

第2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17年6月24日(金)

15:00~

佐賀県佐賀総合庁舎内4階6号会議室

出席委員	井本委員	副田委員	勝田委員	上村委員	諸隈委員	藤岡委員
	橋本委員	西田委員	林田委員	久保田委員	江頭委員	国部委員
	木村委員	浅賀委員	石丸委員	倉田委員	角谷委員	徳久委員
	貞松委員	力久委員	西村委員	大坪委員	北野委員	

欠席委員	服部委員	野田委員	中下委員	竹下委員	中島委員
------	------	------	------	------	------

事務局	山田事務局長	碓総務課長	藤野介護認定課長	本間業務課長
	古賀給付課長	木村総務課副課長	原庶務係長	宮崎行財政係長
	三好 重永	川口		

午後3時 開会

司 会

ただいまから第2回の佐賀中部広域連合介護保険事業計画策定委員会を開催いたします。
まず初めに、佐賀中部広域連合の事務局長がごあいさつ申し上げます。

事務局長

皆さんこんにちは。お忙しい中、それからまた、大変暑い中お集まりをいただきまして、
ありがとうございました。

一昨日ですか、改正の介護保険法が可決、成立をいたしまして、早いものでことしの10月
からの改正、それから来年の4月、それから来年の10月ということで、3回にわたって改正
がなされるということになりました。私たち連合といたしましても、その実施に向けてこれ
から一生懸命務めていきたいというふうに思っております。その一つとして、介護認定のモ
デル事業を実施するという事にいたしまして、先生方にも御協力をいただくということに
しております。それから事業計画、15年、16年、17年とことして3年目に入りますけれども、
これも後で報告がありますが、15年度、16年度、事業計画の約98%ということで計画以内
におさまっております。順調に運営されているということで、これも委員の皆様方のおかげだ
と思っております。本当にありがとうございました。

介護保険法改正ということで、その内容も今度の事業計画に含めるということになるわけ
ですけれども、予防重視型のシステムへの転換、あるいは施設給付の見直し、そういったも
のが今後計画の中に盛り込んでいくことになろうかと思えます。きょう資料もお渡しして
おりますけれども、実態調査の概要あるいは給付実績の分析、それから高齢者人口の推計、認
定者の推計、それから日常生活圏域の設定と、こういったことで協議をお願いすることに
しておりますので、よろしく願いいたします。

それから、委員さんの交代がございましたので、紹介をいたします。

学識経験の方で、川副町の民生委員協議会の副会長をされておりました方の後任としまし
て、新しい副会長さんでございます。御紹介いたします、よろしく願いいたします。

それでは、これから始めていきたいと思えます。ありがとうございました。

司 会

それでは、今から議事に入らせていただきますが、その前に、お配りしました資料の確認
をさせていただきます。

まず、策定委員会の次第、A4の1枚ものがございます。それから策定委員の名簿、同じくA4の1枚でございます。それから事業計画のスケジュール、A4の横判の1枚でございます。それから、資料がまず資料1-1と右上に書いてございます。これが6ページまでございます。それから資料1-2、これが50ページまでございます。それから資料2でございます。これが35ページまでございます。それから資料3、これが8ページまでございます。それから、最後に資料4、これ、ページはふってございませぬけれども、A4で3枚ございます。

以上でございます。落丁等ございましたら御連絡をお願いいたします。

それではもう1点、恐縮でございます。

今回の事業計画の策定を依頼しております西日本新聞社様がこちらに見えておりますので、御紹介いたします。 はい、ありがとうございます。

それでは、これから議事に入らせていただきます。井本会長さんよろしくお願いいたします。

会長

皆さんこんにちは。保健所の方は冷房が壊れていまして、ここでちょっと一息ついておりますけれども、寒すぎて今度は風邪を引かないように用心しないとイケません。

さて、きょうは2回目ということです。全体で7回の予定ですので、やっと2回目ですけども、法律の方が今通ったばかりですので、やっと議論のベースができたというところで。早速議事の方に入っていきたいと思っております。

1番目の実態調査の検証ということで、説明をお願いします。

事務局

それでは、私の方から、高齢者要望等実態調査結果につきまして概要を御報告いたします。資料の1-1と1-2をお願いいたします。資料の1-1は、実態調査の結果をまとめたものでございます。主なものをこちらの方でまとめております。それから、資料の1-2につきましては、調査結果につきましてそれぞれ分析したものを掲載させていただいております。それでは、主に資料1-2の方で進めさせていただきます。

まず、資料の1-2の1ページでございますが、今回の実態調査につきましては、昨年の10月1日を基準日として調査を実施しておりますものでございます。調査の対象といたしましては、在宅の要援護者並びに施設入所者の要援護者、これにつきましては2分の1の抽出、在

宅の要介護者については 4,840人、施設入所者につきましては 1,450人を調査対象としております。それから、一般高齢者の調査でございますが、これは65歳以上の一般高齢者、要介護認定を受けられていない方ということでございまして、8%の抽出ということで、5,488人を抽出して調査を実施したところでございます。調査の回収率でございますが、在宅の要介護者につきましては78.8%、それから、施設入所者につきましては86.2%、一般高齢者については98.1%というふうな回収率でございます。

それでは、2ページをお願いいたします。

概要につきましては、ボリュームもございますので、主なもののみ抽出して説明をさせていただきます。

2ページ、まず在宅者の調査でございますが、まず「本人の状況」ということで、性別構成につきましては、女性が73%、男性が26%ということで、4分の3を女性が占められているというふうな状況でございます。

続きまして、資料の5ページをお願いいたします。

(4)の「介護が必要な状態になった主な原因」ということでございます。一番大きいものにつきましては、全体ではリウマチ・腰痛・関節炎が1位、その次に脳卒中、3位が骨折・転倒等、4位に認知症という状況になっております。

これを軽度と重度で分けてみますと、下の方でございますが、軽度の場合ですとリウマチ・腰痛が第1位を占めている。重度になりますと、脳卒中が第1位を占めているという状況でございます。さらに、認知症が軽度の場合はランク下でございますが、重度の場合だと第2位に上がっているという状況でございます。

それから、ちょっともとに戻りまして、上のグラフでございますが、男性と女性を比較してみますと、男性の場合ですと脳卒中が断然多い。それから、女性の場合ですと、リウマチ・腰痛・関節炎が1位を占めているという状況でございます。女性の場合ですと、骨折・転倒等が第2位にきているという状況でございます。

続きまして、6ページをお願いいたします。

「介護保険サービスの利用状況と利用意向について」問うております。まず、の訪問介護でございます。これにつきましては、利用経験、また、利用意向も3割ほどが利用の意向をお持ちでございます。中ほどでございますが、軽度要介護者と重度要介護者での利用状況を見てみますと、軽度要介護者の中で、単身の方につきましては利用をされている方が62%

と、大きく利用していない方を上回っているという状況でございます。それから、重度要介護者の場合ですと、単身の場合だと大体5割程度の利用をされているという状況でございます。

それから、7ページの方でございますが、利用の状況ということで、利用の時間でございますが、軽度要介護者になりますと、大体一、二時間程度を主に使われていると。重度の要介護者になりますと週5時間以上というふうに、重度の要介護者の方が大きく利用をされているということでございます。

それから、利用の希望でございますが、軽度要介護者につきましては生活援助型が59%ということで、こちらの方が利用の希望が重くなっている。重度になりますと、身体介護型が第1番ということでございます。

続きまして、8ページでございます。

の「通所サービス」をごらんいただきたいと思います。通所サービスにつきましては、利用経験、また、利用意向も約6割と高くなっております。介護者の利用意向を見ても、全体では78%の介護者が利用させたいということでございます。

それから、9ページの「短期入所生活介護・短期入所療養介護(ショートステイ)」でございます。こちらでは、本人の利用経験は7%、それから、利用意向については20%でございますが、介護者の利用意向といたしましては全体で56%ということございまして、非常に介護者の方は利用させたいという意向が強いようでございます。また、特に介護度が重くなるにつれまして利用の意向が高いということでございます。

10ページをお願いいたします。

「福祉用具の利用」でございます。福祉用具につきましては、利用経験が全体で36%ということで、3分の1以上の方が利用されている。介護度別で見ても、やはり介護度が高くなるほど利用の経験が多いということでございます。

11ページをごらんいただきますと、利用希望をする者の福祉用具の名称を挙げておりますが、特殊寝台、歩行支援用具、車いす、入浴補助用具の順に利用意向が高いということでございます。

続きまして、その下、 番の「住宅改修」でございます。こちらでは住宅改修経験が28.8%でございます。それから、介護者についても36%の利用意向があるということでございます。利用経験、意向それぞれ手すりの取り付け、床段差の解消、便器の取り替えの方が希望

としては高いということをごさいます、それは12ページの方に記載されております。

続きまして、ちょっと中を飛びますが、18ページをお願いいたします。

(7) ということで、「ケアマネジャーへの意見根拠内容について」質問をしております。これは、ケアプランを作成されるときにケアマネジャーに対してどのような考えをもとに意見を言っているのかという質問をごさいます、全体を見ても、「なるべく自分で身の回りのことができるようにしてもらおう」というのが一番多くごさいます。また、軽度の方では、全体と同じくちょうど半分の方が「なるべく自分で身の回りのことができるようにしてもらおう」という意見をお持ちです。それから、重度者になりますと、「家族の言うとおりにしている」という方が1位を占めているということをごさいます。

19ページをごさいます。

(8) の「介護保険対象外サービスについて」聞いておりますが、今後の利用意向ということで、中ほどをごさいます。全体での利用意向につきましては、「配食サービス」、それと中ほど「緊急通報装置の給付・貸与」、この二つが特に希望が多いということをごさいます。

それから、20ページに軽度、重度の方で分けて聞いておりますが、この方で見ますと、軽度の方につきましては「配食サービス」、それから「緊急通報装置の給付・貸与」、そういったものの利用意向が高くなっております。重度では「配食サービス」と「緊急通報装置の給付・貸与」に加えまして、「訪問理美容サービス」が、去年と比べてちょっと率が高くなっているという状況をごさいます。

続きまして、21ページをお願いいたします。

(12)、「現在のサービス利用料(1割)負担について」質問をしております。これについては、適当だと思方が55%ということで、半分以上を占めている。高く感じる方が約10%、安く感じるという方が10%弱というふうな状況をごさいます。前回の質問に比べますと、今回の設問では、「わからない」という選択肢が加わったことから、高く感じるという回答を寄せられた方が前回に比べて10ポイントほど減っているという状況をごさいます。

続きまして、ちょっと中を飛びますが、26ページをお願いいたします。

「今後の介護の希望」ということで、(15)をごさいます。自宅での介護を希望されている方が71%、施設での介護を希望されている方が9.4%、約10%ということをごさいます。軽度の要介護者については、自宅で介護サービスのみ、また、介護保険施設への入所の希望が高うごさいます。それから、重度の要介護者につきましては、自宅で家族と介護サービスの

希望が高いというふうな状況でございます。

続きまして、28ページをお願いいたします。

今度は介護をされている方への質問でございます。(16)でございますが、介護をされている方の要介護者との関係を聞いておりますが、主に介護をされている方というのは、やはり御本人の配偶者が21%ということで最も多く、続いて子供、子供の配偶者ということで、大体同じような率が続いているという状況でございます。

続きまして、32ページをお願いいたします。

(23)、「介護保険制度利用による、介護の負担の軽減感について」質問をしております。介護保険制度の利用を始めて、身体的負担感、精神的負担感、この二つについては、「以前より軽くなった」もしくは「大いに軽くなった」という方が大体6割を占めているという状況でございます。それから、経済的負担感につきましては、「かわらない」という方が7割を占めるというふうな状況でございますが、前回と比べますと、この三つの負担感とも「大いに軽くなった」で2倍強、「以前より軽くなった」という方で2倍弱のポイントがふえているということでございます。

続きまして、33ページの(24)をお願いいたします。

「今後の介護保険サービス利用について」聞いております。今後のサービス利用意向につきましては、「今のままでよい」という方が64.6%、「限度額の範囲内で増やしたい」という方が26%、「限度額を超えても増やしたい」という方が7%ということで、ほとんどの方が今のままか、もしくはもっと増やしたいということでございます。特に、増やしたいという希望をお持ちの方は合わせて33%ということでございます。

続きまして、36ページをお願いいたします。

(26)でございます、「困ったときの相談相手」ということで質問をしております。全体では、「家族・親族」への相談をされるという方が75%ということになっております。次いで「ケアマネジャー」74%、次に、「診療所や病院の医師など」ということで、これが30%程度、「介護保険のサービス業者」ということで21%ということになっております。特に、重度の要介護者の方が介護保険に係る業者への相談の割合が高いという結果が出ております。

それから、「今後の介護の方法」ということでございますが、自宅での介護をしたいという方が80%ということですので。施設での介護については10%強ということですので、前回と比べます

と、自宅での介護の傾向が 5.6ポイント増えているという状況でございます。

次に、施設入所者につきまして、38ページ以降まとめております。

施設入所者につきましては、1番で「本人の状況」を聞いておりますが、8割強の方が女性ということでございます。「要介護度」を見てみましても、38ページの一番下でございますが、要介護度4が27%、次いで要介護3が25.4%、要介護5が25.1%ということで、要介護度3、4、5で大体4分の3強を占めるということでございます。

39ページをごらんいただきたいと思いますが、3施設の介護度別の入所者の割合を見ますと、「介護老人福祉施設」と「介護療養型医療施設」の方が、介護度4、5の方が6割以上を占めるというふうになっております。比較的「介護老人保健施設」の方が軽度者が多く入られているという状況でございます。

続きまして、40ページをお願いいたします。

「施設入所が必要になった主な原因」ということで質問をしておりますが、一番多いのは脳卒中で30.7%、次いで認知症ということでございます。男女別で見ますと、男性の方は脳卒中が4割を占めるということ、また、女性では認知症が約30%ということで、女性では認知症が第1位ということでございます。

また、その下でございますが、軽度・重度で見ますと、軽度の方だと脳卒中が第1位でございますが、第2位に骨折・転倒等が入っていると。重度の場合だと、脳卒中が第1位でございますが、認知症が29.3%ということで、脳卒中に並んで多いという状況でございます。

41ページでございます。

「今後介護を受けたい場所」ということで質問をしておりますが、施設入所者の方では、「在宅」で介護を受けたいという方が、約3割ということで一番高くなっております。次いで「介護老人福祉施設」が約20%、「介護老人保健施設」が約18%という順位になっております。

42ページをお願いいたします。

(7)でございます。「利用料(1割)負担について」聞いております。施設入所者につきましては、「わからない」という方が61%ということで一番多いんですが、次いで、「適当」だと思われる方が22%、「安く感じる」という方が4%というふうになっております。逆に、「高く感じる」という方も同じく4%という状況でございます。

それから、44ページ以降、一般高齢者、元気老人の調査をしております。

48ページをごらんいただきたいと思います。

「保健サービスについての利用状況と利用意向」ということで書いておりますが、ここでは、健康診査が一番利用した経験があるということで高うございます。特に、健康であるという方の利用が大変高いということでございます。それから、今後の利用につきましても、同じく健康診査が一番高い率を占めているということでございます。

49ページ、(8)の「利用料(1割)負担について」でございます。こちらでも、「適当」だと思われる方が42.3%と一番高いということで、「高く感じる」方が15.1%、「安く感じる」方が4%というふうになっております。前回の調査と比べてみますと、今回の調査で「わからない」という選択肢が増えたことから、全体で「高く感じる」という方の割合について、前回から14ポイント減っているということでございます。

最後に、50ページをお願いしたいと思います。

(10)でございますが、「介助が必要になった場合の希望」ということで質問をしておりますが、「自宅で公的なサービスを活用しながら家族などに介護してほしい」という希望をお持ちの方が36.5%ということで、第1位を占めているということでございます。2番目につきましては、「日常生活の世話や機能訓練などを行う介護保険施設に入所したい」という方が約20%ということでございます。前回の調査と比べてみましても、自宅での介護希望率については、意向としてはほとんど変わらないという状況でございます。

実態調査の概要につきましては、以上のとおりでございます。

会長

ありがとうございました。本当だろうかと思いつつも、結構いい結果が出ているなと思いますけれども、何か御質問ありますでしょうか。

これを見る限り、サービスはなかなかいいんじゃないかという結果なんですけれども、これで果たしてすべてあらわれているのかどうかということですが、何かお聞きになりたいこととかありませんか。いや、ちょっと実態は違うんじゃないかとか。

策定委員

質問ではありませんが、5ページの一番上の「介護が必要になった主な原因」と、40ページの一番上の「施設入所が必要になった主な原因」、ちょっと差がひどすぎるから、原因分析等をチェックをされたかどうか。

会長

どうでしょうか。

事務局

チェックということではしてありませんが、一応調査の結果をそのまま掲げておりますので、5ページの問4の部分については在宅者だけ、40ページの方は施設に入られている方だけということがございますので、やはり施設の場合だと重度者が多いということになるのかと思いますので、原因が在宅の場合とちょっと分かれているのかなと考えております。

会長

多分、対象者の差でしょうね。

策定委員

それと、全国平均の16年か15年の資料を見ますと、一番多いのが脳卒中だったかと思うんですけども、佐賀の場合はその傾向は全国と同じなんでしょうか。

副会長

今の質問の答えを。これは、三大成人病の死因と介護の必要な人をわかりやすく書いてあるということで、僕もなるほどだなということで、今の細かなことは、原因はまだはっきりしていないと思うんですけど、今の統計上では、がん、心臓病、脳卒中が三大成人病で、介護の場合はこの順番ということで、認知症の場合はどちらにも引っかかるわけですから、脳卒中からの認知症とアルツハイマー型の認知症ということになるとと思いますので、恐らく施設と在宅ではちょっと違いが出るのかなと、それで三大ということになっていると思いますけど。

蛇足ですけども、私も、この表はそういうことで、1週間前ぐらいに医師会の方で厚労省の方から聞きましたので。

会長

予防給付という意味では、ある意味非常に大きな問題ではあるんですけどね。ほかに何か御質問ないでしょうか。はい、どうぞ角谷さん。

策定委員

ページ5の、問5の「介護が必要になった主な原因」について、ちょっと質問したいと思います。御説明のように、男性は脳卒中、最も高い。女性はリウマチ・骨折・関節炎と書いてございます。全く同様でございます。認知症が非常に増えております。そこで、私は5ペ

ージの一番下の欄の軽度・重度要介護度云々のところを、ちょっとパーセンテージを引いてみたわけです。そうしたら、男も女も、リウマチ・骨折・関節炎は、軽度の場合に比べて重度がずっと減っております。じゃ、どのくらい減ったかと申しますと、男のリウマチ・骨折・関節炎は、軽度の場合は13.0%ですが、重度になったら 5.9%でマイナス 7.1%です。女の場合も、軽度の場合は27%ですが、重度になったらぐっと減って 9.2%、マイナス17.8%です。骨折・転倒等も同様です。男も女も重度に行くにしたがって減っております。

ところが、脳卒中は男の軽度の場合は28.4%、女は11.6%です。ところが、重度になりますと男は43.8%、つまり15.4%増えております。ところが、これに付随して女も19.4%に上がっております。昔、女は脳卒中ございませんでしたが、プラス 7.8%になっておるんです。

特に、今度はまた認知症。認知症は、男の軽度の場合は 6.2%、女は 8.1%、ほぼ同様です。ところが、重度になりますと男は若干増えて11.3%、つまり、男の方は 5.1%増えておりますが、女の場合はこれが28.1%と増加、つまり、20%増加になっております。特に言いたいのは、この女の異常な認知症の増加はどういう原因か。また、同時に女の脳卒中その他の脳障害の増え方、これについてはどうか。この2点について御見解をお願いしたいと思います。それが一つです。

もう一つありますが、後で質問いたします。

会長

増えているんじゃないくて、多いんですよ。増えたわけではない。ただ、現実として多いというだけですね。そこの辺は、ちょっと原因までは難しいでしょうね。

事務局

そうですね。ただ、2ページの方に調査対象者の「本人の状況」ということで、男性が26%、女性が73%ということ、はるかに要介護者については女性が多いということもありません。認知症も男性よりも女性の方が多いのではないかというところはあるんじゃないかと思えます。

会長

時間の変化ではありませんので、その辺は誤解のないようにお願いします。

副会長

もう一つ今の質問で、僕もこれ佐賀大学医学部の整形外科の先生、おやめになったんですけど、実は、介護保険の審査にリウマチの人をかけると低く出るんじゃないかということで、

ちょっと調査していただいて、その話かもわかりませんが、要するに、装具をつけて審査するわけですけれども、結構装具をつけたら軽い要介護度になるから、数字的に女性がもちろなりウマチは多いと思うので、この辺の統計はこれかなと。だけど、男女の比率はこういう形かなと思って、今の質問で、ほかは余り答えにならないかもわかりませんが、りウマチも増えているというわけではないですけれども、これで見ると、やはり装具をつけると結構軽く出るようになるんじゃないかというふうに思いましたので、今お答えをしております。

会長

これから、筋トレとかいろいろそういう話が出てきますから、それとの関係で骨折なんか特に、また、大きな原因として転倒とかありますので、その辺は関係してきますけどね。その辺の解析はまたおいおいということになるうと思えますけれども、何かほかにございせんか。

策定委員

40ページ(3)の「施設入所が必要になった主な原因」です。これ、調査人員が1,250人、うち男性が215人、女性が1,035人となっております。ところで、その帯グラフを見ますと、脳卒中など、それから、認知症、骨折、これが大半を占めております。まず、男性の場合を見ますと、この三つの病勢で67%、ところが、女性の場合はこれが大体71%と多いわけです。ところが、もうちょっと人数でこの表を調べてみますと、男の場合は41.4%で89名です。男が認知症で37名、骨折が19名です。ところが、女の場合を見ますと、脳卒中等が28.5%で294名、認知症が29.9%で309名、骨折が14.6%で151名です。合計いたしますと、入所者中でこの三つの症例が899名になるわけです。全入所者の約72%。

ところで、じゃあ入所者で男女の比はどうかと見てみますと、女が男の4.8倍です。脳卒中などでは女の方が3.3倍、認知症の場合は男の8.4倍、骨折では7.9倍になっております。いかに入所者で女が多いかということです。結局、認知症に続いてここでは女の方も脳卒中かれこれが多いわけです。今後このまま行ったら、入所者は女でいっぱいになりはしないか。この点についてひとつ、何かございましたらお願いいたしたいと思えます。

以上です。

会長

これはもう昔からこういう傾向ですので。

事務局

特に、その点については考えを持ち合わせておりませんが、高齢者の人口を見てもやはり女性の方が多いということもあろうかと思えますし、介護が必要になる方についても、在宅を見ても施設入所者を見ても、やはり女性の方が多いというふうなことでございまして、その原因等、将来についても男性がいなくなるということはまずないと思えますので、申しわけございませんが、ちょっと回答になるかどうかわかりませんが、そういうふうなことでございます。

策定委員

聞きそびれたかもしれませんが、軽度と重度の基準は何でされたんでしょうか。

事務局

軽度につきましては要支援と要介護1で、要介護2以上が重度ということでございます。

策定委員

というと、バランスがひょっとして各疾患によって違う可能性があるということですね。

事務局

そうですね。ただ、認定を受けられた方の状況を見ますと、連合内で要支援者と要介護1で5割ちょっと超える分を占めておりますので、数字的にはバランスは大体とれているんじゃないかと思っております。

会長

では、2番目に行きましょうか。資料2ですね。

「介護保険サービス給付実績の分析」についてお願いいたします。

事務局

私の方からは、資料2の「介護保険サービス給付実績の分析」というところで、まず「第2期の計画値と実績の事業費の比較」、さらには「サービス別 事業量から見た給付実績の分析」、平成12年度からの流れ、さらには「事業費から見た給付実績の分析」等について御説明をいたします。

まず、1ページですけれども、「第2期の事業計画値と実績の比較」というところで、最初に、「要介護度別認定者数」についてでございます。当初、第2期計画の前半ということで、15年度、16年度、17年度ですけれども、17年度はまだ現在進行中というところで、15年度、16年度を出しております。

では、65歳以上の計画値に対しまして、15年度は100.92%、16年度が100.82%というところで、ほぼ推計どおりに推移しているのではないかと考えております。さらには、要介護認定者数ですけれども、これも15年度は101.70%、16年度は 99.11%というところで、これもほぼ計画値どおりに推計しているのではないかと。ただ、この中身についてですけれども、要介護1が15年度 91.09%、16年度が 80.84%と、若干見込みと違っているというところがございます。この分については、要支援、要介護2の方にそれぞれ行っているというところがございます。

次に、「サービス別利用見込量と事業費見込量」の比較でございますが、施設サービス、居宅サービス、その他、合計とあります。下の方の合計ですけれども、計画値比15年度が 98.15%、16年度が 97.78%と、これもほぼ計画値どおりにいっているのではないかと。それで、内容ですけれども、施設サービスも 98.46%、16年度 94.56%と、大体推計値の中でおさまっている。居宅サービスですが、これも 97.58%、102.96%というふうな状況です。この16年度102.96%というふうになった一つの要因としては、「認知症対応型共同生活介護」、「特定施設入所者生活介護」、これらの増ということが考えられております。

以上が第2期の事業計画と実績の比較というところで、次、2ページからは「サービス別事業量から見た給付実績の分析」ですけれども、これは、介護保険が始まった12年度から事業量を見ております。結構量的に多くなりますので、端折って説明をいたします。

2ページの「居宅サービス」、「訪問介護」ですけれども、折れ線グラフを見ていただきますと、年間延べ利用回数の推移、これが12年度 167,487回から 297,247回と、約2倍近くの伸びを示しております。中でも要介護1の占める割合が多くなっているというところがございますけれども、3ページに行きますと、1人当たりの平均利用回数、これはやはり重度者、要介護度3、4、5の方が、結構利用回数が多くなっているということが見えるのではないかと思います。

次に、4ページに行きますけれども、「訪問入浴介護」です。これも、12年度 2,274回ですけれども、16年度は 2,685回ということで、大体順調な伸びを示しております。ここで重立っているのが、要介護5が12年度、13年度は増えてきておりますが、16年度にかけて減少していると。要介護4が14年度から15年度、16年度というふうに伸びてきているというところを見ていただければと思っております。

次に、6ページですけれども、「訪問看護」です。訪問看護につきましては、12年度25,71

3回が29,018回と、これもほぼ順調な推移を示しているというところでございます。これも、介護度が高くなるにつままして平均利用回数は多くなっているというのが、7ページの1人当たり平均利用回数のところで見られるのではないかと考えております。

次に、8ページですが、「訪問リハビリテーション」、これは理学療法士さんとか作業療法士さんが自宅の方に訪問されてのリハビリを行うものでございますけれども、これも12年度1,883回だったのが16年度は5,747回と、約3倍近く増えてきております。これも、各介護度ともに年々増加しているというのが実情でございます。

9ページに行きますと、要介護2、要介護4、この辺が結構上位の伸びを示しているというふうに見ております。

次に、10ページです。

10ページの「居宅療養管理指導」ですけれども、これは、通院ができない利用者の方に対しまして、医師、薬剤師、歯科医師さん等が居宅を訪問されて管理指導に当たられるというサービスでございます。これも平成12年度3,030回で、15年度をピークにして、16年度はちょっと右肩下がりというふうな状況です。

11ページに行きますと、これは利用者数ですけれども、大体全体的には横ばいで推移してきておりますけれども、要介護5の方が微増の傾向にあるというのがここでわかるかと思えます。

次に、12ページです。

「通所介護」ですけれども、これは特別養護老人ホームとか養護老人ホーム等にありますが老人デイサービスセンターの方に通ってのお世話をさせていただくサービスがございますけれども、これが平成12年度165,699回から16年度322,484回と、約2倍近くに上がってきております。ここでも要介護1の方の厚生費並びに伸び率が大きくなってきておりますけれども、13ページの方では、1人当たりの平均利用回数は要介護3、4の方が大きなウエートを占めているというところでございます。

次に、14ページですけれども、「通所リハビリテーション」、これは老健施設とか病院、診療所の方に通ってお世話をさせていただくサービスでございます。この分については、12年度146,893回から順調に15年度まで伸びてきておりますけれども、16年度は若干減少ぎみというところが見えてくると思えます。これは、要介護1が大きな構成比を占めておりますけれども、要介護1の方も15年度までは順調に推移してきたのが、16年度は落ち込んでいるとい

う状況でございます。1人当たりの平均利用回数は、各介護度等において同程度で推移しているというのが見られると思います。

次に、16ページですが、「短期入所生活介護・短期入所療養介護」でございます。

短期入所生活介護につきましては特別養護老人ホームの方に入所させるサービス、短期入所療養介護につきましては老健施設とか病院等において入所するサービスでございますけれども、これが12年度23,000回から16年度88,318回と、約4倍近く伸びてきております。特に要介護3の伸び率が大きくて5.1倍、要介護4で5.5倍というふうな伸びになってきております。これも1人当たりの平均利用回数ですが、要介護3、4、5、この辺が結構大きなウエートを占めているという状況でございます。

なお、この「1人当たり平均利用日数の推移」の折れ線グラフについては、若干修正が必要だと思いますので、後もって修正をいたしたいと思います。

18ページですが、「認知症対応型共同生活介護」ですけれども、この分については、下の月当たり平均利用者数の推移ですが、平成12年度は30人であったのが、16年度399人ということで約13倍近くの伸びを示しているということになります。重立った構成比が、大きいものとしては要介護1、2、3の介護度の方が大きなウエートを占めているという状況です。

次に、19ページは「特定施設入所者生活介護」ですけれども、これも12年度、13年度、14年度においては平均利用者数は少なかったんですが、15年度から16年度にかけて急激に伸びている。この認知症対応型特定施設におきましては、施設が平成15年、16年において急激な伸びを示したということで、こういう利用者数の推移になっております。また、特定入所者生活介護におきましても、14年度までは連合管内ゼロだったのが、15年度に1カ所できて、また16年度は5カ所というところで、こういう大きな伸びになっているというところでございます。

次に、20ページですが、「福祉用具の貸与」です。

この分については、年間利用の事業費というところでとらえていますけれども、平成12年度が5,866万9,000円だったのが、平成16年度は約6倍の3億4,500万円という大きな伸びを示しております。これについては、要介護1、さらには要支援等の軽度者の伸びが大きかったというのが見えます。

21ページに行きますと、これは1人当たりの平均事業費ですが、1人当たり平均事業費の大きな部分を占めるのは、やはり重介護者といいますが、要介護3、4、5の方が大きなウ

エートを占めているところでございます。

次に22ページですが、「福祉用具の購入」です。

これも12年度 1,300万円の事業費が、16年度においては約2倍の2,680万円というふうに伸びてきております。中でも、この要支援の方の伸びが年間利用件数では約3倍に増加しているというところがございます。

23ページの表ですけれども、要介護5が14年度をピークにして15、16年度と下がってきておりますけれども、要介護5の方の利用そのものが余り在宅ではなくて、14年度で特に多かったということでこういう形になってきているのではないかと考えております。

24ページ、「住宅改修」ですが、これも折れ線グラフを見ていただきますと、事業費ベースで平成12年度 4,600万円の事業費が、15年度が1億2,600万円で、また、16年度が1億1,600万円というふうに下がってきております。ただし、要支援の利用事業費の伸びが増えてきているというところがこの表では見られるというふうに思っております。

また、「1件当たり平均事業費の推移」ですが、25ページのところで、要介護4が16年度では結構伸びてきている。さらには要介護5が15年度落ち込んでいたのが、また16年度に伸びてきているという状況になっております。

26ページからは「施設サービス」となっております。

介護老人福祉施設というところで、これも下の折れ線グラフを見ていただきますと、月当たりの平均利用者数の推移というところで、ほぼ横ばいの増加傾向が見られるというところでは、要介護4並びに5の月当たりの平均利用者数の占める割合が高くなってきているというところが見られます。

27ページは、「介護老人保健施設」ですけれども、折れ線グラフは月当たり平均利用者数の推移、ほぼ横ばいで増加傾向というところでは、ここでは要介護3、4の占める割合が大きくなっているというところがございます。

次に、28ページですけれども、「介護療養型医療施設」です。

ここは、平成14年度をピークにしまして、15年度、16年度と年々減少の傾向にきております。ここでは要介護5の占める割合が一番高くなってきているという状況でございます。

続きまして、29ページからは「事業費から見た給付実績の分析」でございますけれども、上の表は人数の推移を示しております。棒グラフの上の方が施設、下の方が居宅でございます。これと見比べまして、下の棒グラフを見ていただきますと、施設が平成12年度72.9%、

居宅が27.1%だったのが、16年度においてはもう58.1%と41.9%というふうに、事業費ベースではだんだん近くなってきております。

次に、30ページですけれども、「居宅サービス費用の推移」というところで、ここでは訪問系サービス、通所系サービス、その他サービスというふうな分類をして比較をしております。全体的には、平成12年度が37億 9,800万円あったのが平成16年度は 2.2倍の84億というふうに、居宅サービス費用については伸びている。

訪問系サービスですけれども、これも大体対前年度比の比較ですけれども、右肩上がりで伸びてきている。しかし、ここで特に注視をしたいのは、その他サービスが13年度、14年度、15年度、16年度と、結構訪問系サービスよりも伸びてきているという状況でございます。

その他サービスが急激に伸びてきたというのは、先ほども言いましたように認知症対応型の共同生活介護、さらには特定施設入居者の生活介護、この辺が大きく伸びてきたというところで、その他のサービスが伸びてきていると。

31ページ、32ページにつきましては、それぞれのサービスごと、介護度別に推移を載せておりますので、これは後もって見ていただきたいと思っております。

33ページですが、「施設サービス費用の推移」というところで、これも14年度をピークにして、15年度、16年度とだんだん落ち込んできているというのが見えてくるかと思っております。表ですけれども、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ところで、実数とありますが、これは事業費というところで見ていただきたいと思っております。事業費ベースで、この表については載せております。

次に、34ページについては施設サービスの介護度別、施設別のそれぞれの推移を載せております。

35ページですが、参考資料といたしまして、「要介護（支援）認定者数等の推移」というところで、認定者数の推移の表ですけれども、総人口、高齢者人口、前期高齢者、後期高齢者、高齢化率というところなんです。その次が認定者数、この認定者数が平成12年10月が 8,956人あったのが、平成16年10月では1万 2,358人というところで、138%の増を見ております。

認定者率から、今度は受給者人数ですが、受給者も 137.7%というふうに伸びてきております。認定者率も伸びてきておりますけれども、一番右端の受給率については、大体81%から83%の推移で今日まできているというところがここで見られるというふうに思っております。

私の説明は以上です。

会長

ありがとうございました。この議題の1と2ですね。今までのサービスの状況が少しわかったと思いますけれども、何か御質問ありませんでしょうか。

策定委員

ちょっとお尋ねします。

35ページの表で、認定者の方が1万2,358人で、受給されておられる方が1万135人ですね。その差が2,223人、この方たちの実態調査をされたことがあるのかどうか。もしこの方たちが実際介護を受けるとなったら、費用としてはもっと上がってくるんだと思うわけですよ、実態として。要するに、1万2,000人の2,000人ですから、約9%ぐらい今の事業計画は上がるんじゃないかという想定なんですけど、その辺はいかがですか。

事務局

受けていない方の実態調査というのは特にしていませんが、調査そのものについては、先ほど説明がありました高齢者の実態調査等で参考にしているという状況です。受けていない方についてはどうされているのかという多分御質問だと思います。介護保険というのは、基本的には介護が必要な方が介護申請をして介護サービスを受けるというものでございますけれども、介護認定を申請して介護度がついても、自分でできるという方が結構おられて、その方が20%近い数字になっているんじゃないかなというふうには思っていますけども。

会長

このあたりはどうなんですか、全国との比較とか、その辺はしてあるんですか。

策定委員

高かったですよ、受けない人が。

事務局

それとか、あと入院中の方もおられますから。

策定委員

全国平均より受けない人が多いと理解しておるんですけど。

事務局

多分、この介護保険のサービス見込みについては全国平均と余り変わりはないと思うんですけど、その辺ちょっとまだはっきりとした回答はできませんが。

会長

この保険料との関係で微妙なところですけども、何かほかに。

策定委員

疑問に思うのは、例えば、施設入所と在宅では4分の1の方が費用の半分以上を使っているわけですね。その辺をどう理解したらいいかなんですよ。要するに、例えば100人おったら20の方が100円使っていると。あとの80の方が100円使っている。その差なんですよ。いつも感じることは。特に思いますのは、今回の改定で食事費がなくなりますね。そして、今前年度で210億円ぐらいかかっているわけですけど、それを今後置きかえたときに、210億円の中に食事費がどのぐらいあるのかどうかです。

事務局

施設におきます食事費については、年間約15億円ぐらいかかっていますね。

策定委員

その6%は今後支出が減るということでしょう、自己負担ですので。

事務局

制度改正のこともちょっと関連しますけれども、15億円丸々減るわけではなくて、現在食事費が1日2,120円。あと、標準負担額というのがあって、一番高く納めるのが780円、その差額について、食事費として払っているわけですね。これを今度ホテルコスト、食事の個人負担ということで10月から制度の見直しがなされるわけですけども、その分については標準負担という考え方がなくなります。それに関して、ほとんどの人は自己負担をしていただく。ただし、低所得者……

策定委員

そこはわかるんです。要するに、生活保護ではありませんよという論法に立ってくるわけですね、今までの食事費を。だから、今後も生活が苦しい方には負担しますよということですよ。低所得者に対しては。それはわかるんですよ。だから、今まではすべての方に食事費を負担していたわけですね。すべてというか、対象者の方に。今後は、生活保護を受けておるような人は面倒を見ましょうということでしょう。だから、例えば、210億円のうち15億円が食事費であったということであれば、今後はそれが幾らぐらいに落ちるのかです。

事務局

今その試算をしているんですけども、15億円のうち今やっているのが1日2,120円だけ

ら、780円の方もおられますし300円の方もおられますので、その辺は平均しますと、大体6億円から7億円落ち込むのではないかなというふうに思っております。というのは、この食事費の中にもすべてがなくなるのではなくて、栄養管理の部分については残るということがありますからね。

会長

試算の結果はいつごろ、何回目の会議で出ますか。

事務局

その分については……

会長

まだ先ですよ。

事務局

そうですね、これは10月からもう実施することになっておりますので、詳しい指針がまだ国の方ではおりてきておりません。もしあれだったら次回か、それ以降ではないかと思えます。

会長

では、そのあたりでまた回答をお願いするということによろしいでしょうか。

では、あと……はい、どうぞ。

策定委員

その件はまた次回に繰り越しされないと、今論議しても始まらないと思います。ある程度企画が中央からおりてきて、それを参考にしてしないと、今幾ら論議しても始まりませんよ。だから、9月までのことにおいて今企画委員会はやっているんですから、それを現実に詰めていくしかないと思います。

会長

とりあえず、今までの介護保険の現状がどうだったのかと、それを生かそうということで。何かほかありませんか。はい、どうぞ。

策定委員

済みません、今までの質問の中でもしかしたら出てきたかもしれないんですが、35ページの認定者率は、全国平均から比べて佐賀県というのは高いのか低いのかということと、あと受給率、認定された方が何かのサービスを利用している方が大体80%台なんですが、これは

全国と比較して高いのかどうなのか、全国並みなのかというのを2点ですね。

それともう1点、各介護度によって限度額があると思うんですけれども、その限度額内での利用、受給額ですかね、どれくらい限度額の中で使っているのかということ、各介護度別で教えていただきたいんですけれども。

会長

今の件に関して、今出ますか。今数字があれば答えてもらいますけれども。

事務局

全国の数字は持ち合わせておりませんが、これは連合でのことし4月分のデータでございますが、認定率が16.4%でございます。それから、支給限度額比率でございますが、平均で60%ちょうど、要支援で60.2%、要介護1が53.7%、要介護2が64.1%、要介護3が66.0%、要介護4が66.8%、要介護5が61.0%というふうな状況になっております。

会長

よろしいでしょうか。どうぞ。

策定委員

今言っていたのは、各介護度別の受給率ですよ。ということは、この35ページからいうと平成16年の10月では82%だったので、17年度の4月にはこれが60%台に下がっているということでしょうか。

事務局

受給率ではなくて、支給限度額に対しての利用されている割合です。

策定委員

わかりました。ありがとうございました。

会長

先ほど実態調査の中で、限度額の中でさらに利用したいと、そういう話もあるので、微妙に関係はしてくると思いますけれどもね、このあたりが。

何かほかにおありでしょうか。

策定委員

資料2の20ページ、福祉用具の貸与の件ですが、年間利用事業費、全体が5.9倍、それから要支援が8.5倍、それから要介護が7.5倍となっておりますが、これは、この中部広域連合の便利帳によりますと、「こんなサービスが利用できます」には、使用料といいますが、

それに示してありますが、この福祉用具の貸し付けに対しては、特殊寝台等いろいろ書いてありますが、寝台においても一つ一つ販売価格が違いますよね。それに応じての貸し付けか、それとも、その寝台1点について上限が幾らとかいうふうな割合で、予算じゃなくて、これは過去のことですから、こういうふうにして出してあるんですか。

事務局

この事業費は購入価格ですので、さっき策定委員さんが言われたように、福祉用具自体、例えば、特殊寝台でも歩行器でもそれぞれ値段が違うわけですね。いいのから普通ぐらいのといろいろあるわけですね。それを全部積み上げたのが、この事業費というふうになっています。

策定委員

そうすると、これは毎年それぞれ違いますよね。例えば、電動車いすを借りるというふうな場合は、例えば、要支援、要介護ぐらいの人たちが電動車いすを使われると思いますが、こういうふうなどは、要支援が1カ月に1割負担で6,150円ですよね。それとこれ、大体1年契約みたいな感じで貸し付けがなされているんですか。

事務局

この福祉用具貸与は、ケアマネジャーさんが作成しますケアプランに基づいて、支給限度額の範囲内で貸与、リースをされています。

策定委員

これは、要介護……

会長

済みません、細かい話なので、後で事務局の方と1対1で話していただけますでしょうか。次に行きたいと思います。

3番目の計画年度における高齢者人口及び要介護認定者数の推計についてお願いいたします。

事務局

資料の3、「人口及び要介護（要支援）認定者推計」の方をごらんいただきたいと思います。

事業計画の策定に当たりまして、今後3年間の事業量、それから、事業費用を見込む必要がございますが、当然高齢者、それから認定者の予測を立てる必要がありますので、その大

もとの基礎資料となります人口の推計をする必要があります。

1 ページの上の方でございますが、今回の推計の目標年度として、いつまで目標年度を立てるかというふうなことで、戦後のベビーブームの世代、昭和22年、23年生まれ、この前後です。ここらあたりが65歳ぐらいになりきるのが、2015年、平成27年と言われておりますが、この1年前、2014年、平成26年を目標年度として人口推計を出しております。平成26年度まで行っております。

この推計をするための人口データでございますが、1 ページの中ほどからA、B、Cというふうなことで、まずAですが、「国勢調査の人口」、国勢調査につきましては、外国人を含むすべての人を5年ごとに調査いたしております。最新といたしましては、平成12年10月現在で行われておりまして、ことしが5年目になりますので、10月に実施される予定でございます。国勢調査は5年ごとでございますので、この中間を補完するために、Bのところですけども、「都道府県（佐賀県）推計人口」というのがございます。国勢調査の人口をもとに、県内の市町村ごとの転入、転出、それから出生、死亡、外国人の移動等を毎月集計している数値でございます。それから、Cの「住民基本台帳」、住民基本台帳法という法律に基づいて、市町村の住民基本台帳に搭載されている数値でございます。

AとBは二つでセットというふうに考えていただいて、以後ずっと表がございまして、AとB二つセットで推計人口というふうな使い方をしております。住民基本台帳とどう違うかというのは、総人口のところでは御説明をいたします。

1 ページの下の方をごらんいただきたいと思いますと思いますが、平成12年から16年の過去5年間の65歳から75歳未満の前期高齢者、それから、75歳以上の後期高齢者とか、高齢化率とかの項目を含めて、それぞれ実数値をお見せいたしております。一番上の総人口のところで見ただけだと思いますが、ずっと連合域内では減少傾向にございます。

2 ページをごらんいただきたいと思います。

「人口推計の方法」でございますが、過去の実績の2地点といたしますが、2点間の変化率、今回は平成12年から15年までの変化率を使用しております。

2 ページの上の方でございますが、変化率は、出生、死亡という自然増減、それから、転入、転出という移動率、両方を加味いたしております。この採用した方法、「コーホート要因法」という方法を用いております。

それから、推計をする前のどの時点の実績値を使うかという、どの時点からスタートをす

るかということですが、平成12年から15年の変化率でございますので、平成15年の数値を使うという考え方、それから、既に実績が出ている平成16年、どちらを使うか、二通りの考え方がございます。

今回、検討材料として、2ページのA、B、C、D、4種類のパターンを見せております。A、Bはそれぞれ推計人口でございますが、起点がAが15年度、Bが16年度、C、Dが住民基本台帳を基本にしておりまして、Cの方は起点が15年度、Dが16年度になってございます。

3ページをごらんいただきたいと思えます。

3ページ以降のグラフでございますが、先ほどの4パターンをカラーで表示しておりまして、実績は黒で表示をいたしております。

3ページの総人口のところですが、下の方に、各年度と36万人とか人口を表示をしておりますが、横の方に時系列で表示しておりまして、上の方のグラフ、それぞれこの数値の高さを示しております。上の方のグラフの実線の方ですけども、一番上の黒丸ですね。それから、黒ひし形、黒丸の方が住民基本台帳人口で、下の方が推計人口でございます。16年度あたりから、カラーで推計の折れ線グラフを表示いたしております。一番左側ですね。黒丸とひし形で差があります。12年度のところで見ていただくと、36万 2,090人、それから、住基では36万 3,194人、ここで 1,104人の差がございます。推計人口と住基に何で差があるかということですが、一つは二十前後の住民票を移さないままの居住、ほとんど学生ですけども、こういうのがありまして、推計人口 国勢調査では、実際に居住している者を調査いたしますので、そういう住民票を動かさないような学生とかは国勢調査の方には入ってきませんので、その分住民基本台帳人口が多いというふうな傾向があります。それから、住民基本台帳は外国人を含みませんので、外国人の分は国勢調査に計上されますので、ここは差が縮まる傾向にございます。ここで、平成16年度のところを見ていただきますと、大体36万人というふうな横のラインになっておりますが、これが10年後、平成26年度では33万 5,000人から34万人の間のところにきております。この間10年間で、総人口が大体2万 4,000人ほど減っていくというふうなことになります。

それから、4ページをごらんいただきたいと思えます。

「高齢者人口」でございます。65歳以上の高齢者人口でございますが、これは左下から右上の方にずっと伸びておりますが、実績ですね、平成12年から16年度は、ほぼ推計と住民基本台帳人口は変わらない、余り差がないところからスタートいたしております。ここも、平

成16年度のところは7万 5,000人ほどになっておりますが、これが平成26年度、一番右上でございまして、大体8万 5,000人弱で、この間、約1万人の高齢者人口の増加が見込まれております。

5ページの方ですけれども、65歳以上の前期高齢者、後期高齢者がどうなるのというふうなことで、5ページのグラフでございまして。

折れ線グラフの黒い実線、上の方が前期高齢者、下の方が後期高齢者でございまして。前期高齢者は推計人口、それから、住民基本台帳人口ともにほぼ同じぐらいですので、もうダブった形で見えておまして、これが大体横ばいから、平成18年、19年あたりからだんだんただらかに増えていって、平成25年あたりから若干減っていくというふうに推計をいたしております。後期高齢者の方でございまして、これは、ずっと順次伸びていくというふうな傾向でございまして。平成16年から10年後の平成26年につきましては、前期高齢者、大体4,400人ほど増加する見込みでございまして。後期高齢者につきましては、平成16年から平成26年まで大体5,600人ほど増加する見込みでございまして。後期高齢者の推計と住民記録の推計値、この出だしのところで270人ほど差があります。推計人口というか、国勢調査の人口が多いというふうなことになりますけれども、国勢調査が3カ月以上の入院患者とか社会福祉施設の入所者、こういうのを拾ってきますので、その分の影響が若干出ておって、国勢調査というか推計人口の方が少し多目に出ているということになります。

次に、6ページをごらんいただきたいと思っております。

65歳以上の人口を総人口で割った、「高齢化率」でございまして。これも、左下から右上まで、大体平成16年から17年のところで21%を超えて、超高齢社会になっていく。それから、10年後の平成26年度では、25%ぐらいの高齢化率になります。ここのポイントは、約1年で0.4%から0.5%ほど高齢化率が上がっていく、2年で1%ずつ上がっていくというふうな傾向がございまして。

申しわけございません、2ページの方にちょっと戻っていただきまして、今回2ページの方でAからDまでパターンを示しておりますが、これのどのパターンを採用するかということで、事務局としての考え方でございまして。推計人口を採用するのか、住民基本台帳人口を採用するのか、また、起点をどこにするかということですが、推計人口と住民基本台帳人口と比較して、総人口のところでは差がございましてけれども、高齢者人口はほとんど、どちらも差がないという状況でございまして。どちらをとってもいいのかなという状況でござ

いますが、判断の一つは、介護保険料を賦課する対象、これは、住民基本台帳人口に外国人をプラスして介護保険料を賦課いたしておりますので、そういう意味から、住民基本台帳人口のベースの方がベターかなというふうな考えであります。それから、保険料の賦課という観点から、最新の実人員から推計をスタートした方が賦課する対象者に近いことから、起点は平成16年度からスタートがベターじゃないかなというふうに考えております。

事務局

続いて、認定者数の推計について御説明を申し上げます。同じ、資料3の7ページをごらんいただきたいと思っております。

認定者数の実績を各年10月末日で、12年度から16年度まで介護度別に掲げております。各年度の認定者数の対前年度伸び率は、13年度で7.6%の伸び、それから、14年度では14.0%の伸び、15年度では8.1%の高い伸びを示してはいましたが、16年度では4.1%の伸びとなっております。12年度から16年度の全体の伸び率としては、約38%増となって、認定者数では3,400人ほど増加をいたしております。介護度別では、要介護1及び要介護3が大きな伸びとなっております。

次に、認定者の推計方法といたしましては、先ほど説明の高齢者の人口推計をもとに、性別、年齢、階層別に分け、要介護度別の認定率で割り戻して求めております。15年度の推計人口を起点に26年度まで推計する方法、それから、16年度の推計人口を起点に推計する方法、また、住民基本台帳の15年度の数値を起点にする方法、16年度の数値を起点に推計する方法、四つのパターンで、それと、認定率の最新のデータ、16年3月末日から17年3月末日の変化率を加味して求めております。

8ページをごらんいただきたいと思っております。

ここでは、人口推計の4パターンに認定者数1パターン、10年間の認定者数、これは自然体がどのように推移するかをグラフ化いたしております。要支援、要介護1の方を軽度者、要介護2から要介護5までを重度者として区分して数値を掲げております。いずれも、平成22年ぐらいまではゆるやかに伸びておりますが、平成23年ぐらいからは、認定者数がいずれも減少するというふうな状況になっております。今回お示ししております推計値は、18年4月改正の介護保険の新予防給付や、地域支援事業の実施に伴う影響等を加味いたしておりません。自然体のままで今回お示しをいたしております。制度の見直し、それから、高齢者の伸び率等、もう少しよく精査を行いまして、認定者数の推計を行う必要があると思っております。

ますので、次回にお示しをいたしたいと思っております。

以上です。

会長

ありがとうございました。最終的なものではないということですので、これは、これよろしいでしょうか。

次の「日常生活圏域の設定について」お願いいたします。

事務局

それでは、資料4をお願いいたします。

今回の介護保険制度の改正の中で、新たに「日常生活圏域」というふうな概念が出てきております。今回の第3期の介護保険事業計画の策定の中では、日常生活圏域ごとに地域密着型サービスのサービス量を見込むということが定められておりまして、まず日常生活圏域をどうするかという問題が出てまいります。

この地域密着型サービスにつきましても、ここに書いておりますように、「高齢者が住みなれた地域で生活を継続することができるようにするため、市町村内を日常生活の圏域に分け、その圏域ごとに地域密着型サービスのサービス量を見込む」というふうなことでございます。どういうふうにして日常生活圏域を設定するかといいますと、地理的条件、人口、交通事情、その他の社会的条件、さらに介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況、こういったものを総合的に勘案し、保険者ごとに定めるとされております。こういったことが、その下117条に書かれております。

それから、先ほど申し上げました地域密着型サービスのサービス量を見込むというふうな点がございしますが、地域密着型のサービス事業者につきましては、市町村が指定をするということになってまいります。これまで、サービス事業者の指定につきましては県の方が指定をしてきたわけですが、当広域連合におきましては、今年度から居宅介護のサービス事業者、居宅介護支援事業者については、広域連合で今年度から指定を行っているところでございますが、地域密着型サービス事業者の指定につきましては、今回の法改正で全国的に市町村が行うことということでされております。

地域密着型サービス事業につきましては全部で6事業ございますが、そのうちの認知症対応型共同生活介護、いわゆる痴呆性のグループホームでございます。それと、地域密着型特定施設入所者生活介護、それと、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、この三つに

つきましては、日常生活圏域における利用定員の総数をこの介護保険事業計画の中で定めて、その必要とされる利用定員総数に達している場合、もしくはこれを超えると認められる場合については、事業者の指定をしなくていいと定められているものでございます。

また、さらに今回の制度改正の中で、地域包括支援センターというものを設置するということになっておりまして、これにつきましても日常生活圏域をもとに設置について検討してくださいということが言われております。

それから、この介護関係の施設整備に関しましては、今回の事業計画の中で、市町村で市町村整備計画というものをつくって、その中にこの地域密着型の施設等につきましても計画にうたうということになっておりますので、この整備につきまして、国から交付金が出るということになっておりまして、この設定につきましても、日常生活圏域を中心として設定をする必要があるということでございます。

これまで連合の構成市町村の方におきまして、日常生活圏域をどういうふうに設定するかということの検討をしていただいております。これにつきましては、現在のところでございますが、33圏域を今のところ案として設定しているということでございます。

3枚目ところに、各構成市町村ごとの生活圏域の設定の案を掲げております。

まず設定の状況でございますが、各種行事等が市町村全体で行われておりまして、市町村が一つのまとまりということで、住民が一体感を持っているということの理由から、既存の市町村枠で一つの圏域とする案が大半を占めているという状況でございます。ただ、佐賀市の場合でございますが、佐賀市では地域の特性、または既存施設のバランスから、小学校区を圏域とする案を現在のところつくられております。それから、小城市と吉野ヶ里町は、三田川町と東脊振村が来年の3月1日で合併をいたしますが、こちらの方では市町村合併の状況により圏域を設定する案ということで、小城市につきましては、旧小城町と三日月町、この2町を一つの生活圏域として設定され、また、南部の方、牛津町と芦刈町の区域を一つの生活圏域ということで設定されております。小城市では二つの生活圏域の設定ということになっております。それから、吉野ヶ里町の方でございますが、こちらはもう3月で合併をして一つの町になるということから、三田川町、東脊振村を一つの生活圏域ということで、今のところ設定されているという状況でございます。

ここで33圏域今お示しをしておりますが、このままでいくかということにつきましては、まだ市町村の方で検討中でございますので、現在の段階での案ということでお考えいただき

たいと思います。最終的には、先ほどの空間整備、施設等の地域密着型サービスの量を見込むあたり、そういったところまでには決定していく必要があるということでございます。

生活圏域の設定につきましては、以上でございます。

会長

どうもありがとうございました。圏域を見てみますと、面積も人口もかなりばらついておりまして、非常にわかりにくい面もありますし、また、この生活圏域の設定の考え方もなかなか難しいものがあると思いますけれども、ここで何か決めることはできないんですけれども、御意見でも承れればと思っております。実際福祉サービスをされている方々で、何か意見はありませんか。その圏域の考え方とか。あえて策定委員さんに聞きましょうか、じゃあ。

策定委員

この報告を読んでも、何か全然見えてこないんですね。厚労省から出たのを見てもよくわからなくて、具体的にこれからどんなふうになっていくのかというのは、とても事業者側としては不安な面もあります。急に振られたのでそれぐらいしか……済みません。

会長

他の策定委員さんも特にないですか。

策定委員

先の資料を見ておりますと、一つは、この圏域を決めるのに、例えば、人口で見ると、多久市なんかは2万3,000人ですね。これは一つの圏域とされていますけれども、例えば、芙蓉なんかは2,000人ぐらいしかいないわけですね。人口格差があり過ぎるわけですが、こういうふうなところは人口比 小学校区と言っても小さいのと大きいところのがありますので、校区ごとに決めるというのもちょっとどうかなと思います。例えば、2,000人のところをひとつの日常生活圏域とすると、余りにも小さ過ぎるんじゃないかなという気もしないでもないですね。そこで、例えば小規模型がその圏域に必要かどうか、多久市なんかは2万3,000人いるから、これは考え方によっては4ヶ所くらい必要かもしれません。あるいは芙蓉なんかは1カ所かまたは他の圏域と組み合わせて決めるのもいいと思います。先の厚労省の考え方からすれば、利用者は生活圈ごと、例えば、圏内の事業所だけしか利用できないことになると、芙蓉地域の圏内の人は芙蓉地区の事業所しか使えないことになるのか。例えば、小城市でいきますと、元小城町と三日月町のところに小規模型をつくるとなると、小城町と三日月町の人は使えますが、牛津の人はだめですと言えるかどうか。したがって、小城市だ

ったら小城市の人であれば小規模型でも全部使えますとした方がよいような気がします。ただ、そこにつくるについては生活圏域ごとに人口比でいろいろ出現率とか考える必要はあります。日常生活圏域という考え方が。

例えば、厚労省の第3次計画の中では、多分、市町村「及び」日常生活圏域ごとのサービスの見込量と書いてありますから、多分両方使えるんじゃないかなと私は解釈はしているんですけど、これはどうでしょうかね。

会長

情報がありませんね。

事務局

ちょっと済みません、私今手元に資料を持っていなかったのですが、一応地域密着型サービスの事業者の指定につきましては、基本的には市町村が指定をしますが、その中で、市町村の外の事業者の方でのサービスを受ける場合に、地域密着型のサービスをもしそこで利用された分について、この介護保険の対象として事業所が認めるかというふうなところは、この市町村枠外のところの地域密着型サービスについては、市町村の考えで認めることもできる、認めないこともできるということがされておりまして、そこは市町村での考え方になってくると思うので 指定のやり方ですね。ですから、今手元に資料がなかったで申しわけございませんが、ちょっと後でそこを確認させていただきたいと思います。

会長

委員さんの中で、特にこの生活圏域についてよく御存じの方、余りいらっしゃいませんか。じゃ、余りこれは議論しても意味がないですかね。

策定委員

済みません、もう一言言わせてください。やはり、一番最初に書いてあるように、高齢者が住みなれた地域で生活を継続するということができるように、これは市町村に投げかけられたことだと思いますので、ぜひ皆さんで頑張って、私たちもですが、ここを特に頭の中に入れて、これからの作業をしていっていただきたいと思います。

会長

市町村がどこまで話を煮詰めてこういう案を出してきたのかというのがわかりませんので、ぜひその辺、十分住民さんとの対話をしていただいた中で決めていただきたいなど。まだ条件が全部そろっていないようですので議論もしにくいと思いますけれども、その辺ぜひよろ

しく、そういうことを事務局の方も働きかけていただきたいと思います。

策定委員

地域密着と直接は関係ないですけど、今度10月から食費とか居住費、自己負担がアップしますよね。多床室は余り、1万円増えるのと食費が増える分でそんなにないですが、個室ユニットの場合はかなり増えますよね。そうすると、今までの、ある地域に個室ユニット型しかないということになると、その地域の人には自己負担は多い方しか選べんわけですよ。どっちかという、離れていくならいいですよ。ですから、今後この推計値を見ると、もう余り増えんから今までのような整備はそんなには必要ないかなという考えも一つありますが、しかし、ますます家庭が単独世帯とかということがもっと進んでいくと、いやいや、この推計値だけでは先のことは図れんよということになりますから、何 100床増やすか。これでいくと、重度者が入ると仮定して、あと10年ぐらいのうちに 300ぐらいしか必要ないんですが、私の考えでは、既存の特養がほとんど多床室なんですよね。それは新しくつくれば別ですよ。今後県に老社協として、既存の施設プラス20床を個室ユニット型につくってくださいというのを提言というか陳情というか、言っているんですが、それは、その地域の人たちが余裕のある人もない人も利用できるということになるわけですね。そういう考えを持って、いや、施設の整備はみんな県の認可だから広域連合は関係ないよと言われれば別ですが、恐らく広域連合の意見というのが、非常に今までの県の権益よりも強くなっていくような感じがしますし、要するに、当局としては、その辺を地域全体のことを考えて、地域密着の小規模特養は別問題として、今後の整備については、50床なり何なりをぼんぼんと許可するというのも一つの方法でしょうけれども、田舎の方では、これプラス2ユニットだとかという考え方もあっていいんじゃないかなと私は思っておりますので、頭の片隅に入れていただければありがたいと思います。

会長

これでよろしいでしょうか。何か御回答ありますか。

事務局

申しわけございません。ちょっと今あれなんですけど、施設の整備につきましては、基本的には県が佐賀県全体でのベッド数、定員数を決めていくわけですが、それにつきましても、やはり市町村といたしますか、保険者、圏域がございますので、保険医療の圏域ごとに設定をするということになっております。特に広域の施設、今既存3施設ございますが、

そういったものについても、そういうふうなことで県が主体として、していくわけですが、特に、中部圏域につきましては、もう佐賀中部広域連合の圏域一つでございますので、そこでどういうふうな計画をするかというのは、やはり広域連合での考えも反映されているのかなと思っております。ただ、佐賀県全体でどうなるかというふうなことがまず全体の枠の中で考えられてきますので、やはりそちらの方を無視してうちだけで設定というのは、まず無理だと思っております。

それと、今回新たに地域密着型ということで出てきておりますので、その特定の小規模の特養、そういったものが出てきておりますので、その分は、増えるということが出てきても、全体の枠がそのまま増えていくのかというところはこれから県も含めて議論していくところでございますので、今どうというのは非常に難しいかなと思っております。

策定委員

将来仮に整備を進めていくとしたときに、例えば、単独でどこどこ町に新型ユニットを50おろしますよというようなことじゃなくて、既存の施設が2ユニット、同じ敷地内につくりたいということであれば、そういう考えも取り入れたらどうかということなんです。そういうふうにせんと、例えば、自己負担の金を持っておるから払うということでもないんでしょうけれども、やっぱり金がないものには振れませんから、その地域で高額所得者の方もいらっしゃるでしょうし、1段階、2段階の人もいらっしゃるでしょう。それから、3段階といっても80何万円から200何十万円までの差があるわけですね。限りなく2に近い人なんかは、今度の食費、それから、居住費の負担は非常に大きな負担になるだろうと思うんですよ。そうすると、やっぱり多床室で我慢しておこうかという人だっておられると思うんですよ。その辺を考えて、いや、ここは多床室だけだ、ここはユニットだけだということではなくて、柔軟に考えてほしい。その辺の気持ちを持っておられて、県とお話のときに、そういう考えもあるよということを頭の隅に置いておってくださいということなんです。

副会長

僕もこの前日本医師会でその話、今委員さんがおっしゃったような感じで、小規模のところに新しくつくるのか、既存のところも大分特養の場合は老朽化しているわけですよ。それに新しくユニットケアをつくるという、そもそものルーツが、結局私が昭和22年生まれなので、団塊の世代がぜいたくにできておるといふ観点でなっているかなというような発想は、僕はそうなんですよね。今から先のいろんな、そういうことですけれども、やはり現実には、

ある程度今自己負担というのが大きな問題なんですよね。恐らく、今後福祉施設から病院の方も、そういうふうな負担が来るということはもう目に見えていると僕は思うんですけど、そういう点で、やはり今まで既存のところも地域住民との密着があるわけですね。だから、きょう出なかった在介が、非常に佐賀市の場合小学校校区で今うまくは行っていますけれども、恐らく今回、今の10カ所が佐賀市でも5カ所の地域包括センターになるだろうと僕も予測できます。そうした場合のことを考えて、やはり既存のいいところは認めてもらって、悪いところは早くチェックしていただいて、そういうふうな方向でやらない限りは、これはアメニティの問題だけじゃなくて、僕は非常にいろいろなことが問題を起こすだろうと思います。

近い将来、病院もそういうふうになりますので、やはりお金持ちしか入れないとか、差額ベッドのことも、そこまで出てくるような状況になると思いますから、大きな目で見ないと、ここは介護保険のことだけを論議しているところですけど、本来は、もう今医師会としてはその観点で考えないと僕は思っております。医者が言っていることじゃなくて、次はこの3施設、全く医師がいない特養と、医師がいる老健と、医師がいる医療介護型というのは、全然質が違うのを今一緒にやっているわけですから、今後、やはりバックアップの病院がないことにはいろんなことでアクシデントが出てきますので、もっと今度は救急医療に対しての大変さが出てくると思います。お年寄りには自然的には急変していきますので、そういう観点も見ていかないと、個室の点もそういうのが一つは死角になっているわけですから、私みたいに心臓の医者というのは非常に怖いんですよね。心筋梗塞を起こしたらどうしようとかかそういうことまで考えたときに、今の意見も出るだろうと思う。プライバシーを保つことは非常にいいんですけども、そのあたりはやはり今後必要じゃないかということで、恐らく諸隈先生もそういうことだろうと思いますから、もう少し悪いところは早くチェックしてほしいんですし、いいところは伸ばしてほしいというのが僕の意見ですので、補足をしておきます。

会長

まさしくそのとおりでしょうね。介護保険、地方分権と言いながらもなかなか地方の意見が通らないという、そういう矛盾を感じますけれども、もう時間が過ぎましたので、策定委員さん、ありますか。

策定委員

一つお伺いします。既存に、例えば、今各市町村に1カ所ぐらいは老人ホームがありますよね。それと別に、またこういうふうな地域密着型とかいうふうな施設をつくる場合、今副会長さんがおっしゃったように、ドクターとか看護師とかいろいろ、やっぱり添えつけにやいかんわけでしょう。そういうふうにつくる場合に、この介護保険からつくるんじゃないくて、各市町村が自発的につくりたいと言え、自分の町ではよそのところでお世話になるというふうなところも出てくるはずですよ。やっぱり町でつくれば負担もかかるわけですから、その辺は、一応この介護保険から各市町村に説明はなされているんでしょうか。

事務局

この生活圏域の設定等につきましては、もう市町村方で検討をしていただいております、連合の方で一応まとめているということでございます。

策定委員

それは県の方にまとまって、一応こちらの方にまたそれぞれの内容が最終的に中部の方に来ますか。

事務局

基本的には市町村が中心に検討していただいて、連合の方で取りまとめをしていると。また、今後もこれからの事業量の推移、そういったものも見ながら、最終的に圏域の設定をしていくということでございまして、最終的に連合の方で取りまとめ、またこちらの会議で御報告するというところで考えております。

策定委員

はい、わかりました。

会長

じゃ、もう時間過ぎましたのでこれで終わりにしたいと思いますけれども、よろしいでしょうか。どうも御協力ありがとうございました。これで第2回の会議を終わりたいと思います。どうもありがとうございました。

司 会

それでは、次回、第3回目の会議の日時でございますが、8月2日の火曜日の午後3時から実施したいと考えております。会場は未定でございます。後ほど御連絡をいたします。

それでは、これを持ちまして第2回の策定委員会を終了させていただきます。どうも御苦労様でした、ありがとうございました。

午後 5 時03分 閉会