

第4期介護保険事業計画 第4回策定委員会 議事録

日時 平成20年10月29日 13時30分～15時40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、田代、寺本、藤川、安河内、山内、山下

（欠席：柴口、茶木、中川、藤村）

事務局、支部事務長

----- 【 議 事 】 -----

【事務局】

それでは、定刻になりましたのでただ今より第4回福岡県介護保険広域連合事業計画策定委員会を開催させていただきます。

本日の審議内容についてですが、開催通知ではアンケートの結果報告、第3期介護保険事業計画の検証、事業計画の素案、グループ別保険料とさせていただいておりましたが、審議の都合上事前に送付させていただいております資料に基づいてご審議させていただきます。審議に入ります前に、山内委員が今回ご出席をいただいておりますので自己紹介をお願いします。

【山内委員】

福岡県医師会の山内です。もう4回目ということでだいぶ失礼していたようで申し訳ございません。ただ午前中の会議だけはぜひ避けていただきたいと思います。私開業医をしております、午前中は患者さんを診ないといけないものですから、ぜひそれだけはよろしくお願ひしたいと思います。なるべくこれからは出てまいります。

【事務局】

どうもありがとうございました。それでは早速ですが議事の進行を、小賀会長お願いいたします。

【小賀会長】

みなさんこんにちは。午前中天気が悪かったのですが午後からは晴れ渡りまして、すがすがしい気持ちでこちらへ参りました。介護の状況をめぐるニュースなども今日少し教えていただいたりしながら、いろいろな情報が出ておりますけれども、全国的な状況と照らし合わせながら広域連合のこれからのことについて、より詳しく議論を進めていければと思っております。今回は前回提出をいただいた資料にさらに追加をしていただくという形で、すでに委員のみなさま方のお手元に郵送という形で届けていただいているかと思いますが、資料の確認をしながら主要な議題としては三点ございます。お手元に議事次第がございますが、一点目は高齢者人口、認定者数等の将来推計について、二点目は第3期計画値と実績比、つまりこれまでの状況を照らし合わせて確認をしていくということになります。三点目は療養病床転換に係る取扱いについてということで、これも今日机の上に配布をいただいているかと思っておりますけれども、介護療養型の医療施設については、平成23年度末をもって廃止する旨の通知が厚労省から下りてきております。これを受けて要するに、医療保険から介護保険に転換される部分がどれくらい出てくるかということもにらみ合わせながら、推計をしていかなければいけませんので、この点についても今日事務局から報告をしていただくことになっております。資料は一、二、三、それから四つ目に参考資料として介護保険に関するアンケートの集計結果ということで、基本的には四つの資料がございますので、これらを説明いただきながら審議にとりかかりたいと思っております。では早速ですが、第一点目の高齢者人口、認定者数等の将来推計についてというところから、事務局からご説明をいただいて質疑、議論に入って参りたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

【事務局】

それではまず資料のご確認からさせていただきたいと思っております。本日机の上に置かせていただいております分が、次第が一つ、それからA4の横、3-1 高齢者（第一号被保険者）数、高齢化率および要介護認定者の推移こちらが一部と、それからもう一つが2.平成18,19年度の実施状況と書いてある分です。こちらの分二つを差し替えをお願いしたいと思います。今日の資料のご説明の際はこちらのほうをご覧くださいませようよろしくお願いいたします。それから事前に送付しておりました資料ですが、一つ目に資料1としまして、高齢者人口、認定者数等の将来推計こちらA4の横の冊子の分が1部、それから資料2としまして第3期計画値と実績値の対比こちらがA4縦1部、それから資料3としまして療養病床転換に係る取扱いについてこちらA4縦の分が1部、それから参考資料としまして介護保険に関するアンケートの集計結果こちらが1部、お手元でございますでしょうか。参考資料の介護保険に関するアンケートに関する集計結果ですけれども、こちらは今回の審議とは直接関係はございませんけれども、施策に関してのご

提言をいただく際の参考資料として今回配布させていただきました。アンケートの趣旨と集計結果等を書いてございますので、お持ち帰りになられた際にでもご覧になっていただけたらと思いますので宜しくお願いいたします。

それでは資料1の高齢者人口、認定者数等の将来推計、こちらからご説明いたします。まず1ページをご覧下さい。今回の資料につきましては、介護給付等対象サービス量を見込むための基礎的な数値となる高齢者人口（第1号被保険者）、認定者数等の推計値を試算したのになります。高齢者数等の推計は、平成16年～20年の各9月末時点の住民基本台帳人口を使用しまして、男女別各歳別の5年間の平均変化率を算出し、推計しております。「自然体」の認定者数とは介護予防サービスおよび地域支援事業の実施効果を見込まずに推移させた場合の認定者数ですけれども、基本的な考えを後ほどご説明します「認定者数を推計するにあたって」によって説明させていただきます。それから前回の委員会第3回資料、こちらの資料1、2介護予防の効果、それから地域支援事業の効果をご提案させていただきましたけれども、そちらの提案内容を加味しまして今回推計しております。次に平成18年度から平成20年度の高齢者人口、要介護認定者数の実績値は広域連合9月末時点の実績値を使用しております。平成21年度以降の推計値はそれぞれ9月末時点の数値です。広域連合数値12支部39市町村の合算値となっております。それから支部の数値は構成市町村の合算値です。それでは内容に入りたいと思います。

2ページをご覧ください。2.認定者数を推計するにあたってという部分ですけれども、要介護認定者数を推計するには、まず、自然体での認定者数（高齢者推計×男女別・年齢別・要介護度別の認定率）を算出しまして、その後に介護予防の効果を加味して、介護予防後の認定者数を推計することになります。下の（1）自然体での認定者推計について、①認定率・受給率比較表、こちらの表をご覧ください。平成12年から9月時点の実績値をとってございまして、20年だけが直近の6月になってしまうのですが、12年の9月総人口につきましては821,608人、こちらが20年6月では804,938人と若干減少しております。高齢者数につきましては12年の165,663人から、20年度では193,047人と少しずつ増えております。それから認定者数につきましては12年で25,049人、それが20年6月では37,503人とこちらも増えております。認定率につきましては12年9月で15.1%、こちらが20年6月では19.4%とこちらも増えていっております。下の受給率のほうなんですけれども12年9月時点で75.9%、20年6月では84.5%、こちらの受給率というのは「介護サービスを利用した認定者」÷「全ての認定者数」というものです。こちらの表から何がいえるのかといいますと、今はサービスを使わないけれどもすぐに使えるように認定申請を行っておくと、そういったような予防的な申請というものが考えられますけれども、窓口で説明等をおこなうことによって抑止効果が出ているのではないかと。このことから介護サービスの受給率に着目して認定者の推計をおこないました。ご覧頂きたいのは16年の9月、認定率が12年の9月15.1%からずっと増えていっ

ておりまして 16 年の 9 月で 21.9%と、それから少しずつ減少していております。反対に受給率のほうは 12 年 9 月 75.9%、それからだいたい 13 年度以降横ばいに 16 年の 9 月まで 80.8%ほぼ横ばいに推移していったものが、17 年 9 月から 83.7%それからずっと 20 年の 6 月まで 84.5%とこのように急激に上昇していております。

それでは 3 ページをご覧ください。自然体での認定率というのが結局どこまで下がるのか、今直近の変化率だけを使用して認定率を使用しますと、ずっと将来推計の認定率が下がっていくことになるんですね。この下がるのが結局どこまでなのかということで、事務局案としまして受給率、予防的な申請の方が減ってまいりますので、90%になるところが認定率が結局下がる限界なのではないだろうかということで、平成 18 年度自然体での認定率、こちら実績値なんですけれどもこちら 21.1%それから受給率が 81.2%、19 年度が自然体での認定率 19.9%受給率が 83.3%。この直近 2 年度分の差が 2.1%になっております。以降この 2.1%をずっと足していったら 90%付近になる平成 22 年度、こちらが 89.6%になります。ここまですべて自然体での認定率が減少する年度とさせていただいております。22 年度以降自然体での認定率が一定になるように 18.8%、以降 26 年度までずっと一定として維持することを目標としたいと、こちらが自然体での認定率の見込み方の事務局案になっております。

4 ページ以降は前回の 3 回での委員会資料、予防効果こちらを加味した分の推計になります。まず高齢者人口ですけれども、①のところでは 18 年度 187,303 人、こちらが平成 26 年度では 218,638 人。それから②の地域支援事業。こちら前回の資料でもお示ししましたがけれども、2 列目の対高齢者人口割合、こちらが 18 年度では 0.6%、19 年度では 2.0%。それから 20 年度から 5.0%としてずっと推移していったものになります。それから地域支援事業の効果、こちらが平成 21 年度では 6.7%効果の人数としましては 689 人、それから 22 年度は 9.3%989 人、23 年度で 11.9%1,304 人、以降 26 年度まで推移させていくと、このようなものになります。③のところなんですけれども、こちらの一番下ですね介護予防サービスの効果、こちらが前回の資料の効果になります。21 年度で 1.5%の 305 人、22 年度で 3.2%の 646 人、それから 23 年度で 4.9%の 1,016 人。それから一番下の総括表をみていただきたいんですが、一番上が自然体で見込んだ際の認定者数の推計。それから 2 段目赤のところは介護予防後の認定者の推計。結局介護予防効果としまして、21 年度には 1.1%、それから 22 年度では 1.8%、23 年度では 2.6%。この 21 年度の 37,376 人自然体での人数ですけれども、介護予防後の認定者数としまして 36,977 人その差が 399 人になりますので、この効果というのが上の②の地域支援事業のところですね、20 年度こちら効果が 4.1%の 399 人。こちらが要介護に至っていない方の人数ということで翌年度の 21 年度に効果が出てくると、こういった見方になります。

それから 5 ページをご覧ください。先ほどのご説明を図にしたものになるんですけれども、上が高齢者数、

高齢化率の推計になります。今ご覧いただいているのは先ほど言いました差し替えの分になりますので、こちらをご覧ください。それから下が介護予防の実施による要介護認定者数の推計。こちらが昨年度との左側の棒が自然体になりまして、右側の棒が介護予防後になりまして、軽度と中重度に分けて並べております。

次の 6 ページ以降が支部毎の今ご説明したものになります。こちらの表には認定率というのは書いていないのですが、上から 3 段目の前期高齢者、それから 4 段目の後期高齢者、こちら人口の割合によって掛ける認定率というものは先ほどご説明しました一定にしておりますけれども、前期高齢者と後期高齢者の割合の差によって認定率が大きく変わってきます。支部毎にしても、例えば粕屋支部で申し上げますと、平成 26 年度時点では前期高齢者 21,628 人、後期高齢者が 16,015 人とこのようになっておりますので、後期高齢者が少ないとそういった支部においては認定率が将来的に下がってくる。それから逆の場合で申し上げますと、14 ページの八女支部をご覧ください。先ほどとは反対に平成 26 年度 3 段目の前期高齢者なんですけれども 6,494 人、後期高齢者については 8,510 人と、前期と後期が逆転しております。このような支部においては認定率は 18 年度から 26 年度までほぼ横ばいで推移することになります。以降それぞれ支部の分になりますので、ここで高齢者人口、認定者数等の推計については説明を終わらせていただきます。

【小賀会長】

どうもありがとうございます。ただいまの資料を含めまして説明の内容に基づいてご質問あるいはご意見ございましたら、どうぞご遠慮なくお願いいたします。いかがでしょうか？

【込山委員】

込山です。これ前回の時にこういうフォーマットを作って、それで各自自治体のほうに配布してという話で、実際にそれは即実行するのは難しい、というような話はいただいたのですが、ただ私ずっとこの前から考えていたのですが、やはりすべてのフォーマットがこれで確定というわけにはなかなかいかないだろうという感じもする訳です。そうすると例えばこういうフォーマットで将来推計という形のものを作っていこうではないかということをおある程度決められておられるのであれば、実際やりながら修正するところは修正して、例えば次年度の何月から正式なものでやっていただこう。という形にもっていかれたほうがよりよろしいのではないかなというふうに思ったんです。特に私が思ったのは、最近新聞等でも非常によく出ている話が税金をいかに有効に使うかということですね。それについて例えば先日この表を作っていた場合、もしかしたら残業とかかなりしたんじゃないかと、という懸念も私ありまして、そうすると一般の国民から考えれば税金をそういう流れで使ってもらったら困るんじゃないの、というような

話も当然なってこようかと思うんです。やはりフォーマットさえ決めて、それで集計しやすいように、集計は当然こちらでやられるわけですから、集計にかかる時間というのは当然必要なわけですからそれはもう、問題ないとしても、それまでにいく過程を少しでも省けるような形にされたらいかがかなと思うのですが、そのところいかがでしょうか。

【小賀会長】

いかがでしょうか。事務局のほうから何かございますか。

【事務局】

今、込山委員から統一的なフォーマットでやられたほうが事務的に効率がよいのではないかというご質問だったかと思いますが、具体的にこの資料に関して「統一的なフォーマットで実施する」というところが、事務局としてどう回答していいのかわかりかねております。

【込山委員】

推計としても、先日私たちがいただいたときに推計というのは各自治体からもらった数値をベースにしております、というお話がありましたよね。であれば各自治体にこういうものの数値はどうか、という問い合わせをこちらから出されるのであれば、一つの同じフォーマットでそれをこういうふうに出されていると思いますから、それを各自治体からもらってそれを集計完了させる。そこで例えば数値のある程度偏差値みたいなものがあって、訂正しないとイケないところはこういう理由で偏差値を設けておりますというような形でとらえられればよろしいかと思うんですけれども。

【事務局】

今回作成した資料のことでまず推計を各自治体のほうで統一的なフォーマットでやっていただいて、それを集計したらということによろしいですか？

【込山委員】

はい。

【事務局】

介護保険の事業計画の策定については広域連合の本部事務となります。各市町村の数値的な実績、データはこちらで持ち合わせています。また、本部で試算したものは当然市町村のほうへ情報提供をします。事業量推計というのはあくまでも広域連合一本でやらないと、様々な自治体で指標が異なった結果を積み上げるということは非常に誤差が多く、指標等が 39 市町村 12 支部バラバラなものを本部で取りまとめてそれが正しい、正しくないという判断ができなくなります。あくまでも本部で作ったものに関しては市町村のほうに全て情報として流しております。高齢者の推計、認定者の推計についても、この第 4 回の審議が終わり次第、市町村のほうに提供をします。そこで市町村で確認していただいて、少しこの部分が違うよということがあれば、第 3 期同様に数字を市町村から本部に上げていただいて、もう一度再考するという形をとらせてもらってます。今、込山委員が言われた流れとは逆になりますが、本部で一方的に試算するのではなくて、各市町村にはデータを公開してますので、やり方が上から下、下から上というような順番が変わるだけではないかなというように理解しています。

【小賀会長】

おそらく込山委員は省力化を考えた事務処理を追求してください、というご意見だったと思います。事務局としては今のやり方が、一番省力化を迫及したやり方なんだ、ということで受け止めてよいということですね。

【事務局】

はい。

【小賀会長】

よろしいでしょうか、込山委員。つまり実際に介護保険の給付の対象となる高齢者がサービスを利用した折に、その利用状況については本部のほうに実績が集中するようなシステムがとられている。だから本部のほうで個々にこうしたような形で実績を一つにまとめて、その上で市町村に確認の為の情報という形で提供しているという、そういう流れのようですので、今回のこのようなやり方を本部でフォーマットを決めて、そしてそれに従って実際に使われたそのサービスの量や、あるいは金額がはいってくるというような状況だと思うのですが。

【込山委員】

これが一番省力化されたものになるんですか？

【小賀会長】

はい。課題はこれを受け取ったその構成市町村がこれらの資料をどのように上手に使いこなしていけるのかというところにあるかなと思います。

【山内委員】

推計値のところでは教えていただきたいのですが、4 ページ推計値のところでもっともポイントとなってくるのは、②、③といったところの例えば地域支援事業の効果というところで、数値がそのまま上乘せということで、19年度は1.5%、20年度4.1%、21年度6.7%というように右肩上がりに上がっていくというところ、それからその下の③予防介護サービスの効果というところで、これは21年度からということですが1.5%というところからこちらもずっと右肩上がりの数値を設定されてありますけど、この根拠を少しご説明していただけないでしょうか。

【小賀会長】

では事務局からお願いいたします。

【事務局】

4 ページ目の②と③に関しての地域支援事業の効果及び介護予防後の効果については第3回委員会の時に特定高齢者の実施効果及び介護予防、予防給付に対しての効果というところでお示し、ご審議いただいたんですね。その数値を今回反映させて前回の委員会で、ご審議いただいた施策目標として、この位の効果を見込んでいきたい、それに向けて広域連合側で努力していくというところで効果の数値をいれた結果になっています。根拠に関しては第3回目の資料でご審議していただいたと思っておりますので、その数字をそのままここに入れているということになります。

【田代委員】

看護協会の田代でございます。やはり推計値のところですが、2 ページをお開きください。2 ページの自然体での認定率の考え方なのですが、18年度から介護保険法が大幅に改定され予防重視ということになって、少し要介護の区分が変わりましたので、実際は要介護1だった方達が要支援2だったりとか、このへ

んが変わってきた段階で少しずつ認定率が減ってきているという実態があるんじゃないかと思うのでそれが1点と、それから先ほど4ページで出ましたような地域支援事業の効果を将来的には26年度では19.7%まで見込みますのでこれくらい地域支援での効果があると、これは介護保険の認定者は該当しないわけですから、もっとこの認定率が下がるんじゃないかと思っております。そうすると3ページの2.1%を見込んでいらっしゃる受給率のところは2.1%ずつ上昇させてあるんですが、この90%が限界だということをもう一回理解できなかったのので教えていただきたいのですが、90%になるまで平成22年度で90%になるのでここまでこの率をもっていくとおっしゃったのですが、9割が受給率のマックスなのかな、もっと上がるんじゃないかなと思っているところです。本当に介護が必要な人だけが申請して受けれるようになるともう少しこの90%を上げてもいいのかなというのが私の考えなのですが、そこをお教え願いたいと思っています。

【小賀会長】 33 : 50

事務局お願いいたします。

【事務局】

まずご確認をしたいのですが、1点目のご質問が認定率を設定するにあたって、要支援者が増えてくるので認定率が下がるのではないかと。というご質問ですか。

【田代委員】

18年度の介護保険法の改定で認定者・認定率が下がってきてますよね。はじかれる人がでてくるので、認定率というか申請する人が少ないのかなと思ったんです。1号被保険者は65歳以上の方ですけども、その中でも全部が申請するわけではないですね、約1割の人しか介護認定申請をしないので、その中から認定を出すわけですね、該当するかしないか。だから私が言っているのは、非該当の人がもっと増えるのではないかと、ということと非該当者の人そのものが申請をしないのではないかと。

【事務局】

18年度の制度改正において要介護1の方が要支援1、2に振り分けられるその分ですかね。

【田代委員】

それはもうだいたい動いてきてますよね。

【事務局】

その点については認定率自体が要介護者のみではなくて要支援者までを含めた認定率になりますので、要介護1が要支援1、2に振り分けられたとしても、全体としての認定率には影響はないことになります。

【寺本委員】

多分おっしゃりたいのは振り分けの時に、私は北九州のほうで認定審査会に出てるんですけども、非該当になる確率が高くなったような感じがするんです、統計的な数値的なものが。それで多分その法制度の改定の時に振り分けと共に非該当の方が増えたので認定率が減ってるんじゃないかな、というふうにおっしゃりたいんじゃないのかなと。非該当の確率が今までのレベルよりも非該当になりやすく介護予防事業が始まったために、なってるんだと思うので、それが認定率に反映して下がったんじゃないかなと。

【田代委員】

結論としてはですね、非該当の方はもちろん増えてくるので下がるんですけど、今度は下がったために本当は申請をしたいんだけど、どうせ受けられないんだったら申請しないという人が、だから申請そのものをしない人が増えてくるんじゃないかと。そうすると1号被保険者で割ってありますよね、それでもっと下がるんじゃないかなというのと同時に、地域支援事業がこれは介護保険対象者は受けられませんので、地域支援事業の効果を20%までもっていくのであれば当然この率はもっと下がるんじゃないかなという意見です。

【寺本委員】

受給率90%が限界というのはどうしてなのかな、とそういうことですよ。

【事務局】

田代委員のご意見は前提として非該当にあたる方が18年度の制度改正で、17年以前よりも極端に増えたというところからのご質問ですよ。今具体的な数字は持ちあわせていないのですが、広域連合内で制度改正前後で、非該当率が上昇したということはございません。次回の委員会に追加資料として出させていただきますと思います。前回の審議の中で地域支援事業の対象者の抽出については生活機能評価によるものがほとんどでしたよね。特定高齢者の把握において、非該当者が入っていないというのが広域連合の現状でした。もし仮に非該当者が極端に増えたとしても、市町村で実施する場合の特定高齢者のリストに含まれるかどうか、過去の実績としては今のところ入っておりません。非該当者を加味して特定高齢者を選

定すべきということになれば、その部分は 21 年度以降にもう少し推進するなり、対象者を増やすということで、事業計画に盛り込めたらと思います。

【田代委員】

地域支援事業の平成 18 年の 6 月くらいに出た要綱の中では介護保険の非該当者を対象にしないといものが入っていました。それと、チェックリスト 12 項目以上というのが当初入っていた。細則みたいなものの中に入っていたと思うのですが、当然それは入れていただいたほうがいいかなと思います。

【小賀会長】

よろしいでしょうか。確かにご指摘いただいたように実際のところ非該当の割合がどうなっているのかがわかったほうが、もっと確信をもってこの数字がどうなのかということが確認できるかと思しますので、次回その資料を出していただけるということですから、その資料をまた確認をしながらここに帰りまして、個々の数字を若干修正をしていくのかという議論をまた継続していきたいと思します。それではそのほかにいかがでしょうか。はい、お願いいたします。

【因委員】

そのほかでも関連してるんですけども、18 年度改正で非該当が増えたという数が上がってくれば、逆におかしいと思うんですよね。認定が厳しくなったと、行政が誘導したということになるので、非該当が増えたという数が上がってくるとこれは逆に私は問題だろうというように思ってるんですね。そういう意味でも興味があるデータですので見せていただきたいと思します。それから受給率 90%のところですが、先ほど出ている予防申請、使わないんだけど使う必要があったという意味での予防申請というのがあるというお話がありました。これは国のほうの統計でも 100 万人近くの人がサービスを全く使っていない。それから試算してみると 173 億円を無駄遣いしてるわけですね。一人の認定をするのに 2 万円かかっているとされているので。だからこの広域連合でもできるだけ窓口で整理をして先程おっしゃったように使う時に申請すればいつでも使えるというのが介護保険ですので、そういう努力をしてもやっぱり受給率は 90%が限度だろうというようにおっしゃっているんじゃないかと思しますが、計画としてはやむを得ないのかなあと思ったりはしています。できるだけ認定率はきちんとした認定を出して、受給率は高くする。最終的には認定の時に千円でも二千円でもお金を払ってもらいたいかなあと思ったりはします。以上です。

【小賀会長】

要介護認定の折の、特に一次調査の時の資料を、どう扱うかということと、もう一つ実際に調査をしている調査員それぞれによって認定の記入の仕方にばらつきがないのかということはやっぱりあると思うのです。

【込山委員】

話はすこし脇道にそれるかもしれないのですが、先日の委員会の時に連合として各自治体の介護予防を推進していくにあたって平準化するために、例えば成績の良い首長さんなり担当者の方なりを集めていただいと、そういう話をしましたら、そういう委員会は別にあって、そちらのほうで検討されていますという話をいただきました。たまたまそういう話で実際に役場のほうに行きましていろいろ問い合わせをしましたら、例えば介護保険を受ける方は福祉係だと、特定高齢者を扱うところは健康課であるというように窓口が全く違うわけですね。それはあっちです、それはこっちです。という流れで振り分けられる、それはよろしいんですよ。ただども横の連携が全くとれてなくて、向こうでは何をしているのかわからないと、どんなことをやっておられるのかわかりません。という話が一つありました。それともう一点、先日たまたま私、政治学級のほうに顔を出しておりまして、芦屋町さんのほうに呼ばれましていったんですけども、その時の話で実際にメンバーの中に糟屋郡の文化事業団というのか、そういう踊りとか詩とか高齢者の方がやっておられるわけですが、そういう活動を各自治体が支援しておるわけですね。その中で役員の方が一緒に来られておられまして、その時の話で実際に例えば自分らがやってるこういう文化事業にしましてもこれは高齢者が介護に入らないようにするために一生懸命やっているんですよ。けれどもそれを町のほうは全く、文化活動という形で切り離してしまっていると、それでは全く意味をなさないので、やはり介護とか特定高齢者であるとかそういうものと横の連携をとった上での作業をしてもらわなければ困るじゃないか、というような意見がございました。実はたまたま政治学級のほうで急遽来月私どもの町長さんに来ていただきまして自分らの意見を確認しようという話に今なっておりますけれども、全く余談にはなりますが、一応そういう特定高齢者における介護に入らないようにする為の事業、という形が地域支援事業という形になっておるかと思います。その中でやはり横の連携をとった上で事業を推進していただきたい。こちらの広域連合さんが総括的な窓口になるかと思いますが、そうした時に各自治体にもそれを適確に指示していただきたいなと私は思います。

【小賀会長】

介護保険の要介護認定をされた高齢者の窓口と、それから特定高齢者の取組みをする窓口が違っていて取組みがなかなか一体的なものとして行われていないのではないかと、というようなことをご指摘されているんですが、私はそういうように同じ介護保険サービスの中での取組みなので市町村によって窓口が分けられているというのをはじめて知ったのですが、実態としてどうなっているのでしょうか。今回それを一つ一つ調べるといってもむしろ、そういう事実があるとすれば、あるというようにご指摘されているんですけども、答申の中にきちんと窓口を一本化するなりして、一体的な取組みとして行わないと効率の良いサービス展開ができないといったようなご指摘をさせていただくということで、込山委員よろしいでしょうか。

やはりそれぞれの自治体が独自性をもって行われることなので、なかなか連合本部としても庁内体勢をどう組むのかということまでは非常に指摘しにくい部分かと思うんですね。ただわれわれでしたらそこは答申という形できちんとお伝えをして、そして非常に貴重な資料として連合の議会で取り上げていただくというようなことはできようかと思えますし、やはり一本化をして全体の状況がわかるようにしていただいたほうが良いかと思えますのでそのようにさせていただきます。

そのほかいかがでしょう。時間も押しておりますので特段なければ、1点目はまた継続して審議をいたしますので、次の資料の説明に移っていただいでよろしいでしょうか。では第3期計画値と実績値の対比について続けて事務局からご説明お願いいたします。

【事務局】

ご説明いたします。資料2、第3期計画値と実績値の対比についてですが、3ページA3横の表をご覧ください。まず一番上のところですが、人口・高齢者数・高齢化率、18年度19年度ともにほぼ計画値どおりとなっております。それからその下の認定者数、認定率、こちらは18年度で約94%、それから19年度で約88%と計画値を大きく下回っております。それからその下の施設および居住系サービス利用者に占める要介護2～5の割合。それから施設利用者に対する要介護4～5の割合。こちらにつきましては第3期の計画策定時におきまして、国が参酌標準を示した部分になりますが、上の施設および居住系サービス利用者に占める要介護2～5の割合、こちら18年度、19年度ともに達成できていないといった状況になっております。その下の施設利用者に対する要介護4～5の割合、こちら18年度、19年度ともに達成できていません。それから、サービス利用の実績になりますが、訪問介護につきましては67.9%と計画値を大きく下回ってます。19年度につきましても56%。次に訪問リハ、こちらは18年度で166.8%、19年度で243.4%と大きく計画値を上回っております。短期入所生活介護、こちらは18年度で162.2%、19年度で

166%こちらも計画値を大きく上回っております。その下の特定施設入居者生活介護、こちらが18年度158.6%、19年度で185.6%。それから、福祉用具貸与、こちらが18年度で73.3%、19年度で59.2%。住宅改修が18年度76.1%、19年度70%。認知症対応型通所介護、18年度で164.2%、19年度210%。小規模多機能型居宅介護、18年度3.6%、19年度18.9%。続いて地域密着型特定施設入居者生活介護、こちらが18年度12.9%、19年度では2.3%。それから一番下の全体の標準給付費になるのですけれども、18年度では87.8%、19年度では85.3%と計画値を大きく下回っております。18年度と19年度を比較しましても、対前年で下回るという結果になっております。以上簡単ではございますけれども、資料2の説明を終わります。

【小賀会長】

第3期の計画と具体的な平成18年度と19年度の実績の突き合せですが、かなり数値が1.2~3割増しだとまだ許容範囲かと思うのですが、中にはサービスのエリアの中には1.6倍、あるいは大きいものだと2.4倍を超えているというような、これは訪問リハのようなものがありまして、それと大きく読み違えて、実態と大きな誤差が出てしまったというようなものになっています。これにつきましてどういうところからでも結構ですので、ご質問ご意見お願いいたします。

【山内委員】

確かに訪問リハが増えておりますけれどもこれは逆をいえば、やはり従来病院でリハを受けていた人がかなり長期に在宅に移行しているというようなこともありますので、確かに介護保険の費用としては増えるという計算になりますけれども、医療費の部分で下がっているという可能性もありますのでこのへんは状況の変化だろうというように理解していいのではないかと思います。私ちょっと質問がございしますが、標準給付費ですけれども、予定値よりもマイナス15%、19年度については。これは私新聞でこの前報道されていたのを見たのですが、介護費用についてはかなり計画値より抑えられているということで、それを良しとするのかどうかですね。保険料というのは計画値で設定されているはずなんですね。しかし実態が19年度だけみても15%下がっているということになれば、保険料を払っている人からみれば高くとらわれてるんじゃないかというように見られないこともないわけですね。ですからどれくらいの誤差が許されるものか、15%というものは妥当なものなのかそうじゃないのか、それから次の計画にこのへんの見込みをどう修正していくのか、例えば財源が余っているということであればどうするのか、もっと逆をいえば利用率を増やすように働きかけるのがいいのか、それから今後一番大きな問題は介護報酬の問題ですね。介護報酬が非常に低くなったために、いろんな介護職員の現場からの離脱の問題が出てきておりまして、

そういう方々をやはり今後今のままでは介護崩壊という言葉も当然聞かれてきてますので、むしろ単価を上げる、余っているのであれば単価を上げてもう少し介護職員に報いるというようなことも考えなければいけないと思うのです。これはこういう広域連合のレベルだけで決められることではないので、国の施策と関係はしますけれどもそういうことも十分検討の上、まずこのマイナス 15%というのをどういうように考えるべきかということの見解をちょっとお聞きしたいと思います。

【小賀会長】

ありがとうございます。では今ご指摘いただいたところからのお答えをいただくということよろしいでしょうか。今日のこの会議の中ではそのあたりも含めていずれにしても議論が出てくるというように思っておりまして、事務局の方と打ち合わせをさせていただいた時でもできる限り情報を出していただければというようにお願いはしていたのですが、私は知らなかったのですけれども、安河内委員のほうから 17 日の朝日新聞で NPO 法人が全国的な調査をした結果、全体としてどこの自治体も黒字になっているというようなことが公表されていまして。赤字、黒字という概念自体がそぐわないと私思っているのですが、いずれにしても収入と支出のバランスをきちんと見ながらそこをどうしていくのか、特に全国的にそうだったと思うのですが、介護保険が始まる当初、ちょうど第 1 期目の 2000 年以前の計画を作る折にちょうど選挙が行われておりまして、多くの自治体でそうした生活的な重要事項として介護保険というのがありましたが、当初これで本当に大丈夫なのだろうかと思われるような状況で保険料の設定が低かったというように判断される節があるわけですね。ですから 2 期、3 期の折に全国的にほぼ全ての自治体が保険料をトントンと上げていったというようなことなどもあって、その 1 期の折に連合もそうだと思うのですけれどもかなり借金をすることになっております。それが何年かちょっと覚えてないのですが、まだまだ返していかなければいけない途上であって、そこを埋めていくのかあるいは保険料をこれ以上やっぱり上げていくということになると、連合の中でも 3 段階の保険料の設定をしておりまして、一番高い地域がサービスの給付料がやっぱりどうしても高いからということで、保険料の設定が高くなっているのですけれども、おそらく全国的に一番高いという状況を作ってるのではないかと思うのです。そこをやっぱりこれ以上も上げさせるわけにはいかない、というようにわれわれが考えれば収支で使わなくてよかった分、1 年間きちんと被保険者に手当てをしていくというような形での検討もあっていいのではないかというように思いますので、少し現実的な状況を教えていただきながら、そのことについても皆様方のご意見をいただけたらなというように思っております。では事務局よろしいでしょうか。

【事務局】

表の1の標準給付費の計画値に対して実績値が15%ぐらい下回っていることについて保険者側の考え方は、ということよろしいですか。この85.3%という数値は広域連合の場合1期、2期については、計画値よりも給付の実績が上回ったために財政安定化基金からの借入を行っています。財政安定化基金から借りたものに関しては次期の計画の、保険料に上乗せして保険料を設定することになります。広域連合の場合借入額としては第1期から第2期において約42億円を借り入れています。その42億円に対してその間市町村合併等、構成数が変わった折に42億円のすべてをいきなり次の期で返済するというのは現実的ではございませんでしたので、広域連合の場合9年間でその借り入れた額を保険料に転嫁して償還する計画になっています。第4期が最終償還期間になってます。約15億円程度、償還金があります。この部分の85.3%の考え方ですが、通常ここに残った額というのは次の期、第4期において使い切るということになりますので、先ほど小賀会長のほうから黒字、赤字というのはそぐわないということもございましたけれども、この部分に関しての繰り越した額というのは基金に積み上げで第4期でほぼ使いきる、必要に応じて内部留保できる額というものが決まりますので、適正な内部留保をさせていただいて保険料の上昇を抑制する為に使うということが基本的な考え方だと思っております。マイナス15%分を、介護報酬なりその枠いっぱいを使えるような何かをしなくてはいけないというようには考えておりません。国の介護給付費分科会で介護報酬について審議されており、12月の末に総括がなされ、介護報酬の改定額が決まる予定です。1月入ってそれを加味したところで保険料が決定するという流れになっております。

【山内委員】

そうしますと、85%は当初からできたらこのへんにしたいという理想的な数字に落ちついたということですか。それとも思ったよりもちょっと下回ったと、つまり残ったというように考えておられるのですか。つまりどれくらいが適正かというのを、数字としていただければありがたいのですが。

【事務局】

適正というのは計画値の100%が一番適正だと思っております。計画値に対してマイナス15%で19年度までは推移していますが、保険料の決定というのは3ヵ年を通じた平均で保険料を決定しますので、通常であれば20年度決算した段階で赤字になるはずですが。その赤字分を18年度、19年度の分の残額の中でまかなって3年間トータルでペイできるというのが保険料の作り方になりますので、ここはその中間地点の19年度までの数値を示していますので、20年度がどのような形で決算するのかということを含んで、だいたい計画値と同等が適正だと思っております。この15%のマイナスというのは、18年度の認定の方法

の変更、地域密着型といった制度改正を含んだところで、第3期策定委員会の中でご審議いただいた利用意向等見積もった結果の金額の積み上げですので、その結果が19年度時点で15%のマイナスというように理解しています。

【山内委員】

連合の判断をお伺いしたいのですが、例えばかなり計画値と実績値のギャップの大きい項目があって、例えば訪問介護は18年度が67.9%、19年度が56.0%、一方で例えば福祉用具貸与につきましても73.3%から59.2%。ここで先ほど出ました訪問リハとか短期入所生活介護とかいうのは1.5倍以上の、訪問リハについては2.4倍の計画値と実績値の開きが出ているのですが、これはどのような原因というか、なぜこんなに計画値と実績値が違ってきたとお考えでしょうか。

【小賀会長】

今のご質問については事務局にお答えがあればお話していただいた上で、むしろ私たちのほうで分析をしたほうがよいと思うのですね。山内委員からもご指摘がありましたけれども、この間の医療報酬単価の非常に厳しい現実というのが、結果として早期退院をせまらざるを得ない、医療的に必要だと考えながらもそうになっている、アメリカでの早期離床とは違うような状況があって、高齢者がいわば家族に助けを求めると同時に介護保険サービスにも支援を求めるという流れできているので、その時には第3期の計画を作ったときには、訪問リハがそのような余波を受けてここまで利用者が伸びるとはとても判断できなかったんだと思うのですね。高齢者はいろんな形で生活をしているので、自分の生活を全うするために医療が駄目だったら福祉、福祉がなかなか使えないんだったら入院するという形でいいよ、というふうにその時々状況にのまれながらやり動かされて、使えるサービスはとにかくなんでも使っていくという状況からこういうようにきているのだと思うのですけれども、ぜひみなさま方も現場の状況などをみた上で、こういうことが言えるのではないか、あるいは家庭生活を送っている立場からでも、やはり自分たちの生活を守るためにこういう変化がみられたのではないかというところを分析、手法としてお話をいただければありがたいと思うのですが、いかがでしょうか。

【山内委員】

介護認定審査会等に出席いたしますと、今小賀会長からお話があったようにまだ医療の対象ではない方が、介護保険サービスのほうに入ってくるというケースが18年以降にかなり増えてきているという感じをちょっと受けます。それから訪問介護と福祉用具につきましても、いわゆる新予防給付体制になってから、

抑制がかかってきたのではないかな、というのは、福祉用具の貸与もその用具によっては予防給付では使えないと、そういった考え方というのが一方でありますね。それから訪問介護につきましてもホームヘルパーさん、訪問介護事業所の研修とかしますと、例えば同居者がいるともう駄目だと、はなからもうその時点で訪問介護を跳ねられちゃうということもありますし、それももう一方で新予防給付の対象の中で、非常に利用回数が制限されてきたということも背景にはあるのではないかと。頭から同居者がいたらホームヘルパー使えませんよ、といていたのが、厚労省は「そうではないよ、一応審査をなさい」というような指導を出してますけれど、それは基準が相当厳しいですよ。かなりの要件がないと同居者がいる状況で訪問介護を使えないような状況になってるのではないかと。ただ一方でサービスの利用の抑制がかかっているというところが、本当に改善をしてきてこんなに良くなってきたのか、あるいはサービスの抑制がかかったから、計画値と実績値がずれ込んできたというのものもあるのではないかと。それが本当に高齢者の方にとって良かったのかどうかということになると、利用が少なくなったということが即生活の改善の結果だというようには言えないのではないかと思います。

【田代委員】

私たち策定委員会のメンバーが介護保険をずっと続けていくために何を考えなければいけないかということと、本当に在宅とか介護保険を受けて安心して暮らせるためにとか、とても反比例するところがあるんですね。私たちはできるだけ在宅とか施設に入って社会的に介護していくといった意見なのですが、どうしても国の動きとか、たぶん施設介護の中でも介護療養病床施設の分が81%、2割減ってますね。これは国が出した療養型の23年の廃止の分が出ていますので、多分転換が出てきているので、これは減っている。福祉施設とか老健施設があまり減っていませんので、その要因が考えられるのかなと思いますのと、さっき山内委員がおっしゃった通所リハ、訪問リハの分は通所リハに少し要支援のところ少し回数を丸めた関係で訪問リハのほうに転換していったかなということが考えられます。ただ訪問看護も訪問介護もそうなんですけど、減ってきているんですね。療養病床もさらに閉鎖になってきますと、今山内委員が言われた以上にもっと介護ニーズが高い人が在宅に戻される、施設は限りがありますので。そうするともっときちんとこれをみて考えていかないといけないかなと思います。要支援1,2が介護保険でどうなのかというのが、将来的には減るのかもしれませんが、本当にこれをみんなでどうしていったらいいのかというところが、難しいところだと、まだ解決はできていないのですが、少なくとも訪問看護については少し増えてくると私は思ってます。今医療ニーズが高い人が地域に出てくるということで厚労省も来年度21年度3億2千万ぐらい予算をつけていますので、そうするとここの部分が増えてくる可能性としてはあります。そうすると15%減ったから減った額で算定していいかということ、そこも難しい問題がでてくるのでここはみなさ

んの見解も伺いたいと思っています。

【小賀会長】

私が生活している町も例外でなくそうなんですけれども、自治体立病院の縮小なり閉鎖なりというのがおそらくこれからもっと進んでいくのではないかと思うんですね。そうするとますます介護保険に頼らざるを得ない医療的なニーズの必要な高齢者が増えていくということも考えられますので、なかなかそこを数字として読むということは非常に難しいところではあるんですが、確かにご指摘があるように医療的ニーズの必要な高齢者が今後も増えていくだろうといったようなことも予測をしながら、このあたりの数字を少し調整をしていく必要が出てくるかなと思います。

【山内委員】

財政的なことを考えれば先ほど事務局の方の答弁どおりで、やはり赤字というのは使ってはいけないということですが、そういう状態を出すというのは一つ行政というか、こういう組織の当然の考えだと思うのですが、ただ分析してますと本当に訪問介護ですね、因委員もおられますけど、56%も減っているのかと非常に不安な材料が出る訳ですね。ですからこの実態をよく把握しないと、これでうまくいっているのであればすごくいいことなのですが、ただ一つ因委員に教えていただきたいのですが、ヘルパーさんが、私も実は事業をしておりますけれどもなかなか集まらないんですよ。そして、ニーズはあるのですが、ヘルパーさんが足りないためにひき受けられない。私のような小さい事業所ですよ。そういう現実もあるんですね。ですからヘルパーさんがもしかしたら足りないためにサービスを受けたくても受けられない、そのような一環のことが、この数字に出てきていないのかどうかよろしかったら教えていただけますか。

【小賀会長】

いかがでしょうか。

【因委員】

ちょっと質問は後回しにしていいですか。すみません。全体的に給付実績が下がってるのは、やっぱり18年の新予防給付が入ったことが原因の1つだと思います。要するに訪問介護でいうと回数制限ができたし、それから例えば業務の制限もおこなわれました。新予防給付が入るときに訪問介護ではなくてできるだけデイサービス、通所に特化させようという動きが最初ありました。訪問介護ではなく通所のほうが

効果が測りやすいということで、通所介護に振り分けるという事で、それでケアマネさん達がけっこう振り分けられたんだろうと思ってこの数値をみていたら、それほどでもないんですね。通所介護は上がりますが、通所リハはそれほど上がってないんですね。何が原因かというところとひどく落ち込んでいるのはやっぱり介護予防給付の中で回数制限があったということが理由だろうと思ってます。あと一つ大きいのは業務制限がかかってしまった。例えば外出介助は禁止とっている市町村がたくさんあります。私たちは閉じこもり予防でできるだけ外に出て心身機能を活性化させるというのが介護保険の大きな狙いであったにもかかわらず、外出介助は禁止、ということだとか例えば通院介助は禁止、とか通院も病院の入り口まで、中は病院にまかせなさいとか、終わるまでじっと病院の外で待ってて送り届けをなさいとか、先ほどおっしゃった同居の場合はダメだとか、同居については12月に一回通知文が出ています。こういうところで国は国はといっていますけど、国はそんなことは一回も言った覚えはないと、12月に同居の家族がいても必要性があればやってあげなさいと、しかしまだ浸透してなくて8月にもう一回出たんですね。2回出ます。それで山内先生のご質問ですが、大変厳しい条件の中でヘルパー働いてますので事業所経営も大変でヘルパーさんにお給与がなかなか払えないというのもあって、そこで業務が厳しいのでヘルパーは次々と辞めていってるという現状があります。仕事がきても確かに引き受け兼ねているということは間違いなく出てきています。もう一つ大事なことはこのヘルパーの現場はパートや登録さんが8割を占めているんです。常勤がわずか2割しか雇用できない。そういう介護報酬の設定なんです。私たちは少なくとも4割は正規職員がいなければいい仕事ができないということを訴えているところです。答えになったかどうかわかりませんが。

【藤田委員】

今の因委員の話とほとんど一緒なのですけれども、私も介護保険の事業所をいくつかかかわっていますが、特に訪問介護の事業所が常勤で採用すればまだ来ますけれども、その採用は難しいので登録とか、パート等で採用をかけてもほとんど来ないです。辞めていく人もいわれるように多いし、それは事業所規模が大きい小さいということではなくて、ほとんどの事業所で同じような状況になっていると思います。それで私どもいろいろな広報をだしてももう来ないということなので、自前でヘルパー2級課程の養成研修を低い値段でやって、その代わり一定期間事業所に登録してください、ということでなんとか確保するというやり方をはじめたところです。ここの数値の中でいくつか分かれてくるかと思うんです。やっぱり制度が変わったことによって、いろんな意味で給付制限がかかって利用が下がっている。典型的なのが訪問介護とか福祉用具貸与とかそのへんだらうと思うのです。もう一つは、やはり老老介護といった介護者の状況です。こういったところが反映する中でニーズがかなり高まってくるようになると思うんです。例

えばショートステイです。これはやっぱりこの数値だろうなと実感として思います。やはり老老介護で疲れているので、介護者もやっぱり休みたいということになると、通所とか訪問とかいわずに一定期間、短期間でもどこかで預かってもらうというサービスを希望する。だからショートステイの事業所がネットワークを組んで、空きを探してなんとか確保するという状況をつくっているくらいなので、介護家族の実態みたいところが反映している部分があると思うのと、もう一つは僕も訪問看護はこれから伸びてくるといふふうに思いますけれども、訪問看護は事業経営的にいうと過疎地域での展開はほとんど難しいです。だから都市部ではけっこう訪問看護ステーションができてそれなりに動いている所がありますけれども、過疎地域は訪問看護なんていうと空白地域みたいなものが結構あるというように思っているのも、それこそ地理的な条件と経営の問題とか、程度の変わってきた問題とか介護の状況、そこらへんがそれぞれのサービスに反映してこういう結果が現実的に出てきてるのではないかなというように感じました。

【植木委員】

データがないかと思いますが、この87.8%、85.3%等は広域連合のデータですか。例えば単独でやられている市町村、あるいはもっといえば全国のレベルでもこんな数字がでてくるのかということをお聞きしたいのですが。例えば広域連合の計画は少し過去は赤字と言って出していたので、ちょっと余裕をもって作ったのかということも思い浮かびますので、全国的にもこんな数字が出ているのですか、そのあたりがもしあれば。

【小賀会長】

全国的な実績比がもし分かればお答えいただきたいのですが、この誤差も含めて数値については先ほど事務局からもありましたように、第3期の事業計画策定委員会で100%にきちんと見通せるようにということで数値を上げていっています。3期の折の会議の同じ立場で出席をしておりますので、できる限りきちんと数値を整理しながらそれこそ収支ゼロに落ち着くといったことを目指して討論したんですけれども、なかなかうまくはいかなかったということです。

【田代委員】

福岡市の策定委員会にかかわっておりますが、福岡市のほうの報告でも給付費は黒字になっているということがあって、それは保険料に戻しますという意見があったと思います。

【小賀会長】

ありがとうございます。事務局では全国的な状況は把握されていますか。

【事務局】

通常保険料には財政安定化基金の拠出金というものが含まれています。各保険者が3ヵ年の給付費の何%かを県に拠出して基金とします。例えば期内で介護保険料収納に不足が出た場合、まず保険者はそこから不足分を借ります。第4期は、福岡県内では第3期に借入れの状況がなかったもので、拠出はゼロということになっています。この拠出に関しても保険料に転嫁される部分です。第3期は給付費の0.1%、その前が0.5%です。第3期の中に各保険者ではその借入れがないということを考えれば、おおむね事業計画の値で推移しているというように考えます。先ほどの計画に対して数字のでこぼこがある件ですが、18年度の制度改正の折に新予防給付と介護給付が過去の利用回数で、例えば、その時点で要支援、要介護の分離判定で約1対1で分けられるとしたら、実績の中で予防給付分と介護給付分に分けて回数を見たんですね。過去のトレンドを追えなかったということで、かなりブレがあるかと思ってます。その結果、訪問系の介護サービスに関しては計画値と乖離した結果になっているというように理解しています。

【小賀会長】

ありがとうございました。

【込山委員】

この表を見て、もう一度教えていただきたいのですが、総人口に占める高齢化率、これは18年度、19年度も大きな違いはありませんが、認定率においては18年度から19年度に関して非常に大きく数字が良くなっているという言い方をすればいいのかわかりませんが変わっております。その結果が標準給付費のダウンにつながったのかなと私は見ておいたのですが、

問題は認定率がこの数字まで下がったというのは、例えば地域支援事業が非常に浸透してきて、良好な人が増えて、特定高齢者数は増えたけれども認定率は下がったということなのか、あるいは前回のところでも質問させてもらったかと思うのですが、見方のハードルです。要するに認定する見方のハードルが高くなったために、昔だったら認定されたのが認定されなくなったということで認定率が下がったのかそのへんを教えていただければありがたいと思います。

【小賀会長】

1 件目の議論の時に指摘いただいたように、非該当の方の割合がどうなっているかという資料を次回の会議で出していただくことになると思いますので、合わせて次回お話をさせていただくということによるのでしょうか。そのほかいかがでしょうか。

【山下委員】

この第3期の計画値と実績値を参考にして第4期を考えていくということなんですよ。それで今ずっと因委員もおっしゃいましたけれど、抑制がかかって実績値が計画値を大きく下回ったものもあれば、一方で藤田委員がおっしゃったように短期入所生活介護等の大きなこれだけのニーズがあるということだと思えます。先ほど実際訪問介護、いわゆる抑制がかかったことについてはそのニーズをどう判断をしていくのかというところがです。

例えば19年度あるいは今年度の実績をみてそれをそのまま踏襲して行くというように考えるのか、そのところが非常に大きく分かれてくるかと思えます。それによっては場合によってそれこそ今ちょうど問題になっておりますけれども、高負担高福祉に少々保険料は上がっても仕方が無いよということで私たちは考えるのか、あるいは保険料も抑制するんだと、その中でどうなのかということを考えるのかということになっていくのではないかなと思います。

【小賀会長】

基本的には例えば訪問介護が目標値の半分というほどでもないですが56%という数字が出ています。これに則して第4期の計画を立ててしまうと非常にやはり問題が起こる、つまり政策的に少しここだったら、もっと重点的に使っていただくべきである、というようなご意見をみなさんからいただいて、実態としてこうなったけれども、実際に次の計画の中でも受けとめる割合というのは大きく変えないよ、というような考え方をとっていいのではないかと考えていますので、ぜひそのあたりも指摘をいただければというように思っています。

【山下委員】

ただそうなった場合、例えば現状では訪問介護を利用するといった場合の枠組みがあるわけで、それは政策上なものじゃないですか。広域連合として訪問介護を利用できる条件として提示していかないとダメだと思えます。その相違を広域連合の中できちんととれるかというのが非常に重要なポイントだと思うのですが。

【小賀会長】

私たちは言うべきことを言う。これがやっぱり基本だと思います。だから確かにいろんなことを考え直さなければならぬ難しい材料はたくさんあるのですが、少なくとも広域連合に結集している自治体に対しては、こうあってほしいし、こうあるべきだというような基本線を答申という形で提示をしなければ、私たちは集まっている意味はないと思うのです。ですからそのあたりは結果として最終的に議会がどう受けとめるかは別にしても、やっぱりきちんとあるべき姿を提示していくべきではないかと思いますので、どうぞご遠慮なさらずにここは言うておかないとということがあれば。

【山下委員】

そうなってくると、例えばそういう数値を考えていくときにその前提条件を立てないと数値は出てこないということではないですか。

【小賀会長】

そうですね。非常に難しいですね。

【植木委員】

今おっしゃられた条件ということですが、私もそういう事が必要だと思います。第2回目の時に田川は使いすぎだと、業者も来い来いということで大いぶ切ない思いをしたのですけれども、実際うちの母親はヘルパーに来てもらっています。どうも意識が女中さんが来てるという雰囲気になっているんですね。だからそういうことでは困る、女中さんとは違いますのでね。それでももちろんかなり厳しくヘルパーさんはヘルプなんだと、主体はおばあさんだよということを言って、どんどん変貌して介護3から1まで減ってきているのですけれども、そういうことが本当にみなさんが出来ているかということで、なんらかのこういうときには使っていいよという条件をきちんと一緒に明らかにしていかないと。例えば施設、訪問ステーションによってもだいぶ違うと思うんです。そのへんを見てたら67.9%が本当にいいのかもしれませんが、私はわかりませんけれども。今まで使いすぎたかもしれない。その辺きちんと内容を精査してこの数値が妥当かというところを勉強させてもらいたいですね。それによってうちのおばあちゃんとかこれよかったですということになるかもしれません。

【小賀会長】

みなさん方いかがですか。私は例えば制度へ則って日本の要介護認定自体、非常に厳しいものだと思うておるんですけども、その厳しい条件に則って要介護認定審査を受けて、そしてあなたの場合だと例えば要介護の5段階だから金額、お金に換算すると30数万円分使えと。これは前提としてフルに使ってよいのです、その権利をもっているのです。だから保険料を出しているし、その仕組みの中で必要な介護を受けている。それで使いすぎといわれるのであれば、制度そのものが間違っていると考えられることもできます。

【田代委員】

私も訪問看護の介護のところは56%は計画値に比べると差がありすぎだと思うので、どこに要因があるのかももう少し分析を教えてくださいたいのですが、例えば会長さんがおっしゃったように要介護1から5、介護度が重たくなると当然お使いいただきたいいい制度ですが、この56%になった要因というのは、要支援1と2の方が今自立支援の訪問介護で自分でできるところはやらないといけないのに、ケアプランそのものを変えてもらうのですね。私の前の職場では地域包括支援センターを持っていましたので、きちんとチェックしていたんです。それがきちんとケアプランに謳われているかどうか、そうすると自分でやるところはやらないといけないので、ケアプラン以外のところはやれませんがそれでたまたまかなと思っていますので、どのレベルの人が何%かというのができるのであれば教えてくださいたいのですが。

【小賀会長】

今、もしおわかりになるならお答えいただければと思うのですが。どうでしょう。

【事務局】

訪問介護のことにして数値が計画値をかなり下回っているの、審議が集中していると思いますが、3期の計画を立てる折に、介護度が制度改正により変わりました。要支援、要介護1から要介護5までというものが、要支援1、2、要介護1から要介護5、また、18年度は経過的要介護という形で、要支援の方も要介護のサービスを利用できました。回数を過去の実績からとれない状況の中で、第3期の策定委員会中でその当時要支援相当の方の利用の実績から予防給付にまわして回数を見込みました。その当時の推計としてはこの回数に関しては実績から取ってきていますので間違いはなかったかと思います。先ほどから抑制がかかるという形でご議論いただいておりますが、介護保険事業計画の中での抑制というのはあり得ません。利用者と事業者でケアプランを作成して介護サービスを利用する訳ですから、あくまでも計画策定時

において過去の実績からこれくらいあれば、100%まかなえる数値で積み上げております。足りない場合は借りますし、もし余ったということになれば次の保険料の上昇を抑制するために当然使われますので、そのあたりの部分で二つの期間をみていただければ、余った部分が他のことに使われているということはありません。

【因委員】

訪問介護に関していうと全国的に広域連合も近いと思うのですが、全国的にみるとだいたい7割近くが生活支援なんですよ、軽度なんですよ。だからここで大きく影響が出たろうと思います新予防給付ですよ。だいたい全国的にみると7割程度が生活援助であるということですので。ちょっと見込むのが大変厳しかったかなという気はいたします。

【山下委員】

予算上抑制がかかったという制度上、要支援か要介護1の中間地点ぐらいにいる方たちにとっては非常に使いづらい制度になっていたのではないかなというように思います。それがひとつ、じゃあこの次の計画値の中にどう反映していくのかということを考えていかなければいけないと思うんですね。そのための基準というんですか、厚労省が出したみたいに同居人がいるから絶対ダメだというわけではないんだと、つい先日まで皆さんそういうふうに思っていた訳ですよ。はなからケアプランに組み入れてもらえなかったわけですから、そういう状況を勘案しなければならないのではと思うんですね。

【因委員】

もう一ついいですか。予算、今から給付の計画を立てていくわけですが、ケアプランの作成費が特に軽度の場合は四千元になったとか、それもやっぱり見越してたとはいいながらも結構数が多かったのが差がでたのかなと思うんです。今日はちょっとケアマネ連絡会を欠席していますが、私がちょっと役員しているものですから、すごくこのケアマネはやっぱり厳しい状況におかれていて、事業所一番赤字じゃないかといわれているのがケアマネ事業所と訪問介護といわれているんですね。このあたりをみていかないと将来推計に加味していかなければいけないのかなと思います。

【山下委員】

訪問介護事業所のピンチはもう一つはサービス提供責任者が介護計画を作らなくてはいけないのです。ところがケアプランには計画作成費が出ていないのです。ところが訪問介護事業所の介護計画には何も手

当て、報酬がないんですね。だけど極め細かなものを作ってモニタリングまでしなくてはならない。本人費用が発生しないというのは、すごく矛盾しているように思うんです。

【因委員】

私も一生懸命訴えています。申し訳ないけどケアマネさんよりサービス提供責任者のほうが深刻です。続々辞めていっています。ケアマネさんだったら35件ぐらいのケアプランを立てる訳ですけど、サービス提供責任者は平均40件ぐらい、計画立ててそれ以外の仕事、全部で8項目の業務をこなしているからですね。

【山下委員】

通常サービス提供責任者だからといって机に座っている人はほとんどいないのでヘルパーさんを兼任でされたりだとか、そういう状況の中でやっているんです。

【因委員】

ご理解いただいております。

【山下委員】

基本的には今の保険制度の中にはそういうものはないわけですね。そういったものも市町村独自で可能なかどうかということも考えてもいいんじゃないかと思います。

【因委員】

その前にお願いしたいことがあるんですが、ここで議論をしていること、広域連合の議論ですが、広域連合の山本広域連合長は、社会保障審議会の委員ですよね。ぜひ吸い上げていただいて国の行政の中で取り入れてくださるようお願いをしたいと思いますがいかがでしょうか。ここで議論していることは国にながらないと意味がないですから。

【込山委員】

今ケアマネさんがもっている利用者さんの数というのは正確にはどんなものですか。

【因委員】

39人までもっています。

【山下委員】

実績は26.7かな。

【込山委員】

35人プラス介護予防の方が0.5人のカウントですか。

【山下委員】

0.5のカウントで26.7人。

【込山委員】

実はたまたま私の個人的な話になってしまいますけれども、私の妻の母親が要介護3でしたんですね。先日認定をもらって、回答が返ってきたのが要介護5で返ってきたんです。足も動きませんし全く歩けませんからこれはしょうがないのかなという感覚はするんですけども、ただ一つその時に思ったのが次の認定まで2年間なんです。あまりにも長いですね、2年間なんてあるのかなと思いました。それともう一点はたまたまケアマネをしてくれた方が「大変申し訳ないんですけども、今月限りで辞めさせていただきます。」という話しが生まれて、「どういことですか」という話しをしたら、事業所自体が仕事が全然採算ベースも乗っからないし、とても仕事を続けられないからケアマネ事務所を閉鎖するという話しになりまして、ケアマネさんも降りられたわけです。それでたまたまデイサービスに行っていたものですから、デイサービスのほうのケアマネさんに相談しましたら「うちのほうで引き受けてあげましょう」という話で引き受けてもらったわけです。たまたま今朝ケアマネさんが来られまして、こういうことで変わりますから、変わってもらいましたという話しになったんですけども。たまたま私にはもう一人お袋がおるわけです。94歳もう少しで95歳なんですけれども、ペースメーカーを取り付けてまして、一応介護予防の要支援の2なんです。「できたら一緒にうちのほうもお願いできませんか」というお話をしたら「それはできません」「出来ない理由はなんですか」という話をしたら、「実は私が受けもってる利用者さんの数がめいいっぱいなんです。予防のほうにかかる人が非常に少ないものですから、そちらのほうもってますので、全く空きがありません。」ということで断られまして、また別の事業所からケアマネさんをよんでくれるようになりましたので、不経済なことしてるんだなと思ったんです。私どもとしては今まで

要介護 3 であった金額で十分だったんですよ。要介護 5 になったら確かに使えるお金は増えるかもしれませんが出す金も増えるのです。現実問題として、うちのお袋が国民年金だけで今までできてましたわけですから、そうしますと今もらうのが 2 ヶ月分合わせても 43,000 円なわけです。43,000 円のお金をもらっても、生活を一緒にしているからいいものの、これでは使える分だけ使いましょうといわれても私どもも困るんです。実際にもろに家計のほうに負担が入ってしまいますから、これくらいで今週 2 回デイサービスに行ってますけど、もうこれ以上のことは出来ない。これで本当いったらヘルパーさんに入ってもらえれば、女房の手も少しは楽になるかもしれない。けれどもそういう形をとってしまったら現実問題として支払う金額の問題がでまして、私は退職しておりますから、私のほうに負担がかかってきまして私のほうから出すかという金額も自ずから限度がありまして、ちょっとこれは難しいかなという話になってきます。

【因委員】

あまり難しくないんですよ。認定が高すぎるというか、要介護 5 ではなく要介護 3 くらいだと思うのであれば、区分変更申請を出されれば、もう一回認定のやりなおしがおこなわれますので、2 年間後ということにはなりません。ただ言いたいんですけど情報が伝わってないですね、やっぱり。出してても出しててもなかなかケアマネさんにも伝わらない、同居家族がいてもいいですよというのも伝わらないし、住民の方にも伝わってない。それはどうやったら伝わるようになるんでしょうかね。その区分変更、不服申請の問題とかですね。

【込山委員】

ただ私がそのとき思ったのは、見られてこれが要介護 3 じゃなくて要介護 5 の状態だということであるなら、これで仮に要介護 3 に戻してください、ということが仮にあったとしまして、私のほうはいいんですけれども実際預っていただいている施設のほうは結局要介護 3 だと報酬が下がるわけですよ。下がるのは大変申し訳ないなという感覚が起こるわけですよ。だからそれはそれで要介護 5 しか仕方がないだろうなという見方をしております。

【因委員】

要介護 5 は改善の余地はありますか。

【込山委員】

実はベットのの上に寝たきりの状態です。立てかけるのも抱き合っただけですけれども、おしめも全部介抱しないと何もできません。

【小賀会長】

今込山委員から介護保険制度としての本質的な問題が指摘されているのですけれども、時間を進めなければいけない責任をおっておりますので、今ご指摘いただいたヘルプの問題とそれから制度そのものがまだまだその当事者、あるいは家族にきちんと周知されていない、あるいは周知のされ方がもっとうまくいっていないかもしれないということも含めてもう少し次回に議論を続けさせていただければと思います。

今日の3点目の療養病床転換に係る取扱については、説明自体は長くありませんので、これは次回にまわさせていただくということにしまして、会議がちょっと少ないのではないかとご指摘もありましたし、今日の議論が継続していく状況も考えますとできるだけ丁寧に議論を進めていく必要があろうかと思えます。今日のこの会議は一旦終了させていただきまして、積み残した課題については次回以降に回させていただきますのですが、次回からの会議11月12日、ある程度見通しをもってこの場で確認をさせていただければと思うんですけれども、事務局、もうその話に移らせていただいてもよろしいでしょうか。それで皆さん方から事務局あてにいただきました、ご出欠表で一番欠席が少ないところなんですけれども、11月14日の、実は山内委員から先ほどご指摘をいただきましたが、午前中が一番少ない。実は私も金曜日が午後授業があっておりまして、なかなか空けることも出来にくい状況です。今大学も一回でも休めば必ず補講しなさいという文化省からの指導が非常に厳しくなっておりまして、この14日とそれから11月では27日、これも実は午前中になってしまうんです。一番欠席者が少ないのが午前中ということになってしまうんですけれども。そしてさらに12月なんです、ちょっと前半個人の問題で非常に申し訳ないんですけれども、その後の後半以降の日程を確認させていただきますと、12月は17日、24日が一番少ないですが、ここは欠席者が午後が少なかったんですかね、今わからなければ12月につきましては早急に事務局がお持ちの資料を詰めさせていただいて、できるなら山内委員の出席が可能となるように午後設定にしたいのですが。水曜日は難しかったでしょうか。大丈夫ですか。では12月の17日と24日につきましては、できる限り午後設定させていただくということで改めて可能になるかどうかは皆さん方に早期に通知をさせていただきます。大変申し訳ないのですが、11月は14日と27日、双方午前中でお願ひできればと思うのですがいかがでしょうか。10時から12時の2時間。

【因委員】

今回は療養型あるんですよね。山内先生がいらっしゃらないのはやはり痛いんですよね。

【小賀会長】

議題を回すことが可能であればそのようにさせていただきますが、どうですか、事務局。

【事務局】

療養の転換意向は県で調査したものを使用し、広域管内にあるものに関して、どのくらい見込むかということで推計させていただいております。療養転換に関しては医療費適正化計画、地域ケア体制整備構想の計画とつじつまが合うような形ということになります。広域連合独自の調査は、県を通じて禁じられていますので、県からいただいたものをベースに振り分けていくのかということで、資料に関しては事前送付しますので予定通り第5回で実施したいと思っています。次回審議になった資料について、もし事前に欠席ということがあれば、事務局宛てにFAX、メールでご意見ご質問をいただければ回答をご用意させていただきますので審議を予定通りしたいと思います。

【小賀会長】

山内先生いかがでしょうか。

【山内委員】

本当に申し訳ない。私の職業上の問題で午前中は出られません。これは県の委員会でも医師会の部会でも全部お願いしております。だから今度12月も午前中にされるのであれば私は出られません。療養病床については私は県とずっと交渉しておりましたので情報は全部把握しております。ですからここに実際数字が出ておりますので、どうしても5回でこれを取り上げられるということであれば、私も意見があれば事前に事務局のほうにお伝えしますので。これをもって代えさせていただきます。

【小賀会長】

具体的な数値をどんな形でかかげるのは十分12月にご出席をいただいたときにご意見を盛り込むことができるかと思っておりますので、大変申し訳ありませんがどうぞよろしくお願い致します。では11月は14日と27日の午前中、12月につきましては17日と24日に実施をさせていただければと思いますが、12月につきましては、できるだけ午後に設定が可能となるように事務局と詰めさせていただいて、はっきり

わかった時点ですぐにまたご連絡を差し上げたいと思います。時間を 10 分ちょっと過ぎてしまいましたけれども、長時間にわたって休憩もとらずに司会進行の不手際をおかけしたこと申し訳ございませんでした。本当に今日はどうもありがとうございました。では事務局のほうにお返しいたします。

【事務局】

次回 11 月の 14 日は今回の議題一つ積み残しということで、少し時間的にきつくなるのかなと考えております。出来る限り資料を前もって送付させていただきます。また、審議時間の中で終わるように資料を準備させていただこうと思っております。本日は長時間にわたりどうもありがとうございました。

以上