

第5回江別市介護保険事業等運営委員会議事録（要約）

日 時	令和2年12月15日（火）18時00分～19時40分
場 所	江別市民会館 小ホール
出席委員	梶井委員長、黒澤副委員長、堀井委員、山崎委員、山谷委員、松岡委員、表委員、森田委員、成田委員、市川委員、中川委員（11名）
欠席委員	久山委員、中曾委員、宮川委員（3名）
事務局	佐藤健康福祉部長、伊藤健康福祉部次長、浦田課長、阿部参事（地域支援事業担当）、清水医療助成課長、及川参事（地域医療担当）、児島参事（健康づくり保健指導担当）、小田介護給付係長、高松高齢福祉係長兼主査（地域支援事業担当）、左川主査（地域支援事業担当）、小林主査（企画・指導担当）、和田主査（企画・指導担当）、丸山審査相談係長、田中主査（保険料収納担当）、佐々木主査（保険料収納担当）、佐々木主任（介護給付係兼企画・指導担当）、山田主事（介護給付係兼企画・指導担当）（17名） ※(株)サーベイリサーチセンター 人見（統括責任者）、林（業務担当者）（2名）
傍 聴 者	1名
会議次第	1. 開 会 2. 議 事 (1) 協議事項 江別市高齢者総合計画の素案について 3. そ の 他 4. 閉 会

▼会議内容

【開会】

○浦田課長

本日はお忙しい中、第5回江別市介護保険事業等運営委員会にお集まりいただき、誠にありがとうございます。

事務局の江別市健康福祉部介護保険課長の浦田でございます。

どうぞよろしくお願いいたします。

議事に入る前に、本日の資料を確認させていただきます。

まず、事前に送付いたしました資料ですが、

\*次第と

\*江別市高齢者総合計画の素案について

となっておりますが、不足等はありませんか。

続いて、本会議の成立についてご報告いたします。

江別市介護保険事業等運営委員会設置要綱の規定に基づき、全委員14名中11名のご出席をいただいておりますことから、本会議が成立していることを報告いたします。

なお、久山委員、中曾委員、宮川委員から欠席のご連絡を受けております。

次に、江別市介護保険事業等運営委員会の公開につきまして、ご説明いたします。

市では、江別市情報公開条例第18条に基づき、本委員会においても傍聴を認めておりますので、傍聴者を会場へ案内願います。

(傍聴者入室)

議事に入る前にお願いでございますが、これまでの委員会・部会と同様に発言を希望される委員の方におかれましては、事前に挙手いただきますようお願いいたします。

挙手いただいた委員の方のもとに職員がマイクをお持ちいたしますので、それからご発言いただきますようお願い申し上げます。

それでは、以降、梶井委員長の進行により議事を進めていただきます。梶井委員長よろしく願いいたします。

#### ○梶井委員長

お足下の悪い中、皆様お集まりいただきありがとうございます。それでは、ただいまより、第5回江別市介護保険事業等運営委員会を開会いたします。

本日は、次第のとおり、先週ワーキング部会において協議されました「江別市高齢者総合計画の素案」についての協議となります。

なお、本日の協議結果については、今月25日から、計画案としてパブリックコメントを実施することとなります。

それでは、次第2「議事」の(1)協議事項「江別市高齢者総合計画の素案について」、ワーキング部会から報告をお願いします。

#### ○成田ワーキング部会長

それでは、ワーキング部会から報告させていただきますが、まず資料について、事務局から説明をお願いします。

#### ○浦田課長

江別市高齢者総合計画の素案についてご説明申し上げます。

資料をご覧ください。

こちらは、次期高齢者総合計画の素案となっておりますが、第1章から第4章までは既に協議いただいております、本日は、第5章と第6章について協議いただくこととなります。

第5章と第6章の説明の前に、第1章から第4章で、協議後に変更となりました部分についてご説明させていただき、ご意見等をいただきたいと思っております。

なお、変更となった部分は朱書きとさせていただいておりますが、先日のワーキング部会でご説明申し上げた内容を中心に説明させていただきます。

それでは、2ページをご覧ください。

(2) 他計画との整合につきまして、本市の最上位計画であります「えべつ未来づくりビジョン〈第6次江別市総合計画〉」についての記載を充実させ、これらの下に位置づけられている本計画と整合を図る必要のある個別計画等について、より詳細に記載いたしました。

併せて3ページの計画の位置づけのイメージ図も変更いたしました。

次に、7ページをご覧ください。

第7期計画の総括で、(1)活動指標と計画の推進に向けた指標ですが、実績値で、令和2年度の欄が空欄となっておりますが、この部分は、パブリックコメント実施後に、より実績に近い数値を入れる予定であります。

次に、24ページから26ページをご覧ください。

江別市の現状把握ということで、高齢者等の状況を記載しております。

各ページとも、平成27年度から令和元年度までの記載となっておりますが、令和2年度の数値がまとまりましたので、記載いたしました。

続いて34ページから36ページにかけては計画の基本的な考え方で、各ページ空欄となっておりましたが、推計に基づき数値及びグラフを入れ、その説明文を記載しております。

記載にもございますとおり、本市の人口の将来見込みですが、令和5年度には65歳以上の高齢者人口は38,858人、高齢化率は32.2%となり、令和7年度には75歳以上の後期高齢者人口が65歳以上人口の55.9%を占める見通しとなっています。

また、本計画策定における人口推計では、総人口は、令和9年度にピークを迎えますが、65歳以上の高齢者人口は令和7年度で39,812人となり、令和22年度でピークを迎え43,096人と見込まれます。

続いて、41ページをご覧ください。

江別市の目指す地域包括ケアシステムのイメージ図につきまして、委員の皆様から様々なご意見をいただいた部分になりますが、それらを踏まえ、記載のとりのイメージ図といたしました。

基本目標で掲げておりますとおり、住み慣れた地域で、人生の最期まで暮らしていける体制づくりを目指すことから、これまでと同様に、住まいを中心に、地域の中で、必要な支援が一体的・包括的に提供される体制を表す図にしております。

現計画のイメージ図から変更した点ですが、医療に歯科医師及び薬剤師を、介護にケアマネジャーについてなど、朱書きの内容を追加いたしました。

また、新たに盛り込んだ項目としまして、認知症高齢者の増加が見込まれる中、成年後見制度を利用する方が増加し、その必要性が高まることが予想されることから、成年後見支援センターを入れることとしました。

そのほか、今後、地域における様々な課題を解決していくことがより重要となってくることから、生活支援体制の整備を入れ、その担い手となる生活支援コーディネーターなどを記載することといたしました。

続いて、45ページをご覧ください。

江別版「生涯活躍のまち」構想との整合について記載しております。

本市では、令和2年3月に「江別市生涯活躍のまち形成事業計画」を策定し、具体的な取組として、中高年齢者等の就業、生涯にわたる学習活動や社会的活動への参加の推進、サービス付き高齢者向け住宅の整備、介護施設等の整備に伴う医療・介護サービスの提供体制の構築などの事業を推進していくとしております。

本計画の基本目標との関連性が高いことから、整合・調整を図る必要があり、本計画にこのように記載することといたしました。

続いて、67ページをご覧ください。

家族等介護者への支援の充実について、市では高齢者を介護する家族の心身負担軽減のため、養護する必要がある高齢者について、一時的に養護老人ホームに短期入所していただく事業を実施していることから、具体的取組に②生活支援短期宿泊事業を追加いたしました。

続いて、82ページをご覧ください。

消費者被害等の防止につきまして、委員の方からの意見を踏まえ、6行目以降を変更いたしました。本市では、「江別市消費者被害防止ネットワーク（消費者安全確保地域協議会）」が設置されておりますことから、体制づくりに取り組むとしていたところを、既存の連携機能を活用した、更なる体制の強化を図るという記載といたしました。

続いて、90ページをご覧ください。

持続可能な介護保険制度の運営で、具体的取組の介護保険サービスの基盤整備について内容を記載しました。

次期計画期間においては、まず、地域密着型サービスの整備として、看護小規模多機能型居宅介護1事業所の整備を行う予定です。

本市には、今年4月に初めての看護小規模多機能型居宅介護が整備され、現在、2つ目の事業所を整備しているところではありますが、今後、医療サービスの必要性が高い在宅の要介護者が増えることが見込まれるため、次期計画でも整備を行うものです。

続いて、91ページになりますが、介護保険施設の整備として、介護老人福祉施設を50床整備する予定です。

次期計画期間で、介護老人福祉施設50床を整備する根拠についてご説明いたします。

まず、要介護3から5の認定者数は、令和2年度から令和5年度までで、1,975人から2,322人と347人増加する見込みで、このうち、介護老人福祉施設の利用率から算出しますと、24人が介護老人福祉施設の入所対象者となります。

これに加え、第8期における介護離職ゼロに係る新たなサービス見込み量としまして、本市では、介護老人福祉施設について、17.5人分を確保するよう国から示されております。

なお、介護離職ゼロとは、2015年から2020年代初頭までに、介護サービスが利用できずやむを得ず離職する家族介護者をなくすとともに、特別養護老人ホームへの入所が必要であるにもかかわらず自宅で待機している高齢者を解消することを目的としており、介護施設等の整備量を全国で約50万人分以上拡大することとなっております。

以上のことから、認定者数から見込まれる24人と介護離職ゼロに係る17.5人を合わせて41.5人と見込み、これに医療計画等との整合性も加味し、次期計画において50床を整備することといたしました。

続いて、96ページをご覧ください。

活動指標の設定ですが、現計画と同様に、計画の進捗状況を把握するための指標を設定する予定です。

なお、指標につきましては、第6章でも、計画の推進に向けた指標を設定する予定であり、これら指標の設定につきましては、計画の評価に関わりますことから、評価部会の皆様に協議していただく必要があると考えており、恐れ入りますが、来月中に第4回目の評価部会を開催させていただきたいと思っております。

日程等につきましては、あらためてご連絡いたしますので、よろしく願いいたします。

第1章から第4章までで、変更となった部分につきましてはの説明は以上です。

#### ○成田ワーキング部会長

それでは、私から、第1章から第4章までのワーキング部会での意見や質疑について、報告します。

90ページ、91ページをご覧ください。

介護保険サービスの基盤整備につきまして、第8期では、看護小規模多機能型居宅介護を1事業所、介護老人福祉施設を50床整備する計画となっております。

これにつきまして、アンケート調査での在宅生活の意向の高さ、国から示されている在宅医療の必要性から、看護小規模多機能型居宅介護については整備の必要性があると思うが、一方、介護老人福祉施設について、在宅生活の意向が高いという実態調査の結果と多少異なる部分があるので、どのような見解から計画値を出したのか教えて欲しいとの意見がありました。

これに対して、事務局からは、施設整備については、介護老人福祉施設やグループホームに調査を実施し、必要性を内部で検討したところだが、将来の認定者数の推計で、江別市は令和22年に向けて高齢化率が年々上昇する見込みであり、その中で介護老人福祉施設の待機者数や今後、認定者数が増加する見込みであることを踏まえ、必要な量として推計しているとの説明がありました。

次に、施設整備となると、人材の確保が難しい課題であるが、その部分の考えを伺いたい、また、介護人材の確保について、江別市の介護人材養成支援事業との関連も含めて伺いたいとの意見がありました。

事務局からは、介護人材養成支援事業は、令和2年度から令和4年度まで実施する事業で、年間15人の入門的研修を行っており、そのうちの7人が、初任者研修を受けた後に事業所で実地研修をするものであり、研修は11月で終了し、結果的に2名の就職につながっているとのこと。

市としてもこの事業が重要だと考えており、来年度以降は、人数を増やしながらか事業を実施していきたいと考えており、養成人数を増やす変更計画を国に提出し、予算についても調整しているとのこと。

また、委員からは、実際に1名を受け入れた際に、事業所と養成者のマッチングについて、仕事面ではなく、給与や待遇の面でマッチしなかったという事例もあることから、事業所に派遣される前に時間的な余裕を持って、本人の希望を踏まえて事業所に派遣するのがよいのではないかとの意見がありました。

そのほか、施設の整備に伴い介護保険料を増額すると考えるが、介護保険料が月額8,000円を超えるのではないかという新聞記事を以前に読んだ。施設を整備した時に、介護保険料がどのくらい増額されるのかとの質問がありました。

事務局からは、50床の特別養護老人ホームであれば、年間の給付費は約1億2千万円で、これを保険料に換算すると1億円で月額80円くらいなので、月額90円程度の増額になるとの説明がありました。

また、2025年には月額8,000円以上になると考えられていた介護保険料は、どこの地域においても言えることだと考えられるが、そこまでは上がらないと見込んでおり、市としては、必要な施設を整備する必要はあるが、保険料が急激に上がらないように、第9期、第10期計画の保険料を見据えながら、今回、介護老人福祉施設の整備について検討したとのこと。

ワーキング部会からの報告は以上です。

#### ○梶井委員長

ただいまの説明についてご質問やご意見等がありますか。

ないようであれば、私からお話しします。

91ページの、この50床という数字についていろいろと説明がありました。

もう少し、皆さんが理解しやすいように説明しますと、例えば25ページの要介護4、5という方は施設に入所できる対象なのですが、この人口の動きを見ると令和2年度で、朱書きしている655人と528人を合計すると1,183人となります。

一方、将来の見込みの35ページでは、令和3年から令和22年度までについて記載していますが、この要介護4と5の人数を合計すると、令和2年で1,183人という数字が、3年後の令和5年で1,396人となり、213人増加することになっています。また、令和22年度は、かなり先のことですが、この数字が2,114人となっています。

そういった高齢者の人数と要介護4と5の人数について、もちろん介護予防が進んでいて要介護4と5の人数があまり増加しない地域もあるとは思いますが、そのように数字を見ながら理解していくとよろしいのかと思います。

令和22年度以降の統計は先のことから別として、この計画は3年間の計画ということですので、ここ3年ほどの数字を見ると、ベッド数を増加させることが重要だと思っており、50床という数字はあくまでも正確な数値ではないのですが、先ほどいろいろなことを考慮して50床としたということでしたので、概算だとは思いますが、ある程度根拠はあるということだと理解しています。

前回協議したことが、計画内に盛り込まれていると思いますし、それから、地域包括ケアシステムのイメージ図の中で不足していたケアマネジャーの位置づけや薬剤師、歯科医師のことも記載されていると思います。

○山崎委員

41ページのイメージ図の部分ですが、訪問看護師にはここには入らないのでしょうか。在宅医療で利用者数が増えているというようなデータもあると思いますので、質問しました。

○梶井委員長

医療の部分では、かかりつけ医、地域の連携病院、歯科医師、薬剤師とありますが、訪問看護というセクションもあります。もちろん病院から医者と所属の看護師と一緒に訪問する訪問診療もあれば、江別には訪問診療を中心とした診療所もありますし、あるいは、訪問看護ステーションもあります。

そういった点から見て、この部分に訪問看護、訪問診療を記載することについて、いかがでしょうか。

○和田主査

お話のありました訪問看護について、山崎委員からその役割と重要な部分を委員の皆さんに専門的な立場から説明していただきまして、この委員会の中で、記載をするかどうかについて協議していただいてもよろしいでしょうか。

○山崎委員

自宅での在宅医療が進む中で、実際に薬物治療を行う上で、訪問看護師と連携して、例えば点滴などをいつ開始するかなどということを訪問看護師がスケジュールを立てて行うようなケースもあるのですが、在宅での医療が進む中で、内服薬だけではなく、こういう注射剤などを扱えるのは、訪問看護師が充実しているからだと思えますし、その需要が増えていると思えます。

102ページの利用人数など、右肩上がりが増えてきているというデータもありますし、要介護度が上がれば上がるほど利用回数が増えているという結果になっていると思えます。医療の重要性が高まるにつれて、訪問看護の利用が増えている結果なのではないかと思えます。

○梶井委員長

訪問介護は記載しているのですが、訪問看護は記載していないということでした。重要な要素だと思いますが、皆さん、ご意見ございませんか。

○山谷委員

訪問看護ステーションで働いております山谷です。

医療の部分に入れるのか介護の部分に入れるのか、かなり難しいと思えますが、訪問看護という分野と訪問診療という分野がここに記載されても良いのではないかと思います。

医療というと、病院に行き、病院で治療を受けるということが一般の方のイメージだと思うのですが、できるだけ長く自宅で過ごしたいという場合や、実際、要介護3くらいの方でも、訪問診療を受けて、病院に行かなくても薬の手配や看護師の訪問を受けて生活していただくということが江別でも増えてきている状況ですので、医療の分野というよりは介護の分野で訪問看護の記載があっても良いのではないかと思います。

○梶井委員長

ご意見ありがとうございました。

介護寄りの看護というご意見をいただきました。私は以前に市立病院で勤務していたのですが、訪問看護ステーションでも、それから、北海道の外郭団体の訪問看護ステーションでも、かかりつけの医師の指示で訪問看護を行っており、かなりの部分で医療的な看護をしているということがあります。在宅で看取りを希望される方に対しては、訪問診療医と看護師と一緒に訪問して、その中

間を訪問看護師が担当する、例えば、月に1回、医師が診療して、週に2回くらいは訪問看護師が訪問するというように、チームで医療を行いながら看取りに結びつけるという場合にも、訪問看護が重要な役割を担っていると思っていますので、私は、山崎委員のおっしゃるように重要なことだと思います。

医療の分野でも、資料には、先ほど成田委員からご指摘いただいた部分でも入れていますし、そういう意味で、看護師は、この地域包括ケアシステムを推進していく非常に重要なメンバーだと思います。

ですから、ここで、介護の枠に入れるのか、医療の枠に入れるのかというと、医療の面で訪問看護はかなり重要なメンバーでありますので、日常の医療の項目の中に訪問看護を記載しても良いのではないかと思います。

#### ○和田主査

山崎委員と山谷委員から貴重なご意見をいただきまして、山谷委員は介護の部分に入るのではないかということでしたが、記載するに当たって、どの部分に記載するのが適当なのか、例えば、介護でしたら在宅系サービスの中に訪問看護、訪問診療という文言を記載するなど、具体的な記載部分と記載する文言についてもこの協議の中で皆さんに諮っていただければと思います。

#### ○梶井委員長

委員の皆さん、いかがでしょうか。

もちろんこれは、高齢者総合計画であり、江別市の介護保険事業等運営委員会ということですので、どちらかという介護寄りのことかもしれませんが、訪問看護ステーションの役割としては、やはり、私の認識では、医療に近いのではないかと思います。

#### ○山谷委員

実際に、訪問看護の現場としては、介護と医療との中間辺りの働きをしていると思っています。

素案41ページのイメージ図の医療と介護の真ん中の①と記載がある場所の下あたりが、私の中のイメージです。

私たち現場で働いている訪問看護の職員は、医療職として働いていますが、個人的な気持ちとしては、介護サービスとして家族の下支えをするという意味合いが強いと思っています。

もちろん、介護職の方ができない医療サービスを私たちが担っているのですが、実際のサービス内容では、精神支援など、他の支援が多くありますので、完全に医療の枠の中に入ってしまうと、介護サービスとしての良いところが見えなくなるのではないかと思います。

#### ○梶井委員長

そういう意味では、医師、看護師、歯科医師、薬剤師という個別の職業を記載するのであれば、まさにリハビリの作業療法士、理学療法士という文言も明記する必要があるのかもしれないと思いました。

実際、この地域包括ケアシステムの中で、訪問の理学療法を受けている方は、たくさんいるのではないかと思います。

私は医療寄りの情報しか持っていないので、特に看護師の方は、医療面での訪問看護を行っているのですが、現場ではそのような家族のいろいろな情報を聞いており、医師の指示を聞いて機械的に医療行為をするだけではないということが今のお話で十分理解できました。

関与している方を全て網羅して記載することは難しいと思いますが、いかがでしょうか。

## ○中川委員

今のお話を聞きまして、確かにいろいろな仕事があったり、いろいろな関わりがあったりするのでしょうけれども、私は専門家ではないので、素人的に考えますと訪問看護や訪問医療は、医療という分野に入っているのではないかと思っています。

訪問診療や訪問医療という中に看護業務も含まれると思いますので、この図に全ての職業を記載するわけにはいきませんし、医療と介護という2つの分類になっていますが、医療という意味で、訪問診療、訪問看護を記載するのが適当ではないかと思っています。

## ○表委員

私も、中川委員の意見と同じなのですが、ここはかかりつけ医ということと、歯科医師、薬剤師との記載もありますし、今新型コロナウイルス感染症の関係でニュース等を見ていると、どうしても看護師イコール医療という認識が素人的にはあるので、仕事としては細かい部分では介護の部分もあるのだと思いますが、やはり、医療に入っていた方が分かりやすいと思います。

## ○梶井委員長

今、二人の委員から意見がありましたけれども、この図での記載としては、市民が分かりやすいように、訪問看護師の記載を医療の枠に加えるということによろしいでしょうか。

私は、訪問という部分よりも看護という記載がこの図に記載されていくことによって、この図を見た方が気付いて、サービスの普及につながれば良いのではないかと考えています。

## ○和田主査

それでは、中川委員と表委員からも医療の部分に記載することについてのご意見がありましたが、事務局から提案です。医療の部分に訪問看護を記載するということでも良いかと思うのですが、例えば、訪問診療については、医療の中に記載して、介護の中に在宅系サービスと記載があるのを介護系サービスとしてその下に黒い四角で医療系サービスという一つの項目を加えて、そこに訪問看護を記載するようなことでいかがでしょうか。

## ○梶井委員長

そうすると、訪問診療は医療の部分に加えて、訪問看護は介護の在宅系サービスという文言を介護系サービスと修正し、その下に新たに医療系サービスとして黒い四角い項目を設けて、訪問看護を加えるということでしたが、それでは、ぴったりとはあてはまらないと思います。

介護の中の大枠に医療系サービスがあって訪問看護があるというより、医療サービスの中に訪問医療看護系があって、訪問診療医と訪問看護師がある方がぴったりとあてはまると思います。

恐らく、訪問看護を行っている現場の方の意識としては、もちろん介護的な気持ちもあるとは思いますが、例えば、札幌の訪問医の指示で抗がん剤の点滴を在宅で行うような訪問看護もあり、そういうことをプロフェッショナルであると考えている訪問看護師の方もおります。そのような方々は、介護の中の訪問看護系に位置づけられるものではなく、医療の方に入っているものであり、それでは、医療と介護の両方に入れるようにしなければならないと思います。

どちらかといえば、訪問看護は医療系の要素が強いですし、私は、そのような意識の方が多いと考えていて、患者側から期待するのは医療と介護の両方かもしれませんが、看護師は医療的な資格だと思います。

だから、この日常の医療、かかりつけ医、地域の連携病院、歯科医師、薬剤師の中で、かかりつけ医という部分が曖昧で、例えば訪問診療医、訪問看護師という記載にするなどが考えられます。

病院に対してかかりつけ医ということであれば、すごくここが大きくなってしまってもいいですが、確かに日常の医療の中に訪問診療、訪問看護は重要な部分だと思います。



むしろ、日常の医療の地域の連携病院とは急性期や回復期、リハビリ病院にあたるので、この部分に訪問診療医、訪問看護師と記載するか、かかりつけ医がいるのであれば、ここに訪問看護師という記載をしても良いのではないかと思います。

どこの病院・診療所にも看護師はいますけれども、ここは重要な部分だと思いますし、どんどん増やしていかなければならない部分だと思いますので、そういう意味では、「・かかりつけ医（訪問診療医）」として、それからもう一つ「・訪問看護師」というように項目を加えるのが良いのかと思います。

○浦田課長

今の委員長の提案で、他の委員も賛成であれば、そのように記載したいと思います。  
いかがでしょうか。

○梶井委員長

医療寄りの訪問看護という主張をしてしまいましたが、実態としては、そういうことが、かなり看取りやがんの治療の訪問看護という部分があると思いますので、このように記載させていただいてよろしいですか。

（異議なし）

事務局もよろしいですか。

○浦田課長

それでは、委員長から提案があったように、訪問看護師等の記載を医療に加えることといたします。

○梶井委員長

それでは、他にご意見、ご質問はありますか。

（なし）

それでは、第1章から第4章につきましては、終結いたします。

それでは、事務局から次の説明をお願いします。

○浦田課長

まず、資料につきまして、先日ワーキング部会を開催し、ご協議いただきましたが、各ページの説明部分や文言につきまして、精査が至らない部分がございますので、本日の資料ではその部分を朱書きとさせていただきます。

また、今月25日からのパブリックコメントの実施にあたり、本日の資料から、一部文言等の修正が必要な部分があり、委員長、副委員長と調整の上、修正させていただきたいと思いますので、ご了承くださいませようお願い申し上げます。

それでは、資料の説明に入らせていただきます。

97ページをご覧ください。

介護サービス給付費等の推計として、現計画と同様に介護サービス給付費等推計までの流れを記載しております。

続いて、98ページをご覧ください。

（2）被保険者数の推移と将来見込みですが、令和2年10月1日現在の65歳以上人口は37,007人となっており、今後も年々増加していく見込みであり、前期高齢者人口は、令和3年度をピークに減少へ転じ、令和4年度以降は、前期高齢者人口を後期高齢者人口が上回る推計となっており、令和22年度には、後期高齢者人口が65歳以上人口の約6割になると見込まれます。

また、第8期の推計としましては、第1号被保険者である65歳以上人口の3年間の累計が第7期に比べ、5.8%増となっております。

(3) 要介護・要支援認定者数の推移と将来見込みでは、記載のとおり、令和2年9月末での認定者数は7,267人ですが、令和5年度には8,270人、令和7年度に8,771人、令和22年度には、11,580人と推計されています。

また、第8期の第1号被保険者数の3年間累計は第7期に比べ、13.4%増と推計され、今後の各サービスの見込み量も増加傾向と見込んでおります。

なお、次期計画では、団塊世代が75歳以上となる令和7年度に加え、高齢者数がピークを迎えるとされる、いわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年度の推計についても記載することが国から示されております。

次の99ページから124ページまでは、介護サービス量の見込みということで、各サービスごとの第7期実績値及び第8期計画値、さらに令和7年度と令和22年度の推計値を記載しております。この推計値につきましては、国の推計ツールを使用して算出しております。

なお、表の右下に記載しておりますが、令和2年度は見込値となっており、現時点では介護保険事業状況報告の5月から8月までの4か月分の実績を基に推計しておりますが、今後、国において実績が更新されることに伴い、数値に変更がありますことをご承知願います。

なお、将来の推計値につきまして、朱書きとなっている部分は、先日のワーキング部会資料から修正となった部分になります。

今後、推計値の変更がございますが、資料の記載内容の変更ということで、朱書きにしております。

それでは、99ページから124ページにつきまして、現計画から変更となりました内容についてご説明いたします。

まず、99ページですが、これまで、居宅介護支援と介護予防支援について記載しておりましたが、あらたに、介護予防ケアマネジメントについて、加えることといたしました。

介護予防ケアマネジメントは、平成29年度から段階的に介護予防・日常生活支援総合事業サービスへ移行され、平成30年度から完全に介護予防支援から移行しておりますが、介護予防サービスとして、同じページに記載することとしました。

100ページをご覧ください。

こちらの訪問介護におきましても、介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービスについて、記載することといたしました。

次に、105ページをご覧ください。

こちらの通所介護におきましても、訪問介護と同様に介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービスについて、記載することといたしました。

125ページをご覧ください。

ただいまご説明いたしましたとおり、介護サービス量の見込みの部分で、介護予防・日常生活支援総合事業の介護予防ケアマネジメントなどを併せて記載することといたしました。介護予防・日常生活支援総合事業の見込みとして、まとめた内容でこちらのページに記載することといたしました。

なお、下の表で事業量とあるのは事業費の誤りなので、修正いたします。

続いて、126ページをご覧ください。

事業費総額の見込みについて、暫定値で記載しておりますが、今年度の実績値の更新による介護サービス量の変更や、これから介護報酬の改定が示されますことから、数値は変更となります。

127ページをご覧ください。

財源構成ですが、保険給付費の財源は、基本的に50%が国及び都道府県並びに市町村の公費負担、残りの50%が65歳以上の第1号被保険者と40歳から64歳の第2号被保険者が負担する保険料で構成されています。

次期計画における負担割合は、現計画と同じく、第1号被保険者が23%、第2号被保険者が27%と定められています。

また、国の負担分には、財政調整交付金が5%相当含まれており、その割合は、各市町村の状況によって変動し、第1号被保険者に占める75歳以上の方の割合が高い市町村や第1号被保険者の所得水準が低い市町村には、第1号保険料が高くなり過ぎないように5%を超えて交付されます。

128ページをご覧ください。

第8期介護保険料月額基準額の試算を記載しております。

現時点での概算となっておりますが、第1号被保険者の保険料で賄う必要がある介護サービス費用は第7期比19.4%増の累計339億円と見込まれます。

主な増加要因としましては、記載のとおり、高齢化の進展に伴う要介護認定者数の増加、介護保険サービスの充実による利用量の増加、施設整備による介護施設・事業所の増加となっております。

現時点での保険料概算は、5,900円程度となり、保険料額の確定は、今後の介護報酬の改定内容等により決定されることとなります。

なお、最終的な保険料の設定に当たりましては、介護給付費準備基金を活用することで、保険料の上昇抑制を図り、第7期保険料と同程度の水準とする予定です。

また、(3)第8期所得段階の設定ですが、国が示す標準の所得段階は第6期から9段階となっておりますが、市町村の判断により段階数や保険料率を変更することができることになっており、本市では第6期以降、低所得者への配慮として、負担能力に応じた負担を求めるという観点から13段階に設定しています。

第8期においても、介護保険事業の円滑な運営に向け、負担能力に応じた段階設定と保険料率について検討します。

129ページからは、第6章計画の推進に向けてということで、129ページでは計画の推進に向けた指標の設定、130ページからは、計画の推進体制について記載しております。

指標の設定は、評価部会に諮りながら、今後、決めていくこととなります。

計画の推進体制では、庁内外関係機関との連携・調整を図ることや、国が示すPDCAサイクルに基づく進捗管理及び評価について記載しております。

なお、131ページでは、令和7年度及び令和22年度における推計値を記載しております。

説明は以上です。

#### ○成田ワーキング部会長

それでは、私から、第5章と第6章のワーキング部会での意見や質疑について、報告します。

今回、保険料が月額180円増額となり、そのうちの80円程度が施設整備に起因するという説明がありましたが、97ページの推計で、要介護3以上の方の数が令和5年度までに300人以上増加する予測値となっていたので、この方たちが特別養護老人ホームに入所する対象と考えると、50床の整備で足りるのだろうかとの意見がありました。

また、50床より80床や100床の方が効率よく事業所が運営できるので、将来を見通した場合、大きい規模の施設を建てておいて事業者の運営を安定させるという考え方もあるということで、50床とする理由について質問がありました。

事務局からは、今回の50床という数字は、必ずしも新規の1事業所という考えではなく、既存の事業所の中で増床したいということも含めての50床の整備と考えているとの説明がありました。

何床が良いのかという部分はなかなか難しいところではあったが、今期、80床の大きな施設ができるということで、将来的にはもっと必要となると考えるが、今後の3年間の中では50床程度というところが適切ではないかということで、次期計画では50床としているとのことです。

ワーキング部会からの報告は以上です。

○梶井委員長

ただいまの説明について、ご意見、ご質問ありませんか。

○中川委員

資料の128ページの介護保険料の関係で何点か、質問や確認したいことがありますので、よろしくをお願いします。

まず、128ページの第8期介護保険料月額基準額の試算（暫定）についてですが、一番上の資料の囲みの所に、第7期の総事業費（H30年～R2の3年間）ということで、約284億円とあります。前期の計画書の107ページには、介護保険料の試算が記載されており、こちらの一番最初の所には、給付費等総額が3年間で312億7751万1千円と記載されています。

こちらは、同じものだと思うのですが、名称が総事業費と給付費等総額と少し違っており、この名称が違う理由を教えてください。

○和田主査

資料で総事業費と給付費等総額と示されているものは、同じものです。

実際は介護サービス給付費等というものと地域支援事業費というものを合計して総事業費と記載しています。

今回の資料の126ページをご覧くださいますと、事業費総額の見込みということで、介護サービス給付費等と地域支援事業費を合計して総事業費という言い方をしており、現計画で給付費等総額と記載している部分を次期計画では総事業費と統一したいと考えております。

○中川委員

給付費等総額と総事業費は同じということです。今期の総事業費は284億円ということですが、前期の計画書では312億円となっていますので、この数字の違いについて教えていただきたいと思いますが、令和2年度は見込みベースと記載があるので、これは計画というよりも実績を積み上げた数値ということでしょうか。

○和田主査

資料の128ページの284億円は、実績ベースで記載しているもので、実際第7期の計画策定時の推計における総事業費は、計画書の107ページに記載していますとおり312億円となっていました。

先ほどの資料の説明では、第7期の284億円から第8期の339億円、19.4%増加と説明しましたが、第7期の推計値の312億円と8期の339億円を比較すると8.6%増となります。

○中川委員

分かりました。

ここは、実績ベースの284億円と記載するよりも、計画ベースで比較するという考え、前計画にありました312億7751万1千円と記載した方が、事業費がそれほど増加していないことが見えるので良いのかと思いますが、いかがでしょうか。

○和田主査

こちらの128ページの記載は少し分かりにくい部分があるかと思います。

上に第7期の介護保険料月額基準額5,720円と記載しておりますが、実際、第7期の保険料の算出につきましては、概算保険料が5,855円で、そこに介護給付費準備基金を1億7千万円活用して、介護保険料月額基準額としては5,720円と設定したという経緯があります。

ちょうど、第8期の所に記載しているような流れで算定されていまして、第7期については、その部分を省略して記載していましたので、分かりにくかったと思います。

こちら、中川委員のご意見のように修正してパブリックコメントの資料にしたいと思いますが、この委員会です承いただけるか、お諮りいただきたいと思います。

#### ○中川委員

私が話していたのは、上の方の第7期の284億円という記載を312億円に修正した方が良いということでした。それと合わせて、下の第7期の保険料月額基準額の5,720円と第8期の5,720円が同じになるということですが、こちら合わせて聞いてみたいと思っていました。

今回はあくまでもまだ概算で、5,720円の据え置きになるということで、介護保険料を負担する者としては、現状維持ということで、大変良かったと個人的には思っています。

そこで、今回の計画では、事業費が実績ベースで記載されていて、19.4%増加しているということで、いろいろな事業が増えていることや、高齢化社会であること、それから特に江別には生涯活躍のまち構想というものがあって、特養や老健を整備して運営していくことになるので、単純に考えますと保険料は上がるだろうと思っていたのですが、今回の資料を見ると5,720円と据え置きにしたいと考えているとのことでした。

この資料では、保険料概算額が5,900円と記載があり、この資料には載っていないのですが、前回の資料を見ますと概算額が5,855円となっていて、45円しか差がないということで、ほとんど変わらないということなのですが、これだけ事業費が増えているのに保険料が上がらないという仕組みが理解できなくて質問しました。どのような仕組みなのでしょう。

#### ○和田主査

中川委員からお話があったように、第7期の総事業費は、推計時点では312億円であり、第8期の339億円と第7期の推計値を比較すると8.6%増となっています。

今回、第7期の保険料概算額については、資料の128ページには記載していませんが、現計画の107ページに記載している数値では5,855円となっていて、第8期概算額の5,900円で45円増加という推計になっています。

現計画をお持ちの方は107ページをお開き願いたいのですが、保険料概算額は、保険料に必要な収納額を被保険者数で割って算定しており、今回の推計では、第8期の被保険者数が第7期の時の被保険者数に対して9千人弱増加しています。

今回、保険料概算額があまり増加しなかった理由は、この被保険者数の増加によるものです。

総事業費は8.6%増加しているのですが、被保険者数が9千人弱増加したことによって、その分、分母が約8.7%増加し、結果的に保険料月額基準額としては、それほど上昇しなかったと考えています。

#### ○梶井委員長

確かに、江別市高齢者総合計画（平成30年3月）の、107ページには、中川委員から説明があったように312億円という数字と5,855円という数字の記載があります。

これがどういう数字なのか、そして今回の資料の128ページに284億円という数字が入っていると理解が難しいということですね。

#### ○中川委員

そういった意味で、前回ともう少し比較できるように、上の284億円を312億円と記載して、対比できるようにしてはどうかということです。

また、下の第7期の部分に基準額が5,720円と記載されているのですが、第8期と比較することを考えると、この保険料の概算額5,900円に対する5,855円を左側の第7期にも記載して、対比できるようにしたら良いと思います。

さらに、第7期の107ページには、介護保険料を決定していくまでの経過について記載があったので、実際に私たちが計算できるわけではないのですが、このような記載があると、このように計算されて決まっていくということが理解できるので、この部分とまったく同じにしたら良いということではないのですが、できれば、このような決定までのプロセスについても今回の計画に盛り込んでほしいと思います。

基金を取り崩した結果5,720円になるまでの途中経過についてももう少し記載があった方が良く思うので、検討していただきたいと思います。

#### ○梶井委員長

第7期の総事業費は、推計が312億円であり、その下の5,720円も本当は5,855円と算定されていたが基金を取り崩すこととして5,720円に抑えたということです。

ですから、今回は概算額が大きくなる場所に基金を取り崩して5,720円にしたということではなく、概算額に大きな差はなかったということですが、今回の資料では、5,720円と5,900円とで差が大きく見えるので、誤解を受けるということです。

#### ○和田主査

中川委員からいただいたご意見のとおり、この部分については前回と対比ができるように修正したいと思います。

保険料算出までの流れを追加する部分については、まだ一部、国から示されていない数値がありますので記載できない部分があるのですが、流れが分かるということで、パブリックコメントの資料には盛り込みたいと思います。

#### ○梶井委員長

恐らくパブリックコメントを行うと、一番身近な保険料の部分に注目する方がいるかもしれないので、誤解を受けないように、きちんとした公開データのもとに記載するのが良いかと思います。

#### ○中川委員

今回この介護保険料を決定するのに当たって、委員長が言われたとおり、私たちにとって計画の中で一番関心のある部分だと思いますので、質問させていただきました。

次に、よく、この時期になると、新聞等で札幌市や他市がどうなるのかということが話題となるのですが、今回江別市がこのような試算をするに当たって、人口規模の同じような市や近隣の市町村の動向がどのようになっているのかということに興味があります。分かっている範囲で結構ですので、調べたものがあれば教えていただきたいと思います。

#### ○清水課長

今回の暫定の介護保険料算定に際して、近隣市の状況を調査しているのですが、国から、まだ介護報酬の改定について資料が示されておりません。そういった不確定な要素もある中で、各市ではそれぞれ基金に残高があり、その基金を活用することによってできるだけ保険料の上昇を抑制したいという、当市と同じような考え方があるということについて把握しています。

また、来年1月1日に税制改正が予定されており、それによって、介護保険料を決定する所得に影響が出てくるのですが、まだその部分について国から方針が示されていないため、所得段階などを決定する材料がそろっておらず、現在は、国からの情報を待っているという状況です。この状況

は、どの市についても同様だと思われるので、各市においても、今回の計画ではパブリックコメントの中であまり踏み込んだ書き方はできないのではないかと考えています。

#### ○梶井委員長

資料では、5,900円を5,720円に下げられるために介護給付費準備基金を活用するとの記載があって、これを活用できるのであれば、できるだけ多く活用して保険料をもっと安くしてほしいという見方もあるのかと思います。

ひょっとしたら、パブリックコメントの資料を見た人の中から質問が出てくるのかもしれないと思いますので、準備が必要かと思っています。

理屈としては、上手く基金が積み立てられていて、それを利用して保険料の月額基準額の据え置きができるということなので、これが将来そのようなことがいつまでできるのかというように踏み込んだことを見る方がいるかもしれませんので、頭に入れておいていただければと思います。

他に、ご意見、ご質問はありませんか。

(なし)

なければ、私から、一つよろしいですか。

先ほど協議した41ページのイメージ図ですが、訪問看護を介護の方にも入れることについて、私は違和感があったのですが、102ページを見ますと、介護のことにに関して、訪問看護、介護予防訪問看護といった言葉がありまして、山谷委員が言うように介護の面でも訪問看護の方と協力しているという現状があることについて知らなかったのですが、もしかしたら、総合事業、訪問サービス、通所型サービスなどにも訪問看護、介護予防訪問看護という言葉があるのではないかと思います。

先ほど私が発言したことは、訪問看護という言葉が医療にはなくて介護だけにあると、訪問看護師の方にとっては違和感があると思ったということで、看護師が高齢者の介護にも、あるいはリハビリの方々と一緒に介護予防にも携わるとしたら、医療の方には訪問看護という言葉を入れて介護の方には、介護予防訪問看護という言葉を入れるということも良いのではないかと思います。

この第4章までだけでなく、第5章も見直してみると、訪問看護、介護予防訪問看護という言葉が記載されていますし、実際の必要性も記載しています。

また、103ページの訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーションなどと同等の扱いとなっているので、山谷委員のご意見について、理解ができました。

蒸し返すようで申し訳ないのですが、一般市民の方から見た時に、訪問看護が介護の方にあるだけというのは、少し私も抵抗があるのですが、ここまで重要視しているのであれば、在宅系サービスの訪問介護、通所介護の後に介護予防訪問看護という言葉を入れると、医療の面でも介護の面でも訪問看護の重要性があるということで良いのではないかと思いますので、いかがでしょうか。

#### ○浦田課長

梶井委員長からお話のあった介護予防訪問看護というものは、要支援の方に対することなので、言葉を入れるとすると、どちらも訪問看護という言葉で入れるのが良いのかと思います。

訪問診療については、医療の方でよろしいかと思いますが、訪問看護は両方に入れるということでもよろしいでしょうか。

#### ○梶井委員長

私は、医療側からしか見ていなかったのですが、山谷委員はリハビリテーションと一緒に介護側からも見て訪問看護の重要性について発言されたと思いますので、訪問看護の方たちがそのようにお考えであって、介護的なことでもあるのであれば、訪問看護という言葉を入れても良いのではないかと思います。いかがでしょうか。

○左川主査

梶井委員長のご意見と山谷委員のご意見を総合的に検討したところ、このイメージ図のように医療分野と介護分野で分かれた示し方がされていますので、医療保険制度としての書き方の部分と介護保険制度の中の事業所という書き方で分けさせていただいて、日常の医療の部分に看護師というように医療資格としての記載をさせていただき、介護分野の中で訪問看護という記載をさせていただくということではいかがでしょうか。

○梶井委員長

それでは、そのように事務局で修正をお願いします。  
他に、ご意見、ご質問はありませんか。

○表委員

41ページのことなのですが、最初に「要介護状態になっても」と文章が始まるのですが、例えば、その近くで、36ページでは、「要介護・要支援認定者の」と表現されていて、この要介護は介護が必要な状態ということなのか、要介護1から5の状態ということなのか分からなくて、下の図もそうなのですが、「要介護」という言葉は、介護認定の1から5のことを示すものなののでしょうか。それとも介護が必要だという状態を示す言葉なののでしょうか。どちらを示すかによって、少し意味が変わってくるかと思うのですが。

○左川主査

いろいろな捉え方があると思いますが、どのような状態であっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしをという趣旨からすると、「要介護・要支援の状態になっても」という記載の方が分かりやすいというご意見だと思いますので、記載を改めさせていただくことを検討したいと思います。

○梶井委員長

それでは、そのように事務局にお任せします。  
他に、ご意見、ご質問はありませんか。

(なし)

ないようなので、私から質問します。

先ほどの説明の中で、67ページの生活支援短期宿泊事業という記載を追加したということですが、これは、前回の委員会で協議したこととの関連ということでしょうか。家族介護慰労事業を廃止するかどうかはまだ決まっていないと思うのですが、それを補うような形でこのような事業もあるということで、関連して記載したのでしょうか。

この生活支援短期宿泊事業という事業は平成12年から実施していますが、どのくらいの利用者があるのかなど、少し説明していただいてもよろしいですか。

○高松係長

梶井委員長からお話のありました生活支援短期宿泊事業ですが、当初、計画には記載していませんでしたが、前回の運営委員会での家族介護慰労事業について協議いただいた際に、家族による介護を一時的に受けられなくなった方への支援のお話があり、実際そういった方を対象に実施している事業がありますので、追加させていただきました。

事業内容としましては、65歳以上の高齢者で、日常的に介護をされているご家族等の事情によって一時的に介護を受けられなくなってしまった場合に、養護老人ホームに入所することができるという事業です。

入所日数は月6日間以内、利用者負担は1日あたり1,730円です。



利用実績については、今年度はまだ利用はありませんが、平成29年度が実人数4名で延べ21日間、平成30年度が実人数1名で延べ5日間、令和元年度が実人数3名で延べ13日間の利用となっております。

○梶井委員長

この事業は非常に大事な事業で、介護認定を受けていない方で、家族が見守って一緒に生活しているけれども、家族が、例えば、骨折で入院したなどの理由で見守りができなくなった時に利用できるショートステイのような事業としてこの事業があるということです。

非常に重要な事業だと思いますけれど、この資料を読み込めば、このような事業も知ることができると思いますが、市民への周知はどのようにしているのでしょうか。

○高松係長

市のホームページに掲載し、周知しております。

○梶井委員長

市としては、重要な事業として実施しているのだと思いますので、周知についても工夫されたら良いかと思います。

他に、黒澤副委員長から、何かコメントがございますか。

○黒澤副委員長

この事業については、要介護認定を受けていない方が対象となり、要介護認定を受けている方は対象とならない事業なのでしょうか。

○高松係長

明確に要介護認定を受けていない方のみとはしてはしてませんが、要介護認定を受けている方は、介護保険サービスのショートステイを利用いただくことができますので、この事業については要介護認定を受けていない方が利用されている現状です。なお、要介護認定を受けている方であれば、介護保険サービスのショートステイを利用いただいた方が利用者負担が少ない場合がほとんどです。

○黒澤副委員長

必要な時に空きがなくてショートステイを利用できないという話をよく聞きますが、この養護老人ホームへの短期間入所という事業は、必要な時にすぐに利用できるような状況になっているということなのでしょうか。

○高松係長

市と養護老人ホームで委託契約を結んでおり、この事業で利用するベッドは必ず空けていただいています。利用したいという方から問い合わせがあった際には、速やかに入所できる状態になっています。

○黒澤副委員長

特養と養護老人ホームで介護状態が違うので、養護老人ホームに要介護認定を受けている方がすぐに入るとするのは少し難しいとは思いますが、要介護認定を受けている方も必要な時に入所できる状況であれば良いと思います。

○梶井委員長

他に、第5章、第6章について、ご意見、ご質問はありませんか。

(なし)

それでは、全体を通して、ご意見、ご質問はありませんか。

(なし)

それでは、他になければ、必要な修正等を加えて、計画案とし、パブリックコメントの資料としてよろしいでしょうか。

(異議なし)

それでは、事務局においては、そのように進めてください。

次に、次第2その他ですが、各委員から何かありますか。

(なし)

なければ、事務局から連絡事項等をお願いします。

#### ○浦田課長

本日の協議結果を受け、必要な体裁を整えた上で、12月25日(金)から来年1月25日(月)までパブリックコメントを実施いたします。

計画案の設置場所としましては、介護保険課窓口、市役所本庁舎1階情報公開コーナー、各公民館などの市内公共施設等のほか、各地域の老人憩の家や地域包括支援センターなどに設置するほか、市ホームページにも掲載することとしております。

今後の予定としましては、パブリックコメント実施後の1月後半に、まずワーキング部会でパブリックコメントの結果と介護保険料について協議いただき、その後、2月上旬に本委員会での協議を予定しております。

また、本日、資料の説明の中でお伝えさせていただきましたが、評価部会を1月中旬に開催し、各指標について協議いただく予定でおります。

詳細につきましては、事前にご連絡させていただきます。

以上です。

#### ○梶井委員長

最後になりますが、新型コロナウイルスについて、ご承知のとおり、皆さんの職場などでも気を付けなければならない状況です。高齢者施設についても、ウイルスを持ち込まれないように気を付けていただきたいと思います。

江別市内で感染者が増えないでほしいと思っていますし、皆さんの努力が高齢者を守ることになるので、よろしくお願ひしたいと思っています。

以上をもちまして本日の委員会を閉会いたします。

本日はありがとうございました。