

第2回佐賀中部広域連合介護保険事業計画策定委員会会議録

平成23年7月28日(木) 15:00～

佐嘉神社記念館 3階

【出席委員】

松永委員 藤岡委員 藤佐委員 堀委員 實松委員 吉田委員  
藤委員 中村委員 平山委員 秋次委員 古賀委員 石丸(義)委員  
上村委員 久保委員 木村委員 凌委員 光藤委員 古宇田委員  
豊田委員 岡委員 益田委員

【欠席委員】

鍋島委員 平松委員 中下委員 倉田委員 大川内委員 北川委員  
久野委員 橋本委員 野口委員 石丸(孝)委員

【事務局】

松永事務局長 廣重総務課長兼業務課長 諸江認定審査課長兼給付課長  
百武総務課副課長兼指導係長 谷口給付課副課長兼包括支援係長  
岩永認定審査課副課長兼介護認定第二係長 石橋庶務係長 熊添行財政係長  
太田認定調整係長 坂井給付係長 古川業務係長 野口賦課収納係長  
梶原 溝上

## 午後3時2分 開会

### ○司会

大変待たせいたしました。ただいまから第2回目の佐賀中部広域連合第5期介護保険事業計画策定委員会を開催させていただきたいと思います。

私は、本日の会議の進行をさせていただきます、事務局総務課の百武と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

ここで、お手元に委員会の席次表をお配りしております。席次表をごらんいただきたいと思います。一番下のほうの記載でございます。欠席の委員さんの御案内でございます。

それでは、第2回目の事業計画策定委員会の開催に当たりまして、事務局長の松永からごあいさつを申し上げます。

### ○事務局長

皆さんこんにちは。本日、大変お暑い中、そしてまた、皆様方大変お忙しい中、第2回目の事業計画策定委員会に御出席をいただきまして、まことにありがとうございます。

それから、あいさつの前に、今回の資料、私ども火曜日に発送したわけですが、一部委員の皆様方には本日までにお手元に届いていない委員の皆様方もいらっしゃるということで、送付が遅くなりましたことをおわび申し上げたいというふうに思います。

さて、この介護保険制度、2000年にスタートをいたしまして、12年目に入っているわけですが、全国的には認定者の数が400万人を超えた。そしてまた、給付費総額も7兆円を超えたというふうに言われております。そういった中で私ども佐賀中部広域連合でも2000年のスタート当初には認定者の数が約9,000名だったのが直近の認定者数では1万5,000人を超えております。そしてまた、給付費のベースでも2000年には年間約130億円の給付費だったのが23年度には230億円を超えるというような給付状況になっておりまして、現在の第4期の事業計画の基本理念といたしましては、佐賀中部広域連合は介護が必要となってもその人らしく暮らし続けることができる地域社会の構築を掲げておりますけれども、この高齢化社会におきまして、佐賀中部におきましてはこの介護保険制度が一定程度の高齢者の皆様方の生活を支える役割を担っていけているのかなというふうに思っております。

ただ、今後を見ても、団塊の世代と言われます昭和22年から昭和24年に生まれた方々が大量に第1号被保険者65歳以上になってまいります。

2025年、ちょっと先の話でございますけれども、今から約11年後にはその団塊の世代と言

われる方々が75歳になられるというようなことをございまして、今回第5期の事業計画策定をお願いいたしておりますけれども、片方ではこの介護保険制度が持続可能な制度となるような御議論もお願いをしたいというふうに思っております。

それぞれの分野からの委員の皆様方でございますので、本日はそれぞれ忌憚のない御意見をいただきまして、事業計画の策定の一助にしたいというふうに思っておりますので、最後までよろしくお願いいたします。

## ○司会

今回の議事につきましては、人口、認定者及び給付に係る推計となっております。

早速ではございますが、お手元の次第に従いまして議事に入らせていただきます。

議事の進行につきましては、古賀会長様にお願いすることになります。古賀会長様、どうぞよろしくお願い申し上げます。

## ○会長

それでは、よろしくお願いいたします。

それでは、早速議事のほうに入らせていただきます。

まず議事の(1)第5期介護保険事業計画について、事務局から説明をお願いします。

## ○事務局

よろしくお願いします。

説明は着座のままでさせていただきます。御了承をお願いいたします。

初めに、お手元のほうにお配りしております資料1の補足資料、これは基本指針の改正案を抜粋したものであります。内容的には資料1のほうで説明をいたしますので、こちらは補足資料として後ほどごらんいただきたいと思いますと思っております。

それでは、資料1により、第5期介護保険事業計画について御説明をいたします。

1ページを開いてください。

7月11日、全国課長会議において基本指針の考え方の改正案が示されました。案とありますのは、現時点で発表された基本指針であり、厚生労働省告示がなされていないためであります。告示は24年3月の予定であります。

まず、基本的な考え方ですが、第5期計画は、第3期計画策定時に定めました介護予防の推進、それから、地域ケアの推進と施設サービスの見直し、これが基本的な方向性として定められております。この方向性を団塊の世代が高齢期を迎える平成27年に向けて推進するた

めに、平成26年度までの目標が設定され、目標達成に向けその基本的な考え方に基づき継続的かつ着実に取り組むものとされております。

第5期事業計画の位置づけは、第3期、第4期計画の延長線上と位置づけられており、第3期計画策定に定めました平成26年度までの目標を達成する仕上げの計画というふうになります。また一方で、高齢者のピークを迎えます2025年までに地域包括ケアシステムを構築するために、認知症支援の充実、あるいは医療との連携、高齢者の居住に関する連携、生活支援サービスなどを地域の実情に応じて選択して第5期に位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実させていく取り組みのスタート地点というふうになっております。第5期につきましては、ゴールとスタートの地点という2つの位置づけとなっております。

次に、改正事項ですが、基本的な指針の主な改正内容は、以下のとおりとなっております。

①に、日常生活圏域ごとの実態に関する調査、これは地域に居住する高齢者ごとの課題の確かな把握、それから、全体調査から圏域調査ごとへの調査へと変更がなされたものであります。

次に、2番目の高齢者居住安定確保計画との整合、高齢者住まい法に基づく高齢者居住安定確保計画であり、佐賀県は平成23年度計画策定の予定というふうに聞いております。新しく他の計画との整合性を図るものとしてここに上げられたものであります。

③の事業計画記載の内容の変更であります。

今般の介護保険法等の改正におきまして、地域の自主性及び自立性を高めるための見直しが行われたことによりまして、記載事項の内容が義務的記載事項と任意記載事項に区分され、ごらんのとおりの変更となっております。

2ページをお願いします。2ページは基本指針の改正案から参考として列記をしております。

まず、参考の1番目ですが、参酌標準について。

廃止されたもの、介護保険3施設及び介護専用居住系サービスの適正な整備。

要介護認定者数、要介護の2から5に対する施設・居住系サービスの量の見込みを定めるに当たって参酌すべき標準、いわゆる37%の参酌標準の撤廃であります。参酌すべき標準の撤廃につきましては、規制制度改革に係る対処方針、これにおいて平成22年6月18日に閣議決定がなされ、同年の10月7日、基本指針の一部改正がなされております。

なお、37%の参酌標準は廃止されたものの、介護保険制度の基本的考え方として在宅サー

ビスと施設サービスとのバランスのとれた整備を進めるというこの方針を変更するものではありません。あくまでも地方分権の趣旨を踏まえ、地域においてその実情に応じた基盤整備が責任を持って行われるようにされたものであります。また、総量規制の緩和につきましては、今後行政刷新会議の規制制度改革に関する分科会におきまして引き続き検討する事項とされております。

次に、継続されるもの、介護保険3施設利用者の重度者への重点化。

これは、要介護2以上の認定者が利用すると見込み、うち入所施設利用者全体に対する要介護度4・5の認定者の割合が70%以上を占めることを目標としております。

同じく、継続されるものとして、介護保険3施設の個室・ユニット化の推進。

介護3施設の個室・ユニットケアの割合を50%以上、それから、特養の個室・ユニットケアの割合を70%以上を目標としております。

参考2、介護療養病床の廃止期間の猶予について。

これについては、関連法案である健康保健等の一部を改正する法律の一部改正によりまして、介護療養型医療施設につきまして、平成24年4月1日の時点で指定を受けているものにつきましては、平成30年3月31日までの間、介護療養型医療施設に係る期間はその効力を有するものと規定の改正がなされ、廃止する期限が6年間延長をされております。

また、平成24年度以降、介護療養型医療施設の新設は認められません。これによりまして、療養病床に係る第4期計画の取り扱いを継続することとなります。

取り扱いの内容ですが、まず、医療療養病床からの転換分の取り扱い、転換分につきましては、一般の介護保険施設等とは別のサービスの類型と一体的に取り扱うこととしまして、年度ごとのサービス量は見込むが必要定員数は設定しないものとしております。この結果、医療療養病床からの転換分については、必要定員総数の超過を理由とする指定等の拒否は生じないこととなります。いわゆる総量規制の対象外というふうになります。

それから、次の介護療養型医療施設からの転換分です。

介護保険施設等への転換分については、サービス種別ごと、年度ごとのサービス量を見込みますが、必要定員の総数には含めないことといたしております。この結果、介護療養型医療施設からの転換については、必要定員総数の超過を理由とする指定等の拒否は生じないこととなります。こちらのほうも総量規制の対象外というふうになります。

以上で第5期介護保険事業計画についての説明を終わります。

## ○会長

ただいまの事務局の説明に対しまして御意見、御質疑ございませんでしょうか。

## ○委員

今、介護3施設の重度者への重点化とか、いわゆる要介護4・5の利用者の割合が70%以上で、それに介護保険3施設の個室化50%、特養の個室化70%、それに療養病床の転換分に関しての転換するかどうかというふうなことと、介護療養型施設からの転換、それがうまく26年度までになされるというようなことを事務局は本当に思っているのか思っていないのか、そこら辺のことをはっきりしてもらいたいと思います。

ただ、こんなふうにしてうたっただけで実際にやれるものかやれないものか、やれるものを言っているのか、ただ、こんなふうな国が言うから言っているだけよと、じゃ、事務局はどんなふうになっているのかということ、実際の感じ方を教えてもらいたいと思います。

我々現場は決められたことに関して従わなければいけないわけなんですよ。できんやったらできんやっただけというふうなことで、さあどうするかというふうなことじゃもう遅いかと思います。国の考え方、県の考え方、現場の状態というふうなことをうまく考え合わせてみて、これができるのかできないのかというふうなことをあなたたちの感じを教えてもらいたいと思います。

## ○事務局

今、資料の中の1番について説明したものにつきまして、これはあくまでも基本指針の中に示されていたものでありまして、第3期から第4期、第5期への引き続き目標の数値であります。

そこで、今委員のほうから言われました、事務局のほうはどういうふうに思っているかということですが、まず重度化につきましては、平成16年の実績から22年の実績まで見ていると、目標は70%といたしておりますが、16年度当時は51.8%から22年度の実績として57.3%、23年度、本年度の見込みは60.5%というふうに重度化につきましては着実に目標達成に向けてなされております。

我々も指針が示した目標を第5期の事業計画の中に定めますので、それに向けた努力はしていきたいと考えております。

## ○委員

この分に関してですね、国でもいいですけど、70%というようなことを目標に前もって言

っているじゃないかというようなことで恐らく達成していないというような状態で、そのときペナルティーを科するとかですね、そういったふうなことはやっぱりあってはならないと思いますけど、しかし、財政がないとかですね。例えば、こここのところで療養病床からの転換分に関して、その総量規制の枠外というようなことを言われているんですが、これは恐らく医療病床のカットにほかならんですもんね。というのは、このユニット化だってそうですよ。ユニット化は50%、特養で70%以上というようなことに書いてあります。そういったふうなことは総ベッド数を減らそうというようなことが基本的なことに流れているんじゃないかと、それが達成していないからというような状態で現場を、例えば療養費の問題にしたって、そういったふうなところでペナルティーを科するというようなことがあってはならないというようなことを私は思います。

## ○事務局

この目標を達しない場合にペナルティーがあるのじゃないかとかいうことは、私どもは聞いておりません。ただ、1番目の要介護2から5の方に対する施設の割合が37%、これは在宅と施設のバランスをとっていくというような趣旨でございますので、その目標は、目的といたしますか、それはいいんじゃないかと。ただ、これを平成18年から26年までで国はこういったのを目標を掲げてやっておりましたけれども、必ずしも達成できるものばかりではないと思います。この37%を例えば佐賀中部で達成するためには介護3施設を極端に言えば廃止するとか、そういうことをしないと37%に達しません。現実問題として入所者の方がいらっしゃる中で達成するために廃止するというようなことはできませんので、そのような達成できないからといってペナルティーとかはないものというふうに思っております。

それと、ユニット化の推進につきましても、これも個人さんの権利擁護とか、そういった観点からユニット化の推進が図っておられますので、その言わんとするところはわかりますけれども、実態問題として報酬が低いでございますとか、その人員配置基準が厳しいというようなことで実際の事業所の方々からは大変だというような声も聞いております。これも必ずしも18年度からの3期、4期、5期の目標の数字ではございますけれども、それに向けて努力する必要があるかと思いますが、そういった経営上の問題点等もございますので、必ず達成しなければならないものというふうには思っておりません。

それから、療養病床の廃止につきましては、当面6年間は延長をされたわけでございますけれども、その6年後に医療療養病床から介護の老健施設とか、そういった施設に転換がど

のくらい進むのか、これはもうしばらくして、県のほうで恐らく介護3施設の療養病床の転換については調査等が行われると思いますので、介護施設のほうにどのくらい来られるのか、ちょっと様子を見させていただきたいというふうに思っております。

以上です。

**○委員**

個室・ユニット化のパーセントというのは、現時点ではどれくらいかというのはわかりませんか、3施設、あるいは特養で。

**○事務局**

申しわけございません。今ちょっと手元に資料がないようでございます。

**○会長**

わかりましたら、後で。

**○事務局**

これは県のゴールドプランの資料によりますけれども、平成20年度の割合が介護保険3施設では、個室・ユニット型の定数の割合11.9%という数字があります。約12%ですね。

**○委員**

特養だけというのはわからないですか。

**○事務局**

特養だけですと、平成20年度24.3%でございます。

**○委員**

実はですね、この参酌標準で決めることは、これはいいと思いますけど、やはり現場、地域によっていろいろ違いますから、国は大体全体としての理想像というようなことを言っているかもしれませんが、地域に即した状態で最終的には考えてもらいたいと思います。これがあくまでもユニットが決して完璧で最高のものであるとも限らないわけです。現場現場で違うし、いろいろな諸条件が入ってきて、私は絶対ユニットには入りたくないというような人たちもいらっしゃいますから、そこら辺のところは、ただ決められたからこうなさいというんじゃなくて、やっぱり地域に即した状態で柔軟に対応してもらいたいと思います。

**○事務局**

確かに委員おっしゃるように、介護を利用される方もその取り巻く環境というのは、いろんな方がいらっしゃるの十分私どもも承知いたしておりますので、料金は高くても個室が



いいというおっしゃる方もいらっしゃるでしょうし、料金が安くて多床室でもいいというような方、いろんなニーズがございますので、そこら辺は地方分権のときでもございますので、佐賀中部広域連合、地域の実情に応じて対応させていただきたいというふうに思います。

## ○委員

ちょっと私一言お話ししたいんですけど、介護療養施設が凍結になって6年間延長するということが言われているんですけど、その時点でこういう状況で、今パーセンテージのことをちょっと委員も言われていますけれども、現場の声が全然わかっていないということと、国は非常に、やはり私たちちょっと団塊の世代で、やっぱりプライバシーの保護とか、そういう面で個室、ユニット化することで私のところも実はきれいにつくったのはいいんですけど、これまた大変な問題で、プライバシーの問題はいいんですが、やっぱり私は循環器の医者なんでいうんですけど、非常にそこで個室化で死角ができるということを当初から心配していたんです。国は非常にそこを進める割には、今おっしゃるように、地域によってかなり違って、やはり現実に共同生活をしたいという人もたくさんいらっしゃいます。だから、そのあたりを現場でよく考えていかないと、ただパーセンテージだけこれだけクリアせろと言っても、実際、療養型のほうから新型特養に移るとか、そういうことはもうほとんどゼロに近い状態で今動いているような状況なんで、これから6年、僕の今の印象としては恐らくどこの医療機関にしても介護施設にしてもお金がないんで、まずそういうふうなことは非常にできにくいだろうと、断言できるぐらい僕は思っております。だから、もう絵にかいたもちみたいなことを言われてはちょっとやっぱり、先ほどの委員がおっしゃるように、特養は特養、老社協は老社協と。僕も社会福祉法人の全部の施設の会長を今しているんで、そういうことから見ると、一つの組織だけの問題じゃなくて、やっぱりこれを一緒に3施設というのが非常に僕は気になるところであって、もう少しこれを、10年間このままの状況で行っているわけですね。だから、それが私としては、震災によって来年の医療と介護の同時改正が今のところちょっと流れそうで非常に困っておるんですけど、恐らく今から介護と医療が、これが非常に難しい問題になって、どこですみ分けするかというところが問題だと思いますし、医療が非常にこれにのって来るような形になると、今みたいな特養に医者がないとか、そういうことは非常に問題が出てくるだろうと思いますし、そういうセーフティーネットの割には、この介護施設3施設ですと行くということは非常に僕は疑問に感じています。だから、そういうことで、一つ一つをもう少し検討していかないと、それと、どこの病院もだ

んだん老朽化していますし、介護施設も老朽化しております。そういうことの観点も考えないと、このパーセンテージだけをクリアせろというのは、特定健診しかり佐賀市が一番低いと、医師会長として非常に恥ずかしいところなんですけど、そういうことまであわせてよく現場を今わからないと、やっぱりそのぐらひは考えてもらわないといけないと思います。実際自分たちが年取ってこうなったらどうかということ。

実は僕はノルウエーの福祉を見に行ってきたんですよ。すばらしいこともありましたけど、日本の福祉政策も全然負けていないなと思いつながら、保険制度も違いますけれども、やっぱり同じ高齢化社会になっておりますので、まず日本独自として、特に中部広域として、特に日本でも非常にすぐれたデータが出ておりますけど、ほかのことは余り歩調的には全国的に変わらないというのが非常に残念なことだと思っています。その辺ぜひ、ずっと私もこれに出ておりますけど、すぐに数字を並べられて突然23年度の24%が何で70%以上になるかとか、どうしても首をかしげたくなるようなことでありますし、現在特養のほうは今、やっぱりなかなか個室化を進めてもできないという現状には違いないと思いますから、その点よろしくお願いいたします。

## ○会長

貴重な御意見ありがとうございました。これは基本指針が示されただけですから、地域の実情に応じて整備されていくものというふうに考えております。

それでは、次の議題に移らせていただきます。

議事の(2)高齢者人口及び要介護（要支援）認定者数の推計について。

事務局から説明をお願いいたします。

## ○事務局

それでは、資料2の高齢者人口及び要介護認定者数の推計という資料のほうをごらんいただきたいと思います。

まず、この事業計画をつくるに当たっての基本になりますけど、まず広域連合管内の人口推計及び高齢者の人口推計ですね。そちらについて書いております。

高齢者人口の推計についてなんですけど、まず、22年9月、事業計画は各年9月末現在の人口をもとにしておりますけど、平成18年から21年までの変化率を使用して、いわゆる人口推計の標準的な方法でありますコーホート要因法という方法で推計をいたしております。

人口の推移につきましては、22年度実績で、ここに書き上げているように、35万4,000人で

ある総人口が26年には34万6,000人と約8,200人ほどの減少となるということを書いております。この表の中段になる表が19年から22年までの推移を書いているわけですが、そういうふうには人口のほうで3,099人、19年から22年では減るといふふうになっています。ただし、高齢者人口、いわゆる65歳以上の人口については7万9,000人から8万1,000人と2,600人が増えていくという話になっているところです。

このデータをもとにして今後の推計をするわけですが、一番下の表が先ほど言ったコーホート要因法を使いながら24年、25年、26年の人口推計と高齢者人口の推計をいたしているところです。

先ほど話があったように、当然今度の5期計画中に団塊の世代の方々がそれぞれ65歳になってこられますので、高齢者人口自体は今までも伸びていたんですけど、これからも伸びるという、特に前期高齢者の数が伸びていくというふうになっています。総人口では26年は34万6,000人ぐらいになるということで、ちょうどここそれぞれの人口、第5期のときにした前期推計と今回推計と書いてありますが、今回推計の下の段、それぞれ下の段の数字を見ていただきたいと思います。総人口が26年には34万6,000人になるということと、高齢者人口については8万6,260人と、一番左の23年と比べても3,500人ぐらい伸びていくというふうになっております。

その中で、先ほど申したように、前期高齢者のほうはやはり団塊の世代の方々がそれぞれ65歳に到達されますので、特に3万8,000人から4万1,000人というふうに3,000人伸びるということで、後期高齢者は今までもそうだったんですけど、少しずつ伸びていかれるんですけど、5期中は4万4,000人台を推移していくというようになっております。

高齢化率につきましては、現在今23年度で23%台なんですけど、団塊の世代が来られるということで、ここは24.9%まで26年度には伸びていくというふうになっております。

高齢者人口の推移については、以上になります。

3ページをあけていただきたいと思います。

このことをもとに認定者数の推計をいたしております。今回はそういうふうに高齢者人口をまず推計した上で認定者数の推計を行っているわけですが、いわゆるここにも書き上げているように、団塊の世代の方が一部65歳になっていかれますけど、全体的には認定者数というのは、特に後期高齢、いわゆる75歳以上の方の認定率のほうが非常に高いですので、団塊の世代の方の高齢化に伴っての認定者数の増という部分には直接は大きな伸びにはならな

と思いますけど、前回の会議のときも申し上げたとおりに、昨年ぐらいから認定者数が増えていっているという部分が非常にありまして、下のほうのグラフに書き上げているように、この分についてはちょうど真ん中が第3期ぐらいで、真ん中から右側が4期、そして、最後の3年が第5期を推計しているんですけど、第4期、いわゆる21年ぐらいからが急な伸びの傾きになっているところが現在なんですけど、こういう伸びを示していたために、この真ん中ほどに書き上げているように、出現率の伸び率については認定者数が、前回の策定委員会でも示したように、21年度後半から急激な伸びをしているということが一つ要因であります。この部分はいろいろ分析の結果は包括支援センターを21年につくった部分があるために大きく影響しているのではないかとということで、この分はずっとあと3年、4年同じ伸びでいくということはちょっと考えにくいという部分もあるんですが、現時点で、ここに書いているように、6月現在までも同じ傾向が続いているので、少なくともあと1年ぐらいはこの伸びが続いていくものとして、その後は少し伸びが前の伸びのほうに戻るというか、緩やかになるのではないかとというような推計で現在の推計をやっているところです。

一番下書いているとおりに、その結果、平成23年9月の見込みで1万5,624人というふうに見込んでおります。その分で、先ほど申したような認定の方法でいくと、26年の9月末、要するに3年目の9月現在で1万8,004人というふうに見込んでおりますけど、先ほど申し上げたとおりに、21年末から続いている急な伸びというのをどこまで見込むかというのが非常に今まで10年間ぐらいあった中で、こういった伸びを示した時期がなかったので、非常に推計が難しくなっているんですけど、一番下に書き上げているとおりに、最終的な推計を直前までやはり動向を見ないと今後3年の数字に大きな狂いを生じる可能性がありますので、分析の結果をぎりぎりまで加味したいということで考えているところです。

以上で認定者数の推計の分の説明を終わります。

## ○会長

ただいまの事務局の説明に対しまして御質疑、御意見ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

## ○委員

一つだけ、これ認定審査会で国の方針が間違っって介護度が低く出るという時期があったんで、あの件はこれでグラフ見るとあんまり大した数になっていないみたいですけど、それはどうですか、事務局、ちょっと細かな数字は別ですけど。あのときにまたもとに戻って今非

常に審査会がやりやすくなったということで、僕はそのとき会長だったと思うんで、そのあたりがこの表にとってどうでしょうか。今後それでまた、そういうふうなことをされるとまた非常に僕ちょっと介護度の問題が、今非常にクリアに要支援1・2と要介護1、結局、そのあたりが今後高齢者では増えて、4・5は今70%はちょっと問題なんですけど、そこは頭打ちなんですよね、恐らく。もうずっとそれは頭打ちでいっているんで、一応要介護1と要支援1・2のところだろうと思うんで、その辺ちょっとこの表とは別に何か事務局で話していただけますか。

### ○事務局

今、話があったように、21年度がそういうちょうど認定の見直し等があつて、特に21年の前半が混乱をしていったという部分があるんですが、21年の後半から見直し等がされて、ほぼ動向を見ると20年までと同じような数値に21年後半からは、22年も含めて傾向がなっているということで、非該当率もかなり落ちているというですかね、そういう部分があつて、率的には20年度までの数値に近い状態になっておりますので、その現時点は20年、特に21年後半から22年という1年半の推計がありますけど、その分をベースに今後を見込んでいるということです。

### ○会長

よろしいでしょうか。ほかに御意見ございませんでしょうか。

### ○委員

ちょっとお尋ねしますが、要支援と要介護1というぎ大体どのくらいの差がありますか。私もお母さんを今度要支援から要介護にするとき、病院に行ってどれくらいの差があるかなと思って、それがあつたのと、あと一つは、大体何歳ぐらいの人が要支援の2か3になっているんですかね。大体わかりませんか、何歳ぐらいか。

### ○事務局

いつもされる質問です。年齢とともに介護度が若干上がるというのはあるんですけども、何歳からずっと介護度が上がるというわけでもなく、病気とかもありますし、要支援と要介護の違いは何ですかというのもよく普通に質問とか受けているんですけども、認知面のこともあるし、身体面のほうも、両方を加味していきます。審査会の中で一応1次判定というて機械的に判断はするんですけども、人間ですので、それでできないのはまた審査会でまた調節をしていただいているもんですから、もう本当に説明ができないというのが正直など

ころです。

## ○委員

ちょっと今の質問、大変厳しいけど、これ質問に答えはできないと思うんですけど、おっしゃるとおりに、かかりつけ医に持って行って、書いて、その先生が審査委員であっても要支援と要介護1というのを区別するのはちょっと難しいんで、それで、項目が非常に多く、身体とか認知も、それを5人の審査委員でコンピューターを使ってやります。それで、今それは非常に妥当な線が出ていると思うんで、それを年齢でどうか言われてもちょっと非常に厳しいんで、今おっしゃるとおり、非常にその質問多いんですよ。隣のおばあちゃんが介護の2でうちは1と。同じようなことをしているけどと言って、僕当初、大変それは困ったんですけど、一般の方は恐らくきょう僕らが話よることも余りついていけないところもあると思うんですけど、それはもう少しちゃんとしたあれはありますけど、ちょっと一般の方が、だから、心臓病であれ、がんであれ、とにかく身体能力と、それと認知症のことで大別して、それが組み合わさっておりますので、今ほとんど介護度がアップしているのは、身体も衰えて認知症も加わったというところで急にぽんと悪くなったりしますので、それはいつでも申請が変更も可能ですので、比較的用急にやっぱり今変わっている人が多くなっているということで、実際私も血圧で見ている患者さんが突然変なことを言い出したりとか、そういう状況になると思うんで、もし介護度がやはり入所するときとかにはどうしても1からじゃないと入所できませんので、そういう点でお困りなときは、ちょっと見ただけでは、私も見ててそんなに認知はあるかなという、点で見るとだめで1日ずっといるとやっぱりおかしなことを言いよるなど。また、変な話ですけど、これ結局は僕らにもよくあるんですけど、息子はどうも母親を認知症と認識しないんです。いつも僕は殺し文句で言っているんですが、非常に自分の身内の人を認知症と言えないという、そういう面もあったりして、ちょっとそれが一つの今組織立っているいろいろかかりつけ医と精神科と、やはり精神科の先生も多数いらっしゃいますけれども、認知症が専門という方もいらっしゃらないし、やはりそこにそういうふうないろんな項目を合わせてやるということで、実際問題として、時々しか会わない、1週間に1回の人と毎日生活する、だから、娘さんたちは1カ月に1回で来るとか、嫁さんは毎日やったり、嫁さんがやっぱりよく見えています。だから、キーパーソンを嫁さんにしないと、ちょっと大変だということは、私はいつもそう思います。

そういうことで、恐らくお困りの家庭がたくさんいらっしゃると思うんで、ちょっと話は

あれなんですけど、年齢では余り、年齢ではということは60歳からとか……

#### ○委員

90ぐらいになったら、要介護1にぐらいにはなしてもらいたいですねと思って。

#### ○委員

だけど、もう本当に元気にいつまでも運動される方もいらっしゃいますので、その辺、年齢ではちょっと難しいと思います。

#### ○委員

私も審査委員していますけれども、人間ですね、朝目が覚めて、着がえて、そして口をゆすいで、御飯を食べて、そして後片づけをして、掃除をしてというふうに人間として生活していくじゃないですか。それが少しずつ目が覚めて着がえができないようになってとか、御飯を食べるのがどうもぐあいが悪くなるとか、そういうふうな人間としての基本的な所作、動作がだんだん外れてくるほど介護度がひどくなるというふうに理解されてもらったら、ああ、こんなところがちょっとおかしいな、それじゃ介護、支援かなとか、もう全然何もできなくて、寝たきりになってしまって、人間として何もできないのが介護度5だというふうに理解されると、要するに人間としての所作、動作がだんだん失われていくのが介護度が上昇していくというふうに理解されたら、ある程度のところはおわかりになるんじゃないかと思います。そういうふうな審査を我々はしていくわけですから。

だから、そのところで要支援と要介護度がどこが差があるかといいますと、調査項目がいっぱいあるわけですよ。このところでちょっと引っかかってくると介護、支援と介護度が変わってくることで、皆さん方が見られて、何で全然変わらんやないかと言われても、小さい所作がちょっと違くと、そのところが変わってくるわけで、それは審査委員の判定にお任せ願えたらと思います。

#### ○委員

生活ではよう出ているんですよ。ぼけたりなんか、もうおしっこをしたり、でも先生たちのところに行ったら、もうはきはきしているんですよ、何でも。数えもするし、物が幾つあるて、それも全部答えたごとしてですね、でも、私たちが一緒に生活していると、いろいろぼけ、さいふのなかの何のて言うんですよ。病院に連れて行って認定を受けに行くとしっかりしているんですよ。それがちょっとですねと思って。もうそいぎ年齢が90ぐらいになったらですねと思って。

## ○委員

ちょっとぼけたように言いなさいとか昔言う人もおった。こんなこと言っていかんけれども、訪問調査に行くとな。そんなことの時代を懐かしいと思うんですけど、実際、やっぱり一般のメタボみたいな健診で行かれたら、ほとんど普通にドクターと話します。医者も完全にだまされます。だから、審査委員の場合、ドクターが大体1人して80%進行係りするんですけど、例えば、施設長さんとかが詳しいんですよ、その動向はね。医者はあんまりそこまでは無理ですね。

だから、ちょっとしたことのどこかに気づかないとだめだということで、その判定がやっぱり機械任せにならんとだめだということで、今それが少し改善されて、全国と同じにやらずなくちゃいかなので、そこは大体私はもうきれいに今データが出ていると思います。

だから、後の部分はその5人の委員の人でディスカッションやって、要介護1で多数決で決める場合もあります、実際。そのくらいにはやはり今できていますので、もう機械のことはパーフェクトに近いだろうと今は思っていますので、その辺だけ理解していただければ。

## ○会長

よろしいでしょうか。

それでは、次の議題に移らせていただきたいと思います。

議事の(3)介護保険3施設・居住系サービスの整備について、事務局から説明をお願いいたします。

## ○事務局

それでは、資料3の説明をいたします。

1ページを開いてください。

1ページは、資料の1でも述べました参酌標準の一部撤廃についての、これについて改めて記述をしたものであります。

昨年の10月7日、基本指針が改正されまして、施設整備に係る参酌標準が一部見直しをされました。量的指針の条項が一部撤廃ということになりました。このところの下から3落目以降に記載されております総量規制の撤廃ということで書かれておりますが、この総量規制の撤廃は行われていないために地域において定める整備枠の規制は引き続き行われることとなります。それから、総量規制の緩和につきましては、さきに申しましたとおり、行政刷新会議の規制制度改革に関する分科会で検討する事項として現在議論されている段階でありま



す。まだ結論は出ておりませんので、もしこれが緩和がなされるということであれば、法の改正が必要になりますので、そのときにはまた法改正ということで国会のほうで議論をされると思います。

次に、参酌標準の一部撤廃について、この四角の中で囲んだところでございますが、これも先ほど資料1の2ページのところで参考ということで申しましたものを改めて記載しております。

基本指針におきまして、第4期まではいわゆる参酌標準として、以下の3点が示されております。このうち、①番の施設・居住系サービス利用者を37%以下にすることを目標として設定するもの、これは廃止になりました。②番目の入所施設利用者全体に対する要介護度4・5の割合を70%以上にする、及び③の3施設の個室ユニットケアの割合を50%以上、特養の個室ユニットケアの割合を70%以上とすることは継続されているものであります。

先ほど資料1の中で委員の方のほうから御意見、御指摘がありました3施設の個室・ユニット化50%、あるいは特養の個室・ユニット化70%、これにつきましては、県のゴールドプラン、介護保険事業支援計画で定める目標値ということになりますので、県が開催いたします委員会のおり、我々のほうも機会あるごとに要望をいたしていく所存であります。

それから、次のページ、2ページをごらんください。

2ページは、介護保険3施設及び居住系サービスの整備状況を表であらわしております。全国でも相当の整備状況となっております。介護保険3施設、この網かけのところ、書いてあるところが平成21年の10月現在、佐賀県は全国で4番目の整備状況というふうになっております。こうした中で第4期事業計画の中では、新規の整備は行われておりません。参酌標準が示します介護保険施設入所優先度の重度化が進むと、軽度の方の施設入所が困難となります。特に認知症を持っている方の対応が重要となるということで、本広域連合では第4期の事業計画期間中、グループホーム地域密着型サービスについて基盤整備の推進を行っております。施設整備はごらんのとおりとなっております。

次のページをごらんください。次のページ、3ページを開いてください。

3ページは撤廃されました施設・居住系サービスの量の見込みを定めるに当たって参酌すべき標準、いわゆる37%の参酌標準について都道府県別に記載されております。

平成21年3月時点で佐賀県が50%と、ごらんのとおり全国の1番目の数字であります。なお、全国平均は撤廃前の参酌標準と同じ37%というのが全国平均の数字であります。一番少

ないところは東京、大阪の31%です。なお、同時期の中部広域連合の施設居住系利用割合は49.6%でありました。

次のページ、4ページをごらんください。

4ページは介護保険3施設利用者の重度者への重点化と今後の計画であります。

基本指針による参酌標準は、第3期におきまして、入所施設利用者全体に対する要介護4と5の認定者の割合を平成26年度までに70%とする目標を立てており、第4期計画もこれを踏襲しておりました。実際には、平成22年度実績は、ごらんとおり57.3%にとどまっております。この参酌標準は第5期においても引き続き踏襲されることとなりますので、入所施設利用者全体に対する要介護度4と5の認定者の割合を70%にすることを平成26年度の目標とすることになります。

次の5ページを開いてください。

#### (4)佐賀中部広域連合の方向性

ここでは、広域連合の基本的な考え方を示しております。

初めに、第4期計画では、介護が必要となってもその人らしく暮らし続けることができる地域社会の構築を理念として掲げております。ことしの6月29日に総務省が発表した2010年の国勢調査の速報値によりますと、高齢化率は23.1%で、人口のほぼ4分の1が65歳以上と、それから、15歳未満の子供の人口の割合は13.2%とそれぞれ世界最高と最低を更新しております。高齢者の年金とか医療、介護などの費用を現役世代の3人で支える、いわゆる騎馬戦型の社会構造となっているのが今の我が国の現状であります。

また、単身高齢者、夫婦のみの世帯が高齢世帯の3分の2に達しており、家族や地域とのつながりが急速に薄れて孤立化し、日常生活や介護に不安を抱く高齢者が多くおられ、老老介護とか認認介護が社会問題となってきております。その対応が重要なこととなっております。

状況として、高齢者のピークを迎えます2025年をめどに地域包括ケアシステムの実現に向け各種の施策が行われます。

在宅では難しい重度の要介護者は施設入所の優先度も高く、比較的早く入所することができるものと考えておりますが、介護保険3施設は全国平均以上の整備が進んでおりまして、新たに整備するのは厳しい状況であります。また、要介護度が低い方は入所の優先度が低く、在宅生活が長くなりがちであります。一方、在宅生活を継続して望む方も多くおられます。

社会問題になりつつある老老介護や認知介護の対応が必要となります。

方向性として、地域密着型サービス、これは地域資源を十分に活用し日常生活圏域で高齢者の生活を支えるため、第3期から創設されたサービスであります。

地域包括ケアはこの考え方を介護サービスだけではなく、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスまで一体的にとらえたものであります。地域資源の活用と漠然と定義されていたものを地域包括ケアの中で位置づけることによりまして、住みなれた地域で、その有する能力に応じた充実した日常を営むことができるようにするものであります。

地域包括ケアシステムを構築するために、今回新しく定期巡回随時対応型や複合型サービスなどが創設されておりますが、それだけではなく、既存のグループホームや小規模多機能などの地域密着型サービスの活用も必要だと考えております。

国は、地域密着型サービスを重要なものと位置づけまして、地域施設の整備を進めるために交付金の活用を呼びかけております。

広域連合といたしましては、このような交付金活用を視野に入れながら地域に密着した介護や介護予防の観点からさまざまな地域支援を活用することによって地域のバランスのとれた施設整備を目指してまいります。

以上で資料3の介護保険3施設・居住系サービスの整備についての説明を終わります。

## ○会長

ありがとうございました。

それでは、委員の皆様から御意見ございませんでしょうか。

## ○委員

佐賀県は非常に整備が進んでいるということで、今後はそういう3施設はもちろんですけど、特養も老健ももう厳しくなってくれないということで判断していいのでしょうか。

次のゴールドプランで会長になったんであれですけど、そしたら、ほかの例えばグループホームとか、そういうのはまだできる可能性があるでしょうかね。そういうところはいかなもののでしょうか。もうすべて佐賀はもうこれでつくらないというふうな形で進むのか、その辺は、今、県のことじゃないんで中部広域としてはどういうふうなお考えでしょうかね。なかなかクリアするのがもう難しくなってくるだろうと思うんですけど。

## ○事務局

介護3施設につきましては、おっしゃいますように、県の介護事業支援計画ですかね、ゴ

ールドプランの策定委員会で今後、ベッド数を増やすかどうか議論されることになるかと思  
います。ただ、地域密着型のそのグループホームにつきましては、指定権が各保険者にご  
いますので、佐賀中部広域連合としてどうするかということは、県のゴールドプランに反映  
していただけるように意見を言うことになろうかと思ひます。

#### ○委員

先ほど何かずっと、何か読まれとったんであれですけど、地域包括ケアシステムは一般の  
委員の方ちょっと御存じないと思うんで、少しそのあたりちょっと言わんと。突然、地域包  
括ケアシステムが出たり、密着型とか言われても、僕はついていけますけど、地域包括ケ  
アシステムはやっぱり一般の方はちょっとあれなんで、少しその辺はごちゃごちゃなりそう  
なんで、その辺在宅のこと等の話だろうと思うんで、ちょっとわかりやすくやっぱり説明され  
ないとフォローできないんじゃないですかね。

#### ○事務局

わかりました。そしたら、地域包括ケアをちょっとわかりやすく御説明したいと思ひます。

これから高齢者の数が、冒頭で言いましたように、爆発的に増えていくわけですね。団塊  
の世代が65歳、そして10年たつと75歳になってくるということで、そういった方々に必要な  
サービスを届けるために住みなれた地域の日常生活圏域で医療、それから介護、予防、それ  
から高齢者の方々のための住まいの整備でありますとか、多様な日常生活の支援、これは配  
食サービスでありますとか見守りでありますとか、そういったことを一体的に切れ目なく今  
後提供していく社会を目指すと。高齢化のピークは2025年ですね、今から14年後ぐらいです  
から、一遍にはそういったことはできませんので、今後10年ちょっとぐらいをかけてそのよ  
うな在宅の生活を支えるようなシステムをつくっていくというのがこの地域包括ケアの考え  
方でございます。

#### ○委員

結局、皆さんおわかりだと思ひんですけど、国はもうとにかく在宅のほうにすべて進めよ  
うとしていますけれども、なかなかそうはいかない。家族の手前もあるということをやっ  
と私言いたかっただけで、非常にこれから訪問診療とか、訪問看護とか、そういうことが非  
常にウエートが大きくなっていくということで、もう医療なき介護はないということとい  
つも思っ取るんで、ちょっとそういうことで、国はそう言うんですけど、一度入所すると家族  
は楽だし、ああ、このくらいの経費で終わるならということは実際あると思ひます。だから、

その辺はあわせていかないと、これ介護の施設が非常に経営が楽ということは絶対ありませんので、そのあたりがバランス、今言うような形で、やっぱり地域に応じたやり方ということで。

だから、もう国は在宅と言う面もありますけど、なかなか家で看取りをすると、今その問題もまた出てきます。最後になると、県病院か医大に運んでくださいと、最後捨てぜりふみたいに言われますもんで、全くそれまでみてない家族が突然来まして、このままなら嫌ですとか言われて、今そういう状況があります。

だから、非常にこれからやっぱり看取りという問題が施設でもどんどん行われないうけないということですが、そのあたりがトラブルのもとになるということで、今非常に医療関係も困っていますし、できるだけ医療がやはり介護施設にサポートに行くというようなどころも今からでき上がってくると思うんですけど、何しろ来年それが、この震災でちょっと今棚上げ状態になっているのが、これから密接に関係していくと思います。やっぱり医療から介護へというところと、逆の場合もありますから、そういうことで皆さん方も今公的病院に行くと、2週間後には一般の病院に転院してください、半分きずが残ったとしてもそういうことだろうと思いますし、恐らく3カ月したら入院はほかに転院考えてくださいと、それがずっと一般の方が理解しないと非常にこれは困ってしまいますけど、今のところ、そういう介護施設というのは介護度があればいつまでも入所はされるという、そういうある面では利点もありますので、そのあたりが家族がどうとるかの問題で、非常にこの辺が難しい。

だから、こういうことで介護保険の施設ができないもんだから、老人マンションがどんどん増えてきているというのが今の社会状況だと思います。簡単には今の施設には入れないという状況だと思いますので、その辺をよく御理解していただければと思います。

急に何か起こったときに対応が、また、一般の心筋梗塞とか脳卒中と違って、またいろんな誤嚥とか肺炎とか、もちろん誤嚥と肺炎一緒ですが、そういう急変というのがやはりどうしてもお年寄りには起こりやすいということで、だから、地域の先生たちが非常にその辺が今大変な状況になっています。

## ○委員

地域包括ケアシステムの中の定期巡回随時訪問サービスについてのお尋ねなんですけれども、資料4を見ましても介護給付に係るサービスの利用者数及びサービス見込み量の推計の中に夜間対応型訪問介護の数は出ていないということは、中部広域の中では夜間対応の訪問

介護のニーズはないというふうに考えていいのか。もしそうであるならば、地域包括ケアシステムの中の定期巡回随時訪問サービスというのは10万人を単位として1カ所24時間対応の訪問介護、訪問看護をあわせたような定期巡回の随時訪問サービスというふうに考えられると理解してはいるんですけども、そうした場合、夜間対応型の訪問介護等のニーズがないという状況の中で、このサービスを構築していくということになるのか、それとも、今後、さっきおっしゃいましたように、中部広域では地域密着型の中において小規模多機能とか、そういうものをもっと充実させていくのか。もちろん複合型サービスの中には小規模多機能の中に訪問介護を入れ込むというような考え方もありますので、どちらの方向性で中部広域がいかれるのか。もしそうなったときに、さっき言いましたように、夜間対応型の訪問介護のニーズがどれぐらいあって、その中で国が言っている地域包括ケアシステムの中の定期巡回随時訪問サービスというものを組み入れていくのか。実際的にそんなにニーズはないと思っています。

例えば私は、事業者なのでですけども、うちの訪問介護の場合、24時間で訪問介護を言っていますが、ほとんど希望の方はいらっしゃいません。加えて、職員を夜中に訪問させるというのに、すごくリスクが高いなというふうにも考えているんですね。以前1時とか3時とかに訪問介護に行くサービスを受けていましたけれども、そのときには女性の方が多かったんですけど、御主人がそこまで送って行ってずっとついているとか、家族ぐるみで何か対応していただいていたような感じで物すごく心苦しく思ったことがあるんですけども、そういう状況の中で、この24時間定期巡回随時訪問サービスというものを10万人単位で実施するとしたときに、ニーズはあるのだろうか、結局、今聞きましたように、夜間対応型訪問介護のニーズがあるのかどうか、それを踏まえて、そういう訪問看護も、いや、訪問看護は多分24時間のニーズはあるかというふうに感じてはいるんですけども、どのように中部広域で構築していこうというふうに考えていらっしゃるのか、教えていただければと思います。

## ○事務局

まず、夜間対応型のほうの訪問介護からの見込みということで申し上げますと、確かに第3期事業計画、第4期事業計画でもサービス事業所ができるというような計画は立てております。ただ、これはもう国のほうが、委員がおっしゃられたように、10万人とか15万人という人口規模に合わせて、このぐらいあったほうがいいよというものに合わせて中部広域連合でも2事業所を想定しております。ただ、本当に委員がおっしゃられているように、実際、

中部広域連合圏域内にも深夜まで見ていただいている訪問介護事業所が多数あります。ただ、そういう中でも深夜の分の需要、ニーズというのはそんなに高くなくて、実際にケアマネジャーさんがついていらっしゃるんで、訪問介護のそういうふうな対応できる事業所の中でまた深夜の時間帯にヘルパーさんが動いている事例もそんなに多くありません。そういったことで、国が夜間対応型訪問介護にしる定期巡回型にしる、やはり都心部にあるような大型のマンション、あるいは大型の団地の中での動きを踏まえているものだと考えております。

実際に中部広域連合、山間地も持っておりますので、現実的にこういったものがもしできるとしても、本当に佐賀市の駅前のあたりのようなところや、佐賀市や佐賀県が行っている公営団地ですね、そういった一部でのところだけで通用するもので、もちろんそういったものがこの先でき上がってくれば対応しないわけにはいかないと考えておりますが、現時点、一般的な10万人規模、何万人規模というところの団地も中部広域連合圏域内ありませんので、現時点で申し上げますと、具体的にそこのニーズを考えるよりは、今の日常生活圏域、中部広域連合というちょっと都心部ではない圏域に合った、そういった地域に密着するようなグループホームや小規模多機能施設、あるいは認知症デイといった施設を重点的に整備するほうが得策ではないかということを考えております。

以上です。

## ○委員

介護保険が始まる前には夜間にもうちの事業所も行っておりましたけれども、実際介護保険になったらすごく料金が高くて、夜中に1回行くのに日中に5回ぐらい行ける料金だったんですね。それで、2人行っても1人分しか請求しないとか、もうそんならできるだけ12時までに行って、いいおむつもあるし、朝6時ぐらいに行くようにしようといっって、実際ちょっと請求しなかったこともあります。

それで、今資料3の3ページで、東京とか大阪は31%の充足率で、佐賀県は50%の施設拡充があるという中で、多分31%ぐらいのところは地域包括ケア的なことを考えてあると思うんですけども、今これだけ佐賀近郊に有料老人ホームとか、多分グループホームは一応最初は規制なくつくられていたんですけども、余りいっぱいになったからちょっと今規制がかかっているんだと思います。

先日、何かの会合で県の方が説明されたときに、有料老人ホームに関してえらくできているけど、規制はないんですかと言ったら、それはまた福祉課じゃなくて、何とか何とかと関

係しているから、もうとにかくつくり放題でいいです、いいですと言ったらおかしいですけど、そういう回答だったんですね。でも、この人口に対して今きちんとしたものだって50%、全国でいけばすごい水準にある上に、いっぱいできていますので、そういうのも活用しながら地域包括ケア、中部広域に合った包括ケアをしないと、皆さん共倒れになるんじゃないかなという懸念を私自身持っております。

それから、資料2の4ページ。先ほどの話の中に、21年度に地域包括支援センターをつけたからぐっと認定率が上がったというお話で、地域包括ケアの代表といたしましては肩身の狭い思いをしておりますけれども、この資料2の4ページの上のほうの介護度別の認定審査のパーセントが出ていますが、ほとんど要介護1から要支援1、介護度が低い人たちの数がすごく多いんですね、認定者の中には。そういう人たちをいかにその程度でおさめるかというのが一番大事なことですし、今そういう施設が、有料老人ホーム等いっぱいできておりますけれども、要介護度の軽い人たちは介護保険の給付も結局少ないですが、経済的になかなか入れない、要介護度なくてもそういう有料老人ホームに入れるよと言ったって、介護度が少なくて入れないとか、お金がかかるというかな、だから、在宅でいかに支えるかといったときに、今要支援2ぐらいの人は週2回予防給付受けられるとかありますけれども、何とかそういう元気に過ごしていただくために、今佐賀市ではそういう、例えば改正をやっているとかあるじゃないですか、要支援の人たちが行くサービス等をなさっていますけど、多分そういう地区の人は案外元気に過ごしてあるんじゃないかなというふうに思えるんですね。そういうのをいっぱいつくって行って、とにかく在宅で過ごすに当たって、子供じゃないですけども、日中は保育園に行くじゃないですけども、そういうことで夜お泊まりするだけとか、在宅で過ごしていただくためには何かそういうふうな仕組みを持っていかないと元気で過ごされないんじゃないかと。

私も認定審査委員をやっておりますが、95歳で非該当とか、95歳で要支援1とか出る人がいるとすばらしい、おめでとう、そういう人たちが非該当になられたりするんですね、要支援1で、多分週1回サービスを使われているから要支援なのに、元気になられ過ぎて非該当と、95歳で非該当、ちょっとこれはあんまり酷じゃないとか、要支援2の人が要支援1になると、この人たちは2回行っているからこれだけ元気になられたんだろうから、これが要支援1になって1回よって言ったら、すぐ要介護1になられるんじゃないかと非常に邪推をしながら認定審査委員をやっておりますけれども、やはり地域でいろいろ考えられるなら、



都会の31%しか充足率がないところの人が大多数で考えられていることと、佐賀みたいに50%の充足率であれば、独自にそういう施設が十分ある上にいっぱい有料老人ホーム等もできているこの環境をつくりながら、夜間巡回ですね、そして、ちょっと話に聞きますと、都会の中で言われているのも大きなマンションに、そういうところにそういうユニット、地域包括ケアをするじゃないですか。夜間も行きますよという、今小規模多機能が余り評判がよくなかったのは、囲い込みだったんですね、そこのサービスだけしか使えませんよというのでいっぱい使いたい人が足りないとか、そのサービスがこれだけじゃ足りないからその会員になれないとか、そういうふうなことがあったと思いますけれども、その包括ケアにおきましても、たくさんその利用者を集めても、そこの独占じゃないですか。そしたら、夜中も行きますよなんて言っても、余り夜中に行かなくていい会員さんを集めるとか、丸めじゃないかという話もあるんですね。

先ほど言うように、夜中に1回行ったら日中の五、六回分あるような高い報酬じゃないんじゃないかなと思うんですね。だから、そういうふうなことで事業者の人たちも乗ってこられるか、乗ってこられないかですけれども、そういう丸めになったら、賢い事業者の人が住民のためにならないというですかね、いや、夜中も行きますよと言っても需要がないようなお客さんを集めるかもわからないとも言われていますので、その辺はじっくり考えながら計画を立てていただければうれしいと思います。済みません、長く。

## ○委員

前日も言ったかと思うんですけれども、これはいわゆる実態調査を踏まえた上で、次のいわゆる第5期の事業計画を策定するというものですが、前日も引用させていただいて思うんですけれども、この実態調査とこの計画とが連動していないというか、例えば制度改正というのがあって、それに向けて少し前からどういった形で制度改正が行われるかというのは示されます。それに沿った実態調査をした上で計画を立てていかないと、そこの地域に、何といたしましょうか、合った形の計画でできないんじゃないかとも思うんですね。ですから、例えば、先ほど委員のほうからニーズがあるかどうかということでありましたけれども、そういった調査というのもあっていないと思います。その前の第4期のときも、その前ですかね、いわゆる地域密着型というときも、結局、そういった制度化されるからそういう事業者は手を挙げてくださいというようなところから出ますので、この策定委員会というものがもっと、何といたしましょうか、有意義なものになるためには、そこらあたりのニーズ調査とい

うものが非常に重要視されるかなというふうにちょっと密かに思っているところです。

今度の地域包括ケアシステムについても、先ほど事務局のほうからの説明がありましたけれども、国が示す制度ということで、非常に当初から現実的ではないような感じの説明をされて、私たちもそう思うところがあります。地域密着のときにもそういうふうに感じました。制度化されると、やっぱりその方向性で動かざるを得ないということで、個室、ユニット型もそうなんですけれども、今回の地域包括ケアシステムについては、いわゆる地域密着とか地域包括支援センターの創設というのが布石にあって、もう前々からその方向性というのは大体わかってはおりますけれども、非常に現実離れしているというか、この都市型か、いわゆる地域型かというようなことで、非常に実現する可能性といたしましうか、そういったものと、それから、地域住民の方に納得していただけるかという部分についてもかなり格差があるかなというふうに思います。

ですから、いわゆる地域福祉の充実ということが非常に言われておりますけれども、そこそこの県や行政単位の地域に応じたサービスのメニューというか、それから事業所の施設の整備というもの、そういったものが非常に求められるかと。

私たちもその制度改正のたびごとに方向性を示されて非常に、何といたしましうか、もろ手を挙げてやろうやろうという感じにだんだんならなくなってきたという現実があります。非常に事業者としては厳しい状況でありますので、そこらあたり非常に地域に根づいたということを考えるときに、保険者の皆様方もそこらあたりのところを重々御理解いただいて、事業計画というものを、策定委員会とともにつくり上げていくものかというふうに思いますけれども、そこらあたりを重々よろしくお願ひしたいというふうに思います。

それと、資料3の1ページの参酌標準の一部撤廃についてというこの1番については、これは撤廃になったんですね。26年度から37%以下というのが撤廃になったというふうに理解してよろしいんですか。これは関係ないというふうに思っているんですね。これちょっと何か非常に勘違いするようなあらかわし方かなというふうに思うんですけれども。パーセントは関係ないと。(「地域の実情にあった」と呼ぶ者あり)ということですよ。

いや、最初の説明とちょっと違うかなというふうに思いましたので。

## ○会長

県の総量規制のほうは撤廃になっていないので、介護保険組合としては参酌標準がなくなっただけなんですけれども、県のほうでの調整が入る可能性はあるということではないでし

ようか。

事務局お願いします。

### ○事務局

先ほど会長のほうから申されましたように、参酌標準のいわゆる37%につきましては、昨年10月に既にもう撤廃がされております。しかしながら、この資料3の(1)の一番下から2行目ですね、総量規制の撤廃は行われていないため、地域において定める整備枠による規制は行われることとなりますということで、総量規制というのは介護保険事業計画、これに定めました定員数に達しているかどうかを、申請を認めて新たな介護保険施設を規制すると定員数を超えるというふうになりますので、介護保険事業計画、あるいは支援計画をつくる県、市町村、保険者がその指定のほうを拒否できるという制度であります。その総量規制がまだ残っているということになりますので、37%は撤廃されたものの総量規制が残るから規制がそのまま残っているということになります。

### ○会長

それでは、次に、進めさせていただきますけれども、議題の4ですけれども、この資料は後でお読みいただければよろしいかと思っておりますけれども、計算式に基づいてそのまま議事の2、3で説明された将来の高齢者人口数とか要介護の認定者比率というのを代入して給付サービス量の見込みを示されたものです。

ざっと見ていただきまして、委員の皆様から御意見、御質問ありませんでしょうか。議事の4ですけれども、これはそのまま計算式であらわしたものというふうにお考えいただきたいと思っております。

意見としては、議事の1から3まで委員の皆様からいただいた意見と重なる部分もかなりあるかと思っております。

事務局から何か補足説明はありますか。お願いします。

### ○事務局

補足といいますか、この表の見方、さっき会長のほうからお話があったとおりに、今までのお話をした認定者数の増加等の見込みに過去の実績から金額を出していったということで、今までお話等がいろいろあったような施策等の要件等は特にここには加味をしておりません。ということで、きょうここにお示ししている分は人口推計から認定者数の推計をして今までの実績に応じて金額を出したものであるということで、先ほどちょっとお話があったように、

巡回型入れないのかとかあったんですけど、そういった過去に実績がないものは入れておりませんので、今後その施策的な部分については入れていくということになりますので、今、会長の話が合ったとおりに、今は実績がある分にその数値を掛けていっただけということの表にこの分はなっております。今後施策の分については加味をして議論していただいて加えていくという話になると思いますので、よろしく申し上げます。

## ○会長

よろしいでしょうか。委員の皆様から御意見ございませんでしょうか。

一応、議事の1でありましたように、将来の要介護者数の推計につきましては、保険料の算定にも影響しますので、平成21年度包括支援センターを増設されて、一時的に相談が増えた要因が考えられますので、ぎりぎりまで見込みを留保して、よりなるべく正確な数に近づくような形で将来見込み数を求めたいということでございます。その点をご了解いただきたいと思います。

では、最後に議事の5、その他に移らせていただきたいと思います。何かその他御質問、御意見ございませんでしょうか。

御意見ございませんでしたら、最後に事務局何かあります。

## ○事務局

事務局から御連絡とお願いが1つあります。

初めに、さきの前回、第1回目の策定委員会の折に、委員のほうからお尋ねがありました高齢者要望実態調査の連合単独の質問事項ということで、「もっとサービスを受けたいが受けられない状態とは」ということのお尋ねがあったと思います。この件につきまして、あす7月29日にこの件の調査を行いたいと考えております。7月29日に対象者約200名につきまして郵送で発送をして、回答期限を8月12日までということで調査を行います。その調査の分析等は次回の第3回の策定委員会の折に皆様方にお示ししたいと考えております。

それから、次回の策定委員会の日程についてでございますが、今回は、9月27日、火曜日の午後3時から、場所は当会場であります佐嘉神社記念館、ここを予定しております。

なお、開催通知につきましては、後ほど改めまして皆様のほうに郵送させていただきます。

以上でその他の連絡事項を終わります。

## ○会長

議事のほうはこれで終わらせていただきますけど、事務局。

○事務局

それでは、これで本日の会議は終わらせていただきます。

委員の皆様お疲れさまでした。

午後4時38分 散会