

## 第3回佐賀中部広域連合第9期介護保険事業計画策定委員会 会議結果

日時 令和5年11月10日（金） 午後2時から  
場所 佐嘉神社記念館 3階会議室

### 【出席委員】

坂本委員、吉原委員、石丸委員、伊東博己委員、上村委員、倉田委員、凌委員、城委員、高塚委員、竹下委員、角町委員、南里委員、橋本委員、原田委員、東島委員、福島幸子委員、藤崎委員、松尾委員、峰松委員、吉田委員、蘭委員、八谷委員

### 【欠席委員】

伊東康久委員、枝國委員、岡部委員、木下委員、久野委員、阪本委員、島内委員、永尾委員、中下委員、平松委員、福島あさ子委員、森園委員、山口委員

### 【事務局】

宮崎事務局長、副島総務課長兼業務課長、金子認定審査課長兼給付課長、川原業務課参事兼副課長兼業務係長、千住給付課副課長兼包括支援係長、宮崎総務課副課長兼行財政係長兼広域係長、松尾総務課庶務係長、高木認定審査課副課長兼介護認定第一係長兼障がい認定係長、間認定審査課認定調整係長、萩原認定審査課介護認定第二係長、広橋給付課給付係長、柿原給付課指導係長、高口業務課賦課収納係長

### 【会議結果】

- 1 開会（午後2時00分）
- 2 あいさつ（事務局長）
- 3 議事
  - (1) 第9期事業計画の構成（案）（資料1で説明）
  - (2) 介護サービスの基盤整備方針（資料2で説明）
  - (3) 高齢者人口、認定者数の推計（資料3で説明）
  - (4) 介護保険事業量等の推計（資料4で説明）
  - (5) その他
- 4 閉会（午後2時48分）

## 【主な委員意見等】

### 3(2) 介護サービスの基盤整備方針

- ◇委員 2ページの下の連合圏域の待機者数は611とあるが、3ページの中ほどでは、対応すべき人数は128とある。ここの整合性は取れているのか。
- ◆事務局 2ページの連合全体の待機者数611は、特別養護老人ホームの連合圏域における待機者数。3ページでは、待機者のうち、現在の住居が在宅である人数519を介護度別に分け、その中から特別養護老人ホームの入所要件である要介護3～5の人数を合計すると128となり、この128名を第9期計画で対応すべき待機者と考えている。
- ◇委員 5ページの(ア)、(イ)、(ウ)の中の(イ)居住系、在宅生活を支えるサービスで保険者が120人分を対応するという説明だったと思う。これに該当するのは、6ページの上の表の居住系サービスの第9期の定員増加分のグループホームの45人と特定施設入居者生活介護の90人と地域密着型のゼロ、これを合計すると135人ということになるが、120人に対して135人を計画するという理解でよいか。
- ◆事務局 お見込みのとおり。
- ◇委員 同じ表で、一番下の地域密着型特定施設の定員は、実績から計画までずっとゼロとなっている。その上の特定施設入居者介護というのが、養護老人ホームとか軽費老人ホームになると思うが、地域密着型の小規模の特定施設は設置が難しいのか。ゼロがずっと続いている理由はあるのか。
- ◆事務局 特定施設は定員が29人以下の介護専用になると地域密着型という位置づけになり、この地域密着型の特定施設は、要支援1、2の方は対象外。広域連合としては、要支援の方も入居者サービスが必要な方にも特定施設でサービスを提供しようという考え方であり、地域密着型ではなくて、特定施設入居者介護で整備を進めていこうと考えている。
- ◇委員 グループホームの45人と特定施設の90人を、今後3年間の中で割り振り、事業計画で数値を示していくということでよいか。
- ◆事務局 お見込みのとおり。

### 3(4) 介護保険事業量等の推計

- ◇委員 認定者数やサービス利用者数が総じて増えているが、あまり極端ではないという説明があった。例えば、7ページの訪問入浴介護や、11ページの特設福祉用具の販売、14ページの認知症対応型通所介護は、第8期と比べて第9期は見込量が少なくなっているが、その理由を教えてください。
- ◆事務局 どのサービスも基本的には令和3年から5年までの数値の平均的なところをもって令和6年度以降を推計している。あわせて現時点での利用状況に基づいて9期以降の利用者数を見込んでいるという状況。令和3年、4年は、コロナの影響により利用者数が減っているということもあったので、そのことも加味しながら、次の素案作成の間までには検証をしていきたい。
- ◇委員 この推計は何かデータ、シミュレーションするようなものがあってその結果を事務局内で議論しているのか。
- ◆事務局 例えば、7ページの訪問入浴介護は要介護5の人数は変わらないが、要介護1、要支援の人数が少なくなっている。また、前期高齢者は減り、後期高齢者は増えるなど高齢者の比率は変わっていく。こういった要介護度や高齢者の年齢構成などを基に推計、シミュレーションを行い、その結果を、連合内で議論している。次回はもう少し詳しく説明できるようにしたい。
- ◇委員 その辺をもう少し詳しく説明してほしい。
- ◆事務局 推計する時には、5歳刻みの介護度別のサービスごとの利用者数に平均利用率を乗じるという計算などをしていく。その土台には膨大なデータがあるので、特異な動き、急に減少している数値などをよく検証して、素案を作成していきたい。
- ◇委員 13ページの夜間対応型訪問介護で「1事業所でサービスを実施しており」と書いているが、1事業者なので令和3～5年度はデータが取れないということか。令和6年度以降は数値が入っているが、これは事業が増えるという見込みで書いているのか。
- ◆事務局 令和3～5年度については、1事業所でサービスが実施されているが、利用者がいなかったためゼロとしている。第9期以降は事業者がある程度いるように進めていかなければいけないと考えており、令和6～8年度は推計ではなくて強制的に10名というかたちで記載している。

◇委員 今後、事業者が増えるという見込みはないのか。

◆事務局 今のところは、見込みはない。

### 3(5) その他

◇委員 今日の資料とは直接関係ないが、全国の会議で認知症と診断されていれば要介護1以上の認定が出るという通知が厚生労働省を通じて都道府県に届いていると聞いている。広域連合でもこれを踏まえて審査をしているのか。

◆事務局 介護認定には1次判定と2次判定があり、1次判定はシステムで調査項目と主治医意見書を入力することによって、認知症、介護1、要支援2というふうに振り分けはされるが、認知症の方が全て介護1という2次判定にはならない。最終的には2次判定は合議体ごとの審査会委員の専門的知識と経験によって、最終的に判断をしている。

◇委員 1次判定で認知症があるというだけでは、必ずしも要介護1というふうには出ないと思う。ただ、2次判定の中で認知症という診断があれば、要介護1以上に持ってきていいんじゃないかというのが今、厚労省からの通知、示唆があったと思う。それでも要介護1とは言い難いという例は幾つもある。その辺は曖昧というか、軽度の認知症の方の場合は要介護1や要支援2とするなど審査会によって微妙にずれがあるかもしれない。

◇委員 その辺り、厚労省から通知が出ているわけなので、都道府県で基準がばらばらではいけないと思う。認知症であれば要介護1以上にするなど基準を明確にしないと、不公平になるのでは。

◇委員 認知症の診断をする場合に、意見書を書く医師が専門ではない場合があるので、その辺の問題もある。各都道府県で違うのかもしれないが、断定しないほうがいいと思う。認知症については厚労省が確かに示してはいる。ただ、認知症の診断を誰がするか、確定するかというところでは、軽度の場合は非常に難しい。軽度認知障害の方を認知症と診断する医師もいるし、軽度認知障害は認知症ではないと診断する医師もいる。その辺の基準はまだ統一ににくいと思う。

◇委員 厚労省から通知が出ている以上、広域連合でも検討してもらいたい。

◇委員 その内容については、この場で協議することではないと思うが、今の件につ

いて何か事務局の方から意見はあるか。

- ◆事務局 広域連合の審査会は、各合議体、医師や複数の専門家が入って審査しているので、合議体でしっかり検討、協議をされて、判断をされている。一定の基準で線を引いたら合議体でいろんな要素を検討するという意味合いがまた薄れてくる部分もあるので、合議体の専門的な知見での判断をさせていただきたいと思う。
  
- ◇委員 認知症と診断された人がどういう割合で要介護になったのか、要支援2になったのかというデータを出していただきながらやっていくと、皆さんに分かやすいのではという気はする。逆に言ったら、全国レベルからいうとどうなのかということも含めて、データとして出してもらいたいと思う。
  
- ◆事務局 システム上どういうデータが整理できるか確認して、運営協議会の会議の際にでも、議題として設定できれば、そういう情報提供も検討させていただきたいと思う。