

会 議 の 要 旨

会議の名称	第 5 回川越市介護保険事業計画等審議会
開催日時	令和元年 5 月 15 日（水） 午前 10 時 00 分 開会 ・ 午前 11 時 50 分 閉会
開催場所	川越市保健所大会議室（2 階）
議長氏名	会長 齊藤 正身
出席委員氏名	宮山委員、川越委員、佐々木委員、荻野委員、船津委員、米原委員、 矢代委員、横田委員、中原委員、田中委員
欠席委員氏名	橋本委員、小林委員、長峰委員、芝波田委員、原委員
事務局職員等氏名	後藤福祉部長 保健医療推進課：野口課長 健康づくり支援課：嶋崎課長、松百主査 高齢者いきがい課：坂口課長、吉田副課長、内門副主幹、真坂主任 介護保険課：奥富参事、貫井副課長、佐藤主幹、白石副主幹、猪鼻副主幹、 円城副主幹、柴田副主幹、野村主査 地域包括ケア推進課：荻野課長、富田副課長、佐藤副主幹、山畑副主幹、 門倉主査
会議次第	1 開会 2 あいさつ 3 報告 （1） 第 4 回川越市介護保険事業計画等審議会について （2） 平成 31 年度介護サービス基盤整備予定について 4 議事 （1） 第 7 期計画の進捗管理について（案） （2） 第 8 期計画における目指す姿（退院時連携）について 5 その他 6 閉会
配布資料	1 次第 2 第 4 回川越市介護保険事業計画等審議会議事録…資料 1 3 平成 31 年度介護サービス基盤整備予定…資料 2 4 第 7 期計画の進捗管理について（案）…資料 3-1、3-2、3-3、3-4、 3-5、資料 3 参考 5 第 8 期計画における目指す姿（退院時連携）について…資料 4、 第 4 回審議会資料 4-3、

議事の経過

1 開会

2 挨拶

会長による開会の挨拶

3 報告

(1) 第4回川越市介護保険事業計画等審議会について

事務局より、資料1を用いて報告

(2) 平成31年度介護サービス基盤整備予定について

事務局より、資料2を用いて報告

(会長)

事務局からの報告について意見や質問はあるか。

(副会長)

資料2の表は、着工する年度をベースに作成していると思うが、実際に業務を開始するというオープンベースでみると、それがいつになるのか。例えば特別養護老人ホーム以外については、令和元年中に完成してその年度内にオープンするのか、それともオープンが翌年度になるのか。特別養護老人ホームは令和2年度中に完成して実質稼動するのが令和3年度になるのか教えてほしい。

(事務局)

特定施設入居者生活介護については令和2年3月に開所予定で、同月から入居が始まる予定となっている。特別養護老人ホームについては、令和3年3月に開所予定となっている。定期巡回・随時対応型訪問介護看護と認知症対応型共同生活介護については、令和元年10月からの開所予定となっている。

(会長)

資料には平成32年度との記述があるが、令和に直すべきだろう。

(事務局)

標記について平成と令和が混同してしまった。直させていただく。

(会長)

今、副会長から話があったように、すぐできるものと建物を建てないと始まらないものがあるので、それがいつ出来上がるのかというものがもう少し細かくわかるようにした方がよいだろう。

(委員)

小規模多機能型居宅介護と看護小規模多機能型居宅介護については平成 30 年度に公募したが応募がなかったとのことだが、引き続き募集して整備出来そうな見込みはあるのか。

(事務局)

今年度に募集を行う予定の小規模多機能型居宅介護については、3、4 法人から公募の時期の問い合わせがあった。看護小規模多機能型居宅介護についてはそういった問い合わせがない状況である。対策として、前年度は公募の事前相談の期間及び書類の提出期限を短く設定していた経緯があったため、今年度はそれらを長く設定することを考えている。

(会長)

このあたりについて詳しい委員に教えてほしいのだが、看護小規模多機能型居宅介護は全国的に見てどうなのか。

(委員)

小規模多機能型居宅介護は通いをベースとしながら、必要があれば訪問をし、必要があれば泊りもできるという複数の機能を持っているということで多機能、それと対象者の規模が少ないので小規模、という意味で小規模で多機能を持った事業所で、どちらかという認知症の人を対象として考えられた。そういった様々な機能をもったところがあった方が利用者にとってはいいというのが当然あり、その中で医療ニーズが高い人が今後増えてくるので、看護師とケア職が一緒にいるかたちで小規模で多機能なサービスを提供しようというのが看護小規模多機能型居宅介護である。医療ニーズとケアニーズの両方を持つ方に対して適切に対応するという意味では非常に重要な位置付けになっていて、国としては進めていこうとしているというのが現在の状況である。ただし、看護小規模多機能型居宅介護は訪問看護ステーションが移行する場合や、小規模多機能型居宅介護が看護師を雇って移行する場合とか色々なケースがあって、そうした実態をちゃんと踏まえたり、本当にニーズがあるのかということ踏まえながら整備をどうするかということを考える必要がある。

(会長)

毎回毎回公募をし続けているだけで手が挙がらないとしたら、本当は他にもっと必要なものがあるのかもしれないし、毎回公募の数を 1 箇所としているが、その辺についても 1 箇所

の根拠は何なのかも実は出ていない。例えば川越であれば東西南北で4箇所必要だとしたら、それを何年間で整備するのかなど、先々の目標を持ちながら整備箇所を示していかないと、どこもないからまた来年も1箇所というのはいかがかなと思う。また、サービスができればそれだけ介護保険料に跳ね返ってくるので、本当に必要な量がどうなのかというのは、もう1回しっかりとニーズを見ていくことが必要だろうということと、他のサービスでまかなえてしまっているのであれば、もしかしたらいらなくなるかもしれないということもある。地域密着型サービスは経営者にとってみるとそれほど収支の合うものではないということが一番大きいかもしれない。資料ではこのような予定であるが、その都度考えていきながらやっていってほしいと思う。

(委員)

サービスが充実していくことは心強く感じるが、人材の確保が大きな課題としてあると思う。そういった課題については早期に皆で話し合っただ対応をしていくということが重要だと思う。

(会長)

他に意見がなければ、報告事項(2)についてはよろしいだろうか。

(全委員)

はい。

4 議事

(1) 第7期計画の進捗管理について(案)

事務局より、資料3-1、3-2、3-3を用いて説明

(会長)

まずは、事務局より、資料3-1、3-2、3-3について説明があったが、この内容について意見や質問はあるか。

(委員)

資料3-1についてだが、左側の現状と課題のところの3番目、高齢者が他者との関わりを持ったり、外出などにより社会参加する機会に対応するのは、介護支援いきいきポイントになるかと思う。平成30年度目標の450人に対して449人とほぼ目標を達した部分についてはよいと思う。資料の右側の課題と対応策をみると、登録増加につながるように、ポイント対象となる受入機関やボランティア活動内容の拡大を図るとしている。この拡大を図るとするのはどのような分野に拡大を図るのかそれが具体的にない。介護保険だけに限ら

ず、介護保険以外のもの、例えばお祭りに参加するなどそういうようなものまで含めてよいのかどうかなど、そういったことを考えた方がよいのかなと考える。

(会長)

ポイント対象となるところが広がらないということだろう。どうだろうか。

(事務局)

今現在は、特別養護老人ホームなどの介護施設にかかわっているが、今後の検討課題として、例えば障がい者の施設など、福祉施設の中での拡大を考えている。

(委員)

福祉施設だけしか対象にならないのか。福祉施設以外のものについてもボランティアすればポイントがもらえる、そのようなことを考えた方がよろしいのではないかと思う。元気な高齢者をつくる、参加意欲を促すためには福祉施設だけに絞るのではなく広げたほうがよいのではないかと思う。

(事務局)

それについては研究していきたいと考える。

(会長)

本当に検討していくのか。検討だけで済ませないで、次回までで結構なので、市の方で明確にしてもらいたい。ポイントが付くようなボランティアというものをどういう風に位置づけるのかというところを明確にしてもらえると、こちらもし声掛けしやすくなるし、参加する方にとっても、そういうこともポイントになるんだということになれば、数字も変わってくると思う。やりがいにつながれば良いのだと思う。施設とか医療機関とかだけではなく、街の中でも介護の支援になるようなところがあると思うので、その辺を是非検討してもらいたい。

(事務局)

ご指摘のとおり、趣旨が高齢者の関わりであったり社会参加というところにあるので、是非検討させていただきたいと思う。また、登録者数は449名であるが、実際にポイント交換した方は169名となっており、登録はしたけれどなかなか参加しづらいという現状もあるので、そういったところも踏まえてなるべく参加しやすい制度にしていきたいと考えるので、検討させていただく。

(会長)

では、次回に途中経過でもかまわないので、検討の状況を教えてもらいたい。

(事務局)

はい。

(委員)

資料 3-2 と 3-3 についてだが、課題と対応策のところ、3-2 だときも運動教室の参加者数が平成 29 年度が 407 人で平成 30 年度が目標の 520 人に対して 371 人とかなり低下している。この対策として周知啓発を行うとなっているが、なぜこのような現象になっているのかという原因がはっきりしていれば教えていただきたい。その結果、周知が足りないから周知啓発が有効だということなのかどうか。409 名からその次が 371 名になっているのはリピーターが減ったのか、新しい人が入ってこなかったのかその原因がよく分からない。いきいき栄養訪問についてもなぜというところを確認していただければと思う。3-3 についても会議への参加事業者が減っているということに対して、周知徹底でメール配信とあるが、一方通行になりかねない。事業者の意見というものが押さえられているのかどうかというところを教えていただきたい。もし確認されていないということであれば、そこを確認してもう一度対応策を練ったらよいのではないかと思う。

(事務局)

資料 3-2 のときも運動教室については、3 ヶ月クールで行われている運動教室で市内 10 箇所の事業所で、運動機能・口腔機能・栄養も含めて複合型の介護予防の運動教室となっている。基本チェックリストで対象になった方が対象者で、原則リピーターはおらず、3 ヶ月クールを 1 人 1 回ということで行っている。今回 407 名から 371 名と人数が減ってしまった。こちらについては、日ごろの地域包括支援センターの活動の中で、総合相談や運動教室などで対象者の把握を行っているが、ときも運動教室に結びつくというところとか、あとはいきいき栄養訪問についても訪問するとか、食事についてというところまで踏み込むのが厳しいというところであるとか、運動教室についても手続き関係で厳しいという話を聞いている。

(会長)

この教室に参加した方はその後に自主グループにつながっていたりするのではないか。

(事務局)

自主グループにつながったり、自分で取り組みを継続している方もいる。

(会長)

ときも運動教室は使っていないけれど、自主グループに直接入る人もいると思うので、この数だけではわからないのではないか。その辺のところを連動した数字を出していかないといけない。この教室を受けたから良かったという話だけでは無いような気がする。それともうひとつ、参加者と非参加者で要介護になった割合がどう違うのかとか。何か訴えるものが

ないと、ときも運動教室に参加すると要介護にならないんだみたいな話が少しでも出てくる、何かそういったものがないと普及啓発といっても難しいのではないか。何かそういったデータは出せないものか。追いかけていくことになると思うが。ときも運動教室に参加している人とまったくそうではない人との比較ができないだろうか。その後に要介護認定を受けているのかどうかとかというようなところでも違うかなと思うが、その辺はどうだろうか。

(事務局)

介護予防を考える会でもそういった課題が出されている。ときも運動教室の参加者数だけではなくて、その後どうなったかというところが大事で、受けた人がどうなったかというところをしっかりと検証していかなければいけないと考えている。

(会長)

どうしてそういったものが、この資料に書かれていないのか。書かなければせつかく話し合いをしているのにもったいないと思う。その話し合いに出ている人たちのことを考えれば、それをこの対応策なり課題のところに書き込んでいくことが必要なのではないか。是非そうしてください。

(事務局)

はい。

(会長)

自立支援型地域ケア会議についてだが、自立支援型地域ケア会議に至る前に解決している事例は増えてきていないのだろうか。こういう対象者にはこうやっていこうとか、どういう風にすればいいのかというのをこの会議において皆勉強していると思う。そうするとあえて会議に出さなくても、こんな方法でやっていこうよっていうケースとかは無いのかなと思う。この会議が多ければ多いほど良いというわけではないと思ったのだが。その辺、事例を出している事業所や地域包括支援センターに聞き取りをしているのだろうか。無理やり会議に事例を出すというのは良くないと思う。会議にまで持っていかなくても解決することがあるならば、それが一番いいことなので、その辺はどうだろうか。

(事務局)

自立支援型地域ケア会議で年に2回振り返りということで、アドバイザーや、地域包括支援センターに意見をもらっている。その中で、自立に向かうであろう事例について出すところで、なかなか困難であるということは聞いている。

(会長)

何が困難なのか。

(事務局)

そういったケースを出すことが困難。

(会長)

ケースがないということか。出すケースが無いという困難だろうか。困難ケースが多いということか。どっちなのか。ここは大事なところだと思うが。

(委員)

まず、第7期の評価ということを考えていく場合に、今まで出されていた目標があると思う。例えば、介護予防の取組に対する目標というのは、サポーターを増やすとか、自主グループ数を増やすとか、ポイント登録者数を増やすなどあるが、これは行政側の施策の目標である。実施状況の確認をしているという意味の目標である。ここは今まででもそうだが、予算を取ってやっていることなので、予算に対して実績がどうであったかを押さえるのは当たり前で、やらなければいけない。ただし、これらは何のためにやっているのかというと、地域の住民が元気になっていっているかどうかを目指しているわけで、その部分が抜けてしまうとサポーターが何人増えたかとかの議論だけで終わってしまう。サポーターが何人増えたかは大事だが、そうではなくて、元々、自立支援とか重度化防止でこの地域では元気な高齢者を増やしていこうよといていたところが実際どうなっているのかというものを、これからは押さえていかなければいけない。そういうことになってくるので、会長がおっしゃっていたようなかたちの、利用者、その参加者にどのような効果があったのかとか、その地域にどういう効果があったのかとか、参加した人はその後どうなっていったのか、参加しなかった人と比べてどう違うのかということと、今後は明らかにしていかなないと、本当の意味での事業評価にはならない。国の事業評価のやり方も今は市町村がやっていることがどれだけ出来ているかという確認をとっているが、今後はそれがどういった成果につながっていったのかと問われるという状況になっており、これが第8期計画の流れとなっている。

(会長)

自立支援型地域ケア会議についてはどうだろうか。

(委員)

自立支援型地域ケア会議も、まずはやるということを促すという意味で回数とか参加者数とか事例数ということは1つあるが、これは入り口である。これが実際にやったことがどう活用されたかとか、そういった話になってくると、例えばそこに参加した人が自分の事例の中で考え方を応用していったかとか、そういったところないしは会議の運営の仕方も今後見直しをしていかなければいけないのではないかと思う。要は立ち上げるということと、その後継続して運営する中で、当然役割とか目的が変わっていくので、少しずつ中身もやり方も見直しをしていかなければいけないだろう。

(会長)

自立支援型地域ケア会議に参加している人に話を聞くと、こういうものかと思ったので、もう出なくなってしまったという人も中にはいる。ここに出るとどれだけためになるのかとか、自分の持っているケースの役に立つかとか、何かもっていないと。会議をやればよいというものではないとは感じる。また、ここに関わる人たち、アドバイザーの人たちの質の向上というのは非常に問われるところだと思う。単にリハビリテーションがどうか、栄養がどうかということではなくて、その方がこの後いきいきと生活していくためにはどうしたらよいかという視点がもっともっと盛り込まれると良いのかなと思う。

(事務局)

自立支援型地域ケア会議について、内容的にはまだまだ勉強していかなければいけないと思っている。ケースについて自立支援に資するようなかたちでサービスを入れたりだとか、その人に対してアプローチしたりということを、参加者全員で共有をして、それを全てのプランに活かしていこうと、皆さんで勉強しようとする。その時には、いろいろな専門職の方からの助言をいただくというようなかたちにしているので、このあたりを広めていくということで、まずはこの会議の成果を各事業所へ持ち帰ってもらって、それぞれの方のケアプランに活かしていただくという趣旨である。この自立支援型地域ケア会議で取り上げた事例については、時期をおいてその後のケアプランにどのように反映できたのかとか、どのように意欲をもっていったのかといったことも皆で確認をあらためてしていくというようなかたちで、より有効なかたちで機能するようにできればというように考えている。

(会長)

それは大元の趣旨の話だろう。せっかくやっていることなので、それも日中の時間で大事な時間にやっていることなので、事業所にとっては会議に出ることがどれだけためになるかというのはすごく大きなことで、出る暇があったら、ひとりでも多くの人のところを巡回しようとかということになっていってしまうと、あまり意味がないことになると思う。地域ケア会議はいくつもの種類があるが、やはり地域ケア推進会議を早く立ち上げてもらわないと、そこでこういうことも話し合ってもらわないとだと思ふ。ずっと懸案なので、やはり市レベルのところでの推進会議を早くやってもらいたい。これはお願いしたい。

(事務局)

それについては進めさせていただく。

(会長)

とにかく皆で話し合わないと思ふ。会議をやることが目的ではないということを知ってもらいたい。行政がわかってもらわないと出来ないのでもよろしくお願いします。

(委員)

資料 3-3 の目標の立て方が地域ケア会議の開催回数となっているが、会長からも話があったとおり、会議の中身、何をテーマにやってどういう効果、どういう方向になったとかが書かれていないと、回数を目標どおりにやっただけになってしまう。タイトルで個別事例の検討とケアマネジメントの質の向上をうたっているのであれば、そこにつながるような表現を付け加えないとだと思ふ。

(会長)

是非今のご意見を踏まえた上で、この課題と対応策の見直しはした方がよいと思ふ。

事務局より、資料 3-4、3-5、資料 3 参考を用いて説明

(会長)

事務局より、資料 3-4、3-5、資料 3 参考について説明があったが、この内容について意見や質問はあるか。

(委員)

資料 3-4 についてはケアマネジメント、要介護認定の適正化に係るものであるが、ケアマネジメントによって要支援者や要介護者がどうなったのか。現状と課題で、要介護 3 以上の中重度者が国や県、近隣市町に比べて高いとある。3-5 については、住宅改修について別にするのではなく、実際そのサービスを受けた人が、効果が発揮して自立に向かったのかどうかなど、そっちの方を調べる方法はないのか。資料は取り組み内容が示されているだけとなっている。

(副会長)

引き続いてになるが、結局、介護給付の適正化という大きな目標があって、色々な取り組みを行っていて、点検率とかは 100 パーセントやるといのは求められることなので、それは分かる。だが、その結果どうなったかということ、点検結果がどうなったのか点検成果がどうなったのかということも本来は示さなければいけないだろう。例えば 3-5 でいうと、縦覧点検・医療情報との突合を通して誤りの確認となっているものについて、過誤調整をどの程度やったのか、介護給付でも同じ言葉を使っているか分からないが、返戻とかそういうようなものが何件あったとか、それはおそらく出ているはずである。それらが多いのがいいのか少ないのがいいのかは難しいところであるが、指導がよければその件数が減るだろうということになる。最初の段階では制度管理のために行政の方で関わってやった結果、これが何件見つかって、その金額がいくらですよとか、そういったところをやはり触れないと、ただただやっただけという成果になってしまうかなという気がする。

(事務局)

委員からの意見、指摘のとおり、これらを実施したことにより最終的にどう自立支援につながっていくのか。また、これをやったことによってどう給付費が、どれくらい誤りがあって、どう適正化されたのかというそういった部分が資料では何も触れられていない。その辺の部分については、どう分析するか、そういった視点で、どうやったらそういったかたちで資料に載せることができるか、その辺については今後の検討課題であると認識をしている。そういった部分も踏まえて、説明する資料についてはもう少し丁寧に記述があってしかるべきなんだろうと認識しているので、検討させてもらいたいと考える。

(委員)

説明を聞いているとそれぞれ担当が分かれているが、要は何をしているかという、給付そのものを適正化しようとしているのではなくて、利用者の状態をいい状態をできるだけ保ってあげようということが根本にあって、そのためにどうするかという話でそれぞれなわけである。それらが適正になることによって、結果として給付も適正になる。給付の適正化というのは結果である。結果なのにそこを目的にしてしまうから少しおかしくなってしまうというのが受けた感じである。それから住宅改修についても全てケアプランの話である。住宅改修は住宅改修、ケアプランはケアプランなどバラバラに分けて考えるのではなくて、本人の状態像からみて、どういうケアプランとかサービスの内容が必要なのかという根本のケア論から入っていかないと全然意味がなくなってしまう。住宅改修についてどんな住宅改修が良いのかという議論がないのにこの住宅改修が良いか悪いかというのをどう判断するのかという話になってしまう。利用者の状態像からみて自立を促すためにはこんなことが必要だ、そのためには住宅はこうあるべきだから住宅改修をこうやるんだという筋がないと、これが良いかどうかの判断は付かない。だから表面的なところの書面チェックとか問題点の指摘しかできないという話になってしまう。そういったところを再考した方が良いのではないかと思う。

(会長)

もっともな意見かと思う。実はとても大事なことが抜けているなと気が付いたのだが、要介護認定の適正化は調査員の質だけではない。認定審査会のこと書かないといけないのではないか。認定審査会の委員のスキルも保っていかなければいけないので、そのためにはどうするのかというのも。二次判定で変わるということが結構多いので、認定の適正化というのであれば、一次判定に関わることばかりではなくて、二次判定のことも書いた方が良いのではないか。認定審査会のスキルアップ研修会に参加しない人は審査会の委員としてどうなのかだとか、20年経ち当初の要介護認定の在り方と変わってきているので、是非そのあたりも考えていく必要があるかなと思う。それから、医療系のケアマネと福祉系のケアマネで使うサービスが違うのではないかという話が全国でよく出ている話で、福祉系のケアマネは医療のサービスをあまり使わないという話は実際にある。ケアプランの点検というところ

事もちゃんとみていかないとだろう。認定審査会に出ているのだが、とにかくリハビリという通所介護になってしまっているケースがすごく多い。でも、そこにはリハビリのスタッフが居るとは限らない。やはりリハビリは医師の評価の基に、医師の指示の基に提供されるものである。介護保険というのはリハビリテーション前置の考え方から始まっているので、まずはしっかりとした評価をした上で、使うサービスを選んでいるのかどうか。近くに通所サービスがあるからとか、うちは通所サービスを提供しているから通所サービスだというのは、果たして本当に利用者のニーズにあっているのかというような、その変のレベルまで上げていかないとどうなのかなという気はする。マシントレーニングがイコール、リハビリテーションではない。そのことによってバランス感覚が悪くなるような人が中には居たり、いろいろなことがあるので、ケアプランの点検というのはこの資料の自己評価シートの中にいれるとかではなくて、皆さん方がその辺を理解しておいていただけるといいのかなという気がする。もうひとつ大事なことで、認定後に本当にサービスを使っているのかということもある。サービスを使っていない人が結構いて、使っていない人の文章をみると、とりあえず認定を受けておいたとか、お守り認定とかという人も結構いる。認定審査でかかる事務費は結構すごいので、その辺のチェック、サービスを使っていない人を更新していく必要があるのか。ずっと更新し続け認定だけを受けてサービスを使っていない人もいるが、やはりサービスを使う人に認定しないと意味が無い。サービスを使わない人を調査しに行くと、結局それは活かされていないということになるので、調査員もそれだけ大変である。本当に必要なときはまた認定をし直すので、そういったものはどうかなと思う。現状とチェックをする項目との乖離が無いように、できるだけ現状を把握した上で出来るように考えてもらいたいと思う。資料3-5の住宅改修等の等とは何が含まれているのか。

(事務局)

住宅改修等の等は福祉用具の購入と貸与である。

(会長)

福祉用具は結構大変だと思う。車椅子の利用から電動ベッドとか、本当に適正かどうか。電動ベッドなどは一度使ってしまうと楽なので、要介護度が低くなっても返したくなくなってしまうので、なかなか難しいところはあると思うが、この等のところが結構大事だと思うので、是非次に活かせるようにしてもらえればと思う。議事事項1全体について、少し見直しをしていくようお願いしたいと思う。他はよろしいだろうか。

(全委員)

はい。

(2) 第8期計画における目指す姿（退院時連携）について

事務局より、資料4、第4回審議会資料4-3を用いて説明

(会長)

事務局からの説明があったが、資料作成に関わった委員からも引き続き説明をお願いしたい。

(委員)

まずは配布した追加資料を見てもらった上で、その後に資料4の説明をさせていただく。第7期計画までの議論がいろいろあったが、行政側が施策として出したものが実際にどれくらい行われているかという管理ではなくて、それが何を目指したのかというところを押さえながら、結果と成果が得られているのかというところを見ないといけないという流れになってきているので、ひとつの例として退院時支援を取り上げて考えてみた。まず、退院時支援について説明させてもらう。退院時支援は何のためにやっているかというところ、病院と在宅のチームが日頃から連携体制をとっておくということがベースにあった上で、退院患者が望む暮らしにスムーズに、在宅に帰ってもらえるように、入院早期から退院に至るまでの一連の過程の中で、病院の方々と在宅の方々が連携、協働して行う支援のことを退院時支援と一般的にはいう。この退院時支援を検討する上で、課題を考えて対策を打つわけなので、課題を考えないといけない。この課題というのは、あるべき姿と現状のギャップなので、課題を考える上では、あるべき姿を押さえないといけないということで、これまで数回、川越市の医療と介護の専門職を交えて、退院時支援のあるべき姿についてグループワークを行った。その結果、専門職の方々からキーワードとして出てきたのは、「不安がなく退院が迎えられる」、「納得して、退院が迎えられる」、「適切な対策が選択できている」であった。これを踏まえてあるべき姿というものを、「本人が納得して、不安なく、望む場所・適切な場所に退院することができる」ということを目指そうということが1回目と2回目の議論であった。そういった目指す姿を皆で議論する中で上がってきた3つの目標があって、そのためにはどこを強化するか、何が必要かということで上がったのが前回審議会の資料4-3に示された16項目であった。ただし、この16項目を内容の面からもう一度整理すると、「本人・家族の意向の確認と関係者間での共有」、「相談体制の確保」、「本人・家族と病院関係者間での情報共有・説明と理解促進」、「退院に向けた多職種による検討の実施」、「退院後の支援体制の確保」の5つの領域に整理することができる。この5つの領域に対して何を強化すべきかというところでグループワークで出てきた意見を参考にすると、領域1に関しては、院内外のキーパーソンを明確化することが大事なのではないかということと、それを本人・家族が知っているということが必要だということ。2つ目が、相談窓口が設置されているということとそこへのアクセスが確保されていること。3つ目が、適切な説明が行われる、情報提供が行われるとともに、それらが本人・家族が理解をしているということを出せるだけ促進するということ。4つ目が、適切な退院先の決定とか、退院後のケアプランの質を確保するためには、

多職種検討の場が必要であり、そのための場が多職種ケアカンファレンスではないかということ。5つ目は、退院後の支援体制の強化というところが出た。これらの意見を全部一枚に整理をしたのが今回の資料4である。資料について左側から簡単に説明すると、目指す姿を置いたうえで、これを達成するためには5つの領域が必要ということで5つの領域が次の右側に書いてある。そして例えば本人・家族の意向が確認されて関係者間で共有されているためには、どんな要件が必要かということで、本人の意向・価値観・希望・要望がまずは表出をされていること、それを専門職が聞いていること、そして理解をしているということ。それと、それらのことが関係者間で共有をされていることが重要ではないか。そのためには何を取り組んでいくかということ、患者ごとに院内キーパーソンを決めていく必要があるのではないか。それを本人・家族に周知をする態勢が必要なのではないか。そして、院内キーパーソンを核にして、患者の意向等を関係者間で共有する体制を強化してはどうかというのが、当面取り組むべき対策。そしてそれらをやったらどんな成果が期待されるかというのがその右側で、患者ごとに院内キーパーソンを決めていく病院が増えていくのではないか。本人の意向を共有する体制を有する病院が増えていくのではないか。本人・家族の意向と把握している割合が高まるのではないか。結果として病院に対する満足度が高まるのではないかという、あくまでも期待値ですね。で、これらのことを実際にそうになっているかということを確認しないといけないので、指標と方法がその右側にある。例えば院内キーパーソンを配置した病院の数がどれくらいあるのかとか、意向を共有する体制を有する病院数がどれくらいあるのか、本人・家族の意向をどれくらいの割合把握していたのか、といったところは従来の調査ではないので、例えば病院向けアンケートを定期的に行って把握してはどうか。で、病院に対する退院患者の満足度というのは、3年に一度行われるニーズ調査が使えるのではないかとということで、ニーズ調査の質問項目の中に一項目か二項目くらい入れていくかたちで実態の把握はできるのではないか。これはあくまでもこちら側でどういうものを使えば把握可能かということも鑑みながら提案させていただいた。あとは縦に5つの具体的目標ごとにどんな要件が必要か、その要件を強化するためにどんな施策をやっていくべきなのか、それらやることでどんな成果が得られ、どんな指標で図り、どんなやり方で把握していくのかということを一枚に整理したのがこの資料4である。こういったものが、介護予防のテーマであったり、認知症施策であったりと同じような形式のもので作られていくと、先ほどの第7期計画の行政側が何をどれくらいやったかということに加えて、それが本人とか家族とか地域にどう波及したかということも把握できるようになっていこうということ、第8期はそういったかたちに少しバージョンアップできたらどうかなという意味で、ひとつの例として入退院時支援を取り上げたというふうにご理解いただければと思う。

(会長)

説明があったが、質問や意見はあるか。

(委員)

今、委員からも説明があったが、その通りだと思う。この資料4と前回の資料をまとめた資料となっていて、この通りやれば退院時連携はうまくいくのだろうと思う。そこで、その成果を認める、成果を測るための指標と収集方法、これらをいかに手間がかからずやるか。手間がかからない方法でやらないと、なかなか入退院時連携がうまくいかないのではないかなと思う。記入だとかいろいろあると、そんなことはやってられないという話になってしまう。そのところを踏まえて指標化するにはこうしたほうが良いんじゃないかというところを検討しないといけないだろうなと思う。

(委員)

ご意見はおっしゃる通りである。なので、いままで通常行われている一般的な調査で3年ごとに行われるニーズ調査があるので、その項目の中にちょっと2、3項目いれてみるというかたちであれば、従来の業務の中で出来る話なので、負担がかからない。また、ケアマネジャーにも計画に向けた調査などを行うと思うので、その中に把握可能なものを入れるというかたちで、出来るだけ負担のない、従来のルーチン業務の中に少し織り込むようなかたちで把握をしていこうということを考えているという趣旨で提案させていただいている。

(会長)

専門職を交えたこの検討会のメンバー構成はどのようになっているのか。

(事務局)

参加いただいたメンバーは、ケアマネジャー、病院で入退院支援を行っている相談員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、地域包括支援センター職員、市職員となっている。

(会長)

看護師は入っていないのか。

(事務局)

地域包括支援センター職員での看護師は参加していた。

(会長)

病院の看護師ではないだろう。ここで言う病院は急性期と回復期などいろいろあるので、どこの人がこういった話をしているのかによって変わってくることもあるかもしれない。急性期の場合、多くの場合で看護師が動いているので、看護師の意見を聞いてあげたいという気がする。それから、ケアマネジャーから入手した入院前の生活情報といっても、急性期の病院は多くは、介護サービスを利用していない人が入院してくるケースが多いと思うので、そこではケアマネジャーからの情報はないだろう。そこが一番きつと急性期の病院は苦勞し

ているところだろうと思う。そういうようなところを加味してあげないといけないかなと思う。それとやはり、もうひとつ大事な局面として、病院の基本方針の考え方が個々によって違うので、そのところはやっぱりこの介護保険事業計画の中ではなく、病院間とか、川越市内の医療機関の間で話し合いをしたり連携の重要性とか在宅サービスへつなげる意味とか、その辺は川越市医師会を中心にやっていかなければいけないと思う。それが大元になると、スタッフレベルで急にやれといっても絶対にうまくいかないと思う。それから、急性期で言えば、医療センターから退院するケースで、やはり病院側のご理解がどれくらい得られるかというのが、在宅のサービスにかなり影響してくるので、介護保険事業計画だけではなくて、もうちょっと広い意味で考えるようだろう。

(副会長)

医療の制度から言うと、病棟看護師の活動が変わってきている。診療報酬の中で退院時の家庭訪問とかというものはあったわけだが、今は入院時、もっと早めて入院した時に家庭訪問して、治療計画に役立てると。診療報酬がそういうふうになって、急性期の看護師も地域に出るということを意識し始めた。ただ、問題なのは単独で出ているということである。出て行った時に、いろいろな職種の方と触れ合えるようなかたちができるのであれば、お互いにうまくいくわけだが、まだ単独となっている。ただ、臨床サイドの動きがそうなっているということを理解してもらって、是非とも現地で一緒にやれるような仕組みに結び付けていただきたらと思う。

(会長)

なかなか難しくてもうまくいかないが、川越は一步踏み出せそうなので、今日説明があったところとうまく連動できれば良いと思う。ただ、今日の説明はこれを例にして出したということで、こういったかたちで他のことも進めていくということについて、皆さんご理解いただけるだろうか。委員から意見があったように、あまり細かいとしんどくなってしまうので、そのところの調整をしっかりとった上でになると思うが。こんなかたちで進めていくということについてはよろしいか。

(全委員)

はい。

5 その他

6 閉会