

第4期介護保険事業計画 第3回策定委員会 議事録

日時 平成20年10月9日 09時00分～11時30分

場所 福岡県自治会館 201会議室

出席者（敬称略）

策定委員（50音順）

小賀会長、藤田副会長、因、植木、込山、柴口、田代、藤川、藤村、安河内

（欠席：茶木、寺本、中川、山下、山内）

事務局、支部事務長

第3回策定委員会開催

【事務局】

それでは、定刻になりましたのでただ今より第3回福岡県介護保険広域連合事業計画策定委員会を開催します。

前回審議継続ということになっておりましたので、早速地域支援事業の検証というところから審議に入りたいと思います。それでは小賀会長よろしくお願ひします。

【小賀会長】

おはようございます。前回台風が来るということで急遽、会議を延期させていただきました。結局それでいったんですけれども、それで今日2回分の会議を無理をお願いして、短期間の日程で行っていただくことになりましたので、長時間ですが休憩をはさみながら説明をさせていただきたいと思いますので、どうぞ宜しくお願い致します。それで本日の議題ですけれども、前半を前回の引き続きで地域支援事業、特に介護予防事業の検証ということで、事務局から新たに資料を提出していただいておりますので、それに基づいて説明を受けて質疑に入りたいと思います。二点目は高齢者の推計、そして要介護認定者の推計ということで、地域支援事業と介護予防事業の効果を図りながら、これについて方向性をつけてもらいたいと思います。早速ですが、一点目の地域支援事業の検証について補足の説明を事務局からよろしくお願ひ致します。

【事務局】

それでは、資料のご説明を致します。まず事前に送付しております資料のご確認からよろしくお願ひ致します。一つ目に資料1としまして、「継続審議、地域支援事業（介護予防事業）の検証【構成市町村】」というものが一つ。それから二つ目に「福岡県介護予防市町村支援事例集」、こちらの冊子コピーの分なんですけどこちらが一部。それから資料2としまして、「介護予防の実施効果について特定高齢者施策」こちらが一冊。それから資料3としまして「介護予防の実施効果について新予防給付施策」こちらが一冊。お手元にございますでしょうか。はい、ありがとうございます。それでは資料の説明に入りたいんですけれども、申し訳ないですが、若干修正がございまして、前回第2回の委員会でお配りしております、「高齢者一人当たりの介護給付費（月額推移）」という資料は今お持ちでしょうか。持たれていないですね。ちょっと書き留めていただいて、ご自宅のほうで修正いただければと思いますので、その資料1の「高齢者一人当たりの介護給付費の推移」の分なんですけれども、こちらの冊子の24ページ、柳川支部の分です。この表11、「構成市町村別高齢者一人当たり介護給付費（月額推移）柳川支部」という所で、こちらの表中の上から4段目、認定者数なんですけどこちらが間違っております、平成18年度の認定者数こちらが3,179人、それからその分の認定率こちらが17.0%。それから平成19年度の認定者数こちらが3,096人、認定率のほうは16.3%。それから一番右側の平均というところなんですけれども、こちらの認定者数が3,138人、認定率のほうは16.7%。それから今回お配りしております、資料2の「介護予防の実施効果について特定高齢者施策」の冊子のほうです。その分の3ページ、一番上の表の4「平成19年度特定高齢者

抽出割合（年齢階層別）」という部分なんですけれども、こちらの表の下の（注）のところ、「高齢者数については、平成 18 年度末（平成 20 年）」となっておりますけれども、こちらは「平成 19 年度末」に修正いたします。修正のほうは以上になります。ご不明な方いらっしゃいますでしょうか。それでは資料のご説明を致します。座ってご説明させていただきます。

まず資料 1「継続審議の地域支援事業（介護予防事業）の検証【構成市町村】」の分なんですけれども、こちら前回の委員会によって市町村別に介護予防の具体的な事業等どうなっているのかという部分と、数の部分、特定高齢者が市町村別にはどのくらいの数字なのか、ということをもとめさせていただいております。そちらの 3 ページお願いします。こちらが「介護予防特定高齢者施策における表 1、特定高齢者数の状況、平成 18 年度」なんですけれども、表のとおり市町村別に数をうちだしております。右側の発生率、改善率なんですけれども、主な目立つところだけを太字で書かせていただいております。具体的には大刀洗町の発生率が 4.1%、矢部村の改善率が 100%、それから福智町の改善率も 100%、このようになっております。それから一つめくっていただいて平成 19 年度分の同じ特定高齢者数の状況なんですけれども、こちらの久山町の改善率が 100%、それから同じく大刀洗町のほうですが発生率が 12.8%、大木町の改善率が 100%、川崎町、福智町、上毛町こちら改善率 100%。ご覧のとおりになっております。それからその特定高齢者の把握をどうやってやったのかという部分で 5 ページ、平成 18 年度分なんですけれども、主に生活機能評価のチェックリストで把握した市町村がほとんどの数字ということとなっております。それから若干、認定者の非該当とか訪問活動による実態把握とか高齢者の実態把握調査といった形です。6 ページの同じく平成 19 年度分なんですけれども、こちらと同じような把握経路で把握されてるのかなと感じます。それから 7 ページ、こちらが介護予防事業の通所型と訪問型の状況なんですけれども、平成 18 年度、一つめくったものが 19 年度分となっております。次から要介護認定とか、主観的健康感とかいろいろ市町村ごとに書いてございますけれども、こちらも数字をもって特段ご説明することはございませんので、一応資料としてご確認いただければと思いますので、よろしくをお願いします。資料 1 のほうはこのくらいで終わらせていただきまして、その次がコピーで付けております、「福岡県介護予防市町村支援事例集」こちら具体的に構成市町村でどのような事業を行っているのかというふうに、イメージをわかすためにお配りさせていただいております。こちらは福岡県のほうで作成してとりまとめているものになります。その広域連合の構成市町村を抜粋してコピーを付けさせてもらいました。こちらのほうも今回ご説明は省略させていただきますので、宜しくお願いします。

【小賀会長】

ありがとうございます。ではただ今の説明のところでは何かご質問はみなさんのほうお持ちでしょうか、

【込山委員】

おはようございます。込山でございます。前回の件で大変詳しい資料を作っていただいてありがとうございます。ただ一言だけ付け加えさせていただければ、おそらくこの前の検証の数字を作るためにこの資料はもう手元にあったのではなからうかな、というふうに私は思っておったのですが、それであればあえて無理なお願いをまたこういう一覧を作るためにしていただいたのではなからうかという気がしますので、そのことについてはお詫び申し上げます。一つ確認したいんですけれども、特定介護予防事業の一覧という形で、いま各市町村の一覧表がでておりますけれども、この内容については例えば上のほうからの「こういうことをやりなさい」というような何か指示があったのでしょうか。

【小賀会長】

今のご質問について事務局からお願いします。

【田代委員】

質問の前によろしいですか。今の質問にありましたように、特定高齢者地域支援事業という 18 年度、19 年度の要綱がございませぬ。この要綱に基づいてこれは作られてると思うのですが、一つくどいよう

に申し上げて申し訳ございません。特定高齢者の定義をもう一度、みなさんと共有しておいたほうがよいのかなと思います。その要綱に書かれているのは特定高齢者 25 項目中の 1 から 20 までの中から基本チェックリストで検証しなさい。それに加えて簡易テストもあわせて特定高齢者を把握すると、国が 5%ということにしていると。この大刀洗町 12.8%という発生率がありますが、これはどのレベルまでなのかな、ということが一点と、それから把握した分で特定高齢者の施策に参加した人が何%なのか。それが 7 ページだと思うんですが、特定高齢者の施策に参加してそれが改善したものをみるというふうになっています。この特定高齢者の施策要綱の中では特定高齢者という言葉は施策に参加したものをいう、と私は認識していたんですが、その定義のとり方がこの大刀洗町の 12.8 とかですね、上毛町の 0%とか、この数の誤差がでるんじゃないか。当初、とても高いと、本当にどんな捉え方をしているのかなという言葉が聞かれましたので、それを含めてご説明をいただければと思っています。

【小賀会長】

それでは追加を致しまして、大刀洗町の例が出ましたけれども、特定高齢者の定義、特定の仕方についても再度確認するということがございますので、事務局から答えられる範囲で構いませんし、それを受けて改めてこの委員会で共通認識をつくれればよいのではないかとこのように思いますので、宜しくお願い致します。

【事務局】

資料 2 をご覧いただければと思います。1 ページの「はじめに」の枠囲みの中に特定高齢者の定義を記載させていただいております。読ませていただきます。「平成 18 年 4 月から、地域支援事業（従前の介護予防・地域支え合い事業や老人保健事業の一部を再編）が実施され、特に要支援・要介護の状態となる可能性の高い高齢者を特定高齢者」というふうに定義しています。特定高齢者の定義に関しては以上です。

【小賀会長】

事業に参加をしたかどうかという枠組は考慮していない、ということですね。

【事務局】

まずは生活機能評価等を参考に特定高齢者の把握を行います。次に効果検証において、特定高齢者のうち、事業参加者と不参加者の状態から効果を見込むことになるため、参加・不参加については当然考慮しているということになります。それに関しては資料 2 でもう一度ご説明させていただこうと思っております。

【小賀会長】

よろしいでしょうか、今のところ。そのほかいかがでしょうか。

【藤川委員】

最初の特定高齢者数のところ、項目別に詳しく上げられていますけれども、情報件数が少ないように思います。ただ一つには住民が相談窓口を知らない、ただ行政から出ているようでして、ここが問題じゃないかなと思いました。例えば自分の地域の民生委員さんを知らない。とか、包括支援センターやケアマネとはどんなところでどんな役割をしているか、ということをはほとんどの住民の方は認識が少ないようです。これからはもっと高齢社会を支えるものとしてネットワークを身近な情報としてもっと地域にこういったものがあることを伝えてほしいと思います。以上です。

【小賀会長】

高齢者から直接そのご家族を含めてアクセスをしていくための、窓口だとか道筋がわかりにくいというのは、確かにご指摘のとおりかなと思います。特にこの特定高齢者の特定の仕方であれば、法的に枠をつ

けてそして働きかけられてはじめて、おそらく高齢者ご自身が自分が特定高齢者だという認識もないままにこういう取り組みがあるからどうぞ、というふうな形で行ったり行かなかったりということだと思っ
たんですね。もう一つは認識の枠を越えてそうした事業が行われているということがきちんと周知をされて、
そしてそういう枠組みがわからないけれども、こういう取り組みがあればぜひ参加をしたいという形で高
齢者が自分からそのアクセスをしていくというようなことが、実態的には重要だとは思いますが、
そういう市町村ごとの取り組みがどうなっているのか、またこの資料に基づいて説明いただく中でわれわれ
として検証していきたいというふうに思います。どんな市町村ごとの取り組みが必要なのか、あるいは広域
連合に加盟する市町村全体として取り組みを平準化していく、つまりどこの市町村であっても同様の取
組みが行われていて、さらにプラスアルファとして市町村独自の取り組みが活かされる。ということがこれ
まで 18 年度 19 年度に出来ていたのか、そうじゃなければ 20 年度も検証していかなければいけませんけ
れども、21 年度からは具体的にどうするのかというようなご意見も本日いただければというふうに思っ
ておりますので、どうぞ宜しくお願い致します。では続けて事務局から説明をお願い致します。

【事務局】

それでは資料 2 をご説明いたします。「介護予防の実施効果について特定高齢者施策」というものです。
1 ページ目、先ほどご説明読み上げさせていただきましたけれども、特定高齢者の定義なんですが、地域
支援事業が平成 18 年の 4 月から実施されておりました、要支援、要介護になる可能性の高い高齢者に対し
まして、介護予防施策ということで特定高齢者施策というものが創設されています。この事業は 65 歳以
上の高齢者のうち基本チェックリスト参考資料 1 とありますが、こちらが 10 ページ、前回の資料にもつ
けておりましたけれども、右側の具体的な運動とか栄養とか、口腔、閉じこもり、認知症、うつとこうい
った項目にわかれておるということで、付け加えさせていただいております。1 ページに戻っていただき
まして、こちらに該当する項目数で特定高齢者を抽出すると、その際、国の参酌標準といたしましては、
高齢者のうちの 5% が特定高齢者になるというふうにされておりましたが、実際には地域での同事業の参
加者が少なかったために、19 年の 4 月からは基準が緩和されております。そちらが参考資料の 2 という
ことで、11 ページをご覧ください。特定高齢者の決定方法等の見直し（平成 19 年度～）についてという
ことです。一つ目に「特定高齢者候補者の選定基準」ということで右側から左側に変更になっております。
①のうつ予防・支援関係の項目を除く 20 項目のうち、12 項目以上に該当というものが変更されて 10 項目
以上に変更されております。②の運動器の機能向上 5 項目全て、こちらが 5 項目のうち 3 項目以上に変更
されております。それから三つ目、こちらは栄養改善なんですが 2 項目全てで変更ございません。④の口
腔機能の向上 3 項目全てに該当が 3 項目のうち 2 項目以上該当に変更されております。それから二つ目の
「特定高齢者の決定の基準」なんですけれども、こちらは一つ目の丸ですね、運動器の機能向上関係、こ
ちらが 5 項目全てに該当が 5 項目のうち 3 項目以上該当に変更になっております。それから二つ目の栄養
改善関係で、一つ、二つ、血清アルブミン値、こちらが 3.5g/dl 以下が 3.8g/dl 以下に変更されております。
それから三つ目の丸の口腔機能の向上関係、こちらが 3 項目全て該当が 3 項目のうち 2 項目以上に変更
になっております。三つ目の「医師による生活機能の評価に関する判定区分の文言」なんですけれども、こ
ちらも右から左にご覧のとおり変更になってございます。1 ページに戻っていただきまして、ご覧のと
おりこういったことが選定基準の変更になっておりました、1 年未満でかなり変更されております。全国的
にも統計、分析等有効なものが確立されていないのが今の現状でございます。第 4 期の施策目標を定める
にあたりまして、今からご説明します、要介護認定の有無に着目してこの資料の分析をおこなってござ
います。ちょっと資料のご説明が長くなりますので、先にどういったことを行いたいかということで 7 ペ
ージをご覧ください。介護予防の実施効果をどのように見込むのかということなんですけれども、まず自然
体での認定者出現率こちらを「(ア) 介護予防事業に不参加だった、参加していない方の認定者の出現率、こ
れを[自然体での認定者出現率]と前提で仮おきしております。それから二つ目(イ)の介護予防後の認
定者出現率なんです、こちらは「介護予防事業に参加した者の認定者の出現率こちらを[介護予防後の認
定者出現率]というふうにしております。それからその下の四角、囲んである部分なんです、こちらに
ある「(ウ) 介護予防事業実施効果は [自然体での認定者出現率] - [介護予防後の認定者出現率]」、これ

で実施効果をみていこうとこういった資料になっております。具体的なデータからご説明いたします。1ページに戻っていただきたいと思ひます。

下の表1「平成18年度特定高齢者認定状況等」なんですけれども、こちらが一番左の事業参加有り、無し、要介護度ごとの年齢階層ごとに区分して実際人数がどれくらいいたのかということになっております。平成18年に実施した方なのですが、その1年後に要介護認定を持たれた方という区切りでさせてもらっています。事業参加有りの方で、認定を持たれた方が125人、認定を持たれてない方が492人その合計が617人と。それから事業参加無し、こちらの方で1年後に認定を持たれた方が113人それから認定を持たれてない方が437人、合計で550人こういった数字になっております。

次の2ページ平成19年度、同じものになるんですけれども表の2、事業参加された方で1年後に認定を持たれた方が合計で81人、それから認定を持たれてない方が1,130人、合計で1,211人。それから事業に参加されて無い方で認定を持たれた方が139人、それから認定を持たれて無い方で2,406人、合計で2,545人と。このようになっております。一番下の表3なんですけれども、こちらが平成18年度の特定高齢者の抽出の割合です。こちら①の介護予防事業参加者、それから②の不参加者、③の特定高齢者数、④の高齢者数とございますけれども、こちらが平成18年度末の数字でして、高齢者数65歳から69歳については④高齢者数が49,857人、うち①の事業参加者が33人の割合としまして、0.07%。不参加の方が50人、割合としまして0.10%。特定高齢者合計二つ合わせて83人の0.17%。こういうふうな表の見方になっております。

それから次の3ページ上の表4なんですけれども、こちらは19年度の同じものになります。上から65歳から69歳の部分なんですけど、④の高齢者数50,002人に対しまして、事業の参加者が152人の0.30%それから不参加者が463人の0.93%。特定高齢者として先ほどの①と②の合計の615人と、こういうふうになっております。それから表の5、要介護認定者数なんですけれども、こちらは認定者の年齢階層別それから要介護度別に表にしたものになります。合計では要介護認定者が37,956人いると、平成20年8月1日現在が37,956人いるというふうになっております。それから下の表の6、こちらが人口なんですけど、こちらが1番右の総人口805,196人、第1号被保険者うち193,219人、こういった表になります。

それから一つめくって4ページ目、今度は要介護認定者の出現率を表にしたものです。こちらは20年8月1日現在で、年齢階層別に出現率を出しています。65歳から69歳までの年齢区分別の出現率としましては3.25%、85歳以上では59.19%、このような数字になっております。

次の5ページ目、こちらから具体的な試算に入っていくんですが、まず第3期における国の参酌標準なんですけれども、ちょっと読み上げさせていただきます。対象者のところで、「要支援・要介護状態に陥るおそれのある者(平成20年以降に高齢者人口の5%、但し、平成18年度および平成19年度については、概ねその8割～9割)に前年度の当該事業の実施により自立にとどまる者を加えた人数」を対象として地域支援事業を実施」というふうに国の参酌ではなっております。それが対象者で、「その実施効果としては、平成20年度実施分以降は、地域支援事業を実施した高齢者の20%(平成18年度は12%、平成19年度については16%)について、要支援要介護状態となることを防止」こちらが第3期での介護予防効果について国の参酌標準になっております。第3期において当広域連合においてどのように実施効果を見込んだのか、これにつきましては平成18年度については事業効果を2.9%、19年度については5%、20年度については7.1%、それから以降2.1%ずつ上昇していきまして、最終年度の平成26年度に国の参酌の20%を達成すると、このように第3期においては実施効果を見込みました。平成18年度、19年度のこの事業の実施効果の検証なんですけれども、下の(対象者)のところ。「平成18年度および平成19年度の特定高齢者抽出率については高齢者人口の5%抽出に対してそれぞれ0.61%、(対計画値の12.3%)それから1.95%(対計画値の38.9%)に留まり、地域支援事業への参加率で見ると平成18年度は特定高齢者の52.9%、平成19年度は32.2%で計画値では特定高齢者の地域支援事業への参加率が100%での実施効果試算であることから、実施の対象者としては、平成18年度は0.32%、平成19年度は0.63%となる。」というふうに書いております。こちらが先ほどの田代委員からのご質問がありました部分になるかと思ひます。実際の広域連合での事業に参加された方では平成18年度が0.32%、19年度では0.63%、このような結果になっております。

次の6ページ上の表8なのですが、今のご説明を表にしたものです。18年度に高齢者数が189,944人特定高齢者が1,167人、抽出率としましては0.61%、計画値は5.00%を見込んでおりましたので、対計画値としましては12.3%、事業参加者が617人の参加率としましては52.9%、実の参加率が0.32%にとどまる。こういった表になります。次の黒丸、地域支援事業参加後の認定状況ということなのですが、こちら18年度と19年度の地域支援事業参加した後の認定者の出現率の状況というふうに今からみていきたいと思えます。特定高齢者の中で地域支援事業に参加した者(617人)のうち、平成20年8月1日現在で要介護状態にある者は125人、特定高齢者に抽出されたが地域支援事業に参加しない者(550人)のうち、要介護状態にある者は113人、特定高齢者における認定者出現率はそれぞれ10.7%、9.7%であり、逆に参加者の出現率のほうが、1ポイント程度高い結果となった。ですので平成18年度については参加した方615人のうちの要介護状態になった方が125人、参加していない方が550人のうち113人で認定者の出現率が参加した方で10.7%、参加していない方は9.7%にとどまる、と。ですので実施効果がこちらは効果がないというふうな結果になっております。下の平成19年度なのですが、こちらと同じようにとった結果です。事業に参加した方1,211人のうち要介護状態になっている方は81人、その出現率が2.2%と。参加していない方が2,545人のうち要介護状態になった方が139人、その出現率が3.7%。こちらの方は事業参加したほうが約1.5ポイント出現率が低くなったと、こういった結果になっております。今のご説明を表にしたものが表の9、下の表です。

今ご説明の分をふまえて7ページ、最初のほうで定義をご説明しましたがけれどもその中ほどの表10、介護予防効果の試算というところなんですけれども、平成18年度は認定者の出現率が参加者で10.7%、不参加者は9.7%、実施効果としてはこれはマイナスになってしまうと。19年度については参加した方で2.2%、不参加者の方で3.7%、こちらの効果としては1.5%効果があったと。この対前年比をとりまして、実施効果のマイナス1.0から1.5で2.6%と、一番下の四角で囲んである分なんですけれどもこちらで第4期事業計画における介護予防実施効果については、対前年比で【2.6%】を目標値としたい。18年度と19年度の対前年度比を2.6%を実施効果としたい。というふうに提案させていただきたいと思えます。

それから8ページ次のページですね、最終年度は平成26年度まで実施効果をみていくことになるんですけれども、この分が一番上の四角で囲んである分です。「対象者が計画値に対して非常に少なく、このデータのみで介護予防効果を試算することは難しい状況にあることを踏まえ、まずは特定高齢者の抽出率および地域支援事業への参加率の向上(事業対象者の増)を第4期の施策目標としたうえで、過剰な効果を見込むのではなく、着実に達成できる目標を設定することが重要と考える。」「したがって、【表10】の結果より平成21年度は6.7%(平成19年度の1.5%に対前年伸び率の2.6%を翌年度に加える)を目標値として対前年で2.6%ずつ介護予防事業の実施効果を見込むこととしたい。」「なお、第3期介護保険事業計画で設定した平成26年度の最終目標値の変更は生じない。」というふうに書かせてもらっています。その下の分が今のご説明の表になります。平成20年度では第3期において7.1%で計画値として掲げておりました。それを第4期では4.1%、21年度では9.2%を6.7%と、22年度では11.3%から9.3%、23年度では13.4%から11.9%と、以降26年度まで2.6%ずつ加えていきまして結果的に第3期と第4期は同じ19.7%になると、こういったふうに第4期の実施効果は見込んでいきたいと思えます。

次の9ページなんですけれども、特定高齢者の推計、実際数としてはどのようになるのか、こちらはちょっと今回省略させていただきますが、一番下の⑦の特定高齢者(総計)というふうに数字がなっていくと、このような表になっていきます。以降A3の分が2枚と、A4の縦が1枚ついてございますけれども、今の実施効果を見込むにあたっての各市町村別の具体的なバックデータになりますので、必要であればご覧いただきたいと思えます。資料2の説明は以上で終わらせていただきます。

【小賀会長】

ありがとうございました。たくさん数字が出てきて、非常にわかりづらいかと思うんですが、ただいまの説明に関して、ご意見ご質問がございましたらどうぞ、どんなところからでも構いませんのでどうぞ。

【込山委員】

どうもありがとうございました。私もこれで自分のところの町の予防、介護予防についてということでも直に役場の方に行きまして、そこで課長さんとずっと話させてもらったんですけども、私自身が一番肝心に思ってるのはですね、言い方は悪いんですけども、私自身もそうしたいと思っているんですが、要するにピンピンコロリの状態で極力介護のサポートを受けない形で天寿を全うできればいいな、というふうに思ってるんですが、それで実際に課長さんと話しました中で一番問題になりましたのが、特定高齢者の方をどれだけ参加させるかというのが一番の問題で、「実際に参加率はどんなもんですか」というふうな話をしますと、「せいぜい50から60%くらいしか参加してもらってないと、実際残りの方に声かけをしに行っただけですけども、自宅のほうにすら入れてくれない、玄関すら開けてくれないというような状況があります。」というふうな話がありまして、私のところの町では各自治会がありまして、その自治会の中に福祉委員というのを設けております。福祉委員に月一回必ずそういう独居の方とか、あるいは介護を持っている方とかを訪ねて行って状況を把握してください、という指示がありまして、実際それをやっておるわけですけども、「なかなか介護予防の事業に参加していただけない方については、逆に福祉委員なり、もしくはその方の非常に懇意にしておられる方を介在としてぜひともという形で参加してもらおうと、そういう相談をされませんか」ということを先日話しまして、「それはお互いにそうしたい」と。一番問題になりますところはこういう数字を積み上げて言った中でどういう自治体がどういうことをやって良い結果を得たのか、ということが大切であって、その良い結果を得たことを自分達の市町村の自治体の中の事業に組み入れていくか、ということが大切なことだと私は思っております。前回の時にちょっと発言させていただいたかと思うんですけども、こういう結果を踏まえて、良かったところの自治体の組長さんなり担当課長さんなりを呼んでいただいて、それでこういうことをした結果、自分ところの町はこうなりました、という結果を連合体を組んでの介護予防ですから、各連合体の自治体にも積極的に勧めていただこうというふうに教えていただけたら良いのではなからうかと思えます。現状としまして介護予防事業の中身についてはですね、まず一つお聞きしたいのは、「連合体のほうからこういうふうにしなさい」というような指示かなんかあったんでしょうかね。実はこれ18年度と19年度で記述のところが違ってるっていうのがあり、18年度のところでこの事業が実際予防という形が始まりまして、その時は私もちょうどその当時デイサービスに勤めておったんですけども、話の中に一つのスポーツジムであるような、そういうことまで一時検討されたことがあります。実際にそのためにそういう高齢者の方が逆に疲労を起こして動けなくなったとかいう結果が出たという話を聞いております。それが非常にその例を見据えて緩和した結果、19年度は良くなったというような形ではなからうかと私は思っておるんですけども、実際の課長さんの話でも現在暗中模索の状態、何をどういうふうにしたら一番良いかというのがわからない。というのがいろいろ参加していただいた方には中身については検討しながらやっているような状態です、ということが話としてありました。ですからまず一つお聞きしたいのは今後この数字を作成していく中身によって、予防の中についての指示とかそういうものを現在のところは どういうふうにご考えておられるのでしょうか。

【小賀会長】

ありがとうございます。ご意見とご質問をいただきましたが、ご意見のところでも非常に私も大事だというふうに思っている指摘がございまして、介護予防事業にこれまで取り組んできた構成市町村の中でも特に積極的、あるいは先進的な取り組みをしている事例を抽出して紹介いただきそれを参考としながら、例えばモデル化をしていくとかいうような提案がこの委員会でも必要だ、というふうに思われるんですけども、ご質問については本部事務局から各構成市町村に対してこの介護予防の取組みについてどのような周知徹底なりが行われてきたのかということだったかと思うんですが、それについて事務局からお願いいたします。

【事務局】

18年度及び19年度において地域支援事業で改善・効果のあったプログラムの紹介や、またどのようなことをモデル的に実施にすれば効果が上がる、というような形で連合のほうから指示が出たかという

ご質問だったかと思います。第3期から制度改正を挟みまして、地域包括支援センター運営協議会で審議を重ねている状況です。その中で様々市町村における有効的な事例の情報交換を行い、それを支部もしくは市町村へ持ち帰って実施しているというのが現状です。今回提出した資料1の平成18年度の広域連合内における39の市町村での実施事業を掲載しております。情報の共有化という観点から言えば、年に4回、地域包括支援センター運営協議会の中で情報の共有化を図っているという現状です。また18年、19年を比べて数字がかなり違っているというご指摘もありましたけれども、これは19年度において、生活機能評価の基準の見直しがおこなわれたことが要因と思われます。主に広域連合においては他の自治体も同じような状況だとは思いますが、この生活機能評価によって特定高齢者の把握をおこなっている状況です。基準緩和される前の18年度においては1,272件中の589件の46%を生活機能評価によって特定高齢者の把握をしている状況です。基準緩和された後の19年度においては先ほど資料1の6ページ表4になるんですけども、生活機能評価により3,533件、83%の特定高齢者を把握しました。全体の年間発生数としましては4,243件。よって、46%から83%と生活機能評価の緩和によって人数が増えたという状況です。

【小賀会長】

いかがでしょうか

【込山委員】

そうしますと、事業のほうは個々の自治体に任せてるということによろしいんですか。

【事務局】

はい。

【小賀会長】

はい、どうぞ。

【植木委員】

植木です。介護予防の事業の実態について把握してないので、もしかしたら間違ってることを言うかもしれないけれども、田川市は区ごとにモデル事業を1ヶ所2ヶ所ずつ、介護予防事業をやっております。2年間やってますので3年目ですけども、4ヶ所ぐらい公民館を中心にこの事業をやっています。補助金、介護のお金は1年間しか使えないんですかね、実は来年度、宇田校区っていうんですけども、そういうことやらないかといわれてるんですね。1年間終わったらまたよそに行くので、お金を使えないのであとは自主的にやる、参加してる人からお金を集めてやっていくというようなことを聞きました。そうすると、ここでやって次の年はこっちで消えてここでやるというふうになるので、完璧にはそんなには増えないかなという気がするんですね。ただ継続の利用となり始めたところは少しあるということでその辺は少し安心してるんですね。何が言いたいかといったら、8ページの毎年2.6%あがっていくという部分なんですけど、目標が3期の目標が7.1%ということで、だいぶ滞留してますので、こんなに差があるとなかなか厳しいんじゃないかなあと。事業はなんでもそうなんですけど、最初は非常に低調でなかなか増えないのですが、普及してくると案外パーっとあがっていくもので、定率で上がるという推定、計画がどうなのかなという気がしてます。簡単にいえば例えば最初は1.3%くらいにしておいて、最後は4%とかにして、どちらが良いのか、この辺はみなさんのご意見なりご指摘をいただけたらなと思います。

【小賀会長】

今の植木委員からのご指摘のあった数値は第3期の事業計画ということで、ある程度議論して目標値としてこう立ててきたということが一つにはあるんですけども、事務局のほうから補足的に何かございすか。つまりこの2.6%ずつ数値をあげていくことについて、最初からそういう数値でいいのかというよう

なご指摘だったと思うんですが。

【事務局】

先ほどの例ではございませんけれども、最初低く見積もって、その効果を拡大していった最終的には19.7%を目指そうというふうな数値設定がよろしいのではないかというふうに理解しました。ただ8ページの上のほうにも書かせていただいたんですけども、実施の規模が目標値に対して、非常に小さい状況です。このサンプルに対して統計的な意味をなすかといえれば若干疑問が残ると思っています。第4期の介護保険事業計画期間については第5期最終年度、平成26年度の最終目標値を変えずに第4期は中間的な位置づけの計画であります。そのような状況下で、まず低くスタートして、最終的に目指すとした場合、それを裏づけるデータが今のところございません。従って直線的に結んだ形で数値目標を決めさせていただければと思います。特定高齢者把握における基準が年毎に見直されている状況から、実施規模が拡大すれば目標達成は可能と考えます。

【田代委員】

仮の参酌としては私すばらしいアイデアだなと思いつながりながら聞いて、この介護予防の目的は多くの方に参加していただいて、要介護状態を防ぐということが一番ですので、今の事務局の案でやっていただいて、先ほど植木委員が言われたように、いかに市町村で支部でどのようにやっていかれるか、ということを含んで検証していくというのが一番だと思っています。難しいと思うのは13ページにあります、支部ごとの表なのですが、ぎりぎりまで介護保険を受けるのを我慢して、要介護5ぐらいになる方と、特定高齢者施策を徐々にやっていけば要支援1ぐらいになるだろう。そういったことは、この表から見えないのでここを今後どうやったらいいのかなあ、と思いつながりながらこの表をみさせてもらっていました。例えばプログラム参加者の中で、参加したくないよ、といわれるのは栄養状態だとか口腔機能のところがなかなか「歯医者さんまで行くのは大変だから行かなくてもいい」とか、そのへんで参加しない人がいらっしゃるんですね。運動機能に関しましては実態だとか、先ほど植木委員もおっしゃったんですが、最初、運動機能は3ヶ月しか予算的に出来ないんですね。3ヶ月行ってそれで効果が上がってお一人お一人の状態を見ながらするので、本当はきちっと事故とか無くうまくいくはずなんですけど、それであればやれるよと思ったら、ご自分なり市町村なりで事業をみんなでやれるように予算化していただいたり、そこでスポーツクラブとか自分で自立でやれるようになるのが本当かなと思います。数の計算がこれいいのかなと、高いので難しいですけど目標に向かって行けばいいのかなと思います。

【小賀会長】

ありがとうございます。みなさんもお感じのところかと思うんですが、資料1の県の調査の内容をみますと、広域連合以外の自治体もそうなんですが、広域連合でも特定高齢者の特定率、それから具体的にどんな取組みを市町村ごとにやっているのか、すべてばらばらなんですね。ここからなんらか信憑性のある数値を見出せるのかという、私はもう見出せないというふうにはっきり思っております、ですからひとまずこちらのほうで数値目標という形で掲げてですね、ここで大切な事は構成市町村のどこの市町村であっても同様の特定の割合、それから同様の内容、プラスアルファの部分は市町村ごとで独自性を活かしていただいて平準化をもう徹底してやっていくと、いうこと以外にはないのではないかというふうに思っているんですね。この特定高齢者の介護予防事業自体を私自身は補足的な事業としか思えなくて、それこそ介護状態になる高齢者の中には社会的な関係もほとんどなくて、外から呼びかけられても外に出ない、人との交流をなかなかしないというような方もたくさんいらっしゃると思うんですね。そういう方をひっぱりだして、何か事業に取り組んで行くというのはやっぱり行政でもおいそれとできることではありませんし、そういう方が一定層いらっしゃる以上、本筋のその介護保険事業において取り組んで行くということを腹をすえざるを得ないというのが現実ではないのかなと思うんですね。そうはいつでも少しでもそういう人達のために、長期間先ほどのピンピンコロリの話もできましたけれども、やっぱり健康な状態を少しでも保っていくための補足的な事業としてこれはやっていくんだ。という認識だと思うんです。ただ市

町村については補足的だから適当にやっけていいということでは全くなくて、こういうふうによくの自治体が同じように事業をやっている以上、特に高齢化率が高かったり、あるいは認定率が高くサービス供給割合も高いという市町村については特段やっぱり配慮いただきながら、この予防事業に取り組んでいかなければなりませんし、そういう観点からみたときに県の調査を確認しながら、それぞれの構成市町村がこの介護予防事業で充分なのか、あるいはもっと集中的にやっけていかなければいけないのではないかと、いうふうに思うんですね。事業自体ゼロという自治体が構成市町村の中にいくつかあります。やっけるところも介護予防事業の中身には普及啓発と活動支援と二本柱があるわけですがけれども、こういうのだけしかやっけていないというようなところでは、必要だとは思いますが講演のような普及事業と実際にその健康増進をしていただくための運動機能をやっぱり向上をとというような、なかなか難しいんですけども、現状を保っていくというようなところをあわせてやっけていかなないとやっぱり効果も出てこない。それに対する平準化を今回4期できちんと求めていくというのが非常に重要ではないかというふうに思っていますので、そういう意味合いでこの事務局から提案していただいている数値を確認させていただければというふうに思っているところです。特に介護予防事業につきましては本部が何かを具体的にやっけていくというわけではなく、本部が提案をして具体策は構成市町村の個々の市町村ごとでどうしてもやっけていただかないといけない。例えば私が生活をしている自治体なんかでは本年度こういうことも含めて1名保健師の増員を図るといようなこともやっけるといようなことは伺いましたし、今のその自治体の財政状況を考えると非常に難しいことではあるんですけども、それぞれの自治体でまず予算をさいて大事にしていくといったようなことの中で、介護予防事業のこれからいようなものを考えていただきたいと、いようなご提案は積極的にやっけていくいようなのも大事かと思っております。またこのとりあえず数値をあげてこの介護予防事業の数値が実際の4期の事業計画をを考えていくうえで重要な数値にもなってきますので、ひとまずは、事務局提案含めて各構成市町村できちんと標準化、平準化をしていくと。先程ご提案の中にありましたように、平準化をしていくときにやはり良い取り組みをしている市町村事例を4期の中でもお知らせをしながら、そこに向かって構成市町村がそれぞれ力を発揮していただくいようなところに目標をおいていくいようなことが重要なのかなというふうに思っております。

【藤田委員】

先ほど田川の校区でやっけている実践とか、福祉委員さんの紹介もありましたけど、介護予防の取組んでいうのは、地域福祉の展開から見たときには非常に重要な課題だと思っておりますよ。介護保険事業とかいようなところで見るといようなところもあるかもしれないけれども、いような問題を高齢者を中心にして社会的な孤立いようなのを背景にしていような問題が起きてきているいようなのがベースにあって、いような問題も解消して行く中で、より地域に密着した形で介護予防とか健康作りとか取組んでやっけていくことによつて、逆に社会的な取組んで解消の問題に切り込んでいくとかですね、逆の方向からのアプローチいようなか位置づけも非常に大事だといようなふうに思っておりますし、その時ではやっぱりハイリスクアプローチのところではどれだけやれるかといようなことになるので、例えば町にある中央公民館とかいようなところで保険センターでやっけてもですね、ハイリスクアプローチの人はなかなか来ないんですね。だから自治公民館とかいような小地域のところを拠点にしていような介護予防とか健康づくりの取組んでができるのか、その時には潤沢に専門スタッフがいるわけではありませんで、いような形での民間の健康づくりや、介護予防に関わるスタッフを養成していような人達が地域に密着した形でいような努力をやっけていくいようなのが、一つの大きな流れだろうといようなふうに思っています。いような意味で介護予防の取組んでいうのは、いような切り口からいようなととても大事な意味合いを認識をしていようなところでは。以上です。

【小賀会長】

他に、はいどうぞ。

【柴口委員】

13 ページ介護予防プログラムいようなのがここに並んでると思っておりますが、この介護予防プログラ

ムという定義ですね、この辺の定義だけは知っておかなければならないのかな、市町村に小賀会長が言われましたけれども、自治体の捉え方ということなんですけれども、介護予防プログラムを少しご説明していただけないでしょうか。

【小賀会長】

事務局からご説明お願い致します。

【事務局】

市町村で様々な名称を付けているため、任意事業等も含め、ハイリスクな方に対して実施するプログラムを総称して、ここでは「介護予防プログラム」としております。

【柴口委員】

市町村からあがってきたものをプログラムとしているのですか。

【事務局】

今回市町村のほうに調査を実施した項目なんですけれども、12 ページの下になりますが、特定高齢者数、および介護予防プログラム参加の有無についてはというところで表の下段（注）のところに書かせてもらってますけれども、市町村より年度末の特定高齢者数の報告をいただきました。その特定高齢者が市町村が様々な実施する介護予防の事業に参加したことがあるのかなのか、ということでご回答いただいております。従って地域支援事業の中で市町村が実施する事業に参加したもの。それを総称して、ここでは介護予防プログラムというふうに書かせていただいております。

【小賀会長】

では前回からの引き続いた課題についてこれでよろしければ、いったん閉じさせていただきまして、10分休憩をとって 30 分から次の議題について会議を再開させていただきます。では宜しくお願い致します。

10 分休憩

【小賀会長】

それでは引き続き事務局に次のご説明お願いします。

【事務局】

今回資料が間に合わず、資料 4 は準備できておりません。次回に回させていただきます。

それではまず 1 ページ目をご覧ください。読み上げさせていただきます。新予防給付導入の効果分析については第 4 期介護保険事業計画においては保険者の判断にて設定することとなっているが、効果分析の仕様については厚生労働省の介護予防継続的評価分析等検討会で議論されているところである。今回検討会での手法を参考としまして下記の方法にて広域連合における第 3 期の新予防給付の効果を検証し、第 4 期計画での予防効果を設定することとしたい。※1 としまして、「第 4 期計画の作成に際しては介護予防事業等の効果による認定者数の見込み方による規定において、下記のとおり見直しがなされている。介護予防事業等を実施しない場合の要介護者等の数の見込みをもとに、全国一律の割合で介護予防事業等の効果を見込むのではなく、各保険者が当該地域における介護予防事業等の実施状況、及び今後見込まれる介護予防事業等の効果を勘案して、要介護者等の数の見込みを定めるものとする。」「第 3 期事業計画策定時における新予防給付の実施効果、国の参酌標準としましては要支援者を対象として新予防給付を実施し、平成 20 年実施以降は要支援、要介護 1 の人数の 10%、平成 18 年度については 6%、平成 19 年度については 8% について、要介護 2 以上への移行悪化の防止を図る。」このようになっております。具体的な効果、分析の手法についてなんですけれども、「介護予防の効果を評価する際には集団における、要介護状態の悪化の頻

度が介護予防事業導入することによって、低下するか否かを検証することが必要となることから、下記の方法により検証を行う。」

言葉ではわかりづらいので、次の2ページの左上の図の1をご覧ください。この図は3名の方の要支援者の1年間の状態を図示したものになります。要支援1のA氏の方は1年間12ヶ月間状態の変化はなかったと。B氏の方については1月から3ヶ月後に状態が悪化したと。C氏については10ヶ月後に状態が悪化したと。こちらによって施策導入前後、新予防給付が18年4月から開始されておりますので、その前後の要介護度が悪化したものの発生率を比較することにより定量的な効果を算出すると、このようになっております。具体的な例としまして、観察期間というのをまず出すんですけども、この観察期間については特定の事象、要介護度の悪化が起こるまでの期間の合計、A氏の場合は12ヶ月間状態の変化がございませんで、12人/月。B氏の場合は3ヶ月後に状態が悪化しておりますので、3人/月、C氏の場合は10ヶ月後に悪化してますので、10人/月。従いまして、観察期間こちら分母にするんですけども、観察期間としましては12足す3足す10は25人/月とこのようにさせていただきます。②の悪化した人数、こちらなんです事象が発生した数になりますので、B氏とC氏の二人。③なんです、「介護度の悪化した者の発生率」分子に2、二人ですね、観察期間は分母に25と割って0.08となると。この0.08という数字は「100人を1ヶ月追跡した場合にちょうど1ヶ月目が終了した時点で8人が悪化した」と解釈することができるのではないかと、このようになっております。

次のページの3ページ目をご覧ください。施策導入前後の比較になるんですけども、左側が施策の導入前、平成16年1月1日において、給付実績のある要支援者（全員）の12月31日時点の要介護度の変化を見る。「悪化の定義」としましては、年末において要介護1以上になった者とする。悪化率は先ほどもご説明しましたが、人数割るの観察期間。それから右の（B）施策導入後なんです、平成19年1月1日において、給付実績のある要支援1の者（全員）の12月31日時点の要介護度の変化を見る。「悪化の定義」としましては、年末において要支援2以上になった者とする。

次の4ページが今の部分の具体的な数の表になります。まず総括表1の上の（A）の分なんです、こちらが施策導入前、要支援の方ですね、こちらが一番右の合計の部分なんです、悪化人数が1,478人、観察人/月が88,142人/月、悪化率としましては、0.0168というふうになります。その下の（B）施策導入後要支援1の方なんです、こちらが合計の部分で1,656人悪化したと、観察人/月としては74,140人/月、悪化率としまして0.0223というふうになります。ここからその効果、下の総括表2、施策の効果なんですけれども、施策導入後から施策導入前の悪化率を引いたものです。こちらが0.0056、対前年比では33.2%というふうになっております。

いったんこの部分を頭においてもらって次ぎの5ページの部分ですね、こちらは要介護2以上になったものの悪化率をみています。左側の施策導入前については平成16年1月1日の要介護1の方全員が12月31日時点でどのようになったのかと。右側の施策導入後が19年1月1日時点において要支援2の方が12月31日時点でどうなったかと。

この具体的な数字が次ぎのページの6ページ。上の総括表3のCのところにあるんですけども、施策導入前、要介護1または一番右の合計悪化人数が1,775人、観察期間としましては126,259人/月、悪化率0.0141。下のD施策導入後ですけども、こちらが悪化した人数が438人、観察期間としまして、45,321人/月、悪化率としましては0.0097というような数字になりました。下の総括表4、効果としましては一番右の合計のところなんです、施策導入後から施策導入前を引きまして、マイナスの0.0044、対前年比でマイナス31.3%とこういった数字がでてきました。この数字がなんなのかと、それが次ぎの7ページになります。

先ほどの数字の結果としまして、上の点線が施策導入前、下の点線で囲ってある部分が施策導入後になります。上の導入前、まず要支援1相当の方なんです、要支援者1,000人が12ヶ月後にどうなったのかと、それが青で囲ってある部分、維持・改善数が798人、一般高齢者・特定高齢者・要支援にとどまるなり、改善したと。悪化した方、要介護1から要介護5になった方が202人というふうな施策導入前では結果になります。その下の施策導入後なんです、こちら要支援1相当の方が1,000人12ヶ月後にはどうなったのかと。732人、維持・改善にとどまったと、悪化が268人と。これが右の長丸で囲ってある部

分なんです、1,000人を1年間追跡(12,000人/月)した場合、要介護度が悪化した者の割合については、対象者1,000人に対して6.6%増加し、導入前悪化人数(202人)に対して33.2%(66人)増加した。この結果から導入前よりも導入後の方が悪化した数が割合についても多くなりましたので、要支援1相当に対しての予防給付の導入の効果は認められなかった。とこのような結果になりました。

次の8ページをご覧ください。こちらが要支援2相当の方についての部分です。上の施策導入前1,000人が維持・改善したのが831人、悪化したのが169人、施策導入後にはこの1,000人が884人維持・改善、悪化したのが116人ということになりますので、この結果については要支援2相当に対しては予防給付の導入の前後で若干の実施効果は認められたのではないかと、悪化した数も割合も減ってます。ちょっとすみません、資料2に訂正がございました。今ご覧の8ページの施策導入前、施策導入後の1,000人の方なんです、こちら要支援2と書いてありますが、要介護1の間違いでした。失礼しました。施策導入後については要支援2のままでよろしいです。施策導入前についてだけ要支援2が要介護1の間違いでした。

それから次ぎの9ページをご覧ください。ちょっと今の分析とはまた違う視点からになるんですが、参考資料としてつけさせていただいております。こちら介護度別の変更申請の件数の一覧なんですけれども、これが19年1月から12月における変更申請件数になります。要支援1からずっと要介護5まで認定者数と申請件数、発生率とございますけれども、まず要支援1の方の(3)発生率15.7%、それから要支援2、この方については19.8%、要支援の合計としましては17.3%になります。一方、要介護1から要介護5までの要介護の合計としましては6.5%になっております。こちらの表から何が言えるのかと言いますと、「要支援2の者からの変更申請がもっとも多く19.8%となっている。また要支援からの変更申請件数は全体の約6割を占める状況にある。この要因としまして要支援状態の悪化以外に考えられることは、利用頻度の高い訪問介護や通所介護等の予防介護サービス(予防給付)の利用は介護サービス(介護給付)と異なり月単位での定額報酬となっておりまして、希望どおりの利用回数を受けられない状況にございます。そのために変更申請を行うこと等がその要因の一つではないかというふうに考えました。」こちらの方は参考として付けさせていただきました。

次の10ページをご覧ください。「今回の分析の結果から見まして、「要支援1相当」に関しましては、予防給付の効果は確認できなかったと。それから「要支援2相当」については若干の実施効果(改善効果)が確認できました。しかしながら、要支援全体としての実施効果は確認できませんでした。先ほどの参考資料の「介護認定変更申請の状況」をみましても、要支援者の変更申請が多ければ必然的に要介護度の悪化への変移が多くなり、状態の維持・改善が少なくなることから、この検証結果をもって広域連合の予防給付の実施効果がなかったとするのは疑問が残るところであります。予防介護の実施効果を測定するには、測定手法、追跡期間など国の参酌値が示されて国・県と広域連合の相対的位置が確認されるなどもう少し時間を要するのではないかということになります。」「したがって、第4期の介護保険事業計画における予防介護の実施効果としては、第3期に設定した平成26年度の施策目標を変えずに、平成21年度の予防効果を1.5%としまして、平成22年度以降に1.7%ずつ増加させ最終年度平成26年度に国の参酌の10.0%を目指すこととしたい。」それが3期と4期の下に表がついておりますけれどもこちらが今回の第4期に提案させていただいております、効果になります。以上で資料3の説明を終わります。

【小賀会長】

ありがとうございます。いろいろとご説明いただきましたが、簡単に言ってしまうと介護予防効果がよくわからないから、とりあえず様子を見ながら3期に順じた数値をたててみてはどうかというご提案です。最終的な合意は今日の資料4を出していただける予定でしたけれども間に合いませんでしたので、この資料4を次回出していただいたときに再度きちんと確認をして合意をとればよいかというふうに思っておりますが、今の事務局から説明をいただいた中身についてご意見ご質問がありましたら、どうぞどんなことでも構いませんので宜しくお願いします。

【柴口委員】

すみません、ちょっと教えていただきたいんですけども、今の維持・改善ということでご説明してい

ただいてますけれども、この中身、たとえば訪問系を使ったからとか通所介護を使ったからどうだったのか、とかそこまでの検証はどうなんでしょうか。

【小賀会長】

この数字に関するその詳細な検証があれば、そこも含めてご説明をお願い致します。

【事務局】

予防給付のサービスごとに要介護ごとの変移をみてみたいということだと思いますが、1年間追跡を行って地域支援事業と同様に悪化の発生率ということで資料を作成しております。例えば訪問系のサービスを使って改善したのか、また、どこの事業所のどのようなサービスでということまでになれば、この委員会でお示しするにはちょっと無理があるのかなと。第4期においてそのような形での検証が必要ということでご提案いただければ、施策の中にもり込んで再度検討させていただければと思っております。

【小賀会長】

それについてはやっぱりこの期の検証資料が不足しているということもありますので、ぜひ4期でそういう計画で詳細資料が出るようにしていただければありがたいんですが、仕事の棲み分けとして、本部だけで資料を作らなければいけないのか、あるいは構成市町村単位でそういう資料を作っていたほうがより詳細な資料がでてくると思うんですけれども、そのあたりとしては本部としてはどのようにお考えでしょうか。

【事務局】

実施する方向で検討させていただきます。

【小賀会長】

やはり基本的には構成市町村にそこは転化しないと、本部が改めてまた構成市町村に調査をかけて集約してということになると大変な事務量になりますので、また正確さもわかりにくいでしょうから、そこは介護予防についてはあくまでも構成市町村で特定高齢者の認定と事業の実施と、そしてどのようなサービスを使っていったどのような変化が現れたのかといったような、そういう追跡調査をしていただくという方向を4期で提案をさせていただくほうがいいかと思うんですが。ただ提案するときにそれぞれの構成市町村でそういう数値を出していただく時に、ばらばらに出していただいてもこれがまた集計するときに信憑性のない数値になりますので、「こういう形で追跡をしてください。」というような枠組みみたいなものは本部の方から示していただければいいかなというふうに思うんですが、そのあたりの検討を最終的な4期の答申を終えるまでには出していただくことはできるでしょうか。こういう項目、こういう内容で各構成市町村で追跡をしてください。というようなご提案。あるいは答申までにそこが難しいということであれば答申の中にそういう方針を立てました、詳細については来年4月以降に各構成市町村に対して通知しますのでという枠組みだけでも提案をさせていただければというふうに思いますけれども、日程的にはどうでしょう。

【事務局】

今まさに委員長がおっしゃったようにちょっと日程的に今年度は非常に苦しいかなというふうに考えております。最後にお話しいただきましたスタイルであれば来年度以降徐々に市町村とも協議しながら実現にむけて動いていくことも可能かなというふうに考えます。

【小賀会長】

わかりました。とりあえずその方向でやらさしていただければと思いますが、その辺も含めて委員のみなさまから何かご意見ご質問ございましたらお願いします。

【藤村委員】

7 ページ、8 ページに実施効果について、わかりやすくまとめていただいておりますが、青色方の維持・改善、の改善というのはこの算出根拠からではわからないはずなのです。維持が基本的にあって、悪化した人がわかるということはわかるのですけれど、維持・改善とここに書かれると、798 人の人が、ましてや要支援の人が最後にカッコ書きで出ていて、維持も改善のような誤解をあたえかねない表現で、何をもって維持・改善、維持はわかるのですが、改善が全然無いですね、前の記述の中に、表現がちょっと如何なものかなと思うんですが。

【小賀会長】

改善率が具体的にはわからないので、維持・改善と一緒に並んでしまうと誤解をされてしまうのではないかというふうなご指摘というふうに思うんですがその点についてはどうなのでしょう。

【事務局】

最初にこのデータを作成するにあたり、国の手法に基づいて実施させてもらいました。今回、広域連合の要支援者全員を一年間データ追跡しました。施策前・施策後、維持・改善というふうな形で記載させてもらいましたのは、非該当になった方も含まれます。要支援 2 相当ということであれば、要支援 1、非該当になった方も含まれますので、そういう意味あいでも維持・改善というふうに書かせてもらってます。本来であれば、非該当になった方、特定高齢者に戻られた方が多くあれば、改善・維持と書きたいところですが、改善の方も少しいらっしゃいましたので維持・改善という形で記載させてもらってます。

【込山委員】

ハードルが高くなったということではないんですね。要するに認定される状態の時に、平成 16 年といいますと、まだ、要支援とか、その時には 1、2 とか分け方もなかったわけですし、そういう時点の介護認定のあり方と、現在の介護認定のあり方という形の中で、ハードルが高くなったということはないですか。

【事務局】

確かに、認定調査項目等の変更はありましたが、施行前後のデータを比較したものになりますので、今ご指摘のとおりハードルが高くなった、もしくは低くなったかというのは分かりませんが、そういう要因も包含したところで比較しております。

【小賀会長】

いかがですか。

【込山委員】

ちょっと参考までに申し上げますけれども、実は先週大阪に行きまして、たまたまこの話を向こうですてた時に、大阪市の認定の度合いと豊中市の認定の度合いが違ってまして、大阪市では認定されるけれども、豊中市では認定されない、という一つのハードルの高さの違いがありました。話を聞いておりました、たまたま介護認定、私のところにも二人の認定者がおりますけれども、年一回の更新に行くような状態なんですけれども、確かに見にくられる方っていうのは連合から調査委員の方が来られて受けるわけなんですけれども、例えば昔は認定される方の目線だけでされてたのが、最近はコンピュータに入れて、審査するといわれるんですよ。その辺でハードルの高さが福岡県の中でも違って来たのではなかろうかというふうな見方がしたんですけれども、その辺いかがでしょうか。

【小賀会長】

重ねてのご質問ですが、事務局の方からいかがですか。

【事務局】

18年度から適正化事業を実施しています。認定においても認定基準の平準化といった、施策効果もここに現れているのではないかと考えております。それは逆に言えば改善率が上がってきたというような判断のプラス要因というふうな形で考えますので、その辺も含めて要支援2相当に関しては若干の効果があつたのではないかというふうに理解しています。

【小賀会長】

その他いかがでしょう。

【因委員】

大変貴重な資料を作ってくださいまして本当にありがとうございました。今日お話を聞いてると18年と19年を比較してとか、先ほどは16年と19年とか、直近の現状を分析した結果、第4期の介護保険計画をつくるのにどういう数値を入れていこうかという提案だったというふうに思っています。資料2の中の8ページからいうと2.6%ずつずつと積み上げていきたいというようなことが言われてました。それから先ほどの資料3の中でいうと10ページなどでは1.7%ずつという実施効果を見越していきたいというようなお話があつてましたが、ちょっと不安なのが過去の高齢者のあり方と26年度の高齢者の内訳が違うのではないかなと思うんですよね。2.6%ずつとか1.7%ずつとか言っておられますが、具体的にいうと、今、使つてはいけない言葉になってきてるみたいですが、私たちは過去からずっと後期高齢者という言葉を使つてたんですが、後期高齢者がどんどん増えていく時に過去のデータをどのようにみてそれを反映させるのかというのが、ちょっと今、頭の中で混乱してるんですが、現状の高齢者等のデータをそのまま介護計画作るときに持ち込んでいいのだろうか、今後の高齢者の比率を加味しながら考えなければいけないのではないのでしょうか。

【小賀会長】

高齢者の層がやっぱり変わって行くというご指摘だと思うんですね。これまでの高齢者という言い方とこれからの高齢者では後期高齢者の層が当然増えていくわけですから、そのあたりを見越んだ数値化が必要なのではないかというご指摘だと思うのですが、そのときにここで最後の10ページでいう、効果の測定をまず21年度に1.5%、22年度以降1.7%というふうに上げていくというようなことの信憑性、ちょっと難しいとは思いますが、そのあたりで何か資料に基づいてこういう数値が出てきたというような説明ができるのであれば事務局のほうから重ねてお願いしたいと思うんですが、いかがでしょうか。

【田代委員】

本当にいい資料を作ってくださいましてありがとうございます。今、因委員が言われたのは次回にありますが高齢者の人口、認定者数の将来推計の中で、やはり今言われたいろんな状況を勘案した推計、一番基本になるコーホート、それぞれの年令の今までの16年なりのコーホートを一番基準にしていけば、因委員さんが言われたのは私は、少しは勘案されるかなあと思っておりますが、一番肝心の推計が私お聞きしてませんので、わからないところです。

【事務局】

今回の資料は、あくまで第4期の計画の実施効果を図るにあたっての部分になります。今回の資料3の4ページにございますが、年齢区分ごとに5歳刻みで悪化率を出ささせていただいております。今回第3期についてはこの年令区分ごと全てを合計しました1.7%ずつの増加で見込みたいと思っております。それから24年度25年度26年度については第5期の事業計画になりますので、またその段階で実際の前期高齢者の方と後期（長寿）高齢者の方と割合が変わればまたその中で見直すなり国から何か参酌なり、指示なりがあると思っておりますので、その中で見直していきたいと思っております。

【小賀会長】

いかがでしょうか。

【因委員】

第4期の計画までは、高齢者の状態はあまり変わらない、といわれてるんでしょうか。平均的には変わらないといわれてるんでしょうか。

【事務局】

次回の高齢者推計と認定者の推計でも追加させていただきたいと思いますが、今年度までは、前期の方と後期の方の比率というのはだいたい1対1となり、次年度以降後期高齢者が上まわってくるのではないかと思います。

【事務局】

今、因委員のほうから前後期の高齢者の出現率なり高齢者の推計において後期の発生率がどんどん高くなっていく状況ではないのかというご指摘。その中で、今回の新予防給付の見込みに対してはどうかかというご指摘だったと思いますけれども、あくまでも新予防給付というのは要介護1以下の方に対して新予防給付の効果がどのような形でそこに維持されるのか、改善効果がみられるのか、そこを施策目標として認定者推計を図っていきます。高齢者の前後期の比率が変わっていくというのは先ほど田代委員が言われましたとおり、コーホートに基づいて次回お示しできると思います。先ほどご説明したとおり各年齢層ごとに悪化率をみたんですけども、総括表4で、要支援2相当に関しては、80歳以上の悪化率の改善がマイナスの28.1ということであります。対前年比となりますので、マイナスが改善したことになります。予防給付の効果が一番高いところは75から79、そのあと65から69ということになります。第5期においてはまたそのとき検証する形になろうかと思いますが、26年度の目標を変えずに対前年度で1.5%の改善効果を目指すということです。

【小賀会長】

おそらく介護保険を実施するときに選択として考えると、自然増でどうなるのかということも数値で読んでいきつつ、政策的に誘導するという必要も一方ではあるかと思うんですね。例えば介護保険財源、それから保険料。これを考えるとこれ以上やっぱり保険料に跳ね返らせるわけにもいかない。というふうにしたときに、介護予防が本来の改善を目指していくためには、サービスの供給を上げなければならず、保険料も上げざるを得ない、ということになっていくので、そこのバランスを考えて数値を見込んでいく必要があるのかな。ということもちょっと思いましたけれども、それが良いことなのか悪いことなのかというのはまた別の話にはなるのでしょうか。

その他いかがでしょうか。なかなか明るい話が出来にくいんですけども。いろんな献身的な実態の事例なんかをみると、本当に限られた人材で上手に資源、人的資源を含めて使いこなしながら、いい取り組みをやっているところがたくさんあるんですね。そういうところをこの場で明らかにしながら、いわば「困難を転じて福となしていく」ような施策あるいは提言が報じていければと、こんなことをいっていいんだろうかと思わずにちょっとしたことでもどんどん提案していただければなと思います。

今日はひとまず報告を受けて次回資料が出たところでの考え方の軸になればいいということでありましたら、今回のこの会議につきましてはこれで打ち切らせていただきまして、次回の資料が出たところで、議論を続けたいと思いますが、よろしいですか。

では事務局から何か特段ございませんでしたら、本日の会議についてはこれで終わりにさせていただきまして、次回継続してその資料を提供していただいた時点で、議論を深めていくと。資料につきましては資料4が次回になりましたが、事前に今回のように配布していただければ、われわれも目を通した上で参加したいと思いますので、そのあたりの見通しも含めて事務局からコメントをいただいて、今日の会議を

終了したいというふうに思います。では進行を事務局のほうにお返し致します。

【事務局】

次回は10月29日の13時30分を予定しております。資料に関しては今日資料2、資料3でお示しした目標値を設定した上で高齢者、認定者の推計の資料を第4回の審議に間に合うような形で事前送付をさせていただきます。

それでは長時間にわたりご審議ありがとうございました。これで第3回の介護保険広域連合策定委員会を終了したいと思います。ありがとうございました。