

第 6 期介護保険事業計画 第 2 回策定委員会 議事録

【開催日時】平成 26 年 6 月 30 日（月） 14 時 00 分～16 時 25 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、今里委員、太田委員、瀬戸委員、田代委員、
長野委員、狭間委員、廣津委員、藤村委員、山口委員
事務局、支部事務長

【議案】

- 1 第 5 期介護保険事業計画期間における施策の実施状況について（継続審議）
- 2 その他

【会議資料】

- ・ 資料 1:福岡県介護保険広域連合 第 6 期介護保険事業計画策定委員会 第 1 回策定委員会資料
- ・ 参考資料：福岡県介護保険広域連合 第 5 期介護保険事業計画

..... 【議 事 内 容】

事務局

定刻になりましたので、ただいまより福岡県介護保険広域連合第 2 回介護保険事業計画策定委員会を開会いたします。

- 1 第 5 期介護保険事業計画期間における施策の実施状況について（継続審議）

小賀会長

皆さん、こんにちは。お忙しい中、今日もありがとうございます。前回の会議から一月たっておりますので、少し議論の中身を思い起こしながら、前回の継続審議を行ってまいりたいと思います。特に第 6 期をこれから考えていく上で、それ以前の取り組みがどうだったのかを事務局からご説明いただきながら検討を加えておりましたが、前回の会議の中で、質問等が出ておりましたので、その回答と、前回、事務局から加え足りないような説明がありましたら、お願いしたいと思います。まず、事務局から前回の質問等に対するご回答をお願いいたします。

事務局

まず資料の確認をさせていただきます。前回お配りしていた資料になりますが、皆さん、お持ちでしょうか。第 5 期介護保険事業計画施策実施状況という冊子の分です。

それでは、前回の第 1 回の委員会で何点かご質問いただいた分について、私のほうから読み上げさせていただきます。

まず、因副会長から、定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、なぜ事業者の参入がないのか、その状況がわかれば教えてほしいという内容が 1 点ありました。それから、構成市町村にボラ

ンティアやNPOなどの助け合いの組織がどれくらいあるかを把握されているか、というご質問をいただいております。

それから、藤村委員から、現在行われている地域ケア会議や地域ケア連絡会に実際あがっている課題等について把握できていれば教えてほしいというご質問をいただいております。

それから、瀬戸委員から、地域包括支援センター運営協議会は、本来、市町村単位にあるべきではないかということで、医師会としては平成18年度から提言させていただいておりますというご意見をいただいたところです。

所管の係から、これらの分について回答させていただきます。

事務局

定期巡回・随時対応型訪問介護看護が、なぜ普及していないのかについてお答えします。これについては、国レベルでも問題意識は持たれているようで、国で調査を行っておりました。それに加えて、うちのほうでも窓口の担当者レベルで、応対していく中で感じたことなどを提案しまして、3点ほどの理由が上げられると思います。まず、1点目としては、利用者や専門職、ケアマネジャーなどのほか、自治体など関係者一同について、このサービス自体への理解不足がまだまだあるのではないかということです。24時間サービスの有用性について、どうしてもまだ理解が進んでいないという面があります。2点目としては、看護人員の確保が非常に困難な状態にある、特に、夜間対応について困難さがあるため普及が進んでいないということです。3点目としては、採算性が低いという点が上げられます。例えば、この事業単独で採算をとるのは、なかなか厳しいものがあるのではないかという印象があるということです。この3点を上げております。これについての対策はなかなか難しいものがあると思います。特に、最後の採算性については、介護報酬の問題等で、連合としての対応はなかなか難しいところです。それ以外の1、2点については、例えば、利用者や専門職、自治体向けに、このサービスについての意識向上を図ってもらう、このサービスが有用であることを理解してもらうことの活動を進めていくことができるのではないかと思います。それから訪問看護事業所については、このサービスは単独で全て抱え込むのではなく連携をとることができるというものの理解が進んでいないのではないかという面がありますので、この辺を訴えていくことで普及につなげていく活動ができるのではないかと考えております。以上です。

事務局

続きまして、ご説明いたします。まず、因副会長からいただきました構成市町村内のボランティア等の助け合い組織の数についてです。今のところ、まだまとまってはいませんが、日常生活圏域ニーズ調査結果をもとに、認知症のケアパスを作成するといった作業を進めており、その中にインフォーマルのサービス等がございますので、そういったものを通じながら最終的にまとめていきたいと考えております。内容につきましては取りまとめ次第、お示しさせていただきたいと考えております。

それから2点目です。藤村委員からいただいた地域ケア会議等での課題についてです。具体的にどういうものが上がっているか、判明している部分が何点かございます。まず、精神疾患の問題については困難事例なので内部的に関連していくことが多いといったところが多く取り上げられています。それから地域によりますが、サービス付き高齢者住宅対策です。外部からの流入とか、事業者の囲い込みといったところが課題として上げられています。それから、医師会との連携方法についてです。医師会側からアプローチがあるところは動きやすいけれども、それが少ないところはな

かなか進みづらいといったことが上げられております。その他といたしまして、地域とのかかわり合いを拒む方への対応です。それから、民間の賃貸住宅に住まわれている高齢者の方で、支援者のリストから漏れている方への対応といったところがございます。それと、身寄りのない方の身元保証の問題で苦慮されているといったところ、あと、身寄りのない方で資産のない方について、成年後見をするときにも資力の問題からなかなかしづらいといったことが上げられております。

広域連合としてフォローできる点が幾つかあります。困難事例の精神疾患に関しては虐待などにつながるケースが多くあります。高齢者虐待等の内部で解決できないものについては、福岡高齢者虐待対応チームに支援を仰ぎながら相談する体制を構築しています。それから、サービス付高齢者住宅については、囲い込みの結果、自立支援の観点がおろそかになっているということが出てきますので、そういったところにつきましては、ケアプランチェックなどで対応できるのではないかと考えています。ケアプランを取り寄せつつチェックして、その方が悪化しないように、もしかしたら虐待事案につながる可能性もありますので、そういった形でフォローしていきたいと考えております。それから医師会との連携です。こちらは県の医師会を通じて地域の医師会に協力を依頼するというところで何か協力できるのではなかろうかと考えております。

続きまして、瀬戸委員からいただきました地域包括支援センターの運営協議会についてです。本来、市町村単位にあるべきではないかというお話がございました。こちらは今後、制度改正により地域包括支援センターの機能が強化されてまいります。制度改正の内容がより明らかになって、地域包括支援センターの実態がある程度わかった時点で、市町村の実態に合わせながら今後の議題として取り上げていきたいと考えております。私からは以上になります。

小賀会長

ただいま前回の質問事項についてお答えいただきました。因副会長を含めて、皆さん、その回答に対して更に質問したいとか、あるいはご意見があればいただきたいと思っております。いかがでしょうか。

特にございませんでしたら、前回の残した課題等々の審議に移ってまいりたいと思っております。特にそのことについて事務局から説明等々がなければ、すぐに審議に入りたいと思っておりますが、よろしいでしょうか。それでは、先回から残された課題等について、どこからでも構いませんので、ご意見あるいはご質問をいただければと思います。

事務局

前回は12/34ページまで審議が終わっているかと思っております。今回、継続審議として7ページから事務局側よりその報告、説明をさせていただいて、それに対してご審議いただくという形で継続させていただければと思います。

小賀会長

では、お願いします。

事務局

それでは12ページから説明させていただきます。項目は「3 サービスの質の確保」です。

「(1) 施策の目的及び概要」です。サービスの質の確保については、まず、地域包括支援センター職員のスキルアップを図り、相談解決能力の向上を図るといったところから入りたいと思っております。

ります。

「(2) 施策の現状」については、支部単位で研修会を開催しております。それから高齢者虐待の件数が増加傾向にありますし、地域包括支援センターが市町村に移行したことで、さらに困難事例の補足機会が増えたということがございますので、福岡県社会福祉士会と福岡県弁護士会の福岡高齢者虐待対応チームと委託契約を締結し、困難事例のサポートを実施している次第です。

「(3) 評価指標」です。こちらは指標1として研修会の開催をあげています。開催につきましては、それぞれの支部によって、また内容によって異なりますので、開催したかどうかといったところで捉えております。指標の説明ですが、支部単位で開催した研修会を対象にしています。基準値が8支部でございますので、8です。現状としましては、7支部で実施していますので、達成度は88%となっております。

続きまして13ページです。「(4) 必要性」について、今後センター職員のさらなるスキルアップが必要である、困難事例に対しては事例を積み重ねることで情報を共有し、相談解決能力の向上を図るといったところを上げております。

「(5) 有効性」について、地域包括支援センターは市町村単位の設置でございますが研修を複数市町村合同で開催することによって、費用負担の軽減のみならず、センター間の職員の意識向上につながることを期待できます。また、外部の専門職から支援を受け、情報を共有することにより、困難事例の解決能力の向上を図ることができます。

「(6) 効率性」です。地域包括支援センターは市町村単位の設置でございますが、広域連合として支部の単位は継続しておりますので、さまざまな場面で支部の枠が活用できます。

「(7) 課題」です。同一支部内であっても地理的に離れている市町村の場合は、研修内容のニーズが異なることがあります。それから、現状として本部としてまとまった研修はまだ実施できていない状況があります。

「(8) 今後の方向性」です。見直して継続と考えております。市町村のニーズに応じた地域包括支援センター職員のスキルアップを行い、相談解決に向けた体制の強化を図ることにしております。説明は以上です。

事務局

では続きまして、「4 介護予防事業の推進」の説明をさせていただきたいと思っております。

「(1) 介護予防事業の推進」。資料で言いますと14ページになります。「(1) 施策の目的及び概要」について、市町村で実施する介護予防事業が再編され、より市町村施策が反映できるものとなりましたが当該事業がより効果的に実施できるよう、必要な支援を行うことが目的です。

「(2) 施策の現状」です。市町村に対して取り組んでいる事業及びその効果についてヒアリングを実施する。それから、他市町村の取り組み状況等の情報を参考として提供するという取り組みを行っております。

「(3) 評価指標」について、指標1は市町村へのヒアリングで、市町村の介護予防事業担当者へのヒアリングの回数として、平成24年、平成25年の実績を書いております。基準値といたしましては33市町村でございますので33です。現状値は2カ年分ですので、全て回りきれておらず20カ所といったところですので。達成度は61%です。指標2の事例の紹介について、他市町村における事例の紹介回数として、こちらはヒアリングのときに提供させていただいたということで、基準値と現状値については同じ数字になっております。達成度についても同じです。

1枚めくって頂いた15ページです。「(4) 必要性」についてです。市町村で実施する介護予防事

業の事業内容を市町村ごとのニーズに合致する形で充実させ、予防効果を高めていく必要性があります。

「(5) 有効性」です。市町村で実施する介護予防事業を充実させることで、要介護、要支援状態に陥ることを予防し、介護、または予防給付費の増大を防止することができます。

「(6) 効率性」です。市町村により事業のニーズが異なることから、広域連合統一のメニューによらず、市町村の独自性を生かした事業にすることが有効です。

「(7) 課題」です。市町村によって取り組み状況、実施に向けた体制、サービス提供基盤等に差があるため、今後の方向性は拡充を考えております。内容としては、市町村の介護予防事業の取り組み状況、事業ニーズを把握し、より効果的に実施できるよう情報提供を行います。

続きまして16ページです。「(2) 介護予防ケアマネジメントの充実」をお願いします。

「(1) 施策の目的及び概要」です。地域包括支援センターの事業実施状況等についてヒアリングを実施し、必要な支援を行います。

「(2) 施策の現状」です。広域連合内の全地域包括支援センターを訪問し、ヒアリングシートに基づいた聞き取りを実施し、ヒアリング経過については内容を取りまとめ、情報として地域包括支援センターに提供しているところです。

「(3) 評価指標」は3点上げております。市町村に移行終了前の平成24年の地域包括支援センターのヒアリング実施市町村は、移行したのが17市町でございましたので、基準値が17、現状値も17市町が終わりましたので、達成度は100%になっております。指標2です。市町村移行終了後の地域包括支援センターのヒアリング実施市町村数です。平成25年度にヒアリングを実施した市町村数は、全33市町村(センター)の全部が終わりましたので、現状値としては33、達成度は100%になっております。指標3です。こちらは市町村完全移行後の地域包括支援センターヒアリングの実施予定市町村数で、本年度も実施していく予定で、基準値のみ記入しております。33市町村に対して、予定でも全市町村に話を聞いて回るつもりです。

資料を1枚めくっていただいて17ページです。「(4) 必要性」でございます。地域包括支援センターの活動状況を把握し、適切な支援を行うことにより、各市町村の地域包括ケアを推進します。

「(5) 有効性」です。地域包括支援センターは、地域包括ケアの推進の中心であり、広域連合内の市町村において著しい差が生じないようにします。

「(6) 効率性」です。ヒアリングを実施することにより、各市町村において地域包括支援センター業務の取り組み状況を振り返ることができます。

「(7) 課題」です。現状ではヒアリングシートは自己評価方式になっており、客観的評価が行えていない状況です。

「(8) 今後の方向」については拡充です。ヒアリングに際し、客観的評価を実施する方法を検討し、広域連合内市町村で著しい差を生じさせない取り組みを行うことにしております。

続きまして資料18ページで、「5. 給付の適正化」です。そのなかの「(1) ケアマネジメント等の適正化」です。

「(1) 施策の目的及び概要」です。ケアマネジメント等の適正化を図ることにより、不適切な介護給付、予防給付を抑制します。

「(2) 施策の現状」です。みまもり調査員事業で利用者実態調査型ケアプラン点検事業の実施を行います。また、事案に応じて支部職員による住宅改修等の現地確認を行います。それから、ケアプラン点検事業の実施がございます。

「(3) 評価指標」として4点を上げております。指標1としては、みまもり調査員事業の実施で、

指標の中身としては事業に取り組んだ年度数としております。平成 24 年、25 年で基準値 2 回としており、現状値としては継続して事業を行っておりますので 2 回、達成度 100%となります。指標 2 の住宅改修等の現地確認については、現地確認を実施した支部数です。全 8 支部ございまして、全支部で行っておりますので、達成率は 100%です。指標 3 です。ケアプラン点検事業の実施としまして、こちらは実施回数です。実施につきましては平成 25 年度に取り組みをしているところですが、時期をあけて 3 回にしようとしておりまして、年間の予定としては基準値 3 回として準備をさせていただきましたが、実際できたのは 1 回だけだったので、達成度としては 33%です。続きまして指標 4 です。65 歳以上人口 1 人当たりの訪問介護給付費です。指標の説明文に一部誤字がありますので訂正をお願いします。平成 24 年度と平成 25 年度の 65 歳以上人口 1 人当たりの訪問介護給付費月額です。こちらの基準値は平成 24 年度の 1 人当たり訪問介護の給付費月額を基準とした場合、平成 24 年度が 65 歳以上人口 1 人当たり 1,467 円でした。それが、平成 25 年度は 1,391 円で、金額が下がっています。達成度は 95%となっております。

続きまして 19 ページの「(4) 必要性」です。不適正な介護・予防給付を抑制します。

「(5) 有効性」です。介護・予防給付の適正化を図ることにより、利用者間の公平性を図ることが出来ます。

「(6) 効率性」です。介護・予防給付の高い市町村を中心に実施することで、短期的な成果を上げることが出来ます。

「(7) 課題」です。ケアプラン点検事業におけるデータ抽出方法の見直しが必要です。

「(8) 今後の方向」については現状維持です。内容としては、みまもり調査委員事業で利用者実態調査型ケアプラン点検事業の間接的効果、事業者に対する心理的抑制により、不適正な介護・予防給付を抑制するとともに、広域連合単独での実地指導を行うというように考えています。

ここで一旦説明を終了いたします。

小賀会長

ありがとうございます。ただいま、資料の 12 ページから 19 ページまで、内容としましては、「3 サービスの質の確保」から「5 給付の適正化」の (1) のところまでご説明いただきました。ご質問やご意見がございましたら、どのページからでも構いませんので、どうぞご自由にお問い合わせいたします。

長野委員

長野です。12 ページの「3 サービスの質の確保」についてお尋ねしますが、これから地域包括支援センターの役割は重要になってくると思います。その中で、職員の資質を上げていくことも大きな課題になってくると思います。支部単位での研修会の開催について、中には合同で開催するという話もありました。資質を上げていくという意味で、研修のあり方について、例えばこのような研修制度に基づいて各支部が研修を実施し、こういった資質を高めていく等の整理はできているのでしょうか。

小賀会長

では、1 問ずつ回答をお願いします。ただいまのご質問について事務局からお願いいたします。

事務局

先ほどのご質問は、研修の組み立て方に関するものだと思います。こちらについては、支部単位でセンターの職員等が集まる会議がございますので、その中で何をするかを話し合った上で決めており、研修のニーズ等は十分反映していると思います。

田代委員

田代です。私も「3 サービスの質の確保」について質問です。高齢者虐待の対応については地域包括支援センターの業務に入っていますが、福岡市の場合は行政に最終責任があるのではないかとということで、一義的には地域包括支援センターにかかってくるんですが、処遇困難事例等は全部行政に来るんです。広域連合では市町村に地域包括支援センターを置いてありまして、市町村に置いてあるからこそいいかなと思いつながら聞いていたのですが、市町村の地域包括支援センターの職員のスキルアップが必要です。また、高齢者虐待については各市町村でニーズは一緒だと思います。それで、本部での教育体制について、どのような課題が多くて、どこでどのように対応をしなければいけないのか等、今後の方向性、課題が必要と思います。そこら辺はいかがでしょうか。

事務局

課題として共通するものは多いですが、それぞれ地域によって困難事例というか、虐待が多いところもあれば、ほかの案件で困っているところもありますので、基本的には市町村でテーマについては決めていただきます。

あと、以前、地域包括支援センターに研修内容をお尋ねしたことがありますが、研修内容はばらばらで、どれをすればいいのかわからないという状況がございました。それこそ、こちらのほうで幾つかモデルのようなものをつくらせていただいて、それに参加するかどうかを決めていただく。あと、参加の仕方についてもいろんなご意見があります。講習方式がいいとか、グループワーク方式がいいとか、いろんな会議と組み合わせるといった話もありますので、そのあたりの整理をした上で、また考えていきたいと思っております。

太田委員

太田と申します。ケアマネジャーをさせていただいていました。今のスキルアップの件ですが、地域包括支援センターにいたときに、私は研修に行ったことがないんです。行くのは主任ケアマネジャーや相談員、それから管理者です。一般の私たちは定年して地域包括支援センターに入りましたので、5年ほどおりましたが行ったことがありません。私たちのように嘱託で採用された方は、1年ごとの契約ということで研修も行かせてくれないのかなと残念に思う部分があります。スキルアップについて、地域包括支援センターがこれから強化されていく中では、そういう末端のケアマネジャーの教育も必要だと思います。そういうところも踏まえて、どういう研修に参加したほうがいいのかを考えていただきたいと思っております。

小賀会長

確かにそのとおりで、雇用のされ方によって研修が受けられる・受けられない、あるいは、どんな研修が受けられるか・受けられないかといった差が出るというのは、当事者の役割がどうであれ、全くかわり知らないところですから、連合として必要だと認めて行っていく研修等々のスキルアップについては、全ての実務にかかわる、現場にかかわる職員が参加できることが基本だと思います。そこは正していかなければいけません。そこまで文章で書き込まなければいけないのかという

問題だと思うんです。つまり、細かい指示をしなければ自治体が動いてくれなかったということがあったのではないかと。我々としては、そこまで細かいことを言わなくても、現場でどういう雇われ方をしているか、当事者にとっては誰が来て同じような支援が得られるというのが前提ですので、この前提が前提になっていないのであれば、これを文章化して計画の中に入れたほうがいいのか改めて考えなければいけないかもしれません。

因副会長

すごく初歩的な質問をしてもいいですか。地域包括支援センターに主任ケアマネジャーではないケアマネジャーがおられるということですが、そのケアマネジャーはどういう役割でおられるのでしょうか。それによって研修内容も参加する立場も変わってくると思います。初歩的な質問で申しわけありません。

太田委員

私たちの場合は、管理者と相談員、それから主任ケアマネジャーと一般のケアマネジャーがいましたが、ほとんど嘱託でした。介護予防の方たちなので、一人50人以上を担当してくださいということで、フル回転で毎日訪問して動いておりました。困難事例についても、主任ケアマネジャーや相談員が担当するのではなく、私たち嘱託の職員も担当しておりました。そういう意味では、人数も多いし、困難事例も含めて全部を担当していましたので、いろんな研修に参加させていただく体制が必要ではないかと思えます。役場内では、そういう会議を持つ時間がなかなかとれませんが、一人ひとりのスキルアップのためには、そういう会議に参加させていただいたほうがいいのではないかと思います。

因副会長

重ねて質問します。私の認識の中では、地域包括支援センターは、看護師・保健師と、それから社会福祉士と主任ケアマネジャーという3職種で動いていると思っていました。その中でケアマネジャーはどういう役割をしておられるのかが聞きたかったんです。

太田委員

予防の認定を受けている方を、ケアマネジャー一人が50人前後持って訪問していました。

因副会長

予防の認定を受けている人というのは。

太田委員

要支援1とか、要支援2の方です。

因副会長

予防プラン専従ですか。

田代委員

1号被保険者が多いところは、プラス配置になっているところがあると思うんです。多分、福岡市

なんかは3人以上いらっしゃいます。そのことかなと思いつながら聞いていました。

小賀会長

山口委員から何かありませんか。

山口委員

広域連合の元職員の立場で申し上げます。主任ケアマネジャーと社会福祉士と保健師という3職種、それ以外にケアマネジャーを雇用していて、ケアマネジャーは予防プラン専従です。広域連合内のそれぞれによって違いますが、大体、一人あたり50件前後のプランを持っているんじゃないかと思います。ですから、広域連合の地域包括支援センターの中のケアマネジャーが困難ケースを抱えたときは、その地域包括支援センターの中にいる主任ケアマネジャーと連携しながら支援に当たっているのが現状です。

因副会長

そしたら研修内容も限られるじゃないですか。

山口委員

ええ、違ってきますよね。

因副会長

ありがとうございます。

瀬戸委員

研修というのは自己研修ですよ。確かに支部単位でやるメリットも分かるんです。でも、無責任体質になると思います。先ほど言われるように、地域包括支援センターは市町村によってニーズも違えば研修内容も違い、それぞれ違うはずですから、責任を持たせて、計画を立てさせる。広域的には支部でやる研修もあってもいいでしょうが、本来やるべきなのは市町村単位です。ですから、本来であれば指標の基準値は支部の8ではないはず。各地域包括支援センターが研修会を開催しているかが基準値になるべきであって、更に広域的にやることも差し支えないとすべきだと思います。ニーズはバラバラなはずですから。

小賀会長

おそらく各地域包括支援センターに研修をやりなさいという形をとると、現状としてはできないと思います。例えば、こういう研修を連合単位であるいは支部単位で支援ができる枠組みをつくりました、その枠組みを使って各市町村単位における地域包括支援センターで研修を行ってくださいとか、そういう具体的な方法論を考えないと、おそらく上手くいかないでしょうね。

瀬戸委員

やりきれない地域包括支援センターもあると思うんです。

廣津委員

第5期の計画を読ませていただいた中で、地域支援事業についても関係者とのネットワークの構築を促進しますとか、専門機関と連携して支援しますとか、それから、センター職員の資質向上の支援に努めますといった表現が出てきます。策定委員会の中でここを決めていくべきなのか、それとも事務局が具体的にそれを指示していくべきなのか、そのこのところをはっきりさせておかないと、何となく曖昧になっていますね。

もう一つ、給付の件で見込みというのは予算のことですね。この資料の中で見込みという表現が出ていますが、その見込みについて平成24年度の居宅と施設の予算と実績を見ると、居宅の場合は見込みに対して実績が24%なんです。施設の場合は見込みに対して200%になっているんです。こんな運営の仕方でもいいのか、ちょっと気になります。見込みを立てられるなら、もう少しきちんとした数字にならないといけないのではないかと私は思います。

小賀会長

今のご質問については、まず、私が考えていることについてお話をし、事務局から何かあれば、お答えいただくことにしたいと思います。

前回の会議で実施状況についての資料を出されました。これは事務局側の第5期に関する反省なんです。第5期事業計画を立てて粛々と努めてきたけれども、できなかったこと、あるいは効果が上がったことがある。それについて、特に効果が上がったことについても、できなかったことについても、なぜなのかといった分析をしていく。我々は、その提示されたものを検討して、それを土台に第6期の計画をつくっていくんです。ですから、この資料については、曖昧さも含めて、とりあえずあっていいのではないかと思います。なかなか分析しきれないけれども、とりあえず今の段階では事務局はこのように判断しているという曖昧さもあり、我々委員会でそれを分析して、曖昧な部分を含めて明らかにしていくことになります。明らかにしていく方法としては、事務局にもう少し資料を出せとか、分析を強めなさいとか、あるいは、私たちはこうしたいと思っているからこうしてくださいとか、そういった意見も含めてつけ足していくことになればいいと思うんです。

それから、数値目標を上げて、実際のところ数値目標に近い形で動いている事業もあれば、そうでないものもあります。例えば、200%にまでなってしまったとか。これは、私が前回、皆さん方にお話したものの中にありますが、事業の具体的な実施については事業者に全て任せるという方式が介護保険の本質です。つまり、こういう事業を事業者によってほしいと思って計画を立てても、これは採算に合わない事業者が考えれば、その事業に取り組む事業者はこちらが期待しているよりも少ないでしょうし、あるいは事業者にとって事業展開しやすいといったことがあれば、事業者はどんどん参入してくるでしょう。もちろん、分析の甘さによって、全ての市町村の独自性、特性を読み切れなかったということがいろいろと重なって、そのような数値になるのかなと思うんです。ただ、一番大きいのは、事業者が事業を実施しないといけないということです。もし市町村や連合が、直接事業に取り組むなら、数値を上げて、それにふさわしい予算を上げて、あとは行うだけということになりますので数値目標にかなり近い状況で取り組むことができると思いますが、計画を立てる側と実施する側が違いますので、そのあたりのアンバランスさが一つの大きな要因としてあるのではないかと思います。

廣津委員

ただ予算があることですから、その範囲で考えないといけないと思います。

小賀会長

そうですね。そこは、読み切れなかったところとしてきちんと反省して、第6期の事業計画に活かさないといけないと私も強く思います。

小賀会長

では、そのほかいかがでしょうか。

山口委員

地域包括支援センターのスタッフの定着率が課題だと思うんです。その中で、どうやって専門性を確保するのかを考えると、社会福祉士会ですので高齢者虐待対応チームに推進していただくのはすごくいいんですけれども、いつまでも何かあるごとに頼るのではなくて、ノウハウを蓄積して、いずれは自立して、自分たちで解決できるような力を身につけていただきたいと思います。そのためには、初任者研修、それから中級者向けの研修、それからベテラン向けの研修ということで、研修体制についての体系をモデルとしてお示しすることはできないのかなという提案です。

小賀会長

今、どこの自治体も非正規雇用の職員がものすごく増えているんです。これが増えていくと、本人たちの資質や想いにかかわらず、どうしても責任を持った仕事ができないんです。事務職であれば、それで仕事が回っていくところもあるのかもしれませんが、専門性を持った職員については、今、労働法の改正等で見直されてきていますが、1年雇用の最長5年という雇い方でいいのかどうか。職員の安定した処遇が職務遂行にかかわってくるので、専門性を持った職員の雇い方について、これは計画の中に盛り込めないことは十分わかっていますが、各自治体で検討していただく必要があると思います。例えば、計画の外で、我々として危惧する、あるいは、もっと善処してほしい、検討してほしいものすみ分けをして、別個に意見具申するといったやり方もあると思っています。

私から質問です。12ページの8支部中7支部が研修会を開催できているということなんですが、残る1支部はなぜできていないのでしょうか。

それから、14ページの市町村へのヒアリング、それから事例の照会については、達成度がそれぞれ約60%になっていて、15ページの今後の方向としては拡充するという方針ですが、達成度との関係から見ると、具体的な方策を提示しないと単なる目標羅列にしかならないと思うんです。このあたりも、我々にこうした資料を提示していただく段階で、達成できなかった原因と、どうすれば拡充して達成できるのか、この文章ではよくわかりません。事務局で腹案なり、文章としては示せないがこのように考えている等があれば教えていただけますでしょうか。

事務局

まず、12ページの支部単位でできなかったところが1カ所あることについてです。こちらの支部はエリアが非常に広くて、支部ではあるけれども、飛び地のような形で集まっています。実は、それぞれ地域の専門機関の団体も違っていたりするので、そういった観点から、支部単位で集めようとするとうねズが合わないといったことがございました。支部としてはできていませんが、それぞれの市町村ではできています。ただ支部としてはできなかったのを外させていただきました。

それから14ページです。市町村ごとの介護予防事業担当者へのヒアリングができたところとできなかったところがありますが、最初に地域包括支援センターのヒアリングに携わったときに、初年

度につきましては、予防事業の担当者にも来ていただいて、そこで話をしていたところでした。そういう形態をとれたところが20カ所でした。平成24年度は17市町村プラス、当時支部があった1カ所の3市町ができたというところで20回となりました。平成25年度につきましては、地域包括支援センターのヒアリングに特化した関係上、予防事業の担当に呼びかけができませんでした。地域包括支援センターがどれだけ予防事業に携わっているかについてヒアリングさせていただきましたので、回数としては20回となりました。次年度以降は、情報提供の仕方も含めて考えなければいけないと思います。文章として書き入れなかったところについて補足させていただきました。

小賀会長

わかりました。大事なことなので、支部単位という目標があるにしても、支部単位でやるのが現状として取り組みを遅らせている、だから市町村単位で行った方がよいということであれば、それも内容として書いていただかないと私たちにはわかりません。少なくとも口頭説明はしていただいたほうが良いと思います。

15ページの拡充については、拡充のためにどんな具体策が必要なのか、もう少し詰めないと目標倒れになってしまいそうです。その点も含めて検討課題にしたいと思っています。

そのほかにご意見等があればどうぞ。

藤村委員

今の会長のご質問と関わる部分ですが、14ページ、16ページに介護予防事業の推進ということで、各市町村、もしくは地域包括支援センターにヒアリングを行ったとありますが、ヒアリングの内容について、もしよろしければ一部紹介ください。また、事例の照会回数についても、どういう事例があったのか、一部でいいのでご紹介いただくと理解しやすいと思います。

小賀会長

次回の会議で構いませんので、例えば、特徴的なところを抜粋して資料配付していただけますか。よろしくお願ひします。そのほかいかがでしょうか。

では、20ページ以降の「5 給付の適正化」-「(2) 事業者指導・介護報酬請求の適正化」以降のところの説明をお願いいたします。

事務局

20ページ以降についてご説明させていただきます。「5 給付の適正化」-「(2) 事業者指導・介護報酬請求の適正化」についてです。

「(1) 施策の目的及び概要」については、事業者に対して制度の周知や指導を行うことにより、サービスの質の確保、向上を図り、介護報酬の請求に係る誤りや不正を防止することを目的としております。

次の「(2) 施策の現状」についてです。ケアプランチェックは、年2回、支部職員により実施しております。事業所に対して書面による指導監査、事故報告や苦情に係る実地指導、実態把握、安全対策に関する指導等を実施しております。また、国保連介護給付適正化システムを利用した縦覧点検、医療情報との突合を行っております。介護給付費通知は年2回行っております。

次は「(3) 評価指標」についてです。指標1のケアプランチェックについては、先ほども申しましたケアプランチェック対象者抽出ソフトに基づいて、ケアプランチェックを実施して、ケアマネ

ジメントの適正化を図っております。この右側の基準値は点検件数で、平成24年度、25年度の合算になります。右側の現状値については、それで返還につながった件数ということで1件を計上しております。続いて、指標2、集団指導の実施についてです。地域密着型サービスの事業所に対して守るべき法令を周知徹底するとともに、安全対策についての計画的、意図的な取り組みの実施について指導しております。この基準値については対象となった事業所数、現状値は出席した事業所数で、これについては平成25年度となっております。全ての事業所が参加しております。3番の指標3、実態把握についてです。地域密着型サービス事業所を市町村の職員が訪問して、実態把握を行うことにより、事業所に対して適正運営の喚起をしております。また、サービス提供中の安全対策の実施状況の把握も行うことになっております。基準値は対象となる事業所数、現状値は回答した事業所数です。これについては平成24年度、25年度のトータルになっております。384事業所に対して383事業所に回答をいただいております。続いて、指標4、縦覧点検についてです。国保連合会介護給付適正化システムを活用し、給付の状況等に誤りがないかどうか確認しております。基準値は点検対象となった件数、現状値は実施件数になります。これも平成24年度、25年度のトータルになります。基準値として755件、実施件数は現状値として59件となっております。続いて、指標5、介護給付費の通知についてです。サービス利用者へ自身の給付費を通知することによって、1割負担の不徴収やサービスが伴わない請求を発見しやすくしております。基準値は実施回数、現状値は問い合わせ件数として上げさせていただいております。基準値については年に2回として、平成24年度、25年度の延べ4回で、通知数については13万3,220通を出しております。大体、1回について3万3,000通前後という件数で出させていただいております。これに対して問い合わせの件数が112件として本部のほうに上がってきております。最後に、指標6、医療情報との突合についてです。入院情報などと介護保険の給付状況などを突合して、請求誤りの有無の確認を行っております。基準値は突合の対象事業所数、現状値は返還発生事業所数として上げさせていただいております。これも、平成24年度、25年度の通算になっております。基準値として212件突合いたしまして、82件の返還事業所を出しております。

続きまして次のページです。「(4) 必要性」についてです。介護給付費請求の誤りや不正をなくし、適正な運営を確保する目的のため必要としております。

続いて「(5) 有効性」についてです。集団指導は、事業所への制度の周知とともに、苦情等がある場合には実地指導の可能性があることを示唆することで、誤りや不正への抑止力としております。また、点検業務などは不正、誤りの洗い出し以外にも事業所に対する不正の抑止効果を期待できるということで行っております。

続いて「(6) 効率性」についてです。年に1回、全ての事業所に対して制度等を周知して、適正に介護報酬の請求を行うことを指導することで、効率的に事業所の誤り、不正を抑止することができると考えております。また、介護給付費請求を点検することで、事業所の誤りや不正を直接発見するために実施しております。

「(7) 課題」についてです。ケアプランチェックについては、専門的知識を持つ者の人員体制づくりが課題となっております。縦覧点検については効果的な項目選び、また、医療費情報との突合については、膨大な量がありますので、確認作業に当たる人員、時間の確保が課題となっております。

最後に「(8) 今後の方向」については、現状維持として、集団指導により事業所に対して効率的に制度内容の周知を行い、あわせて不正、誤りへの抑止力とすることにしております。また、ケアプランチェックをはじめとする点検作業についても、さらに効果的な方法を検討しながら、今後も

継続して実施していきたいと考えております。

以上です。

事務局

続けて「6 認定の正確性・公平性」-「(1) 訪問調査の正確性・公平性の保持」を説明させていただきます。よろしくお願いいたします。第5期計画書の88ページの分になります。

「(1) 施策の目的及び概要」について、訪問調査員の質を確保するため、研修等の取り組みを行い、訪問調査の正確性や公平性が保たれています。今後も訪問調査員の指導體制の充実に努め、さらなる平準化に努めます。

「(2) 施策の現状」について、①全国一律の基準に基づき公平かつ的確に要介護認定を行い、ばらつきをなくすことを目的に、一次判定の算定の仕方や判定基準の理解、聞き取りのテクニックについて研修を実施しております。平成24年度実績につきましては、広域連合主催と県主催の計2回の研修会に延べ人数176人の調査員が参加しております。平成25年度実績につきましては、広域連合主催と県主催の計2回の研修に延べ156人の調査員が参加しております。②国が行う認定調査員のための学習支援システム、eラーニングシステムを受講させております。③各支部の保健師を集めた会議を定期的に行い、質問と答えの作成、困難事例の協議を行い、意思統一や情報の共有化を図っております。

「(3) 評価指標」としまして、第1の指標は、先ほど説明させていただいた研修の参加人数です。平成24年度につきましては、先ほど説明させていただいた176人を基準値とし、現状値は176人で、100%出席しております。平成25年度の研修につきましては、176人の基準値に対して156人、89%の参加率です。指標2とし、国のeラーニングシステムの受講です。全国の調査員が同じ問題を解くことで自身の理解度を把握する、全国テストというものがあります。eラーニングシステムと言いますが、連合の調査員89人のうち54人が受講しております。基準値とし、ましては全国平均点が74.2点で、連合で受けた方の平均点は83.6点と高い水準で、達成度は113%です。これは計算値です。指標3とし、情報の共有化として保健師会議を随時開催しております。認定調査における困難事例や判断に迷う事例がかなり出てまいりますので、それを協議して、意思の共有化と統一化を図っております。

次に23ページをごらんください。「(4) 必要性」です。調査員の質の確保や正確性を保つためには、継続的な研修が必要です。

「(5) 有効性」です。研修内容等を充実させることで、調査内容の身体機能や生活機能、認知機能などの判断基準の情報を共有化することができ、調査内容のばらつきを防ぐことができます。

「(6) 効率性」としましては、保健師会議で広域連合のスケールメリットを活かした多くの事例が蓄積されることにより、多様な困難事例に対応することができます。調査員の判断能力や表記能力の向上により、適切な認定調査票の作成を行い、より適正な要介護認定、審査につながります。

「(7) 課題」としましては、調査員の調査内容について、判断基準の困難事例解消と共有化、さらなる統一化が必要ということです。研修内容の充実と参加人数を促進させていく。調査員が国の学習支援システム、eラーニングを受講することについての義務化も課題となっております。

「(8) 今後の方向」としましては、現状維持で、訪問調査員の正確性と公平性を保つためには、今後の認定状況等を見きわめながら取り組みを行っていきたく思っております。

次に24ページです。「(2) 介護認定審査会の正確性・公平性の保持」です。これも第5期計画の88ページでございますが、「(1) 施策の目的及び概要」につきましては、要介護認定審査会の正確

性や公平性を確保するため、研修会などへの参加を行い、各委員の情報の共有化を図ります。

「(2) 施策の現状」です。①要介護認定における公平かつ公正な審査判定を実施することを目的に、要介護認定の基準の考え方や介護認定審査会の手順についての研修を実施。平成 24 年度実績につきましては、270 人の審査会委員が参加しております。平成 25 年度実績につきましては、329 人の審査会委員が参加しております。②要介護認定審査会の運営の現場において、要介護認定に精通した者による技術的助言等を行うことにより、要介護認定の適正な審査判定の徹底を図ることを目的に、県主催で行われるアドバイザー派遣事業へ参加しています。平成 24 年、25 年は、そこに書いてあります豊築、遠賀、鞍手、田川・桂川各支部がアドバイザー事業に参加しました。③福岡県医師会との要介護認定審査会委員研修の指導と介護保険制度運営に関する事業の連携を図っております。

「(3) 評価指標」を 3 つ設けております。指標 1 と 2 につきましては、平成 24 年度、平成 25 年度の研修参加人数が書いてございます。指標は、平成 24 年度に行った研修、審査会委員の人数が基準値になっております。513 人に対して平成 24 年度は 196 人、38%の参加です。平成 25 年度につきましては、審査会委員 499 人が在籍しておりますが、現状値として 304 人の参加、61%です。指標 3 としましては、県医師会との連携です。福岡県医師会との連携を密にして、介護認定審査会委員の研修の指導などを行うことにより、介護保険制度の運営を円滑に行うこととしております。

次の 25 ページをごらんください。「(4) 必要性」です。委員の任期が 2 年であるため、継続的な研修の受講により、正確で適正な審査判定能力を向上させ、その高水準を維持する必要があります。

「(5) 有効性」です。研修の受講や要介護認定に精通した講師の審査会に係る手法やポイントなどのアドバイスを聞くことにより、より適正で公正な審査判定ができます。

「(6) 効率性」につきましては、国や県の研修やセミナーの受講により、効率的に全国一律の基準に基づいた審査判定の徹底が図られ、広域連合のスケールメリットを生かすことで医師会に介護認定審査会委員の研修の指導など、介護保険制度の運営に関する事業の連携が図られます。

「(7) 課題」としましては、広域連合内の審査会委員で、現在 499 人 92 合議体でございますが、審査判定の適正化に対する継続が必要です。もう一つ、要介護認定審査会委員の研修への参加の促進です。審査会委員は、医療、保健、福祉の専門的委員がいらっしゃいますが、特に医師については業務多忙でございますので、研修の参加についての促進が課題となっております。

「(8) 今後の方向」です。現状維持として、2 年に 1 回審査会委員は開催されておりますので、今後も審査会の正確、適正を保つために高水準の審査判定、維持に取り組んでいきたいと思っております。

26 ページの参考資料です。24 ページでご説明した研修会の参加人員について、支部ごと、会場ごと、年度ごとにまとめた表になっておりますので、参考としてごらんください。

続きまして 27 ページ、「6 認定の正確性・公平性」について説明させていただきます。「(3) 申請受付窓口の充実」です。第 5 期計画書で同じく 88 ページになっております。

「(1) 施策の目的及び概要」です。窓口担当者の研修を実施することにより、申請者への相談体制の充実を図ります。また、研修を実施することにより、不必要な申請を防止する効果が期待できます。

「(2) 施策の現状」です。窓口職員の資質の向上を行い、申請受付窓口の充実を図ることを目的に、介護保険制度に精通した知識、技術などを備えた講師を迎えて、研修を実施しております。平成 24 年度実績については、市町村職員 28 人、支部 9 人、包括 17 人、計 54 人が参加しております。平成 25 年度実績につきましては、市町村職員 26 人、支部 13 人、包括職員 26 人、計 65 人が参加し

ております。

「(3) 評価指標」につきましては、指標 1、平成 24 年度の研修参加者及び満足度についてアンケートをとっておりますので、満足度の回答数を指標としております。指標 2 につきましては、同じく平成 25 年度の研修の実績です。平成 24 年度につきましては、基準値 63 団体となっておりますが、現状値として 45 団体参加しまして、86%の達成度になっております。指標の中の下の段のアンケートでございますが、アンケートに回答していただいたもののうち、「大変参考になった」「まあまあ参考になった」と回答していただいた現状値をお示ししております。54 人に回答していただいたうちの 45.5 人、平成 24 年度につきましては 84%の満足度になっております。平成 25 年度につきましては 63 団体皆さん参加で、100%参加していただいております。アンケートにつきましては、65 人の回答のうち、「参考になった」と 46 人に回答いただき、満足度は 71%になっております。

次に 28 ページ、「(4) 必要性」です。認定申請窓口職員には、介護保険制度基礎知識の理解をすることにより、申請者への適切な指導やアドバイスができることが求められているため、窓口対応能力の向上を図る研修を実施する必要があります。

「(5) 有効性」です。介護保険制度に精通した知識、技術を備えた講師を迎えることにより、職員の窓口対応能力の向上が図られます。また、ほかの制度や地域の社会資源を含めて説明できる能力が向上すると期待できます。

「(6) 効率性」です。広域の市町村で組織された保険者であるため、現行で課題となっている統一した研修を行うことにより、効率的に窓口職員の資質向上が図られ、持続可能な介護保険制度の運営につながると考えられます。

「(7) 課題」です。研修内容の充実と参加対象者の拡充を図ることが課題となっております。

「(8) 今後の方向」としては、現状維持で、市町村職員は 3 年から 5 年でかわりますので、研修につきましても参加者については新規職員がほとんどです。窓口職員の資質の向上を図ることにより、申請者への相談体制の拡充を図ることや適切なアドバイスを行うことができます。今後も現況を見きわめながら、取り組みを行っていきたいと思っております。

以上で説明を終わらせていただきます。

小賀会長

ただいま、20 ページの「5 給付の適正化」-「(2) 事業者指導・介護報酬請求の適正化」から 28 ページの「6 認定の正確性・公平性」-「(3) 申請受付窓口の充実」まで説明いただきました。どこからでも構いませんので、ご意見、あるいは、ご質問お願いいたします。

山口委員

24 ページです。認定審査会委員の研修には、私も毎年参加させていただいているんですけども、参加されない委員の方がかなり多いみたいです。参加されない委員の方へのフォローは、どのようにされているのでしょうか。それから合議体によってかなりばらつきがあるような印象ですが、平準化を図るために、具体的にどのような取り組みをされているのか。アドバイザー派遣事業、これも受けておられるのは 1 つの合議体と聞いていいんですか。

事務局

1 つの支部で 2 つずつです。

山口委員

2つずつですよ。だから、去年の合議体が支部の中にありますよね。モデル事業を受けられた合議体の結果をどのようにほかの合議体にフィードバックしておられるのかをお聞きしたいんです。

瀬戸委員

すばらしい質問ですね。それをしないと意味がないんです。私は言っているんですが、フィードバックしてくれているのかどうか。

小賀会長

いかがでしょうか。

事務局

委員の研修の参加についてです。広域連合は8支部ございますので、各支部の担当者、係長を通じて参加について案内しております。参加していただくように、支部から合議体のほうに案内しておりますが、医師の委員は2年に1回の改選になっておりまして、お忙しいので、あっせんしてもなかなか毎年の参加は難しい状態です。

山口委員

すみません。参加されないのはわかるんですけども、参加されなかった方に後からどのようなフォローをされているのかをお聞きしたいんです。例えば、後日説明するとか、資料を送付するとか、どういうフォローをされているのでしょうか。

事務局

支部の職員もセミナー等に参加しておりまして、審査会の事務局としても入っておりますので、その中で審査会の指摘事項について説明していただけていると思います。

小賀会長

効率的なことができていないんだったらそのように確認させていただいて、次の期でどういう手を打てばいいのかについて我々で協議しましょう。

因副会長

どういう立場の人に欠席が多いのかとか、多分、データが出ているでしょうから、そうすると手が打てると思います。

瀬戸委員

これは、毎回発表すればいいと思うんですよ。

因副会長

そうですね。

瀬戸委員

私は医師会に出せばいいと本部に言うんですよ。ぜひ出すべきだと思います。これはほかの団体も一緒ですよ。地元の団体で何人出ていないのか。名前も出してもらっていいですよ。

小賀会長

公的に動いている審査会等、つまり、自治体の役割を担うためにいろんな地域の職種の方々が参加して動いているさまざまな委員会等は、出席か欠席かといった出欠表についても、ホームページを通じて公開するような動きが増えています。少なくとも、連合本部がそれを把握して、それぞれの出身母体に返していくということは、当然やっていいと思います。参加率が低ければ、それぞれの出身母体から参加率を上げていただくように手を打っていただかないと、後手に回ってしまいます。これ以上、それぞれの役割を平準化するという形で果たしていくのはなかなか難しいですよ。だから、方法論について、事務局からも提案していただければと思いますし、我々からも改めて考えましょう。審査会にばらつきが出るのは一番よくありません。

井上委員

ほかの保険者との整合性、例えば、北九州市とか福岡市とか保険者との整合性というのは図られているんですか。

瀬戸委員

研修は政令指定都市も広域連合も全然関係ありません。一緒です。福岡県でやりますし、福岡県の基準に基づいていて、説明には全員来ていただいています。

井上委員

それは分かりますが、要するに、ここは保険者ですから、指導のところ、指導結果と認定審査会の情報にきちんとした整合性があるのか。評価するきちんとした指標があるのか、ほかの事業者と比べて指導件数がどうなのか。だから、ここら辺について、ほかの保険者の数字と比べて整合性がある程度とれているのかということがあるところがあって、ほかの部分を知らないので、どうなのかなと思いました。

それと、資料の「(8) 今後の方向」の書き方が、今後を見極めて取り組みを行っていききたいとか、今後も継続して実施していくとかに全てなっていて、今回の事業計画策定でどこが問題点なのか書かれていないんです。「(7) 課題」とか「(6) 効率性」「(8) 今後の方向」が現状のままという感じなので、もう少し具体的に内容を書いていただいた方がいいと思うんです。

特に「5 給付の適正化」のところ、これは私が聞くべきかどうか悩みますが、保険者としてはすごく大事なところなので、何人ぐらいの人数でやっていて、どういうシステムになっているのを簡単でいいので出していただきたいです。それと、例えば、指標1のケアプランチェック126件というのは、母数が幾つあつての126件なのかという数字が出ていなくて、もう少し具体的に素人にもわかりやすくご説明いただければと思います。ほかの行政区との比較もないので、この126件が適正なのかどうかさっぱりわかりません。

小賀会長

もう少し詳しい資料ということになりますので、説明も含めて次回の会議の最初の部分で、その

ほかにも出てきた質問等々も含めて、一括してお答えいただくという方法をとりましょうか。それでよろしいですか。

事務局

はい。

小賀会長

では、それをお願いいたします。

廣津委員

2点ほどあるんですが、「5 給付の適正化」のところで、第5期の資料を読ませてもらったところ、平成23年3月の値で、訪問介護と訪問看護と訪問リハビリを合計して4億2,400万円ほどの実績が上がっているんです。それから、通所介護と通所リハビリで合わせて9億1,400万円上がっているんです。利用者を見てみると居宅サービスの受給者は71%おられるのに対し、居住系のサービスは28%となっています。この逆転の中で、なぜ、通所のほうがこんなに多いのか、多くなる理由を知りたいと思います。

2点目の質問は、平成26年6月17日に厚生労働省から出ている資料がありますが、これはどういう方法で知らせるんですか。臨時で最新版として出てきているんです。平成26年6月17日に厚生労働省老健局振興課からで、宛て先は介護保険担当課・室となっています。こういうものが来たときに、どういう対応をされるのか聞きたいと思います。

小賀会長

今、2つの質問がありました。回答をよろしくをお願いします。

事務局

計画書の何ページに関する質問と先に言っていただくと助かります。

廣津委員

第5期事業計画書の32ページです。

要は居宅サービス利用者の方が多く、予算は施設系の方が多い。それはなぜかを聞きたいです。

田代委員

基準単価が違うからだと思います。

廣津委員

どうして施設利用者の方が、1人あたりの金額が多くなるのかを知りたいです。

瀬戸委員

1人当たりにかかる金額が違いますから。

小賀会長

施設は24時間の生活をケアするので、その分、職員の対応や施設設備等、施設経営に係る全てのお金が、施設系のサービスのほうが金額としては非常に大きくなります。

廣津委員

それは分かります。だけど、あまりにも違い過ぎます。どこに使われているのか私は疑問を持っています。

因副会長

おっしゃることはもっともだと思いますが、要介護度によって費用も違うし、使うサービスによっても金額は違います。私たちのような介護にかかわっている者は、そこに矛盾は感じていないんですが、率直なご意見だから、後日きちんとわかる形で回答いただければと思います。

廣津委員

保険料が足らなくなっている現状で、さらに増やしていかなければいけなくて、介護保険の将来が危ぶまれる。介護保険料の使い方を考えていく必要があると思います。

小賀会長

もちろんそうです。

廣津委員

私はそう思って質問しました。介護保険料がどういうところに使われているか知りたいわけです。居宅と施設のお金のかかり方の違いについて教えてほしかったんです。

因副会長

簡単に言うと施設は24時間体制で、通所は限定された時間だけです。報酬単価の基準も違いますので、何か簡単にわかる資料を次回用意していただくということで。

事務局

個別に時間をとっていただきたいと思います。

小賀会長

廣津委員は、要介護の区分によって、例えば、要支援1が幾ら、要支援2が幾ら、要介護1が幾ら、というように1カ月に使える範囲、つまり、金額にすると幾らまでというのがそれぞれ違うというのはご存じですか。それはおわかりになりますか。

廣津委員

率直に言いますと、この資料をずっと見ていると、お金をたくさん使っているところが特定されてくるんですよ。そういうところは、これでいいのかなと思うようなお金の使い方をしているんですよ。

小賀会長

よくわかります。それは、すごく本質的な問題です。私としては、この議事をきちんと進行させないといけない責任があるので、おそらく、そういう疑問というのは、この1年の議論を通して明らかになっていくと思いますので、少し今のところは我慢していただけませんか。

廣津委員

わかりました。ただ、もう少し資料がほしいですね。

小賀会長

資料については、審議を進めるためにどうしても必要なものは出していただきます。ただ、先ほど事務局からも言ったように、資料の何ページについて質問したいのか具体的に言わないとわかりにくいです。聞かれたら何ページだとお答えいただくように、事前の準備等が我々の努力としては必要だと思います。その点どうぞよろしく願いいたします。

廣津委員

このように新しい計画が出てきて、評価基準が改正されましたというのが出てきたときには、どういう対応をされているのですか。

小賀会長

国が出してくる法制度の改正とか、あるいは、具体的な実施の仕方についてあれこれ手を加えるときは、基本的に都道府県に向けていろんな説明会を行うんですけども、事務担当レベルが知っておけば十分なものなのか、それとも住民にまで知らせていかなければいけないものなのかきちんと整理していかないと、それこそ最終的には廣津委員がおっしゃるお金に関わってきますよね。

廣津委員

そうです。どう勘定するのか。

小賀会長

そこは事務局判断の部分もありますが、資料として、例えば紙ベースでは公にできなくても、ホームページで公にしてもよい等のことが具体的に我々の中で整理されていけば、それは次の計画に向けての提案として取りまとめていけばいいと思います。全ての資料を住民に向けて、しかもわかりやすく配布するということはできませんので。

藤村委員

「5 給付の適正化」について、資料20ページの部分です。指標6の医療情報との突合について、212件で82件ということは、4割近い数字ですね。この数字を見てちょっとびっくりしたんです。212件しか調べていないのに82件もあったのかというイメージがあるんですが、これについては、全国的な調査と比較してこの数字は高いのか、低いのか、また、広域連合としてはこの数字をどう捉えているのか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

この医療突合について基準値 212 件に対して 82 件という数字が出ていますが、例えば、全事業所の 4 割ほどが不正をやっている、あるいは間違いがあるのではないかとということではなく、詳細は次回に説明させていただきたいのですが、間違いや不正などがありそうな項目を選択して調査しているのです、このような高い率が出てきています。しかも、年々同じことをやっていると下がってくるみたいなので、定期的にやり方を変えなければいけないということがあります。また、突合自体も何年おきにやるのか、それとも次の年には変えるのか、その都度で違ってまいります。40%というのが全事業所の 40%ではないということだけお含みおきください。

井上委員

ちょっといいですか。これは基準値が 212 件で、現状値が 82 件ですから、今の時点で 82 件ということですよね。

事務局

平成 24 年度、25 年度合わせて 82 件ということです。

井上委員

これはよくある事ですが、医療保険で請求するのか、介護保険で請求するのか、非常に難しいときがあるんですよ。我々薬剤師もそうなんですが、ドクターのほうも特に在宅の場合は、これは医療保険の範疇なのか介護保険の範疇なのか、なかなか区別がつかないところがあるんです。医療保険で請求して、これは介護保険ですよ指摘されたりすることが結構あります。そこをもう少し整理して、三師会に向けて、これは介護保険、こういう状態の場合は医療保険です等をきちんと示していただくと、この数字はかなり減ってくるのではないかと私は思います。

今里委員

私は歯科ですが、井上委員が言われたようなところの指導もしていますが、そこは今後減ってくるのではないかと私も思います。

瀬戸委員

この突合結果は、各事業所にフィードバックしていないんですか。

事務局

この請求の誤りとして計上された分については、事業所に返還していただくこととなります。

瀬戸委員

私が言っているのはそうではなくて、請求誤りがあったら返還するでしょうし、医療側に何か間違いがあったら、その調整もいると思うんですが、その情報について、こういう案件がある、こういう過ちがあるということフィードバックしない限りは、全然変わらないわけですよ。これはチェックして、単に金を削っているというだけの話で、今後、皆さんに間違いがないようにしようということにつながるわけです。要するに、どこの事業所が間違っていたということでは

なくて、間違いの多い案件、間違いの多いケースを定期的に全ての事業所に情報開示して、それを研修会等で出さない限りは変わらないですよ。

井上委員

認定審査会の研修会でも、それを言わない限りなくならないですよ。この結果がフィードバックされない限り平準化できません。例えば、瀬戸委員と私が在宅の患者さんのところに行って、瀬戸委員が診られて、私に指示を出したとして、私がそれを請求するのが介護保険なのか、医療保険なのかはものすごく微妙で、項目によって違ったりするんですよ。おそらく項目で間違った件数が固まっているはずだから、そこを明らかにして通知してあげてください。

事務局

フィードバックの件も含めて、次回また調べて報告させていただきます。

瀬戸委員

県は、研修会のときに案件の一覧表を全部出しますよ。

山口委員

間違いやすい項目というのは、大体、決まっているでしょう。

事務局

結構な項目数があつて毎年全部はとてもできないので、一部でチェックみたいなことをしているみたいです。

小賀会長

では、その点についても改めて次回の会議でお示しいただくことにしたいと思います。

そのほか、いかがでしょうか。

瀬戸委員

22 ページの「(1) 訪問調査の正確性・公平性の保持」について、広域連合は一つの保険者なので、私はアドバイザーとして平成 21 年から広域連合全部を見させていただいています。正直言うと広域連合も支部によって、全くやり方が違うし、調査員の考え方も違うし、調査票の書き方も全然違います。それはそれでいいと思うんです。極端な話、違ってもいいんですが、資料には情報を共有化してあると書いてあるんです。支部同士の情報連絡はどうしていますか、調査票の書き方は統一してますかと聞いたら、それは全くしていませんと必ず答えると思います。いったいどっちなんでしょう。共有化はやるんだったらやったほうがいいと思います。

事務局

認定調査の件ですが、調査員のテキストについても、抽象的な表現もあり、最終的には調査員の判断によるものが多いです。いろんな困難事例がたくさん出てくるので、抽象的な判断基準がいろいろあるから 100%はできないと思うんですが、連合としては判断基準についてもなるべく平準化できるように、困難事例が出てきた折には、2、3 カ月に 1 回、支部のほうで保健師を集めて統一を図

るようにしております。

瀬戸委員

そうならば、ぜひ、それを今後も続けてください。

山口委員

すみません。今、困難事例という言葉が出ましたが、初回の訪問調査で困難事例に当たったときに、地域包括支援センター等と連携はされていますか。情報提供するとか。

事務局

具体的にはどういう形になりますか。

山口委員

初回の調査でなければケアマネジャーがついていますよね。だけど、ケアマネジャーがついていない初回の場合、適切な機関につないでいるのかどうか。調査して、困難事例ということで終わっているのかどうか。

事務局

必要がある場合については、保健師が支部の市町村の職員になっておりますので、地域包括支援センターと連携がとれるようになっております。

瀬戸委員

今の困難事例というのは、判断困難事例のことじゃありません。調査判断という意味ではなくて処遇困難ですか。

事務局

処遇困難です。

調査は地域包括支援センターには尋ねないことになっているので、困難事例で支部と連携をとった方がいい時については、調査員が直接ではなく、市町村職員の保健師から地域包括支援センターのほうに連絡して対応しています。

山口委員

連携はとれているということですね。

事務局

はい。

小賀会長

それは微妙なところだと思うんですね。そうした処遇困難の事例については、それを処遇困難だと認識できるかどうかというところがまず問題です。また認識したとすると初回の訪問調査の時でも、すぐに対応していかなければいけないという事になりますので、それが具体的にマニュアル

化されているかどうかだと思います。そこも点検していかなければいけません。つまり処遇困難事例だと認識できるかどうかは、すごく難しいところがあって、経験とか、専門性とかに由来する部分もあります。ただ、例えば虐待が疑われる事例は、まず処遇困難事例と考えてくださいといったマニュアルがきちんと整理されているかどうかということです。そういうマニュアル、つまり調査項目だけではなくて、処遇困難事例を見きわめるマニュアルについても存在するのか。そこを連合として考えていくのかどうか、課題として明確にしていかなければいけないと思います。

事務局

先ほどの質問の件ですが、介護保険が始まってから10年になりますので、いろんな困難事例が出てきておりますし、訪問調査員の訪問のあり方については、簡単ではありますが、まとめられた訪問の手引のようなものを作成しております。虐待事例などの対応についても、市町村から支部のほうに連絡があるようになっております。

小賀会長

そのマニュアルは、余りがあれば我々に配付していただくことはできますか。なければ回覧でも構いません。

事務局

確認して、次回配付できるようであればお配りしたいと思います。

井上委員

さっき瀬戸委員がおっしゃっていたのはすごく大事で、22ページの指標3のところと、23ページの「(8) 今後の方向」のところで、各市町村によって書き方などのいろいろなものが違っていると言われましたよね。そして、今後どうやっていくのかについて、緩やかな方向で行くのか、確立された行政的な申請用紙と同じような書き方、何号何番という書き方できちんと決めて全体を統一していくのか、ここの方向性を決めていかなければいけないので、23ページの「今後の方向」のところは、状況を見きわめて取り組みを行っていきたくて、具体的にどうするのかをある程度きちんと方向決定して書かないといけないと思うんです。難しいことかもしれませんが、どうしていきたいかという方向については、緩やかな連合で行くのか、それとも、保険者として方向を平準化して同じにするのか。今までの歴史を知らないで、各市町村がやっていたことを広域連合で統一するのは難しいというのであれば、統一項目だけでも定めるといったことはしていかなければ、市町村ごとに人間は増えていくけれども方向は定まらない、受給者は増えていくけれども方向は定まらないということになるので、ここはきちんと施策決定をしておいたほうがいいのではないですか。

小賀会長

おわかりになりますかね。今、ご指摘を受けたことについて、3回目、4回目の会議でも構いませんので、事務局としてのスタンス、このようにしたいというところを一度出していただけませんか。あまり明確にならないというのだったらそれで構いませんが、方向性だけでも出していただいて、例えば、我々に審議してほしいことはこういうことだということが明示できれば示していただいたほうがいいと思います。特に、22ページの指標3についてです。判断に迷う事例、例えば、それこそ保険点数のあり方なども含めて一つひとつどうしていくのかということです。

因副会長

23 ページの「(7) 課題」のところで、eラーニングを義務化するとなっていますよね。そういう課題を持っていると。当然、学習能力が上がって、質が向上するようにこのeラーニングはつくられていると思うんですが、その中身を見ないと何ともわからないんです。そういうものを国がつくられているのだから、そのeラーニングを受講すると、かなり質が向上すると、ここの課題では捉えられているということなんでしょう。そういうことですよね。

事務局

はい。

小賀会長

同じところをご説明いただこうと思っていたんですけども、それこそ、eラーニングシステムとは何ぞやということも多くの方はご存じないと思うんです。たまたま、大学で学生に向けた学習支援システムにこれを取り込んでいるので、私はなるほどと思ったんです。ただ、これはあくまでも、形というか方法論ですから、その中に何を詰め込むかは全くそれぞれの趣旨で違っていきます。中身をどこかでお示しいただいたほうがいいかもしれないとも思います。

それから、ちょっと違う質問というか、意見です。副会長も私と一緒に連合の地域密着型サービスについての委員会に参加していて、その際にいつも思うことなんです、事業者の指定について、基本的に6年に1回という非常に長いスパンで指定更新を行うわけですが、そうすると、前回の委員会でも事務局に検討をお願いしたところなんです、書面上の事務局の審査については非常に精緻にわたっていて、委員会としても非常によくわかる中身になっていて、報告していただくんですが、具体的な処遇がどうなっているのかがなかなか見えにくいんです。例えば、数値や報告でわかる事業者が、幾つも問題点を抱えているという報告があったときに、私とすれば、だったら、当然、処遇の中身にも問題を抱えているだろうと推測するんです。ただ、その処遇の中身について、それこそ整容についてもそうなんですけれども、朝ちゃんと顔を洗って、歯を磨いて、虫歯ができていないか、あるいは爪がきちんと切られて、巻き爪なんかになっていないのかといったことについて、地域密着型でも、グループホームのような生活を支える取り組みでは、日々、きちんと点検しておかないといけなくて、そのような点検は誰にでもできそうですが、実は、専門性を持っていないとできないといったことがあるわけです。今の事業者は、ほとんど専門性を持っていない方々が中心になって雇うという傾向が強いです。介護福祉士を持っていれば専門性が担保されていると考えるべきだとは思っているんですけども、例えば、旧名称で言うとホームヘルパー2級とか、1級にしてもそうなんです、それで人の生活を支える専門性が担保できているかということ、私はそうは思っていないで、研究の領域では、専門性に位置づく周辺労働と考えられてきたんです。つまり、周辺労働者で、ほんとうの意味での専門性は、ホームヘルプサービスを担当できるヘルパー何級というところでは専門性を担保できないだろう。そういう人たちが多く働いているような事業所で、処遇の中身をきちんと検分していけるような手だてが具体的にはまだ講じられていないと思うんです。それで、例えば、オンブズマンシステムみたいなものを導入していく。これも、ほんとうにいろんなやり方あって、専門職者として何人か雇い上げて、行きたいときに行きたいところに行って点検するというやり方もあれば、何らかの職についている人たちにそういうものを頼むといったやり方もあろうかと思うんです。いずれにしても、具体的な処遇が検分できるようなやり方をどこ

かですべていかないとはいけなくて、行政主導でいろいろ介護の認定をする、あるいは、虐待が起きているといったときに事例に関与していただくだけではなく、むしろ、本体のところで介護保険が動いているのは事業者サイドなわけですから、こういう連合という形でやっている以上、そこを何とかしていくシステムについて考えていく時期に来ていると思います。ただ、それをどの委員会で提案すればいいのか、私にもよくわかっていないんです。この委員会でお願いしたいのは、そうした日々の当事者が受けとめる処遇のところ、ほんとうに適切な処遇が行われているのかどうかを見きわめるためのシステムをつくることです。全体を全てということは、当然、不可能なわけですから、例えば、いい事例として取り組んでいる、あるいは、よくない事例として取り組んでいるところを挙げながら周知徹底させて、こういう取り組みはいいんだよ、ぜひ目指してください、こういう取り組みはよくないんだ、だから、処遇自体を変えていくきっかけとしてくださいといった取り組みが、本丸として求められているのではないかと思います。特に事業者に対する指導という項目がありましたので、意見として述べさせていただいたんですが、どこかで、次の事業計画を考えると、事務局として思うところがあればご意見をいただければと思っています。

井上委員

今の意見に関して、狭間委員が一番お詳しいと思いますが、財源の中で保険料と税金から給付される部分があって、ここは一保険者で、例えば、国保連合会が直接とか、社会保険庁が直接調査、保険者が調査するということはありません。医療保険で言えば、九州厚生局が指導監査をするわけで、会長が言われているのが施設に対する指導監査とか立ち入りということであれば、保険料が支払われていることを前提に、行政権限とか、介入権限というのが広域連合にあるかどうか。広域連合というのは、法律上、何か中途半端な立場にいるので、そういう指導調査権限が法律上あるのかどうかということなんです。会長が言われているのは、指導監査権限とかいうことで言われているのか、それとも、ただ保険者として、保険料の支払いに対してある程度の正当なサービス、対価サービスが行われているかどうかを緩く見るということなのでしょう。さっきNPOと言われましたが、例えばNPO法人に外部委託でやってもらう場合に、果たしてそういう権限があるのかどうか、対価に対応する社会的なサービスの提供がほんとうにきちんに行われているかどうかの判断をNPOができるのかという話になってきます。これは介護保険法、それから広域連合の法律的なあり方の話ですから、かなり議論しないとできないと思うんです。

小賀会長

そのとおりだと思うんです。NPOとは私は言っていないで、そういう外部団体を入れるという話は、今のところ全く考えていないんです。今、井上委員からご指摘があったように、保険料、利用料を払っている以上、その対価にふさわしいサービス提供が行われているか、そのところを、まず、明らかにしていくところから始めないといけないと思っています。あとの法制度の問題等々は難しい側面を持っているので、事業者指定をする折に、指定権限を連合として持っていますから、その範囲の中ででき得る、処遇に対する検分とか……。

井上委員

簡単に言うと、行政指導権限がどこまであるかということなんです。

小賀会長

それは、もちろんそうですね。

井上委員

ここでやるとそういうことになってくるんです。

小賀会長

そうですね。それも含めて、一度きちんと検討していく時期に入っていると思います。狭間委員、お名前出ましたがご意見はありませんか。

狭間委員

小賀会長が先ほどおっしゃったオンブズマンは、施設の中にとイメージなんでしょうか。

小賀会長

実態としては機能していないので、連合体としてそうした仕組みをつくっていかないといけないかなという提案です。

狭間委員

具体的にイメージがするのが難しいですね。

小賀会長

いずれにしても、どこかで提案していかないと、走り始めないので、とりあえずそういう提案を今日させていただきました。

司会進行役としては非常に不手際で、もう2時間20分議論しております。今日の会議については一旦終了させてください。

それで、次回に向けての提案ですが、第1回の委員会資料の中でまだ説明をいただいていないところがございますので、次回の会議では、まず今日出たご質問やご意見に対する事務局側の回答をいただいて、そして、ご説明いただいていない部分の説明をいただいて、その質疑に入っていきます。中には、次回すぐに答えなくてもいいご意見、ご質問もありましたので、会を進めていく中できちんと答えていただければと思います。

以上