

第3期介護保険事業計画 策定委員会 第5回会議録

【開催日時】平成17年10月21日(金) 14時00分～16時05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、秋田委員、安藤委員、因委員、岡本委員、
香月委員、中川委員、藤村委員、古川委員、矢野委員

広域連合：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、吉岡認定係長、日野指導係長、
宮越、吉田、米丸、瀬口

支部事務長：行実、藤城、椋本、太田、盛永、石井、鶴岡、大石、三小田、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】(資料1) 第2期介護保険事業計画 施策の状況

(資料2) 第3期介護保険事業計画施策審議資料(第8章)

(補足資料) 全国介護保険担当課長会議 資料(抜粋)

【議題】 第3期介護保険事業計画の施策について

1. 開会

事務局

それでは定刻になりましたので、ただいまより第5回福岡県介護保険広域連合事業計画策定委員会を開催致します。

私、本日司会をつと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。よろしくお願ひ致します。

議事に入ります前に、事務局の総務課長補佐であります有尾から、一言ご挨拶があります。

事務局

皆様、こんにちは。委員の皆様におかれましては、今回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。

本日第5回においては、事業計画の施策についてご審議いただくことになっております。ご審議の程よろしくお願ひいたしまして、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、議事進行を小賀会長にお戻し致します。よろしくお願ひ致します。

2. 審議

小賀会長

皆様、こんにちは。本日で第5回目に入りまして、本日を含めるとおそらく多くてもあと4回程の会議ということになります。議題の中身も具体的に詰めていかなければいけないテーマになってきています。

本日、事前に確認していた議題では「給付の見込み」という部分になりますが、給付の見込みに関しては市町村合併の問題があり、まだ確定できていない状態のため、今回の会議では間に合いませんでしたので、次回の会議で事務局の方で議論する準備を整えていただけたと思います。

そのため、本日の議題については、既に皆様方のお手元に郵送されていると思いますが、第3期介護保険事業計画の施策について取り上げることになりました。

まず、この資料について事務局の方から説明をいただきたいと思います。

事務局

(資料の説明)

小賀会長

ありがとうございました。

この8章の1節、2節を分けて皆様からご意見をいただきたいと思います。

まず、1節の1「住み慣れた環境で暮らし続けるための支援」のあり方と、2の「住民サイドに立った保険運営」のあり方、3の「事業者の資質向上のための支援」のあり方、4の「低所得者への配慮」という4つの項目について、自由にご質問、ご意見を出していただければと思います。

この7つの項目では不足しているのではということもありますので、新たに付け加えたほうがいいのかということについても意見をいただければと思います。

また、項目毎の題目についての訂正などでもかまいません。

因委員

前は欠席していたのできちんと把握できていないのですが、1ページ目1.(1)の2項目にあります「地域密着型サービスをはじめとして新たな介護保険サービスの充実を図ります」とありますが、この「新たな介護保険サービス」とはどのようなことをイメージしたらよいのでしょうか。

事務局

地域密着型サービスについてはまだまだ国の方針が決まっておりませんので、具体的なものはこれから決まっていくと思います。

それと同時に新予防給付という観点や介護予防というサービス事業では国の方も効果のあるという点で筋力向上トレーニングや口腔ケアなどの導入を決定しており、今後そのような国の検証を通しながら、新たな効果のあるサービスの検証をしていくということになります。そのようなことを含めながら、国の意向をふまえたものや広域連合独自のサービス等を展開していくことになります。

小賀会長

おそらく新予防給付も含めて、これから変わっていく部分もあるでしょうから柔軟に対応していくという意味と受け取りましたがどうでしょうか。

因委員

地域密着型以外の別の新たな具体的サービスということではないのでしょうか。

小賀会長

何か具体的なサービスをイメージして、この「新たなサービス」ということではなく、基本的に新予防給付等を考えての記述なのでしょうか。

事務局

その通りです。

小賀会長

ちょうど制度が変わっていく時ですので、表現の仕方については少し整理をして、きちんと誰にでも分かるような形で表現をした方が誤解はないと思いますので、そのあたりの記述についてもご意見をよろしくお願い致します。

香月委員

ご説明いただいた言葉の中で、「地域包括支援センターを核として」という言葉が要所要所に出てきています。市町村で地域包括支援センターを核として連携するとなると、支部毎に地域包括支援センターを作った場合における人口の差はどのくらいあるのでしょうか。

それを把握していかなければ、施策を推進していく際に、確実に推進していけるだけの対象となるのかどうかという面が不明確になっているので、確認させていただきたいと思います。

小賀会長

今のご質問ですが、前回の会議で事務局から第3回の質問の解答として、地域包括支援センターについては支部単位に1ヶ所設置をするという回答を得ました。これについてはまず、それぞれの支部の単位でどれくらいの人口格差があるのかということのみ回答をいただいております。地域包括支援センターの設置のあり方については、この8章の2節の部分で議論をさせていただきたいと思いますので、よろしくお願い致します。

事務局

前回、地域包括支援センターという部分で、広域連合としては支部単位で設置すると申し上げました。現在支部単位で簡単に申し上げますと、平成17年3月の時点で一番総人口の少ない支部は14,538人、粕屋支部が一番大きく167,468人です。

小賀会長

よろしいでしょうか。内容については2節の部分で改めて議論致します。

因委員

資料6 ページ目の(2)で、「全県で行われる第3者評価のシステムを活用します」とありますが、現在この第3者評価システムは実際に全県で行われているのでしょうか。それとも行われる予定なのでしょうか。

事務局

第3者評価ですが、いわゆる外部評価ということでは現在グループホームが行っていき、あとはそれぞれの政令都市等で独自の評価システムを持って実施しています。今度の制度改正で第3者評価システムは平成18年、平成19年あたりである程度のレベルの評価を全てのサービス事業で展開されていくことと思いますので、そういう情報開示システムと連携をしながら実施して行くことができればと思っています。

因委員

子どもが関係者から学習した内容では、来年からは情報開示を義務付け、第3者評価は任意で行うと聞いておりますが、私の方も間違った情報かもしれませんので、一度調べて確認をされた方がよいと思います。

小賀会長

もしよければ、それぞれの項目について、もっと具体的にこんな取り組みをしたらどうかというようなご意見もありましたら、よろしくお願い致します。

秋田委員

資料6 ページの(3)で、「介護サービスがケアプランから始まることからケアマネジャーとのネットワークづくりを推進」とありますが、ケアマネジャー連絡協議会というものがあり、そういったものは立ちあがってまだ1年程度と日も浅いので、そのような機関とのリンクを早く構築し、現状でも進めていくことは可能だと思いますので、ぜひご検討をお願い致します。

小賀委員

ケアマネジャー連絡協議会との連携というご提案ですが、その件について事務局側では案など検討しているものはありますか。

事務局

現在介護サービス連絡協議会等の事務局が支部にあるものがあります。そういった中でケアマネジャーが現在問題としている中身や改訂点等の研修会等を実施しております。これが充実しているかどうかという部分ではまだ問題はありますが、そういったことを中心に行っていきたいと思います。

因委員

私は福岡県介護福祉士会としてここに参加していますが、福岡県介護支援専門員連絡会の副会長もさせていただいています。その各支部を平成16年度に設置しました。福岡県の行政支援のもとに設置した施設ですので、ケアマネジャーがさまざまなネットワークで

混乱しない様にできるだけ連携を密にし、是非活用していただきたいと思います。併せて、地域包括支援センター運営協議会が設置されますが、運営協議会にも必ず福岡県介護支援専門員連絡会の各支部の中から委員を選出していただきたいと思います。

安藤委員

私も福岡県介護支援専門員連絡協議会の委員をやっていますが、各支部でさまざまな連絡会があって、そこでさまざまな研修も行われています。そしてそれとは別に県でも行われており、複数のものがとても交錯していてケアマネジャーが困惑している部分もあります。そのうえ全国のケアマネジャー連絡協議会もありますので、そのあたりもうまく整理してケアマネジャーがスムーズに動けるような体制を作っていただきたいと思います。

事務局

おっしゃる通りだと思います。現在の県の介護支援専門員連絡協議会は平成 14 年度頃に立ち上がったのではないかと思います。それから支部の体制があります。最初は地域のケアマネジャーの方々が独自に立ち上げられた協議会であったというようなことも存じています。効果的な連携が図れるよう情報を集めながら行っていきたいと思っています。

地域包括支援センター運営協議会の件については、後ほど改めて協議していただきたいと思っています。

小賀会長

因委員に伺いたいのですが、県全体の組織というのは更に支部のような地域で分かれて活動されているのでしょうか。

因委員

設立したのは平成 14 年ですが、昨年度県を保健福祉圏域に分けて支部を作りましたので、支部活動が開始されます。もう既に活動を始めているところもあります。福岡県内でさまざまな作り方がされておりましたが、その整理も終了しましたので支部活動を開始しております。どうぞご活用いただきたいと思います。

小賀会長

ありがとうございます。つまり国や各自治体の実施をしている介護保険制度において、サービス実行者はほとんどが民です。実行者である民と、保険者であるここでいえば広域連合がどう繋がっていくのかということは非常に大きな課題でもありますし、機能的に繋がり合うということによってよりよいサービス提供が行われていくということも確かなことだと思います。

これまで広域連合としては各支部単位の機能強化ということで支部の中で活動されているケアマネジャーやケアワーカーの方々の関わりが中心だったと思いますが、改めてこれを全県的に組織されているケアマネジャーやケアワーカーの組織と関わりながら、より広域連合が機能しやすいようにネットワークを作っていくことが大事だと思います。そういう意味では民の組織を使っていくということはこれからの流れにも適っていくこととなりますので、お互いに上手に利用し合うということが必要だと思いますし、こうした計画の中に具体的に盛り込まれていくということもそれぞれの励ましになろうかと思っていますので、ぜひそのあたり

の検討をお願いしたいと思います。

藤村委員

資料3ページの(2)「利用者への情報提供を促進します」という部分です。平成18年度から第三者評価が始まり、今までの介護保険の欠陥の一つとして、利用者が選択に資する情報がないため、第三者評価の情報開示がされていくという部分で、ここには「利用者への的確な情報を提供できるようにします」と書かれていますが、具体的にはどのような方法を考えているのでしょうか。

事務局

まだ具体的なイメージはありませんが、現在はWAM-NETで事業者がどのようなサービスを提供しているかという大まかな情報は提供されていますが、そういうものとリンクが図れれば、そういったところから利用者への情報提供システムを構築していきたいと今の時点では考えています。

小賀会長

実際に高齢者の方々と関わっていらっしゃる皆様から、具体的な情報入手のあり方ということも言っていただければ、このあたりの取り組みが明確になるのではと思いますが、いかがでしょうか。

高齢者が介護サービスの情報を得ようとした時に、パソコンなどを使った情報収集はほとんどないと思います。一番多いのは、おそらく口コミだと思いますが、やはり口コミだけでは地域の中で網羅されている情報が、なかなか整った形で高齢者に入っていないでしょう。かといって、文書にしても難しい部分はあるでしょうし、効率のよい情報の伝え方があればと思います。

おそらく利用されている方については、実際に利用しているサービス提供機関や施設等々で、高齢者同士や施設、利用者から情報を入手することは可能でしょうが、これから利用を始めようかと考えている高齢者についてはなかなか情報が入らないでしょう。今現在提供されているサービスに関する情報も、どこにどういう施設があって、どういうサービスメニューを提供しているのかという程度で、実際のところ選択する基準がなかなか見つけ出せないということではと思います。そのあたりをもっと整理して伝えられるような方法というものはあるのでしょうか。

香月委員

資料1ページの(1)で「介護保険制度を浸透させるための施策を促進します」という部分がありますが、この部分にも関わってくることで、3行目以降の「具体的には…」という部分をもう少し細かく説明していただければ、具体性が出てくるのではと思います。

小賀会長

確かにこの部分と1節の1の(2)は内容が重複しているところでもあります。このあたりで例えば訪問調査員にサービス利用の情報を持ってもらう等といった周知を図るための案というのは、今のところ事務局では何か具体的にお持ちでしょうか。

事務局

ここに記載してありますように、現在介護保険サービスに携わっている訪問調査員や介護相談員等の方々と、平成 18 年度より新たに始まる地域支援事業において地域包括支援センターの運営を含めた部分と、もう一つは市町村が介護予防事業を展開する上で介護保険事業を利用する前のハイリスクな高齢者をスクリーニングで選定するというを行いますので、その方々に対して介護保険制度の前に介護予防事業を展開していくわけですから、そういった部分での情報提供をこれから推進していくことを考えています。

藤村委員

先ほど因委員がご質問された箇所ですが、6 ページの「全県で行われる第 3 者評価システムを活用します」というところです。この「第 3 者評価システムの情報等を活用して地域包括支援センターを中心に広域連合として相談や指導を実施します」とありますが、このイメージがわからないので教えていただきたいと思います。

第 3 者評価を介して相談や助言をするという流れがあってその情報を見て保険者が改めて相談や指導を行うという文意に思いますが、保険者がということならわかりますが、ここに「地域包括支援センターを中心に」とあると地域包括支援センターがそういったサービス事業所の指導にあたるという様にも読み取れます。そのあたりのイメージが分かりづらく思います。

小賀会長

確かに改めて指摘をしていただくと、地域包括支援センターが直接的に広域連合の動きの中で相談や指導を展開するとも解釈できる文章と思います。このあたりについて、もう少し整理して説明していただければと思いますが、いかがでしょうか。

おそらく現在の第 3 者評価というのは、施設や事業所が位置付けた第 3 者に対して利用者が苦情や相談を持っていき、その第 3 者が利用者と施設の間に立って公正・公平に解決するものだと思います。そこに広域連合が何らかの形で介入していくのか、あるいは介入していけるのかということにも関わってくると思いますが、そのあたりはどのように事務局としてはお考えでしょうか。

訂正致しますが、藤村委員のご質問にあった通りに、地域包括支援センターが中心に立って事業者・施設に対して相談や指導を改めて行っていくという意味に取れますが、そうなのかということですが、これについてはいかがでしょうか。

事務局

それは事業者に対しての指導ということではありません。あくまでも被保険者や情報に関する助言などという意味で記載しています。

藤村委員

この項目は 1 節の 3「事業者の資質向上のための支援」の中に入っていますがどうでしょうか。

小賀会長

この第3者評価システムが今後変わるかもしれないと、先ほど因委員からご指摘がありましたが、そのことも含めて、このシステムのあり方がどのように活用できるかということについては、もう一度事務局に持ちかえていただいた方がよいかと思えます。

事務局

このあたりについてはまたこちらで協議・整理した上で、再度ご提示させていただきます。

小賀会長

この1節の部分ですが、基本的には第2期の計画の実施をふまえて提案されていますが大きく変更すべき点がないようでしたら、まだ他に2節の課題がありますのでこちらに移らせていただき、最後に全体を通してご意見をいただくということでもよろしいでしょうか。

それではここで休憩を取ります。

(5分休憩)

小賀会長

それでは審議を再開致します。

資料8ページにあります2節「広域連合の機能を強化する施策」という項目で、3点あります。この3つの中でいずれからでもかまいませんので、ご自由に意見をお願い致します。

中川委員

基本的なことの確認ですが、1の(2)「介護サービス事業者間の調整機能を維持・強化します」とありますが、これは具体的にどういったことなのでしょう。

事務局

皆様に補足資料としてお渡ししています資料の2ページに記載してありますが、地域包括支援センターについては皆様ご存知の通り、社会福祉士、主任ケアマネジャー(仮称)、保健師の3職種を配置して、これから大きく2つの事業展開をし、包括的支援事業等を実施するという事になっています。

この中で、主任ケアマネジャーの役割について左側に矢印があり、チームケアという部分がありますが、他職種協働連携実現ということで、主任ケアマネジャーの役割として、地域の関係団体等の他職種とのネットワークを作り、他職種間でさまざまな調整や連携等ができるようにし、地域の住民のサービスに努めていこうという考えです。

中川委員

下の方に記載されていますが、次年度より口腔ケアが入ってきますがこの部分はどこに入ってくるようになるのでしょうか。

事務局

口腔ケアは、今後新しく介護保険制度において開始される予定ですが、新予防給付の新しいサービス内容の一つとしての案であり、まだ決定しているわけではありません。現在厚生労働省の中で分科会等を作り審査をされています。ここではそういった新しい介護保険のサービスの一つとしてとりあげられています。

最終的には国の回答待ちという状況ですが、今現在示されている介護保険制度での新予防給付サービスと介護予防事業サービスのうちの一つとして、捉えていただければ良いと思います。

秋田委員

まず、2 節1の「支部機能を強化します」というところで、(1)「支部単位に地域包括支援センターを設置し」とありますが、ここに数は記載されていませんが、先ほどの話からすると支部ごとの総人口は 15,000 人弱から 170,000 人弱まで、10 倍以上の格差があります。これは総人口に対して設置数を想定しているのでしょうか。

事務局

地域包括支援センターは今回の制度改正における一番大きな役割であると思います。この地域包括支援センターの設置方法については 4 月から広域連合としてもさまざまな形で議論してきました。単独市町村で行われている介護保険制度においてはそれぞれの市町村が保険者となり実施しますが、現在 60 市町村で構成されている広域連合としては、こういった形で地域包括支援センターを設置していくのがいいのかという議論を行ってまいりました。

国が地域包括支援センターを設置する目安として示しているのが、人口 20,000 ~ 30,000 人に 1 ヶ所の地域包括支援センターを設置し、全国的には 5,000 ヶ所程度ということです。しかしその目安が広域連合に当てはまるのかというと、構成市町村の割合からいえば最少の村で 1,750 人程度、最多のところでは 77,000 人ほどの市がありますので、構成市町村同士でも格差がありますから、最終的には広域連合としては現在ある 11 支部に各 1 ヶ所地域包括支援センターを設置しようということによって決定されました。

これについては先ほどご指摘がありました。支部間での格差が大きいところがありますが、人口差があるということはそれに付随する 3 職種の数も異なってきますので、人口規模が大きい支部にはそれに見合った 3 職種の人員配置をし、全域をカバーするという体制をとっていくというように考えていることをご理解いただきたいと思います。

秋田委員

つまり、支部にまず 1 ヶ所設置し、その人口構成に応じて 3 職種を増減していくということですね。理論的には良くわかりますが、現実的にみてブランチなどを作っていくのですか。

事務局

支部に作ったとしてもやはり複数の構成市町村があり、非常に相談等に行き難くなります。そのため、構成市町村の窓口でそういったブランチ的な窓口を設置するということです。

地域包括支援センターに住民の方が相談に行く場合は、市町村の窓口に行っていていただき、その市町村の窓口の方が、地域包括支援センターとのつなぎ役として対応するようにしようと、基本的には考えております。ただし、そういった相談業務の中では、権利擁護事業等のような問題が包括的支援事業の中にはありますので、やはり3職種が必要となる市町村もあるでしょうから、たとえば3職種の方がじっと来客を待つのではなく支部ごとの地域包括支援センターから各市町村に出向く形の相談業務等ができるような運用体制を作り、地域に密着した形の相談を行っていかうと考えているところです。

ある支部では市町村の窓口には社会福祉士等を常駐の形で貼りつけ、対応していかうという地域包括支援センターもありますし、日時等を指定した巡回型のような形式で市町村の窓口において住民との相談業務等を行っていき、地域に入りこんでいくというような運用体制で、平成18年4月から実施して行きたいと思っています。

因委員

地域包括支援センターを支部ごとに1ヶ所作り、ランチという形で各市町村に対応するというのですが、国の目安で設置しない理由というのは、基本的には予算の問題なのでしょうか。

事務局

広域連合の考え方としては市町村毎に設置すべきか否かという議論をしてきました。5月に行われた構成市町村担当課長会議では市町村毎に地域包括支援センターを作るので市町村担当者の方々にご協力いただきたいと説明を致しました。

実際そういう形で進めてはいましたが、地域包括支援センターの設置方法については委託ということができ、本来包括的支援事業を行う上で、保険者が直営で行うのか委託をするのかという形になります。広域連合の場合は委託先としては市町村ということになります。市町村にもそれぞれの事情がありますので、最終的には市町村から社会福祉法人に委託するという方向性をつけていた所もかなり多くありました。そうすると、広域連合の中で実際に地域包括支援センターを運営する母体というのが、市町村であったり在宅介護支援センターであったり社会福祉協議会であったりと、さまざまなスタイルの地域包括支援センターができます。そうなった場合、例えばケアマネジメントの指導において、地域包括支援センターは非常に大きな役割を担い、介護保険制度のケアマネジメントプランのうち約半数を作成することになりますが、介護給付のもとになるプラン作成において、作成者がさまざまな職種と関係を持った方になることも考えられます。そのとき、広域連合が保険者として十分に管理や指導監督が行き届くのか、適正なマネジメントができるのかという問題がありました。

今回の介護保険制度における一番大きな目的は、適正なケアマネジメントを行っていき、介護保険制度の維持、運営であると思いますので、広域連合としてもケアマネジメントの適正ということのを第一に考えた地域包括支援センターの設置をするべきではないかという結論に達したわけです。そういった意味で、支部毎に設置する方がいいということになりました。

先ほどご指摘もありましたが、支部毎に設置をすると相談等もなかなか行き難いのではないかという御意見がございますので、そのような点についてはさまざまな意見を出し合ってカバーしていかうと考えています。

困委員

結局、各支部にて直轄で設置して、住民に近い市町村でカバーするということですね。そのようになった経緯は分かりましたが、それが良いかどうかというのは住民が相談しやすいとかケアマネジメントがきちんと働くかというようなこともさまざまあるでしょうから、他の委員の皆様からの意見もきかせていただきたいと思います。

香月委員

基本的には私も、適正なケアマネジメントを行うためには、支部毎に 1 ヶ所の設置で良いのかと思っていたところです。具体的にこの資料を見ても「ケアプランのチェックを行います」等たくさん書かれています、実際これほどたくさん実行できるのかと不安に思います。

もう一つお伺いしますが、厚生労働省が出していたのは、在宅介護支援センターが地域包括支援センターになることが望ましいということで書かれていたと思います。広域連合ではそのあたりはどうなのでしょう。今現在、在宅介護支援センターの数としては、どれくらいあるのでしょうか。

事務局

今は正確な数は把握していませんが、構成市町村の中で在宅介護支援センターがない市町村が 1 市町村だけあります。トータルとしては 70 から 80 ヶ所ほど在宅介護支援センターがあります。

香月委員

そうしますと、70 ヶ所ほどある在宅介護支援センターが 11 ヶ所の地域包括支援センターになるということですか。

事務局

在宅介護支援センターについてはこのまま在宅介護支援センターとして存続することになります。地域包括支援センターイコール在宅介護支援センターということではなく、地域包括支援センターは新たに広域連合の直営で支部毎に創設するということです。広域連合としては、在宅介護支援センターは切り離して地域包括支援センターを設置するというご理解いただきたいと思います。

藤田副会長

関連した意見ですが、全国の在宅介護支援センター協議会が在宅介護支援センターについて地域包括支援センターの支所を併設するという、サブセンター方式ということを提案しています。そういったことはいろいろなシステムを考えていったとき、ひとつの選択肢としてはどうなのでしょう。

事務局

大変申し訳ありませんが、今の所は在宅介護支援センターの活用については、地域包括支援センターの設置と絡んだ部分では考えておりません。

藤田副会長

ただ、在宅介護支援センターは制度的に補助金がなくなり、名称は残ったとしても金銭的に不足してしまうことになります。ですから、在宅介護支援センターは機能として残るのかという部分についてはそういえないのではないのでしょうか。

事務局

国からの補助金が無くなりますので、在宅介護支援センターはどうなるのかということですが、実際市町村の方からもそういった意見が多数寄せられています。また、地域包括支援センターの設置方法の一つとして、在宅介護支援センターに委託するという方法があるということですが、広域連合としては直営であり、適正なマネジメントを行い給付の抑制を行いたいということから、支部毎に1ヶ所の設置を決定しました。ただ、これまで非常に在宅介護支援センターは活躍していただいておりますので、そういった意味では是非今後も存続をお願いしたいと思っています。

今回の地域包括支援センターの設置にあたっては、3職種の方々の雇用も必要になってきますし、介護予防事業については市町村に委託するようにしていますので、その中で在宅介護支援センターとして携わるケースがあれば機能を活用できるのではないかと考えています。

藤田副会長

在宅介護支援センター協議会が出しているサブセンター方式というのは、地域包括支援センターの職員として雇用し、在宅介護支援センターを地域包括支援センターの支所と位置付けて併設する形で職員を配置するという考え方です。ですから市町村窓口で地域包括支援センターから巡回型として職員を常駐させた場合、窓口がそこにあるのか在宅介護支援センターにあるのかだけの違いですので確認していただきたいと思います。

小賀会長

むしろこの会議の場では地域包括支援センターがどうあるべきなのかということについて意見を出していただき、まとめ上げていくという話をした方が良いかと思います。つまり事務局と我々とは意見を交換し合って何か生まれてくるという形はとてもいいと思いますが、事務局が具体的に何かを決定する権限を持っているわけではありませんので、我々としては基本的に今の地域包括支援センターのあり方も含めて、介護サービスを利用する高齢者にとってより良い地域包括支援センターというのはどのようにあるべきなのかということについて、意見を具申していくために取りまとめていければ良いかと思います。

今の藤田副会長からの意見にしても、例えばそのような形で連合体としてうまくいくということであれば、そういう方向性で意見具申をしていくなどのような取りまとめ方をさせていただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

秋田委員

今、小賀会長が言われたことは、我々はこの委員会で委員会としての意見を取りまとめて具申をするという方向でいいのではということですか。私は委員会としてそうあるべきだと思います。決められたことをただやるのでは、委員会の意味がないでしょうし、我々も追従

するだけならばここに来ている意味がありません。

先ほど事務局からいろいろご説明していただきましたが、地域包括支援センターについては直営で運営されたいという意図はわかりました。しかしながら、それがイメージとして可能なのかということです。

例えば新予防給付でも、新聞に掲載されていましたが、ハイリスクの方々に対する検診などの受診率を大きく上げて、その情報をもとに行うということですが、要するに、地域包括支援センターにその情報を与え、そこがきちんと機能することによってハイリスクの方々が要介護状態にならないように誘導していくための、地域包括支援センターであると思います。そうであるならば、できるだけコンパクトな方が住民の方のニーズやサービス、その目的に沿うのではないかと思います。

そういう意味では先ほど藤田副会長が言われましたが、新たに大きなものを作るよりも、今ある在宅介護支援センターに委託するというのも一つの案ではないかと思います。ではむしろ広域連合として何をやるのかといえば、そういった委託先がきちんとした仕事をしているか、住民のニーズをきちんと捉えているかということで、その運営協議会がしっかりしていればできることだと思います。

これだけ広い広域連合ですと、おそらく厚生労働省はこの広域連合についてイメージに無かったのではないかと思います。そうであるならば、私はむしろ、しっかりした運営協議会を各地域包括支援センターに設置し、そこがきちんと機能してももの申しているかということに対して広域連合が指導や助言していくことの方が、長期的に見て給付の抑制等に結びついていくのではないかと思います。そうでなければ新予防給付の意味が無くなってしまわないでしょうか。実際そこまで手が届くのか、事務局が言われていることは理解できますが、イメージができません。

藤村委員

支部毎に地域包括支援センターを1ヶ所設置するというのですが、事務局の考え方は理解しております。おそらく皆様が懸念されているのは、設置した後に果たして機能するかどうかということであると思います。

先ほど粕屋支部の人口が170,000人ということでしたけれども、ではそこには社会福祉士や保健師を何人配置する予定なのかという、広域連合自体の目安があれば教えてください。人口の増減によって、というように言われていましたが、それは支部単位で決定されていくのかそれとも広域連合であらかじめ目安として予定されているのか、どうでしょうか。

今の認定者の半数とまだ元気な高齢者が対象になるということですので、そうなるのであれば居宅介護支援事業者がたくさんある中でも、中・重度者のマネジメントも行っている中で、どのくらいの数を見込んでいるのかというところが、一番の懸念の部分だと思います。また、適正なケアマネジメントを行うために支部直営にするということでしたが、今回マネジメントの中心となる保健師の能力という点もあるでしょう。その保健師がどこまでマネジメントを行うのでしょうか。

例えばアセスメントまで行って潜在的なニーズを引き起こしすぎたというようなこともあるので、そのあたりについて保健師が的確にアセスメントだけは行い、無駄なサービスは使わせないということは非常に結構なことだと思います。その後に制度的には居宅介護支援事業者に実際のケアマネジメントを委託していいとなっていますが、このあたりは保健師が

全て行うのかどうか、ということまで含めてお答えいただければと思います。

事務局

まず、地域包括支援センターの3職種の数についてですが、これについては基本的な考えを地域包括支援センターの人員要件についての国の会議資料の中に出ております。それを基準に申し上げますと、国では人口規模が15,000から30,000人の市町村については各3職種を1名ずつ配置するとなっています。

また、マネジメントの件についてですが、新予防給付と介護予防事業の2つのマネジメントがあるわけです。介護予防事業のマネジメントについては、国の基準では保健師1人につき300件を目安にしています。

地域包括支援センターの支部毎の人口にはかなりの格差がありますので、そういった基準をもとに広域連合としては、人口30,000人に1人の社会福祉士を配置し、主任ケアマネジャーについては1号被保険者6,000人に1人配置し、保健師の配置については介護予防事業のマネジメントを1ヶ月あたり300件の予定にしていますが、新予防給付については国からの基準が示されていません。新予防給付に関してはマネジメントの一部委託ということがあり、保健師についてはケアプランの原案を最初に確認するという部分と、最終的には新予防給付によるサービスを受けた方々が、結果に基づいてどういった効果があったのかという評価をするという2点を行いますので、数についてはどれくらい対応できるのかということは明確にはできません。

そのなかで粕屋支部は人口が約167,000人、1号被保険者が約26,300人、新予防給付の対象者が約2,290人、介護予防事業の対象者が約1,300人を見込んでいます。それで試算すると、合計で16名の3職種の配置ということで考えています。

そういった形の3職種の配置方法をもとに、総人口、1号被保険者、マネジメント対象者を合わせた形で、支部毎に配置を行っています。

その中では支部の状況もさまざま異なります。そうした支部の状況に応じながら、各支部の事務長等と協議して決定していきます。

新予防給付のマネジメントについては居宅介護支援事業所に一部委託をし、保健師はその入口と出口をチェックしていくということになります。

因委員

地域包括支援センターを直轄で行うということについては、私は大変評価致します。さまざまな問題がある中で委託をされる保険者もあるようですが、広域連合においては直轄で行うということですのでとても良いと思います。

ブランチの問題について、市町村に窓口を作られるということですが、先ほど藤田副会長からありましたが、在宅介護支援センターというのは歴史があり、専門性を磨いてきています。ですから、支部にて直轄で運営されるのであれば、在宅介護支援センターの活用はできるのではないかと思います。行政が作った制度において新しいものを作る際に、それまでのものをないものとしてしまえば、今まで磨いてきた専門性が消えてしまいますので、そういった意味でも是非活用を検討していただければと思います。

また、秋田委員から先ほどありましたが、運営協議会をきちんとしていただきたいと思います。資料の中にも運営協議会の図がありましたが、この中に介護支援専門員連絡会が入っておりませんので、必ず運営協議会には入れていただきたいことを、再度お願い致します。

ます。

何故かといいますと、ケアマネジメントについては主任ケアマネジャーが担う立場ですので、ここにケアマネジャーが入らないというのはおかしいと思います。

事務局

先ほどから運営協議会の意見が出ておりますが、広域連合の運営協議会の考え方というものをご説明させていただきたいと思います。

運営協議会の設置方法としては、運営協議会の設置における国の基準に基づいて設置をしようということになっています。設置基準としては原則として市町村ごとに1つの運営協議会、市町村毎というのはイコール保険者ということになりますので、イコール広域連合ということになりますので、1つの運営協議会を設置しなければなりません。また、複数の地域包括支援センターを設置する市町村においても、基本的には運営協議会の設置は1ヶ所で差し支えないという基準となっています。

ですから、支部毎に運営協議会を設置するのか、本部に1ヶ所設置するのかという議論の中で、結果的には本部に1ヶ所の運営協議会を設置するという結論付けをしているところです。それについてはさまざまな理由がありますが、大きな理由として、地域包括支援センターは広域連合直営で行うということがあります。

また、地域包括支援センター運営協議会の設置目的については、国の資料を読み上げますと「地域包括支援センターの適正な運営、公正・中立性の確保、その他センターの円滑かつ適正な運営を図るために地域包括支援センター運営協議会を設置しなければならない」とあります。そのため、広域連合では地域包括支援センターは直営で運営しますので、支部毎に設置しなくてもこの大部分をクリアできるのではないかという考えのもと、運営協議会を本部に1ヶ所設置するという結論に達しました。

地域のそのような支援体制という部分での考えもありますので、主任ケアマネジャーを中心とした他職種協働連携の実現のもとにネットワークを構築し、広域連合支部と本部、市町村や関係団体の方々等とのネットワーク作りを推進する形で、地域でのご意見等を支部や地域包括支援センターを中心に吸い上げていただければと考えているところです。

秋田委員

つまり、運営協議会は広域連合に1ヶ所しか作らないということですが、それでは想像が付きません。本当にそれでできるのでしょうか。

私は、地域の住民のニーズにあった運営をするためには、やはり1つの地域包括支援センターに1つずつ運営協議会を設置して、そこがきちんと動くことで一番円滑な運営がされるのではないかと思います。公平・公正な点で見れば、それは広域連合に1つでも可能かもしれません。しかし地域の住民のニーズにあった円滑な運営は、私はそれでは不可能だと思います。

なぜそこで、我々医療や福祉関係等の現場、地域の方々の意見や要望を、これほど手間をかけて上まで上げなければいけないのか、私には理解できません。運営協議会の設置の目的からもずれているのではないのでしょうか。

安藤委員

運営協議会を本部に1ヶ所という考え方は、地域包括支援センターを支部毎に設置し

て本部が直営で運営するため、中立・公正性は保たれるということですが、例えば粕屋支部など人口の大きいところで3職種が16名ほどといわれましたが、実際その人数が揃うというデータはあるのでしょうか。私達のところでは、保健師は揃っても社会福祉士は不足しているため、少し民間から行政の方に移動してもらう形をとるところまでしないと、3職種がきちんとそろっていかないと思いますが、どうでしょうか。

事務局

3職種の人員確保については基本的に各市町村にお願いをしています。基本的には保健師は市町村の正規職員の派遣をお願いするよう考えています。その中でどうしても市町村の都合等で不足した場合は、市町村の責任において嘱託職員等でご推薦を願いたいと考えています。

また、社会福祉士、主任ケアマネジャー等については、専門的な資格も必要ですので、福岡県の中でもなかなか人材が少ないという現状がありますが、市町村独自での公募や、社会福祉協議会、在宅介護支援センター等からの出向、期間を定めた職員として広域連合に推薦していただき、雇用することで人員を確保していくことを考えています。

安藤委員

出向という言葉が出ましたが、各在宅介護支援センターも各事業所も人が余っているわけではありません。自分の事業所を出て広域連合に出向しなさいというのは、事業所等にはかなり難しいことではないかと思います。

粕屋支部のような大きな所だけでも、支部に直轄の地域包括支援センターをおいて、在宅介護支援センターの今までのノウハウを持ったところで中立・公正性をきちんと出させた上で、いくつかの地域包括支援センターをランチで作るという考え方はできないのでしょうか。すべての支部に複数設置するのではなくて、規模の大きなところだけでも考えなければ、地域の住民に密着した情報は吸い上げられないと思います。

小賀会長

時間もありませんので、議事の進め方について私から提案を致します。

適正な給付であるとか介護サービスの安定化を図っていくということのために、ケアマネジメントのあり方を広域連合としてきちんとコントロールし、地域包括支援センターを広域連合の直轄という形で運営したい、という部分までは、皆様は基本的に賛成されたと思います。では、具体的にその構想を現実のものにしていくための方法論について、事務局側からの内容について反対意見が多く出されたと思います。

今日の時点では反対意見が出されたということで話し合いましたので、理論を現実にしていくためにどのような方法論が必要なのかという意見を作っていかなければいけないと思います。在宅介護支援センターの活用や運営協議会は地域包括支援センター毎に地域の状態を理解する人達が地域の高齢者に即して物事を判断するために必要である等の具体的な方法論について、もう一度会議を増やすことになるのかどうかは事務局と相談してみなければいけません、きちんと議論を作った方がいいように思います。

今回はとりあえず、給付量の確認について早くに確認しておかなければいけませんので、それを確認した後、その次の会議あたりでこの地域包括支援センターの設置のあり方を中

心にして、ケアマネジメントのあり方を広域連合として責任を持ってコントロールしていくためにどのように具体的な方法論が必要となっているのかということについて、皆様のご意見を是非伺って、委員会としての意見としてまとめていければと思います。そのような形で再度時間をかけて議論させていただくということで、いかがでしょうか。

秋田委員

大まかにはそれで良いと思いますが、実際には私の所属する福岡県医師会内では広域連合に属する市町村も入っています。そういったところというのは、早急にこのイメージを出して欲しいと待っているのではないのでしょうか。

もうひとつは、広域連合がそういった地元の意見を吸い上げて議論をされたのか、全くそういうことなしにこの会議だけで決めようとしているのではないかという危惧があります。実際に現場の市町村は、こういうやり方で納得できるのか、下手をすれば県民の間でかなりの格差が出てくると思います。一つの市町村であれば、運営協議会は1ヶ所でいいと思いますが、広域連合のように各自治体がバラバラなのをこれに当てはめて良いのか、私は介護保険を受けている県民の間で格差が生じるようなことは出すべきものではないと思いますので、次回そういったことを念頭に考えていきたいと思います。

藤田副会長

地域包括支援センターについて論議している際にどうしても介護予防だけが正面にできますが、実際には高齢者の虐待防止や、権利擁護等の課題もありますので、そのあたりを想定したところでも論議していただきたいと思います。

因委員

次回再度きちんと話し合いましょうということには異論ありません。

今日の中で私が気になっていた部分がありますが、8ページの(2)のついて不明な点がありますので、もう少しきちんとした形で文書を書いていただくようお願いします。

香月委員

本日の資料2ページ目、1の(2)の部分は、とても大切な部分だと思います。地域に出ている重度の方をフォローする為にはどうすればいいのかということについて、今後は小規模多機能型居宅介護や地域密着型というものは非常に大切ですが、ここに一言書くだけではイメージがわからないと思いますので、具体的に広域連合としてはどういうことができるのかということまで掘り下げていただきたいと思います。

例えば小規模多機能の多機能とは、どういうことを言おうとしているのか、現在の制度では見られないこと、できないことだけれども地域で出てきている重度の方がここまではできるのではないかというようなイメージがわく部分まで記載していただければと思います。

小賀会長

それぞれの意見について、可能な範囲で事務局側にて整理していただきたいと思いません。

次回会議についてですが、11月11日金曜日14時からを予定しています。

今日の状況もありますので、事務局と相談のうえ、引き続き地域包括支援センターの課題を議論するかどうかといった議題について少し検討させていただきたいと思います。

それでは議事を事務局にお返し致します。

3. 閉会

事務局

長時間に渡るご審議、ありがとうございました。

以上をもちまして、第5回福岡県介護保険広域連合第3期事業計画策定委員会を閉会致します。

以上