

## 第4期介護保険事業計画 第5回策定委員会 議事録

日時 平成20年11月14日(金) 10時00分～12時00分

場所 福岡県自治会館 202会議室

出席者(敬称略)

策定委員(50音順)

小賀会長、藤田副会長、因、植木、込山、柴口、田代、寺本、藤川、藤村、安河内

(欠席:茶木、中川、山内、山下)

事務局、支部事務長

### 【議 事】

#### 第5回策定委員会開催

##### 【事務局】

おはようございます。定刻になりましたのでただ今から第5回福岡県介護保険広域連合事業計画策定委員会を開催致します。

議事に先立ちまして、本日配布しております資料の確認をさせていただきます。机の上に置かせていただいておりますものが3点でございます。1点目が今回第5回委員会の議事次第でございます。2点目1枚ものでございますが横表でございます「制度改正前後における非該当発生率について」。3点目が冊子でございますが、右肩に第5回策定委員会資料1と書いた「介護保険サービス量の推計」。以上3点でございます。また前回お配りした資料の差し替えがございます。大変申し訳ございませんが一番下にページ数5とうった1番上に「3、介護療養病床における年度毎の年間見込み数」、これを入れさせていただきました。資料の確認でございますがよろしいでしょうか。それでは議事の進行に入りたいと思いますが、今回の議題につきまして、前回の委員会で積み残す形となりました、「療養病床転換に係る取扱いについて」この項目から入りたいと思います。それでは小賀会長よろしくお願い致します。

##### 【小賀会長】

みなさんおはようございます。室内にいるのがもったいなくらい良い天気になっておりますが、今、事務局からご案内いただきましたように、1点目が療養病床転換に係る取扱いです。前回積み残してましたのでここから取り組みたいと思います。それから2点目が第4期の事業計画の本文の部分に入っていくこととなりますが、介護保険サービス量の推計から審議をはじめて12月に2回続きますけれども、具体的にそのサービス量を確定していくというところに入っていくこととなります。

前回12月の会議日程につきましては、すでにご確認をさせていただいていたのですが、午前と午後で、山内委員から特に午後に出席をしたいということで申し出があっておりましたので、事務局とも相談しまして、午後に会議を開催させていただくという運びにしたいと思っております。最終的にまた事務局から

確認をさせていただきます。12月の17日と24日の午後に会議を行いますので、どうぞご予定のほうをよろしくお願い致します。

それでは早速、療養病床の転換に係る取扱いについて事務局からご説明をお願い致します。

### 【事務局】

それでは説明致します。まず療養病床の転換をご説明する前に、前回の第4回の委員会においてご質問のあった制度改正前後での要介護認定の非該当発生率の変化について、追加資料でご説明を致します。広域連合においては平成17年度で3.49%、制度改正を挟んだ平成18年度は2.69%、対前年でマイナス0.8%という結果になっております。

それでは、「療養病床転換の取扱いについて」ということで資料3のご説明をいたします。資料の見方からご説明致します。6ページ、7ページ、8ページとA3横の用紙が付いていると思います。6ページと7ページに広域連合の構成市町村において医療療養病床を有する医療機関について詳細データとして付けさせてもらってます。一番上が広域連合の合計になりますが、病床数としては2,845床あります。それから転換先については、平成20年5月に福岡県において調査した療養病床転換意向調査の結果をそのまま掲載しています。

転換先の希望として、医療機関についてはそのまま医療療養病床を継続する分が2,336床、その内の回復期リハ病棟こちらが134床、それから一般病棟に転換する分が27床、介護老人保健施設に転換する分が140床、有料老人ホームに転換する分が0、それから未定と答えている分が69床、それから無回答の分が272、廃止が1となっております。その右側の入院患者数に関しては、要介護度ごとに掲載しています。入院患者数合計は2,352人、未認定・不明が1,446人、それから非該当・自立が19人で、要介護5においては194人となっております。それから8ページのA3横の表に関してですが、こちらも広域連合構成市町村内の介護療養病床を有する医療機関の詳細データです。広域連合全体としては病床数は1,118床、それから転換先としまして医療療養病床に転換する分が338床、うち回復期リハが30床、一般病棟に転換する分が73床、介護老人保健施設に転換する分が579床、有料老人ホームが8床、未定と回答されたところが120、それから廃止は0となっております。

県の転換意向調査では介護療養病床の項目において要介護度別の入院患者が掲載されていませんでしたので、右側に広域連合の実績からとった分を書かせてもらっています。広域連合全体では合計で1,118床ありますが、広域連合の住民でこれらの医療機関に入院しているのは合計で674人です。要介護度別では平成20年5月の利用実績で要支援1の方が0、要支援2の方が1、要介護1の方が11人、要介護2の方が30人、要介護3が124人、要介護4が197人、要介護5が311人となります。次に、資料の1ページをご覧ください。

まず、「医療療養病床転換の取扱いについて」というところの「(1) 施設毎の転換見込み数」に関して、資料中6ページ及び7ページにおける医療療養病床の転換先が介護保険の費用となります。介護老人保健施設が140床、有料老人ホームが0床、未定・無回答が合計で341床となっております。それから「(エ) 医療の病床」については介護保険の費用にはなりません、医療療養病床と一般病棟をあわせて2,363床

となっています。

こちらは広域連合全体に占める（ア）（イ）の割合より未定分と無回答の分を振り分けたいと思います。それを（ウ）としまして介護保険の費用となるのは  $341 \text{ 床} \times (140 \text{ 床} + 0 \text{ 床}) \div (2,363 \text{ 床} + 140 \text{ 床})$  こちらで切り上げて 20 床ということになります。結局介護保険の費用となるのは（ア）の介護老人保健施設 140 床と（イ）の有料老人ホームの 0 床、それから未定分・無回答の中の（ウ）の分 20 床こちら合計しまして 160 床。こちらが医療療養病床からの転換分として介護保険の費用として見込むものとさせていただきます。

それから（2）要介護度構成割合ということで先ほどの 160 床が具体的に要介護度別にはどうなのかということに記載しています。医療療養病床入所者の要介護度。非該当・自立が 19 人、要支援 61 人とずっと要介護 5 まできまして合計で 666 人おります。こちらの中では未認定・不明というものは除かされています。先ほどの 160 床を今ご説明した構成割合で按分しますと、非該当・自立が 4 人、それから要支援が 15 人、要介護 1 が 16 人、要介護 2 が 18 人、要介護 3 が 33 人、要介護 4 が 27 人、要介護 5 が 47 人合計で 160 人と按分させてもらっています。この中でさらに非該当・自立、要支援は介護老人保健施設を利用出来ませんので、要介護 1 から 5 にさらにもう一度振り分けます。それが 2 ページになります。要介護 1 が 18 人構成割合としまして 11.3%、要介護 2 が 20 人 12.5%、要介護 3 が 37 人 23.1%、要介護 4 が 31 人 19.4%、要介護 5 が 54 人 33.8% 合計 160 人、こちらが医療療養病床から介護保険施設に転換してくる要介護度別の人数とさせていただきます。事業計画上には転換施設種別毎の見込みというものを記載する必要がございませんので、ここまでとさせていただきます。以上が医療療養病床から転換してくる分となります。

一つめくって 3 ページ目をご覧ください。今度は介護療養病床転換の取扱いということで、この中ではまず一つ目に介護保険の費用の中での転換、それから二つ目に医療費用へ転換していく分ということに分けたいと思います。（1）介護費用内での転換①施設毎の転換見込み数ということで P8、介護保険費用内での転換となるのは、一つ目の（ア）介護老人保健施設 579 床、それから有料老人ホーム 8 床、未定分の 120 床、先ほどと同じように未定分の 120 床。こちらが介護保険の費用となるように按分します。 $(120 \text{ 床} \times (579 \text{ 床} + 8 \text{ 床}) \div (1,118 \text{ 床} - 120 \text{ 床}))$ こちらが 71 床転換してきます。合計としまして介護老人保健施設 579 床 + 有料老人ホーム 8 床 + 未定分のうち、介護保険の費用に転換してくる分 71 床の合計で 658 床。こちらが介護療養病床から転換してくることになります。介護療養病床につきましては施設種別毎に見込む必要がございますので、さらにその未定分 71 床を老健 579 床と有料老人ホーム 8 床に按分しまして、介護老人保健施設が合計で 649 床、有料老人ホームが 9 床の合計 658 床。このような形になっております。それから 658 床が要介護度別にどうなるのか、これにつきましては先ほどの A 3 横でご説明しました広域連合の入所者の要介護度、こちらを使わせてもらっています。要支援 1 が 0 人、要支援 2 が 0 人、こちら A 3 の資料では 1 人となっておりますけれども、本来要支援者というのは施設利用の対象外ですので 0 人とさせていただきます。それから要介護 1 が 11 人、要介護 2 が 30 人、要介護 3 が 124 人、要介護 4 が 197 人、要介護 5 が 311 人の合計で 673 人と。それから①でお示ししました 658 床こちらを②の介護度別構成割合で按分させていただきます。それで介護老人保健施設 649 床の構成割合としましては要介護

1が10人の1.6%、要介護2が29人の4.5%、要介護3が120人の18.4%、要介護4が190人の29.3%、要介護5が300人の46.2%。こちらが介護療養病床から介護老人保健施設に転換してくる分と、このように見込ませてもらっています。

次の4ページをお開きください。一番上ですが、今度は有料老人ホーム9床こちらも介護度別の入所者で按分しております。要介護1が0人、ちょっとパーセントまで書かれておりますがこれは端数の関係で出ている分です。要介護2が0人、要介護3が2人、要介護4が3人、要介護5が4人とこちらが転換してくるということで記載させてもらっています。それから介護療養病床から医療費用へどれくらい転換していくのかを(2)医療費用への転換①医療保険適用病床への転換見込み数ということで、8ページA3の分ですが医療保険適用病床への転換、こちらがまず一つ目の(ア)医療療養病床338床、(イ)一般病棟が73床、それから(ウ)未定分120床、同じようにその未定分の120床がどのくらい医療保険適用病床に転換していくのかということで按分させてもらっています。 $(120\text{床} \times (338\text{床} + 73\text{床}) \div (\text{合計の} 1,118\text{床} - \text{未定分} 120\text{床}))$ こちらが49床。合計としまして、(ア)医療療養病床の338床+(イ)一般病棟73床+(ウ)未定分を按分しました49床。こちらが医療保険適用へ転換していくと、このように見込ませてもらっています。

次の5ページですが、こちらが事前に送付させていただいておりました差し替えの5ページになります。差し替えの分でご説明致します。県の調査では何年度に転換予定とかそういった情報は盛り込まれておりませんでした。その転換の見込みを立てるにあたって福岡県の地域ケア体制整備構想というものがござります。その地域ケア体制整備構想においては利用者の見込みというのが掲載されておまして、平成20年度においては6,638人、平成21年度は6,395人、平成22年度では6,216人、平成23年度では5,751人となっております。平成20年度から平成21年度では243人が減っている、転換率としては3.7%、平成21年度から22年度では179人こちらで2.8%、平成22年度から23年度で465人減ってます。それが7.5%というふうになっております。広域連合において何年度に転換していくのかということを見込むにあたって、こちらの転換率というものを参考にさせてもらいまして、広域連合においては利用者の見込み平成20年度では、今実際に1,118人います。41人転換したこととしまして、平成21年度では1,077人、それから30人転換しまして平成22年度では1,047人、79人転換して平成23年度では968人となります。平成23年度末に介護療養病床というのは廃止されることとなりますので、一応こちらでも全て転換が終わる968人というふうにさせてもらっています。その下の表なんですけれども、具体的に施設種別毎の転換はどうかということで、平成20年度41人の転換、それが介護老人保健施設には24人。21年度30人というところは介護老人保健施設に17人、それから医療機関、他施設へ転換するものが12人。平成22年度では合計79人、それから介護老人保健施設に46人、有料老人ホームに1人、他施設・医療機関等に33人。平成23年度合計968人のうち介護老人保健施設こちら562人、有料老人ホームに8人、医療機関に398人。こちらで合計が完全に一致するというものになります。以上で療養病床転換の取扱いの説明を終わらせていただきます。

**【小賀会長】**

どうもありがとうございます。それではただいまの事務局からの報告に関して、ご質問あるいはご意見がありましたらご自由にお願ひ致します。

**【込山委員】**

おはようございます。込山でございます。統計学のことをよくわかりませんのでちょっとお聞きしたいのですが、この統計のやり方というのは日本全国一律なのですか。

**【小賀会長】**

この転換の見込み数も含めた数値の出し方についてお尋ねをさせていただいているかと思うのですがどうでしょうか。

**【事務局】**

推計の手法というのは個別の保険者によって異なります。

**【込山委員】**

違うのですか。あくまでも広域連合の推計ですか。

**【事務局】**

今資料のご説明の時に「実績按分で」という言葉を使わせていただきましたが、広域連合の場合は単独市町村と異なり、扱う数字がかなり大きくなります。過去の実績を参考にしたほうがより正しい推計が可能となるため過去の実績按分で今回お示ししております。

**【小賀会長】**

前回いただいた資料ではありますが、資料を説明いただいて頭に入ってくる感じの数字でもありませんので、ひとまずこれを頭の中に入れていただきながら、具体的に12月の審議の際に改めて数値を確定していかなければいけません。その折にまた質問等がございましたらこの資料を基に質問いただいても構いませんので、ひとまず本日はこういう形で報告を承っておくということでよろしければ2点目の課題を説明させていただければと思います。

それでは「介護保険サービス量の推計」について事務局から引き続きご説明をお願い致します。

**【事務局】**

それでは本日お配りしています資料1の「介護保険サービス量の推計」をご説明させていただきます。こちらは介護保険サービス量の推計ですが、先程ご説明しました療養病床の転換分を用いて推計をしております。あわせて前回の第4回の委員会の資料1の高齢者と認定者の推計も用いております。

1 ページ目をご覧ください。ステップ 1 からステップ 5 まで、被保険者数および認定者数、介護保険サービス量及び保険料がどうなるのかという流れを示しております。ステップ 1 として被保険者と認定者の数に関してですが、40 歳以上の方の被保険者数の実績と要支援・要介護認定者数の実績を用いて、要支援・要介護認定率を設定することになります。それから被保険者の推計をして、次に自然体の要支援・要介護認定者数を推計します。なお、介護予防効果に関しては第 3 回の委員会でお示しましたが、地域支援事業の効果及び介護予防サービスの効果を自然体である要支援・要介護認定者数の推計に加味して、介護予防後の要支援・要介護認定者数を推計していく、これがステップ 1 となります。

それからステップの 2、施設サービス・居住系サービスの利用者の見込みについては今からお示します資料となります。給付実績を用いてまず施設サービスの利用者数の見込みを設定します。それから居住系サービスの利用者数の見込みを設定します。居住系というのは認知症高齢者のグループホーム、介護専用型の特定施設、地域密着型の特定施設ということになります。

それからステップ 3 居宅サービス等の必要量の見込みについては、まず標準的居宅サービス等受給対象者数を出します。ステップ 1 で出した要支援・要介護認定者数からステップ 2 の介護保険 3 施設の利用者数と地域密着型介護老人福祉施設利用者数と居住系のサービス利用者数の合計を差し引いたものが標準的居宅サービス等受給対象者数ということになります。それから平成 19 年度の給付実績を用いて、標準的居宅サービスの受給率を設定します。それで居宅サービスの受給者数を推計することになりますが、先ほどの居宅サービスの受給対象者数に、サービス毎の利用率を掛けてサービス別利用者 1 人当たりの利用回数（日数）を設定します。それを合計したものが下の介護サービスの必要量（年間）ということになります。このサービスの年間必要量については、サービスの受給者数×サービスの利用率×各サービス別利用者 1 人当たりの利用回数（日数）×12 月（1 年間）で設定します。

それから各サービス別の利用 1 回 1 日当たりの給付額を算出しまして、それを先ほどの年間必要量と掛け合わせたものが、給付費になります。その給付費は施設サービスの利用者見込み×サービス利用 1 月あたりの給付額×1 年間（12 月）+居住系サービスの利用者見込み×サービス利用 1 月あたり給付額×12 月+介護予防サービス、居宅サービス等の必要量見込み（年間）×サービス利用 1 回 1 日あたりの給付額+その他の給付費というのは（居宅介護支援費、介護予防支援費、地域支援事業に係る費用）で全ての総給付費が出るということになります。それからステップ 5 としまして保険料の推計、こちらは保険料がどれくらいでまかなえるのかとそういった形で介護保険料が決定していく流れになります。

2 ページをご覧ください。先ほどのステップ 2 に該当しますが、(1) 施設・居住系サービス見込量の推計。指定施設サービスである介護老人福祉施設、介護老人保健施設および介護療養型医療施設（以下、介護保険 3 施設という）ならびに介護専用型特定施設における特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護および地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（以下、介護専用型居住系サービスという）の利用者見込みについては、第 4 回委員会資料 3「療養病床転換」方針および第 3 期計画で設定している目標値を踏まえて試算しています。

まず国の参酌の分に関して、広域連合は第 3 期計画においてはどのように取り扱ったかという事ですが、A が平成 26 年度時点における介護保険 3 施設および介護専用型居住系サービス利用者に対する要介護 2

～5 の認定者数に占める割合が 51.56%。それから B の平成 26 年度時点における介護保険 3 施設利用者に対する要介護 4～5 の割合が 70%。こちらが第 3 期での広域連合の目標値になっております。2 つ目のひし形なんですが、A については、平成 19 年度実績値 53.7% から平成 23 年度においては 0.3 ポイントずつ下げ、平成 23 年度を 52.5% とし、平成 24 年度以降は介護療養病床転換に伴う介護老人保健施設への転換数を勘案した結果、第 4 期では平成 26 年度目標値を 50.1% に設定しています。3 つ目のひし形 B については、平成 19 年度実績値 49.6% から 2.9 ポイントずつ上げていき、平成 26 年度の目標値を国の参酌どおりの 70.0% としています。今ご説明した分がその下の表 1 のようになっております。A の目標値が①施設および居住系サービス利用者数 ÷ 要介護 2～5 の認定者ということです。平成 26 年度においては 50.1%。それから B の目標値につきましては一番下の⑦になります。平成 18 年度 49.1% から平成 19 年度 49.6%。こちらをずっと 2.9% ずつ上げていきまして、平成 26 年度においては 70.0% とこのようになっております。それから一番下のひし形③介護保険 3 施設および介護専用型居住系サービス利用者数は、平成 23 年度までは第 4 回委員会資料 1 により推計された②要介護 2～5 の認定者数に①の割合をかけた数値です。それから平成 21 年度 8,828 人から平成 23 年度は 8,733 人、平成 26 年度は 8,476 人となっております。

3 ページ、一番上のひし形の部分ですけれども、平成 23 年度までの④介護保険 3 施設利用者数は③から⑤介護専用型居住系サービス利用者数を差し引いた残りとなります。平成 21 年度 7,002 人から平成 23 年度は 6,807 人、平成 26 年度は 6,400 人となる見込みです。これが 2 ページの表 1 の④のところになります。それから 3 ページの 2 つ目のひし形、⑥介護保険 3 施設利用者のうち要介護 4～5 は、④に⑦の割合を掛けた数値です。平成 21 年度 3,881 人から平成 23 年度 4,169 人、平成 26 年度 4,480 人になる見込みです。これは 2 ページの表 1 の⑥になります。それから 3 ページひし形 3 つ目ですが、先ほどの表に示す介護保険 3 施設および介護専用型居住系サービス利用者を基に、平成 19 年度（認知症対応型共同生活介護については平成 20 年 8 月）の利用実績に基づき介護保険 3 施設および介護専用型居住系サービスの利用者配分を行うと、表 2～表 9 に示すとおりとなります。それからひし形の 4 つ目、介護老人保健施設の見込数は、平成 21 年度以降の介護療養型医療施設の転換による施設利用者数の変化に伴い、推移させた表 4 に、表 5 に示す介護療養型医療施設からの転換分を加え、表 3 のとおり推移するものとします。こちらは後ほど説明します。その次のひし形ですが、介護療養型医療施設の見込数は、介護老人保健施設、特定施設（介護専用型以外）および医療保険適用施設への転換を考慮し、表 6 のように推移させ、平成 24 年度以降は 0 人としております。介護療養型医療施設は平成 23 年度末に廃止されますので、24 年度以降は 0 人とさせていただきます。それから地域密着型サービス（認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護）の必要利用定員総数見込みの詳細については、次回の委員会の資料でお示しするものとさせていただきます。

4 ページの表をご覧ください。施設・居住系サービスの平成 26 年度までの見込を表の 2 から続きまして表の 9 まで書かせてもらっています。まず表の 2 が介護老人福祉施設ですが、合計として平成 18 年度合計で 3,530 人、それが平成 26 年度においては 3,150 人と見込ませてもらっています。こちらは介護療養病床と医療療養病床からの転換はございませんので、通常通りの推計をしています。

次の表 3 介護老人保健施設ですが、まずこちらの表 3 が合計とさせていただきますが、表の 4 と次の

5 ページの表 5 を足したものになります。表の 4 というのが介護療養病床の転換とは無関係の今現在の推定値になります。平成 18 年度合計では 3,088 人から平成 26 年度では 3,250 人、このように推移させてもらっています。それから 5 ページの表の 5、こちらが療養病床からの転換分になりますが、21 年度では合計で 24 人、22 年度では 17 人、23 年度では 46 人こちら先ほどの非転換分と合計したものが表の 3 であり、18 年度では 3,088 人から平成 26 年度においては 3,250 人となっています。

それから 5 ページの表の 6 介護療養型医療施設ですが、平成 18 年度合計では 1,205 人、こちらが先ほどご説明しました転換数で転換させていって、平成 20 年度では 1,118 人が、平成 21 年度では 1,077 人、平成 22 年度では 1,047 人、平成 23 年度では 968 人、24 年度からは廃止される予定なので 0 人と推計しています。表の 7 認知症対応型共同生活介護ですが、先ほどひし形でご説明しました平成 20 年 8 月の実績を用いまして推計しています。平成 18 年度実績では 1,702 人です。平成 26 年度においては 2,076 人と推計しています。

それから 6 ページの一番上の表の 8、地域密着型特定施設入居者生活介護ですが、平成 18 年度では広域連合外の施設に入所されている方の実績がありました。平成 19 年度からは実績がなくなりまして、平成 26 年度まで 0 人と推計させてもらっています。その下の表の 9 の地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、こちらについても 18 年度実績はございましたけれども、19 年度からは実績がなくなりまして 26 年度まで 0 人とさせてもらっております。表の 8 と 9 につきましては 1 ヶ月あたりの利用人数が 1 人に満たないため、平成 18 年度については 1 年の合計数で書かせてもらっております。それから下の表 10 平成 24 年度以降の介護療養病床からの転換先施設別利用者数ということで、まず 1 つ目の介護老人保健施設、こちらに関しては最初にご説明しました表の 1 の①、⑦国の参酌の分になりますが、こちらの目標対象の利用者数が含まれるということになります。介護老人保健施設 562 人というのは平成 26 年度に向かって国の参酌の対象となる数字になります。それから右の特定施設、および他施設につきましては国の参酌の目標外の数字となります。特定施設が 8 人、他施設というのが医療保険適用分になりますがこちらが 398 人、合計 968 人こちらが平成 24 年度以降の転換の利用者数ということになります。

7 ページから 12 ページまでは今ご説明しました分の支部毎になります。それから 13 ページをご覧ください。こちらが A3 縦の用紙ステップ 3 のところになりますが、「居宅・介護予防・地域密着型サービス見込量の推計」となります。1 つ目のひし形、平成 18 年度から平成 19 年度の実績値の推移をみると、標準的居宅サービスの利用実績値は平成 18 年度に対し平成 19 年度は減少しています。これは、原因としては経過的要介護の解消により標準的介護予防サービスにシフトしたためと考えられます。そのため、標準的介護予防サービスは逆に平成 19 年度が増加する傾向にあります。2 つ目のひし形、居宅サービス、介護予防サービス、地域密着型サービスにつきましては、原則として経過的要介護が解消した平成 19 年度のサービス利用実績に基づきまして、平成 20 年度以降の利用量を見込んでおります。3 つ目のひし形、地域密着型サービスのうち「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」、「認知症対応型共同生活介護」、「特定施設入居者生活介護[介護予防専用型]」および「地域密着型特定施設入居者生活介護」は、「(1) 施設・居住系サービス見込量の推計」により見込んでおります。それから一番下のひし形は、第 4 回委員会資料 1 に基づいて、平成 22 年度までは下降傾向の認定率を自然に推移させて、平成 23 年度以降は平成 22 年

度の認定率を使用しております。それにより、要介護認定者総数は平成 20 年度までは減少しますが、平成 21 年度に一旦増加しまして、平成 22 年度は逆に減少、さらに平成 23 年度以降は再度増加に転じるという波を描きます。それによって同様に居宅サービスの量もおおむね同じような推移をみせるというようになっております。一方、今度は要支援の認定者ですが、平成 20 年度以降は平成 22 年度まで減少して、平成 23 年度以降は増加に転じる見込です。介護予防のサービスも概ねこのような要支援者の流れと同じような波になっております。

次の 14 ページをご覧ください。こちらが標準的居宅サービス等の見込量とさせてもらっております。平成 18 年度から第 4 期の 23 年度までの見込量を出させてもらっています。こちらは後ほどの図を見ていただいたほうがわかりやすいと思います。

次の 15 ページ、こちらは標準的な介護予防サービスの見込量と施設サービスの見込量となっております。

次の 16 ページをご覧ください。これは具体的なサービス毎のグラフになります。左上が訪問介護、その下が介護予防の訪問介護と、先ほどの認定者数の流れと同様な波になります。こちらはすべて経過的要介護が解消された平成 19 年度の受給率を用いて推計しておりますので、認定者数と同じような波になっております。

一方、20 ページをご覧ください。小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護につきましては 19 年度実績値ではなく、伸びが大きかったために政策的判断により右肩上がりに推移させています。認知症対応型共同生活介護、及び介護予防認知症対応型共同生活介護についても政策的判断により右肩上がりになる推計をしています。

それから 22 ページは先ほど数字でご説明しました施設サービスに関するグラフになります。中ほどの下の分が医療療養病床からの転換分となります。

以降 23 ページから最後までは、これらの支部毎の資料になります。こちらが介護保険サービス量の推計ということで今回ご提案させていただきました。以上で終わらせていただきます。

### 【小賀会長】

どうもありがとうございます。少し頭が痛くなるような数字で、改めて私から簡潔に説明しますと、生活型の施設・サービスがこれから重度化をしていくという方向にもっていく方針になるのではないかとと思うのですが、今の説明の中では国が数値目標としてあげているものよりも、この広域連合のこれまでの利用の実態で言うと、もっと緩和してその要介護の 1・2・3 の人たちもその生活型の施設あるいはサービスを多く利用しているので、一気にその 4・5 という重度の人たち中心という形で振り分けていくと大変な問題が起こってくるため、国の基準よりも緩やかな数字が示されているのだと思うのですが、**生活型の施設**あるいはサービスを展開している事業者については、要介護度の高い高齢者がこれから増えていく、というような意味の数字だと思うのです。その時に例えば事業者の立場を考えると、今でも非常に介護労働が大変であると言われていて、もっと介護報酬の単価を上げていただかないと十分に職員を確保できない、確保できてもどうしても非常勤として確保せざるを得ない傾向が示されている状況の中で、ますます重度化をしていく時に介護報酬の単価はどうなってゆくののかということも、当然問題・関心としては大きいも

のだと思うのです。つまりそれはそのまま生活型の施設サービスを利用する連合内の高齢者が具体的にどのような満足のいくサービスを受けることができるのかということと深く関わっているわけですから、そうしたことをやはり頭におきながらその数値をどこまでもっていくのかという議論をしないといけないということになります。ぜひ事業者サイドのご意見をいただきながら、あるいは当然のことですけれどもこうした居住型の施設サービスを重視している高齢者の立場によりしっかりと立ちながらこうした数字をより実行性のある具体的なものにしていかなければいけないと思いますので、ぜひご意見ご質問をご自由によろしくお願ひしたいと思ひます。重ねて言えば、先ほど最初にいただいた療養型の施設で今まで医療保険対応で受け止められていた高齢者が、今回制度の改定によって介護保険未対応として受け止められていく数値が推計で報告されたということです。ですからそこもプラスして第4期の数値を讀んでいかないといけないと思ひますし、おそらく県で調査していただいた数字は大きく変わらないとは思ひますが、本当に確定するのが答申をした後になりますので、若干数値が最終的にぶれても柔軟に対応できるような答申をしていかなければいけないかとも思ひます。わからないところも含めてぜひご意見ご質問いただければと思ひますので、よろしくお願ひ致します。

#### 【植木委員】

13 ページですが、最初に書いてある 18 年度から 19 年度の経過的要介護の解消により標準的介護予防サービスにシフトと書いてありますが、意味がわからないので少し説明してもらえないでしょうか。

#### 【小賀会長】

では事務局からお願ひ致します。

#### 【事務局】

平成 18 年 4 月の制度改正により、認定区分は要支援 1 から要支援 2、要介護 1 から要介護 5 に分かれてましたが、それ以前に従来の要支援の認定を受けていた方は経過的に要介護に区分され、予防給付では制限されるサービス内容も従来どおり利用できるようになっていました。平成 18 年度のみ措置であり、それらの方の有効期間が終了した平成 19 年度以降は解消しているため、それ以降の認定は要支援 1、要支援 2、それから要介護 1 から要介護 5 の方たちのみとなります。

#### 【植木委員】

ありがとうございます。

#### 【因委員】

大変な資料を作っていただいてわかりやすいのですが、ちょっと単純に疑問を感じたことをお聞かせ願ひます。4 ページですけど、1) のところの施設・居宅系サービスの見込量、表の 2 と表の 3 についてですが、高齢者がどんどん増えていくにもかかわらず、事業者は減っていくということになっていますが、多

分ここまでもってこられるのにいろいろ資料を作られてこの結果になったのはわかるのですが、この4ページだけ見ると「減るのかな」という疑問があり、それが少しわからないのですが。

**【小賀会長】**

それに関して事務局のご解答をお願いします。

**【事務局】**

これに関しましては4ページの表2、表3に記載しています。平成18年及び19年度については実績になります。また、表2の老人福祉施設に関しては18年度3,530名、19年度3,325名、表3の介護老人保健施設は、18年度3,088名から19年度2,838名であり、この実績を基にして推計をしております。利用者については、要介護度の分布を見つつ、重度化をしていくという形でその中の数字を要介護4及び5に振り分けて推計したものです。

**【因委員】**

そこまではわかったのですが、結果的に22年度から24年度以降まで入所者が減少しているという推計になっていますが、それが何か私の感覚からすると高齢者がますます増えているにもかかわらず、入所者が減るという事につながらないのです。

**【小賀会長】**

減少している主要因が把握できていればそこも含めてご説明いただければいいかと思うのですが、いかがでしょうか。

**【事務局】**

表の2、2ページをご覧くださいよろしいでしょうか。2ページの表の1の部分になるのですが、①のところです。第4期の事業計画を策定する際に国から基本指針が出されています。各保険者は、この基本指針にそって数値目標を定めます。それによると「全国でまず37.0%以下に平成26年度の目標を設定すること、それに向けて努力すること」という形になります。広域連合の場合は、第3期の時にもお示しした数字、「51.56%というのを実態に則した形で少なくともこれに向けて努力していきましょう」ということで、推計を立てました。3期から4期にかけての大きな変更点としましては、構成市町村数の減少があります。それを踏まえてもう一度この平成26年度の目標値51.56%を見直して、穏やかな形で平成26年度の50.1%に向けて目標を設定しております。ここの一番上の53.1%、21年度から53.1%、52.8%、52.5%というのは認定者の推計に掛けられた結果、表の2から表の4に示す数字となっております。

### 【因委員】

先程言ったようにいろいろと判断された結果、この数字が出てきているのは理解ができるのですが、ただ高齢者はますます増えていくのに、施設入所者は減っていくという推計目標が何となく私の中で一致しないのです。言い替えるならば、施設入所をしなくてもいいような元気な高齢者を増やしていくということにつながっているのですか。それとも施設入所は減るけれども他のサービスで代替するというところに最終的にはなるのですか。

### 【小賀会長】

つまりこういうことですか。施設利用される、あるいは居住系のサービスを利用される高齢者が重度化をしたとしても、全体として高齢者の数は増えているので、全体の利用者数が減るということはないのではないかと思います。つまり重度化しながら可能性としては微増していくというようなこともあり得ることではないかというようなことも含めていかがでしょうか。

### 【事務局】

因委員からのご質問ですが、18年度に介護予防と地域支援事業が創設されて23年度の目標としては、非該当の方を含めたところで要支援及び要介護状態になる事を防ぎ、なるべく介護保険に頼らないで済み、かつ重度化しないようにして効果を見込みました。実際はまだ対象者の抽出量が少ない関係上、数字の上でははっきりとした効果は見えておりませんが、4期においても引き続き事業を実施して効果を拡大させる方向での数値目標としています。また、地域支援事業においては特定高齢者が要支援状態及び要介護1までの状態になる事を防ぐ目的で、また、新予防給付においては要介護2以上の方がそれ以上悪化することを防ぐ目的で実施するものであり、要介護状態分布としては、重度化するところを抑えた形での推計としています。

この推計が、実態に則しているのかどうかという観点で言えば、高齢者の増加とともに認定者も増加し、かつ重度化している人数が増えるのであれば、当然施設利用者の数も増えて行くと思います。しかしながらこの部分においては県の支援計画の中で設定された数字で各保険者からの報告値となります。第3期においてもこの37.0%を施策目標とした形で直線的に引かれている保険者がほとんどです。

県から施設利用率を37%に設定するよう指摘を受けましたが、広域連合においては居住系の利用率が高いということを踏まえて、37%を目指したとしても実現ができないということで51.56%、全国よりも14.0%強ほど高い形で26年度の目標設定をしています。あくまでも2ページの①において、この比率が施設利用率のほうに反映したものとなっています。これが平成26年度を37%におけば、あと15.0%ずつ減り、今8,000人のところから1,000人から2,000人程落ちる形の数字でしかお示しできない状況だと思っています。その中で将来的に50.1%を目指すということで設定しております。

県の支援計画通りに26年度の目標値を37%においてそれに向かうというのが一番容易な方法だと思いますが、広域連合は、50.1%という数値を第4期では設定させていただいています。施設以外の基盤整備も

進んでいない中で、突然入所者に退所を求めるような事は到底無理だと思っていますので、あくまでも目標として高いか低いかというのはありますが、この方向でいきたいということで表の 2 から表の 4 の数字をお示ししているところです。

**【田代委員】**

今の説明で、37%を目標にするという趣旨はよく理解できるのですが、先程因委員も言われましたように療養病床からの転換が、20 年度の 5 月の調査で医療療養病床からの老健施設、介護療養病床からの老健施設だけでもざっと見積もって 720 床もあるわけです。そうなれば、今ある老健を 720 床以上減らさなければなりません。そういった事はこの資料には書かれておりません。もう 1 つは、そういった事で医療ニーズが高い人がどんどん地域に出てくるということになると、先ほどの 14 ページでお示しいただきました居宅サービスの見込量等を見ましても、例えば訪問看護では 20 年度 5 万 3 千件くらいなのが、5 万 2 千件に減るといのは理解できませんので、施設で減った分が居宅のほうに移るとなると医療ニーズが高い方の居宅サービスの見込量というのを何か勘案していらっしゃるのかどうかをお伺いしたいと思います。

**【事務局】**

老健ですよ。

**【田代委員】**

はい。例えば老健だけで考えても、先ほどの A3 の資料からみても増える方向ですが、その部分です。

**【事務局】**

4 ページの表 3 の介護老人保健施設のサービス見込量の推計をご覧くださいませでしょうか。平成 21 年度で 2,728 人、22 年度 2,653 人、23 年度 2,688 人となっています。23 年度は 22 年度に対して認定者が増えますので上がっています。医療費適正化計画では 24 年度末に医療療養の転換が終わります。介護療養は 23 年度末、医療費適正化計画の中においては 24 年度までに医療療養の再編がなされ介護に來たり医療で継続されたり一般病棟に移ったりという動きです。

実際 4 期においては 21 年度から 23 年度までの計画です。24 年度以降というのは医療機関からの転換となりますので、24 年度においては 3,250 名と 23 年度から約 600 名以上ここで多く見込んだ形になっています。先ほどのご質問で転換の部分、医療からの転換を見込んでおられるのかなというところのご質問は、表の 5 の数字を加えたものとなります。

### 【植木委員】

数字は統計とか処理の問題ですから当然現状を推計して政策的にもっていくのはわかりますので私はこれでいいと思うのですが、因委員も心配なされていますがただお年寄りが増えるのに、施設に入る人が減るという状況ですので、既存の施設の統廃合なんかにも響いてくるのではないかという気がします。これから先の話になりますけれども、どういう政策・方向性でいくのかというのが1つと、もう1つはそれに伴って地域でお年寄りが生活していくことになろうかと思うのですが、その生活する仕組みといますか、制度をどのように考えていらっしゃるのか。介護保険制度の本質である個人から社会へというものが、逆行しているように思えます。例えば、主婦がずっとおばあちゃん・おじいちゃんを世話していて、ほとんど自由がない状況というもの。その反面、地域からお年寄りがいなくなり、地域が崩壊しているため子供をみる目とか見守る目とか、昔からの料理の仕方とかそういうものが伝わらなくなってきているような感じもするため、そのような面では地域に再び戻っていくことは却っていいのかなという気もするのですが、お年寄りが地域に住むという介護予防も含めて、やはりもっともっとサービス体制を充実していかないとこの数字に則った状況であれば今の状態のままでは大変になるかなという気がします。その辺のことを少し教えてもらえればと思います、数字というよりも中身についてです。

### 【小賀会長】

事務局からはわれわれが4期の計画を立てていく基本的な資料を提供していただいていると私は考えていますので、今ご指摘いただいた部分はむしろ我々がこうあるべきだと、ここで意見を出し合って、4期の計画の中に具体的に盛り込んでいけばいいのではないかと思います。事務局サイドがどのような政策もっているのかというのは、基本的にはもってはいけないうけで、それこそ連合の議会にそういうやりとりをするということは必要なことかもしれませんけれども、むしろ連合の議会に対してこういう選択をもってくださいというような提案をぜひしていただければと思いますので、そこはちょっと事務局は答えにくいとか、答えられないのではないかと思います。

### 【寺本委員】

先程、因委員がおっしゃった中で、施設の数が減っていくということであれば、やはりみなさんが現場で見えらっしゃる状況と感覚的にかみ合わないということが本当によくわかる事で、また施策というようにお話も出たんですけれども、結局この第4期の高齢者人口認定者数の将来推計のところの4ページの要介護の総括表のところ介護予防効果が加味されて、平成18年度の認定者数よりも平成24年度とか23年度の認定者数が減っているというのが大前提の計算になるかと思えます。ですので介護予防サービスの効果がきちんとこれだけ出るだろうということでの推計の数字との連携になっているのだろうと思うのです。ですから介護予防サービスで、元気なお年寄りが増えていこうという数字がこの資料に反映して

いるので、今の状況ではとてもそうは思えないという感じですが予定ではこうなる。その予定を正当化できるような施策をこちら委員のほうから提案するというようなことかなと思います。あと医療費との兼ね合いで言えば、福岡県は大変医療費が高いですが、介護保険の利用費は低いような気がします。一方長野県は医療費が一番低いですが、介護保険は1人あたりが全国1位2位を争うというような状態ですので、その差し引きで全体を見れば、少しはまた数字が噛合うのかなという気がします。

#### 【小賀会長】

今ご指摘ありましたその数値の見方としてはそのようなことでよろしいかどうかは事務局に確認したいと思います。それからもし先ほどのご指摘の分で何か事務局からあれば、付け加えて述べていただいても構わないかと思いますがいかがでしょうか。

#### 【事務局】

施策等について具体的な提案等があれば、事前にお教えいただいて、それに対して取りまとめた形で次回お示しさせていただければと思っております。それを実現する方向で答申案をいただき、広域連合としてこのような形で取り組んでほしい、広域連合としてはこのような形で取り組みたいというところをご協議してもらったものを、当然答申の中に盛り込んでいただいて構わないと思っております。施策に関しては改めて時間をとらせていただいて、ご協議いただければと思っております。

#### 【植木委員】

その辺は少し会長とニュアンスが違うのですが。専門の方もおられますが、とくに民間出身の委員は素人だと思っていますので、行政の役割、私も昔は行政マンだったのですが、やはりあるべき姿に向かって、法律も知っている、実態もわかっている、そういう中でやはりある程度このような社会にもっていきたいということが少しあってもいいかなという気がするのです。議会に提言するということですがけれども、詳しい人はいますけれども、議員だってそう知っている方はいないのです。だったら行政のほうがしっかり煮詰めて出すぎた提案はいけないかもしれないけれど、ある程度このような社会にしていくんだと、このような介護保険制度を作るのだということを持ってほしいと思う希望があります。宜しくお願いします。

#### 【柴口委員】

2点ほどよろしいですか。この委員会はあくまでも事務局から出された数値等の議論だけでよいということで解釈していいですか。それともこの委員会が今、植木委員から出たような意見の方向で議論するという認識してよろしいですか。

### 【小賀会長】

数値等の議論だけをするのではなく、数字を受けてつまり先の政策をここで提案するということです。

### 【柴口委員】

そうすると、実際この資料を見させていただいて 2 ページに関してですが、ここの介護保険 3 施設、介護専用型居住系サービス等が出てきたと思うのですが、これに伴って現実的に高専賃等はどんどん増えております。そうしたら実際そのような方たちが今後どのように展開していくか、その分が多分 14 ページで少し推計しているようですが、本当に居宅介護支援が 133,732 人、これくらいの数字でいいのかどうかということがわからなかったもので、施設系の見込みは 37%目標で 50%にしたということですがけれども、次の 14 ページの見込量の推計を少し教えていただけないでしょうか。

### 【事務局】

14 ページの表の見方ですが、前半部分は月あたりの利用になります。1 月当りこのくらいの方が利用するであろうという推計になっています。先ほど A 3 縦の部分でステップ 1、ステップ 2、ステップ 3 という形で推計の仕方を記載させていただいております。表の 23 は 1 年間に何回利用するかという数であり、表の 1、表の 2、表の 3、表の 4 の数字を 12 倍にしたものが各年度毎に掲載されてる回／年という事になります。併せて先ほど植木委員のご意見ですが、日常生活圏域で介護を受けられる形で地域密着型のサービスが創設されました。その中で地域に根ざしてということで、地域密着型サービスに関しては、保険者で基盤整備ができるような形になってきていますので、それについては別途次回にお示しします。広域連合としての政策的なものであるところですが、まだご説明はしておりませんが、7 ページ以降になります。これは平成 26 年度までを支部毎のものです。そこを見ていただければ、例えば施設の整備が市町村で生活圏域がある支部によってばらつきがあります。施設の整備に関しては基本的には県が行います。保健圏域の中で不足分を補っていくという形で支援計画が出来ます。その中で整備していくことになるのですが、粕屋では平成 26 年度 39.4%、広域連合平均よりも施設依存度が低くなっています。11 ページの八女支部は施設の依存度が高く、平成 26 年度の目標値は 61.1%です。先ほどの 50.1%というのは広域連合平均です。支部、市町村によって利用されてる状況がかなり異なっています。その間を埋めるのが地域密着型のサービスになります。今回数字だけ小規模多機能と認知症共同生活介護はグラフ見ていただいたとおり、対前年での利用者数見込みを上げる形でお示ししております。この利用に関しては次回資料のほうでご協議いただきたいと思います。

### 【小賀会長】

植木委員から先ほどあったご意見ですが、これは本質的な問題だと思っています。例えば事務局から提供していただいているもろもろの資料の数値を、上方修正するのか下方修正するのかという単純なことだけではなく、例えば因委員から指摘があったように本当に国や県からの指導があるから、施設サービ

スを落としていくといったような形で、政策的に誘導していったいいのか、むしろ例えば筑豊一帯なんかもそうだと思うのですが、単身の高齢者世帯あるいは、老老介護というのがやっぱりなくなるどころか増えている、そうした状況を考える時に施設サービスはもう古いとか、ノーマライゼーションの思想に反してるとかいうように言われているけれども、実態として生活を支えていく時に、今の日本で施設サービスを減少させていくという形で政策的に誘導するということが、本当にいいことなのかどうか。そういう議論があってしかるべきだとも思っているのです。だからここで事務局のほうから提案いただいている生活型の3施設であるとか、居住型のサービスについては少なくとも落とすのではなく、現状維持という形で考えていってもいいのではないかなというようにご提案をいただいても私はいいと思っていますし、つまりこれらの数字を受けてこの委員会を構成している私たちが、本当に連合の各自治体の中に生活をしている高齢者の生活実態をみた時に、方向として逆行するかもしれないけれども、施設サービスはもっと充実させなければならないというようなご意見で固まるのであれば、4期の事業計画についてはそのような提案をさせていただいてもと思っています。そういう意味で自由な議論をしていただきたいというのが1点と、それからもう1つは、とはいっても数値から遊離してしまうような議論をしてしまうと意味がないので、この提供いただいている数値についてはしっかりと精査しながら現実から遊離してしまわないような、でも連合体としては重点的な施策はここにあるべきなんだ、というような主張をしっかりといただいいていいかと思えます。本当にフリースタイルで皆様方のご意見を纏め上げていきたいと思っております。いろいろ話をしておりますと時間がないものですから、簡単に答えてしまうことがあるかと思うのですが、それぞれ腹の中に何かあるわけではありませんので、言いたいご意見をしっかりと言っていただいいて構いませんからぜひよろしくお願い致します。

#### 【藤村委員】

先ほど因委員がご質問されたことなんですけれども、4ページ表2になります。見た感じ平成18年、19年、20年ということで数が大幅に減っていったという流れから、引き続いて平成21年、22年、23年も減っていったようなイメージを受けるのですが、これは単純に平成18年、19年というのは構成市町村数の関係で、そこから出て行ったという事が原因でベッド数が減ったということの数値ですか。

#### 【小賀会長】

いかがでしょうか。

#### 【事務局】

平成18年度、19年度の実績も現状の39市町村に直した数字です。

#### 【藤村委員】

では実際のグラフも平成18年、19年ということでこの数値は実数でいいですか。

**【事務局】**

はい。39 市町村の実数になります。

**【藤村委員】**

では実際利用者は減ったということですか。

**【事務局】**

はい。

**【藤村委員】**

先ほど言われた、国の参酌が 37%というところを、第 3 期でそれは実際不可能ではないかということ  
を委員会で決定して、50%程度の数値で緩やかに近づけていくということを取り入れていただいて今回も  
それを継続していただいているという流れだったように記憶しています。ただ 1 つ気になる事が先ほど  
おっしゃいましたように、施設整備は福岡県の計画に基づくとなっておりますが、その基となるのは市町  
村の老人福祉計画だと思います。そこら辺との兼ね合いというのは現在支部の方がいらっしゃる訳です  
ので、現状では今後どうなっていくのかという点が 1 点と、地域密着型や小規模多機能やグループホーム等  
はこれから増えていこうという予測がされている訳ですが、その受け皿としてなぜ小規模の介護付の  
有料老人ホーム、特に小規模特別養護老人ホームの整備等はほとんど次期計画ではこのグラフを見ると予  
定がされていない事と、ここら辺の兼ね合いも市町村が老人保健福祉計画としてどのように考えているの  
かということ、広域連合として把握をされているのかという事をお聞きしたい。

**【小賀会長】**

今の点についてはいかがでしょう。

**【事務局】**

事務局で市町村の情報は収集できていません。これらの数値に関しては逆に事務局から構成市町村のほ  
うに介護の部分ではこのように見込んでいるという数値を出します。

3 施設の数値に関しては 39 市町村として県へ提供します。構成市町村毎にこの数値、利用者数見込をあ  
げて今度は県において保健圏域毎に分けます。保健圏域毎に分けた場合、例えば田川支部以外は他の保険  
者も入る事となります。例えば八女管内だと八女市の数字も含まれます。当然連合の 3 町 2 村の数字も入  
ります。その中で今整備されている各施設のサービス、床数ですが、それに対して将来的に整備すべきか  
どうかというのは今度は県の支援計画策定の中で審議されて、3 年間の整備計画という形で取りまとめる  
こととなります。ここでの数値が県と構成市町村のほうにお示しする数字の元となります。

【小賀会長】

その他いかがでしょうか。

【柴口委員】

4 ページ表の 2 の施設に関連しまして、この数値というのはあくまでも保険者としてあがっている数字と解釈してよろしいですか。そして例えば住所地特例で地域の施設等にも入所している方もいらっしゃるのではないかと思うのですが、十分その基盤整備ができていて、その中で広域連合の施設で間に合っている、また逆に他の市町村に入所している、そのあたりがもし前回欠席していたものですか、前回の委員会では出ていましたら教えていただきたいと思います。

【小賀会長】

今のご質問いかがでしょうか。

【事務局】

実績を含めた見込というのは広域連合内被保険者の利用実績に基づいてますので、あくまでも広域連合の被保険者の方がこのくらい利用しており、それを基に将来的にこのくらい利用するであろう、そこに目標値である 50.1%に向けて努力をしていこうという形での数字になります。

【植木委員】

施設が減っていく時に統廃合というのが出てこないのでしょうか。つまり、利用者の人数が減れば 3 つ施設があるうちの 1 つは廃止するとかいうようなことは出てこないのでしょうか。

【小賀会長】

いかがでしょうか。今の質問についてもし情報があればお分かりになりますか？

【事務局】

事業所の統廃合等に関する情報はもっておりません。

【小賀会長】

施設の統廃合というのは、小学校の統廃合のような感覚では廃止をするだとかそれこそ定員を少なくする等といったようなことを迫られないかということだと思うのですが。

### 【事務局】

実際には現在多くの方が入所待機をされている状況がございますので、例えば 50 床あるうちに半数以上が空床でまわっているような施設は無いと思っております。もしそのような状況があれば当然待機者は減るはずですが。施設を統廃合する、しないというのは経営者の判断になりますので、ここでは議論の外におかせていただければと思います。

### 【因委員】

この委員会はいろいろ資料が出てきてデータから現実を見ることが出来て楽しいと思って参加しているのですが、今の話を聞く前に例えば 4 ページ表の 2 で施設が平成 18 年 3,530 床から 21 年 3,197 床でほぼ 300 床くらい減っているのですが、逆に待機者が出ているという今のお話はちょっとまた私の頭の中が混乱してしまったのですが、その原因等を教えてもらえれば大変ありがたいと思います。それと 14 ページの表を見ると国の方針を見事に表しているなというように思いますが、小規模多機能が増えていく 1,100 人程増えるというような予測が立っていたり、特定施設入居者生活介護が増えていっています。要するにそれは有料老人ホーム、ケアハウス等の事なのですが、誘導されていっているようないわゆる在宅重視という国の方針を表していっていることと、施設の入所者の数が減っていっていることが、国の方針を見事に表して住民が求めているということにつながるのかなと思って見ていたのですが、決して誘導しているのではなく実績からこのように見ましたということなので、今からは小規模多機能型居宅介護や特定施設は増えていって、今言われている特老・老健が減っていく、その中で選べるサービスメニューというのが出てくるのかなとちょっと期待をしたり、不安を感じたりしています。

### 【小賀会長】

現実的には国家的な政策の中で動いていますので、やはりそれに誘導されているということは間違い無いと思います。やはり厚生労働省を中心にして施設から地域へといっているわけですし、施設を解体できないながらも全体としては総量を少なくして地域密着型サービスへというようなつなげ方、これは全国的にそうだと思うんです。地域密着型サービスでも今はグループホームを作るとかなりグループホームは地域密着型サービスの中でも費用がかかるということになるので、全体としては小規模多機能へ誘導していっているということは間違い無いと思います。そこをなんとか自治体なり連合レベルの中で承知すると、保険料を上げざるを得ないといったような問題に直結してきますので、国の政策の流れの中で数値を上げざるを得ない、上げていっていると、因委員もお分かりだとは思いますが、現実はそうですよね。地域密着については介護報酬単価が非常に厳しいのでなかなか事業者が手をあげない、どちらかというグループホームにという要望も非常に根強いんだと思うのですが、それも政策的になかなか許容できないという状況の中にあります。

そういうことも考えながらもっと数値のあり方を全体としてはお金の問題にかかってくるので、国の施策へ流れていかざるを得ないと思うのです。どのあたりで歯止めを打っていくのかという事もできるだけ連合の中で議論できればいいかと思っております。事業者の方からみるといかがでしょうか。

#### 【寺本委員】

本日もみなさん前回の資料をお手持ちであると思うので、最初のほうの4ページのところを見ていただけたらと思います。数字が連携しているといいますか、実際の要介護も認定者数も平成18年、19年、20年を通して減っています。ですから老健等の施設の減り方を見ても、認定者数が平成18年から19年、19年から20年において減っているのを反映していることから、減った事については数字的にはおかしくないのではないかなと思います。

それに需給率を上あげた事を加味したためこの数字の推定になっているものと思います。多分要介護1の方が要支援1や2になってこの施設を利用しなくなったという形で、要支援2や要介護1の方の減少がとても多いのがこの数字に反映してあって、要介護5の方については数字的には増えているような形になっていることから、数字が減っていくのは実数がやっぱり減っているのが大前提にある事からだと思います。そのあたりは感覚の問題もあり、受け皿のサービスを利用されている方の状況はおっしゃるとおりだとは思いますが、減っているのはしかるべくして減っているからそのようになっていると思います。

#### 【小賀会長】

今のご指摘について事務局の判断みたいなものがあれば何か教えていただけますか。

#### 【事務局】

寺本委員が言われているのは、第4回策定委員会資料1の中の4ページのところで、地域支援事業を含んだところ自然体ではなくて介護予防後の認定者、介護度別認定者の動きについてだと思います。今言われるとおりの形で認定者、介護度別認定者が減った分、利用率は直近分で見えています。認定者×利用率という形で全てのサービスを見込んでいますので、認定者の出現率に合わせた形の推計量で今回お示しをしています。

#### 【因委員】

今の件は施設の入所の問題でお話をしていて、それであれば、この4ページの④要介護度の2から5の認定者数は増加していますね。私の発言から流れてきたのですが、私自身は納得しました。特養や老健が減ったとしても、特定施設や小規模多機能が増えるという国の大きな流れに沿っているということがわかりましたので、入所者が減っているということについては私自身は了解しました。

#### 【込山委員】

同じ4ページのところで思ったのですが、平成25年度ぐらいから数字的に戦後の団塊の世代の年齢が入ってくると思います。そうした時に極端にいうと65歳以上の人口は一気に増えてしまいますから、その中で実際数字からみれば確かに増えてはいるのですが、この程度の見方で良いのかなという質問です。その辺りはどうなんでしょうか。

#### 【事務局】

平成 21 年度に昭和 19 年生まれの方が 65 歳に到達することになります。総人口、高齢者人口でいえばこの推計というのは 1 歳刻みで推計を作ってます。込山委員が言われるみたいに来年 1 つ加えてその中で 65 歳に到達された方の数で推計しており、あと社会的要因、移動率等は無視はしてます。構成市町村において大型団地ができて誘致する等の情報は分からないため、社会的要因の移動率というのは 0 として、人口動態のみで推計を行った数字です。平成 21 年度は 197,570 人となります。22 年度が 198,000 人ですからここで約 1000 人程です。急激に増加するのは昭和 21 年生まれの方が 65 歳に到達にする平成 23 年度が 199,429 名。その翌年の 24 年度に 205,000 人。ここで 6000 人程増加して、その後は穏やかに千数百人ずつ増加します。昭和 21 年生まれの方が 65 歳に到達された時に急激に増加して、平成 25 年度は対前年で 6,000 人程増加します。26 年度においてもやはり 6,000 名程ずつ増加します。平成 24 年からの第 5 期計画において高齢者はかなり増加しますので、実質第 5 期の計画を立てる折にはこの部分を十分加味した上で目標設定し直すような形になると思います。

#### 【小賀会長】

よろしいでしょうか。もうお時間になったのですがもし何かこれだけ言っておかないとという方はいらっしやらないでしょうか。よろしいですか。たくさん今日質問が出ましたが、次回から具体的な 4 期の介護のそれぞれの年に達する量をどれくらいにしていくのかという具体的な数値に変えていきますので、変更していった構わないと思っていますが、わからないところをもう少し突っ込んで資料には説明をとることがあれば、次回もあわせて議論を行ってもかまわないと思います。12 時ぎりぎりになりましたけれども、ひとまず終わらせていただいて次回また事務局から新しい資料等も出していただくことになると思いますので、出来る限り早めに会議前に出していただくことをお願いしたいと思います。では今日はこれで終わらせていただきます。それでは進行を事務局のほうへお返ししたいと思います。

#### 【事務局】

どうもありがとうございました。次回につきましては 11 月の 27 日 10 時から場所は 1 階の 101 会議室にてご予約しております。資料につきましてはなるべく早急にまとめまして事前に送付できるように致します。本日は長い間どうもありがとうございました。では終了させていただきます。

以上