

関連資料

サービス類型ごとのケアマネジャーの従事者数

○ 介護支援専門員実務研修受講試験の合格者数は、平成23年度までの合計で約54万6千人いる。実務に従事しているのは、約14万人である。

介護支援専門員等の従事者数

（単位：人）

	居宅介護 支援事業 所	介護予防 支援事業 所(地域 包括支援 センター)	居宅サービス事業所		地域密着型サービス				介護保険施設			合計
			(介護予 防)短期 入所生活 介護	(介護予 防)特定 施設入居 者生活介 護	(介護予 防)小規 模多機能 型居宅介 護	(介護予 防)認知 症対応型 共同生活 介護	地域密着 型特定施 設入居者 生活介護	地域密着 型介護老 人福祉施 設	介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設	介護療養 型医療施 設	
従事者数 (実数)	80,155	9,038	5,968	3,555	2,406	14,444	139	342	9,728	6,956	3,051	135,782
従事者数 (常勤換 算)	66,096	7,687	2,753	2,486	1,491	7,537	81	213	6,758	5,075	1,891	102,068

居宅介護支援事業所及び地域包括支援センター以外で計画作成を
行うための介護支援専門員等が配置されているサービス

※1 (介護予防)特定施設入居者生活介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護については、計画作成担当者の人数。

※2 「計画作成担当者」について、

○(介護予防)特定施設入居者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護では、「専らその職務に従事する介護支援専門員」であること

○(介護予防)認知症対応型共同生活介護では、「1以上の者は、介護支援専門員をもって充てなければならない」こと

と定められている。

資料出所：平成22年介護サービス施設・事業所調査

介護支援専門員実務研修受講試験の資格要件

○介護支援専門員実務研修受講試験の受験資格（下記のいずれかの要件を満たす者）

法定資格＜実務経験5年＞

○保健・医療・福祉に関する以下の法定資格に基づく業務に従事した期間が5年以上

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士。

相談援助業務＜実務経験5年＞

○以下の施設等において、要介護者等の日常生活の自立に関する相談対応や、助言・指導等の援助を行う業務に従事した期間が5年以上

- ・老人福祉施設、障害者自立支援法に基づく障害者支援施設
- ・老人デイサービス事業、障害者自立支援法に基づく共同生活介護
- ・福祉事務所（ケースワーカー）
- ・医療機関における医療社会事業（MSW） など

介護等業務＜実務経験5年又は10年＞

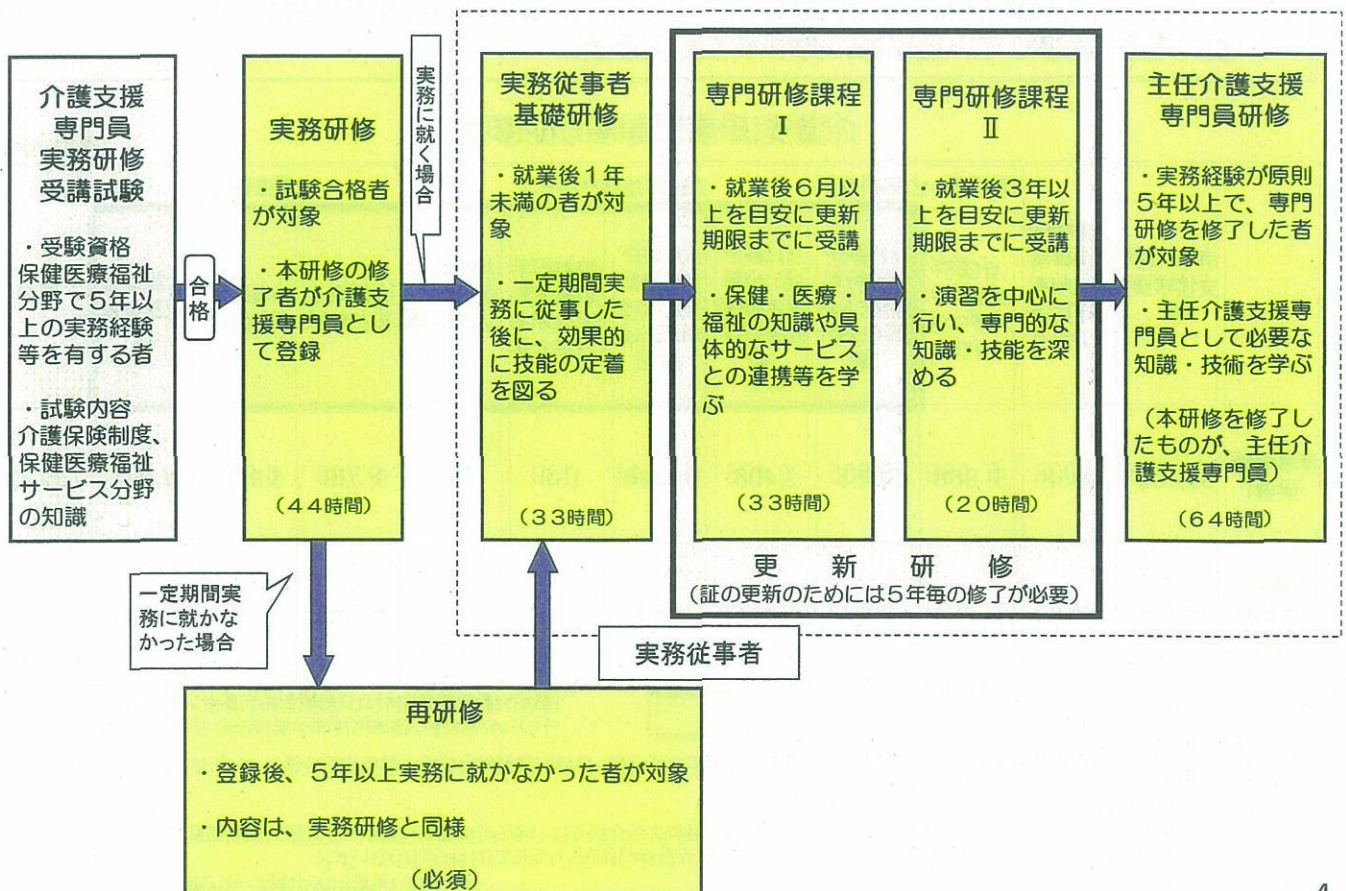
○以下の施設等において、要介護者等の介護・介護者に対する介護に関する指導を行う業務に従事した期間が、

- ①社会福祉主事任用資格者や訪問介護2級研修修了者であれば5年以上、
- ②それ以外であれば10年以上

- ・介護保険施設、障害者自立支援法に基づく障害者支援施設
- ・老人居宅介護等事業、障害者自立支援法に基づく居宅介護 など

3

介護支援専門員に係る研修体系

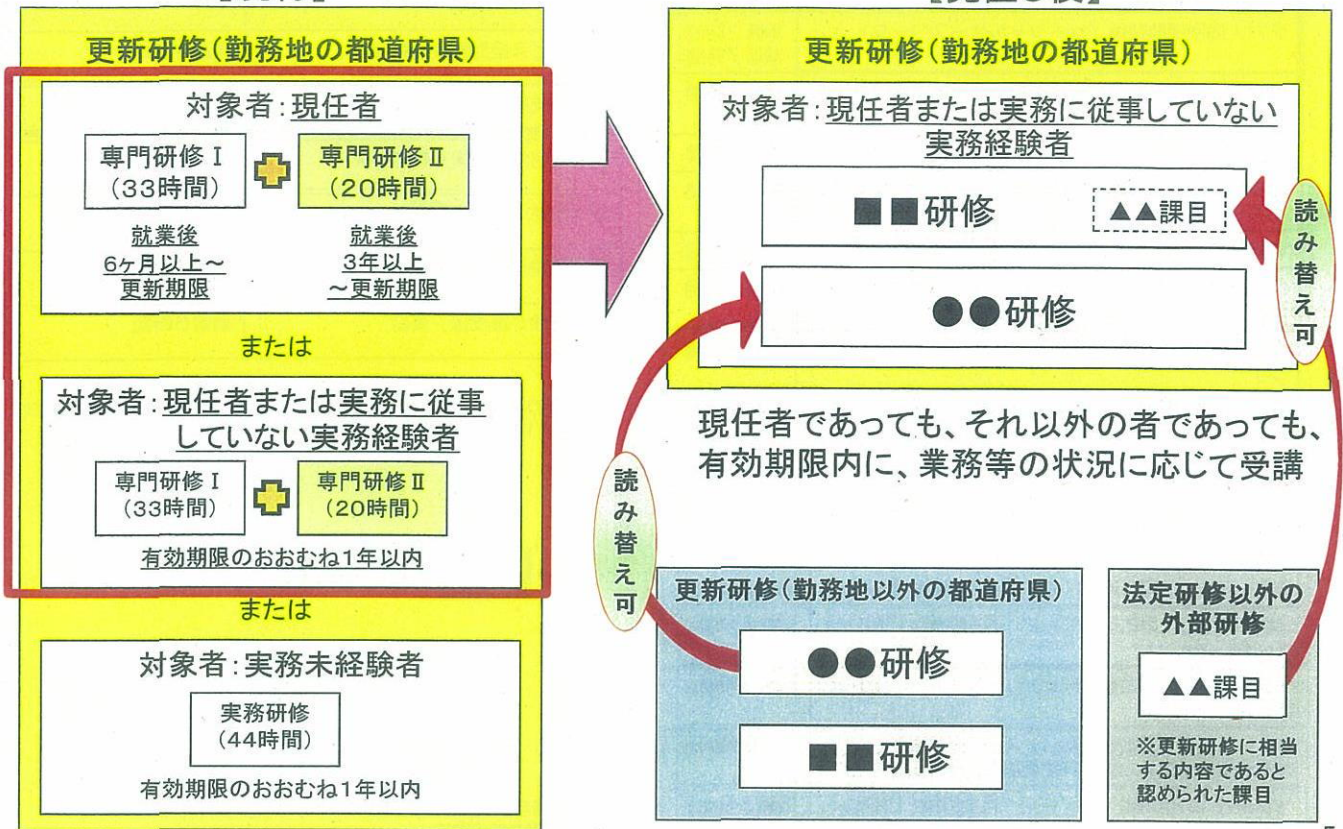


4

更新研修体系の見直しのイメージ

【現行】

【見直し後】



5

具体的な研修内容

○介護支援専門員に係る研修内容については、「介護支援専門員資質向上事業の実施について」（平成18年6月15日老発第0615001号厚生労働省老健局長通知）において以下のとおり定めている。

実務研修（44時間）の内容

研修課目	時間数
○介護保険制度の理念と介護支援専門員	講義2時間
○介護支援サービス（ケアマネジメント）の基本	講義2時間
○要介護認定等の基礎	講義2時間
○介護支援サービス（ケアマネジメント）の基礎技術 ・受付及び相談と契約	講義1時間
・アセスメント、ニーズの把握の方法	講義2時間 演習4時間
・居宅サービス計画等の作成	講義2時間 演習4時間
・実習オリエンテーション	講義1時間
・介護支援サービス（ケアマネジメント）の基礎技術に関する実習	
・アセスメント、居宅サービス計画等作成演習	演習6時間
・モニタリングの方法	講義2時間
○地域包括支援センターの概要	講義2時間
○介護予防支援（ケアマネジメント）	講義3時間 演習4時間
○介護支援サービス（ケアマネジメント）の展開技術 ・相談面接技術の理解	講義3時間
・チームアプローチ演習	演習3時間
○意見交換、講評	1時間

実務従事者基礎研修（33時間）の内容

研修課目	時間数
①ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	講義3時間
②ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	講義7時間
③ケアマネジメント点検演習	演習14時間
④ケアマネジメント演習講評	講義6時間
⑤研修を振り返っての意見交換、ネットワーク作り	演習3時間

6

専門研修課程Ⅰ（33時間）の内容

研修課目	時間数
①介護保険制度論	講義2時間
②対人個別援助技術（ソーシャルケースワーク）	講義2時間 演習7時間
③ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	講義1時間
④ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	講義3時間
⑤保健医療福祉の基礎理解（i）「高齢者の疾病と対処及び主治医との連携」	講義4時間
⑥保健医療福祉の基礎理解（ii）「社会資源活用」	講義3時間
⑦保健医療福祉の基礎理解（iii）「人格の尊重及び権利擁護」	講義2時間
⑧保健医療福祉の基礎理解（iv）「リハビリテーション」	講義3時間
⑨保健医療福祉の基礎理解（v）「認知症高齢者・精神疾患」	講義3時間
⑩サービスの活用と連携（i）「訪問介護・訪問入浴介護」	講義3時間
⑪サービスの活用と連携（ii）「訪問看護・訪問リハビリテーション」	講義3時間
⑫サービスの活用と連携（iii）「居宅療養管理指導」	講義3時間
⑬サービスの活用と連携（iv）「通所介護・通所リハビリテーション」	講義3時間
⑭サービスの活用と連携（v）「短期入所・介護保険施設」	講義3時間
⑮サービスの活用と連携（vi）「介護保険施設・認知症対応型共同生活介護・特定施設入居者生活介護」	講義3時間
⑯サービスの活用と連携（vii）「福祉用具・住宅改修」	講義3時間

専門研修課程Ⅱ（20時間）の内容

研修課目	時間数
①介護支援専門員特別講義	講義2時間
②サービス担当者会議演習	演習3時間
③介護支援専門員の課題	講義3時間
④「居宅介護支援」事例研究	講義6時間
⑤「居宅介護支援」演習	演習6時間
⑥「施設介護支援」事例研究	講義6時間
⑦「施設介護支援」演習	演習6時間

※①～③の課目が必修。④及び⑤、又は⑥及び⑦の課目の組み合わせから、いずれかを研修受講者が選択

は必修科目

※①～⑦の課目が必修。⑧～⑯の課目のうち少なくとも3課目を受講者が選択

7

主任介護支援専門員研修課程（64時間）の内容

研修課目	時間数
①主任介護支援専門員の役割と視点	講義5時間
②ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	講義3時間
③ターミナルケア	講義3時間
④人事・経営管理	講義3時間
⑤サービス展開におけるリスクマネジメント	講義3時間
⑥地域援助技術（コミュニティーソーシャルワーク）	講義3時間 演習3時間
⑦対人援助者監督指導（スーパービジョン）	講義6時間 演習12時間
⑧事例研究及び事例指導方法	講義5時間 演習18時間

主任介護支援専門員

【業務内容】

介護保険サービスや他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言・指導などケアマネジメントが適切かつ円滑に提供されるために必要な業務を実施。

【活動の場】

- 「地域包括支援センター」におけるスーパーバイザー的ケアマネジャー
- 一定規模以上の事業所で、他の介護支援専門員に対するスーパーバイズなど

【修了者】

37,041人
（平成18年度～23年度までの累計）

※主任介護支援専門員研修受講対象者

- ①から④のいずれかに該当し、かつ専門研修（更新研修）を修了した者
 - ① 専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年（60ヶ月）以上である者（管理者との兼務は期間として算定可。）
 - ② 「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」（平成14年4月24日老発第0424003号厚生労働省老健局長通知）に基づくケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者又は日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャーであって、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年（36ヶ月）以上である者（管理者との兼務は期間として算定可。）
 - ③ 施行規則第140条の5第2号ハに規定する主任介護支援専門員に準ずる者として、現に地域包括支援センターに配置されている者
 - ④ その他、介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者

8

特定事業所加算の要件

特定事業所加算

質の高いケアマネジメントを提供する事業所に対する加算

- ・特定事業所加算（Ⅰ） 500単位／月
- ・特定事業所加算（Ⅱ） 300単位／月

○算定要件（Ⅰ）、（Ⅱ）の算定はいずれか一方に限る。）

【特定事業所加算（Ⅰ）】

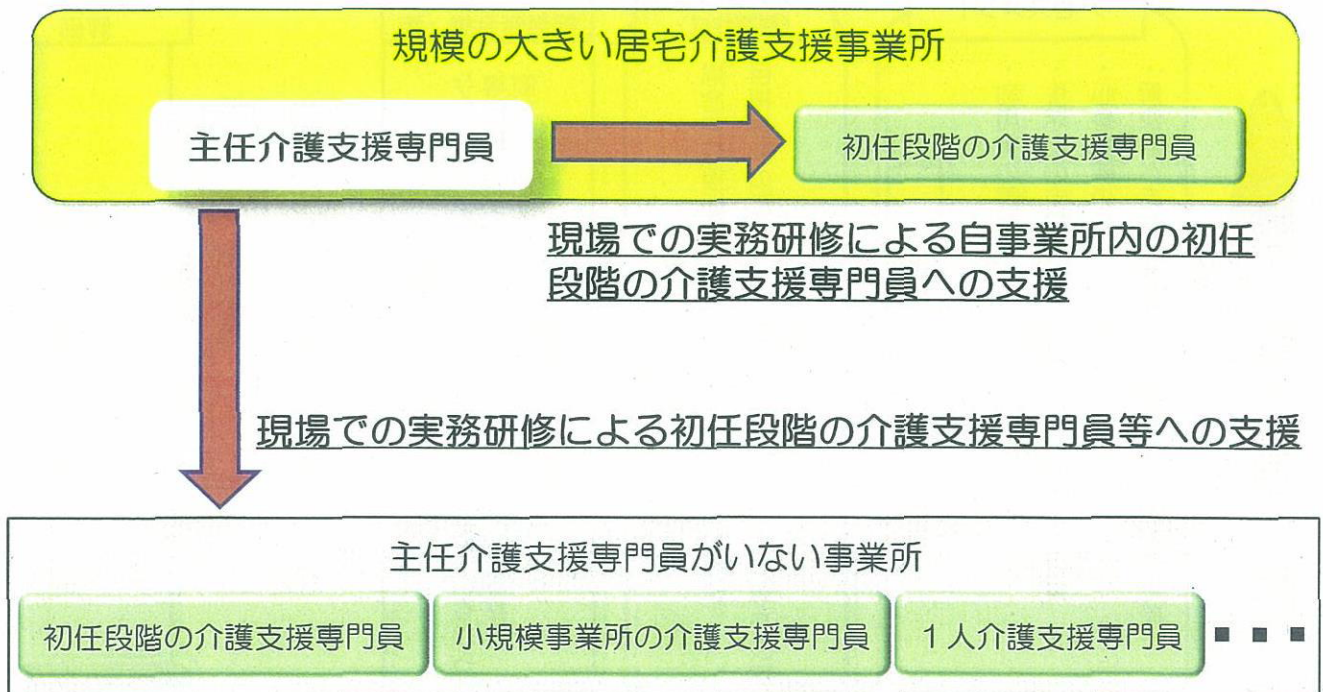
- ① 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置していること。
- ② 常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置していること。
- ③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的で開催すること。
- ④ 24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。
- ⑤ 算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護3～要介護5である者の割合が5割以上であること。
- ⑥ 介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。
- ⑦ 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること。
- ⑧ 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。
- ⑨ 運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。
- ⑩ 介護支援専門員1人当たりの利用者の平均件数が40件以上でないこと。

【特定事業所加算（Ⅱ）】

- 特定事業所加算（Ⅰ）の①、③、④、⑥、⑦、⑨及び⑩を満たすこと並びに常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置していること。

9

現場での実務研修のイメージ



10

介護保険法（抄）

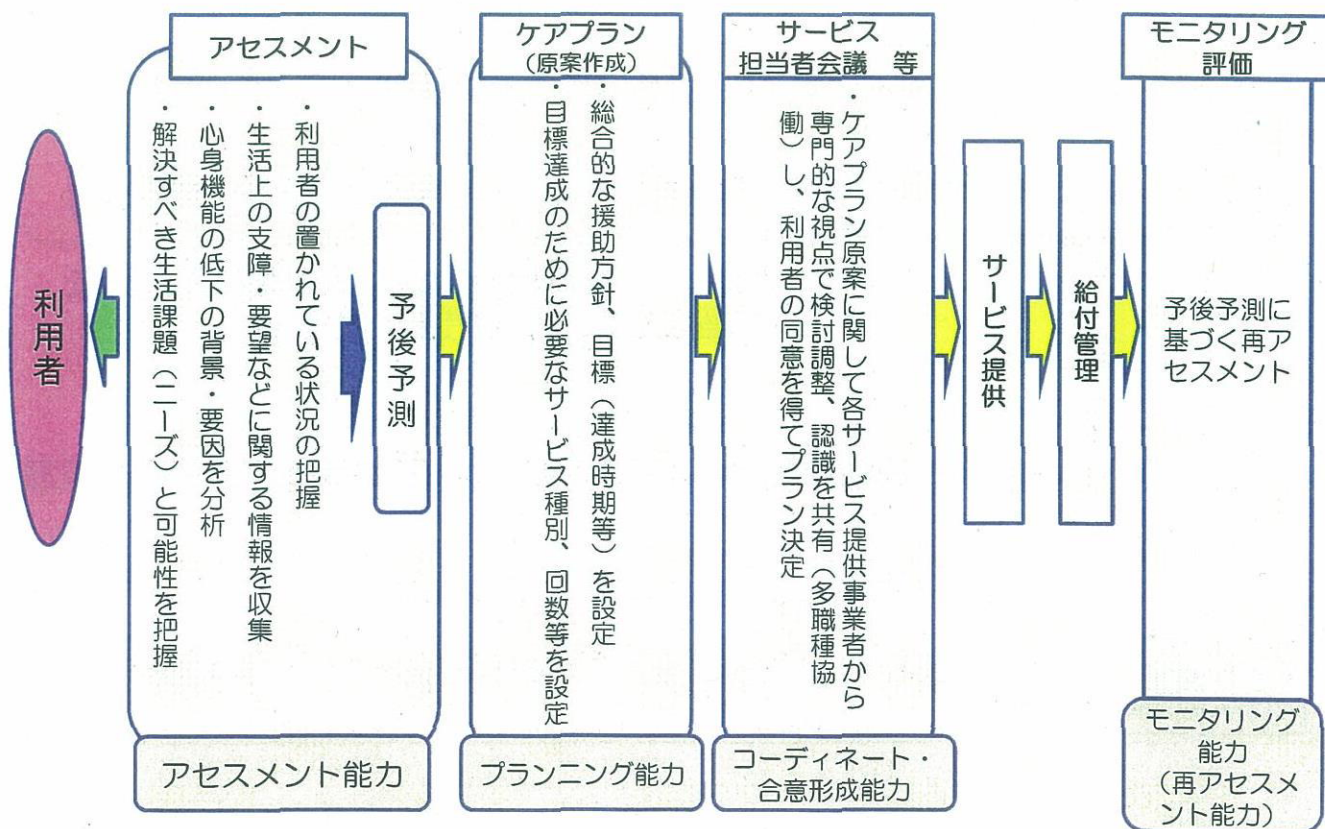
【第2条】（介護保険）

- 1 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態に関し、必要な保険給付を行うものとする。
- 2 前項の保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 3 第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- 4 第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

【第4条】（国民の努力及び義務）

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態になった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

ケアマネジメントの流れ



課題抽出シート (案)

※当該様式は、今年度、モデル事業において試行的に活用しているものである。

状況の事象		現在※1	見直し※2	判断した根拠	予後予測	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	
健康状態	主症状	◎問題なし △支援なし Δ支援あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			※3	※4
ADL	痛み	◎問題なし △支援なし Δ支援あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	室内移動	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	屋外移動	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	公共交通の利用	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	食事	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	排泄	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	更衣	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	整容、口腔ケア	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	入浴	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	姿勢保持	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	移乗	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
IADL	掃除	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	洗濯	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	買い物	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	調理	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	整理・物品の管理	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	ゴミ出し	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	通院	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	服薬	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	金融管理	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	電話・PC	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	認知	◎問題なし △支援なし Δ支援あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
コミュニケーション能力	視力・聴力	◎問題なし △支援なし Δ支援あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	意思伝達	◎問題なし △支援なし Δ支援あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
社会との関わり	社会活動	◎問題なし △支援なし Δ支援あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	喪失感・孤独感	◎問題なし △支援なし Δ支援あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
排尿・排便	◎問題なし △支援なし Δ支援あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小					
痛痛・皮膚の問題	◎問題なし △支援なし Δ支援あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小					
口腔衛生	◎問題なし △支援なし Δ支援あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小					
食事摂取	◎問題なし △支援なし Δ支援あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小					
問題行動	◎問題なし △支援なし Δ支援あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小					
介護力	◎問題なし △支援なし Δ支援あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小					
居住環境	◎問題なし △支援なし Δ支援あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小					
特別な状況							

※1 介護支援専門員が判断した結果、あるいはサービス担当者会議で共有した客観的事実を記載する。以下の記号を記入。
 ○ADL, IADL: ◎: 自らしている, ○: 見守りがあれば、△: 一部介助があげばしている、×: 全面的な介助がなければいけない、あるいは実施していない
 ○上記以外の項目: ◎: 全く問題なし、○: 問題はあっても生活全般に支障が出るほどではない、△: 問題があり生活全般に支障が出ている、×: 問題があり生活が困難な状況である
 ※2 現在の認定者期間における状況の改善可能性の見直しについて、次の数字を付す(1:改善できる可能性が大きい、2:改善は難しいが維持できる可能性が大きい、3:改善あるいは維持できる可能性が小さい)
 ※3 介護支援専門員の見直しとして、利用者や家族とすり合わせる前の、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の案を記入。
 ※4 本計画における優先順位を数字で記入。ただし、本計画では解決が困難だが把握しておべき課題には×印を記入。

評価表 (案)

※当該様式は、今年度、モデル事業において試行的に活用しているものである。

援助内容		短期目標	期間	サービス内容	結果		コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
サービス種別	※1				判断の時期 ※2	※3	

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。
 ※2 援助内容ごとに短期目標の終期を記入。
 ※3 短期目標の実現度合いを5段階で記入する(◎:短期目標は予想を上回って達せられた、○:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、△:短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

居宅介護支援事業所の規模別の分布

(上段：事業所数、下段：%)

	事業所数	事業所内の介護支援専門員数										
		1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人	9人	10人	11人以上
全体	1537	228	234	277	226	134	99	48	32	17	9	29
	100.0	14.8	15.2	18.0	14.7	8.7	6.4	3.1	2.1	1.1	0.6	1.9
うち 常勤1人	337	228	66	27	9	1	3	2	0	0	0	1
	100.0	67.7	19.6	8.0	2.7	0.3	0.9	0.6	0.0	0.0	0.0	0.3
うち 常勤2人	247	—	168	50	15	7	5	1	1	0	0	0
	100.0	—	68.0	20.2	6.1	2.8	2.0	0.4	0.4	0.0	0.0	0.0
うち 常勤3人	292	—	—	200	53	23	10	1	1	1	0	3
	100.0	—	—	68.5	18.2	7.9	3.4	0.3	0.3	0.3	0.0	1.0
うち 常勤4人 以上	457	—	—	—	149	103	81	44	30	16	9	25
	100.0	—	—	—	32.6	22.5	17.7	9.6	6.6	3.5	2.0	5.5

注) 合計が100%とならないのは、「不明・無回答」があるため。

出典：(株)日本総合研究所が平成23年度に実施した「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査」をもとに特別集計

15

設置運営要綱における「地域ケア会議」の明文化①

「地域包括支援センターの設置運営について」(課長通知) 平成24年3月30日一部改正(抜粋)

下線部は改正点

4 事業内容

(1) 包括的支援事業

①～③(略)

④包括的・継続的マネジメント支援業務について

(中略)

業務の内容としては、後述する「地域ケア会議」等を通じた自立支援に資するケアマネジメントの支援、包括的・継続的なケア体制の構築、地域における介護支援専門員のネットワークの構築・活用、介護支援専門員に対する日常的個別指導・相談、地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等への指導・助言を行うものである。

(2) 多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築

包括的支援事業を効果的に実施するためには、介護サービスに限らず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、インフォーマルサービスなどの様々な社会的資源が有機的に連携することができる環境整備を行うことが重要である。(法第115条46第5項)このため、こうした連携体制を支える共通基盤として多職種協働による「地域包括支援ネットワーク」を構築することが必要である。

地域包括支援ネットワークは、地域の実情に応じて構築されるものであるが、例えば、その構築のための一つの手法として、「行政職員、センター職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員等から構成される会議体」(以下この通知において「地域ケア会議」という。)を、センター(または市町村)が主催し、設置・運営することが考えられる。

16

設置運営要綱における「地域ケア会議」の明文化②

① 地域ケア会議の目的

- ア 個別ケースの支援内容の検討を通じた、
 - (i) 高齢者の実態把握や課題解決のための地域支援ネットワークの構築
 - (ii) 地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援
 - (iii) 個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握
- イ その他地域の実情に応じて必要と認められる事項

② 地域ケア会議の構成員

上記①の会議の目的に応じ、行政職員、センター職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員等の中から、出席者を調整する。

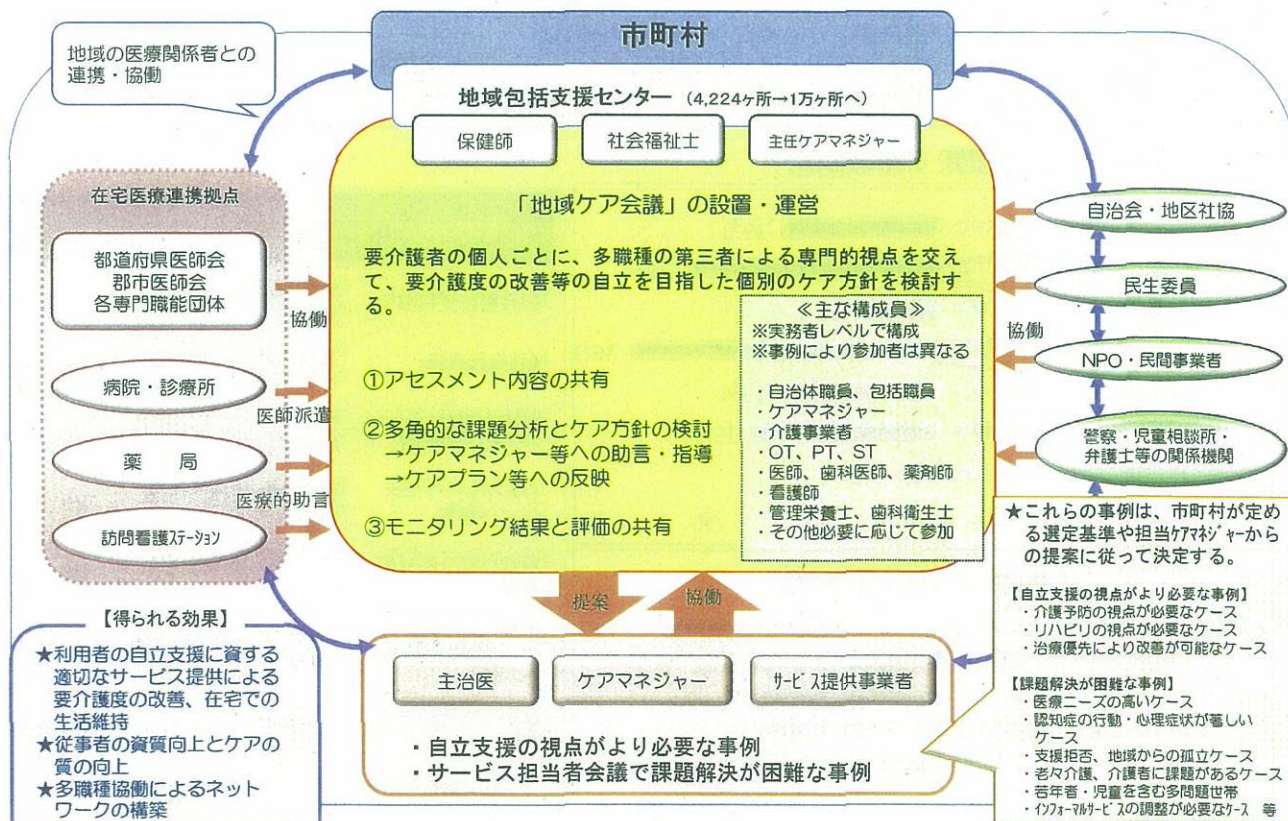
多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築に当たっては、①センター単位のネットワーク、②市町村単位のネットワーク、③市町村の圏域を超えたネットワークなど、地域の特性に応じたネットワークを構築することにより、地域の関係者との相互のつながりを築き、日常的に連携が図られるよう留意する必要がある。

特に、医療と介護の連携に基づく地域包括ケアの構築のためには、在宅医療の関係者との緊密な連携を図ることが望ましい。

また、市町村は、要介護者の支援に必要な個人情報を、個人情報の保護の観点にも十分留意しつつ、支援関係者間で共有する仕組みや運用について、センターと連携して構築することが望ましい。

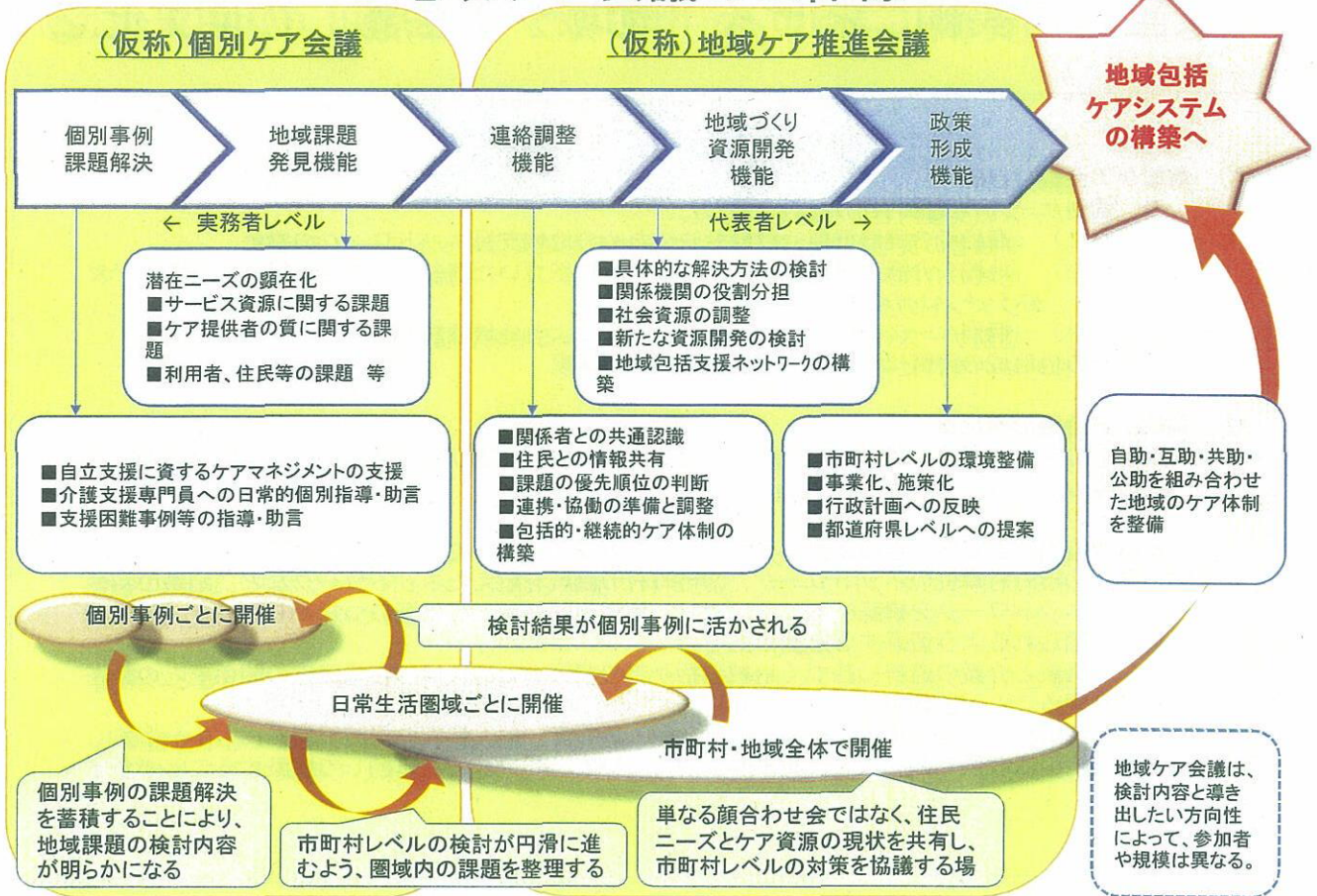
17

地域ケア会議のイメージ



18

地域ケア会議の全体像

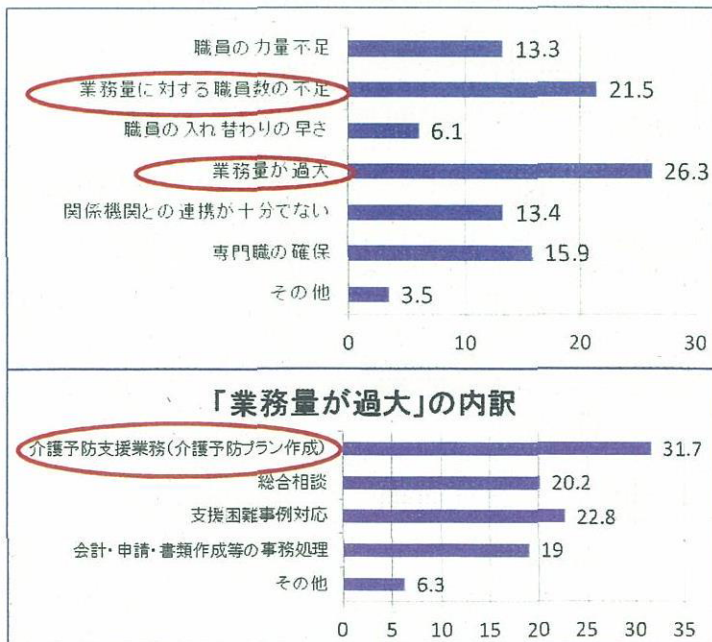


19

地域包括支援センターが抱える課題と負担感

- 業務量の過大と職員不足が課題と認識するセンターが2割以上
- 専門職の確保、力量不足を認識しているセンターが1割以上
- 業務量過大の理由は、介護支援業務の業務量が最も多く、次いで支援困難事例の対応
- 権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務では、知識・経験不足の割合が高い

◎センターが抱える課題（複数回答）



業務内容	負担感が大きい理由の1位	割合 (%)
総合相談支援業務	利用者への対応に時間がかかる	37.4%
権利擁護業務	業務に対応する知識や経験が浅い	53.0%
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	業務に対応する知識や経験が浅い	33.1%
介護予防ケアマネジメント業務	担当件数、担当業務量が多い	44.7%
指定介護予防支援業務	担当件数、担当業務量が多い	48.4%
地域におけるネットワーク構築にかかわる業務	関係機関、関係者との調整が困難	35.2%
任意事業に関する業務	担当件数、担当業務量が多い	26.5%
その他の業務	担当件数、担当業務量が多い	33.1%

(資料)平成23年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業」(三菱総研)

20

「地域ケア会議」の具体例① (多職種協働によるマネジメント支援の例)

要支援2で週2回訪問介護を利用中 自宅に閉じこもりがちで 運動機能が低下していくAさん

＜現行プランに関するケアマネの考え方＞

- ・目標は安心・安楽に過ごすこと
- ・腰痛があるため家事援助が必要
- ・通所系サービスは希望していないのでプランに入れていない

なぜこのような状況になっているか？

再アセスメント

- ・腰痛の原因は骨粗鬆症と筋力低下
- ・デイサービスで1日過ごす自信がない
- ・本当は退屈で買い物に行きたい

【地域ケア会議】 生物学的要因、心理社会的要因、環境要因等进行分析して将来予測

多職種による助言・指導

主任
ケアマネ

- ・本人の能力を生かしたサービス調整が必要では？
- ・予防訪問介護が家事の代行になっていないか？
- ・ヘルパーがケースの能力発揮の機会を奪っていないか？

保健師

- ・治療内容について主治医に確認しているか？
- ・痛みのコントロールによってリハビリが可能では？
- ・ケースの意欲と家族介護の内容を調整しては？

PT

- ・骨粗鬆症の悪化防止には、適度な運動が必要
- ・このままでは廃用症候群が進行し腰痛が悪化する
- ・予防訪問リハを利用してはどうか？

管理
栄養士

- ・骨粗鬆症には、栄養面の改善が必要
- ・1日2食しか食べておらず、食事内容は炭水化物ばかりで、カルシウムやタンパク質が足りない
- ・お昼に配食サービスを利用してはどうか

歯科
衛生士

- ・義歯が合わず、歯のない状態で食事しているため栄養も偏る。早期に義歯調整をした方がよい。

ケアプランの見直し結果【例】

- ・買い物に出かけることを目標に、自分でできることは自分でやれるよう、本人・家族と調整
- ・主治医と相談し、腰痛緩和の処方と訪問リハビリを導入→負担の少ない動作と自宅のできる運動
- ・デイサービスに通う自信がつくまで、自治会主催のサロンに参加
- ・歯科通院の同行は、娘によるインフォーマルサービスに追加
- ・配食サービスを利用し、1日3回食事すること、バランスの良い食事摂取の習慣をつける
- ・1ヶ月後のモニタリング結果をもとに、主治医の参加を得て再度プランの検討を行う

21

「地域ケア会議」の具体例② (保険者の関与による円滑なサービス利用)

65歳到達により、自立支援サービスから介護保険に移行、 要支援2の認定で 訪問介護を週5回要求するBさん

＜現行プランに関するケアマネの考え方＞

- ・身障1級だが自立度が高く、自力で外出も可能
- ・身体機能からみて能力はあるが、家事代行業を求めている
- ・本人の自立や生き甲斐のためには、社会参加への支援が必要

なぜこのような状況になっているか？

再アセスメント

- ・地域から孤立してヘルパーに依存的
- ・自分でできるようになると支援者が離れてしまう不安

【地域ケア会議】 生物学的要因、心理社会的要因、環境要因等进行分析して将来予測

多職種による助言・指導

担当
ケアマネ

- ・介護保険制度を理解してもらえない
- ・要求が通らなければケアマネを変更すると言われる

社会
福祉士

- ・障害程度区分と要介護認定区分の基準の違いを説明する必要がある

主任
ケアマネ

- ・IADLの評価結果を利用者と共有し、どこまで改善できるか話し合ってはどうか

ヘル
パー

- ・家事支援というより話し相手を求めている
- ・本当は淋しい人なのか

市町村
保健師

- ・制度の違いについて行政の立場から説明する
- ・サービスが減っても孤立しない環境づくりが必要

民生
委員

- ・見守り支援の対象者として時々訪問する

検討結果【例】

- ・支援者側の認識を統一し、役割分担を明確に
- ・介護保険制度への移行については、行政から丁寧に説明
- ・苦情対応は行政が窓口となり、支援者で共有
- ・本人の能力を認め、洗濯・掃除・買い物等のIADLについては自立支援の関わり方に変更
- ・民生委員の見守り支援と並行に、地域活動への参加を促す
- ・1ヶ月後に地域ケア会議を開催し、インフォーマルサービスを含めたケア方針を再検討

22

在宅医療連携拠点事業

■本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。

