

*様式3

会 議 録

会議名 (審議会等名)		第3回相模原市介護保険制度改正に係る実務者等懇談会				
事務局 (担当課)		高齢政策課 電話042-769-8354(直通)				
開催日時		平成26年 7月29日(火) 午前10時00分～11時50分				
開催場所		相模原市役所会議室棟 2階 第4会議室				
出席者	委員	10人(別紙のとおり)				
	その他	-				
	事務局	13人(高齢政策課長、他12人)				
公開の可否		可	不可	一部不可	傍聴者数	5人
公開不可・一部不可の場合は、その理由						
会議次第		1 「新しい地域支援事業(包括的支援事業と介護予防・日常生活支援総合事業)」への対応について(粗案) 2 その他				

審 議 経 過

主な内容は次のとおり。(は委員の発言、 は事務局の発言)

1 新しい地域支援事業(包括的支援事業と介護予防・日常生活支援総合事業)への対応について(粗案)

「新しい地域支援事業(包括的支援事業と介護予防・日常生活支援総合事業)への対応について(粗案)」及び「第3回相模原市介護保険制度改正に係る実務者等懇談会参考資料」について、事務局より説明を行った。

資料1で地域包括支援センターの機能強化の中で、基幹的役割を持つセンターの配置とあるが、これは市に設置されている高齢者支援センターのことか。そのとおり。

基幹的役割を持つ高齢者支援センターを設置することは大変良いことだと思う。高齢者支援センターが設置された当初から、基幹的役割を持つ高齢者支援センターが現場からも望まれていた。是非、進めていただきたい。

調査の結果について予防訪問介護と予防通所介護のサービス内容の多くが専門職等の介入の必要がないということであるが、その根拠は何か。ここでいう専門職というのはどのような定義か教えてほしい。

この調査については各高齢者支援センターにおいて調査を行った。基本的には各高齢者支援センターがアセスメントをする中で、その担当者の見立てにより回答いただいたものである。そのため、客観的な基準に基づいた回答ではない。

専門職については、介護職等がサービス提供を行う必要があるか否かで回答をいただいた。

地域包括支援センター運営協議会に利用者の声が反映されていないという話があったが、その通りだと思う。この調査でも利用者がどのように感じているのか、きちんと確認する必要があると思う。

もう一つはサービスを提供している事業所、新しい地域支援事業に移行する予防訪問介護事業所、予防通所介護事業所がどのようなアセスメントをしているのか。その3者の見立てがないといけない。

この調査の根拠が客観的なものではないという話があった。その点については、新しい地域支援事業への移行については期間がまだあるため、サービス提供に関わっている三者の見立てやアセスメントの根拠をきちんと確認していくべきだと思う。

予防ケアプランの作成についてどれだけ委託をしているか。法律上、要支援1・2の方のケアプランに関しては高齢者支援センターしか作れない。しかし、

全ての予防ケアプランを高齢者支援センターで作成できるわけではないので、一部については委託している。委託の状況を管理しているという前提で調査しているが、この件については詳細な調査が必要だと思っている。予防ケアプランの作成方法が本当に正しいのかどうか、直営か委託か、利用者がやむを得ずやっているのか、あるいはインフォーマルサービスがあればやらなくていいのか。予防ケアプランについてはチームで作成しているが、そのチームが現在あるサービスの中でケアプランを作成している。客観的な視点を入れながら、ホームヘルパーでなければゴミ出しや食事をつくることが出来ないのか。もう少し深く掘り下げる必要があると思う。

新しい介護予防・日常生活支援総合事業の仕組みは理解しているが、ごみを捨てるということ一つをとっても、その人の生活を支援する時に、どういう背景があるか、そこもアセスメントをするわけで、ごみを捨てるという行為だけで専門職の介入が不要とする根拠は弱いと思う。

現状、利用者一人一人の状況を確認するシートを作成し、ケアプランを立てており、調査の回答については掃除、買い物、洗濯等がなぜ必要なのかを一人一人記入していくかたちになっている。どのような身体介護を行っているかという項目も入れていきたい。また、掃除について専門職の介入の必要性が高いということで再調査を行っている。

資料1の認知症施策の推進で 早期診断・対応を可能とする取組の推進は非常に大事だと思うが、現在あるデイサービスやグループホームや特養では、認知症高齢者に対する対応が出来ていない。どこの施設が良い悪いというのではなく、どこの施設を訪問しても認知症の方に対する基本的な対応が理解されていない。教育を施設に任せるのではなく、行政側から職員の教育をしていかなければ変わっていかないと思う。

現状では、一つは介護人材の育成、もう一つは認知症に特化した育成を行っている。今の御指摘は非常に大事なことである。研修会を開催しても出席しない施設もあり、課題と認識している。

もう一つは高齢者支援センターを経由した総合相談・通報制度である。医療では、クレームや苦情を通報できる制度がある。そのような制度の整備は難しいかもしれないが、人権問題や虐待問題もあるため、いずれにしても人材育成は引き続きやっていかなくてはいけない。認知症に特化した、通報制度がいいのか、研修がいいのか、そのあたりを検討したいと考えている。

施設における人材の研修については毎年高齢政策課のほうで実践者研修などを年数回、職位に応じた研修を行っている。より多くの人たちが参加するように周知徹底し、研修を充実させていきたい。

ボランティアについてだが、先日、地域のボランティアから「一生懸命やって

いるけれども、ボランティアの使い方を地域は分かっていない。これではやりがいが無い。」という声を聞いた。やりたい人をどのように発掘していくのか、あるいは他都市でどのようなやり方をしているのか、教えていただきたい。

もう一つは 在宅医療連携拠点機能の設置の二つ目、在宅医療・介護連携のための協議体の設置や研修の実施について、第一回目の時に地域包括ケアの主旨の中で、在宅医療を実施している医師の把握方法について発言した。その点については既に把握していると思っている。今後どのように支援・インフォメーションをしていくのか教えていただきたい。

ボランティア発掘について、具体的な方法は確定しているわけではない。現在、地域の中でインフォーマルサービスが一定程度行われているが、多種多様なものが幅広く行われていないと認識している。そういった中でボランティアからすると、選択肢が少ないと認識している。今後は多様な技術を持つ団塊の世代が地域を支える担い手となってもらう必要がある中で、ボランティアにおいても仕事を選べる体制づくりも必要であると思う。そういった仕組みづくりも含めて地域において相談していきたい。

ボランティアについては市の社会福祉協議会が災害時でも活躍できるような体制を整えている。ボランティアにも無償と有償があり、NPO法人の認定を受けているものもある。また、市の制度に組み込まれたくないボランティアもいるだろうし、市の制度により設立初期に補助を受けたいボランティア団体もいるかもしれない。市社協と調整をして、オール相模原市で対応できるような仕組みをつくりたい。いずれにしても地域福祉課が先行してボランティア施策を行っているので、調整が必要である。

在宅医療・介護連携も一つの大きな課題と認識しており、市の内部でも担当している課(地域医療課、高齢政策課、地域保健課、高齢者支援課等)が複数あり、どこが中心に行うのか決めかねているところである。現在、地域医療課において在宅医療の懇談会を行っており、医師会や病院協会の医師や、介護関係の職種の方が集まり、具体的な話を進めている。

在宅医については名簿を備えて、各区高齢者相談課で対応できるようになっている。ただ、市民の方にそれを公表してもいいという医師と、それは困るという医師もいる。名簿は更新して各区高齢者相談課に置いてあるが、公表については医師の意向を確認する必要がある。実際に在宅医療を行っている医師を地域資源として介護支援専門員や高齢者支援センターがどうやってコーディネートしていくかが大事である。そのあたりの件は検討していきたいと思う。

相談課においても、市民から地域で在宅医療を行う医師を紹介してほしいという相談が来ている。医師会のホームページにも情報が記載されている。手元に資

料はないが、40～70カ所になる（平成26年8月時点 往診（緊急）47箇所、訪問診療60箇所、計107箇所）。ただ、登録している医師はいるが、現にその医師がやっているのか、開業時にお客さんを集めたいということで最初は往診をしてくれるが、ある程度人が集まるようになると往診出来なくなる医師もおられる。地域保健課と地域医療課がそういった情報を提供する体制を整備している。地域医療課との調整はしていないが、今後検討を進めていく必要があると思っている。相模原市として在宅拠点についてどうしていくのかということは現在、医療懇談会を進めているので、そのなかで最終的なものが出てくると思う。

おっしゃる通りだと思う。例えば、ある医師が「24時間365日看取るよ」と言っていて、介護支援専門員は安心してると、実際は「日中だけだから、夜間は他の医師に頼んで」と平気でおっしゃる。私たちのイメージと医師のイメージに認識ズレがあると、それが40カ所の認識のズレが積み重なっていく。その認識のズレが分かるようになればいいと思う。

一つ目は認知症施策の推進の中で 認知症ケアパスの普及促進とあるが、北里大学東病院が認知症対応のグランドデザインを掲げており、認知症を診断する医師の教育を行っているという話を聞いたことがある。福祉の中でどのようにそのような医師と絡んでいけるのかを知りたい。

もう一点は、ひとり暮らし高齢者等個別訪問事業は良い施策だと思うが、この先、要支援1・2と診断されたり、ハイリスクの方々の発掘ということで、そのような方々のニーズの発掘が可能なのかどうかを知りたい。市民の方が入りやすい窓口がないのではないかという印象を受けている。

まずは高齢者支援センターに相談していただきたい。高齢者支援センターで完結できるものではないので、適切に関係機関等に繋げていく役割を担っている。高齢者支援センター自体、市民の認知度はおおむね30%であることがまず課題で、高齢者支援センターを御活用いただきたい。

認知症施策について、かかりつけ医は認知症の専門ではないので、北里大学東病院において研修を受けていただいて、基本的なことを学んでいただき、医療センターの専門医に繋ぐ。医師会に入っていれば、初期の鑑別診断まで持っていけるような仕組みは構築している。かかりつけ医の先生方には、認知症が疑われる高齢者については研修を通じて専門医に繋げていく仕組みを医師会を通じて周知させていただいている。

相談については高齢者支援センターが地域ケア会議を通じて地域資源をどれだけ把握しているかが重要だと思うが、残念ながらそこまでは出来ていない部分がある。いずれにしても高齢者支援センターを中心に生活支援コーディネーターを配置しながら準備をしていく必要があると考えている。

戸別訪問事業における民生委員の協力についてはどうなのか。

戸別訪問事業については地域の見守りということで、虐待対応・権利擁護の対応、医療と介護の連携対応、高齢者の見守りという3つをテーマにした。虐待の対応については個別検討会議が制度化されている。医療と介護の連携については、介護の側からみて医療との連携の壁が高いので、地域ケアサポート医を配置して相談体制を構築している。地域の見守りに関しては民生委員に協力いただき、モデル事業として平成23年度から始めた。事業の対象であるひとり暮らしと高齢者世帯が約56,000人もおり、介護保険や在宅福祉サービスを利用している人を除いたリストを民生委員にお渡しして、そこから民生委員が日頃から関わっている人を除き、大体9,000~10,000人くらいが対象である。民生委員は900人いるので、民生委員一人当たり10人位になる。10月~12月まで訪問していただき、80~100人程を介護保険サービスに結び付けている。ただ、中には支援を求めない方もいる。個別訪問に加えて、新聞配達や生協等の事業体をお願いをして、異変があった場合に市に通報する制度もある。見守りに対しては重層的な取組を構築していく必要がある。今後、生活支援サービスやボランティアによる活動も期待できると考えている。

ボランティアは新しい地域支援事業において大きな担い手になると思うが、ボランティアが介入できる範囲というのは限られており、責任の所在が大きな問題である。責任の所在を問われた場合、ボランティアの介入は難しくなる。

要支援1・2の方の新しい地域支援事業の移行については慎重に移行しなければいけないと思う。まずは既存の介護保険事業所にサービスの委託をしていくことを考えている。基準を満たした事業所をしっかりと指定して、市として責任を持ってサービスを提供していかないといけないと考えている。それらを定期的に監査していく体制も検討したい。基準を設定していかないといけないので、そのことについてはガイドラインを踏まえて検討していきたい。

5月に横浜市鶴見区の地域ケア会議に参加し、介護支援専門員や地域の方々と高齢者の住まい探しやゴミ屋敷をテーマに意見交換を行った。今後は地域の不動産業者に地域ケア会議に参加していただき、具体的な意見交換が出来ればと思った。不動産業者と話すと、入居希望者にはどのようなケアが行われているか分かっているれば、高齢者の入居はスムーズに行くという話を聞く。こういった事業をPRする時に、地域の住民や福祉、介護関係だけでなく、地域の商店街や不動産業者にPRすることも必要だと思う。地域ケア会議を活用して、どんどん事業をPR出来ればと思う。

確かに住宅施策については、住宅課が様々な支援をしている。高齢者については保障制度があるものの、単身の高齢者の場合は入居が難しいことがある。そういったことに対して、住宅課を通して紹介制度を整備している。高齢者保健福祉計画の中にも住まいという項目があり、大変重要であると認識しており、高齢者

支援センターを中心にこういった対応ができるか検討して参りたい。

不動産業者は前向きである。大家さんを説得するための説得材料が欲しいとよく言われる。

先ほどの実態調査の調査方法についてだが、訪問介護では買い物、コミュニケーションなども、介護職や生活相談員が専門性を発揮して関わっている部分もかなりあると思うので、そこを客観的に評価できる仕組みでもう一度調査を行っていただきたい。

新しい地域支援事業については、基本的に今ある枠組みで行うということで理解しているが、要支援者の中には相模原市外のサービスを使っている人がいる。現状のサービス提供を継続する方向で何とかならないかということで現場の介護支援専門員から意見があった。

調査結果については、内容を精査しているところである。御指摘については、考慮しながら政策に反映させていきたい。

他市のサービスを利用する背景は分からないが、介護支援専門員がアセスメントする時に相模原市にそのサービスが無いということで他市のサービスを位置付けると思うが、市でも出来るものであれば出来るようにしたい。

もう一つはアセスメントをしっかりとやることによって、他市のサービスを利用せずインフォーマルサービスで足りるかもしれない。まずは予防サービスを行っている事業所にやっていただきたい。しかし、区分支給限度基準額や、1割負担から2割負担に変わるなど制度が変わること。また、委託料を下げた場合、やる場所が無くなったという情報も聞いている。その時に一番困るのは利用者である。介護支援専門員の会等と、ケアプランの状況について、高齢者支援センターと連携をしていく必要がある。

今の質問は新しい地域支援事業に移行した時、例えば市境の人が他市のサービスを利用出来るかという確認だが。

相模原市が厚木市の事業所について新しい地域支援事業として指定することは出来る仕組みになっている。また、住所地特例が介護保険法にあるので、他市の被保険者が相模原市のサービス付き高齢者住宅に住んでいて、今までは使えなかったものが、介護保険法改正で使えるようになる。

リハビリの観点からだが、調査結果の中で予防通所介護において、特にリハビリに関して専門職の介入の必要性が高いという結果が出ている。専門職のリハビリ技術が高いこと、利用者にはリハビリの必要性があるという認識が高いことはとても嬉しいことだと思う。ただ、裏を返せば、利用者にとってリハビリが必要だと感じた時に、他者から受けるという認識が自立への妨げになるのではないかと。ということで、新しい介護予防・日常生活支援総合事業を新たに作っていく中で利用者自身が自身の状態を良くしていこうという考えを持ったうえでの事業を計

画していただければ、より利用者の自立度を高めるものが作れると思う。

もう1点、理学療法士会において地域包括ケアリーダーと介護予防リーダーの研修制度が始まった。こちらはまだ始まったばかりだが、研修を終えた職員が主導して、介護予防事業をつくっていききたい。

市では協働事業提案制度があり、リハビリ職の団体から介護予防事業を提案していただいている。

もう一つは住民の方の意識として、要支援・要介護にならないように予防してもらおうということで、年間5,000人程抽出して、予防事業の参加を促すため通知を出しているが、介護予防事業への参加の拡大が課題である。アプローチの仕方として、地域の身近な場所で誰でも参加できるようにやっていかないといけない。普及啓発活動もあるので、それを活用しながら普及啓発をしていく。リハビリ専門職の方は貴重な人材であるので、専門的な介護予防をしてもらうことで効果もあり、しっかり普及啓発していききたい。

根本的な問題として、「介護」という言葉にアレルギー反応を示す人も多い。介護になる前の段階であるが、「介護」という言葉が入っているだけで「自分には必要ない」という反応を示すことが多い。根本的な言葉のイメージから見直さなければいけないと思う。

保健所で健康増進事業を行っており、その対象者には高齢者も入っているので、保健所と連携して、健康増進という観点から介護予防に資する事業として行ってもいいと思う。ネーミングも含めて検討したい。

市の老健の定期総会でも人材育成についてよく話が出ている。しっかりした法人が事業を起こして、給与等福利厚生を上げた場合、他の施設・事業所から人材が流出する可能性も起きる。昔から私どもがお願いしているように、少なくとも他市と同じような級地区分が取れないかお願いしていただければありがたい。

その件については内部でも慎重に検討していききたい。

級地区分の厚木市や町田市など隣接市との相違については、元々国家公務員の地域手当の区分をベースにしているため、そこから見直しが必要となる。平成27年度の報酬改定により、国家公務員の地域手当の区分と介護保険の地域区分は一致すると思うので、介護保険の地域区分をさらに変えていくということになると、地域の実態と合わせていかなければならない。例えば、地域の給与の実態を見据えていかないといけない。人材確保も当然絡んでくる。

地域区分の見直しをすることによって給料は上がると思うが、それが難しいのであれば、何かインセンティブを付けないと、人材を確保することは出来ないと思う。

資料1の粗案になるが、介護や認知症については高齢になればそのリスクも高くなっていく。団塊の世代は人数が多くお金や時間もあるので、どのように使って

いくのかをキーワードにしてほしい。

在宅医療・介護の連携の部分で、医療機関については医師会のホームページの充実を働きかけていただきたい。訪問医療をやらなくなった医療機関があったり、情報が古くなってきているというのもあるので、医師会に担当医療機関の新しい情報を更新してほしい。

認知症サポーターの養成について、オレンジ色のブレスレットを首にかけている人を一度だけ見たことがあるが、あとは見たことがない。認知症サポーターの養成も認知症の予防の面から考えて認知症そのものを知らなければいけないので、団塊の世代も含めて、予防という観点から勉強していたら自然にサポーターになったというような仕掛けを作っていくことが出来ないか。

粗案の中の3．地域ケア会議の推進と5．地域包括支援センターの機能強化について話を聞いていると、高齢者支援センターで提供するサービスの質にばらつきがあり、それを評価するしくみを作っていくといけない。基幹的役割を持つ高齢者支援センターでは、各高齢者支援センターや職員の質の向上を図る。そういう意味でこの粗案は全体的に推進していただきたい。

高齢者支援センターについては3年に一度、第三者評価制度を実施している。そこで出た課題が数多くあり、各区高齢者相談課を中心に個別指導に努めている。自己評価では、センター長や運営法人の意向次第になってしまうこともある。高齢者支援センターの機能において、必要な高めるべき部分は第三者評価を行うことで分析している。

認知症サポーターは目立たない存在ではあるが、本市においては平成26年度までに12,600人の養成を目標に掲げている。認知症サポーターとはどういった人なのかまだ理解されていない部分もある。今は自治会や高齢者支援センター等を中心にグループ単位でお願いをしている。それから、老人クラブ連合会やあじさい大学、シルバー人材センターにも参加の周知はしているが、なかなか行き届いていない。今後も普及啓発をしていきたい。

2 その他

次回の日程については、8月15日の午前中を予定したい。

質疑、意見なし。

以上

相模原市介護保険制度改正に係る実務者等懇談会
委員出欠席名簿

	氏名	所属等	出欠席
1	入原 修一	公益社団法人 かながわ住まいまちづくり協会	出席
2	上田 幸雄	公募市民	出席
3	小野澤 和美	公益社団法人 神奈川県社会福祉士会	出席
4	金森 毅	公益社団法人 神奈川県理学療法士会	出席
5	瀬間 末明	相模原市介護老人保健施設協議会	出席
6	外塚 壮	一般社団法人 相模原市高齢者福祉施設協議会	出席
7	土田 恵津子	友知草の会	出席
8	橋本 美智子	公益社団法人 神奈川県看護協会相模原支部	出席
9	早田 栄	さがみはら介護支援専門員の会	出席
10	平塚 誠	公募市民	出席

(敬称略、50音順)