

第6期介護保険事業計画 第5回策定委員会 議事録

【開催日時】平成26年8月25日（月） 10時00分～12時00分

【開催場所】福岡県自治会館101会議室

【出席者】（敬称略、50音順）

策定委員：小賀会長、因副会長、井上委員、今里委員、太田委員、田代委員、長野委員、
廣津委員、藤村委員、山口委員
事務局、支部事務長

【議案】

- ・ 1 制度改正の概要について
- ・ 2 日常生活圏域ニーズ調査結果について

【会議資料】

- ・ 資料 1：介護保険制度改正の概要について
- ・ 資料 2：日常生活圏域ニーズ調査の結果について
- ・ 参考資料：全国介護保険担当課長会議資料（介護保険制度改正の概要）

..... 【議 事 内 容】

事務局

それでは、皆様おそろいになられましたので、ただいまより福岡県介護保険広域連合第5回介護保険事業計画策定委員会を開催いたします。早速ですが、議事の進行を小賀会長は、よろしく願います。

小賀会長

皆様おはようございます。ほんとうに天候がおかしな状況で、大変な災害なども起こっておりますが、不幸中の幸いで、福岡県下は大きな災害には見舞われていないようです。では、介護保険の事業計画について粛々と進めさせていただければと思っております。

本日の課題は2点ございます。日常生活圏域ニーズ調査結果の説明と、国家的なものになりますが介護保険制度改正の概要についてです。

まず、制度改正の概要について事務局から報告をいただきます。お配りいただいた課長会議の資料など非常に膨大なものですので、簡単な概要版を作成していただいています。これにつきまして説明をいただいて、質疑をとります。その後、連合で実施しました調査結果の報告と、これは少し細やかに審議を進めてまいりたいと思っております。では、まず制度改正の概要について、事務局からご報告をよろしくお願いいたします。

事務局

まず、配付しております資料のご確認からさせていただきます。本日机上に置かせていただいております冊子が2部ございます。7月28日の全国介護保険担当課長会議資料という冊子が2部、①と②を一部ずつ配付させていただいております。そちらを簡単にまとめまして、参考資料というこ

とで、ホチキス止めで右肩に参考資料と書いてある分が1部、委員の皆様へに配付させていただいております。それから事前郵送で、「資料 介護保険制度改正の概要について」が1部、「資料2 日常生活圏域ニーズ調査の結果について」を1部配付させていただいております。皆さん、お手元にございますでしょうか。

それでは、次第のほうは前後して申しわけありません。まず「制度改正の概要について」から、事前に郵送させていただいております資料1の方でご説明させていただきます。

1 制度改正の概要について

事務局

「資料1 介護保険制度改正の概要について」から説明をさせていただきます。

表紙を1枚めくっていただきますと、A3縦用紙1枚がございますが、こちらが今回の制度改正の概要をまとめたものになります。7月28日資料で触れられなかった改正項目もあり、それが下の「その他」のところにあります。“居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲”と“住宅改修事業者の登録制度の導入”というところで、これは制度改正の項目としては出ているんですが、今回の資料にはなかったということでページ等は除いております。

今回の制度改正は、項目を大きく三つに分けています。それが一番左のところになります。項目としては、「地域包括ケアシステムの構築」「保険給付に係る費用負担の見直し」「その他」というくくりでまとめております。まず、「地域包括ケアシステムの構築」については、中分類として、「地域支援事業」に関するものと「特別養護老人ホームの中重度者への重点化」というところで分かれてくるかと思っております。

まず「地域支援事業」からお話をさせていただきたいと思っております。一番上の「新しい総合事業」の「予防給付の地域支援事業への移行」のところ、報道等で皆さんご存じかと思っておりますが、要支援の方の通所介護と訪問介護につきましては、従来の予防給付から地域支援事業に変わるといったところがございます。詳細は別紙とありますが、詳細が非常にたくさんありまして、ここにページが書いてありますが、実は資料2のおそらく半分ぐらいが詳細でございます。どのあたりが一番お知りになりたいか、細かい話は後ほど質問等があればお受けいたします。こちらの「新しい総合事業」ですが、地域支援事業となりますので、実施機関としては各構成市町村になるかと思っております。実施時期は、原則、平成27年4月1日からで、経過措置もございます。内容につきましては、おそらくご存じかと思っておりますので詳細には触れませんが、サービスの内容や利用料等は市町村が決定することになっております。そこで、ばらつきが出ないように、今回、ガイドラインが出ていますが、こちらがどこまで反映できるのかは懸念材料であるかと思っております。事務の種類といたしましては、全く新規で発生することになります。こういった事務が発生するかというのが右のほうに書いてありますが、事業所指定、事業費支払、単価・利用料設定、基準条例制定というところがございます。こちらが全て課題になっておりますが、現状を整理すると、メニュー・単価・開始時期の決定が、まずネックになるかと思っております。あと、支払い方法や、そういった事務的なところも、今後、詰めていく必要が出てくるかと思っております。

その下の4つの項目が「包括的支援事業」のくくりでの改正ということになっております。こちらが、地域包括支援センターに新しく出てくる業務になります。その中で1番目が「在宅医療・介護連携の推進」です。「包括的支援事業」につきましては、地域包括支援センターが市町村にございますので、どうしても事務は市町村で行うこととなります。項目だけお話をさせていただくと、先

ほど申し上げました「在宅医療・介護連携の推進」「認知症施策の推進」「生活支援サービスの充実・強化」「地域ケア会議の推進」の中で、経過措置がないものが「地域ケア会議の推進」になります。こちらについては、従来から各市町村で準備はできておりますので、それが法律上明記され、今回、特に充実・強化を行うこととなります。

「在宅医療・介護連携の推進」について、これが地域の医師会との連携を図りながら取り組まないといけないという事業になってまいります。こちらも、こういった形で進めるのかという課題もあり、そのあたりにつきましても、各市町村とお話をさせていただきながら進めていきたいと思っております。

続きまして「認知症施策の推進」でございます。これも包括支援センター内に認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員を配置することになっております。こちらにつきましても、具体的な実施の仕方はさまざまありますので、どのようにするのが一番その市町村に合っているのかを、まず市町村に考えていただく必要があるかと考えております。

「生活支援サービスの充実・強化」ということで、こちらは新しい総合事業の分の基盤整備への取りかかりの事業になろうかと思っております。これも新しい事業ということで、生活支援コーディネーターと言われる方を設置する、また、その協議会をつくるとなっております。ただ、具体的にどういった方になるのかということも、現状ではちょっとわからない部分もございますし、来年度から始めるにしても、必ずしも生活支援コーディネーターが今いなくても始められる、とにかく、準備に取りかかればこの事業は開始したことになると、国の説明では言われております。こちらについては、地域によって環境が随分変わってくるかと思っておりますので、このあたりも地域の状況を把握しながら進めていく必要があると思っております。

それから「地域ケア会議の推進」につきましては先ほどお話をさせていただきました。

「特別養護老人ホームの中重度者への重点化」のところですか。これも新聞で大きく取り上げられましたが、特別養護老人ホームへの入所を原則要介護3以上に限定する。ただし、やむを得ない事情がある場合は、要介護1・2の方も特別養護老人ホームに入所することができるといったところです。しかし、その際、判定会議に市町村が関与していく仕組みになっております。例外項目や特別な場合とはどういうものかというのは、国が基準を作成中で、ある程度出ている部分もあるとは思いますが、おそらく指針という形で、より細かいことを出してくるんだろうと思っております。これも、会議の仕方や判断主体は、現行同様、施設の入所判定会議に参加する形になります。かかり方については、その会議に市町村職員が参加する場合、あとは書面によって意見書を出す場合ということ国が想定しているようでございますけれども、そのやり方も、今後、各施設と市町村で話し合っていないといけないのかなと思っております。

続きまして「保険給付に係る費用負担の見直し」でございます。こちらも、新聞で大きく取り上げられていますが、1番目の「低所得者の1号保険料の軽減強化」のところ、低所得の方については軽減を強化するということで、仕組み上、そういうふうに変えるとなっております。現行は標準6段階ですが、標準9段階に変わってきます。

続きまして「一定以上所得者の利用者負担の見直し」のところでございます。利用者負担割合につきましても、従来1割でよかったものが、一定の所得がある方については2割になります。こちらは世帯ではなく、利用者個人が単位になりますので、必ずしも激増することはないと思います。また、上がった方についても、高額介護サービス費がございますので、一律に倍になるわけではありません。そういった経緯がございますので、広域連合としては、なかなか試算がしづらいところが問題としてあり、具体的な影響額がまだ把握できていない状況になります。

それから「高額介護サービス費」について、こちらの一部の方ですね。医療保険の現役並み所得相当の人のサービス利用時の自己負担上限額を従来3万7,200円から4万4,400円に上げるという見直しが行われます。こちらも影響額がなかなか試算しづらい状況ですので、どのぐらいの方にとどのぐらい影響があるのかは、まだはっきりしておりません。

続きまして「補足給付の見直し」でございます。こちらも新聞でよく取り上げられていますが、配偶者所得の勘案というところでございます。今まで、施設に入るときに、世帯分離を行った場合などは配偶者の所得は勘案しませんでした。それを合算して考えるということでございます。あと、預貯金等の勘案といったところもございまして、単身の場合は1,000万円以上、夫婦で2,000万円以上預貯金がある場合につきましては、補足給付の対象から外れることになってまいります。こちらについて、事務的な手間が随分かかってきます。例えば、ペナルティーがあるところもありますが、その調査をどのような形で行うのか、また、どのような形でペナルティーを行っていくのか、まだはっきりしないところがございます。ただ、改正のメインとして大きく取り上げられているところは、こちらにまとめているとおりでございます。

最後の項目の「その他」について、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」で、いわゆる「サ高住」と言われるところです。こちらに平成27年4月以降に入られた方が、住所地特例の適用を受けることになります。また、そういった方については、その通所型の地域密着型サービスである、定期巡回・小規模多機能・複合型のサービスを受けることができます。さらに、地域支援事業も受けることができるということで、対象者の捕捉とか連絡関係が課題になると思うので、そういったものをやっていかないといけません。

続きまして、「小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」ということで、こちらは、従来、県指定だったところが、定員をくくりにして指定が保険者に移ります。それは定員18名以下と説明がありましたが、実施時期は平成28年4月1日になります。これに伴って、基準条例の改正、システム改修等が発生することになると思います。

それから「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲」です。今回の資料にはありませんが、ケアプランをつくっている居宅介護支援事業所の事業所の指定権限が県から市町村におりてきます。これが平成30年4月1日からはなりますが、経過措置が1年ございまして、平成31年度の4月には保険者で指定をしないとけません。

それから「介護サービス情報公表制度の見直し」で、従来、包括支援センターの情報、生活支援サービスの情報がなかなかこういったところに出てこないといった趣旨で、これが義務づけられる形になります。包括支援センター情報、生活支援サービスの情報につきましては、やはり、市町村でないと把握できないだろうということで、事務は市町村のほうでやっていただく形になると思います。

最後に「住宅改修事業者の登録制度の導入」で、従来、住宅改修につきましては登録という考えがなく、それが登録制度になります。ただ、こちらの広域連合は受領委任払いをしておりましたので、その際に住宅改修の事業者の登録はある程度行っております。それを基盤に事務を進めていけばいいのかなと考えております。ただ、住宅改修の専門の職員がおりませんので、登録した後の事業者への指導という面が問題というか、課題になるかと思っております。

以上、駆け足でございましたが、制度改正の説明になります。

ありがとうございます。ただいまの制度改正の概要について、ご質問等はございますか。

廣津委員

新たな事業を設ける。要するに要介護 1 と要支援で分けていくということですが、財政的にはどうなんですか。広域連合として変化があるんですかね。

小賀会長

おわかりになればお願いします。

事務局

財政的というのが予算のことであれば、従来、予算の組み方というのが、保険給付の部分と地域支援事業の部分とに分かれていたんですけど、予防給付の一部がそのまま地域支援事業のほうに移行する形ですので、国の説明では総額は変わらず、今までの構成が変わってくるということだと思います。

廣津委員

保険料を別に、新たに取りわけでしょう。

事務局

いえ、考え方は変わりませんので、全体の総額は変わらず、保険料が増額するという考えではないです。

田代委員

正確ではありませんが、現在、地域支援事業が 3%ぐらいで、今後、要支援の部分がそちらに移ると考えてよろしいんですか。それがプラスになっていくと。

事務局

国の説明ではそうになっています。

小賀会長

その他いかがでしょうか。

因副会長

上から 3 つ目の「認知症施策の推進」について、市町村が行うとなっていますが、これは、地域包括支援センターなどに認知症初期集中支援チームを置くということですか。

事務局

国の説明では、包括支援センター「等」なので、必ずしもセンター内に置くとは限りませんが、想定されるのは、そういったところに専門の推進員を置いたらどうでしょうかと、そういう説明でございました。

因副会長

大変いいことなのでやっていただければいいんですが、地域包括支援センターは相当お金がかかるなというのが一つと、認知症の初期集中支援チームには介護福祉士が入るとなっており、地域包括支援センターに初期集中支援チームが入ることになれば、地域包括支援センターに今まで配置されていない介護福祉士が配置されることになるのかなと思って、ちょっと質問しました。

事務局

どういう進め方をするのかは、市町村の判断になろうかと思います。右のほうにも書いていますが、委託もできるそうなので、今の体制のままで、自前でできるのであれば市町村ですでしょうし、どうしようもないということになればどちらかに委託という形で進めていくと思います。

山口委員

関連して、いいですか。

小賀会長

どうぞ。

山口委員

認知症地域支援推進員の要件というのは、この中に何か示されていますか。

事務局

地域支援事業の要項は8月18日に出ており、それにはある程度書いてあったと思いますが、ちょっと今、手持ちの資料がございませんので、申しわけありません。

小賀会長

なかなかイメージが持てないですね。抜本的な介護の基盤を整えながら、こうしたことが有効になっていくんだろうと思いますが。例えば、じゃあ認知症の初期って誰がどう発見するのかとか、アルツハイマーの場合だと徐々に変わっていくので、医療機関にかかったときには、もうそれは初期とは言えないだろうという方が多いです。そういうことも含めて、このチームがどう稼働していくのかというのは、ほんとうにイメージできません。これを市町村でやれというわけですから大きな課題ですね。

田代委員

よろしいですか。

小賀会長

はい。

田代委員

こうして資料を見ていると、認知症高齢者のケアパスを地域でつくりましょうということでやっています。やっぱり気づくのは家族だとか周りの人ということで、サポート養成やキャラバンとか

をつかって、少しおかしいんじゃないかと、地域住民が気づくようにしましょうと。それから、相談する機関、医療機関で内科医の認知症の研修を行ったりもしています。今、ケアパスとかをつかって、システムをつくりかけています。そういうシステムは今つくりかけているので、うまくいけばつながってはいくと思いますが、地域包括支援センターがどのように関わっていくのかは大きな課題かなと思っています。そこはやっぱり連携をつなげていく要になりますから。

山口委員

コーディネーター的な役割をイメージするんですね。そこはやはり課題かなと思っています。

小賀会長

それを、この中で一定程度提案していかないといけないということですよ。つまり、第6期がこんなふうに変わっていくだろうと考えながら、じゃあ、例えば33の市町村で、モデル的に幾つかの市町村にこうした取り組みをこんな形でやっていただけませんかというような提案をしてみるだとか。もう少し、国の具体的な考え方がこれから出されていくでしょうから、とりあえず、こういう項目があることははっきりしているわけですから、6期の事業計画を提出するのは12月が期限となっていますので、何らかの形で、連合としてはこうしたんだということを提案していく必要がありますよね。

その他いかがでしょうか。どうぞ。

今里委員

直接関係はないかもしれませんが、「その他」に「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲」ということがあり、資料には斜線が入っていないという説明でございました。遅くとも平成29年度末までには、事業が実施されるという説明でございます。これについて、広域連合として3年かけていく中で、みなし指定に関して何か検討されているのであれば、教えてほしいです。

小賀会長

いかがでしょうか。

事務局

指定権限の移譲については大体そうですが、一定期間みなしということで入ってまいります。従来指定がある事業所につきましては、当面はみなし指定という形で入ってきて、それが更新等を経まして、その後に保険者、市町村が指定した事業所に変わっていくという流れになるかと思いません。全部一遍にやりかえではなく、徐々にやるという形となっておりますので、おそらく同じ形で事業はおりてくるんだろうと思っています。

小賀会長

よろしいでしょうか。

今里委員

いいです。

因副会長

上から2段目、「在宅医療・介護連携の推進」のところですか。内容のところは、“地域の医師会等と連携を図りながら在宅医療、在宅介護の推進に取り組む”と書かれています。スペースの都合上、“等”の中に介護が入るんだろうと思います。また、「発生する事務等」のところにはスペースがたくさんあるのに、医師会だけしか書かれていないんですね。はっきりと、在宅医療・在宅介護の推進に取り組むと書かれているわけですから、その辺はちゃんと書いていただきたいです。国がこういう書き方をしているんでしょうけれども、ちょっと頭の隅に置いてください。医療と介護の連携ですので。前回もそういう懸念があるということをお聞きしたので、よろしくお願いします。

もう1点、「生活支援サービスの充実・強化」に、生活支援コーディネーターのことが書かれていて、その右端の「参考・課題等」のところは“コーディネーターについては特定の資格者は想定していないが、国の中央研修受講者が望ましい”と書かれています。先ほど、現状ではまだ誰がなるのかわからないという説明がありましたが、コーディネーターは“国の中央研修受講者が望ましい”ではなくて、国の中央研修を受講した人がリーダーや講師になって、職員が伝達研修を行うと書かれていますので、コーディネーターそのものが中央研修を受けた人ばかりではないんじゃないかなと思います。だから、ここでは“国の中央研修受講者がリーダーや講師になる”という文章が正しいと思いますが、いかがでしょうか。

事務局

コーディネーターの件はご指摘のとおりでございます。まとめ方上、こういう表記にはしていますが、あくまでも国の中央研修を受けた人がリーダーになって伝達研修を行うというのが、国が考えている形でございます。

小賀会長

その他にありませんか。

藤村委員

「特別養護老人ホームの中重度者への重点化」について、今、私ども福岡県老人福祉施設協議会と福岡県高齢者支援課のほうで打ち合わせをさせていただいております。そういう中で、新しい入所指針に基づいて入所検討委員会が行われるわけなんですけど、新しい入所指針について、今年12月末までに完成をさせて、市町村並びに各施設に周知していきこうという流れになっております。現在、どの施設も100名近い待機者をお持ちで、そのうちの2割が要介護1と2という状態でございます。そういう方々に対して、来年からは制度が変わりますというご案内を差し上げるためにも、今年末までには完成をさせないといけないということで、早速、支援課と打ち合わせをさせていただいている状況でございます。「参考・課題等」のところは、“例外項目等の基準を国が作成中”とありますが、これについては今出ているもの以上は多分出てこないだろうと私どもは思っております。今出ている中で、福岡県独自で考えて作りましょうという流れだろうと思っております。そういう状況の報告でございます。

小賀会長

ありがとうございます。

井上委員

前から言っていますが、今、我々が話しているのは国が策定した介護保険制度の改革案で、この国が示した案については、どうこう言える立場ではなくて、この介護保険制度改革案に沿って、藤村委員が言われたみたいに、保険者として、広域連合としてどういう事業計画が組めるかということをお話し合うということですよ。

小賀会長

そうです。

井上委員

そこを間違えないようにしないと、ここが県の計画をつくっているわけではないので。保険者としての視点ではどういう計画が組めるかという介護保険事業計画をつくっているわけで、そこをはっきりしておかないと間違えるんじゃないかと思うんですけども。

小賀会長

ありがとうございます。

太田委員

先ほどの認知症の話に戻りますが、私はケアマネジャーの仕事をしていて、認知症という言葉がひとり歩きしているような感じを受けました。というのは、例えば患者さんが、認知症専門医じゃない、かかりつけ医にかかった時にいろいろなお話をされて、そこで「あなたはやっぱり認知症だね」みたいな判断をされて、認知症と主治医意見書のところに書かれる。そして、後でその方の長谷川式をとったら28点だった。28点で認知症？と私は思うこともありました。認知症という病名を決めるには、やはりきちんとした病院にかかって、きちんとした診断を受けるべきだと思います。その辺のラインがとても難しいので、この辺のところをどうかお願いいたします。

田代委員

難しいですよ。MMS Eとって、30点満点の27点から30点までは健常で、22点から27点までが軽度となるんですけども、今おっしゃったように28点であれば、介護認定審査会で、ほんとは外れると思うんですが、どうしても介護保険を受けたい方は、特に要支援とかの方は、デイサービスに行きたいとかで主治医意見書に書いてくださいとお願いする。主治医のところ、今みたいな問題が出てくるので、そこが一番難しいです。どちら側に立つのか。要支援が地域支援事業にくると、そこら辺が一番、皆さんが混乱する部分かなと思います。

小賀会長

ありがとうございます。

2 日常生活圏域ニーズ調査結果について

小賀会長

では、そろそろ次の議題に移りたいと思いますが、よろしいでしょうか。「日常生活圏域ニーズ調査結果について」事務局から報告をお願いいたします。

事務局

それでは、「資料2 日常生活圏域ニーズ調査の結果について」をご説明いたします。座って説明させていただきます。資料のまとめ方から簡単にご説明いたします。まず1～8ページでは「調査の目的」「調査の概要」それから「基本属性」等をまとめております。

9ページにつきましては、「生活機能等の評価・判定結果」ということで、全体的なリスク該当者の割合を広域連合全体と支部別でまとめております。

それから11ページからがその詳細になりまして、生活機能をまとめております。そして29ページから、日常生活・社会参加に関する部分のリスク該当者の割合をまとめております。

39ページにつきましては、国が推奨する調査項目以外で独自項目を追加した部分になります。市町村で具体的に行われている介護予防事業の参加状況や参加意向、こういったものを独自に調査したものをまとめております。

それからA3の横書きが42ページから入っています。これは、今、具体的に市町村で取り組んでいる事業になります。

45ページから、このニーズ調査の結果の評価方法や判定方法をまとめております。

52ページから、具体的な各設問と市町村、支部別のクロス集計表になります。ちょっと字が小さくて申しわけございません。

100ページから調査票をつけております。

この資料のポイントだけ、簡単にご説明いたします。まず、1ページをごらんください。こちらの日常生活圏域ニーズ調査は、第5期、第6期と介護保険事業計画を策定する上で、高齢者の客観的な状態像、生活機能や日常生活、社会参加の状況、こういったことにかかわるリスクを把握するために、国が推奨する調査票を用いまして、今期の第6期から、独自に介護予防事業に関する設問を追加しまして調査しております。

調査の対象としましては、要介護とか要支援の認定を受けられていない高齢者の方を対象に実施しております。調査方法につきましては、郵送で配布・回収を行っております。24年度から26年度に、時期がまたがっておりますが、これで全ての33市町村で実施したということになります。

2ページ目になります。回収状況ですが、配布した総数が12万834件、有効回収数は7万4,076件、回収率は61.3%になります。

4ページをごらんください。回答者の基本属性ということで、図表-1の二次予防事業対象者の該当状況です。全体としまして、有効回収数7万4,076件の中で、二次予防事業の対象者が36.8%いらっしゃいました。それに該当しない方、一般の高齢者の方が59.8%、無回答の方が3.4%となっております。二次予防事業の対象者の割合は、最も高いところで田川・桂川支部が39.4%となっており、逆に最も低い支部では、粕屋支部の33.6%となっております。

次のページ以降は、性別や年齢、住居の形態、年金とか、いろいろございますが、ちょっと省略させていただきます。9ページをごらんください。「生活機能等の評価・判定結果」ということで、こういった項目に関するリスク該当者の割合の一覧を、全体、支部ごとにまとめております。全体、広域連合の平均に比べまして、リスク該当者・低下者の割合が高い、プラス3ポイント以上のところに青の網かけをしております。ピンクのところは、全体に比べましてリスク該当者・低下者の割

合が低い、マイナス 3 ポイントということになります。特徴的なところでは、リスク該当者の割合は、全体では、社会的役割、認知症予防、認知機能、知的能動性、日常生活動作（ADL）、転倒、こういった順で高くなっております。一般高齢者につきましては、社会的役割、知的能動性、認知症予防、こういった身体機能以外でリスクを抱える方が 2 割を超えております。二次予防事業の対象者では、運動器、口腔をはじめ、社会的役割、転倒、認知症予防といったリスク該当者の割合が 5 割を超えております。支部別に見ますと、うきは・大刀洗支部が、広域連合全体に比べまして、一般的にリスク該当者の割合が低いという傾向にあり、特にうつ予防、日常生活動作（ADL）、社会的役割、こういったところで、その差が顕著にあらわれている状況でございます。

具体的なところに入っていきます。11 ページをごらんください。まず、生活機能の中で、虚弱の判定です。基本チェックリストに基づく虚弱判定の該当者である 10 点以上の方の割合は全体で 9.1%です。二次予防事業対象者では 24.7%、約 4 人に 1 人が該当しております。支部別に見ますと、田川・桂川支部で最も高くなっておりまして、うきは・大刀洗支部で最も低くなっております。その差は 3.4 ポイントとなっております。

12 ページが性・年齢別になります。該当者の割合は、男女ともおおむね年齢とともに高まっておりまして、特に 80 歳以上での伸びが大きいです。また、70 歳代までは男女ほぼ同率ですが、80 歳以上になると、男性より女性のほうが該当者の割合が高くなっております。85 歳以上の女性では、3 割以上の方が該当しております。

13 ページは運動器の判定になります。基本チェックリストに基づく運動器判定の該当者、3 点以上の方の割合は、全体で 23.4%になっております。二次予防事業の対象者では 6 割を超えております。支部別にごらんいただきますと、該当者の割合は豊築支部で最も高くなっておりまして、粕屋支部で最も低くなっております。その差は 5.7 ポイントとなっております。

14 ページが性・年齢別のグラフになります。該当者の割合は、男女とも年齢とともに高くなっております。また、全ての年齢層で男性より女性のほうが高く、85 歳以上の女性では過半数が該当しています。

15 ページが閉じこもりの予防判定です。基本チェックリストに基づく閉じこもり予防判定の該当者、1 点以上の方です。こちらの割合は、全体で 6.7%になります。二次予防事業の対象者では 1 割を超えております。支部別にごらんいただきますと、該当者の割合は朝倉支部で最も高くなっておりまして、遠賀支部で最も低くなっております。その差は小さくなっておりまして、全支部が 5～7% 台で推移しております。

性・年齢別が次のページになります。該当者の割合は、男女ともおおむね年齢とともに高くなっており、特に 80 歳以上の伸びが大きいことになります。また、70 歳代までは男女ほぼ同率でございますが、80 歳以上になると、男性より女性のほうが該当者の割合が高くなっておりまして、85 歳以上の女性では約 4 人に 1 人が該当しております。

17 ページが転倒リスクになります。こちらは、簡易式転倒チェックシートに基づく転倒リスク判定の該当者でリスクありの方は 6 点以上の方になりますが、割合が全体で 25.9%になります。二次予防事業の対象者では半数を超えております。支部別にごらんいただきますと、田川・桂川支部で最も高くなっておりまして、粕屋支部で最も低くなっております。差が 3.8 ポイントとなっております。

次のページが性・年齢別になります。該当者の割合は男女とも年齢とともに高くなっております。また、全ての年齢層で、男性よりも女性のほうが高くなっておりまして、85 歳以上の女性では過半数が該当しております。

19 ページは栄養改善判定です。基本チェックリストに基づく栄養改善判定の該当者は2点以上の方で、割合が全体で1.5%になっております。二次予防事業の対象者でも4%にとどまっております。支部別にござんいただきますと、全支部で1%台になっており、大きな違いはございません。

次のページの性・年齢別に関しましても、大きな違いは見られず、該当者の割合は男女でほぼ同率となっております。全ての年齢層で1~3%前後で動いております。

21 ページ、口腔機能判定をお願いします。基本チェックリストに基づく口腔機能判定の該当者で、2点以上の方です。この割合が全体で22.5%となっております。二次予防事業の対象者では6割を超えております。支部別にござんいただきますと、田川・桂川支部で最も高くなっており、うきは・大刀洗支部で最も低くなっております。その差は5.4ポイントとなっております。

次のページの性・年齢別ですが、該当者の割合が男女でほぼ同率となっております。年齢とともに高くなっておりまして、80歳以上では男女とも3割を超えている状況です。

23 ページ、認知症予防判定になります。基本チェックリストに基づく認知症予防判定の該当者で1点以上の方です。こちらの割合が全体で34.5%になります。二次予防事業の対象者では半数を占めております。一般高齢者では24.6%、約4人に1人が該当しております。支部別にござんいただきますと、田川・桂川支部で最も高くなっておりまして、うきは・大刀洗支部で最も低くなっております。差が4.8ポイントとなっております。

次のページ、性・年齢別に見ますと、該当者の割合は男女ともおおむね年齢とともに高まっております。また、84歳までは女性より男性の方が該当者の割合が高くなっておりますが、85歳以上になると同率となりまして、男女とも半数が該当している状況です。

25 ページは認知機能判定になります。認知症にかかわるリスク状況につきまして、基本チェックリストとは別に、認知機能の障害程度指標で有用とされておりますCPSという指標に基づき判定しております。該当者は中等度以上ということで、3レベル以上の方の割合が全体で2.3%となっております。二次予防事業の対象者では4.6%となっております。支部別にござんいただきますと、全支部が2%前後で、大きな違いはございません。

次のページの性・年齢別を見ますと、該当者の割合は男女ともおおむね年齢とともに高まっております。また、84歳までは女性より男性のほうが該当者の割合が高くなっておりますが、85歳以上になると同率となっております。男女とも6.2%が該当している状況です。

次の27 ページはうつ予防判定になります。基本チェックリストに基づく2点以上の方がリスク該当者の方となり、全体で24.0%となっております。二次予防事業の対象者では4割を超えております。支部別にござんいただきますと、該当者の割合は田川・桂川支部で最も高くなっておりまして、うきは・大刀洗支部で最も低くなっております。その差が6ポイントとなっております。

次のページの性・年齢別ですけれども、該当者の割合は男女でほぼ同率で、年齢とともに高まっており、80歳以上では男女とも3割を超えている状況にございます。

次の29 ページが日常生活・社会参加にかかわる部分になります。まず、手段的自立度(IADL)の判定についてです。買い物とか金銭管理、こういったものの手段的自立度の低下者である4点以下の方は全体で11.3%となっております。二次予防事業対象者では2割を占めております。支部別につきましては、柳川・大木・広川支部で最も高くなっておりまして、遠賀支部で最も低くなっております。差が4.6ポイントとなっております。

次のページの性・年齢別に見ましても、低下者の割合は、男女とも85歳以上でそれぞれ2割を超えて、急激に上昇しております。その差は女性で顕著にあらわれております。

31 ページが日常生活動作(ADL)の判定についてです。食事、トイレ、入浴等の日常生活の動

作（ADL）における要介助者で95点以下の者になります。この割合が全体で26.7%いらっしゃいます。二次予防事業の対象者では4割を超えている状況でございます。支部別にごらんいただきますと、要介助の方の割合は、柳川・大木・広川支部で最も高くなっておりまして、うきは・大刀洗支部で最も低くなっておりまして、差が5.0ポイントとなっております。

次のページの性・年齢別にごらんいただきますと、要介助者の割合が男女とも年齢とともに高くなっておりまして、また、全ての年齢層で、男性より女性のほうが高くなっておりまして、85歳以上の女性では54.2%の過半数が該当している状況でございます。

33ページが知的能動性の判定についてです。読み書きとか、そういったものの知的能動性の評価結果における低下者である3点以下の方の割合は全体で33.2%いらっしゃいました。二次予防事業の対象者では4割を超えておりまして、一般高齢者でも25.7%と、4人に1人が該当している状況でございます。支部別にごらんいただきますと、田川・桂川支部で最も高くなっておりまして、うきは・大刀洗支部で最も低くなっておりまして、差が5.2ポイントとなっております。

次のページの性・年齢別をごらんいただきますと、低下者の割合については、男性では全ての年齢層で3割台で、年齢による変化は小さいです。女性はおおむね年齢とともに低下者の割合が高まっておりまして、85歳以上では約半数を占めておりまして、

次の35ページは社会的役割判定のところなんです。人との交流等で、社会的役割の評価結果における低下者である3点以下の方の割合は全体で42.5%いらっしゃいます。二次予防事業の対象者では半数を超えておりまして、一般高齢者でも34.8%と、約3人に1人が該当している状況です。支部別にごらんいただきますと、粕屋支部で最も高くなっておりまして、柳川・大木・広川支部で最も低くなっておりまして、差が11.7ポイントとなっております。

次の36ページは性・年齢別になります。低下者の割合は、男女ともおおむね年齢とともに高くなっておりまして、また、84歳までは女性より男性の方が低下者の割合が高くなっておりまして、85歳以上になりますとほぼ同率となりまして、男女とも6割の方が該当している状況です。

37ページは老研指標総合評価判定です。手段的自立度（IADL）、知的能動性、社会的役割、こういったものを総合して評価しております。これを老研指標総合評価と呼んでおります。これにおける低下者、10点以下の方の割合は全体で19.2%いらっしゃいました。二次予防事業対象者に関しましては3割を占めております。支部別にごらんいただきますと、田川・桂川支部で最も高くなっておりまして、うきは・大刀洗支部で最も低くなっておりまして、その差が4.6ポイントとなっております。

次のページは性・年齢別の低下者の割合です。男女とも85歳以上でそれぞれ3割前後と上昇しておりまして、その差は特に女性で顕著に見られております。

39ページは、市町村の介護予防事業の参加状況についてです。まず、第1位が吉富町で、介護予防教室（ピンシヤン教室）という事業に18.5%の方が参加していらっしゃいます。第2位がうきは市の特定健診で17.6%、第3位が築上町のふれあい健康サロンで16.5%です。このような結果から公民館など身近な地域で開催されている事業で参加率が高い傾向にあるのではと分析しております。

次の40ページをごらんください。今後の介護予防事業の参加意向についてです。参加意向の最も高いところは、遠賀町の脳いきいき教室で18.3%、次いで吉富町の介護予防教室（ピンシヤン教室）で16.6%、それから新宮町の健康づくりのための運動教室で16.3%です。こういったことから、運動や認知症予防に関する事業で参加意向が高いのではないかと分析しております。

次の41ページは参加意向から参加状況を引いて参加意向の伸びを順位づけしております。参加意向の伸びの最も大きい事業は、遠賀町の脳いきいき教室で16.3ポイント、それから水巻町の脳いき

いき教室が 13.2%、それから志免町のウォーキング教室が 12.0 ポイントです。運動や認知症予防に関する事業で参加意向の伸びが大きい状況です。

以降の A3 用紙の部分は具体的な市町村の事業になりますので、後ほどごらんいただきたいと思えます。

以上で資料のご説明を終わらせていただきます。

小賀会長

ありがとうございます。調査の質問自体が 100 近くあり、非常に多岐にわたっているんですが、ご報告いただいたどこからでも構いませんので、ご質問あるいはご意見があればよろしくお願いたします。

田代委員

2 点ほどお尋ねします。まず、対象者を一般と二次予防に分けてあって、一般の方が 0%と、数字が入っていないところがありますが、それは回答がとれなかったんでしょうか。例えば、13 ページの運動器判定が、一般の方の該当者が 0 となっています。全体からすると、なかったわけではないと思えますが、これ以外にも何か所かそういうところがあるのでお尋ねしたいです。

2 点目は、支部ごとでやっていらっしゃる教室の中で、脳いきいき教室の参加希望はとて多いの、約 2%の参加しかない理由は何なのか教えていただきたいです。お願いします。

小賀会長

では、その 2 点についてお願いします。

田代委員

19 ページの栄養とかもそうですね。

事務局

9 ページをご覧ください。例えば、生活機能の栄養のところ、一般が 0%、二次予防が 4.0%となっています。基本的には、そのリスクが高くなったところは、二次予防事業の対象者になるということです。この項目に該当した方は二次予防事業対象者になるため、一般は 0%になっています。

田代委員

そうですね。

事務局

11 ページのところも、該当は 10 点以上となっており、10 点もあれば二次予防事業の対象者になりますので、一般に残り得ないという事で 0%になっています。

田代委員

7 万 4,000 人いらっしゃって、2 万 7,000 人が二次予防事業対象者になっています。そうすると 4 万人の方は虚弱判定が 10 点以下ということですね。

事務局

そうです。

田代委員

わかりました。

小賀会長

その他いかがでしょうか。

廣津委員

生活機能等の評価の中で2つほどお伺いします。うきは・大刀洗支部はかなり成績がいいんですが、よその支部と違うことをやっているということがわかれば教えてください。

それと、このグラフの中で母数（n数）が、女性のほうが多いから常に女性の割合が高いのでしょうか。

小賀会長

何ページのグラフですか。

廣津委員

全ページのグラフです。例えば32ページのグラフも、みんな女性のほうが高くなっているんです。母数（n数）が多いから高くなっているのか、症状があるから高くなっているのか。そのところを考慮されたグラフでしょうかという質問です。

小賀会長

いかがでしょうか。

事務局

これは割合ですので、調査母数nとは関係ありません。

廣津委員

母数（n数）とは関係ない？

事務局

はい。例えば、1,000人の女性の方に聞いて、200人の該当があれば20%になりますし、男性が100人で20人該当する場合は20%になりますから。

廣津委員

パーセントということですか。

事務局

パーセントです。

廣津委員

はい、わかりました。では、うきは・大刀洗支部の成績がいい理由はわかりますか。かなり成績がいいんですけども。

山口委員

ちょっとそれに関連していいですか。

小賀会長

はい。

山口委員

たしか37ページの老研指標総合評価は、ADLとかうつとか認知症を総合評価したものだとの説明でしたが、これを見ると、うきは・大刀洗支部が一番低くて、田川・桂川支部が一番高いパーセンテージになっています。一方で、6ページの世帯構成を見ていただくと、うきは・大刀洗支部のひとり暮らしの割合が一番低くて、田川・桂川支部のひとり暮らしの割合が一番高いんですよ。世帯構成と比例しているんですけども、これをどういうふうに解釈したらよいのでしょうか。世帯構成が影響していると考えられないですか。

事務局

そのとおりだと思います。例えば、世帯構成別のクロス集計も可能です。それを見ていただくと、ひきこもりが多い原因としては、一般的に、どうしても町の中心よりも、若干交通の便の悪いところで一人暮らしをしている状況が長い人は、やっぱり出不精になってきて、社会参加率が落ちると思われれます。おおむね7万件に対しての調査報告ですので、統計学的に有意であると思われれます。もう少し要因分析を行って、市町村の予防事業をどういう形で展開しようかと考える時にはクロス集計も出せますから、そこで活用していただければいいのかなと思っています。今、山口委員が言われた、ひとり暮らしだったというのも、一般的にはそう考えます。それを裏づけするデータというのであれば、この統計からとれます。

廣津委員

さすがですね。資料がものすごく素晴らしいです。わかりやすいし。

ただ、もう一步突っ込んだ情報が欲しいですね。

小賀会長

つまり分析と考察なんですよね。ただ、その分析・考察をこの委員会でするにはちょっと時間がないので、そこは事務局ですべてやっていただきたいと思います。

井上委員

その点なんですけれども、前回だったか、地域における提供サービスの資料がありましたよね。それとこの資料で、要するに現状がニーズと一致しているんですかね。地域のニーズと提供施設の

サービスが一致しているかどうか。一致していないから悪いというんじゃなくて、一致していないんだったら一致させる方策を考えるための資料だから、これをどう使うかです。どういう統計的手法を使うのか。それから、一致しない項目を、ニーズと提供サービスがきちんとマッチングできるような方式をとって分析しないといけないので、これは単なる一次資料ですから、もう一つ上の、提供サービスと整合性のとれた相関的な分析ができるかどうかだと思うんですけども。これは現状を分析しているので、「ああ、そうですか」と言うしかない。この委員会の役割は、それをどうマッチングさせていくかだと思うんです。

小賀会長

そうですね。先回、8月12日付の資料2として平成25年度介護予防効果測定調査結果の概要説明というのがあったんですが、それと今報告をいただいた「ニーズ調査の結果について」のかかわりというか、兼ね合いというのは何かあるんでしょうか。例えば、廣津委員が質問の中で出されていた、うきは・大刀洗支部が、比較の問題ですけども、他の支部と比べるとニーズ調査の結果としては良好である。良好という表現がいいのかどうかわかりませんが、なぜほかの支部と比べてそういう結果になっているのかといったような分析が出てくると、もう少し、ほかの支部が良好な結果を導き出していくような施策が第6期ではとれていくのかなとも思いますね。

先回か先々回かの策定委員会の中で、例えば、介護という部分ではサービスの提供量が低い支部があるけれども、そこが、医療とのかかわりでいうとどうなのかというのは、広域連合が行う調査の範囲としては非常にわかりにくい部分があると。ひょっとすると、例えばうきは・大刀洗支部では、ほかの支部に比べると医療費が大きいということがないのかどうかということですね。人間のことなので、介護だけではなく、医療、あるいは先ほど出ていた家族構成のあり方も含めて、どうなっているのかという全体的な分析がどうしても必要になるのかなと思うんですが、そこが広域連合だけではなかなか資料としては全部出てこないという問題もあるわけですね。医療の広域連合がありますけれども、おそらく、そういうところでやっているような資料なども含めて最終的な考察を出していかないと、なかなかこういう施策をとっていきましょうというのは言いにくいところがあります。

田代委員

二次予防事業対象者は介護保険の対象者に移行しやすいので、二次予防事業に注力しましょうということが今回の改正にも入っています。前回の資料では、うきは・大刀洗支部は把握率も改善率も高いんですね。そうすると、今日の資料を見て、やっぱりよく参加なさっているんで、それが二次予防事業としても効果があつたと私は判断しました。さっき質問したように、どんな事業をやったら改善につながるのかを分析して、あまり細かいところまで分析すると、そこだけが目的になってしまいますので、二次予防事業対象者とニーズ調査の当初の目的に帰って分析した方がいいと思います。

井上委員

ニーズ調査をすることが目的じゃなくて、ニーズ調査をすることによって、事業計画を策定することが目的だからですね。

田代委員

そうです。

井上委員

それは、ニーズ調査と提供サービスの調査がマッチングしているかどうかということから導き出されてくることで、じゃあ来年度はどういうサービスをこの地区では強化すればいいのかというのが事業計画になるんじゃないでしょうか。

小賀会長

そうですね。

廣津委員

議事録を読んでもみると、非常に堂々めぐりしていますからね。

井上委員

だから、これは基礎調査の数値としては非常によくできている。これは現実だから、これをどう受けとめて処理をしていくかということですよ。

小賀会長

その他いかがでしょうか。

今里委員

これは広域だけの資料という形で提供されていますが、県への提供はあり得ないのでしょうか。この調査は、計画策定に活かされると思いますが、これだけの資料ですから、やはり分析も含めた上で、別のテーブルでも議論していただける材料になるんじゃないかと思うんですが、その辺はいかがですか。もう、ここだけで完結するんですか。

小賀会長

この調査結果については、基本はそうだと思います。

今里委員

先ほども言われましたように、医療、介護とか、いわゆる行政のところでの分析というのも必要じゃないかなと思いますけど。

小賀会長

そうですね。ここまで調査をして、調査結果が出せるというのは、広域連合ならではの取り組みだとは思いますが。それぞれ個別の市町村単位でやるのは難しいですよ。

事務局

このニーズ調査に関しては、広域連合で実施した方が効率的に実施できると判断し、広域連合で一括実施しました。調査結果に関しては、市町村へ全てお戻しします。市町村において、医療担当課等とも協議していただき、例えば予防事業において効果があったもの、特にうきは・大刀洗支部

管内の市町村では効果があると思われますので、それを他の市町村が見られて、“何でうきは・大刀洗支部はこれだけ効果があったんだろう”ということを開き合わせていただければと思っています。これは広域連合のメリットだと考えています。また、この調査結果をこの委員会だけで活用するのではなく、今後、市町村で予防事業を展開するにあたって、うちの管内にはどういう状況の方がいいのか、独居の方が多くいるのか、また、公民館が近所にあったほうが予防効果や参加率が高いのか等、その辺を市町村で検討していただき、予防事業のプログラムをつくる際の参考にしていただくというのが基本だと考えています。

井上委員

1 ページにある「調査の目的」は4行しか書いていないので、今、事務局がご回答になられた地域での活用とか、そういった内容を具体的に幾つか書かれたらいいと思います。

それから、もう一つ質問です。この集計というのは、日常生活圏域ニーズ調査に基づいた統一調査項目による調査を実施していると目的のところに書いてありますから、おそらく、ほかの広域連合でもこの調査をされているわけですよ。もし、他県とか、ほかの広域連合でこれと同じ調査をされているのであれば、アブストラクトでいいんですが、それと比較する。また、自分の地域の分を比較してみて、どれだけ全国的な傾向と差異があるのか、いいところがあるかというのを比較したらいいんじゃないかなと思います。本当に、これはよくできた基礎資料だと思うんですよ。だから、これをうまく使えば、いい計画ができると思うんですよ。ほかの県や広域連合との比較というのは、今までされたことがあるんですか。

事務局

この調査の目的は、日常生活圏域のニーズを把握するという事です。対象者としては要支援・要介護者を除く一般の高齢者です。65歳以上の高齢者約19万人から5万人弱の要支援・要介護者を除くと、約14万人が一般の高齢者になります。そのうちの12万件とほぼ悉皆に近い調査を実施しました。当然ですが、国から調査結果の提出が求められれば提出します。第5期では、このニーズ調査は必須ですと言われながら、実施していない市町村もございます。ただ、広域連合としましては、構成市町村のことをこのように深く調査する機会は3年に1度しかございません。そういう趣旨の中で、ニーズ調査に関しては第5期も実施しましたし、第6期に関しては、各市町村で実際に予防事業はどんなことをやっているか、その参加意向等も調査しました。今後、市町村にこの調査結果をお戻しすることで、市町村ごとに分析していただくという趣旨での報告書ですので、今のところ、どの市町村、どの都道府県がどのような形で調査を実施しているのか、個別に広域連合から問い合わせをするということは予定していません。

井上委員

「調査の目的」の最後の行に、“基礎資料として活用する”とありますよね。この“活用”をもう少し具体的に、この下にさらっと、箇条書きでもよいので、各市町村にこういうふうを活用してくださいということを書いたらいいのかなと思ったから申し上げただけです。

小賀会長

事務局の説明の中で、この調査の結果を各構成市町村に戻すとありましたが、この報告書を配布するんですか。

事務局

はい。

小賀会長

自分のところの市町村が何でこういう結果になっているのかということ、市町村単位で分析をしてもらう必要がありますが、それはできるのでしょうか。とりあえずはこの報告書を見ていただいて、自分のところの市町村の現実を認識していただいた上で、どう考えるのかというのは、やっぱりきちんとやっていただかないといけないですよ。

廣津委員

市町村ごとにコメントを出せばいいじゃないですか。

小賀会長

ただ、どう考えますかといったようなやりとりは、できる限りやっていく必要があると思います。でないと、我々だけでこの調査結果をなるほどとわかって、それぞれの市町村で活かしていけないことには、現実的な意味がないので。そうすると、例えば予防事業なんかは市町村単位で考えて事業を実施しているわけですから、そういうものに活かしていただくことは十分にできるわけですよ。コメントまでなくても、これをきちんと市町村単位で分析をしていただいて、それぞれの市町村でこれからの取り組みを考えていただく。特に、予防事業としてどんなことをやっていくのかを具体化していただくという形で、この調査結果を各市町村に投げ返していくというのは意味があると思うんですよ。活用の仕方の提案は、この委員会ではできると思います。その他いかがでしょうか。

因副会長

非常に初歩的ですが、この調査のデータを見ていて、一言で言うならば、例えば37ページ、議論されている田川・桂川支部が21.0%、うきは・大刀洗支部が16.4%と。これを見たときに、市町村によって大きく差があると見るのか、それとも、これくらいの差しかないとするのか。この調査を見たときに、私は素人だからあまり地域差がないなと思ったんですけども、例えば37ページでいうと、かなり大きな差がありますと見るものなんでしょうか。それを教えていただきたいです。

小賀会長

いかがでしょうか。

事務局

数字を見られる方の問題意識によって、結果のとらえ方にかかなりの差が出てくるかは考えます。例えば、一般的な傾向として、男女とも同じように年齢とともに出現率が高くなるのが普通だと思いますが、38ページの結果は80歳で男女が逆転してきます。80歳というのが一つの転換点となっていて、ここでなぜ女性のほうが上に行くのだろうか。明らかにグラフの移行が急激に伸びているので、それが気になりました。数値については、例えば二桁台や過半数という大きな差は確かにありません。

あとは問題意識として、例えば二次予防事業はパーセンテージしか出していませんが、1万人に聞いて30%だと3,000人を対象とすることになり、何らかの事業を展開するということになれば、かなり大規模な事業が必要になります。一方、100人を対象として30%だったら、1つのプログラムで賄えることになります。そういう視点で、市町村担当者の方も見ていただければ、公民館の箇所数やボランティアの数とか見てとれるのかなと思います。

小賀会長

難しいですね。

田代委員

難しいと思います。特に、社会的役割というのは、85歳を過ぎたら男女が逆転していきまじ、そのようなことで、一つ一つ裏があるのかなと思ひながら、私も聞いていました。

山口委員

市町村担当課の方々に集まっいで、この調査結果の説明を広域連合の事務局にさせていただいて、相互に意見交換をする場は設けないのでしょうか。市町村に一方的に、これを見てください、これを分析して計画を立ててくださいということじゃなく。

小賀会長

そのような場はないと思ひますが、それをやってもらいたいかどうかということですか。

井上委員

やってほしいですよ。

山口委員

それをやっていただけたらな。

井上委員

もし、それをするのであれば、この数字を生で提供することも大事ですが、これをある程度、例えば会長みたいな学者、ご専門の先生が分析されて、全体的な傾向とかをある程度出して報告をしてもらう。ちゃんと研究費を出して。

山口委員

市町村の意見交換の結果をここにフィードバックしていただければ、効果的に反映できるのかなと思ひます。

井上委員

反映できると思ひますよ。

小賀会長

自分がやっていない調査を分析考察するというのは、すごく難しいんですよ。調査の設計から

かかっていると随分違うんですけども。それに、お金を幾らもらっても、ちょっと時間的な余裕ありません。

今のご指摘については、例えば、6期に入ってからでも構わないと思うので、こうした調査結果が出ていることについては、各構成市町村の担当者会議、つまり構成市町村に参加していただいて、その状況をお伝えして、それぞれ各市町村で講じることができる手立てを何らかの形で考えてほしいと思います。説明会や学習会というのは、やっぱり必要ですよ。ここまでの調査結果は出てきているんですから。

廣津委員

それを計画の中に入れてもいいわけですよ。

小賀会長

もちろんそうですね。6期の3年間の中できちっと。例えば、6期の初年度にそうしたことをやるということを計画してもいいと思います。そういうことをやることについて、事務局として具体的な見通しはありますか。

事務局

各市町村を集めての説明会というのは基本的には計画しておりません。ただ、先ほど事務局から申しましたように、各市町村にこの資料をお渡しして、他の市町村の状況や、こういう事業をやっているんだったら参考にしようかなど、そういう面での活用はしていただきたいということは報告していきたいと思っております。

田代委員

私は、これだけのことを各市町村がしているということは知りませんでした。ですから、やはり他の市町村がこういうことをやっているということを知ることによって切磋琢磨し、何かいい方向に向かうんじゃないかと思うんです。

小賀会長

この資料だけを市町村に送ると、机の上に埋もれていくだけになってしまいそうですよね。

田代委員

ただ、市町村には保健事業を担当する保健師とかもいますので、このデータが送ってこられると、必ず見て検討はすると思うので、さっき井上委員と会長がおっしゃったように、この調査の目的は介護保険事業計画策定ですが、これをお返しになるときに、市町村ごとで検討して活用ください等は言っただけでもいいかなと思います。

事務局

市町村に戻す資料は、委員の皆様のお手元に配っている資料と様式が異なります。まだ、準備は出来ませんが、市町村と広域連合全体の数字の違いがわかるようなレポートになっています。

小賀会長

市町村ごとにつくられているんですか。

事務局

市町村ごとに33通りのレポートをつくります。今、手元に田川市のものがありますので、参考に回覧いたします。圏域のニーズを把握して、参加率、改善率の高い予防事業を検討していただければと考えています。

小賀会長

じゃあ、全体の説明会を開くことにあまり意味がないかもしれないので、とにかく、市町村ごとのデータを送った上で、わからないことがあったら問い合わせをしてくれというやり方をとっていくことになりますよね。

井上委員

全部の支部を統合して、こういうチャートにはできないんですか。全支部合計した分でチャートというのは。

事務局

比較は広域連合全体に対して各市町村がどの位置にいるのかというチャートになっています。

井上委員

折れ線グラフだけでなく、全体をもうちょっと安易に把握できるデータ表示の仕方はありませんか。

とりあえず、よくできている資料だし、これを市町村に返すというのは分かりました。ただ、目的のところには、「活用」だけじゃなくて、具体的な活用方法を書いてあげるといいのかなと。

今里委員

調査は統一の書式でやっているとのことでしたが、広域じゃなく、単独市町村のところもやっているんですか。この書式は広域だけですよね。

小賀会長

この調査用紙を使ってということですか。

事務局

調査項目に関しては国が示した項目です。39ページにあるのが広域連合独自に追加した調査項目です。

今里委員

独自に追加したんですか。

事務局

はい。市町村ではこのような事業を実施していて、どんな事業に参加したいか等の希望が聞きた

いという意見があったので、39 ページ以降は追加したものです。この調査は、おそらく福岡県ではほとんどの保険者が実施していると思います。

小賀会長

県がもしやったとしても、福岡県全体の動向がわかるのは、もっと先のことになりますね。

事務局

そうですね。調査時期が違ったりしますので。

小賀会長

ひとまず我々としては、今日あげられたデータをもとに、具体的にどう考えていくのかということになるわけですね。

廣津委員

理由を究明しないといけないですからね。

小賀会長

そうですね。その他いかがでしょうか。特にございませんでしたら、次回以降の会議日程は10月ぐらいまで示されております。それで、6、7、8回あたりのそれぞれの会議の中で、おおむねどんなことが事務局から上程されていくのかという見通しを少しお話いただいて、今日のこの会議は閉じさせていただきたいと思いますが、事務局、それでよろしいでしょうか。

事務局

前回の会議で、「高齢者人口、認定者数等の将来推計」資料をお出ししています。あくまでも人口統計からの自然体の伸びとして、これぐらい高齢者が増えていきますよという目安を提示させてもらっていました。次回の第6回では、今回のニーズ調査報告書や、予防効果測定事業等を踏まえたところで予防効果を見込んでの認定者、実際にはこの数字が保険料に影響する認定者になりますので、その予防効果後の認定者をお示しする予定としています。

第7回以降では、各サービス事業量として、施設サービス利用者の見込み、それを除いた分の在宅等のサービス量の見込みをお示しする予定です。

第8回目以降には、骨子案ということで、第6期計画の骨子をお示しすることとなります。

第7回、第8回は、おおむね11月、12月の初旬をめどに、あとは全体的な総論としての質疑応答に切りかえさせていただいて、最後、11月後半か12月には答申案をご協議、ご審議いただいて、答申をいただくという流れで会議が進んでいくこととなります。

次回に関しましても、時間的には厳しいですが、極力、事前配付できるような形で、資料を送付させていただこうと思っていますので、よろしく願いいたします。また、今回は会議場所が変わりますので、ご注意ください。

小賀会長

ホテルレガロですね。

廣津委員

各委員からの提案というのは、各委員から、6期でこういうことをしてという意見ですか。

小賀会長

それは、6期の骨子が具体的に事務局から提案されますよね。その中でご意見をいただきます。

廣津委員

はい。

小賀会長

では、特にないようでしたら、これで終了させていただきます。皆さん方からご意見をいろいろいただけるので、どこで休憩をとったらいいのか、いつも悩んで申しわけありません。次回からは、どこか切りのいいところで休憩を挟ませていただきます。本日はどうもご参加ありがとうございました。

以上