

福岡県介護保険広域連合
第4回 介護保険事業実施効果検証委員会 議事録

日 時：令和2年2月21日（金）10時00分～11時35分

会 場：パピヨン24 2階第14会議室

出席者：小賀会長、因副会長、藤村委員、森委員、山口委員、安東委員、川端委員、黒岩委員、田代委員

開会

○事務局

それでは、ただいまより第4回福岡県介護保険広域連合第7期介護保険事業実施効果検証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、ご多忙の中お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。私、本日の司会を務めさせていただきます事業課事業推進係の松永と申します。よろしくお願いいたします。

では、議事に入ります前に、今回新たに福岡県歯科医師会より川端委員に就任していただいています。川端委員につきましては、福岡県歯科医師会の役員改選により、以前ご参加いただいていた坂本委員のかわりにご参加いただいております。

それではここで、川端委員から一言お願いいたします。

○川端委員

おはようございます。福岡県歯科医師会の川端でございます。今回、役員改選で7月から福岡県歯科医師会の専務理事を仰せつかっております。今回は重要事案ということで、この会議に私のほうが参加させていただくこととなりました。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局

川端委員、ありがとうございました。

それでは、早速ではございますが、議事に移りたいと思います。小賀会長、よろしくお願いいたします。

○小賀会長

皆さん、おはようございます。今日もまた年度末のお忙しい時期にお集まりいただきまして、ありがとうございます。

早速ですけれども、本日の議題は2点ございます。

1点目は、令和元年度の第7期介護保険事業計画の運営状況の途中経過報告を行ってい

ただくということです。

2 点目が、同じく令和元年度の高齢者生活アンケート、これは折々に報告をいただいておりますけれども、また新たにこのアンケート結果が出てまいりましたので、報告を行っていただくというものです。

それでは早速、1 点目の事業計画の途中経過報告から、事務局よろしくお願いたします。

1 令和元年度 第 7 期介護保険事業計画運営状況途中経過報告

○事務局

それでは、資料のご確認からさせていただきます。事前に送付しておりました、右肩に資料 1 とあるものです。タイトルが、令和元年度第 7 期介護保険事業計画運営状況途中経過報告という、このホチキスとめの分です。そちらが 1 部。それから資料 2 としまして、令和元年度高齢者生活アンケートというホチキスとめの分です。こちらが 1 部です。それと本日の次第です。皆様、お手元にございますでしょうか。よろしいでしょうか。

では、資料のほうをご説明いたします。座って説明させていただきます。

まず、資料 1 の令和元年度第 7 期介護保険事業計画運営状況途中経過報告という分をご説明させていただきます。

まず一つめくって、1 ページをご覧くださいと思います。

こちらが令和元年度分の間値になります。高齢者数、それから認定者、介護サービスの利用者の状況と、1、2、3 とございますけれども、こちらは 9 月末時点で、計画値との比較を行っております。

まず 1 点目の高齢者数及び高齢化率というところですが、その表の中の一番右をごらんいただきたいと思います。総人口、高齢者数、高齢化率、どれも実績値は計画値に対しまして、ほぼ 100%、おおむね計画値どおりに推移している状況にございます。

2 番の認定者及び認定率につきましては、表の中の一番右側ですが、認定者数は、計画値に対しまして 92.9%で、少し低位で推移しているような状況です。その下が認定率ですが、特に中重度の方が計画値に対しまして 90.8%と、少し下回っているような状況になっております。

3 点目の介護サービス利用者の状況です。施設サービス、介護保険 3 施設と介護医療院です。こちらにつきましては、計画値に対しまして 87.4%と下回って推移しております。居住系サービス、グループホームや特定施設ですが、こちらにつきましては 88.3%、在宅サービスにつきましても 89%と下回って推移しているような状況にございます。

次の 2 ページをご覧くださいと思います。

こちらがサービスごとの利用状況というところですが、一番下の表のところですが、訪問介護から住宅改修までございますけれども、介護サービス分、介護予防サービス分、どれも計画値に対しまして 30%~40%台で、少し予防のところでは 50%台もございますけれども、

計画値に対しまして下回って推移しているような状況でございます。

次の 3 ページ、一番上の地域密着型サービスのところは、介護サービス分と介護予防サービス分がございますけれども、夜間対応型訪問介護が 81%と計画値を上回っております。それから地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護、29 人以下の特養です。こちらが計画値より 50%、それから介護予防のところでは、認知症対応型共同生活介護で 57%と、計画値を若干多く上回って推移しているような状況でございます。

その下の表の施設サービスのところでは、こちらは 40%台、50%台と、若干計画値を下回っておりますけれども、施設サービスが、前回の計画の策定のときに、医療サービスからの転換受け皿分というところで、少しその分を見込んでいた関係もございまして、それから特養が、建築中のところも未開設になったところもございまして、そういった関係で、若干下回って推移しているような状況でございます。

申しわけございません、その下の標準給付費の状況のところは、本日の資料の分がちょっと誤植で、下の表が飛んでしまっておりまして、後ほど、申しわけありませんが、郵送させていただきます。

言葉で、書いてある内容のご説明だけさせていただきますけれども、標準給付費全体としましては、計画値に対しまして 45%で推移しているような状況です。

内訳としましては、居宅サービスが 43%、施設サービスが 46%、その他給付費としまして、住宅改修とかケアプランとかの分が 50%で、総給付費としまして 45%、保険給付費としましては 45%で推移しているような状況でございます。

以上で、資料 1 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。ただいまご報告をいただきました資料 1 の内容につきまして、ご意見あるいはご質問等、どこからでも構いませんので、ございましたら、よろしく願います。

○黒岩委員

看護協会の黒岩です。介護サービス認定者及び認定率のところについて聞かせていただきたいと思っております。

今、説明がありましたように、福岡県全体を見ましても、認定率について中重度で中度の方々の認定がかなり低くなっている気がしますが、傾向として考えられることがあれば教えていただければと思います。

○小賀会長

いかがでしょうか。

○事務局

認定率のところですが、計画で見込んだときに、介護予防の効果を一緒に見込んでおります。そのときの予防の効果があらわれてきたことも一つ考えることができるかと思えます。特に重度化を防止するというので、傾向として出てきているのではないかと思っております。

○小賀会長

どうぞ。

○山口委員

先ほどと同じご質問ですが、中重度の認定率が減ってよかったと単純に見るのか、もう一方の見方としては、その分が医療保険に行っているのではないのかと。社会的入院を増やしているのではないのかと。これは出てきてはいませんが、そういう見方もあるのではないのでしょうか。

○田代委員

でも、これは認定率です。

○山口委員

中重度の認定率が減った。その中重度の人はどうなったのかと見たときに、認定を受けずに、社会的入院をしているのではと。

○田代委員

でも、認定は受けると思います。認定は関係ないと思います。申請をして、認定をするわけだから。実績だったら、今、おっしゃったとおりです。

○山口委員

申請ではない。

○田代委員

認定をしている人のことでしょうか。

○山口委員

でも認定とか、申請をそもそもせずに、中重度で、ですか。

○小賀会長

例えば、入院をきっかけにして、実態としては介護が必要な状況になっているが、入院が長期化しているので、介護保険の申請手続きをしないままに入院生活を続けているという人もいるかもしれないという推測です。

○田代委員

田代です。

でも、今、医療機関はずっと逆の方向で進んでいます。在宅を勧めて、随分入院期間を短くしたりして、今、1 カ月でリハビリに行ったりしているので、今、言われたのとは少し違うかなと思います。あくまでも、介護保険を受けたいということで申請を出して、認定は受けたという認定率なので。

それが減っているのは、私もなぜかなと思っていますが。

○山口委員

単純に、よかったと見ていいのか。

○小賀会長

どうぞ。

○川端委員

歯科医師会の川端です。

私は、デイサービス等を自分のところで運営しているのがありますが、審査関係のものをよく見させていただいています。ここ二、三年の傾向で、少し認定の仕方で、少し厳し目に認定がおりていて、中等度以上の認定がおりづらくなっている実態が現場ではあると思われ、多分。なので、少し低め低めに出ているというのは、実際問題、現場では起こっていると思います。

○小賀会長

地域はどのあたりですか。

○川端委員

私は筑豊です。やはり、以前に比べると出にくくなっているなど。少しポイントが変わっているのがあると思いますが、やっている方たちがそういったものもあるというのがあって、それは私もケアマネとかも持っていますし、審査に同行したことも何回もあります。やはり少し以前に比べるとそういうところがあるのかなと思います。

○山口委員

私は審査会委員をしておりますけれども、それが厳し目となると、適正に審査がなされていないということになるので、それはそれで問題かなとは思いますが。保険者により、合議体により、かなりばらつきがあることは事実でしょう。

○田代委員

以前から筑豊は結構認定率は高かったです。だから、それが是正されて、バランスがよくなったのかなと思いますが、これは地区ごとののが出ていますか。それを見たら、大体、柳川、広川付近というのに似ていたんで、標準化できるかなと思います。

○小賀会長

地域的偏在があるかどうかというご質問ですが、いかがでしょうか。

○事務局

すみません、今、少し手持ちにはございませんけれども、後ほど、先ほどの話の郵送させていただく資料と一緒に資料をお送りしたいと思いますので、よろしくお願いします。

○因副会長

関連でいいですか。先ほど事務局のほうで、計画値よりも実績値が下がったのは、介護予防の効果が出たのではないかとおっしゃりましたが、もう少し詳しく教えていただきたい。どういう効果が出たのでしょうか。

○小賀会長

それは議題の 2 点目に係りますか。どうですか。そうであれば、後ほどまた改めて、資料の紹介をいただきながら詳しくお話をさせていただいても構いません。

○事務局

今回の議題の 2 点目のものはその一つですが、検証委員会のほうで介護予防効果測定調査のご報告もしていると思います。あちらの資料が、まさにそこにかかわってくるというところにはなってきます。

次年度、介護保険事業計画策定委員会を開催しますが、その中で、こちらの令和元年度分の 1 年間分の実績値の計画値との比較と介護予防効果の結果、予防効果を含めて、その辺の報告はして、そこで第 8 期の計画を見込むときに、その数値を補正しながら作成していきたいと思っておりますので、よろしくお願いします。

○小賀会長

そのほか、いかがでしょうか。

先ほどご指摘いただいたところは、いわゆる 2025 年問題で、団塊の世代がほぼ全て後期高齢者に入っていくという中で、慎重に考えていかないといけないところかなとも思いました。

○川端委員

歯科医師会の川端です。2 ページのサービスごとの利用者状況の介護サービス分のところですけども、訪問リハビリテーションが 18%とかなり低く出てきています。今回、医療保険の改定に伴ってここら辺は少し影響が出てきやすい場所かなと思っていますが、ほかは 30%、40%と、下回ってはいるけれども、それぐらいの数値です。だけど、訪問リハビリテーションが 18%である理由は何かというか。短期入所は何となくわかりますが、訪問リハビリテーションという一番重要なところではないかと思うものが低いので、どうしてかと。特に予防も 16%とかなり低くて、ここがうまくいかないと重度化予防にはならないのかなと思いますが、いかがでしょうか。

○小賀会長

事務局、いかがでしょうか。

○事務局

第 7 期の計画の策定のときに策定委員会のほうではお示ししておりましたが、計画値の推計は、過去 2 年間分のトレンドを見込んでおります。詳細な原因の分析はできておりませんが、その第 7 期の計画を見込んだ時点では、トレンドから 6 万 7,000 程度が推計値として見込まれていました。ただ、実績のほうが少し下回って、1 万 2,000 回程度になってしまっているという状況にはございます。

○小賀会長

いかがでしょうか。

○川端委員

ここは利用のことを話す場所なので少し違うのかもしれませんが、訪問リハビリテーションをやる場所、開設している場所の率が低いというのも大きな影響なのかなとは思いますが、訪問看護ステーションと合併しているということが多くあったりしますので、その影響があるのであれば、またそれは問題だと思います。その辺の把握をされているかどうかを伺います。

○小賀会長

事務局、どうぞ。

○事務局

実績のところを見ていただくと、訪問リハビリテーションの部分と、その3行下に通所リハビリテーションのところがありますけども、どうしても住宅事情等々によって、同じサービスを受けるに当たって、通所、送迎を含んだ通所サービスの利用は予定どおり高くなっています。

予防のほうも同等で、予防のほうが16%に対して通所リハのところは53%ですので、やはり地域性を持ったところで、自宅に来るよりも、通ってリハビリを受けると。医療系・病院系に併設されているところが多いですから、そういった形で行かれていると思います。

全体的に実績値が計画値に対して低いというのは、認定者数が低位に推移していますので、その分が影響を受けて全体的に低くなってきていると思います。

総評というか、この表だけしかないの、そこまでしかまだ分析ができていませんが、来期以降は詳細に、今度はサービスごとに実績と照らし合わせながら、策定委員会のほうでご検討いただくという流れになってこようかと思います。

今のところは、そういった見方ができると思います。

○小賀会長

よろしいでしょうか。

そのほかはいかがでしょうか。

○藤村委員

先ほどから出ていますけど、認定率が低度、中重度について100%を切っていて、先ほどのご説明で納得かなと思いましたが、3ページの施設サービスの表の中で、少し気になっていることがあります。居宅介護支援、いわゆる要介護1以上の方のケアプラン作成においては52%と、予想値を少し上回っていると。それから予防の方については40%で、認定率が低くなったにもかかわらず、ここが52%を超えているというのは、先ほどの予防で結構中重度が押さえられてきているという話もありましたが、予防のプラン自体は40%ということになっていますので、ここから居宅のほうに移った方がいるのかなと。そうすると、予防の効果というのは、逆にそうではないかと、少しそういう捉え方もできますが、ここのご説明を少ししていただければと思います。

○小賀会長

いかがでしょうか。

○事務局

まず、先ほどこの資料の概略についてご説明をさせていただきましたが、1ページの認

定者や認定率においては、第 7 期の計画を策定する折に、医療圏域の部分から介護のほうを受け皿としてこのぐらいを見積もってくださいということで、県全体での調整分として広域連合に送られた数字があります。その数字の関係で、医療機関のほうから認定者として受け取るべき分で、認定者をその分上乗せをして見込みました。その結果、4 万 3,000 に対して、現在 4 万人で動いていますよということで、認定者数の実績としては 4 万人で動いています。

それと、先ほどの 3 ページのところになりますが、軽度の方でおそらく 2025 年問題において 65 歳に到達されて、新規で認定等を持たれた方は、おおむね半年の有効期限で認定のほうを与えています。その部分で、実際には認定者数と居宅介護支援のケアマネの作成分は若干一致しないと思っています。毎月、やっぱりケアプランの部分って、作成していきますので。これが中間値になりますので、居宅介護支援としては 52%ということは、ほぼ計画どおりで、年間、この 3 カ年に直すと 104%で推移しました。介護予防支援に関しましても 40%と、ここは少し低位に動いています。総合事業のみの方、事業対象者のみの方もいらっしゃる関係上、この辺は、要支援認定を受けずとも低位で動いているのかなと思います。

いずれにいたしましても、もう 1 年、本年度末までをもってデータの整理をさせていただいて、明確にご回答できればなと思います。

○小賀会長

では、そのほかいかがでしょうか。

○黒岩委員

今の 3 ページのところですけれども、施設サービスのところで、介護老人福祉施設が 40%、大体 50%ぐらいで推移かなと思いますが、40%ということは、施設がもう空きつつあるというか、傾向としては有料老人ホームのほうに移行している傾向にあるととっていいのでしょうか。

○小賀会長

事務局はお分かりになりますでしょうか。

○事務局

そこまで詳細にお調べしたわけではございませんけれども、計画策定の時点は、例えば新設で 60 人の特養をつくられるとしたら、その 60 人満床で稼働するとして見込みます。その関係で、例えば、協議してその開所がなくなったとなれば、その 60 人分というのは計画で見込み過ぎたことになります。

それから、従業員の方が雇えないとかで、60 床が定員なのですからけれども、例えば 30 床

しか、事業所の都合という言い方は少し失礼ですけれども、そういう関係で稼働できていないとなった場合は、30人分過剰に見込みすぎているような状況にはなりません。

○小賀会長

よろしいでしょうか。開設予定の特養が開設に至らなかったという話は、度々耳にします。連合の中でも。

○山口委員

過剰に見込んで保険料を設定してあると思いますが、過剰に見込んだ保険料の剰余金が出ます。その分はどうなるのでしょうか。

○事務局

事業計画で計画値として保険料は設定しますが、その保険料の残は、介護給付金準備基金に一旦積み立てます。例えば第7期の1年目、2年目の保険料の残というのは、基本的には第8期の介護保険料算定の中で、計画策定のときに保険料に充当するという形で保険料を設定します。準備基金に積んだお金は全て、保険料の軽減に充てさせてもらう、保険料設定のとき、計画策定のときに全て充てさせてもらうというような流れになります。

○小賀会長

難しいです、設定が。3年単位ですから、どれぐらいの残高があつて繰り越しても、保険料の平準化であるとか、値上げできないような形で有効な手立てがとれるのかというのは、本当に難しいです。

本当は、介護保険自体を、国がもう枠組み法にしてしまつて、それぞれの自治体の実情に沿うように、自治体の中身をつくるというようにしてしまえば、もっと効率よくできると思いますが、それができない。本当に細かなところまで国が全部決めてしまつて、市町村を保険者にするというやり方ですから、保険者になつても、なかなか保険者としての優位性ってつくれないです。

○田代委員

田代です。3ページですが、看護小規模多機能が21%とやはり低率です。もう随分浸透してきたかなと思いますが、この低率の理由、何か考えられることはありますか。看護小規模をやっている事業所が増えないのか、人員そのものがないのか、どちらなのか教えていただけますか。

○事務局

看護小規模多機能は、総量規制の入ったサービスではございませんので、基本的には申

請があつて、相談を受けて、矛盾がなければ指定するという流れで、あとは計画値に対してどれぐらいかを見込んで、サービスを申請する・しないということになるのですけれども、今の段階で、第7期の看護小規模多機能の新設の事業者さんが篠栗町と志免町1カ所ずつです。これをもって、進んでいるのか進んでないのかという議論にはならないかと思いますが、7期中には今のところ2カ所ですが、建っていることにはなりません。

○小賀会長

そのほかいかがでしょうか。

もう少し事務局レベルでの情報収集や調査が進まないと、なかなか個別具体的なところが出てきません。まあ、そういう時期でもありますが。来年度に入りましたら、事業計画を立てていく中で、もっと詳しい資料が事務局から出されるということですので。

どうしても、ここだけ聞いておきたいというところがなければ、次の議題に移っていきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○川端委員

もう1個いいですか。

実数というか人数で計画を立ててらっしゃって、それは良いですけども、今度、資料を出すときには、どれぐらいの施設が加わる予定なのか、施設数と定員数の二つを入れていただきたいです。例えば今の看護小規模多機能も、本当はあと六つぐらいできる予定で組んであったと思われるのですけども、そういう予測値の中の施設数、どれぐらい増える予定というようなものも出していただけると、計画を立てるときも立てやすいのかなと。また、ここができなかったからという計算も、言わなくても見たらわかるようになるので、そういった資料がいただけたらと思います。

○小賀会長

では、事務局はそのようにまたよろしく願いいたします。

そのほか、よろしいでしょうか。

○事務局

先ほどの施設、定員数についてですが、既存の把握できている施設数、定員数はこちらのほうでもわかりますが、どうしても、広域型の、例えば特養、老健、そういったところは広域連合の指定ではなく、今年度中の協議の中で福岡県のほうで採択して指定されるということになりますので、若干つかみづら部分はあると思いますが、わかる範囲で工夫して出したいと思いますので、よろしく願いします。

○小賀会長

それでは、次の議題に移ってまいります。

資料の2につきまして、経過報告ですが、事務局からまた説明をお願いいたします。

2 令和元年度 高齢者生活アンケート（介護予防・日常生活圏域ニーズ調査）結果報告 ○事務局

それでは、令和元年度6月に実施した高齢者生活アンケート報告書の説明をさせていただきます。座って説明させていただきます。

まず、この調査の目的は、資料の1ページに記載がありますように、国の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査の項目に基づき、高齢者の客観的な状態像や生活支援の充実、高齢者の社会参加・支え合い体制づくり等に必要な社会資源の把握、としております。

具体的には、ご家族や生活状況のこと、体を動かすこと、食べること、毎日の生活、地域での活動、助け合い、健康などに関する項目を調査しております。

また広域連合は、独自の項目としてボランティア活動に関する項目も追加し、今後地域で支援の担い手として活躍していただけるような意欲のある方の把握にも努めております。

各項目の調査結果については、後ほど説明をいたします。

参考資料として66ページから68ページまで各調査項目の評価・判定方法を載せております。

具体的な調査票としては、69ページから82ページまでに掲載をしております。

それでは、資料を各章ごとに一部説明をいたします。

まず、第1章は調査の概要になります。資料1ページから2ページになります。

先ほど説明しました調査の目的や回収状況となります。この調査については、要介護及び要支援認定を受けていない高齢者に対し、3年間で悉皆調査となるよう実施しております。今年度は6万9,665人の方に調査票を郵送し、3万5,450人の方からアンケートを回収し、回収率としては50.9%でした。

第2章は回答者の基本属性になります。資料3ページから8ページになります。

基本属性として、調査回答者の性別、年齢、世帯構成、所得段階、介護・介助の状況、経済状況を記載しております。

6ページの所得段階については、広域連合の介護保険料第25段階をベースに、おおまかに本人非課税、基準額、本人課税者の段階で、回答を三つに分類している状況となっております。

第3章からは調査結果となります。

まず、体を動かすことについて、資料9ページから23ページとなります。

その中で運動器判定について説明します。10ページをご覧ください。

ここでは五つの調査項目のうち3項目に該当する方が、運動器の低下の該当となります。広域連合全体では12.8%となり、市町村別では、赤村が17.4%と最も高く、新宮町が8.5%と最も低くて、その差は8.9ポイントとなっております。

続いて 11 ページをご覧ください。

運動器判定の該当の割合を性・年齢別で見ると、いずれの年齢でも男性に比べて女性が高く、また男女ともに年齢が上がるにつれて該当の割合も高くなっており、85 歳以上の女性では 46.8%と 4 割半ばとなっております。

続きまして、転倒リスクについて、資料 13 ページをごらんください。

転倒リスクのリスクありに該当する方の割合は、広域連合全体で 29.9%となっております。市町村別に見ると、赤村で 47%と最も高く、宇美町では 26.2%と最も低くなっております。

続いて 14 ページでは、先ほどと同様に性・年齢別の割合として記載しております。いずれの年齢でも男性に比べて女性が高く、また男女ともに年齢が上がるにつれて該当者の割合も高くなっており、85 歳以上の女性では 5 割弱となっております。

続いて、閉じこもり傾向について説明をします。19 ページをご覧ください。

閉じこもり傾向判定の該当者の割合は、広域連合全体で 15.5%となっております。市町村別では、東峰村で 25%と最も高く、新宮町で 11.5%と最も低くなっております。

また 20 ページの閉じこもり傾向判定の該当者の割合を性・年齢別で見ると、男女ともに年齢が上がるにつれて該当者の割合は高くなっており、65 歳から 74 歳まででは男性の割合が女性の割合と同等となっておりますが、75 歳以上では男性に比べて女性の割合が高くなっており、85 歳以上の女性は 5 割弱となっております。

次に、食べることについて、資料は 24 ページから 33 ページになります。

25 ページをご覧ください。

低栄養判定の該当の割合は、広域連合で 1.4%となっております。市町村別に見ると、赤村で 3.8%と最も高く、大木町で 0.6%と最も低くなっております。

続いて 26 ページの性・年齢別の低栄養の割合では、65 歳から 74 歳までは男女に差がありませんが、75 歳から 84 歳まででは女性の該当割合が高く推移し、85 歳以上では男性が上位となる推移の入れかわりが見られております。

続きまして 28 ページをご覧ください。

口腔機能判定の該当の割合は、広域連合で 21.7%となっております。市町村別に見ると、川崎町で 29.7%と最も高く、久山町で 17.2%と最も低くなっております。

続いて 29 ページをご覧ください。

口腔機能の該当の割合を性・年齢別で見ると、性別ではほとんど差がなく、70 歳から 74 歳と、75 歳から 79 歳の時点の間で、男性・女性の割合の入れかわりがあり、85 歳以上では女性の割合が 35%と男性よりも 4.7 ポイント高くなっております。

次に、34 ページから 39 ページまでが、毎日の生活についての情報となっております。

35 ページをご覧ください。

認知機能判定の低下者の割合は、広域連合全体で 38.3%となっております。市町村別に見ると、赤村で 50.8%と最も高く、志免町で 34.4%と最も低くなっております。

36 ページの認知機能の低下者の割合を性・年齢別で見ると、性別ではほとんど差がなく、年齢が85歳以上となると、男性・女性ともに5割を超え、高く推移していることがわかります。

続きまして38ページをご覧ください。

手段的自立度 I ADL 判定の低下の割合は、広域連合全体で11.9%となっております。市町村別に見ると、福智町で15.8%と最も高く、上毛町で9.4%と最も低くなっております。

39 ページの手段的自立度判定の低下の性・年齢別割合では、全体的に男性が支援を必要とし、女性が手段的自立度は高い状況かと思われそうですが、85歳で割合の入れかわりがみられる状況となっております。

40 ページから45 ページまでが地域での活動について、46 ページから50 ページまでが助け合いについて、51 ページから63 ページまでが健康についての調査結果となっております。

駆け足で申しわけありませんが、58ページをご覧ください。

鬱傾向該当の割合は、広域連合全体で39.8%となっております。市町村別に見ると、赤村で47.7%と最も高く、久山町で32.5%と最も低くなっております。

59 ページをご覧ください。

鬱傾向判定の該当の割合を性・年齢別で見ると、いずれの年齢でも男性に比べて女性がやや高く推移しております。

ここまでの主要な8項目で、広域連合全体の割合より全てリスクが高い判定となっている市町村は5市町村あり、全てリスクが低い判定となっている市町村は2市町村となっております。

続きまして、ボランティア活動に関する資料が64ページ、65ページになります。

64ページをご覧ください。この項目が広域連合独自項目となっております。

ボランティア活動の参加意向として、生活支援ボランティアとしてできることは、話し相手が29.7%、見守り・安否確認が28.1%、ごみ出しが19.4%となっております。この情報に関しては、幾つかの市町村より、通いの場や生活支援サービスの担い手または各介護予防講座等の対象者として働きかけたいという意向の連絡も受けているような状況です。

資料の説明については以上になります。

○小賀会長

ありがとうございます。かなりいろんな事柄が非常にいろんな観点で取りまとめられているのですが、どこからでも構いませんので、ご意見、ご質問をよろしくお願ひいたします。

○田代委員

どこの項目というわけではございませんが、全体的に、赤村、福智町という東峰地区というのは、全体的に低くなっています。その要因を考えました。最初のページの運動器が赤村は 17.4、新宮町は 8.5 だということですが、年齢別のものが右の図にあるのですけれども、全体的なトータルの年齢で出していると思うので、同じ 65 歳以上でも、新宮町より赤村の後期高齢者が多いのかなと。その年齢別の要因が関連してくるのかなとも思いました。

では、赤村に対してどういうことができるかということで見ると、最後のほうのボランティアは、赤村のほうが話し相手の率についてのが高くなっています。逆に、鬱傾向が多いと出ていたので、最後の「何もしたくない」ということの率も低くなっている、何もしたくないというのは下がっている、そこら辺をどうとったらいいのかなというところがわからない。

だから今後、広域連合の中でも力を入れてやらないといけないところと、差についてどこに要因があるのかを、少し教えていただければうれしいです。

○小賀会長

事務局でおわりの範囲でご説明いただけますでしょうか。

こういうデータ結果に基づいて、この連合に加わっている自治体が独自に詳しい調査をまた追って行くことで、今、田代委員からご指摘があったような事柄がもっと詳しくわかってくるのかなという気もしますが、いかがでしょうか。

○事務局

この調査は、広域連合の場合、33 の構成市町村に対して 1 年間で全部調査を終わるといのはなかなか難しいので、期ごとに、策定に向けて 3 カ年で悉皆でという形でしています。

それで、今回お手元にお配りしているのは、最新の調査結果です。過去 2 年分、広域連合で大体 21 万人前後いっしょって、そこから年度ごとに各市町村の 3 分の 1 程度を抽出させていただいて、今回 7 万件に対して回答があったのが 50 です。過去 2 年分も、赤村に対して、ほかの構成市町村に対しては過去 2 年分していますので、策定委員会的时候にはそれが今度は母数となって、約 21 万件に対して回収率が 50%として 10 万前後。そこで傾向等を見ていただくということだと思いますが、調査母数は 3 万 5,000 と、統計的にもかなり有意な数字ではあるし、そんなに大きく 3 カ年分やったとしても変わらないだろうなとは思っているところです。

ただ、調査件数としましては、赤村は 132 人の方からの回答しか得ていないです。それに対して、新宮町は今回は 1,000 人の方の分の回答を得ています。

この結果に関しては、まとめ次第というか、調査は各市町村へフィードバックをさせていただいて、先ほどの資料説明にもありましたように、ボランティアの活動においてと

いうことの部分をデータとしてはお渡しをしています。広域連合で追加した項目に関しては、構成市町村のほうから、こういう調査も一つ加えてほしいということもありましたので、ボランティア活動のほうもあわせて3カ年ずっとやっているところです。

ここで、地域性をもって、すぐに赤村と新宮のというのは、あくまでもデータを今日お示ししているところですので、コメントはなかなか難しいかなと思っています。ただ、集計としてリスクの部分の上下の部分はわかりますので、その分だけ少しお示しをします。

○事務局

地域性ですけど、運動器判定とか転倒リスク判定とかさまざまなリスク項目というのはあると思いますが、そこまで、この地域に偏っているとか、糟屋地区が全般的に低いとか、そういった傾向はあまり見られないですね。ただ、筑豊地区のリスクが高い傾向には少しあります。高齢者の就業率とか、その辺で体を動かす機会が多いのかとか、そういったところも関係してこようかとは思いますが、そこまで大きな、顕著な差は見られないというような状況にはあります。

○田代委員

田代です。やはり新宮町は、イケアだとか、いろんなイベントだとかが結構あるので、そこまで出て行って暮らしている方も入っているのかなと思いました。先ほどの人数のところだと、新宮町は1,088名ですけど、後期高齢者と75歳以下の方を比べると、1,088に対する65%ぐらいだと、若い、後期高齢者前の人になりますので、その数の差がすごく影響しているのかなと思います。さっきおっしゃった132名と1,088名の違いの中の、前期高齢者の率が赤村は60ぐらい、新宮町は65ぐらいと、ざっと計算したらなるので、そこら辺の差が大きいのかなと。若めの方たちは地域のいろんなところに出かけられて、アンケート結果に影響しているのかなと、個人的にはそう思いました。

それから、低栄養が少し気になります。3.8%と0.6%ってすごく差があるので、やはりこれは独居の方が多くてこうなるのかなと。そこはいかがでしょうか。

○小賀会長

田代委員、ページ数はどちらでしょうか。

○田代委員

25ページです。

○事務局

今回お手元に配っている資料に関しては具体的な分析というところまでは至っていない状況であるとまず前置きさせていただければと思っています。

この低栄養に関しては、67 ページをお開きいただくと、低栄養として整理させてもらったというのが、まずBMIです。これは全国の資料というか全国统一の分のアンケートとなりますので、BMIが18.5以下と、6カ月で2〜3キロぐらい体重の減少がありましたかと、この二つに該当された方の人数になります。その方の人数ですので、これをもってその原因は何ですかというのは、質問がないです。

○田代委員

あ、違います。これも踏まえて、5 ページのデータでは、ひとり暮らしの方が大木町では10%で、赤村は15.9だから約16%です。独居が多いということを加えると、それが低栄養に影響しているのかなと思っただけの質問でしたので、ほかに要因があるかなと思っただけの質問です。

○事務局

ご意見でいいですか。

○田代委員

意見でいいです。

○小賀会長

どうぞ。

○山口委員

山口です。非常に大変な調査をありがとうございました。

ボランティアに限らず、この調査の結果見えてきた課題をどうしていくのかということについては、市町村が考えることなのかなとは思っています。これまでも日常生活圏域調査ってずっと行ってこられたでしょう？ 行ってこられて、この調査結果をもとに市町村で新たにこういう事業をスタートしました、あるいは展開しましたというような実績ってあるのですか。要するに、この調査結果は活かされているのかということところが一番知りたい。大変な調査をしているので。

○事務局

ある市町村では、各リスク判定の結果に応じて介護予防教室にお誘いされています。また、この回答の結果から、例えば地域の担い手になる方、なりたいという希望者の方とか、全て個票で出ていて、それを市町村にお戻ししていますので、それを参考に市町村のほうでも動かれているのは動かれている。

どういったリスクの高い方がどの地域にたくさんいらっしゃるのか、そういうのは、市

町村では把握して、介護予防のほうで動かれているというような状況にはございます。

○山口委員

個別の対応ということで解釈します。事業として何か始めたということはないのですか。

○事務局

そうです。新しい事業を立ち上げたということではなくて、今、既存のある事業に対して、この結果を持ってどういう方にアプローチしていくとかです。この結果は全て、お一人お一人の個票で出るようになりますので、その結果でアプローチの仕方を変えていっているというような状況です。

○小賀会長

広域連合に参加をしている自治体と事務局本部の関係性がわかっていないと、このあたりの仕組みが理解しづらいかと思うのですが、介護保険事業の事務をこの本部でやっている。

そして、この効果検証委員会というのは、もう随分昔になりますけれども、改めてこういう検証を立てた計画に即してやっていかないと、次の計画を有効性をもって立てていくことができないと、提案を私たちが当時の連合長に対して行っつつくっていただいたものです。

各連合傘下の自治体の状況分析をここまで行ったというのが事務局としては精いっぱい仕事で、これをもって連合傘下の各自治体がそれぞれの自治体の介護保険政策にどう生かしていくのかは傘下の自治体ごとで考えていただかないといけないという、そういう関係性なわけです。

しかしながら、こういう現実がもう見えているので、来年度の介護保険事業計画を策定する際に、例えば広域連合自体、傘下の自治体が非常に福岡県下にたくさん広がっているので、支部単位程度であるとか、あるいは特別にほかの自治体との違いが見られる自治体は意見を織り込んで事業計画の中に反映させていくであるとか、こういう観点を持って、この支部はそれぞれの自治体が改めて介護保険のあり方について施策を立てるべきではないかとか、こういう取り組みをするべきではないかとかまで意見を言ってもいい時期にはなっているかなとは思っています。

そのほかいかがでしょうか。

○因副会長

すごくいいデータがとれていると思います。多分全国でも初じゃないかなと思います。それで、小賀会長からも学会発表をしたいと数年前から出ていたような気がします。すごいデータで、中でも特に興味を持ったのが、26 ページ、低栄養の判定です。80 から 84 歳

の男女で大きく比率が開いています。田代委員、これは何が原因かわかりますか。

○田代委員

あくまでも推定ですけど、女性の平均寿命が 87 歳ぐらいで、やはり 12 年ぐらい健康寿命の差があります。そうすると、85 歳以上ぐらいになると、やはり女性が寝たきりになったり、介護保険所が必要になったりして、やっぱり栄養がとりにくい、介護が必要な状態になったのではないかなと思います。男性は少しずつではありますが。女性のほうがずっと高くなっています。

○因副会長

そうですね。女性が 12 年下がります。健康寿命と平均寿命が。男性は 9 年です。

○田代委員

そうです。男性は 9 年です。

○因副会長

その差でしょうか。低栄養というと、口腔ケアにかかわりがあるのかなと思って。でも見ると、それほど口腔のほうは開いてないです。

○田代委員

80 歳までは、この表から見るとあまり変わらないです。80 歳を過ぎると急に女性が上がってくるし、男性は 85 歳を過ぎると上がるということで、ここら辺は独居の関係かなと思ったところでした。あとは健康寿命と独居の差かなと。

これは、あくまでも私自身の推測です。

○山口委員

すみません、低栄養ってどこの質問項目になりますか。最後のページの質問用紙の。

○川端委員

問い 3 の 1 と 7 です。1 と 7 の両方を見てです。1 の BMI と、多分 7 の二、三キロ減というところの両方にひっかかった方のカウントだと思います。

○小賀会長

そういう見方でよろしいでしょうか、事務局は。

○事務局

67 ページを見てもらうと、低栄養の定義としては、今、言われたとおりです。BMI と 6 カ月での体重減少の、この双方です。

○川端委員

67 ページの一番上に書いてあります。1 と 7。

○事務局

はい。

○小賀会長

単純に、男性は食べる量が高齢になって減るということではないでしょうか。

○川端委員

女性のほうが高くなっています。

○山口委員

女性のほうが低栄養が高くなっています。女性が食べられなくなるから。80 で。

○事務局

基本的に要介護状態ではない方ですので、家庭環境が変わり、今、言われたみたいに平均的な部分の健康寿命の考え方になろうかと思います。

だから、今、田代委員が言われた見方は、ああ、そうだと、私、個人的には感じました。84 歳まではちゃんとデータとしては存在するけれども、それを越えた段階での男性の回答者が少ないのかなど。基本属性のところにはないです、クロスしていないので、そこも必要ということであれば、データは全部あります。85 歳以上の回答の男女比と独居の部分がもしわかれば、今、田代委員が言われたことの仮説の証明にはなるかなと思います。

あくまでもクロス集計の関係上、これしかないから、85 歳以上の分の回答率は、回答の男女比だけはあるのですけれども、歳ごとというか年齢区分ごとの分の回答はないので、そこがわかれば、今のこともわかり得るかなと思います。

○田代委員

おもしろいデータです。食べる人って、すごく元気です。これはもうデータも出ているし、やはり食べられる間は、元気に動いて、よく眠れる。食べられるというのが一番いいことです。今後これはきちっと、皆さん食べられるような形にしていけないといけないかなと思っています。

○川端委員

もう1個、いいですか。

あと体重の率の問題があります。多分、男性の平均体重が65歳で60キロぐらいと言われています。それで、女性の平均体重が50キロ行ってないです。そうすると、二、三キロの増と言ってもパーセンテージが違います。その影響は絶対に出ていると。もともと50キロの人の二、三キロと、その影響は違うので。この二、三キロというのは60キロぐらいの体重の人で予測して設問がつくられているのですけれども、もともとの体重の二、三%の増減であるというパーセンテージでいってない。なので、この上の数字で体重を出し、それに2%とかを両方に掛けて、それで出さないと、多分正式な数字は出ない。低栄養については。

○山口委員

では、これ自体の信頼性が……

○川端委員

だから、質問としては、体重が二、三キロ下がりましたかというのは、データで使うときには多分不向き。だけど、設問としてはいい。スクリーニングとしてはいいけども、学会レベルではかなりアウトです。二、三%の差で出すほうが正確な数字で、そうすると、これは全国初になります。それは掛けるだけなので簡単だと思いますけど。体重は出ていますから。そうすると、多分グラフが変わると思います。

○山口委員

変わってくるでしょう。

○川端委員

はい。そう思います。

○山口委員

そのほうが信頼性があっていいと思います。

○川端委員

はい。もう決まっているので、質問が。いずれかにというふうに、多分もう広域連合の方もわかっていると思うのですけれども、安易なほうが質問ですけど、これは。聞けないので。体重二、三%変わりましたかという設問はできないので、こういう設問にはなっているけれども、体重が何キロという形で出していただければ。6カ月で何キロ変わりましたかという設問のほうが、多分わかりやすいです。そうすると、データを入れて、エクセル

でぱっと計算できます。そういうやり方が一番望ましいです。「二、三キロ」だとわからない。以上なので。10 キロ減っているかもしれないし。これだと判定できない、大体しか。

すみません、あともう一つ。女性が 75 歳以上、80 歳以上で骨密度ががんと下がりますので、それによる体重減があります。その影響を多分これは加味されていません。骨の密度が下がるということは体重も落ちるということです。そこの判定が加味されていない。

○小賀会長

80 歳を過ぎると、全体としてそういう傾向が見られるということでしょうか。

○川端委員

特に女性のほうがです。

○因副会長

女性のほうが。

○川端委員

はい。男性より女性のほうが骨粗しょう症が多いところにも影響してくるので、その部分は影響してくるだろうと。

○因副会長

骨密度が下がった分だけ脂肪が増えているということはないですか。

○川端委員

いや、それは女性のほうが脂肪は高くなるし、出やすいと思いますけれども、筋肉量が減るので、女性の場合は。

○因副会長

体重の多い人は骨密度が大体高いですね。

○川端委員

そういうことです。

○田代委員

若い二十ぐらいの体重をずっと維持していると、骨密度は高いのですが、今、先生がおっしゃった骨密度が減ると体重が減るというのは私もよく理解できません。骨密度は大体 65 ぐらい——基本的には閉経後からエストロゲンが減ってきますのでぐーっと骨密度が

下がってきますが、先生がおっしゃった、80歳から急に減るというのは、少し理解しがたく思います。

○川端委員

急にということではないのですが、男性と比較すると幅が大きくなりやすいんだと。

○田代委員

女性はどうしても閉経後にぐっと……

○川端委員

徐々に下がっていくからです。

○田代委員

もう急激に影響が出ます。

○川端委員

そうです。急に減ります。その差が、多分出ているのではないかと思います。

だから低栄養は多分、ほんとに体重の数字、平均体重ではない。

○因副会長

全く関係のないことを思ったのですが、広域連合の委員会が始まって、女性が一番多くないですか、この委員会。

○小賀会長

そう言われると、確かに。

○田代委員

女性の比率が高い会議って珍しいです。

○川端委員

そうです。

○因副会長

広域連合でも多分初だと思います。

○小賀会長

女性のほうが優秀だということだと思います。

○事務局

今の、一つだけいいですか。

項目の変更はできないです。今、言われた部分で、6 カ月間で減少をしたので何らかの要因があると思います。BMIは一律、もう最近では流通していますので、それとあわせて分類をさせてもらっているというだけだと思います。

その中で、今言われたみたいに、男性だったら6 カ月間に5 キロとか、女性だったとしても小さいので二、三キロとかいった仮定が成り立つのであれば、6 カ月前の体重と本日の体重をもらえばいいだけです。その分をもらって引き算して、身長はBMIで答えていますので、その身長から減少率というのを出していけばいいです。

しかし、それは別の委員会なり分科会なりになるのかなと。あまりここだけを突き詰めてやると、高齢者の全体像というか、要介護認定を受けてない方ですので、そのような状態で市町村がどういう施策を打つかという一つの資料、指針となればいいと思います。今のご意見は、また何らかの違うところで反映できるような形になっていくかなと思います。

○因副会長

私が質問した26 ページの低栄養のところの開きです。なぜ開いたかというのは、例えば口腔機能とか、誰と一緒に食事をしているとか、歯の状態がどうだとか、いろんなことが多分かわってくるのだらうと思います。そういうことから見ていくと、おもしろいデータになるのかなと思っています。

○川端委員

これをクロス集計すると、また見えます。

○事務局

前提条件をいただくとクロス集計をとれるようになりますから、例えばこれとこの部分を、仮にこういう前提条件があったとして、こうではないかという仮説の証明はできると思います。このデータの範囲の中においては、それがどういうふうな形の分でのことはありますけども。

○森委員

だけど、これはデータの的にそんなに開きはないので。グラフ上は少し開いているように見えるけど、多分1%ぐらいの開きなので、男女ほとんど同じという感じはします。

○田代委員

縦軸がです。

○森委員

そうです。ほかのグラフは 10%軸です。だから少し差があるように見えるのですが、ほとんど 1%の差しかありません。

○田代委員

見せ方ということですか。

○森委員

はい、そうです。

○田代委員

さっきから、ほかのところは 10%なのに、ここだけ拡大されています。

○森委員

多分これを 10%刻みにしたらほとんど同じです。

○小賀会長

確かにそうです。低栄養のところでおそらく問題になるのは、男性よりも女性というか、これを見ると、ずっと男性のほうは横ばいで、80 以上になると男はほとんど死んでいくという…女性は今、87 歳でしたか。

○田代委員

でも、男性もどんどん伸びていっていますから、80 歳越しました。

○小賀会長

ああ、少し夢を持たないといけません。

そのほかいかがでしょうか。

○田代委員

私が申し上げたかったのは、この差とかいうのではなくて、例えば 25 ページだったら、赤村だけが突出して 3.8 という、低栄養の分はこれからの市町村の仕事になるかもしれませんが、赤村に対しては何らかの低栄養の対策が必要だなど。だったら、その原因は何なのかと考えて、独居だったり口腔機能だったりいろんな要因が考えられるだろうから、そこを少し是正すると、今度はその次にどう変わってくるのかなど。症例数が少ないので一

概には言えませんが、そこを考えたところでした。

症例数があればね、これはトータルで。大体、統計学的には 400 が基本になると言われていますので、400 以下のデータというのは、もうちょっと症例数が要るのかもしれないですね。

○小賀会長

先ほどの説明によると、ほんとに低栄養と言っていいのかどうかも含めてきちんと調べないといけないと思うのですが、ただ、平均するとやはり突出をしているので、何らかの自治体独自の追っての調査が必要になると思います。

○田代委員

基本的に国が低栄養と決めているのはBMIです。18.5 以下は痩せ、18 から 25 までは標準、25 以上は肥満と決めているので、18.5—25 が基本的な数字にはなっています。だから、この1のところはもうこれで、1と2とありました、さっき、いいと思います。でも、学会に出さなければ、この広域連合ではこのデータで十分だと思うので、これですっと推移を見ていけばいいかなと思います。

○小賀会長

ほかはいかがでしょうか。

○川端委員

本当にこのアンケートはすごい量で、すごく濃い中身だなと思うのですけれども、この中でやはり、今出ているように町村によって高いところが出ています。今後ここでやるというのは、市町村のほうでサービス等を考えていただく上ですごく大事になってくるかなと思いますので、高いところ、例えば閉じこもりであれば、19 ページなのですが、東峰村はすごく高くなっているのが気になるのです。ネットワークができていないのかな、なのに何でこんなに高いのだろうか。

やはり、こういう高いところを少し分析ができればありがたいなと思います。そうすると市町村に対して、こういうことが傾向としてあるので施策をどういうふうに打っていくかのアドバイスというか、そういうことができていくのかと思いました。

○山口委員

ここのところの役割分担の話なのですが、こうやって大変な調査を広域連合がやっていただいている。それで、データは全部自治体のほうに行っているのですが、細かい調査はその自治体のほうでできないですか。広域連合でおこなうのではなくて、データは自治体に渡しているのだから。何らかの課題は、こうやって高い比率が出ているのだと。ではもう

少し細かい分析をしようかというのは、自治体のほうでできないんですか。

○小賀会長

提案はできると思いますけど、実行については、おそらく本部事務局がそこまで権限を持っていません。

だからむしろ、先ほども少しお話をしたように、こうした平均より突出して高いか低いかわという自治体は、来年度に入って、策定委員会の中で具体的に文言として指摘していきながら、こうした自治体については、こういう調査なり、こういう取り組みなりが問われているのではないかということをも明記して答申をします。そこはおそらく事務局ではなく、我々委員会の役割ではないと思いますが。

全ての自治体の担当課に答申が届きますので、具体的に名前を挙げられている自治体は、はっとすると思います。そこで動くかどうかは自治体の責任なのですけども。

だから流れとしては、検証委員会できちんと把握をしましたから、ぜひ個別自治体については気をつけて調査をするなり、あるいは何らかの施策を打つなりしてくださいと、そういうやり方だと思います。

○事務局

先ほど言った市町村のほうにはこの調査結果をお戻ししていますというのは、これは氏名を入れて調査結果をお戻ししています。先ほどの分の 25 ページの低栄養判定に該当する方も、当然お名前を入れて市町村にお戻ししています。

先ほど森委員が言われたみたいにグラフ上のマジックみたいなのもあって、実際、新宮町の 1.8%、これは 10 名です。赤村は突出して見えますけど、これは 5 人です。132 名ですから、5 名の方です。

だから、5 名の方に対して、BMI があって、例えば半年間で体重が減少しているということを、ちゃんとこの項目に着眼していただければ、電話での聞き取りとかでも、5 人だと可能です。

市町村のほうでこの結果を踏まえて、保健福祉計画を立案されるときにご活用いただければと。この 5 人の方が低栄養と出てきているけど何だろうというのは、電話で確認できるレベルの数値ですから。

あとは市町村の取り組み方、捉え方になってくるのかなと思っています。全般的にこういう状況があるので、ぜひご活用くださいという文章は、策定委員会で発信してもらおうと、市町村のほうにも行きますので、そのほうがいいと思います。

○小賀会長

いかがでしょうか。休憩もとらずに 90 分近く議論しているので、気にはなっているのですが。

今日もまたいただいたご意見につきましては、来年度の検証委員会のほうに引き継ぎをさせていただきながら、継続して今日の議論を行ってまいりたいと思います。

○森委員

皆さんがおっしゃっているとおりなのですが、これは結構おもしろいデータというか、地域活動と趣味活動のことをちゃんと聞いていて、それって地域活動をやっているから集団的自立度が高いのか、そもそも集団的自立度が高い人が地域活動をできているのかとかです。これから、人口減少でコミュニティってすごく大事になってきます。人間が健康じゃないとコミュニティは維持できないので、そのデータとして、例えばコミュニティづくりとかにも結構活用できるデータなのかなと思います。

介護とか福祉の領域だけじゃなくて、地域振興のセクションにもわりと横割りで結構使える、すごくおもしろいデータかなと思いましたし、生データをいただければ、いろいろ統計ソフトを使っていろんなことができるかなと思いますが、いろんな活用ができると思います。

○小賀会長

そのあたりは少しまた私と先生と事務局とで打ち合わせしようと思います。

○川端委員

すみません。要望なのですが、転倒リスクと口腔機能の調査判定をできればしていただけませんか。これは影響力のあるデータになると思われれます。今、見ているだけでも若干有意差が出そうな感じなので。実数の数字があって、掛けちゃえば間違いなく出ます。特に臼歯部の咬合のかみ合わせがない人の転倒リスク率が間違いなく出るかなと思いますので。このデータはかなり有効じゃないかなと思いますので、よろしくお願いします。

○小賀会長

事務局は少し今のご意見を心がけておいてください。

○事務局

はい。策定委員会のときに準備させてもらえば。

○小賀会長

そのほか、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

各支部の事務長の皆さん方からも、何かご意見ございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、本日の議題につきましては一とおりの検討を終えさせていただきましたので、司会進行を事務局のほうにお返ししたいと思います。

○事務局

委員の皆様、議事ありがとうございました。ここで会の締めにあたり、鎌田事務局長よりご挨拶を申し上げます。

○事務局

どうも本日はお疲れさまでございました。第 7 期の検証委員会といたしましては、本日で閉じさせていただきます。

委員の皆様方には、大変お忙しい中、第 7 期の事業計画の策定からこの事業実施効果の検証に至るまで、長きにわたりましてご尽力いただきましたことにつきまして、厚くお礼を申し上げます。

これまで、当委員会におきましては、介護保険事業計画の進捗状況、介護予防事業の実施状況、高齢者生活アンケート結果、また、ケアプラン点検事業の実施状況等につきましてご報告させていただきました。

その中で、健康寿命の延伸に向けた広域連合独自の取り組みのあり方など、委員の皆様から大変貴重なご意見を数多くいただいたところでございます。

国の社会保障審議会の介護保険部会において介護保険制度の見直しにつきまして意見書が取りまとめられましたが、その中におきましても、健康寿命を延ばし、高齢者の就労や社会参加を進める環境を整備するための介護予防や健康づくりの取り組みを強化する方針が強く打ち出されておるところでございます。

広域連合といたしましては、4月より第8期の事業計画の策定作業に入りますけれども、当検証委員会で示していただきました課題や方向性などを十分念頭に置きまして、施策の充実・強化に努めてまいりたいと考えております。委員の皆様方には、今後とも当広域連合の発展のためにお力添えをいただけますようお願いを申し上げて、私のご挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。

○事務局

これをもちまして、第 7 期介護保険事業実施効果検証委員会を閉会いたします。ありがとうございました。

以上