

第2回 介護予防ケアマネジメント検討ワーキング（議事録）

日時 平成27年7月31日（金） 午後2時00分～午後4時00分

場所 神戸市役所1号館 19階会議室

出席者 奥田座長、神谷委員、小山委員、篠山委員、中家委員、田中委員、鶴本委員

I 開 会

II 定足数の確認 会議は有効に成立

III 議 事

- ・第1回介護予防ケアマネジメント検討ワーキングの振り返り
（事務局より【資料4】に基づき説明）
- ・国への確認事項についての報告
（事務局より【資料5】に基づき説明）

●座長

ありがとうございました。ここまでご質問やご意見はございませんでしょうか。資料4と資料5についての説明をしていただきましたが、市町村の判断で任意の様式を用いることについては構わないということですね。基本的なところさえ押さえてあれば。「本人の生活の目標」や「維持・改善すべき課題」や「課題の解決への具体策」、「注意事項」などが載っていればいいということと、ご本人の興味・関心を聞き取って、アセスメント段階からそれを活用していくということも書かれてあります。神戸市版をつくることはできるということです。

●委員

様式を変えていく上で、本人の自立支援という視点に立って、センターが、余り細かくアセスメントをして細かくケアプランをつくる上でやっていくと、かえってわかりにくいので、少しでも本人のプランとして本人がわかるようにしたい。

●事務局

前回のご意見の中ではそういったことも出ていたと思いますので、今回は、前回のご意見を踏まえた形でご検討いただけたらと思います。

●座長

特に強調されているのは、「本人の視点に立って」ということ、それから「本人にわかりやすい内容にする、できる」ということは書かれているので、ご心配ないと思います。

●委員

これはA、B、Cのプランで独自のプランをつくれるということですね。予防給付に関しては今までどおりということですね。

●事務局

そうです。予防給付については、国の通知文もあり、項目としては、給付管理にかかわるような部分というのは、やはりそのまま残しておく必要があるという回答をいただいています。

今までのプランの、アセスメントから課題を抽出して目標を立てるという一連のプロセスは、事業対象者の新たなプランになっても考えておいてほしいといことも言われているので、その辺を踏まえた上で、どういう様式にするのかというところにはなると思います。

●座長

資料5の15ページが国の示している様式になりますので、これで確認をしていきたいと思います。給付管理に使う部分が、様式6の支援計画部分です。右後半部分の目標からそのサービスや支援の内容と、そのサービスの種別と事業所と期間、このあたりがないと給付管理できないので、残してくださいねという意味なんです。

●委員

様式の見直しなんですけれども、今のままだと、高齢者の方にわかりづらい部分があると思いますので、その辺をしっかりと検討できたらと思っています。

●座長

高齢者の方に、ご本人さんにわかりやすく、本人さんのためのプランになっていけるようにということで進めていきたいと思っています。

●委員

プランを立てることへの課題ですけれども、要支援レベルの人なので、事例によく出てくるような整形的な障がいとかということではなくて、MC Iの人であるとか、精神疾患を持っておられる方ですとか、うつ病の方たちのプランをつくっている今、その課題をそのまま書いていいのかどうかというところがものすごく難しいんですね。本人さんに「これはあなたの課題ですよ」と、精神疾患の人、うつ病の人、MC Iの人に言っているのかどうかというところがあるんです。本当の課題、ニーズ、裏にある部分、そこが今すごく課

題だととらえています。

●座長

実際は、診断がはっきりおりていたり、症状があるという場合でも、本人が理解してない場合があるということですよね。人によっては、それを受け入れられない状態にある人もいらっしゃるのです。ご本人さんへストレートに伝えるということがどうなのか。

●委員

要支援の場合は課題を書きなさいということです、そこを今、苦労しています。

●座長

専門職が課題をしっかりと書くということになっています。

とても貴重な意見だと思いますし、すごく重要なところだと思います。そのあたりも踏まえて、現状の予防プランの様式ですと、どう記載するかというのを専門職としてすごく悩むというところですね。

●委員

アセスメントの話もありますけれども、アセスメントツールを使う中でこのマネジメントの支援計画をつくっていくということです。

・今後の高齢者像についての意見交換

●座長

前回のワーキングの中で、自立的な高齢者を目指すためのセルフケアプランの検討についてもご意見がありました。今後の介護予防ケアマネジメントを検討するにあたっては、今後、10年、20年後の高齢者像をイメージしながら、そのイメージに合った様式の検討を行う必要があると考えられます。

委員の皆様には、事前に今後の高齢者像をイメージしてきていただいていたらいらっしゃると思います。ぜひそれぞれの方の高齢者のイメージについて、順番にご意見をお願いしたいと思います。

10年後、20年後になると、私も高齢者になる。また、これは支援者の自分の立場を超えて、自分自身のことと考えながらお話していただくと、よりリアルなご意見をいただけるかと思います。

●委員

まず自分がというところを考えてみました。元気で、健康寿命が長いのが一番越したことはないんですけども、体の支障が出てきたときに、今の介護保険サービスで自分は何が当てはまるんだろうかというのをまず考えました。どれも自分には合わないなあというところを感じた次第です。今は、デイであったり、ヘルプであったりという、決まっているところにみんなが当てはめられていっちゃうというところがある。そうではなくて、自分で自分のやりたいようなことをしながら生活をして、それが生活の活力になって元気になっていくというようなものが必要。

●座長

現状のサービスの状況では自分のプランはつくりにくいということですね。

自分で「こういうものを」というか、自分で何か活用したいものとか自分の生活とかをしっかり持っているということでしょうか。

●委員

もちろんそれが根底にはあると思うんですけども。

●座長

自分が守りたい生活とか、サービスに寄っていくのではなくて、自分の生活にサービスが沿ってもらいたいと。

●委員

そうかもしれないですね。

●委員

まず、自分が高齢者になったときといたら、人にお世話されたくないというのがあります。なので、介護予防を頑張ろうと今は思っています。ただ、今の60代、70代の人がそう思っているかというのと、そうでない人もいます。

●座長

団塊の世代の方のイメージですね。サービスに対しても厳しい視点をお持ちの方もいらっしゃいます。

●委員

保険料を払っているので、「ここはやってもらって当たり前なんじゃないかなあ」という主張もあるとは思いますが。

●委員

高齢者像ですけど、自分が高齢者になったとき、確実にしんどくはなっていると思うん

ですよ。生活のこととか、地域の自分のかかわる人とのつながりとかも減少してきて、関係者も少なくなってきた、自分の役割も少なくなってきた、場合によっては閉じこもりになっているかなあとか。ただ、その中でも、自分で選択していくというか、今の状態を自分で受けとめることができるようにしたいなあというふうに思うんです。専門職から見たら、「この人、大丈夫かなあ」とか、「この人は、こうしたほうがいいのに」とか、いろんな思いがあるかもしれませんが、自分なりに「これでいいんや」ってそれなりに満足したい。やっぱり自分の人生は自分で決めると思えるうちは、生きがいを持って、自分なりにいきいきと生活できる環境を自分で決めていく、そういう状態であつたらいいなあと思うんですね。

やはり自分が自分の人生を選択していくためには、地域資源の充実と、地域力を高めるというか、高齢者がどんどん増えていく中で、地域の中での高齢者が、地域の中で自分が生活の範囲で出ていける場所、そういうものがすごく重要なあつと。

だから、介護予防ケアマネジメントは、ご本人が介護予防をしたいなあって思うんだつたら、地域の中で出かける場所がありますよという情報を提供し、比較のお元気な方だつたとしても参加できるような形にしてもいいんじゃないか。自分で自分の生活を築いていくという視点での高齢者像、その上でのサービス提供という形に持っていけたらいいんじゃないかと思います。

●座長

自分で自分の人生を一つ一つ選択して、そして自己決定がしっかりできるような地域の資源をつくっていったり、自分なりの満足を人と比べてじゃなくて認めてもらえるような地域の深さというか、排除しない、懐の深さみたいなものも必要なんだろうと思いました。専門職としては、今の地域づくりがすごく大事だというふうに言われましたけれども、どんなふうなサポートとか、支援とかがあるといいか考えられましたか。

●委員

今回の総合事業に変わっていこうとする中で、NPO法人とか保険外サービスというところが本当に充実してくれば、そして比較的实际の生活レベルというか、実態に即した金額設定が重要です。人によって感覚は違うにしても、比較的多くの方に「これぐらいだつたら払えるかなあ」と思ってもらえるような金額設定の上で、市町村の補助がどの程度になるのか、その辺も、神戸市として余り補助が増えすぎると、逆に市としても厳しい部分はあると思うんですけど、本当に気軽に利用できる、あくまで予防的観点からですね、使

い勝手のいいサービスであればいいと思います。

●委員

介護予防においてどういうふうやっていくかというので、困る部分をどれだけ減らすことができるかということで、今から動いていかないとだめだと思うんです。これから年を重ねていく我々がどうその困り方を減らすかということを考えないといけない。今、「地域包括ケア」という言葉が出てきて、「選択」という話が出てきましたけれども、地域包括ケアの一番のベースは、本人その家族の選択と心構えであると国も言っているわけですから、そこをどう選択肢を提供できるのかという部分を言っていないといけないと思っています。

●座長

今後の20年後ぐらい高齢者のイメージ像を今、皆さんと共有していきたいので、そのあたりをお話していただいていいでしょうか。

●委員

自分たちで自分たちができることを自分たちの発想と行動力で動いていくようにしないと、受け身的に「何か困れば助けてもらえる」ような世界ではない。

その仕掛けを今からでも、始めないと間に合わないのかなあというのは思います。

●委員

例えば、サービスも求めても十分提供できない時代だとは思っているので、その部分をどう補っていくかというところが、今の地域をつくっていないといけないという発想になっているのではないと思います。

●委員

今は、困ったらサービスを使える、困れば介護保険で認定を受けて、その部分で使えるサービスは、今であれば一応それは受けられる体制はまだぎりぎり整っているが、それが受けられなくなるのでは。

●委員

自分の親の世代を見ていまして、自分自身の将来を考えても、やっぱり何らかのかかわり、つながりがないのが一番寂しいと思います。それは家族であったりとか、人であったりとか、地域であったりとか、いろんな部分でのつながりがないことが何となく一番寂しくなるのかなあと思いますね。心の中の空白、ぽっかり穴があいたような状態で、体もついていけない、今まで楽しめたことが楽しめなくなった、周りにお友達もいなくなった、

他界して、病気とかでいなくなってしまうとか、そういう疎外感であったり、孤立感であったりということの穴埋めを自分自身がどうしていいのかわからない状態かなあと思います。

年をとってからの人とのつながりの中に入っていくというのは、自分の中では精神的にもちょっと負担が大きいのかなあとということ、親を見て感じます。

それと、今、団塊の世代の方は、いろんな力のある方で、パソコンであったり、いろんな情報網が網羅されている中での高齢化だと思いますので、その中で、自分たちが何かできることがあるのかなあと思いながらどうしていいかわからない状態、手探りの状態でもんもんとされているのかなあとということイメージしてます。

●座長

高齢期になってきたときの空白感といいますか、人のつながりとか、なくなってきている。それに対して、その例えばサービスの中に入って満足するわけでもなく、そのあたりをどうするかということと、逆に、団塊の世代の方々、大変力のある、頑張ってきた世代の方が多いので、その人たちがそれぞれ力を発揮できる。

●委員

それをどういうふうによくマッチングしていくかということが課題かなあと思うんです。

●座長

ありがとうございます。

●委員

10年後、もうすぐかなあと思うんですけれども、今65歳以上が「高齢者」、介護保険証も「高齢者」、これだけ平均寿命も長くなってきたら、65歳が本当に高齢者なのかどうかは、一つあるかと思います。

私自身は、あと10年、20年というところで、何か役割を持って活動的に過ごしていきたいなあと思います。

元気な人は、元気で長生きできる時代だと思うんですね。今の方よりも、医療とか、運動であるとか、食べるものも変わってきているので、恐らく元気な人は、元気に活動的に長生きができる時代だと思うので、その人たちが、どういう場所で活躍ができるのかが、これから先の10年、20年の高齢者像というところにもつながってくるのかなあと思います。

高齢者になっても、自分の中でこういうふうに住きたいと目指せるようなものがあれば、

一つの幸福のところにもつながっていくのかなあとと思います。先ほど言われたように、身体的なものだけではなくて、精神的なものつながりがしっかりあるような、そういう契機になればいいかなあと思っています。

●座長

ありがとうございます。

私自身も、自分の母を見て、後期高齢に入る手前ぐらいなんですけれども、ただの高齢者と思っていないですね。おっしゃるように、「あなたは高齢者だ、高齢者だ」と言いすぎないほうが本当はいいのかもしれない。ご本人が納得していくのが75歳ぐらい。アプローチの仕方も、余り高齢者扱いをしたアプローチをしないほうが、元気で、活動的に、お金をもらう仕事と、それと別の役割、ボランティアや、地域や家族や親族やといろいろな役割があるんですけど、役割や仕事を持ち続けられるというのが、活動的になれるんでしょうし、つながりになるわけです。地域で自分が必要な存在だというのが実感できるためには、何か役割があったり、何らかの仕事があることが必要。家族や友達はもちろん少なくなっていくので、新たなつながりがないと、本当に孤独になってしまうんだと思うんです。家族がそばにいない人も多くなって、その後、次のつながりがつくれるようなその人の居場所とか、役割を果たせる活動の場とかが地域にあるということがすごく重要ではないかなあと感じます。

年をとると、皆さんもきっと要介護・要支援の方とお話するときに、「こんなに長生きしちゃって、こんな長生きするとは思わなかった。早く死んだほうがいい」って、本気じゃなくても言われるわけですよ。こういうことを言わしてしまうんだなあってすごく胸に刺さるんですけど、そんなことを余り声に出さなくてもいいような世の中になっていけるといい。そういうふうには言われないような社会にしていきたいですね

それと、これからつくる介護予防のプランがリンクしていけるように、そしてさまざまな取り組みが効果的になるようにしていきたいなあと思います。

●委員

私は、閉じこもるというのも一つの選択だと思うんです。閉じこもりがいけないのではなくて、「あそこに閉じこもっている人がいる」という情報を回りが知っておくことも大事。今は地域のコミュニティは、以前は自治会レベルぐらいまで把握できていたのが、今は隣保ぐらいでも把握できない。だから、10軒以下でも把握できないというような話も結構出てきている。

●座長

閉じこもりやひきこもりも自己選択の結果であれば、オーケーですね。十分にリスクもわかった上で本当に納得しているんだったら、選択の一つになりますね。

●委員

それを把握しておくのも重要なあとと思うんです。

●事務局

そのこのところを、65歳、60歳の定年後で知らずとやっていってしまう、今の頑張っている男性陣がたくさんおられて、年いってからの行動力というものが非常に落ちてくるわけですね。だから、現役世代、若い世代のうちから、将来の自分像はどうあるべきかという意識してもらおうような仕掛けが要ると思うんです。閉じこもるのは一つの選択肢はそうだと思うんです。そしたら、自分が選んだ道なら、自分で全部責任をとってやらなければいけないというふうに選べるけれども、そうは知らない多くの人たちが、年いってから家族に頼ってしまう。もっと若い世代に、自分の将来をもっと見てもらうような仕掛けが要ると思います。我々の対象は高齢者なんです、そこから始めたら遅いんですよ。

●座長

そうですね。だから、ここにいるようなメンバーが考えなくちゃいけないですね、40代、50代から。仕事だけだと、コミュニティがなかったりしますね。

●事務局

仕事がなくなったらどうしようかなあとと思う。居場所がなくなる。かといって多分地域に入れにくい。仕事人間ほど地元の自分の地域に入れにくいんです。

世話を焼く人は結構出てくるんだけど、じゃ、みんなが協力できるかといったら、ない。そこをどう変えていけたらいいかなあというのが一つあるし、もっと楽しいことだよというふうに仕掛けていく必要があると思います。

・生活支援計画書（マイスタープランについて）

（事務局、神谷委員より【資料6】に基づき説明）

●座長

お元気な方で、自分で書けるような方が中心だったと思いますけれども、自分で意識して自分の生活をふり返って、自分で取り組んでいくというところで大変前向きな結果が出

ている方もいらっしゃる、とても素晴らしい実践だというふうには感じました。

●委員

独自の研究会の中で少しずつモデル事業的にやってみようじゃないかと今、進めているというところですよ。今年も、あと2カ所ぐらいでやっていきたいと思っています。

●座長

いいですね。当事者として取り組んで、それをケアマネジャーの資格を持っている人がサポートをしていると。

●委員

ベテランのケアマネジャーがサポートしてます。

●座長

自分で書く力を持っている方は、別にサポートしてくれなくても自分で書くよという。当事者としてしっかりされている方は、ほとんど自分で書いてしまうという方もいらっしゃるの、サポートの度合いが変わるということですね。

●委員

そうですね。

●座長

皆さんのほうから、これに関して、さらに確認しておきたいこととかありませんでしょうか。一つの取り組みとしてプランの参考になる実践であるなあというふうには考えられます。

●委員

自分自身が主体であるというのが、すごくいいと思うんですね。私たちがプランをつくっていく中でも、目標を利用者さんと一緒に考えて立てるということにはなっているんですけど、ほとんど利用者さんからは言いません。一緒に考えて、「それでええわ」といって、「目標を覚えてますか」と聞いたら、「何？それ」と言われるのが、現実なんですね。なので、自分で書いていただくということって、自立性ってということってすごく大事ななあというふうに常日ごろ思っています。

利用者さんも、読むことのできないプラン、小さい字で「こんなん読まれへんわ」と言われて。今後を考えるときには、マイプランというところに視点を置いていく必要があると思います。力のある人は、どんどん自分でやっていただくということでもいいとは思いますが。

●座長

理想の姿としてはマイプランですね。自分のできないところをサポート、家事の手伝いをするのか、一緒に考えるのを手伝うとか、資源を説明していくとか、いろんなパターンを工夫されているなあと思います。

・ケアマネジメントにおける様式について

(事務局より【資料7・8・9・10】に基づき説明)

●座長

介護予防サービス・支援計画表案をA3版1枚にしてみたら、こんな感じになったということなんですけれども、これが決定項ではありませんので、皆様から意見を伺いたいと思います。資料8の黄色で足したところや網掛けで減らそうという意見があったところなども踏まえて、資料8についてもどうかということですね。根拠となっているのは、資料9のご意見も踏まえてつくっているということになります。

皆様のほうから、この資料8のアセスメントシートと、介護予防サービス・支援計画表の案ですけども、どういう形が一番いいのかという意見をいただきたいと思います。

●委員

確認を最初にしたいんですが、意見のまとめなんです。要支援者と事業対象者と2つのところでずっと書いてもらってるんですけど、そもそも今度の総合事業で要支援者と事業対象者は、状態像は同じで、使うサービスによって変わってくるもんじゃないですか。ヘルプとデイだけだったら、要介護認定を受けないので事業対象者になるけど、同じ状態の人が、例えば、レンタルで何か一つ借りたいといったら、要介護認定を受けて要支援1、2というふうなところになるので、状態像は同じで、サービスによってそこがちょっと変わりますよね。サービスというか、入口によって。だから、これは、例えば、今、まとめの中で書いてあるんですけども、事業対象者はこれで、要支援者はこういうふうなところでちょっと分けていくのか、一緒に考えてもいいのか、そこはどうですか。

●事務局

神戸市といたしましては、できるだけ煩雑にならないよという意味では、今までの特定高齢者と要支援者の考え方と同じで、特定高齢者はこの項目は要りませんという使い方をすることで、同じ様式で網羅できるのかなあと思っています。そのあたり、実際に

使われている皆様からもご意見をちょうだいして検討したい。

●委員

特定高齢者がイコール事業対象者じゃないですよ、これからは。そこがちょっとスタートが切れないので、どっちの方向に一步を踏み出すんだらうというところがある。

●事務局

特定高齢者がイコール事業対象者ではないといいながらも、特定高齢者に該当する人は事業対象者にも該当するということになりますね。

●委員

じゃ、要支援者も事業対象者にも該当しますよね。

●事務局

はい、該当しますね。そのあたりも踏まえて、別もののほうが使い勝手がいいと思われるか、一緒にされたほうがいいと思われるか、その辺ご意見をお聞かせいただきたいところではあるんですが、いかがですか。

●委員

行ったり来たりもあるし、事業対象者も、要支援者も同じサービスメニューは使いますよね。だったら、変える必要はない。同じ状態像なのに、なぜマネジメントが変わるのかなあと、そこが私の中ではわからない。簡略化するんだったら、全部簡略化したほうがいいなあと私は思うんです。幾つもつくっていくよりは、何か一緒に使えるようなもので簡略化できるものがあればいい。

●事務局

全く同じ様式でどちらもの使えるもののほうがいいということですよ。

●委員

今の段階では、そうです。後々考えたら、やっぱり変えようかになるかもしれないですけど、最初の状態像が一緒なので。

●座長

今、ご意見が出ましたけれども、どうでしょうか、賛同するご意見、また反対のご意見。

●委員

自分が高齢者だったら、書きたいと思わない。

●委員

もちろんわからないし。紹介してくださったマイスタープラン、高齢者の立場で考えた

ときに、これはちょっと書いてみたいなあと思う。言葉として実際に書き出してみると、生活を考えていく上で、自分の中で整理できる。「ケアプラン」という名称自体がどうなのか。やっぱり「ライフ」ですよね。つまり、ケアのプランというよりは、その人自身の人生ですよ。だから、生活自体を自分でどう築いていくか、その一助を担えたらということもあるんですけど、自分自身で考えていく上で、どっちかといったらその人のライフプランですよね。

もちろん国の方針というか、国の制度的なこともあるので余り言えないんですけど、総合事業と予防給付でできるだけ1枚の書式で、ある程度簡略化できるものは簡略化した上で、総合事業で必要ない人は書かなくてもいい。だけど、どうしても制度上、介護保険請求上とか、この項目は外せないということだったら書く。

マイスタープランのほうが、自分で考えるという意味では、自分の言葉として書く。その上でプラスアルファみたいな項目を書けられるようにしておく。そのほうが、相談に乗ったときにアドバイスがしやすい。

●座長

計画表自体はもうちょっと書きたくなるようなものに見直す必要あるということですね。

「ケアプラン」という名称よりも、ご本人さんの「生活のプラン」という名称のほうがいいのではないかとということですね。

●事務局

今日お配りしました資料5の最後に、国が示している標準様式をおつけしているんですが、こちらの様式は、事業対象者のケアマネジメントがA、B、Cと3つに分かれるところから、C、一番自立に近いような状態の方のケアマネジメントの場合は、網掛け部分を省いてもいいですよとされています。AとBについてはすべてを記入する形で国のほうは一応例として示しておりますけれども、そこは市町村で判断してもらっていいということなので、変えられるかなと思います。

それから、もう一つ、国に確認したところ、冒頭でも座長のほうからも話がございましたけれども、給付管理にかかわる部分については、項目としては残す必要があるというお話がありましたので、資料10でいいますと、真ん中より右側の「支援計画」というふうに書かれているところの「介護保険サービス又は地域支援事業」であるとか、「サービス種別」、「事業所」、「期間」、このあたりについては給付管理上残さなければならない項目という形になってまいります。

これを1枚におさめると、非常にたくさんの項目ということになってはくるんですが、これは事務局からの提案にもなりますけれども、例えば、この給付管理にかかわる部分だけを別の様式にしてしまうことで、高齢者の方にとっては、本当に高齢者の方自身の生活を振り返るだけの情報が1枚に網羅されるというような様式になるんじゃないかとは思っております。

●座長

今つくってある神戸市版の(1)と(2)の形式をもっと利用者・ご本人さん向けに改善したものになりますね。

●事務局

はい。

●座長

そういう説明もありましたので、それも含めて、もう少しご意見をいただけたらと思います。

●委員

マイスタープラン、自分自身としては、前向きに自分の言葉で書けるという意味では、こちらのほうが書きやすいのかなあと思います。これらを組み合わせた何かいい様式ができればなあというのが個人的な意見なんですけれども、今のこの計画表のほうの「総合的課題」というところが、私、説明するときにごく引かかる部分があるんですね。「総合的課題」という、「課題ではないんですけどね」って、つつい伝えようのない言い方をしてしまうんですけれども、ご本人にとっては、「課題なのかな、問題があるのかなあ」というとらえ方をされる。この言葉のイメージが気になることがあります。ですから、何か両方のいいところを持ち合わせて、例えば、給付管理のところをどこかに盛り込めないのかなあとか、でも、また枚数を多くすると煩雑になるのかなあという気がします。

●委員

私も今このプランの作成で、「総合的課題」というその「課題」という言葉がすごく後ろ向きな感じで、確かに課題だからどうしてこうかということなんですけど、高齢の方に言うのがとっても言いにくい部分です。なので、このマイスタープランもとってもいいなあと思うんですけれども、今、神戸市様式でも、「健康管理について」という、その下にもう一つ何か書き込めるように、緊急とか災害への備えか、高齢の方はどこに逃げるのか

もご存じない方がほとんどなので、こういう項目もこれから入れていってもいいのかなあと思いました。

●委員

私は、アセスメントシートをすごく充実化して、手元に持っていて、もうそこで分析してしまう。ここはもう1行か2行でいいと、本人さんの言葉で書く。意欲とか、意向とかも聞くんですけど、「総合的課題」というよりも、介護プランの生活ニーズですよね。そういう言い方をしたらいいんじゃないか。課題なんですけど、「ニーズ」ってしたら、ちょっと柔らかくなって、前向きになるのかなあと思っています。そして、ニーズに対する目標、そして、具体策です。

この「目標についての支援のポイント」は要らないじゃないかなあと思っていて、それよりも、インフォーマル、その辺を書き出すほうがいいんじゃないか。セルフケアとインフォーマルな部分というところをきっちり書ければいいのかなあと思っています。

●座長

このアセスメントシートのところに、先ほど最初から言われていた、例えば、うつ病の状態とか、精神疾患のところも書いて、こちらは本人が認識している内容を簡単に書いていってということですね。これは専門職が持つ性格のもので。

●委員

それと、「目標についての支援のポイント」は、「目標」が記載されていたら、もうそれでいいんじゃないでしょうか。誰のプランかといったら、私たちの誘導のプランになっているので、それだったら省くほうがいいかなあと思っています。

●座長

この中に自然と入ってくるわけですよね、やることとか、取り組むことは。

●委員

はい。

●委員

私は作成したことがないのであれなんですけど、思うのは、今まで使っておられる様式を大きく変えないほうがいい。省くところは省いても、今の様式をベースで使いなれているこのレイアウト感というか、それは残したほうがスムーズにいけるのかなあと。

アセスメントシートも、こちらが持つのだとしたら、経過みたいなものを、これを何枚も取っていくのではなく、変化が一目瞭然でわかるような、備考欄もこれだけ大きく要る

のか、経過を初回と何回かというぐらいのところでは変化を追えるような部分ですと、自分の中でアセスメントの部分の変化というのはとらえやすいのかなあと思いました。

それから、支援計画表は、本当に今おっしゃるとおり、「総合的課題」というのは伝えにくいだらうなあと聞いていてすごく思った。でも、これを「セルフプラン」という部分で本人に書いてもらうような様式とあわせて考えてやるのかどうかというのは、もう一回考えたほうがいいのかなあと思いましたね。あくまでもこれはケアマネジャーの方が本人と話をしながらつくって、本人に確認してもらって見るという部分だが、これをそのまま「セルフプラン」の作成用にも用いるかどうかというのは、ちょっと…。そうなってくると、より自分で書けるものだとしたら、私もこっちのほうが書きやすいなあとと思うし、でも、それは様式をたくさんつくらないというのであれば、あわせたほうが、セルフプランにも使えるし、実際にケアマネの支援計画書としても使えるかなと思いました。

●座長

今後、A、B、Cという中に入ってくると、かなり自立した、しっかりした、こういうことを書けるような方も入っていらっしゃるし、ケアマネジャーの支援が必要な方も入っていらっしゃるという。専門職が書くんですけれども、書ける人は自分で書けるようなのも一つ目指すところではあるのかなあと考えます。

皆さんがおっしゃったように、このマイスタープランも参考にさせていただいて、書きたくなるようなもので、あくまでご本人さんのプランですから、専門職が、自分たちが支援するためにつくるプランとはまた違って、それはそれで専門職の個別プランをつくってあげればいいので、もうちょっと書きやすく、わかりやすく書いていきたいというご意見がいっぱい出てきたかなあと思います。

こちらのアセスメントシートのほうは、何かご意見ありますか。

●委員

目標がないというのも一つの目標になるんですか。目標がないという方、多いんですよね。

●座長

ケアマネジャーは、本人さんが言われないので、「目標はありませんね」としてしまいうことあるので、それは避けないといけませんね。放っておけば、「何もありません」「別に希望はありません」と言われる。それをアセスメントする中で、小さな生活のものを出していくというのも必要で、レベルの高い話だと思います。

●委員

本人が、もともと目標がないというところから始まったという経過を追うのであれば、「ない」ということも何かわかるようなものというのがあるといいかなあと、単純にです。レベルが高い低いではなくて。「ない」というところから始まったんだというところがわかるという。

●委員

「少ない」と「ない」とはまた違うと思うんですね。多分「ない」とほとんど言われるんですよ。「わからない」って言われるんですね。けども、そこは私たちがアセスメントして、ちゃんときっちりと、いわゆる生活課題ですよ。そこに対して目標設定というのはしていかないとケアマネジメントにならないと思っていますので、「専門的にこう考えるんだけど、どうかしら」と言ったときに、「あっ、そのような形でしてみようかしら」という形で返ってくる人が多いんですね。「もう勝手にしとって」という人もいますけれども、意識づけがすごくできるんです。なので、それはやっぱり必要なのかなあというふうに。

●委員

そもそもこの人は「ない」と言ったというところが残るようなものも要るのかなあと思います。

●委員

経過記録には書きます。

●委員

介護予防で結構進んでいるようなところでアンケートをとると、今一番多いのが、「今のままでいい」と。その次、目標も「今のままでいいんや」と。そもそも「目標がない」みたいなのが回答では上位に占めてくるという報告もあって。

●座長

それは、ケアマネジャーが、その「今のままでいい」という「今のまま」を明らかにするという。本人が「今のままでいい」というのは、努力しないで今のままを維持できなかつたりするものがたくさんあるので、それを明らかにすれば、それが目標になってくる。

●委員

そのために、じゃ、何をしましょうというところになってきますね。

●座長

ご意見が出たので、このアセスメントシートを見ていただきたいと思います。最初に「本人の主訴」を前に持ってきてみましょうというのは、皆様のご意見があって出てきたということで、この「本人の主訴」と「意向」にすごく大きな隔たりがあるということを経験ならわかっているんですけども、新人さんだと、「主訴」が「意向」と思ってプランに移る場合があります。おっしゃったように、最初の言葉や最初に発された言葉を残すということであれば、この「主訴」というのが最初の発する言葉で、例えば、「もう何もしなくても、このままでいい」とか、「余り家族に迷惑をかけたくないので、ここで暮らせばいい」とか、そういう主訴や気持ちとか、「迷惑をかけて申しわけなく思っている」とかという、主訴や気持ちを最初にあげて、その下に「意向」や「これからの生活についての希望」というのが、ケアマネジャーがアセスメントをして、相談をしてする中で、資源とか、いろいろなものを指し示す中で、「意向」や「希望」、「生活についての希望」が出てきましたよというふうに2段階にすると、経験の浅い新人のケアマネジャーは、「主訴」と「意向」ってイコールじゃないんだということで、このアセスメントの中身が生きてくる。この主訴、例えば、「何もしたくないんだ」と言われるのは、一体どこが原因になっているんだろうかということのアセスメントにつながってきて、それが明らかになってくると、この辺はこの人は取り除くと意向が出るかもしれないとなる、そういう2段階がここにあるなあと思いました。それができれば、この予防プランにもそのあたりが活かしていけるんじゃないかなあと感じました。最初の「このままでいい。別に何も希望はない」と言われたら、それが主訴を書いておく。

●委員

すごく現実的な質問なんですけど、今これA3で出てきましたよね。今まではA4版2枚で、A4サイズが小さいプリンターでもいけたんですけど、A3にというふうにここでまた新たに変えると大変なことが出てくるんじゃないかなあと思います。

●事務局

高齢者にとっても見やすい、作成する側にとっても作成しやすかったり、管理しやすかったりというような、すべてを兼ね備えられるような形にするのがいいのかなあというのを思っております。

●座長

今のご意見だと、業務的にはA3よりA4のほうが扱いやすいということですか。

●委員

神戸市がA4版2枚でやっていますので。

●座長

それは変わらないほうがいいのかなあとは思いますがね。

まだまだご議論の尽きないところではございますが、そろそろ時間もまいりました。

介護保険専門分科会企画・調査部会 第2回介護予防ケアマネジメント検討ワーキング
は、これで終了させていただきたいと思います。

IV 閉 会