

第1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6月29日（月） 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 奥田委員、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 介護予防担当課長あいさつ

IV 座長の選任 奥田委員に決定

V 議 事

【説明事項】

①ワーキンググループの概要

（事務局より【資料4】に基づき説明）

②介護予防・日常生活支援総合事業の概要

（事務局より【資料5】に基づき説明）

●委員

（国のガイドラインに）③介護予防ケアマネジメントの実施・サービスの利用開始について、地域包括支援センターが実施するが、居宅介護支援事業所への委託も可能とあるが神戸市としてはどう考えているか。

●事務局

本ワーキングの中で意見をいただきたい。

●委員

介護サービスの利用手続きについて確認したい。要支援1，2判定を受けた方は（国のガイドライン P.10 下スライドの）下から3つとも（サービスが）利用できるか。

●事務局

予防給付と総合事業の2つサービスが利用できる。

●委員

要介護の方は、一般介護予防事業は利用できるのか。

●事務局

（国のガイドライン）3ページの総合事業の対象者のところで、（下スライド右より）一般介護予防事業で、第一号被保険者の全ての者となっているので利用は可能かと思う。本人の状態によっては、環境が整っていない等で利用は難しいかもしれない。

●座長

要するに原則は第一号被保険者の全ての方で、状況、ニーズに応じているかどうか。

●委員

ガイドラインP.10のチェックリストについて。相談に地域包括支援センターに来所された方で、職員が見て明らかに要介護と思われる人は別としても、要支援1、2と非該当はあまり差がなく、見分けがつきにくい。まず、チェックリストをするということか。

●事務局

すぐにチェックリストをするということではなく、どういうご心配があって相談に来られたかということ聞き取り、状態に合わせて、認定の案内や認定で使えるサービスの案内をしておられると思うが、それに加えて今後は総合事業の説明も併せてしていただき、最終的に本人がどう選択されるかということになるかと思う。来られてすぐにチェックリストということにはならない。

●委員

皆が同じ基準でしっかりできるのかどうか不安に思っていることだと思うので、ワーキングの中でしっかり検討したい。

●事務局

各センターからの意見で、チェックリストだけで判断するのは心配だと意見も頂いているがここでも意見をいただきたい。

●委員

ガイドラインP.11の関係者間での意識の共有の(3)ケアプランの作成について、介護予防ケアマネジメントにおいては、地域包括支援センターが作成するケアプランとなっている。介護保険ではセルフプランが認められているが、国の方針ではセルフプランが想定されていないのか。

●事務局

事業対象者については、セルフプランは想定されていない。そのため、国のガイドラインの中では地域包括支援センターが作成するケアプランと記載されている。

●委員

市町村は窓口が専門職でなくてもいいと言っているがどうか。

●事務局

チェックリスト自体は専門職でなくてもいいと言っているが、チェックリストのあとのケアマネジメントは地域包括支援センターでと示されている。

●委員

どこまでの対象者に地域包括支援センターがケアマネジメントをするのか、整理が必要。

●座長

関与の仕方、関与の度合い等も考えていかないと一律に同じように関わるとなると、非常に非効率的なことになる。みなさんの経験をもとに実態に応じた、効果的・効率的で高齢者が自分自身の力でできるということが、本当に目指す自立支援。そこにどのように向

かっているか。どの程度関与して、どれくらい自身でやってもらうか検討したい。

●委員

一般の市民の方々、住民への普及啓発の点はどうか。関係職種は研修会等の場面で聞くことが多いが、市民・住民への啓発というのは少し遅れていると感じる。まずそこが一番重要。啓発をしっかり踏まえてからでないと総合事業への移行をするにしても、あんしんすこやかセンターの中で全部やっていくとなると今の業務の中では厳しい。新たに今年度から地域支え合い推進員が配置されているが、住民の中でも認識の差がある。地域包括ケアシステム自体の普及啓発がどういう形で行われるのか。本来は先行してもっと行わないと意識が高まってこないと思う。総合事業を検討していくうえでの普及啓発について聞きたい。

●事務局

啓発が重要ということは感じている。特にケアマネジメントに関しては、高齢者自身にも自立というところに意識を持っていただくという点では、この総合事業がなにを目指しているのかということ、神戸市として高齢者の方々にどうなってもらいたいのかということをもっと伝えていく必要がある。そこを市民の方々にしっかり認識してもらってこそケアマネジメントと感じている。

広報誌3月号にて、介護未来新聞をはさみこんだ。この狙いは2025年に神戸市がどういう状態になっているのかということと、市民の方々に知ってもらいたいということと、知った上でやはり介護予防が必要と改めて感じてもらいたいという思いから作成した。2025年の状態をデータ、数字で示したことで、見た市民からは現状を知れてよかったという意見を非常に多くいただいた。それであれば介護予防が必要、自分たちがなにに取り組んでいかないといけないか見えたという意見も頂いた。やはり啓発は重要と感じている。また、6月号にも健康寿命の延伸の必要性についての挟み込みをした。中には神戸市の第6期の介護保険事業計画にも触れ、かつ総合事業についての内容も記載し市民の方にお伝えする内容にした。こちらについても市民から意見を頂戴した。こちらが伝えたことには応えてくださるので、もっと発信していくことが大切と実感している。今後も効果的な啓発について神戸市としても検討していきたいが、皆さんの意見も頂戴したいと考えている。

●委員

私自身神戸市民なので挟み込みについては知っているが、直接関係する団体や自身が暮らす自治会でそのような議論になっているかということ、そういう方々は一部なのかなと実感としている。なぜこの地域包括ケアシステムが進まないかということ、今困っていないので、困りますよというイメージがなかなか湧きにくいというのが課題なのかと仕事をしていて思う。こんな現状だということを知ることができたというのは大事なことだと思うが、現状いま困っていない。

●事務局

難しい課題である。さまざまな部署が行政情報を発信しても、それが住民に浸透してい

ないというのはどこでもある。人は自分のことにならないと真剣にそれを考えないというのはどの分野でも同じ。そこに効果的なPRをしたところでなかなか浸透しないというのは、小さい基盤の自治会やそれぞれの地域でそこが話題にのるようなところまで持って行けるかどうかだと思う。地域包括ケアシステムの将来的なあり方というのは、そういう地域の小さな課題も含めながら子供、障害者の課題も含めて一緒になって共生して暮らし続ける街づくりに行きつくが、そこまで行政も市民も成熟していないと個人的に思っている。そこを目指したいという希望もあるが、そこは課題であり、我々も手探りの状態。

●座長

全国どこでもある論議だと思う。意識が高い人、そうでない人、家族に介護状態の方がいる人であればよくわかるが、家族皆が元気だと、篠山委員がいうようにあまり関心がないうということになると思う。この時間だけでは論議の時間が足りないと思うので、こういう広報を神戸市が取り組めば良いとか、各団体にこういうことを取り組んでもらえば良い、仕向けた方が良いなど、ぜひ委員の皆様から提案していただき、今後考えていくと良い。神戸市のキャラクターもとても分かりやすい。そうすると若い人の関心が集まる。いろんな仕掛けが必要になるかと思う。

③神戸市の状況・先行移行自治体の実施状況報告

(事務局より【資料6】【資料7】【資料8】に基づき説明)

●座長

ここままで意見はあるか。

●委員

資料7のケアマネジメント類型における各プロセスの実施について、ケアマネジメントAでは、モニタリングは今まで通り毎月1回か。

●事務局

その点も検討したい。

●委員

BとCのモニタリングの間隔をあけるというところもか。

●事務局

国はAについては現状相当と言っているが、どのように考えていくか神戸市としてつめていきたい。

●委員

目標設定から利用者と一緒にするというのがガイドラインには記載されていた。そこから行動を変えていくようにしようということが記載されていたので、大変だと感じた。現状とかなりかけ離れているというところがあるので、そこをマッチングしていくことの難しさがある。マネジメントする側の力が相当いると感じた。

●座長

現在はどうか。

●委員

スキルに差がある。やはり自立支援に向けたというところを伝えてはいるが利用者によっては「何をしてくれるのか」という姿勢。自立支援を意識している利用者はそんなに多くはないのではないかと思う。老人会、給食会にいくたびに地域包括ケアシステムの話をするが、皆とても困った顔をする。今までやってもらっていると意識があるからか、これからはみなさん自分の力を発揮して一緒にやらないといけないということを伝えると、困った顔をされる。

●座長

上からの押し付けで頑張れとむちをふるうわけではない。それぞれがそれぞれの生活や人生を能動的に送れるように支援をしていくということ。本当は本人や周りが苦しい顔をする支援ではない。こちらの意識改革をしていかないとそれが伝わってしまう。私たちの生活の延長として、将来像として、自分のこととして考えていく。

●委員

若い世代から考えていかないといけないと思う。

●委員

地域の方に向けて、地域包括ケアシステムの話はするが、地域のリーダーのような方が「そうや、自分たちでやろう」となると、周りの方も活発になり、議論が前向きになる。前向きなリーダーが、地域に何人かおられるとひっぱっていつてくれる。支援者と同じことを言っているけど、顔つきが全然違う。そういう力をどのように発揮できるか、そこをどのように大切にしていくか。今まで上から目線で言い過ぎたかなというところがあり、介護予防のプランでも自分たちでやる力があるところはあるのでそこを見逃さない。やはり全部一律というのは難しい。どの段階の人に効果的にアプローチしていくかを見つけない。

●座長

人それぞれ、少しのことで出来る人もいればそうでない方もいる。当事者の立場にたつてという感覚が非常に大事。

④現行のケアマネジメントの課題整理と検討

(事務局より【資料9】に基づき説明)

●座長

(資料9) 98.6%の回収率なので、神戸市の現状を示していると思う。今の内容について気付いたこと、意見・感想はあるか。

●委員

センター職員が現場で感じていることが書いてあると感じる。チェック式で内容が多い

ため時間はかかるが、経験の有無にかかわらず、ケアプランの領域にのっているので、プラン立案が非常に楽。ぜひ改善に向けてこの場で話ができればいい。

●委員

初回アセスメントするうえで、お金のことなど聞きにくいことが多いが、この項目にそってだと、聞きやすい。このシートに沿って聞かせてくださいねと言える。対象者も「これするの？」と聞かれるのでそれに合わせて聞くことができる。

●委員

マニュアル P.26 でプラン作成については、現状把握のところ、原因を知ることが重要となっている。アセスメントシートで現状の把握は非常に見えやすいかと思うが、原因の把握までとなるとアセスメントシートでは難しい。資料9の改善点のところヒントになるものも入っているのかなと思う。原因の部分や活動参加に向けての予測、リハ職としてどう活用できるかというところで今回呼んでいただいたと思っている。

原因を探っていくところでリハ専門職が持っているもの、ケアマネジメントの活用という役割が我々にはあるかと思う。現状は予防給付の方のオーダーが出ると基本情報としてこのアセスメントシートを見ることはあるが、原因の部分や何を指すかというところは議論になっていない。アセスメントシートを検討するうえで原因が見極められる部分やゴール設定を明確にできるものにしないといけない。

共有でき、アセスメントの中に原因が探れるものが加えられると活用できるかと思う。今実務的に書く作業が一番大変になってくるかと思う。項目としては網羅されていると思うが、原因なども探れるような部分を盛り込めたらいいと思う。

●座長

作り方として、アセスメントシートを記入し、プランに落とし込んでいるが、要因が少しわかるようなものがあればこのシートは生きてくると思う。チェックするだけだと、結び付ける力が担当者であればいいが、要介護の方のようにはっきりして、待たなしでわかる人たちと、要支援の方々はそうでなく今後恐れがある、今困っていない人も入ってきている。シートから計画表の展開をどのようにされているのか。

アセスメントシートなしでやっている自治体が多いので、シートがあると聞きやすいとか漏れがないというのがあっていいと思うが、篠山委員がいうようなところに広げていくとなると、リスクの有無のチェック欄や、プランに書くまでのアセスメントの判断のところがあると結びつくのかなと思う。しかし、これ以上複雑にするわけにはいかないので、工夫が必要になってくる。専門職がいくら判断したからと言って、それがご本人やご家族の方に伝わらないような、難しさや複雑さだと本人がやる気にならない。現在そこまで困っているわけではなく、そのままでもなんとか生活できる人が多いので、工夫が必要。

●委員

このアセスメントシートの作成に携わって、神戸市と一緒に検討した経緯がある。当初は認定調査票や主治医の意見書もアセスメントの1つということであえてシートには医療

の項目については入れなかったという経緯があるが、使っていたらやっぱり入れたらよかったと思った。もっとタイムリーに変更ができるようなもので良かったと思う。これがすべてではないので、初回面接の際には話を聞いていく糸口として手元に置いておいて、この人ならここから聞こうとか、何回か積み重ねていってアセスメントが深まっていけばいいなという認識で当初作成した。今の予防の領域を形にできないかということで、歯科、栄養の方の意見も取り入れながら作った覚えがある。その時々に応じた形で、改善をしていくというのが重要かと思う。

●座長

新人がこれを見て特に助かると思うが、ポイントと濃淡が分かるような工夫がもしかすると必要なかもしれない。すべてをチェックしなくてはいけないと思ってしまうと、順番に全部となり大変。

●委員

シートの順番に全部ではなく、話の流れで聞けたらチェックしていく。

●座長

感想の中にも面接技術が必要という回答があった。

●委員

埋める、聞き取ることが目的ではなく、ここはというところをつかむツールの1つなので、そのあたりは使い方が求められているかと思う。

●委員

手間がかかると出ているところが疑問。臨機応変に使用できていない可能性がある。1から全部やらないといけないと思っているのでは。

●委員

その人の状況に応じて、どこからというのはどんどん使えると思う。

●座長

できる人はできるが、そうでない人は大変だ、時間がかかるということになる。この辺も利用者やいろんな人にわかるように、アセスメントの内容を専門職だけでなく、他の職種やご本人、関わる人が見られるようにするほうが、本当は理想的。わかりやすい中身にしていけるといい。レッドカードのようにリスク高いところとかがわかるもの。虐待の帳票のようにここにチェックがはいるとこれは危険というようなことが、新人さんや事業者さんでもわかりやすいものがあると全部書かなくていい。

●委員

口頭で聞いたものと専門職として観察したことからもチェックは入ってくる。聞きにくいところでも観察項目からチェックは入る。

●座長

細かいところ等ご意見がたくさんあると思う。改善していきたいと思うが、今後10年、20年、30年を見越して使用できるものを考えていきたい。

●委員

アセスメントシートなので継時的に見られるようなものだと、非常に活用できるし利用者様と共有するのであれば、「目標がこれだったけどこれが達成できてない」というのもシートを使いながらできる。桑名市や国が出しているシートのように事前事後とか予測、事後予測まで見られているか、支援型ケアマネジメントを踏んだ中で効果判定を CM がされるときにそれも活用できるかと思う。現在の様式にするとそのタイミング、その状態しか見られないので、過去の記録をめくっていかないといけない。変化点がわかりにくいので継時的に見られるような形態にするともっと活用されるかと思う。

●座長

そういう材料も検討の内容に入っていくといい。支援計画表については、どうか。国の様式は示されているが、状況に応じて様式を見直すということも今考えてもいい時期ではないかと思う。この一枚でアセスメント、話し合ったプロセス、プランまで見られるという形式をとっているが、本当に高齢者の方を対象にするにはあまりにも解りづらい。

●委員

神戸市は2枚の様式に分かれている。A42枚で、目標の前くらいまでで分かれている。内容は一緒。

●座長

これが、利用者の方にとって、本当に分かりやすく自分の生活として取り組みたくなるような内容が描かれるかどうかというところの見直しが必要。どう考えても専門職のトレーニングのために国が作ったシート。要介護のことを考えつつ、予防をしっかりやろうということであみだしたシート。ケアマネにとっては勉強になるが、利用者の側に立っているわけではない。専門職でも省略しないと説明できない内容。一番理想は、セルフケアプラン。セルフケアプランが作成できない方のため支援をしていく。能力のある人だと、自分でかけるような内容にしないとイケない。作ったが二度と見ないようなプランだと自立支援には全然使われない。要介護プランより見にくいものになっているので、みなさんの経験と柔らかい頭で、今後の将来の高齢者像をイメージして考えていきたい。今の高齢者像と、10年後、それ以降の高齢者像をイメージし、どういう風に進めていったらいいか。神戸市の10年後の高齢者像を、介護予防的な視点に立った支援をどういう風にしていったらいいか。今の人だけを見るのではなく、それに合った様式を考えていきたい。

●委員

国の中で変えてはいけないものと市町村の中で統一したらいいという項目はあるか。

●事務局

予防給付管理の関係で項目としては変えられないところはあるが、表現については十分こちらで変えていけるのかと思う。

●委員

そのためには、どのレベルのケアマネジメントにこれを使うか。たとえばCもするのか。

ほとんどセルフケアプランに移行するのであれば、やはり表現を変えたほうがいいのか。ABCで様式を少し簡略化したものを使用して可能なのか。総合事業に関わるものはすべてABCとも様式を統一しないといけないのか、もう少し分かりやすく整理できればいい。

●事務局

国が示しているものは同じ様式を使用し、Cはここを省く等。いろんな様式を作ることによって記載する側も非常に煩雑になる。ABCとプラス予防給付もある。予防給付を使いながら総合事業を利用される方もある。パターンとしては4パターンのイメージ。4つのパターンのケアプランにし、高齢者の方が見て、理解をしてもらうとなると、状態が変わるたびに様式がいろいろ変わるの、はたしてわかりやすいどうか。書き方、表現についても検討が必要なのかもしれない。パターンによって分けるのか、統一し状態によって省くのか。ご意見を頂戴したい。

●委員

地域の居場所や住民自らが行っていること、担い手と利用者というのが紙一重の場合は、セルフのケアマネジメントの話も出ていたかと思うが、それはこの検討会では省くのか？

●事務局

それも盛り込んでいけたらいい。ただ時間が限られている。どこまで盛り込めるかというのはあるが、大前提はセルフプランが理想。本人が立てるのをイメージしつつ、できないところをサポートしていく形で考えていくの、がいいのかと思う。

●座長

支援者の視点ではなく、本人の視点に立って考えないと自立支援そのものがそうでなくなる。国が考えていることの先に立てるといい。国はなかなか変えられない。神戸市の観点でこういう風なプランにしていくと提示し、国にうんと言わせる。市町村の考えで自由に組みんでいってください、それで保険料がどうなるかは市町村でという風になっている。後追いではなく先に考えていくことをした方がよい。

プランナーはこの計画表を必死で書くが、本人にとって効果的なものになっているか。

自立的な方、自身で考えられる方はたくさんいる。せめてその方にできそうなもの。当事者の方に参加していただき、このプラン見てどうですかとお聞きしたい。そこを考えていかないと、またこのプランで10年いくことになってしまう。

●事務局

現在仕事量として、あんしんすこやかセンターはプランを作成することが仕事になってしまっている。本来利用者に対しての支援が主であるので、書類を作るのが仕事になってしまっているの、そこを変えたい。業務量的にどこが簡略化、省力化できるか。対象者も増えてくるので、その省力化を図る。そこに利用者に関与できるところをどう作っていくのか、まさしく求めているところ。

●座長

ヘルパーが本人に食事を食べさせるのは簡単。本人が自ら食べるようにサポートするほ

うが難しいように、本人がわかるようなプランと一緒に作るほうが能力的には高くなるかもしれない。必死で書いている割には見返りが無い。やりがいがない。

本人のサポートに回るスタンスにみなさんなることができ、要介護になる方はいるので、要介護になったときにも、持っている情報を担当ケアマネに引き継ぎで渡せるようにする必要がある。ここでご本人さんたちとしっかり意思疎通が取れて、目標も意向も生活の価値観もこの時点で全部把握して、その方が認知症やもっと重度の病気になったときにこの情報を次の方につなげるようなものにしないとイケない。それをここでやらないと要介護4になってからケアマネジャーに引き継いでもきつといい支援ができない。地域包括の方の支援がとても大事。

1つ、おもしろいなと思ったのが、この辺は篠山委員がご存知かと思うが、興味関心シート、桑名市3ページ、資料10の様式4にもある。これも項目としては面白い。もしかするとこれで動機づけにつながるかもしれない。

本人と一緒に考えていく1つのツールとしてできるのであれば、神戸市版の検討ができると生活の目標、次に目指すこととところにつながっていくと考えられる。

●委員

他都市では、実際にやりたいことがありますか？の質問に対し、ないという回答が一番多い。活動参加を誘導するときになにかという。

インフォーマルなサービス、そういうところにつないでいけるかどうか。そこに魅力のあるものを行っているかやっていないか。興味関心シートは活動参加に結び付けていくときの、目標をさぐるために活用する。介護予防の自立支援のマネジメントの目標に活かせるものにならないか。

インフォーマルにいけるかイケないかをリハ専門職がアセスメントして、この人ならいけますよ、このような生活状態なら仕掛けによってこういう風になれるんじゃないかと提案できればマネジメントに活用してもらえ。

リハ職は、そういうところをイメージせず、腰痛の人に、ずっとこうストレッチやマッサージとなっているところが国から問題視されている。

目標が見え、今の状況が原因なのであれば、次のステップ、どうしますよという話をできるような人材を活用してもらえ。興味関心シートは目標のきっかけを見極められるものに活用できればと思う。

●座長

ご自分からどんどんいってくださればいいが、そういう人ばかりではない。これをやりたいと言われたときに、生活機能がさあっとプランニングする側に浮かんで行って、アセスメントにつながると具体的なプランにつながってくると思うが。

実際に作成するとき、委託分をチェックされたときに、一日、一年目標が具体的ないい内容になっているでしょうか。ここが十分にできていれば、十分引き出せているので、興味関心シートは不要だと思うが。

●委員

興味関心シートについて、個人的ではあるが違和感のある項目がある。80-90代の方の多くは言葉で表現はできなくても、自分なりに選択をして自己決定、自己選択をして生きてこられた方々なので、ここまで聞いて明らかにしてからでないか、プランが出来ないのか、やりたいことができないのかというのが率直な印象。なんでも明らかに明らかに・・・というのはいかがなものか。もちろん今後の参加にはつながっていくが、どこまでこういうものを活用しないといけないのかなという思いがある。

●委員

認知症の方で、脳いきいきで訪問して、アセスメントして計画を作るときに同じようなこと言われたことがある。ここまで聞かれないと教室（脳いき）使えないのか？そこまで思っていなかった。軽い気持ちで脳いきに行こうと思ったが、相手にとってはそこまで全部聞かれないと参加できないのかと言われたことがある。

●委員

おそらく支援者側の力量、相手を見極めながらにはなるかと思う。一律ではなく、あるいは使った方がコミュニケーションになることもあると思う。

●事務局

すべてこなさないといけないのではない。0か100かになってきてしまうのはつらい。我々は主旨を、研修でしっかりと伝えていかないといけない。かといって簡略化してしまうと、これだけでいいよねとなってもいけない。

●委員

国から出て来たものがすべてよしと、印象を受けがちだが、そうではない。

●委員

あくまでもツール。リハ職は使えるのかといわれると、実際は、使える人と使えない人いる。絶対これをとるとしんどい。実際は、あくまで1つのツールという認識。

●座長

自分で、今まで生活を成り立たせて生きてこられた方々。それを尊重しなくてはならない。

できなくなったこと、諦めていることがあればまたそれができるようになるかもしれませんよと働きかけることが重要。聞くと逆に失礼なこともある。一律にすべてではない。

そのへんは検証しなくてはならない。説明等、マニュアルも必要になるかもしれない。希望などを把握できない専門職がいたとしたら使えるツールであったり、一緒に○をつけていくツールであったり。

これを聞くのはどうかという項目もあると思うので、カテゴリーを分ける必要があり。排せつ等は聞く必要がなければ不要。一緒に考えるきっかけになればいい人もいるということ。このまま使うのはどうかなのもあるもので、必要となれば作ればいいのかも。みなさんの近くのしっかりした高齢者にチェックしてもらって変更すればいいかもしれない。

い。みなさんの周囲の高齢者やケアマネジャーの意見も上げていただいて、業務が煩雑にならないような仕組みを作っていく、それが効果をあげるような内容にしていくということが必要。包括の方はまだまだ国から仕事がおりにきそうな気配があるので、できるだけ効果的に効率的に動けるというようなみなさんのご意見を集めていきたい。

VI 閉会

神戸に合う内容を他の地域と同率に考えるのではなく、みなさんの経験を生かしていいものにしていきたい。