

第3期介護保険事業計画 策定委員会 第6回会議録

【開催日時】平成17年11月11日(金) 10時00分～12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、安藤委員、岡本委員、香月委員、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、
石橋事業課長補佐、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

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】 介護サービス量等の将来推計

【議 題】 介護サービス等の将来推計について

1. 開会

事務局

では、定刻になりましたので、ただいまより福岡県介護保険広域連合第6回第3期事業計画策定委員会を開催いたします。

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吉田と申します。よろしくお願いたします。

議事に入ります前に、事務局から一言ご挨拶を申し上げます。

事務局

本日もお忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。

本日は午前中に第6回、午後から第7回ということで、開催を集中的に行わせていただいております。午前中では見込み量に関するご審議を、午後からは、第5回策定委員会において継続審議となっております第3期事業計画の施策に関するご審議をお願いしたいと思います。

1日という長い時間ではありますが、十分な審議をお願いいたしまして、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いたします。

2. 審議

小賀会長

皆様、おはようございます。

先ほどもお話がありましたが、今日は午前と午後に分けて2回分の会議を取り組ませていただきたいと思います。

まず午前中の会議については介護保険サービスの支援量見込みについて審議を行います。これについては、加盟をしている各市町村の方から早めに見込みをつけてほしいという要望も出ているようです。

本日皆様にあらかじめ配布しています資料は、多くの数字が並んでおり、自分たちで調査をして数字を入れ分析を行って、それをデータとして見ていくならば、まだ比較的分かりやすいでしょうが、こういった形で一時にでてくるとなかなか分かりづらい所もあるかと思えます。事務局から提出されている資料については、数値化されたものを図表にして分かりやすく作っていただいています。この午前中の議論については、どのようなことでも構いませんので、不明な点をご遠慮なく質問していただければと思っています。

その上でこの支援量の総体が、具体的には加盟している自治体に生活する被保険者の方が支払う保険料として現れてきます。そのため非常に慎重に議論をしていかなければならない部分でもあります。

まず、事務局から資料の説明をいただいてから議論に入りたいと思います。

では説明をお願いします

事務局

(資料説明)

小賀会長

まず、全体の状況としては、介護保険を利用する要介護認定を受けた高齢者の全体数がこれから増えていきますので、パーセンテージが減っていても現実としてはサービス利用者は増加していくというような状況です。それにきちんと対応していかなければならないということがこの推計値の中に見られるかと思えます。また、第4回の会議でもありましたが、国の参酌値の基準にそのまま広域連合の実状をあてはめると、大変な状況になってしまうということで、前回はそのまま国の参酌値にあてはめた資料を事務局から出していただきましたが、今回は広域連合の実状に即して修正をかけた内容になっています。

第4回の会議で藤村委員からご意見をいただいたと思いますが、国の参酌値である

37%に合わせるのではなく、減少していく割合に着目して判断してはどうだろうかということだったので、事務局としても減少の割合に着目し、サービス量の見込み額を算出したという結果になっています。

サービスの内容が介護保険制度の改正後によって変わっていきますので、数値として減っているように見えるところも、全体として見ると現実的にはサービス量は増えているという説明でした。

今回出された資料及び今の事務局からの説明について、どのようなことでも構いませんので、分からないところやもう少し説明を詳しくして欲しいところ等があれば、ご意見、ご質問をいただきたいと思いますがいかがでしょうか。

古川委員

基本的な質問ですが、資料6ページで、高齢者人口を前期と後期に分けてありますが、この部分の見方はどうなっているのでしょうか。

事務局

前期高齢者には65歳から74歳までの高齢者が該当します。後期高齢者は75歳以上の高齢者ということになります。この2つを合計していただくと、高齢者人口の総数と一致するようになっております。

小賀会長

今の質問は推計値を見ていくときに非常に大事なご指摘だと思います。やはり75歳以上の高齢者については、介護を必要とするという意味で出現率が高くなっていくわけですので、こうした基準を設けて推計していくということになっていくと思います。認知症の高齢者についても80歳を過ぎると急激に出現率が高くなるというような研究結果も出ておりますので、そうしたことも併せて考えていかなければならないと思います。

馬場委員

何点かご質問させていただきたいと思います。資料8ページの「居宅/地域密着型/施設サービス必要量の推計」についてです。

まず1点目に、予防事業に関してはまだ報酬額が設定されておらず、運営部分はそろそろ給付部会で人員の配置等は出てくると思います。この予防事業について基本的に今の民間や医療法人の事業所全部が、予防事業を行うということなのか、それとも事業所が手を上げるのかそうではないのか、また報酬が極めて低いということならば予防事業の指定を受けないということもあるのではないのでしょうか。

また、資料の居宅サービスの1に通所介護がありますが、平成17年度は686,097回で、平成18年度は320,533回と半分になっています。つまり現在デイサービスを利用している方の半分が予防に変わるということになります。現在は要支援から要介護5の方まで

が利用していますが、来年度からは国が示した数値によると現在の要介護1の約6割が要支援2になると示されています。それを見込んだ上での推計であると思いますが、そのように理解していいのでしょうか。また、その際にデイサービス事業者は制度改正後も継続して取り組んでいくと見込んでいるのでしょうか。

最後にこれは感想ですが、介護3施設については、実数としては上がってきておりますが、特に要介護4、5について書かれています。特養で現在平均値としては3.5から3.8くらいです。この数値でいくと施設定員の50人全員が要介護4、5の方になって、介護施設がほぼ病院のような状態になってしまいますので、厳しい数字ではないかと思います。

小賀会長

まず1点目は、予防事業に関して、全ての事業所が予防事業に取り組むことを前提としているのか、2点目は通所介護に関して、デイサービス対象者の約6割が予防事業対象になることを見込んでいるのか、またそれでもデイサービス事業者は継続して取り組んでいくと見込んでいるのか、3点目は施設の推計値の現状はここまではなく、少し厳しい数字なのではという感想でした。

では、事務局から回答があれば答えていただいたうえで、この点については委員の皆様方からも、現状に即して介護サービスを展開している施設や事業者が、新しい制度をにらんでどのように対応するだろうかということもご意見をいただきたいと思います。

事務局

まず、予防事業の参入についてのご質問でしたが、ここで示している予防事業については、トレンドから実際に振り分けられるサービスを見込んでいます。そしてこれだけの介護予防サービスを利用される方がいらっしゃいます、というように事業計画には記載していくことになると思います。それを見て事業者の方が実際に介護予防に参入しても実質利益があがるのかというような判断は、報酬単価もまだ決まっておりませんし、その後になるかと思えます。

あくまでもここに示している数値は次年度の保険料推計の基礎資料として、現状はこのくらいのサービスが必要ではなかろうかということを経営的に推計して作成しておりますので、事業所側の参入意向や保険者側として何か加味すべきものがあれば、施策の方で行うということが事務局側の考えです。

馬場委員

そのように理解していましたが、確認のために質問しました。

別に質問をさせていただきますと、地域密着型サービスの部分で、平成18年度の推計値が地域密着型特定施設入所者生活介護は132人とあり、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護は0人となっていますが、この推計基準は国の参酌を基にしているのでしょうか。それとも地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護が0人なのは広域連

合が特に必要ないと判断しているのでしょうか。

事務局

まず、地域密着型特定施設入所者生活介護の推計値に関してですが、資料 5 ページをご覧ください。この 9 に、「定員数 29 人以下の特定施設入所者が地域密着型特定施設入所者生活介護に移行」とあります。これは実数の部分から持ってきています。現状の利用形態として特定施設入所者生活介護の方で 29 人以下の特定施設に関しては、地域密着型サービスの方に移行して推計をかけています。

また、老人保健福祉施設の 29 人以下の部分については、今回の資料は第 4 回のものよりかなり修正させていただいております。地域密着型サービスについては、現状の利用意向等が捕捉できなかったということが実際あります。地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の推計をかける際、新規にそういった施設を建設する場合参入意向があるかどうかということは甚だ疑問ではあります。また、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を整備するコスト面等を考慮した場合、他県にも確認したところ地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護については整備しないという場所もありましたので、今回の資料には推計としては挙げておりません。

この委員会において、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護が必要ということであれば、持ち帰り再度検討して推計をかけたいと思います。

小賀会長

これにつきましては、事務局としてもご意見をいただきたい部分でもあります。

藤田副会長

サービスの必要量を推計して計画値に挙げていくということと、事業所の参入見込みを施策課題としてどうするのかということは確かに開きがあると思います。

夜間対応型訪問介護について、おそらく地域夜間訪問介護ということで、人口 20 万人～30 万人に 1 ヶ所設置するというものでしょう。私は飯塚市と嘉穂郡 4 町の計画の策定委員会にも所属していますが、そこでは地域夜間訪問介護は、通常の訪問介護事業所が夜間に対応していくという形が制度改正後も続くだろうといわれています。ですから新たに夜間訪問介護事業という形の中で数字を落とすというよりも、通常の訪問介護の夜間早朝対応内におそらく含まれてくるでしょうから、必要ないのではないかという結論になりました。広域連合としてはそのあたりのお考えはいかがでしょうか。

事務局

夜間対応型訪問介護について、資料中の回数というのは費用に繋がります。あくまでも利用形態としての数字として掲載させていただいております。そこで実際にサービスを事業所ごとに展開するというのではなく、あくまでも夜間対応型訪問介護のサービス累計で、平成 18 年度から平成 19 年度にはこのくらいの年間利用者があるだろうということで、トレン

ドから推計をかけておりますので、そこから事業量をなくすということはその費用見込みができないということになりますので、回数としてご理解いただければと思います。

小賀会長

つまり、どの事業所がこのサービスを展開するのかということではなく、サービスそのものがどう使われるのかという形で推計値が上がっているということですね。

藤村委員

資料の 9 ページ(2)地域密着型サービスの 小規模多機能型居宅介護が平成 18 年度から 118,472 回の見込みで、参考資料の方の同じ項目の数値が 106,949 回の見込みなっていますが、これはどうなっているのでしょうか。

また、小規模多機能というのは制度改正に伴ってできる新たなサービスなのですが、突然このような数値に対応した整備ができるのでしょうか。これは通いを中心として泊まりや訪問を行っていくものですので、既存の居宅介護支援事業所等に併設という形になっていくと思いますが、初年度からこのような大きな数値に対しての整備についてどのようにお考えでしょうか。

小賀会長

新規事業として始まる小規模多機能型居宅介護について平成 18 年度からこのような数値でスタートできるのかということですがどうでしょうか。

事務局

まず資料についてですが、参考資料の数値が誤っております。申し訳ありません。資料 9 ページの方の数値が正しく、そちらでご理解いただきたいと思います。

また、2 点目のご質問についてですが、資料 4 ページをご覧ください。先ほどからのご意見と重複する点もあるかと思いますが、小規模多機能型居宅介護を推計する上で現状の通所介護及び短期入所生活介護から小規模多機能型居宅介護に移行する際に、延べ利用回数、延べ人数からどのくらいの利用があるかということで数値をお示ししております。また、実質上事業所の参入に関してここまで整備基盤が整うかどうかは事務局側としては把握できていません。この部分の数値についても、事業量標準給付見込み額を推定する上で分岐させここに積み上げて示していますので、平成 18 年度に提供拠点の基盤整備について年間 10 万件を越えるものに参入意向があるかどうかというのは、この数字を広く公開することによって、施策として基盤を整備するしかないのではと思っています。ですからここに挙げてある数値は、来年度からの基盤整備を加味して推計するということが難しかったので、あくまでも総費用ベースということで回数を挙げさせていただいています。

小賀会長

この小規模多機能型の見通しについては、なかなか把握が難しいという現状であると思いますが、今のような回答でよろしいでしょうか。

藤村委員

では実態としては、訪問介護や通所介護の方に結果として拳がっていき、当面はそちらの方になっていくということですね。

それともう1点、施設サービスの推計部分で、前回意見を述べさせていただいて実態に即した数値に推計し直されていますが、平成18年度以降については数値がずっと同じですが、この介護施設サービスがこの3年間は基本的には増やさないという方針なのでしょうか。平成21年度からは少しずつ増えていっていますが、この3年間は変化がないとなると、市町村からの事業計画があがっていかず、県の方の高齢者保健福祉計画にも作られないということで、この3年間の施設については押さえておこうというようなお考えなのでしょうか。

小賀会長

これについては国の方針と広域連合の方針の両方があるかと思いますが、そのあたりについてはいかがでしょうか。

事務局

まず、県の支援計画の件ですが、支援計画はあくまでも保健圏域の方で、広域連合から市町村毎の見込値として3施設の見込数を県の方に挙げると、他の保険者からも保険圏域部分の積み上げの利用者数が拳がってこようかと思えます。広域連合の数字だけで県の整備計画に影響するとは考えておりません。例えば1地区において他の保険者と合算した形で数字を積み上げる際に、いくつかの保険者から事業計画の素案等を拝見しましたが、概ね国の参酌基準の37%に落としています。

実際に予防効果が発生するのは平成18年度の事業実施効果として平成19年度に現れてきますので平成18年度は平成17年度をトレンドで伸ばし、平成19年度以降に37%まで落としているということも拝見した中にありました。しかし拝見したのも明らかに現状の施設利用率が40%後半のもので、そこから37%に落としています。広域連合は60%近い利用率があって、その中で少なくとも今回出させていただいた修正案では前回の資料よりも3,000名規模で基本的には伸ばしています。この部分を平成21年から自然増分で見込むということはなかなか難しいのではと判断しています。その際、他の保険者がずっと37%まで落とし、37%未満の保険者にとっては37%に上方修正してくるということになるかと思えます。その圏域の中で現在整備されている床数とその利用者数見込みを勘案され、県の方で総合判断されて整備計画を作られると思いますので、広域連合の数字だ

けをもって 3 施設を作るか否かという判断は、現状では事務局としてはできないと思っています。

藤村委員

今のお答えは十分理解しているつもりですが、基本的に私が懸念として持っていることは、施設を整備するか否かということではなく、施設給付というものは当然、結構大きな保険料の引き上げ部分になるところです。この施設の部分における利用者数がこのままの形で推移すると広域連合が決めてあるならば保険料の設定も出やすいかと思いますが、3 年間で利用者が増えるならば保険料に影響してくるので、県の整備計画ということではなく広域連合として施設をこの 3 年間についてどう考えているのかということをお聞きしたかったのです。

事務局

現状ある施設については実際に決まったところがあると思います。藤村委員の言われたように施設利用者がこれ以上増加した場合には保険料に影響がでるのではないかとということで、その辺りの考えはあっていいと思います。あくまでも施設の部分に関しては、今回提示させていただいた設置基準でいかせていただきたいと思います。また、増加する部分に関しては、現状の居宅サービス利用としては 68.3%の利用者がいます。その分に関して広域連合から平成 18 年度までに対前年比で居宅サービス利用者見込数を 5%ずつ上げております。平成 19 年度においては 79.9%の利用者見込数で居宅サービスの方を上げております。施策的に施設から居宅へとサービスの展開を図る上で、給付という観点で考えると増加する部分はこのあたりで緩衝できるのではないかとという形でも考えています。

馬場委員

個人的な見解ですが、高齢者介護の部分で住み替えや、特定施設部分の小規模多機能や、住まいや通い等様々な事が出ておりますが、「老いる」ということと「死」ということは避けられないと思います。地域密着型で街の中で「老いる」ということは、それを緩やかに求めていくということで、新しい住まいのあり方という形で国が提唱していますが、実際最期の時を病院や施設を使わないで、その場で「死」、ターミナルを完結させれば、それはそれで住まいとして感じ取れるのではないかと思います。これはホームヘルプでも同じです。しかし小規模多機能型サービスが、今のホームヘルプから病院へ、病院から療養型施設へという流れの中で「住み替え」ではなく、もっと言えば「たらい回し」になるところを増やす結果になる可能性もあるのではないかと懸念しています。何年間かはいいかもしれませんが、80 歳から先は「死」を迎えるとき多くが寝たきりになる可能性が高くなりますから、その時を特養や病院がその時に入ってくるという今の体制自体が、果たしてよいのかどうかと感じながら整備していくことが、自分たちが生活するというのを考えたときに、それが正しいかどうかと思っています。また 5 年後に見直しがあると思いますので、それを見据えながら検討していきたいと思っています。

香月委員

本日の討議の内容は非常に難しい部分だと思いつながら資料等読ませていただいています。その中で数字で最初に計画を立てるとありましたが、実績に基づいて数値を出すことは可能だと思いますが、最初に数字を出して逆算して中身は何かを見ていかなければならず、来年度の制度改正で、新しい事業内容として興そうとした場合のメニューを具体的に考えておかなければいけないと思います。数字がかなり大きなもので出ているので、それを具体的なメニューとして事業者側が考えておかなければ、それ自体が駄目になってしまうような気がしています。

今日の資料の中で新予防給付の予防効果についての数値が出ていますが、介護度が進行した人がそのメニューで改善できないということであれば、どこの部分でその方たちに効果のあるメニューを展開するのかというようなことも併せて考えていかなければいけないのではと思いました。

またお願いですが、小規模多機能型居宅介護について、どのようなメニューを考えているのか、少しでも構いませんので具体的に出して数値化していただきたいと思います。

例えば今から医療依存度の高い方たちが地域に出てくるとすれば、現在の制度では効果が得られない方たちがいて、その方たちに対してどういったメニューを行えばいいのかということ、**「小規模」**や**「多機能」**等という面でどのように考えているのでしょうか。

藤田副会長

関連した質問ですが、今日の資料の中にある新予防給付の実施効果は、現実に介護保険のサービスを受けている方たちの間の効果ですのでこの資料でわかりますが、地域支援事業の実施効果の試算がわかりにくい気がします。

一つは抽出条件で一度申請した方が非該当になって、再度支援してどうだったのかとなっていますが、非該当になった方が再度申請をしてそれでもまた非該当になったりして何らかの介護予防の教室に通ったりしたのかというようなことも含まれてくると思います。

また、非該当の方が再申請をして要介護認定された場合のことがあります。平成18年度にハイリスク高齢者で介護予防事業を受けたにもかかわらず要介護認定を受けるおそれのある者ということになっていますが、ハイリスクの高齢者は極端に言えば全て介護予防事業を受けるという想定で示されているのでしょうか。

小賀会長

ここで10分休憩をとりまして、休憩後に事務局から今の質問に対して回答をいただきたいと思います。

(10分休憩)

小賀会長

先程の香月委員と藤田副会長からのご質問に関して事務局から回答をお願いいたします。

事務局

資料の4ページをお開きいただいでよろしいでしょうか。

先ほども説明がありましたが、通所介護、短期入所生活から、小規模多機能居宅介護という新しいサービスが創設されます。現状どのサービスにもあふれている方の受け皿として、小規模多機能居宅介護というサービスが提供されるうえで現状ではサービスの中身や報酬単価など決定されていないことが多々ありますが、今回の資料のなかではこの必要量を想定した中で大きな数字になっております。つまりそれだけ人数が必要だということで保険者として真摯に受け止めこの中のメニューに関して意見が出せるものがあれば細分化したなかでメニューが整えばと思っております。是非、午後の施策の時間でもこれに関してご意見をいただければと思います。

またもう1点、藤田副会長からのご質問についてですが、別紙の4ページの介護予防事業の効果について補足させていただきます。まず、その前に2ページ前にある国が示す介護予防効果の参酌値をご確認いただきたいと思います。平成18～26年度における介護予防事業の効果、これは高齢者の5%を対象として非該当もしくは虚弱な方をスクリーニングで抽出します。連合では概ね20万人の高齢者がおられますが、その5%である1万人の方々に対して介護予防事業、現状市町村で行っていますメニュー等を実施していただくことによって、現状の健康状態を維持していただける、そして次年度以降も要介護等認定に至らないかたちで予防施策を打っていかうという水際の政策になります。その効果は国が示すのは12%となっていて、連合として平成18年度は1万人を対象とすると1,200名の方が翌年度において要介護等認定をしない、またその方は次年度も介護予防事業の対象者として継続的なメニューをしていただくということです。

連合として4ページにお示したのは、連合は来年度43市町村になりますが連合として市町村において、介護予防事業のメニューを実施していくこととなりますがこのメニューはいま現在実施しておりません。この予防効果は国が試算するほど出るのかどうかわかりません。連合としては、国が示すほど高い目標値ではなくて最低限ここをクリアしたいという意味合いの目標値はないのかということで、とりあえず現状は抽出条件として甘いかもしれませんが、平成16年度中は概ねプログラムが半年～1年で実施されると思いますので、平成16年度中に申請をされて要支援・要介護1の認定を受けた方と申請をして非該当になった方たちが、その間に何らか実際にメニューをしたのかどうかは補足できておりません。ただ、資料では何もやってないことを想定しています。1次非該当が1,523名おられて、2次非該当が平成17年度実績1,161名おられ、残り23%の方は要介護等認定を受けられています。最低限目標値としては、この23%の方に対して実施する介護予防事業において2.9%の方たちを申請せずに現状のままにいていただこうと一番下のラインとしてこの資料をお示しています。当然メニューが整備され保険者として努力が実った折にはこれより

も国に近い数字で予防効果が現れればと思っております。その際、平成 18 年度からの実施事業におきましては、数字が実践できたかどうかを評価できる体制を整える必要があると考えております。

小賀会長

お二方よろしいでしょうか。

香月委員

説明ありがとうございました。

私は看護の立場からお話させていただいた理由を知っておりますので、現行の状況で通所介護を受けたい、医療依存度の高い人は通所介護をもっと受け入れていただければ自宅に帰れますという場合でも、現在の通所介護の状況ではそういった問題を持っている人を受けることが難しいというのが現状です。そのような状況のときに医療依存が高く、デイサービスを利用したいという人のための多機能の施設ができればいいと思います。あるいは、医療ニーズを持つ子どもが実際には学校に通っているけども、そういった人たちでも訪問してほしいと思っても訪問できない状況があります。いろいろネックになっているものが小規模多機能型として一つのメニューとして考えていかなければという思いがありました。先程の説明で私のほうは結構なんです、人数もかなり上げていただいていますので、その数字が生きるように考えていただければと思います。

小賀会長

ここに上がっている数字が、具体的に現場で援助者が高齢者と対応しているときに、この高齢者は新しい制度でどのように介護保険サービスを利用していくのだろうか、ということが、具体的にイメージできるのかどうかはすごく大きな問題だと思います。今の介護保険制度そのものが、保険者が具体的に施設なり事業なりを運営・経営しながらそこでサービスを調整していくというにはなっておりませんで、そのあたり措置という制度の時代だったらサービスを提供して行くこととそのための費用やサービスを考える点ではおそらく一つのものだったろうと思いますが、現行の制度は難しいところだろうと思います。

もう 1 点、藤田副会長からのご質問で、本日の資料 4 ページ、事務局も 1 次非該当と書かれた 1,523 人の高齢者が 2 次のときに非該当もしくは要介護等についてどういう状況を経て移行していったのかは把握できていません。現行の事務局体制では把握できない状況にあって、そのあたりについてもこれから事務局体制に関してもどうあってほしいのかというのも、我々が提言として出していかなければと思います。このように移行していくところで一人一人の高齢者の顔が見えない、なぜ非該当のままなのか、なぜ要支援や要介護になったのか、というところがおそらくこれからは地域包括支援センターが把握しながら事務局と連携して、具体的な実態を事務局としても把握できるというシステムになるのかどうか、非常に大きな課題なのではないかと思えます。そうしたことも含め数値だけの問題だけではなく、何か委員会として提言できるものがあるのではと思っています。

馬場委員

市町村においては、市町村の高齢者保健福祉計画が介護保険とドッキングした形で市町村でつくりたいといけませんよね。基本的に広域連合での介護保険の数値が決まれば市町村は市町村でそれを参考にしながら高齢者保健福祉計画を勘案しなければならない、県は県で高齢者保健福祉計画というものをつくらなければならない、ということですが、障害者に関してどうなるのかという懸念があります。障害者自立支援法が可決されましたが、連合としては障害者自立支援に関しては事業計画のなかでどうとらえるのか、障害者福祉計画と介護保険との関連についてお聞かせいただければと思います。

小賀会長

先の国会で障害者自立支援法が成立しまして来年からスタートします。今のところ、障害者自立支援法に関して支援費ということで運用されていますので、介護保険とは別の制度で当面進んで行くとは思いますが、馬場委員のご指摘のように、4年後の新たな介護保険制度改革の折に障害者の介護サービスにかかるところは介護保険に統合されていくということは、厚生労働省もはっきり言っています。今のところ見通しとして事務局として対応策があればご意見お聞かせいただければと思いますがいかがでしょうか。

事務局

将来的に統合の方向に進んでいるのは間違いないとは思っています。統合される折には介護保険事業計画のなかに織り込むのか障害者支援計画に一部入っていくのかによって方向性が違ってきますので、そのあたりは国の施策等を勘案しながら連携がとれればと思っております。現状、第3期事業計画においては連合が持っている介護保険データを市町村ごとに切り出してお渡しすることから始める必要があるのではないかと思います。

小賀会長

ホームヘルプサービスなどは高齢者介護事業所が支援費という制度を使いながら障害者のホームヘルプサービスにも対応しているという現状がございますので、第3期の計画を実施していきながら介護保険と障害者介護が統合される折は情報を集めていくということが大事になると思います。

藤村委員

今回大幅な改正でそのなかで事業計画を策定されるのは大変な作業だったと思います。送られてきた資料で、来年度の平成18年度でみるといくつか理解しづらい数値もありました。平成20年度、また5年を1期とすると平成22年度の数字に着目すると、目標値としての平成20年度、平成22年度の数値の流れから平成18年度はこういう数値になるという、そういう理解でよろしいですね。

事務局

今年度から3年が1期になりますので、時期区分は平成20年度までとなります。計画期間と保険料期間が違っていました。今回から同じになりますので、目標達成年度としては平成20年度ということになります。

小賀会長

この事務局提案をお認めいただくということによろしいでしょうか。

ではご異議ないものと思いますので、この計画で第3期事業計画を実行していくということによろしく願いいたします。

午前中の議論はこれで終えさせていただきますので事務局のほうに議事をお返しいたします。

3. 閉会

事務局

長時間にわたるご審議、ありがとうございました。

以上を持ちまして福岡県介護保険広域連合第6回第3期介護保険事業計画策定委員会を終了いたします。

なお、本日は午後より第7回の策定委員会を開催いたしますので、よろしくお願いいたします。

以上