
第2回 日野市介護保険運営協議会
第2回 日野市地域包括支援センター運営協議会
第2回 日野市在宅高齢者療養推進協議会
第2回 日野市地域密着型サービス運営委員会
議 事 録(要旨)

[日 時] 平成 29年6月28日(水) 18:30~20:30

[場 所] 市役所 4F 庁議室

[内 容]

【議題】

(介護保険運営協議会)

1. 第3期高齢者福祉総合計画策定について

(地域包括支援センター運営協議会)

【報告】 平成 28 年度 地域包括支援センター事業報告について

(在宅高齢者療養推進協議会)

【報告】 平成 28 年度 在宅高齢者療養推進事業について

2. その他(次回日程)

(資料)

【事前送付】

- ・【資料1】第3期日野市高齢者福祉総合計画策定に向けた基礎調査報告書※暫定版のため掲載なし
- ・【資料2】介護保険法の一部改正のポイントまとめ

【事前お届け】

- ・【資料3】基礎調査課題整理について(アンケートから)
- ・【資料4】地域包括支援センター業務種別実績(平成27年度~平成28年度)
- ・【資料5】平成28年度在宅療養支援事業の実績について

【当日配布】

- ・【資料6】平成29年度日野市介護保険運営協議会等の開催日程
- ・【追加資料】「かかりつけ歯科」介護度別集計・調査報告書 P.445 訂正※【資料1】関連資料のため掲載なし

[議事要旨]

* 開会(介護保険担当主幹あいさつ)

委員数17人であり、全員出席予定。現在14人であり、会議が成立すること。事前配布及び当日配布の資料確認。終了時には17人。

1. 第3期日野市高齢者福祉総合計画策定について

(説明) 事務局が資料2「介護保険法の一部改正のポイントまとめ」を用いて説明。

【質疑等】

- 委員： 今回の改正によって、要介護認定を受けなくても施設サービスが利用できるようになるのか。
- 事務局： 新たな施設（介護医療院）も介護保険の枠組みの中での施設であるので、認定を受けた人のみ利用できる。
- 委員： 介護医療院はどのくらいの地域に1つ整備するなどの指針はあるのか。
- 事務局： 現時点で国からは特に挙がってきていない。需要等に合わせて各区市町村が計画の中で決めていくことになると思う。
- 委員： 介護医療院の説明の中に「長期療養のための医療」とあるが、どのようなことを位置づけているのか。病院は何かしらの医療処置がないと入院させてもらえないのが現状であるが、現在の療養型と同じくそのような処置が必要な方が想定されているのか。
- 事務局： 概要のみで詳しい説明がまだないため、次回以降回答させていただく。

（説明） 事務局が事前送付した資料1「第3期日野市高齢者福祉総合計画策定に向けた基礎調査報告書」及び資料3「基礎調査課題整理について（アンケートから）」について、専門分野を中心に、委員からの意見や提案等をいただきたい旨説明。この場にて挙げきれなかったものは、7月12日までに事務局に提出していただければ、次回（7月28日）での計画素案に反映可能。

【質疑等】

*訪問歯科診療について

- 委員： 訪問歯科診療の周知度について。訪問診療の利用率が、前回調査より多少下がっている。歯科医師会で訪問歯科診療のネットワークを作っているが、ニーズが挙がっていないため使われていない。医療と介護の連携の勉強会にも毎回歯科医が出席しており、ケアマネ協議会でも講演をしている。健康課に申し込んでもらえればすぐに行ける体制になっており、ケアマネ等にも周知しているが、利用率が低い。追加資料に介護度別の集計があるが、要介護3～5の通院が難しいと思われる方が50%近くかかりつけ歯科があると回答している。これは、定期的に検診を受けているという設問を、「痛くなったら行く歯科を決めている」という意味に取り違えているのではないか。利用者を増やすのも大切だが、「利用する予定はない」人に対するアプローチが必要。要介護者の9割は口腔ケアが必要だが2割程度しか受けていないというデータがある。介護度が軽い方は通院可能だが、要介護3以上はまだ3～4割が利用するつもりがなく、必要性に本人も家族も気づいていない。後期高齢で訪問の特定健診が始まる予定だが、掘り起こしのために、歯科も訪問の検診をしてあげた方がよい。訪問の健診はどう行うのか？
- 委員： 訪問ではレントゲンが撮れないため、施設入所のための診断書の取得も兼ねていることが多いので、医療機関への受診を勧めている。どうしてもという場合は在宅で心電図を取っている。
- 委員： 「関連するその他の施策」について。歯科医の確保はできており、スタッフもいる。機材の搬送は八南歯科医師会が9月から訪問歯科サポートシステムを開始予定。歯科医会が機材と衛生士を派遣し、主治医だけが行けばよいシステム。治療後、歯科

衛生士がその後のケアのために訪問する必要があるが、歯科衛生士は少なく、売り手市場。スキルも必要になる。専門の衛生士の確保が必要。府中市や豊島区は派遣システムがある。

委員：所得とのクロスでは全体的に低所得の利用率が低い。はっきりとした有意差はないが、比較的低所得の方については、訪問してくれる医療機関を知らず、経済的な負担も大きく、どこに相談したらいいかわからないといった複合的な要因が絡み合っている。周知徹底だけではなく、相談窓口とセットで行うとよい。利用料については、負担額が大きいと思いついていて、窓口となるチャンネルを作っておくこと。

委員：歯科は毎週になる。1割負担でも、毎回1000～2000円かかるため、訪問するよりタクシー代の方が安いこともある。歯科医が来てくれてよかった、ではなく、本当は機材の面からも来院してもらった方がちゃんと治療ができる。

委員：生活全般をサポートする必要がある。居宅療養管理指導を誰が中核となってやるか、本来ならケアマネ、包括だが、居宅療養管理指導は枠外のため、限度額の枠内で工夫するということもなく、優先順位がつけられない。負担が逆に増すケースもある。理想は口腔ケアが必要となったらヘルパーさんも含めて多職種に指導していただいて皆が口腔ケアをできるような形にさせていただくとよい。

委員：健康課で事業所10ヶ所に出向いて講演し、口腔ケアの指導をした。

委員：日野市は歯科のネットワークが充実している。ケアマネさんやヘルパーさんに指導していただくと広がりが大きくなる。

委員：居宅療養管理指導に関して先進的事例をご存知か？

委員：大田区…区の衛生士が巡回。豊島区…あぜりあ歯科診療所（豊島区口腔保健センター）には常勤の歯科医師と歯科衛生士がいて、週の半分は訪問し、施設で研修をしている。都心は車が使えないので、開業医よりセンター方式が主流。

委員：日本医師会が、東京都医師会からの質問の回答にて、老健は単なるレスパイトではなく、リハビリやSTなどツールを持っているので、それを活かして目的を持つことを勧めている。ショート期間で口腔ケアをしてもらうのはどうか。

委員：施設に衛生士がいない。やはり衛生士が必要。コストもかさみ雇えない。センターからの派遣がいいが、難しい。

委員：訪問と訪問の間のケアはどうするか。毎日のことであるため、ヘルパーや家族も習いに行く必要がある。

*定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスについて

委員：地域密着の定期巡回サービスについて、ケアプランに入れていない事業所が多いが、ケアマネが内容を熟知していない。イメージが先行してしまい、身体介護中心で、生活援助をしてくれない、短時間のサービスのイメージ、報酬が月単位の丸めで、単価が高く、他のサービスと組み合わせられないなどの理由から敬遠している。使った人からは、状態が不安定な時期にとても有効だったとの声が挙がっている。使うとよさが分かる。どういう場面で使うと利点があるのか周知が必要。

委員：当圏域に事業所があるが、どういうサービスであるか知っていただけていない。必要であればどこでも説明に行きますとのことなので、ぜひ周知の機会を作ってほしい

い。

*地域包括支援センターについて

委員： 自立の人への周知度が低い。介護保険が必要になって初めて知る。どうやって知ってもらおうか。以前は介護予防教室や二次予防事業が、介護保険が必要になる前の方へのアプローチツールだったが、啓発事業や介護予防教室が社協に移り、介護予防啓発事業が包括の担当になった。予防教室は一度切れてしまっているのも新たに介護予防啓発事業をやっていく上での立ち位置をどうするか、予算もなく、何をやっていいか模索している。

*総合事業・ヘルパー教育について

委員： 無資格者の提供するサービスについて、利用者と家族からの不安が多い。

委員： 研修にも他の職種に比べてヘルパーさんの参加が少ない。また、一般の人を回していくため、コーディネーターの役割が大きく、研修を充実していく必要がある。

委員： どうしたらヘルパーに研修に参加してもらえるか？

委員： ヘルパーは時間で動くため、1日の中で一定の時間を空けるということではできない。1回では無理なため、同じ内容を何度か時間を変えて実施する工夫が必要。

委員： ヘルパーさんが生活全般をみているが、今後、医療ニーズの高い方や看取りのケースが増えてくる。ヘルパーの力が必要だが、不安が大きい。医学的な判断はヘルパーの範疇外だが、危機感を持つことや、正確な伝達・申し送りは必要。現状でも登録ヘルパーと職員ヘルパーとの申し送りできていないことがある。例えば、血圧管理が必要な利用者の血圧を計っていないので聞くと「時間がないから」と答える。教育プランを作り、今から対策が必要。ヘルパーだけではなく、サービス提供責任者の研修も必要。

委員： ヘルパー教育は事業所に委ねられているのが現状。コーディネーター、サービス提供責任者への教育は必要。

*人材確保について

委員： ヘルパーの不足や高齢化が進んでいる。研修をしてもキャパを超えてしまう。新しい人材は入ってきているのか。

委員： 採用状況についての集計結果があるが、ヘルパーを3年やると試験を受けて介護福祉士になれるが、介護福祉士 840 人、初任者研修修了者 716 人と、数字が逆転している。登録ヘルパーは複数の事業所に勤めていることもあり、実際の数はもっと少ないのではないかと。人材が埋もれている。掘り起こしに行政も手をつけてほしい。

委員： 介護人材の確保については第3期計画に盛り込む必要がある。潜在介護人材の呼び戻しと研修、安定的に働き続けられる環境、両方セットが必要。

委員： 有資格者の採用が困難。養成校も定員割れの状況。無資格者を養成しないと人材確保が難しい。受講の支援が必要。

委員： 事業者同士の奪い合いもあると聞いている。先進的な支援策を御存じか？

委員： 世田谷区や練馬区では人材センターをつくっている。他では、シルバー人材センター会員の人件費を区が持ったり、ハローワークと連携したり。町田市では（一社）介護人材開発センターを立ち上げ、研修や説明会を開催したり、アクティブシニア人

材バンクをつくり、就労意欲の高いシニアに周辺業務であるリネン交換や食事の片付けを担ってもらっている。介護人材バンクについては、紹介できる人がいないと聞いている。また、神奈川は資格取得支援が充実している。

委員： 先進例の情報を押さえつつ、優先順位の高いものを取り入れていくのが合理的。人材は肝であるため、予算や実現可能性の課題はあるが、案として持っておくとよい。

*訪問診療・看取りについて

委員： 現在、自立・要支援の方が2025年には問題になってくる。看取りや最期について「わからない」としている人が家での看取りを希望している人と同じくらいいる。要介護の人は家での看取りを希望する人と同じくらい訪問診療を利用しているので備えができていますが、次は自立・要支援の人たちへのアプローチが必要。看取りや最終的な生活に関する教育をそろそろやってもいい段階に来ているのでは。訪問診療と訪問看護については、実際に訪問をしている先生かどうかで感じ方が異なると思うので、訪問の有無別でも解析してほしい。外来を専門にしている先生と訪問診療の連携はまだ未熟。連携が取れていれば足りていると感じると思うので、開業医の認識の違いがあると思う。

*災害時の対応について

委員： 災害時にどうやって避難所に連れていくのか。デイサービスの車両を活用するのは燃料補給の点等から難しく、自治会では戸板に載せて運ぶしかないと言っている。すすらん地区の避難所は南平小だが、遠くて行けないので、どうやって連れて行くか、一次避難所の前に自治会の避難場所に行くなどする必要があるか、検討しなければならない。具体的に各事業所が何をすればいいか、土日・夜間の対応など明示してほしい。それを受けてできる・できないを示したい。

委員： 熊本の震災では、自治体が混乱し、行政が被災高齢者の情報を把握できなかった。災害時の計画は重要事項である。

*認知症について

委員： 服薬管理のケアプランへの位置づけが難しい。10分くらいで済むことだが、介護保険の枠組みでは難しい。服薬がうまく回せるシステムがあれば。また、一時も目を離せない人は、デイの迎えまでの時間、帰ってから家族が帰宅するまでの時間も見守りが必要で、自費が出てしまう。訪問介護事業所の自費サービスは2千円～4千円/時なので、施設よりも自己負担がかなり高くなる人もいる。目が離せない人への支援が必要。

委員： 訪問薬剤管理指導は、通常週1回しか入れない。調剤を工夫して、服薬回数を減らすなどしているが、難しい場合もある。服薬時間を教えてくれる機械もあるが、15万程度で高く、認知症の人は機械を入れても使えないことが多い。

*施設整備について

委員： ショートステイの稼働率は高くない。量よりも質の問題だと思う。サービスの内容が伴っていないことも多く、改善できればと思う。「介護サービス全体で見れば、施設サービスの不足傾向が顕著である」とあるが、特養・老健の待機者は実際いるが、以前よりかなり減っている。サービスの需要と供給が合っていない。多摩西部は定員割れ。箱ものをつくとそれが継続的に続くので、今後多摩平のA街区に特

養ができるが、そういった動向をみておくべき。特養は平成16年に優先入所指針ができ、重度の人が早めに入るようになった。これにより回転が速くなり、滞在年数が短くなった。自分の施設での退所者の滞在年数を調べると、平成16年以降では1年以上短くなっている。特養でも以前のように長期間ではなく、比較的短期間で退所される方が多くなっている。去年からは要介護3以上の制限がかかり、特養でも入所期間の短期化に拍車がかかるのではないかと。

委員：在宅の現場でも、特養ができると急激にベッドの総数が空く状況がある。在宅で生活できる人も、ベッドがあれば入所してしまう。とある病院が多い地区だと、在宅の連携のアンケートを取った時に、楽だから入れてくださいとなって、如何に在宅での介護調整をしても在宅療養が進まないという傾向があった。施設を1つ作ると100人規模で動く。地域の中では相当大的な数になる。計画はかなり慎重に検討すべき。一般的に、施設が充実すると訪問診療は進まない。どちらも枯渇していればそうでもないが、どちらかに偏りすぎると良くない。アンケートでは家で最期を迎えたいという人が一定数いるので、両者のバランスを上手に見て計画を立てること。

（地域包括支援センター運営協議会）

報告 平成28年度 地域包括支援センター事業報告について

（説明）事務局が、資料4「地域包括支援センター業務種別実績」を用い説明を行う。

【質疑等】

委員：総合事業の件数は毎月増えており、予防業務に忙殺され、他の業務に割く時間がなく、機能強化まで手が回らない。品川区は予防ケアプランセンターを立ち上げ、包括の業務から外している。日野市でも支援がほしい。

事務局：前回は回答したが、数が増えているのは間違いないので、今後検討したい。

（在宅高齢者療養推進協議会）

報告 平成28年度 在宅高齢者療養推進事業について

（説明）事務局が、資料5「平成28年度在宅療養支援事業の実績について」を用い説明を行う。

【質疑等】

委員：一時入院のベッドの稼働率は一般病床より低い。いっぱいだと思ってしまって紹介しないのでは。使いたいニーズはあるはず。空き情報の周知を。

事務局：市立病院と協議している。今後も継続して話をしていきたい。

委員：一時入院事業は、2号被保険者は使えない。今回のケースは難病認定を受けていたので、障害福祉課に相談したが、介護保険を使っていると断られてしまう。最終的には障害で利用できたが、障害認定を受けていない方もいる。是非2号も対象に加えてほしい。

委員：介護保険を使っている2号被保険者が使えない市の一般施策が多い。救済の場所がないため、検討してほしい。

事務局：今回の介護保険法の改正でも、介護保険と障害福祉サービスをまたぐ検討を求めら

れている。施策は各自治体の裁量によるものなので検討の余地がある。

6.その他（次回日程）

（事務局）： 次回開催は7月28日。課題の追加については、7月12日までに事務局に提出を。