

地域医療等対策特別委員会会議記録

地域医療等対策特別委員会委員長 三浦 陽子

1 日時

平成 21 年 9 月 2 日（水曜日）
午前 10 時 3 分開会、正午散会

2 場所

第 2 特別委員会室

3 出席委員

三浦陽子委員長、小野寺有一副委員長、及川幸子委員、小田島峰雄委員、
関根敏伸委員、高橋 元委員、千葉 伝委員、熊谷 泉委員、工藤勝博委員、
木村幸弘委員、斉藤 信委員

4 欠席委員

なし

5 事務局職員

小原担当書記、佐々木担当書記

6 説明のために出席した者

陸前高田市地域包括支援センター
主任介護支援専門員 佐藤咲恵氏
社会福祉士 大坂養輝氏

7 一般傍聴者

2 名

8 会議に付した事件

- (1) 「地域包括支援センターの現状と課題」について
- (2) 次回の委員会運営について

9 議事の内容

○三浦陽子委員長 おはようございます。ただいまから、地域医療等対策特別委員会を開会いたします。

これより、本日の会議を開きます。本日は、お手元に配付いたしております日程により会議を行います。

これより「地域包括支援センターの現状と課題」につきまして調査を行います。本日は、講師として陸前高田市地域包括支援センターの主任介護支援専門員の佐藤咲枝様と社会福祉士の大坂養輝様をお招きしておりますので、御紹介申し上げます。

○佐藤咲枝参考人 おはようございます。陸前高田市から参りました地域包括支援センターの佐藤咲枝と申します。きょうは現場の声ということで、皆様に地域包括支援センターの活動の様子をお伝えしたいと思っておりますので、よろしくお願ひいたします。

○大坂養輝参考人 陸前高田市地域包括支援センターの大坂養輝と申します。よろしくお願ひいたします。きょうは、私からは地域包括支援センターの現状と課題ということで、現在県内の地域包括支援センターが抱えているセンターの現状と、課題について説明をさせていただきます。よろしくお願ひいたします。

○三浦陽子委員長 ありがとうございます。朝早くからおいでいただきまして、ありがとうございました。

佐藤様、大坂様の御経歴につきましては、お手元に配付いたしておりますとおりでございます。

本日は、「地域包括支援センターの現状と課題」と題しまして、佐藤様、大坂様より御講演をいただくこととしております。御多忙のところ御講演をお引き受けいただきまして、改めて感謝申し上げます。

これから御講演をいただくわけではありますが、後ほど質疑、意見交換の時間を設けておりますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、佐藤様、大坂様、よろしくお願ひいたします。

○大坂養輝参考人 それでは、初めに私から、地域包括支援センターの現状と課題と題しまして、県内の地域包括支援センターの現状と、それから抱えている課題について説明をさせていただきます。

本日の内容ですが、まず地域包括支援センターとは何かについて御説明をさせていただきます。次に、介護保険制度における地域包括支援センターの位置づけ、それから地域包括支援センターの具体的な機能について説明いたします。それから、地域包括支援センターの設置基準でありますとか、職員配置の基準というのがありますので、センターが抱えている課題と関連づけて説明をさせていただきます。次に、地域包括支援センターの現状、それから抱えている課題、それから、その課題の解決のために陸前高田市地域包括支援センターがどのような取り組みをしてきたかについて説明をさせていただきます。

まず初めに、地域包括支援センターとは何かということなのですが、住民の皆様にお伝えするときには、高齢者に関するワンストップ相談窓口であるというふうに説明をしております。それから、これからの地域福祉のかなめとして介護予防だけとか、相談窓口だけという機能だけではなく、包括的なかなめとしての役割を担う機関として期待されています。この写真は、うちのセンターの職員でございます。

次に、地域包括支援センターの位置づけでございますが、介護保険制度の中で地域包括支援センターがどのような位置づけとなっているかということをお説明させていただきます。

まず、介護保険制度というのがありまして、その中には介護給付、それから予防給付を初めとする介護保険事業というのがあります。介護保険事業の財源というのは国 25%、県

12.5%、市が12.5%、それから第1号被保険者の保険料が20%、第2号被保険者の保険料が30%となっております。平成18年度の介護保険制度の改正によりまして、この介護保険事業のほかに地域支援事業が新たに位置づけられました。この地域支援事業の中には介護予防事業、それから包括的支援事業、それから市町村が任意で行うことができる任意事業の三つの事業があります。

まず、介護予防事業ですけれども、これはその予算の枠というのが介護給付費の2%以内ということで、市町村が設定することができるとなっております、その中には介護予防一般高齢者施策、それから介護予防特定高齢者施策ということで、一般高齢者というのは、いわゆる元気老人、それから特定高齢者というのは、このままの状態であるといずれ要介護、要支援になる可能性が非常に高い、リスクの高い方に対する事業を行う施策とされています。この財源ですけれども、国が25%、県、市町村が各12.5%、第1号被保険者の保険料が20%、それから第2号被保険者の保険料が30%となっております。

次に、包括的支援事業ですが、この部分がきょう御説明します地域包括支援センターが行う事業でございます。この予算枠なのですけれども、これは介護給付費の2%以内とされておりまして、この市町村が任意に実施する任意事業と合わせて介護給付費の2%ということでございます。後で具体的に説明いたしますが、この事業の中身としては四つありまして、介護予防ケアマネジメント支援業務、それから総合相談支援業務、それから権利擁護業務、包括的、継続的ケアマネジメント支援業務を行うこととされています。この財源についてですが、国が40%、県と市が各20%、第1号被保険者の保険料が20%となっております。

次に、各市町村が任意で行うことのできる任意事業ですけれども、これは包括的支援事業と合わせまして介護給付費の2%以内で、財源につきましては居宅支援事業と同じ負担割合となっております。

この地域支援事業全体を見ますと、介護給付費の3%以内ということで、介護予防事業と、それから包括的支援事業、2事業合わせて3%以内ということですが、この地域支援事業というのは市町村が自由に事業を企画できる枠というのが非常にありまして、市町村の個性が出やすい事業だというふうに思っています。

次に、先ほど説明した地域支援事業の中で、包括的支援事業に四つの事業があるというふうに御説明しましたが、この地域包括支援事業というのはこの四つの事業を行うこととされておりまして、

まず一つ目に、介護予防ケアマネジメント業務、これはこのままだと要介護になる可能性の高いリスクの高い特定高齢者という方を対象としております。介護が必要となるおそれのある人の介護予防のための支援を行います。

次に、二つ目の機能としまして、総合相談支援業務というのがあります。高齢者の介護に関する悩みや問題、それから健康や福祉、医療や生活に関することなどの相談対応を行います。

三つ目の機能としまして、権利擁護業務というのがあります。これは、高齢者虐待である

とか、それから高齢者の消費者被害への対応や成年後見制度等の紹介を行っております。

それから、四つ目の機能としましては、包括的、継続的ケアマネジメント支援業務というのがあります。これは、地域におります介護保険制度に位置づけられた介護支援専門員、ケアマネジャーと呼ばれる職種ですけれども、この方々の支援であるとか、さまざまな機関とのネットワークづくりを行います。この部分につきましては、当市の取り組みにつきまして、後ほど佐藤から御説明いたします。

介護保険制度の地域支援事業に位置づけられる事業というのは、この四つになるわけなのですが、後でちょっと出てくるのですけれども、このほかに指定介護予防支援事業所という業務がございます。これは、ここでは⑤ということで介護予防ケアマネジメント業務、要支援の1、2を対象としたケアマネジメント業務なのですけれども、後で現状とか課題の中で、ちょっとこの部分が大きく出てまいりますので、覚えておいていただきたいと思います。

それでは、さらに具体的に説明していきますが、まず一つ目の機能の介護予防ケアマネジメント業務でございます。これは特定高齢者を対象としておりまして、市町村が実施する介護予防事業、介護予防教室等でございますが、介護予防事業等を活用した特定高齢者を対象としたケアマネジメントというのがございます。このケアマネジメントというのは何かというと、対象となる方について情報収集をして、その方のハイリスクとなっている課題を分析して、それを改善するための支援計画を作成いたします。必要があれば、介護予防事業を導入いたしまして、その導入したことに対する評価を行います。地域包括支援センターの中では、主に保健師が担うとされております。

次に、機能の二つ目でございますが、総合相談支援業務でございます。これは、窓口で私が相談を受けている写真なのですけれども、この業務の内容というのは、窓口での総合相談、それから高齢者の実態把握といいまして、事務所まで相談を待っているだけではなくて、高齢者の自宅に出向いてその実態を把握するという業務でございます。そのほかに住民の相談を受けての介護保険外のサービスを含む情報提供であるとか、関係機関への紹介を行います。

次に、三つ目の機能として、権利擁護業務というのがございます。これは、現在県内でもふえておりますけれども、高齢者虐待の防止と早期発見、それから消費者被害の防止、判断能力が不十分な方への成年後見制度であるとか、日常生活自立支援事業、旧名称は地域福祉権利擁護事業といいましたけれども、これらの活用であるとか、養護老人ホームを初めとする老人福祉施設などへの措置や適切なサービスや機関につなぐなどの業務でございます。

次に、機能の四つ目ですが、包括的、継続的ケアマネジメント支援業務というのがございます。これは、介護保険制度に位置づけられた介護支援専門員ケアマネジャーへの日常業務であるとか、介護支援専門員が抱える支援困難ケースなどへの指導や支援、ネットワーク構築、関係機関との連携支援などを行います。

以上が地域支援事業に位置づけられる地域包括支援センターの業務でございますが、先に説明いたしましたけれども、さらに五つ目の機能というのがございます。これは、指定介

護予防支援事業所としての機能でございますが、指定介護予防支援事業所というのは何かというと、介護保険制度で要介護認定を受けた方がいるとします。要介護1から5に認定された方につきましては、介護保険の介護サービス、介護給付費ですけれども、こちらのサービスを活用することになります。要支援1、2と認定された方につきましては、こちらに書いてありますけれども、要介護認定において要支援1及び要支援2と認定された利用者を対象にケアマネジメント業務を行います。このケアマネジメント業務というのは、まず利用申し込みの受け付け、契約を締結いたしまして、その方に対する情報収集を行います。次に、アセスメントといいまして、その方の抱えている課題を分析いたします。次に、介護予防サービス支援計画原案の作成ということで、この課題分析に基づきましてどのような支援が必要かという原案を作成いたします。次に、サービス担当者会議の開催ということで、例えばヘルパーとかデイサービスが必要であれば、その担当者、あとはこの業務を担当するケアマネジャーであるとか御本人、家族等が集まりまして、サービス担当者会議というものを開催いたします。その開催の中身に基づきまして、予防サービス支援計画の決定を行って、介護保険制度に基づきます介護予防サービスを利用するという形になります。その後、この利用した結果はどうだったかという評価をいたしまして、あとはこれに介護報酬を請求する給付管理という業務を行います。この指定介護予防支援事業所というのは、要支援1、2を対象としたケアマネジャーの仕事を行います。これが地域支援事業以外の業務として行われております。

次に、地域包括支援センターの設置と、それから職員配置について御説明させていただきます。地域包括支援センターには二つの顔というのがありまして、まず一つは地域支援事業に位置づけられます包括的支援事業を実施する地域包括支援センター、それから要支援1、要支援2を対象としたケアマネジメント業務、ケアマネジャーの仕事を行う指定介護予防支援事業所としての二つの顔を持っております。この設置主体ですけれども、基本的には市町村、あるいは市町村から包括的支援事業の実施の委託を受けた者とされております。

包括支援センターの設置数と配置すべき職員の基準でございますが、第1号被保険者数、65歳以上の方ですが、おおむね3,000人から6,000人ごとに1カ所設置することとされております。この配置しなければならない職員なのですが、保健師、社会福祉士、それから主任介護支援専門員の有資格者を各1人ずつ。ですから、1カ所包括支援センターがあると、この三つの職種最低1人ずつが必要になります。高齢者がふえると、この3職種の数をふやさなければいけません。ただし、小規模センターにつきましては例外規定があります。高齢者人口3,000人以下のセンターにつきましては例外規定がございます。

それから、指定介護予防支援事業所につきましてはですが、こちらには先ほど御紹介しました3職種のほかに保健師その他介護予防支援に関する知識を有する資格を持った職員1人以上を配置することとされております。これは地域包括支援センターの業務と兼務が可能となっています。この業務につきましては、要介護1から5を担当するケアマネジャーのいる居宅介護支援事業所に委託をすることも可能でございます。

この財源ですが、地域包括支援センターにつきましては、地域支援事業に基づく交付金ほか。それから、指定介護予防支援事業所につきましては、基本的には介護報酬ということになります。この介護報酬で不足する分につきましては、市町村の場合は一般会計からの繰り入れという形になります。

次に、県内の地域包括支援センターの現状についてお話をさせていただきます。まず一つは、深刻な職員不足というのがあります。先ほど御紹介いたしました法定必要員数があるわけなのですが、これを充足しているセンターというのは平成 21 年度 4 月 1 日現在で 48 カ所のセンターが設置されているわけなのですが、このうち 17 カ所にとどまっております。平成 20 年度につきましては、49 カ所のセンターが設置されていたわけなのですが、18 カ所となっております。今年度につきましては、31 カ所が法定必要員数を満たしていないということになります。

具体的に 3 職種の配置状況を見ていきたいのですが、平成 21 年の 4 月末現在で、これは県の長寿社会課調べなのですが、保健師、法定必要数 76.5 人に対しまして、配置されている保健師の数は 65.4 人、増員しなければならない人数は 11.1 人ということで、充足率は 85.5% となっております。ちなみに、平成 20 年度の充足率は 77.9%。社会福祉士につきましては、法定必要数で 74 人に対しまして配置数が 47.6 人、充足率は 64.3% となっております。20 年度の 58.3% に比較しますと、若干上がっております。それから、主任介護支援専門員につきましては、法定必要数 73.5 人に対しまして配置数が 41.7 人、充足率は 56.7% となっております。平成 20 年度の充足率 70.3% と比較して大きく低下しております。3 職種合計の充足率は 69.1% となっております。平成 20 年度の充足率と比較して 0.1% 下がっております。この主任介護支援専門員の充足率の低下につきましては、平成 18 年度に地域包括支援センターが設置されましたから 3 年を経過しております。市町村直営の地域包括支援センターの場合、3 年程度で人事異動というのがありますので、それで有資格者が異動してしまったことによるものと思われまます。

次に、地域包括支援センターの現状の(2)ということで、指定介護予防支援事業所、要支援 1、2 の方を対象としたケアマネジャーの業務との兼務によりまして、機能せず効果が見えない包括的支援事業、本来の地域包括支援センターの業務という現状がございます。

陸前高田市の場合は、地域支援事業に位置づけられる包括的支援事業を担当する職員と、それからこの指定介護予防支援事業所を担当する職員は完全に分けておりますので、兼務というのは現在行っておりません。この見直しにつきましては、後で御説明を申し上げます。ただ、県内の多くの市町村の場合、兼務をしているセンターが非常に多くて、いまだにこのような状態が続いているセンターというのが数多くあります。

それから、現状の三つ目ですけれども、介護報酬改定後もケアプラン難民、これは指定介護予防支援事業所の業務ですけれども、この業務を担当する者がいない要支援 1、2 に認定された方が発生する可能性があるということです。これはどういうことかといいますと、4 月の介護保険制度の改正で介護報酬について、指定介護予防支援事業所というのは一つの

介護保険の事業所ですので、当然介護報酬が発生いたします。先日の改定で1件当たり月額4,000円から4,120円ということで、若干の改善はありました。例として書いてあるのですが、指定介護予防支援事業所を担当する、当市の場合ですけれども、嘱託職員月額報酬18万円を支払うためには、18万円をこの4,120円で割り返しまして、約43件を1人が担当しなければこの報酬を払うことができません。報酬を払うだけではなくて、このほかには共済費も発生しますし、このセンターを運営するための事務費も発生いたします。

ですから、この43件だけでは到底この事業所を維持することはできません。先ほども財源のところでお話ししましたが、介護報酬で賄えない部分につきましては、一般会計から繰り入れになりますので、それだけ市の財政負担も大きくなることとなります。最近の県内の状況は詳しくはわからないのですが、18年度地域包括支援センターが始まったあたりにつきましては、1人で100人以上も担当を抱えている担当者とかが珍しくなかったのです。そうすると、もう担当している方の名前すら覚えられないとか、そういう現状が発生いたしております。ちなみに、要介護1から5の場合は、1人の担当件数が40件未満となるように定められております。ですから、この43件あるいは1人担当するのが70件とか100件というのがいかに無理のある数字かというのが御理解いただけるかと思えます。

この業務については、要介護1から5を担当する指定居宅介護支援事業所というところに委託も可能なのですが、委託する場合、委託料単価が低額のため、受託者がいないということも県内の一部で聞こえてきます。

参考までに、要介護1から2の場合は、月額1件当たり1万円になります。要介護3から5の場合は1万3,000円。ですから、要支援1、2の場合、1件当たり月額の介護報酬の額というのがいかに低いかがおわかりいただけるかと思えます。ですから、仮に4,120円で委託をしますよということになると、その分要介護の仕事をしたほうが高いですから、なかなか受けてもらえないという現状になっています。

次に、地域包括支援センターの課題について御説明いたします。まずは、市町村直営型と、それから市町村が委託した委託型の支援センターの共通の課題についてでございますが、まず地域包括支援センターの適正な設置、これは箇所数でございます。これについては、県内では市町村によって非常にばらつきがありまして、例えば陸前高田市の場合は面積が狭いので1カ所なのですけれども、奥州市さんなんかは市内に5カ所で、同じような広い面積を持つ一関市さんは現在2カ所ということで、市町村によって非常にばらつきがあります。

それから、地域支援事業の活用による職員の適正配置ということで、この地域支援事業の交付金を生かした職員の適正配置によりまして、低い充足率を少しでも上げていく必要があるのではないかという課題があります。

それから、市町村直営型特有の課題としましては、専門職の確保、特に社会福祉士、主任介護支援専門員の有資格者というのが少ないので、この確保が難しいという課題があります。

それから、緊急時の24時間対応。社会福祉法人とか医療法人に委託した場合には、24時

間職員がおりますので、これはセンターの職員がいない場合でも利用者に関する連絡の 24 時間対応というのは可能なのですが、市町村が直営でこのセンターを運営する場合、普通の公務員ですから、24 時間の勤務というのはちょっと通常では考えられないところです。この市町村直営型の場合は、緊急時の 24 時間対応という大きな課題があります。24 時間対応を行っているセンターというのは、県内でも少ないと思われま

す。それから、三つ目ですけれども、現在県内のセンターの流れとしては、財政難であるとか、あるいは専門職の確保が困難なための委託、ちょっと言葉が悪いかもしれませんが、丸投げとも解釈できるような委託が進む可能性があるのではないかというふうに思われます。県内のセンターでも、徐々にではありますが、市町村直営型のセンターというのは減っておりまして、委託型がふえております。

それから、委託型地域包括支援センター特有の課題としましては専門職の確保、特に保健師が少なくなっておりまして、この確保が問題になっております。

それから、二つ目としまして、運営費の確保ということで、市町村からセンターの運営を委託された委託料なのですが、これが非常に少ないという声が多く聞かれます。このセンターというのは、専門的な機能を持っておりますので、それ相当の経験年数を持った職員の配置というのが必要なのですが、そうすると人件費も相当高くなりますので、それに見合った委託料が支払われているかどうかというのは、ちょっといろんな声があります。それから、その不足分を補うために、先ほど五つ目の機能として御紹介した要支援 1、2 を対象とした方のケアマネジメント業務に忙殺されているという現状も聞かれます。

それから、支援困難ケースが発生した場合等における市町村との連携という問題がございます。委託したセンターから声として大きく聞こえてくるのは、例えば生活保護が必要な方、それから高齢者の虐待であるとか、養護老人ホームへの措置とか、行政の権限が必要なケースが発生した場合に、それを市町村が役場に相談に行ってもなかなかうまく伝わらずに対応していただけないとか、うまく伝わらないというような声聞かれます。市町村直営型の場合は、そのような問題というのは少ないのですが、法人等に委託した場合にはそのような問題が発生してきます。

陸前高田市地域包括支援センターについてということで、これらの課題を改善するために陸前高田市の地域包括支援センターではどのような取り組みをしてきたかということなのですが、こちらについては高田の概要を書いておりますので、後ほど御覧いただきたいと思

います。平成 18 年度についてですが、指定介護予防支援事業所の業務との兼務によりまして、全く機能しない地域包括支援センターでありました。そのために、19 年度大幅な見直しを行いました。まず専門職確保への取り組みを行いました。これは、主任介護支援専門員が不在だったわけなのですが、平成 19 年度から市内医療法人に依頼をしまして、出向していただいております。後ほど説明する佐藤がその出向者でございます。

それから、業務分担と職員配置の見直しを行いました。詳しくは指定介護予防支援事業所

の業務と、それから本来業務であります地域包括支援センターの業務を完全に分離したということが挙げられます。

それから、携帯電話による24時間の連絡体制の確保ということになっておりまして、職員が携帯電話を持ちまして、市役所のセンターのほうには職員は不在になるのですが、利用者に携帯電話の番号をお知らせしておきまして、24時間連絡をとれるような体制を確保しております。これらの取り組みにより、本来の地域包括支援センターの業務が現在行われているのではないかというふうに評価をしております。

大きな特徴としましては、専門職確保の部分なのですが、まず市の考え方、それから法人の考え方として、官民一体となった住民への支援を行わなければいけないということで、法人にとってはこの出向というのはメリットは少ないというか、ないのかもしれませんが、御協力をいただいて、現在もこの出向が続けられています。

私からの説明は以上でございます。

次に、主任介護支援専門員の佐藤から御説明いたします。

○佐藤咲枝参考人 主任ケアマネジャーをしております佐藤です。私のほうからは、ふだんの活動の様子をお伝えしたいと思います。

先ほど大坂からも説明もありましたが、医療法人から出向しておりまして、3年目となりました。うちの医療法人の理事長からは、市民のために働いてきなさいという命令をいただきまして、それで今3年目となっております。

まず、活動の紹介なのですが、19年度から私が出向してまいりましたので、いろいろとどんな活動をしようかなと思って考えて、いろいろマニュアルを見ながら、自分は何をしていったらいいのだろうというふうに計画していきましたが、この3年間の間に、この12くらいの活動をしてまいりましたので説明してまいりたいと思います。

1番として、居宅介護支援事業所です。ケアマネジャー支援ということで、居宅の支援事業所を毎月1回巡回相談に歩いております。相談窓口の充実としては電話とか、来所とか、同行訪問とかでケアマネジャーの支援をしております。

それで、事例検討会は、当初毎月行っておりましたけれども、昨年度からは隔月です。隔月に1回開いております。

4番の研修会、交流会なのですが、居宅の事業所とデイサービスとかヘルパーさんですね、実際サービスを提供しているスタッフとか、あと病院スタッフと合同で研修会、交流会を開催しております。

5番は、地域連携パスの作成と活用ということで、後ほど地域連携パスについては詳しくお話ししますが、これを活用しております。

6番は、ごあいさつを兼ねまして開業医の先生方に個別面談をいたしまして、聞き取り調査をしております。それをケアマネジャーのほうにお知らせしております。

7番は、居宅選択のためのPR用紙の作成ということで、これは窓口にいっちゃって、介護保険を申請して、ケアマネジャーをだれにするかという話になるのです。役所で作成し

ていた一覧表では、住所と電話番号と事業所の名前しかないので、情報が足りなくて、利用者さんは何を基準に選んだらいいのかわからないのではないかとことを考えまして、各事業所に自分の事業所のPRをしてくださいということで出してもらいまして、それを取り入れてパンフレットをつくりました。それを窓口で提示して、それで利用者さんに各事業所を選んでもらっております。

8番は、虐待対応・予防マニュアルということなのですが、社会福祉士と、あとは事業所の代表とで、陸前高田市としてどういうふうに取り組んでいったらいいかということを作成してお知らせしております。

9番は、医療機関での高齢者・介護よろず相談ですが、高田市では県立高田病院が1カ所と、あとは診療所、国保診療所の2カ所あるのです。その3カ所に出張相談に出向いてよろず相談、毎月1回なのですが、高田病院に関しては毎月2回なので、毎月4回出張しております。

10番は、軽度者福祉用具貸与に関する例外給付の適用整備ということなのですが、これは前回の介護保険の改定から、要介護1と要支援の1、2の人に関して、レンタルできない福祉用具が出ましたので、それに関して市町村として保険者の裁量でレンタル、保険適用してもいいですと、事務的なことで一律に保険が適用しませんよということは避けてくださいという文書も厚生労働省からも入りまして、それでは市町村とどうしていったらいいかなということで、その保険の適用の整備をしております。

11番は、保健・医療・福祉を語る会として講演とシンポジウムを開催しております。

12番は、ケアプラン点検マニュアルの学習会を開催して、これは今年度の事業ですが、もう終了しましたので、そのときの様子をお知らせします。

まず、巡回相談なのですが、私が一番仕事の中で重点を置いているのは巡回相談なのです。巡回して、毎月事業所を訪問して、6カ所の事業所があるのですが、事業所を訪問して何をしているのだろうということなのですが、それは新規のケアプランの検討です。新規利用者に関してのケアプランをしっかりと検討しておけば、その後の利用者さんの経過を追って考えやすいのではないかとということで、今まで何年もケアマネジャーさんがつくっていたケアプランを見直すというよりは、新たに新規の方に対してしっかりと検討しておけば、あとは心配ないのではないかなと見て回って、新規のケアプランについては全件確認するようにしております。それで、あとは困難事例のケース等ということで、ケアマネジャーさんがちょっと困ったなと感じている事例について、その事業所の中で、その場でいろいろ検討することにしております。

それで、件数は新規のケアプランの検討が233件、困難事例の検討は51件で、合計284件の検討をしております。これが20年度の件数です。1人ケアマネジャーもいるのです。1人のケアマネジャーさんの事業所が1カ所、3人が3カ所、あとは6人という大勢の事業所もあるのですが、1人ケアマネジャーさんは相談相手がいまないので、非常にうっせきしたストレスを抱えていまして、巡回相談の日を待っていて、1対1なのですが、結構2時間、

予定どおり2時間ぐらい話をしたりしております。6人の事業所さん、大勢のところは大勢のところ、事業所内でケアプランを検討する機会というのを持っているところと持っていないところとあります。6人のケアマネジャーは、それぞれ別の人が担当している利用者さんに関してはわからないのです、同じ事業所の中でも。だれそれさんの担当だからという感じで。だから、情報の共有を事業所内で図っていないと、そのケアマネジャーさんが休んだり何かしたときに、利用者さんから緊急の連絡が入った場合に、事業所内で解決ができないということになってしまいますので、事業所内でケアプランを共有しましょうという意味も含まれております。

次に、事例検討会なのですが、これは隔月に1回なのですが、その巡回で困難事例を検討した場合に、もっといろいろな人が入って検討したほうがいいねというケースに関して事例検討会をしております。それで、病院のソーシャルワーカーさんだとか、役所の生活保護の担当者だとか、健康推進課の保健師だとか、そのケースによって必要な方をお呼びして、一緒に検討に加わっていただいております。

研修会・交流会の開催なのですが、地域ケア学習会は県立高田病院との学習会です。合同でやっております。介護支援専門員の研修会とか、あと講演会、スポーツ交流会、懇親会などをやっております。

あとは相談です。主任ケアマネジャーに寄せられる相談なのですが、何が多いかなということなのですが、ケアプラン確認が44%です。制度の確認というのは13%ぐらいです。軽度者の福祉用具についての相談が11.8%ということです。そのほかは御覧のとおりです。

その相談に対してこちら側として支援した内容なのですが、ケアマネジメント過程のプロセスの助言ということが3割です。制度の説明というのは23%です。対人援助、こういった働きかけをしてはどうかというような助言に関しては20%程度です。そのほか同行訪問することもあります。

あとは、先ほど申し上げました高齢者、介護よろず相談ということで出張相談です。病院での出張相談なのですが、県立高田病院と広田診療所、二又診療所と、三つの病院にこのころは行ってございまして、20年度の相談は合計で40件ございました。相談の中には、介護保険の申請もその場で申請できるようにしておりますので、その場で申請を受けていて、ケアマネジャーにつないでということもあります。

地域連携パスの作成と活用のことなのですが、地域連携パスに関しては様式を別刷りで配付しておりますので、そちらも見ていただきたいのですが、担当ケースが入院したときに、ケアマネジャーが入院したときにほっとしてしまって、その利用者さんの入院中の様子というのは、ときどきは見に行き様子を見るのですが、スタッフさんと具体的に話し合いをすとかというのは、なかなか病院のスタッフもお忙しいので時間がとれなかったりして、退院に持っていくというという部分で、病気は治ったけれども、介護の手がかかるようになってしまったという方を多く経験しているのです。肺炎は治ったけれども、寝たきりになってしまって、かえって介護者さんが家に連れて帰ったときに大変になるというケースがあ

るので、入院中にこういうことをお願いしたいというようなことをケアマネジャーからのコメントもつけて連携パスを出して、それで入院中のこととか、退院間近の状態を担当の看護師が書きまして、退院するときに、この②のところなのですが、病棟の看護師が書いて、それで退院時のカンファレンスと、退院後の生活についての話し合いを持つわけなのですが、そのときにその連携パスを活用したりしております。

カンファレンスには、担当ケアマネジャーも出席をしております。あとは退院時に居宅ケアマネジャーに戻ってきます。その1面が戻ってきてあと裏側に処方された薬のシールがありますけれども、お薬手帳に張るようなシールを張ってよこしまして、退院に役立てる。連携パスというのはこのように、左下のグリーンのところですが、ここを居宅のケアマネジャーが書いて、その配付した資料の中では、色がちょっと濃くなっている部分なのですが、そこを書いて、入院時、入院中、退院時、退院後の医療管理ということで、留意事項をいただいております。

あとは開業医との面談で何をしたかということなのですが、それはサービス担当者会議というのをケアマネジャーは行って、介護サービスの方針、方向性を一致させていくのですが、そこにお医者さんも参加しなくてはいけないのです。ただ、現状としてはお医者さんがなかなか忙しいので、ケアマネジャーがまず一たんお医者さんの話を聞いて、それでサービス担当者会議に臨むことが多いのですけれども、実際サービス担当者会議に先生方は出席できませんでしょうかということと、あとできないとすればどういう方法でケアマネジャーと情報の交換をしたらいいでしょうかということでお聞きしたのです。各医院、診療所も入っているのですが、例えば院内であればサービス担当者会議の開催が可能だとか。ただし、時間外だとか。あとは、別な先生であれば、電話でなければだめという先生もいました。照会文書も可能だけれども、電話で4時半以降だとか、文書は書きたくないのだとか、中にはそういうお医者さんもいましたけれども。ただ、電話であれば夕方患者さんがいなくなった時間帯には受けますよだとかです。あとは院内であれば午後2件から3件は可能だとか、訪問診療をしている先生は、訪問先での会議も可能だとか、そういったことをいろいろ意見をいただきました。その中には、都合がよければ自分も参加したいという先生もいらっしゃいました。これをこういうふうに一覧にして、会議のときにケアマネジャーに渡しておりますので、それでケアマネジャーがお約束をするときに参考にさせていただいております。

軽度者の福祉用具貸与に関する例外給付のことなのですが、要介護2以上でないと借りられないものがありまして、それは車いすとか、ベッドとか、移動用のリフトという、つり上げて移動するものとか、あとは電動の昇降座いすも移動用のリフトになるのですが、座いすなのでありますが、電動で上がったたり下がったり、回転したりというようなものがありまして、そういうのとか、あと徘徊老人の探知機、報知器とか、床ずれの防止用具とか、そういう物が介護2以上でないと保険がきかないのですけれども、確かに要介護の状態からすれば、重度の人が使うものなので、考えにくいのですけれども、中には車いすといっても四

輪の電動カーがありますよね、外出支援に使う。あれも車いすに入っておりますので、地域によってはバス停まですごく遠いだとか、そういう人が電動カーを使っていることによつてごみ出しも自分でできるとか、いろいろその物があるために自立できるという方もいらっしゃるのです。みんなが都会で生活しているわけではない、高田なんか田舎ですので、そういうところもありますので、わざわざ人の手を煩わせなくても、電動カーがあれば自立できているという人もいます。あと病院への通院とか、そういうのもできているので、介護1くらいの人でも借りたいと。実際自分の足で歩くのは長距離は無理だという人もですね。それで、申請様式の整備をしまして、それを主任ケアマネジャーが意見書を添付したものを確認しまして、あとは場合によっては、ほとんど同行訪問が多いのですけれども、動向しましてその人の生活状況とか、その人が寝返りできるかどうか、起き上がりができるかどうか、そういうのをまず私の目で確認して、やっぱり必要だという人、必要ではない、別の手段でもいいのではないかといい人もいまして、それを長寿社会課内で回覧しまして、保険者として認めますということで、例外給付を適用するという流れをつくっております。

そして、19年4月からの申請者は12件で、その中の9件が適用しております。適用しない3件の中では、ベッドがなくても生活できるのではないかといいことで、あとは起き上がりの手すりをレンタルしただけでもいいと。手すりは支援でも介護1でもレンタルできますので、それで起き上がりとかも楽になるのではないかといいような意見を添えて報告しております。

これは、陸前高田市の保健・医療・福祉を語る会なのですが、これは県立大学の山崎摩耶先生をお招きしまして基調講演をいただいて、それで専門職と市民を対象にした語る会というものをやりました。第1回目だったので、とりあえずシンポジウムでは行政としてこんなことをやっているのですよということとか、病院としての活動とか、県立高田病院の先生にも来ていただきまして、あとは認知症に優しい地域支援の会というのが陸前高田にあるのですが、独自に認知症の家族の交流会をやったり、そういった活動をしている団体がありますので、その代表者の方にお話ししていただいたりしておりました。

あとは、ケアプラン点検マニュアルの学習会です。これは、今年度新たにやったのですが、2010年度までに保険者が行わなくてはいけないことの一つです。このマニュアルは全部のケアマネジャーに知ってもらいたい。なぜかという、知っていることで自分のケアプランを点検し、足りなかったところを自分で点検し、質の高いケアプランが作れるようなケアマネジャーになっていくのではないかなということも期待を込めまして。それがベースに必要なということで、保険者がやるにはケアマネジャー一人一人がレベルアップしておかないと、どんなケアプラン点検であるのかと、ちょっと不安だったので、ケアマネジャーの底上げという意味でこれを開催しました。7月1日と16日の2回にわたって市内のケアマネジャーがほとんど全員参加しております。

調査ということで、私が出向してきて1年半くらいたったときに、主任介護支援専門員に対して、ケアマネジャーはどんなふうな期待を抱いているのだろうかということと、自分が

やった1年間の仕事はどんなふうに役に立ったかな、また役に立たなかったかなというように自分の仕事を評価する意味でも調査をしたのですが、内容としては①から⑥のような内容でした。

結果なのですが、主任介護支援専門員に期待することとしては、一番多いのがやっぱり困難事例です。困難事例に当たったときに助言を欲しいとか、指導してほしいとか、一緒に対応してほしいとか、そういうことでした。二つ目に多いのは、精神的な支援とか総合相談的な役割です。ケアマネジャーの相談役になると。あとは事業所関係者間の連携とか調整役というものをしてもらいたいとか、市の福祉活性化のかけ橋となってほしいというような期待がありました。そのほかは資料のとおりです。

では、そういうことが今までやってきたいろんな事業を通して期待にこたえられたかどうかというような内容なのですが、ケアマネジャーさん一人一人が、自分が思った主任介護支援専門員としての仕事に大分近づいたというのが45.5%です。期待どおりになったというのが27.3%、少し近づいたというのが13.6%ということで、その他無回答というのもありましたけれども、なかなか顔を知っている中なので、無記名であっても書きにくいという方もいらっしゃいました。

では、地域のケアマネジャーさんがどのように変化したか、自分自身の変化はどうだったかということなのですが、少しやる気が起きてきたというのが27%です。少し自信が持ててきたというのが同じです。あとかなりやる気になってきたというのが4.5%ですが、嫌になってきたというのも4.5%あるのです。

業務上困ったこととか嫌なことは何ですかということなのですが、これはやっぱり何でもかんでもケアマネジャーさんに情報が集まってくるのはいいのですけれども、困った情報も多くて、これはどうしよう、あれはどうしようというのがあって、ケアマネジャーの責任が重たいというのが一番ありまして14%です。同率で精神的に疲れる、給料が安い、業務が煩雑とか、そういうことがありました。自信がない、あと、パソコンがもう必須になるので、パソコンが苦手であるとか、業務量が多いとか、以下このようなことです。休めないとか、体が疲れるというのは、少数でしたけれどもありました。

では、今後業務継続に対する意向としてはどうですかという問いですが、多いのができれば続けたくないというのが45%で、私もこの結果を見てびっくりしたのですが、主任ケアマネジャーに対して、期待どおりに近づいてきたし、自分自身もやる気がでてきて、自信が持ててきたのだけれども、できれば続けたくない、何か複雑なケアマネジャーの心理がこのアンケートによってわかったなと思っております。続けたいという人も27%ありましたが、続けたくないという、嫌だという人も合わせて半数が続けたくないのです。そういったのがあります。

考察なのですが、地域のケアマネジャーが地域包括支援センターの主任ケアマネジャーに最も期待しているのは、困難事例に対する助言とか、一緒に協働での解決とか、精神的な支えとか、連携、調整役であったということで、1年半か、調査のときはですね、その活動

を通してその期待に大分近づいており、安心感があって、ケアマネ自身の意欲が向上して自信がついたことがうかがわれた。でもということで、3番なのですが、できれば続けたいと思っているケアマネジャーが半数いたのです。その原因は、責任の重さとか業務の多様性だとか煩雑性、精神的な疲労とか待遇の悪さとかなので、地域包括支援センターの支援だけではなかなかケアマネジャーの支援というのは困難だなというふうに感じました。あとそのあとの主任ケアマネジャーへの期待ということはつけ加えて、ちょっと蛇足になりますので。

あとは、居宅ケアマネジャーがほっとするときというようなことですね。困難ケースに同行してもらったり、市役所ですがという切り込み、例えば虐待とかのケースだったりとか、大坂とも協力し合って、役所、市役所ですがという切り口で入っていくと、成功したりとかというケースもありましたけれども、そういうときにはやっぱりケアマネジャーはよかったなと思ってくれます。あとケアマネジャーと一緒に頑張りましょうとか、ケースが大変だというようなことを同感、共感してくれる。迷ったときに豊富な経験から具体的な道筋を示してもらい、それがうまくいったときというのがほっとするときだなということです。

終わりにもありましたが、これは読んでいただきたいということです。

以上です。ありがとうございました。

○三浦陽子委員長 現状、そして課題をお話いただきましてありがとうございました。

まだ始まったばかりの地域包括支援センターの状況でございますけれども、これより質疑、意見交換を行います。ただいま御講演いただきましたことに関し、質疑、御意見などがございましたらお願いいたします。

○及川幸子委員 どうもありがとうございます。ケアマネジャーをなさっていて、私は奥州市なのですけれども、実際は先ほどおっしゃったような現状だと思うのです。報酬が少ない割に体が大変疲れるというのがどなたからも聞かれますが、その辺のところ、一番の対応策というか、その辺のところの考え方、まず1点お聞きしたいと思います。

○佐藤咲枝参考人 責任の重さということに関してなのですけれども、それがあるので、疲れているのだと思います。サービス担当者会議を開いたときに、そのサービス担当者会議で、それぞれの役割ですね、役割をその場でもう本当に打ち合わせしてしまっ、それぞれの役をケアマネジャーだけが背負わないように、上手にサービス担当者会議を開くというか、そういうのを相談があったときにお話しするようにしているのですけれども。そうでないと、ヘルパーさんとかデイサービスで、その場で解決できるようなことも、一々といつては悪いですが、一々ケアマネジャーに連絡来るのです。ヘルパーさんから、ヘルパーの事業所の責任者に相談に行くのではなくて、直接ヘルパーさんがいたりするので、そうではなくて連絡体制というのは、その事業所の責任者にまず一たんして、その事業所内で解決することは解決してくださいということでないと、ケアマネジャーは休めないし、旅行にも行けないということになってしまいますので、そういった責任の所在をちゃんとサービス担当者会議で話し合うということも一つのテクニックだということはお話してい

ます。

○及川幸子委員 報酬の大変少ないというのは、全国的なもので、それは結構国に対して要望はやってきたのですか。

○佐藤咲枝参考人 そうですね。介護支援専門員協会のほうから、全国の組織もありますので、そこで働きかけて、今年度の21年度の改正で大分報酬が、基本の報酬は上がらないのですけれども、ケアマネジャーがいろいろ頑張れば加算でつけられるようになったし、ケアマネジャーが困難としているのは認知症で独居でというのがすごく困るのです。身寄りも周りにいなくてという人は困るので、そういった認知症とか独居の方にはちゃんと加算がつくようになって、あとは初回の1カ月、2カ月というのはケアマネジャーがアセスメントしたりプランを立てたりするのに非常に手間がかかる時期なのですけれども、そこに関してもちゃんと加算がつくようになったり、あとは先ほど連携パスのお話をしましたけれども、病院とのやりとりをきちんとすれば、それも入院したときと退院したときに加算がつくようになりました。トータルでは、かなり報酬が上がりました。

○及川幸子委員 少しずつでも改善されたということはよかったですね、それから介護の1、2、3、4、5という段階、先生が一応いろいろ調査するときに、診察を兼ねてやるときに、高齢者の患者さんというのは先生の前に行く結構できるとか、ほとんどやれますとかと言ってしまって、介護度がえらく低くなって、家族の方がすごく困って、うちに帰るとできない、食べられないとかと言っている場合があると思うのですが、入所されている方とか、担当されている患者さんで、そういうふうには、この患者さんは介護度全然違うのではないかというケース結構ありますか。

○佐藤咲枝参考人 結構はないですけれども、中にはあります。高田病院とか大船渡病院だと、アンケート用紙を書いて出すようになっているのです。それは、お医者さんの手間を省くというのもあるのですけれども、ふだんの家庭での様子を家族が書いて、それでアンケート用紙を出して、お医者さんの意見書も参考にしてもらったりして。あと我々が認定調査をするのですが、別室で、家族は認知症の方だと特に本人さんの様子も聞きますけれども、本人さんは取りつくろいますので、立派に受け答えするのですが、実はというのを必ず聞くように、まず調査員の中には、そういうふうにしてくださいと。大幅には違わないですね。

○及川幸子委員 では、家族の方のそういう部分は大分考慮されて、先生は決めているということですね。

○佐藤咲枝参考人 そうです。中には、やっぱりこの人でこの介護度という人がいるのです。そうすると、でも本当は入院中に調査したものは結構重度に出てしまって、退院までによくなっていった、歩いているのに要介護5だとか、中にはそういう人もいますので、申請の時期をもうちょっと安定してからにしましょうとか、リハビリがある程度進んでから様子見てみましょうとか、申請自体をちょっと待ってもらっている人もいます。

○及川幸子委員 ありがとうございます。

小野寺有一委員 先ほど、大坂さんから地域包括支援センターがいっぱいいっぱいな状

況をよく御説明をいただいて、やはりそうなのだなというふうに思いましたが、県で策定している、ちょっと正確な名前は忘れましたが、地域医療福祉連携プランだったかな、この中で、県はよく書いてくるのですけれども、いろんな主体が互いに連携し合っという、非常にバラ色の絵をかいてくるわけですが、その中で地域包括支援センターというのがほぼその中の指令塔的な役割を与えられていて、先ほどのお話を聞いていると、その地域包括支援センターで、与えられている機能というか、担わなければならない機能を果たしていただくでも大変なのに、それの上にそういう地域連携とか、地域医療連携との指令塔的な役割を期待されても、現実的には無理なのではないかなとさっきの話では思ったのです。

特に市町村が直営している包括支援センターであればまだいいかもしれないけれども、委託しているところでは、その該当する市町村とのそういう連携すらうまくいっていないのに、そういう多様な機関との連携の指令塔的な役目というのは、現実的には難しいのではないかなというふうに思ったのですが、それについてどのように認識しておられるのかということと、もしもそれが地域包括支援センターで無理だということになった場合には、その役割は一体どこが担うべきか、あるいは担わざるを得ないのかということを教えていただければと思います。

○大坂養輝参考人 医療の連携だとか、そのかなめとして地域包括支援センターが期待されているというのは、振興局さんからお話などを聞いても、非常に大きく感じるころはあるのです。

包括的継続的ケアマネジメント支援業務とか、地域包括支援センターの本来業務の中には、関係機関との連携とかネットワークづくりというのがありますので、当然地域包括支援センターがそのかなめとなって、その中心となるべきだとは思いますが、現状としては、その役割をきちんと果たしている地域包括支援センターというのは少ないというふうに思うのです。ただ、先ほどもお話ししました設置箇所数であるとか、それから人員をきちんと充足したりであるとか、それからセンター外の業務分担の見直しだとか、いろんなところを調整すれば、地域包括支援センターはできるのではないかなというふうに考えております。

先ほど佐藤のほうから医療との連携についての取り組みや活動の紹介とかがあったと思うのですが、当市におきましてはそのようなことを、政策的な判断もあって大きな見直しを行いまして、徐々にではありますが、その役割を担えるのではないかなというところまでは来ていると思うのです。

あとは、委託型の地域包括支援センターの場合なのですけれども、その場合にはやはり保険者である市町村がその責任をきちんと担保して、市町村の側から委託型の地域包括支援センターとの連携を強化していくことによって、その役割を果たしていく可能性はあるのではないかなというふうに思います。かわりにどこかということではなくて、医療が主導である、県が主導であるかということではなくて、やはりその調整をするのは今後の地域包括支援センターの大きな役割の一つではないかなというふうに思います。

○小野寺有一副委員長 わかりました。それを前提にした話ですが、私は釜石なのですけれ

ども、例えば釜石の場合には中核的な医療機関が県立病院ということになるわけですが、そこから患者さんが戻ってくる場合に、例えば僕の場合には大槌町であったり、釜石市であったり、陸前高田市さんの場合には、多分大船渡病院から戻ってこられる場合とかもあると思うので、その場合に陸前高田市さんのようにこういうふうにしっかりした地域包括支援センターをやらせていらっしゃるのと、そこまで到達できていない地域包括支援センターが、その中核的な医療機関の周りにばらつきが生じたりする場合があるのではないかと、いうふうに思われるのですけれども。例えば高田さんの地域包括支援センターの中でのそういうものであれば、その中でやれば良いと思うのだけれども、複数の地域包括支援センターのところに中核的な医療機関が例えば一つとか、そういう数が少ない場合には、高田ではできるけれども、大船渡ではできないとか、釜石ではできるけれども、大槌ではできないとか、何かそういうふうなことがあり得るのではないかと、いうふうに思うのですけれども、そういったことは地域包括支援センター同士のそういう連絡体制とか協議体制みたいなものというのはいまあるのか、どういう状態にあるのか教えていただきたいと思います。

○大坂養輝参考人 地域包括支援センター同士の交流の機会であるとか、情報交換というのは非常に少ないのです。日々の業務に追われているというのもあるのですけれども、本当に顔合わせる機会すらなかなか。時々気仙管内の地域包括支援センターと連絡はとったりはするのですけれども、その程度なのです。県の長寿社会課が主催する会議というのも年に2回とか、その程度しかないで、なかなかそういう情報交換の機会というのはいまありませんし、地域包括支援センターごとの取り組みの内容というのも非常に差があるというふうに思います。

ですから、県にぜひお願いしたいのは、具体的な技術的な助言であるとか指導、できるならば予算計上の仕方であるとか、そういうところまで助言をいただければいいのではないかなというふうに思います。その県内の地域包括支援センターの情報というのを一番最も把握しているのは、我々ではなくてやはり県ではないかというふうに思うのです。ですから、事務指導というのはあるのですけれども、もっともっと指導をやるか助言の機会をふやしていただくことによって、その取り組みの差というのはいなくなるのではないかなというふうに思います。

ことしの4月、5月あたりからなのですけれども、地域包括支援センターが始まってから3年を経過して、市町村の職員はもう異動の時期に来ているのです。新しく異動になってきた。社会福祉からですね。3週続けて別の方から夜に電話が来たのです。地域包括支援センターに異動になってきたのだけれども、何をしたらいいかわからないと。あとは、相談を担当してくれと言われて、毎日窓口で相談を待っているのだけれども、1日に1件か2件しかないで、ほかの時間は介護保険法を読んだり、勉強の時間になっているのですけれども、何をしたらいいかわからないという話があるのです。

一応業務マニュアルというのはいま国から出ているのですけれども、それを読んでも、やはりいかようにも解釈ができますし、先ほど前段で説明しましたけれども、地域支援事業という

のは市町村の裁量でどのような事業でもできるのです。だから、市町村によっては介護予防事業に力を入れる市町村、それから地域包括支援センターの取り組みに力を入れる市町村、本当に市町村の裁量でいかようにもできるのです。ただいかようにもできるということも含めて、本当は県からできるだけ具体的な指導とか助言があれば、レベルなり取り組みの内容というのとはそろってくるのではないかなというふうに思います。

○熊谷泉委員 基本的なことで申しわけないのですが、大坂さんのレジメの中に、13と14ページですけれども、地域包括センターの現状ということで、機能せず効果が見えない包括的支援事業と。最近いろいろ、表現は悪いのですが、政権も変わりましていろんなものが見直しになっているのですが、基本的に、介護保険が始まってから、途中でこの包括支援センターという業種が出てきたのですが、現場にいた方々におきましては、これは果たして、ある意味上から押しつけられたような格好の形ですが、現場で本当にこれが必要なものか、その辺は率直な意見を聞きたいし、何年かやっていると改善すべき点が出てきたら、そこを補いながらもこういうシステムが本当に必要なものかどうか、そこの1点だけ伺います。

○佐藤咲枝参考人 介護予防事業の中のこのケアマネジメント業務、私は居宅介護支援事業のケアマネジャーだったのですけれども、そのときにケアマネジメントのほうが歴史があって、包括的支援事業というのは後で出てきた事業なのです。それで、地域包括支援センターで、では介護予防だから要支援1、2の人は包括的支援事業が持ちますよとか、あとケアマネジャーの相談とか指導しますよというようなことでなったときに、本当にできるのと思いました、居宅側からすれば。それをやりながら、地域支援事業をやるといのは、もう不可能なことだと思っていました。実際、平成18年度に陸前高田市でも一緒に自分たちでやろうということでやりましたけれども、なかなか宙ぶらりんでできなかった、すごく忙しいだけ忙しくて。だから、やっぱり何でもかんでも地域包括支援センターというのではなくて、やっぱり整理していかないとだめなのだろうし、要支援1、2の人が包括的支援事業で、介護1から5が居宅介護支援事業だよとかという分け方というのは、もともとケアマネジメントというのは自立支援ということが念頭にあって、なるべく介護負担を減らしたり、本人の機能を維持したり、向上させたりというのがケアマネジャーの仕事だというふうにしてやってきたので、何もここで分ける必要ないのではないかなというふうに今でも思っております。だから、地域包括支援センターのところから予防支援という、要支援の人のケアプランというのを離してもいいのではないかなと私は思います。

○斉藤信委員 陸前高田市の地域包括支援センターは県内でも進んだ事例だということで、きょう説明があったと思います。

それで、私は現状と課題の中でかなり率直に問題について指摘されているので、これは14ページですか、大坂さんかな。指定介護予防支援事業所との兼務によって、予防ケアマネジメント業務に忙殺をされ、機能せず効果が見えないと。私ここで一番苦勞していると思うのです、県内の包括支援は。盛岡の場合だと、これはみんな委託なのです。何が一番問題かという1,600万円なのですよ、委託費が。そうすると、せいぜい4人しか配置できない。4

人といったって、正職員がそのうち2人、臨時が2人と。それで、仕事の中身は何かというと、予防ケアプランをつくっていると。それで忙殺されていると。私は、やっぱりここに地域包括支援センターが目指すものと、その業務の中身と、それを保障する財源というのが全くばらばらで、私はそこに今の矛盾があるのではないかと思っているのですが、陸前高田市がうまくいっているのは、一つは直営でやっぱり専門職を確保して体制を確保しているところが一番の私はポイントだと思うのですが、この最後のところを見ると、体制が所長、所長補佐さんは兼務ですから、これ除いたとしても7名ですよ。3名は嘱託のようですが。これは、陸前高田市の場合は、この地域包括支援センターで年間の事業費というのはどのくらいおよそかかっているのか。あと職員の待遇は基本的に職員並みというふうに理解していいのか。あとは、恐らく予防ケアプランは嘱託の介護支援専門員が担当して、ほかの方々はそういう専門的な業務に専念できているのではないかと思います、そのことをまず最初にお知らせください。

○大坂養輝参考人 地域包括支援センター、本来業務であります四つの事業を担当する業務の予算としては、平成21年度で2,978万2,000円を予算計上しております。この中には、出向職員も含めた4名分、保健師2名、それから社会福祉士1名、それから主任介護支援専門員出向の経費も含まれております。あと嘱託職員3名分につきましては、サービス事業勘定という別の科目がありまして、まず企業会計のような形になっているのですが、国民健康保険団体連合会に介護報酬を請求しまして、介護報酬で運営をしております。報酬につきましては、月額18万円程度で、正職員と同額というわけにはなかなかいかないのですが、勤務時間が週30時間、9時から4時までの勤務になっておりますので、1日6時間の勤務としては、市内の企業と比較すると、恵まれた条件ではないかなというふうに考えております。

嘱託職員の人件費分につきましては、嘱託職員が要支援1、2のケアプランをつくることに専念できますので、件数を結構こなしていただいています、1人当たり45件ぐらい。ですから、自分の人件費分ぐらいは稼いでいただいているという現状です。ですから、一般会計からの繰り入れというのは非常に少ないのです。市の財政負担としても非常に小さくなっていると思います。

○斉藤信委員 そうすると、今年度2,978万2,000円というのは、基本的には介護報酬の枠内で措置されているというふうに理解していいのか。

あとよくわからなかったのは、嘱託3人分は企業会計で介護報酬で運営されていると、この違い、そこがよくわからないのだけれども、ちょっとそこを教えてください。

○大坂養輝参考人 正職員分の給与も含めまして2,978万2,000円につきましては、地域支援事業交付金等を活用しておりますので、国、県、それから第1号被保険者の保険料、第2号被保険者の保険料、それから市の繰り入れもあるわけなのですが、それらで運営をしております。嘱託職員3名分については、国民健康保険団体連合会に介護報酬を請求して、介護報酬で運営をしているという状態です。

○斉藤信委員 わかりました。恐らく地域支援事業の交付金というのは、介護報酬の3%以

内とされていますから、恐らく限度いっぱい使えばこういう程度の事業費は出てくるということですね。陸前高田市だからできるということではないのかなと、ちょっとそこらあたり後で確認してほしいのだけれども。そういう地域支援交付金でやられているとすれば、いわば直営だからというだけでなくできるのではないかというふうに思っております。

それと全体とすれば、しかし市町村が事業主体だけれども、委託のところはその委託費が少ないためにね、大体盛岡は7カ所委託して1カ所1,600万円ですから。大体陸前高田市と同じ規模なのです、7カ所にすると。だから、1,600万円と2,900万円ぐらい違って、これと同じ仕事やれといっても無理な話。結局予防プランの作成に追われていると。

私が実態聞いたときには、やっぱりこの包括的継続的ケアマネジメント支援業務が一番できないのだと、これが悩みだと。ある意味でいけば、ここが一番求められているのだと思いますね。地域の居宅介護ケアマネジャーから。それをさっきお話聞いたら、陸前高田市はよく巡回をやって、困難事例を検討してという、本当にこの点に一番学ぶべきところがあるし、本来地域包括支援センターと言え、やっぱりこういう業務をこなさないと余り意味ないと。私も介護予防プランは居宅支援事業者でやるべきだと思います。これを包括的支援事業に持ってきたというのは間違いだと。

これはもう介護報酬減らすため、いろんなことをやってきたと思うのだけれども、結局予防介護で4,000円、4,150円ですか、少し改善されて。採算とれませんよね。しかし、恐らくケアプラン作成の労力というのはほとんど変わらないと思うのです。介護度5であれ、要支援であれ、どういサービスが必要かと考えたら、作成の労力は変わらないのに1万円、2万円と4,000円の差が出てくる。これでは、やっぱりやっつけられないという形になるし、本来地域包括支援センターというのは、全体をやっつけ統括してやられるわけですから、それだけ余裕がないと。そして、人員体制、あと専門性。私が盛岡で聞いたのは、安いために若い人しか採用できないのです。経験がない。だから、佐藤さんのように巡回なんてできないわけですよ。巡回したケアマネジャーのほうがベテランでなっているわけだから。ここらの矛盾を私は本当にこれ解決しなければだめなのだなというふうに強く感じました。

それとちょっとお聞きしたいのは、困難事例の援助が一番喜ばれていると佐藤さんの資料にありました。少しリアリズムでちょっと、やっぱりどういう困難事例、どういう形で解決の方向、援助されているのかということと、あと高齢者虐待の話なのですけれども、意外と高齢者虐待というのは、件数は出てくるのだけれども、結局これは市町村の措置命令なのですよね、最終的には。盛岡もこの3年の間に二、三件しかないのです。措置して保護したというのは。だから、その点でいくと、やっぱり地域包括支援センターと行政との認識のずれというか、連携がよくないという話を私はちょっと聞いてきたのですが、これも困難事例の一つかと思えますけれども、そういう対応は陸前高田市の場合は直営で、所長さんが課長ですけれども、そういう点は余り矛盾なくやっているのかなと思います、そういう点はいかがでしょうか。

○大坂養輝参考人 私から先に地域支援事業の交付金の件についてなのですが、介護給付

費の3%まで地域支援事業の枠はとれるのですが、市町村によってはそのうち介護予防事業ということで、教室を開いたりという経費に2%をかけることもあるのです、そこを重視している市町村では。そうすると、包括的支援事業、地域包括支援センターの経費が1%しかかけられないというところもあると思います。そこは、その政策的な判断になると思います。

当市の場合は、3%のうち上限になる2%までは包括的支援事業、地域包括支援センターの経費に割いておりますので、そうすると残り1%を介護予防事務に使うというような考えです。ですから、どこの市町村でも同じような体制整備ができるかというのは、ちょっとわからないのですけれども、その市町村の考え方によるのだと思っています。ですから、介護予防事業で2%とって、地域包括支援センターの体制を充実しようとする、それだけ市町村の財源の持ち出しが多くなるよというような意見につながるかなというふうに思います。

○佐藤咲枝参考人 困難事例のことなのですが、やっぱり認知症とひとり暮らしですね。あと、本当はサービスが必要なのに拒否する。拒否は、認知症で理解できないがゆえに拒否する方もいますが、お金がない。利用したいけれどもお金がない。あとは利用する意味も全くわからない、あんたたちの世話にならないからと門前払いするとか。ケアマネジャー側からすれば、必要なことはいっぱいあるのです、アセスメントしているうちに。だけれども、やっぱりそういったサービス拒否というのがひどいですね。拒否している間にどんどん悪くなって、もう手がつけられない状態になって、初めて助けを求めるといふことがあるので、やっぱり初期の段階でかかわらないと大変なことになることが、医療だけではなくて介護もそうなのです。だから、そういったことがケアマネジャーさんから寄せられた場合に、一緒に、ではこっちの切り口からいったらどうかというところと、あとは主治医に頼み込んで、前もって打ち合わせしておいて、何月何日の何時ごろにこういう人をケアマネジャーさんが連れていきますから、そのとき先生、こういうふうに体の状態を診ていただいて、あとは認知症の検査をしていただいて、先生のほうからこういうふうに言ってくださいと、デイサービスを利用しなさいとか、例えばヘルパーさんを利用しなさいとか。やっぱりお医者さんの言うことはすごく聞くのです。だから、いいところを活用して、そういったことをテクニックとしてやってみたらどうかと話し合ったり、そういったことで助言ということはありません。

あとは業務がきっちり分かれているので、私がこういった活動できるのも予防プランをつくってないからというのは、もうはっきり言えます。居宅支援事業所だったときにも、要支援だからといって私のケースが、私の担当している人があなたがケアマネジャーではなくなるのねというのが、やっぱりちょっと違和感があって、要支援であろうと、介護であろうと、本当にプランつくる手間は同じなので、どうして同じ事業所ではだめかというようなことは、すごく不満に思っていましたし、今でも分ける必要はないと。ただ単にお金を振り分けるんだなというふうに思っております。

○斉藤信委員 医療と介護の連携というのは、まさにこれからの課題で、私が感心したのは地域連携パスをやられていると。これはすばらしい。これからますますこういう連携が必要になってくるのだと思うのです。ただ、陸前高田市の場合は県立病院が市に一つあって、あと診療所、開業医との連携もある意味ではやりやすいところがあるのだとは思いますが、これは県内で陸前高田市以外に事例があるのかどうか。また、どういう方法でそれをやろうとしているのか。陸前高田市の事例をどういうふうに広げられるのか、ちょっとその御意見をいただきたい。

あともう一つ、介護認定が4月から変わりまして、経過措置あるけれども、新規はもう改悪された介護認定で、私はもう要支援がふえていると。だから、予防プランの作成がますますふえてきましたよという話聞いているのですが、そこいらのところも、陸前高田市の実情はどうなのか、それを全部包括支援センターが請け負ったら、またまたこれ自身はこれ自身で大変になってくるのではないかと思います。政権が変わりましたから、介護保険事業もかなり改善されると思うのですが、介護保険、ここ改善したいと、してほしいということがあれば、最後にお聞きしたい。

○佐藤咲枝参考人 連携パスのことなのですが、連携パスは初め私が居宅のケアマネジャーだったときに、やっぱり自分の利用者さんが入院したときに、病気はよくなっても介護の手間がかかるようになって帰ってくるのは困るなというふう感じていたことを、高田病院との学習会の中で話題に出したのです。話題に出して、もっと情報が手軽にやったりとったりできればいいのではないかということもお話しさせていただいたときに、病院の院長先生初め看護師長さん方も、そのあたりに連携パスという言葉が全国的に出てきていた時期だったので、ではそれをケアマネジャーとの連携パスにできるように作りましょうかということで一緒につくったのです。病院スタッフと介護のほうのケアマネジャーとか、訪問看護ステーションだとか、そういったところと一緒につくったのです。だから、高田病院とはうまくやっていて、それを県ではどうかというところなのですが、この間も地域包括支援センターの会議があったときに私が事例提供をして、こういったことを、同じようなことをお話ししたのですが、そうするとやっぱり連携パスの様式をもらえないだろうかとか、また別刷りでつけましたけれども、月刊ケアマネジャーに載ったこの記事の裏側に連携パスの一部が載っているのですけれども、そういったこともあって、自分の地域でも取り組みたいという声が二、三来ております。それで、実際、花巻とかでも取り組み始めたのですけれども、実際自分の地域でやっぱり作り直して自分の地域に合ったものにしていかないと長続きしないと思うので、全部がまねするだけではなくて、新たに、参考にしてつくっている。

だから、参考にしていただくのは、もう全然著作権も何もないですので、提供するようにはしております。あとはこの月刊紙に載ったことで、新潟の医師会から問い合わせがあったりとか、そういうようなのがあって様式もメールで送ったりとか、そういったこともしているところです。

○大坂養輝参考人 介護認定についてなのですが、4月以降認定の仕組みが変わりまして、マスコミ等の報道を見ますと、モデル事業を見ても介護認定が軽くなる傾向にあるのではないかということだったのですが、ちょっと数字としては持ち合わせてないのですが、実感としては介護の人が要支援に一気に切りかわったとか、そういうことは傾向としてはないように思われます。実感としてですけれども、例えば要支援2だった方が要支援1になるとか、あるいは非該当になるとか、軽い傾向の方がより軽くというのはあるかなというのは実感としては持っていますけれども、要支援の認定者、要介護ではなくて要支援の認定者数が一気にふえたかということというのはなくて、認定の仕組みが変わる前の状況と件数的にはそう変わらないかなというふうに実感としては思っています。

むしろ経過措置で、前の介護度をそのまま維持するというところで、現場がかなり混乱したというのはあります。もう明らかに状態が悪化しているのに、家族の希望で前の介護度、施設の利用料金を安くするために前の介護度とか、そういうこともあると、かえって現場としては混乱しているところです。さらに10月からまた変わるので、今月認定調査員の研修なんかもあるようなのですけれども、それでまたちょっと、例えばシステム改修とか、経費もかかるでしょうし、現場としてはかなり混乱するのではないかなと思っております。

それから、斉藤委員さんから先ほど高齢者虐待の話があったので、そのことについてもお答えしたいのですが、高齢者虐待については非常に難しいところがあって、児童虐待であれば、例えば児童相談所が入ったりとか、専門機関が介入して虐待として認定するかどうかなのですが、高齢者虐待については虐待と認定する仕組みすらないのです。だれが認めるかということ、市町村が虐待かどうかという認定することになります。これは、市町村も専門的な技術であるとか知識を持ち合わせているわけではないので、その虐待と認定するかどうかについても市町村の担当者とか担当課に任されているところなのです。ですから、虐待についての認識というのも市町村によってもばらつきがあると正直思います。

それから、虐待として、通報件数として県に報告するかどうかということも、また判断が分かれるところだと思うのです。例えば母親をなぐっていた人がいたとか、実際その行為自体は虐待なのですけれども、ただ話を聞いて、経済的に困窮しているようだとか。その部分を解決してあげたら虐待自体がなくなったとか、そういう事例も多数あるのです。

経験上虐待につながるというのは、児童虐待と同じで、やはり経済的な問題があって、それがストレスになって虐待につながっているというのがまず9割からもう100%に近いのではないかなというふうに考えているところなのですけれども、そういうところを相談に、まずは話を聞いて生活保護につなげる。それから別の相談機関につなげるというところで解決した、それを虐待として通報するか。先日夜中にかかってきた電話で、大坂さん、今おれ、お母さんのこと絞め殺すところだという電話なんかもあるのです。ただ、その生活実態というのものもあるわけなので、悪質なものもあるかもしれないのです。それは、もちろん通報しなくてはいけないのですけれども、話を聞いてあげる、問題を解決してあげることによって、解決できたものを虐待として通報するかどうかというのは、非常に難しい問題だなとい

うふうに思います。

あとは、経済的虐待なんていうのが高齢者虐待の場合はあるのですがけれども、例えば息子が黙ってお母さんの年金を使い込んだというものも虐待につながってしまうわけです。そういうものを一々挙げていったら、膨大な件数になると思うのです。ですから、その虐待というとらえ方一つとっても認識の差はあると思うのです。

それから、措置件数が少ないというところなのですがけれども、陸前高田市の場合も措置件数としては非常に少ないと思います。年に1件あるかどうか。同じ規模の市町村でも毎月のようにあるところもあるのです。それは何の違いかという、措置というものに対する考え方の違いだと思うのです。

当市の場合、措置というのはやはり家族とも分離して、施設に入所する場合には、行政処分です。やるわけですから、そうするともう死ぬまで家族には会えないのだよ、もう最終手段なのだという認識のもとにやるわけなのです。それが例えば毎月あるとかというのであれば大変な話であって、ですからそういう認識の違いもあるのかなと。盛岡市さんの場合は、どういう実態で2件とか3件しかないのかというのはわかりません。委託型の地域包括支援センターと市町村との連携がうまくいってなくて、そういう実態があるのかもしれないので、それは市町村によってちょっと実態は違うのかなというふうに思います。ただ、市町村と委託型の地域包括支援センターとの連携をうまくするためには、やはり市町村は委託ということで丸投げしてはいけないと思うのです。責任をきちんと担保してあげると。

それからあと、有効な手段としては、市町村と、それから委託先との人事交流。宮城県なんかは結構あるのですがけれども、委託した先に市町村の職員を出向させるとか。そういう形で責任はある程度担保できるのではないかなというふうに思うのです。あるいは市内に複数の地域包括支援センターに委託している場合には、やはり最低1カ所は直営型を置いて、基幹型の地域包括支援センターということで、その責任を担保してあげる、連絡がうまくいくための機能を発揮するセンターを配置すべきではないのかなというふうに、あくまで私見ですがけれども、思います。

ただ、県内の流れとしては、複数配置されている地域包括支援センターをすべて委託とか、あと1カ所しかないところも委託とか、そういう流れになりつつあるのかなというふうには思います。ただ、宮城県とかになると、現状も全く違います。

○千葉伝委員 時間もあまりないと思いますので、簡単に聞きたいと思います。

高田さんのほうでこの事業をさまざま御苦労なさりながら、こういうことで私は優良事例として紹介していただいたということで大変ありがたかったと思います。

私はまだ認知症には多分なっていないとは思いますが、認知不足がありますので、今いろいろな委員の皆さんから話した中で、この事業をしていくのに、やっぱりスタッフということで、この資料、大坂さんから5番のところに、充足率ということで、県全体の中で出ていました。やっぱりしっかりとやっていくということであれば、法定必要数というか、そこはやっぱり最低確保した上でやっていかないと先ほどの過重なり、いろいろと責

任が1人にかかる、さまざまな問題が出てくると。そうすると、本当はやりたいけれども、やめたいとか、いろんなことが起こっている要因にもなるのかなと。

そういう意味で、先ほどお聞きした部分では、例えば県全体の中で69%、約7割ですよね、この中でも特に社会福祉士あるいは主任介護支援専門員ということで、主任介護支援専門員の方は平成20年度よりもことしになったら減ったと。中身については、3年たったから有資格者が異動したと。単純にそれだけでそんなに充足率が下がると、こういう話になりますと、いろいろと今後も含めて問題なのかなと思います。

お聞きしたいのは、この充足率、まだ3年という部分で、これからもちろん本来であれば年度を経るごとに充足していくべき中身だと思うのですが、何かその辺の、何でまだこういう状態なのか、要因として大きい分だけをちょっと教えていただきたい。

○大坂養輝参考人 大きいのは、この部分の財源というのは地域支援事業の交付金なので、すけれども、市町村の負担分というのものもあるわけなので、どこの市町村でもやはり財政的な問題を抱えておまして、幾ら交付金があるといっても、市町村の負担分を負担することすら難しい状況だと思うのです。ですから、地域支援事業をきちんと活用、県のほうからは文書で助言があるのですけれども、きちんと活用してこういう予算の置き方だったらもう少し人をふやせるのではないかと、もう少し事業をやるのではないかとというような助言があれば、この充足率というものは上がるのではないかなというふうに思います。

あとは有資格者の確保というところでは、委託型の場合も市町村直営型の場合も、それぞれ専門職の確保という難しい問題を抱えておりますので、先ほどもちょっと触れましたけれども、人事交流ですね、当市の場合には直営型で、そこに医療法人に出向を依頼しているという形なのですけれども、委託型に市町村の職員を出すとか、あるいは不足している専門職を民間と、それから市町村で補い合うことによって、この充足率というものは上がるのではないかなというふうに思います。当市の場合、出向をいただかないと主任介護支援専門員がゼロになります。有資格者がゼロになるのです。近隣の市町村でもやはり今回の人事異動で一人もいなくなってしまうなんていうところがあるのです。ですから、この人事交流というのが一つ大きなかぎかなというふうに思います。

○千葉伝委員 ありがとうございます。有資格者というと、その学校を卒業して資格を取ってと、こういうことでの話だと思うので、養成とか、そういったものには特に問題ないとか、逆に多いけれども、まだその充足されていないというふうな認識でいいのですか。人はいるけれども、財政も含めた、そういったことでの少ないと。

○大坂養輝参考人 当市の場合ですけれども、例えば社会福祉士がいなかったり、主任介護支援専門員がいなかったりといつて、それを専門職で採用の募集をかけるとか、そういうことはしていないのです。県内の市町村を見ても、そういうところは少ないようなのです。

当市でなぜ募集しないかという、やっぱり制度的にまだ不安定なところがあると思うのです。介護保険の場合、平成12年度に介護保険制度が始まりましてから、実は地域包括支援センターの前に基幹型の在宅介護支援センターとか、地域型の在宅介護支援センター

とかがあったのですけれども、これが平成 12 年度にできて、これは平成 17 年度までしか制度としてはなかったのです。平成 18 年度に地域包括支援センターに大幅な見直しがあって変わって、そうすると配置する職種であるとか人員が変わってきますから、地域包括支援センターについても、私個人的には、いつまでもつかなというふうに考えているところもあるのです。例えば機能しないなんていう状況が続くと、やはり見直しの対象になると思うのです。ですから、これが例えば新規採用しました、これが 20 年先、30 年先まで制度として続くかとなると、専門職採用をしてしまうと、民間はいろんな配置がえとかできるのですけれども、市町村の場合はそれが結構難しい問題だと思います。

○三浦陽子委員長 ありがとうございます。

それでは、大変、長時間にわたりましていろいろと現状、課題、今後のことにつきましていろいろな意見交換ができたと思います。ありがとうございます。

時間が時間なものですから、これで調査を終了いたしたいと思います。佐藤様、大坂様、本日はお忙しいところ本当にありがとうございました。

では、委員の皆様には次回の委員会運営等についての御相談がありますので、しばしお残り願います。

次に、1 月に予定されている次回の当委員会の調査事項についてであります。御意見等ございますでしょうか。

○斉藤信委員 地域医療等対策特別委員会なので、地域医療に焦点絞って、ひとつやっていたきたいと思います。

(「等だから」と呼ぶ者あり)

○三浦陽子委員長 等です。わかっております。

それでは、ただいまの御意見を踏まえ、調整をいたしたいと思います。

なお、詳細については当職に御一任願います。

(「はい」と呼ぶ者あり)

○三浦陽子委員長 次に、県内調査についてお諮りいたします。お手元に配付いたしております平成 21 年度地域医療等対策特別委員会調査計画(案)の 1、県内調査を御覧願います。この時期に調査を実施することとし、調査先につきましては盛岡市ほかとして調整中でございますが、皆様から御意見等はございませんでしょうか。

(「なし」と呼ぶ者あり。)

○三浦陽子委員長 特に御意見なければ、当職に御一任いたしたいと思いますが、これに御異議ございませんか。

(「異議なし」と呼ぶ者あり。)

○三浦陽子委員長 御異議なしと認め、さよう決定いたしました。

次に、県外調査についてお諮りいたします。平成 21 年度地域医療等対策特別委員会調査計画(案)の 2、県外調査を御覧願います。県外調査につきましては、この時期に実施することとし、調査先につきましては現在調整中でございますが、皆様から御意見等はございま

せんでしょうか。

（「なし」と呼ぶ者あり。）

○三浦陽子委員長 特に御意見がなければ、当職に御一任いただきと思いますが、これに御異議ございませんか。

（「異議なし」と呼ぶ者あり。）

○三浦陽子委員長 御異議なしと認め、さよう決定いたしました。

以上をもって本日の日程は全部終了いたしました。本日はこれをもって散会いたします。どうも御苦労さまでした。