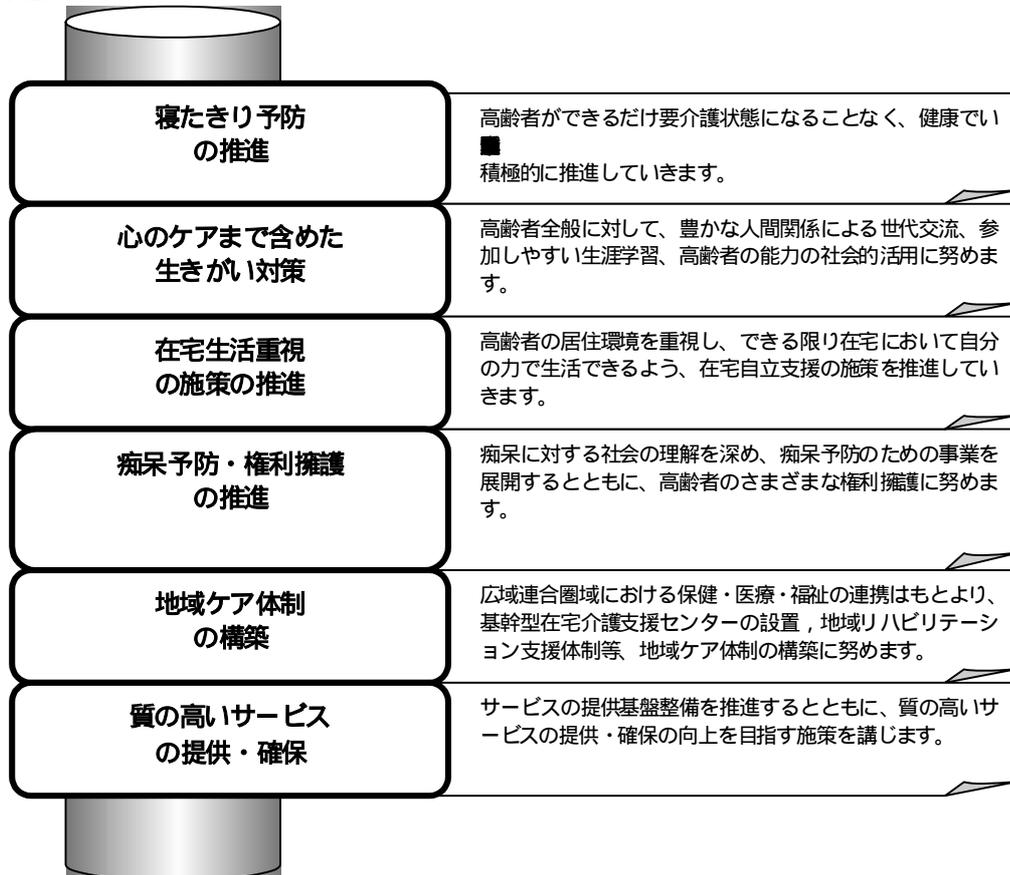
住み慣れた地域での安心した生活の営み

保健・医療・福祉が一体となったサービスの提供

4. 計画の方向性

- 寝たきり予防の推進
- 心のケアまで含めた生きがい対策
- 在宅生活重視の施策の推進
- 痴呆予防・権利擁護の推進
- 地域ケア体制の構築
- 質の高いサービスの提供確保

計画の方向性

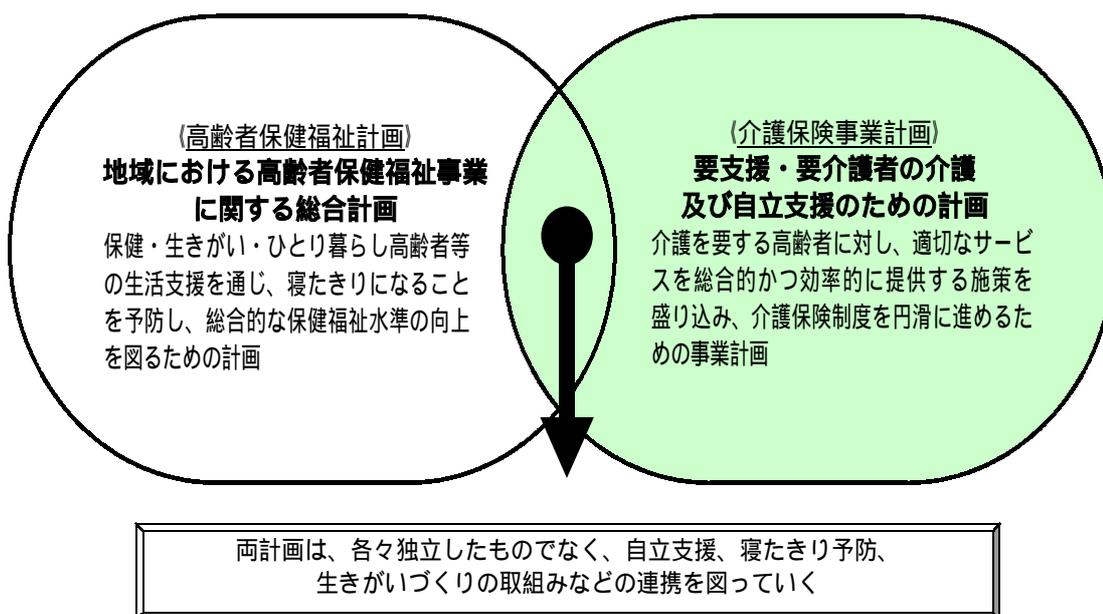


5. 他の計画との関係

「介護保険事業計画」は「老人保健福祉計画」及び「地域医療計画」、その他の計画と調和が保たれたものとする。

高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画の関係図

（高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画の関係図）



6. 計画期間

始期を平成15年度とし、平成19年度を目標年度とした5カ年計画。3年ごとに見直し（次期見直し：平成17年度）

| 年度 | H12 (2000) | H13 (2001) | H14 (2002) | H15 (2003) | H16 (2004) | H17 (2005) | H18 (2006) | H19 (2007) | H20 (2008) | H21 (2009) | H22 (2010) |
|------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 計画期間 | 第1期の計画期間 | | | | | | | | | | |
| | | | 見直 | 第2期の計画期間 | | | | | | | |
| | | | | | | 見直 | H17策定の計画期間 | | | | |

7. 各年毎の計画の点検の考え方と方法

実施状況を毎年度点検，課題の分析及び必要な対策を講じる。評価項目の設定等，課題の明確化と適切な対策に繋がる的確な点検方法を工夫する。

8. 高齢者の状況を把握するための実態調査の内容等

高齢者要望等実態調査

介護保険サービス利用者及び介護者等へのヒアリング

9 . 佐賀中部広域連合発足の背景及び広域化のメリット

構成市町村名

| |
|---|
| 「佐賀中部広域連合構成市町村(2市13町3村)」 |
| ・佐賀市 ・多久市 ・佐賀郡< 諸富町、川副町、東与賀町、久保田町、大和町、富士町 > ・神埼郡< 神埼町、千代田町、三田川町、東脊振村、脊振村、三瀬村 > ・小城郡< 小城町、三日月町、牛津町、芦刈町 > |

広域化のメリットの検証

- ・ 認定基準・給付・保険料の平準化
- ・ 専門的な人材の確保
- ・ 多様なサービス資源の確保
- ・ 安定した保険財政の確保
- ・ 運用コストの大幅な削減

第2章：第1期計画の実績と課題

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

【現状】

- ・ 総人口 緩やかに減少
 - ・ 65歳以上人口 増加
 - 65歳以上75歳未満人口 やや減少
 - 75歳以上人口 大きく増加
 - ・ 認定者数 増加
- } 高齢化率上昇

【特徴】

要支援・要介護1の認定者割合が全国平均に比べて高い

要介護認定者数等の推移

(単位：人)

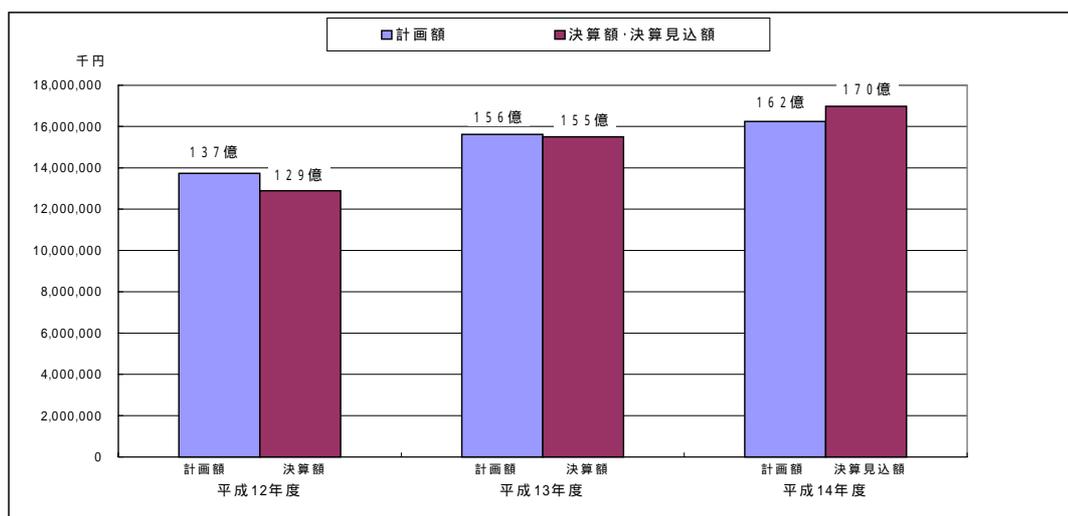
| | 総人口 | 65歳以上人口 | | 高齢化率 | 認定者数 | 受給実人数 | 受給率 | |
|---------|---------|---------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|
| | | 前期高齢者 | 後期高齢者 | | | | | |
| 平成2年10月 | 363,366 | 69,613 | 39,601 | 30,012 | 19.2% | 8,956 | 7,313 | 81.7% |
| 平成3年1月 | 363,517 | 70,184 | 39,619 | 30,565 | 19.3% | 8,982 | 7,277 | 81.0% |
| 平成3年4月 | 362,696 | 70,578 | 39,545 | 31,033 | 19.5% | 9,047 | 7,480 | 82.7% |
| 平成3年7月 | 363,042 | 70,783 | 39,421 | 31,362 | 19.5% | 9,394 | 7,746 | 82.5% |
| 平成3年10月 | 363,091 | 71,059 | 39,390 | 31,669 | 19.6% | 9,636 | 7,984 | 82.9% |
| 平成4年1月 | 363,068 | 71,518 | 39,437 | 32,081 | 19.7% | 9,756 | 8,016 | 82.2% |

(2) 在宅・施設の利用者数及び費用の推移

共に増加傾向

- ・ 利用者数割合 在宅 : 施設 = 64 : 36
- ・ 費用総額割合 在宅 : 施設 = 31 : 69

(3) 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ヶ月分となっている。

概ね計画通り

【計画と実績の相違点】

施設サービス

- ・ 介護老人福祉施設，介護老人保健施設 計画を上回る
- ・ 介護療養型施設 計画を下回る

(要因) 整備数が当初計画よりも下回ったため。

居宅サービス

- ・認定者数は計画を上回ったが、認定者のうち未利用者があったため、利用者数は計画を下回った。

【課題】

- ・実績を踏まえ、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の利用見込みを設定する必要がある。

(1) 基盤整備及びサービスの利用状況について

【基盤整備】

- ・供給量は十分に確保
- ・短期入所サービスの伸び 区分支給限度基準額一本化による利便性向上
- ・中山間地の施設整備 脊振村に介護老人福祉施設を整備
- ・施設整備率 国の参酌標準 3.2% : 佐賀中部広域連合 3.9%
慎重に検討を進める必要がある。

【利用状況：高齢者一人あたりのサービス費用】

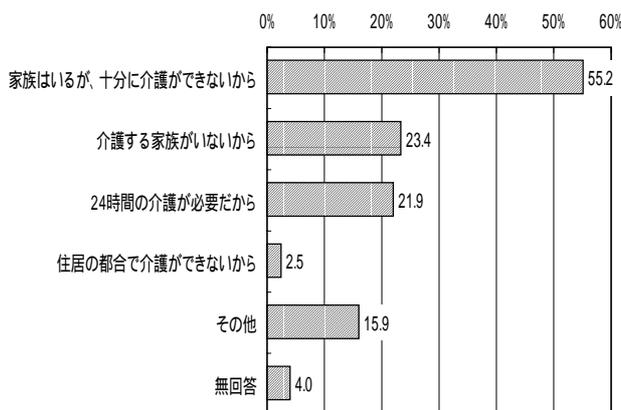
- ・全国平均を下回る : 訪問系サービスとその他在宅サービス
- ・全国平均を上回る : 通所系サービス、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設

(2) 施設サービスについて

【現状と課題】

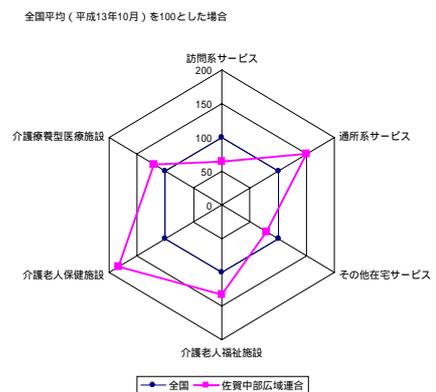
- ・介護老人福祉施設の入所申込者の増加
(理由) 「措置」から「契約」になり、要介護1以上で申込可能。
24時間体制が安心感を与える。
在宅介護に比べ割安感がある。
- (課題) 介護老人福祉施設の整備
介護老人福祉施設の入所の基準づくり

在宅要介護者の施設入所を希望する理由



高齢者要望等実態調査より

高齢者一人当たり種類別サービス費用



(3) 居宅サービスについて

- ・医療系サービスの利用が低い
医師やケアマネジャーの連携のもと利用促進
- ・通所系サービスの利用意向が高い
基盤整備の充実

- ・単体メニュー利用が最も多い
利用者のニーズや身体状況にあった複数メニューの組合せによる効果的なサービスの提供
- ・福祉用具貸与・購入や住宅改修の利用意向が高い
在宅介護支援のため身体状況に応じた適切な利用の促進
- ・特定施設入所者生活介護や痴呆対応型共同生活介護の充実

(4) その他

【現状と課題】

- ・介護者の状況 全体の36.8%が老老介護
- ・介護期間の長期化
- ・原因疾患 全体：脳卒中が1番多い。女性：関節炎や骨折転倒が多い。

第3章：高齢者等の状況及び要介護（支援）認定者数の推計

1. 高齢者等の状況

(1) 佐賀中部広域連合内の人口構造

人口の推移 ・H7からH12まで全体としては微増で概ね横ばい。

・年少人口、生産年齢人口は減少、高齢者人口は増加。

高齢化の進展 ・高齢者人口、高齢化率は上昇

・特に後期高齢者人口の伸びが高い

佐賀中部広域連合の人口の推移

| | 平成7年 (1995) | 平成12年 (2000) | 平成13年 (2001) |
|----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| 総人口 | 363,348 | 361,995 | 362,038 |
| | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| 年少人口(0～14歳) | 65,066 | 59,294 | 58,170 |
| | 17.9% | 16.4% | 16.1% |
| 生産年齢人口(15～64歳) | 237,642 | 233,095 | 232,662 |
| | 65.4% | 64.4% | 64.3% |
| 高齢者人口(65歳以上) | 60,640 | 69,606 | 71,206 |
| | 16.7% | 19.2% | 19.7% |
| 前期高齢者(65～74歳) | 35,718 | 39,528 | 39,387 |
| | 9.8% | 10.9% | 10.9% |
| 後期高齢者(75歳以上) | 24,922 | 30,078 | 31,819 |
| | 6.9% | 8.3% | 8.8% |
| 全国の高齢化率 | 14.5% | 17.3% | 18.0% |
| 佐賀県の高齢化率 | 17.8% | 20.4% | 20.9% |

(2) 要介護者（在宅者・施設入所者）の概略

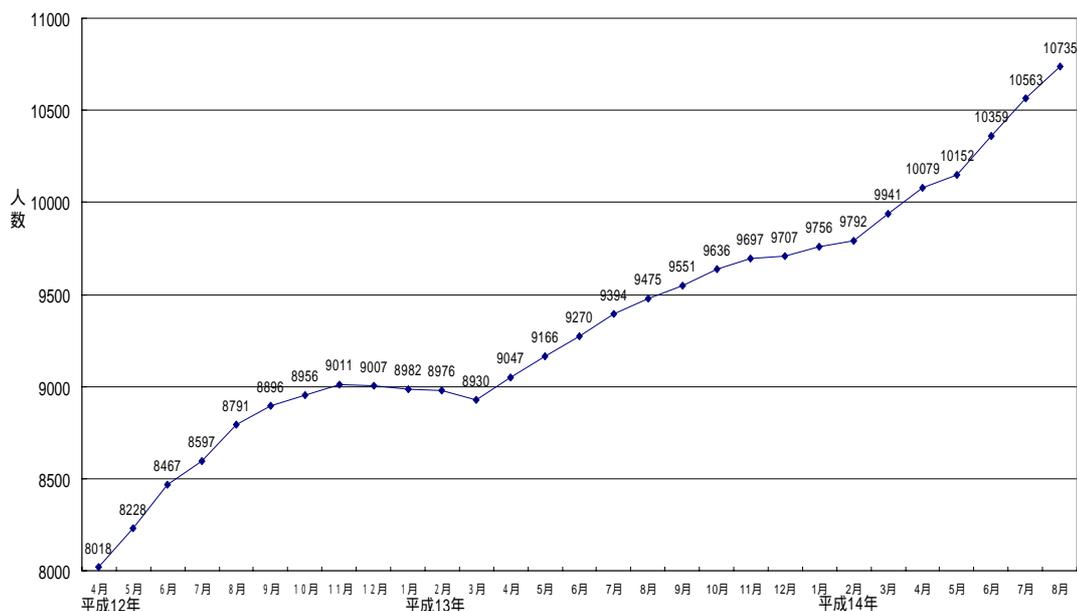
年齢構成 75歳以上の後期高齢者が全体の約82%

性別 女性の割合が高い

家族状況 「高齢者と高齢者以外の世帯」が最も多く、次いで「本人だけ」、「本人と配偶者」の世帯が多い。

(3) 要介護（支援）認定の状況

認定者数推移



(4) 広域連合内における居宅サービス・施設サービスの利用状況

居宅サービスの伸びが高い。

- ・利用者数割合 在宅 : 施設 = 64 : 36
- ・費用総額割合 在宅 : 施設 = 31 : 69

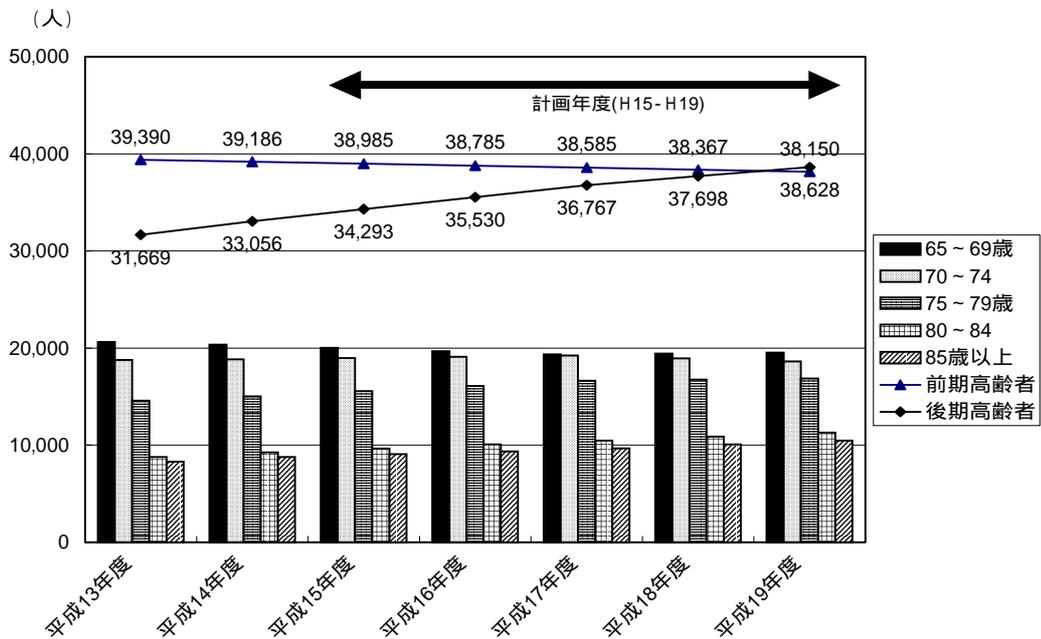
2. 高齢者人口と要介護(支援)認定者の推計

(1) 計画年度における高齢者人口の推計

H7及びH12の国勢調査の結果及び平成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推計。

第1号被保険者数は計画初年度から計画最終年度まで、3,500人の増加
前期高齢者は減少、後期高齢者は増加

広域連合における高齢者人口の推移



(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 |
| 総人口 | 363,091 | 361,342 | 360,646 | 359,951 | 359,255 | 357,902 | 356,548 |

要介護(支援)の定義と特定疾病の説明

(3) 要介護認定者数(出現率)の推計

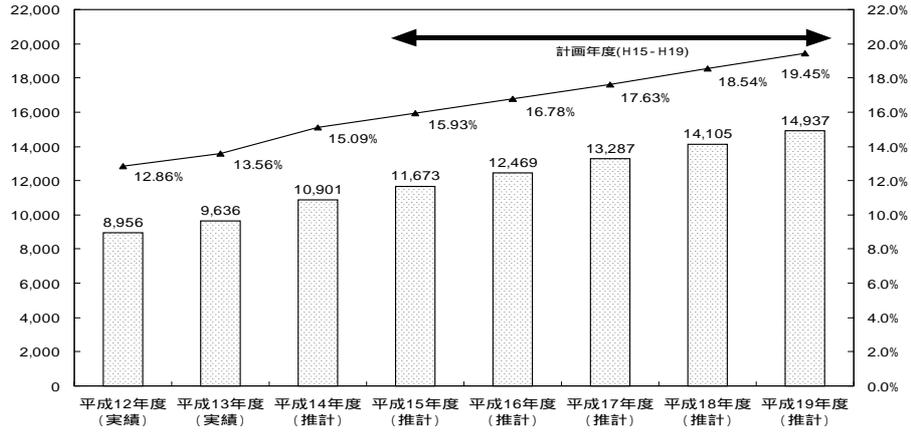
各年の出現率をもとに推計。

出現率は平成13年1月と平成14年1月の出現率の差の伸びにより推計。

認定者数（出現率）の推移

認定者数(千人)

出現率



第4章：サービスの現状と評価、サービス量の見込み

1. 施設サービス

- (1) 施設サービスの内容
- (2) 施設サービスの現状と今後の見込み
- (3) 佐賀中部広域連合介護保険関連施設マップ

2. 居宅サービス

- (1) 居宅サービスの内容
- (2) 居宅サービスについての現状と今後のポイント
- (3) 各居宅サービスの現状とサービス量の見込み

第4回策定委員会
資料参照

第5章：事業費等の推計

1. 事業費の推計

- (1) 計画年度における施設・居宅サービス等の費用
- (2) 計画年度における介護保険事業費推計の総括

2. 第1号被保険者保険料の算定（報酬改定後に算定予定）

介護保険施設の現状と見込み

(単位:人)

| 区分 | 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) | 国の参酌標準による 高齢者人口比 |
|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------------|
| 介護老人福祉施設 | 1,089 | 1,122 | 1,145 | 1,175 | 1,203 | 1,229 | 1,252 | 1,272 | 1.5% |
| 現計画値 | 1,120 | 1,132 | 1,144 | 1,156 | 1,168 | | | | |
| 高齢者人口比 | 1.56% | 1.58% | 1.58% | 1.60% | 1.62% | 1.63% | 1.65% | 1.66% | |
| 介護老人保健施設 | 1,175 | 1,197 | 1,225 | 1,250 | 1,270 | 1,284 | 1,293 | 1,298 | 1.1% |
| 現計画値 | 1,036 | 1,050 | 1,065 | 1,079 | 1,093 | | | | |
| 高齢者人口比 | 1.69% | 1.68% | 1.70% | 1.71% | 1.71% | 1.70% | 1.70% | 1.69% | |
| 介護療養型医療施設 | 417 | 413 | 475 | 500 | 525 | 550 | 580 | 615 | 0.6% |
| 現計画値 | 614 | 614 | 614 | 615 | 615 | | | | |
| 高齢者人口比 | 0.60% | 0.58% | 0.66% | 0.68% | 0.71% | 0.73% | 0.76% | 0.80% | |
| 施設利用者高齢者人口比 | 3.85% | 3.84% | 3.94% | 3.99% | 4.03% | 4.06% | 4.11% | 4.15% | 3.2% |

痴呆対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護の利用者推計

(単位:人)

| 区分 | 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) | 国の参酌標準による 高齢者人口比 |
|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------------|
| 痴呆対応型共同生活介護 | 30 | 83 | 125 | 220 | 230 | 240 | 250 | 260 | 2サービスの 合計 |
| 現計画値 | 35 | 49 | 49 | 80 | 111 | | | | |
| 高齢者人口比 | 0.04% | 0.12% | 0.17% | 0.30% | 0.31% | 0.32% | 0.33% | 0.34% | |
| 特定施設入所者生活介護 | 1 | 1 | 1 | 8 | 14 | 20 | 25 | 30 | 0.3% |
| 現計画値 | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | | |
| 高齢者人口比 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.01% | 0.02% | 0.03% | 0.03% | 0.04% | |

痴呆対応型共同生活介護：施設の整備が進んできており、今後も利用者の増加が見込まれるため、平成15年度に単独で参酌標準の0.3%を推計

特定施設入所者生活介護：現在は域内に当該サービスを提供する施設はないが、今後の事業参入を見込み、現計画の30人を計画最終年度に設定

入所サービス推計の総括

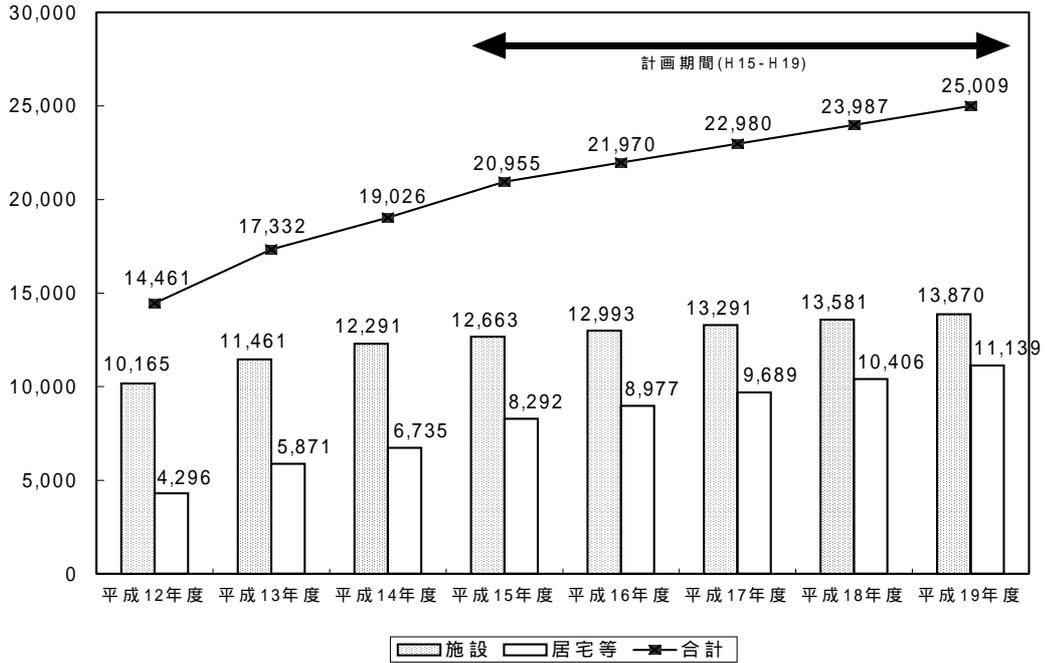
入所サービス推計の総括

(単位:人)

| 区分 | 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) | 国の参酌標準による 高齢者人口比 |
|--------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------------|
| 入所者数合計 | 2,712 | 2,816 | 2,971 | 3,153 | 3,242 | 3,323 | 3,400 | 3,475 | 3.5% |
| 高齢者人口比 | 3.90% | 3.96% | 4.11% | 4.30% | 4.36% | 4.41% | 4.47% | 4.53% | |
| 高齢者人口 | 69,613 | 71,059 | 72,242 | 73,278 | 74,315 | 75,352 | 76,065 | 76,778 | |

計画年度における施設・居宅サービス等の費用

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 |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 合計 | 14,461 | 17,332 | 19,026 | 20,955 | 21,970 | 22,980 | 23,987 | 25,009 |
| 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 | 8,292 | 8,977 | 9,689 | 10,406 | 11,139 |
| 施設割合 | 0.70 | 0.66 | 0.65 | 0.60 | 0.59 | 0.58 | 0.57 | 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 | 1.10 | 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 | 1.23 | 1.08 | 1.08 | 1.07 | 1.07 |

計画年度における介護保険事業費推計の総括

| | 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 | 73,278人 | 74,315人 | 75,352人 | 76,065人 | 76,778人 |
| 要介護認定者数 | 11,673人 | 12,469人 | 13,287人 | 14,105人 | 14,937人 |
| 要支援 | 2,225人 | 2,252人 | 2,274人 | 2,277人 | 2,271人 |
| 要介護1 | 4,455人 | 5,020人 | 5,611人 | 6,214人 | 6,838人 |
| 要介護2 | 1,413人 | 1,375人 | 1,333人 | 1,286人 | 1,233人 |
| 要介護3 | 1,392人 | 1,584人 | 1,783人 | 1,993人 | 2,213人 |
| 要介護4 | 1,203人 | 1,259人 | 1,315人 | 1,376人 | 1,439人 |
| 要介護5 | 985人 | 979人 | 971人 | 959人 | 943人 |

| サービス種類 | | 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 |
|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 施設サービス | 指定介護老人福祉施設 | 1,175人 | 1,203人 | 1,229人 | 1,252人 | 1,272人 |
| | 介護老人保健施設 | 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 | 500人 | 525人 | 550人 | 580人 | 615人 |
| | 総費用(食事費用分を含む) | 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 |
| 居宅サービス | 居宅介護支援 | 6,624人 | 7,182人 | 7,761人 | 8,344人 | 8,940人 |
| | 総費用 | 573,154,727円 | 621,436,783円 | 671,535,905円 | 721,981,136円 | 773,551,217円 |
| | 訪問介護 | 433,645回 | 470,068回 | 508,042回 | 546,208回 | 585,213回 |
| | 訪問入浴介護 | 3,253回 | 3,526回 | 3,811回 | 4,096回 | 4,389回 |
| | 訪問看護 | 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 | 5,143回 | 5,573回 | 6,024回 | 6,477回 | 6,939回 |
| | 通所介護 | 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 | 225,089回 | 243,994回 | 263,705回 | 283,514回 | 303,760回 |
| | 短期入所サービス | 78,627日 | 85,230日 | 92,114日 | 99,035日 | 106,108日 |
| | 福祉用具貸与 | 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 | 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 | 220人 | 230人 | 240人 | 250人 | 260人 | |
| 特定施設入所者生活介護 | 8人 | 14人 | 20人 | 25人 | 30人 | |
| 総費用 | 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 | |
| その他 | 福祉用具購入費 | 26,607,778円 | 29,268,889円 | 32,151,111円 | 35,477,778円 | 39,025,556円 |
| | 住宅改修費 | 91,245,556円 | 100,370,000円 | 110,254,444円 | 121,660,000円 | 133,826,667円 |
| | 算定対象審査支払手数料 | 35,974,071円 | 39,571,408円 | 43,468,660円 | 47,965,389円 | 52,761,916円 |
| | 総費用 | 153,827,405円 | 169,210,297円 | 185,874,215円 | 205,103,167円 | 225,614,138円 |
| 合計 | 20,954,139,145円 | 21,969,925,107円 | 22,979,657,051円 | 23,987,954,231円 | 25,009,139,343円 | |
| 高額介護サービス費(再掲) | 91,687,000円 | 100,856,000円 | 110,789,000円 | 122,250,000円 | 134,475,000円 | |

第6章：介護保険のよりよい運営のために

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

供給量は確保されている。在宅重視のため居宅サービスの一層の充実

- ・訪問介護の24時間対応
- ・短期入所生活介護・短期入所療養介護サービスの充実
- ・医療系訪問系サービスの利用拡大
- ・住環境の整備
- ・介護老人福祉施設の整備
- ・痴呆対応型共同生活介護等の整備

(2) 低所得者対策

(3) サービスの質の向上

- ・基準該当居宅サービス事業者の指定
 - ・ボランティア団体やNPOの支援
 - ・ケアマネジャーの資質の向上
 - ・ケアマネジャー支援 ケース検討会，意見交換会の開催
 - ・ケアプランのチェック体制の整備
 - ・IT研修会の共同開催
 - ・介護予防研修会等の共同開催
 - ・事業者の指定権限の委譲
- } 事業連合会との連携

(4) 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

- ・20合議体からなる介護認定審査会の設置
- ・独自コンピューターシステムの導入

【効果】

- 1) 認定審査委員の作業の軽減、平準化による判定のばらつき防止
- 2) 20合議体間の判定結果の格差の軽減
- 3) 類似ケースの比較による判定結果の統一性
- 4) 更新申請時，過去データ参照による認定作業の正確性と迅速化
- 5) ペーパーレスによる準備作業及びコストの軽減

- ・調査員の研修会や勉強会の継続的な開催
- ・抽出調査、同伴調査などによる定期的な指導・監督
- ・介護認定審査会委員長・副委員長会議開催による認定判断基準の統一化

相談及び苦情・不満の解決

- ・介護相談員の設置による苦情相談体制の充実
- ・利用者の権利擁護
- ・介護サービスの利用状況や満足度把握によるケアプランの質の向上
- ・第三者機関によるチェック体制の整備

高齢者の痴呆予防と権利擁護

- ・痴呆予防の研究

- ・地域福祉権利擁護事業や成年後見制度利用への橋渡し
- ・高齢者の権利擁護

利用促進を図るための情報提供基盤の整備

- ・ホームページの開設
- ・情報公開条例，個人情報保護条例の制定
- ・サービス評価結果の情報提供

施設入所の基準づくり

- ・介護老人福祉施設の入所基準づくり

運営協議会の調査・審議

- ・重要事項に関する調査審議

2．在宅介護の推進のために

(1) 在宅介護重視の推進

本人の「生活の質」の向上と介護者の負担軽減

充実した在宅サービスの取り組み

- ・訪問介護の24時間対応
- ・短期入所生活介護・短期入所療養介護の利用拡大
- ・医療系訪問サービスの利用拡大
- ・福祉用具購入の受領委任払い方式の導入の検討
- ・痴呆対応型共同生活介護等の整備

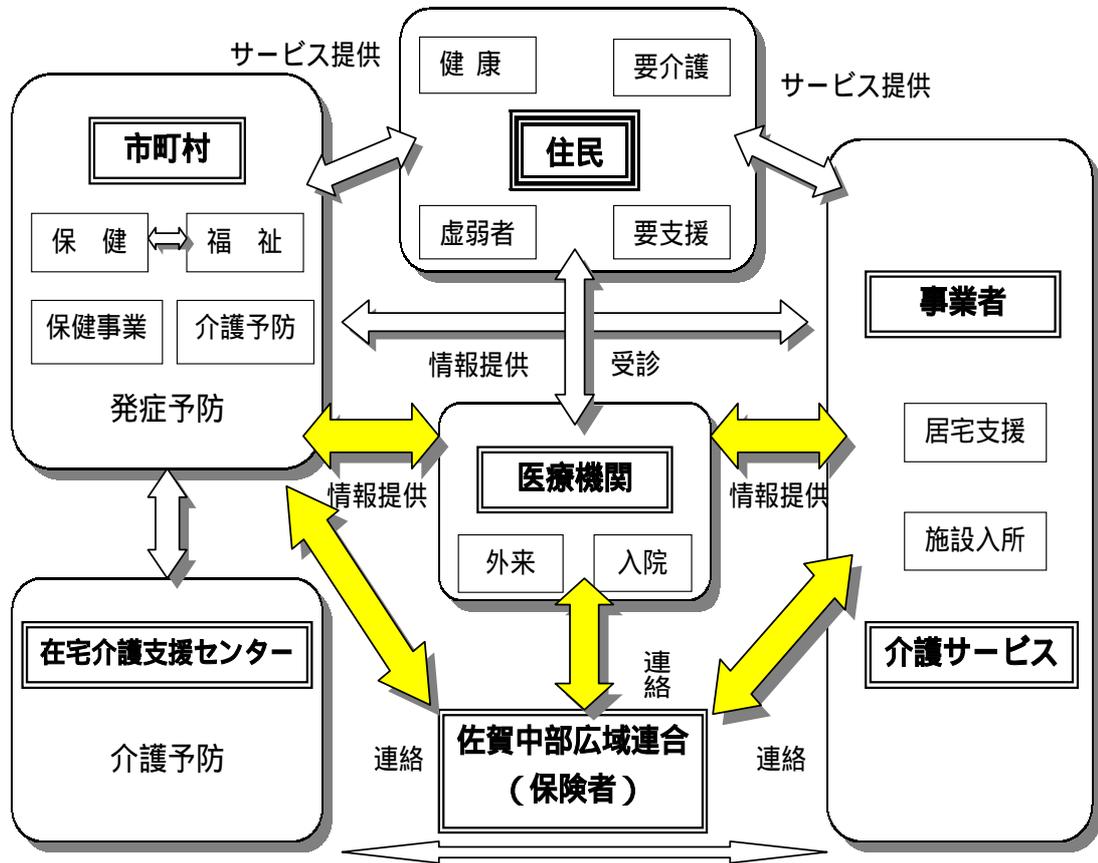
在宅復帰事業の取り組み

- ・在宅復帰家族支援事業の実施

(2) 医療・保健・福祉ネットワークの促進

- ・「医療・保健・福祉情報連絡ネットワーク」の推進

医療・保健・福祉情報ネットワーク



(3) 介護者団体の周知及び支援

- ・介護者団体の取り組みの周知と支援

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

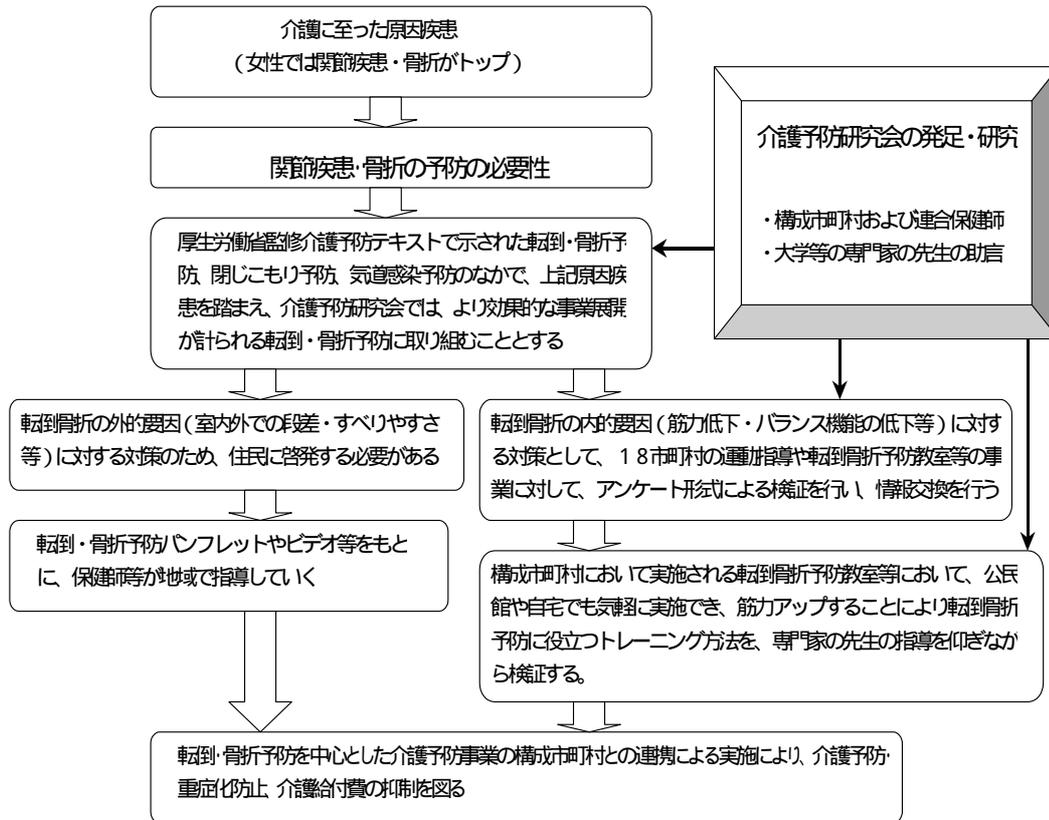
(1) 「市町村高齢者保健福祉計画」と一体となった介護予防と健康づくり

- ・「介護保健事業計画」と「構成市町村高齢者保健福祉計画」との連携

(2) 「介護予防研究会」による介護予防の推進

- ・介護予防研究会の開催
- ・転倒骨折予防事業の研究及び構成市町村での事業展開による介護予防の推進
- ・痴呆予防事業の研究
- ・介護予防の先進的取り組みについての的確な情報提供

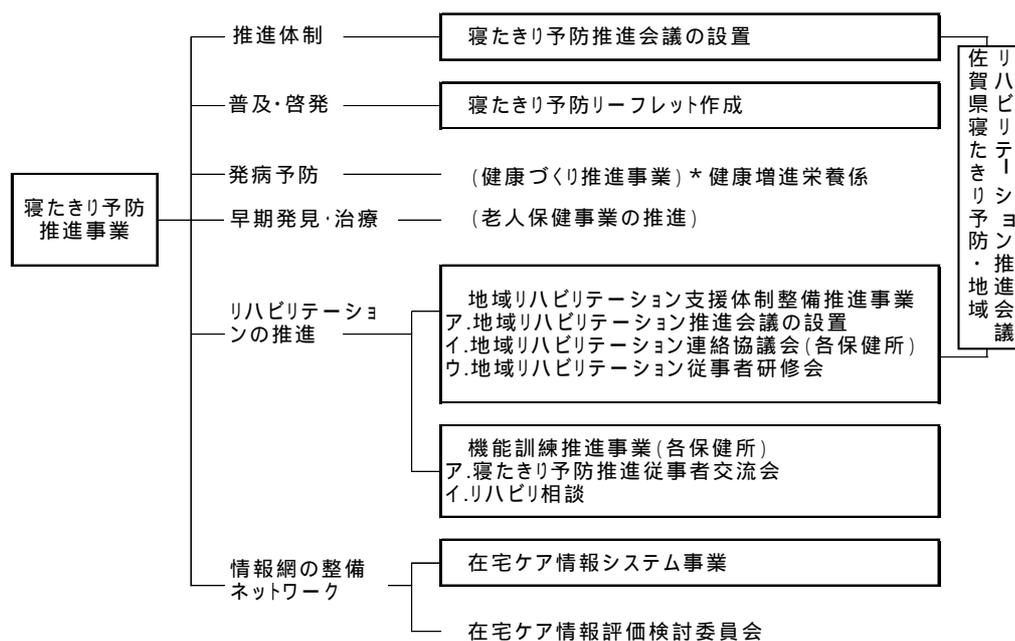
介護予防事業（転倒・骨折予防事業）の概要



(3) 佐賀県の「地域リハビリテーション事業」との連携

・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への積極的な参加と寄与

寝たきり予防推進事業体型図



【政策目標】

