

会 議 録

1 会議名

第1回阿賀野市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会

2 開催日時

令和7年11月14日（金） 午後1時25分から午後2時35分まで

3 開催場所

阿賀野市役所 403 会議室

4 出席者の氏名（敬称略）

- ・ 委 員：藤森勝也、植木政行、齋藤徹、相沢雄司、三枝和史、大湊薫、渋谷信和
- ・ 事務局：大橋副市長、高齢福祉課 山寄課長、井上課長補佐、山崎地域包括支援センター阿賀野センター長、橋本地域包括支援センター笹神センター長、神田介護保険係長

5 議題（公開・非公開の別）

(1) 委員長・副委員長の選任について（公開）

(2) 諮問書の交付について（公開）

(3) 第9期介護保険事業計画の現状について（公開）

(4) 市の取組について（公開）

「もう年だから…」とあきらめない！～これが阿賀野の進む道～

(5) 第10期介護保険事業計画の状況について（公開）

6 非公開の理由 なし

7 傍聴者の数 0人

8 発言の内容

1) 開会 — 事務局開会 —

2) 市長あいさつ — 挨拶 —

3) 議題

(1) 委員長・副委員長の選任について

○事務局 委員の互選により委員長、副委員長を選出するとしておりますが、いかがお取り計らいいたしましょうか。

○E委員 事務局に一任します。

○事務局 ありがとうございます。

では、事務局一任というお声をいただきましたので、事務局より事務局案を提案させていただきますと思います。

事務局案としまして、委員長はあがの市民病院院長の藤森委員に、副委員長は阿賀北総合福祉協会特別養護老人ホーム白鳥荘施設長の植木委員にお願いしたいと存じますが、よろしいでしょうか。

賛成の方は拍手でご承認をお願いいたします。

(一同拍手)

○事務局 ありがとうございます。皆さまの賛成により承認されました。

委員長、副委員長、どうぞよろしくをお願いいたします。それでは委員長副委員長席にご移動をお願いいたします。

(委員長、副委員長席移動)

○事務局 それでは、委員長副委員長にご就任いただきましたので、一言ずつご挨拶を頂戴したいと思います。

初めに委員長よりお願いいたします。

○委員長 第8期、第9期の介護保険事業計画のこの委員会の委員長も務めさせていただきました。そして今回の委員の皆さんは3年間の任期になりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

副市長がお話されておりましたけれども、今社会は非常に高齢化しております、阿賀野市の高齢化率36%ということで、人口もどんどん減って今3.9万人を割るような感じでしょうか。

そして高齢化社会では、ご存じのように認知症の方が増えて、高齢者の1人世帯また夫婦世帯が非常に増えてきております。

介護が必要な人たちを社会全体で支える介護保険事業は、大橋副市長さんも先ほど言われておりましたけど2000年から25年目ということで、第9期介護保険事業計画の中に

我々はいるわけでございますけれども、市の方が非常に一生懸命に取り組んで、また、関係する皆さまも力を合わせて、地域包括ケアを推進していくことが大切でございます。

また2027年からは第10期ということで始まりますので、皆さまのご意見を頂戴しながら、市が提案される計画について我々も意見を述べさせていただいたり、よりよいものを作っていければと思いますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○副委員長　私のほうも前期に引き続き、今回委員にさせてもらい、また副委員長という大役を拝命させていただきました。

阿賀野市内も人口かなり減っている中で、高齢者の率がどんどん上がっているような状況。また、人口減少による収入というところ、財源のほうも減っている中で、この介護保険事業計画というのはかなり重要な部分になってくると思います。年々そういうところでは難しい計画になると思いますが、精一杯務めさせていただきたいと思います。よろしくお願いたします。

○事務局　ありがとうございました。

(2) 諮問書の交付について

○事務局　それでは、議題(2) 諮問書の交付につきまして、市長から委員長へ諮問を行います。副市長、委員長お願いたします。

○副市長　諮問書。阿賀野市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会委員長様。阿賀野市高齢者福祉計画・第10期介護保険事業計画について、貴委員会の意見を求めます。よろしくお願いたします。

○委員長　謹んで拝命いたします。

○事務局　委員長ご着席願います。ありがとうございました。

副市長につきましては、他の公務のためここで退席させていただきたいと思います。よろしくお願いたします。

○副市長　皆さまよろしくお願いたします。

(副市長退席)

○事務局　それでは、ここからは委員会条例第5条2項の規定によりまして、委員長に議長をお願いし、議事を進めていただきます。

委員長、どうぞよろしくお願いたします。

○委員長　わかりました。では、議事を進めさせていただきます。

その前に、このような諮問書をいただきましたので、これまで第8期第9期のときはこのようなものいただいたことがなかったので、そういう意味では、今も話を聞かれたと思

いますけど、我々委員の役割が重みを増しているかなと思っておりまして、この委員会で、皆さんの意見をまとめて、これは文書でいただいたので「文書でお返してください」ということなのかなと思って、今謹んでお受けしたわけでございます。皆さんから意見をいただきながら「返答する文書」も考えていかなきゃいけないと思って、今頂かせていただきました。

(3) 第9期介護保険事業計画の現状について

○委員長　それでは議題のほうに入らせていただきたいと思いますが、議題(3)の第9期介護保険事業計画の現状についてということで、事務局のほうからご説明をお願いします。

○事務局　皆さまお疲れ様です。

私からは、本日の議題でございます第9期介護保険事業計画の状況を、お手元の資料1によりまして、本計画における介護保険給付費の状況をご説明させていただきます。着座にて失礼いたします。

資料では全体を通して、表の右側の第9期介護保険事業計画の初年度の令和6年度について説明させていただきます。

それでは改めまして、資料の1ページ目をご覧ください。

こちらは第1号被保険者や、総給付費の状況をまとめたものになります。実績値につきまして、こちらのほうすべて計画値内でございます。計画は順調に推移していると思われ

続きまして2ページ目になります。

こちらはサービスごとの1年間の利用者数となります。計画値は1か月当たりの利用実人数を12か月分で乗じて算出しております。実績値は、令和6年3月から令和7年2月サービス提供分の月ごとの利用実人数を合計したのものになります。施設サービス、居住系サービスともに計画値内でございます。なお、在宅サービスの一部では、対計画比で80%を下回ったものもございますが、事業規模のほう小さいためサービスの全体としては、影響は出ておりません。

続きまして3ページ目をご覧ください。

こちらは先ほどの2ページ目の年間利用者数を1ページ目の第1号被保険者数で割り返したのものになります。なお、特定福祉用具販売で対計画費が約140%というふうになっておりますが、こちらのほうも事業規模のほう小さいため、サービスの全体としては影響が出ておりません。

続きまして4ページをご覧ください。

こちらは利用者1人の1か月当たりの利用日数及び回数となります。要支援者の訪問リハビリテーションや短期入所生活介護が受けた対計画比で約120%となっておりますが、サービス全体としては影響が出ておりません。

続きまして、1ページ飛ばしていただきまして、6ページ目をご覧ください。

こちらは1ページ目で記載のありましたサービス種類ごとの総給付費をサービスごとに細分化したものになります。その中で、対計画比で80%を下回った訪問入浴介護、短期入所療養介護老人保健施設分ですが、もともと給付費の給付の規模が小さいため、サービスの全体として影響は出ておりません。また特定施設入所者生活介護、有料老人ホーム等につきましても、市外の被保険者の入居が進んだことにより少なくなっているということが原因だと考えられますが、認知症対応型共同生活介護、グループホームの増加分で、居住系サービス全体では対計画比96.2%となり、順調であると考えます。

そして1ページ前に戻っていただきまして、5ページ目になります。

こちらは利用者1人の1か月当たりの給付費となり、6ページ目の給付費を2ページ目の年間利用者数で割り返したものになります。なお、対計画比では90%を若干下回るサービスも見受けられますが、全体を通して順調であると考えます。

最後に、令和6年度の総給付費につきまして、前年度を下回るということにつきましては平成29年度以来となり、コロナ禍でも前年度を下回ることはございませんでした。

今後もこの傾向が続くのか不透明な状況でございますが、次期計画策定時の給付推計に影響を及ぼさないよう、引き続き給付の推移を注視してまいりたいと思います。

以上、説明を終了させていただきます。ありがとうございました。

○委員長 　ただいま事務局の説明が終わりましたが、何か委員の皆さんでご意見ご質問等ございますでしょうか。

概ね計画どおりということのご説明であったかというふうに思います。

よろしいですか。

A委員お願いします

○A委員 　初めてなので、お伺いしたい。

今回初めて拝見した総給付費の状況ですけど、計画に対してどうだっていう今の説明でしたけれども、この計画値自体は次の第10期介護保険事業計画の事業を行うときの予算を決めていく、また介護給付の保険料、そういうものを決めていくための見込みを作るといふ、そういう位置付けなんですか。目的を教えてくださいなのですが。

○事務局 　そのとおりでございまして、令和6年度、7年度、8年度の途中までの給付を

元に給付の推計を出させていただくものになっておりますので、こちらに書いてある6年度は重要なものとなります。

○A委員 全体の流れとしては、その推計、需要に対して給付していくという形をとらざるを得ないと思うんですけども、予算の作り方として、どのぐらいのところで予算を作っていくかというのはあるんでしょうか。これからのことを考える上で伺いたいのですが。

○事務局 基本的には今申し上げましたとおり、今の計画、第9期の令和6年度から令和8年度の自然推計を中心に、例えば市の施策の中でこういったところを重点的にやっていきたいということで、その自然推計で出た給付額よりも少し上乗せをしたり、下げることはあまりないかと思うんですけども、ここの部分は少し上乗せをしたいという中で、一旦その給付額を入れて保険料の推計をしていきながら、多分、皆さま興味があるのは保険料の部分かなというところがありますので、給付の部分も当然大事ですし、それによって保険料にどのような影響が出るかというところを見ながら給付額、保険料ともに推計を進めていくというような形になります。

○A委員 当然ですけども、需要に合わせて給付見込みを立てていくというのが基本だということに理解してよろしいですか。ありがとうございます。

○委員長 ありがとうございます。他にございますでしょうか。

計画よりも令和6年度は低かったということ、その理由みたいなのはございますでしょうか。

○事務局 理由というものかちょっとわからないんですが、分析を細かく行っていくところまでは行ってないんですが、やはり在宅サービスの部分に関しまして、利用が大分減ってきておまして、そこの部分に関してちょっと影響が出てるのではないかなということ考えておりました。

○委員長 在宅系のサービスの低下があるっていう、少なくなってるっていうことなんですね。在宅系のサービスの低下っていうのは、要因はどういうところにありますか。

○事務局 高齢者の65歳になる方に関しまして、例えば10年前とか20年前と比べまして、健康で今もその年代でも働いてらっしゃる方がどんどん増えてきているという点がございませう。

そういう点で、まず新規のサービスが、要介護度が重く認定される方が多くなってきて、以前は要介護の1、2だったり要支援の方がかなり多くいたんですけども、せっぱ詰まって介護保険を申請されるという方が増えてきておりますので、認定率でも、かなり下がってたりとか、健康な方が増えてきている。

あと、介護予防の取組が少しずつ効果があらわれてきたのではないかなというところを感じております。

○委員長 わかりました。ほかに何かございますか。

在宅サービスについてですけれども、在宅サービスが低下しているっていうのは、在宅で利用する方が減っているわけですから、高齢者のひとり世帯が増えているとか或いはお家で過ごせないで施設を利用しなきゃいけないっていう人たちにシフトしてるっていうふうにも考えることができますか。

○事務局 実は、令和5年度の実績については、施設入所者数の方、かなり増加したということもございましたが、令和6年度につきましては、かなり減っておるということで、一旦、入所が落ち着きまして、その間に在宅サービスの方はどんどん施設に入られたということがだんだん落ち着いてきたっていうこともございますが、先ほど申し上げたとおり、やはり健康な高齢者が増えてきたというところだったりいろんな要因がありまして、在宅よりは施設にというふうな流れができつつあるのかなとは思いますが。

○委員長 わかりました。ありがとうございます。

委員の皆さんよろしいでしょうか。

(発言なし)

(4)市の取り組みについて 「もう年だから…」と諦めない！～これが阿賀野の進む道～」

○委員長 それでは次に移らせていただきたいと思います。

議題(4)市の取り組みについて、「「もう年だから…」と諦めない！～これが阿賀野の進む道～」ということで、事務局のほうからご説明をお願い申し上げます。

○事務局 私のほうからは、「「もう年だから…」と諦めない！～これが阿賀野の進む道～アジャイル型地域包括ケア政策調整プログラムに参加して」、ということで説明をさせていただきます。

ここから着座にて失礼いたします。

このアジャイル型地域包括ケア政策共創プログラムは、地域包括ケアシステム構築のため、厚生労働省と藤田医科大学が共同で市町村に対して、現状と課題の洗い出しから取組の方向性を導き出す過程を伴走支援するものでありまして、アジャイルとは俊敏とか素早いという意味で、変化に素早く対応し、試行錯誤しながら価値を生み出す考え方や手法のことです。

昨年度はこのプログラムに阿賀野市が参加して取り組みました。全国では北から南まで大小11の自治体が参加しておりました。

今回このプログラムに参加した動機ですけれども、第9期の介護保険料が新潟県内20市のうちで一番高くなったこともあり、介護予防に関する取組の見直しができているのではないかという思いがありました。

プログラム開始前の相談会があったときには、元気な人に相当なお金を市が使っているというような指摘を受け、私たちがはっとしたという気づきがありました。そして、このプログラムで取組の評価や再構築のノウハウを教えてもらったほうがいいんじゃないかということで、気軽な気持ちで「参加してみようか」ということで、このプログラムに参加しました。

当初の問題意識としては、介護予防日常生活支援総合事業の見直しが必要ではないかということと、自立支援の考え方の浸透が足りないのではないかというものでした。

しかし、もっと具体的な現状を知る必要があるということで、この青の四角の①から⑥のアジャイルのプロセスに取り組んで、まずはデータと情報の収集、このアジャイルの中では「薪拾い」と言いますが、その薪拾いをしてみた結果なんですけれども、介護保険の申請理由としては、誰も彼がもう歳だからとか、風呂に1人で入れなくなったからとか、畑もできなくなったしとか、周りに友達もいなくなったし周りの人がデイサービス行ってるからという理由で、多くの人が申請をしているという声が多かったです。

また、要支援認定者の原因疾病は、約5割が虚弱、転倒骨折、関節疾患でした。介護予防のための地域ケア個別会議終了時のアンケートをケアマネさんに行っていますが、そのアンケートを読み取って見たところ、ケアマネジャーさんの多くは自立支援に向けたケアプラン作成を意識していました。

一方で、年齢によって卒業を考えたり、サービスを利用することで現状維持できていると思っている様子も伺えました。

また、要支援から非該当になった人もいましたが、支援における関わりが良くて非該当になったというわけではなかったようでした。サービスを卒業した人を見返してみると、ぼんやりと傾向は見えてきましたが、成功事例として、私たち地域包括支援センターも認識しておらず、スルーしていたということにも気づきました。

そこで、元の生活に戻ることができた人の支援の経過を振り返ってみました。傾向としては、骨折の人が多く年齢はあまり関係ない。また自分でできるようになりたいという意向が当初からあり、最初からケアマネジャーやサービス提供者とゴールを共有して取り組んだことで、元の生活に戻っていました。

事例としては、87歳の女性はお風呂に自分で入れるようになりたいという希望がかなえられ、また83歳の男性はリハビリ特化型のデイサービスを卒業して畑をしたり、楽し

みのある生活に戻っている様子が伺えました。

このようなことから、合意形成や具体的な関わり方など、やり方によっては元の生活に戻れるかもしれないんだということに徐々に気づき、そのような方への支援の方法や関わり方を見直すことが重要だと考えました。

これまでの気づきから、阿賀野市の目指す姿、ありたい姿を、「できていたことができなくなった高齢者が自信と意欲を取り戻し、元の生活を送ることができる」としました。

このありたい姿を目指すためには、まず初めに本人、家族、支援者の間で合意形成が必要です。元の生活、どんな生活に戻りたいのかを十分に聞き取った上で、本人をその気にさせる提案や関わりで合意形成を行い、次に元の生活に戻れるように、支援者は本人を励ましながらみんなで取り組む。その結果、高齢者本人が自信と意欲を取り戻し、元の生活に戻るというプロセスを1つずつ1人ずつ大切に積み上げていく。そして、うまくいった関わりや事例を包括支援センター内だけでなく、事業所と共有していこうという方向で決まりました。

しかし、阿賀野市の現状はというと、「年だから仕方ないよね。」「もう元の生活に戻れない」と思っている高齢者とその家族の状況があり、元の生活に戻れるような提案や支援を行っていない私たち包括を含めた支援関係者もいて、ありたい姿と現状のギャップは大きなものでした。

では、なぜその現状になっているのかというその真因を考えてみました。本人と家族は回復することを諦め、年をとっても原因によっては回復するということを知らない、また制度を知る機会がない現状がありました。地域では、介護保険を申請すればすぐに使える認識が広まっていました。包括支援センターでは、適切にアセスメントを行っていませんでした。また、元の生活に戻るための総合事業という理解もありませんでした。生活支援コーディネーターは、サービス創出を主な業務とし、地域に存在する資源をマッチングする意識ではありませんでした。ケアマネジャーやサービス提供事業所の皆さんは、良くなった事例があっても、それを取組が成功したとはとらえておらず、実感が乏しかったようです。

これらのことから、包括支援センター内では、介護予防事業を見直そうと思いましたが、事業自体が問題ではないこと、介護保険料を下げるとか、給付を抑えるために利用させないとか、そういうことが問題ではなかったと意識の変化が起きました。

大事なことは、高齢者が元の生活に戻るために様々な選択肢を提示し、本人に選んでもらうこと、その小さな取組からも自然と変わっていこうという考えがまとまり、一人一人のケースや小さな変化を積み上げていくという覚悟ができ、「結局介護保険の入口の問題

なんだよね」と進むべき道が見えてきました。

そこから、阿賀野市の取り組むべき課題、阿賀野市の進む道を、この①から④の4つの課題として挙げております。

①本人の自信や意欲の回復、②総合事業の本質の理解、③総合事業の方針の決定と関係者への共有、④成功事例の積み上げと共有。この①から④の課題に対して具体的にどこにどう働きかけるのか。

具体的なプランがこの下の実行プランになります。

まず、本人家族に対しての実行プランとしては、もう年だからと諦めない働きかけとしまして、具体的にはアセスメント訪問や窓口で元はどんな生活をしていたのか、そしてどうなりたいのか、気持ちや思いを聞いていく。元の生活に戻るために、介護保険以外にもいろいろなサービスがあることを提示していく、年をとっても改善するということを伝えるという取組です。

そして、地域包括支援センター内では、まず自分たちが変わらなければいけないよねということで、改善する視点を持つ、改善可能性を対象者や関係者に伝えるということで、具体的には、要支援認定者は包括支援センターがリハビリ専門職と同行してアセスメント訪問を行い、元の生活に戻るための方法として、短期集中予防サービスモデル事業の訪問リハビリを提示すること、そしてその取組を評価したり、成功事例の共有の場として介護予防のための地域ケア個別会議のあり方を見直したり、随時型通所C事業を再構築するため、県のアドバイザー事業に応募するというようなことを挙げております。

以下、この実行プランは地域のリハビリ職、あがの市民病院、ケアマネ、事業所、生活支援コーディネーター、地域に対して、それぞれの働きかけを行うことが具体的にこの実行プランには示してあります。

次なる改善のための方策としまして、この実行プランで働きかけた相手の望ましい変化を初期アウトカムを設定し、その評価の方法としてモニタリング方法を右側にそれぞれ挙げてあります。これらの内容は、今年度進行中の取組であります。

そして、このプログラムに参加することで私たちチームや個人に起きた変化を振り返ってみました。

こういう相談が来たよという情報が両方の包括支援センター内で相互に飛び交うようになり、会話も増えております。また、うまくいった事例や対応方法をそれぞれ共有するようになり、介護保険サービス以外の資源を探して提示するようにもなっています。生活支援コーディネーターが個別の地域ケア会議に参加するようになったことで、助言があったり、新しい視点も入るようになりました。ほかに、生活支援コーディネーターと一緒に同

じような境遇の人の地域資源は何かないかと考えるように、取組によって元に戻る良くなる方法を模索するようにもなっています。

そして、包括支援センターが「もう年だから」という考えにとらわれなくなったことも大きな変化となっています。

下の細かい表はロジックモデルといいます。昨年度アジャイルに参加して、その経過をまとめたものがこのロジックモデルになります。

今現在、取組を継続する中で、随時内容の見直しをしながら取組を進めております。この取組を第10期計画の中にも反映されるように進めていきたいと思っております。

最後に一番後ろのフロー図がありますけれども、こちらは参考資料ですが、当面の認定申請からサービス利用に関するフロー図になります。

申請から認定までの流れはこれまでと変わっておりません。要支援の認定となった方については、当面、申請理由が転倒骨折の方を中心に、まずは地域包括支援センターとリハビリテーション専門職が同行訪問を行ってアセスメントしております。

その上で、必要なサービスにつないだり、居宅介護支援事業所に委託をさせていただいております。また、短期集中予防サービスの効果的な利用によって、再び自信とできる能力を取り戻す取組も進めております。将来的には、すべての新規要支援認定者を対象として、包括支援センターとリハビリ専門職が初回アセスメント訪問できるよう実施したいというふうに考えております。

私からの説明は以上になります。

○委員長 ありがとうございます。

アジャイル型のプログラムに参加してということでしたけれども、委員の皆さんから何かお聞きしたいことがあったらお伺いしたいなというふうに思いますけれども。

いかがでしょうか。

○A委員 これ、令和6年度から始まった取組ですか。

○事務局 はい。令和6年度中にアジャイルのプログラムに参加しまして、昨年の途中から取組の見直しをしましてやっております。

○A委員 令和6年度から7年度にかけて。

○委員長 他にございますでしょうか。

全国でもたくさん自治体があるのに、11自治体の中の1つに入られて、そしてまずは利用者さんに寄り添って、意欲を引き出して、そしてその意欲をもとに行動、どんな活動ができるかっていうことを支援して行って、自分が元できたことをできるような姿に導いてあげるっていう活動だと思います。

- A委員 出だしの参加動機のところで思ったんですけども、健康寿命を伸ばそうっていうようなことにも言い換えられるんじゃないかと思うんですけども、阿賀野市の健康寿命っていうのは、数値として県内の他の地域との比較を含めて、健康寿命がどのぐらいだとか他の市町村と比べて健康寿命が短いとか長いとか、何かそういう数値的なものが出ておりましたでしょうか。
- 事務局 健康寿命としては阿賀野市独自のものは出せない。数的に少ないので出せないっていう。
- A委員 人口が少ないと出せないんですね。
- 事務局 比較できるのは、初めて認定を受けた平均年齢は比較できるのかなと思うんですけど、それが阿賀野市の場合、今ちょっとぱっと出てきませんが。
- A委員 一応、簡易なるものがある。
- 事務局 はい。初回の認定の平均年齢は比較できる数値かなとは思いますが。
- A委員 ざっくり他の市町村と比べて、高いとか低いとかありますか。
- 事務局 そんなに高いとか低いとかないと思います。
- A委員 大きく変わらない。
- 事務局 特別変わらないです。
- A委員 ありがとうございます。
- 委員長 他にございますでしょうか。

介護保険料は県内 20 市で一番高いんですけども、これはある意味では阿賀野市の人口千人当たり介護施設が 20 市中最も充実してるっていうことなので、これ医療費もそうなんですけども、医療機関が充実すると医療費が高くなるっていうのは、これも一般的な事実でありまして、介護施設が充実してるので、利用しやすいので、介護保険料が 1 位になるっていうのは当然なのかなっていうふうにも思えるんですけども。それは悪いことじゃないんじゃないかなとは思いますが。

この取り組み自体はすばらしいと思います。

それとはちょっと別問題として、介護保険料 1 番っていうのはある意味では悪いことじゃなくて自慢してもいいんじゃないかな。皆さんの負担感は大きいんだけど、「いざというときに利用しやすい」っていうことは、ある意味では「いいこと」なんじゃないかなっていうふうに思いますけれども、いかがですか。

- 事務局 そうですね。委員長おっしゃられたように、介護施設は他の自治体と比べて充実しているほうだと考えております。

保険料を自慢してもいいとおっしゃっていただき、非常に心強く思いますが、なかなか

市民の皆さまにはちょっと言いづらいところもあるかなというところで、推計の中で、前回も少し基金を入れたりというようなことで、極力（保険料を）抑えるような推計をしたんですけども、今回もそのあたりを踏まえて作業していきたいと考えております。

○A委員　　ちょっと発言いいですか。

○委員長　　どうぞ。

○A委員　　さっきの給付費の話のところには在宅が減っているというのもあったんですけど、私、30年以上訪問診療とかやってきていて、かつては20人から25人ぐらいまで在宅の方診たんですけど、実は今誰もいないんですよ。需要がないのです。

今、委員長言われたように、施設が充実したってということも大きいのでしょうかけれども、あとは家庭のいろんな要素があって、在宅で見るマンパワーもないというようなことがあって、施設に入っていかれる方が直接病院から施設、病院から老健を通して老人ホームとか特養とか、そういう流れの方が多くなって、在宅に戻られる方も本当になくなつたんですね。ですから、今全く在宅の方いらっしやらない。そういう意味では在宅サービスの対象者、それはある程度重度の方ってということになるかと思えますけども、減っているのが実情だと思います。

安田地区だけではないだろうと思いますが、少なくとも阿賀野市内、一部新潟市内とかでは在宅が増えているという話もちょっと聞いたことあるんですけど、郡部では少ないのではないかなというふうに思っています。

○委員長　　おそらく阿賀野市は施設が充実しているから、そういう傾向になっているのかなというふうに思います。全国的には2040年までは在宅医療の需要は増えると人口動態統計では出てるんですけども、施設が充実してないので自宅で看ざるをえないっていうような人たちが、そういう市町村が一定頻度あって、そういうところは在宅をやってください、しっかりやらないとご高齢の方々が困っていきますよっていう地域もかなり存在するってということではないかと思うんです。

そういう意味で、これは阿賀野市の特徴なんだけど、デメリットっていうよりは、阿賀野市の自慢していいことの1つなのかもしれないっていう見方もできると思うんです。

それとはまた別に、このアジャイル型の取組は、困っている方に寄り添って非常に良い取組ですから、ぜひこういう活動をみんなでやっていかなきゃいけない。

委員の皆さん何かご意見ありますか。

○C委員　　訪問介護のほうサービスさせていただいて、25年30年ぐらいさせてもらってるんですけども、A委員おっしゃったように、20年前と比べて在宅のサービスはかなり減ってるんですよ。

日本では2025年問題っていうことで、もう5、6年前から、問題にはなっていたんですけど、実際私が阿賀野市でサービス提供しているのは、本当に減っていったんですね。

市として、例えば若い人が市外に行ったりとか、子どもが生まれなくなるとか、そういう人口が下がるのはわかるんですけども、当然高齢者もだんだん亡くなられて、人口が下がっていくじゃないですか。

在宅のサービスを利用される期間ってどれぐらいと考えてますか。ピークは2025年って日本で言うてるけど、阿賀野市のピークはいつぐらいになると考えていますか。

○事務局 お答えいたします。

第9期の推計をさせていただいた際は、やはり2040年頃までは増加傾向にあると。それ以降は、実際は利用される方は減ってはくるんですけども、介護度の悪化等により保険料が上昇するというふうな推計でございました。

ちょっと質問と違うかもしれませんが、私先ほど最後に申し上げたとおり、令和5年度と令和6年度を比べまして、給付が下がっているということで、やはり今までは今後上がっていくものだと思って第9期はそういうふうな考えでおったんですけども、今後本当に三枝委員のおっしゃるとおりに、在宅サービスの需要がちょっと下がってきていますのでそれが本当にどこまで続くのかというのが、今ちょっと不透明な状況でございまして、今後、それをいろいろ見ながら注視してまいりたいなと思っておりますので、よろしくお願いたします。

○C委員 ありがとうございます。

○委員長 他にございますでしょうか。

○副委員長 この話聞いてまして、基本的な自立支援そのものかなというふうに見ています。なので、自立支援っていうのは本人できることをやらせてもらうっていうところになってくると思うんですけど、それはその方によって大分違いが出てくると思います。

なので、これをやっていくっていうのに当たり、やっぱり大々的に阿賀野市はこういうふうにしていくっていうのをアピールしていくというのが非常に大事で、市民の皆さんに理解してもらうというのが一番だと思います。

逆にそれをやることによって、介護保険料払ってるのに何もしてくれないっていう考え方にとらえられるっていうのも大きなところになってくると思うので、やはり阿賀野市はこうやっていくんだっていうのをアピールしていくというのが大事だと思います。

また、先ほど委員長言われたとおり、阿賀野市福祉施設たくさんあって新潟県内でも1、2位を争うぐらいの施設があります。

その充実した中で、料金、財源っていうのと、その施設の整備っていうのが、やはり反対になるってことはないと思います。

それをどうしていくかっていうのは今後の課題になってくると思いますし、人口のほうもどんどん減少していく中で、施設サービスと、また財源と人員っていうところを、その3つがバランスよく保たれていかないと崩れていくのではないかと思いますので、今回の中ではやっぱりそういうところも見ていってもらいたいなというふうに思います。

以上です。ありがとうございます。

○委員長 ありがとうございます。重要な視点だと思います。

他にございますでしょうか。

○D委員 私のほうも在宅のケアマネジャーさせていただいています。A委員のおっしゃるとおり、C委員のおっしゃるとおり、本当に10年以上前は在宅で看取ってという方も大勢おられました、やっぱり年々新規で上がってくるケースも減っております。

どうしても、阿賀野市は施設のほうで充足しておりますので、介護度が重い認定が出てしまうとやっぱりすぐに施設をご希望するというのが現状です。

私たちのほうも担当させていただいて、これからかなというときに、もう申し込みの順番が来ました、ということで、最近では本当に1年待たずにお声掛けをいただいて施設に入っていくっていうのが現状になってきています。

私たちのほうも、自立というところではありがたいお話で本当にいいかなとは思いますが、片や経営がこれからというところもやっぱりあるので、そのときに施設のほうもそうかとは思いますが、財源というところで単価がどうしても下がってきていたりするとこのまま経営というところは続けていくのが厳しいかなというところ。

あとはやっぱり人材というところで、どの職種もそうかと思うんですが、本当に、後輩の育成というところで、なかなか少なくなっているというところが現状なのでその辺もまた含めて、少し配慮いただければありがたいかなとは思いますが。

○委員長 ありがとうございます。他にございますか。よろしいですか。

ありがとうございます。

それでは、こちらのほうの(4)はこれで終了させていただきまして、議題(5)のほうに移らせていただきたいと思います。

(5) 第10 介護保険事業計画の状況について

○委員長 第10 介護保険事業計画の状況についてということで、こちら事務局のほうから説明をお願いします。

○事務局 私からは、阿賀野市高齢者福祉計画・第10期介護保険事業計画策定の現在の状況について報告させていただきます。

第10期計画策定にあたり、本年度は、「在宅介護実態調査」、「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」、「介護人材実態調査」の3つの調査を行います。なお、こちらの3つの調査は、第9期計画策定時にも実施しております。

1つ目の「在宅介護実態調査」につきましては、「高齢者の適切な在宅生活の継続」と「介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的として実施します。調査の対象者は、在宅の要支援・要介護認定を受けている方で、介護認定調査員による聞き取りにより行います。今年10月から実施しており、今年度中に300人程度への実施を予定しています。

2つ目の「介護予防・日常生活圏域ニーズ調査」につきましては、要介護状態になる前の高齢者を対象に、地域の抱える課題を把握することなどを目的として行います。65歳以上の一般高齢者及び要支援、総合事業対象者から地区や年齢を考慮し抽出した3,000人を対象に、郵送で調査を行います。調査票の郵送は、12月上旬を予定しております。

3つ目の「介護人材実態調査」につきましては、市内の介護事業所を対象として、インターネットメールにて依頼し実施する予定です。

以上の3つの調査を実施して分析を行い、来年度の計画策定に円滑につながられるよう、2か年の業務を一括して業者委託します。委託先は、入札により新潟市東区の株式会社スピードリサーチに決定しております。来年度は、委託業者からも策定委員会へ出席いただく予定としております。

なお、来年度は、策定委員会議を3回程度予定しておりますので、よろしく願いいたします。

○委員長 ありがとうございます。

3つの調査をスピードリサーチにお願いしたということですが、皆さんから何かご意見ご質問等ございますでしょうか。

これは今まで行ったところと違うところになりますか。

○事務局 変わりました。

○委員長 8期9期は同じところでしたね。

変わることで、しかし質問の内容は同じということですか。

○事務局 質問内容は、基本的には国がフォームを示しておりますので、一部阿賀野市独自の設問などは入れておりますけれども、基本的には全国で大体同じような質問になっております。

- 委員長 8期9期、今回の10期を作るにあたって、内容的には同じだということ、ほとんど同じっていうふうに考えてよろしいですか。
- 事務局 大体同じです。
- 委員長 それを調査する調査母数、対象数も同じですか、それとも数変わってますか。
- 事務局 大体同じくらいです。
- 委員長 同じ数を調べる。それを調査してまとめて報告書を作る会社が違ったっていうことですね。
- わかりました。ありがとうございます。
- 委員の皆さんから何かございますでしょうかね。
- A委員 全体に絡むことなんですけども、この事業計画、頻繁に「阿賀野型」という言葉が出てくるんですけども、「阿賀野型」というのは、阿賀野市としてさっきのアジャイル型、去年から始まったということなんですけども、何か特別「阿賀野型」という名を打つ大枠っていいですか、そういうものっていうのはあるんですか。それはちょっと見てもよくわからないけど、そのあたりのところ、阿賀野市としては、ここは違うんだ、こういうのを目指すんだという、例えば阿賀野市として策定していくというような意味合いでよろしいのでしょうか。何か特別あったのかなと思って。
- 事務局 「阿賀野型」がこうというものではないですけども、目指す姿は、今お話しした目指す姿なんですけど、特別、「阿賀野型」だからこうっていうことではないんですけど表現的にその阿賀野市としてというものを「阿賀野型」と表現しました。
- C委員 すみません。私はそういう理解じゃなくて、阿賀野市で考えて、こういう方向に行きますよという感じで読まさせてもらったんですけど。それでいいですよ。
- 事務局 阿賀野市の実情に合わせてということで。
- C委員 阿賀野市はこういうサービスが今の時点では好ましいからこういう考えでいきますよっていう感じで考えさせてもらったので。
- 事務局 自治体によって、いろいろその取り巻く環境なども違うと思いますので、阿賀野市の環境に即したものをという意味でとらえていただければと思います。
- 委員長 事務局言われたこの地域包括ケアっていうのは、それぞれの場所で、ある医療資源が違いますから、医療・介護の資源が違うんで、また人口構成も違いますから。それに合わせて、地域ごとに自分たちが持っている資源を評価してそれを最大限うまく使っていけるようにっていうことで、「その地区その地域」でなので、そういう名前のつけ方をされるだろうというふうに思います。

阿賀野市の計画が全国で見本になるような計画になっていただけるといいかなというふ

うに思いますけど。

ほかにございますでしょうか。

(発言なし)

○委員長 では、こちらのほうはこれで終わらせていただきたいと思います。

それでは、次に移りますけども、委員の皆さんから何かご発言等ございますでしょうか。

せっかく来られたので、B委員何かございますか。

○B委員 さっきのご説明すばらしい計画だと思いますし、あと予算的にも前年度からちょっと減少したっていうところで、直接今回の会議と関係薄いと思うんですけども。

今必要あってこういうのを受けてる方と、将来的にサービスを受ける可能性の方がいるんですけども、当然この先、日本全国どこもそうなんでしょうけれども、人口がどんどん減少して。コロナ終わってから、全国的に見ても死亡数っていうのが、いきなりこう上がって超過死亡とかって表現されてるんですけども、阿賀野市の場合は、20年、21年ぐらいから、5年ぐらいの間で死亡の増加の割合っていうのはどんな感じで推移してるのかというのがもしわかれば、全国的に非常に高くなっている傾向であるならば高くなるってことは高齢者だから、一般的に寿命が来て亡くなるっていうよりも、若い方も含めて、一般的よりも早めに亡くなられていって、そういうものもある程度加味していかないとその人口の減少率っていう、今までコロナ前と違って全国的にかなり角度が上昇してるっていうのは聞きましたので、その辺のところもこの先のデータにはある程度、入れていったほうがいいのかと思って。

○委員長 ありがとうございます。事務局何かありますか。

○事務局 人口動態なども計画のほうにはある程度盛り込んだ形になります。

○委員長 日本国内は高齢化に伴って多死時代と言われてるので、以前は140万人、150万人で、今もう160万人ぐらいが亡くなるっていうような状況になっている。それとともにご存じのように出生数も70万人割ったってことで、その差が90万人、人口が減ってるっていうことがもう統計には出ておりますので、そういう時代に、我々が考えている以上の激動の時代になっている。

E委員何かございますでしょうか。よろしいですか。

あと皆さん発言、よろしいですね。

A委員どうぞ。

○A委員 介護保険料の話が一番の市民の注目の部分だという話。今の2040年までの推計値なんかもここに載ってましたけれども、介護施設自体はおそらく入所施設はこれから

減っていく、増えることは当然もうないんだろうと思われまして、高齢者、要介護者が増えるんですけれども、見通しとして、介護保険料を引き上げるほどのトータルの増加になるのか、それとも、今ぐらいがピークなのかというのはそんなところの見通しみたいなものなんかあるんでしょうかね、現状で。

○事務局 9期計画を策定させていただいたものに関しまして、2050年まで保険料の推計を、要は第8期当時のものを使って、国のほうで使っている推計ソフト等で計算したところ、やはり2050年には1人当たり1か月間、基準額で毎月1万円。月額1万円というふうに出ております。今が6,921円になりますので、給付費とあと人口が減りますので、その分負担が多くなるというふうな推計になります。

○事務局 あくまでも、その8期中の給付額をもとに推計したものという形になりますので、今後またその9期の推計をもとにという形でどの程度変わるのかというところと、あとは市のほうで抑えられる要因をどれぐらい入れられるかというような形になってくるかと思えます。給付も読めない部分もありますし。

○事務局 そうですね。先ほど申し上げたとおり、減ってきてしまっているというところで、やはり今までそういうことはほぼ考えられなかったという。コロナ禍でも減ることはなかったのにですね。

そこを今後も注視してまいりたいと思っております。

○C委員 先ほど課長のほうからは予算を抑えるっていう意見が。予算を抑えるということも大切だと思うんですけども、

○事務局 予算を抑えるのではなくて保険料を抑えるです。

○C委員 保険料を抑える。

○事務局 給付を押さえるってことではなくて、保険料を、給付は給付で、先ほど申し上げたとおり、自然推計プラスある程度施策を一部入れてっていうことで出すんですけれども、それによって保険料計算をして、一定額出たところにそれを何らかの方法でちょっと、何らかの方法っていうと、具体的に言いますと例えばその基金はある程度入れるとか、そういったことで極力下げられる部分は下げていきたいというふうに考えてはおりますけれども、その給付が以前と違ってなかなか読めない部分がありますので、自然推計でどの程度保険料が上がるかというところをちょっと見ながら推計をしていくっていう形になります。

給付は抑えられないので。介護予防の活動である程度抑えられる部分もあるかもしれませんが、基本そこを例えば使わせないとかそういったことはもう一切できないので。

○C委員 わかりました。ありがとうございます。

○委員長　ありがとうございます。

確かに人口が減少していて、公定価格の介護報酬も今後上がっていかないとちょっとそれぞれの施設がやっていけないと思います。物価も上がって人件費も上がってますから。

やっぱり上がる方向にいかざるを得ないんだろうと思いますけれども、支払う人たちのことも考えながら、これは国でも議論されております。なかなか難しい問題かな、複雑な要素が絡まっておりますから。

ありがとうございます。他に何かございますでしょうか。

(発言なし)

○委員長　皆様のご協力ありがとうございました。

それでは事務局のほうにお返ししたいと思いますので、どうぞよろしく申し上げます。

4) その他

○事務局　事務連絡をさせていただきます。

本日の会議の議事録についてですけれども、議事録の案ができましたら、委員の皆さまにお送りしますので内容の確認をお願いいたします。その後、修正したものを市のホームページに掲載させていただきますのでよろしくをお願いいたします。

○事務局　それでは議事進行をいただきまして大変ありがとうございました。

今回は第1回目ということで、まだ具体的な策定作業に入る前の段階なんですけれども非常に貴重なご意見をたくさんいただいた会となったと思います。大変ありがとうございました。

また、先ほど話がありましたが、来年度は具体的な策定作業に入りますので、また、先ほど推計ソフトなんていうお話もありましたけれども、そういったもののデータをお示ししながら、またこれ加えまして高齢者福祉計画の事業のほうの活動の内容なども見ていただきながら策定を進めていただきたいと思いますので、どうぞよろしく申し上げます。

5) 閉会

○事務局　それでは次第5の閉会となります。

委員長の議事進行並びに皆さまのご協力のおかげで本委員会を円滑に進めることができました。ありがとうございました。

以上をもちまして、第1回阿賀野市高齢者福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会を閉会いたします。

本日はお忙しい中、大変ありがとうございました。今後ともどうぞよろしく願いいたします。

9 問い合わせ先

高齢福祉課 介護保険係 TEL : 0250-62-2510 (内線 2120)
E-mail : kaigo@city.agano.niigata.jp