

第4期介護保険事業計画 第2回策定委員会 議事録（案）

日時 平成20年9月5日 13時30分～15時30分

場所 福岡県自治会館 101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、寺本、中川、藤川、安河内
（欠席：茶木、藤村、山下、山内）

事務局、支部事務長

第2回策定委員会開催

【事務局】

定刻になりましたので、ただ今より第2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。議事に入ります前に、前回ご欠席の委員の方々に対しまして、本来であれば委嘱状を交付するところではございますが、机前にお配りしておりますのでご了承ください。

自己紹介を兼ねまして、前回ご欠席だった委員の方から一言お願いできればと思いますので、植木委員、よろしくお願い致します。

－委員自己紹介－

【植木委員】

田川の方から参りました、植木と申します。本日、少し勉強したいなと思って、応募させていただきました。

お名前をみせてもらおうと、専門的な方ばかりで、気後れしてしまいますが、実はなぜ応募したかと申しますと、私は早めに仕事を辞めまして、今まで家に居たことがないので、主夫をやったことがない、当然、介護も経験がございません。地域の中でいかにこれから生きていけばいいかなということを少し念頭に置きながら勉強させていただければなと思います。よろしくお願い致します。

【事務局】

ありがとうございます。お忙しいかとは思いますが、よろしくお願い致します。早速ではございますが、議事の進行を小賀会長の方でよろしく願います。

【小賀会長】

みなさんこんにちは。第2回の委員会を開催したいと思います。まず初めに、今回この2回目の日程の変更のお知らせが、ずるずると遅れてしまったことに関しましてお詫びをさせていただきたいと思います。理由は色々あるんですけども、8月20日に厚生労働省の方から今回の介護保険の事業計画に伴う説明会がありまして、事務局から直接参加をしていただいております、その厚生労働省の基本的な方針を待って、ということが一つあったんですが、そのために私と具体的にまた打ち合わせをして今回の会議をどのようにするのかということが必要でしたので、これが実はその翌週で最後の週になってしまいました。それではちょっと事前にみなさんに資料をお渡しするということが出来ないので、この29日が3名ほど欠席の方がいらっしゃるということもわかっていましたので、急遽会議の日程を変更させていただくようにさせていただいたのですが、お仕事それぞれおありの中で本当にご迷惑をおかけしたのではないかと考えております。次回からこのようなことがないように早目早目にご連絡を差し上げたいと思っておりますので、どうぞ宜しくお願い致します。

さて、本日なんですけれども第3期の、特に18年度と、19年度の介護保険事業計画の運営状況の報告をして頂きながら第4期を見通していくための基礎的な理解を行いたいと思っております。

事務局と事前の打ち合わせをする時に、ボリュームがあまりにも大きいので、一回の会議で報告いただいて第4期に備えていくということは無理かなと思いましたが、前回この会議の回数が少し少ないんじゃないか、というご指摘もありましたから、早速1回増やすという形でこの第3期の直近でわかっている限りの資料を含めて報告は2回に分けて行わせていただければというふうに思っております。

委員会開催時期につきましては、9月の中旬を考えているんですが、これはまた会議の最後にみなさん方とご相談をしたいと思っております。

本日はお手元にごさいます18年度、19年度の資料を読みながら、事務局の方から区切りのいいところで今回分、この第2回目分を作っていただいて、それに関して、質疑応答を実施していきたいというふうに思っております。またその中で特に次回詳しく説明をして欲しいというようなところがございましたら、宿題というふうにさせていただいて、2回目の報告内容に盛り込んで、説明を事務局からしていただく、というようなそういう段取りを考えているんですが、そのようにさせていただいてよろしいでしょうか？

実はその間、特に厚生労働省の第4期の介護保険事業計画に関して、特に介護報酬単価を値上げするといったような発言が舩添厚生労働大臣からもまいっております、総務省も介護職員の離職率が非常に高いと、五人に一人ぐらいの割合でどんどん変わっていつている状況があるので、これについては看過できないからということで、厚生労働省に対して、「その調査をきちんとした上で、それに伴って適切に介護報酬単価を値上げする、というようなことを検討しなさい。」というそういう勧告のようなことが行われたか、あるいは近々行われるというようなことも、見聞きしております。

ただこういうふうになると、結局、利用料の方から1割払うということで上がっていくわけですから、そうしたことも想定して、ぜひこの会で、これまでの状況がどうなのか、ということをご精査していただきたいと思っております。

どんなことでも構いませんし、今しがた植木委員からもお話がありましたように、この介護保険を利用する当事者あるいはその家族の、そういった思いが、この会議の中できちっと出し合われないと、机上の議論になってしまう可能性がありますから、そういう点は議論が難しくなる傾向はあるかもしれませんが、わからないことはどんなことでも構いませんから、わからない、もっとわかりやすく説明してほしい、というふうに言っていただければと思いますし、それこそ日常的に介護保険を利用し、あるいは家族が利用しているときに、必要と思われるようなご発言をぜひ積極的にしていただければと思います。

それでは、早速事務局からこの間の状況報告について説明をお願いしたいと思います。宜しくお願い致します。

【事務局】

それでは資料の説明をさせていただきたいと思っております。まず、資料のご確認からお願いいたします。

事前にお送りしておりました、第2回策定委員会資料1から4まで、1が高齢者一人当たりの介護給付費（月額）の推移が一部、それから資料2としまして地域支援事業（介護予防事業）の検証【平成18年度分】が一部、それから資料3としまして地域支援事業（介護予防事業）の検証【平成19年度分】が一部、それから資料の4、地域支援事業介護予防事業の検証平成18、19年度の比較の分が一部、それから本日机上におかせてもらっておりました、平成18年の第3期介護保険事業計画運営状況報告書、冊子の分ですね、こちらが一部、同じように平成19年度の運用状況報告書が一冊、お手元にみなさんごさいますでしょうか？それでは説明させていただきます。

まず資料1の高齢者1人当たりの介護給付費（月額）の推移、こちらのほうから説明させていただきます。一つ二つめくっていただきまして、2ページ。こちらは広域連合の構成市町村の再編になるんですけれども、平成17年度、12支部43市町村。こちらで市町村合併がありまして、八女支部の上陽町、それから柳川・大和・三池支部の瀬高町、山川町、高田町、こちらのほうが合併による脱退というふうになりまして、右側の平成18年度から19年度、12支部39市町村ですね、こちらのほうが現在の広域連合の構成市町村となっております。

それから次のページの3ページ目。まずこちらのページで訂正をお願いしたいんですが、赤の点線の枠の中の一番下の部分、介護老人保健施設となっている部分を介護療養型医療施設に訂正をお願いします。介

護老人保健施設を介護療養型医療施設です。

それではこのページですけれども、黒の点々で囲ってある部分、居宅サービス給付費それから施設サービス給付費、こちらが後ほど説明します、指標 1 に使用しているものになります。それからその右の赤の点線で囲ってある部分、こちらが後ほど説明します、指標 2 で使用している部分、介護サービス費、介護予防サービス費、地域密着型サービス費、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設。本市料での枠組みとさせていただきます。

1 つめくっていただきまして 4 ページ。下の表 1、広域連合基礎数値というところなんですけれども、平成 18 年度と 19 年度の人口高齢者数、高齢化率、若干高齢化率は 23.4 から 23.9%と 0.5 ポイントですけれども上昇しております。それからその下の認定者数、認定率こちらは 38,448 人から 37,540 人と 0.7 ポイント減少しております。それから介護給付費、22,542 円から 22,381 円、対前年度比で 99.3%と若干減少しております。

以上の基礎数値を踏まえまして次の 5 ページ。

こちら図 3、先ほど説明いたしました指標 1、高齢者 1 人あたり居宅・施設サービス費用の比較になります。

平成 19 年度の 1 年分を月額に直したのになりますけれども、縦軸に高齢者 1 人当たり、居宅のサービス費用の平均月額をとっております。横軸に高齢者 1 人当たり施設サービス費用、こちらを平均月額に直してとっております、赤い線で引いてある部分は広域連合の平均値になります。

広域連合を原点ととりまして、第 1 象限に田川支部、鞍手支部、嘉穂支部とありますけれども、こちらが施設のサービス、居宅のサービスともに広域連合の平均より高い支部ということになります。

第 2 象限に豊筑支部、糸島支部とございます。こちらは居宅のサービスは低いけれども施設のサービスは広域連合平均よりも上回ってる支部。それから第 3 象限に残りの支部がございます。こちらは広域連合平均に対しまして、居宅・施設ともに低い支部、ということになります。第 4 象限はございません。

続きまして 6 ページ以降なんですけれども、こちらが支部毎の同じような資料になっております。例としまして粕屋支部と田川支部をご説明します。

6 ページの中ほどの表 2 高齢者 1 人当たりの介護給付費の推移ということなんです、こちらに先ほどの総人口、高齢者数、高齢化率、認定者数、認定率、給付費という形です。下に構成市町村毎の 1 人当たりの給付費を 18 年 19 年度で比較したものです。宇美町は若干上昇しておりますけれども、他の市町村では年度間でだいたい下がっている、というふうにみられます。

それから下の図 4、高齢者 1 人当たり介護給付費の推移というものですが、赤のひし形を線で結んだものが広域連合全体のものです。以下すべて粕屋支部の構成市町村は広域連合の平均よりも下回っている、といった形になっております。

それから次の 7 ページ、図の 5。指標 1、高齢者 1 人あたり居宅・施設サービス費用の比較ですけれども、こちらが粕屋支部で青の三角を原点としております。粕屋支部平均よりも高い町、低い町というふうになります。特徴的なのが、その下の図の 6 指標 2、高齢者 1 人あたり種類別サービス費用なんですけれども、こちらは丸を線で結んだものが広域連合の平均、三角の黒の塗りつぶしたものを線で結んだものが、粕屋支部ということになりますけれども、介護サービス、介護予防サービス、地域密着型サービス、特養と老健ですね、こちらは広域連合の平均のほうが粕屋支部の平均よりも上回っておりますけれども、介護療養型医療施設だけが、広域連合平均よりもだいぶ上回ってるということになっております。それからちょっとめくっていただきまして、26 ページ。

こちらが田川支部の同じものになります。田川支部の総人口から給付費までありまして、下の市町村ごとに田川市から赤村まで書いてございます。

前年度で上昇しておりますのは大任町と赤村の 1 町 1 村になります。

こちら 27 ページの上の方、図 34 なんですけれども、こちら広域連合の平均、赤のひし形を線で結んだものなんですけれども、それよりも全て上回ってるということになります。

下の図の 35 の指標 1 ですけれども、こちらは田川支部を青の三角で原点ととりまして、各市町村このような位置に値しているものです。1 つめくっていただきまして、28 ページ。図の 36、指標 2 なんですけれども

も、こちらは先ほどの粕屋支部とはまったく逆に、広域連合を丸、田川支部を三角でもってきたものです。こちらでは介護系のサービスはすべて広域連合平均より上回っておりますけれども、療養型については広域連合平均よりも下回っているということになります。

その他の支部の説明を省略させていただきます、最後の 31 ページ。

市町村別の平成 18 年度、19 年度の一人当たり給付費をずっと並べたものになります。下から 4 段目にこちらは広域連合になりますけど、99.3%と若干下まわっております、18 年度の最大の市町村は川崎町、こちらは 35,766 円、最小の市町村は黒木町、14,411 円、格差は 2.48 倍となっております。19 年度につきましては最大の市町村は福智町 34,700 円から最小の市町村黒木町 14,389 円。こちらは格差が 2.41 倍。比較しまして 97.2%と、若干ですが、1 人当たりの格差は縮まっている傾向でございます。

簡単ですが、以上で高齢者 1 人当たりの介護給付費の説明を終わらせていただきます。

【小賀会長】

それでは、ただいまの説明のところで何か疑問、あるいはご意見ありましたら、おねがいします。
はい、どうぞ。

【込山委員】

志免からきました、込山でございます。まず 1 つ確認、教えていただきたいのがですね、こういう介護サービスっていうのは少なくともその都度、その時点ではトラブルがあるかもしれないんですが、同じ同一県内ではどこで受けても同じようなサービスが受けられるというのが基本ではないかと思うんですけども、たまたま粕屋郡の中に粕屋町が入っていないんですね、実際にその辺が同じようなサービス形態がちゃんと受けられてるのかな、とちょっと思ったんですけども。

それと二つ目に、たまたま今サンプルでお話いただきました、粕屋支部と田川支部で、極端に違うのは介護療養型医療施設の使用金額が極端な違いがありますけれども、これははどのような現象がきてそういうふうな状態となっているかどうか、といった疑問を持っているんですが、それを教えていただけませんか。

【小賀会長】

ただ今二点、質問があったんですが、事務局からよろしいでしょうか？

粕屋町の件については状況だけ言っていただければいいと思いますけれども、広域には入っていないわけですから、原則的には同一のサービスを受けられるというふうに区分けしているわけで、そこは連合として感知するところではないので、ごく簡単にご説明いただければいいかと思うんですけども。

【事務局】

一点目の質問に関して確認ですが、粕屋町は単独で介護保険を運営していると思います。その中で今回この資料をみられた時に、粕屋町でも同様のサービスが受けられるのか？ということでしょうか。

【込山委員】

ええ、そういうことです。例えばたまたま私が粕屋支部の管内に住んでいますので、粕屋支部を例に出したんですけども、実際に同じ圏内でもいいし、福岡市であるとか北九州市であるとか、あるいは久留米市であるとか、こういう市の部分では独自の運営をしておりますので、そうしますと我々にはそれは見えませんですから、たとえば何かの都合で引越したとかそういうことが現実には起こり得ますものから、こういったときにまず一つは同じ県内であればどこに行っても同じようなサービスが受けられますよ、ということが根底としてはあっていたらと思います。

【事務局】

基本的に介護サービスに関しては、市町村指定と県の指定とに分かれています。粕屋町民だけが受けら

れるというサービスもございます。また、県の指定のサービスについて、県内どこにおかれても、遠い、近いはございますけれども、基本的には受けることができるということになります。

二つ目のご質問で、粕屋支部が連合平均に比べて療養型サービスの利用が多い。田川支部は逆に療養型を除くすべてのものに対しては連合平均よりも多い状況があるということで、この違いの原因は何かというご質問だったと思います。療養型っていうのはだいたい医療系の施設のサービスとなってきますので、基盤整備の状況等でその管内に療養型施設のサービスを提供するところが少なくなり、その辺の違いがあると思います。

田川支部は、療養型のサービスを提供する事務所が少ない。ということだと思います。

【込山委員】

はい、わかりました。

【小賀会長】

基本的に市町村ごとに介護保険事業を行っているので、地域毎の事業者の弊害なども大きく影響を受けていると思うんですね。本当はもっと、例えば施設サービスを受けたいけれども、それこそ自治体、自分が生活をしている自治体内に、その思うように得られるサービスがないという状況の時には、それに変わる何がしかのサービスを使いながらという方もいらっしゃるでしょうから、もっと本当はその事業者間でもすごく風通しのいいサービスのあり方というのを追求されるといいと思います。

【田代委員】

看護協会から参りました田代でございます。今ご説明いただいた中で、施設がそこにあれば当然高くなると思いますので、療養型とか老健はやっぱり高いなって、当初は思ってたのですが、その表を見せていただきますと、粕屋支部と田川支部の施設サービスでの極端な差は無いのですね、これが意外だったのと、居宅サービスの方が倍以上の差があるということは、居宅サービスの中で、何が一番、介護サービス、看護とか訪問が減退しているかと思うのですが、どのサービスでもってこのように二倍以上も違うのかというのが、少し疑問でございました。

それと、福岡県は特に高いと言われている中でも、同じ広域連合で、このような格差がある二つの支部の中で、何か努力とか調整を広域連合のほうで、いろいろなさってるのか、居宅のなかであれば、少しそれはなんか裏があるのかな、と思ったものですから、質問させていただきました。

【小賀会長】

繰り返しますが、ただ今の件、事務局からご説明いただけますでしょうか。

【田代委員】

分からなければ後でも。後日でも構いません。

【事務局】

はい、ただ今のご質問ですが、全般的に関わることではございますけれども、要は、地域によって額が違くと、それにつきましては、広域連合といたしまして、国が示しております通り、適性化の計画、適正化に向けて広域連合も保険者として努力はしているつもりではおります。ただ、いろんな地域の事情なり、私共の施策の努力不足もあろうかと思っておりますけれども、どうやったら同じようなサービスを受けて同じようなご負担額になるかというところは、現在適正化の中で一生懸命、検証なり努力をして、多少は地域の事情はありまして、事業サービスとか、利用、給付費について多少の差異はあるにしてもですね、広域連合として、保険者として、均等なサービス、均等な給付になるように、全体の調整に努めているところで

【小賀会長】

よろしいでしょうか。

【田代委員】

はい。

【小賀会長】

その他に何か発言はございますでしょうか。

【因委員】

今出ている質問っていうのは、多分「現状はわかりました。このようにばらついています。その原因はいったいなんなんでしょう。」とみんな聞いているんだと思います。それで私も例えば6ページ、粕屋支部がありますけれども、粕屋支部は全体的に平均よりも金額が少ないとでています。他の支部になると逆に平均よりも上がっている。これはいったい何が原因でそうなってますかということが、実は知りたいところです。例えば考えられることは、ケアマネさんがある特化したサービスに貼り付けてる可能性もあるのではないかとか、もしくはそれを地域によってよりいいサービスがあってそちらのほうに住民が動いてるのではないかとかです。あるいは市町村の意識が在宅とか施設とか偏っているのではないかとか。何か多分いろんなことがあるはずなのに、現状は分かったのですが、考察の部分が見えてこないなという気がするのですが。以上です。

【小賀会長】

事務局でどこか把握されている部分があれば、委員の皆様の中でもこうじゃないかというご意見があれば。

【事務局】

今、因委員のほうから地域的な何か分析とかそういうのはないでしょうかというふうなお話でしたけれども、ちょっと今現在の私のほうの経験といいますか今まで分析した中の内容でちょっとお話いたしますと、やはり、粕屋支部と田川支部比較されまして、居宅系のサービスが2.5倍とかそういう差が多いということで、その原因というのはなんでしょう、というふうなご質問だったかと思えます。

確かに、今おっしゃいましたように田川地区に特化してお話しますと、やはり居宅サービスでいいですよ、ひとり当たりが35,000円と高いわけです。その原因はなんだろうか、ということで我々も詳細な分析を続けているところでございます。今のところこれが原因だろうというものはいくつか考えられるわけですが、例えば田川地区を例にとりますと、事業所数、住民1,000人あたりに対する事業所数が田川地区が多いとか、事業所数が、居宅サービス系の事業所数が多い。3施設の、介護療養型とかは登録制となっております、数が限られております。それに対しまして、居宅サービスとか地域密着のほうですけれども、これは法人でありさえすれば指定はできるというふうな形で、グループホームも同じですけれども、事業所は作り易いという傾向でございまして、田川地区に置いては、事業所数が住民当たりでみた場合は多い、ということでございます。居宅系で申しますと、訪問介護とか通所介護とかそういったサービスのもは、非常に多い、ということがございます。それと鞍手地区のほうもそうなんですけれども、いわゆる旧産炭地ということで、独居の高齢者の方々が他の地区に比べましてやっぱり多い。当然、年齢が高い世代の方ですので、要介護認定も当然そうなりますと結局多いということになります。また、介護の支援事業所等が利用者に代わって、認定の申請をやることができる、代行申請というんですけれども、こういった代行申請が、当然事業所数が多いですので、代行申請でもってこられるのも多くなっている。

また、介護では無いですけど、生活保護の世帯の方の保護率が全国と比べたら4倍くらい高いです。そういった方々は半分は認定を受けておられます。ですからこういうような要因がもろもろ影響あって、田川地区は比較的給付が高いという数字が出ております。

本日はお手元に資料とか配ってございませんので、私が次から次に言って分かりにくかったと思いますけれども、こういうような介護だけじゃない、いろんな要因も含んでおり、結果として一人当たりの介護給付費は田川支部あたりは高い、ということで、連合においては福岡県で北から南までカバーしているのですけれども、北と南を比較した場合、そういうような要因が顕著に現れているということでございます。われわれの方と致しましても、給付費が高い田川支部に対して、抑制ではないですけれども、適切にサービスを受けてあるのかなというような調査も致しましたし、それに向けて、局長からも言いましたけれども、適正化ということで適切なサービスを受けていただくと、何か不必要なサービスまで受けておられるのではなからうかというようなことも危惧されますので、適正化ということで取り組んでいるところでございます。かといって、適正化をやってすぐ給付費が下がるかといったら下がらず、なかなかそう即効性はないもので、いろいろ努力は続けているところでございます。

今わかるところでお話しすると、要因的なものはそういったものがあるのかなというように思います。

【藤田副会長】

私も事業所を実際に訪問介護事業所とか通所介護事業所とかやってるので、今説明があったみたいに利用する側の問題というより、事業所側の都合でこういう格差が起きてきている、と私はやっぱり思います。特に事業所が増えてきているとういうこと言うと、一定の規模の事業所がずっと揃ってきて、それ以降は通所介護にしても訪問介護にしても小規模型の事業所がどんどん増えてきているという状況で、小規模型の事業所っていうのは利用定員は少ないんですけども、縁者でがちり人を抱えてやっているので、確実に一定の人たちを事業所として抱えていると、そういうこともあると思います。さっきご説明があったように、事業所側の都合でこういう格差が出てきているところのファクターが大きいんじゃないかと思っています。

【小賀会長】

よろしいでしょうか。介護保険の本当に根本的な問題だと思うんですね。社会福祉サービスの供給に対して国がバランスに関する責任を負わないというようなことなので、とにかく「サービスの体系は創りますから、サービスの提供は民間で自由に行ってください。」と。そういう状況がこうした福岡の地域にも出てきているのではないかなと思います。なかなかその基本的な事業の在り方がそうなっているので、広域連合としても偏在しているのがわかっているけども、個々にもっとこの事業、こういう種目の事業を増やしたいだとか、事業者に根付いてほしいだとか、あるいはここは多すぎるのではないかとか、一定の認知をしても、だからそれをどうこうするといったようなことが出来ない状況が今あるんですね。ただ、私の考え方は事業所が多くても、それから、例えばそれが要介護認定できちっとクリアをして介護保険サービスを利用することができるんだとか、認定されれば、満額使う権利はそれぞれの高齢者はあるんですから、そこをきちっと保証できるような取り組みを目指していくべきだと思うんですね。ただ一方でそうは言っても、その分保険料にも当然その直撃をしていきますので、サービスを使えば使うほど保険料を上げていかざるを得ない、とそんななか、非常にこう厳しい状況をどうクリアするかということをやっていくんですけども、そういうその考えれば考えるほど胃が痛むような計画をこれから実際に作っていかねばいけないわけですが、少しでもいいアイデアを計画の中に盛り込んでいければいいと思います。

【植木委員】

先ほどから、田川は高いということで小さくなって聞いておりますが、みなさんご存知のように産炭地で昭和30年代に炭鉱は全部つぶれました。残ったのはいわゆる労働者と、市営住宅、そこに田川市で5,000戸、25,000世帯の中の5,000戸が市営住宅です。そういうところに本当に単身の高齢者が住んでいるわけです。例えば筑後だったら広い畑があって、庭仕事をやりながら、花でも愛でてということもあるのですが、それもありません。生活保護も同じなんですね。本当にどうしようも無くて気の毒なんです。2、3年前に介護保険に格差がおきましたね。1.3とかコンマ何ぼとか。大体、安いところからみると倍になっ

ています。だから倍使って言いというわけではないのですが、そういう地域性を踏まえて、先ほど先生がおっしゃったように、それは個人の責任ではないんですね、半分以上は。そこを国や県がどうしたら一番いいのかということの研究してくれたらと思います。

【事務局】

先ほどから格差の問題いろいろ出てきてまいりました。中でも特に旧産炭地という表現、それから独居高齢者の方が多いということをございます。これは国の施策の中で政策進行をはかってきた結果がこういった形になってる、ということをございます。広域の方といたしましても、国に対して、産炭地というのは保険者がその責任でやったわけじゃなくて、国の施策でたまたま田川地区に石炭があったので、その施策を国が終了したことにより、独居高齢者の方が多いというようなこともございます。それを保険者の責任において保険料に反映しなさい、という考え方は国に対してちょっとそれは元々国の施策で行ったことに対する事ですから、保証ではありませんけども、こういう方たちが本当に困ってありますよ、ということも含めて、国の方に対して例えば公費による国の負担分の増額を求めるとかですね、そういう形で国に対しての施策の大幅な改善点といいますか、そういうところを現在も国に対して要望はしているところをございます。

【田代委員】

当然、やっぱり具合が悪い方はやっぱり介護を受ける権利はあるし、当然していただかなければならないし、それについては私ももっともだと思んですけど、先ほども委員さんがおっしゃったような事業者側の問題だとか、それとか費用が高くなれば保険料も当然高くなるわけですし、それから一人あたりの保険料だからそれは一人当たりということは何の地域でも変わらないわけですね。それが極端に 2.5 倍というのは何か別の要因もあるのかな、同じその生活保護も多いていうだけの要因だけではないと思っっているわけです。

【小賀会長】

ご意見として賜ってよろしいでしょうか。それでは今までの所で特になければ説明を続けていただきたいと思っいます。事務局、説明をお願いします。

【事務局】

はい、続けて説明させていただきます。資料 3、地域支援事業・介護予防事業の検証の平成 19 年度版をご覧ください。こちらについてですが、国に報告しております地域支援事業交付金の事業実績報告書に基づきまして編集させていただいております。二つめくっていただきまして、2 ページ目をご覧ください。

中ほどの図表 1、特定高齢者数の状況なんですけれども、こちら 5 歳刻みで年齢毎に人口、それから年間発生数、こちらの年間発生数というのは特定高齢者に該当した数ということになります。それから年間終了数、こちらはなんらかの要因で介護予防事業を途中で終了した方になります。改善の要因、悪化の要因、死亡の要因、その他の要因という形になります。年度末時点数というのは、最終的に終了しないで継続して事業を受けられた方っていうふうになります。合計の人口が 191,835 人、それに対しまして、特定高齢者年間発生数が 4,243 人、こちら 2.2%ということです。年間終了数としましては 776 人、年度末時点数としましては、3,467 人が最終的に残ったという形になります。

その下の図表の 2、改善した割合ですけれども、広域連合全体としましては 10.8%、それから 75 から 79 歳でもっとも高い 13.3%ということになっております。次の 3 ページ上の図表 3 ですけれども、主管的健康感の状況ということで、こちらは国民生活基礎調査で使用している設問でございまして、「良い」、「まあ良い」、「普通」、「あまり悪くない」、「良くない」、とそれを点数化したもので、あなたの健康状態はいかがですかということで、参加前、参加後に設問していったものをスコア化したものになります。その下のグラフなんですけれども、参加前が赤のひし形を結んだもの、参加後が黒の丸を結んだものです。こちらは参加後が左にそれるほど実施効果が本人の主観として改善されているということになります。それ

から下の図表 4 の基本チェックリストの状況なんですけれども、こちらが、ちょっと飛びますが、一番最後の 31 ページをご覧ください。こちらは介護予防のための生活機能評価に関するマニュアルということで、生活機能評価のチェックリストなんですけれども、左の 1 から 25 までの設問に対しまして、右側に「はい」、「いいえ」で答える形になっております。網掛けしております項目が多いほどその分野に関して問題が多いということで、この設問を行いましたところ、先ほどの 3 ページの図表 4 まで戻っていただきまして、この該当する項目が 0 から 5 項目の方、それからずっと 21 から 25 項目回答する方と、参加前、参加後にその対象をスコア化していったんですけれども、平均点が参加前で 8.95、参加後で 7.53、下のグラフなんですけど、こちらは赤の線が参加前、黒の線が参加後なんですけれども、参加後に左に動いているということで、改善しているということになっています。

それから一つめくって 4 ページ、支部比較になります。まず下の図表 5、特定高齢者の発生率なんですけど、こちらは支部毎に発生率を並べたものです。一番高い支部で八女支部 4.1%、一番低い支部で朝倉支部の 0.6%です。それから 5 ページ、図表 6、改善率なんですけど、改善率を支部毎に並べたもので、ご覧のようになっております。下の図表 7、逆に悪化した方の率なんですけれども、こちらもお覧のようになっております。一つめくって、6 ページ目、上の図表 8、主観的健康感なんですけど、参加後と参加前の差をとっております。したがってグラフが上にあるほど効果が出ているという形です。主観的健康感としては糸島支部だけはマイナス値がでておりますけれども、これは逆に本人さんの主観としては悪化しているとなっています。

それから下の図表 9、基本チェックリストです。こちらはマイナスが上になっておりますけれども、マイナスの方が効果が出ているということになりますので、糸島支部のみが下にグラフがでておりますが、参加前と参加後で問題のある項目が増えていることになります。

これ以降、同じものを支部毎に並べたものになりますので、今回の説明では省略させていただきます。資料 2 のほうですが、これが先ほどの平成 18 年度版になります。それから資料 4 が 18 年度 19 年度の比較の資料になります。資料 4 の説明をしたいのですが、一旦ここでご質問をお受けしたいと思います。

【田代委員】

すみません、私の聞き不足かもしれないんですけども、特定高齢者の把握で国の参酌の 5%とというのは、この最後の 25 項目の資料によるものではなくて、20 項目中、12 項目該当者になりましたけど、20 項目の資料によるものではなかったでしょうか。

基本的なところの質問なのですが。

【小賀会長】

事務局からお願いします。

【田代委員】

下はうつ病のチェックでですね、ここが改善されると上も改善されるのですが。

福岡市は、0.86%ぐらいしかなかったもので、この 2.2%は少し高い。特定高齢者の把握が難しく、課題なので、お聞きしたい。

【小賀会長】

特定高齢者というのが、高齢者を特定しなさいということなんですけれども。介護状態になる可能性がある、なりつつある。そういう高齢者を各市町村で掘り起こして特定していきなさい。というその割合がオール 5%くらいを一つの基準として考えて掘り起こして、「あなたは本当に近い将来介護が必要な状態にあるだろうから、ということで、特別な市町村毎の取り組みをしていく。」というわけですね。この資料 3 の 1 ページの上から二つ目の◆印、特定高齢者は、とありますね、こういう人を特定高齢者として掘り起こしてくださいね、という、項目が出されています。つまり各自治体によってこの項目自体がアバウトなので、あなたは特定高齢者に該当する、あなたはしない、ということを決めていくことなんで、自治体に

よって非常にアンバランスがでてくるところだろうと思うんですね。今のところ、一応 5%ということになってるので、ひと言 5%というところで高齢者を特定していくというような作業をするのか、5%といわれているけれどもあれこれ自治体で調べた結果、そういう数値にはとてもなりませんでしたが、というふうにしたときにそれでよしとするのか、そういうその議論を広域でもやっていたらなりませんし、これは市町村毎にお任せするというよりも、ある程度広域全体でその基本的な考え方とか方針を出していく必要があるように思うんです。そうしなければ、例えばこの 2 ページ以降の資料ですが、それこそ資料としての信憑性は低いんです。広域連合内でそれぞれの自治体が特定高齢者を掘り起こしながら決めているので、自治体毎でバラバラなわけですね。多いところもあれば、少ないところもある。しかも特定高齢者とされた高齢者が自治体の取り組みにきちんと参加をしているわけではない。それはご本人のご都合なりご意思にお任せする、ということにもなる訳です。だから比較しがたい資料をとりあえずここにもってきてもらっているというような状況ですので、このあたりそれこそ本当の意味で要介護の高齢者を増やさないために健康増進の取り組みをきちんとしていくということを考えながら、ここをどんなふうにかから 4 期に想定していくかということが大きな問題になると思います。事務局の方から何かございますか。

【事務局】

先ほど資料の説明のところ、1 ページ目、一番上になるのですが、この資料を作るにあたり、なかなかポイント化とかスコア化にあたって、策定委員の皆様にお示しするのに非常に難しい中での資料作りとなっています。あくまでも、この資料に関しては国へ報告する地域支援事業交付金の実績報告書ですので、実績に従って数値化したもので、事業参加前後がわかるような形で資料を作成させてもらっています。先ほどの 2.2%というのは国に報告した数値になりますので、実際この年度の 191,835 人の高齢者に対して、広域連合管内では 4,243 名ということで国の方に報告しています。その結果、割り戻した値が 2.2%。当初、3 期においてはその高齢者人口の 5%を目安にということで、全国的にも 5%がなかなか難しいということもあります。その特定高齢者を把握するにあたってなかなかチェックリストの項目に該当する人を見つけにくい、それをあくまでもガイドラインとしてやっていたときに、8 月 20 日国の方でも意見が出ておりましたけれども、もう少し特定高齢者を把握するにあたって、チェックリストの該当項目を減らさないか、そうしないと高齢者の 5%抽出を目指そうとしてもなかなかそこに該当するには至らない、という状況になっている。広域連合においては 2.2%という形で実施してきて、内容に関しては今後ご審議いただきたいと思いますが、数字的には他の自治体と比べても見劣りするようなものではないと思います。

【込山委員】

4 ページの支部比較、特定高齢者発生率、それから 5 ページの悪化率というところで、たまたまこのグラフを見ますと、まず特定高齢者発生率、大刀洗支部あるいは八女支部、それから悪化率のところは朝倉支部という、私の考えてるところでは福岡県でも農村化の非常に高いところ、つまり米蔵という地域ではなかろうかと思いますが、そういうところで非常に数値が高いというのは、何か特定の原因があるのでしょうか。

【小賀会長】

事務局ないし、支部なりで、何か把握されてますでしょうか。

【事務局】

その地域性に関して、今明確にご回答できるものはちょっと持ち合わせておりません。ただ、抽出の違いに関しては特定高齢者の把握事業というのは構成市町村 39 毎に実施しております。市町村毎に実施された結果が支部間の違いになります。従って、市町村において特定高齢者の把握事業を積極的に実施した結果がこの資料に現れているのではないかと思います。

【込山委員】

取り組んでいるところはわかりました。

【小賀会長】

そのほかはいかがでしょうか。

【寺本委員】

私は北九州の方にいますので、広域連合の実態というのはこの資料上のことでしか存じ上げないんですけども、北九州のほうでも特に特定高齢者を探せ探せというように国の方から降りてきまして、行政・包括支援センター・医師会と、とにかくみんなに言うというようなことで、特定高齢者を助けようとして介護保険を減らしていこうというふうな取り組みでしていたのですけれども、やはりなかなか難しく、特定高齢者を特定するというところが、何をもちて特定するのかというか、非常に北九州の方は30個くらいしかありません。20個持ってもだれもでできませんので、すごく少ない、一週間以内でこけたとか、30個位のもので特定高齢者というふうにしておりますけれども、少ない中でも北九州のほうでは特定高齢者として一応認定させていただいた方の改善率は大変高い、評価は高い、ということですね。このうきはさんとか八女さんとかいうところの4%というのは、かなり行政さんとかまわりの包括さんが一生懸命高齢者の方の生活を見て頑張ってもらっているのではないかなあとは思ってはおります。認定率の問題もまたでてくるかと思うんですけども、認定され、先ほどの田川とかも認定数がすごく高いというのはやはり認定審査会で認定をされた方っていうのは本当に介護度があるというふうになりますので、ここで漏れた方が特定高齢者の予備軍というふうな形になると思いますので、そこら辺とのご関係というか、そういうところを少し考えていかれるといいかなあ、と思いました。

【小賀会長】

ありがとうございました。その他いかがでしょうか。

【因委員】

特定高齢者を特定しますよね。特定したら広域連合内では同じサービスを提供してるのでしょうか。それによって差はでてないのでしょうか。

【小賀会長】

特定後の取り組みについて、ということですが。

【事務局】

特定された後のメニューとしては、広域連合で一定基準を示しているところがございますけれども、やはり39の市町村の取り組み方については、先ほども少し出たかと思いますが、熱心さとかそういうところで、そのメニューにどうやって健康づくりを加えていくか、市町村独自の事業も入ってきておりますので、39市町村が同じサービス、同じ状況でやっているとはいえないのではないかと考えています。

【小賀会長】

そこが、例えばある程度積極的に取り組んでいるような自治体、連合内の自治体のうちですが、紹介だとか、ということも、回を重ねるなかでおいおい事務局の方からご披露していただけることはできるでしょうか。

【植木委員】

私もここに来るまでに、保健センターの方で勉強をやったんですけども、今まで市の中で保健というジャンルがありますので、かなり特定高齢者、今やっているようなことをやってたんですね。その辺がど

っちでやっているのかよくわからないところがあるので、もしその辺も厳密には難しいかもしれないんですけども、このまま、今まで保健センターの事業とか、将来的にはその辺のことを合体というか、それがわかるのであれば教えていただきたい。

【事務局】

先ほどからの会長からの発言でございますけれども、39の市町村の中で積極的に推進をしている市町村があれば、委員会の時間的な制約はございますけれども、事例として公表できる分があれば、みなさまにお示ししたいと思います。

【田代委員】

それと特定高齢者の全体の中で、運動機能と口腔栄養状態というのが分かれていますけれども、この辺の分析はなさっていないのですか。

【事務局】

この報告書にはありませんけれども、整理が出来ましたらお示しをさせていただきたいと思います。

【田代委員】

先ほど会長がおっしゃったように、何をもって特定高齢者として捉えるかというところをもう一回このメンバーで共通させていただいたほうがいいのかと思いますのですが。福岡市の場合ですが、健康チェックでしたほうがということでしたのですけれど、なかなか上がってこない、と。20項目中運動機能であれば上の5項目中3項目以上の人を特定高齢者とする、と。口腔チェックでは3項目中2項目以上とするとか。そういうふうに細かく決めてやっていると上がってこないんですね。それで福岡市で、私南区でやってたんですけれども、20項目ではとても地域包括支援センターとか全部でやるのは無理なので、民生委員さんに頼んで4項目みてもらって、そこからあがってきた方だけを25項目全部やっていくと。下に5項目はうつ状態ですので、その分の中で運動機能とか領域をわけて特定高齢者というのを出していくんですね。ほんとうは組み合わせのところを出していくのですが、今お聞きしているとその組み合わせされているところではない部分、地域で保健福祉センター等でやられてる介護予防事業も含めた分でこれが上がってるのかというところで、今、広域連合でみても11.6%から4%まで差があるっていうのは大きすぎるんじゃないかと思うので、公費の不公平さをなくすためにはそこら辺をきちんとしたほうがよいのではないかな、と思います。

【小賀会長】

はい、ありがとうございます。とても大事なところだと思いますし、その分われわれがきちんとやっぱり方針を出して、これは事務局が言ってるのではなく、民間の考えとして実施しなければいけないんだ、というふうなその指針なりをきちんとやっぱり打ち出さないといけないんだなあと思います。特に高齢者は一人の人間として地域で生活しているわけで、介護保険は介護のところだけを切り取っているのも、高齢者の健康な生活というのはもっとこう幅広い形で行われてますよね、家族の交流だとか地域の人との交流だとか、あるいは自治体が行う、保健師さんを中心とした健康増進の諸活動だとか、そうしたところがなかなか把握できにくいという、これはもうそれぞれの自治体が事業所として行っていれば、ある程度の情報はすぐに出せるということになるんでしょうけれども、39の市町村の状況を調べながらということになるとなかなか難しい。自治体でもそうしたことを系統的に情報として常に把握しているといったようなことがなかなかないのではないかと思ったりするんですね。どうしても縦割りで動いていますので、ですからそれがうまくいくかどうかっていうのは実際に実施をしてみたいかざるを得ないと思いますし、特に現在機能している地域包括支援センター運営委員会にもお願いしながら連携をとって取り組んでいく必要があるかと思うんですけれども。きちんととってこうした特定高齢者をどう定義して、どう抽出していくのか、どんな取り組みのところでやっていくべきなのか、というところは可能な限り打ちだしていきたいな

と思っておりますので、ぜひそのあたりのご意見をお願いしたいと思います。他にはいかがでしょうか。

【柴口委員】

すみません、お願いというか意見というか。今介護予防という形で地域支援事業に特化して事業をしようと思うんですけども、できましたら新予防の分野のほうも、どう維持改善しているのかどうか、その辺がもしお手元に資料がありましたらしていただいて、どうしても新予防給付の分野でも、逆にこっちの特定の方にもっていくというのが今回の18年度の改訂ではなかったのかなと思いますので、そちらのほうも出していただけたら助かるなあと思いました。そしてこれに伴いまして、特に新予防ですから、地域密着事業はこちらの広域連合の指定になると思いますので、改善されていない、先ほど田川支部の事業所っていう話もありましたように、本当にそこは予防に特化して改善できるようなサービス提供をしているかどうか、それも見えてくるのではないかと思いますので、質問させていただきました。以上です。

【小賀会長】

今ご指摘があった資料については次の会議でよろしいでしょうか。次回、これをもう少し追及して掘り下げていくということで考えておりますので。ただ必要なものについては出来る限り事務局でも整えていただけたらと思っております。見通しとしては事務局はそのような形でよろしいでしょうか。

【事務局】

今言われた分の平成18年度からの制度改正についてですが、地域支援事業の導入により、第3期に於いて、要支援、要介護1の状態を維持・改善させることを目標として、国の参酌標準では10%「そこにとどめおく」というのが、施策目標だったと思います。広域連合の場合、第3期計画策定時、平成17年度の状態において、軽度の方が非常に多い状況の中でいきなり10%とどめおくというのはなかなか出来ない、難しいだろうということで、平成26年度において10%を達成するために対前年比1.1%が状態の悪化がないような形で支援に努めたいということで計画させていただきました。予防給付に関しては、別の議題として準備しようと思っております。審議の予定ですけども地域支援事業の介護予防効果と、新予防給付の効果を見込まない限り、第4期の認定者の見込みがでない、ということです。出来れば予防効果に関して一括審議させていただいて、その予防効果の検証と、第4期どのような形で徹底するのかというところを併せて、認定者の見込みをお示ししたいと思います。予定としては、10月の第4回、第5回ぐらいになるかとは思っています。

【小賀会長】

では宜しくお願い致します。その他いかがでしょう。これまでのところで特にございませんでしたら、次の資料についての説明をしていただけますでしょうか。

【事務局】

それでは資料の4、地域支援事業の検証、平成18年度19年度比較という資料をご覧ください。それでは2ページ目なのですが、中ほど図表1、特定高齢者の状況なのですが、高齢者人口としましては103.2%年度比較で上昇しております。年間でいくと特定高齢者数なんですけれども、18年度1,285人0.7%のものが19年度で4,243人2.2%と、1.5ポイント上昇しております。年間終了数としましては、平成18年度で216人から平成19年度で457人、割合としましては、マイナスの6.8%となっております。悪化数、60人から106人、割合としましてはマイナス2.2%の減。それから、死亡・その他・不明というふうになっております。年度末の時点数としましては18年度0.5%が19年度1.8%、年度比較としまして1.3%の上昇となっております。その下の図が、年間発生数から年度末の次点数の率を18年度、19年度で横並びにしたものになります。4ページに移りまして、一番下の図表4、特定高齢者発生率なのですが、広域連合とそれから12の支部を18年度19年度を横並びに並べたものになります。ほぼ、三瀧支部以外におきましては、19年度の方が発生率、把握事業がうまくいってるということになります。

それから次ぎの 3 ページ、上の図表 2、主観的健康感の状況ですけれども、こちらが赤いひし形を結んだものが 18 年度、黒丸を結んだものが 19 年度です。先ほどの 19 年度の説明と同じなのですが、参加後の黒丸が左にシフトしている程、事業効果が出ている形になりますので、若干減少しておる形になります。

基本チェックリストの方におきましては、19 年度、黒丸の方が左上にシフトしておりますので、若干効果は上がっているということになります。それから 5 ページ、上の図表 5、改善率、こちらの広域連合と 12 の支部を 18 年度 19 年度で横並びにしたもの。それから下の図表 6、悪化率についても同様です。それからですが、朝倉支部が悪化率が伸びておりますが、これは 15 ページに朝倉支部の分がありますが、年間発生数のところが平成 19 年度で 41 となって割合としては 0.6%、ちょっと母数が少ないですので、改善数 2 悪化数 7、この 7 でもかなりずれてる、影響が大きいということになりますので、ちょっと比較を他の支部と同様にするのは違うのかなというふうに感じております。それから戻っていただきまして 6 ページ、上の図表 7、主観的健康感の状況、こちらは 18 年度から 19 年度を並べたもの。下の図表 8、基本チェックリストの状況も支部毎に並べたものになります。以降、支部ごとにも同様のものになりますので、説明は省略させていただきます。以上簡単ですが説明を終わらせていただきます

【小賀会長】

それではただ今の説明に関して、ご意見なりあるいはご質問なりございましたらお願いします。

【柴口委員】

すみません、意見になるかわかりませんが、今回出したのは、支部毎にお出しいただいたことで、やはりこの特定高齢者に関しましては市町村別に出していただいたほうが分かりやすいのかなと思います。たとえば今ご説明のありました、朝倉の二つの町ですが、どの町が 41 なのか、またはしているのか、2 つ合わせて 41 なのか、比率が全然分からないので、こういう統計表は出来ましたら市町村別があったほうがいいかな、と思ひまして。

【小賀会長】

市町村別の資料についてお出しいただくことは可能でしょうか。

【事務局】

市町村毎の資料としては出せますが、ただしデータが多いのでグラフのほうは割愛させていただこうかなと思います。

【小賀会長】

その他いかがでしょうか。

【藤田副会長】

この会議が始まる前に事務局の人と話してたんですけども、地域支援事業の検証の効果測定みたいなのは、みればみるほど難しいと思うんですね。例えば地域支援事業ってこう大きくくりで資料がでてたりしていますけれども、地域支援事業の中にいろんなメニューがあるからですね。例えばそのメニューごとの効果に差があるということもあるかもしれませんし、同じメニューであっても実施方法によって効果が異なってるかもしれません。とにかく差がでてくる要因を分析していくのが難しいということだと思います。例えばですね、年間終了者の割合とか改善数とか悪化数の割合が増減する、その増減を左右するファクターはなんなのかということもありますし。例えば改善数の割合をみても、年齢階層別の改善割合って支部でものすごく違うんですね。そこら辺がどうなってるかということもありますし、同じように、その主観的健康の状況が高くなったり低くなったり基本チェックリストの状況の要改善率が高くなったり、低くなったり、と左右するファクターが何かということもなかなか分からない。なおかつその支部と町村間の格差を左右するファクターも見えにくい。平成 18 年度と 19 年度のポイント差を左右するファクターも見

えにくい。というところで、その要因をどうやって分析して具体策の立案に結び付けていけばいいのかというのがとても難しいなというふうに思います。例えばその改善数の割合みたいところが結構ポイントになってきてますので、そこが一番高いところ、低いところを地域支援事業の内容を検証するとかですね、何かそういう手法までをとらないと、要因分析はちょっと難しいのかなと全般的に思ってるんですけども、そういう印象があります。

【田代委員】

特定高齢者の事業というのは、把握数と実施数ってすごく差が出てきたんですね。そうした場合、把握は出来ても、例えば特に運動機能はお手伝いなどでいけるんですが、口腔機能については、「もうよか。」そこまでいっても、「6ヶ月もせんでいい。」と言う方がいらっしゃって、把握はできても実施に結びつかない、というような事例がございました。この表をみせていただいて、じゃあどのくらい把握されて実施されてある方がどのくらいいらっしゃって、どのように改善されてあるか、そこをさっきおっしゃった、運動機能と口腔と栄養というような形にでも分けていただくと、本当に地域事業が、これはとても労力を要する問題で、人、お金ですね、それで介護保険が第4期に向けて本当は特定高齢者の採用になった方はほとんど要支援1、要支援2に該当のレベルなんですね。20項目の中であがってくるのはそれでそこら辺がどう変わっていくのかというのを知っておきたいと思うんですね。でも難しいことなんですけれども、そうはいつでもこの特定高齢者に労力を費やすと他の事業がみえてこないこともあるんですけど、ここら辺がキーになって地域支援事業の中で先ほどおっしゃったような、地域でやられるような特定高齢者の事業をするような方向を作ることがいいと思うんですけども、そうすると最初に申しあげました定義をきちんとしておかないと、ばらばらにまたなってくるのかな。データそのものがまたばらばらになってしまう。ほんとにお金をかけてやった事業、5ヶ月間、定期的にやった、評価もみた、事業と地域である運動機能に差が出てくるんじゃないかと思いました。

【小賀会長】

自治体ごとの分析が必要なんでしょうね。そこをどうするかでしょうね。
はい、お願いします。

【事務局】

今後の議題に関して、審議の中心としていただきたいと思っている事は、地域支援事業費は給付費の3%を上限として実施されているということです。すなわち、介護保険料の上乗せ部分になりますので、事実上参加者の少ない中、その3%が本当に有効に使われているのか、というのは別途検証しなくてはなりません。介護予防事業の効果として、2割の方を要支援にあげないよう取り組んでいこう、ということで事業計画を作ってます。一人当たりの給付費用を抑える、すなわち保険料を抑えるために、予防重視型のシステムの導入という側面もあります。先ほどのご意見についても、非常に根っこの深い問題だと思っておりますので、施策の提言のところで議論していただきたいと思っております。「予防効果」を見込まないと、事業計画で給付費、認定者見込みが出ないこととなります。予防効果に関しては、次回以降に審議していただく予定としております。

今の時点では資料をご準備するのは難しいかなというところでは。

【小賀会長】

ということですが、いかがでしょうか。

はい、宜しく申し上げます。

【因委員】

要はですね、第4期計画を作るにあたり、例となるデータの信憑性が欲しいわけですよね。なかなか先

ほどから聞いてると各市町村に調査をかけたり、指導監督するのが難しいということが出てきてるみたいなんですが、各市町村はなぜそうなったかっていうことは分かっていると思うんですね。田川はなぜ自分のところがそうなるかは、市町村は分かっているかと思うんですね。何が言いたいかと言うと福祉の世界は最近自己評価をしますよね。自己チェックをしますよね。ただ各市町村が自己チェックをすることは不可能なんですか。データを裏付けする大事な資料になると思うんですが、それも難しいんでしょうか。

【小賀会長】

おそらく各自治体で把握しきれていないんじゃないか、というのが私の印象なんですけれども。それぞれの自治体でおそらくその、それぞれの自治体の所轄なりが印象で話せることがあるんだと思うのですが。具体的な数値を出して、私の町の場合はこのような状況です、というようなことっていうのはなかなか出ないような気がします。やっぱりそういう積み重ねの結果として、今の資料のこういう出方になるというようになると思います。ですから3期の計画を作る折の、2期の終わりぐらいの議論の時に、この特定高齢者をどう考えていくのか、というのが実はその3期の策定委員会の中でも雲をつかむような話で、抽出の項目とそれから5%という数値が上がっているんで、そこをひとまず頼りにして、各自治体からあげていただきながら検証していこうということだったと思いますが。

自治体によってすごく温度差があって、私はその広域連合の事務局は事務の取りまとめでしかないと思うのですが、実施主体は広域連合の事務局であるというような認識をもっている自治体もあるのではないかなと思うんですね。そこはそうじゃない、あくまでも実施主体はそれぞれの構成市町村であると。しかしながら構成市町村、個々で事務をとりまとめていくということが難しかったり、あるいは連合としてやっていくほうがより効率的である、という判断の中で、連合体が事務局をもっている、という認識自体がきちんと出来るような、そういう第4期の事業計画を作らないといけないんだなということをしていくところなんです。

実は今回の事業計画の資料を事務局に実施していただいて、説明を受ける中で、こんなに自治体間で特定高齢者の抽出率がバラバラであったり、自治体によってはその抽出が非常に少なくて抽出してみたけれども、該当者自体がいなかったんだといいながら、要介護認定が増えたというところもあるんですね。分析を自治体毎でやらざるを得ないというように思います。今から先ほど事務局の玉江係長から説明があったように、資料を出せというふうにいっても、ちょっともう日程的に不可能でしょうから、連合本部の事務局がお持ちの資料をとにかく使いながら、4期はその検証をできるような提案をしていく、というのが今求められている課題なのかな、と思うんですね。

やはり早くに連合体が10年20年先どうなってるかっていうのは別として、加盟をしている構成市町村がある以上はそれぞれの構成市町村毎の具体的な事業の結果を受けた分析がこのテーブルにのって議論できるというような状況をやっぱり早く作らないといけないなというように思います。

そのあたりの具体的な話をきめ細かくやっていくっていうところがやはり前回の策定委員会でも出来なかったなと反省がありますし、今回はそこを少しのせるような計画案を出さなくてはいけないなと思います。

【事務局】

今回2冊、「18年度版、19年度版介護保険事業計画運営状況報告書」を配布させていただきました。例えば19年度版の57ページに、地域支援事業の通所型介護事業の実施状況と訪問型介護事業の実施状況の給付実績をデータ化したものです。四半期ごとに定期的にチェックを行って、年度の推移を計画値との比較で整理したものです。

次回審議の際にもご持参ください。

【小賀会長】

そろそろ2時間になりますので、次回の会議については、今示していただいた資料を使いながらもう少

し詳しく、わかる限り、口頭で構いませんので、事務局で把握していること、各支部ごとで発言していただけるようなことがあれば、それを付け加えていただきながら、そのもう少し整理するというのをしたいのですが。そういうふうに、次回進めさせていただいてよろしいでしょうか。

それではですね、今日、又、会議終わりましたら事務局と次回の進め方を、再度調整させていただきますけれど、次回の日程がですね、今皆様方から参加状況の一覧を送っていただきましたが、事務局の都合や私の個人的な都合も含めて、ぜひここでお願いしたいのが、9月19日の金曜日ですが、いかがでしょうか。

【田代委員】

15時から会議が入っています。

【小賀会長】

午前、午後の調整は可能です。

【小賀会長】

他の方がいいでしょうか、難しいでしょうか。

【小賀会長】

それではですね、基本的には別冊という形で第二回策定委員会資料をだしていただいた、全体の説明については一通り終えたんですが、ちょっと議論の中で、出していただいたいくつかのご質問、それから事務局から例えばこの19年度の運営状況報告書を使ってということによろしければ、そういう提案がありましたので、特に次回18年度19年度、特に19年度の運営状況報告書を使いながら、精査できる限りきちんと特定高齢者の把握、特定高齢者をどう特定していくのか、そして各市町村で具体的にどのような取り組みが行われてきたのかということ、口頭で済む部分は口頭で結構かと思っておりますので、やはりそのあたりぜひ支部の方からも積極的にご意見なりご説明なりいただくという形で深めさせていただきたいと思えます。

【植木委員】

一回目ちょっと休んでましたので、そぐわない意見かもしれませんが、私がこの委員に認定されたときに、3期計画書を読ませていただきました。第8章85ページです。

ここにきた大きな理由といたしますのが、田川が沢山お金を使ってるのが何故かということを知りたい。

先ほど私も地域差があると、いろいろ申しましたが、ここに書いてあります。

「認定率の地域差の原因を調査することを検討します。」当然調査されていると思うのですが、先ほどの市町村の違いを含めて、この辺の詳しい資料があったら、是非教えてもらいたいですね。

保険料をランク付けした時に、田川地区は脱退しようという話も出てるんですね。必要があって使っているのに、そんなことを言われても、と。保険制度じゃないかという意見もあるんですよ。先程小賀会長がおっしゃったようなこともありますけれども。

だからその辺客観的にきちんと把握して行かないと、ただ、原因だけを追究しても、実態が見えないと思えますね。この辺ぜひ教えていただきたいんですよ、宜しくお願い致します。

【小賀会長】

次回の参加・不参加の状況わかりますか？

【事務局】

欠席の委員さんの状況なんですけれども、山下委員が一日19日は予定があり、茶木委員と藤村委員は

19日一日大丈夫です。山内委員は午前中に予定が入っているようです。

【小賀会長】

厳しいですね、全員参加っていうのは基本的には有り得ないと思うんですけども、一人でも多くということを考えたいと思うんですが。今、丸一日と言われた方、今日出席された委員さんの中にはお二人。そして欠席をされている方で絶対駄目だとかたはお一人、そして時間の設定によって、今日欠席の方はお一人は午前中だけなんですけれども。

田代委員、こういったら申し訳ないんですけども、どれくらい移動の時間がかかるんでしょうか。1時から始めるということは可能でしょうか？そうすると時間いっぱいということは難しいかもしれませんが、10分、15分早めに退席されて構いません。

19日金曜日、午後1時から次の会議を開催させていただくというふうにさせていただきたいと思います。

資料等々につきましては今から事務局と話をしながら、より効果的に出せるものはお出ししたい。出せないものについては出せない理由も含めてですけども、口頭で説明できるものについては口頭で出来る限り、説明させていただくというようにさせていただきたいと思います。

それを、出ないからしょうがないということではなく、第4期にどうしたら資料として出てくるのかなということも併せてご理解いただきたいので、宜しくお願いします。

では特に皆様方から何もございませんでしたら、今日の委員会については閉じさせていただいての進行を事務局のほうにお返しいたします。

【事務局】

長時間のご審議ありがとうございました。基本的には次回も今日お示しした資料の継続審議となりますので、今日の配布資料をご持参下さいませよう、お願い致します。

今回、持ち帰らせていただいた資料を19日、再来週になりますので、追加資料については、事前配布は難しいと思いますので、会議の席でご説明させていただきご審議に入っていただければと思います。

【小賀会長】 2 : 02 : 28

説明を丁寧にしていただければ、当日で構わないと思いますので、そのあたりは急いで資料を少なくするよりは、当日配っていただいたほうがいいと思います。

【事務局】

それでは本日はどうもありがとうございました。

以上