

【第3回大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会】

【事務局】（介護支援課総括課長補佐）

ただ今から第3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。私は進行を務めます大阪府福祉部高齢介護室介護支援課の中村でございます。どうぞ、よろしくお願い致します。それでは、開会にあたりまして、大阪府福祉部福島医療監よりご挨拶を申し上げます。

【医療監】

医療監の福島でございます。第3回大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会の開催にあたりまして、一言ご挨拶を申し上げます。委員の皆様におかれましては、日ごろ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御礼申し上げます。

さて、7月と9月に開催致しました2回の専門部会では、委員の皆様には介護・医療・住まいなど幅広い視点からのご意見を頂戴致しまして、本当にありがとうございました。頂いたご意見などを踏まえまして、この間、本専門部会に参加頂いております保険者及び大阪府国民健康保険団体連合会の皆様方と勉強会を行いますとともに、庁内の関係部局とも、問題意識の共有や、今後の求められる対応策について意見交換を重ねて参りました。本日は、その集大成となる最後の部会と致しまして、分析・検証を行って参りました内容の取りまとめとしての報告書案及び、今後、求められる対応策についてご説明させて頂くこととしております。委員の皆様方には、それぞれ専門的な見地から忌憚のないご意見を頂きたいと考えております。どうぞ、よろしくお願い致します。

なお、本日の会議の内容をまとめまして、本専門部会での報告として来年2月に予定しております第10回大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会におきまして、報告・公表することとしたいと考えております。今後とも委員の皆様方には、大阪府の高齢者保健福祉行政の推進に変わらぬご支援を頂きますようお願い申し上げます。簡単ではございますが、挨拶とさせていただきます。どうぞ、よろしくお願い致します。

【事務局】（介護支援課総括課長補佐）

本日のご出席の委員の皆様、大阪府オブザーバーの市町村の出席者のご紹介につきまして、配付致しております配席表で代えさせていただきたいと思っておりますので、どうぞ、ご了承ください。報道関係者の方々は、これより先のカメラ取材につきましては、受付でお示し致しました所定の位置で行って頂きますようにご協力をよろしくお願い致します。

それでは、さっそく議事に入りたいと思っております。以降の進行につきましては、川井副部長にお願いしたいと思います。どうぞ、よろしくお願い致します。

【川井副部長】

では、皆さん、改めまして、こんにちは。黒田部長がいらっしゃいますまで、私のほうで代理をさせて頂きたいと思っております。それでは議題1に入りたいと思っておりますので、大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会専門部会報告書（案）を、事務局のほうから説明をお願い致します。

【事務局】（介護支援課長）

そうしましたら、報告書案につきまして、ご説明させていただきます。まず、報告書案と書かれた資料をお開きください。まずは、報告書の構成についてご説明致します。**1** ページ、**2** ページ目をご覧ください。当初、この報告書の作成にあたりましては、現状分析とそれに対する対応の**2** 章立てというシンプルな構成を想定しておりましたが、筒井委員から分析の中に原因を書き込むとなると、中身が分かりにくくなるのご指摘がありました。このため、分析と対応の間には考察を入れるべきとのことでした。さらに、府としてのビジョンを明らかにするため「はじめに」を記載し、それと対となる「終わり」もちゃんと盛り込むようにというご指示がございまして、現在の5章立ての構成の報告書となっております。以下内容を掻い摘んでご説明させていただきます。

まず、「はじめに」をご覧ください。**4** ページ目でございます。この章では今回の部会の設置の経緯や報告書のねらいを明らかにしております。大阪府は団塊の世代の人口が多く、今後**75** 歳以上人口比率や単身高齢者世帯が急増する「都市型高齢化の進展」が見込まれる中、中・重度の要介護状態となっても、住み慣れた地域で生き生きと暮らし続けられるよう「地域包括ケアシステム」の構築が急務となっております。こうした中、本年**3** 月の厚生労働省資料により、大阪府の年齢調整後の要介護認定率と被保険者一人当たりの介護費が、いずれも全国一高くなっているということが分かりました。このため、これらの対応策等を検討するため、本年**7** 月、大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会の下に「専門部会」を設置し、分析等を行ってきたところでございます。奇しくも国の介護保険部会でも縮小されるべき地域差については、これを縮小するよう適切に対応していくことが求められておりまして、都道府県・市町村の介護予防等の取組状況や成果を評価することで財政的なインセンティブを付与するという議論もなされているところでございます。こうしたことも踏まえまして、今、改めて地域マネジメントの在り方が問われており、そのためには「データ」による「測定」と「評価」を行いながら、関係者間で意思統一を図りながら、対応していくということが重要ということを記載しております。

引き続きまして、現状分析に入らせて頂きます。まずは、介護に係る大阪府の現状ということでデータを紹介させて頂いております。大阪府の高齢化率、高齢者数の推移でございますけれども、これは全国平均よりも**65** 歳以上人口比率と**75** 歳以上人口比率はいずれも全国よりも低くなっていますが、団塊の世代の構成割合が大きいため、**2025** 年に向けて、**10** 年間で**75** 歳以上人口が急増していくことが見込まれております。同様に認知症高齢者の増加も見込まれているところでございます。介護費用、保険料の推移でございますが、大阪府の介護総費用は制度創設当時から**3** 倍強となっております。介護保険料も制度当初から見れば、**2** 倍近くに上昇しております。大阪府の介護サービスの利用面における特徴と致しましては、居宅サービスの割合が高いことが挙げられます。それから特別養護老人ホームなど施設サービスの利用割合が少ないことが大きな特徴と言えます。実際、全国のサービス利用の構成比をみると、特養・通所介護・老健・訪問介護の順で介護サービスの利用がなされているのに対し、大阪では訪問介護が**1** 位に来ていることが分かります。

続きまして、要介護認定率と被保険者一人当たりの介護費についてですが、大阪府の年齢調整後の要介護認定率は**22.4%**でございまして、**47** 都道府県で最も高くなっております。特に要介護**2** 以下の軽度者の占める割合が高くなっております。また年齢調整後の被保険者一人当たり介護費も**47** 都道府県中最も高くなっております。こうした点を踏まえ、被保険者

一人当たり介護費の構造について分析を行いました。被保険者一人当たりの介護費は、介護サービス利用者一人当たりの利用額（単価）に、要介護認定を受けた人のうちサービス利用をする人の割合（利用率）、被保険者数に占める要介護認定者数（要介護認定率）を掛け合わせることで算出されます。この3要素に関する分析を行ったところ、利用者一人当たりの単価と利用率は全国平均より高くなかったにも関わらず、認定率については、男女とも65歳～、70歳～、75歳と5歳刻みで区切った全年齢階級におきまして、大阪府の要介護認定率が全国一高いということが分かりました。こうしたことから、要介護認定者数が多いこと、つまり認定率が高いことが、被保険者一人当たりの介護費が高いことの直接的な原因となっていることがうかがわれました。なお、利用者一人当たりの単価につきましては、参考資料①の22ページ目を見ますと、介護サービス利用者一人当たりの利用額は要支援一人当たり、要介護一人当たりでみて、大阪府のほう为全国平均よりも低くなっています。ただし、要介護4と5のところについては大阪府のほうが高くなっております。これは地域加算の影響もあるでしょうが、施設介護が少ないはずの大阪府で要介護4、5の介護費が高くなっている理由については、要介護4、5の在宅サービスの単価が高い可能性があることがうかがわれます。この辺りは、あとで出てくる高齢者住まいの問題とも関係している可能性があります。

続きまして、要介護認定率に関連する要因につきまして、分析を行いました。この結果、住民側の要因として、要介護認定率との相関が確認されたのは、以下の八つでございました。単身世帯率、生活保護率、低所得者割合とは正の相関が、健康寿命、就労率については逆相関の関係が確認されました。BMI25以上の方の割合、喫煙率とも相関がございました。検診受診率につきましては、逆の相関関係がございました。このように、健康意識と要介護認定率の高さには一定の相関があることがうかがわれました。続いて、居宅系事業者など供給側の要因を考えてみました。大阪府は人口密度が高く、訪問介護事業所など居宅系の事業者が事業を展開しやすいという特徴がございました。この結果、65歳以上人口比で、訪問介護事業者が全国で一番多くなっておりませんが、こうした事業者密度と介護費の関係性を検証したところ、高い相関が確認されております。参考資料①43ページ目にそういった資料が入っております。

引き続きまして、自治体の取組の差異の影響についてでございます。これについては、参考資料①の45ページ目をご覧ください。これは2010年から2015年にかけて、高齢化率がどれぐらい高まったか、それに対して、要介護認定率がどのように推移したかを分析しております。全ての都道府県、府内市町村で高齢化が進展している中で、必ず要介護認定率が右肩上がりに反応しているということではなく、要介護認定率が低下した自治体として、大分県や徳島県がございました。府内においても、要介護認定率がほぼ横ばいに留まる自治体として、和泉市とか、能勢町、箕面市、羽曳野市などがあることが分かりました。参考資料①46ページ目は要介護認定適正化事業のデータなのですが、これは各市町村別の高齢化の状況に応じて、全国平均の認定率を掛け合わせた場合に、出てくる理論上の要介護認定率と実際の要介護認定率の差異をグラフにしております。上に出ているほうがプラスで、下に出ているほうがマイナスでございます。また、このグラフは、軽度者と中・重度者とで分けられています。これで見ますと、年齢調整後の要介護認定率が高い大阪府内でもズレが少ない自治体がある一方、大阪府自体もそうですけれども、大阪市、堺市、泉佐野市、岬町といった自治体は比較的ズレが大きい。これらの市町村では年齢以外の要因によって、認定率が

決定されているということが分かります。一方でズレが少ない市町村にもいろんなパターンがあって、例えば、太子町、河南町、千早赤阪村は、軽度者がマイナスに、中・重度者がプラスに出ています。これはおそらく、これらの自治体では、要介護度が重くなってから介護サービスを利用し始めている、ということで、供給要因が関係しているように推測されます。一方、泉大津市とか、高槻市、箕面市、和泉市、それから島本町というのは、どちらかというと、中・重度者が少なくなっています。これは、介護予防などにより、重度化防止にある程度成功している可能性があります。以上は、ひとつのご参考ですが、市町村自らが、それぞれの立ち位置などを考えながら、課題を考えていくことが重要と思っております。

引き続きまして、資料 51 ページ目をご覧ください。ここでは、自治体ごとの要介護認定の適正性のチェックはなされているのだろうか、ということを見ております。認定調査の一次判定で見ますと、左下肢麻痺ありの選択率は全国平均が **36.9%** であるのに対して、府内市町村では **60.4%** の自治体などが存在しておりました。また、一次判定から二次判定への変更にあたって、重度変更、軽度変更のバランスが極端な自治体、例えば、重度変更が **28%** あるのに、軽度変更が **1.4%** しかない自治体がありました。それから要介護認定者の特徴という事で次の項目に移ります。大阪府の要介護認定者は、軽度者の割合が高く、特に要支援 **1、2** の占める割合が、全国が **5.1%** であるのに対しまして、大阪府は **7.7%** でございました。要介護認定率全体の全国平均の差異の約 **6** 割弱が要支援 **1、2** により説明されています。

続きまして、要介護度別一人当たり介護給付費の年額の特徴ということでございますけれども、要介護度別一人当たり介護給付費というのは要支援 **2** と要介護 **1** の間で、一年当たり介護費約 **60** 万円異なっています。要介護 **2** と要介護 **3** の間では同様に **70** 万円以上の差がございます。介護予防は一義的には高齢者の **QOL** の観点から大切になりますが、同時に、財政の観点からも非常に重要であると言えるでしょう。

続きまして、医療の現状というところに移ります。大阪府の健康寿命は非常に短く、男性が **43** 位、女性が **47** 位ということになっています。特定検診の受診率も全国平均よりかなり低めでございます。このような健康意識の低さが示されているところでございます。そうした中、**65** 歳以上被保険者一人当たり医療費と介護費の総額は全国で一番の高さとなっております。医療費単体で見ますと全国で **5** 番目ですけれども、「入院費」が全国で **12** 位、「入院外＋調剤」が全国 **2** 位、「歯科」が全国 **1** 位となっております。少し、介護の傾向と似ているんですけども、在宅中心の医療費の構成となっているかと思えます。

続きまして、高齢者の住まいについてに移ります。大阪府では施設・居住系サービスの利用が低いという特徴がございます。実際、特別養護老人ホームなどいわゆる介護保険 **3** 施設の定員数は **53,166** 床であるのに対し、有料老人ホーム、サ高住の合計戸数は **59,215** 戸にのぼっております。こうした中、住宅型有料老人ホームであるとか、サ高住につきましては、一部で「囲い込み」による過剰なサービス提供を指摘する声がございます。こうした指摘等も踏まえまして、今般、専門部会参加 **11** 市町におきまして、住民票の住所地情報の突合により、名寄せできる被保険者番号を元に入居者の要介護度、平均年齢、介護サービスの利用実態、生活保護の受給の有無等を分析しました。実態調査の結果につきましては、**65** ページ目からをご覧ください。被保険者番号については、今回、**11** 市町で **11,257** 人分のデータが分かりました。被保険者番号が分かったのは **11,257** 人なのですが、この当該市町村にある有

料老人ホーム、サ高住の定員数は **31,138** 戸となっております。従いまして、データの捕捉率としては **36.2%**ということとなっております。このことのイメージについては、**65** ページ目をご覧ください。今回、何が分かって、何が分かってないのかということなのですが、今回の調査方法で被保険者番号が特定できたのは、住民票を高齢者住まいに移している方の住民票と、有料老人ホームだとかサ高住の住所地が一致している方ということになります。一方で、**65** ページ目のポンチ絵のイメージにもありますように、高齢者住まいとは別に持ち家があって、住民票を移していない方々については、同じ市町村の市町村民であっても、データが拾えておりません。また、他市町村民のデータも拾えておりません。このほか、空き定員数も分かっておりません。このように、今回の調査は、住所地が一致する方を拾っているので介護サービスの利用実態という点では、ものすごく精度が高いと思っておりますけれども、捕捉率という観点では **36.2%**に留まるという課題が残りました。ちなみにほかにどういうやり方が考えられうるかということ、**65** ページ目下で考察しておりますけれども、高齢者住まい入居者の介護サービスの利用実態を捕捉するためには、高齢者住まい併設のケアマネ事業所のケアプラン点検を行う方法も考えられます。ただし、例えばサ高住なんかで見ますと、ケアマネ事業所が併設されている割合が **28.5%**にとどまっております。また、併設の事業所というのは、当該高齢者住まい居住者以外のケアプランに携わっている可能性もございます。また、各保険者においては、認定調査の際に認定調査員が高齢者住まいの訪問を行っています。しかしながら、各保険者では、そうした住まい情報がデータベース上に反映される仕組みになっていないんじゃないかと思えます。次は、入居者の生活保護受給率の話になりますけれども、**66** ページ目でございます。今回のデータ、**11,000** 人余りのデータの中で生活保護受給者は **5,203** 名でございまして、その比率は **46.3%**となっております。ただし、この **46.3%**の性格ですけれども、あくまで住民票の所在地が高齢者住まいと一致する方から被保険者番号を特定したので、住民票を移している方には持ち家を持たない生活保護受給者が多く含まれてしまうのではないかと考えます。それでも、生活保護受給率が比較的高くなっている事自体は、おそらく事実だと考えておりますけれども、高齢者住まい入居者全体の **46.3%**が本当に生活保護受給者かと問われれば、平均で見れば、決してそうではないのではなく、この数字だけが独り歩きしないということも重要だと考えております。入所者の平均年齢につきましては、いずれも **80** 歳以上となっております。平均要介護度も要介護 **3** 以上の方は有料老人ホームで **52.1%**、サ高住で **43.5%**となっております。以上のことから、高齢者住まいが、当初想定よりも中・重度者が多くなっており、実質施設化の傾向にあることがうかがわれます。サービスの利用実態につきましては、要介護度別の区分支給限度基準額いっぱい近くの利用をしていることがうかがわれております。**72** ページ目、**74** ページ目のデータをご覧ください。まず、**72** ページ目ですけれども、要介護度別に見ていきます。要介護 **3** の箇所 **251,421** 円というのが、住宅型有料老人ホームのデータです。その下の **245,582** 円というのが、特定施設でないサ高住のデータです。これらを見ると、要介護 **3** 以上では、いずれも特養よりも金額が上回っています。一方で、全体の平均で見ると、要介護者の入居状況によりますけれども、軽度者が多い有料・サ高住のほうが若干安めとなっております。

続きまして、将来推計に移ります。要介護認定率、平成 **26** 年度の性別年齢階級別の要介護認定率に人口推計を掛け合わせるによりまして、大阪府の要介護認定率と介護需要の将来推計を行っております。**84** ページ目をご覧ください。これによりますと、**2015** 年に **20.5%**

であった大阪府の要介護認定率は **2025** 年に **27.1%**、**2035** 年に **29.4%**まで上昇致します。介護サービスの受給者数については **86** ページ目をご覧くださいと **2015** 年に **36.9** 万人だったものが、**2025** 年に **54.4** 万人、**2035** 年には **62.5** 万人まで増加することが見込まれております。このうち、要介護 **3** 以上の数だけで見ましても **13.1** 万人から **2035** 年には **2** 倍近い **24.7** 万人に増加することが見込まれております。

それから介護給付費と介護保険料でございますけれども、**88** ページ目をご覧ください。第 **6** 期の計画策定のときの推計によりますと、第 **6** 期の計画策定の際には府内平均の第 **1** 号被保険者の保険料は、第 **6** 期の **6,025** 円から **2025** 年には **8,929** 円に上昇すると見込まれております。また今回、介護需要の将来推計をもとに、簡易的に **2040** 年までの介護給付費並びに介護保険料の将来推計を行いました。**86** ページ目ですが、**2015** 年時点では、約 **6,000** 億円程度の介護給付費であったものが、**2035** 年には **1** 兆円を超えることが見込まれています。これは物価上昇とか見込んでおりませんし、今の平均的な介護給付費をもとに介護需要と掛け合わせることで簡易的に算出したものです。また、介護保険料につきましては、**88** ページ目にありますように、**2035** 年には **9,959** 円、**2040** 年には **10,374** 円に上昇することが見込まれております。ただ、**2025** 年のところのデータを見て頂くと分かりますように、第 **6** 期の計画策定時の **2025** 年の推計のときには個別サービスごとの直近の利用率や利用回数の伸び率を加味した上で、その延長線上として **2025** 年の介護保険料を推計しているため、今回の推計よりも上回っております。今回の推計はそういう伸びを全く加味せずに、純粋に介護需要、人口構成の変化だけで介護需要が伸びていくということで、それから各市町村の所得階級の構成も現在と同じということで推計しておりますが、仮に利用率などが上がっていくということであれば、今回の推計金額よりも介護保険料は高くなっていくことが見込まれます。

以上の分析を踏まえまして、考察に移らせて頂きます。大阪府の介護費や要介護認定率の改善に向け、課題を整理しております。**1** 点目は、要介護状態に至らせないための健康に資する施策等の取組でございます。被保険者一人当たりの介護費が高い理由は、母数としての要介護認定者、要介護認定率の高さ・多さにありまして、特に軽度者が多いことが要因かどうかはわかりました。一方、**89** ページ目の平成 **25** 年国民生活基礎調査によると、要支援 **1**、**2** となった方の約半数というのは、関節疾患、骨折、転倒、高齢による衰弱などのフレイルといわれるような状態を経て、要介護に至っております。まずは、こうした状態に至らないための施策を考えていくことが重要と考えております。このためには、健康に資する多様な取組を若年層から進めていくということも重要でしょうし、介護施策と致しましては、例えば、自立支援型の地域ケア会議や、新しい総合事業にいち早く取組んでいる自治体で一定の成果をあげていることは注目に値するでしょう。大分県や和光市、生駒市などの事例を参考にしていきたいと考えております。**91** ページ、**92** ページ目をご覧ください。自立支援型の地域ケア会議については、これまで例えば、下肢筋力が低下して入浴できないという方に対して、お世話型のプランとして、デイサービスで週 **2** 回風呂に入るというプランを立てて、ケアをやっていくようなことが一般的だったんですけれども、そうじゃなくて、ケア会議で理学療法士さんとかリハ職の方がアセスメントをした上で、例えば、**6** ヶ月後に自分で入浴できるようにするためのプランはどのようなものかを考え、デイサービスで下肢筋力を強化したり入浴動作の訓練をしたりするとともに、浴室の住宅改修や手すりを付けたりすると、改めて風呂に入れるようになり、その人の要介護度の進展を止め、自立に繋げていけるのでは

ないか、ということでございます。こういった地域ケア会議の実施を通じて大分県では、要介護認定率がだいぶ下がってきております。それから、もう一点は、総合事業といわれる取組で、それについては、**93** ページ、**94** ページ目に記載しております。高齢者が社会参加をして社会的役割を持ちながら、同時に介護予防を図っていくということを事業として目指していくものでございます。

それから、続きまして、要介護認定の平準化及び適正化に資する取組ということで、共助のシステムである介護保険制度は、公平な要介護認定が実施されることが大前提でございます。制度の信頼性に関わる問題でもありますけれども、府内市町村の認定調査における基本調査項目の選択率には、大きなばらつきがありました。こうした点を踏まえ、府内全体での認定調査の適正化、平準化を図っていくことが求められるということを書いてございます。

また、高齢者「住まい」において提供されている介護サービスの実態把握につきまして、今回の専門部会における参加 **11** 市町の調査から、住宅型有料老人ホーム、サ高住に、要介護者が多数入居している実態が明らかになりました。また、これらの新たな住まいに入居している高齢者には、調査が可能となった対象者という限定がつくものの、区分支給限度額の約 **9** 割の介護サービスが利用されていました。特に、要介護認定 **3** 以上の方々については、特養以上の介護費がかかっているケースが散見されているにも関わらず、サービス利用の全貌を捉えることができるデータベースが存在しないという問題が明らかになりました。それから、利用者本位のケアマネジメントの実現に向けた取組の必要性と致しましては、大阪府では、居宅サービスを主とした医療・介護のサービス提供体制が構築されておりまして、複数の慢性疾患や認知症を抱えながら、外来通院や訪問介護を利用し、可能な限り居宅において、生活を継続していることが推察されました。既に自立支援型のケア会議に取組んでいる自治体であるとか、ケアプラン点検に力を入れてきた自治体において、要介護認定率の上昇を抑えられていることを、よく参考にしていくことが求められます。併せて、脳血管疾患の再発防止等のセルフケアマネジメントの取組も非常に重要になってくることを記載しております。

続きまして、「大阪府における対応について」ということで、次の章に移りたいと思います。ここからは、大阪府において求められる対応の方向性を示すとともに、参考資料②も使いまして、現に大阪府でどういう対応を考えているかをご説明させていただきます。まずは、介護予防自立支援に向けた取組の強化というものが求められると考えております。大阪府の要介護認定率の高さの要因として、要支援 **1**、**2** が特に多いことを踏まえ、まずは、介護予防等の取組を強化することによって、軽度者の自立や重度化の未然防止を促していくことが重要だと考えております。これには自立支援型地域ケア会議の開催が効果的と考えております。参考資料②の **3** ページ・**4** ページ目に記載しておりますが、今年度、モデル実施市ということで、堺市、羽曳野市、泉南市において、模擬ケア会議の開催等を検討しているところです。また、こうした取組を、平成 **29** 年度は更に拡充し、いくつか市町村を追加して、自立支援型のケア会議の開催に向けた取組を進めていきたいと考えております。

引き続き、新しい総合事業の着実な実施ということを掲げさせて頂いております。平成 **29** 年 **4** 月までに全市町村で開始される新しい総合事業につきましましては、高齢者の社会参加を促し、一人ひとりが社会的役割を持つことで、地域社会の新たな担い手を創出していくということとともに、同時に介護予防にもつなげていこうというものでございます。新しい総合事業の予算につきましましては、**75** 歳以上高齢者数の伸び率等に基づく厳しい上限管理が行われ

ることが見込まれております。急増する要支援者等の生活支援ニーズに対し、どう対応していくかが市町村に問われているわけですが、地域の支え合い体制作りを推進していくことにより、いかに効果的、効率的な支援を確保していくかが課題になっております。一方で、介護サービス事業者以外の住民主体の多様なサービスの創出については、市町村に十分な支援ノウハウが存在しないことから、府内市町村を見渡しても、なかなか順調に取組が進んでいないのが実態でございます。これにつきましては、参考資料①のほうの**95** ページ、**96** ページ目をご覧ください。大阪府では**41** 保険者のうち、今年度中に総合事業に取組み始めたのは、**5** 市のみ。しかし、この**5** 市でも、住民主体の支え合いによる**B**型サービスの創出ができていない自治体は、まだまだ限られるのが現状でございます。こうしたことも踏まえまして、市町村が十分な支援ノウハウを獲得するまでの間については、府が、府内に潜在している高齢者等の支え合いの活動の掘り起こしや伴走型支援の実施など、具体的な市町村支援策を行っていけないかと考えております。これに対する府の取組が参考資料②の**5** ページ目の「大阪ええまちプロジェクト」ということで、大阪市さんとか、堺市さんにも入って頂いて、今、検討を進めているところでございます。住民主体型のサービスの立ち上げにあたりまして、先進**NPO**のノウハウを生かして、伴走型、寄り添い型の支援を期間限定で実施していくようなことを考えております。これにつきましては、まだまだ財政課との調整が続いていきますけれども、ぜひ、実現して参りたいと考えております。

引き続きまして、一般介護予防の効果的な推進ということで記載させて頂いております。介護予防の推進は、ハイリスク層へのハイリスク・アプローチだけでなく、すべての高齢者に対するポピュレーション・アプローチを上手く組み合わせていくということが重要と考えております。この点、市町村における一般介護予防事業の重要性について言及させて頂いているところでございます。医療・介護の連携の推進につきましては、在宅医療介護連携の推進を書かせて頂いております。引き続き、認知症施策の効果的な展開ということでも記載させて頂いております。

その次、医療・介護連携の質的向上に向け、「退院調整ケアカンファレンス」の在り方ということで記載させて頂いております。これまでの取組内容は比較的軽度者の対応というのが中心になっていたかと思っておりますけれども、要介護度の重度化を防止していくということは、先ほども申しましたように、**QOL**、保険財政の両面から重要だと考えております。このため、要介護度が悪化するきっかけとなるその急性期病院からの退院の際の医療と介護の連携を促進し、退院支援の質の向上を目指すことによって、ケアマネジャー等が医療の情報を退院後のケアプランに反映していくことが求められていると考えております。参考資料②の**7** ページ目をご覧ください。近年、ケアマネジャーにつきましては、福祉系職種が増加しており、医療リテラシーに課題を抱えていることも多くなっております。また、医療職はそうしたことが分からないまま、ケアカンファレンスを開催していることも多いと聞いております。すでに、医療・介護連携に関わる診療報酬上の「退院支援加算」であるとか、介護報酬上の「退院・退所加算」の枠組みなどが存在しております。こうした枠組みの活用を進めながら、例えば、高齢者に多い典型疾患である脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、糖尿病、誤嚥性肺炎などにつきましては、ある程度、的を絞って病棟看護師からケアマネジャーへの情報提供のあり方などを見直して、これらの疾患の再発防止や要介護度の重度化防止を推進していくことが求められるのではないかということを記載しております。このための取組として、留意事項

をまとめたり、あるいはマニュアルを作っていくようなことをモデル事業として考えていきたいと考えております。

続きまして、健康づくり・疾病対策との連携ということで記載させて頂いております。介護予防や中・重度の要介護状態の主たる原因の一つである脳血管疾患対策というのは、高齢期から始めるものではなくて、若いうちから健康づくり、生活習慣病予防などに努めていくことが重要だと考えております。福祉部局と健康医療部局が相互に連携して取り組んでいくことが重要である旨を記載しております。

それから、要介護認定の平準化に向けた取組につきましては、今年度、一次判定の認定調査項目の選択に特徴があったり、一次判定と二次判定の変更率が高いような**19**の自治体について、介護認定審査会の訪問を行っております。訪問を通じて助言等をしてきたところですが、それだけでなく、大阪府におきましては、今年度、認定調査の評価技能向上に資する視聴覚教材も作成中でございます。今後は、これらの教材を効果的に用いた研修であるとか、業務分析データの見方の研修などを実施していくことが求められていると考えております。また、各保険者におきましては、こうした研修機会等を活かしながら、認定調査項目の選択に特徴を有する調査員への個別研修を行っていくとか、一次判定と二次判定の変更率の高い保険者におきましては、認定調査員の特記事項の記載方法や事務局運営のあり方に課題がないかなどを検討・検証していくべきだと考えております。

それから、「高齢者住まいにおける介護サービスのあり方」についてでございます。近年急増する有料老人ホーム、サ高住につきましては、高齢者の住まいニーズの受け皿として今後とも重要な役割を担っていくことが期待されております。一方で、利用者本位でない介護サービスの提供がなされていないかなど、ケアの質を確認していくことも重要です。住宅型有料やサ高住につきましては、住宅の運営者と介護サービスの提供者が異なっていて、所管部局も複数にまたがっていることから、全体的な実態が把握しにくいといった課題もございます。こうした課題に対応するためには、大阪府におきまして、関係部局が連携の上、各保険者等も交えながら、更なる実態把握に務めるとともに、ケアの質の評価であるとか、効果的な指導監督方法のあり方などについて、引き続き議論をしていくことが求められます。府としても関係者と協議の上、例えば、検討会の設置などを考えていく必要があると考えております。

続きまして、ケアプラン点検の適正化に向けた取組ですけれども、いわゆる「囲い込み」のような過剰なサービス提供への対応につきましては、府・市町村の連携によりまして、集中的なケアプラン点検を行っていくことが必要だと考えております。また、ケアプラン点検の先進事例の紹介であるとか、勉強会等の実施といったことも重要だと考えております。それから、高齢者住まいの質向上に向けた取組の強化ということで、参考資料②の**9**ページ目をご覧ください。高齢者住まいサービス従事者による虐待の未然防止等のための指導監督や、未届有料老人ホームに対する指導を重点的に行っていくことが重要だと考えております。それから、急増する有料老人ホーム、サ高住につきましては、健全な経営やそこで働く介護職員の適正な労働環境を確保することを通じて、利用者保護を図っていくことが重要だと考えております。例えば、府におきまして、「経営・組織力向上セミナー」であるとか、事業者団体と連携した事例研修会等を実施していくことなどを通じまして、各事業者が自らサービス内容の適正化を図っていくような施策を実施するというようなことを書いてございます。

ケアマネジメントの適正化というところに移ります。ケアマネジメントの適正化につきましては、地域ケア会議を通じた介護予防ケアマネジメントが重要だということが、まず第1点目です。2点目は、実際にケアマネジメントを担う役割であるケアマネさんの資質向上ということでございます。ケアマネさんの資質向上につきましては、今年、主任ケアマネさんに年間12時間以上の法定外研修の受講が義務付けられたことを踏まえまして、地域性（地域課題）を踏まえた研修を実施していくようなことを考えていくことも有効だと考えております。このための取組を参考資料②の10ページ目に書いております。3点目は、自立支援型ケアプランの作成支援。ケアマネさん自身が、ちゃんと自立支援に向けたケアプランを作れるようにするためのマニュアルを作っていくということで、これにつきましては、今年度、今まさに検討を行っているところでございます。こうしたマニュアルを活かしながら、自立支援型のケアプラン作成を進めていきたいと考えております。その他、ケアマネジメント適正化に向けては、地域包括支援センターの強化であるとか、保険者によるケアプラン点検の実施といったことも、非常に重要になってくるというふうに考えております。

こうしたことを踏まえまして、第7期高齢者計画の策定に向け、何を考えていくべきかということでございます。まず、1点目は、2025年、2040年を見据えた計画策定の重要性でございます。今の団塊の世代が全員後期高齢者になる2025年、団塊ジュニアの世代が高齢者になる2040年を見据えて、計画的に計画を策定していくということが重要と考えております。それから、高齢者住まい・施設ニーズとの関係性につきましては、第7期計画における介護サービス量の見込み及び介護保険3施設の必要入所定員の検討にあたりましては、有料老人ホーム、サ高住など高齢者住まいの居住者の要介護度がかなり重くなっていて、実質的に施設化しているような実態を踏まえて考えていくことが重要です。このため、必要な特養の整備とともに、例えば、特定施設入居者生活介護や定期巡回・随時対応型居宅介護看護の指定などを組み合わせていくことも積極的に考えていく必要があるのではないかと考えています。こうした高齢者住まいに対する将来需要等も踏まえながら、地域に必要なサービス基盤を十分検討・精査をした上で、それらを介護保険事業支援計画に反映していくことが重要だと考えております。この点につきましては、参考資料①の77ページ、78ページ目に記載がございます。まず、介護サービス面から申しますと、区分支給限度額の約9割を利用しているからといって、直ちに問題があるというわけではないのですが、一方では、利用者本位のサービス提供が行われているかどうか問題になるわけでございます。保険者においては、第一義的なケアプランチェックと不断の適正性の確認が、まず重要になるかと思えます。一方で、財政面から考えたときには、要介護3以上では特養よりも介護費を要しており、そうは言いながら、平均的な有料・サ高住の入居者の要介護度の構成を考えると、軽度者が多い有料・サ高住の平均の介護費は特養よりは安くなっていることを踏まえれば、地域における将来の高齢者住まいのニーズに対しては、例えば、定期巡回とか、小規模多機能の施設などの充実によって、在宅介護の限界度を高めていく取組であるとか、必要な特養をどう見極めていくかが課題になるかと思えます。それから、普通の有料・サ高住ではなくって、包括報酬である「特定施設」の指定によって対応していくことや、定期巡回・随時対応型サービスの併設により地域に開かれた対応を考えていくというような対応方策も考えられます。このように、どういった組み合わせを考えていくかということ由市町村でよく見極めていくことが重要だと考えております。その前提と致しましては、地域の介護ニーズを可能な限り正確に見極め

ることが重要だと考えております。議論の参考として、**79** ページ目以降は、簡単なデータを紹介しております。**79** ページ目は、市町村別に「施設系サービス」と「高齢者住まい」の戸数を示しております。こういった数が要介護**3**以上の人数などに対し、それぞれどれくらいの数字の規模感なのかを見るために、その下に要介護認定**3**以上の人数に対する整備状況ということを出しています。もちろん、要介護**3**未満の方もたくさん入っていますので、この割合は単なる目安にすぎません。ともあれ、市町村によって、施設系サービスにより対応している自治体もあれば、高齢者住まいにより対応している自治体などがあることが分かります。次の**81** ページ目は、要支援・要介護認定者数に対する割合であり、その次は**75** 歳以上人口に対する占める割合、**83** ページ目は**65** 歳以上人口に対する、「施設系サービス」の整備状況を示しております。また、こういったデータを見ていくときには、二次医療圏域ぐらゐの単位で、合算して見ていくということも重要かと思っております。同時に、地域における特養の待機状況なども踏まえながら、総合的に勘案していくことが重要です。

引き続きまして、医療・介護連携の重要性については、来年度に各種計画が見直されますので、それに向けた連携を図っていくことが重要だと考えております。また、来年度は、第**4** 期介護給付費適正化計画も策定いたします。

こういったことを踏まえまして、国に対する要望事項と致しましては、**1** 点目は、国で検討されるインセンティブの付与について、結果としての認定率だけを評価するのではなくて、自治体のこれからの取組や努力が評価されるような仕組みとして制度設計してもらいたいということを記載しております。その次は、要介護度を改善させた事業者等の評価手法の確立、介護報酬上の加算の充実ということで、地域ケア会議等を通じまして、高齢者の自立、介護予防を進めていく際には、一方では事業者さんが損をしない仕組みも重要だと思っております。そういった部分をちゃんと評価する手法の確立であるとか、それから報酬上の加算というのをちゃんと充実してもらうようなことが重要だと思っております。**3** 点目ですけれども、高齢者住まいについては大阪府でいろいろ分析してみたところですけども、実態として要支援・要介護者の高齢者が中心となっている一方で、特養などの施設サービスと違って、やはりその施設の運営者と介護サービス事業者が異なっているので、なかなかそのサービス内容が外部から見えにくいという課題がございました。近年、指摘されている未届有料老人ホームの把握精度を高める観点からも高齢者が実際に住んでいる住まいや場所を特定して、介護保険サービスの利用実態を随時把握できるようなシステム的な対応を検討すべきではないかといったことを記載しております。

最後に、「終わりに」ということで記載させて頂いております。地域包括ケアシステムの構築に向けて、いろいろな市町村、いろいろな事業者さんとかにいろいろお話をさせて頂きましたが、やはりたくさんの課題があると認識しました。市町村においては、大きな課題があって何から手をつけたらいいか分からないというような状況に陥っていることが多いなと感じました。なかなか一人ひとりができることは小さいのですけれども、ちゃんとその目指すべき方向性を意識して、それぞれの立場で小さな一步一步を重ねていくということが重要ではないかということを記載しております。奇しくも、**2025** 年万国博覧会を大阪府で開催しようとの誘致活動が行われております。「人類の健康・長寿への挑戦」がテーマになっていると聞いております。団塊の世代が全員後期高齢者になる年でもある**2025** 年を万博開催ホスト自治体として、引き続き「全国一高い要介護認定率」のままで迎えるのかどうかということ、

ちゃんと考えていかないといけないと考えております。以上のような分析や、いろいろな対応方策を考えてきたところですが、こうした分析等がそれぞれの市町村における、あるいは大阪府における取組のその議論のきっかけの一つになればいいなということで報告書を取りまとめさせて頂いております。私からの説明は以上でございます。

【黒田部会長】

報告書（案）の全体のご説明をして頂いたところで、この内容の検討に入っていきたいと思います。まずは、報告書の「はじめに」から「現状分析」までということで分けて、そしてその後「考察」から「大阪府における対応」、「終わりに」までというふうに分けて検討したいと思います。それでは、委員の方にまず積極的にご発言頂きたいと思います。「現状分析」までで何かご意見ございませんでしょうか。どうぞご自由にご発言ください。川井委員、何かございませんか。

【川井副部会長】

これまでの話し合いの経緯から報告どおり、介護予防を重点的に行われることが一定程度、大阪府の改善につながっていくということ、データを見ていて再確認いたしましたので、要支援 1、2 のところの取組を、重点的にやっていくことが良いのではないかと、まず報告書を見て感じました。

【黒田部会長】

筒井委員、何かこの「現状分析」11 ページまででコメント、ご意見ございませんか。

【筒井委員】

現状分析によって基本的な内容は示されていると思います。ただ、考察から施策に関わるところに、サービス本体の評価に関するデータがあると良いと思いました。つまり、ケアマネジメントをするためには利用者にとって、良いサービスが提供されているという前提、つまりサービスそのものの評価の前提として必要です。しかし、この報告書にはサービス本体の評価についての項がないので、まず、現状は、サービスの評価がほとんどなされてこなかったということについて示した上で、施策として、今後はサービス本体の評価が必要ということを追加していただければと考えます。

例えば、今、国として、実施している介護サービスの評価で標準化されているものとしては、「介護キャリア段位」制度における介護技術の評価しかないです。すでに、この介護キャリア段位を用いて、東京都では都で独自の評価をされております。具体的に言いますと、キャリア段位のレベル認定取得者が所属している施設や事業所に補助金を出すという非常に思い切ったことがやられています。

このような介護キャリア段位制度が、なぜ、この大阪府の施策に使えると私が思っているかと申しますと、これは外部審査の仕組みを持っておりまして、段位認定がなされた施設や事業所に外部審査員が訪問し、外部評価をするという仕組みを使えるのではないかと考えるからです。そうすると、今、問題になっているのは、高齢者の住まいに係るところで、いわゆるサ高住等になるわけですが、これらを調べる際に、介護キャリア段位で、そのレベル認

定者を輩出している事業者等には外部審査が入るということになるので、実態を明らかにできる可能性が出てきます。サービスの評価の仕組みを大阪府が新たに構築するのは大変でしょうから、それが仕組みとして内包している介護キャリア段位を利用したらどうかという提案です。繰り返しになりますが、この制度を使えば、サービス本体の評価と、今、ちょっと実態がよく分からないようなサ高住におけるサービスの実態を明らかにできるという二つのメリットがあるので、これを入れてもいいかなと考えました。

もし、これをこの報告書に追加するとすれば、介護事業者が提供するサービスの適正化というところになるのだと思います。その適正化を図るために東京都とか、広島県とか、都道府県の中で先駆的なことをやっているところがありますので、それをモデルにやっていくというような文章をいれておかれるとよいと思います。

また、現状分析には、レベル認定者が一体、大阪府で何人いるのかとか、それから、この制度を利用している介護系施設がいくつあるのかとか、アセッサーと呼ばれる評価者が何人いるのか、これらの評価者は、他の都、道、県と比べて多いのか、少ないのかとか、そういうのを分析結果として追加していただければと思います。

【黒田部会長】

キャリア段位制度ですか。

【筒井委員】

はい。「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」という制度で、これは元々内閣府で作ったもので5年ぐらい経過している制度です。内閣府から厚労省に移管されて2年ぐらい経ちまして、所管は振興課となっています。今、介護技術の評価するアセッサーという人が、1万5千人ぐらい全国でいるのですけれども、このアセッサーが、介護技術の評価します。その評価レベルは、レベル2の①から、レベル4まであります。この認定をされた人がいる施設へ東京都の場合は補助金を出しております。さらに地域医療介護総合確保基金の中で、県が申請をすれば、アセッサーの受講に際しての補助を受けられます。正確なデータはありませんが、補助を受けている県は10県以上にはなっています。

【黒田部会長】

はい、介護の質をどう評価するか。それとケアマネジメントの評価ということで、全国的な今の取組として、東京都の取組について紹介を頂きました。何かそれに関連してコメントとかございますか。

【事務局】（介護支援課長）

まず、ケアマネジメントの前提として、そもそも介護サービス事業者が提供するサービスの質の評価が重要であると。そのためには、まず介護技術をちゃんと評価していくということが重要であり、キャリア段位制度の活用が有効ではないかということのご指摘だったと認識しております。その点につきましては、報告書の中では今は記載がございません。ご指摘のあった基金対応につきましては、現に今考えていることとしては入っていないのですけれども、まずは課題として受け止めていくということで、それに対する対応としては、まずは

周知啓発といったところから始めて、来年度以降また引き続き別途検討していきたいと思えます。とりあえず反映するというので、少し記載ぶりを考えたいと思えます。

【黒田部会長】

今の筒井委員のご発言は、これからの大阪府における対応も含めてご指摘を頂きました。佐野委員から何かございませんか。

【佐野委員】

大変貴重な内容の報告書だと思います。特に現状分析のところについてですけれども、一人当たり介護サービス費の要因分解の分析をきちんとして、要介護認定率の高さ等が原因であるといったところを指摘されていることとか、よく健診と医療費負担の関係というのはレセプトデータや特定健診・保健指導のデータが結構研究者にも公開されてきていますので盛んに分析されていますけれども、そういった健康、特定健診に関連するデータと介護サービスの利用状況との関連をしっかりと分析されているところも少ない中で、そういった介護予防というのが介護サービスの利用状況にも関連してくるという点など、よく分析できています。あとサ高住の利用者の実態調査を独自に分析されており、現状分析をしっかりとされた上でのその後の考察であるとか、大阪府の取組の方針であるとか、そういった政策の提言とかにつなげられているので大変説得力があるなと思えました。

特に何かこうしたほうがいいのではないかと、といった大きな指摘というのは、見た限りではありません。一点だけ、報告書のどこかに書いてあるのかもしれないのですが、例えば、要介護認定率に関連する要因の検討など、都道府県単位、大阪府内の市町村単位の散布図の分析というのも非常に意欲的に行われていますが、都道府県の数は47というのは分かるのですが、大阪府の市町村数も散布図の左の上あたりに「N=40」くらいでしょうか、市町村数を書いて頂けると、ぱっと見て分かりやすいかなと思えます。といいますのは、例えば相関があるなしといったところで報告書の中でも議論をされているのですが、そういった相関があるなしとかというのを統計学的に見るときに、その対象の数によって統計学的に有意性が出るかどうか左右される要素ですので、いくつの自治体数でこういった相関の分析をされているのかというのは、情報としてはあったほうがいいかなと思えました。それに関連する点ですけれども、その要介護認定率と単身世帯率であるとか、そういった二つの変数についての相関がどれぐらいあるかないかというところでまとめられているのですが、その相関係数そのものが、散布図上には回帰分析の決定係数は載っているんですが、相関係数が載っていません。相関係数の二乗が決定係数ですから、大体そう考えればどれぐらい相関があるのかな、というのは決定係数を見ても分かりませんが、せっかくですので、相関係数そのものの値を示して頂いたほうが、その相関があるなしといった議論はよりグラフを見て分かりやすいかなと思えました。この本文というよりむしろこの参考資料の中に関するマイナーな指摘ですけれども、こういった点の現状分析について少し直されてもいいのかなと思ったので指摘させて頂きます。

【黒田部会長】

どうもありがとうございます。では、秦委員、何かご意見ありますか。

【秦委員】

大変分かりやすい現状分析かなというふうに思います。まず現状分析のほうに絞ってということで、7ページ目です。③「認定率」のところで、やはり後期高齢者の段階になるほど、全国平均と大阪府の乖離が大きいと思います。やはり年齢の要素というのは大きいだろうというふうに思います。当たり前過ぎて、このへんのところは特に触れていないのかなというふうに思いますが、③のところで、やはり後期高齢者の乖離が大きいのかなという印象を受けます。8ページ目のところの(4)で自治体別要介護認定調査及び評価の偏差、これは標準偏差でしょうか。ちゃんと書いたほうが良いのかなと思ったりしました。それから13ページ目ですけれども、3.「高齢者の「住まい」の考え方と、提供されている介護サービスの実態把握」のところの最後のパラグラフのところでございます。区分支給限度基準額の約9割の介護サービスが利用されており、特に要介護3以上の方に対して、施設サービス以上の給付費がかかっているケースも散見されたということで、それをもってイコール不適切なことではないということ、後の参考資料のほうでも述べられてはおられますけれども、例えば、こういった事例が、どれだけ今回の給付費の上昇に影響しているかということ、これを差し置いたとしても、これをもってとは言えないでしょうけれども、初めから区分支給限度額目一杯のケアプランを立てましょう、利用しましょう的なことがありきのサービス提供やマネジメントがあるとすれば、どれだけ影響をしているかというのはまた別に、やはり大きな課題じゃないかなというふうに思います。そんな意味で、課題を示して頂いたということには大きな意味があるのかなというふうに思います。以上でございます。

【黒田部会長】

ありがとうございます。私の感想ですが、この間、本当に精力的に介護保険の利用の実態分析を進めて頂いて、いろいろなものが「見える化」してきたということで、これはとても重要なことだったと思っております。特に、その中でも有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の実態の調査をされたということで、これは今後の課題として、ここで明らかになったことに対する取組を、今後の課題として考えていかななくてはならないと考えております。今、秦委員もおっしゃったけれども、サービス付き高齢者向け住宅での介護保険の利用は特別養護老人ホームより、利用の費用が多くかかっているというような実態が明らかになり、医療費のほうも生活保護受給者が多いところで要介護認定率も高い、というふうな結果が出ていますが、サービス付き高齢者向け住宅の方の医療費の分析はどうだったんですかね。この現状分析のところあまり書いておられませんね。質問いたします。

【事務局】(介護支援課長)

サービス付き高齢者向け住宅の存否(あるかないか)による、市町村の「介護費」では相関は確かにあって、介護費は高くなっています。医療費との関係については細かくは見られておりません。

【黒田部会長】

入居している人は後期高齢者医療制度の利用が多いだろうと思うけれども、そういうデー

タも突き合わせれば調べることができて、介護保険の費用と同じように医療費の費用の実態というの調べたほうが良いのかなというふうにも思いました。それから生活保護の医療扶助も調べられるものですから、調べてみたらどうなのかなということも思いました。これからサ高住へ入居している方の生活の質をいかに高めていくか。そこでの介護保険のサービス、医療のサービスが、その利用者のためになるものかどうかという点で、そういう観点でこれからは更に検討をする必要があるのではないかということです。それでは、後半の「考察」から「終わりに」までの内容に関してのご意見をお伺いしたいと思います。筒井委員、先ほどちょっとコメントをして頂いているのですけれども、追加があればまたどうぞお願いいたします。まず川井委員からお願いしましょうか。ご意見はないですか。

【川井副部長】

「退院調整ケアカンファレンスの在り方」というのが、考察のところに出てくるのですけれども、前回は筒井委員がおっしゃったことは、退院時の医療的な課題を介護現場のほうにきちんと伝えることにより、再入院等を防止すれば、介護費用も医療費用も削減ができていくのではないかなというふうなお話があったと思います。ここにその「在り方」というのが載っていますが、この通りだというふうに思っています。この下から3行目のところで「病棟主治医とかかりつけ医・病棟看護師と訪問看護師との情報共有や、医療者からケアマネジャーへの情報提供など、退院調整ケアカンファレンスの在り方を検討し」というふうになっています。それで、先ほどの報告を聞いていると、報告では病棟からケアマネジャーにどう情報を共有していくか、というところが強調されていたように思ったのですけれども、ケアマネジャーから実は、訪問介護士のほうにどう伝えるかによって、かなり違ってくるのではないかなと思います。例えば、食事量が減ったとか、洗濯物の量が増えたとか、洗濯物に失禁がされているとか、そういうふうな状況の変化というのは日常生活をケアしている人達が、早期に発見すると思います。ですから、今までの医療と介護の連携とか、ケアマネジャーと介護士との連携というあたりは、常に言われてはきているのです。ですから現実的に、どこまでできているかというのはあるのだと思うのですけれども、よりもう一歩進んで現実に家庭で支援をしている人達の専門職に、どう、その情報を伝えるかということが必要になるのではないかなと思いました。それと、ケアマネジャーにどうそれを伝えてもらうかということになるかなと思います。以上です。そこを少し追加したいと思います。

【黒田部長】

報告書の部分としては、どのあたりになりますか。

【川井副部長】

15 ページ目の「2. 医療・介護連携の推進」の(3)です。そこの下のあたりにもう少し加えて頂くと良いかなと思いました。

【事務局】(介護支援課長)

ご指摘のところですが、この間、いろいろな方にお話をして、それぞれの専門職団体によって、気にするポイントがございました。調整の結果として、今の文章になっているわけで

すけれども、おっしゃるように、ケアマネジャーさんが中核になるべきとは思っております。一方で、ケアマネジャーさんは月に1回ぐらいしか訪問しないので、ケアマネジャーさんが常日頃から様子を見るわけにはいかないわけです。また、「退院調整ケアカンファレンス」にはかかりつけ医さんが実際にはなかなか来られないことが多いでしょう。こうした点を踏まえれば、ケアマネさんが、自分に伝えられた情報というものを、どういうふうに常日頃からサービス利用者と接しているヘルパーさんに伝えていくかが、まさしく重要なことだと思っております。文章については、少し何語か文言を足すくらいにしてあまり大きく雰囲気を変えられないかも知れませんが、ご趣旨を踏まえた修正をしたいと思います。

【黒田部会長】

筒井委員、何かコメントの追加はございませんか。

【筒井委員】

3点、追加すべき点を申し上げます。

これから30年以降に実行すべきとなっている地域医療ビジョンで重要になってくるのは、この報告書の「健康づくり・疾病対策との連携」と関連する点かと思いますが、薬剤の使用についてではないかと思えます。すでに薬剤の適切な服用をすすめるという観点から、診療報酬では、かかりつけサポート薬局とか、かかりつけ薬剤師制度が推進されています。これは、在宅医療・介護連携とも、密接に関連しますが、これから薬剤師が地域包括ケアシステムの中で活躍していただくことは軽度者の自立支援という点で特に必要となってくるわけですが、やはり大阪府が薬剤師会と上手く調整をして、自治体が薬剤師会ともきちんと連携できるようにするといった方針も、書いておいていただきたいと思えます。これから「地域医療ビジョン」の入院外部分の計画を府が実行していくにあたっては、多剤の是正や重複受診の適正化ということが重点的になされることとなりますが、県としての目標を達成するためには、結果として市町村に一定の目標値を設定していただかなくてはなりませんので、報告書に書きこんで頂いたほうが良いと思えます。これが1点目です。

2点目は、4の「高齢者住まい入居者のサービス利用の適正化」という点についてです。先ほど、ご紹介した介護キャリア段位制度におけるアセッサーの資格取得者は大阪は1,000人を超えています。つまり評価をできるアセッサーが1,000人以上、レベル認定者もすでに100人以上おられますので、大阪府はサービス自体の評価は可能な段階にあるといえます。

また、すでに一定の介護技術があると認定されている方々がどのような介護施設や事業所に存在しているかについても分析がなされておりまして、この結果をみますと、やはり営利法人での取得者は少ないという結果がはっきり示されています。介護キャリア段位については、データベースがきちんと構築されており、しかも「見える化」がすすんでおりますので、大阪府の市町村別のレベル認定者とアセッサーの数もすぐに見えるようになっていますが、これを見ますと、吹田市には、結構たくさんのアセッサーがおられるけれど、未だ0人の市もあるというように、市町村毎のバラツキが激しいというのも分かります。

実は、介護キャリア段位の認定に際して、レベル4という最も高いレベルを認定されるためには「地域包括ケアシステムへの参加」がなされていないといけないことになっておりまして、いわば地域ケアマネジメントができる人が市町村に何人いるかについても、この介護

キャリア段位のレベル 4 の認定者の数から評価できるということになります。端的に言えば、このレベル 4 の人を増やしていくことが地域課題の解決にも資することになるということです。

つまりは、この地域課題を踏まえた法定外研修について、この報告書には「ケアマネジャー」についてのみ述べられているわけですが、実態としては、施設や事業所の職員にも同等の活動をやっておられる方が存在しているので、このキャリア段位でレベル 4 を取得している方々も含んでよいのではないかと思います。報告書の書き方としては、例として「アセッサー研修」等も補助の対象にするということを書いていただければよいのではないかと思います。

3 点目は、18 ページ目の「地域包括支援センターの強化」という箇所ですが、国では今、この下の 5 とも関係するのですが、保険者と地域包括支援センターの規範的統合と組織的統合に関する調査を計画しております。調査は、地域包括支援センターが実働しているかを点検することを大きな目標として、センターの業務内容の点検をするという調査方法になっております。

これまでの研究から、保険者と地域包括支援センターの規範的統合がなされていないため、ビジョンが一致していないといった問題や、実は地域包括支援センターが仕事をしていないのは、保険者がきちんと業務の委託内容を明確にしていないといった問題があることがわかっており、もし、点検して業務ができていない場合、この理由は何かという点に分かるような調査票を創って、全国調査をしようとしています。これは、1 月から実査に入る予定です。この調査を大阪府でやっていただければと、保険者と委託先（地域包括支援センター）とのコーディネーションに関する問題が明らかになるはずですので、この点についても、この報告書で言及していただけないかと思います。

地域包括支援センターが機能するためには、市と地域包括支援センターの業務がシステム化される必要があります、それには両者のロールがきちんと分けられることが前提となるということを書いて頂き、ケアマネジメントが円滑になされるためには、地域包括支援センターというサブシステムをきちんと動くように、大局的な観点から、府が指導、助言できる体制を構築すべきといったことを追加していただければと思います。

【黒田部会長】

いずれも市町村の役割というか、取組に期待すべきことなのですが、今おっしゃって頂いた 3 点、新たな観点からの取組課題ということかなと思ってお聞きしたのですが、ちょっと議論をしましょうか。薬剤師会との連携というのか、そういう団体との連携と個々の薬局・薬剤師との連携というのがあると思いますが、これは盛り込むとしたら報告書のどこの部分になると思いますか。

【筒井委員】

先ほども申し上げたのですが、「医療・介護連携の推進」に追加されるとよいと思います。

【黒田部会長】

そうですね。薬剤師は「医療」の部分を担当しているわけですから。

【筒井委員】

もう少し、具体的に言えば、「2. 医療・介護連携の推進」の中で「健康づくり・疾病対策との連携」というところで、「服薬管理」などを入れれば良いのかなというふうに思いました。

【黒田部会長】

「在宅医療・介護の連携」もありますけれども、むしろ「健康づくり・疾病対策」ということで、薬剤師の役割というものに注目をする必要があるというご意見ですね。

【筒井委員】

はい。これは府が、地域医療ビジョンの入院外部分に書き込まなければならないので、そことの連動ということが必要だということも書かないといけないと思います。

【黒田部会長】

そうなってくると、市町村だけではなくて、府の健康医療部のほうでそういうものに取り組んで頂かないといけないということになってまいりますね。

【筒井委員】

そうですね。それでここに「福祉部局と健康医療部局が相互に連携の上」というのが書かれているので、ここが良いかなと思うのですが。

【黒田部会長】

なるほど。確かにそうですね。これから「服薬管理」を通じた健康づくり・疾病対策・再発予防とか、そういうことも大事になってきます。それから重複薬剤、あるいは重複受診など、そういうことを少なくしていくということでも重要になってまいります。2 番目におっしゃったのは「介護キャリア段位」のことだけれど、市町村別に細かくアセッサーの数や段位取得者の数が公表されているのですか。

【筒井委員】

はい。公表されています。

【黒田部会長】

今すぐに調べて吹田市が多いとおっしゃっていたので。

【筒井委員】

そうですね。大阪市、吹田市、寝屋川市、東大阪市は、もうすでに、アセッサーの数もかなり多いようです。

【黒田部会長】

そうなのですか。

【筒井委員】

はい。

【黒田部会長】

そういうデータも公表されているということであれば、介護キャリア段位やアセッサー（段位制度レベル4以上の人）そういう人達によってサービスの質を高めていく。有力な社会資源ですから、そういう方達の存在も何か活用できたら良いということですね。ここはご指摘を報告書に書き込むならどこに書き込めるでしょうか。

【筒井委員】

現状分析のところに、このすでに公開されている介護キャリア段位のデータを利用して、入れてもらうと良いと思いますね。分析は大阪府ですする必要もありませんし、サービスのマネジメントの前提になるサービスの質の評価としては、こういうものがあって、すでに大阪府では、**1,000**人以上のアセッサーがおられるので、そのアセッサーに協力をお願いしてサービスの評価と、今後のサービスの質の向上を図るといったことを追加していただくとよいと思います。そういう意味からいうと、やはりマネジメントのところに追加していただければと思います。「ケアマネジメントの適正化」というところで、サービス事業者の質の評価の支援とか、何かそういうような項を作って頂いて、先ほど**(2)**のところでも申し上げたのは、資質向上で「こういうものもある」というのをに入れて頂くということを申し上げたのですが、事業者ベースで申し上げれば、すでに老健施設とか、介護老人福祉施設はすでにかなり組織的に、介護キャリア段位を利用されていますが、営利型には少ないといった現状分析はできません。また通所介護事業者や訪問介護事業者も施設に比較すると少ないということも結果から示されると思います。大阪府は、他県に比較して訪問事業者の割合が高い割には、介護キャリア段位の認定者は少ないというような分析ができると、より説得力が高まるでしょう。こういった分析を踏まえて、一人ひとりが受けるサービスの質を高めていく必要があるというような文脈は、ケアマネジメントの適正化とも合致していくでしょうから、この**5**のところに追加されるのが良いかなというふうに思います。

【黒田部会長】

はい。**5**番の「ケアマネジメントの適正化」の中で、サービス事業者の質を高めていくための方策として「介護キャリア段位制度」の活用することも検討してみたらどうかと。いかがでしょうか。

【川井副部会長】

その今の「介護キャリア段位」のお話なのですけれども、現実的に今それを活用されているところがどういう状況になっているのか、それを活用するとどう現実的にメリットがあるのでしょうか。実際に、筒井委員がおっしゃるようなよい制度だろうと思いますが、現実的

にどの程度今それが活用されているところで機能しているのかということ、少し教えて頂きたい。

【筒井委員】

例えば、広島県は「介護マイスター制度」という制度に、この「介護キャリア段位」の技術評価を用いておられますが、それは、この制度が介護技術を標準化して評価するという仕組みを内包化しているからであるという説明をされておられますね。いわゆる客観的な評価基準として、介護キャリア段位を利用しているということです。県単位でシステムを創っておられるという点では、広島県は先進的ではないかと思います。東京都の場合は、そもそも介護保険施設等の事業者については、都独自に第三者評価が必須になっておりますので、この「外部審査」と組み合わせるといって、東京都は介護サービスの質を担保しようという意図があるのではないかと思います。大阪府のように、まあ野放図にサービス付き高齢者向け住宅がどんどん建っていってしまうということにならないようにという問題意識もあったようで、なんとか介護サービスの質の評価をするという仕組みを内包したいという前知事の強い意向があつて、「介護キャリア段位制度」を取り入れたのだと聞いております。

現場的なお話をしますと、アセッサーというのは、いわゆる施設の管理者レベルが認定されてきました。しかし、今は、一施設で、多いところでは10人ぐらいのアセッサーがいるところも出てきました。こういう施設では、いわばユニット単位で複数のアセッサーが存在しているので、介護技術評価は、何か特別なことではなくて、日々の介護場面での評価ができるようになっていきます。ですから、日々、こういう技術をこういう利用者に対して提供するのはどうなのかというのを、OJTの一環として、アセッサーと被評価者が検討し合うという学習の場が確保されるようになったと聞いております。

【川井副部長】

ありがとうございます。今、厚生労働省の福祉基盤課等でも、その人材確保についてやっており、そこも資質向上に向けた取組というようなこともありますので、そういう動きも併せ持ちながらそれをどう活用していこうかということがあろうかと思います。

【筒井委員】

今「介護キャリア段位制度」は本省のほうとも連携しておりまして、外国人の技能移転の基本的な制度として利用できないかという話もあり、技術の評価するという点だけでなく、海外への技能移転のツールにもなるということです。人材を広く募集せねばならなくなっている府の介護現場においては、今後、必須の内容となると予想します。

【黒田部長】

都道府県レベルで、この「介護キャリア段位制度」の仕組みを活用しているところがあるというお話と、それから個々の事業者だとか個々の職員の資質向上のために現場レベルでも活用されているというお話なのですね。それで、東京都の外部評価の義務づけというのが、お金があったからできることで、大阪でそういうのを取り入れて「介護キャリア段位制度」で評価して、活用をしてというのは難しいだろうという思いがありますね。だけれど、その

個々の事業者がサービスの自己評価をすとかということとは、法律で義務づけられているわけですから、そういうもので「介護キャリア段位制度」などの仕組みを活用して、そのサービスの質が高められるようなインセンティブを何か与えることができれば良いですね。それは考えなくてはいけないと思いました。それを「施策」としてどうしたら良いかというのは、また課題ということになるかと思うのですけれどね。サービスの第三者評価や外部評価というのはあるのだけれど、それもちょっとマンネリ化をしているようなところもあって、何か、こういう新しい仕組みと結びつけた「外部評価」というか「第三者評価」の刷新ができれば良いとも思いました。特に、また後程、議論をしたいと思うけれど、高齢者住まいにおけるサービスの利用の「見える化」と、サービスの評価が上手く結びつくことができると良いですね。

もう一つ、筒井委員から指摘があった、地域包括支援センターの機能強化に関連して、保険者との関係ですね。それについての指摘があったのだけれども、コーディネーションについて、もっと記載したらいいというような事をおっしゃったかと思います。報告書に書くところは 18 ページ目の地域包括支援センターの強化だけれども、ここには「保険者において、適時、その体制の強化等の検討していくことが求められる」という程度の書き方ですね。具体的にどう思いますか。

【筒井委員】

ここは、保険者と地域包括支援センターとのビジョンの共有、つまりは規範的統合がなれていないとうまくいかないということなのですから、こういうビジョンの共有がなされていないと体制づくりは出来ないのだということをつけ加えて頂きたいのです。先ほども申し上げましたが、異なった組織の協働というのは、基本的にビジョンを共有しないとできません。市町村のルールというより、保険者としてのルールということについて、しっかり地域包括支援センターと共有しておく必要があります。保険者としての市町村のルールが地域包括支援センターのルールと混在して理解されていることが多いので、その分担を、きちんと保険者と地域包括支援センターが話し合っ決めていくべきということも追加していただければと思います。

【黒田部会長】

もう少し、保険者において体制を強化していくということ、具体的に指摘したらどうかということですね。ビジョンを共有することとか、行政と地域包括支援センターのそれぞれの役割を明確化しておくこととか、その協力関係って言うのかな。あるいは市町村がそのセンターのパフォーマンスっていうか、実績などをしっかり「見える化」していくとかね。そういうようなことも必要になってくるであろうということだと思いました。

【秦委員】

すでに出ていることだと思いますので、私から特に付け加えることはないのですけれども、報告書の 14 ページ目です。「大阪府における対応について」という事で、この後、介護予防という言葉と、それから自立支援型という言葉が、キーワードとして、ずっとこれから出てくるのかなというふうに思います。この自立支援型の自立なのですから、少し言葉の理

解としては配慮が必要なのかなと思うのですけれども、ここで意図していることは、決してその医療モデルというような、訓練型のケアプランがそこに向かっていくのです、というふうなことでは決していないと思いますので、そのように矮小化されて理解がされるようなこと、リハビリモデルであるということでないという少し配慮をですね。「何甘いこと言うてんねん」と笑われるかも知れませんが、いるのかなというふうに思いました。これは 18 ページ目の (3) にも通じることかなと思います。

それから 16 ページ目ですけれども、4 のところで「高齢者住まいにおける介護サービスのあり方について」の (1) (2) (3) というところで、続いていくことになるのかなと思います。参考資料①の 77 ページ目「(参考①) 高齢者住まいにおける介護サービスの利用についての考え方」というところの丸印の二つ目ですね。「財政面から考えた場合、…軽度者が多い有料・サ高住の方が、「平均の介護費」でみれば、特養より安くなっている。」と。この部分の文章のニュアンスがちょっと伝わりにくいかなというふうには思うのですけれども。ただ、軽度者でみた場合、特養の方の ADL や認知症の程度というのは、当然違うのかなというふうに思いますので、やはり当たり前なのかなというふうに思います。一部見える化できていないような有料・サ高住の問題について、全然、エビデンスのない話をさせて頂くかも知れませんが、スウェーデンのエスキルストーナ市では、突然、市（コミューン）が施設のほうに訪問して、不適切なことをしていないかどうか、決して悪いことを見つけるという意味だけではないですけど、そのような事が行われております。集中的にケアプランなどの点検を行っていく。それは不適切と思われるようなケアマネジメントやサービス提供を見つけていく、ということだと思いますので、仕組みの中で書類ベースでしていくというよりも、社会保険の方式や、租税方式とはもちろん違うでしょうし、そういった法律的な整備が、今、整っていないから、なかなかそこまで市町村の方々が行けないんだというようなことになっているのかも知れませんが、一つ、訪問というふうなことを意識する必要があるのかなと、思っております。

それから、18 ページ目の (4) のところは、地域包括支援センターの機能強化ではなくて、体制強化というところが、この報告書のユニークなところだと思います。より分かりやすく地域包括支援センターの良い言葉がないのですが、マンパワー体制強化とかですね、そういうふうに、よりはっきり分かるような見出しを作っても良いのかなというふうに思いました。雑駁な意見で申し訳ございません。以上でございます。

【黒田部会長】

今のコメントについて、何か追加意見ございますか。特にならなければ、いろいろな意見を出して頂いているのですけれども、もう少しこの報告書（案）の加筆をしていきたいというふうに考えております。今日のご意見を取り入れながら、加筆や改善をしていきたいというふうに思いました。私の意見は、途中でいろいろと検討する機会を与えて頂いたので、取り入れて頂いているところが多いとは思っております。前は近藤先生に来てもらって、一般介護予防のポピュレーションアプローチの重要性などの話をして頂いたので、そういうものを盛り込んだほうが良いのではないかと申しております、そういうのは 14 ページ目の 2 と 3 などの中にも入れて頂いているように思いました。介護保険、あるいは地域包括ケアのいろいろな実績を、モニターや評価していくような仕組みが必要だということ

で、そのためのいろいろなデータの活用をこれからしていく。今回、それこそ精力的に短期間にそういうデータを活用した実態の分析をして頂いたのですけれども、そういう分析を継続的にできるかどうかというのも課題ですよね。それに関しては、**18** ページ目に、今後の**2025** 年、**2040** 年を見据えた計画策定の重要性という中に書き入れて頂いている、地域包括ケア「見える化システムの活用」。それから「要介護認定業務分析データ」、「**KDB** データベース」、「国保連介護給付適正化システム」などを有効に活用していくということを書いてございます。客観的なデータに基づいて、この評価を継続できればというふうに思っています。これも関連するのだけれども、**20** ページ目の**(3)** に「高齢者住まいにおけるサービス利用の見える化」という項目で、現在、この居住サービスの実態が提供されている介護サービスの内容が、外部から見えにくいという課題があるということを書いて頂いていて、ここのところは、今回、議論になったところですが、これを、最後の文章は、指摘されている「未届有料老人ホームの把握精度を高める観点からも、高齢者が実際に住んでいる住まい(場所)を特定し、介護保険サービスの利用実態を随時把握できるよう、体系的な対応(見える化)を検討していくべきである。」と、かなり強く書いてあるのだけれども、なかなか、これは仕組みとしてやっていくというのは、工夫があることだろうと思っております。一緒に考えていきたいと思っております。この部分になると、実は、大阪府と市町村とその関係とか、それと福祉部とまちづくりの部局の連携などが必要になってくるわけですね。そのところはそこまで踏み込んで書いていないけれども、是非、お願いしたいと思えます。それと、実はここには、介護保険の利用の見える化が十分じゃないから、それが必要だっという書き方しているのだけれども、実は医療もそうだと思うのですね。医療のほうも、できれば、こういう居住サービスにおける医療のあり方を継続してモニターして頂ければと思います。在宅医療はこれから重要になってくるというのだけれども、在宅医療は必ずしも自分のお家だけじゃなくて、こういうサ高住だとか、有料老人ホームだとか、居住サービスを提供しているところでの医療も含まれてくるわけですから、そういうところの医療の現状もモニターできるようになったらいいというふうに思っております。医療になると健康医療部のほうが担当ですので、福祉部の報告書でそこまで書きにくいということはあるかもしれませんが。

【事務局】(介護支援課長)

その点について、国に対する要望として、大阪府において、**16** ページ目のところで適正化にかかる検討という中身で、「住宅まちづくり部等の関係部局とが連携の上」と書いてあるのですけれど、ここには、健康医療部なども連携して、医療の実態等についても、彼らも中に入ってもらって、さすがに医療の関係について、高齢者住まいにおいての提供が問題になっているというところは、あまり介護ほどは議論されていないと思うのですけれども、まさしくこれからの議論でもあるので、彼らにもこの議論にちゃんと参加してもらおうということをやってきたいというふうに考えております。

【黒田部会長】

ありがとうございます。ほかに各委員からご意見ないでしょうか。時間が押してまいりました。各委員からのご発言等も含めて、この報告書(案)を加筆して改善したいと思います

けれども、その取りまとめ方について、ちょっとご意見を頂ければと思います。このように専門部会として、会議を開催することは、今回**3**回目で最後だと認識しておりますし、この報告は親会であります、計画推進審議会に報告して、そこで活用して、次期の介護保険事業支援計画等に活かしていくということになって参りますが、それまでに作業を終了する必要がございます。事務局で検討し、私と調整をして頂いて、案文を確定した上で、また各委員にそれを送って確定というような手順でよろしいでしょうか。

(異議なし)

では、そのようにさせて頂きたいと思います。さて、それでは来年の**2月21日**に第**10**回大阪府高齢者保健福祉計画推進審議会が開かれます。そこでこの報告を、私からさせて頂くということになります。それでは本日の議事はこれで終了としたいと存じます。マイクを事務局にお返します。

【事務局】(介護支援課総括課長補佐)

黒田部会長、ありがとうございました。本部会につきましては、本年**7月1日**に開催して以降、多くのご意見、ご助言を頂きました。改めて御礼申し上げます。それではこれを持ちまして第**3**回専門部会を終了させて頂きます。引き続き、委員の皆様には大阪府の介護保険施策についてお気付きの点等ございましたら、ご指導、ご助言をお願いしたいと思っております。それではこれにて終了させて頂きます。ありがとうございました。