

第1回佐賀中部広域連合介護保険事業計画策定委員会会議録

平成20年6月30日(月)15:00～

佐嘉神社記念館 3階

【出席委員】

松永委員 藤岡委員 藤佐委員 堀委員 大川内委員 川原委員 陣内委員
森委員 山田委員 徳永委員 井上委員 山口委員 石丸委員 古川委員
上村委員 中下委員 服部委員 勝田委員 北川委員 木村委員 成清委員
凌委員 光藤委員 豊田委員 松本委員 岡委員 眞子委員 中野委員

【欠席委員】

秋次委員 平松委員 倉田委員 橋本委員

【事務局】

古賀副広域連合長 飯盛事務局長 松永副局長兼総務課長兼業務課長
甲斐認定審査課長兼給付課長 百武総務課副課長兼指導係長
安藤給付課副課長兼包括支援係長 山崎庶務係長 熊添行財政係長
深川認定調整係長 石丸介護認定第一係長兼障がい認定係長
岩永介護認定第二係長 坂井給付係長 太田業務係長 古川賦課収納係長
梶原 藤本

午後3時 開会

○司会

まもなく定刻となりますが、開催をさせていただく前にお手元にお配りしております資料の確認をさせていただきたいと思います。まず1枚目、式次第でございます。そしてその下に、資料1から資料4までです。資料1は1ページのみ資料となっております。資料2、資料3、資料4はこういう風に綴じておりますけれども、それと最後に第3期の事業計画書を付けております。ご確認をお願いしたいと思います。

いかがでございましょうか、よろしゅうございますか。ありがとうございました。

ただ今から、開会の辞を事務局のほうから述べさせていただきたいと思います。

○事務局

皆さんこんにちは。それでは、ただ今から第1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。まず委員の皆様方には大変お忙しい中、本日の会議にご出席をいただきまして誠にありがとうございます。

会議開会に移らせていただく前に、皆様ご承知のことと思いますけれども、4月14日に開会をいたしました佐賀中部広域連合の介護保険運営協議会議におきまして、運営協議会を第4期の事業計画策定委員会に移行するとのご決議をいただいております。運営委員会の委員の皆様が事業計画策定委員会の委員を兼ねてご就任をいただきました。また、同一の組織でございますので、運営協議会の会長と副会長は重ねてお役に付いていただくという事で、これから先も運営委員会を行っていくこととなります。どうかよろしく願いいたします。

○司会

それでは、お手元の式次第により進めさせていただきたいと思います。式次第の2番目でございますが委員の委嘱についてとなっております。これにつきまして事務局より説明を申し上げます。

○事務局

まず、当策定委員会の委員をお引き受けいただきました皆様に、委嘱状を交付させていただきます。尚、時間の都合もございまして、皆様の代表といたしまして会長でございます佐賀中部保健福祉事務所の古川様に、古賀副広域連合長から委嘱状を交付いたします。

○副広域連合長

「委嘱状。古川次男様。佐賀中部広域連合介護保険事業計画策定委員に委嘱する。平成 20 年 6 月 30 日 佐賀中部広域連合長 秀島敏行」どうぞよろしくお願ひいたします。

○事務局

ただ今、古川様に委嘱状を交付いたしました。他の委員の皆様につきましては事前にお手元に配布させていただいております。ご確認をいただきたいと思ひます。それを持ちまして委嘱状の交付とさせていただきます。

次に委員の皆様のご紹介でございますが、今回交代されておりますのは、佐賀市社会福祉協議会の久米康夫様のご後任といたしまして石丸義弘様が就任されていらっしゃいますのでご紹介をさせていただきます。

○委員

市の社会福祉協議会の石丸でございます。よろしくお願ひいたします。

○事務局

石丸様よろしくお願ひいたします。次に全委員のご紹介になりますけれども、これにつきましては介護保険運営協議会からの移行でございますので、お手元の資料に委員の名簿を添えさせていただいておりますので、それを持ちましてご紹介に代えさせていただきます。

○司会

続きまして、第 1 回の事業計画策定委員会の開催にあたりまして古賀副広域連合長がご挨拶申し上げます。

○副広域連合長

みなさん、改めましてこんにちは。本日佐賀中部広域連合の第 4 期介護保険事業計画策定委員会を開催いたしますところ、皆様方には何かと大変お忙しい中にこのようにご出席をいただきました。ありがたく感謝を申し上げます。

また委員就任にあたりましては、快くご快諾をいただきまして重ねて御礼を申し上げる次第でございます。皆さん方には日頃から本広域連合の介護保険行政に関しまして、ひとかたならぬご指導またご尽力を賜っておりますことに対し、重ねて御

礼を申し上げる次第でございます。誠にありがとうございます。

さて、皆様ご存知のとおり介護保険制度につきましては、現在の少子高齢化社会となっておりますこの社会で、お年寄りが安心して暮らせるように社会全体で支え合うという事で、平成 12 年 4 月からスタートいたしている訳でございます。現在 8 年を経過いたしまして、今年が第 3 期の最終年度となります。平成 21 年度からは第 4 期を迎えようとしております。現在の事業運営の状況につきましては、概ね順調でありまして、個人的な感想になりますけれども各界の皆様方のご協力のお陰で非常にすばらしい運営状況になっていると思っております。しかしながら介護保険が定着する一方で、過剰なサービスの提供や不適切なサービスの運用など、適正な事業運営を脅かす様な事件が起きているのも事実でございます。適正な運用について尽力をしていかなければならないと考えております。

介護保険事業計画につきましては、お年寄りの方々が安心して暮らしていける社会を実現するために、介護保険給付の円滑かつ適正な実施を目的といたしまして、昨年度のそれぞれのサービスの事業見込み案を確立するための施策などを定めるものでございます。第 4 期からの事業費についてでございますけれども、平成 27 年度以降には団塊の世代と呼ばれる方々が 65 歳以上になられるという事で、このため介護予防を重視した事業や地域で支えあう仕組みを、より強化した施策が必要であると考えておるわけでございます。

こういった事を踏まえまして、介護保険者であります本広域連合も適正な給付を行い、事業運営を行っていくために基本となります事業計画を達成することが必要となるわけでありまして。この策定委員会は本広域連合で事業計画の策定を行う上で幅広い分野からの皆さん方のご意見を伺いし、検討をいただくためのものとなっております。委員の皆様方にはこの資料の策定にいたるまで、専門的かつ広範囲な角度からご意見ご検討を賜りますようお願い申し上げます。

はなはだ簡単でございますけれども、第 1 回目の会議の始まりに対しましての私からのお願いのご挨拶とさせていただきます。本日は本当にありがとうございます。終わります。

○司会

古賀副連合長はこの後、退席をさせていただきたいと思っております。

議事に入ります前に次第に記載されておりませんが、今回の事業計画の策定についてコンサルタントとして西日本新聞社さんが見えておりますのでご紹介いたします。

(紹介)

○司会

これから議事に入りますが、規定によりまして会長が議長として議事進行を行うという事になっておりますので、今後の議事進行は古川会長にお願いいたします。どうぞよろしくをお願いいたします。

○会長

では、早速議事に入りたいと思います。まず1番目の策定スケジュールについて、事務局からご説明をお願いします。

○事務局

はい。資料の説明を行います前に、会議の公開につきまして事務局からご説明とご承認をいただきたい事がございますので、時間を頂戴したいと思います。

第3期の策定委員会と同様に原則として公開をするということ。これにより会議録、もしくは会議結果を広域連合のホームページ上で公開するという取り扱いにいたしたいということ。また、会議録の委員のご氏名につきましては、出席委員の一覧を公開することといたしまして、個別の発言については委員のご氏名は記載しないという事。及びそれぞれの段階で外部に公表できない内容等がある場合には非公開にするということ。これにつきまして非公開とする場合、会議録の訂正につきましては本広域連合長、会長及び副会長の判断によるもの。そして軽微な字句等の修正につきましては事務局によるものという事で、委員会にご承認をお願いしたいという風に考えております。どうかよろしくご協議をお願いします。

○会長

ただ今事務局から会議録の公開、非公開の話がありましたけれども。それでよろしいでしょうか、皆さん。それでは承認していただいたということで。

○事務局

はい、どうもありがとうございました。それでは早速議事の(1)策定スケジュールについてご説明をさせていただきます。お手元の資料1、A4の横ですがご覧頂きたいと思います。

6月の下旬に第1回策定委員会、本日の会でございますけれども。協議事項といたしましては全体スケジュール確認、高齢者要望等実態調査の結果概要、3点目と

しまして、第3期までの給付実績の分析を議題として掲げております。

そして8月の中旬には第2回の策定委員会を開催したいと考えています。この協議の政策といたしましては介護サービス利用者数及び利用量の推計、あと1点としまして、要介護・要支援認定者数の推計でございます。

そして、9月の中旬には第3回目の策定委員会開催いたします。議題といたしましては地域支援事業の推計を掲げております。

そして10月の中程に策定委員会分科会という風にかけておりますけれども、今回の策定委員会には各分野からご参加を頂いておりまして32名の委員さんとなっております。従いましてご発言も一人の委員さんに5分お願いいたしますと、それなりに時間が増えてしまうというような状況にもなりますので、第3回までの策定委員会の様子を見させていただきまして、もう少しご協議をしていただいたほうが良いというような場合には、会長、副会長ともご相談をさせていただきまして、テーマごとに発言する時間が確保できますように分けさせていただきまして、ご協議をお願いさせていただきたいという風に思っております。

これにつきましては第2回、第3回あたりで分科会を開催するかどうかは決まるとお思いますので、決まりましたらまたご連絡をさせていただきたいという風に考えております。

それから、11月中旬に第4回策定委員会。議題としまして介護保険給付及び地域支援事業の全体的な推計について、それから介護保険料の算定についてでございます。

そして12月が第5回の策定委員会でございますけれども、事業計画の全体案についてという事で、ここで大体の大まかな概要を作っていきたいという風に考えています。

そして1月の下旬、第6回目の策定委員会。策定委員会としましては最後になるかと思っておりますけれども事業計画案の決定についてご協議をお願いしたいと思っております。

そして2月には私どもが連合議会というものがございまして、今回策定されました第4期事業計画に基づきまして関連の条例、予算議案等を議会の方にお諮りする。そして4月からの実施というような段取りになります。

そして3月には介護保険運営協議会。毎年、年2回開催しておりますが、今年も4月14日に開催をさせていただいておりますが、2回目の運営協議会として3月上旬に開催をさせていただきたいという風に思っています。これも当然、来年度の事業計画の全体的なご確認を頂きまして、もうひとつのテーマとしましては介護保険のよりよい運営のためというテーマで運営協議会を3月中に開催をさせ

ていただきたいと思います。今後のスケジュールのご説明につきましては以上でございませう。

○会長

今、策定スケジュールについて説明がありました。これは年度6回、かなり密なスケジュールだと思っらんですけど。

○事務局

はい。2ヶ月に1回程度ということで、かなり皆さんお忙しい中だと思っらますけれどもよろしくお願ひしたいと思っらます。

○会長

このスケジュールについて皆さんご質問とかあつたらどうぞ。この分科会というのは具体的に、どういふ風に分けるんですか。例えばテーマを決めるんですか。

○事務局

3回目までの運営委員会の状況を見まして、テーマを決めまして、例えば包括だけのテーマですとか、給付関係のテーマですとか、いくつかの項目を決めまして。今全体で32名の委員さんがいらっしやいますので、できれば10名とか15名くらいで、協議していただきますと委員の皆様方の自由なご発言時間も確保できるかなという事で。3回目までの進捗状況を見て開催するかどうか決めさせていだきたいという風に思っらいます。

○会長

どなたかご質問ありませんか。最終的にこの4期の計画ができるのは、来年の3月ですか。

○事務局

一応2月に議会にかけまして、その後住民に対しての周知徹底期間というものがございませうので、パンフレット等を作って最終的には来年の4月1日に間に合うように作成をしたいと思っらいます。

体系だったのは4月1日ぐらいに。ある程度、住民の説明会を開催する必要がございませうので幾つかの要約版と本当の事業計画書、それは3月中にできれば良いなと思っらおります。

○会長

他にご質問ございませんでしょうか。

○委員

ただ今伺いましたけれども、3回の全体の会議は策定委員会が終わって、様子を見て小委員会みたいな分科会を作るかどうかとおっしゃいましたけれども。それも案だとは思いますが、これだけの計画でございますので、出来れば最初からこのようにグループが出来ていたら、そこで密な議論が出来て、それを委員会にもってくる事が出来るんじゃないかと思っておりますけれども。こういう大きな会議では、中々個々の意見が言いにくいかと思っておりますので、最初から小委員会を作ったかどうかというように私は思いましたのですが、それは如何なのでしょう。

○会長

どうでしょうか、今の提案について。

○事務局

はい。2ヶ月に1度の開催スケジュールということで、これを例えばもう少し具体的に意見を出していただくように12人前後という3班体制になるわけなんですけれども。3班を2ヶ月に一度という私どもの事務量が間に合いません。それぞれでまた集約する会議も必要になってまいりますので、進捗状況で。それぞれグループで発言された部分を取りまとめまして、やはりこういった会議で了承もらって先に進むという準備になりますので、従いまして2ヶ月の間に会議を4回開催することになります。申し訳ございませんが、やはり次の時にどういうサービスが必要なのか、どういうことを考えて連合が行ったほうが良いか、そのあたりの付近で本当の話をさせていただければということで。

第4回で大体見込みの推計あたりが出てきますので、その前にこういうものを今後考えていったほうが良いんじゃないかとか、今までの傾向を見てこういったことに対しての取り組みが必要じゃないかと。そのあたりで集中論議をいただければという風に思っております。

○会長

よろしいですか。大体こういうことが問題になるだろうというような予測はある程度つきますよね。こういうことがあって分科会をしなくてはいけないというよう

な事は大体わかるだろうと思いますけれども。3回開いてそこで問題点をピックアップしてそれぞれの専門の先生方に、10人くらいとかで。

○事務局

保険料だとか事業の内容についての、例えば予防の事業はどういうものでやったほうが良いのだとか、包括はどういう仕事をやったほうが良いのか、2つか3つくらいに分けて皆さん方にそこに入っていていただいて、ピックアップして、そこで集中的な議論を行っていただいた分を、何とか政策のほうに反映したいという風に思っています。

その意見を吸い上げた結果を、第4回の全体の会議でここではこういう意見が出たというのを取りまとめた形で、第4回会議をします。さらに必要になればご足労をかけると思いますが、その分科会だけは、何回か会議を開催させていただくと。第1回から第6回までのスケジュールの中でこういう風な中身になっていますので、こういう進行をしないと2月の議会にかけることは難しいので、もしこのお話になってくると、この間に何回か入れさせていただくというスケジュールになるかと思います。

○会長

そしたら出来るだけ早く分科会では介護予防事業についての会とか、予定は出来るだけ早く皆さんにお知らせしていただいたほうが良いと思います。その時に一緒にやると。そしたらわかると思いますので。

他にご質問は。それでは策定スケジュールについてはこれで終わりにしたいと思います。

次に(2)高齢者要望等実態調査の概要について。事務局から説明をお願いします。

○事務局

はい。それでは資料2をお願いします。資料2が高齢者要望等実態調査結果の概要報告書になっています。まずページをめくっていただきまして目次をご覧くださいと思いますけれども、大項目といたしましてⅠからⅢまでございます。Ⅰが調査の概要、Ⅱが調査結果の要約、Ⅲが主な調査結果ということでございます。まず、Ⅰの概要をご報告、ご説明いたしまして、Ⅱの調査結果の要約を中心といたしまして、必要なものについてはⅢの主な調査結果、これは具体的なデータ説明になりますけれども、必要なところはⅢのデータを使ってご説明をさせていただくということで進めさせていただきたいと思います。

それでは、まず 1 ページでございます。調査の概要といたしまして (1) 調査の目的でございますけれども、介護保険事業運営の基本計画となります「介護保険事業計画」は、介護保険法により 3 年ごとに見直すこととされております。また、市町村高齢者保健福祉施策の基本計画でございます「高齢者保健福祉計画」についても、介護保険事業計画との整合性を図る必要がありますことから、同時期に見直す必要がございます。本調査は、両計画の見直しのための基礎資料を得ることを目的といたしまして、佐賀中部広域連合下において統一した内容で実施をいたしております。

(2) 番としまして調査の区分・回収でございますけれども、縦に I から VI までありますが、上から要支援者、要介護者、施設入所者、特定高齢者の方、それから一般高齢者。ここまでは面接により調査を行っております。

そして VI 番目の第 2 号被保険者の方は郵送による調査を行わせていただいております。対象者の数、それから有効回収率は右に掲げているとおりでございます。尚調査の基準日は平成 19 年 10 月 1 日現在で行っております。

次に 2 ページをお願いいたします。2 ページは II の調査結果の要約でございます。大項目といたしまして 8 項目記載しております。

まず「1.基本属性」では、3 点掲げておりますけれども【世帯や生活の特徴】そして右側に掲げていますが、在宅者（要支援）の 3 割弱が単身世帯である。2 番目としまして【介護の原因と介護期間】在宅者（要介護）の約 3 割、施設入所者の 4 割が介護期間「5 年以上」ということとございます。3 点目として【要介護度の変化と認知症】ということで、在宅者（要支援）の 16.1%が「軽くなった（改善した）」と回答をされております。

6 ページをお願いしたいと思います。6 ページが更に具体的なデータになります。

III.主な調査結果、1 基本属性で今回調査の調査対象の方の (1) 性別・年齢構成でございますけれども、今回対象者の方は女性の割合が多くなっています。これは認定者証の割合も男性の方が 27%、女性の方が 73%となっているので回答者の方もこのように女性の方が多くなっているという風に考えています。

それから 7 ページの (3) 同居者の構成がございましてけれども、いずれの区分も本人だけの単身世帯、または本人とその配偶者のみの世帯の割合が高いのですが、一般高齢者の方も単身者と 65 歳以上の方の所帯を合計いたしますと 50%を超えております。一般高齢者の方につきますと、1 番下でございますが、本人だけの単身、その次が本人とその配偶者 65 歳以上。一つ飛ばしまして本人と配偶者以外の高齢者 65 歳以上の方。この 13.6%と 32.9%と 3.8%を足しますと 50.3%になるということで高齢者の世帯の割合が増えているということとなります。

次に 9 ページの (6) 介護が必要になった原因と期間でございますけれども、この項目は男女差が大きくて男性は「脳卒中」、女性の方は「リウマチ・腰痛・関節炎」、そして「骨折・転倒等」が多くなっています。そして、要介護者、入所者の方は「認知症」の割合も高くなっております。

その下の②介護が必要になってからの期間でございますけれども、これはご覧いただけますとわかりますように「5 年以上」の割合がいずれも高い割合になっています。

次に 11 ページでございます。(8) 認知症による問題行動の有無と経過期間でございますけれども、①として認知症による問題行動の有無といたしまして、認知症による問題行動がある割合は、在宅者（要支援）では 6.9%であるのに対して、在宅者（要介護）では 49.0%、施設入所者では 40.4%と要支援者の方と比べて割合が非常に高いという違いが出ております。

2 ページに戻っていただきたいと思えます。「2.健康状態や生活動作、リスク要因について」でございますけれども、【特定高齢者の危険信号】といたしまして身体の痛み、物忘れ、おっくうになったというような回答が多くなっています。

それから次に【健康診査とかかりつけ医】についてですけれども、特定高齢者と一般高齢者では健康診査受診率に差がめだつというような内容となっております。

続きまして「3.介護保険サービスについて」でございますけれども、ここではまず 1 番目といたしまして、【介護保険サービスの利用状況】。在宅者（要支援）はやや利用が減っておりまして、在宅者（要介護）は利用が増えているということでございます。

次のページでございますけれども【利用料の 1 割負担】。半数は「適当」、一般高齢者、第 2 号被保険者でやや「高い」という回答であります。それから【希望する介護形態】でございますけれども、自宅で家族等の他、ホームヘルパー・ショートステイ等を活用したいと、自宅での介護を希望されている回答が多くなっております。それから【介護サービス等の利用状況・利用意向】でございますけれども、両方とも通所サービスの利用意向が最も高くなっています。それから【保健サービス等の利用状況・利用意向】ですけれども、特定高齢者の健康教育利用率は 3 割弱です。

次 4 ページ【地域包括支援センター】でございます。在宅者（要支援）の認知率は約 5 割、その他は「知らない」が大半ということで、まだまだ認知率は低いというような結果となっております。

それでは 12 ページをお願いします。中ほどの (2) 健康について気になっていることでございますけれども、「身体のどこかに痛いところがある」が 41.5%、「物忘

れが多くなってきた」が 32.5%、「歩くのがおっくうになった」が 30.7%と、この 3 つの割合が高くなっています。

次のページの（3）健康診査の受診状況でございますけれども、健康診査を受診している割合は特定高齢者の方で 83.1%、第 2 号被保険者で 72.9%と一般高齢者の方ではやや低く 52.7%となっておりますが、一般高齢者の方は現在治療中だから受けていないという方が 23.1%いらっしゃいますので、それを合計すると特定高齢者の方と変わらない数字かなという結果でございます。

次に 15 ページをお願いします。3.介護保険サービスについて。前回の制度改正がございました（2）平成 18 年 4 月以降の利用の変化でございますけれども、①介護サービスの利用種類ですが在宅者（要介護）の方では「増えた」という方が 24.0%、「減った」の 4.9%を大きく上回っています。次に②介護サービスの利用回数でございますけれども、在宅者（要支援）の方の 19%が利用回数が減ったと回答されておりますけれども、これは制度改正によりまして利用回数の制限がなされたことが影響しているものと思われまます。また、在宅者（要介護）の 35.1%の方が利用回数が増えたと回答されております。

次のページをお願いします。制度改正後の利用状況で 3 番目として③介護サービスの利用料金についても聞いております。在宅者（要支援）の方は「変わらない」が 45.6%で最も多くなっておりますが、在宅で（要介護）の方は「負担が増えた（新たに追加した）」が 44.2%と最も多くなっています。これは食事代等の自己負担が増えたことが原因ではないかという風に考えられます。

次に 17 ページの（4）介護保険の利用料について聞いておりますけれども、要支援者、要介護者とも「適当だと思う」が過半数でございますが、施設入所者の「高く感じる」という割合が前回の調査では 4%でございましたけれども、今回の調査では 9.5%。施設入所者の割高感が増えております。これはホテルコストの自己負担が影響しているものという風に考えられます。

次のページをご覧ください。18 ページの（5）本人が希望する介護形態でございますけれども、①在宅要支援・要介護者が希望する介護形態は、いずれも自宅を中心としたものが多くなっております。次に②でございませども、特定高齢者・一般高齢者・第 2 号被保険者が希望する介護形態につきましても、自宅での希望が多い結果となっております。

それから次に 19 ページの（6）介護サービス等の利用状況・利用意向で①訪問介護・介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）でございますけれども、訪問型のサービスにつきましては、利用していないが要支援者・要介護者とも約 66%と多くなってございまして、その理由としましては、必要がないからが最も多い結果となつ

ております。

次のページをお願いいたします。中ほどの訪問介護（介護予防訪問介護）の今後の利用意向・利用希望回数（時間）等に関するアンケートを行っておりますけれども、今後につきましては「今後利用したい」が最も多い結果となっております。在宅者（要支援）で 34.8%、要支援者・要介護者にしましても 28.5%となっております。希望回数としましては週 2 回で、希望の型としましては生活援助型が 41.6%と一番高い数字となっております。

次に少し飛びますけれども、24 ページをお願いいたします。24 ページの中ほど、これまでは訪問型のサービスについてのアンケートでございますけれども、これからは通所型のサービスについてになります。⑥通所サービス、介護予防通所サービスですけれども、現在利用している方が要支援者・要介護者とも 6 割以上で、今後の利用意向でも訪問介護よりも利用したいという意向は高くなっています。

次に、29 ページをお願いいたします。（7）地域密着型サービスの利用状況・利用意向でございますけれども、地域密着型につきましては、いずれのサービスも利用率が低く今後の利用意向といたしましては「わからない」という回答が多くなっております。

次に、33 ページをお願いします。（11）地域包括支援センターの利用状況でございますけれども、「知っている」という人の割合は低いのですが、知っている人の利用率は 60%台と高くなっておりますので、今後更に周知をしていく必要があるという風に考えております。

また 4 ページにお戻りいただきたいと思っております。上の方で「4.」でございますけれども、ここからは在宅者を主に介護をしている方からのアンケートの結果でございます。【介護者の状況】でございますが、在宅者（要介護）を主に介護している方の 4 割強が 65 歳以上の方でございます。そして【介護期間と介護者の健康状態】在宅者（要介護）の 2 割強が健康状態に不安があるという回答になっています。そして【介護者の負担感】では、経済的な負担感は半数以上が「かわらない」、あるいは一部が「重くなった」という回答でございます。それから【介護上の問題】といたしましては、精神的な負担が大きいという回答が一番多くなっております。次に【今後利用したい介護サービス（新予防給付）】ですが、本人さんも通所型のサービス利用の方が多かったのですが、介護している方のほうも通所サービスの利用をしたいという回答が多かったです。

それでは、この回答のご説明をしたいと思っておりますので、34 ページをお願いします。4.在宅者を主に介護している方の状況について、（1）利用者本人との続柄でございますけれども、要支援者は「子供」が 21.5%と最も多くなっております。要介護者

は「ご本人の配偶者」が 28.8%と最も多い結果となっております。

(2) 性別・年齢でございますけれども、「40～64 歳」の女性の方が介護しているというケースが最も多くなっています。また 65 歳以上の方が介護をなさっているケースも合計しますと 4 割前後になっています。

次に(3) 介護期間でございますけれども、「3 年～5 年未満」というのが 1 番多くなっております。その次に多いのが「5 年から 10 年未満」というような回答になっています。

次のページをお願いします。36 ページの(6) 介護の負担感ですけれども、要支援者の方を介護されている方は「かわらない」というご回答が最も多くなっています。要介護者を介護されている方は、身体的、精神的に「以前より軽くなった」と回答された方が約半数となっております。

次のページでございますけれども、(7) 介護上の問題といたしましては、「特になし」という回答が最も多くなっています。介護をされている立場からしまして「医療機関への通院が困難である」が要支援者で 15.2%、要介護者で 20.0%となっております。

次のページをお願いします。38 ページの(8) 希望する介護形態でございますけれども、先ほどは介護されている方の回答でございましたが、今度は介護をしている方の今後希望する介護形態でございます。本人様が希望する介護形態よりも自宅での介護希望の割合が高くなっております。「自宅で家族の他、ホームヘルパー・ショートステイを活用したい」が在宅者（要支援）の方で 54.7%、在宅者（要介護）の方が平均で 64.2%。本人様よりも介護されている方の自宅介護意向が強いというような結果となっております。

次に 5 ページにお戻りいただきたいと思えます。一番上の「5.介護保険施設について」で、でございますけれども【施設入所までの期間】が特別養護老人ホーム入所まで 1 年以上かかった人が 4 割弱というような結果になっています。それから【施設入所期間】でございますけれども老健入所者の 3 割弱が入所 3 年以上になっています。

続きまして「6.地域支援事業について」でございますけれども、【介護予防事業への参加】につきましては、女性の参加が多く、参加者の約 7 割は状態が改善したというようなご回答になっています。これも 44 ページでご説明したいと思います。

44 ページ、中ほどの②参加したことがある介護予防事業と介護予防事業参加後の心身の状態でございますけれども、まず、参加したことがある介護予防事業は「運動機能向上（通所介護予防事業）」が 90.4%。「口腔機能向上（通所介護予防事業）」が 51.2%。この 2 つが非常に高い割合になります。右のグラフが参加後の心身の状

態でございますが、「非常よくなった」が 27.5% 「ある程度よくなった」が 42.1% と、参加した方は状態が非常よくなったというようなご回答でございます。

そして次のページですが（２）介護予防や身体状況の悪化防止に必要な取り組みとしては、どういうことが必要ですかというご項目では、「転倒・骨折の予防」が 1 番、2 番が「認知症の予防」、3 番目が「筋力の現状維持や向上」ということで、この 3 点の予防や防止が必要というご回答が多くなっています。

次にまた 5 ページにお戻りいただきたいと思います。5 ページの中ほどから下、「7.就労状況・生きがい対策について」。**【就労状況】**は 60～64 歳の方の 6 割強の方が働きたい、働き続けたいというご回答が一番多くなっています。

次に「8.高齢者施策全般について」でございますが、**【今後力を入れてほしい高齢者施策】**といたしましては、ご希望として「寝たきりにならないための施策」を求める声が特に多くなっております。

以上で高齢者要望等実態調査結果の概要のご説明を終わらせていただきます。

○会長

ただ今、調査結果のご報告がありました。概要とある程度詳しい面もあったと思います。これに関して皆さんいろいろ考えるところもおありではないかと思っておりますので、ご質問があったらよろしく願います。細かいことでもよろしいですので。この報告の内容と実際我々が感じている状況とほぼ似ているのか、あるいはちょっと違っているところがあるかもしれませんけど、そういうことも含めてご意見があったら願います。

○委員

特養入所までが 1 年以上ということ。例えば特養の入所と言っても、在宅からとか療養所からとか、例えば老人保健施設からとかいう経過があると思うんですけど、どういう風な。

○事務局

40 ページの（２）入所直前の居所ということで、自宅、病院、それからグループホーム、ケアハウス等々を載せております。

○委員

こういうところが廃止というか減少するんですけれども、その点を踏まえてこの点はいかがでしょう。今後の対策として、こういう医療面も介護も崩壊の状況にな

っているのです。これをこんなに1年とか言って。今の状況はこれで何とか。今後の施設の対策というのはどういう風になるのでしょうか。医療の方はそういう風に決定されているんですけど。

○事務局

まだ、佐賀県の療養型の転換状況がどういう風になるのかは出ておりませんが、基本的には施設としては、中部管内は不足しているという風を感じております。待機者の方々が千人近く、それぞれ施設のほうにお願いしまして、何人くらい待ち状況があるのかという形を総計して足しますとそれ近くになります。2つも3つもお願いされている方がありますと実質の数はつかんでおりませんが、大体それくらいの数で、大体1年以内に入所されているというのがほとんどでありました。

私の方としては国が決めている給付費の状況を見て、施設と在宅の比率ですけれども、それが国の言う数字と10%近くかけ離れております。国が今回またこの事業計画の中でその数字を出来るだけ下げろという形で言ってきますと、施設は療養型の転換以外は作ることが出来ないということになって、非常にこの事がこの計画の中の大きな問題になるのではないかとこの風を感じております。施設自体は現在ある分以外には建てられないわけですので、後どうやっていくかと。病院で作っていただいても病院が無くなってしまふという形でありまして、先行き非常に私のほうとしても在宅に力を注ぐわけですけど、本当に施設に入らざるを得ない方というのは、やはりそうは言っても居るわけですし、その辺が非常に危惧をいたしております。

○委員

医師会の方からの話で今、武雄市民病院の問題があるんですけど、やはり一番困るのは今、大病院志向というか、クリニックと有床診療所の問題ですけど。中々19床までの有床診療所が、殆どがやはり、ひとつの問題が夜勤のナースの問題があつて。それで殆どクリニックの状態になっているのが結構多いんですね。これまで非常に佐賀のナースはあちこちに小さい医院があつて、大体そういう風にして私たち生きてきたと思うんですけど。そういうところが非常に少なくなってきたというのは皆さんお感じになると思うんですけど。今殆どクリニックとそういう風な前の有床診療所がクリニック化して、病院はそのままの形態ですけど、入院はやめたというのが非常に今多くなってきました。そういうことも合わせるとやはり、何々難民という人が多く出てきているということ、私もちよつと。介護保険の中でも医療保険の中でも、非常にこの辺が整合性が難しい状況であるということ、皆さん方

にお知らせしたいと思います。

それとまた大病院のほうの勤務医の疲弊というか、忙しくてドクターは殆ど 24 時間勤務で次の日もまた仕事というようなアンケートの結果も出ています。これもひとつの医師不足の一環になっていると思います。

そういうことを、よく分かってもらわないと非常にこれから先。今あちこちの病院では連携をとりながら、これは介護だけだからとか、これは医療だけだからということで、ある程度それを各病院でソーシャルワーカーがいて、例えば佐賀医大では、県病院とか社会保険病院、大きい病院と連携をとりながら病々連携やっている。その中でまた介護の療養型が 22 年から一応減少されると。今 15 万床まで減少しているのを 20 万床と、これも定かでない。

今、局長が言われたように、佐賀の場合なかなかうまく今まで医療も介護も出てきて、救急に関しても佐賀市に関しては、非常に上手くいっているという風に自負しています。子供診療所も休日、夜間等の診療所も非常に運営がうまく行っているようですし。そういう点から、もちろん中部広域、非常に介護保険に関しても当初から積極的に私たちも関係もって来たんですけど、ここに来てやはり非常に大変な状況になっているので、その辺を各委員の皆様方に何か意見を出していただければ、私が答えられる範囲は答えますので。

非常に医療機関は今大変な時期になっておりますので、県立病院の九大の外科の先生が引き上げるとか、市民病院のこともありますけど。自治体病院が今ズタズタになっておりますので、そういうことも合わせると非常にやはり深刻な問題ではないかということをお教えしたいと思っています。介護保険だけとは関係ないと思いますけど。

○会長

今、委員から、言わば今の日本の医療崩壊ということで、佐賀県も例外にあらざという事で色々な医療の世界でも問題が起こっているし、医療の世界がそうになると非常に介護難民とか言う言葉も使いますけど、そういう状況になるであろうということですね。

そうなると思えるだけ在宅でと言われましたけど、なかなかその受け皿がないというか、非常に問題があるんですけど。

○委員

今は、在宅介護支援センターは介護保険においては無いものになっておりますので。包括支援センターの認知度が低いというところがすごく気になっております。

老人福祉法では在宅介護支援センターは残っているというので、中央の方では介護保険以外で在宅介護支援センターを何とか残したいという努力を今すごくされていますので、また、地域に根ざしたそういう相談のサービスがあればと思います。身近に 24 時間ワンストップサービスという意味の在宅介護支援センターが生き残れば良いなと思っております。

○会長

どうもありがとうございます。皆さんそれぞれの専門のお立場でご意見がありましたら、良い機会ですので。はい、どうぞ。

○委員

実際に調査に関わらせていただいた者として、実は 3 年前の調査項目と殆ど同じ内容だったという風に記憶しているんですが。今後の調査の項目を作ってくださいと上で少しご検討いただければと言いますのは、現在利用しているサービスと色々ありまして、今後の利用意向の質問項目があるんですけども、今後どういった状況に変わるか分からないのに、今後色んなサービスを利用したいか、したくないかと聞かれても答えようがないという意見が結構多いんですね。どこに麻痺がくるかも分からないし、どこに障害がくるかも分からないような状況の中で、どんなサービスを利用したいか、そのサービスを利用したいか、したくないかと聞かれても非常に答えにくい、というような意見がありますので。今回のサービスについてどうこうというのではなくて、今後 3 年後にまた同じような調査をされるということであれば、そういった質問項目については、少しご検討いただきたいなという風に感じています。

○会長

よろしいですか、事務局の方。

○事務局

質問の今後というのは、直後の今後を質問いたしておりまして、例えば在宅のサービスを受けてホームヘルパーを利用してるけれども、通所介護を受けたいというものに対しての利用意向を主にとるようになってはいるんですけども、その説明が上手くいかないで、1 年後だとか 2 年後あなたの体が弱った時に受けたいものだとか、そういった意味合いに取られている部分があります。そこのあたりをもう少しおっしゃったように期間の徹底化を図りたいと思います。

○会長

他にご質問はございませんでしょうか。はい、どうぞ。

○委員

今のご質問というか、私も今後利用したい、利用したくないという項目を見てたんですけれども、したくないという答えの結果が倍以上ということで、利用したくないというのが分かっていると、利用したくなくても今はそういう風に考えられてないんだなと思うんですけど、実際サービスを提供しておられる委員の方もいらっしゃると思いますけど、この結果を見ると自分達がやってることが、利用者さんたちにとって有意義なものなのかと考えてしまうような結果を見ているような気がして非常に不安になるところであります。

先ほどの医療からも出来るだけ早く改善していかなければいけないとか、言っていますが、受け皿が十分にできてないという状況で、でも実際に利用する利用者の方というのは利用したくないという風に思われているのであれば、いくら基盤を整えていってもあまり意味がないような感じもしてきますので、ここの理由をもう少し教えていただけるとよろしいかなと思います。

○事務局

利用意向の部分で、利用したくない部分について、今後のあまり利用したくないということについての理由は今回は取っておりません。おっしゃるように現在、例えばの話、通所介護を利用しているけれども、利用したくないとお答えされている方が居られます。施設が悪いのか、自分の家が良から出て行きたくないのか、そこら辺りの事はまったく今回の件については入れてない所なんですけど、本人の利用したい意向と現在利用されているサービス状況が違っているのが現状なので、そこらあたりがもう少し私の方も本当の分析をする際については、必要だったかなという風に感じていますので、3年後になりますけれども、次回の時は忘れずに利用されない場合は、どういった理由かという理由を聞いていただくような形での、実際調査や面接をやっていますので、聞くことは出来ますので行っていきたいという風に思います。

○会長

他に。はい、どうぞ。

○委員

先ほど、前の調査と今回はあまり変わらないというような事をお答えになったんですけども、前の調査が3期計画を作成するためにとられた結果かどうか分かりませんが、今回の調査は次の4期に向けての調査だったんですよね。そうしますと、やはりそれぞれの調査を反映したものでなければ、来年来るものとしての計画だろうと思いますので。

まず1点伺いたい事は、前の調査と今回の調査の質問項目が、まったく違ったものと新たなものと同じものとあると思いますけれども、その辺がどうなのかという事と、それから前の調査と今回の調査と類似しているものと違っていているもの。その比較のものがございましたらお教えいただきたいと思います。

○会長

よろしいですか、事務局。

○事務局

まず、前回と今回の違いの大きな部分は、要支援者が分かれた点です。介護予防事業が包括という形で入っていった事が大きな違いです。その為の質問事項が若干変わったということで、おっしゃるように第1期からずっと統計を取っておりますので、基本的には質問項目は変えないという形で、保険者が集まった席上でこういった内容になりました。どうしても必要な今おっしゃられたように理由を聞きたいとか、そういった部分があればそういう部分は付け足していきますけれども、あまり1回1回変えていますとトータル的な推移が分からなくなりますので、必要項目の殆どはそのまま踏襲しようという考えで今回作り上げております。

前回と今回の大きな違いについては、数字が少しずつ増えてきたなという感じはございます。例えば通所型のほうに訪問型からシフトしてきたというのは数字が増えてきております。それから単身所帯が少しずつ増えてきたと。年々増えてきた傾向はございますが、大きな傾向そのものは、今回と前はそう変わりなかったという風に言っておきたいと思います。

○会長

よろしいでしょうか。基本的にあまり変わっていない。例えば3年経っても介護を受ける方もされる方もそんなに大きな変化はないということですね。

○事務局

ええ。特に先ほど言いましたように訪問型よりも通所型のほうにシフトされたというのは大きく今回は伸びて出てきております。ただ2期3期からそういう傾向はございました。だんだんそちらのほうに行くと、今回はかなりそっこのほうの幅が大きく出てきたということで、基本的な傾向が変わったということじゃありません。

○委員

ちょっと局長、僕も団塊の世代と思うんですけどね。核家族化しているのと、もちろん厚労省が言う在宅を重視するということは非常に良いことなんですけど。結構皆さん方、自宅で家族等でホームヘルパーとショートステイを利用したいということが、果たして今施設とか療養所を持っている先生たちはあまりそんなに思っていないで、だんだん重症化して、医療も要るわなかなか家には帰してくれるなという、そういうことが非常に多いんで、この18ページのところ、どうしても納得できかねるところがあるんで、ちょっと医師会であまり医療と、一般の委員の方いらっしゃるんで、非常に今困るのは、実は公的病院で14日をいわゆる在日数ということにして、次の受け皿を、おそらく今医大か県立病院に行くと、2週間後は次の病院探してくださいというような形をすぐ言われて非常に困っている方が多いと思うんですよね。そういうところで、今日少し医師会長としてその辺だけ一般の方にもお話ししたかったんで。実際私はスタンス的に、やはり3ヶ月くらいは親孝行しなさいよと。このスタンスの問題だと思うんです。1年すると疲れますよ。どうしても施設に入所させていたほうが楽だという事。これは身体的にも精神的にも、もちろん経済的にもそうだと思うんですけど。恐らくそういう考えをお持ちの方多いと思うんですけど。非常にこういう風なことを一般の方が介護している方がおっしゃると、非常にこの統計を家族に明日から見せて啓蒙してあげたいなと思うくらいの気持ちで見てたんで。僕はもう少しカウントが少ないだろうなと思ってたんですけど。特にこれから先、我々、団塊の世代が核家族化して戻ってきて色々親孝行してくれたら、こういう数字が全然出てないと、感じられないと思うんですけど。実際非常に私はこれから先、団塊の世代の意向によってかなり変わるかなというのも私は考えているんですけど、その辺を併せて局長も同じ世代で、どうでしょうか。

○事務局

今現在のこの数字は団塊の世代の人たちが介護を現実に行っている状況での数字に出てきております。従いまして、佐賀中部圏については7年、8年位前から今の傾向がずっと鈍化してやってきております。ところが我々団塊の世代が働きに出ま

した福岡、大阪、東京。ここは、我々の年代が介護をやっていませんので、一気にこういう状況が訪れるようになります。うちはすでに出て行った人ばかりで、なんやかんや言っても6割近くの方が、親と一緒に住んだり、面倒見る方がいたりという形で、ずっと来ておりますので、在宅サービスについても大体国の基準通りの数字で移行しておりますので、この傾向は10年後、15年後も、少しは伸びていきますが、あまり変わりません。そして中央が一気に65歳以上の人があと10年になって75歳になった時に一気にその状況が、ぽんと出てくるというところで、対策的には私たちのほうが立てやすいといえますか、でありますけれども。そういったことで中央が10年、15年後に迎える困難な状況に比べまして、地方のほうは既にそういったものを経験してきているので、非常に介護の仕方としてはしやすいと思います。

体の元気をどんどん作っていきましても、最終的に必要なものは何かという形を考えていかざるを得ないのかなと思っています。今在宅をどれだけ支えることが出来るのかという形が施設を助けていくといえますか、今現在のある施設を増やすことが出来ませんので、そこを助けていくためには、施設もそうなんですけど、地域の人たちも支えていく方向性で今回計画は作らざるを得ないのかなと思っています。

その為には介護と医療とそれから生きがいと。これらをかみ合わせる必要があるんですね。どうしてもそれが必要になりますので、そのネットワークを作っていくかどうか問題かなという風に思っています。そうしないと今まではそれがなかったんで困ったらすぐ施設という形でしたので、施設がないと大変だという形でしたけども、これからはそればかりではやっていけないのかなという気がしています。

答えになったか、ならないか分からないですが、ただ、私が実際母親を介護していて、本人は施設に入らないと、自分としてはしょうがないなと覚悟はしていますが、それでも施設よりも何とか自宅でみたいというのが願望でして。その願望がこの数字に出てきていると思うんで、これはやはり変わらないのかなという風な気がします。これはあくまで、望みなので、自分がどこで死にたいかという希望を取ったときの数字だろうと思うので。それと本人の頭がちゃんとしていたら、自分は在宅で一人でやって、子供に迷惑をかけてまでやっていくことが出来ないのでもういうところには入らない、そうなるべきかなという認識はあって承諾していくと思うんですけど、あくまで、そうは言っても、死ぬ場所は自宅で死にたいというのがこの希望で現れてきていると思います。

○委員

局長がおっしゃったとおりでいいと思うんですけど、どうしても要介護のところを書いてあるけど、やはり認知症が一つのキーポイントで。これが非常に大事な事

で。それと先ほど、局長も親孝行ですけど、もう少し認知症を認識してやらないと私もですけど、マザコンかもしれないけど、それが非常にネックになっているという現実がありますね。どうしても息子が問題、キーパーソンと。ちょっとこれは余談ですけど。女性と比べて男は非常に自分の父親と母親を認知症と、非常に思うんですが、僕の友達全部僕に預けるけど、非常に認知症という言葉を使うと嫌がるんで、それが佐賀のこういう土地柄だなと。これはおそらく皆さん方、西日本新聞の方もおそらくドキッとされていると思います。そういう風な感じがありますね。私としては。非常に良い事ではあると思うんですけどね。そういう風な印象を持っていたので。決断が、だから、ギリギリまで頑張ろうという気持ちがあるんですが、やはりその辺が限界が来たときは、受け皿がないという事で、これからが難しいなという、その辺のジレンマでしょう。非常にいいことだと思うので、この佐賀としては中央よりもその辺がちゃんと出来ているなら介護に関しては良いという風に思っています。

○会長

ここのところは希望がかなり入っているんですよ、将来の。現実をちょっと離れて出来たらこうしたいと。先生が言われたように、いざとなると3ヶ月位まではそれで良いけど、それから先とても体が動かないとか。どうですか、ご意見。

○委員

やはり施設や病院にやりたいという家族は誰もいないと思うんですよ。やはり、やらざるを得なくなってきた、そういう施設とか病院も利用するんですよ。実は私の母も認知症で13年です。だけどその段階において自分が今ここまで出来る、もうすぐでも、この辺ではきついと思うときには、やはり医療とか施設とか在宅支援センターとか、そういうところで助けてもらって、在宅と言っても、在宅で何日も見られるわけでもないし、今の現在の私の母の場合、寝たきりですので、2泊3日家を見て、2泊3日ショートステイにするというような。でもそういうような状態で家で見ても、すごく心が温かいというか、みんながやはり家族が認知症の親に対して色んな手当てをしようという風に思うんですね。やはり何も出来ないからポンとやってしまうというよりも、やはりこういう考えとか支援も家族としては今後やはりして欲しいなと思うし、出来ないときには医療に委ねればいいんであって、そしてそこで治療が出来て、少し帰れるよと言えればまた家に帰してもらえればいいんであって。

だけど、家に帰っても例えば共稼ぎであったり、ということだったら、ずっと出

来ないと思うんですけど、私のように働いてないとそれが出来る。経済的にも出来る家はそういう家族の思いとか、そういうものをやはり施設とか病院側がくみ取って家族に相談していくというような方向でいければ、今のようなこの事が、在宅でも出来るんじゃないかなと思うんです。だからそういう家族に対しての指導みたいなものも、やはりその辺の施設とか病院からやっていただいて、やはり家族それから病院、施設ともに家族と手を組もうよというような、そういうところで何かプランなりそういうものを作っていければ、私は今自分がこんなに介護をしてこんなに幸せな事はないという、ものすごく親が可愛いというような段階まで来ていますので。本当に在宅ではありがたいなと思います。支援していただいてですね。以上です。

○会長

在宅なら在宅、施設なら施設ときちっと決めないで、ある時は在宅で、きつくなったら時は入院という、少しフレキシブルな考えが出来ればいいでしょうけど、なかなかそこは上手く連携を取らないといけない、これからですね。病院と介護施設とか色んな。だからもしそうなると、そういうシステムみたいなものを作らないといけませんね。

難病の方が在宅で人工呼吸器を付けてありますけど、その人の介護をするときにかなり疲れられますので。実際やっていますけど。そういう感じの事を少し考えたほうがいいかなという気はします。

○委員

我々、介護老人保健施設の事例として、在宅復帰、地域連携、地域包括の支援という風な事でやっております。今言われたようにやはり在宅と施設、それを交互に利用して非常に幸せな家庭生活をされている方はかなりいらっしゃいます。我々も「皆さん3ヶ月ですよ、4ヶ月くらいで良いですか」と状態を見ながらしています。けれど、それを無理強いしたら結局あまりにも家庭の内面にいって、非常に気分を害される事がありますけれど、それは非常に限られたところが多いようです。

いわゆる家族が多くて裕福でどこにも勤めに行っていらっしゃらないというようなご家族は殆どすべてが在宅で見られます。しかし、やはりどうしても共稼ぎ、あるいは生活のためにというような、ある程度元気な方とか、あるいは介護が必要な方に関しては、家庭状況というものが大きなネックになっております。我々も最初からなるべくは駄目ですよ、だけど末永くはお世話はしますよと、施設のほうは言っていますが、リハビリテーションをしてから生活が出来るようになったら在宅の

方にもお返しして良いですかと言ったら、ちょっとそれは困りますと。いや、それではなくて、それはどうぞよろしくお願ひしますという風にしてから、やはりそれぞれの家庭によって違うと思います。

全国の老人保健施設の会議に行っても、やはり在宅復帰率というものをひとつそれを要素にして施設入所点数がアップするような状態に、今でも厚生労働省が在宅強要を促しておりますけれど、なかなかできません。殆ど 50%の在宅率は皆無ですね。それは最初のスローガンからですね。都会には結局それがうまくいっている施設もありますけれど、大まかに言っても殆ど 8割方は在宅率 50%というのはありません。だから長期入所型とか短期入所型というような状況にもあります。

家庭生活の受け入れ状態がいかにあるか、殆ど経済状態ですね。そういったものがいかにあるかで、その家庭でみるというものが可能であるという事です。

○会長

ありがとうございます。要するに一方通行ではなくて双方向でやっていきましょうという事ですね。それを考えると受けるパワーがないのに急に色々出くわしていますね。出来ない相談だと思います。何か知恵を出さないと。他にご意見は。はいどうぞ。

○委員

地域密着型サービスや介護要支援については、今の介護保険制度の大きな目玉であるという風に認識はしているのですが、この調査結果を見ますと、地域包括支援センターについても認知度が低いという事と共に、地域密着型の利用状況は 29 ページに利用意向・利用状況等々が記載されていますが、全体的に利用意向が低いというその項目が、「今後利用したくない」が 3割程度、「わからない」が 6割という風な事が出されていますね。そうしますと「分からない」というのは、分からないから選択が出来ないという事になるかと思うんですけども、特に認知症対応型共同生活介護においては、新しいサービスとはいえ、従前からあったサービスであるのに利用したくない割合が 3割程度あるという事は、ここら辺の理由をきちんと把握しておかないと、今後の事業計画の中の検証というのは非常に難しいのではなからうかという風に思っています。もちろんヒアリングでございましたので、なかなか時間等々もありますし、ご家族の方はお忙しかったりという事で、色んな誤解があったかと思うんですが、その人の利用したくないという事の理由を明確にしないと検証する時に難しいのではなからうかという事を一点感じます。

それと後 1 点は、先ほどから、ご家族の方は在宅で通所ケアサービスを利用しな

がら今後生活をしたいというようなご要望が多いということがありますけれども、それならば本来介護していらっしゃるご家族の状況というのを見ますと、これは全国的な制度のことではございますが、佐賀の実態におかれましても、65歳以上の方が非常に多いとか、単身の方が多いたとかそういうような状況の中においては、今後の検討の中に家族への支援と申しましょうか、家族介護が前提で検討されているところが強いと思いますので、そうしますとやはり今全体的には家族で介護したい、家族でサービスを利用しながら介護したいというような状況であるのであれば、34ページから以降の状況を見ますと、やはり家族が倒れると共倒れになってしまうという状況がありますので、出来ればこの家族の方々に対しての支援であるとか、そういうことを一緒にご検討いただけるような状況があればよろしいのかなという風には思います。今日これを見たばかりなので十分にこれは読み込んではおられませんけれども、そういう感じはいたしました。

○会長

よろしいですか。要するに家族のサポートをどうするかということですね。非常に大きな問題だという事で、将来継続的にしていくためには、家族が潰れたらどうしようもなくなりますよね。例えば今家族の人の悩みに対する相談窓口は出来てないですよ。あるんですかね。

○事務局

一応包括の方で。

○会長

一応あるんですかね、かなりあります、相談は。

○事務局

いえ。あまり認知度が低いんで。今おっしゃられた地域支援事業の金額は限られておりますので、あくまで、基本的には介護給付は介護の方に対してのサービスなんですよね。包括で特定高齢者に対して、例えば元気になるようにデイサービスを実施しますよ、口腔の相談も実施しますよと言っても、3ヶ月更新の大体6ヶ月しか事業が出来ないんです。

それと家族に対しての事についても、例えば今オムツの支給だとか、配食サービスとかやっていますが、それも限られた金額でしかやっていない。つまり満足のいくサービスをすると、それは介護保険ではなく、一般高齢者施策事業としてそれぞ

れの市、町が単独予算を組んでやるという形になるんです。そこが今現在ネックになっている。

生きがいだとか、今おっしゃられたような家族に対する援助だとか必要なんですが、介護保険制度上はそこまで手が出せない。だからそれが必要ならば高齢者施策事業として一般会計が自分のところの税金で予算を組みなさいというのが今の制度です。そこで、私の方としては今までずっとそれぞれ市・町が高齢者対策事業をやっておりますので、出来る限りそれは尊重してやっていって下さいという形での連携は取っております。けれども、そこで更に事業費を増やしてくださいとお願いはしても、やはり今の市・町の財政状況からいきますと、そこまで予算を組めないというのが現状であります。

○会長

はい、わかりました。

○委員

先ほど局長から介護・医療・行政が連携していけばという事を強調されましたけれども、我々のところは狭い地域で、多久市なんですけれども、現在も毎回包括ケア会議というものを行っております。6月26日多久で会議したんですけども、このメンバーは市の健康福祉課が中心となりまして、医師、歯科医師、介護施設の担当者が大体40人前後集まって、毎回非常に難儀な例を出して40人で検討して。こういう風な事をやっていると、その会議に出席しますと市の担当者がどういう方だとか、我々もどういう人だという風に、顔見知りになりますよね。そうすると横の連携が非常にできやすいので、支援センター自体は一生懸命やっていますけども、横のつながりというのは非常に大事で。やはりこういうのをずっと続けていくと地域ごとにそういう会議に対する擁護が出来てくると思いますので、各地ともこういう風な事を熱心にされたらいかがかかなと思っています。

○会長

はい、どうもありがとうございました。良いご助言をありがとうございます。他に、はい、どうぞ。

○委員

基本的なところを教えてくださいたいと思います。1ページのところでございますけれども。調査の分類なんですけれども、調査の区分というところがございます

よね。要支援の方々と特定高齢者というのを分けてございますよね。この区分はどのようにしてあるのかという事でございます。と申しますのが、どこの県かは記憶にございませんけれども、特定高齢者のうちの3分の1でしたかは、要支援を受けている人たちがいるというような報告書を見た事がございますが、そうするとこれは要支援と特定高齢者をどのように区分してあるのかという事をお尋ねしたいと思っておりますが如何でしょうか。

○事務局

特定高齢者は今回の調査から入ってきた制度であります。18年の4月から制度という形で出来てきまして、介護になる一歩手前の方、介護は要支援者と要介護者と区分けされますが、要支援者になる一歩手前の人、もうすぐ要支援者ですよという方が特定高齢者と。これはチェックリストというものがございまして、それをチェックいたしまして、そこに該当すれば要支援者に該当しなくても、特定高齢者ということで事業を行う事ができると。事業は特定高齢者だけが受ける事業でして、あくまで要支援にならないような施策とされています。だから、特定高齢者と認定された人たちは、介護の保険の認定を受けておられません。受けておられない人ばかりが、一応特定高齢者になっております。

今までこの方たちはなんだったかという、それぞれ市・町に介護保険の制度を受ける前の方に対して、生きがい事業というのを行っておりました。その方たちは介護保険の適用を受けていないのですが、介護保険と同じようにデイサービスみたいなどころに行って、一日行って帰ってくるという事が可能だったんですよ。それを生きがい対策事業という事で、その生きがい対策事業をやっていた対象者の8割くらいが特定高齢者に該当するという事になっていきますので、そこに少し勘違いされたのかなと思いますが、介護保険の審査に該当されている方はこの対象とはなっておりません。まったく違うという事です。

○委員

勘違いではなくそういう報告がありましたので、それでどういような区分であるのかと。

○事務局

つまり、要支援から以上が介護なんですけども要支援に該当されていない方で、その方に対してチェックリストを実施いたしまして、チェックリストで該当すれば特定高齢者ということになります。だからそのチェックリストに項目がございまし

て何項目に該当した、何項目に該当した、ここに該当したと。そういった項目に該当した方たちだけが、特定高齢者という形で名前をつけまして、この人に対して事業の斡旋をするわけです。それで特定高齢者が100人いるから100人がすべて事業を受けたかというところではなくて、特定高齢者の認定を受けても今事業を行っているのが、10%とか、それくらいの方が同じようなデイサービスを受けておられるという事です。あくまで特定高齢者と名がつけば、介護保険の適用は受けておられません。

○会長

よろしいですか。それでは次の(3)に行きたいと思います。

○事務局

それでは、議題の3番の第3期の給付実績の分析についてという事で、説明させていただきます。座って説明をさせていただきます。

まず、資料の方ですが、3番と4番という事になりますが、資料の3に沿ってご説明をさせていただきます。資料の4は各サービスごとの変化でございますので、必要に応じて見てまいりたいと思います。

2ページの方に連合における総人口及び高齢者人口等の推移という事でお示ししております。それぞれ数字は9月末現在の数字でございます。まず、総人口でございますが、平成12年の363,200名から19年度、7ヶ年間で5,300人減少しまして357,900人ほどとなっております。

次に高齢者人口でございますが、これは増加の一途を辿っておりまして、平成12年度69,400人ほどから19年度までの7ヶ年間で総人口は5,300人ほど減ったわけですが、これに対し高齢者の数は約9,800人増加という事で、19年度時点で79,200人ほどになってございます。

これを65歳から74歳までの前期高齢者と75歳以上の後期高齢者で見た場合でございますが、平成12年では前期が39,600人ほど、後期が29,800人で割合にしまして57対43でございましたが、既に逆転をしております、平成19年では前期が39,000人ほど、後期が40,100人で割合にして49対51となっております。前期高齢者がほぼ横這いである中、後期高齢者が増加の一途を辿っている状況でございます。

一方40歳から64歳までの第2号被保険者でございますが、平成17年までが119,000人前後で推移しておりましたが、18年度より減少に転じておりまして、この2年間で1,500人ほど減少している状況でございます。

この事により、高齢化率も年々上昇ということで、12年から19までの7ヶ年間で、約3ポイント、経過期間ごとに平均して1ポイントずつ上昇した事になります。

下の表では、全国の数字と対比をしてございます。上から2段目の行の高齢化率ということになりますが、平成17年が全国20%に対して連合が21.2%と、1.2ポイント連合が高い数値を示している。これに対し19年度につきましては全国が21.5%、これに対し連合が22.1%と、その差が0.6ポイントに縮小しております。これは大都市の方が急激に高齢化しているという事に影響しているものでございますが、高齢化の率の方は依然高位で推移している状況でございます。

一番下の行の後期高齢者の占める割合でございますが、各年共に全国より1.3ポイント連合の方が高位となっております。75歳以上になりますと介護が必要になるという事がデータの的にも出ておりますので、数値で見ると第4期の介護率も全国より高い数値になるのではないかとこの風に想定されます。

次に3ページの方でございます。連合における要介護度別認定者数の推移でございます。中ほどの表の認定者の合計欄、それから棒グラフの方をご覧ください。16年度くらいまでは急激に伸びてございます。年平均10%くらいの高い伸び率となっております。これは介護保険制度自体が住民の方に浸透した結果かと思いますが、その後の伸びは鈍化しておりまして、18、19年は微少の上昇でございました。現状として自然増、自然減の状況下という風に思っております。

中ほどの表、19年を介護の別で見ますと要支援1から要介護1まで、比較的軽度の方が48%、約半数を占めている状況でございます。18年度の制度改正で新たに設けられました要支援2の方が1,531名、これに要支援1を加えた3,828名が認定者の全体の約3割相当になりますが、予防給付費対象者という事になります。また、近年の傾向としまして要介護2、3の中度者の方が増加している傾向でございます。中ほどの表の平成18年、19年度の欄に計画の数値と実績を示しております。中身を見ていきますと、合計でございますが、後期高齢化の進展と16年度までの認定者の推移から緩やかながらも伸びると見込んでおりましたが、18、19は微増ということで19年度につきましては経過措置の95.4%という結果となっております。

それから制度改正時に新しく設けられました要支援についてでございますが、要支援2と認定される方につきましては、審査会において要介護1相当と判定された方もいるし、状态的改善から要支援2に判定する事になります。この分が当時の国の想定では要介護1相当のうち7割が要支援2に移行するというものでございました。計画の方もその想定に沿ったものでございますが、実際には5割に満たないという結果が出ておりまして、結果19年度の数値を見ますと、要支援2が、2,303

人で見込んでいたものが、1,531名と計画値の66.5%、数にして772名。逆に要介護1の認定者が1,922名見込んでいたものが2,487名と計画を大きく上回る結果になってございます。尚これは全国的な傾向でもございます。これらの認定の状況につきましては先でご説明します、給付の状況とも関連していきますので、ひとつポイントとしてご確認いただきたいと思います。

次に下の表は全国と比較しておるわけですが、合計欄の平成18年度、19年度見ていただきますと、17%、16.7%と全国の平均とまったく同数を示しておりまして、また、介護度別に見ても若干の差はございますが、ほぼ同じような傾向にあります。

次のページをお願いします。4ページ、5ページには第3期事業計画期間中の18年、19年度の給付費、それから利用者数をそれぞれ計画値と実績及び計画に対する比率で表してございます。4ページの方が介護給付費、要介護1から5の方に対する費用。5ページが介護予防給付費、要支援1,2の方に対する給付でございます。

まず、個別に見ていく前に総計的な観点でご説明しますが、5ページの一番下の行、総給付費でございますが平成19年度を見ますと計画値199億7,000万に対し、実績が187億9,000万と計画を下回っております。これは先ほど認定数のところでご説明しましたように計画が認定者数が下回ったという事が要因でございます。

次に5ページの下から2行目の介護予防給付費の合計でございますが、18年度実績の6億1,000万に対し19年度実績が12億6,000万と倍増しております。それは18年度制度改正で予防給付が新設されて、対象者も要支援1、2の認定が始まったわけですが、認定がされるまでの間、従来の要支援者が経過的要介護者として認定され、18年度についてはこの経過的要介護者の方が4ページの介護給付費のほうでカウントされた事によるものでございます。また、同じ表の計画値を見ますと、18年度が41.5%、19年度が50.7%と大きく計画値を下回っております。これも先ほどご説明しました要支援2と判定される割合が、国の想定を大きく下回ったという事で、対象者が計画を下回ったことによります。

次に主なものについて個別に見て行きたいと思えます。4ページの(1)の居宅サービス①から④までの訪問型のサービスが総じて計画値を大きく下回っています。逆に⑥・⑦の通所型のサービスが計画値大きく上回り⑧の短期入所生活介護についても計画値を下回ってはいますが、給付費の伸びは大きなものになっております。これらの傾向は利用者あるいは介護者のニーズが訪問型から通所型に移行しているものと想定され、また、合わせまして受け皿でありますサービス提供事業者の参入が増加している影響があるだろうかと思います。

同じページの中ほど(2)地域密着型サービスですが、18年度から新規に創設されたサービスでございまして、計画値比のところ19年度で95%とほぼ計画通りと

いう風になっておりますが、これは④の認知症対応型共同生活介護、従来のグループホームでございますが、これが大きく計画値を上回っている事によるものでございます。他のサービスについては事業者の参入が進んでない事により、計画を下回っております。

(5) 介護保険施設サービスでございますが、まず①から③の3施設とも総して計画値を下回っておりまして、平成17年10月から居住費、いわゆるホテルコストが自己負担となった影響かと思っております。

5ページの介護予防給付費につきましては、地域密着型に利用者の参入が進んでいないなど4ページの介護給付費と同じ傾向となりますが、要支援1・2の予防給付費の対象者が計画を下回った事から、各サービスとも計画を下回っているような状況でございます。

次のページをお願いいたします。2.サービス別給付費の全国との比較をお示ししております。6ページが連合、7ページが全国となりますので併せてご覧いただければと思います。特出的なものを見て行きますと、上から2番目の訪問介護でございますが、総給付費を100とした構成比が全国の場合10%前後で推移しているのに対し、連合の方は全国の半分の約5%台という事になってございます。また、その5つ下の通所介護でございますが、全国が11%台で推移しているところが、連合では17年度につきましては全国とほぼ同数の11.4%に対し18年度、19年度では13%台に上昇し高い割合を示してございます。

また、中ほどの介護保険施設サービスでございますが、各年度とも全国の数値を3ポイントほど連合の方が上回ってございます。これにつきましては、全国に対し連合の場合、充足度が高いという事が要因でございまして、特に介護老人保健施設は高くなってございます。

次のページをお願いいたします。8ページにつきましては、これまでも説明しました予防における給付費を介護給付と介護予防給付の合計で示したものでございます。これは説明を割愛させていただきます。

次のページの9ページでは、第3期における給付実績と計画値の差異についてまとめたものでございます。これまでの説明と重複する点もありますがよろしくお願いたします。四角で囲ってあるところは全体的な傾向という事でまとめてございます。先ほどから申し上げているような内容がここに書かれております。

(1) 実績値が計画値を上回っている主なサービスをまとめてございます。まず、通所介護でございますが、資料4の13ページをお願いいたします。上段の表をご覧ください。年間の延べ利用者数の合計欄でございますが、平成15年度より一貫して増加しています。18年度、19年度は少なくなっていますが、要支援1・2が介護

予防のところにカウントされていますので、これを合わせますと平成 18 年度が 41,265 人、19 年度は 42,057 人となり増加しております。また、介護度別に見ますと認定者数の見込みが上回った事もございますが、要介護 1 が 4 割を超えている状況でございます。

前の資料にお戻りください。次に認知症対応型共同生活介護でございますが、同じ資料の 8 ページの中ほどの 2 の地域密着型サービスの中の認知症対応型生活介護の欄でございます。平成 17 年度が給付費 13 億 9,000 万ほど、人数が 6,167 名。これが 19 年度では給付費が 16 億 9,000 万ほど、人数が 7,236 名と人数、給付費共に約 2 割位増加してございます。

9 ページ、次の通所リハビリでございます。8 ページになりますと 1 居宅サービスの中の上から 3 番目の通所リハビリの欄でございます。17 年度の利用者が 25,578 名、19 年度は 28,202 名と利用者数が 1 割ほど増加しています。

次に (2) 実績値が計画値を下回っている主なサービスをまとめてございます。まず、介護老人保健施設でございますが、先ほどの資料 4 の 36 ページ上段の表をご覧ください。延べ利用者数の合計欄でございますが、平成 17 年度は 14,905 名であったのに対しまして、19 年度では 14,704 名と約 200 名減少しております。介護度別に見ますと要介護 2・3 の方たちの利用はやや増えておりますが、要介護 1 の利用者が 17 年度に対して大きく減少しているところでございます。

資料 3 に戻りまして、小規模多機能型居宅介護でございます。先にご説明しましたように第 3 期の計画から始まった地域密着型サービスに分類されるサービスでございまして現在のところサービス提供の基盤整備が遅れているのが現状でございます。

最後になりますが、訪問介護でございます。同じ資料の 8 ページの 1.居宅サービスの中の 1 番上の欄、訪問介護の欄をご覧ください。17 年度の利用者数が 27,586 名、19 年度は 26,904 名ですので、利用者数はわずかな減少にとどまってございます。ただ、給付費を見てもみますと、12 億 9,000 万ほどから 10 億という事で、2 億 9,000 万と大幅な減少でございます。

以上、早すぎて申し訳ございませんが、終わらせていただきます。

○会長

はい、どうもありがとうございました。今給付費の実績について簡単に説明がありました。要点は 9 ページに書いてあるかなと思いますけど、これに関してあまり時間はありませんけれども、ご質問がありましたらどうぞ。

○委員

9 ページのところの小規模多機能型居宅介護のところ、基盤整備が遅れているから利用があまりないということですが、はっきりした確証はないんですけども、小規模多機能が出来上がっても会員さんが集まらないというお話を聞くんですけど、その噂の実態はいかなうものでしょうか。多分会員制の小規模多機能の事ですよね。今たくさん作られている。この実際の運用はどんな風に、もう少しPRをしないといけないのか、噂では会員が集まらないと聞いております。

○事務局

その事は数が少ないという事とは関係なくお答えしていい訳ですね。実際、会員制になっておまして会員さんが小規模多機能に宿泊できる、その会員さんが小規模多機能のデイサービスを利用できるということになってますけれども。宿泊といえますか、長期入所みたいな形で居られますと、ワンユニットが9人ですので、9人の方は、意外にそこを利用する魅力があまりないんですよ。だから会員制のデイサービスといっても、やはりそういった点でそこに苦勞をされています。一般デイサービスと違う会員制になるものですから、どなたでもオーケーという形ではないものですから、非常に利用される方が、通常の一般のデイと違いまして苦勞をされているのは確かです。

そういった点もございまして、圏域内に一箇所を目指して、佐賀についてはかなりの箇所数を設置をお願いしたいという事で希望計画をあげておりましたけれども、事業参入をされようとされる方が非常に少ないと。当初の考え方としては地域の方との共生を図るみたいな形で、スタートしておりますので会員制がどうだったのか、そこらあたりを国の方には話をしたいと思います。

基本的には私の方で非常に発達をしております宅老所を国が制度化したんだということによっておりますが、宅老所の場合とまったく形態が違いますので、当初の中身とは若干違ってきていて苦勞されているのが現状だと思います。

ワンユニット9人ですので、実際はやはりこういう施設になると14、5人位居ないと経営が取れない状況に、プラス、デイサービスが来ないと。まだまだそういった小規模多機能のPRが不足しているので、入所者の満杯は取っておられないというのが今の現状です。

○会長

他にご意見ありませんか。あまり時間がなかったので細かい推移は皆さん踏み込めないと思いますが、出来たら帰って詳しく読んでいただきたいと思います。多

分、次の会から資料を前もって皆さんのお手元に配布してくださいという風に言っていますから。ここで初めて見ると分かりにくいので。次の会からはこういう資料は手元にもらえるんでしょう、事前に配布してもらって。前もって読んでいただくと本当の議論が出来ますからね。

他にご意見ありましたら、数字的なことでもよろしいです。よろしいでしょうか。じゃあ3番目の給付の実績についてはこれで終わります。

それでは(4)その他について事務局の方からお願いします。

○事務局

事務局の方からは、その他の議事は特にございません。

○会長

今回の日時を決めるというのは、もういいんですかね。

○事務局

今回は、先ほども会長がおっしゃられましたように、事前に資料を配らせていただきまして、当日は出来るだけ皆さん方にご議論をしていただく時間を確保したいと思っておりますので、どうかよろしく願いいたします。

日時につきましては、次回の策定委員会は8月25日月曜日でございますけれども、15時から開催をしたいと思っております。会場につきましては、当会場が当日は既に別の予約が入っておりますので取れませんので、後日、開催通知で会場につきましてはお知らせしたいという風に思います。

○会長

はい、わかりました。じゃ、これでよろしいですか、その他は。他にご意見なかったらこれで終わりたいと思います。

○司会

それでは各委員の皆様、本日はどうもありがとうございました。それではこれをもちまして本日の会議は終わらせていただきます。どうもお疲れ様でございました。

午後5時 閉会