

第 6 期介護保険事業計画 第 7 回策定委員会 議事録

【開催日時】平成 26 年 10 月 6 日（月） 13 時 25 分～15 時 25 分

【開催場所】福岡県自治会館 1 階 101 会議室

【出席者】（敬称略、50 音順）

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

【議案】

- ・ 1 施設・居住系サービスならびに在宅サービスの将来推計について

【会議資料】

- ・ 資料 1：施設・居住系サービスならびに在宅サービスの将来推計
- ・ 資料 2：基本指針（案）における市町村介護保険事業計画の記載事項について

..... 【議 事 内 容】

事務局

開始時間前ですが皆さんお揃いになりましたので、ただいまより福岡県介護保険広域連合第 7 回介護保険事業計画策定委員会を開催いたします。

早速ですが小賀会長は進行をお願いいたします。

小賀会長

本日もお忙しい中、ご参集いただきましてありがとうございます。この会議は 12 月に大詰めを迎えることとなりますので、来期の内容について、しっかりと検討していかなければならない月に入っております。

本日は、先にお送りいただいた資料と、テーブルに本日付けで置いていただいている資料がございます。ボリュームのある資料ではございませんので資料 1 と 2 を合わせてご報告いただいて審議に入りたいと思いますので、事務局から資料の説明をお願いいたします。

1 施設・居住系サービスならびに在宅サービスの将来推計について

事務局

それでは、まず資料のご確認からさせていただきます。郵送で事前送付している「資料 1 施設・居住系サービスならびに在宅サービスの将来推計」が 1 部と、本日机の上に次第と一緒に置かせていただいております「資料 2 基本指針（案）における市町村介護保険事業計画の記載事項について」が 1 部、それから委員の皆様のお手元に前回の委員会で報告しておりました報告書を 2 冊用意しております。皆さん、お手元にご覧いただけますか。

それと、事務局から 1 点お願いがございます。毎回の本委員会の議事録を作成しておりますが、録音している音源で発言が少し聞き取りづらい部分があります。マイクを準備しておりますので、

なるべくマイクを通して発言いただきますようお願いいたします。

それでは、資料をご説明いたします。まず、「資料 1 施設・居住系サービスならびに在宅サービスの将来推計」からご説明します。

1 ページをお願いします。前回の委員会で認定者数という事で、施策反映後の認定者数をお示ししておりました。その算出した数値に基づきまして、施設と居住系のサービス、それから在宅サービスにどのような利用者が出現するのかという事で今回見込ませていただいております。点線で囲んでいる左側の部分が「施設・居住系サービスの見込み方」で、施設については介護保険 3 施設と特定施設になります。居住系サービスにつきましてはグループホーム等になります。まず最初に、①として第 5 期計画期間中の、平成 24 年度から平成 26 年度にこちらのサービスを利用されている実績者を把握します。それから②で認定者数を把握します。これを元に、サービスごとに占める利用率を算出しまして、将来の伸び率を算出する事になります。それに基づきまして、第 6 期計画期間の平成 27 年度から平成 29 年度、そして第 6 期計画から新たに平成 32 年度と平成 37 年度についても見込むようになっており、これらの認定者数の見込み、サービス利用者の見込みを算出しております。そして、最終的にはここに市町村や県の意向を反映することになりますので数値が若干動きませんが、今回は資料の網かけにしている部分までを見込ませていただいております。

右の点線で囲んである「在宅サービスの見込み方」については、まず最初に、前回お示した認定者数の推計値から左側の点線の施設・居住系サービスの利用者数を差し引いて、在宅サービス対象者を算出します。それから、過去の実績から利用率を算出し、それを認定者数・要介護度ごとにどのようにサービスを利用されているかという事で算出していきます。こちら最終的には施設・居住系サービスと同じように施策の反映でまた若干数字が動く事にはなります。施策の反映については、今回の資料ではまだ見込んでいませんが、下の◆の 2 つ目の①介護療養型医療施設、②介護予防訪問介護および介護予防通所介護については見込んでおります。①介護療養型医療施設については、平成 30 年 4 月に国の方針で廃止が決まっておりますので、平成 30 年 4 月時点で利用者の見込みが 0 人となるように計画期間中に他のサービスに転換させるように見込んでおります。それから②介護予防訪問介護および介護予防通所介護については、計画期間中に総合事業に移行する事が決まっております。今回の資料では、仮に平成 29 年 4 月 1 日から移行するという事で見込ませていただいております。ただ、市町村等々でのまだ協議が進んでいない部分があり、移行年度については市町村ごとに若干ばらつきが出る可能性もありますし、統一する可能性もございます。それから端数処理の都合上、合計の数値が合わない場合もございますのでご了承下さい。

次に 3 ページをお願いします。上段が「在宅サービス等の見込量」になります。下段が「施設見込量」になります。平成 25 年度と平成 26 年度は実績で、平成 27 年度から平成 37 年度は見込み量となります。特徴的な箇所だけ申し上げます。まず、在宅サービスの「⑥通所介護」ですが、平成 28 年 4 月 1 日から定員 18 名以下の小規模な通所介護につきましては地域密着型通所介護という事で、県の指定から広域連合の指定に移ります。新サービス類型としまして「(2) 地域密着型サービス」の「⑨地域密着型通所介護 (仮称)」として、平成 28 年度から数字が出ていると思います。こちらは大規模な通所介護と分割して数字が挙がっています。広域連合の実績から見ますと、定員 18 名以下の小規模な通所介護が全体に占める割合は 29% ございました。ですので、利用者の見込みから 29% 分を「⑨地域密着型通所介護 (仮称)」として推計しています。それから、在宅サービスの「(2) 地域密着型サービス」の「⑦地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」につきましては、平成 25 年度の実績は 0 で、平成 26 年度から数字があがっています。こちらは改めて指定したという事ではなく、例えば定員が 100 床の特養の中に 29 人以下のユニット型の個室が混在しているような、多

床室とユニット型の施設が混在している施設があり、そういった施設は国の法改正によりユニット型の部分だけを地域密着型の特養として、改めて保健所で指定するようになりましたので、平成 26 年 4 月 1 日付けで指定した数字が入っております。ですから概ね横並びの数字になっていると思います。それから、「(1) 介護予防給付サービス」の「①介護予防訪問介護」と「⑥介護予防通所介護」につきましては平成 29 年度から数字が 0 になっており、これは先ほど申し上げましたとおり総合事業に移行するという事で、このようにさせていただいております。関連して「(2) 地域密着型介護予防サービス」の「④介護予防地域密着型通所介護 (仮称)」につきましては、総合事業の移行する年度によって実績が表れる事になります。ただ今回の資料では、実績もありませんし、総合事業の年度も確定しておりませんので、仮として 0 人という事で表記させていただいております。表の一番下にあります「施設見込量」の「(5) 施設サービス」の「③介護療養型医療施設」は先ほども申し上げましたとおり、平成 30 年の 4 月より廃止が予定されておりますので、平成 29 年度までは数字が入っておりますが、平成 32 年度以降は 0 と記載しております。

4 ページ以降は、そのサービスごとの見込み量をグラフにしたものです。

それから、7 ページ以降は 3 ページの表の推計を支部ごとにお示ししております。以上で、資料 1 の説明を終わります。

続きまして、「資料 2 基本指針 (案) における市町村介護保険事業計画の記載事項について」のご説明をいたします。表紙をめくっていただきまして、「市町村介護保険事業計画の記載事項」をご覧ください。国の基本指針として『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』という事で、厚生労働省から骨子の部分が示されております。その中で、この表中の“●”の部分が必須の記載事項になります。“○”の部分が市町村において任意で記載する事項になります。左側が第 5 期計画、右側に第 6 期計画をお示ししております。第 6 期計画で制度改正により新たに変わる部分を網かけで表示しております。具体的に申し上げますと、「総論 II (現状の評価・今後の見込み等)」の一番下の網掛け「平成 37 年度 (2025 年度) の推計と第 6 期の目標」について、第 5 期までは計画期間中の目標だけでよかったんですが、第 6 期計画では平成 27 年度から平成 29 年度に加えて平成 32 年度と平成 37 年度の推計値を示す事になっております。それから、「各論 (計画期間中の取組)」の中に 4 つの網かけがあります。「①在宅医療・介護連携の推進」と「②認知症施策の推進」「③生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進」「④高齢者の居住安定に係る施策との連携」そして、表の下から 4 つ目の「地域包括支援センター及び生活支援・介護予防サービスの情報公表」が第 6 期計画から新たに骨組みとして加えられております。

以上で、資料の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。それでは資料 1、2 について、どちらからでも構いませんので、ご質問・ご意見があればお願いいたします。

田代委員

資料 1 の 3 ページ。表の一番下「③介護療養型医療施設」について、以前、どのくらい移行しますか、どこに移行しますかという調査がありました。医療の療養型や老健、特養に移行するののかという調査です。今回、平成 30 年 4 月から廃止になる段階での意向調査は行っているのでしょうか。介護療養型医療施設が 0 になり、その分が老健や特養に移行すると考えたときに、老健や特養の見込量が少ないと思ったんですがその辺りについてお聞かせ下さい。

小賀会長

その点についてはいかがでしょう。

事務局

おっしゃるとおり前回の第5期の時に、介護療養型医療施設の廃止が決まっておりました。その時に、県から介護療養型医療施設を持っている各機関に転換の方針を聞いております。回答としては、ほとんどの施設が“未定”ということでした。それで、今回県に確認いたしましたが、そういった調査はまだ行っていないという事ですので、おそらく今後進められるかもしれませんが仮に今回行ったとしてもほとんどの医療機関が“未定”と回答をされると思っております。平成30年4月の廃止となっておりますので、ほとんどギリギリの段階で転換されるのではないかと考えられます。転換の意向が決まっている機関については大部分が医療療養病床へ転換と回答されておりました。今回の介護保険事業計画の事業量推計においては、まず平成27年度に4分の1、平成28年度にさらに4分の1、残りの2分の1は平成29年度という事で減算させていっております。計算上はなるべく後半に移行させるようにしております。以上です。

小賀会長

今の回答でよろしいでしょうか。

田代委員

はい。

瀬戸委員

今のご説明の補足ですが、県医師会と県の高齢支援課は、介護療養型医療施設と、その他医療療養病床を持っているすべての機関にもう一度調査を行うという事で、既にアンケート票を作成しております。ただ先ほどのご説明のとおり、今回もおそらくほとんどの機関が“未定”という回答のようです。なぜかという、これはご承知のとおり法案ですから法律を変えなければならないもので、とんでもないことになっていると、国も間違っていたと思っているはずです。大幅に変わる可能性も非常に高いので、おそらく今回も“未定”との回答が多いと思います。

ただ、今回、県医師会としても県と一緒に調査する事にしたのは、実は県も我々も把握しきれていないままに、すでに色々転換してしまったり、廃止してしまったりで数字にあらわれない部分がたくさんあるので、“現在何をされていますか？”という事で、今後は“未定”で構わないので現在の状況をもう一度洗い出すという作業を現在行っております。

小賀会長

ありがとうございます。その他はいかがでしょう。

廣津委員

資料1の3ページについて、サービスの見込量が出ています。平成26年度を100として増減を計算したところ、訪問介護は、平成29年度は-5.99%、平成32年度は+9.21%、平成37年度は+6.65%という数字が出ています。それから施設については3施設の合計で、平成26年度を基準にして計算

すると、平成 29 年度は+19.95%、平成 32 年度は+5.20%、平成 37 年度は+5.70%という数字が出ていますが、この推計は人口動態か何かの数字を使って算出されたのでしょうか。

小賀会長

推計の根拠を尋ねているようです。いかがでしょうか。

事務局

ご説明の段階でも申し上げましたが、まず前回の委員会で認定者数という介護保険サービスを利用される総枠の部分をお示ししたと思います。そこで認定者数の合計の数字が出ます。その方たちが介護保険のサービスを利用される事になりますので、その数字を総量として在宅サービス、施設・居住系のサービス利用実績をもとに利用率を算出し、それを認定者の推計値の増減に合わせてトレンドで推計をかけたものになります。

小賀会長

その他は、いかがでしょうか。

藤村委員

「①定期巡回・随時対応型訪問介護看護」について、現時点の平成 26 年度の 536 人が平成 29 年度では 1,380 人となっていますが、各支部の動向を見ると、田川・桂川支部と朝倉支部は増えていくという推計ですが、他の支部についてはずっと 0 で推移している状態です。これはどういうことでしょうか。認定者の推計値だけでは説明がつかないので、理由を教えてください。それと、この事業につきましては大都市でないと収益が確保できないという誤解があるようです。本当はそうではなく、県も普及のための研修に力を入れてやって、その研修に人はすごく集まりました。その後、研修を通じて事業所側からやりたいと手を挙げがったりしていましたが、現在どのような感じなのか教えていただければと思います。

小賀会長

事務局はいかがでしょうか。

事務局

この事業につきましては総量規制の対象ではありませんので、実際手を挙げられた、実績があがっている田川・桂川支部と朝倉支部が、人口・認定者の伸びにともなって、この推計値になっております。今のところ、第 6 期に手を挙げる事業所があるのかというのは、まだ把握しきれておりませんし、今後の状況を見ていくしかないというのが現状です。

藤村委員

このサービスが地域包括ケアの中核とも言われているので、広域連合本部としてこの事業に対して、今後どのように各支部に働きかけていくのかについても教えていただければと思います。

事務局

先ほど言われたように県が説明会を行い、各事業者に対して説明を行って、思った以上の反響が

あがっているという事は聞いております。ただ、あくまでも広域連合や保険者からこのようなサービスをお願いしますという事業展開ができない状況ですので、今は反響の結果を待たざるをえないという状況です。

瀬戸委員

今、藤村委員が言われた地域包括ケアの根幹となる定期巡回・随時対応型訪問介護看護の問題について、先ほど言われたように総量規制のかかる事業ではないんですが、日本中で総量規制のような事をやっているんです。この事業が増えないのは収支の問題ではなく、すでに小規模多機能の認可を受けているところの転換を認める等、色々な規制をかけているのが現実だと思います。広域連合本部としては、今後も手挙げ方式で推進していく方針でしょうか。もし、今新規の事業所が手を挙げたらどうされていくつもりでしょうか。答えにくいかもしれませんが考えを教えてください。

田代委員

併せていいですか。先ほどの介護療養型医療施設の廃止とともに在宅サービスの需要が増えると国は見込んでおり、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と複合型サービスをやりなさいという事を、この前いただいた厚労省の資料にも書いてありました。小規模多機能型は要支援等の軽度の方たちの介護が多いので、なかなかペイしないということがあります。これから、医療依存度の高い人たちがどんどん地域で生活するようになると、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と複合型サービスのように訪問看護とタイアップしたサービスが本当はもっともって増えていかないといけません。今、看護協会が複合型サービスを作ろうとしており、補助金が出なくても単独でやろうという事で今動いているところです。これからもっとニーズが出てくると思います。少なくとも小規模多機能等を運営されている事業所で、その意向があるところがあるのかなどの状況を瀬戸委員の質問と一緒にお聞かせ願いたいなと思っています。

小賀会長

いかがでしょうか。

事務局

広域連合としての考えというのは今のところありません。

田代委員

困ったのが、県は複合型の予算を確保していますが、これは市町村の地域密着型なので市町村が参加しないと補助金が出ません。そのため市町村によっては補助金が出なかったという事があるんですね。

瀬戸委員

広域連合の話ではありませんが、保険者が指定をしないという現状があるんですね。それがいけないということではありませんが、どうなのかなと思います。広域連合は増やしたい気持ちがおありなのか、そうじゃないのか。

山口委員

先週だったと思いますが、厚生労働省が介護保険サービスの利益率の調査をして数字を公表しました。特養とデイサービスの利益率がかなり高い一方で、定期巡回・随時対応型訪問介護看護が最低の利益率だったんです。これが民間の参入を妨げている一番の要因じゃないかと思います。厚生労働省がこれだけ調査をしたという事は、今後、社保審でも介護報酬の配分の見直しがされるという事でしょうか。ここではお答えのしようがないと思うんですけど。

井上委員

されます。

山口委員

されますよね。そうするともう少し民間も参入しやすくなるかと思います。偏っているところが一番の原因かなと思います。

井上委員

介護報酬全体の引き下げ議論は今後出てくると思います。再分配の話もそこにつながっていきます。それと、今のお話ですが保険者では無理なんです。県の中で出てくる話であって、この場で施設数等の具体的な小規模多機能のこれからのあり方等を求めても回答しようがないので相当難しいと思います。答えようがありません。ただ、介護報酬がもらえるように指定をするかどうかというのはかなり微妙な問題になってくると思います。

おそらく今年の12月以降に予算が下りた後、3月31日までに介護報酬の決定がされるわけですが、その前の1~2月がヤマ場になってきて、それからどのような点数構成になるのかという事が分かってくるので、そこまではなかなか回答が難しい話だと思います。

瀬戸委員

今回の第6期計画の中で、平成32年度までの地域密着型の設置予定数は計画に盛り込むんですよ。要するに私が言っているのは、来年に介護報酬が決まってからという事ではなく、今回の計画で数値が決まってしまうたら報酬がどうという話ではなくなるので、今どっちの方向に行くのか、どうやるのかという事を決めておかないと動かないと思います。もちろん細かい事は決められないとは思いますが、保険者は計画はこうなっておりますからという話が必ず後で出てきますので。

小賀会長

委員会としてどうしたいのかという発言でいいと思います。事務局が事務局案を押し付けるような形になってもいけませんので、我々としてどう考えるのかという発言をまとめさせていただいて、その後に事務局はどうなのか、どう判断するのかという段取りでいいと思います。

事務局

瀬戸委員から市町村の予算がないから定期巡回・随時対応型訪問介護看護ができないのではないかという質問があったと思うんですが、基本的に介護給付費で各市町村がセーブするという事は現時点ではありません。

瀬戸委員

定期巡回型とか複合型、特に複合型は今すでに小規模多機能を運営しているところのみに限るとか、色々な事をやっていると思うのです。

田代委員

市町村によって違うみたいですね。

瀬戸委員

全然違うみたいです。ですから、広域連合としてはどうされるのかをお聞きしたいです。

小賀会長

今の発言について、事務局からは何かありますか。

事務局

事業計画書に必要利用定員総数を記載する事になりますが、実績が0の場合は、次期の計画に反映できない状況です。ただし、実績が0だから新規の指定はしないということはおこなっておりません。実績が0でも、参入意向があった場合は、地域密着型委員会にお諮りし、承認いただければ指定するという流れになります。現段階でおっしゃるような様々な要件を付けて、補助金を抑制しているという状況はございません。

瀬戸委員

そうすると、一気に増えてくるかもしれませんね。

小賀会長

その他はいかがでしょう。資料2では第6期計画の柱だてのところまで出ておりますが、そちらについてはご質問・ご意見ございませんか。

瀬戸委員

資料2の「各論（計画期間中の取組）」の①～④の網かけの部分について、これは地域包括ケアの話になると思うんですが、これは広域連合本部として介護保険計画の中でももちろん謳うんですけど、具体的な内容に踏み込んだ時に、市町村とのすり合わせというのは十分されているのでしょうか。これは市町村事業ですよ。介護保険事業とは違う話になりますが、その辺りは今どのようになっているのでしょうか。

小賀会長

事務局はいかがでしょう。

事務局

この事業については市町村事業という事で捉えております。ガイドラインが出る前に、この計画自体について各市町村にどのように考えているのかという事でアンケートをとりました。その時点では国のガイドラインが出ていない状況だったので分からないという回答が多数でした。それで8月に県の説明会があって、その後、全部ではありませんが2～3の市町村に回って話を聞きましたが、

内容を捉えきれない、中身を十分に理解できないという話がありました。これについては、連合本部が理解できる範囲で説明をしながら市町村で実施していただくかと考えて、今動いているところでございます。

瀬戸委員

大枠の部分は計画の中で謳っておいて、あとは各市町村にお任せするということですか。

事務局

各市町村の事業になりますので、説明に行ってお互い合意の元に行いたいと思います。

井上委員

瀬戸委員がご指摘になられた点ですが、結局は市町村で行うので、網かけの部分については、広域連合としては、例えば「②認知症施策の推進」であれば、1～10個くらいの具体的な案を書いて、そこから市町村で実施できる分を3個か4個選んでもらうとか、そのような方法でいくんですか。ここはどのような書き方になるんですかね。

事務局

今お示ししている分につきましては、ここに新しく、「①在宅医療・介護連携の推進」、「②認知症施策の推進」、「③生活支援・介護予防サービスの基盤整備の推進」、「④高齢者の居住安定に係る施策との連携」といった項目が出てきていますが、例えば「①在宅医療・介護連携の推進」につきましては、この中に項目が8つくらいあり、その全てを行わなければならないと書かれてあります。各市町村の状況によって違いますので、経過措置があつて平成29年の4月1日までに実行しないといけません。だから最初にどの程度できるのかという事を市町村に聞いていきたいと思っております。計画の中身をすべて網羅するのではなくて、各市町村の状況に応じて実施していきます等の表現になってくるとは思いますが、ただ、実施はしなければならないということで各市町村に説明をしていきたいと思っております。

小賀会長

この委員会でのどのような審議をすればよいのか、審議の仕方や提案の仕方がちょっとイメージできませんね。まだ、項目しか出ていないというのもありますが。

山口委員

市町村の計画は、各地域の実情に応じて計画をたてるという事は分かるんですが、地域の市町村のニーズに応じて計画を立てられたかどうかのチェック・検証は、各市町村に設置している老人福祉計画の委員会等が行うのでしょうか。それとも、広域連合の委員会でチェックしていくのでしょうか。

事務局

各支部の構成市町村に事務長が中心となって説明を行う予定ですが、今おっしゃるように最終的に平成27年4月、平成28年4月、平成29年4月のどの段階でどこまでいったかというチェックは広域連合で行っていきたいと思っております。

廣津委員

予防事業等に関して、広域連合が決めていても市町村が管轄なので市町村に任せるしかありません。ここで計画を作っても市町村に流しても、それを強制することはできないので、実行するのかわからないのは市町村の判断になります。チェックができないようになっているんです。

事務局

地域支援事業は市町村事業という位置付けです。広域連合の組織自体がどこまでを行うのか、また、市町村はどこまで行うのかという区分けをしております。市町村が行う分につきましては、各市町村の環境等が違いますので、例えばスタッフも違うし、施設の場所も違うし、規模も違いますので、どのようなやり方をされるかは市町村にお任せしています。ただ行う場合には、事前に広域連合に計画書を出していただいて、それに伴う費用を広域連合から出すという仕組みをとらせていただいておりますので、広域連合としてチェックは行いません。あくまでも各市町村のやり方です。

今回の新しい事業につきましては、厚生労働省から、例えば「①在宅医療・介護連携の推進」については、8項目やるという事で若干具体的に提示されております。しかし、その各項ごとに具体的にこうしなさいという詳しい説明はございませんので、やはりそれも各市町村の対応だと思っております。ただ、広域連合を組織しておりますので、その中で皆さんの情報を集めまして、皆さんこういう事をやっていますという提示はしていきたいと思っております。

小賀会長

構成市町村全体で広域連合体を作っているのだから、広域連合として提案はできると思うんです。例えば、予防事業についてはこんな事業に取り組んでみてはどうでしょうかとか、それぞれについてはこういう取り組み方があるし、おそらく成果が上がると思っているといた提案はできますが、それを採用して実行するかどうかは市町村の責任においてやらなければいけないという事です。

つまり広域連合は、すべての構成市町村に対して、このように計画を実行していきなさいといった強制力は持っていない。だから、特にこうした市町村事業については、市町村が広域連合の提案を受けて、それぞれの責任において独自にきちんとやりきっていく事になります。ただ、やりきって下さいという叱咤激励はできると思います。実際に過去の実績について、なかなか上手くいっていない事実についても指摘はできると思うんです。このように何ができるのかといった仕事の住み分けは、私たちも認識しておく必要があると思います。事務局がおっしゃるように、事務局としてできる事とできない事はしっかり言っていただいた方がよいですし、広域連合の責務以外の部分については、市町村に対して提案をして実行を期待するという考え方だと思うんです。

田代委員

基本的なところが分からなくなってきたんですが、介護保険の責任者は市町村ですよ。市町村が単独でできないので広域連合を作っていますが、広域連合が保険者なのか、それとも市町村なのかという事が分からなくなりましたが、今の考え方だと広域連合は実施主体ですよ。

事務局

保険者です。

田代委員

保険者ですよ。そうすると、小賀会長がおっしゃったような考え方にはならないと思います。広域連合がこういう方向で、介護保険事業を市町村から意見を聞いてやっていくので、できるだけこれに従って、目標値に向かってやって下さいというのが基本的なスタンスではないかと思います。

例えば、私は認知症サポーターの県社協の講義に行っていますが、サポーター養成講座を作って研修は受けたんですが、全然活動していないという話を聞きます。でも認知症の対応については、研修を受けた方にいかに動いてもらって地域包括の中に組み込んでいくのかという事が市町村の大きな役割だと思います。

第6期の骨子計画が出ていますが、次回以降に具体的な内容が出てくると思いますので、このように広域連合としてやっていきたいと思いますという風に計画を作っていないといけないと思いますがいかがでしょうか。

小賀会長

基本的な部分での認識の違いです。何回か事業計画策定に参加させていただいて、私の認識というのは、この連合体は事務取りまとめの連合体ということです。その事務取りまとめの役割の1つとして事業計画を作ります。ただし作った事業計画の実行については、市町村の責任においてきちんとやっていただくという役割分担の仕方をしていたと思います。だから広域連合で事業計画を作って、例えば市町村の独自事業についても連合体で作った計画なので完全に実施をして下さいというところまでは言えない状況でずっときていると思います。私はむしろ言えなくていいと思うんです。つまり連合体を作っているものの、市町村の独自性であったり、市町村の主体性がきちんと問われなければいけないと思うんです。ですから、市町村独自事業についても第6期も提案はします。こういうやり方をとるべきだという指針はお伝えをしていきたいと思っていますが、各自治体には選ばれた首長や議員さんもいらっしゃるので、実行についてはやはり独自できちんと自治体ごとに責任を持っていただくというように役割をはっきりとさせておかないと、かえって構成市町村の地方自治を損ねてしまうし、あるいは尊重しないような状況になってしまうんじゃないかと思っています。事務局の考えとズレがありますか。

事務局

広域連合が発足した時は、介護給付、資格管理、それと認定という3つの柱から介護保険制度は出発しました。そこで、広域連合が広域計画をたてました。広域計画というのは、こういう連合体を組織する場合、広域連合という保険者と、地方自治体があって、全部広域連合がするのかというところまではできません。そこで市町村がする部分と、広域連合がする部分の役割分担を決めましょうという広域計画を作りました。平成18年度から地域支援事業が加わりました。その中で、地域支援事業の関係につきましては、市町村で行うことになり、これは小賀会長のおっしゃるとおりです。地方分権が盛んになっており、地域包括ケアシステム等は住み慣れた地域で最期まで看取る事ができるようにと、やはり地方じゃないとできないと定義付けもされており、自治体じゃないとなかなかできない部分もございますので、そういう意味では小賀会長のおっしゃるとおりだという事で進めていただきたいと思います。

井上委員

という事は、先ほど1つの網かけに対して8項目あるとおっしゃっていましたが、その8項目の

あるべき論を書くという事ですね。自治体はその8項目の中から各年度ごとにできる事を2~3個選択して自治体の中で取り組んでいただいて、最終年度の平成29年度にはその8項目をすべて完成していく。そして、こちらは各年度の成果をチェックしていくという方向で進めていくという事でしょうか。

事務局

それはプロセスの問題だと思いますので、基本的には平成29年4月1日までにできたか・できなかったかという事で判断させていただきたいと思います。

瀬戸委員

医師会等が地域支援事業について、広域連合の構成市町村と話をした時に、知ってか知らずか広域連合に聞いて下さいという所があります。市町村は地域支援事業については広域連合に聞いてくださいと答え、一方で広域連合は地域支援事業は市町村の事業ですと答えます。これは市町村が担当を知らずに言っているのか、それとも、わざと時間稼ぎのために言っているのか。この件について、ここで議論する事ではありませんが、そういう状況を分かった上で、先ほど小賀会長が言われたとおり、市町村の責任においてやるべきと我々は道を示すという事をもう一度しっかりとお願いします。

藤村委員

結果として、市町村格差というものがおそらく生じてくると思います。ですから、広域連合本部としてその格差を埋めていく方向性みたいなものを指し示していただかないと、この委員会で作った計画は何だったんだという事にもなりかねないと思います。その辺りにもう少し力を入れていただければと思います。

事務局

今のご意見を承りたいと思います。この場には事務長もおりますし、私ども本部からも各市町村に今のご意見を伝えていきます。今回の計画もどちらにしても市町村が作っていかなければなりませんので、33の各市町村には伝達していきたいと思います。

今里委員

まったくそのとおりだと思います。やはりこの計画の中で謳うのは、進捗の管理やどのようなシステムで動かしていくのかというのは頭においておかないといけないと思います。

井上委員

そういうスタンスであれば、先ほどの施設・居宅系サービスの将来推計のところも、期待値として膨らませて書いてもいいんじゃないかと思います。

小賀会長

そうですね。本当にそのとおりだと思います。実施は市町村の責任においてという事になりますが、33の自治体が連合体を作っている以上、受け取るサービスの量や質に格差が出ないように、当然計画は作っていくべきだと思います。このように数値化をした時に、例えばサービスの量について

ては、自治体と自治体の間には格差があるので、その格差をきちんと埋めていくという事もそうですが、独自事業を行ったときに、対象者の方に対していい取り組みができていない部分と、なかなか進んでいない部分がはっきり出た場合に、取り組みの水準が高い自治体に沿わせておく事で、全体の水準の底上げを狙うような計画を作っていくべきだと思います。第5期、第4期を振り返りながら、動きが鈍いところや動きがおかしい部分については、きちんと指摘も加えつつ、もっと実行性のある市町村事業をやっていただきたいといった指摘なども入れていく必要があると思います。

廣津委員

具体的な話になるんですが、資料2の「②認知症施策の推進」について、広域連合に入っていて良かったというものを1つ作っていただきたいと思います。それで各委員に提案したいんですが、医療と介護の連携が謳われておりますが、認知症のケアとして、まず第一に、認知症の画像診断を取り入れていただきたい。この画像診断を広域連合に加盟している65歳以上の人全員に受けてもらうことを第6期計画に盛り込めないでしょうか。

小賀会長

いかがでしょう。

瀬戸委員

まず医学的な話で認知症を診ている者として言わせてもらおうと、画像診断は認知症にとっては、あくまでも補助検査に過ぎません。しかも画像が先走っているので大きな問題があります。画像に出ない認知症の方がはるかに多いんです。高感度MRIをとって、血流等の全部を見ても50%くらいは診断できません。認知症とはそういうものではなくて、やはり臨床症状で判断するものです。もし広域連合の計画で謳うのであれば、画像診断よりも、各地域で認知症の健診をやる等を謳う方が私は良いと思います。

廣津委員

かかりつけの医者がMRI検査を行うというのと、高齢者本人は素直に従います。そういったところを利用して検査した方がよいと思うんです。やはり65歳以上の人の多くには、認知症の症状が少しはあるんじゃないかと思うんです。アルツハイマーの場合、脳はこうなるという事が画像であれば素人が見ても分かるくらいにはっきりしているので、画像診断を受ける事を計画に入れていただきたいです。

小賀会長

どうなんでしょう。

瀬戸委員

今言われたように実際やらないといけないのは、いわゆる軽度認知症の方々に、これが三百数十万人、13%くらいいると言われておりますが、その人たちを早期にスクリーニングするためには画像ではなくて日頃のコミュニケーションや問診が大事です。市町村でも医者でもいいので、そういうものを拾い上げる必要があります。医者にかかっていない人はたくさんいるので、医者にかかっていない人をどう拾い上げるかという事を計画の中に謳っていくべきだと思います。

田代委員

そうだと思います。中核症状と周辺症状をきちんと理解してもらうようなことが一番大切です。

小賀会長

例えば、そのような提案をしながら、こういう事をモデル的にどこかの自治体でやってみませんかという提案をしたっていいわけですね。廣津委員がおっしゃった具体的な方法は、他にももっといいやり方がありますが、ケアが本格的に必要な以前のケアをしっかりとやっていく事で、地域での日常生活を少しでも長く続けていけるような、そういう取り組みが広がっていく事はとても良い事だと思います。

廣津委員

そうすると介護保険の給付率が少しは下がるんじゃないかと思うんです。丈夫な人にお金をかけたりするよりも、ある程度、薬さえ飲んでおけば元気に生活できるような治療ができればいいと、認知症に関しては思います。

山口委員

1つ提案というかご相談ですが、地域の民生委員とか、地域包括支援センター、あるいは在宅介護支援センターは日頃から高齢者のお宅をまわっていて、どうもこの方は認知症の疑いがあるけど、本人が拒否していてどうしても専門医につながらないというケースが現場でかなり多くて困っているそうです。基本的に精神科の医者というのは訪問しません。そこを医師会と連携してモデル的に、おかしいという連絡があった時に、訪問して診察してみようかということができればもっと早くスクリーニングができると思います。

瀬戸委員

実際、認知症初期集中支援チームと、保健所がやる精神障害者のアウトリーチ、医師会はこれをリンクさせて福岡県内のいくつかのところでやります。先ほどの件ですが、精神科医は精神科医と言う資格があるが故に、精神疾患の病名がついた方のところに行く事は人権侵害にあたります。要するに一般医が行くのと違うんです。精神科医でありながら本人が求めているのに行く事は精神保健福祉法違反になります。だから往診という事がなかなかできないんです。

山口委員

本人が認知症だと自覚できていないからという事ですね。それはどうしたらクリアできるんでしょうか。

瀬戸委員

我々がやっているのは精神科以外の医者に行っていただく、そうするとその先生との関係ができる、そしてその先生との関係から知り合いの医者のところに行くように言う、というように、時間はかかりますがそのステップが一番だと思います。それを今一生懸命やっております。

廣津委員

ホームドクターの言う事はよく聞くんですよ。

瀬戸委員

そうです。ホームドクターから言ってもらうのが一番良いと思います。現在、県内全部だと 900 名の、そういう精神科医以外の医者を養成しております。

山口委員

そういう情報を公開してほしいです。

瀬戸委員

そうですね。

田代委員

その情報は公開してありますよね。

瀬戸委員

ホームページには出しております。

来年からは歯医者さんで気付いてもらおうということで、歯科医の先生にも研修を受けていただく事になっております。

廣津委員

予防できたら、これほどいい事はないからですね。やっぱり患者さんは悲惨ですから。

小賀会長

そうですね。予防ももちろんそうですし、認知症を患っても悲惨にならない取り組みをきちんとやっていく必要があると思います。介護保険を利用できるかできないかという最初のところから、1 人の調査員が行って基本的な資料を集めて、その資料に基づいて判断が進んでいくというシステム自体にも問題があると私は思います。なので、そこはきちんとチームを作って介護保険の利用ができるかどうかだけではなく、どのような支援がこの人に必要なのかといったところまで最初の段階から関わりが持てるような仕組みができれば非常にうまく進んでいくはずだと思います。

廣津委員

介護保険もそうなのですが、予防事業に関しても、例えば高齢者はこのようなアンケートが送られてきても、何のためにしているのか、どういう目的でこのアンケートに答えるのか、高齢なのでそこまでは分からないと思います。しかもアンケート自体を読まない人もいます。そんな状態です。それなのに郵送でやり取りしたところで、おそらく効果はあまりないのではないかと思います。もっと他の方法を考えてやっていかないといけないんじゃないかと私は思います。

井上委員

認知症は、薬局がよく見つけるんですよ。まず、薬を正確に取りに来なくなります。正確に取りに来なくなるというのは、忘れて取りに来なくなるのと、もう 1 つは薬は 2 週間分出ているのに 1

週間したら薬がないと言ってまた取りに来ることがあり、その辺りの兆候から気づく事が多いんです。それで、すぐに医者に連絡するという事が多いです。だから、広域連合でこれを利用していただければ、初期の段階で兆候をつかむことは割と簡単にできます。薬が5種類あっても5種類を正確に飲めなくなってきたり、何か余っていたり、何か足りなくなったりする。そして、次の段階では一包化といって、一つの袋に薬をまとめますけど今度はそれも正確に飲めなくなってきました。そして今度は投与間隔がおかしくなってくる、そういう事がすごくよくあるので、そういう意味では常に接触している職種が一番わかるという事が多いです。

廣津委員

私もヘルパーをしていて、90歳と87歳の人のところに行っているんですが、薬を大きな袋にいっぱいため込んでいて、これをどうするのかと聞いたら、何かあった時に必要だからと言います。また、冷蔵庫にもたくさん食材が入っていて、ヘルパーは定期的にチェックしないといけない。薬でも何でも段々ルーズになってくるんです。それが始まりじゃないかと思って気を付けて、1週間に1回行くので様子を見ています。

小賀会長

ここで10分くらい休憩をとりましょうか。

(休憩)

小賀会長

再開させていただきます。先ほどの審議の続きでも構いませんし、新たなお質問・ご意見があればお受けいたします。

廣津委員

第6期計画の中で重点的に力を入れたい項目として、私は認知症を取り上げたいです。それで、27日、28日の全国の深夜電話相談にも参加したんですが、皆さんが心配しているのは、例えば自分の旦那さんが認知症を患らって亡くなられて一人暮らしになってしまった。今は元気だけど成年後見人制度をお願いするにはどうしたらいいかといった相談が多いです。私たちはそんな相談者に対して、ADL等を聞いてみると80歳くらいの人でも全然異常がないんです。なのになぜ成年後見人制度を考えないといけないのか、もう少し厳しくなった時に考えればいいのか。そんなに心配なら画像診断とかをやっているところがあるから、まずは脳神経外科に行って頭の中を診てもらいなさい、その結果、脳の委縮が激しいという事になれば成年後見人制度の手続きをなささいと言っています。また、成年後見人制度の手続きをすると、ある程度の制約を受けることを説明します。まだまだ長生きするかもしれないのに、今からそんな生活ができますかと言います。はっきりと怪しいなと感じるようになったら手続きをなささいとアドバイスはするんですが、よくいるんですよ、何もないのにものすごく認知症の心配をする人が。

小賀会長

廣津委員のご意見に対して何かありますか。

山口委員

成年後見人制度は法定後見と任意後見の2種類がありまして、認知症になられた方は法定後見になります。元気なうちから、将来認知症になった時のために後見人を決めておく任意後見というのがあります。公証役場で公正証書を作っておくんですが、そちらの方がご本人の元気なうちからの意思を尊重できますので、どちらかという法定後見より任意後見の方をお勧めします。

廣津委員

知っています。ただ、私はADL等も何も問題ないのに心配ばかりして、そういう人生の過ごし方では面白くないと思います。

山口委員

私も任意後見の人を何人か担当していますが、海外旅行にお一人で行かれるようなお元気な方もいます。ご主人も亡くなられて、お子さんもいらっしゃらなくて、将来が不安だから何かあった時のためにという事で公正証書を作っておられます。任意後見は元気なうちに作っておかないと意味がないので。

小賀会長

任意後見は事前契約みたいなものです。例えば、今の介護保険制度であれば認知症になってからどう支えるかという事になりますし、地域包括支援センターにしても、もちろんそうした相談があれば任意後見についてお話をすることもありますが、実際に受け止めているケースは、認知症になってからの相談で、本人や家族に対してという事になります。介護保険制度ができてから、高齢者福祉＝介護保険になってしまっています。それが問題で、例えば任意後見を考えた時に、今は介護保険の対象じゃない人でも事前の取り組みについてきちんと相談、支援ができるような窓口を自治体ごとに作っていただくとか、そういう事を例えば自治体の独自事業として行う等の提案は必要だと思います。あるいはそこまで余力がなければ、現行の地域包括支援センターをもう少し強力なものにしたり、可能であれば人員配置のあり方等を考えてみるとか。廣津委員の発言から発展しましたが、介護保険の対象前の、ここで言う予防事業をもう少しきちんと確立をさせていくといったような計画は非常に重要なんだろうと思います。例えば先ほどの精神科医とのつなげ方はいくつか課題があるので、ホームドクターとの連携の仕方について、事例をもとにして提案してみるとかいったような事もあっていいかと思います。実は私の母親が要介護2から1に落ちた事があるんですが、その時に色々と情報開示をしてもらおうとホームドクターである内科医が認知症があるにもかかわらず認知症はないと書いていた事が分かったんです。だからホームドクターにもそうした認識を持ってもらう。つまり通常の間診だと、おじいちゃんおばあちゃんたちは何でも「はい」で終わらせてしまうところがあるので、ホームドクターだけに任せるのではなくて、薬剤師の方々にもチームの一員となっていただいて、多くの専門家の目によって守られてケアが開始されるといったシステムがどうしても必要だと思うんです。だから、そういった仕組みのようなものも提案しながら、こういう事をまずモデル的にやってみませんかといった地域ケアをきちんとやっていくための提案みたいなものが、そろそろあってもいいのかなという感じはいたします。

山口委員

専門職の目も重要だとは思いますが、日常の早期発見という事でいうと、地域の一般市民の方々

も養成していった方がいいと思います。例えば一人暮らしの方ですと、まずお金の出し入れができなくなってしまうんです。ですから、銀行や郵便局の方が早期発見しやすい事もあると思うので、そういった方たちに認知症サポーター養成講座を受講していただく。そして、受講して終了ではなくて、どうしてもらおうのかその先が大切だと思います。

廣津委員

やはりフォローする人材が少ないですね。

小賀会長

専門家と、専門家ではないけど仕事等で日常生活に密着している方々をターゲットにしていくという事でしょうね。

太田委員

田代委員が認知症のサポートセンターを地域でやっていますが、その後の繋がりができていないという事が1つ問題があるんじゃないでしょうか。養成は受けたけれど、養成を受けてどうするかという、その先の道筋が全然ついていない、だから、いくらそういう講座を開催してもつながっていないという問題がありますよね。

小賀会長

おそらく、講座は基本的な知識を提供するところなので、それぞれの仕事の中でこういう知識はこのように活かしてください等の提案ができるような講座が必要なんでしょうね。

山口委員

どこまで求めるかですね。おかしいなと思ったらここに繋いで下さいねという、繋ぐ先がきちんと分かるように提示しないと。

廣津委員

全然ストーリーができていないですね。行き詰まる。

小賀会長

しんどいですよ。そういう計画を作るのは、今までは数をどう合わせていくのかという事がメインになっていました。それはそれで計画作りとしてはやりやすいけれど、各自治体で実際に取り組みを進めていくと、やはり自治体ごとの差が大きくなっていくので、そうではなく、連合として一緒につながりを持って介護保険事業を進めていっているのだから、その良さをきちんと活かしていくために知恵を集めて、本当の意味で、地域で生活している高齢者を守り、支えていく事ができる事を考えてみて、それを実際にできることから、できる自治体からやっという提案をする事になると、ひとまず骨子だけでもいいので12月の間までに提案をして、例えば3年をかけてそれを具体化させていく。例えば検証委員会の中で実行策をもう少し太らせていくような、そういう引き継ぎのやり方等も含めて考えていってもいいかとは思っています。

井上委員

認知症の人を発見したら誰に連絡していいのかわかりません。私は薬剤師なので主治医に連絡しますが、主治医の意見書で反映されるのか、もしくはその人が例えば介護保険を利用していれば、ケアマネジャーに相談すればいいのか、それとも地域包括支援センターに連絡すればいいのか。発見後、誰に繋がばきちんとサービスを受けられるのか。先ほど言われた、行き詰まっている部分というのは、その先をどう繋げるのかという事を構築しないとなかなか解決しませんね。事例をお話しますと、十何年とうちに来られている患者さんで、御主人が肝臓ガンの末期で錯乱するそうなんです、それをケアマネジャーにも言っていない、主治医にも言っていないんです。その奥様が私のところに来られて、「実はデイサービスに行く時はいいんだけど、帰ってきた後、私に暴力をふるうんです」と言われます。もう完全に認知の初期です。人がいないと机をひっくり返したり、私に杖で殴りかかったりすると言われます。それで、殴られた時に整形外科の先生にかかったら、奥さん、普通転倒ではこんなところに傷はできません。もし誰かが暴力をふるっているのであれば、私は報告義務があるので報告しないとイケません、というところまでいっていたんですね。最近道で会っても下を向いて歩かれている奥さんがいらっしゃって、その奥さんからどうしたらいいんだろうと相談を受けました。ケアマネジャーを呼んで、その事について気づいているかを聞くと、気づいていないんですね。ですから発見した人が、ケアマネジャーと話して、ケアマネジャーから主治医に連絡してもらって、それから入所を考える。とにかく奥さんと引き離さないと、いつか警察沙汰になりそうな雰囲気でした。とにかく、発見者は誰でもいいので、どこに連絡をしたら問題を解決できるように進行していくのかという事なんですね。地域包括ケアというのは、正にこの事だと思います。その解決策を作っていくには、私はやはり医師会が中心になって、やっていかないとイケないのかなと思っています。まずは主治医に連絡するというのが原則ですから。そしてそこから、介護職とどう連携していくのがすごく難しい。これが今の課題かなと思っています。医療と介護の接点がなかなかないですよ。

田代委員

難しいですね。高齢者虐待防止法については市町村の管轄なので、地域包括支援センターから市町村にいく事になると思うんですけど。

山口委員

ケースによって違うと思うんですよ。通常ケアマネジャーがついている場合は、デイサービスの職員やヘルパーが発見したら、まず担当のケアマネジャーにいきます。そして、ケアマネジャーから地域包括支援センターにいく流れになります。そして、ケアマネジャーがついていない場合、介護保険を利用していない場合は地域包括支援センターか、あるいは市町村の高齢者窓口に行くという流れになり、ケースによって違います。それで、主治医に連絡するのはいいんですが、主治医で止まってしまうとまた問題なんですよ。家族を含めたケア、ファミリーサポートが必要になってきますので、やはりどうしても地域包括支援センターの力が必要になってきます。

井上委員

でもその地域包括支援センターに連絡しても、連絡した後になんかという連絡を地域包括支援センターからしてもらえないんです。だから地域包括ケアが必要だと思います。

小賀会長

みんなそれぞれ点の関わりなんですよね。それをきちんとシステムで繋げていくようにしなければなりません。とにかくどこかにひっかかれば、必ずそれがきちんとシステムの中に入っていきといったような、そういう繋がりをシステム化していく事が重要だというのが井上委員のご指摘だと思います。それが今はないんです。だから、医療や福祉の専門家と、いわゆる非専門家、つまり銀行員等の日常生活で仕事の上で関わりあうような方たちも含めて、それらがきちんと一つにつながるようなシステムを考えていく必要があると思います。それで、最終的にはどこかできちんと受け止める。そして、受け止めたところの今こんなかたちでケアが始まりましたという情報を、つながっている人たち全てに、これはプライバシーの問題だとか権利侵害になる事もあるので、そういう問題にならない範囲で情報が伝わっていくと、家庭に帰った時に、例えば主治医や薬局、あるいはケアマネジャーはこういう事に注意をして関わってくださったといった事が分かります。今はそういった事が無いんです。

田代委員

認知症ケアパスというのがあって、厚生労働省がきれいな模式図を書いています。それを見ると上手く繋がるんです。イメージがつかないと思うので、そういうのを出して、どうするのかという事を検討すればよいかもしれません。今おっしゃっているような具体的に地域の中で、どこまでするのかというのは、広域連合で作る計画の中でどこまで盛り込めるのかという事です。

瀬戸委員

虐待も含めて、これをあなたたちが作らないといけないんだという事を、我々本部の方から市町村にふって、市町村が具体的なフォーマットを描いて、図も描いて、連携のネットワークを作っていく。それを作らせるというのが市町村にさせる事なんじゃないでしょうか。

小賀会長

そうですね。

廣津委員

市町村は、担当者が3~4年したら変わってしまいます。まったく専門家でも何でもありません。

小賀会長

そうです。

廣津委員

私はこの前も言ったんですが、介護保険についても、予防事業についても、市町村の担当者はどっちへ進んでいるのか、自分がどこにいるのか、誰も分かっていません。そこをどうにかしないと。やはり認知症の事をメインに考えるのは広域連合がよいのではないかと私は思っています。

小賀会長

公務員が、例えば3年程度で部署が変わっていくという流れ自体は、なかなかそこに竿をさすというのは難しいです。とにかくにも、広域連合下のそれぞれの市町村に、地域包括支援センター等もできて、そこに専門家をきちんと専任で置いていくという流れも少しずつ広がっていている

ので、専門家をきちんと正規の職員として雇用していただきたいというのは提案しつつ、例えば当該課で職員が交代になってもできるようなマニュアルがあるみたいに、こういう場合には地域包括支援センターに繋げていきなさいというような仕組みを市町村がきちんと考えて実行しなさいという提案をしていく必要があるんだろうと思います。

廣津委員

広域連合が作ってあげてもいいんじゃないですか。だめなんですか。そこまで言えないんですか。

小賀会長

いえ。言うのは言えますけど、実際にできるかどうか。あるいは人が作ったものというのは理解するのが難しいんですよ。何でもそうですけど、自分で苦労しながら作るから動き方もよく分かるという事があるので。

廣津委員

市町村はどうしていいか分からないんじゃないかと思います。予防事業についても。おそらくそういう状態だと思います。

小賀会長

どうしたらいいか分からないから考えて、とにかくきちんと積み上げていくという事なんですよ。

廣津委員

ヨーロッパなんかは、介護保険は医者がずっと責任を持って要介護度を認定します。それから、予防事業のようなものについては、世話人制度というものがきちんとあって、それでみんなをみています。日本は、そういう制度のストーリーといったものがまったく確立されてないんですよ。何をしたらいいか分からない人たちがウロウロしているのが、今の予防事業だと私は思います。どうにかしたいと思いますが、どうにもできません。皆さん市町村に行って予防事業の話聞いてみたら分かると思いますよ。

小賀会長

基本的な事ばかりを言い始めると議論できなくなってしまう。国家制度そのものを変えていけないといけなくなるので、ここはやはりできる事、できない事をきちんと仕分けしながら、できる事についてきちんと議論を積み上げていくしかありません。

廣津委員

私はそれで一般公募したつもりでした。

小賀会長

今日のところは、資料についてはほぼ議論ができたと思いますので、今後、事務局から第6期の具体的な内容が少しずつ出てくるだろうと思います。それから今日は、とても基本的ですけど連合体として何をすべきなのかというのが出てきましたので。連合体として、特に市町村の独自事業の応援をすることも含めて、我々でこういう事業に取り組んでみてはどうか、内容としては、こうい

うものやってみたらどうかというような提案は、これから具体的に作っていかねばいけないと思います。それで、時期的な期限はもうまじかです。12月には答申を書き終わっていないといけませんので、その時点で中身が膨らんでいないところは骨子だけでも提案をして、具体的な事業計画の中で試行錯誤ができるような提案をするような事を考えていきたいと思います。それで、もし特にこれ以上、今日のところは意見がないという事であれば、ひとまず本日の審議を終わらせていただきますが、よろしいでしょうか。何か言いそびれた事はありませんよね。

それでは、次回の会議は日程が決まっております10/20日（月）です。その先の11月と12月の会議について日程を決めていきたいと思います。

（日程調整）

11月につきましては10日（月）13：30～と27日（木）10：00～。12月は1日（月）13：30～と18日（木）13：30～、予備日として26日（金）13：30～という事で、会議の設定をさせていただきたいと思います。

本日はどうもありがとうございました。

以上