

第8期 福岡県介護保険広域連合 第3回 介護保険事業実施効果検証委員会 議事録

【開催日時】 令和4年11月21日（月）10時00分～11時35分

【開催場所】 パピヨン24 3階（10・11号）会議室

【出席者】 検証委員（50音順）

因委員（副会長）、掛川委員、川端委員、小賀委員（会長）、高田委員、田代委員、長野委員、深谷委員、藤村委員、宮崎委員

【議事】

- 1 令和3年度介護保険事業計画運営状況報告 概要説明
- 2 令和3年度介護予防効果測定調査 概要説明
- 3 介護人材確保策等に関する検証委員会小委員会の協議内容について

【会議資料】

報告資料 ※当日配布

ケアプラン確認事業分析結果のフィードバックについて

資料1

施設等基盤設備ニーズ調査について（第2回検証委員会時のご意見に関する追加資料）

資料2

第8期介護保険事業計画運営状況報告書（令和3年度 概要版）

資料3

介護予防効果測定調査報告書（令和3年度 概要版）

資料4 ※当日配布

介護人材確保策等に関する検証委員会小委員会の協議内容について

..... 【議 事 内 容】

開会

○ 事務局

それでは定刻前ではございますが、皆さまお揃いになりましたので、ただ今より、第8期福岡県介護保険広域連合第3回介護保険事業実施効果検証委員会を開催いたします。

委員の皆さま方におかれましては、御多忙中にもかかわらずお集まりいただきまして誠にありがとうございます。なお、桑野委員は本日欠席の御連絡を頂いております。

まず配布しております資料の確認からさせていただきます。事前に送付させていただいたもので資料1となります「施設等基盤設備ニーズ調査について（第2回検証委員会時のご意見に関する追加資料）」、資料2となります「第8期介護保険事業計画運営状況報告書（令和3年度概要版）」、資料3となります「介護予防効果測定調査報告書（令和3年度概要版）」、それから机上に配布させていただきましたもので、本日の次第、資料4「介護人材確保策等に関する検証委員会小委員会の協議内容について」、それから委員の皆さまのもとに本日お配りしておりますA4横でクリップ留めしているもので「ケアプラン確認事業分析結果フィードバック日程表」、クリップを外してい

ただくとA3の縦で「ケアプラン確認指標（第1号被保険者用）」、次に「ケアプラン確認指標（第2号被保険者用）」、そしてA4横のカラー刷りの「ケアプラン確認事業個別結果表」になります。それから冊子で「令和3年度第8期介護保険事業計画運営状況報告書」、それから「令和3年度介護予防効果測定調査報告書」です。皆さまお手元にございますでしょうか。それでは早速ですが、小賀会長、進行のほどよろしく願いいたします。

○ 小賀会長

皆さま、おはようございます。本日も午前中から御参集いただきまして、ありがとうございます。本日の会議につきましては、90分程度を目途にと思っておりますが、資料が相当量出ておりますので場合によっては少し延びるかもしれません。それから暑かったので上着を取らせていただいたのですけれども皆さま方もどうぞ御遠慮なく。それでは早速議事に入りたいと思っておりますが、議事に入る前に事務局から報告事項が1件ございます。まず報告していただいて3点の議事に入りたいと思っておりますので、事務局、よろしく願いいたします。

事務局より報告

○ 事務局

議事に入る前に、事務局から1点御報告させていただきたいと思っております。資料につきましては、本日、机上に配布させていただいておりますA4横の「ケアプラン確認事業分析結果フィードバック日程表」、A3縦の「ケアプラン確認指標第1号被保険者用」と「第2号被保険者用」というものと、A4横のカラー刷り「ケアプラン確認事業個別結果表」となります。資料の説明につきましては、座って御説明させていただきます。

こちらにつきましては、第8期介護保険事業計画における施策として、要介護1～3の居宅サービス利用者全件について確認を行うというものです。今回、その確認を終えましたので、その分析結果を配布しております。「ケアプラン確認事業分析結果フィードバック日程表」のとおり、介護支援専門員協会の御協力のもと、今月末に居宅介護支援事業所それぞれに対面で説明を添えて御提供することとしております。ケアプランの確認に当たっては、有識者の御協力のもと、広域連合が独自に作成したA3縦のケアプラン確認指標第1号被保険者用、第2号被保険者用に基づき、どのくらい指標に対応できているかを確認しました。具体的に各事業所へどのような資料を提供するかというのがA4横のカラー刷り「ケアプラン確認事業個別結果表」となります。

まず1ページを御覧ください。こちらは平成30年度に実施した結果と、今回、令和3年度に実施した結果で、対応率にどのような変化があったのかということをご項目別に経年比較した資料となります。対応率が上昇した項目はどのような項目なのか、逆に対応率が減少した項目はどのような項目なのかという資料となります。

2ページから4ページは各項目別の経年比較となります。

5ページを御覧ください。こちらは令和3年度単年度の結果を支部内、広域連合全体との平均値と比較した資料となります。平均と比較して対応率が上回っている項目はどの項目なのか、逆に下回っている項目はどの項目なのかということをご振り返っていただき、その理由を考えることで気づきを促していきたいと考えております。詳細な説明は3月に予定しております検証委員会において御説明いたしますが、この取組についてひとまず御報告させていただきます。以上です。

○ 小賀会長

ありがとうございます。ただ今の報告の内容につきまして、何か御意見、御質問はございますでしょうか。

○ 川端委員

歯科医師会の川端でございます。今少し見せていただいたのですが、ケアプラン確認指標で歯科のところを見せていただいたのですが、そもそも確認基準の所に何も書いていなくて、確認ができているのかというと、かなりできていない可能性の方が高いのではないかと。もともと問題点に上がってなくて課題にもなっていないところなのかなと思っていて。私も往診を結構やりますけれども、行った時に「このようなどころまで放置したか」という方が8割程度いらっしゃる。誰がそのスクリーニングしているのかという問題があるのかなと思っています。以上です。

○ 小賀会長

御意見頂きましたが事務局から何かございますか。

○ 事務局

御指摘頂いた件は十分こちらの方も承知しております。こちらの指標は第1号被保険者で93項目、第2号被保険者で101項目と、かなりのボリュームになっております。分析結果を事業所ごとに集計しているのですが、対応率が20数パーセント低い指標もございます。逆に高い指標というものもございます。対応率が低いということをケアマネジメントのプロセスの中で、一旦、何故書けていなかったのか、書けていないからそれが良い、悪いということではなくて、書かれていない理由を一度振り返っていただく。そこで気づきを促していきたいという目的でございます。また、この指標を作るに当たり国が示す根拠もございます。3月の検証委員会で報告する際にはこちらの方も併せて御報告させていただきますのでよろしくお願いいたします。

○ 小賀会長

よろしいでしょうか。

○ 川端委員

はい。

○ 小賀会長

ありがとうございます。こうした調査については教育的な効果もございますので、ケアマネジメントを行う際に連合全体としてはこうした視点をきちんと持って取り組んでくださいね、という思いが徐々に伝わっていくことも期待していると思います。詳しくは年が明けてから事務局から報告いただきますので、その折にまたよろしくお願いいたします。特にございませんでしたら、議事に入っていきたいと思いますがよろしいでしょうか。

では本日の議事ですが、まず1点目、令和3年度介護保険事業計画運営状況の報告でございます。

事務局から概要の説明をよろしくお願いいたします。

○ 事務局

大変申し訳ございません。運営状況報告の前に1点、第2回、前回の検証委員会で御報告差し上げました資料の追加資料がございますので、一旦こちらの方を補足させていただいてもよろしいでしょうか。

○ 小賀会長

はい、よろしくお願いいたします。

○ 事務局

では御説明させていただきます。資料につきましてはA4の資料1「施設等基盤整備ニーズ調査について」を御覧ください。こちらにつきましては、第2回検証委員会で頂いた御意見に対する追加資料として御準備しました。

1ページを御覧ください。「第1回検証委員会時のご意見」となっておりますが、申し訳ございません。「第2回検証委員会時のご意見」の誤りです。訂正させていただきます。申し訳ございません。その下に頂きました3つの御意見を書き出しております。一つ目に支部別で調査数と回収数がわからない。母数が低い支部があるのではないかと。二つ目に実際何人の対象者が支部ごとにいるのか。例えば豊築支部のサービスを「不足」と答えている割合が多いが、対象者数が少なければ、データの見方が変わってくると思う。三つ目にどのようなケアマネジャーが回答したのか。という御意見を頂きました。

まず一つ目の支部別の調査数、回収数、母数についての御意見ですが、このページの下の方、「支部別調査数・有効回収数」を御覧ください。この調査は居宅介護支援事業者に対して実施した調査ですが、こちらは悉皆調査で実施しております。例えば粕屋支部は41事業所全てから回答いただき、回収率100%。回収率の低い柳川・大木・広川支部でも33事業所のうち29事業所から回答いただき87.9%の回収率となっております。いずれの支部でも高い回収率となっております。

次に二つ目の実際何人の対象者、つまり利用者の方が支部別にいるのかという御意見です。2ページの表「支部別延べ回答事業所数・利用者数」を御覧ください。右から2列目、最も多い田川・桂川支部で6,157人の利用者数。最も少ない支部で朝倉支部の534人の利用者数となっております。

最後に三つ目のどのようなケアマネジャーが回答したのかという御意見です。今回の調査は各事業所においてもっとも状況を把握しているケアマネジャーの方に御回答いただいております。以降3ページから5ページは支部別の詳細なデータをつけさせていただいております。以上で、資料1の説明を終わらせていただきます。

○ 小賀会長

ありがとうございます。ただ今の資料1についての報告ですが、何か御意見・御質問はございますでしょうか。よろしいでしょうか。ありがとうございます。それでは議事に入る前に、2点事務局から御報告頂きましたが、これから議事に入りたいと思います。では令和3年度の運営状況につきまして概要の説明を事務局からよろしくお願いいたします。

1 令和3年度介護保険事業計画運営状況報告 概要説明

○ 事務局

それでは御説明いたします。資料2の「第8期介護保険事業計画運営状況報告書（令和3年度概要版）」についてです。

それでは1ページを御覧ください。こちらの資料は、令和3年度第8期介護保険事業計画運営状況報告書の概要をまとめたものになります。令和3年度は、第8期介護保険事業計画期間の初年度であり、令和3年度の実績値と計画値の比較検証をしたものです。また、第7期の計画値と実績値の推移についてもまとめた資料となります。

続いて2ページを御覧ください。高齢者数及び高齢化率についてですが、表の一番右側が令和3年度です。総人口につきましては、実績値 696,364 人、計画値 697,406 人であり、計画値比率は 99.9%となっております。その下、高齢者数についてですが、実績値 221,334 人、計画値 221,195 人、計画値比率は 100.1%となっております。高齢化率についてですが、実績値 31.78%、計画値 31.72%、計画値比率は 100.2%となっております。総人口、高齢者数、高齢化率の経年推移は、ほぼ計画値どおりに推移している状況です。

続いて3ページを御覧ください。認定者数及び認定率についてです。表の一番右側が令和3年度です。認定者数につきましては、実績値 39,898 人、計画値 40,480 人であり、計画値比率は 98.6%となっております。認定率の計画値比率は、全体で 98.5%、軽度で 97.7%、中重度で 99.4%となっております。経年推移は、認定者数、認定率ともに計画値より低位で推移しております。認定率軽度の推移を見ますと、実績値は減少傾向で推移しているのに対し、全国値は増加傾向で推移しているため、全国値に近づいている状況となっております。中重度につきましては、全国値が増加傾向で推移しているのに対し、広域連合では減少傾向から増加に転じております。

続いて5ページを御覧ください。介護サービス利用者の状況についてです。特別養護老人ホーム等の施設サービス利用者数は、一番右側の令和3年度の実績値で 6,750 人、計画値は 7,977 人で、計画値比率 84.6%となっております。その下、グループホーム等の居住系サービス利用者数は、実績値 3,278 人、計画値 3,792 人、計画値比率 86.5%となっております。続いて在宅サービス等受給対象者数についてです。認定者数から施設・居住系サービスの利用者数を引いた数が在宅サービス等受給対象者数になります。令和3年度の実績値は 29,870 人、計画値 29,294 人、計画値比率は 102.0%となっております。その下の在宅サービス等受給者数は、実際に在宅サービス等を受給された人数です。令和3年度は、実績値 22,562 人、計画値 24,213 人、計画値比率 93.2%となっております。認定者の中で介護サービスを利用していない方の数が「未利用者数」で、令和3年度は、実績値 7,308 人、計画値 5,081 人、計画値比率 143.8%となっております。経年推移を見ますと、施設サービス利用者数は減少傾向となっておりますが、居住系サービス利用者数はほぼ横ばいで推移しております。在宅サービス等受給対象者数は、第7期の増加傾向から減少に転じ、同受給者数は増加傾向で推移しています。また、未利用者数が減少傾向で推移しています。

続きまして7ページ以降がサービスの利用実績をまとめたものになります。7ページは介護サービスの利用状況をまとめたページです。第7期以降の実績値の推移を見ますと、介護サービスでは、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハ、居宅療養管理指導、通所介護及び福祉用具貸与が増加傾向で推移しております。通所リハ、短期入所生活介護、短期入所療養介護（老健）は減少傾向にありま

したが、令和3年度は増加に転じています。

続いて9ページの介護予防サービスを御覧ください。実績値の推移を見ますと、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハ、介護予防居宅療養管理指導及び介護予防福祉用具貸与は増加傾向で推移しています。介護予防訪問入浴介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護は減少傾向で推移しています。

続いて11ページの地域密着型サービスの介護サービス分・介護予防サービス分について御覧ください。夜間対応型訪問介護、看護小規模多機能型居宅介護は計画値を上回っており、その他は計画値を下回っている状況です。実績値の経年推移を見ますと、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、小規模多機能型居宅介護は増加傾向、認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護は減少傾向、その他のサービスは年度間で増減が見られます。

続いて12ページの施設サービス等の表を御覧ください。実績値の推移を見ますと、介護医療院、居宅介護支援及び介護予防支援は増加傾向で推移しています。計画値比率は、介護老人保健施設が減少傾向、その他は第7期の減少傾向から増加に転じています。

続いて13ページのサービスごとの受給状況について御覧ください。こちらはサービスごとの受給率の状況を示しており、受給率は受給者数の高齢者数に対する割合となっております。各サービスには予防給付分を含んでいます。受給率は短期入所療養介護（病院等）の0.00%から介護予防支援・居宅介護支援の9.19%となっております、計画値比率は短期入所療養介護（病院等）の40%から介護医療院の125%となっております。

続いて14ページの表を御覧ください。こちらは標準給付費の状況となっております。令和3年度の実績値が617億6,200万円、計画値が648億6,900万円で計画値比率は95%となっております。実績値の経年推移を見ますと、増加傾向で推移しています。

続いて15ページの表を御覧ください。こちらは受給者1人当たりの給付費を示したものです。受給者1人当たりの給付費は、福祉用具貸与の9,495円から介護医療院の376,085円となっており、計画値比率は、短期入所療養介護（病院等）の42%から夜間対応型訪問介護の246%となっております。

続いて16ページ、17ページの表を御覧ください。こちらは支部別にサービス利用割合とサービス利用量を示したもので、8支部中、最も利用割合・利用量が多いサービスをまとめたものです。また、広域連合全体の値で全国値を上回っているサービスをまとめたものです。

続いて18ページの表を御覧ください。こちらは地域支援事業の実施状況についてです。地域支援事業につきましては1年ごとに報告させていただいている関係で、令和2年度の実績になります。費用額合計は45億2,500万円で、計画値の71億2,100万円を下回っております。実績値・計画値比率ともに減少傾向で推移しています。

以上で資料2の説明を終わらせていただきます。

○ 小賀会長

ありがとうございます。ただ今、事務局から報告いただきました資料2につきまして御意見、御質問を頂ければと思います。いかがでしょうか。

○ 田代委員

田代でございます。全体的にですが増減の差がすごく出ているのは、コロナの影響ということで令和3年度の計画は、少し下がって計画されているように感じるのですが、コロナの影響で3年度の計画値が少し下がって出ていて、実際は変化が出たのか。それと12ページの介護医療院が124%と出ていますが、介護療養型医療施設からの転換分と介護老人保健施設からの転換分も入っているのですか。療養型医療施設からは転換ですが、老健施設が減っているということがどのようなことなのかということをお尋ねいたします。

○ 小賀会長

事務局、2点いかがでしょうか。

○ 事務局

1点目が、コロナの影響で計画値と実績値の推移がどうなっているのか。2点目が医療院の内訳ですね。コロナの影響に関して、第8期の介護保険事業計画の策定に関しましては、国の方からコロナの影響がなかったものとして見込みなさいという通知がきておりますので、コロナ前の状況の実績の推移を第8期介護保険事業計画に関しましては見込んでいるところですので、コロナ前の実績の伸び・減少傾向に応じて計画値は設定しております。実績値としましては、国の方の報告では特に通所介護が抑制されたのではないかと、それから施設サービスについては新規入所が抑制されているのではないかと、そういったところで報告がっております。広域連合の実績を見ますと、通所介護の方は大規模型、通常の規模型の通所介護は減少傾向にはありません。ただ、地域密着型の通所介護、小規模型の通所介護につきましては、若干減少傾向で推移している。それから、入所系のサービスであります短期入所、特養は、若干減少傾向から横ばい、計画値に対しても若干低いような状況で推移している状況です。それから、介護医療院の転換の内訳というところですが、第8期計画期間中に介護医療型療養施設、それから医療療養型の病床については、介護医療院に転換ということになっております。こちらは、福岡県が転換意向調査というものを移行と併せて実績について調査しております。直近の状況はまだ結果が示されておられませんので、恐らく第9期の計画の策定の折にそのような集計資料をお示しいただけるのではないかと。その中で転換先が老健についても含まれているのかということを確認したうえで第9期の策定委員会の中で御回答できればと思っております。以上になります。

○ 田代委員

ありがとうございます。

○ 小賀会長

よろしいでしょうか。確かに第9期の事業策定は難しいなと思っていたのですが、国がそのような指針をコロナの影響がないものとしてということを出しているのであれば、それに従って取り組んでいくということになるかと思えます。その折、9期中の検証委員会の役割が、もっときちんと発揮できるような取組を考えていく必要があると思えました。その他はいかがでしょうか。

○ 因副会長

大変わかりやすい資料を作っていただいております。介護福祉士会の因です。訪問介護と通所介護ですが、集計される時に地域支援事業の訪問介護と介護給付型の訪問介護と一緒に集計されていると思いますが、国がそのように言っているのですか。何が言いたいのかというと、今、国の方で要介護1と要介護2も地域支援事業に移したいということを社会保障審議会で議論されています。実際に要支援1と要支援2のところですけども、どれくらいの推移があるのか知りたいです。これを見る限りわかっていないので、それをどう見たらいいのだろうというのが前から気になっているところです。

○ 小賀会長

事務局よろしいでしょうか。

○ 事務局

本日の資料につきましては、介護給付分の訪問・通所介護と地域支援事業の総合事業での訪問介護・通所介護というのは分けさせていただいております。地域支援事業の分は含まれておりません。実績として、今、手元にある資料として御報告させていただきますと、地域支援事業の訪問・通所系の推移というのが、まず、訪問系が少し減少傾向です。件数としましては、令和元年度で43,736件あります。それが令和2年度で41,742件、令和3年度で40,141件。若干減少傾向で推移しております。それから通所型の方は、若干、減少から横ばいかというところです。令和元年度で46,088件、令和2年度で42,504件、令和3年度で42,525件。コロナの影響があったかとは思いますが、若干、本年度については少し通所型の方も回復傾向の兆しが見えているかなというところがございます。よろしいでしょうか。

○ 因副会長

はい、ありがとうございます。

○ 小賀会長

その他いかがでしょうか。

○ 掛川委員

看護協会の掛川と申します。11ページの資料の看護小規模多機能型のところになるのですが、前回の時は気づかなかったのかもしれないのですが、令和3年度は、実績値が597人で、計画値は518人。令和2年度の計画値の半分くらいの数値になっている理由と、恐らく令和2年度くらいから在宅看取り数がコロナの影響もあって増えてきたというところで、この看多機の利用率は今から増えていくのかなという、在宅看取りが進めば必要なサービスなのかなというところがあるのですが、県全体や市町村の整備計画と実績値というのは、並行して受け入れができるくらい計画が進められているのかどうかというところを併せて教えていただければと思います。

○ 小賀会長
事務局いかがでしょうか。

○ 事務局

看護小規模多機能型の計画値の見込み方と必要なサービスを計画として見込めているのかという御指摘だと思います。実績値が平成 30 年度を御覧いただきますと 269 人となっております。令和 2 年度を見ていただきますと 602 人。こちらは第 7 期の計画を見込む際は、若干、見込みすぎている、平成 30 年度ですと計画値 624 から令和 2 年度 1,116。少し見込みすぎているということがございました。看護小規模多機能については国の進めるサービスでもございますし、広域連合としても、是非、積極的に事業者の方にも参入していただきたい、構成市町村も整備計画の中に盛り込んでいたサービスでございますのでそのような必要数を見込ませていただいたのですが、第 7 期の際は乖離が少し大きくございましたので、第 8 期を見込む際に現実的なところに合わせた形で補正しようと計画値を見込み直しております。掛川委員のおっしゃる通り、今後、必要なサービスであるということは十分承知しておりますので、第 9 期計画の際には、必要な基盤整備等、構成市町村と連携したうえでサービスを見込んでいきたいと考えておりますのでよろしく申し上げます。

○ 小賀会長
よろしいでしょうか。

○ 掛川委員
はい。

○ 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。

○ 因副会長

資料の 15 ページです。夜間対応型訪問介護が 246% となっておりますが、この急激に伸びている理由は何かということと、どこがこの夜間対応型訪問介護を使っているのか。いわゆる一般家庭なのか、有料の住宅型なのか。それがわかれば教えていただきたいです。

○ 小賀会長
いかがでしょうか。

○ 事務局

広域連合が指定している夜間対応型訪問介護の事業所はございません。0 件です。実績値として現れておりますのが、中津市でサービス付き高齢者向け住宅がございます。近隣の広域連合内の住民の方が利用されている。状況としてはこのようとなっております。

○ 因副会長

サービス付き高齢者向け住宅がほとんどの利用者ということですね。これは少し考えた方がいいのかな。気を付けながら見ていきたいと思います。

○ 小賀会長

どうぞ。

○ 事務局

監査指導係長をしております小松です。因副会長がおっしゃっていたとおり、中津市の方でも、うちの監査指導係と連携して事業所の状況は、現在、注視しているような状況です。これと併せて事業所自体は中津市にあるのですが、広域連合で何かできることはないかというところで個別のケアプランチェック等を行って注視するような形を取っていきたいと、現在、考えております。

○ 因副会長

ありがとうございます。

○ 小賀会長

本当に事業の展開が難しいですね。思わないような形で事業が利用されていく。当事者にとって良ければ何よりなのですが、事業者都合でマネジメントが行われるとよくありませんので、そこも事務局は既に把握済みということですので、今後も注視をお願いしたいと思います。

その他いかがでしょうか。よろしければそろそろ次の議事に移ってまいりたいと思いますが、よろしいでしょうか。議事の2点目でございます。令和3年度介護予防効果測定調査につきましての概要の説明です。事務局からよろしく願いいたします。

2 令和3年度介護予防効果測定調査 概要説明

○ 事務局

はい、それでは資料を御説明させていただきます。「介護予防効果測定調査報告書（令和3年度概要版）」という資料になります。

まず1ページを御覧いただきたいと思います。総合事業対象者等調査についてです。こちらの調査につきましては、介護保険事業計画の評価・検証作業として予防給付及び総合事業に関わる調査を実施し、介護予防効果の分析を行うことを目的に実施しております。包括支援センターにて原則11月と2月の2回で追跡調査をし、令和3年度に要介護・要支援認定者と総合事業対象者について聞き取り調査を実施しており、利用者の心身状態の改善状況や生活態様の変化に対する評価、サービス満足度を把握することとしております。分析の対象者としましては、令和3年度で要介護・要支援者で1,448名。事業対象者で317名となっております。なお、令和3年度から市町村の判断により、要介護認定を受ける前から予防給付及び介護予防事業を継続的に利用していた方が要介護認定者になった場合についても事業を継続して利用できるようになったため、新たに調査対象となりました。その対象者として1名あがっております。

続いて2ページを御覧ください。調査終了・中断者の状況につきましては、表の一番右側の令和

3年度の終了・中断者の割合としまして、要介護・要支援者で9.3%、事業対象者で19.3%となっております。終了・中断の理由ですが、要介護・要支援者で1番多かったのは「入院」で36.5%。2番目に多かったのは「介護給付の対象者となったため」で34.5%となっており、状態の悪化による理由が多くなっています。下の事業対象者で最も多かったのは、「一般高齢者になったため」で42.1%、2番目は「介護給付の対象者になったため」で19.7%となっております。また、入院による終了・中断した場合の病名等は「骨折・転倒」が要介護・要支援認定者で4割、事業対象者で5割となっており、共に最も多くなっております。

続いて3ページ目を御覧ください。客観的効果の状況につきましては、表のとおり状態像の変化を改善・維持・悪化の区分で整理しております。

4ページ目では、要介護度や心身状態等の改善状況について、初回・第2回調査間での改善率を見ております。表の1番右側になりますが、令和3年度で要介護・要支援全体の認定率は0.7%、事業対象者では3.5%となっております。下の基本チェックリスト合計得点の変化というところですが、基本チェックリスト合計得点は得点が高いほど生活機能程度が低くなっており、リスクが高い状態を表しています。令和3年度は、要介護・要支援認定者は10.45点から10.57点になり、若干悪化しているという状況です。事業対象者は8.95点から9.11点で+0.16点。平成27年度以降、一貫して改善しているところでしたが、令和2年度に引き続き、若干、悪化しているような状況となっております。

5ページ、6ページが基本チェックリストに基づくリスク判定において、「改善+リスクなし維持」該当者の経年推移となります。リスク項目別の推移を見ますと、事業対象者の『口腔リスク』、『うつリスク』で該当者が減少傾向にあります。

次に7ページを御覧ください。主観的効果の状況につきましては、利用者本人にサービスに対する満足度・効果度があるのかないのかということをお伺いした問いになります。これは平成21年度から実施しておりますが満足度・効果度については毎年80%以上の高い水準を維持している状況となっております。サービス利用による生活態様の変化状況ですが、通所系サービスについては「友人・知人と話す機会が増えた」「外出する機会が増えた」「楽しみ・生きがいがあった」「歩行・移動が容易になった」等の生きがいや社会参加に関する回答が多く、訪問系サービスにつきましては「定期的に人と会うので安心して生活できるようになった」「家事の習慣がついた」「一人で過ごす時間が減った」といった回答が多くなっております。

次に8ページを御覧ください。客観的効果と基本属性の関係につきましては、要介護・要支援認定者の要介護度の変化状況別に基本属性の特徴を見てみますと、性別は、改善層では女性が80.0%、維持層では女性が71.1%、悪化層では女性が88.2%となっております。平均年齢は、全体で83.43歳となっており、改善層では81.10歳、維持層では83.43歳、悪化層では85.53歳というように、状況が悪化するにつれ平均年齢も高くなっております。家族構成につきましては、独居世帯の割合が改善層で40.0%、維持層で50.0%、悪化層で52.9%となっております。

次の9ページの事業対象者について、候補者該当状況の変化状況別に基本属性の特徴を見てみますと、改善+リスクなし維持層では女性が75.5%、悪化+リスクあり継続層では女性が79.0%となっております。平均年齢は、全体で84.69歳であり、改善+リスクなし維持層では83.84歳、悪化+リスクあり継続層84.95歳では平均年齢に大きな違いは見られませんでした。家族構成につきましては、独居世帯の割合が改善+リスクなし維持層で37.8%、悪化+リスクあり継続層で

50.6%となっております。

次に 10 ページを御覧ください。将来の介護についてです。上の表について介護してくれる家族・親族有りと回答された方が、表の右側の令和3年度では要支援認定者 54.4%、事業対象者 62.6%となっております。その方がどういった続柄なのかという問いでは、要支援認定者・事業対象者のいずれも子どもが6割以上という結果となっております。中段の表は、介護してくれる方がフルタイムなのかパートタイムなのかというところになります。要支援認定者・事業対象者のいずれも要介護状態になった場合に、介護してくれる家族・親族の約6割の方が現在フルタイムまたはパートタイムで就労しているような状況になります。実際、介護が必要になった場合に、仕事と介護を両立できるかについては「続けていくのは、かなり難しい」との回答が要支援認定者で27.1%、事業対象者では18.9%を占めており、「続けていくのは、やや難しい」と合わせますと継続が難しいと答えられた方は要支援認定者では41.7%、事業対象者では33.1%となっております。

11 ページから 13 ページは、構成市町村における介護予防・生活支援サービスの実施状況になります。なお、訪問型及び通所型の両サービスの従来の介護予防・訪問介護相当サービスにつきましては、33 の全構成市町村で実施しております。11 ページの訪問型サービスですが、全体で 15 市町村 20 事業実施しており、緩和した基準によるサービスとなる訪問型サービスAは6市町村の7事業、住民主体による支援となる訪問型サービスBは7市町の7事業、短期集中予防サービスとなる訪問型サービスCは5町村5事業、移動支援となる訪問型サービスDは1市1事業となっております。通所型サービスにつきましては全体で 14 市町村の 21 事業となっております。通所型サービスAは1町1事業、通所型サービスBは4市町5事業、通所型サービスCは11市町村14事業、その他の事業で1町1事業となっております。その他の生活支援サービスにつきましては、全体で8町10事業となっており、栄養改善を目的とした配食が6町6事業、定期的な安否確認及び緊急時の対応が2町2事業、その他の事業では、買い物支援の事業が2町2事業となっております。令和2年度と比べますと、訪問型サービスでは大木町、宇美町、久山町でそれぞれ1事業増加、また、その他の生活支援サービスでは水巻町で1事業増加となっております。

続いて 13 ページを御覧ください。こちらは一般介護予防事業になります。まず、介護予防普及啓発事業で 30 市町村 107 事業となっており、令和2年度と比べますと8市町村で増加しており、特に篠栗町では4事業増加しております。次が地域介護予防活動支援事業になりますが、こちらが 28 市町村 77 事業となっており、令和2年度と比べますと、水巻町で4事業、大木町で2事業、須恵町・遠賀町・鞍手町・うきは市でそれぞれ1事業増加しております。最後は地域リハビリテーション活動支援事業になりますが 15 市町 15 事業となっており、令和2年度と比べますと篠栗町で1事業増加しております。最後になりますが、6月に全構成市町村に地域支援事業の実施状況についてヒアリングを実施させていただきました。その中で、令和2年度は新型コロナウイルス感染症の影響で事業の実施ができない市町村、事業を縮小しなくてはならない市町村がほとんどで、利用者につきましても本人や家族の意向により利用控えがあったとのことでした。令和3年度につきましては、感染症対策をしながら事業再開された市町村が多くございました。コロナ前の状況に戻るのなかなか見通せない状況ですが、多くの市町村で工夫をしながら再開や新規事業を計画されているような状況です。以上で資料3の説明を終わらせていただきます。

○ 小賀会長

ありがとうございます。介護予防の効果について概要説明を頂きましたが、これにつきまして御意見、御質問がございましたらお願いいたします。

○ 田代委員

質問ではございませんが、この検証委員会の役割というのが、独居の方だとすごく悪くなっている方が多い中で、やはりこの介護保険事業の有り難さをこの資料の説明を聞きながら本当に良かったのだと。私の周りでも通所に行ってもらっちゃう方が随分いますが、家族や支援施設で、親族等がない・難しいと答えていらっしゃる方でも、やはり介護保険事業がありながらこういった事を継続されているのだと思うと介護保険事業の有り難さと、検証委員会でこういった実績を報告してもらって、それを皆さん全体に広げていくのがいかに大切かということをつくづく感じた次第でございます。本当に、私は参加させていただいてよかったなと思っているところであります。ありがとうございます。

○ 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。

○ 因副会長

資料の 11 ページですが、11 ページの表に訪問型サービスAというのがあるのですが、先ほども言いましたが、軽い人たちは将来ボランティアに行ってもらいたいという国の大きな方針があって、要介護の1と2も総合事業に移すという方向性が出ていて、今、議論されているということですが、それに対しては、老施協、老健協、介護福祉士会、そのほかかなりの団体が厚生労働省に「困ります」ということを申し立てています。そのことも踏まえて、今言った 33 市町村がある中で、6 市町村しかA型に取り組めていないですよ。実は、福岡県介護福祉士会は福岡県から補助金を貰ってこの人材が足りない時に何とかしなければということで、A型の人材養成をしています。しかし、そこで働きたいと集まっている人がいるにもかかわらず、しかもその研修が終了しているにもかかわらず働く場所がないのです。事業所がないのですよね。私は、原因は報酬が7割になった、3割減になっているということで取り組まないのだろうと思うのですが、この資料を見て増えない理由をどうすればいいのかなと、今後、考えていかなければと思っています。検証委員会で言うことかどうかわかりませんが、少し気になっていることです。

○ 小賀会長

とても重要な御指摘だと思います。私も少し心配なところがあります。10 ページを見ますと、要支援の状態にあるという方々の親族介護の方が大変であるという結果が、これはもちろん比較の問題に過ぎないので、親族介護自体が非常に大変な状況にあるわけですが、サービスの量の違いからくるのか分かりにくいところなのですが、いずれにしても、親族介護をベースにして頼らなくていいような、そういう介護サービスの提供の在り方というのを考えなければいけないという状況でもあるのかなと思います。これについては、特に家族が親の介護状態に合わせて働くのか働かないのか。働く場合にはどのような働き方をしていくのかということがありますから、余裕があって親族

介護をもととしているわけではないと考えると、ここの数値というのはしっかりと受け止めていかなければいけないという状況であるのだらうと思っています。ただ、因副会長から御指摘があったとおり、介護事業そのものが例えば1割負担が2割負担になっていくというような方向も出ているので、大変な状況の中、連合としてこの課題をどう受け止めていくのかという本当に大きな問題が横たわっているなと思うところです。やはり予防をしっかりやっていくということが一つの大きな取組だと思います。実は健康寿命をどのくらい延ばすことができるのかというのは、今、フレイルが問題になっていますが、実は40代以降の働き方の状態が大きく老後の健康状態に影響を与えているという医学的な報告もありますので、予防について65歳以前の方々だけを対象にするのではなくて、もっと若い時から予防対策を行っていく。本来でしたら、保健師が各自治体で採用されていて、健康増進の事業に古くからずっと取り組んできたわけですが、介護だけでなく保健の取組も含めてきちんと介護予防ということを考えていく必要が時代としては当たり前になってきているのかと思っています。この11ページ辺りのところについては、そういった視点をもって構成市町村に取組をお願いしないといけないという状況に強く入ってきたと思うところです。

その他いかがでしょうか。

○ 藤村委員

1点お尋ねしたいのですが、訪問型・通所型、一般介護予防事業と11ページ・12ページ関連で年度ごとに事業所が少しずつ増えていっている状況で、市町村や住民にとっては心強いことだらうと思っております。ただ、実施主体は構成市町村ということになるのでしょうか、運営主体、先ほども少し出てきましたけれども、今後、ボランティア団体とかNPO法人とかいろいろなところで、厚生労働省が来年度から少しずつ仕組みを変えていこうとしているということが懸念される状況ではあります。そういう意味では、今、事業所が増えている中で、運営主体がどこかという統計みたいなものは取られている部分はあるのでしょうか。

○ 小賀会長

いかがでしょうか。

○ 事務局

申し訳ございません。運営主体までの統計というものは取っておりません。

○ 藤村委員

例えば、それでいくと通所型で住民主体による運営というか支援というか、そういうところの部分についても構成市町村が直轄でやられているようなイメージでよろしいでしょうか。

○ 事務局

はい。構成市町村の方で実施主体というのが、例えばNPOですとかそういった選定も含めて構成市町村が行っているという状況です。

○ 藤村委員

ボランティア団体など、今後、構成市町村としてはどういった所に委託していくのかということが、非常に大事な部分かと思い御質問させていただきました。

○ 小賀会長

ボランティア団体が中長期的にこうした取組に参画できるのか、私はイメージできないのですが、皆さま方いかがですか。難しいですよ。

その他いかがでしょうか。よろしいでしょうか。では、次の3点目の議題に移ってまいりたいと思います。介護人材確保策等に関する検証委員会の小委員会をこれまで数回開催させていただいておきまして、この中からメンバーを選ばせていただいて、検討を重ねております。介護人材の確保につきましては、基本的には県の取組として大きな課題があるわけですがけれども、県だけにお願いするのではなくて、広域連合としてもできる事についてはしっかり取り組んでいくべきではないか。兼ねてから因副会長からも御意見を頂いておきまして、この介護人材がなかなか確保できないという問題があつて、事業所も、こうした問題についてはかなり厳しい状況の中で事業面を展開していただけてきたという状況です。これにつきまして、第9期に向けて何らかの計画の中に取組を具体化させていこうということで議論しております。これにつきまして、この小委員会の座長である深谷委員から報告を頂いて、そのうえで何か補足がありましたら事務局からもよろしくお願ひしたいと思ひます。

3 介護人材確保策等に関する検証委員会小委員会の協議内容について

○ 深谷委員

はい。北九州市立大学の深谷でございます。今、小賀会長からもお話がありましたように、第2回検証委員会において介護人材の確保や質の向上に関する取組について介護福祉士の因委員、看護協会の掛川委員、老人保健福祉施設協議会の藤村委員からそれぞれ御報告を頂いて、保険者としてどのような取組ができるのかということについて協議をしたところです。本件に関してはこのまま終わりにせず、継続して協議していくということとなりましたのでこの検証委員会とは別に専門的・集中的にこの課題について議論していくというための小委員会を設置して、今、申し上げた3名の委員と小賀会長、私の5名で、9月と10月の2回に渡って議論を行いました。今後、2月の下旬にも3回目の小委員会を開催して、こちらの検証委員会に結果を御報告する予定ですが、今日は、現在までの協議内容について御報告させていただきたいと思ひます。詳細につきましては、後ほど事務局から資料に沿って御説明をさせていただくのですが、介護現場における大きな課題として現時点では2点。1点目は、介護現場における介護職・看護職の職域区分が不明確なこと。2点目として、教育・研修やキャリアパスの仕組みが不十分であるということ。これらが参入の促進であつたりキャリアの継続を阻害する大きな要因になっているのではないかと。また、これらを解決するために保険者である広域連合としてどういった取組ができるのかというところで、現時点で大きく3つの案が出ております。まだ報告としては粗い段階なのですが、この3つの取組とそれに関するスケジュールの概要案ということで御報告をしていきたいと思ひます。では事務局の方からお願いいたします。

○ 事務局

それでは資料4の介護人材確保策等に関する検証委員会小委員会の協議内容について御説明させていただきます。まず、こちらの介護人材の確保、資質向上の取組につきましては、特に専門的かつ集中的に議論していく必要があるということで小委員会を設置し、深谷座長、因委員、掛川委員、小賀委員、藤村委員の5名の委員で議論を行っていただきました。その中で、特に参入や定着が進まない大きな課題として2点整理しました。大きな1点目が介護現場における介護職、看護職の職域区分が不明確という点です。読み上げさせていただきますが、下記のような事例により、「社会的に必要な専門職が行う仕事」という認識が薄れ、離職につながっているのではないかと。 (ア) それぞれ専門職という対等な立場であるべき介護職と看護職だが、後片付けなどの雑務は介護職が行うといった暗黙のルールが存在する。 (イ) 生活行為は介護職、医療行為は看護職という大きな括りはあるが、夜間に看護師が不在であるといった理由から、一部の医療行為を介護職が行うといったグレーゾーンが存在する。それから3ページの大きな2点目です。教育・研修がキャリアパスの仕組みが不十分というところです。 (ア) 各職能団体の取組により様々な研修の機会はあるものの、参加・不参加は各事業所の裁量によることから、参加者が少ないことがある。 (イ) 必要な教育・研修を受講し、経験を重ね、それが適正に評価されるキャリアパスの仕組みが構築されていない。小委員会では、大きくこの2点を課題として整理しました。そこで実際に保険者である広域連合がこの課題を解消してくためにどういった取組ができるのかということを中心に大きく3点、案として整理しております。まず1点目。職員の資質向上や定着に繋げるため、介護職と看護職の職域区分をテーマとした介護福祉士会と看護協会の合同研修を広域連合が主催してはどうか。2点目。広域連合独自のチェックシートを作成し、各事業所のキャリアパスや職場環境改善に関する取組を広域連合が公表してはどうか。3点目。各事業所の紹介やPR等ができる場、求人情報や研修・講演の開催情報等を周知できる場を広域連合が設けてはどうか。というこの3つの取組を案として整理しております。

次の4ページには、この3つの取組に関するスケジュールを概要案としてまとめております。委員会の流れとしましては、5月に開催しました第2回の検証委員会の後に、第1回、第2回の小委員会を開催しております。ここまで御議論いただいた内容を本日の第3回検証委員会でこのような形で御報告させていただいているという状況です。また2月の下旬頃に第3回の小委員会を開催させていただき、その内容について3月に予定しております第4回の検証委員会で改めて御報告させていただきたいというものです。その下が3つの取組の大まかなスケジュールとなっております。まず、介護福祉士会と看護協会の合同研修ですが、第1回検証委員会、第1回小委員会で御議論いただいた内容を基に、協会の垣根を超えた合同研修ということで、その実施可能性を含め介護福祉士会、看護協会、それから老人福祉施設協議会と協議を重ねてまいりました。そして、本日の検証委員会で委員の皆さまから頂いた御意見を基に、更に取組を具体化していき、令和5年8月の下旬頃に合同研修を開催させていただければと考えているところです。

次に、介護事業所における人材確保等に関する取組チェックシートについてです。こちらにつきましては、まずは各事業所の人材確保、定着や職場環境改善に関する取組のチェックシートを作成してはどうかということで、各職能団体や小委員会の御意見を頂きながら作成しているところです。今後、取組を具体化していき、次回の検証委員会で御報告できればと考えております。また、令和5年度に入りまして各事業所の取組を御回答いただき、その結果を地域密着型サービス運営委員会

で確認・精査したうえで、各事業の取組を積極的にPRできる場を広域連合で準備できればと考えております。

最後に、事業所の紹介・PR、求人、研修情報等の周知についてです。これまでの小委員会で御議論いただいた内容を基に、現在、その実施可能性を含めそういった場を令和5年度中に準備できるよう検討を重ねております。その後、各事業所へ求人情報を掲載していただくことや、介護福祉士会等の職能団体の研修情報も併せて掲載していき、求職者等利用される方へ周知を行った後、令和5年10月を目標に検討を重ねている状況です。以上で資料4の説明を終わらせていただきます。

○ 小賀会長

ありがとうございます。それでは、ただ今のこの資料4に基づいた報告につきまして、何か御意見あるいは質問はございませんでしょうか。

○ 長野委員

介護支援専門員協会の長野です。介護人材を確保していくというところでは、どの業界も取り組んで、なかなか難しいという状況の中で、こういった小委員会を設けられて本当に素晴らしいなと思っているところですが、資料の2ページのところで、介護人材確保等に関する主な課題、(1)のところですが、介護人材の確保というところで言うと、新たな人材を確保していく、雇い入れていくイメージがあるのですが、もちろんそれと併せて離職者を減らすということも大事なことであるかと思えます。(1)のところでは離職につながっているのではないかというところで示されているのですが、離職者が多いのは、今、このような課題があるという示し方だと思うのですが、その流れで言うと新たな人材を確保できない理由、課題という話になった時に、その辺りがどこに出ているのかなと、少し見えないところがありまして。もしかするとそれは、(2)等そこで重複して課題として捉えられていることなのかと思っているのですが、その辺りを確認させていただければと思います。

○ 小賀会長

特に新たな人材が確保できにくい要因ということですが、事務局から何かございますか。

○ 事務局

今の新たな人材を確保できないというところですが、(2)と(1)はおっしゃる通り、職員の離職を減らして定着に繋げていくような働きで考えています。(2)は求職者の方が御自身の将来設計を描く時に、適正に評価されて自分の将来が描きやすいような状況というのが目に見えてわかるものとなっているのかというところに関して着目していただきまして、(2)として整理しております。その後の広域連合の大きな取組を3点あげておりますが、(1)は特に離職を減らすための、定着に繋げていくというところで考えています。(2)は事業所にこういったチェックシートに御回答いただき、こういった積極的な取組をされているかというところを広域連合が公表していくことで、求職者の方がこの事業所であれば自分のキャリアパスや研修を受けたり、資格を取ったうえで将来設計が描きやすくなって、それがまた賃金に結果として跳ね返っていく、そういうものが目に見えてわかれば、介護人材の確保、参入の促進という部分で積極的にできるのではな

いかということですが、また、それを支援する場として（3）で広域連合として何か準備することができないかということで整理している状況です。

○ 小賀会長

小委員会メンバーの方からも何か補足があれば、よろしいですか。

○ 掛川委員

補足というよりも少し情報提供ということになるのですが、恐らく介護人材の中で看護職の数はそんなに多く占めているわけではないので、新卒者というよりもセカンドキャリアというか、一旦、医療現場を離れた方、もしくは50代くらいで次の仕事を探そうという方が多いです。その中で、先ほども事務局が言ったように、看護協会では人材確保の相談窓口をやっていますが、やはり施設がどのような教育体系があるのかということが、いつも一つ大きく質問が出てくるところではあります。今、求人情報からそれが無いので、今後、これが出てくると斡旋しやすいかなということと、離職防止のところになりますが、看護職はそのような理由で新卒から入るのではなくて、中途から入るとそれまでの医療体系の中での勤務をベースにするもので、なかなか介護という世界を理解しづらいところがあって、うちの中でも、まず看護職が介護保険とか介護のことを知ったうえで就職につながらないと、現場のこのような問題も起こってくるのかなということもあって。今回、このようなよいきっかけを頂いて、まず自分たちが何をやらなければいけないのかということも少し見えてきたので、何らかの形で一緒に払拭できるような研修ができるといいなと思っています。なかなか背景が違う中で途中から違う世界に行くもので非常に問題もいろいろ起こっているのではないということも懸念されますので、そういったことだけ補足させていただきます。

○ 小賀会長

ありがとうございます。その他何か。

○ 川端委員

歯科医師会の川端です。私も高齢者事業ではないですが、障がい者事業等を一緒にやっており、1番問題なのは、医療職と介護職は平行線であるということが残っているということが一つと、介護協会の中、例えば障がいの事業の中に医療職が入る際の人数比、介護職が9割、9割5分の中に医療職が少し入るという時に、人数が少なく、かつ、その時間帯に1名、2名しかいない。フォローアップ体制ができていないということが医療職にとって1番の不安要素。夜勤があると余計同じことで費用対効果の問題で、これは国の問題なのでどうしようもないのですが、支払われる金額とその部分がうまくいっていないと思われるので、やはりそういった時に医療職が入っていきにくいということが一つと、あと介護職にしても医療職にしても、お互いを理解するという場がないということと、プロ意識の差というのがかなりそこで歴然とします。例えば、辞める時に医療職である医者・歯医者だと1年前に言う、これは当たり前なのですね。看護師、歯科衛生士だと大体半年前に言うということが当たり前です。しかし、介護職だと就業規則どおり1か月前に言えばいいという感じ。プロ意識の差がそこに出てしまう。そういったところを就業規則だけでなく、扱っている利用者様に対する自分の意識、位置付けとったものをもう少しキャリアの中で勉強するべき

なのかなど。厳しいことを言っているようだけれども、ここが統一されないと一緒に働けないというところを、経営者として感じます。その中で、うちでも研修会を行い、プロ意識を持つなら給料を払うという形で数字を出していつているところですが、そうすると安定するという感じです。そういったところを形として作っていくべきだと思います。

○ 小賀会長

この問題については、すごく福祉領域の資格制度の問題ということが横たわっていて、一つは医療の専門職者というのは、その仕事はその資格を持っていない人にはさせてはいけませんよという資格独占があり、福祉の方は、社会福祉士も介護福祉士も名称独占でその名称を名乗ることができると。ただ、介護保険が登場する以前に資格の作り方も含めて考えた折に、結局、無資格者も福祉の領域で仕事ができる。そうした人たちを専門職と呼ぶことはできないだろうという研究領域の議論がありました。介護周辺労働者という呼ばれ方をしていて、最近はそのような議論はいつの間にか消え去っているのですが、そういう実態としては自分が専門職者なのかということも、働き手自体が確認できないような位置を与えられて働いているということも、今、御指摘があった非常に大きな要因となっているのかなど。しかし、社会福祉士、介護福祉士で言うと資格の在り方についてはもっと国家的な議論が必要だろうと思いますが、そうした有資格者については、福祉の領域でプロとして働くという自覚についてよく育ってきているということもあって、そうした周辺労働者と福祉の資格を持った者との間の問題ということも課題としてずっと明確にされないままにこの20数年きたなと思っているところです。いかがでしょうか。

○ 因副会長

小賀会長ありがとうございました。正直に言うと、このような場で医療関係者から介護関係者はプロ意識がないと言われるのは、非常に不愉快です。私たちは介護のプロであって、医療から求められる専門性は確かにはないと思います。医者は1年前に辞めると言わなければならない、それが当たり前と、初めて聞きました。だけど、それを知らないからと言って私たちが労基法上の対応で辞めていることについて、プロ意識がないと言われるのは少し違うかなど。少なくとも、私は介護福祉士を代表して来ていますので、プロ意識がないと言われることについては、介護の専門職であると言い張ります。

○ 川端委員

追加でいいですか。プロ意識がないというのは、先ほど小賀会長がおっしゃったように、患者様とか利用者様を見たときに、例えば、辞めることによって迷惑がかかるという感覚が、先ほど言った介護福祉士とそうじゃない方の差は一目瞭然です。実際、うちの施設は無資格者も雇います。雇いますが絶対に介護福祉士を取らせません。それはなぜかと言うと、国家資格を持ったプロである認識を持ちなさいということです。そういう形で、介護福祉士の方に対して唯一の国家資格であるということちゃんと認めるべきだ。実際、それを理解してなっている方たちもいます。だから、その部分を元々の職種も違うので仕方がないのですが、そこをもう少しもっと強くやっていき、そこに対してもっと給料を払うべき、払っていないので、そこができませんというのを言いたいだけなのです。なので、そういったところを同等にしていく。医療職と介護職が平等になるために

プロとして認め合うということは、お互いにプロとして認識するだけのモチベーションを持つべきであると思います。

○ 因副会長

素直に受け取りたいと思います。私どもの研修の中でも言っていこうと思います。ありがとうございます。

○ 小賀会長

そうですね。そういう意味ではですね。看護協会と介護福祉士会が一緒になって研修に取り組んでいくというのは、他の地域では見られない画期的な取組になるのではないかと考えています。これまでの、それぞれの団体として研修を行ってきたものを広域連合が行う地域密着型サービスを軸にして、必要な研修を無資格者であってもきちんと取り組んでいただくというようなことを始めるということですので、これは、是非、9期の事業計画の中に織り込んで、しっかりと取組を続けていきたいと思っています。これまでに、実は効果検証委員会につきましては、連合長から議論しなさいということでエールを頂くのですが、それに対して具体的に答申を書くということをしていませんでした。この効果検証委員会につきましては、答申を書く代わりに次の事業計画の中で得られた知見を活かしていくということになっていたのですが、そこをもう少し明確にするために、次の第9期の委員会にバトンを渡していくという願いも込めて、連合長に宛てて今回の効果検証委員会の議論をごく簡単に答申としてお伝えできればと思っています。それにつきましては、時期も含めまして具体的な文案が出来ましたら皆さま方にお示しをしながら、この内容でよいかどうか確認をして連合長に答申を行いたいと思っています。

特にこの資料4につきましては何かございますでしょうか。

○ 川端委員

あと一つなのですが、1の(1)のいわゆる医療行為の部分なのですが、令和2年にも厚労省から出ていると思うのですが、実際現場で回らないので仕方がないとはいえ、医療行為を介護職の方がやっているというところが大半だと思われるのですが、それ自体はどうのこうのということではないのですが、やはりそういったところで言うと、看護職のなり手が少なすぎるためにそのような事態になっているのではないかと。そういうことによって事故を起こした時に、それでは介護職の方が名指しで批判されるというか、責任を取られるという事態になってきていて、今までだと経営者が訴えられて済んでいたものが、個別で両方とも訴えられるケースが増えています。それを考えると、やはり医療行為をしっかりと選別する、伝える、働かせる側が守ってあげられるようにしっかりと仕組みづくりをする必要があるのかなと。なので、この部分の医療行為について歯科だけで言えば、重度の歯周病がある方は、介護職って口腔ケアはできないですね。でも、多分100%の施設でやっていると思います。重度の歯周病は誰が診断するのっていうと、そこに歯科が入らなければならなかった時に、入っていない所もたくさんある。令和6年には全部入るようになると思いますが、そういうところでしっかりとしていく。吸引もそうですね。資格を持っている人と持っていない人で名札がついているわけではないのでわかりませんし、特別に全員にOKを貰うわけですが、そのような面倒くさいこと、実際やっているところがたくさんありますが、

そういうところを踏まえて、もう少し職種を守るということも勉強会の中に入れていくべきではないかなと思います。

○ 小賀会長

ありがとうございます。御指摘のとおりだと思います。今、頂いた意見も十分に生かしながら研鑽していただいて、第9期の事業計画に繋げていきたいと思っております。

今日、全体を振り返って、何か御意見、御質問等がございますでしょうか。よろしいでしょうか。私から一言だけですが、この提供していただく資料も含めて、打てば響く議論ができるということは、事務局長以下、広域連合の事務局の皆さま方の頑張りで、本当にこの会議で議論する実感といいますか、毎回、本当に感じるのです。我々が質問したり指摘をさせていただくことについて、ほとんどきちんと答えが返ってくるという会議というのは、恐らく県レベルや政令市レベルでもなくて、市町村レベルになるとこのように広域連合を作って、介護に関する事務局を専門性を高くしながら作り上げてきたということが非常に大きな意味を持っていると思います。ですから、尚更、構成市町村の皆さま方には広域連合での議論をきちんとお返しして、それぞれの市町村がここでの議論をそれぞれの市町村の議論として生かしていただくような施策を打っていただきたいと。そのような形で第9期に向けても議論を続けてまいりたいと思っておりますので、是非、皆さま方の御協力をよろしくお願いいたします。

事務局から特になければ本日の会議は一通り終わりましたので、これで閉じさせていただきたいと思っておりますがよろしいでしょうか。いつも支部からも事務局の皆さまにご参加いただいておりますけれども、本当にありがとうございます。では、本日の会議をこれで終了させていただきます。ありがとうございました。