

新たな介護保険制度対策特別委員会会議録

(平成27年9月24日)

栄町議会

新たな介護保険制度対策特別委員会

議事日程

平成27年9月24日（木曜日）午前10時00分 開会

事 件 （1）新たな介護保険制度と地域包括ケアシステムの構築

出席委員（12名）

委員長	橋本 浩 君	副委員長	大野 徹 夫 君
委員	菅原 洋之 君	委員	金島 秀 夫 君
委員	染谷 茂 樹 君	委員	藤村 勉 君
委員	松島 一 夫 君	委員	山田 真 幸 君
委員	野田 泰 博 君	委員	高萩 初 枝 君
委員	戸田 榮 子 君	委員	大野 博 君

出席委員外議員（1名）

議長 大澤 義 和 君

欠席委員（なし）

講師

千葉県健康福祉部高齢者福祉課介護保険制度班班長 木川 貴 美 子 様

説明のため出席した者

総務課長	長崎 光 男 君	健康保険課長	小出 善 章 君
福祉課長	埜 寄 久 雄 君	福祉課課長補佐	金子 治 君

出席議会事務局

事務局長 鈴木 正 巳 君 書記 野平 薫 君

◎ 開 会

○事務局長（鈴木正巳君） ただいまから、第4回新たな介護保険制度対策特別委員会を開会いたします。

◎ 開 議

○事務局長（鈴木正巳君） 開会に先立ちまして、橋本委員長からご挨拶をいただきたいと思ひます。橋本委員長、よろしくお祈ひします。

○委員長（橋本 浩君） 本日は、木川先生、わざわざお忙しいところ栄町までいらっしやうていただきまして、本当にありがとうございます。皆さんも今日、お集まりいただきましてご苦勞様でございます。新たな介護保険制度と地域包括ケアシステムの構築ということでございまして、今日のテーマでございます。最も、我々この新しい介護保険制度対策特別委員会ということで今回、4回目ということで考察を深めてきておるところでございますが、まだまだやはり、元々、元来、複雑な制度自体にまた今回の改正ということで、さらに複雑化しているということもございまして、今回もひとつしっかり研究していただき、私達一つの答えというのはなかなか難しいかもしれませんが、提言という形で意見をまとめていけるようにしていければと思ひますので、本日はどうぞよろしくお祈ひいたします。

○事務局長（鈴木正巳君） ありがとうございます。続きまして、本日は千葉県健康福祉部高齢者福祉課介護保険制度班班長の木川様による、新たな介護保険制度と地域包括ケアシステムの構築の講演でございます。木川様は県庁において第5期介護保険事業計画の策定時から介護保険制度に携わっておられ、県職員の中でも最も介護保険制度に精通していらっしやるかたでございます。現在は、講演や説明会で県内各地に出向かれ、たいへんお忙しい日々を過ごされていると伺っております。そのようなお忙しい中で本日の講演をお願いいたしましたところ、快くお引き受けくださいました。たいへんありがとうございます。早速、講演会を始めさせていただきたいと思ひます。それでは木川様、よろしくお祈ひいたします。

○講師（木川貴美子様） 千葉県健康福祉部高齢者福祉課の木川と申します。どうぞよろしくお祈ひいたします。本日は栄町議会のほうに、このように介護保険制度の特別委員会ということを設置されまして、貴重な時間をいただきましてありがとうございます。

先ほど委員長のほうからお話がありましたとおり、介護保険制度はたいへん複雑怪奇な制度になっております。もしかしたらご親族のかたとか介護保険を使うときに、改めて、介護保険制度はこうなっているんだなということで気づかれるかたも多いかと思ひますけど、今回、制度改正がありましてその部分も含めましてぜひ皆さまがたのほうに、少しでもプラスになるような話ができればいいなと思ひてお邪魔いたしました。ありがとうございます。時間を10時から11時ということで約1時間の時間をいただいておりますので、その中で

ポイント的なものをお話して、今後の皆さまがたのご活躍に帰すればいいなというふうに思っております。

それではまず最初に私のほうで提供させていただきましたレジメに沿ってお話をさせていただきます。

まず、1ページ目です。今回の制度改正にあたりまして制度の根幹というかちょっととしたその部分に触れて、それでお話をしていきたいと思えます。まず、介護保険制度の仕組みです。1ページに書いてあるとおり、一番下の加入者というところで、被保険者、まず第1号被保険者として65歳以上のかた、そして第2号被保険者として40歳から64歳までのかた。こちらの方々によって介護保険制度は支えられているという形になります。こちらのかたのかたがサービスを利用したい場合については、要介護認定を受けて、そして右側のほうに行きますけれどもサービスを利用いたします。その際に利用者の負担として1割、今回、制度改正によりまして一定の所得のあるかたについては2割負担をお願いするという、そういう改正がなされました。ですので、1割から2割を負担して、そしてサービスを受ける。サービスの事業者についてはその残りの9割から8割を左側のほうに行きますけど市町村、ですので栄町のほうにこの9割、又は8割を請求をいたします。そして栄町のほうはこのかかった分についての半分を税金、そして半分を保険料ということでここから賄って事業者を支払うというような流れになっております。

続きまして2ページをご覧ください。先ほど栄町のほうで払いますというようなお金の財源構成がこのような形になっております。半分が税金です。そして残り半分が保険料です。この保険料については第1号保険料、65歳以上の方が22%、そして40歳から64歳未満のかたが28%を負担しております。この負担率というのは、こちらの介護保険制度の3年に1回ずつ皆さまがたも介護保険料というのを昨年度末に議会のほうで通していただいたと思えますけれども、3年に1回ずつこの介護保険料というのは変わります。というのは、この介護保険のお金に向こう3年間にかけて、栄町のほうでどれだけの高齢者がいて、どれだけの介護サービスを使ってということ、3年分のお金を計算するんです。そのうちの半分以上を税金、そして残りをこの保険料ということで賄うために、この22%、28%が実際どれくらいになるのか。そして栄町の65歳以上の高齢者が何人いるのかということも計算して、この第1号保険料というのを決めるわけです。そしてこの保険料の22%、28%というのはどういう割合で決めるかといいますと、その保険料を決めるときですので昨年度のときに全国民の中で65歳以上のかたが何人いるのか、そして40歳から64歳までのかたが何人いるのかという頭数で割って、そしてこの%を決めております。それについては後から触れますけれども、段々若い世代が減っていくということから、この第2号保険料が毎回毎回、負担率が下がっている。反対に65歳以上のかたの第1号保険料の負担率は上がっている、そういう状況になっております。今回の第6期の介護保険事業計画、ですので平成27年度

から平成29年度まではこの第1号が22%、第2号が28%というこういう割合で介護保険料を決めているというような形になっております。

続きまして、3ページをご覧ください。議員のかたに1番馴染みが深いというか、第1号保険料についてここでもうちょっと触れたいと思います。介護保険の第1号保険料、65歳以上のかたについては、市町村ごとに決っております。ですので、栄町の介護保険料と成田市の介護保険料と佐倉市の介護保険料はみんなバラバラで、違っております。なぜ違うかという、その地域の中の高齢者の状況、介護保険をどれだけ使うかというのにもかかってきますけど、それで違ってまいります。その中で、千葉県で一番低い介護保険料は、今、四街道市です。四街道市はやはり前期高齢者といわれる若い高齢者が多いので四街道市が一番低い。反対に鴨川市が一番高いというような状況になっております。そして、第1号保険料はどのように決めるかといいますと、段階で設定するようになっております。第5段階、ここが標準段階と言われる真ん中の金額になります。本人が市町村民税非課税であって世帯に課税者がいる場合について第5段階、これが真ん中の保険料になります。そしてこの真ん中の第5段階を中心にして、所得の少ないかたについては割り引くというような形で段階を減らしています。そして、ある程度所得のあるかたについてはもうちょっと負担していただきましょうということで、右側のほうに段階を伸ばしているというような形で、これまでは介護保険料の低所得者に対する対策というのはそれぞれの市町村の65歳以上の高齢者の中でだけ完結させておりました。ですので、例えば所得の多いかたが多いところというのは、もうちょっとこの第1段階、所得の低いかたの割合を下げるということを市町村独自でやっております。ですので、たまたま銚子市の場合についてはこの第1段階を、最初から普通0.5のところを0.3にしております。そういう形で市町村ごとにこれまでは低所得者対策をやっていたわけです。標準の第9段階、きっと栄町は標準の第9段階だと思いますけれども、市町村によってはこの第5段階のもっと上の所得の多い部分について、段階を細分化しているところもあります。柏市あたりはこれを16段階くらいに細分化して、もうちょっと所得の多いかたからは左側見ていただくとわかるとおり、1.7倍ではなくて2倍とか2.2倍とかそういう保険料を負担してもらっているというようなところもあります。ですので、この保険料たす、この段階設定というのは、それぞれの市町村がそれぞれの実情に応じて定めているということでございます。ただ、今回、この市町村ごとに65歳以上の中で完結してもらっていた段階設定を、国のほうが初めて公費を投入してもうちょっと安くしましょうという措置をとっております。それが今回の介護保険制度の改正です。上に見ていただくとわかるとおり、消費税の増収分を使って、これまで、この左側にありますけれども第1段階、第2段階、第3段階この部分について普通は第1段階は0.5です。ですので、第5段階の半分というものをもうちょっと公費を使って0.3まで下げましょうと。今現在、0.45まで下がっています。これは消費税が完全施行にならなかったもので、第1段階として、今現在

0.5を0.45という0.05を削減するという形をとっております。平成29年4月に消費税が完全実施になった時点で、これをもうちょっと下げるといって低所得者については公費を投入して介護保険料を下げるというような形に今回の制度改正によってなされております。

続きまして、これがお金の部分を中心にした制度の中身なんですけれども、介護保険をとりまく現状というものを皆さんにお知らせしたいと思っております。6ページをご覧ください。介護保険をとりまく状況といたしまして、これにつきましては新聞報道等ですでに皆さん目にされている現状でございます。①といたしまして、65歳以上の高齢者が段々増えていきますよという図です。そして、その中でも75歳以上の高齢者というのが増えていきますというのが①の図になっております。そして、65歳以上高齢者の内に、認知症の状況の高齢者というのが段々増加していきまるといのが②の図です。そして③図は、まだ栄町の中ではそんなに多くないかもしれませんが、単独世帯、高齢者のみの独り暮らしの世帯や、そして高齢者のみ世帯のかたの世帯が増加していくということです。これが増加していくということはどういうことかと申しますと、3世代同居とかで、何となく生活の中で助けてもらっていたちょっとしたことに困る高齢者が増えてくるということです。ですので、ごみ出しとか電球の取り換えだとか、高いところに上がって電球を取り替えたりとか、そういう介護サービスまで必要としない、ちょっとした生活支援という部分について高齢者が困ってくるというのがこの③の図から見えるということになります。そして④です、これについては75歳以上の高齢者が特に都市部で増えてきますよというのが④です。皆さんご存知のとおり、日本創生会議が1都3県の東京都・埼玉県・神奈川県・千葉県が急に高齢者が爆発的に増加していった、その介護難民というのが増えるのではないかとというのがつい先日も新聞報道で賑わしたところでございますけれども、それについて地方移住していったらいいんじゃないかというような案も一つ示されたところでございますけれども、私のように介護をやっている人間としては住み慣れた地域で好きなところで暮らしたいということの高齢者の中で、それを地方移住させるというのはどういうことなのかというふうには思っております。高齢者を移住させるというのは、高齢者をお世話するかたも移住してもらわないといけないので、やはりその辺というのはどうなのかなというふうには思っているところでございます。

続きまして、7ページをご覧ください。ハイリスク高齢者が増える一方で、支える世代が脆弱化していくということです。先ほどから75歳以上の人口というお話をしています。これについて次のページをご覧ください。よろしいでしょうか。8ページです。75歳以上の高齢者が増えるということは、それはたいへんなことだろうというのは皆さん、肌感覚で思ってもらえるかと思っております。具体的にどういうことかということです。年齢階層別の要介護認定率を載せてあります。65歳以上の高齢者、第1号被保険者ですけれども、65歳に

なったからといって介護保険を使う人はそんなに多くありません。というのは65歳から69歳では3%位のかたしか介護保険使わないんです。ですので、97%のかたというのは保険料を納める一方ということになります。70歳から74歳になるとそれが倍になって6%、そして75歳から79歳になって、だいたい14%のかたが介護保険を使うようになるわけです。そして80歳から84歳、85歳から89歳という形になって85歳になると約半分のかたが介護保険を使うというようなデータになっております。因みに千葉県の場合は平成26年度末で介護認定率の平均、14.7%です。ですので、だいたい75歳から79歳までのこの14%というところがだいたい県の平均という形になるわけです。ですので、いま言われているのは「高齢化」というよりも「75歳以上の高齢者がどれだけ伸びて75歳以上のかたがどれだけ人数が増えるか」というのがポイントになってくるわけです。要介護認定率がこういう感じです。一方で、下の参考をご覧ください。後期高齢者医療、これは75歳以上のかたが使う医療です。そのかたは96.9%、実に75歳になるとほとんどのかたが医療が必要になってくるというわけです。ですので、医療と介護の連携というのがどれだけ必要かというのは75歳以上のかたが増えると介護も必要だし医療も必要だし、そういうかたになるのが75歳以上だということになるわけです。それを見ていただいて前のページに戻っていただきたいと思います。左側、認定率が高くなる75歳以上の人口の推移です。どんどん75歳以上の高齢者が伸びてきますよというのがこのトップになります。2,179万人のかたが、高齢者のなかで736万人のかたが85歳以上の高齢者です。1,442万人ということで、どんどんこの頂点に向かって、この頂点の部分がちょっとずれて平成42年が一番、人数的には多くなってきますけど、どんどん増えていく、これが平成37年、2025年です。ただ、これは増えていく、頂点がだいたい2025年ですということなんです。それで注意していただきたいのが、そこから75歳人口は横ばいになります。ただ、横ばいになる、75歳以上のかたが横ばいになるんだな、これはよかったではなく、今度は75歳以上の高齢者のかたの中身のなかで85歳以上の高齢者が伸びていくんです。ですので、2025年までは75歳以上のかたが高齢者で伸びていって、それ以降についてはその75歳以上の中でも85歳以上の中身がどんどん行ったり来たりしながら85歳の中身が増えていくということになります。ですので2025年までに地域包括ケアシステムを何とか市町村の中で作り上げていって、それ以降にもっとたいへんになる時期を何とかしましょうというのがこの図になります。一方で右側をご覧ください。40歳以上人口の推移ということで、介護保険料を負担する、先ほど28%のかたが40歳から74歳未満のかたで支えていますよといった介護保険料を支えてくれている40歳以上の人口が段々減っていきますというのがこちらの表になります。ですので、頂点の部分がこれもだいたい同じ2025年なんですけど、これがどんどん減っていくというのは先ほどの28%の負担が段々27%、26%、25%になっていって、そして65歳以上の高齢者のかたの負担が第

1号保険料としてどんどん増えていくという形になっていきます。段々、暗い話になってきてしまったんですけれども、それをどうしていったらいいかということのをこれからお話していきたいと思います。

9ページは、介護給付と保険料の推移ということで、これが介護保険始まった平成12年度、2000年度には介護保険料は全国平均で2,911円でした。それが、3年ごとに先ほど介護保険料を変えますといったのがどんどん伸びて行って、今現在、第6期では全国平均5,514円になっております。そして先ほど言いました2025年度にはそれが全国平均8,165円になるのではないかというような見通しがなされております。そしてこの8,165円というのは物価上昇率とかその辺のところを全くみていない数字になりますので、もっと伸びるのではないか、9,000円位になってしまうんじゃないかということのを国は見ております。

続きまして、次のページが千葉県の状況になります。千葉県の状況、この10ページは飛びまして、11ページをご覧くださいと思います。先ほどが全国の介護保険料です。千葉県の介護保険料の推移はどうかというのがこの11ページになります。平成27年度から平成29年度、これが今の第6期の介護保険事業計画ですけど、その中で千葉県の平均は4,958円です。これは全国で2番目に低い介護保険料になります。一番低いのは埼玉県です。2番目が千葉県、3番目が栃木県です、この3県だけが5,000円をきっております。それ以外の43の都道府県は全て5,000円越えです。全国平均は5,514円です。では、なぜ千葉県はまだ安いのかということなんですけど、それは先ほど言いましたけれども65歳から74歳までの介護保険料を納める一方だという前期の高齢者の率が、千葉県はまだ高い県なんです。なので、介護保険料がまだ低いという状況になっております。

続きまして、12ページをご覧ください。ここで栄町の10年後の介護保険の状況を見ていきたいと思います。第1号被保険者数65歳以上の高齢者の数ですけども、平成26年、平成29年、平成37年ということで、これは栄町が介護保険事業計画で載せてある数字を持ってきてもらいました。第1号被保険者数というのを見ていただくとわかるとおり、平成26年度に比較すると約1.3倍になりますので、高齢者はだいたい1.3倍になるでしょうということです。そのうちの後期高齢者はといいますと、75歳以上のかたが爆発的に増えるということの中で1.6倍になります。そう考えると前期高齢者の率はそんなに上がらないで後期高齢者の数が増えていくということになるわけです。そして要介護認定者数は1.7倍です。これはなぜかといいますと、後期高齢者の中でも高齢化が進むので、この後期高齢者の数よりも1.74倍ということでちょっと後期高齢者の数より多いのは、それだけ後期高齢者の中でも85歳以上の率が上がってくるんだなというのが見てとれます。そして介護保険のお金はどれだけ増えるかと言いますと、1.85倍ということで、お金はそれ以上増えますということです。この中で一つ見ていただきたいのが、介護保険の標準給付費、

介護保険のお金が増えるということはそれだけ介護サービスが必要だということになるわけです。ただ、考えてください、介護サービスが1.8倍に増えるとお思いでしょうか。今現在、介護サービスはある程度、介護人材が少ないと言われておりますので、介護人材が1.8倍に増えるかということです。そう考えたときに介護サービスだけではなくて、もうちょっと違う力を利用して高齢者を支えていくようなシステムを使っていかないといけないんじゃないかということの中で今回の介護保険制度の改正がなされているわけです。それをちょっと考えていただきたいと思います。

それでは、いよいよ残りの35分を使って制度の改正のほうに入っていきたいと思います。地域包括ケアシステムの構築ということで、14ページをご覧くださいと思います。今回の私の話の中にも入ってきますけど、地域包括ケアシステム、これは平成18年度から地域包括ケアシステムという言葉が出てきております。平成18年度、それは地域包括支援センターが市町村にそれぞれ設置するようになると言われて、そして高齢者が地域の中で暮らし続けていくための仕組み作りをそれぞれの市町村が実施してくださいというのが平成18年に出されました。ただ、地域包括ケアシステムは高齢者が地域の中で暮らし続けていくためにといても、とてもボアボアとしたようなイメージで、具体的にどうすればいいんだという話があると思います。その際に、平成23年度の法改正、平成24年度から施行された法改正によりまして、この地域包括ケアシステムの姿というこのポンチ絵が示されました。では、具体的に高齢者が地域の中で済み続けていくためには何が必要かというのをここで絵に示されたわけです。具体的には、ご本人が住みたいところで住んで、その住まいを中心に医療が提供され、介護が提供され、地域の中でいつまでも元気に暮らし続けていくためには、生活支援や介護予防が必要だろうという、これらのそれぞれのパーツを市町村が実情に応じて充実させていきましょう、そしてその充実をさせることによって高齢者が住み続けられる世界ができますよということです。ただ、見ていただくとおり医療というのは医療資源が各地域にはそれぞれ異なります。先日、こちらの先生方がすごくうまくいっている医療の状況を柏市のほうで見ていただきましたけれども、それを柏市の状況を栄町にもってこられるかということそれは無理だと思います。そうなったときに、では栄町にある医療資源を持ってどのようにこのシステムを作っていったらいいかということ、皆さんで考えていただくということになるわけです。介護が必要になったらということで、介護はわりあい広域的なサービスもありますので、例えば栄町のかたが成田の介護サービスを使うこともできます。佐倉のほうから連れてくることもできます。そういう形で介護というのはわりあい広域的にできるサービスだと思います。医療も大きな病院というのは成田日赤に行ったり、この辺だとすると印旛の日医病院に行ったりとか、そういうこともできますけれども、在宅医とか掛かり付け医みたいなのは栄町にある病院を活用したりという形になってくるかだと思います。そのような形で地域の自主性や主体性に基づいて、地域の特性に応じてこれを作り上げていくと

ということになります。その中で一番大事なのが下の部分になります、生活支援、先ほど単身の高齢者や高齢者のみ世帯が多くなっていくという中で、高齢者をどう支えていったらいいかというのは、これは遠くのほうから持ってくるのではなくて地域の方々による生活支援の支え合いというのがどうしても必要になります。そして要介護状態にならないための介護予防、これは一番大事だと思います。そういう中で、地域の中でこの生活支援と介護予防をしっかりとやっていかなくちやいけないよというのも、今回の制度改正の大きな目玉になってまいります。この地域包括ケアシステムというのは、それぞれの地域、それぞれの市町村によってそれぞれの形が変わります。54市町村があれば54通り、そして日常のこういう權益があればその權益のとおり、それぞれのやり方による形ができてくるわけで、それはどうすればいいかというと、市町村と地域住民とそれぞれの皆さまがたのような議員とで話し合っていて、自分の自らのところを考えていただきたいということになるわけです。

次のページいきますけど、ここに市町村のヒアリング等からも実施した都市部の強みと郡部の強みというものを資料に入れております。羅列しておりますけれど、例えば都市部の強みはどういったものがあるかというふうに考えると、NPO法人、ボランティアといった社会資源があるかと思えます。医療資源がどうしても充実しているかなというふうに思っております。あと、民間のサービスが豊富ですので、お金を払えば、例えば配食サービスがあったり、例えばお金を払って日医とか、そういうところが介護保険外のサービスをもっていたり、そういったものもあるかと思えます。また、ボランティアなどの意識の高い高齢者の活動が期待できると思えます。あと、公共交通期間が整備されていると思えますので車がなくても何とか生活できるというのはそれは都市部の強みかなというふうに思っております。その一方で爆発的に高齢者が増えてまいります。というのは高齢化率というのはそんなに高くないと思えます。東葛南部地域とか東葛北部地域とかはまだ、高齢化率というのはそんなに田舎ほど高くないんです。2025年になっても25%、26%くらいだと思います。ただ、ここ10年の間に高齢者が何十万人単位で増えていきますので、そういうところは高齢者を支えるための介護サービスとか特養だとか、そういったものを作っていかなくちやいけない。まさしく高齢者のための施策を考えていくというのが、都市部の残された課題じゃないかと思えます。そして、地縁とか地域の繋がりというのはどうしても希薄になってまいりますので、互助という部分を、互いに助け合うということを行政がしっかりと仕掛けをもっていかなないと、自然に互助ができるんじゃないかということを期待するのは、期待は薄いんじゃないかなと。そういう形で都市部のほうの強みと弱みというのをもっております。

次のページをご覧くださいと思います。郡部の強みです。郡部の強みというのは地域の繋がりが残っております。ですので、要支援者というのが都市部に比べて低いです。要支援というのは、生活支援があれば何とか生活していけるという方に対する生活支援という部分について、特に要支援の認定を受けなくても地域の繋がりだとか、すぐ近くに親戚がいた

りとか、まだ多世代同居というのが残っているんじゃないかと思います。ですので、ご家族がいることによって何とか生活できちゃいますよということの中で、この要支援者が比較的多くないということです。また、これも大きいんですけど市内の連携が取り易いということです。小さいところというのは、栄町もそうなんですけれども、人が少ない中で事務をしているたいへんさはありますけれども、地域福祉と介護保険の担当課がすぐ隣にあたり、社会福祉協議会の担当課がすぐ近くにいたりという形で市内の連携が取り易いんです。これが千葉市辺りに行きますと、地域福祉の担当課が別で、最近、介護保険の担当課を別にして、特養の担当課も別だし地域包括支援センターの担当課は別だし、その中で市内の連携を取るのがとても苦労しています。ですので今回、最後に出てきました新しい総合事業という新しい取組をしなくてはならないんですけど、それをどこの担当課で持つかということで未だにもめています。それだけ市内の連携が都市部は取りにくい、大きなところだけに取りにくいというのがあります。そういう点、栄町は市内の連携が取り易いということもあるかと思えます。あと、地区の社会福祉協議会の活動が期待できるということ、また、地域の関係団体とも連携しやすい、これは先ほども地域福祉担当課とかボランティア担当課だとかというところも連携取り易いというところからきているかと思えます。ただ、高齢化の上昇と共に担い手が減少する、高齢化が進むというのは、例えば安房地域だとすると40何%という高齢化になってきます。そうすると残り的人達60%しかいないんです。そうすると高齢者を支える元気な人、若い人達が少なくなってくるんです。高齢化が進むというのは支え手が減っていくということです。高齢化が進むということは支え手が減っていくということ、高齢者はその代わり伸びない、けれども支え手をどうしようかということを考えていかなきゃいけない、それが高齢化が進む地域の課題になります。ですので担い手を確保するということが重要になってくるというわけです。

17ページをご覧くださいと思います。それでは、地域包括ケアシステムを構築するために、栄町としてどのように考えるかということ、一つポンポンというふうに載せております。まず実態把握です、課題分析です。人口や世帯等の現状、将来推計がどうなっていくかということです。あと、地域住民のニーズです、栄町がとてもいいというふうに私が思っているのは、地域の繋がりが残っている元々の、さっきで言えば郡部の地域です。あと、安食台のように新しいかたちで前期高齢者がまだまだ多い地域、この2つをあわせもっているというのは、たいへん強みだと思います。それらをどのようにしていったらいいかということ、皆さんで考えていただきたいと思いますというふうに思っております。地域住民のニーズです、ここの地域にはどういうニーズを持った高齢者がいるのか、この地域にはどういった困りごとをしているのかということを見ていただければいいのかなと思います。そのためには行政は、無理です。行政が高齢者のニーズを把握するというのは、私ははっきり言って無理だと思います。では、どのように高齢者のニーズを把握するかというと、高齢者を

支えている様々なかたです、介護サービス事業者だとか医療機関のかた、もちろん皆様方だとか、民生委員だとか。そういう、高齢者を実際に支えているかたの目と耳を駆使して意見交換をして、我が町の強みと弱みを考えていただきたいと思います。その中でどういうふうにしていくかということをご皆さんで考えて、関係者が共有して一致団結して取り組んでいただきたいというのです。その中で栄町の一番の強みというのは、私、次のページにもってきております。やはり、安食台のように若い前期高齢者が多いかたが要介護認定率を下げているというのと、もう一つ、郡部のかたの生活支援についてはそんなに必要ないということが、両方ともうまく作用しているんじゃないかと、それは私個人の考えです。それはデータ的に思っているところです。印旛圏域における市町村別要介護認定の状況です、栄町、黒く囲ってありますけれども、後期高齢者の割合が40%でありながらも要介護認定率が10.7%なんです。これは県内で一番低い数値です。これで見えていただきたいんですけど、佐倉市が後期高齢者の割合が40.0%なんです。ですので栄町よりも後期高齢者の割合が低いものでありながら要介護認定率13.4%なんです。この栄町のこの状況を見ていただくとわかるとおり、本当に後期高齢者の割合が高い割に要介護認定率が低いという状況になっております。白井市のように後期高齢者の割合が37.0%という、栄町よりももっと後期高齢者の割合が低くても要介護認定率が13.6%なんです。富里市を見ていただきたい、富里市は要介護認定率10.7%ですので栄町と同じなんですけど、そうすると富里市の後期高齢者の割合35.3%なんです。なので、後期高齢者の割合が低いので要介護認定率が低い、当たり前のことなんです。その中でできればこの状況を維持するような形で施策を進めていただきたいと思います。さっき8ページのグラフを見ていただきました。段々、後期高齢者が増えていくとこれだけ要介護認定率が上がりますよという表を見ていただきましたけれども、この中で栄町はこの10.0%という、恐ろしい状況の良い数値を出しているわけです。ですのでこの折れ線グラフをできるだけ右側にずらしていただきたい。今現在でも右にずれているわけです。それをどんどんずらすような取組をしていって、これから後期高齢者が絶対に増えていく中で早目に施策を打っていただくことによって元気な高齢者を増やしていくということになると思います。今現在、増えていってしまうのをずらすのはたいへんですけれど、この10.0%という千葉県一の低い要介護認定率をできるだけ維持していただきたいというのが、本当にこの栄町の強みであって、これからのとてもいい目標になるんじゃないかというふうに思っております。

続いて19ページをご覧くださいと思います。介護保険制度の改正になります。ここでは大事なところをしばっていきたくて思っております、まず、今回の制度の改正は地域包括ケアシステムの構築ということで、先ほどポンチ絵を示しました。平成24年度の際には、医療、介護、介護サービスとというようなそれぞれのパーツを示したわけです。ですので国のほうは医療と介護を連携させてください、介護サービスを充実させましょう、生活

支援を充実させましょう、介護予防をどうしましょうというようなそれぞれのパーツを示したわけです。ただ、そのパーツを示したけれどもまだ具体的にわからないというところから、今回の改正については国は宿題を示しました。それが今回の大きな制度改革の中身になります。例えばサービスの充実といたしまして、①在宅医療・介護連携の推進です。在宅医療と介護連携の推進を、平成30年4月までにそれぞれ市町村はやりましょうということです。具体的に言いますと次のページをご覧いただきたいと思います。医療と介護の連携を推進させましょう、では具体的にどうすればいいのかというのが各市町村の言葉だったと思います。では、具体的に宿題を示しましょうというのが今回の大きな制度改革です。この、事業項目と取組例のなかで、（ア）地域の医療・介護の資源の把握だったり、在宅医療・介護連携の課題と抽出と対応策の検討だったり、この（ア）から（ク）までの事業を全て市町村は平成30年4月までに、市町村の実情に応じて進めましょうという、これが大きな宿題です。今回の制度改革の中身としては、このそれぞれの宿題をきちんとやることというのが制度改革の大きな中身になります。その宿題を一つ一つ作ってクリアしていくことによって、医療と介護の連携が推進されますということになるわけです。これについては柏市の事業がモデルになっておりますので、柏市はもうほとんどこれができているという状況ですけれども、その中で市町村はそれだけの中身を柏市みたいにやる必要はありません。というのは、柏市は医療資源も豊富ですし、主治医・副主治医制を作れるだけの医者もおりますし、では栄町はどのようにすればいいかということなんですけど、栄町の強みは小川内科の先生です。あの先生がいらっしゃるというのは大きな強みだと思います。というのは、今、市町村が苦労しているのは医者が協力してくれないということです。それは、まず医者の方からやりましょうと言ってくれているのは、とてもラッキーだと思います。どこの市町村も、なかなか医者が協力してくれなくて、ハードルが高くてという話を聞きます。その中で、まず声を上げてくれている先生がいるというのは大きな強みです。もう一つ、町に大きな老健があるところです。さかえケアセンターはとても大きいと思います。特養と老健があるということは、そこを核にして地域包括ケアシステムって作れるんです。病院があるというのは、24時間開いていますので、そこを使ってネットワークを作っていくことです。（ウ）にありますけれど、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進です。よく、これを見ると医者が24時間365日、夜中の2時にどこどこのおばあちゃんのところに行かなくちゃいけないのか、そんなの絶対無理だ、俺に過労死しろとかという話は聞きますけれど、実際に（ウ）というのは、その夜中の2時におばあちゃんのところに行けるようにというところまでは求めておりません。ではどうすればいいかというと、この町の中でそのおばあちゃんが夜中の2時にこういうふう具合が悪くなった、ではそのおばあちゃんをどうすればいいかということルール作りするというのが（ウ）になります。おばあちゃんが困ったらどこに連絡すればいいのかと。それで聞きましたところ、消防士が色んなネットワークと情報を

駆使して、情報を積み上げてというものを持っているみたいなので、そこに連絡すればいいというのが一つクリアできているわけです。そうするとその連絡を受けたところがそのおばあちゃんの状況に応じて、どこに繋がればいいのかということです。そういうネットワーク、ルール作りを皆さんでしていただきたいと思います。そして、そのルール作りしたものを町民に知らせる、それがこの（ア）になります。せっかく関係者がルール作りをしても自分達がどこに連絡すればいいかわからなければ何の意味もならないので、町民のかたが、自分の町がどういうふうなルールになって、どういうふうにネットワークを結んで自分達を守ってもらってるのかということ、最終的に（キ）として地域住民に普及・啓発するということになります。それぞれのパーツをどのようにするかということ、そのためには（イ）として医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、この（イ）については関係者がみんなで集まって、どういう課題があるのかということをお話し合っただけでルール作りをする。先日、私もお邪魔いたしました「在宅医療連携推進の会」というところがしっかり機能していますし、本当に素晴らしいことだと思います。そこで私もちょっとお話をさせていただきましたけど、連携とれないよねと口だけではなくて、まずみんなで集まって自分の町が何に困っているのかということをお話し合っただけで、自分の町の医療・介護連携の推進をしていただきたいというふうに思っております。ですので柏市の状況を視ていただいて、これは参考になるといういいところはぜひ取り寄せていただきたい。ただ、あんな大きな建物を作るとするのは栄町には無理でしょうから、そうなったときにそれをどこでやらしてもらえばいいかです、さかえケアセンターにこの部分をやらしてもらおうとか、皆さんで話し合っただけでいただきたいと思っております。それがこの医療・介護連携の推進です。

次が21ページになりますけれど、認知症施策になります。認知症についてはこれから爆発的に増えていきます、これだけ増えていく中で、地域の中で認知症をどう支えていけばいいかというのがこの認知症施策になります。今までも認知症については認知症カフェを開いていただいたり、認知症サポーターを作っていたりということで、町のほうでも色々取組をしていただいていると思いますけど、今回のこの認知症施策の推進の目玉というのは早期発見になりますので、あの人おかしいねと言いながらもしばらくしてから医者にかかる、もうほとんど認知症の状況が進んじゃってるというようなものがこれまで多かったんですけど、それを早目に発見して、あのおばあちゃんちょっとおかしいよ、ということをお話して地域包括支援センターとか認知症初期集中支援チームという、これを町で作らなくてはならないことになります。認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員、この2つをしっかりと作るというのが認知症の宿題になっております。その2つを町がしっかりと作っていかなくちゃいけない、認知症初期集中支援チームをどこに置くのか、そして認知症地域支援推進員を養成する、この2つが認知症施策の推進の宿題です。これを平成30年4月までに町が取り組まなくてはならないということになるわけです。この、真ん中にありますけど、ご本人が

相談しますと、それで認知症初期集中支援チームがこのかたのところに訪問して、このかたに対してのケアをどうすればいいかということを知症疾患医療センターに相談しながらやっていくという形になるわけです。ただここで大事なものは、初期のかたをどう見つけるかということなんです。初期のかた、このおばあちゃん、ちょっとおかしいんじゃないということを見つけないと、やはり地域のかたの力が必要になります。認知症サポーターの養成研修を受けていただければ、あの人はただの物忘れじゃなくて、もしかしたら認知症じゃないのということを見つけて、それを繋ぐというのが町民のかたに必要なってまいります。そのかたは認知症だと絶対に認めたくないもので、それが見つかったときに繋ぐということではこれまでと同じになっちゃうので、町はこの認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員を宿題でやります。ただ、この真ん中の部分のフォローについては、ぜひとも町民のかたの協力が必要になってくるかと思えます。あともう一つは、勝浦市でやっていた取組として、特定健診です、これはこちらの介護保険の担当課じゃないと思えますけども、健康づくりの特定健診、そこで物忘れのアンケート調査みたいなのを実施してここに繋げていくというようなことも聞いております。そうするとやっぱり町内連携というのが必要になってまいりますので、今度の制度の改正としては色々なかたが協力し合って知恵を出し合う、そして町内連携していくというのが一番のポイントになってくるのかなと思っております。

次です、ここも、もう一つの大きな制度改正のキーポイントになります。22ページになりますけど、今後増え続けていく介護ニーズに対応するためには、今のうちから地域に自助と互助を作っていく必要があります。先ほど介護サービスの必要量が1.8倍増えますよといったときに、介護サービスを支える人が1.8倍になるかということなんです。介護予防事業については動機付けと継続性です。これまで介護予防というのは町のほうでチェックリストというアンケート用紙のようなものを高齢者に配って、リスクのあるかたについては呼び出して運動教室みたいなのをやっておりました。ただ、運動教室が終わっちゃうとまた元の木阿弥になっちゃうんです。高齢者が自ら介護予防をやり続けるという動機付けとその継続性といったものによって元気な高齢者を増やしていくということが必要になります。そして限られた財源と人材を重点化・効率化していくということです。必要なかたに必要なサービスが回っていくように。なので必ずしもヘルパーとかそういう専門家じゃなくても賄えるものというのは、地域の方々に賄ってもらいましょうというのが今回のサービスになります。

それが具体的にどういうことかと言いますと、23ページをご覧ください。生活支援・介護予防サービスの充実と高齢者の社会参加です。四角の○1つ目になります。単身の高齢者が増加して生活支援を必要とする軽度の高齢者が増加する中、生活支援の必要性が増加してまいります。先ほど申し上げましたとおり、介護サービスまでは必要ないけれども、ちょっとしたサービスという部分について、手助けですね、サービスが手助け、ちょっとした手助けを必要な方々が増えてまいります。そういうかたについては介護サービスではなくてボラ

ンティアやNPO、そういった生活支援サービスを供給することが必要だろうということです。そして介護予防が求められています。ただ、今までの介護予防事務は失敗だったと国は言っています。というのは、先ほど言いましたけれども行政が呼び出だして介護予防やりましょうと言っても高齢者はなかなか来ないんです。半年間の体操教室をやって、また元に戻っちゃうとまた同じになっちゃう。その中から、高齢者は社会的な参加だとか社会的な役割を持つものが生きがいや介護予防に繋がるということですので、体操教室をやるだけではなくて、地域の中で何かしら働いてもらう、それが介護予防に繋げていきたいと思いますということなんです。ですのでちょっとしたサービスで一石二鳥を狙うということです。例えば高齢者のおじいちゃんが1人で暮らしていました、おばあちゃんも1人で暮らしています。おばあちゃんは、料理はできるけれども力が無くなってきたのでごみ出しにたいへん困っているといったときに、おじいちゃんが、俺ごみ出しやってやるよという、おじいちゃんにとってはそれがおばあちゃんにとっての生活支援であり、かつ、ごみ出しをするということで社会参加になって自分の介護予防になるということです。反対に、おばあちゃんのごみ出しはできないけれども、ちょっとした煮っころがしをおじいちゃんに作ってあげるとかです、そういったものがきっと行政施策としていなくても、栄町の地域の繋がりが残っているところって自然にできていると思うんです。ただ、たまたま行政用語になっちゃいますけど、それが自然とできている。できているというのは栄町の繋がりがあある地域のとても大きな強みなわけです。それをそのまま頑張ってもらおうということです。そういう形でこれまでの生活支援と介護予防と高齢者の社会参加、これをそれぞれ一つずつあるものをみんないっしょくたに推進していきましょうというのが今回の23ページになります。

後ろから2枚目の、6番予防給付の見直しを見ていただきたい。予防給付の見直しと生活支援サービスの充実です。今回、皆さんご存知のとおり、要支援の訪問介護と通所介護が町の実施する地域支援事業に移行するというような話を聞かれていますと思います。これはさっきの、介護予防と、高齢者の社会参加と、生活支援の充実という中の一つの一環になります。訪問介護と通所介護が地域支援事業に移行します。これは要支援の訪問介護と通所介護です。ただ、先ほど要支援の認定率というのを見ていただいたとおり、栄町のかたは要支援のかたってとても少ないですので、ここに移行するかたはそんなに多くないんです。もちろん、それは生活支援が地域の中でできているからです。ということで元々のパイは少ないです。ただ、この中でも真ん中にいていただきたいんですけど、確かに要支援の訪問介護と要支援の通所介護の中でも専門的なサービスを必要とする身体介護のかたもいらっしゃいます。そういうかたについては、これまでどおりのヘルパーによる訪問介護とかも受けていただきます。ただ、要支援のかたというのは、ほとんどのかたが身体介護ではなくて、生活支援を受けているかたが多いんです。ですので、必ずしもそういうかたというのはヘルパーではなくてもできるんです。そういうかたというのは、ちょっと器用な女性のかたが来ていた

だいたりとか、ごみ出しとかなら老人クラブの元気なおじいちゃんに手伝ってもらったりだとか、そういう必ずしもヘルパーを必要としないかたについてはぜひとも、そういう器用なかたに働いていただきたいというのが今回の大きな制度改正です。そのためには必要なかたに必要なサービスが届くようにということなんです。これから1.8倍介護サービスが必要な人が増えていく中で、要支援ではなくて要介護者が増えていきます。要介護1, 2です。ヘルパー達は本当に必要な身体介護のかた達に頑張ってもらわなくちゃいけないんです。そして、要支援者の、必ずしも身体介護の必要じゃないかたについてはこの多様な担い手による多様なサービスです、こういう人達になってもらいたい。ここに元気な高齢者のかたがかかわることによって介護予防になるという。今まではヘルパーの金額だと1回当たり何百円というふうに払っていたものが、もうちょっと安くすることもできるということです。これから増える介護給付に対しても、それによって給付が下がるかもしれない、そういうところに携わることによって介護予防になり、かつ、必要な人に必要なサービスが行き届くという、そういうための今回の制度改正になります。そのためには、地域づくりが大切になってまいります。そのためにはそういう人達を育てていかななくちゃいけないということもありますので、地域づくりということが必要になってくるわけです。

最後に、介護保険制度と介護予防、新しい総合事業になります。よく、介護保険サービスから、介護保険から切り離されるんじゃないかという話が出ますが、地域支援事業になったからといって介護保険制度から切り離されるわけではありません。介護予防事業の、この左側の介護予防給付の訪問介護と通所介護が事業に移行しますということで、見直し後ということで、新しい介護予防・日常生活支援総合事業のほうに移行してまいりますけれども、こここのところについてますけど、お金としては上の部分です。財源構成と。先ほど言った大きな絵の中の財源構成とは変わりません。じゃあ全然かわらないじゃない、と言われるかと思えます。変わらない、このままでいいじゃないか、別に地域支援事業にいかなくてもそのままでもいいんじゃないかということになるんですけど、ここに大きなからくりがございまして、右側に地域支援事業と括ってあります、新しい総合事業と包括的支援事業と任意事業、これが地域支援事業として括っておりますけど、この地域支援事業にはお金の財源について上限額というたががはめられてるんです。ですので、その上の介護給付と介護予防給付というのは、これは言いかた悪いけど使いたい放題というか、利用者が使っちゃったらそのままなんです。予定としては10人しか使う予定じゃなかったんだけど、今回、30人使っちゃったとってお金が出た場合については、国・県・市町村からお金を出さなくちゃいけないですし、予定より使っちゃった場合についても税金も投入されます。ただ、第1号保険料として栄町が徴収していたお金を過ぎてしまうことになるので、そうするとお金がなくなっちゃいますという状況にはなりますけれども、基本的に介護給付と介護予防給付はたががないんですけど、地域支援事業というのはたががはまっているわけなんです。上限額を超えちゃ

った場合については、それはどうなるかという、国ははっきり言ってませんが、一般財源投入になっちゃうしかないわけなんです。じゃあどうするかということなんですけど、この上限額がはまっているということになりますと、先ほど言いました、多様な担い手による多様なサービス、こういったものを今から作っていかないと、この上限額からあふれ出ちゃうということになってしまうわけです。多様な担い手による多様なサービス、ここの部分を作るためには、ボランティアとかNPOとか、一朝一夕にできるものじゃないと思います。それって時間かかるんです。できれば早目にこの総合事業に取り組んで地域づくりに着手していただいて、多様なサービスを作って、元気な高齢者を何とか、先ほどの折れ線グラフをできるだけ右に行かせるような形で介護予防と社会参加と、こういったものにしっかり取り組んでいくということで折れ線グラフが右にいきますし、ひいてはお金も減らせるということなんですけど、それについては時間もかかっておりますし。ただ、この中でとても素晴らしいと思っていたのは、安食台には住民主体による色々な活動が育ってきているというのを介護保険の金子さんから聞いておりますので、そういったものをやることによって、この多様なサービスを使ったり、場所を作ったり、研修したり、こういったものというのはこの地域支援事業のお金の中で使えますので、そういったものをやりながらぜひ取り組んでいただきたいなと思ってます。この1時間の中で、ここまでご理解いただくのは難しいかなとは思っておりますけれども、最後のページに私の想いというかメッセージ書かせていただきました。

今回の介護保険法の改正というのは、平成12年度、介護保険が制度創設して以来の、たいへん大きな改正になってまいります。というのは、今までは介護保険についてはずっと1割負担でした。医療保険は3割負担もありましたけれども。その1割負担を、2割負担お願いするということもありましたし、あと、今日は触れられませんでしたけれど、補足給付という、施設入所とかに入っていますと、食費とか居住費については所得の少ないかたについては補助が出るんですけど、その補助を出すに当たって、一定の貯金を持っているかたについては補助から外しましょうとか、今回、制度の創設以来の大きな改正です。というのは重点化・効率化です、今まで介護保険でどんどんサービスを増やしていきました。サービスを利用したいかたについて、そのサービスが確保されるようにということでサービスを増やしていった。そして利用負担も1割だった、ということになったらどうなったかと申しますと、やっぱり介護保険のお金が膨大になってしまったということです。そんなこんなで今回、大きな改正が行われました。そのためには色んなかたも、なんだよと、公的に介護を何とかしてくれるはずだったのに、また住民に戻すのかという話も出てまいります。ただ、正直言って、無い袖は振れないというのは現実だと思うんです。その中で元気な高齢者でいるぶんがやっぱり一番幸せだと思いますし、その中でここに書いてありますけど、地域に元気な高齢者を増やすとともに、必要なかたに必要なサービスが届くよう、限られた財源や人材を重

点化・効率化するということが必要になってまいります。先生方もご存知かと思うんですけど、次回の介護保険の改正は今回よりもっとたいへんになるかもしれません。というのは、もっと給付を絞ってくるのではないかというような検討が、今、なされております。その中では、早くから地域の中に自助、互助を地域に広げる取組を進めていただきたいと思います。地域の強み、先ほど、栄町の強みは申しあげましたけど、そういったものを生かして、弱みというものもやはりあると思います。それについては様々な団体、関係者の皆さんの知恵と連携でカバーして、栄町ならではの素晴らしい地域包括ケアシステムを作り上げていただきたいと思います。

ちょうど時間になりました、私の話、駆け足で申し訳なかったです。以上で終わりにします。ありがとうございました。

○事務局長（鈴木正巳君） 木川様、広範囲にわたってたいへん貴重なご講演、ありがとうございました。

それではせっかくの機会でございますので、委員の皆さまから何かご質問ございましたら、お願いいたします。野田委員。

○委員（野田泰博君） 私も安食台に住んでいるんですけども、そういうような状況、先生がお話したのと実際はちょっと違うなというところもありますが、それを含めながら話していきたいと思います。

一番よかった資料は、18ページの「印旛圏域における市町別要介護認定等の状況」ということで、高齢者の割合と要介護の認定率のこのギャップが、栄町の場合、非常に少ないという、全体的に見て。これは私達が議会議員として、色々知ろうとするときに、隣の酒々井町はどうなんだ、印西市はどうなんだとか、隣の市町村と比べていくんです。そうすると、こういう資料というのは非常によく、私はわかりました。ありがとうございます。

それともう一つ、その次のページの「平成26年介護保険制度改正の概要」、ここなんかは、例えば平成24年度は医療とか介護とか予防とか、それぞれのパーツで改正をしようとしたと。そしたら、私達の質問は、だったら何で3年前にこの、今やろうとしているシステムを改正しなかったのか。最後に言われたのは、あと何年後かに、また改正すると。だったら、そういうのってのはデータで全部わかっているんだから、もっと早目にもっとちゃんとしたやつを出せよと。そのときそのときで、改正、改正って言って、結局、改正されていくたびに何がなんだかわからなくなっていくという。そういうのっていうのは、国の厚生労働省のほうで色々改正してきて、県のほうにおりてくるんですけども、何でもっと早くこういうのってできないの。それから、人数の関係ですけども、昔は出生率とか何とか率というのを色々誤魔化したり何かして、こうなるよと。あれだって、団塊の世代、私、昭和22年生まれなんですけれども、もうそんなの生まれたときから段々わかってくるわけですよ。そういうデータっていうのはもうちょっと早目、早目に出てこないのかなって気がするんです

けど、そういう疑問符を持っているんですけども、そういうのはどういうふうに訴えていただけるのか。

○事務局長（鈴木正巳君） 木川様。

○講師（木川貴美子様） 制度改正については、たいへん申し訳ないんですけども、今、今度、次期の制度改正について検討を始めている段階ですので、そんなに早くは難しいと思います。あと、医療・介護連携については、国から平成24年度のときに医療・介護連携を推進しましょうと。認知症施策についてもやりましょう、生活支援サービスについてもやりましょうということで、それはきちんとそのパーツが示されて、それごとに各市町村が計画の中に織り込んでいっていると思います。ですので、柴町もそれはやっています。

ただ、医療・介護連携の中でも具体的にどうしたらいいかというのが、多くの市町村がわからなかったことなんです。なのでそれを国が、じゃあどうしていったらいいかということで、柏市がやっているような、ああいうモデルケースを視て、そして今回、この中に入れ込んだということになります。ですので、先生おっしゃるとおり、毎回毎回、いきなり出てきてとおっしゃってるんですけど、いきなり出てきます。確かにそうです。次期に向けて、今現在、介護保険の社会保障審議会介護保険部会が、来年から検討を始めるということですので、そういう状況です、次期の平成30年度改正につきましては。

ただ、先ほど私が申し上げましたのは、国の財政関係の内閣府か、ちょっと忘れてしまいましたが、その内閣府の関係のお金の部分の審議会が、介護保険についてはもっと絞ったらいんじゃないかということ、そこの委員会が答申しています。それについてそれをそのまま介護保険部会は言うことを聞くわけじゃないので、改正については、まだ介護保険部会はこれからです。

○事務局長（鈴木正巳君） 野田委員。

○委員（野田泰博君） 大きく理解するために聞くんです、間違っていたらごめんなさい。

今、絞ったらいんじゃないかという、その絞ったのが、もっと地域でもって住民同士でできるところはやっていこうよと、それで絞れるじゃないか。要するに、雑巾グツと絞ったけどもこれだけじゃないんだ、もう1回、回して絞って、そのもう1回、回す力は住民の力で何とかなるんじゃないか。それは安食台なんかは一つのモデルケースになるよということを私は聞いていたんですけども、その理解でいいんですか。

○事務局長（鈴木正巳君） 木川様。

○講師（木川貴美子様） そうですね。今、言われているのが、要支援1、2が今度、訪問介護と通所介護が地域支援事業に移行しますという改正がされましたけれども、国のほうではこの要介護1、2まで生活支援サービスはやったらいいんじゃないかということ、その財政の担当の審議会は言っています。ただ、それは介護保険の部会がすごい反対していますので。それはまだ何とも言えません。

ただ、要介護1と要支援1というのは一緒なんです、介護認定の点数が。なので、もしかしたら要介護1までになる可能性はあるかなと、それは私の私見です。要介護2になると身体介護のかたです、それを住民のかたにやってもらうというのは、私は難しいと思うし、それは介護保険部会のかたも強力に反対しているので、それはないんじゃないかというふうに、私は私見で思っております。あともう一つ言われているのが、今回、財政の審議会が言っていたのが、福祉用具貸与です。福祉用具のベット貸したりとかありますね。あの部分については、もう介護保険ではなくて生活支援の一部だろうと。なので、福祉用具のレンタルだとか住宅改修だとか、ああいった部分については介護保険から外すべきではないかというような答申をしています。ただ、それについてはどっちにしてもお金の担当課ではなくて、決めるのは介護保険部会なので。来年から介護保険部会の検討始まると言ってます。私は始め、この要支援1、2が地域支援事業に移行するという事について、もしかしたらできないんじゃないかと思ったところもあって、できないところについて後退する、辞めるという選択肢はあるんですかと国に聞いたんです。国は、それは絶対に無いと言ってました。

1回、絞ったものは、元には戻さないということです。なので、それは頑張ってくださいかないかなと思ってます。

○事務局長（鈴木正巳君） 野田委員。

○委員（野田泰博君） 習い症で、だいたい3回位までしか質問しないんですけど、これ最後になりますから。私にも91歳の母がおりまして、同じ安食台にちょっと違うところに住んでいて、父が亡くなってから一つにして暮らし始めたんです。そのときに身体障害者なので町のほうからのベット借りたりして、自分でシステムが変わるたびにまた借りて他のベットにしてとか、ものすごく煩雑、私がやっているからいいんですけども煩雑な手続きがあって、私みたいなのが他の人はいなかったらその人はたいへんだなと。だから1つの変革はいいんですけども、それが行政側の変革じゃなくてむしろそういうのを必要とする人をベースにした変革であってほしいなというのが、私の希望なんです。

それから、91歳の母なんですけど、惚けてます。惚けてるけれども、他人が見たら全くわからないです。自分の家族だからわかるんです。それを地域の人が行ってそれがわかるかという、わからないです。地域の人が、ごめんください、ピンポンと行って、元気ですか、元気です、最後まで人間の尊厳というのが、その人達持つてるんです。自分が一番だとかなんとかいう気持ちだけはあるんです。だからそういう人を地域の人達がやったとしても、この人本当に惚けているのか、認知症じゃないんじゃないかとかいう、その発見というのは、本当に24時間一緒に暮らしていないとわからないという、私の経験から話させてもらいます。

○事務局長（鈴木正巳君） 木川様。

○講師（木川貴美子様） その辺のところもみんなで話し合っていて、町として。私

が行って、野田先生のところのお母さんをフォローできないし。

○事務局長（鈴木正巳君） 野田委員。

○委員（野田泰博君） もちろん、そう。他人は絶対フォローはできません。だけど地域に任せるというのも、そういうので要支援とか何とかいうものを、地域の人達が見つけ出せるかとか認知症を見つけ出せるかという、初期のころは地域がやれといっても物凄い難しいことじゃないかと。

○事務局長（鈴木正巳君） 木川様。

○講師（木川貴美子様） あとは、やっぱり家族が地域に情報提供することだと思います。家族が、家の母がこういう状況で、日中は独居で、時々俺は見に来るけどもそうなんだよということで、自分ができなければ地域のかたにオープンにして、地域に支えてもらうことのひとつに入れてもらうしかないと思います。ただ、それをご本人が嫌だというならそれまでなんですけれど。やはりその辺はあると思います、特に認知症のかたというのは、自分が認知症だと思っていないので。あとは、今日は触れなかったんですけど、地域ケア会議とかそういう地域ごとの色んな自治会を交えたような会議とかそういうところでルール作りです、もしかしたら民生委員がそういうところだけを毎日、見回るようなシステムを作るとか。その辺は地域のかたたちで、自分達の町をどうするかということを考えてもらうしかないと思います。

○事務局長（鈴木正巳君） 野田委員。

○委員（野田泰博君） 最後はやっぱり地域が支えるということから、次に進むんじゃないですか。私、何かというと、家族が支えるという。そこまで落ちていくと思います。けれどもこういう安食台に来られたかた、私達はたまたま親を呼んだからこういうのができるのであって、普通の人は遠くの親を呼ぶ、ここで一緒に暮らすということできないんです。そういう人は家族で色々やっついこうということを、国が言い出したら介護っていうのは完全にお手上げだっていうふうに私は見ている。次は絶対、家族に来るぞと。

○事務局長（鈴木正巳君） 木川様。

○講師（木川貴美子様） どうでしょうか、今日、介護離職というのを防ぐということで安倍首相が記者会見するみたいですけど、働ける人には働いてもらいたいということの中で、国は進めているようですけど。なので、特養をもっとたくさん増やすような取組だとかやっていますけど。国のほうとしては今のところはまだ、若いかたには働いていただいて。ただ、今おっしゃったように、もしかしたらリタイアしたら家族をみるということになるかもしれませんが。基本的に働ける人には働いてもらってというような流れだと思います。そうじゃないと経済が小さくなっちゃいますから。

○事務局長（鈴木正巳君） 野田委員。

○委員（野田泰博君） 大きな問題を含んでいるので、自分の例だけでは解決つかないです

けども、これは日本が昔持ってた家族のよさというものを、三世代同居だとか何とかいう方向に今、これからいいところだけいくんじゃないかなと思っています。

○事務局長（鈴木正巳君） 木川様。

○講師（木川貴美子様） なので、一方ではそういうところが残っているわけです、まだ栄町は。そういうところがきつと、先生がおっしゃったような形で、家族の人が近所の人に、家の母、危ないところがあるので様子を見てねというのが自然にできているんじゃないかと思うんです。それはそちらのいいところであって、両方ともいいところをうまく活用できるといいのかなと私は思いました。

○事務局長（鈴木正巳君） ほかにどなたかご質問ありますか。戸田委員。

○委員（戸田栄子君） 4月から介護報酬、介護保険からの事業者への介護報酬マイナス2.7%、各事業所で影響出ていると思うんですけども、千葉県の実態です、逆に事業者に対する手厚い保護が必要なきに、逆行している中で、先生から見て千葉県の実態はどうですか。辞めるところも出ていると聞いているんですが。

○事務局長（鈴木正巳君） 木川様。

○講師（木川貴美子様） 今回の介護報酬については、とても国が明確なビジョンを示しました。というのは、軽度より重度、です。重度のかたをみているところについては重度加算とかそういう加算をとることによって報酬が上がるような仕組みになっています。ですのでマイナス2.7%といってもすごく下がったところと、特養は特に下がったと言われていまず、内部留保があるからということ。なので特養はすごく下がりました。一方で軽度より重度です、今回、要支援の通所介護は20%以上下がりました。なので軽度の人よりも重度なので、必要な人に必要なサービスという、そういうのをすごく明確に示したものだと思います。軽度のほうはどちらかというところと下げたところもありますけど重度のところは重度加算付けています。あと、通所より訪問を重くしています。だから家庭で受けるサービスのほうが介護報酬は高くなってます。通所のが下がってます。あとは、単独のサービスより複合型ですので、訪問介護だけよりも定期巡回随時対応型訪問介護・看護と、こちらにはないですけども、定期的な訪問と随時の訪問をしているところと、あと小規模多機能はありましたっけ、ない、小規模多機能型居宅介護という、通いもいいし訪問もしますよ、お泊りもできますよという、一つのサービスで多機能型のサービス、そういうところについては重くしています。そういうところを増やして、重度のかたを支えられるようにという、そういうのがとても明確なんです。先ほど私、時間がなくて言えなかったんですけど。だから通所介護とかも、もう要支援の通所介護だと全然儲からないんです、事業者としては。なので要支援の通所介護はできればさっきの総合事業のほうに移行させて、その通所介護のところについては要介護のかたをもっとみられるような形にして、要介護でも重度を預ければ重度加算がつくわけです。そういう形で単純に2.7%下がった、下がったではなくて、事業所もそれなり

に頭を使っていくような形にしていく必要があると思っています。特養にも特養の施設長会議でも、私、申し上げてきたんですけど、例えば特養の中でも、空いている地域交流スペースにさっきの総合事業の多様なサービスを受けるようなスペースを作って、その分について別にお金を稼ぐとかです。色んな形で、ただ単純に今までと同じようなサービスをしていたんではきっと無理だと思います。ただ無くなってるかどうかというのは、私のほうではあまり情報としては入ってきていないですが困ってるという話は聞きます。

○事務局長（鈴木正巳君） 戸田委員。

○委員（戸田栄子君） 重度加算はあると思うんですけども、その加算する内容というのははっきり、すいません、専門的な。例えばこういう介護については重度加算されるというのは、きちんとしてるんですか。

○事務局長（鈴木正巳君） 木川様。

○講師（木川貴美子様） そうです。あと、認知症の高齢者の、さっき認知症自立度って出ましたが認知症自立度が2以上のかたとかということは言われています。

○事務局長（鈴木正巳君） 戸田委員。

○委員（戸田栄子君） 軽度のうちに元気になって家庭に返せるというのも、重度になって受け入れる前の、本当に初期の段階で受入れ態勢がきちんとして、逆に家庭に帰れるような指導とか、そういうシステムも1番、基本かなと思うものですから、重度になっちゃってから色んな手厚くされるよりもその瀬戸際で、重度は重度でもっと国が力入れてほしいですけども、だから軽度に2.7%減らしたというのは、どうなのかなと思ったものですから。

○事務局長（鈴木正巳君） 木川様。

○講師（木川貴美子様） それがとっても明確です、今回、国の介護報酬は、先生が先ほど訓練とかとおっしゃいましたけど、どちらかという介護予防のほうにそっちは頑張っしてほしいという国のストーリーがあって、そこに介護予防の部分に例えば要支援の1、2のかたについては先ほどの事業のほうに参加してもらって、リハビリテーションの専門職とかそういうところ派遣して、状況が悪くなんないようにとかそういう形でみています。それはもう、介護サービスの事業者がやるものでは、言いかた悪いですけどやるもんじゃないと。そういう流れかもしれないです。

○事務局長（鈴木正巳君） そのほかにどなたか委員の中で。よろしいですか。

これで質疑のほう、終わりということでよろしく願いいたします。

それでは皆様、今一度、木川様のほうに大きな拍手をお願いいたしたいと思います。本当に今日はありがとうございました。

◎閉 会

○事務局長（鈴木正巳君） 以上をもちまして、第4回新たな介護保険制度対策特別委員会

を閉会といたします。お疲れさまでした。

午前11時23分 閉会

上記会議録を証するため下記署名いたします。

平成27年12月9日

新たな介護保険制度対策特別委員会
委員長 橋本 浩