

## 第6期介護保険事業計画 第4回策定委員会 議事録

【開催日時】平成26年8月12日（火） 13時30分～15時00分

【開催場所】福岡県自治会館101会議室

【出席者】（敬称略、50音順）

策定委員：小賀会長、因副会長、井上委員、太田委員、田代委員、廣津委員、藤村委員、  
山口委員  
事務局、支部事務長

### 【議案】

- ・ 1 平成24年度、25年度 第5期介護保険事業計画運営状況報告について
- ・ 2 平成25年度 介護予防効果測定調査結果について
- ・ 3 高齢者人口、認定者数等の将来推計について

### 【会議資料】

- ・ 資料 1：平成24、25年度 第5期介護保険事業計画運営状況報告 概要説明
- ・ 資料 2：平成25年度 介護予防効果測定調査結果 概要説明
- ・ 資料 3：高齢者人口、認定者数等の将来推計

..... 【議 事 内 容】 .....

### 事務局

それでは定刻になりましたので、福岡県介護保険広域連合第4回介護保険事業計画策定委員会を開催いたします。進行を小賀会長はよろしく願いいたします。

### 小賀会長

皆さん、こんにちは。今日は4回目の会議になります。第5期の介護保険事業計画に関する事業の24年度・25年度の概要説明に入ってください、可能であれば、今日の資料を全部確認させていただきたいと思っています。では事務局から、適当なところで区切りながら説明をお願いいたします。

## 1 平成24年度、25年度、第5期介護保険事業計画運営状況報告について

### 事務局

まず資料を確認させていただきます。前回の委員会でお配りしていた「高齢者人口、認定者数等の将来推計」。それから、開催案内に同封させていただいた「資料1 平成24、25年度 第5期介護保険事業計画運営状況報告概要説明」、「資料2 平成25年度介護予防効果測定調査結果概要説明」です。皆さん、お手元にございますか。

それでは、資料をご説明いたします。まず、「資料1 平成24、25年度 第5期介護保険事業計画運営状況報告概要説明」から説明します。こちらにつきましては、事業計画値と実績値を比較している資料です。24年度と25年度の間値までは、前回の検証委員会で一度、資料としてお示したものです。25年度は実際に全て実績値がそろったところで、2年分通して簡単にまとめております。

冊子として、報告書については、24年度分は皆さんのお手元に一度お配りした経緯がございます。25年度については、今、印刷中となっておりますので、刷り上がり次第、皆さんにお配りしたいと思っております。

それでは早速資料の中身に入ります。2ページの中ほどの表をごらんください。総人口と高齢者数、それから高齢化率です。まず、総人口の実績値と計画値を比較し、24年度が100.0%、25年度が100.1%と、ほぼ計画値どおりになっています。続きまして高齢者数は、24年度が100.1%、25年度が100.4%と、こちらも計画値どおりになっています。高齢化率は、24年度が100.1%、25年度が100.3%とほぼ計画値どおりになっています。高齢化率の全国値は、平成24年度が23.8%、25年度が24.7%となっております。広域連合と比較して、1.7ポイント程度、広域連合が上回っている状況です。

続いて、3ページの上の表をごらんください。こちらは認定者数と認定率になります。まず、認定者数ですが、実績と計画を比較しまして、24年度が100.9%、25年度が100.8%と、若干計画値よりも高位で推移しています。認定率は、全体として、平成24年度が100.7%、平成25年度が103.7%で、計画値よりも高位で進んでいます。認定率は実績値で、平成24年度は19.98%、全国値が17.99%ですので、こちらも全国値よりも高い認定率で推移しています。25年度についても同様に高い状況で推移しています。介護度別に見ると、軽度者、中重度者で分けると、軽度者は計画値よりも高位で実績が推移しており、全国値と比較しますと、広域連合が平成24年度で10.66%、全国値が8.1%ですので、高い認定率で推移している状況です。25年度も同様の状況です。中重度者に関しては逆転して、全国値が9.89%に対して実績が9.33%と全国値よりも低く推移しています。25年度も同様の状況です。ただし、平成24年度と平成25年度を経年的に比較すると、若干ですが全国値に近づく状況にあります。

続きまして、その下の表、施設・居住系サービス、それから標準的居宅サービスの表になります。施設サービスの利用者数は、24年度と25年度を実績値と比較すると、94.9%、88.3%と、計画値よりも低位で推移しています。居住系サービスはグループホームなどの分になりますが、こちらも計画値よりも低位で推移しています。次の標準的居宅サービス等受給対象者数は、認定者数から施設利用者数を引いた数で、在宅サービスを受ける可能性のある方の人数です。こちらが、24年度、25年度ともに100%を超えていて、計画値よりも高くなっています。これは認定者数が計画値よりも高く推移したこと、施設サービスの利用者数が計画値よりも低く推移したこと、こういった要因で計画よりも高くなっています。

次の4ページの表をごらんください。左側に介護サービス、右側に介護予防サービスがあり、サービスごとの利用実績と計画値を比較したものです。こちらについては、介護サービスも介護予防サービスも全般的に計画値よりも高位で推移しています。理由としては、先ほども申し上げましたが、認定者数が計画値を上回った、それから施設サービスの利用者が計画値を下回ったということで、居宅サービスを受ける方が増えたことが要因となっております。

次の5ページの上の表をごらんください。地域密着型サービスです。一番上の定期巡回・随時対応、一番下の複合型については計画値を実績値が大きく下回っています。新サービスの分です。中ほどの小規模多機能等については計画値を大きく上回っています。

下の表は介護保険3施設と居宅介護支援、介護予防支援になります。施設サービスは、先ほど申し上げましたが、計画値よりも低位で推移しています。居宅介護支援と介護予防支援については大体100%前後で推移している状況です。

次の6ページの表をごらんください。標準給付費と地域支援事業費です。実際の給付の費用につ

いては、24年度は102%、25年度は99%と、ほぼ計画値どおりに推移しています。下の地域支援事業費は、91%と98%で、若干計画値を下回っています。

7ページをごらんください。まず、上段の表はサービスの利用割合です。こちらの定義は、実利用者の人数を要介護、要支援認定者数で割ったものです。それが全国値と比較して高いのか低いのかということです。こちらは、介護サービスについては通所リハ以外、全て下回っています。それから、先ほど申し上げた施設サービスは、全国値を全て上回っています。表中の表記では見えませんが、介護予防サービスの、特に介護予防通所リハが全国値の2倍以上の利用となっています。

それから、下の表がサービスの利用量です。こちらは、利用回数・日数といったものを実際の利用者の人数で割って、全国値と比較しました。介護サービスについては、通所系サービス、短期入所は広域連合値が上回っています。介護予防サービスについては、25年度の介護予防短期入所療養介護を除いて広域連合値が下回っており、地域密着型サービスについては、認知症対応型通所介護の利用量が全国値を上回っています。

次は8ページです。まず上の表と下の表の見方について、○と書いてあるところは広域連合の平均値のプラスマイナス5ポイント以内です。△は平均値プラス5ポイント以上、活発に利用している状況です。▼は平均値マイナス5ポイント以下です。これはあまり活発には利用されていないという状況です。特徴的なところだけ申し上げますと、訪問系は遠賀支部、田川・桂川支部が高く、逆に朝倉支部、うきは・大刀洗支部、柳川・大木・広川支部が低くなっています。施設・居住系サービスにつきましては、全般的に朝倉支部が高くなっています。下の表になりますが、施設種別ごとに見ますと、介護老人福祉施設は朝倉支部が高く、粕屋支部、鞍手支部が低くなっています。介護療養型医療施設につきましては、粕屋支部が高くなっています。

これで資料1の説明を終わります。

#### 小賀会長

ありがとうございます。では、ただいま報告がありました資料1について、どこからでも構いませんので、ご質問・ご意見があればお願いいたします。

#### 田代委員

初歩的な質問で申しわけございません。要介護度を軽度と中重度で分けてありますが、軽度は要支援1、2までか、それとも要介護2まで入っているのか、教えてください。

#### 事務局

要介護2までが軽度の方で、要介護3以上が中重度の方です。

#### 田代委員

軽度には要支援も入っているんですね。

#### 事務局

入っています。

#### 小賀会長

その他いかがでしょう。

**廣津委員**

給付のところで、この資料を読ませてもらったんですが、24年と25年の差が年間8億100万円ほどになっていますが、増えているんですね。

**小賀会長**

何ページをごらんになっていますか。

**廣津委員**

6ページです。平成24年と25年の差が8億100万円です。計画値に対しては100%などという数字が出ていますが……。2ページに書いてある総人口というのは、1号と2号を合わせた人数のことですか。ここに、総人口、高齢者数、高齢化率と書いてありますが、そう理解しているんですね。質問の意味はわかりますか。

**事務局**

もう一度よろしいですか。

**廣津委員**

2ページに載っている総人口というのは、1号と2号を合わせた人数なのでしょうか。

**田代委員**

そうではなく、全ての総人口じゃないでしょうか。住民基本台帳に載っている総人口。

**廣津委員**

広域連合加盟者ですか。

**田代委員**

はい。そうだと思います。

**廣津委員**

広域連合加盟者というのは、1号と2号でしょう。

**田代委員**

1号は65歳以上で、2号は40歳以上ですね。もっと下の段階の人がいますので。

**廣津委員**

それも含めてるんですか。

**田代委員**

はい。住民基本台帳に載っている全ての人です。

## 廣津委員

とにかく、総人口が 0.1%しか増えていないのに、ここでいう給付費は 1.40%増えています。1年でこうだから、今後もだんだんと増えていくと思います。この資料を見て何か対策を考えなければならぬと思いました。皆さんはどう思われるかわかりませんが、1年でかなりの増え方ですね。

## 事務局

総人口の増え方よりも、これからは、その中の高齢者の増え方のほうが大きいという意味です。

## 田代委員

廣津さんがおっしゃっているのは、総人口があまり増えていないのに、給付率が増えていることについてだと思います。おっしゃるとおりだと思いますが、出生率そのものが減っていて、年少人口がぐっと下がってきているので、今後、おっしゃるとおりの社会になると思います。

## 廣津委員

だから、対策を考える時期に来ているんじゃないかと言っています。

## 事務局

介護保険のサービスを受けられる方は、2号被保険者もいますが、原則 65 歳以上の高齢者の方になります。だから高齢者の方が増えていけば、認定を受ける方も増えてきて、サービスを受ける方が増えてくるから、必然的に給付費も増えてきます。

## 廣津委員

増えるのが悪いと言っているわけじゃないんですよ。ただ、こういう大きな増え方をしていく以上、財政が逼迫しているんじゃないかと言っているんです。だから、それに対して、何か対応策を考えていく時期に来ているんじゃないかと私は考えます。

## 小賀会長

そのとおりです。具体的にどんな対応策を広域連合として行うことができるのか、この資料を見ながら、次の 6 期の計画の中で議論していくことになります。今の廣津さんのご指摘は、もう少し先で、具体的にどうするのかという話をする事になると思います。

## 小賀会長

その他はいかがでしょうか。

## 井上委員

7 ページの介護予防通所リハビリテーションですが、全国値の 2 倍以上ある原因は何でしょうか。

## 田代委員

医療機関が多いからだだと思います。

## 井上委員

それは分かって聞いています。地域ごとの施設数で値が変わってくるんですよね。8ページの支部別の特徴の中で、介護予防通所リハビリテーションが2倍以上になっている要因の地域はどこですか。

#### 小賀会長

事務局、おわかりになりますか。特に2倍以上になる地域的な要因があるのかどうか。福岡県は医療機関が多いということと同時に、その医療機関が介護保険サービスに参入しているところも多いと考えなければいけません。

#### 井上委員

通常、退院したら通所リハビリに移行していきますが、それでも全国の2倍以上の数値が上がっているというのは、ちょっとサービス提供施設が過剰過ぎるんじゃないかという感じがするし、そういう請求を認めていること自体がどうなんだろうと思ったので質問しました。特定のどこの地域なのか、わかれば教えていただきたいです。提供施設をつくるのがサービス利用を増やしているのであれば、要するにこの通所リハビリは、同じ保険者の中で受けられるサービスの質の差が地域ごとに出てくるわけで、異常値が出てくるのはチェックしておいたほうがいいんじゃないかと思って発言いたしました。回答が出ないようであれば結構です。

#### 小賀会長

もし事務局で即答できなければ、重要な指摘だと思いますので、次回の会議でお願いできるでしょうか。いかがでしょうか。

#### 事務局

介護予防の通所リハビリの実績が高い市町村をお示しするということですね。次回までには、実績として24年と25年の分を市町村別にご準備します。

#### 因副会長

関連して発言してよいでしょうか。

#### 小賀会長

はい。

#### 因副会長

医療機関が多い、サービスが多いというのは、要介護度の改善や健康寿命につながっていればいいと思います。また、予防の通所リハが多いところは元気な人が増えています等の状況が、もしわかれば教えてください。

#### 田代委員

私も同じことを思っています。次の説明であると思いますが、介護予防効果測定調査をされているので、介護予防をよくやっているところ・やっていないところは、先ほど井上委員がおっしゃったように、通所系のリハが多い等の、その相関関係を知りたいなと思っているところでした。その

場合、介護予防をもっと行政にさせていただく事になると思いますし、リハビリを送迎付きで行うことは、利用者にはよいこととなります。重度化を防ぐためには、これは有意義なものかもしれませんが、そこは今後検討する大きなポイントかなと思います。

#### 井上委員

地域ごとにある程度、平準化したサービスが提供されないといけないと思っていますよ。居住地域によって提供されるサービスに差があった場合、例えば、脳梗塞等の後遺症でリハビリが必要な場合、病院から強制的に6週間ぐらいで退院させられてしまいますが、そうすると、後のリハビリテーションの補填というのは、通所リハビリで行うしかないわけです。そのときに、平準的にサービスが提供されているのであればいいですが、ある地域の人には十分なリハビリが受けられるが、ある地域の人には十分なリハビリが受けられないとなると、次の入所に繋がったりするので、ある程度のメルクマールをつかって、このぐらいのサービス提供は県下で平準化すべきということを考えた方がよいと思います。

#### 小賀会長

そのとおりだと思います。

#### 太田委員

長く入院できないから認定を受けたいという方がいらっしゃいます。私が体験したのは、退院したが在宅が十分ではないということで、必要性があまりないと思う方でもみられます。それで、何で認定を受けさせてくれないのかと。今はそういう段階ではないと思うので、在宅で十分でしょうとこちらがお断わりしても、いや、腰が痛い、足が痛い。そういう簡単なことで認定を受ける方がいらっしゃいます。窓口の対応として、ケアマネさんたちの対応などの基本的な基礎の部分から変えていく必要があります。ケアマネジャーとしては、後で文句言われるんじゃないのか、家族から不平不満が出るんじゃないかなど、そういう弱いものがあるって、じゃあ受けましょうかといって認定を受けさせる。そして手厚い介護についつい繋がっていくということがあります。

例えば退院してきたら、この辺に手すりが必要だなということで、住宅改修や福祉用具を利用しますが、それも私が経験した感じでは、今この人に必要な部分だけをすればいいのに、先々、1年、2年先のことを見込んで、あれもこれもする。改修も福祉用具も余分なものを借りていることがありますので、そういう書類が出てきたときにはもっと厳しい目で見られてもいいのではないかと、意外と甘いところがあるんじゃないかなと思います。申請書を出せばほとんど通るといような形ですので、そういうところの見直しも必要があるのではないかと思います。

#### 小賀会長

ケアマネジメントの問題でもありますね。

#### 山口委員

ケアマネジャーの資質だと思います。

#### 小賀会長

制度の問題として、ケアマネが事業所の中に位置づいていること自体にも問題があるのかもしれないね。

#### 因副会長

すみません、もう一つ。7ページの下表ですが、通所系は全国平均と比べても増えていますが、訪問系が逆に落ちています。それがなぜなのか気になるところです。データとしてはわかりますが何故そうなんだろうと。

今、ケアマネの話が出ましたが、私はケアマネ協会にかかわっております。ケアマネが誘導して通所に流しているのか、それとも通所の事業所にたくさんのケアマネが所属しているのか。何だろうというのはちょっと気になるところです。

#### 小賀会長

その他いかがでしょうか。

#### 藤村委員

8ページの上表ですが、ここで「訪問系」「通所系」のようにいろいろ分けられている中で、「地域密着系」と「施設居住系」に分かれています。先ほど言われたように、一般的にグループホームや有料老人ホームは居住系になると思いますが、この場合、「地域密着系」の中にグループホームや小規模特養、小規模の有料老人ホームも入っているのでしょうか。当然、「施設居住系」と分かっているほうには入っていないですね。

#### 田代委員

認知症対応型共同生活介護のグループホームだけが地域密着系に入るんじゃないでしょうか。

#### 藤村委員

もちろんそうですが、この隣に居住系と書かれているから。居住系は、一般的に言えば、グループホームとか有料老人ホームを指すので、分け方をきれいにされているのかなという質問です。

#### 小賀会長

サービス項目のところのグルーピングを一覧表か何かでつくっていただいたほうがいいですね。

#### 事務局

今の件ですが、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設、有料老人ホームなどで特定の指定を受けられたところ、その介護予防を含めて「施設・居住系サービス」になります。

それ以外のところは「地域密着型」です。列举しますと、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、複合型サービス、その介護予防も全て含めるという形で整理しています。

#### 井上委員



この章で書かれていることは、地域で求められているサービスニーズと、提供者側の提供がマッチしているかどうかが一番問題だと思います。サービス提供者側の都合でサービス利用が増えているというのは、あまりよろしくないんじゃないのと。だから全国平均の2倍以上の値が出ている。提供者側の都合で増えている数字の部分もありますよね。それが地域住民、特に地域の高齢者が求めているサービスと一致しているかどうか、そこに資金がきちんと投入されているかどうかをここは検証しましょうということです。私は、地域の方々が求めるサービスが十分に提供されることは、素晴らしいことだと思っているので、そこがこの章の一番のポイントではないでしょうか。

9 ページに広域連合全体の特徴と、10 ページに支部の比較が書いてあって、事務局は説明されませんでした。ここが一番結論の部分ですから、さっきメルクマールをある程度持ったほうがいいとの話をさせていただきましたが、この次の事業計画はそういうものも入れていただければ思っていたわけです。ちょっと難しいかもしれませんが、書ける範囲で構いませんので、そういった記載があったほうがおもしろいかなと思います。

### 小賀会長

今の本質的な指摘にどう答えたらいいか。

### 田代委員

難しいですね。ほんとうに住民が求めているもの、利用者が求めているものは、ケアマネさんや高齢者の方、家族の方に対して事前に調査をされますよね。今、スケジュールを見ていましたが、事業量推計とかいろいろなニーズがどのくらいあるか、多分、市町村では情報を持っていらっしゃると思いますが、広域連合で調査等を行うことは考えていらっしゃいますか。今回の分について広域連合として何か考えていますか。

### 山口委員

関連して発言します。広域連合は軽度者の認定割合が全国値より高いという特徴があります。そもそも軽度の認定は調査自体が妥当なのでしょうか。前回、要介護認定は平準化を図っていないんじゃないかとの指摘がありましたが、そもそも介護認定審査会での軽度の認定は妥当だったのかどうか検証はどこかでされたのでしょうか。また、他の保険者との比較検証はされたことないですか。

### 事務局

認定調査は、調査員さんが国の基準に基づいて行います。そして、その結果を認定審査会にかけます。ですから認定自体に差があるということはないと思います。今おっしゃるように、軽度者の割合が全国より高いというのは、居住関係や家族構成、地域性等に影響されているからだと思います。地域別に見ると、高齢者の単独世帯が多いとか、周りに家族の方がいらっしゃらない方など、何かあったときどうなるかということで、家族と同居されているなら、まだ大丈夫かなと認定申請されない状況もありますので、認定審査自体に差異が見られるとは思ってなく、地域性にあると思っています。

### 小賀会長

きちんとしたニーズ把握をやるのが大前提だと思います。それは連合だけではなく、日本国全ての基礎自治体で行われてこなかったという現実がありますよね。広域連合の事務局が33の構成市町

村の調査をきちんとできるかという点、現状としては無理です。これは費用の問題や事務局の人数の問題がありますから。となれば、例えば構成する 33 の市町村で統一したニーズ把握の調査を、6 期のうちのこの辺りで、こういう枠組みで、全ての人に調査をかけるのは難しいから、例えばサンプルを抽出して、ニーズ把握のための調査をきっちり行う等をしない限りは、ニーズと実際に提供されているサービスとのずれがどうなっているか導き出せないと思います。

我々は、事業展開が軸になっていて、事業者主導でサービス提供が行われているんだろうと何となく思っていますが、それが本当にそうなのか。どれくらい事業者サイドのサービス提供がニーズを押し流しているというか、誘導しているというか、というような状況になっているかを探ってみない限り、本当のところはどこからも出てこないと思います。

今の国の介護保険のシステムという枠組みで進んで行くと、それは完全に不問に付したまま進まざるを得なくて、連合でそれをやるのかどうか、そこまで我々がやるべきなんじゃないかという提案をするかどうかですよね。

### 山口委員

給付適正化事業でケアプランチェックはされているんでしょう。

### 小賀会長

おそらく国の枠組みで行う調査は、結局は何も見えないというふうに思っています。33 の構成市町村でほんとうに介護を必要としている高齢者のニーズは、例えば連合が全く別の観点から調べていくというようなことをやってみない限り、わからないと思います。

僕はそういう印象を持ちながら、これまでの 5 期はずっと枠組みの中で続けてきたので、そういう視点で一度やってみようという取り組みを提言するののかも含めて、とりあえず、まだ 6 期の事業計画の議論に入っていませんので、6 期の事業計画の課題として考えるかどうかだけを残させていただきます。

24 年、25 年度の実績報告について、もう少し追加でご意見等をお聞きしたいと思います。

### 田代委員

小賀会長がおっしゃった第 6 期の調査は、現時点ではスケジュール的に無理だと思います。もう少し早くしておかないと難しいです。案を考えて調整をして。

### 小賀会長

6 期に入ってからのことです。

### 廣津委員

私は新日本製鉄の機械のお医者さんである設備部にいましたが、ここでは修繕費が膨大に増えて大変でした。修繕費というのは定性で、あそこはひどかったね、きつかったねと言うと、1,000 円ぐらい余計に業者の人に払わなければなりません。そういうことをしていると、どんどん金が増えていくということで、3 年かけてプロジェクトをつくり、定性から定量に転換しました。これをしたら、これはこれ、これはこれときちんと決めてしまって、修繕費を落とすことができたわけです。中身はそう変わりません。ポンプを一つ修理するとき、5 人でしても 6 人でしても 7 人でしても、人数あたりでお金を払っていました。それがまずいということで、この仕事をしたらいくらという風に

したわけです。介護も同じで、こういう内容の介護をしたらいくらですと、きちんと決めるような何かをつくっていかないと、人間の世界ですから、特に医療、介護は人間の情が入ってきますから、定性のほうに流されて、どうしても経費が高くなってきます。そのところは少し、定性から定量に切りかえていって欲しいです。幸い、この事務局は電算係の方たちだから、得意分野だと思います。チェック表みたいなもので管理できるようなものをつくっていく必要があると思います。定性から定量に踏み込んでいってもらいたいなと私は思っています。

#### 小賀会長

他にはいかがでしょうか。資料 1 につきまして、ひとまず皆さんから様々なご指摘をいただいたということで、資料 2 に移ってよろしいでしょうか。

#### 事務局

先ほど小賀会長からニーズの把握というご意見がありましたが、第 5 期計画策定の際にも高齢者を対象に日常生活圏域ニーズ調査を行いました。第 6 期に関しましても、第 6 期計画策定に向けての調査を実施し、すでに終わっています。調査結果については、次回の議題で取り上げていただこうと思っています。調査項目は全国統一的な部分に、予防事業の参加状況、参加意向を尋ねる質問を広域連合独自で加えたものとなっています。詳しくは、次回ご説明しますが、2 ページを見ていただくと、65 歳以上の高齢者数は 19 万 2,623 人。33 市町村に 65 歳以上の方がこれだけいらっしゃいます。その中で、要支援、要介護認定者を除いた一般高齢者の方を対象として、24、25、26 年度合わせて 12 万 834 件に調査票を配付しています。そのうち、有効回収数は 7 万 4,076 件、回収率は 61.3%です。この調査報告を次回させてもらおうと思っているところです。

統一的な調査項目を使った理由としましては、全国との比較を考えているからです。調査項目にブレがないようにスタンダードなものを利用したいということで、日常生活圏域ニーズ調査を第 6 期分として行いました。そして、構成市町村に調査をする事を事前にアナウンスしたところ、予防事業の参加状況や意向等をあわせて聞いて欲しいという要望がありましたので、市町村ごとにその内容を入れさせてもらって調査票をつくりました。詳細について、次回 8 月 25 日にお示しさせていただこうと思っています。

#### 小賀会長

わかりました。ありがとうございます。

## 2 平成 25 年度 介護予防効果測定調査結果について

#### 小賀会長

それでは、資料 2 の説明をお願いいたします。

#### 事務局

「資料 2 平成 25 年度介護予防効果測定調査結果概要説明」という資料になります。こちらは平成 25 年度に二次予防事業や介護予防事業を利用された方を対象に、地域包括支援センターの職員の方に聞き取り調査をしていただきまして、利用者の心身状況、改善状況、満足度などを把握して、どれくらいの効果があるかを調査した結果をまとめたものになります。

まず1ページをお願いします。「1- (1) 調査分析対象者数」のところですが、33市町村全てに協力をいただいております。回数としましては、平成21年度から実施していますが、大体年に2回から3回行っていきます。依頼数としましては、平成25年度は市町村ごとに各50人ということで、少しずつ増やしていただいております。対象者としましては、25年度で要支援の方1,311人、二次予防の方371人に実施しました。

「(2) 調査終了・中断者の状況」です。平成25年度で申し上げますと、要支援の方で、実際にサービスを利用された方の9.8%は終了・中断されている方になります。二次予防の方では19.9%になります。その理由としましては、要支援者で一番高かったのは入院で45.1%、要介護状態への移行が26.8%というのが二番目となります。二次予防の方に関しましては、一番目の理由が一般高齢者への改善で32.6%、二番目が事業終了などのその他で26.1%という状況です。

次の2ページをお願いします。こちらでは客観的効果ということで、基本チェックリストで把握した心身状態の改善状況についてです。初回の調査から最終の調査までで、差し引いたもので改善率を見ます。表中の一番上の要支援の全体の25年のところですが、大体2.1%に改善があったということで、改善率は上がっております。二次予防としましては、全体で14.0%になります。項目別に見ますと、二次予防では運動リスクが最も高く15.1%、うつリスクで10.5%、認知症リスクで9.7%と高くなっております。下は基本チェックリスト合計得点の変化です。まず要支援者につきましては、25年度でプラス0.02ということで、あまり変化がない状況になります。二次予防事業対象者につきましては、初回と最終回で引いたところ、マイナス0.62ポイントとなっております。生活機能の改善傾向があるという結果が出ております。

次に、3ページの「(4) 主観的効果の状況」です。表中の上の部分で、満足度としまして、25年度で、要支援認定者については90%の方、二次予防事業の対象者では98%の方が満足されています。その下の効果度という“効果があると思うか”という質問に対し、要支援認定者では86.7%の方、二次予防事業の対象者の93.4%の方が効果があると回答されています。それ以降は、サービス利用による生活態様の変化です。こちらは通所系サービス、介護予防通所介護、介護予防通所リハ、通所型介護予防事業では、楽しみや生きがいが増えた、友人、知人と話す機会が増えた、外出する機会が増えたという、生きがいや社会参加に関する効果があるという評価が高くなっております。二次予防事業対象者に対します通所型の介護予防事業では、生きがいや社会参加の効果に加えて、体調がよくなった、歩行や移動がしやすくなったなど、身体面での改善効果があったという評価が得られております。訪問系サービスについて、介護予防訪問介護は、利用者の約半数が、定期的に人と会うので安心して生活できるようになったと回答されております。

次の4ページをごらんください。こちらは33構成市町村を対象に、介護予防事業の実施状況や事業参加前後の二次予防事業対象者の経過状況を把握するために、市町村の職員に調査を行った結果です。調査は25年度の方では33市町村全てに協力いただきました。「(2) 二次予防事業対象者の把握経路」について、こちらは25年度で申し上げますと、一番高いところで郵送等による基本チェックリスト配布回収で75.8%、続いて、要介護認定の担当部局との連携が高くなっています。

次の5ページをご覧ください。二次予防事業対象者の把握率で、把握した対象者の方を高齢者人口で割った割合です。こちらは25年度の調査では8.5%、このうち新規の方が5.3%となっております。24年度の調査と比較しますと、当該年度の新規対象者が減少しております。前年度からの継続者が増加しています。

下の「(4) 二次予防事業への参加・改善率」のところですが、平成25年度の調査では、二次予防事業対象者の参加状況について、こちらは参加者数が1,761人、前年度から282人増加しております。

て、参加率は 11%、2.3 ポイント上昇しています。参加者の改善終了率として、改善終了者数を参加者数で割った割合は 25.6%で、前年度と比較しますと、1.6 ポイント低下しております。しかし、参加者の 4 人に 1 人は状態像が改善して事業を終了しているという結果が見られます。

次の 6 ページをお願いします。対象者の把握率、参加率、終了率で、全国平均と比較したものです。対象者の把握率は、平成 23 年度に全国平均と同水準、高齢者人口の 9%程度まで上昇しておりますが、平成 24 年度から 0.8 ポイント低下しております、全国平均よりも下回っています。事業の参加率につきましては、平成 22 年度までは 30%前後で推移していましたが、23 年度は 8.7%に低下しており、全国平均並みまで落ち込んでおります。ただし、24 年度は 11%に上昇しております、全国平均を 3.4 ポイント上回っています。改善終了率としましては、広域連合で 30%前後、全国平均で 40%台と、全国平均と比較して、若干低い水準で推移している状況になります。

次の 7 ページをごらんください。こちらは「(5) 二次予防事業の費用額の状況」です。平成 25 年度の調査で、二次予防事業の参加者の 1 人当たり費用額は、全体で 8 万 3,000 円になります。通所型では 8 万 2,000 円、訪問型では 8 万円程度です。経年で見ますと、通所型は前年度を下回っておりますが訪問型では前年度を上回るという状況です。

資料 2 の説明を終わります。

#### 小賀会長

ありがとうございます。資料 2 の説明につきまして、ご質問・ご意見があれば、どこからでも構いませんので、よろしく願いいたします。

#### 田代委員

全体的に見ると、すごく二次予防事業の効果があるようです。高齢化率が高くなり、対象者数が多くなったから、参加率は低くなったというのは理解できたんですが、7 ページの二次予防の費用額の状況の中で、先ほどの説明にあった施設・居住系の利用とか、通所型と訪問型で差があったのでしょうか。例えば、朝倉支部や粕屋支部は二次予防事業の費用も高いですが、先ほどの運営状況報告の概要説明の 10 ページの分も高かったんですね。そうすると、通所型は朝倉支部と粕屋支部が高い、訪問型は柳川・大木・広川支部等が高いというふうに、何か差が出たかどうか、通所型と訪問型の支部ごとに逆相関的などところがあるのか等を教えていただきたいと思います。

#### 小賀会長

いかがでしょうか。

#### 事務局

介護サービスと市町村が実施する二次予防などの予防事業との相関に関して、そういうクロス集計はまだやったことがありません。二次予防事業に関してだと、33 市町村ごとになります。

#### 田代委員

33 市町村ですね。

#### 事務局

先ほどの説明は支部ごとです。

**田代委員**

比較はできないということですね。

**事務局**

はい。

**田代委員**

わかりました。

**井上委員**

クロス集計はした方がいいんじゃないですか。支部ごとでもいいし、市町村ごとでもいいから。それが次の事業計画のときに、そのクロス集計の結果を見て、また計画が考えられるんじゃないですか。なかなか鋭いご指摘の質問ですね。

**小賀会長**

いかがですか。支部単位で構わないので、クロス集計を一度やってみたらどうかということでしたが。

**事務局**

するなら市町村単位のほうがいいと思います。二次予防事業は市町村事業になりますから。例えば、市町村ごとに予防事業に関して訪問系のサービスとか、通所系のサービスに分類されるものとか、いろいろ形態が違います。準備したいと思います。

**小賀会長**

よろしくお願いします。その他によろしいでしょうか。

(「なし」の声あり)

### 3 高齢者人口、認定者数等の将来推計について

**小賀会長**

特にございませんでしたら、もう一つ、前回積み残した資料の説明があると思います。そちらに進みたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

**事務局**

それではご説明します。高齢者人口、認定者数等の将来推計という資料です。

まず1ページをご覧ください。上の図表の網かけの矢印の部分が今回の資料でお示ししている分になります。上から、21年度～25年度の人口の実績値、こちらは9月末時点の住民基本台帳の人口を使用しております。男女別各歳別の5年間の平均変化率を算出し、その後、平成26年～29年まで、それから32年と37年の人口推計を行っています。直近としまして、平成26年の6月末時点で直近補正をかけて推計しています。これに平成24年度と25年度、こちらの認定者の実績を加味し

まして、平成 26 年～29 年、32 年、37 年の認定者の推計を行っています。今回の分は、あくまで認定者の自然体の推計という形でお示ししています。その後の白抜きの図に施策の反映、認定者推計の調整後とありますけれども、先ほど事務局から申しあげました日常生活圏域ニーズ調査の結果、それから先ほどの資料でご説明しました介護予防の効果を加味したところで認定者の調整後の推計という形に入っていきたいと思います。それは後ほどの委員会の中でお示ししていきたいと思います。

それでは 2 ページです。その推計の結果、上の表のような結果になっています。総人口としましては、平成 25 年度で 72 万 8,233 人、29 年度では 71 万 5,695 人と減少していきまして、32 年度、37 年度にはそれぞれ 70 万 6,458 人、68 万 7,880 人と、さらに減少していく見込みになっています。一方、高齢者人口に関しましては、平成 25 年度で 19 万 2,623 人ですけれども、29 年度では 21 万 3,278 人、32 年度には 21 万 9,680 人で、ここまでは増加しますが、37 年度の推計を見てみると、21 万 8,453 人と、減少に転じる見込みです。高齢化率としましては、25 年度から増加していきまして、37 年度までずっと増加していく見込みです。要支援、要介護認定者数につきましては、今回自然体で推計しておりますので、どの介護度においても増加する見込みになっています。今後は、先ほど申しあげました施策を加味したところでどのように推移していくかということになります。

次のページ以降は、支部ごとの同じような表になりますので、ご覧いただければと思います。

私からのご説明は終わります。

#### 小賀会長

ありがとうございます。では、ただいまの資料について、何かご質問、ご意見はございますか。

#### 田代委員

後期高齢者が平成 37 年度には 12 万 3,939 人と突出するので、やはり介護予防的などが大切かなと思いつつ、今後、6 期を立てないといけないと思って見ていました。私たち団塊の世代は 2025 年問題と言われてはいますよね。

#### 小賀会長

そうですね。ただいまの資料で、特にご質問・ご意見がございませでしたら、全体を振り返って、何かございますか。

#### 井上委員

さっきの話に戻りますが、地域ニーズというのは、例えば地域でやっている社会福祉士、ケアマネジャー、訪問看護師、ドクターとか、そういう人のほうが把握できているんじゃないかという気がします。普通の企業活動と違って、最終的な消費者が製品を全て理解しているかどうかというのは、この制度に関しては非常にわからない。特に後期高齢者の方が、この制度全体でどういうサービス提供があって、自分に提供されるサービスはどういうものがあるかを理解するのは到底難しいと思うんですよ。やはり現場の、地域ごとに住んでいらっしゃる介護の専門家の方々が、よその地域と比べると、確かに私たちの地域はこういうサービスが足りないとか、自分たちがケアマネジメントを組み立てていく上で、こういうサービスがあればいいのと思うことがあると思うんです。だから私は、もし事業としてアンケートをとるのであれば、地域の現場にいらっしゃる方々、専門家の方々にアンケートをとるべきだろうと思います。そのアンケート結果は、ただとって、それ

でおしまいというのではなくて、事業提供者にその情報が伝わるかどうかなんです。事業提供者が、これから先、事業を展開していこうとしている中で、この地域はこういうサービスが足りないんだと。逆に言えば、事業提供者にとってはビジネスチャンスになるわけですから、それが正常に事業提供者に伝わって、その地域で足りない事業の提供に結びついていくというサイクルを誰かがつくらないといけません。それが保険者の役割なのか、行政の役割なのかどうかはわかりませんが、そういうことが必要じゃないかなと思っています。事業計画を作る上で、それを事業者に拾ってもらうことが大事なんじゃないかなと思います。

### 小賀会長

確かに、今までの事業者に対するコントロールというのは、計画値や予算を抑制していくという形でしかとってこなかったんですね。どういう事業展開にすると、事業提供者にもメリットになるのかといったような、そういう積極性のある提言はほとんど行っていないので、そこはもう少し突っ込んで考えていく必要があるのかなと思います。もう少し上手な医師会の利用の仕方とかでしようね。地域ではどういう疾病・疾患が増えているのか等の把握も必要でしょうし。

### 井上委員

事業計画書を事業者の方にも読んでもらうために、この地域はこれが足りないんだ、こういう事業展開をすれば事業者もハッピーになる、サービス提供を受ける人もハッピーになる、そこで働く職員もハッピーになる。要するに、地域の方が必要なサービスを提供できるわけですから、ハッピーになると。みんなが楽しくなるような事業計画書をつくれたらなと思いました。

### 因副会長

昨日、全国課長会議の報告会が県で行われて、私も行ってきました。何で行ってきたかという、地域支援事業が気になったのと、何カ所かで保健福祉計画の策定にかかわるので、どういうことが求められるんだろうということで聞きに行きました。資料としては、これぐらいありました。こんなにあった資料を午後からポイントだけ読み上げられたんですけども、この資料をきちんと読みこなさなければいけない。だけど、どれくらいの人がこの資料を読みこなすんだろう、私も相当な時間をつくらないと読みこなせないなと思いました。広域連合は非常に丁寧に第6期の計画をつくらうとしています。第5期の検証をして、6期をつくらうとしている。こんなに時間をかけて検証するのは素晴らしいことで、私はいくつかの計画策定に関わっていますが、実に簡単にさっと通り抜けて計画をつくらうとしている所も多いと思います。これだけ一生懸命検証しても、実際につくるのはもっと大変だろうというぐらい、国が求めてきていることが多いんですね。例えば、今日の介護予防の検証のところでも、脱落した人の4割が骨折だったと。それを昨日の資料の中ではロコモティブシンドロームといって、このことも計画の中に入れてくださいと書かれていました。また、私が非常に嬉しかったのは、介護人材の確保案をきちんと示しなさいということも書かれていました。さまざまなことが求められているので、相当勉強しないとこれはつけれないなと思いました。以上、感想と自分に対する宿題です。

### 小賀会長

ありがとうございます。



### 田代委員

私も広域連合は実際よくされていると思います。また、因委員が言われたようなことを市町村の福祉計画と広域連合の事業計画をどうリンクさせていくのか。そこら辺を考えると難しいなと思いながら、今日も話を聞いていました。その中で検証委員会も立ち上げながらやっていらっしゃるので、私は素晴らしいと思います。ただ、何度も言っていますが、市町村によってすごく差がある。井上委員もおっしゃっていましたが、施設量等にも差がある中で、今後、後期高齢者が増えていく中で、どういう方向に進んでいくのかは広域連合の大きな課題になると思っています。本当に責任のある委員会だなと思っているところです。何でも発言してよいということで申し上げました。

### 井上委員

副会長がこの前言われたことが気になっています。北九州市は既に要支援のことを考えているんですよ。今度、介護保険から外れるから、介護保険事業計画は関係なくなってくるんですよ。これまでの実数値は、要支援者が外れることによってかなり母数が変わってくると思います。その辺はざっくばらんに言ってどのくらいの人数が外れるんですか。

### 因副会長

その前に、介護保険の事業計画から要支援は外れるんですか。外れないですよ。

### 田代委員

入れなければなりません。実数的には変わらないと思うんですけど。

### 因副会長

私たちはすごく難しいことを迫られています。要支援の方々にサービスを提供する助け合いやNPOをどうやって作っていかうかというのを計画の中に入れなくてはいけないと思いますが、それはすごく難しい。私は、それをすごく心配しています。

### 井上委員

計画策定は大丈夫なのか心配しています。

### 因副会長

そうですね。

### 廣津委員

資料によると、じわっとそのまま移していくということをやっています。

### 因副会長

3年かけてね。

### 井上委員

今はまだ検証しているので、計画策定になったら要支援のところはどうするのか。

#### 因副会長

大変な問題だと思います。市町村はきついだろうと思います。つくれるのかと言いたいです。

#### 廣津委員

移行しろというのだから、何も扱わないというしかないんですよ。

#### 因副会長

大きく変わります。気を遣ってボランティアで介護しろと言われていたようなものです。

#### 井上委員

そんな事をしてくれる人はいないと思いながら聞いていました。

#### 因副会長

そうですね。

#### 小賀会長

第6期計画では、さっきも言いましたように、やらなくてはいけないんですよ。

#### 因副会長

そうですね。

#### 廣津委員

手間暇かかるから。

#### 因副会長

手間暇がかかるからではなく、おっしゃるように財源の削減です。

#### 廣津委員

それはそうです。国は一生懸命それしか考えていない。

#### 井上委員

雑談ですが、委員長にお渡ししようと思っていたのですが、6月に介護保険と医療法との一体化法案が成立しましたよね。その内容がかなり詳しく書いてある資料があります。医療と介護が一体化するのであれば、まだ国ははっきりとした方向を示していないんですけれども、介護保険の広域連合と福岡県後期高齢者の保険者である広域連合は、ある程度一致するところが将来的におそらく出てくると思います。それが地域包括ケアの部分になってくるんですけれども、その計画をつくり始めると、今後、その二つが今までと全然違うことになるんじゃないかなという気がしています。

#### 田代委員

一体化法案を、介護保険計画とどのようにリンクさせていくのが難しいですよ。

## 井上委員

医療法の方は、先週、厚生労働省医政局のヒアリングに行ってきたんですけれども、900億の補助金の部分について、もう計画を出していて、地域包括ケアの予算案や各団体から出ている分を、今、医政局が調整しています。医政局と老健局で予算を一体化して取り扱うのか、別々に取り扱うのか、財源の問題もあるんですが、そこがまだ決まっていません。今は流動的な形で動いているんですが、6月に通った法案によって、来年の4月から一体化することは現に見えている話です。2年間ぐらいかけて順次進んでいくと思いますが、ちょっとまだ見えないところが大きいですね。

そこと、さっき言った要支援者をどう計画立てていくのかというのは、すごく問題になっています。

## 廣津委員

財務省が出している社会保障の予算の中で、2012年と2025年の比較がありますが、年金が1.12倍、医療が1.54倍、介護が2.34倍になっています。そこで、支出の抑制が必要であるとうたっています。要するに、落とすことに一生懸命なんですよ。

## 井上委員

自分たちの都合で介護保険と医療保険を分けたのに、今度はまた自分たちの都合で介護保険と医療保険を一体化してしまおうという、むちゃくちゃな話ですね。

## 因副会長

一体化法案って一括で審議をするというだけでは。

## 田代委員

病院のほうも急性期病院と地域支援に移行しますよね。そうすると、やはり介護など、いろいろな連携をとっていかないといけないので、そういう形での一括とっていました。一体化というのは、私もよくわかりません。

## 井上委員

全然内容が審議されていませんが、成立してしまいました。

## 小賀会長

要するに部分的にだけ、双方の法律をどう絡ませていくのかという議論で進んでいっているわけです。それは医療と介護だけではなく、例えば介護保険と障害者福祉もそういうところがあります。全体としては、福祉も医療のように社会保険化をしてしまう。その先行として介護保険があるわけなので、財源だとか予算というのは、どんぶり勘定で一度どんと入れてしまって、そこだけが議論が先行しているので、内容がなかなかはっきり見えてこないのが実情だと思います。ぽっとふたがあいたときに、連携だと思っていたのが、実は一体化をしてしまっているということがあり得るかもしれない。何が起ころうとも全然おかしくない現状ですから。

## 井上委員

診療所に介護施設をつくらせようと、医療機関にそういうものをつくらせようということ自体が、

もう一体化していくんですよ。ただ制度上、医政局と老健局に分かれるから。あと保険者の請求を別々にどこでどう組み分けるかという話を、具体的に12月以降にしていくんじゃないかと思います。今までは介護保険、医療保険と分かれていたのが、現場でぐしゃぐしゃになってくると思います。

### 小賀会長

とにかく、目の前にある資料と必要な資料を上手に使いながら6期を見通していかないといけないと思います。雑談的に思えるような話も、実は計画づくりのヒントとして利用できることもあると思いますから、これ言わないほうがいいのかないかなということはないので、言いたいことは何でも、とりあえず一度言っていただいて、全員で整理していけばいいと思います。

それでは、本日はいつもに比べると早目に終わりましたが、次回からは6期の計画策定を行っていくための基本的な資料が出てくると思います。次回もできるかぎり早く、事前に資料ができましたらお送りしていただくように事務局にお願いします。どうぞよろしくお願ひいたします。

本日のご参加、どうもありがとうございました。

以上