

第4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11月28日（月）15:00～

佐嘉神社記念館 3階

【出席委員】

古賀会長、上村副会長、光藤副会長、秋次委員、石丸(孝)委員、石丸(義)委員、
大川内委員、木村委員、久保委員、倉田委員、古宇田委員、實松委員、凌委員、
藤佐委員、豊田委員、中下委員、鍋島委員、橋本委員、平松委員、藤岡委員、
藤委員、堀委員、松永委員、吉田委員、野口委員、益田委員 26名

【欠席委員】

岡委員、北川委員、久野委員、中村委員、平山委員 4名

【事務局】

御厨副広域連合長、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、
石橋総務課庶務係長、熊添総務課行財政係長、野口業務課賦課収納係長、
東嶋介護認定第一係長兼障がい認定係長、太田認定審査課認定調整係長、
坂井給付課給付係長、梶原、溝上

午後3時 開会

○司会

定刻となりましたので、第4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えます。

私は、本日の会議の進行をいたし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たします。

それでは、第4回目の事業計画策定委員会の開催に当たりまして、副広域連合長の御厨からごあいさつをさせていただきます。

○副広域連合長

皆様こんにちは。皆様方にはお忙しい中、第4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。

まず、皆様方には日ごろから本広域連合の介護保険行政に対し、一方ならぬお力添えを賜っていただきますことに対しまして、改めまして厚く御礼申し上げます。

この策定委員会も本日で第4回目を迎え、深い御審議となっております。10月には分科会も開催していただき、本広域連合の住民の方々にとって事業計画がより有意義なものとなるとの御意見もいただいております。現在、高齢者が介護が必要になっても、それぞれでできる限りの自立した生活を送ることができる社会の構築が必要となっております。そして、この介護保険制度がそういった社会構築におけるその責任の一端を担っているものと考えております。2025年に向けてのこのような社会構築を実現するために、地域包括ケアという体制を構築する必要があるというふうに考えておまして、この超高齢化社会を支える仕組みづくりを恒久的なものとする必要があると考えております。このためにも高齢者を地域で支え合う仕組み、また、高齢者の方々が自立した生活を送るための介護予防の仕組み、それぞれの高齢者の方々が個別に望む生活を送ることができる仕組み、いろいろな仕組みが必要であると思っております。

この仕組みづくりを佐賀中部広域連合という地域を考えた上でつくり上げていくためには、策定委員会の委員の皆様さまのさまざまな分野からの意見、御審議をいただくことが必要だと考えておまして、このような御審議を踏まえた上での策定される第5期介護保険事業計画に基づき行われる介護保険運営が高齢者の皆様方の生活を支える生活を支える役割を担うことができるものと考えております。加えまして、その実現はいろんな分野からの御協力があれ

ば、よりすばらしいものと考えております。

最後になりますが、本日まで御審議をいただきましたことに対し感謝申し上げますとともに、これからの御審議に対しまして、より一層の御協力をお願い申し上げます、ごあいさつの言葉とさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○司会

これから議事に入りますが、副広域連合長は別の用務のため、ここで退席させていただきますと思います。

今回の議事につきましては、介護保険制度全般に係るものとなっております。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、古賀会長にお願いすることになります。古賀会長、どうぞよろしくお願いいたします。

○会長

それでは、早速議事に入らせていただきたいと思います。

議事の(1)「分科会の意見総括について」、先日、各分科会に分かれて熱心に御議論いただいたと思いますけれども、その2つの分科会の意見の総括と、それに対する対応について事務局のほうから説明をお願いいたします。

○事務局

資料1の分科会の意見の総括について御説明をいたします。資料1を御準備ください。

初めに、第1分科会は10月24日月曜日、第2分科会は10月27日木曜日、それぞれ午後3時から佐嘉神社記念館で開催をいたしております。第1分科会の座長は上村副会長、副座長は橋本委員、以下16名で構成をしております。このうち1名は第2分科会の委員の方が入っております。なお、当日の欠席委員は2名でございました。また、第2分科会の座長は古賀会長、副座長は光藤委員、以下16名で構成しております。当日の欠席委員は5名でありました。

それでは、1枚めくっていただきまして、第1分科会における総括をいたします。

テーマは、これからの介護サービスのあり方についてであり、御審議した御意見等について報告をさせていただきます。

分科会の意見総括でございますが、全文読み上げさせていただきます。

今回の第5期介護保険事業計画策定では、超高齢化社会を支えるという直近の課題に取り

組むだけではなく、これからの超高齢化社会に対応できる持続可能な制度を確立するという
ことも非常に重要な課題となっている。

また国は、地域包括ケアシステムの実現という将来の社会保障の方向性を打ち出している。
こうした点も踏まえ、より住民のニーズに沿った事業計画を策定する必要がある。

意見総括に対する対処方針は以下のとおりです。読み上げます。

今後新規での施設整備は非常に厳しいことを踏まえ、入所待機者や在宅生活者のニーズに
あった様々な在宅支援サービスの充実や、社会問題となっている「老老介護」や「認認介護」
への対応を行っていく。今後はこうした事業活動を視野に入れ、地域に密着した様々な地域
資源を活用することで、域内22カ所の日常生活圏域でバランスのとれた地域包括ケアシステ
ムの実現を目指していく。グループホームの増床は、必要である。

各委員からいただいた意見は、次の四角で囲んだ部分に主な項目ごとに列記をさせていただ
いております。主な御意見を読み上げさせていただきます。

新しい地域密着型サービスの導入については、事業所間では非常に難しいという話が出て
いる。

新サービスに参入するには、事業経営を考えて参入する。介護3施設がふえない状況では、
在宅サービスにシフトすることを考えると、新サービスを前提とした地域包括ケアの構築を
進めなければならないと考える。地域性を十分にとらえて進めてほしい。

次に、小規模多機能居宅介護複合型は、佐賀中部に適していると考えますが、いずれにして
もニーズが必要である。医療というバックアップがなければ、介護は発展しない。

今後施設整備を進める際には、きちんとした考え方、あるいは規制をつくって進めていか
ないと介護と医療の境目がなくなり混乱してくる。これからは要介護者も重度化していくの
で、医療と介護の連携が強化されるべきである。

介護保険3施設については、増床を望む気持ちはある。全国的に見て整備率が高く、増床
しがたいのはわかるが、県に向かっては要望を上げてほしい。

次のページを開いてください。

他の検討された意見を記載しております。

初めに、定期巡回・随時対応型訪問介護、複合型サービスについて。

委員の意見は2点ほどございました。

1点目は、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスについては、佐賀中部では訪問に係

る時間的なものが非常に難しいと考える。また、地域包括ケアにおいては、サービスつき高齢者住宅という概念もある。特別擁護老人ホームがこういった役割を担っていくのか。

次に、新サービス（複合型）は、果たして整備が進むのか。訪問看護を付加しても事業が成り立つのも難しい。まして、介護や医療の人材不足は深刻であるので、事業所開設も難しい。

これに対しまして、事務局の考え方ではありますが、2025年に向けた地域包括ケアの構築の第一歩であり、第5期間中に完成を目指すものではない。佐賀中部では、今後小規模多機能型居宅介護複合型サービスが主軸になるものと考えており、このようなサービスが進展していくよう規制緩和や報酬改定が望ましいものと考えている。

以下、次のような御意見が寄せられました。

施設整備の方向性については、介護保険3施設は、当面設置が難しいということであるが、これだけの待機者がいるというのは、いまだに不足しているあらわれではないか。今後、施設入所のニーズはふえていくだろうと想像できる。

次に、介護力不足などの理由で在宅で過ごせない高齢者が多いが、本人は自宅で過ごしたいと希望する方が一番多い。こういう社会状況の中、制度が現実にそぐわない、法の整備がかみ合っていない印象を受ける。広域連合の中では、できるだけ我々の意見を尊重したサービスの提供を考えていただきたい。

次に、託老所のチェック機能について。

託老所は、医療連携の強化と言われている中で、逆行する動きがあるが、この流れはよくないので、きちんとしたチェック機能を持ってほしい。

次に、介護・医療体制の整備であります。

現在、特養は嘱託医が、老人保健施設は常勤医師が配置されている形である。医療が高度化し、介護が重症化している中では介護だけでは対応が非常に厳しくなっている。医療がバックにないとだめだと思う。

誤嚥性肺炎、骨折などのアクシデントが多くなっている。病院で急変しても対応できるが、介護施設で急変すると対応できないことも多く、家族間とのトラブルもある。今後は病院以上にプレッシャーがかかる。そのため看護体制や医療体制が整わないと、簡単には整備できない。

最後に、介護職員の処遇であります。

介護職員処遇改善交付金が交付されるようになってきているようだが、それでも不十分である。今後も十分に対応されるのか、対処はどうなっているのか。

他の検討された意見として、以上の御意見が寄せられております。

これで第1分科会における意見総括を終わります。

○事務局

引き続き、第2分科会における総括の部分になります。

意見総括については書き上げているのを読み上げたいと思いますが、今年度は、第5期介護保険事業計画策定と同時に医療と介護保険の診療報酬の同時改定の年でもあり、そこで打ち出されているのは医療と介護の連携である。特に地域重視、在宅重視の方向性が明確にされ、それを強化していくということと、介護保険の分野では地域包括ケアという形でそれを具体化するということが方針として出されている。本事業計画にもそれと連動した形で地域での支援を計画に反映させていかなければならないと思っている。今回の計画の中から新たに導入された介護予防・日常生活支援総合事業に関しては地域独自の取り組みができると思うというような総括になっております。

この意見総括に対する対応方針として、地域支援事業として4項目を掲げました。それを推進していくということで、①介護予防の推進ということで、介護予防の重要性や介護予防に対する知識を普及啓発するとともに、介護状態になるおそれの高い人を早期に把握して介護予防の支援を行うということ。2項目めで、認知症高齢者等への支援ということで、認知症に対する知識、理解を深めることを普及啓発し、相談体制の充実、地域で支える体制づくり、3点目として、地域で支える高齢社会の基盤整備ということで、ひとり暮らし高齢者や高齢者のみの世帯等が住みなれた地域で安心して生活をするための地域で支え合う体制づくり、地域包括支援センターを核とした地域のネットワークづくり、ボランティア等の人材育成、活動の支援、成年後見制度など多様な生活を支援する仕組みの整備、4点目として、生きがいくつくりと社会参加の推進ということで、ボランティア活動等を通じた高齢者自身の健康増進や介護予防、生きがいくつくりを推進するという方針を定めております。

また、各委員さんからの意見として、実態調査の中から、80歳を超えると認知症とか運動機能の低下が顕著になるので、社会参加がしづらくなるような傾向がよく出ているということ。

2つ目、介護認定で非該当になっても、さまざまな支援が受けられることを非該当になら

れた方にも説明をして啓蒙を諮っていただきたい。

介護予防、いわゆる佐賀中部広域と構成市町でやっている事業の部分で仕分けがもう一つされていない感じがするので、高齢者保健福祉計画と一緒に連動してやっていくことは、どこでも一緒だと思うけどちょっとわかりにくい感じがするというような意見がありました。

要介護度が高くなる要因は高齢者が身体衰弱の要因になることであり、身体機能が低下すると閉じこもりとかうつ状態にもなるので、認知症を促進する一番強い因子になるので高齢者の移動支援のほうも認知症の予防では重要であるから、構成市町のほうにこの点の足の確保という意味でも伝えていただきたいという意見がございました。

あと、そのほかに検討された意見として、地域包括支援センターについて、実態調査の結果では、相談相手の中で、地域包括支援センターが相談相手であるという回答は全体の2.1%で、要支援者の中だけでは8.7%だったが、この8.7%は高くないので、もっと地域包括支援センターの周知徹底のあり方を進めていくということが大事であるという意見でした。

各事業の効果が上がっているかということで、介護予防事業がいろいろ構成市町の中でされているけど、効果についてどれぐらい効果があったか、その中で要介護、要支援の状態が改善しているかということが大事であるので、評価をすることが大事であるという意見でした。各事業の評価を広域連合でもした上で予算化する必要があるということでの御意見がございました。

介護支援ボランティア・ポイントの制度についての御意見の中で、ボランティアを今後育てていく上で介護保険の中で中部広域連合の中でこのポイント制にすればいいけど、既にある既存のボランティアとの位置づけの区分はする必要があるという御意見でした。

また、介護支援というものの線引きとか定義を明確にした上で検討していくことが大事であるということです。あといろいろ、創意工夫で相互の助け合いが必要だが、一つの動機づけとしてボランティア・ポイント制を導入することはいいことである。ただ、この有償、ある意味ボランティア・ポイントを付与しますので、有償ボランティアという対象にするというのは慎重に吟味した上で導入を進めることが必要であるが、項目出しという点ではいいと思うという意見もございました。

また、高齢者自身が地域の活動とか社会に参画するということが高齢者自身が元気になる。そのやり方の一つがボランティア・ポイントということであるので、元気老人とか、元気老人づくりというのでは介護予防の一番になるのではないかというような御意見がございまし

た。

以上です。

○会長

ただいまの事務局の説明に対しまして御質問ございませんでしょうか。

各委員の皆様——どうぞ。

○委員

私のほうは2分科会のほうに参加していませんでしたので、今報告されている分で、私どもの石丸会長のほうも出ておりましたので、話は聞いておりましたけれども、最後に報告があった介護支援ボランティアのポイント制度についてちょっと不安を覚え、業務のこともあるんですけど、ちょっと不安を感じています。といいますのが、1つは、ポイント制をすることによってということで、資料では保険料負担が軽減されることとなるけれども、保険料賦課自体を減額するものではないというのを書いてはあるんですけども、当然1号・2号保険者、どちらがやった場合にポイント制に該当するのとか、あるいは1号、2号に限らず今度はそれ以外の人たちが活動した場合とのすみ分けですとか、あるいは、その活動の質、量、それをポイントにどういうふうに還元させることができるのか、そのあたりのことをきちんと詰めていかないと、要は、内容的には地域通貨の考えと似たような考えだと思うんですけども、ちょっとポイント設定非常にいいようなんですけれども、それをだれが評価して、どういうふうに還元するのかという部分になると、それがお金にかわる、結果的にはお金の換金されるような形にとらえられてしまうと非常に評価が難しいし、実際にやって、地域通貨の部分で、以前、合併前に大和町が地域通貨に近いような動きを、ボランティア・ポイント制をやっていたんですけども、なかなか根づかなくて、合併時に結果的には換金する方法とかの問題等もあって非常にごたごただったというボランティアの中で、という経緯もあるものですから、取り組むこと自体、結局、いろんなボランティア活動に1号保険者、あるいは2号保険者が参加すること自体は非常にいいことだと思うんですけども、そのあたりの仕組みをきっちりつくっておかないと利用者側、あるいはボランティアする側は非常に混乱するんじゃないかなというように気がしておりますので、乗っけてもらうこと自体は非常にいいことだと思うんですけども、そのあたりを慎重にやっていただければというふうな感じがしております。

○事務局

ただいまの御意見に対する御回答と申し上げますか、現在、ボランティア・ポイント制度自体は全国でも幾つかの団体で行っているところがございます。また、県内でも施設だけで行っているところが唐津市が行っています。実際ボランティアをされる人自体の介護予防につながるというのが第一義ということになるかとは思いますが、対象者は65歳以上の第1号被保険者になるということで現在しています。この分については、佐賀県全体、きょう倉田先生のほうお見えですけど、佐賀県全体でも同時に進めるということで、ことしの秋から検討委員会が開かれて、県内なるべく一斉に、今やっていないところはしようということで、佐賀中部は第5期、来年度からしようということを最初に決めていたんですが、その9月の会議以降、佐賀県全体でも一緒に取り組みたいということでされています。

最初は在宅の人という話だったんですけども、佐賀中部だけで考えたときは在宅の人に、じゃだれが行ってもらおうとか、在宅の人がどういうニーズを把握しているのか、どういうニーズがあるのかという把握をすることが非常に難しかったので、まず施設に入所されているところにボランティアに行ってもらおうという部分を先にやろうということで決めていたんですが、佐賀県全体で一緒にやろうということでの話し合いが今なされておりますので、スタートが来年になるかわかりませんが、いずれにしろ、施設の分には来年度からでも進めたいということで私どもは計画をしているところですけど、最終的に上限を全国的にやられているところを含めて年間で、金額にすると5千円というところがマックスでやられておりますので、そういったところへ社会参加をしていって出ていってもらってボランティアをもらうということが最終的にはポイントにもつながるという形での取り組みを現在検討しているところです。

○会長

ほかに、委員の皆様から御意見ございませんでしょうか。

○委員

私は第1分科会に参加をいたしました。総括ということで今御説明をいただきましたけれども、今後、介護保険3施設の整備はもう難しいと、整備率からして。それにかわる形で定期巡回や随時対応型訪問介護、複合型サービス、どちらかという複合型サービスを強化していくとか、そちらのほうに力を入れるということでございました。地域包括ケアの実現ということでそういう御説明をいただいたかというふうに思うんですが、その整備についても来年からすぐするというのではなくて、2025年に向けたというふうなことで説明を受

けました。早急に整備をしないということではございますけれども、その施設整備を、3施設を整備しないということは2025年がピークで、その後はもう減る一方だから、そうそう介護保険3施設をつくっても後が空っぽになるというか、そういうことでほかのもので対応するというふうに説明を受けたと思うんですけれども、ただ、2025年までとなりますと十数年あります。今もずっと要介護、高齢化は進み、要介護高齢者はどんどんと年々ふえてきておりますが、保険3施設は打ちどめ、グループホームは整備すると、増床は必要であるということではあるんですけれども、そこらあたりのますますふえていく、その方たちを地域包括ケアも早急には整備しないということですので、その間がどうなるのかなというのが非常に心配なところではあります。そこをちょっと検討する必要があるし、そのあたりのところを御説明いただくとありがたいと思います。

以上です。

○事務局

御承知のように、介護3施設は要介護2から要介護5の方に対して佐賀県は50%以上のベッド数ということで全国でトップであるという資料はこれまでの審査会でもお出しをいたしました。当然介護3施設を整備いたしますと、住民の方の保険料にもはね返ってまいります。そういったことを考えますと、要介護2から5の方の半分が今ベッドがあると、それで、全国トップであるということを見ると、これ以上整備を進めて、待機者は確かに減るかもわかりませんが、保険料も片方でどんどん上がる、要は高負担、高サービスというのが住民の理解を得られるのかと、今このように年金も下がっている状況下でですね、そういったことで、第5期においては介護保険の3施設の増床というのは難しいだろうと。ただ、グループホームにつきましては、私どもの実態調査で177名の待機者の方のうち三十四、五%の方が居場所が自宅で1年以上グループホームの入所申し込みをしてグループホームに入所できていないと、60人余りのそういう方がいらっしゃいますので、グループホームへ入所申請して1年以上お待たせするというのはちょっと余りだろうということで、グループホームは計画的に第5期も整備をしていきたいというふうに考えているところでございます。

そして、2025年、今2011年ですから、2025年までに完成、この地域包括ケアシステムの完成を目指すというふうに言っておりますけれども、当然随時巡回、随時対応型の訪問介護でありますとか、複合型ですね、小規模多機能に訪問介護をくっつけた複合型のサービス、これは今度新しく新サービスとして加わったものでございますけれども、在宅で要介護4・5

の方をなるべく長く見ると、在宅の限界点を上げるという趣旨でこういったサービスを設けられておりますので、できるだけ早く定期随時巡回型訪問介護・看護並びに複合型サービスは整備はしていきたいというふうに考えております。2025年まで、だから何もしないかという、そういうことではなくて、できるところから整備をしていきたいというふうに考えております。

○委員

ありがとうございます。で、追いつきますかね。どちらかというところぼつぼつというような感じの印象を受けるんですけども、それで大丈夫なんでしょうか。

それと、介護保険3施設をふやすと、介護保険料に云々とおっしゃいますけれども、これはグループホームを増床したり、それから複合型とか整備しても、それは金額的に違うかもしれないけれども、保険料にはね返るということについては変わらないこととありますよね。ちょっとそここのところが今後、そして、複合型とか定期巡回とか、こういった地域包括ケアとして地域で支え合うということはこれから非常に大切だなというのは思うんですけども、事業としてこういうのがこの佐賀県でどれくらい整備できるのかなというのが現実的に非常に疑問だし、不安にも思うところなんです。そこらあたりを十分検討しておかないと、本当にサービスを必要だけれども受けられないという方がたくさん、ますますふえてくるんじゃないかというふうに非常に危惧しているところなんです、よろしくをお願いします。

○事務局

この介護保険サービスですね、2000年にスタートしまして11年たったわけでございますけれども、全国的には給付費が年間約3.5兆円でスタートをして、直近のデータによりますと、年間7.9兆円の給付費になっております。2025年、今から14年後ですね、団塊の世代がすべて75歳になる2025年には現在の7.9兆円の給付費の見込みが約20兆円、さらに3倍近くふえるというふうに見込まれております。したがって、そこら辺のどのようにサービスを提供しつつ、なおかつ1号被保険者、2号被保険者の方の利用料、特に2号被保険者の方は年金が主な収入源でございますので、そこをどのように、今、月4,292円、ここら辺が限度だと思えますけれども、今の状態を保つと。ただ、自然増だけで考えれば、7.9兆円が20兆円に14年後なるわけでございますので、何でもかんでも今のサービスを、待機者とかいるからふやしていくということをするれば、当然介護保険も2倍、3倍になってくるというような状況になってしまうわけでございます。

介護保険につきましては、御承知のように、サービスは民間事業者の方が主になって行っていただいておりますので、そういった定期巡回随時対応でございますとか複合型施設、そのようなニーズがあれば利用者が当然出てくるわけですから、事業としても採算がとれるようになってくれば事業者の方も手を挙げていただけるんじゃないかなろうかというふうに考えております。

そういった中で、分科会で申しました定期巡回随時対応型といいますのは、1回15分ぐらいの訪問を一日に五、六回すると、採算ベースに乗るには40世帯から45世帯ぐらいと契約しないと難しいだろうということで、都会の例えば高齢者専用賃貸住宅みたいな100戸建てのマンションで、そのうちの45世帯と契約すれば1回15分を1日に5回も6回も、そしてなおかつ随時も対応することは十分可能でしょうし、採算もとれるかと思えますけれども、佐賀の場合ですと、比較的一戸建てが多いわけでございますので、家から家、10分15分かけて四十数軒を1日5回も6回も訪問介護できるのかということで、巡回型よりも複合型ですね、小規模多機能に訪問看護をくっつけたほうが佐賀中部の実態に合っているのではなかろうかということで前回申し上げております。

これから確かに団塊の世代が65歳になりましたので数はふえてまいります。したがって、2025年までに完成というふうに確かに前回申しましたけれども、そこを待たずに当然ニーズがあるところには経営として成り立つような利用もあるでしょうから、なるだけ早くニーズに合ったような施設整備はしていかなければならないというふうに考えております。

○会長

それでは、ただいま御意見いただきましたので、それぞれの分科会の意見については本策定委員会の意見として採択し、また、その対応方針について策定委員会として承認をすることよろしいでしょうか。皆さんの御異議ございませんでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○会長

では、意見の総括の採択と対応方針の承認をさせていただきたいと思います。

それでは、引き続きまして、議事の(2)「介護保険サービス給付費の推計について」、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局

では、資料2のほうをごらんいただきたいと思います。資料2は介護保険サービス給付費

の推計についてということでございます。

ページをめくっていただきますと、目次のほうに書いていますが、介護保険サービスの推計をまず書いて、その推計方針と介護サービスの総括、合計の分を上げています。2番目に介護保険の施設サービスの給付費をサービス別に上げております。3番目として、居宅サービスと地域密着型サービスの給付費をサービス別の推計という形であらわしております。

それでは、1ページのほうですが、この分につきましては、介護サービス給付費の推計の推計方針ということで、ここの分は第2回の策定委員会のほうでもお示ししておりますけど、第5期の事業計画の推計については、高齢者人口、要介護認定者数の推計、それに介護給付にかかわる各サービスの利用率とか1人当たりの利用回数、日数などに基づいてしているということで、まず①の施設・居住系サービスの推計は、26年度目標に向けた施設・居住系サービスの利用者数を書いていると。これは第2回の資料4のほうでもお示ししております。2番目として、それ以外の在宅サービス等の事業量の推計については居住系の利用者を減らした認定者数に実績等に基づいて受給率を掛けてやっていますということで、一番下の表で見てもらうと、グラフというですかね、図で見てもらうと、全体が認定者全体だと仮定すると、左半分が施設・居住系のサービスを利用している人たちを書いています。その残りが居宅というか、在宅されている人ですけど、そのうちですね、下の一部書いてはいますが、認定を受けても利用をしていない人がいらっしゃいますので、その率を掛けてるのが利用率という形で推計をやっているという、これが第2回のほうでも御説明していたところです。

次、ページをめくっていただいて、2ページの分については、介護報酬の地域区分ということで、この分は資料3の保険料のほうであわせて説明をしたいと思っておりますので、ここでは飛ばしていきたいと思っております。

次の介護サービスの推計ということで、先ほど言いましたように、施設の分の給付費の…（「今どこを説明しているんですか」と呼ぶ者あり）今3ページ目です。資料2の3ページ目です。

介護サービス全体の推計ということで、介護保険施設サービスの給付費の推計、この分については、ここに書いてあるように、第5期の期間においては若干の増減はあるが、毎年93億円前後になるというふうに推計をしているということで、棒グラフの一番上に、第5期のところですね、92億円、93億円、92億円というような数字で推移をしているということを書いています。

次のページ、4ページになりますけど、居宅サービスの給付費ということで、居宅サービス、すべて介護予防、要支援のほうも含んだ形になりますけど、増加傾向を続けているので、中でも通所介護、通所リハビリテーションの割合が大きくなっているということで、グラフの一番上に書いているとおりに109億円、114億円、121億円というような形で推移をするということで書いています。

次の5ページ、3番として、地域密着型サービスの給付費ということで、地域密着型サービス、この分も要支援のほうの介護予防サービスも含まれますが、認知症対応型共同生活介護が引き続き多くなっているほか、他のサービスについても整備目標に合わせた利用を見込んだものとなっているということで、グラフの一番上に書いているように、27億円、28億円、29億円というような形で進むということで書いています。その下の(4)その他のサービスということで、居宅介護支援、住宅改修とも増加を見込んでいるということを書いています。

次、6ページになりますけど、サービスの全体推計、全体の部分になりますけど、全体の給付費の内訳は施設サービスと居宅介護予防サービスが中心であるけど、特に居宅介護予防のサービスが大きくなるということで、給付費全体では、そのグラフの一番上、5期のところですね、241億円、248億円、257億円というような形で3カ年推移をしていくということになります。

今度、7ページからがそれぞれサービス別の内訳ですけど、施設整備に係る基本的な考え方は、先ほども話があってございましたけど、第2回の策定委員会でもお示ししましたがということで、介護療養型医療施設の廃止が6年延長になったということ以外は、施設については今のまま3カ年の事業計画期間はいくということをご第2回のほうでもお示ししましたが、書いているところです。

次、8ページになります。

介護保険施設サービスの部分で介護老人福祉施設ということで書いております。ここは文書の中に書き上げておりますけど、平成26年度では、一部の施設を地域密着型介護老人福祉施設として見込むというふうに今回なっておりますので、この分が地域密着に移行するということで、その分については利用者が減少、その分が減少するという形で見込みを出しているところです。

次、9ページになりますが、こちらは介護老人保健施設の部分ですが、利用率の上昇を考慮して利用者数が増加するというふうに見込んでいるということとあわせて、利用者の介護

度の重度化が進むと想定をしているということを書き上げております。

次、10ページになります。

介護療養型医療施設については、この分については利用者は横ばいで推移をするということで見込みを出しているところです。

11ページになりますが、療養病床からの転換は、先ほども申しあげましたとおり、法改正によって廃止が6年間延長されたということで、26年度まではこのまま続くということ、これは第1分科会のほうの資料にも載せているということで書いています。

12ページになります。

こちらは居宅サービスと地域密着型サービスの給付費ということで書いております。標準的な居宅サービスとは、1ページのほうでも申しあげましたが、全体の認定者のうちに施設と居住系を利用している人を除いた部分が対象者で、それに受給率を掛けたところが利用者数ということになるということを書いております。

13ページ、右のほうのページになりますけど、この分のサービス対象者にサービス受給率を掛けて受給者数を出しているということを書いてあります。

下の3番目になりますが、標準的な居宅サービスの年間必要量、ここで書いていますとおり、これも2回の策定委員会でお示ししましたが、各サービスの利用率と各サービスの1人当たりの利用回数ですね、それを基本的にはこれから以降の部分ですね、原則は22年度の実績を使って24年から26年までの必要量を見込むということの基本としております。ただし、23年度ですね、急に利用が大きく伸びたりした部分については個別の必要量を加味して出しているということを書いております。

先ほど申しあげたとおりに、標準的な計算式に基づいた部分は説明を飛ばして、その22年度の実績に基づいて出しているということを書き上げていますので、話を飛ばしていきたいと思えます。

あと個別にずっと書いてあるんですが、22ページをあけていただきたいと思えます。

22ページの一番上、(5)になりますけど、居宅療養管理指導、この分、介護予防のほうも含みますが、この分は23年度、実績見ていただくと22年度より大きく伸びておりますので、この伸びというのを23年度時点の実績値に置きかえて利用期間中も続くというような計画に変えてというか、実績を見込んでおります。

次、1枚めくってもらって、24ページになります。

24ページは、先ほども説明がありましたけど、大きく伸びるものとして通所介護になるということを御説明しましたが、24年度以降も増加を続けていくということで、26年度には利用者が5,000人を超えるであろうということで、下の表を見てもらおうと、21年度が3,760人で22年度は4,070人と書いていますけど、5,000人を26年度は超えていくというふうな見込みを出しているところです。

それと、25ページのほうは、額も書いているんですが、下のほう、53億円というような、いわゆる通所介護のほうの給付費になっている、棒グラフの一番上に53億円という形であるというふうに見込んでいます。

あと、33ページをお開きいただきたいと思います。

33ページの11番、福祉用具貸与の部分を書いていますけど、近年利用率が上昇しており、現時点でその傾向が続いているということで、この分についても利用率を23年度分、今年度分を加味して推計をやっているということで、この分についても、その2つ下、利用者数等を見られてもおわかりになるように、大きく利用者数も伸びて、当然認定者数が22年、23年大きく伸び始めたという部分で福祉用具の貸与だとかいう部分も伸びているものだと思っております。

あと、37ページをお開きいただきたいと思います。

37ページにつきましては、各地域密着型サービスの給付費の見込みということで、この分については、第1分科会のほうの資料12ページにも載せておりましたが、地域密着型、一番下のほうになりますけど、地域密着型夜間対応型訪問介護の見込み量をこの定期巡回随時対応型訪問介護という部分に充当するというのでここに書き上げています。中部全体では2カ所の事業所設置を想定して、具体的な圏域は事業者が参入しやすい市街地の佐賀市内2カ所を想定するというふうなことを第1分科会の資料で書き上げたものを再掲しているところです。

あと、43ページをお開きいただきたいと思います。

43ページの(6)のほうですが、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護ということで、この分は施設のほうで申しあげましたのと逆になりますが、こちらのほうが、一番下のほうになりますけど、また、平成26年度には介護老人福祉施設からの地域密着型介護老人福祉施設サービスへの移行がふえる見込みですということですので、その分についてこちらへ移行するという形で書いております。利用者数、そのすぐ下が利用者数の見込みで、次のページ

の44ページのほうがその分の給付費の見込みですけど、第5期の中で1億7,000万円から3億2,000万円という形でグラフの一番上に書いているとおりに、1億4,000万円ぐらい施設のほうで減る分がこちらのほうに逆にふえるという形で、トータルすると同じですが、そういう形になるということをここで書き上げています。

48ページ以降に今まで申し上げた分の一覧表という形で掲載をして、最終ページまでですね、50ページまでを、3ページを今まで言った分の合計値を書き上げているところです。

以上です。

○会長

ただいまの事務局の質問に——はい。

○委員

あんまり早口でちょっと僕もフォローできなかつたんですけど、ちょっとですね、3ページのところで、結局、介護老人福祉施設が減っていますよね、26年度が。それを今の地域密着型に介護老人福祉施設が移行するというので、今、説明ずっとあっているんですけど、これはだけど、今からそうやって移行するのがずっとふえてくると言われるんですけど、その辺はどういうふうにも、こう。これ減っているのを3ページで説明してもらえばもうちょっとよかったんですけど、3ページで介護老人福祉施設の給付費だけ減っていたので、それを今ずっと説明されておったんですけど、一番肝心なところがずっと抜けて、今後もうこういうのが地域密着型に移行しますとか言われたのがちょっと僕気になるんですけど。例えば、今、介護老人福祉施設で、今回何か所がユニットになったとかそういういろいろあると思うんですけど、その辺をもう少し話していただかないと僕はちょっとここが理解できなかったんですけど、この辺をちょっともう少し言っただけないでしょうかね。

○事務局

一部ユニット型ということで、本年の春の法改正、介護保険法の改正によりまして、一部ユニット型、例えば、50床のうち25床ユニットにしているとしたならば今までは複合型の一つの広域型特別養護老人ホームとして指定を行うものをユニット型の部分と多床室の部分を分けて指定をなささいということになりまして、そうなりますと、30以下の特別養護老人ホームというものが地域密着型の特別養護老人ホームと指定をされることになります。したがって、25のユニットの部分と25の多床室の部分が一つの建物の中にそれぞれ地域密着型の特別養護老人ホームとして、2つの事業所として指定をされるようになります。そのた

め、今回、佐賀中部広域連合圏域内において一部ユニット型の特別養護老人ホームが2カ所ありますもので、まず、確定のその2カ所を地域密着型と見込んでおります。

なお、既存である一部ユニット型の特別養護老人ホームにつきましては、6年ごとの指定更新のほうに義務づけられておまして、その指定更新の際に地域密着型特別養護老人ホームに切りかえることとなっております。

で、この中には、特別養護老人ホームなどが将来これから一部ユニット型をする場合、現在、多床室だけの特別養護老人ホームもございますので、どうしても財政的なもの、それぞれの法人の財政的なものもありますから、今回については、確定、更新指定を迎えて、一部ユニット型から地域密着型特別養護老人ホームに変わる2カ所の特別養護老人ホームを見込んでおるものになっております。

○委員

それは僕物すごく大事なことだと思うので、ここをちゃんとそういうふうな注釈してもらわないと、あとはだからふやさないのにここが減っているし、それで、今2つの施設だというんですけど、恐らく旧型の多床室と一緒にところがユニットに変えたときにこうなっておるだろうと思うので、今後、そんな簡単にそれで変換できるんですかね。ちょっとここは、フォローを僕聞いたことなかったし、僕もちょっと本当、細かなことはようわからんですけど、30床とどうのとか言われても。そんなにたくさんはないと思うので、今、新規はどんどん個室化せろというのは、こちらのほうでもいろいろ反対も多いというのは福祉施設も老健も同じだと思うんですけど、このことに関してもう少し、もっとわかっている方がいらっしやると思うので、施設はつくらないけど、こういうふうな移動はいいですよということになると僕はちょっと非常に難しいかなと思う、このカウント。

○委員

今の説明で、要はいわゆる特養さんのほうが、例えば、50床なら50床とするというようなことで減らして、ほとんどが多床室だろうと思いますけれど、それから減らしてですね、それを一部これの地域密着型というような状態にするというふうなことは今同じ施設でいう、できますか、できないでしょう、いわゆるスペースとかなんとかの問題でですね。現状で50床なら50床というふうなこと、あとの25床を対応型にみなすというようなことが物理的にできないでしょう、スペースも広くとらなきゃいけないだろうし。

それとか、今説明があったように1施設においてから2つの事業をとり行うというような

ことも言われたんですけど、だから、そして、そういったふうなことはどんなふう解釈される、別に建てて夜間対応24時間型にするのか。もしそれがするとすれば、老健もさせてもらいたいです。その具体的な案がですね、何も特養だけでもなく老健でも同じ、それ以上のことはやっているつもりでおりますけれど、そういったふうなことができるとすれば老健も、それはすぐ手を挙げさせます。

○委員

ちょっと僕も物すごく気になることだったんで、今、恐らく先生は老健のほうからの話をすると思うんで、何で社会福祉法人だけ、僕はちょっと両方絡んでおるんであれですけど、それは別としても、ここはちょっと僕は非常にこんな簡単に、そんな同じ施設で事業所がこんなにできるかなと思って、何かそのあいまいさが、今ちょっと事務局説明はされたんですけど、もう少しちゃんとしてもらわないとこれはわからんでしょう、今から手挙げする人たちは。そこがちょっと僕は気になるんですけどね。これちょっと事務局長、本当。

○委員

義務づけられているんですか、そういうふうに6年ごとにそういうふうにしなないといけないと。

○事務局

今、介護老人福祉施設が3ページのほうで減っているということでございますけれども、同じ数が地域密着型の介護老人福祉施設のほうでふえておりますので、介護老人福祉施設としては同じ。

ただ、平成19年、20年にユニット化をされた2つの施設が6年ごとに更新が必要です。で、6年ごとの更新が第5期の期間中にまいりますので、そのときに、昨年の法改正に基づいて第5期間中に更新時期が来るときに地域密着型の介護老人福祉施設のほうにこういった集計をするときには移るということです。

○委員

ベッド数を合わせるだけならあれだけど、そういう申請があつてこうなるという、そういう決め事が僕あんまり理解できないんですけどね。今カウントは、ベッド数は一緒というのはわかるんですけども、給付費でも変わるんじゃないですかね。

○事務局

いいえ、ですから、給付費とかは変わらないわけです、ベッド数は一緒ですから。地域密

着のほうに25床なら25床移るだけですから、給付費とかは変わらないです。

○委員

これは、ちょっと社会福祉法人だけを今、それが2カ所たまたま今回、これに今回公表されたと思うんですけど、それじゃ、先ほどの老健はどう、そういうことは可能なんですか。

○委員

ベッド数が変わらんだったら変更してもよろしいというような……。

○事務局

広域型特養だけだったと思いますけれども、老健が対象になる場合、そこをちょっと確認させていただきたいと思います。

○委員

最初にやっぱりその辺をきちっと言ってもらわないと、この表だけでちょっと少ないなど僕は思って、気づいて。

○会長

済みません。特養はユニット化して複合型だったら国の通知か何かで多床室算定になって不利益をこうむっていたので、それを救済する措置が……

○委員

いや、そうじゃないんですよね。

○会長

そうじゃないですかね。

○委員

それじゃないよね。

○古賀会長

それをもう厳密にユニット型の部分と多床型と分けなさいということじゃないですかね、指定のときに。

○委員

それはユニット型を奨励しているわけだからそうなしたということもあるでしょう。古い特養が新しくするというので、ちょっと場所を変えてという単純にそんなことではないんですか。

○事務局

そういうことです。例えば、50床のうち25床を今補助金がございますので、その補助金を使って、その25床をユニット化して、当然、多床室をユニット化すると面積要件が合わないようになる、オーバーするようになりますので、場所を変えて25床をユニット化の特別養護老人ホームとして整備をします。そうすると、その数が25人ですから、6年後の更新のときには地域密着型の特別養護老人ホームに変更をしてカウントしなさいというのが昨年度の法改正だったということです。ですから、ベッド数は25は25は変わらないわけです。

○委員

これは、それじゃ中部広域のことは2カ所とわかったんですけど、ほか、佐賀県下でもたくさんこういう話はあるんですかね。施設整備のこういう、法改正のそのときからこういう例がどんどんふえてきていますかね。かなり老朽化したところも確かにあると思うんですよ、社会福祉法人は。だから、そこできれいになってついでに個室化しようということで、半分は個室化するという単純にそんなことですかね。それで、給付費は一緒だからいいでしょうということで話が進むならそれでいいんですけど、その辺がです、医療機関もだんだん老朽化して、どこも老朽化しているんですけど、それもあわせて、その一方で個室化を非常に進めているというところに少し抵抗のある方も事業所もいっぱいいらっしゃるの、そのあたりのことがちょっと私が気がかりだったんで、その点。

○事務局

そういうことです。個室化を国のほうも推奨しておりますので、個室化を進めているところは、これは県内に限らず全国的に第4期ですか、4期の期間中でかなり進んでいるかと思えます。

○委員

そのベッド数を減らして、そこの個室化というような状態、老健のほうも大体そうでしょう。

○事務局

先ほどちょっと調べますと言いましたけれども、老健も対象になっております。はい。（「わかりました」と呼ぶ者あり）

○委員

済みません、6年ごとの更新の中で、今から第5期が、2つの法人がこういうふうになるということなんですか。

○事務局

今、私どもが見込んでいるのは19年度と20年度に個室ユニット化されたところが25、26年度に6年目の更新を迎えると。だから、第5期期間中に更新を迎えるから、その段階で地域密着型にカウントするようになるということです。

○委員

それ以外に手を挙げるという可能性はないんですか。

○事務局

それはもう私どもつかんでおりますので、ですから第5期の6年前の段階というのをもう過ぎていますから、25床以下の個室ユニット化をされた特別養護老人ホームとかはつかんでおりますので、連合管内ではこの2カ所しかございません。

今後、特別養護老人ホームの個室ユニット化をされればその6年後、だから、第6期とか第7期で地域密着型に移行することになります。

○委員

そういうことですか。意外とそれじゃ、意外と整備率というか個室ユニット型が26年度までに7割とかという目標というのは逆に達成されないということになりますかね。そういうわけじゃないですか。

○事務局

いや、そういうわけではないです。整備しようと思われれば……

○委員

それはそれでいい。

○事務局

ええ、来年度でもできるわけですから。

○委員

そしたら、ここはまた数字が変わってくるということですね。

○事務局

そういうことです。

先ほど、これから整備される分は6年後に更新のときに変更と言いましたけれども、昨年法改正があって、今後の分は個室ユニット化を設置されたときから地域密着に移行することになります。

○会長

ちょっと複雑であれですけど、ただ、県によっても全部ユニット型になったら、当然報酬単価等が変わってきますので、それほど裕福な人ばかりでないと、やっぱり多床室のニーズというのもそれなりにあるのではないかとはいえますけれども。

はい、ほかに。どうぞ。

○委員

もう1つ、5ページの3番の地域密着型の給付費のところなんですけれども、済みません。(3)の認知症対応型通所介護、小規模多機能云々と表になっているんですが、この認知症対応型共同生活介護グループホームが24年、25年、26年、ずっと同じ数字なんですよね。先ほどグループホームの増床は必要だということを説明いただいたんですが、そのところというのは、そこをちょっと説明していただいでよろしいでしょうか。

○事務局

今回の資料2の5ページの上の表の認知症対応型共同生活介護については、23年度と同じ給付費を24、25、26見込んでいます。これは今現在、県と何ユニット増床するか協議をしております。まだ協議が調っておりませんので、とりあえず従前の給付費を掲げさせていただいております。

○委員

多分、今、渦中の施設かな、うち、ユニット型になったという施設になりますかね、桂寿苑は。19年、20年ですね、「いや、違います」と呼ぶ者あり) ないですか。はい。いや、もし私どもが地域密着になったと言われたときは、補助金は大きしてもらわなかったな、金額を言ってもらったがいいなとちょっと思ったんですよ。そうそうやれるものじゃないんじゃないかなと思いましたので。はい、うちが入っていなかったらいいです。(発言する者あり) ああ、そうですか。ほっとしました。

○会長

はい、それでは、よろしいでしょうか。

では、介護保険サービス給付費の推計については承認いただくということで、次に移らせていただきたいと思います。

続きまして議事の(3)第5期の介護保険料算定につきまして事務局から説明をお願いいたします。

○事務局

資料3のほうの準備をお願いいたします。

資料3、第5期介護保険料の算定について説明をいたします。

1ページ。ページを1枚めくってください。

第1号被保険者保険料の算定でございますが、介護保険制度の財源は、公費と保険料で構成をしております。

介護給付費の財源構成は、公費が50%、65歳以上の第1号被保険者及び40歳以上65歳未満の第2号被保険者の保険料が50%となっております。

全体の21%を負担いたします第1号被保険者の保険料を算定するには、次の保険料基準額の算定方法によります。

四角に囲んだ枠内の計算方法になります。算定式をごらんください。

AとBというふうな形で、この計算式を書いておりますが、実際の算定に当たりましては、Aの額から調整交付金、それから給付費の準備基金及び財政安定化基金の額が控除をされまして、それから予定収納率が加味されるということになります。

この1ページの下のところ参考数値を上げておりますので、そこをごらんいただきたいと思っております。

第5期におきます主な数値はごらんとおりとなっております、第1号被保険者の保険料の推計、ワークシートに用いる数字であります。

まず、一番初めに書いております調整交付金の見込み割合6.21%、これは国が保険者ごとに指定をした数値であり、この数字は既に確定をしております。

次に、給付費準備基金、23年度末予定額が7億6,000万円ほどございます。この分は第5期の期間中の不測の事態に備えますので、全額取り崩すということは考えてはおりません。

それから、次の財政安定化基金、約1億4,000万円、これは県の拠出総額の51%に相当をしております。

最後に、予定保険料の収納率98%、平成22年度決算では98.55%の収納率がっております。

次のページを開いてください。

2の全国の介護保険料に影響を与える要因として、以下の①から④まで考えられます。全国で介護保険者が、1,657の保険者がございますが、このすべての保険者に影響を与える要因でございます。

まず、1番目の①です。第1号被保険者及び第2号被保険者の負担率の変更であります。これは、政令で変更されるものです。第5期では高齢化が進みまして40歳から64歳までの人口と65歳以上の人口割合が変わりますので、第1号被保険者の負担率は20%から21%に変更されます。

次に、②番になりますが、これは介護報酬の改定に伴うものであります。これは厚生労働省令で告示があります。現在、介護報酬改定につきましては、社会保障審議会介護給付費の分科会で審議中であり、詳細はわかっておりません。ただし、地域区分の見直しなどについては、備考に書いておりますが、これについては介護給付費分科会で審議済みとなっております。

なお、来年の1月上旬には答申がなされまして、それを受けまして厚生労働省の告示がなされます。告示後に標準給付費の見込み額が確定することになります。備考欄にあります地域区分の見直しについては、この後で最後に説明をしたいと思っております。

③番目の財政安定化基金の取り崩し。これは法律改正の事項になります。ことしの6月に介護保険法の改正がございまして、24年度に限りまして財政安定化基金の取り崩しを可能とした改正がなされております。具体的には県で造成をいたします基金を取り崩すこととなります。介護保険者の積立分を第5期期間における保険料の一部に充て、保険料の上昇を抑えることとなります。厚生労働省の資料では、月額約50円の保険料軽減の効果があるというふうに言われております。佐賀県が想定いたします取り崩し額は保険者の拠出額の約半分、広域連合の分としては約1億4,500万円になります。

次に、④番の交付金制度の減であります。

これは第4期限りの措置であります。保険料上昇の抑制のために介護報酬の増額改定の2分の1の相当額が「介護職員処遇改善臨時特例交付金」として国のほうから交付を受けました。第5期では交付金の予定は目下のところございません。前回の3年前の介護報酬改定3%の引き上げがございましたが、その影響の半分を介護職員処遇改善臨時特例交付金として交付を受けております。本広域連合の保険料投入分は1億6,734万円で、月額61円の軽減効果がございました。この分が第5期はないということであります。

次に、3ページをごらんください。

3ページは、広域連合における保険料に影響を与える要因についてであります。

2ページが全国的に与える要因、3ページが中部広域連合の保険料に影響を与える要因で

す。次の①から④まで考えられます。

①番目は、第1号被保険者の増加です。

第5期における平均値の推計は8万4,827人、第4期の平均値の推計8万877人から4.88ポイントの増加を見ております。

②番目が保険料段階の変更であります。

この分は政令改正事項ですので、それを待っての変更というふうになります。

初めに、一番上の第3段階の細分化と次の特例第4段階、第5段階の継続及び現行の7段階を超える所得層に対する保険料の設定を考えております。こういった多段階化を行うことによりまして負担能力に応じた保険料段階が設定でき、被保険者への理解が求めやすくなります。それから、低所得者へのきめ細やかな負担の軽減ができるということで、第3段階の細分化と特例第4段階、第5段階の継続については、先ほど申しましたように、介護保険法施行令の改正が必要でありますので、政令の改正が11月末と聞いておりますが、まだ現在のところ公布はされておられません。これからの対策を行うということで、低所得者層へのより一層の配慮をすることができるということで考えております。

それから、備考欄に特例第4段階がつけられた経緯を参考までに記載しておりますので、こちらは後もってごらんいただきたいと思っております。

次に、③番目の給付費基金の取り崩しです。

基金の取り崩しをいたしまして第5期期間における保険料の収納額に充て、保険料の上昇を抑えることを考えております。

1ページのほうで説明しましたように、準備基金が今約7億6,000万円ほどございます。これの活用を考えております。

なお、第4期の準備基金のときは約14億円の準備基金がございまして、そのうち、11億3,000万円ほどを投入しておりますから、現在7億6,000万円しかございませんので、大体半分ぐらいの準備基金しか持ち合わせがありません。

次に、④番目の総給付費の伸びということで、3つほど概要に書いております。

1つは、認定者数の増加、23年の認定者数が10月の見込みで1万5,624人ほどございましたが、認定者数は26年の9月時点で1万8,000人を超えております。そういうことで、認定者数が伸びたと、増加するということが1つの要因。

次に、グループホームの増設です。先ほど局長のほうから申し上げたように、このグルー

プホームというのは総量規制の対象でございますので、現在、増床につきましては佐賀県のほうと協議中であり、数については現在未定ということでもあります。

それから、3番目の介護老人福祉施設におけるショートステイの定床化、これはこの間、佐賀新聞のほうにも載せられておりましたが、県のほうは介護老人福祉施設に併設しているショートステイを一部定床化するという考えがございます。その数も今のところ示されておりませんので、県のゴールドプランの12月の会議で示されるものと考えております。

最後の4ページを開いてください。

4ページは、第7段階以上の多段階化ということで表を掲げております。

前のページで申しましたように、現行の第3段階及び第4段階の軽減措置を行う際に、軽減措置を行った後の基準額を下げるために7段階以上の多段階化を検討しております。黒く塗りつぶしたところが検討しているところです。

まず、表の見方を説明いたします。

表の第1段階から第3段階までは、世帯全員非課税のところですが、第4段階は、課税世帯になりますが、課税世帯のうちで本人が非課税のところ、第5段階から第7段階までは、本人に住民税が課税されているところで、前年の合計所得額が125万円から200万円以上としての区分をして分けております。

なお、7段階以上につきましては、政令の規定によって細分化することが認められております。第1号被保険者数が24年度から26年度まで各段階ごとに数字を載せております。これは、現在の所得層の割合を人口に乗じて算出した所得段階別の加入者数の推計をここに入れております。黒く塗っているところが、今回、保険料段階の変更を考えているところの部分です。

現行の第3段階の設定のところをごらんください。

第3段階の設定は、世帯全員非課税で本人の年金等の収入合計額が80万円以上というふうにしておりましたが、新段階の基準額、新たに120万円と設定をして、保険料率は基準保険料の今の保険料率0.75より低くする方針でありまして、0.5から0.75未満の間を考えております。この120万円という0.5から0.75の保険料率については、国のほうからまだ正式な通知は来ておりませんが、こういった考えで国のほうは調整をされております。

以上で4ページのところは説明を終わります。

それから、先ほど申し上げました地域区分の見直しについての説明を行いますので、申し

わけございませんが、別冊の資料2、資料の2の介護保険サービス給付費の推計の2ページのところを開いてください。

(2)から介護報酬の地域区分の見直しということのほうを書いてあります。

地域区分というのは、全国で同じ介護サービスを提供したときに都市部の事業者はどうしても人件費が高くなります。それでは経営が難しくなるということで、地域区分によって傾斜をつける仕組みでございます。今回、地域区分の見直しがなされまして、国家公務員の地域手当の地域区分に準拠して介護報酬の地域区分を現行の6区分から7区分に細分化をし、各区分に適応される市町村の見直しがございました。見直しによりまして本広域連合構成市町村のうち、佐賀市が該当するようになりました。

中ほどの表をごらんいただきたいと思います。

地域区分ごとの上乗せ割合【A】というところに区分ごと分かれています。この乙欄ですね、乙地欄に佐賀市が記載されています。これは24年度以降、第5期の期間中、佐賀市のみが報酬単価が3%上乗せされる見込みということであります。その3%の下に括弧書きで2.4%と書かれておりますが、この2.4%は国家公務員の地域手当の上乗せ割合に都市部の割り増しに充てる財源を捻出するために基本報酬額を0.6%引き下げた影響をここで加味したものが2.4%ということになっております。

報酬単価の加算額を求める場合は、23年度の各サービスの給付費のうち、佐賀市内にある事業所に支払われる割合を2.4%、これに乗じて、さらにサービスごとの人件費割合を掛け合わせて求めるということになります。

説明は以上ですが、厚労省のほうから地域区分の考え方について参考意見を求められておりますので、事務局の考え方をここで時間をいただいて述べさせていただきます。

全国の介護保険者の中で広域連合、あるいは一部事務組合ということで運営している団体が多数ございます。佐賀中部広域連合のように構成市町で一部が該当した団体、佐賀市みたいに一部が該当した団体というのがございます。そのほかに構成市町の中で7段階のうち、区分が上がった市町村があるとか、区分が下がった市町村があるとか、同じ保険者の中で違うというところがございます。で、そういう市町村が混在する団体がいろいろありまして、広域的な保険運営をする観点から、実施している意味がないとか、そういう強い意見が厚労省のほうに寄せられております。

厚労省のほうから地域区分について参考意見を求められました。今回、佐賀市が該当した

というのは、国家公務員の地域手当に準ずる複数の地域に隣接している地域ということで、具体的に言いますと、お隣の福岡市、それから糸島市、この2つの市に隣接をしております。地図を上から眺めますとそういうことになっております。しかし、脊振山地を挟んで、ずっと向こう側のふだん住民が行き来しないところ、生活圏も全く違うようなところで、事務局としては、そういったところがございますので、同じ多久、小城、神埼、吉野ヶ里と同じようにその他の区分に該当するゼロ%で統一できればいいなというふうに考えており、国にはその旨意見を述べる方向で今検討をしているところでございます。

以上で地域区分の見直しと厚労省への参考意見についての説明は終わります。

以上です。

○会長

ただいまの事務局の説明に対して御意見ございませんでしょうか。はい、事務局どうぞ。

○事務局

事務局のほうから1つ訂正をお願いしたいと思います。

資料3の3ページでございます。

右の列、備考欄でございます。縦の列でございますけど、横に見ていただきまして、②保険料段階の変更という区分の中で、ちょうど上から3行目に当たるところ、「第4期限りであった」というふうな、そういった文字がございますけど、ここは「第3期限りであった」ということで訂正をお願いいたします。

以上でございます。

○委員

先ほどの地域区分の御説明の中で、佐賀市が3%上乘せすると、これは報酬単価だという御説明がありまして、厚労省への意見として、他の広域の中と同じように0%にしてほしいというお話をお伺いしましたが、これ3%上乘せがあると、当然それぞれ1号被保険者、2号被保険者の保険料の増額というところにはね返ってくるのでしょうか。

○事務局

その地域区分を乙地で適用した場合、佐賀市のみに適用した場合の試算をしております。試算の結果、月額80円のアップになりました。

○委員

はい、どうもありがとうございます。

○会長

ほかに委員の皆様から御意見ございませんでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○会長

それでは、事務局から今、介護保険料の算定の考え方で出されました基金を取り崩して保険料を抑える方向にするということと、高額所得者にはある程度の応能負担的なものを取り入れるとか、多段階化によって負担の軽減措置を図るとかそういった考え方、それと地域区分については、国のほうに出されておりますけれども、構成市町村でばらばらではなくて、広域連合で統一して地域加算をとらないという方向で要望していると、こういった考え方で保険料を算定してよろしいでしょうか。委員の皆様よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○会長

それでは、承認いただいたということで、議事の3を終わらせていただきたいと思います。

それでは、議事の(4)「その他」ですけれども、委員の皆様から何か御意見、御質問、御要望等ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

○委員

済みません。ちょっと外れるかもしれません。

資料の2の1ページ目の下のほうの図の中に、要介護認定を受けたが、サービスを利用しない人という区分けがありますけど、現在、年間というか、どのくらいありますか。というのはですね、細かい話かもしれませんが、我々は医師として主治医意見書を書くんですけど、それは介護保険のほうから全部負担されていますよね。そうすると、例えば、受診して、自分の介護度がどのくらいかちょっと試しに申請したいとかいう方と、それから入院中に、まだ申請しなくても、利用は不可能だからというふうな説明をしても、あるいは利用しようとする直前1カ月前までさかのぼられるということですので、そういうことで説明してもなかなか聞き入れない利用者の方がいらっしゃいますよね。その辺を少し減らせば、まあ微々たるものかもしれないけど、少しは介護のそういう資金が節約できるんじゃないかなと思うんですけど、その辺どうでしょう。

○事務局

今、認定者数が1万5,000ちょっとぐらいいらっしゃいますけど、そのうち、数字でいうと

2,500人ぐらいの方が認定は受けているけど、サービスを利用されていないという、当然、家で利用されていない人もいらっしゃるでしょうし、病院に入院中で利用されていないという人もおるでしょうけど、ちょっとその内訳はわからないんですが、1万5,500ぐらいのうちに2,500人ぐらいが利用をされていないというのはデータの的に差がいつもあるというのは、いつも2,000人から2,500人ぐらいの人がずうっと利用されていない、いわゆる受給率という形で出して、説明したんですけど、それぐらいが、本当はそこを申請されなくても私たちから言うといいんじゃないかと思うんですけど、入院されていてまだ使っていない、退院後使うというつもりで受けているというのもあると思いますし、そういう数字になっているところです。

○委員

その辺は我々、当然、収入はあるかもしれないけど、少し積極的に医師のほうも指導していいのかなというふうに私は思うんですが、その辺を強く言っていいものかどうかですね。どうなんでしょう。希望であればしようがないにしても、試しにちょっと申請しようなんていう、もうあからさまに言われると非常に憤慨するときがあるんですけど。

○事務局

先ほど先生がおっしゃったように、認定でお電話等が連合にあったときは、現在使われていなくて、今後も利用する見込みがない方は利用しようと思われたときに申請を、それまでは申請しなくていいですよということを添えたりして御相談に答えたりやっていますというようなことはしているんですけど、さっきおっしゃられるように、審査会の先生たちもその分審査しなくてはいけないし、主治医の先生たちもそれだけの事務負担をして意見書を書き上げていくというようなことがありますので、事務局としては使う見込みがもしなかったら使いたいと思うときまで利用申請は見合わせてもらえませんかというようなことは、電話等の相談があったときは言っているという形をしています。

○委員

連合のほうに返してもいいわけですよ、そういう方ね。（「はい」と呼ぶ者あり）はい、相談してくださいと。はい、ありがとうございました。

○会長

ほかないようでしたら、以上をもちまして議事の部を終了させていただきたいと思います。
その他、事務局のほうにお返しいたします。

○事務局

事務局から御連絡いたします。次回の策定委員会は12月26日、午後3時からの開催を予定しております。12月26日、午後3時から、場所はこちら佐嘉神社記念館を予定しております。

繰り返します。次回の策定委員会は12月26日、午後3時から、会場は佐嘉神社記念館を予定しております。

○司会

それでは、以上をもちまして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。ありがとうございました。

午後4時40分 閉会