

平成26年度第2回介護サービス質向上委員会

議事要旨

- 1 日 時 平成26年9月2日(火) 18:30～20:00
- 2 場 所 広島県広島市中区基町10番52号
広島県庁 本館1階 102会議室
- 3 出席委員 山口委員長,
荒木委員, 宇都宮委員, 宇根委員, 清代委員, 藤井委員,
松本委員, 本永委員, 芳谷委員
(委員名は五十音順)
- 4 議 題 **〔報告事項〕**
(1) ケアマネマイスター広島の選定について
(2) 診療報酬改定に伴う退院支援について
(3) 特別養護老人ホームの入所指針について
〔協議事項〕
(4) 第6期広島県介護保険事業支援計画における
介護サービス基盤整備のあり方について
(5) 介護予防・日常生活総合支援事業(新しい総合事業)
への移行について
〔その他〕
(6) 医療・介護連携について
- 5 担当部署 広島県健康福祉局介護保険課企画調査グループ
電話(082)513-3206(ダイヤルイン)

6 会議の内容

- (1) 議題の(1)から(3)までについて、事務局から会議資料により説明が行われ、その後、次のとおり質疑応答が行われた。

委員長 介護と医療の連携の取り方に関するアンケート調査結果は、医療側及び介護側の双方にとって参考になります。県は多方面での活用や、また関係団体へ結果を情報提供してください。

委員 尾道市の場合、居宅介護支援事業所を通しての申し込みを原則としている話がありましたが、入所実態としては、病院退院から入所になるケースであったり、あるいは、軽費ケアハウスから入所されるケース等も多々見られることから、必ずしも、居宅介護支援事業所が関与していないケースがある。
また、入院等があった場合は、直近の状況について把握していないという

こともあり、必ずしも居宅介護支援事業所を通すことを絶対条件とすべきではないと思います。

もう一つは、申込み時点で要介護1・2の方は原則受け付けないということですが、今回の趣旨はそもそも入所要件として、軽度の方については、原則その入所を特例とするという扱いであって、入所申込みの時点で制限するのは、いかがなものか。入所申込み時点から直近の入所までの期間にはタイムラグがあるので、申込み時点の状態が入所時点の状態ではない。要介護3にならないと申込みができないと、スタートが遅れ、ますます順番が後ろになってしまう。

もう一つ、資料の最後のところで、要介護1・2の方の入所についても、要介護3以上の方の入所の必要性を総合的に判断し、総合評価が高かった場合に入所できるとすると、配点基準として、要介護度を高い配点にしてしまうと、要介護度1・2の人は、他の状態が悪くとも、入所できないということになる。優先度の判断として点数化されることは賛成ですが、配慮が必要ではないかと思えます。

もう一つ、原則居宅介護支援事業所を通すということになると、特定の居宅介護支援事業所からの入所者ばかりに優先的に働くということが起こり得るかもしれない。公平性を欠くということが起きてしまうことが懸念される。

施設側から担当している居宅介護支援事業所へアプローチすることを主に考える方が現実的ではないかと個人的に考えている。

委員長 老人福祉施設連盟としてご意見がありました。事務局の方から何かありますか。

事務局 ただ今のご指摘につきましては、一点目の居宅介護支援事業所を通すということは、神戸市や尾道市で行っており、いろいろな工夫でクリアできると考えておりました。それに関しては老人福祉施設連盟と話をさせていただきたいと考えております。

もう一つ、特定の居宅介護支援事業所を通して申し込むこととなると、不公平が生じる可能性があることについては、市町がどう関与していくかということで解決できるのではないかと考えております。市町を含めて協議する場をどんどん設けて行こうと考えております。

それと、要介護1・2は原則受け付けないとしているのは、特別養護老人ホームに申し込もうと思うと、早く申し込みたいということが起きてしまい、点数の付け方を見ても、長く入っている人の方が点数が高くなっています。そうすると早い申込みが誘発されてしまう。要介護1・2の方をある程度のところまでは地域で診られるような形にして、その後申込みができる形をイメージとして持っています。

例外をつけているのは、特例入所に該当するような方であれば、当然受け付けを行うということです。ただ、地域での生活ができるかどうかというこ

とを居宅介護支援事業所を通して診ていただいた上で、他の要介護3以上と人と併せて判定をしていった方が良いのではないかと趣旨で考えております。

この点も含めて、老人福祉施設連盟とも議論を詰めさせていただくとともに、市町とも、すでに8月中に介護保険事業計画の説明の中で話をさせていただいて、ご意見をいただいておりますので、それらをまとめて、老人福祉施設連盟と話をさせていただきながら、作っていきたいと考えております。

(2) 議題の(4)及び(5)について、事務局から会議資料により説明が行われ、その後、次のとおり質疑応答が行われた。

委員 短期入所の利用のところについて、介護支援専門員の立場で言いますと、入所日数15日以上というのは、全く生じないわけではなく、必要な事例もありますが、ショートステイがずるずる長くなり、ロングのショート利用の状況が起こっていることに問題を感じております。是非、ショートステイの連続利用については、適切なマネジメント、といっても、そこに関わっているケアマネジャー以外にそれほどたくさんの情報を持つわけではないので、どういった整理をすればよいかというのがあるのですが。

明らかに30日を超えて、それを1年を超えてやるというのは、どこに適切なマネジメントがあるのかということ。

また、居宅介護支援事業所のルールからしても、居宅を訪問して、利用者のアセスメントを行うことができていない。ロングのショートはマネジメントのルールとして適切ではない。自立支援にも向かないというケースもある。

有料老人ホームから短期入所に転用した例や、ほとんどが長いショートで埋めていたり、事例としてはまずいものが出てきているということを厳しい目で見ると感じております。ただ、ニーズがあることは知っています。

委員長 ロングショートステイという言葉は初めて聞きましたが、現実にはあるということですね。

委員 神戸市はミドルステイとして制度的に認めている。特段別の給付費として出している可能性があります。

在宅での生活が困難ではあるが、施設に入れず、家でも診られない。だからショートに長期間預かってもらうという事例がある。或いは家族の療養であったり、生活基盤に特段の事情がある場合にはショートステイが長期化するということは、当然起こり得ることです。必ずしも長期化しているから悪いわけではないですけど、入所の視点から見ると、入所ニーズのある人たちがショートを交代で使用しながら、在宅生活を継続している側面もある。

30日を超える計画で常にそこにいるというものについては論外ではありますが、有効性を1件1件把握することが大事。数値的な指標のみでは比較

が難しいと思います。

通所の月20日以上については、月20日通う通所介護の人はほとんどが認知症の人で、家族の人が在宅で日中支援できないため、日中デイサービスに通っている人たちです。

私の施設の場合でも、週に複数回利用する人たちは、重度の認知症の人たちというケースが比較的たくさんある。その人たちは認知症デイに行けばいいじゃないかと行政は言われるが、なかなかそうはいかない。この部分についても、支える機能とのバランス。夜は診るから、昼は何とかしてくれというのがありますし、そうしないと働きに行けないというのがあります。給付としては適正ではないかもしれませんが、一律に日数を超えているからいけないというものではない。

給付適正化事業の中で訪問介護での長時間の訪問については、不適正ということで指摘の対象となる事例があったが、個別のケースで、そこを丁寧に市町がやらないと、本来であれば、ケアマネジャーが適正にやればいいだけの話。どういった指摘をされるかは、丁寧に行っていただきたい。

もう一つは、認知症対応型共同生活介護の中でも国の方も地域の認知症対応拠点として、相談サポーター養成の役割を担うようにと言っているが、県としてこの部分は所管が高齢者支援課ですが、グループホームにこの機能を担わせるということが、介護保険課と高齢者支援課の間でコンセンサスがあるのかスタンダードになっているのかはどうか。

委員長　　まず、最初の部分。ショートステイが長いという委員の意見。事務局の方はどのように考えておられますか。

事務局　　ショートステイにつきましては、例えば、県北地域では周りに支える人もおらず、行くところがない可能性もあり、どうしても長い方がいるのは事実です。それを一概に悪いと言う気は全くありません。これはケアマネマイスターと話をさせていただいた時も、一律にどうこうというわけではない。ただし、今一番問題となっているのは、長期滞在させることを目的に、ある程度の規模のショートステイを作る事業者が出てきている。なぜかという、規制がないからです。そしてもう一つは、満額使えば、ケアプランもあまり中身の無いものでお金ももらえ、しかも要介護3以上であれば、全額居宅サービスで利用すれば、特別養護老人ホームより費用が高くなる。

さらにショートステイは、経営効率を考えれば空かない方がいいわけで、長期滞在の人を集めて入れてしまうという事業者を抑えていかなければならない、というのが基本的な考え方です。

委員長　　モラルハザードが起こらないように。そこは県が実地指導やその他、保険者である市町とも相談しながら、適切な対応をお願いしたい。

もう一つは、地域によって訪問看護、訪問介護といった訪問事業は専門職

が少ないために、サービス量が少ないといった地域がある。そういった地域は、訪問サービスで何とかカバーしようとしても、できにくい。それでショートステイに走ってしまう。こうしたところがあるかも知れない。周辺の状況、地域の状況を市町によく把握してもらい、県が報告を受け、対応策を適切であるような、そういう方法をとっていただきたい。

それと、もう一つ質問がありました。

委員 介護保険課は認知症対応型共同生活介護を認知症対応の拠点とするように考えているが、サポーター養成や認知症に対する地域相談は所管が高齢者支援課であり、そこで進めている事業もあると思われるが、お互いのコンセンサスが取れているのか伺いたい。

事務局 一体的に取り組めるよう努めさせていただきたいと思います。

委員長 その他、ご質問はございませんか。

委員 もう一点。(3)の事業所評価のところ、市町が事業所を評価し、重度化予防機能の強化を図ると目標にあるが、これを通所介護と短期入所生活介護に限っているのはなぜですか。重度化予防機能ということを考えれば、通所リハビリや訪問リハビリも体制や実績として評価するという点では指標的には同じと思われるが。2つのサービスに限定していることに意味はあるのですか。

事務局 通所介護と短期入所生活介護かといいますと、通所介護はもともと、自宅まで送迎を行い、家の中まで見て、どういう暮らしをされているのかを含めて、その家でどうやって暮らせるかということのをデイサービスでいろいろ行うわけです。ところが今は、レスパイト機能が優先されており、今後独居が増えたり、老々介護の人が増えた時に、休んでもらっているだけでは、在宅支援に結びつかないと思われまます。そのため、予防の部分を通所介護で見させていただきたいという趣旨があります。

短期入所生活介護については、施設に入ったままで、以前は様々な機能訓練を行っていたが、介護保険となり、入れっぱなしの状態になっている。泊まっただけ、何もしないとすれば、当然生活機能が落ちていくので、その部分の解消ができないかという思いがあり、2つのサービスについては県として関わっていきたくて考えております。

委員長 保険者である市町、委員が出席されていますが、何かご自分の市町或いは近隣市町で計画を立てていたりされるのでしょうか。ご自身の市町では、検討は始められているのでしょうか。

委員 支援員等のコーディネーターの配置等が出てきている。県の方が28年4月からという目標を示されているので、それを目指して準備を進めていかなければならないと考えております。27年4月は厳しいので、28年4月からできるよう努めていきたい。

委員長 正味、1年半くらいですね。

委員 本町の場合、医療総合病院がないため、医療との関係もありますし、いろいろこれから調整しなければならないことがかなりあるのではないかと考えております。

委員長 福山市はいかがでしょうか。

委員 28年4月からの移行を目指すということで、今日初めて見て驚いています。

7月28日に国のガイドラインが示されたが、福山市はそれ以前から検討に入っているので、可能であれば、来年4月を目標にやっていきたいという思いはあります。ただ、最終決定されたものではありません。

生活支援サービスは昨年から県の補助金を活用して、地域包括ケアの取り組み、生活支援サービスの提供体制の構築は既に準備に入っている。また、通所介護・訪問介護の同等サービスについては、スタート可能だと考えております。問題は多様なサービスで、ボランティアを活用したり、簡素化したサービスであったりといったところが、いかに準備できるかだと思っております。ただ全てを全市で行えるというわけではなく、ボランティアの活用は、やりながら拡大していけばと思っております。

早い時期からスタートを切ろうと準備をしております。

委員長 自治体の現状に触れていただきました。今の内容を踏まえて、意見はございますか。

委員 資料にある通り、生活支援の部分で社会福祉協議会と記載されており、社会福祉協議会の役割を最大限に発揮することで動いております。福山市が話されたことですが、28年4月からの移行を目指すという表現は、県内統一的に28年度の方角で揃えて行こうという趣旨ですか。一方では、福山市が言われたように、早ければということをおっしゃったのですが。

その部分について、もう一度説明をお願いします。

事務局 経過期間が2年あるのですが、危惧されていることといたしまして、サービス基盤で多様な主体で多様なサービスを行う、できるだけ早い時期に各地域で見定めていただきたい。一定の積み重ねをしたうえで、できるだけ早期

に次を見つめていただきたい。

ですから、それがなければ移行できないわけではない。

各地域でのサービスの見定めが大変難しい。今月の市町会議でも当該内容の説明が主になる予定です。現在でも制度で日常生活支援事業があるが、枠組みが変わる中で、市町の格差ができないよう、全市町が一緒のスタートラインのもと、一定の手順を踏みながらそこを目指していくことによって、それぞれの地域の実情に応じてより効果的・効率的な体制を目指したい。

市町によっては、法がまだあるのだからということと言われる方もいるが、法が変わり、要支援や要支援前の方々へもより良いサービスが提供できるようになるため、法が定める期間よりも早めに歩調を合わせて進めて行こうという考えです。ただ結果的に伸びるということはやむを得ない。

28年の時点ではどのような形でできている若しくは来年にはこういう形ができているという方針を示す必要があると考えています。

委員 27年にやりたいという市町がある場合やってもよいのか。

事務局 27年から開始していただいても結構です。福山市がそういった意向があることを伺っていたが、多様なサービスの部分については、社会福祉協議会との関わりが随分出てきます。市町社会福祉協議会は事業型として介護事業をされている。ただ、今後は性格が変わっていきます。県及び市町を含め地域の実情、サービス基盤に応じたものを集約しながら進めていきたい。それを野放図に期間を定めているとずるずる行ってしまうため、目標を設定しています。

委員 28年4月からの移行を目指すという部分について確認させてください。

最悪でも28年4月から県内どこの市町も行うということで、来年の4月から行うところがあってもよいという、いろんな温度差があるスタートを広島県はとるとのことですね。

家族の会は、県内いろんなブロックで活動しておりますが、自分の所在地がどうなるか確認するときは、それぞれの市町の高齢介護関係課に聞いてみればよいということですか。

事務局 はい。それと、27年4月から制度が変わるといっても、総合事業に移行するまでは、従来の介護予防事業の中でサービス自体は提供されます。

委員 家族の会で話をしているときに、家族の会としての意義はどうあるかと考えた時に、いろんな市町のいろんな事業を見比べて、情報交換しながら、自分たちも勉強会をして行こうと考えています。また行政とタイアップしながら、自分たちが会としてどういう支援、活動ができるかを考えて行こうという時に、横のつながり、ある意味、広島県を並べて、温度差がないような活

動ができるととらえている人もいます。だから、それを情報交換できるのは、28年4月頃からと捉えていいわけですね。

事務局 理想を言えば、家族の会から市や町の担当課へお尋ねをいただくというよりは、市や町の方から関係者の方々に我が市、我が町の現状、それから将来の姿はこうだと、これについてこういったことを考えているのだけれども、いろんなご意見を伺いたいということでディスカッションしながら、総合支援事業を構築していくというのが理想です。

ただ、そこまで丁寧にやっていただける準備ができている市町がすべてとは申し上げられないので、家族の会から担当課をつつとということもありかと思えます。また、他の市や町ではこういった意見があるよといったことを、目が覚めていない市や町の担当者を目覚めさせることになると思われれます。

委員長 保険者である市町へ移行していくわけですから、事業がなくなってしまうわけではない。介護保険という財源を使って今までサービス提供していたものから、市町の方へ移行していく。だから市町の方でも温度差というか、要介護に限りなく近い、放っていたらといったケースが結構ある地域があるとすれば、そういったところは重点的に力を入れてサービス提供なさるでしょうし、それは地域の実態を市町が把握されて、決定されるのだろうと。だから、1年以上の期間が設けてあるわけです。その間にどんな移行の仕方をするかは市町が決められます。

市町の住民としての希望を市町の方へおっしゃるのは良いが、個別に県へおっしゃっても対応が難しくなる。市町の事業になるわけですから。

委員 厚生労働省の方が来られた際に、介護保険をごみの出し方に例えて話をされたときに、ごみの出し方は市町によって分別の仕方があるように、介護保険の実費サービスの事業のやり方も市町がいろいろ工夫してやっていける、そういうことが今度始まるという説明を聞いた時に、自分の市町と隣の市町でどんな事業が出てくるのか心配なんです。自分たちの受ける介護サービスが隣の市町と比べてどうなのか。自分の余生をどう生きていくかと考えた時に、そういう不安を持っている人がこの介護保険法になった時に反対されたと同っております。だから、県下で情報交換しあうことで勉強しながらやっていこうと話をしあっています。

28年4月からどの市町でも行うということなので、その後どう変わっていったのかを考える検証機能、情報交換機能としての会の意義を持とうと話をしているのです、ある意味28年4月を楽しみにしています。

委員 28年4月を原則としながら、27年4月もありうるということで、具体的な事務処理について、2段階というのがどうなるのか。

事務局 審査支払は確認しておきます。

委員 1点質問ですが、在宅医療推進拠点整備事業は今年度既に取り組みられている事業と理解してよろしいでしょうか。

事務局 はい。

事務局 今日お越しいただいております保険者代表の方である福山市、熊野町、とてもユニークな取り組み、介護予防の取り組みの成果を上げているところ、或いは総合支援事業の準備がかなり進んでいらっしゃるとうように、既に取り組みの差が出ているところがありますので、そういったところがどういう事業をされるのかというのを注目しているところです。その中で、それぞれの市町が工夫して、ただ8割は他と一緒にだと思えます。あとの1割、2割のところでは独自色を出していくのだと思えます。その取り組みのいいところを評価していただければと思います。

委員長 保険者である市町の知恵の出どころでもあります。それを今度は住民が支えていっていただきたい。福山市と熊野町から現状の報告、概要の説明をいただきましたが、それぞれ少し違うなと感じました。市町によって少しずつ立地条件が異なる、人的資源、社会資源が異なりますから、自分のところの高齢者にとってどのようなのがベターなのか、さらにベストを目指すためにはどうすればいいのか、これを市町は知恵を絞っていかなければならないでしょうし、我々もそれを支援しながら、いろんな意味で委員の皆様にも今後のご協力方よろしく願いいたします。

(3) 議題の(6)について、事務局から説明が行われ、その後、次のとおり質疑応答が行われた。

委員長 介護と医療の連携について、ご意見を賜りたいと思います。

委員 在宅医療推進拠点整備事業で推進拠点は地域の医療・介護・福祉の従事者や行政が一堂に会する場を定期的で開催し、在宅医療の推進に係る地域課題の抽出及びその対応策の検討等を実施とあるが、これと地域ケア会議の目的の違いは。

事務局 地域ケア会議については、これまで制度上、位置づけはありませんでしたが、この度の法改正により、多職種連携や顔の見える関係、連携協力できる関係づくり、その部分が会議として位置づけられました。この意味は、居宅介護支援事業所に声がかかり、介護支援専門員が地域ケア会議に出席すると、公の介護支援専門員の職務として、配置基準上も認められるようになります。

また、今後は、地域ケア会議は市町又は地域包括支援センターが主催していくものですので、制度上の位置づけができることにより、市町や地域包括支援センターが正式に開催することができます。それぞれ声のかかったところは、公務として地域の役割を担って出席することができます。在宅医療の推進に係る課題に対する解決策の抽出も地域ケア会議の中で、より実効的に機能していくと考えております。

委員 会議の行政的な位置づけは分かるのですが、医療は医療、介護は介護で別で聞く会議を設置して、同じようなことをする必要はあるのか。

地域ケア会議の目的は、地域における課題抽出が主な目的であって、お互いが医療介護連携という中で、地域ケア会議の中にも医療的な視点で医師の参加を求めている。在宅医療推進拠点整備事業では介護側の参加を求めている。そうすると、双方の構成メンバーは変わらないのでは。

事務局 地域ケア会議に位置づけてやってくださいということを言ってまいります。そうしなければ、会議が重複し意味のないものとなってしまいます。

これからは推進センターでも地域ケア会議の運営についてご指導いただいております。そういった形でやっていきたいと考えております。

委員長 個別のケアカンファレンスはどこでも行っている。個別のケアカンファレンスは個別の問題となっている部分を取り上げて行う。地域ケア会議というのは、その地域での課題を取り上げていろんな職種が集まってやります。包括支援センターが音頭を取って行うことが多いが、広島県では地域ケア会議のA・B・Cで類型化をしている。Aは地域包括支援センターが主催する場合。Bは市町が主催する場合。Cはそれ以外の組織団体が主催するものに地域包括支援センターが参加する場合。という類型化をしている。この結果を分析し、今後検討していきたいと考えています。地域ケア会議は、地域の課題抽出を多くの職種が集まって行う。場合によっては、民生委員も集まる。他の団体にも集まっていただく。そういった場合も十分にある。そして、地域ケア会議と地域診断というのは、地域包括ケアシステム構築につながっていくと思っています。

地域包括ケアというのは、現在言葉が氾濫するくらいあちこちで使われている。言っている人によりみんなイメージが違う。イメージは違っていいが、その概念については誰もが同じように理解しなくてはならない。手法が違うのと、イメージが違うというのは、少し異なる。地域によって手法は異なってしかるべきと思う。みつぎ総合病院では、中山間地域型のやり方、都市部は都市型、島嶼部は島嶼部のやり方がある。みんなそれぞれ違う。そういったものを保険者、県、我々専門職も踏まえながら、地域ケア会議を可能な限り活用していくべきであり、それが地域包括ケアシステムの構築につながり、地域づくり、まちづくりにつながっていくと考えております。

医療は医療、介護は介護といったものは全く反対のことで、今後起こりえないと思います。この度の医療介護総合確保推進法という一括法案の内容をみれば、審議会での文言に「地域包括ケアシステムの構築に資する在宅医療の推進」と記載されており、その通りです。今回の国のいろんな施策等では、地域包括ケアシステム構築の底上げという言葉を用いています。そのために基金が用意されているわけですから。これを各都道府県、市町村そして住民の全部が、理解をし、やがて花開くようなそんな体制を作っていくべきであります。

7 会議の資料名一覧

- (1) 平成 26 年度第 2 回介護サービス質向上委員会会議資料
- (2) 配布資料 1 生活支援コーディネーターについて
- (3) 配布資料 2 通所介護事業所等で提供する宿泊サービスの事業の人員、設備及び運営に関する指針等について
- (4) 配布資料 3 地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律（第 4 次分権一括法）に規定する介護保険法の一部改正について
- (5) 配布資料 4 平成 25 年度介護保険事業所等に対する実地指導状況（広島県実施分）
- (6) 参考資料 1 在宅医療推進拠点整備事業
- (7) 参考資料 2 平成 26 年度退院調整状況調査 市町別集計