

## 第4期介護保険事業計画 第6回策定委員会 議事録

日時 平成20年11月27日(木) 10時00分～12時00分

場所 福岡県自治会館 101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、田代、藤川、藤村

(欠席:柴口、茶木、寺本、中川、安河内、山内、山下)

事務局、支部事務長

### ----- 【 議 事 】 -----

#### 【事務局】

おはようございます。定刻になりましたので、ただ今より第6回福岡県介護保険広域連合事業計画策定委員会を開催させていただきます。

本日の議題につきましては「地域密着型サービスの必要利用定員総数について」となっております。お手元では本日の資料、「次第」と「資料1、地域密着型サービスの必要利用定員総数について」をそれぞれお配りさせていただいております。

この資料につきましては、事前に開催のご案内を通知致しました時に同封させていただいておりましたが、その後若干数字の修正がございまして、大変申し訳ございませんが今回のもので差し替えをお願い致します。それでは議事進行の程、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。12月で基本的な答申の全体を作り上げていくということになりますので、本日は少し詰めた話をさせていただきたいと思うのですが、前回議論する中であがって参りました内容についても、今回具体的な数値を事務局からご提示いただきまして、特にグループホームをどうするのかというようなお話ももっとご意見が出し合ってくるようになるのではないかと思います。

ただ今紹介がありましたように、本日の議題は「地域密着型サービスの必要利用定員総数について」ということで、一点集中的に議論させていただければと思っております。それではまず数値の入れ替わりがあるということですので、そこも含めて本日の資料について事務局からご説明をお願い致します。

## 【事務局】

資料のご説明を致します。本日お配りしている分でご説明致します。まず一つめくっていただいて1ページ、「はじめに」というところです。読み上げさせていただきます。

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及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護については、他の介護給付対象サービスがサービス毎の量を見込むのに対しまして、日常生活圏域ごとに必要利用定員総数を見込む必要がある。しかしながら、平成18年に示された医療制度改革において、医療費適正化に関する施策の一つとして療養病床を再編することが決定し、療養病床に入院している患者を医療の必要性によって改めて適切な施設処遇を検討し、それと同時に介護療養病床を平成23年度末までに廃止することとなる。平成21から23年度の第4期介護保険事業計画期間におきまして、指定介護療養型医療施設が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及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の事業を行う施設等へ転換する場合の当該転換に伴う利用定員の増加分は含まれないこととなるため、各年度における、当該転換に伴う利用定員の増加分を含むこれらの事業それぞれの利用定員の総数については、必要利用定員総数とは別に定めることとなる。今回、計画期間における必要利用定員総数を定めるに当たっては、日常生活圏域内で指定地域密着型サービスが利用できることに留意し、かつ、医療費適正化施策に伴う転換数を考慮し、過剰なサービス供給とならないよう下記のとおり必要利用定員総数を定める。としております。

一つめくっていただいて2ページ。まず大項目Iとしまして、「認知症対応型共同生活介護について」認知症対応型共同生活介護については、広域連合全体としては、県の整備率を上回る整備状況にある。しかし、地域密着型サービスにおいては、圏域内、広域連合では圏域を支部としておりますので支部管内で利用できるよう留意する必要がある、認知症発生率も高い状況にあるため、下記のとおり必要利用定員総数を見込むこととしたい。1、2、3とございますけれども、先に3つめくっていただきまして、5ページA3横の表になります。こちらからご説明致します。

こちらは認知症対応型共同生活介護の詳細なデータになります。事業者データにつきましては、平成20年の8月の利用実績を使用しております。それから総人口、65歳以上人口、認定者数につきましても、平成20年の8月末時点の数字です。グループホームの利用者見込みにつきましては、住民票のある市町村の利用者推計となりますので、他の市町村で利用してございまして、住民票のある市町村でカウントしております。それから福岡県の総人口65歳以上の人口は平成20年の10月1日時点の数値を使用しております。一番左上の粕屋支部を例にとりましてご説明致します。一番左から総人口172,109人、それから65歳以上人口29,958人、高齢化率としましては17.4%、認定者数が4,313人、認定率としましては14.4%。それから認知症の発生率、自立度とありますが、認定調査についてのIからMまでの認知症の発生数を出してお

ります。こちらが合計で 3,041 人、それからその右の認知症の発生率とありますけれども、こちらは認知症の発生数を認定者数で割ったものになります。こちらが 70.5%。その認知症発生率の一番下を見ていただきまして、広域連合の平均としましては 67.3%、網掛けをしている部分が広域連合よりもその市町村で認知症発生率が高くなっているところ、となっておりまして。それからその右のグループホームの利用者数、こちらが粕屋支部合計で 142 人、その右がグループホーム利用者を認定者数で割ったもの、こちらが 3.3% となります。

それから一つめくっていただいて 6 ページ。こちらも A3 の横になるんですけども、左から事業所数、粕屋支部では 7 事業所ございます。その定員、何床あるかと言いますと、こちら 144 床ベッドがあります。それからその右の整備率、こちらは定員数を認定者数で割ったものになります。こちらが 3.3%。こちら網掛けしておりますけれども下から 3 段目、広域連合の平均としましては整備率が 5.3%、それからその下、県の平均としましては 3.9%、こちらのピンクで網掛けしてある部分が県の平均より市町村の整備率が低いところ、それからオレンジ色で網掛けしてある部分が広域連合の平均よりも低いですが、県の平均よりも高いところ、それから網掛けしていないところが広域連合の平均よりも整備率が高いところと、このようになっております。それからその右側が空床率、こちらは定員数から利用者数を引いたものを定員数で割ったものになります。粕屋支部としましては 1.4%、それから一番下から 3 段目、広域連合としましては空床率 7.2% となります。それからその右側グループホーム利用見込み（計画値）とありますけれども、こちらは前回の委員会でサービス量の推計を出ささせていただいておりますけれども、そちらの数字から認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の分を抜粋したものです。21 年度では粕屋支部で 151 人、22 年度では 160 人、23 年度では 169 人の 4 期の合計としましては 480 人。それからその右側です。必要利用定員総数、こちらにつきましてはグループホームの利用者見込み、計画値の部分を（1－空床率）で割ったものになります。平成 21 年度粕屋支部では 163 人、平成 22 年度では 173 人、平成 23 年度では 181 人と 4 期の合計としましては 517 人です。それから 4 期の合計のところの一番下のところ、広域連合全体としましては 6,062 人となっております。右の部分（必要利用定員総数－定員数）とありますけれども、こちらは実際何床整備するのかということになります。必要利用定員総数、左の部分の 4 期の合計 517 人です。こちらを 3 で割ったものから定員数を引いた数字になります。ですので  $517 \div 3 - 144$ 、こちら粕屋支部の数字になります。それが 28 人。それからその右側平成 21 年度から 23 年度の整備目標数、こちらが先ほどの 28 人をそのまま移したものです。ユニット数としましては 3、1 ユニット 9 人で換算して 3 ユニット。一番下にいきまして広域連合としては 21 ユニットということになります。こちら紫色で網掛けしてある部分が整備が必要な支部ということで後ほどご説明致します。以上が表の見方になります。

それからちょっと戻って 2 ページをご覧ください。「1. 整備率について」というところです。広域連合の

グループホームの整備状況が他の保険者と比較した場合を把握するために、整備率＝定員数÷認定者数を求める。先ほどご説明した部分ですけれども、県の整備率としましては3.9%、広域連合が5.3%、ですので広域連合は県のだいたい1.36倍整備していることとなります。それから「2. 空床率について」空床率＝定員数－利用者数を定員数で割ったものと定義させていただきますと、広域連合の空床率としましては、 $(1,914 \text{ 床} - 1,776 \text{ 人}) \div 1,914 \text{ 人}$ ということで7.2%、このようなものが空床率、実際広域連合の住民が施設を利用した際にどれだけ空いているのか。ベッドが空いてるのか。だいたい7.2%空いているのではないかということです。それから「3. 必要利用定員総数について」必要利用定員総数＝第4期利用者見込数÷(1－空床率)とさせていただきます。空床率は広域連合全体の数値を使用して計算しております。

それから次の3ページをご覧ください。ここから具体的にどれだけ整備していくのかということです。

(1) 支部（日常生活圏域）ごとの整備率を基に、以下の条件によって整備するかを選定する。整備率が県よりも低い支部は先ほどのA3の表にありましたとおり6支部ありました。粕屋支部、遠賀支部、嘉穂支部、朝倉支部、柳川支部、豊築支部。それから(2) 整備目標量（何床か）というものを算出する。整備率が県よりも大きい支部は、整備目標量を0床としたい。それからその下整備率が県よりも低い支部は、必要利用定員総数－定員数を整備目標量としたい。粕屋支部としては28床、遠賀支部が37床、嘉穂支部15床、朝倉支部17床、柳川支部116床、豊築支部が－10床ということになります。その下の囲ってある部分ですけれども、このことにより、豊築支部は、必要利用定員総数よりも既存の整備定員数が上回っているとあります。さらに、認知症発生率も広域連合の平均値より低いこととなっておりますので、豊築支部につきましては、整備目標量を0床としたい。それから下が地域密着型の特定施設と介護老人福祉施設ですけれども、こちらが総括でまとめさせてもらってます。

一つめくっていただいて4ページ。「(総括) 地域密着型サービスの必要利用定員総数について」というところです。まず認知症対応型共同生活介護（グループホーム）。下記の2つの地域密着型サービスに比べて、医療療養病床及び介護療養病床から認知症対応型共同生活介護への転換見込みが無いことから、認知症対応型共同生活介護については、県平均、連合平均の整備率、認定基準における認知症自立度の分布等を考慮しながら、日常生活圏域（支部管内）において、下記のとおり必要利用定員総数を見込むこととしたい。ただし、「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針」から地域密着型サービスの利用に関しては、その圏域内で利用できるよう留意する必要があり、広域連合における日常生活圏域とは支部管内であることから、計画期間内に整備が必要となる日常生活圏域（支部）においては、その構成市町村のうち最も整備率が低い市町村に計画的に整備するなど日常生活圏域での調整が必要となると思われる、というところです。計画期間における日常生活圏域ごとの必要利用定員総数、および整備

目標数については下記のとおりとしたい。粕屋支部としては必要利用定員総数が 517 人、整備目標数としては 3 ユニット、それから遠賀支部、必要利用定員総数が 452 人の 4 ユニット、鞍手支部としては 909 人の整備無し、嘉穂支部が 100 人の 1 ユニット、朝倉支部が 132 人の 1 ユニット、糸島支部が 129 人の整備無し、うきは・大刀洗支部が 347 人の整備無し、三潞支部が 135 人の整備無し、八女支部が 438 人の整備無し、柳川支部が 645 人の 12 ユニット、田川支部が 1,918 人の整備無し、豊築支部が 340 人の整備無し。全体としまして、計画期間内での必要利用定員総数は 6,062 人で 21 ユニット、このようにしたいとさせていただきます。2 番目が地域密着型特定施設入居者生活介護（小規模「定員 29 人以下」の介護専用型特定施設）なんですけれども、こちらが計画期間内での地域密着型特定入居者生活介護の利用者見込み、前回の資料でもご覧いただきましたけれども利用者見込みが 0 人であること、それから医療療養病床及び介護療養病床からの転換等で計画外での転換も予想されますことから、生活圈域及び広域連合全体での必要利用定員総数としては 0 人としたい。それからその下、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（こちらは定員 29 人以下の特別養護老人ホームですけれども）こちらも先ほどと同じ理由で利用者見込みが 0 人であること、それで必要利用定員総数を 0 人としたいと、このように記載させてもらっております。

7 ページと 8 ページなんですけれども、こちらは厚生労働大臣が定める介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本指針、こちらに今ご説明したことの参考になるところを抜粋して掲載させてもらっております。以上で資料の説明を終わらせていただきます。

#### 【小賀会長】

ありがとうございます。随分詳細な数値を出していただいているのですが、例えば 2 ページにあるような計算式に基づいて、でてきた数字が横長の一覧表の表の中に出てますけれど、こうしたものは実際自分で計算式に当てはめて一覧表ではじき出すととても分かりやすいのですが、その作業に係ってないものをちょっとみるとなかなかわかりにくいものがたくさんあるかと思います。例えばマイナスってどういう意味なのかとか、ユニット数が出てるけれどもどういう意味なのかとかというようなことも含めて、本当にちょっとしたことのように思われても構いませんので、どんなところからでもご質問いただければと思います。内容量につきましてもご意見がございましたらどこからでも構いませんので、特に関心があるところ、あるいは重要だと思われるところを逐一ご指摘をしていただいても構いませんので、どうぞよろしくお願い致します。ではご質問、ご意見いかがでしょうか。

### 【田代委員】

とても詳細な資料でわかりやすくご説明いただいたので、本当に参考になりました。ここに載っていると思うのですが、柳川支部と田川支部で5ページ等を見てもみますと、人口は約半分なのに認定者数は4分の1、で今後もっと増えるのではないかと、この表を見ながら想定したのですが、認知症の発生率は広域連合よりも高いですし次のページの最後にありました12ユニット、今後3年間で整備しなければならないという式が出てるのですけれど、今までになされなかった理由と今後3年間で可能な誘導策というのは何か考えていかないと難しいかなと思います。そこら辺が今までの数から見て何でできなかったのかなと、ご存知であればお聞かせ願いたいなと思っています。

### 【小賀会長】

単純にこの整備が遅れていただけなのか、あるいは地域的な何か理由があったのかというようなことも含めて、ユニットの言葉の意味も含めて教えていただければと思います。

### 【事務局】

グループホームの場合、ユニット単位での設置となります。1ユニットは9人までで、2ユニットだったら18人までとなります。

### 【小賀会長】

1箇所、2箇所という考えですか。

### 【事務局】

グループホームについては「ユニットごとで認知症の方を家庭的に世話をしていきなさい」という形がございまして、そのユニットが最高9人まで、9人ではないところもあるのですが9人までが1ユニットです。1ユニットで人員とかそういう基準も決められて「ユニットごと独立した形をやってください」ということになっています。現状は2ユニットまで1事業所で認められることができるということです。過去は3ユニットまで認められた時代もあるのですが、今は1事業所2ユニットまでということになりますので、1事業所1ユニットでいかれるか、場合によっては2ユニットで指定をしていくかということは考えられるのかなと思っています。それから、先ほどの柳川市のご質問でございまして、第3期におきましてはグループホームは広域連合は非常に整備が進んでいるということで、原則としては指定しないという方針で来ておりました。それに伴いまして、ほとんど第3期においてグループホームの指定は行ってお

りません。ここの差というのは以前、グループホームは県指定の時代に「申請があれば全て指定をします」という時代のもので柳川が少なかったのかなと思います。第3期においてはそういうことで連合全体では非常に整備されてるので、柳川はちょっと少なめではあったのですが連合のメリットを活かして近くの施設を、利用していただくという施策できておりました。第4期はそういうわけにはいかないのではないかとということで、このような案を出させていただいたと理解しております。

#### 【小賀会長】

その他いかがでしょうか。お願いします。

#### 【込山委員】

おはようございます。込山です。単純に数字を9で割りますと、現実には例えば粕屋支部28人に対して単純に1人不足すると、単純に計算するとそういうことが起こるのですが、近似値だからいいかということではなかろうかと思うのです。それと朝倉支部ですが、ここは17人に対して1ユニットになってまして、その上も鞍手支部の15人に対して1ユニットですね。だからこういうところのギャップがあるなということに気づいたんですけども。それと合わせて利用者が、例えばすぐ隣の福岡市のほうに満床だった場合空きがあるということであれば別に支障はないのですが、福岡市が満床だった場合は現実にはこういう人達は行き場を失ってしまうのではないかなと思うのですがいかがでしょうか。

#### 【小賀会長】

今のご指摘についてはいかがでしょうか？

#### 【事務局】

込山委員のからご指摘があった件ですが、資料の6ページをご覧ください。まず整備目標数、表の右側から2つ目のところ、17名でユニットとしては1となっているところですが、基本的に過剰整備は避けたいと思っています。現在でも県の平均を上回る形でグループホームの利用人数は推移しています。利用人数を9で割って切り捨てた形で整備目標数を設定しています。あとは空床率というものを加味しております。仮に空床率が3%ならば、3%は他の保険者の方が利用している、もしくは空床になっているということです。朝倉支部に関しては実際の利用人数としては108名ですよね。必要利用定員総数としては空床率を加味したところで116名ということで、この差は8名ありますので、過剰な整備をしたくない、第4期の保険料をなるべく抑制したいということでユニットに換算した場合は全て数字を切り捨ててこの表で

お示ししているところです。

### 【小賀会長】

込山委員が懸念しているところはおそらくこういう数字が出ると、実際はどうあれこの数字でずっといくのではないのかといったようなことも含まれているように思うのですが、その辺りでは絶対視する数字に考える必要はないと思っています。もちろん数値が出た以上はそこをしっかりと守っていくという基本的な姿勢というのはなければいけませんけれども、例えば他の連合外の自治体にこれまで利用していたような方が、やはり自分が生まれ育った町で整備をされるんだったら戻りたいといった時に、17人必要だということで1ユニットとなっているという状況で、では絶対そこは1ユニットなのかということであれば、それこそ当該市町村と支部との協議によって4ページにも下線引きで出ているんですけども、構成市町村のうち最も整備率が低い市町村に計画的に整備するなど、日常生活圏域での調整が必要となるというところで、支部を圏域ということ考えているわけですから、その圏域の内部で調整をしていくということも議論の余地を残しているのだと思うんです。最終的にはそこで持ち上がってくるものが地域密着型の運営協議会に上程をされてそこでまた改めて審議がされるということになるかと思しますので、そうしたところにも4期の計画をバトンタッチしていきますから、多少の柔軟性といえますか、幅を残すという形で審議をいただければ事務局、そしてそれぞれの支部での地域密着型での議論にあとは委ねていくという形でいいのではないかと考えているのですがいかがでしょうか。もしその点で事務局からご意見があれば出していただいても構わないと思うのですがいかがでしょうか。

### 【事務局】

小賀会長のご意見のとおりかと思えます。ここに上げさせてもらった数字は過剰な整備を抑制するための総量規制となります。日常生活圏域においては、県の平均よりも整備が進んでいる状況があります。第4期において、グループホームの新規の指定を行わない場合は、ここに数字が上がらなければ保険者側として認めなくていいという総量規制の数字となります。それとは逆に、今小賀会長のほうからご意見があったように、地域の実情として例えば朝倉支部だったら5ページのところの数字を見ると認知症の発生率が83.9%、広域連合よりもかなり高い発生率で推移をしています。空床率のほうも満床で動いておりマイナスの22.2%、6ページの左から4行目になりますが、その辺の状況を踏まえつつ地域密着型サービスの運営協議会において、その年度の指定方針等を検討する上で、日常生活圏域で利用できるような形で方針等が決定されていくと思えますので、今ご懸念いただいていることは調整が可能ではないかと考えます。



**【小賀会長】**

込山委員よろしいでしょうか？

**【込山委員】**

その辺をのせていただいて、考えをやっていただければいいかと思います。例えば今おっしゃいました数字にしましても、例えば6ページの朝倉支部、事業所数が2に対して定員数が27となっているところ、3ユニットですか。事業所が2つで3ユニットもあるということですね。

**【小賀会長】**

そのほかいかがでしょうか。

**【藤村委員】**

先ほどから出ていますグループホームというのは規制がなくどんどん作られていって、前回の計画の中でも総量規制がかかってきたという経緯があって、それでどの地域でどれだけの適正なユニット数が要るかというのは確かに明確ではないと思います。その中から現在の空床率で導き出された結果がこういうようになっているので、元々の厳正なる数字自体が適正かどうかというところが疑問になっているわけです。5ページで書かれていますように、人口規模だとか認知症発生数に関してでも粕屋支部が人口17万に対して認知症発生数が3,041と、柳川を見てみると2,255というところで、その認知症発生数を見ても粕屋支部より柳川支部の方がグループホームの数が増えるということ自体が単純に疑問として残ってきます。要は地域密着型の趣旨でありましたように、自分の生活圏域の中で過ごされるという趣旨ですから、他支部のグループホームを利用されてる方々をまずどうしていくのかということでは、当然いくつかのユニットを整備していくということが柳川としては大事なことなんだろうと思うのですが、12というのは少し多い感じがしますので、広域連合本部に柳川支部からグループホームの数が足りないのではないかな等、提言のようなものが出ているのかということをお聞かせいただきたいと思います。

**【小賀会長】**

本部のほうにはそうした提言というか、支部や構成市町村から出ているというのはあるのでしょうか。

### 【事務局】

数ヶ所の事業者からの問合せがありました。ただし、3期においては新規にグループホームは指定しない方針でしたので、実際には指定しておりません。

### 【小賀会長】

私たちが議論する為にこうした資料を作ってくださいわけですが、こうした資料を基にして地域の高齢者家族のニーズも少し変化をしていくようなことも含めて、数字のことは考えないといけないでしょうし、今ご指摘がありましたように今後、特に柳川支部は柳川市1支部1自治体で構成されていますので、12ユニット新たに増設をしてそのあと例えば柳川が単独で介護保険を運営していくというようなことになった時に、その財源の問題だとかも当然考えていかなければいけませんから、この数字が出たからどうぞ作ってくださいと考えることもないとおもいます。おそらくホームヘルパー等々を使いながら家族とともにあるいは今まで住み慣れてきた家で生活を続けていきたいというようなニーズがあるのかもしれないし、そうしたことであればグループホームを多く増設をしていくという単純な考え方だけではなく、ホームヘルパー制度の充実というようなそういうラインで考えていたものですから、ひとまず12という数字が出てきましたけれども、実態としては他の構成市町村と比べると圧倒的に少ないということを踏まえて、3年間の中でこれに近づけるような物件確保とかもあってもいいのかもしれないと思います。そのあたりでも実際としては柳川市と具体的に協議しながら柳川市のほうから、必要に応じて提案をしていただくということで考えていけばいいかと思うのですが。ただやっぱり今のご指摘は非常に重要なご指摘だったと思います。

### 【事務局】

表の見方についてももう一度ご説明したいと思います。まず5ページのところになりますが、認知症発生率（自立度）と書いたところ、グループホームの利用条件としては認知症の発症がないとグループホームに入所できません。その表の右から2つ目を見てもらうと粕屋支部は現在142名の利用があります。柳川支部では、146名です。実際には粕屋よりも柳川のほうが実際の利用者が多い状況です。それから認知症の発生率を見てもらうと粕屋支部では70.5%、柳川支部は74.5%で粕屋支部を上回ってます。続きまして6ページのほうになります。粕屋支部では定員は現在144名です。それに対して柳川支部は99名と50名弱少ない状況です。利用者は柳川支部のほうが2名多い状況です。そこで最終的に目標数とします左側から2つ目の粕屋支部では28人と144名を加えてもらうと172名です。柳川支部では99名に116名を加えても柳川支部の認知症発生率が高いということからすれば、粕屋支部よりも整備目標数、認知症の発生

率と現在の利用者を踏まえたところで空床率はどちらの支部も広域連合の平均を使っておりますので、そういう表の見方をしていただければ、柳川に12ユニットを整備することについての妥当性は出てくると理解しています。

**【植木委員】**

6ページの事業者数、一番下のところですが、これはユニットじゃなく127名ということでしょうか。それと5ページの認知症発生率が田川支部と他の支部では随分違うんですね。認定の甘さとか、ぎりぎりまで認定しない地域があるとか、どういう考え方をすればよいのかちょっと教えてもらえませんか。

**【小賀会長】**

今のご指摘についてはいかがでしょうか。

**【事務局】**

127の事業所ということになります。

**【植木委員】**

ユニット数で言ったらどうなるのですか。

**【事務局】**

ユニット数は分かりませんが、定員数合計としては1,914名です。加えて5ページに関しては田川支部は認知症の発生率が低い理由として、認定が甘いのではないかというご指摘であったと思いますが、認定の基準に関しては、広域連合内で平準化を図る努力を日々やっております。結果として田川管内では認知症の発生率が低い、広域連合の平均以下という結果にはなっていますが、直接的に認定の条件や、それが甘いとうことは無いと理解をしております。

**【小賀会長】**

いかがでしょうか。よろしいですか。

### 【植木委員】

統計的にこれだけ差が出るというのは一般的にあり得ないと思います。あまり詳しくは知らないですが、実際に差が出てるのはなぜかなと思いますが、例えば主治医意見書の書き方が甘いなどはないですか。

### 【田代委員】

よろしいですか。この発生率というのは私も植木委員がおっしゃってることも一理あると思うのですが、やはり発生率というのは1号保険者の65歳以上に占める認定者の発生した数で割るのが本当かなと思うのですが、認定者数で割ってあるものですから、このような誤差が生じるのは、今おっしゃってるようなことも1つの一因ではあるのかなと私も思います。ただこれを見るとそれなりかなとも思うんですが。

### 【小賀会長】

逆からいえば、たとえば田川支部地区一帯は事業者数が多いわけですよ。当然それにつれてサービス全体のメニューが供給よりも大きいわけですが、事業者数が多いということは事業者が1号被保険者の中から該当するのではないかという方々を掘り起していけば、当然やっぱり例えば要支援の1、2に該当するような方々も増えてくると思います。だから掘り起こしをすることが良いことか悪いこと自体は別にして、逆から言えば他の市町村の支部についても本来であれば介護サービスに必要な方がいらっやって、でも要介護認定を受けていないという状況が見られるということかも知れないですよ。おそらく今の状況でいえば、田川支部について特に認定基準が甘いとも思えなくて、かなりむしろ厳しい状況が見えるのではないかと思うのです。本部のほうも日々心がけてそうした認定基準の甘い、厳しいとかいったような違いが出ることがないように、そういう議論や取り組みがおこなわれていると聞き及んでいますし、おそらくその認定基準からくるものとは違うのではないかというふうには私はそういう印象をもってるんですけども。

### 【込山委員】

先日政治学級ということで、遠賀支部の芦屋町にお邪魔したんですけども、これ見ますと芦屋町が非常に認定率が低いんですね。当然こういう時期ですから「合併協議会とかそういう話が起きているのではないですか」という問い合わせをしたら、「いや、確かに起きておりますが、我々は合併する気はありません」と。それはなぜかと言いますとそれは芦屋町の方には自衛隊があります。ということは非常に資金が安定しているということは一ついえるのではなからうかと。それをうまく介護保険外でも、例えば芦屋町の1つのサービスという形で使われているのではなからうかなと思ったんですけども。そうすれば

実際にこれで見ますと認定率とか高齢化率とか 22.3%、16.8%という形なんですけれども、下から 3 行目のところなんですけれども、発生率というところになりますと 66.2%という形で県よりも連合よりも低い数字が出てくるというような感覚が見えたんですけれどもいかがでしょうか。

**【小賀会長】**

いかがでしょうか。今のご質問について。

**【事務局】**

その辺の状況はよく把握できてない状況です。今言われてることは、市町村独自の福祉施策についての質問でしょうか。これらの状況に関しては、広域連合では把握できない状況で、サービスの受給と認定率に関する因果関係に関しては分かりかねます。田代委員からもご指摘をいただいた点につきまして、認定者を高齢者で割り戻すと粕屋支部のほうが 10.2%です。遠賀支部で 11.0%、鞍手支部で 14.8%、嘉穂支部で 17.2%、朝倉支部で 12.5%、糸島支部で 12.8%、うきは・大刀洗支部で 12.7%、三潁支部で 13.3%、八女支部で 10.9%、柳川支部で 11.9%、田川支部で 16.0%、豊築支部で 11.4%、広域連合全体で 12.7%、この結果からは、田川支部が特に高齢者に占める認知症の自立度の発生率の割合としては特段低いということはありません。植木委員が言われたみたいに田川だけ認知症の発生率が落ちてるような表になっていますが、高齢者全体で割り戻した場合は田川管内では 16.0%で広域連合全体の 12.7%よりも高い状況です。

**【植木委員】**

高齢者で割り戻したらあまり変わらないのに、認定者で割り戻したら変わるというのは逆におかしいのではないかと。全体で割ったらだいたい出ると思うのですが。そんなに差は出ないと思うのですが。

**【事務局】**

認知症というか、認定者の発生率自体は少し落ち着いてきているのですが、筑豊管内は概ね高い状況で推移しています。個々に分析したものではないのですが、旧産炭地というくくりでいえば、一般に高い状況で、認知症を要因として要介護状態に陥っているのではなく、それ以外の原因で要介護状態に陥っている方が多いのではないかと推測します。

**【植木委員】**

高齢化率とか認定率は、上のほうは違うけれどそんなに変わらないですよ。ただこの原因が何かなく気になるんです。まだ納得がいかない。

**【因委員】**

そもそも総量規制をする意味を教えてくださいませんか。総量規制はなぜするのですか。

**【事務局】**

手持ち資料にはないのですが、地域密着型サービスができて、計画書に上がっていない数値に関しては過剰な整備を防ぐ為というのが大きな理由であると思うのですが、この数値をもって指定しなくても構わないというのが総量規制となります。県の支援計画の中で3施設の整備目標があります。これも同等の考え方で介護3施設を期間内に過剰に整備をした場合は、恒常的に費用がかかるということを踏まえて保健圏域ごとに必要利用定員総数を出して、実際その圏域に何床くらい介護3施設があつて計画期間内に不足する分を整備します。それ以上に事業者の参入意向があつた場合に、整備目標数を超えるものに関しては、この計画期間内については、拒否してもいいという保険者側の理由で総量規制が設けられていると思います。以前はグループホームについては申請をすれば全て認めていた時代に、保険者自体が65歳以上の保険料がこれだけ高騰して、第4期も全国平均で4,300円前後になろうかという状況があります。まず2,000円代でスタートして、毎年1,000円ずつ上がっているような換算です。総量規制というのは過剰な整備を防ぐために使わせていただく保険者側の数字というふうに理解しています。

**【因委員】**

おっしゃっていることは、たくさんサービス事業所ができればそこに入る人が増えて、保険者側の負担が多くなり、保険者としては困ることが総量規制の目的ですか。サービス事業所が過剰供給になれば、そこにどうしても人はサービスを利用するということになるので保険料に跳ね返る、そういうことですかね。

**【事務局】**

適正に使われている部分は整備しなくてはいけないと思いますし、3年間どのようなサービス必要であろうかという数字は、この策定委員会の中でお示ししてきたとおりです。そういう状況の中で総量としてはこのくらい必要であろうというものを今回お示ししているところです。その枠が不足することになれば、

これは絶対的な基準ではなく、その年度の指定方針等で見直しすることによって、必ずしも全面的に拒否をするということではありません。ただ、一線は引く必要があると思いますので、総量規制という考え方が生まれてきたのではないかなと思います。

#### 【因委員】

私も過剰にサービス事業所が増えていくのは望ましくないと思っています。だけど、今の事業所や入ってくる事業所を保護するという意味では総量規制は必要だと思うのですが、利用者側から見ると選べるサービスメニューにならないんです。必要量だけしかないから選べなくなってしまう訳です。そうすると介護の質が向上しなくなります。競争原理が働かないと介護の質が向上しないし、利用者がメニューを選べないのです。必要最低限のサービスしかなければそれしか選べなくなります。今回のことでいうと6ページですが、「低めに設定しました」とおっしゃってるわけですね。例えば嘉穂ですが、定員目標数15名ですよ、それに対して1ユニットですよ。これは私は2ユニット必要なのではないかなと思います。低めに設定するのではなく、本来2ユニットで18名ですから。2ユニットに設定するべきだろうし、朝倉も17名です。だから、野放しでいいとは言わないのですが、少なくとも嘉穂、朝倉は2ユニットずつ、そして柳川も13名になるのかなという気がするのですがいかがでしょうか。

#### 【事務局】

因委員が言われる通りだと思っています。先ほどの総量規制ですが、対象となるサービスは地域密着型の小規模の特定施設と特養施設。それとグループホームということになります。これ以外の小規模多機能等は総量規制の対象外です。様々なメニューが選べるという点でいえば、どうしてもこの3つに関しては総量規制が入っていますが、小規模多機能などは、総量規制の対象外になりますので、著しくサービスメニューが選べない状況には陥らないのではないのかと思っています。それともう1つ。ユニットの考え方ですが、確かに四捨五入すれば今のような数字になろうかと思います。事業計画書には、必要利用定員総数までしか記載しません。右側の2行に関してはおおよそこれくらいのユニットが整備できるであろうという参考値としてお出ししてます。平成21年度以降に基準等をお示しして、年度の指定方針の中で決定されていくことになるかと理解しています。

#### 【小賀会長】

いかがでしょうか

**【因委員】**

状況をみながら臨機応変に、必ずしもこれが固定したものではないということですか。はい、わかりました。

**【小賀会長】**

その他いかがでしょうか。私会議を進めることばかりいつも念頭にあるものですから、この間一度も中休みをとったことがないのですがいかがでしょうか。

**【藤田副会長】**

私は日常的に地域の民生委員さんや地域の人と一緒に仕事をしているので、認知症の問題が非常に大きな問題になってきているというのはだんだん表面化してきています。例えば認知症のグループホームの問題にしても他の地域はどうかわかりませんが、自分が居住している地域から離れたグループホームに入るという人が大半です。だから例えば飯塚の筑豊地区の人は筑豊地区のグループホームではなくて、もっと離れたところのグループホームに入るというのが一般的なスタイルです。そこで認知症の問題を考える時に計画の中にどこまで盛り込むのか、さっき小賀会長が言われたみたいに、地域密着型サービスの運営協議会の検討課題としてあげるのかはよくわかりませんが、認知症の人を地域で支えていく仕組みみたいところをもうちょっと具体的に提案したりする必要があるのではないかと思います。特に地域認知症ケアコミュニティ推進事業ということで大牟田市あたりが色々な取り組みをされて、いろんな仕掛けを次々に作って取り組みをされた実践が今どんどん発表されていますので、そのようなシステム作りみたいなことを認知症に関わって今後どのように考えていくのかということあたりも同時に方向性として提案をすることが大事ではないかなと思います。だから整備目標と合わせて仕組みの問題も同時に考えていかないと認知症の問題はなかなか難しいのではなかろうかと思っています。

**【小賀会長】**

では一旦、10分休憩を取らせてください。今のご提案も含めてそのあとまた議論を膨らませていきたいと思えます。

《10分休憩》



**【小賀会長】**

ではそろそろ再開をさせていただいてよろしいでしょうか。まずちょっと今ご質問がございまして、表の5ページのところですね、認知症発生率（自立度）とありまして、そこにⅠ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、ⅣそしてMというふうにランク分けをされていますが、この例えば数字の中にMというアルファベットが最後にあるだとか、分け方だとかというところで少しこの内容について説明をしていただければというふうに思いますが、いかがでしょうか。

**【事務局】**

3期の事業計画書をお持ちですか。98ページに概略ではありますが、「認知症度」ということで左の一番上に記載させてもらっています。「認知症高齢者の日常生活自立判定基準、認知症の程度によって自立も含め8段階に分けられる。軽い順からⅠ、Ⅱa、Ⅱb、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ、Mと表す、認知症自立度ともいう。」そしてこのMがメディカル、医療的な措置が必要という状態ですね。この表を作る時にグループホームに入所される方のうち、Mをもっておられる方が実際入るのかどうかというのがちょっと疑問であったのですが、最大数整備したいということ含めてMまで含めたところで認定者で割り戻しています。Mを対象外とすれば当然ユニットの整備数は減少します。

**【小賀会長】**

ありがとうございます。それでは先ほどの議論に続けていきたいのですが、先ほどの流れと関わらないところからでも結構ですので何かご意見がございましてでしょうか。

**【藤川委員】**

総括の4ページで、医療療養病床および介護療養病床というところの内容の違いを教えてください。

**【小賀会長】**

内容の違いについてご説明をいただけますでしょうか。

**【事務局】**

医療療養病床のほうは医療保険の適用になり、介護療養病床は介護保険の適用ということの区分けになります。

**【藤川委員】**

今、医療療養病床というのは介護認定に関係があるのですか？

**【事務局】**

医療療養病床は介護に関係があるのかというご質問ですが、資料1でご説明をさせていただいたと思います。1ページの「はじめに」の下3行目から5行目で、「平成18年度に示された医療制度改革において、医療費適正化に関する施策の一つとして療養病床を再編することが決定し、療養病床に入院している患者を医療の必要性によって改めて適切な施設処遇を検討し、それと同時に介護療養病床を平成23年度末までに廃止とすることになる。」 それに加えて、再編成されて医療療養病床から介護へ転換しなさいという転換移行計画というものがあって、医療のベッド数が再編成されます。実際医療を必要としない方も長期定住するような形になっていますので、それを再編成して医療費等を抑制するというので、転換計画が出されました。医療療養病床の経営側から見ると介護のほうへ、例えば、老人福祉施設等、介護のほうへ転換しても構わない。転換されてくる分に関しては介護の費用となりますので、それ含めて第4回の資料3のほうで転換計画に係る資料をお示ししました。介護療養病床に関しては、平成23年度末をもってなくなります。なくなったら事業所側からすれば何らかの事業展開を強いられることとなりますので、老人福祉施設などに転換をして新たに事業展開する。医療療養病床についても、一部はそのまま医療療養を継続、一部は、介護の老健や特養等に移行することとなります。その辺に関しても、第4回目にご示しました。医療療養病床も介護療養病床もまだ不透明なので、その辺を踏まえて過剰な整備がないように必要利用定員総数を定めることとなります。

**【小賀会長】**

今大学の授業で学生にちょうどそここのところを教えているところですよ。ぜひ聴講されても構いません。他はいかがでしょうか。本当にわかりにくいですね。国の施策で病気を抱えつつ介護が必要な高齢者をどう受け止めるのかで医療保険で受け止めるのか、介護保険で受け止めるのかというふい分けをしているところで、結局その病院ベースで取り組んできた、病気を抱えつつ介護が必要な高齢者がその病院ベースで受け止められてきて当然医療保険で対応してきているわけですが、その方々が政策的な転換で病院ベースで行ってきた事業を今どちらでも構いません。医療保険でも介護保険でも好きなほうを選びながら高齢者を受け止めてください。というような変わり目の時期になってますから、医療保険ベースで受け止められてきた高齢者が、ちょうど今の時期から介護保険ベースで受け止められ直していくということでこういう名称の分けががついているというような状況になっている訳です。やはり概念図みたいなものがあ

て説明されるとわかるのですけれども、言葉だけではわかりにくいですよ。

#### 【植木委員】

6 ページの介護 3 施設の資料は無いでしょうか。県は県で飯塚市は飯塚市でこういう計画を立てるのでしょうが、県全体等では見えないのでしょうか。つまり 3 施設の過不足がわかるような表があるかどうか、広域連合に入っていないところも含めた県全体の状況が把握できるような資料があるかどうか。

#### 【小賀会長】

事務局ではその辺りの資料、例えば県がもっていられるかどうか含めてご存知でしょうか。

#### 【事務局】

手順から説明をさせていただきたいと思います。福岡県内に広域連合を含めて 28 保険者あり、現在事業計画の策定中です。この中で施設の利用者数見込を算出します。また、基本指針で 3 施設プラス居住系サービスに関しては、要介護 2～5 の方の利用を 37%以下にしましょう。その中で要介護 4、5 の方、重度の方に関しての利用を 7 割以上にしましょう。という数値目標を掲げて、広域連合の場合は施設の依存率が高いので、50.1 という数字を平成 26 年度の目標に設置して数値をお示ししています。そして各保険者から 3 施設の利用者の見込みを福岡県に報告します。続いて福岡県は保健圏域毎に利用者数を積上げます。例えば鞍手管内だったらこれに直方市が入ります。直方市の 3 施設の必要見込数というのを広域連合構成市町村である、宮若市と小竹町、鞍手町の数字と合わせてその管内に 3 施設で今どのくらいベッドがあって、どのくらい空きがあるのか。それと 3 ヶ年でこれくらい必要になるからその部分をこの表と同じような形で試算して、3 ヶ年の整備目標ができます。

福岡県の場合は、第 5 次福岡県高齢者保健福祉計画というものが策定されます。そこに 21 年度から 23 年度まで保健圏域毎にどのくらい整備しましょうという数字が出てきます。例年は、5 月から 6 月に冊子になったもので出されます。先ほど療養病床の再編のところでは何か資料があればもう少しわかりやすいのかなということで、会長からご指摘がありましたが、手元に資料があるので説明します。療養病床については「主に長期にわたって療養を必要とする患者が入院するための病床」となります。この資料が作られた段階で、全国で約 37 万床あり、そのうち医療保険適用部分の医療療養病床が全国で約 25 万床。介護保険適用部分の介護療養病床が約 12 万床となっています。しかしながら、平成 17 年度の調査では両者の入院患者の状態には大きな差は見られず、医療と介護の区分がはっきりしないまま双方に分散して入院されている状態なので、両者の役割をきっちりと決めて再編成しようというのが、医療費適正化施策の中の一

つである療養病床の再編成であります。

#### 【小賀会長】

先ほど藤田副会長からこの数値をあげると同時にむしろ重要なのは、認知症の高齢者を支える仕組みではないのかと。その仕組みの中に具体的にどんなサービスメニューを組み込んでいけば地域で生きるということを支えられるのかというようなご提案があったのですが、それについて例えば様々な自治体で構成される連合が具体的に一つの形をもってというのは非常に難しいと思うのですが、しかしそれがそれぞれの市町村ごとの地域福祉計画であるとか、あるいは高齢者計画になるのか、そういうものの中に、この連合体に参加することによって、サービスメニューをきちんと組み込んでいくというような関係をぜひ作っていただかなければいけないのではないかと思います。その市町村ごとの高齢者計画や地域福祉計画があって始めてこの数値目標も本当に实际的に活かされていくのではないかと思います。そういうものとして特に今回の、今日の議論でいえば4期総量として21ユニットでというような計画が良いのか悪いのかということをご確認をいただいて、そしてこれでひとまず取り組んでいながら、当然3年の中で調整を図っていくという余地を残すということについてもご賛同をいただいて、そしてそれぞれ特に重点的に配置が必要だと指摘されている支部、市町村に関してはそれらが本当に地域の独自性みたいなものを活かしてサービスが展開できるという形で利用をされるということにならなければいけないと思います。ですから改めて構成市町村、特に今後こうした数値目標を掲げて取り組んでいただくようなところにつきましても、ぜひ市町村ごとの高齢者計画や、地域福祉計画の実施あるいは見直し等を含めて、そういうものに則してこれらの計画が落とされていくと、数値が取り組まれていくというようにぜひ提案をさせていただきたいのですが、そうした点について先ほど福岡県下で先進的に取り組んでいる自治体もあるというところをご紹介いただいたのですが、皆様方の中からそうした点について何かご意見がございましたらお願いをしたいと思うのですが、いかがでしょうか。

#### 【藤村委員】

今、会長・副会長が言われましたように、制度にのっとったサービス配置ではなく、認知症の方を地域で見守っていくようなインフォーマルなネットワーク作りが必要だと思います。また、市区町村、地域包括支援センターが核的な存在となり、認知症の方に携わるエキスパートの方を配置するという事も聞いております。広域連合において、地域包括支援センターは支部単位ですので、その辺で若干各市町村との距離が出てくると思います。ですからその辺を今後どうしていくかということ、包括支援センターとしてのその辺の役割を含めてどのような方向性を今の時点でお持ちなのかということをお聞かせいただければ

ばと思います。

**【小賀会長】**

事務局から今のご質問について何かございますでしょうか。

**【事務局】**

平成 18 年度に包括支援センターの設置を行って 3 職種の確保や介護保険内での整備、実務を進めてきた訳ですが、今後、今藤村委員がおっしゃったような形の重点的な人の配置等も含めて、事業計画の施策の中でもう一度お示しさせていただければと思います。

**【小賀会長】**

他にはいかがでしょうか。

**【植木委員】**

政策がこれからというところでしょうけれども、今会長がおっしゃったようにいろいろな町や市で良い取り組みがあるのではないかとことですね。その辺は何かモデル事業みたいなものを見せてもらえるところがあるのでしょうか？それと介護予防ができてから地域でという方向性がかなり出てきていますが、私は自分が田舎に住んでいてそれが全然ピンとこないのです。地域でということが本当にどうなのかと。向こう 3 件両隣、朝マイクロバスがやって来ておじいちゃん、おばあちゃんが皆乗っていくと。そうすると子供たちを見る目もなくなるし、昔はおじいちゃんおばあちゃんが縁側で「よう帰ってきたか」とか言ってましたよね、まあ昔の話ですが。そういう方向性というのが全くこの中では見えないですね。多分そのようにいかないと財政的にも大変になるし、そこをどのように検討というか議論されているかをちょっとお聞きしたいのですが。

**【小賀会長】**

その辺りはむしろわれわれがあれこれ提案をしていったほうが良いと思うのですが、実態として私も田舎に住んでいるものの、以前いわれていた田舎の人間関係はほとんど崩れ去っています。特に田川のほうは炭鉱住宅が古くなって改良住宅に作り変えられる度に同じ地域で昔から住みあってきた人たちがそれぞれ新しい住宅ができたから、あなたはここ、あなたはこっちというようにどんどん違うところに住み別れていくというような状況ができて、そこでまったく今までの関係が断ち切られてしまう。高齢者が孤立化

をしていくといったような状況が出てきていますし、少子化の中で子供たちが隣近所で騒いで高齢者と関わっていくというような情景もほとんど見られませんので、むしろ今ご指摘のあった中で特に私はそうだと思うのは、こうした社会福祉の施設に入居しながら改めて地域を再生していくというような考え方ということが非常に重要ではないかと思えます。でも社会福祉の施設がそういう余力をもっているのかと考えるとまったく持っていないというような状況があって、地域の間関係が断ち切られていくことがそのまま放置されてその社会福祉のサービスメニューがどのように地域の中で満たされていくのかというようなことが数値としてだけ取り上げられてきたというのが今の日本の状況かなと思うのです。だからこそ、それこそ連合体ではなく、個々の市町村の独自計画が今本当に発揮されていかなければいけない状況だと思うのですが、なかなかそこまで連合の事業計画を話しているときに立ち入っていく余地はないのですが。

#### 【田代委員】

私も福岡市しか知らないのですが、自治体の中で総合計画等のプランがありますね、いろんな部署、学校でも安全区域の部分で高齢者の方たちが気を付けながら子供たちが通学するのを見守ろうというシステムを作っていたり、さっき第5次計画でおっしゃったような老人福祉計画の中で高齢者ふれあいサロンとかポピュレーションアプローチみたいな特定検診の部分でも、ハイリスクの人たちではない人たちも一般地域の人たちが集まれるような場所等は、地域の全体の中で作っていきこうというような、それぞれ市町村の中では認定者を抽出して要介護者として介護保険で回るようなシステムを作っていくようなこと。それぞれの市町村でやっていることが違うので、私も他のところは分かりませんが、それぞれの市町村が考えていかなければならない。この計画の目的というのはこのような数を皆個々の委員さんが出て自分のところと比較する、自分の役割が与えられている施設等を検討して合意をして持って帰って推進していく、一緒になって作り上げていくというのがこの策定委員会の目的だと思います。後ろにいらっしゃる支部の方たちもこの違いを感じられて、自分たちはどこが計画策定と一元化できるか、共有化できるか、効率的に同じ公平的にできるか、というところだと思うので、そこを学び合うということも一つのこの策定委員会の目的だと思って聞いているので、先程おっしゃったような良いモデルがあるところがあればお示しいただきたいし、さっき言い忘れた地域包括支援センターの認知症コーディネーターのことも、今度お示しいただく時に広域連合として、各支部として、このようなモデル図を描いているというのを図式化していただけるとわかりやすいと思っています。

### 【小賀会長】

以前もこの会議で出ていましたが、連合体の中でモデル化できそうな取り組みをしているような自治体があれば会議の中でご紹介いただけないかということだったのですが、少しその辺りも事務局のほうで考えていただけますでしょうか。実態としてあと2回会議を残しているだけで、基本的には計画の中に盛り込むというよりも、提案をしながら各自治体でそうしたことを考えていくというような問題提起ということにしかならないと思うのですが。

### 【因委員】

この介護保険事業計画ですが、元々サービス量とサービス供給の事業をどうするのかというその計画だけなのですか。何が言いたいかというと、今介護の人材難が起こっていて、サービスを作ったとしても認定していったとしても人材をどうするかという計画はここには出てこないのですがあと2回ですので、出てくるかと思っていたのですが、出てこないものなののでしょうか。

### 【小賀会長】

その辺りは、基本的には各構成市町村において工夫していただくということで、この会議での議論の住み分けをしていかないといけないと考えています。まず連合体として考えた時に全体の市町村のサービスの量であるとかメニューであるとかをベース配分しながら、平均をきちんと整えていく。その構成市町村のどこで生活をしていても同様のサービスがきちんと手に入る、というようなところがまず議論の主眼だと認識をしています。その他のところについては藤田副会長からもあったように具体的な仕組みをどう考えていくのかというところが、それぞれの市町村でそれぞれの計画の中で吟味し取り組んでいただく、というように住み分けをしていかないか整理ができないかと思っています。

時間になりましたので、今日のところは事務局からご提案いただきました、具体的には第4期の中で粕屋、遠賀、嘉穂、朝倉、柳川の各支部においてユニット数が違いますけれども、総量としては21のユニットを一つの基準としてお認めいただいて、今指摘をさせていただきました各支部の中のまず市町村が、それぞれの状況を考えていただいて、事業所を認めいただく。そしてそれを支部ごとで調整をいただく。それを具体的には地域密着型サービスの運営協議会で審議をさせていただくというような形で、多い、少ないというところの若干の調整は具体的に少し幅を残している形で、今日提示をしていただきました。総量とそれから偏在しないようにということで言うさせていただきました、各支部の数値については基本的なところでお認めいただいてよろしいでしょうか。ありがとうございます。

では次回につきましては12月17日の午後を予定させていただいておりますので、その日の議論の内容

につきましては、少し早めに資料を事務局から配布していただくようにさせていただきたいと思  
います。それでは特に何もございませんでしたら、これで今日の会議を閉じさせていただきます。

進行を事務局のほうへお返しします。それでは宜しくお願い致します。

**【石川課長補佐】**

長い間、ご審議頂きまして、どうもありがとうございました。本日の会議はこれにて終了させていただきます。また次回につきましては文書でご案内させていただきますので今後ともどうぞ宜しくお願い致します。どうもありがとうございました。