

第3期介護保険事業計画 策定委員会 第3回会議録

【開催日時】平成17年8月10日(水) 14時00分～16時00分

【開催場所】福岡県自治会館101会議室

【出席者】

策定委員：小賀会長、藤田副会長、秋田委員、安藤委員、因委員、香月委員、
波多江委員、馬場委員、藤丸委員、藤村委員、古川委員、矢野委員

広域連合：藤総務課長、田中事業課長、有尾総務課長補佐、海蔵寺事業課長補佐、
玉江企画電算係長、福本給付係長、吉岡認定係長、宮越、吉田
米丸、瀬口、大久保、稗田

支部事務長：神武、行実、藤城、棕本、太田、盛永、石井、鶴岡、大石、三小田、石原、
中村、中本

コンサル：吉川、矢部(財団法人全国保健福祉情報システム開発協会)
古野本(エヌシィ情報機器株式会社)

【会議資料】 高齢者1人当たりの介護給付費の推移

【議題】 高齢者1人当たりの介護給付費の推移

1. 開会

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。

私、本日司会を務めさせていただきます、総務課企画電算係の宮越と申します。よろしくお願ひ致します。

審議に入る前に、事務局から一言挨拶がございます。

事務局

本日は第3回目ということで、お暑い中お集まりいただき誠にありがとうございます。

本日は2名の委員の方が欠席ということで12名の委員の方々でご審議よろしくお願ひ致します。

前回7月の委員会における第2期目の検証部分につきまして、より深く検証及び確認ということで、継続審議ということになっております。まず第2回目の継続審議を行い、第3回目の審議をお願いしたいと思います。慎重なご審議をお願いし、より深い議論を行っていただきたいことを願ひしまして、簡単ではございますが、ご挨拶とさせていただきます。

事務局

それでは福岡県介護保険広域連合介護保険事業計画策定委員会設置要綱第6条に基づき、議事の進行を小賀会長にお戻し致します。よろしくお願ひ致します。

2. 審議

小賀会長

皆様こんにちは。本日もお忙しい中ご参審いただきまして、ありがとうございます。

第 2 回目の策定委員会において、第2期の計画と期間における介護保険のサービスの利用状況に関して、非常に詳しい資料が出てまいりましたので、その資料を基本にしながら第2期の計画と、具体的に第2期の期間中でのサービス利用状況の食い違い等について確認をさせていただいたところです。その際非常に多様なご意見をいただきましたので、その議事録につきましては皆様方に事務局から発送していただいておりますが、第 2 回目の折に会議をご欠席されておりました委員の方が数名おられましたので、もう少し第2期の計画と実態との具体的な状況を読みながら、第3期に向けてのサービス量の推計と意見具申の基本的な内容について煮詰めさせていただければと考えているところです。

本日も事務局の方から、一目瞭然となる資料が出されておりますので、それについての説明をしていただき、第 2 回目の議論を引き続き取り組んでいきたいと思っております。

事務局

(資料の説明)

資料の 28 ページに、前回の委員会の中で、第2期計画値との比較ということでお出しした資料の右端の欄に対前年度実績値比として、平成 15 年度から平成 16 年度における実績値の伸びを追加して示しております。

平成 15 年度を見ますと、訪問系サービスが計画を約 20 ポイント前後下回っており、通所系サービスが約 12 ポイント増加しています。回数で見ますと、訪問介護が約 321,000 回計画を下回り、通所系が約 186,000 回計画を上回っています。こちらから言えることは、通所系サービスを利用すると基本的に他のサービスを利用しなくなることから、その分訪問系サービスの利用が減ったのではないかと考えられます。また平成 16 年度も同様の傾向にございます。

しかしながら、今回追加しております右端の対前年実績値比で見ると、訪問介護は約 20 ポイントの伸びを示し、通所系サービスにおいては約 9 ポイントと、逆に訪問介護が通所系サービスよりも高い伸びを示しています。

こちらにつきましては、前回の策定委員の方は覚えていらっしゃるかもしれませんが、第2期事業計画策定の終期に、計画年度である平成 14 年度の見込みを給付実績が大きく上回る事態となりまして、計画の見直しをしております。その伸びで訪問系の利用を高く見込んだことが、1 つの要因であると考えます。

以上、簡単ではございますが、事務局からの資料説明を終わらせていただきます。

小賀会長

ひとまず今の資料内容説明について、ご質問等ございますか。

今回の資料は前回の資料よりも少しスリムになっておりまして、内容についても一目瞭然で、12 ヶ所ある支部のサービスの利用状態が大まかにわかるようになっております。これに基づき、28 ページの資料について第2期の計画を策定する時に読みきれなかった、特に施設サービスについては、利用自体が国の施策としてコントロールされていることとの関わ

りで、読みきれなかったというところはあまりありませんが、居宅サービスについては訪問介護や認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護等が、設定した数値よりも大きく実績が伸びているという状況になっています。なぜそういった現象が起こったのかについて、本日の資料も含めてもう少し煮詰めさせていただきたいと思います。

第3期のサービス量を推計していく時に、委員の方々から実態についての紹介もあり、例えば認知症対応型共同生活介護のグループホームにつきましては、この間更に急ピッチで作られていっておりますが、今利用が少し落ちついてきているところではないかとか、この状況を見ると、第3期も横ばいになっていく可能性が高いのではないかなどといった部分を含めて、現場から見た皆様からのご意見もぜひ出していただき、第3期の推計をしていく基本的な資料にしていきたいと思います。

特に本日の資料についてご質問がなければ、これからはご自由に意見をお聞きしたいと思いますがいかがでしょうか。

広域連合全体のサービスの費用という形で見た実際のサービスの使い方ですが、通所系のサービスも含めて施設型と考えると、特養、老健、その次に療養型医療施設の利用が、資料のレーダーチャートから見ると比較的高く、在宅型訪問サービス系のサービスについてはあまり利用されていないような印象を受けます。

それでも田川支部では、この訪問系のサービスが他の支部に比べると非常に突出しているというような状況もありますし、例えばこれが地域の高齢者のニーズをそのまま表したものであるとして理解して良いのか、あるいは訪問系の事業所が多いということがニーズを引き上げているということなのか、またその双方なのかということも含めて、具体的なこれからの伸び率というものも推計をしていかなければいけません。そのあたりのサービスの使い方等も含め、皆さんがどのようにお考えなのかということも併せてお聞きしたいと思います。

藤村委員

今回いただきました資料に関して、各支部別と各市町村別で出されていますが、各市町村の給付費と保険料との関係について、平成17年から3グループに分けられた保険料を適用され、普通に考えると給付が多いところは保険料が高いということになりますが、例えば糸島支部を見た場合、糸島支部は二丈町と志摩町しかありませんけれども、志摩町はBグループで二丈町がCグループとなっていて、給付率はあまり変わらず給付額は二丈町が高くなっています。その設定の仕方はどのように考えたら良いのでしょうか。

小賀会長

給付費と保険料に関してのご質問ですが、事務局側はいかがでしょうか。

事務局

今回、資料の方で最初に説明いたしましたように、平成14年度から平成16年度の給付費を基礎として、そのときの認定者数をひとつの数値としてこの資料を作成しています。3グループの保険料設定については決算確定後の数字で、数値の変動がないという部分でグループ分けをしていますので、時期的には平成13年から平成15年度の高齢者1人当たりの給付費をベースとして偏差値化し、グループ別保険料を設定しています。したがっ

て、その後の伸びについて今回の資料を提示していますので、平成 17 年度のグループの概念と、今回の資料における市町村の平成 14 年度から平成 16 年度に関わる給付額に若干のずれがある上で資料が作成されています。

小賀会長

今の回答でよろしいでしょうか。

その他で何かありましたら、どのようなことでもかまいませんのでお願いします。

事務局

糸島支部の例になりますが、具体的な数字をもって、今の説明の追加をさせていただきます。

平成 17 年度の事業計画改訂版の中に、19 ページから 20 ページにかけてグループ別の詳細一覧を載せています。その中で、平成 13 年度から平成 15 年度の市町村ごとの介護給付費をその町の高齢者数で除した数字として、志摩町と二丈町がそれぞれ一人当たり 262,954 円、236,565 円となっています。その後の給付費の伸びがそれぞれ異なるため、資料の志摩町と二丈町のグループが、逆転しているという形になっています。

小賀会長

今の説明に関して補足しますと、状況としては決算が出た後その状況をベースにして、グループ別の保険料を設定していくということですが、結局は保険料の設定がこのような状態で後追的にならざるを得ないという性格を帯びていると思います。この保険料の設定について大事なところは、年々サービスをどう利用するのかということについて市町村ごとも支部ごとも変わっていきますので、これを基本的には固定化をさせないで設定をしていただくというようなことも、是非検討していただかなくてはいけないということになるのではと思います。そうしたことも含めて私達の答申の中身に取り込んでいくのかどうかということも、これからの議論に展開をしていけばと思います。

因委員

突出した給付費のある地区についての原因が、ニーズなのかそれともサービスの問題なのかということは別にして、資料の 2 ページ目を見ますと、施設サービス給付費が下がってきており、それぞれの地区別で見ても横ばいかもしくは下がっているという現状があります。重度化してむしろ上がってくるのかと思っていましたが、何が原因で下がってきているのでしょうか。

小賀会長

施設サービス給付費が平成 14 年度から平成 16 年度にかけて徐々に下がってきている原因についてということですが、事務局の方から回答をお願い致します。委員の方々の中からでもご意見がありましたらお願い致します。

事務局

施設サービス給付費に関しては、第 2 期事業計画が始まる前に施設利用料の給付単価の見直しということがありましたので、その影響が出ていると考えます。利用人数等は横ばいで推移しておりますので、報酬単価の改定の影響で、高齢者 1 人当たりの施設サービス

給付費に影響したのではないのでしょうか。

因委員

今、介護報酬の見直しを行っていると思いますが、この事業計画策定にどのように影響するのでしょうか。勘案して事業計画を立てるのでしょうか。

小賀会長

今の時点では、国の方からまとまった詳しい情報が下りてきていませんので明確には言えませんが、おそらく少しずつ国からまとまった情報が、この委員会の期間中に下りてくると思います。その時点で勘案すべきところはぜひ行っていかなければいけないと思っています。

安藤委員

細かいことで申し訳ないですが、私自身の勉強のためにもお聞きしたいと思います。

資料の 28 ページで、前年度実績値が計画よりもかなり高くなっている部分を見たところ、福祉用具の貸与が平成 16 年度で 52% 増、前年が 36% 増となっていますが、福祉用具についてサービス事業者が出したものをどういう形で対応しているのかお聞かせいただきたいと思います。

私は大牟田なのですが、大牟田の場合は事業者が提出して市が認可したもののみ、介護給付を行っていますが、そういった形を取っているのでしょうか。

もう一つ、居宅療養管理指導がかなり少ない状況で進んでいると思いますが、この居宅療養管理指導というのは、医師が行く場合、歯科医師が行く場合、栄養士が行く場合、薬剤師が行く場合等いろいろなパターンがあると思います。そのあたりの割合を教えてください。

小賀会長

今のご質問は 2 点です。

1 点目は、福祉用具の貸与が、手続きも含めて具体的にどのように運用されているのかということです。

2 点目は、居宅療養管理指導が具体的にどのように展開されているのかということです。これについて、事務局からご回答をお願い致します。

福祉用具貸与ということについては、訪問系サービスの関連の中でよく導入されるように聞いていますが、実情に詳しい委員の方々から何か参考になるご意見があればお伺いしたいと思います。いかがでしょうか。

事務局

福祉用具貸与の件につきましては、基本的には一般の訪問介護事業等と同じでございます。いわゆるサービス担当者会議等で必要性というものを認識していただき、ケアプランの中に位置付けていただく。そして告示に定められた福祉用具の貸与の利用があって初めて介護報酬の支払いということになるわけですけれども、大牟田市の方で行っている承認という形は、現在のところは介護保険広域連合においては行っていません。国から出されているガイドライン、いわゆる想定できないというような使い方の設定については、事業

者指導などを通じて指導を行っています。

安藤委員

福祉用具の貸与については介護保険が始まった当初、使わなければ損ということになり増加していき、大牟田でもそれに伴って保険料、サービス量が増加したため、それではいけないということで、最終的には行政が必ずチェックをするというパターンをとり、かなり減少傾向にあるのでそのような形をとった方が良いのではないかと思います。

事務局

2 点目の居宅療養管理指導については、職種によって単価が違います。分類できるかは調べて見なければわかりませんが、分類できれば、次回提示したいと思います。

小賀会長

では、可能であればまた次回の資料としてご提示をお願い致します。今のようなご回答をいただきましたが、よろしいでしょうか。

その他にはいかがでしょうか。

香月委員

資料の指標 5 の方に、高齢者 1 人当たり種類別サービス費用の部分で、このチャートには広域連合が基準として白丸で入っておりますが、広域連合より数値が出ているか出ていないかというのを見た場合、チャートの形がいびつである地区もあると思いますが、それでもサービスとのバランスがとれていればいいと思います。しかし、それを判断するためにはどのようにして資料を見ればよいのでしょうか。

また、各支部の資料左下に、高齢者 1 人当たりの介護給付費の推移として、広域連合と比較した介護給付費の推移が市町村ごとにあがっておりますが、広域連合よりも上がっている市町村と下がっている市町村との間のバランスなども説明していただきたいと思ます。

小賀会長

質問は 2 点です。

1 点目は資料の指標 5 の見方についてです。

2 点目はそれぞれの支部で見した場合と、支部の構成市町村との関係で見した場合の関係のあり方について、どのような形でくくっていくのかということも含めて、くくり方についてもその状況をお知らせいただきたいと思ます。

事務局

第 1 点目について、指標 5 の見方としましては、このチャートは居宅サービスの利用の中でどのようなサービスが活発に利用されているのか、どのサービスが過剰なのか不足しているのかを示しており、その要因として提供量に対して利用があるのかどうかということについての判断は、この資料ではできないと思ます。ただ、直感的に見ることによって、例えば訪問系のサービスが充足していたり通所系のサービスが抑えられたりしており、その中において重複したサービスを受けている利用者が、何らかの形で同じようなサービス内

容のものを受給されているのかということはわかると思います。

基盤的なところで、事業者の参入意向というところまでは第3期の方ではまだ見ていないところですので、あくまでも直感的な部分での判断になると思います。

2 点目の支部間のばらつきについてですが、もともと支部の構成としては県の保健圏域を基本として設立当初に支部を構成しています。その中で今回提示していますのは、現在の支部の中で来年度以降想定される市町村に関してデータをリンクしておりますので、保険料というような見方をすれば、平成 17 年度から導入したものに関しては支部の概念というものはなく市町村ごとの高齢者 1 人当たりの給付費を降順に並べて、その間に保険料と基盤整備はリンクしていないと判断しています。そのため平成 17 年度の事業はあくまでも市町村ごと高齢者 1 人当たりの給付費をベースに、3 グループに分けて算定させていただいていますので、この図表からは保険料を見て支部間で何らかの連携があるかと言われるすと、支部における市町村間の連携はないということになります。

香月委員

2 点目についてはわかりました。1 点目については、ご説明いただいた部分では読めるのかと思っていましたが、これを読んだ段階で1つの支部で抱えている課題を取り上げなくてはならないのかと思いました。

小賀会長

おっしゃる通りだと思います。このレーダーチャートで広域連合の実線を見て、これが理想的な線であるのかということ決してそうではないわけです。国も高齢者福祉分野についてもノーマライゼーションというスローガンを掲げながら、施設から在宅へと政策的な流れを打ち出しているにも関わらず、現状としてはまだ進んでいません。ですからこの資料を見ても、伸びが大きいのは施設を拠点としているサービスで、特養、老健、療養、通所系も施設を拠点としているという意味ではそうです。

例えば田川支部が理想形なのかわかりませんが、在宅型サービスがもっと充実した形で使われて、施設を拠点とするサービスが少しずつ減少しているというようなことが目指すべきノーマライゼーションのあり方だと思います。私達がこれから第3期に向けたサービスの利用を推計していく時に、第2期の実態を後押しするような形で推計するというようなやり方も一つはあると思いますし、その事はきちんと押さえておかななくてはいけないと思いますが、逆にサービスのあり方を誘導するという視点も持って推計量を設定していくという考え方も必要なのかもしれないと思います。

単純に在宅福祉といった時に訪問系のサービスが増えるだけではなく、高齢者が 24 時間家に居続けるという構図を作ってしまうので、通所系の施設を拠点としたサービスにもしっかりとつなげていくというようなことも、政策的に見通していかなくてはいけないと思います。

藤田副会長

私は嘉穂郡筑穂町にいますが、自分の近辺での範囲の話になると思いますが、計画値と実績値の乖離というようなものが生じるのは、ニーズを読み違えているというよりもむしろ事業の採算性をベースにした事業所側が、どう動くのかということが大きなポイントになっ

ていると感じています。ですから、政策的な誘導というものは現実あるでしょうけれども、現実的なことだけでいえば計画値と実績値の乖離を小さくするためのサービス量推計のポイントは、事業の採算性をベースにした事業所側がどう動いていくのかということにあると思います。

もう一つは制度改正をにらんでどうするのかという話ですが、私はその点についてはある程度見越していかなければどうしようもないと思っています。なぜかという、特に訪問介護事業などでは、新予防給付が出てきた時に事業経営がどうなるのかというシミュレーションを盛んに行っているわけです。その中で、事業が厳しくなるということははっきりしています。特に近辺の状況を見ていると訪問介護サービスが増えている一番の理由は、家内工業的同業経営の小さな事業所が最近非常に増えてきています。そういった事業所は、一般的に地縁、血縁で利用者を固めていますので、一定の利用者を確保しているわけですが参入が容易である反面、撤退も容易なのです。

つまり、新予防給付の介護報酬の出方次第で、そういう新規参入をしてきた訪問介護事業所あたりがかなり撤退をするのではないかとということも、逆に今論議されているという状況です。新予防給付と介護報酬が出てくる中で、どんどん訪問介護事業所などが手を引いていくということになると、逆にサービスを提供する事業所が確保できないという可能性も起きてくるのではないかと、現場の中では論議されております。

小賀会長

制度を通して事業所がどう動くのかということが、非常に大きな問題になるのではというご指摘でしたが、私自身もまさしくそう思っております。そうすると、予防給付が新たに出てくる時に訪問系のサービスを展開している事業所がこれからどうなっていくのかということも、一定サービスの供給量を考える場合は勘案をしていかなければならない事項かと思いません。

そのほかに皆様からご意見やご質問はないでしょうか。

馬場委員

1 点目は、会長が示されたように八女支部と田川支部という広域連合の中でも格差がある地域が、どのようなグループ分けになるのかはわかりませんが、資料の水準を見ますと5,000円単位で5つのグループに分けられそうですが、今の所3グループになっています。地域の市町村の住民方に、公明で公正な保険料の設定ということで、3グループに限らず流動的に考えていただければと思います。

2 点目は今後の会議の進め方において、もう3回目ですが、国が示す新たな予防給付が事実上既にできあがっている段階で、施設の方は単価設定まで出ておりますので大体その部分でできるのではと思います。

また、次期の報酬体系という部分が、おそらく秋には国の方から始まっていくだろうということで、実際には報酬単価設定まで動きが始まっているという部分があります。一番大事なことは、通所系や、例えば今、要支援、要介護1の人が新予防給付の金額がまだ出ていないため、計画の設定も難しく、そのあたりについて国の参酌基準があるのかどうかはわかりませんが、それについての提示がなければ判断が困難ではないかと思えます。それによって広域連合の計画作成に勘案されるのではと思いますので、新予防給付の事業と、介護給付事業という部分とをどう組み合わせながら計画されていくのか、そのあたりを教えてい

ただきたいと思います。しかし実際はそこまではっきり出ていないというところでしょうか、実際は来年4月からスタートで、要介護認定ももう始めていこうかということが既にモデルで出てきているのではないかと思いますでしょうか。

小賀会長

今のご質問は2点ありました。まずは、介護保険料を設定するグループのくくり方として、現在3グループでくくっているところを、これからは必ずしも3グループにこだわる必要はないかもしれないということです。

もう1点は、給付単価も含めた国の新しい介護保険のサービス状況がこれからどのように下りてくるのかというあたりの見通しについて、事務局で分っている範囲でかまいませんので、ご回答をお願い致します。

事務局

まず、グループの分け方についてということですが、特に3グループにこだわっているわけではありませんが、現状での判断は難しいところです。

2点目の新予防給付の単価と介護給付に関することですが、参酌という部分で示されているものに関しては、要介護2から5に対する施設・居住系サービス利用者の割合を平成26年度までに37%以下にするという事は示されております。その中で施設利用者を重度化するという形で、重度の方すなわち要介護4、5の利用率を70%に設定ということで、現状示されている分に関しましては第4回目以降でご審議できる形の資料としてご提示できると思います。

ただ、各保険者の参酌の捉え方としては、第1期分の保険料の課税で第4段階というところが250万円から、第2期は200万円、現状では国から県を通じて所得調査が入っておりまして、その報告が8月末にあります。また、被保険者の所得状況というものを各保険者の方に国の調査が入っておりますので、課税の200万円からというのがどう変わるのかということで、第4段階、第5段階という部分の所得が変わってくるのではと思います。これが具体的に示されるのは、また9月以降になるのではないのでしょうか。また調整交付金についても今後具体的に示すことができると思います。

ただし、事業計画に盛り込む基本的な指針としては今の段階で出されておりますので、そのあたりも含めて、第3期事業計画の骨子案として近々にはご審議いただける形でご提示できると思います。

小賀会長

よろしいでしょうか。

今の議論については第2期の委員会の際にも出てきたように思いますが、介護サービス利用の多い地域というのは、非課税世帯の多いところでもあり、所得問題との兼ね合いでサービスの利用が多い市町村であります。収入の問題で見ると保険料の設定が難しいというような課題があると思います。介護保険サービスが連合の中でも比較的使われていない地域については、課税世帯が多く収入も高いが、だからといって保険料を引き上げられるかというところが限らないという、非常に難しい状況があったと思います。これが今、介護保険が抱えている課題なのではと思うところでもありますが、そうした課題に対して、グループ分けを3グループからグループ数を見直すようなことも含めて考えながら、対策を練っ

ていかなければならないのではと思います。

秋田委員

第3期を策定していくにあたって、ある方向に持っていきましょうというような誘導の方法と、従来の第2期でやったような、利用数を予測して金額を設定していくというような方法と2種類あると思います。どちらが良いのかというと、従来の第2期の方法ですと、利用者が予測より増えればどんどんコストがかさんでいき、その中には結構な無駄が出てくる部分もあるでしょう。そのような中で、無駄をなくすためにも誘導するやり方も少しは必要になってくると思います。そのためにはまず、広域連合の考え方、方向性の骨格を早めに提示していただきたいと思います。そうしなければ、出てきたデータについていかにざるをえない委員会になってしまうのではないかと思います。

小賀会長

事務局から現時点でお答えできることがあれば、ご回答お願いします。次回以降に提示していただけるのであればそれでもかまいませんが、いかがでしょうか。

事務局

今のご意見を真摯に受けとめさせていただき、なるべく早く骨格を提示していきたいと思えます。今のご質問に関しては、第3期の事務局側として、基本指針と主要施策の中でのムラをなくすということがあり、広域連合の基本指針の部分、第3期施策目標という部分が関わってきますので、そのあたりを整理させていただき、審議できるような形で準備していきたいと思えます。

小賀会長

よろしくをお願いします。

今までは、どうしてもこれまでのサービス利用実績をもとに第3期の予測をしていくということにベースがあったと思いますが、その上で施策的な誘導が必要なのかどうかということも併せて、これから議論できればいいと思えます。

その他に、この点についてでもかまいませんし、他の事でもかまいませんが、何かありませんでしょうか。

藤村委員

基本的な広域連合における給付の見込み量の算出方法についてですが、本来各市町村の老人保健福祉計画に挙がってきているところの量を見込んだものを広域連合で束ねて、全体的な給付の見込み量と保険料単位を算出するという流れになっていると思っていたのですが、どうでしょうか。

本来ならば市町村が老人福祉計画を作っておかなくてはならないでしょうし、それについての資料もこの委員会に出てくるのではと思っていました。例えば田川支部などでは訪問介護が多いということで給付が上がっているということは良くわかるのですが、平成14年度、平成15年度あたりではある程度の市町村で110%、120%という形で増えていっているわけですね。市町村単位で見ただけの場合には、その結果の数字として上がっていくものについては、広域連合全体でどれだけ増加しているかという所で見れば良いのでしょうか、市町村での保健福祉計画との整合性というのはどうなっているのかということが気になってい

ます。その点についてはどのようにお考えでしょうか。

小賀会長

実務的なものでかまいませんので、今の質問に対してご回答をお願いします。

事務局

まず、広域連合を設立致しました平成 11 年度に、第 1 期の事業計画を立てる上で、広域連合規約において、経過措置として「平成 11 年度に策定する介護保険事業計画は、関係市町村が策定した介護保険事業計画を取りまとめたものを、介護保険事業計画とみなす。」と規定しております。その段階で広域連合が行う事務としましては、保険料の賦課徴収、認定、給付等、構成市町村の事務の部分をほとんど広域連合の本部・支部で請け負っております。第 2 期事業計画以降は広域連合一本で計画を立てるということで、平成 14 年度の第 2 回策定委員会の中で、介護保険に関わる部分の基礎的な数値というものを広域連合で作成させていただいております。

その分の基本的なデータを各市町村ごとに振り分けまして、それを各市町村にお渡しして、老人保健福祉計画の介護保険の部分を補完するような形でデータの提供をするという流れになっております。

従いまして、介護保険において広域事務で運用しているところはほとんど同じような問題を抱えているのではないかと思います。介護保険事業の必要量に関する提供時期については、第 2 期においても各市町村に、2 月に提供させていただいております。

そのような形で、どうしても市町村で老人保健福祉計画を立てる時期と広域連合から構成市町村にデータを提供できる時期にズレがありますので、なかなか構成市町村にも老人保健福祉計画を立てる時期等についてご苦労いただいていると思いますが、現状では第 3 期におきましても広域連合で介護保険事業計画を立てさせていただいて、各市町村には基本的な数値をお戻しするというような形で事務を進めていくことになるかと思っております。

小賀会長

今、実態をご説明いただきましたが、それについて何かございますか。

藤村委員

実態についてはよく理解させていただきました。ただ、来年度からより市町村独自の事業が始まっていくような形のもの、特に要支援、要介護 1 あたりを対象にした地域支援事業だとか、その中でも支部の考え方として地域包括支援センターの方向性については、支部の役割としてはそこに所属している市町村の取りまとめというような形で理解してよろしいのでしょうか。

例えば、須恵町が来年度このような事業計画を受けて、新しい介護保険の新予防給付で小規模多機能型居宅介護施設を作っていくなどさまざまなことがあります。そのあたりについても、いわゆる須恵町の考え方というよりも、広域連合で話し合っ各各市町村へ戻していくという流れなのでしょうか。

そうでなければ、策定委員会での見込み量というものも違ってくるでしょうし、そのように考えてよろしいのでしょうか。

小賀会長

今の質問につきましてはいかがでしょうか。

事務局

現在の制度改正に伴う市町村での業務ということで改正になっているわけですが、介護保険上市町村というのは保険者でありますので、広域連合といたしましては、市町村イコール広域連合という考え方で、今度の法改正については検討を行っているところです。その中で地域包括支援センターについては基本的に支部ごとに1ヶ所設置するという方向で検討しており、その中で構成する市町村の運営方法については現在支部および構成市町村の中で協議を行っているところです。

小賀会長

今の回答でよろしいでしょうか。
では馬場委員お願いいたします。

馬場委員

広域連合が介護保険の事業計画を基本的なベースで策定した上で、市町村におきましては高齢者保健福祉計画でいえばサービス量という形になるかと思えます。その中に在宅介護支援センターというものがあり、今まで介護予防のために行っておりました市町村独自のサービスというものもあるわけです。それと介護保険制度というものがあって初めて、市町村の高齢者保健福祉計画になっているはずで、ということは先ほど地域包括支援センターが、広域連合支部でもつということになれば地域包括支援センターができれば在宅介護支援センターというものを市町村単独で置くことは、国の補助金が出ないということで、もうなくなるわけですね。そういった市町村の事業計画というものができあがってくるし、介護保険全体の事業計画というものができていると思えます。そのように考えてよろしいでしょうか。

藤田副会長

第3期事業計画を考えるにあたり、やはり日常生活圏域の設定やそれに伴う地域包括支援センター等がかなり大きなウェイトを占めてくると思えますし、地域密着型サービスなど地域の実情を踏まえないと判断できないと思えます。介護保険広域連合が地域包括支援センターを持つということになると、例えば粕屋支部ならば人口が20万人いるわけですから、その中に地域包括支援センターが1ヶ所ということになるのでしょうか。

事務局

地域包括支援センターについては、支部に1ヶ所ということで、その構成市町村を含んだ部分の運用については広域連合においても十分協議した上で地域密着型の取り組みができるように検討中です。

小賀会長

その点についてご質問、ご意見等ございますでしょうか。

馬場委員

基本的に広域連合がされるということであれば、予防給付をどれくらい行い、今の要支

援者や要介護の人々を地域の市町村の中でどのような予防事業を行っていくのか、という状況を把握して運用していくものであると思うし、先にその状況を挙げていくのか、それとも人口規模と参酌で併せて、今後の策定の資料に随時上がっていくということで、考えてよろしいのでしょうか。

事務局

はい、そうです。

馬場委員

それと同時に広域連合の当初のメリット、やはり他の保険者に負けないような多様なサービスという社会資源の開発及び提供ということが、当初から出ておりましたし、地域間の公正や公平、安定した保険財政などがあって、地域の中に密着したサービス提供ということになれば今度示された地域密着型グループホームなどをどうするのか等、基本的には広域連合の参酌としてどのような形の整備として考えているのでしょうか。あるいは市町村が決定できますので、市町村といえれば保険者ということになり、保険者イコール広域連合ということになりますので、そういう参酌水準も出てくるというように理解してよろしいでしょうか。

小賀会長

基本的な方針という部分に関わっていると思いますが、どうでしょうか。

事務局

現状では事業計画の策定期間と地域包括支援センターの平成 18 年 4 月 1 日以降に実質稼働できるというタイミングを同期させながら、事業量の推計、その他の公示や告示という形のものが、なかなか同じペースでは進んでいません。また、事業計画に関する部分と制度改革を平成 18 年 4 月 1 日以降に実施する部分の役割について部署を分けているという経緯もあります。今回策定委員会の中で提示できるものとしては、たとえば新予防給付における要介護1の方が要支援2に移行するという、ある程度のデータ解析の仕方については、事務局側でお示しできると思います。

また、地域支援事業に関する基礎的な数値につきましても、資料が整い次第ご提供させていただきます。地域密着型サービスの指定等に関しましても、広域連合において未決定の部分が多いため、決定次第追加でご協議いただくという形も可能なのかと思います。その際予定回数の中ではご審議できないということであれば、日程調整させていただきながら、ご審議できる回数を増やしていけばよいのではと、事務局側としては思っております。

小賀会長

ありがとうございます。今の回答でよろしいでしょうか。

藤田副会長

考え方として間違っていないか教えていただきたいのですが、地域包括支援センターは日常生活圏域に置くということで考えられているはずですが、もちろん、いろいろな状況を勘案しながらということになってはいますが、支部に地域包括支援センターを置くということは、

支部を日常生活圏域として見るということになるのではないのでしょうか。

馬場委員

国の指針では広域連合を保険者と考えた場合、支部を日常生活圏域として考えることは認められています。

藤田副会長

それでは、あまりにも規模が大きすぎるのではないのでしょうか。単純な疑問なのですが、たとえば先ほども言われましたように、粕屋支部は人口が20万人いて、その中に地域包括支援センターが1ヶ所というのは、直感的にも少ないと感じます。

秋田委員

最終的な確認ですが、地域包括支援センターというのは大体2万人に1ヶ所の割合を目指して作っているということがありますが、馬場委員も言われましたように、広域連合は1つの保険者とみなすということですので、支部で1ヶ所となると、厚生労働省がイメージしている地域包括支援センターの機能としては、パンクするのが容易に想像できてしまいます。

小賀会長

議論の進め方ですが、今ここで出ている疑問は答申の内容に盛り込んでいくようにさせていただきたいと思います。確かに事務局も議会との関わりや構成市町村との関わりで思うように動きにくいとは思いますが、今のような疑問というのは率直に私も感じます。

日常生活圏域というのはそこに住んでいる人の顔が見えるという圏域のくくり方でなければいけないでしょうし、それが全く見えないような地域包括支援センターの置き方ということになればますます広域連合として介護保険をどう守り育てていくのかということが見えにくくなることにも繋がっていくと思いますので、そこは私達の責任として答申の中にこうあるべきではないかという考え方を盛り込んでいくことができればと思っています。

そうしたことも含めて、事務局側も答えられないことを無理に答える必要はないと思いますが、答えられる範囲のことにつきましては情報として我々に送っていただければありがたいと思います。

それでは、ここで5分間の休憩を入れたいと思います。

(5分間 休憩)

小賀会長

それでは、定刻になりましたので、議事を再開致します。

参加いただいている委員の方々の中には、いろいろと疑問や、連合、支部、構成市町村に対してのご意見等があるでしょうし、この委員会の中ではご意見をいただいて、委員会

内で解決できるというわけではありませんが、そうしたものをきちんと答申の中に盛り込んで連合議会に提案をしていくという形が最終的に取ればいいのかと思います。

地域包括支援センターのこともそうですが、そのほかにも何かご意見、ご質問等がありましたらお願い致します。

藤村委員

もう一度だけ確認させていただきたいのですが、先ほど介護保険事業に関しては、市町村イコール広域連合だということでしたけれども、そうすると広域連合に所属している市町村の高齢者総数とその総数でどういったサービスが必要なのかというようなサービスの見込み量というものを算出していくというやり方で考えてよろしいでしょうか。

そうなりますと、平成 14 年度から平成 16 年度の各市町村別に数値を出していただいておりますが、例えば給付率が非常に高い支部や抑えられている支部、高齢化率に差はないけれど支部によっての高低差が比較的できています。その要因の検討ということについてはどのように取り組まれているのでしょうか。

小賀会長

それぞれの給付量の違いを比較検討できるような取り組みがこれまでにあれば、紹介をお願いしたいと思いますがいかがでしょうか。

事務局

広域連合の今までの取り組みとしては、平成 14 年度から給付適正化プロジェクトとして、不正や疑義のあるものに関して、どのような形で適正な給付を行っているのかということで事業を進めています。その中で現在広域連合では指導係を設置いたしまして、ケアプランのチェックを行い、介護度及び提供サービス内容等を多角的に判断し、疑義がある場合には事業所に県と合同で実地指導等を行っています。昨年の実績としては給付費ベースではありますが、2 億円強の給付費を返還していただいております。

また、各認定審査委員の方に対して各支部間で認定事務に格差がないように指導し、訪問調査員の方に関しては各支部の保健師を集め、意見交換させていただき、支部に持ちかえって、調査員の方に勉強していただくということを行っています。

結果として、皆様にお見せできるような成果が上がっていないかもしれませんが、少しずつ政策を打ち出していきながら、適正化の目標に近づけていこうと努力をさせていただいているところです。

小賀会長

より適正なサービス利用を求めていくということは一方では必要で、もう一方で私が思うのは、構成市町村単位で資料の指標 5 でいうならば、6 つの基本的なサービスに関してそれぞれの利用者がそれぞれのサービスを利用する時に、どのように生活の質を向上させているのかといったケースを取り扱うような抽出調査というものが必要ではないかと思っています。

例えば、あるサービスがある支部や市町村において偏っているという事が起こっている時に、そうしたことがニーズにきちんとあって取り組まれているのかというようなことを検討する際にも、先ほど藤田副会長から事業者の動向が状況として大きいのではないかというご

指摘がありました。最終的にはそれぞれサービス利用における利用者の生活の質がどう変わっているのかという部分もきちんと把握しないことには、過不足のない判断がつかないのではないかと思います。そうした抽出調査なども含めて、これからの広域連合における介護サービスの提供を考えた時にどのようなサービスの提供の方法論が必要なのかというようなことが議論できるような枠組みのようなものを、委員会の中で提示し、提案していくということがあってもよいと思います。

秋田委員

われわれの機関の中に、福岡県の医療介護福祉研究機構という機関がありまして、福岡県は老人医療費が高いと言われるので、そこが分析しているのを見ますと、介護費の増減の背景ということで介護保険導入当初は、介護サービスというのはほとんど病院がやっておりました。既存の医療法人から提供されていたため、福岡県のように医療施設の多い県では、介護費も高くなるという傾向にありました。しかしここ数年では変わってきておまして、福岡県では1人当たりの施設介護サービスというのは横ばいになってきています。

一方医療費は全国最下位と言われる長野県では、医療費は低いのですが、病院に代わる施設介護サービス費がどんどん高くなってきています。

資料の指標5を見ますと、介護療養型医療施設が突出しているところは、もともと福岡県は病床数が多いので、全国平均と比べて病床数が多いところは大体介護療養型医療施設の占めている費用が多いということがあり、それも原因の一つではとも思います。

小賀会長

そろそろ時間になってきましたので、もし何かございましたらあと1名ほどお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

事業所の設置のあり方が、ニーズの偏在という現象を作り出している指摘もありますし、これはやはり、サービス量を考えていく上で重要な観点の一つであると思いますので、それぞれの支部でどのようなサービスが展開されているのかということも含めて、今後もう少し議論を深めていきたいと思っております。

特に他にないようでしたら、第3回目の議論はここで閉じさせていただこうと思いますが、よろしいでしょうか。

3. その他

小賀会長

第2回目に私の方から提案させていただきました学習会を、第4回目の会議に合わせて設定をさせていただきたいと思います。

2回目の会議の折に皆様方からのご意見をいただきまして、藤田副会長の方からコメントをいただき、現在直接介護保険に関わっている援助者で、前原市社協の樗木(ちしゃき)さんという方がケースを報告していただけるということで、第4回目の会議に合わせて、事例を中心に介護計画や介護サービスをどう考えていくのかということと、併せてそれぞれの構成市町村で介護保険サービスをより効率的に取り組むために求められている課題は、いっ

たいどこにあるのかというようなことを検討していく学習会になればいいと思います。そして、制度についての学習会も必要なのではというご意見をいただいていたのですが、これについては国の方から順次介護保険改定の内容が下りてきた段階で事務局の方から詳しく報告をしていただくという形に変えさせていただいて、ケースの学習会を持ちたいと思っております。

そうした内容で設定させていただいてよろしいでしょうか。

(承諾)

では、第4回目の予定としましては、9月14日水曜日を考えております。学習会を10時から2時間ほど持たせていただき、そのあと昼食後の午後から会議を行うという、一日がかりになりますが、そういった形で設定できればと思っております。

これにつきましてはまた事務局の方から皆様方に連絡を取っていただきますので、おおよそ9月14日の水曜日ということで考えていただければと思います。

一日がかりの仕事で誠に恐縮ですが、ぜひ学習会から参加していただきたいと思っております。この点について何かご質問ご意見はございますか。

因委員

9月14日は、予定が入っているのですが、代理でもかまいませんかでしょうか。

事務局

代理は難しいと思います。

因委員

それでは、欠席となります。

馬場委員

会議は14時からでよかったですでしょうか。

事務局

今のところ午後の分は13時半からを考えておりますが、もう少し早い方がよいというご意見があれば13時からでも可能です。

小賀会長

早い方がよいのであれば、できるだけそのように設定させていただきたいと思っております。

それでは今回の会議はこれで閉会とさせていただきます。

進行を、事務局の方にお返し致します。

4.閉会

事務局

長時間に渡るご審議ありがとうございました。
以上をもちまして、福岡県介護保険広域連合第3回事業計画策定委員会を閉会させていただきます。
ありがとうございました。

以上