

平成17年度第2回諫早市健康福祉審議会議事録

- 1 期日 平成18年1月12日(木) 午後3時30分～
- 2 場所 諫早市健康福祉センター 多目的ホール
- 3 出席者 委員 15名(欠席者:土居浩委員 内山憲介委員 西村柳介委員
堀洋委員 廣川豊委員)

事務局 21名

4 会議次第

(1) 開会

(2) 議事

議事録署名人の指名

高齢福祉部会における審議状況について(中間報告)

- ・諫早市高齢者保健福祉計画の全体イメージについて
- ・高齢者の現状と将来推計について
- ・日常生活圏域の設定と介護サービス基盤整備の考え方について
- ・地域包括支援センターについて

その他各部会における審議状況について(報告)

- ・健康医療部会
- ・障害福祉部会
- ・次世代育成支援対策部会

その他

(3) 閉会

5 議題に対する決定事項

議事録署名人について

- ・中野伸彦委員を議事録署名人とする。

6 議題に関する会議経過

次ページ以降

(1) 開会 (略)

(2) 議事録署名人の指名

会長

議事に入ります前に議事録署名人を指名しておきたいと思います。署名人を中野委員にお願いしたいと思いますのでよろしくお願いします。

(3) 議事

高齢福祉部会における審議状況について (中間報告)

会長

それでは議事に入ります。「(1)高齢福祉部会における審議状況について (中間報告) 」ということで、高齢福祉部会長の実藤委員にご報告をお願いしたいと思います。 からまでありますけれども、一括してお願いします。

高齢福祉部会長

本審議会の高齢福祉部会におきまして、「高齢者保健福祉計画」というものを作成中ですけれども、その審議の状況を中間的に取りまとめましたので、報告します。

特に今度は介護保険制度が大きく変わりますし、市民の関心が高いところだろうと思っております。個々の事業など今後も引き続き協議すべき事項がたくさんございますが、大きな方針については大方道筋がついたということで、その辺を中心に現在までの審議状況を報告するものでございます。

まず、資料の1ページを参照ください。右側と下側に部会の検討事項と日程を記載してございますが、これまで計3回、高齢福祉部会を開催しております。それぞれの検討事項については記載のとおりであります。

高齢者保健福祉計画の構成については、この資料の真中に提示してありますような構成でいくこととしております。

なお、高齢者の現状と将来推計について、諫早市の場合は全国と一緒にどんどん増えてまいります。その増え方が2ページから6ページに記載しているとおりでございますが、平成26年度には高齢者人口は34,773人で高齢化率は24.4%に達するものと予想しております。このように、人口の4分の1は高齢者であるということが、もうすぐ間近に起こってまいります。

また、7ページから8ページにかけては、この審議会の前回(9月28日)の会議において、概ね中学校区としての15エリアを日常生活の基礎圏域とする考え方について承認

を頂いておりましたが、今回、高齢者保健福祉計画においても、これら15の日常生活圏域ごとに地域密着型のサービス提供環境を整備していくことといたしました。

なお、15圏域をたたき台として、圏域の中でどのようなニーズがあるか、そのような要望に応えるためには、市のコーディネートが必要ではとの、意見もありました。

9ページをご覧ください。介護サービス基盤整備の考え方については、先ほどの生活圏域の考え方を踏まえながら、中程に記載している3つの方針に沿った考え方で整理をしたところであります。

10ページから15ページにかけて、その日常生活圏域ごとの概況や施設整備の状況を記載しております。なお、16ページから17ページについては、地域密着型サービスの内容について、参考までにつけております。この地域密着型サービスというのは、今後、どのような展開になるかというのが一つの課題といえると思います。

18ページからは、今回の介護保険制度改革の大きな目玉でもある地域包括支援センターの設置の考え方について、記載しております。先ほどの15の日常生活圏域をさらに大きくエリアを括りまして、5つのエリアに分けております。これについては、12月26日に開催された第3回の部会において、地域包括支援センター運営協議会準備委員会における審議結果として事務局から報告を受けたところでございます。

内容としては、諫早市域を5つの保健エリアに区分し、5ヶ所の包括支援センターを立ち上げるとともに、5ヶ所のうち1ヶ所は、市の直営として運営を行うこととされております。

この件に関し、部会としては特に異論がなかったところであります。

最後に、今後の審議予定であります。今月と来月に一回ずつの開催を予定しております。次回のこの審議会の折に、部会として取りまとめた最終的な計画の素案として報告する予定といたしております。

以上簡単でございますが、私からの報告といたします。地域包括支援センターの内容を含め、詳細については事務局から説明させます。

会長

ありがとうございました。それでは事務局の方から補足も含めて報告をお願いします。

高齢介護課長

から つきまして、詳細の説明をさせていただきます。 の地域包括支援センターにつきましては、健康福祉センター所長の方から説明いたします。

まず でございますが、資料は1ページ目でございます。概要説明は部会長の方からしていただきましたので、早速中身のほうに入っていきたいと思いますが、高齢者保健福祉計画の案を真ん中の方に示しております、「計画の構成(案)」でございます。最終的に高齢福祉部会で、この第一章から第五章までで成り立つ高齢者保健福祉計画というものを作成していくというスケジュールになっております。この1ページの左の上に、今後の高齢者介護の基本的な方向性をまとめております。内容としましては、介護予防の推進、地域ケアの推進と施設サービスの見直しでございますが、高齢者が住み慣れた地域でいきいきとした生活を営めるための地域包括ケア、つまり、地域における保健、医療、福祉の連携したシステム、社会保障制度の構築というのが目標になっているところでございます。この背景としまして、介護保険制度が大きく4月から見直されようとしておりますが、このほか高齢者の現状の把握、介護保険事業計画の実績、さらには高齢者の現状と将来推計、日常生活圏域というような新しい概念の導入がございます。

まず、介護保険制度は全国一律の制度でございますので、この計画の策定に当っては厚生労働省の方から指針というのが示されております。左下の丸囲みの中に指針として主なものを記載しておりますけれども、いわゆる団塊の世代が高齢者に該当する年、今から10年後の2015年(平成27年)の高齢者介護の姿を前提としなさいとか、3年間のスパンで計画を定めなさい、とかですね。最終的には第5期の事業計画の最終年度であります平成26年度の目標を、数値化をして設定をしなさいとか、そういうふうな指針が示されているところであります。

また、新たに盛り込むべき事項といたしましては、日常生活圏域の設定でありますとか、これは日常生活圏域ごとに地域密着型サービスの必要見込み量とか利用量とかを計画する必要があることが指針として示されているところであります。こういうものが、計画書として取りまとめたいということで、ちょうど中程の第1章から第5章までの計画書にまとめて、今現在審議を進めているところであります。この全体を高齢者保健福祉計画というふうに言っておりますが、この中で点線で囲んでいる部分がいわゆる介護保険事業計画というものに相当するものでございます。右のほうに、専門部会で重点的に審議をお願いしておりますが、第1回から第5回の各部会の中でそれぞれの議題を審議していただいて煮詰めをしていこうということでございまして、第1回から第3回までが終了しております。

第1回の中では、特に介護保険制度の改革、地域包括支援センター運営協議会準備委員会設置の考え方、介護保険事業計画の実績、次に説明します高齢者の現状と将来推計等が

議題として協議をいただいたところでございます。

第2回の部会の中では、地域支援事業の概要について、この地域支援事業と言いますのは、従来、健康福祉センターでいわゆる保健事業として実施をしていた事業でありますとか、私ども高齢介護課の中で介護保険の対象にならない、いわゆる一般のお元気な高齢者の方に福祉施策ということで実施をしていた部分であるとか、そういう各施策の中に若干の隙間があったという反省の元から、これをすべて束ね直しをして、地域支援事業ということで介護保険の中に取り込もうという制度の見直しになっておりますが、その分についての協議を第2回の中でしていただいたところでございます。地域支援事業とか介護予防事業とかいう風な呼び方をしているところでございます。

第3回の中では地域包括支援センター、これが一番新しい組織ということで、今回の事業計画の目玉ではないかなという風に思いますが、地域包括支援センターについてということと、日常生活圏域という新しい概念の元でのサービス基盤をどのように整備をしていくかということについて協議をいただいたところでございます。

次に2ページ以降の資料でご説明申し上げます。

2ページ目からは高齢者の現状と将来推計ということで、諫早市の人口とか世帯数の、いわゆる高齢者を取り巻く状況につきましての統計数値を報告いたしまして、傾向とその分析を行ったところでございます。2ページの左側の中程にあります総人口、世帯数、1世帯当りの人口の推移の表でございますけれども、だんだんと人口は増えてはいつているんですけれども、高齢化率は、平成12年度の国勢調査では18.4%、現在、平成17年9月では20.1%ということで、高齢化率は年々進捗しているような状況になっております。2ページからのこの統計資料につきましては、記載のとおりでございますので、説明につきましては補足的な特徴的なところだけに省略をさせていただきます。

3ページでございます。3ページには人口構成で、今申し上げました高齢化率の推移を記載をしております。それから で高齢者世帯の状況ということで、単身世帯とか高齢者のみの世帯がどうかというような数値を記載をしております。3ページの右側は、 で住居の状況と で就業の状況でございますけれども、住居の状況はほとんど持家の率が高いという結果になっておりますし、65歳以上の高齢者においても でご覧のとおり、かなりの方が何らかの就労をされている、何らかの仕事をされているという結果が出ているところでございます。

4ページでございますが、高齢者の医療費、受診の状況はどうかというものの統計数値

でございます。4ページ左側に記載しておりますように、年齢が上がるにしたがって受診率が高くなっているという結果と、4ページ右側でありますけれども、一人当たり又は一件当たりの医療費の状況につきましても年齢が上がるにしたがって医療費等かかっているという統計結果が出ているところでございます。

資料5ページですが、これは高齢者の数が増えることによって、左側は被保険者の数ですけれども、介護保険の被保険者の数も当然に増加をしておりますし、5ページの右側でございますが、要介護者等の認定を受けた方の数も、これは制度が定着をしてきたというような理由もあるわけですが、年々増えていっているという状況になっております。

統計数値といたしましては最後6ページでございますが、今から第三期で介護保険の新たな保険料の設定をしないといけないわけですが、介護保険の保険料の設定をする場合に、今申し上げました統計的な基礎数値が非常に大切になってきます。高齢者の人口がどのようになっていくのか、介護保険の認定者がどのように増えていくのか、さらにはその給付額がどのように伸びていくのか、施設の整備をどのようにしていくとよいのか、という数値が非常に大切な基礎的なものとなってまいります。この6ページの左側が、人口がどのように伸びていくのかというものを推計した表でございます。平成11年と16年の基礎数値をもとに統計の手法によりまして、今後の隔年の人口や人口構成の割合を推計したものでございますが、厚生労働省が示しております最終的な平成26年の数値を基礎としておいた場合どうかというものを推計しております。高齢者のトータルが34,773名になる見込みが出ております。高齢化率で言いますと24.4%ということで、ほぼ4人に1人の方が高齢者という人口構成になることが推計されているところでございます。

以上、高齢者の現状と将来推計についてご説明申し上げます。

続きまして資料の7でございますが、日常生活圏域の考え方でございます。

第1回の審議会の中で、日常生活圏域の概念の導入ということで説明をいたしました。それを介護保険事業計画に当てはめたときに、その圏域の設定でいいのかということを精査してまいりました。若干、もう一回おさらいを含めまして流れを整理したいと思います。この7ページ中、介護保険制度の改正でございますが、在宅で365日24時間の安心を提供するというのが究極の目標でございますので、このためには一連のサービスが利用者の生活圏域の中で完結するという供給体制をとるというのが命題でございます。このために生活圏域という新たな概念を導入しようということになっております。

2番目でございますが、これは後ほどまた説明がありますが、障害者保健福祉改革、障害者自立支援法案についても、同じような概念、考え方でいきたいと思います。

3番でございますが、そもそもの地域福祉を推進することにおいても、総合的な地域ケアシステムを構築するために地域の支援活動の基礎単位というものを設定しようということで、前回の審議会の中で、日常生活圏域を概ね中学校区を単位にしようということで提案をし、ご了解をいただいたところでございます。下の方に、地域の考え方のイメージとして重層的な構造ということで示しておりますが、一番小さな単位がいわゆる隣近所の隣保班、第一階層として自治会、第二階層として小学校区、第三階層として中学校区というような、そういう広がりやの設定が階層構造的に、従来から行政区域として設定されているところでございます。この第三階層を、行政サービスを検討する上での日常生活の基礎圏域として設定したらどうかということをご提案申し上げ、このことについて、いろいろな事業計画によってエリアの捉え方が違う場合もあるわけですが、介護保険事業計画の中ではどうかということで精査をしてみましたが、この第三階層の中学校区を、いわゆる日常生活の基礎圏域を介護保険においても事業計画の実施単位として設定をしていこうというものでございます。先ほど言いました従来の保健事業、福祉事業、介護保険事業が見直されることによって、新たにできます地域支援事業というような地域で行う事業についても、この日常生活圏域、中学校区単位で、例えば地域の公民館等を活用しながら実施をしていこうとするものでございます。また、次の4番のときに地域包括支援センターの報告がありますが、地域包括支援センターにつきましてはこの基礎圏域よりも若干上位の階層、ここでいいますと第五階層あたりに設定をして展開をしていこうというふうに考えているところでございます。

次の8ページが日常生活の基礎圏域を、15エリアでございますが、地図上で表したものでございます。

私の方からの最後の報告になりますが、こういう生活圏域で、今後、介護保険に係る基盤整備をどのようにしていけばよいのかということで、市として一定の方針を出さないといけないことから、審議をいただきまして9ページのような方針を出したところでございますが、地域密着型サービスというものが今回の制度改正の中で新たに出てきましたので、ここであらためまして地域密着型サービスにつきまして概略を説明させていただきます。

ページは16ページになります。地域密着型サービスという新たなサービスについての

説明を記載しております。

まず一点目ですけれども、地域密着型サービスといいますのは、住み慣れた地域で生活を継続できるようにというような観点からのもので、先ほどの日常生活圏域の中ですべてのサービスが完結するような、そういう仕組みをつくっていきましょうという考え方に基づくものであります。

二点目ですが、以下の6種類のサービスがいわゆる地域密着型サービスといいますよということで、小規模多機能型居宅介護サービスから認知症対応型通所介護というようなサービスが設定をされているところです。もちろん、今現在の介護保険のサービスの中にあるものが大半であります。ただ、基本的なものとしては自分の住まいの地域に近いところで、なおかつ小規模で、機能としてもいくつか組み合わせて複合的にというような考え方が基本となっております。

それぞれのこの6つのサービスの内容につきましては、それぞれ四角囲みをしたところに若干紹介を書いております。

小規模多機能居宅介護サービスについてですが、通いを中心にということからの説明でございます。25名程度の方をあらかじめ会員登録しておきまして、この方達に対して、いわゆるホームヘルパーの派遣、日中はデイサービスのサービス提供、時々ショートステイということで泊まりの機能、サービスを提供すると。これは今までの介護のサービスが、ヘルパーさんはヘルパーさんの派遣の事業所が提供すると、デイサービスはデイサービスのサービス提供の事業所が提供すると、ショートステイはまた違うところが提供するというような、いわゆるサービスの提供に一体性、一連性のものが欠けていたのではないかと、この観点からのもので、同じ事業所の同じスタッフの方が一体となったサービスを提供できるように、いわゆる包括的なサービスを提供できるようにという観点からのものでございます。

こういう6つの機能を新諫早市に面的に整備をしていくにあたって、先ほどの日常生活圏域においてどのような考え方で整備をしていけばよいのかということも9ページに整理をさせていただきました。

9ページの一番上に国と県の考え方を示しております。国の参酌標準ということで、国は、代表的なものを3点書いておりますけれども、施設介護から居宅介護、在宅介護といいますが、そちらの方に移行をさせるということで、施設の入所者については重度化を図っていくと。平成26年度には37%以下にするというような参酌の基準を設定しております。

2点目に介護保険3施設の利用者全体に対する要介護4,5の利用者の割合を70%以上とする、これがいわゆる重度化と表現した部分であります。

これを受けまして、県の整備方針ですけれども、県の方も同じように国の流れを受けまして、施設入所者の重度者への重点化を図る、ユニット化をはじめとする施設的生活環境の改善を図る、認知症高齢者グループホーム及び介護専用型特定施設については20年度までの新たな整備は行わない、これは、施設の整備状況としては需要を上回った供給体制が既に整っているというようなことからの県の方針であります。

これを受けまして、諫早市として平成18年度から20年度までの介護保険事業計画の中でのサービス基盤の整備計画としまして、方針を3つ定めております。

方針の ですが、介護保険の3施設、ならびにグループホーム及び介護専用型特定施設については、県もまわりの市町村も同じですけれども、平成20年度までの新たな整備は行わない。それから、 は関連しますが、これらの施設整備のためには従来は補助金という形で国から支援を受けておりましたけれども、三位一体の改革の流れもありまして補助金が交付金化されております。この介護保険に係る施設も「地域介護・福祉空間整備等交付金」という名称での交付金になっておりますが、こういう交付金の活用については、平成19年度又は平成20年度において、圏域の整備状況をみながら支援をしていくというような方針を出しているところでございます。

少し駆け足になりましたけれども、 諫早市高齢者保健福祉計画の全体イメージについて、 高齢者の現状と将来推計について、 日常生活圏域の設定と介護サービス基盤整備の考え方についてを高齢介護課から補足説明をさせていただきました。

健康福祉部参事監兼健康福祉センター所長

地域包括支援センターについて、先ほどの部会長の報告、高齢介護課長の説明と一部重複する部分もあるかと思いますが、説明をさせていただきます。

18ページをお開きください。まず、地域包括支援センターにつきましては、第一回の健康福祉審議会におきまして若干概要は説明をしておりますけれども、本年4月から改正介護保険法が施行されます。この改正介護保険法は、これまでの制度から介護予防、重度化の防止が大きなポイントというふうになっております。その中軸を担うのが、この地域包括支援センターというふうに理解をしております。この地域包括支援センターにつきましては、国の指針によりますと、概ね人口2万から3万人を単位として1箇所を設置し、地域におけます高齢者の総合相談、介護相談とか支援、介護予防プランの作成、介護予防マ

ネジメントの実施、またケアマネージャーへの指導などを実施するものでございまして、そこには3職種、保健師、社会福祉士、主任ケアマネージャーが専任として配置されるということになっております。

そして、この地域包括支援センターを市内に何箇所設置するか、またどのような運営形態をするかということにつきましては、地域包括支援センター運営協議会準備委員会を立ち上げまして、そこでご意見をいただくというふうになっております。

地域包括支援センター運営協議会準備委員会でございますけれども、昨年12月22日に第一回目を開催いたしまして、設置の箇所数と運営形態につきましてご意見をいただいております。その結果につきましては、先ほど部会長の方からもご報告があったとおりですけれども、まず箇所数でございます。18ページの資料を参照いただきたいと思います。

先ほど申し上げましたように、人口2万から3万人、高齢者数が概ね4千から6千を単位として設置するということといたしておりまして、先ほどの日常生活の基礎圏域、概ね中学校区を単位としました基礎圏域を概ね2箇所から3箇所を基礎といたしまして、ここに色分けしておりますけれども、5箇所の圏域、サービスエリアを設定しております。

まず上の方から説明いたしますと、東部エリア、これは小長井、高来、長田地区を一つの単位として設定をいたしました。北部エリア、これは明峰中学校、西諫早中学校、真城中学校区を一つの単位といたしております。中央部エリア、旧諫早中心地、北諫早中学校区を範囲といたしております。西部エリアといたしまして、多良見、真津山地区、飯盛を一つの単位としております。最後に南部エリア、森山、小野地区、小栗地区、有喜地区を範囲としております。この計5箇所を地域包括支援センターの区域、したがって5箇所の地域包括支援センターを立ち上げるということにつきまして、準備委員会においてご承認いただいたものでございます。

次にお諮りいたしましたのが、地域包括支援センターの運営形態でございます。当初諫早市といたしましては、極力、現在12箇所ございます在宅介護支援センターのこれまでの実績、ノウハウ、人材等を、この新しい地域包括支援センターに継承していきたいということから、在宅介護支援センターを運営されている法人を対象として募集をかけ、5箇所をすべて委託方式でということで、準備委員会に提案申し上げました。その準備委員会の中のご意見といたしまして、やはり今後、全ての地域包括支援センターの指導を行うという立場から、市としても直営で1箇所はすべきであるというようなご意見をいただき、全体としてもその方向で準備委員会が流れてきたということもございまして、その部分に

つきましてはあらためて持ち帰らせていただいて、その後慎重に検討をいたしました結果、先ほどのお話のとおり、1箇所を直営、4箇所を在宅介護支援センターを運営されている法人に委託するという事で、計画の市の案の見直しをし、その旨準備委員会の委員の方々にご説明をした上でご承認をいただいたというようなことでございます。

19ページでございますが、15の日常生活の基礎圏域の人口、年少者人口、高齢者人口、今後地域包括支援センター等が対応いたします介護予防などにおける推計人口等をお示しておりますが、これは基礎的な数値としてご理解いただきまして、その5箇所の地域包括支援センターに係る人口等の基礎資料というふうにご覧いただきたいというふうに思っております。この説明につきましては、割愛をさせていただきたいと思っております。

20ページをご覧ください。先ほど申し上げました5箇所の地域包括支援センターの運営形態と健康福祉センターの保健師等の連携を示した図でございます。この中で、一番上、これが中央部になります。先ほど申し上げました旧諫早中心地と北諫早中学校区が対象になりますけれども、この中央部については健康福祉センターが中核の拠点といたしまして、直営で地域包括支援センターを運営することといたしております。それぞれの地域包括支援センターと保健師との連携を図りながら、それぞれの地域包括支援センターの事業の推進を図るということでございます。

健康福祉センターの中におきましては、地域支援班というのを設置をいたしまして、その中に総括担当ということで、右の方に業務内容を示しておりますが、運営協議会の開催や市町村包括ケア会議の開催などを、3名の体制で担当していきます。また、圏域担当といたしまして、各エリアにおけますそれぞれの包括支援センターとの連携をとる保健師の配置をいたします。

今後、この内容で進めていきたいと思っておりますが、今後の計画、予定といたしまして、なるべく早く地域包括支援センターの運営法人を決定いたしまして、市民へのPRなどもございますので、なるべく早い時期に決定をしていきたいと思っております。

高齢介護課長

高齢福祉部会を第一回、第二回、第三回と開催をいたしまして、それぞれ1時間半の予定で開催をしたところですが、いろいろな意見をいただきまして2時間を超えるような会議となっております。委員の皆様から貴重な意見をいただきました。ありがとうございました。主なものといたしましては、これは当然のことでございますけれども、第2期の事業計画や、いわゆる高齢者の現状をしっかりと分析し、課題の整理をした上で次の第3期の

高齢者保健福祉計画に反映をさせてほしいというような意見でありますとか、今報告がありました地域包括支援センター関係でいいますと、いろいろな例えば運営協議会の準備委員会でありますとか、組織ができるようだけれどもどこがどのように機能するのか整理をして、総括の部署でありますとか、そういうのをはっきりさせなければならないと、地域包括支援センターの位置付けはどのようになるのかとか、介護保険の現場の意見を反映する仕組みをぜひつくって、また、行政が責任を持って対処しなければいけないとかいうようなご意見をいただいたところでございます。

次回4回目は、今月23日に予定をしておりますが、いよいよ保険料を含めまして介護保険の全体像、最終的な案ということで協議をいただく予定としております。

以上で、事務局からの報告を終わります。

会長

ただ今、部会長と事務局の方から報告と説明がございましたけれども、皆さんの方から何かご質問等ございませんでしょうか。

C委員

従来、諫早市ないしは旧五町の中に在宅介護支援センターがございまして、現在もございましてけれども、機能的にそのノウハウを使って地域包括支援センターに今後つなげていくということですが、ここで五箇所が新市全体に配置されるわけですが、そうしますと、従来の在宅介護支援センターに委託できるところはいいんですが、それ以外の在宅介護支援センターは今後どうなっていくのか、何らかの形で地域包括支援センターとの関係が当然必要になってくる形で、例えばランチのような窓口的に置くような形になるのか、あるいは全く別の形になるのかですね。そこら辺は部会の方では一体どういう話になったのかということをお尋ねしたいと思います。

健康福祉部参事監兼健康福祉センター所長

まず、地域包括支援センターは5箇所立ち上げをいたしますけれども、うち1箇所は直営になります。今現在12箇所の在宅介護支援センターがございまして、基本的に在宅介護支援センターにつきましては、17年度をもって終了したいというふうに考えております。先ほど申し上げましたように、平成2年からこれまで地域福祉に係る様々な事業展開と申しますか、在宅サービスをしてこられた在宅介護支援センターをいかにして地域包括支援センターにそのノウハウとか実績とかを引き継いでいくかということで大分論議いたしました。しかしながら、先ほどから申し上げますように、地域包括支援センターという

のは人的な面から保健師、社会福祉士、主任ケアマネージャーというふうに限定をされており、したがって、これまでも地域包括支援センターを立ち上げたいというような説明をしてきておりますが、もしもできれば有資格者の方につきましては研修いただければとか、ご相談申し上げておりますけれども、具体的にその以外の方につきましては、ランチとかそういった方法で残すということは、今のところ考えておりません。

部会長

今の説明の中で、部会として話していないこともあったんですけども、12のうち4つ。あと8つは消えるということは今言われてますけれども、これは非常に重大な発言ですね、これそう簡単にいくのかと。今まで委託料を出してやっていたわけでしょう。それを打ち切りますよと。先のことは考えてませんということは部会では言ってませんし、今からそれは議論すべき問題でね。というのは、これだけのスタッフです、ケアプランから何からできるわけではないんです。これだけのニーズの。例えば20%が新法で外れたとしても、残りの80%をこの5つの施設の中でケアプランをとって、そしてそれを実行に移して、アフターまでしてということとはできないんです。それを考えますと、この5つのところはどこかにランチを委託して事業をしないと、現実的にはやれないと思います。その中で今後8つのところを活かしていく方法を、行政と話し合っ、せっかくのノウハウですから、金儲け主義でやるようなところは入れませんが、本当にそういうノウハウを活かしてやっている施設はかなりのところであるわけですから、それをわざわざ殺してまで5つやれということは、ちょっと筋が通らないんじゃないかなと思います。だから、部会としては、これは行政側とよく話し合っ今後やっていきたいと考えております。

F委員

“ 団塊の世代が老人になる ” という見方の方が強いと思いますが、地域密着型サービスなどいろいろな言葉が出てまいりましたが、これは逆に、“ 社会で活躍する人がたくさん出てくる ” という風にうけとっていければ。「老人会の役員をしているときはよかったんだけど、その役割を終えたら非常に病気がちになった」ということもございますので、団塊の世代が出てくれば、その人たちをいかに地域で活躍していただくかということだろうと思います。健康医療におきましても、介護予防におきましても、自治会の活用、つまりこれから地域づくりといいますか、地域がどれだけ活躍していくかということによって、介護保険サービスを利用する人たちも減っていくのではないかとということと、健康医療部会として一番心配なのは、生活習慣病が非常に多くなるということで予防の方が先だと思

います。

ですから、もう少し前向きに、地域の活用ということも考えていったほうがこの健康福祉審議会としてはいいのではないかと思いました。

それから、地域包括支援センターにつきましては、包括支援センターの担当保健師が3人いて、直営の方にもちゃんというわけですよ。その保健師さんたちは、5つの地域包括支援センターを統括して、それにまた一人ずつ包括の中に保健師がつくということなんですか。だったら、その直営がここの健康福祉センターの中でなければならないということではないんでしょう。直営はここの健康福祉センターというふうになっているようですが。その上に保健師さんが3人いれば、何も直営がここの健康福祉センターの中になければならないということではないのではないのでしょうか。

健康福祉部参事監兼健康福祉センター所長

資料20ページでのご質問かと思えます。先ほど申し上げましたように、地域包括支援センターと保健体制というのは非常に密接に関係しており、十分に連携をとりながら介護予防等の事業を進めていくとしておりまして、直営の保健師のほか5箇所の地域包括支援センターとの連携をとるための保健師が5人、諫早市全体を見ながら運営協議会を開催するとか、ケア会議の開催とか、担当ケア会議の出席など総括担当としての保健師を含め計9名の体制によりまして、各地域包括支援センターと連携をとっていくということでご理解をいただければと思っております。

設置の場所についてであります、5箇所のうち1箇所を直営でする場合、どこが適当かということも論議をいたしました。保健師が最も多く配置されているのが健康福祉センターでございます、健康福祉センターと連携を図るにはどこが適当かということで、その結果として中央部にありますこの健康福祉センターにその地域包括支援センターを設置するという、中央部を直営で実施するというご理解をいただきたいと思えます。

高齢福祉部会長

中央部というのは、従来の介護保険制度の中において（基盤整備が）非常に充実したところですね。充実したところは市がやってもらった方が勉強になるんじゃないかという気持ちももちろんあるんですけども、逆に充実していないところに行政が直接関わるということも一つの案としては考えられ、ノウハウを高めることになるのかなと思えます。

これら5つのエリアのそれぞれに地域によって介護保険サービスの厚さ、薄さがあるんですね。薄いところに行政が手を染めるという考え方も一理はあるのかなという気はしま

す。

F 委員

最初に市は中央というように決められているようですが、健康福祉センター内に3人の保健師がいるわけなので、調整をとるのはどこにいても一緒かなと。地域にいて連絡が取りにくいということではないだろうと思ったものですから、うまくいっているところを保健師（行政）がするというのではなく、他のところでもいいんではないかと思いましたので。

C 委員

先ほど、この新しい介護保険制度改正後の段階での従来の在宅介護支援センターの扱いがどうなるのかということをお聞きしましたのは、今も指摘がありましたけれども、エリアごとに格差があった時に、そういったところでも気安く或いは気軽に行ける相談窓口が身近にあるという状態であって初めて、いろいろな情報が飛び交って必要なサービスにつなぐことができるのではないかとということがあったものですから。そういう面では、私は持論として相談窓口は多いほうがよいというものを持っておりまして、今の流れだと従来の在宅介護支援センターが5つの地域包括支援センターに統合されるような意味合いにおっしゃるものですから、つまり、数的には少なくなるわけですね。それを何らかの形で補うような仕組みを同時に考えていく必要はあるなど。従来の在宅介護支援センター、委託されない在宅介護支援センターの持っている機能を、形を変えるなり何なりして窓口の一つにしていくような方向性があるのかなということが一つ気になったところです。

それからもう一つ、今の議論の中で、地域包括支援センターに国が基準として3名としている意味合いは、そこに期待されている機能、一つは介護予防、もう一つは総合相談、3つ目はマネジメント、これらの側面を地域包括支援センターに期待しているわけですね。そうしますと、それが諫早の場合は5箇所あると。それを集約する形で中心があるとするならば、ちょっと見ますとここでは保健師さんばかりだなと。この中に社会福祉士とか、或いはケアマネージャーとかが必要ないのかなと。集約する中央においてもそういった相談内容を受け止めていく人達の配置も同時に必要になってくるんじゃないかなと素朴に思います。

健康福祉部参事監兼健康福祉センター所長

地域包括支援センターの中身は、保健師、社会福祉士、主任ケアマネージャーの3職種でございますけれども、現在、市といたしましては社会福祉士、主任ケアマネージャーと

いう職種は存在しておりません。したがって、その全体を総括する担当といたしましては、今後大きな課題として位置づけているところでございます。

C 委員

課題としてご回答いただきましたので、何らかのご検討をいただけるものと受け止め、期待しております。

E 委員

先ほど在宅介護支援センターのことで、このセンターを傘下に持っている事業所はいいんですけども、持たない事業所は非常に困るんですね。先ほどの部会長の報告によりますと、8箇所は17年度で終了するということですね。いろいろと実情を分かっていたら、こういうところは全部必要です。ここは一つ、部長さんに頑張ってもらいたいと思います。

それから9ページにですね、国の参酌標準の欄に「要介護2～5の認定者に対する介護保険3施設」。ここで要介護1の方は入所対象者にはならないんでしょうか。

高齢介護課主任

要介護1の方につきましては、現在施設の方にも入所されてます。

E 委員

なるわけですね。

高齢介護課主任

ここの趣旨といたしましては、在宅への転換ということもございまして、施設入所者のうち軽度の方はなるべく地域で生活を継続していこうという考え方に立っておりまして、要介護2から5の認定者に対する介護保険3施設やグループホームなどの利用者の割合を37%以下にするということで、要介護1の方の施設利用、グループホーム利用というものも可能となっております。

E 委員

それから右の方の「県の整備方針」の中、「介護保険3施設については、平成20年度までの新たな整備は行わない」という方針で行くわけですね。そうすると、国は施設の特別養護老人ホームをサテライト方式にするといったことを言ってますね。その場合は、例えば50床の特養だったら30床をユニット化して改築し、20床をサテライトの特養として新設すれば、旧特養の改築資金と土地代が必要になります。土地は少なくとも500坪は必要です。それにサテライト式の特養建設費、こういうのが運営的に可能かどうかと

いうことですが、どういう風に思われますか。

高齢介護課主任

県の方もこの施設のユニット化を推進していくということになっておりますので、小規模の特別養護老人ホームへの転換を図った場合について、定員的には相対的な定員を上回らない程度でのユニット化を図っていくということで、県と協議をしながら市の方も進めてまいりたいと考えております。

E 委員

これは、「新たな整備を行わない」という部分には該当しないわけですね。

高齢介護課長

ここでの「新たな整備を行わない」というのは、従来型の形での施設整備のものについては“新たな整備を行わない”ということとして、委員ご質問のユニット化の推進を前提にしたものでありますとか、地域での包括サービスも小規模多機能のものでありますとか、そういうものは対象外のものでございまして、それぞれ新たに協議させていただくということで考えております。

高齢福祉部会長

「在宅への推進と施設・居住系サービス利用者の抑制」としてありますよね。抑制という意味の中で施設のユニット化を促進するというのは、ユニット化をすれば入居費が高くなるから抑制につながるという意味で書いてあるんですか。

高齢介護課長

ユニット化につきましては、居住環境の質の向上という観点からというものでございます。

高齢福祉部会長

だから、質の向上ということはすなわち入居者が負担金を高く払わないといけないんでしょう、従来よりも。現在、入居費、食事代すべて自己負担になっているわけでしょう。そうすると、ユニット化すると生活環境は整ったけれど料金は高くなるということでしょう。現在起こっているのは、生活保護者はユニット化した部屋には入れてはいけないよということはまかり通っているんでしょう。ユニット化されたような贅沢なところには入れませんよと国は言っているじゃありませんか。そういうのをどんどん促進するという諫早もおかしいんだけど、高齢福祉部会でも今後問題になるのは、現在ある施設と新たにまた作っていこうという施設がダブルなので、無駄を省くという目的も一つあると思うし、こう

いう施設を作れば供給が需要を喚起する、介護保険費用を増大させるという大きな観点があるわけですよ。だから、これは別ですよと簡単に言ってもらっては困るわけで、これは複合的な問題がありますから、やはり委員の言われたように、これははっきり“別ですよ”と言うのではなくて、居住施設としては3施設と連動して考えなくてはならないと思います。全く別枠の新しい施設とした考え方自体がスタートとしてちょっとおかしいんじゃないかと思います。社会資本の充実を含め、小規模多機能型の施設を含め、全部ダブらないように無駄のないような整備を各地域でしていく、それが行政の基本スタンスとして持っておかなくてはいけないんじゃないかなと思います。

高齢介護課長

ただ今、高齢福祉部会長の方から説明をしていただきましたけれども、事務局の方からの説明も言葉足らずでございました。それらの基本的な姿勢とか指針とかは持っておりますので報告させていただきます。

F委員

グループホームの火災について、諫早市での所管はどこになりますか。市でしょうか、県でしょうか。

高齢介護課長

現在のところ、設置認可等については県のほうが所管しております。4月からの制度改正後、新制度のもとでは市町村が所管するようになっております。

F委員

本当に近くで発生し、悲しい思いですが、9名の認知症の方にたった一人の当直というところを、市で所管するときにはよく考えていただきたいなと思いましたがお願いいたします。

C委員

先ほど高齢福祉部会長の方から「ダブらない」というのは、大事なことだと思うんですね。この時代、特に介護保険の改正も含めて、もともとご承知のとおり財政的な理由がかなり大きな部分を占めているわけです。そういう面では、いかに効率的にやっていくかということでその切り結びが大変重要だと思います。

ところが、その切り結びを急ぐがあまり、逆に穴を作ってはいけない。そこもやはり同時に考えていかねばなりません。先ほどから議論にあがっている国の参酌標準というのは、簡単に言うと施設等の重度化を促進していくということと、これは逆に言うと軽度の人

出てもらおうと、或いは地域のほうでどうぞというような形ですから、経営的にはここで一つの大きな課題を背負うことになるわけです。地域全体でそういうような人達を受け止めていくような仕組みを同時につくっていかないと。出てもらおうということについては、経過措置として国も出しているはずなんですね。まあ、それはいつまでも続くわけではありませぬので、少なくとも穴が出る。つまり、それで出ることになった人達が行き場をなくすということにはぜひならないように。そこでは地域の支援事業というのがどれだけ機能するかということが一つ、大きな点だろうと思いますが、そこに地域力というようなものを活用することによってカバーできるんじゃないかと思うんですね。そういう工夫をしていく必要があるんだろうということが今から考えておかななくてはならない点だろうと思います。従来の入所施設の方々もそこにいろいろな自分たちの機能やノウハウを活かしていただく、全体で支えていくというような考え方が必要になってくるんじゃないかなと思います。市の考え方として、平成20年度までの新たな整備は行わないという、大変断定的な言い方でありまして、国や県の基準もございまして方向性という点ではよく分かるわけですが、ただ同時に必要に応じては、市レベルでも独自の事業というものを展開していくというような心積もりはぜひ持っておいただきたいと思います。

会長

他にないようであれば、この議題については質疑を終わりたいと思います。この件につきましては、次回の審議会が最終報告という形になりますので、その取りまとめについては、実藤部会長さんには引き続きよろしくお願い申し上げます。

その他各部会における審議状況について（報告）

会長

それでは議事の2番目「その他各部会における審議状況について（報告）」を議題いたします。まずは健康医療部会の方から審議状況の報告をお願いします。

健康医療部会長

健康医療部会につきましては、11名で構成されております。

これまで、昨年11月と12月にそれぞれ会議を開きまして、様々な意見をいただいております。

1回目は、諫早市健康増進計画「健康いさはや21」の基本計画案について審議をいたしまして、基本的にはこれを受け継いでいくということを了解していただいております。

この計画につきましては、当初、旧諫早市、旧飯盛町、旧高来町の3つの計画がございまして、それを旧諫早市のフォームに合わせてつくろうというようなことで進んでまいりました。で、市民の行動計画には健康づくりというものを市民運動として広げるということを目的として、各ライフステージに合った健康課題を掲げてそれを解決していくということによって、安心して住めるまち、あるいは安心して子どもを育てていくことのできる市というようなことでやっていこうということを進めているところなんですけれども、当初、本年度末に策定するというので、計4回開催をして計画書を策定するというので、第一回は終わったわけなんですけれども、次の第二回目までの間に事務局の方で、健康事業に参加されている方、あるいは健康づくりイベントに参加されている方、市民1,000名につきましてアンケート調査をされておりました。それが第二回目で出てまいりまして、保健事業とか、あるいは健康イベントに参加されている、非常に意欲的な方々のご意見がたくさん寄せられたわけなんですけれども、しかし、健康いさはや21というのはやっぱり全市的な行動計画が必要であるというような考え方から、そういうイベントにもあまり参加されないような方々の意見もやはり聞く必要があるというようなことで、もっとたくさんの方々に対する調査をやって、そしてそれをもとに健康づくりの基本計画というのを少し見直そうではないかというようなことが、委員の皆様方から意見が出されたわけなんですけれども、1市5町が統合しましてそれぞれの地域の特性というのを取り込んでいくというようなことが必要だということもございまして、意見の集約にはそういった地域からの方々の参加を入れてワーキンググループも立ち上げまして、そして、それからの意見も集約をしながら、なおかつ、既存の健康づくり推進協議会とも連携をしながら、市民運動への広がりというものを図りたいというような考えで一致しまして、これは少し期間を延長して審議する必要があるということで、当初、今年度中ということで3月までだったんですけれども、それを半年間延長いたしまして、9月に取りまとめるというようなことでいこうとなっております。

会長

それでは次に障害福祉部会の方からお願いします。

障害福祉課長

本日は、障害福祉部会長が都合により欠席でございますので、事務局の方から報告をさせていただきます。

障害福祉部会につきましては、昨年11月28日に臨時委員への辞令交付の後、第1回

の部会を開催しました。

部会の役目が諫早市障害者福祉計画の策定ということですので、根拠となる法律や先の国会で成立しました障害者自立支援法について説明を行ったところでございます。

諫早市障害者福祉計画は国や県の障害者プランとの整合性の必要があります。旧諫早市において策定しておりました障害者福祉計画は、国や県のプランとの整合性が図られていることから新市における障害者福祉計画については、旧諫早市障害者福祉計画をベースに検討していくことといたしました。

また、障害者自立支援法に基づき、今後、障害者福祉に係るサービスの必要量を見込む必要があり、国が今後示す予定である指針をもとに策定していくことも申し合わせました。

今後の部会の開催予定は、1月末に第2回目を開催することとしております。その内容は、諫早市における福祉施策の状況や障害者福祉計画の骨格等について検討していきたいと考えております。

以上、障害福祉部会からの状況報告といたします。

会長

それでは次に次世代育成支援対策部会の方からお願いします。

次世代育成支援対策部会長

次世代育成支援対策部会につきましては、昨年11月29日に12名の臨時委員さんへの辞令交付の後に、委員4名を加えまして計16名で第1回の部会を開催したところでございます。

部会の役目といたしましては、平成17年4月に策定されました「諫早市次世代育成支援行動計画」(いさはや子育て応援プラン)の進捗状況の管理ということもあり、本行動計画の目的と概要についての再確認及び現時点での事業実績についての報告を受け、これからの部会の役割を認識したところであります。

これに加えて「認可保育所の中における公立保育所の役割」及び「児童虐待防止ネットワークと要保護児童対策地域協議会の設置」に関して事務局の方から説明を受け、いくらかの意見交換、論議をいたしました。

今後の部会の開催予定といたしましては、2月下旬に第2回目を開催することとしておりまして、その内容は、本行動計画に沿って各委員の皆様が日頃から感じておられる次世代育成支援への意見とその具体的な手段についての論議をしたいと考えております。

以上、次世代育成支援対策部会からの報告といたします。

会長

それでは各部会の方から報告がありましたけれども、この件について皆さんからご質問やご意見などがありましたらお願いしたいと思います。

特にないようでございますので、この件については終わりたいと思います。

その他

会長

最後にその他ということで、何か皆さんの方からご意見やご提案などがありましたらお願いします。特になければ、事務局の方からありますか。

福祉総務課主任

次回の開催予定と今後のスケジュールについてお願い申し上げます。

まず、今後のスケジュールといたしましては、次回のこの審議会におきまして、高齢者保健福祉計画の最終素案について取りまとめを行いまして、その後、会長から市長へ答申という手続きをとることになります。この高齢者保健福祉計画は、介護保険事業計画を含むものであり、3月議会に上程予定の介護保険条例の一部改正案とも連動することになりますので、少なくとも2月中旬には答申をいただき、3月議会に臨みたいと考えております。

したがいまして、次回の開催予定でございますが、2月の中旬ということで、2月16日(木)の午後3時半から、場所は今日と同じくこの健康福祉センターにおきまして開催をしたいと思っておりますので、ご予定方お願い申し上げます。あらためて文書にてご案内いたしますのでよろしく願いいたします。

会長

他にないようでしたら、本日の議事はこれで終わりたいと思います。

長時間にわたりご審議を賜りましてありがとうございました。

本日、いろいろご報告とかご説明をいただいたわけでございますが、介護保険法の改正等に伴いますいろいろな制度の改正、それから障害者自立支援法などによりまして、新たな福祉の時代に入ったような気がいたします。

昨年3月1日に1市5町が合併してもうすぐ2年目になるわけですが、合併の協議をいろいろ進めてきたわけですがけれども、その合併の目的としては、効率的な行政運営によって経費節減を図り、それをもって福祉や教育などの充実を図っていくということで進めて

きたわけですが、今回のこれらの改正でプラスになる部分はいいわけでありますが、内容によっては、市民の皆さんにとってマイナスになる部分もあるわけです。これは、“合併によってこういうことになった”という誤解も生じるのではないかという気もいたしますので、行政の方ではそのあたりの説明を“法の改正によるもの”ということできりお願いをしたいと思います。

それから、各部会長さんも大変だと思いますが、それぞれ福祉の増進のために頑張っていていただきたいと思います。今日は本当に長時間にわたりましてありがとうございました。

(17時15分終了)