

平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

介護支援専門員及びケアマネジメントの
質の評価に関する調査研究事業
報告書

平成 26 年 3 月

株式会社日本能率協会総合研究所

はじめに

わが国では、要介護の認定を受ける人の割合は 65～69 歳では 3%程度であるのに対して、75～79 歳では 13.7%となり、80 歳以上では認定率はさらに大きく上昇して約 3 割にも達している。今後、いわゆる団塊の世代が 75 歳を迎える 2025 年には、元気なシニア層が増える一方で、要介護者の増加も見込まれている。また、認知症高齢者は 2012 年時点で約 300 万人と増加してきており、同様に今後もその増加が見込まれている。さらに、高齢者のみ世帯や独居高齢者の数の増加も進んできており、こうした高齢者を地域全体で支える必要性はこれまで以上に高まってきている。

これらの要介護の高齢者に対し、介護保険制度により利用者の尊厳の保持を旨とした自立支援を実現していくことが重要であり、そのためには、介護支援専門員による適切なケアマネジメントは必要不可欠なものとされている。ケアマネジメントは「要介護者がさまざまな状態にあって固有のニーズをもっている、できるかぎり本人が自分らしく、自立した日常生活を送ることができるように支援する」仕組みであり、介護支援専門員はこの自立支援を促すケアマネジメントの担い手として位置付けられ、ケアマネジメントの質の向上に向けた不断の努力が求められている。

しかし、社会保障審議会介護給付費分科会審議会報告（平成 23 年 12 月 7 日）の「居宅介護支援・介護予防支援において、「根本的なケアマネジメントの在り方の検討が求められている。」と指摘されており、この指摘を受け、「介護支援専門員の資質向上と今後の在り方検討会」が立ち上げられ、「議論の中間的な整理」（平成 25 年 1 月 7 日）が取りまとめられたところである。

それによると、いくつかの検討課題が提示され、課題の見直しの視点として以下の 2 つが取り上げられている。

- ・介護支援専門員自身の資質の向上に係るもの
- ・介護支援専門員が自立支援に資するケアマネジメントが実践できるようになる環境整備に係るもの

本調査研究では、前者を通じた課題解決の途を探るため、ケアマネジメントの質の向上を図っていく基盤として、ケアマネジメントの質を評価する客観的な指標を開発するためには、ケアマネジメントプロセスの明確化が必須の要件となると考えた。

そこで、全国の介護支援専門員を対象に、実際のケアマネジメントプロセスにおいて、「臨床的統合」を実現する際の基盤となるサービス担当者会議にとくに焦点をあてた実態調査に取り組み、その成果をとりまとめた。

本事業で実施した調査において、一般社団法人 日本介護支援専門員協会に多大なるご協力をいただき、心より感謝申し上げますとともに、多くの皆様方にご協力いただき完成した本報告書が、介護支援専門員及び自治体や高齢者福祉施設等の関係者の皆様にとって、ケアマネジメントの質の向上の一助となれば幸いです。

平成 26 年 3 月

株式会社日本能率協会総合研究所

目次

序章	1
1. 目的	1
2. 実施フロー	1
(1) 工程	1
(2) 実施概要	1
3. 実施体制	3
(1) 委員	3
(2) ワーキング	4
4. 実施経過	5
5. ワーキングにおける議論の経過	6
(1) 調査方針の設定～過去調査を踏まえて	6
(2) 調査の設計	7
6. 委員会における議論の経過	9
(1) 第1回委員会	9
(2) 第2回委員会	10
第1章 介護支援専門員によるケアマネジメント機能の評価の考え方 (サービス担当者会議に着目して)	11
(1) 介護支援専門員評価の現状	11
(2) 介護保険制度理念と地域包括ケアの実現に向けた「多職種協働」	12
(3) 尊厳保持と権利擁護は共通価値	12
(4) サービス担当者会議と地域ケア会議の効果的活用	13
(5) まとめ	16
第2章 介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に係る実態調査	17
1. 調査結果	17
(1) 介護支援専門員回答者属性	17
(2) 最後にサービス担当者会議を開催したケースについて	24
(3) サービス担当者会議の実施状況	32
(4) サービス担当者会議を開催しないケースについて	44
2. 今後のサービス担当者会議のあり方について(課題の整理)	45
第3章 介護支援専門員及びケアマネジメントにおける多職種協働の考え方	48
1. 地域ケアの視点から	48
(1) はじめに	48
(2) 介護支援専門員における個別支援と地域支援	49
(3) 「地域包括ケアシステム」と多職種連携(IPW)	51

2. 多職種協働の視点から.....	55
(1)はじめに.....	55
(2)多職種協働のあり方～地域の医療介護の現場におけるあるべき臨床的統合.....	55
(3)まとめ.....	60
3. 職能団体の視点から.....	63
(1)介護支援専門員の現状.....	63
(2)多職種協働への取り組み.....	63
(3)情報収集上の課題.....	64
(4)まとめ.....	67
第4章 介護支援専門員の保険者による評価の視点.....	68
(1)武蔵野市ケアマネジャーガイドラインの作成.....	68
(2)武蔵野市ケアマネジャー研修センターの設立とケアプラン指導研修事業.....	69
(3)ケアプラン指導研修事業における介護支援専門員の評価の視点.....	70
(4)医療と介護の連携に関するケアマネジャー評価の課題.....	72
(5)今後の課題.....	73
第5章 保険者におけるケアマネジメントの質の評価の視点.....	75
終章 介護支援専門員によるケアマネジメント機能とは.....	86
(1)はじめに.....	86
(2)英国でのケアマネジメント.....	86
(3)日本におけるケアマネジメントの実態.....	87
(4)ケアマネジメントプロセスにおける問題.....	88
(5)ケアマネジメント機能の向上のために.....	90
(6)おわりに.....	91
添付資料 調査票.....	93

序章

1. 目的

本事業においては、介護支援専門員によるケアマネジメントの質を評価するにあたり、ケアマネジメント過程における具体的な業務内容、実施状況を明らかにすることを目的とし、とくに「臨床的統合」の実現を図ると考えられるサービス担当者会議に焦点をあて、今後の介護支援専門員におけるケアマネジメント機能の向上に資する基礎的資料を提供することを目的とする。

2. 実施フロー

(1) 工程

事業の全体フロー及び工程は以下のとおりである。

図表 1

	平成 25 年						平成 26 年		
	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
既存実態調査の分析	■	■	■	■	■	■			
ワーキングの開催		★	★	★					
介護支援専門員業務調査									
実態調査票の作成						■	■	■	■
発送先リストの作成						■	■	■	■
実査（発送～回収）						■	■	■	■
データ整備・入力・集計							■	■	■
結果報告書（案）の作成								■	■
委員会				●					●

(2) 実施概要

①既存実態調査の分析

過去の調査に見るサービス担当者会議の位置づけから、最近の調査を見ると、介護支援専門員に関わる調査9件のうち、6件についてはサービス担当者会議に関する設問がみられる。調査項目は、会議の開催状況、参加者の把握、開催上の課題点（医師の参加状況等）等に止まり、サービス担当者会議の質を評価するような調査は見られない。

「サービス担当者会議」の質に関する調査項目が見られたのは、「施設におけるケアマネジメントと介護支援専門員が担う役割に関する調査研究」（2013年）で、サービス担当者会議におけるケアプランの修正、変更に関するものに止まっている。

②ワーキングの開催と調査票作成

介護支援専門員のケアマネジメントプロセスの評価、アウトカムの指標などについて検討を行い、それらを反映させた調査票の作成を行った。

③介護支援専門員（ケアマネジャー）業務調査の実施

実施した調査の概要は以下のとおりである。

i. 調査対象事業所・施設

以下の8事業所施設を対象とした。

①居宅介護支援事業所

⑤認知症対応型共同生活介護

②介護老人保健施設

⑥特定施設入居者生活介護

③介護老人福祉施設

⑦介護療養型医療施設

④小規模多機能型居宅介護

⑧地域包括支援センター

ii. 調査対象の抽出・特定方法

①②③⑤については日本介護支援専門員協会の会員に対し、④⑥⑦については厚生労働省の事業所一覧より、⑧については各県の地域包括支援センターのホームページよりリストを整理し発送対象とした。

日本介護支援専門員協会の会員については個人名で送付した。それ以外は施設・事業所の代表者宛に送付し、所属のケアマネジャーに手渡すよう依頼するとともに、施設・事業所に複数名のケアマネジャーがいる場合には、最も経験が長い人に回答頂くよう依頼している。

発送数 計 23,926 件

・日本介護支援専門員協会会員（①②③⑤） 15,899 名

・厚生労働省の事業所一覧より（④⑥⑦） 3,707 件

・地域包括支援センター（⑧） 4,320 件

ii. 調査方法

郵送による発送・FAX（ファクシマール）による回収

iii. 調査期間

平成 25 年 11 月 13 日～12 月 19 日

iv. 回収数及び有効回収数

回収数 4,071 票（回収率 17.0%）

有効回収数 2,878 票（有効回収率 12.0%）

3. 実施体制

本調査研究の実施に際して、調査研究の推進方法や使用する調査票の検討、調査結果の分析・まとめを進める場として、委員会とワーキングを設置し、具体的な検討を行った。

(1) 委員

委員は以下の10名で構成し、委員会を2回開催した。

図表 2 委員一覧

氏名	所属・役職	
筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官	委員長 (WGL)
石川 誠	医療法人社団輝生会 初台リハビリテーション病院 理事長 一般社団法人回復期リハビリテーション病棟協会 常任理事	委員
川越 正平	医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所 院長	委員
太田 貞司	神奈川県立保健福祉大学 名誉教授 聖隷クリストファー大学大学院 教授	委員
笹井 肇	武蔵野市 健康福祉部 部長	委員
田中 雅子	日本介護福祉士協会 名誉会長 富山県社会福祉協議会 富山県福祉カレッジ 教授	委員
鷲見 ^{すみ} よしみ	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 会長	委員
東内 京一	和光市 保健福祉部 部長	委員
中澤 伸	社会福祉法人いきいき福祉会 理事	委員 (WG)
東野 定律	静岡県立大学 経営情報学部講師	委員 (WG)

(敬称略・委員長を除き五十音順、()はワーキング兼務)

<オブザーバー> 厚生労働省 老健局振興課
厚生労働省 老健局総務課

<事務局> 株式会社日本能率協会総合研究所

(2) ワーキング

ワーキングは以下の8名で構成し、ワーキングを3回開催した。

図表 3

氏名	所属・役職	
筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官	リーダー (委員)
荒井 良博	たちばな台病院 透析センター副センター長	
石井 和人	国立保健医療科学院 協力補助者	
おおたが 大夕賀 政昭	国立保健医療科学院 協力研究員	
中澤 伸	社会福祉法人いきいき福祉会 理事	(委員)
東野 定律	静岡県立大学 経営情報学部講師	(委員)
松川 竜也	特別養護老人ホームみどりの園 主任介護支援専門員	
三枝 公一	特別養護老人ホーム 本牧ホーム 施設長	

(敬称略・ワーキングリーダーを除き五十音順、()は委員兼務)

<オブザーバー> 厚生労働省 老健局振興課
厚生労働省 老健局総務課

<事務局> 株式会社日本能率協会総合研究所

4. 実施経過

本調査事業の大まかなスケジュールは以下のとおり。

日程	実施内容
平成 25 年 5 月 31 日	採択通知受領
6 月～	「サービス担当者会議」先進調査研究着手
7 月～	委員委嘱依頼と訪問打合せ
8 月 10 日	第 1 回ワーキング（9:30～12:00 於:横浜）
8 月 26 日	第 2 回ワーキング（18:30～21:00 於:東京）
9 月 1 日	第 3 回ワーキング（15:00～19:00 於:東京）
9 月 10 日	第 1 回委員会開催（18:00～21:00 於:東京）
11 月 13 日	調査票発送
12 月 16 日	調査票回収締め切り日（実質締め切り日 12 月 19 日）
平成 26 年 3 月 6 日	第 2 回委員会開催（18:00～21:00 於:東京）
3 月 25 日	事業報告書完成

5. ワーキングにおける議論の経過

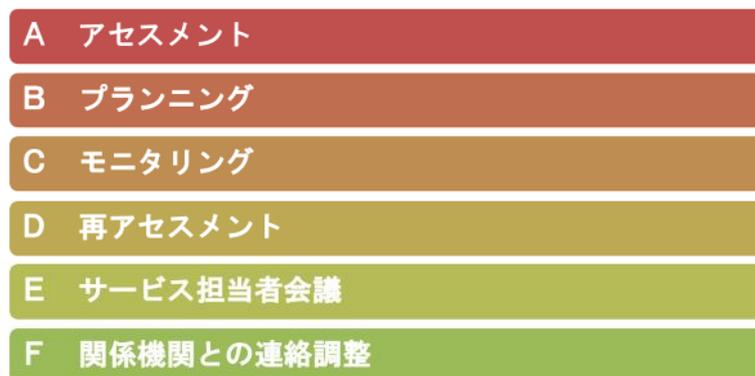
ワーキングは、本事業で実施する「介護支援専門員（ケアマネジャー）業務調査」の調査票の検討を行うことを目的に設置されている。

ワーキングにおいては、過去の類似調査の把握、本調査における課題の整理、本調査で明らかにすべきことを検討し、調査票の作成を行った。

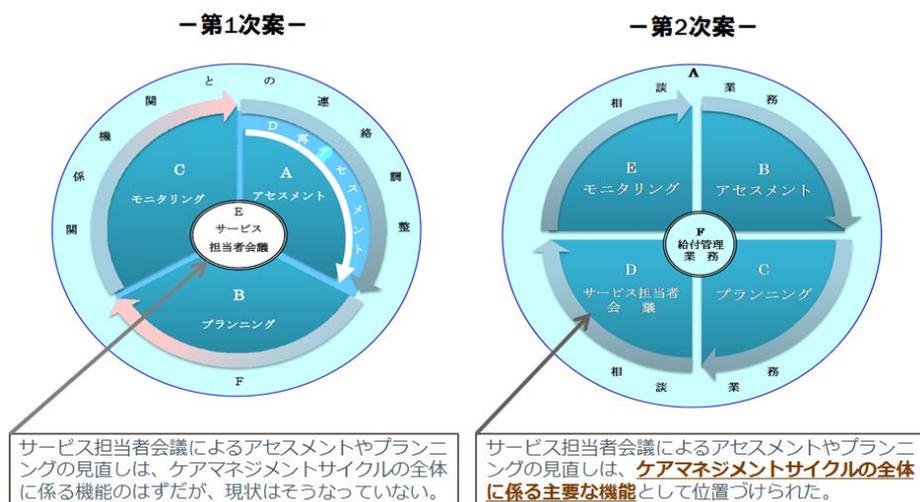
（1）調査方針の設定～過去調査を踏まえて

「介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業」（平成 24 年度老人健康保健増進等事業）では、課業を構成する要素ごとに介護支援専門員の行動例、介護支援専門員に期待される視点等を整理し、指定居宅介護支援を行う介護支援専門員を対象としたヒアリング調査を通し、介護支援専門員の課業を A～F に分類された（図表 4）。サービス担当者会議によるアセスメントやプランニングの見直しは、ケアマネジメントサイクルの全体に係る機能と位置づけられるものであるが、現状ではそのように機能していないことから、サービス担当者会議によるアセスメントやプランニングの見直しは、ケアマネジメントサイクルの全体に係る主要な機能として位置づけられている。

図表 4 介護支援専門員の仕事内容の分類表(案)



図表 5 課業分析による介護支援専門員の仕事のイメージ



しかしながら、過去の調査研究を見ると、サービス担当者会議に関する設問がみられるものの、調査項目は、会議の開催状況、参加者の把握、開催上の課題点（医師の参加状況等）等にとどまり、サービス担当者会議の質を評価するような調査項目は見られず、サービス担当者会議はケアマネジメントサイクルの全体に係る主要な機能であるにも関わらず、調査研究が進んでいないことが明らかとなった。

そこで、本事業においては、ケアマネジメントサイクルにおける「サービス担当者会議」に焦点を当て、介護支援専門員の実施している「サービス担当者会議」の実態を把握することとした。

（２）調査の設計

調査設計を行うに当たっては以下の２点に留意しつつ、現在の「サービス担当者会議」の問題点を整理するとともに、あるべき姿としての（＝質の高い）「サービス担当者会議」を検討し設問とすることで、現状行われているサービス担当者会議の質を把握できるように設計することとした。

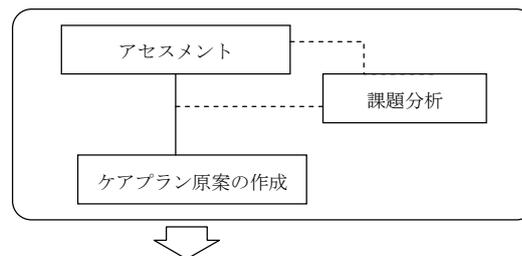
- ・質（ストラクチャー、プロセス、アウトカム）について、どのように考えるかを検討し、調査に反映させる。
- ・利用者の自立に資するためには、どのようなケアマネジメントが必要で、そこで介護支援専門員はどのような役割を担うべきかを検討し、調査に反映させる。

①現状の課題の整理

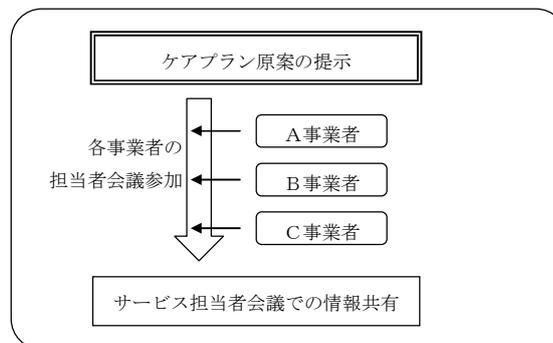
ワーキングメンバーによる、現状の認識は以下のとおりである。

図表 6 サービス担当者会議の運営状況

事前準備



第1回 サービス担当者会議



第2回 サービス担当者会議



事前準備における問題点（仮説）

必要な資料の準備が不十分で、事前準備段階で諮るべきことを、サービス担当者会議で行っているため、事前準備で検討されるべきことが検討されないままサービス担当者会議が開かれ、その結果、検討不足の情報を確認することとなり、情報を共有したつもりでいるのが現状である。

サービス担当者会議における問題点（仮説）

所要時間は30分程度だが、1回目の会議において事前情報の共有に費やし、ケアプランの適否やどのようなサービスを提供すべきかまでの議論が行われない。そのため、サービス担当者会議を2回開催せざるを得ない状況となっている。

会議は「ケアプランの紹介」ととどまり、ケアプランと個別援助計画の関係が明確にされないまま会議が終了している。サービス担当者会議でやらなくてはいけないことがやられておらず、やらなくてもいいことをやっている場合も見られ、そのことが「サービス担当者会議」の質に影響している。

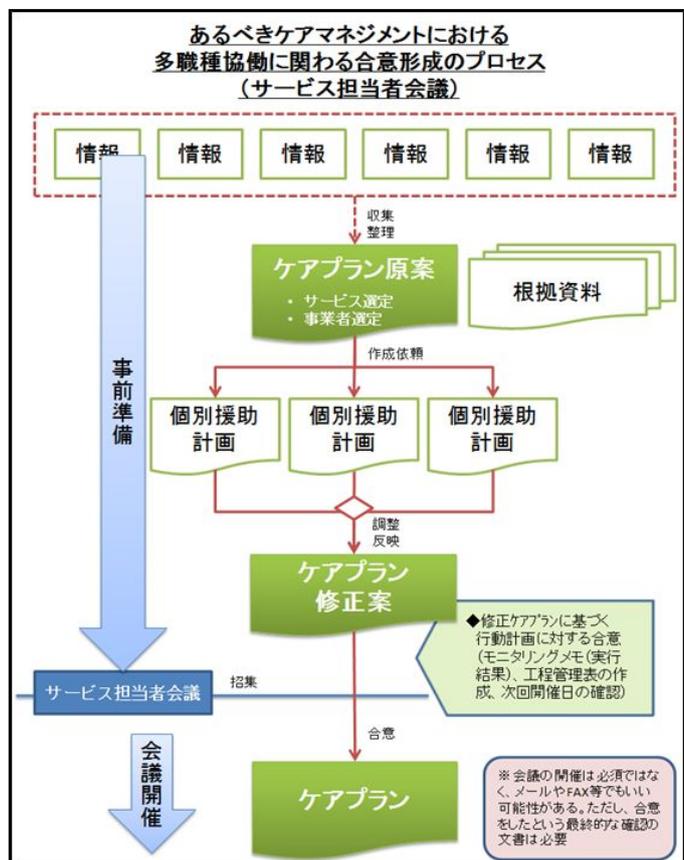
②あるべき「サービス担当者会議」の検討

「サービス担当者会議」とは利用者ニーズを踏まえて、効率的、効果的にサービスを分配・調整をする重要な場であり、そのためには以下のことが求められる。

- i. ケアマネジャーによる情報の整理
- ii. ケアマネジャーによるケアプラン原案の作成
 - サービスの選定の根拠の明確化
 - 事業者の選定の根拠の明確化
- iii. 根拠資料の作成
 - ケアプラン原案以外に必要な情報の整理
 - 事業者が個別援助計画を作成するために必要な情報の整理
- iv. 各事業者への個別援助計画の作成依頼
- v. 個別援助計画のケアプランへの反映（事業者の再選定）
- vi. 修正ケアプランに基づく個別援助計画に対する合意

以上の検討結果を踏まえ、調査票の作成を行った。

図表 7



6. 委員会における議論の経過

(1) 第1回委員会

【議題】 ケアマネジメントの質の評価について

- 1.調査研究の位置付け（筒井委員長）
- 2.調査票案の検討状況報告（中澤委員）
- 3.調査票案の検討

【討議】

問題提起

- ・（委員長） 調査票案の検討結果を受け、今回の調査について「サービス担当者会議」をターゲットに、「やらなくていいものを行っている、やるべきことをやっていない」状況を踏まえ、「やるべきこと」の実施状況を明らかにすることで、介護支援専門員の業務の「質」を把握する必要があるとの問題提起がなされた。

討議（主な発言より）

- ・意味のある会議も開催されているという事実を把握する方向で、個別支援計画同士の関係性を検討し、実際に提供されている内容が個別支援計画によって違う場合のすり合わせ状況や、ケアマネジャーが関わるサービス提供に結びつかなくても支援をしているケースもあり、インフォーマルサービスについても調査項目に入れ込むべきである。
- ・ケアマネジャーは一人仕事であり、ケアレビューする機会や自分のケアプランを検証する機会がないと思われ、その意味でもケアマネジメントの質の検証はとても重要である。また、質の検証という意味では、サービス担当者会議だけでなく、臨床的統合（相互の情報がどのように扱われているか）の実態がわかると良い。
- ・地域で組織化され、それに参加しているケアマネジャーは研修や研修を通じてのディスカッション等により質が担保できていると思われるが、顔が見えないケアマネジャーの質に対してはわからず、ケアマネジャーの質が二極化している可能性がある。
- ・ケアマネジャーもいろいろというのが事実であり、介護保険を組み立てる仕事だけにしたいと声を大にする人もいる中で、課業で分類し、課業別に状況を把握しなければ、マネジメントの質の議論は集約できない。その意味で、少なくとも整合性をもって、サービス担当者会議にどの程度取り組まれているかについて把握することは必要である。

集約

- ・（委員長） ケアマネジメント機能を発揮するには、能力の差を踏まえつつ、ある一定の標準レベルにすることが保険者には求められ、保険者が支援を行う必要がある一方で、ケアマネジャーが増加している中、ある一定のケアマネジメントの質を担保できない人をどうすべきかが課題となる。今回は、その1つのターゲットとしてサービス担当者会議が開催できるか、開催して運営が来ているか、換言すればケアマネジメント機能を発揮しているかにフォーカスし調査を行うこととする。

(2) 第2回委員会

【議題】 ケアマネジメントの質の評価について 報告書の検討

1. 報告書の進捗状況説明
2. 報告書へ出稿した委員の論点説明
 - 第1章 ケアマネジメント機能の評価の考え方 中澤委員
 - 第3章 多職種協働の考え方
太田委員（筒井委員長論点解説）
川越委員
鷺見委員
 - 第4章 保険者による評価の視点 笹井委員
 - 第5章 マネジメントの質の評価の視点 東内委員（筒井委員長論点解説）
3. 介護支援専門員業務調査結果報告とサービス担当者会議のあり方についての検討

問題提起

- ・（委員長）「第2章 介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に係る実態調査 1. 調査結果」を踏まえ、サービス担当者会議前に情報収集はほとんどしていないのが現状であり、関係者が集まってケアプランを作る場所にも関わらず、準備が不十分な中でサービス担当者会議が開催されている実態について、問題提起がなされた。

討議及びまとめ

- ※「第2章 介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に係る実態調査 2. 考察」参照

第1章 介護支援専門員によるケアマネジメント機能の評価の考え方 (サービス担当者会議に着目して)

中 澤 伸 (社会福祉法人 いきいき福祉会 理事)

(1) 介護支援専門員評価の現状

～未だ明確なアウトカム評価指標を持たない介護支援専門員業務

介護支援専門員が誕生して13年が経過した。3年に一度の報酬改定と5年に一度の法改正を重ね、介護支援専門員に求められる役割も時代とともに少しずつ変化してきている。合格者の基礎資格構成も変化し、最近では医療資格者が減少し、代わりに介護職の人数が多くなってきている。介護保険制度の“要”と言われ続けながら、公的にも、職能団体も、そして様々な民間機関も介護支援専門員向け研修を多数開催してきている。平成17年度改正から主任介護支援専門員も誕生し、研修体系はさらに充実の一途をたどっている。一般的に介護支援専門員は研修受講意欲が高いと言われているが、それは資質向上意識の表れとともに、不安ゆえの受講にも感じられる。

しかし、ここ数年介護支援専門員の質に対する風当たりは強い。利用者が求める介護支援専門員像と介護支援専門員自身(これも千差万別)が目指す介護支援専門員像、またサービス事業所や行政が求める介護支援専門員像のそれぞれが異なった方向を向いているような気がしている。言い換えてみれば、それぞれが思う「良いケアマネ(介護支援専門員)」の基準が異なるということである。では「真に良いケアマネ」とは、どんなケアマネを指すのか。人として? 社会人として? 対人援助職として? ケアマネジャーとして? 介護保険制度運用者として? なのか。実は、この“良い”の基準が曖昧なまま様々な研修が組まれているという現状があるのである。制度上の実務の遂行方法を学ぶ研修についてはもちろん異論はない。また、面接技術やソーシャルワークという対人援助職共通の研修も意味がある。しかし、介護支援専門員としてのスキルアップ・資質向上を目的とするならば目指すべき資質と、それを習得し実施できた時の利用者に与える影響や効果が明確となり、それを目標とした研修が組まれる必要があるのではないだろうか。「自立した安心・安全な生活の実現と継続」、「病気があっても生きがいある生活」など利用者の心身の状態にあった目標はあるだろう。しかし、その目標に対し介護支援専門員のマネジメントでどのようなプラスの影響を与えられるのか。与えられたら良いケアマネと呼べて、質の高いケアマネとして報酬上の評価にもつながるようになるのか。残念ながら現在のところ、質を客観的に評価し報酬につなげられるような指標は明らかにされていない。要介護度の改善だけにアウトカム評価を頼らざるを得ない現状がまだあるのである。

今まで筆者は、地域包括支援センター、保険者の評価研究に参加してきた。介護支援専門員については、平成24年度に複数の実務者による課業分析にも協力してきた。例えば介護支援専門員の場合、人間性(人当たり、やさしさ、安心感など)、社会性(礼儀、身だしなみ、組織意識、説明責任など)、対人援助専門性(面接技術、ソーシャルワーク技能など)、基礎資格専門性(看護経験、相談援助経験、介護経験など)の上に、介護支援専門員であることの専門性があるのではないだろうか。もちろん、介護支援専門員にはそれらの総合

性が求められているわけであるが、未だ客観的な共通評価軸をもたない介護支援専門員の利用者への影響という「アウトカム評価」を検討する場合は、介護支援専門員固有業務に特化した評価軸づくりが必要ではないかと考えるわけである。

(2) 介護保険制度理念と地域包括ケアの実現に向けた「多職種協働」

～介護支援専門員固有の役割と業務である多職種協働のマネジメントを評価

介護保険法には「自立支援」「尊厳の保持」が理念としてうたわれている。介護支援専門員が最優先すべき目標はまさにこの2点であり、ケアプラン作成や相談援助、給付管理はそのための過程の一つと言える。また、平成24年度に開催された「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」では、前述した介護保険の理念に加え、「地域包括ケアシステムの構築⇒多職種協働、医療との連携の推進等」が挙げられている。地域包括ケアシステムに不可欠な「包括的」で「継続的」な支援を実現するマネジメントを介護支援専門員に求めているのである。

「包括的支援」とは、医療・介護・生活・予防・住まいなど生活者に必要な要素を包括的に支援することである。当然支援者側は様々な人、機関、団体などによる混合チームになる。それを一つのまとまった支援（統合）となるようマネジメントすることが介護支援専門員に求められているのである。「継続的支援」とは、入退院を繰り返しても、また暮らしの場が一時的に移っても、利用者の生活がブツ切りにならないよう継続的に支援することである。特に医療と介護の連携がスムーズになされることで、利用者の生活の継続性が保たれることになる。そのためには制度面、運用面の両面での連携促進が必要となってくる。介護支援専門員は利用者を真ん中に据えたうえで、医師を含む医療チームをも含め、継続的マネジメントを行う能力が求められているのである。

(3) 尊厳保持と権利擁護は共通価値

～権利擁護を基本にした地域包括ケアの実現に向けて規範的統合をマネジメント

地域包括ケアを実現するためには、自助・互助・共助・公助による包括的支援をマネジメントすることが求められる。しかし、個人も機関も団体も企業も様々な異なった価値観を持って存在している。活動の目的や優先順位もそれぞれ異なる。個人は自分や家族が優先し、近隣住民や互助グループはそれぞれのキャパシティやこだわり、活動の目的や対象者を限定する。企業は収益と株主へ配慮が必要になる。これらは決して非難されるべきものではない。それぞれのアイデンティティとして必要なこだわりとも言える。そこを踏まえたうえでも最優先されなければいけないのが「尊厳の保持と権利擁護」であり、そのうえでの「自立支援」である。このことは地域包括ケアにかかわる全ての者の共通価値にしなければならない。筆者は権利擁護を「適切な情報と理解に基づく自己選択、自己決定が守られること」と理解している。これが最優先することが尊厳を保持することにつながると考えている。

ケアマネジメントの過程で支援方針を検討する際に、支援者の発言から人権意識や価値観が表出してくることがある。技術や知識が足りないためか、従事者・事業者都合なのか、利用者の自由を奪うことを早々に“止むなし”と訴えてくることもある。最近では人材不足から介護現場に他業種からの転職組が多くなってきており、十分な研修もできない中で

自覚の無いまま権利侵害を行ってしまう介護福祉職員が多くなってきている。厚生労働省が平成 25 年 12 月 26 日に公表した平成 24 年度高齢者虐待統計において介護従事者による虐待件数が激増していることからその危険性を感じることができる。

図表 8



その危険性を共有し、参加者が相互に牽制することで権利侵害を予防しなければならない。包括的な支援チームには現実問題として議論の相手になりにくい医師や、非専門職である近隣住民なども含まれてくる。近隣住民は、時には支援を必要とする人を地域から排除しようとすることもある（悪気がなくても、近隣者がその人を地域で支えることに限界や不安を感じたり、その人のためと思い施設入所を説得したりすることを指している）。

また、「終末期の暮らし方」＝「死に方」についても、その時に不本意な延命等が行われないよう早くから適切な情報提供のもと、適切な自己決定がなされる環境づくりも大切なケアマネジメントの要素になっている。また、認知症など自己決定が困難になった時のための準備や覚悟なども同様である。認知症・多死時代の地域包括ケアマネジメントの重要な要素になる。

このように価値観の異なる（時には真逆な）者同士が、尊厳保持・権利擁護を最優先でできるようマネジメントする能力も介護支援専門員には求められているのである。もちろん包括的継続的ケアマネジメントも、権利擁護のマネジメントも、介護支援専門員が単独で行わなければならないわけではない。介護支援専門員には、必要に応じて地域包括支援センター機能や地域ケア会議の場を活用したマネジメントが求められているのである。

（４）サービス担当者会議と地域ケア会議の効果的活用

介護支援専門員に求められる役割の中から、地域包括ケアの実現に必要な「包括的で、継続的で、尊厳が守られるマネジメント」に絞り、多職種協働の「場」であるサービス担当者会議の現状と課題、「地域ケア会議」の活用の可能性について触れてみたい。

1) サービス担当者会議

① サービス担当者会議の機能と現状

～現状は制度的統合の場であって規範的統合の場には十分になりえていない。

サービス担当者会議の機能

サービス担当者会議とは、厚生労働省令で介護支援専門員が開催しなければならないと位置づけられた会議である。ケアプラン作成時や介護認定更新時、状態変化によるケアプラン見直し時などに行うことになっている。利用者や家族に加え、利用者支援にかかわる全ての者が参加し、それぞれの立場から意見を述べる中で、最終的に本人がケアプランを決定するプロセスが行われる場である。本人や家族の意向、各専門職、支援者の見立てや提案を一つの支援計画に統合していく「場」と言える。ケアプランは生活・介護に関するマスタープランとも呼ばれ、そのマスタープランに基づき各サービスごとに個別援助計画が作成され、例えば訪問介護員（ホームヘルパー）の業務指示書につながっていくことになる。つまり、訪問介護員の業務内容はマスタープランに沿ったものになっているはずである。

サービス担当者会議の現状

しかし、平成24年度に実施した介護支援専門員課業分析における実務者ワーキング、今年度本委員会の実務者ワーキングにおいても、実際には介護支援専門員が作成したケアプラン（マスタープラン）原案が当日参加者に配布され、参加者から意見をもらいつつ必要であれば修正し、利用者合意を得るまで、という会議が少なくないという意見が出された。つまり、サービス事業者が作成する「個別援助計画」の内容を評価し、確認する場にはなっていないことが多いという現状が報告されたのである。もっと言えば、書類上であっても個別援助計画を、介護支援専門員を含む支援者全員が共有することさえできていないこともある。残念なことに、この会議をどう活かすかという視点ではなく、介護支援専門員が運営基準減算を免れることがサービス担当者会議のミニマムな目的となっている場合があるのが現実である。

この現実を問題として認識していない介護支援専門員が多いのもまた問題と言える。個々のサービスの個別援助計画をサービス担当者会議でチェックし評価しないことは、運営基準上は何の問題もなく、実地指導で指摘されることもないからである。また、介護支援専門員は基本的に他の介護支援専門員が運営するサービス担当者会議に参加することがない。故に比較できず自己流が染みつき、指摘されなければ問題ないと理解するようになってしまう危険性があるのである。サービス担当者会議が、地域包括ケアの実現のために必要な規範的統合の場であること、そのためにはマスタープランと個別援助計画とを統合させる必要があることを介護支援専門員に理解してもらうことが先決であるように思う。

② サービス担当者会議で多職種協働を実現するために

～規範的統合の場にするためにまずはケアプランと個別援助計画の連動を強化する

サービス担当者会議は、医療・介護・生活・予防・住まいを意識したケアプランになっているか、自助・互助・共助・公助による包括的支援になっているか、医療との連携はスムーズか、継続的支援は守られるか、事業者都合の支援になっていないか、これらが短期的、長期的視点にたっているか、個別援助計画はマスタープランと連動しているか、など、

従来のサービス担当者会議の検討項目に加え、地域包括ケアを意識した点検と合意を行う場にしていく必要がある。

そのために、個別援助計画原案の合意までをサービス担当者会議で行う必要があるのではないかと意見が本事業におけるワーキングで出された。そのためには、介護支援専門員は会議前に参加者へマスタープラン原案を渡しておく必要がある。

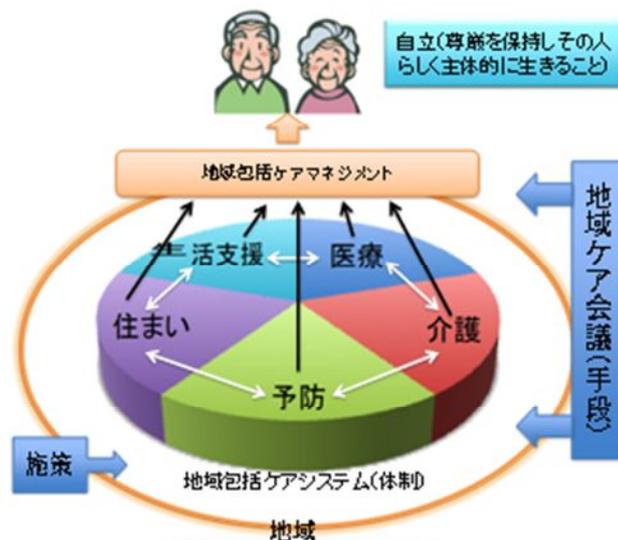
また、長期的支援目標として、終末期の生活についても検討・合意する場となるようにしておく必要がある。前述したように、2025年に向けて認知症・多死時代に入ってきている。最期の迎え方・過ごし方はまさに本人や家族の意思と支援者の合意を必要とする。高齢者が意識レベル低下をおこして救急搬送される際、救急隊員から「延命意思は？」と聞かれることがある。支援者側は意思確認をしていないと答え、急に聞かれた家族は即答を求められ頭を抱える。判断材料がないまま延命に突入する、という現状が多くある。処置内容によっては、その後延命中止が不可能になることがある。家族も支援者も悩み続ける支援が続く。もちろん全てのケースがこのような過程をたどるわけではないが、権利擁護マネジメントにおいて、今後ますます重要になる視点だと感じている。

2) 地域ケア会議の積極的活用

～包括的継続的権利擁護的ケアマネジメントの実現に地域ケア会議が活用できる。

サービス担当者会議は介護支援専門員が主催運営し、原則として本人を含め支援にかかわる者が一堂に会す会議である。それに対し地域ケア会議は、市町村もしくは地域包括支援センターが主催運営し、その人の支援に直接かわらなくとも必要な視点を補完し、事例を通して地域環境を整えるメンバーの参加も可能な会議である。個別事例の検討を通して、地域課題を検討したり、支援環境としてのネットワークを作ったり、不足するサービスを作ったり、政策につなげることができたりする会議のことである。過去には昭和62年に設置された「サービス調整チーム」から始まり、介護保険制度が開始された平成12年からは基幹型在宅介護支援センターの業務として「地域ケア会議」が位置づけられ運営されてきた。そして平成24年に再度、市町村と地域包括支援センターの業務として再整理されて位置づけられたのである。

図表 9



未だ会議体系の再編や運営方法を模索している市町村が多いのが現状だが、介護支援専門員は主体的にこの会議を活用していく姿勢が必要である。介護支援専門員からは会議運営への不満の声も聞こえてくることもあるが、運営に関する評価と提案はもちろん必要だが、介護支援専門員は、地域ケア会議について単なる評論者やお客さんになってはいけない。なぜなら、介護支援専門員に求められる地域包括ケア実現のためのマネジメントを行うために必要な場となるはずだからである。

(5) まとめ

～介護支援専門員評価にむけたポイント

支援者も地域住民も利用者も家族も価値観が多様化してきた中で、いかに地域包括ケアの実現に資する規範的統合の上に多職種協働をマネジメントしていけるか。介護支援専門員の良し悪し（評価）はここにかかっているように思う。そのマネジメントが、個々の利用者の生活や介護にどのような効果をもたらすかというアウトカム評価指標づくりについては、本研究事業を含め今後の研究に期待するところである。しかし、実務者による相互点検事項としては、以下の3つの視点が必要と考えている。

1)地域包括ケアの実現に資する個別ケアマネジメントを行っているか

包括的か、継続的か、権利は守られているか、短期的か、長期的か（最期の迎え方の検討機会と時間を本人や家族に提供しているかを含む）

2)サービス担当者会議が規範的統合の上の多職種協働の場になっているか

マスタープランと個別援助計画までがトータルで検討・合意・点検されているか

3)地域ケア会議を主体的に活用している（しようとしている）か

個別事例をとおして、地域包括ケアの環境づくりへの介護支援専門員自身の役割を地域ケア会議の場で果たしているか

やさしいケアマネ、癒されるケアマネ、丁寧なケアマネ、寄り添うケアマネ、希望を叶えてくれるケアマネ、礼儀正しいケアマネ、約束を守るケアマネ等々、利用者目線で見ればこれらの評価も大変重要であることは間違いない。人は困ったとき、弱っているとき、その思いを共感し受け止めてくれる支援者を必要とする。慣れない複雑な介護保険サービスに出会うときに最初に頼る介護支援専門員には、当然そのような資質を求めるはずである。しかし、これは対人援助者共通の資質や専門性であり、介護支援専門員固有の専門性評価とは別に議論しなければならない。併せて基礎資格の能力も、一旦、横に置いた介護支援専門員固有の評価軸を明らかにすることが、「あり方」となり「目指すべき」になり、適切な育成や研修カリキュラムにつながっていくと考えている。

【参考文献】

- 1 地域包括ケア研究会報告書 地域包括ケア研究会
- 2 介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会（中間的整理）厚労省
- 3 「平成 24 年度高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」厚労省
- 4 「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」厚労省
- 5 「地域ケア会議運営マニュアル」 長寿社会開発センター

第2章 介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に係る実態調査

本章では、本事業において実施した「介護支援専門員（ケアマネジャー）業務調査」の結果概要を記述するとともに、ワーキングにおいて検討された「サービス担当者会議」のあるべき姿（仮説）に対する現状についてとりまとめを行っている（調査概要については、P2の「介護支援専門員（ケアマネジャー）業務調査の実施」を参照）。

1. 調査結果

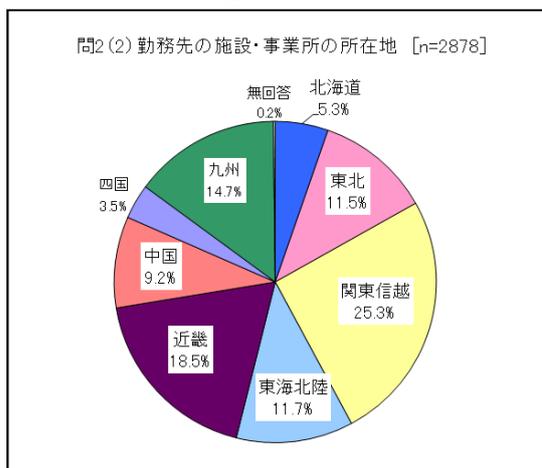
(1) 介護支援専門員回答者属性

① 勤務先

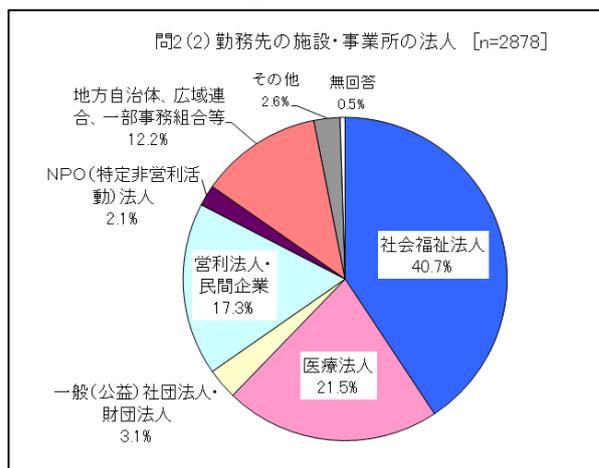
勤務先の所在地は「関東信越」が25.3%と最も多く、以下、「近畿」18.5%、「九州」14.7%の順である（図表10）。

法人格は「社会福祉法人」40.7%の比率が最も高く、次いで「医療法人」21.5%、「営利法人・民間企業」17.3%となっている（図表11）。

図表 10



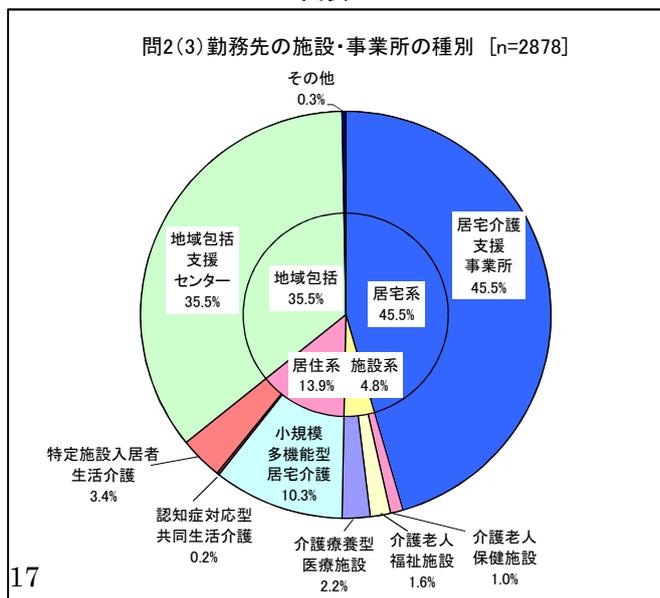
図表 11



種別を見ると、居住系「居宅介護支援事業所」45.5%、「地域包括支援センター」35.5%、居住系 13.9%、施設系 4.8%で、居住系では「小規模多機能型居宅介護」が10.3%の比率が高い（図表12）。

特定事業所加算の取得状況は、73.4%が「加算なし」で、加算を取得して23.1%のうち、「特定事業所加算(II)」が19.5%、「特定事業所加算(I)」が3.6%である。

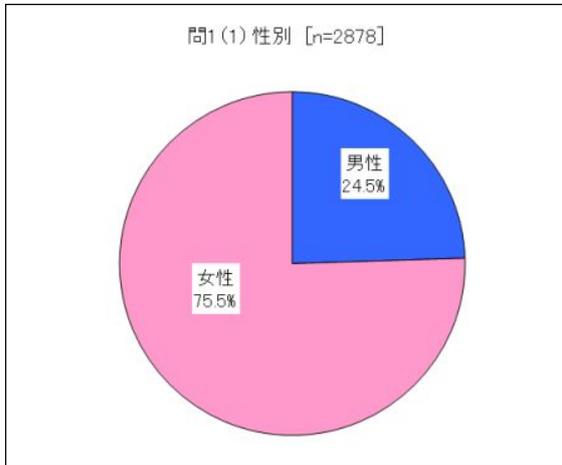
図表 12



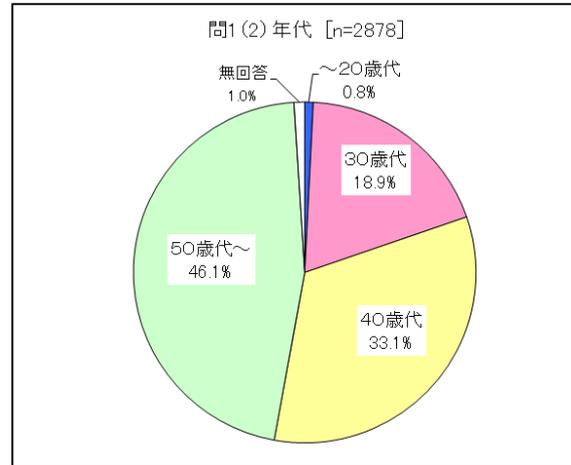
②介護支援専門員の性別・年代

性別では、「女性」が75.5%、「男性」が24.5%で、女性が3/4を占める（図表13）。年代では「50歳代」が46.1%と最も多く、「40歳代」33.1%、「30歳代」18.9%の順である（図表14）。

図表 13



図表 14

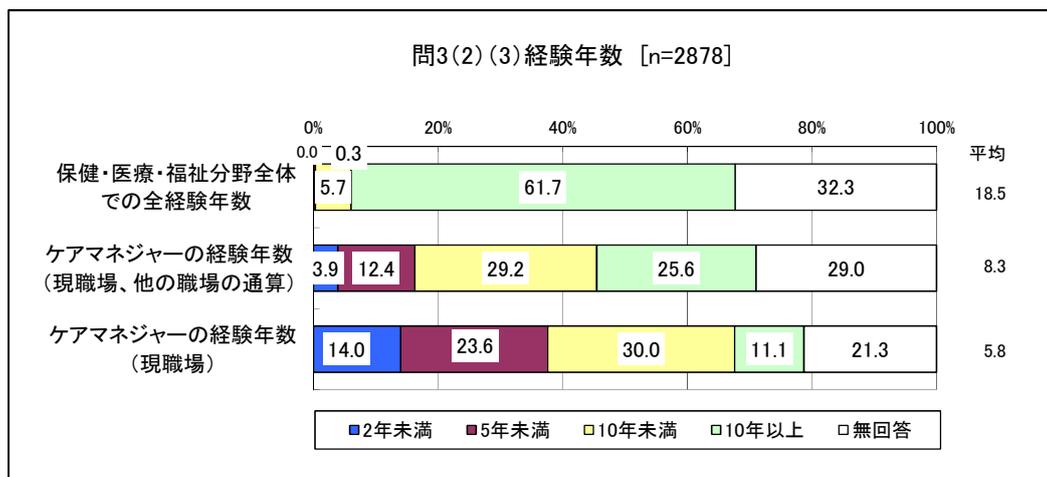


③キャリア

ケアマネジャーの通算経験年数は「5年以上10年未満」が29.2%を占め最も比率が高く、次いで「10年以上」が25.6%で、平均8.3年である。現職場は「5年以上10年未満」30.0%、次いで「2年以上5年未満」23.6%で、通算経験年数に比べ原色場でのキャリアは短く平均5.8年となっている。

保健・医療・福祉分野全体では、10年以上の経験年数が6割を占め、平均の経験年数は18.5年である（図表15）。

図表 15



④現職場の勤務状況

勤務形態別で「常勤」が93.4%、「非常勤」が6.6%で常勤比率は高い(図表16)。

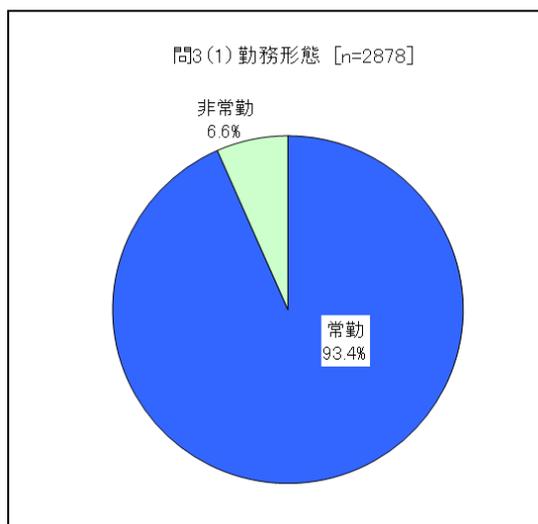
現職場の役職を見ると、センター全体、部門を併せて「管理職」が46.0%半数近くを占め、「主任・主査」12.2%、「役職なし」が39.6%となっている。

取得している資格は、「介護福祉士」が57.5%と最も多く、次いで「主任介護支援専門員」45.6%の比率が高い。以下、「訪問介護員」24.1%(資格は「1級」31.4%、「2級」67.2%、「3級」1.0%)、「社会福祉主事」23.6%、「社会福祉士」20.9%、「看護師」19.0%の順である(図表18)。

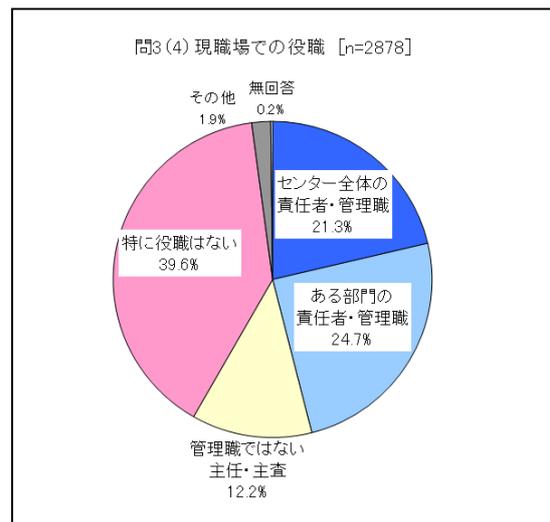
現職場における介護支援専門員「専従」が69.3%、兼務が28.0%で、兼務者(n=805)の兼務している職種は、「介護職員」26.1%、「施設長」11.6%、「看護職員」10.7%、「生活相談員」9.1%の順である(図表19)。

兼務している職種の取得資格の活用状況については9割が「活用している(要件となっている)」と回答している(図表20)。

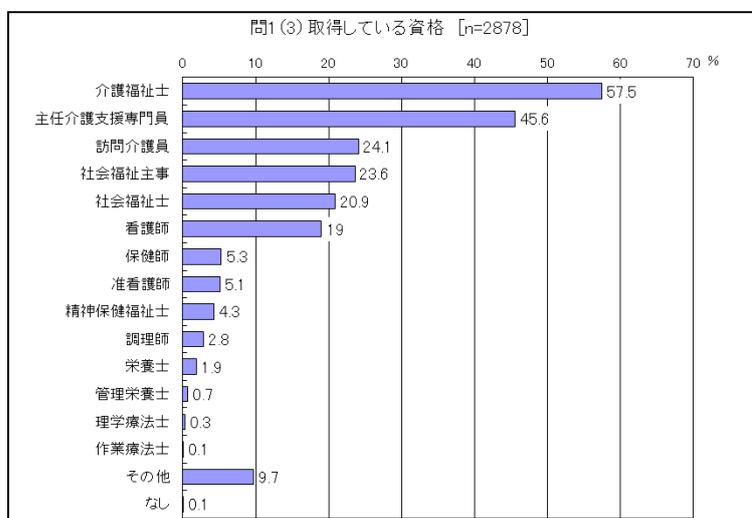
図表 16



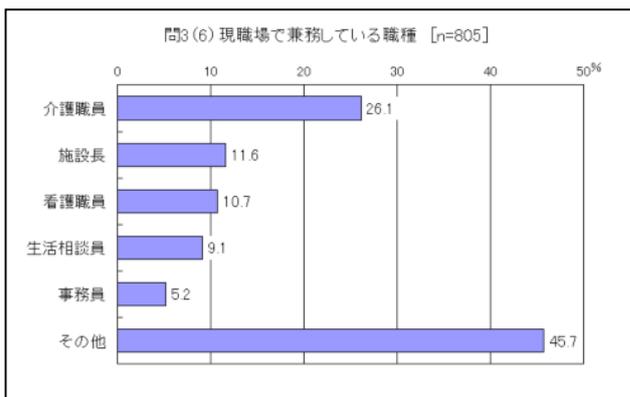
図表 17



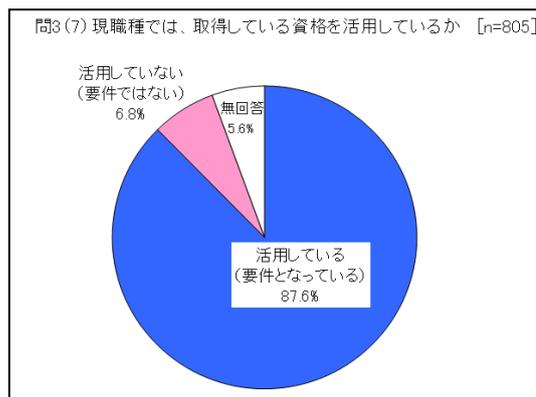
図表 18



図表 19



図表 20

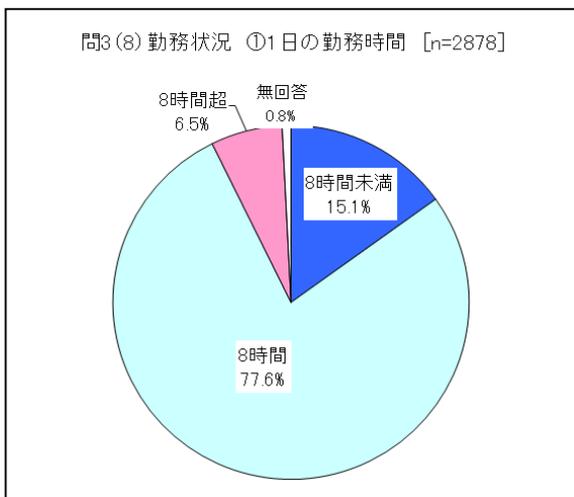


勤務時間は「8時間」が77.6%と最も多く、平均で8.0時間である(図表21)。

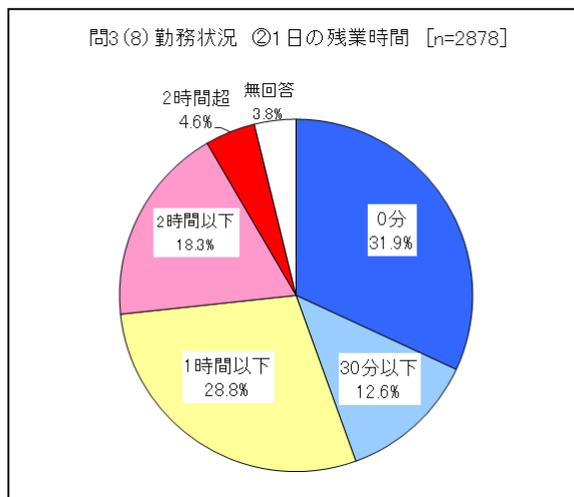
1日あたりの残業時間は「0分」が31.9%で、7割が残業があるとしている。残業時間は「30分超1時間以下」が28.8%を占め、ついで「1時間以上」22.9%の順で、平均残業時間は0.9時間(残業時間0の回答者も含む)である(図表22)。

夜間や休日の出勤では「0回」が半数を占め、次いで「1~2回」が33.6%で、月平均夜間・休日出勤は1.5回(夜間・休日出勤0の回答者も含む)となっている(図表23)。

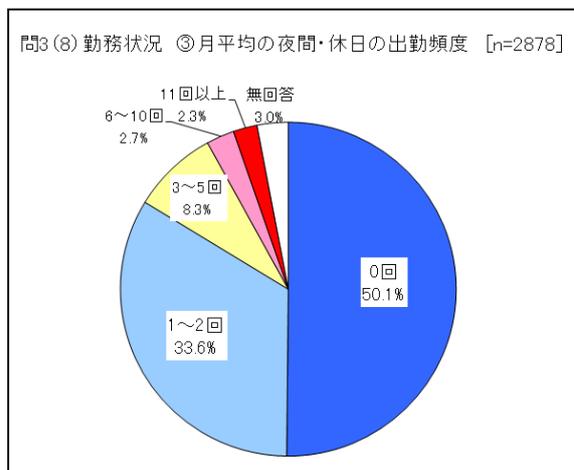
図表 21



図表 22



図表 23



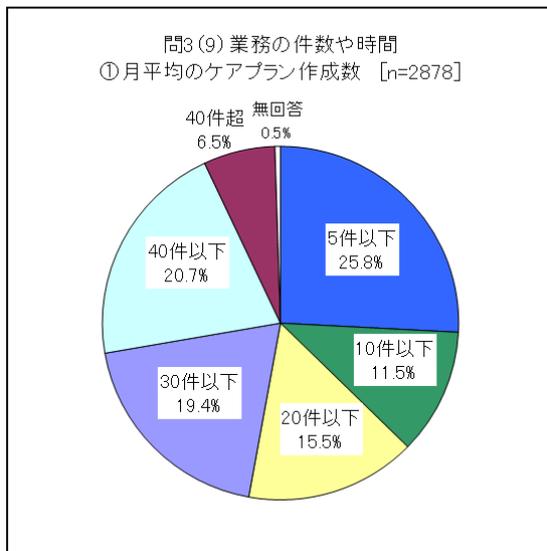
⑤ケアプラン作成件数・訪問回数・訪問時間

ケアプランの作成件数は月平均作成件数 20.4 件で、「(1 件以上) 5 件以下」が 25.8%を占める一方、「30 件超 (「40 件以下」+「40 件超」)」が 27.2%と、ケアプラン作成件数にばらつきが見られる (図表 24)。

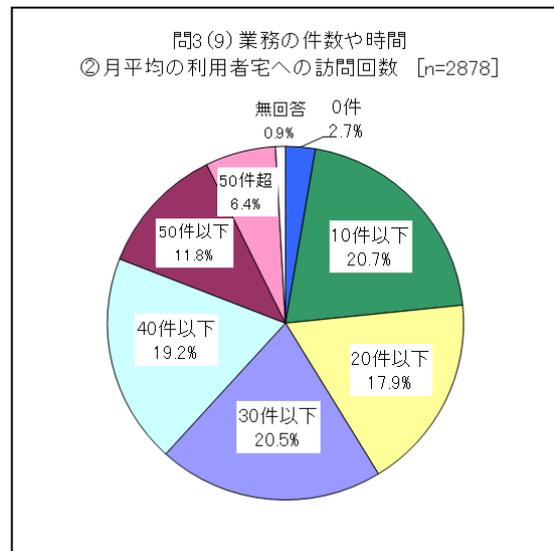
月平均の利用者宅への訪問回数は「(1 件以上) 10 件以下」20.7%、「30 件以下」20.5%、「40 件以下」19.2%、「20 件以下」17.9%で、20 件以下が 4 割を占めている一方、30 回超も 4 割弱を占め、訪問回数にケアプラン作成件数同様ばらつきが見られる (図表 25)。月平均の訪問回数は 27.1 回で、ケアプラン作成件数よりも訪問件数は多くなっている。

訪問 1 回当たりの所要時間は「30 分以上 1 時間未満」が 40.7%、「1 時間」が 43.1%と「30 分～1 時間」が 8 割以上を占め、平均訪問時間は 0.8 時間となっている。

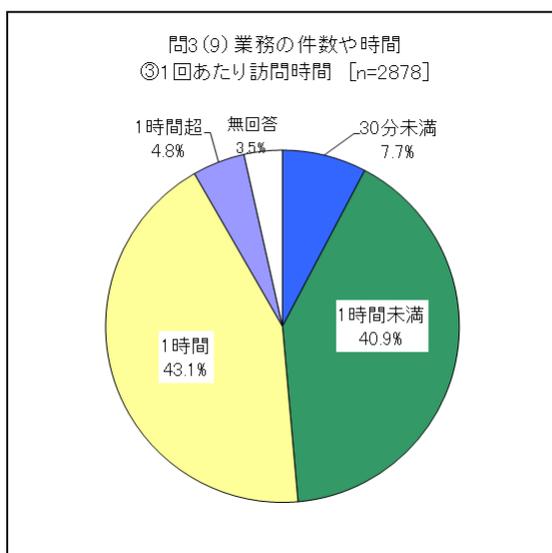
図表 24



図表 25



図表 26



⑥担当する利用者の状況

ケアマネジャーが担当している利用者の介護度について、無回答をのぞきすべてに回答した回答に絞ってみると（n=1127）、要介護度に関わりなく担当しており、担当人数は平均33.2人（担当人数0と回答した人を含む）となっている（図表27）。

図表 27 担当している利用者の要支援・要介護度

	担当している割合 (%)	平均担当人数 (人)
要支援1	65.6	4.2
要支援2	73.0	5.1
要介護1	78.0	6.3
要介護2	79.1	6.0
要介護3	78.6	4.2
要介護4	75.5	3.4
要介護5	68.2	2.7
その他	29.6	1.3
計		33.2

また、その他のケースの担当状況について、無回答をのぞきすべてに回答した回答に絞ってみると（n=1914）、「認知症による BPSD（行動・心理症状）」を担当している比率が高く4人に3人の割合で担当しており、ついで「生活保護」や「利用拒否」を担当する割合が高くなっている。平均担当件数は7.5人（担当件数0と回答した人を含む）、平均担当人数は7.2人（担当人数0と回答した人を含む）で、「認知症による BPSD（行動・心理症状）」の担当件数・人数が担当ケースの半数を占めている（図表28）。

図表 28 担当しているケース

	担当している割合 (%)	平均担当件数 (件)	平均担当人数 (人)
①認知症による BPSD (行動・心理症状)	75.8	3.8	3.6
②利用拒否	51.3	1.0	0.9
③虐待 (疑いのケースも含む)	38.0	0.6	0.6
④権利擁護、成年後見	33.9	0.5	0.5
⑤生活保護	57.9	1.6	1.6
計		7.5	7.2

⑦連携活動能力評価

連携活動能力評価項目は以下の①～⑮の内容について4段階で評価を行うものである。

①進行状況や結果の関連機関への報告	⑨関連する他機関での専門職の把握
②利用者が受けているサービスの把握	⑩事例検討会議への参加の呼びかけ
③サービス提供に必要な知識や情報の収集	⑪関連機関や他職種との親睦
④必要なサービス・プログラムの作成・提言	⑫関連機関への挨拶回り
⑤他機関への協力の要請	⑬費用負担決定の権限
⑥他機関からの協力の要請	⑭他機関への資料配布
⑦他職種の集まり（会議）への参加	⑮複数の機関・専門職で収集した利用者情報の管理
⑧関連する他機関の実態の把握	

連携活動でもっとも実施されている活動（肯定比率）は（図表 29）、「①進行状況や結果の関連機関への報告」「②利用者が受けているサービスの把握」「③サービス提供に必要な知識や情報の収集」である。また、トップボックス（TB、「いつも」「とても」等肯定の中でも最も高い評価）の割合が高い活動もほぼ同様で、そのほか「⑤他の機関（施設）への協力要請」「⑮複数の機関（施設）・専門職が集めた利用者情報の管理」の他、「⑫新規就任時での関連機関（施設）への挨拶回り」「⑩事例検討会への参加の呼びかけ」も比率が高い。

図表 29

連携活動能力評価項目	TB (%)	肯定比率 (%)
①進行状況や結果の関連機関への報告	40.3	99.0
②利用者が受けているサービスの把握	31.3	98.8
③サービス提供に必要な知識や情報の収集	17.6	97.1
⑤他機関への協力の要請	25.6	90.6
⑨関連する他機関での専門職の把握	13.8	89.1
⑮複数の機関・専門職で収集した利用者情報の管理	29.7	84.5
⑥他機関からの協力の要請	14.9	82.4
④他機関・他職種に必要なサービス・プログラムの作成・提言	13.6	76.2
⑫関連機関への挨拶回り	22.8	74.5
⑧関連する他機関の実態の把握	3.2	73.4
⑩事例検討会議への参加の呼びかけ	24.2	72.2
⑦他職種の集まり（会議）への参加	4.4	61.3
⑪関連機関や他職種との親睦	4.3	49.9
⑭他機関への資料配布	6.0	39.9
⑬費用負担決定の権限	3.9	22.4

網掛け：TBで20%以上に網掛け

⑧介護教室の開催

サービス事業者などと協力して地域住民や家族介護者などに対する介護教室を開催し、介護保険や介護技術、介護予防、認知症についての説明を行っているかについては、「定期的に介護教室を実施している」13.7%、「ある程度実施している」25.0%、「あまり行っていない」25.9%、「全く行っていない」33.7%で、積極的に行っている比率は1割強にとどまっている。

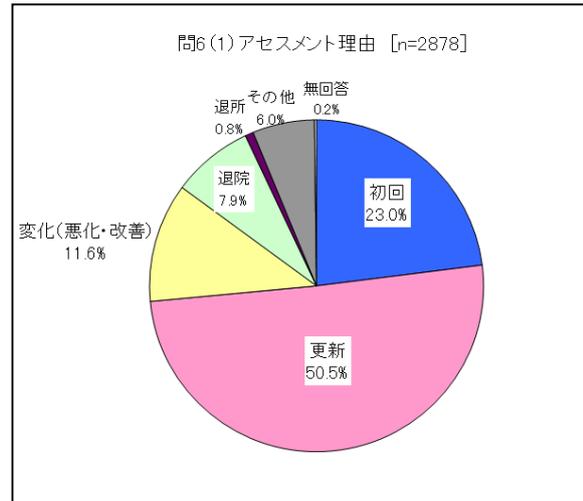
(2)最後にサービス担当者会議を開催したケースについて

①アセスメント理由

最後に開催したサービス担当者会議のアセスメント理由で、もっとも多かったのは「更新」50.5%で、半数を占める。

次いで「初回」23.0%、「変化(悪化・改善)」11.6%の順である(図表30)。

図表 30

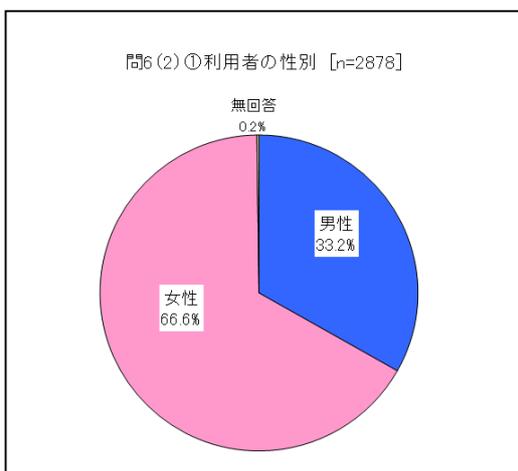


① 用者の属性

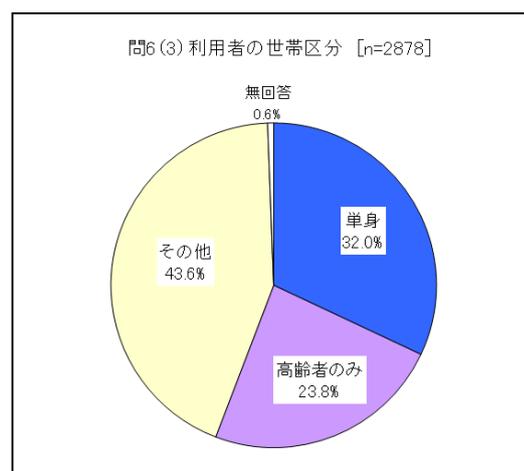
該当のケースでは、世帯区分は「単身者世帯」が32.0%、「高齢者のみの世帯」が23.8%で(図表32)、性別では「女性」が66.6%を占める(図表31)。

家族構成では、本人以外に「一人」が26.4%、「二人」が25.8%で、両者で50%を超えて(図表33)、家族構成の続柄は「子」が73.5%ともっとも比率が高い(図表34)。

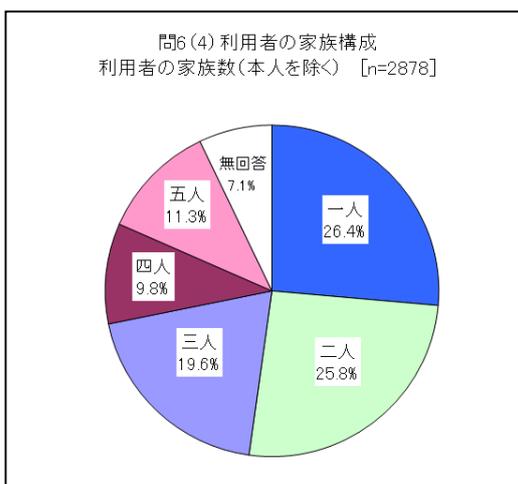
図表 31



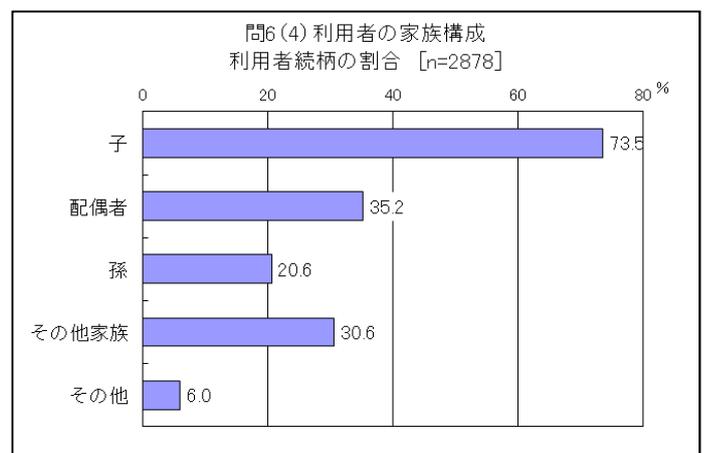
図表 32



図表 33

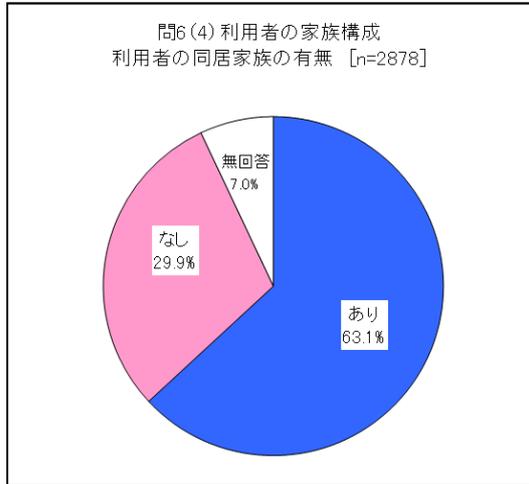


図表 34

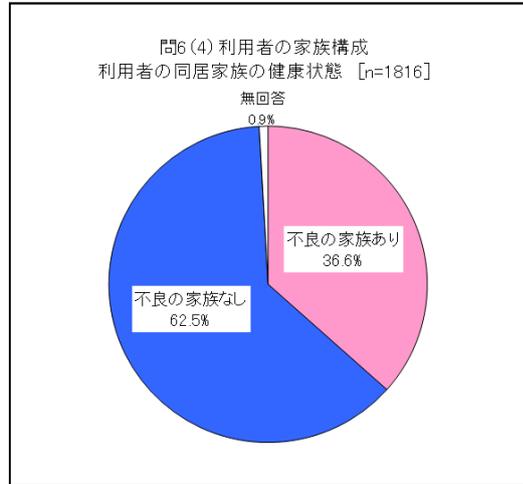


家族構成の中で同居家族の有無についてたずねたところ、「あり」63.1%で、2/3が家族と同居しており（図表 35）、同居家族の健康状態については1/3が健康不良の家族がいるとしている（図表 36）。

図表 35



図表 36



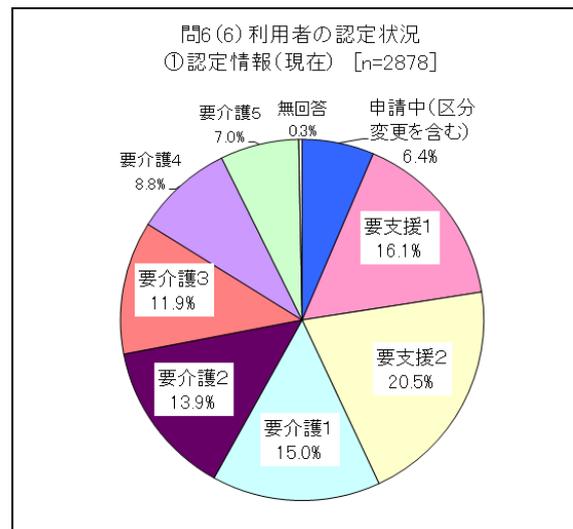
③利用者の状態

要介護認定

利用者の要介護認定状況を見ると、現在の認定は「要介護 2」が 20.5%と最も多く、以下、「要支援 1」が 16.1%、「要介護 1」が 15.0%と続いている（図表 37）。

前回からの変化を見ると（申請中と無回答除く）、認定に変化なしが 57.0%、悪化が 29.6%、改善が 13.4%となっている（図表 38）。

図表 37



図表 38

		利用者の認定状況①認定情報(現在)								
		申請中 (区分変更含む)	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
前回の認定結果	全体(n=2280)	5.4	14.9	20.3	15.2	14.4	12.7	9.2	7.8	0.3
	要支援1(n=422)	7.8	57.8	21.1	6.4	4	1.4	0.7	0.5	0.2
	要支援2(n=537)	6.9	14	59.6	10.1	3.9	2.6	1.9	0.7	0.4
	要介護1(n=391)	2.8	1.8	8.2	49.9	21.5	10	4.3	1.5	-
	要介護2(n=329)	6.4	1.2	2.4	12.8	46.8	19.1	7.3	3.6	0.3
	要介護3(n=275)	3.3	0.7	1.8	3.3	12	49.5	21.8	7.6	-
	要介護4(n=157)	1.9	-	3.2	5.7	5.7	12.7	49.7	20.4	0.6
	要介護5(n=131)	2.3	-	-	2.3	4.6	3.1	12.2	75.6	-

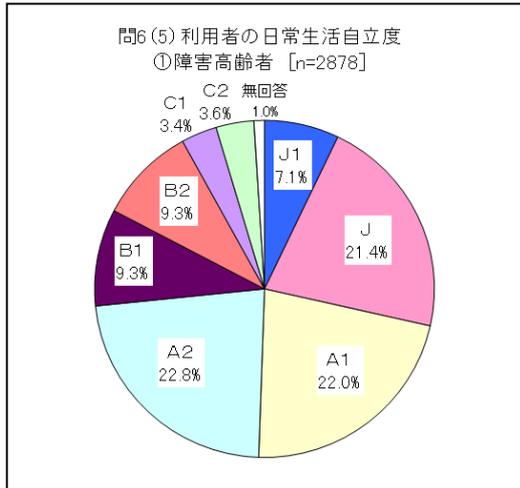
日常生活自立度

障害高齢者日常生活自立度を見ると、日常生活はほぼ自立している「J」が3割、寝たきり予備軍の「A」が4割強を占め、1/4が寝たきりの「B」「C」となっている(図表39)。

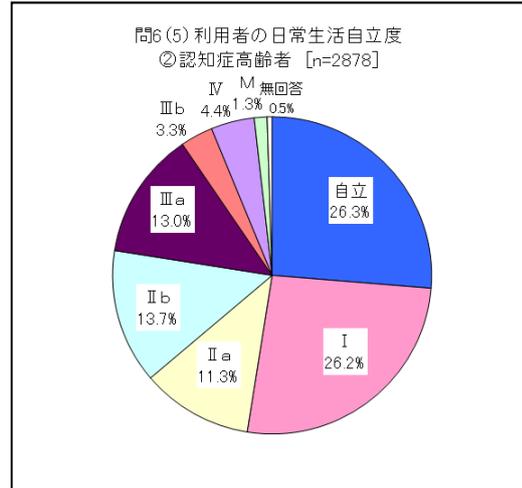
また、認知症高齢者日常生活自立度では、「自立」が26.3%と1/4が日常生活においては自立した状態である一方、介護が必要とされるⅢ以上が2割を占める(図表40)。

なお、加算の手続きを行っている割合は、「認知症加算」17.9%、「独居高齢者加算」5.9%である。

図表 39



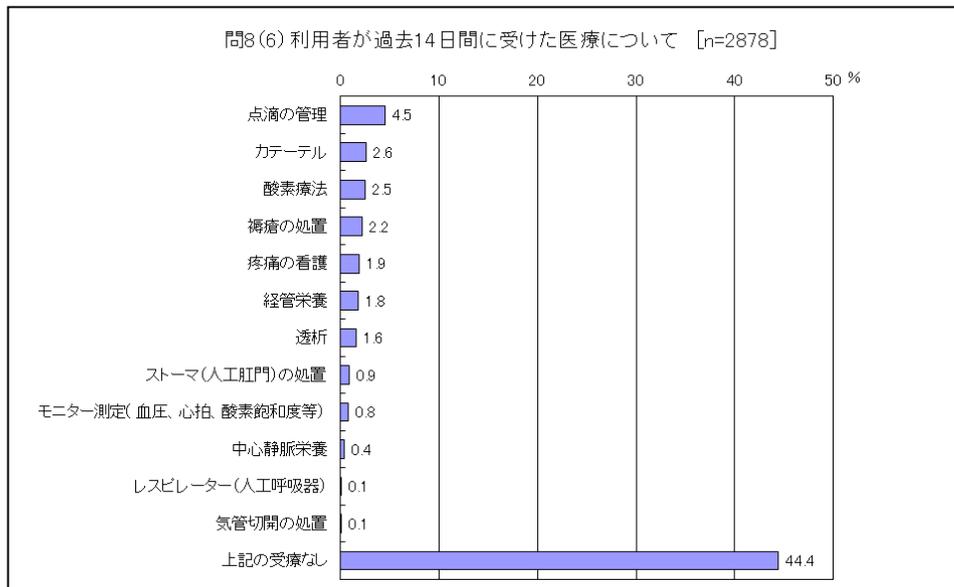
図表 40



医療の実績

利用者の半数以上が、過去14日間に「点滴の管理」「カテーテル」「酸素療法」「褥瘡の処置」など下記に掲げた12の医療を受療している。

図表 41



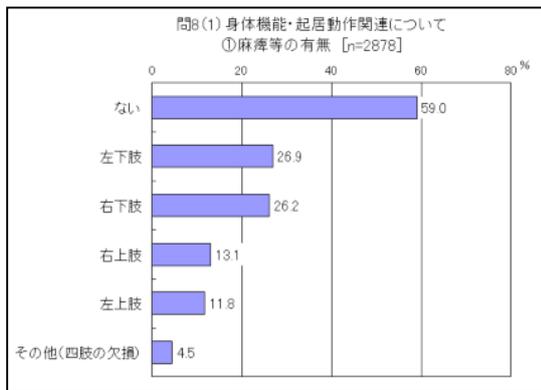
身体機能・起居動作関連

麻痺等が「ない」利用者は 59.0%で、麻痺がある利用者の中では「下肢」に麻痺がある利用者が目立つ（図表 42）。また、関節の動きに制限が「ない」利用者は 52.7%で、半数が間接の動きに制限があり、「膝関節」、ついで「肩関節」の比率が高い（図表 44）。

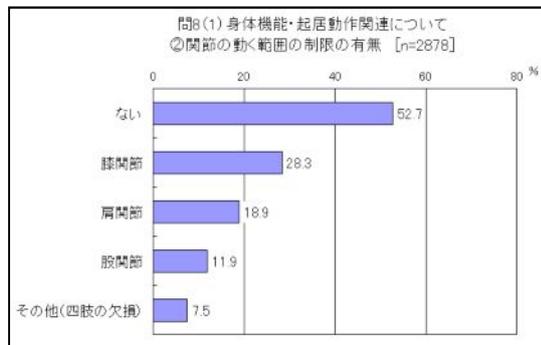
その他の身体機能・起居動作関連において、“できる”割合が高い動作は「寝返り」「両足での立位保持」「歩行」「洗身」「爪切り」「座位保持」などであり、「視力」「聴力」は過半数が「普通」となっている。

一方で、“できない”動作は、「片足での立位保持」「洗身」「爪切り」などで割合が高い（図表 43）。

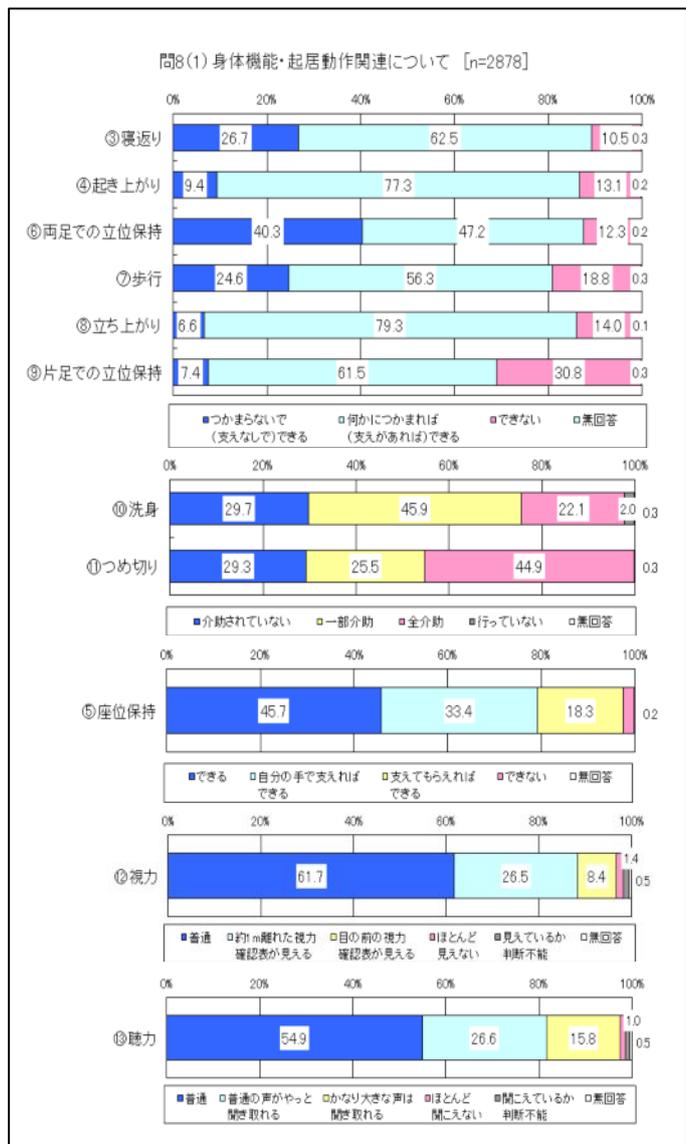
図表 42



図表 44



図表 43



生活機能関連

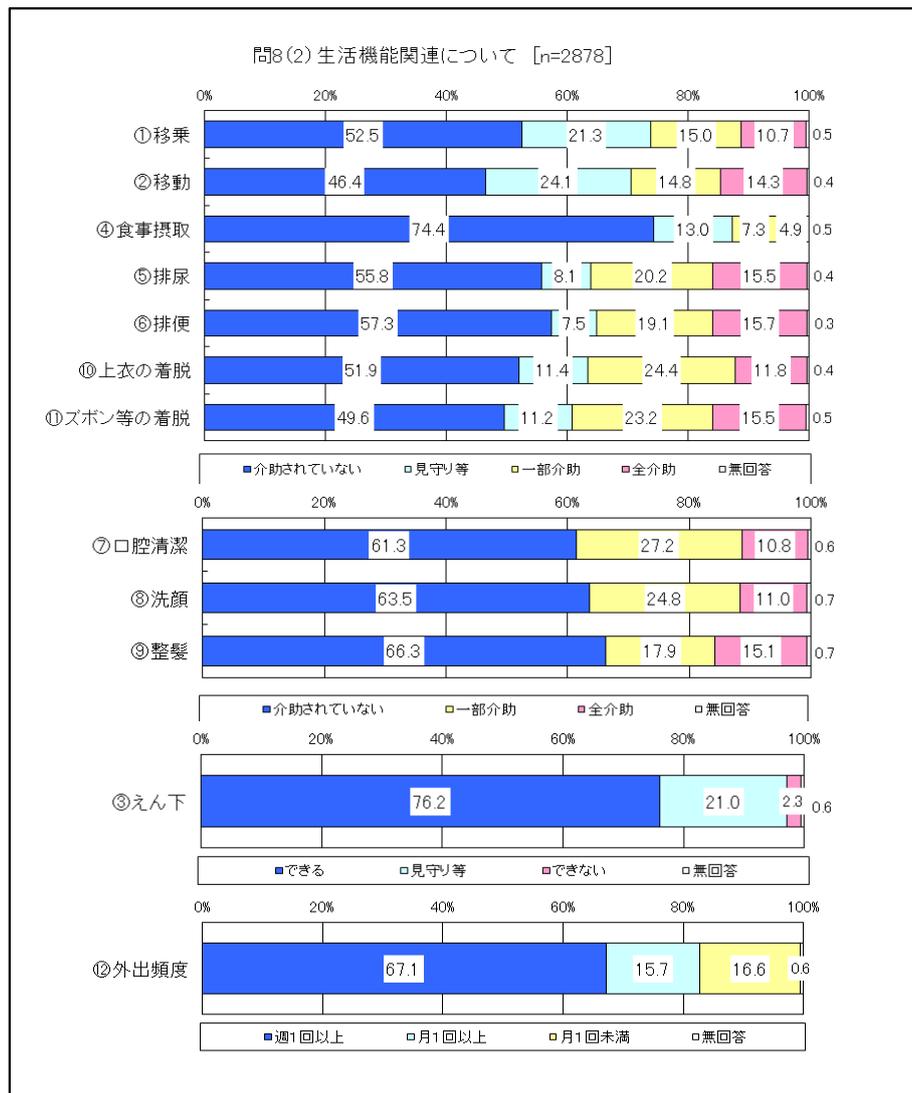
生活機能関連において（図表 45）、「介助されていない」割合が最も高い項目は「食事摂取」で 74.4%、ついで「口腔清潔」「洗顔」「整髪」の順である。「移乗」「移動」は「介助されていない」比率が 50%前後であるが、ついで“見守り”の比率が高くなっている。

一方、「排尿」「排便」「上衣の着脱」「ズボン等の着脱」「口腔清掃」「洗顔」「整髪」は「一部介助」「全介助」で 4 割前後と介助が必要な利用者が多い。

「えん下」については“できる”利用者は 76.2%で、“見守り”と合わせほぼ全員ができている。

「外出頻度」は「週 1 回以上」が 67.1%となっている。

図表 45

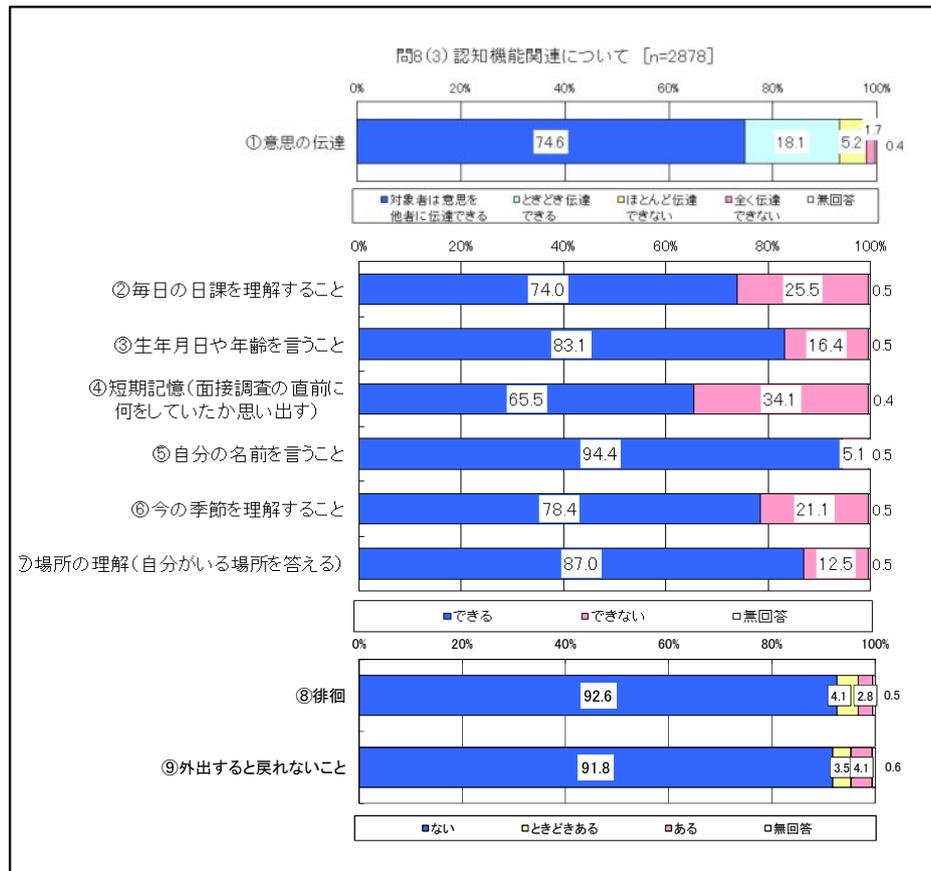


認知機能関連

認知機能関連において（図表 46）、「意思を他者に伝達できる」割合は 74.6%で、この他“できる”割合が高い機能は、「生年月日や年齢を言える」「自分の名前を言う」「場所の理解（自分がいる場所を答える）」である。

また、「徘徊」「外出すると戻れない」ことについては、「ない」とする割合が 9 割と高くなっている。

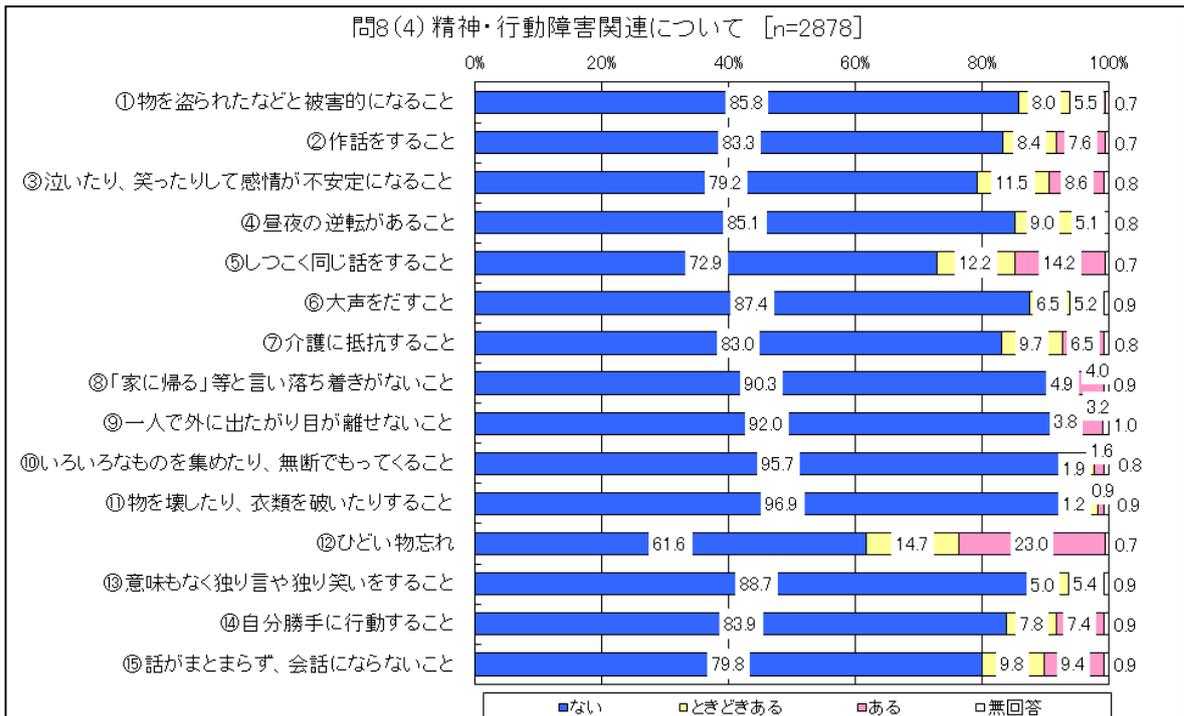
図表 46



精神・行動障害関連

精神・行動障害関連において（図表 47）、「障害がある（「ときどきある」＋「ある」）」割合が高いのは、「ひどい物忘れ」「しつこく同じ話をする」「泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる」である。

図表 47

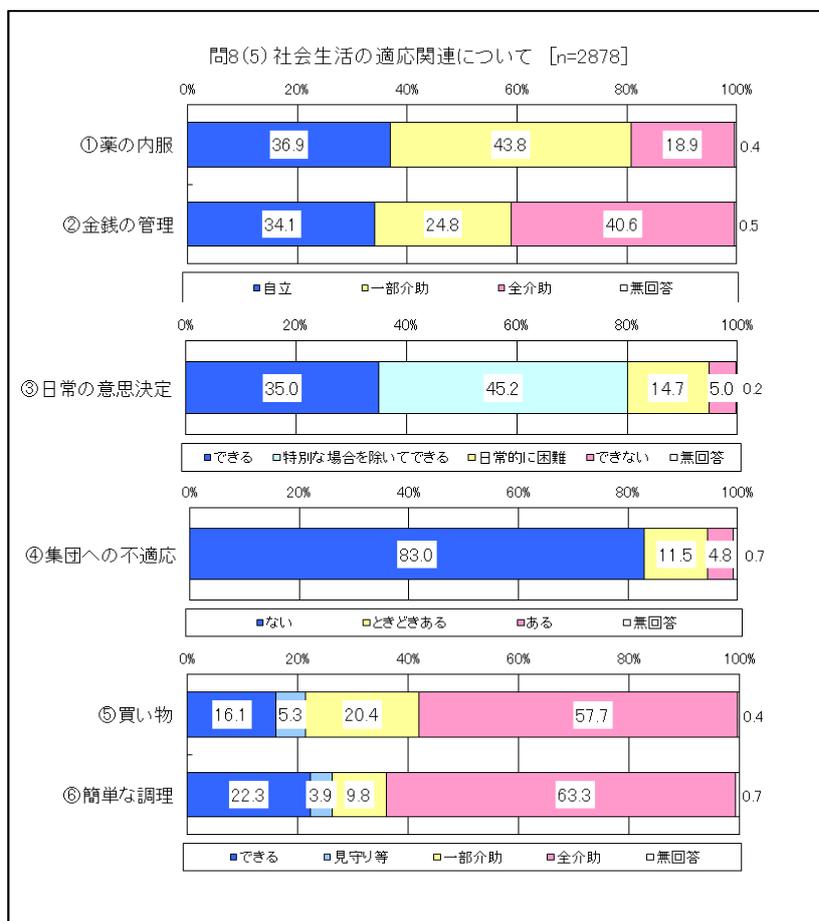


社会生活の適応関連

社会生活の適応において (図表 48)、全体的にできる割合は 40%以下の項目が目立つ。「服薬」「金銭の管理」「日常の意思決定」では、“自立”“できる”割合は 35%前後で、「買い物」「簡単な調理」では“できる”割合が 2割前後と低くなる。

なお、「集団への不適応」については 8割以上が“ない”と回答している。

図表 48

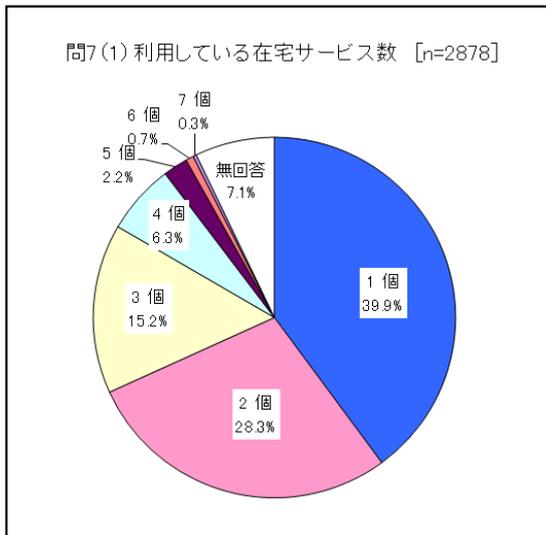


④利用しているサービス（在宅）

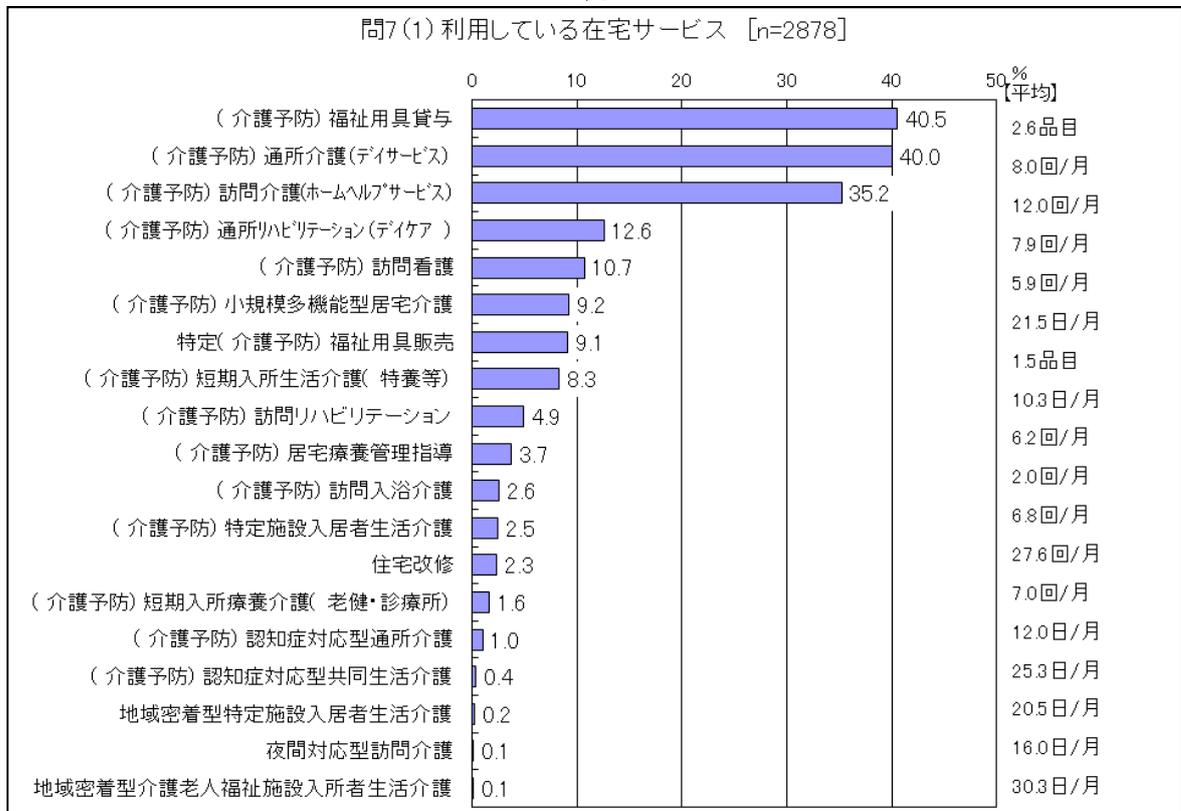
現在利用している在宅サービスは「1個」が39.9%、「2個」が28.3%で（図表49）、在宅サービス種別では「福祉用具貸与」「通所介護」「訪問介護」が多い（図表50）。

なお、現在、入所サービスの利用状況は21.1%である。

図表 49



図表 50



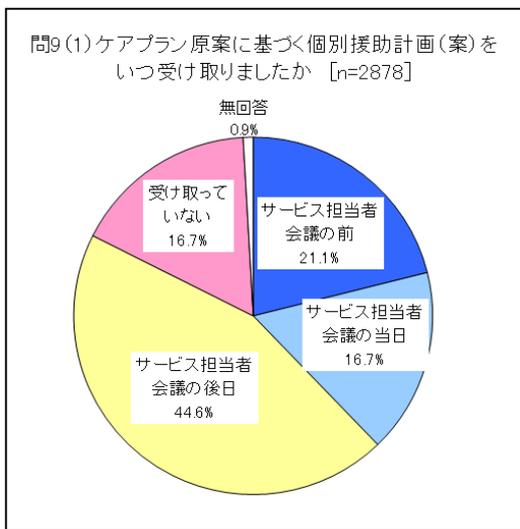
(3) サービス担当者会議の実施状況

①日ごろの個別援助計画と専門家の意見の受け取るタイミング

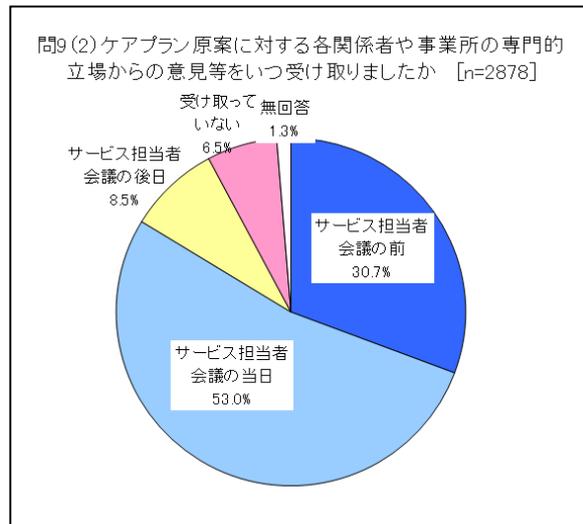
ケアプラン原案に基づく個別援助計画（案）を受け取った時期は、「会議の前」は21.1%にとどまり、「サービス担当者会議の後日」が44.6%と最も高くなっている。なお、「受け取っていない」も16.7%見られた（図表51）。

専門的な意見を受け取った時期については「会議の当日」が53.0%と最も比率が高く、次いで「会議の前」が30.7%見られ、専門家からの意見聴取については比較的会議の前に行われているものの、ケアマネジャーが主導的立場で行うべき個別援助計画の事前作成については、後日の工程とされることが多いことがわかった（図表52）。

図表 51



図表 52



②最後に開催したサービス担当者会議の実施状況 カテゴリー別

最後に開催したサービス担当者会議について、10のカテゴリーに分け、82項目について実施状況の確認（4段階）を行った。

<10のカテゴリー>

- (1) 「サービス担当者会議」開催前の情報収集について（事前情報収集）：23項目
- (2) 「サービス担当者会議」開催前の、利用者や家族への情報提供について（事前情報提供）：5項目
- (3) ケアプラン原案の作成時の分析について（ケアプラン原案の分析）：23項目
※23項目中4～23の20項目については、地域包括支援センターは回答していないため n=1856
- (4) 各事業者への個別援助計画の作成依頼状況について（個別援助計画の作成依頼）：6項目
- (5) 「サービス担当者会議」開催前の、ケアプラン原案への意見聴取について（意見聴取）：3項目
- (6) 個別援助計画のケアプラン（案）への反映について（個別援助計画のケアプラン案への反映）：6項目
- (7) サービス担当者会議の招集について（会議の招集）：7項目
- (8) サービス担当者会議の開催について（会議の開催）：4項目
- (9) サービス担当者会議議事録の配付について（F/B）：2項目
- (10) モニタリング・全体管理の実施について（モニタリングと全体管理）：3項目

<実施状況の確認>

「した」「ある程度した」「あまりしなかった」「全くしなかった」

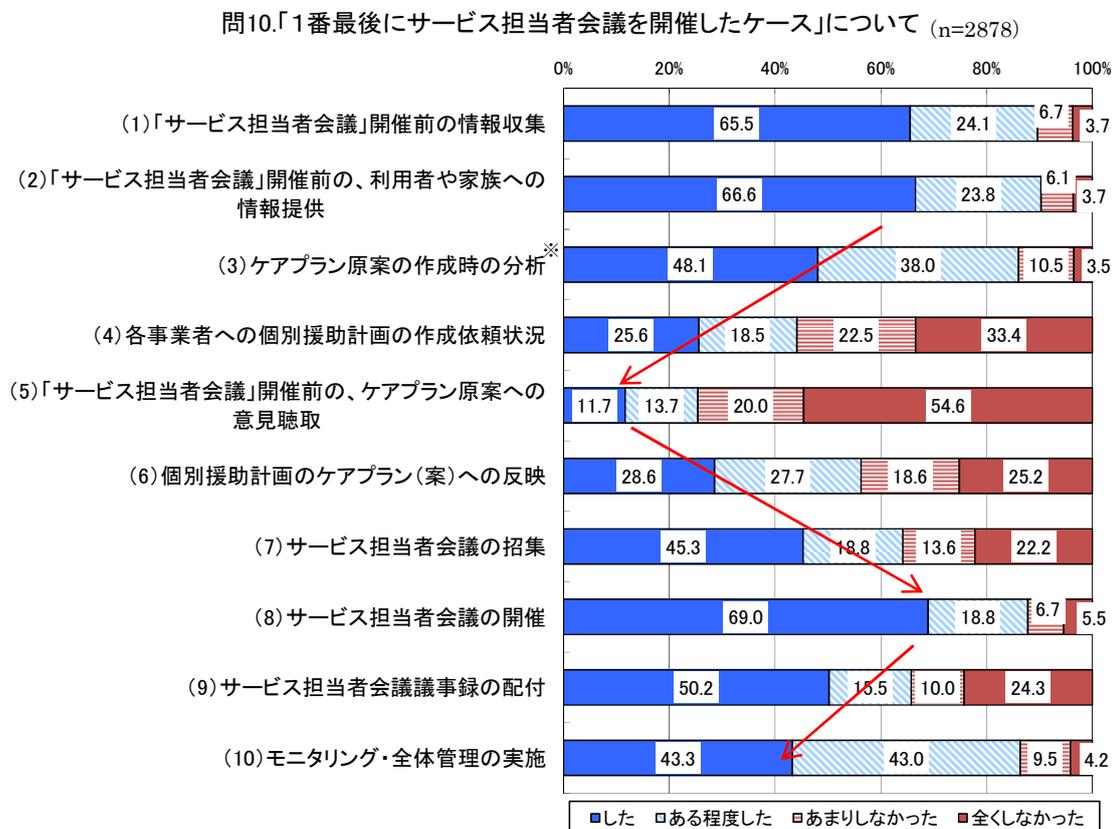
10の категория別実施状況は図表53のとおりで(実数から平均を算出)、(1)事前情報収集、(2)事前情報提供及び(8)会議の開催については実施した比率は高くなっているが、その他のカテゴリーについては実施状況にばらつきが見られる。

特に「した」という割合が低かった項目は(5)意見聴取で半数以上が「全くしなかった」と回答しており、「ある程度した」を含めても4人に1人の実施と低い水準となっている。

ついで、「した」の割合が低かったのは(4)個別援助計画の作成依頼、(6)個別援助計画のケアプラン案への反映で、サービス担当者会議開催前の事前準備において十分な分析がなされていないまま開催されていることが明らかとなった。

また、(3)ケアプラン原案の分析及び(10)モニタリングと全体管理については「ある程度した」の比率が高くなっており、実際の実施の程度によって品質にばらつきが出る可能性があるカテゴリーと思われる。

図表 53



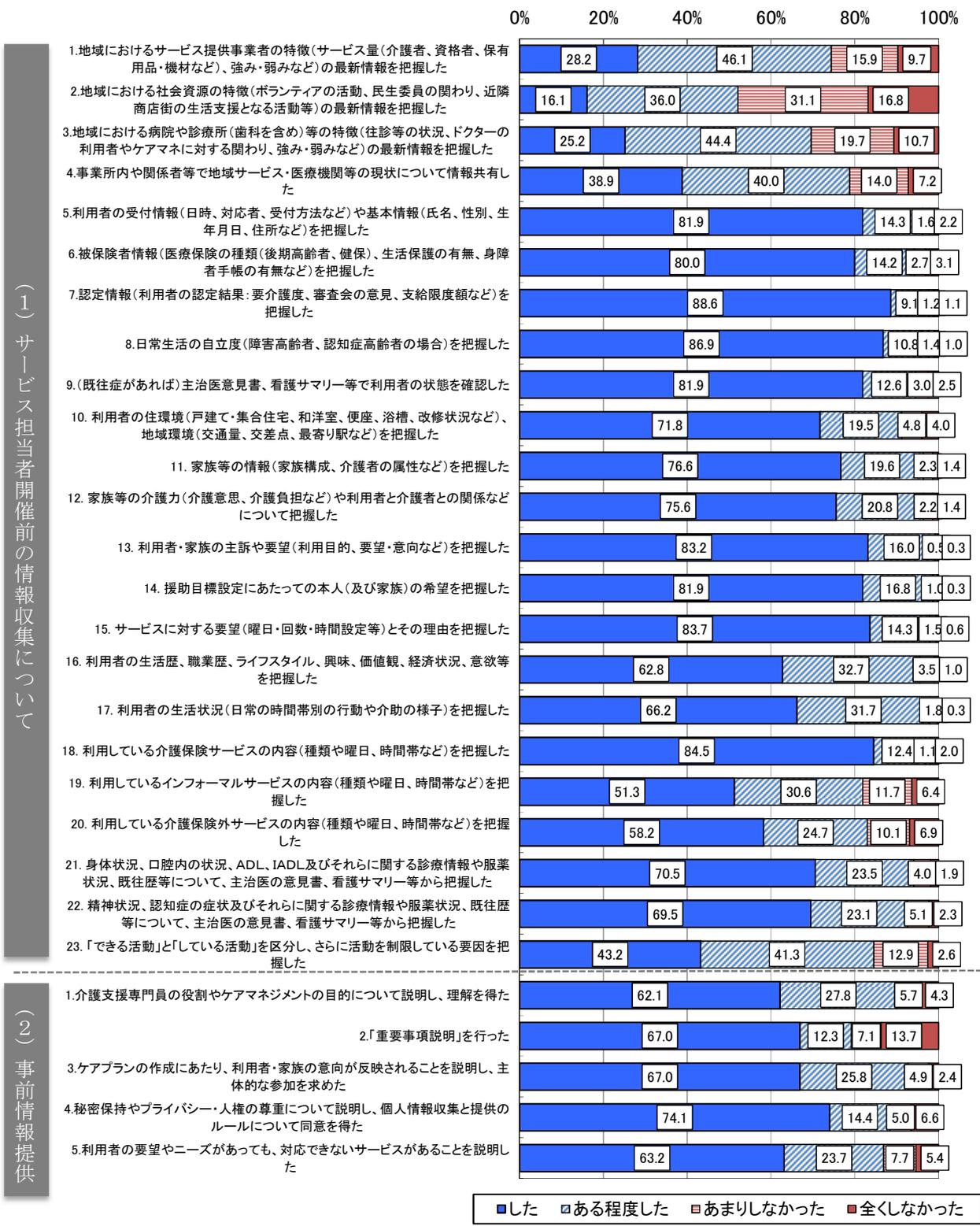
③最後に開催したサービス担当者会議の実施状況 項目別

全項目の実施状況は、図表54～56のとおりである。

図表57は「全くしなかった」比率が高かった項目で、かつ「全くしなかった」「あまりしなかった」が40%以上の項目は17項目で、そのうち15項目が(5)意見聴取の3項目中3項目、(4)個別援助計画の作成依頼の6項目中5項目、(6)個別援助計画のケアプラン案への反映の6項目中3項目、(7)サービス担当者会議の招集の7項目中4項目である。

図表 54

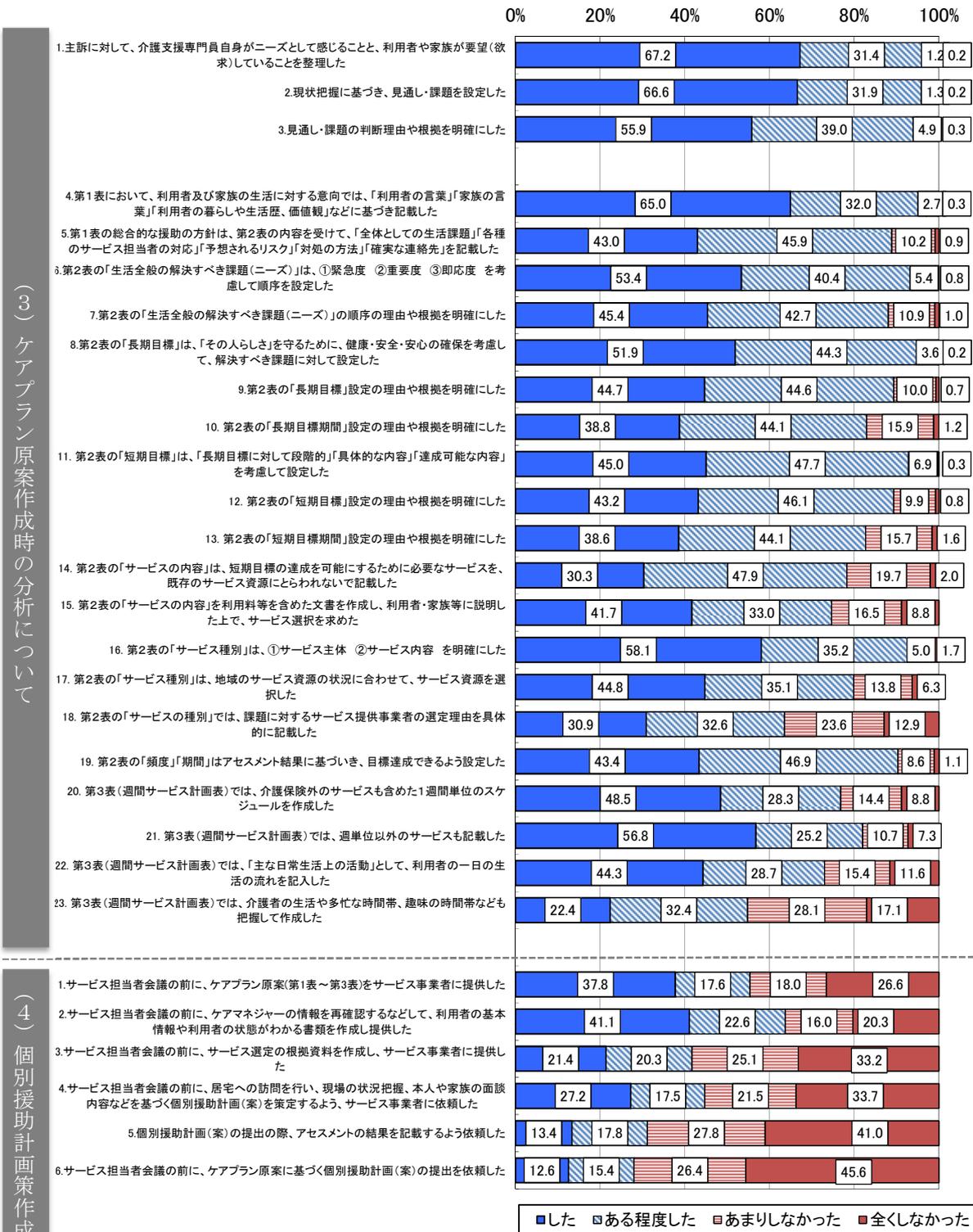
問10(1)会議開催前の情報収集と(2)利用者への事前情報提供
[n=2878]



■した □ある程度した ▨あまりしなかった ■全くしなかった

図表 55

問10(3)ケアプラン原案作成時分析と[n=2878/n=1856]
(4)個別援助計画作成依頼状況について [n=2878]



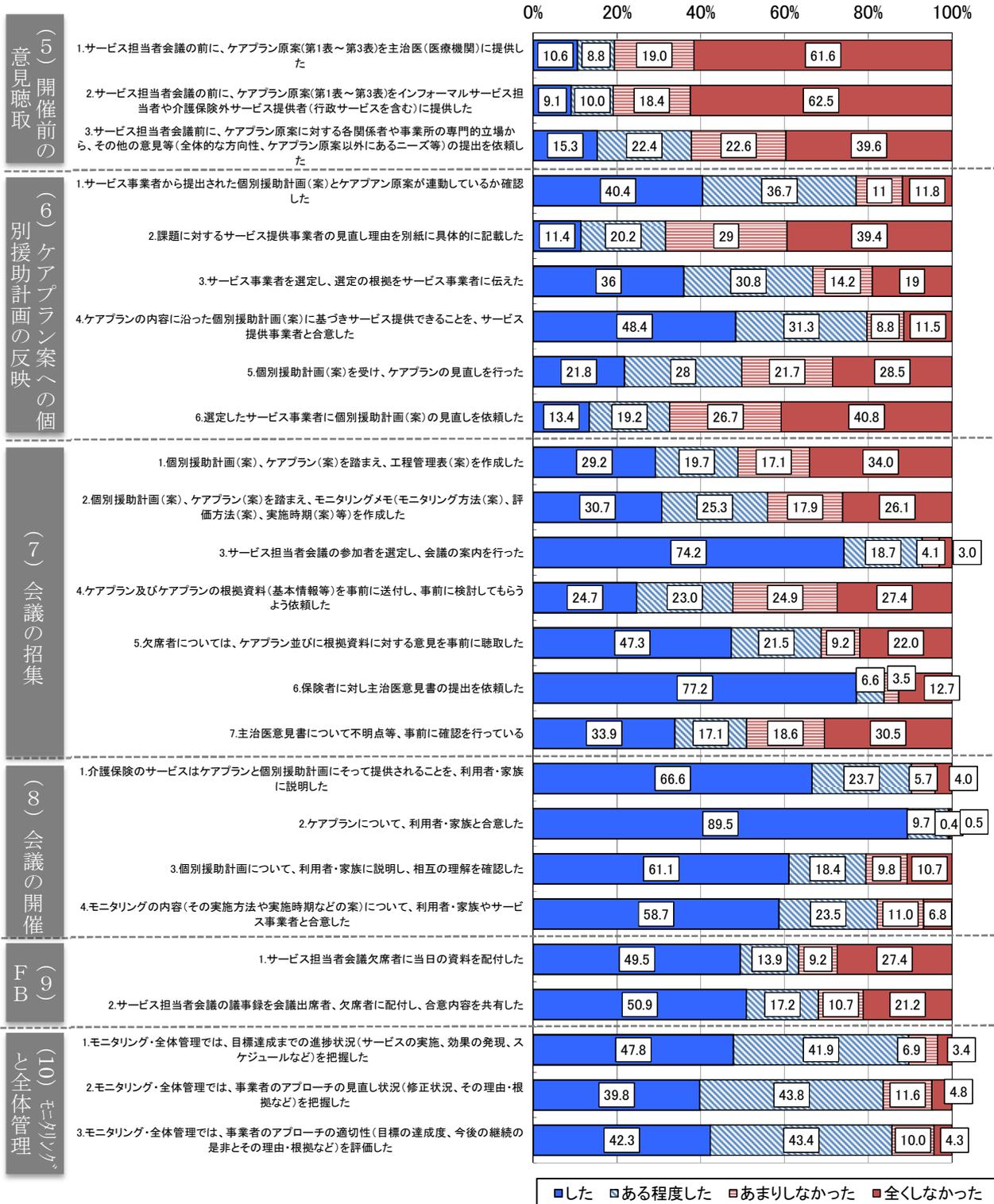
(3) ケアプラン原案作成時の分析について

(4) 個別援助計画作成依頼

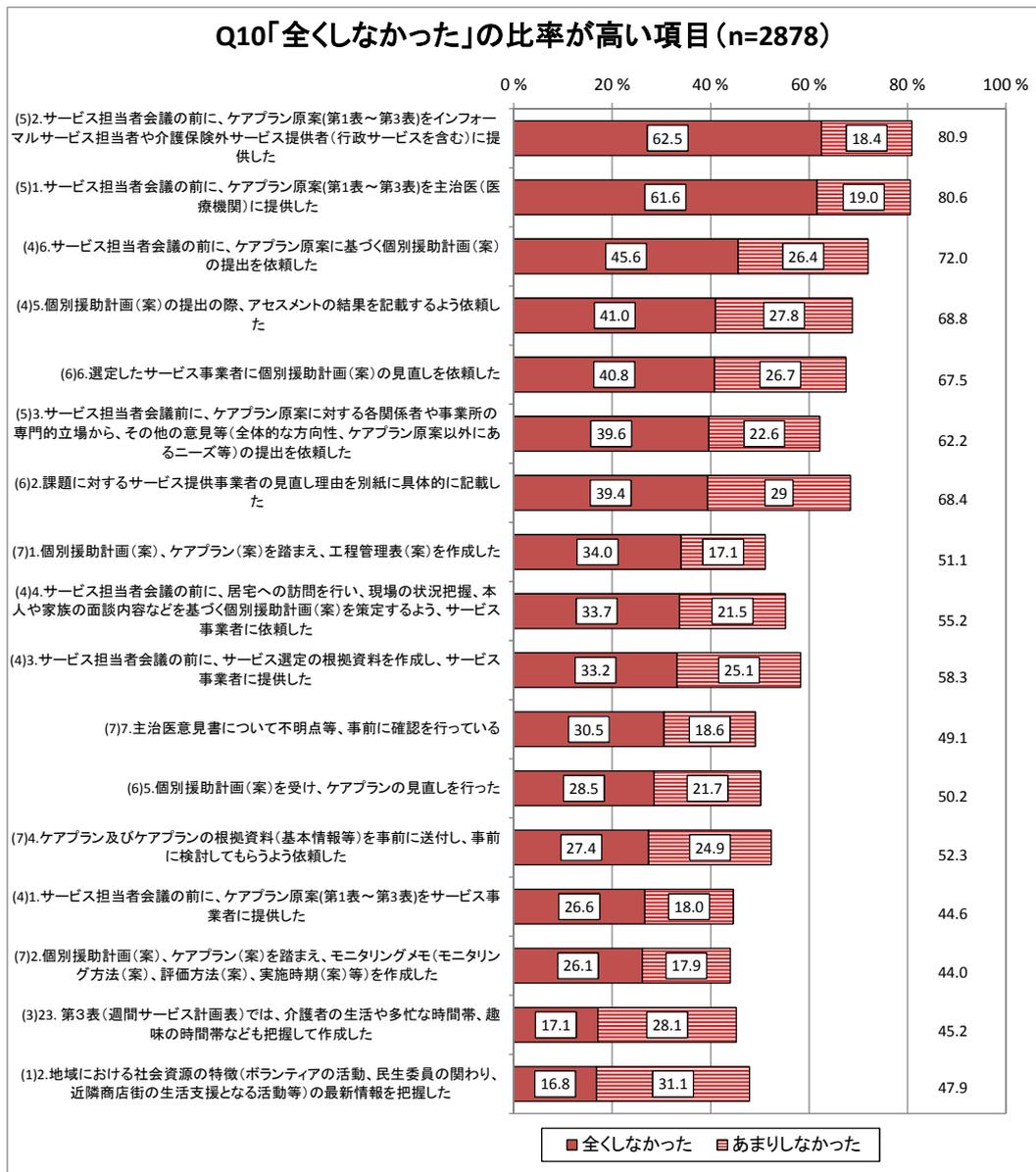
※(3)4~23 については地域包括支援センターは無回答のため n 数が異なる

図表 56

問10(5)会議開催前の意見聴取(6)ケアプラン(案)への反映
(7)会議召集(8)会議開催(9)F/B(10)モニタリングと全体管理 [n=2878]



図表 57



**④最後に開催したサービス担当者会議の実施状況 カテゴリー別項目別
開催前の情報収集について (23 項目)**

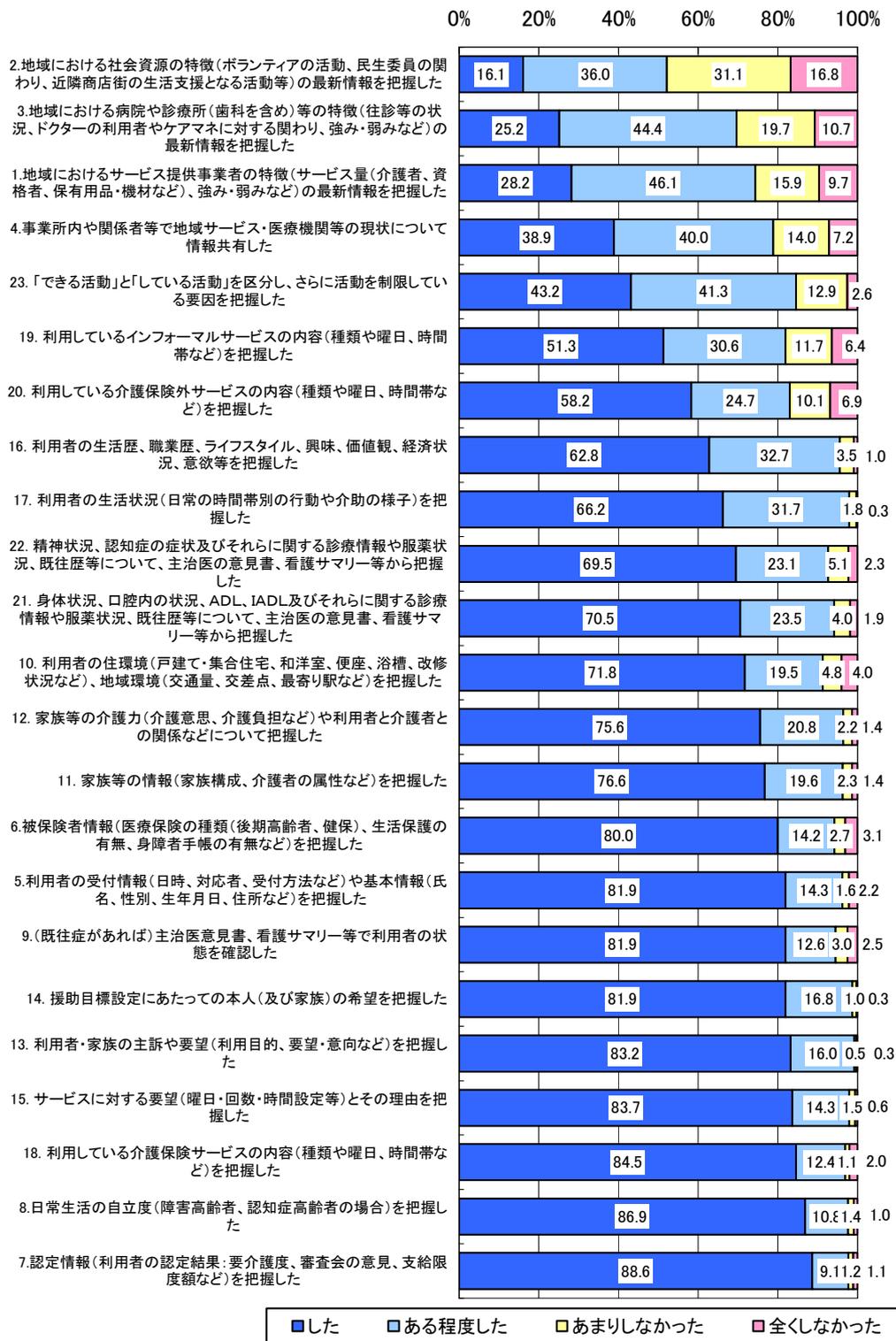
サービス担当者会議の開催前の情報収集では、「した」とする割合が低い項目は、「2.地域における社会資源の特徴の最新情報を把握した」16.1%、「3.地域における病院や診療所等の特徴の最新情報を把握した」25.2%、「1.地域におけるサービス提供事業者の特徴の最新情報を把握した」28.2%、「4.事業所内や関係者等で地域サービス・医療機関等の現状について情報共有した」38.9%で、最新の情報等の把握比率が低くなっている。これはサービス担当者会議の頻度にも影響を受けるためケアプラン作成件数別で見ると、1については件数が低いほど「した」比率が低くなる傾向は見られたものの、2、3及び4については作成件数で差は見られず、情報の更新があまり行われていない可能性がある。

ついで、「23. 「できる活動」と「している活動」を区分し、さらに活動を制限している

要因を把握した」43.2%の比率が低く、開催前の情報収集においては情報に基づく分析が相対的に弱くなっている。

図表 58

問10(1)「サービス担当者会議」開催前の情報収集について
[n=2878]



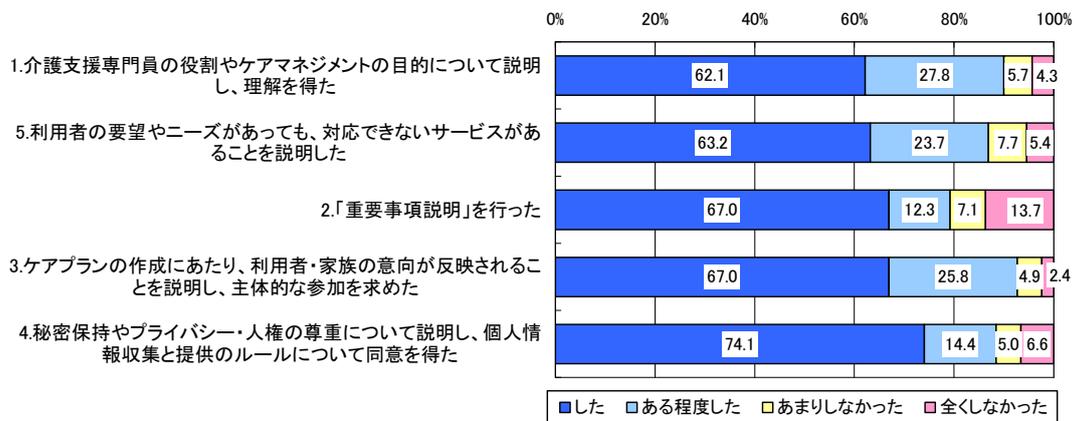
「サービス担当者会議」開催前の情報提供について（5項目）

担当者会議開催前に行う利用者や家族への情報提供では、いずれの項目も「した」とする割合が6割を上回っている。

なお、「重要事項の説明」については、「全くしなかった」割合が他の項目に比べて高くなっている。アセスメント別で見ると、「初回」に「全くしなかった」比率は23%と低くなっているが、「更新」時は18.2%と高くなっており、更新時に重要事項についての説明を省略する場合が見られた。

図表 59

問10(2)「サービス担当者会議」開催前の、利用者や家族への情報提供について [n=2878]



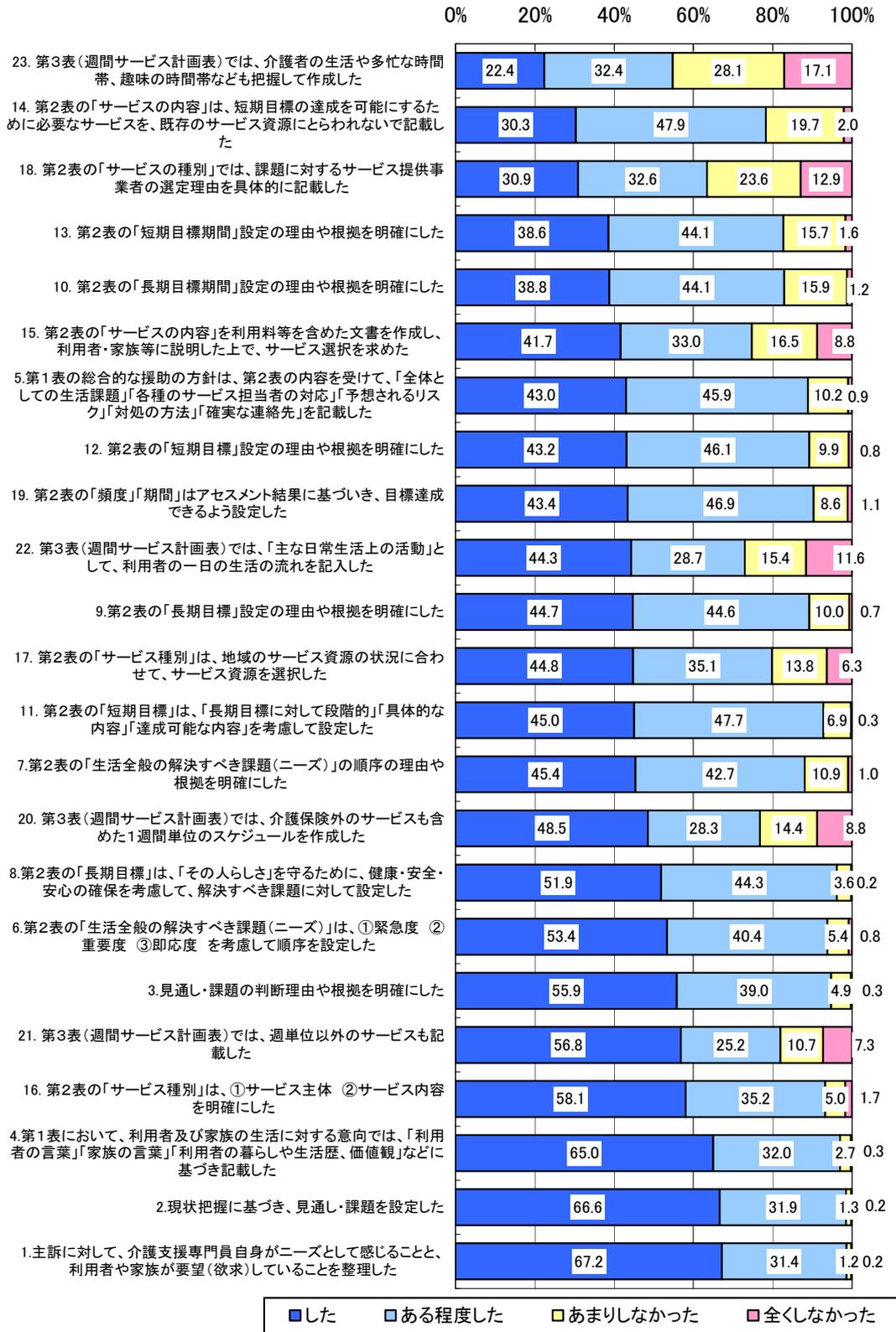
ケアプラン原案の作成時の分析（23項目※）

ケアプラン原案の作成時の分析で「した」とする比率が低い項目は「23.第3表（週間サービス計画表）では、介護者の生活や多忙な時間帯、趣味の時間帯なども把握して作成した」22.4%、「14.第2表の「サービスの内容」は、短期目標の達成を可能にするために必要なサービスを、既存のサービス資源にとらわれないで記載した」30.3%、「18.第2表の「サービスの種別」では、課題に対するサービス提供事業者の選定理由を具体的に記載した」30.9%、「13.第2表の「短期目標期間」設定の理由や根拠を明確にした」38.6%、「10.第2表の「長期目標期間」設定の理由や根拠を明確にした」38.8%で、介護者の状況をふまえた分析や目標設定の分析、それらを踏まえたサービスの検討やサービス提供事業者の選定が十分行われていない可能性がある。

※4~23については地域包括支援センターは回答せず

図表 60

問10(3)ケアプラン原案の作成時の分析について
[1-3:n=2878/4-23:=1856]

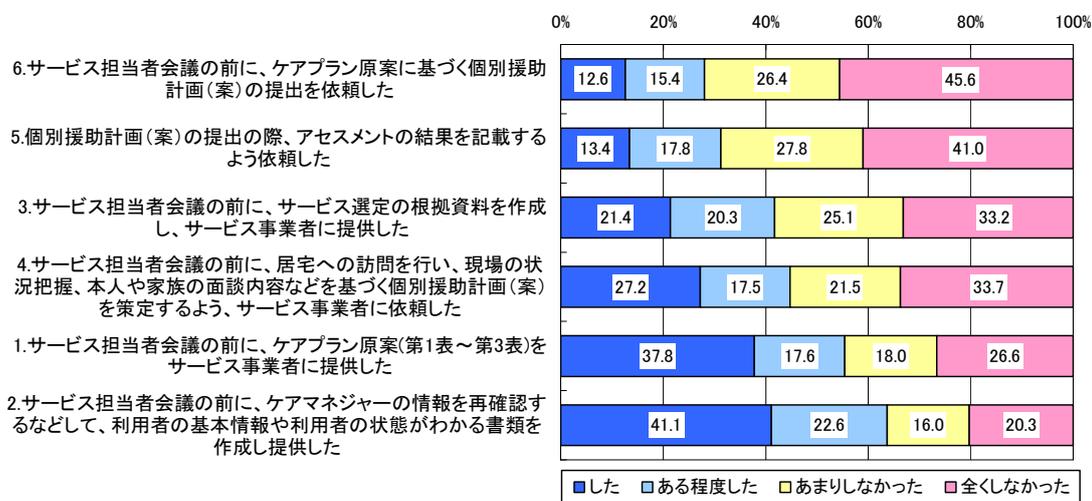


個別援助計画の作成依頼状況（6項目）

各事業者への個別援助計画の作成依頼については、「した」とする割合が項目によって差が見られる。「した」の比率が低い項目は、「6.サービス担当者会議の前に、ケアプラン原案に基づく個別援助計画（案）の提出を依頼した」12.6%、「5.個別援助計画（案）の提出の際、アセスメントの結果を記載するよう依頼した」13.4%で、事前に個別援助計画を提出するよう働きかけをしておらず、また依頼する際にもアセスメントの結果を記載するよう依頼しておらず、サービス事業者は利用者の状態を確認しないままケアプラン原案をたよりに個別援助計画を作成している可能性も考えられる。

図表 61

問10(4)各事業者への個別援助計画の作成依頼状況について [n=2878]

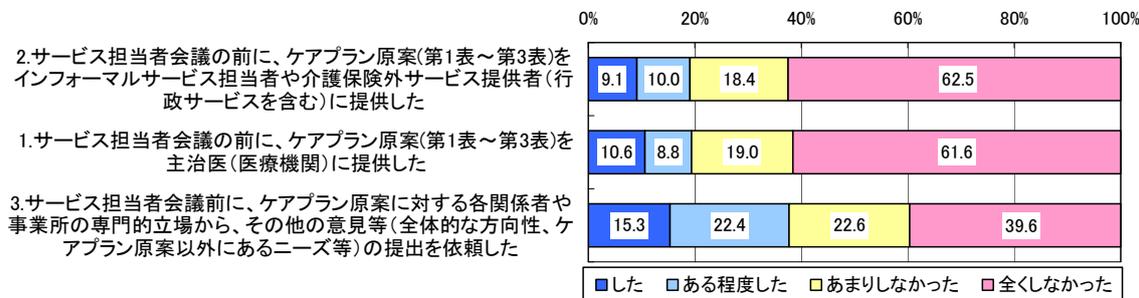


「サービス担当者会議」開催前のケアプラン原案への意見聴取状況（3項目）

担当者会議前のケアプラン原案への意見聴取では、いずれの項目も「した」とする割合は1割程度に留まっている。

図表 62

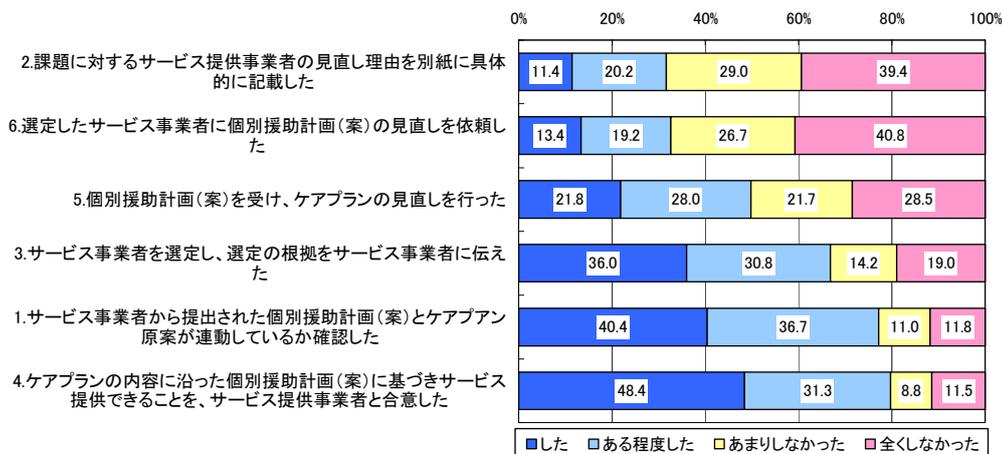
問10(5)「サービス担当者会議」開催前の、ケアプラン原案への意見聴取について [n=2878]



個別援助計画のケアプラン（案）への反映状況（6項目）

個別援助計画のケアプラン（案）への反映については、「した」とする割合が項目によって差が見られる。「した」とする比率が低い項目は、「2.課題に対するサービス提供事業者の見直し理由を別紙に具体的に記載した」11.4%、「6.選定したサービス事業者に個別援助計画（案）の見直しを依頼した」13.4%で、いずれも見直しが無い場合も考えられるため、一概に実施が低いとは言い切れないが、「5.個別援助計画（案）を受け、ケアプランの見直しを行った」については、必ず行われるべきものであるにも関わらず 21.8%と低い水準となっている。

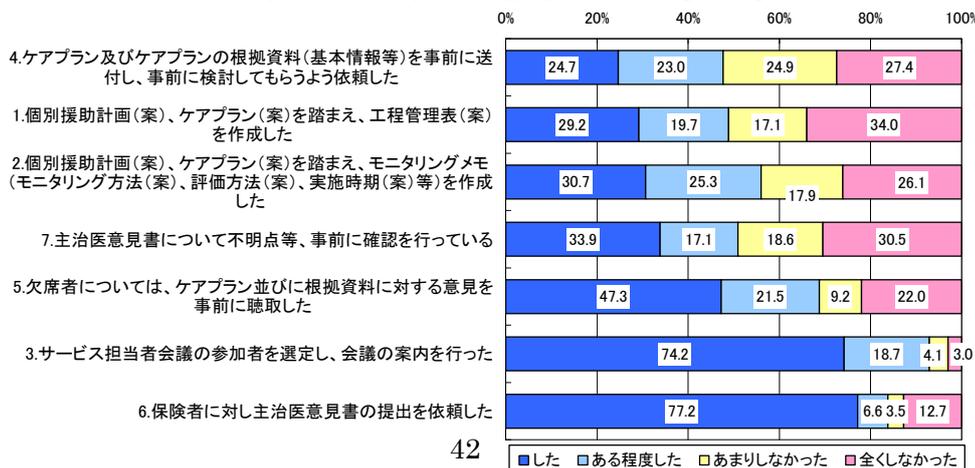
図表 63
問10(6) 個別援助計画のケアプラン(案)への反映について [n=2878]



サービス担当者会議の招集状況（7項目）

サービス担当者会議の招集については、「3.担当者会議の参加者の選定と会議の案内」「6.保険者に対する主治医意見書の提出依頼」で「した」とする割合が高く、いずれも 70%以上となっている。一方で、「4.ケアプラン及びケアプランの根拠資料を事前に送付し、事前に検討してもらうよう依頼した」24.7%、「1.個別援助計画（案）、ケアプラン（案）を踏まえ、工程管理表（案）を作成した」29.2%、「2.個別援助計画（案）、ケアプラン（案）を踏まえ、モニタリングメモを作成した」30.7%は「した」比率が低く、サービス事業者のサービス品質をどう評価すべきか明確にしないまま、サービス担当者会議を開催している可能性が考えられる。

図表 64
問10(7) サービス担当者会議の招集について [n=2878]

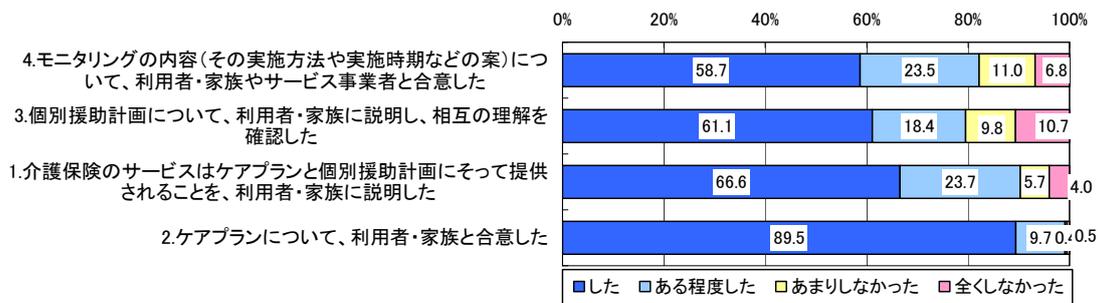


サービス担当者会議の開催（個別援助計画の合意形成）状況（4項目）

サービス担当者会議の開催については「した」とする割合が高くなっているが、「ケアプラン」については利用者や家族と合意しているが、ケアプランと一体のものであるべき個別援助計画や評価方法についてはケアプランほど合意は得られていない。

図表 65

問10(8) サービス担当者会議の開催について [n=2878]

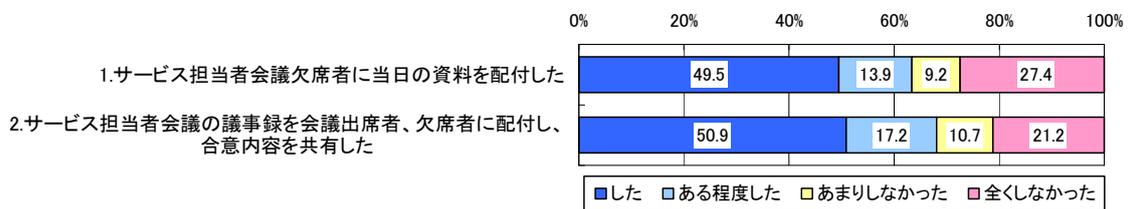


サービス担当者会議議事録の配付状況（2項目）

サービス担当者会議議事録の配付については、いずれも「した」とする割合は50%前後で、また「全くしなかった」が2割以上見られ、会議をやりっぱなしにしている場合も見られる。

図表 66

問10(9) サービス担当者会議議事録の配付について [n=2878]

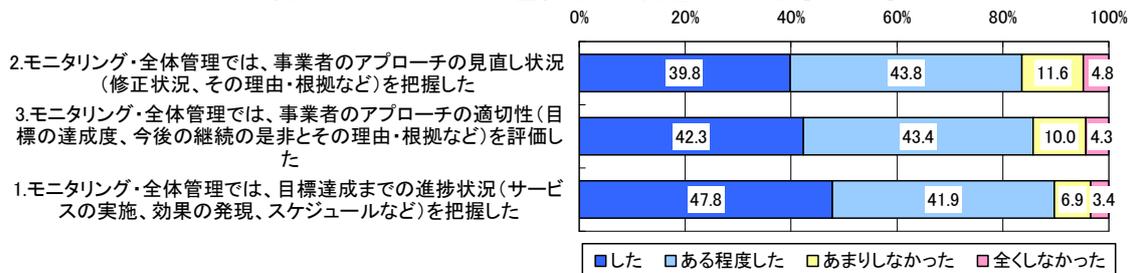


モニタリング・全体管理の実施状況（3項目）

モニタリング・全体管理の実施については、肯定比率は高くなっているものの、「した」とする割合と「ある程度した」とする割合がほぼ同様となっており、「ある程度した」の実施内容によってはモニタリングの品質の差となっている可能性が考えられる。

図表 67

問10(10) モニタリング・全体管理の実施について [n=2878]

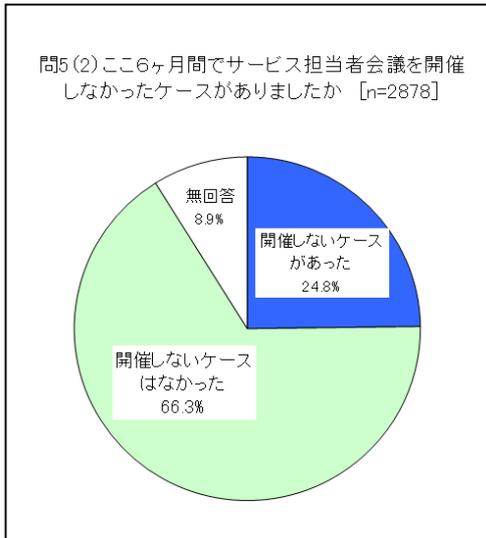


(4) サービス担当者会議を開催しないケースについて

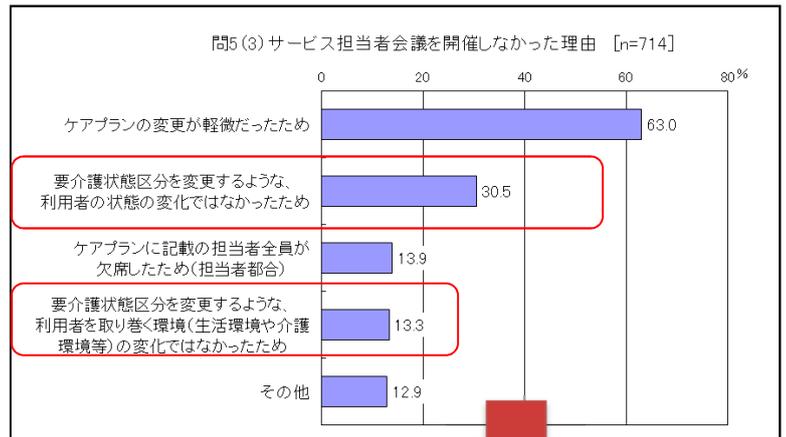
①開催の有無と開催しなかった理由

ここ6ヶ月間で「サービス担当者会議を開催しなかったケースがあった」とする割合は24.8%で、その理由としては「ケアプランの変更が軽微だったため」が63.0%と比率が高く、ついで「要介護状態区分を変更するような利用者の状態変化ではなかったため」30.5%の比率が高い。

図表 68



図表 69



②要介護状態区分の変更に関わる利用者の状態変化の把握

要介護状態区分の変更に関わる状態変化の把握では、「利用者の状態変化」について「モニタリング結果」で把握したとする割合が85.8%であり、「利用者の環境変化」についても76.8%が「モニタリング結果」による把握としている。

また、「他者への聞き取り」で把握したとする割合は、「利用者の状態変化」で61.9%、「利用者の環境変化」で68.4%となっており、いずれにおいても「事業所」を情報源としている割合が約90%となっている。

図表 70

	モニタリング結果	他者への聴取	その他	合計
要介護状態区分の変更に関わる利用者の状態変化の把握 (n=218)	85.8%	61.9% (n=135) 事業所 88.9% 主治医 29.6% その他 34.8%	10.1%	100%
要介護状態区分の変更に関わる利用者の環境変化の把握 (n=95)	76.8%	68.4% (n=65) 事業所 87.7% 主治医 27.7% その他 38.5%	7.4%	100%

2. 今後のサービス担当者会議のあり方について（課題の整理）

「1. 調査結果」を踏まえ、委員会では、サービス担当者会議の今後のあり方について、検討を行った。その結果は以下のとおりである。

よいケアプランが作成できるサービス担当者会議とは？

サービス担当者会議は、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十八号）」、（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）第十三条 九 において「介護支援専門員は、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者（以下この条において「担当者」という。）を召集して行う会議をいう。以下同じ。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。」と示されており、よりよいケアプランを作成するために、担当者が集まり会議を開催することが義務付けられている。つまり、サービス担当者会議は、多職種がそれぞれの専門的な立場でアセスメントを行い、ケアの方向性を一致させ、サービスの提供を話し合う、重要な場と位置付けられている。

しかし、本調査研究で明らかにされたように、この重要とされるサービス担当者会議が形骸化しているとすれば、現場において、これが重要な会議と位置づけられない原因を明らかにし、これを是正するための方策を検討すべきか、あるいは、全く別の方向性も考えられるのかについても十分に検討することが必要との意見が示された。

形骸化の理由が事前の情報がなく、話し合う内容が明確でないために形骸化しているのか、あるいは、居宅サービス計画の様式が多職種連携を踏まえたものとなっていないため、会議を行っても問題が明確にならないということなども問題のひとつであるとの意見も出された。

サービス担当者会議が義務付けられている以上、これをよりよいものにするには、どのような改善を行わなければならないかという視点での対応策が検討されたが、そもそも、この会議そのものが必要かどうかという疑問も意見として出された。

サービス担当者会議を行わなくても問題がないケースとは？

つまり、サービス担当者会議は省令によって義務付けられたものである。だが、現場において「やらなくてもよいケース」という判断があるのであれば（図表 68）、ケアマネジャーがやらなくてもよいと考えながら、単に義務だからといって開催されるサービス担当者会議が形骸化されるのではないか。

多職種による十分な検討を行わないと、適切なサービスが提供されないと考えて開催している場合には、形骸化することはないので、本当に必要なサービス担当者会議が明らかにされることが必要ではないかとの意見が示された。

本調査において、ケアマネジャーは月平均 20.4 件（図表 24）、ケアプランを作成しており、30 件超が 1/4 を占めている中で、ケアマネジャー業務の軽減という視点でサービス担

当者会議に優先順位をつけている可能性がある。ケアマネジャーにとって、「やらなくてもいいことをやっている（やらせている）」という判断が明確に働き、その根拠が示されているのであれば、サービス担当者会議のあり方は見直すことが必要との意見もあった。

サービス担当者会議については、すでに実態として、ケアマネジャーは、個々の判断によって「開催すべきケース」と「開催の必要のないケース」があるかを決定しているが、国としては、「開催の必要がないケース」があるとすれば、どのようなケースであるかを具体的に把握し、客観的な判断基準を示すことが求められるともいえる。

その意味で、利用者の状態像別に、どのようなサービス担当者会議が行われているか、事前の情報収集、出席者の依頼、意見徴収等きちんとされているかがひとつの手がかりとなると考えられ、本調査結果をさらに詳細に分析することは有益な資料を提供することになるだろう。

サービス担当者会議における医師の関わり方とは？

医療と介護の連携を前提する地域包括ケアシステムにおいて、医師がこういったサービス担当者会議にどの程度、参加しているかは、重要な資料となるが、本調査において、「最後に実施したサービス担当者会議」における医師の参加の有無については、把握ができなかった。

本調査研究委員会に置いては、医師との連携は重要と言えるが、現場の実地的なあり方としては、医師の委員からは、医師の参加を必須とさせるのは難しいとの意見がだされた。

サービス担当者会議における医師の関わり方について、「居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査」（23年度厚生労働省補助事業、㈱三菱総合研究所）によると、医療連携の位置づけについて何らかの取り決めを行っている事業所が8割と高く、連携の必要性を認識しているものの、サービス担当者会議への医師の出席状況は23.6%と示されていた。

本調査研究委員会においても、医師の委員からも「原則、書面で意見を提出する」とされており、基本的に「サービス担当者会議の連絡が来ない」し、「欠席を前提として『サービス担当者会議に出席できない理由』が送られてくる」などの声が聞かれた。

しかしながら、いずれもケアマネジャーと連携をとっていないわけではなく、たとえば、年1回、連携のあるケアマネジャーを診療所に召集し、30分刻みで面接を行い（1日30人程度と面接）、ケアマネジャーと主治医が話しをする機会を設けるという独自の取り組みを行っている場合や、医師会と行政が連携して行政区域を小さな地域に分け、医師、歯科医師、ケアマネジャー、理学療法士、訪問看護師、介護士が参加する勉強会やワークショップを年数回、実施しているといった事例の紹介もなされた。

本調査研究委員会が把握している限りでは、医師とケアマネジャーとは、何らかの方法で連携を図っていた。診療が忙しく、多忙な医師がどのように関わっていくべきか、今後、サービス担当者会議について検討する際には、サービス担当者会議における医師の関わり方（参加の方法、関与すべきケースの選別など）についても検討することが必要であろう。

さらに、利用者中心主義で会議を行い、サービス担当者会議の参加者の関係がフラットとされ、合意形成を行えるようにするには、会議の主催者であるケアマネジャーの力量として、合意形成のためのスキルの向上も必要との意見もあった。

いずれにせよ、日本においては、サービス担当者会議という「臨床的統合」の場が形骸化していることが大きな課題であることは、本調査研究から明らかにされた。このような制度における”形骸化”の問題は、臨床における総意と、政策担当者らの理念との間に乖離が生じることによって起こりうる。それを解決するには技術やシステムを活用することが求められる。

第3章 介護支援専門員及びケアマネジメントにおける多職種協働の考え方

1. 地域ケアの視点から

太田 貞司（神奈川県立保健福祉大学 名誉教授／
聖隷クリストファー大学大学院教授）

（1）はじめに

2025年に向けた「地域包括ケアシステム」の構築は、2012年に医療と介護の政策上の課題となった。この構築は、日本における長期ケアを地域ケアへと転換する過程を構想したのだと言える。長期ケアを地域ケアへと転換する動きは、20世紀後半から先進国共通のものであるが、その転換は各国それぞれ特徴を持つ。日本は、独自の医療制度、介護保険制度のもとでの地域ケアへの「日本型」の転換の過程を構想し、政策化したのが「地域包括ケアシステム」であると言えよう。

この「地域包括ケアシステム」の構築の推進として、大きな役割が期待されているのが地域ケア会議である。これは、自治体がこのために必要な、大事なツールと期待されている。地域ケア会議は、①個別課題解決機能、②地域包括支援ネットワーク構築機能、③地域課題発見機能、④地域づくり・資源開発機能、⑤政策形成機能を持つとされている¹。ところで、今後、この地域ケア会議において、介護支援専門員（居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員も含む。以下同。）はどのような役割、機能を担うものと考えたよいのだろうか。つまり、介護支援専門員は、①から⑤の機能を部分的にも担うと考えたらよいのだろうか。担うとしたら、①から⑤の全体か、あるいはどれを担うと考えたらよいのだろうか。換言すると、①～⑤のうち少なくともいくつかは、介護保険制度上も介護支援専門員に制度上期待されているものだ、と考えてよいのだろうか。介護支援専門員の本来の機能としても持っていると考えてよいかという点である。

例えば、①個別課題の解決をしたり、②地域の民生委員や町会の地域住民の人たちとの見守りネットワークを創ったり、③地域課題を「発見」し、④地域づくり・資源開発を担い、⑤政策形成機能の一端を担うものかという点である。そうではなく、介護支援専門員の役割・機能はこれらの地域ケア会議の機能とは別のものだと考えたらよいかという点である。

ある自治体のA地区にある事業所を想定してみたい。その事業所のベテランB介護支援専門員が、実際に①～⑤のいくつかの機能を持っているという場合を仮定しよう。ベテランのB介護支援専門員は、A地区で、④地域づくり・資源開発機能、⑤政策形成機能をもっていて、その介護支援専門員が、地域の民生委員などと協働しながら地域の高齢者・障害者の“集いの場”といえるコミュニティカフェを立ち上げたり、その運営に必要な費用、関係者のネットワークなど、自治体の支援を求める働きをしているという場合を想定してみよう。

¹『地域ケア会議マニュアル』（2013.3 長寿社会開発センター 24～25頁）

B 介護支援専門員のこのような働きは、介護保険制度上、介護支援専門員に求められ、相関関係、因果関係にあるものなのか。それとも、そうではなく、職務とは別に、その人自身がもっている能力の問題なのか。どちらなのかという点である。

あるいはまた次のように問うことができる。地域ケア会議を行った場合、「A 地区で、長く継続的に高齢者の支援を続けている C 介護支援専門員」と、「その自治体の周辺自治体も含めて、長く継続的に高齢者の支援を行っているが、A 地区とは限らない D 介護支援専門員」の 2 名の介護支援専門員を仮定してみよう。なお、2 人は同じ基礎資格で同じ経歴で、同じ時期に介護支援専門員となったと仮定する。つまり以下の場合である。

- a) C 介護支援専門員は、A 地区で、5 年間、継続的に高齢者の支援を続けている場合である（地域限定型支援、中山間部型支援）。
- b) D 介護支援専門員は、その自治体の周辺自治体も含めて、5 年間継続的に高齢者の支援を行っているが、A 地区とは限らない場合である（広域型支援、大都市型支援）。

介護保険制度では、a) も b) も、どちらも介護支援専門員の支援のあり方としては、問題はない。中山間部の小規模自治体では、結果的に、その地域の要介護者全体を支援して、同時に地域に関わりを持つということがある。地域の①～⑤に関わることも少なくない。こうした支援は、支援が行政区を越えることがしばしばある大都市では例外的といっていよい。この 2 人に、地域ケア会議の機能を同じように求めることができるだろうかという点である。あるいは、a) が、なぜ、地域ケア会議の機能を持ち得るのだろうかである。

なぜ、違いが生まれるのか。そしてその違いは、何によるものなのか。それは、研修制度の充実などによって、介護支援専門員の資質向上を図ることが可能なものなのだろうか。もし仮に、研修制度等の充実によって、資質向上が図れるのなら、どのような研修制度等によってそれは、可能なのかという点である。それとも、介護保険制度上で、介護支援専門員の位置づけに何らかの変更が迫られているのか。もしそうであれば、どのような変更が求められているのだろうかである。

（2）介護支援専門員における個別支援と地域支援

1) 介護保険制度上の位置づけ

日本の介護保険制度創設でケアマネジメントの考え方の一部が介護保険制度に取り入れられた。しかし、介護支援専門員に求められたものは、ある特定の地域を想定して、地域の多職種協を育てたり、あるいはネットワークを創り出す機能、役割を持つものとして、制度的な位置づけを求められた訳ではなかった。

もちろん、要介護者支援でケアプラン上必要な関係者・サービス機関は、介護支援専門員はサービス担当者会議などによって、ネットワーク化、「多職種協働」を図るということは、求められ期待された。

しかし、ここで言う地域ケアにおける「多職種協働」とは、一定の地域において、「多職種協働」を、継続的に誰が責任を持ってすすめるかという点である。この点では、介護支援専門員がその機能を持つように制度的に位置づけられているかという点、必ずしも位置

づけられてはいない。制度創設時には、介護支援専門員は、要介護者と「個人契約」を行い、その支援に必要なネットワーク化、「多職種協働」をはかることはあっても、ある特定の地域と“契約”を行っているわけではなかった。従って、その地域の「多職種協働」の推進に責任を持つことは求められてはいなかった。

介護保険法第7条の5では介護支援専門員は以下の位置づけである。

この法律において「介護支援専門員」とは、要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第六十九条の七第一項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。

要介護者等への支援の契約を結んだ介護支援専門員は、介護保険のサービスを利用できるように事業者と「連絡調整等を行う者」とされている。このことを、個別課題に取り組むことは期待されても、ある地域での地域ケア会議で、①から⑤の役割・機能を持つものと理解することが出来るのかどうかという点である。つまり、介護保険制度の介護支援専門員には、それらの役割・機能を持つものと期待できるのかという点である。

なお、「介護支援専門員は、地域の関係機関とネットワークを創る力がない」という批判されることが少なくないが、そしてその場合には、それが介護支援専門員の“力量”問題と直結した議論になりがちである。そうした批判は、介護保険制度の介護支援専門員には、①のみならず、②～⑤までの役割・機能を持ちうるという理解が前提になっている。

2) 個別支援と地域支援

介護支援専門員による個人への支援（個別支援）と地域への支援（地域支援）は、同じものとは考えられない。ここでいう地域支援は、ある地域の要介護者などの個人への支援のためにも、地域住民の理解の促進、民生委員との協力関係の形成、地区社協・民生委員・地域住民のボランティアによるコミュニティカフェなどのサロンづくりといった地域の地域づくり・資源開発を継続的に、系統的に行うことを意味する。また、その地域のある個人に対する「個別支援」と言うだけではなく、その地域に対しての「地域支援」の責任を持つことを意味する。

介護保険制度では、介護支援専門員には「個別支援」は求められていても、「地域支援」は必ずしも求められてはいない。しかも、介護サービス中心で支援を組み立てるという問題があったとしても、「個別支援」に必要な介護サービスの提供を支援することも可能である。しかし、2012年の介護保険制度の見直しでは、「地域包括ケア」の考え方が示され、介護、医療、予防、生活支援、住まいの包括的な支援が求められるようになった。

「地域包括ケア」の視点で支援を行うことと、①～⑤までの地域支援を介護支援専門員もその役割、機能を担うのかということとは、同じようには考えることはできないと捉えるべきだろう。しかし、介護支援専門員が①～⑤までに関わりを持つとすると、個人への

支援（個別支援）の①を通して、地域に責任を持つという立場に立つという自覚、理解、責任感をもって、②～⑤の地域の力量の形成に専門職として関わりを持つ、役割、機能を持つ（地域支援）ということなしには難しいであろう。

「地域包括ケア」は、要介護者の地域社会での生活は支えるのに必要な「個別支援」は、介護サービスだけを提供することではないことを示した。同時に、その「地域包括ケア」を実効性のあるものにするには、地域社会の「地域包括ケアシステム」の構築がなければならない。その構築推進には自治体の役割が大きく、地域包括支援センターの役割が大きい。

自治体や地域包括支援センターは「地域支援」の役割を担うと言えるが、そこに介護支援専門員がどのように関わるかという課題が問われていると言えよう。例えば、介護支援専門員が行うサービス担当者会議と、地域ケア会議の①個別課題解決機能は、同じ役割、機能を担うと考えてよいのか、それとも別のものだと考えてよいのかという点である。そこで問われるのは、介護支援専門員（主任介護支援専門員）に求められるのは、「個別支援」という役割、機能なのか、それとも、「個別支援」と「地域支援」の両方の役割、機能なのかという点である。

介護支援専門員を「地域包括ケアシステム」の構築の推進の重要な担い手であると位置づけるとするならば、両方を持つことを求められよう。つまり、介護支援専門員には、当初の介護保険制度上の位置づけを乗り越えて、特定の地域に「地域支援」の責任を持ち、「個別支援」から「地域支援」へと、制度上もレベルアップが求められていると言ってよいだろう。

3) 介護支援専門員の制度上の課題

これまでの介護保険制度の介護支援専門員の養成研修には、「地域支援」はほとんど重点が置かれてこなかったと言ってよい。制度設計上、当然であると言えるが、「個別支援」が重点である。

この意味では、介護支援専門員を「地域包括ケアシステム」の構築の推進の重要な担い手であると位置づけるならば、介護支援専門員の養成研修の見直しも求められる。実務者研修、初任者研修など各種研修では、個別支援が重点である。また、2006年度から始まった主任介護支援専門員の養成は、当初は地域包括支援センター職員を対象に始まり、次第に居宅介護支援事業所の介護支援専門員も対象に行われるようになった。この主任介護支援専門員の養成研修の研修内容は、「個別支援」に重点が置かれ、介護支援専門員へのスーパービジョンが中心で、「地域援助技術」の科目の講義・演習は全体の中でわずかである。

また、介護支援専門員を「地域包括ケアシステム」の構築の推進の重要な担い手であると位置づけるならば、介護保険制度上、介護支援専門員の地域への「責任」をどのように捉えるのかも課題になろう。

(3) 「地域包括ケアシステム」と多職種連携 (IPW)

1) 人材育成

「地域包括ケアシステム」の構築の推進では、社会資源の開発と同時に、医療と介護の人材育成が課題である。

「平成 24 年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケア研究会報告書 地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」(2013 年 3 月)²の第 2 部「地域包括ケアシステムを構築するために」の「3. 医療と介護の連携」では、「地域における各主体、多職種間の連携」「医療と介護の連携のための相互理解」「在宅医療の担い手を増やすための方策」「医療・介護の連携による予防的ケア」が述べられている。

ここでは、在宅医療の担い手を増やすための方策として、「IPW: inter-Professional work」(多職種協働)、「IPE : inter-Professional Education」(多職種教育)の重要性が指摘されている。「IPW」を進めることによって、「在宅医療を担う医師に対して、地域のケアマネジャー、看護師、介護職、リハビリスタッフ、歯科医、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士等が強力な応援団となる」とし、「成功事例を効果として体感」が重要だとした。「IPE」は、「多職種が共に学び、各専門職の立場から実践を振り返り、共有する多職種教育を継続的に実施」することが重要だとした。

2) 急性期医療におけるチーム医療

長期ケアを地域ケアへと転換する先進国に共通する動きであるが、病院機能の見直しが行われてきている病院内のチーム医療の推進、多職種協働(多職種教育)と同時に、長期ケアの地域ケアにおけるチームケア、多職種協働、多職種教育のあり方である。

細田³によれば、によれば、用語「チーム医療」が日本でも用いられるようになったのは 1970 年代のことである(細田 2012: 3)。その後、「チーム医療」について多くの論文もあり様々に論じられてきた。しかし、それは多くの場合は、急性期医療を担う病院における「チーム医療」であり、医療が中心である。生活支援が必要な長期ケアとは事情を異にする。

日本では、チーム医療は、一般には「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」(厚生労働省「チーム医療の推進について(チーム医療の推進に関する検討会報告書)」平成 22 年 3 月 19 日)とされている。

²平成 24 年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケア研究会報告書 地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」(2013 年 3 月)の構成は以下のとおりである。

- 第 1 部 地域包括ケアシステムの理念
 - 1. 地域包括ケアシステムの「5つの構成要素」
 - 2. 「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム
 - 第 2 部 地域包括ケアシステムを構築するために
 - 1. 地域包括ケアシステムにおいて諸主体が取り組むべき方向
 - 2. 住まい、生活支援を基盤とした地域包括ケアシステムの構築
 - 3. 医療と介護の連携
 - 地域における各主体、多職種間の連携
 - 医療と介護の連携のための相互理解
 - 在宅医療の担い手を増やすための方策
 - 医療・介護の連携による予防的ケア
 - 第 3 部 地域包括ケアシステムにおけるサービスのあり方
 - 1. 要支援者向けサービスのあり方
 - 2. 要介護者向けサービス(個別の介護保険給付)のあり方
- おわりに

³細田満和子(2012)『「チーム医療」とは何か—医療とケアに生かす社会学からのアプローチ』日本看護協会出版会。細田は「チーム医療」の 4 つの要素として①専門性志向、②患者志向、③職種構成志向、④協働志向、「チーム医療」の 6 つの困難として①「専門性志向」×「患者志向」、②「専門性志向」×「職種構成志向」、③「専門性志向」×「協働志向」、④「患者志向」×「職種構成志向」、⑤「患者志向」×「協働志向」、⑥「職種構成志向」×「協働志向」を挙げている。

3) 地域ケアにおける多職種協働と介護支援専門員

一方、介護支援専門員が関わる長期ケアにおいては、医療と介護の意味を含めて用語「チームケア」が用いられることが多い。しかし、この「チームケア」の明確な定義はまだ定まっていないのが現状である。

また、長期ケアにおいても、急性期医療と同様に多職種協働、多職種教育はたしかに重要である。だが、特別養護老人ホーム等での施設内ケアについて、急性期医療の場とある程度同様に捉えることができると言っても、地域ケアを考えた場合には、同じように考えてよいのかどうかという点は、大変疑問である。地域ケア独自の問題も存在する。

施設内ケアにおけるチームケアの場合では、例えば、特別養護老人ホーム、老人保健施設の介護保険施設、あるいはグループホームでは、医療ではなく、介護＝生活支援を含めるという「チーム医療」とは違いはあっても、「高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担」と言えなくもない。とくに、「目標と情報の共有」はケアプランの目標設定では重要である。

しかし、問題は、地域ケアである「地域包括ケアシステム」の構築に必要なチームケアにおける多職種協働、多職種教育をどう捉えるかという点である。

急性期医療の病院の場合は、第一には、治療方針、退院の目標が明確にできる、第二には、新たな職種が生まれてきているとは言え、職種の役割がある程度明確である。

それに対して、「地域包括ケアシステム」の地域ケアでは、「個別支援」の実際の支援を行いながら、第一に、施設整備率の違いなど「地域包括ケアシステム」の構造自体が地域ごとに異なり、“在宅”の「限界点」⁴についてのそれぞれ地域の合意形成が求められること等、「地域包括ケアシステム」の構築の方向性を、それぞれの地域の実情に合わせて明確にする作業が必要となる、そのこと自体の合意形成が求められ、急性期の病院とは異なること、第二には、「地域包括ケアシステム」では、サービスと人材の偏在があり、「地域包括ケアシステム」を担う医療や介護の人材の育成を図りながら、それぞれの役割を明確にすることが重要であり、急性期の病院とは異なること、第三には、地域の生活の実現が課題であり、その生活も多分に個別性、地域性を帯びており、チームケアの目標となる「日常生活を営む」ことを支援するというこの意味を、医療、介護職、あるいは地域住民が学びながら支援目標を定めていくことが必要になり、医療が目標となる急性期の病院とは異なることである。

介護支援専門員にとって重要なことは、こうした「地域包括ケアシステム」の構築の特性を抑えながら、長期ケアの視点で、地域ケアを創り出すために、職種を越えて、「地域包括ケアシステム」の目標の共通認識を広め、介護福祉士など新たな職種を育て、それぞれの役割、機能を学び、職種の専門性と同時に職種間の「統合」のあり方を学び合い、そしてまた、新たな地域資源を創りだし、政策課題を明らかにしていく、地域に「学ぶ場」を確保するという点が重要である。

その「学ぶ場」を通して、多職種協働、多職種教育は、介護支援専門員の新たなステップ

⁴ 在宅の「限界点」については、社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成 22 年 11 月 30 日）では、「高齢者住宅について、24 時間対応の定期巡回・随時対応サービス、訪問看護、デイサービス等の介護サービスを組み合わせた仕組みを広く普及することで、中重度の要介護者であっても、特養などの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とし、居宅介護の限界点を高めていくことが望ましい」としている。

アップを図り、個別支援だけではなく、地域に責任を持つ地域支援へと向かうことも期待できよう。同時に、地域ケア会議の機能の一部を介護支援専門員が担うことも期待できる。

そして、そこで介護支援専門員が今後、「地域」にどのような責任を持つのが問われていると言えよう。

【参考文献】

- ・平成 24 年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケア研究会報告書 地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」（2013 年 3 月）
- ・社会保障審議会介護保険部会「介護保険制度の見直しに関する意見」（平成 22 年 11 月 30 日）
- ・細田満和子（2012）『「チーム医療」とは何か—医療とケアに生かす社会学からのアプローチ』日本看護協会出版会
- ・長寿社会開発センター（2013）『地域ケア会議マニュアル』長寿社会開発センター
- ・太田貞司（2003）『地域ケアシステム』有斐閣
- ・太田貞司（2005）「介護保険制度のゆくえ—2005 年改正と高齢者ケアの今後—」『社会福祉研究』鉄道弘済会、第 94 号、pp. 31-38。
- ・太田貞司（2009）「介護予防と地域ケアシステム」笹谷春美・岸玲子・太田貞司編『介護予防—北欧と日本の戦略』光生館
- ・太田貞司・森本佳樹編（2011）『地域包括ケアシステム—その考え方と課題』光生館
- ・太田貞司（2013）「一番ヶ瀬社会福祉と介護福祉論」岩田正美・古川考順・田端光美編『社会福祉と生活権』ミネルヴァ書房

2. 多職種協働の視点から

川越 正平（あおぞら診療所上本郷院長 医師）

（1）はじめに

介護保険制度の施行に伴い、介護支援専門員が要介護者のケアマネジメントを担当するようになって14年が過ぎようとしている。制度発足に伴い、それまでの医療現場での経験を生かして困難事例のケアマネジメントを担当し、優れた力を発揮した介護支援専門員には、看護師等の医療資格を基礎資格に有するものが少なからずいた。しかし、この14年間に看護師等を基礎資格に有する介護支援専門員の割合は減少の一途をたどっている。これまでに養成された有資格者57.4万人のうち、看護師等は18.4万人（32.0%）を占めているが、平成24年度の職種別合格者数における看護師等は9.3%にまで低下している。

そこで本稿では、今後福祉系の資格を基礎職種とする介護支援専門員がケアマネジメントの多くを担うだろうことを前提としつつ、これからの多職種協働のあり方について論じたい。地域の医療介護の現場におけるあるべき臨床的統合を中心に考察する。

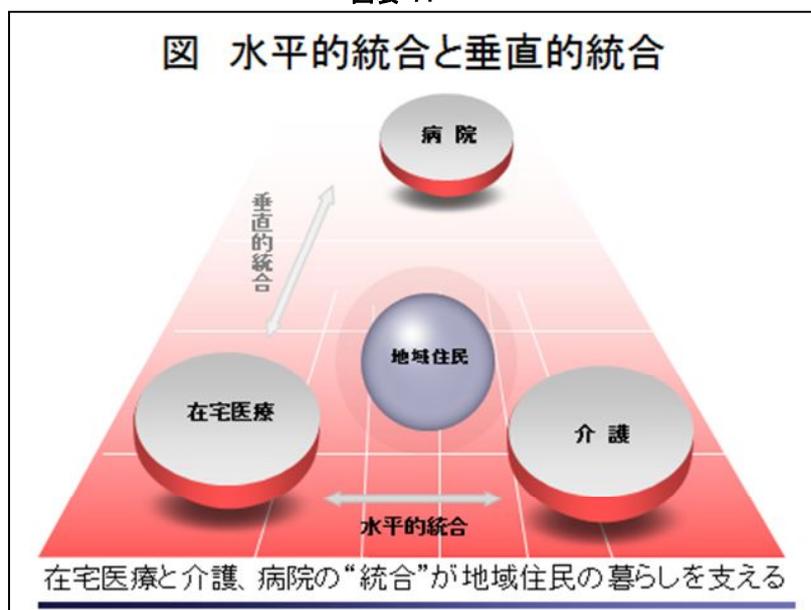
（2）多職種協働のあり方～地域の医療介護の現場におけるあるべき臨床的統合

地域における連携のあり方：水平的統合と垂直的統合

長期ケアを必要とする要介護者には、医学的な疾病管理と日々の生活を支える介護の双方が必要であり、彼らが抱える複雑な命題に適切に対処するためには、狭義の治療介入のみならず、食や栄養、リハビリ、認知機能など多方面からアプローチする必要がある。地域包括ケア時代にふさわしい医療介護を提供するためには、複数の専門職種が協調的、相互補完的に専門サービスを提供するための多職種協働スタイルが必要不可欠である。

連携のあり方は、概念的には水平的統合と垂直的統合に大別される（図表71）。ここでは、地域における医療介護連携を水平的統合、病院と地域に存在する機関間（診療所や居宅介護支援事業所等）の連携を垂直的統合と捉え、その統合のあり方について検討したい。

図表 71



生活を支える視点と医療的マインドの双方を併せ持つ

先述のごとく、地域において基礎資格が看護師である介護支援専門員の中には、“優秀なケアマネジャー”とたたえられるべき人材がいる。彼らは、医療職でありながら要介護者の生活を支える視点を有していることがその大きな強みである。今日言うところの医療介護連携を一個人として体現しているがゆえに、両者の連携をスムーズに調整できていると言える。このことは、今後のケアマネジメントのあり方について示唆を与えるものと思われる。

同様の機能を、ケアマネ資格を有する訪問看護師も果たしうるし、ケアマネジャーと訪問看護師が併設された事業所において、両者がペアとなって優れたケアマネジメントを提供している例も存在する。平成 26 年度の診療報酬改定で新設される機能強化型訪問看護ステーションの要件として、居宅介護支援事業所の併設が位置づけられたことは妥当と言えるだろう。

今後、医療介護連携を推進して行くためには、福祉系の資格を基礎職種とする介護支援専門員の医療的視点を深める必要がある。同様に、要介護者の直接ケアを担当する介護職には少なくとも医療に対する心理的ハードルを下げることで、そして可能な限り医療的視点を持って介護に従事することが期待される。一例を挙げれば、「基礎疾患に心不全を有する要介護者の食欲が低下した場合、心不全の急性増悪の恐れもあることから早めに医療職に相談しよう」というような視点である。

病院における連携強化

我が国では、病院医療において、以前より緩和ケア病棟（緩和ケア病棟入院料：1990 年）や回復期リハビリテーション病棟（回復期リハビリテーション病棟入院料：2000 年）が制度化されている。その後、緩和ケアチーム（緩和ケア診療加算：2002 年）、褥瘡対策チーム（褥瘡対策未実施減算：2002 年）、感染制御チーム（院内感染対策未実施減算：2002 年）、栄養サポートチーム（栄養管理実施加算：2006 年）等の病棟横断的な機能が制度化され、今日に至っている。

期間限定的な療養場所としての急性期病床

急性期医療は、高度化していく中で数多くの人材や資源を集中的に投入する形で治療を遂行するシステムへと進化している。当然のことながら、その提供が可能な期間は一定期間に限られることになる。もちろん、入院病床は自宅でもホテルでもないことは自明であることから、自宅と同様の「なじみの関係や環境」やホテルと同様の「快適さ」を提供することはできない。そうであるがゆえに、急性期病床に滞在する期間はできる限り短くすることが理にかなっている。仮に、直接自宅に退院できない状態に止まっている場合には、有床診療所や介護老人保健施設、さらには平成 26 年改定で新設される在宅療養後方支援病院に療養場所を移し、引き続きリハビリテーションや在宅調整を行うのが妥当と言えよう。

病院が内包する課題や限界

認知症ケアにおいて「なじみの関係や環境」の重要性が叫ばれている。たとえば、認知症者が入院したとたん自宅では全くみられなかった激しいせん妄（意識障害）を生じる

など、療養環境が変わることそのものが大きなリスクとなる「リロケーション・ダメージ」について、明瞭に認識しておく必要がある。このことは認知症者に限ったことではない。たとえば、入院し急性期治療に専念した結果、廃用性筋萎縮や関節拘縮、褥瘡の発生などの副次的弊害が生じてしまう場合は枚挙に暇がない。セルフケアに困難を抱えたすべての要介護高齢者が抱えるリスクだと言える。

一方、慢性疾患を有する要介護者の場合、安定した生活を維持するために継続的なケアを必要としている。彼らに合併症の発症や基礎疾患の急性増悪、新たに重篤な疾病が発生するなどの事態に陥った場合、病院という急性期医療を提供する施設に居場所を移す必要が生じうるが、現状の病院には「訪問介護」や「通所介護」に相当する機能は存在していない。「訪問看護」や「訪問リハビリテーション」、「訪問薬剤管理指導」、「レスパイト」に相当する機能は有しているものの、病院において提供される医療やケアが介護保険法の理念である自立支援の考え方に基づいてアプローチされているか、と問われれば心許ないと言わざるを得ない。

慢性疾患の疾病管理

慢性疾患の疾病管理について一例を挙げると、肺気腫・気管支喘息の患者が喘息発作を生じて入院した場合に、「喘息発作の治療を行ったところ症状が消失したので退院させる」という医療介入だけでは片手落ちであり、喘息発作再発のリスクは依然として高いままである恐れがある。たとえば、その原因が禁煙不徹底にあるという理由が見出せれば、根気強い禁煙指導を継続して行っていくことが可能となる。このように、慢性疾患を適切に管理するためには、狭義の治療のみならず、長期にわたる疾病管理や予防介入が重要となることはこれまでもあちこちで強調されている。

国際生活機能分類からみた要介護者が抱える困難

国際生活機能分類（ICF）とは、世界保健機関（WHO）の 2001 年総会で採択された医療基準である。身体・個人・社会という 3 つの視点に立ち、健康に関連するさまざまな事象について心身機能・身体構造、活動、参加に系統的に分類するものであり、身体レベルでの機能障害、個人レベルでの活動制限、そして社会レベルでの参加制約を検討する際に役立つ。

それでは果たして、要介護者に生じうる転倒・骨折や誤嚥性肺炎・窒息とは「事故」だろうか、それとも「疾病」だろうか。これらの事態が生じてから医療として対応するのか、もっとその前から予防的に介入できることとは何か。いずれにしても、先述の ICF の観点から要介護者が抱える困難を捉える必要がある。

要介護者に生じる急性疾病を“生活機能障害”として捉え直す

そもそも、要介護者に発生しうる骨折や誤嚥性肺炎、褥瘡などの急性疾病は、生活不活発や口腔ケア不足、低栄養、高次脳機能への適切な刺激の不足などがその大きな誘因や増悪因子となりうる。そこで、ICF の観点から、要介護者に降りかかる急性期病態の一つ一つをばらばらに捉えて介入対象とするのではなく、たとえば図表 72 に示す 1) 運動機能低下、2) 口腔・栄養・摂食嚥下障害、3) 情動不活発・高次脳機能低下の 3 つに例示される

ような“生活機能障害”として捉え直し、そこに内包されているリスクに対して多面的に介入するアプローチが地域包括ケア時代にふさわしいと考えられる。

図表 72

要介護者に生じうる“生活機能障害”の例
1) 運動機能低下
2) 口腔・栄養・摂食嚥下障害
3) 情動不活発・高次脳機能低下

医療介護連携における介護の役割

医療介護連携における「介護」の役割として、介護職や家族が把握している要介護者の生活情報（図表 73）を医療側に伝達することにより、医療が提供する診療の質向上に大きく貢献するということに本質的な意義がある。

図表 73

介護職や家族が把握している要介護者の生活情報
➤ 食事：食形態・咀嚼や嚥下・摂取量・体重
➤ 排泄：介助・失禁・排泄補助用品・量や性状
➤ 移動：立位・移乗・歩行・行動範囲
➤ 活動：意欲・交流・能力・レクリエーションへの参加
➤ 清潔：口腔ケア・入浴・皮膚
➤ 睡眠：入眠・中断・持続・寝覚め
➤ 行動心理徴候

たとえば、食事一つをとっても、どんな形態の食事を摂取しているのか、咀嚼や嚥下の状態はどうなっているのか、実際に摂取しているカロリーや水分量はどれくらいか、その栄養バランスはどうなっているのか、そしてそれらの状況が時系列的にどのように変化しているのかなど、生活にまつわる数多くの情報が存在している。医師が診療の際に病態の状況のみならず、これらの生活情報について把握するのが理想的かもしれないが、限られた時間、限られた頻度という条件の中で生活情報までを医師が自らの確に把握することには無理がある。認知機能障害を有する場合、問診の形で効率よく情報を収集することすらできない。だからこそ、これら生活情報を把握している介護職や家族がその集約や伝達において重要な役割を果たすことが期待される。

医療介護連携における医療の役割

医療介護連携における「医療」の役割として、慢性疾患やさまざまなリスクを有する要介護者の“軌道”とその対処方法を家族や介護職に対して示すところに本質的な意義がある。すなわち、疾病を診断することに始まり、病態や問題点を的確にアセスメントすることによって、その要介護者が今後どのような臨床経過をたどるのか、どんな合併症や急性増悪を来しうるのかを可能な範囲で予測する。次に、それが分かれば、たとえば心身の機能や生活の質を維持改善するために、医師が行う協議の疾病管理以外にどのようなリハビリテーションや食支援等が必要なのかについて未来予測を指し示す。以上の情報を受けて家族対応の仕方や介護サービス計画にその成果を落とし込むことが可能となる。

要介護者に必要な“生活継続計画”

大規模災害などの非常事態に備えて企業や自治体が事業継続計画（Business Continuity Planning）を定めることになぞらえれば、継続的な介護を要する要介護者の平穏な生活に「危機」が生じた場合、介護支援専門員はその「危機」に対処するための“生活継続計画”を遅滞なく定めるべきだと言えよう。ここでは、要介護者が誤嚥した結果として肺炎を生じ入院した場合を例に、どのような介入が必要かについて考察する。

対象者が要介護状態である以上、急性期病院の入院病棟だから肺炎の治療さえ遂行すればよいということではないはずである。肺炎治療により生命の「危機」を回避するのみならず、並行して、適切な食形態の吟味、家族による食事介助方法の評価や指導、歯科・口腔ケア介入、栄養介入、摂食嚥下リハビリテーション、下肢をはじめとした全身の筋力維持強化、認知機能障害の進展防止などの多面的な介入が極めて重要になる。要介護者の生活の質を維持改善するためには、先述したごとく生活情報を基にアセスメントした上での適切な介入が必要となるであろう。以上より、ケアマネジメントとは継続性を持った動的プロセスであるということを忘れてはならない。そのために、医療介護連携が重要な意味を持つはずである。

病院における機能単位としての“病棟”

例えば、米国では「メディカル・ホーム」と称する患者中心のケアコーディネーション方式が制度化されており、フランスでは「在宅入院」と呼ばれる退院支援ならびに多職種による集中的な医療ケアサービスを提供するシステムが制度化されている。

我が国でも、病院医療においては、病棟単位など一定規模の入院患者に対して、医師、看護師、薬剤師、リハビリスタッフなど複数の専門職種が「病棟」という機能単位ごとに“多職種協働チーム”を構成していると理解することも可能だろう。そして、感染症専門医や精神科医、各種認定看護師、管理栄養士など病棟横断的に機能を果たすべき専門職種が有効に機能することを意図して、緩和ケアチーム等の“多職種協働チーム”が設置されていることは前述の通りである。

地域における機能単位としての“多職種協働チーム”

介護保険制度では、要介護者のケアマネジメントにあたり、生活の継続を支援するのはもちろんのこと、「自立支援」や「尊厳の保持」が強調されてきた。本稿におけるこれまで

の検討に基づき、加えて「危機の予測」や「変化への対応」という要素をケアマネジメントに明確に位置づけることを提案したい。前者については、医療介護の密接な連携のもと、医療者が予測する今後の臨床経過や起こりうるトラブル、改善可能性を明記する作業だと言える。一方、後者については、「入院」などの大きな環境変化や急性期病態発症が要介護者に及ぼす影響についていち早く情報収集する。そして、ICFの観点から、入院時などリアルタイムにケアプランや療養場所の決定等について再検討・最適化する作業のことを意味する。

規範的統合と“ローカルルール”

ここまで、ケアマネジメントに関する臨床的統合を中心に考察した。そのようなプロセスを重ねる中で、組織的統合、ひいてはシステム統合のあるべき方向性が見出しうるものと期待する。

このような医療介護連携を推進するにあたって、地域の中で共通の目標に相当する理念の共有が扇の要となる。このような理念の共有を「規範的統合」と呼ぶという。地域における臨床的統合を進める中で、多職種間、他機関間で行われる“異文化交流”に伴って生じる行き違いや誤解を解消し、微妙な考え方の違いや肌感覚をすりあわせていく必要がある。「規範的統合」への理解を深めるために、その一例に相当する地域活動としての「ローカルルール」策定例を図表 74 に例示する。

(3) まとめ

ここまで本稿では、複数の疾患と障害、認知症を有する要介護高齢者の確実な増加に伴い、医療介護連携が必然であることを確認したのち、まず医療と介護従事者の双方が生活を支える視点と医療的マインドを併せ持つべきだという点について述べた。次に、病院が内包する課題や限界を踏まえ、また要介護者が抱える困難を“生活機能障害”として捉え直すことによって、それぞれの専門職が何をなすべきかを認識できるという点を強調した。そして、医療介護連携における「介護」と「医療」のそれぞれに対する期待を述べた上で、入院時に“生活継続計画”を作成する意義や地域における機能単位としての“多職種協働チーム”、そしてケアマネジメントの今後のあり方について提案した。最後に、規範的統合の重要性を踏まえて、地域におけるその一例として“ローカルルール”を紹介した。

図表 74

ローカルルールの策定例

地域内で話し合い、方針決定や整合性を図るべきルール

【入院依頼の基準】

入院を依頼する場合には一定のルールに基づいて話を進める。

*たとえば、「風邪やぎっくり腰、尿路感染症では入院を依頼しない」、「緊急入院を申し込む場合には必ず在宅医が病院医師に電話で直接依頼する」、「週末に入院を依頼する場合には金曜14時までには打診する」、「(救急指定ではない) 後方支援病院に入院を依頼する場合、平日の日勤帯に相談する」、「退院した患者に再入院が必要になった場合、原則として元の病院が受け入れる」、「介護者の急な体調不良の場合は入院ではなく緊急ショートステイとして介護保険で対応する」など(地域によって入院病床の充足度合いにはかなりの差異があることから、当該地域の事情に即してルールを定めるのが現実的である)。

【退院に際して踏むべき手順】

地域という“病棟”に転棟すると認識しての対応を心がける。

*たとえば、「要介護者を退院させるにあたり、少なくとも在宅医、訪問看護師、ケアマネジャーに必要十分な情報提供を行う」、「地域側が用意した情報シートに患者情報を記入してもらう」、「打診や情報提供は退院一週間前までなど適切なタイミングに行う」など。

【人的資源の活用方法】

不足しがちな専門職種にサービスを依頼する場合には一定のルールに基づいて対応する。

*たとえば、「医師が極めて多忙であるため、外来診療時間中については極力訪問看護が臨時対応を担う」「訪問リハビリの人材が不足しているため、訪問看護が連携に基づき訪問リハビリ機能の一部を担う」「高齢の医師が主治医である場合など患者家族の了解のもと深夜の死亡に際しては翌朝に死亡確認を行うこともありうる」「ケアマネが医師と面会する場合、ケアマネタイムに基づいて申し込み、その際には医師はできるだけ時間を確保するよう努力する」など。

【連絡調整など連携実務上の配慮】

それぞれの職種や職場ごとに繁忙の時間帯などが異なるため、連絡に際しては事情を把握した上で相手に負荷がかからないよう配慮する。

*たとえば、「外回りの多いケアマネジャーには朝や昼食時、夕方に電話するとよい」、「外来中の医師への電話連絡は緊急時以外避ける」、「薬局は医療機関での午前の診療が終えたあとのお昼以降が忙しいため、電話をかける場合は午前中の方が望ましい」など(実際には地域特性やそれぞれの機関の性質によって繁忙は異なると考えられるため、連携先の事情を知る努力をする必要がある)。

【地域医療や医療介護連携にまつわる役割や負担の分担】

公的な事業の役割や負担について、相応の負担を関係者同士が分担する。

*すでに休日診療所当番や介護認定審査会などの公的役割をさまざまな専門職は担っているため、連携のために設置する会議や新たな輪番制の実施にあたっては、公平を期すべく周到的配慮や合意が重要となる。

【研修企画や会議開催に関する情報の集約】

地域において認知症やがん、生活習慣病などに関するさまざまな研修会が行われている。その実施にあたり、目的や対象、開催日時について、重複や非効率、内容の齟齬等が生じることから、企画段階からその情報をしかるべきところに集約し、効果的、効率的に域内での教育研修が行われるよう関係各所が調整、配慮する。

【行動指針や理念】

「行動指針」や「地域包括ケア推進理念」に相当する文言を作成するなど、価値観を共有する努力やすりあわせの作業について、地域の中で継続的に取り組む。

【地域における礼儀や常識に相当するもの】

普遍的だがわざわざ明文化されるような性質のものではない、しかし会話や協働する中ですりあわせるなど、交流のプロセスを通じて「常識」として確認されるべき内容（「多職種協働とは異文化交流だ」と捉えれば、相手への理解が深まり、場にそぐわない行動を避けることができるという）。

「連携する専門職種に尊敬の念を持つ」

「会議や研修の席上では（異なる意見を述べることは構わないが）原則として他の参加者を批判するような言動は避ける」

「情報共有やその管理にあたっては守秘義務を遵守する」（「仲間内の飲み会の席であれ、利用者に関する情報を話すのは不適切」など）

「ICTを活用して情報を共有する場合、思いつくままに冗長に記載するのではなく、客観的な情報を簡潔に記載するよう心がける」

「専門用語や略語の使用など、他領域の職種がわからないような表現は使用しない」

「ケアマネジャー主導で主治医を変更することは御法度である」

「救急車をタクシー代わりに使用することは厳に慎む」

3. 職能団体の視点から

鷲見 よしみ（一般社団法人 日本介護支援専門員協会 会長）

（1）介護支援専門員の現状

介護保険にケアマネジメントが導入され、介護支援専門員（ケアマネジャー）が誕生した。制度が施行された当時から、「連携」という課題は大きいですが、その内容は変化している。「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」の中間報告では、ケアマネジメントの質の向上にむけた取組（多職種協働によるサービス担当者会議の重要性と共有と環境づくり）、地域ケア会議の機能強化、医療との連携の促進などの項目が取り上げられている。

連携とは「異なる専門職や機関が、より良い課題解決のために共通の目的を持ち、情報の共有化を図り、協力し合い活動すること」とされるが、平成 23 年度調査では、「サービス担当者会議の開催」（79.5%）、「専門職への照会」（55.6%）等、情報共有は比較的行われているが、その一方で、サービス担当者会議の開催が困難な理由として、「医師の出席」（68.8%）、「サービス事業所の日程調整」（64.5%）、「退院時カンファレンスは、連絡が直前である」（37.2%）、「カンファレンスに呼ばれない」（28.3%）、「カンファレンスが行われない」（24.2%）等が挙げられた。

サービス担当者会議への本人家族が参加する割合は「ほぼ全数」が 68%、その他に業務遂行への悩みでは、「記録の手間」が 63.5%、「困難ケースへの対応」が 50.7%などの実態があり、ケアマネジャーの自己評価は低い。

（2）多職種協働への取り組み

1) 研修会事業

地域包括ケア研修

平成 18 年、日本介護支援専門員協会は、社団法人日本看護協会と社団法人日本社会福祉士会との共催で、地域包括支援センターの 3 職種と居宅介護支援事業所勤務介護支援専門員及び市町村保健師と共に地域ケア研修会を開催した。「望ましい地域包括ケア～期待されるコミュニティソーシャルワーク～」と題した基調講演、「望ましい地域包括ケアのあり方を求めて～新制度下の多職種連携における現状と課題～」をテーマに現状と課題について発表が行われたが、それ以降、本協会では地域ケアの研修会を重ね、今年度は「地域ケア会議における介護支援専門員の役割」をテーマに開催を予定している。

「主任介護支援専門員」指導者養成研修及びフォローアップ研修

平成 18 年、「主任介護支援専門員テキストの発行とその研修内容について開催、その後「事例研究」のレベルアップを目的とした主任介護支援専門員フォローアップ研修を開催、今年度は、「指導事例」を取り上げた研修（4日間）を開催した。

「医療ニーズと支援のポイント」研修及びハンドブックの作成

平成 25 年度、当協会発行のテキストを用いて、全国 11 ブロックで「医療ニーズと支援

のポイント」の研修会を開催し、今後も実施を予定している。また、医療ニーズに対応できるよう、介護支援専門員の携帯用ハンドブックを作成し、配布する予定である。

2) 介護支援専門員に係る研修制度について

平成 23 年度より、厚生労働省から「介護支援専門員の研修改善事業」を受託しているが、この事業は、介護支援専門員の質の向上研修の平準化をめざしたもので、平成 25 年度までに実務研修、実務従事者基礎研修、専門 I、II の研修実施要項を基に研修指導者のためのガイドラインを作成した。本事業では、評価を都道府県にとどまらず国レベルまで引き上げる PDCA サイクルを検討し、研修修了時の評価ができるよう各研修の受講者像、具体的習得目標、求められる能力、講義例、ポートフォリオなどを示した。

「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後の在り方に関する検討会における議論」を踏まえ、現行の研修の充実、基礎力の強化、演習に重点をおき研修制度の見直しを検討し、医療・介護連携を担う機能を充実させ、医療に関する研修カリキュラムを充実させている。

3) 大規模災害について

平成 23 年より、大規模震災時の机上訓練を実施し、また事例を通してトリアージする研修、JRAT（大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会）へも参加している。

(3) 情報収集上の課題

ケアマネジメントプロセスは、そのプロセスそのものが重層性を持っている。

サービス担当者会議をはじめ、一人の利用者がどのようなプロセスをとり、サービスに結び付くか、またその内容連携を具体的に記載する。

1) インテーク

通常、新規居宅ケースは、病院 MSW、地域包括支援センター、利用者家族などからの依頼が多く、初回の本人との面談は病室となることも少なくない。病院での面談時、本人はケアマネジャーに対し「自分のことをお世話してくれる人」というイメージを、家族は「病院関係者なのか、市町村職員なのか、あるいは介護士なのか、所属はよくわからないが、今後、相談にのってくれる人」というイメージを持っているようである。すでに担当しているケースか、あるいは新規利用者かでも異なるが、この時点において入院先である医療機関の体制により、このインテークの作業は大きく左右される。

2) 退院時カンファレンスとサービス担当者会議

ケアマネジャーは、情報を収集するときの一つの質問で多くの情報を得ようとする。例えば、カンファレンスにおいて食事について聞いていながら、食事場面などから家族構成や作り手、本人の役割を把握するが、相手に配慮したり、多くの情報を得ようとしたりするため、質問の仕方が曖昧な表現となり、相手は何を聞かれているかわからないことが少なくない。そのため専門職とのコミュニケーションにおいて、的確な医療情報を引き出せない状況を作ることがある。

医療面での機能や数値の改善が日常生活のどこに現れ、何に影響してくるかを理解していなければ、医療機関の専門職による状況報告を理解できず、会議は要領を得ないものとなるが、医療機関や施設の介護保険に対する認識の違いが、状況報告の内容に影響していると思われる。

先に見える比較的軽度な状態の場合、今後の療養について一致を見ることは多いが、重篤な患者や慢性的な患者については、本人と医療関係者の認識に違いが出てきやすいため確認作業が必要となる。認識の違いが生じやすいケースとして、「利用者や家族が必要性を理解できていない場合」、「サービスが不足している場合」、また「利用者や家族にとって医療上の課題よりも生活上の困りごとが大きい場合」には、助言を受けたサービスが位置づけられないことも多く、代替内容を含めたすり合わせが必要となる。

家族の介護に対する漠然とした不安から、利用者本人を動かなくしてしまうことや、転倒し二度と関わらなくなってしまうことなどを避けるために、在宅生活の具体的なイメージと初動期、在宅生活開始1ヶ月間に適切な支援の手応えが感じられるとよいと考える。

介護支援専門員にとって多職種との連携は、専門職の視点と自身の視点の違いから他の分野の視点が養われる機会であるが、今回の調査結果を見る限り、個別支援計画への関心が低く、連動性や評価に至っていない。特に、医療ニーズに関して「目標」に対する根拠情報が乏しく、サービス担当者会議前の連携は不十分であり、情報収集の未熟さからアセスメント不足が見受けられる。また、役割分担が明確ではないため、連携業務の処理や管理も不十分である。

3) ケアプランの作成、モニタリング、再アセスメント

医療系資格のあるケアマネジャーとは連携しやすいといわれるが、医療情報が的確に受け取ることができたとしても、それを利用者の生活に反映する視点を持っているかどうか問われる。例えば、看護師のケアマネジャーの多くは、他の職種に比べ兼務している場合が多く、個別支援計画を視野に入れたケアプランとなり、病気が生活に与える影響の範疇での計画となってしまうことがある。一方、介護系のケアマネジャーは、医療情報の必要性・重要性の認識の希薄さから、利用者本人や家族の意向に傾く傾向が見受けられる。

修正の機会であるモニタリングにおいても、いわゆる慣れた関係の中で、慣れた方法による「連携」から踏み出せずにいる場合があり、こうした局面を転換するためには、情報収集の時期とその方法に留意し、特にサービス担当者会議前の専門職との交流や情報交換を積極的に行うべきである。

基礎教育として、他領域や他職種のことを知り、連携やチームの技術を学ぶことがなければ利用者中心のサービスは実現しない。

ケアマネジャーは、「利用者や家族の何が問題で、そのために誰とどのような連携をしなければならぬか」を明確にして、各自が特性に応じたチーム運営を工夫することが求められる。また、単なる目標の共有だけでなく目標達成に向けた支援の方向付け、戦略、方法、イメージ展開とその度合いまでを設計できることが必要である。

連携メンバーへのフィードバックについてはこまめに実施し、その達成度合いを共有化すると共に、チーム各人の進捗管理を行って、チーム全体がどのように進んでいるか、期間内で目標が達成できるかをモニタリングすることが必要である。具体的な働きかけとし

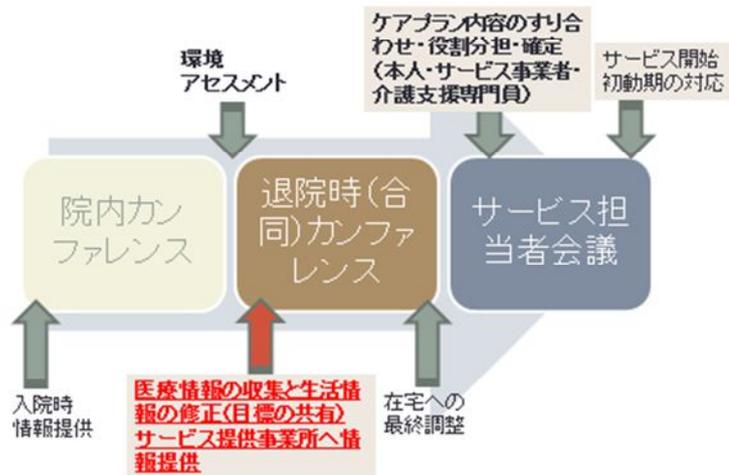
では、「治療や支援のプロセスからの情報をもとに、利用者を中心に「何がその人らしい生き方」なのかを共有し、相互に治療方針・支援の在り方を考えること」、「互いの専門領域を生かし有機的にかかわるための努力を惜しまないこと」、「求める情報は何かを相手に伝え、的確に必要な情報を得ること」、「相手にとって有用な情報と伝えるべき情報を理解し、相手に的確に提供すること」である。

ケアマネジメントにおいて展開のイメージ作りに必要な知識や「看護」に関する知識は重要となるため、ケアマネジャーは学ぶ必要がある。ケースに合わせて展開を見極めるには、必要最低限の教育と知識だけでは不十分であり、ケアマネジャーは多くの経験を積み上げて、数多い選択肢や方法を考えられるようにすることが求められる。

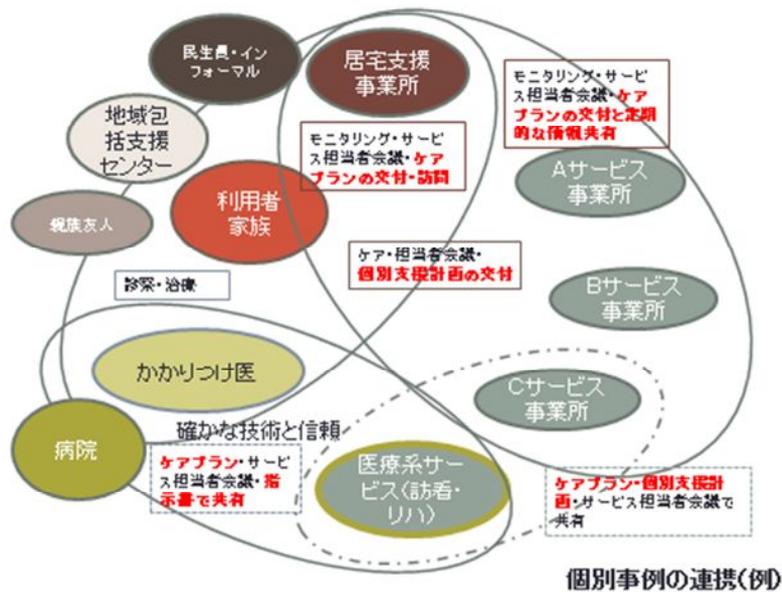
前述した自己評価の低さは、こうした根拠資料や知識、経験の不足が背景にあると考えられる。

図表 75

情報共有と役割分担



図表 76



個別事例の連携(例)

(4) まとめ

ケアマネジメントは、特定の「誰か」がすべてを担当するのではなく、その人に関わるさまざまな領域の専門職がチームとして対応していくことに意味がある。介護支援専門員は、それぞれの専門職が個々に把握した複雑なサービスや地域の資源を整理し、利用者に対する相談援助の窓口の一本化とサービスの包括化を進める役割を担っている。もし、サービス提供にあたって、それぞれの専門職や事業者が個々バラバラに独自の判断で利用者に係われば、利用者の自立支援の総合性が失われかねない。そういった状況に陥らないためにも、利用者の生活全体を支援するケアマネジメントには、複合的な課題解決に係わる多くの相談援助機関や、サービス提供事業者等のチームアプローチが不可欠である。

「医療ニーズの対応」を中心に記載したが、介護支援専門員は介護、医療に限定するのではなく、利用者の「生活ニーズの対応」についても同様で、知識、能力に課題がある。特に、在宅生活では家族の存在は大きく、家族のライフサイクルと発達課題を理解した上で、それに合わせた支援が必要となる。そのことを視野にいれ、家族生活のルーチン化に向けた支援、家族内に生じるニーズの競合の調整に向けた支援、在宅サービスの有効活用に向けた支援を行わなければならない。

介護、福祉の現場では、納得したメンバー同士で構成されたチームではないため、困難に直面するたびに、互いに関わり合い、よく話し合う土壌が必要となる。ケアマネジメントは境に橋を架ける作業であり、リーダーであるケアマネジャーは重要な役割を担っている。

また、苦手な領域の支援を専門家による支援に任せるために、ケアマネジャーはケアマネジメントにおける管理者として、専門的支援への理解が必要となる。それがないと、間接介入の側面をなおざりにして、現場ではいかにも働いているという直接介入に終始してしまうからである。専門職間においては、お互いの役割を認識し、適切な専門職や機関に任せ、自分の職務をしっかりと果たすことが求められる。

更に、地域においては、要支援者のための支援は制度面からではなく機能面から見て取り組むことが大事であり、医療介護サービスのシステムや制度をどう活用するかについては、現場にあわせた個別対応となる。

今後、ケアマネジメントの目的でもあるセルフケアマネジメントの向上には、介護分野に限定することなく生活支援までしっかりと取り組む覚悟をもって、ケアマネジャーはその資質の向上に努めなければならない。

第4章 介護支援専門員の保険者による評価の視点

笹井 肇（武蔵野市 健康福祉部 部長）

（1）武蔵野市ケアマネジャーガイドラインの作成

平成12年4月の介護保険制度の導入により、ケアマネジャー（介護支援専門員）は、ケアマネジメントを行う新しい「専門職」として位置付けられ、要支援・要介護認定を受けた人からの相談を受け、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成し、他の介護サービス事業者との連絡、調整等を取りまとめる、サービス提供のキーパーソンとしての役割を担われてきた。しかし、「専門職」と言われているのに、専門の就学機関もなく国家資格でもなく、都道府県単位の資格試験と研修のみでいきなり業務を開始することができ、資格取得後も初めから単独での訪問やケアマネジメントを求められる“特殊な職業”であると言える。

実は、武蔵野市におけるケアマネジメントは、介護保険制度導入以前から培ってきた蓄積がある。昭和56年4月に、日本で初めて有償在宅サービス事業を開始した(公財)武蔵野市福祉公社や、老人福祉法に基づく在宅介護支援センター事業によって、「在宅重視」「利用者本位」の理念に基づくケアマネジメントが実践されてきた。市内を小地域にエリア設定したうえで、高齢者の支援ニーズの発掘、相談、情報提供、サービス提供のための連絡・調整をくまなく実施する仕組みを作り、ケースカンファレンスなどを繰り返しながら質の向上を図ってきた。

介護保険制度の施行により、初めてケアマネジメントを担うケアマネジャーや多様なサービス提供主体が参入してきた。しかも、制度施行当初はケアマネジャーが一人という小規模居宅介護支援事業所が多かった。このような状況下では、ケアマネジャーの経験や情報量に差が生じることが懸念され、そのことによって、介護保険利用者へのケアマネジメントやサービスの質の差となって影響することが懸念された。

市としては、居宅介護支援事業者連絡協議会を結成し、ケアマネジャー研修会なども開催していたが、単なる情報交換やスキルの向上だけでなく、①武蔵野市がめざす介護保険制度の方向性やあるべき姿、②武蔵野市内で事業展開するケアマネジャーに最低限実践してほしいケアマネジメントの水準、を明らかにすることが重要であると考えに至った。

そこで、平成13年3月に「武蔵野市ケアマネジャーガイドライン(第1版)」を作成し、その中でケアマネジメントの各ステップごとに「武蔵野市の考え方」を明らかにしたうえで「支援の流れ」「注」「ケアマネチェック項目」などを提示し、市としてケアマネジャーに求めるケアマネジメントの水準を明らかにした。

このガイドラインは、初めて市内で居宅介護支援を行うこととなった新任ケアマネジャー研修会のテキストと活用されるなど、ケアマネジャーの必須アイテムとなった。武蔵野市は、これ以外にも新任ケアマネジャー研修会やケアマネジャー全体研修会、地区別ケース検討会など、ケアマネジャー支援に積極的に取り組んだ。

(2) 武蔵野市ケアマネジャー研修センターの設立とケアプラン指導研修事業

ところが、制度施行後 2 年が経過したころから、経験年数や基礎資格などによって研修内容に求められるものが違ってきたり、様々な困難的要素によりケアプラン作成に自信が持てないと悩むケアマネジャーからの相談が多く寄せられるようになった。

そこで、武蔵野市はそれらの課題に対応するため、2002 年(平成 14 年)11 月に「武蔵野市ケアマネジャー研修センター」を設立した。同センターは①「体系的な研修会の開催」(新任研修会・現任研修会・専門研修会の 3 段階)、②「ケアプランに関する相談・助言」(ケアマネジメントリーダー研修を修了したベテランのケアマネジャーがケアプラン作成に関する相談に対応して助言)、③「ケアプラン指導研修事業」(保健・医療・福祉の専門家チームが、ケアマネジャーから提出されたケアプランの評価と助言を行う)を 3 本柱として、ケアマネジャーの質やケアプラン作成技術の向上を目指した。保険者にとっては一定水準の介護サービスの質を維持するために、また、手探りで業務を始めたケアマネジャーにとっては必要に迫られた貴重な研修事業であったといえる。

とくに「ケアプラン指導研修事業」は、当時、「赤ペン先生事業」と揶揄されつつも、全国でも珍しい取り組みとして注目された。同事業は、市内で活動している居宅介護支援事業所のケアマネジャーたちから 1 事例ずつケアプランを提出してもらい、その内容をケアプラン指導チームがチェックし、問題点の指摘や改善のアドバイスを行うというもの。同事業の概要は図表 77 のとおり。

図表 77

武蔵野市ケアプラン指導研修事業の概要	
1. ケアプラン事例の提出	<p>ケアマネジャーが、提出する事例の利用者から同意を得て(同意書あり)、指定の帳票類を事務局に提出します。</p> <p>【提出書類】 事例提出シート、自己評価表、事例のフェースシート、主治医意見書、アセスメントのポイント、アセスメントシート(事業所のもので可)、ケアプラン第 1 表～ 4 表(あれば照会用紙も、様式は事業所のもので可)、支援経過記録(あればモニタリング票も)、利用票、利用票別表、</p>
2. 利用者ヒアリング	<p>事務局が事例の利用者宅を訪問し、状況把握とケアプランに関する聞き取りをします。</p>
3. ケアプランチェック表の作成	<p>事務局が、提出されたケアプラン帳票類をまとめ、ケアプラン評価チームの各委員へ資料送付します。 委員は資料をもとに、それぞれの事例についてケアプランチェックを行います。</p>
4. 指導内容の集約	<p>約 2 週間後に委員より返送されたチェック票を、事務局が集約します。</p>
5. ケアプラン指導研修会議	<p>ケアプラン評価チーム委員が一堂に会し、事例について検討し、総評を行います。</p>
6. 面接伝達	<p>ケアマネジャーは、事務局から指導研修会議の結果と総評を面接で受け、必要時ケアプランに関する相談ができます。 同じケアマネジャーの立場で、ケアプランの悩み等ご相談に応じます。</p>

(3) ケアプラン指導研修事業における介護支援専門員の評価の視点

このケアプラン指導研修事業の特徴の第一は、評価・指導の対象となるケアプランの選択についてはケアマネジャー自身の選択に委ね、「なぜ、そのケアプランを研修事業の対象としたか」の理由も合わせて聞いたこと。彼らが選んだ理由は「自信があるケアプランだが、あらためて評価を受けたい」という積極的なものから「自信がないのでアドバイスを受けたい」「どのようにプランを立ててよいかわからないので指導を受けたい」というものまで様々だ。保険者が強制的にケアプランを提出させるのではなく、あくまでもケアマネジャーの選択と主体性に重きを置いて、個々のレベルに応じた支援策として指導助言を行ったのである。

図表 78

武蔵野市ケアプラン指導研修事業[介護支援専門員自己評価表]

特徴の第二は、この事業に参加したケアマネジャーに、提出したケアプランとそのケアプラン作成に至ったアセスメントや利用者・家族への説明などについて、ケアマネジャー自身による自己評価を行ってもらったこと。自己評価の基準は「アセスメントで利用者の生活全般の様子や健康状態などを具体的に捉えていますか」「アセスメントで利用者や家族が今後どのような生活をしたいか確認しましたか」「介護保険制度以外のサービスやインフォーマルな支援も含めて、生活全体を支援する視点でケアプランを作成しましたか」など、武蔵野市ケアプラン指導研修事業[介護支援専門員自己評価表](図表 78)のとおり 16 項目。それらのチェック項目について「はい」

自己チェック項目	はい	どちらとも いえない	いいえ
(1) 相手に不快感を与えないための心遣いをしていますか。			
(2) 介護保険制度全般について、わかりやすく説明していますか。			
(3) 介護保険制度以外のサービスについても説明しましたか。			
(4) サービスの利用方法など、十分な説明を行っていますか			
(5) 重要事項の説明は、わかりやすく行っていますか。			
(6) アセスメントで、利用者の生活全般の様子や健康状態などを具体的に捉えていますか。			
(7) アセスメントで、利用者や家族が今後どのような生活をしたいか確認しましたか。			
(8) 認定審査会や主治医の意見を確認しましたか。			
(9) 総合的な援助方針や解決すべき課題を、利用者や家族と一緒に決めていますか。			
(10) 利用者や家族の意向を十分に反映して課題解決のための目標を設定しましたか。			
(11) 介護保険制度以外のサービスやインフォーマルな支援も含めて、生活全体を支援する視点でケアプランを作成していますか。			
(12) 利用者の支払える負担額などについて、十分に話を聞いた上でケアプランを作成していますか。			
(13) サービス担当者会議は開催しましたか。			
(14) ケアプランの内容はアセスメントやサービス担当者会議の結論をふまえたものになっていますか。			
(15) ケアプランの実施状況が、利用者や家族にとって適切かどうか定期的に把握していますか。			
(16) 不在時でも利用者や家族からの連絡に対応できるように工夫していますか。			

「いいえ」「どちらとも言えない」の3択からケアマネジャー自身に評価をしてもらい、その結果をケアマネジャー研修センターに提出してもらう。

特徴の第三は、提出されたケアプランの利用者を研修センタースタッフが実際に訪問調査し、アセスメント段階からケアプランを見直すという手法をとったこと。単なる紙の上での評価ではなく、第三者が利用者や家族と直接面接することで、担当ケアマネジャーが見逃していた生活歴や病歴が明らかになったり、新たな課題が発見されたりし、それらを

担当ケアマネジャーにフィードバックしてケアプラン改善のアドバイスにつなげた。

特徴の第四は、指導研修チームの評価の基準として、26項目にわたるチェック項目による統一的なケアプランチェック表を作成し、「かなり努力が必要」「努力が必要」「及第点」「良好」「非常に良い」の5段階評価を行ったこと。26項目には「利用者や家族の希望・意見を尊重しているか」「課題に対して、長期目標、短期目標、期間が具体的で達成可能なものとなっているか」という基本的な事項から、「ADLやQOLの向上を目指しているか」「サービスのない日でも生活が安定するよう配慮しているか」という武蔵野市独自の基準も加味した。

まさに、この指導研修チームの評価基準26項目（図表79）が、保険者としての武蔵野市のケアプラン作成業務におけるケアマネジャー評価の視点といえる。

図表 79

武蔵野市ケアマネジャー研修センター

ケアプランチェック表(委員用)

1: かなり努力が必要 2: 努力が必要 3: 及第点 4: 良好 5: 非常に良い

記入者		審査月	
No	事例提出者	資格欄	備考
1	課題分析票 (1)以下の利用者の生活実態を具体的に捉えているか。 ①相談内容(主訴) ②本人の健康状態・治療・受診等の状況 ③本人の心身機能等の状況 ④介護者の状況 ⑤社会交流(仲間や地域との交流)の状況 ⑥住宅の状況 ⑦経済の状況 ⑧社会資源の活用状況		
2	ケアプラン第1表 (1)本人や家族の生活に対する意向をとらえているか。 (2)認定審査会の意見や主治医の意見が反映されているか。 (3)ADLやQOLの向上を目指しているか。 (4)自立を目指した総合的な援助方針となっているか。		
3	ケアプラン第2表 (1)生活全般の解決すべき課題が整理されているか。 (2)課題に対して、長期目標、短期目標、期間が具体的で達成可能なものとなっているか。 (3)それぞれに以下の対策が立てられているか。 ①利用者、家族が意欲的に取り組める表現になっているか。 ②目標を達成するために、適切なサービスを検討してつないでいるか。 ③介護保険以外のサービスも視野に入れてプランを立てているか。		
4	週間サービス計画表 (1)第2表のサービス提供状況が週間計画としてわかりやすく表示されているか。 (2)本人や家族の生活上の活動を把握しているか。		
5	サービス担当者会議 (1)会議召集の目的は明確か。 (2)結論や今後の課題は、ケアチーム全体で共有できる内容となっているか。 (3)検討した項目、検討内容や結論がわかりやすく記録されているか。 (4)開催できない場合、ケアチームに照会しているか。 (5)出席できないケアチームに対して照会内容が明確で、それに対して回答を得ているか。		
6	第5表 支援経過 (1)事業所の正式な記録として読みやすく書かれているか。 (2)ケアプランを作成・変更する際の判断情報が示されているか。		
7	モニタリング (1)月に1回は訪問し、モニタリングをしているか。 (2)モニタリングの結果はケアプランに反映されているか。 (3)記録は、第5表にわかりやすく整理したり、モニタリングシートを工夫しているか。		
8	ケアプラン総評 *全体を通して改善点、良いと思われる点など、今後の活動に生かせるようなアドバイスを箇条書きに記入する。		

なお、武蔵野市ケアマネジャー研修センターは、地域包括支援センターにケアマネジャー支援業務が機能として付加されたこともあり、設立 10 年を経過した平成 25 年に初期の目的を果たしたということで、市の事務事業見直しの中で廃止されたが、ケアプラン研修事業は現在もなお継続している。

（４）医療と介護の連携に関するケアマネジャー評価の課題

地域包括ケアシステムを推進するにあたって、医療と介護の連携の仕組みづくりは全国の市町村にとって重要課題となっている。

しかし、ケアマネジャーにとっては医療と介護の連携は、最近始まった課題ではなく、制度施行当初からの“古くて新しい課題”である。要介護者を対象にケアマネジメントを行っているわけだから、当然、利用者誰もが心身にリスクを持ち、医療との連携は切り離せない。ところが「連携」とは何かという根本的な議論が進化していないところに、この課題の難しさがある。

ケアマネジャーが主治医から利用者の情報を収集するだけが「連携」ではない。ケアマネジャーは「医療職は何でも分かっているはず」と思いがちだが、医療機関は短時間の外来診療で診断や治療方針を検討するだけで、利用者の生活実態をほとんど把握していない場合が少なくない。また、本事業で実施した「介護支援専門員(ケアマネジャー)業務調査」では「問 10(1)サービス担当者会議開催前の情報収集について」において「認定情報を把握した」との回答が 88.6%、「主治医意見書、看護サマリー等で利用者の状況を確認した」が 81.9%にのぼっているが、主治医の意見書を取り寄せても、右利きか左利きかなど心身に関する情報にチェックがなく、残念ながら必要情報が不足している意見書が多い。主治医意見書だけでは、在宅生活における正しい医療情報が届きにくい可能性が大きいことを認識しておくべきである。

一方、主治医の側にも「ケアマネジャーや介護職は医療の知識が不十分」と嘆く医師がいるが、職種が違うのだから医療の専門知識を知らないのは当然である。そして一方的に主治医や医療職から医療情報が提供されることや、逆に主治医からケアマネジャーや介護職に対し食事の形態や嚥下の状況、排せつの状態など利用者の生活情報に関する情報提供を求められることが多いが、これは「伝達」であって「連携」ではない。

「医療と介護の連携」は、医療職からケアマネジャーや介護職へ一方通行的に情報を流すものではないし、その逆でも成立しない。双方向に必要事項を伝え、何を目標にマネジメントしていくのかをともに協議し調整し、お互いが専門性を発揮しながら役割分担に応じて必要な対応を行うことこそが「連携」である。日常生活の中で利用者への適切な治療が継続され、尊厳のある自立した生活が維持されるよう、お互いが努力することこそが、ケアマネジャーと医療の「連携」の目的であることを関係者がもっと認識すべきである。

したがって、「医療と介護の連携」は、ケアマネジャーだけにその責任を負わせることはできず、単純にケアマネジャー評価の視点とするには難しい。「医療と介護の連携」は、保険者とケアマネジャーと医療機関(医師会)など地域の関係機関が協働して「連携の仕組みづくり」をいかに進めるかが重要となり、ケアマネジャーの評価というよりは、むしろ保険者の評価につながる要素であろう。

そのような視点に立って、武蔵野市においては、主治医とケアマネジャーとの懇談会や主治医とケアマネジャーの連携強化に向けた市独自の情報提供書の制定、ケアマネジャー向けの医療研修会などを進めてきた。また、武蔵野赤十字病院、武蔵野市医師会、武蔵野市、三鷹市医師会、三鷹市、ケアマネジャー代表などで構成される脳卒中ネットワーク委員会で、約2年間に及ぶ議論を経て「脳卒中地域連携パス」を作成し、平成20年から運用を開始している。同様なスキームで、「認知症連携シート」についても平成22年から運用を開始した。

(5) 今後の課題

① 介護保険制度「改正」への的確な対応

今後の課題の第一は、今回の介護保険制度「改正」に的確に対応するケアマネジメントを実施しているかということ。例えば、平成27年8月から一定の所得以上の利用者に2割負担が導入されるが、武蔵野市のケアプラン指導研修事業の経験から言うと、残念ながら年金額や世帯の収入の把握など「経済状況のアセスメント」が不十分なものが少なくない。世帯の収入状況の把握や、1ヵ月に介護にかかわる費用負担がどの程度可能なのか、という利用者の経済状況の把握は、今後のケアプラン作成にとって重要な要素となる。平成25年12月に武蔵野市が実施した「要介護・要支援認定者実態調査」では、「2割負担となった場合の対応」という質問に対し、「サービス利用量を減らす」と回答した認定者が約30%にのぼる。2割負担に該当する所得階層の利用者は、状態が変化しないにもかかわらず、経済的状况によって訪問介護サービスや通所系サービスの回数を減らす利用者が出現する可能性がある。

また、介護予防給付と地域支援事業の再編により、軽度者のケアプランについては、限度額管理が複雑になるとともに、市町村ごとに地域支援事業に移行する訪問介護や通所介護の利用者負担が異なるなど、抜本的な見直しを求められる。制度「改正」に伴う各保険者の動向に、今まで以上に注視する必要がある。

② ケアマネジャーの政策提言能力の向上と「地域ケア会議」のあり方

課題の第二は、ケアマネジャーの政策提言能力の向上。武蔵野市には市単独サービスの「認知症見守り支援事業」というのがある。訪問介護で認知症高齢者の目的のない外出支援や散歩付添いが保険給付として認められないという議論があった平成20年に、ケアマネジャーや訪問介護事業者からの相談や提案に応じて、認知症高齢者の見守り・外出支援の介護保険制度外の市独自の新しいサービスとして創設したもの。このように、日常のケアマネジメント業務の中で気が付いた「こんなサービスがあったら、もっとこの地域は良くなるのに」という新しいサービスや政策提言を保険者にしてほしい。

厚生労働省は「保険者代表を入れた多職種による地域ケア会議の開催」により、「個別ケースの検討から地域課題の解決に結びつける」旨を強調しているが、利用者と面接したこともない、現場に足を運んでない保険者代表を入れた個別ケース検討を実施すれば、給付抑制につながる危険性がある。ましてや、平成30年度から居宅介護支援事業所の指定・監督権限が市町村に移管されることになれば、ケアマネジャーと保険者の信頼関係が築か

れていない権力的な保険者の場合、保険者に異を唱えることは事業所の更新認定や事業継続に関わる問題に発展する可能性もある。

そもそも、ケアマネジャーは利用者と契約を結び、利用者・家族の意向や信頼関係に基づいてケアプランを作成しているわけだから、契約を結んでいない他の事業所の“多職種”や、利用者との面接やアセスメントをしていない保険者が個別のケアマネジメントに「介入」することは、介護保険制度の趣旨から言って問題があるのではないかと思うのは、筆者だけであろうか。

地域ケア会議は、個別ケースの検討に重きを置くのではなく、保険者とケアマネジャーをはじめとする関係機関代表による“2025年へ向けたまちづくりのあり方を議論する場”とすべきである。そのためには、今まで以上に介護保険制度の運営や地域で必要とされる連携の仕組み、新しいサービスの必要性などに関するケアマネジャーの政策提言能力が求められることになる。

③ 地域包括ケアの推進へ向けた「居宅サービス計画書」書式の改良は必要ないのか

介護保険制度施行14年が経っているにもかかわらず、居宅サービス計画書の書式に全くと言っていいほど修正や改良が加えられていないことは不思議である。例えば、医療と介護の連携が強調されているにもかかわらず、主治医や医療情報を明記する欄がない。緊急時の連絡先や、緊急時に対応可能な医療機関をあらかじめ記載する欄もない。武蔵野市は、緊急連絡先や緊急時の対応方法については、「第1表」の「総合的な援助の方針」の欄に記載するよう指導している。一方、ほとんど「なし」と記載することになる「介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」が「第1表」の真ん中に大きなスペースをとったまま置かれている。

また、利用者の24時間の生活状況を把握して記載する「主な日常生活上の活動」は、何故か「第3表」の「週間サービス計画書」の右端にある。右端にあるので、重要性が認識されていないのか、詳しい記述が少ない場合が多い。本来なら「自立支援」へ向けて「どのような日常生活をおくっているか」「一日のライフサイクルはどうなっているか」を把握したうえでサービスを組み込む必要があるので、「主な日常生活上の活動」記載欄は「週間サービス計画書」の先頭位置となる左に配置すべきではないか。

ケアマネジャー自身が自己の業務を点検・検証し、地域包括ケアを推進する視点に立って、ケアマネジメントの基本となる居宅サービス計画書の書式の見直しを国や保険者に提案することも、今後の課題と思われる。

いずれにせよ、地域包括ケアの推進には、ケアマネジャーが大きな役割を担うことになる。保険者や関係機関と一緒に“2025年へ向けたまちづくり”を進めるという視点に立ったケアマネジメントの充実に期待したい。

第5章 保険者におけるケアマネジメントの質の評価の視点

東内 京一（和光市 保健福祉部 部長）

わが国の人口推計を見ると、現在 75 歳以上の高齢者は 10 人に 1 人の割合だが、団塊の世代が 65 歳以上となる 2015 年には、75 歳以上の後期高齢者人口が、65 歳～74 歳までの前期高齢者の人口を上回ることとなる。2030 年には 75 歳以上人口の割合は 5 人に 1 人、2055 年には 4 人に 1 人になると推計され、ますます高齢化が進んでいく状況にある。

そういった背景を踏まえ、国は、2012 年に施行された介護保険法改正において、①医療（医療との連携強化）、②介護（介護サービスの充実強化）、③予防（介護予防の推進）、④生活支援サービス（生活支援サービスの確保や権利擁護）等、⑤住まい（住み続けることのできる高齢者住まいの整備）を一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築と推進を盛り込み、市町村が中心になって行う地域包括ケアの核として、地域包括支援センターの機能強化を打ち出した。

地域包括支援センターには、地域包括ケアシステムの構築に向けて、各専門職や地域住民とともに地域のネットワークを構築しつつ、個別サービスのコーディネートも行う地域の中核機関としての役割が期待されている。具体的には、地域のフォーマルおよびインフォーマルな社会資源をつなぐ地域のネットワークの構築、高齢者ケアに関する幅広い総合相談窓口、介護予防のケアマネジメント、高齢者の権利擁護、地域の介護支援専門員の支援等の機能を担う。

地域包括ケアを進める上では、介護だけではなく医療、保健、福祉、権利擁護、ボランティア等の様々な地域の社会資源が有機的に連携できる環境を整備する必要がある。こうした多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築を図り、市町村と現場をつなぐ場として地域ケア会議（和光市では地域ケア会議の名称をコミュニティケア会議としている。）を開催している。

以下には、コミュニティケア会議を核としたケアマネジメントの質の向上について、私の考えを述べる。

**簡潔明瞭・具体的に課題抽出してこそ
多職種連携は可能になる**

**介護保険制度開始に伴い
事業者らが会する場を設定する**

和光市では、コミュニティケア会議の前身となる任意参加の会議を、2001 年、地域包括支援センターの全身である在宅介護支援センターの時に設置した。きっかけは言うまでもなく、2000 年から始まった介護保険制度である。それまでの措置制度による限定的な利用者像から、社会保障原理の介護保険制度は普遍的な利用者像となり、サービス利用者が大

大きく拡大した。利用者とサービス提供者の契約を前提に、株式会社、社会福祉法人、医療法人などの開設する訪問介護、訪問看護といった介護事業所が、新制度の中で位置づけられたケアマネジャーによって作成されたケアプランに基づいて、一人の利用者にかかわっていくことになる。

この時点で、市はサービスが効率的・効果的に提供されているのかを確認する有効な方法を持っていなかった。それでも介護保険サービスの質の維持・向上には事業者の方向性がある程度は統一されていなければならないし、介護保険制度自体、「地方分権の試金石」とも言われていただけに、何らかの形で提案・支援は不可欠であると考えた。

案の定、制度開始以降、あちこちで混乱が見られた。そこで市が中心となり、地域包括支援センターの前身である在宅介護支援センターに、サービス担当者会議を支援する形で、任意参加型のコミュニティケア会議を設けることにしたのである。保険者として、被保険者に対しサービスの質の向上・担保にかかわることで、事業者の育成にもつながるとの期待もあった。

この会議の位置づけは、2006年の介護予防サービス導入でさらに増すことになる。それまでは特に困難な事案についてのみの検討にとどまっていたが、介護予防については全件を扱うことにしたのである。当時、介護以上に、介護予防に向けたケアマネジメントは確立されておらず、ケースの調整だけでなく、介護予防の考え方も伝える必要があったのだ。個別の案件について自立支援、生活機能向上に向けた検討を加え、課題を抽出し、目標を設定し、ケアプランに反映させていった。件数は年間600件超。当然、1件について長い時間はかけられない。後に「和光方式」として知られることになる1件につき20分間というタイムスケジュールは、この時に確立された。

一連の取り組みによって行政、地域包括支援センター、ケアマネジャー、サービス事業所、医療機関などの地域のネットワークが構築されていったし、この会議で経験を積んだことでケアマネジャーもコーディネート能力を身につけ、サービス担当者会議をスムーズに運営するようになるという成果を得られた。

ケアマネジャーらを多職種連携により支援するほか 課題抽出力を身につけてもらう役割も

介護技術の場合はさまざまな研修が設けられており、そこである程度の習得は可能だろうが、マネジメントに関してはそうした学習機会の場はないし、自分の作成したケアプランを他人や先輩に見てもらって見直すという機会も多くはなかった。ケアプランの作成を支援し、質の向上を図る必要があった。コミュニティケア会議は、そうした機会を提供する「OJT (On-the-Job Training)」の場としても機能した。

よく事例検討会との違いを尋ねられるが、事例検討会が過去の事案に関して後から検討を加えるという「学習の場」であるのに対し、コミュニティケア会議は現在進行形の事案を多職種から様々な視点をもらい見直すとともに、利用者への合意形成を話し合うなど、「実務の一環」と位置づけることができる。

たとえば、清潔を保持したいから通所介護事業所で入浴するというケアプランがあったとする。長期目標は「通所介護利用により入浴できる」、短期目標は「通所介護利用に慣れる」——。こんなふうに記載されたケアプランを、読者の皆様もよく目にされるのではな

いだろうか。和光市では、これは「自立支援型のケアプラン」とはならない。和光市のコミュニティケア会議ならば、一定度の修正支援を求められるだろう。

なぜ風呂に入れないのか。右マヒがあるため歩行が不安定で、浴槽を跨げないからとか、マヒで上肢の動作に制限があり、身体を洗えないといった具体的な課題を見つけ出し、解決するための道筋を示す。あるいは自立阻害要因を明らかにし、ケア内容を確定する。これこそケアプランの目的なのである。そして、コミュニティケア会議では薬剤師、管理栄養士、理学療法士らの専門職の助言を加え、その内容に厚みを持たせるのである。

このケアプランに基づいて、さまざまな職種が一斉に動き出す点にも配慮しなければならない。和光市のアセスメントシートは ADL、IADL の指標を重視し、項目の状態について6段階で評価している。皆で目標や現状を共有しやすいよう、簡潔明瞭にしなければ、実務に反映させることは難しくなる。

付け加えておくと、「意欲目標」を掲げるケアプランも見られるが、これはある意味、「あって当たり前」で、長期目標の視点の大切なところである。私がよく市民や利用者、家族に説明するのは、介護保険法第1条だけでなく、4条もセットで話している。介護保険の基本理念は「その人の生活・人生を尊重し、できる限り自立した生活をおくれるように支援すること」なのである。

課題を明確化したケアプランがあれば

医療との連携もスムーズに進む

このように課題を明確にすることで、多職種連携もスムーズに進む。医療と介護の連携も同様である。退院直後であれば衛生面の管理や服薬指導など、訪問看護師や薬剤師の介入は不可欠である。これによって誤嚥性肺炎による病院へ再入院するなどのリスクを大幅に軽減できるだろう。ただ、ここでも課題を明確に抽出し、なぜ医療職の専門技術が求められるのかを明示しなければ、せっかくの専門技術は活用されず、看護必要度が高いのにホームヘルプのみのサービス提供になることが少なくない。

特に昨今は整形疾患、加齢による転倒・骨折の治療を経て在宅に復帰するといったケースが多だけに、身体機能と生活機能の向上等のケア方法をきちんと病院から引き継いでいくことが必須になる。それによってはじめて課題抽出を十分に行うことができ、訪問看護などに具体的なタスクを求めることができる。

**アセスメントとケアプランが
課題解決に向かって
連動しているかを確認する**

理念を浸透させ実践の手本を示す 地域ケア会議が果たす役割

これまでは、地域ケア会議（和光市の場合は「コミュニティケア会議」と呼称する）の立ち上げの経緯について述べた。ここでは議論を一步進め、地域ケア会議を円滑に進める

ための手法、及び地域ケア会議を開催するための目的について考察を加えてみたい。

和光市のコミュニティケア会議は①介護保険の理念の実現、②介護保険ケアマネジメントの標準化、③地域包括支援センター職員、ケアマネジャー等に対する OJT としてのケアプランの質の向上と職員自身の専門性の向上、④多制度・多職種によるチームケアの編成支援——を目的に据えている。参加メンバーは保険者（和光市長寿あんしん課）、地域包括支援センター（4カ所 20人）、外部からの助言者（管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、薬剤師など）が常時参加し、個別プランに関係する際には消費生活相談員などの市役所関係者、居宅支援事業者、訪問介護事業者、グループホーム、小規模多機能施設職員などにも加わってもらう。

「①介護保険の理念の実現」については前回も述べたが、すなわち官民協働による取り組みを通じて、地域包括支援センターだけでなくケアマネジャー、サービス事業者に対して「自立支援型ケアマネジメント」を徹底していくという保険者の意思を明確に示す場でもあるのだ。

「②介護保険ケアマネジメントの標準化」は、統一された書式と判断基準でアセスメントからケアプラン作成、評価までの一連の流れの支援を行うことで、ケアプランやサービス内容の標準化が自ずと図られていくというねらいもある。地域包括支援センターの職員は、さまざまなケアプランの内容について議論に参加することで、どういうプランが市民のための自立支援型ケアプランであるのかを、直接習得することができるわけだ。時折、修正を求められるケアプランも見られるが、どこが改善ポイントかを把握することができる。

こうした実践を通じて、「③地域包括支援センター職員、ケアマネジャーに対する OJT としてのケアプランの質の向上と職員自身の専門性の向上」の効果も得られる。地域包括支援センターの職員はそれぞれの地域でケアプラン作成にあたってのコーディネーターという役割を果たしてもらわなければならない。会議に参加することで、どのように調整していくかを目の当たりにする。そうした見聞を通じてコーディネーターとしての役割を認識していくのだ。

さまざまな専門的視点を持った関係者が一堂に会するケア会議では、コーディネーターの役割が極めて重要である。図に示したとおり、コーディネーターは「自立を妨げているものを、より明らかにする」ことが求められる。個々の事例の課題を把握するとともに、漏れている視点はないかを確認する。あるいはもっと良い解決策はないかを探る。そしてそのためには、誰の意見を聴取すべきかなどを常に念頭に起きながら、進行していかなければならない。

介護保険制度以外の福祉サービスを 介入させる発見の場でもある

「④多制度・多職種によるチームケアの編成支援」は、医療リスクの高いケース、権利擁護（虐待などを含める）で支援困難なケース、世帯支援が必要なケースなど、介護保険制度以外の福祉サービスを用いたほうが課題解決に有効に働く場合も想定したものだ。

介護保険制度が施行されて 13 年が経過し、社会的にも認知・定着してきたが、近年は逆

に何でも介護保険制度で解決を図ろうとする動きが見られるようになってきている。しかし、特に地域で暮らす人たちに対する支援にあたっては、介護保険制度でなく、行政による直接支援のほうが有効という場合も少なくない。そこに無理に介護保険の訪問介護サービスを投入して解決しようとしても、どこかで必ず無理が生じる。最終的には利用者や家族の負担が増大するといった事態にもなりかねない。

また、行政側も地域でどのようなニーズがあるのかを把握する絶好の機会になる。介護サービスが提供者と被保険者の間の契約制度に移行して以降は、特に地域の実態を把握する場が減っているだけに、コミュニティーケア会議は行政にとっての貴重なフィードバックの場でもあるのだ。

同じ「要支援1」でも

その背景・課題は十人十色

前にも述べたように、和光市のコミュニティーケア会議が1つの案件にかかる時間は20分である。おおよその流れは表1にある通りで、ケアプラン作成者による概要説明（4分）、事業者からの評価、今後の支援方針（4分）、全参加者からの質問、意見（10分）、まとめ（2分）となっている。

和光市のコミュニティーケア会議では生活機能評価、介護予防のアセスメント（基本チェックリスト等）、介護予防メニューのリスク確認に加えて、利用者基本情報、ケアプラン、主治医意見書等を用意してもらい、議論を進めている。

一口に「要支援1」と言っても十人十色。ADL、IADLを阻害する要因はさまざまである。その阻害因子を「個人因子」（身体機能、認知機能、廃用・疾病の状況、回復可能性など）と「環境因子」（家族や近隣の知人などの背景、在宅や地域の日常生活動線、かかりつけ医や民生委員との関係など）に分けてアセスメントしたものを確認し、課題の妥当性を見て、予後予測、短期目標を確認し、それを達成できるような流れになっているかを見極める。もちろん、課題を解決し、予後予測を達成するために必要な担当者がチームに入っているかについても確認する。

手順をまとめると、プレゼンテーションした内容をコーディネーターが整理し、①アセスメントの適正を見る、②課題の抽出、解決目標、短期目標の方向性について意見をもらおう、③目標達成のためのサービスの導入方法は適正か等を確認する。医療から見た注意点もここでチェックしておく。

例えば糖尿病を患っている利用者であれば、服用している医薬品の影響についても考慮しておかなくてはならず、必要に応じて薬剤師に注意すべき点を確認しておく。出席した専門職の人たちが積極的に発言・助言してくれれば問題はないが、必ずしもそういう人たちばかりとは限らない。そこで、発言を促したり、意見を引き出すのもコーディネーターの役割なのだ。

「ゴミ出しができるようになる」という目標があったとして、家からゴミ集積所までゴミ袋を持っていく姿を個々のケアマネジャーやサービス担当者等に頭の中で映像としてイメージしてもらおうようにすることも重要だ。そうすれば、通所での機能向上は単なる身体向上だけでなく、腕力・握力の強化も必要だ、といった課題を設定することができるよう

になる。

この場合、通所で指導してもらった力の使い方を、訪問でホームヘルパーが利用者に伝えていくといった連携の視点を持つことも必要であり、6カ月後に自力でゴミを持っていくために必要なメニューになっているか、自宅でのセルフトレーニングも含め、ケア会議で理学療法士等の意見を聞きながら確認していくわけだ。

ケア会議でのこうした一連の作業を通じて、アセスメントとケアプランが課題解決に向かって連動しているかを確認していくことが重要なのだ。

解決すべき課題を明確化し

その流れに沿ったプランにする

具体的なケースを想定して考えてみよう。表2は廃用症候群となり、予防給付を受けたというモデルケースでの生活機能評価である。他市で一人で暮らしていたが、数年前に和光市に転入し、子供と同居しているという状況を想定。そのため顔見知りもほとんどおらず、外出頻度も減っていると想定したケースである。

コーディネーターとして注目したいのは、「室内歩行」「屋外歩行」「外出頻度」「入浴」「買い物」「社会参加」である。いずれも身体機能が向上することによって、課題は改善するという見通しが立てられるからだ。歩行能力が改善すれば買い物や外出も容易になるが、話はそれだけにとどまらない。たとえば買い物に行くのであれば手提げ袋を持参する可能性が非常に高くなる。肘の可動域も広げておいたほうが有効だ。このような行為・動作の支援を集中的に討議する。強調したいのは、単に機能を向上させるというのではなく、利用者の具体的な生活シーンをイメージし、それを職種間で共有したうえでケアプランを立てていくということだ。

表3はアセスメント、総合的課題、支援計画の想定から抜粋したものである。提供するサービス種別は予防通所介護としており、そこで下肢筋力向上トレーニング、入浴動作の確認・指導、握力・指先動作などの向上を図るトレーニングをメニューに組み入れている。このような明確な目標を設定しておけば、機能向上に資さないデイサービスと言われるようなことはなくなる。併せてそうした解決目標に沿う形でサービスプランが立案されているかを確認する。

さらに、この想定ケースでは、身体機能の向上支援に加え、関係づくりの支援も計画に盛り込んでいる。「関係づくり」と言うと、情緒論に陥りがちになるが、他者との交流、関係づくりの場という機能を通所に求めている。

「半永久的に寄り添う介護」だけでなく

「自立に向かって伴走する介護」を

独居の場合であれば訪問介護の導入も検討される。通所に行くだけでなく、自宅でのセルフトレーニングや入浴支援も必要になるからだ。訪問ではセルフケアやセルフトレーニングの方法、あるいは入浴にあたっての介助法などを、日常的に支援するホームヘルパーに対して理学療法士などが伝えることも求められる。課題を明確化しているからこそ、多職種連携がスムーズに進む。注意点を明確にしておけば、一から十までホームヘルパーが

介助せずに、本当に必要な介助のみを専門的な見地に基づいて行うことができる。これこそ、真の意味での「見守り、声かけ」である。

和光市のコミュニティケア会議が目指しているのは「半永久的に寄り添う介護」より「自立に向かって伴走する介護」と表現したほうが適切だろう。すなわち、ケースによっては、介護は無期限に介入するものではなく、あくまで期間を設定し、本人の自立を支援するために導入するものなのである。繰り返すが、そうした考えを現場のホームヘルパー等にも共有してもらうことこそ、地域ケア会議の重要な目標なのである。このように具体的な解決の道筋を示し、介護保険卒業を図っていくわけだ。

**小規模多機能型居宅介護を
フル活用するために
地域ケア会議で調整すべきこと**

**「地域で暮らし続ける」ことを
念頭に置いた「小規模多機能型居宅介護」の活用を**

認知症疾患を有する利用者に対するケアのあり方に関する地域ケア会議（和光市における名称は「コミュニティケア会議」）の進め方を考察してみたい。

現在、認知症高齢者は全国で約 300 万人を突破し、その数は今後さらに増大していくことが確実視されているが、認知症の症状があっても、サービスを上手に組み合わせることで、地域で暮らし続けることができる可能性が高まっている。その中核になるのが、平成 20 (2008) 年の介護保険法改正で誕生した小規模多機能型居宅介護（以下「小規模多機能」）である。

これができる以前は、A 法人のデイサービス、B 法人の訪問介護、C 法人の短期入所（ショートステイ）といった具合にサービス提供者が異なる場合があったため、認知症疾患を有する利用者に与えるリロケーションダメージ（住んでいる場所が変わることが心身等に及ぼす悪影響）がきわめて深刻な課題になっていた。小規模多機能はこの課題を解決し、3つのサービスを1ストップサービスのような形で提供できるように配慮されたものだ。小規模多機能を上手に活用し、地域で暮らせる人たちを増やさなければならない。

地域ケア会議の運営にあたって、そのことを念頭に置く必要がある。小規模多機能の選択にあたっては当然、従来のサービスよりもサービスの質を高める取り組みが求められるし、居宅のケアマネジャーや利用者、家族に対して小規模多機能が持つメリットを十分に説明し、仮に小規模多機能が選択された場合には、しっかりとプラン、サービスを作成・実施していく必要がある。

**保険者は地域のニーズを見据えて
小規模多機能の事業展開を検討すべき**

小規模多機能の事業所を開設したにもかかわらず、利用者が増えず困っているという声を聞くが、もともと地域における認知症高齢者数は各区市町村（保険者）が把握している

はずだ。各区市町村はニーズをしっかりと踏まえ、必要な小規模多機能の事業者数を設定していくことも必要になるだろう。

和光市では、地域全体で日常生活圏域ニーズ調査を行っているが、そうした調査結果があれば、各事業所の「適正利用者分布」のようなものを描くことができるようになる。また、1事業所で見えた場合、25人定員であれば重度の方が5人、中度の方が10～15人、軽度の方が5人といった具合に利用者を見込み、それに応じた形で、適正かつ効率的な事業所の人員配置体制を組むことができるだろう。

さらに、和光市では独自の施策として小規模多機能にグループホームを併設することを求めている。これによって利用者は状態が悪化した場合でも、併設するグループホームに入所し、顔なじみの関係を維持できるという利点がある。また、地域交流拠点（パブリックスペース）を設けてもらい、そこで地域支援事業を展開してもらおうという取り組みも行っている。

地域交流拠点で提供している介護予防事業には、軽度認知障害（MCI）レベルの方々に参加し、少し悪化した方は小規模多機能を利用していただき、さらに悪化した場合、グループホームで支えるという明瞭な図式を描くことができるわけだ。現在では、市内のグループホームでは看取りも行うようになっている。

濃密なアセスメントをベースに 残存機能の維持・改善をめざす

では、小規模多機能を有効に活用するため、地域ケア会議はどのようなものになるだろうか。小規模多機能の利用法としては、「訪問」で残存機能の強化、状態の現状維持・改善に努め、「通所」で人との会話など社会参加を促し、強い認知症行動・心理症状（BPSD）やそれに近い状態になると「短期入所」を活用する、というパターンが一般的だ。もちろん通所で見守り・声掛けを通じて利用者本人の目標が見出せたのなら、訪問時のサービスでそれを実現してもいいだろう。

また、小規模多機能ならではのメリットとして、小規模多機能事業所のケアマネジャーは、多くても担当する利用者は25人であるという点を重視したい。1カ月に1度などでなく、頻繁に利用者の様子を知ることができる立場にある。必然的に、通常のケアマネジャーよりも本人に会う回数は多くなり、“濃密な”アセスメントが期待できるのだ。

家族の視点で見れば、通所と短期入所を上手に活用することでレスパイト機能が期待できるが、これが主目的になるような活用法は考えものだ。せつかくの小規模多機能でも、状態の維持・改善が見込めないサービス活用となり、通所や短期入所は単なる「過ごしてもらう場」、訪問もただの「見守り」になりかねない。

認知症疾患を有する方々にも改善可能性を追求し、残存機能を維持・改善していくためのケアを入れる。和光市の地域ケア会議ではこれを徹底し、悪化を防ぐということに注力している。家族のレスパイトのことだけを考えたケアプランになると、通所と短期入所ばかりが多くなったりするわけだ。

さまざまな時間軸で

計画的遂行能力を確認する

アセスメントでは、認知症疾患を有する利用者でも日常生活自立度や経済性といった個人因子、日中は独居か否かといった具合に世帯状況などの環境因子を確認する。これらは地域で暮らしていくうえでもっとも基本的な情報であり、認知症の有無にかかわらず押さえておかなければならない。

また、認知症疾患を有する利用者のケアにあたっては、中核症状のなかで残存機能がどれだけ残っているのかをアセスメントしておくことも欠かせない。瞬間的なアセスメントと、小規模多機能を利用していく中での洞察的なアセスメント、1カ月単位でのアセスメントと、さまざまな時間軸の視点で観察していくことが重要である。本当にできること、できないことを、一定期間の洞察・観察を通じて見極めるのだ。

ケアの内容は、通常、適切な水分摂取、食事、排尿・排便、服薬管理の支援等になることが多いが、この連載で繰り返し述べているように、あくまで自立支援を念頭に置いた「見守り」「声掛け」を軸に据えたい。時間的な概念が損なわれているようであれば、「時間になりましたからお掃除しましょう」といった声掛けが求められるのであり、すべてをヘルパーがやってしまうべきではない。残存機能をのばしていくことについても留意すべきであり、地域ケア会議ではそれに向けた合意形成を図っていく必要がある。

私が認知症疾患を有する利用者のケアプランで特に留意するのは、計画的遂行能力の確認である。どこまで物事を順序立てて処理していくことができるかは、本人が日常生活を送る上で大きなカギになるからだ。たとえば掃除を計画的に順序立ててできるかどうか。できなければ、何ができないのか。掃く行為は忘れていないが、掃除する時間や、やらなければいけない場所、掃除用具の保管場所がわからないといったことがある。一つひとつの課題を抽出し、そこに対してピンポイントで支援するのだ。

中核症状の何が原因でできないのかをきちんとチェックし、課題を具体的に抽出していき、プランに盛り込んでもらう。掃除そのものができているのであれば、声掛けによってその機能を維持していくといった具合になる。

残存機能を生かすための

ケアプランを策定する

残存機能の活用についても同様に、どの部分ができないのかを明確にし、その部分をサポートするという姿勢が求められる。認知症の場合、脳梗塞や廃用症候群のためにできないのとは違い、判断能力や計画形成能力の低下が原因でできない状態になっているのであり、行為自体は覚えているのだ。IADLの中の2、3点に着目してそこを伸ばし、あとはヘルパーがサポートするという介助で、十分に日常生活を送れる人たちはたくさんいる。

たとえば「声掛けしてヘルパーが手伝えば、カレーライスをつくることはできる」というケースがあったとする。認知症の場合、計画的遂行能力がないために、何時に買い物に行き、ニンジンとジャガイモとカレー粉を買って——といった段取りを想定できないことがある。それならば、ヘルパーは買い物に付き添って声掛けしながら必要な材料を揃え、帰宅したら声掛けしながら手伝ってあげればいい。

避けなければならないのは、「カレーライスをつくれぬ」という判断をベースにしたケアプランを作成してしまうことだ。結局ヘルパーが買い物からカレーライスづくりまですべて行ってしまい、本人の残存機能が損なわれていってしまう結果になりかねない。

BPSD に備えて医療と介護の連携を あらかじめ準備しておくことも重要

認知症の場合、行動・心理症状（BPSD）が悪化した場合などの急性増悪期への備えをしておくことも重要であり、ここが通常のケアプランと大きく異なる点である。これが抜け落ちてしまうと、「急性増悪→即入院・即施設入所」となることも少なくない。

そうならないために必要なのが、医療との連携である。BPSD が発生したときには、D 診療所に診てもらい、E 訪問看護ステーションに来てもらうといった具合に、備えをしておくのだ。これを整えておくことで、入院という方向だけに選択肢が限定されることが

なくなる。その目配りをするのが、地域ケア会議の場である。BPSD が発生した場合は、即、チームが集まれるような備えをしておくのだ。

在宅でのケアプランが、急性増悪になって入院に至ったとしても、そのまま継承される、つまりケアプランの情報をもとに治療計画も組まれていくという状況が理想で、これこそ本来あるべき在宅と病院の「医療と介護の連携」と言うべきだろう。仮に入院したとしても、認知症対応の集中リハビリを経るなどして短期間で退院し、もとの住まいに戻れる可能性が高くなるはずだ。

認知症疾患を有する利用者は、服薬管理や食事管理において医療・介護の垣根を越えてチームで関わるという意識も欠かせない。地域ケア会議はその雰囲気醸成し、それぞれの役割分担を明確にする格好の場になり得る。たとえば声の掛け方一つ取っても「Aさんはこの言葉に反応する」というケースがあり、医師、ヘルパーが共有しておけば、利用者への接し方は大きく向上する。

認知症というと BPSD を連想しがちだが、大半の場合、中核症状への対応が大切だ。断片的に生じる中核症状に対しては「大きなお世話にならない見守り」と「促しのための声掛け」が重要になるのだ。地域ケア会議の中でケアプランの検討を通じ、そうしたことを「チーム」の方針として統一しておくのだ。これによって、医療と介護の声掛けを統一することもできる。

「医療と介護の連携」というと退院支援ばかりが注目されがちだが、入院の時点で退院に着目した情報を医療側に伝達し、共有しておくこともきわめて重要なのだ。これは医療側にとってもメリットがあるだろう。医師らによる瞬間的な診立てだけでなく、在宅での診立ての情報も踏まえたうえでの治療計画を立てることができるからだ。

ケアプランと医療計画の連動性は重要であり、それを調整する場である地域ケア会議が認知症患者の見守りには必要なのだ。和光市では、地域ケア会議を通じて情報の共有を行っているため、退院時にも在宅復帰か、グループホーム入所かといった退院時スクリーニングが可能になっている。医療・介護連携も進展しているのだ。

訪問・通所・短期入所が包括化される 小規模多機能の特性を生かせ

こうした認知症疾患を有する利用者に対する支援体制として、小規模多機能は適している。水分はきちんと摂っており、食事も時間通りに食べているのであれば、配食サービスで届いた料理をヘルパーがセットすればいい。あとは菓の声掛けと食事の促しで十分だ。

調子が悪ければ、短期入所に来てもらうといった心の準備もしておけば万全と言えるだろう。BPSD の予兆を感じ取ったらそれが悪化しないうちに、不安傾向があるなどと思ったらそれが顕在化しないうちに通所に来てもらい、そのまま泊まっていたでもいいわけだ。「訪問で状態が悪くなったので短期入所に連れていっても予約がないので受け入れられない」といった心配がいない。訪問・通所・短期入所の3サービスが包括管理で、給付管理されていない利点を活用していただきたい。それにはプランを綿密に作っておく必要がある。

通所を週3回利用するプランを立てたととしても、それはあくまで予定として割り切ることが、小規模多機能ならば可能だ。実際に支援を始めたら調子が悪くなって3日間短期入所を利用してもらうこともある。軽い BPSD などが起きたときに柔軟に対応できるのが小規模多機能の特長なのだ。「小規模多機能型居宅介護は地域密着型サービスの代名詞」という言葉を思い起こしていただきたいと思う。

地域ケア会議の事例を通じて、1プランのケアマネジメントの質の向上について、ご理解いただけたであろうか。

これまでの高齢者医療・介護は、病気にかかると、状態や必要なサービスに応じて急性期病院、亜急性期病院、回復期リハビリテーション病院、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設と、高齢者が転々と移動させられてきた。しかし、本来は急性期は別にしても、退院して家に帰ってきたら、自宅に来るサービスが変わっていけばよいのではないか。私は、住み慣れた地域で安心して医療や介護を受けられる環境を作ることが、地域包括ケアのあるべき姿ではないかと思う。

ところが、残念ながら多くの方は、在宅に対して介護老人保健施設や特別養護老人ホームのような安心や安全性をまだ感じていないのが現状である。だからこそ、要介護度4～5でも家で安心・安全に暮らせるのだというモデルを示していく必要がある。和光市の取り組みは、その試金石と言える。

市全体の介護保険事業計画がマクロ的な政策である一方、それを実際の自立支援や介護予防、人材育成等に結び付けるミクロ的な支援政策が、地域ケア会議によるケアマネジメントである。そういった点からも、保険者におけるケアマネジメントの質の評価の視点は「わが町の課題」を解決するため、ひいては高齢者の QOL 向上のために重要だと考える。

終章 介護支援専門員によるケアマネジメント機能とは

筒井 孝子（国立保健医療科学院 統括研究官）

（１）はじめに

2000年の介護保険制度の導入は、高齢者に対する介護サービスを措置から、契約によるものへと変えた。

また、制度実施前までは、地方自治体のケースワーカーや保健師等が主に担ってきた在宅要介護高齢者に対する介護サービスのマネジメントを新たな職種として生まれた介護支援専門員（ケアマネジャー）の役割として位置付けることとした。

そして、この介護支援専門員が利用者にとって、適切な介護サービスの組み合わせをすること、この給付管理をすることを「ケアマネジメント」と呼ぶとしてきた。

だが現在、先進国で示されているケアマネジメントとわが国で行われてきたケアマネジメントには大きな乖離がある。これは、ケアマネジメントを実施する介護支援専門員の資質によるともいえるが、介護保険制度における介護支援専門員の位置づけという制度上の問題もある。

本章では、このケアマネジメント機能の再構築の道筋を示しながら、今後の介護支援専門員の養成に関しても考察することを目的とする。

（２）英国でのケアマネジメント

英国では、一般に患者に病気を理解させ、煩雑な社会保障制度を利用しやすいように支援し、適切な治療についての助言をすることをケアマネジメントと呼ぶ。ただし、英国では、70%の患者は簡単な治療のみで自分で得ることができる医療的資源や知識だけで健康上の問題を解決できるため、このケアマネジメントの対象は、残りの30%の患者となる。

ただし、これら30%を占める患者の中でも、とくに慢性的な病気を持ち、生活状況や病気による相互作用が複雑であるため、医師が協働して、患者の健康の向上を考えないと臨床の医療やそのほかのケアサービス等を増加させても、より重篤の障害を被ってしまう可能性があると考えられている。

このような問題を解決しながら、療養を継続していくために、英国をはじめとして、多くの先進諸国では、医療サービスとこれに付随する保健福祉介護サービスをも含めて、マネジメントをすること、つまりケアマネジメントをすることが、新しい産業として注目を集めている。結果として、この産業は、全患者の20%程度を対象にするとされるが、そのグループに入るおそれがある患者も想定しながら、社会保障制度や実際の知識を持つ医療関係者によって、このマーケットは形成されてきた。

さて、このケアマネジメントという技能は、従来、医師が担っていた患者との協働の在り方の一部を専門化させたことによって生まれたものと解釈できる。英国では、ケアマネジメントを実施するケースマネジャーは、患者に病気のことを理解させ、生物心理社会的

な障壁 (biopsychosocial barriers)、または、社会保障制度の障壁を取り除くことを努力し、推薦すべき治療の選択についての助言をすること等をその仕事としている。

また、ケースマネジャーは、今日、誰に何を聞けばいいのかが分からないほど複雑で、分断されてきた英国の社会保障制度を患者が適切に利用できるようにするという機能も持っており、英国でのケースマネジャーの仕事は、広範囲にわたっており、これを遂行するためには、医療・保健・福祉・介護制度に関する広く、深い知識を備えていなければならないことがわかる。

(3) 日本におけるケアマネジメントの実態

日本のケアマネジメントと称する内容には、ほとんど病気を理解しつつ行うという状況にはない。彼らが行っているのは、介護保険制度下で提供される介護サービスのマネジメントであり、医療サービスや社会保障制度下の他のサービスを含めたマネジメントをできる者は少ない。

ただし、平成 18 年度から創設された地域包括支援センターには、介護支援専門員の日常的個別指導・相談や支援困難事例に関する介護支援専門員への指導・助言である包括的・継続的ケアマネジメント業務を行う役割を担う主任介護支援専門員が配置された。

この主任介護支援専門員には、地域圏域内の介護支援専門員に対するケアマネジメントへの助言・指導のほか、関係機関に働きかけ、地域包括支援ネットワークを構築し、当該介護支援専門員が他職種・他機関に働きかけやすい体制を作ることなどが具体的な業務として挙げられ、高齢者虐待に係る相談等、介護保険制度以外の社会保障制度の知識によつての解決が求められることが多い事例についても、その射程とすることとされたのであった。

このことから、理想とされる主任介護支援専門員の機能は、英国でのケアマネジメント機能に近づいてきたともいえる。

しかし、依然として、介護支援専門員側からは、医療サービスを含めたマネジメントの必要性は明確にされておらず、主任介護支援専門員には、サービス担当者会議における医療職との連携の不足⁵や、終末期におけるケアマネジメントにおいて課題がある⁶と指摘されている。

このため、医療と介護の連携の必要性については、むしろ平成 26 年度の診療報酬改定に際して、医療側からのアプローチによって、これを推進する動きのほうが発達している。厚生労働省 保険局 医療課長名で発表された平成 26 年 3 月 5 日版平成 26 年度「診療報酬改定の概要⁷」においては、社会保障制度改革国民会議報告書から、以下の抜粋が示され、医療と介護の連携が今回の報酬改定の重点とされた。

⁵ 瀬戸恒彦 (2006). サービス担当者会議における尾道市と神奈川県と比較および平成 17 年度調査結果と 18 年度調査結果の比較. 厚生労働科学研究費補助金 (長寿科学総合研究事業) 平成 18 年度分担研究報告書 : 267-329.

⁶ 内田陽子・中谷久恵・島内節 (2009). エンド・オブ・ライフケアニーズと在宅ケアマネジメントの実践. Kitakanto Med J , 59 : 337-344.

⁷ 厚生労働省保険局医療課長宇都宮啓. 平成 26 年度診療報酬改定の概要 (平成 26 年 3 月 5 日). <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039378.pdf>

『介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が、不可欠である。自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず、かかりつけ医の役割が改めて重要となる。そして、医療・介護サービスが地域の中で一体的に提供されるようにするためには、医療・介護のネットワーク化が必要であり、より具体的に言えば、医療・介護サービスの提供者間、提供者と行政間など様々な関係者間で生じる連携を誰がどのようにマネージしていくかということが重要となる』（筆者、下線追加）。

ここで言われる、医療と介護の連携におけるマネジメントを推進するために、今回の診療報酬改定がなされたことが示唆されている。

これを表しているのが、重点課題の医療機関の機能分化・強化と連携において示された、「4.在宅医療の充実等医療機関相互の連携や医療・介護の連携の評価について」である。

この項目に対応する報酬としては、例えば、「在宅医療を推進するため、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所の設置等、機能の高い訪問看護ステーションを評価する。」がある。これを算定する条件として、常勤看護職員機能強化型訪問看護管理療養費1：7人以上、あるいは、機能強化型訪問看護管理療養費2：5人以上といった、いわゆるストラクチャー評価に関する要件だけでなく、居宅介護支援事業所の設置（同一敷地内）（介護サービス計画、介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、1割程度の計画を作成）が要件とされている。

この要件が定められた理由は、『訪問看護ステーションの、特に医療的な管理が必要な利用者について、適切なタイミングで医療保険・介護保険の訪問看護が提供できる。』『ケアマネ事業所の利用者について、医療が必要となった際、ステーション看護師への相談や連携がよりスムーズに行える。』とされており、これは、在宅での介護と看護の連携をすすめることを企図した報酬であるといえる。

このように、介護支援専門員に対して、医療機関側から連携へのアプローチがなされるようになってきたことは極めて重要であり、今後、介護支援専門員には、これに対応すべき知識や技能を深めていくことが求められる。

（４）ケアマネジメントプロセスにおける問題

介護支援専門員を対象とした先行研究によれば、モニタリング、再アセスメント及びサービス担当者会議開催の実施率が低い^{8,9}ことや、利用者の直面している問題が将来の生活にどのような支障を与えるかがアセスメントできない、課題の整理ができない、課題に対応するサービスや資源の把握が十分でない¹⁰などの本質的な問題があることが示されている。

このように介護支援専門員のケアマネジメント機能としては、先行研究で実施してきた、ヒアリング調査によれば、図表5（P6）に示しているように、ケアマネジメントサイクル

⁸ 沖田裕子, 岡本玲子, 村岡枝理子. 介護支援専門員の質改善のためのケアマネジメント過程の検討. 日本在宅ケア学会誌 2002; 5: 54-61.

⁹ 谷亀光則, 高砂裕子, 青木潤一ほか. 介護支援専門員の現状と課題. 癌と化学療法 2003; 30: 74-79.

¹⁰ 見平隆. 介護保険制度5年目の現状と課題. 日老医誌 2004; 41: 198-200.

の中で、多職種によるサービス調整を行うための位置づけられるサービス担当者会議は、介護支援専門員の業務として、いわゆる課業に位置づけられていないという結果が示されている。

このことは、本研究事業で介護支援専門員に実施した調査からも、ある程度、明らかにされており、現行では、個別援助計画作成依頼をサービス担当者会議前に行っている者は1割程度であり、全くしていない者が5割近くに上っている。また、開催前の意見聴取において、主治医やインフォーマルサービス担当者、介護保険外サービス提供者にケアプラン原案の提示は6割以上が提示していなかったことが明らかにされた。

したがって、サービス担当者会議においては、ケアプランについての慎重な吟味をすることはできないと推察する。つまり、先にヒアリング調査で明らかにされたように、介護支援専門員にとってサービス担当者会議は重要な工程とは認識されておらず、形骸化している可能性が高い。吟味されずに実施された計画が運用される確率は低く、モニタリングが実施されない大きな要因となっていると考えられた。

一方で、介護支援専門員のアセスメントの段階でのニーズ分析、本人・家族の意向の確認の不足も要因として考えられている。この他には、個別性の高いニーズや専門的対応が必要な本人・介護者への関わりへの困難がある状況が示され、介護支援専門員単独あるいは、介護保険制度内のサービス、サービス提供者だけで対応することは難しく、現行のケアマネジメントプロセスは、介護保険制度における介護支援専門員の役割を超えている内容といえる。

なぜなら、現行の法制度の下では、介護保険制度外のサービスのマネジメントを実施するコストは、想定されておらず、医療や介護、福祉に跨る多様な領域のサービスを必要とするような困難な事例を、どこまで一般の介護支援専門員のケアマネジメントが担うかについては、経営戦略の範疇の問題である¹¹という指摘もあり、対応が困難な事例に対するケアマネジメントが、一般の居宅介護支援事業者からは、敬遠されていると解釈できる状況もある。

したがって、その多くは、行政やその他必要な関係機関、関係者と相談・連携しながら対応する必要があり、こういった事例が地域包括支援センターでの解決を図る事例とするといった優先順位の明確化をすべきであろう。つまり、サービス担当者会議が必要とされる利用者のスクリーニングが必要とされる。

このスクリーニングにあたっては、図表 80 (P90) に示したように、セルフマネジメントや、主としてディジーズマネジメントの対象となる利用者ではなく、いわゆる英米流のケースマネジメントを対象とするものとなる。

米国におけるケースマネジメントを実現するケースマネジャーに対しては、2010年の『ケース・マネジメントの仕方に関する基準』(CMSA) が示されている。これによれば、「ケース・マネジメントというのは、コミュニケーションと利用可能な資源を通して、健康における個人のニーズに応えるための評価、計画、導入、調整、監視、サービスの選択を含む協動的な課程である。」¹²と定義されている。その主な役割は、以下の通りである。

¹¹ 岩下清子. 「対応困難事例」のケアマネジメントーケアマネジャーの能力や努力で対応可能な問題とそれを超える問題があることについて. 訪問看護と介護 2001; 6:184-186.

¹² Kathol, R. G., Perez, R., & Cohen, J. S. (2010). Integrated Case Management Manual: Assisting

図表 80

ケースマネジャーの主な役割¹³

- ①患者の健康ニーズの包括的な評価を行う。
- ②情報を得た上での決断を可能にするように、ケースマネジメント、健康状態の改善に対する障壁を特定する。
- ③地域の資源、保険金などに対して患者とケア提供者を教育する。
- ④健康、生活の質（QOL）、資源を最大化する地域に加えて、患者、患者の家族、かかりつけ医、他のケア提供者、支払人と協力しながら、ケア計画を作成し、実施する。
- ⑤分断しがちなケア提供を抑え、エビデンスに基づいたケア提供を実現するように、患者に身体ケアや、精神ケアを提供するチームにおいてコミュニケーションと調整を促進する。
- ⑥意思決定過程に患者を参加させる。
- ⑦ケアが改善するように選択肢を探り、問題を解決する。
- ⑧必要な場合は、望まれている結果に至るための代替案を探る。
- ⑨ケース・バイ・ケースを基準にしながら、ケアの質の改善と費用効果を目指す。
- ⑩ケアに関する情報が医療環境（例えば、入院、外来、看護施設、リハビリテーション施設など）における必要なサービス提供に繋がるように患者を支援する。
- ⑪患者が質の高いケアを受けることを支援する。
- ⑫ケア提供者のチームが質の高いケアを提供するように支援する。
- ⑬購入者が手頃な価格で障害や能力の低下を抑えるように支援する。

以上に示されているように、このケースマネジメントが必要とされる利用者のスクリーニングにあたって、とくに重要と考えられる点は、当該自治体が利用できる資源の種類や量によって、対象となる利用者の範囲や人数が限定されることになるだろうということである。つまり、介護支援専門員に係る利用者の属性は、自治体によって異なるだろうし、その優先順位もまた異なる可能性が高いということである。

（5）ケアマネジメント機能の向上のために

いわゆるケースマネジメントの対象が、自治体によって異なることを国民が受け入れるかについては、否、国がこれを表明するかもわからないが、ケアマネジメント機能を向上させるためには、第一に、現行のマネジメント機能の明確化を図る必要があり、そのためには、利用者を限定していくことが前提となる。

いずれの利用者に対してもサービス担当者会議をしなければならないといった、画一的な方策では、実効性が高いケアマネジメントの在り方を明確にすることがほとんど不可能である。

Complex Patients Regain Physical and Mental Health. Springer Publishing Company.P4

¹³ Kathol, R. G., Perez, R., & Cohen, J. S. (2010). Integrated Case Management Manual: Assisting Complex Patients Regain Physical and Mental Health. Springer Publishing Company.P4

第二として、ケアマネジメント機能を向上させるためには、介護支援専門員が現在、担っているケアマネジメントの機能を分割し、分割された機能別に、「どこの」、「誰が」、担うべきなのかということを含めて、検討が行われなければならない。

すなわち、行政や在宅療養に関わる支援機関が、これらのケアマネジメント機能の一部を担う、あるいはサポートする体制を自治体毎に構築しなければならない。

第三として、今後、とくに推進すべきとされている医療と介護の連携を主とした英米流のケースマネジメントサービスを参考とするならば、利用者と病院、利用者のケアの専門家といった機関間、専門職間のコーディネーションレベルの連携を図るインセンティブとしての介護報酬の在り方を検討し、これによって、自治体が目標とできるアウトカムを設定できるような工夫がされなければならない。

ケアマネジメント機能の向上とは、基本的に医療や介護保険制度にとって、このケアマネジメントサービスの価値が本当にあるかということに尽きる。

例えば、徐々に推進されつつある地域連携パスのような臨床的なケースマネジメントプログラムが創られることは、複数ヶ所で病気の発症や、その治癒、そして回復過程を確認することになる

これは、英米流のケースマネジメントを開始するものにとっては、長期的臨床変化の把握や費用削減を行う絶好の機会となる。そして、このような英米流のケースマネジメントを実現できる人材を地域包括支援センターに配置し、こういった事例を蓄積していくことが保険者には期待されている。

(6) おわりに

国際的な文脈においては、ケアマネジメントの目的は、医療や介護サービスの品質保証のための方法を具体化し、ケアマネジメントによって費用対効果を高めることである。

日本は、このケアマネジメントを地域包括ケアシステムの下で実施するサブシステムとして位置づけた。この他のサブシステムとして、セルフケアあるいはセルフマネジメントシステムがあり、圏域内の行政、ボランティアセクターやサービスのマネジメントシステムも存在する。

つまり、ケアマネジメントを遂行する人材として、介護支援専門員、いわゆるケアマネジャーを位置づけるとするならば、介護保険事業計画だけでなく、医療を含めた自治体の資源整備計画の策定、その遂行、管理といった地域包括ケア圏域の運営に関する知識や技術を具備した人材が位置づけられることになる。

おそらく、平成 18 年度から、地域包括支援センターに配備されることとなった主任介護支援専門員は、その発足にあたって、日本の地域包括ケアシステムにおけるケアマネジメントを実現できる人材として意図されたのだろう。だからこそ、これらの主任介護支援専門員には、他職種連携とりわけ、地域における在宅ケアのマネジメント、水平的統合を行うためのスキルが求められたはずである。

現行の主任介護支援専門員を、これから創る地域包括ケアシステムに有用な人材とするためには、OJT による徹底的な研修システムを整備し、その資質を向上させ、標準化していかねばならない。

このためには、現場に学習する文化を創っていく必要がある。現行の介護支援専門員のケアマネジメントには、種々の課題があり、これが介護保険制度の根幹を揺るがすような事態にならないよう、今後のケアマネジメントの質の向上のための施策がなされることが求められよう。

添付資料 調査票

介護支援専門員及びケアマネジメンの質の評価に関する調査研究事業 介護支援専門員(ケアマネジャー)業務調査

平成25年12月16日までに、「回答用紙」のみをFAXにてご返送下さい。

FAX番号は 0120-357-839

あなた(ケアマネジャー)ご自身について伺います。平成25年11月1日現在でご回答ください。

問1. 性別、年代、取得資格についてお尋ねします。(該当する番号に1つだけ○を)

(1) 性別	1. 男性	2. 女性		
(2) 年代	1. ~20歳代	2. 30歳代	3. 40歳代	4. 50歳代~
(3) 取得している資格(該当する番号にいくつでも○を)				
1. 介護福祉士	2. 主任介護支援専門員	3. 看護師	4. 准看護師	
5. 保健師	6. 精神保健福祉士	7. 理学療法士	8. 作業療法士	
9. 社会福祉士	10. 管理栄養士	11. 栄養士	12. 調理師	
13. 訪問介護員()級		14. 社会福祉主事		
15. その他()		16. なし		

問2. あなたの勤務している職場についてお尋ねします。

(1) 勤務先の施設・事業所の所在地を教えてください。(該当する番号を1つだけ選び記入)							
1. 北海道	2. 青森	3. 岩手	4. 秋田	5. 宮城	6. 山形	7. 福島	8. 新潟
9. 茨城	10. 栃木	11. 群馬	12. 千葉	13. 埼玉	14. 東京	15. 神奈川	16. 山梨
17. 静岡	18. 長野	19. 岐阜	20. 富山	21. 石川	22. 福井	23. 愛知	24. 三重
25. 滋賀	26. 京都	27. 奈良	28. 大阪	29. 和歌山	30. 兵庫	31. 鳥取	32. 島根
33. 岡山	34. 広島	35. 山口	36. 徳島	37. 香川	38. 愛媛	39. 高知	40. 福岡
41. 佐賀	42. 大分	43. 宮崎	44. 熊本	45. 長崎	46. 鹿児島	47. 沖縄	
(2) 勤務先の施設・事業所の法人について教えてください。(該当する番号に1つだけ○を)							
1. 社会福祉法人	2. 医療法人	3. 一般(公益)社団法人・財団法人					
4. 営利法人・民間企業	5. NPO(特定非営利活動)法人						
6. 地方自治体、広域連合、一部事務組合等	7. その他()						
(3) 勤務先の施設・事業所の種別について、教えてください。(該当する番号に1つだけ○を)							
1. 居宅介護支援事業所	2. 介護老人保健施設	3. 介護老人福祉施設					
4. 小規模多機能型居宅介護	5. 認知症対応型共同生活介護						
6. 特定施設入居者生活介護	7. 介護療養型医療施設	8. 地域包括支援センター					
9. その他()							
(4) 勤務先の特定事業所加算の取得状況について教えてください。(該当する番号に1つだけ○を)							
1. 特定事業所加算(Ⅰ)を取得	2. 特定事業所加算(Ⅱ)を取得	3. 加算なし					

問3. あなたの勤務の状況についてお尋ねします。

(1) 勤務形態について教えてください。(該当する番号に1つだけ○を)	
1. 常勤	2. 非常勤
(2) ケアマネジャーの経験年数を記入してください。	
①現職場、他の職場の通算年数	約 年 ヶ月
②現職場での年数	約 年 ヶ月

(3) 保健・医療・福祉分野全体での全経年数を記入してください。		
約	年	ヶ月

(4) 現職場での役職について教えてください。(該当する番号に1つだけ○を)		
1. センター全体の責任者・管理職	2. ある部門の責任者・管理職	3. 管理職ではない主任・主査
4. 特に役職はない	5. その他()	

(5) 現職場での兼務状況について教えてください。(該当する番号に1つだけ○を)	
1. 兼務 →(6)へ	2. 専従 →(8)へ

【(6)(7)の質問は、「1. 兼務」に○を付けた方にお尋ねします。】

(6) 現職場で兼務している職種を教えてください。(該当する番号にいくつでも○を)				
1. 介護職員	2. 看護職員	3. 生活相談員	4. 事務員	5. 施設長
6. その他()				

(7) 現職種では、取得している資格を活用していますか。(該当する番号に1つだけ○を)	
1. 活用している(要件となっている)	2. 活用していない(要件ではない)

【ここから問5の(2)までは、全員お答え下さい。】

(8) 勤務状況について記入してください。		
①1日の勤務時間	約	時間
②1日の残業時間	約	時間
③月平均の夜間・休日の出勤頻度	約	日

(9) 業務の件数や時間について記入してください。		
①月平均のケアプラン作成数	約	件
②月平均の利用者宅への訪問回数	約	件
③1回あたり訪問時間	約	時間

(10) あなたの連携活動についてお尋ねします。(各質問ごとに、該当する番号を1つ選び記入)		
1. あなたは、他の機関(施設)と分担して援助活動をしたとき、進行状況や結果をその関連機関(施設)に報告していますか。	4. いつも報告する 2. あまり報告しない	3. 必要に応じて報告する 1. まったく報告しない
2. あなたは、利用者が他機関(施設)からどんなサービスを受けているかを把握していますか。	4. とてもよく把握している 2. あまり把握していない	3. ある程度、把握している 1. まったく把握していない
3. あなたは、サービス提供に必要な知識や情報を他機関(施設)から集めていますか。	4. とてもよく集めている 2. あまり集めていない	3. ある程度、集めている 1. まったく集めていない
4. あなたは、利用者の相談内容や問題状況を基礎に、他機関・他職種に対して必要なサービス・プログラムを作成(文章化)し、提言していますか。	4. とてもよくしている 2. あまりしていない	3. ある程度している 1. まったくしていない
5. あなたは、他の機関(施設)に協力を要請しますか。	4. とてもよく要請している 2. あまり要請していない	3. ある程度、要請している 1. まったく要請していない
6. あなたは、他の機関(施設)から協力を要請されますか。	4. とてもよく要請される 2. あまり要請されない	3. ある程度、要請される 1. まったく要請されない
7. あなたは、自分と関連する専門職の集まりだけではなく、他の職種の専門職員の集まり(会議)にも参加していますか。	4. 全て参加している 2. あまり参加していない	3. ある程度、参加している 1. まったく参加していない
8. あなたは、関連他機関(施設)の実務者からその機関の業務や実態に関する内容を聞いていますか。	4. 全て聞いている 2. あまり聞いていない	3. ある程度、聞いている 1. まったく聞いていない
9. あなたは、関連他機関(施設)にどういった専門職がいるかを把握していますか。	4. とてもよく把握している 2. あまり把握していない	3. ある程度、把握している 1. まったく把握していない
10. あなたは、事例検討会議への参加を同僚に呼び掛けますか。	4. 積極的に勧める 2. あまり勧めない	3. ある程度、勧める 1. まったく勧めない
11. あなたは、関連機関(施設)や他職種との親睦会に参加しますか。	4. 全て参加している 2. あまり参加していない	3. ある程度、参加している 1. まったく参加していない
12. あなたの機関(施設)では、専門員が新規に就任した場合、関連機関(施設)に挨拶回りをしますか。	4. とてもよく回っている 2. あまり回っていない	3. ある程度、回っている 1. まったく回っていない
13. あなたは、複数の機関(施設)が参加する会議等において、自分の判断で一定の費用負担を決定する権限がありますか。	4. 全て決定する権限がある 2. あまり決定できない	3. ある程度決定する権限がある 1. まったく決定できない
14. あなたは、自分の業務内容について他の関連機関(施設)に資料を配布していますか。	4. 全て配布している 2. あまり配布していない	3. ある程度、配布している 1. まったく配布していない
15. あなたは、複数の機関(施設)・専門職で集めた利用者の情報を管理していますか。	4. 全て管理している 2. あまり管理していない	3. ある程度、管理している 1. まったく管理していない
(11) サービス事業者などと協力して地域住民や家族介護者などに対する介護教室を開催し、介護保険や介護技術、介護予防、認知症などについて説明・指導を行っていますか。(該当する番号に1つだけ○を)		
1. 定期的に行なっている	2. ある程度、行なっている	3. あまり行っていない
4. 全く行っていない		

問4. 平成25年11月1日現在で担当している利用者についてお尋ねします。

(1) 利用者の人数について、要介護度別に具体的な数字を記入してください。			
要支援	要介護	その他	合計
要支援1(人)	要介護1(人)	その他 (人)	_____人
要支援2(人)	要介護2(人)		
	要介護3(人)		
	要介護4(人)		
	要介護5(人)		

問5. 今年度に担当したケースについてお尋ねします。

(1) 以下の事例の件数、人数について具体的な数字を記入してください。		
	件数	人数
①認知症によるBPSD(行動・心理症状)	件	人
②利用拒否	件	人
③虐待(疑いのケースも含む)	件	人
④権利擁護、成年後見	件	人
⑤生活保護	件	人

(2) 「サービス担当者会議を開催しなかったケース」について回答してください。ここ6ヶ月間でサービス担当者会議を開催しなかったケースがありましたか。(該当する番号に1つだけ○を)

1. 開催しないケースがあった →(3)へ 2. 開催しないケースはなかった →問6へ

【(2) サービス担当者会議を「1. 開催しないケースがあった」に○を付けた方にお尋ねします。】

(3) 開催しなかった理由は何ですか。(該当する番号にいくつでも○を)
1. ケアプランに記載の担当者全員が欠席したため(担当者都合)
2. ケアプランの変更が軽微だったため
3. 要介護状態区分を変更するような、利用者の状態の変化ではなかったため →(4)へ
4. 要介護状態区分を変更するような、利用者を取り巻く環境(生活環境や介護環境等)の変化ではなかったため →(5)へ
5. その他()

▶ 【上記(3)で、「3」の理由に○を付けた方にお尋ねします。】

(4) どのように状態変化を把握しましたか。(該当する番号にいくつでも○を)
1. モニタリングの結果から状態を把握した
2. 他者への聴き取りの結果から状態を把握した →(4-1)へ
3. その他()

【上記(4)で、「2」の選択肢に○を付けた方にお尋ねします。】

(4-1) 聴き取りの対象者はだれでしたか。(該当する番号にいくつでも○を)
1. 事業所 2. 主治医 3. その他()

▶ 【上記(3)で、「4」の理由に○を付けた方にお尋ねします。】

(5) どのように状態変化を把握しましたか。(該当する番号にいくつでも○を)
1. モニタリングの結果から状態を把握した
2. 他者への聴き取りの結果から状態を把握した →(5-1)へ
3. その他()

【上記(5)で、「2」の選択肢に○を付けた方にお尋ねします。】

(5-1) 聴き取りの対象者はだれでしたか。(該当する番号にいくつでも○を)
1. 事業所 2. 主治医 3. その他()

【ここからは、全員お答え下さい。】

平成25年11月1日現在で、「1番最後にサービス担当者会議を開催したケース」での利用者についてお尋ねします。

問6. ケースの対象となった利用者の状況・特性についてお尋ねします。

(1) アセスメント理由を教えてください。(該当する番号に1つだけ○を)						
1. 初回	2. 更新	3. 変化(悪化・改善)	4. 退院	5. 退所		
6. その他()						
(2) 利用者の性・年齢を回答してください。(①該当する番号に1つだけ○を、②数字を記入)						
① 性別	1. 男性	2. 女性	② 年齢	歳		
(3) 利用者の世帯区分を教えてください。(該当する番号に1つだけ○を)						
1. 単身 2. 高齢者のみ 3. その他()						
(4) 利用者の家族構成について回答してください。(最大五人まで)						
	続柄 (それぞれ該当する番号を1つ選び記入)	年齢 (数字を記入)	同・別居 (それぞれ該当する番号に○を)	健康状態 (それぞれ該当する番号に○を)		
一人目	1.配偶者 2.子 3.孫 4.その他親族 5.その他		1.同居 2.別居	1.良好 2.不良		
二人目	1.配偶者 2.子 3.孫 4.その他親族 5.その他		1.同居 2.別居	1.良好 2.不良		
三人目	1.配偶者 2.子 3.孫 4.その他親族 5.その他		1.同居 2.別居	1.良好 2.不良		
四人目	1.配偶者 2.子 3.孫 4.その他親族 5.その他		1.同居 2.別居	1.良好 2.不良		
五人目	1.配偶者 2.子 3.孫 4.その他親族 5.その他		1.同居 2.別居	1.良好 2.不良		
(5) 利用者の日常生活自立度について教えてください。(それぞれ該当する番号に1つだけ○を)						
①障害高齢者	1. J1	2. J	3. A1	4. A2	5. B1	6. B2
	7. C1	8. C2				
②認知症高齢者	1. 自立	2. I	3. IIa	4. IIb	5. IIIa	6. IIIb
	7. IV	8. M				
(6) 利用者の認定状況について教えてください。(該当する番号に1つだけ○を)						
①認定情報 (現在)	1. 申請中(区分変更を含む)					
	2. 要支援1		3. 要支援2			
	4. 要介護1	5. 要介護2	6. 要介護3	7. 要介護4	8. 要介護5	
②2回目以降の認定の場合、前回の認定結果を教えてください。(該当する番号に1つだけ○を)						
(1回目の場合は、9を選択してください)	1. 非該当	2. 要支援1	3. 要支援2	4. 要介護1	5. 要介護2	
	6. 要介護3	7. 要介護4	8. 要介護5	9. 1回目の認定		
③認定年月日	(西暦)	年	月	日		
④認定期間	(西暦)	年	月	日	～ (西暦) 年 月 日	
⑤利用者の加算の手続き (該当する番号に1つだけ○を)	1. 認知症加算		2. 独居高齢者加算			

平成25年11月1日現在で、「1番最後にサービス担当者会議を開催したケース」での利用者に関わる認定調査についてお尋ねします。

問7. 現在利用しているサービスと、その具体的な利用状況についてお尋ねします。

(1) 利用している在宅サービス (該当する番号にいくつでも○を)	具体的な利用状況 (数字を記入)
1. (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス)	月に 回(回数)
2. (介護予防)訪問入浴介護	月に 回
3. (介護予防)訪問看護	月に 回
4. (介護予防)訪問リハビリテーション	月に 回
5. (介護予防)居宅療養管理指導	月に 回
6. (介護予防)通所介護(デイサービス)	月に 回
7. (介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)	月に 回
8. (介護予防)短期入所生活介護(特養等)	月に 日(日数)
9. (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月に 日
10. (介護予防)特定施設入居者生活介護	月に 日
11. (介護予防)福祉用具貸与	品目
12. 特定(介護予防)福祉用具販売	品目
13. 住宅改修	
14. 夜間対応型訪問介護	月に 日
15. (介護予防)認知症対応型通所介護	月に 日
16. (介護予防)小規模多機能型居宅介護	月に 日
17. (介護予防)認知症対応型共同生活介護	月に 日
18. 地域密着型特定施設入居者生活介護	月に 日
19. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月に 日

(2) 利用している入所サービス(該当する番号に1つだけ○を)
1. 介護老人福祉施設
2. 介護老人保健施設
3. 介護療養型医療施設
4. 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)
5. 特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)
6. 医療機関(医療保険適用療養病床)
7. 医療機関(療養病床以外)
8. その他の施設

問8. 利用者自身の状態についてお尋ねします。

(1) 身体機能・起居動作関連について
①麻痺等の有無(該当する番号にいくつでも○を)
1.ない 2.左上肢 3.右上肢 4.左下肢 5.右下肢 6.その他(四肢の欠損)
②関節の動く範囲の制限の有無(該当する番号にいくつでも○を)
1.ない 2.肩関節 3.股関節 4.膝関節 5.その他(四肢の欠損)

(以下の各設問は、特に指定がない場合、それぞれ該当する番号を1つだけ選び記入)

③寝返り	1.つかまらないでできる	2.何かにつかまればできる	3.できない
④起き上がり	1.つかまらないでできる	2.何かにつかまればできる	3.できない
⑤座位保持	1.できる 3.支えてもらえればできる	2.自分の手で支えればできる 4.できない	
⑥両足での立位保持	1.支えなしでできる	2.何か支えがあればできる	3.できない
⑦歩行	1.つかまらないでできる	2.何かにつかまればできる	3.できない
⑧立ち上がり	1.つかまらないでできる	2.何かにつかまればできる	3.できない
⑨片足での立位保持	1.支えなしでできる	2.何か支えがあればできる	3.できない
⑩洗身	1.介助されていない	2.一部介助	3.全介助
⑪つめ切り	1.介助されていない	2.一部介助	3.全介助
⑫視力			
1.普通	2.約1m離れた視力確認表が見える	3.目の前の視力確認表が見える	
4.ほとんど見えない	5.見えているか判断不能		
⑬聴力			
1.普通	2.普通の声はやっと聞き取れる	3.かなり大きな声は聞き取れる	
4.ほとんど聞こえない	5.聞こえているか判断不能		

(2)生活機能関連について(それぞれ該当する番号を1つだけ選び記入)				
①移乗	1.介助されていない	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
②移動	1.介助されていない	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
③えん下	1.できる	2.見守り等	3.できない	
④食事摂取	1.介助されていない	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
⑤排尿	1.介助されていない	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
⑥排便	1.介助されていない	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
⑦口腔清潔	1.介助されていない	2.一部介助	3.全介助	
⑧洗顔	1.介助されていない	2.一部介助	3.全介助	
⑨整髪	1.介助されていない	2.一部介助	3.全介助	
⑩上衣の着脱	1.介助されていない	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
⑪ズボン等の着脱	1.介助されていない	2.見守り等	3.一部介助	4.全介助
⑫外出頻度	1.週1回以上	2.月1回以上	3.月1回未満	

(3)認知機能関連について(それぞれ該当する番号を1つだけ選び記入)		
①意思の伝達	1.対象者は意思を他者に伝達できる 3.ほとんど伝達できない	2.ときどき伝達できる 4.全く伝達できない
②毎日の日課を理解すること	1.できる	2.できない
③生年月日や年齢を言うこと	1.できる	2.できない
④短期記憶 (面接調査の直前に何をしていたか思い出す)	1.できる	2.できない
⑤自分の名前を言うこと	1.できる	2.できない
⑥今の季節を理解すること	1.できる	2.できない
⑦場所の理解(自分がいる場所を答える)	1.できる	2.できない
⑧徘徊	1.ない	2.ときどきある
⑨外出すると戻れないこと	1.ない	2.ときどきある

(4) 精神・行動障害関連について(それぞれ該当する番号を1つだけ選び記入)			
①物を盗られたなどと被害的になること	1.ない	2.ときどきある	3.ある
②作話をする事	1.ない	2.ときどきある	3.ある
③泣いたり、笑ったりして感情が不安定になること	1.ない	2.ときどきある	3.ある
④昼夜の逆転があること	1.ない	2.ときどきある	3.ある
⑤しつこく同じ話をする事	1.ない	2.ときどきある	3.ある
⑥大声をだすこと	1.ない	2.ときどきある	3.ある
⑦介護に抵抗すること	1.ない	2.ときどきある	3.ある
⑧「家に帰る」等と言いつつ落ち着きがないこと	1.ない	2.ときどきある	3.ある
⑨一人で外に出たがり目が離せないこと	1.ない	2.ときどきある	3.ある
⑩いろいろなものを集めたり、無断でもってくる事	1.ない	2.ときどきある	3.ある
⑪物を壊したり、衣類を破いたりすること	1.ない	2.ときどきある	3.ある
⑫ひどい物忘れ	1.ない	2.ときどきある	3.ある
⑬意味もなく独り言や独り笑いをすること	1.ない	2.ときどきある	3.ある
⑭自分勝手に行動すること	1.ない	2.ときどきある	3.ある
⑮話がまとまらず、会話にならないこと	1.ない	2.ときどきある	3.ある

(5) 社会生活の適応関連について(それぞれ該当する番号を1つだけ選び記入)			
①薬の内服	1.自立	2.一部介助	3.全介助
②金銭の管理	1.自立	2.一部介助	3.全介助
③日常の意思決定	1.できる 3.日常的に困難	2.特別な場合を除いてできる 4.できない	
④集団への不適応	1.ない	2.ときどきある	3.ある
⑤買い物	1.できる	2.見守り等	3.一部介助 4.全介助
⑥簡単な調理	1.できる	2.見守り等	3.一部介助 4.全介助

(6) 利用者が過去14日間に受けた医療について(該当するもの全てに○)			
1. 点滴の管理	2. 中心静脈栄養	3. 透析	4. ストーマ(人工肛門)の処置
5. 酸素療法	6. レスピレーター(人工呼吸器)	7. 気管切開の処置	
8. 疼痛の看護	9. 経管栄養	10. モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	
11. 褥瘡の処置	12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)		
13. 1～12の受療なし			

問9. ケアプラン原案に対する個人援助計画(案)や、専門的立場からの意見などに対する対応についてお尋ねします。

(1) ケアプラン原案に基づく個別援助計画(案)をいつ受け取りましたか。(該当する番号に1つだけ○を)			
1. サービス担当者会議の前	2. サービス担当者会議の当日	3. サービス担当者会議の後日	4. 受け取っていない
(2) ケアプラン原案に対する各関係者や事業所の専門的立場からの意見等をいつ受け取りましたか。(該当する番号に1つだけ○を)			
1. サービス担当者会議の前	2. サービス担当者会議の当日	3. サービス担当者会議の後日	4. 受け取っていない

平成25年11月1日現在で、「1番最後にサービス担当者会議を開催したケース」
についてお尋ねします。

問10. 以下の各項目について、ご自身の実施状況をお答え下さい。(それぞれ該当する番号を1つだけ選び記入)

以下の活動・対応について、該当する番号をひとつ選んでください。 以下の調査については成25年11月1日現在で 「1番最後にサービス担当者会議を開催したケース」について記入してください。		し た	あ る 程 度 し た	た あ ま り し な か っ た	全 く し な か っ た
(1) 「サービス担当者会議」開催前の、情報収集について伺います。					
1	地域におけるサービス提供事業者の特徴(サービス量(介護者、資格者、保有用品・機材など)、強み・弱みなど)の最新情報を把握した。	4	3	2	1
2	地域における社会資源の特徴(ボランティアの活動、民生委員の関わり、近隣商店街の生活支援となる活動等)の最新情報を把握した。	4	3	2	1
3	地域における病院や診療所(歯科を含め)等の特徴(往診等の状況、ドクターの利用者やケアマネに対する関わり、強み・弱みなど)の最新情報を把握した。	4	3	2	1
4	事業所内や関係者等で地域サービス・医療機関等の現状について情報共有した。	4	3	2	1
5	利用者の受付情報(日時、対応者、受付方法など)や基本情報(氏名、性別、生年月日、住所など)を把握した。	4	3	2	1
6	被保険者情報(医療保険の種類(後期高齢者、健保)、生活保護の有無、身障者手帳の有無など)を把握した。	4	3	2	1
7	認定情報(利用者の認定結果:要介護度、審査会の意見、支給限度額など)を把握した。	4	3	2	1
8	日常生活の自立度(障害高齢者、認知症高齢者の場合)を把握した。	4	3	2	1
9	(既往症があれば)主治医意見書、看護サマリー等で利用者の状態を確認した。	4	3	2	1
10	利用者の住環境(戸建て・集合住宅、和洋室、便座、浴槽、改修状況など)、地域環境(交通量、交差点、最寄り駅など)を把握した。	4	3	2	1
11	家族等の情報(家族構成、介護者の属性など)を把握した。	4	3	2	1
12	家族等の介護力(介護意思、介護負担など)や利用者との関係などについて把握した。	4	3	2	1
13	利用者・家族の主訴や要望(利用目的、要望・意向など)を把握した。	4	3	2	1
14	援助目標設定にあたっての本人(及び家族)の希望を把握した。	4	3	2	1
15	サービスに対する要望(曜日・回数・時間設定等)とその理由を把握した。	4	3	2	1
16	利用者の生活歴、職業歴、ライフスタイル、興味、価値観、経済状況、意欲等を把握した。	4	3	2	1
17	利用者の生活状況(日常の時間帯別の行動や介助の様子)を把握した。	4	3	2	1
18	利用している介護保険サービスの内容(種類や曜日、時間帯など)を把握した。	4	3	2	1
19	利用しているインフォーマルサービスの内容(種類や曜日、時間帯など)を把握した。	4	3	2	1
20	利用している介護保険外サービスの内容(種類や曜日、時間帯など)を把握した。	4	3	2	1

以下の活動・対応について、該当する番号をひとつ選んでください。 以下の調査については成25年11月1日現在で 「1番最後にサービス担当者会議を開催したケース」について記入してください。		し た	あ る 程 度 し た	た あ ま り し な か っ た	全 く し な か っ た
21	身体状況、口腔内の状況、ADL、IADL及びそれらに関する診療情報や服薬状況、既往歴等について、主治医の意見書、看護サマリー等から把握した。	4	3	2	1
22	精神状況、認知症の症状及びそれらに関する診療情報や服薬状況、既往歴等について、主治医の意見書、看護サマリー等から把握した。	4	3	2	1
23	「できる活動」と「している活動」を区分し、さらに活動を制限している要因を把握した。	4	3	2	1
(2) 「サービス担当者会議」開催前の、利用者や家族への情報提供について伺います。					
1	介護支援専門員の役割やケアマネジメントの目的について説明し、理解を得た。	4	3	2	1
2	「重要事項説明」を行った。	4	3	2	1
3	ケアプランの作成にあたり、利用者・家族の意向が反映されることを説明し、主体的な参加を求めた。	4	3	2	1
4	秘密保持やプライバシー・人権の尊重について説明し、個人情報収集と提供のルールについて同意を得た。	4	3	2	1
5	利用者の要望やニーズがあっても、対応できないサービスがあることを説明した。	4	3	2	1
(3) ケアプラン原案の作成時の分析について伺います。					
1	主訴に対して、介護支援専門員自身がニーズとして感じることと、利用者や家族が要望(欲求)していることを整理した。	4	3	2	1
2	現状把握に基づき、見通し・課題を設定した。	4	3	2	1
3	見通し・課題の判断理由や根拠を明確にした。	4	3	2	1
4	第1表において、利用者及び家族の生活に対する意向では、「利用者の言葉」「家族の言葉」「利用者の暮らしや生活歴、価値観」などに基づき記載した。	4	3	2	1
5	第1表の総合的な援助の方針は、第2表の内容を受けて、「全体としての生活課題」「各種のサービス担当者の対応」「予想されるリスク」「対処の方法」「確実な連絡先」を記載した。	4	3	2	1
6	第2表の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」は、①緊急度 ②重要度 ③即応度を考慮して順序を設定した。	4	3	2	1
7	第2表の「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の順序の理由や根拠を明確にした。	4	3	2	1
8	第2表の「長期目標」は、「その人らしさ」を守るために、健康・安全・安心の確保を考慮して、解決すべき課題に対して設定した。	4	3	2	1
9	第2表の「長期目標」設定の理由や根拠を明確にした。	4	3	2	1
10	第2表の「長期目標期間」設定の理由や根拠を明確にした。	4	3	2	1
11	第2表の「短期目標」は、「長期目標に対して段階的」「具体的な内容」「達成可能な内容」を考慮して設定した。	4	3	2	1
12	第2表の「短期目標」設定の理由や根拠を明確にした。	4	3	2	1
13	第2表の「短期目標期間」設定の理由や根拠を明確にした。	4	3	2	1

以下の活動・対応について、該当する番号をひとつ選んでください。 以下の調査については成25年11月1日現在で 「1番最後にサービス担当者会議を開催したケース」について記入してください。		し た	あ る 程 度 し た	た あ ま り し な か っ た	全 く し な か っ た
14	第2表の「サービスの内容」は、短期目標の達成を可能にするために必要なサービスを、既存のサービス資源にとらわれないで記載した。	4	3	2	1
15	第2表の「サービスの内容」を利用料等を含めた文書を作成し、利用者・家族等に説明した上で、サービス選択を求めた。	4	3	2	1
16	第2表の「サービス種別」は、①サービス主体 ②サービス内容 を明確にした。	4	3	2	1
17	第2表の「サービス種別」は、地域のサービス資源の状況に合わせて、サービス資源を選択した。	4	3	2	1
18	第2表の「サービスの種別」では、課題に対するサービス提供事業者の選定理由を具体的に記載した。	4	3	2	1
19	第2表の「頻度」「期間」はアセスメント結果に基づいき、目標達成できるよう設定した。	4	3	2	1
20	第3表(週間サービス計画表)では、介護保険外のサービスも含めた1週間単位のスケジュールを作成した。	4	3	2	1
21	第3表(週間サービス計画表)では、週単位以外のサービスも記載した。	4	3	2	1
22	第3表(週間サービス計画表)では、「主な日常生活上の活動」として、利用者の一日の生活の流れを記入した。	4	3	2	1
23	第3表(週間サービス計画表)では、介護者の生活や多忙な時間帯、趣味の時間帯なども把握して作成した。	4	3	2	1
(4) 各事業者への個別援助計画の作成依頼状況についてお尋ねします。					
1	サービス担当者会議の前に、ケアプラン原案(第1表～第3表)をサービス事業者に提供した。	4	3	2	1
2	サービス担当者会議の前に、ケアマネジャーの情報を再確認するなどして、利用者の基本情報や利用者の状態がわかる書類を作成し提供した。	4	3	2	1
3	サービス担当者会議の前に、サービス選定の根拠資料を作成し、サービス事業者に提供した。	4	3	2	1
4	サービス担当者会議の前に、居宅への訪問を行い、現場の状況把握、本人や家族の面談内容などを基づく個別援助計画(案)を策定するよう、サービス事業者に依頼した。	4	3	2	1
5	個別援助計画(案)の提出の際、アセスメントの結果を記載するよう依頼した。	4	3	2	1
6	サービス担当者会議の前に、ケアプラン原案に基づく個別援助計画(案)の提出を依頼した。	4	3	2	1
(5) 「サービス担当者会議」開催前の、ケアプラン原案への意見聴取についてお尋ねします。					
1	サービス担当者会議の前に、ケアプラン原案(第1表～第3表)を主治医(医療機関)に提供した。	4	3	2	1
2	サービス担当者会議の前に、ケアプラン原案(第1表～第3表)をインフォーマルサービス担当者や介護保険外サービス提供者(行政サービスを含む)に提供した。	4	3	2	1
3	サービス担当者会議前に、ケアプラン原案に対する各関係者や事業所の専門的立場から、その他の意見等(全体的な方向性、ケアプラン原案以外にあるニーズ等)の提出を依頼した。	4	3	2	1

以下の活動・対応について、該当する番号をひとつ選んでください。 以下の調査については成25年11月1日現在で 「1番最後にサービス担当者会議を開催したケース」について記入してください。		し た	あ る 程 度 し た	た あ ま り し な か っ た	全 く し な か っ た
(6) 個別援助計画のケアプラン(案)への反映についてお尋ねします。					
1	サービス事業者から提出された個別援助計画(案)とケアプラン原案が連動しているか確認した。	4	3	2	1
2	課題に対するサービス提供事業者の見直し理由を別紙に具体的に記載した。	4	3	2	1
3	サービス事業者を選定し、選定の根拠をサービス事業者に伝えた。	4	3	2	1
4	ケアプランの内容に沿った個別援助計画(案)に基づきサービス提供できることを、サービス提供事業者と合意した。	4	3	2	1
5	個別援助計画(案)を受け、ケアプランの見直しを行った。	4	3	2	1
6	選定したサービス事業者に個別援助計画(案)の見直しを依頼した。	4	3	2	1
(7) サービス担当者会議の招集についてお尋ねします。					
1	個別援助計画(案)、ケアプラン(案)を踏まえ、工程管理表(案)を作成した。 ※工程とは「ケアプランの交付、利用者への訪問、モニタリング、担当者会議など」をいう	4	3	2	1
2	個別援助計画(案)、ケアプラン(案)を踏まえ、モニタリングメモ(モニタリング方法(案)、評価方法(案)、実施時期(案)等)を作成した。	4	3	2	1
3	サービス担当者会議の参加者を選定し、会議の案内を行った。	4	3	2	1
4	ケアプラン及びケアプランの根拠資料(基本情報等)を事前に送付し、事前に検討してもらおうよう依頼した。	4	3	2	1
5	欠席者については、ケアプラン並びに根拠資料に対する意見を事前に聴取した。	4	3	2	1
6	保険者に対し主治医意見書の提出を依頼した。	4	3	2	1
7	主治医意見書について不明点等、事前に確認を行っている。	4	3	2	1
(8) サービス担当者会議の開催についてお尋ねします。(ケアプランに基づく個別援助計画に対する合意)					
1	介護保険のサービスはケアプランと個別援助計画にそって提供されることを、利用者・家族に説明した。	4	3	2	1
2	ケアプランについて、利用者・家族と合意した。	4	3	2	1
3	個別援助計画について、利用者・家族に説明し、相互の理解を確認した。	4	3	2	1
4	モニタリングの内容(その実施方法や実施時期などの案)について、利用者・家族やサービス事業者と合意した。	4	3	2	1
(9) サービス担当者会議議事録の配付についてお尋ねします。					
1	サービス担当者会議欠席者に当日の資料を配付した。	4	3	2	1
2	サービス担当者会議の議事録を会議出席者、欠席者に配付し、合意内容を共有した。	4	3	2	1
(10) モニタリング・全体管理の実施についてお尋ねします。					
1	モニタリング・全体管理では、目標達成までの進捗状況(サービスの実施、効果の発現、スケジュールなど)を把握した。	4	3	2	1
2	モニタリング・全体管理では、事業者のアプローチの見直し状況(修正状況、その理由・根拠など)を把握した。	4	3	2	1
3	モニタリング・全体管理では、事業者のアプローチの適切性(目標の達成度、今後の継続の是非とその理由・根拠など)を評価した。	4	3	2	1

平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業
報告書

平成 26 年 3 月 28 日

株式会社日本能率協会総合研究所

〒105-0011 東京都港区芝公園三丁目 1 番地 22 号 TEL03 (3578) 7947 FAX03(3578)7614
