

第3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8月2日(火)

15:00~

佐賀県土地改良会館5階合同会議室

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

欠席委員	中下委員	倉田委員	西村委員
------	------	------	------

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

皆様お待たせいたしました。定刻になりましたので、ただいまから第3回目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、連合の事務局長がごあいさつ申し上げます。

事務局

皆様こんにちは。大変蒸し暑い中に御参集いただきまして、本当にありがとうございます。ここの土地改良会館、エアコンを一番強いのにしておりますが、もうしばらくしたら冷たくなるんじゃないかと思っておりますので、よろしく願います。

きょうは第3回目の事業計画の策定委員会ということで、委員の皆様方には大変お疲れさまでございます。

きょうは、レジュメを資料で事前にお配りしておりますけれども、認定者数の推計、それからサービス体系の全体像と対象者ほか、四つの協議事項ということで御議論をいただくことにしております。

特に、「要介護（要支援）認定者数の推計について」ですけれども、これからいろいろサービス量等々事業計画をつくっていく上において一番重要な数値になろうかと思っております。認定者数が自然体でいった場合、それから、新しいサービスであります地域支援事業、あるいは新予防給付、こういったものを実施した場合に、それによって認定者数が幾らか減ってくるというようなことで、認定者数というのは非常に重要な数値になろうかと思っております。保険料にも影響が出てくるというところがございますので、忌憚のない意見をお聞かせいただければと思います。

それから、「サービス体系の全体像と対象者について」。これは、どういった方にどういったサービスをしていった方がいいのか、そういったものを御議論いただくということでございます。

それから三つ目は、「介護保険3施設・居住系サービスの整備について」。居住サービス、あるいは施設サービス、こういったサービスを認定者がどのような形で利用されるか、これも保険料に非常に影響が出てくる部分かと思っております。

また、四つ目には、「介護給付に係るサービス利用者数及びサービス見込量の推計について」。先ほども言いましたように、施設あるいは居宅でどういった割合の利用がなされるか

によってサービスの利用量の推計がまた異なってくるというようなことでございます。

いずれにしても、認定者数の推計というのは非常に重要なことでございますので、じっくり御議論をいただければと思っております。最後までよろしく願いいたします。

司 会

それでは、議事に入ります前に、資料の確認をさせていただきます。

まず、資料1、「要介護（要支援）認定者数の推計」でございます。これが10ページまででございます。

それから資料2、「サービス体系の全体像と対象者について」。これが3ページまででございます。

それから、資料3、「介護保険3施設・居住系サービスの整備について」、これが6ページまででございます。

それから、資料4、「介護給付に係るサービス利用者数及びサービス見込量の推計」、これが21ページまででございます。

それから、本日新たにお手元に差し上げております追加資料でございます。「要介護（要支援）認定者数の推計」、これが5ページまででございます。

落丁等ございましたら、御連絡をお願いいたします。

それから、先日郵送しました資料の中に、第2回目の策定委員会資料の差しかえ分としてA4の1枚、28ページ分を差し上げておりますので、これは第2回目の策定委員会の資料と差しかえをお願いいたしたいと思っております。

それでは、議事に入らせていただきます。

会長、よろしく願いいたします。

会長

皆さんこんにちは。確かに暑いですので、上着を着ていらっしゃる方は脱いで結構ですので、涼しい格好で議論してまいりたいと思っております。

きょうは、先ほど事務局の話がありましたように、基本的にサービスの需要の部分ですね、かなり根本的な部分の数の考え方、そしてあと、その需要に対する供給の特に施設に関する量の問題、それと施設の質の問題、そのあたりが中心になっていくと思っておりますので、そのあたりで皆さん方の御意見を伺いたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

では、1番目の要介護（要支援）認定者数の推計についてお願いいたします。

事務局

どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、資料1の「要介護（要支援）認定者数の推計」について御説明を申し上げます。

第2回の策定委員会で、認定者数の推計につきましては、来年4月から制度改正による新予防給付や地域支援事業の影響等も含めて、次回　今回ですけれども、お示ししたい旨説明をいたしていたかと思えます。

資料の1ページをごらんいただきたいと思います。

「認定者数の推計について」でございますけれども、まず今回の介護保険制度の見直しでは、平成27年（2015年）の高齢者介護の姿を念頭に置いておりまして、平成26年度、第5期介護保険事業計画の最終年度の目標を設定し、そこに至る中間段階の位置づけという性格を有するものとして、第3期介護保険事業計画を作成する必要があります。

したがって、認定者の推計につきましては平成26年度まで行っております。

また、認定区分の見直しにより、要支援が要支援1となり、要介護1が要支援2と要介護1に分かれます。

使用する人口推計、高齢者推計データですけれども、前回策定委員会でお示しいたしておりました平成16年度の住民基本台帳より推計したデータを採用いたしております。

認定者数の推計につきましては、まず現行の認定区分により自然体の将来推計を算出いたしまして、これをもとに平成18年度から創設されます地域支援事業及び新予防給付の実施を加味し、新認定区分による推計を行いました。

認定者数、自然体の推計につきましては、次の四つのパターンでお示しいたしておりましたけれども、今回6月末の認定者数の実績が確定し、前月からの伸び等が通常よりも大きいことから、事務局で検討いたしまして、追加資料のEパターンですけれども、今回配付させていただきます。

いずれのパターンにおきましても、起点は人口推計及び高齢者人口推計に用いました9月末の数値を用いております。

まず、Aパターンでございますけれども、新規申請者等の増減数からの推計。

新規申請者につきましては、毎年4,000人弱ということで推移をいたしておることから、それをもとに死亡者や転入・転出などの住民移動を加味して推計いたしております。

次にBパターン、平成16年9月末の出現率から推計ですけれども、認定者数の性別、年齢

別、要介護度別出現率を推計した人口に乗じて推計したパターンです。

なお、出現率の伸びは加味いたしておりません。

次にCパターン、これは平成14年9月から平成15年9月までの伸び率から推計を行っております。性別、年齢別、要介護度別の出現率の伸び率を加味して認定者数を推計したものです。

平成16年度からは国の指導により、要介護認定の新規申請者につきましては連合で直接調査を実施したことから、認定者数の伸びが15年度以前に比べまして減少したことから、この影響を受けない伸び率で推計したものです。また、出現率の伸び率は徐々に少なくなり、5年後には終息すると予測して補正を行っております。

次に、Dパターンですけれども、これは2時点を平均した伸び率から推計したものです。平成15年9月から平成16年9月までと平成16年3月から平成17年3月までの性別、年齢別、要介護度別の認定者数の出現率の伸び率の平均を加味して認定者数を推計しております。また、出現率の伸び率については、Cパターン同様、補正をいたしてあります。

次に、Eパターンです。きょう追加で配付いたしました追加資料の分をごらんいただきたいと思っております。これは平成15年3月から平成17年3月までの伸び率から推計をいたしてあります。これも性別、年齢別、要介護度別の認定者数の出現率の伸び率の平均を加味し、出現率の伸び率はC、Dパターンと同様、補正をいたしてあります。

追加資料の1ページをごらんください。5パターンの認定者数の総数、これは自然体ですけれども、折れ線グラフで示したものです。

資料1の4ページから7ページ、それと追加資料の2ページには、各5パターンの要介護度別認定者数の推計をグラフ化したものでございます。

資料1の2ページですけれども、各パターンの分析結果ですけれども、Aパターンにつきましては、認定者数の総数、これは26年度まででは一番増加しているという状況で、要介護度別は4ページになりますけれども、要支援・要介護1が大きく直線的に伸びております。また、要介護3から5については減っていくというふうの結果が出ております。総合的に見ましても要介護度別認定者数の差が大きく出ております。

次に、Bパターンですけれども、平成16年9月末の出現率から推計したものです。これでは全体的には一番少ない推計になっております。要介護度別で見ますと伸び率が少なく、高齢者人口の増加のみで認定者数がふえていくため、平成16年度から平成26年度までは水平に

線を引いたような推計になっております。要介護度認定者数の割合も常に一定となっております。

それから、Cパターンですけれども、平成14年9月から平成15年9月までの伸び率から推計したものです。5パターンでは2番目に多い推計になっております。要介護度別で見ますと、伸び率が5年後には終息するので、緩やかな曲線で推移をいたしております。

ただし、伸び率は、平成14年9月から平成15年9月までなので、平成16年度の実績を反映したものとはなっておりません。

次に、Dパターンですけれども、2時点を平均した伸び率からの推計です。認定者総数では平成26年度まででは4番目に多い推計になっております。要介護度別で見ますと、伸び率は平成16年度の2時点を平均したもので、5年後に終息すると。緩やかな曲線で推移をいたしております。要介護認定者についても実態に沿って増減しております。

それから、追加資料のEパターンですけれども、これは5パターンの中で3番目に多い推計となっております。Dパターンとほぼ同じような形で伸びるようになっております。

5パターンの推計を総合的に分析いたしました結果、Dパターン及び追加資料のEパターンが信頼性が高いというふうに、こちらの方では判断をいたしております。今後の介護予防後の推計についてはD及びEの方で推計を行っております。

次に、資料の8ページをごらんいただきたいと思います。

ここでは平成18年度から行われる地域支援事業や新予防給付による介護予防の効果を反映した認定者数の推計を行いました。

自然体で推計しました5パターンのうち、Dパターン、Eパターンを用いることといたしております。介護予防後の認定者数は、国の目標値、参酌標準表に沿って推計をいたしております。

まず、「地域支援事業対象者とその効果」ですけれども、要支援・要介護1の状態に陥るおそれのある虚弱高齢者を対象にするものです。このうち、平成18年度では高齢者人口の2%、平成19年度では4%、平成20年度では5%と対象者を拡大し、さらに前年度地域支援事業で効果があったものを対象とするようなことになっております。地域支援事業を実施した高齢者のうち、予防効果は平成18年度では12%、平成19年度では16%、平成20年度では20%というふうになっております。自然体に比べ要介護認定者数の増加を抑えることができると設定をなされております。

「新予防給付対象者とその効果」ですけれども、新要介護度区分の要支援1・2を対象とし、現行の要支援と要介護1の7割相当の人数を対象としております。国の方では7割から8割というふうに見ております。こちらの方としては7割ということで今回人数を対象といたしております。予防効果は現行の要支援と要介護1に相当する人のうち、平成18年度では6%、平成19年度では8%、平成20年度では10%として、自然体に比べ重度認定者の割合を抑えることができるということで設定をなされております。

「介護予防後の認定者数の推計」ですけれども、8ページの下の方に表が載っておりますが、これが国の参酌標準表でございます。それに基づきまして介護予防後の認定者数の推計を行っております。

追加資料の3ページをごらんください。

Dパターン及びEパターンを、参酌標準をもとに推計した数値をグラフ化いたしております。介護予防後の認定者数の推計を表の上段に合計で、それから下段の方に、軽度者、要支援・要介護1、重度者、要介護2から5を年度別に載せております。点線で示している部分が自然体、実線が介護予防後で表示をいたしております。

追加資料の4ページですけれども、介護予防後の認定者数の推計を要介護度別に、現行の要介護度認定区分に加え、要介護1及び要支援2と要介護1に区分されるため、7区分で示しております。また、その区分割合については、平成18年度で5対5、平成19年度で6対4、平成20年度で7対3と仮定して推計をいたしております。これは有効期限の拡大に基づく分を加味してということで推計を行っております。点線が介護予防後のDパターン、実線が介護予防後のEパターンで示しております。

DとEの認定者数の推計値を比べてみますと、軽度者についてはほぼ同じであります。重度者についてはEの方が高くなっているという状況です。この二つのパターンの推計を総合的にこちらの方で判断いたしております。これは6月末の実績が確定したことを加味いたしまして、前年度と比べまして、要介護1はほぼ同じ数値になっておりますが、要介護3が前年度同期と比べますと170人ほどふえていることから、重度者の方を若干多く見込むのがベターではないかということで、Eパターンの方が事務局の方ではいいのではないかと考えております。委員の皆様の御意見をいただきたいと思っております。

以上で説明を終わります。

会長

はい、ありがとうございました。

この認定者数の推計が将来的には予防給付額の上限も関係してくるわけですし、非常に難しい選択ではあるんですけども、その辺も含めてまして、どのパターンがベターかと。ベストというのはちょっと理論的に説くのは非常に難しいことなんですけれども、何か御意見ないでしょうか。このあたりの専門家はいそうでいない話なんで、なかなかコメントしづらいと思いますけれども、先ほどから出ていますようにEパターンにするかどうかというところなんですよね、EかDかというところで。やや多目にでも見積もった方がいいんだらうか、いや、そんなことはない、予防給付が非常に効果的で少なくともいいんじゃないかとか、そういう意見もあるのかもしれませんが、これは介護保険料にそのままかかってきますので。何か事務局の説明に不明な点はありませんでしたか。はい、どうぞ。

策定委員

地域支援事業対象率というのが国の基準で決まっていますけれども、これは国の方でこのパーセントでやりなさいということで、何かモデル事業とかでこういう数字等は出たんでしょうか、この2%、5%という数字は。どうでしょう。

事務局

モデル事業とかは実際に実施していなくて、あくまでも国の方が示した数値でございます。

策定委員

その2%という基準というのは、ただ漠然に2%だろうということになっておるんでしょうか。

事務局

この地域支援事業で介護予防に努めることによってこれだけの効果が見込めるんじゃないかということで、国が示した数値でございまして、裏づけがあるというものではございません。国が2%、4%、5%という段階でプランをつくっておりますので、それにあわせて連合の方でも現在のところ推計ではこの数値を用いさせていただいているということでございます。

策定委員

ということは、地域差があってもいいということですよ、この2%、4%ということは。ただ、このパーセントでやれというわけではございませんですよ。 はい。

会長



では、ほかに御意見ないでしょうか。事務局案は基本的にE案でよろしいのですかね。

事務局

そうですね。E案で考えているということでございます。

会長

それに対して御異論があるのか、ないのかというところが問題なんですけど、特に御異論なければ、それでということでもよろしいでしょうか。

副会長

これはモデル事業のいわゆる要介護1が要支援2に7割なるというようなことはある程度考えられた数字ですよ。今、モデル事業を始めたばかりでまだ何ともわかりませんが、先ほど策定委員さんが言ったように、漠然とこうつくって、見かけが半分でもいいからちょうどよかぐらいだろうでいいのか。その辺ははっきりしないと、ただ漠然にパーセンテージを大体一けたでこのくらいというふうな感じで考えられていると、これはどれでもいいだろうというふうに僕が考えたんで、数字に僕もちょっとそこまであれなんですけど、何かその辺でEでちょっとおかしな点とか、その辺を話していただかないと、ちょっと僕はこれだけでどうかなと思うんですけどね。一応いろいろ検討された結果だと思うんですけど、シミュレーションとかもなかなか難しいと思うんですが、そのあたりは事務局の方でも、この点がまだちょっと難しいとか、これから先少しは変わってくると思うんですけど、その辺でEが絶対いいというのはどこのあたりが一番……。

事務局

新予防給付の関係の対象者ということで、当連合では要介護認定のモデル事業に取り組んでおりまして、国の方からは、現在要介護1の方が7割から8割は要支援2、新予防給付の対象者になるということをお知らせして、これも机上の中のデータで示されたものだというふうに思っております。この要介護認定の全国のモデル事業が済めば、ある程度の割合的なものは出てくるんじゃないかと思いますが、今現在、うちの方としてもその審査の方をしていただいております、まだ確実なところは出ておりません。

それから、Eパターンで問題点といいますか、若干、前回示しましたDパターンよりも重度者の方が多く出るというふうになっておりまして、今連合の要介護度別では、要介護1が一番多くて、それから要支援から要介護の2、3、4、5というふうに人数的にはなっております。ただ、5月に要介護3が要介護2を追い越しましたといいますか、それよりもふえ

たことから、重度の方が若干多く出たことからDよりもEの方を見込む方がいいのではないかとということで判断をいたしております。

会長

これは恐らく最後まで計算が終わって、いわゆる保険料が決まった段階でまた振り返るといことも必要になってくるかもしれませんが、一応そこまで考えておかないといかんのかなとはちょっと思っております。なかなか材料不足の中で考えていただいて非常につらいとは思いますが、一応、Eという形でいくことを了承していただけますか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

会長

じゃ、それで一応お願いしたいと思います。

では、2番目のサービス体系の全体像と対象者についてよろしくお願いします。

事務局

それでは、サービス体系の全体像と対象者について説明させていただきます。

資料2をお開きいただきたいと思います。

資料2で、サービス体系の全体像、また対象者についてまとめておりますが、これにつきましては、今回の介護保険法の制度改正の中で今までとシステムが大きく変わってくる場合がございますので、1回目の会議の際に制度改正の概要について御説明をしておりますが、ここで改めてそのポイントにつきまして説明をするものでございまして、資料としてまとめておりますことから、ちょっと説明をさせていただくということでございます。

資料の1ページでございます。ここで介護サービスについてどういうふうに変っていくかということを示しております。現在65歳以上の高齢者がほとんどでございますが、介護が必要となられますと、介護認定を受けまして、その要介護の認定を受けられた方については介護サービス、もしくは要支援のサービスを受けられるということでございます。

今回、制度改正の中で、従来の要介護1に該当される方につきましては要介護1と要支援2に分けられるということで、要支援2に該当される方につきましては介護予防のサービスを受けていただくことになるということでございます。要支援1は従来の要支援、要支援1と要支援2の方につきましては要支援者ということで新予防給付、予防のサービスを受けていただくということになってまいります。

それから、介護認定の申請をされまして該当されなかった方、自立と認定された方につき

ましては、介護給付対象外者というところの右側の列でございますが、こちらの方に分類されるということで、将来の要介護・要支援者になるおそれのある方、これは国の方で高齢者人口の5%程度を見込んでおりますが、虚弱高齢者という分類の中で地域支援事業の主に介護予防事業を受けていただくということになってまいります。

それから、支援や介護が不必要な方、もう完全に自立と認定される一般高齢者につきましては地域支援事業の一般高齢者施策、全高齢者対象の介護予防事業を受けていただくというふうなことで、それぞれ将来の介護を予防するための施策の方に適用されるということでございます。

資料の2ページをお願いしたいと思います。

今回の制度改正におきまして、このサービス体系につきましても大きく変わってくるわけでございます。主に都道府県が指定・監督を行うサービスと保険者が指定・監督を行うサービス、この二つに分けられます。それとあと介護給付、それと新予防給付の介護予防サービス、この二つの分類ということで、全体的に見ますと四つのパターンに分けられるということでございます。

介護給付の分類に該当する分につきましては、要介護1以上の方が受けられるサービスということになってまいります。ここの都道府県が指定・監督を行うサービスの介護給付に該当する分につきましては、従来のサービスとほとんど変わらないということでございます。

それから、保険者が指定・監督を行うサービスというところでは、地域密着型のサービスという概念が今回新たに加えられます。これは要介護者等の住みなれた地域での生活を24時間体制で支える観点から、要介護者の日常生活圏域内にサービス提供の拠点を確保するというふうなサービスということで定義をされているものでございます。ここには従来、グループホーム、認知症対応型共同生活介護が、居宅サービスの中で県が指定・監督を行うサービスに分類されておりましたが、これにつきましては地域密着型サービスに今回から位置づけるということで、保険者が指定・監督を行うサービスということになってまいります。

以上、この介護給付に該当する分は要介護1以上の方が受けられるサービスということでございます。

それから、下段の「新予防給付」という欄でございます。

これは既存のサービスを評価・検証いたしまして、有効なものを介護予防サービスの中に位置づけるということございまして、生活機能の維持向上の観点から、内容や提供方法、

また、提供期間等を見直すものでございます。

介護予防サービスには、ここに掲げられているとおり訪問系、通所系、短期入所等のサービスを位置づけておりますが、従来、要支援の方に提供されていたサービスにつきまして若干の見直しをいたしまして、先ほど申し上げた内容、提供方法、期間等を見直すというものでございます。

それから、保険者が指定・監督を行うサービスということで、これらの介護予防サービスにつきましては、保険者の方で介護予防の計画を作成するというものでございまして、地域密着型の介護予防サービスということで指定されています認知症対応型通所介護、それと小規模多機能型居宅介護、それと認知症対応型共同生活介護、これが介護予防サービスの地域密着型と位置づけております。この地域密着型介護予防サービスと介護予防の支援、この部分が保険者が指定・監督を行うサービスということで位置づけられているものでございます。

あと、地域支援事業という概念が今回新たに入っております。これは要支援・要介護になる前から介護予防を推進するとともに、地域における包括的・継続的なマネジメント機能を強化するという観点から創設されるものでございまして、主にこれまでは市町村の保健福祉事業で実施されてきたものを、今回介護保険の枠内で創設をするものでございまして、介護予防の事業、それと包括的支援事業、これは義務化ということでやりなさいということでございます。

それから、その他の地域支援事業ということで、介護給付の適正化や介護者支援等については市町村の判断、任意でやってくださいということでございます。

こういふことで、3ページの方にも地域支援事業の流れといいますか、その表を掲げておりますが、保険者が主体となって地域支援事業を行うと。その対象者については介護保険の非該当者ですよということでございます。

それから、地域包括支援センターは、保険者から委託を受けた者が設置をするということになっておりまして、地域支援事業の包括的支援事業を一括して委託する場合に設置されるということでございます。それから、地域支援事業の介護予防マネジメント事業、それから要支援者に該当する方の介護保険の新予防給付の部分、これについての指定介護予防支援、この部分を包括支援センターで一体的に実施をするということでございます。

こういふふうな位置づけが今回なされるわけございまして、今までのサービス体系になじんでいる私どもにとっても新しい概念というものがまだ非常にわかりにくいような形にな

っているんじゃないかと思います。こういうふうなことで、これまでのサービス体系と若干変わってくるということを御理解いただきたいと思います。

説明につきましては、以上でございます。

会長

はい、どうもありがとうございます。

なかなかわかりづらいですね。何か御質問ないでしょうか。はい、どうぞ。

策定委員

地域包括支援センターですか、この中にケアマネジャーへの支援という言葉があるわけですが、私は、このサービスの質の向上、確保というものの中には、ヘルパーとケアマネジャーとの関係といいいますか、そして、それは利用者と直結しておりますから、その3者の連携というか、その取り組みというのが非常に大事だというふうに考えるわけです。

いろいろ聞いたところで、ヘルパーさんとケアマネジャーとの関係についても大変硬直した部分があるんじゃないかと。利用者とヘルパーとの間に話があって、こうしてもらいたいというふうなときがあっても、今の関係ではヘルパーとケアマネジャーとの了解といいいますか、話というものができないと新しいサービスはできないと。例えば、ヘルパーの庭に花が咲いたから、その花を利用者のところに行って花生けをする、あるいはまた、そのときにちょっとぐあいが悪くなって病院に行きたいから、ヘルパーにそこまでついてきてくれないかといった場合にも、ケアマネジャーに事前に相談をしないとそういうことはやってはいけないと。したがって、心のこもったサービス、介護というのがなかなかできないということをヘルパーは言っておるわけですが、ヘルパーとケアマネジャーとの関係が今どういうふうなことになっているか知りませんが、大変硬直した関係があるんじゃないかというのの一つです。

それから、前回だったですか、前々回だったですか、ケアマネジャーというのは今大変だと、1人で50人も持っておるといふふうなお話をされておったんですが、そういうふうな状態ということは、このサービスの質の確保、向上という国の方針に対して、例えばケアマネジャーさんの配置基準というのがあるのかどうか知りませんが、数をふやすとかいうようなことが具体的なサービスの向上に直結するんじゃないかという気がするわけです。で、サービスの質の向上という中で、そういうふうなケアマネジャーさんたちの数をふやすということは具体的な問題として考えられるのかどうか、この辺のところをちょっとお知らせい

ただきたいということです。

会長

むしろ、今までのサービスがどうだったのかと、そのあたりの話だとは思うんですけども、何かお答えありますか。

事務局

私から答えていいのかちょっとわかりませんが、ヘルパーさんとケアマネジャーさんの関係というふうなことでの発言だったと思いますが、硬直した関係があるのではないかという御意見だったかと思えます。

ケアマネジャーにつきましては、利用者が必要とされるサービスにつきましているような提案を行ったり、効果があるというふうな事業サービスを提案することで、その方の体に合ったサービス、それから要介護度に合ったサービス、そういったものをいろんな形でプランとして本人さんに提供するというところで、そこにつきましては、やはりお互いにその方の状況をしっかり把握したケアマネジャーさんが必要ではないかと思っておりますので、そういった観点から、本人の利用者さん、それとケアマネジャーさんとのお互いの理解が必要ではないかと思っております。

ですから、その硬直した関係があるというのは、本来の介護支援サービスの提供の中では本当はあってはならないものではないかと思っております。

それから、ケアマネジャーの数をふやすということを具体的に考えることはどうかということなんですが、今回の制度改正の中で示されておりますのはケアマネジャーさんの担当のサービス利用者、介護支援をされる方につきましては、大体1名当たり50名という基準が今まであったわけですが、そこにつきましては担当する件数を減らしていくというふうなことを言われておりますので、これまで抱え過ぎて見れなかったというところは緩和されていくんじゃないかと考えております。

会長

よろしいでしょうか。

では、次の ありますか。どうぞ。

策定委員

地域密着型サービスとか介護予防支援ということで御質問します。

これは来年の4月から施行されるわけで、これをまた新しいサービスですから申請して、

そして事業として行うわけですが、いつ申請したりとか、どれぐらいの事業者がいるかとかということがとても見えないんですね。私たちも宅老所をしていますけれども、果たしてこの地域密着型サービスのどれに当てはまるのかしらって、非常に今不安です。

それから、利用者側にとって要介護1の方たちが今までのサービスが受けられなくなるのではないかととても心配している方がいます。で、要介護1の方をもう一回見直しをするわけですが、それはいつの段階でわかるのかとかいう、非常に利用者側とか私たちの直接的な心配なんですけれども、18年4月から果たしてこれがスタートできるのかどうかという非常に不安がありますけれど。

会長

負担はふえるという話でありますけど、サービスを落とすという話はあんまり聞いたことがないんですけど、いかがですか。

事務局

まず、地域密着型のサービス事業につきましては、今のところは4月から実施ということでございますので、そこに向けて事業者指定につきましてやっていくようになるわけですが、これにつきましては保険者が指定をするということになってまいりますので、指定は4月1日からスタートになると思いますので、受け付けについて、いつからというところはまだはっきり出ておりませんので、今後、国、県の情報を入れた上でスムーズに移行できるように、また事業者の皆さんにも情報提供していきたいと思っております。

また、事業者のサービス内容、そういったものにつきましてはまだ詳細が出ておりませんので、そういったところも必要に応じて、私どももわかった時点で何らかの形で情報の提供をしていきたいと思っております。

それから、要介護1の方はこれまでのサービスが受けられなくなるのではないかと不安があるということでございまして、これにつきましては、国会の審議の中でも懸念として出されていたところございまして、国の方が言っておりますのは、このサービスにつきましては効果等を見直して、生活機能の維持向上の観点から、その内容、期間等を見直すというふうなことを言っております、今まで受けていたサービスがまるっきりだめよということではございませんので、サービス内容につきまして若干の見直しはあろうかと思いますが、まるっきりなくなるということはないのではないかと考えているところでございます。

事務局

認定者の要支援2、そういったものを判定していく部分につきましては、4月からの新規申請、更新申請、それから変更申請、そういったことで上がってきたものを徐々にしていくという形になりますから、一度に4月1日に要介護1を要支援2と判断しておくということではございません。

会長

はい、どうぞ。

策定委員

一つだけ質問します。

2ページの地域支援事業で、新として保険料プラス公費で健康診査をしますということですが、これは健康診断に当たるんですか。

事務局

ここの部分につきましては、従来、市町村の保健福祉事業ということで老人保健事業を行っておりまして、成人40歳以上の方を対象とした健康診査事業でございまして、その部分を介護保険の枠内に入れるということで、これまで公費だけ、国県市町村の財源だけで実施していたものを、ここに介護保険の保険料も加えますよということでございます。事業の総額につきましては、これまでと変わらない、もしくは以内になるのではないかと考えております。

会長

何か多いようですね。

副会長

今の健康診査のことでちょっとお尋ねですけど、これはミスプリントじゃないよね。「診査」とこういうふうを書くことはほとんどないと思うんで、審査会の「審査」と思っていたんで、それで先ほどの質問はすごいなと僕は思っていたんですけど、これを書きますかね。僕はてっきり審判の「審」を思っていたんで、先ほど、ちょっと違うんですけど、これはミスプリントじゃないかとすぐわかって……（「僕は診断と解釈したんですよ」と呼ぶ者あり）そうですよね。だから、診断というふうなことだと思う。これはこのままですか。それをちょっと説明して、僕もそう思っていたんで。

事務局

老人保健事業で「健診」ということを言うておりまして、そのものが地域支援事業の方に



移ってまいりますので、字につきましてはこのままでございます。事業内容につきましても今市町村でやっているものがそのまま移るということでございます。

副会長

はい、済みませんでした。

会長

ちょっと多いようですね。

策定委員

地域包括支援センターについて、ケアマネジャーへの支援ということですが、この連合内でケアマネジャー組織というのがあります。それで、ケアマネジャーは連合内で何名ほどおられるか、その辺は確認しておられますか。それとも、お互いの、唐津とかいろいろあります。そのケアマネジャーの事業者が佐賀の連合内のサービスを受けているとかいうことがあると思います。しかし、佐賀連合内でのケアマネジャーはどれくらいの人数がおられますか、それは把握できていますか。

会長

どうですか。

事務局

今、ケアマネジャーさんの数ですが、これはケアマネジャーの資格を持っている方は結構おられるかと思いますが、実働者、事業所等に働かれている方については中部広域連合管内では約 500人くらいだと思います。協議会の方では 400人くらいですかね。

策定委員

協議会の会員さんですか。

事務局

はい。

策定委員

250人です。

会長

それでは、大急ぎでよろしく申し上げます。

策定委員

1 ページの方の非該当者の介護給付対象外者の虚弱高齢者というのは、判断基準というの

は各自治体で格差があると思いますけれども、今後それは広域で基準表である程度統一していく予定はされているかどうかの確認をしたいと思います。

次に、もう1点ですけれども、地域支援事業の介護予防事業の中に運動による機能向上、栄養改善、口腔機能向上、閉じこもり予防、認知症予防、うつ予防とありますけれども、これは重点的に広域の方ではどれを選択していこうかという設定があるかどうかを確認したいと思います。

私どもが一応確認している状況では、意外に虚弱高齢者でも認知症とかうつ症というのが割合的に多いんですよ。それと、口腔ケアの件でも、元気高齢者の方でも肺炎を起こして口腔が自分で清潔を保てないという方が結構いらっしゃいますので、その点をどういうふうに把握されているか、お願いいたします。

以上です。

会長

はい、お願いします。

事務局

地域支援事業の虚弱高齢者ということで対象になる方につきましては、まず介護認定の非該当者、介護認定の申請を受けられたけど、要介護、要支援者には該当しないですよという自立と認定された方につきましては、おそれのある方に分類されるんじゃないかと思います。

それと、認定をされない方でも、市町村の保健師が各市町村におきまして住民と接しているわけですので、そこら辺を保健活動の中で見ていく中で、こういう方が地域支援事業での介護予防事業を受けた方がいいよと判断される方につきましては、こちらの方に該当されるということになるんじゃないかと思っております。

それから、ここに介護予防事業のメニューとして上げられておりますが、何をやるかということにつきましては、まだ連合の方では検討が進んでおりませんし、あと地域支援事業のメニューにつきましては、国の方でこれから新年度の予算を編成する中でメニューを示すということですので、そういった中でこういったところが拾われていくのか、今後の国の検討の方を見ていきたいと思っております。

策定委員

地域の保健師の方が非該当者以外を見ていくとありますけど、その見方については自治体でも保健師によって結構格差がありますので、その辺は統一して、今後介護の方に進むであ

ろうとかいうところをアセスメントできるように話し合い等をしていただきたいと思います。

以上です。

会長

この件に関しては、この委員会でも何らかの方向性は持っていていいと思いますので、ぜひそういう話し合う機会を持っていただきたいと思います。

そちらよかったですか。

策定委員

ほぼ同じ質問だったので。

会長

どうもありがとうございました。

はい、もうこのセクション最後にします。

策定委員

2点ほどお伺いいたします。

地域支援事業の包括的支援事業で一番中核拠点となるのが地域包括支援センターと思います。国の方では2万人から2万5,000人ぐらいに1カ所ということも出ていますけれども、中部広域の方では委託されるものか、それとも独自のものをされるものか、それが一つと。

それと、先ほど介護予防事業で義務化と書いてあります。我々もこの二、三年、ボランティアでいろんな健康教育をやってまいりました。で、介護予防に関して健診事業というのも入ってくると思います。今までの健診という項目自体が変わってくると思います。筋トレにしても口腔機能にしてもそのものの健診事業、今までの健診事業じゃなくて、そういう新しい健診事業、そういうものを考えておられるかどうか。2点だけよろしくお願いします。

事務局

地域包括支援センターの設置につきましては、国の方でおおむね2万人から3万人ということで示されておりまして、全国では大体5,000ぐらいが考えられるんじゃないかということと言われています。で、広域で介護保険事務を運営しておりまして、基本的に構成市町村の集まりでこの連合をつくりまして介護保険を運営しているような状況でございまして、各市町村、住民と接して事業を行うという手足を連合の方は持っておりませんので、当初、地域支援事業につきましては市町村で実施をお願いしたいということで、この地域包括支援センターにつきましても市町村が主体となってつくるということで考えておりました。

しかし、国の方で地域包括支援センターの設置についての見解が先日出されまして、地域包括支援センターの設置者については保険者だということで、広域保険者については広域保険者が主体となって設置しなさいと。ただ、やはりそういうふうな事業の実施をする手足というものは持ち得ませんので、そこは委託をすることは可能だよと。地域支援事業の包括的支援事業については一括して委託をすれば、そこが地域包括支援センターを設置することになりますので、基本的には広域連合から市町村に包括的支援事業を委託する、そして市町村の方で地域包括支援センターを設置するというふうになってくるのではないかと考えております。

あと、任意事業、それから介護予防事業等につきましても委託をすることができるということで、やはり市町村でできない部分がございます。そういったものにつきましては、広域連合から市町村に委託するのではなくて、直接事業を委託すべきところ、そういったところに委託をしなさいということでの指導がっております。保険者から市町村に委託して、さらに市町村から事業者に委託するという再委託は認めないという方針が出ておりますので、そこら辺を市町村の方と話をしまして、とにかく委託は1回というふうなことで、市町村ごとにどういうふうになっていくかというのは今後協議をしていかねばならないと思っております。

会長

この辺に関しては一応宿題ということになりますよね。きょうどうこうという話じゃないと思っておりますので、次に参りたいと思っております。

3番目の介護保険3施設・居住系サービスの整備についてお願いいたします。

事務局

それでは、ちょっと時間を押しておりますが、資料3をお願いしたいと思っております。

きょうの議論の中で、ちょっとこの部分につきまして委員の皆さんの意見をいただきたいと思っております。

資料3の1ページをお願いしたいと思っております。

まず、これから私ども広域連合におきまして介護保険サービスの今後の事業量の推計をしていくわけですが、その中で、介護保険の3施設、それと居住系サービスの整備につきまして議論をいただきまして、これをもとに推計に移っていきたいと考えているところでございます。

1ページの方で、「地域ケアの推進と施設整備の見直し」ということで、国が今回の制度改正に当たりまして、今後の介護サービス、特に施設サービス、居住系サービスについてはどういうふうな方向に持っていくかということを中心にまとめております。

現在、上の方でございますが、平成16年度におきます要介護2から5までの認定者が210万人いらっしゃいます。そのうちに、87万人の方が介護保険の3施設と居住系のサービスを受けられているということで、41%の利用割合になっていると。これを平成26年度の10年後には、国は自然体で320万人にふえるが、これを介護予防効果10%の削減ということで、290万人が要介護2から5の認定者になると。その見込みの中で、介護保険3施設、それと居住系サービスを利用される方が108万人ということで、その割合が37%という見込みを立てております。

基本的には、国は全国で37%以下に持っていきなさいということの方針として今示しているわけでございます。

それから、多様な住まいの普及の推進ということで、現状を見てもと高齢者の単身世帯がふえている、それから都市部での高齢化が急速に進んでいる、それから高齢期の住みかえに対するニーズがあるというふうなことで、今後高齢者が安心して暮らせるような介護がついている住まいを適切に普及すべきだということを言っております。

それから、介護保険3施設につきましては、現在要介護4と5の方の割合が59%ということでございますが、これについては、10年後には70%以上に持っていくということで、介護保険3施設については重点化を進めていくということをやっております。

それから、個室・ユニットケア化の推進ということで、これは全国推計で3施設の個室割合が12%、特に特養の個室割合が15%という現状がございますので、これを10年後には個室・ユニットケアの割合を50%、それから特養については70%以上にするということの方針として示しているわけでございます。

2ページをお願いしたいと思います。

中ほど、佐賀県の現状はどうかということでございますが、16年度の時点での介護保険3施設、居住系サービスの利用者については約55%ということになっておりまして、全国平均の41%を大きく上回っているという現状でございます。

それから、65歳以上の人口に対する病床数の割合につきましては、県では介護保険3施設が4%、グループホームなどの居住系サービスが0.8%となっております、国が第2期の

計画を策定する際に示した参酌標準につきましては、3施設が3.2%、居住系サービスが0.3%ということを示しておりますので、いずれにしましても大きく上回っているという現状でございますので、国の37%以下にするということ踏まえると、原則として新たな施設整備は困難であるという考えを県の方では今示しているわけでございます。

続きまして、中部広域連合の現状を示しているわけでございます。

3施設につきましては、6月1日現在で特養が19施設、老健施設が16施設、療養型施設が19施設となっております。また、居住系サービスにつきましては、グループホームが近年急速にふえておりまして、現在48事業所があると。また、特定施設入所者生活介護につきましても五つあるということで、合わせると3,547床ということでございます。

平成17年度まで現在進んでいるものにつきましては、介護老人福祉施設が1施設、それからグループホームが5ユニット整備される予定ということでございます。

3ページ、4ページでは、域内での状況を示しているわけでございます。

4ページの横長の表をごらんいただきたいと思いますが、それぞれ市町村ごと、また合計を出している部分で各施設ごとのベッド数、そういったものを示しております。

特に介護老人福祉施設につきましては、17年6月1日現在で1,191ベッドございますが、最終的には来年度でございますが、これは1,241ベッドということになってまいります。そうなりますと、参酌標準の1.5%に比べまして、現在が1.57%でございますので、平成18年度の半ばには1.64%ということになってまいります。

それから、介護老人保健施設につきましては、国の参酌標準が1.1%でございますが、現在の整備状況は1.66%ということで、これも大幅に上回っているわけでございます。

介護療養型医療施設につきましては、国の参酌標準が0.6%でございますが、これは0.54%ということでございます。

それから、グループホームと特定施設の居住系サービスにつきましては、第2期計画の策定時が0.3%という参酌標準を示しておりましたが、現在のところ0.73%ということで、グループホームだけで倍以上進んでいる。

それから、特定施設入所者生活介護につきましては、現在0.19%ということで、合わせると約0.92%という状況になっておるわけでございます。

こういったことから、5ページの方でまとめをしておりますが、認定者のうち要介護2から5の認定者に対する3施設と居住系サービスの利用割合、17年度末見込みで60.8%という

ことで、この佐賀県全体の平均を大きく上回っているということでございます。

で、申しわけございませんが、その下の方に17年度末、それから26年度の案ということで数値を入れておりますが、これが一番最初に認定者数の推計の中でD案とE案ということでお示しをしまして、ここに上げている数字はD案で書かせていただいております。E案で今後推計をするということで御決定いただきましたので、ここの数字が若干変わってまいります。

平成17年度末の見込みの要介護2から5の方は6,006人ということでございますが、ここが6,134人になってまいります。それから平成26年度、ここが7,515人の自然体でございますが、E案でいきますと7,918人になってまいります。これを10%の介護予防効果を見ますと6,771人のところが7,178人ということになってまいります。その結果、17年度末の施設、居住系サービスの利用者の割合60.8%が59.5%、これが平成26年度で54.6%となっているところが、51.5%という見込みになってまいります。

こういうふうな状況になっておりまして、この部分につきましては、きょうお渡ししました追加資料の5ページ、ここでE案での認定者の推計を出しておりますので、この表がE案での数値、これからこっちの先ほど修正をさせていただいた数値が来ているということでございます。

それから、資料3の6ページをごらんいただきたいと思います。

介護保険施設の入所申込者の待機状況ということで、現状をちょっとここでお知らせをしておきたいと思っております。

介護老人福祉施設特養の入所申込者につきましては、連合の方で施設の御協力をいただきまして、年に2回調査をさせていただいております。この1年間の推移を見てみますと、昨年5月で待機者が1,164人、昨年の12月で1,238人、ことしの5月で1,206人ということで大体安定しているというふうな状況でございます。

それから、特養の方では入所者を決定する際に入所指針という判定基準をつくられておりまして、その点数によりまして、点数が高い方を優先的に入所させるというシステムをとられております。100点満点での点数で、特に80点以上の方については優先的に入所をさせる必要があるということになっておりまして、その方の割合が16年5月で111人、12月で122人、ことしの5月で124人というふうな状況でございます。

それから、その下でございますが、その点数と要介護度別の分類、それと居場所、現在ど

こちらの方にいらっしゃるかということでのデータをこちらの方にまとめさせていただいております。やはり80点以上の点数が高い方につきましては、要介護度が高くなるにつれ点数が高くなるということでございます。それから、居場所で一番多い方は、やはり在宅の方が待機者としては多いということで、その次に病院、それと老健施設というふうなことでございます。

待機者の状況等につきましては、以上のような状況でございます。

こういったことを踏まえまして、域内での施設整備、それと居住系サービスの今後の見込みにつきまして、どういうふうな計画をしていったらいいかということにつきまして御意見をお伺いしたいと考えております。

以上でございます。

会長

この3番の議題に関しては一番時間をとりたいと思いますけど、施設系のサービスについて、国の考え方を含めまして、皆さん何か御意見ないでしょうか。介護予防と施設サービスがどう結びついてくるのかというのは非常にまた難しいかなと思いますし、医療機関がこれからどう動いていくのかというのも不確定な要素があります。いろんな不確定の中で今の現状の量で維持するということなんですけれども、何か御意見、結構いっぱいおありになるんじゃないかなと思いますけど、いかがでしょうか。

策定委員

資料3の1ページの下の方ですが、「多様な「住まい」の普及の推進」の左側の四角の中には、高齢者単独世帯の増加とか、それから都市部の高齢化の急速な進行とか、高齢期の住みかえに対するニーズ、こっこの図からしますと、ますます入居施設というのがふえざるを得ん。しかし、国はその上に41%から平成26年度には37%に減らしなさいと。そのギャップはどういうことで埋めるつもりでしょうかね。

事務局

ちょっと非常にお答えにくい質問でございますが、基本的には、全国での平均の部分と佐賀県、地方における施設利用者の偏りというふうなところが大きく出ているわけございまして、特に都市部におきましては若い方が多いというふうなことから、施設につきましても利用者が少ない。ただ、特に九州とか北海道、東北とか、地方にいけますと、その施設に入らないと介護ができないという要素もあろうかと思えます。



で、一律に国がこう示しているからどうだということではございませんが、やはり全体としてどういうふうには国は持っていきたいということで、この37%ということを示しているわけございまして、ただ、やはり住まいにつきましては、ここに現状ということで、住民の多様なニーズがあるということから、この住まいにつきましては、いろんな形態の介護のサービスを提供する住まいというのがあっていいんじゃないかということから、こういうふうな提言になっているわけでございます。

現在、居住系サービスということになりますと、3施設の部分、それと特定施設とグループホーム、この部分が今のところ考えられるわけでございますが、国が多様な住まいの普及ということをおっしゃるのですが、今考えとして出ている分につきましては、特定施設の対象を軽費老人ホームとケアハウスということをおっしゃるので、この部分をさらに範囲を広げたいということをおっしゃる。

で、どういったサービスがまた今後出てくるかにつきましては、今のところまだ示されておきませんが、特定施設の対象ということでは、考え方として多様化がされてくるんじゃないかと思っているところでございます。

会長

ほかにございませんでしょうか。在宅をよく見ておられるということは、他に策定委員さん、何かこの辺で施設サービスに関して御意見ないでしょうか。今現在の状況と申しますか、在宅のですね。

策定委員

済みません、あんまり詳しくはないですけれども、高齢者の御夫婦、65歳以上の方が50%に近い状況があります。やっぱりお家がいいという御希望をなさっている方が多いです。福祉の理念から言っても、国がそっちの方を重点的にというのも無理ないかなと思っておりますけど、あとそれを地域で、地域ケアとここに書いてありますけれども、民生委員さんとかボランティアの方々の体制づくりなくしては、これは不可欠だと思っておりますので、どうやって地域ケアのサポート体制をつくるかというのが大きな意義があるんじゃないかなと思っております。で、ここに民生委員の方とか、それから社協の方もいらっしゃいますので、そこら辺の方々の意見というのが、どういう取り組みを考えていらっしゃるのかというのも意義があるんじゃないかなと思っております。

会長

民生委員の方というと、どなたになりますかね。民生委員の代表の方は。

策定委員

初めまして、民生委員の代表ということになっております。

はっきり申し上げまして、その民生委員の熱意があれば、関係者のいろんな方に御相談、御指導を仰ぎ、その対象者の方に少しでも心が和らぐように何かできるんじゃないかと思えます。

それで、実際携わってみると、奥が深いと申しますか、例えば認知症の場合ですが、お一人しかおられないと、自分は親孝行できなかったから、せめてこの方に当たったのが何かの御縁だということで、何かお手伝いできないかということで携わっておりますけれども、何せ対象者の方が認知症ということで、そこにケアマネジャーもおられますが、じゃあ、その親戚、親、兄弟はどうかというと、佐賀に住んでおられないということで。また年齢的にも若干若くて、経済的に低くても親を一生懸命見られるお方もありますけれども、自分の熱意はあると思うんですが、場所が遠いというようなことで、ケアマネジャーさんも出来れば本人が一番望むところで介護をしたいということで、民生委員には機会があれば来てくれんねということでやっております。しかし、民生委員全般を見ると、やっぱりそういうのを体験して熱意がないと片づかんというようなことを思います。

現在、介護施設の入所については賛否両論がありました。実際に入所されて、今「本当に良かった。」と胸をなでおろしています。施設でお世話していただいている関係職員の方々に衷心より感謝の気持ちで一杯です。入所までの数月に数回徘徊、搜索したことが思い出され、大事故にならなかったのがよかったと思います。

会長

はい、どうもありがとうございます。

デイサービスの方から、今の施設サービスの量が総体的に減るんですけども、そういう中で何か言うことはありませんか。

策定委員

やはりデイサービスにとっては介護予防型というのをすごく頭に入れておまして、本当は介護の方と2本立てでしていただければ、デイサービスの生き残りが可能かなと甘く思っておりますけれども、介護予防型に取り組むには施設自体がまた問題を抱えてくる出来事なんですね。ですから、この厚生労働省の介護予防型に関してすごく頭が痛い出来事でもあり

ます。

会長

はい、どうもありがとうございます。

他に策定委員さんで、何か一言。

策定委員

先ほどもおっしゃっていたように、在宅でいつまでも生き続けたいという方が多いわけで、それをどう支えるかが今度の介護保険の変更の一番の中心点だと思います。ですから、地域密着型、先ほどから出てきていますけれども、そのサービスをだれが 同じ質問になってしまうんですけれども、地域密着型の施策をせっかक्तつくれたけれども、だれがするのかというところがとても今疑問のところ、やはり在宅を支える施策をどういうふうにしてみんなが考えていくかというところに焦点があるんじゃないかなと思いますけれど。

私も在宅老所をやっていますが、これからの行方、本当は在宅をずっと支えていきたいんですけども、この制度にのれるかどうかということが物すごく心配で、やはりデイサービスなどをどんどん活用して施設には入らなくても済むように在宅を支える、それとヘルパーもですね、ちょっと支えれば在宅でずっと生きていくことができるわけですから、そういう施設に頼らずに在宅を支えるような取り組みを佐賀独自で考えていく必要があるんじゃないかなと思っております。

会長

国の考え方が基本的に逃げ場をなくして、そこで地域でどんどんやってくださいと、恐らくそういうことなんでしょうね。だから、そういう意味で、在宅でのサービスの内容をどう上げていくか、その辺はもうちょっとこの中でも議論できればいいんでしょうけど。何かこの辺で御意見ないでしょうか。かなり建設的な御意見だったと思いますけど。はい、どうぞ。

策定委員

私は8年余り介護を続けてまいりまして、やっとこさ終えんを迎えたんでございますけれども、やっぱり介護のさたも金次第というようなことを実感いたしております。うちも在宅介護を本人がすごく望みましてし、私自身も自分で見てやりたいと思ったもんですから、最後まで見ましたけれども、そういう中で、やっぱりたくさん事業所がございましたけれども、事業所自身が来ることだけをするんじゃなくて、もっと表に出ていただけたら、

そういうふうな取り組みの方にちょっと変換してくださると、また在宅介護がもっと生きてくるんじゃないかと思います。それと、いろんなシステムのPRがあんまり行き届いていないと思うんです。

私の場合は、いろんな人からいろんな状況を得たもんですから、ありとあらゆるサービスを使って何とかしのいでまいりましたけれども、そういう意味でも、外に出ていくということが大変ありがたいと思えました。だから、施設をつくる、施設をたくさん充実させる、内を充実させることも大事でしょうけれども、もっと施設のマンパワーを強力に押し進めてくださっていくと、在宅介護がもっと楽にできるんじゃないかなと経験を通してそう思いました。

会長

はい、ありがとうございました。

じゃ、施設ということで言うと、どうしましょうか。最後にしましょうか。

策定委員

特養の代表ということでしょうから、ちょっと参考までに情報としてお話ししたいんですけども、先ほどちょっと話がありましたように、今、入所希望者は、お手元に表がありますようにたくさんおられます。重複して申請をしていらっしゃる方もいますが、要は先ほど事務局からお話がありました、評価により入所順位を決めるという入所検討委員会がございます、そこで内部で検討します。ただし、検討委員会の中には第三者を加えるという方法でやっておりますが、80点というのが一つの基準なんです。80点以上だったら早く申し込んだ人から入れなさいとなっております。それから、80点以下の場合は、点数が高い人からなるだけ入所させなさいという指導なんです、実は点数の高い人は病院とか、あるいは老健とかに入っている方もいて、そこから申し込みをしてありますから急いで入らなくてもいいんですね。ところが、点数の低い人は今すぐお願いしますと言われるわけです。なぜかという、いわゆる徘徊がひどいとか、いろいろ家庭的な状況がありまして、もう自分のところでは見れない、目を離すとどこにいるかわからない、こういうふうな状況ですから早く入れてくださいというお願いをされるわけです。だから、これから私たちの方も点数というよりも、やっぱり家庭の環境とか、本人の状態像といいますかね、そういうものを勘案しながら入所を決めなくてはいけないんじゃないかなと、考えているところでございます。

ただ問題は、今お話がありましたように、在宅介護でご苦労されているご家族の相談は在

在宅介護支援センターです。例えば、ほとんどの施設は、在宅介護支援センターと併設しております。職員は四六時中、対応できるようにしておりますので、遠慮なくお申し込みいただければと思います。在宅介護支援センターの職員が参りまして、お話を聞き、この人は在宅の場合はどういうふうなサービスを提供した方がいいのかどうか、その辺も十分御相談に乗れると思います。

広域の方に一つ質問なんですが、今、在宅介護支援センターがちょっと問題にさらされております。これは非常に重要なポジションでございますので、厚労省としてもこれはつぶさないと、存続させますよということは言っておるわけですが、今回の改正で地域包括支援センターというのができ上がります。この地域包括支援センターと在宅介護支援センターは似たような業務内容なんですね。そこで、地域包括支援センターができ上がると、在宅はもう要らないんじゃないかと一部の方が話をされておりますが、私はそうではなくて、かえって地域に密着した、相談業務は必要で、やっぱり在宅介護支援センターの役割は大切かと思えます。佐賀中部の方でどう考えておられるかわかりませんが、現在は、基幹型在宅介護支援センターと地域型在宅介護支援センターとこの二通りがあるわけですが、これを併合して地域包括支援センターの方へ持っていくのか、あるいは地域包括支援センターの中で一部を在宅介護支援センターに委託するのか、これは保険者としても非常に迷われているんじゃないかなというふうに思っております。

なぜならば、在宅介護支援センターは現在一般財源なんです。一般財源で人件費補助方式を一部とっておりまして、年度で大体 277万 5,000円ぐらいでしょうか。それに加えて、実績評価を1件 2,700円ぐらい差し上げようという予算の組み立てになっています。ところが、今度の改正で地域包括支援センター一括で予算が計上されますから、その中から介護保険の3%ぐらいの一部がつぎ込まれることになると思いますが、果たして在宅介護支援センターは一般財源から賄えるかというのが非常に問題になってくるんじゃないかなと思っております。

今後いろいろ難しいことがあるとは思いますが、ひとつ佐賀中部広域にしっかり頑張ってくださいまして、御協力をお願いいたしたいと思っております。

会長

在介に関しては、今後の流れの中で決まっていきますし、委員会の中でまた話し合いになってくるとは思いますけれども、ほかに特に御意見ないでしょうか。どうぞ。

策定委員

施設をふやすというのはもうないという印象は非常にわかったんですけど、一つ、在宅で頑張っているところは、非常に重度の方を介護されている家庭で、やはり短期入所ということは介護の一つの負担軽減で大事な部分なんです。今私どもの施設でもそうなんですけど、恐らく多くのところが、非常に利用が多い時期は回せないときがありますし、あいたときはあくんですけど、そういった場合、法的な部分に触れるかもしれませんが、ショートステイの人数がある程度制限されているので、満床になったときにほかの施設に頼んでも地域によってはいろんなところが詰まっていますし、緊急対応ができないというところがあります。中部広域の中だけというわけじゃないですが、ショートステイについての利用の柔軟性を少し提言していただければなど。恐らく今後、小規模多機能型の居宅介護ですか、その辺でも補充はされるんだろうと思うんだけど、その辺はそれぞれの施設の連携を含めて整備してほしいなというふうに思います。

それから、ユニットケアに関してはどうなのでしょうね。非常に費用もかかるし、こういう整備状況、平成26年までに本当にできるのかなと非常に疑問に思うし、それからもう一つ、質問になると思うんですけど、予防給付の方に介護給付と同じでグループホームが入っていますね。これは同じ施設で説明はあったかもしれませんが、同じ施設で介護給付と予防給付というようにところも出てくるわけでしょうか、全く別個、今後そのグループホーム自体がふえるというのは、中部広域の方でもある程度制限をされているようなので、その辺はどうなのかなと思うんですけど。

事務局

今回、グループホームが介護予防の方に入りましたけれども、この考え方としては、特定施設は要支援から現在要介護までありますよね。そういう考え方で、同じ施設で対応していくというふうに思っております。

会長

よろしいでしょうか。(発言する者あり)

事務局

介護報酬はまた別ですね。

策定委員

ただ、その対応というか、同じ施設にすると対応が違うというわけにはいかないと思うので、その辺の問題も多分出てくるかなと思うんですが。

事務局

その辺は、多分、介護報酬が10月以降明らかになってきますので、その辺で大体の考え方は示されてくると思います。

策定委員

先ほど民間の方から、特にデイサービスと介護予防の件で不安を持っておられるようです。それから、介護予防が実際に来年の春から実行できるのかというふうな心配もあろうかと思うんですね。

私、1年間うちの施設で介護予防を実際に行ってみました。そうすると、特別に施設とか機械はふやす必要はないと思います。これは介護予防をするマンパワーといいますか、もっと具体的に言うと、インストラクターだとか、そういう部類の人が週2回すれば、週2日そこに来てもらって、例えば、月曜日と木曜日は介護予防の日ですよ、あとの日は要するに今までのデイサービスですよというふうにすれば、来年の春からでも実行できるんじゃないかと。そして、これを大方、老健、病院側の主張は、介護予防をするマンパワーはPT、OTを想定してあると思うんですが、うちの実施では、総括のときにPTも来ておりましたが、自分たちが学校で勉強をした範囲においては、要するに廃用性症候群に対する勉強はしていません。PT、OTの勉強は、例えば脳卒中のまひに対してどうだ、骨折に対してどうだということを知ってきたのであって、運動をして、要するに筋トレをして体力をアップさせるというふうな勉強はしてないと。私も実感的にそう思っておりましたので、今介護予防をいろいろ言うて、機械屋さんが何十万、何百万するような筋トレの道具をいっぱい売りつけに来たり、あるいは、ひょっとして介護予防の部屋を新しくつくらにゃいかんかなと思っておられる施設経営者もおられるかと思うんですが、その愚はせん方がいいと思います。数年前に、生きがいデイサービスで数千万円かけてあっちこっちの市町村に あれは生きがいデイという名前だったですかね、つくりましたよね。今あれが死んでいますよね。

今言うたように思っておりますので、先ほどの民間のお二人、デイサービスあるいは介護予防を心配されておりましたが、ほかの老社協の人たちにも、私はそういうことが大事じゃないかなと思っております。これは個人の考えですから、確かにそう思いますよ。

会長

では、この辺でよろしいでしょうかね。

施設系のサービスに関する量に関しては、一応このまま継続ということのイメージですけ

れども、まだ、委員さん方また帰られて十分考えなさっていただきたいと思います。この場では余り異論は出なかったということで、終わりたいと思います。はい、どうぞ。

策定委員

先ほど多様な住まいについて話が出ましたが、策定委員さんから言われたように、多様な住まいの普及、だれが今後見ていくかということですが、地域で単身、老夫婦の世帯で住まれる方というのは、やはり家から出たがらない、ずっとそのままだとというのが実情ですが、今後地域の方でグループリビングとか、そういった形で地域のインフォーマルな支援というか、見守る体制をつくりながら、地域で見ていく。それで介護サービスを受けれるような形に持っていければ、高齢者も安心できる住居という形で移動も簡単であるし、地域の支援体制もつくれてくるんじゃないかなと私は思っているんで、今後は多様な住まいの普及ということで、地域の高齢者のニーズを把握しながら、安心できる居住空間をつくっていただきたいなと思っております。

先ほどありました生きがいデイサービスですけど、まだ私は実際やっているんですけども、生きがいデイサービスの方も、できればちゃんとしたメニューをつくって、目的に合ったケアを的確にやっていく必要があるとは思っております。

以上です。

会長

はい、どうもありがとうございました。心強い意見ですね。

では、4番目の介護給付に係るサービス利用者数及びサービス見込量の推移について、かいつまんでお願いします。

事務局

資料4の方の説明をさせていただきます。

まず開いていただきますと、カラーページがございます。これは介護給付対象サービスの利用者及びサービス見込み量の推計の基本的な考え方を示しております。

まず1番目に、先ほど資料1の方で説明がありましたように、介護予防後の要支援、要介護認定者数の推計をいたします。この資料4では、先ほどの認定者数の推計、Dパターンの方で推計をいたしております。

それから、下の方に行きまして、介護給付の施設・居住系サービス利用者数の推計、さらには居宅サービス等の利用者数及びサービス見込み量の推計、それから新予防給付に対しま



しての居住系サービス利用者数の推計、さらには介護予防サービス等の利用者数及びサービス見込み量の推計というふうにしておりまして、この資料4の方では、それぞれA、B、C、Dと振っております。C、Fの地域密着型、居住系サービスを除いたところでの推計をいたしております。

2ページをお開きください。

施設・居住系サービス利用者の推計ですけれども、これは平成26年度の目標を立てるということで、先ほど資料3の方で話ございましたけれども、ここでは国の考え方は37%以下というところでの推計となっております。

この推計につきましては、下の方に介護保険3施設サービス利用者数、さらには地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護利用者数、認知症対応型共同生活介護利用者数、さらには介護専用型特定施設利用者数、これについては参酌基準をもとにして市町村としての政策判断により見込むというものでございます。その下の方の介護専用型以外の特定施設利用者数については、この資料では見込んでいません。

3ページですが、利用者数の推計として、要介護2から5の認定者に占める施設・居住系サービスの利用者数の割合というところで、一番上の表は国が示した数値でございます。平成26年度は37%という数値になっております。

連合の方ですけれども、平成16年、平成17年と第2期事業計画で施設整備をして、本事業計画の中ではそのまま現状維持というところで推移をしても平成26年度が54.6%、先ほどのあれでは51%というふうな数値ですけれども、そういう高い数値であるというところがございます。

それから、下の表ですが、3施設入所者に占める要介護4から5の入所者の割合を70%に設定してくれということでございますので、平成26年度を70%としますと、平成18年度、平成19年度、平成20年度では、55.5%、57.3%、59.1%という割合になってきます。

それで、4ページからずっと表とグラフを示しておりますけれども、これについては、それぞれ施設ごとの実績並びに計画値の推計値というところを出しております。

12ページでございますけれども、次に居宅サービス等の受給対象者を出すというところがございます。この居宅サービス等の受給対象者の出し方につきましては、認定者から先ほど言いました施設・居住系サービスの利用者を除いたところが受給対象者ということになります。で、この受給対象者の方からさらに受給者というところの推計をするものでございます。

けれども、この受給者につきましては、受給対象者から受給率を乗じた数値、これが受給者ということになります。この数字につきましては、15ページ、16ページ等に記載しておりますので、後ほど参照していただきたいと思ます。

それから、14ページでございますが、今度は居宅サービス等の年間必要量の推計方法でございます。これにつきましては、先ほどの受給者にそれぞれサービスごとの利用率、さらにはサービスごとの利用者の1人当たりの利用回数、日数等に乗じまして、さらに十二月を乗じるというところで必要量が出てきます。この必要量につきましては、17ページでございますけれども、17ページの標準的居宅サービスの年間サービス必要量の推計というところで、それぞれサービスごとに必要量の推計をしております。

ただし、この必要量につきましては、受給率、さらには利用率等についての伸び、または増減、さらには地域密着型サービス等についても見込んでいませんので、この数値については、次回の策定委員会の中でまた新たに提示していきたいと思っております。

あと、18ページから21ページにつきましては、それぞれの主な居宅サービスについての必要量の推計について載せておりますので、これも参照していただきたいと思ます。

以上です。

会長

ありがとうございました。

これはいいですね。ほかに、その他ということになっていますけど、何かありますか。

策定委員

その他ということで、実は土曜日、私は介護認定の審査委員をやっているんですけど、いきなり第1次モデル事業で審査してくださいということでびっくりしたわけなんですけれども、我々としては来年の4月に向けて介護予防給付でいるんな情報を早く知りたいわけです。今度、第2次モデル事業というのもございましたですね。その辺、1次、2次含めてちょっと説明していただけないでしょうか。

事務局

それでは、要介護モデル事業について説明をいたしたいと思ます。

今連合で取り組んでおります1次モデル事業につきましては、来年4月から始まります新予防給付の選定者を見込むということで、全国で4,000名ですけれども、当広域連合では70名、それを選定するというところで現在実施いたしております。

それから、第2次では11月、これは全保険者取り組むようになっておりまして、そういったものを取りまとめたもので、それを国の方に報告いたしまして、内容を検証したところで、4月から要介護の調査、それから意見書の様式の変更、それから審査のあり方、そういったものをマニュアル化されるというふうに思っております、こちらといたしましても情報を早く取り入れたいということからモデル事業に取り組んでおります。正副委員長会議でことしの3月にモデル事業に取り組みたいということから、お諮りいたして取り組んでいるという状況でございます。

以上、そういった流れで取り組んだといういきさつでございます。

副会長

それでは、審査会長の立場から、質問でしたけど、実は僕も初めて審査会に出て面食らってしまいました。これはかなり強硬に突破しているんで、先ほど要介護1の要支援2がその中の8割ということ。そういう面で、まだ70例で中部広域も、佐賀県内では中部広域だけが今指定されておりますので、一応、九州地区でも今回話し合いがあるそうなんですけど、まだまだ策定委員さんがおっしゃるように、非常にこれで大丈夫かなというような疑問を私も持っています。これだけきれいに分かれても、今後皆さん方が心配されることがどんどん、そこで要介護1と旧要介護1ですね、それと新要支援2とか、その辺は家族の方からの不服に非常につながるということを心配しておりますけど、とりあえずはいい方に、予防給付という名前も非常に先走りしているところもあるんですけど、審査会はきちとしたデータを出して、今現在、要介護1の更新の申請で来ている方を抽出してやっております。あくまでも、審査会も一番長期の人で2年間、審査の延長がありますから、その都度、要介護1になれば、今後ソフトが大きく見直されるということでございます。主治医意見書の方も少しチェック項目がふえておりますけど、とりあえずそれでやっていいソフトができることを期待しておりますけれども、いいソフトができたから、今皆さん方が一番心配されておる新予防給付にどうつながるかというのはもっと私は心配しております。だけど、審査会自体は非常にいい審査会だと私も自負しておりますので、審査委員の先生はまだ面食らって、今アンケートのチェックもさせられながら、一応データをとっておりますので、とりあえずこの件に関しても全国的な、もう一度、11月ぐらいにありますけど、とりあえず8月の盆前にチェックを終えたいということで、厚労省の方に中部広域のデータを出すようになっております。ここは医師会の方でも非常に苦慮しているところでございます。審査会がどうじゃなくて、

この辺は厚労省の考えどおりにいくかどうかというのも、現時点の主治医意見書とソフトで大丈夫かなというのは私も今考えております。審査委員は、皆さんそういうあれなんで、今それ以上にちょっと私がお答えできませんけど、そういうことで、できるだけ早く、これがきっちりした形で新予防給付にうまく移行できるかというのは私自身も不安でおりますので、そういう点、また私なりに皆さん方に御紹介したいと思っております。

会長

どうも審査会の委員さん方には御苦勞をかけておりますけれども、よろしく願いいたします。

事務局、その他、特に御意見ありますか。はい、どうぞ。

事務局

この場をおかりして、1件だけ報告をさせていただきます。

広域連合の事務局につきましては、こちらの北側の佐賀市の大財別館をおかりして事務を進めておりますが、新聞報道でも御存じだと思いますが、来月、9月5日から移転をいたしまして、事務を開始することになっております。新しい移転場所が片田江交差点の四つ角から東へ50メートルほど行ったところの道路の北側ということで、旧明治生命佐賀支社がありましたビルをおかりしまして、そちらの方で事務をすることとしております。

電話番号、またメールアドレス、そういったものは一切変わりませんので、そのまま電話等はお使いいたきたいと思っております。また、移転することに伴いまして皆さん方には御迷惑をおかけすると思っておりますが、よろしく願いしたいと思っております。

会長

ということで、ちょうど5時になりました。暑い中での御審議、どうもありがとうございました。これにて終わりたいと思っております。どうもありがとうございました。

司 会

それでは、次回、第4回目の期日でございますけれども、10月3日の月曜日、会場は前回の第2回委員会を開催いたしました佐賀県の総合庁舎でございます。北部バイパス沿いのナフコの西側です。時間は、15時からとしております。10月3日月曜日の15時から佐賀県総合庁舎で開催をいたす予定にしておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、これをもちまして第3回目の策定委員会を終了いたします。どうもありがとうございました。

午後5時2分 閉会