

第6期介護保険事業計画 第11回策定委員会 議事録

【開催日時】平成26年12月1日（月） 13時30分～15時30分

【開催場所】パピヨン24 3F 8号会議室

【出席者】（敬称略、50音順）

策定委員：小賀会長、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6期介護保険事業計画素案について

【会議資料】

- ・ 資料 1：介護保険制度改正（地域支援事業）への構成市町村の対応について
- ・ 資料 2：計画原案の修正について
- ・ 資料 3：計画原案第9章（介護保険事業費の算定）の構成について

..... 【議 事 内 容】

事務局

それでは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11回介護保険事業計画策定委員会を開催いたします。小賀会長は議事の進行をお願いいたします。

小賀会長

皆さんこんにちは。先週に引き続き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。
先週の会議で第10章まで検討を進めてまいりましたが、前回の議論を踏まえ事務局が新たに訂正資料を3点作成していただいておりますので、まずこの資料から説明していただいてから中身の再検討に入りたいと思います。それでは、事務局は説明をお願いいたします。

1 第6期介護保険事業計画素案について

事務局

まず本日の資料の確認からさせていただきます。前回の委員会で使用した「介護保険事業計画【第6期】原案」は皆様お手元にご覧いただけますか。それから、本日机上に資料1「介護保険制度改正（地域支援事業）への構成市町村の対応について」、資料2「計画原案の修正について」、そして資料3「計画原案第9章（介護保険事業費の算定）の構成について」という3点の資料をお配りしております。こちらも皆様お手元にご覧いただけますか。それでは、簡単に資料のご説明をさせていただきます。

まず資料1「介護保険制度改正（地域支援事業）への構成市町村の対応について」からご説明いたします。表紙をめくっていただきますと表があります。広域連合の33構成市町村に対し、10月に総合事業等の実施時期についてヒアリングいたしました。開始年度についてまとめたものがこの表となっております。

続きまして、資料 2「計画原案の修正について」をご覧ください。こちらにつきましては前回の第 10 回会議でご指摘いただいた点、それから口頭で修正した部分の差し替えになります。ご説明いたしますと、1 つ目の“介護支援専門員（ケアマネジャー）の表記方法が複数混在しているので統一した方がいいのではないか”というご指摘と、2 つ目の“障がいの「がい」をひらがな表記にするか漢字表記にするか”という点については、別紙 A の「用語の使い方について」にまとめております。「ケアマネジャー」については“狭義では「介護支援専門員」の資格を有する者を指すが、広義では資格の有無に関わらずケアプランを作成する者を指す。”事といたします。「障がい」の表記については、基本的にひらがな表記とし、必要な部分については「障害」と漢字表記させていただく事といたします。目次の次のページに「障がい」と「ケアマネジャー」の定義について付け加えます。

3 つ目の原案 9 ページ「2. 介護保険事業の業務」-本文 2 行目“申請や相談の受付に関する業務や地域包括支援センターの運営等の地域の実情に応じた地域包括ケア推進”について、“地域包括支援センターの運営等”は不要ではないかというご指摘については、「別紙 B」に修正版を記載しておりますとおり“申請や相談の受付に関する業務や地域の実情に応じた地域包括ケア推進”と、ご指摘どおり削除しております。

4 つ目の人口の実績の数字は国勢調査人口と住民基本台帳人口どちらを使用しているのかというご指摘については、「別紙 C」をご覧ください。平成 7 年、平成 12 年は国勢調査の人口を使用しており、平成 17 年度以降は住民基本台帳のデータとなっております。また、原案では構成市町村がバラバラになっておりましたが、合併等で構成数が変わっておりますので、今の構成市町村にあわせて全て 33 市町村で統一し直して記載しております。

5 つ目について、こちらは前回の委員会で口頭で修正させていただいた部分になりますが、「別紙 D」が修正分になりますので差し替えをお願いいたします。

6 つ目について、原案 79 ページ「4. 給付の適正化」につきましては「別紙 E」をご覧ください。原案では 1 つの文章になっておりましたが、「(1) ケアマネジメント等の適正化」、「(2) 事業者指導・介護報酬請求の適正化」という事で、2 つに分けて記載しております。

「別紙 F」は、原案 81 ページ「7. 事業計画の進捗状況等の点検・評価」について、原案では「7. 事業計画の進捗状況等の点検・評価」と「第 2 節 計画の進行管理」-「1. 進行管理の体制」として 2 つに分けて記載しておりましたが、「別紙 F」では「7. 事業計画の進捗状況等の点検・評価」として 1 つにまとめております。

続きまして、資料 3「計画原案第 9 章（介護保険事業費の算定）の構成について」ですが、原案には第 9 章は何も書かれていなかったため、骨組みと、お示しできる部分について少しですが記載しております。まず、資料 3 の 75 ページをご覧ください。「第 1 節 介護保険事業費の算定」-「1. 介護保険給付費の算定手順と介護保険事業費の負担割合」という事で、こちらは事業費の費用負担の割合について記載しております。第 6 期と第 5 期の計画における比較を表でお示しております。変更点としては、65 歳以上の第 1 号被保険者が第 5 期では 21%でしたが、第 6 期では 22%の費用負担割合になるという事です。それに合わせまして、第 2 号被保険者も第 5 期では 29%でしたが、第 6 期では 28%の費用負担割合になります。第 1 号被保険者と第 2 号被保険者合わせまして 50%の費用負担割合という点について変更はございません。次に 76 ページ「2. 介護保険サービス給付費と地域支援事業費の見込み」について、「(1) 介護保険サービス給付費の見込み」は調整中ですので数字は記載しておりません。77 ページ「(2) 地域支援事業費の見込み」も調整中ですのでございまして、今後の課題になってくるかと思っております。78 ページ「第 2 節 保険料の

算定」ですが、「1. 所得段階別保険料」について、前回の会議でもう少し多段階にできないかというご指摘をいただきましたので、国の標準所得段階の9段階をもう少し多段階にしていこうと考えています。広域連合として調整して、また見直していくという作業になろうかと思えます。次に79ページ「2. グループ別保険料」ですが、このページ以降はグループ別保険料について記載しております。80ページには保険料グループ構成の一覧表を記載しております。構成市町村数をAグループは8市町村、Bグループは17市町村、Cグループは8市町村で区切っております。区切り方としましては、平成24年度、平成25年度介護給付費の合計を、平成24年度、平成25年度の高齢者人口の合計で割って高齢者一人あたりの給付費を算出しております。これを高い方から順に並べまして8市町村、17市町村、8市町村をAグループ、Bグループ、Cグループとなるように序列をつけて区切っております。これは第5期でも同様のグループ別の構成をしております。次に81ページ、こちらには地図を掲載予定でございますが、地図は現在作成中ですので未掲載となっております。次に82ページにつきましては、具体的な保険料額の算出方法を記載することになりますが、まだ調整中でございます。83～85ページに関してもグループ別の保険料額の算出の根拠を調整しているところです。最後に86ページ「(2) グループ別保険料」には年間のグループ別保険料の具体的な金額を一覧表として記載する予定です。以上で説明を終わります。

小賀会長

ありがとうございます。それでは、ただいま事務局から説明がありました資料1「介護保険制度改正（地域支援事業）への構成市町村の対応について」、資料2「計画原案の修正について」、資料3「計画原案第9章（介護保険事業費の算定）の構成について」のどこからでも構いませんので何かご意見・ご質問がございましたらお願いいたします。

田代委員

資料2の「別紙F」について、下から4行目に“この点検・評価結果については、第5期計画と同様に、介護保険事業実施効果検証委員会に報告し、検証を行っていただきます。”とありますが、他の箇所はすべて“努めます”や“行います”という言葉になっていますので、ここも“行います”でよいと思います。他の箇所と表現を統一した方がよいのではないかと思います。

事務局

分かりました。

小賀会長

他にはいかがでしょうか。それでは、本日追加で提出された資料の1、2、3についてはこれでよろしいですか。

それでは、再び第6期介護保険事業計画の原案について議論したいと思います。前回の会議では第10章まで検討を進めてまいりましたが、付属資料についてもご意見があればいただきたいと思えます。いかがでしょうか。

特にないようでしたら原案全体を通してご意見・ご質問をいただきたいと思えます。

廣津委員

原案54ページの「図表7-9 介護保険サービス利用量の推計グラフ（居宅サービス）」について

て、平成 29 年度までの計画を作って、見込みとして平成 37 年度までを考えるとというのは理解しておりますが、訪問介護の利用量推計が平成 29 年に突然 300,000 (回/年) になっていますが、平成 28 年度までは 3 倍の 900,000 (回/年) 以上です。要するに地方に訪問介護の予算がまわる事になるので広域連合の給付費はいくら減るんでしょうか。市町村がまかなう事になるのでこの分広域連合の予算が減っているはずですよ。

事務局

ご指摘の件ですが、原案 54 ページの訪問介護と原案 56 ページの通所介護についてはグラフの右側の単位を見ていただきたいのですが、仮に平成 29 年度に 33 市町村すべての訪問介護と通所介護が総合事業に移行した場合、推計は 0 (人/年) となり、この分は総合事業に移行します。

廣津委員

予算に余裕ができるという事ではないのですか。

事務局

いいえ。総合事業に係る財源は介護保険料と公費から出ます。

廣津委員

介護保険料を市町村にまわすという事ですね。新たに予算を付けるような事はどこにも書かれていないのでどうなのかと思ってお聞きしました。

瀬戸委員

グラフはこのように書くものなんですか。

田代委員

説明がいます。

山口委員

分かりにくいです。

小賀会長

サービスがなくなってしまうような錯覚を与える可能性がありますね。

廣津委員

私はそう思いました。

山口委員

原案 54 ページに“介護予防訪問介護・介護予防通所介護は平成 29 年度に地域支援事業の「介護予防・日常生活支援総合事業」へ移行します。”という説明が本文 1～2 行目に書いてはあるんですけど。

小賀会長

グラフの作り方については、分かりやすいように工夫できるのであれば考えていただけますか。

事務局

はい。見やすいものにいたします。

小賀会長

よろしく願いいたします。

廣津委員

原案 59 ページの認知症対応型通所介護のグラフの数字について、平成 25 年度～平成 28 年度までの 4 年間のグラフの上昇具合と平成 29 年度～平成 37 年度までの 9 年間のグラフの上昇具合の平均をとってみると、平成 29 年度～平成 37 年度までの 9 年間は 1.5 倍になっているのに対して、平成 28 年度までは 1.2 倍と 0.3 倍ほど増加率が上昇しているんですが、認知症対応型通所介護の利用量推計の増加率が急激に上昇していくという根拠は何かあるのでしょうか。

小賀会長

事務局はいかがでしょうか。

事務局

59 ページのグラフについては、平成 28 年度までは 1 年ごとに利用量の推計を出していますが、平成 29 年度からは 3 年ごと、平成 32 年度からは 5 年ごとになっています。平成 29 年度以降も 1 年ごとにすればもっと緩やかな上昇となります。

廣津委員

平成 29 年度から増加率が 1.5 倍になっている根拠をお聞きしたいんです。

瀬戸委員

団塊の世代が高齢者になるので、認知症の方が増えるんです。

廣津委員

団塊の世代が関係しているんですか。

田代委員

団塊の世代を対象として平成 32 年度、平成 37 年度の計画を作りなさいという国の方針がありますし、やはり団塊の世代が関係します。

廣津委員

国の指針に基づいて“増える”という見込みを入れろという事ですか。

瀬戸委員

該当者の実数が増えるでしょう。

廣津委員

増えるかどうかは分かりませんよね。何か根拠があってこのグラフを作っているのか知りたいだけです。

田代委員

平成 32 年度に団塊の世代の 270 万人がいっせいに 75 歳になるので、おそらく増えるだろうという推計です。

廣津委員

人口構成が関係しているんですか。

田代委員

80 歳以上になると認知症になるリスクが高くなりますので、団塊の世代が 80 歳になると実質的に認知症対応型通所介護の利用量が増えるという事です。

小賀会長

廣津委員がおっしゃるとおり、あくまで予測です。予測ですがかなり確実な予測です。

廣津委員

団塊の世代が増えるから利用量も増える“だろう”という予測という事ですね。

小賀会長

はい。

廣津委員

それが聞いたかったんです。増加率が上昇していたので気になりました。まさか勢いで決めたわけではないだろうとは思ってはいましたが。

小賀会長

もちろん積極的に予防介護の取り組みにお金と人手をきちんとかけていくという国の改正案が出れば、確かにこのように急激に増えるかどうか分かりませんが、今のところそういった政策の変更も見られないようですので、やはり自然増の場合を考えてこのように備えておく必要があるという事だと思います。

廣津委員

それで、増えるということですね。

小賀会長

はい。

廣津委員

あまりにも上昇具合が違うので、どういう検証をしたのかなと思ってお聞きしました。

小賀会長

グラフの作り方も途中までは1年ごとなのに途中から数年おきになっているので混乱するんだと思います。

廣津委員

だから、私はきちんと計算して1年ごとの数字を出したんです。

小賀会長

このグラフだけを見ると突然増加しているように感じますよね。A4版でグラフを一つのサイズに合わせようとするとしてもこのように混乱を招いてしまうかもしれません。

事務局

第6期計画に関しては、基本指針で記載すべき内容として平成32年度、平成37年度についても推計し、長期的な目標を定めるという事になっております。グラフ自体は平成29年度までは第6期になりますので、これを同じスケールで伸ばしてしまうと見づらくなってしまいます。

田代委員

目盛を変えたらどうでしょうか。平成29年度までは1つの目盛を狭めて、平成29年度～平成37年度まではもう少し横の幅をとって広くしてはどうでしょうか。

廣津委員

理解したのでグラフの修正は必要ありません。ただ、急に増加率が上昇した理由をおたずねしたかっただけなので変更するまでもありません。

小賀会長

グラフは工夫ができるようであれば、工夫していただいた方がいいかなと思います。よろしく願いいたします。その他にいかがでしょうか。

山口委員

原案79ページ「4.給付の適正化」について、第3号被保険者の適正化はできていないですね。そもそも権限はないと思いますが、保護課と申し合わせや連携といった事はされているのでしょうか。

事務局

第3号被保険者の適正化については、福祉事務所で適正なプランを作ってもらう事にしておりますので、連携をはかっております。

小賀会長

おそらく第3号被保険者に対してのみ抽出して議論をすると、やはり問題が起こると思います。だから、おしなべて適正化を実施する以外にはないと思います。

個人的な意見ですが、適正化という言葉が出た時に、どうしても印象としては現状も反映しているとは思いますが受給するサービスを縮小していく方向ですけれども、やはり基本のサービスを十分に受けていない当事者もいらっしゃいます。利用者負担の問題も出てくるでしょうし、第3号被保険者については、自分が直接費用を負担していないからという意味合いで利用を控えてしまうというケースもあるかもしれません。ですから、サービスを適切に利用していただくような取り組みも合わせての適性化だと思います。そこは私たちもきちんと認識をしつつ、議論を重ねていく必要があると思います。その他はいかがでしょうか。

廣津委員

原案31ページ「図表4-4 居宅サービス給付費の推移グラフ」について、グラフには「訪問介護」「通所介護」「通所リハビリ」「福祉用具貸与」の4つのデータがありますが、その上昇具合を見てみると「通所介護」の給付費が平成26年度3月までに1億円ほど増えています。これは事業所数の関係もあるかもしれませんが、他の居宅サービスにはあまり変化がありません。

そして「特定施設入居者生活介護」の給付費が「通所介護」の給付費の次に高いんですが、これは2,000万円程度しか増えておりません。つまり「通所介護」だけが極端に高くなっています。このように増加率が非常に高いサービスについて第6期で考慮しておかなくていいのでしょうか。

小賀会長

ただいまのご質問について、事務局はいかがでしょうか。

事務局

ご指摘いただいた原案31ページ「図表4-4 居宅サービス給付費の推移グラフ」について、これはすべて平成24年度～平成26年度の実績で作成しております。

廣津委員

他の居宅サービスはあまり大きな変化がないのに、「通所介護」だけがずっと増加している事について、このように増加率が非常に高いサービスがあるという事は実績値が計画値をオーバーしてしまう要因になっていくと思います。ですから、何か対策を考える必要があるのではないのでしょうか。

事務局

第6期の平成27年度～平成29年度については、平成24年度、平成25年度の実績から推計を出しております。例えば、原案56ページ「図表7-11 介護保険サービス利用量の推計グラフ（居宅サービス）」の通所介護のグラフでは、総合事業に移行する前の平成28年度までは実績を考慮した上で右肩上がりに上昇した推計を出しております。

廣津委員

私はこの上昇に対してどう取り組むのかという事ではなく、上昇を抑えた方がよいのではない

かとの考えを持っています。

小賀会長

通所介護サービス自体を縮小していくという事でしょうか。

廣津委員

どのような方法があるのかは知りませんが、やはり私は増加していくサービスに対しては何か対策を考えないといけないと思います。民間業者だったら絶対に何か対策をとっています。その対策は色々あると思いますが、そういう事は考えておかなくていいのかというのが私の考えです。

田代委員

今の件に関して、私は通所介護の給付費が増加しているというのはそれだけニーズがあるという事で必要だと思うんです。高齢者がデイサービスに行っている間に働きに出られる家族の方もいらっしゃるでしょうし、そうすると家族も助かり、本人のQOLも上がるという事から考えると、私は必要だと思います。ただ、この第6期で同じ通所介護の中でも要介護1～5までの方と要支援1・2の方で分かりますので、私はこれが廣津委員が今おっしゃったような事が少し区別されて是正されるのではないかと思っています。だから、本当に必要な方はデイケアやデイサービスに行けるんですが、要支援の方に対してはそこがもう色々な段階のレベルでボランティアやNPOのところに行くようなシステムを第6期でつくるのではないかと思っています。

小賀会長

この件について、いかがでしょうか。

廣津委員

そういう事は分かりません。ただ、実績を見て感じたことを意見しました。やはり給付費について、実績値が計画値に近づいているので一生懸命取り組まれていると十分理解できます。ですが、こうするともっと実績値が下がって、ひいては保険料の低下になっていくのではないかと考えて意見させてもらいました。

小賀会長

ありがとうございました。他にご意見等ございませんか。

井上委員

もし今のご意見を介護保険事業計画の中に反映させたいのであれば、規制という用語弊があるかもしれませんが、県に対して規制をお願いすると、施設数をある程度抑えていく事ができます。この地域については、この介護サービスの供給量はこの程度が適正であるという基準を出すということです。基本的に日本の行政は申請主義ですので、施設整備の申請が出れば受け付けざるをえません。そして、それを許認可しているのは県です。広域連合は保険者なので、請求されたものを支払うしかないんです。県が認可した施設の請求、もしくは自治体で認可したものについての請求が上がってくれば保険者は支払うしかありません。これに似た事として県の地域医療計画というものがあまして、県内の各種病床数の規制は県の中で話し合われて規制がかかります。

また、提供施設側の数が需要を作り出す事もあります。将来的には廣津委員がおっしゃっている事は必要だろうとは思いますが、それは大体 2025 年くらいまでで、それ以降は高齢者数が減っていきますので、そこでまた介護保険事業計画を見直すという事になるかもしれません。

小賀会長

他にご意見等ございませんか。

田代委員

一つよろしいですか。原案 87 ページ付属資料「要介護度認定の目安」について、ページの下に“清潔”と“障がい”の用語の説明が記載してあります。非常に分かりやすいんですが、原案の最後にも付属資料として用語の説明が出てくるので、これは 2 ヶ所に同じ説明を付けるという事でしょうか。

事務局

本日修正させていただきましたが、まず計画書の巻頭に注釈があった方がいいのではないかと、本日お配りした資料 2 の修正分は目次の次に付けさせていただく予定です。そして、前回お配りしている原案の 87 ページと重複する分は省略させていただこうと考えております。

田代委員

それでは“清潔”の説明については、このまま 87 ページに記載するという事ですね。

事務局

はい。

小賀会長

よろしいでしょうか。それでは、休憩をとりたいと思います。

(休憩)

小賀会長

それでは会議を再開いたします。全体を振り返ってでも構いません。どこからでもご意見・ご質問等あればお願いいたします。

井上委員

もし、現在事務局が持っている案があればどのような多段階化を行う予定なのか教えていただければと思います。

事務局

現時点では、まだ検討中です。

井上委員

多段階化という基本的な部分は変わらないという事ですか。

事務局

第5期の国の標準段階は6段階で広域連合は9段階ですので、ほぼ同様に国より多い段階設定をしたいという考えは持っております。

井上委員

という事は、変更される可能性もあるという事ですね。

事務局

そうですね。第6期計画で国の標準段階が9段階になるので、9段階より多い段階を想定しております。

井上委員

それでは、今後9段階より多い段階で設定される予定であれば、参考資料で構いませんので、県下の例えば福岡市や北九州市が行っている段階数を78ページに載せていただくと非常にありがたいです。

事務局

それは第6期の段階数ですか。それとも第5期の段階数ですか。

井上委員

第5期の段階数です。

事務局

現在の保険料の多段階の状況で構わないという事ですね。

井上委員

はい。そうしますと、資料3の79ページ「2. グループ別保険料」について、算定の基準が変わってくるのでグループ別保険料も当然変わってくると思います。段階数が変わってくるので、徴収金額をすべて算定し直さないといけなくなってきますよね。

事務局

それは保険料額ですよ。

井上委員

はい。

事務局

保険料額はまだ決まっておりません。

井上委員

そうですね。だから、保険料が決まったらこのグループ別に徴収される保険料も変わってくるという事ですよ。

事務局

はい。そのとおりです。

井上委員

という事は、現在資料に示されているグループ別保険料は“案”という事でしょうか。

事務局

保険料が出た時にグループ別ごとに保険料の金額が異なります。

井上委員

そうですね。だから、グループ別保険料はこれから変わってくる可能性があるという事ですよ。

事務局

グループ別保険料は変わりません。

井上委員

グループ別保険料は変わらないけど、保険料の額は変わるという事でしょうか。

事務局

保険料の額は、まだお示しをしておりません。

井上委員

そうなんです。それではもう1つお聞きしたいんですが、資料3の79ページに書いてある内容はこれから色々加筆されると思いますが、A、B、Cの3グループに分けた理由が全然説明されていなくて、3段落目に“「グループ別保険料」を導入しています。”としか書かれていません。簡単でいいのでグループ別にした根拠をご説明いただくと、読む方が分かりやすいのではないかと思います。

そして、4段落目に“「高齢者一人当たり給付費」については、徐々に格差が縮小していますが、平成24・25年度実績においても構成市町村間で2.30倍の差が発生しています。”とありますが、この文章を「2. グループ別保険料」の最初に書いて、だからA、B、Cの3グループに分けているという書き方にした方がより分かりやすいと思います。

事務局

井上委員のご意見を参考にさせていただきながら、文章は見直していきたいと思います。

小賀会長

保険料の算定について、例えば現行の9段階以上の10段階あるいは11段階にした時はこのような負担割合になっていく、というように記載してもらえればと思います。

先ほど廣津委員からご指摘いただいたように、保険料の段階を増やしてできるかぎり保険料負担については応能負担を徹底させていくという事で事務局の考え方も合意ができてきたと思います。これは非常に重要なところです。

あとは、グループ別の保険料になった理由を「2. グループ別保険料」で記載するという事についても、改めて保険料の算定のあり方に修正を加えていく時期にきておりますので、事務局でもその点ご配慮をお願いいたします。他にご意見等はありませんか。

廣津委員

原案73ページ「④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」について、これは事務局ではなく委員の皆様にお知恵をお借りしたいんですが、本文下から2行目に“包括的・継続的ケアマネジメントをはじめとした各種業務をセンター職員が適切に実施できるよう、センター職員の資質向上の支援に努めます。”と書いてあります。今“みなし公務員”というものがありますが、私はケアマネジャーがこのような身分になってくるとケアマネジャーではなくなるというか、役割・責任が薄れてくるのではないかと考えているんです。何か良い案はありませんか。ケアマネジャーの中立性が保たれて、公平・適正に包括的・継続的なケアマネジメントができなければなりません。広域連合の継続を促していくためには予算と実績との関係で、今は実績が予算に少し逼迫してきているという事で、その点を解明するためには、これが1つの大きなポイントではないかと私は考えているんですが、委員の皆様はどのようにお考えですか。

長野委員

まず、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務については地域包括支援センターの業務にな

りますので、主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士の3職種を含めた職員の質の向上という事でやっていくかと思いますが、介護支援専門員の公平・中立について言いますと、公平・中立は義務ですので、実際に介護支援専門員は、公平・中立性を保ちながら業務を行っていく事に日々奮闘しているのではないかと思います。ただ、実際に地域包括支援センターの中で公平・中立性が守れるような事業に所属してケアマネジャーとして業務を行えるのかという事になると、やはり色々な部分で問題があります。問題というのは困り込みであったり、本来の公平・中立性に欠けるような業務が行われている場面も見受けられるという実情もあります。

その中でケアマネジャーの公平・中立性を保っていくための1つの手立てとして、これが現実問題として公平・中立性を保てるのか、担保になるのかどうか分かりませんが、事業所として独立できるように“特定事業所”という事である条件を付した上で、主任介護支援専門員が配属した居宅介護支援事業所、ケアプランセンターといったものが建てられるようになっております。その事業所であれば何とか独立採算がとれて運営ができるような状況になっておりますので、現状では特定事業所加算をつけて、そうした仕組みのある事業所を独立させてという状況ですが、その上で困り込みのないように公平・中立な立場で事業を実施できるようにしているのが現状です。ただ、介護支援専門員は職能団体としてもケアマネジャーが独り立ちして公平・中立性を保つ事ができるように常々働きかけておりますが、ケアマネジャー一人あたりの単価が問題となりなかなか難しい状況です。ケアプラン作成について1件あたりの単価がある程度かかってきますので、事業としてきちんと運営できるようにならないと、おそらく本来の公平・中立性にはならないのではないかと考えていますが、現実的には難しい状況なので、実際は本当の意味での公平・中立をすべてのケアマネジャーが担保していくようになるのは難しいと思います。ただ、難しいとはいっても公平・中立性は義務なので、地域包括支援センターによる介護支援専門員の支援や、先日の話にも出ました給付の適正化事業、その他の研修を通じて資質の担保をしていく必要があるのかと考えております。回答になっているか分かりませんが、介護支援専門員の話が出ましたので意見として回答させていただきました。

小賀会長

ありがとうございます。他にございませんか。

山口委員

ケアマネジャーの質の担保を阻む要因が3つあると思います。ケアマネジャー個人の資質と、所属する組織の方針、そして制度だと思えます。ケアマネジャー個人の資質に関しては、やはり研修や自己研鑽のシステムをきちんと行っていく事でクリアできると思います。方針との問題については個人の方針もあるかと思うのでここをどうするか。組織の方針と個人の方針の違いのジレンマを感じる事はあると思います。あとは先ほどご意見が出ました単価ですが、これは政府の問題ですよ。ここをどうするかというのが気になっています。特定事業所加算がついている事業所は比較的運営しやすくなっていますが、そこがきちんと公平・中立にケアマネジメントできているのかという事は私は疑問です。

長野委員

その点については何とも言えません。ただ、公平・中立性は特定事業所であってもなくても義務ですので、それこそケアマネジャー個人の資質になってくるのではないかと思います。ですが、

それを常にチェックできないので、定款の中で一致してその辺りで行っていくしかないと思います。

小賀会長

結局、事業者が雇用するケアマネジャーが介護計画を作っていくという仕組みなので、限界までサービスを利用してもいいという事になります。その上で適正化の議論をするという事は、現行システムからいくと非常に難しいですね。

ただ、地域包括支援センターの3職種については、やはり連合傘下の自治体が直営しながら取り組んでおりますので、この部分については我々もきちんと意見を述べていく必要があると思います。そして、できるかぎり正規職員化をきちんと進めていくとか、その際に有資格者から採用するなど第6期の介護保険事業計画に合わせて、計画的に取り組んでいかなければなりません。最近福祉の現場で、例えば福祉事務所の方ですが、正規職員化に取り組んでいるといった話を伺った事があります。それで、おそらく他の自治体もそういった取り組みを進めているとは思いますが、これをそのまま傍観するのではなく、やはり段階的に計画を作って実施していただきたいです。地域支援事業が市町村レベルで取り組まれるという事を考えた時に、個人的には現行の地域包括支援センターの職員配置で本当に取り組みが充実されていくのかという心配もあります。そうした事を考えた時に、職員を正規雇用していくという事ももちろんそうですが、さらに職員数を増やしていくとか、ケアの部分は当面非常勤で構いませんが、充実した仕事ができるような計画自体を各自治体にも持っていただくという事をこの委員会でも奨励していく事は非常に重要だと思えます。

井上委員

小賀会長が言われた事あたりまでが、我々が提言する限界ではないかと思えます。自治体の中で医療と保険というのは非常にお金がかかるもので、自治体の予算をかなり圧迫しているんです。非正規雇用以前に自治体の財政が介護保険や医療保険で続かなくなると思えます。それで、今度国民健康保険を広域連合化する計画がありますが、後期高齢者の保険の広域団体には福岡市と北九州市が入っているので財政的には何とか大丈夫ですが、この広域連合の構成市町村を考えた時に構成市町村の予算で100%以上の実力を出して、良い介護保険を作るという事は当然目指すべき事ではあるんですが、いかんせんお金が付いてこない部分があり、ある程度民間に外注委託せざるをえない部分が出てくるんです。では、そうなった時にケアマネジャーが独立して事務所ができるほど介護保険点数が付いているのかというと、現実には付いていません。私の友人に何人もケアマネジャーがおりますが、本当に大変な思いをしながらやっています。司法書士のように独立して事務所を構えられるほど、介護報酬以外で収入が得られるのであればいいんですが、収入源は介護報酬だけです。ケアプラン作成だけで稼いでいくという事は現実的に不可能です。だから、自治体の財政状況と介護保険の保険料を考えると、理想はケアマネジャーの独立だと思えますが、第三者として独立したケアマネジャーを作るという事については、それなりの予算措置と裏付け、様々な面で自治体からの補助と介護保険料の大幅なアップ、そういった事がなければ現実としてはなかなか難しいのではないかと思います。そして、先ほど山口委員が言われたように、ケアマネジャーは介護職のプロフェッショナルなので、やはりマインドがあって自分が絶対に譲れない部分と少し譲ってもいい部分があるんです。その絶対に譲れない職業人としての本当の意識というのは、今は信じなければ成り立たないシステムになっていますし、最低限患者

の権利を守るという事を基本でやっているのです、そこは信じてやっていくしかないのではないかという気はしています。

小賀会長

財源の話が出ると各自治体シビアな状況を抱えていて議論しづらくなってしまいますが、だからと言って口を閉ざすのは良くないので、とりあえず言うておかなければいけないと思う事についてはどんどんご意見をお願いいたします。

太田委員

今度から総合事業が始まりますが、これについて私個人が思っている事です。これは参考にさせていただきたい事ですが、現在地域包括支援センターと通所系の事業所のかかわりが非常に薄いと思います。なぜかと言うと、通所系の事業所とのかかわりと言えば担当者会議に出させていただくとか、毎月の利用者の報告書を受け取るくらいのかかわり方しかないんです。私としては、もう少しこの両者のかかわり方を強化していただくとお互いの相乗効果が得られるような気がします。それと言うのは、地域には大小さまざまな事業所がありますが、そこには常時人が集まっているんです。その人が集まっている場所を借りれば人を集めるという作業がなくなります。例えば、地域包括支援センターに在籍している保健師がその場所を借りて食事・栄養の話や健康の話、日常生活の取り組みについて話せるような機会をもてないかと思っています。そうする事で、実際に利用されている方のさらなる介護予防につながると思いますし、地域との連携も強くなっていくのではないかと思います。さらに、事業者のメリットとしてもこれから総合事業に移行していくので、地域の事業に移行しやすいのではないかと思います。この点について市町村で考えていただければと思っています。

小賀会長

他にご意見等いかがでしょうか。

藤村委員

原案 13 ページ「図表 2-3 平成 26 年介護保険制度改正の概要」について、ここに来年度の制度改正の事が少し書かれていて、「①地域包括ケアシステムの構築」-「重点化・効率化」に“②特別養護老人ホームの新規入居者を、原則、要介護 3 以上に限定（既入所者は除く）”とありますが、要介護 1、2 の方についても認知症や虐待等の理由があれば利用ができます。現在も全国的に要介護 1、2 の方が 2 割程度特別養護老人ホームを利用されていますが、要介護 1、2 の方がこの概要を見た時に自分は特別養護老人ホームに入所できないと勘違いされないように、この介護保険事業計画の付属資料のところでも構いませんので、国が示した 4 つの入所できるポイントというものがありますので、どこかに要介護 1、2 でも特別養護老人ホームに入所できる要件というものを載せていただけたらありがたいと思います。

小賀会長

事務局はいかがでしょう。そのまま原案 13 ページに国が示した 4 つの入所できるポイントを載せた方が分かりやすいと思います。

藤村委員

お願いした理由の1つに、役場の担当の方がいわゆる“緊急の措置制度”の存在について知らないという方が結構いらっしゃる的同时に、私ども施設関係者も介護保険以降にできた施設については、緊急時の場合は引き受けないといけないという認識がやや薄れてきているという現実が両方あるんです。そういう意味では、やはり虐待等で不幸が起こる前に施設避難等の必要性があるので、そういう方は特別養護老人ホームを利用できるという事を、ぜひどこかでお示しいただけたらと思っています。

小賀会長

それでは、事務局は原案13ページに、改めてこの点について記載していただいてよろしいでしょうか。

事務局

はい。

小賀会長

よろしく願いいたします。

井上委員

資料3の82ページ「3. 保険料算定の基礎数値とグループ別保険料」の説明の中で財政安定化基金について“今回は福岡県においては取り崩しが行われません。”と簡単に書かれていますが、できれば財政安定化基金の取り崩しが行われない理由も含めた書き方にしていただければと思います。

小賀会長

資料3の82ページの図表のすぐ上に書いてある文章ですね。事務局はいかがでしょうか。

事務局

基本的には、県の基金条例によって取り崩しを行うか否かが決まります。あくまでも原案の提示の段階で大まかな文章にはなっておりますが、第5期には経済対策等含めてありましたが、第6期は今のところ予定されておられませんので、そういう記載にしております。今後、正式な通知が出しだい加筆・修正してまいりたいと思います。

小賀会長

その際には、理由も含めて文章を記載していただくようお願いいたします。他にご意見等いかがでしょうか。

それでは私から、12月26日（金）を本会議の予備日として設けておりますが、基本的には次回の会議で介護保険事業計画案を完成させたいと思っております。まだ国から基準が出されていないもの、特に保険料の流れ等々については、年明けまで待っても埋められるかどうか分かりませんので、この点についてはひとまず事務局に答申をお任せするという事になります。その上で、広域連合長に対する答申について、介護保険事業計画案とは別に答申書という書面をお渡しする

と皆様にお伝えしていたと思います。これまでの議論の中で介護保険事業計画の中にきちんと入れておかなければいけないであろう項目が5点ほど出ております。これを確認させていただいて、もう少し何かあればご意見をいただければと思います。できれば、また次回の会議の課題にしたいと思っております。

まず1点目は、これは広域連合としての直接的な取り組みではありませんが、県に対して、人材確保について長期的・計画的に確保できるような取り組みを進めていただきたいという要請をしていただくという事です。また、人材確保については、例えば県が現在県下の事業者、あるいはそこで働く専門職者に対して行っている研修等の整備についてももっと充実させてほしいといった事を含めて考えております。

2点目は、本日の会議でも出ましたが所得段階別の保険料の設定として、現行の9段階からもっと細分化するという事です。可能なかぎり細かに多段階化していただきたいという事を言いたいと思います。

3点目は、地域支援事業におけるボランティアの位置づけは補助的なものとして、あくまでも広域連合として、あるいは33の構成市町村が地域支援事業を公的に進めていく事ができるようなものとしていただきたいという事です。そこにボランティアが参加すると、もっと事業そのものが細やかに展開できるという期待の仕方に留めていただく必要があるのではないかとこの事です。

4点目は、これも本日の会議で出ましたが県とのかかわりについて、広域連合が指定できる地域密着型施設、県が指定できる特に第1種社会福祉事業になる生活型の介護施設が地域にきちんと計画的に設置されなければいけないという事です。今のところはまだ多くの課題を抱えているという認識ですので、特に生活型の第1種社会福祉事業としての介護施設の設置については慎重に執り行って、広域連合が行う地域密着型サービスの現状を認識していただいた上で、判断をしていただきたいと思います。当然やっつけていただいているとは思いますが、まだまだうまくかみ合っていないという印象を受けます。

5点目は、地域包括支援センターの3職種を中心とする職員が、包括的・継続的ケアマネジメント等の各種事業に対して適切に取り組んでいく事ができるよう、広域連合傘下の33の自治体に職員体制を充実していただけるように図っていただきたいという事です。できれば計画的な人事の配置をお願いしたいと考えております。

以上、5点ほどこれまでの議論の中で浮かんできた事を整理しました。これにつきましてもう少しきちんと書き込んだ方がいいという事があったり、あるいは他の事についても位置づけていく必要があるという事があれば、ご意見をいただきたいと思いますがいかがでしょうか。

井上委員

これは、広域連合長名で出されるのでしょうか。それとも、策定委員会の会長名で出されるのでしょうか。

小賀会長

この第6期介護保険事業計画の原案と答申書につきましては、この介護保険事業計画策定委員会の会長名で広域連合長に提出します。広域連合の直接的な課題でない事は広域連合長を通して、県等のしかるべき先に意見を具申して下さいというような表現になると思います。

瀬戸委員

とても良いと思います。3点目の地域支援事業におけるボランティアの位置づけはあくまでも補助的なものであるという点について、これは大切なのできちんと入れていただきたいです。

実は最後にこの件についてお願いしようと思っていたんですが、資料1で構成市町村に総合事業と包括的支援事業の着手時期についてヒアリングをしていただいています。あくまでも地域支援事業は市町村事業になるんですが広域連合として今後支持・援助していくといった事を、ヒアリングまでしてきちんとやっておられるのであれば、あとは市町村の方が頼ってくると思います。支持もする、援助もするという事なので、そういうニュアンスの事も当然入ってくるでしょうし、匂わせて頂ければと思います。私が思ったのが、資料1をみると総合事業の着手年度が平成27年度からという市町村が結構ありますね。他にも包括的支援事業（新規分）として、医療連携や認知症施策もあります。1つ言わせてもらえれば、先週あった各広域連合の担当郡市医師会会長と担当理事との会議でも話があったんですが、平成27年度に行う認知症施策、認知症初期集中支援チームの問題、認知症地域支援推進員の問題等医師会に一切何の話もきていません。福岡県全員で90名しか認知症サポート医はいませんし、かつ専門サポート医は40名しかいません。さらに広域連合にはほとんどいません。それだけお話しておこうと思います。

小賀会長

そうなんですね。どうなっているんでしょうね。

瀬戸委員

来年養成します。ですが着手時期を平成27年にしている自治体は私に言わせれば情報収集すらしていないような気がします。平成27年の着手は無理だと思います。

廣津委員

データがないとだめですよ。

瀬戸委員

一応、現在認知症サポート医は90名います。ただ広域連合内には数名しかいません。今までの養成はどちらかと言うとコーディネーター向けで、専門サポート医向けではないんです。どちらかと言うと認知症専門医ではない方がサポート医になっているという場合がかなり多いです。いわゆる認知症と精神科のサポート医というのは福岡県に10名もいないはずですよ。だから、初期集中支援チームも平成27年にこんなに多くの自治体で着手するのは無理なんです。

廣津委員

普通の開業医が簡単になれるんですか。

瀬戸委員

今度からはなれません。初期集中支援チームはサポート医とは資格が違います。

廣津委員

資格が違っても、認知症の人を診る事はできるんでしょうか。

瀬戸委員

もちろん診る事はできます。この事業における資格とは少し違います。

廣津委員

それは分かりますけど、普通の病気も診ている先生が認知症患者を診る時に簡単に切り替えられるものなのかと思ひまして。

瀬戸委員

認知症専門サポート医にはなれませんが、認知症に気付ける医師、初期診断ができる医師にはなれます。

廣津委員

判断できる医師にはなれるという事ですね。

小賀会長

判断できる医師を養成する事については、それほど難しくないとはいいますが公的な資格も含めて専門性のある資格を持つという事になると、非常に難しいと思います。私が心配する事ではないかもしれませんが、その時に本来のご自身の病院経営とその仕事との間には、例えば収入一つとっても大きな乖離になりますので、医師がそうした専門職の医師になりたいというような動機づけも含めて本当に難しいと思います。

瀬戸委員

みんな自分の病院で診たがりますので。

小賀会長

そうですね。

山口委員

地域包括支援センターの職員の雇用状況が不安定です。ですから、人材確保と合わせて地域包括支援センターの職員の処遇改善等も検討していただければと思います。

小賀会長

特に非正規雇用についてという事でしょうか。

廣津委員

保険料の事ばかり言いますが、私が調べたかぎりでは北九州市はかなりの多段階化を行っていますが、同じ所得の人を比べてみると広域連合の方が保険料が安い部分もあるんです。なので、そう悪くないなと思ってもいるんです。

井上委員

結局、税金と同じで、人数が多いと安くなるし、人数が少ないと高くなります。

廣津委員

だけど、同じ所得と比べたら高いのですよ。

井上委員

でもそれは色々ありますから。それと、福岡県の厄介な事情というのは北九州市と福岡市の政令市を抱えている事と、特別政令市として久留米市を抱えている事です。だから保険料を平準化できません。ここの広域連合はもうこれから人口が減っていく市町村しか所属していないのでどうするのかという事なんです。それに対して後期高齢者の保険の広域団体には福岡市と北九州市が所属しているのである意味では財政はすごく豊かなんです。今度国民健康保険の広域連合ができますがこれはどうするのか。非常に難しいと思います。

なぜ最初に介護保険広域連合を設立した時に福岡市と北九州市が入らなかったのかというと、結局2つの都市の行政からすれば自分の都市は若年者が多いという事情があるからです。なので、その点については世の中の仕組みがそうになってしまっているので仕方ありません。

田代委員

基本的に介護保険は市町村が保険者なので市町村が作らないといけません。だから、先ほど言われた福岡市と北九州市については、そこは当然作るべきだと思いますが、この広域連合は市町村単独で施設等を建てる場合に協力しあっていきましようという事が主体だと思っています。地域支援事業をやっていく中で総合事業の着手が平成 27 年からというのは瀬戸委員がおっしゃるようにどこまでできるかという不安もありますが、やはりよく取り組めた自治体、特にボランティア等で良い取り組みを行っている自治体は、どんどん提示して行ってそれ以上にステップアップできればいいなと思います。やはりこれからは団塊の世代が、いかに健康寿命を延ばしてできるだけ介護保険の利用を遅くするかという事について、一人ひとり努力していく事が課題になってくると思うので、その辺りの広域連合の住民の意識も必要だと思います。

廣津委員

介護は利益率の高い事業であってはいけないと思います。

小賀会長

現実にそうになっておりません。なかなか利益の追求ができない仕組みになっておりますので。

それでは、本日は2時間ほど立ちますのでこれで会議を終了させていただきますが、今回ご提案させていただいた答申書の中身につきましては、次回の会議まで2週間ほど期間がありますのでそのまま文章化して皆様にお配りし、これをきちんと議論していただく事も、次回の課題の一つにさせていただきたいと思います。もし、早めに作れたら次回の会議を欠席される議員もいらっしゃると思いますので事前に送付させていただいて、改めて事務局にご意見を出していただくという事も考えたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

次回の会議日程ですが、12月18日(木)の13:30~になっております。本日はどうもありがとうございました。

以上