

第9期福岡県介護保険広域連合 第6回介護保険事業計画策定委員会 議事録

【開催日時】 令和5年10月2日（月）13時25分～

【開催場所】 福岡県自治会館101会議室

【出席者】 策定委員（50音順）

江口委員、掛川委員、川端委員、桑野委員、高田委員、田代委員、中島委員、長野委員、成重委員、深谷委員（会長）、藤村委員（副会長）、若山委員

【議事】

- 1 開会
- 2 議事
介護サービス量の将来推計（暫定値）について
- 3 閉会

【資料】

資料1 介護サービス量の見込み（暫定）

補足資料 施設等基盤整備ニーズ調査結果

..... 【議 事 内 容】

1 開会

○ 事務局

それでは定刻前ではございますが、皆さまおそろいになりましたので、ただ今から第9期福岡県介護保険広域連合第6回介護保険事業計画策定委員会を開催いたします。

委員の皆さま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。

それでは、配布しております資料の確認からさせていただきます。まず、本日の次第、事前に送付させていただいたもので資料1となります「介護サービス量の見込み（暫定）」、本日机上に配布させていただきましたもので補足資料となります「施設等基盤整備ニーズ調査結果」はお手元にご覧いただけますでしょうか。

それでは深谷会長、進行のほどよろしく申し上げます。

○ 深谷会長

皆さまこんにちは。本日もお忙しいところ御出席くださりありがとうございます。だんだん涼しくなってきたので少しほっとしているのですが、また暑くなる日があるというような話も聞きますので、体調管理には気をつけていただきたいと思います。

では、早速ですが議事に入っていきたいと思っております。「介護サービス量の将来推計（暫定値）について」事務局から説明をお願いいたします。

2 議事

介護サービス量の将来推計（暫定値）について

○ 事務局

それでは資料を御説明させていただきます。資料1「介護サービス量の見込み（暫定）」という資料になります。資料の説明につきましては、座って御説明させていただきます。

まず、今回の資料ですが、国から示されております基本指針において、特に今回の第9期計画においては、地域ごとの中長期的な人口動態を踏まえたサービスの需要を見込む必要があるとされております。サービスの需要が増加する地域、ピークアウトが見込まれる地域、減少する地域、またその時期はいつ頃なのかを見ていくための基礎資料として、第3回の委員会でお示しいたしました「人口及び認定者数の自然体推計について」を基に、介護予防の取組の効果などの政策的な要因を加味しない自然体の推計をご確認いただき、大まかなイメージを共有させていただく目的で作成しております。

それでは1ページを御覧ください。こちらの資料でお示しする介護サービス見込み量は、暫定値、自然体推計値となりますが、理由は以下のとおりとなります。

1. 9月末時点の人口実績値及び認定者実績値が確定次第、再推計を行う予定であるため。2. 医療計画等との整合性の確保や構成市町村のサービス提供基盤意向調査について、福岡県を含めて調整中であるためです。

なお、令和5年以降の数値については、直近の利用月6月までの実績値に基づいた見込み値としました。介護療養型医療施設については、令和5年度末までに他のサービスへ転換を完了し、令和6年度以降は見込まないこととしているため、その受皿の見込みについては確定値の中でお示しする予定としております。また、令和6年度から導入が検討されている新設の複合型サービスについても、国の方針が決まり次第、再推計を行う予定としております。

続いて、介護サービス量の見込みということで、第9期介護保険事業計画における計画期間、令和6年度から令和8年度及び令和12、17、22、27、32の各年度の中長期の介護サービス量の推計ロジックは、次のページの図のとおりです。左のチャートは施設・居住系サービスの見込み方になります。令和3年度から令和5年度までの施設・居住系サービス利用者を令和3年度から令和5年度までの認定者で除すことにより令和3年度から令和5年度までの施設・居住系サービス利用者が認定者に占める割合、利用率を算出し、将来の伸び率を算出します。そこに、令和6年度から8年度、12、17、22、27、32年度の認定者数の推計値を乗じることで、施設・居住系サービスごとの利用量を算出します。本資料の数値はここまでの数値となります。

右のチャートは在宅サービスの見込み方になります。こちらは、令和3年度から令和5年度の認定者から施設・居住系サービス利用者を減じ、在宅サービス受給対象者を算出します。令和3年度から令和5年度の在宅サービスごと受給者が受給対象者に占める割合、受給率を算出し、将来の伸び率を検討し、こちらに在宅サービス受給対象者を乗じて、令和6年度から令和8年度、12、17、22、27、32年度の在宅介護サービスごと利用者数を算出します。さらに、令和3年度から令和5年度までの在宅サービスごと利用量、1人当たり、1月当たりの回数、日数、人数を実績からの将来の伸び率を算出し、先ほどの在宅サービスごと利用者数を乗じ、令和6年度から令和8年度、12、17、22、27、32年度の在宅介護サービスごと利用量を算出します。本資料の数値はここまでの数値となります。施設・居住系サービス、在宅サービスも同様ですが、介護予防効果、医療計画との整合性等施策を反映し、介護・介護予防サービス利用量、見込量を算出します。こちらにつきましては、第8回の策定委員会でお示しする予定にしております。

続いて、3ページを御覧ください。介護サービス利用者数の見込みになります。まず、広域連合の見込みになります。広域連合の全体としては、どのサービスにおいても、第3回委員会の「人口及び

認定者数の自然体推計について」で御説明しました、認定者数の推移と同様の波となっております。令和 17 年から令和 22 年に向けてその需要は高まっていき、その後ピークアウトを迎えることとなります。まず、3 ページは在宅サービスになります。全体を見ますと令和 17 年頃まで増加し、その後減少に転じる見込みとなっております。4 ページと 5 ページは推移をグラフ化しております。

第 3 回の委員会で、訪問リハ、居宅療養管理指導、訪問看護等の高い伸び率となっていることの要因について御質問がありましたが、委員会にて御回答させていただきましたとおり、コロナによる影響も含め、医療と介護の複合的なニーズが高まっているものと考えており、そういった伸びが反映されたものとなっております。

6 ページを御覧ください。こちらは地域密着型サービスになります。各サービスで多少の違いはありますが、こちらも令和 17 年頃まで増加を続け、その後減少に転じる見込みとなっております。7 ページは推移のグラフになります。

8 ページを御覧ください。こちらは介護保険施設と居宅介護支援になります。介護施設サービスでは、国から示された推計手法の標準が令和 6 年度から令和 8 年度まで据え置きとして示されておりますので、第 9 期事業計画期間中は横ばいで仮置きしております。その後は令和 22 年度まで増加し、その後減少に転じる見込みとなっております。補足になりますが、介護療養型医療施設につきましては、令和 6 年 3 月末までに他の介護保険施設等に転換されることから、第 9 期事業計画では数値を計上しておりません。居宅介護支援につきましては、令和 22 年度まで増加し、その後減少に転じる見込みとなっております。

続いて、9 ページを御覧ください。こちらはサービス量の見込みになります。まず、在宅サービスになります。先ほどの利用者数の見込みに連動しますので、ほぼ同じ推移となっております。10 ページと 11 ページも推移をグラフ化しております。

続いて、12 ページを御覧ください。こちらは地域密着型サービスになります。こちらも先ほどの利用者数の見込みに連動していますので、ほぼ同じ推移となっております。13 ページも推移をグラフ化しております。

続いて、14 ページを御覧ください。こちらは介護保険施設と居宅介護支援になります。こちらも先ほどの利用者数の見込みに連動しますので、ほぼ同じ推移となっております。

15 ページを御覧ください。ここからは支部別の介護サービスの見込みになります。まずは粕屋支部になります。粕屋支部の人口の推移ですが、高齢者人口は令和 17 年度以降増加していく見込みとなります。認定者数の推移は増加を続け、令和 22 年度にピークを迎える見込みとなっております。このことから、このページは在宅サービスの推移になりますが、全体を見ますと令和 22 年度まで増加し、その後減少に転じる見込みとなっております。続けて、16 ページ中段は地域密着型サービスになります。こちらはサービスによりバラつきはございますが、特に利用者数の多いサービスにつきましては令和 22 年度まで増加し、その後減少に転じる見込みとなっております。続けて、17 ページ中段は介護保険施設と居宅介護支援になります。こちらも令和 22 年度まで増加し、その後減少に転じる見込みとなっております。次の 18 ページは在宅サービスのサービス量の見込みになります。次の 19 ページは地域密着型サービス、20 ページは介護保険施設と居宅介護支援になります。先ほどの利用者数の見込みに連動しますので、ほぼ同じ推移となっております。

21 ページをご覧ください。こちらは遠賀支部になります。遠賀支部の人口の推移ですが、高齢者人口は既にピークアウトに入っているという見込みとなります。認定者数の推移は増加を続け、令和 17 年度にピークを迎える見込みとなっております。このことから、このページは在宅サービスの推移になりますが、全体を見ますと、特に利用者数の多いサービスで令和 17 年度まで増加し、その

後小さく減少し、令和 22 年度以降は大きく減少に転じる見込みとなっております。続けて、22 ページ中段は地域密着型サービスになります。こちらはサービスによりバラつきはございますが、特に利用者数の多いサービスにつきましては令和 17 年度まで増加し、その後、ほぼ横ばいから令和 22 年度以降は減少に転じる見込みとなっております。続けて、23 ページ中段は介護保険施設と居宅介護支援になります。介護保険施設につきましては令和 22 年度まで増加し、その後減少に転じる見込みとなっております。居宅介護支援につきましては令和 17 年度まで増加し、その後減少に転じる見込みとなっております。次の 24 ページは在宅サービスのサービス量の見込みになります。次の 25 ページは地域密着型、26 ページは介護保険施設と居宅介護支援になります。先ほどの利用者数の見込みに連動しますので、こちらもほぼ同じ推移となっております。

27 ページを御覧ください。こちらは鞍手支部になります。鞍手支部の人口の推移ですが、高齢者人口は遠賀支部と同様、既にピークアウトに入っているという見込みとなります。認定者数の推移はほぼ横ばいから微増で推移し、令和 17 年度にピークを迎える見込みとなっております。このことから、このページは在宅サービスの推移になりますが、全体を見ますと令和 17 年度までほぼ横ばいから微増で推移し、その後減少に転じる見込みとなっております。続けて、28 ページ中段は地域密着型サービスになります。令和 22 年度までほぼ横ばいで推移し、その後減少に転じる見込みとなっております。続けて、29 ページ中段は介護保険施設と居宅介護支援になります。介護保険施設につきましては、サービスによりバラつきはございますが、令和 22 年度までほぼ横ばいで推移し、その後減少に転じる見込みとなっております。居宅介護支援につきましては令和 17 年度まで増加し、その後減少に転じる見込みとなっております。次の 30 ページは在宅サービスのサービス量の見込みになります。次の 31 ページは地域密着型サービス、32 ページは介護保険施設と居宅介護支援になります。先ほどの利用者数の見込みに連動しますので、ほぼ同じ推移となっております。

33 ページを御覧ください。こちらは朝倉支部になります。朝倉支部の人口の推移ですが、高齢者人口はほぼ横ばいで推移していく見込みとなります。認定者数の推移は増加を続け、令和 22 年度にピークを迎える見込みとなっております。このことから、このページは在宅サービスの推移になりますが、全体を見ますと令和 22 年度まで増加し、その後減少に転じる見込みとなっております。続けて、34 ページ中段は地域密着型サービスになります。こちらはサービスによりバラつきはございますが、ほぼ横ばいから微増で推移する見込みとなっております。続けて、35 ページ中段は介護保険施設と居宅介護支援になります。こちらも令和 22 年度まで増加し、その後減少に転じる見込みとなっております。次の 36 ページは在宅サービスのサービス量の見込みになります。次の 37 ページは地域密着型サービス、38 ページは介護保険施設と居宅介護支援になります。こちらも先ほどの利用者数の見込みに連動しますので、ほぼ同じ推移となっております。

続けて 39 ページを御覧ください。こちらはうきは・大刀洗支部になります。うきは・大刀洗支部の人口の推移ですが、高齢者人口はほぼ横ばいから減少傾向で推移していく見込みとなります。認定者数の推移はほぼ横ばいから増加に転じ、令和 22 年度にピークを迎える見込みとなっております。このことから、このページは在宅サービスの推移になりますが、全体を見ますと令和 22 年度まで微増で推移し、その後減少に転じる見込みとなっております。続けて 40 ページ中段は地域密着型サービスになります。こちらはサービスによりバラつきはございますが、令和 22 年度までほぼ横ばいから微増で推移し、その後減少に転じる見込みとなっております。続けて 41 ページ中段は介護保険施設と居宅介護支援になります。こちらは令和 8 年度までほぼ横ばいで推移し、その後令和 22 年度まで増加し、その後減少に転じる見込みとなっております。次の 42 ページは在宅サービスのサービス量の見込みになります。次の 43 ページは地域密着型サービス、44 ページは介護保険施設と居宅介護

支援になります。先ほどの利用者数の見込みに連動しますので、こちらもほぼ同じ推移となっております。

45 ページを御覧ください。こちらは柳川・大木・広川支部になります。柳川・大木・広川支部の人口の推移ですが、高齢者人口は令和 6 年度に一旦増加しますが、その後減少していく見込みとなります。認定者数の推移は緩やかに増加を続け、令和 17 年度にピークを迎える見込みとなっております。このことから、このページは在宅サービスの推移になりますが、全体を見ますと令和 17 年度まで増加し、その後減少に転じる見込みとなっております。続けて、46 ページ中段は地域密着型サービスになります。こちらはサービスによりバラつきはございますが、令和 22 年度までほぼ横ばいで推移し、その後減少する見込みとなっております。続けて、47 ページ中段は介護保険施設と居宅介護支援になります。こちらは令和 17 年度まで増加し、その後減少に転じる見込みとなっております。次の 48 ページは在宅サービスのサービス量の見込みになります。次の 49 ページは地域密着型、50 ページは介護保険施設と居宅介護支援になります。先ほどの利用者数の見込みに連動しますので、こちらもほぼ同じ推移となっております。

続けて、51 ページを御覧ください。こちらは田川・桂川支部になります。田川・桂川支部の人口の推移ですが、高齢者人口は既にピークアウトに入っているという見込みとなります。認定者数の推移はほぼ横ばいで推移し、令和 22 年度から減少していく見込みとなっております。このことから、このページは在宅サービスの推移になりますが、全体を見ますと令和 12 年度まで増加し、その後減少に転じ、更に令和 22 年度から大きく減少する見込みとなっております。続けて、52 ページ中段は地域密着型サービスになります。こちらはサービスによりバラつきはございますが、令和 17 年度までほぼ横ばいで推移し、その後減少する見込みとなっております。続けて、53 ページ中段は介護保険施設と居宅介護支援になります。令和 12 年度まで増加し、その後減少に転じ、更に令和 17 年度から大きく減少する見込みとなっております。次の 54 ページは在宅サービスのサービス量の見込みになります。55 ページは地域密着型サービス、56 ページは介護保険施設と居宅介護支援になります。こちらも先ほどの利用者数の見込みに連動しますので、ほぼ同じ推移となっております。

続けて、57 ページを御覧ください。こちらは豊築支部になります。豊築支部の人口の推移ですが、高齢者人口は既にピークアウトに入っているという見込みとなります。認定者数の推移はほぼ横ばいで推移し、令和 22 年度から減少していく見込みとなっております。このことから、このページは在宅サービスの推移になりますが、全体を見ますと、サービスにより増減はありますが、令和 17 年度までほぼ横ばいで推移し、その後減少する見込みとなっております。続けて、58 ページ中段は地域密着型サービスになります。令和 17 年度までほぼ横ばいで推移し、その後減少する見込みとなっております。続けて、59 ページ中段は介護保険施設と居宅介護支援になります。令和 12 年度まで増加し、その後令和 17 年度までほぼ横ばいで推移し、その後減少する見込みとなっております。

次の 60 ページは在宅サービスのサービス量の見込みになります。次の 61 ページは地域密着型サービス、62 ページは介護保険施設と居宅介護支援になります。こちらも先ほどの利用者数の見込みに連動しますので、ほぼ同じ推移となっております。

資料 1 の説明は以上になります。

○ 事務局

それでは、補足資料となります「施設等基盤整備ニーズ調査結果」について御説明します。こちらの資料は令和 4 年 11 月 21 日に開催されました、当広域連合の附属機関となる介護保険事業実施効果検証委員会で提出した資料から、本日のこの策定委員会の議事となる介護サービス量の将来推計

において必要となる内容を抜粋した資料となります。それでは1ページを御覧ください。

1. 調査の目的については、ケアマネジャーが利用者に必要となるサービスを介護計画（ケアプラン）に位置付ける際のサービス提供基盤の過不足感を把握し、今後のサービス提供基盤を検討するための基礎資料とすることを目的として実施しております。

2. 調査の設計（1）調査の対象については、広域連合内の居宅介護支援事業所に各事業所において最も状況を把握しているケアマネジャーの方に回答を依頼しました。（2）調査数、有効回答数は、調査数が259事業所、回答数が249事業所、有効回答数で244事業所でした。（3）調査の方法は、広域連合の独自システムを用いてオンラインによる配布・回収を実施しました。（4）調査の期間は2022年の1月17日から2月4日となります。

2ページを御覧ください。3. 調査の項目についてです。

1点目が事業所の基礎情報。2点目が事業を展開している市町村と各市町村の利用人数。3点目が各サービス供給量の過不足感となります。過不足感の判断基準としては、その下の四角囲みの中でございますが、1の「サービス事業所の選択肢が少なく困っている」から5の「サービス事業所数が多数あり、事業所選択には全く困っていない」の5段階で回答していただいております。ただし、こちらにつきましては、必ずしも当該市町村内にサービス提供基盤が無くてもよいということになります。つまり、近隣の市町村の基盤を活用することで困難を感じることはないといった場合は、「困っていない」という回答の選択肢となります。

4点目が、市町村内にサービス事業所・施設を増やす必要があると思うサービスとなります。こちらにつきましては、当該市町村内にサービス提供基盤があった方が、利便性などの点でも利用者にとってよいかどうかという問いになります。

4. 支部別延べ回答事業所数・利用者数については下の表のとおりとなっております。

続きまして、3ページそれから4ページが、サービスごと支部別の過不足感となっております。

3ページを御覧ください。こちらが支部別の施設・居住系サービス、地域密着型サービスの過不足感となっております。全体的に見て、特に不足と多く回答されたサービスは、介護医療院、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護となり、ほとんどの支部において不足感が強くなっております。

4ページを御覧ください。こちらが、支部別のその他サービスの過不足感となります。特に訪問介護や短期入所において不足感が強くなっております。

5ページを御覧ください。こちらが支部別の「サービスを増やす必要がある」と答えられた割合となります。必要性の高いサービスとして挙げられたのは、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、訪問介護という結果となりました。

それ以外のサービスを支部別に見ていくと、粕屋支部では他の支部と比較して大きく必要性が高いとされたサービスはございません。遠賀支部では、介護医療院、特定施設入居者生活介護、通所リハビリテーション。鞍手支部では、介護医療院、居宅療養管理指導。朝倉支部では、粕屋支部と同様に、大きく必要性が高いとされたサービスはございません。うきは・大刀洗支部では、介護老人福祉施設などの入所系サービスと訪問看護、通所介護、短期入所生活介護。柳川・大木・広川支部も、うきは・大刀洗支部と同様に、入所系のサービスや訪問看護、短期入所生活介護。田川・桂川支部では、居宅療養管理指導。豊築支部では、特に訪問介護、それから訪問看護、通所リハビリテーション。

支部ごとに見ていきますと、ケアマネジャーからは、このようなサービスの必要性が高いと挙げられた状況でございます。

以上で補足資料の説明を終わります。

○ 事務局

資料の説明は以上になります。まず資料の1で介護サービス事業量の見込みというところで、第3回の委員会で人口、認定者の自然体推計というものをお示しさせていただきましたが、それに基づいて機械的に各サービスの利用実績を基に推計をかけた結果がこのような状況でございます。特に地域性を見ていただきたいということで、今回、この策定委員会に支部ごとに整理させていただきました。

それから補足資料としまして、施設等基盤整備ニーズ調査結果で、こちらは現場のケアマネジャーの感覚、サービスの過不足感、あとは自身の市町村に増やす、そのような基盤を整備する必要があるのかどうかというところで御回答いただいた調査結果になります。

本日、この2点を示させていただきましたのが、現在の状況の報告になりますが、構成市町村に、まず、このような機械的な自然体の推計結果、それから今回の施設等基盤整備ニーズ調査の結果、それから前回の委員会までに報告させていただきました3つの調査、要介護・要支援認定を受けてない方を対象とした高齢者生活アンケート、在宅介護実態調査、在宅生活改善調査。このようなものを構成市町村にお戻しをしているところです。プラスアルファ、足元の待機者となる特養の入所申込者の調査の結果、それから病床の転換意向調査の結果、これを併せて、今、構成市町村でどういったサービス提供基盤を整備していくべきかというところを検討してもらっている状況でございます。これを広域連合で取りまとめまして、10月に県の方に報告させていただきます。その報告した内容を基に、県で10月の下旬から11月の中旬にかけてヒアリングが行われますので、広域連合も参加させてもらい、構成市町村、それから福岡県と共有させていただきます。

それプラス、どのようなところで医療計画との整合性を保つかというところで、地域医療構想調整会議が、今、県の方で計画されている予定でございます。こちらの方も、10月の下旬から11月の中旬で、在宅医療の必要量、それから介護における追加的な需要、そのようなところで圏域ごとに会議が催される予定でございますので、広域連合としてもその会議に出席させていただいて、情報を共有させていただき、最終的には第8回以降の策定委員会の将来推計の中に見込んでいきたいと考えておりますので、よろしく申し上げます。それでは資料の説明は以上になります。

○ 深谷会長

はい。ありがとうございました。では委員の皆さまから御質問・御意見等がございましたらお受けしたいと思います。

○ 若山委員

質問があります。

○ 深谷会長

はい。若山委員お願いします。

○ 若山委員

今、認定者等という言葉が出ていましたが、認定者が広域連合にどのくらいいるのかと思って、第8期の介護保険事業計画書を見ましたが、総人口が直近となる令和5年3月で68万8016人、うち高齢者が22万566人、認定率は18.3%になってはいますが、全国値平均は19.06%、それで福岡県の

認定率はどれくらいかと思い、御質問しました。

○ 桑野委員

福岡県の認定率、19%くらいではなかったかと思います。だから、概ね同じくらい、少し低いくらいで広域連合 18%でございます。

○ 若山委員

そうですね。ありがとうございます。ほぼ同じ。

○ 事務局

手元の実績でございます。令和4年度で、広域連合が 18.18%、こちら第1号被保険者のみになります。福岡県で 19.22%、全国で 19.01%。

国の見える化システムというものがあるのですが、そちらで確認した結果でございます。それと介護保険事業状況報告という国に報告するものがございまして、その結果から抜粋した数字がこのような状況でございます。

○ 若山委員

ありがとうございました。

○ 深谷会長

他に何か御意見・御質問等ございませんでしょうか。

○ 桑野委員

複合型サービスと書いてあるのですが、詳しく説明していただけますでしょうか。今のところ何も上がっていないのですが。

○ 事務局

国から示されました基本指針の中では、複合型のサービスというものが新設されるということで、今、検討されてる状況です。訪問と通所を組み合わせ、柔軟かつ多様なサービスというところで検討されているようです。

○ 桑野委員

新しい方ですね。

○ 事務局

そうです。はい。

○ 桑野委員

何か訪問介護と訪問看護、多機能を組み合わせたサービスは、現在は上げていることが行われているのですよね。それは入ってこない。

- 事務局
小規模多機能とか、看護小規模多機能などはそのサービスの中に組み入れているような状況でございます。
- 桑野委員
その複合型サービスの方は、数値としてはここには出てこない。
- 事務局
今のところは上げてない状況です。
- 桑野委員
まだ、新型の複合型サービスに関しては決まっていらないですね。確か見送りになって、次回の改定の時には出ないという話で。
- 事務局
年末までに協議を固める方向で動いています。
- 桑野委員
まだ決まっていらないということですね。
- 田代委員
看護小規模多機能は、法制化をきちっとするというだけ。この前いただいた国の資料を読んでいるとそう思ったのですが、具体的には変わらないで、現行どおりということで考えていいのでしょうか。
- 事務局
今、示されてございますのが、看護小規模多機能が家族介護者支援にもつながっていくということで、改めて必要なサービスではないかということで国が進めていくという状況で聞いております。そのため、看護小規模多機能という、制度の中身について十分に周知していくということが示されているところです。
- 田代委員
もう一つよろしいですか。最後に御説明いただいた基盤整備の件ですが、やはり支部ごとに見ていくと、朝倉や粕屋、それから柳川・大木・広川のように少ないところと、田川・桂川みたいにすごくニーズが高いところとあるので、これからどのように広域連合としてまとめていけばいいのかというところのお考えを教えていただければ嬉しいのですが。
- 事務局
先ほど口頭で御報告させていただきましたとおり、このような調査結果と、機械的なのですが将来推計、これを既存のサービス提供基盤と見合わせていただく。あと現場の感覚。市町村ごとに在宅を推進していくのか、少し不足気味の施設系を補うために、在宅を少しプラスアルファしたところ

で進めていくなど、市町村ごとに基盤整備の方針というのは異なりますので、広域連合でやらせていただいた調査結果、将来推計値を十分に市町村で検討していただいているような状況です。ただ、本日の補足資料となります基盤整備ニーズ調査の結果からも出ておりますとおり、やはり家族介護者支援という観点からも、定期巡回、こういったサービスは、特に訪問の基盤が不足している状況というものも見えてきておりますので、市町村にはこういった状況を十分に検討していただくようにお伝えしているところでございます。

○ 事務局

付け加えます。構成市町村 33 ありますが、やはり一義的にはその市町村ごとに考えていただく。我々、広域連合の中であれば、少し広域的に近隣も利用できるのですが、地域差が非常にあります。例えば、医療機関が多くあるから少し医療の方で診てもらおうとか、医療機関がないのでどうしても介護の方で診てもらおうことが多くなる地域がある、こういった曖昧なところもあります。ほかにも、近くに家族がおらず、介護する人がいない。そういう状況を鑑みて、要介護度が少々低くても施設に入らざるを得ないなど、その地域のいろいろな事情があります。我々としては、データをしっかりと示したうえで、首長が中心となって考えていただくという方法を取っております。よって、連合、県、市町村の3者で協議を行うのですが、そこに首長の考えがしっかりと反映されているか、単に課長の決裁で終わらせたものではなく、しっかりと首長に説明したうえでの方針であるという結果を踏まえて、ヒアリングに臨むようにしております。我々が、この基盤整備の意向を県に提出する前には、そこを丁寧に確認し、データを基に過剰ではないか、不足しているのではないか、などのアドバイスも加えて県に提出しているような状況です。このように、各々の市町村の首長に御判断いただくことを基本として行っております。

○ 若山委員

すみません。全く基本的な質問で恥ずかしいのですが、今、複合的なニーズとおっしゃっていましたよね。それは、介護保険と医療保険、我々同時に使えないと理解していたのですが、ここで言う3ページに、訪問介護、訪問看護とあります。看護で言えば、普通医療のことですよ。今度無くなる分では療養型病院って言うのですかね。介護と医療は分離されていたのではないかと思います。その辺りはどうなのですか。質問ですが、今、複合的なニーズという言葉が出たので、少し教えていただけたらと思います。

○ 深谷会長

こちらは掛川委員からお願いします。

○ 掛川委員

訪問看護も介護保険の中の介護報酬の中に位置付けられているものと、私たちが通常使う医療保険の中に位置付けられている訪問と2種類のお金の出どころがありまして、今、介護保険で使う場合は様々な要件が付けられていて、その要件を満たした時に、診療報酬として請求できる、又はこういう条件の場合は医療保険を優先するというのが、診療報酬、介護報酬で決められているルールがありまして、その中で請求しているというようなことになっていると思います。使う方からすると同じサービスを受けるのですが、看護とか訪問をさせている事業者がどこに請求をしているかという違いは少しあるかと思えます。

○ 若山委員

ありがとうございました。

○ 田代委員

端的に言うと、医療が必要な方については医療保険を使った訪問看護、介護が必要な方については、例えば、血圧測定など他の介護が必要であるというような方は、介護保険を使った訪問看護。訪問看護には二通りある。

○ 若山委員

ありがとうございます。ほぼ納得できましたが、そうしたら、広域連合ではその割合というのは分からないですよね。介護保険に請求された分だけしか上がっていないということですよね。ありがとうございます。やっと納得できました。

○ 掛川委員

今の質問で、意見というか質問になるのですが、介護保険サービスと医療保険サービス、先生の往診も含めてなのですが、やはり表裏一体です。なので、ここで医療サービスの情報がない中では、介護サービスがこれによろしいのかというような判断がなかなか考えるのに難しいなというのが1点と、これから高齢者医療、複合型ニーズの高い人が増えてくる中で、何年かをピークに減ってきますということですが、それは高齢者の人口が減ってくるということも含めているのだらうと思えますが、その際に、最後の終末をどこでどなたがどのようにというところが、もう少し意見交換しないと、介護サービスのあり方も、訪問介護と訪問看護だけで支えられるかというそれは難しく、医療体制がどうなるかという、先ほど医療計画との調和を今からどうするというようなことをおっしゃっていただきましたので、今から先は、非常にそことの密着というか、表裏一体の検討が必要ではないか、特に訪問看護と看多機も含めてなのですが、そのように思っています。

それからもう1点、看多機のことが先ほど出ていて、看多機のサービスの条件が、地域密着型サービスなので市町村が指定するのですが、定員が29名と国が示しているのですが、この頃、国の方は、その29名については市町村が条例等で定めれば29名にこだわる必要はないというような見解を示されており、看多機を運営していくうえで29名という足かせがあると、利用者が月平均で20名を超えないと、なかなか経営状態が難しいといった状況もあり、上限撤廃も可能であるというようなことを国が示しました。

さらに、地域密着型サービスではなくて、介護保険のサービスとして隣近所の市町村の方も利用できる。そうでないと人口規模の小さな市町村が設置しても、なかなか経営が難しいので、近隣の市町村と一体的に利用できるような制度というものを日本看護協会と国に要望しております。看多機という仕組みはこれから在宅療養の方が増えていく中で、なかなか機能として発揮できないのではないかというような見解が示されておりますので、少しここで情報提供だけさせていただきます。

○ 江口委員

介護福祉社会ですが、情報提供としてというものですが、制度的なものとしてのサービスの量が出始めているのですが、今度、福岡市の委員会に出すために、今、ACPと先ほどおっしゃられた終

の棲み家ということで課題が出ているという時に、会の方から出てきたのが、認知症で1人暮らしで身寄りがない方々が増え始めてきているために、施設に入るという決定ができなくなって、病院に救急車で運ばれ、どこの施設にも行くことがなく、地域包括支援センターなどもてこずってしまい、結局、どこにも行きようがないという方が出始めてきていると。つまり、サービスを受けるというよりも、そのまま救急車で運ばれなかったら亡くなってしまおうという人たちがこれから増えてくる可能性があるというものが、現状として上がり始めているそうです。その中で、サービスが多い少ないというよりも、どうつながるかというところが課題で出始めていて、認知症で1人暮らしで、そのサービスを受けますかという時に、受けたくないと言言って、ではここで書いてくださいと言ったときに、保証人の方が誰もいないので、次の施設にも入れないそうです。保証人がいないと老健や特定老人ホームにも入れないし、後見人がいなければ、サービスを受けられない。なので、そういう方々に対して、これから先の支援というものをどこかで考えなければいけないが、多分、市町村の方は、まだそこまで手をつけていないだろうと。権利擁護や認知症の方々のサポート体制はできているけれども、これから何もサービスにつなげられない人たちの増加が福岡でも多くなってきた時にどうするか。今ではないけれど、多分22年度のピーク時までには長期的な見通しで考えておかなければいけないのではないかとというのが少し課題として出始めていているということを情報提供としてお伝えしておきます。保証人がいないと施設に入れない。契約ができないと入れないというのも、最終的には家で1人で亡くなるというパターンにつながってくるのではないかと話でした。すみません。関連性があるか分からないですが、情報提供としてお伝えしておきます。

○ 掛川委員

これから必要なサービスというところで、定期巡回・随時対応型訪問介護看護というのが、結構、数として上がっていたのではないかと思います。今の訪問看護の実態から言いますと、900近い事業所数が県内にはあるのですが、全て小規模なのです。従業員が、最低2.5人以上いれば管理者含めて運営できますが、大体3人とか4人の事業所で、結構、閉鎖したり新しく建ったりで、福岡県はずっと大規模型の訪問看護ステーションを進めてきているのですが、やはり規模が大きく、従業員が多くなると、夜間対応する職員もいないので、そここのところがなかなか進んできていないというのが実態です。逆にそういったところに、今回の介護保険事業計画等で、市町村がそういう訪問看護等の夜間対応について、積極的に大規模型をバックアップするとか、何かそのようなところも市町村の役割として検討していただけると。どうもこれは福岡県独特の課題というように聞いており、多分そうではないかと思っていますので、何かここで市町村の介入があると、大規模型が進んでいいのではないかと考えましたので、検討の時に言っていただけるといいかと思います。

○ 深谷会長

今の点について事務局から何かありますか。

○ 事務局

訪看ですとか夜間対応というところで。県内では小規模のそういったステーションが多いところがございます。その大規模というところで人的な部分なども含めて、そのような効果的な効率的な方法というところだと思いますが、介護保険事業計画上は、あくまで必要な利用者の見込みという範囲にとどまってしまう。例えば、施設・居住系のサービス、特養、老健やグループホームなど、そのようなところだと必要利用定員総数という形で定員まで定めることは可能なのですが、訪問

看護の利用者というのはあくまで在宅サービスの利用者数の見込み。それに応じる財源として介護保険料の負担をどれくらい求めるのかということになってこようと思います。正直、少し難しいかと思うところなのですが、このように策定委員会の意見がありましたということ、先ほど口頭で申し上げましたが10月の下旬から11月の中旬に、県、市町村、広域連合と三者でヒアリングする場がございますので、このような訪問看護の実態というのをこの策定委員会の中で課題として上げられておりましたということをお伝えすることはできると思います。指定権者が県になりますので、そのようなところも勘案していただいて、県の指定の法人について十分に御検討いただきたいということをお伝えすることは可能だと思いますので、よろしくお願いします。

○ 深谷会長

中島委員をお願いします。

○ 中島委員

話の本筋とは少し違うのですが、若山委員の話を聞いていて、私も被保険者の立場から言うと、介護保険を使う場合と医療保険を使う場合、これが私もよく分からないということで、分かりやすい何かパンフレットなど、これは広域連合の話ではないのかもしれませんが、そういうものがあるのかなと。実は8年前、妻が大腿骨を折って入院し、私はうきは市ですが、入院先は久留米市でした。それが、リハビリをする時に、とても面倒で、その時に地元のうきは市に言ってくださいと。そんなことも知らないような状態で、自分でうきは市に行って勉強し、やっと分かったと。もう65歳を過ぎていても、それくらいの方も多いでしょうから。そういうものが分かりやすい何かあるのでしょうか、ホームページなどを見れば分かるのですが、そういうものがないのかなと少し感想のような感じですが、あったら教えてほしいと思います。

○ 深谷会長

なかなか制度は複雑で分からないことが多くて、何回も説明してようやくそういうことだったのかと思うことが多いのですが、そのように利用できるパンフレットもさることながら、やはり関わっている医療職であったり、福祉職の人が丁寧に説明するように心がけてもらうということが大事だと思います。そういう意味では、人材育成というところに関わってくる課題であると感じました。他によろしいでしょうか。

○ 中島委員

今、会長のお話で気づきましたが、私の配偶者が整形外科にもかかっている、そこに介護保険を使っている理学療法士の方がいらっちゃって、そこでここまでは使っていないとか、ここまでは駄目だとか、そのようなやり取りがあったので、今の会長の発言でそうなのだと思います。

○ 深谷会長

大丈夫ですか、何か最後に一言とかありますか。大丈夫ですか。

○ 藤村副会長

先ほど、事務局の方で御説明いただいたと思うのですが、今日の補足資料は地域のケアマネたちの、どちらかというと肌感覚も含めた形での資料で、今後、うちの町はこういうサービスがもっと必

要だよというメッセージでもあるのかなと思います。例えば豊築支部で、訪問介護が足りないと、もっと増やして欲しいということです。一方で、介護サービス量の見込みという部分。これは国の参酌すべき数値から算出された人口に基づく数字でいった場合に、例えば豊築支部で、訪問介護は令和3年から5年の間でそんなに増えてもいないし減ってもいない。これから先も3年間増える、減るというのあまりないですね。ここのところのいわゆるケアマネたちがもっと欲しいという部分と、この数字の整合性はどう見ていったらいいのですか。例えば豊築支部で、もっとヘルパー事業所が増えたら、ここの見込みの推計値、いわゆる国が示している数字より上がってくるといった、やはりそういうイメージを持った方が、各市町村がそういった声を聞いて反映させていくというところにつながっていくということによろしいのでしょうか。

○ 事務局

本日の資料1の「介護サービス量の見込み（暫定）」というのは、高齢者、認定者の推計に基づく機械的な将来推計になっております。訪問介護につきましても、実績を基にした認定者とかけ合わせた伸びという状況でございます。ただ、ケアマネの現場の感覚としては、そのような基盤が不足していると。必要性としても高いという感覚がございますので、もし、そこに新たなサービス提供体制を整えたら、恐らくケアマネがサービスに位置付ける時には、例えば別のサービスを減らして、その分を訪問介護の利用に位置付けると。そうすれば実績としてもその分が現れてくるといった流れにはなります。そのようなところも含めて、第8回の策定委員会、将来推計の見込みのところ、市町村の提供体制の意向も捉えて、県の医療計画との整合性も捉えたところで、改めてお示しさせていただきたいと思っております。ただ、自分の町のピークアウトはどこかというのは、やはり捉えていただいたうで、例えば特養を今作っても、5年後にはピークアウトを迎えて、別のサービスの必要性が高まっていくということであれば、そのようなところも兼ね合わせて特定施設を整備しようとか、在宅サービスを充実し在宅介護の限界点を高めていくことで、入所申込者の方たちを少しフォローしていこうとか、そのようなことも併せて検討していただきたいということで、今、お示しさせていただいている状況でございます。

○ 深谷会長

よろしいでしょうか。ほかに何か御意見・御質問等がございますでしょうか。ないようでしたら、本日の議事はここまでということで終わりにしたいと思います。

次回が10月23日に予定をしております。皆さまのお手元にも御案内がいつているかと思うのですが、今回、11月と12月の日程につきましても、皆さまの御意見をお伺いして、できれば確定させていただきたいと思っております。あらかじめ、委員の皆さまから御予定を伺っておりまして、候補日として考えられるのが11月6日月曜日の午後13時半。この日程についてよろしいでしょうか。都合が合わないという方もいらっしゃるかと思うのですが。それから11月20日月曜日の13時半。続いて、12月が12月4日月曜日の13時半。それから12月18日月曜日の13時半。ご都合が悪くなってしまふ委員の方もいらっしゃるかもしれませんが、この日程で問題なければ確定をさせていただければと思います。

11月6日月曜日の13時半。20日月曜日の13時半。12月4日月曜日の13時半。18日月曜日の13時半です。よろしいでしょうか。場所はこちらか、事情によっては変わるかもしれないということで、その辺りについては事前に御案内がいくと思っておりますので、御確認をいただければと思います。では事務局にお返ししたいと思います。

○ 事務局

次回は10月23日月曜日13時30分からパピヨン24の3階で開催いたしますので、お間違いのないようお願いいたします。それでは、これをもちまして第9期福岡県介護保険広域連合第6回介護保険事業計画策定委員会を閉会いたします。ありがとうございました。