

## 第4期介護保険事業計画 第8回策定委員会 議事録

日時 平成20年12月24日(水) 14時00分～15時30分

場所 福岡県自治会館 101会議室

出席者(敬称略)

策定委員(50音順)

小賀会長、植木、込山、柴口、田代、藤川、藤村、安河内、山内、山下

(欠席:藤田副会長、因、茶木、寺本、中川)

事務局、支部事務長

### -----【議事内容】-----

#### 【事務局】

それではただ今より第8回福岡県介護保険広域連合介護保険事業計画策定委員会を開催致します。本日の議題につきましてはお手元にお配りしております議事次第のとおり、「第4期介護保険事業計画答申案について」となっております。またお手元に配りしました資料でございますが、資料1「第4期介護保険事業計画書(案)について」ということにお配りさせていただいております。前回お配り致しましたものに各修正及び編集中となっております部分を掲載致しております。宜しくお願い致します。それから1枚ものとしまして先ほどお配りしたもののなんですが、「第4期介護保険事業計画期間におけるグループ分けについて」を1枚追加させていただいております。資料の確認は以上でございます。それでは議事の進行につきまして小賀会長、よろしくお願い致します。

#### 【小賀会長】

皆さんこんにちは。今日の委員会の課題は答申について集中的に議論させていただくことになっておりますので、そこが合意できれば最後の会ということになろうかと思っております。それでお手元に配布をさせていただいております、前回からさらに各資料をつけていただいた計画書案ですが、先ほど机の上に配布をさせていただいた「第4期介護保険事業計画期間におけるグループ分けについて」というA4版1枚ものがこの68、69ページの内容になります。次の70ページの図表についてはまだ空欄となっておりますが、先ほどいただいたグループ分けの表をもとにマップを入れていただくということになります。また、71ページの「グループ別保険料の設定」につきましては、当委員会に対しての諮問とはなっておりませんので、これはおそらく事務局で原案を検討していただいて議会にその内容を委ねて議会で決定されてここに一覧表が入っていくというような次第になろうかと思っております。ただし、前回もお話をしましたように保険料そのものはこの委員会では審議をしません、保険料を設定する際の算定の考え方についてはこれまで審議をいただきましたし、改めて今日ここでご意見がございましたら、ご遠慮なく出していただければと思います。その保険料の設定の際の算定の考え方と併せま

して、「サービスの提供体制」これが1点、「サービス量の見込み」これが1点、そして「サービス量設定の際の算定の考え方」という3点の視点で答申を具体的に作成をしていきたいと思っています。今お手元に配っていただいているのは、前回配布をしていただいた資料ですが、例えばサービスの制度改正の中に市町村の役割やその役割を具体的に果たしていく予防重視型のシステムの取り組みのあり方や地域包括支援センターの運営等についてきちんと記述したいと思っています。サービス量の見込みとしましては、この計画書案の中にこれまで議論していただいたものがそのまま掲載をされているということになっています。本日はこの一冊の計画書案と、それから先ほどお手元に配っていただきました保険料のグループ別の考え方の案、グループ分けについて、そして保険料設定の際の基本的な考え方を中心にしてご意見をいただければと思っておりますが、それ以外でもこれはやっぱりきちんとおきたいということがございましたら、どうぞ遠慮なく言っていただいて、今日集中して答申の文書について審議をさせていただければと思っております。では早速どういうところからでも構いませんのでご自由にご意見をいただければと思っております。いかがでしょうか。

#### 【込山委員】

込山です。ただいまの会長の話とはちょっと違うかもしれませんが、私はこの会に参加させていただきまして個人的に2点感じている事がございます。1つはヘルパーの作業内容の件なのですが、今、医療が非常に進歩しまして、特に脳梗塞等の病気から助かる人が非常に増えています。ところが脳梗塞になったことにより逆に認知症にかかっていかれる方が増えているという状態がありまして、現在のヘルパーの仕事は身体介護と生活援助の2点に絞られており、生活援助の中では以前私がヘルパーの資格を取りに行きました時に出ていた話では、たまたま清掃とかあるいは食事の準備であるとかいうようなものだったのですが、例えばカーテンを開けて外を見た時に雑草が庭に生えているということになった時に、雑草を除草する、せめて利用者が動けないということでお手伝いをするわけですから、そのような中で「雑草の見える範囲ぐらいのところまでは除草をしてあげましょう」という話その当時のヘルパーさんではできると話を聞いたことがあるのですが、2、3日前にケアマネさんとちょっと話をしておりましたら、現在はコムスの事件があったということもありまして、非常にその辺りに規制がかかっておりまして、まったくそれはできませんという話をいただきました。そういう中で先ほど言いました脳梗塞から認知症という形に移行していった場合にたまたま病院の先生と話しましたら、やはり軽い軽度の場合には必要なことは、まず散歩させるということとそれから話し相手になってあげると、特にうつ病からそのような形になっていかれる方というのも結構いるみたいで、特にうつ病の方はとにかく話し相手がほしいというのが非常に大きな問題がありますから、その辺がなんとか今後ヘルパーとの体制の中で動けるような形がとれませんかという話でした。実際にヘルパーの中でガイドヘルパーというのがありまして、これは身障者用ということで実際にガイドヘルパーの資格もあるわけですが、ガイドヘルパーの場合ですと散歩や、相談相手、話し相手等のサービスができるということですが、福岡についてはどうか分かりませんが、65歳までに身障者になった方に対し

てはそのまま継続してガイドヘルパーがつくことができると、ところが 65 歳を過ぎてそういう形になった場合には身障者になったとしてもガイドヘルパーをつけることができないという話でして、その理由については 65 歳からは介護保険が優先されるためであるという事でした。そうすると現実には先ほど言いましたような、今みなさんが昔に比べて非常に健康体が長く続くような状態になりましたから、65 歳を過ぎてから脳梗塞を患うという形でその後認知症になってしまう方というのも現実にはたくさんいらっしゃると思います。そうした時にそれを何とか少しでも手助けできる手段がないのかなと思ひましてまずそれが 1 点です。

2 点目がこれも特定高齢者の時にお話させてもらいましたが、地域支援事業という形で構成市町村の中で介護サービス費の上昇を抑えるという形に繋がってくるのかなとも思うのですが、そうした時に現在センター運営協議会というのがある各自治体の意見を集約して意見交換をして、そこで皆さんの意識を同じくして、レベルを均等にしているはずですという話を伺っていましたが、現実には各自治体における特定高齢者に対する援助の仕方が非常にばらつきがありまして、実際先ほどもあった数字の中でもわかりますように非常に認定率が高い地域、低い地域というのがかなり鮮烈に出ているのが実情だと思うんです。そうしますとやはり認定率の高いところのやり方というものを調べて、その方法を各自治体の一つの頭としてのトップの働きもしなければいけないんじゃないかと、そうした時に各自治体に対してそういうものを強く推進して少しでも介護度の低い町づくりをしなさいという指示をしていただければ一番ありがたいなと思います。その時にこれも前回の時に会長からもお話が出てましたが、各自治体の窓口の一本化と情報の共有化、これを図っておいていただければ一番作業としてやり易いのではないだろうかとは私思っております。とりあえず今この会に参加しまして特に感じた点等が今の 2 点だったものですからここで意見として出させていただきます。

#### 【小賀会長】

どうもありがとうございます。おそらく今出していただいたことについては、答申を書く際に少し仕分けをしながら書く必要があるかなと以前から思っていたのですが、例えば連合そのものの課題と、それから制度そのものによって、どの保険者でも制約を受けるということを考えると、連合としてつまり保険者として国に向けて要望を伝えていくという課題等があると思います。ヘルパーさんの仕事のあり方について、かなり細かなところまで厚生労働省が、保険者の思いを越えて制約するというわけにはいかないということもあってだと思うのですが、Q&A 集か何かを出してそれで個別具体的な動き方をコントロールしていくようなことがあると思いますので、連合内としてヘルパーさんの役割そのものを大きくしたり小さくしたりということが難しい点については、例えば連合長を通して国に対して要望を提出をしていただくというような内容で少しまとめたいと思っておりますが、そのような形でよろしいでしょうか。

各自治体の窓口の一本化や情報の共有というところでは、それぞれ連合や各加盟自治体の課題としてそのまま率直にご意見を折り込ませていただきたいと思いますと思っております。

その他いかがでしょうか。山内委員お願い致します。

【山内委員】

策定委員会は今日で最後ですか？ そうしますと答申案があると思いますが、これについてはほぼ皆さんの合意というのは揃っているのでしょうか。私はずっと欠席が多かったものですから、あまり内容を理解しないままにお話に加わってもお思ひましてちょっと確認ですが。この答申案については十分協議されて最終案として出ているということですか。

【小賀会長】

これまで話をした中身をこのように作っていただいておりますので、ただ言っておかなければいけないことがあったということであればどうぞご遠慮なくご意見をいただいても構わないと思います。

【山内委員】

答申案をみますと予防重視のことが主に出てるわけです。例えば2番目は予防重視型システムにおいて保険者機能を発揮するためにと、それから3番目が予防重視システムの中核となる地域包括支援センターの運営体制と4項目ありますがその内2項目は予防重視ということでここに書かれています。もちろん予防重視というのは非常に重要な問題でこれから介護保険の一番の課題だと思います。今までの事業計画の中でまだまだ十分サービスを提供できていない部分がないのかということや少し触れておく必要がないかなと思います。前、私が前々回出た時に給付費の額がかなり下がっているという話がありましたが、それが予防効果で良い意味で下がっているのであれば問題ないのですが、やはり認定審査基準が以前と変更になって厳しくなっているとか、それから予防給付費の額もかなり下がっているとかそういういろいろな問題があってやはり全体のサービス給付額が下がっているということも考えられるわけです。そうしますと本来サービスを受けなければならない方が受けられてない可能性はないのか、それからやはり給付額が本当に妥当なのか、それによって事業者というのはきちんとしたサービスが提供できているのか、その辺も含めて少し第4期には第3期までの中で少し反省すべきことはないのかということも含めて答申の中に上げるべきではないかなというのが私の感想です。

【小賀会長】

わかりました。ではそれについてもきちんとご意見として答申の中に折り込んでおきたいと思ひます。その他いかがでしょうか。

【植木委員】

認定率の話でやはりいつも引かかるのですが、地域の意識というのかな、その辺のところもあると思ひますが、例えば最初に必要なものは医者の診断書ですよね、その診断書がよその地域と同じレベルで書かれているのかなというのが一つあります。他の診断書を見たことがないのでわかりませんが、主治医ですから患者と親しいという事もあり、少し加味をして書いてるところがあるのではない

かなと、それは他の地域も一緒ではないかと思いますが、何かその辺のところについては地域毎の意識や、医者意識ですとか何か差があるのではないかなという気がしてならないのですが、その辺は今後ちょっと慎重に調査等をしていただけないかなと思います。

それと2つ目ですが、73ページから盛んに地域密着型、私はずっと言っていますが、地域密着型の介護システムの遂行という言葉が出ていますが、具体的にどこかといったらほとんど見えないですね。今見えたのが予防介護で、例えば今私の住んでいる地区で番田地区というのですが、公民館で介護予防の軽い運動等が一週間に1回始まりました。おかげでおばあちゃんが2日間デイケアに行ってますけれども1日だけは行くのを辞めました。そういうことをぜひやってもらいたいたけども、実際は半年間で終わってしまいます。あとは自分たちで500円ずつ出してやりなさいというような状況です。田川市においては終わっても全部続いています。今のところ公民館で10個くらいあるんですかね、それだけやはり良いんですね。そうするとこの前も言いましたが、朝、各家にマイクロバスが停まっておじいちゃん、おばあちゃんがどこかへ行ってしまふ。子供も学校から帰ってきて誰もいない、町はすっからかん。そうすると空き巣も入りやすい、非行も起こりやすい、いろいろな社会問題になりますからぜひ本当に地域密着型を目指すのなら、例えば公民館で隣のおじいちゃん、おばあちゃんたちが過ごせるような介護の器具の補助とか公民館ですよ、個人の家はありますけれどもそうではなくて個人の自宅だったらまた奥さんに負担がかかりますので、そうではなくて遠いところではなくてちょっと町の中、自分の行けるすぐ近くで歩いて行っておいでと、お風呂も入ってお昼も一緒に作ってご飯を食べて、介護予防の運動もできてというような、何かそのような仕組みが、社会実験でもなんでも良いのですが実施できないかなという気が最初からしているのですが、ぜひそういう方向を出してほしいと思います。74ページに地域支援事業のことを書いていますが、その中でデータベース化をしていくと書いていますが、こういうのは基本的には民生委員とか地区の隣組長さんとかが関与しないとなかなかしかりできないと思います。そうするとやっぱり、地区の公民館の中でなんらかのこういうものができるような仕組みができないかなと思うんですけれども、市ふでモデル的にやっても構わないでしょうけれどもぜひその方向で介護もいってくれたらいいなということで意見を言わせていただきました。宜しくお願いします。

#### 【小賀会長】

今いただきましたご意見につきましても答申の中にきちんと折り込みたいのですが、その際にですね、例えば医師が検証を書くといった時にホームドクターとしてずっと長い間かかわってきた医者がいると思いますが、例えば病気や障害のあり方が生活の中でどのように問題として生じているのかということをご存知で、そのことを丁寧に書き込んでいくと結局少しやっぱり重くなるということになっていくと思います。お医者さんごとの書き方といったようなものについての標準化というのも僕も必要だと思ってるんですけれども、そこだけではなくもう一つ認定審査会がお医者さん達の個性も含めて標準化をしていくといったような作業等がどうなっているのかというのはちょっと私にはわからないことです。本当に自治体毎で認定審査会の状況というのは任されていて、むしろそこに標準化

をきちんとしていただくというようなことがもう一つの課題として横たわっているのかなと思ったりもしているのですが、その辺りで何かご意見やご指摘等をいただけますでしょうか。

#### 【山内委員】

今主治医意見書という話が出てましたので、私は医師会の代表で出ています。医師会では主治医の研修事業を県から委託を受けて実施しております。毎年最低1回は主治医の研修事業を行っています。その中に当然主治医意見書の記載の仕方やいろいろ診察の診方等の研修も交えて、それから制度の理解も交えながら研修をやっております。ただ研修内容は多少地域毎の差があります。医師会毎といたしますかね。まったく同じ内容全部福岡県均一でやっている訳ではないのですが、ただこの点とこの点を押さえてくださいという骨格は教育します。ただおっしゃる意味はよくわかります。やはり一人一人主治医意見書の研修を受けたとしてもやっぱり一人一人診方が違ったり書き方が違ったり、それからやはり思い入れですね。おっしゃるとおり私も主治医で意見書を書いています。どうしても皆さんこれほど大変なんだからという思いを書いてくれと、むしろあまり良くなるのが喜ばれることではなくて、認定の結果が軽くなったら今まで受けられていたサービスが制限されるとそれは困るというような意見が家族の方からは非常に多いんです。それだからといってオーバーに書くことはありませんが、ただどちらかといえばやはり家族の意見を聞きながら書くことが多いので、やや重度に出てくる書き方が多いのかもしれない。それからもう一つ、認定審査はご存知のように調査委員の方の調査内容と主治医の意見書の二つが合わさってまず一次判定を行います。そこで意見が大幅に違うと再度見直しというそのような仕組みも入っていますから、極端に医師の意見書が外れている場合は、軽く見過ぎたり、また逆に重く見過ぎた場合は調査員の方との会議で出ますので、そこで再び修正されるようになります。あとは認定審査会委員5人の意見でまた調整をされますから、いくつかの段階を経て最終的な認定が行われますので、主治医意見書だけで全てが決まるわけでもありませんが、重要な役割を担っていますので、医師会としてもある程度均一な意見書が書けるように努力しております。

#### 【田代委員】

同じような意見ですが、やはり一番最初は患者さんの申請によってまず一次調査が行われますが、調査結果にばらつきがある、差がとても大きいので、第4期の介護保険事業計画から、調査項目数が変わるようになっており今モデル事業を行っています。そのモデル事業の結果では随分差が縮小してきているというのが実証されてきているので、先程言われた意見書を用いる認定審査会による二次判定の結果が、訪問調査による一次判定の結果から変更される率は小さくなってきて、4期計画からは当然そうなると思うのですが、介護保険全体を通して感じることですが、やはり先程、山内委員がおっしゃったように本当は介護認定の結果というのは上がるという事は軽くなるということの意味するものと思います。要介護1に結果が近づいていくことは本当はとても良いことなんですけど、逆に結果が重くなるほうを願われるんですね。先生に宜しくお伝えくださいと言われる。そうすると

確かに自己負担も高くなるのですが、それでも結果が重たいほうが良いという認識になるのです。それと先程植木委員から出てたように特定高齢者施策というのは本当は介護認定を受けていると受けられないシステムなので、ヘルパーさんとかに来てもらうこともあるとそれが受けられないような現状になってるので、本当は必要であればヘルパーさんとかいろいろなサービスを受けなければいけないのですが、受けなくてもいい方というのはどうにか自立で生活できる方が今のまま自立でやってきてみんなで介護保険制度を支えていこうというのがもうちょっと、社会的なメッセージとして必要かなと思っています。先ほど表を見させていただいて、広川町だとか黒木町が何故こんなに低いのかということ考えた時にいろんなポピュレーションアプローチとか全体的な介護保険を使わない保健事業だとか、農業だとか自分で体を動かしてて体を作って、介護保険をあまり使わなくていいような方が多いのかなと思いつつ聞いています。ですから必要な人が受けて本当に介護保険のシステムを維持継続していかなければいけないのですが、やっぱり保険料が高くなるというところにも負担が、例えばぎりぎりのところで本当は受けたくて、先ほどの特定高齢者の方なんかは保険料は払わないといけない、でも制度は受けていないということになると負担がとてつもないので、その辺が矛盾しているなとずっと思っています。私は今まで福岡県にいて福岡市の施策だけだったので、あまり差異はなかったのですが、広域連合の策定委員会に入るようになってこんなにも差が出るんだなというように、やっぱりもう少し動きが必要なのではないかと考えています。

#### 【山下委員】

今お話を聞いてていくつか意見があります。まず介護認定ですね、私も介護認定審査会に5、6年ほど参加させていただいていますが、かなり慎重に審査をしているというように感じています。それと各合議体での中で誤差が出ないような取り組みもされています。ただ実際にやってみて感じるのは主治医意見書と訪問調査の結果との食い違いが非常に大きいと思います。山内先生からお話があったようにどちらかというとなら主治医意見書のほうは重く出るというような傾向がありますし、一方で訪問調査のほうはかなり調査員さんたちの技術的な問題もそれぞれのケースによっては反映されてくることがある。もう一つは例えば私たちがこれから主治医意見書へ求める事は、特に初期の認知症の方とかですね、援助、介助なんらかの支援を必要としていると、あるいはそういった支援を利用したほうが現在の状況を継続できるとか、維持できるとかいったケースがかなりあると思います。それが反映されないと。だからそこでサービスが切られてしまうと今度は状態像が悪化していくという可能性が出てしまいます。それは介護認定審査会の段階ではほぼ出来ませんよね。介護の必要性の有無についてのみでしか検討ができないというそういう問題点もあるように思います。それから認定調査の方法が来年21年度から変わりますが、私の感覚としてはその度に審査会の意味合いが薄れてきているような気がするんですね。コンピュータから出てきた数字がなかなか変更できないと。だから逆にいうと今、田代委員のほうからお話があったように誤差は減ってはくるんでしょうけれども、本当に実状というか、その方の状況に応じた認定審査がきちんとなされていくのかな、本当にそれでいくのかなというところは非常に強く感じます。私たち認定審査委員の役割とはいったいなんなだ

ろうかということも少し感じます。こういう状態だったらサービスを使ったほうがいいよと思っても変更理由がないと変更ができません。そうしたらサービスを利用できないから結果的に重度になってしまいます。一方でもう一つは今ちょうど介護保険制度の仕組みの問題の中で施設サービスの側からいくと、グループホームが収益率では今のところ介護保険制度の中ではまあまなほうだと、ある程度の維持はできているのですが、それは入所の方が重度化してきている、保険料収入が増えてきているからということなので、逆に利用者の方の状態像が改善している場合、施設にとっては収益が減収になってしまうという矛盾があるんですね。本来であればグループホームというのは認知症対応型の施設ですからそういった方々の状態をできるだけ改善していくあるいは維持していくという役割があると思うのですが、それをやっていると施設としては収入が減る。改善をしたらしたなりにそれなりの取り組みに対しての評価というのはあってしかるべきだと思いますし、それと特定高齢者の問題にしてもここからここまでという枠で区切ってしまうということに矛盾があるような気がします。高齢者の方たちが皆さん元気でできるだけ長く生活していただくということを考えれば、特定高齢者で半年というのは、特定高齢者の内容そのものがすごく疑問ですが、要するに要支援と要介護の状態であれば皆さんどうぞと、地域の中で期限の設定とかをせずに可能な限りそこで寄り集まって楽しく活発に活力のある暮らしを継続していけるような支援体制を官民一体となって作っていかないと、特定高齢者だからということでないとか使えないとか、半年で終わりですよとかいうとてもシステムティックなもので、実際とはかけ離れてしまっているのではないかなと思います。ここに書かれているように本来の予防重視ということ考えた場合には、もっと早い時点に開始しても良いと思います。皆さんが定年退職される60代ぐらいからそういった地域の中での活動支援をしていながら、元気なおじいちゃんおばあちゃんたちを増やしていく。その中でいろんな介護支援が必要になった方たちには保険サービスで対応していくというような制度にしないと、やっぱり要介護者がますます増えていく、介護保険料も上がっていく、本人さんたちの負担も増えていくということになると思います。

それから保険ということを考えると私も第2号被保険者ですが、保険料を支払っているのにサービスを利用できないということは、考えようによっては例えば医療保険の場合は、医療保険払っているのに病院に行ってあなたは元気だからこのくらいの注射にしときましょうという感じになってしまうのと同じことであり、それでは一体何の為に保険料を払っているのかと思います。この保険制度を社会全体の中で維持していくという理屈はわかりますが、そういった負担をしてるということにおいては負担に対する担保をしていく何かがあってしかるべきではないかと思います。

### 【小賀会長】

どうもありがとうございます。厚生労働省自体も介護保険が掛け捨て保険であるということは認識をしていると思います。介護保険をスタートした当初、そうした批判もあってこれは確かに掛け捨て保険であると。しかしながらご指摘されたように、社会全体という考え方の上で立つてこういう運用を行います言っていましたので、随分苦しい説明だなと思いつつながらそれを確認したこともありましたけれども、やはり介護予防が重視されるということは特定高齢者の5%ということにとどまらず、全

ての高齢者、あるいは2号被保険者も含めた全ての被保険者に対する保険制度以外のところで各自治体の努力というのが必要になるということだと思います。第3期の答申の中にも特定高齢者の5%、3%ということにこだわることなく、全ての第1号被保険者に対する健康増進の取り組みを各自治体で行っていただきたいという内容のものを提出させていただいたのですが、ところがふたを開けてみると、その特定高齢者の特定すらもなかなか満足にできていなくて、非常に構成市町村の中でその特定の仕方がまちまちになっている、あるいは取り組みそのものをほとんどやっていない、あるいはやっても公演会活動のような直接的に健康増進するための取り組みというところに至っていないというところから保健師さんを増員して積極的に少しでも多くの高齢者を巻き込める、というような努力をしているところであって、これはやっぱりきちんと平準化をしていただくということがとても大事だと思っていますので、今の山下委員のご指摘についても少し連合内とあるいは国に対する要望というような形で仕分けをしたいと思いますが、しっかりと指摘をさせていただきたいと思います。その他いかがでしょうか。

#### 【柴口委員】

まず1点目ですけど、先ほどから認定審査会の件が出ているものですからここで1点説明させていただきたいと思います。私もある市町村の中でモデル事業から取り組んでもう10年くらいになるのですが、どうしても認定審査会のメンバーというのが各職能団体に投げかけていると思うのですが、このメンバーをお選びいただく時に、失礼ですけれど介護保険の仕組みをわかっている方を人選していただきたいとか、もしくはその資格を何年以上持っている方に推薦をくださいとかやはりそういうことが必要ではないのかなと思います。ずっと取り組んでいますと、資格を取られて1年・2年生がメンバーの中に入ってきて、この審査会の中で勉強させていただきます、という発言があるものですから、ぜひ審査委員のメンバーをいただく時には職能団体にしっかりその辺の介護保険の仕組み、僕はずっとケアマネの資格を最低持っている方を推薦してくださいと言っているのですが、介護保険の仕組みがあまりわかってない方がメンバーに入っているというのが1点です。これはこの場で言っているのかわからなかったのですが、ぜひその辺も踏まえながら職能団体には投げかけていただきたいと思っています。

2点目ですが、23ページについてです。前回の委員会の中でも発言させていただきましたが、図表の包括支援センターですね、図表の。本部があって包括、支部があって市町村、ぜひこういう仕組みがちゃんと事業計画の中で位置づけられてありますので、今後はこの仕組みがしっかり機能するかどうか、運営委員会等でチェックしていくと思うのですが、前回私こちらのほうに入っていたものからこの中で特にサポートセンター等が機能しているのが一番の計画に関する答申の先ほど山内委員が言われました2番、3番に絡んでくるのかと思いますので、このサポートセンターがしっかり機能していくような仕組みを作っていただきたいというのと、それと24ページの④ですかね、この中に予防プラン、これも委託先等と載っていますが、この3年間は包括支援センターができたことによって当然予防プラン作成で追われたということが過大にあったと思います。ただし、3年間やったこ

とによって今後どうやっていくのかということあげたほうがいいのではないかと。ただ単に委託料が低くて民間が受けてくれないという内容じゃないと思います。あくまでも予防プランを立てるのはどこなのか、居宅支援事業者ではないので、包括がこの辺は役割ということでしっかりやっけていかないといけないというところが包括の役割だと思いますので、予防プランを立てることと包括支援センターの役割としてこの両輪でやっけていかないとなかなか包括はうまくいかない。当然もううまくいかないんだったらいいなりに国のほうに提示していただきたいというのがあります、この委託というの、これでいいのかなのか抵抗を感じたものですから発言をさせていただきました。

#### 【小賀会長】

どうもありがとうございます。先ほどからの議論にある認定審査会ですが、審査のあり方だけではなくメンバー構成についてもきちんとして、合議体を作っていくということはもう当然だと思いますので、このあたり各自治体にメンバーを選定をお任せするということになるにしても、その要件を連合としてもきちんとしていくということはぜひ必要だと思います。これから勉強させていただきまうというのが枕詞として出ているだけだったらいいのですけれども、本当の意味でそういう状況であればそれは審査を受ける第1号被保険者の皆さんにとっては、非常にやっぱり由々しいことだというふうに受け取られかねませんし、こうしたことも包括が中心になってくるかと思ひます。予防プランを立てるところではもっと地域包括支援センターの役割を發揮をしていただくということについてもきちんとしてご指摘をさせていただきたいと思ひます。

その他いかがでしょうか。一旦ここで10分休憩をとりましょうか。宜しくお願ひ致します。

— 休憩 —

#### 【小賀会長】

それでは、どういうところからでも構いませんので、引き続きご意見をいただければと思ひます。宜しくお願ひ致します。

#### 【山内委員】

広域連合の場合は地域ケア推進協議会は各支部毎にあるということですが、今年度、第3期の中での活動状況というのは私は聞いてませんが、活発にこの会議は開催されたのでしょうか？そこからまた一番上のところにある運営協議会から何か意見があがってきてそれをまた協議したということが何かあったのでしょうか。それを事務局の方にお尋ねしたいと思ひます。

#### 【小賀会長】

では事務局からお願ひ致します。

**【事務局】**

地域ケア推進協議会の関係ですが、立ち上げ状況から説明させていただきますと、12支部の中で11支部までは立ち上げができています。残り1支部が諸事情がありましてまだ立ち上げができていないという状況になっています。実際に地域ケア推進協議会の中ではセンターの運営状況やそういった部分も協議していただいておりますが、ただ正直言いますとまだ実際に機能していないというのが現状でございます。21年度に向けてその辺もやはり地域ケア推進協議会のほうから身近なところから活発な活動をしていかなければいけないと考えていますのでご理解をいただきたいと思っています。

**【小賀会長】**

いかがでしょうか。

**【山内委員】**

11支部の中に地域ケア推進協議会を置いたということで、それが動かなかった理由と申しますか、何かそういうような把握をされているのか教えていただきたいことと、もう一つその中でもどこか機能しているところがないのか、こういう活動を実際しているんだというモデル的なところがあればそれも教えていただけないでしょうか。

**【小賀会長】**

その2点お願い致します。

**【事務局】**

詳しい状況やこちらに報告等があがってきていますが、実際に具体的な議論の内容等については本部では把握していない状況ですので、センター長を通して今後調査を進めましてどのような状況になっているのか、まずこちらから把握を行いたいと思っております。

**【小賀会長】**

いかがでしょうか。

**【山内委員】**

把握をまずしていただいてからですね。

**【込山委員】**

そうしますと、もう一つその下の介護サポートセンターもまだ機能していないということなのか？

【小賀会長】

事務局でその状況がお分かりになられるのであれば。市町村レベルにおける介護サポートセンターの現状ですね。

【藤事務局長】

ご説明申し上げます。サポートセンターというのは構成する市町村の介護保険担当の窓口を設置しておりますので住民の方が最寄の市町村の担当課に行かれて相談されるとかいうところで機能が発揮されております。

【小賀会長】

現状はお分かりになるでしょうか。

【藤事務局長】

各窓口での相談件数等の統計上の数字というのは市町村から報告はいただいておりますが、市町村に相談に来られたことによってそれを地域包括支援センターと結んでケアプランの作成に繋がっています。

【込山委員】

そうすると地域包括支援センターの地域ケア推進協議会がまだ各市町村を集めて意見を集約された形で運営がなされていないと理解してよいですか。

【小賀会長】

はい、どうぞお願い致します。

【事務局】

機能していないというのは語弊がありまして、本部の運営協議会とうまくまだ連携がとれてないところがあるということです。ですから、それぞれ立ち上がっているところは活発な議論がなされているという報告を聞いております。

【山内委員】

今日は各地域から支部から来られているので、もしよろしければ活発に活動されてあるところがあれば具体的にこういう事例を検討しているということをお話していただけないでしょうか。

**【田代委員】**

私は地域包括支援センター運営協議会の本部のほうの委員もさせていただいているのですが、今の処遇困難事例を地域ケア推進協議会で検討をしてご意見をもらったのを一度事例を出されたことはあります。うきは・大刀洗だったとおもいますが、そのように動いているところはあるなと思いながら聞いていました。他にもあるかもしれませんが報告です。

**【小賀会長】**

では補足してお願い致します。

**【柳川支部】**

柳川支部ですが、地域ケア推進協議会は今年1月に設立を致しまして今年度2回ほど会議をしています。先日2回目の会議の中では認知症の徘徊ネットワーク、一つはネットワークの構築をしようということで、これを大牟田市に要請をいたしまして、事例検討ということで、その現場の方、実際に携わっている方、それと大牟田市の行政のほうから来ていただきまして、徘徊ネットワークの構築に至った経過とか、課題等を話をさせていただきました。それは一つはネットワーク作りの一つの大きな問題かなと捉えておりまして、それを一つの地域ケア推進協議会のテーマとしていきたいということで取り組んでまいりました。今年度3月に3回目も予定しており、ちょうど役員改正の時期でもありますので次年度も続けていくように取りまとめしていきたいと、そのような取り組みをやっているところです。

**【小賀会長】**

ありがとうございます。他の支部、自治体では何かこういうことをやっているということはないでしょうか。

**【嘉穂支部】**

嘉穂支部ですが、12支部の内私のところだけは地域ケア推進協議会を立ち上げておりません。その代わり高齢者支援会議というのを毎月1回定期的に開いております。その中の構成メンバーとしては包括はもちろんのことですが、在介（在宅介護支援センター）、それから社協、現行福祉課、保健師、それから飯塚警察署、大体このようなメンバーで主にそれぞれが抱えている問題行動の人という情報を提供しあって、その組織で解決できる分は報告する形で上げてもらって、解決できない困難な事例についてはそのメンバーで全員で協議していくと、そういう活動を行っております。

**【小賀会長】**

ありがとうございます。いかがでしょうか。

### 【山内委員】

すばらしい説明をいただいたと思います。やはり包括支援センターの期待されている役割はとて大きいと思いますし、幅広い業務を行っていることがわかりました。その中で本当に地域の問題点とか地域毎の事情が違いますのでそこでやはりきちんと話し合いがされて、それから連合本部のレベルまで上がってこない大きな県一箇所のところでは話しをしてもあまりにも地域差がありすぎてまとまりがつかないんじゃないかと思います。このように各支部にあるケア推進協議会でもっと活発に動いていただいて、そこで今後第4期事業計画に盛り込まれるような取り組みがもっと積極的にされるべきだと考えていますので宜しくお願い致します。

### 【小賀会長】

第3期の時から、昨年度までは地域包括支援センターの運協のほうに私も係っていたのですが、今嘉穂支部が1自治体構成ということですが、名称にこだわる必要はないと考えておりまして、実態としてその自治体の中で高齢者の特に介護を必要とする方々の状況が把握できていれば、例えば高齢者支援会議というものを読み変えて考えてもいいのではないかと思っておりますから、形式的にその問題にも12支部中11支部だけが立ち上げているというような理解をしなくてもいいのではないかと思っております。だから実態として柳川支部もそうではないかと思っておりますが、1支部1自治体ということで状況として高齢者の把握ができていれば、つまり把握をするためのなんらかの会議なり活動があれば読み替えて位置づけていくということでも構わないと思っておりますので、そうした動きも含めて本部のほうへ集中していただきながら本部が把握をしているというような状況さえ作っていただければいいのではないかと思うのですが。

### 【植木委員】

6 ページですが、対応していただいてありがとうございます。地域の特性が少しわかるかなと思ってます。先ほども言いましたように筑豊地区が非常に高いと、そのたびに切ない思いをしましたがけれども、逆に例えば6ページの表を見たら産業もない、農業もない、皆さん職業がないんですけれども、それでも地域の中の意識というんですかね、そういうものがやはりいろいろ影響してきていると思います。生活保護についてもそうですが、やっぱり社会的な背景が当然あると思います。だから例えば今連合の数字だけですが、他の単独でやってる市町村の状況はどうなのかということも見ながら、単独でも高いところも安いところもあるでしょうけれども、やはり原因をきちんと追究、研究していただきたいです。答申書のはじめのところに書いてます2番目の一番下に「原因を究明」と。これは8回出させてもらって一番の目標なんですけど、個人だけの責任じゃないところが、あるいは地域の状況とかがかなり影響していると思います。2回目の時にたしか小賀会長が、社会的な必要があれば国の財源配分まで少し要求するような形にもっていく必要があるんじゃないかということをしてたしか答弁いただいたのですが、全く個人の責任だけじゃない要素がもしあればそれこそ政府として少し研究されて、連合長は全国町村会会長ですから、その辺の答申書なりを出されるというようなことも少し

は必要ではないかと思っています。なぜこれだけ違うのかということをお大変だと思っておりますがぜひやってほしいと思います。

#### 【小賀会長】

先ほどの休み時間の最中に3期の答申の中で介護サービスの需要の高い市町村と低い市町村が混在をしているということで、先ほどいただいた資料の中に最終的には保険料という形で数値が出ているので、4期についても継続して原因究明をお願いしたいとご意見をいただいたのですが、一方では今の植木委員のご指摘の中に自治体経営の問題というのを重ねて考えなければいけないという非常に難しい課題と思いますが、意識としてはやはりそういうものをもって介護保険の計画を立てて実施をしていくということが求められているのかなと思います。そのあたりもどのような文章になるかわかりませんが、答申の中に盛り込んでいければよいと思います。

それでは今日は欠席という状況になりましたけれども、ぜひということで寺本委員からご意見をペーパーでいただいています。それをご紹介をさせていただければと思うのですが。

最終的にこの特に介護予防の事業については市町村が取り組むべき課題と考えられるので、各市町村への介護予防重視の周知徹底を図っていただきたいということが1点。それから介護保険料をグループ別に行っていることについて構成市町村の住民がどのグループに属しているのかということや住民自身がきちんと認識するようなそういう周知を徹底していただきたいということ。さらにはその保険料について県下で市町村間の情報共有をしていただくことができないだろうかということ。それから最後に介護保険事業と健康づくり事業というのが足並みを揃えることでより双方の効果が期待できるわけですので、特に予防重視型に関しての介護サポートセンターの地域ケア会議が住民を巻き込んで活発に動いていってくれたらというご指摘をいただいております。これらについては今までの今日の議論の中で様々なご指摘をいただいたことと重なっておりますので、寺本委員からいただいたこのご指摘についても答申の中に盛り込んでいきたいと思っております。

私ずっとここに係らせていただきながら考えるのは、多くの自治体が協力をし合って取り組んでいる介護保険事業ですので、一緒になって取り組んでいくことの良さをしっかり発揮していくということが重要かと思っています。それを考えた時に連合体として事務局という形で本部を構成しているわけですが、この間私たちが議論してきました計画については本部中心に作ってそれを議会に図っていただいて、構成市町村にご理解いただきながら実施をしていただくというような動きをとっていくということが、平準化を図っていくということでは最善の取り組みだと思っておりますが、しかしながらその計画を具体的に実施をしていくことは構成市町村個々が主体的に取り組んでいかないことには進んでいかないというそういう認識を常にもっていただき、この地域ケア会議をぜひきちんと運営していただきながら自治体毎の取り組みを遺憾なく発揮していただく、その積み上げが全体として包括支援センターの動きを活性化していくということにもなりましょうし、最終的に実態的な動きも本部のほうで常に把握できているということになっていくと思っております。そのことは最初からきちんと強調させていただければと思っております。

### 【山下委員】

やはり予防重視型ということが一番大きなポイントになってくると思います。そういった時に予防重視型システムの中核となるのは地域包括支援センターなんだと。例えば介護サポートセンターというのが、ちょうど今お話をお伺いしても結果的にそこに地域ケア会議の中で上がってくるケースにしてみても、その時には問題事例であったり困難事例であったり、すでに介護が必要となった状況が上がってくるケースが多いのだろーと思います。私自身が地域包括支援センターのかかわりの中で感じるのは、やっぱり待ってるんですね、結局窓口でしかないと、自分のところから地域の中に働きかけていく、実際には余力がないのだろーと思うんですけども、調査していく等いわゆるアウトリーチしていく等のシステムを持たないと、結果的に介護が必要になって困った状態の中で相談にやってくると。そうなってくると本来ここに書かれてある予防、介護予防の中核となっていくべき地域包括センターの本来の機能が発揮できないのではないかというふうにも思います。だからそういう調査機能をどういった形で作り上げていくのか、それから地域の住民の方たちに働きかけていく、そういう機能をどのように作っていくのか、といったところが大きな課題ではないかなと思います。一度苅田町の社協で地域の高齢者の方のマップを作るということに参加させていただいたのですが、非常に個人情報等もあって難しいことですが、地域の民生委員の方とか老人会の方とか町内会の方に協力をいただいて、元気な方たちもあるいはそうでない介護の必要な方も、あるいは高齢者単独世帯の方とか、その地域にどういった方たちが生活をされているのか具体的な情報も地域包括でしっかりつかんで、その中でここに書いてある例えば巡回の実施や、構成市町村を巡回して相談等を行うといっても、相談窓口を設置して出向いてもらうのではなくて自分のほうからそれぞれの地域の中に足を運んでいって、早期に問題を発見していきなり対応していく等ですね、あるいはそういった住民の方たちが参加したネットワークを作っていくような働きかけをしていくといったことが地域包括支援センターの非常に大きな役割、大変だと思いますが、ここに記載されてある部分ではないかなと私は思いますので、ぜひそういったことも待つのではなくて、自ら行動していただくということも考えて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。はい、どうぞ。

### 【込山委員】

山下委員の話に付け加えまして一つありますが、これ前にもこの会議の中で発言させてもらったのですが、各自治会の中に私どもの場合はそれぞれの構成現場の中に福祉委員がおりまして、私どもの町では巡回を社協に頼んで社協が実際動いています。ところが実際社協が動いても町のほうから来ましたと、顔も知らなければ年寄りの方は警戒して玄関さえ開けてくれないという話がありまして困っております、という話を多く聞いたのですが、だったらなぜ福祉委員を利用しないのですかと、福祉委員を利用してそしたらここのおじいちゃんはこの方と大変仲がいいからその方経由で話を持ち込

めば窓くらいは開けてくれるよ、玄関くらいは開けてくれるよというそういう話をしたことがあるのですが、地域に根ざした介護が重要であると思いますので、これが一つの自治体の取り組みの問題ではないだろうかと思っております。それともう1点、新聞等で介護報酬を3%上げるという記事が載っていましたが、現実問題としまして今、一般契約社員の解雇とかそういう問題でたくさん新聞紙上毎日のように溢れておりますけれども、一般の会社なりあるいはこういう官公庁なり、だいたい給与基準というのが一つは引かれているはずなんですね。ところが介護の現場におきましてはまず一つが給与基準がないんですね。ですからこの職業はこの金額というようなちょうどアメリカ的な考え方といえそうですが、業種別の給与額になっています。そうしますと特に学校を出た若者たちが勤めた始めた時はいいんですが、給与が思ったよりも上がっていかないということになりますと、私自身も彼らと話してていつも思ったことは、いつになったら結婚できるだろうかなという話になったわけですね。結婚の問題とかあるいは子育ての問題、要するに未来を背負っていかねばいけない若者ですから、そういう人たちがそのような状態におかれているということ自体が今の社会のいびつなところではないかなと思ひまして、意見として述べさせていただきました。

#### 【山内委員】

今山内委員が非常に重要な点を指摘されたと思うのですが、というのはやっぱり介護事業の従事者について、介護の現場で働こうという人が今すごく減っています。そういう意味ではいろんな理由があると思いますが、今おっしゃった給与の問題もあるでしょうし、やりがい、生きがいの問題もあるでしょういろいろな問題があると思いますが、そういう介護福祉士を養成する学校も激減しています。ということは恐ろしいのは将来いくら介護保険事業計画を立ててもある意味お金の面で手当てをしたとしてもそこに働く人がいない、または働く人が激減してサービスを受けられない状態も危惧されるわけですね。ですからやっぱりそういう面も含めて事業計画の、現状も非常に重要な問題がありますけれども、本当にそこで働く人をどう確保するのか、逆にいえばそういう魅力ある介護事業に若い人が入ってくるようなものは何なのかというのをやはり考えていく必要があると思います。それなくしては本当に絵に書いた餅に終わるかもしれないという事が十分ありえます。

#### 【小賀会長】

そのあたりは事業を展開されている藤村委員は苦勞をされているのではないかと思いますがいかがでしょうか。

#### 【藤村委員】

これからの3年の介護報酬の改定が明後日の26日に発表されるということで非常に期待はしているところではありますけど、おそらく3%というのは全国平均でしか上がりませんので、広域連合に所属している事業所はおそらく2%弱位しかないと思っています。そうなってくると厚生労働大臣あたりがだいたい2万円位だと言っている、これは本当に絵に書いた餅ですので3年間でおそらく定期

昇給で1万円位上がればいいのかというところだろうと思います。込山委員が言われたように確かに私の事業所の若い者は結婚はしてますけど、やはり10年勤めた、20年勤めて一般の会社でいけば25万、30万というようなことは現在非常に難しい状況なのは確かでございます。介護報酬を上げるということは保険料が今山内先生が言われたように直結している問題でございますので、市町村としてはなかなか介護報酬の議論もしづらいところもあるかと思うのですが、やはり介護人材がいないということは介護保険制度そのものの根幹が崩れるのでそのところはやはり国民の方々の理解が今深まってきているので、将来的には介護職員が安定して働ける現場づくりを作っていきたいなと思います。その為には今回報酬が上がりますけれども十分ではない、私のほうが恐れているのは、おそらく今回2009年改正においては国が報酬を3%に上げということを打ち出して、その部分についても国が補助金で少し補填しようと思ったより給付抑制がきいていわゆる各自治体とも保険料より給付のほうが少なかったというのがあって、いろんな面がたくさんあってあげやすかった。ただ次の3年間はおそらく厳しい状況、2012年改定のほうは怖いなど、その時にやはり私どもとしてもいまから3年間人材確保をしていくような魅力ある職場づくり、本日因委員はいらっしゃいませんが、そこら辺を含めてぜひやっていかなければいけないというように思っています。

【小賀会長】

ありがとうございます。その他いかがでしょうか。

【田代委員】

全然別なことですが、気になることがあったので言わせていただきます。23ページの図についてですが、地域包括支援センターは本当は直接の相談窓口ということになっていますよね、包括支援センターの4事業のうちに総合相談と高齢者の窓口ということですが、この図を見ると市町村が第1次の窓口であって、ここから上がってくるのを受けるといったイメージでとらえることができますが、本当は地域包括支援センターも市町村も含めた同じレベルでの窓口であって、先ほど意見が出ていたように実際に出向いてとは書いてありますが、やはり地域包括支援センターがどんどん出て行くことによって支援をしていかなければいけない、動いていかなければいけないと思うのですが、この3つに分ける段階を見ているとどうしても中間的で、どこまで機能しているのかなと、ずっと引っかかっていましたので言わせていただきました。もう少しまた違った形の図が出来るといいなと思っています。

【小賀会長】

何かいい案はないですか。

#### 【柴口委員】

やはり私も 23 ページにこだわっているのですが、まず包括支援センターは本当に骨格というか年度の大きな柱でしたのでこだわりがあるものですから、これは例えばサービスセンターという形で設けるような事をすれはうまく繋がるのではないかなと、あくまでも今田代委員が言われたように窓口は包括支援センター、方向はどうしても広域という形になっていますのでサブセンターという形にもっていったらすっきりするのではないかなと思いますし、それと包括支援センター自体が設置から 3 年であり、今年が本当に勝負だと思えます。これを今度は広域連合として直営として今後も運営をしていくのか、それとも民に委託していくのかその辺も踏まえながらこの 3 年間をしっかりと包括支援センターの運営をみるというのは言葉が悪いかわかりませんが、引き締めてやらないと本当に包括支援センター自体がうまくいかないのではないかなと思いますので、今回私も途中で入ったものですから包括支援センターの 3 年間の推移と一緒に見させていただきまして、このチェック機能をしっかりとやっておかないとまた 3 年後に同じような議論の可能性がありますので、その辺の仕組みをぜひ取り入れてほしいなと思います。

#### 【小賀会長】

ご指摘のどおりだと思います。これを議論した時の私の思いといいますか、当時の委員会全体の思いもそうだったと思いますが、地域包括支援センターが基本的な窓口になって、ただし今回の広域の地域包括支援センターは自治体をまたいで支部として作っていくのでそこまで問題や課題を挙げられない方もいらっしゃるだろうから、役場に電話をして行けば繋いでくれるというような、サブとしての役割を介護サポートセンターがもっている。介護サポートセンターの中心的な役割としては、当該自治体の介護状況を精査しながら把握をして、それを地域包括支援センターに上げていくということだというふうに思います。そこを少し今ご指摘あったように整理し直してこの図を訂正をするということを書き直させていただければと思います。

どうぞまだ何もおっしゃっておられないのでせつかくですから思うところを一言言っただければと思うのですが。

#### 【藤川委員】

先ほどからやはりずっと 23 ページの介護サポートセンターですか、これがずっと気になっているところです。こういう箱物があってもそれが機能しなければ何もならないのではないかと思います。ただ私この会に参加させていただいて思うことは、特定高齢者にならないようにしっかりと地域で健康のための予防といいますか、健康管理をしていきたいなとつくづく感じます。

#### 【小賀会長】

ありがとうございます。他に安河内委員何かございますか。

### 【安河内委員】

私も今お話がありましたこのサポートセンターのことなんですけれども、地域で社協、福祉委員ということでされております。でも実際に考えますと公民館活動の位置の中で地域の方たちは割と皆さんの顔なんかをご存知ですね。特に私の住んでるところでもそういう傾向があるかと思っております。私が一番考えますのはそこから枝葉ができてそういうのが一番私はいいような感じがするんですね。各自治体とかの方々が入られて先ほど込山委員がおっしゃったように、玄関を開けられないとかではなくて、ぜひ皆さんご存知だったら「ばあちゃん今日はね、こうしてありよるよ」というようなことがわかりますよね。私はそういうようなことのほうが一番大事だと痛感いたしました。

### 【小賀会長】

ありがとうございます。先ほど込山委員が言われましたが、確かに今までは人をすぐに信じるなという時代になっていますから、振り込め詐欺なんていうのは象徴的ですので、福祉委員等の方々は公的な役割を担ってきたんだけど、すぐにやっぱり家に入れてもらえない、玄関を開けてもらえない、という状況をもっとそうした人たちが動きやすく仕事をしていくために、連合や自治体はどんな施策をうっていくのかということも一方では考えなければならぬと思います。それでそのような時に例えば自治会、福祉委員というのを作っていて地域の中の高齢者を見知っているので、そうしたその人たちを上手に使っていくというようなことなんかあわせて考えていくと、何も介護保険業務の中で位置づく専門家、あるいはお金をかけなければいけないような人たちだけではなく、その地域の中で一緒に住み合っている人たちをいかに利用すればうまくいくのかということだと思います。そういう為にもこの市町村毎の介護サポートセンターというところが自治体毎の状況を踏まえてアイデアを出し合っていける、そういう場になるといいなと思っています。

### 【植木委員】

安河内委員がおっしゃったので私もちょっと付け加えたいのですが、田川市は炭鉱住宅を市営住宅にした建物が 5000 戸あります。5000 戸と言ったらだいたい全世帯の 25%くらいにあたります。共産圏と同じくらいの公営住宅になっています。それはみんな 5 階建てか 4 階建てとなっています。エレベータはありません。ドアをロックしても開けません。開けないということは多分そこにほとんど高齢者が多いのですが、お年寄りが一人なり二人で住まれてて階段を降りないと地域社会との接触をもつことがない。やはり隔離されてるんですね。だから今おっしゃったことを私も言ってますけど、公民館でこんなことを週 1 回やりましょう、2 回やりましょうということに介護保険の 1%でもいいからモデル事業をやってくれば、お金の問題だけではないのでしょうか、でもきっかけはお金があれば動きますから連合から社会実験でこれだけお金がついたからやってみようよと言いきやすいと思います。そしたら週 2 日間階段から降りて公民館に来てさっき言ったように、午前中は料理をして食べて、昼から筋トレ等やって夕方に帰ると、そういうのを是非何か考えてほしいと思います。

【込山委員】

前回、会長から地域ケア会議という話がありまして、その中に行政、事業者、利用者の参画をしてという話があったかと思うのですが、地域ケア会議というものは包括支援センターとか介護サポートセンターと並列して設置されているということなのではないでしょうか。

【小賀会長】

いえ、市町村毎で作っていくということです。

【山内委員】

地域包括支援センターの運営会議というのは広域連合に一つしかないと思いますが、それでは話ができないので、各支部にある地域包括支援センターの運営会議の場をこういう地域の会議という、地域ケア会議という名称のもとで開催されているものと理解していたのですが、そうではないのですか？

【小賀会長】

そうではなく、市町村毎で設置をしているものです。地域包括支援センターでも連絡、実務者の連絡会議を開くというようなことはあるんですけども、自治体毎でもその名称が異なります。

【田代委員】

12分の11と言っていたのは地域ケア推進協議会のことで、今山内先生がおっしゃっているようなものだと思うのですが、地域ケア会議というのは実務者レベルの処遇困難事例などももう少し細かいリアルタイムに動けるものです。

【柴口委員】

3つに分かれています。地域包括支援センター運営協議会、地域ケア推進協議会、それから地域ケア会議、この3つとなっています。

【山内委員】

それと介護保険の第3期の事業計画で実施された統計的な数字は全部出ているのですが、例えばそれを受けた利用者方の満足度はどのように考えていらっしゃるのでしょうか。非常に難しいですけどもこれだけ事業を、サービスを提供しました。金額がこれだけかかりました。保険料でこれだけ賄いました。というそういう数字はわかるのですが、ではサービスを受けた量が適正だったかとかいうのは満足度からはわからないものであり、要介護度別にサービスを利用したという利用率は出るのですが、それで例えば満足されたサービスはどうか。本当は理想的なことをいえばどの事業者のこのサービスを受けて確かに私は生活が維持できました、満足しています。というところが本当のサービ



うのは重度化しましたということですから、それは施設として何をやっているんだということになりかねないのではと、かなりその辺でサービスの質とか、それからご家族・ご本人さんのサービスに対する期待度もあります。ただそれはそれとして何らかの形でやっていかなければならないことだと思います。本来的に利用者の方、つまり被保険者の方たちが本当に保険サービスに対して充足感をもたれているのかということと、サービスの質がどうかということ。それができないと、現場としてこれだけの量を準備しただけでは問題があるのではないのでしょうか。

というのは、グループ毎の保険料に差が出ています。そうすれば例えばAグループの保険料が高くなると思いますが、そこで一人当たりの給付費が非常に高いわけですね。しかしながら個々の人たちが満足しておられれば高い保険料でも払われるのではないかと思いますでしょうか。

#### 【植木委員】

払わないと思いますよ。使っている人は高いけど使わない人は恩恵はゼロですから。お金を払うだけですから、文句も言いますよ。

#### 【山内委員】

ただそのような人も将来は自分もサービスを使いますよね。そこが保険制度であってそれは理解を求められないと思うのですが、地域毎の問題としては、例えばCグループの方々は以外にあまり使っておられない。それはそれで満足してもらえます。だからそういう意味で少しAグループ、Bグループ、Cグループで保険料の差が出ると思うのですが、個々の人々がそれで満足されて納得して保険料を納められているかというところがそういう問題に関係するんじゃないかなと思います。満足されていないのに支払ってくださいということになると、今後保険料を払ってこない方が出てくるのではないかと思います。

#### 【植木委員】

まさにそこだと思います。山内委員がおっしゃっているように、1万円払って払いっぱなしであれば、例えば個人的な私の話になりますが、私の母は介護度が3から1に下がったんですね。掃除のヘルパーさんも来なくなって、うちの妻は大変だ、介護度が上がってほしいと言っています。母は例えば私が晩飯用になべの白菜を切ってくれというと、ハイといってパパッと切って煮込んでくれます。その辺がわからないのです。評価の仕方が本当に難しいと思います。ですからもう少し突っ込んで原因を独自でやっているところも含めてできないかなと思います。その辺で一番公平になっていくのかなと思います。今おっしゃったように1万円払っても1万円のサービスを得られれば、満足できるなら誰でも払います。ところが1万円払っても何でもしてもらってる人もおられるし、しなくて済む人たちも、頑張っている人たちもいるんです。その辺がどうなのかなと思います。施設の問題もあるだろうし、住民の意識の問題もあるし、行政の姿勢もあるし、いろいろな要因があると思います。

### 【込山委員】

先ほど田代委員と話していたのですが、例えば要支援 1、要介護 1 この辺が重度化していくか、そのまま維持できるかというところが一番の分岐点となる介護度ではないかなと思います。この人たちへどれだけのサポートをしてあげればそのままの状態でも維持できるのか、あるいは重度化しないで済むのかということになれば、介護のトータルの軽減にも繋がっていくでしょうし、なおかつもう一つの問題というのはこのところのプランを立てるケアマネさんが、では何をすればいいのかということに対して一番神経を使われるところだと思うのです。その代わり非常にいろんなデータをひっばってきてやらなければいけない作業量が非常に大きくなる、逆に介護度が 5 とかいうところまでできてしまいますと、もう本当に全介護の状態ですから、特別に今月は違ったメニューを入れてみようとかいうことがなくなってくると思うんですね。そうすると、実際はプランニングしていく上では非常に負担が軽くなるという状態が生まれるのではないかと。その辺をどのような形で見ていったらいいのかなということもあるのではないかなと思います。

### 【山内委員】

ケアプランもあると思うのですが、要支援レベルだと例えば電動車いすが使えなかったり、いろいろな制約があります。電動車椅子を使うことで、電動車椅子で畑まで行って畑仕事をして家まで帰ってくるとかして、今ではすごく元気になっている等。もっと柔軟性をもって対応していけば改善につながっていく、高齢者たちが生きがいをもって生活できるような暮らしができるのですが、そこでケアマネジャーさんたちに手かせ足かせをさせてしまっているという状況ができています。どうですか柴口委員。

### 【柴口委員】

今日はケアマネ代表として出ていますので。平成 18 年の改正で大きく変わったことは予防プランはケアマネジャーでなくとも作成ができることになりました。ということはケアマネが予防プランを立てなくてもいいので誰でも立てられる状況、ということは込山委員が言われたようなことが一番で、介護度が低いからマネジメントが楽なのかというと一番難しい。当然言葉もしっかりしてますし、自らの意向もしっかりしてますので、予防プラン、要支援の方要介護 1 の方も何でも自分でできるような方ですから、よっぽど先ほど言われたように重い方よりもマネジメントするのが大変です。そこが介護報酬の中でひずみが出てきているので、今度の改正でどう変わっていくかが今一番の課題だなと思うのですが、その辺もケアマネ協会としてどんどん意見を述べさせていただいているのですが、まだまだ難しいのではないかなと思います。また、先ほどお話しさせてもらったように包括支援センターの役割は非常に重要だと思いますので、予防給付をどうやって介護予防にもっていくかが課題だと思います。

【小賀会長】

介護保険制度の本質的な議論に入っておりますが、確かに各自治体や連合体にいろいろな影響を与えていることは間違いないですね。介護予防自体が現場のレベルでは専門労働ではなく周辺労働になっている。つまり専門教育を受けて、専門的な知識や技術を生かしても、認識をもって働きかけるものとそうでないものと働きかけ方が違うのではないかと、そういうのが議論されているところです。

先ほど山内委員から満足度調査について出ましたが、ヨーロッパでもこういう住民サービスとか福祉サービスがわりとその主体が国であれば国が、自治体であれば自治体がなんらかの形でやっていますが、日本の場合はやっぱりそういうことってというのは、実施するとうまくいかないのかもしれないかもしれません。今の保険制度になってから結局のところサービスを利用する者とサービスを提供する者とが契約で結びついて、満足度調査となるとサービスを提供するつまり事業者の満足度を図るということはしやすいのですが、制度を設計したり制度そのものをどう評価するのかということが満足度調査になかなか結びつきにくいという問題があります。そこまで立ち至らないと本当の意味での満足度調査にならないのですが、これをそういうところまで考えずにやると事業者をただいじめるだけの調査になってしまうことになりしますので、非常に難しいことだと思います。

【田代委員】

看護協会を代表してきていますので、最後に一言申し上げたいのですが、看護協会には保健師もいるのですが、答申案の中でも予防重視型のところで意味を書いているのですが、やはり予防重視を機能させるためには支部、市町村に保健師が配置されておりますので広域連合の介護保険事業とそれから支部の事業と市町村の健康増進を担う保健師等々と十分連携をとっていただいて、やはり特定高齢者もそうですけれども、元気な老人の方からいかに介護予防を努めていくかというところを推進していただきたいことこと、保健事業との連携というところに保健師を活用していただければと思っています。

【小賀会長】

全くそのとおりです。その他いかがでしょうか。

【藤川委員】

私は第7回の策定委員会と8回の策定委員会にも入っていましたが、大変勉強になりました。介護相談委員というのは3期の途中で終わっていると思うのですが、4期もこれは続けられるのでしょうか、それをちょっとお聞きしたいのですが。

【小賀会長】

それについてはいかがでしょうか。

**【事務局】**

実は平成 19 年度で介護相談員派遣事業というのは連合においては廃止をさせていただきました。その代替りの事業を 20 年度から田川地区でモデル的にやっております。21 年度はそれを全支部に拡大していこうと思っております。

**【小賀会長】**

何故かというご質問がありますけれども。新しい事業とはどのようなものですか。

**【事務局】**

新しい事業については、名称としては、「利用者実態調査型ケアプラン点検事業」といいます。田川地区に市町村の広報誌等で既に周知しておりますので、田川地区の方々は見られていると思いますが、訪問調査員がご家庭を訪問して、本当に組み立てられたプランが自立に役立っているかという事を家庭訪問して見させていただこうという趣旨でやっております。

**【小賀会長】**

よろしいでしょうか。その他いかがでしょうか。大体ご意見出揃ったかと思うのですが、もしよろしければこの答申につきましては、今いただいたご意見を網羅する形で私が文章化をしまして、それを連合長にこの事業計画案とともにお渡ししたいと思うのです。その文章につきましては一任させていただきますでしょうか。もちろん確定をしましたら皆様方に事務局から配布をしていただくというようにしたいと思っております。おそらく年明けまして 1 月初旬に連合長に答申をするという形で私がお伺いしようと思っております。この答申につきましては、案という形ではなく今いただいたご意見を受けて作成したいと思っております。すぐに正月休みですが、連合も休みに入っていきますので、明けてすぐに答申、答申を待って連合内の各会議、そして最終的には連合の議会で保険料施策とともに、これが変更あるのかどうかわかりませんが、採択をさせていただくというふうな運びになると聞いております。私たちのこの委員会としてはこれが最後になりますので、答申の中には例えばこれまで出ました意見を受けまして、地域包括支援センターの運営協議会に託したいこと、あるいは地域密着型サービスの運営委員会に託したいこと等も少し仕分けをしながら、その後、具体的な動きの中でまとめていきます。それだけではなく前回の中でも出ていましたけれども、事業計画そのものが正しく運用されているのかということを確認していくための会議、そしてその運営委員会も一緒なのではないのかと、いうご意見も出ておりましたので、そうしたことは今後の課題として是非検討してくださいというふうなこともあわせて答申の中に盛り込んでいかなければいけないと思っております。

**【事務局】**

それでは一言ご挨拶をさせていただきます。本年の7月から今日まで8回にわたりました、慎重かつ熱心なご議論をいただきまして、誠にありがとうございます。貴重なご意見なりご提案を受けまして、来期21年度からの事業計画ということで職員一同計画に負けないように実現に向けて一生懸命努力してまいりたいと思っております。先ほどおっしゃっていただきました検証のための委員会等だけではなく、個人的にも広域連合に対するご意見等がございましたら、どんどんご連絡いただきたいと思っております。それを受けましてまた一生懸命頑張っていきたいと思っております。どうもありがとうございました。お世話になりました。これで終了させていただきます。