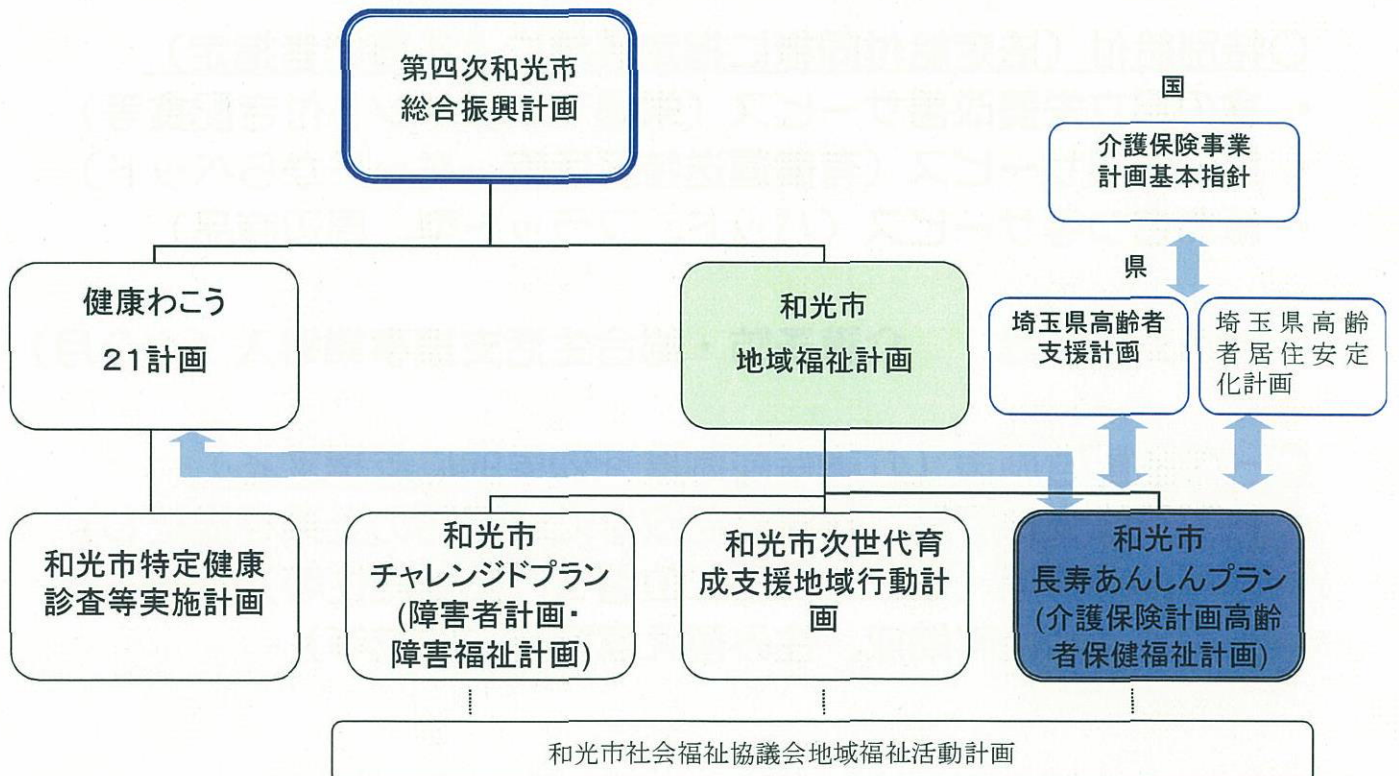


ケアマネジメント質向上の取り組み

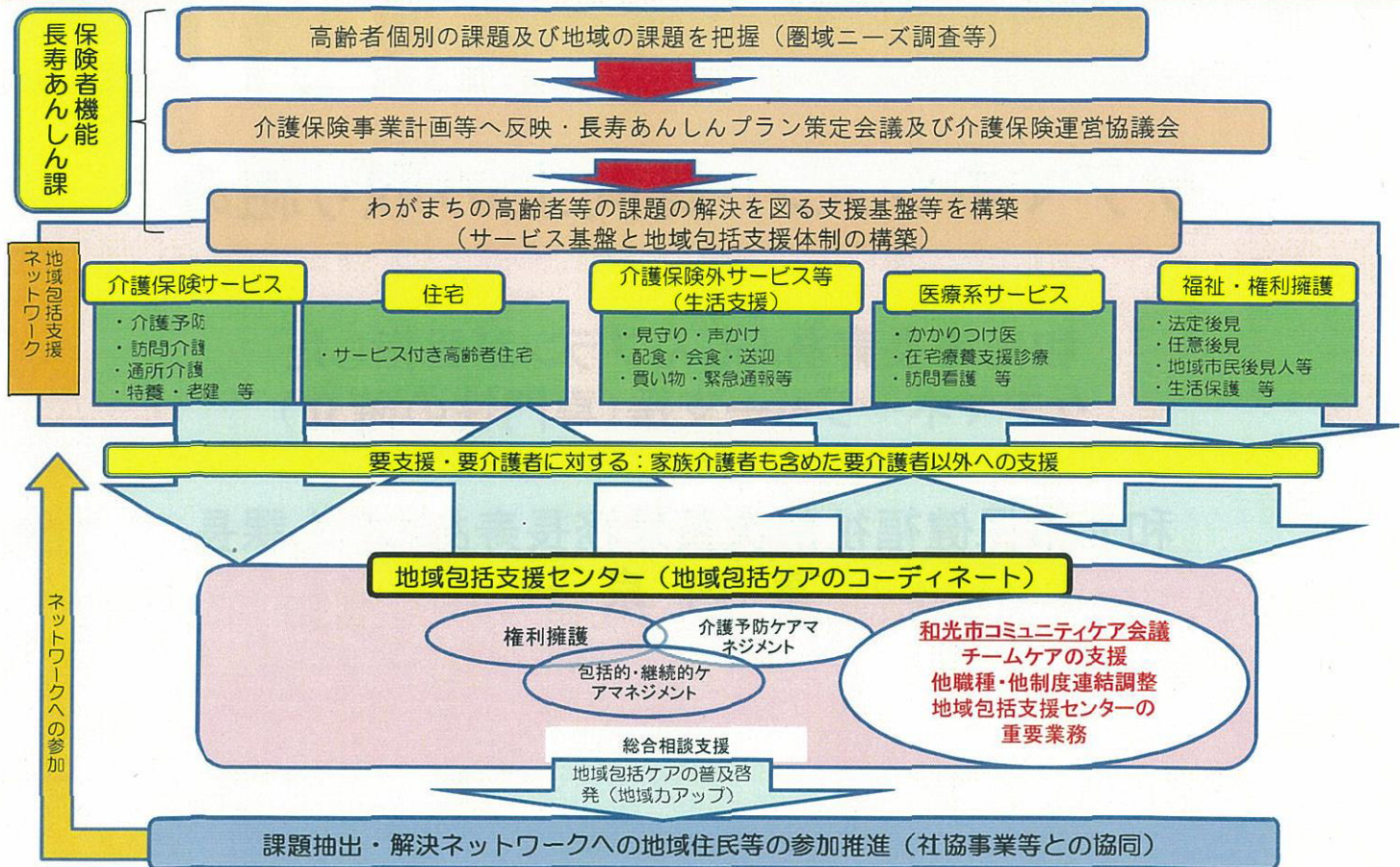
和光市長寿あんしんプランが目指した
ケアマネージャー支援（専門性の確立）

和光市保健福祉部次長兼務長寿あんしん課長
東内京一

和光市の行政計画から見る 介護保険事業計画位置



和光市の地域包括ケアシステムの構築



2

和光市の市町村特別給付と一般高齢者施策

○特別給付（法定給付同様に指定基準による事業者指定）

- ・ 食の自立栄養改善サービス（栄養マネジメント付き配食等）
- ・ 地域送迎サービス（有償運送特区活用 ベッドからベッド）
- ・ 紙おむつ等サービス（パッド、フラット型、周辺商品）

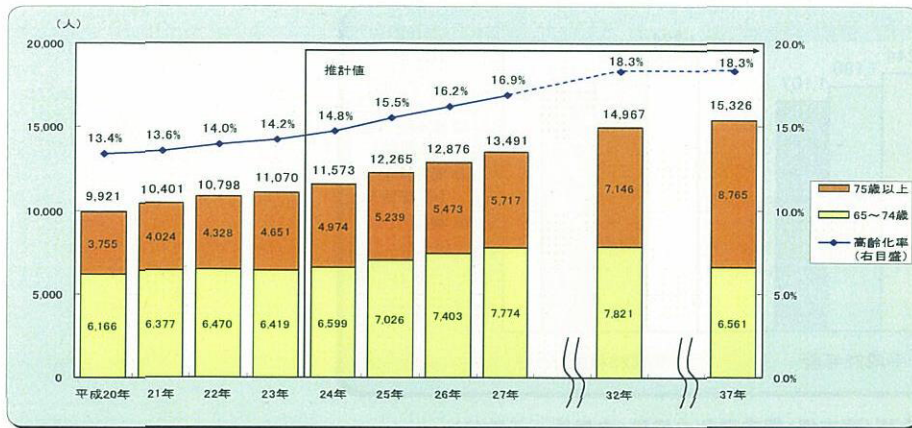
○地域支援事業 介護予防・総合生活支援事業導入（10月）

○一般高齢者施策（介護保険制度を効果的に支援する）

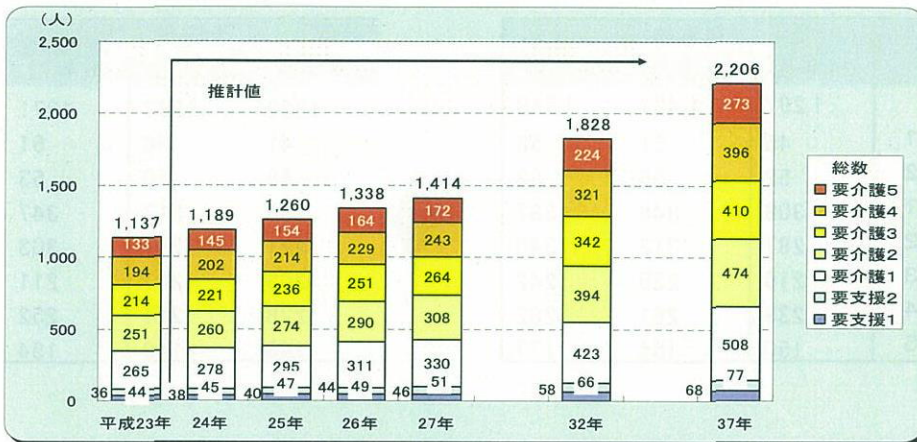
- ・ 住宅改修支援事業（法定住宅改修に50万円の上乗せ横だし）
- ・ 家賃助成事業（GH、計画に位置づけたサ高住等）
- ・ その他（利用料助成、住み替え家賃差額助成等）

3

和光市の高齢者人口推計・要介護認定者推計



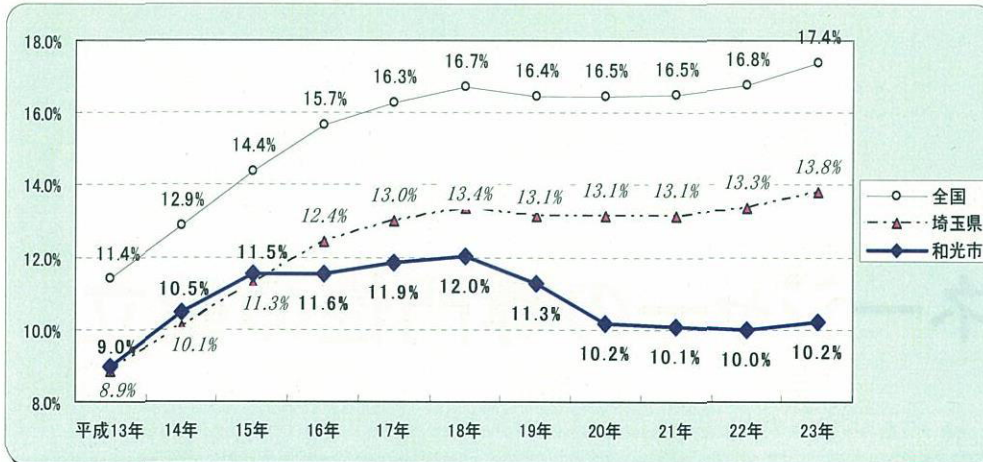
高齢化率については、平成23年度全国平均(23.0%)との比較では、まだ低い14.2%であるものの、第5期計画終了時点の平成27年には16.9%、さらに団塊の世代が後期高齢者となる平成37年には18.3%まで上昇する推計結果となり、要介護状態となる確率の高い後期高齢者の割合が前期高齢者の割合を上回る推計となっております。



上記の将来的な人口動向から要介護認定者を推計しております。平成23年度と平成37年度の対比では、人数で1,069人増加、上昇割合は194%となっております。

介護予防と自立支援型マネジメントの効果(和光市)

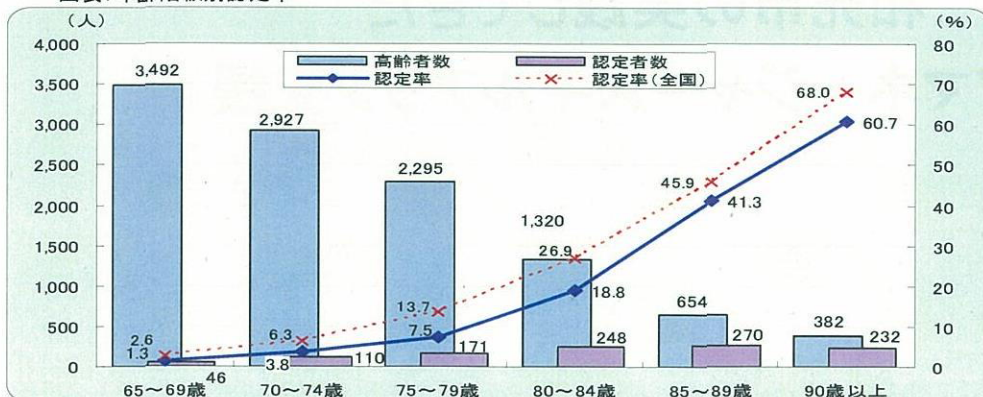
図表 要介護(要支援)認定率の推移



本市では、H15より全国に先駆けて実施している介護予防と自立支援型ケアマネジメントの効果により要介護認定率は低く安定している。年率で国平均より▲7ポイント以上、県平均より▲3ポイント以上の低い認定率となっている。

特別給付等の投入効果
地域支援事業の効果等
和光における自立支援型
マネジメントの効果が見
顕著に現れたと考察する

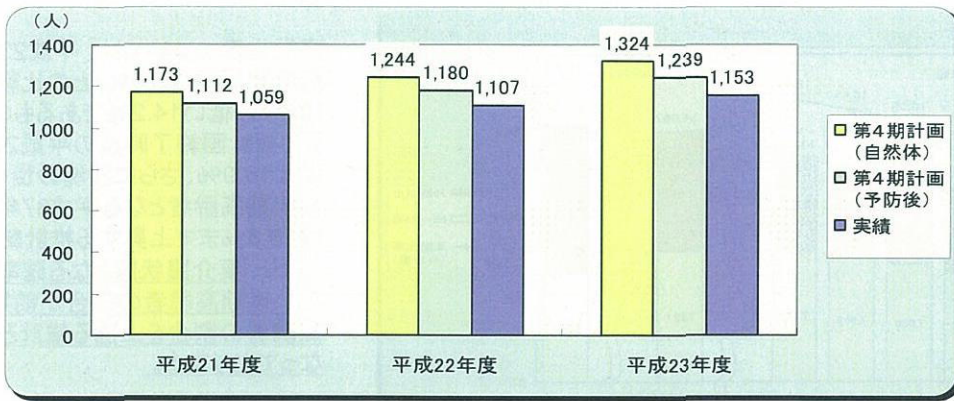
図表: 年齢階級別認定率



また、5歳刻みの各年齢階級においても認定率は全国を下回っており、75歳以上においては▲5~▲8ポイント以上の低い認定率となっている

介護予防と自立支援等の効果と認定者推計

図表 4期 認定者数の推移(計画と実績の比較)



図表 第5期 要介護(要支援)認定者数の推計(自然体→予防後)

区分	自然体			予防後		
	24年度	25年度	26年度	24年度	25年度	26年度
要介護(要支援)認定者数	1,297	1,421	1,548	1,223	1,297	1,371
要支援1	45	51	58	41	46	51
要支援2	52	56	62	48	50	53
要介護1	308	346	387	289	317	347
要介護2	287	313	340	271	287	303
要介護3	216	229	242	203	207	211
要介護4	239	261	282	228	241	252
要介護5	150	164	177	143	149	154

ケアマネージャーの専門性の確立

和光市の実践してきた
ケアマネージャースキルアップ支援

介護保険法の基本条文の確認（市民への徹底周知）

【第2条第2項】（介護保険）

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、**医療との連携に充分配慮**して行われなければならない。

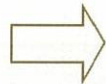
【第4条】（国民の努力及び義務）

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。

8

自立支援の考え方の整理

▶ 期間的自立支援



- 主として介護予防の対象者
- 廃用症候群等による生活機能低下ケース
- **身体機能向上から生活機能向上へ**

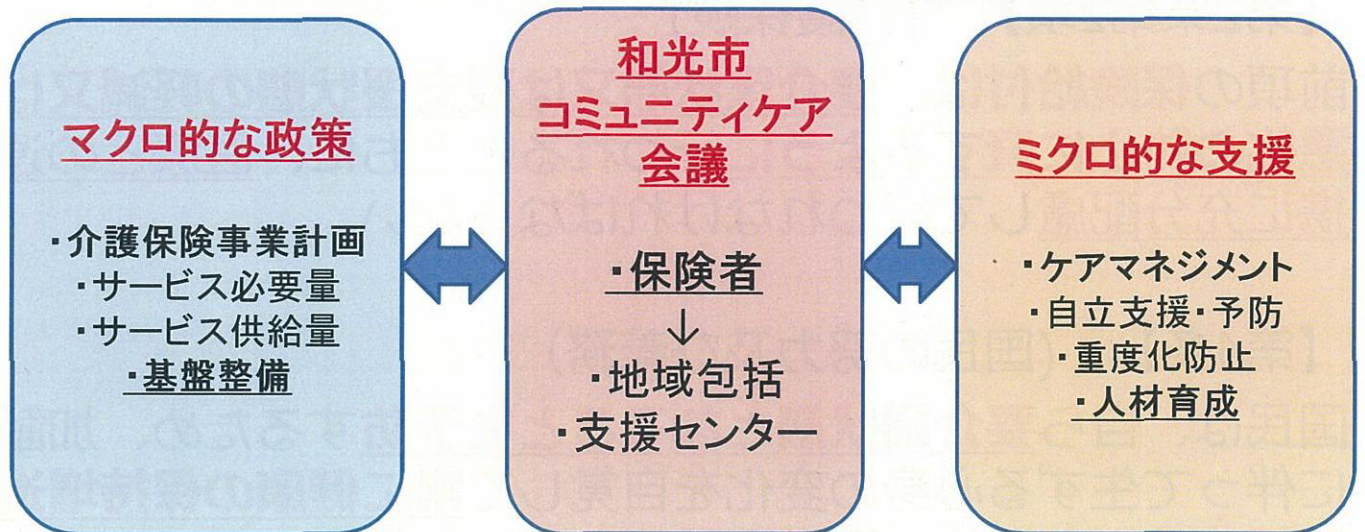
▶ 永続的自立支援



- 主として介護給付の対象者
- 脳卒中等による体の部位等の機能不全等により生活機能が低下したケースや難病及び認知症等
- 残存機能（自己資源）の活用及び改善できる機能向上から

- モデル
- 脳卒中モデル
- 認知症モデル
- その他複数疾病モデル

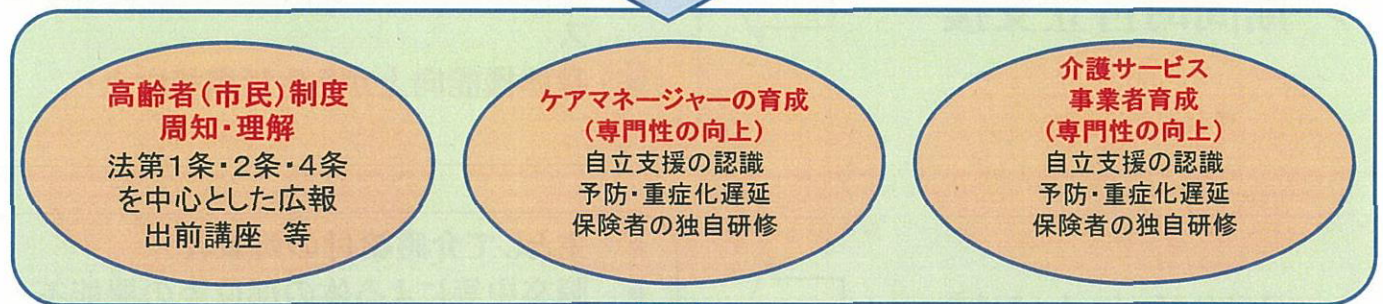
介護保険事業計画とケアマネジメントの関係 (コミュニティケア会議が政策機能の核)



・保険者機能が介護保険事業計画の策定と事業運営を行うマクロな政策の視点は、個々のケアマネジメントのミクロ的な支援のあり方を考えることが重要である。そのポイントは、地域ケア会議(和光市コミュニティケア会議)機能である。

和光市のケアマネジメントの機能強化概要

高齢者(市民)尊厳とQOLの向上のために

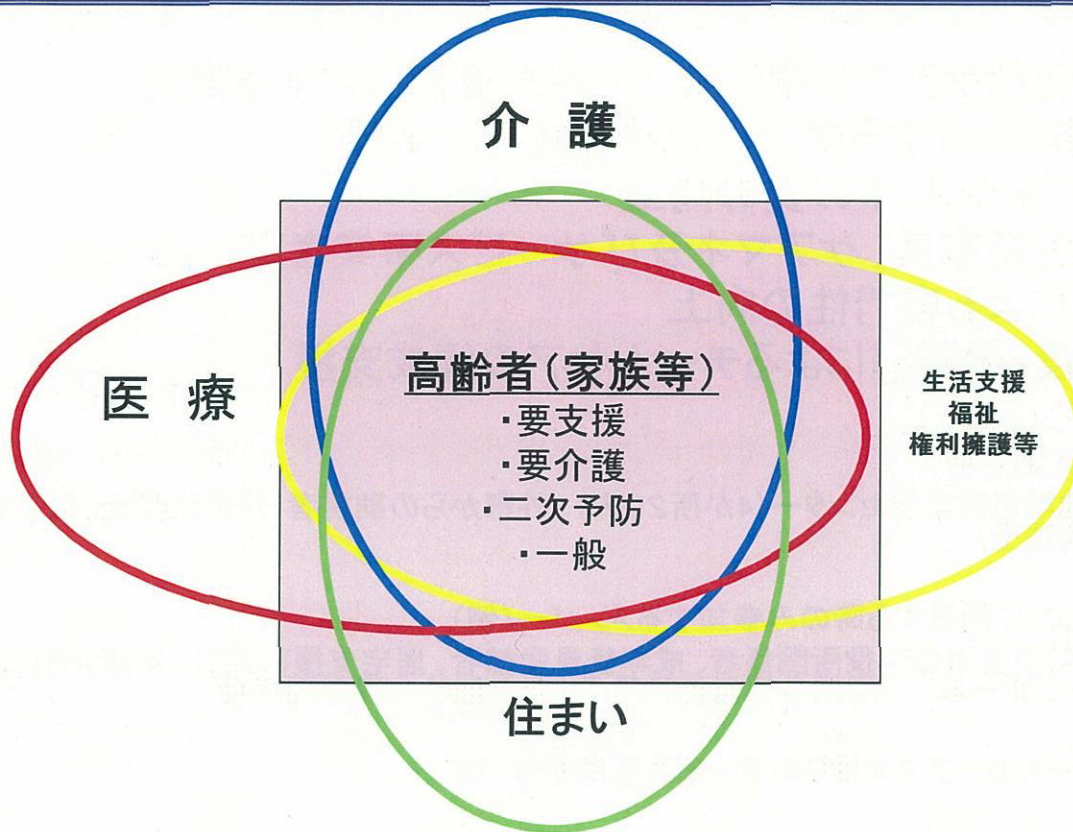


和光市コミュニティケア会議

- ・・・ケースの調整、多制度他職種の連結及びOJT(ケアマネ・サービス事業者 等)の場
- ・・・**アセスメント統一**、訪問介護や通所介護等の**個別サービス計画書様式の統一(ICT)**
- ※ 独自研修の座学は、知識習得はもとよりOJTに耐えうる考えを学ぶこと。

専門性の高いケアマネジメントの提供 →→→ 高齢者(市民)の幸福

ケアマネジメント（制度的連結の視点）



12



13

具体的なコミュニティケア会議の内容①

①地域包括ケアを念頭においた自立支援に資する高齢者(市民)に対するケアプラン等の調整・支援

②ケアマネジメントの質の向上

③地域包括職員、ケアマネ及びサービス事業者等へのOJTによる専門性の向上

④他制度・他職種によるチームケアの編成支援
(参加メンバー)

○恒常的メンバー

保険者、地域包括支援センター(4か所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)

○個別プランに関係する時のみ参加するメンバー(例)

消費生活相談員等の市役所関係者、成年後見候補者、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、その他社会資源関係者

○個別ケースのケアマネはじめサービス担当者や 等

14

具体的なコミュニティケア会議の内容②

コミュニティケア会議の部会

①介護予防部会(要支援1・2及び二次予防等)全件

②給付適正部会(要介護1から要介護5)抽出・申し出

③権利擁護・虐待関係部会(支援必要案件)抽出・申し出

④地域密着型サービス部会

(認知症「GH・小規模多機能」・24巡回サービス 等)

(※毎週木曜午前を中心に開催)

15

和光市コミュニティケア会議（地域ケア会議） 包括的・継続的支援事業タイプ

項目	所要時間	ポイント
(1)プラン作成者より概要説明	約4分	<ul style="list-style-type: none"> ●現在の状態に至った個人因子・環境因子を簡潔に説明(生活機能低下の背景を洞察することが重要) ●【更新プランの場合】前回の支援計画に対しての評価:⇒目標に対して達成か未達成か? ⇒未達成の場合はその原因は? ●生活機能評価の解説⇒改善可能なポイントは? ●上記を踏まえて次期プランの説明 <p>(注)参加者は、自らの専門分野を中心に内容をチェックする。例えば、保健師・看護師は、医療リスクの高い人の生活上の注意点や、服薬内容に対してサービス内容が妥当かどうかという視点。社会福祉士は、独居や認知症ケース等に対する権利擁護的な視点。</p>
(2)事業者から評価、今後の支援方針	約4分	<ul style="list-style-type: none"> ●居宅介護支援事業者、介護予防通所介護、グループホーム、ケアハウス、食の自立支援事業者、ゴミの戸別収集事業者、住宅改修事業者、福祉用具事業者など、利用しているサービス提供事業者が各立場から発言
(3)全参加者から質問、意見	約10分	<ul style="list-style-type: none"> ●参加者は、挙手したうえで発言する。 ●司会は、ケースの本質(課題の本質)やプラン作成・サービス提供上の注意点などについて、端的に言語化してまとめ、共通認識にぶれが生じないようにする。
(4)まとめ	約2分	<ul style="list-style-type: none"> ●司会は、会議の最後に次回(通常3か月後または6か月後)までのケア(プラン修正含む)の方針を確認する。 ●介護支援専門員や事業者等が当面行う必要がある課題(例えば、医師の意見の確認、専門医の受診、追加訪問調査、家族からの事情聴取、など)がある場合には、その漏れがないよう、最後に念押しする。

16

和光市コミュニティケア会議



認知症者に対する地域レベルの取り組み

○ 高齢者のニーズを的確に把握し、介護保険事業計画で地域密着型サービス基盤整備に関し認知症者等に対する的確なサービス必要量に対する供給量の確保を念頭においていた取り組みとなっている。

○ ニーズ調査(CPSスケール等)

◇ 被保険者全員

◇ 郵送方式→回収→未回収者訪問調査→回収→データ分析→個人台帳作成(リスク度把握)

日常生活圏域(地域)の課題の抽出する
(認知症分)

認知症リスクのある対象者に訪問(保健師等の育成投入)
生活支援アンケート等か新開発

ローリスク

ハイリスク

○ 地域包括支援センターの職員による
マネジメント

- ・介護予防アクティビティ事業
- ・閉じこもり予防事業
- ・介護予防ヘルパーの導入

専門職等の対応

○ 認知症に対する個別アセスメントの実施(CDR等)

- ◇ 家族等近親者がいるケース
- ◇ 専門医受診勧奨の支援
- ◇ 介護認定申請からケアマネジメントの導入

コミュニティケア会議による認知症の状態に応じた継続的な支援を実施(認知症コーディネート職の配置)

声かけ・見守り
支援
認知症サポーター等の活用

介護予防事業継続
老人福祉
センター利用
支援

認知症対応病院
への
受診支援

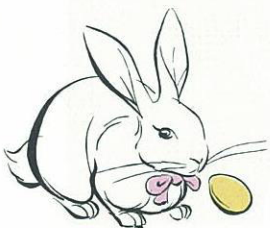
介護・医療連携の
チームケア
支援

地域密着型サービス基盤へ
認知症対応施策の構築

和光市の保険者独自研修の資料抜粋

IADLに視点を置いたアセスメント

医療リスク、意欲低下や生活歴の確認は
アセスメントの当たり前の前提



要支援1・2から自立高齢になった、圏域別改善・悪化・維持の割合

24 地域包括支援センターにおける介護予防サービス支援計画の状況等

①介護予防ケアマネジメント（予防給付）

（単位：件、人）

※1）「改善」・「悪化」・「維持」は、予防サービス導入前から年度末時点の状態変化を示す

地域包括支援センター	プラン作成件数	プラン作成実人数(A)	改善者数(B)	悪化者数(C)	維持者数(D)	死亡等
南	48	39	17	8	10	2
北	30	22	8	6	6	1
北第二	40	29	15	7	5	1
中央	41	34	16	6	7	3
合計	159	124	56	27	28	7
南			43.6%	20.5%	25.6%	
北			36.4%	27.3%	27.3%	
北第二			51.7%	24.1%	17.2%	
中央			47.1%	17.6%	20.6%	
合計			45.2%	21.8%	22.6%	

※2）改善者：要支援1・2から自立（非該当）となった人

※3）悪化者：要支援1から要支援2、または要支援1・2から要介護状態へ移行した人

※4）維持者：年度末時点において要支援1・2から要介護度の変化がなかった人

※5）下段は、プラン作成実人数に占める改善者数、悪化者数及び維持者数の割合

（小数点以下第二位を四捨五入）

※6）改善率＝（B/A）％、悪化率＝（C/A）％、維持率＝（D/A）％

20

ニーズと課題

ニーズ：欲求・要望

課題：解決しなければならない問題

・ ☆同じようで同じでない、この違いを理解！

○介護予防サービス支援計画

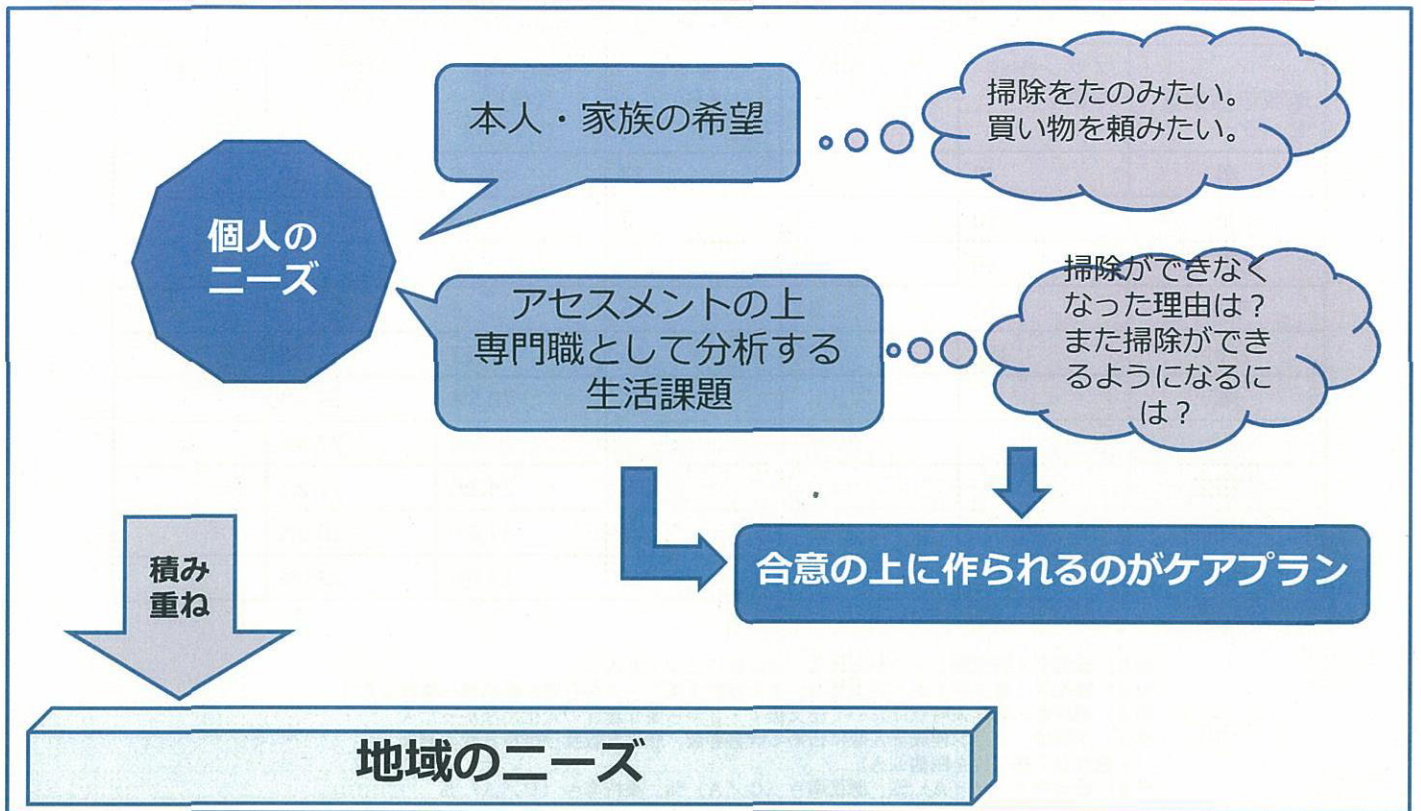
領域における課題（背景・原因）

○居宅サービス計画

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）

・ **まずは、課題を的確に把握する事**

ニーズ・課題について②



22

「生活行為評価票」による現状評価と予後予測の整理票

自立度 困難度と改善 可能性	自立		一部介助		全介助	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性 高い	改善可能性 低い	改善可能性 高い	改善可能性 低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

	生活機能	事前	事後予測	備考
A D L	室内歩行	○1		
	屋外歩行	○2		限られた場所のみ。
	外出頻度	△1	→ ○2	デイサービス以外の外出は少ない。
	排泄	○1		
	食事	○1		
	入浴	△1	→ ○2	デイサービス入浴のみになっている。 能力はある。
	着脱衣	○1		

23

I A D L	掃 除	△1 → ○2	
	洗 濯	○2	大物以外は自立。
	買 物	△1 → ○1	簡単なものは自分で。 他はヘルパーや家族。
	調 理	△2 → ○2	レンジアップ程度は出来る。
	整 理	○1	
	ごみ出し	○1	
	通 院	△1 → ○2	家族付き添い。
	服 薬	○1	
	金銭管理	△1	銀行に行くのは家族に頼む。
	電 話	○2	
	社会参加	△1 → ○2	言語障害軽度、相手が聴き取りにくい。 限られた相手のみ。

ニーズ・課題について③

● 「清潔を保持できない」状況

⇒一人で入浴できない。リスクが高い。

何で 一人で入浴ができないの？

これが
課題！

個人因子：本人に関すること
右片麻痺 脳梗塞2回繰り返している

環境因子：家族や地域、住環境等
独居、支援者なし、自宅の浴室は段差が多い・・・等

自立支援型プラン例

これは
目標ではなく、手段！

生活全般の解決すべき課題	目標			
	長期	期間	短期	期間
清潔を保持したい	通所介護利用により入浴できる	6か月	通所介護利用に慣れる	3か月

見直し

生活全般の解決すべき課題	目標			
	長期	期間	短期	期間
右片麻痺による歩行不安定 (転倒を繰り返す、浴槽のまたぎ動作ができない)	浴槽のまたぎ動作が一人で行える	6か月	介助者の体を支える介助によりまたぎ動作ができる。	3か月
右片麻痺による上肢の動作に制限。 (体を洗う、着替えをすることが困難。)	洗体動作が自立できる。	6か月	着替えの動作が自立できる。	3か月
脳梗塞を2度再発している。	塩分1日6g以下の食事ができる	6か月	栄養士の指導に沿った食事を覚える	3か月

26

自立支援型ケアプラン例

通所で入浴することのみが目的
になっているサービス

援助内容

サービス内容	サービス種別	頻度	期間
清潔保持ができるよう、通所介護で入浴しましょう。できるだけ自分で洗えるところは自分で洗い、背中などは手伝ってもらいましょう。	通所介護	週2回	6か月

見直し

援助内容

サービス内容	サービス種別	頻度	期間
足を持ち上げる動作、麻痺側と健側の足の使い方指導を行い、またぎ動作が自立できるよう指導する。その際、自宅の浴槽の環境にも注意し必要であれば手すりの設置や改修も検討します。	通所介護	週2回	6か月
体を洗う動作、背中や足指が届かず洗えません。健側のROMを拡大できる指導、実際の動作指導、必要であれば道具の工夫などの指導も行います。	通所介護 訪問リハビリ	週2回 月2回	6か月

残存機能の活用！

27

ケアマネージャーの専門性の確立は 介護保険制度の理念・目的達成の主眼

- 元資格を問わない介護支援専門員たる専門性の確立から社会的認知の向上
- 高度なアセスメントの能力からの的確な課題抽出
- 高度なプランニング能力による課題対応・解決
- 高度なモニタリング能力による検証・評価・進行管理

