

第18回 国立市介護保険運営協議会

平成26年9月22日(月)

【林会長】

それでは、定刻となりましたので、第18回国立市介護保険運営協議会を始めます。会議次第に沿って進めてまいります。まず、前回、第17回の議事録の承認についてですが、皆様のところ十分に議事録を検討する時間をもって、届いたでしょうか。

【那須委員】

来てない。

【林会長】

届いてない。

【那須委員】

はい。

【林会長】

ですから、ということなので、この場でお気づきの点がありましたら、お知らせいただきたいんですが、今日この議事録承認ということにしてしまうのはよくないと思いますので、次回もう一度お諮りしたいと思います。もしこの場で何かありましたら、ご指摘いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。次回でいいですか。

【那須委員】

それでいいです。はい。

【林会長】

では、じっくり読んでから、次回にご指摘いただくということで、ですから、承認はちょっと1カ月延ばしということにさせていただきたいと思います。

事務局もよろしいですか、そういうことで。

【事務局】

はい。申しわけありません。

【林会長】

今日の議題は大変簡単でして、平成27年度制度改正についてという、それだけなんです。これを、ただ、この資料79に基づいて、事務局から説明をしていただくわけですけど、これ、表紙入れて13ページありまして、結構字数も多いんですね。もちろん、これ、お詳しい方もいらっしゃると思いますが、そうでない委員の方々もいらっしゃると思うので、途中ずうっと、やはりなかなかずうっと説明を聞いているというのも、大変な作業ですので、遠慮なく、途中時々説明のほうも切っていて、質問ないか聞いていただくとともに、もし不明な点があれば、直ちにその場で質問を出していただけたほうがいいと思いますので、後のほうで詳しい説明が出てくるというのであれば、おそらくそれは事務局のほうでそういうふうに言っただけだと思いますので、聞きっ放しにならないように進められたらと思いますので、よろしく願います。

それでは、事務局から説明をお願いします。

【事務局】

では、すいません。配付が遅れてしまいました。お手元にございます資料79をごらんいただきたいです。もしお手元にない方がいらっしゃいましたら、事務局にお申しつけください。

介護保険制度の改正内容についてということで、まず1ページ目がありまして、それをめくっていただきまして、2ページ目、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案の概要とございます。これは、以前一度、すごい長い名前の法律だということ、この法律が国会を通ったときに皆様方に情報提供として申し上げたところではございますけれども、介護のみならず、医療分野も含めて総合的に高齢者の方を支えていくための医療と介護を確保しようというための法律ということで、複数の法律を同時に改定していくという法律案でございました。

趣旨としまして、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行うというふうにあります。ちょっとこれだけ読むと難しい感じなんですけれども、その下に概要として幾つかの点が挙げられています。

まず、大きく分けると4つになっておりまして、その一番最初のところが、新たな基金の創設と医療・介護の連携強化、消費税の増収分、それを活用した基金というのを設置し、それをもとに医療・介護の事業を実現していくというところがここに説明されております。説明といっても、ほんとうに項目を書き出しているだけなんですけれども。2番目に、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保とあります。ちょっと我々は介護保険運営協議会の場所ですので、このところはちょっと割愛させていただいて、3番目のところにいきたいと思います。

地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化と、ここで初めて、介護保険法関係の改定について示されています。1番として、在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、全国一律の予防給付、括弧書きで、(訪問介護・通所介護)とあります。これを地域支援事業に移行し、多様化するというふうにあります。これは、以前から、こちらでも報告させていただきましたし、報道等でも言われている要支援の方の訪問介護・通所介護につきまして、従来の保険給付から市町村が行う事業に移行していくと。で、その移行していくときに、サービスの提供をする主体を、多様な主体を可能とするというふうな言い方をしているんですけれども、資格のあるヘルパーさんが行う訪問介護であるとか、指定を取った通所介護事業所で行われる通所介護以外にも、例えば資格要件や、あるいは人員基準としての人数等を緩和するような形で、あるいはボランティア活動などを行う方、そういった多様な提供形態を可能にしていくというところに触れています。

それから、2番として、特別養護老人ホームについて、これは、いわゆる要介護3以上の方についてのみ特別養護老人ホームへの入所を認めるといったようなルールの改正ということになります。そして、低所得者の保険料の軽減を拡充という項目があります。そして、3番として、一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引き上げるといふ、そういう制度の改正であります。括弧書きで、(ただし、月額上限あり)というのは、いわゆる高額介護サービス費と言われる制度になります。4番として、低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する補足給付の要件に資産などを追加とあります。これは現行、低所得者の方の補足給付については、所得のみを見ているわけなんですけれども、それについて預金であるといったような資産もこの給付を行うかどうかを判断する要件として加えていくということでございます。

そして、その他、診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設。医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ。医療法人社

団と医療財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置。そして、介護人材確保対策の検討というふうにあります。ここで介護保険に直接かかわってくるのは一番ということにはなっているわけでございます。

これがこの法律案の主立った改正点の項目出しのような感じなんですけれども、このようになっています。

では、これに続きまして、それぞれの中で介護保険にかかわってくる部分について、また説明を加えさせていただきたいと思えます。

一枚めくっていただきまして、介護保険制度の改正案の主な内容についてということ、これは大きくは上段にあります地域包括ケアシステムの構築ということと費用負担の公平化ということに分かれています。地域包括ケアシステムの構築とございますのは、今までも議論されてきた介護、医療、生活支援、介護予防などを充実していくという形で、介護保険以外の部分でもいろいろな資源を総動員して包括的に高齢者の方を支援していくという部分でございます。そして、費用負担の公平化、これは低所得者の保険料軽減を拡充していくという点と、保険料上昇をできる限り抑えるため、所得や資産のある人の利用者負担を見直すと。先ほどちらっと出てきました、一定以上の所得のある方について、介護保険利用料の2割負担を求めるなどといったような部分でございます。

それらの介護保険の部分なんですけれども、この下に4つ大きく分野が分かれておりまして、まず1つ目は、サービスの充実として、地域包括ケアシステムの構築に向け、地域支援事業を充実させるというふうにあります。これがから番まで挙げられておりまして、医療と介護の連携の推進を図る。認知症施策の推進を図る。それから、地域ケア会議の推進を図る。そして、生活支援サービスの充実・強化を図るというふうなことが挙げられております。

その次に重点化・効率化とあります。全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化を図るとあります。そして、番として、特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護3以上に限定するというふうにございます。

そして、右上に移りまして、低所得者の保険料の軽減割合を拡大すると。これは今現在でも給付費の5割については、半分については、国や都や市町村が公費、つまり税金によって支えているわけなんですけれども、この5割の公費に加え、別枠で公費を投入することで、低所得者の保険料の軽減割合を拡大するということがうたわれております。

そして、右下に重点化・効率化とあります。一定以上の所得のある利用者の自己負担を引き上げると。2割負担ですね。今現在は介護保険の利用については、1割を自己負担し、9割が保険給付が行われるというのが、介護保険を利用している方、ほぼ皆さん全員。例外的に保険料滞納の罰則規定の部分もあるんですけれども、それ以外の方は一律に9割が保険で賄われ、1割が自己負担ということなんです。所得の水準によって、2割を負担していただく方というのを決めていくという制度改正が見込まれていると。ここに説明がされているわけなんですけれども、65歳以上の上位の所得を持つ方20%と想定して、所得金額で160万円以上の所得ある方を、2割負担にお願いしていくということを考えているわけでございます。この後、但し書きで月額上限というのがあるんですけれども、これは、いわゆる高額介護サービス費、医療保険で高額療養費に近いものなんですけれども、そういった制度があるので、全員の負担が2倍になるわけではないという注意書きがあります。で、その下に現役並み所得相当の人は、この月額上限についても引き上げを考えるとというふうな改正内容が示されております。

また、一番として、低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加とあります。これは今現在、負担限度額といった、あるいは特定介護サービス費と言ったりはするんですけども、所得の低い方、基本的に世帯非課税の利用者様が施設入所された場合、あるいはショートステイを使った場合の部屋代、それから、食事代について、保険から幾らか補填が出るという制度になっているんですが、今現在の制度では、世帯非課税であること、それから、所得の金額の多い・少ないにおいて、その補填される金額が決定されています。しかしながら、所得だけではなくて、預貯金や、あるいは配偶者の所得等も、配偶者が課税されているかどうかというところなんですけれども、そこも勘案して決めていくというような制度改正が示されています。

このほかにも幾つかの改正点があるのが、下のほうにも書かれています。

こういった制度改正なんですけれども、その中でも、一番大きく、今までも議論してきた予防の訪問介護・通所介護を、全国一律の保険給付から、地域支援事業に移行するという、この3ページ目というと、左下にある重点化・効率化という項目なんですけど、ここについての移行のイメージ図というのが4ページ目の図になります。

ここの市町村が取り組む地域支援事業というふうには書いてあったんですけども、これを総合事業という呼び方をしておりまして、特に新しい総合事業というふうに呼んでいるんですけども、その保険給付の総合事業への円滑な移行というのが、こちらの図で示されています。市町村が条例で定める場合、総合事業の実施を29年4月まで猶予することが可能であるということが示されており、また、市町村は、できる限り早く、早期から新しい総合事業に取り組む。一方で、受け皿の整備等のため、一定の時間をかけて、総合事業を開始することも選択肢としてとってよいというふうになっています。

総合事業の実施を猶予する場合も、実施猶予の趣旨を踏まえ、現在から着実に受け皿の整備を行うよう努めることが適当という説明なんですけれども、先ほど申し上げました保険給付というのは、全国一律、人員基準であったり、資格要件であったり、提供されるべきサービスというのは全国一律で定められているんですが、それは市町村独自のやり方でやっていっていいという場合に、既に保険の適用される事業所はあるんですが、それ以外のサービスを提供するための実施事業者、そちらが、今現在すぐには整備できないだろうということで、受け皿の整備を行うように努めてくださいということが書かれています。

その、段階的に保険給付を総合事業に切りかえていくときの実施の例として、下のような図が示されているわけなんですけれども、この図も何度か運協の場で皆さん見ていただいたことがあると思います。エリアごとに予防給付を継続。これは場所、地区的なもので、ここは新しい制度をできるけれども、これはまだ受け皿がないので、保険給付を継続しようとかいったようなやり方も可能ですよと。初年度は、総合事業によるサービスの利用を希望する者以外は、保険給付である予防給付を継続といったやり方も可能ですよと。既に給付によるサービスを利用している者は、初年度は予防給付とし、翌年度当初からすべての者を総合事業に移行というふうなやり方もいいですよと。

これはこの下の図にも描いてあるんですけども、既に保険給付のサービスを受けている人について、総合事業が発足して事業にサービスが移行した後も、必要に応じて既存サービス相当のサービスを利用可能とするとか、あるいは新規に要支援の認定を受けた方については、多様なサービスの利用を促進するために、必要に応じて既存サービス相当のサービスを利用可能とするが、必要がない場合には多様なサービスの利用を促進していくといったようなことが書かれています。

この総合事業なんですけれども、では、実際にどのような業者にその総合事業のサービスを担ってもらうのかといったような部分がこの後の資料に載っております。

1枚めくっていただきまして、参考資料ではあるんですが、総合事業への指定事業者制度の導入とございます。給付から、これは保険給付からということなんですが、保険給付から総合事業への移行により、多様な主体による多様なサービスが可能となり、市町村の事業の実施方法も多様となる。国が介護保険法に基づきガイドライン、これは指針と言われるものなんですけど、そのガイドラインを定め、円滑な移行を支援する。そして、市町村の総合事業の実施方法として、こういった事業を行う事業者に対して委託するほか、予防給付と同様の指定事業者制を導入ということが書かれています。この委託と指定でどう違うのかということ、これは下に簡単に書いてあるんですけれども、指定事業者制により、事業者と市町村の間で毎年度委託契約を締結することが不要となり、事務負担を軽減できるとあります。これは、保険の制度的なものが親しみがないとちょっとわかりにくいかと思うんですが、通常、自治体が何か事業を行う際には、事業を行ってくれる事業体に委託をします。委託するに当たって、通常は年度ごとに契約を結び、価格であるとか、どれぐらいの条件でやってもらうのかといったような内容を契約によって決めていくということになるんですけれども、そういった毎年毎年の契約を行わずに、保険制度というのは、これは6年一度の指定を都道府県から受ければ、随時保険サービスを提供して、その提供したサービスについて、市町村に対して請求をすれば、保険給付のお金が支払われるという制度なんですけれども、それと同じように、この総合事業についてサービスを提供しますよという事業者でありますよという指定をとれば、そのサービスを行ったときにお金が随時市町村から払われるような仕組みに入っていると。これは委託契約の場合ですと、1年1年契約をして、その契約の内容に沿って請求していかなければいけないんですが、一定の条件のもとで指定をとれば、サービスを提供すれば、それに見合ったあらかじめ決められたお金を受け取ることができるというのが指定制度であります。そういった指定制度を総合事業にも導入することによって、より事務作業量を減らして、事務負担を減らしてサービスの提供を行って、お金を受け取ることができるということが書かれています。

じゃあ、具体的にはどうやって指定をとるかという話なんですけど、この指定については、原則、今現在、介護保険の指定を受けている事業者、その中でも、今回、総合事業に介護保険から移るのは、要支援の方の予防給付の訪問介護と通所介護ですので、施行時には原則都道府県が指定している予防給付の事業者を市町村の総合事業の指定事業者とみなす経過措置を講じるとあります。新たに指定をとるために、各市町村に書類を出すということではなくて、今現在、国立で言えば、東京都ですね。東京都に対して指定を受けているという事業所であれば、みなし措置で新総合事業に切りかえていくことができるということが今回制度改正の中で導入されているということとございます。この四角でくくってある一番下に、審査及び支払についても、現在の予防給付と同様に、国民健康保険団体連合会の活用を推進していくとあります。今現在の保険給付については、国保連と呼ばれる団体にコンピューターを使った電子請求をして、お金が振り込まれるという、そういうやり方をとっているわけなんですけれども、それと同様な請求とお金の授受ができますよということをやっているところでもあります。

その下に 介護予防給付の仕組み、現行の仕組みと、それから、それが移行することによって、右側の 新しい総合事業の仕組み というところに移っていくとあります。今現在の保険の仕組みでは、指定介護予防事業者というのは都道府県が指定すると。介護報酬については、地域の単価の差はあるんですけれども、全国一律の点数が決められ

ていますよと。その請求内容の審査と支払いは、各都道府県にある国保連が行っていますよと。で、それが新しい総合事業では、市町村が指定する指定事業者になりますよと。単価は市町村が独自に設定しますよ。そして、国保連に審査・支払いの委託が可能ですよといったようなやり方に移行していくというふうになっています。国保連による審査・支払い以外にも、事業者へ委託契約による委託であったり、あるいは事業者に補助金を交付するであったり、直接市町村が資金を出すという直接実施の方法もありますよと。そして、委託費等は市町村が独自に設定しますよというところが、上限については国が定めるわけなんですけれども、価格設定自体が市町村の独自の裁量に一部任されるというところが説明されています。

その移行の前後でどういうふうに総合事業、あるいは地域支援事業と言われるものですが、その事業が切りかわっていくのかというのが、次のページの6ページに示されています。

これも参考資料になるんですが、介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）の構成とありまして、左側に現在の 現行 の制度、そして、右側に 見直し後の制度というのが示されています。要介護の方の保険給付につきましては、変更はなしというふうになっているんですが、 現行 制度の上から2番目、介護予防給付、これについては、一部分は現行のまま、そして、一部分が地域支援事業に、新しい総合事業に移行するとなっております。新しい総合事業に移るのは、先ほど来申し上げましたとおり、予防の訪問と通所、それ以外の介護予防給付については、現行と同様というふうに整理はされます。

今現在の地域支援事業、これが介護予防事業と包括的支援事業と任意事業の3本の大きな区分になっているわけなんですけれども、これが 見直し後 には、全市町村で実施されることになる新しい総合事業、それから、包括的支援事業、そして、任意事業というふうになります。新しい総合事業と言われている、その右側の上から3番目の四角になるんですけれども、訪問と通所の従来の保険給付であった事業が加わってきまして、訪問型サービス、通所型サービス、そして、生活支援サービスといったものが新たに入ってきます。そして、包括支援事業では、従来の事業に加えて、在宅医療・介護連携の推進であるとか、認知症施策の推進であるとか、生活支援センターの体制整備であるとかといったような支援事業が新たに加わってくるというふうになっております。

移行後の、この 見直し後 の新しい総合事業の構成というのがどういった感じになるのかというのが、その次のページで、これも参考資料となるんですが、新総合事業の構成という図式になります。新しい総合事業、先ほどのページの移行後の、上から3番目のところにあったんですけれども、その総合事業が大きく分けると、介護予防・生活支援サービス事業、それと、一般介護予防事業というふうに分かれます。この介護予防・生活支援サービス事業というのが、保険給付から移行されてくる訪問型サービスと通所型サービス、そして、その他の生活支援サービス、そして、介護予防ケアマネジメントという4つの大きな区分に分かれてくると。

訪問型サービスについては、 から まで示されるこの右側のサービスに分かれています、 番が従来の保険給付と同等のもの、 番が従来の保険給付と内容的には似ているんだけれども、提供するための事業者側の基準を緩和していいですよというもので、そして、 が住民主体による支援であるとか、 が短期集中型の予防サービスであるとか、 が移動の支援であるとかといったような形で、多様なサービスとして から までが示されています。同様のことが通所介護にも言えまして、現行と同様の通所介護を 番として示してあり、多様なサービスとして、基準を緩和したものや住民主体のものとい

うのが、 、 というふうに示されており、その下のその他の生活支援サービスとして、栄養改善を目的とした配食であるとか、ボランティア等が行う見守りであるとか、それから、訪問、通所に準じる自立支援に資する生活支援というような新しい形のものが示されているというふうになっています。

さらに、この新しい総合事業によって出てきた訪問型サービス、通所型サービスのこの から 、あるいは から というものを類型として示しているものが、1枚めくっていただきまして、サービスの類型と書いてあるものです。その1枚目は訪問型サービスということになるんですが、「要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要」となるということで、多様化する典型的な例を参考として示すと。ここに「(別紙参照)」とありますけれども、その別紙という部分がこの下の 訪問型サービスと書いてある通知になります。

訪問型サービスは、現行の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスとに分かれていくよということで、そして、多様なサービスについては、雇用された労働者が行う基準を緩和したサービスと、それから、住民主体による支援と、それから、保健・医療の専門職の短期集中で行うサービス、そして、移動支援が想定されるということで、下に図式が示されています。

この表というのが、左端を見ていただくと、基準とか、種別とか、内容、対象者とサービス提供の考え方、実施方法、基準、それから、サービスを提供する提供主体という7項目に分かれていて、現行の訪問介護相当というところは、名称としては、サービス種別 の訪問介護、先ほどの多様化していくという中でも現行と同等ということになるんですけれども、サービス内容としては、訪問介護員による身体介護、生活援助。これは以下も見ていただくとわかりますけれども、基本的には、保険による要支援の方への介護予防訪問介護等と同等のものでありますよと。これのほかに、さらに右側にある から までの多様なサービスというものが考えられますよというふうになっています。

訪問型サービスAというふうになっていますけれども、これは、基本的には、雇用された労働者、つまり、給料をもらってサービスを提供するプロの方が提供するよと。で、サービス内容としては、生活援助等というものでありますよと。ただ、ここまでは保険給付と大した変わりがないということになるんですけれども、対象者というのが、状態を踏まえながら、住民主体によるサービス等の利用を促進していきますよとか、あるいはそのサービスが提供される際の基準が人員などを緩和した基準で行っていいですよと。そして、実施方法としては、市町村による事業者指定、もしくは市町村からの事業の委託を受けるよということになっておりまして、人員基準等の基準を緩和して構わないと。これは保険給付を行うための人員よりも緩和した基準で取り組んでいいですよということがうたわれます。

次に、 番の訪問型サービスB、これは住民主体による支援というふうに書いてあります。これはサービスを提供する方がボランティアの方が想定されていると。住民主体の自主活動として行う生活援助等をサービス内容として考えており、対象者とサービス提供の考え方は、先ほどの緩和した基準において、 番と一緒にあります。そして、実施方法としては、基本は市町村から補助金を出す形で事業を行ってもらう。基準としては、人員等の基準というのはうたわれていなくて、個人情報保護などの最低限の基準を満たせばよいというふうになっております。そして、サービス提供者はボランティアが主体になってくると。

次に、 番の訪問型サービス、これは、保健師等による居宅での相談指導等というこ

とで、短期集中型、保健・医療の専門職をサービス提供者として想定し、体力の改善に向けた支援が必要なケース等を3カ月から6カ月間の短期間で相談指導していくということを想定したサービスとなっております。実施主体としては、市町村に所属する保健・医療の専門職が考えられていると。

次に、一番の訪問型サービス、これは移動支援ということなんですが、先ほどの住民主体による一番の訪問型サービスに準ずる条件で、移送のための前後の生活支援を行うよということがうたわれています。

次に、通所型サービスですけれども、これも同様に、現行の保険給付に相当する部分と多様な部分というふうに対立して書いております。保険給付に準ずる、現行の通所介護相当というところは見えていただいたとおりで、保険と同等のものを提供していき、同等の基準で行っていくと。

そして、多様なサービスのほうは、先ほどの訪問型と同じように、人員等の基準を緩和した基準によるサービスという一番、これも雇用労働者やプラスボランティアがサービス提供者として考えられますよと。

番として、住民主体による支援としてボランティアを主体とした、細かい基準は考えずに、個人情報保護等の最低限の基準によるサービス提供というのが考え方のもの。

そして、通所型サービスの一番として、短期集中予防サービス、保健・医療の専門職による生活機能改善のためのプログラムと、これも3から6カ月の短期間で実施していくことを想定したサービスということを考えています。

ざっと今のところで、予防の給付のうちの訪問介護、通所介護がどのように市町村の事業に移していくかという図式が今回の改正で示されているところで、説明を差し上げたいんですが、ここまでのところで、もしご質問等ございましたら、いただければと思いますけれども。

【林会長】

はい。ありがとうございました。

今、9ページ。9ページまで。

【事務局】

9ページまでです。

【林会長】

説明いただきまして、後半は、新しい総合事業について、具体的にどういう通達なのか、詳しく説明いただきました。前半のほうは、この法律案の概要、介護保険制度の改正案の全体像といいますか、それについてご説明いただきました。いかがでしょうか。

【山路委員】

よろしいですか。

【林会長】

はい。お願いします。

【山路委員】

細かい話をし出すと、これ、切りがなくて、ほんとうに多岐にわたる、ガイドラインと言えるのかと言いたくなるようなことまで書いてある非常に幅広の話なんですが、総合事業への円滑な移行のこの4ページの表によりますと、一応3年間の猶予期間ということで、平成29年4月まで猶予可能ということになっているんですが、29年4月からはやらなくちゃいけないと、市町村の条例で定める場合はということになるわけですが、そうすると、今回の第6期の事業計画の中で、27年から29年までの事業計画の期間になるわけですから、この29年度から移行する新サービスについて、今回の事業

計画の中に、特に29年度からのサービスの中身のある程度盛り込まなくちゃいかんということに、これによると見えるんですが。それはほんとうにこの26年度中にそういう議論の詰め、特に今、説明があった総合事業の中身、これはもうほんとうに多岐にわたって、インフォーマルサポート、多様なサービスというところまで、これはいろいろここに示されているわけですが、こういう中身まである程度決めざるを得ないのかどうかですね、そこら辺の見通しをちょっと教えてください。

【林会長】

はい、事務局お願いします。

【事務局】

一番の関心事というのは理解しているんですが、一応国立市として、私ども高齢者支援課としては、27年4月から始められるところから始めていこうと思っていて、26年度これから後半にモデルで1、2カ所実際やってみようかなというふうには今、計画はしております。ある程度みなし指定ということがありますので、いきなり全員の方が新サービスに移行するわけではないというのが一つの安心材料みたいになっているんですが、現行相当のサービスを使いつつ、移行できるというところがありますので、全地域で一斉にというわけにいかないんですが、始められるところから始めていきたいというふうには今は考えています。

【山路委員】

いや、それでね、中身の計画は、そうすると、ある程度モデル事業をやりますよということだけではなくて、こういうある程度の骨格で市町村に委ねられた総合支援事業をやりますというものをどの程度まで書き込むのか。27年度からひょっとしたら、具体的には何と何をやっていくということになるわけでしょうけども、それは相当やっぱり詰めなくちゃいけないということですね。

それで、例えばここでいう生活支援サービス、いろいろあるんだけど、要するに、新たにここで、例えば包括的支援事業の中で、6ページのところですけれども、生活支援サービスの体制整備ということでコーディネーターの配置ということになっているんですけども、これは確かにやらなくちゃいけないと思うんですけども、こういうものも27年度から、例えば地域包括支援センターに設置するなり、あるいは、これは... ..まあしかし、それ以外のところがやるということはちょっと考えにくいんですけども。そこら辺の人員配置とか、中身も、生活支援サービス、いろいろありますけど、例えばということですが、これもある程度決めるわけですか。

【事務局】

はい。生活支援サービスは、コーディネーターという。3層ぐらいに、今、分かれているのが示されているんですが、市町村全体を見渡せるというところと、その下にサービスの構築をしていくというようなところ、それと、地域に入り込んだという3層が示されていて、全体を見渡せるというところを包括支援センターに置くとか、あるいは社会福祉協議会に置くとか、今、検討していますので、そこら辺もこの運協等で検討していただければというふうに今、考えております。

国立市では、小規模、あまり大きくない市なので、何人ぐらいのコーディネーターを置いたらいいかというのを、数字等で示していただいて、大体的見通しは出るんじゃないかなというふうには思います。

【山路委員】

社協がやるんですか。

【新田副会長】

おそらく一番大切なことは、生活が今の介護保険では、ぶつ切りの保険ですよね。というのは、要支援レベルから要介護になるに従って、例えば要支援は包括支援センターが少し入る。要介護になった途端に何かすぐケアマネが入る。それで、また要医療になったら医療とか、完全なぶつ切りの体制になってしまう。そうすると、このさまざまな事業が、これ、一見さまざまであり過ぎて、出過ぎて、全くばらばらで、今の介護保険体制よりもさらに悪くなる。お金をめっちゃめっちゃ使って、ですね。ということが私はやっぱり一番危惧するところで。今ね、山路委員が言われたコーディネーターというのは、ある意味で重要な存在で、何が重要かということ、継続性だと思うんですね。ある意味で継続する人、それを統括、誰が見るといって、継続してずっと見続けるというような状態になっている、その人たちの存在が重要だと思うんです。

だから、今、何げなく社協に置くとか何とかって言われたけど、やっぱりこれ、きちり議論しないと、社協に任せられても困るわけでごさいますて、どういう、コーディネーター、何をやるのか、具体的にですね。どうすればいいのか。そして地域包括のメンバーがなっても構わないし、誰がなっても構わないんだけど、その役割を明確化して、この地域支援の統括、それ、3層という、まさに3層をきちっとイメージ化するシステムをつくらないと。私は、この、いわゆる介護、総合支援事業が今、ちょっとおそれがあるのは、もっとひどい状況をつくってしまう、地域がですね。とてもいい、今までの介護保険をもうがらっと、ある意味でこの辺で変えていくのはいいことなんだけれども、そこはきちっとやっていかなきゃいけないのかなというふうに思います。

【林会長】

ありがとうございます。

私からも。介護予防のケアプランはどうなんでしょうか。

【事務局】

一応、現行のほうのサービスを継続する場合は、ケアプランは立てるようになると思うんですけども、多様なサービスをお使いになるといときは、それほど厳しいケアプランではなく、軽微なというか、アセスメント程度でよくなるという方針は出ております。ただ、お人によって、今の現行のサービスを使って、新たな総合サービスを使う方もいらっしゃるので、そういった場合は、保険給付がありますので、そちらのほうのケアマネジャーさんがケアプランをつくると。新しい多様なサービスだけというと、地域包括支援センターが一応ケアマネジメンの役割をするんですけども、今の介護予防みたいな同じようなケアプランではなく、もうちょっと簡易なケアプランになるという方針は出ております。

【林会長】

はい。ありがとうございます。ちょっといろいろな不安が出てきて、アセスメントが行えた上でのケアプランということでは必ずしもなく、やれる人は多様なサービスをや、もしかしたら、過剰にやってしまうかもしれないし、必要な人にその多様なサービスのほうが行き届かないということもあるかもしれないですが、そういう心配はあるということなんでしょうか。

【新田副会長】

おそらく今のあれは、この前からこの委員会で議論したように、介護予防というものが果たして有効だったかという、そこから入ると思うんですね。従来型の介護支援におけるサービスというのが5,300万ですか、たしか5,400万お金を払いながら、あまりいい成果を、これは全国でも、国立だけじゃなくて、全都道府県、市町村そうで

すけども、あまりいい成果を出してないと。そのやっぱり前提で。その予防プランって何かというと、新しいタイプはやはり参加型プランのほうになると、全てがですね。だから、参加型という状況の中で、どういう参加型ができるんだろうね。サービスが入ることじゃなくて、ここに例外があって、今までの訪問介護というですね。もちろんそこに例外があるんですけども、それ以外のものが、おそらく住民主体による支援とか、何かいろいろ書いてありますけれども、体力改善に向けたとか。おそらくそのプランニングというのは、多くは提供するよりも参加型という、そういう話になってくるんだろうなと。それを誰がどのような形でモニターするかって、この前からも話題が出たように、そうすることによって1年未満で、おそらくこの結果、どうなったというアウトカムが必要になるだろうというふうに思います。

それで、それがだめだったら、リシンキングですよ。ニーズがあってリシンキングして、それがよくなれば、普通にして、コモンにして行けばいいんで、絶えずそれを……。ニーズ、ニーズというのは、何だろう……。その人にとっての、あるいは何かというアウトカム含めてニーズがあって、それがだめだったら、すぐリシンキングで、新たなサービスという サービスと言ったらおかしいんですが、ある意味の計画をつくってということの繰り返しなんじゃないですかね。なかなか難しいです、だから。総合“積分”事業みたいなもので。

【林会長】

はい。ほかに、川田委員。

【川田(キ)委員】

すいません。事業所側からのなんです。専門的なサービスと多様なサービス、具体例としてちょっと入れてあるんですけどね、8ページに。そういう形では出ているんですが、ただ、こういう多様なサービスの部分の仕分けも含めて、で、何か先ほどの説明では、27年の4月ごろから始められるところから始めたいというような話があったんですけど、地域によって始めたいということ。そうすると、そういうのが、事業者は地域ごとにやっている事業者じゃなくて、国立市全体のご利用者さんを見ているような事業所。と、事業所の中でも混在するという形で始めることだと、すごく、ものすごく何かこうわかりにくいかなというなのは思うんですね。ここから始めるよというんだったらわかるんだけども、そういうふうな混在していく中で、じゃあ、ヘルパーさんはどんなふうに分けて、ヘルパーの賃金も変わるわけですよ、率直に言えば。そうする中で、委託のほうになると介護保険事業とはまた変わってくるので、そういうこととか。あと、この市民に対しての、利用する側の人にも、ものすごくこれはわかりにくい内容なんでね、私たち事業者は大体わかるんだけど、だから、そういう説明をどこかですという、前回おっしゃいましたよね。だから、そういうのも含めての、27年度から始めるなら、どの辺でどうなのかって、そういうようなタイムスケジュールみたいなものがあるんでしょうかね。

【新田副会長】

ちょっといいですか。

【川田(キ)委員】

はい。

【新田副会長】

あのね、議論を少し整理してよく考えたほうがいいので。

まず、地域包括という概念というのが、小学校、中学校単位の地域づくりという概念じゃないですか。

【川田（キ）委員】

ええ、そうですね。

【新田副会長】

そこには従来型の事業者はまず入らないんですよ。だから、そこに、地域づくりの中に新しく事業体がどうかかわるかという話のほうがメインであって。ね、最初に、今、事業者ありきで、じゃあ、事業者がどうかかわるかって、そういう議論じゃなくて、もっと地域をつくるということを考えてわけです。まず、それ、ではないという……。

【川田（キ）委員】

そうです。ただ、提供する側としてのちょっと混乱がどうなのかなって。

【新田副会長】

提供する側、混乱ありますよ。どんどん改革がなきゃ。変わんないといけないだろうし。無駄な提供体制がいっぱいあれば、介護人数だって足りないだろうし、それはおそらくどこかで整理されているんでしょうね。それはしょうがない。

【川田（キ）委員】

はい。

【林会長】

はい。

【事務局】

ちょっといいですか。

【林会長】

はい。

【事務局】

ちょっと私のほうから、まず、発言をさせていただければと思います。

今、事務局としては、国立市、さまざまな面で多摩地域の中では頑張っているというふうに思っていますし、先行して取り組んでいる自治体なのかなというようなふうにも思っています。そういうことからすると、やはり国が27年の4月からこういう事業を導入するということの中においては、私たちもそれに、全部というふうにはいかないですが、一部でもそこにのっていくのが筋だろうというふうに、事務局としては思っています。

そのあたりにつきましては、今、川田委員が、じゃあ、いつからなのみたいなこともありましたけれども、部分的には走るとしたら、こういうところから走るんだよみたいなことですか、皆様のほうにお示し、もうちょっと具体的なものを……。これ、今、制度の概要しかご説明してませんから。かなりタイトなスケジュールになるんですけども、私どものほうで具体的なものをお示しして、ほんとうにそれで走れるのかどうかというところ、やはり議論していただかなければいけないだろうというふうに思っています。

そのことがこれから介護保険事業計画の文章といたしますが、成文化みたいなものにつながってくる部分ですので、これはもう次回ぐらいにはそういう考え方だけ示させていただいて、皆さんに議論していただかなきゃいけないだろうというふうには思っています。いや、そこから走ったら、例えば混乱するよと、やっぱりじっくり基盤を整備してやったほうがいいんじゃないのと。市民の側も混乱します。あるいは事業者さんも混乱しますよということが危惧されるのであれば、そういうこともあるでしょうし。そこは皆様のほうにご検討していただくというようなことになるんだろうなというふうに思っています。ちょっと補足をさせていただきました。

【林会長】

はい。

【山路委員】

じゃあ、ちょっとよろしいですか。

【林会長】

はい。山路委員。

【山路委員】

さっき新田先生、言われたように、やっぱりこの話は、木を見て森を見ない議論になりがちなので、どういう道筋でこういうのがつくられてきたのかというのを、もう基本というか、今の、要するに現状を見て、きちっと見据えて、仕切り直してやっぱり利用者サイドからやるということをきちっとはっきりやったほうがいいと思うんです。

利用者サイドというのは何かというと、今までの介護保険の限界と役割はいろいろあったんですが、1つは、これはドイツとか、韓国がそうなんだけども、要するに、軽度の、今回の要支援者に対する家事援助的なサービスはもう見直そうという話ですから、それは介護職の専門職が必ずしもやらなくていいわけですよ。それを含めて仕切り直しをするということと、それから今までの介護保険、これは医療も含めてですが、少し欠けていたつくづく思うのは、要するに生活全体を見て、その人に必要なサービスをどうやって提供していくのかと。それはもう介護保険という制度の枠内でやっていたものだから、非常に限界があって、それは当然なんで。あとは医療は医療で、ということをやっていたわけだから、ほんとうにその人にとって必要な医療ニーズ、介護ニーズも含めて、何が必要なのかと。それだけではもう無理、医療保険制度と介護保険制度だけでは無理だから、今回の場合、生活支援サービスというのを入れて、高齢者というか、特に要介護の高齢者、認知症になってはなかなかふだんの生活も送れない、サービスも含めて支援していこうということを今度入れようという話になったわけですね。それはもうほんとうに必要なことだと、私は、一つのチャンスだと思うんですね。きちんとできればですね。

問題は、それを誰がコーディネートするのか。誰がその人の生活全体を見て、サービス提供していくのか。今言った生活支援サービスもコーディネートだけでは、私は無理だと思うんですね。それはやっぱりおそらくは地域包括支援センターが中心になって、それから従来の介護事業者のケアマネさんもほんとうにしっかりと質の向上をきちっとやってもらって。今までのケアマネではだめですよ。きちんとやり直してね、生活全体を支援していくような、そういう仕組みをね、やっぱり地域でどうやってつくっていくかということですよ。ここをやっぱり原点にサービスの仕切り直しということを考えていくというのを繰り返して、私は言ったほうがいいと思うんです。

川田委員が事業者の立場からおっしゃるのはわかるけれども、あまり言い過ぎると話が混乱するわけですからね、あくまでも利用者にとって何が 필요한のか、今までそれが足りなかったという前提での仕切り直しということで議論を進めていったほうがいいだろうと思うんです。

以上です。

【林会長】

ほかにいかがでしょうか。

それでは、また後でこれまでのところに何かありましたら、質問して結構ですので、10ページ以降をご説明いただいた上で、また質問を受けたいと思います。では、事務局、お願いします。

【事務局】

それでは、引き続きまして、資料の10ページ目をごらんください。

一定以上所得者の利用者負担の見直しというところでございます。冒頭のほうで説明させてもいただいたんですけども、今現在、介護保険は、サービスを利用した際に、全体のサービスの費用のうち90%を保険給付で賄い、残りの10%つまり1割をサービスを利用した被保険者の方が負担するという方式をとっておりました。その1割を負担していただくという部分につきまして見直しを図っていただくということでございます。

以下の資料に、負担割合の引き上げとありまして、「保険料の上昇を可能な限り抑えつつ、制度の持続可能性を高めるため、これまで一律1割に据え置いている利用者負担について、相対的に負担能力のある一定以上の所得の方の自己負担割合を2割とする。ただし、月額上限があるため、見直し対象者の負担が必ず2倍になるわけではない」とあります。「自己負担2割とする水準は、モデル年金や平均的消費支出の水準を上回り、かつ負担可能な水準として、被保険者の上位20%に該当する合計所得金額160万円以上の者」、括弧書きで「(単身で年金収入のみの場合、280万円以上)」という説明があります。これを基本として政令で定めるということになっています。今現在、これがちょっと決まったわけではないんですが、これを基準でやっていきますよということでございます。「利用者の所得分布は、被保険者全体の所得分布と比較して低いため、被保険者の上位20%に相当する基準を設定したとしても、実際に影響を受けるのは、在宅サービスの利用者のうち15%程度、特養入所者の5%程度と推計」されるということでございます。

その部分を図で示したものが以下に書いてありまして、自己負担2割とする水準というのが、単身で年金収入のみの場合、年金収入金額で280万円、これを所得に換算すると、120万円の公的年金控除を引きますので、160万円の所得金額となります。介護保険には負担の上限というのがございまして、1月当たりの自己負担額の上限金額という設定があるんですが、これの現行のルールが一番下の欄の左側に書いてございまして、一般世帯で3万7,200円が自己負担額の限度額だと。以下、非課税世帯であれば2万4,600円、で、年金収入80万円以下等の条件であれば、1人当たりの金額は1万5,000円を超えないようにというふうな上限があって、これを超えた分については、高額介護サービス費という名称で現金が後から市から還付されるといったような制度をとっているんですが、これも制度上の見直しとして、現役並み所得、これは医療保険の現役並み所得と同等であるというふうに言われているんですが、この現役並み所得相当の方については、1月当たりの自己負担額の限度額を4万4,400円とするというふうに書かれております。

1枚めくっていただきまして、補足給付の見直し、これ、資産等の勘案です。補足給付と申しますのは、先ほども少し説明させていただきましたが、施設入所等にかかる費用のうち、食費及び居住費は本人が負担するということが原則となっているんですが、「住民税が非課税世帯である入居者については」「入所者」と我々は通常呼びますけれども、その入所者については、その申請に基づき、介護保険からの補足給付を支給して負担を軽減するというふうな制度がございまして、「福祉的な性格や経過的な性格を有する制度であり、預貯金を保有するにもかかわらず、保険料を財源とした給付が行われることは不公平であることから、資産を勘案する等の見直しを行う」とあります。これは現状の補足給付につきましては、純粋に市民税が非課税である、世帯全体がということなんですが、市民税が非課税であるという大前提のもとに、あとは所得金額や課税されるタイプの課税年金収入額というのがありますが、そちらの数字に応じて補足給付の

金額が決定されるという制度となっておりまして、その方は、預貯金をたくさん持っていたとしても、実際に年金収入が低ければ、その保険からの給付を受けられるという制度になっています。これについて預貯金等も勘案した保険給付に見直していこうという制度替えでございます。

この下のところに 現在の補足給付と施設利用者負担 という絵が描いてございまして「居住費」「食費」「1割負担」とあるんですが、補足給付によって賄われる部分は、「食費」「居住費」の部分です。その具体的な対象者というのは、右側の表に書いてございまして、第1段階として、生活保護受給者、第2段階として、市町村民税が世帯全体で非課税であって、課税年金収入額と合計所得金額が80万円以下の方、そして、第3段階として、市町村民税が世帯で非課税であるんだけど、先ほどの第2段階よりも収入が多い方、そこについて、この第1、第2、第3段階という3つの段階が補足給付の対象になっているということでございます。そして、第4段階といいますが、世帯でどなたか市町村民税が課税されていらっしゃる方がいる場合、あるいはご本人様、施設に入所しているご本人様が市町村民税が課税されている場合について、この補足給付が行われないというふうになっています。

これをどのように見直していくかというのは、下に書いてある 見直し案 になります。まず、預貯金等を反映させるということで、一定額超の、一定額を超える預貯金、単身であれば1,000万円を超える方、夫婦のみ世帯であれば2,000万円を超える方を想定されて、金額のラインが引かれるわけですが、その預貯金がある場合には、この補足給付については対象外になると。これについては本人の申告で判定ということですので、この補足給付は申請書を出していただかないと、給付は行われないんですが、その申請書を出していただくときに、預貯金についての調査について同意をしていただく一文を申請書の中に書き込んでいただくような形を考えておりまして、あと、預貯金の通帳の写し等を出していただいて、本人の申告で判定していくという預貯金を反映させるという部分。

それから、配偶者の所得、「施設入所に際して世帯分離が行われることが多いが、配偶者の所得は、世帯分離後も勘案することとし、配偶者が課税されている場合は、補足給付の対象外」とすると。これはどういったことかといいますと、特養等に入所したときに、入所の方がその特養に住民票を移すということが専ら、よく行われているところなんですけど、入所した方が、ご自身が住民税がかかっていない方ですと、今まで住民税課税されていらっしゃる方がいらっしゃる世帯の構成員であっても、施設入所して単身でそこに住民票を置いた場合に、世帯で非課税という扱いになるので、この補足給付を受けることができるというふうな現行のルールの中での補足給付の取り扱いなんですけど、それについて住民票を移したとしても、入所する前の世帯で住民税が課税されているかないかというのを勘案するというふうな形をとっているということでございます。

そして、非課税年金収入、これは遺族年金とかが典型的なんですけれども、補足給付の支給段階の判定に当たり、非課税年金の収入も勘案していくと。具体的な金額等はいただけないんですけれども、こういう非課税タイプの年金というのは、従来、税金がかからないタイプの年金ですので、税からの情報提供を受けて保険料を設定したり、給付の際の参考していた、今までのルールだと全く触れることがなかった部分なんですけれども、その金額についても勘案していくよということでございます。

この判定の仕方の流れ図というのが次の12ページに書いてございます。

申請をしていただいた後、通常であれば、所得の要件を見て、今までだったら、こうだった場合ということだったんですが、これが「世帯分離していても配偶者が非課税で

あること」といったような新しい判定項目が出ておりまして、で、そのほかに資産要件というのが次の部分で出てきます。「預貯金等が一定金額以下であること」といったようなところも見て、それで、最後に保険給付を行うかどうかというのを決定していくというふうに述べてございます。ここの部分が一定所得以上や、あるいはある程度資産がある方に対する給付のあり方の見直しの部分の説明でございます。

ここの部分のところで、もし何かご質問等ございましたら、お願いいたします。

【林会長】

はい。ありがとうございました。いかがでしょうか。

すいません。この補足給付を給付しているのは市町村ですか、国ですか。

【事務局】

市町村の介護保険給付です。

【林会長】

ああ、そうですか。はい。いかがでしょう。

【新田副会長】

この施設入所、あ、ごめんなさい。施設等というのは、“等”は何が含まれるんですかね。

【事務局】

ショートステイですね。

【新田副会長】

ショートステイ。

【事務局】

施設に入所していない場合でも、ショートステイの利用の際もこの補足給付の制度は適用されておりますので、在宅の方でも一部使っていらっしゃる方がいらっしゃるということでございます。

【新田副会長】

施設って3施設でいいんですか。

【事務局】

そうです。いわゆる特養、老健、そして療養病床の3施設、それと、ショートステイになります。

【林会長】

この補足給付、11ページの真ん中あたりの、これはユニット型個室の例だけかな。「()認定者数：103万人、給付費：2,844億円[平成23年度]」というのは、これは国全体でこういう補足給付が合計すると行われているということでしょうか。

【事務局】

そうですね。はい。こちら、厚労省からの資料をそのまま持ってきておりますので、国全体でということになります。

【林会長】

かなりの額なんですけど、国立市ではどれくらいのあれかわかりますか。

【新田副会長】

ついでに、今の所でなくていいんで、一定所得以上の利用者負担の見直しで、在宅サービスの利用者のうち15%程度の。国立市ではどうだったのかという数字を出しておいたほうがいいと思うんですね。今、わからなくていいですけど、特養入所者の5%という数字も、ほんとう？今の。

【事務局】

一定、2割負担になる方が、要介護認定のうちの、65歳以上の方の全体では29%。

【新田副会長】

じゃあ、多いんだ。

【事務局】

はい。国立の場合は。ただ、要介護認定を受けている方ですと22%でした。

【新田副会長】

あ、それも違うんですね。

【事務局】

はい。だから、これ、全国レベルで見て上位20%という数字ですが、都市部については30%ぐらいというふうに思っていたほうが、はい。

【新田副会長】

なるほど。

【林会長】

補足給付のほうもかなりの額なんで、これが保険料の上昇を抑えることに役に立つのであれば、検討の余地があると思うんですが、国立だとどれくらいかというのはわからない？

【事務局】

ここはですね、預貯金、そこまでちょっと。全国ですの。

【新田副会長】

はい。わかりました。

【林会長】

はい。木藤委員。

【木藤委員】

すいません。今、補足給付のところのユニット型個室の例というのはあるんですが、第1段階から実際は第3段階までということなんですが、これ、ちょっと私、意味がよくわからないんですが、それで一体幾ら、要は補填しているかというのがちょっとわかりにくいんで教えてください。例えばこの第1段階で補足給付が、居住費が35万……。

【山路委員】

3万5,000円。

【木藤委員】

3万5,000円。食費が3万3,000円の、合計の6万8,000円を補足給付で補填しているということなんですが、そうじゃないんですか。

【事務局】

そのはずですね。ちょっとこの金額自体の計算の内訳というのは、ちょっと私も実態を捉えていないんで、あれなんですけれども、この補足給付と言われるのが、居住費のうちの金額として保険給付から出している部分ということになりますので。3.5万円と書いてあるのが、保険給付から居住費に対して、居住費というのは部屋代ということなんですけれども、そこに1日幾らという金額で出しているんですが、その日数掛けたもの、おそらくこれは1月分ということだと思ってしまうんですけれども、それが3万5,000円であると。第2段階についても、同じく3万5,000円出していると。第3段階については2万円が出ているということですね。食費については、第1段階の方であれば3万3,000円出ておまして、第2段階で3万円、第3段階で2万2,000円分、保険からお金が出ている。保険から出ているお金が少ないので、ここ

の実際かかっている費用の積み上げだと思っただけなんですけれども、自己負担してもらっている金額が第3段階の方が大きくなっていくということですね、自己負担が大きくなって保険給付が小さくなっていると。実際に基準額というのは、基本、居住費や食費については、保険給付を受けないときの素の状態の金額というのは、厚生労働大臣が決めておりますので、同じ金額になるはずですので、そこに対して保険給付が大きければ自己負担は小さくなるというふうな形になります。

【木藤委員】

そうすると、ご本人が負担する金額というのは、具体的にはこの4万9,000円。

【事務局】

そうですね。4万9,000円です。

【木藤委員】

4万9,000円、5万2,000円、8万5,000円ということになるわけですね。

【事務局】

はい、そうです。

【木藤委員】

で、第3段階で1割負担が変わっているの、2万5,000円ですか。

【事務局】

そうですね。これ、ちょっと1割負担が入っちゃっているんで、わかりにくいんですけども、1割負担の部分、通常は補足給付の対象にはなっていないので、ちょっとこのイラスト自体が何で1割負担が入ってきているのかというのは、私のほうもちょっと…

【木藤委員】

ええ。それで1割負担が変わって、第3段階と第4段階が変わっているから。

【事務局】

はい。そうですね。第3、第4と第2段階のところが変わっているというのは、これもちょっと私にもわかりづらいです。

【木藤委員】

はい。じゃあ、この辺では、大方は理解できました。はい。

【林会長】

ほかにいかがでしょうか。

【新田副会長】

これ、1日食費300円って、要するに、これ。

【事務局】

そうですね、自己負担の部分が。はい。

【新田副会長】

そうなんですか。はー。はいはい。

【林会長】

はい、お願いします、事務局。

【事務局】

すいません。先ほどご確認いただいた補足給付の1年間の金額がどれくらいかというお話を先ほど会長から、林先生からいただいたんですけども、平成25年度の補足給付の金額が1億2,416万8,000円という金額が、この食費、居住費部分として保険から支払われております。

【林会長】

すいません。1億幾らでしたか。

【事務局】

1億2,416万8,000円、おおよそ1億2,400万という数字になります。

【林会長】

はい。ありがとうございます。

それでは、13ページのご説明、それと、続けて、もう一枚資料が、資料 80もあわせて、事務局から説明お願いします。

【事務局】

13ページ目、「特別養護老人ホームの重点化について」です。「重度の要介護状態で、特養への入所を希望しながら、在宅での生活を余儀なくされている高齢者が数多く存在していること等を踏まえると、特養については、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える施設としての機能に重点化するべきであり、原則として特養への入所を要介護3以上とする。他方、軽度(要介護1及び2)の要介護者であっても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、市町村の適切な関与のもと、特例的に特養への入所を認める」と。「この特例入所の判断に当たっては、透明かつ公平な運用を図る観点から、厚生労働省において特例入所の判断に当たっての具体的な要件や判定手続きについての指針を作成する」と。

そして、既入所者、既に特養に入所している方については、「現在、軽度の要介護状態で入所している場合のみならず、中重度の要介護状態であった者が、制度の見直し後に、要介護1又は2に改善した場合であっても、引き続き、施設サービスの給付対象として継続入所を可能とする」と。

そして、「制度見直し後、要介護3以上で新規に特養に入所した者が、入所後、要介護度が要介護1又は2に改善した場合についても、やむを得ない事情により、特養以外での生活が著しく困難であると認められる場合には、引き続き、特例的に特養への継続入所を認める」とございます。

ここまでが制度改正の説明になりますが、縦長の資料 80番も引き続き説明させていただきます。

タイトルとしまして、「介護予防訪問介護利用者の利用内容」とございます。これは以前、要支援の方の介護予防訪問介護の利用の内容について、掃除であるとか、買い物であるとかの支援が多いという資料を一度こちらのほうに提出させていただいたわけですが、そのときは、介護保険の訪問介護事業所さんにアンケートを行って、どのようなサービスが入っているかというのを答えていただくという形での資料でしたので、サンプル数が少なかったということがございました。その際に、各委員の方から全体でどうなのかというのを調べてみるべきではないかというご意見を頂戴しまして、その後、地域包括支援センターの協力を得まして、平成25年度中に介護予防訪問介護を利用した方、保険給付の実績があった方の予防のプランの内容を分析してもらい、どういった内容で介護予防訪問介護を利用しているのかというのを、全数の調査をさせていただきました。

全体としては、平成25年度中に予防訪問介護の実績があった方が314人、そのときのプランの、予防訪問介護を利用したときのプランの内容として、どういうサービスを提供していたかというのを、まず最初の円グラフに示させていただいております。全体で314人で、複数回答、当然掃除だけとか、調理だけということではなくて、掃除

もしてもらい、買い物もしてもらいといったような、一人の方が複数のサービス内容を使っているということがありますので、延べの利用者数として挙げさせていただいた、利用内容についての集計ですね、こちらが502名となりました。全体的には、以前出させていただいた資料とほぼ同じで、掃除が一番多い、これは502名中274名で、5割を超えています。次いで、買い物、これはおおよそ2割、そして、調理が1割強という形で、以下、洗濯であるとか、環境整備、それから、入浴や外出支援というふうになっております。

で、この使った方の障害者自立度、これは認定調査に基づいたものなんですけれども、お体の状態がどれくらい不安定なのかというところで、そこに着目して、このサービス利用内容を、別途集計をとったものが、障害者自立度のJ1・J2と言われる、比較的いい状態の方についての利用内容の分布というのは、の円グラフに示させていただきました。これも全体とほぼ変わらない内容が出てきております。

この資料を裏返していただいて、もう少しお体の状態が悪い方、障害者自立度A1・A2の方について集計を取り直してみた結果でも、やはり掃除が一番多いというところ、以下、買い物、調理というところはほぼ変わりがないというところがありました。ですので、宿題としていただいた介護予防訪問介護利用者の方のこういった利用内容なのかということにつきまして、全数調査をさせていただきましたが、以前の報告とほぼ同じ、掃除が一番多いというところは変わりがなかったということを報告させていただきます。

以上でございます。

【林会長】

はい、ありがとうございました。今の資料 80も含め、それから、先ほどの資料79全体について質問がありましたら、お願いいたします。

【新田副会長】

この特養の“やむを得ない事情”って、何を入れるんですか。やむを得ない事情。

【林(瑞)委員】

そうですね。やむを得ない事情というと、多分虐待、もしくは認知症の独居で、措置で継続的な生活が困難というのが想定されますけれども、現行、今回の改正で要介護3以上ということなんですけれども、実態としてはほとんど要介護3以上です。

どこの特養を見ても、大体今、平均要介護度が3.5から4ぐらいの中でおさまっているというようなところがありますし、それぞれの自治体によって違いますけれども、一応入所判定を通した中で優先度を決めている。入所判定の中でも、実際介護度の重さとか、生活状況、世帯の状況、経済状況を合わせた中でやっているの、ここで要介護3以上というふうに決めて、何か大きく困ることがあるかということがあると、実態としてはそれほどないというのが状況だと思います。

【新田副会長】

おそらく今言われたとおり、要介護3以上で埋まっちゃうけども、認知症独居で要介護1というのを入れると、これはやはり施設という存在意義が問われちゃうので、なんですよね。だから“やむを得ない事情”というので、どうも逃げ道をつつくりながら、これはちょっと、とても危ないなという感じがして、もちろん要介護2になった認知症の独居で、等々だと、これは適用になる可能性があるんだろうけどもという、そんな感じがしますよね。ただ空かないから、実態としてはですね。それはないでしょうけど。ちょっとこの“やむを得ない”というのは変な文章かなと思うので。と思いませんか？

【林（瑞）委員】

まあ、あとは、そこはどうなんですかね。ある程度、そうですね。1、2の中でも、やはり入所が適切だという方は、多分中には出てくるかなと思うので、ここは例外的には施設側としても設けていたほうがいいかなと思います。

【事務局】

今の件ですが、骨子案というのが出ますので、林委員が言われたとおり、虐待とかというのが全体的なことになるんですけれども、軽度の方が入る場合は、“市町村の適切な関与のもと”というのがありますので、そういう方が出てきた場合は必ず市町村が判定会議に出るとか、文書で適切かというような判断をさせてもらった上で入所になるというふうな感じにはなっているんです。

【林会長】

なるほど。

ほかに、ご質問ある方。部長、お願いします。

【事務局】

すいません。これから皆様にご議論いただく形になりますが、例えば資料 80 でこういうサービスを使っている方々、これ、サービス類型というんですかね、介護予防訪問介護の生活援助で掃除、買い物、調理、洗濯、このあたりがそんなに……。今回の考え方で言えば、専門的な技能がなくてもできるサービス類型なのかなというふうに思うんですけれども、それが先ほどのサービス類型5つくらいお示しをしましたけれども、例えば今の4つが、じゃあ、多様なサービスの訪問介護型サービスのAでいいのか、あるいはBでいいのかあたり、そういうようなところを皆様のほうにご議論していただくような形になっていくんだろうなというふうに思いますので、ちょっと一言つけ加えさせていただきます。

【林会長】

ありがとうございます。

それで、ちょっと質問でしたのですが、先ほど新しい総合事業の中の類型でボランティア主体というのがありましたが、ボランティアのことをどう定義しているかというのはわかりますか。例えば有償ボランティアというのがありますよね。

【事務局】

はい。一応、有償というのは考えております。全く無償ですと、やはり牽制 牽制というわけではないんですが、きちんと行ってもらわなくちゃいけないというのがありますので、全くの無償ですと、その担保もとりにくいのかなというのがありますので、今後、先ほど言われました生活支援コーディネーターの中にボランティア組織も構築していく役割があるわけですので、同時進行でやって行かざるをえないので、今のところ有償で考えています。

【林会長】

はい。国は何かそのボランティアの定義というのをしているわけではないんですか。

【山路委員】

そこら辺は市町村の裁量に委ねるということに大きくりでなっていて、有償にしようが、無償にしようが、それは市町村、勝手にやってくださいよという、まあ、そういう話ですよ、多分大きくりにする、今までの議論を見ると。

【事務局】

はい。

【林会長】

はい、わかりました。市町村によって、ボランティアといってもいろいろありようが違うから……。

【事務局】

そうですね、はい。

【林会長】

市町村で議論しないと、体制が組めないということですね。はい、わかりました。ほかに何か。

それでは、今日の議題は以上なんですが、その他で何か、事務局からございますか。

【事務局】

前回、地域密着型サービスで2事業者さんを決定していただいたんですが、皆さんにまた附帯意見というのをいただきまして、それは付した形で承認通知を発送させていただきましたので、そのご報告をさせていただきます。……ああ、そうですね。会長と協議した上で、その附帯意見、皆様から出された意見も通知の中に入れましたので、ご了承いただければと思います。

【事務局】

あと1点です。10月の開催の日程なんですが、毎月第3金曜日を運協全体会の開催日とさせていただいてまして、次回10月については、17日の金曜日を予定したいと考えております。もしご都合悪い方等いらっしゃいましたら、またご連絡いただければ調整させていただくのはどうかということなんですけれども。

【林会長】

はい。ありがとうございます。10月17日金曜日ということで、決定していいでしょうか。はい。

ほかに何かその他では、委員の皆様からございませんか。

あと、あれ、試食とか何か、あれの話は……。

【山路委員】

配食サービスの見直しの話だ。

【事務局】

食事サービス見直しして、2年間が経ったところで、またプロポーザルをやるので、委員になる方にちょっとお声かけをさせていただいています。今回も、前回は12社来て、非常にタイトな時間で、夜12時ぐらいまでかかったので、ちょっとその日程をまた改めて調整させていただくんですが、ひょっとして13社ぐらい来る……。

【山路委員】

13社ですか。

【事務局】

はい。新たに1社参入したいという話もありますので、12社か、13社になる見込みがありますので、またご協力をお願いしたいと思います。

【林会長】

はい。では、事務局、お願いします。

【事務局】

もう1点ご案内させていただきます。国立市認知症の日、今年度で第3回目になりますが、皆様のお手元にチラシをお配りさせていただいております。今年度10月12日、日曜日、午後1時30分から4時30分、会場のほうが一橋大学兼松講堂で今回行います。今までは芸小ホールでやらせていただいていたんですが、今回そちらが耐震構造の関係

で使えないということで、林先生のほうにご協力いただきまして、一橋大学のほうが借りられることになりました。大勢の人数が入りますので、ぜひ皆様、いろいろお声かけいただいて、いらしていただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

【林会長】

はい。認知症の日のご案内、ありがとうございました。

何か、新田先生、ありますか。

【新田副会長】

あ、いや、委員長がこっちですから。

【山路委員】

このチラシというか、中身については、相当議論して、従来、2回積み重ねてきているんですが、好評だったものをできるだけ残し、それから、新たにこういうメンバーでのシンポジウム、これが一つの柱になりますけれども、今回は落合恵子さんを基調講演にお呼びして、介護体験をしゃべってもらうということと、それから、認知症というか、認知症を含めた地域包括ケアということについて、今、ほんとうに精力的に仕事しておられる筒井孝子さんにも来ていただいて、シンポジウムを「認知症ケアと地域の力」ということでシンポジウムをやるというのが柱ですが、それ以外にも、去年は国立学園の小学校の合唱団に来てもらったんですが、今回は国立の第三小学校の合唱団の子どもたちと、それから、認知症の当事者、もちろん支援者の方というか、介護職の方も一緒に付き添っていただくんですが、車椅子でいらっしゃる方ももちろんいらっしゃいますけれども、その方々との合唱、コラボもやろうという話をしております。それから、非常に好評だった、第1回に好評だったえんがわカンパニーという認知症の演劇、これはもう非常に全国的にもユニークな演劇だったと思うんですが、それを今年復活させて、それもプログラムに盛り込んだということで、認知症の日のプログラムを、相当今までの2回よりも充実したプログラムにしておりますので、ぜひご参加いただければと思います。

同日は、認知症ケア学会の学会の方々も一緒にというか、ここに参加すれば、学会の単位認定にもつながるということで、学会もこの認知症の日に合わせて参加していただくということになっています。いずれにしても、もうほんとうにできるだけ市民の多くの方々に来ていただきたいということで、今、懸命にPR活動、周辺の市町村にも働きかけているところですので、ぜひ積極的なご参加をお願いしたいということ、改めてお願いいたします。よろしく願いいたします。

【林会長】

ありがとうございます。ほかにございませんでしょうか。

それでは、本日の運協はこれで終わりたいと思います。どうもお疲れさまでした。

- 終了 - (20 : 44)