

第6期介護保険事業計画 第3回策定委員会 議事録

【開催日時】平成26年7月30日（水） 10時00分～11時35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、今里委員、太田委員、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
- ・ 上記資料 22/34頁から26/34頁差替え分
- ・ 平成25年度地域包括支援センターヒアリング概況
- ・ eラーニング全国テスト内容
- ・ 職能団体ごとの認定審査会委員新任研修会参加率

..... 【議 事 内 容】

事務局

皆様お揃いになりましたので、ただいまより福岡県介護保険広域連合第3回介護保険事業計画策定委員会を開会いたします。早速ですが、議事進行を小賀会長よろしく願いいたします。

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、おはようございます。前回の会議は台風の影響で本日に延期されました。

本日の会議につきましては、前回の会議で積み残したもので、第1回策定委員会資料の中から、まず前回の会議でいくつか出された質問等に事務局からお答えいただき、その後、この資料の中で残っているとところを検討させていただきたいと思っております。検討した後は、今後8月、9月辺りまでの会議の日程の見通しをたてさせていただいて、今回の会議は終了したいと思います。

それでは早速ですが、前回の会議で指摘された事項あるいは疑問について、事務局から回答をお願いいたします。

事務局

6月30日の第2回会議の際にご指摘いただいた事項です。担当課からご説明いたします。

事務局

資料「平成25年度地域包括支援センターヒアリング概況」をご覧ください。地域包括支援センター

でヒアリングを行った結果につきまして、再度提示をしてほしいというご意見をいただいておりますので、古い資料をお手元にお配りしております。

詳しい内容につきましては資料をご覧くださいとして、概況だけお話をさせていただきます。前回のヒアリングですが、市町村への移行の時期が平成 24 年と平成 25 年に分かれておりますので、それぞれの年度ごとにヒアリングシートを分けております。ヒアリングシートはこの資料の一番後ろに添付しておりますので、内容につきましてはそちらでご確認していただきたいと思っております。

概況ですが、「3. 包括支援センター市町村移行の効果等」の中から主な意見につきまして、お話をさせていただきます。資料でいいますと、上から 3 番目、項目が 4 つある部分になります。その中の、上から 3 つ目の意見が主な意見であり、内容としては、新たに専門職種が採用されたというものです。今まで、市町村の職員にはなかった主任ケアマネジャーであったり、社会福祉士といった専門職種を市町村の職員として採用し、人員面でも充実が図られているという事がございます。それから、支部単位ではやりにくかった部分、市町村や県といった他部署との連携が非常にやりやすくなり、ネットワークづくりが進むようになったという事が大きな点として挙げられると思っております。

それから、「4. 今後の課題」ですが、先ほど申し上げたように新たに専門職種を採用しておりますが、現状では嘱託職員が多いという事もございますので、今後この点をどのように考えていくかがポイントになるかと思っております。それから、地域ケア会議につきまして、今回の制度改正で合同で準備をしたという事ですが、見た限りでは、名称や人員構成等色々ありますが全ての市町村において地域ケア会議が開催されている状況でございます。今後は地域ケア会議も充実と強化といった点を中心になってくると思っております。それから「5. 広域連合として今後取り組むべき事項」として、各関係団体に関連する部分でお願いできる部分は協力を要請していこうと思っております。そして、地域包括支援センター運営協議会の在り方につきましてもご意見をいただきましたので、この点も考えていこうと思っております。それから、平成 27 年度の制度改正に向けた情報提供といった点につきましても適宜行っていきたいと考えております。

地域包括支援センターヒアリング概況につきましては、以上でございます。

事務局

続きまして、第 1 回策定委員会 資料 1「I 第 5 期事業計画における施策等の実施状況について」 20 頁、「5. 給付の適正化」の「(2) 事業者指導・介護報酬請求の適正化」の中からご質問がありましたのでご説明させていただきます。

指摘内容としましては、「(3) 評価指標」の指標 1 ケアプランチェック、指標 6 医療情報との突合等の評価指標の数値について、どう評価してよいか分からない、他の保険者と比較してどうなのか等の判断の基準が示せないかという事と、指標 6 医療情報との突合では約 4 割が返還の対象となっており、発生率が非常に高い事についての説明を求められた件について、ご説明したいと思います。なお、指標 4 縦覧点検についても同様になりますので、これもあわせてご説明したいと思います。

指標 1 ケアプランチェックにつきましては、県全体の介護給付データと認定データより、30 程度の項目でチェックを行います。例えば訪問介護で限度額の 80%以上を支給していたり、あるいは 2 時間以上の長時間給付をしていたり、複数のサービスを利用していたり等の条件の中から抽出した利用者をどんどん出していきます。ここから該当しそうな利用者を選び出しまして、第二段階としてその利用者についてのケアプランを取り寄せて、再チェックして、さらに疑義がある場合はケア

マネジャーや利用者の面接を行うといった方法で行っていきます。つまり、機械的にソフトから抽出されてきたものを今度は人の目で、改めてその利用者についての書類を取り寄せてチェックするという二重のチェックになります。次の指標 4 縦覧点検につきましては、利用者の月ごと、あるいは事業者ごと等の請求明細の並列点検を行う事で算定回数や事業者間の整合性をチェックするというものになります。これは本部のシステム上のチェックで完結するものになります。指標 6 医療情報との突合につきましては、医療保険と介護保険との重複など、並列しない給付についてチェックするものになります。これも本部でのシステム上のチェックで完結するものになります。

指標 1 ケアプランチェックですが今説明しましたように、条件に該当する者をソフトで抽出した上で、該当者についての書類を改めて取り寄せて、人の目でチェックをするという方法になりますので、どうしても段取りが多く人手がかかりますので、先ほど申し上げた他の 2 つの点検よりも件数は伸びないという事をご理解いただきたいと思います。

また、指標 6 医療情報との突合についてですが、この資料内で基準値として「212 件」という数字を挙げておきまして、返還に至った 82 件と比較して、4 割以上という事で疑問を持たれているようですが、実は指標 4 縦覧点検の基準値「755 件」については、点検の対象数を挙げていますが、指標 6 医療情報との突合の基準値についてはそうではなく、この 212 件は突合の対象数を挙げています。指標 4 縦覧点検と同様の条件で、点検を対象とした数字を挙げますと「4,499 件」になりまして、件数の挙げ方の条件が揃っていなかったという事をここでご説明しておきたいと思います。なぜこのような挙げ方をしたかといいますと、申し訳ありませんが、今までもそうだったからとしか言い様がありません。似たような条件で計算しますと、指標 4 縦覧点検については 755 件中の 59 件で 7.8%程度、指標 6 医療情報との突合については 4,499 件中の 82 件という事で 1.8%程度になります。逆に指標 4 縦覧点検の方がこの条件ですと、割合が少し高くなるというのは、やはり過誤を起ししやすい項目にしぼってチェックしているという部分があるからという説明ができるのではないかと思います。

そして過誤を起ししやすい項目の事業所へのフィードバックについて、平成 24 年に文書で通知を行った実績もありましたが、その時は単発で行っておりましたので定期的に何か行うという事は、今まで行ってきませんでした。今後は集団指導等あるいは医師会や薬剤師会、歯科医師会などとの相談が必要かと思うのですが、そういったところを通じて周知を図ったりといった事を考えていかなければいけないのかなと考えております。

最後に、他の保険者との比較についてですが、実は件数での比較がデータがなくなかったんですが、平成 24 年度に福岡県が行った介護給付適正化実施状況調査によりますと、県内の 28 保険者の内、先ほどご説明したケアプランチェック、縦覧点検、医療情報との突合についてはケアプランチェック点検が 27 保険者、縦覧点検が 22 保険者、医療情報との突合が 21 保険者が実施しているというデータがございました。それぞれ実施率が 96.4%、78.6%、75%となっております。ご説明した通り、この 3 つはいずれも広域連合では実施しているという事をご報告したいと思います。以上です。

事務局

資料「I 第 5 期事業計画における施策等の実施状況について」22/34 頁から 26/34 頁をご覧下さい。今後の課題と方向を具体的にというご意見がありましたので、22 頁から 26 頁の差し替えをお配りしておりますので、そちらをお願いいたします。今後の課題と方向を具体的に記載した内容となっております。

22 頁から 23 頁「(1) 訪問調査の正確性・公平性の保持」について、訪問調査のマニュアルを配布してほしいという事でしたが、マニュアルについては認定調査の準備の詳細、対応が記載されたものでして、対応についての処遇困難事例、個々の詳細ではありません。虐待等の処遇困難事例については以前の委員会でご説明しました通り、調査員より支部職員へ連絡いたしまして、必要がある場合については市町村や地域包括支援センターと連携するようになっております。詳細には支部職員が対応しております。

次に、数字の変更について、22 頁 3. 「評価指標」の指標 1 の下段、平成 25 年度研修参加人数の基準値を「176 人」としておりましたが「178 人」に修正いたしまして、それに伴いまして達成度を「89%」から「87.6%」に修正しております。

次に、23 頁「8. 今後の方向」について、認定調査の正確性と公平性を保つために、調査能力の向上につながる研修を実施し、認定調査員の弱点や課題を発見し、調査能力の向上につながる指導を実施し、以前より判断基準の困難事例について保健師会議にて協議いたしまして、決定事項につきましては支部調査員への周知徹底をしております。今後も、申請者の状態が様々であり、調査項目の定義にあてはまらない場合が多くございます。判断の困難事例が出てくるものと思われまので、支部内で解消しない事例につきまして、保険者として判断基準の困難事例の解消を目的とした、保健師会議を継続していきます。また、第 6 期計画の中で改めて提案したいと思っております。

次に、質問がございました 24 頁から 26 頁「(2) 介護認定審査会の正確性・公平性の保持」についてです。「2. 施策の現状」の①3～4 行目、平成 24 年度、平成 25 年度の実績についての文章は、「3. 評価指標」にあるため削除しております。

次に、26 頁【参考資料 3】について認定審査会委員新任研修の開催日の誤りがございます。人数については変更ありません。以上、差し替えをしておりますのでよろしく願いいたします。

次に、e ラーニング全国テストの内容を見せてほしいという事でしたので、A4 一枚の資料を配布しております。

最後に、研修会の参加率について職能団体ごとの参加率を出しておりますので、参考のためにこちらも A4 一枚の資料として配布しております。研修会に参加できなかった委員につきましては、研修内容の周知徹底を図りまして、今後の審査会の正確性・公平性の保持に努めてまいります。以上です。

小賀会長

それでは、前回の会議での指摘事項あるいは疑問等について事務局からご回答いただきましたが、これについて更にご意見、疑問等がございましたら、どこからでも構いませんので、どうぞ自由に発言下さい。

廣津委員

前回、在宅と施設の費用のかかり方について、なぜそのように違うのかという事を質問したつもりですが、その回答がありませんでした。

小賀会長

前回、在宅での利用者の方が延べ人数としては多いのに、連合下の全体の費用としては、施設利用者の方に財源が多くかかっているという事で、それはなぜかというご質問があったんですが、これについては私も簡単にお答えした記憶があるんですが、簡単で結構ですので、再度事務局からお

答えいただけないでしょうか。

生活型の施設やグループホーム等もそうなんですが、24時間その施設で生活しているので当然そこにかかる費用が非常に大きくなるという事で、延べ人数の違いで単純には考えられないといった話をした記憶があるんですが、その通りでよろしいでしょうか。

事務局

はい。その通りです。

小賀会長

廣津委員、いかがですか。

廣津委員

私はそう思わないので、質問したんです。

小賀会長

では、例えばそうは思わない根拠を言っていただけませんか。

廣津委員

第5期の実績から比較して、あまりにも差が激しいので、なぜ施設利用者の方がこんなに多額になるのか、会長の答弁だけでは満足できない感じがします。

小賀会長

お願いします。

事務局

まず、利用単価が違ってきます。介護度別にも違ってきます。それと、利用者の方がどのくらい利用するかによっても違ってきますので、その辺りで当然施設利用者の方が、費用が多くかかる傾向にあります。

廣津委員

私は施設に対しての給付の管理が、少し甘いんじゃないかと考えているんです。どうなんでしょうか。

小賀会長

お願いします。

事務局

基本的に、一人ひとりの方がお使いになる分は、ケアプランをたてますので、施設においてケアプランをたててご本人や家族の方と協議をしながら、その方の適切な介護状況を把握して使っていただくという状況になっております。甘い、甘くないという判断ではなく、あくまでケアプランの内容に応じて施設は実施しておりますので、ご理解いただきたいと思っております。

小賀会長

いかがですか。さらに何か。

廣津委員

確たる証拠はないからはっきりとは言えませんが、実態を見てみると、そうは思えない部分がたくさんあるのでこういった意見を出しています。

小賀会長

実態というのは、具体的にどういう事ですか。

廣津委員

例えば、福祉タクシーは事業所自身で経営してもいいのでしょうか。

小賀会長

勝手にはできません。

廣津委員

できませんよね。それを同じ事業者が許可できるのでしょうか。

小賀会長

どういう事でしょうか。

廣津委員

福祉タクシーという名目で、軽自動車に営業車のナンバーを付けて利用者の送迎をするのはできないんじゃないでしょうか。

小賀会長

ちょっと実態がよく分かりません。例えばそれはどういう事ですか。デイサービスのような通所型のサービスを利用している高齢者に対して、送迎の際に福祉タクシーといった車で送迎しているという事ですか。

廣津委員

福祉タクシーの経営者と事業所の経営者は同一でいいのでしょうか。

小賀会長

福祉タクシーというものについては、広域連合は事業として、何ら関わっておりません。

廣津委員

私は事業者に対してやっかんでいるわけではないんですが、あまりにも事業者が裕福なので。この前の話では、ある程度規制を緩くしないと事業を請け負ってくれないという事を言われていまし

たが、そういった事をやっていたのでは介護保険は破たんしますよね。

小賀会長

そういった答弁はありませんでした。そのような答弁をしていたとしたら、私が必ず指摘します。

狭間委員

廣津委員がおっしゃりたい事は、施設が無駄遣いしているのではないかと、儲けすぎているのではないかと、そういった不信感がおありになるんですか。

廣津委員

これから、在宅介護を主体にしていこうという時に、予算の配分がいつまでもこのような状態でいいのかなという気がするんです。どちらかという、在宅介護の方にシフトするのであれば、事業所側から予算をひっぱってくるような計画をたてていく必要があるんじゃないかと思って、私は言っているんです。

今里委員

受け皿として、本当に在宅介護を進めなければならないと思うんですが、今の状態から言うと、キャパシティとして、これまで介護の施策として特養や色々なところの施設環境を充足させるための最たるものが、高齢者サービス付き住宅、つまり“サ高住”ですね。サ高住は国交省で足りないから、導入しようという事で進めてきたんですが、今になって少しずつ、在宅介護にシフトするという方向に変わりつつあると思うんです。今までの施策がそういう方向だったので、廣津委員と田代さんが言っているような事は、今後明確に出さなければいけないんですが、財源は財源として別枠で考えないといけないと思います。制度の中で今まで行われてきたものと、これを、制度全体で崩してしまって、新たなものを創設するかという、まだそこまで至っていないと思います。これから、平成27年にもう一度改正があるんですが、その中に少しずつ含まれてくるのではないかと、私としては思っております。今後の大きな課題だろうとは思いますが。

狭間委員

在宅と施設のバランスという事を考えると、広域連合で対応できない部分もあろうかと思えます。ただ、お気持ちは分かる気がするので、これはこれでご意見として受け止めていいんじゃないでしょうか。

廣津委員

私が言っているのは、皆さんの中で二人以外は常連の方ですから、そんなものだろうと分かっているからいらっしゃるかと思いますが、私たちはなぜなのかと不思議でたまらないんです。だからこういった質問をさせていただきます。この点はご了承下さい。

田代委員

おっしゃっている事は分かります。広域連合に最初に入った時は私達こそ思いましたよ。普通の自治体だと介護保険料は一定なんです、広域連合は3段階に分かれるんです。

今おっしゃっているような、施設が多いところは当然介護保険料が高くなるんです。ただ、そこ

の住民の方々はその施設がデイサービスなどで色々使えるので、自分にとっては住みやすいかもしれないし、そこのバランスがとても難しいと思います。今おっしゃったように、これから国も在宅介護にシフトしようとしていて、単純に認知症対策を推進するのではなく、地域につなげていこうと色々していますが、まだまだこれからのところだと思います。今は過渡期なので、施設に財源がかかっているのは当然、皆さんも最初はそう思っていたので、これからもおそらくその疑問はずっと出てくると思います。

因副会長

そういった新鮮な意見はすごく大事なので、また原点に戻りたいと思うんですが、ただ、簡単に施設の人数、在宅の人数だけでお金の違いというのが言えないんですね。施設は24時間介護していますので、24時間分のお金を払わないといけません。在宅は、例えば訪問介護でいうと、週に1回とか2回とか、その1回も1時間程度しか利用しないわけです。だから、人数だけではなく、利用頻度や密度といったものを考えると、どうしても差が出てくるんです。

廣津委員

それはよく分かりますが利用者にしてみれば、同じ介護保険料を払っているのだから同じ給付を受けられるのが原則ですよ。

因副会長

同じ給付が受けられますよ。必要な給付が受けられます。

廣津委員

“必要な”でしょう。

因副会長

在宅にいる人を24時間みなさいというわけにはいかないんです。

廣津委員

在宅にも施設にも介護保険料を払っているのに、意見を言えない人がまだたくさんいるんです。

私は生命保険会社ではないですが、10年間介護保険を使わなかったら、広域連合からボーナスが出るというような制度があってもおかしくないと思います。

小賀会長

介護保険制度の難しいところは、国が細かい部分まで法律の中身をきっちり決めて、実行だけを自治体に委ねるという方法をとっているので、例えば連合体のような組織を作ったとしても、施策や法制度を自治体レベルで変える事ができないのが、すごく大きな問題としてあると思います。

なので、地域性という事であれば財源だけを与えて、それこそ自治体ごとで自由度の高い取り組みを行ってもいいという、枠組みのあり方自体もある程度自治体に任せればいいんですが、そういった事をせずに、実行だけを自治体に任せているので、廣津委員からのご指摘にあったように歪みが出てまいります。

当然ここにいらっしゃる皆様方は、もう施設の時代ではないとお考えだと思います。だから、本気で施設を解体するのであれば、本気で出来るような施策とそれに応じた法制度を作って、介護度の高い高齢者も、例えば在宅でケアできるような取り組みを徹底してやっていくべきだと思います。ただ、それを本気でやっていると、お金もそれなりにかかってまいります。

実は北欧でも、在宅ケアに取り組む以前に、施設ケアよりも在宅ケアの方が全体としての経費は少なくすむと考えていたそうなんです。ところが実際にやってみると、施設ケアよりも在宅ケアの方が多くの費用がかかるという事でした。だから、北欧の場合はそれをやりきっているわけです。

日本は、そこに本気で取り組もうとしているのかどうか、さっぱり分からないという現実があります。

廣津委員

制度が欧米と全然違うんですね。

小賀会長

そうなんです。ノーマライゼーションなどと言葉では良い事を言っていますが、地域で暮らす高齢者を支えるための、具体的な援助のあり方がなかなか見通せません。だから、グループホームにしても、もっと増やすべきだとは思いますが、総量規制などがあってグループホームを増やすと費用がかかるので、設置はある程度抑えるように国が指導をします。だから、広域連合としてもこうあるべきだと思っている事が、なかなか実行に移せないもどかしさのようなものを抱えているので、その点は、こういった自治体レベルで事業計画を作っている我々にとってのジレンマがあります。おっしゃるように基本的な事は大事にできるような議論はしなければいけないとは思っています。必要な事は、その時々でぜひ指摘をして下さい。広域連合としても、ご意見、ご指摘がある事を想定して、一般市民からの参加枠を設けておりますので。私たちでも本当は分かっていないかもしれない事を、分かっていると思い込んで、良くも悪くも、基本的な事を全てクリアして議論をしてしまう事がありますので、そういった時に、原点に立ち戻らせてくれるという事ではいい指摘だと思います。

廣津委員

それだけ皆さん慣れているんだと思います。

小賀会長

そうですね。だから、しょうがないで済ますといった部分もあるかもしれないので、そういった事がないような計画づくりをやっていかなければならないと思います。

それでは、その他に事務局からの回答についてどうぞ。

山口委員

事務局から訪問調査の際に処遇困難と判断した場合は、地域包括支援センター等に情報提供をしていくといったご説明だったかと思いますが、虐待などは特に、早期発見が課題でございますので、スクリーニングシートを作っていただいて、適切に、必要な時に、できるだけ早く市町村、あるいは地域包括支援センターに情報提供が徹底されるようにしていただく事はできますでしょうか。

小賀会長

いかがでしょうか。

事務局

スクリーニングシートで、適切な情報提供という事でしたが、現在の支部の状況を直近で確認したところ、虐待が疑われる事例については、前回お話ししました通り、調査員から支部の職員に連絡して、個々に適切な対応をしております。スクリーニングシートでいきたいという事だと思いますが、今後支部と協議しまして、考えていきたいと思えます。

小賀会長

いかがですか。

山口委員

わかりました。

小賀会長

では、ぜひ実現できるように検討して下さい。

山口委員

現状では、支部でも緊急対応が必要な場合については適切に対応しているような状況ですよ。

事務局

はい。

小賀会長

その他いかがでしょうか、どうぞ。

狭間委員

先ほどご説明があった、資料1「I 第5期事業計画における施策等の実施状況について」24頁の「6. 認定の正確性・公平性」について、この部分は差し替えた資料という事ですが、研修の参加率等、前回の資料とほぼ変わらないと思いましたが、研修に参加した人の割合が38.2%というのはどうなるのでしょうか。この数字はどういった水準なるのでしょうか。

田代委員

私も思ったんですが、職種間の数字に差がありますよね。特に、平成24年度から平成25年度に倍増している理由は何なのかお尋ねしたいと思っていました。

それと、医師と看護師は参加が少ないですが、平成25年度は増えていて、薬剤師が少ないです。だからやはり個人で事業をなさっている方の参加が少ないので、これについては対応が必要かなとは思っています。

事務局

審査会委員の任期が2年でございます、平成25年度、平成26年度になっております。平成24年度は任期の2年目でございます。任期の最初の年の平成23年度に研修を受けられて、翌年は、初年度に研修を受けられた方は参加しないので少なくなっているんだと思います。

田代委員

この研修は新任者を対象に行っているものではありませんよね。審査会委員は毎年、全員の方に出席してほしいというものですよね。市町村によっては、新任者の方に研修しますといったところもあると思うので、例えば参加率が低ければ、新任者だけを対象にする事も必要かもしれませんし、この研修は毎年行うよう市町村にはお願いしているんですよ。

事務局

参加率を出しているのは県の研修についてです。新任の審査委員会につきましては別枠で、支部でも独自で研修は実施しております。

小賀会長

それでよろしいですか。

因副会長

続けて、「6. 認定の正確性・公平性」で教えていただきたいんですが、22頁の指標3で「保健師会議」という文言が出てきますが、保健師会議では困難事例や判断に迷う事例を協議すると書いてあり、差し替え資料の23頁にも、「8. 今後の方向」として、保健師会議を随時開催すると書いてあります。困難事例は保健師が対応するというのは、国の基準であるのでしょうか。それとも、広域連合独自で困難事例について保健師が対応するという事になっているのでしょうか。

事務局

ご存知かと思うんですが、認定調査に関する判断基準が色々ございますので、専門の保健師をチームリーダーとして、調査員の指導にあたるようになっております。判断基準はご存じのように判断が難しいところが色々ございますので、支部で判断基準に迷う事例がたくさん出てきまして、解決しないものについて、保健師をリーダーとして支部で集まっただいて判断が難しいところの統一化を図っております。

因副会長

お尋ねしているのは、これは国がそのように定めているのでしょうか、それとも広域連合独自でそうされているんですか、ということです。というのも、地域包括支援センターは3職種の人がいて、教えるという点では、保健師さんが一番よく分かっているかもしれませんが、主任介護支援専門員もいて、社会福祉士もいるので、そういう決まりがあるのか、それとも広域連合独自なのかという事を聞いているんです。

事務局

国にそういった決まりがあるのかどうかは、今のところ聞いた事はありません。介護保険ができ

た時の当初の設立の状況では、支部に専門職種としての保健師を配置しておりますので、広域連合としては、その専門職種の保健師がリーダーとして対応するという事を基本としております。

因副会長

国が出している通知や介護認定審査会の実施要項では、判断に迷う困難な事例、訪問調査の際に判断に迷うケースは要介護認定審査会に判断を仰ぐという事しか書かれていないんです。

事務局

最終的には、認定調査の内容で、判断に迷った時には、ありのままを調査票の特記の欄に記載するようになっておりますが、その前の一次判定で、できる、できないという判断をする時にも迷う事例がたくさんあります。そういった事例を、最終的には二次判定の審査会の中で確定させていくんですが、一次判定についても、なるべく広域連合内で統一が図れるように、保健師の会議を開きまして、判断基準を平準化していくようにしております。

小賀会長

その他、いかがでしょうか。

狭間委員

前回質問しそびれた部分なんですが、資料1「I 第5期事業計画における施策等の実施状況について」の20頁「(2) 事業者指導・介護報酬請求の適正化」では、指標2 集団指導の実施、指標3 実態把握が評価指標となっておりますが、振り返ってみると地域密着型サービス事業所に対しての指導という事で、居宅介護や施設ではなく、地域密着型サービス限定で評価をされていますが、これはやはり地域密着型サービスで介護報酬の請求の問題が多いという事なんでしょうか。地域密着型サービスに限定している理由を教えてください。

小賀会長

いかがでしょうか。

事務局

広域連合として、こういった集団指導の実態を把握すべきだという事で、指定権限を持って指導を行っているのが地域密着型サービスになります。

例えばこういった集団指導以外の実地指導といった事については、地域密着型サービス以外の訪問介護についても指導を行う場合もございます。ただ、それは指定権限がないままに、指導だけを行う事になりますので、仮に深刻な過誤ではないレベルの、犯罪レベルの事を見つけたとしても、広域連合としては指定取り消しといった処分ができません。指導という事で行っております。

田代委員

指定権限は県の権限です。地域密着の事業は市町村。

狭間委員

地域密着型サービスに関して、最近の介護報酬の不正請求、金額が増えていたり、悪質なものが

増えているなどの実態があれば教えていただきたいです。

小賀会長

何か特徴的なものがありますでしょうか。

小賀会長

私もそうなのですが、地域密着型サービスの委員会で活動されている方、いかがでしょうか。

悪質なものというのはほとんどないです。書類上、整えるべきものが事後になっていたり、ヒヤリハットと言いまして、介護をしている際にヒヤリとした、ハットとしたという事もきちんと記録して、事故の予防に取り組んで下さいといったところまで、指導・助言をしていただいています。相当細かい指摘も含めておそらく広域連合外の自治体よりも、広域連合内の自治体の方が委員会からかなり細々とした事まで指摘していくので、基準以上の取り組みができていないのではないかと思えます。例えば、部屋の広さにしても法定通りに作るのではなく、もっとゆとりを持って作って下さいといった事や、あるいはトイレの位置まで含めて、例えばトイレはいくつあればいいという基準も、あればいいというわけではないといったところまで含めて、相当厳しい指摘をしているので、その辺りはおそらく他の自治体よりも利用者サイドにたった指導や助言ができていないかと思えます。特に、因委員にはいつも非常に厳しい指摘をしていただいておりますので、本当に当事者の立場にたった議論ができつつあると思えます。

よろしいでしょうか。特にないようでしたら、本日、まだ積み残しているところがありますので先に進みます。

「7. 介護保険料納付に対する理解促進」をご説明いただけますでしょうか。

事務局

では 29 頁、「7. 介護保険料納付に対する理解促進」についてご説明させていただきます。恐れ入りますが、座ってご説明させていただきます。

介護保険料納付に対する理解促進という事で、まず「(1) 施策の目的及び概要」について読ませていただきます。介護保険制度の内容や保険料納付の意義について被保険者に理解していただき、介護保険料を確保することは、負担の公平性及び健全な制度運営を行うために重要である。構成市町村との強い連携により、介護保険制度及び保険料納付に対する理解促進を図るとともに、被保険者の納付手続きの負担軽減を図るため口座振替を更に進めることに努めているという事です。

続きまして、「(2) 施策の現状」です。3 点にまとめて記載させていただいております。1 点目、新たに 65 歳になられる方に対する制度説明等の実施です。全構成市町村において、被保険者証を、直接被保険者に交付するように努めておりまして、その際に制度説明を行い、あわせて口座振替の手続きを勧めるようにしております。2 点目でございますが、新たな資料を活用した徴収事務の実施です。第 5 期においては、構成市町村による滞納徴収事務の効率向上を図る目的で、市町村職員と協議しまして、ここに記載しております 2 つの資料を作成し、納付依頼を行うべき優先先を明確にする事に努めました。3 点目は、介護保険料納付を周知する習慣の設置で、年に 3 回、全市町村が同時期に納付業務に取り組む、強化週間を設定しております。

次は、「(3) 評価指標」です。指標 1 は収納率の実績で、ここの指標に書かせていただいている普

通徴収というのは、特別徴収と呼ばれる年金天引き分を除いた分の介護保険料で、その収納率を書かせていただいております。指標 2 は口座振替による保険料収納割合の実績で、先ほどご説明いたしました普通徴収分の収納率のうち、口座振替で収納した割合を記載させていただいております。指標 1、指標 2 においても平成 23 年度より平成 24 年度の方が割合が高くなっています。なお、資料には記載されておりませんが年金天引き分も含めた、平成 24 年度の保険料収納率ですが、98.46% になっておりますので、付け加えさせていただきます。それから、指標 3 は先ほど述べさせていただきました、新たに作成した滞納徴収資料の作成について記載させていただいております。

次に、30 頁をご覧ください。「(4) 必要性」としては、介護保険料の納付は介護保険事業の健全運営のためにも、広域連合と構成市町村で連携を強化して取り組む必要があるという事です。

「(5) 有効性」としては、65 歳になられた方はまだ制度に関する関心が低く、年金天引きが開始される前でもある事から、制度や口座振替を直接説明する事については有効であると思われるという事です。

「(6) 効率性」としては、口座振替は納め忘れを未然防止させる事から効率性が高く、新たに作成した滞納徴収資料の活用は市町村事務の効率化に付与するものと考えているという事を記載させていただきました。

「(7) 課題」として、全構成市町村による収納状況の底上げが必要とありますが、その課題を克服するために、「(8) 今後の方向」として、“現状維持”としまして、研修会、個別市町村との協議を通じて、先述の資料の有効活用を市町村で共有し、使用頻度を上げる等工夫をいたしまして、全市町村の収納状況の底上げを図り、新たに 65 歳になられた方への制度説明をさらに充実させて、口座振替の利便性の向上にも努めていきたいと考えております。以上でございます。

小賀会長

ただいまの事務局からの説明につきまして、ご質問、ご意見ございましたら、どうぞご自由にお願ひします。

廣津委員

保険料徴収の階層が現在 9 段階に分かれています。この階層の分け方はもう少し工夫する余地はありませんか。

例えば、私と妻の場合の所得に対する介護保険料があまりにも差があるんです。私の場合は介護保険料は 9,000 円から 10,000 円弱ですが、妻は介護保険料は 6,000 円近く払っています。妻が独り立ちした時にでも、この金額のままいくのかなと。

北九州の場合は 12 段階くらいに分けています。だけど、保険料は私と同じ所得の方と比べても広域連合の方が安いんです。何だかあまりにも差が激しいので、所得は数百万違うのに保険料は数千円しか変わらないという状況を、何とか工夫できないかなと思っています。現在の制度があまりに差が激しくつくような設定になっているので、何とかうまく工夫ができないのかと思っています。

例えば、介護保険料は所得に対して 10% です。それでも足りない場合に 10% から 12% にするなどして、総額を確保すればいい事で、何かうまい方法はないのでしょうか。この分け方ではあまりにもおおざっぱすぎる気がします。

因副会長

要するに、低所得の人はもっと低くして、高所得の人からはもっと保険料をとって下さいという事ですよ。私もそう思います。

小賀会長

そうですね。あと、働いている人たちは事業所が保険料の半分を負担してくれますが、リタイアしたり、職がない人は基本的には全額自己負担になります。そういった部分をもっと微調整できるような保険料設定であればいいなと私も思います。

田代委員

結局総額は必要な金額なので、最終的には階層を何段階に分けるかという事になるかと思います。福岡市の場合は、おそらく14段階に分かれているので、今おっしゃったように段階に分けるしかないのかなと思います。

廣津委員

なぜ段階に分ける方式にしたのかがよく分かりません。

事務局

今のご意見について、介護保険料は条例で決まりますが、その前に介護保険法で「政令で定める基準に従い」という文言がありまして、やはり国がかなり決めています。特に基準額より低い所得の非課税者の方の保険料については国が決めています。多段階制になるのは、所得が多い人から保険料を多く徴収する事は、現時点では認められている仕組みなので、福岡市や東京の新宿区といった所得の高い方が多い地域というのは、かなり高い金額になっているというのは事例としてあるようです。

ただこの問題については、当初介護保険制度がスタートした時に、もともと介護保険の1人あたりの給付月額が、一番高い方でも20万～30万程度なので、高所得者の方から高額な保険料を徴収しているのか、という議論はやはりあるという事でした。その中で現時点では決まっているかと思っております。

小賀会長

他に「7. 介護保険料納付に対する理解促進」について何かご意見あるいはご質問ありますか。

特にございませんでしたら、私自身は介護保険制度を誰もがしっかりと理解していくというのは非常に難しい問題があるので、例えば納付に関するという事でいえば、システムをきちんと整えていく、徴収されている保険料について、当事者に疑義があれば、質問したい時に例えばどこに行けば、あるいは電話を1本かければきちんと答えていただけるような、そういった窓口システムが整ってくる事が非常に肝要かと思えます。今後もそこに留意していただいて、この項目についてはひとまず終了という事でよろしいでしょうか。

では、資料1「I 第5期事業計画における施策等の実施状況について」の31頁、8.「事業計画の進捗状況等の点検・評価」について、全て通して事務局からご説明をお願いします。

事務局

それでは、資料1「I 第5期事業計画における施策等の実施状況について」の31頁から34頁ま

で説明をいたします。

「8. 事業計画の進捗状況等の点検・評価」の「(1) 事業量等計画値の達成状況の検証」です。座って説明をさせていただきます。「(1) 施策の目的及び概要」ですが、介護保険事業計画における計画値に対する実績の進捗状況を点検することで、次期計画期間における事業量を適切に見込むこと、急激なサービスの伸び等の把握・要因を検証することを目的として、有識者、専門職の方からなる委員会「介護保険事業実施効果検証委員会」を設置し、今後の施策展開の基礎とすると書かせていただいております。

「(2) 施策の現状」ですが、こちらは検証委員会でも報告させていただいておりますが、まず①平成 24 年度について大まかな部分だけ読ませさせていただきます。利用実績値は計画値に対して実績値 102%で推移しております。詳細につきましては、お配りしております報告書をご参照いただきたいと思います。②平成 25 年度につきましては、現段階では概ね計画値通り推移している状態です。報告書には平成 26 年度と記載されておりますが、印刷や集計が遅れておまして、8 月中旬辺りになりそうです。できあがり次第、委員の皆様にはこちらの委員会においてお配りしたいと思っております。

「(3) 評価指標」です。検証委員会の開催の回数を記載しております。平成 24 年度と平成 25 年度ですね。そして、第 5 期計画の検証という事で、一年を通して 4 回開催いたしました。基準というものがございませんので、4 回という開催回数のみ書かせていただきました。

次に 32 頁をご覧ください。「(4) 必要性」です。厚生労働大臣が定める基本指針というものがございます。こちらに沿って、第 5 期計画期間の運営状況を点検し、分析、評価をする事で第 6 期の計画策定の基礎資料とするという事で考えております。

「(5) 有効性」です。この施策を実施する事で、年度ごとの運営状況の把握が行えるだけではなく、客観的な検証が実施され、事務局の判断や考え方ではなく、検証委員会の皆様からのアドバイスや情報を得る事ができると考えております。

「(6) 効率性」です。事業計画がどうしても 3 年に 1 度の作成になりますので、短期間での集中審議で仕上げなければならないという事になります。ですので、各年度において運営状況を点検していく事で、集中審議に耐えうる基礎資料を収集できるという事で書かせていただいております。

「(7) 課題」です。今まで以上に基準となり得る数値、例えば県や国の平均値等、そういったものをお示ししながら議論をしていただければと思います。

「(8) 今後の方向」です。“現状維持”という事で記載しております。先ほども申し上げましたが、どうしても短期間のスケジュールでの作成となりますので、外部での検証を継続していきたいという事で書かせていただいております。

次に 33 頁をご覧ください。「(2) 介護予防事業・予防給付の検証」についてです。まず「(1) 施策の目的及び概要」です。二次予防事業・予防給付に関しましては、事業実施効果の評価が困難だと言われております。広域連合としましては、平成 21 年度以降同一の要支援認定者・二次予防事業対象者を追跡調査しまして、予防給付、二次予防給付について、利用者の心身状態の改善状況（客観的な効果）や、利用者本人の生活態様の変化に対する評価やサービス満足度（主観的な効果）を把握するアンケート調査を実施しております。

「(2) 施策の現状」です。地域包括支援センター単位（33 構成市町村）で、職員が実際にサービスを受けに来られた利用者に対して、対面で聞き取り調査を実施しております。こちらも報告書として皆様にお配りしておりますが、平成 24 年度につきましては、まず要支援認定者 1,332 人に実施いたしました。二次予防事業対象者では 1,669 人に実施いたしました。平成 25 年度につきましては、

集計して報告書にまとめ次第、皆様にお配りしてご説明したいと思っております。

「(3) 評価指標」です。こちら指標 1 は検証委員会の開催の回数です。平成 24 年度から平成 25 年度の 1 年間に渡って 4 回開催しております。指標 2 平成 24 年度聞き取り調査標本数について、1 市町村あたり、要支援認定者、二次予防事業対象者それぞれ 50 人ずつを目安として、33 市町村×(50 人+50 人) という事で 3,300 人を基準値として書かせていただいております。実際実施できた回数といたしましては 3,001 人でしたので、達成度は 91%となっております。指標 3 平成 24 年度構成市町村事業状況調査という事で、実際に 33 の市町村で実施しました二次予防事業の実施状況、対象者の把握率や事業実施に要した費用といったものを調査しております。これは全ての市町村から回答いただきまして、達成度は 100%となっております。

次に 34 頁をご覧ください。「(4) 必要性」です。事業実施前後の二次予防事業対象者、要支援認定者の状態像の変化を捉え、分析した結果に基づき介護予防事業を効率的に展開する事で、給付費抑制に向けた施策展開が可能となると考えております。

「(5) 有効性」です。評価システムの構築に関しては、どうしても経年的な同一利用者のデータの蓄積が不可欠で、データ量を積み上げていく事で信頼性の高い評価指標となり、有効的、効率的な事業展開が可能になっていくのではないかと考えております。

「(6) 効率性」です。構成市町村内で、他の市町村が実施している事業、費用やプログラム、客観的な効果といったものを公表する事で、次の構成市町村におけるプログラムの検討の際の基礎的な資料になるのではないかとという事で記載しております。その他、事業計画策定の際に、どうしても推計する段階で介護予防効果を数字で表す必要がありますので、その 1 つの指標となるのではないかと考えております。

「(7) 課題」です。33 の市町村で広域連合を構成しておりますが、どうしても社会的な資源や基盤といったものが異なりますので、こういった事業を市町村でやっているというような効果指標は、一定のものは示せたんですが、それがすべての市町村で統一して効果的だったというプログラムの提示には至らなかったもので、課題として書かせていただいております。

「(8) 今後の方向」です。“現状維持”と書かせていただいております。「(7) 課題の内容」を踏まえまして、広域連合として支援できる部分で、平成 24 年度から二次予防事業対象者の把握を広域連合で一括して実施する事としております。もう 1 点として、例えばこういった状態像の高齢者がどの地区にどの程度おられるのか、といった情報を地図上にプロットして、視覚的に把握できるような地図システムを導入しております。その他の支援につきましても引き続き検討していきたいという事で書かせていただいております。以上で、説明を終わります。

小賀会長

ありがとうございました。実は 31 頁「(1) 施策の目的及び概要」に記載してある「介護保険事業実施効果検証委員会」という、ちょっと長くて難しい名前ですが、これはこの広域連合のみの取り組みです。確か第 3 期辺りの事業計画策定委員会で議論していた際に、計画を作って実施するというだけでは、3 年間の計画が本当にうまくいっているのか、うまくいっていないとすれば途中で可能な修正を加えた方がいいのではないかとという事で、当時の広域連合長に、こうした検証委員会を作るべきだという事を事業計画策定員会で意見を付した事があります。それが採用されまして、それ以降広域連合としては、効果検証委員会が毎年開催されております。効果検証委員会の議論の内容が、3 年に 1 回の事業計画策定委員会の中でこういった形で議論されているという事になります。ですから全国的にいうと、どの程度の自治体がこういった事業効果を検討するような委員会を持って

いて、積み上げを行っているのかという点、おそらくほとんどの自治体は行っていないと思います。やはり多くの自治体が加盟している連合体だからこそ不公平、不平等がないようにきちんと運営していこうという事の表れなんです。ただ、事業を検証していく事自体が非常に難しい事で、具体的にどのような効果があるのかというのは、具体的なサービスの場面で当事者が満足していくサービスをどのくらい利用できているのかというのが一番大事なんです。それをどのように数量化をして計っていけばいいのかという事が毎年の課題になっているところです。ただ、検証委員会での議論が事務局の中で検討されて、例えばグループホームをもう少し増やすように具体的に取り組んでいこうといったかたちで反映されて、地域密着型サービス運営委員会にて実現されていくといった事もありましたので、この検証委員会自体はそれなりの役割を担ってきているのではないかと考えているところです。

介護保険事業実施効果検証委員会についての報告だったんですが、ご意見やご質問があればご自由にお願ひします。

廣津委員

検証委員会の報告はHPで読ませていただきました。これに関連するのかどうか分かりませんが、会議のテーマ等はこの検証委員会から出されているのでしょうか。ずっと第何回目の委員会は、これを議題としますよという流れになっていますよね。何だか検討している項目と少し離れたテーマのような気がしたものですから。テーマがどこから出てきているのかなと思っています。

小賀会長

介護保険事業を広域連合として取り組んでおりますので、取り組みの中身全体が反映されるかたちで事務局から資料として提出されておりますので、検証委員会で議論された事が、そのまま私たちが行っている事業計画策定委員会に出てくるわけではありません。

廣津委員

違うんですね。

小賀会長

ただ、そこで検証された事の中身は重要なものですから、この紙面の中、事務局の報告の中には何らかのかたちで盛り込まれていると考えていただいてもいいかと思っています。

この検証委員会は粛々と取り組んで、試行錯誤していくしかないんですが、やはり一番大事なのは、利用している当事者が満足できるようなサービスを手にできているかどうか、あるいは利用したいと思っている方々が、遠慮せずに利用できるような仕組みになっているかどうかなんですよね。

一方で言えば、介護保険を利用せずとも、日々暮らしていけるような介護予防の取り組みに参加して、健康を保持していけるような事も含めて、そうしたサービスが、加盟する自治体の住民にきちんと提供できているかどうかが一番大事な部分だろうとは思っています。

特に意見がございませんでしたら、とにかく検証委員会については、以後も検証を続けていただくという事で、お認めいただければと思います。

では一通り、第1回の策定委員会の資料の中身を検討してきましたが、全体を振り返って何かご意見・ご質問があれば、ここで受けたいと思います。いかがでしょうか。今後も発言してはいいという事ではありませんので、第1回目の資料で、継続して審議していく事について気になっ

てきたという事であれば、その時々の会議でご指摘いただいて構いません。今日は特に思いつかないという事であれば、一旦この議論については閉じさせていただくという事でよろしいでしょうか。ありがとうございます。

2 その他

小賀会長

では本日の議事につきましては一通り終了いたしました。次回からは具体的に第6期の計画内容を議論いたします。その中で分らない事、しっかりと指摘しておかなければいけない事等、たくさんあると思いますので、ぜひこれからの会議にも参加していただいて、参加できない場合は、できる限り資料を早めに出していただきますので、それを事務局に何らかのかたちで、ご意見やご質問をいただければと思います。よろしくお願いいたします。

では、本日はご参加ありがとうございました。

以上