

神戸市 市民福祉調査委員会 介護保険専門分科会

平成27年度 第3回企画・調査部会

日時 平成27年12月24日（木）午後3時58分～午後5時30分

場所 神戸市役所危機管理センター本部員会議室

出席者 松原部会長、大和委員、小田委員、榎村委員、中村委員、
坪委員、増山委員、花岡委員

関係者 明石基準検討ワーキング座長、奥田介護予防ケアマネジメントワーキング座長

- I 開会
- II 定足数の確認
- III 関係者の紹介
- IV 高齢福祉部長あいさつ
- V 議事

【審議事項】

①介護予防・日常生活支援総合事業にかかる基準について

●委員

訪問型Aが必要となる原因を考えた場合、例えば認知症や運動機能の問題など、根本の治療にアプローチするにはC型の短期集中を並行して使うことも必要かと思います。そういう併用も可能なのでしょうか。

●事務局

訪問型Aと通所型Cの併用は可能です。

●委員

その判断はどのようにされるのでしょうか。

●事務局

そのあたりは、高齢者の状態像をしっかりアセスメントしたうえで、地域包括支援センターのケアマネジャーがケアマネジメントをすることになります。ケアプランを作成いたしますので、それに基づいてサービス提供する形になります。

●委員

緩和した基準でヘルプを実施しようとしても、なかなか人材が集まらないというのは、

報酬が低いからなのか、周知が進んでいないからなのか、そのあたりはいかがでしょうか。

●関係者

担い手が集まらない原因としては、周知の問題よりも、現状ホームヘルパーがなかなか集まらないという側面が大きいかと思います。

●委員

一般の主婦など60歳前後の方たちなどに、人的な余裕があるのではないかと思います、今後、事業者などの努力で人材は集まるのでしょうか。

●関係者

厚生労働省は、一定の研修というのを、昔のヘルパー3級課程、50時間ぐらいを念頭に置いているようですが、50時間となると1日4時間でも10日以上受講が必要という非常にハードな研修になります。そうすると、なかなか人が集まらないことになりうるので、どういった研修をどの程度するのか。あるいは、県がするのか、市がするのか。そのあたりも十分詰まっていないところですので、今後練っていく必要があるかと思います。

●事務局

一定の研修について、国は、ヘルパー3級相当の50時間としていますが、先行している都市では、20時間ぐらいでもいいということになっています。このあたりは、都道府県が全県的に研修を実施していただきたいということで、我々は兵庫県をお願いしているところです。

ただ、担い手がどれだけ確保できるかということは、まだはっきり見えない部分もあります。市民からは、65歳以上の元気なシルバーの方が担い手になるべきだという意見も聞いておりますし、そのあたりがどれだけ確保できるかというところは、実際に実施していかなければ見えない部分かと思います。

ここは訪問型Bの住民主体の部分で、現行NPOさんがいろいろ動いておられる部分がありますので、そこを見ながらということになるかと思います。

●委員

訪問型Aは生活援助全般ということですが、訪問型Bと対象者がダブることはないのですか。

●事務局

訪問型Aは、現行の生活援助部分に移行するだけであって、法的に決められたものしかできません。訪問型Bは、現在、制度外で実施していただいているものが基本ですのでダ

ブらないです。

●委員

A型もB型も実施する事業所があるかと思うのですが、いかがでしょうか。

●事務局

あると思います。

●委員

通所型Cの集団プログラムと個別プログラムの対象者についてですが、個別プログラムでしっかりケアをしたうえで、少し改善すれば集団に行く、あるいはその両方ともの行き来があるのかと思いますが、「集団プログラム終了後の継続参加も可能」が個別プログラムに書かれている意味合いを教えてください。

●事務局

集団プログラムは、一定の力をお持ちの方でないと参加が難しいところがあるため、対象者を、比較のお元気で回復の可能性の高い前期高齢者の方に絞り込みをさせていただいております。現在、「元気！いきいき!!教室」を同じ対象者で実施しており、そこに一定来ていただいて、その後、継続の必要性がある方が数名見受けられます。そういう方については、より個別性の高いところという思いもあり、個別プログラムをその次という位置づけにさせていただいております。

確かに、委員のおっしゃるとおり、ある程度の状態に合った個別プログラムを提供して、それがクリアされれば集団で皆さん同じプログラムでという流れになるのが通常かと思えます。

●委員

両方の流れがあり得ると思います。

●事務局

現在、個別のほうが年齢の区別がなく、集団だけが前期高齢者という想定をしておりますので、行き来できない方も出てきてしまいます。そのあたりも、ご意見をいただければ非常にありがたいと思います。

●関係者

私どものワーキングでも、そういう意見が出ております。複数のサービスを受ける、こっちからあっちに行ったり、あっちからこっちに行ったりするのは、やはりアセスメントやケアプランに即しているわけですので、次の予防ケアマネジメントワーキンググループ

とも共通する話かと思えます。

●委員

通所サービスについては、当初ガイドラインに沿って出てきた名古屋案のような形、通所型の一体型のような案もございましたが、今回、介護予防の重要性ということを鑑みて、現行どおりとされたと理解しております。そういう意味では、事業者サイドとしては、一定の評価ができるかと思っております。

一方で、訪問介護のほうですが、こちらは生活援助と身体介護に分け、生活支援について、ただ要件を緩和し報酬を8割程度に減額して対応していくということです。

これに対しては2点ほど意見があります。1つは、現状で要支援1、2の方々の大半が生活支援を利用されているという実態です。既存事業者は、要支援者の大半の方々に対して対応せざるを得ないので、「8割」という報酬は経営的にかなり厳しいだろうと思えます。

先ほど人材確保が難しい理由は何かというお話がございました。アンケートによると様々な理由がありますが、最大の理由は、しかるべき報酬が少ないということが最大の理由だと思います。それをさらに減額されますので、ヘルパーの方、あるいは無資格者の方といえども、その影響は出るかと思えます。その部分で事業として継続できるか、また、既存の利用者をカバーできるかというところを懸念しています。そのためにも、大胆な基準緩和をお願いしたい。基本的には介護プランをつくらないという方向と理解していますが、ぜひそういう形で緩和をお願いしたいというのが1点です。

2点目は、利用者との間で事故などトラブルが生じたとき、事業者の責任が問われますが、無資格者がサービス提供する、ケアプランもない、サービス責任者も要らないということになる中、トラブルが起こったときの担保はできているのかというところを懸念しております。

●委員

我々としても、事業者が実際に集まるかというところと、報酬を8割に減額するというところを心配しております。また、そもそも、予防というところを月に1、2回行って、どれだけの効果があるのかという疑問もあります。報酬については、利用者側としては1回当たり報酬のほうがいいのかもしれませんが、ケアプランに即してということであれば、事業所としての安定を図る意味でも、包括のほうがいいのかなという話をしておりました。

それから、一般の方が従事する場合の研修時間を少し短くするという話もありましたが、

実際には様々なリスクが発生します。アクシデントに対応しないといけないことも出てくるかと思えますし、あるいは不正などが発生しないよう、倫理の面や安全面といった最低限のところについては、きちんと研修を実施していただきたいと思えます。

②介護予防・日常生活支援総合事業にかかる介護予防ケアマネジメントについて

●委員

アセスメントシートがすごく多いなと思いました。全部書かなくてもいいということは、記入する側の力がないとここだけ聞けばいいということにはなかなかならないかと思えます。結果的に全部聞いていくことになりはしないのかと少し懸念があります。

もう1点は、最近、私の周りの要支援・要介護の人が一気に悪くなるという状況が多く起こっています。介護予防マネジメントを受けている人が、急に状態が悪くなったときには、この流れの中では対応できないので、別の形で動くという形でしょうか。そのときにどのように通常のケアプランにもっていけるのかが見えてこなかったかと思えます。

●事務局

このケアプランは、事業対象者だけではなく、要支援者もこの形で使用していきたいと考えておりますので、事業対象者の方の状態が急に悪くなり、要支援となっても別の様式でプランをつくり直すということは想定していません。

それから、要介護の場合は、別のケアプラン様式になっておりますので、通常どおりの流れかと考えております。

●委員

状態が急に悪くなった場合、本人が申し出るということでしょうか。

●事務局

ケアマネジメント自体は、今回3類型にはなりますが、今までのケアマネジメントと基本は変わりませんので、ケアマネジャーは当然関わりますし、モニタリングのほうも定期的に行います。

●委員

Bの場合は間隔があきますね。

●事務局

Bになった場合はそうなりますが、その場合、いろいろ使われるサービス事業者との連携を密にとっておかなければ、高齢者の状態像などの情報がタイムリーには入ってきませ

るので、そこは関わる地域包括支援センターが、しっかりと連携をとっていくというところが重要になってくるかと思います。

●委員

地域包括の役割がかなり大きくなるというところですね。大変ですが、よろしく願いいたします。

●関係者

これをつくることで、認定を受けなければならないという形を外して、困りごとがあれば相談できるという形にしていきます。持ちかけられた困りごとに対して必要なアセスメントをして、今回たくさん増えてくるサービスや資源をきちんと紹介することを第一としています。今までよりも早い段階でピックアップして、元気な方を継続支援するのが一番の目的になってきます。

それで悪くなったとしても、早い段階から関わってプランをつくり、モニタリングをし、必要に応じてモニタリングの回数は変わっていきます。その判断は担当しているケアマネジャーが素早く判断していけますので、委員がおっしゃったようなことがないように、専門職がきちんと医者につなぐことができる体制になっていると考えています。

アセスメントのとり方ですが、A、B、C、DのBだけとればいいということはありません。A、B、C、Dはすべてとるのですが、項目全部を聞かなくてはいけないかどうかというのは、アセスメントをとるところでの判断になりますので、その書き方や記入例などの勉強会をしていく予定です。すべて埋めないと始まらないというほうが能力としては低くなりますので、そうならないような仕組みをつくっていくことは話し合っています。

●委員

地域包括支援センターがすごく忙しくなるということですが、ただでさえ忙しいのに、これ以上どうするのかと思います。原則対面というときに、地域包括支援センターのケアマネと事業者のケアマネが一緒に対面するのですか。

●事務局

地域包括支援センターだけの想定です。人によっては電話でいろいろご相談になられる方もおられると思いますが、電話では十分に把握ができないというところがありますので、必ず顔を合わせて状況をお聞きするというようなことを考えております。

●委員

今の体制で原則対面というのは、かなり厳しいのではないかと思います。

●事務局

これを進める中で、地域包括支援センターの役割が非常に重要になってきます。国もガイドラインの中で地域包括支援センターを中心に進めてきているのですが、機能強化といいつながら、業務が過剰に増えているという側面があります。その軽減というところは、国も含めてまだ具体的には出てきていない中で、我々としても、新たにどれだけの分量がセンターに来るのかというのはまだ見えないところがあります。

ただ、先行している自治体の話を聞くと、それほど急激なものではないということです。一方では、要介護認定申請とチェックリストの実施とありますが、ご本人さんが認定を希望される場合は、当然、認定申請をしていただくこととなりますので、いきなり事業対象者のチェックリストにシフトするということにはならないと思います。ただ、事業対象者かどうかの判断をするところでチェックリストを実施していきますから、国もガイドライン上では原則対面といっているわけです。大都市では、名古屋市が来年6月に実施と聞いております。横浜市が年明けですが、実質稼働するのは来年度からと聞いておりますので、その辺の状況を見ていかなければいけないかと考えております。

●委員

8ページに、ここの目標で、「1日の目標」「1年の目標」というのがあります。このケアプラン自体が、例えば調理ができるようになるなど具体的な目標が挙がってくるというイメージなのですが、この1日や1年というのは、どう解釈すればいいのでしょうか。

●事務局

プランの目標自体は、大体3か月や6か月ぐらい先を見越した目標を設定いたしますが、それに向かって日々どういうことに取り組んでいこうかというのが1日の目標になります。1年というのはかなり先にはなりますが、将来的にこんなふうにご過ごせるようになりたいという目標を持っていただくことが、介護予防の推進にもつながっていきます。目標の設定は長期だけのものではなく、短期、中期、長期で設定をしたいと思っておりますし、この目標の設定の仕方自体は、これまでのケアプランでも同じような形で行っており、総合事業に移行するにあたってこういう形が出てきたわけではありません。

●委員

具体的な目標を挙げるときに、1日を楽しく過ごすとか、健康で過ごすというのが1日の目標になると思うのですが、そういう漠然としたものではなく、こういう生活をしたい

という目標を挙げて、それに向かって各サービスを実施していくというイメージを持っていますので、私の目標の捉え方が少し違っていたかもしれません。

ケアプランの内容によって、半年の目標であったり3か月であったりすると思います。それを1日や1年に区切るというのに少し違和感を覚えました。

●関係者

委員のおっしゃるプランは、本物のプランに書くことになります。こちらは、アセスメントの最後に、本人と一緒に確認しましょうというものです。

●委員

本人がイメージ化するというものですね。

●関係者

そうです。こうなりたいというイメージをして、そのために何をやって、どのサービスを利用して、何をめざしましょうという計画をしっかりと立てていくというものです。

●委員

それであれば、両方一緒のほうがいいのではないのでしょうか。

●部会長

また検討いただくということで、ほかのトピックはありますか。

●委員

本人が相談に行かれて、あなたは総合支援事業のAやBだというのは、だれがどう決めるのでしょうか。

それから、訪問介護Aの場合は、介護プランをつくらないという方向が出ている中で、ここのケアプランはそうなっていません。ここの整合性はどうなっているのでしょうか。

●事務局

「訪問型A」でつくらないのはケアプランではなく、介護事業所のほうで作成いただいている「訪問介護計画書」と考えております。

●事務局

現在、居宅介護支援事業所が全体のケアプランをつくり、各サービス事業所が個別プランをつくるというルールになっています。個別プランは、要支援の方であっても、訪問介護事業所がケアプランとよく似たプランをつくっています。要支援者に対しては、生活支援のみ提供しているにもかかわらず、3か月ごとに見直しの効果というのはなかなか書けないという現場の意見があります。それでは、もともとのケアプランに基づいて実行すれ

ばいいのではないかということです。

●事務局

「ケアマネジメントの流れ」のほうをご覧くださいまして、アセスメントをして、高齢者の方はこういったところが課題か、どういう支援が必要かというのも判断したうえで、本人と相談のうえで目標を設定し、その目標が達成できるためにこういうサービスを使っていきたいと思いますというのがケアプランに記載されるわけです。例えば訪問型Aを使おう、Bを使おうというのは、地域包括支援センターのケアマネジャーが利用者との相談のもとに決定をしていく形になっています。

●委員

その基準みたいなものは出てないのですか。

●事務局

そういうのは基準ではなく個別性になりますから、その人がどういう生活を送るかによって変わってきます。サービスありきではなく、その人の目標を何に設定するかによって、どういうサービスを導入するかということになりますので、現行のケアマネジメントと同様、例えば訪問介護を入れるのか、訪問リハを入れるのかというものと同じだと思います。

●委員

ケアマネジャーも幅広く様々なものが求められるようになりますが、ケアマネジャーにはどのような研修を予定されているのですか。

●事務局

現在も予防給付のケアマネジメントを行っていただく方につきましては、神戸市のほうが一定の研修を実施しておりまして、その研修を受講した方に対して従事者証というものを発行させていただくことで質の担保を図っており、同じような仕組みをこの総合事業移行後も検討しております。従事者証自体も有効期限を3年に設定しておりますので、3年ごとに必ず更新研修を受講していただくという仕組みは、そのまま継続していく予定です。

●委員

「訪問型サービスC」というのについては、特に検討はされていないと理解していいのでしょうか。

●事務局

「訪問型サービスC」につきましては、現時点では、29年4月での実施という形での検討はしていないということです。

●委員

ということは、神戸市においては、訪問型のCは実施しないということの理解でいいということですか。

●事務局

そうです。

●委員

課題は在宅にあり、自宅に行ってみないと原因がわからないということが多くあります。訪問型Cで効果を上げている自治体もありますので、訪問型Cをぜひ今後検討していただきたい。

VI その他

VII 閉会