

福岡県介護保険広域連合
第3回 介護保険事業実施効果検証委員会 議事録

日 時：令和元年6月20日（木）13時30分～15時20分

会 場：福岡県農村整備センター 4階研修センター

出席者：小賀会長、因副会長、安東委員、坂本委員、田代委員、長野委員、藤村委員、森委員、山口委員、石山教授

開会

○事務局

それでは、定刻となりましたので、ただいまより第7期福岡県介護保険広域連合第3回介護保険事業実施効果検証委員会を開催いたします。

委員の皆様方におかれましては、ご多忙の中お集まりいただき、誠にありがとうございます。私、本日司会を務めさせていただきます事業課事業推進係の田中と申します。よろしく願いいたします。

早速ではございますが、始めに開催に当たりまして、鎌田事務局長よりご挨拶を申し上げます。

○事務局

こんにちは。本日は大変お忙しい中、当委員会にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

今年4月より事務局長を務めております、鎌田と申します。昨年度までは福岡県庁に勤めておりまして、平成22年度から3年間は介護保険課長を務めた経験がございます。しかし、その後、介護保険制度が大きく見直されておりまして、介護保険サービスの類型の創設、また、新しい総合事業の実施など、複雑多様化がさらに進んでいるなどといったことが素直な感想でございます。

委員の皆様方のお力添えをいただきながら、当広域連合におきます介護保険制度の円滑な運営に努めてまいりたいと考えておりますので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

また、委員の皆様方には介護保険事業計画の立案から検証までご熱心なご議論をいただき、大変なご尽力をいただいていると伺っているところでございます。改めて感謝申し上げます。

本日の検証委員会でございますけれども、今期の事業計画におきます重点事業の一つでございます居宅サービス受給者のケアプラン点検事業、これについての中間報告をさせていただく予定としております。後ほど詳しくご紹介させていただきますけれども、このケアプラン点検事業を実施するに当たりまして、深くご尽力をいただき、また、ケアマネジ

メントに関する調査研究の第一人者としてもご活躍されております国際医療福祉大学大学院教授の石山麗子先生にお越しいただいているところでございます。委員の皆様方との意見交換が、広域連合にとりまして大変な有意義な時間になると考えているところでございます。

第7期の介護保険事業計画の推進と次期介護保険事業計画の策定に向けまして、活発なご議論をお願いいたしまして、私のご挨拶とさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

○事務局

議事に入ります前に、今回新たに北九州市立大学でコミュニティ政策について教鞭をとっておられる森裕亮委員、福岡県薬剤師会より安東恵津子委員に就任していただいております。森委員については、今後の地域包括ケアシステムの深化に求められる地域福祉にお詳しいため、新たにご参加いただいております。安東委員については、福岡県薬剤師会の役員改選により、以前ご参加いただいていた満安委員にかわり、ご参加いただいております。

それでは、ここで、お二人から一言お願いいたします。

森委員、お願いいたします。

○森委員

初めまして、北九州市立大学の森でございます。小賀先生は文学部のご所属ですが、私は法学部の所属でございます。40歳を超えまして、介護保険とのつながりも出てきた年代になってきましたが、まだまだ勉強不足なところがございますので、もともと地方自治の研究をしまして、広域連合の勉強もちゃんとしないといけないなと思いつつ、介護保険と、それから広域連合のことも両方勉強させていただける機会を今回頂戴いたしましたので、まだ、今日はなかなか議論についていけないと思いますけれども、しっかり努力して、何とかお役に立てるように尽力いたしますので、ご指導ご鞭撻よろしく願い申し上げます。

○事務局

森委員、ありがとうございました。

続いて、安東委員、お願いいたします。

○安東委員

福岡県薬剤師会の安東と申します。前任の満安と交代いたしまして、昨日、改選があったばかりで、最初はピンチヒッターということで聞いてここに来ましたが、その人事になりまして、今年度から頑張っていきたいと思っておりますが、いかんせん介護保険に関し

まして、薬剤師会としてそんなに知識が豊富にあるわけではありませんので、皆様方の足を引っ張らないように、一生懸命努力をしたいと思います。この場で努力という言葉は不釣り合いかと思われそうですが、活発な意見の中に入っていければと思っておりますので、どうかよろしく願いいたします。

○事務局

安東委員、ありがとうございました。

ここで事務局の紹介をさせていただきます。委員の皆様の机の上に配付しております事務局名簿をご参照ください。

先ほどご紹介いたしました事務局長の鎌田でございます。

○鎌田事務局長

よろしく願いいたします。

○事務局

事業課長の玉江でございます。

○玉江課長

よろしく願いいたします。

○事務局

福岡県より今年 4 月より派遣されております総務課長補佐兼総務係長の野口でございます。

○野口総務課長補佐

野口と申します。よろしく願いいたします。

○事務局

事業課長補佐兼給付係長の梶間でございます。

○梶間事業課長補佐

よろしく願いいたします。

○事務局

事業推進係長 吉田でございます。

- 吉田係長
よろしくお願ひします。

- 事務局
指定係長 大久保でございます。

- 大久保係長
よろしくお願ひします。

- 事務局
監査指導係長 宮越でございます。

- 宮越係長
よろしくお願ひします。

- 事務局
認定係長 田中でございます。

- 田中係長
よろしくお願ひいたします。

- 事務局
事務局の紹介は以上となります。
続いて、各支部の事務長をご紹介いたします。
奥から、粕屋支部 大塚事務長でございます。

- 大塚事務長
よろしくお願ひします。

- 藤岡事務長
遠賀支部 藤岡事務長でございます。

- 事務局
よろしくお願ひします。

- 事務局

鞍手支部 小川事務長でございます。

○小川事務局長

よろしく申し上げます。

○事務局

朝倉支部 久家事務長でございます。

○久家事務長

よろしくお願ひいたします。

○事務局

うきは・太刀洗支部 石井事務長でございます。

○石井事務長

よろしく申し上げます。

○事務局

柳川・大木・広川支部 原事務長代理の大石事務長補佐でございます。

○大石事務長補佐

よろしく申し上げます。

○事務局

田川支部 奥田事務長でございます。

○奥田事務長

田川・桂川支部でございます。よろしく申し上げます。

○事務局

豊築支部 生田事務長でございます。

○生田事務長

よろしくお願ひいたします。

○事務局

事務長の紹介は以上となります。

本日は、今回の報告事項であるケアプラン点検事業のケアプラン評価指標項目等の作成にご協力いただいた石山先生にお越しいただいております。石山先生は、現在、国際医療福祉大学大学院に勤務されており、ケアマネジメント論を専門としていらっしゃいます。職歴としては 2015 年日本介護支援専門員協会の常任理事、2016 年には厚生労働省老健局振興課にて介護支援専門官のご経験もおありで、ケアマネジメントに関する各種の調査・研究をなさっていらっしゃいます。

○石山教授

石山でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

○事務局

ここで、石山先生より一言お願ひいたします。

○石山教授

改めまして石山でございます。このたび、このような機会、ケアプラン点検の事業にかかわらせていただく機会をいただきましたこと、心より感謝を申し上げます。ありがとうございます。

玉江課長から去年この事業につきましてお話を頂戴いたしましたときに、ケアプラン点検事業そのもの、これまでケアプラン点検支援マニュアルというものを厚生労働省のほうでもつくってまいりましたけれども、対面式の点検ということで、平成 20 年からずっと行われてきました。今回、書面での確認をするということで、どのような方法が可能かというふうに、広域連合様のほうとご一緒に検討させていただきまして、つくってまいりましたものでございます。いわゆる、これまでの書面だけという概念を超えて、基準症例であるとか、報酬告示とか、そういったところのチェックだけではなくて、ケア論に一步踏み込んでですね。それから、今後求められるであろう、そのケアの視点、こういったものも入れ込みつつ、94 の項目をつくってまいりました。そして、そのご報告ということで、私も同席をさせていただいております。同席の機会をいただきまして、ありがとうございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

○事務局

石山先生、ありがとうございます。

それでは、議事に移りたいと思います。小賀会長、よろしくお願ひいたします。

○小賀会長

皆さん、こんにちは。本日もお忙しい中ご参集いただきまして、ありがとうございます。

本日の会議より、新たにお二人の委員をお迎えいたしまして、どうぞ何でもわからないこと、あるいはその場で感じたことについてはご意見をいただければと思っております。

それから、各支部の事務長の皆さん方につきましても、折々に有用なご意見をいただくようなこともございますので、ここはちょっと我慢できない、ちょっと一言言っておかないと帰れないということがあれば、ぜひご遠慮なく折々にご意見をいただければと思っております。

それから、本日は、石山先生をお迎えしまして、施行後 20 年経つ、この介護保険ですけれども、出発の折から、具体的なそのケアの内容についての議論というのはあったものの、でも、それが個々の地域の中で実際に支援の事業所として動く、事業所の一人一人の介護職員にまで浸透していたのかということを考えてときに、まだまだそうしたことが十分に行われてこなかったのではないかなというような、そういう問題意識が私たちにありまして、改めて、事務局のほうでも、ケアプランの提供をきちんとやっていく中で、広域連合の傘下の自治体の中で動く事業所が、きちんと高齢者を支えていくというような形で、これから介護事業に取り組んでいただければと思う次第です。

また、来年度は事業計画を策定していくという年で、3 年があつという間に来ました。そして、その事業計画の中にも、このケアプラン点検事業の調査の内容をしっかりと織り込んでいけるように考えていければと思っております。

本日の議題は 1 点のみですけれども、平成 30 年度のケアプラン点検事業の中間報告でございます。これにつきまして事務局から報告をいただき、皆様方のご意見を集めたいと思っております。

それでは、早速ですけれども、事務局から報告をよろしく願いいたします。

1. 平成 30 年度ケアプラン点検事業結果中間報告

○事務局

それでは、資料についてご説明いたします。

まず、配付しております資料からご確認させていただきます。

本日の次第です。それから、表紙に資料 1 と書いてある「平成 30 年度ケアプラン点検事業結果中間報告」というものです。関連して「ケアプラン点検事業の概要について」という A4 の 1 枚紙があります。それから、ホチキスとめしたもの、こちらがメインの資料になりますけれども、「平成 30 年度ケアプランチェック事業中間データ集計」というカラー刷りの分です。こちらが 1 点。それから最後に、またホチキスとめの資料ですけれども「ケアプランチェックに係るケースに関する事前報告シート」、A3 のものも一緒にとじ込まれてあるものですが、そちらが 1 点。皆様、お手元にありますか。

それでは、説明させていただきます。

まず、A4 の「ケアプラン点検事業の概要について」という 1 枚紙の分です。こちらで、

ケアプラン点検事業の概要を少しご説明させていただきます。

まず、本事業の趣旨としましては、第 7 期介護保険事業計画における施策として、居宅サービス計画書が、自立支援・重度化防止に資する適切なものとなっているかどうか、そういった観点から、ケアプランの点検・評価を行ったということになります。また、この得られた結果によって、介護支援専門員の方のプラン作成傾向を分析し、適切な助言・指導を行うための基礎資料としたいという趣旨となっております。

そして、今回の対象としましては、2018 年 7 月にサービス利用実績のある、要介護 1 から 3 までの居宅サービス利用者、施設サービスではなく、居宅サービス利用者の全件になります。239 事業所、8,839 プランがございました。今回の報告書は、このうちの 5,000 件を中間報告として集計させていただいております。

実施の方法としましては、居宅介護支援事業所から郵送によってケアプランを収集しております。そして、ここには、介護支援専門員の情報、それから対象者のケアプランというところで、基本情報・アセスメント・モニタリング・同意書を含んだところでいただいております。

二つ目に、点検・評価するための指標を作成というところで、先ほど、石山先生のほうからもお話があったとおり、指標を作成しております。

3 点目に、介護支援専門員による点検を実施しております。こちらは、本日までご出席いただいている介護支援専門員協会の長野さんにもご協力いただいたところです。

それから 4 点目ですが、広域連合の保有の被保険者情報・給付実績データを追加しております。これをもって、今回の集計を行ったということになります。

今後の予定としましては、1 点目に、集団指導。今後、8 月予定で開催するようにしておりますけれども、集団指導等で居宅介護支援事業所への助言とか指導を保険者として行っていきたいということで考えております。

それから、2 点目に、点検結果に基づいて優秀プランの評価・選定、そういったところで取り組んでいきたいと考えております。

続きまして、資料の「平成 30 年度ケアプランチェック事業中間データ集計」という、ホチキスとめの分です。カラー刷りの分になります。こちらでご説明をさせていただきます。

2 ページから 10 ページまで、こちらが基本属性などの概要になります。ケアプラン 5,000 件の居住地（支部別）、それから要介護者の年齢は 75 歳以上から大体 85 歳以上に集中しており、平均年齢が 86.7 歳。性別は 71.9%が女性です。

続きまして、3 ページをお願いします。

その 5,000 件の要介護の 55%の方が要介護 1、要介護 2 で 29.4%、要介護 3 で 15.6%といったところです。その右側が世帯構成になります。単身世帯の方が 38.5%、高齢者のみ世帯が 27.3%、それ以外の方が 34.2%という形になります。

その下が利用サービス数、居宅サービスです。1 種類の方で 33.6%、5 種類以上の方ですと 0.9%となっております。その下が要介護度別の利用サービス数になります。グラフ

でもわかりますが、要介護度が重くなるに従って、サービスの種類も 5 種類以上の方も増えてくるといった、そういう状況が見てとれると思います。それから、右側が世帯構成です。こちら、単身世帯の方が複数の種類のサービスを利用されているという傾向にあります。

次の 4 ページをごらんください。

利用サービスの種類というところでまとめさせていただいています。主なところで、訪問介護、通所介護、通所リハ。それから、福祉用具貸与です。あとは、短期入所や地域密着型通所介護、そういったところで利用が多いということになります。

次の 5 ページをごらんください。

事業所の所在エリアというところで、調査数としまして 5,000 件です。こちら、ケアプラン単位で 5,000 件というところです。そして、ケアマネジャーごと、この 5,000 件を点検したのは、538 人のケアマネジャーです。1 人当たりのプラン数としては平均で 9.3 件です。例えば、鞍手支部であれば、1 人当たりプラン数が 15.1 件作成されているということで、今回、支部の中では最も作成されているという地域になります。

左下が主任介護支援専門員の状況です。ケアプラン単位では 35.2%の主任介護支援専門員の方が作成されているということです。それ以外の方が 64.8%。その右側が認定ケアマネジャーの資格取得者ということになります。こちらで 5.1%の方が認定ケアマネジャーの資格を取得されているということになります。

次の 6 ページをごらんください。

資格の状況（集約）というところで、ケアプラン単位のところで、両資格、主任介護支援専門員かつ認定ケアマネジャー資格取得者は、全体の 0.5%。逆に、両方とも資格がない方が 60.2%です。

その左下、年齢についてですが、ケアプラン単位で見たとところで、40 歳代、それから 50 歳代で 30%を超えています。大体、この辺の年齢の方が多いという状況です。平均ではケアプラン単位で 51.1 歳の方で作成されているという状況です。ケアマネジャーの性別は、78.2%が女性という状況です。

次の 7 ページをお願いします。

ケアマネジャーの実務経験の年数です。ケアプラン単位のところで、5 年から 10 年未満が 30%弱、10 年から 15 年未満が 26%と、大体この年数の実務経験が多い。平均としては、大体 9.4 年のケアマネジャーの実務経験があるということになります。

次に勤務している事業所での勤続年数です。こちら、同じように、ケアプラン単位で 5 年から 10 年未満が 26.3%。平均はケアプラン単位で 6.9 年。大体 6.9 年間、今の事業所で勤められているということになります。

次の 8 ページをお願いいたします。

基礎資格の状況についてです。ほとんどの方が介護福祉士で、続いて、看護師、准看護師、保健師といった順で多い状況です。前回の検証委員会で、この概要のところはご説明

させていただいていましたが資格の中の「その他」についてご質問があがっていました。具体的にどういった方がいらっしゃるか調べましたが、ほとんどの方が、社会福祉主事や介護職が10年以上の方でした。

年齢別のケアマネジャー実務経験年数について、こちらの特徴的なところで、29歳以下の方というのは1年から3年未満で1件、30歳未満の方は1人しかいらっしゃらなかったということになります。

次の9ページをお願いいたします。

基礎資格別のケアマネジャー実務経験年数ですが、介護福祉士では5年から10年未満が34.8%と最も高くなっております。そして、看護師・准看護師・保健師については10年から15年未満、こちらで41.7%と一番高くなっている状況です。

次の10ページをお願いいたします。

年齢別の資格状況についてですが、主任介護支援専門員かつ認定ケアマネジャー資格取得者は全体で3人です。調査数538人のうちの3人が両方の資格を取られているわけです。40歳代の方で1人、50歳代の方で1人、70歳代の方で1人、こういった状況になっております。

続きまして、11ページをごらんください。

優秀プランの選定に向けた参考として、今回の中間報告分のチェック結果を単純にスコア化したものを、今日の資料としてご確認いただきたいと思っております。

後ほどご説明いたしますが、指標で「有」「無」、それから、設問によっては「その他」という答え方をしている部分があります。その「有」の数を評価対象項目数の「有」＋「無」の数で割ったものに掛ける100をして100点満点にしてスコア化（案）としております。調査数5,000件で、平均としましては63.4点。最小値が17.5点、最大値で89.4点です。下の表の一番下の網掛けの部分は上位2.5%以内であり、123プランございました。

続きまして、12ページから14ページまでが、点検結果の具体的な評価指標になります。

12ページの項目1から次のページの項目46までが、アセスメントの評価指標になります。そのうち、項目1から項目22までが基本事項に関する記載というところになります。項目の23から項目46までが、課題分析に関する評価指標になります。

そして、13ページの項目47から項目58まで、こちらがサービス担当者会議の評価指標になります。

14ページの項目59から項目80までが、ケアプランに関する指標になります。ケアプランの1表が項目59から67、ケアプランの2表が68から76、ケアプランの3表が77から80、それから項目の81から94までが居宅介護支援で、居宅介護支援経過に関するものは81から86、モニタリングが87から94、それぞれの評価の「有」「無」、それから「その他」というところを個数として表記し、実際にそれがどれだけプランがあったかというところを、表で書かせてもらっています。

そして、この結果を次の15ページで簡単にまとめております。

15 ページの上の表ですが、赤の濃いところは、よく点数が皆さんとれている、「有」の回答が多いところになります。青の濃いところは、逆に「有」がとれていないというところになります。特徴的なところで、アセスメントの課題分析、24 項目のところでは、最も「有」が少ない。逆に、一番書いているところでは、ケアプラン等のケアプラン 1 表というところで、9 項目が 86.2%の方が書いているというような状況です。

その下の表が、「有」の割合の上位項目、95%以上の項目を挙げております。その下が「有」の割合の下位項目、10%以下しか書かれていなかったものについて挙げられています。特に、「基本事項」の「エコマップ」というところもありますけれども、残りが全て「課題分析」のところですね。課題分析の項目については、皆さん、なかなか「有」の得点がとられてない状況になっております。

今申し上げたことの詳細が 16 ページから 17 ページになります。

ケアマネジャーの実務経験年数別や基礎資格別、17 ページにはケアマネジャーの資格状況別、それから要介護度別、利用サービス数別の結果です。

そして、18 ページ以降はA3 のとじ込みになっておりますけれども、こちらが詳細のクロス集計になります。

最後に 22 ページから 24 ページは、評価指標全 94 項目について、こういった判断基準で「有」「無」を判定したのか、その判定基準になります。

以上で資料のご説明のほうは終わらせていただきたいと思います。

○小賀会長

ありがとうございます。この調査にかかわっていただいて、石山先生から何かご感想だとかご意見だとかございませんでしょうか。

○石山教授

最初に発言の機会をいただきまして、ありがとうございます。冒頭で申し上げましたとおり、対面でのチェックではございませんので、いただいた書類でチェックをしていくことになります。ただ、私も、今回、広域連合様からご依頼をいただきました時点で、全国のケアプラン点検の実施状況・実施方法を確認いたしました。厚生労働省の介護支援専門官をいたしておりましたときも、全国のケアプラン点検の状況を調べてみましたが、このように中身に入った点検で、かつ、一定の指標を設けて行う点検というのは、全国的にもないという状況です。内容に関して基準をあらかじめ設けて点数化をして点検し、かつ要介護 1～3 を全件というのは、全国で初めてのことだと思います。

私として留意をしたのは、まず、対面ではないので、書類に書いていない情報は引き出すことができないということです。ですので、書類上ある情報の中でどのように判断をしていくかという判断基準を設けなければならなかったという点です。

しかし、ケアマネジャーの方はよくご存じかと思っておりますけれども、特にアセスメントシ

ートの中で、各項目に関する判断は、自立とか一部介助とか全介助のチェック欄にチェックをした後に、20字程度の特記事項があります。20字ぐらいで特記を書いていくとりますと、そこがある意味、ケアの仮説を立てて、分析に必要な情報を吟味して、そこに書き込んでいくということになりますので、むしろ、対面よりも、ある意味、分析に必要な情報だけを残していくことができているかという点検が可能なのではないかと考えました。ですので、記述式だからこそ、ほんとうに分析的視点で見られているのかというようなチェックはできる、それを強みとして考えながら、項目を設定しました。

私自身、ケアマネジャーの経験もございますし、指導の経験もございますので、どういったところではできているであろうとか、ここはできていないだろうということで仮説は立てて行いましたけれども、ある意味、今後、非常に求められてくる基本ケア、去年11月に厚生労働省でも介護保険サービスの質の評価ということで、居宅介護支援事業所向けに配布をしたアンケート調査もあります。質の評価ということで、調査された内容が、栄養の状態の確認です。必要栄養量であるとか、実際の栄養の状態であるとか、あとは身長・体重を経過的にとっているかとか、口腔内の状況。こういったところは生命維持・健康維持につながる場所であり、厚生労働省のほうでも確認をしているという項目ですし、近年の報酬改定を見れば、栄養に関するスクリーニングの加算であるとか、管理加算がつくられておりますので、ケアマネジャー自身が栄養管理に関するアセスメントが行えていなければ、そのあたりのマネジメントはできませんので、ちょっと細かい項目にはなりましたが、水分・栄養・体重、このあたりに関しては細かな項目を設けさせていただきました。ただ、こういったところが濃い青の表記になっていて、なかなか皆さん書き込めていなかったというところは見えてきますが、やはり、生活回りを管理しているケアマネジャーとして、生命維持とか健康管理の基本となるデータになりますので、意図してとっていかれるかという今後の教育的な視点も含めて、広域連合様が保険者として全体観をつかめるという意味で、いわゆる一般的なケアプラン点検の項目と、現在、今後求められるケアプランの項目というものを意識して、点検項目としています。

○小賀会長

どうもありがとうございます。

それでは、ただいま事務局から報告をいただきました内容、あるいは具体的な書面の内容につきまして、どこからでも構いませんので、ご意見なりご質問なりをお願いしたいですけれども、いかがでしょうか。

○田代委員

3点ほど、これを見させていただいて、わからないこと、感じたことがありますので、述べさせていただきます。

とてもよく94項目を調べていらっしゃって、すばらしいと思いました。まず一つわから

ないことですが、6 ページのケアプラン単位とケアマネ単位。まず、この資料をいただいたときに、ここに引っかかって、どう違うのだろうと思いながら見ていましたが、これはケアプランを立てた数そのものから分析した分、それから、ケアマネ単位っていうのは、ケアマネジャーの数で見た指標ということで捉えてよろしいでしょうか。

それから、石山先生がおっしゃったように、全体を見て、やはり基本評価はよくできている、決められたことをケアマネジャーはしっかり書いているけれど、エコマップだとか課題分析というところは、やはり、その個人個人に応じた課題分析のところはほとんどブルーの評価が多いというところを比べると、個人のケアプランを、特に今回はケアプランの要介護1～3までの方ですので、この方たちがどう自立度が落ちないように維持していくかっていうところが一番ポイントになるので、やはりきちんと課題評価をできるようなケアマネジメントの研修だとかが必要かなと感じました。要介護1～3までの方は、やはり65歳以上になると低栄養ということが一番言われていますので、やはり、どのくらい食事がとれるか、石山先生もおっしゃいましたが、低栄養のところは、どんな形で評価されるのかなと思いついて聞いていました。

それから、ちょっと疑問に思ったところですが、やはり、職種によって違うというところがあって、私は保健師ですので、保健師と准看護師が一緒になっていますが、少し教育形態も違うし、かかわっているところも違うので、これが別分析できないかなと。私の思いであります。

○小賀会長

では、まず1点目。ケアプラン単位とケアマネ単位の違いについて教えてください。

○事務局

6 ページの上から二つ目の表のところ、ケアプラン単位、ケアマネ単位、1人当たりプラン数という表がありますが、調査数、そして、その横に主任介護支援専門員かつ認定ケアマネジャー資格取得者。ケアプラン単位で見ると、24 という数字が入っていると思います。

○田代委員

はい。

○事務局

その下、ケアマネ単位で見ると、3。これは、ケアマネ単位で見ると、3名の方が二つの資格を有していて、24件つくられたというふうに見ただけだと思います。

○田代委員

その前の表、5 ページとか、ケアプラン単位、ケアマネ単位ってあります。これも、ケアプランをつくったケアマネジャーの数ということで捉えていいですか。

○事務局

そうです。例えば、粕屋支部であれば、ケアマネジャー91 名の方がケアプラン 910 件つくられた。遠賀支部は、ケアマネジャーの方 78 名が 592 件のケアプランを立てられた。そして、この人数で割ったものが、1 人当たりのプラン数というということで見ただければと思います。

○田代委員

わかりました。ケアプラン数とケアマネジャーの数ということで捉えていいです。

○事務局

実人数と作成プラン数の関係になります。

○田代委員

はい。

○小賀会長

2 点目が、栄養をどう評価するかということとは？

○田代委員

2 点目からは私の感じた感想ですので、答えは要らないです。

それともう一つ、質問よろしいですか。全体で 8,839 件のうちに 5,000 件をまず中間データとして集計されたという根拠は何ですか。

○事務局

5,000 件を中間報告とした根拠は特にありません。昨年の 10 月から、指標づくりに入りました。

第 7 期の事業計画において、重点項目として、在宅の介護の限界であろうというところの要介護 3 以下のケアプランチェックについて、サンプル抽出か悉皆か、いずれかで実施しますということ、策定委員会の中でお約束をさせていただいて、それを第 7 期の目標に掲げました。そこで 30 年度に石山先生に先ほどの趣旨のような形で指標づくりをお願いして、実際、点検するにはどうするかということで、それも長野委員のケアマネジャー協会のほうにご相談しました。そして、実際に収拾したケアプランに対して、このケアプランを将来的には評価・分析をしていきたい。それには、素人目というよりも、そのプラン

を立てられたケアマネジャーの協会のほうでチェックしていただくのが一番であろうということもありましたので、それで収拾した 9,000 件弱に関して、今年の 5 月末に全件のチェックが終了しています。

本年度に入って委員会のほうが予定されていましたが、それから、ケアプランチェックの結果に、広域連合が保有している被保険者の居住状態等のデータをひもづけしたもので分析をして、この委員会に提出ができる限界の数が 5,000 件だったということです。残りは暫時実施し、ご報告しようと思っています。

○田代委員

はい。

○小賀会長

それでは、そのほか、いかがでしょうか。

○山口委員

社会福祉士会の山口です。1 点質問があります。点検項目ですけども、これは事前に、ケアマネジャーにこういう点検項目で調査をしますということでご案内はされていきましたか。

○小賀会長

いかがでしょうか。

○事務局

はい。事前にホームページ、それから文書を通じて評価指標を公表して、点検を行っております。

○山口委員

わかりました。ありがとうございます。

最後の A3 の資料を見ると、資格の有無にかかわらず、主任ケアマネジャーであっても必ずしも課題分析ができているとはいえないなという印象です。今 5,000 件ですので、中間報告で。そして、最終的には 8,800 件の調査結果を出して、あなたのプランはよくできているというのが、ある程度見えてくるかと思いますが、実際、プランはよくできているけれども、自立にほんとうにつながったのかどうかというところが、また今後、さらに追跡調査とかをされるのかというご予定はありますか。

プランがよくできているということと、実際、そのプランがご本人の自立につながったのかどうかということが、イコールとなるかどうか。

○事務局

基本的に、来年度が策定委員会ということがあって、第 7 期の部分の重点事項とその施策に関する部分で、実施できたこと——3 カ年において実施したものをご報告させていただきます。

実際は、昨年——30 年度、31 年度というところが、7 期で策定委員会の中でご報告できる案件かなと思います。最終年度に関しては、次年度分の計画の策定に入っていきますので、広域連合の中でも一、二年で成果を出しましょうっていうのが、基本的に年度の部分の計画で立てたところなんです。だから、今回も、初年度、30 年度、31 年度というところで、あらかたの部分の施策の評価をいただくという形の部分で、前倒しで実施できないかなということで整理をしているところです。

この調査に関しての部分で、さらにこの辺が先ほど予告っていうか、今検討しているのが、この分析の結果、ケアマネジャーのほうにやはり周知していかなくてはいけないなっていうふうに思っています。

今回、例えば、その A3 縦のところブルーが目立つところがあります。で、ケアマネジャーさんの経験年数の有無にかかわらず、基礎資格にかかわらず、課題分析ができていない状況です。今年に関しましては、8 月 20 日前後で居宅介護支援事業所に対する、広域連合からの集団指導を予定しています。予定している中で、昨年度収集したこのケアプランの状況を、集団指導とあわせて、講演として、石山先生のほうでこれに関するご報告をさせていただこうと思っています。その後、これをもとにして、基本的なケアプランに関する指標となるものがつくればいいのか、提案・提言ができないかなと考えています。

それとあわせて、所属する事業所のほうに優秀なケアプランの作成ができてあるのであれば、それも何らか広域連合のほうで表彰できるような形にならないのかなと考えています。

今回のスコア案では 123 件が上位 2.5%ですが、これはあくまで案でスコアは「有」の数を「有」＋「無」の数で割ったものです。項目ごとの評価の重み付けはできていません。例えば、青の項目で、ここが書けているのであれば、ほかの項目に比べて評価点を加点してもよいという重み付けがまだできていません。例えば、この評価項目の中で第 1 番目は「ケアプランがありますか」という項目ですが、これは、あって当たり前。これに対して、「エコマップが書けていますか」というのは皆さんができていない項目であり、この二つでは全然重みが違うと思います。

○山口委員

そう思います。

○事務局

実際に評価、優秀なケアプランを抽出するに当たっては、重み付けをして、評価基準に関し、再度周知をさせていただいて、最終的には対面で表彰できないかなと考えております。

それで、後は山口委員が今おっしゃったとおりです。これ、1回きりで終わっていいのかと。では、この優秀なケアプランでサービスを受けた利用者の方が、その後どんな状態になっているのかということ、経年的なものもチェックする必要があると考えます。それは定期的に調査することが有意であるという考えもありますから、それはまた第8期、来年度の策定委員会の折にでも、この場で、事務局としてもやっていきたいということをご提案させていただいて、ご意見いただいて、8期をまとめていこうと思っています。これだけでやめるつもりは、現在、全くないです。

○小賀会長

山口委員のご意見を受けて思うのは、自立をどう考えるのかっていうほんとうに基本的な問題を、ある程度、我々が想定しておかないといけないかなというのは思っていますが、例えば、ケアプラン自体が、高齢者の個々の生活そのものを全体として見渡した上で、介護保険でできるケア的な支援って一体何なのかなということも前提につくられているわけではありません。しかも、そのADL自立ってというのが、やっぱり、どうしても中心に座っていて…。この調査の後、例えば、ある高齢者のADL自立が低下をしていたとしても、その方が安心・安全で快適な生活を送ることが介護の支援を受けるということも含めてできていれば、それは自立と呼べないのかっていったような問題もありますので。私たちがこの広域連合内の高齢者のそのケアを中心とした支えを入れていくっていうことを事業として考えたときに、どういう介護プランというものを理想として捉えていくのかということも、ある程度考えていかないことには、なかなかその評価が割れるというか。

それこそ、実はもう何年も前に、大学院の修士論文を書くっていうので僕のところに来た作業療法士の方が、90歳過ぎる高齢者に残存能力をどう生かしていくのかっていったようなことを議論しようとするわけです。そんな問題じゃないだろう、と。確かに、それは必要ないとは言わないけれども、もっとその本人が快適に生活をしていくことをどう支えるのかということが一番大切にしていかないと、足が動かなくなる、手が動かなくなるというその事実だけに向き合って、ほんとうに大切にしないといけないことが、いつの間にか大切にできなくなってしまうと…。当人に対しても、ADL自立をいつまでも問いかけることによって、脅迫的に向き合ってしまうということだってあり得るわけで。

そんなことを、私たちがこの調査を受けて、じゃあ、次のさらなるケアプランの、高齢者の自立も含めなければいけないけれども、その高齢者が安心・安全で快適な生活が送れるためのケアプランっていうのは一体何なのかっていうところまで、少しく、考えておく必要があるかなとは思っています。

○石山教授

関連したことです。発言をさせていただきたいと思います。先ほどいただきましたご意見ですけれども、今回はある 1 点における横断調査ですので、プロセスの評価になっています。これによって結果がどうなのかというのは、アウトカム評価なので、アウトカム評価は定点でとっていかなければいけない、これは縦断調査になります。今回はあくまで 1 点を見た横断調査ということになります。

そして、自立をどう捉えるのかということがあって初めてアウトカム指標を検討することができると思います。アウトカム指標に関しては、国のほうでも何をアウトカムにするのかというのが、いまだ定まっていないですし、議論がずっと何年も続いて結論が出ていませんが、社会保障審議会で平成 29 年 12 月 9 日だったと思いますが、アウトカム指標に関してケアマネジメントで検討していかなければならないというふうな社会保障審議会委員のお声がありまして、それで国のほうで予算取りをして、今 2 年目になりますけれども研究を行っているところです。

ただ、簡単に決められることではないですので、海外文献も参照したりして、日本における高齢者の自立というものを考えた上で、評価指標を考えていっているところですが、決して簡単に決めてはならないことですので、高齢者全般の自立ということと、もう一つ、今回、文書・書面に限って評価をしていくこの指標というのは、ちょっと分けないといけないかなというふうに思っております。文書が書けているから、必ずしも自立に因果関係でつながるわけではなくて、何かしらの関連、相関はありますが、因果にはなり得ない、なり得るとは限らないというところがございます。ですので、一定、高齢者にとっての自立というものと、このケアプラン点検の中において評価をすることというのは、ケアマネジャーの皆さんにもその違いを説明しつつ、この中における評価というのはこれです、そうかと言って全てのケアマネジメント業務を評価したわけではありません、ということをしつかりと伝えていく必要があろうかと思えます。

ちなみに、科学的なことだけを評価しているのではなく、例えば、23 ページの項目 63 番、ケアプラン 1 表の一番下の部分になりますが「総合的な援助の方針」というものがあります。この評価項目に関しては、その利用者にとっての自立の姿を描いているかということを見ております。ですので、あくまで高齢者一般というよりも、その方個人の自立の姿とは何なのだろうかということをしつかりと考えているのかといったような、個別的な自立、その方にとっての自立というものを考える姿勢があるのかというような、こういったものも設けているところがございます。

自立が何かということを経験として定義するというよりも、個々人の、その人にとっての自立は何かということを考える視点があるかという観点での切り口で見えています。

○小賀会長

ありがとうございます。

○田代委員

この集計表について、私がすごくすばらしいと思ったのは、両面あります。先ほどから出ているように、すばらしいケアプランを、優秀なケアプランをモデリング、またはゴールにして、皆がこうあったらいいというのが1点。それから、逆に恐ろしいと思いながらこの表を見たのは、水分調整なんかほとんどゼロに近いです。自立にもつながるかもしれませんが、高齢者の自立だとかの一つのアウトカムになるかどうかともわかりませんが、やっぱり、健康寿命の延伸だと思います。少しは介護を要するかもしれないけど、自分のゴールに向かって、自分の足で歩いて、元気に寿命を全うできるっていうの…私はそう思っています。そのために、やはり病気があるとなかろうと、熱中症等も起きますので、その方がどのぐらい水分がとれているか、特に糖尿病とかいろんな疾病、腎疾患などあれば、特に水分摂取、それから食事摂取というのはとても大きな課題になってきます。でするので、両方、いいものはいいものでモデリングにするとしても、早急にケアマネジャーさんたちに周知してほしいのは、ケアプランを作成するときに、ぜひクライアントの体の状況だとか、必要な、ここにあるような基本調査の中で、やはり見落としはいけないものを早期に周知していくということが、この表からも、最終結論が出る前にやってほしいなと思っています。

○小賀会長

ありがとうございます。1時間たちましたので、休憩を挟みましょうか。その後、もう少し議論を続けていくように進めさせてください。

では、今から10分休憩をとらせていただきます。

(休 憩)

○小賀会長

それでは、再開させていただきたいと思います。

少し議論が進んでまいりましたけれども、皆さん方、ぜひご遠慮なく、わからないところを含めて、ご質問、ご意見をいただければと思います。

○長野委員

介護支援専門員協会の長野と申します。今回、お話にもありましたけれども、私どもの協会では、データ整理の段階でかわらせていただいたというところがあります。その経過の中の、水分のこともですが、一つだけお伝えしておきたいということがあります。

確かに、それぞれの事業所には事前に周知はされていたのですが、提出された帳票は、それぞれ書類の様式がばらばらというか…一番ばらばらなのはアセスメント表です。ご存

じのように、アセスメント表というのは、統一した項目というのがありますが、様式としてこうですよってというようなものはなく、各自の、それぞれの事業所でもって考えられているということになっておりまして、データを入力していく作業なので、やはり一番大変だったのが、アセスメント表の帳票様式が事業所によって違うということでした。だから、一つの帳票で一つの事業所 20 名なら 20 名分チェックする上では帳票を見慣れてくるとチェックと入力もしやすいですが、別の事業所、また別の事業所ということでやっていくと、全然なれていなくて、チェック・入力するのが大変だったという話もあります。

そういった意味で、水分のところも含めて、ちょっと青色のところということについて言えば、考えようによっては、アセスメント表というところのあり方というか、その辺でもう少し、介護支援専門員としてできるというようなところも…アセスメント力ということももちろんあるにはあるとは思いますが、この帳票の捉え方、考え方、様式の整え方っていうふうなところについても考えていく必要もあると思います。

それから、実際に研修というところについては、当然、法定研修とかも多くある中では、いろいろな内容について学んでいただくという場が必要で、栄養状態についても、そういった学びの場があり、学んでいるはずですが、そこがなかなか書けていない。そこを考えたときに、私ども福岡県の協会での受講者数は 1 回 90~100 名、場合によっては 150~160 名ぐらい、集合研修として実施していく中で、今、受講者評価っていう考え方もある中で、どの程度できているのかということをチェックするという仕組みもありますが、お一人お一人の介護支援専門員に対して、それだけの質を上げていくというふうなところの研修のあり方っていうところは、いま一つは、これは介護支援専門員協会も職能団体としてやはり考えていかないといけないことだなと思っておりませんが、検討しなければいけないなところでは、ちょっと考えさせられているところではあります。

○小賀会長

ありがとうございます。

○山口委員

11 ページですけれども、上位 123 プラン。これらの上位者は属性に何か特徴はありましたでしょうか。石山先生が見られて、この 123 プランを属性の視点から見たとき、何か特徴はありましたか。

○事務局

この 123 プランでの詳細分析はまだ行っていません。その 123 プランでほんとうにいいのか。先ほど言いましたように、項目ごとに重みづけをして、もう一回整理をさせてもらったものを個別点検していくっていう形の部分が、次のステップだと思います。そして、最終的には、その方たちに対する面接っていう部分も、書面だけで最終的に個人評価する

ってということには至らないと思います。また分析が進みましたら、この会の中で報告したいと思います。

○小賀会長

よろしいでしょうか。

○山口委員

ありがとうございます。

○小賀会長

そのほか、いかがでしょうか。

○因副会長

大変いい資料ができていて、うれしく思います。この結果をケアマネジャーの皆さんに戻して、急ぎ修正すべきは修正したほうがいいのかなと思いますが、先ほど出ていました水分のところで、私も大変ショックを受けました。長野委員からもありましたが、各事業所でいろいろ使っているアセスメント表によって、その項目が入ってなければ「有」にしないわけです。だから、使っているアセスメント表の問題と、先ほど属性の話が出ましたけれども、介護福祉士が圧倒的に多いですので、非常に責任を感じながら見ていたところ

です。だから、何が言いたいのかというと、属性と使っているアセスメント表とのクロス集計などができれば、より鮮やかに表ができると思っています。

とは言え、ケアプラン上ではそれほど記載されていないとされている水分ですけども、現場では間違いなく水分チェックをやっています。必ず、どれぐらい、例えば、施設でいうと、どれぐらい飲んだ、食事はどれぐらい食べたというチェックをきちんとしています。

ここはケアプランのことを点検するという、今日の会議ですけども、国のほうの考え方として、個別援助計画です。ケアプランがあって、施設介護計画があって、あるいは訪問介護計画があって、それを介護過程という形で、すぐく力を入れています。その中で、かなりケアプランに書けているところ、はっきり言うと、ケアプランをつくるよりも、現場の人たちのほうがもっと強いわけです。そこでつくっている介護過程の中でいうと、水分は間違いなくチェックされています。もう施設の中では、必須条件です。だから、それを今後、どうケアプラン等の中で整備していくかというのは大事だし、悩みだなと思っています。

○藤村委員

今、因副会長が言われましたように、施設はそういうことを重視しているという、施設

側ですので、それに応える形のお話をしたいと思うのですが、水分量のところ、今回の課題分析でブルーのところについては、確かに私ども施設でケアをやっていく中では大変重要な項目であるには間違いありません。特に、密接に関係あるのは、ショートステイやデイサービスであり、利用者がケアマネジャーを通して利用するといったときに、このブルーの評価が出ています。正直言って、私どものほうからこのブルーの評価の部分に対して、ケアマネジャーに求めるということ、今まではほとんどしてなかったと思います。というのは、やはり医療分野的な部分とか、食事のケア的なものは、どちらかという、その人の、かかりつけ医、そちらに確認すると…。ケアマネジャーの分野ではないみたいなそういう風潮も確かにあります。そういう中で項目も入ってなければ、おそらくこういう結果になるだろうなという感じは受けていました。でも、確かに、ケアマネジャーがこの課題分析のブルーの部分まで把握していくとこれはもう結構内容の濃いプランができるのかなと思います。

ただ、私が今回気になったのは、課題分析に関する記載で、ブルーですが、44番目の「本人の役割」という部分と、先ほど石山先生が言われました63番の項目です。役割、いわゆる自立支援につながる部分というのは、ある程度は一体的な捉え方というのができてくるわけです。そういう中で、この「本人の役割」について、30%近くしかできてない。逆に、先ほどの63項目は全く正反対の数字です。ここをどう捉えていくのかな、ということ。

本来、自立支援という部分がケアプランの目的ではあるわけですので、ここの役割支援のところはブルーというのが、ちょっと解せないなど。そこの視点は、課題分析の項目での有り・無しに限らずに、やはり取り組んでいく項目ではないかなと思って、今回の調査を見て考えさせられました。

○小賀会長

ありがとうございます。その他いかがでしょうか。
どうぞ。

○田代委員

19ページとかの職種によってデータが偏るというのか、特にちょっと気をつけていただかないといけないのが、少ない人数——例えば、医師・歯科医師は、ケアマネジャーは2名で、特にデータにブルーが多いです。1人の医師で全体の医師の評価と捉えるのも危険だなと思いますし、この辺を今後、どう検討していくのかというのは、9,000件全部出た段階でどうとるのかなというところかなと思っていて、数が多いところは大体評価が出るとは思いますが、少ないところをどう評価していくかということは、今後の課題かなと思っています。

○森委員

少ないところは、統計的には数値を出しても、あまり意味が無いかもしれません。

○田代委員

意味がないです。高いか低いかでしか出ないので。

○森委員

田代委員のコメントに追加して言いますと、特に介護福祉士の数値が高いです。クロス集計は項目ごとにどれぐらいの差があるかということを見ることのできるグラフですけど、やはり、一番多い介護福祉士の中で、どういう差があるかとか、介護福祉士というサンプルの中の差がどういうふうにあるかということが見ることができると、より課題抽出ができるかなと思いました。

あと、これは結構大事なクロス集計ですごいデータだなと思ってちょっと感動してしまいましたが、ここまでのサンプルを集めるのはすごく大変で、頭が下がるという大変ですけど、すごいなあと感じました。ただ、もし、可能であれば、項目ごとの差を見るときに統計的な検定をして、その数値の差に意味があるのかという検定結果を教えていただけたらと思います。よりわかりやすくなりますので。それから、クロス集計については、今出しているクロス集計以外にも差が見られる項目があるのかどうか……。今日の資料以外の項目とのクロス集計でできるかということもご検討いただければと思います。

○事務局

できます。

○森委員

またいろいろ、詳しいデータを見たいので。

○田代委員

広域連合はすごいです。私たちが言ったら、きちっとデータをだして実証してくださるので、素晴らしい。

○小賀会長

そのほか、いかがでしょうか。

先ほどの水分摂取という問題点は、その職種間の認識だとか役割の谷間に落ちて、結局、データとしてとろうと思ったときにブルーになってしまったというようなことでしょうか。であれば、例えば、広域連合でアセスメントシートのひな形みたいなものをつくってあげて……。広域連合ではなく、ケアマネジャー協会って言ったほうがいいです。それで、広

域連合がそこに何かご協力をさせていただき感じ……。そんなことをしながら、きちんと、点検していくべきものがアセスメントシートの中に盛り込まれていくということができればと思います。

今、お話を伺ったときに、そのシートの中身に違いがあるときに、それを集計していくときの大変さがほんとうによくわかりますので、そんなことも含めて改善されるといいかなと思います。

長野委員から、今後で構いませんけれども、ここで何かご提案していただけるようなことがあれば、この会議でご提案をしていただいとというようなことです。そうしていくと、この調査に弾みがついていくだろうなと思います。

○石山教授

水分のことに regarding ご意見がたくさん出ておりましたので、少し申し上げたいと思います。今回、水分を始め、ブルーがかなり出ている項目ですけれども、これらについては、生活の領域だというふうに考えています。なぜならば、水を飲んだり、食事をとったりというのは、毎日私たちが普通に生活の中でしている行為であって、そのところがうまく——何らかの理由によってできなくなっている、そこをサポートしていくのが介護の仕事であり、生活支援であるというふうに思っています。これが疾患によって管理が必要な状況、医療によって完全に管理をしなければならないというのであれば、入院で管理をしていくということになると思いますが、在宅で行うということは、やはり生活の中でやっていくものである。なので、介護保険の中では、食事・入浴・排泄についての介護を行うと明記をされていると思います。そのところを客観的に見ることができているか、数値化して見ることができているかというところで、アセスメントができているかを問うていると思います。

厚生労働省が去年11月に行った調査もそうですが、もともとの必要量はどれだけなのかということ把握すること。それに対して、日々とっている実績量がどうなのかとアセスメントし、その本来摂取すべきものと現在の摂取量の差を見て、そこに対してどうアプローチするのか。それが多なのか、少ないのか。きちんと客観的に見た上で、そこに、誰が、何時に、どのように入っていくのか、それをやはり客観的に。さらに、個別的看着ていけば、その人に飲んでもらうためには、その方がどんな味のものならば好むのかとか、温度がどういふものなら飲んでもらえるか、これを個別的看着て、季節ごとにも変わっていきます。家庭ごとの味もあります。ですので、こういったものまで、やはりアセスメントをしていかなければ、ほんとうの意味で実績量を適量まで持っていくことはできないです。

ですから、実は、アセスメントの範囲は非常に深くて広くてというところで、そこに生活のだいご味があると思いますが、これを介護が、本来的な、自分たちの業務の範囲であるかと認識するかどうかっていうところにかかっているものと思います。もともと、介護

保険は食事・入浴・排泄に関する介護を行うので、それを社会保険制度で適用していくのかどうかというところの判断を客観的に行うのが本来的に必要で、実は、最初から書かれていましたが、行われないので、質の評価の調査に入れてみたりしています。

今、厚生労働省のほうでケアマネジメントの標準化というものをつくっています。私が厚生労働省にいたときにつくりましたが、ケアマネジャーが行うべき内容というのを表にして、標準化をしていくという取り組みをしております。疾患別と基本ケアとつくっていますが、基本ケアの中にこういった水分量であるとか栄養量、あとはBMIの測り方とか、こういったものを全て入れている状況になっておりまして、未来志向と申し上げたのは、今後、それが法定研修の中に入る予定で、厚生労働省はそれを準備しているという意味です。ただ、本来的には、やらなければならないものができていないので、これからは項目をはっきりと明記してやっていくような形であるというふうなことで、未来志向というのは、そういう意味で使っていましたが、ほんとうは最初からやらないといけないことでしたという内容になっています。

○小賀会長

そうです。水を飲むっていうことも、例えば、高齢者が1日1リットルから1.5リットル摂取する必要があると、今度は飲ませることに躍起になってしまうというような仕事の仕方ではなくて、やはり、その人の好みに合った形で飲んでいただくということも考えないと、水を飲むことそのものが苦痛になる可能性もあります。やはり高齢者に寄り添う仕事のあり方って何なのかっていうことが、そこに常に一緒に盛り込まれていかないと、彼らの仕事一つ一つが、どうしても機械的になってしまうだろうなというのがあります。

○因副会長

教えていただきたいのですが、19ページのクロス集計のところですが、「基礎資格」というところで「介護福祉士」その横に「ホームヘルパー、訪問介護員」となっていますが、まずここは、ホームヘルパーと訪問介護員、一緒です。二つ並べなくていいと思います。これが1点です。基礎資格がホームヘルパーだけであるというのは、ここは142名もいますが、これは何か間違いがないでしょうか。ホームヘルパーという職種の人が介護福祉士を持っていることが多いですが、どういうふうに分けておられますか。

○小賀会長

いかがでしょうか。

○事務局

ケアマネ調査票というものを配布しており、その回答結果です。今回、ケアプランを収集するに当たって、クロス集計をする部分の基礎データとして、ケアプランを作成したケ

アマネジャーの属性等を把握するための調査票を別の様式でお送りしました。その中の基礎資格については、分類コードを国の調査票に準拠した形で選択肢を作って送付しました。国と同じ様式で資格要件の部分を調査した結果であり、現在とちょっとそぐわない形になっているかもしれません。

○因副会長

今はもう、制度上、訪問介護員ですので、ホームヘルパーは使わないです。

だから、ここ、二つ並べてもちょっとおかしいなというのが一つと、要は、ほとんどのケアマネジャーは介護福祉士を持ったホームヘルパーです。基礎資格としては。だから、ホームヘルパーだけでケアマネジャーになっている人って、ごくわずかのはずですけど、ここに 142 人も上がっているんで、ちょっとカウントするときに間違っていないかなと。調べておいてくださいという程度でいいでしょうか。

○事務局

わかりました。

○田代委員

それと、精神保健福祉士は保健医療に入りますか。

私もこの表で、社会福祉士と各種相談員、先ほど一番右のその他に社会福祉主事が入るとおっしゃいましたが、この各種相談員とその他がどう違うかというのが 1 点と、それから、精神保健福祉士が福祉職じゃないかなと私は思いますけど、そこは確実じゃないので、ちょっと検討願いたいです。

○事務局

はい。整理させていただきます。

○小賀会長

今ご指摘いただいたところについては、次回の、年度末あたりにまた会議が開かれると思いますので、そこで訂正のほうを入れていただくということによろしいですか。

○事務局

表のまとめ方についてですけども、今回、5,000 件の中間報告という形の部分で、見やすいようにという形で、こちらで資格の領域の部分を分けました。次回訂正させていただくのであれば、上の部分の「介護」「福祉」等の領域区分は削除しようと思います。

○小賀会長

では、そろそろよろしいでしょうか。

○事務局

最後に1点だけいいですか。

○小賀会長

はい、どうぞ。

○事務局

1点訂正です。142人ではなくて、その下の括弧内が人数で18人です。

先ほどご指摘いただいたホームヘルパー・訪問介護員の実人数として、実資格者としては18人で、この方たちがつくられたのが142プランになります。18人です。

今回ケアマネジャー全体では538名です。うち介護福祉士が333名。つくられたプラン数が3,139プランです。したがって、その横、「ホームヘルパー」というような書き方をさせてもらっていますけども、18名の方が142プランをつくられて、医師に関しては2名で13プランつくられているという形です。

○因副会長

失礼しました。

○小賀会長

ちょっと細かい字で、よく読まないとわかりにくかったです。

○坂本委員

今、保険のやり方が変わって、ケアマネジャーの方に歯科は情報提供しないといけないというふうに変わりました。その割には、この資料を見ていたら、口腔ケアという名前が非常にひとり歩きしていて、口腔ケアに関することは非常に興味があるみたいだけど、そのほかのことに関しては、歯科に関しては全く興味がないというこの状況が出ていますが、こういうことを今言っているものか知りませんが、何かちょっと、ムードで動いているような気がします、どうですか。

○小賀会長

いかがでしょうか。

○坂本委員

非常に偏った見方をしているかなという気がしている。

先程、水分の話が多く出ていましたが、やはり食べるということは大事なのでほんとうにそれを考えていただいているのかなと……。

○田代委員

私は逆に歯科医師はほんとうに歯科学的に見て「できてない」と判断されたのではと思っています。ほかの職種の方は「自分で噛むことで食べることができる」と簡単に捉えられているのかなと……。この表ではピンクのところは他職種が多くて、歯科だけが淡いブルーになっています。その下はちょっと、すごく低いですけど、私はそのように取りました。

だから、歯科医師の方が思われるように、ほかの方も、ほんとうに先生がおっしゃるように、口腔ケアに関してきちんとした視点を持って見ていただくことも必要かなと思っています。

○坂本委員

だから、口腔ケアということを何か勘違いしている人も多いのではないかという気がしたので、ちょっとこの話もしておこうかなと思いました。

○因副会長

勘違いとはどういうことですか。

○坂本委員

口腔ケアをどういうふうに考えているか。口の中を清掃すればいいだけだよと思っている方が、多いのではないかと思って。そうではなくて、機能回復含めてやっていますから。

○田代委員

口腔ケアの自立だから、自分で歯磨きができていのかとしか、捉えてないのかなと思って…。

○坂本委員

それもあります。

いろいろな意味で、口腔ケアをかなり広い意味で捉えていかないと、ただ清掃するだけじゃないということです。そういうことをやはりケアマネジャーの方々と歯科ももう少し情報交換してほしいなと…。何のための保険の改正なのか、よくわからない。

○藤村委員

確かに先生が言われるように、今、ムードは高まっている。口腔ケアについてです。

○坂本委員

よくわかります。

○藤村委員

介護報酬の一部でありますし。胃ろうから自力摂取のときに、その分含めての口腔ケアというのは、やはりどんどん今導入していますので、結構、口腔ケアについての専門性は高めないといけないというふうなムードになっています。いい意味です。

○坂本委員

健康寿命の延伸です。

○因副会長

今回の改正で、訪問介護でいうと、サービス提供責任者の業務に 1 項目、口腔ケアというのが入りました。

○坂本委員

はい。

○因副会長

それはもちろん口の中をきれいにするということと、口の中の状況をきちんと関連職種、つまり歯科医師とか歯科衛生士に伝えなさいということが業務として明記されています。

○坂本委員

現場では、歯科医師とか歯科衛生士が伝えますが、こっちには来ないです、あまり。現場はね。

○因副会長

一応、現場は伝えることになっています。それ以上の専門性は私たちにはないので、よろしく願いいたします。

○長野委員

坂本先生がおっしゃったように、特に、私は口腔ケア、口をきれいにするということだけじゃなく、ほかのことも関連してアセスメントすることが当たり前だろうと思っていますし、歯科医師の先生方とちゃんと共同しながらやっていくというところも当たり前であろうと思っているところではありますが、ただ、数字的に見てみると、ほんとうに私どももびっくりしているっていう感じのところがあります。それだけ、裾野を広く、と……。

先程も言いましたけど、一人一人のケアマネジャーに本来あるべき姿、アセスメントもそうですけども、形をとっていただくっていうふうなことで、ほんとうに、平たく高いレベルでの平均点を上げていくということを、どういうふうにしていけばいいのかというところは、ほんとうに大きな課題です。私たちのところでは「それは当たり前だよ」と言っているところが、いざ、そういった今のような声で、ほんとうにところどころ、いろんな現場から「全然できてないよね」という話も聞くし、その差をいかに埋めていくか、いけばいいのかということが、ほんとうに今大きな課題ではありますし、今、考えているところではございます。

○小賀会長

ケアマネジャーが持っている役割のその大きさや専門性の深さというのも、やはり改めて考えていかなければいけないし、それこそケアマネジャーが高齢者と向き合ったときに、いろんな専門職が考える高齢者に関する課題というものも取りまとめられるような、そんなほんとうの意味でのマネジャーじゃないといけないわけです。そこがきちんと、やはりケアマネジャー個々人に認識があるのかなとか。あるいは、どういう形で自分の専門性を磨いていくのかなとか。そういうようなことが重要かもしれません。例えば、今回のこの調査を通して、逆にケアマネジャーに我々のほうから訴えていくという、いい機会でもあるだろうなと思っています。

口腔ケアの問題にしても、高齢者からすれば、食事を楽しく、おいしく食べられるという状況が十分に備わっているということですよ。それを、どれぐらい専門家がそれぞれの立場で大切にしているかということです。それを、そのケアマネジャーがきちんと把握できて、それぞれの専門職種に発信できていく力を持っているということが、問われているでしょう。となると、今のケアマネジャーの養成そのもののあり方にも、問題は及んでいくだろうと思いますが……。

あまりこう言うと、課題が広くなり過ぎて、では、どこからやっていけばいいのかという話にもなりますが……。今回の調査を通して、確認できることについては、つぶさに確認し合いながら、ケアマネジャーの役割、あるいはそのそれぞれの専門職の役割ということが整理できるというふうにつながっていくといいなと思いました。

○安東委員

先ほど、歯科の先生のほうから、口腔というところで歯科のお立場でお話があったので、私は薬局ということで。

薬剤師の立場でこの分析のクロス集計を見まして、内服薬というところが1項目、それと処置というところでイエスかノーかというふうなところで、確認が一部見守りなのか、見守りなのかというところに主眼を置かれているっていうところが非常にびっくりしました。この表自体は、こういうふうな形での分析が非常にできて、すばらしいなというふう

には感じましたが、お薬って、薬局の薬剤師というところでは少し見過ごされがち、介護の中で非常に存在感の薄い立場かなとは思いますが、服薬の種類によって、その方の生活の質が大きく変わってくる。ケアマネジャーさんが現場に行って、この部分でどう聞くか。「水を飲めていますか、水をとって自分で薬が飲めていますか」「はい」と。そして、飲めていますか／飲めていませんかと、その現場で、そこで聞き取るだけです。それって、ほんとうにこれを、この人の生活状況を把握するためのイエスカノーではないのではないかと思いますので、ここの部分が内服薬という一つのこのくくりの中で、水でごくんと、飲めているか、飲めてないかでは、少し無いのかなと感じました。

服薬の状況、それと、その部分の周辺にまつわることを聞いていかないと、その方の一薬を飲まないということは、幾ら運動しても骨折してしまうというリスクもあるというところをわかってアセスメントして、聞き取りをしてほしいというところを、今度、このアセスメントの結果の中で周知していただけるということであれば、その部分もケアマネジャーさんのほうへの周知の必要性はあるのではないかなというふうには感じました。すみません、初めてこの分析表だけを見させていただいての感想でした。

○小賀会長

ありがとうございます。そろそろ会議を閉じないといけない時間になっていますが、皆さん方、いかがですか。

この資料について、まだ十分にじっくり見る時間がなかったと思いますので、それぞれ持ち帰っていただいて、改めて確認いただきながら、次の会議の折にでも、また、そのご意見なりご質問なりをしていただくというふうにござお願いしたいと思います。

それで、次の会議の見通しを確認して終了させていただければと思っておりますので、進行を事務局のほうにお返しをしたいと思っておりますけれども、よろしいでしょうか。

では、事務局から、次の会議の見通しも含めてよろしくお願いたします。

○事務局

皆さん、熱心なご議論ありがとうございました。

今回 5,000 件の集計結果で中間報告をさせていただきましたが、またこれから全件の 9,000 件弱の分析に入りたいと思います。本日いただいたご意見をもとに、また、改めまして、最終的な結果をここでご報告したいと思います。分析が間に合うかどうかわかりませんが、次回の検証委員会は来年の 2 月ぐらいを予定しております。そこでもし分析結果の資料が整えばお出しして、ご説明したいと思います。もし間に合わなかったら、その後は策定委員会のほうに移行してしまいますけれども、策定委員会の中でまたご報告できればというふうに考えております。

○小賀会長

最後に、石山先生、ほんとうにご参加ありがとうございました。

○石山教授

ありがとうございました。

○事務局

ありがとうございました。では、本日の会議はこれで終わりになります。第3回介護保険事業実施効果検証委員会を終わらせていただきます。皆さん、ありがとうございました。

○事務局

最後にすみません。閉じてしまいましたけれども、一言だけ。

○石山教授

終了後にすみません。

服薬に関しては、どこまで入れるかというのは非常に迷ったところですけども、服薬の中身の判断は、生活を支援するケアマネジャーとして、その部分の専門領域の判断まではしてはならないので……。なので、24ページのモニタリングの93項目については、実態を伝える役割を担うという意味で93の項目の評価基準の括弧のところに「医療者への報告事項に該当する情報例」として「薬が大量に余っている、または複数回分の薬を一度に服用している」とか、「薬の服用を拒絶している」とか、ここにはポリファーマシーのことは入っていませんが、これは国のほうが示している薬剤師との連携の項目を確認するというので、こういうチェックは入れてはいるというところがございます。ちょっと不十分かもしれないですけど、ここは入れております。

すみません、以上になります。

○事務局

それでは、これもちまして介護保険事業実施効果検証委員会を閉会させていただきます。皆様、ありがとうございました。