

令和2年度 第4回春日井市高齢者総合福祉計画推進協議会 議事録

1 開催日時 令和2年12月25日(金) 午後2時～午後3時30分

2 開催場所 文化フォーラム春日井 会議室A・B

3 出席者

【委員】

会長 長岩 嘉文 (日本福祉大学中央福祉専門学校)
副会長 黒田 龍嗣 (春日井市社会福祉協議会)
委員 前田 誠司 (春日井市医師会)
中田 幸成 (春日井市歯科医師会)
松浦 隆 (春日井市薬剤師会)
高塚 徳夫 (春日井市老人クラブ連合会)
長尾 美代子 (春日井市ボランティア連絡協議会)
千野 浩子 (春日井市介護保険居宅・施設事業者連絡会)
北畠 真紀 (春日井市基幹型地域包括支援センター)
瀬川 晴恵 (公募委員)
青木 義信 (公募委員)
新美 俱次 (公募委員)

【事務局】

健康福祉部部長	山口 剛典
地域福祉課課長	神戸 洋史
介護・高齢福祉課課長	田口 純
地域福祉課課長補佐	山村 明稔
地域福祉課地域包括ケア推進室室長	山崎 俊介
介護・高齢福祉課課長補佐	長坂 匡哲
地域福祉課主査	小野田 純一
介護・高齢福祉課主査	澤崎 彩乃
地域福祉課主事	林 寛起

【傍聴者】 2名

4 議題

- (1) 市民意見公募手続(パブリックコメント)の結果について
- (2) 第8次春日井市高齢者総合福祉計画(案)について

5 配付資料

資料1 市民意見公募手続（パブリックコメント）の結果について

資料2 第8次春日井市高齢者総合福祉計画（案）

6 議事内容

議事に先立ち、部長のあいさつを行った。

(1) 市民意見公募手続（パブリックコメント）の結果について

【小野田主査】 資料1について説明

【青木委員】 地域包括支援センターについて、他自治体においても春日井市のように担当地区を中学校区別に分けて活動しているか。

【山崎室長】 春日井市では、日常生活圏域を12に区分し、地域包括支援センターを1か所ずつ設置している。国の考え方としては高齢者が普段の生活で動ける範囲を1つの圏域とするのが望ましいとしているため、春日井市は中学校区を基本に設定している。他自治体の設置状況については、自治体ごとに様々だが、きめ細やかに設置している自治体は春日井市のように中学校区単位で設置している所が多いと認識している。しかし、中山間部などの人材等の確保が難しい自治体は1自治体で1つの地域包括支援センターを設置している自治体もあると聞いている。

【長岩会長】 No.4の意見について、市の考え方としては柔軟に対応しているということだが、当事者の意見を伺いたい。

【北畠委員】 地域包括支援センターの業務については、市から委託を受けて様々な業務を行っている。月1回の調整会議などで、各地域包括支援センターの業務効率化の取り組みなどを報告し合っている。良い取り組みは取り入れ、少しでも業務負担が軽減できるよう工夫している。

【長岩会長】 説明があったように、春日井市では12圏域が必要な数ということで設置しているが、小牧市は5か所なので1つの地域包括支援センターで広いエリアを担当していたと思う。また数年前まで犬山市は市直営の地域包括支援センターは1か所で、途中から5か所になった。春日井市は他と比べると多く、比較的恵まれていると思う。

【松浦委員】 No.1の内容について。市の考え方として、地域包括支援センターの職員を招集し、会議を行っているとの回答だったと思う。しかしNo.1の意見は、各地域包括支援センターで地域に根差した会議を増やしたらどうかというように受け取られた。介護保険法にも地域ケア会議という文言があるので、地域ケア会議があるということを記載してもいいと思う。市が地域に根差した施策も行っているというアピールになると思う。

- 【長岩会長】 No. 1 は地域密着サービスの運営推進会議を主に回答されているが、地域ケア会議や協議体でも地域を意識した会議があると加えても良い。「施設入居者にとっても」と意見にはあるので、地域密着サービスの運営推進会議の考え方について回答したのかもしれない。
- 【青木委員】 No. 9 の介護保険料の改定問題について。値上げせざるを得ないと思っている。しかし、基金残高が 30 億円あるということについては疑問に思う。
- 【長岩会長】 保険料を下げる環境要因はほとんどないだろう。基金残高の 30 億円は、市としては必要だという考えがあるということか。
- 【神戸課長】 介護保険料については、次回の議論になるが、本日の資料でも、「介護給付費準備基金を活用して保険料の上昇を抑制し」と記載している。1 月に保険料を決定する段階では、おおむね横ばいになるのではないかと考える。保険料の上昇を抑制し、適切な基準額と保険料の段階設定を行うということをご理解いただきたい。
- 【長岩会長】 例えば、基金残高を 15 億円と設定すれば保険料の上昇は抑制できるが、将来均等に抑制していこうとすれば基金が枯渇するということか。
- 【神戸課長】 令和元年度の決算では 24 億円基金の残高があると確定している。基金残高については、一旦上昇抑制のために全額使うのが通例となっている。そのような面では保険料の大幅な上昇抑制の要因になると考える。
- 【長岩会長】 No. 9 の市の考え方の「低所得者の保険料」については、資料 2 の 82 ページにあるように、第 1 段階は基準額×0.30、第 2 段階は基準額×0.45、第 3 段階は基準額×0.70 にした上で、さらに公費で減額をするのか。それともすでに減額をされている状態か。
- 【神戸課長】 すでに減額されているものになる。
- 【長岩会長】 表記の仕方は、減額前の割合を出し、さらに運用上公費で減額する旨を記載する方法もある。

(2) 第 8 次春日井市高齢者総合福祉計画（案）について

- 【小野田主査】 資料 2 について説明
- 【長岩会長】 給付見込みは介護報酬の改定を踏まえているか。
- 【小野田主査】 介護報酬の改定については踏まえていないため、給付見込みについては現在の算出よりも上がると考える。
- 【長岩会長】 2%くらい上がる見込みで出すということもあったので確認した。
- 【新美委員】 61 ページの「重点事業 5 介護給付適正化（3-2-3）」の 5 つの取組について、3 点申し上げる。
- 「①要介護認定認定の適正化」について、「新規認定に関わる認定調査は市職員が行うほか」とある。

1点目、市職員による認定調査の点検が具体的にどう行われているか。私が介護職員として働いていた時、認定されている介護度が実際の状況と乖離していると感じることがあった。

2点目、真に利用者が必要とするサービスを提供することが、市にとっても必要だと思う。私がケアマネジャーをしていた時、本人、家族、施設の担当職員、看護師、施設長でケアプランを作成していた。その際、事業者側としては、組織にとって利益を十分得られるよう、ケアプランを作成することがある。しかし、市全体の財源のことも考えると、必要なサービスだけにしていけないと、と思う。

3点目、「③住宅改修等の点検」について、「適切な住宅改修・福祉用具の利用」とある。私がケアマネジャーをしていた時に、「車いすが必要」「段差の補修をしてほしい」「マットが欲しい」等言われることがあったが、点数の範囲内であれば用意してしまう。真に必要なサービスかを市も点検してほしい。

【長岩会長】 適正化という言葉の背景には、ケアプランの公正・中立をどう確保するかも含まれている。しかし、実際に点検する側が過去のケースを熟知した上で点検するわけではないので、難しい所だ。

【長坂課長補佐】 1点目の認定調査の点検について、新規の申請については市職員が直接調査している。また、ケアマネジャーに委託して調査するものについても書面で職員が全て点検をしているが、利用者と直接面接しているわけではないので限界はある。

2点目のケアプラン点検について、介護保険は利用者本位かつ自立支援を原則としている。ケアマネジャーの経験者を雇用し、利用者の自立支援に資するプランとなっているかについて、ケアプラン点検を実施している。65 ページにある昨年の実績では、ケアプラン点検が年間 69 件となっている。第 8 次の目標は 120 件とし、点検強化を図りたい。同様に、住宅改修等の点検も昨年度は 24 件だが、件数を増やしていきたい。住宅改修の調査には限界があるが、例えば高額な住宅改修費など、調査の効果が期待できるものから順次点検に努めたい。

【千野委員】 ケアマネジャーが作成したケアプランを忠実に守るだけでなく、ケアマネジャーからは確認できない利用者の状況などについてサービス提供者が連絡するなど、連携してケアプランの見直しを常時行っている。

【長岩会長】 サービス担当者会議が適切に機能すれば、市が介入する必要がなく、適正な提供ができるということだ。介護保険事業は非営利の事業ではあるが、事業者としてはビジネスの側面もあるため、同法人のサービスを最大限利用させるようにしているところもある。事業者や行政、ケアマネジャーとの信頼関係も非常に重要だ。その中で、相互牽制をするシステムのようなものが機能するといい。

【北畠委員】 4点申し上げる。1点目、51 ページ。前々回の会議では8次計画で感染症対応を盛り込むという話もあった。例えば、家族が感染した場合にどのような対応ができるか記載されていると良い。

2点目、53 ページの認知症の早期発見、早期治療について。現在、75 歳以上の健康診断では、希望者は長谷川式の認知症検査に取り組まれている。その後のフォローとして、チラシは設置しているが、明確な仕組みがあるといい。

3点目、54 ページ。事業 No. 50 に、認知症初期集中支援チームの設置、認知症地域支援推進員の配置がうたわれている。現行計画で配置するとしているので、文言を変更した方がいいのではないか。

4点目、111 ページ「用語説明」に「認知症初期集中支援チーム」や「認知症地域支援推進員」等の用語も掲載してもらえるとよい。

【山崎室長】 53 ページのご指摘について。総合保健医療センターで健康診断を 75 歳以上の方が受けられ、希望者には長谷川式の簡易型検査の実施が今年度から開始しており、11 月末時点で 414 人受けたとのことである。担当課からは、認知症へ関心を持つきっかけになるよう実施していると聞いているが、この検査は簡易検査であり確定診断ではない。この検査を受けたために自分が認知症だと思い、落ち込んでしまうことが一番心配だと担当課は懸念している。そのような心配もあり、小規模な事業の開始としている。担当課と調整を綿密に行いながら、結果やフォローの仕方、初期集中支援チームへのつなげ方等、今後工夫していく余地がある。連携しながら進めていきたい。

【青木委員】 7次まで計画が作成されてきたが、計画の存在を知らない市民は多いのではないか。PRをしていけると良い。

【神戸課長】 春日井市地域共生プランでは、概要版を比較的分かりやすいものにしたため、8次計画も見やすく市民に伝わりやすいものとした。概要版も作成するので、様々な場で配布し、PRできたらと思う。

【長岩会長】 82 ページ「(4)所得段階別の保険料」について、春日井市は14段階で行っている。第1段階から第3段階は、現行計画よりも基準額に対する割合を下げると理解して良いか。現行計画では第1段階が基準額×0.45、第2段階が基準額×0.70、第3段階が基準額×0.75 で、第4段階からは現行計画と一緒だと思う。この割合は低所得者に配慮して、一層下げるという考えか。

【長坂課長補佐】 この割合は、公費による軽減後の割合である。現在も公費を財源に第1段階から第3段階の低所得者に保険料を軽減している。

【長岩会長】 表記が違うだけで、現行計画の数値と同じか。

【澤崎主査】 7次計画は年度によって公費による軽減率が変わる。7次計画の期間で消費税増税の影響があったが、元々の基準額に対する割合としては、第1段階が0.5、第2段階が0.7、第3段階が0.75であった。しか

し7次計画を策定した段階では、第1段階のみ一部実施で、0.5を0.45に軽減していた。令和2年度からは負担軽減を完全実施しており、第1段階は0.5を0.3に、第2段階は0.7を0.45に、第3段階は0.75を0.70に軽減されている。令和3年度以降も同様に継続して軽減していくことになっている。

【長岩会長】 変更箇所は、第7段階の120万円以上200万円未満を210万円未満に、第8段階の300万円未満を320万円に上げるということであるが、この変更による支障はないのか。また、最高段階の保険料について、基準額の2.2倍や2.5倍など、2倍以上高く設定している自治体もあるが、春日井市は2倍以上の設定はしないようだ。もう少し高所得者から保険料を徴収しても良いのではという見方があるのか、意見交換しておきたい。

【瀬川委員】 第7段階では、200万円から210万円に上がり、割合が1.25、第8段階では300万円が320万円に上がって割合が1.5、それ以上の14段階までは徐々に上がって14段階で2倍となっている。2倍となるのは1,500万円以上の所得者であるが、第7、8段階の人口比率が多いと思う。なぜ第7段階1.25倍が1段階上がるだけで1.5倍になるのか。第7、8段階の割合の違いは春日井市独自のものではなく、国の指標を基にしているのか。

【長岩会長】 国の段階は9段階であり、他自治体では10段階くらいの所もあるが、14段階は愛知県下でも一番多いのではないか。

【神戸課長】 多い方である。

【長岩会長】 低所得者に配慮しようということだろう。

【瀬川委員】 第7、8段階は中間くらいの所得者で、上位ではないと思う。人数的にも多いため、保険料を徴収しやすい層から徴収しているのではないか。高所得者からより割合の高い保険料を徴収するのなら分かる。

【長岩会長】 第7、8段階の層から徴収する分を減らそうと思うと、高所得者からより徴収する仕組みにしなければならないが、考えはあるか。各自治体で低所得者に配慮することは共通だと思うが、その分をどこで補填するか、何倍にするかについては、様々な考え方があると思うが、いかがか。

【長坂課長補佐】 第1段階から第9段階までの割合は国が示す標準的な割合を参考にしたものである。それ以上の第10段階から第14段階は市町村で細かく区分と割合を設定している。第7、8段階に該当するの人数については手元に資料がないため、瀬川委員のご意見にご回答できない。

【長岩会長】 計画に記載しなくていいが、所得別人口割合を示してもらえると議論しやすい。春日井市としては、公平性を考慮しても、最大で2倍以上とはなりにくいという考えだろう。

【長坂課長補佐】 現時点での考えなので、次回説明させていただくよう準備する。

- 【長尾委員】 私たちのような年金収入のみの方もいるので、高所得者にそれなりの保険料を設定するのは当然かと思う。
- 【長岩会長】 74 ページ「(2) 地域密着型サービスの日常生活圏域別整備計画」について、現行計画まではできるだけエリアごとに設置するという一方で、日常生活圏域の 12 地区を 3 つに分け、施設が不足している圏域に整備することを行ってきた。しかし、地域を限定すると事業所から手が上がらないということで、今回は全市的に整備するという話だった。ただ、これは考え方として二段構えにしても良いのではないかと思う。まずは地域で募集して、手が上がらなければ全市に切り替える方法も手続きとしてあるのではないか。
- 【神戸課長】 現行計画期間中も、介護・高齢福祉課で追加募集は行ったが、それでも手が上がらなかった実情もある。ただ、募集をかけた段階で地域性を踏まえ、「この地域は少ないから、この地域で応募があった場合は優先する」ということはできる。また実際、地域の枠を外すことで、例えば、一定規模の小規模特別養護老人ホームを 2 つ合わせて整備した方が、法人として採算が取れるといった声もある。特別養護老人ホーム、グループホームの要望がある中で、市としてもできることを考えて行いたい。地域性もできるだけ評価し、採点して考えていきたい。まずは募集に手が上がることが重要だ。まずはこの形で行い、できる限り応募がしやすい環境をつくりたい。
- 【長岩会長】 確かに他市でもエリア限定で募集すると応募がなくても、「他のエリアなら行いたい」という意見もあり、苦勞している。施設整備は進んでいくと考えられるので、市全体としてはよいと思う。ただ、地域に住んでいる人からすると、「他の地域には何か所か施設があって、自分の地域は 1 か所もない」という声が予測される。
- 【前田委員】 1 点目。新美委員の発言で、私も介護保険の認定審査委員として協力させていただいたが、市役所で会議をし、認定介護度を決定するなどしていた。基準に従って判断していたが、本当に正しく判断できたかを検証する機会がなかった。抜き打ちでも良いので点検を行い、適切に認定審査が行われていないと感じられる事例があれば介護認定に関する問題点が見えてくると思った。また、第三者の目で点検することも必要だ。
- 2 点目。医師会で介護担当の副会長をしているが、ある事業者が利用者を誘導しているのではないかと懸念される事案が耳に入ってくるようになった。客観的な点検が入り、不適切な運用などが拾い上げられればいい。
- 3 点目。計画を立ててきめ細やかに行っていると思うが、事業の進捗等について評価はされているか。

【長岩会長】 入院中に介護認定を受けた場合、有効期間を短めに設定されることはあるか。

【長坂課長補佐】 状態が安定していない場合は、審査会で6か月とする場合が多い。6か月より短くなることはないと思う。

【松浦委員】 介護認定の申請を6か月で出しても、認定に期間を要するため、実際には2、3か月しか適応されない。そのため、6か月より短くしてしまうと、認定を受けた瞬間、次の申請を行わなければならない。

【長岩会長】 申請から認定までのタイムラグがある。制度上は3か月でも認定を決めることができるが、実際はそのようにはなっていないということだ。

【中田委員】 1点目。私も介護認定審査委員をしていたが、実際に3か月に短縮したことはない。現状を見ての判断ではなく書類上で審査するので、本人の状態と差が出ることはある。実際に訪問診療をすると、介護度に違和感があることはある。しかし介護度を上げようと演技する方もいる。市でいくら点検をしても演技をされてしまうと、同じ結果が出てしまう。市のチェックには限界がある。難しいとは思いますが、施設で普段の生活をみる中で、「この人の要介護度は認定よりも低いのではないか」などと指摘してもらえれば、介護度を再審査することもできるので、そういった形にすべきだと思う。中には診断する時にいつも以上に頑張ってしまう人もいて、実際の状態より介護度が低く認定されてしまうということもある。その場合は、もう一度申請することもできるので、チェックすればいい。

2点目。「かかりつけ医の定着を図る」とあるが、市はどのように普及されようとしているのか。例えば市民病院など大きな病院に行く時は紹介状が必要だとか、そのようなことか。

【神戸課長】 かかりつけ医の普及については、広報に特集を組んだり、別冊で入れたりしている。出前講座に行くと、新型コロナウイルス感染症の状況を聞かれるなど、関心が高い。このような状況で、かかりつけ医、歯科医、薬局があると、すぐに電話で聞けるということで、大切さに気付かれる。出前講座、広報など様々な形でPRを図りたい。

【長岩会長】 要介護度について実績として行政が職権で介護度を下げたなど、前例としてあるか。

【長坂課長補佐】 過去5年間ではない。

【北畠委員】 下げたいという方はいた。

【松浦委員】 自分から介護度を変える人はいる。介護度1と介護度5では負担金が異なるので、介護度が低くなった時には再度申請を出す方も多いそうだ。

69 ページ、介護サービスの利用推計について、No. 5 「特定施設入居者生活介護（介護付有料老人ホーム）」の直近3年間の利用者数は微減

しているが、令和3年度からの推計は増加見込となっている。表18でも、3年間の介護付有料老人ホームの利用者数は微減している。しかし給付を見ると、75ページ表25のNo.5ではサービスの利用者が微減しているにもかかわらず、給付費が増えている。どういうことか。

73ページの施設計画では、近年の利用者数が減少しているにもかかわらず、推計の定員数が増加しているサービスがあるのは疑問だ。春日井市では特別養護老人ホームといった費用がかかりにくい施設へ入所を希望する方が多いが、介護付有料老人ホームという自分でお金を払いサービスを受けながら暮らしていく考え方も取り入れていかないと、これからは成り立たない。それについては、どのようにお考えか。

【神戸課長】 69ページの令和2年から令和3年にかけて、特定施設入居者生活介護（介護付有料老人ホーム）の利用者数が372人から412人に増加している。最近では特定施設入居者生活介護が新たに整備されるのはまれだが、愛知県から尾張北部で40床増やしたいという要因があり、令和3年度は大幅に増加している。実際は、利用が減少傾向の流れがあったものの、今後も高齢者数は増加していくため、令和3年以降は微増していく推計を見込んだ。また、給付費は利用者の状況や実績の影響を受けて変動する。令和3年以降は利用者の増加を見込んでいるため、給付費も増加していくと見込んでいる。

また、69ページ表17のNo.1「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」の利用者推計についても、897人から927人に増加している。こちらもショートステイの20床分が特別養護老人ホームに転換したいという話があり、推計の利用者数を増加させている。No.2の「介護老人保健施設」では2021年が549人、2022年が589人と増加しているが、こちらも既存の老人保健施設が40床増床するという計画がある。施設のニーズも高いため、見込んでいる。

【黒田副会長】 前回の会議で地域包括支援センターの認知度について話があった。現行計画の概要版には、地域包括支援センターのマップが記載されていたが、12箇所が増えたため掲載していたのか。8次計画でもマップを記載してもらえたらと思う。

以上

上記のとおり、令和2年度第4回春日井市高齢者総合福祉計画推進協議会の議事の経過及びその結果を明確にするためにこの議事録を作成し、会長及び副会長が署名及び押印する。

令和3年2月18日

会 長 長岩 嘉文
副会長 黒田 龍嗣