

**福岡県介護保険広域連合**  
**第3回介護保険事業実施効果検証委員会**  
**議事録**

日 時：平成25年12月16日（月）9時55分～11時50分

会 場：福岡県自治会館101会議室

出席者：介護保険事業実施効果検証委員（敬称略・50音順）

井上、今里、因、小賀、長野、田代、狭間、山口

（欠席：瀬戸、藤村）

事務局、支部事務長

**第3回介護保険事業実施効果検証委員会開催**

**【事務局】**

それでは、皆さんおそろいになりましたので、ただいまより福岡県介護保険広域連合第3回介護保険事業実施効果検証委員会を開催いたします。

議事に入ります前に、福岡県歯科医師会のほうから鴨川委員にかわりまして、今里憲弘委員がお見えいただいております。まず、委嘱状を交付させていただきます。

— 委嘱状の交付 —

**【事務局】**

それでは、今里委員より一言ご挨拶をお願いします。

**【今里委員】**

前期は、うちの歯科医師会の理事の鴨川委員が出席していたと思います。ほんとうにお世話になっておりました。どうもありがとうございました。今期は私が後任ということで参りました。どうぞ、皆さん方、ご指導いただきますようお願いいたします。

**【事務局】**

ありがとうございました。

それでは、議題に入りたいと思います。進行のほう、小賀会長よろしくをお願いします。

**【小賀会長】**

皆さん、おはようございます。

今年度、第1回目の検証委員会ですが、新たに今里委員にお見えになっていただいておりますので、簡単に自己紹介をしてから議題に入りたいと思います。

まず、私からですけれども、北九州市立大学に勤めておりまして、社会福祉を専門にしております小賀です。どうぞよろしくお願いいたします。

**【因副会長】**

福岡県介護福祉士会から来ております、因と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

**【長野委員】**

福岡県介護支援専門員協会、長野です。よろしくお願いいたします。

**【狭間委員】**

北九州市立大学法学部で准教授をしております狭間と申します。福祉行政などを専門にしております。よろしくお願いいたします。

**【山口委員】**

福岡県社会福祉士会から来ております山口です。よろしくお願いいたします。

**【田代委員】**

福岡県看護協会から来ております、田代でございます。よろしくお願いいたします。

**【井上委員】**

福岡県薬剤師会の副会長をしております井上でございます。よろしくお願いいたします。

**【小賀会長】**

どうもありがとうございました。それでは、どうぞよろしくお願いいたします。

## 議事

### 【小賀会長】

本日の議題ですけれども、2点ございます。

1点目は「平成24年度介護保険事業実施報告について」、2点目が「地域包括支援センター支援策について」です。

それでは早速ですが、まず、平成24年度の事業実施報告について、事務局からよろしくお願ひいたします。

## 平成24年度介護保険事業実施報告について

### 【事務局】

それでは、ご説明いたします。

まず、資料の確認からさせていただきたいと思います。

本日、机上に置かせていただいておりますものが、議事次第が一つ、この委員会の委員名簿が一つ、それから、右肩に資料3と書いてある平成25年度地域包括支援センターヒアリング概況が1枚、それから事前に郵送で送付させていただいております資料1「第5期介護保険事業計画運営状況報告概要説明」、資料2「平成24年度介護予防効果測定調査結果概要説明」です。お手元にごございますでしょうか。

まず、資料1と資料2を一括して説明させていただきます。

それでは、資料1の1ページ目をごらんください。

「1 本書の性格」の「1.1 本書作成の経緯と目的」ですが、これは平成23年度に策定した第5期介護保険事業計画について、その平成24年度の事業運営の結果を検証するための報告になります。この結果をもちまして、第6期介護保険事業計画を来年度から策定に入りますので、今回の分析結果が基礎資料ということで検証していきたいと思います。

「1.2 運営状況管理方法」ですけれども、四半期ごとに計画値と実績値を検証しております。1点目が高齢者数、高齢化率、それから認定者数、認定率、介護サービスの利用状況、地域支援事業の実施状況、介護給付費ということで分析しております。

2ページ目をごらんください。

まず、高齢者数、それから高齢化率ですけれども、下の表をごらんいただきたいと思います。これが中間時点であります平成24年度の9月末時点の実績値、それから計画値になります。総人口の実績が73万1,401人で、計画値が73万1,141人ですので計画値に対して100%ぐらいとほぼ計画値どおりとなっております。

それから、高齢者数は実績が18万6,325人で、計画値が18万6,098人と、こちらもほぼ計画値どおりとなっております。高齢化率は実績が25.48%、計画値が25.45%で、こちらもほぼ計画値どおりです。

次に3ページの上の表をごらんください。こちらは認定者数、それから認定率になり

ます。まず、認定者数は実績値3万7,229人、計画値3万6,902人、若干実績値が上回っております。それから、認定率ですが、全体としましては、実績値が19.98%、計画値が18.61%で、こちらも実績値のほうが若干上回っております。ちなみに全国値は17.99%です。

軽度者の認定率は実績値が10.66%、計画値が9.92%で、こちらも若干計画値よりも上回っております。全国値は8.1%です。

中重度の方の割合は、実績値9.33%、計画値8.69%で、こちらも計画値よりも上回っており、全国値は9.89%となっております。

次に「2.3 介護サービス利用者の状況」について、こちらも下の表をごらんください。まず、施設サービスの利用者数は、実績値が6,725人、計画値が7,085人、こちらは計画値よりも若干下回っております。居住系サービスは実績値2,700人に対しまして、計画値2,998人で、こちらも計画値より下回っております。

その下の施設及び居住系サービス利用者に対する要介護2～5の占める割合ですが、こちらは平成18年度に国の参酌標準として37%程度であることが望ましいということと出されてはいたけれども、現在は撤廃されております。ちなみに実績値が54.27%、計画値が58.53%で、若干実績値のほうが下回っているということになります。

その下が、施設利用者に対する要介護4～5の割合、こちらも国の参酌標準ですが、70%ぐらいが望ましいということになっておりました。実績値が57.13%、計画値が61.3%で、こちらも計画値にはまだ達していない状況です。

その下の標準的居宅サービス等受給対象者数は実績値が2万7,799人、計画値は2万6,819人で、こちらは実績値のほうが上回っております。

その下の、標準的居宅サービス等受給者数は実績値2万3,405人に対しまして、計画値2万2,896人で若干上回っております。この標準的居宅サービス等受給対象者数とその下の受給者数ですが、こちらは要介護認定者数が計画値よりも上回っておりますので、必然的にこの二つも上回るという形になります。

次に4ページですが、サービスの利用実績についてです。まず5ページの上の表をごらんください。

介護サービス分につきまして、訪問リハ、特定施設入所者生活介護は、計画値よりも実績値が下回っている部分になります。この二つのサービスについては、介護予防サービスについても下回っていることになります。その他のサービスにつきましては、おおむね計画値よりも実績値のほうが上回っているか、もしくは計画値どおりという形になります。

下の表は、地域密着型サービスですが、介護サービス、介護予防サービスともに、小規模多機能型居宅介護が計画値よりも実績値のほうが大きく上回っております。その他のサービスについては、計画値どおりぐらいではないかと思われま

次に6ページ上の表をごらんください。施設サービスの分になります。上の三つが施設サービスですけれども、全て計画値どおり、もしくは少し計画値には達していない状況です。下の二つは、居宅介護支援と介護予防支援で、こちらは計画値どおりか若干上回っているかという状況です。

その下の標準給付費の状況について、グラフの一番右側をごらんください。計画値が547億8,200万円、実績値が557億4,800万円、計画値に対しまして102%ということで、若干高位に実績値が推移しています。この実績値の内訳としましては、居宅サービス分が合計で106%になってます。介護分としまして111%、予防分としましては83%程度になります。それから、施設サービスが97%程度です。合計しまして、102%程度の推移となっております。

次に7ページをごらんください。サービスごとの利用割合です。この利用割合の定義ですが、平成24年9月の利用実績の実利用人数を同じく9月末時点の要介護・要支援認定者数で割ったものになります。この数値を全国値と比較して、高いか低いかということを示しています。

まず、介護サービスですが、通所リハは広域連合値のほうが上回っておりまして、1.29倍程度になります。その他の介護サービスについては、全国値よりも下回っています。介護予防サービスは全般的に広域連合のほうが上回っていますが、特に顕著なところでは介護予防通所リハが2倍以上全国値よりも高い状況です。地域密着型サービスは介護予防小規模多機能型居宅介護で広域連合が上回っておりますが、これは1.9倍ぐらい上回っています。介護予防認知症対応型共同生活介護は3倍以上、上回っています。施設サービスは、全般的に上回っているという状況です。

支部ごとの状況について、次の8ページの表をごらんください。

介護サービス・介護予防サービスについてですけれども、介護サービスは、粕屋支部、遠賀支部、朝倉支部が活発に利用されている状況です。特に高いところでは、訪問介護、介護予防訪問介護で田川・桂川地区が広域連合の平均値に対しまして大体2倍程度利用されています。それから、介護予防訪問看護は粕屋支部で広域連合値よりも大きく上回っております。それから訪問リハにつきましても粕屋支部が活発に利用されている状況です。介護予防サービスにつきましては、全般的に、遠賀支部、鞍手支部あたりが頻繁に利用されています。

地域密着型サービスは、豊築支部、鞍手支部あたりで活発に利用されている状況です。逆に少ないところは、朝倉支部、遠賀支部です。

3施設については、特に目立った傾向はないのですが、粕屋支部で介護療養型医療施設が広域連合の2倍以上の利用になっています。

ケアプランの居宅介護支援・介護予防支援につきましては、大きな差異は見られません。

次に、サービスの利用量についてですが、こちらの定義は一月当たりの利用回数を実

利用人数で割ったものになります。

9 ページの上の表ですが、介護サービスは通所介護、通所リハ、短期入所生活介護で全国値を広域連合値が上回っております。介護予防サービスにつきましては、全国的に広域連合が全国値を下回っている形になります。地域密着型サービスにつきましては、認知症対応型通所介護が広域連合が全国値を上回っております。

下の表は支部ごとの状況を示していますが、介護サービスにつきましては、鞍手支部、それから田川・桂川支部で活発に利用されている状況です。介護予防サービスにつきましては、粕屋支部、鞍手支部が多いということになります。

地域密着型サービスにつきましては、顕著な傾向として、朝倉支部が少なくなっております。朝倉支部については前期から利用量が少ないという状況です。

次に10 ページの上の表をごらんください。

サービスの類型中の訪問系のところですが、遠賀支部が広域連合の平均値を上回っております。逆に、朝倉、うきは・大刀洗、柳川・大木・広川支部が下回っており、田川・桂川支部では上回っているという状況です。

通所系、短期入所系、地域密着系については、大きな差異は見られません。

施設居住系につきましては、朝倉支部で広域連合の平均値を大きく上回っており、田川・桂川支部が大きく下回っているという状況です。

次に地域支援事業の実施状況ですが、実績は平成23年度のもので、費用額で、計画値が15億5,300万円、実績値が14億2,000万円、計画値に対して91.5%となっています。内訳としましては、介護予防特定高齢者施策が65.4%です。また、介護予防一般高齢者施策が168.4%と大きく上回っております。包括的支援事業及び任意事業の合計は87.2%となっております。

資料1については、以上でご説明を終わります。

続きまして、資料2をお願いします。

この報告書の目的ですけれども、予防給付や介護予防事業の利用者の心身状態の改善状況や、サービスに対する満足度・評価等を把握しまして、第6期介護保険事業の策定や構成市町村における効果的な地域支援事業の実施に活用していくことを目的として作成しております。

まず、「1(1) 調査分析対象者数」ですが、平成24年度については、年2回程度包括支援センターに聞き取りで実施していただいております。平成21年度から実施しておりまして、毎年調査の対象者数を増やすようお願いしております。24年度も若干増やしていただきまして、要支援認定者で1,332人、二次予防事業で337人回収できた状況です。

次に「1(2) 調査終了・中断者の状況」ですが、平成24年度の終了・中断者の割合は、要支援者で9.6%、二次予防事業対象者で18.4%となっております。終了・

中断の理由については、要支援認定者では入院38.9%が最も多く、2番目に要介護状態への移行26.8%があがっています。二次予防事業対象者につきましては事業終了などその他の理由が35.5%、2番目に多いのが本人の希望で18.4%となっています。ちなみに、入院により終了・中断した場合の病名もおうかがいしておりますが要支援認定者では骨折・転倒が最も多くて、4割弱を占めております。

次に2ページをごらんください。

「1(3)客観的効果の状況」で、下の表をごらんください。こちらは基本チェックリストで把握しました心身状態等の改善状況についてです。こちらは初回調査結果の数値から最終調査結果の数値を差し引いて改善率をはかっております。要支援認定者全般の改善率ですが、平成24年度で2.3%となっています。平成21年度に比べてマイナス1.1%ということで、改善度としては少し下がっている状況です。

二次予防事業対象者については、全体として平成24年度は15.1%となっており、平成21年度と比べてプラス2.2%と若干増加しているところです。具体的などころで申し上げますと、全般のリスクが平成21年度と比べて3.2%効果があらわれております。うつリスクも9.5%増加しているという状況です。

基本チェックリストの合計得点の変化ですが、平成24年度は、要支援者では初回調査で10.42点、終了時点の調査では10.56点ということで、プラス0.14点悪化という形になります。二次予防事業対象者については、初回調査が8.47点、終了時点では7.59点で、マイナス0.88点とやや改善されている形になります。この減少幅は、過去3年間に比べてもかなり大きなものとなっております。

次に3ページをごらんください。

先ほどの客観的効果とは別に、主観的効果、つまり本人の満足度や効果度といった評価をうかがったものです。平成24年度は満足度、効果度ともに全て80%以上ということで、満足、効果があったと評価されています。

サービス利用による生活態様の変化については、介護予防通所介護、介護予防通所リハ、通所型介護予防事業といった通所サービスについて、社会参加に関する効果があったという回答が得られています。友人との会話とか、楽しみや生きがいができたとか、外出が増えたとか、そういうことで満足いただいております。介護予防訪問介護につきましては、定期訪問で安心できるという回答が48.2%で最も多くなっています。

次に4ページをごらんください。

こちらは構成市町村調査ということで、利用者本人への聞き取りではなくて、構成市町村に事業全般の状況等をおうかがいしたものになります。平成24年度については33市町村全てにご回答いただいております。

「2(2)二次予防事業対象者の把握経路」についてですが、平成24年度に最も多かったものは、「郵送等による基本チェックリストの配布回収」で84.8%となっています。これは平成23年度が48.5%でしたので大幅に増加したことになりますが、

この理由としては、平成22年8月に地域支援事業の実施要綱が改正されており、その影響ではないかと思えます。この要綱改正により、介護予防事業の把握は、特定健診による把握が必須ではなくなり、基本チェックリストの郵送回収による把握のみで可能となったので、このことが大きな原因ではないかと思われます。

次に5ページをごらんください。

「2(3) 二次予防事業対象者の把握率」ですが、平成24年度の把握率は9.3%で、新規の把握率は8.7%です。こちらも前年に比べて大幅に把握率が上がっておりますが、これも先ほど申しあげました平成22年8月の要綱改正の影響ではないかと思われます。支部別に見ますと高い順に、柳川・大木・広川支部16.3%、うきは・大刀洗支部14.8%、遠賀支部14.3%となっております。

「2(4) 二次予防事業への参加・改善率」ですが、平成24年度は参加率が8.7%、改善終了率が27.2%になります。これを支部別に見ますと、参加率では、鞍手支部が85.2%で最も高くなっています。改善終了率では、うきは・大刀洗支部が58.7%で最も高い数値となっております。

次に6ページをごらんください。

この表は、対象者把握率、事業参加率、改善終了率を全国平均と比較したものです。まず、対象者把握率は、平成22年度までは全国平均を1～2ポイント程度下回っていましたが、平成23年度では全国平均と同水準で、高齢者人口の9%程度まで上昇しております。

参加率ですが、平成22年度までは30%で推移していましたが平成23年度は8.7%低下しまして、全国平均並みの8%台まで落ち込んでいる状況です。

改善終了率ですが、こちらは平成22年度までは30%台で推移していましたが、平成23年度は27.2%に低下しまして、全国平均との格差が広がってしまっている状況です。

次に7ページをお願いします。

二次予防事業の費用額の状況ですが、平成24年度の全体では1人当たりの費用額が8万9,000円、通所型では10万円、訪問型では3万9,000円となっております。平成23年度の実績と比較すると若干下回ってきている状況です。全体の1人当たり費用額を支部別に見ますと、遠賀支部35万5,000円、朝倉支部13万9,000円、粕屋支部11万8,000円、うきは・大刀洗支部10万8,000円の順番で高くなっております。

以上で、平成24年度の介護保険事業実施報告の説明を終わらせていただきます。

#### 【小賀会長】

どうもありがとうございました。

ただいまの時点は第5期3年間のうちの2年目が終わろうとしているところでして、

そのうちの1年目の事業計画にのっとった進行状況といたしますか、報告状況をお話ししていただきました。1年目ですから、第5期の計画全体を眺めてどうなのかというところではなかなか議論しにくいところなんですけれども、ひとまず今、ご説明いただいた範囲の中で、何かご質問あるいはご意見がございましたら、どこでも構いませんので、よろしくお願いいたします。

**【狭間委員】**

資料1の7ページのサービス利用割合ですが、これは何に対する何の割合でしたか。

**【事務局】**

実利用人数、平成24年9月の利用実績を、要介護・要支援認定者数、こちらも平成24年の9月末時点の要介護・要支援認定者数で割ったものになります。

**【狭間委員】**

わかりました。表の上ぐらいですが、施設の利用割合は全国値を上回っているということですが、どれぐらい上回っていますか。かなり劇的に上回っているか、それともさほどでもない状態でしょうか。介護予防小規模多機能の対全国値比が1.91倍。施設の場合どれぐらいですか。どれか一つでもいいんですが。

**【小賀会長】**

いかがでしょうか。

**【狭間委員】**

今、手元に資料がなければ、ご存じの範囲内で、感覚的にかなりとかさほどでもないとかでも結構です。

**【事務局】**

もともと広域連合の利用実態としては施設の依存度が高くて、第3期のときの参酌標準は今もうないんですけれども、参酌標準が示す37%相当のところを、広域連合は50~60%前後で推移していました。詳細の数値は今ここに持ち合わせていませんので、近いうちに詳しい数字を出したいと思います。

**【狭間委員】**

了解しました。第1期・2期のころの実績は知らないのですが、会長などにうかがったほうがいいのかと思うんですが、居宅のほうは利用割合が低くて、施設のほうが高くなっています、問題だと感じられますか。会長のご意見はいかがでしょうか。どういう判断

したほうがいいのか、わかりかねるところがあって。どうでしょうか。

それから、もう1点、施設入所を待機されている方は大分いるんですか。

#### 【事務局】

今回は、あくまでも、平成24年度の計画値に対する実績値の状況を整理させていただきましたものをご報告しています。

それで、現在のタイミングでの判断というのはちょっとわからないんですけども、待機者の状況等に関しては、今のところ検証委員会の中で検証しようということになってないところです。事業計画書を策定した平成23年度当時の数字だと平成21年10月現在で特養待機で2,833人。今回の報告書は24年度の実績ですが、このタイミングでは待機者数の把握はしてないです。

#### 【狭間委員】

わかりました。ありがとうございます。

このあたり、昔から比較して課題として取り上げるべきものかどうなのか、会長のご意見をうかがえたらと思いますが。

#### 【小賀会長】

感覚の部分があるんですけども、十数年前、介護保険がまだ始まる前に、福岡県の社会福祉施設の状況を国や県が発行している資料をもとに調べてみたことがあるんですが、特に筑豊一帯を中心にして、特別養護老人ホームと障害者の入所更生施設とか授産施設というのは、全国的に比べて非常に高かったんですね。その状況が傾向としては今も続いていて、施設依存度が高いまま進展してきています。

それから、私の知る範囲ですけれども、筑豊一帯の人たちの感覚としては当然、施設に入るよりも、できる限り家族に依存しながら居宅で生活をしたいというのはあるんですが、実態としては職がないので、若い人たちが職を求めて県外あるいは福岡市、北九州市に出て行って、親と同居するという実態自体は奪われていっているんですね。だから、気持ちはありつつも、施設に入所しなければいけないような要介護度になっていくと、あるいはその不安度が高まっていくと、今、施設入所は要介護3以上とかなり厳密に言われるようになってきましたけれども、1、2であっても施設入所を希望するという傾向があります。

だから、その実態との関係でいうとちょっとどうかはわからないんですけども、住民感覚としては施設依存度が今も高いということでしょうね。なおかつグループホームは総量規制がかけられているので、なかなか思うように利用も進んでいないというような非常にアンバランスな状況があるんじゃないかなと思うんですね。それが、広域連合全体で見ても、大きく影響をしているかなと思います。

また、支部ごとに見ると、広域連合は広く広がっているのですが、広域連合としての傾向というのはなかなか語りづらいという状況なのかなと思います。この間も、芦屋町のほうで新規の施設建設のあり方にかかわったんですけども、待機者が非常に多いんですね。町内だけで80から90人いらっしゃる。だけど、それはほかの町にも同様に、あいたときには希望を出す、ほかの町からも希望が出ているというようなこともあって、なかなか実数はつかみきれないというのが、どの市町村のレベルでいっても、そうかなと思うんですね。そのあたりをきちんと分析するのは非常に難しいところがあるかなと思います。

#### 【狭間委員】

もちろん施設がたくさんあること自体は、選択肢が利用者にとって多いということで、悪いことだけとはいえないと思うんですが、ちょっと居宅介護サービスのほうの利用率が低いようで少し気になります。

以上です。

#### 【事務局】

補足をよろしいでしょうか。今日お持ちじゃないかもしれませんが平成24年度運営状況報告書の中からトピックスを抜粋した資料を作成しています。その資料の47ページに、先ほど口頭で説明しましたように、具体的に各サービスの9月時点での実利用人数を、同月の実要介護・要支援数で割ったものをお示ししています。

その中で、例えば、介護老人福祉施設の利用割合は広域連合は9.6%です。要支援者・要介護認定者が100人いらっしゃったら9.6人の方が利用されているという状況です。それに対して、全国値は8.71%です。老人福祉施設に関しては全国値の1.1倍ということです。

同様に老人保健施設に関しては全国値6.31%に対して1.22倍、療養型医療施設に関しては1.69倍です。まだ療養型のほう使われている方がいらっしゃるということになっています。療養型については、いずれ移行が進むと思いますが、広域連合の場合はぎりぎりまで移行しない状況があるのか、この時点では1.69倍となっています。3施設に関しては全て全国値を上回っている状況です。ご参考までに。

#### 【狭間委員】

そうすると、ここに挙げられているそのほかのサービス、3.09倍上回ったとかいうのがありますが、それと比べると、そこまで劇的に上回ってはいないんだという判断ですね。

#### 【事務局】

そうですね。施設は一回入所されると長期にそこのサービスを利用される方が多くなっていますので、あまり月によっての変動はないようです。

#### 【井上委員】

全国平均値とこれを比べること自体に、そんなに意味はないと思うんですよ。特に過去のデータと比べても、急速に高齢者人口が増えていますから、例えば、急速に増えている増え方の偏差を出してどうなのかということを議論するなら意味があります。過去のデータはあまり使えないと思ったほうがいいと思います。将来推計値だけを考えながらやっていかないと、保険財政は破綻するんじゃないかなと思うんですよね。

それからもう一つは、全国平均値と比べるのも、ある意味でどの位置にいるかという概要はわかっても、ピンポイントで自分がどこの位置にいるかというのは推定できないと思います。なぜかという、地域の人口構成、例えば福岡市と郡部を比べても、若年人口がすごく多い福岡市と、もとの人口構成比が全然違う地域を比べても、例えば東京都と福岡県にしても、意味があまりないと思うんですよね。だから、全く比較値がないと推計できないという部分があるので参考にはなっても、これが絶対的な基準になるとはいえないんです。

それから、もう一つ要因があって、提供施設の種類の地域によって偏在が違いますよね。だから、入所系が多いところは当然入所のほうにということになっていくでしょうし。施設がなくて入所ができない地域もあるわけで、そうなってくると、在宅の比率、訪問介護系のサービスの比率が増えていくわけです。

そういったもろもろの重要な要因を省いて、ただ単にその平均点で出していくというのは、参考にはなっても、決定的な数値にはなり得ないと思うんですけど。

#### 【田代委員】

私も同じような意見だったんですが、5年ぐらい前にこの会議で、産炭地施策もあって、今、委員長がおっしゃったように、すごく疑問を感じたんですね。筑豊地区がなぜこんなに施設が多くて、朝倉とか広川・黒木地区が少ないのかということで疑問に思っていたんですが、やはり施設があると、入る人は入るところで、保険料も3段階に分かれて高額だったということの疑問でした。

今、井上委員がおっしゃったように、高齢者人口がどんどん増えます。それから、グループホームも平成18年の介護保険法の改正以降、規制がかかりましたが、それまでに筑豊地区は随分できているんですね。だから、3施設プラスグループホームが多かったところとそうではないところの格差というのか、今日いろんな地域から事務局の方もみえていらっしゃいますが、今そこに住んでいる人たちが何を望んでいて、足りないところをどうしていくのか。

それからもう1点。後から出てくるかもしれませんが、地域包括ケアシステムを国が

考えているんだけど、なかなか進まないその要因はどこにあるのか。複合型ゼロなんです、複合型を増やせばどうか。小規模多機能というのは今まで福祉系の軽い人たちが入っているんですが、もうちょっと重たい人、要介護度が高くなる人がどんどん入ってくるにつれて、必要な施設がこれからもっと求められると思います。今どのような状態であるのかというニーズ調査というのが、ほんとうに必要なかなと思っているところです。

#### 【小賀会長】

ありがとうございます。お二人のご指摘どおりだと思います。

それで、来年は第6期の事業計画の検討に入っていくということになるんですけども、大体これまで、次の事業計画に入っていくときには、連合内の過去データと将来の推計値というのが一定程度資料としてきちんと出されてきますので、改めてそこで検討していく必要があるかと思います。今のご指摘を改めて事務局にも頭に置いていただいて、連合内の過去データと将来推計値をしっかりと出していただきながら、連合内の利用者、あるいは利用者になるであろう方々がどういうニーズを持っているかというところを把握していく必要があるかなと思います。

一方では、私の母親の介護の経験から思うのは、現実的には、今ある利用できるサービスをケアマネが判断をして、その中で、例えばうちの母親が何を使えるのかといったような枠組みが最初に来ますので、なかなかニーズがあっても、そのニーズを受けとめることができないという介護保険のあり方の現実がありますよね。だから、我々としては、次期の計画をつくっていくときに、どういう方向に誘導していくのかという、そのあたりの考え方を鮮明に打ち出していかないと。当事者本人も家族も、実は自分たちのニーズがよくわかっていないというようなことがありますので、主導的にこうしたらどうですかというふうな事業計画を打ち出していく必要があるんだろうなと思うんです。そのときに、より柔軟に現場の方々が対応できるような計画のあり方がお示しできるといいのかなと。非常に難しいんですけども、そんなふうに思っているところです。

そのほかはいかがでしょうか。

#### 【今里委員】

資料2の介護予防事業です。私も歯科医ですし、口腔ということで市町村の事業にもかかわってきているんですけども、いわゆる要介護になってしまって手を打つというよりも、大きくは予防というのが前提に話されていくべきことかもしれないなと思っています。

単独で、運動、栄養、口腔ということで見ていきますと、運動は、まあそれなりに伸びて効果的に回っているのではないかと思いますけれども、栄養のほうは少しずつ下がってきている状況、それと対になりますけれども、口腔。高齢者支援の担当の課の実績を見ますと、地域では、口腔、栄養が少しずつ伸びてきて、量が上がってきているとい

う状況も少しあるんだそうです。ということで、平成21年からずっと段階的に少しずつ見てありますけれども、このことに関して、何か少し分析があれば教えてほしいんですけど。

**【小賀会長】**

いかがでしょうか。

**【今里委員】**

私もちょっとこの発言に関しては、実際の利用状況でございますので、施策的なものとは少し話が違うんでしょうけれども、実態に応じた見方というか分析というのが必要ではないかということで申し上げたところです。なかなか答えられないのであれば、よろしいです。

**【小賀会長】**

関連してのご質問があるそうです。

**【井上委員】**

資料2の2ページ、客観的効果の状況で、表の例えば要支援のところや二次予防のところ、今のご質問に関連することですけど、口腔リスクとか、うつリスク、認知症リスクとあるんですけど、このリスク判定はどういうふうな方法でやられているんですか。誰がチェックするんですか。

**【小賀会長】**

事務局からまず、お答えいただけるでしょうか。

**【事務局】**

報告書の13ページに、状態像リスク項目の変化の状況というのがあるかと思えます。客観的効果については国の25項目のチェックリストの判定に基づいてリスク要因を集計してつくったものです。

**【井上委員】**

どなたが判断するんですか。

**【小賀会長】**

いかがでしょうか。どなたが判断するのかということなんですけれども。

**【事務局】**

アンケートの回答はあくまでご本人です。包括支援センターの職員等がヒアリングしながらご本人が回答します。

**【井上委員】**

うつ病の人が自分でうつ病と書くんですか。例えば、訪問看護師さんが、ある程度判定するという事ではないんですか。

これは客観的判断が全くなくて、ある一定の医学的な状況を判断するのであれば、本人の記載でチェックリストをすること自体の意味が果たしてあるのか。それをまた経年度ごとに比較していくというのは何か意味があるんですかね。

**【小賀会長】**

いかがでしょうか。

**【井上委員】**

まあ、いいです。

それと、7ページですが、二次予防事業の費用額の状況で、支部別で、遠賀支部だけ何でこんなに高いんですか。

**【小賀会長】**

いかがでしょうか。

**【事務局】**

二次予防事業の費用額に関しましては、構成市町村から、その年に実施されたもののご報告をいただいています。報告書の68ページの折り込み資料をみると、遠賀支部は費用額1,878万9,000円、この中で、事業委託料として1,200万、そのうち人件費は659万ということで、それを参加された人数で割り戻した結果が一人当たり35万5,000円となっています。事業については委託でやられているとどうしても費用的なものは高くなってきます。事業の展開の仕方に関しては広域連合の方から指導はしていないんです。一番住民に近い市町村で、その地域の実態に即した事業展開されていますので、そのご報告を受けた結果が35万5,000円ということです。

**【小賀会長】**

わかりました。

**【井上委員】**

ある程度指導されたほうがいいんじゃないんですかね。やりっ放しで何でも上げられれば全部通っちゃうということなんですかね。

**【田代委員】**

これ、地域支援事業になるんですかね。3%の枠内でできるようになっているから、市町村の権限になるんですよ。

**【井上委員】**

わかるんですけど。ちょっとあまりにも。悪いと言っているんじゃないくて、それぞれご事情があるんでしょうから。でも、ある程度のところは、やっぱりちょっと考えていただいたほうがいいんじゃないんですかね。これ全部がこの金額になってきたら、連合全体で費用が3倍になりますよということです。

回答は特にありません。

**【小賀会長】**

例えばこの遠賀支部の中で、どの自治体が特に高いのかといったようなことも含めて、一度精査をしたほうがいだろうなと私も思いますね。その上で、遠賀支部全体であるとか、特に高くなっている自治体が、必要なサービスとして提供した結果であると分析をした上で把握できていれば、それは問題ないと思うんですけども、そうじゃなくて、事業者が優先して、先導しながらこういう結果が出ているということであれば、連合からも一定の見解として、指し示していく必要があるだろうと思います。

これにつきましては、次回の会議で改めて、わかっている範囲のところをお示しいただくということで、井上委員、よろしいでしょうか。

**【因副会長】**

私も発言していいですか。

**【小賀会長】**

どうぞ。我慢していらっしゃったんですか。

**【因副会長】**

いえ、聞いておりました。

今の質問、7ページ、最後のページですけど、遠賀支部が高いというのはほんとうに高いんですよ。これだけ二次予防に力を入れておられたら、介護サービスを受けている人が減るかということ、資料1のほうの7ページで見ると、介護サービス、介護予防サービスとも遠賀支部は高いんですよ。介護予防の効果とのクロス集計をしていただい

て、当然お金も含めて、どれぐらい使っていたらこのように介護に移行しなくてよかったとか、あんまり効果がなかったとか。そういうクロス集計をしていただけたらありがたいと思っています。

全部見ていて、数はわかります。数はよくわかりました。でも、なぜそうなっているのかということの読み込みが私自身できなくて、さっきおっしゃっていたように施設が多いから施設に流れているとか、そうではないとか。もしくは、ケアマネの誘導の問題があるとか、その辺が読み取れるといいなと思っていますので、どうぞその辺よろしくをお願いします。

#### 【小賀会長】

どんな介護予防事業に取り組んでいるのかという内容もわかってくると、具体的な検討に反映できるかなと思いますので、よろしく願いたします。

そのほかいかがでしょうか。

#### 【長野委員】

お話の中に少しだけ関連していくかもしれませんが、資料2の5ページ、私ちょっとわからないので教えていただきたいんです。改善終了者、改善終了率というようなことですが、何をもって改善終了としているのかというところをちょっと教えていただきたいんですけれども。

#### 【小賀会長】

いかがでしょう。

#### 【事務局】

こちらの二次予防の部分は、二次予防対象者となったときに、包括支援センターのほうにその対象者が行かれます。そのときに対面で聞き取りを、その包括支援センターの職員の方がされます。それで、その事業を実施されて、三カ月後に初回調査をした者に対して、状態像はどう変わりましたかということで、また聞き取りをします。その結果、「これだと、次、継続してしなくても、ご自宅で今までどおり続けられたら大丈夫でしょう」というアドバイス等あろうかと思うんですね。そのタイミングで、包括支援センター、市町村のほうで判断をされて、その3カ月、無事プログラムを終わられたということで改善。もし、それじゃ足りなくて、もう半年間、もう3カ月来られますかということになれば、予防的にあと3カ月間で延長されるという形で、窓口のご判断になるかと思っています。

#### 【長野委員】

そのときに、そうした客観的なデータというのが、チェックリストを見比べて、ポイント的に何ポイント以上、上がった人を改善者とみなすとか、そういった決まり事というのは何かあるんですか。

**【田代委員】**

あります。基準があるんです。チェックリストの25本中の何項目以上というものが。

**【長野委員】**

それとそれをあわせて、点数、客観的なデータを出して、ある一定以上にポイントを上回ったら改善者ということでもいいんですね。改善をしなくてやめていった人と、ちゃんと改善をしてやめていった人というのは、きちんと区別されているデータということで考えていいんですか。

**【小賀会長】**

いかがでしょうか。

**【事務局】**

広域連合は国の調査と同じような方法をとっていますが、その国の調査票の記入項目では、参加した人の中の内訳として、改善により終了した方、今年度末まで継続した方、悪化により終了した方、死亡した方、その他の方という形で区分されている状況にはなっています。

**【長野委員】**

すみません、もう一つだけいいでしょうか。

私がちょっと気になったというか、わからなかったのが資料1の3ページの表の中で、施設利用者に対する要介護4～5の占める割合は、全国的にはポイント下回っていますというところで、実績値57.13%というところ、多分これは施設利用者ということだから3施設だと思ってしまうんですが、私はもともと特別養護老人ホームにいたので、特別養護老人ホームに限っていうと、今、待機順位をある程度点数化される中で、順位が上下していくということが決められているかなと思います。そのことから考えると、待機者として上位に行かれる方というのは、大体、介護度的に4とか5とかの方々がほとんどなんですよね。そのことから考えますと、私自身は、57.13%という数字が意外な数字と思った部分の一つあります。これは、今言ったように特別養護老人ホームのことだけなので、ほかの3施設含めると、このような数字になるのかなという思いがあるんですけれども、そのあたりで、どうしてこのぐらいの数字が出てきているのか。さっき言ったように特別養護老人ホームだけでなく、3施設の合計値としてこのような数字に

なりましたということであるのか。

あと、もう一つ気になるのが、特別養護老人ホームのことで言うと、要介護4から5の方々というのは、順位的には上位に出てくるんですけども、ただ、実態的にその方々が入所しているかどうかという、これも私の勤めていたところだけのことでしか言えないので全体の数字がどうなのかはわからないんですが、大体重度の方というのはほんとに重度なので、なかなか施設に入れない。なぜかという、胃ろうであったりとか、その他いろいろな高い医療ニーズがあるから、特別養護老人ホームの入所の対象ではないというところなんです。

施設側としても大変です。なかなか次が見つからない。です。ので、待機者が何百名もいるにしても、うちなんか決まらなくて、空き室がずっと1年近く出ているような状況もありました。そういう意味で、要介護4から5の方は、いるんだけど入れずにこのような数字にとどまっているのか。そのあたり、もしおわかりになれば教えていただきたいなと思います。先ほど待機者のこととお話が上っておりますけれども、ふと思ったんですが、待機者が今どういう状況であって、どの程度の方々かということ把握しておくということも何かちょっと大切なことじゃないのかなと、これは意見ですけども、ちょっと思ったところであります。

質問としては、4から5に占める割合が57.13%ということに、何か要因であったり、理由というところを、もしわからなければいいですけども、わかれば教えていただきたいなと思います。

#### 【小賀会長】

いかがでしょうか。

#### 【事務局】

これは、実際入られた方、入っておられる方の比率を出したんですね。先ほども言いましたように、上のほうの数字は、まず第3期の事業計画をつくる折に、事業計画書というのは国のほうで指針が出まして、指針にのっとった形で各保険者がつくりなさいという指示になります。

その指針の中に参酌標準値ということで当初、施設及び居住系サービスの利用者に対する要介護2から5に占める割合を37%程度にしましょうというのが示されました。かつ施設利用者に対する要介護4、5の占める割合としては、集中的に重度化された方を入れてくださいねという意味合いもあったかと思うんですね。それで、入所されている方の部分の70%以上、4、5の方にしましょうということだったと思います。

その後、第3期、第4期、第5期という形で、事業計画を策定してきたんですけども、どうしても介護保険が始まる前に、特養に当時入所されていた方とか、どうしても生活様態で、田川地区、筑豊地区におきましては独居の方が多かったという理由もあっ

て、施設利用の方が多かったんですね。そういう中で、まず、70%以上という実際に入られている方のうち、57.13%の方が4、5。残りはそれ以下の要介護の方が入られているということです。

あくまでも入られた方の比率ですので、入った方は全国平均に比べても1.2倍程度、広域連合のほうは利用者が多いです。その多い利用者の中で、4、5の占める割合が57%。計画値では61です。大体、今入られている方が出ていくということは無理じゃないでしょうかということ議論を進めてきたと思います。それでもやっぱり、どうしても重度化されている方に関しては、入所期間が短いんじゃないかなというのが一つあります。結果としては、計画値は61.3%で見込みましたけれども、実績としては57.13%で推移しています。これは自然淘汰の部分もかなり入っているのかなと。将来的に制度改正が行われた場合に、3以上の部分でということになってきますから、よりこの部分の比率としては上がってくる傾向にあるのかなと。

ただ、今入られている方に関しても、施設に入られている方というのは、ほぼ現状維持、もしくは改善があまり期待できない方になってこようかと思っておりますので、必然的にこの部分に関しては、70を超える形になってくるのかなと思います。

**【長野委員】**

この施設利用とは3施設のことですか。

**【事務局】**

そうです。

**【長野委員】**

その3施設による差はあるんですか。

**【事務局】**

ここの部分は、報告書のほうを実際に見てみたんですけども、もう施設系で全部まとめた報告書にしているんですね。実際先ほど何点かご指摘があったかと思っています。ただ、この検証委員会の位置づけとしては、つくった計画と実績がどう絡んでいっているのか、一番最初に小賀先生も言われましたように、計画を立てた初年度のデータを今日お示ししています。どうしてもこの会議は検証委員会になりますので、過去のデータと向き合う形で、計画値とどう変わってきたのかというのをご議論いただくという会議です。

先ほど、委員の方で、これに意味がないというふうな形で言われましたけれども、計画をつくったらそれに対して、過去どうなってきたか、現状今、どの位置にいるのか見てくださいということが義務づけられています。計画をつくったものに関して、つくり

っ放しでいいのかということがありますので、それが問われているところです。

先ほど言われたように、将来的にどう変わっていくのか、将来のニーズはどう変わっていくのかというのは、3年に1回計画をつくり直す策定委員会の中で、将来推計等をお示ししていきます。将来推計をお示しするに当たって、今現在このぐらいのところにありますよと。うちが今拾える部分に関しては、全国と比較する数値でお示しをしています。それに足りないということがあれば、策定委員会の中で、またとっていく形になるかと思うんですね。だから、この資料に関して、足りないところは当然あるかと思えますけれども、過去のデータに意味がないということはないと思っています。過去のデータを踏まえて、3年に1回将来推計を立てますので、その次、来年度以降、26年度になりましたら、27、28、29、3カ年分の第6期の計画を立てることになるかと思えます。

ここにお示ししたのは、あくまでも現在の実績に関する部分でお示ししていますので、今、委員がおっしゃる部分は施設ごとに出せますので、その分はちょっと次回まで待っていただければと思います。

#### 【長野委員】

私はもっと重度化になっていてもいいのかなと思いました、感覚的な数字としては。自分自身の経験的な数値としては、もう少し高くてもいいのかなと。思ったよりも低くて、それはなぜかなとちょっと思ったので質問させていただいたところです。

#### 【田代委員】

よろしいですか。看護職が特養には四、五人しかいないんですよ。7名いるところもあるんですが、だんだん重篤化してきているんですよ。胃ろうをつけた人、喀痰吸入しなきゃいけない人ということで、痰の吸引の研修とかも看護協会はやっています。重度化になってきていて、徐々にこの数が重度に向かっている。でも、さっきおっしゃったように、元気な方が入ってらっしゃったときの分もあるので、早急には難しいかもしれません。でも、重たい人がそこにもっといらっしゃるということを含めると、やっぱり今後何らかの対策が必要になってくるのかなと思います。

#### 【山口委員】

長野委員の先ほどのご意見は、最初の施設の話と関連してくると思うんです。この資料は利用率のデータしか見えてきませんが、高齢者人口だとか、高齢者の個々のニーズ、状態に対して、単純に施設が供給過多になっていないか。施設が多過ぎないか。もしくは在宅サービスが不十分なのか。在宅サービスが不十分としたら、どのサービスが具体的にどれぐらい不十分なのかという部分を精査していただきたいと思います。

それと、一つ質問があります。資料1の7ページになりますけれども、粕屋支部の訪

問看護、訪問リハビリテーションが突出しています。それから同じく粕屋支部は、介護療養型医療施設が多いんですね。なぜ粕屋支部だけが、こういった医療系が高くなっているのか、理由がもしわかれば教えてください。

**【小賀会長】**

事務局でおわかりになりますか。

**【事務局】**

データというのは持ってはないんですけども、粕屋地区がもともと医療系、病院とか診療所が非常に多い地区でございまして、その影響というのが一番大きいかと思えます。みなし指定で受けられるものですね。そういったサービスとしても、病院に通った方がそのサービスを使いたいというニーズも出てくるということもございまして、そういった観点から医療系サービスが多いと思っております。

以上です。

**【井上委員】**

事務局のほうに誤解があるようなので、もう1回申し上げておきますが、意味がないと申し上げているのではなくて、これは過去のデータとしてそれでいいでしょうと。将来設計をしていく上では、この数値の単純な比較だけではなくて、その数値の裏にある地域の現状とか、そういったものをきちんと分析しておかないと、この数字が生きてきませんよと申し上げているわけでありまして、そこは誤解なきようお願いいたします。大変なご苦勞をしてまとめられているというのは、よくわかっておりますので、単純にこれを否定しているわけではございません。

それからもう一つ、これはまたこの検証という名前の委員会の範囲を逸脱するのかもしれないんですが、これから将来の推計をしていくのであれば、介護保険というくりではなくて、その地域の医療介護の包括したものを持ってないと、今度は医療提供サービスのほうで、かなり急性期、療養型病床とかが変わってきますので、おそらく介護に落ちてくる方が非常に多くなってくると思うんですね。医療ニーズが高いから、介護病床に入所、入院されている方が上からずっと順番に、急性期の部分の定義等がずっと変わってきますから、どんどん下にずれていくことになると、介護サービスを受ける比率が高くなっていくと思えます。

例えば、喀痰の吸引についても、今まで医療系しかできなかったのが、介護系の職員でもトレーニングにさえ受ければできるようになってきます。そうすると、療養病床とかそういう医療度の低い病床に入院していた医療系の方が、ちょっとした中長期的な期間を経て、おそらく介護系の施設に移ってこられるようになってくると思えます。そういったものも踏まえて、これから数字の検証もしていけないといけないのかなというふ

うに考えております。

#### 【田代委員】

今の意見に同感なんですけれども、私は県の在宅医療委員会部会に入っていて、やはりずっと落ちてこられた方の在宅での看取りを増やしましょうと。福岡県というのはワーストなんですね。それで施設も在宅の部類に入りますが、医療機関ではない、居住系のところで看取りまでしていけるように。どんどん重たい人が在宅に移ってこられますので、ぜひ地域包括ケアシステムで。

先ほど粕屋が出ていたんですが、粕屋は国立東病院を中心に、在宅ケアに地域包括システムでチームを組んで参加しているところですし、宗像医師会も含めて訪問看護も頑張っているんで、多分このデータにあわれていると思うんですよ。医療系もちろん多いですし。

ほかのところも今後このような傾向になることは想定されるということで、あくまでもさきほど事務局がおっしゃったように、今回のこの資料は評価ですけども、今後の介護保険策定をされるときには、やっぱりそこら辺のニーズ、それから国の流れも含めた上で検討していかないといけないのかなと思います。これから複合型がもっともっと増えてくると思いますし、そこら辺の地域包括ケアをどのように粕屋以外にも進めていくかということが、なかなか進まないんですけども、課題になると思います。

#### 【小賀会長】

私から一言、言わせていただいて、休憩を一度とりたいんですけども。

私たちの守備範囲というのは、はっきり決まっていますので、そこはきちんと整理をして議論しないとイケないと思っています。その上で、守備範囲を逸脱せざるを得ない議論というのは絶対に出てくる。それは、関係する各機関に、連合の検証委員会としてはこんなふうを考えているんだけども何とかならないのかといったような発信をやっていく必要があるんだろうなと思うんです。

例えば、どんどん介護保険のあり方が切り刻まれていまして、先週、その地域密着型サービスの委員会がここであったんですけども、何が議題になったかというところ、連合内の特別養護老人ホームに増床があっているんですね。増床については、現行の基準なので、ユニット型でつくられていくわけです。ところが、既存の増床した特養は多床型なんですね。多床型はこれまでどおり県が管轄をするけれども、ユニット型の部分は連合が管轄をなささいというので、既に一度、県が審査をしてオーケー出しているにもかかわらず、もう1回連合で審査をしてオーケーを出し直せという指令だったんですよ。

で、事業者としては、そんなとんでもないことがあるのかという感覚ですよ。一体のものとしてやっているわけですから。でも、国がそういう考えを示しているんで、

都道府県はそう動かざるを得ないと。そうすると、同じ施設の中で、基本的には職員一体として動かしたいというのが事業者の思いなんでしょうけれども、それが、多床型とユニット型では職員もきちんと分けろと。もちろん兼任していい部分もあるけれども、兼任してはいけない部分もあるというふうになっていくと、同じ介護を実施しているのに、そこも切り刻まれていくという感覚が私の中ではあって、個々の自治体に何をしてほしいのかという国の施策もさっぱりわからなくなっているんですよ。

ですから、ひとまずやっぱり連合が、介護の連合体として集まっているので、介護の連合体としてできることはきちんとやろうと。守備範囲を超えているものについては、関係方面なり関係自治体、あるいは県、国も含めて、これではとつても厳しくてやっていけないと、もっとこう変わるべきではないかという提案が我々の中でまとめられるのであれば、まとめられる部分だけでも出てくるのであれば、そうしたご提言を別に行っていく必要があるかなということをやっています。

私の今の考えに対する意見も含めて、休憩の後に出していただければと思いますので、よろしくをお願いします。

じゃあ、今から10分弱ぐらい、休憩をとりたいと思います。

— 休憩（11：20～11：30） —

#### 【小賀会長】

そろそろ再開をさせていただきます。

この後、まだ議題2も残っておりますので、あと少しだけですけれども、議題1に関して、これだけは言っとかないと今晚眠れないということであれば、ぜひお願いいたします。

#### 【事務局】

事務局から一言よろしいでしょうか。

広域連合の形態、広域連合が33市町村の中でできることを考えますと、どうしても基本計画マスタープランのところの整理しかできないですね。それを構成市町村のほうにお伝えいただくということで、本日も支部の事務長さんのほうにご協力いただいているところです。

実際に地域密着型のサービスに関しては、市町村で地域の実情に合わせてプログラムを組まれています。広域連合ができることは、予防効果測定結果の報告書を全ての市町村にお送りして、自分のまちはこのようなことでやっていて、ほかのまちはどんなことをやっているんだろうということを考えるときの参考にしてもらえるようにすることです。構成市町村すべてで意見交換等をする機会が少ないので、報告書の中で33市町村が実施されていることに関して一覧にまとめて提示しているところです。

住民のニーズ把握ということについては、広域連合のほうでの取り組みとして、平成

22年度から二次予防の把握事業に関してはチェックリスト郵送でできるように変わっていったとありますので、今年から広域連合の33市町村のうち11市町村で、国の日常生活圏域ニーズ調査をもとに実施しています。

来年は33市町村全てで実施して、できれば全域でニーズを捉えていきたいと思っております。広域連合全体で高齢者は約19万人、おいおい20万人に届くであろうと思われるなかで計画策定年度だけ3年に1回だけのニーズ把握だけでほんとうによいのかということもありましたので、そのように考えていますし、計画を立てた翌年からは、検証委員会のほうにお願いをして、そのまま継続的に策定委員会に入って、あくまでも3カ年の計画は3年前から検証しつつやっていくという形で、検証委員会プラス、委員の方にはそのまま、来年になりましたら策定委員のほうにお願いに上がろうと思っております。

不足なところも多々あるかと思えますけれども、できる範囲で広域のほうで、市町村の末端のところまで、住民の方の顔を見られないんですけれども、十分に把握できるような形で事業展開できないかなと考えているところです。取り組み中の事業に関しては、もう少し形になったところで、策定委員会なり検証委員会の中でご報告させていただきながらやっていこうと思っております。

これだけ言えれば私、寝られますので、この一言だけちょっとつけ加えさせていただきました。

#### 【小賀会長】

ありがとうございます。事務局だから言っただけはいけないということはないと思っております。ひっかかることがあったら何でも言ってください。

そのほかいかがでしょうか。

よろしければ、議題2に移っていいでしょうか。

### 地域包括支援センター支援策について

#### 【小賀会長】

では、本日の議題2ですけれども、この間、各構成市町村が地域包括支援センターを位置づけてまいりまして、その支援センターに対して、連合全体としてどのような支援を実行していくのかということも含めて、事務局からご報告をお願いいたします。

#### 【事務局】

それでは、お手元の資料3をお願いします。

包括支援センターの支援策といたしまして、まずその活動状況を確認するところから入ろうということで、本年度、地域包括支援センターのヒアリングに回っております。

目的ですが、本年度で地域包括支援センターが支部単位から市町村にすべて移行いた

しましたので、その効果と課題について把握をしたいというところで回っております。

ヒアリングは、11月11日から今週の終わりまでで実施するというところでやっております。現在、28市町村実施済みで、あと5市町村残っておりますけれども、そちらが終わり次第、データをまとめて報告書という形でまたお示ししようと思っております。

調査票の中身ですけれども、1年目、初年度と2年目以降はやはり尋ねるところは変えようということで2パターンつくりました。24年度移行市町と今年度移行市町というところで分けております。今年度移行したところにつきましては、昨年度実施した調査票と同じものを使用して、比較するような形で並べていきたいと思っております。

聞き取りの内容ですけれども、市町村移行の効果等というところですが、全体としてセンターの周知は進んでいるという状況です。今までは支部センターということでワンクッションあったんですけれども、直接市町村運営ということが浸透しつつあるというところでございます。

ケアプランの作成につきましては、従来の支部単位のセンターがこれに特化していたようなところもありましたので、これについては特段問題もなくいっているという状況でございます。

市町村移行に伴いまして、新たに専門職——社会福祉士さんが採用されたりとか、人員面で充実も図られているところです。それと、これも重要なんですけれども、包括支援事業を進めるに当たって、行政内部だけでなく、地域との連携がとれやすくなって、ネットワークづくりが進むようになったというようなご意見をいただいております。

その次の課題なんですけれども、専門職種の雇用の仕方ですね。どうしても正職というのが難しく、嘱託採用になった場合ですけれども、包括支援センターの業務そのものというのが、一つの方向性でグランドデザインにかかわる部分もあるんですけれども、責任とその雇用形態が合っていないんじゃないかと懸念されているというのがございます。

それと、包括が市町村に戻ってきたところで、今までの市町村業務——予防事業であるとか虐待対応が、そのまま包括の仕事になってしまって、業務量が増えてしまっているというところがございます。それを受けるのであれば、それなりの人員の確保ができればいいんですけれども、必ずしもそうはいかないといったところで、先々の懸念材料になっております。

それから、医療との連携ですけれども、医療機関側のほうが多職種連携等のモデル事業にも参加されているところがあるようですので、こちらのほうについてはおおむね進みつつあります。けれども、それに携わっている医療機関であればいいんですが、そうでない方から同じような協力が得られるかといったら、必ずしもそうではないというところが課題として挙げられております。

それから、最後になるんですけれども、地域ケア会議につきまして、大きな問題ですのでお尋ねして回っているんですけれども、なかなか難しいところがあるようです。それにかかわるような会議、事例検討とか、そういうところの会議は当然されています。た

だ、国のいうとおりのきれいな形にはなっていないということです。例えば、医療機関、お医者さんが入っていたり、住民の代表の方が入っていたりとか、そういったところが欠けているので、国が示している形にはなっていないけれども、現状のベースになる部分は何とか活用しながらやっていきたいというところがございます。逆に、国がいうとおりにつくっているようなところもあったんですけども、そういったところにつきましては、ちょっと形式張った会議になって、かえって話が進んでないような印象を受けたところもございます。これからの運営次第かとは思いますが、なるべく動きやすいような形で、国もほうも言うておりますけれども、毎回全員参加するのではなくて、中身に応じて参加者を決めるとか、そういう形式も必要だと考えられます。そういった場合、要綱がつくりづらいという弱点があるんですけども、大きな形の要綱だけつくって実施しようとしているセンターもございました。

現状、まだヒアリングが全部終わっておりませんので、全て終わりましたら、また一つのまとまった形にして提供させていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

説明は以上です。

#### 【小賀会長】

ただいまの説明に関して、何か皆さん方からご意見、ご質問ございませんでしょうか。ヒアリングが全て終わって、全体の結果が出るのはいつぐらいになるのでしょうか。

#### 【事務局】

年度内には片づけたいなど思っているところですが、33市町村ありますので。ヒアリングの結果だけまとめるのであればいいんですけども、そこでうかがった内容も適宜加味していきたいと思っております。年度内には間違いなく完成する見込みですが、でき次第またお知らせしたいと思います。

#### 【小賀会長】

ということは、来年度構成される第6期の事業計画策定委員会には、当初から資料として提出はしていただけるという見通しで考えてよろしいですか。

#### 【事務局】

そのような方向で考えております。

#### 【小賀会長】

はい、ありがとうございます。

そのほかいかがでしょうか。

もう一つですけれども、今後の課題は大体、各市町村にこの支援センターが移行される以前からの課題でもあったかと思うんですよね。支部単位で地域包括支援センターがあった折にも、嘱託職員さんがかなりな比重を占めていて、これが市町村に移行されると、例えばその嘱託職員さんを使って、地域包括支援センターを運営していくというやり方が固定化されてしまわないかなと懸念をしていました。可能な限り市町村職員として、その方々が専門的な仕事をしていくというところでの見通しみたいなものは、事務局には今ございますか。

**【事務局】**

現状、嘱託の方が多いのは、一つは給与面の問題もあります。どうしても市町村で雇用しようとする、保健師さんであれば、ある程度給与の枠とかあるんですけれども、今までにない職種の方——社会福祉士さんとか主任ケアマネさんについては、どれを当てはめたらいいのかというところで、一般の職員を当てはめると、専門職に対する評価としては金銭的に下がってしまうというところが、どこの市町村もお悩みなところだと思います。かといって、給与だけ上げてしまうと、今度は町全体の報酬の体系にも影響してくるものですから、そのあたりのバランスがどうしてもとりづらいというような声は上がっています。

**【山口委員】**

先ほどの雇用に関係するんですけれども、法人からの出向を採用しているところはありますか。

**【事務局】**

ございます。どうしても即戦力な方をまず入れていただいているという観点もありますので、そこで在介の経験の長い方とか、そういった方を派遣していただくといったところもございます。

**【山口委員】**

どちらの支部、市町村ですか。

**【事務局】**

先ほどののは鞍手支部管内です。

**【小賀会長】**

そのほかいかがでしょうか。

**【田代委員】**

振り返りができてないのかもしれませんが、今後の課題の②のところですけども、これまで市町村が行っていた業務がセンター業務として位置づけられるというのは、やはり最終的な責任は市町村にあるわけですね、虐待防止だとか、介護予防事業というのは。だから、幾ら地域包括支援センターがやっても、それから上がってきた処遇、困難事例だとか、そういう最終的なものは当然、個々の市町村が持っていなきゃいけないところだと思うんですが、その人員不足の懸念というのが理解できませんでした。

**【事務局】**

通常であれば、市町村の高齢者福祉の担当部署があって、包括支援センターが広域連合管轄にあって、連携して動く実務部門は包括でいいんでしょうけれども、措置などの対応であるとか、そういったところの決定というのは町の行政のほうでやるといったところが、一体として包括支援センター係という形で位置づけられてしまって、そのあたりの判断まで迫られているというところがあります。

あと、予防事業については、これも必ずしも来ているわけじゃないんですけども、来る方向にあるというふうに懸念をされているところがございます。

**【田代委員】**

ありがとうございます。

**【小賀会長】**

地域包括支援センターにおける高齢者虐待対応が、個別具体的にどんなふうに取り組まれているのかというのが、連合の中ではよくわからないんですよ。

例えば、社会福祉士などが介入をし、家族関係を調整することによって何とかうまくいく、あるいは、ケアマネとの連携でマネジメントのあり方を変えることによってうまくいくというような場合もあるでしょうけれども、相談では何ともできないから、具体的な施設とかを使って、家族分離をして、虐待の継続を断ち切っていくといったようなことを考えた場合に、地域包括支援センターを抱える自治体だけでは何ともできない範囲ってありますよね。その自治体の中に特養はあるんだけど、常に満床で、そこで虐待されている高齢者をすぐに受けとめてもらうわけにはいかないと。そういう場合に、例えば連合内とのかかわりで、高齢者を即受けとめてもらえるような特養を探すのか、グループホームを探すのかといった連携とかとられているのか。

よく聞くんですけども、相談支援センターが最後のとりでになっていると。つまり、使える具体的なサービスが見当たらないから、相談を受けて、そこで何とか抑えていかざるを得ない。そういう実態なんかがおそらくあるはずなんですけれども、そのあたりがちよっとまだ見えてこないの、この各市町村に対する支援センターの支援のあり方

を考えていくときに、そこはやっぱり受けとめつつ、つまり個別具体的な問題として、どう解決していけばいいのかというところまでわかるようなヒアリングの仕方をしていただくとありがたいなと。あるいは、そういうところが既に出ているということであれば、それも含めて詳しく一度、来年度構成される事業計画策定委員会に報告をしていただくといいかなと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

そのほかいかがでしょうか。

特にございませんでしたら、全体を振り返って、最初の議題でも構いませんので、もうちょっとおきたいというようなことはございませんでしょうか。もし、帰る道すがら気がついたら、次回3月ぐらいに会議をまた開きますので、その折にご指摘、ご質問いただいても構わないと思います。

一通り出尽くしたということであれば、次回、年が明けてから3月ぐらいと思うんですけれども、第2回目の検証委員会。その折には、今年度の事業の進捗状況も含めてある程度資料が出てくるかなと思うんですけれども。完全に年度が終わらないと、はっきりとした数値が出てこないんですが、年度途中までの資料が事務局から出されるんですよ。

#### 【事務局】

半期分出せます。今、報告書を、4月、3月でとりまとめています。給付の審査が2か月遅れますので、その分で半年分、10月の実績まで出ます。

#### 【小賀会長】

では今年度10月までの実績が出るということですので、それを含めて、また議論をしたいと思っております。

それで、次回の会期ですけれども、3月ぐらいを考えています。今日決まらなければ、また事務局から連絡いただきますけれども、ある程度決めておくと集まりやすいかと思うんですが、いかがでしょうか。

#### — スケジュール調整 —

#### 【小賀会長】

今回は、3月6日木曜日9時半から始めても事務局は大丈夫ですか。

#### 【事務局】

はい。

#### 【小賀会長】

では、9時半から11時半。きちんと11時半には終わるということでよろしくお願

いたします。

それでは、司会進行を事務局にお返しします。

**【事務局】**

ご議論ありがとうございました。

ただいまをもちまして、第3回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