

# ケアプラン相談会を通じた 地域課題への取り組み

～包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の実践例の紹介～

## 東京都青梅市地域包括支援センター すえひろ



# 東京都青梅市の概要

- 人口 13万9,902人(H22年9月) 65歳以上 3万269人
- 高齢化率 21,64%
- 介護保険料 基準額 3,400円(月額)
- 地域包括支援センター 3カ所(直営1カ所、委託2ヶ所)
- 特養 24ヶ所 養護 2ヶ所 老健 2ヶ所  
療養型病院 5ヶ所 精神科病院 8ヶ所  
グループホーム 4ヶ所(8ユニット)  
小規模多機能型居宅介護 2ヶ所
- 居宅介護支援事業所 22カ所(1人事業所15ヶ所)  
(ケアマネジャー総数42名)



# 市内の特徴

- ・療養型医療施設・精神科病院・グループホームが多いため、認知症や医療依存度が高い人の受け入れ先が多い。
- ・そのため、急性期病院からの退院は自宅ではなく転院が多くを占めている。
- ・介護老人福祉施設が多いため、施設を選ばなければ当日の午後からでもショートステイの利用が可能。
- ・要介護3以上の方の入所待機期間が短い。

# 「ケアプラン相談会」の提案から実施まで

1. それぞれの担当地域から見えてきた課題を、3包括主任ケアマネジャーで協議し、課題を共有。
2. 地域ケア会議の提案を行ったが、開催方法が良くわからず見送り。
3. 第4期事業計画の基本的な視点から「多様化する保健福祉 ニーズの把握と適正な支援」「ニーズの質の確保」「給付と負担のバランス」を生かした取り組み内容を検討。
4. まずは自分たちが取り組める内容を検討した結果、ケアプラン相談会の開催を立案。
5. 1～4を3包括所長会議で検討し、市の高齢介護課長および包括支援係長の承認を得て、[H21年11月から開始](#)となった。

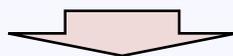
## 3包括から「ケアプラン相談会」を提案した背景 担当地域から見えてきたこと その1

(傾向として以下のものがあげられる)

- ・ 施設に入所しやすいため、介護予防の認識が薄い。
- ・ 施設入所＝介護保険料が上がるという危機感が薄い。
- ・ 急性期病院から療養型病院に転院をする人が大半のため、医療と介護の連携がうまく図られていない。
- ・ 介護予防の認識が薄いため、通所サービスの利用目的は介護負担の軽減になっている。
- ・ 事業者も介護予防の認識が薄く、ケアプランと個別サービス計画書に一体感がない。
- ・ ケアプランが、サービスありきの計画になっている。
- ・ 3包括職員全員が、第4期事業計画の認識が薄かった。
- ・ 地域の課題を保険者に提案をする場がない。

## 3包括から「ケアプラン相談会」を提案した背景 担当地域から見えてきたこと その2

- ・ 複雑困難ケースが増え、ケアマネジャーに業務外の負担が大きくなってきている。
- ・ 包括支援センターの役割が重くなっている。
- ・ 地域のケアマネジャーからの相談について、各包括で対応していた。3包括で相談内容の情報を共有することがなかったため、市全体の集約がなされていなかった。
- ・ 居宅の主任ケアマネジャーの役割が見えない。
- ・ 特定事業所加算の事業所の役割が見えない。



個別相談対応ではない、多職種連携による支援方針決定の場の必要性

# 「ケアプラン相談会」の目的 ①

1. ケアマネジャー支援（個別相談への対応）
2. 自立支援型ケアプラン作成支援  
（マネジメントの思考過程の訓練）
3. サービス事業者への支援
4. 医療との連携支援
5. 他の事業所のケアマネジャーとの、自主的なネットワークの構築支援
6. ケアマネジャーに業務外の負担がかかっているケースの発掘・支援



## 「ケアプラン相談会」の目的 ②

7. 居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャーの役割の検討
8. 特定事業所加算の事業所の役割の検討
9. 各関係機関の役割の明確化
10. 3 包括の主任ケアマネジャーのスキルアップ

# 開催方法

- ・ ケアマネジャーからの相談ケースを個別で対応するのではなく、ケアプラン相談会で意見交換することを市内事業者に対し、広く周知。

## 【開催頻度・時間】

開始当初は毎月第2水曜日と決め月1回実施。

1回の相談会は2時間程度

(現在は参加申し込みが多く、月8回程度実施)

## 【主催者】

包括の主任ケアマネジャー (3包括)

## 【参加者】

相談ケースのケアマネジャー、居宅の主任ケアマネジャー、3包括の保健師等・社会福祉士

サービス事業者、保険者、在支

## 【会場】

市役所会議室



# 特 徴

- ケアマネジャーから書類の事前提出はなし。  
相談会当日に利用者の記録のみ持参。  
→ケアマネジャーの負担軽減のため
- 初回はケアマネジャー一人が参加しても、次回の申し込みには他の事業所のケアマネジャーを誘ってもらう。  
→ケアマネジャー自ら他の事業所のケアマネジャーを誘うことで、ネットワークの構築を自ら行えるため。また、複数での参加をすることで、参加者の人数分視点が広がる。

# 開催結果

①

- 保険者が必要性を理解し、随時参加。
- ケアマネジャーがケアプラン相談会への参加を楽しんでいる。
- ケアマネジャー自身、参加をするたびに能力が向上していくと実感してくれているため、口コミで参加者が広がってきた。
- 要介護3・4・5のケアプランも、自立支援型のケアプラン作成ができるようになってきた。
- H21年11月開催当初は月に1回だったが、現在は月に6回～8回の開催となっている。
- サービス事業者がケアマネジャーを誘っての参加も増えてきた。

## 開催結果 ②

- 特定事業所加算をとっている事業所が、困難ケースの受け入れを努力してくれるようになった。
- 青梅市主任介護支援専門員連絡会（居宅7名、包括3名）で、地域の課題抽出が行えるようになった。
- ケアマネジャーの、介護保険法第一条、第二条、第四条への理解が高まっている。

# 課題が見えて取り組んだ事 ①

1. 訪問介護による院内介助検討委員会の設立準備  
(メンバー予定者) 居宅主任ケアマネジャー、包括主任ケアマネジャー、保険者、急性期病院2ヶ所の看護部長、訪問介護提供責任者、医師会長、透析クリニック代表者、高齢介護課長
2. ケース会議 (数回実施)  
(参加者) 担当ケアマネジャー、生活保護ケースワーカー、保健所、健康課、子ども家庭支援センター、障がい者福祉課、3包括代表者、担当地区包括3職種、包括支援係、民生委員等



## 課題が見えて取り組んだ事 ②

3. 地域の課題に応じた研修会の実施。
4. 各関係機関と役割についての話し合い。
5. 介護従事者合同役員会を結成。

(参加メンバー) ケアマネジャー連絡  
会・提供責任者連絡会・通所サービス連  
絡会の会長・副会長、 3 包括主任ケアマネ  
ジャー

保険者 (参加を依頼中)

## ケアプラン相談会を主催する側に求められるスキル等

- 介護保険法第二条の規定を理解し、市内の介護保険サービス利用者の重度化予防に資する自立支援型ケアマネジメントを推進するという使命感と自己研鑽意欲があること。
- ケアのマネジメントのプロセスとそれぞれの意義について理解し、説明できること。
- 相談事例に関する真の課題の明確化及び課題解決に向けた仮説構築に必要な基礎理論や個別知識を学ぼうとする努力姿勢があること。
- 真摯な取り組みにより信頼感を得ようとする努力を実践すること。