

佐賀中部広域連合介護保険事業計画策定委員会第1分科会会議録

平成23年10月24日(月)15:00～

佐嘉神社記念館 3階

【出席委員】

上村座長、橋本副座長、松永委員、藤岡委員、藤佐委員、實松委員、藤委員、
石丸(孝)委員、鍋島委員、平松委員、中下委員、古宇田委員、久保委員、益田委員
14名

【欠席委員】

大川内委員、野口委員 2名

【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、石橋総務課庶務係長、熊添総務課行財政係長、
古川業務課業務係長、野口業務課賦課収納係長、太田認定審査課認定調整係長、
坂井給付課給付係長、東嶋認定審査課介護認定第一係長兼障がい認定係長
梶原、溝上

午後3時 開会

○司会

ただいま定刻の3時となりましたので、佐賀中部広域連合第5期介護保険事業計画策定委員会第1分科会を開催させていただきます。

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。

それではまず、当広域連合事務局長の松永よりごあいさつをさせていただきます。

○事務局長

皆さんこんにちは。この佐賀中部広域連合の事業計画策定委員会、10月は第1分科会と第2分科会に分けて御審査をいただくということにしておりましたけれども、きょうは第1分科会ということで委員の皆様方、大変御多忙の中、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。

さて、この介護保険制度、超高齢化社会を支える社会保障制度の一つとして2000年4月にスタートをしておりますけれども、スタートしたとき認定者数が佐賀中部広域連合管内で約8,000名だったのが、既に現在1万5,000人を超えております。そしてまた、給付額におきましても年間130億円だったのが230億円を超えるまでに、この11年間でなっております。しかし、この人口の年齢別の統計表なんかを見ますと、本当に超高齢化社会というのはこれからやってまいります。高齢者の65歳以上の方の数のピークというのは2040年、そして、高齢化率のピークは2055年、これはもう私どもの孫の代になろうかと思っておりますけれども、高齢化率が40%を超えると。つまり100人のうち40人が65歳以上の社会が近い将来来るといふふうに人口統計上、言われております。

このようなことを踏まえますと、今回の第5期事業計画策定というのは直近の課題に対応することも重要でございますけれども、これからの超少子・高齢化社会に対応できるような持続可能な制度にするということも非常に重要なことではなかろうかというふうに思っております。

そういったことで国のほうでも税と社会保障の一体改革の議論も始まったようでございますし、また、この介護保険関係では第5期に向けまして、地域包括ケアというような方向性も国として打ち出しております。こういった点も踏まえまして、私ども佐賀中部広域連合におきましても、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かと思っております。

ます。

専門的かつ広範な角度から皆さんの御意見、御検討を賜りますようお願いを申し上げます。開会のあいさつとさせていただきます。よろしく願いをいたします。

○司会

では、お手元の次第に従いまして、議事に入りたいと思いますが、まず、御審議をいただく前に、議事の進行等につきまして事務局より御説明を申し上げます。

○事務局

事務局総務課の廣重です。よろしくお願いいたします。済みませんが、着座のままで失礼いたします。

分科会議事の進行を行っていただく分科会の座長につきましては、第3回の策定委員会で御承認をいただいております上村副会長をお願いを申し上げます。

また、座長を補佐する副座長ですが、互選ということをお願いしたいのですが、よろしいでしょうか。

○座長

第1分科会、今回だけが第1分科会で今回第4回の策定委員会でございますけど、とりあえず互選でいいということで問題ないようですけど、皆様方いかがいたしましょうか。

事務局のほうから何か提案がありましたらお願いいたします。

○事務局

事務局提案といたしましては、橋本委員を副座長として提案をいたします。

○座長

ただいま事務局のほうから橋本委員の提案がありましたけど、副座長は橋本委員でよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○座長

それでは、橋本委員、副座長を引き受けていただくことになりましたが、よろしいでしょうか。それでは、こちらのいすのほうに移動していただきたいと思います。

それでは、今回は一応第4回ということで、前回第1分科会と第2分科会に分かれるということで、こちらの第1分科会は、皆さん方委員になられた方、「これからの介護サービスのあり方について」というのが議題でございます。それから、第2分科会も、これは希望者は

出席していいということでございますけど、こちらのほうは「これからの地域支援事業について」ということでございますので、とりあえず第1分科会を始めさせていただきます。

それで、今回の御意見は次回の第5回の策定委員会で報告することになっておりますので、どうかこの第1分科会、屈託のない意見をお願いいたしたいと思います。

それでは、早速、事務局のほうから説明させていただきます。

○事務局

それでは、資料の1ページを開いてください。

1ページは、「第5期に向けた基本的な方向性」、これでこれからの介護サービスに対する方向性であります。

第3回策定委員会資料1の最後のページをここで再掲をしております。この1ページを要約いたしますと、1つは、介護保険3施設はさきに撤廃された参酌標準37%では全国一の整備率であり、今後の新規整備は非常に厳しい状況であること。2つ目に、入所待機者及び在宅生活のニーズにあったさまざまな在宅支援サービスの充実が重要であること。また、社会問題となっております「老老介護」や「認知介護」の対応が必要であること。3つ目に、国では地域密着型サービスを重要なものと考え、交付金制度を活用し、施設整備を呼びかけていること。広域連合の基本的な方向性としまして、今後このような事業活動を視野に入れ、地域に密着したさまざまな地域支援を活用することで、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こととあります。

2ページを開いてください。

1-2. これからの地域支援事業のあり方について。

これも第3回策定委員会資料の2、17ページを再掲しております。

(1)の介護予防の推進として、介護予防の重要性や基本的な知識を普及啓発するとともに、要介護状態等になるおそれの高い高齢者を早急に把握し、支援を行うことが重要であり、効率的かつ効果的な介護予防を推進します。

(2)認知症高齢者等への支援については、認知症高齢者への対策が急務となっており、2次予防の中で認知症に関する正しい知識や理解の普及啓発に取り組むとともに、認知症予防の支援や相談体制の充実に努めます。

(3)地域で支える高齢社会の基盤整備では、地域包括支援センターを核として、地域ネットワークの基盤整備を推進していきます。さらに、安否確認や成年後見制度利用支援など多様

な生活を支援する仕組みを整備することで、高齢者が住みなれた地域で自立した在宅生活が継続できるような体制づくりを推進していきます。

右の3ページをごらんください。

(4) 生きがいつくりと社会参加の推進では、構成市町の福祉施策と密接な関連があり、ともに連携をとりながら、地域の社会資源が有効に活用できる地域づくりや高齢者が活動できる機会の確保に努め、また、ボランティア活動等に結びつけるような仕組みを創設し、高齢者自身の健康増進や介護予防、生きがいつくりを推進いたします。

次の4ページを開いてください。

高齢者の状況、高齢者要望等実態調査より抜粋しております。ここでは簡単に説明をいたします。

表の1、高齢者世帯の状況をごらんください。

住宅の所有関係では、一般高齢者から要支援者の8割、要介護者でも7割が持ち家と回答をしてあります。持ち家比率が高いのがうかがえます。

また、世帯構成では、ひとり暮らしと配偶者と二人暮らしを合わせると約4割、また、同居3人以上と回答された方が約4割おられ、一般高齢者から要支援者まで8割強を占めております。

5ページの広域連合の認知症の現状であります。

図1の認知症が原因で介護・介助状態になった割合をごらんください。男性は80歳以上、女性は75歳以上で、その割合が高くなる傾向が出ております。

図2をごらんください。現在、何らかの介護・介助を必要としている方の中で、その原因が認知症である人の割合は、要介護者3.6%、要支援者1.7%、一般高齢者7.4%、二次予防対象者6.3%の順となっております。

世帯構成別で見ますと、現在、何らかの介護・介助を必要としているひとり暮らしの方の18.1%が認知症がその原因と答えております。

6ページを開いてください。

(3) 将来の生活についての補足調査の結果であり、第3回策定委員会資料1で報告した分の再掲となっております。

図3をごらんください。本人、介護者とも「自宅で暮らしたい」が最も多く、次いで「特別養護老人ホーム等に入りたい」となっております。

図4では、将来の生活を安心して営む場合に必要な支援についてお尋ねをしました。本人の回答で最も多かったのは「身体・生活に対する家族以外の支援」、次いで「家族の介助」、「ショートステイやデイサービスの充実」となっております。また、介護者では、「ショートステイやデイサービスの充実」が一番多く、次いで「身体・生活に対する家族以外の支援」、「家族の介助」の順となっております。

7ページをごらんください。

3、施設の状況について。

3-1. 施設整備に係る基本的な考え方。

これは第2回策定委員会で示したものをここで再掲をしております。

要約しますと、1つ目に、介護療養型医療施設の廃止期限が6年間延長されたこと。2つ目に、基本指針の改正がなされ、施設整備に係る参酌標準が一部見直しされ、量的指針の条項、いわゆる37%の規定が廃止されていること。3つ目に、総量規制の撤廃は行われていないため、地域における整備枠による規制は引き続き行われること等であります。

次の8ページを開いてください。

3-2. 介護療養病床の転換について。

これも第2回の策定委員会資料1でお示したものであります。

療養病床の転換については、平成23年度末に廃止するとされていたものが、平成29年度末まで廃止期間が6年間延長されたことに伴い、療養病床に係る第4期計画の取り扱いを継続することになり、国主導で転換計画を策定することは行われなかったことになりました。このため第5期では、県が策定いたします地域ケア体制整備構想を作成し、転換計画を立てなくてもよいとされております。介護療養型医療施設については、現状の利用者実績が平成26年度まで続くものと見込んでおります。

次の9ページをごらんください。

3-3. 介護サービス施設の整備について。

(1)介護保険3施設・居住系サービスの整備状況であり、第3回策定委員会資料1の再掲であります。

○座長

事務局のほうずっと羅列して読まれているけど、ちょっと途中でやめましょうか。ちょっともうわからんようになってしまったんで。ちょっと申しわけございません。

今までのところで最初の3ページまではこれまでのことで総論的なものだと思うんですけど、この4ページから後ですね。今のところまでの何か御意見、御質疑がありましたら。

ちょっとまとめて聞くと、中部広域はやっぱり持ち家の人が大変多いということ。これは要支援者まではもう八十数%、僕もびっくりしたんですけど。

それと、あとは認知症が原因で介護状態になったのは、不思議なことに図の1で見ると、女性がと一んと、75~79で24.6人、ぽんと12.5からはね上がっておると、男性は年齢的にもうちょっと遅くなっている。女性が何で75~79で上がっているのか。ちょっとここは僕わからないんですけど、そういうのが特徴でした。

要介護者の認定状況では、認知症が原因が39.6%というのは図の2に書いてあるようです。

それから、あとはやはり本人、介護者とも、6ページですけど、自宅で暮らしたいというのが断然多いということで、施設整備はされておるんですけど、こういうことで結構家族の希望はこういうことです。

そういうことで、あとはとにかく介護療養型の施設が6年間、廃止期間が延長されたんで、このままの状態平成26年度まで行くと思いますけど、このあたりまでで何か御質疑ありましたら、どうぞよろしくお願いします。

○委員

資料5ページの図2なんですけど、認知症が原因で介護・介助状態になった場合というグラフを載せてありますけれども、この一番下ですね。世帯構成のところ、その他400例ということでしょうか、40.3%。このその他というのは、同居が3人以上というのがありますので、何がしかの御家族と同居の方は含まれないと考えますと、どういった方々がここに入るのか、具体的にもう少し教えていただけますでしょうか。

○事務局

こちらその他のほうには、まず、施設等に入っていらっしゃる方、あるいは何らかの状況で病院に入院していらっしゃる方とか、一時的に家を離れている方だとか、家はこっちにあるんだけど、ちょっとたまたま子供さんのところに来ているというので、自分の本体は違うところにあるんだというお気持ちの方が入っております。

○座長

これは何かやっぱり書いていたほうがいいでしょうね。すべて書かなくてもいいですけど、入院か、施設入所というところだけはね。今、久保委員がおっしゃったとおり、僕もちょっ

とここわからなかったもので、ちょっと書かれとったら、それだけでも違うかなと思います。
解釈の仕方いろいろあると思うが、母体数が400と多いので。

そういうことですが、ほかに何かないでしょうか。

○副座長

同じくその表で、認知症の要支援者というのが少なくはないですね。よく私自身の患者さんもそうなんですけど、要支援の認定の認知症の患者さんというのは、ランクでいくと、せいぜい1なんですよね。ところが、2Aとか、2B、あるいは3あたりでも、要支援というところで、審査会が十分その辺の審査を吟味されていないんじゃないかなというふうに感じるときがあるんですけどね、全員ではないんですね。確かに1といたら、軽度認知症が、認知症の前駆段階だろうというような状況なんですけど、その辺どうですか。10%近いと、かなり多いような気がしますけど。

○事務局

まず、1つには、今、先生のほうがおっしゃられました認知症という部分が、ここの部分が主要疾患、介護・介助になったところの認定のほうでの主要疾患とは違いまして、御本人さんがお答えいただきましたお答えになっております。自分自身でちょっとボケが出てきたとか、そういったところで、病気として、あるいは認定審査会のほうの主治医のほうの意見書のほうにお書きいただく認知症の判断基準とはもっと低いレベルで御本人さんが自分が認知症になったから、こうやって家族に迷惑をかけているんだと、このごろボケが始まったから迷惑をかけているんだという人も一部含まれておりますので、若干多目の数字が出ているのではないかと考えております。

○副座長

それはよくないと思いますね。認知症とつけるからにはやっぱりその辺、ある程度厳密にしないと、自分がボケているからというのを認知症に入れてしまったら、それは非常に不明確な数字になるんじゃないでしょうかね。

それと、もう1点は、審査会の中でやはり2以上の方はかなり吟味してくださいというのは事務のほうで新しい審査委員の先生とかには徹底していただきたいなというふうに思うんですけど。よろしくお願いします。

○委員

この調査ですね。幾つの調査数で、そして、未回答が幾らあって、回答が幾らあったのか

というようなところを教えてください。といいますのは、この認知症が原因でというふうな部分で、女性の割合が非常に高いんですよね。75～79。だけど、いろんな本を読んでもみますと、大体料理をつくったりする場合には認知症にかかりにくいというふうなデータも若干あるようなんですね。そうしますと、それにちょっと反するので、ちょっとこのあたり、回答数が女性が多かったのか、この結果になったのか。未回答の部分がどの程度あるのか。それを教えてくださいませんか。

○座長

はい、事務局のほうでよろしくお願いします。

○事務局

回答数のほうは、今回、ことしの2月1日基準日で行っておりますが、全体の回答数が8,585、そのうち男性が3,157名、女性が5,428名の回答をいただいております。

こちらのほうには回答が不明という部分は、もう逆に外してもらった、ほぼ有効回答数というのがこちらの数字に上がっております。回答不明の分はちょっと有効な調査の結果に使えないということで外しております。

年齢構成もその分、男性のほうは均等になっておりますが、ただ、やはり65～79までが大体20%な部分にありますが、85歳以上になると、男性が14.2%しか構成比がありません。ただ、女性のほうが逆に65～74歳までは10%後半になりますが、80～84が20%、85歳以上の方が26.4%という回答になっております。やはり女性のほうが若干長命ということもありまして、このような回答の集団数になっております。

○座長

それでございますか。恐らく今聞かれたのにちょっと回答になっていないかもわかりませんが。これ有効回答というのは、結局、どのくらいですかね。ざっと。これだけ大きい回答があったので、びっくりはしているんですけど。

○事務局

調査票を配付したのが1万2,245名になっております。実際に回答をされた方がそちらの8,585ということで、この調査の中では、その8,585の中での回答で割合とかいろいろ集計をした結果になっております。

○座長

それじゃ、二次予防対象者も6.3%いらっしゃいますね。そういうことでございますけど。

それから、6ページのこの3の将来の生活についての補足調査結果というのは、これはこ
としの7月のやつですよ。(「はい」と呼ぶ者あり)

この後、どうですかね。8ページまでは特別いいでしょうかね。このままの状況で。

では、現在の特養と老健と介護療養型はそのままの介護3施設で26年度まで推移するとい
うことで御理解いただければと思いますけど。

それでは、特別なければ、引き続きどうぞ。あと途中でちょっと切ってもらったらいいん
ですけど、いいところで。はい、事務局お願いします。

○事務局

それでは、9ページのほうから再開いたします。9ページをごらんください。

3-3. 介護サービス施設の整備について。

(1)介護保険3施設・居住系サービスの整備状況であります。

これは第3回策定委員会の資料1の再掲をここで上げております。

表2の各市町における施設整備状況をごらんください。

ここに掲げている施設及び居住系サービスは、総量規制の対象施設であります。参酌標準
が示す施設入所優先度の重度化が進むと、軽度の方の入所が困難となり、特に認知症の方の
対策が重要となります。第4期の事業計画では、グループホームの基盤整備、9ユニット90
床の推進を図っております。

次の10ページを開いてください。

(2)地域密着型サービスの整備状況であります。

表3、これは第4期の目標値に対する第4期までの実績値をここに掲げております。

圏域全体の地域密着型施設整備状況をサービスの種別ごとにお示しをしております。夜間
対応型訪問介護及び特定施設入所者生活介護については、第3期から第4期において、施設
整備の実績はありませんでしたので、ゼロとなっております。

10ページ、このページの中段に記載しております方向性のところをごらんいただきたいと思います。
思います。

第4期における施設整備の目標値は、行政区域をベースに12カ所の圏域ごとに人口等を勘
案して定めておりましたが、第5期においては、この日常生活圏域を地域包括支援センター
と地域密着型サービス、この両者が重要な役割を持つことから、22カ所設置しております地
域包括支援センターの活動圏域に応じた圏域ごとの新たな目標値を設定することになりまし

た。このため施設整備についても日常生活圏域ごとに整備されるのが望ましいものと考えております。

次のページの表の4、日常生活圏域ごとの施設整備状況をごらんください。

地域密着型施設の整備状況をサービス種別ごと、圏域ごとに整備状況をここに落としております。各圏域にどれくらい施設があるかというのを御確認をお願いいたしたいと思っております。

次に、12ページを開いてください。

(3)制度改正に伴い、新たなサービス類型の創設が行われました。地域密着型サービスに定期巡回・随時対応型訪問介護看護と複合型サービスが追加されることになりました。

まず初めに、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の内容について簡単に御説明いたします。

重度者を初めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う定期巡回・随時対応サービスが創設されました。

本サービスは、従来の地域密着型夜間対応型訪問介護と比べて、利用者側から見てサービスの利便性が向上したものとなっておりますが、事業者側からは採算がとれるだけの市場環境にあるとの見きわめは容易でないと考えられます。

そのため本サービスの第5期における見込みは、第3期から第5期までを目標とした夜間対応型訪問介護の見込み量を充当させるものとしております。佐賀中部広域連合圏域全体で2カ所の事業所の設置を想定し、具体的な圏域は事業者が参入をしやすい市街地のある佐賀市内の2カ所を想定しております。

24時間地域巡回型訪問サービスにおける主な論点といたしまして、1つ目に、本事業の利用効果と促進、2つ目に、適切な運営体制と事業規模、人員配置等の検討、3つ目に、適切な報酬体系のあり方の検討、4つ目に、医療と看護、それから、訪問介護の連携手法の検討などが主な論点として議論されております。

24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会で検討をされ、本年の2月25日にまとめた報告書をもとにして、さきの9月22日、第80回の社会保障審議会給付費分科会で議論をされ、今後、人員、設備、運営基準等が出される予定であります。

図の5は定期巡回・随時対応型訪問看護のイメージの図であります。

次、13ページを見てください。

2つ目の複合型サービスについて簡単に説明をいたします。

図6にあります複合型サービスのイメージ図をごらんください。

小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせ提供することにより、利用者はニーズに応じて柔軟に、医療ニーズに対応した小規模多機能型サービスなどの提供を受けられることとなります。また、事業者にとっても柔軟な人員配置が可能になり、ケアの体制が構築しやすくなるという利点があります。

本サービスは、小規模多機能型居宅介護の発展型であり、小規模多機能型居宅介護事業所が複合型に転換する場合や新設する際も、両者の選択で多くなると見込んでおります。

第5期における利用者見込み数については、小規模多機能型居宅介護とあわせて見込みを行います。

地域包括ケアを実現するためには、日常生活圏域に1カ所の設置が望ましいものと考えております。

なお、複合型サービスにつきましては、新たに指定を受ける必要がございます。それから、利用者は登録制とする方向で検討がなされております。指定に関する人員、設備、運営等の基準については、現在検討中であります。

以上で13ページまでの説明を終わります。

○座長

ありがとうございました。

それでは、ここまでの9ページから13ページの間で何か御意見、御質疑がありますでしょうか。

○委員

24時間対応の定期巡回・随時対応サービスを創設ということで御説明をいただきました。これは日常生活圏域ということで、中部広域においては22カ所にこういう形でというふうに理解してよろしいんですか。

○事務局

今の御質問にお答えいたします。

今回の定期巡回・随時対応型は、12ページの中ほどの後段のほうに書いておりますように、圏域全体で2カ所の事業所の設置を想定しております。具体的には事業者が参入しやすい佐賀市内に2カ所というふうに考えております。

2カ所というのはサテライト型を含んだ事業所、例えば、1カ所、佐賀市内にあると、多

久とか、神埼にサテライト型を設けるとか、そういうふうなやり方での2カ所の事業所というふうに考えております。

○委員

ただ、車で20分でしたかね、30分。そしたら、それで大体賄えるんですか。佐賀市内に2カ所といったときに、富士町とか。

○事務局

佐賀市内2カ所で30分圏内で賄えるかという御質問ですが、その場合はサテライト型事業所というのがありまして、1カ所を佐賀市内の中心部に事業所を持ちますと、例えば、富士町とか、三瀬の遠方のところにはサテライトの事業所を設けるということで、本部があつて支部があるというような感じですね。そういった感じで受け入れは可能だと考えております。

○委員

行く行くはもっとこういった事業所をふやしていくという形で、先駆的にそういうふうにされるということかというふうに思うんですけれども、現在、大分県とかではこれをやっていらっしゃるところもあるんですけれども、佐賀県内のいわゆる老施協の施設長さん方とこれを話す限りでは、非常にこれは難しいというようなことをたくさん聞きます。夜間訪問というのも以前やっておられた事業所もありますが、今はほとんどそういうのもなくなっています。それがまたもとに戻るような形で、確かにニーズにこたえるというのは必要ですけれども、やっぱり事業所となれば、経営を考えないといけません。そういったときにそういった在宅にシフトすれば、そういう方向にならざるを得ないのかもしれないかもしれませんが、施設数もこれからふえない、そうすると、在宅で生活をしていただいて、こういったサービスで対応するということになるかとは思いますが、非常に現実味がないというか、実際どのようになっていくかというところが非常に不安なところがあります。

そういったところで、地域包括ケアシステムそのものがやっぱり地域性というものを十分考えた中でしか成り立たないものなのかなと。どちらかという、都市型ではない、地域のほうでこのサービスが実際どうなのかというところが不安であります。これはモデル的にするとかではなくて、いきなり2事業所にどこかに依頼をなさるということになるんですね。

○事務局

新しく新サービスが創設されておりますので、これは法改正による新サービスであります。

それから、モデル的には昨年と一昨年、全国で60カ所の市区町村の地域でモデル事業が実

施されております。

あと24時間地域巡回型訪問サービスのあり方検討会の論点が、先ほど申し上げましたが、主な論点のポイントが幾つかございます。そこを述べさせていただきます。

まず、報酬体系のあり方ですが、これは包括施設と同じように、包括定額払い方式を基本とすべきというふうな論点整理がなされております。

それと、サービスの対象者ですが、これは要介護者全般で、特に要介護3以上の在宅生活の限界点を引き上げるということをこの24時間の巡回型サービスは前提としております。しかしながら、軽度の要介護者であっても、1日複数回の定期訪問とか、随時の対応によることで安心感が得られるという提供の効果というのは、モデル事業でも確かめられております。

それから、モデル事業のシミュレーションが行われた中では、人口10万人の圏域の潜在的利用者というのが225名おられて、1事業所当たり45名が想定をされて、1カ月当たり20日程度の利用があるというふうなシミュレーションがなされております。そうした場合、介護職員が常勤換算で22.8ということで出ておりますので、これはまさしく特別養護老人ホームの50床単位の常勤換算と大体同数であります。ですから、この24時間型巡回訪問サービスというのは、動く特別養護老人ホーム、特老施設というふうな感じで、適応適材の形で在宅生活の限界点を引き上げるというふうなことで、この論点の中では検討されています。

○委員

済みません。ありがとうございます。

60カ所のモデル事業ということですが、佐賀県内でのモデル事業というのはあっているんですか。

○事務局

佐賀県内でのモデル事業はあっておりません。

○委員

一番近いところではどこであったんでしょうか。そういう情報すら私たちは知らないですね。そういうところからの情報を得て、佐賀県でって。意外といきなりという感じになりはしないかなというふうに思います。

それと、これには特に言葉が出てきておりませんが、地域包括ケアシステムの中でサービスつき高齢者向け住宅というのがありますよね。そこからこういったサービスを提供するというようなことも一つの図式の中にあるようですけども、今、言われました動く特

養ということであれば、特別養護老人ホームがこの役割をするというふうに、いわゆる介護保険施設ですか、がそういう役割をするというふうに解釈してよろしいのでしょうか。

○事務局

このシミュレーションの中では、このイメージの図には書いてありませんが、3つのパターンを想定されております。

1つは単独で実施する場合と、あと1つは老健施設とか、特別養護老人ホームとか、施設で実施する場合、それから、医療との連携、訪問看護ステーションあたりとの医療連携でやる場合という、その3つのパターンが示されておまして、その中でシミュレーション検討がなされたということであります。

先ほどおっしゃいましたサービスつき高齢者住宅、これも過疎地等にそれができれば、移動に要する時間とか、そういったものが短縮されるということで、それも一つの方法というふうには書いてありました。

○委員

ありがとうございます。

もう1つよろしいでしょうか。複合型サービスの創設という御説明もいただきましたけれども、現在の小規模多機能型ではなかなかニーズにこたえ切れていないということから、訪問看護をプラスしたというふうに解釈をいたしますけれども、その地域密着型の中の小規模多機能居宅介護そのものが計画どおりにはなかなか整備が進んでいないという状況の中で、果たして訪問看護をプラスして、この事業が成り立つのか、そういう不安もございますので、そちらのほうもどうぞよろしく願いいたします。

○事務局

先ほどの小規模多機能居宅介護事業所がふえていないと、第4期の目標が18カ所ございましたが、実際は14カ所の整備で終わっております。これはふえない理由というのが幾つかございまして、1つは、介護報酬の単価の差が大き過ぎるということであります。1カ月の報酬単価が、使っても、使わなくても定額であるということ。それから、人員配置に比べまして、報酬が少ない。利用者は登録制になっておまして、それが最大25名まで。そのうち通いの定員は15名、宿泊は9名とか、いろいろ事細かく指示というか、基準がなされております。それから、連泊はできないということで登録者が伸び悩んでおります。それと、夜間の対応ですね、緊急の夜間対応のこともありますので、これはそのためにオンコールの義務づ

けがなされております。それから、グループホームでは利用者について入院しても居住費を請求することはできますが、小規模多機能の場合は入院されたら、介護報酬がゼロということになりますので、ゼロとなっても登録をすぐ外すわけにはいかないというふうなさまざまな問題点があります。その点については現在、国のほうで基準等について、人員、設備、運営の基準で検討中でございますので、中身の報酬額が幾らになるというのはまだ現在未定ですが、欠点というのは国のほうもよく承知されておりますので、この新しい基準等が出された段階で改善がなされるものと考えております。

○座長

それでは、今のところ、委員の御意見もっともだと思んですけど、これははっきり言って国の政策で新サービスがこの2つになっています。最初の松永先生の言われたとおり、ニーズないだろうと思って、僕もどこにできるかというのは、そのくらいのことです。

だから、次の複合型サービスのほうをちょっと重点的に考えていたんですけど、私が考えても中部広域の流れだと思んですけど、やっぱりニーズに応じてやってもらわないといけないということと、医療が絶対バックにないとだめだと思っています。この点、両方を同じ方向でいくのか、中部広域は複合型でいくかというところをある程度決めないと、二者択一みたいには僕はいかないだろうと、僕なりに判断していましたが。これ松永委員が実際にやって、多くの意見を聞いてもやっぱりなかなか大変だということは私も知っています。私自身がこれをやったことはないんですが、橋本副座長もそういうふうにおっしゃるんで、その辺はいかがですかね。同じ同時期に進めていくというのがちょっと僕は気になる場所だったので。今の段階では結構ですけど、どっちに重きを置くとかあんまり言えないんですね、国のあれなんで。

○事務局

まず、地域包括ケアというのが中学校区で医療、介護、予防、それから、地域の支え合い、それから、高齢者の住まい、これが連携を取り合いながら高齢者の方が施設に入る臨界点を上げるという趣旨でございまして、そのためにこれまでの在宅のサービス、その医療、介護、予防の、その介護の分ですね。介護の分のサービスメニューとして地域包括ケアを推進するために新たにこの定期巡回型と複合型サービスができてきたわけですね。

現実問題として、この定期巡回型といいますのは、国のイメージとしても、東京近郊に団塊の世代いっぱいいますけれども、一挙に65歳以上になると、そういった場合にそれまで子

育てをした土地、家売って、高専賃を共同で建てて、100戸ぐらい高専賃の……。

○座長

そんなのは大体わかっると、都市型とか言っているんで。この中部広域でやるときに、どっかと決めないと。だから、モデル事業だって佐賀でしていないこととか、いろいろそういうのも聞きたいということだけであって、それはもう何にでも書いてあるし、余り勉強しない私もわかります。その辺じゃなくて、ちょっとどっちかの方向づけとかはやっぱり必要ですかね。同じようにやるかということだけど、単純に僕は。

○事務局

どちらかといいますと、小規模多機能プラス訪問看護をした事業が主になろうと思います。ただ、定期巡回型も新たなサービス形態として今度創設されたわけでありますので、佐賀駅周辺ですね、人口が密集している地域では1カ所か、2カ所は、今後示されます報酬単価にもよりますけれども、経営的になれていれば、できるんじゃないかということで、第5期の事業計画には2カ所ぐらいということで上げさせていただきたいと。

主は小規模多機能プラス訪問看護になると思います。

○座長

先ほど、今、小規模多機能の施設整備のところ、10ページの表3に書いてあるんですよ。小規模多機能型居宅介護は、累計で今14カ所ですかね、目標が平成23年度、今年度末で18カ所で4カ所まだということで、そういう表だと思うんですけど、そのあたりちょっと何かややこしいですね、言葉が。物すごく僕も難しいんですけど、一応そのあたりですよ。

あと何か皆さん方、ほかに何でも結構ですけど、わからないことばかりだと思うので、どうぞ。

○委員

実は先日、ケアマネジャーの実務研修の困難事例というような形での検討会があったときに、既に行われている小規模多機能型の居宅介護の事例の中、これは中部広域管内の分ではないんで、それははっきり言っておきたいんですけども、対応策として、今、先ほど連泊ができないとかという話があったんですが、1階部分を小規模多機能型居宅介護で事業所を開業しておいて、2階に宅老所を持ってくるという事例があったんですね。そうすると、宅老所は介護保険の規制が及ばないというところになってくるものですから、連泊できない分の打開策として、宅老のほうに次の箱を持っていくと、そういうふうになってくると、せつ

かくこの趣旨の医療の部分を充実したいという意思と、またかけ離れたところで現実に即した部分でだけ話が進む可能性があるので、そのあたりを少し進める場合にきちんとチェック機能を持っておいてほしいなというような気がしました。

○座長

いつもそのあたりがチェックがちょっとやわらかいんじゃないかと言われているところだと思うんですけど、その辺ちょっと局長どうですかね。

○事務局

確かに宅老所につきましては、保険者に指定権限とかありませんので、例えば、デイサービス事業所の設置届が出ると、それに宅老所が併設されていて、民家改修型で部屋からデイサービスのところに毎日のように、限度額いっぱいいっぱいのデイサービスを提供されると。全国平均でも限度額の50%ぐらいですから、過剰サービスじゃないかなというふうに思います。そこら辺はデイサービスの事業所の届け出のときに、私どもはそういうことはしないでくださいということは事業所には言っておりますけれども、何分ちょっと権限がございませんので、口頭で注意をするというところで今はとまっているのが現状でございます。

○座長

そういうことでようございますか。事例にすると、そういう危なかしいところが結構あるんですよ。それがちょっとなかなかチェックいかずに、もう私たちの医療機関とか、ああいうところのチェックはちょっと厳し過ぎて困っているというのはいつも言っているんですけどね。そのあたりを今後の施設整備のときに、ちゃんときちとした規制をつくってやらないと、今後かなり重度化しているから、こういう医療まで入れて、介護と医療とぐちゃぐちゃになっている。そういうニーズになっているので、今のところ医師会にも一生懸命介護のことも検討させているような状況なんで、その辺だけはきちっとクリアカットできないところがあると思うんですけど、よろしく願いいたします。

そういうことで、何か皆さん方で何でも結構ですけど、医療、介護。それでは、松永委員どうぞ。

○委員

この複合型サービス創設の現行制度と創設後の図式についてなんですけれども、現行制度でA事業所の小規模多機能居宅介護とB事業所の訪問介護というのが、私ちょっとよくわからないんですけども。（「訪問看護です」と呼ぶ者あり）これは看護のことですか。見てい

ません。済みませんでした。それを一緒にするということなんですよ。

済みません。自分、小規模多機能をやっているんですけども、小規模多機能居宅介護は訪問もあるんですが、夜間というのはこちらは考えないわけですかね。定期巡回・随時対応とは別々ですよ。こちらはこちらで夜間も訪問をしていいととらえていいんですか。小規模多機能でも。そのこの区別というのが。

○事務局

訪問看護でございますけれども、今でも深夜加算というのはございます。地域密着の夜間対応型訪問介護は実質的には利用者がほとんどないと、深夜の利用がほとんどないと。しかし、この13ページの小規模多機能プラス訪問看護のニーズが深夜の分であるようであれば、深夜加算で対応すると。ですから、左側の24時間定期巡回型と同じように24時間対応はすると。小規模はですよ、もちろん泊まりも1日9名ありますので、泊まりを希望される方は泊まってもいい。自宅において、訪問看護を深夜に希望される方はそれにも対応するという意味では、24時間巡回型と大体似たような感じです。

○委員

何か事業をやっている者自体が何か混乱して、全然わからないというか、そういう感じなんですよけれども、それと、経営的なことも申し上げましたが、訪問看護をプラスしてとなったときに、人材が確保できるか。本当、今、介護も看護も人材不足なんですよ。そういう中でまたこういうふうに事業としては旗を揚げても、人が集まらなければ事業運営できないんですよ。そういうところでの不安もありますけれども、そのこのところはいかがでしょうか。

○事務局

そこは私どもも今現在も小規模多機能が目標数に達していないということで、国のほうにはその理由としては、報酬が月額制であることとか、報酬単価が安いでありますとか、いろんな基準、登録会員25名のうち、デイを毎日利用できる方が15名、宿泊が9名、いろんな基準がある。そして、人員配置も小規模多機能厳しいほうです。したがって、そこら辺をある程度緩和しないと、今後、小規模多機能プラス訪問看護のこの複合型サービスの定着は進まないというふうに国のほうにも意見を申しております。

それと、もう1つは、この地域包括ケアの中学校区に、佐賀中部で言えば、22カ所にこういった複合型なり、24時間が定着するのが、目標として第5期の3年間ですべてやろうというのではなくて、2025年ですね、団塊の世代が75歳になります2025年までをめぐって、この地

域包括ケア体制をつくっていかうという、最初の事業計画の位置づけになります。

○委員

平成18年の制度改正から、その前からですかね、特養は個室ユニット型、そして、その後に地域密着型ということで、個室整備率というのなかなか目標値に達しない。地域密着型もそうそう事業所の整備というのが進んでいない。国の施策というものが非常に現実にマッチしていないんですね。結局、地域密着型というの整備が余り進まない中で、また、この改正があって、こういう形になるということで、ますます遊離していくような気がするんです。そこらあたりというのがもっと国に現状を知っていただきたいということもあるんですけれども、何かしないならしないでそのままがいいのかなと。個室ユニット型にもならない、地域密着型もあんまり進まない、そういう中で、制度自体が非常に弱々しい感じがするんですけれども、そこらあたりどうなんでしょうか。

当事者としては、かといってほっとけないということがあります。ですから、そこらあたりのところをよろしくをお願いします。

○事務局

この定期巡回型と複合型サービスも地域密着型の位置づけでありまして、公募をして第三者による選考委員会で指定をするという手続になりますので、先ほど言いました人員配置基準でありますとか、報酬ですね、そこら辺が低いと、希望される事業所は少なくなると思います。

したがいまして、国として、この制度として全国的につくったわけですございますけれども、特に地方都市において手を挙げる事業所がないと、なかなか定着しないということになりますので、10月に入ってから国とちょっと協議する場がございましたので、そこら辺はもう少し規制を緩和してもらいますとか、そうしないと、地方では定着しませんよというような意見は申し上げておりますし、これからも引き続き佐賀中部管内でも各包括にこのような小規模多機能プラス訪問看護が定着していくように、規制緩和と報酬のアップ、そこら辺は申し上げていきたいというふうに思っております。

○座長

あとでまた、それじゃ、一応あと30分あるんで、最後までちょっと進んだ後にまた皆さんの御意見聞くようにいたしましょうか。

それでは、事務局のほう、あと待機者の問題ですね。だから、これだけ待機者がいるけど、

特養も老健ももう開設できない、療養型はそのままという感じで推移すると思うので、そういう点で何かグループホームだけを少しは増床しようというもくろみだろうと僕は感じております。それで、そういう方向だろうと思うんですけど、とりあえず今皆さん方、待機者が今どのくらいいて、どのくらい待たされているかというのを、ちょっとこれちゃんと表に出ているので、それをちょっと話していただけますか。

○事務局

それでは、14ページをごらんいただきます。

14ページから最後のページ17ページまでは、介護保険施設の入所申込者の待機状況となります。

まず、14ページのほうから説明いたします。

表5の入所待機者の介護度をごらんください。

23年2月現在の介護老人福祉施設と介護老人保健施設及びグループホームごとの入所待機者の状況で、要介護度別に記載をしております。

介護老人福祉施設では1,498名、介護老人保健施設では270名となっております。また、グループホームの入所待機者は1月末現在で177名となっております。

待機者の介護度別では、介護老人福祉施設及び介護老人保健施設では、要介護3の方が最も多く、要介護4以上の方も全体の3割を占めております。一方、グループホームの入所待機者は、要介護度1や2の方が多い傾向となっております。

なお、介護老人福祉施設、特別養護老人ホームは、ついの住みかであり、入所については佐賀県指定介護老人福祉施設の入所指針というのがございまして、入所の必要性が高い高齢者が優先的に入所できる客観的な基準点を示して入所させるよう指導がなされております。

次の15ページをごらんください。

表6を見ていただきます。

施設入所申込者の現在の居場所を載せております。居場所欄のところでは特別養護老人ホームからグループホームまでは、施設及び居住系のサービス施設であります。介護老人福祉施設では、在宅、あるいは病院という方がそれぞれ3割を超えており、一方で、介護老人保健施設では、半数以上の方が病院にいるという回答がなされております。また、グループホームでは、在宅という方が約半数、50.5%となっております。

次に、16ページを開いてください。

表7で入所申し込みに至った理由別に記載をしております。介護老人福祉施設については、「介護者が育児、看護、就労などにより介護が困難」という方が4割を超えております。また、介護老人保健施設では、「介護者が育児、看護、就労等により介護が困難」、それから、「24時間の介護が必要であり、在宅が困難」という回答が多く、グループホームでは、「単身世帯で、近隣に介護者がいない」という方が比較的に多くなっております。

最後の17ページを見てください。

表8の入所待機者の世帯状況・入所申し込みが1年を超えている場合の状況であります。

世帯の状況では、単身、または老老世帯という方の割合は、介護老人福祉施設では3割強、介護老人保健施設とグループホームでは5割弱となっております。

入所待機者状態の1年以上の状況では、介護老人福祉施設の待機者670名中324人がそれ以外の施設に入所中で、介護老人保健施設の待機者121名中46名が病院、診療所に入院等による治療中となっております。また、グループホームの待機者177名中34.1%、60人が家族での介護という状態であります。

以上で17ページまでの資料の説明を終わります。

○座長

はい、ありがとうございました。

それでは、ここまでの間で御意見、御質疑ありませんでしょうか。表になったら一目瞭然ですけど、結構在宅の人も多いんですけど、いわゆる特養のほうは病院で待っている人が多数ですね。それとか、やっぱりグループホームのところは介護度は低いんですけど、こういう状況で待機されていますので。この辺で何か御意見がありますかね。とにかくこういう施設、病院の介護療養型病床も大体こんな形で、病院の場合はすぐにドクターもいてということもあるんですけど、特養のほうは今嘱託医だけで、老人保健施設は今常勤の医師がいるという形になっております。そういうことで、今後の常勤医のあり方も問題だと思うんですけど、とにかく医療が非常に高度化、介護が重症度化しているので、なかなか本当介護だけではという、非常に今はそういう現場の状況です。この辺で何か橋本先生、認知症の専門家でするので、ちょっと橋本先生の御意見を。

○副座長

15ページの待機の場所で、佐賀市で特養に33人いらっしゃる、ほかの方もいらっしゃいますけど。老人福祉施設ですから、特養入所待ちということですか、どういう方なんでしょう

か。特養から特養という感じ。

○事務局

こちらのほうは実際、委員おっしゃられるように、ある特養に入っていて、別の特養にちょっと入りたいという方が実際ここに上がってきております。その理由まではちょっとわかりませんので、申し上げられなくて申しわけないんですが。

○副座長

ずっと聞いていますと、やはり例えば、老人保健施設というのは、中間施設とって、御存じだと思いますけど、入院から在宅の橋渡しみたいなところだと言われてはいますが、とどのつまり、やっぱり老健からの特養等に、あるいはほかの施設にというところで待機されている方も多いいいことで、それが典型的なところで、在宅でなかなか介護力とか、それから、単身世帯とかといった理由で過ごせない御老人で、御本人たちは自宅で過ごしたいという方が一番多い。こういう社会状況の中で、やはり制度が現実に即さないような、新しい制度も出てきますけど、何となく現実にそぐわないような、現実に実際に我々自身もそういう状況になると思うんですけど、どうも何か法の整備がうまくかみ合っていないという印象を持つんですよね。だから、この中部広域連合の中では少なくともできるだけそういう我々の意思を尊重したようなサービスの提供というようなところを考えていただきたいなというふうに思いました。というのが私の意見です。

○委員

施設整備の件なんですけど、介護保険3施設は当面の間、新しい設置ができないと、国の基準をもう既に満たしているからというお話を最初にいただきましたが、それであるにもかかわらず、これだけ待機者がいるというのは、いまだに不足ということのあらわれなんじゃないかと思えますし、今後、そういうニーズというのはもっともってふえていくんだろうということが想像できます。それでも施設整備はまかりならんという国の見解なんでしょうか。

○事務局

国が規制をかけているんじゃないんですね。要介護2～5までの方に対するベッドの数ですね、要介護認定を受けていらっしゃる方に対するベッドの数が佐賀県は全国一の50%を超えていると。そして、佐賀中部広域連合も50%を超えております。介護3施設、特養と老健と介護療養病床、この3つにつきましては、これは佐賀県のゴールドプランというのを県も同時に並行してつくっておりますけれども、そこで全国一の今、要介護2～5の方に対する

ベッド数の整備がされているわけですから、恐らく増床されないでしょうということを申し上げているわけですね。その増床する際は、佐賀中部広域連合が決めることじゃないわけです。

それと、グループホームにつきましては、指定権とかは佐賀中部広域連合が持っておりますけれども、先ほど申しましたその総量規制という対象にはなるわけです。だから、佐賀県のゴールドプランにおいて、佐賀中部のグループホームについては何十床ふやすという計画をつくってもらわないと、佐賀中部としても第5期で整備できないということでありまして、介護3施設につきましては、整備率は全国一というようなことでもありますけれども、グループホームにつきましては17ページを見ていただきますと、表8の右側に入所申し込みが1年を超えている場合で家族介護というのが、一番下のほうがグループホームですけれども、34.1%いらっしゃるわけですね。ですから、家族介護が一番大変だと思われまます認知症を抱えた御家族の方でグループホームへの入所申し込みをして1年以上入所できていないという方が約3割以上いらっしゃるということですから、この分は少なくとも第5期において佐賀中部としても整備ができるように今後県と協議をしていきたいというふうに考えております。

○座長

やっぱりそういう意見が出て、本当はもっと増床したいというところで、ちょっと僕、県のほうも会長させられているので、その声をちょっと出していただきたいなど。僕らそういう関係者だけが言ってもあれなんで、これ見ると、やっぱり歴然としています。ただ、全国的に見るとやはり非常にこのあたりは整備状況がいいというのは、マップもつくってあるんですけど、あるんですよ。ただ、実際問題としては、本当明らかに足りないと思います。だけど、どうしても許可してもらえないという、そういうところがございますので。もうちょっとつくればいいんじゃないかと単純に言っていただくと、非常にいいんですけれども、そうはいかないということ。

それで、結局、先ほど橋本副座長おっしゃったように、先ほど藤岡委員帰られたんですけど、介護老人保健施設というのは、やはりリハビリを重点的にやるということで、結局、病院から直接自宅に戻るよりも、何らかの形で術後とか、例えば、その後のリハビリが必要な人を短期間入所してもらって、それで、在宅復帰ということできたわけですが、結局、すべて特養化しているところの現状もあると思いますし、病院の介護療養病床も同じような感じで、実際にいる入所者の方と患者さんは同じような人があちこち行ったり来たりして

いるという現状は確かにあると思います。率直に言いまして、そういう状況だと思いますけれども。

入所の制限とか、そういうことは介護3施設はありませんので、それは入院とはまた別の状況です。

ほかに何か質問ないですかね。はい、どうぞ。

○委員

参酌標準の中で要介護度4、5の割合は70%以上にするというのが平成26年度の目標となっています。その前は平成16年度の全国推計を記されていますが、その途中というのは、経過というのはわからないんですか、今、そういう実地指導とかでもあんまりないような感じでもんね、比率、各施設で。そこらあたりというのは、結局、特養とかを重度化して、在宅、こういった地域包括ケアというのは軽度の方をというような考えですよ、国としては。そこらあたりのところがどうなのかというのを。

○事務局

この施設の要介護4、5の方を優先的に入れるということは、段階的に進められております。各施設の施設入所審査委員会において独居の方でありますとか、介護度が重い方を優先的に入れてもらっておりますので、全国的にも佐賀中部においてもその施設入所者の要介護4、5の方の割合というのは確かにふえてきております。しかし、現に入っている方をこの70%以上にするために追い出すわけにはいきませんので、一挙には70%になってきておりませんが、入所審査委員会でそのような基準で選定をさせていただいておりますので、全国的にも、また、佐賀中部広域においても、今、佐賀中部においては、施設のベッド数に対する要介護4、5の方の割合は58%までには上がってきております。そういう状況であります。

○座長

いわゆる老人福祉施設には入所判定委員会というのがありまして、ということは、そういう意向を持って決めておられると思うんですけど、実際、特養も老健も要介護3以上ということで、4、5にシフトしていることは間違いのないと思います。もう介護保険10年になって、大体そのあたりでずっと動いている。ただ絶対数がもう4、5になりますと、亡くなりますし、大体自然淘汰することもあると思うので、そういう数値もありますけど、ただ、その点、グループホームは介護2までの人が、1、2とか、比較的軽度の人がいるという状況です。だから、今非常に厳しい、厳しいというか、国の基準ですから、審査会きっちりやっておら

れるんですけど、やっぱりどうしてもこのあたりが大変難しい状態で、グループホームだけ不思議に軽い人だけ入るといふ、この表見てちょっと、ここも4、5ぐらいが多かったらいいんですけど、そうはなっていないんで、非常に僕は不思議でたまらなく思っています。単純に、これをどう整備せろとかということじゃないんですけど、とにかく非常にやはり誤嚥性肺炎とか、骨折とか、いろんなアクシデントが多くなっています。それでもう本当冷や冷やしながら実際介護施設をやっているという、現状もう本当に大変な状況でございます。病院で急変しても病院では急変ですけど、介護施設で急変すると、結構いろいろ家族から文句言われて、僕も現場の声を絶対言うようにしているので、非常に割に合わないなど。これから先は病院以上にすごくプレッシャーかかってきます。ただ、そこに看護体制とか、医療体制が整わないと、非常にこれは簡単にはやっちはいけないと僕は思っておるんです。

そういうことで、最終的には、だから、緊急にそういうことになった場合には、家族は全部三次病院に行きなさいと希望しますので、県立病院と大学付属病院がもう大変な救急になっているという現状で、そういうこともあわせて介護だけでどうということないんで、救急医療にも非常にここは問題、最後のみとりということで問題が出てくるんですけども、最終的にはやはり高度のどんな状況でもだめだということで入所させても、そういうことを最後に言われる方がいらっしゃるんで、なかなか対応がまた難しいということも聞いていただきたいなと思っております。

ほかに何かないですか。もうあと5分程度で。あとちょっと事務局のほうでこれまとめてもらって、今、言われたことで事務局長、これをあとこの次の審査会で第1分科会の提案ということ、そういうことで、ちょっと話していただいて。

○事務局

第1分科会と、今週木曜日に開かれます第2分科会の審査の内容は、11月の第4回の策定委員会のときに事務局のほうでまとめて、こういう議論がなされましたと、そして、それを第1分科会、第2分科会分けて、事務局のほうで報告をしたいというふうに考えております。

○座長

そういうことで事務局がきょうのことはまとめて報告するというところでございますけど、ほかに何かありましたら、最後に。はい、どうぞ。よろしく申し上げます。何でもいいですから、ちょっと聞いてみてください。

○委員

介護関係についてちょっと私未知でございますが、この前、ちょっと記事に厚生省案では生活援助の時間区分を現行の30分以上60分未満と、60分以上から45分未満と、45分以上に変更するというところでございますが、それから、現行の生活援助は一定以上の時間をかけないと、報酬として評価されず、事業者に対価が支払われていないということなんです。それから、職員がケア終了後も訪問先で時間をつぶすなどの弊害が指摘されていたというような記事も載っておりました。それから、24時間訪問看護ができるなら、状況を満たす事業所に限り、日中の20分未満のサービスは日中だけでなく、夜間や早朝も実施しないと、報酬として認められていないというようなことなんです。ちょっとこういうふうな記事がこの前ちょっと載ったものですから、私、参考までにちょっとここで紹介したわけなんですけど、今回、介護職員の救済策として、処遇改善交付金ということで創設されたということでございます。21年度の補正予算で約4,000億円ですね。そして、職員1人当たり月平均大体1万5,000円を支給するということなんですけど、こういうようないろんな救済策としてもやはり政府として、いろんなそういう予算措置をされていると。しかしながら、中にはいろんなまだ十分なそういうふうな報酬も対価として支払われていないというような状況なんですけど、今後、こういう問題に対して、どういうふうな形で対処されていかれますかね。ちょっとそのことについてお尋ねしますけど。

○座長

ちょっとこれ難しい問題で、もう僕らも何分から何分とか、それで仕事をしているわけじゃないんですけど。短時間で終わる人とかいらっしゃって、今、きれいに読まれて、僕もあれすぐに忘れますけど。それを今言われたように、非常に厚生省細かに時間で全部するんで、その辺のことをちょっと言っていて、それから、介護報酬のことだと思っているので、よろしくをお願いします。

○事務局

先ほど委員のほうからいろいろ報酬関係、それから、処遇改善交付金あたりをお尋ねになりましたが、今現在、社会保障審議会の介護給付費の分科会のほうでいろいろ審議をされております。報酬関係については、例年によりますと、12月ごろでないとは基準が示されないということでもあります。

先ほど介護職員処遇改善交付金、これにつきましては、先般、10月13日に厚労省のほうに出向いたときに、老健局長とお会いする機会があったもので、いろいろ話を聞いたんですが、

これは交付金としてはもう今年度で廃止するという事を明言されました。どうするかという事は介護報酬で処遇改善加算というのを新設して、それで新たにそれに見合う分をやるということで、社会保障審議会の介護給付費分科会に示したということの説明を受けたところでございます。

これでよろしいでしょうか。

○座長

時間のこととかで何か言われたのはいいかな。時間はこれちょっと回答できるかな。

○事務局

1回当たりの訪問介護とかの時間のことをおっしゃっているかと思いますが、今度24時間の巡回型とか出てまいりますので、そこら辺は実態に合ったように15分でありますとか、短い時間で回数を余計利用できるようにするという事。ただ、これはまだ国のほうでもはっきりは決まっていないようです。今利用しやすい方向で検討をされているというふうに聞いております。

それと、今、先ほど申しましたけれども、報酬の件は正式に国から通知来ておりませんので、老健局長から聞いたということですから、まだ正式に連合に通知が来ているというわけではございません。

○座長

それでは、今ので回答ようございますでしょうか。

それで、来年4月に医療と介護と同時改正ということで、今、大震災の後で社会保障のもうお金がなかなかこちらに回ってこないような状況なんで。それもちょっと非常に不安な材料でございますけど、とりあえずそういうことで、一応この会、これで。私、座長は終わらせていただきますけど、事務局、あとお願いします。

○司会

ありがとうございました。

それでは、事務局からの連絡その他ございませんでしょうか。

○事務局

事務局からの連絡事項です。

次回の策定委員会につきましては、11月28日月曜日午後3時からこちら佐賀神社記念館で開催を予定しております。

○座長

今度第1と第2と一緒にすよね。

○事務局

一緒です。

また、先ほど申しましたように、本日の第1分科会の審議内容と10月27日に開催いたします第2分科会の審議内容につきまして、事務局のほうから報告ということで次回の策定委員会の折に報告させていただきます。

以上です。

○司会

長時間にわたって御審議いただきまして、まことにありがとうございました。

これをもちまして、本日の会議は終わらせていただきます。委員の皆様、大変お疲れさまでございました。ありがとうございました。

午後4時32分 閉会