

平成 30 年度 第 3 回 岡崎市介護保険運営協議会議事録

日 時 : 平成 31 年 3 月 15 日 (金)

時 間 : 午後 1 時 30 分 ~ 午後 3 時 20 分

場 所 : 岡崎市消防本部 3 階会議室

出席委員 : 小野会長、南委員、森委員、若山委員、太田委員、高村委員、石川委員、
鈴木委員、清水(亜)委員、相馬委員、稲垣委員、松井委員、宮島委員

欠席委員 : 阿部委員

事務局 : 内田福祉部長、中川長寿課長、野澤介護保険課長、中根長寿課副課長、
近藤介護保険課副課長、藤野施策係長、木下予防係長、近藤地域支援係長、
岡本地域包括ケア推進係長、柘植介護保険料係長、神尾介護給付係長、
山口審査係長、平松指導監査係長、荒木主査

傍 聴 人 : なし

1 開会

2 福祉部長あいさつ

3 会長あいさつ

4 議事

- (1) 総合事業のサービス類型について・・・・・・・・・・資料 1
- (2) 短期集中型通所サービス事業の委託事業者の選考について・・・資料 2
- (3) 消費税増税に伴う介護保険料の改定について・・・・・・・・・・資料 3

小野会長： それでは、早速、議事次第に基づきまして、会議を進めてまいりたいと思
います。はじめに、協議会の開催につきましては、委員の過半数が出席しな
ければならないと規定されていますが、本日の出席人数は 13 名であります
ので、会議が成立していることを報告いたします。

また、この会議は、岡崎市附属機関等の会議の公開に関する要領によりま
して、傍聴、会議資料と議事録につきましては、公開といたしますので、よ
ろしく願います。

— 議事(1) —

議事(1)「総合事業のサービス類型について」木下予防係長が説明

【主な意見・質疑応答】

松井委員：短期集中型通所サービスの「サービス提供の頻度」のところに「概ね1年の期間を空け、ケアマネジメントの結果、必要であると判断された場合は再利用が可能」とあります。つまり、6ヶ月やってダメだった場合、サービス担当者会議で必要と判断されれば無条件で認めるということなのか、あるいは、保険者の立場として、サービス担当者会議で認められても、不適切であれば認めないのか、もし、そうであれば、判断基準をもっているのか、この点をお伺いしたいです。

事務局：再利用の判断は、地域包括支援センター又は地域包括支援センターから委託を受けたケアマネジャーのケアマネジメントによることとなります。市としては、様々な状況に柔軟に対応するために、現時点では再利用における判断基準を設ける予定はありません。

松井委員：判断基準を設けないということは分かりましたが、地域包括支援センターや現場へ実地指導に行き、担当者の主観的な判断に任せるということでしょうか。サービス担当者会議で必要と認められれば、保険者は追認するというのでしょうか。

事務局：はい。一番利用者の状況を理解しているサービス担当者会議の判断にお任せしたいと考えています。指導の関係ですが、ケアマネジメントが適切な手順により行われているかは検査をしますが、再利用の選択が適切もしくは不適切であったかは指導の対象にはならないと考えています。ただ、安易に短期集中型通所サービスに流れないように、ケアマネジャーに対してケアマネ部会等を通じて説明を行っていきます。

松井委員：国の「医師意見書があればよい」という基準、これも一つの基準になりますが、医師意見書において、いつまでよいのか、見込みをあげてもらえれば判断する大きな基準になると思います。介護予防ですから、国の基準も明確なものはないと思いますし、個別性の高い案件なので、必ずしも判断基準を設ければよいとは思っていません。でも、やはり、何か基準がないと実地指導に行く人もどうすればよいか分からないと思います。保険料だけ払ってサービスを利用していない人も大勢いるのですから、適切なサービスが効果的になされる必要があります。6ヶ月経ったら次は無条件で6ヶ月というのではおかしいので、何らかの仕組みも必要かもしれません。

鈴木委員：一般介護予防事業の地域活動型のところですが、現在、実施されている、学区福祉委員会のいきいきクラブだとかサロンはこの中に入るのですか。別のものが今から実施されるということでしょうか。ボランティアがやるということで、いろいろな制限がないようですが。

事務局：ごまんどく体操を想定したものになりますが、学区福祉委員会の活動も全体

の枠の中に含まれます。ただ、「サービス提供の頻度」に記載していますが、より介護予防に特化したものとして、「週1回以上の頻度で年間開催され、1回あたり2時間程度」といった通いの場を進めていきたいと考えて設定しています。

鈴木委員：学区福祉委員会も一生懸命やっていますので、その点も考慮していただければと思います。

松井委員：事業の担い手の欄に「学区福祉員会等によりサービス提供できることを目標とする」とありますが、現在、学区福祉委員会の活動は「激励訪問」などの訪問型はできていますが、通所型はできていません。これは、地域福祉計画の関係になり所管が違ふと思ひますが、どこまで計画していくのか、長寿課として考えがあればお聞かせください。

事務局：昨年度策定した地域包括ケア計画において、地域介護予防活動支援事業の中で学区福祉委員会を中心とした地域介護予防活動、ごまんぞく体操、憩っ家（いこっか）の年度ごとの目標を設定させていただいているところです。

南委員：私は事業所を運営していますが、短期集中型通所サービスは、サービス提供時間が2時間ですが、この間、人員基準に定める有資格者が集中して利用者を見ることができのでしょうか。今サービスを提供している事業者が手をあげないと受け入れは難しいとみていますが、率先してやっていく事業者がいるのでしょうか。実際の現場から考えてすごく厳しいと思ひます。提供時間が2時間だけでも、人員基準に定める職員をプラスして配置しないといけないのでしょうか。あと、スペースは別に設けないといけないのでしょうか。介護予防ができたときは、私たちは「予防室」というのをつくりましたが、今は活用されていない。あえて、別のスペースでやらないといけないのか。事業所に説明するときこのような疑問が出てくると思ひます。

事務局：スペースについて、従来相当のデイサービス等の他のサービスと短期集中型を同じ部屋の中で行うことは基本的に可能です。ただし、だれが何のサービスを受けているのか分からない状態ではなく、サービスごとに区分けされていれば可能ということですが、人員については、人員基準に定める人が専属でいる必要があります。

南委員：通常のデイサービスの看護師等が短期集中型を行う2時間に関わってれば別にもう一人必要ではないのですよね。

事務局：短期集中型はリハビリテーションが中心で、通常のデイサービスと提供するサービスも違ってきますので、一緒には難しいと考えています。専従が必要です。

南委員：短期集中型に来る利用者が1名でもいれば、その人のために専門の理学療法士等がもう1人必要ということですね。それは、なかなか事業所では考えにくい。受け入れられないと思います。6ヶ月で結果を出してあとは自宅というのはすごく分かるのですが、受け入れる事業所側にとっては見合わないのので、受けてくれるところがないのでは、と懸念します。

清水委員：管理者とサービス提供に適した従事者は「支障がない場合は」併用できますよね。理学療法士等だけが専従で1名以上と読めるのですが、こちらも「支障がない場合は従事可」とすれば、必ず専従で1名つけなければいけないという枠はとれるのではないのでしょうか。

小野会長：PT、OT、保健師・看護師は、専従で必ず1名以上ということで、同じ事業所者で兼務できないということですよ。現在の通所型サービスAの介護予防指導員と呼ぶ人に必要な資格があったのですが、それをもっと絞り込んだ資格の人を求める基準に変えていっていますので、これをあてられる事業者はさらに少なくなるのでは、というのが南委員のご意見なのですが。

事務局：6ヶ月で成果を出して卒業いただくためには専門の人にやっていただく必要があり、人員基準はハードルが高い内容になっています。

小野会長：事業者サイドから言うと、報酬額は上がっているが、人手不足の現状で専門職を確保するには、高額な給料を出さないといけないので、この単価では難しいという意見だと思います。

事務局：通所リハを参考に単価を設定したので、従来相当通所サービスより単価は高くなっています。リハ職がいる病院などに声をかけさせていただき、相談をさせていただいて金額を設定しています。

若山委員：現在の通所型サービスAは廃止するのですよね。既にAを使っている人は認定更新の時まで切り替えないとすると、最大3年のタイムラグが出ますので、短期集中型の利用者は不公平に感じませんか。

事務局：今まで通常のデイサービスに通っていた人を、10月1日から短期集中型に突然変更することは、利用する施設も変わってくるので難しいと考えています。

若山委員：新しく申請した人は6ヶ月しか使えないのに、少しだけ早く申請した人は24ヶ月以上使えるということになってしまいます。

若山委員：サービス提供の頻度で「原則、1クール6ヶ月を限度」とありますが、「原則」とは何でしょうか。途中で評価をして、あなたは2ヶ月でよいですという判断をすることがあるということでしょうか。その場合、誰が決めるのですか。

事務局：担当者会議などで決定することになると思います。

若山委員：サービスの再利用の規定で、「概ね1年間の期間を空け」とありますが、「概ね」とは何ですか。

事務局：病気をするとか怪我をするとか、利用者の状況が変わってくることがあると思います。

若山委員：1ヶ月空けただけで再利用を求めてくる人も出てくるかもしれませんので、「概ね」とするなら、そこはしっかり決めておかないといけないと思います。

若山委員：ケアマネジメントの結果、再利用が可能とありますが、担当者会議は必須なのですか。

事務局：計画を見直すことになりますので、担当者会議が絶対必要です。

若山委員：本当に利用者を診たのか分からないような指示書が提出されることもありますので、担当者会議で「必要ない」と思えば、医者が何と言おうが拒否すべきです。担当者会議で承認されることが条件である一文を入れておかないと、医者が認めたのに、なぜあなたたちは利用を認めないのだ、という話になります。

若山委員：短期集中型の報酬額は単位でなく金額が書いてあります。短期集中型は介護保険とは別物ということでしょうか。

事務局：従来相当の予防専門型サービスは、もともと予防給付から移行したもので、予防給付の単価をもとに設定していますので、報酬額は単価×単位数となっています。短期集中型の費用も当然介護保険から出ますが、指定ではなく委託で行いますので、市から事業者に委託料を支払う仕組みになっています。国保連に単位数で請求するのではなく、直接委託料を市に請求することになります。

若山委員：要支援1だどこまでできますよ、という単位数がありますよね。だから、あれもこれもサービスを利用することはできない、この枠の中でやってくださいと。金額で書いてあるということは、別枠ということですか。

事務局：はい。区分支給限度額とは別枠になります。

若山委員：今までのサービスとは別に短期集中型があるということなのですね。

清水委員：どこからお金が出るのですか。介護保険以外に市が別予算をたてたということですか。

南委員：従来のサービスと短期集中型の両方を使用できるということですか。

事務局：従来のサービスの予防専門型と短期集中型は平行して使えません。そして、要支援1と事業対象者は、原則、短期集中型だけしか利用できません。

若山委員：短期集中型が必要ない状態の人もいます。例えば認知症でデイサー

ビスに行かせたい人にリハビリをさせる必要はあるのですか。

事務局：認知症など、短期集中型を利用する必要がない方もいると思いますので、除外する基準を設けて、該当する方は従来相当の予防専門型通所サービスを利用していただく予定です。

若松委員：確認ですが、要支援1、2の認定を受けて、短期集中型が必要ないという人は従来のデイサービスに入れ、そうでない人は6ヶ月限定の短期集中型に入れる。そういう理解でよいでしょうか。

事務局：そのとおりです。

若松委員：それは、本人が希望しようが関係ないのですね。

事務局：はい。ご本人の希望だけではサービスは選べません。

若松委員：短期集中型の予算はどこがもつのですか。

事務局：岡崎市が負担します。利用者負担はありません。

相馬委員：現在、チェックリストを使っていますが、新しいサービスはチェックリストを使用しないということですか。

事務局：新しいサービスである短期集中型は、要支援者と事業対象者の方が利用できますので、チェックリストによって、事業対象者になれば利用できるということです。

小野会長：他に意見はよろしいでしょうか。では、各委員から出された質問、意見をふまえて、適切なサービスに繋いでいていただきたいと思います。

— 議事(2) —

議事(2)「短期集中型通所サービス事業の委託事業者の選考について」木下予防係長が説明

【主な意見・質疑応答】

若山委員：事業所の選定方法はよいのですが、誰が手をあげてくれるのかが問題です。看護師や作業療法士などの専門職を集めないといけないのに、10月開始は間に合うのでしょうか。

事務局：ワーキングを開催するなどして、いくつかの事業所に声かけをしています。4月早々に募集をしていきます。

松井委員：私は介護の現場にいて知っているのですが、4月1日には人員がそろっていても、2、3か月後にはいなくなることがあります。なるべく早めに準備もら

うことが大事です。10月1日に新しいサービスがスタートできても数カ月後には人がいない、という可能性も十分考慮して進めてもらいたいです。

事務局：昨年11月に事業所説明会を開催して、募集スケジュールも説明していますので、やる気のある事業所は準備をしていると思います。

相馬委員：廃止する通所Aは期待していたほどの事業が展開できなかったと説明を受けました。今度始める短期集中型は、どれくらいの規模の利用者を見込んで、どれくらいの事業所が参入すると考えていますか。事業所説明会は何社くらい参加しましたか。

事務局：利用者数は、現在、要支援1でデイサービスを利用している人数から見込みを出しています。事業所の数は、施設の規模にもよるので数では説明しづらいですが、アンケートの結果から必要数は確保できると見込んでいます。事業所説明会には100～150人が参加されたと思います。

森委員：事業所説明会では、専従の専門職が必要であるという人員基準は公表していないのですか。

事務局：説明会で既に説明していますので、専門職の確保が必要であることは理解してもらえていると思います。

森委員：委託料の単価も説明していますか。

事務局：出しています。

森委員：条件は示しており、参入を見込んでいるということですが、実際に応募がなかったときは、条件を変えることも必要になると思います。短期集中型の報酬額や人員基準は、市では変えられない国の基準があるのですか。

事務局：基準緩和型ですので、市に裁量があります。主にリハビリがサービスの中心ですので、PTやOTが専従という基準を設定させていただきました。

森委員：サービスの趣旨からしてその人員基準は当然だと思いますが、A型でも事業者がいなかったのが、実際に事業者が出るのか、その点が心配です。一旦決めて、応募者がいなかったら基準を変えるということは、できない訳ではないのですね。八職の併任も認めるなど。

事務局：現状では、アンケートの結果や問い合わせの状況から、事業実施に必要な事業者が応募してくると見込んでいます。

— 議事(3) —

議事(3)「消費税増税に伴う介護保険料の改定について」柘植介護保険料係長が説明

【主な意見・質疑応答】

森委員 : 消費税率アップになれば、1号保険者の保険料を変えなくても、市の介護特会の歳入が増えるのでしょうか。

事務局 : 介護保険の財源は、公費 50%、保険料 50%で賄われており、公費のうち 1/2 を国が、1/4 ずつを県と市がそれぞれ負担しています。公費負担分は 50%で決まってしまうので、単純に財源を充てることはこの財源割合を変えない限りできません。今回の保険料の軽減は、別枠で国から保険者に対して軽減した分が措置されるというものです。

小野会長 : 森委員が聞いたのは、介護保険料として市民から得る歳入の割合を下げる、その分の収入が減るので市の負担が増えるのでは、ということですね。

事務局 : 財源として、軽減して本来入ってくる保険料が減りますので、その分は、消費税増税した分を財源として、国県市が補填するという仕組みとなっています。

森委員 : それは従来の介護保険の国県市の負担割合以外に、保険料軽減のための財源が出る、ということですか。

事務局 : そうということです。

森委員 : それは今年度に限らずということですか。

事務局 : 平成 27 年から既に第 1 段階の一部が実施されており、今年度は保険料率引き下げにより財源として全体で 3,400 万円程保険料が減収となり、その分を国県市が負担して補填しています。

森委員 : 保険料率を下げることによる減収分については、国 1/2、県市 1/4 ずつ地方消費税交付金等を充てて負担するということですね。気前よく国基準よりさらに下げると、もっと減収となりますが、それでも同じ負担割合で国が 1/2、県が 1/4 を負担してくれるのでしょうか。

事務局 : 国基準の第 1 段階では 0.45 から 0.30 まで下げるということは 0.15 引き下げ幅があるということです。岡崎市は、今の案では 0.05 しか下げていませんが、0.15 までを上限に引き下げることは可能で、第一段階を 0.20 まで引き下げても 3/4 の財源は国県で措置してもらえます。ただ、全部の保険者の中でバランスを考えてどういう対応をするかは課題ではあります。

森委員 : 地方消費税交付金の増額がどれくらいになるか分かりませんが、1/4 は市の負担になるのですから、あまり介護保険で持ち出しをすると足りなくなるかもしれません。あまり市の負担にならず、また、他の被保険者にあまり迷惑をかけずに、低所得者層の人たちの保険料を下げるということは構わないですが。元々、介護保険は一般会計と切り離されているので、消費税が増税されても介護保険の歳入が増えるわけでもないと思ったので、消費税が上がると低所得者の人が

大変でしょう、ということで、保険料を下げる、そういう趣旨だと思いました。そういう趣旨であれば、国の基準よりも下げる必要は全然ないと思います。安城や刈谷がなぜこれほど下げるのか分からないですが、あの地域は低所得者が少ないからなのでは、とも思います。特別に補填される、ということなので、引き下げることに意義はありませんが、岡崎市としては、大人の判断といいますが、刈谷や安城のように引き下げる必要はないかと思います。

若山委員：消費税を 10%に上げるのは国の都合ですよね。そこで、低所得者には気の毒なので、保険料を下げようというのは分からなくはないですが、12 段階以上では逆にかなり保険料が上がっています。たくさん働いた人はたくさん払ってください、というのは納得できません。働き方改革で、一億総活躍社会と言って、高齢者も働くように言っているのに、働いたら働いただけいっぱい取られるということになると、働く意欲が下がりますよね。

宮島委員：消費税増税に伴い、低所得者の保険料を下げるのは分かるのですが、トータルで 2% くらいの増になるのかお聞きしたいです。

小野会長：消費税増税分くらいの負担増が保険料の料率の引き下げで補えるのか、低所得者が本当に困らなくて済むか、ということですね。

事務局：第 7 期の保険料を決めたのが昨年度ですが、その中で、第 1 段階、第 2 段階が国基準より低く設定されているのは、結局、上の段階の人たちの負担があってできる話なのです。そういう観点から言えば、消費税が上がることによって軽減されるのは所得の低い人だけでよいのか、という議論はあるのだと思います。

若山委員：(6 期から 7 期で) 第 14 段階は年額 11 万円から 17 万円にあがっています。かなりの増額です。働けば損してしまうというのはよくないと思います。

小野会長：この件については、次年度以降に、33 年度以降の次期保険料について議論しますので、そこで議論していきましょう。

森委員：今回の改正で、上の段階の保険料が上がるという訳ではないですからね。

小野先生：今日の議題については、議論の流れから協議会としては承認ということによいと思います。それでは進行を事務局にお返しします。