

【第 1 回大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会】

【司会】

ただ今から「第1回大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会」を開催させていただきます。それでは、開会にあたりまして、福祉部医療監の福島からご挨拶申し上げます。

【医療監】

大阪府福祉部医療監の福島でございます。第1回「大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会」の開会にあたり、一言ごあいさつ申し上げます。委員の皆様におかれましては、日頃から本府高齢者保健福祉行政の推進に格別のご支援、ご協力を賜りまして厚くお礼申し上げます。また、この度は、お忙しいところ、委員をお引き受けいただきまして、誠にありがとうございます。

さて、介護保険制度につきましては、スタートから16年が経過し、さまざまな改正等を経て今日に至っております。国においては、既に平成30年度の制度見直しに向けた検討が進められており、その中で、要介護認定率や一人当たり介護給付費の地域差を分析し、給付費適正化の取組みを一層促す観点から、制度的な対応も含めた検討を行うこととされています。こうした中、本年3月23日に厚生労働省が公表したデータ等によれば、大阪府の年齢調整後の第1号被保険者一人当たり介護費と要介護認定率が、全国で一番高いとの結果が示されました。

大阪府ではこうした要因についての検証・分析、そして必要な対策を検討していくため、推進審議会の中で本専門部会を設けることといたしました。

本日は、要介護認定や給付費に関するデータを中心に、大阪府の現状等についてご説明させていただきますので、委員の皆様には、介護、医療、経済など、幅広い視点から、ご意見・ご提言を賜りたいと存じます。本日は、どうぞよろしくお願い申し上げます。

【司会】

出席いただいております委員等の皆様のご紹介をさせていただきます。時間の都合上、オブザーバーその他関係者につきましては、名簿の配付をもってかえさせていただきますのでご了承ください。それではご紹介いたします。

桃山学院大学 社会学部教授の川井委員です。

関西大学 人間健康学部教授の黒田委員です。

滋賀大学 経済学部准教授の佐野委員です。

大阪人間科学大学 人間科学部准教授の秦委員です。

なお、兵庫県立大学大学院 経営研究科教授の筒井委員につきましては本日欠席のご連絡をいただいております。また、本日は筒井委員のご推薦と、「大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会設置要綱」第5条第2項に基づき、国立保健医療科学院の大冨賀研究員にご出席いただいております。

それでは議事に入りたいと存じます。まずは議題1の「部会長の互選及び部会長職務代理者について」でございます。「大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会設置要綱」第4条第1項の規定におきまして、「専門部会に部会長を置き、委員の互選により選出する」こととなっておりますことから、部会長の選出をお願いしたいと存じます。互選ということでございますが、どなたかご推薦はございませんでしょうか。

【川井委員】

黒田委員をお願いしたいと思います。

【司会】

ありがとうございます。ただいま、川井委員からご推薦がございました黒田委員に、部会長への就任をお願いするということで、ご異議ございませんか。

(異議なしの声)

黒田委員、ご承諾いただけますでしょうか。

【黒田委員】

かしこまりました。

【司会】

ありがとうございます。

それでは、黒田委員に部会長をお願いしたいと存じます。

引き続きまして、同要綱第4条第3項によりまして、部会長が職務代理者を指名することとなっておりますので、黒田部会長、どなたかご指名をお願いいたします。

【黒田部会長】

部会長が指名するとなっておりますので、皆様のご賛同を得たいと思いますが、大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会においても現在委員を務めていただいている、川井委員に部会長職務代理をお願いしたいと考えております。よろしいでしょうか。

【川井委員】

はい。かしこまりました。よろしくをお願いいたします。

【司会】

それでは、これより議題2に移らせていただきます。以降の進行は黒田部会長をお願いしたいと存じます。黒田部会長、よろしく申し上げます。

【黒田部会長】

それでは、議事を始めて参りたいと思いますが、この部会には、先ほど、福島医療監もおっしゃったのですけれども、厚生労働省が介護保険の実績の見える化のシステムというものを作って、情報を公開するようになってきました。それによって明らかになったことですが、大阪府は、年齢調整をした上で、要介護認定率を他の都道府県と比較したら一番高いんだと。それと、65歳以上高齢者の一人当たりの介護費も一番高いんだと。介護費が高いのは、それだけ手厚いサービスをしているからだ、言うことができるかもしれませんが、要介護認定率も高いということになってきますと、それが原因で介護費も高いということは、これは介護予防だとか、疾病予防という面で、もしかしたら対策が遅れているからかもしれません。それから介護保険の運営の中に何か問題が潜んでいるかもしれません。そういうものも総合的な視野から検討することが必要なんじゃないかと思っております。この部会の任務というものは、そういう課題を明らかにして、今後どういう対応をしていくのかということを検討してまいりますので、どうぞご審議の方をよろしくをお願いいたします。それでは、早速、議題2に移ってまいりたいと存じます。では、「データから見る検討課題」について事務局より説明願います。

【事務局】(介護支援課長)

まず、資料1では、大阪府の現状を分析してみました。3ページ目でございます。2015年現在、高齢化率は**26.6%**、後期高齢化率は**12.1%**。2040年に向けて、それぞれ**36.0%**、**19.7%**に上昇してまいります。75歳以上の後期高齢者は、2025年に向け、全国で5番目のスピードで増加していくことが分かっております。

4ページ目になりますが、65歳以上人口を、20～64歳人口で支えていくとすると、2000年には**4.4人**で1人の65歳以上を支えていたのが、2015年には**2.1人**で1人を、2040年には**1.4人**で1人を、それぞれ支えなければならない、いわゆる「肩車型社会」が到来いたします。こうしたことを考えますと、65歳を超えても、支え手に回っていただくような、発想の転換、社会づくりに取り組んでいくことが重要ではないかと。総合事業もこうした一環としてとらえていくことが重要ではないかと考えております。75歳以上の方を20歳から74歳の方が支えると仮定しますと、2040年でもこの数字は**3.4人**程度で1人を支える計算になります。

続いて5ページ目でございます。2000年の介護保険制度創設時から現在までの状況でございます。第1号被保険者数は、大阪府では**1.78倍**に増加していきます。要介護認定者数は、全国平均を大きく上回りおよそ**4倍**になります。そうした中、特徴的なサービス利用者の増加を見ていきますと、居宅サービス利用者数がおよそ**7倍**に伸びています。

6ページ目でございます。大阪府の特徴は、居宅サービスの利用者が多いということでございます。利用者ベースで見ますと、居宅サービスの利用は、全国平均**67%**に対しまして、大阪府では**75%**となっております。総費用ベースで見ましても、全国平均**48%**に対し、大阪府は**58%**となっております。他方、施設サービスの利用は全国平均よりも少ないという特徴がございます。

7ページ目に移ります。総介護費用の内訳を全国、大阪府で比較すると、全国では**4位**の訪問介護が、大阪府では**1位**となっております。その他、大阪府の特徴としましては、福祉用具貸与、居宅療養管理指導などの順位が高いということが特徴として挙げられます。

8ページ目でございます。サービスごとの一人当たり費用の月額を見たものでございます。やはり、施設系サービスの介護療養施設サービスや、介護老人保健施設、さらには、介護福祉施設サービスが高いですが、一人当たり単価ベースでも、訪問介護の順位が全国に比して高い傾向がございます。しかしながら、訪問介護一人当たりの単価はそれほど高いというわけではございません。

10ページ目でございます。介護保険料も、全国平均を上回る伸びを示してまいりました。平成12年当時、全国平均と大阪府との差は**223円**だったのですが、現在は、**511円**に広がっております。

11ページ、12ページのグラフに移ります。11ページ目でございますが、第6期の全保険者の介護保険料と高齢化率の関係を見たのが左のグラフになります。これを見ますと、介護保険料と高齢化率というのは、全保険者のデータでも相関は見られません。他方、介護保険料と要介護認定率の関係を見たのが右のグラフです。こちらは相関がみられます。12ページ目は、大阪府の保険者で再現したデータになります。これを見ますと、介護保険料と高齢化率は決定係数が**0.002**ということで非常に低くなっていて、介護保険料と要介護認定率の関係も若干相関がみられるということになっております。

13ページ目に移ります。市町村別・要介護度別の要介護認定率の年齢調整前のデータになります。推計をしてみました。大阪府は全国よりも高い、全国**17.9%**に対しまして大阪府**20.3%**になっておりまして、若干高くなっております。しかしながら保険者ごとにバラツキがございまして、低い自治体で申しますと、千早赤阪村**14.1%**、交野市**15.4%**、和泉市・豊能町**15.6%**という自治体から、一方高い方で申しますと、岬町**23.7%**、大阪市**23.5%**、泉佐野市**22.9%**となっております。

14ページ目に移ります。これは専門部会を設置する契機になったものに関係いたしますが、本年3月に厚生労働省から公表された、全国的に同じ年齢構造と調整した場合の、第1号被保険者一人当

たり介護費と認定率のデータになっております。これによりますと、大阪府の被保険者一人当たりの介護費は**31.9**万円になっております。うち、在宅が**19.2**万円となっており、全国平均の**14.3**万円を大きく上回っております。また、要介護認定率も、全国平均の**17.9%**に対し、年齢調整後のデータでございますが、**22.4%**となっております。なぜ大阪府の年齢調整後の要介護認定率が高いのかということについて、続いて分析していきます。

23 ページ目をごらんください。なぜ年齢調整後の要介護認定率が高いのかを分析するため、男女別・年齢階級別の要介護認定率の都道府県比較を行ってみました。男性の年齢階級別認定率、女性の年齢階級別認定率は、全年齢でみればともに、全国最下位ではありません。男性ワースト**4**位、女性はワースト**8**位です。一方、各年齢階級別の中身をみていくと、すべての階層で男性・女性ともに、大阪府がワーストとなっており、このため、年齢調整後の認定率が全国一高くなることが分かりました。また、要介護認定率というのは、ほぼ例外なく、認定率が高い都道府県は、**65**歳時点で既に認定率が高くなっており、年齢を追うごとに一層高くなっていく傾向がみられました。

24 ページ目に移ります。全国と大阪府の男女別・年齢階級別の要介護認定率を比較すると、男性・女性ともに、年齢を重ねるほどに、認定率が平均から乖離していく傾向があります。すなわち、現時点では平均年齢、中位数年齢が低い大阪府では、今後、高齢化とともに、一層、第一号被保険者平均でみた認定率が上がって、さらに言えば、全国平均との差は一層乖離していくことが懸念されます。

25 ページ目に移ります。全国と大阪府の男女別・年齢階級別・要介護度別の認定率を比較したものです。これは、例えば、大阪府**65～69**歳の男性の認定率**4.37%**というのは、要支援1～要介護5までがどこにどのように分布しているかを出したものでございます。一方で、その分布を眺めても分かりにくいので、大阪府と全国平均との認定率をそれぞれ引いて、比較したのが下の表になります。これによると、各年齢階級はどこで差が開いているのかを見ていきますと、全国平均との差は、ざっくり言いますと、男性で**56.5%**、女性で**62.8%**が要支援1、2により占められていることが分かります。すなわち、介護予防、自立支援を推進していくことにより、要支援1、2の方であれば他府県並みとなれば、全国平均との差のおよそ6割は縮められるのかもしれない。また、そもそも、要支援1、2の段階でうまく介護予防を進めていけば、さらにその先の要介護状態になる方も減らしていけるかもしれない。本日の部会で、強調したいポイントの1つ目は、介護予防の大切さということでございます。

28 ページ、**29** ページ目に移ります。男女別・年齢階級別の要介護認定率が分かりましたので、これに国立社会保障人口問題研究所が出している**5**歳刻みの将来人口推計をかけあわせることにより、全国と大阪府の要介護認定者数、要介護認定率を推計しました。**28** ページは全国のデータですが、全国でみれば、要介護認定率は、**2035**年には**24.7%**まで上昇することが見込まれます。**29** ページ目は、大阪府の推計です。これによると、大阪府の要介護認定率は**2035**年には**29.4%**まで上昇し、全国平均から一層乖離していくことが見込まれます。また、要介護認定を受ける方も、現在より**26**万人増加していくこととなります。介護保険財政が一層厳しくなっていく中、要介護認定者が一層増え続けることが見込まれる中、あるいは介護離職、介護人材不足が社会問題ともなっていく中で、財政的・人的に、現在の制度の運用を続けていくことが可能かどうか、各市町村におかれましては、今から考え始めていくことが重要ではないかと考えます。具体的な方向性といたしましては、介護予防、自立支援を進めるための取組みだけでなく、総合事業、特にB型、短期集中Cの取組みが重要ではないかと考えます。特に、地域づくりには時間がかかることを踏まえれば、一刻も早く対応をすべきではないかと考えます。

30 ページ目に移ります。大阪府内における認定率の市町村比較も行っております。市町村ごとにバラツキが大きいものの、概していけば、認定率が高い自治体は若いうちから認定率が高い傾向があ

り、認定率が低い自治体は若いうちから認定率が低い傾向がございます。また、男性と比較すると、統計学的に女性の方が長生きすること、体力が徐々に低下していく傾向があるためか、女性の方が認定率が高い傾向があります。例えば、75-79歳の認定率が低い自治体、千早赤阪村 11.8%、太子町 13.1%、豊能町 14.6%、高槻市、島本町などでどのような取組みが効果を上げているのか、健康づくり、一般介護予防などの観点でどのような取組みを行っているのか、などを細かく見ていくことも重要ではないかと考えます。

31 ページ目に移ります。認定率が高くても、介護サービスを使わない人が多ければ、少なくとも、保険財政的には問題ではないのではないかと、との疑問にお答えするため、それを分析したのがこのデータです。要介護認定者のうちの、介護サービスを受給している方の割合を、介護サービス利用率として全国比較しております。これによると、大阪府の年齢階級別の利用率は全国平均よりもやや低いということが分かります。しかしながら、大阪府より低い自治体はいくつかありますので、大阪府では、お守り認定が多いという話もよく聞くのですが、全体的外れでもありませんが、少ししか低くない、ものすごくお守り認定が多いわけではない、というのが実態でございます。

32 ページ目でございます。保険財政を考える上では、結局、受給者の数が問題になります。第1号被保険者に占める受給者の割合を各年齢階級でみると、これを受給率と申し上げますけれども、やはり大阪府は全国で一番高いことが分かります。結局、認定が高いことが効いています。

少し前後しますが、35 ページ目をごらんください。結局、介護費というものは、受給者一人当たり介護費用×認定率×サービス利用率×第1号被保険者数により決まります。サービスの受給者の割合である、介護サービス受給率は、認定率×サービス利用率により算出されることとなりますが、大阪府では、認定率の高さが決定的に効いてくるため、全国平均よりも少し低いサービス利用率であったとしても、各年齢階級別にみた介護サービス受給率が全国一高いという結果が導かれることとなります。ちなみに、受給者一人当たりの介護費用の問題もありますが、基本的には、認定率の高さが、受給者数を増やすことで、第1号被保険者一人当たりの介護費用を押し上げている、という構造になっていることが分かります。

34 ページ目に移ります。大阪府の介護サービス受給者の人数は、2035年に向けて23.4万人増加することが見込まれます。このうち、要介護3以上の方だけで、12.4万人増加することが分かっております。こうしたことを踏まえると、プロのヘルパーさん、介護福祉士さんには、要介護度の重い方に対応していただき、例えば、ゴミ出し、買い物といった生活援助のサービスについては、地域の支え合いによりある程度担っていただくような、発想の転換が求められているのではないかと考えます。

36 ページ目に移ります。ここからは、認定率が社会構造などからどのような影響を受けているのかをみたデータになります。前期高齢者の要介護認定率は、府内では、単身世帯割合と強く相関しています。全国ではそれほど高い相関は示しておりません。

39 ページ目に移ります。生活保護率と、要介護認定率との関係については、全国的には相関は高くありません。ただし、全年齢の生活保護率との相関を見たデータではありますが、府内では、一定相関があることが窺われます。

40 ページ目に移ります。全国のデータではありますが、生活保護率は、訪問介護の給付費との相関があることが分かります。

41 ページ目に移ります。第1号被保険者のうち、市町村民税非課税となっている割合と、要介護認定率との間には、全国、大阪府ともに軽い相関が窺われました。認定率は所得階級が影響していると考えられます。

42 ページ、43 ページ目に移ります。42 ページ目では、前期高齢者の就業率と要介護認定率との

間には負の相関がございました。一方、**43** ページ目の後期高齢者の就業率では、就業率自体が低いこともあり、要介護認定率との関係はそれほど明らかではありませんでした。

44 ページ、**45** ページ目に移ります。**44** ページ目は、健康寿命と要介護認定率との関係を見ると、特に男性では負の相関がありました。これは、健康寿命が長ければ、要介護となるリスクが低いことを意味しているかと思えます。**45** ページ目は、他方、**75** 歳男性の平均余命と、**75** 歳以上 **80** 歳未満男性の要介護認定率や、**80** 歳女性の平均余命と **80** 歳以上 **85** 歳未満女性の要介護認定率との間には、結果として相関は見られませんでした。すなわち、あまり厳密な議論ではありませんが、直観的に言えば、要介護状態となって長生きするリスクと、要介護にならないまま長生きできる可能性が、都道府県レベルでみれば、同程度に生じるということの意味しているかと思えます。

46 ページ目に移ります。ここまで、いろいろ認定率の構造を分析してきたところですが、そもそも、大阪府内の要介護認定はどれくらい適正なのかについても検証が必要でございます。このため、市町村ごとの一次判定の選択状況をみたのがこの図でございます。要介護認定の申請を出される方のうち、左下肢麻痺ありと判定する方は、全国的な平均でみれば **36.9%** となっております。しかし、大阪府内では、**60.4%** と判定している市町村がありました。統計学的により異常値を示しているのは、下肢麻痺ではなく、「座位保持」と「移動」でございます。「座位保持」において、「支えが必要」と判定された方は、**26.7%** が全国平均ですが、**49.3%** で「支えが必要」と判定した市町村がございました。これは、全国的に見ても、上位 5% 以内の「異常値」の領域でございます。「移動」の際に、**37.0%** で「見守り等」が必要と判定した市町村も同様に「異常値」の領域でございます。こうしたことを踏まえると、認定の平準化にも取り組む必要があるのではないか、というのが次のポイントでございます。

50 ページ目に移ります。ここから介護費の話をしていきます。都道府県別の居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス別の介護給付費割合を見たデータでございますけれども、下が居宅サービスですが、大阪府は最も高く、上が施設サービスになりますが、大阪府は最も低くなっております。

51 ページ目に移ります。要介護 2 から 5 までの高齢者数に対する施設・居住系サービスの利用者数の割合のグラフでございます。ここでいう、居住系サービスは、認知症高齢者グループホームなどでございます。いわゆるサービス付き高齢者向け住宅等は含んでいません。大阪府は、この割合が最も低くなっていることが分かります。

54 ページ目に移ります。介護給付費の構成比でみると、大阪府は、施設サービスの割合が低い一方で、訪問介護等により、居宅サービスの割合が全国よりも高くなっているという傾向があります。

55 ページ目に移ります。府内市町村別に第 1 号被保険者に占める、各種サービスの利用割合をみますと、大阪府は居宅サービスの割合が高いと言ったのですが、必ずしも、全市町村で居宅サービスの割合が高いわけではなくて、能勢町、千早赤阪村、田尻町、河南町といった町村では、全国平均よりも施設利用率が高いことが分かります。他方、大阪市、忠岡町、泉佐野市、岸和田市、高石市といった自治体では、特に、居宅サービスの利用割合が高くなっています。こうした市町村に共通する傾向を見出していくことも重要ではないかと考えます。

56 ページ目に移ります。要介護度ごとに、受給者一人当たりの介護費用を見たものでございます。これによると、要支援、要介護の受給者一人当たりの介護費用そのものは、全国平均よりも総じて言えば高くない。一方で、在宅サービスの利用が多いはずの大阪府において、要介護 4、5 のところで、全国平均よりも高い単価が出ています。これはなぜか。本日ご出席の市町村は、その原因に心当たりがあるかもしれませんが、市町村ごとにこうした傾向を見ていくことも重要ではないかと考えます。

57 ページ目に移ります。サービス類型別受給者一人当たりの単価を見ました。これは、大阪府一

人当たりの受給単価を全国平均の一人当たりの受給単価で割り返したものです。地域加算の影響もありますが、ざっくりいえば、これは、一人当たりの利用量を反映しているものと考えていただければよいかと思います。大阪府で1を超えて高いのは、「訪問介護」、「居宅療養管理指導」でございます。

58 ページ目に移ります。サービス類型別の在宅サービスの受給率を、府内市町村別に分析してみました。これは、第1号被保険者に対する各サービスごとの受給率を算定し、全国平均の受給率で割り返したものです。これは、ざっくり言えば、各サービスの利用人数を反映していると考えてください。これによると、大阪府で特徴的なのは、「訪問介護」「訪問看護」「居宅療養管理指導」「福祉用具貸与」でした。これらのデータはいずれも、**1.2**倍以上の利用を示していました。市町村ごとにみると、でこぼこがありまして、どういう組み合わせによる利用が多いかをセットで見て取ることが可能です。つまり、府全体として「訪問介護」の利用が多いのは事実なのですが、大切なことは、「訪問介護」だけを問題視するのではなく、市町村ごとに、特定のサービスの組み合わせがあることを意識するべきではないかと思います。こうした観点を意識しながら、ケアプランチェックや、給付費適正化を行っていくことが重要なのではないかと考えます。

60 ページ目に移ります。大阪府は大都市なので、地域加算の影響もあるのではないかと考え、分析したものです。ざっくりした分析ですが、第1号被保険者一人当たり単位数を**10**倍したものと第1号被保険者一人当たり費用額との差を比較すると、東京都が最も高く**7.7%**。大阪府は全国2位の**6.4%**になっております。全国平均との差で言えば、大阪府の介護費は、地域加算の影響により**+3.6%**ほど単価が高く出る傾向があります。年齢調整後の介護費が全国一高いというデータについては、こうした地域加算の影響を加味して判断すべきではないかとも考えます。いずれにせよ、何が介護費を押し上げるのか、供給面からの分析を次のページから行ってまいります。

61 ページ目に移ります。第1号被保険者**1000**人当たりで割り返した訪問介護事業所数、被保険者一人当たりの訪問介護の給付月額には、きわめて高い相関があることが大阪府内のデータで示されております。通所介護も、それよりは決定係数は落ちますけれども、一定の相関があることが分かります。

62 ページ、**63** ページ目に移ります。**62** ページ目は、全国的に見て、ケアマネ事業所数と訪問介護の給付月額との間にも相関があることが分かります。**63** ページ目は、訪問介護については、大阪府では、その相関はより高くなっております。

64 ページ目に移ります。府内のデータになりますが、第1号被保険者**1000**人当たりで割り返した、市町村ごとのサービス付き高齢者向け住宅戸数と、訪問介護の被保険者一人当たり給付月額との間にも一定の相関が窺われます。

65 ページ、**66** ページ目は、大阪府では、全国に比して施設サービスの利用率が低くなっておりますが、その一方で、全国で一番、サービス付き高齢者向け住宅戸数が多くなっております。また、有料老人ホームも多くなっております。

67 ページ目に移ります。全国的に見ると、サービス付き高齢者向け住宅の入居者の**9**割は要介護要支援認定を受けていることが分かっております。高齢化が一層進展していく中、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホームのニーズは今後、一層高まっていくことが予想されます。今後、こうした施設が急増していくことが見込まれる中で、一方では適切なサービス提供を促していくことも重要だと考えます。きちんとしたケアマネジメントがなされているか、サービス付き高齢者向け住宅などの質の担保をどう考えていくかなども、大きな課題と考えます。こうした点については、今回は、まだ、十分には分析できておりませんが、次回以降の専門部会の課題の一つとしていきたいと考えております。

72 ページ目に移ります。総合事業の取組状況について、府内では、今年度中に取り組みと回答し

ている市町村を含め、まだ5市町村しか、取り組めていない状況になっております。これは大阪府だけの話ではなくて、近隣各県の担当課長等と話していても、取り組みは「現行型」のA型を中心に進んでおり、なかなかB型や短期集中Cには取り組めていないと聞いております。各市町村におかれては、地域づくりという大きな課題を抱えるB型、送迎等の問題のあるC型など、多くのご苦勞をされていると受け止めております。他方で、将来的な要介護認定者数等の動向を踏まえると、中長期的には、こうした取り組みはやはり不可避であり、時間がかかる取り組みゆえに、少しでも早く取り掛かるべきではないか、とも考えます。道のりは簡単ではありませんが、目先の課題の困難さを前にして、安易に理想をあきらめるのではなく、各市町村において目指すべき『旗』を掲げ、今は、遠くに見える、その『旗』を目がけて、職員一人一人が心を合わせて、今できる小さなことを積み重ねていくことが重要ではないかと考えます。

以上が分析の結果でございます。それを踏まえまして、資料2に移ります。資料1のような現状を踏まえまして、大阪府がどのように取り組んでいくかというのが、資料2になります。

大阪府としては、まず、**3**つの取り組みを実施していこうと考えております。

まずは1点目でございます。その1は、国のモデル事業なのですが、介護予防活動普及展開事業を行っていきます。これはどういうことかと申しますと、介護予防、自立支援に向けたケアマネジメントを強化していくという事業でございます。認定率が高いからと言って、認定率を下げる、認定をしぼるということを目的にするわけではありません。それよりも、根本的に大切なのは、まずは、要介護状態とならないよう、介護予防、自立支援に向けた取り組みが重要だと考えます。具体的には、専門職と協働の上、保険者が一定程度関与する形で、地域ケア会議を効果的に開催することにより、介護予防ケアマネジメントを強化するという取り組みを実施していくことが重要だと考えております。全国的には、大分県や和光市での取り組みが有名ですが、近隣では、生駒市などで、こうした取り組みが効果を上げていと承知しております。国のモデル事業については、今年度、全国で3県が選ばれることとなっており、大阪府もその1つとして手を挙げたいと考えておりまして、具体的には、府内で3市において、本事業により、国から、講師等を派遣してもらい、ケア会議のあり方や、その出口としての一般介護予防や短期集中Cの整備などに向けたアドバイスをもらっていくことを予定しております。しかし、本事業は、地域包括支援センターにおきましては、これまでの事務のやり方を見直すような話となりますため、負担感も大きいかと思っております。また、本専門部会設置の際には、このモデル事業はまだ受けると決めていなかったため、どの市町村を選んでいくかが課題となりました。府庁内で検討した結果、地域包括支援センターの状況や、モデル事業として実施する意味、横展開の可能性等を総合的に勘案し、あらかじめ、3市に話をしており、現在、話をしているのは、堺市、羽曳野市、泉南市の3市に当事業を受託してもらおうべく話を進めているところでございます。簡単な事業ではございませんが、3市においては、府内近隣市町村の先陣を切って、当該事業を進めていただくよう、お願いしたいと考えております。

2点目でございます。4ページ目に移ります。介護給付費適正化推進特別事業と申しまして、これも国のモデル事業となります。あまり多くの予算があるわけではないのですが、これは何をやっていきたいかと言うと、適切なケアプラン作成、そしてケアマネジメントに向けた取り組みを強化していきたいと考えております。

1点目の取り組みは、どちらかと言えば、保険者主導の取り組みであります。2点目の取り組みは、地域において、ケアマネジメントの主導的な立場を担うケアマネジャーの意識を変えて、地域包括と一体となって、自立支援型のケアプランを作成していただくための取り組みを強化していきたいと考えております。具体的には、ケアマネ協会とも連携の上、各市町村、今回専門部会に参加している市町村のケアマネ事業所、サービス担当者会議を訪問の上、ケアプランの点検をしていこうと考えておりま

す。こうした点検により、ケアプラン内容をチェックするとともに、自立支援型、介護予防型ケアプランのひな形となるマニュアルを作成してはどうかと考えております。また同時に、そのマニュアルに、やってはいけないダメな事例の典型例、例えば、寝たきりの方に杖や歩行器や徘徊探知機を貸与していたりするような事例を書いておくと、不適切なケアプラン作成に当たっての一定の抑止力にもなるかもしれないと考えます。また、こうした事例と合わせまして、例えば、ケアマネさんが利用者さん向けに使えるような介護予防の重要性を説明するリーフレットを作成するような事業も絡めていってはどうかと考えております。

3点目でございますけれども、5ページ目に移ります。介護認定審査会訪問による保険者への技術的助言ということで考えております。3点目の取組みは、そうはいつでも、認定がばらついている点については、もうちょっと平準化が必要だろうということで、今年度、一次判定がばらついている市町村、府内で18市町村ぐらいを想定しておりますが、その市町村を中心に、府が、認定審査会を訪問し、審査会を傍聴したのち、審査会事務局と相談して、認定事務の均一化、審査事務等の効率化、適正化を図るための大阪府標準マニュアルを作りたいと考えております。これは府単独の事業として実施予定です。適正な認定制度は、共助のシステムである「介護保険制度」の根幹にかかわるものがございますので、今年度、認定を平準化するための取組みとして、本事業を実施していきたいと考えております。

以上のような話を、先般、本日欠席の筒井先生にも、東京へ行って説明してまいりました。筒井先生からのご指摘は、高い認定率が、全体の受給構造に影響を及ぼしている以上、介護予防に取り組んでいくことが確かに重要でしょうと。あと、ケア会議の開催方法を見直していくことも重要だけれども、例えば、マニュアルを作成するようなことを考えてはどうでしょうか、と言われました。認定のバラつきにつきましては、これは結構ひどいねと言われて、大阪府が審査会を訪問して、認定の適正化に取り組むことも、有意義じゃないかとのことでした。これは先生の御示唆だったんですけども、どうせやるなら、認定の低い自治体の調査員を連れて行くと、平準化に貢献するのではないかというようなことを言われました。実際のところ、どういうやり方をするかはこれから決めたいと考えております。ケアプランチェックの話については、福祉用具貸与や訪問介護は、セットの可能性が多いので、ケアプランチェックの際には、その市町村ごとにどういう特徴があるのかということを見極めて、それから自治体を訪問するといいいのではないのでしょうかとのことでした。その上で、マニュアルに悪い事例などを載せておくと、抑止力になるのではないのでしょうかと、言われました。あと、医療データとの関係性を考えるべきではないのでしょうかと言われました。介護費だけを考えるのではなくて、医療費とセットで考えることが重要ではないか。医療介護をトータルで考えて、どういう状況にあるかをよく分析していくことが重要ではないかと言われました。私からの説明は以上でございます。

【黒田部会長】

どうもありがとうございました。かなり詳細な分析をしていただいております。要介護認定率が高いわけですが、大阪府全体はですね、それが、一人当たり介護費を押し上げている大きな要因だということも分析していただきました。要介護認定率が高いことは、それだけ介護予防だとか疾病予防だとかに課題がある可能性も大きいですね。あともうひとつ、印象に残ったのは、施設利用の割合が少なく、居宅サービスの利用の割合が高いにも関わらず、要介護4や5の方の一人当たりの給付費が高くなっているのも、サービスの供給側の要因がそこにありはしないかということなんですよ。訪問介護が多いこととか、訪問介護事業所の数と、給付費が相関するということですかね、介護保険制度の運営の中で、供給側の要因が費用を押し上げている可能性があるかどうかということですかね。そのあたりも検討課題ですね。ほかの委員さんからご意見だとか、分析の内容の質問ですと

か、発言を一通りお願いいたします。

【大夔賀研究員】

非常に多くのデータ分析をされて、こういったデータをもって、府の状況を理解することは大事な感想としては持ったところです。本専門部会は認定率が高いということで、府の高齢者福祉計画の推進審議会の中で立ち上げられたということで、これから、大阪府高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画の中で、府全体で府内の市町村の支援にあたっていくと、そういう位置づけが重要になってくるのではないかなと思っています。

まず1点目ですね、データ分析について私が思っていることなんですが、筒井先生と一緒に研究をしております、確かに医療との関連というのが、介護費用、医療費用の相関が高くなっているという認識を私は持っております。国としてもこれから、計画レベルで第7期のところでは、医療計画、あるいは地域医療構想、これと介護保険事業支援計画とを連動させていきなさい、という方向性を打ち出している中で、データ分析のところで、医療・介護の関係がどうなっているのかということも、今、資料3について書かれています、これからこの部会において、ぜひやっていただきたいと思えます。その際に、今日、国保連の方も来ておりますし、あるいは自治体の方もたくさん来ております。それぞれの計画で、すでにどういうデータを出されているのか、例えば、データヘルス計画、あるいは介護保険事業計画の中で、いろいろなデータを出されて分析されていると思えますので、そういったデータ分析を集めた上で、府としてどのような姿が見えてくるのかということも追加でやっていただけたらと思っております。その際、どういったデータを使うのかという方法論は難しいのですが、例えば**KDB**システムがすでに配備されておりますので、これを使っているかどうかということにも関わってくると思えますし、府レベルでは例えば、高齢者医療のところでは、データヘルス計画が立てられているかと思えますので、介護保険の対象となる高齢者の方が、こういった医療サービスを受けているのか、あるいは慢性疾患を抱えているのかということと、こういった介護保険の利用の在り方と深く関わってくると思えますので、これまで国は介護保険の施行を進めてきたと思えますけれども、慢性疾患を抱える高齢者のための介護予防のあり方というのは、考えていいのではないかなと、ぜひこれからこういったデータ分析をお願いしたいと思っております。

あとは、もう2点ほどございまして、和光市の事例が出てきましたが、資料2の2ページ目のところです。私がおります保健医療科学院、実は和光市にございまして、私自身も市の委員会をいろいろ担当しております。市の状況というのは、大変よく理解しているつもりですけれども、これはおそらく、今日のテーマで、結局、府としては、各市町村への広域支援を行っていくと思うのですけれども、主な権限は市町村にあると思えます。保険者が市町村なので。なので、地域ケア会議とかこういった介護予防ケアマネジメントが可能なのか、具体的な方法を考えていくことになるかと思えます。今は、この資料の中では、国の事業を受けて、3市町村を中心にテコ入れをしていって、そのあり方をみて、背中をみながら、府全体での押し上げみたいなものができればいいのかなというような姿が見えてきたのですけれども、私、ここに出てくる和光市、良いところもあれば、悪いところもあるんです。1つは、皆さんに理解していただきたいのは、本当に多くの自治体関係者が和光市のケア会議に見学に来て、真似できた自治体が何個あったのかということなんです。難しいわけなんです。一人のカリスマ職員がいて、その考え方を人口7万人という市の中で展開しているというのが和光市のやり方なので、これが多くの市町村で展開できるのかということは、これから展開する上で考えたほうがいいかと思えます。少しつながるのですけれども、府内の市町村で、これから展開していくときに、市町村別の展開例を考えたほうがいいのではないかなと思えます。最初の資料の説明の中でも、認定率

が高かったのは、大阪市とあるいは村レベルなどかなり小さな自治体と同じように考えることはできないと思うのです。やはり人口規模別の市町村のあり方を踏まえた上でのそれぞれの方法論というものを、考えたほうがいいのではないかと考えております。

もう1つは、最後のほうに出てきました市町村の総合事業あるいは生活支援体制整備事業の取り組みが少し遅れているという状況の報告がありました。これも大変難しいと思うのですが、これは結構大きな話につながると思います。結局のところですね、今回のテーマは、すごく喫緊の対策としてやらなければならないことがデータ分析の姿から見えて、給付とか認定の平準化、これはやらなければならないこと、筒井先生も認識を示されたと思うのですが、あとは結局、市ごとの地域包括ケアシステムの体制とか、これを中心的に進める地域包括支援センターの体制をどうするのか、という本質的な問題に関わってくると理解しているので、ここは難しいと思うのですが、地域づくりを進めながら、その地域づくりが給付にどのように反映しているのかというのを、しっかり分かるような体制を作っていただく、そして府がそれをしっかりバックアップしていただく、というような体制をなくしては、おそらくここの最初の認定率が高いということから設置された専門部会の目的が達成されないと思いますので、少しずつ喫緊としてやらなければならない対策と、少し長い目で見た対策というものを分けながら、この部会を進めていくほうがいいと思います。以上です。

【佐野委員】

大変貴重なデータ分析の結果を拝見しまして、1回目の会議で、これだけ細かいたくさんのお示しをいただき、非常に御苦労されたなと思っております。現在でやれるデータ分析というのは、かなり細かいところまでやられているなど、特に介護費の構造分析、どういう要素で介護費を分解して、各要素でどういう特徴を、他の都道府県や、あるいは大阪府の中の市町村でも違いがあるか。介護費に総じてではなくて、その中で認定率のバラつきとか、そういうところが明らかになったわけですが、そういったところで、要因分解をされて、特徴を把握されているというのは、非常に分析として問題点がはっきりしてすばらしいところだなと個人的に感想として持ちました。とにかくその中で、要介護の認定率が、これだけばらつくのだなと驚きました。それがどういう要素で、各自治体で認定率がこれだけ違うのかといったところは、今後の方針として示されたように、必ずやらなければならない取組みなのだと思います。では認定率が高いということは、介護予防の取組みを制度的にやらなければならないということ、先進的に取組まれている自治体の事例を参考にして検討していくことも大事なことだなと思います。高齢者の方の介護予防というものは、地域でそういう健康の体操やサロンにしても、単身者の方の要介護認定率が高いということも影響しているのかもしれませんが、特に男性の方で単身の方は参加しづらいとか。ご夫婦おられて、奥さまはかなり地域に根付いて活動されていても、定年退職された旦那さんはなかなかそれまで地域に関連がなくて、そこで定年退職したからといって、地域に投げられてもなかなかそこから地域の人の輪に入って、体操なりサロンなど、そういったところに参加するということは敷居が高いと思います。なので、介護予防の取組みとか、介護給付の前に、精力的にやられているところが、そういった参加しづらい方を、どのように活動の輪に入ってもらえるような、そういった動機づけをされているのか、先進的な自治体とかを見て、参考になるところがあればぜひ知りたいなというところです。

要介護認定率については、46 ページについて、性別とか年齢別に属性を細かくみて、補足的なデータ分析もやられてもいいのではと思いました。データ分析については、先ほど黒田委員からもごさいましたが、供給側の要因が介護費をどれくらい押し上げているのかといったところとか、実際本当に供給サイドが介護費をどれだけ押し上げているのかを図るのは難しいところなんです。地域で被保険者当たりの事業者数が多いところが介護給付費が高いんだなと、あたかも事業所が多いことで競争

が激しくなったりであるとかで給付費を押し上げているようにも見えますが、一方で、逆の関係もあるわけです。介護サービスのニーズが高い地域だからこそ、たくさん事業者が集まってくるのではないかと、ということもあるわけです。これは医療費についても介護費についても、同じような問題、課題がなかなか解決することは難しいのですが、そういった経済学の視点からも、昔から大きな問題として挙げられているのですが、そういった原因と結果というところを、データで整理することは難しいですが、供給サイドの給付費の押し上げがどれくらいかということを見ることができれば、よりはっきりとした政策の提言にもつなげられるのではないのかなと思いました。医療費と介護費のデータについて、地域によって相関があったり、なかったり、多少ばらつきもあるかと思うので、大阪府ではどうなんだろうといったところもデータで見ることができれば、こういった部会で取り上げていただきたいなと思いました。以上です。

【川井委員】

居宅療養管理指導料が他府県より高いという話がありましたが、医師、薬剤師、歯科衛生士、管理栄養士等々、いろいろな職種の方々が、居宅療養管理指導をしているという現状がございますので、どの部分が多いのか、追加で資料が出せるようでしたら、出していただきたいと思います。といたしますのが、在宅で歯科衛生士に来てもらおうと思っても、実はなかなかつながらないのが、実態なんです。もし使いだすと逆に継続して使われている場合が多いのかなと、というように思っておりますので、内容的なものをもう少し出して頂ければいいのかなと思いました。

それと、訪問介護につきましては、先ほどもおっしゃっていただきましたが、セットで見ていくということがまず大事なかなと思っております。それと、やはり私たちが市町村に入らせていただいて、いろいろなことを見ていく中でもやっぱり訪問介護が多いですね。その前に、出られている委員さんたちとも話をするんですけども、やっぱり介護予防的な訪問介護になりえているかというところは、ひとつ課題かなといつも思っています。

その続きで言いますと、先ほどから介護予防という言葉が出ていますけれども、これって地域包括支援センターができたときに、介護予防ケアマネジメントで、非常にそのところを全国展開で計画の作り方、というふうに、目的・目標を持って予防に取り組んでいただく。目標という言葉は、高齢者には向かないのではないかということ、非常にその当時言われたこともございますけれども、でもやっぱり何か目的があってやっていくと結果がついてきて、そしてさらに、次の目的を持って取り組んでいく、ということだったろうと思いますので、何が言いたいかと言いますと、もう一度、介護予防ケアマネジメントのときの研修をケアマネさんたちにしていくというのが、現実的ではないかなと。ノウハウはすでにもうあるわけですから、あのときのノウハウで全く今でも通用しないということはないと思うので、そこを研修ができる人に研修をしていただければいいと思います。と言いましたのが、基本チェックリストを使って、総合事業をやっていくようになりますので、より一層介護予防マネジメントをきちんとやっていくことが重要ではないかと思っております。総合事業の **B**、**C** がなかなか展開されていないのは、事実だと思うのですが、ただ、私がお相談を受けているようなところだと、このまま **A**、**B** を続けていったとしても、多分限界が来るから、じゃあどう取り組んでいったらいいのかということ、やっぱり今の地域づくりというところが、ついて行けてない、その原因は、生活支援コーディネーターに委ねるような形になると、結局この人をどういう人材を持ってくるかによって、かなり地域で、市町村で、違ってくるのかなと。生活支援コーディネーターがネットワークを持っていたり、例えば、社会福祉協議会などで、今まで地域とのつながりをかなり作ってきたような方だったら、**C** 型とかも検討できているのかなと思いますから、何が言いたいかというと、そういうところが大阪府下の中でもありますので、それを府下の中で共有し合うということが

いいのかなと思います。以上です。

【秦委員】

大変説明力のある資料を見せていただきまして、改めて思ったこと、今後の論点・方向ということで3つほど述べさせていただきたいと思います。ひとつは、サービスの利用率が大阪府は低いのに、訪問介護の給付費が突出しているというのは、改めて響くものがありまして、やはりケアプランの適正性というところにも課題があるのかなと思いました。対応のところにも関係してくると思うのですが、ある程度きちっとやっておられるところに、適正化の技術的なことを言っても響かないわけで、市町村さんとかだったら、ある程度よくされているところと、何しているのかよくわからないところと、あると思うんですね。実態がですね。訪問介護におけるサービスの囲い込み率を、府が計算をもしできるのであれば、どういうところがしているというのが見えてくるのかなと思いました。

2点目は、要介護認定の適正化のところなのですが、実感としてよく分からないところがあります。実際に認定審査会でも、基本調査と医師意見書に、乖離があるということは、あると思うのです。実際の本当の状態と、基本調査がどのように乖離しているのかというのは、なかなか見えませんので、意見書と基本調査との乖離のところ、実際はかなり乖離していても再調査がしにくい部分もあるのかもしれないですね。新規の場合は、市町村の方が行かれていることが原則でしょうから、新規の場合と更新の場合と、そのあたりの乖離も考えられるのかなと思いました。それから、認定審査のバラつきというのが、どこから出てくるのかが見えてこないと思います。

3点目ですが、市町村さんからしてある程度適正に給付されている事業所と、訪問介護事業所と居宅介護事業所がくっついている事業所と、何をされているのか実態が見えにくい事業所と、市町村の実感をお聞きしたいと思っております。以上です。

【黒田部会長】

さて、いろいろな課題がたくさん含まれているので、どう議論しようかと思っておりますが、技術的な介護保険制度を運営していく上での問題として、この認定の適正性、46ページのこのデータというのは、佐野委員も秦委員も指摘されたけれども、なんでこのような乖離が市町村間で生じているのかということですよ。これについて何か、おられる方で意見がある方いらっしゃいませんか。つまり、46ページを見ると、例えば、麻痺がある人の割合が、下肢の割合が5割6割という市町村と1割くらいの市町村とあるわけでしょ。それから、座位保持や移動でも、座位保持ができない人が5割、これはなぜ生じるのかと言う疑問が、秦委員もおっしゃいました。認定調査員の書いているものにこういう割合にされて出てきているのでしょうか。これは認定調査のチェックのところですよ。

【事務局】（介護支援課長）

このデータは一次判定のデータになっておりますので、認定調査員の方の一次判定、これがひっくりかえっている率も市町村ごとに出ておりますのでそれも見ることが可能です。なぜばらつくのかということに関しては、いろいろな考え方があって思うのですが、例えば、下肢麻痺ありということについて、よく言われているのは、座った状態で、ちゃんと足が上がりますでしょうかということについて、正確に見て、ぴったり上がらなければダメだと言っている自治体もあれば、そうではなくて実態として、直角まで上がらなくていいよと言っている自治体もあると。基本的には後者が正しいと思うのですが、まあそういうところがあるようです。自治体の方にいろいろご意見を聞いてみたいと思っております。

【黒田部会長】

はい、これに関しては、今年度取り組もうとしている認定審査に対しての府からの訪問による検討ですね、そういうものからさらに深く、実態を検討していくことができるかもしれません。

【川井委員】

今話を聞いていると、例えば Q&A みたいなもの、結局もしかしたら市町村によって見方、先ほどの足の上げ方というような問題なんかも、ここまで上がっているかという、そのあたりも見方が違うのかも分かりませんから、そこは統一したものを最終的には作るということをやっていけばかなり変わってくるのかなと思います。

【大冢賀研究員】

私は国立保健医療科学院というところにいまして、前に作られたマニュアル 2009 年で大きく変わったと思うんですけれども一応そこから年数がかなり経っておりますので、例えば A 市では同じ状態でも下肢麻痺なしであって、市の境を越えたら「あり」になるというのは、おかしい話ですから、やはりそれは平準化ということで、今一度解釈の仕方というものを統一していくということは、必要だと思っております。

それとは別に、気になるのは、和光市でもそうなんですけれども、認定が高ければいいというそういう信仰がありますよね。「私、要介護 5 もついた」という信仰があったりもしますので、それが住民あるいは事業所さんの行動にもつながりかねないところもありますので、和光市では例えば、卒業者に対して表彰をしていたりするわけですよね。「おめでとうございます。あなたは自立に向かって一歩上がりました」みたいな。先ほど川井委員がおっしゃったように、自立に向かって在宅生活をもう一度継続していくんだ、それが望ましいあり方ですよ、ということを共有していくような、価値観を醸成するような地域づくりも一方で進めていかないと、やはり平準化や適正化だけをやっていくのは、お金ありきでどうこうという問題に進んでしまいかねないので、同時にそちらの方向も進めていくことが大事なんじゃないかと思います。

【黒田部会長】

和光市がやっておられるように、要支援状態からの卒業ということが可能であれば、それも追及していくべきことだとは思いますが、虚弱高齢者、要支援の方の介護予防、今までの言葉で言ったら二次予防的な、リスクが高い人に対するアプローチということになります。けれども、一方で、今まで一次予防と言われていたもの、それから総合事業では、一般介護予防事業、その部分の取組みが要介護認定率にどのくらい影響しているのか、それがまだ見えないですね、見えないというかデータを集めるのが難しいことかもしれないですね。一般高齢者の介護予防事業そのものを指標化することができているか。しかしこれは介護保険制度の中での介護予防事業じゃなくて、それ以外にも特定健康診査とか保健領域でやられている事業、疾病予防の事業、これも影響している可能性が高いのではないかと思います。大冢賀研究員は、医療の分析、レセプトの分析から、こういう疾患が多いという分析で、例えば認定率が高くなっている、というような分析もできるのではないかと。そういう分析はご覧になったことがありますか。

【大冢賀研究員】

はい。もちろんその府全体でやるということもあると思いますが、進んでいる自治体では、地域ケ

ア会議の場で、**KDB** データを用いて、こういう疾病の高齢者は、こういう経過をたどるから、こうしましょう。こういう人には例えば給付を使いましょう。あるいは、地域の中で見守りましょう。というような会議を行っているわけですね。それを府レベルでそういう分析をして共有していくというのあれば、じゃあそういった知見を地域ケア会議の場で共有していくというのが、望ましいやり方だと思いますので、ここで追加的にお願いするとしたら、地域ケア会議の場での個別ケース検討をどれだけやっているのかということがまず大事で、あとはその中身ですね。それは質のところ**3**つの事業を用いて自立支援に向けたケアマネジメントをやっていくということなので、やはりデータを活用したやり方ですね。カリスマ職員によらない可視化されたデータ分析によるケアマネジメントをやっていくことが大事だと思います。

あとは、今まで話に出ていないんですけれども、いろいろな状態像がありますよね。例えば、病院から出た直後という人もいれば、先ほど言われたように同じ介護予防でもいろいろな状態像がありますよね。要介護認定はその分数を示しているものだけですので、だから知見を積み上げていくということも、これから重要になってくるのではないかなと思っています。

【黒田部会長】

今日の会議には、介護サイドの方が多く集まっておられると思うけれども、データヘルス計画とか、**KDB** データの分析とか、そのあたりはもう少し補足してもらえないでしょうか。

【大野賀研究員】

すみません。データヘルス計画というのは、国保の方で作らなければいけない計画で、疾病ごとの医療費とか、介護費用がどうなっているのかということを見たうえで、疾病予防の対策を計画的にやっていきたいと思いますという計画になっているので、おのずと疾病ごとの介護費用の動向であるとか、効果を分析することになっているわけですね。だから、皆さんがやらなければいけないことになっているので、せっかくやっているのであればそういった計画レベルでやられていることを、ぜひ地域ケア会議とかそういう場で普及していただければなと思っていますところ。 **KDB** というのは、国保連データベースで、医療と介護を同時に分析できるデータベースが市町村に配られるということになっているわけです。

【黒田部会長】

国保連の方も来ておりますので、ご意見や補足をしていただくことはできますか。

【大阪府国民健康保険団体連合会】

KDB データですね、各市町村の介護保険の担当ではなくて、国保課の担当にお送りさせていただいているデータです。今は、各保険者さんがそのデータを活用されているところが、私が介護保険の担当なもので、そのあたりがはっきり分からないところで申し訳ないです。また後日、改めて報告させていただいてよろしいでしょうか。

【黒田部会長】

国保連の中でも、介護保険担当とデータヘルス計画をサポートするところが違うわけですね。市町村でも、保健のところと介護保険の部門が分かれているから、両者がその市町村の問題を合わせて分析するということがなかなかできていない。和光市はできているのですか。

【大夔賀研究員】

和光市はできていないですけれども、全国的にできているかというとできていないですけれども、私が言ったような方法論を使えば、そういったことが可能ではないかという提案であります。

【黒田部会長】

今日は、府の市町村のデータを分析しているわけですよ。地域の相関分析をやっているわけですよ。だからレセプトから分かるいろいろな情報も市町村単位で提供していただけたらありがたいですよ。それは国保連では国民健康保険のデータしか分析できない。今、特定健康診断とか行ったら、ほかの保険者がデータを持っているということになるのだけれども、せめて国保データの分析は必要だと思えます。

もう1つ、後期高齢者医療制度のデータも分析できないか。これで市町村のいろいろな指標づくりができると思うのです。できるはずなだけども。そういうものがなかなかこの介護保険と結合して分析するような仕組みができていない。それが弱点だと思えます。大阪府にはデータを作る力はあるはずなだけども、それがうまく作られていないんじゃないかという思いがございまして。今日は、本当に詳細な分析をしていただいているんだけれども、介護予防の実績と、あるいは医療の有病状況の実績と、要介護認定率の関係はまだ分析が十分にできていないんですかね。そういうところまで踏み込めたらいいのではないかと思います。

あとは各委員さんからの意見を出していただいたけれども、認定率を押し上げている要因は何かという議論が1つございまして。もう1つは、認定が適切に行われているかどうか、認定審査から認定調査含めて、課題がありますよね。

もう1つは、認定を受けた人に対して、ケアプランが適切に作られているのか、そのところで偏りがあるのではないかという問題がありましたね。いくつか問題領域というのがありますので、それぞれでの検討をこれから深めていけたらと思えました。秦委員の発言の中で、囲い込み率というものが出せないかという、そういう指標というものは、ご覧になった方いらっしゃいますか。秦委員、何かアイデアはありますか。

【秦委員】

ケアプランを組む時に事業所に依頼するときの占有率というのは地域包括支援センターでもございまして。そんなところからできればというように思いました。

【黒田部会長】

私もそんな指標が作れるかというのが分からないですが、ケアプランの適切性というものを検討できればと思いました。ほかに何かお気づきの点等ございせんか。今日はたくさん関係者に集まっておりますけれども、何かご意見ありましたらどうぞ。こちらから指名してよろしいでしょうか。先ほどの新しい総合事業のことだけれども、まだ大阪府では取組みが進んでいない。来年度実施が大部分でして、いち早く取り組まれている箕面市さんが来られているので、箕面市さんでは、地域ケア個別会議という方法で要支援者の介護予防生活支援サービス事業の取組みをしておられるということでしたか。補足していただけますか。

【箕面市】

箕面市では、総合事業のスタートと同時に、個別のプランを立てるときに、市の高齢福祉部門におります理学療法士が必ず介入するようにしまして、その理学療法士と地域包括支援センターの職員で

自立支援に向けたプランを作成しております。ですから、**27**年度から新規のご相談につきましては、全ケース、その理学療法士を地区担当制にしております、必ず訪問しております。**28**年からは、更新の方も入ってきますが、更新の方全件は回れませんので、更新の方につきましては、骨関節系疾患の方に関してはその理学療法士が必ず介入するというようなルールで、今まさに自立支援に向けたケアプランの見直しというのをしているところでございます。自立支援型担当者会議というものを、新たに総合事業と同時に始めたというのが箕面市の状況です。

【黒田部会長】

今、それを始めて1年くらい経つのでしょうか。

【箕面市】

実質、**27**年**4**月からしております、事業者の指定ができましたのが**6**月、そして国保連の方で請求が始まったのが**8**月なので、**1**年は経っていないです。

【黒田部会長】

そういう経過で自立支援型の地域ケア会議を開いて、その手ごたえはいかがですか。効果的だと思いますか。

【箕面市】

そうですね。例えば、要介護**1**から更新のときに要支援**2**に変わった方のプランを開けてみると、要介護**1**で月に**28**回もホームヘルパーさんが入っていたのですが、要支援になって、総合事業でどう対応していこうかとなったときに、今後3年間で要支援の方のプランを平準化して、**30**年からは要介護**1**、**2**の方のケアプランの適正化ということ、**PT**と専門職の方に関わってもらって適正化していかないといけないと思っております。

【黒田部会長】

要介護**1**、**2**の方のケアプランの検討までやっけていこうと。

【箕面市】

そうですね。要支援の方はこの第**6**期の間である程度自立支援型に向けて、**30**年からは、要介護の方のプランについても、見直していかないといけないのではないかなど。それは目標です。

【黒田部会長】

それはさきほどのモデル事業としてやろうとしていることと関連することですね。新しく取り組むことになるかもしれない堺市さんとか、参考にさせていただければと思いますよね。何か堺市からもありますか。

【堺市】

ありがとうございます。私の市では、ケアプラン支援会議と呼んでおります、今年度予算の中でモデル的にやっけていこうと、勉強していこうということで予算がついておりましたので、そこにたまたまお話をいただいて、これを進めていこうと考えております。データをご説明いただいて、非常に面白いというか、これまで、感覚的に思っていたことが、客観的数値で表されているという感想を持

ったのと、中には意外だったこと、逆だったのかと思ったこともありまして、本市のデータでやってみたらどうなるのかと、非常に興味を持ちました。どこが悪いのかというのも、あたりがついている雰囲気もあるので、あたりがついているのであれば、そこをやっていく、やりきっていくことが必要なんじゃないかと考えます。大阪人の特質や風土まで出ているような雰囲気もあって、大変興味深かったです。ありがとうございます。

【黒田部会長】

泉南市さんもいらっしゃいますよね。モデル事業の取組みはいかがでしょうか。

【泉南市】

今日はどうもありがとうございます。モデル事業の取組みということで、本市におきましても今年度から、自立支援型に向けたケアプランのケアマネの研修会というものを 5 回でやらしていただくと考えておりまして、その中でこのようなことをやらしていただきたいということでやらしていただきました。目標を持ったケアプランというものが非常に大事と考えております。ここにケアマネジャーさんはおられないのでいいですけども、「私は介護保険のケアマネジャーや」と大きな顔しておっしゃるケアマネジャーさんもまだまだ存在しますので、その方が自立していくコーディネーターがケアマネジャーということを泉南市はケアマネジャーに教えていきたいと考えております。

今日の資料を見させていただいて、認定率が、泉南市は要介護 2 がダントツ高いということで、ちょっとショックを受けているんですけども、13 ページのところ、泉南市は要介護 2 が 5.1% とすごく高い数字が出ておりますので、これを持ち帰って、どういうことが原因なのかというところを、市の中で検討していくことをしたいと思います。今日はありがとうございました。

【黒田部会長】

はい。ありがとうございました。泉南市は、要介護 2 の認定率が高いということ気付いたということだったのだけれども、こういった認定率の分析も各市町村で自分たちのデータを分析していくことが必要ですよ。年齢階層別とか男女別だとか、あるいは介護度別の認定率を年度ごとに調べて、介護予防の効果として、認定率が下がっていないとか、そういうことを分析している市町村はございませんか。和光市ではやっているわけですか。和光市では、要支援状態からの卒業というのはよくお聞きすることがあるのだけれども、介護予防の効果を調べるような指標を作っておられませんか。

【大塚賀研究員】

市の担当者がかなりデータを見ているというのはありますけれども、全市的に要支援 1 から要介護 5 のそれぞれの数がどうなっているのかというのは定期的な分析もなされていますし、あとニーズ調査のところですよ。いろいろな独自の ADL の指標を用いたうえでのケアプランとか、あるいは全市的なチェックがされているのでそこは和光市オリジナルなところですが、毎年、全市内の要介護高齢者に対して調査をしています。普通は 3 年に 1 回、介護保険事業計画のためにやっていると思うんですけども、毎年やっております。かなり全市的な状況を把握しています。

【黒田部会長】

そういう事業の取組みの効果をモニターしていく、評価していく、そういうことを市町村ごとに作れないかということも思いました。課題ではないかとは思っておりますが。厚生労働省や大阪府にこうやって分析していただくのは、大いに参考になるのだけれども、これからも継続してデータを市町

村ごとに分析できるような仕組みを作れないだろうかと思いました。今日は、ずいぶん細かいデータを分析していただいて、それについていろいろ議論してまいりましたけれども、時間が押し迫ってきたものですから、次に進めさせていただきたいと思います。それでは、次に、「今後の専門部会における主な論点について」、ご説明をお願いいたします。

【事務局】（介護支援課長）

それでは、資料 3 をご覧ください。今日もいろいろデータを確認したところでございますけれども、この専門部会でさらに明らかにしていきたいことがございます。1 点目は、委員の先生方からもご指摘いただいておりますけれども、医療との関係性について、医療と合計した場合の分析もいるのではないかと、KDB データとの関係性とかも見ていかないといけないのではないかと考えております。2 点目でございます。先ほどもデータに簡単に触れましたけれども、サービス付き高齢者向け住宅あるいは有料老人ホームが大阪府は非常に多いんですけれども、結局どういうケアマネジメントがなされているのかということとか、どういうサービスが提供されているのかということとかについて、専門部会の市町村と一緒に分析していく必要があるんじゃないかと考えています。まずは実態把握が重要で、実態把握をした上で、今から対応を考えることが重要なんじゃないかということを考えています。あとは住宅改修費、これは市町村のほうで集計していると思いますので、こういったデータなんかも分析していきたいと思います。あとは各市町村がすでにいろいろ取り組まれていると思いますので、そういった取り組みを教えていただけたらと思っております。それから当面の方向性として、介護予防の推進ということと、認定の平準化ということについて、適切なケアプランの作成ということで取り組んでいきたいと思っておりますけれども、給付の適正化ということに関して、市町村で先進的で効果を上げている事例がありましたら、横展開していけないかなと考えておまして、そういった事例などについても今後教えていただきたいと考えております。その他いろいろ検討していくべき対応策はあるかと思うんですけれども、こういったことも考えられるんじゃないかなとか、こういうことこそ重要じゃないかということ、今後、皆さんと議論していきたいと考えております。

今後の専門部会の進め方については、その次のページでございますけれども、12 月頃に向けて合計 3 回ほど専門部会を開催したいと考えております。ただ、専門部会の開催に当たっては間が空きますので、例えば勉強会という形で市町村の皆さんと非公式の意見交換を行ってはどうかと考えております。それぞれ 3 回専門部会を開くのであれば、1 回目と 2 回目の専門部会の中に第 1 回の勉強会を、2 回目と 3 回目の専門部会の中に第 2 回の勉強会をとという形で開催して、その時々でデータを持ち寄って、方向性を、府が勝手に考えるのではなくて、市町村の皆さんとすり合わせをしながら、こんなことが言えるよねというように考えていきたい。そうした意見交換を行った上で報告書を取りまとめていくというようにしたいと考えております。

【黒田部会長】

専門部会における今後の論点、それから今後のスケジュールに関して、質問やご意見はありますか。市町村勉強会のことで、市町村からご意見はありますか。この際、集中的にがんばっていきましょう。よろしく願いいたします。本日の議題はここまでということになりますが、全体を通じて何かご意見はありますか。それでは、今後の部会のスケジュールについて、事務局からご説明をお願いいたします。

【司会】

先ほど、課長からご説明しましたとおりに考えてございます。本専門部会につきましては 9 月以降

に、皆様のスケジュールや資料の作成状況等を踏まえて開催したいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。勉強会につきましては、別途、本日出席いただいております市町村と調整したいと考えておりますのでよろしくお願いいたします。

【黒田部会長】

日程の調整は、別途お願いいたします。それでは、本日の議事はこれで終了ということでよろしいでしょうか。ありがとうございました。

【司会】

これもちまして、第1回大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会を終了いたします。長時間ありがとうございました。