

## 社会保障審議会 第28回介護給付費分科会議事録

- 1 日時及び場所 : 平成17年9月12日(月) 午後4時から7時  
東京會館 ゴールドスタールーム
- 2 出席委員 : 井形、池田、石井、井部、漆原、大森、沖藤、喜多、木下(代理:安藤参考人)、木村、見坊(代理:斉藤参考人)、田中(滋)、田中(雅)、対馬、永島、野中、花井、村川、矢野、山本(代理:藤谷参考人)、横山の各委員
- 3 議題
  - (1) 介護事業経営概況調査
  - (2) 地域包括支援センター及び介護予防ケアマネジメントについて
  - (3) 地域密着型サービスの報酬・基準について(案)
  - (4) その他

○渡辺認知症対策推進室長より資料1、2に沿って説明。

(対馬委員)

概況調査は介護報酬を決めていくための非常に重要なデータだと思うが、あと1か月もすればいずれ実態調査が出てくるということであれば、今、この概況調査でもって議論をしても1か月の問題。そういうスケジュールの問題をお伺いしたい。

データの問題で、有効回答率が前回に比べて大分上昇したということで、確かに全体的に上がっているが、一部非常に落ち込んでいるものもある。例えばケアハウス、これは有効回答率が前は90だが今回は24といったものもあるし、また回収率などを見ると前回よりむしろ全体的に低下している。この辺りはどう読み取ればいいのか。経営実態調査の場合にはこれがまた更に改善されてくるということであるのかどうか。

(三浦老人保健課長)

今回の概況調査の位置づけだが、10月報酬の改定をにらみ事前に早急にデータを必要としていたこともあり、概況調査を実施した。この後、もう少し詳細な調査が出てくる。これについては、4月の報酬改定の基礎資料として活用を考えている。

今回の調査での有効回答ないしは回収率などについての問題だが、いろいろな方法を通じ、有効回答数あるいは回収率を高めるよう続けてきた。その結果、全般的には向上しているというのが実態だが、一部、例えばケアハウスのように前回の状況の回収率に比べれば若干落ちているものもある。客体数の問題もあり、どのような数字を母集団とするかによっても異なってきたと思うが、最終的には有効回答率としては前回は上回っており、一般的には今回の報酬、介護系の概況調査の内容は前回に比べて、より全体的な把握ができる状態になっているのではないかと思う。

(対馬委員)

経営実態調査はいつ提示いただけるのか。

(三浦老人保健課長)

今、最終状況を固めているところ、なるべく早く10月を目途にやってみたい。

(安藤参考人)

この概況調査の中で、費用案分に関しては本部で一括して費用をまとめるところもあれば単独施設もある。そこら辺のメジャーに関してはそろえていただけるのか。

(三浦老人保健課長)

前回の反省として、複数の事業を同一の事業者が実態として行っている場合、収入の方は確定するが、費用の方についてはどのように案分するかというのが大きな課題であり、前は事業者が案分をしてもいいし、できなければこちらでやるという形で行ったが、かえって有効回答が少なくなるということが見られたので、今回はこちらの方で、例えば従事者やあるいは利用者の状況に応じて案分を行った。

(矢野委員)

よく読むとなかなか内容のあるデータが詰まっていると思うが、主要な費用の使われ方の変化とか、業績の推移というものが施設やサービス別にどういうふうトレンドとして変化していくのかを見たいので、グラフをつくるとか工夫していただければありがたい。

(沖藤委員)

この概況の表を拝見して、施設では損益がプラスに出ているが、この中で人件費は一体どうなっているのか。

それから、パート化が進んでいて賃金を非常に安くしているのではないかという声をよく聞く。人件費の内容を細かく教えていただきたい。正職員と非正規がどうなっているのかという資料を出していただきたいことと、一般的なほかのサービス労働全体の企業、業界と比較して介護業界は高いのか、安いのか。その辺の資料も出していただけると判断材料になってありがたい。

それから、訪問介護はマイナスになっているが、3年の壁とよく言われて、ホームヘルパーが定着しない。なおかつ4割のホームヘルパーが健康に不安を持っているという調査もある。一体訪問介護の賃金、人件費はどうなっているのかも合わせて、次回に御用意いただければありがたい。

(三浦老人保健課長)

まず、それぞれのサービスごとにどの程度の人件費がかかっているのかだが、例えば資料の4ページないしは5ページに、介護事業費用の(1)に給与費とある。これを見

ると、全体として人件費、給与費がどの程度か参照できるのではないか。

(横山委員)

地域包括支援センターの整備について、人口規模によって人員配置基準が決まるが、地域事情に応じて弾力的に基準を適用することにしたらどうか。具体的には保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャーの3つの専門職種を配置することが原則となっているが、地域の事情や、やむを得ないような場合があれば規制緩和、給付費の抑制という観点から弾力化をしたらどうかと思うし、また設置形態の弾力化を認めたらどうか。

また、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメント業務を委託することができる指定居宅介護支援事業所だが、概況調査、16年10月の数字で、マイナス15.9%と出ているので、地域包括支援センターが委託できる業務に関する報酬は地域包括支援センターと居宅介護支援事業所が自由に契約をして委託ができるのかどうかお伺いしたい。

(川尻計画課長)

地域包括支援センターの設置基準については、3人の専門職を置かないと基本的な仕事はできないということで、3職種を前提に財源規模を考えると人口2、3万当たりに1か所というのが一つの目安になるが、地域によっては離島で一つの地域包括支援センターを置かなければいけないとか、合併前の市町村単位に置いた方がいいとか、その他いろいろな地域の実情があるので、どういう単位で地域包括支援センターを置くかは最終的には保険者の単位で判断されることである。人口の少ない地域には一定の基準の緩和というものもお示ししている。

地域包括支援センターが、介護予防マネジメントの一部を一般のケアマネ事業所に委託する場合については、その報酬の範囲内で、どういう事務の内容にするか、委託費をどうするかというのは、基本的には契約の問題として解決されるべき問題だと考えている。

(井形分科会長代理)

地域包括支援センターは介護予防の柱になるもので、非常に力を入れるべきだが、主任ケアマネを早急に準備するべきで、もし間に合わなかったときは運営委員会でそれが代行できるようにするのか。

大きな町のときには1つのものをつくって支所という形で運営するのか。あるいは、それぞれ運営委員会を別に持たせたものを同じ市町村の中で2、3つくっていくのか。その辺りをはっきりさせていただきたい。

(古都振興課長)

主任ケアマネの確保は、大変重要なことである。ケアマネジメントリーダー研修の受講修了者で実務に従事しているといった方も一定期間経過措置的に活用していこうと思っており、そのリーダー研修を終えた方がとりあえず全国に8,000人くらいいるということなので、今後地域包括支援センターを実施するに当たってこういう人材の活用も考

えながら進めていきたいと考えている。

(川尻計画課長)

地域包括支援センターの規模の問題であるが、基本は人口2、3万当たり1か所だが、市町村の判断によってかなり大規模なセンター、例えば大都市部だと人口10万人単位くらいで大きなセンターを置いて、それで人員を相当充実して対応するというような話もあると聞いている。

ただ、そういう場合に住民が相談に行く窓口が遠くなることも考えられるので、相談を受ける窓口を別に置くという形もあるのではないかと。それぞれ実態に応じて御判断いただきたいと言っている。

(漆原委員)

地域包括支援センターだが、非常に専門性の高い地域ケアシステム全体のトータルのまとめなのだから、それを引き受けるサービス提供機関の専門性についてはどう考えているのか。運動機能の維持向上、栄養改善、口腔ケアのいずれにしても専門性の高いものである。やはり教育を受けた専門スタッフがその主任ケアマネージャーのやったものを受けて、サービス提供主体のところでどうコーディネートしていくかもよく考えていく必要があるのではないかと。

それから、企業とか、あるいは学校とか、地域だけに限らず、そういったところで介護予防なり、そういった教育あるいは啓蒙活動というものが必要になってくるのではないかと。この地域包括支援センターの中でも国民の意識を啓蒙するような活動は行わないのか。

(三浦老人保健課長)

介護予防というのは、まさに国民運動としてこれからの超高齢社会の中で基本的な社会の大きな流れとしてつくっていく必要があるのではないかと考えている。

そういう中で、地域支援事業という形で広く高齢者の方々に対する普及啓発のような事業に加えて、国民運動という観点からは地域あるいは企業とか、もう少し幅の広い動きが必要なのではないか。大きな流れをつくっていく必要があるという意味では共通の認識ではないか。

(田中(雅)委員)

国民的な流れとしてつくっていくことは大変大事なことだと思うが、資料に介護予防ケアマネジメントについて、新たにアセスメントツールが示されているが、このような形で新たにこういうアセスメントツールを示された理由はどこにあるのか。むしろこれまでのものを使わないということの理由は何なのかということをお示しいただきたい。

なぜならば、本当に国民的な運動になる流れとなるならば、そもそも自分の生き方というものはある意味で利用者とまさに専門家との共同作業で形成していくわけで、それがアセスメントツールによってチェックされ、自分の生活のありようを決められている

というプロセスに本当に多くの人がなじむのかどうかというのが大変疑問である。

(大森分科会長)

私どもは基準を定めて介護予防給付をやらなければいけないので、それについて改めてここで議論をするという話にはなりにくい。御意見はわかるが、それをここで議論するというのはどうか。

(田中(雅)委員)

給付の話で議論ではないと言われるが、それをすることによって手間とか費用ということ考えた場合はどうなのかという観点から申し上げている。

(古都振興課長)

新予防給付にかかるアセスメントは、市町村が責任主体となって設置した地域包括支援センターが行うこととなる。廃用症候群の方に適切なサービスを提供し、状態の維持・改善を図るための目標設定を行い、本人ができることはできるだけ本人がやるという考え方で新予防給付を進めていくこととしている。

そのときに、地域包括支援センターが効果的な取り組みを行い、利用者の意思をきちんと尊重できるような手順を明らかにすることは、市町村の取り組みを支援する上でも必要ではないか。

我々は新予防給付アセスメント・ケアプラン等研究会などの考え方を踏まえ、より効果的な業務の支援のツールの一つの例として示すことが適当ではないかと考えている。

(山崎総務課長)

補足しますと、実際にこれを使って、市町村でもやっていただいております、いろいろな意見が出てくると思う。したがって、当然我々としては、それを踏まえた上でまた相談できることではないかと思っている。

(田中(雅)委員)

新たに今後のスケジュールや見込みデータで示されたように、かなり多くの利用者数が新介護予防給付に流れていくわけで、そのこと自体が正しいことなのか。別の言い方をすると、新たな事業者の参入を促すということならば、それはそれで大事と言われればそれまでですが、そのことが本当に介護予防につながっていくのか疑問である。現代では介護予防事業が新たに始まり、通所系サービスが主となることだけが伝えられているが、むしろ予防に対する理念だとか指針といったものをきちんと押さえ、真の介護予防システムとすることが重要ではないか。

今回示されたアセスメントツールは、業務の支援のツールの一つの例として示したと言われたから、それは例としてお示しになることは構わないと思う。

(石井委員)

前回申し上げたが、地域包括支援センターに配置される保健師、主任ケアマネージャー等、こういう方々に対して新予防給付、あるいは地域支援事業にもあるので、口腔保健に関する知識、技術の研修をきちんと担保されるかどうか。

それから、実際にサービスを提供する事業所等に対してそういう専門家がきちんと外部評価が行われることが義務づけられるか。

それから、要望としては全国的に等しく口腔機能向上サービスを提供していただきたい。それを支援するためには、実践事例集をつくって配布するというような支援策、あるいは新たな口腔機能向上サービスのプログラムの開発とか、経済面も含めた評価指標を確立するとか、そういう研究開発を是非推進していただきたい。

(三浦老人保健課長)

地域包括支援センターは、基本的にはサービスを提供するというよりもケアマネジメントを行うので、ケアマネジメントに必要な知識として、口腔機能向上のサービスがどのような目的や内容か、研修等を今後実施していく中で理解をいただくようなことを考えていきたい。

(池田委員)

地域包括支援センターは介護予防だけをやるのではなく総合相談・支援事業をやる。おそらく社会福祉士が高齢者に関する地域ソーシャルワークをやるのは、はじめてだろうという非常に大掛かりな展開になるし、長期継続ケアマネジメントというのもケアマネジャーのスキルアップの中ではすごく大きな意味を持つ。

ただ、当然予防が先行するから保健師のところは大変だということで、トータルに地域包括支援センターの在り方みたいなものを考えた上で、保険者がこれはどう設定していくかということ考えた方がいいのではないか。

例えば、滋賀県は、介護保険が始まって以降、非常に意欲的に取り組んでいる地域だと思うが、滋賀県では9割方、保険者直営でやるとなっている。保健師は基本的に行政の中にしかいない。社会福祉士は行政の中にもいるし、社会福祉法人にもいる。直営でやるといっても主任ケアマネージャーはというと、まず行政の中にいるわけではない。そういった意味では基盤となる部分については、行政が責任を持って、それぞれが人材を出し合うというコラボレーションになるくらいまでは大体皆、理解してきたと思う。

そこで、そういった地域包括支援センターのトータルマネジメントをする人はだれか。その辺の考え方をある程度出していただければわかりやすくなるのではないか。

地域包括支援センターを余りまじめに考えていない市町村もたくさんある。そうすると、在宅介護支援センターの延長上にとらえてしまうという傾向もかなり強い。地域包括支援センターというのは在宅介護支援センターとは全く違うわけであって、誤解が結構多い。具体的な運営に関してイメージがつくられていない。もちろん市町村ごとに考えるという地方分権の考え方で進められることが前提になると思うが、その辺の技術的助言をもう少しした方がいいのではないか。

もう一つ、市町村が困っているのは、お金の流れがわからないこと。設計に当たってどういったコラボレーションをつくるかということが進まないの、時期が迫っているのでかなり具体的なイメージで市町村に技術的助言をされるということを望みたい。

(山崎総務課長)

地方分権と言いながら一方で自治体の方は国の方に標準を示してほしいという意見もあるが、これを余り示すとこれはこれで弊害が随分あるという経験を我々は持っている。トータルマネジメントの話もあったが、だれが上でだれが下という話を私どもが言うのも余りいいことではないと思っており、これくらいの組織であればちゃんと3人で相談してやれば十分回ると思っている。

また、実際に在介センターを含めてどういう形態にするかは、モデルとなるケースを複数ケース集めて、例えばそれを紹介して、その中で各地域に選んでいただくとか、少し幅のある仕組みを計画するのが一番いいのではないかと思っている。

最後のお金の話はちゃんと示す。予算が関係するし、来年の予算の話もあるので、しっかり示していきたい。それ以外のものは、国が何か非常に硬直的な扱いになるようなことを示すと、結果として市町村が困るケースがあるので、その辺は幅を持ちながらも参考となる情報を示していきたい。

(池田委員)

幾つかのモデルを出していただければイメージがしやすいということで異論はない。ただ、その具体的なものがある意味でお金の問題とか、そういうところで止まっているのでなかなか動かない。そういった意味では、早急にこういうモデルもあるとか示していただけると理解した。

(喜多委員)

私は反対で納得ができない。

介護予防の話から包括支援センターが出てきたが、市町村が始めから望んでいたわけではない。トータルマネジメントはだれがするのかという問題もすっきりしてない。お金の流れがやはり一番問題になってきている。三位一体ということだが、税金はずっと先に延ばされていることからして、これもまた同じようになるのではないか。国が重層的に介護保険は支えると言われてきたが、突然に事務的経費はなくなり一般財源化されてきた。そういう経過から見れば、こういう新しい仕事はすっきりと指導をするなり、市町村と十分に話し合っ決めてもらわなければ、すっきりしない。先ほどの回答は少し変更していただきたい。

(山崎総務課長)

補足させていただく。私どももすっきりしたいと思っているが、ちょうど概算要求も終わりましたので9月26日に全国会議を予定しており、そこで事業費などをお示ししたい。もちろん一方的な形ではなくて、年末までの予算編成にまだ時間があるので、十分

意見を伺いながら精一杯サポートさせていただきたい。

(喜多委員)

サポートすると言うが、具体的に1つ例を挙げると、10月から始まる施設給付の見直しについて、国がパンフレットを出していることを知らなかった。あるはずと言ったら担当者が、部数がないからとプリントで持ってきたが、もっともっと出回らないと関係者の理解はなかなか進まない。わずか50人弱の都道府県の課長を集めて国の方針はこうだと言って、府県の方はそれを市町村を集めて言うかもしれないが、市町村側は非常に戸惑う。

市長会としては意見をまとめようにもまとめられない。市町村が本当に介護保険の第一線にいると考えるのであれば、市町村が十分理解できるようにやっていただきたい。

(山崎総務課長)

今回の施設給付の見直しの関係について、こちらもできるだけ部数も用意し、問合せにもお答えしようと思っている。時間的に切迫しているという面も十分わかっているので、それを踏まえて精一杯サポートさせていただきたい。

(池田委員)

滋賀の場合だと、各市町村がネットワークを組みながら情報を交換することも含めて、市町村自身が考えてパンフレットをつくったり、あるいは利用者に対する説明会をやっている。そういった意味では、基本的に一定の情報があれば、国に頼らなくても市町村自身が自らやっていくというのは滋賀県ではごく当たり前のことだし、そのためにやはり担当職員がネットワークを組んで情報を流通させている。

介護保険というのは確かに国、都道府県、市町村、三者の総合的な支え合いでできるということはあるが、基本は保険者である市町村になるわけで、そこが主体的に物を考えて進めていくという姿勢を持たない限り、介護保険は成功しない。

(木村委員)

地域包括支援センターについて、2年間、経過措置でセンターを作らないという形で条例を定めていくと、新予防給付がその市町村にはない。つまり、介護予防訪問介護、地域密着型サービスなどがその期間存在しないということになるのか。

(川尻計画課長)

地域包括支援センターの準備状況については、資料として出したとおりであり、回答があった自治体のほとんどは18年度から設置をしたいという動きである。これは市町村長それぞれの判断だが、条例案を出すというのもそれなりに大変な決断なので、大半の市町村の設置が遅れてしまうということはないと思っている。

それから、特例はあくまでも新予防給付を最大2年間実施しないことができるということなので、地域密着型のサービスについては18年4月からスタートすることになる。



(木村委員)

3期の保険料のことは今の3期の市町村計画で策定されていくので影響はないかもしれないが、100%市町村が地域包括支援センターの機能をしっかり理解して、4期の65歳以上の人たちの保険料を考えると18年4月に絶対センターを設置すべき。人員配置の問題等あるかもしれないが、国、県、市町村でお互いに助け合ってやっていただきたい。

それと、ケアマネジャー側から見ると支援困難ケースを市町村が積極的にやっていない。逆にしっかりやってもらいたい。主治医の先生方との連携等も助けていただきたい。この機能はセンター機能の3本柱の1つです。そして、地域におられる高齢者の尊厳を守るためのケアマネジメントを本当にきっちり進めたい。そのための介護保険の改正であると思う。18年4月に全市町村がセンターを設置するというのをここで要望したい。

○渡辺認知症対策推進室長より資料3に沿って説明。

(田中(滋)委員)

地域密着型は市町村が工夫できるので、全体としては大いに伸ばしていくべき。特に、報酬の形に出来高から包括を多く取り入れている点とか、グループホームに医療サービスを入れた場合には適切な加算をするなどは前進であると評価する。2つ考え方について事務局に確認したい。

1つは、小規模多機能型居宅介護、夜間対応型訪問介護の2つは全く新しいサービスだが、かつて平成12年に介護保険で最初の報酬をつくったときの多くのサービスは、ケアマネジメントを除けば存在していて、それなりに費用が払われてきたものを介護報酬表に載せた組み直しの作業だった。ところが、この2つは全く新しいサービスであり、現実の実験もまだ全国で1、2か所とか、その程度なので、実験しながら報酬を付ける大変難しい話になる。だから、柔軟にするだけではなく、やってみて違ったら変えられるように変更の仕方も柔軟にしないといけない。

もう一つは、特にグループホームのことを指していると思うが、利用定員総数を事業計画が上回っていれば指定しないことができる。これも今までにない案である。厚労省はかつての失敗と言っていいと思うが、駆け込み増床を起こしたことがある。将来は指定しないという駆け込みをしたくなる逆インセンティブを与えることはわかっているので、ある程度考えがあるかどうかを確認したい。

なお、「民家等の既存施設を活用した効率的なサービス提供」は間違った意見である。効率的な提供は民家だろうとそうでなかろうかと必要で、「民家等の既存施設を利用した資本コストのかからないサービス提供」と書かないと経済学の試験ではバツが付く。

(三浦老人保健課長)

まず新規サービスについて、一端設定されたものについても柔軟に変更できるようにすべきという意見だが、審議会の意見としてまとめていただければ、それを受けて適

切に対応してまいりたい。

(川尻計画課長)

グループホームの駆け込み増床については、現在の都道府県知事指定の仕組みの中で乱立しているという話もあり、13年に、都道府県知事が指定に当たり市町村長の意見を聞くという仕組みを設け、それが効いてある程度秩序だった整備がなされている。18年4月までの間に、逆インセンティブが働くという実態は確かにあるが、グループホームを幾らつくったところで、経過措置を除くと、利用者は当該グループホームが所在する市町村の被保険者しか利用できない形になる。そうすると、幾ら駆け込み増床をしてもお客さんがこない状態になるので、市町村あるいは都道府県でもよく説明していただきながら、無用な基盤整備がなされないようにコントロールをしていただきたい。

(花井委員)

「地域密着型サービスの趣旨」で「中重度の要介護状態となっても」とあるが、そもそも地域密着型は認知症が非常に意識されていたと思うので、そのことが書かれていた方が、より明らかになるのではないかと。

それから、小規模多機能型居宅介護で「介護支援専門員を必置とし」となっているが、ちょっと疑問を持っている。小規模多機能型以外で提供されるサービスも含めて全体してケアマネジメントを行うとあるが、この場合、それは中にいてやることになると思う。地域密着型サービスが認知症の方を想定していると認識してきたが、そうするとその方の症状も含め、家族との関係、あるいは地域との関係、さまざまなことをトータルで把握することが必要ではないか。場合によって虐待の問題もあり、さまざまなサービスとも組合せが必要かと思うが、そのときに果たして中にいてそれが可能なかどうか。やはり外にいて公正・中立的なケアマネジメントが組めることが重要になってくるかと思うが、現状ではそこが本当に確保されるかどうか、ちょっと懸念がある。やってみてそれが可能かどうか少し確認できるような期間が必要ではないか。

夜間対応型のサービスだが、「独居高齢者又は高齢者夫婦のみの世帯の利用も考えられるが」となっているが、深夜の対応というのは独居高齢者と高齢者夫婦だけではなくて、例えば娘が母親の面倒を見るといった世帯形態もある。その場合、長期の出張の場合などあると思うので、余り独居高齢者と高齢者夫婦のみというふうに限定しない方がいいのではないかと。

特養のサテライトだが、本体施設の指定取り消しが都道府県で、サテライトが市町村になるわけですが、例えばどちらかで指定の取り消しがあった場合、本体あるいはサテライトの施設の扱いはどうなるのか。少しルールが必要ではないか。これは生活圏域と考えられているが、県を超えてサテライトができた場合の指定の在り方はどう考えているのか。

(川尻計画課長)

サテライトの関係だが、本体の特養を都道府県が指定し、サテライト型の方を市町村

が指定するという場合の両者の関係だが、例えば本体施設の方に問題があり、都道府県が指定を取り消した場合、サテライト型の方はそれだけ残ってはやっていけないという事態も考えられる。そういう場合に、サテライト型の方だけ人員を厚くしてやっていくかどうかは各施設側の判断になると思うが、都道府県、市町村が連携を取ってどうい姿がいいかということを考えていくということになる。

逆に、サテライト型の方に問題があり、本体の方には問題がない場合、制度的に言うと直ちに本体型の指定取消をやるということは難しい。ただ、例えば同じ社会福祉法人が両施設を運営している場合、社会福祉法人としてあるべき姿がどうかということは都道府県の方でチェックできるという仕組みになっている。

県境を超えて本体とサテライトができた場合だが、ある市町村が隣の県と連携するのは事実上難しい面があるとは思いますが、法的な整理としては同じ考え方でいけると思う。

それから、小規模多機能等は認知症がそもそも念頭にあったのではないかというのはおっしゃるとおりであり、認知症のお年寄りに対しては小規模の環境やなじみの関係がいいということが、バックグラウンドにあるが、実際にサービスを利用する人を認知症には限らないということで、対象者の説明では認知症という言葉をと落としていただいた。小規模多機能でケアマネージャーをどこに置くかについてはこれから議論いただくことになると思うが、小規模多機能型居宅介護で居宅サービスの3大サービス、ホームヘルプ、デイ、ショートステイを一手にこの施設が引き受ける形になるので、それ以外の居宅サービスも含め、できるだけ1人のケアマネージャーがその人の生活の在り方を受け止めていくことが必要と考えていくと、小規模多機能型居宅介護事業所の中にケアマネージャーを置いた方がよいのではないかと提案をさせていただいている。

(井部委員)

地域密着型サービスの夜間対応型訪問介護の成功を切に願うが、これが夜間に安心して行われると、施設入所志向にならざるを得ないことがかなり改善されるのではないかと考えており、夜間対応型訪問介護をいかに成功に導くかとても期待される。

そこで、まず夜間に訪問するのはチームなのか、1人なのか、夜間なのでまず訪問する者の危険性というのがあるので、訪問する側の安全性の担保と、それから体調の不安とか、体調の変化などが特に夜間に想定されるので、介護職員だけではなくて看護職員をできるだけ訪問介護のチームとして活用できる仕組みを検討した方がいいと思っているが、どのようにお考えか。

(大森分科会長)

井部さんにお聞きしたいが、早朝は6時から8時になっているが、私は6時は相当遅い時間と思う。年を取ってくると早く目が覚めて、4時とか5時なので、こういう時間設定は高齢社会に合っているのかお聞きしたい。

(井部委員)

病棟の朝の業務は4時か5時から始まるので、確かに早起きの方はもっと早い。