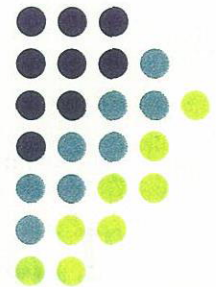


ケアマネジメントの位置づけと ケアマネジャーの役割・学び

労働政策研究・研修機構 研究員 堀田聡子

第3回介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会
2012年5月31日



内容

- I. 地域包括ケアとケアマネジメントの位置づけ
- II. 職業・資格プロファイルの継続的发展
- III. 介護保険が保障する生活の姿の明確化と
ケアマネジメント
- IV. ケアマネジャーの多様な学び



I・II のオランダの話題については拙稿「オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策—我が国における地域包括ケア提供体制の充実に向けて」JILPT Discussion Paper Series (JILPTホームページにて6月公表予定)を参照のこと。照会先: hotta@jil.go.jp



ー「地域」「統合」ケアを推進するオランダの話題ー

I. 地域包括ケアとケアマネジメント の位置づけ

2

オランダにおけるケースマネジメント



<一般的に…>

- 脱施設化、分散する地域資源、複数の慢性疾患を持ち地域で暮らす者の増加、ケアサービス断片化、介護者への社会的支援の重要性高まり、費用抑制の必要性はケース（ケア）マネジメント発展を要請
Moxley, D. (1989) "The Practice of Case Management", Sage.
- 住まいとケアの分離を進め、住まい・ヘルスケア・ソーシャルケアを含めたトータルな環境整備にもケースマネジメントが有効
Heumann, L., and Boldy, D. eds. (1993) "Aging in place with dignity: International solutions relating to low income and frail elderly", Praeger.

<オランダでは…>

- 1960年代：脱病院化、短期医療保障・長期ケア保障枠組みの整備
1980年代以降：脱施設化（地域ケアへのシフト）
英米から紹介されたケースマネジメントの発展
- 現在多くのケアネットワーク、在宅ケア組織、中間ケアプログラム、住宅組織等において中核機能としてケースマネジメントが取り入れられている。
Kodner, D. (2003) 'Long-term Care Integration in Four European Countries: a Review' in Brodsky, J., Habib, J., and Hirschfeld, M. eds. "Key policy issues in long-term care", World Health Organization.

3

多様なケースマネジメントの存在



● 基本的に制度上の位置づけはなく、ケースマネジメントのあり方はきわめて多様

- 担い手の属性、専門か否か、単独か多職種チームか
- ケア提供(事業)者からの独立性
- 射程、財源

Peeters, M., Francke, A. and Pot, A.M.(2011) "Organisatie en invulling van "casemanagement dementie" in Nederland: Verslaglegging van een landelijke peiling onder regionale projectleiders", Nivel.

Ramakers, C.(2000) 'The Netherlands: Evaluation of the Nieuw Doodendaal Case Management Project' in Engel, H. and Engels, D. eds. "Experiences in case management from nine countries (Collected materials)", Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

参考:オランダの医療・介護・社会的支援をめぐる法的枠組み

健康保険法 (ZVW)

治療可能な疾患に
関する短期の医療 (cure)

2006年医療制度改革

特別医療費補償法 (AWBZ)

1年以上の長期療養・介護
(care)

1968年～普遍的な強制加入の社会保険制度

社会支援法 (Wmo)

社会的支援 (social support)
※家事援助を含む

2007年～

社会福祉法+障がい者サービス法+AWBZ一部
地方自治体の責任で住民ニーズに応じた
社会的支援を展開

4

急成長する在宅ケア組織の例:

地域看護師等によるケースマネジメントとケアの一体的提供



<事業者概要-BuurtzorgNederland>

- **地域看護師**が2006年に起業した在宅ケア組織(財団)
- 2007年に1チーム4人でスタートし、**募集活動することなく**約450チーム、ナース(看護・介護職)約5,000人に(2012年4月)
- 管理部門約30人(間接費8%...他の在宅ケア組織の平均は25%)
- 利用者約5万人、売上高約1億8,000万ユーロ(2012年見込み)
- クライアントあたりのコストは他の在宅ケア組織の半分
- 全国の在宅ケア組織のなかで**利用者満足度第1位、従業員満足度高く 最優秀雇用者賞**、オランダで最も成長する事業者

<特徴:ジェネラリスト地域看護師によるトータルケア>

- 約65%が学士レベル以上の地域看護師
- あらゆるタイプの利用者に対して
 - 1 看護師によるニーズアセスメント・ケアプラン作成
 - 2 インフォーマルネットワークのマッピングと活性化
 - 3 専門職ネットワークのマッピング(家庭医・パラメディカル・福祉・病院等)と連携・調整
 - 4 QOL向上に向けたケア提供(介護・看護・ガイダンス)
※家事援助は関連組織Buurtdienstenと連携も
 - 5 共感的・社会関係支援の提供
 - 6 セルフケアの支援 を実施
- 地域看護師が全プロセスに責任を持つ
 - ケースマネジメントとケア・支援提供の分業はしない(ジェネラリスト)
 - 細切れの機能別分業ではない包括的ケア提供
- セルフケア・インフォーマルネットワークと協働を重視。専門職によるケアを次第にセルフケア・インフォーマルケアに置き換えていく。
- 家庭医等とともに地域の予防プロジェクトにも多く取り組む

5

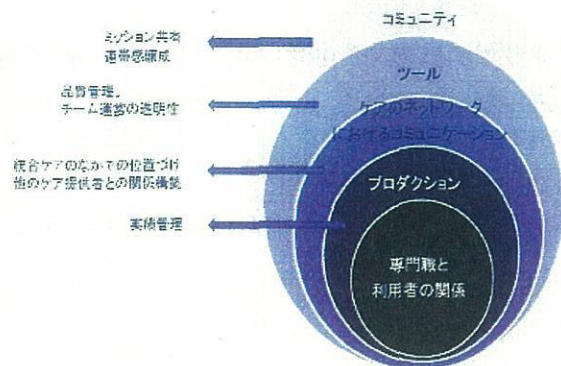


<組織の特徴:セルフマネジメントチーム>

- **1チーム最大12人**のナースが約40~60人の利用者をサポート
- 利用者、看護・介護職の採用・教育、財務、イノベーション等**全てに裁量と責任**。
- リーダーはいない、**毎週ミーティングで役割と責任の確認とリフレクション**。
- 継続的な学習は**利用者との対話、チームにおけるリフレクションとBuurtzorgweb**が基本。
- 高等職業教育機関と独自の訓練コースも設けている。
- 40~45チームに1人のコーチ。
- バックオフィスは業務管理(ヘルプデスク、介護料請求、労働契約・給与等)、イノベーション、品質と戦略立案。各チームに事務職はいない。

<ICTの活用:Health 2.0(Buurtzorgweb)>

1. ERP~**アカウントビリティ**
 - 従業員・利用者データ、勤務時間・シフト管理、文書共有、各チームのケア提供状況の把握(透明性)
2. OMAHAシステムに基づくEHR~**品質管理**
3. コミュニティ~**ナレッジマネジメント**
 - ミッション共有と連帯感醸成
 - 事例やイノベーションの相互学習
 - 看護・介護職と管理部門のコミュニケーション
 - 組織の意思決定



6

認知症統合ケアとケースマネジャー:



(1) 認知症国家戦略とケースマネジメントの発展

<全国認知症プログラム(2004-08年)>

- 概要: 全国57地域において、様々な**ケア提供(事業)者**と**認知症者・介護者**からなるワーキンググループを設け、**当該地域の認知症ケアの課題抽出・優先づけ**を行い、緊急度の高い問題領域改善に向けた300以上のプロジェクトを実施。
- 特徴: **認知症者・介護者が日常直面している問題が出発点**となり、地域レベルでのワーキンググループには必ず認知症者・介護者を含めることとされた(アルツハイマー協会支部が重要な役割)。
- 課題抽出: **認知症者・介護者の言葉を用いて整理された14の問題領域**から、各地域で組織されたLDP認知症者・介護者モニターの意見を集約。緊急度が高いとされた問題領域の上位は、①利用者の恐怖・怒り・混乱(気分や行動上の問題への対処)、②介護者のストレス・不安・孤独感(「いっばいいいっばいになってきた」)、③施設入所への抵抗感、④何かが起きているけどこれは何?何が助けになるの?、⑤専門職とうまくコミュニケーションできない(コミュニケーション・連携不足、専門職の知識不足等)
- 改善に向けた活動: 地域レベルでのプロジェクト推進の指針として14の問題領域に対応して推奨される活動がワークブックにまとめられた。取り組まれたプロジェクトの上位は、①**ケースマネジメント**、②認知症及び認知症ケアに関する情報充実(リーフレットやウェブサイトの作成)、③早期発見・診断、④家族介護者支援・レスパイトケア、⑤専門職教育。
- イニシアティブ: 保健福祉スポーツ省、アルツハイマー協会、長期ケア研究センター(Vilans)。
- 成果: 利用者視点に基づく良い認知症ケアの明確化、各地域で専門職と認知症者・介護者等の新たな協力・連携開始と熱気の高まり、**ケースマネジメントの発展もしくは開始**、地域レベルでの認知症に関する情報提供の充実。
- 課題: 提供(事業)者の**マネジャークラスの理解不足**→提供(事業)者間の組織的連携が未成熟。

7

<認知症統合ケアプログラム(08-11年)>

- 概要: 利用者のニーズ・希望に応じてコーディネートされた認知症ケアの開発と**統合ケアのガイドライン作成**、ケアオフィス※による**ガイドラインにそった統合ケア購入に向けた地域での実験・質の評価、ケースマネジメントの浸透**。
- 統合ケア(購入)ガイドライン: 診断前・診断とケアへのアクセス・ケア/サービス提供という3段階において、質の高い認知症ケアの17の構成要素、関与すべき関係者(機関)を整理するとともに連携の要である**ケースマネジャーの役割・要件・事例**、統合ケアの質の評価指標、調達プロセス等を盛り込む。
- 成果: 16地域での実験を経て2011年までに全国約90%の地域で認知症統合ケアを提供(すべて何らかの**ケースマネジメントを含む**)
- 課題: **地域によるばらつき**(ケースマネジメントも)、質の評価指標があまり有用でない、財源等。

<認知症ケア基準(2011-12年)>

- ←で作成されたガイドラインにおけるケアプロセスの内容改善、組織間の効果的な連携、質の評価指標改訂、**ケースマネジメントの定義明確化**等を盛り込みケア基準を策定し、地域での実験を経て全国に普及(予定)。

<認知症デルタプラン(2012年-20年(予定))>

- 全国認知症登録システム構築、認知症ケアポータルサイト構築、産官学連携の認知症

※ケアオフィスとは

・AWBZの**保険者(国)**の事務代行者としてサービス提供(事業)者との契約・サービス購入、保険料徴収、被保険者の相談対応といったAWBZ運営実務を担当。

・サービス提供(事業)者とサービス価格・品質について一定範囲内で交渉し、**選択的契約を結ぶことができる**(例えば認知症ケースマネジメントを含めばボーナス等も可能)。

・国内32圏域ごとにマーケットシェアが高い民間保険組織がケアオフィスとなる(2013年よりケアオフィスが廃止され、民間保険会社がZVWとAWBZを一体的に取り扱うようになる予定)。

8

認知症統合ケアとケースマネジャー

(2) 認知症ケースマネジャーの諸相

<現段階の定義・要件など>

- **地域を基盤とする組織間連携において**割り当てられた専門職による
- 兆候発現～死亡(もしくは入所)に至る
- **認知症者及び介護者**に対するコーディネートされたケア・サポート(治療介護福祉等)の体系的な提供
- 最低要件:
 - 地域の認知症ケア連携における「窓口」
 - ケースマネジャーは認知症者・介護者の抱える問題に精通/社会資源に精通/独立(連携外からもサービス調達)/原則として1人の決まった専門職/望ましくは高等職業教育レベル修了
- 地域によりばらつき:
 - 概ね**地域ネットワークにおける活動**(9割)
 - 多職種チーム基盤(3割)ー単独もあり
 - 長期ケア提供(事業)者起源(AWBZ)、メンタルヘルス、認知症ケアに熱心な家庭医・プラクティスナース起源(ZVW)、自治体のソーシャルワーク(高齢者アドバイザー等)起源(Wmo)

<2000年前後から発展した2例>

1. 人口60万人エリアの全ナースingホームとメンタルケアのネットワークを起源として設立された財団(Geriant)
 - コアタスク: 診断・治療・ケースマネジメント・介護者/ケアワーカー教育
 - **多職種チームによるケースマネジメント(DOC-team)**: ケースマネジャー(看護師)、ナースingホーム医、精神科医、心理士、ナース(TOP-zorg...診断後最長6週間ケアを提供後、地域の在宅ケアに連携)
 - DOC-centrum: 集中治療・危機対応のための短期入所
 - ケアホーム・小規模住宅等でもケースマネジメント提供
 - 財源: DBC-GGZ(精神保健の包括払)
 - 地域の家庭医、在宅ケア、病院等**全認知症ケア提供者と連携**、ケアオフィスが地域ケア会議を主催。
2. 人口53万人エリアの認知症ケア連携(ZPG)におけるケースマネジャー
 - 地域の**全認知症介護提供者、メンタルケア、福祉、家庭医、患者組織、病院、地方自治体、ケアオフィスの連携**
 - ケースマネジャーは各ケア提供組織に所属
 - 財源: 各組織、助成等

9



－労働市場と職業教育の結びつきを強めるオランダの話題－

Ⅱ. 職業・資格プロファイルの 継続的发展

10

オランダの職業資格(中等職業教育レベル) 整備・発展の仕組み (1) 背景



- 1996年職業教育訓練法
 - 背景: 労働市場の急速な変化・グローバル化進行
 - 目的: 労働市場ニーズと職業教育の結びつき強化、労働者の柔軟性と雇われ能力向上
 - 国レベルの資格枠組みと全国統一の職業資格の整備
 - 中等職業教育の一貫性改善、中等職業教育と成人教育の一本化(地域職業教育センター設置・・・介護福祉、技術、経済、農業)
 - セクター別の職業教育訓練労働市場知識センターが中等職業教育レベルの全国統一職業資格の整備・発展の基盤

教育制度: Ministry of Education, Culture and Science (2007) "The Education System in the Netherlands 2007".

職業教育訓練: Visser, K. (2011) "Netherlands: VET in Europe - Country Report 2011", ReferNet Netherlands.

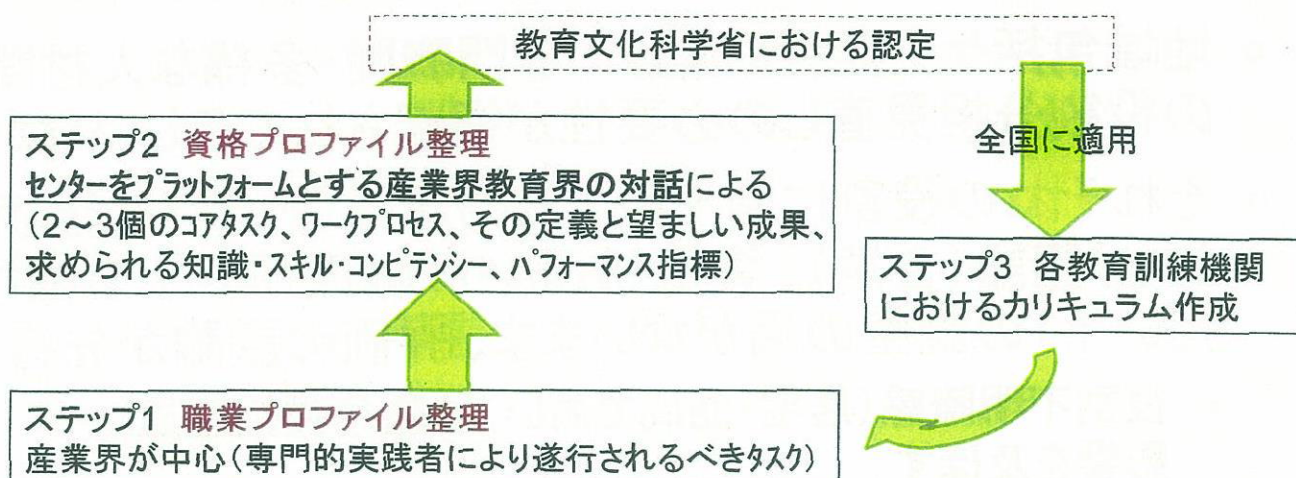
Westerhuis, A. (2001) "European Structures of Qualification Levels: Reports on recent developments in Germany, Spain, France, the Netherlands and in the United Kingdom (England and Wales) Volume II", European Communities.

11

(2) 職業教育訓練労働市場知識センター

● 機能

1. 産業界(使用者団体・専門職団体・労働組合)、教育界(中等職業教育評議会・教育訓練機関)のステークホルダー協働による資格構成整備・発展
2. 実地訓練受入機関認定・質モニタリング



12

(3) 保健福祉スポーツセクターのセンター(Calibris)

2011-2012資格構成

	ヘルスケア		福祉	スポーツ
	ヘルスカアアシスタント	看護・介護		
レベル 4	薬剤師補助者 医師補助者 歯科医補助者	看護師	障がいソーシャルワーカー、専門 保育士、青少年ケアワーカー、 ティーンケアアシスタント、コミュニ ティワーカー、社会サービスワーカー等	スポーツエクササイズ コーディネーター
レベル 3	—	ヘルスカアワーカー	ソーシャルワーカー、保育士	// ワーカー
レベル 2	—	介護福祉ヘルパー		// ヘルパー
レベル 1	—	ケアヘルパー	—	—

出所: Calibris提供資料をもとに堀田作成。中等職業教育レベルのみ掲載。OT/PT/ST等は高等職業教育レベル。

- 課題は多いものの、産業界教育界が常に対話を繰り返し、環境変化に対応して職業プロフィールに基づく資格プロフィール更新・カリキュラム改訂を続ける(硬直化させない)
ヘルスケア・福祉・スポーツ領域を横断するプラットフォーム
- ただし高等職業教育レベル(レベル5学士 以上)は教育訓練機関が資格構成の発展を担う

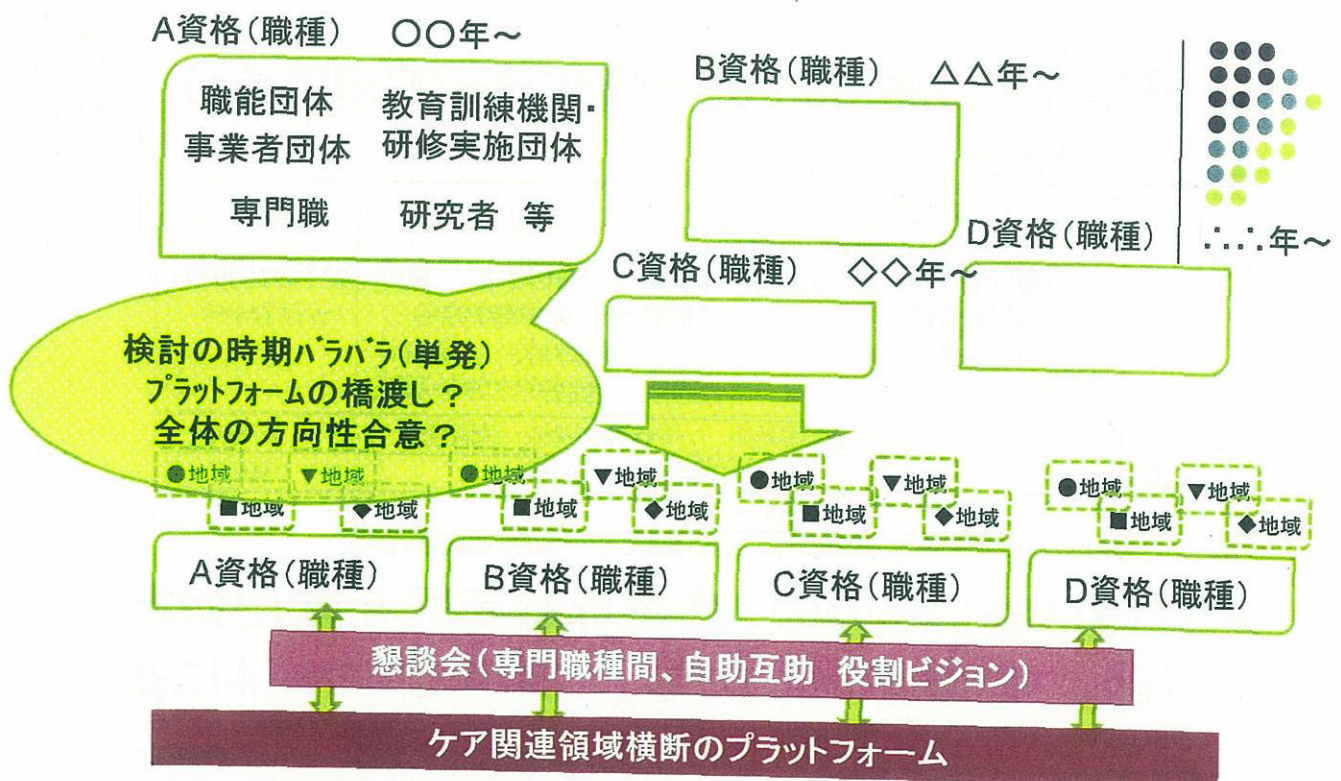
13

介護支援専門員を含むケア関連資格の継続的发展に向けた期待

- 少なくとも近年の関連資格／養成体系の見直しは、タイミング及び方向性に関して政府発の印象が強い
- **各**資格(あるいは職種)については**各**文脈で職能団体等を中心として産学連携の検討が行われているが
- 地域包括ケア実現に向けて専門職間・多様な人材間の役割分担見直しの必要性が提起されて久しいなか
- それぞれの役割に関する長期的展望(あるいは継続的な)議論(合意)、資格(あるいは職種)間(＋多様な担い手)の調整の場がないまま、評価の議論が先行
- 役割不明瞭感(居宅・訪問で高い)は職務継続意思に影響を及ぼす

西川 (2009) 「介護労働者の確保・定着に向けて」『介護分野における労働者の確保等に関する研究』労働政策研究報告書No113

14



- 中間機関に常設のケア関連領域横断の職業・資格プロフィール発展プラットフォームを設置
- 先進的な実践(セルフケア・互助・各専門職)と理論的背景をあわせて各者の役割の長期的展望を描き現状評価する懇談会を設ける
- 各資格(職種)プラットフォームで職業→資格プロフィール見直しを定期的に繰り返し
- 地域における実践の反映、いま＋専門職、利用者・患者、介護者、保険者等の参加

15



Ⅲ.介護保険が保障する生活の姿の 明確化とケアマネジメント

16

アセスメントが鍵といわれるが・・・



- アセスメントは質の高いケアの基盤とされる。しかし
 - 情報収集が十分に実施できていない
 - (情報は多く集めたものの)課題抽出ができない
(→アセスメントとプランが結びついていない)
 - サービス提供者による継続的なアセスメントに基づく現状
評価・予後予測に基づく再アセスメントができていない
- ・・・等といわれる(各種調査)

1. **目指すべき生活像**(及び介護保険のカバー範囲)の**具体化**
2. **本人・家族・ケアチームにおける共通言語**

→チームによるケアマネジメントの基礎

包括報酬ではとりわけ必須(ケアマネジャー板挟み)

17

目指すべき生活像の例:

(1) 短時間巡回訪問介護サービス・岐阜県方式で掲げる
目指すべき生活像「ケアミニмум」



- 離床・移動
 - 毎日外気に触れる
 - 1週間2回以上屋外に出る
 - 自分で歩く機会を多くもつ
 - 苦痛のない体位姿勢
 - 1日1回は離床
- 排泄
 - トイレに行きたい時に行ける
 - オムツは最後の手段
 - オムツは汚れたらその都度交換
- 更衣
 - 朝晩の更衣
 - つなぎ寝間着を着用しない
- 食事
 - 自分で食べる
 - 1日3食の確保
 - 経口摂取
 - 寝食分離
- 保清
 - シャワー清拭なら毎日
 - 浴槽入浴は1週間に2回以上
- 睡眠
 - 安心・快適な睡眠の確保

「短時間巡回訪問介護サービス・岐阜県方式」
～在宅生活の継続を支える～中間報告書 (2011)

18

(2) ケアミニмумに基づくケアマネジメント



- ケアミニмумに基づくアセスメント(←全般のアセスメントはMDS-HCを使用)
- ケアミニмумを満たすケアプランの作成
 - 支援ソフトの開発(ケアミニмумチェック→介護が必要な項目・優先順位の表示→原因分析と対応方法の検討→1日のプランに社会資源を入れて完成)岐阜県居宅介護支援事業協議会×關新生メディカル
- ケアミニмумを共通言語としたサービス実施(目標・役割理解、継続的アセスメント)
- ケアミニмум実現の観点からのモニタリング

ご利用者の生活や環境			1回目	2回目	3回目	4回目…(略)
	項 目	評 価 基 準	導入前	1ヶ月後	2ヶ月後	
1	屋外へ出るのはどれくらいですか	① ほぼ毎日 ② 週 3～4回 ③ 週 1～2回 ④ 月 2～3回 ⑤ 月 1回以下				
2	家のなかでの行動範囲はどれくらいですか	① すべてどこでも ② だいたいどこでも(一部除く) ③ 居室及び居室外のトイレのみ ④ 居室内のみ ⑤ ベッド上のみ				
3	1日の食事は何回ですか	① 4回以上 ② 3回 ③ 2回 ④ 2回 ⑤ 食べないことがある				
4	1日の水分摂取量(コップ何杯)	① 6杯以上 ② 5杯 ③ 4杯 ④ 2～3杯 ⑤ 1杯以下				
5	水分摂取は積極的ですか、それとも水分補給を控えることがありますか	① 積極的に摂る ② できるだけ摂る ③ とまどき控えている ④ いつも控えている ⑤ 医者から制限されている				

「生活アセスメント」
ヘルパーはケアミニмум関連項目
について継続的にアセスメント

以下ケアミニмумに関連する項目…(略)

19



－Off-JT研修体系の検討に加えて－

IV. ケアマネジャーの多様な学び

20

多様な学びの場のデザインに向けて



- 事業所－法人、地域－全国、
ケアマネのみ－多職種－プラス利用者・家族・住民
- 内省・相互評価、スーパーバイズ、人材交流
- 特に主治医・利用者/家族参加の**ケアカンファレンス**（例：尾道方式CC）
及び**地域ケア会議の学び機能**（運営の担い手養成）
- **重層的な実践コミュニティ**（community of practice: Wengerら）における
ケアマネジャーのナレッジマネジメント
 - CC、地域ケア会議、ケアマネ協や居介協その他団体で行われる研修、地域連携パス（例：三方よし研究会）、在宅医療連携拠点事業等における**顔が見える関係づくり**を起源として
 - **ICTを活用した相互学習**（スライド7の例参照）、日々の相談（電話・fax・メール）
 - ケアマネに限定しないが、地域を超えた自発的な介護関連職種学びコミュニティもあり（例：もんじゅ、笑福会）

21

