

第7期介護保険事業計画 第4回策定委員会 議事録

【開催日時】平成29年8月16日（水） 13時30分～15時30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：因副会長、太田委員、小賀会長、小山委員、黒岩委員、坂本委員、田代委員、
長野委員、狭間委員、藤村委員、満安委員、山口委員、吉田委員
事務局

【議案】

- ・ 1 人口及び認定者数の推計
- ・ 2 在宅介護実態調査結果報告

【会議資料】

- ・ 資料 1：人口および認定者の推計
- ・ 資料 2：在宅介護実態調査結果報告
- ・ 参考資料1：地域ケア会議の取り組み事例（杵築市、和光市）
- ・ 参考資料2：主観的健康感の経年比較

..... 【議 事 内 容】

事務局

それでは、定刻になりましたので、ただいまより始めさせていただきます。

本日、福岡県医師会の桑野委員は、公務により欠席する旨ご連絡をいただいております。

それでは、ただいまより第7回福岡県介護保険広域連合第7期介護保険事業計画策定委員会を開催します。

小賀会長、よろしくお願いいたします。

1 人口及び認定者数の推計

小賀会長

皆さん、こんにちは。まだまだ残暑が厳しい折ですけれども、本日も多くの方々にご参集いただきましてありがとうございます。

早速ですけれども、本日の審議事項、2点ございます。1点目は、人口及び認定者数の推計、2点目が、在宅介護実態調査結果報告です。それから、前回の会議の折の宿題もありましたので、それもあわせて報告をいただければと思っております。

では、審議事項の1点目の人口及び認定者数の推計から、事務局どうぞご報告をお願いいたします。

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。

事前に郵送しておりました資料1、人口および認定者の推計、それからもう1点が資料の2、在宅

介護実態調査結果報告という冊子の分です。それから、本日机上に配付させていただきました参考資料の1です。こちらがA4のホチキスどめの分が1部、それから参考資料の2として、こちらもA4でホチキスどめの分が1部、皆さんお手元にございますでしょうか。

では、よろしいでしょうか。

まず、資料の1、人口および認定者の推計からご説明させていただきます。

1ページをお願いいたします。

まず、人口推計についてからですけれども、こちらは平成30年度以降の人口推計につきましてはコーホート変化率法を使用しております。コーホートにつきましては性別の各歳を使用しております。変化率につきましては平成25年度、それから平成29年度にわたる5年間の市町村別人口実績値の平均変化率を使用しております。5年間の人口実績値は各年度の中間地点となります。9月末時点の住民基本台帳人口を使用しております。それから、平成29年度につきましては現時点の直近値でございます。6月末時点の実績値を使用しております。9月末時点の実績値が確定し次第、数字を置きかえまして、再度集計する予定としております。広域連合全体の人口推計値につきましては33市町村の合計の数値となっております。

一番下の表の1をごらんください。

まず、総人口の推計につきましては、平成28年度から平成37年度、平成30年度から32年度まで太字になっておりますが、こちらが第7期の介護保険事業計画期間ということになります。その5年後になりますけれども、平成37年度を一番右側に表示しております。総人口につきましては、ずっと減少していくような見込みになっております。高齢者人口につきましては、第7期の介護保険事業計画期間までは増加傾向で推移しますが、平成32年度には約21万8,000人に達します。それ以降減少しまして、平成37年度には約21万7,000人となる見込みとなっております。高齢者人口の総人口に対する割合、高齢化率につきましては上昇し続ける見込みとなっております。平成32年度には31.1%、それから平成37年度には32%に達する見込みとなっております。それから、前期高齢者、後期高齢者ともに、第7期計画期間までは増加傾向で推移しますが、前期高齢者は平成32年度以降、約11万人減少に転じまして、平成37年度には約9万5,000人となる見込みとなっております。前期高齢者と後期高齢者は平成32年度以降で逆転する見込みとなっております。平成37年度には、前期高齢者9万5,091人に対しまして、後期高齢者12万2,318人となる見込みとなっております。

2ページが今のものをグラフにあらわしたものになっております。

3ページ以降が認定者数の推計ということになっております。

要介護認定者数につきましては、平成28年度から29年度の性別、年齢別、要介護度別の認定率の変化率と前項で見込んだ人口実績値をもとに算出する、今回あらわしているのが自然体の推計値に介護予防事業の実施効果等を勘案して見込んだもの、これが確定値として次回以降お示しする予定としております。

今回の資料を作成するに当たっての前提ですけれども、こちらの認定者推計が国から提供されるワークシートに従って推計をかけます。しかし、実際国の配付されたワークシートで推計値を見込んだところ、こちらが平成28年度の9月末時点と平成29年度の直近時点の二つを結んだ時点で直線的に推計する仕掛けとなっております。1回、実際に、こちらの認定者数を見込んだんですけれども、たまたまですけれども平成28年度の9月末時点が最も要支援1の認定率が高くなっておりまして、平成29年度が最も低い数値となっております。それを直線的に結ぶと、平成32年度まで一貫して下がり続けるような認定者の推計になってしまっておりました。ですので、今回この資料を

作成するに当たって、今現在の総合事業の対象者を要支援 1 相当であろうということで仮定しまして、本来の要支援 1 の認定者数に総合事業の対象者数を加味したもので推計をかけ直しました。今回、自然体の推計をお示しするに当たって、その二つを合計した数字が要支援 1 の見込みとしてあらわしております。こうすることによって、要支援 1 の推計が 32 年度までなだらかな形で推計がかけられたと思っております。今後、介護予防効果、それからこの総合事業の対象者の扱いをどうするか、皆さんからの意見をいただいて、実際には確定値として推計をかけたいと思っております。あくまで今回はそういった形で自然体として推計をかけたということを前提としております。

具体的には、認定者数は増加傾向で推移します。平成 32 年度には 4 万 5,000 人を超えまして、平成 37 年度には 5 万人を超える見込みとなっております。

4 ページ以降が、その支部別であらわしたものとなっております。

どうしても市町村別に人口推計、それから認定者推計をかけますので、総合事業の対象者をとっても、要支援 1 に加味しても、認定率が要支援 1 の分は下がり続ける部分というのはやはりあるかと思えます。特に遠賀支部、それから、うきは・大刀洗支部はプラスアルファで要支援 1 の推計をかけているのですけれども、それでもまだ下がり続けているような形となっております。ただ、どの時点をとっても、たまたまそういった値というのが出てきますので、これをどういったふうに改善していくか、今後の課題としていきたいと思えます。

資料 1 については以上で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、まず、ただいま説明をいただきました資料 1 に関して、資料、あるいはその説明の内容、どこからでも構いませんので、ご意見、ご質問をよろしく願いいたします。

この人口及び認定者数の推計値をどれくらい出していくのかというところが、実は保険料設定の基本的な数値になっていきます。このあたり、できる限り正確に読んでいかないと保険料にはね返っていきますので、どんなところでも構いませんから、どうぞご意見、ご質問、よろしく願いいたします。

太田委員

3 ページです。3 ページの中で表の 2、要介護 1 が平成 37 年度には、もうほかの倍も 3 倍も、断トツに数字が大きいですね。なので、きっと私たち団塊世代が 75 歳以上になってからの人口的なものもあると思うのですが、私が知りたいのは、この要介護 1 という認定をもらうときに、例えば、お漏らしするとか歩けないとか徘徊するとか、いろいろなバージョンがありますよね。それが、どの程度のものが要介護 1 となるのかを知りたいのですけれども、それを教えてもらえますか。

小賀会長

介護認定についてのご質問ですが、事務局いかがでしょうか。

事務局

要介護 1 の具体的な状態ということですが、要介護の介護度といいますのは、認定調査と主治医意見書で 1 次審査をして、あと審査会で 2 次判定ということになっていくのですが、個人それぞれ、かなり状態が異なりますので、例えば、おむつをしているから要介護 1 ですよとか、一人

で歩けないから要介護 1 ですよとか、そういう具体的なところでお示しするのがちょっと難しいところではあります。

山口委員

審査会に入っているのですけれども、要支援 2、要介護 1 というのは分離判定になりまして、要介護 1 にする要件というのが二つあります。一つは、認知症自立度が 2 以上の方、もう一つは、今後 6 カ月以内に状態が悪化する可能性があるかと判断した場合、この二つです。どちらかがある場合に、2 次判定、審査会の場で要介護 1 にします。いずれもない場合は要支援 2 になるわけです。

太田委員

ただこの数字を見ますと、平成 37 年以降は、そういう状況に陥る人がものすごく増えるということですよ。自分も含めてですけれども、とても大変だなと。

だから、何が言いたいかといいますと、そうならないための何か、地域でも国でも、何かちょっとでも方法があれば、それに向けて力を注いでいくことが今からでも大事なかなと思うんです。自分たちは、どちらかといえば元気な部類に入る団塊世代も多いので、自分たちもそれに役立てるような社会とのつながり、接点を持って、今後生きていけたらなと思っているので、そういうことをどういうふうに投げかけていけばいいのかなという思いがものすごくあって、私はこの会に応募したんですけれども、なかなかどういうふうに発信をしていいかわからなくて、最初は戸惑いと驚きがあったのですが、前回から、これではいけないと、何らかの形で自分が団塊世代の代表として何か発信していけばいいかなと思っています。それで、今の話を聞いて、ああ、そうかなと思ったときに、まだ私の知っている限りの同窓生の中では、まだそういう症状はほとんどない、一回りぐらい上の方にはいらっしやいますけれどもね。なので、もしかしたら、それがしなくても済むような、元気にびんぴんころりで生きれるように、国が介護保険料を出さなくてもいいような、そんな状況に陥る日本の国にならないといけないのではないかなと思ったりしています。

田代委員

事務局の前に私が言うのもおかしいのですが、今おっしゃったとおりだと思うんです。私は 22 年生まれの団塊世代、277 万人の出生数、現在の出生数が 100 万人ちょっとですね、この団塊世代が 75 歳になるのが、この平成 37 年で、2025 年問題と言われているところです。

それで、介護保険も、特に今年、この前分厚いのをいただいたところを見ると、今おっしゃったような、それぞれの地域で、どうしたら自助、互助も含めて、この介護保険に、——9 割は元気な方なので、どう 9 割の中に入っていけるのかというのを私たちみんなで学んでいかなければいけないかなと思っています。すみません、事務局の前に言ってしまいました。

この数字のことを言っているんですか。総人口、この推計はこことして、ずっと今まで介護保険はこの推計でやっているんで、総人口についてはいいと思うのですが、私が資料をいただいて疑問に思ったのは、先ほど事務局も言われたのですが、支部ごとですごく高齢化率が違う、人数も違う中で、ほんとうにどうやってこの広域連合の中で合意形成をして、この要支援から要介護を決めていけばいいのかというのがすごく関心もあるところです。

小賀会長

ありがとうございます。そのほかいかがでしょうか。

小山委員

関連して、先ほど遠賀とうきはのことを少し言われたのですけれども、支部ごとに高齢化率が違うというお話だったと思うのですけれども、具体的に遠賀とかうきははどのようなふうになっていくんですか。おわかりの範囲でいいですので、お答えいただければと思います。

小賀会長

特に遠賀、うきはで、要支援 1 が低下していくといったような報告との関係だと思うのですが、事務局、いかがでしょうか。

事務局

ご説明しましたとおりですけれども、遠賀支部とうきは支部、7 ページ、それから 13 ページの下のグラフになりますけれども、今現在、総合事業プラス要支援 1 の実績値を加味しても、将来推計では 32 年度まで下がり続けているようなグラフになっているかと思います。赤のグラフです、朱色といいますか。37 年度には高齢者数が伸びる関係で、その分上がってはきますけれども、これが総合事業というのをプラスしなければ、この右下がりの傾きがもっと急な角度で下がっていったような推計になっていたんです。これは国のワークシートの仕様上なのですけれども、二つの地点を直線的に結ぶという仕掛けになっておりますので、どうしてもこの傾きが急になってしまっているという状況です。総合事業に移られれば当然要支援 1 の認定にはならないですから、それをどういうふうに関後見込んでいくのかということと、一旦今回の資料だけ自然体ということで仮置きさせてもらってお出しさせてもらっています。それをまたどういう地点をとるのか、過去の、例えば今 28 年からになっていますけれども、27 年度分からとか 26 年度分からとっていくとか、1 年間の平均的な認定率をとっていくとか、いろいろなやり方はあるかと思いますが、それで検討させていただいて、再度お出しさせていただこうと思います。実情としては今ご説明したとおりになります。

小賀会長

よろしいでしょうか。もう一度この数値を、こういうふうな低下傾向にほんとうになっていくのかどうかということ調べ直して、その調べ直したものについて、この会議で改めてまた提出をしていただくということで、現状としては、なぜこんなふうになっているのかというのが、まだきちんと吟味できていないという状況です。

小山委員

では、特に遠賀とか、地名が出ているので、遠賀とかうきはに関して、わからないということですか。

小賀会長

今のところはですね。たまたま一時的にこういう状況になっているのか、あるいはどういうふうに関数字を扱ってみても、やっぱりこういう低下傾向になるのかというのがまだわからないので、もう少し分析をいろいろな形でやり直してみないと、ここは原因がわからないというところですよ。

坂本委員

わからないので教えていただきたいのですけれども、要支援1が減っていくということはどういうことなんですか。よくないことなんですか。総合事業に移っていくから減っていくというのは、それをもっと詳しく教えてください。

小賀会長

事務局から、国の政策の変更の問題も含めてご説明をいただいたほうがいいかなと思うのですが、いかがでしょうか。

事務局

要支援1が減るとするのが悪いことではなくて、当然いいことだと思います。要支援・要介護認定者が減るのはいいことだと思います。ただ、推計をかけた数字が減り続けて、それが最終的なサービスの見込み量、それから介護保険料にはね返って、この要支援1がほんとうに推計どおりに下がれば、保険料というのは当然安くなります。ただ、そうならなかった場合は、保険財政が赤字になってしまいまして、借り入れを起こして、次期の保険料に上乘せされることとなります。それから、サービスの基盤も整備することになりますけれども、この要支援1の認定者が少ないから、サービス基盤の整備がこれだけで済むであろうと考えたものが、実際はそうならず要支援1の認定者がこんなには下がらなかったとなった場合は、サービスの供給量が不足することとなります。

坂本委員

総合事業の絡みを教えてください。

事務局

総合事業が平成27年度から新しく導入されて、市町村で順次対象者を切りかえで移行していつている段階です。なので、本来、要支援1に判定される方が、総合事業を利用することで要支援1の認定を受けられてない方もいらっしゃいます。国の制度上、平成27から29年度にかけて総合事業への切りかえを終わらせることとされていますので、今の段階では、こういうふうに大幅に要支援1が減っているように見かけ上は見えるかもしれませんが、実際は30年度以降はそうはならなかった、要支援1はこんなにも下がらなかったという可能性があるんです。

田代委員

根本的なところがわからないんですよね。当初、介護保険制度ができたときには、介護保険はこの枠の中でやりなさいというのが1号被保険者、2号被保険者としてありますよね。その中から、介護保険事業ではなくて、特定高齢者の人たちは、3%ぐらいの予算を使って、地域支援事業としてやりなさいと言われていたんですね。それが、今おっしゃった27年度から、総合事業というふうに変ってきていて、要支援にはならなかった人たち、実質的にはよくなった人たちですけれども、その人たちを市町村でやっていきたいと思いますというのが総合事業なんです。

吉田委員

介護保険の事業からのけて……。

田代委員

お金は少しこの介護保険料を使うんですけれども。

吉田委員

そこら辺をもうちょっと説明しないとわからないんじゃないですか。おそらくそういうふうになっているから。

坂本委員

だから、特定高齢者の人たちをですよ。

田代委員

特定高齢者みたいな人たちですね。

坂本委員

なるほどね。

黒岩委員

この総合事業のほうに 27 年から 29 年度で移行していっていますよね、市町村が。今現在ほんとうに市町村がどれだけ移行しているのか、市町村がどれぐらい実際に移行してしまったかとか、途中でとか、全然移行していないとか、何かそういうデータはあるんですか。

小賀会長

連合内であれば把握できていますので、前回ちょっと説明があったかと思うのですが、もう一度、連合内で総合事業に移行している自治体数を教えていただけますでしょうか。

事務局

総合事業ですけれども、27 年度の実施から経過期間がございまして、29 年度 4 月 1 日から全国的に展開ということですので、全市町村移行しております。移行の途中の方もいらっしゃいますけれども、年度内には全員移行するというようになっております。

山口委員

広域連合内一斉に、用意ドンということで移行したわけではないじゃないですか。広域連合内で、それぞれ総合事業に移行した時期が違いますよね。過去のデータで自然体で出したんですね、要支援 1 は。そこでちょっとずれが、総合事業に移行した市町村と去年あるいは今年に総合事業に移行した市町村と、ちょっと数字にやっぱりばらつきが、影響が出てくると思うんですよ。

黒岩委員

移行してないところは要支援 1 に入っていないんですよ。

山口委員

早くから移行したところは要支援がどんどん減っているんですよ。最近移行したところは、ま

だこれからだということ。

吉田委員

今から減っていくんでしょ。

山口委員

そういうことね。

吉田委員

やっぱり一緒ではない統計よね。だからどうしてもこうなるわけですよ。

山口委員

一緒ではないから、それがデータに。

吉田委員

だけど29年、今年からは絶対にやりなさいということだから、二、三年とっていくと、これから3年ぐらいするとよくなるんじゃないかね。

小賀会長

示していただいているデータの中には、今、山口委員からご指摘いただいた内容についても、幾ばくか反映はされてはいるようですけれども、ただ、具体的な数というのがなかなかはっきり出てこないで、そのあたりでどう読み取っていくのかというところが事務局としても悩ましいところだったのではないかなと思うのですけれども。

いかがでしょうか、事務局。

事務局

広域連合全体の推計を見ていただくと、右下がりのグラフではないですね。全体としては、やっぱり高齢者の増に伴って認定者数は増えていきます。それが地域別に見た場合、右下がり支部があったということです。例えばうきは・大刀洗支部の分であったら、1市1町分のデータなんです。ただ、広域連合全体33市町村で見ると、やっぱり要支援者も、微増ではありますけれども、高齢者の増に伴って増えていきます。

どうしても先ほど事務局のほうから説明をさせてもらったように、サービス量の見込みと保険料に直結をしますので、自問したんです。こういうような見込み方、国が示す方法でほんとうにいいのだろうか。そこで、一つ事務局の中で話し合った結果、では、総合事業の方たちはどういうふうに取り扱おうかとなりました。

そしたら、今年の5月の段階で事業対象者になられた方は33市町村で何人いるんだろうと見たんです。そしたら、その方たちが約900名いました。その900名を加えたんです。要支援に900名を加えることによって、若干穏やかにはなったというのが先ほどの説明なんです。

実際には、山口委員が言われるみたいに27年度からですから、そんなに人数は上がってこないんです。29年の4月に一斉に総合事業に移行しますよという話でしたので、例えば、その極端な差が出ているところで言うと、うきは市でこの5月の段階で総合事業のみ使われていた方は17名いらっ

しゃったんです。あと、遠賀管内ですけれども、芦屋町で 21 名、水巻町で 33 名、岡垣町で 45 名、遠賀町で 13 名の方がいらっしゃいます。その方を最初加味してなくて傾きが急だったんです。その事業対象者は実際に利用されているし、使う意思があつて事業対象者の認定を受けられていますので、この 900 名の方を入れて試算をした結果、連合全体としては 3 ページのように微増になります。

先ほど言われましたように、これも保険料を財源として利用されます。だから、ここに関しての部分も予防給付として保険料の分に加味して保険料を決定しますので、この方たちを含めたところで認定者数としては見せるべきではないかということで今回資料をつくっています。

それに伴って、事業対象者を把握するに当たっては、事業対象者の方がその後認定を有したかどうかを一応チェックをしたんです。そしたら、かなりの方が事業対象者の証発行を受けて、その後、やっぱり認定を受けられている方がいらっしゃるんです。その辺の部分は、今後、確定値をお示しするときに、どういう選定条件として認定を見ましたということをお示ししようと思っています。

今回につきましては、先ほど言ったとおり、この 900 名の方を要支援 1 とみなしての推計値となります。

小賀会長

なかなか細かなところまで制度の説明に入ると、非常に複雑なのでわかりにくいかなと思うのですけれども、あまり制度の説明ばかりに話が流れていくと、重要な審議ができないということにもなりますので、今の事務局の説明で大方よろしいでしょうか。

そのほかご質問等ございますでしょうか。

(「なし」の声)

2 在宅介護実態調査結果報告

小賀会長

では、特にございませんでしたら、最後にもう一度全体を振り返って、質問、ご意見をとりたいと思いますので、今日の議題の 2 点目、在宅介護実態調査結果報告へ移らせていただいでよろしいでしょうか。

(「異議なし」の声)

小賀会長

では、事務局、説明をよろしく願いいたします。

事務局

それでは、資料 2、在宅介護実態調査結果報告をご説明いたします。

一つめくつていただくと目次がございます。資料の構成ですけれども、英数字の I、こちらが在宅介護実態調査の概要ということで、調査の概要と調査結果を単純集計、クロス集計すると細かなものになりますので、主なところだけピックアップしたものを I としてまとめております。それから、具体的に使った調査票が英数字の II のところです。III につきましては単純集計、クロス集計ということで掲載させていただいております。

それでは、I の 1 ページをごらんください。

調査の目的からですけれども、こちらにつきましては、今回の第7期介護保険事業計画を作成するに当たって、国から介護離職をなくしていくためにはどのようなサービスが必要かを検討しなさい、そういった観点を計画のほうに盛り込みなさいというところがありましたので、今回の調査になっております。高齢者等の適切な在宅生活の継続、それから家族等介護者の就労継続の実現、こういったことに向けた介護生活のあり方を把握することを目的として掲げさせていただいております。

2点目の調査の実施の概要についてです。

調査対象と標本数につきましては、在宅で生活している要支援、要介護認定者のうち、要支援、要介護認定の更新申請、区分変更申請をし、対象期間中に認定調査を受けた方及びその家族介護者について対象としております。

調査項目につきましては、資料の英数字のⅡになりますが、そちらに具体的な調査票を添付しております。国の基本調査項目にオプション項目を加えたものとなっております、Ⅱ-1がA票となっております。こちらが基本的な調査項目です。Ⅱ-4ページがB票となっております、こちらにつきましては主な介護者の方、もしくはご本人様にご回答、ご記入いただく項目となっております。調査票についてはこれだけとなっております。

資料戻っていただきまして、Ⅰ-1ページです。

調査の方法につきましては、更新申請、区分変更申請をされた方に要介護認定の調査員の方が実際に訪問調査に行くんですけれども、その際に対面で聞き取り調査を行った結果ということになります。

回収数につきましては1,656サンプル得ることができました。そのうち有効回収数が1,609件、国の集計分析ソフトと認定データでマッチングできた件数ということになっております。

申しわけありません、調査期間ですが、平成29年1月から6月になっておりますけれども、これは4月から6月の誤りです。申しわけありません。

それでは、一つめくっていただいて、Ⅰ-2ページをごらんください。

集計分析の考え方についてですけれども、こちらは国が「自動集計分析ソフト」というのを配付しております。その分析に当たって「在宅介護実態調査活用のための手引き」、それから平成28年6月に全国の7自治体で先行してこちらの在宅介護実態調査を試行実施しております。その調査結果がございましたので、そちらの二つを参考にさせていただいて分析しております。試行調査をされた団体がその下の点線で囲んである部分になっております。

集計分析の流れについてですけれども、今回の調査票の結果と、それから広域連合で保有しております要介護認定データをマッチングをかけて結果を出したものとということになります。

Ⅰ-3から具体的な調査結果についてご説明いたします。

まず1点目が、施設等検討の状況というところがございます。図表の1をごらんいただければわかるんですけれども、施設の入所を検討中、それから申請済みを含めた件数が今回の調査結果では16.0%になりました。参考ですが、国の試行調査では22.2%という結果になっておりましたので、国の試行調査に比べれば若干低い数字にはなっているのかなと思っております。

図表の2ですけれども、要介護度別に見ますと、要介護度が重い方ほど検討している人が増加しております、要介護3以上では3割強を占めているような状況です。

図表の3になりますけれども、こちらが世帯累計別に見た検討している方です。当然のことですけれども、単身世帯の方が他の世帯に比べて検討している人の割合が高くなっておりまして、大体2割を占めている状況になっております。

次の I-4 ページをごらんください。

主な介護者が不安を感じる介護というところで、図表の 4 になりますが、介護度が要支援 1、2 の方に比べて要介護 3 の方が不安を感じる介護が高くなっているサービスですが、一番上のところ、日中の排せつ、それから、その次の夜間の排せつ、ちょっと下に行きまして認知症状への対応、こちらで介護度が重くなるほど不安を感じているという状況になっております。

次の I-5 ページです。③要介護度の重度化に伴う「サービス利用の組み合わせ」の変化というところでは、

こちらにつきましては、要介護度が重度化するほど訪問プラスアルファの方が要介護度が重くなるほど利用されている傾向が高いという結果になっております。一番下の集約のところを見ていただいたらわかるんですけども、点線で囲ってある部分が要介護 3 以上で、こちらが訪問を含む組み合わせを含めて 3 割程度を占めているという結果になっております。

次の I-6 ページをごらんください。④「サービス利用の組み合わせ」と「主な介護者が不安を感じる介護」の関係というところでは、

サービス利用の組み合わせ、それから介護者が不安を感じる介護の関係を、特に在宅の限界点がポイントとなりますので、これを認知症と夜間の排せつについて見ますと、夜間の排せつにつきましては、訪問系・訪問系を含む組み合わせの利用者で、通所系・短期系のみ利用者に比べまして、介護者の不安が小さくなっているという傾向が見られております。もう 1 点の認知症状への対応ですが、こちらについては大きな傾向の差はございませんでした。

次の I-7 ページをごらんください。

⑤のサービス利用の組み合わせと施設等検討の状況についてですけれども、こちらは図表の 7 を見ていただいたらわかるのですが、通所系・短期系のみを利用されている方が施設等の検討の状況が高いという状況です。逆に言いかえますと、要介護 3 以上の重度者でも施設等を検討せずに在宅で生活を継続できると考えられている方は、訪問系サービスを利用している割合が高いという言い方もできるかと思えます。

次の I-8 をごらんください。主な介護者の基本属性というところでは、

一番上が図表の 8 になりますけれども、こちらは約半数が子が介護をしているという状況です。図表の 9 が介護している方は 7 割強が女性という状況です。図表の 10 につきましては、主な介護者の年齢というところですが、60 代、それから 50 代でそれぞれ 3 割前後行っているような状況です。

次の I-9 ページになりますけれども、主な介護者の就労状況です。

こちらにつきましては、全体では働いていないという方が 4 割強を占めて最も多くなっております。次いでフルタイム勤務で 3 割程度となっております。勤務形態と主な介護者の年齢の関係というところでは、働いている介護者では 50 代、それから 60 代の割合が高くなっております。一方働いていない介護者では約半数の方が 70 歳以上ということになっております。

次の I-10 ページをごらんください。

主な介護者の就労継続見込みですけれども、今後の就労継続見込み、今後働きながら介護を続けていけそうかにつきましては、現在働いている介護者の 4 割の方が、問題はあっても何とか続けていけると答えられております。一方、続けていくのはやや難しい、続けていくのはかなり難しいと答えられた方につきましても 9.7%、約 1 割の方が回答されております。就労継続に困難を抱える方、続けていくのはやや難しい、続けていくのはかなり難しいという方の割合につきましては、要介護 2 以上で 19%、約 2 割と高まっている傾向にございます。しかしながら、勤務形態、フルタイムとかパート別に見ましても大きな違いというのはございませんでした。

次のⅠ－11 ページになります。

働いている主な介護者が不安に感じる介護、こちらを今後の就労継続見込み別ということで見ますと、今後の就労継続に困難を抱える方、特に続けていくのはかなり難しいと回答された方につきましては、やはり先ほどもありましており、夜間の排せつ、それから入浴・洗身、屋内の移乗・移動、認知症状への対応、食事の準備、こちらで高い傾向が見られました。これらの介護が在宅生活を継続しながらの就労継続につきまして、介護者が可否を判断するポイントになっているのではなかろうかと判断しております。

大まかなポイントは以上ご説明したとおりですが、補足して、ずっと飛びまして、ページ数の英数字Ⅲ－1－5をごらんいただけますでしょうか。

(7) の介護のための離職の有無というところで、ご紹介させていただきます。主な介護者が仕事をやめたという方が最も多くなっておりまして4.1%です。逆に介護のために仕事をやめた家族、親族はいないという方が90.7%という調査結果になっております。

それから、その下の(8) 保険外の支援・サービスの利用状況というところですが、最も多い利用状況としては配食で10.8%の方が利用されておりまして、利用されていないと答えられた方が74.6%という結果になっております。

その次のページのⅢ－1－6の(9)ですけれども、在宅生活の継続のために充実が必要な支援・サービス、こちらでは最も多いところで、掃除・洗濯で18.6%、続きまして外出動向で16.7%、それから移送サービスで16.3%の方が在宅生活の継続のために充実が必要なサービスと考えられているということです。

以上で、この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。

それでは、ただいまから10分休憩をとりまして、休憩終了しましたところから、ただいま説明をいただいた内容について、質問あるいはご意見を伺っていきたいと思います。

では、10分どうぞ。

(休 憩)

小賀会長

それでは、そろそろ再開させていただきたいと思います。

休憩に入る前に説明いただきました在宅介護実態調査の結果につきまして報告いただきましたので、その内容について、どこからでも構いませんのでご質問、ご意見をいただければと思います。

狭間委員

最初のⅠ－1のページのところですが、調査の概要のところを確認ですけれども、有効回答数が1,609ということですが、有効回答率というのはどれぐらいなのかなと。これは調査をお願いした人全員から返ってきたのでしょうかということと、それから、あと支部別のバランスというのはちゃんと考慮されているのかなと、それだけお願いします。

小賀会長

いかがでしょうか。

狭間委員

100%？

山口委員

対面の聞き取りだから、どう答えられるでしょう。

狭間委員

いやいや100%だったら100%でいいんですよ。そんなものなのかなと。

山口委員

私も気になったんですよ。

狭間委員

拒否する人がいるでしょう、これは。嫌ですとかね。いないですか。

事務局

回収数についてですけれども、1,656 サンプルということで、実際に聞き取りの調査につきましては、要介護の更新申請、区分変更申請をされた方は基本的に皆さんにお願いした形になるんですけれども、実施を拒まれた方とか、ご回答いただけなかった方もいらっしゃいますので、ご回答いただいた方が合計で1,656 件いらっしゃったということです。その中に無効回答というのがどうしても出てきてしまいまして、国の集計分析ソフトにかけた結果、そのうち有効とされた方が1,609 件いらっしゃったという状況になっております。

支部別について、ちょっとばらつきはありますけれども、高齢者数というのがもともと違って、要介護認定者数も異なりますので、こういった形になっておりますが、国の基本的に有効とされる回収数の見込みとして、一つの保険者につき600 サンプルあれば大体統計的に有意ではないかというのが示されておりまして、広域連合全体で1,656 ということで、有効としても1,609 ということで、統計的には大丈夫ではないかと判断はしております。

狭間委員

有効回答率が100%ではないけれども、拒否した人とかはそんなに大した数ではないということですね。ありがとうございました。

田代委員

拒否した人の背景というのは、それはわからないんですよ。どういう方が拒否されたのか。

小賀会長

いかがでしょうか。

事務局

私が報告を受けた範囲で申し上げますと、拒否したというよりも、こちらの調査員が話しにくい方という方もおられます。聞きにくい方、とても状況がよくない方とか、もしくは家族の方がとても非常に介護認定を受けることに対して協力的ではない方とか、事情によってこちらのほうからご遠慮さし上げたケースが多々あると思っております。「こんなものに協力はできない」と言われた方はほとんどゼロに近いと思います。認定調査を円滑に進められないで、支障が出ることを避けておりましたので、むしろ調査員の判断によるところというふうにご理解いただいたほうが、より近いのではないかなと思います。

田代委員

わかりました。そしたら、私が質問した理由というのは、やっぱりこれから介護保険を考えると、拒否した人ほど何らかの支援が必要かなと思ったものですからお尋ねしたんですけども、例えば、ご家族の方が精神疾患があるとかで答えにくいという方は、やっぱり何らかのサービスがないと生活が難しいでしょうからと思って質問させていただきました。ありがとうございました。

狭間委員

すいません、ちょっと追加で、結局調査がしにくかった人はどれぐらいの数になりそうですか。わからないですね。そんなに多くないでよろしいですか。

事務局

3カ月の期間で実施をさせていただいたんですね。この3カ月間に更新なり区分変更がかかる方というのは限られてきます。支部の規模によっても更新件数は変わってきますので、それではらつきが出ているんですね。

基本的に調査員の方をお願いをしていただくときには、まずアンケートにご協力いただけますかということでお声かけしていただいて、それで「いいですよ」ということになればご回答いただいたという結果になりますので、有効・無効の把握というのはできていないです。

吉田委員

それはいいですけども、この1,656サンプルを回収したでしょう。では、実際はこれは何%に値するのですか、調査総数に対しては。だから、調査をかけたでしょう、例えば2,000かけたのか3,000かけたのか私はわかりませんが、そのうちに無回答も含めて1,656。だから、どれだけの数に対してしたかというのが、これで何%というのが出てこないの、その総数はどれぐらいされたのですか。

小賀会長

それについては、この3カ月間、例えば支部ごと、連合全体の更新の対象となる人たちを総数として考えるというふうにして、それぞれ何%か、全体としてはどれぐらいの割合でサンプルがとれたのかといったようなことが出てくるといいかなと思います。

事務局

調査が、前回お示ししたような日常生活圏域ニーズ調査のような、郵送による回収という形でやった場合には母数が出るんですね。その折には5万何千件に対して2万9,000件のご回答を得てい

ますので、回収率としては約 50%。その中に漏れがなければ、ほぼ 100 の有効回答数として前回資料をお示ししたところです。

実際には対面での聞き取り調査という認定の調査に行った折に、ご本人、ご家族の方をお願いするんですけども、支部ごとに違うんでしょうけれども、そういうお声かけをして、実際には 9 割以上の方がご協力いただいたということになります。ですので、一概に対象者が何人いらっしゃって有効回答数が何名という形ではお示しできない状況ではあります。

田代委員

今のお言葉を聞くと、区分変更申請をした人で、上記期間中に認定調査を受けた人の 9 割が、この 1,600 ぐらいの数になるということですね。

広域連合は認定調査員は全員直営ですね。ほかの市町村は委託も結構多い、福岡市も委託が半々なんですけど、私はやっぱり直営だと正確性があるので、9 割というのは、これはある程度信頼できるのかなと思っています。

事務局

遠賀事務の佐竹でございます。

実は、延長すればするほどいくらでもとれるんですよ。更新申請が出れば出るほどとれますので、先ほど玉江課長が申しましたように、この期間で 1,000 件出して 8 割回答とかではありません。2,000 件とりたければ期間を延ばしさえすればとれると思います。ただ、お願いしてだめですと言われた例は 10% ありません。だけど、お願いしない例もあります。それは相手の状況を見て、調査に差しわりがある場合はお願いしないこともあります。だから、それを有効か無効かという非常に微妙なところなのですが、サンプル数に対して、お願いしてとった分に対して 9 割以上オクケーをもらっていますが、この数は最低限度の統計学的なものをマスターするにはこれくらいあればいいだろうという我々も話の中でこういう数字を出しましたけれども、これが 1 万あったからといって統計学的に差はあるのかといったときに、あまりないのではないかと思います。この 1,600 というのは最低限度必要ではないかという我々の判断の中でそういうことをしましたが、実際にお願いをして回答をいただいた例は 9 割、ただ、こちらから遠慮して調査を差し控えた例もございますので、それまで加味しますと、正確な数字はわかりません。

吉田委員

それを聞いたのではなくて、要するに、今支部事務長が言われたように、9 割なら 9 割でいいんですよ。だから、その数字を聞いたかただけの話で、それは 1 年でも 2 年でも 5 年でもすればと、そういうことを聞いたんじゃない。1,600 の回答は全体の何%ぐらいですかと。だから、それで 90% であればある程度信用できるから、ではこれから審議していきましょうという、そこを聞いたかただけなので、そういう話は要りません。

事務局

今の部分にならって言うと、広域連合全体で約 4 万何千人かの認定者がいらっしゃるんですね。今回の調査の対象者というのは在宅の方です。4 万何千人の方がいらっしゃって、実際に介護保険を使われている方、ここでは要介護の更新申請と区分変更ですから、使っているか使っていないかは別として、実際認定を持たれている方が約 4 万人いらっしゃいます。そのうち施設に入られている方

が約1万人と在宅の対象者としては2万何千人です。2万数千人で、1,656件です。今数字を調べに行っているのですけれども、3カ月間で実施をしたので、この3カ月間に更新、区分変更がかかった件数をチェックしています。そしたら、この3カ月間で、例えばちょうど更新が入った、対象になれる要介護、要支援の方が、例えば3,000人いらっしゃったら、3,000人のうち1,600件の方がご協力いただいたということをお示しできるかなと思っていますので、4月から6月に関する調査件数を、そんなにお時間はかからないと思いますので、数字がわかり次第、またお示ししようと思っています。認定者数としては4万人、在宅の方としては3万人弱のうちの1,600人ということです。

小賀会長

ひとまず4、5、6月の3カ月の在宅サービスを使っていらっしゃる方々の中で、更新の対象になった方を母数というふうに考えていいと思います。

山口委員

一つはこのデータから在宅介護の限界を伸ばしていく、もう一つは介護離職を防ぐにはどうしたらいいのかということをおこのデータから読み取って介護保険事業計画に盛り込んでいくということですよ。

小賀会長

いや、ちょっと無理だと思います。そこまで読むのは無理だと思います。

田代委員

参考にする。

小賀会長

参考にする程度でしょうね。

吉田委員

だから、もう参考にする程度だから、3カ月間で90%か、まあ80ぐらいあれば、それは有効でそれでいい、だから数字はもう調べなくても別にいいんだけど、あとはこれをどういうふうにご利用するかですよ、この数字を。

小賀会長

いや、それは私たちが考える。

吉田委員

ええ、今からだから考えるために答えを聞いているんだから、それでいいじゃないですか。

小賀会長

今、出していると思うんですけども。

事務局

今回、更新と区分変更と一緒にになりますので、これは連合全体でお答えします。

4月の更新申請件数としては、連合全体で2,200件です。5月が2,188件、6月が2,501件。したがって6,900件弱です。

山口委員

区変も含めて？

事務局

変更申請は、この外になりますので、変更申請分が4月128件、5月144件、6月118件です。対象となるのがほぼ7,000件ぐらいですね。7,000分の1,600。

吉田委員

そしたら、さっきの90%というのはどういう意味になってくるわけ。

さっき支部事務長が言われたような関係で、拒否はあまりないけれども、質問してもあんまりわからないとか、いろいろそういうことも含めてですか。

まあ、では、これでいきましょう。検討してももうしようがないね。

田代委員

これちょっと疑問に思ったのが、変更申請が出たのが4月から6月までの間で、ただ、訪問調査、聞き取り調査に行くのは、出たその日には行けないので、少しタイムラグがあると思うので、その差と見ると、やっぱり認定調査員が広域連合は直営なので、その認定調査に行ける人数のマックスというのはあると思うので、この6,000件も7,000件もとても行けるものではないですよ。

吉田委員

行けないでしょう。だから、実際はどのくらい行って、例えば3,000件行って、それで拒否したとかいろいろなこともあるでしょうけれども、それで1,600を得たのか、そこら辺の数字を、そうしないと、これはある程度信用がないと。

小賀会長

およそ23%ですね。だから5人に1人強は調べたという状態ですね。

吉田委員

では、もうそれでいきましょう。いいですよ、別に。こだわらなくていいけれども、どうかたと、質問があったから聞いただけです。

事務局

非常に粗い数字でお示しをしたのですが、今こちらのほうからご報告させてもらった数字には、施設の分も含まれていますので、7,000件のうちで調査対象の調査場所が自宅である方は、これよりまだ少なくなります。

小賀会長

施設が入っているという。

山口委員

これは更新申請時の介護度ですか、それとも更新申請、区変した後の介護度ですか。

事務局

今の件数？

山口委員

このデータですよ。全体のデータ。

事務局

この後、結果が出ますけど。更新申請時に訪問調査に行ったときにアンケートをお願いするので。

山口委員

施設入所検討が低いのはどう考えたらいいですか。施設入所検討が国試行調査と比較すると。

田代委員

何ページですか。

山口委員

I-3、これはどう考えたらいいんですか。

田代委員

16.0が22.2と比べてということ。

吉田委員

そうそう、そういうことです。

小賀会長

質問については、そろそろよろしいでしょうか。これについてご意見は。

長野委員

いろいろにわたってあるんですけども、I-5、統計出す時のくくりのことですが、訪問・通所系とか訪問系、あと訪問+通所系とかというくくりがありますが、それは、訪問系にしても、訪問・介護、訪問・看護とか訪問・リハということで、もう少し分けると、医療系とか介護系とかという置き方があったりするかと思うのですけれども、ほかのところもそうなのですが、実際に統計を、今回わかりやすく統計的な数字を見やすくするために、こういったくくりで出しているものであったら、それはそれでいいのですけれども、もう少し細かくサービス種別ごとの統計という数字が出ているのかどうかお尋ねしたいなと思うのですが、いかがですか。このくくりだけですか。

訪問介護と訪問看護というところもあると、結構違ったりすると思うんですね、そこで移行とか

というのも。

小賀会長

いかがでしょうか。

具体的にどういうサービスを使っているのかというところは調査の対象にはなってないですね。

長野委員

ここの中で判断するしかないということなんですね。

山口委員

本来だったら、介護度別に具体的にどんなサービスを組み込めば、在宅生活を継続できるかということを考えていくんですよね。

小賀会長

調査項目の趣旨については、ちょっと国でないとわからないですね。

長野委員

なければなくて仕方がないのでいいですけど。

小賀会長

何でこういう調査項目にしたのかというのは、連合事務局に聞いても答えは出てこないの。

長野委員

そこはあるかどうかの確認なので。なければ別にいいですよ。

小賀会長

そのほか何かご質問ございますか。

吉田委員

会長に聞きたいのですが、これは介護実態調査をこれだけされて、第7期の介護保険事業計画に入れるためにしただろうと思うんですよね。そのためには、さっき言われたように、介護離職者とか、あるいは家族で介護する側の負担を少なくするために調査をしたのだらうと思うのですけれども、そういうことをしたんですか。どういうふうなところに策定委員会の中に生かしていけるのですか。

小賀会長

国の、連合として、例えば前回の会議のときも、国ベースの調査に乗かって、例えば幾つか補足をしながら、連合全体の様子を見るということだったと思うんですね。この調査については、特に介護をすることによって家族が離職をするという問題が日本でもやっぱり散見されているので、それに対する施策をどう講じようかということを考えるために国がやった調査だと思うんです。連合としても、これをやった結果として、どういうふうに生かしていくことができるのかというのを、

むしろこの委員会でご意見をいただかないといけないということだと思います。

ご質問はある程度出そろったと思うのですが、これから、例えばどんなことを読み取っていくことができるのかというご意見もあれば、あわせて出していただければと思うのですけれども、いかがでしょうか。

田代委員

唐突な意見になるかもしれませんが、これを見たときに、例えば、Ⅲ-2-8、問題はやっぱり認知症の方の対応が今後一番大きな課題、介護者なしではできない人が認知症Ⅱですけれども、そういう方たちが、やっぱり見ていると本人にサービス利用の希望がないというのがすごく多いんですね、重度になるほど。そうすると、では、この広域連合の中で介護保険の策を考えるときに、何を入れ込んでいくのか、どういうサービスが必要なのか、それから総合事業としては入らないかもしれないけれども、どこにしておけばいいのかとか、そこら辺かなと思っています。

小賀会長

そのほか、いかがでしょうか。

小山委員

I-6のところ、夜間の排せつでかなり、私もそこで非常に苦労したので興味深く見たんですけども、最終的に、先ほどちょっと出ましたけれども、I-3の入居の検討が国の施策よりもかなり低いということを言われていましたけれども、私の経験上、夜間の排せつがだんだん厳しくなってきたときに、それは直接的な原因でやっぱり施設に入れるしかないかなと思ったんですけども、それが夜間の排せつが多分要介護3以上の場合の家族、介護者が不安を非常に感じて、実際に非常に大変になってくる。それが入所検討の16.0と国よりも低く出ているということは、ほんとうに非常に不安を感じるところで、これだけの人が夜間の排せつに対して不安を感じているわりには、入所検討が低いということを、どういうふうと考えられるのかということ伺いたと思います。どなたでもいいですので、よろしくお願いします。

小賀会長

事務局がどう分析をしているのかということですね。

小山委員

そうですね。何かコメントがあれば。やはり国試行よりも低く出ているにもかかわらず、夜間の排せつとかは非常に不安を抱えている人たちが多く、34.5%ということは3分の1以上の方が、私もほんとうにそれが決定的になっていくんですね、入所の。しかし、この調査ではあまり高く出していないということは、ほんとうに困っている人たちが、入所を何か検討できない状況があるのではないかと、国に対してやはりこれだけ低く出るといのは、この地域の問題なのか、どうしてこういうふうにならぬのか、どうしてこうなるのか、どうしてこうなるのか、どうしてこうなるのか、どうしてこうなるのか、どうしてこうなるのか。

小賀会長

委員の皆様方の中からもご意見いただいて構わないと思いますので、どうぞ。

長野委員

回答にはならないかなという気はするのですが、私もその辺は疑問があるというところと、I-6で見ると、夜間の排せつが大変だという方々が多いところを見ると、通所系・短期入所系の人たちのほうが不安を感じるというところは、私自身の感覚的には合点がいかないというところが一つあったりするのですけれども、I-7、これを見てみますと、ここも「検討中」というところが一つキーなのかなという気はするんですね。考えているか、どのくらい先のことを考えているのかというところなのかなと思うのですけれども、これを見ますと、通所系・短期系というところが多くて、訪問系を組み合わせる、訪問系ほど徐々に少なくなっていっている、これは要介護3以上というデータですけれども、一応ここでは要介護3以上の重度者でも施設を検討せずに在宅で生活を継続できると考えている人は、訪問サービスを利用している割合が高いと考えられますと縮めています、多分、訪問、訪問系の人たちは、その次の段階として通所・短期入所ということを考えられていて、まだ遠い先々のことを考えたときには施設入所ということを考えるのだけれども、その前の段階で、今訪問を利用している方々は、とりあえず次は通所とか短期入所系とかということでもって考えているので、その理由に至れば、このデータと今言っていることがどの程度合致しているかはわからないです、感覚的なことがいつてあるので、合致しているかはわからないのですけれども、多分そういうところもあって、結果として介護されている個々の状況とか、それぞれの思いとか考えというのはほんとうにわからないので何とも言えないのですけれども、全く私としては、数字的に低いから考えている人は少ないですよという感覚ではなくて、その先のことに対して、いつまで先かということ考えたときに、当面のこととしては考えていないけれども、行く行くは考えている人ということも見据えると、結構大きな数字になってくるかなということで、何となく推測というか想像はします。

山口委員

そもそも要介護3以上の人が、全て夜間の排せつに問題を抱えているかということ、そうではないと思うんですね。全く問題がない人も数字に含まれているかと思うんですけれども。

小賀会長

ただ、その介護度が高くなるにつれて、施設利用を検討するというご本人なり家族なりが多いというのは、やっぱり当然のことだと思うんですね、数値にあらわれているとおりの。だから、実際に、もうこれ以上家族で支えるといったような現実はなく、施設利用を考えないと、介護が必要な高齢者を家庭の中で支え切ることができないといったような課題は、やっぱり要介護度が高いほど明らかになっているという現実があるわけですから、そこをきちんと受けとめるということからだと思うんですね。

小山委員

経験的に言って、要介護3、知人の場合は要介護4になったときは非常に厳しくて、やはり3というのは微妙だと思うんですね。だから、要介護3のときも知人はあったんですけれども、やっぱりそれほど夜間の排せつに関して、私たちもそこまで家族は追い込まれていた気はしないですけれども、4以上というのはやっぱりちょっともう不可能という感じだったので、その分け方で、非常にこの要介護3なのか4以上にするのかでもかなり結果が違ってくると思うんですね。そこは気をつけておかないと、3というのはほんとうに微妙だと思います。

4になったときに、月額1万円とか5,000円と出たんですね。だから4というのは非常に家族で、家で見ることが不可能になってくるので、そここのところの線引きで、要介護3なのか4なのかというのはかなりほんとうに結果に反映してくるのではないかなと思うんです。

小賀会長

3と切っているのは、一つは入所要件、特に特養の入所要件がありますから、そこを一つ基準にせざるを得ないというのもあると思うんですよね。4以上だというと、そこまで家族に任せるのかというやっぱり国民からの批判も出てくるでしょうし。

因副会長

今回の調査を見せていただいて、明らかに出てきていたのが、訪問系サービスを使っている人は、あまり施設入所を考えていない。ずっと考えていたんですけども、当たり前ですよ。要するに、訪問介護は夜間も訪問しますし、1日何回でも訪問しますし、そういうものを使っている人は、在宅で何とかやっていけるかなと思い始めている。まだサービスは十分ではないけれども、在宅のサービスがかなり整ってきているあらわれかなという気はしますよね。

通所とショートしか使っていない人は、やっぱり利用者さんが家におられるときには家族に負担がかかってきているので、通所、それからショートの何か限界みたいなものがあって、入所を考えるという、まあ、そういう簡単なストーリーがこの調査の中に出てきているのかなと思うんですけどね。

かなり訪問介護は何回も、要望があれば、そして認定されれば、何回でも訪問できますので、国の方針でもありますよね、できるだけ在宅で見ていきたいというのが。それでも在宅が十分サービスが整っているとは言っていませんよ。このデータからそういうところを見越して、計画を立てていけばいいという、そういう材料になるのかなと思って見ていました。

小山委員

ただ、今言われた訪問介護ですけども、夜間の排せつとかまではやっぱりできないと思うんですね。やっぱりそれは家族にかかってくるわけで。

因副会長

いいえ、それはサービスの中に入っていますから。主に夜間のおむつ交換などが仕事になりますから。

小山委員

現実的には、やっぱり。

因副会長

やっております。要望があって、ケアマネがそれをサービスとして位置付ければ。

長野委員

そういう意味で、私は先ほど、具体的なサービスというのは何なのかというのがわからないと、それに対してどうかというところがなかなか考えが出てこないのではないかなと。

因副会長

だから、こういうところに出てこられる意識の高い方々がサービスを知らないというのが問題なのであって、そこが行政の今からの、私たち含めて、サービスは一体何をしているのかというのを伝えていかないと利用されない。

だから、私から見ると、在宅にいて、通所系と短期系だけを利用しているというのは考えられない。なぜ訪問介護を利用しないのですかと逆に言いたいですね。

小山委員

今伺って見たら、訪問看護はやっぱりそこまで理解されてないと思います。

因副会長

一番使われているサービスは訪問介護なんですけどね。一番使われているサービスなはずですけどね。だから、私たちはもう大体ご存じだろうと思っているけれども、知られてないということを今日認識しました。そこが問題ですね。

山口委員

これは住宅型の有料老人ホームとかは入っていないでしょう、もちろん。

田代委員

いや、全部入っていると思いますよ。

山口委員

入っているんですか。

小賀会長

有料老人ホームは入ってない。

山口委員

でも在宅ですよ。

田代委員

有料は在宅に入ります。

小山委員

全てそこを外していただくことは。

山口委員

在宅をどこまで捉えるかという。

小賀会長

入所という言葉の定義がありましたよね、ここに。どこに書いてあるのかな。

事務局

I-3の枠囲みですね。

小賀会長

そうですね。だから、有料老人ホーム等も施設に入っているのです。

山口委員

住宅型も？

小賀会長

「等」ですから、入っているんじゃないですか。

事務局

住宅型は入っていないです。特定施設の指定を受けた有料老人ホームだけが施設として入れられています。

山口委員

だから、施設には入ってないから、このデータに入っているということですよ。

事務局

住宅型については、調査自体をしていないです。

山口委員

あ、してない。

事務局

申しわけありません。逆ですね。住宅型についてはしています。特定施設についてはしていません。

小賀会長

なるほど。

山口委員

もうほぼ施設ですからね、住宅型。

小賀会長

施設利用を考えているかという、その言葉の中に、それが入っているということで、調査としてはやっているんですね。

黒岩委員

入所、入居の検討が低いのは、やはり有料老人ホーム等の対象者も、どれぐらいいるかわかりませんけれども、いるから、低いかもしれない。

因副会長

サ高住も入れてね。

黒岩委員

はい、サ高住も入れて。

小賀会長

調査項目自体がものすごくアバウトというか、これから精査して、何か見出していくというのは難しいですね。ある程度傾向を読み取っていくということくらいしかできないかなと思うんですけど。

山口委員

ほんとうに分析するのだったら、純粹に在宅、母数を。

小賀会長

それでは、まだ前回の宿題のところも含めて、ご説明をいただかなければいけない資料、今日の参考資料という形で出ておりますが、こちらの説明に移っていただいてよろしいでしょうか。

(「異議なし」の声)

小賀会長

それでは、事務局、本日提出をいただいております参考資料について説明をよろしく願いいたします。

事務局

参考資料のほうのご説明をいたします。

まず、前回の委員会で田代委員からご指摘いただいた点で、定期巡回と看護小規模多機能の数字が、今回も資料にはないですが申しわけありません、前回の資料になるんですけども、定期巡回と看護小規模多機能が平成27年度にがくんと落ちている数字があったと思うんですが、その理由は何ですかというご質問だったのですが、申しわけございません、今回委員会の資料の数字を誤っておりまして、冊子で平成27年度の状況報告書というのをお配りしていたと思うのですが、こちらで正しい数字が書いてありまして、そちらを見ると、がくんと落ちた数字ではなく、きれいな右上がりの数字になっておりました。口頭で申しわけないですが、今報告させていただきます。

まず、定期巡回・随時対応型訪問介護看護ですけれども、前回の委員会の資料で、平成27年度に12という数字を上げていたのですけれども、これは、申しわけありません、1,001人の間違いです。12人ではなく1,001人。

それから、看護小規模多機能型居宅介護ですけれども、こちらも前回の資料で12人という数字で

上げていたのですけれども、これも 200 人の誤りです。12 人ではなく 200 人です。

それで、経年的に見られたらそんなに右上がりの数字になっておりましたので、本日お持ちではないと思うのですが、ご確認いただければと思います。

田代委員

ありがとうございました。

事務局

それから、夜間対応型訪問介護で、具体的には何人の方が利用されているのかと山口委員がおっしゃられていました。こちらが、平成 27 年度に一人の利用です。平成 28 年度に二人の利用です。委員会の資料にはなかったのですが、参考までに、平成 29 年度、今年度で 3 人になっております。利用者の方がちょっと増えていっているという状況にはなっています。ただ、同じ事業所です。

山口委員

やっぱりですね。ありがとうございます。

事務局

資料の説明に移りまして、ご紹介をさせていただきます。

まず、参考資料の 1 ですけれども、こちらの前回の委員会の資料で、大分県の杵築市と、それから和光市の紹介があったと思うのですが、その具体的な資料の提供をということでありましたので、こちら前半が杵築市の分で、後半が和光市の分になります。国のほうで市町村セミナーというのを実施しておりまして、その分の研修会で使用された資料になります。

内容としましては、地域ケア会議を保険者独自で考えられていて、それに取り組んだ実際の結果、個別事例を紹介して、こういった要介護認定の引き下げにつながっているというような資料のご説明がございました。

それから、参考資料の 2 ですけれども、こちらが主観的健康感で、前回の委員会では主観的幸福感のところまでおっしゃられていたのですけれども、主観的幸福感が今回の調査から初めてということで経年で比較することはできませんとお答えしたと思うのですが、主観的健康感の部分については経年で実施しております。ただ、平成 29 年度、今年度の実施分が回答の項目が若干異なっておりまして、同じように集計することができませんでしたので、平成 27 年度と 28 年度だけ、こういう形で経年で書かせていただいております。29 年度の方は前回の資料でご確認いただければわかると思いますが、内容に大きな変更というのはございませんでしたので、結果で経年で見ても大体おなじような結果になっているのではないかと考えております。

以上で参考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。ただいま報告いただきました参考資料につきまして、ご意見、ご質問等ございますでしょうか。特にございませんか。

藤村委員

この杵築市の地域ケア会議は、たしかもう去年、もう 1 年以上前ぐらいから、全国でモデル的な

部分になって、国も結構関与した形で人材あたりを派遣ではないですけども、そんな感じではなかったかと思うのですが、今日資料をいただいて、改めてすごいなと思います。

これはもう1年以上前からこういうモデルでやられているわけなんですけれども、これを参考に、広域連合内で杵築方式といいますか、そういう形を取り入れられているというか、取り入れようとやってらっしゃるような市町村さんが現在あるのでしょうか。

小賀会長

いかがでしょうか、事務局。

事務局

各包括支援センターのヒアリングをして回るときに、どういう形で取り入れますかということでお話を聞いています。

杵築市さんや和光市さんほどではないけれども、こういう形で進めたいと回答がありましたのが、33市町村のうちの半数ぐらい、自立に向けたケアマネジメントについて力を入れたいと。ただ、若干マイルドな形ということで考えてはいるそうです。

残りの市町村につきましては、まだ仕組みづくりが整っていないということもあるみたいなんですけれども、それで、ちょっと別の方法も考えてみたいということで検討している状況でございます。

小賀会長

よろしいですか。ほかにございますか。

難しいですね。自立という言葉も、何をもって自立というのか、全然やっぱり仕組みが変わってきますから。自分のことを全部自分でやっている人なんて誰一人いないでしょう、この中にも。

太田委員

え、してますよ。

小賀会長

そうですね。どなたにも、例えば、精神的にも依存したり、あるいは相談したりすることなく、何事においても全て自分で考えて、自分で決めてらっしゃいますか。

太田委員

全てと言われたら。だけど、なるべく頼らないように。

小賀会長

自分のことは自分でやれというのが国がいう自立でしょう。そんな生活をしている人がどれくらいいるんですか。

山口委員

障害者の自立の考え方と高齢者の自立の考え方というのは違いますよね。

小賀会長

基本はやっぱり同じでなければいけないだと思うんですよね。全然違うでしょう。僕は支え合うというのが前提となって、自立というのが成立すると思っているんですよね。

太田委員

支え合ってはいますけどね。

小賀会長

それがやっぱり前提に据えられるのか、そうではないのかで、自立を考えるシステムも違ってくると思うんですよね。

先ほどの施設入所の検討を、まだ具体的に考えていないというアンケート結果についても、やっぱり施設自体が家庭で生活することとは随分違う生活実態にあって、施設に行きたくないという高齢当事者のご本人の思いと、家族も施設に入れたら、やっぱり親を捨てたような気持ちになるという思いとかというのが現実的にあって、主体的な選択の結果として施設に入れないんだとなっているわけではないですよね。施設利用をするときも、やむなく施設利用というのが現実なわけでしょう。

先ほどのトイレの排せつの介護にしても、家族で頑張ろうという人たちの多くは、おむつをつけずに、夜間トイレに連れていくから、もう限界が出てくるという話ではないですか。施設はおむつをするのが前提でしょう。もう全然違うわけですね。

そういう違いの中にあって、例えば地域で生活を維持していく上でも、介護保険を利用しつつ自立した地域生活を送っていくんだという考えを、やっぱりもっともっと普及していかないことには、介護保険を利用しないことが自立だというふうになってしまうと、生活そのものがゆがんでいくとか、ご本人ができない努力を重ねていく、家族も泣きながらそれを支えていくというふうになっていくんだと思うんですね。

先ほど因副会長がおっしゃっていたように、それでも以前と比べると、随分サービスメニューも増えてきたし、利用しやすくなってきた。だから、家族が頑張り切れないところを、サービスを利用しながら在宅で、自宅で生活を少しでも長く維持していく。それを、例えば連合傘下の住民の皆さん方が望んでいるのであれば、やっぱり政策はそちらのほうに重きを置いてつくっていくということになっていくのだらうと思うんですね。ですから、こういう資料を読みつつも、我々の実感をもう少し語り合っていかなとは思っています。その上で、介護サービスを利用しつつ、自分の思いを地域で暮らすということを軸にして全うできるのであったら、それは立派に自立していることなんだと考えてしかるべきではないかなと思うんです。

あるいは、施設で生活を始めるにしても、ここでは、生活の場ということでは自宅以外と考えていいかもしれませんが、そこでご本人の望む暮らし方というのが少しでも満たされていく方向に向けて介護保険サービスが使われていくのであれば、それはやっぱりご本人が自立をしていくために今生きているんだと考えるべきかなと思うんですよね。

施設利用しているから自立をしていないということでは決してないだろうと。つまり、施設で生活していても、暮らしにくい現実を苦情という形できちんとその施設が受けとめて、施設のサービスを改善していくといった仕組みが連合傘下の自治体できちんとつくられていけば、それは立派に自立をしていると考えるべきなのではないかなと思うんですね。

例えば、そういう方向で考えるとしたら、そのための仕組みを私たちはどういうふうにかこの連合

傘下でつくっていくべきなのかという議論に具体的に移していかないといけないないつも思うんですけれども。

あと数分ございますので、何かもう一言だけ言っておきたいということがあればお願いしたいと思えますけれども、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

(「なし」の声)

小賀会長

それでは、今回の会議の確認ですけれども、ほとんど間がないのですが、来週 21 日月曜日、午後 1 時 30 分からこの場所ということになっておりますので、お忙しい中、申しわけありませんが、ぜひ一人でも多くの皆様をご参集していただけることを願っております。

それでは、今回の会議の内容についても含めて、事務局から何か確認事項がございますでしょうか。

事務局

今回、小賀会長と打ち合わせをさせていただいた折には、議論がもう少し、こちらの在宅介護実態調査のほうに深く入ってくるのかなということで、議題としては継続とさせてもらっていたんです。ただ、因副会長もおっしゃるとおり、当然のことながら数値化したものもありますし、委員の方からのご質問もあったのですけれども、国の試行分の 22.2 が一体何かという話、これはサンプル数としては 700 しかないんです。700 のサンプルに対して、今回広域連合は 1,600 のサンプルなので、この国の分の参考資料については、あくまで参考かなと思っているんです。

一番下のところを見てもらうと、広域連合全体としては、認定者の推計のときにお示したように、軽度の方が多いんですね。今回の調査の対象としても、I-3 においては要支援 1、2 のサンプル数としては 725、要介護 3 以上は 139 です。だから、当然入所、入居希望者はこの 22 に対して低い、だから 22 をもって比較するというのは何の意味があるのかなと思っていますので、具体的には要介護 3 以上の方、入所要件をクリアされている方がこういう意向を持っておられる。それで、例えば長く在宅で生活の基盤としてやっていただこうと思うのであれば、どういう組み合わせのサービスがあったほうがいいのか、広域連合に今不足しているサービスは一体何なのか。今度の制度改正を踏まえまして、自立、重度化防止に向けてということで、広域連合はどのような形でプロセスを組むのか、そのプロセスを組んだ折には、それに対して評価を行う。具体的な行動計画が問われてきます。

広域連合で今までやってきたこともありますし、それに対しての事業計画書の中に今度はプロセス指標——この 3 年間で状態像の変化はなくて現状、在宅で生活ができるにはどうしたらいいのでしょうかということが問われてきますので、この参考指標の今回のアンケートをもって、次回は各委員の先生方に意見交換をしていただいたものを踏まえて、プロセスをつくらうと思っています。

具体的にはこちらから提案するというものはもうございませんので、その辺の部分の総評をまとめさせていただいて、では、重度化防止に向けてはこういうことがあるのではないかとか、今回の在宅介護実態調査の部分で、施設系・訪問系の組み合わせをすると、長く在宅におられて、アンケートの分に関しても 16%の方は、要介護 3 以上の方は 30%以上施設に入りたい。小賀会長が言われましたように、施設に入るのが決していいと思っていないんですね。ただ、これを見ますと、結構独居の方も多いいんですね。では、その方たちに対しての部分はどういうふうやっていくのかとい

うのもございますので、大きな柱立ては21日にさせていただこうと思っています。今までの議論を含めまして、指標の部分でご意見いただければと思いますので、よろしくお願いします。

小賀会長

それから、もう一つ、ケアマネジメントの実情についても、委員の皆様からももう少しお話をしていただきたいというか、サービスをどう使い回していくのかというのは、ケアマネジメントがやっぱり非常に重要な位置を持っていて、でも、ほんとうにその一人一人の実情に合うような形で、それはその家族からの支援も含めてですけれども、ケアマネジメントが行われているのか。

例えば、小山委員からは、夜間の対応がほんとうに必要なだと実感していたけれども、それをサービスとして考えるといった情報も助言も現実的にはなかったんですね。そういう実態を、例えば、きちんと掘り起こしながら、事業者がなかなか夜間対応でサービス展開をしないという現実ももう一方にはあるのでしょうかけれども、施策でそのあたりをどういうふうにつくり出していくのかといったような話ももう少ししておきたいなと思います。

玉江課長からも提案がございましたので、来週のこの会議につきましては、これまでの資料をもう一度振り返りながら、皆様方からそれぞれの立場で、現在の広域連合下における介護保険サービスの、例えば課題であるとか、問題であるとかを自由な形でお話をさせていただくというような、そういう会にしてもいいかなと思っているので、来週はそのような形で会議を進めさせていただいてよろしいでしょうか。

太田委員

今では資料に対する意見とかが主だったのですが、そうではなくて私自身、個人的に、こんなのはどうですかという意見でもいいということですか。

小賀会長

はい、そうです。

小賀会長

では、時間も過ぎましたので、本日はこれで終了させていただきたいと思います。どうもご苦労さまでした。

以上