

## 第6期介護保険事業計画 第1回策定委員会 議事録

【開催日時】平成26年5月19日（月） 15時00分～17時00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、  
廣津委員、藤村委員、山口委員  
事務局、支部事務長

### 【議案】

- 1 会議の在り方について
- 2 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

### 【会議資料】

- ・ 資料 1：第1回策定委員会資料
- ・ 参考資料：福岡県内施設指定状況  
：介護保険と計画策定の課題  
：「地域ケア会議」に関するQ&Aの送付について  
：第10章 計画推進の方策

..... 【議 事 内 容】 .....

### 事務局

それでは、ただいまより福岡県介護保険広域連合第1回介護保険事業計画策定委員会を開催いたします。議事に入ります前に、まず資料のご確認をさせていただきます。本日机上に配付させていただいておりますのは次第です。それから、事前郵送させていただいたのは右肩に「第1回策定委員会 資料1」と書いてあるA4の冊子です。お手元にございますでしょうか。また、本日、机上に配布しておりますA4の「1：住み慣れた地域で暮らし続けるためのサービス提供基盤の整備」はその資料の差し替えとなります。それから、もう1枚が参考資料1ということで、「福岡県内施設指定状況」というA4の分です。それから、先ほどお配りしましたスライドの「介護保険と計画策定の課題」というA4のホチキスどめが1部、右肩に参考資料とある「『地域ケア会議』に関するQ&Aの送付について」が1部、第5期の介護保険事業計画書の写し、「第10章 計画推進の方策」というA4のホチキスどめが1部です。皆様、お手元にございますでしょうか。

それでは、始めたいと思います。議事の進行を小賀会長はよろしく願いいたします。

### 小賀会長

皆さん、こんにちは。今日から具体的な検討を始めていくこととなります。その前に、前回、皆さん方にお話ししておりましたように、会議を進める上での基本的な認識と申しますか、会議の方向性を考えるということで、ある程度認識を一致させて議論に入ったほうが良いと思っております。この会議をどんな会議にしていくのかについて、この会議でできること、できないこと、あるいは、したほうが良いこと、しなくても良いことについてふり分けをしながら、具体的な計画策定につ

いて検討していきたいと考えています。そこで最初の 20 分ほどをいただきまして、私のほうからそのためのお話をさせていただくことになったため、今日、簡単な資料をつくって持ってまいりました。もし介護保険制度に関する認識の違いがあればご指摘いただきながら、会議のつくり方について変更なり視点を加え直していくことも含めて考えたいと思っております。それが終わりましたら、「2. 第 5 期介護保険事業計画期間での施策の実施状況について」の議論となります。今年度まで第 5 期が粛々と展開されていくわけですから、資料自体は直近のところでお示しいただいていることとなります。その資料をもって、第 6 期にどのような事業展開を行っていくかを考えてまいりたいと思います。この議論は今回と次回の会議の 2 回ほどを使って、第 5 期の認識を統一させていきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

## 1 会議の在り方について

### 小賀会長

早速、私の問題提起から始めさせていただきます。まず、介護保険の性格と仕組みの認識を統一していったほうが良いと思っております。私が考えることですが、社会福祉には三つの主体と四つの仕組みがあると思っております。三つの主体というのは、憲法 25 条に基づく生存権をベースにした権利主体として“国民”、それから、その権利を実現していくために“国”、そして、援助の主体として“事業者”が位置づいています。この事業者が、これまでは国・自治体、プラス社会福祉法人だったところ、介護保険のスタートから民間企業が参入できるようになったところがあるわけです。四つの仕組みとして、措置という制度があります。これは、今現在ほとんど利用されていませんが制度としては残っています。それから保育の制度があります。そして、介護保険の制度があり、障がいのある人たちのための自立支援制度があります。今は総合支援制度と名称は変わっていますが、内容としては自立支援制度があります。

この四つの仕組みの中に、それぞれ三つの主体がどのように関係し合っているのかということです。これは私の整理なのですが、まず措置という制度においては、国民と国・自治体の関係が中心の仕組みです。保育も今現在、また同様に国民と国・自治体の関係が中心の仕組みなのですが、介護保険につきましては、国民と事業者の関係が中心の仕組みとなっています。自立支援制度についても、介護保険と同様に、国民と事業者の関係が中心の仕組みだと考えています。どういうことかといいますと、措置という制度は、措置権者である都道府県や市町村長と利用者、事業者、また国があるわけですが、利用者が相談したり利用の申し込みをしたりすると、措置権者である都道府県知事や市町村長が措置の決定を行っていく、あなたはその福祉サービスを利用していく状態にあるかどうかということを経るわけです。例えば、保育で言うと、保育に欠ける状態であるのかということ。お父さん、お母さんが共稼ぎをしていれば、保育に欠けるということだから保育所を利用してもいいですよという考え方です。同時に、措置権者は、事業者が民間事業者、民間社会福祉法人であれば、都道府県立や市町村立の施設もあるけれども、手が足りないからあなたが都道府県や市町村にかかわって福祉の事業を行ってくださいという形で、措置を委託する取り組みをするわけです。そうすると、民間事業者はわかりましたと受託する、あるいはお断りをする場合もあるわけです。当然、定員いっぱいであるとか、障がい領域では障がいが重い、問題行動を起こす人は受け入れることができませんということで措置を断る民間事業者もいます。サービスの利用と提供が、措置の委託に基づいて利用者 と事業者の間で行われることとなります。そうすると、本来、私がしなければいけない仕事を民間に委託したので、措置をお願いしたということから措置費をお支払いすることが行われます。そして、利用者は、その人の収入等によって費用を徴収されます。費用の

徴収は応能負担、つまり支払い能力に応じて支払えばいいというのが措置という制度の基本的な考え方です。措置権者についても責任はありますが、国も最終的に国家責任を負うこととなります。だから、事業者が都道府県知事や市町村長から事業を委託されてサービスを展開して、何かの事件、事故の折には、当然、事業者自身も責任を負う可能性があります。都道府県や市町村も責任を負い、最終的には国が責任を負うという流れになっているのです。

介護保険の施行によって、この仕組みに介護保険の仕組みが新たに加わって、基本的に措置という手続は使われなくなってきました。保険者は市町村ですけれども、我々が参加している広域連合の会議は、33の市町村によって構成されています。介護事業者がいるわけですが、例えば、介護保険は特別養護老人ホーム等の施設については都道府県が介護事業者を指定する、それから、広域連合もそうですが、地域密着型サービスについては市町村が事業者を指定する、そして、利用者が広域連合等に対しても保険料の負担をしているわけです。これは第1号被保険者と第2号被保険者に分かれています。利用者が65歳以前でも、特定の疾病にかかっている場合を含めて、介護保険を利用したいので認定してくださいという申請をすると、保険者が調査員を送って、調査をもとに介護認定を審査会で行きます。細かなところは省きますが、利用者が認定されれば、事業者に対してサービス利用の申し込みをします。事業者は基本的に受け付けますので、受け付けたときに契約の締結をします。この契約の締結というのが、日本では民法に基づく契約になります。日本の民法は、契約を結んだ当事者間に責任が生じますから、契約を導入することによって、最終的には、保険者である市町村や都道府県、あるいは国は、事業者が事件、事故を起こしたときに責任をとらなくてもいいという仕組みになったわけです。この利用契約に伴ってサービスの利用と提供が行われます。

実は、介護保険がスタートしたときに、民法上、口頭でのやりとりも契約であるということになっていますので、契約書を交わさないサービスが結構行われていたのです。そのとき、私はこの会議に入っていませんでしたので、連合本部に電話して「そんなことがあっていいのか」と苦情を言ったことがあります。きちんと書面で契約を交わさないと、絶対に当事者が不利益を被ることは当然なので、それに基づいたサービスの利用と提供が行われます。

そうすると、自己負担分、原則1割が支払いになります。そして、事業者は、利用があると自治体に対して請求をし、保険者は介護報酬を支払います。この支払いは代理授与という形で、本来は利用者に支払うものだけでも、利用者がなくしたり別のことに使ったりといったいろいろな問題が起きるだろうから、利用者にかわって保険者が介護事業者に支払うことになっているわけです。社会福祉の領域ではこの仕組み、つまり、原則1割負担ですので、サービスに応じて負担する応益負担というふうに表現します。さらに国は都道府県を、都道府県は市町村（保険者）をバックアップする関係になっているので、国が法制度を制定して、保険者が法制度を運用するという関係です。

北欧などは、国が法制度をつくった場合、枠組みだけを決めて、あとの細かなことは市町村にお任せして財源だけを渡すので、市町村ごとの独自性などが打ち出されたり、福祉に熱心ではない市町村については、ほかの自治体と比べると水準が低いという地域間格差が起こっています。そうすると、Aさんがサービス水準の低い自治体にいると、ほかのサービスが充実した自治体に引っ越して生活を始めるのです。サービスが充実した自治体は、どんどんそういう人が転居してくるのでたまったものではないというので、転居してきた自治体に費用を請求するのです。おたくから転居してきたのだから費用をと。国がそうしろと言うわけですから、じゃあ、うちの自治体でも同じサービスをしますよとなって、全体的な底上げが行われています。日本の場合は、細かなところまで国が決めて保険者が運用するので、保険者の自由な裁量がほとんどない状況で介護保険が進められて

います。しかも福祉事業については、今、国立、自治体立の施設はほぼ完全になくなっていて、市立という名称があるところでも、実態としては外部団体が運営しているという状況です。ですから、都道府県が指定する事業と保険者が指定する事業が双方ありますので、二元的な管理になるのです。

措置という制度についてももう一回繰り返します。都道府県、市町村が国家責任の結果として民間社会福祉法人にサービスの委託を行っていき、つまり、本来、私がやるべきことをあなたが代わってやってくださいとお願いするわけです。サービスの利用展開が行われ、措置費の支弁が行われ、費用徴収は応能負担で支払い能力、経済力に応じて負担するわけです。これは国や自治体が事業に対する責任を持つという仕組みです。

ところが、介護保険法は、先ほども言いましたので説明は繰り返しません、民法上の契約に基づいて当事者と事業者が契約を交わしていることを基盤にして、当事者が自立していくための支援を行っていく責任はあるけれども、事業者に対する責任はないわけです。事業者はみずからやりたいと言って手を挙げているわけでしょうということです。ですから、介護保険サービスについても、必要な地域に必要なサービスが不在する状況があるわけです。なぜならば、国や自治体が「この地域でサービスに取り組んでください」と言えば、そこに責任が生じることになりますから、「この地域はサービスが足りない、やりたい人は手を挙げてください」という誘導の仕方しかできないわけです。そのために、広域連合内においてもサービスの不在があったり、サービスそのものの供給がまだ弱いのではないかとといった課題を残す結果になっています。そこは制度の問題として考えなければいけないところだと思います。

介護保険の給付は国保連によって行われていますが、国は都道府県をバックアップし、都道府県は市町村、広域連合をバックアップします。国には、事業の創出責任はあるけれども、事業の提供、つまり具体的なサービスを提供する責任はないのです。だから広域連合や市町村は、事業の設定・管理監督に関する責任があるのです。事業はきちんと国ベースの制度でつくらなければいけない、指定した以上、管理監督はきっちりやっつけていかなければいけない、でも、事業者が事件・事故を起こしても、事件・事故を起こした事業者と連帯責任をとるといった形での責任はないこととなります。

そこで、当然、皆さんにも地域にサービスが不在する状況をつくる計画ではいけないという認識があると思いますので、事業をどのようにコントロールするのかについて、ここで積極的に議論していかなければいけないと思っています。例えば、皆さん方に既に郵送された資料の中に「第5期介護保険事業計画施策評価表（平成24・25年度分）」というのがある、グループホームの整備は101%で計画値を満たしている、小規模多機能型ホームについては135%で計画値をかなり上回っている等々の情報が出ていますけれども、例えば、これを地図に落として広域連合加盟の自治体の高齢化率や要支援、要介護の状態にある高齢者の人口との比率で考えたときに、それぞれの事業が十分展開されているのかどうか、あるいは、数値だけの問題ではなく、満たしているような地域も本当のところそれで十分なのかも含めた検討が必要になってくると思います。

ただ、そのときに考えなければいけないのは、最終的に保険料は連合の議会で決定され、私たちが保険料は幾らと設定して答申することはできません。あくまでも事業計画について答申すればいいのですが、ただ最終的にはどれぐらいの事業計画を見積もっていくのかによって、それが保険料にはね返ってきますので、事務局からはそうした視点からの資料もお願いしないといけないだろうと思っています。ですから、ここに出ている数値が上回っているから、足りないからどうなのかという議論ではなく、もっと丹念なそれぞれの地域的な議論を資料に基づいて行っていく必要があると思っています。

最後です。事務局からの文書でグループホームは広域連合内でおおむね充足しているが、市町村ごとに整備状況に格差があることは認識していただいています。市町村の意見や支部ごとの必要利用定員総数に基づき整備する必要があって、認知症デイサービスや小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス施設については、同一地域に集中しないように整備しなければいけません。課題としては、グループホームの必要利用定員総数を市町村単位で設定したり、他の地域密着型サービス事業所の整備を市町村の意見をもとに行うことによって、市町村ごとの整備状況格差の解消を行っているけれども、まだ完全に解消されたとは言い難いという認識も事務局にはあります。市町村ごとに考えたときのサービスとその量の状態をきちんと査定をするといえますか、把握をして、次の計画に反映させていく必要があります。

ただ一つ難しいところは、人間の生活圏域というのは、国や都道府県や市町村が勝手に引いた境界線によって決まっているわけではなくて、例えば、Aという町に住んでいるけれども生活圏域はBという町の病院や介護施設、あるいはスーパーなどを利用している人たちも当然いるわけです。そうした人たちに対するサービス提供をどう考えていくかというのは、どれぐらい資料が集まるかにもよるのですけれども、慎重に考えていく必要があります。だから、ある自治体で数値だけを見ると、サービスは十分だと言えても、どういう地域に生活の拠点があるかによって一人ひとりの高齢者に十分なサービスが届いていないこともあるわけです。実は、そういった問題も含めて考えていかなければいけないとすると、今日、井上委員から事務局にこういう資料も提供してくださいと要望があった地域ケアについて、検討する会議の意見を吸い上げて、例えば、それぞれの高齢者の生活圏をどう考えるのかも視点の一つとして我々は持つておく必要があるのではないかと思います。それが連合内だったらいいけれども、連合外であれば、近接する連合外の市町村とどのように協力・協働の体制をとっていくのかといったことも議論課題としてあるべきではないかと考えています。ですから、事業者に対する議論について、我々は非常にできにくいのです。この地域は事業が不在で事業を求めているので手を挙げてくださいという誘導ができるのかどうかも含めて、もう少し実効性のある計画を、第5期よりも第6期という形で行っていきたいと思っています。

制度そのものの問題性というのは、この会議の議論の対象にはなりません。ただ、連合の介護保険の取り組みを考えたときに、どうしても制度そのものに大きな壁があって、どんなに頑張ってもこれ以上問題を解決していくことができない場合には、やっぱり連合として県や国に対してそうした問題の所在を明らかにするような意見を申し述べていくことは、この会議の本丸ではありませんが、別途そうしたことも考えてもいいのではないかと考えているところです。

簡単な説明ですが、ご意見やご指摘等いただきながら、今日の2番目の課題に移っていきたいと思っています。何か私の問題認識について、もっとこういうふうに考えたほうがいいのか、このあたりも重要な課題ではないかということがあれば、今、少しお時間をとって出させていただきたいと思っています。もちろん今後続いていく会議の中で、その時々に出していただいても構いません。ひとまず今の時点で何かございましたら、ご遠慮なくご意見・ご質問なりいただければと思っています。いかがでしょうか。

## 井上委員

スライド5の「介護保険の利用の仕組み」を出してください。ここに国と都道府県と保険者の関係、要するに広域連合との関係が書いてありますが、介護保険事業というのは、あくまでも都道府県が計画を設定して事業内容を決めてやっていくわけです。都道府県の横に「保険者」がありますが、広域連合は地方自治体の集まりとして、保険者として存在しているわけです。ところが、また

別に北九州市と福岡市等の政令市も存在しているわけです。今回、第6期の計画を策定するということは介護保険事業の計画を策定するわけであって、介護保険事業の県全体の計画を策定するわけではないのですよね。

#### 小賀会長

そうです。

#### 井上委員

そうですね。それで、今日、お配りしている右肩に参考資料と書いた資料をごらんいただきたいのですが、これは厚生労働省老健局振興課が平成25年2月14日に発出した文書です。都道府県介護保険担当課御中ということで、都道府県が実施する「地域ケア会議」に対するQ&Aで、我々団体はこういうものを疑義照会通知と言うのですが、いろんな厚生労働省が発出する政策に対して、2ページ目からにあるように、各自治体担当者から出されたいろんな質問に対して、あなた方が疑問に思っていることはこうですよということが、疑義解釈通知で書いてあるのです。

最後に2つの図が出ています。「『地域ケア会議』を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ」として、5つの機能と実現までのイメージ図があります。要するに、厚生労働省老健局振興課が都道府県担当者にこういうことをやってください、県下でこういう事業をやってくださいということがイメージとして通知されているわけです。そして都道府県担当者は下の自治体担当者に介護保険事業とは別にこれを通知していると思うのです。この前、横にらみでやらないといけないと言いましたが、ここはあくまでも保険者の会議であって、事業担当者の会議ではないわけです。そこら辺の切り分けをうまくやらないと、広域連合から担当する地域包括支援センターに地域ケア会議についての指令が行く、また、都道府県担当者からも地域ケア会議に対する指令が行くことになり、行政上の指令と保険上の指令と頭が二つになっているわけですから、そこをうまく切り分けて広域連合の担当者と都道府県の介護保険担当者がうまく連携をしなければなりません。一番困るのは会議ばかり増えてしまって、広域連合の地域ケア会議、都道府県の介護担当者の地域ケア会議とならないようにしないと、現場の担当者は大変だと思いました。

#### 小賀会長

わかりました。まず、国からの指示を受けて、都道府県が地域ケア会議をつくりなさいと市町村に指令を出す。広域連合は広域連合で市町村連合体なので、こういう取り組みをやりましょうと構成市町村に対して指令を出す。そうすると二重の指令が飛ぶ可能性があるということをご指摘されたと考えてよろしいですか。

#### 井上委員

そうです。そこをうまく整理しておかないと、地域ケア会議の位置づけが市町村の大きさによっても違うと思うのです。そこはこれから議論することなのですが、まず、そこに気をつけておかなければなりません。あくまでも、保険者の視点、保険者がつくる保険者の事業計画案ということをはっきりしておかないといけないと思ったのです。

## 小賀会長

そうですね。そこは私も強調していなかったと思います。この領域でどういう事業計画をつくっていくのかはご指摘のとおりです。ただ、国からおりてくる都道府県の指令は、まず広域連合本部にきます。そして広域連合本部を通して市町村に行くという状況だと思うので、その2つの指令が双方から来ることは基本的になくて、広域連合本部と市町村とのかかわりの中で、国や県の施策が関係づけられていると考えてよろしいですね、今のところの事務の流れとしては。

## 田代委員

先ほど井上委員がおっしゃったのは、福岡県の高齢者支援課のほうも、各医師会や看護協会、薬剤師会などに、来年度はモデルで4地区ぐらいだけ保険者が中心となって、同じような市町村の地域ケア会議をつくるということを書いてきているのです。本部がやること、県がやること、地域包括支援センターがやることというふうに3つぐらいに分けて、モデルを4カ所でやるというシステムです。県の方にも申し上げましたが、広域連合なり市町村でやる地域ケア会議をどう区別させていくかということが見えないのではないかと私は思っています。

介護保険というのは、あくまでも市町村が実施主体です。だから保険者が全部決める。ただ、事業者については、県が指定するサービスと地域密着型のように市町村が指定する分がありますが、基本的には市町村が介護保険事業計画をつくっています。それを県に集めて、県が県としての計画をつくることになっているので、あくまでも介護保険については市町村が実施主体だと私は思っています。ただ広域連合というのは、自分の市町村単独ではできないから、一部事務組合のような広域連合の事務局をつくって検討して、各市町村は、広域連合の中で共有化して、連携してやってみましょうということになっていると私自身は思っています。

だから、さっき井上委員がおっしゃった地域ケア会議については、介護保険からやろうとしていることとの違いは、広域連合の支部も今後よく見据えていかなければいけないと思っています。

## 小賀会長

ありがとうございます。

## 瀬戸委員

さっき、小賀会長が出されたスライドの一番最後に、市町村単位の問題と連合の問題があり、連合だけど実際のサービスは市町村単位だということを我々は考えていかなければいけないということで、地域ケア会議もまさしくそこなのです。今、県が考えている地域ケア会議は、ちょうど宗像なんかは連合と単独保険者と一緒のモデルでやろうとしています。私はいいモデルだと思います。医師会としてやろうと賛成しました。連合と市町村単位がまじっているところでケア会議などについて連携するにはどうすればいいか。小賀先生が出されたスライドの最後は非常にいいお話だと思いました。

## 小賀会長

そのほか何かございませんか。

## 山口委員

組織内の課題もあると思います。広域連合内は介護保険事業計画策定委員会ともう一つ、地域包

括支援センター運営協議会があります。また、広域連合内には地域ケア会議と地域ケア連絡会があって、地域ケア会議と地域ケア連絡会の集約した課題というのは、地域包括支援センター運営協議会で協議すると事業計画には明記されていたと思います。ですから、ここで議論する内容は、地域包括支援センター運営協議会で議論する内容なのか、うちで議論する内容なのか、この場で役割をきちんと整理しておいたほうがいいと思います。

#### 瀬戸委員

山口委員が言われていることは、広域連合として整理する必要があります。地域包括支援センター運営協議会は本部にしかないわけだから。支部単位から市町村単位にできたけれども、広域連合の各市町村には運営協議会はないわけです。だから、地域ケア会議があっても運営協議会がないから、また、地域ケア連絡会には行っても運営協議会はないから、本部でやるわけです。それをどうするかというのは、山口委員が言われるように、この計画策定委員会で協議する話なのか決めないと、これは運協ではなくて本部全体の問題ですから策定委員会で協議してくださいと言われても困ります。

#### 山口委員

まさに地域ケア会議をどうするかというのは、運協の中で議論するべきものだと思います。

#### 瀬戸委員

それはどっちなのですか。

#### 小賀会長

基本は、あくまでも事業そのものの数値やメニューの問題だと思うのです。ただ、それを実施していくときに、同時に整理しておかないといけないところは、私たちとしてはこう考えるという意見を計画づくりの中に申し添えておくという形で、あとは、本部にそれをどうするかをお任せすることになると思います。

#### 井上委員

それは、どっちで議論するか事務局に決めていただくか、合同でやってもいいし、どちらか単独でやってもいいし、そこはこれからの課題だと思います。

もう一つ、最初から非常に疑問なのは、各地域の施設の占める割合とかを数値で示して、それをどうするか計画数値として出されていますが、これは具体的なものなのでしょうか。例えば、医療の世界であればわりとラフに占めるものであっても、県が策定する地域医療計画の中で、施設がどのぐらいで病床数がどのぐらいという形で出てきています。先ほどの話ではないですけども、それは指定権限を持っている都道府県が指定をするわけですから、ある程度の規制がかけられると思うのです。グループで、しかも指定医療機関がやっていますから、ある程度数は決まっています。病院として認可されなければ、病床を持つことはできませんので。でも、そうではなくて、民間事業者はみんな勝手にグループホームや小規模多機能をつくっています。そうしたら、地域医療の介護の施設数量、要するに供給量の予定や計画もなくて、ここで定期巡回が必要だとか言ったって、採算がとれないからと言って提供する民間事業者が出てこなければ、絵に描いた餅になるわけです。

先ほど小賀会長が説明されたように、介護保険の特徴は民間事業者の参入にあつて、サービス競争して、良質のサービスを低価格で提供できるというのが設立の趣旨だったわけです。そこと地域の提供サービスの妥当性の線は、理想だとは思いますが、一体これにどの程度の意味・拘束力があるのかということが委員会に出ている最初から疑問でした。皆さんはどういうふうにお考えなのでしょうか。

### 今里委員

無理やり数値を出さないといけないところがあります。実態としての地域間格差などいろいろな状況について、行政としての意味合いという目線でいけばコントロール下にあると思いますけれども、こちらは民間でやっているところで、市場原理が何たるものかがこの中に入ってくる可能性が十分あるわけです。公定価格の中でそれをコントロールするというか、数値化を目標としてやろうとするところは別だろうと思うのです。もっと上の施策的なものに縛りをかけない限り進まない、そこが検討課題になってしまうと思うのです。

### 井上委員

だから数字を出すにしても、どの程度出していけばいいのか、そこら辺の感覚がつかめないんです。

### 小賀会長

ほんとうに同意見です。これまでの計画と計画の実施については、数値を上げてリードしていく以外なかったのが現実です。例えばこれまでだと、自治体の数も多くて、支部ごとの高齢者人口や要介護認定者数についても、一定の対象者が存在していたから、とにかくこれまでの計画は、数値を上げていく、そして、それに伴って事業者が手を挙げて参入をしてきました。

もちろん、地域的な偏在というのは課題として残されていますが、今回、第5期を終えて第6期に向かうところで、高齢者、特に要介護認定者の人数とサービスの数字についてはほぼ拮抗してきているので、これ以上どんどんサービスを設定していくことではない。そうすると、やっぱり不均衡なところ、特にサービス提供がおくれているところに必要なサービスをきちんと提供していけるような計画のあり方というのが必要です。それが、おそらくこの第6期計画に求められてきていると思うのです。そこをひと工夫していかないと、連合内の要介護高齢者が本当に求めているサービス提供が展開できないのです。今回の事業計画策定委員会の大きな課題というのは、そこにあるのではないかと思っています。特に、我々の意見もそうですが、市町村が現状をどう分析しているのか、どのようなサービスが足りていないのかといった市町村サイドの問題提起をすくい取っていくような計画づくりをする必要があると漠然と思っています。そうすると、地域ケア会議などでどんな議論が行われていて、個々のケースにどんなふうに向き合っているのか、足りないサービスを地域ケア会議はどんなふう考えているのか等をすくい取っていけるような取り組みが別個に必要だと、これも漠然と思っていたところなのです。ただ一方には、地域ケア会議がそのような形で機能しきれているのかというのも課題としてあつて、やっぱり事務局から地域ケア会議に打診して意見を吸い上げてもらうようにしていただく必要があるかなと思います。ただ、地域ケア会議にだけそこを任せるのは非常に大きな労力がかかるので、市町村単位の介護保険担当係なりが主導的な役割を果たして、それぞれの市町村の状況や課題を積み上げていく形で計画をつくる時期に、現在移り変わっている、そういう認識で数値化を考えていく必要があると思います。だから、この支部、こ

の市町村についてはこういうサービスが必要なんじゃないですかといった提案の仕方も必要かなと思います。今まで事業者先行で来ているので、その流れを少し変えていくような計画のとり方を我々の中で集中して議論されなければいけない時が次の期になっているという印象を持っているところです。

#### 山口委員

地域ケア会議と本部との間に支部単位の地域ケア連絡会がありますが、そこで各市町村の課題を集約していただきたいと思っています。それぞれの市町村も高齢者人口が今後どう推移していくのかとか、医療と介護の連携ということも言われていますので、在宅医療に携わる医師や看護師がその地域にどれぐらいいるのか、介護保険の問題だけでなく医療やNPOなど別のサービスを含めて、足りているのか足りていないのかというところは、地域ケア会議から支部単位の地域ケア連絡会に上げて、そこで集約して確実にこの委員会に上がってくるような仕組みをまずつくっていただかないと、数字だけ上がってきても計画は立てられないと思います。

#### 小賀会長

支部単位での具体的な課題というものを地域ケア連絡会から提案していただくことをお願いするということですね。

#### 瀬戸委員

いい提案だと思うのですが、もう一步突っ込めば、広域連合の地域包括支援センターは市町村に1個ずつ作ったにもかかわらず運営協議会は本部だけです。そして地域ケア連絡会は支部単位ですよ。実は、医師会から広域連合の各市町村に地域包括支援センターと地域包括ケアについてどう思うか、地域ケア連絡会はどうなっているか尋ねても、市町村の担当者は必ず知りませんと言います。支部に聞いてくださいと言います。それで、支部に聞くと、本部に聞いてくださいと言います。

#### 山口委員

地域ケア連絡会の構成メンバーに各市町村は入っていますよね。

#### 瀬戸委員

市町村は入っていますが、各市町村は自分のところのという感覚があまりないのです。あくまでも支部の話という感じになっているのです。その市町村の地域包括支援センターの運用が。

#### 山口委員

お邪魔させていただいている感じですよ。

#### 廣津委員

私は一般応募で選出されて参加しております。第6期の計画策定ということですが、4つほど意見・要望を持ってきています。今、皆さんはシステムをどう構築していくかということをお話されていると思いますが、私は何をしたいかということをお話をいたします。

まず1つ目に、介護保険料の納付の合理性についてです。介護保険は制度ですからここではできないことはわかっていますが、世帯単位ではなくて完全な個人を単位にした所得で保険料を徴収す

るのが当たり前ではないかと思えます。

2つ目は、給付の平等化を図るというテーマがあります。広域連合からの報告書を読んでも、地域間で1人当たりの費用の使い方にひどく差があるのです。これは、どうしてこういうことになるのか私にはよく理解できません。

3つ目は、一次判定をする場合の認定のあり方です。訪問調査員が認定していくわけですが、何十項目のテーマがあるのでしょうか、もっと定量化を図るべきではないかと思えます。要するに根拠をもって、例えば病院に行けば血液検査や体力測定などいろいろできると思いますが、そういったものを行った上で介護度の認定をすることが必要なのではないかと私は思っています。

4つ目に、認知症の対策として、今、認知症専門医はほとんど地域にはいないと思うのですが、それを早急に養成していく講習会などを企画していく必要があるのではないかと思えます。

以上、この4点を考えております。

### 小賀会長

ありがとうございます。今のご提案の中には、直接的な課題にすることができないものもありますが、計画策定を考えていく上では、当然、頭の中に置いておかなければならない課題ばかりです。ご提案いただいたことは議論できませんということではなく、頭に置きながら、折々の課題を議論していくときに、ここはきちんと認識しておいたほうが良いということがあれば、何らかの形で今ご提案いただいたことも深めていきたいと思えます。

保険料の設定については、我々の会議でどれくらい課題として提案できるのかは私もよくわからないところです。

それから、認定審査のあり方は国が基本的なことを示して、原則そのとおりでやって、全国同じ判定結果が出るようになっていきます。ですから、例えば、調査員の養成のあり方を連合の中できちんとやっていくとか、先ほどの認知症の問題についても、調査員も含めて判断するときにより正確にサービスとの関係で判定が出るように考えていく等のことは必要だと思えます。

その他にいかがでしょうか。

### 井上委員

数値の検討について、今、かなりいい方向のお話が出たので、そういうやり方で数値目標の設定をやっていくということですね。

### 小賀会長

そうですね。

### 井上委員

それと、もう一つサービス提供事業者側から言うと、介護単位の設定でかなり動いている部分があるみたいです。私の住んでいる地域のサ高住で、今度、定期巡回をやろうとしているのです。それで、結構いい点数がついたら、夜は看護師もいるし、そんなに問題もないからもらおうかみたいな、そういう部分で数が増えてくる側面もあるということは含んでおいたほうが良いと思えます。単位の設定ですね。

下世話な言い方ですけども、来年はまた介護報酬は改定になりますから、そのときにどう動くかというのは、政府の政策上、どこに誘導して高点数をつけていくかによって、またどっと動きが

変わってくるという気がします。

#### 小賀会長

確かに事業者としてはそれで動いていくでしょうから、そうした視点もきちんと持っておかないといけませんね。

では、特にこれ以上のご意見がないようでしたら、ここで休憩をとってから事務局から提出されている資料の検討に移ることにしたいと思います。午後 5 時にはこの会場を出ないといけませんので、休憩は 16 時 15 分までということをお願いいたします。

( 休 憩 )

## 2 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

#### 小賀会長

それでは、時間になりましたので、会議を再開させていただきます。

今日、2 点目の課題につきましては、本日中には終了しませんので、次回の会議も含めて検討していくこととなります。資料に基づいて事務局から説明をよろしくお願いいたします。

#### 事務局

右肩に「第 1 回策定委員会 資料 1」とある A4 のホッチキスどめの冊子をお願いします。表紙をめくっていただくと関連施策一覧があります。大項目として「1 住み慣れた地域で暮らし続けるためのサービス提供基盤の整備」のところから、一番下の「8 事業計画の進捗状況等の点検・評価」まで八つの大項目があります。進行上、大項目ごとに説明させていただき、ご意見・ご質問をいただきたいと考えています。それでは、「1 住み慣れた地域で暮らし続けるためのサービス提供基盤の整備」をご説明いたします。

#### 事務局

では、ご説明いたします。まず「(1) 施策の目的及び概要」についてです。広域連合管内において安定的にサービスを提供するために、構成市町村の意向を踏まえながら、地域のサービス提供者と連携して必要な基盤整備を行っていくことを目的にしております。

続いて「(2) 施策の現状」について。地域密着型サービスの指定・更新にあたっては、介護保険法上、あらかじめ被保険者その他関係者の意見を反映させるために必要な措置を講ずる必要があるため、地域密着型サービス運営委員会を設け、指定事務に意見を反映しました。平成 24 年度、25 年度はそれぞれ委員会を各 4 回ずつ開催しております。平成 25 年度までにグループホームを 15 カ所、小規模多機能型居宅介護を 1 カ所、認知症対応型通所介護を 3 カ所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を 1 カ所、複合型サービスを 1 カ所指定しております。

1 ページめくって参考資料 1 をご参照ください。こちらが福岡県内の施設指定状況を一覧にしたものです。左の 24 年度、25 年度と書いてあるのは、それぞれの年度について、福岡県内で指定された数を示しております。グループホームは平成 24 年度に 30、平成 25 年度は 29 という数になります。うち、広域連合は 14 で、広域連合の占める割合は 23.7%になります。続いて、下の小規模多機能型居宅介護施設については、福岡県は平成 24 年度が 34、平成 25 年度が 25、合わせて 59 に対して、広域連合は 1、占める割合は 1.6%になります。認知症対応型通所介護施設については、福岡県は平

成 24 年度が 14、平成 25 年度が 3 の 17 に対して、広域連合は 3 で 17.6%になります。定期巡回・随時対応型訪問介護看護については、新しい制度なので、平成 25 年度のみ 12、うち広域連合が 1、8.3%になります。複合型サービスも同様に新しいサービスで、平成 25 年度に 7 つ、うち広域連合は 1 ということで 14.2%になります。実際には、グループホームについては、計画された数値はもう少しありまして、平成 26 年度に指定がずれ込んだ分がありますので、厳密には前回計画された数値とは少しずれていることを説明で申し添えておきます。

続いて、1 ページ戻っていただきまして、「(3) 評価指標」の説明に進みたいと思います。上から順番に、「指標 1 グループホーム整備」については、広域連合の事業計画の範囲内で市町村が必要に応じて計画し、それに基づいて整備を行っております。ここに書いております基準値というのは、平成 24 年度の利用者数見込みの計画値になっております。現状値については、同じく平成 24 年度の利用数の実績値となります。これは基準値の 2 万 2,235 人に対して現状値 2 万 2,359 人、101%になっております。続いて「指標 2 小規模多機能型居宅介護施設整備」について、広域連合の事業計画の範囲内で市町村が必要に応じて計画し、それに基づいて整備していることになっております。これについて、基準値は 3,994 人に対して現状値は 5,406 人、135%になっております。続いて「指標 3 認知症対応型通所介護施設整備」について、広域連合の事業計画の範囲内で市町村が必要に応じて計画し、それに基づいて整備しています。これは基準値が 3 万 5,919 人に対して現状値 3 万 7,471 人、104%となっております。「指標 4 定期巡回・随時対応型訪問介護看護施設整備」について、平成 24 年 4 月の制度改正により新設されたサービスで、広域連合の事業計画の範囲内で市町村が必要に応じて計画し、それに基づいて整備していることになっております。基準値は 3,823 人、平成 24 年度段階では施設がありませんので、現状値はゼロになっております。達成度もゼロ%です。続いて「指標 5 複合型サービス施設整備」について、平成 24 年度 4 月の制度改正により新設されたということで、指標 4 と同じでございます。これについての基準値は 113 人、現状値はやはりゼロということで、達成度もゼロ%となっております。ちなみに、指標 4 と 5 については、平成 25 年度に 1 件ずつ指定されております。

続いて、ページをめくってもらいまして「(4) 必要性」についてご説明します。グループホームは広域連合内ではおおむね充足しているが、市町村ごとに整備状況に格差があるため、市町村の意見や支部ごとの必要利用定員総数に基づき整備する必要があると考えております。認知症デイサービスや小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス施設については、同じ地域に集中しないように整備を行っていく必要があると考えております。

続いて「(5) 有効性」について。グループホームは、①必要利用定員総数に達していない市町村で、かつ整備率が広域連合平均以下、②整備率が県平均以下の市町村のいずれかの条件を満たす市町村からの意見をもとに整備を行いました。認知症デイサービスや小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス施設については、市町村の必要に応じた計画数をもとに基盤整備を行いました。これにより住み慣れた地域で暮らし続けるという地域密着型サービスの理念に従った環境を推進できたと考えております。

続いて「(6) 効率性」について。広域連合として地域密着型サービス運営委員会を設け、指定等を一本化することで効率的に事務を遂行することができました。また、継続的に専門的な知識を持った職員を担当者とすることで、効率的に事務を遂行することができたと考えております。

続いて「(7) 課題」につきまして、グループホームの必要利用定員総数を市町村単位で設定したり、他の地域密着型サービス事業所の整備も市町村の意見をもとに行うなどすることにより、市町村ごとの整備状況格差の解消を、今、行っているところでありますが、まだ完全に解消されたとは

言い難いため、継続してこの格差解消の努力を行っていく必要があることを課題として上げております。

「(8) 今後の方向」としては、グループホームの必要利用定員総数を市町村単位にすることを継続し、他の地域密着型サービスの拡充もあわせて、地域格差の解消という方向で努力を続けていくと考えております。

私からの説明は以上です。

#### **小賀会長**

ありがとうございます。今ご説明いただいたところでご質問・ご意見をどうぞ。

#### **田代委員**

2 ページの評価指標のところでは現状値は平成 24 年度となっておりますが、ほかのところの施策の現状や参考資料には平成 25 年度も入っています。ここの評価の現状値に平成 25 年度を入れることはできなかったのでしょうか。

#### **事務局**

申し訳ございません。平成 25 年度の数字について、ここはまだまとまったものが出ておりませんので平成 24 年度だけで作らざるを得なかったところです。

#### **田代委員**

でも、他のところは平成 25 年度も入っていますよね、現状とか。

#### **小賀会長**

何か理由がありますか。

#### **事務局**

平成 24 年度まで年度でご報告させてもらっています。国保連分の請求確定が 2 カ月遅れになりますので、3 月分のデータが固まっていないからです。固まり次第、追加で策定委員会のいずれかの回で平成 25 年度分はお示しできるかと思っておりますので、よろしくをお願いします。

#### **田代委員**

はい。わかりました。

#### **小賀会長**

その他いかがでしょうか。では、全体の説明が終わったところで、またご意見・ご質問をとり直しますので、引き続き事務局から説明をお願いいたします。

#### **事務局**

それでは「2 利用者本位の情報提供・相談体制の充実」についてご説明いたします。

「(1) 施策の目的及び概要」です。広域連合の施策、事業その他住民に必要な情報を広報し、介護保険事業の円滑な運営に資すると書かせていただいております。

「(2) 施策の現状」としまして4つの実績がございます。1つ目は保存用パンフレットで、こちらの「みんなで支える介護保険」という名前のパンフレットになりますが、被保険者向けに介護保険制度の概要、利用方法等を説明した独自で作成したもので、これを全戸配布しております。2つ目は福岡県介護保険広域連合のホームページの設置・運用です。広域連合のホームページを設置しまして、適宜更新することにより、被保険者及び関係事業者に情報の提供を行っております。3つ目としまして市町村広報誌の活用です。構成市町村の広報誌を活用しまして、保険料納付についての案内、それから、各種の募集事項等を市町村広報に掲載して広報を行っております。4つ目は広域連合だよりの発行です。組織の再編、例えば、地域包括支援センターの市町村移行など、そういった分について広域連合の広報誌「広域連合だより」という名前で発行しております。直近で言いますと、平成25年5月に発行しております。

続いて「(3) 評価指標」です。「指標1 保存用パンフレットの全戸配布」。発行部数は、広域連合内には34万世帯あり、全戸配布ですので34万部、100%と書かせていただいております。「指標2 ホームページの設置・運用」。こちらはアクセス回数で評価指標をはかっております。基準値としましては、昨年度の実績値を用いております。4万928回に対しまして、今年度4万9,366回で、121%と増加している状況です。「指標3 市町村広報紙の活用」ですが、トータルで4回広報への掲載をお願いしております。「指標4 広域連合だよりの発行」。発行部数は、こちらも全戸配布34万世帯分です。現状値は、すみません、「34回」と書いてありますが、「34万部」の間違いです。100%と書かせていただいております。

次の6ページ、「(4) 必要性」をお願いします。これらの広報活動を通じて、住民等に対して広域連合の活動及び介護保険制度について理解を得るために必要であると考えております。

「(5) 有効性」としましては、まず、保存用パンフレットは、制度等を説明する上で、住民及び介護保険関係者に対する効果的な資料と考えて作成しております。ホームページにつきましては、時間の制限なく情報や様式等が入手できますので、時間的、地理的制約の削減につながっていると考えております。

「(6) 効率性」です。市町村広報誌の積極的な活用で、情報提供の回数を増やすことができます。それから、費用の削減も図ることができていると考えております。

「(7) 課題」です。ホームページにつきましては利用する高齢者が増えてきておりますが、まだまだ不十分なので、より使いやすさや見やすさの向上が必要であると考えております。

「(8) 今後の方向」としましては、拡充と考えておまして、住民の求める情報の確かな把握に努め、より効果的な広報内容を検討したいと考えております。

以上で私からの説明を終わらせていただきます。続きまして、(2) に入りたいと思います。

## 事務局

7ページ「(2) 地域包括支援センターを核とした総合相談体制の充実」でございます。

「(1) 施策の目的及び概要」でございます。住民にとって一番身近な地域包括支援センター窓口の充実を図り、相談の解決に向けた体制の強化を図ることを目的としております。

「(2) 施策の現状」でございます。支部単位で設置しておりました地域包括支援センターを市町村単位に設置いたしまして、住民の利便性が向上しております。また、休日・夜間の対応につきましても、市役所または役場に連絡することで対応できるようになっております。続きまして、市町村の他部署との連携、情報共有等が柔軟にできるようになったという効果もございます。それから、市町村において地域ケア会議を適宜開催しております。続きまして、従前、支部単位で開催しており

ました地域ケア推進協議会について、別紙がございますが、そちらも地域包括支援センターの実務者等からなる地域ケア連絡会として再構成させていただきまして、支部単位で地域包括ケアの推進に関する情報交換や今後の方策等の検討を行う体制として整備しております。それから、地域包括支援センターは各市町村単位にはなっていますが、地域包括支援センターの管理者を集めた管理者会議というものを33市町村集めて実施しております。続きまして、地域包括支援センター運営協議会を年3回から4回開催するようになっていますが、そこで事例報告等を行って今後の課題等を検討するといった取り組みを行っております。

「(3) 評価指標」でございます。まず一番大きいものは「指標1 市町村単位に地域包括支援センターを設置」です。今まで支部単位だったものを市町村単位にするところで、基準値は33市町村です。本来であれば、本年度も含めて3カ年で設置する予定でしたが、前倒しで実施しており、平成25年度までに全て移行している状況でございます。続きまして、「指標2 地域ケア会議の開催市町村数」で、こちらは照会をかけたりヒアリングとかで把握したわけですが、地域ケア会議について国が言う形で行っているかどうかは別として、やっているかどうかについて尋ねて回っているところです。それが33市町村の全市町村でされていたので、100%と達成度を記載させていただいております。続きまして「指標3 地域ケア連絡会の開催支部数」です。支部単位で地域包括支援センター職員等の間で情報交換等を行うものですが、現在8支部ございまして、そのうち開催しているのは6支部で、数字にいたしますと75%の達成度になっております。「指標4 センター運営協議会の開催回数」でございます。こちらのセンター運営協議会は年3回から4回で、最近3回開催が多いですが、2カ年6回開くところを6回とも開けているところで100%とさせていただいております。

ページが変わりまして「(4) 必要性」でございます。地域包括支援センターの業務実施体制の強化を図るといところです。地域の課題を明らかにし、問題解決へ向けた議論を市町村の枠を超えさまざまな方面から行うことにより、さまざまな施策を検討し、住み慣れた環境で暮らし続ける基盤の整備を行うことができるところで整理をしております。

「(5) 有効性」でございます。地域包括ケア推進の中心的役割を地域包括支援センターが担うが、地域の課題を多方面から検討することで、より効果的な対応を行うことができるということにしております。

「(6) 効率性」でございます。市町村の独自性を生かした地域包括ケアの構築が可能となる。各地域で議論した内容を集約することで情報の共有化を図れるとともに、制度的な問題については、広域連合として国へ要望することができるかとまとめております。

「(7) 課題」でございます。地域包括ケアは、市町村の施策と密接にかかわるもので、市町村の取り組み状況に非常に左右されるといった面がございます。続きまして、地域ケア連絡会、地域ケア会議の内容が地域包括支援センター運営協議会に全て伝わっているかということ、必ずしも伝わっていないといった点、それから、それぞれの地域ケア会議の構成員も、住民代表が入っていないとか、さまざまな問題があり、国の想定するものとは現在異なっている状況でございます。

「(8) 今後の方向」です。内容的には拡充していきたいと考えております。説明及び具体的な内容は、市町村の状況に応じた地域包括支援センター業務実施体制強化の支援に取り組むほか、地域ケア会議（市町村）、地域ケア連絡会（支部）、地域包括支援センター運営協議会（本部）の会議内容の充実を図ってまいりたいということでございます。

1ページめくっていただきますと、参考資料2-1としまして、それぞれ地域包括支援センター運営協議会、地域ケア連絡会、地域ケア会議についてとりまとめております。左の地域包括支援センター運営協議会については、必要性は法定であるところがございます。真ん中の地域ケア連絡会は広

域連合独自で持っています。一番右の地域ケア会議は、法制化して明記されることとなりますが、国の施策として推進していくといったところです。それぞれの目的・業務につきましては、こちらに整理しているとおりでございます。

現在、こういった本部、支部、市町村といった三層構造で考えていますが、たしか第5期の計画の段階では、支部の地域ケア連絡会というのが、地域ケア推進協議会という名前で記載していました。それについての経緯でございますが、それが次ページの参考資料 2-2 でございます。基本的に本部、支部、市町村という構成は変わっていませんが、従来、支部で行っていた地域ケア推進協議会は、内容的に地域包括支援センターの職員であったり、当時は支部単位に地域包括支援センターがございまして、支部の支部長がセンター所長をされていたので、所長主宰で集めて地域の専門職種の方に来ていただくといった取り組みをしていました。しかし市町村に移行することにより、支部単位で専門職の方を集めたりするのはなかなか難しくなるということもございましたので、支部単位で実務者連絡会を開くような形で開催したらどうかと。それによって、市町村で取り組むべき地域ケア会議が進むのではなかろうかという期待を込めまして、再構成させていただいております。詳細な説明は割愛させていただきますが、そういった流れで第5期にありました地域ケア推進協議会を地域ケア連絡会という形に変えさせていただきまして、実務者の意見交換の場ということで整理させていただいております。

私からの説明は以上です。

#### 小賀会長

ありがとうございました。本日は、今ご報告いただいた2の(1)(2)のところまでご意見・ご質問をとって、ひとまず会議を終えたいと考えています。ご意見・ご質問をお願いします。

#### 廣津委員

今の説明を聞く限りでは、介護保険をよく知った人はなるほどわかるかもしれませんが、ほとんどの人は介護保険料は払っていても、介護保険そのものについて理解できていないのです。5ページの指標1に保存用パンフレットの全戸配布とありますが、誰がどういうルートで配っているのか、実際にきちんと行っているのか、ちょっと疑問に思っています。やっぱり介護保険のサービスを利用していないが保険料を払っている人達もきちんと大事にしていかなければならないと思うのです。どういう時にどう申請していいかもわからない、そういう人がたくさんいるのです。そこの掘り起こしをもう少し検討してもらいたいと思います。パンフレットはどのように配っているのかよくわからないです。以上です。

#### 小賀会長

パンフレットの配布状況や配布方法についてお分かりになればお願いします。

#### 事務局

事業計画書を配るわけにはいきませんので、前回、委嘱状交付式の際にお配りしたこのパンフレットをお配りしております。

配布方法については、広域連合から市町村に対して、例えば「豊前市では何部必要ですか？」と聞きます。それに対して豊前市からサービス事業所や地域包括支援センターに置いたり、住民に配る分をあわせて部数はこれくらいくださいという要望が来ます。その部数を豊前市にお送りします。

区長や民生委員等を通じて配布される場所もありますし、シルバー人材センターにお願いして戸別に配布される場所もあります。自治会に入っていない方については、市町村の担当窓口に行けば置いてあるという形をとっているようです。

#### 井上委員

事業計画策定について、どこの項目にも金額が入っていないです。それで、例えば34万部刷ったならそれでいいのですが、幾らかかっているのでしょうか。

#### 小賀会長

それについてはいかがでしょうか。

#### 事務局

金額について、井上委員が言われているのは、これはあくまでも事業計画であり、事業計画書というのは将来的に計画期間内に何人位の高齢者がいて、そのうち認定者がどのくらいいるのか。その結果どの位サービス基盤を整えなくてはいけないのか。そして、給付費としてどのくらいの金額が必要なのだろうか。そこで金額をお示ししないと、保険料が決まってきません。井上委員が言われている部分はこの委員会へ委嘱した内容ではありませんので、金額の提示は控えさせていただきたいと思います。

#### 井上委員

開示できないということですか。

#### 事務局

控えさせていただきたいと思います。

#### 井上委員

じゃあ、給付費以外の予算なり決算は開示できないということですね。

#### 事務局

それはこの策定委員会の審議内容には沿わないと思っています。

#### 井上委員

そうですか。

#### 事務局

はい。事業計画を策定したら、当然、住民に周知すべきだと思っています。それで3年間の保存用という形で、パンフレットを作成しています。介護保険の事業計画書に関しては行政文書になりますので、住民への配布までは予定しておりませんし、このままでは分かりづらいので、パンフレットを作成しています。それとは別にホームページでは、こういうふうに変わりますよ、こういうふうなインフルエンザの予防をしてください等というのは、国・県を通じて情報が来ますので、管内の事業所には周知徹底を図ります。

次に、市町村の広報紙の活用というのは、今、言われたように費用対効果の面を考えれば、市町村広報のページをあけていただいて、必要なものに関しては市町村広報の中に掲示してもらうことで費用の削減を図っていくと書かせてもらっています。

#### 廣津委員

この評価指標というのは、本部が行動を起こしたことに対する評価指標なんですか。

#### 事務局

事業計画書の中で平成 24 年度から平成 26 年度までに構成市町村を含む広域連合全体で取り組む施策目標となります。

#### 田代委員

私もずっと行政にいましたので発言しますが、基本的にこれは周知として必ずしなければいけないことです。今、事務局がおっしゃったように、どんな形でするにしろ周知はしないとイケないのです。ただ住民の方というのは、自分がその立場にならないとなかなか気がつかないで、パンフレットはどこかに置いたままにしてしまうものです。

#### 事務局

事業所にもお配りしていますし、何部要りますかと市町村が必要な部数だけ本部が印刷してとり揃えているんです。市町村のほうで配布経路なり、配布目的なりを積算されて 34 万部です。それから 3 カ年の間に年齢到達された方の説明にも使っています。

#### 田代委員

それでいいと思います。広域連合からではなくても、市町村から送っていただくということで。また、おっしゃられたように市町村に残しておく部数も要るでしょうから。どのようにしたら皆さんのお手元に届くかということが大事だと思います。

#### 因副会長

私もお願いしたいことが 2 点あります。実際の状況について説明を受けて第 6 期計画の策定に入っていきますが、今日説明していただいた 2 ページの指標 4 と 5 について、今日おっしゃらなくて結構ですが、これは全国的に問題になっていることとして定期巡回・随時対応型訪問介護看護と複合型サービスの基準値と現状値が全く合わないのです。事業所が全くなかったのがゼロですということですが、なぜ事業者の参入がなかったのか、その辺を第 5 期の総括として聞きたいです。

それからもう一つは、介護予防訪問介護と介護予防通所介護が総合事業に移行することが野党の大反対の中、国会で既に通りました。要支援者が助け合い組織や NPO 主体でやっていくことに 3 年かけて移行するという事なんです。第 6 期計画をつくる時に、ここは大きな課題になっていくだろうと思います。そこでお願いですが、ほんとうに助け合い組織やボランティアが地域の中にあるのか、その辺を情報として教えていただきたいと思います。今日は宿題として、次回またはその次の会議で教えていただけたらと思います。以上です。

### 小賀会長

ありがとうございました。では、今の質問については次回の会議で回答をいただきたいと思えます。

### 藤村委員

今の因副会長のご意見と関連のある部分ですが、地域ケア会議や地域ケア連絡会で話し合いが行われているわけですから、そこで出ている課題をお示しいただくと、その課題が地域包括ケアの直接的な課題になって、今言われたようなNPOやボランティアの参入もそこに期待しないといけない部分になります。今、話しあわれている部分で、ある程度の課題のようなものが見えているのであれば、教えていただければと思います。

### 瀬戸委員

これは先生がおっしゃるように地域包括ケアの絡みがあつて、もともと僕が理解していたように、「(7) 課題」として上がっているように地域ケア会議には住民代表が入っていないとか問題点は自分たちで十分わかっているわけです。

それから地域ケア連絡会というのも、そもそも地域包括支援センターを広域連合の中につくるときに運営協議会を本部にしかつからないということで、医師会とは大議論になりましたよね。そんなシステムがうまくいくはずがないと。そのときに、地域ケア連絡会を各地域につくって、これが運営協議会を補完するというお話でした。だけど、これを見たら、こんなものは組織内会議です。これでは補完することにならないから、第6期にはこの第5期までの反省を踏まえてどうするかということをしないと困ると思います。

### 小賀会長

では現時点での課題について、どう受けとめているのかについてもよろしくお願ひいたします。

もう時間がありませんので、申し訳ありませんが、本日はこれで会議を閉じさせていただいて、本日積み残した課題は次回新たにご説明いただいたところで、質疑、あるいはご意見を募りたいと思います。どうもありがとうございました。

以上