

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17年12月5日(月)

15:00~

佐賀県佐賀総合庁舎 4階6号会議室

出席委員 井本委員 副田委員 服部委員 上村委員 諸隈委員
藤岡委員 中下委員 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 竹下委員 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 中島委員
北野委員

欠席委員 勝田委員 野田委員

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
重永 川口

午後3時 開会

司 会

お待たせいたしました。定刻になりましたので、ただいまより第5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会いたします。

初めに、連合事務局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。大変お寒い中お集まりをいただきまして、本当にありがとうございます。

まず初めに、中部広域連合の連合長の選任ですけれども、先月の16日に選任が行われまして、秀島佐賀市長が中部広域連合の連合長に就任をされました。本来ならば、この席でごあいさつと思っておりますが、あいにくと明日からの議会の関連の庁議ということでございますので、次回にはと思っております。

それから、きょうの会議ですけれども、新聞報道によりますと、いろいろと介護保険関連での情報が載っております、私たちが非常に戸惑っているというふうな状況でございます。きょうは給付費の推計ほか、ごらんの議題について協議をいただくということにしておりますけれども、特に介護保険料につきましては、その要因がいろいろございまして、上昇要因、あるいは下がる要因、いろいろございますので、まだ介護報酬については国で協議をされておりました、そのことについても若干下がるのではないかというふうな報道もされております。そういった保険料関連での上昇要因、あるいは下がる要因、そういったものをお示ししながら本日の策定委員会を進めていきたいと思っておりますので、よろしく御審議いただきますようお願いをいたします。

終わります。

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たいと存じます。

まず、資料1でございます。「介護保険サービス給付費の推計」、これが52ページまでございます。確認をお願いいたします。

続きまして、資料2「地域支援事業費の見込み」、これが5ページまでございます。

それから、資料3「第3期介護保険料の算定に向けて」、これが3ページまででございます。

それから、資料4「日常生活圏域及び地域包括支援センターについて」、これも3ページまででございます。

資料5「第3期介護保険事業計画の構成(案)」、これも3ページまででございます。

それから、別表第一「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針(素案)」、ページは振ってございませんが、これが表紙を含めまして5枚でございます。

それから、本日お手元に新たに差し上げております追加資料でございます。「基本チェックリストの活用等について」という厚生労働省の資料でございます。これが表紙を含めまして6枚でございます。確認をお願いいたします。

何か落丁等がございましたら御連絡をお願いいたします。

それでは、これから議事に入らせていただきます。会長、よろしく申し上げます。

会長

皆さんこんにちは。先ほどのあいさつにもありましたけれども、医療制度改革なのか、改悪なのか、わかりませんが、その変更の流れの中で、今まで説明にあった施設・居住系サービスの利用人数の割合を、37%以下としているのをもうちょっと上げる可能性が出てきたとか、介護療養型施設を今後なくす方向で行くとか、そういういろんな話が猫の目のような形で出てきておまして、何やらよくわからん面が多いんですけども、今回の会議もずっとそういう形で来ていますけれども、きょうはちょっと寒いですが、この雪を溶かすぐらいの熱い議論をしてもらいたいと思いますので、よろしく申し上げます。

ではまず、議事6点あります。1番目の介護保険サービス給付費の推計というところから申し上げます。

事務局

資料1の「介護保険サービス給付費の推計」というところから御説明をいたします。

この給付費の推計につきましては、前回もお出しをしておりますけれども、前回から今日まで内部の方で検討いたしまして、利用率とか推計方法の見直しを行っております。それとまた、前回すべてをお見せすることができなかった日常生活圏域ごとの地域密着型サービス、これの見込みについて、全容を今回お示しいたすようにしております。

さらに、平成17年10月の介護保険制度改革に伴います施設給付費の見直しに伴います影響額について、今回お示しをしていきたいと思っております。それと同時に、また同じく10月からの改正に伴います高額介護サービス等給付費、これについてもお示しをしていきたいというふうに思っております。

まず、資料の2ページをお開きいただきたいと思っておりますけれども、今回御説明いたします

のは、前回お示ししました資料で大分変わっているものを中心に御説明していきたいというふうに思っております。

2 ページの、まず表でございますけれども、介護保険3施設利用者数の中で「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」というのが中段の方にありますけれども、これが前回なかった分でございます。前は介護老人福祉施設の中に含めておりましたけれども、これを地域密着型の方に分けております。総数については変わりません。

それと同時に、介護専用型居住系サービス利用者数、これにつきましては認知症対応型共同生活介護が17年度に3床の増床予定ということで、その分を見込んでおります。

その下の特定施設入居者生活介護につきましては、前は「介護専用」という言葉は入っておりませんで、全体の特定施設入居者生活介護ということでお示しをしておりましたが、今回この介護専用と、下の方の、介護専用以外ということで、そういう分類の中で今回御提示をさせていただいております。このことについては、後ほど個別的に御説明をしていきたいというふうに思っております。

続きまして、4 ページ、5 ページをお開きください。

今回、給付費の推計方法の中で見直しを行っているものにつきまして、一覧表でお示しをしております。

前回の推計方法と今回の推計方法の変更点を一覧表でお示ししておりますけれども、全体的には、要支援2の利用率、1人当たりの利用回数、日数を、前は要介護1と同じ数値を使っておりましたけれども、今回は要支援2につきましては要介護1に近い数値から徐々に要支援1に近い数値となって、平成20年度で要支援1と要介護1の中間値になるように設定をしております。これは全体的な見直しの主なものでございます。

あと、個別的に随時御説明をしていきたいと思っております。

5 ページの2のサービスの分類についてでございますけれども、第2期事業計画と比較しましたの第3期事業計画のサービスの分類でございます。

施設サービスについては、第2期事業計画と同様の分類でございます。

居宅サービスにつきましては、その他サービスにありました特定福祉用具販売、第3期の居宅サービスの一番下の方に「特定福祉用具販売」とありますけれども、これが第3期では新たに追加になっております。

前回、居宅サービスの中にありました認知症対応型共同生活介護、これが地域密着型サー

ビスの方に行っております。今回、第3期の中では、この地域密着型サービスが新設されたということで、ここに6サービスの分類をいたしております。

それから、その他サービスにつきましては、前は居宅介護支援が入っていなかったのが居宅介護支援が入ったということと、福祉用具購入が居宅サービスの方に移ったということで、第3期事業計画については、このサービスの分類で推計を行っていきたいというふうに思っております。

全体的には、先ほど言いましたように、推計、料率、稼働率の見直しの中で変更を行っておりますので、主に変更したところ、見直しをしたところについてを中心に御説明いたします。

まず、9ページでございますが、介護老人福祉施設でございます。

この介護老人福祉施設、冒頭申しましたように、地域密着型介護老人福祉施設へ利用者が移行するというふうに見込んでおりますので、その分減少をさせていただいております。

給付費についても同様の考えでございます。

次に行きまして、14ページ、15ページでございます。

居宅サービス・介護予防サービス給付費の推計の中での訪問介護・介護予防訪問介護というところでございます。前は「介護予防」という言葉がついておりませんでしたけれども、今回、特にこの介護予防ということが重要になっておりますので、訪問介護と介護予防訪問介護というふうに、居宅については「介護予防」という冠詞がつくようになっております。

まず、訪問介護につきまして、利用率でございますけれども、前は実績から利用率を見込んでおりましたけれども、今回は介護予防サービスの生活援助の利用が大幅に減少すると見込んでおりますので、要支援1、2については減少するというふうに見込んでおります。ただし、要介護2、3については増加するという見込み方をいたしております。

利用人数についても同様の考えで推計をいたしております。

15ページの給付費になりますけれども、これは前回、増というふうな見込み方をしておりましたけれども、先ほどの推計方法の見直しから、微減傾向になるという見直しの仕方をしております。

次に、訪問リハビリテーションでございますけれども、このページは20ページ、21ページでございます。

ここに付きましても、実績から利用率を見込んでおりましたけれども、この分については

特に21ページの方に示しておりますが、1人当たりの利用回数、これについて要介護3の方の1人当たりの利用回数が大幅にふえてくるという見込み方をいたしております。その関係で微増傾向を示してくるというふうな見込み方をしております。

続きまして、24ページ、25ページでございます。

通所介護でございますけれども、ここでは地域密着型へ移行する認知症対応型通所介護、これも前回は一緒に見込んでおりましたけれども、今回、利用者の一部が認知症対応型通所介護に移行するという見込み方をしております。さらに、要支援1、2の方については、介護予防サービスの重点化により増加するという見込み方をしております。

給付費につきましては、全体的に前回はふえるという見込み方をしておりましたけれども、今回の見込みの仕方では微減になるということで考えております。

次に、26ページ、27ページでございますけれども、通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションの考え方でございますが、これは実績から前回利用率を見込んでおりましたけれども、今回は介護予防事業の重点化ということで、要支援1、2が増加、要介護1から要介護3までは微増、要介護4から5は微減になるという見込み方をしております。その関係で、利用人数は全体では増加傾向ということにしておりますけれども、給付費については微減傾向になるのではないかと見込み方をしております。

次に、28ページ、29ページでございます。

短期入所生活介護等でございますけれども、この分についても実績から利用率を見込んでいたわけですが、今回は要支援1、2、要介護1はほぼ横ばいと見込んでおりました、要介護2から要介護5までが微増から増加するというふうな見込み方をいたしております。

利用人数につきましては、平成18年度をピークとして減少していきまして、平成19年度、20年度では同程度の利用人数で推移するという見込み方をいたしております。

あとは前回と変わっておりませんが、次に30ページ、31ページでございます。

短期入所療養介護でございます。この分についても実績から利用率を見込んでいたわけですが、今回は利用率については要支援1、2、要介護1から要介護3まではほぼ横ばいで、要介護4、5は微増という見込み方をいたしております。

利用人数につきましても、平成18年度をピークとして減少傾向を示すのではないかと見込み方をいたします。

給付費につきましては、全体的にほぼ横ばいという推移で見込んでおります。

次に、32ページ、33ページの特定施設入居者生活介護でございますけれども、この分については、前は介護専用とか介護専用以外とかいう見込み方じゃなくて、一体となって見込んでおりましたけれども、介護専用と介護専用以外という見込み方をいたしております。この介護専用、介護専用以外というところにつきましては、介護専用については施設の将来推計、国が示す目標値の数値に入るわけですが、介護専用以外については入らないということございまして、要支援者がいる、要介護者がいるという混合型の施設については介護専用以外の特定施設になります。さらに、定員が30人おられて、その一部が特定施設のサービスを受けるとなれば、それも介護専用以外ということになりまして、この介護専用という特定施設入居者生活介護については、その施設全員が要介護者であって特定施設入居者生活介護を利用される方は、この介護専用ということになります。そういうことで、それぞれの介護専用、介護専用以外という二通りの見方で今回見込んでおります。

次に、34ページ、35ページでございますが、福祉用具貸与でございます。

福祉用具貸与についても、前回、実績から利用率を見込んでいたわけですがけれども、今回は要支援1、2は微増、要介護1から要介護5までは増加するという見込みをしております。

利用人数については、要支援1から要介護3までが増加、要介護4、5は減少傾向を示すという見込み方をいたしております。

あとの給付費については前回と同様の見込み方でございます

38ページ、39ページでございますけれども、地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービスについてでございます。

この分については、50ページをちょっと開いていただけませんか。50ページに日常生活圏域ごとの地域密着型サービス利用人数の見込みということで、利用人数の見込みの方法を示しております。

地域密着型サービスの中で、夜間対応型訪問介護につきましては、このサービスは都市型サービスとされまして、利用者は要介護3から要介護5までの結構重度者になるというふうには推測されております。

サービス提供の状況といたしましては、人口規模が20万から30万人程度に1カ所ということで想定されておまして、佐賀中部広域連合におきましては、1事業所当たり15人の定員で見込んでおります。

ここに表を示しておりますが、この表の見方でございます。平成18年度、19年度、20年度、それぞれ項目で整備目標数、利用者数見込み、利用者数見込み内訳ということになっております。

平成18年度の整備目標数、佐賀が15、小城が15ということになっておりますが、ここが夜間対応型訪問介護の拠点整備をする場所ということになります。15人で1事業所という考え方ですので、佐賀に1、小城に1ということになります。

それから、その下の利用者数見込みでございますけれども、これはほぼ整備目標数と同様の考えで、整備されたところに利用者が行くということで利用者数見込みを出しております。

それから、その下の利用者数見込み内訳でございますが、その拠点の方にその地域の方が行くのではなくて、佐賀中部広域連合では、地域密着型サービスの利用については広域連合管内の住民が利用できるという考え方を示しておりますので、それぞれの圏域から利用できるということで、この数字を示しているものでございます。夜間対応型訪問介護については、30人ということで見込んでおるところでございます。

次の認知症対応型通所介護でございますけれども、これについては1施設、大体定員20人ということで見込んでおまして、平成18年度が80人ですので4カ所、19年度が200人ということで10カ所、20年度が360人ということで18カ所という見込みをいたしております。

次に、51ページでございますけれども、小規模多機能型居宅介護でございます。この分については、通所サービス系を中心として、その利用者の状態や希望に応じて訪問サービスや短期間の宿泊サービス、いわゆるショートステイを組み合わせ提供サービスでございます。佐賀中部広域連合では、日常生活圏域ごとに1施設以上整備することを目標として見込んでおります。

平成18年度は60人ですので4カ所、平成19年度が150人で10カ所、平成20年度が270人で18カ所という見込み方をいたしております。

次に、認知症対応型共同生活介護でございます。これは、従来、居宅介護サービスにあったものが地域密着型サービスの方に移行したものでございます。認知症対応型の施設整備につきましては、平成18年度以降は行わないということでしておりますので、利用人数については利用率の関係で、その分でふえてくるという見込み方をいたしております。

5番目の地域密着型特定施設入居者生活介護でございます。この施設については、定員30名未満の介護専用型の特定施設ということになっております。介護専用の特定施設でありま

すので、この施設整備の中での数字は入らないということで、この分の計画については見込んでおりませんので、利用人数も見込まないということになります。

次に、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護でございます。これは、定員30名未満の地域に密着した介護老人福祉施設ということで、今後、介護老人福祉施設がユニット化（個室化）を推進していく段階で、この地域密着型介護老人福祉施設に、従来の介護老人福祉施設から定員が転換していくというふうな利用人数の見込みをいたしております。

そういう考え方で、38ページに戻りまして、その利用人数の推計を行ってきたところでございます。

38ページでございますが、夜間対応型訪問介護については30名でございます。

給付費についても、この給付費については訪問介護の深夜加算の分で見込んでおりますけれども、これはまた介護報酬等の変更で変わってくるものでございます。

39ページの認知症対応型通所介護については、要支援1から要介護3までを主な利用者として見込んでおりまして、サービスの浸透に伴って利用者数は増加するというふうに見込んでおります。最終的には、平成20年度では360人の見込み方をいたしております。

次に、40ページでございますが、小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護でございますけれども、ここにおいても利用人数については、サービスの浸透に伴いまして利用人数が増加するというので、最終的には270人の利用者を見込んでおります。

次に、給付費についても同様に増加するというのでございます。

次に、41ページ、認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護でございますが、この分については、今後、施設の整備の見込みをしませんので、稼働率の関係で、その分微増傾向が示されるという見込み方をしております。

給付費についても同様でございます。

次に、42ページの地域密着型特定施設入居者生活介護については、今後、整備する見込みがないということでございます。

次に、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護でございますけれども、これについては今後ますます需要がふえてくるというふうな見込み方をしております。平成20年度が126人ということでございます。この地域密着型、さらに利用人数を示しておりますけれども、この利用人数はまた若干動く可能性がございます。

次に、44ページでございます。

住宅改修でございますけれども、この分については前回、利用人数がふえてくるというふうな見込み方をしておりましたが、実績等がだんだんだんだん減少に転じているということで、第3期計画期間は平成17年度の実績と同程度で推移するという見込み方をいたしております。

45ページについては、年間給付費を掲げておりますけれども、全体的には微増するという見込み方でございます。

46ページについては、これは変更ございません。

48ページ、49ページについてでございますけれども、全体的な給付費の総量を載せております。

48ページが介護給付費推計の総量でございます。平成20年度で188億円。49ページが介護予防給付費推計の総量でございます。

あと、この介護給付費と介護予防給付費に追加して、52ページでございますけれども、この改正の影響額をこの分では入れておりませんので、改正影響額がこの総量に加わるということでございます。ただ、この改正影響額、施設給付費の食費、居住費が介護保険給付対象外となったということで、48ページにおきます給付費の推計については、従来の施設の食事費を載せておりましたけれども、その分がなくなるということで、平成17年度3億7,000万円、平成18年度8億7,000万円と減ってくるということになります。ここの改正影響額については、マイナス要因ということで、全体の給付費から減額となるものでございます。

次に、高額介護サービス等給付費については、10月改正に伴いまして、現在の保険料段階の第2段階の方をまた二分類いたしております。その関係で、高額介護サービス等給付費の見直しをしております。平成17年度は全体で1億4,000万円、18年度は2億2,400万円ということで、これはプラス要因の見込み方をしております。

あと、審査手数料等が入ってきて、介護報酬の見直しが出てくれば、ほぼこの給付費の推計にはなるのではないかとこのように考えております。

以上でございます。

会長

どうもありがとうございました。

介護保険サービス給付費の推計ということですが、果たしてニーズに合っていくのかどうか、今の説明に対して何か御質問ありませんか。御意見でも結構ですけど。

早速、地域密着型サービスというのが出てきましたけれども、何かございませんでしょうか。なかなか意見も言いにくいだろうと思うんですけど、もう短時間で非常に難しい話をしていただきましたので。前回、ちょっと地域密着型サービスについて、策定委員さんから御意見があったと思いますけれども、何かありますか。

策定委員

よく理解できないところがありましたので、50ページの2番の認知症対応型通所介護のところですが、18年度の整備目標数というところに、佐賀は利用者数見込みとか数値が入っていないんですが、多久、小城、川副、久保田が20人ずつあるんですが、これはどういったところで佐賀では入っていないのかというのがちょっと疑問に思いました。

それからもう一つ どこでしたか、まずこのことを1点お願いします。

事務局

50ページの認知症対応型通所介護の日常生活圏域ごとの利用人数の見込みのところですが、ここの整備目標数ということで、それぞれ18年度は多久、小城、川副、久保田で20ずつという整備目標を立てておりますが、広域連合におきましては生活圏域ごとに地域密着型サービスを見込むということになっておりますが、広域連合内で整備をした分につきましては、構成市町村内にとどまらず、広域的に、この広域連合の圏域内の利用者は、ほかの市町村になっても利用できるという考えから、例えば、全部で80の整備目標をしておりますが、この80を全域の住民で利用者の全体での見込みを立てて、例えば、佐賀市だと非常に人口が多うございますので、そちらの方が利用者の見込みが大きいということで、按分をさせていただいております。

策定委員

わかったような、わからないような じゃ、ほかの3の小規模多機能型居宅介護というところも、同じように考えてよろしいんでしょうかね。

事務局

はい。

策定委員

わかりました。見ていて、これすごく悩みましてね。何でこういう数字が出てくるのかなと思いました。

会長

今のはいいですね。トータルで見るとということですね、要するにね。

事務局

はい。

会長

はい、どうぞ。

策定委員

トータルはわかるんですけど、通所ですから、佐賀市の場合は三瀬とか南の方もありますので、通所の具体的な搬送等を考えると、その辺はどうなんですかね。非常に困難じゃなからうかと、無理があるんじゃないかろうかと思ったんですけど。

事務局

一応考え方としては、現在の通所介護に準じた考え方で、三瀬の場合、同じ佐賀市内ですので、そういうことで、通所介護の介護報酬の中に多分送迎加算等が入ってくると思いますので、そちらの方で対応できればというふうに考えております。

会長

やっぱりわからんですね。どうぞ。

策定委員

地域密着という名前を外したらどうでしょう。荷物じゃないですから、そんなに遠距離を、特にお年寄りさんを運ぶというのは、やっぱり地域密着というのはその近くという意味でしょう。

事務局

先生の言われることも確かに、地域密着型というのは、狭い意味での地域密着型ということと考えれば、確かに策定委員の言われるとおりだと思います。ただ、広域連合保険者として考える場合は、この管内に今おられる利用者の方が、どこでも利用できるという考え方で今回御提示をしております。ただ、地域密着型　そうですね、狭い意味で言えば実際そういうことになるかと思います。答えになっていなかったら済みません。

会長

具体的なサービスのイメージまではないということですよ、結局は今のところはね。なかなか難しい話ですね。

策定委員

いいですか。

会長

はい、どうぞ。

策定委員

先ほどに関連したことなんですけれども、介護専用とか専用外とか、いろいろ文言はあるんですけれども、そういったふうなところを年寄りさんも、リセットして移しかえたり、何か非常にデスクワークに偏ってこれを当てはめたというような感じがするんですよ。果たしてこれで、現場は混乱するんじゃないかなというふうにしてから、余り騒がしくないようにしてから、その制度にのっとっていった方がいいんじゃないかなと思います。

こう考えてみておったら、みんながそんなふうな状態になっているんですよ。そしたら、これはどうなるかなと。せっかくここの方に、例えば、施設だけの問題じゃないとですよ。お互いの人間関係ですよ。そこに行かれている年寄りさんが、あそこに行きたい、ここに行きたいというのは、やはり日ごろから形成された人間関係で、どこに行きたい、ここに行きたい、私はもうよそに行きたくないというような方がいらっしゃるんですよ。どうしてもあそこの方がいいから、こういったふうな訓練してこんですかとか、あるいはいい催し物があるから、例えば、私のところはもう私のところ。だけど、よその方にも行って、回数を減らして、そしていろいろなところを経験してきなさいと言うけれども、やはり今までつながった人間関係を大切にしてから、よそには行きたくないとか、そういったふうなことが非常に現場は強いんですよ。

これを強行にはめていっていいものか、こういったふうなことをどれくらいぐらいの計画の期間でリセットしてしまうのか、そこら辺のところは、ちょっと僕、今説明を聞いておいて、余りにも年寄りさんを振り回しているんじゃないかなというような感じがしましたから、一言。

会長

これ一応、この給付費イコールサービスの実働というわけじゃないですもんね。基本的には、全体をぶっ込んだ中でサービスが出てきますので、必ずしもこのとおりになるというわけでもないんでしょうけれども、その辺は十分事務局も理解していただきたいと思いますね。地域密着型サービスの理念を失わないようにしていくということですね。

ほかに何か。どうぞ。

策定委員

一つだけ、ちょっと教えてもらいたいんですけども、まず非常にすばらしい分析をしてもらっていると感謝をいたしております。

そこで、資料の51ページ、先ほどちょっと話がありますが、51ページの地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護ですね。これ利用人員の見込み数がP 9にも影響するわけですけども、整備目標29人、利用者数が31人ですかね、書いてございます。これは現在の特養の、多分多床室解消のための30人未満のユニット個室化への転換だろうというふうに考えております。そこで一つ、ちょっと心配なのは、この場合、第3期介護保険事業計画の中で地域介護・福祉空間整備等交付金、これが市町村の交付金の配分基礎額が示されておりますけれども、心配なのは、12月2日の三位一体の政府・与党の18年度予算基本方針ですね。これを見ますと、介護給付費、県の方の負担が多くなり、今17.5%に増加されております。国の方をちょっと減らして、県の方をふやしているということです。また、空間整備等施設整備交付金、390億円減額されておりますが、多床室を個室に持っていく場合に、交付金が出ないんじゃないかなと私心配しているんです。これは自前で個室ユニットの方へ持っていくのであれば問題ないだろうと思いますが、交付金をもらって個室ユニットの方へ転向するということになる、どうでしょう。御認可していただけるでしょうか。その辺、ちょっとお尋ねしたいんですけども。

事務局

実際三位一体の中で、今後、施設整備の補助金に対してはなかなか難しいものになってくるかと思えます。ただ、この事業計画の中に一応位置づけておかないと、18年から20年の間でユニット化をしたいというところがあっても、できないという状況になりますので、一応見込みとして上げておりますので、総数としては変わらないということで御理解いただけたらと思えます。

会長

ほかによろしいでしょうか。 また後で質問、もしくは御意見を受け付けるということで、次に進んでまいりたいと思えます。

2番目の地域支援事業費の見込みについて、よろしくをお願いします。

事務局

それでは、資料2をお願いいたします。

地域支援事業につきましては、これまで国から示されてきた概要等を今までお示ししてきたところでございますが、このたび詳細といえますか、内容について、こういったものを作るんだよというふうなことが国の方から示されましたので、それをまず概要ということで示させていただきます。

資料の1ページをごらんいただきたいと思います。

まず、概要ということで掲げておりますが、地域支援事業につきましては、要介護・要支援状態になる前からの介護予防を推進し、また地域での包括的・継続的なマネジメント機能を強化するという、市町村で実施しなさいということで地域支援事業を今回創設することとなっております。

中身につきましては、必須事業とされております介護予防事業並びに包括的支援事業に加え、市町村の実情に合わせて実施する任意事業という、この三つの柱で構成をされております。

まず、介護予防事業の方で説明をさせていただきます。

介護予防事業につきましては、介護予防特定高齢者施策、それと介護予防一般高齢者施策で構成をされております。

まず、特定高齢者施策でございますが、これは地域の高齢者の中から約5%程度の方につきまして、スクリーニングによりまして、要支援・要介護のハイリスク者、なるおそれのある方を抽出しまして、通所、または訪問により要介護状態になることの予防、また軽減、もしくは悪化防止を目的として実施するという、特定高齢者把握事業、それから通所型介護予防事業、訪問型介護予防事業、それに介護予防特定高齢者施策評価事業という四つの内容で構成をされております。

まず、この5%の対象者ということで、特定高齢者となる方を把握する事業が最初に出てくるわけでございますが、これはすべての高齢者の方を対象に、生活機能に関する状態の把握、また保健師の訪問活動、それから主治医、これらの方との専門家との連携、そういったものによりまして把握を行うというものでございます。

本日、お手元に追加資料ということで、「基本チェックリストの活用等について」という資料をお配りしております。

この基本チェックリストの活用ということでお示ししておりますのが、厚労省が11月20日付で発表、流しているものでございますが、特定高齢者を把握するための基本チェックリス

トを作成いたしまして、収集しているものでございます。

この基本チェックリストにつきましては、1枚めくっていただきまして、別添1ということで、その活用についてということで書いてありますが、この基本チェックリストにつきましては、24項目の質問項目、それと体重・身長を加えた25項目で構成するということになっておりまして、1項目から内容につきましてはこの裏の方に掲げております。

基本チェックリスト(案)ということで、別紙1の方に掲げてありますが、1から25まででございます。

1から5までは本人さんの生活の状況、それから6から10の5項目につきましては運動器の機能向上、11と12につきましては栄養改善、それから13から15の3項目につきましては口腔機能の向上、16と17の2項目については閉じこもり予防・支援、18から20までの3項目につきましては認知症予防・支援、そして最後に21から25までのうつ予防・支援という内容から構成をされております。

これを活用しまして、特定高齢者の候補者を選定するというものでございまして、候補者として選定された方については、このチェックリストに応じまして、こういったプログラムを適用するかを検討するというものでございます。

資料の3枚目に、基本健康診査から介護予防ケアマネジメントまでの基本的な流れというもの別添2ということで示されております。

地域支援事業におきまして特定高齢者を把握するために、まず基本健診の方で、受診者に対しまして、この基本チェックリストを自己記入していただきまして、問診を実施し、また身長・体重の測定等を行うということから、さらに左側の流れの方で理学的検査を行い、またその他の検査を実施し、健診の担当医による総合判定を行うということでございます。その結果を受けまして、市町村が特定高齢者の把握事業として実施をするということでございます。

そして、この結果を踏まえまして候補者を選定し、この候補者として選定された方の中で、プログラムへの参加が望ましいとされた方を特定高齢者と決定するという流れになっております。

次の1枚めくっていただきまして、別添3の方で、先ほど申し上げましたような内容で、特定高齢者の候補者の選定ということで示されておりますが、この候補者には、ここに四角で囲んでおりますように、うつ予防・支援関係の項目を除く1から20までの項目のうち12項

目以上に該当する方、また運動器の機能向上5項目すべてに該当する方、栄養改善2項目すべてに該当する方、口腔機能の向上3項目すべてに該当する方、こういったもののいずれかに該当する方が候補者として選定されるというふうなことでございます。

さらに、特定高齢者として決定する方法につきましては、もう一枚めくっていただきました別紙3の方で、運動器の機能向上には6から10のすべてに該当する方。栄養改善につきましては、四角で囲んであるもの と に該当する方、もしくは に該当する方。口腔機能の向上につきましては、 と と のすべてに該当する方。閉じこもり予防・支援につきましては、チェックリストの16に該当する方。認知症予防・支援については、18から20のいずれかに該当する方。うつ予防・支援については、21から25のうち2項目以上該当する方というふうなことで決定をしていくという案が今回示されているところでございます。

資料2にお戻りいただきたいと思えます。

続きまして、1ページの通所型介護予防事業と訪問型介護予防事業でございますが、実際、特定高齢者として把握された方につきましては介護予防事業を実施するわけでございますが、主に通所により運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上等に効果があると認められる事業を実施することになっておりますが、閉じこもり、認知症、うつ等のおそれのある特定高齢者には、保健師等がお宅を訪問して生活機能に関する問題を総合的に把握し、必要な相談・指導を実施するという事で事業を実施するという事でございます。

そして、介護予防事業を実施した後は、事業計画で定める要介護認定者数の目標値に照らした達成状況の検証を通じて、これらの施策の事業評価を実施するという事で定められているところでございます。

続きまして、一般高齢者施策でございます。 の方でございます。

こちらの方は、すべての高齢者を対象とする事業でございます。地域において自主的な介護予防に資する活動を広く実施し、高齢者がこれらの活動に参加し、介護予防に向けた取り組みを地域社会で実施するという事を目的として実施するもので、介護予防普及啓発、さらに地域介護予防活動支援ということで、ボランティア等の育成、それからまた地域活動組織の育成・支援、そういったものを行って、これについても最後に評価をするという事でございます。

続きまして、地域支援事業の2番目の柱でございます。包括的支援事業につきましては、これまでも詳しく申し上げておりますような内容を掲げておりますが、柱としましては、介護

予防マネジメント事業、これは地域支援事業のマネジメント、並びに新予防給付に関するマネジメントも同時に行うということでございます。さらに、総合相談支援、権利擁護事業、それから包括的・継続的マネジメント事業、こういったものを包括的支援事業として地域包括支援センターを中心に行うということでございます。

さらに、3番目の柱として、任意事業ということで掲げられておりますが、これについては地域の実情に応じて、以下の事例を参考にしながら創意工夫を生かして行うというふうなことで、国で示しているメニューの参考としましては、介護給付等適正化事業、これは介護給付費の適正化を図るための事業ということでございます。

それから、家族介護支援事業として、家族介護教室や認知症高齢者見守り事業、さらに家族介護継続支援事業と、家族の身体的、精神的、経済的負担の軽減事業というふうなものが掲げられております。

そのほか、その他事業ということで示されているメニューにつきましては、成年後見制度利用支援事業、それから福祉用具・住宅改修支援事業、それから高齢者の地域における自立した生活の向上のための地域自立生活支援事業、それからその他適当と認められる事業というふうなことが示されているところでございます。

地域支援事業費の対象者と費用額の考え方ということで、3ページの下の方に示されておりますが、地域支援事業の費用につきましては、各年度の給付見込み額の3%を上限ということを示されておりますが、移行期であります平成18年度と19年度につきましては、3%を上限ということではなく、それぞれ2%と2.3%を上限ということが国から示されております。

介護予防事業と包括的支援事業プラス任意事業の割合につきましては、18、19年度についてはそれぞれ1.5%以内、平成20年度は2%以内ということが上限としてそれぞれ示されているところでございます。

4ページをごらんいただきたいと思います。

地域支援事業費の財源につきましては、介護予防事業については第2号被保険者の保険料も充当し、介護給付費と同じ財源でそれぞれが負担することになっておりますが、包括的支援事業並びに任意事業の財源構成につきましては、第2号被保険者の保険料は充当しないということになっております。

続きまして、3番の佐賀中部広域連合における地域支援事業の実施についてということで、

どういふ方針で実施をしていくかということを示しております。

地域支援事業につきましては、被保険者たる市町村が主体となって行うということでございますので、佐賀中部広域連合が主体となって実施をしていくということでございます。

ただ、やはり地域の実情、そういったものがそれぞれまた違ったりしてまいりますので、スケールメリットが得られる事業につきましては保険者で、広域連合で直接実施をいたします。また、地域資源の活用や個々の高齢者の状況把握が必要な事業については、構成市町村に委託して実施する方向で案を検討していきたいと考えております。

各事業の内容でございますが、介護予防事業、包括的支援事業につきましては、義務的的事业でございますので、法で定められた事業を実施するという事になってまいります。それから、任意事業につきましては、保険者の裁量で行うということになってまいりますので、現在、構成市町村と話をしながら、内容について検討しているという段階でございます。

5ページの表の方に、任意事業で現在検討している実施事業につきまして、項目だけ示させていただきます。

介護給付等適正化事業、それから家族介護支援事業として家族介護教室、それから介護用品の支給事業。さらに、その他の事業といたしまして、成年後見制度利用支援。配食サービス等を活用したネットワーク事業、介護相談員派遣事業、この二つによる地域自立生活支援事業。そのほか、その他の事業ということで、高齢者の生きがいと健康づくり事業、こういったものを実施していきたいというふうに考えております。

最終的に、市町村との協議の上で、こういった内容をするかというのは決定させていただきたいと考えております。

それから、5ページの下の方に地域支援事業費の考え方を示させていただいておりますが、地域支援事業の事業費につきましては、給付費の18年度2%、19年度2.3%、20年度以降が3%ということでございますので、給付費見込みから地域支援事業費をそれぞれ上限いっぱい算出してありまして、そのうち包括的支援事業に毎年度2億円、任意事業に7,400万円程度ということで、これは固定する額を充当いたしまして、あと残りにつきまして介護予防事業の方に充当していき、徐々に介護予防事業の事業費をふやしていくということで見込んでいるところでございます。

以上、地域支援事業の内容、また現在の考え方、そういったものにつきまして示させていただきます。

以上でございます。

会長

どうもありがとうございました。

地域支援事業の概要と事業費の見込み、または任意事業の件ということで、何か御意見ないでしょうか。任意事業はこれでいいのかどうかとかですね。はい、どうぞ。

策定委員

きょうの追加資料をごらんいただきたいと思いますが、実は11月28日に市の方の介護予防分科会というのがございました。私委員になっていきますけれども、それで介護予防で健診とか、そういうもので特定高齢者とかを認定するので、健診というのはどんなふうになっているんでしょうかと質問しました。つまり策定委員会にきょう出た資料が来たのが11月22日で、我々介護予防の分科会で行ったのが1週間後、何の資料もなかったわけです。

ただ、私は資料をおろさなかったとか、それを非難するわけじゃございませんけれども、それだけ現場は混乱しているということで私は理解しております。できるなら、細かいことですけれども、介護予防に関して、どんな小さいことでもいいですから、早く我々に情報を公開していただきたいと思います。それが一つです。

具体的な内容になりますけれども、特定高齢者把握事業に関して、この事務連絡の別紙2と書いてあるところに理学的検査というのがございます。我々歯科医の立場からいいまして、今度初めて口腔機能の向上というのが入ってまいりました。それで、「視診（口腔内を含む）」というのがございます。視診で、ただ見ればいいというものじゃございません。口腔機能の向上をするには、例えば、それを見て、口の中の機能の向上をするには、まず治療してから口腔機能の予防の事業をした方がいいのではないかというのがいっぱい出てくると思います。

それで最後の方、別紙4で医療の必要性というところがございます。もちろんこれはお医者さんの立場から、後でまた他の策定委員に御意見を伺いたいと思いますが、医療の必要性というところで、我々の意見が何か反映できるような形にしていきたいと、お医者さんが全部すればいいというものじゃないんじゃないかなと思います。

このもう一つ下の方、利用の際の医学的管理からの留意事項というのがございます。それに運動機能向上、例が書いてありますけれども、例えば、口腔機能向上に関して我々が意見をここに書くというようなことも考えられるんじゃないかなと思います。医師の名前はお

医者さんの名前でもいいんですけども、ただ、ここの部分に関して、健診のときに我々が見て、何かここに書ける部分がぜひ必要ではないだろうか。医療の必要性においてもそうです。医学的管理からの留意点でも多いとです。そうしないと、今後、口腔機能の向上に関しては、何も健診してそういうものがなかったら、幾ら口腔機能向上を一生懸命やったとしても、絶対いい結果は出ないと思う。ぜひこの窓口の部分で、健診の部分で何かきちっとやってほしいと思います。

あと、医科の先生方の意見をお伺いいたしたいと思います。

副会長

ちょっと補足じゃないんですけど、運動器の機能向上など全然まだ中身がわからないということで、実は介護保険の委員長会議でもいつも話題になっておるんです。恐らくきょう先生方、私以外に4人いらっしゃるんですけど、これを見てもプログラミングすらわからないし、歯科的立場では、やはり歯科の方で、今回また新たに主治医意見書のモデル事業があって、そこにやはり歯科医師会の委員の先生もたくさんいらっしゃるんで、その方と、また私たちとの連携も非常にここも重要な部分だと思うんです。常にこの三つの方針が、運動器の機能向上とか栄養改善とか口腔機能の向上、もう事務局の方はさっささ話されるけど、内容が全然わからないんですよ。恐らく策定委員の方、何のことやろうというような感じだろうと思います、はっきり言って。

私、医師会からもずっと催促されながら今やっているし、もう少し私がかれば、皆さん方にサポートして御説明でもしたいんですけど、今、この健診の流れとかやり方であっても、これは住民健診とどう違うのかとか、その辺だってフォローを私もかなりしていたつもりですが、この6から10がどうの、13から15がどうのといっって、こう言われますけど、これだけの問診をやってこうこうといっって、これなかなか大変なことだろうと思いますよ。

今、策定委員がおっしゃるのは、口腔ケアのことだけでも、やはり医師会とタイアップしてやろうということで、この前、実は三師会というのが、つい二、三日、薬剤師会もあわせて年に一、二回話し合いがあって、できるだけ三師会で密に連絡をとってやろうということでやっています。だから、私はこの資料を非常に早目に送っていただかないとということで、私もそれなりに目を通して来たんですが、これだけは全然なかったんで、このことに関してはやはり遅いと思いますよ。厚労省の通達も非常に遅いと言われますけど、いろんな形で私たちが情報をとっているわけですから、それをちゃんとやらずに、やれモデル事業を委員に

早く参画して頑張ってくださいということに対しては、もう非常に私としても不満でございますけど、そのことに関して事務局長、ちょっとよろしくお願いします。

事務局長

追加資料の件でございますけれども、ここにお示ししておりますとおり、厚生労働省から都道府県、指定都市、中核市ということで資料が参りまして、私どもの手元に参ったのがつい最近ということでございまして、皆様方に事前に配付することが大変おくれまして、まことに申しわけございませんでした。

国からの情報等々参りましたら、早急に皆様方にお知らせするということをしたと思っています。本当に申しわけございませんでした。

会長

今後よろしく願いいいたします。ただ、もうこれだけですよね。資料として、ほかに何も無いんですよ。

副会長

ポイントがここ大きいんですよ。

会長

出ているのはこれだけですよね。なかなかまだわからないですね、これじゃね。

副会長

やっぱり皆さん理解して帰ってもらわないとまずいんですよ、こういう介護保険の場合はね。何か策定委員会と違うわけですから、みんなが議論しなくちゃいかんわけですけど、恐らく議論にならないんですよ、こんなことをやっていると。なりますかね。本当に行政の方がわかっておられますかね、この深刻な問題を。保険料が上がるどうのと、今、策定委員も、皆さん言われたのはそういうことなんですよ。施設の立場からだけじゃないんですよ。みんないろんな立場でいらっしゃるじゃないですか。非常にこれは議論が多く、恐らくそういうふうな　　だけど、議論がないというのは、やはり皆さんわかっておられないということだと思いますよ。フォローできません、もう今の状況だったら私も。早く時間だけ過ぎればいいなら、もう早目にやってもらって。

会長

チェックポイントがこれだけで、果たして口腔機能から何からできるのかという疑問が素直に上がってまいりますけどね。果たしてどうなのかですかね。これ多分、かなりいろんな

工夫が必要だと思います。

ちょっといろいろありましたけれども、ほかにはよろしいですか。はい、どうぞ。

策定委員

資料の1ページの(イ)通所型介護予防事業について、一応示されているのは運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上とありますけれども、この通所型介護予防事業を、場所、事業者になってくると思いますけれども、その専門のスタッフとか方向性とか、もしも見えていたら、ちょっと概要等を教えていただきたいと思っておりますけど。

会長

はい、どうぞ。事務局の方でちょっと。

事務局

介護予防事業につきましては、市町村が今現在、保険事業の中で行っておる事業を中心に、また介護予防事業として構築するケースと、あと介護予防の事業者さん、そちらの方に連合から委託をするケースと、この二つが考えられるわけでございます。

この詳細等につきましては、どういうふうにしてやった方がいいのか、そこら辺につきましては、ここら辺の介護予防事業については市町村の方で中心として行っていただくわけでございますので、市町村で行った方がよろしいのか、また事業者に委託した方がよろしいのか、そういったところについては、また今後検討させていただきたいと考えております。

副会長

要するに、今の質問と同じように、プログラミングが全く見えていないから、どういうところでやる、どういうプログラムでやるというのが全くわからないわけですから、それを皆さん、今までの在宅介護支援センターが地域包括支援センターで予防事業をやるということはわかったんですけど、何カ所でどうやってやるというのは御心配だと思いますし、運動器の機能向上について、私は医師会とかでよく話しているんですけど、特別の器具は要らないということだけど、まだまだそこがわからないので、これを言われてもこれから実施するところ、非常に不安なんですよね。うちの施設で大丈夫だろうか。一応の地域包括支援センターの人員は書いてあります。人員は書いてあるけど、何人おってどうなるということはまだ全く見えていないわけですから、だから、それを恐らく策定委員もおっしゃっていると思うし、僕以外の先生たちも恐らくそういうふうなことで、特に私は運動器の機能向上については、特に心配したのは、循環器の先生もそうですけど、整形の先生と、これをどういうふう

にやっいていこうかというふうなこともやっておられますよ。もう非常にいろんなところで今トレーナーとかが始めて、いろんなそういうふうなスポーツ施設をつくっているところもあります。それもあわせて、私はこれが介護とどこまで接点があるのかというのが心配なんです。

だから、栄養改善、それはもうほとんど栄養士の方はわかりませんよ。生活習慣病の、今私たちが言うようなメタボリックシンドロームを指導するのかと。そこまで私たちは考えているわけですけど、そういうことでモデル事業をやって、要介護度の1を要支援の1と2で分けて、その人たちをシフトさせてこれをやるといったって、もうどうしようもないような今の状況なんですよ。だから、その辺をやはり、本当に早く、速やかにやってもらわないと、非常にこれは指導する側も困ると思うので、それで私もちょっと困っております、そういう点で。

今のところ……

策定委員

これはモデル事業がどこかにあって、集約したのがあると思うんですけどね。

副会長

いや、ないです。

策定委員

ないですか。

副会長

ないない。モデル事業というのは、今、審査会のモデル事業で言っているわけですから、それが先行している割には、最終的に今質問があったような運動器の機能向上について、どういうプログラミングで、どういう指示でして、どういう人員でやるというのが決まっていないうことです。ただ、いろいろ……

策定委員

ちょっといいですか。

副会長

はい。

策定委員

ちょっと私が認識不足か知りませんが、先日、介護保険のホームページの中に、筋力ト

レーニングの成果発表というのがあるんですよ。要するに、何とかのどういうことをしたらこのくらい機能がアップしたとか、維持できたとか、僕はそれに対してはモデルがどこかにあるんじゃないかという感覚でおったとですけどね。

副会長

いや、それがあつたら行政が説明されてもいいと思いますから、別に私もこの専門家じゃないので。ただ、私のあれでは、ホームページ見られているかもわかりませんが……

策定委員

私がちょっとこれは……

副会長

これはないと思います。僕、委員の人と話して……

策定委員

9ページと10ページをちょっと見ていると、そこの中には分析結果というのがあるんですよ。そして、筋力向上に関する概要で、全体としてはうまくいった、マシン使用ではうまくいった、1群、7群はうまくいったとか、いろいろあるんですよ。その1群とか7群とかがちょっとまだチェックはしていないんですけど、向上しましたよという資料が厚生労働省のホームページにあるんですよ。そいけん、私はどこかにモデルがあるんだろうという解釈をしていたんですよ。

会長

筋トレに関してはいろいろやってはいるんですよ、確かに。ただ、こういう形でやっているかということ、また違う話なので、それはなかなか難しいでしょうね。

はい、どうぞ。

策定委員

今いろいろ意見が飛躍しているんですけど、とりあえず各介護予防事業というのは、やはり地域密着を非常に重要視していると。そのどの様なふうな状態で計画していくかというようなことは、やはりオープンにして、そしてある地域、ある地域というふうに固定されたら、その地域のいろいろな人たちを呼んで、ある特定のところでやらないように、そうした方が一番ポピュラーになるんじゃないかと、それで浸透するんじゃないかと思うんです。まず、その段階からのものであるんじゃないかと思います。

例えば、包括支援センターの、役所なら役所だけで考えてするというようなことになれば、

非常に偏った形になるから、広く開けた支援事業というふうなことが大事だろうと思いますので、よろしく願いしておきます。

副会長

例えば、漠然と、器具を使った場合は3カ月で見るとか、何もしない、器具を使わないときは6カ月とか、そういうふうなプログラミングになると、例えば、脳卒中のリハビリもそうですけど、心筋梗塞のリハビリとかいっても、各施設で違うわけなんです。それをおおもとがちゃんとプログラムをやるということだから、そのホームページのどののじゃなくて、どういう対象でどういう人をしたかというのは、医学的にも非常に重要な問題なので、そういうものはまだありません。

ただ、そういうものでやっているということで、先日、文化会館でそれはやりましたので、委員の先生にも。それはまだ待ってくれということで、検討中ということで、それが出てこないことに、僕あせりを感じているだけなので、別にできているやつはオープンにするべきだと思いますから、もっと詳しく、10メートル歩行であるとか、どうあるとか、そういうものを何人単位ですとか、医学療法士が要るとか、作業療法士が要るとか、保健師が要るとかということで、それを皆さん心配されているわけです。恐らくそうだろうと思います。だから、それが僕は非常にあせりがあるんです。そして、審査会で要支援の2を何人くらいで見ると、それをやれやれということで、全国的に今集計されています。だから、それはそれでいいんですけど、予防事業の人がプログラミングがわからんままに4月に突入したらどうなるだろうかという心配があるだけなので、私個人的な意見じゃないんですよ。だから、それをやはり、行政の方が少しでもわかったらオープンにさせていただきたいと、それが一番の今の問題なので、恐らくほとんど毎日、今介護療養型がもう廃止になるとか、医療保険と介護保険の整合性とかいろいろ言われています。自己負担がどんどんふえていきますので、その辺をうまく話してやりたいと思うんですけど、今回は介護保険なので、どちらかといえば私たちは医療保険の方を主で考えていますけれども、これはどちらも配分考えて、策定委員さんあたりが一番この辺詳しいと思うんですが、そういう点で何とか運動機能向上のプログラミングを。で、先の策定委員さんが言うのは、やはり歯科の口腔ケアの問題は、いろいろ嚥下もあわせてですけど、どうしてもその対象者を見るときに、やはり医師会の先生に参画していただきたいという、そういうお話はいたしました。それで、皆さんに理解していただければということで、だから、そういうこともあわせてですので、別に皆さん方が勉強さ

れて、もうパソコンを見られているのは、それはどんどん情報は出ますのでいいですけど、このことに関しては、こういう冊子すらできていないということが、ちょっと私としては...。私以上にほかのいろんな施設、そういうのに携わっている方は、うちは小さいからできないだろうとか、このままでは器具は要らなくていいのだろうかと、真剣にそう悩まれていると思います。人員配置が非常に僕は心配だと思います。

今非常にスペースをいろいろ言われた場合に、個室化になれなれとやっている割には、そういうことに対しては非常に既存のものでいいと、今のように言われているんですけど、それが設定されると、もうそこでしかできないということになると、非常に不満が出るだろうというのが今の私の、もう本当に見切り発車で、また見切り発車でやるのかなという危惧をしています。

会長

まだありますか。

事務局

ちょっと介護予防事業の実際の実践の方法とか、そういうものにつきましては、まだ国の方からも考え方程度ぐらいしか示されていないというところで、実際の、こういうふうに行なさいというところが全然示されていない。ただ、こういうふうな考え方ということで、ある例ですか、そういったものが示されるだけでございまして、私たちの方も、どういうふうに考えていいのかというところがちょっとなかなかまだつかめないような状況でございまして。また今介護予防事業を実践するに当たりましては、関係機関の御協力がないとできませんので、今後、情報の把握に努めて、また先生方、いろいろ御相談を差し上げていきたいと思っております。

会長

ちょっと時間もないので、もう次、3に進みたいと思っております。

第3期の介護保険料の算定に向けてであります。御説明をお願いします。

事務局

第3期の介護保険料の算定に向けてということで、資料3をごらんいただきたいと思っております。

前段に実際の介護保険料の金額につきましては、来年1月に報酬改定の答申が予定されておりますので、それを見込んだ形で、次回、第6回の策定委員会で介護保険料の金額は告示

しをしたいと思います。

1ページでございますが、第2期目のときとは今回違った要因がございますので、1から9まで項目をお見せをしております。説明と、それから影響額ということで、これは単年度、3カ年の平均ということで影響額を載せております。この説明ということで、先に2ページ、3ページ、グラフと図を使って御説明をしたいと思います。

まず、2ページですけれども、上の方が第2期、下が今回3期目ということで、丸については歳入、いわゆる財源構成を載せております。

それから、右の方の縦長については歳出ということで、事業費、多くはほとんど給付費でございますが、今回2期から3期のところで総費用、ここは108%の増と載せておりますが、これは8%増、2期から3期、8%増ということで御理解をいただきたいと思います。総費用8%増ということで、その分財源を多く確保する必要がございますので、第3期目の全体の丸を大きく表示をしております。

それから、2期目の歳入の丸の方ですけれども、18%と書いてありますが、これにつきましては65歳以上の方の保険料として負担をしていただく分が18%ということで、今回、3期目については19%になっております。

それから、3期目の中ほどに矢印で基金取崩額3億円とありますが、第2期目の介護保険の予算につきましては、事業そのものがうまくいっているということで、歳出に比べまして歳入が上回っておりますので、その分は介護給付費基金という形で積み立てておりますので、今回その分を基金を取り崩して保険料の方に充てる予定でございます。

それから、2期目の上の方の右側の歳出の下の方ですが、ちょっと小さい数字ですけれども、財政安定化基金拠出金ということで0.1%、これにつきましては各県レベルでそれぞれ保険者が歳入不足に陥ったときの貸付金とかに充てる基金を持っておりまして、その0.1%、2期目で拠出をいたしておりましたが、3期目に当たりましては、現在、県の方で大体17億円弱ぐらいの基金がございますので、3期目については拠出はないということで、ゼロというふうなことになっております。

それから、第3期の下の方の歳出の一番下でございますが、地域支援事業費、これにつきましては給付費の2%から3%の歳出が予定をされておりますので、その分財源が膨らむということです。

3ページの方をごらんいただきたいと思いますが、介護保険料について、その段階等をこ

ここで示しをしておりますが、上の方が現行、下の方が、これは今回、制度改正がございまして、上の方の中ほどで四角で第1段階から第5段階と書いてありますが、介護保険標準で5段階ございます。これが制度改正で下の方、標準で6段階の改正になっております。これの改正につきましては、現行2段階掛け0.75という数字でなっておりますが、下の方に行きますと、これが2段階が新第2段階、新第3段階というふうなことで分かれてきます。それぞれ現行3段階が4、4段階が5というふうの一つずつ繰り上がっていきまして、現行の第2段階が、収入で行きますと、年金収入のみの場合は800千円のところで分かれてきまして、800千円以下の方については新第2段階ということで、保険料の料率が0.75から0.5に引き下げられます。これにつきましては、料率が下がるためにその分の財源が必要になってきますので、基準月額を少し持ち上げる必要がございます。

この制度改正と、もう一つ、16年度、17年度に税制改正がございまして、年金課税の計算方法の変更、それから高齢者に対する非課税優遇措置が廃止になります。上の方の現行のところの少し網かけで、新たにと書いてあります。新たに世帯課税になる方、それから新たに本人課税になる方、それぞれ保険料の料率の高い段階の方に税制改正で移行をしていきますので、全体が高い方にシフトしてきます。そういうことで、これにつきましては基準月額が引き下がってくるというふうな要因になります。こういうふうな制度改正、税制改正の影響がございました。

そういうことで、1ページに戻っていただきたいと思っております。

項目の1番、施設給付費の見直しと特定入所者介護サービス費の創設ということで、これにつきましては本年17年10月から既に居住費、食費については自己負担化をされておりました、影響額が9億円ということで、下げの要因です。この9億円の中には、高額介護サービス等給付費と特定施設介護サービス費の分については増要因ですけれども、この増要因については9億円の方には含まれておりません。

項目2番で地域支援事業の実施ということで、給付費の2%から3%を今回多く見込む必要がございまして、これについては約5億円の増要因。

それから、3番目で保険料の段階が5段階から6段階に上がりまして、第2段階の財源を確保する必要がございますので、これにつきましては保険料として約1億円の増要因。第2段階は料率が引き下がりますので、これは下げということで括弧書きで書いております。

項目4番で、第1号被保険者の占める保険料の負担割合が18%から19%になっております

ので、これについては保険料の約2億円の増要因です。

項目5番で、基金取り崩しにつきましては、単年度で1億円の基金を充てていきますので、これについては下げ要因でございます。

それから、6番目で財政安定化基金拠出金につきましては、3期目はゼロになりましたので、下げ要因になっております。

それから、給付費の伸びということで、先ほど御説明しましたが、総費用については約8%の増を見込んでおりますので、これにつきましては単年度で16億円ぐらいの増要因。

それから、項目8番で市町村民税の税制改正の影響がございますので、これにつきましては保険料の段階が上の方にシフトしてきますので、保険料としては1億円の下げ要因です。

それから、9番目に報酬改定で来年1月に答申予定でございますので、これにつきましてはプラス・マイナスの要因ということで、今の情報でございますと、報酬については引き下げを見込まれているということでございます。

ちょっと御注意ですけれども、表の一番下に影響額の欄を四角枠で囲んでいる数字は、保険料ベースということで表示をしております。その他につきましては事業費ベース、給付費ベースです。

ちなみに、項目7番のところ、金額約16億円の増要因でございますが、保険料ベースに引き戻しますと、この16億円の19%に影響があって、そういう形で、この影響額につきましては事業費ベースと保険料ベースで混在して表示をいたしておりますので、御注意をお願いしたいと思います。

保険料については、こういうふうな今回影響の要因があるということで御説明をいたします。

以上でございます。

会長

何か質問ございますでしょうか。

次に4番ですね。日常生活圏域と地域包括支援センターについて、よろしく申し上げます。

事務局

それでは、資料4をお願いいたします。

日常生活圏域と地域包括支援センターの設置につきまして、御報告を申し上げたいと思います。

資料の1ページをお願いいたします。

これまで広域連合内での日常生活圏域の設定につきましては、中途の案ということでお示しをしておりましたが、それぞれ構成市町村の方で考え方、一応まとまってまいりましたので、報告をさせていただきたいと思います。

まず、佐賀市でございますが、これにつきましては旧合併前の市町村域ごとに生活圏域を設定。そのほかの市町村につきましては、合併後の新しい市町の区域を生活圏域とするということございまして、全部で12の生活圏域を設定ということになってまいります。

それから、2ページをごらんいただきたいと思います。

地域包括支援センターの設置でございますが、これにつきましてもこれまで協議をしてきたところでございます。包括支援センターは、今後の市町の高齢者保健福祉に関する中核的な役割を果たすということになってまいりますので、これまで構成市町村の方で検討いただいておりましたが、構成市町がそれぞれ1センターずつ設置運営するというところで、サービスの質の確保を目指していきたいというふうに考えております。

一応この方向で、各構成市町村の方、考えまとまっておりますが、最終決定ということではございませんが、大体この方向でまとまるということでございます。

それから、包括支援センターの運営協議会でございますが、連合内で一つ運営協議会を設置するというところで、構成市町村におきましては包括支援センターの運営委員会を設置し、それぞれが連携して運営をしていくということ考えております。

3ページの方に運営協議会の業務内容を掲げておりますが、地域包括支援センターの設置選定変更に関する事項や運営評価に関する事項、それから連合内における多機関ネットワークの形成に関する事項、それからセンターの職員のローテーション、人材確保に関する事項を協議いただくということになっております。

構成委員は、介護保険サービス事業者関係団体、利用者、被保険者、地域資源や地域における権利擁護・相談事業等を担う者ということになっておりますが、当面来年の3月までは現在の事業計画策定委員の皆さんに委嘱をしたいと考えております。

18年4月以降につきましては、策定委員の皆さんにつきましては委嘱期間が終わってまいりますので、また関係団体と相談の上、決定し、委嘱をさせていただきたいというふうに考えております。

以上でございます。

会長

ありがとうございました。運営協議会の委員、よろしくお願いいたします。

何か御意見ありますでしょうか。なければ、また最後まで行って、全体を見直したいと思います。

資料の5の介護保険事業計画の構成について、よろしくお願いいたします。

事務局

資料5の介護保険事業計画の構成案につきまして御説明を申し上げます。

1ページをお開きいただきたいと思います。

今回の介護保険事業計画につきましては、今回、介護保険制度の見直しが行われたということでございまして、その見直しに沿った形での策定というふうなことで進めてきておるところでございます。

国の方から、お手元に別表第1ということで、別冊をお届けしておりますが、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針ということです。国が第3期の事業計画を策定するための内容ということで、今回、新たにといいますか、前回の部分を手直しして示したものがこれでございます。

この基本的な指針に沿いまして事業計画は構成をさせていただきたいと思っております。

1ページの中ほど以降、前回の第2期の事業計画の構成と第3期の、今回の事業計画の構成につきまして、それぞれ比較という形で対照させていただいております。

第3期の部分につきましては、アンダーラインを引いている部分が今回新たに加わった内容ということでございまして、第1章の計画策定の趣旨のところでは、今回の介護保険制度の改正の概要、そういったものを加えさせていただく。

それから、第2章では第3期計画の基本姿勢。

それから、2ページをお開きいただきたいと思います。

第3章で、今回制度改正に伴いまして、今計画に新たに取り組むことになりました日常生活圏域、地域密着型サービス、地域支援事業、地域包括支援センター、こういった内容につきまして、考え方等を示させていただきたいと考えております。

それから、第4章で第2期計画の総括、第5章で高齢者等の現在の状況、それから第6章で要介護、要支援認定者、それから地域支援事業者の対象者の推計等を掲げさせていただくと。

そして、第7章でサービスの見込み量と給付費の見込みということで、ここで基盤整備の考え方で、国の方から参酌標準が示されておりますので、そういった内容を説明させていただく。その後、介護給付と予防給付の見込みをさせていただくということでございます。

そして、3ページの方でございますが、中ほどで第8章で給付費等の推計。この中で、給付費の推計の後、介護保険料の算定ということで掲げさせていただきまして、最終、第9章で、これは前回と同じこととなりますが、介護保険のよりよい運営のためにという、この9章立てというふうなことで事業計画を構成してはいかがかなということで考えております。

以上でございます。

会長

どうもありがとうございました。

ここまで来ましたが、ちょっと時間がありますので、全体を通じて結構ですけど、質問でも御意見なり何でもいかがでしょうか。はい、どうぞ。

策定委員

地域包括支援センターですか、その運営費は保険料から出るんですか。

事務局

地域支援事業ということで、給付費の3%を地域支援事業に充てるということでしてありまして、その中に地域包括支援センターの運営経費は含まれていくこととなります。つまり地域支援事業の資料2の4ページ、こちらの方に掲げておりますが、上の円グラフの右側の方ですね。第1号保険料と国、県、市町村からの負担金というふうなことで賄われることとなります。

策定委員

市町村で設置されるけれども、費用は介護保険で見るということですね。

事務局

そういうことです。

会長

ほかにございませんでしょうか。はい、どうぞ。

策定委員

中部広域連合の運営協議会の委員というか、構成委員というのは、我々が次年度にシフトすると。大体同じような構成でシフトするということはわかりましたけれども、市町村の運

営委員会の構成委員というのは、この同じような構成メンバーとしてあるものでしょうか。それとも、それは全部市町村任せにしますよということでしょうか。

事務局

市町村で設置していただきます運営委員会につきましては、市町村のそれぞれ実情があるうかと思しますので、全体として、この運営協議会のメンバーの構成に倣うということじゃなく、やはり必要に応じて市町村の実情を反映したような構成になるんじゃないかならうかと思っております。

詳細につきましては、まだ市町村との意見交換が終わっておりませんので、ちょっと内容的にはまだ具体的にどうと言えないような状況でございます。

会長

よろしいでしょうか。歯科の先生も入れていただきたいということでしょうかね。

策定委員

主要な部分ということに対しては、ちゃんとしたメンバーを主要なところは入れてほしいということです。

会長

ほかにございませんでしょうか。はい、どうぞ。

策定委員

佐賀市の高齢者保健福祉計画委員会のときにも、策定委員さんと議論したんですけど、在宅福祉の部門ですね。地域包括支援センター、これが非常に重要な役割を果たすことが期待されているんですけども、なかなか現実的には地域包括支援センターがまだ見えない部分もあって、今回の計画の中で、各構成市町村1カ所ずつという部分については、やむを得ないのかなというふうには思うんですけども、特に地域包括支援センター、人口2万とか3万に1カ所ずつというような部分が出ている中で、特に佐賀市においては人口20万に対して地域包括支援センターが1カ所と。その分を従来の在宅介護支援センターで委託をやって補完するということにはなっているわけですけども、当面1カ所ということになると、地域包括支援センター、特に予防型のケアマネジメントのケアプランの策定ですね。このチェックというのが佐賀市の場合は非常に地域包括支援センター1カ所の中で重要な役割といたしますか、手厚い職員配置といたしますか、機能しなければならないためには、そういうことが非常に必要だと思いますし、理想的にはやはり旧構成市町村といたしますか、三瀬、大

和、諸富、富士というような部分で1カ所ずつ、最低は要るのかなというようなことで、今後、今回の策定委員会の中では、とりあえず各市町村1カ所ずつであってもしょうがないのかもしれませんが、将来的に、このままではやはり十分ではないというようなことも含めながら、この計画の中に、今後の検討課題といたしますか、そういった部分でぜひとも、これでいいんだというんじゃなくて、今後さらにそれは検討しなければならないというようなものにしておいてもらいたいというふうに思います。

会長

よろしいですね。何かありますか。地域包括支援センターも、まだ人事決まっていますよね、少なくとも。僕は思うんですけど、本当早く決めてほしいですね。そう思って準備していただかないと、突然4月になって、はい、あなたと言われて、できるのかなと思うんですけどね。そのあたりをちょっと御配慮をお願いしたいなと思うんですけどね。

何かほかにはございませんでしょうか。めったに、こんなに早く終わることなかったの、なければ終わりますけれども。

最後に、私の方から事務局の方をお願いということで、今話に出ましたけれども、できるだけ情報を積極的にとっていただいて、早目に我々に開示していただきたいとします。多少不確かなものでも構わないとしますので、その辺括弧つけていただいて、お願いしたいとします。

以上です。

これで会議を終わりたいとします。どうも御協力ありがとうございました。

これで事務局にお返しします。

司 会

それでは、次回、第6回目の開催の期日でございますが、報酬改定の答申が1月末に出ることが予想されておりますので、それを受けまして、2月の上旬を予定いたしております。期日については、また改めて御案内を差し上げたいとします。2月の上旬を予定いたしております。

それでは、これもちまして第5回の策定委員会を終了させていただきます。どうも御苦労さまでした。ありがとうございました。

午後4時48分 閉会