

第8期 福岡県介護保険広域連合 第4回 介護保険事業計画策定委員会 議事録

【開催日時】 令和2年11月17日（火）10時00分～11時30分

【開催場所】 パピヨン24 2階（14号）会議室

【出席者】 〈策定委員（50音順）〉

策定委員：安東委員、因委員、川端委員、黒岩委員、小賀委員、高田委員、田代委員、
長野委員、中村委員、森委員、若山委員

【議案】

- ・ 1 第8期事業量推計（暫定値）について

【会議資料】

- ・ 資料1：福岡県介護保険広域連合介護保険事業計画【第8期】原案 第7章

..... 【議 事 内 容】

開会

○事務局

それでは、只今より第8期福岡県介護保険広域連合第4回介護保険事業計画策定委員会を開催いたします。

委員の皆様方におかれましては、御多忙中にもかかわらずお集まりいただきまして、誠にありがとうございます。なお、桑野委員と藤村委員は欠席の御連絡をいただいております。

それでは、早速ですが本日の議事に入らせていただきます。

小賀会長、進行の程よろしく申し上げます。

○小賀会長

皆さん、おはようございます。本日もお忙しい中、御参集いただきましてありがとうございます。

本日の議事ですが、第8期事業量の推計、暫定値となっておりますが、特に第7章につきまして事務局から御報告いただいた後で皆様方からの御意見につきましては、全体を振り返って何かこれまでの議論の中で御指摘が漏れた、あるいは改めてもう少し詳しく聞いてみたい所があるというような事がありましたら御遠慮なくいただければと思います。

あわせてこれからの日程とも関係しますので、当初に御報告させていただきますが、次回の会議につきましては12月8日火曜日の同時間、10時から予定をされております。この日に、広域連合長に対して答申を致します答申案を私が作ってまいります。たたき台です。今日までの御意見を含めて作ってまいりますので、それを皆様方に一読をいただきまして足りない所、あるいはもう少し項目として書き添えていった方が良い所といった様な事を12月8日に御意見いただければと思っております。

それを受けましてその次の、第6回目となりますが12月15日の火曜日同じく午前10時から開催予定となっております。ここで御意見いただいた答申案の訂正案を持ってまいります。それも皆様方に

御一読いただいたうえで何らかの訂正等がございましたら御意見いただいて最終案という様にさせていただければと思っております。これは今、皆様方のお手元にあります第8期の事業計画の中身がきちんとすべて盛り込まれた上でこの計画をどういう意図で作ったのか、特にどういう所に重点として注力していただきたいのかという様な前書きにあたるものです。それを連合長に対して答申をした上で、第8期、3年かけて完全実施をしていただくという様な運びになりますので是非皆様方の御意見を、どういう所でも構いませんのでいただければと思っております。

それでは事務局から本日の資料につきまして説明をよろしくお願い致します。

1 第8期事業量推計（暫定値）について

○事務局

資料の御説明をいたします。

まず資料の御確認ですけれども、事前に送付しておりました資料1、原案になりますがこちらはお手元に皆様ございますでしょうか。よろしいですか。それでは説明させていただきます。座って説明させていただきます。

それでは本日の議題、第7章の所です。ページ数としましては63ページです。介護保険サービス利用者の区分という所で、介護保険サービスの利用者がどういった所なのかですが、図表の7-1一番上から介護保険施設サービス利用者、それから図表の左、中ほどに居宅サービス利用者、大きくこの2つに大別されます。居宅サービス利用者につきましては居住系サービス利用者、在宅サービス等利用者に分かれます。要介護認定者としては未利用者を含めて要介護認定者としております。

続きまして64ページをお開きください。サービス利用量の推計の手順になります。図表の7-2を御覧いただきたいと思えます。点線囲みの左側、サービス利用量の推計についてはまず施設・居住系サービスから先に見込んでいくような流れになります。在宅サービスも同じなのですが平成30年度と令和元年度の利用者の実績から利用率、将来の伸び率を算出します。それは前回の第3回の委員会で認定者の推計をお示ししましたが、その利用率と伸び率を掛け合わせて将来の推計になっていきます。右の点線囲みの所、在宅サービスにつきましては認定者数から施設・居住系サービスを除いた方、これを在宅サービスの受給対象者数とします。先程と同じように平成30年度と令和元年度の実績から利用率と将来の伸び率を算出しまして最終的には施設と在宅の利用者の推移という事で見込んでいます。ただ前回の認定者推計の時も御報告しましたが、福岡県から医療計画それから介護離職防止という事で追加的需要という具体的な方針がまだ示されていない状態ですので、今回の委員会が終わって県から示され次第、認定者、それからサービス利用量の推計についてはそちらの方も反映していくという流れになっております。

続きまして65ページをお願い致します。サービス区別の利用者数の推計という所になります。図表の7-3を御覧いただきたいと思えます。令和元年度の②施設・居住系サービスの利用者なのですがこちらが10,224人になっております。それから中ほど、第8期の最終年度になります令和5年度。こちらでは11,904人。一番右側にいっていただいて令和22年度には15,102人になる見込みです。それから⑤在宅サービス等受給者につきましては令和元年度で23,748人の実績です。こちらが第8期の最終年度、令和5年度につきましては24,988人になる見込みです。令和22年度になりますと30,360人になる見込みとさせていただきます。

続きまして66ページをお願い致します。施設・居住系サービスの利用者数、図表7-4になります。

施設系サービス、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設。それから居住系サービスとしましては特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護こちらになります。介護療養型医療施設、一番下です。令和5年度末までに国から廃止の旨が示されており見込みとしましては、介護療養型医療施設は令和5年度まで363人ということで第8期においては横ばいで推移させてもらいまして、それをその上の介護医療院、こちらにすべて転換した物とみなして今回の委員会資料についてはお示ししています。

それから67ページをお願いします。地域密着型サービス（居住系）の必要利用定員総数という所ですが、施設・居住系サービスのうち広域連合が指定権限を有するのが地域密着型の介護老人福祉施設です。それから地域密着型の特定施設、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）になります。こちらについてはまず（1）地域密着型の介護老人福祉施設入居者生活介護、こちらの定員総数につきましては若干微増がございますけれども令和2年度の実績程度で推移するものと見込んでおります。それから（2）地域密着型特定施設入居者生活介護、こちらにつきましても令和2年度の実績程度で推移するものと見込んでおります。それから認知症対応型共同生活介護こちらについては次の68ページに構成市町村単位で記載しております。図表7-5 宇美町から築上町について見込ませていただいております。利用の実績から伸びを見込んでこの様に推計させていただいたものになります。

続きまして69ページを御覧いただきたいと思っております。在宅サービス等の利用者数ですが、サービス別として70ページの図表7-6、こちらでサービス別に推計を立てさせていただいております。それから71ページにそれを利用量として見込んだもの。先ほどの70ページの図表7-6は利用者数、人数です。71ページの図表7-7はそれを回数や日数で掛け合わせたもの、利用量の見込みという事でサービス別に一覧表にさせていただいております。

それから72ページ以降がサービス別のグラフ、81ページまで載せております。簡単ではございますが資料の説明は以上です。

○小賀会長

ありがとうございます。只今、事務局からいただいた資料の説明を含めて皆様方から御意見・御質問をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。どうぞ。

○川端委員

歯科医師会の川端です。79ページの看多機や小多機の予想の人数が出ていると思うのですが、これにあるような施設数というか福岡県内に施設が整っているという事なのでしょうか。令和22年なのでちょうど20年後ですね。20年後にこれだけの数が増えたと思越した時に看多機とか足りないのではないかと思うのですが、どうなのでしょう。

○小賀会長

事務局、いかがでしょうか。

○事務局

こちらにつきましてはこれぐらいの利用者の方が想定されますという推計になります。この推計値

を見て各事業者さんが参入の意向を示されて整備をしたいということでそれに見合った形で事業計画が作られているのであればそこについては協議をしていくという流れになります。

○小賀会長

よろしいでしょうか。その他いかがでしょうか。どうぞ。

○若山委員

66ページですが先ほど言われていましたように介護療養型医療施設が国の方針で令和5年度末ですか、廃止になって代わりに介護医療院というものが平成30年度から新設されたと理解しているのですが、介護療養型医療施設が令和6年度から0になりますけれども介護医療院がこれを補充するほど出てくるのかという事が一般介護被保険者としては心配しております。私の知っている範囲内では介護医療院というのはほとんど病院が併設しているのではないかと、一般施設でそういう物があるのかどうかも含めてお聞きしたいと思って質問させていただきました。

○小賀会長

事務局いかがでしょうか。

○事務局

現時点で広域連合33市町村、構成市町村がございますけれども4市町村で介護医療院が運営されている状態です。令和5年度末に国の方針としては介護療養型医療施設廃止という旨が示されておりますので、介護療養型医療施設としてのサービスの運営はできない形になります。

その代わりに介護医療院という形で国の方は施設運営ができますという事で示されておりますが、今、福岡県で介護療養型医療施設の転換意向調査がかけられています。まだ未回答の施設もございまして、半数近くは介護医療院と、回答されているようです。必ず介護医療院にしろというのではなくて、例えば特養や老健等そのようなものでも構わないと示されておりますので何らかの施設系の類型には転換してくるのではなかろうかと思っております。ただはっきり介護医療院、特養や老健に何床転換されるという見込みが今の所つきませんので、このような形で計画上は推計をかけさせていただいたという所になります。

○若山委員

介護医療院とよく言う病院の療養型施設の違い。介護医療院は看取りまで出来るのですか。病院の療養型施設というのは一般に3か月以上置かせてもらえないとか次の病院を探すのでも一般の介護者は非常に苦労されています。そういうところで介護医療院がたくさんできればいいのですが計画段階でまだはっきりしないという理解でいいのですよね。特養とか確か看取りできないですよね。

○田代委員

今の質問ですが、66ページの介護医療院が令和2年度の累計を基準にして少しは利用者の推計が増えていますけれども、介護療養型医療施設から少しずつ人が介護医療院の方に、人も施設もできるかなと思っています。介護医療院では特養レベルの人と老健レベルの人と2段階に分かれていると思います。

○小賀会長

よろしいですか。その他いかがでしょうか。

○黒岩委員

看護協会の黒岩です。68ページで地域密着型サービスの必要利用定員総数が出されていますが、現状が35ページ等を見ると市町村によって、地域によって、あるところとないところはかなりあるような気がするのですが、今日の議題からかけ離れるかもしれませんが、促進をどのように考えていくのか。数自体はこれだけの量が必要だというのはよくわかるのですが、現状が全然ないところもあって、例えば地域のブロックごとに検証するなど、現状はどのようにされているのでしょうか。

今議題になっているように要介護3以上の方たちは、在宅で難しいという部分がかなりまた増えてくるかと思えます。その時に家族の負担軽減だとかを踏まえたところで、現在対象者がどのような形で入所されているのか現状がわかればお願いします。

○事務局

利用者の方の入所の基準ですか。

○黒岩委員

その市町村にない、というのがいくつかあると思います。その方たちは例えば隣接のところに入所されているのか、もう在宅ではできない方たちは絶対いるはずなのでその方達が現状、例えば隣接しているところに入所しているだとか、例えば子供がいるところに入所しているなどそういう現状がわかればと思います。

○小賀会長

地域密着型サービスが地域の事情に応じて適切に配置されているのかどうかということですね。それについてはいかがでしょうか。

○事務局

広域型の施設系のサービスから御説明させていただきますと、その市町村以外の施設へ入所することができます。実際ベッド数とその市町村の利用者数を比較するとやはり一致していないというのが現状です。ただそこは福岡県の計画の中で保健福祉圏域ごとに必要数が賄えているように整備計画を作られているというところになります。具体的に言いますと、北九州圏域であれば遠賀4町と中間市、北九州市を含めたところで必要数を出してそこに耐えうるベッド数があるのか、不足していれば整備していく等という方針になっております。

それから御質問があった地域密着型サービス、こちらについては基本的にはその市町村の方しか利用できないようなサービスになっております。そのため、ほとんどが利用者数＝定員数というふうに考えても構わないのではないかと思います。只、今回お示しした68ページの利用者数というのはベッド数から算出しているという事ではございません。必要な利用者の数を見込んでおります。そこで当該市町村でベッド数が不足するというのであれば整備しないといけないということになりますし、

逆にベッド数が多いのであれば整備する必要は今のところない等、計画の中で必要数がまた出てくればそこは整備する必要が出てくるのではないかと考えております。

あくまで必要な方の利用者の見込みで、利用されれば当然介護保険料に跳ね返りますので介護保険料を算定する上ではベッド数に囚われることなく必要な利用者数から見込んでそこから算定していくという流れになりますのでこのような表で一旦示させていただいているところです。

○川端委員

今の回答で言うと令和3年度、4年度、5年度で数字に少しずつ変化はありますが、現在の段階で足りない市町村は何市町村あるのですか。

○小賀会長

いかがでしょうか。

○事務局

今回お示ししたのが必要利用定員総数ということで、実績から出しています。第7期の整備量に関する部分は当広域連合においても地域密着型サービス委員会がございますので、その中でグループホーム等の整備を行っています。第8期については、事業計画が固まって、そのあとに市町村に整備量の計画をお示しする流れになります。現状ここで整備量を出すという形にはなりませんので、あくまでもマスタープランをお示して、市町村の現状等を見て参入意向があって、それに対して委員会の意見等を聞いて整備をしていくという流れになりますので、この計画上にはいくつあって何人というのは出てきません。

○川端委員

予測だけしておく。

やり方はそうだと思うのですが、実際市町村に声掛けをして手挙げがあるとは思えません。医師会、歯科医師会もそうですが、現状医療は切迫した状態になっていますので、皆様が御存じのように10月の医療系の、医科・歯科・薬科の廃院数は御存じですよ。すごい数の廃院数です。それを考えるとそこに介護は入って来られるのか。手を挙げられるのかということになってくるので、やはりそのあたりは現状を考えていかなければ、おそらく医療崩壊の前に介護崩壊すると思います。そのあたりは計画を立てる上で決まった流れだからという事ではなく、先に手を打っていかないとおそらく2040年には成り立たないのではないかとと思うので、形にこだわりすぎるのは良くないと思います。

○森委員

北九大の森です。私も全貌は把握できていませんが、例えば廃院が多い、実質受け皿がなくなるという意味では第8章の地域支援事業や介護予防をメインで進めていくのか、どこにどのような力点を置くのかということがこの計画だと全然見えません。第7章の利用量見込みの御説明をいただきましたが、全体の計画上どのような意味を持つのかというのが全然見えません。抑えられているのか、増えるからしょうがないという事になるのか。増えるから抑えましょう、健康寿命を延ばしていきましょうという戦略なのか。広域連合としてこのデータをどのように読んでこの戦略に結び付けていくの

かということを立て的に考えないといけないと思います。計画の全貌というか性格が理解できていないので教えていただきたいです。

○小賀会長

御指摘のとおりだと思います。むしろそこは事務局としては、平面的に見えるかもしれませんがこのような資料を出してきていると。それを受けて我々委員会が、例えば第8期についてはどのようにその平面を立体化していった、どこに力点を置いて第8期の計画を立てていくのかという意見をまとめさせていただきたいと思います。

○田代委員

私も昨日、黒岩委員と話していたところですが、この第10章の計画推進の方策がまずありきかなと。Withコロナの中で読めない部分がとても多いです。どのくらいの医療関係が廃止されていて、介護関係の廃止の所がもっと出てくる。その中で施設と居住系をどのように取り組んでいくのかとても難しいし、今の廃止の数が出てきているのであって、事務局としてもこの中で具体的な数字を出していくのは難しいと思います。

ワクチンもいろいろ開発されていて、もっと落ち着けばこの計画は身軽な物になっていくのですが、この10章の中でコロナ期において広域連合がどのような形で取り組もうとしているのか。感染症対策を広域連合の各市町村に、感染症対策は県の事業になるとは思いますが、介護保険の中で少しは書いておかないといけないので、第10章とっていましたが、暫定値ということで2人とも納得したところでした。以上です。

○小賀会長

確かに田代委員の御指摘も含めてその通りだと思います。今回の新型肺炎の蔓延というのは今後別の形でこのような事態が起こってもおかしくないくらいに、今の世界的な交流、人的な交流も含めて人間の移動が行われています。もう一方で近年の災害の問題もあり、一過的な問題ではなく今の地球温暖化の問題と関連して考えなければならぬということになれば、こうした大型台風や豪雨や地震も含めて、前回は特別養護老人ホームで集中豪雨により多くの高齢者の命が奪われました。それが広域連合の中でも起こりうる可能性というのは当然考えていかなければいけない。そのような事態を事務局提案で何とかしろというのは非常に厳しいと思います。専門家として集まっている私達がこのたたき台をどう組み直していくのかという御議論を是非いただきたい。今回このような話が出てきましたので残る2回については、今事務局がまだ内容としては書きあげきれていない、9章はともかくとして特に10章を早くに御提案いただいて次回、そして次の回あと2回会議が許されていますので、集中した議論を行うことが出来ればいいなと。そうすると連合長に対する答申案につきましても、この委員会で今広域連合として望まれている施策は一体何なのか。小規模多機能型サービスについても地域の偏在というのは現実的にもあり、そのような偏在を乗り越えていく手立てや前回も御指摘いただいた総合事業をすべての33市町村で積極的に取り組んで健康寿命を延ばしていくという事など中心的な取組の柱を明らかにしていくという事なのだと思います。その点について皆様方がそれぞれの立場から感じていらっしゃることも含め御意見をいただければと思っております。いかがでしょうか。

○田代委員

指定感染症というのは1年を限度に国が定めています。令和3年の2月で指定感染症の期限が切れま
す。延長することも可能ですので今後どうなるかは未定です。しかし少なくともこの前事務局から
いただいた分厚い国の資料の中には感染症や災害、障がいなどが少し含まれているので第10章の取組
のところそのような言葉が少し欲しいなと思います。

○小賀会長

その他はいかがでしょうか。

本当に介護保険が難しいなと毎回思うのは、計画を作る市町村という主体とサービスを提供する実
施主体が別の次元で存在しています。計画値を立てても事業者が手を挙げて実施していかない限りは、
その数字自体が空白になり具体的なサービスを高齢者に届けることが出来ない。だから余計に誘い水
をきちんと作って行くというような仕掛けが必要になっていきます。我々としては誘い水を計画の中
に盛り込んで、その上で33の市町村がそれぞれ主体的にこの事業計画をその市町村のものとして取り
組んでいただかなくてはいけない。このように何段階か取組の局面があります。そのようなことを考
え合わせながら8期に期待される主要な取組というものをきちんと明示していきたいと思っています。

事務局としては10章のたたき台はいつ頃出せる予定でしょうか。

○事務局

次回です。第8期においてはこのような状況の中で回数が少ない中、御議論をいただいて効率的に
やっつけようという事が事務局の案ですし、具体的に十分な議論が出来ないままではなかったかなと
思います。なるべく早く骨子、原案をお示しして、いろいろな所から御意見をいただき、計画に反映
したいということで、早めに冊子としてお示しし総括的な質疑としております。今回8期においては
大まかな介護保険広域連合が向かう施策の方向をお示しさせていただいて、検証委員会などございま
すので、年度計画を作成したいと思います。従いまして、12月8日には大きな方向性だけお示しさせ
ていただこうと思っています。

○小賀会長

その他、どこからでも構いません。御意見・御質問いかがでしょうか。

○安東委員

今、言われた年度計画の中で最終的に落とし込んでいくそのプロセスの中で施策の方針等と言われ
ていたのですが、落とし込むプロセスの中で具体的な数値を持つての作成計画でないとおそらく先ほ
ど会長が言われたように、計画を策定する者と実施する市町村が別個という現状の乖離をできるだけ
縮めていくには具体的に数値をプロセスの中で落とし込んでいく方が分かりやすく、事業をする方と
しては具体的な計画として策定できるのではないのかと思うので出来るだけ年度計画として落とし込
んでいく際に具体的な数値を書きいただく方がありがたいと思います。

○事務局

今回、広域連合で試算したものの基礎数値は市町村にフィードバックをしています。認定者、高齢

者、事業量。それに伴って市町村で作成される保健福祉計画を補完する形で完成していただきたいということでデータを提供しています。先ほど申し上げました年度計画においては、広域連合が実施主体となるものもごございます。介護給付に関する部分は広域連合が主体となって実施するものですし、それに対する適正化事業の推進というものも広域連合が主体性を持って実施するものになります。

第7期において在宅介護の限界を見極めるという形で要介護1～3までのケアプラン全件チェックを第7期でやりました。8期の部分で具体的な行動としてひとつ考えていることが、7期に行った結果の分析に関するもの、それを8期の3年経過した段階でどのような形でケアプランとその状態等が変わっていったか。アウトカムとしての指標をまず作ってお示ししようと思っております。そこから見える物というのは、皆様の御意見を聞きながら具体的な行動の一步が踏めれば良いかと思っておりますので、なるべく示せる数値目標に関しては示します。市町村が実施主体となるものに関しては、広域連合から協力等と呼び掛ける形でやっていければと思っております。その折にはまた御意見をいただきながら計画を進めていければと思っておりますので宜しくお願い致します。

○小賀会長

ありがとうございます。その他いかがでしょうか。

○若山委員

ページ数でいうと33ページに戻るのですが、第3章の被保険者の現状ということで図表3-18 自宅等から居所を変更した利用者の要介護度別人数。このアンケートは自宅等から居所を変更した利用者の人数とありますので、これは先ほど議論に出ました市町村ごとの施設の配置の関連があるかと私は思いました。少し細かいのですが、地域包括ケア推進の基礎単位と同じ市町村からか別の行政区、例えば糟屋郡から施設の多い福岡市に転出したケースなのか。居所を変更した利用者の具体的な設定はどのようになっているのか。気になっていました。

○小賀会長

なぜ自宅等から居所を変更したのかという理由についてももう少し詳しくということですね。

○若山委員

転出なのかそれとも同じ地域なのか。

○小賀会長

つまり単純にその方の自己都合ではなくて、介護サービスの在り方によってこのような問題が生じているのではないかというように疑問を持たれたという事ですね。

○若山委員

居所というのが同じ地域で移る場合と完全に転出する場合、設問の仕方によって回答は相当違ってくると思うのですが。それと施設の配置の数で大きく動かざるを得ないというのは、基本計画である住み慣れた地域で有する能力に応じて自立した生活をするという基本方針から、転出すると離れてし

まいります。それを考えて質問させていただきました。

○小賀会長

只今の質問につきまして事務局よりもう少し詳しく表の在り方を説明してください。

○事務局

今、御質問があったのが33ページ、図表3-18。これに関して住み慣れた地域でという観点からどうなのだろうという御質問だと思います。

これは実態調査として行ったものですので、まずはこの調査の概要が29ページにあります。有効回答数196サンプルで回答いただいたものになります。34ページを見てもらってもよろしいでしょうか。そこに居所を移動した理由の回答があります。現在のサービス利用では生活の維持が難しいということで居所を動かされた方、その方の主な理由が左から2つ目を見てもらうと、必要な生活支援が発生・増大したため、認知症の症状が悪化したために居所を動かさざるを得なかったという理由が34ページから36ページまで具体的な回答をいただいたものになります。介護度の進行に伴って自宅での介護が難しくなってきたと。要介護3以上になるとどうしても施設に依存せざるを得なくなった。重度化するにしたがってどうしても家族の介護が必要ということで、特に独居の方は住まいを息子さん等のところに移された結果、このような結果に結びついたのかと思います。そこで先程申し上げました要介護1～3のケアプラン点検を通じて、在宅介護の限界点を計り、住み慣れた地域で最後まで、という理念が実現される方向で基盤整備等進められればと思っております。

○小賀会長

介護ニーズの変化、その変化の内容は主に重度化。例えば自宅から居所を移したという数値の高い市町村としては、まず健康寿命を延ばせるような取組をきちんとやっていくという施策を十分考えなければいけないし、それぞれの事業所においてはケアの中身についてより積極的に廃用性症候群等が生じないようなケアをきちんとしていく等を徹底して事業所にも求めていかなければいけないと。

例えば広域連合の中にはいくつか委員会があって、広域連合で指定が出来る事業者に対して、時には国が示した基準や、県は国が示した基準をそのまま運用していますので、県がかつて指定していた基準をさらに厳しく改めて指定をし直すことや更新をするという場合にかなり細やかに意見を付しているという状況があり、地域密着型サービスに対する指導・助言も含めた取組をもう少し意図的に行っていくということも必要になってくるのではないかと思います。

おそらくほとんどの市町村が地域密着型サービスを指定、更新する際にきめ細かな項目を立てて検討していくという事が行われていないのではないかと予想しています。広域連合についてはこれまでの歴史の中でかなり細やかに、同時に事業者に対して厳しく、ケアの水準を落とさないという状況で国基準以上もしくは国が文章化をしていない部分についてもかなり強い要望を事業者に対してしています。広域連合の地域密着型サービスに対する指導や助言の内容を地域密着型サービス委員会が取り組んでいる蓄積を1度明文化していくそのような作業がどこかで必要であると思っております。8期中でそのような取組も併せて行っていく。広域連合は地域密着型サービスについて指導や助言を行っていて、そのようなことを明確に示すことで他の自治体や全国の自治体にも何らかの良い影響を与えることもできるのではないかと考えています。

その他いかがでしょうか。

○因副会長

39ページです。有料老人ホームの入居者状況というところで上から4行目。サービス付き高齢者住宅が25事業者、住宅型有料老人ホームが128事業者。合わせて153事業者あります。下の図表3-23を見ると入居者状況ですが入居している人が合計で172名ですか。事業者は153で入居している人が172というのが数字的に私は理解できていないのですが、私の読み込みがおかしいのでしょうか。

○小賀会長

事務局いかがでしょうか。

○事務局

図表3-23に書いてあるのはサ高住だけです。サービス付き高齢者住宅が25事業者ございまして、例えば1事業者あたりベッド数が30あるかもしれません。図表3-23は広域連合内の入居者の状況なので全体で172名が入居しているという事です。40ページが住宅型有料老人ホームです。住宅型有料老人ホームの事業者が128あります。広域連合の中では481人入居されているという状況です。

○因副会長

わかりました。ありがとうございます。

○小賀会長

その他いかがでしょうか。

○森委員

的外れな意見かもしれませんが、私は介護保険、福祉の制度に詳しくはないのですが、地域社会を見てきて最近町内会の活性化等見ていると、福祉の分野を中心に舵を切っていないと本当に大変ですよね。集合住宅をいろいろ拝見しているとコミュニティ活動自体も成り立たなくなっていて、これと介護予防とをしっかり結びつけていけばもう少し地域社会の活性化と結び付けられると思います。逆に福祉をメインに設計していけば町内会活動の在り方も変わっていくのではと思っています。24ページ、25ページの第3章に地域づくりへの参加意向、地域活動の参加状況というこれだけデータを取っていただいて第8章の介護予防に結び付く重要なデータだと思います。せっかくこのようなデータが前提としてあるので、介護保険の仕組みと地域活性化との関係を意識してやっていった方が良くはないかと思います。進め方として福祉部門と各市町村の地域づくり部門と連携を進めるというようなことも計画に書いていいのではと思いました。介護予防の方に目が行ってしまうので第3章のデータや情報とか。的外れな意見でしたらすみません。

○小賀会長

いえ、決して的外れではないと思います。

森委員の言われるように、どこの自治体・地域でも住民間の協力・協働というのは失われていると

どうか。

○田代委員

私の住んでいる町内には医療機関が作っている有料老人ホームがあって、買い物に行くにはそこからボランティアで車を出してくれます。医療施設、介護施設、事業者6か所ほどボランティアやカフェなどいろいろやっています。地域づくりの中でそのようなものがあれば活性化されるのではないかと。前回の資料で、予防事業に参加した人は1年ぐらい健康寿命が延びていました。私も保健師ですので人口の9割ほどは健康な人で、その9割の人が出来るだけ遅く介護保険にお世話になる。できるだけ健康寿命を延ばすということを広域連合もこの10章の中で進めていけたらよいのかなと思います。

○若山委員

森委員がおっしゃったように、私も一般介護予防と地域の活性化は非常に大事なことだと思います。経験則で言うと、私は70歳ですが老人クラブに入っています。老人クラブに入ると70歳が一番若いです。ボランティアで公園の草取りと子どもの見守り、小学生の登下校。そのようなボランティアをやっている方は88歳の方、84歳の方、非常に健康寿命が長いです。こういう事はあり得ないのでしょうか。今、森委員がおっしゃった一般介護予防と地域の活性化、校区ごとの生活支援ボランティア等と結びつくと介護保険の認定者が10%以下になることを私は非常に希望しています。本当に個人的な差がとても強いように思います。これは、感想です。

○小賀会長

ありがとうございます。

毎回、私が悩む事があります。例えば単一の自治体が地域活性化も含めて介護保険事業の実施をどうするのかということを考えることはやり易いです。ところが広域連合は33市町村の介護事業のみを担っているのです。それを各33市町村に計画としてお返しをして33市町村で実施を図ってくださいということになっているので、この8期もそうですが、介護保険事業計画の中に地域の活性化というものを盛り込むとすれば、あくまでも介護事業としてどう地域を活性化して行くことが出来るのかという描き方をしないといけないのです。近隣住民の声掛けを促進しましょうというような事は描きにくい。もちろん言う事はいいのですが、ではそれを介護事業との兼ね合いで、各33市町村にどのように実行していただきたいのかという所まで言わないと実行まで持っていく事は難しいです。その描き方についても思い悩んでいます。それぞれの市町村にはその市町村ごとの高齢者福祉計画があり、その他の地域福祉計画であるとか自治体としての総合計画であるとか。我々がここで事務局と一緒に提案していく8期の計画をそれぞれの自治体にお返しした時に、それぞれの自治体がそれぞれの自治体のその他の計画の関連の中でどう実行していくのかという事を考えていただかないといけない。そこまで含めて御提案をしないといくら良い事を言っても実行可能性が非常に低い。担保されないという状況があります。

○若山委員

もうひとつ質問させていただいていいですか。私、広域連合が発行したパンフレットをいつも持っているのですが、7ページに広域連合の役割と市町村の役割が書いてありまして、地域包括支援セン

ターと広域連合との関連というのですか。ここには地域包括支援センターは自立支援や予防を専門にしていますよね。広域連合の資金面や指示命令系統はないという理解でいいのですか。

○小賀会長

事務局いかがでしょうか。答えられる範囲で構わないと思います。

○事務局

地域包括支援センターですが、設置者は市町村という事になっています。広域連合からの指示命令系統はございません。運営の資金と申しますか交付金関係。受け入れは広域連合で行いますので、市町村から提出された計画に基づいて広域連合が市町村にお渡しするという形で運営をしております。

○若山委員

ありがとうございました。

○小賀会長

どうぞ。

○中村委員

私は89歳になります。医療と介護の関係がよくわかりません。医療に入ってもこれから先は介護にしようねと言われてます。私はできるだけ自分の力で生活しようと思っておりますが、その辺りがよくわかりません。それで今ここに出席させていただいております。もう杖をつけていますが、自分の力で生きたいと思っております。

○田代委員

一番大切なことだと思います。介護保険の本当の目的は長生きして元気に暮らしましょう。だけど介護が必要になれば社会全体でカバーしましょうという事が本来の目的なので、もし杖や手すりが必要になれば介護保険を申請してもらって、要介護を認定してもらって。少しずつ介護保険を活用しながら元気にお過ごしいただく事が保健師としての願いです。

○小賀会長

そうですね。もっと言えば何らかの援助が必要になった時に制度の中身はわからなくて良い。周りの専門家が必要なサービスを法制度に沿ってきちんと提供してくれる仕組みが非常に大事になりますという事だと思います。

○田代委員

その時に地域包括支援センターに聞いてみられるという事が一番だと思います。

○中村委員

確かに介護保険から来られますね。来られるけれども必要以上の事までされることもあります。私

はそうなれば施設に入るからと言っています。医療と介護の境がよくわかりません。

○小賀会長

わがままたくさん言っていると思います。わがままを言う事が許される社会じゃないとおかしいです。

いつもの様に90分ほどの予定としております。あと10分程ですが、その他御意見、ご質問はないでしょうか。どうぞ。

○高田委員

社会福祉士会からの参加となります。皆様の貴重な御意見を伺いながらずっと考えていました。事業推計の議事ではありますので違う事ではありますが、コロナや災害等増え続けている所で、広域連合の中で水害にあった市町村が多いと思いました。

今回、計画を策定していく上で一番基盤となるのがこの10章の所だと思います。10章がいい加減なものであれば他の所は全部ガタガタではないかと思っています。この10章をきちんと作成していく上で大事だと思う事が、感染症や非常災害時にどうするのかです。非常災害が発生した時に、このコロナ禍で介護保険事業というのはガタガタです。うちもサ高住やグループホーム、看多機、小多機あるのですが、まともに運営ができない。面会制限はある、利用者さんが御家族に会えない。元気な方も鬱傾向になっている。このような状況で介護保険の事業計画ですとポンと出して、全国各地で災害やコロナよりひどい感染症がもし流行ったら、ただの紙にしかならないと思います。

そこをお願いしたいことがひとつございます。非常災害時や感染症が蔓延している時にどうするかという事は具体的な目標や数値は難しいと思います。どのような事が起こるのかがわからないので文章として入れてもらって、例えば33市町村の中で横断的に役割分担して解決してくような手段であるとかその辺りを軽く触れてほしいと思います。

○小賀会長

それは例えば10章の中に節や項目を改めて書き起こしていき、施策として明らかにしていくという事でよろしいでしょうか。

○高田委員

そうですね。あとは人材の所も、外国人労働者もおまして何もかも全然うまくいっていない状況です。そのような所も含めて記載していただきたいです。

○因副会長

8章の84ページです。84ページの中央の所に今までは要支援1や2といった介護予防だけが対象だった物が、令和3年度から市町村の判断によって要介護認定者も地域支援事業、総合事業の中に入ってくる事が可能になりますと書かれています。後期高齢者がどんどん増えてきて認定者も増えてきている中で財源を削減したいという思いはよくわかります。よくわかりますが、先ほど病院の廃院の話が出た様に訪問介護もすごく潰れていて、人材がおらず経営が成り立たないと言っている時に、さらに

要介護1から5までの人を地域支援事業に移して弾力化を図るということに疑問を感じます。

○小賀会長

では、そろそろこの会を閉じてもよろしいでしょうか。今から3週間程で答申案を書き、出来上がりましたら是非忌憚のない御意見をいただいてより良いものに仕上げたいと思います。

それでは本日の会議につきましても御参加どうもありがとうございました。

では、議事を事務局にお返しいたします。

○事務局

それでは次回、第5回の策定委員会は12月8日火曜日10時からということで宜しくお願い致します。なお開催通知につきましては後日皆様に御通知させていただきます。

これをもちまして、第8期福岡県介護保険広域連合第4回介護保険事業計画策定委員会を閉会します。ありがとうございました。

以上