

平成24年度
介護支援専門員研修改善事業報告書
— 事業実施結果及び今後の取り組みについて —

平成25年3月
株式会社日本総合研究所

目 次

1. 平成 24 年度の事業概要	2
2. ケアマネジメント向上会議で取り上げた具体的な論点	2
3. 課題整理表(仮称)及び評価表の実証事業結果について	3
(1)課題整理表(仮称)及び評価表の背景と目的	3
(2)課題整理表(仮称)及び評価表の実証結果.....	4
(3)今後期待される取り組み	5
4. 公開ケア会議の開催について	9
(1)公開ケア会議の開催結果に対する評価	9
(2)今後期待される取り組み	10
参考資料1 課題整理表(仮称)及び評価表の実証事業実施概要.....	11
1. 実証事業実施概要	11
2. 実証事業に使用した帳票	13
3. 評価アンケート結果概要	16
4. 評価アンケート調査票	28
参考資料2 課題整理表(暫定案)	33
参考資料3 ケアマネジメント向上会議・公開ケア会議 開催概要.....	35
1. 公開ケア会議 開催概要	35
2. 公開ケア会議 結果概要	36
3. ケアマネジメント向上会議 開催概要	36
4. ケアマネジメント向上会議 結果概要	38
参考資料4 ケアマネジメント向上会議 参加委員名簿	43

1. 平成 24 年度の事業概要

(1) 事業の目的

今後のケアマネジメントについては、自立支援に資するケアプランの重要性を継続的に情報発信し続けるとともに、資質向上の場であるケアマネジャー関連の研修に、その内容を反映させていくことにより、自立支援に資するケアプランの全国的な普及を図る必要がある。

そこで、本事業では、ケアプランの実態と課題について、事例に基づいた評価・検証を通じ、介護支援専門員のケアマネジメントの向上を図るため、自立支援に資するケアマネジメントの考え方及び具体的な事例の発信と自立支援に資するケアマネジメントをより円滑に実施するために必要な仕組みを検討することを目的としたものである。

(2) 事業概要

本事業においては、介護支援専門員による自立支援に資するケアマネジメントを促進するためのツールとして、課題整理表(仮称)を策定し、居宅介護支援事業所を中心とした介護支援専門員による実証事業を行った。実証事業においては、課題整理表(仮称)とあわせて、モニタリングにおけるサービスの適正な評価を推進するためのツールとして、評価表を策定し活用いただいた。

実証事業の結果については、自立支援に資するケアマネジメントをより円滑に実施するために必要な仕組みを検討する場として設置されたケアマネジメント向上会議において評価・検証を行った。

また、ケアマネジメント向上会議の下に公開ケア会議を設置し、ケアプランの実態と課題について、具体的なケアプランと介護支援専門員の思考過程の事例に基づき、多職種の協働による公開の議論の場において、事例評価・検証を実施した。なお、公開ケア会議における事例の評価・検証の結果についても、ケアマネジメント向上会議に報告し、評価・検証を行った。

2. ケアマネジメント向上会議で取り上げた具体的な論点

- 本事業において実施したケアマネジメント向上会議の開催概要及び結果は、参考資料3の3・4の通りであり、本会議では、「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」で整理された課題を踏まえ、具体的に以下の論点を取り上げた。

- ① アセスメントの段階で多職種による専門的見地からの議論を反映しやすくし、カンファレンスにおける多職種協働の円滑化を図るため、課題整理表(仮称)の導入・活用についてどう考えるべきか。また、モニタリングにおける適切な評価を推進するため、評価表の導入・活用についてどう考えるべきか。
 - ② 多職種がアセスメントやケアプランに対する助言を行ったり、保険者が地域に必要なサービスを把握したりするために有効な、地域ケア会議の運営方法についてどう考えるべきか。また、その参考として公開ケア会議をどのように活用することが考えられるか。
 - ③ 介護支援専門員に関する各種研修において、課題整理のプロセスや多職種間での協働について、どのような学習内容を盛り込むことが必要か。
- 本会議における検討では、まず課題整理表(仮称)及び評価表の実証事業及び公開ケア会議の実施結果を評価した上で、その成果と課題に基づいて今後期待される取り組みを整理した。

3. 課題整理表(仮称)及び評価表の実証事業結果について

(1) 課題整理表(仮称)及び評価表の背景と目的

- 介護支援専門員によるケアマネジメントやケアプランについては、社会保障審議会介護給付費分科会や社会保障審議会介護保険部会において、「利用者の意向を踏まえつつ、そのニーズを的確に反映した、より自立支援型、機能促進型のケアプランの推進が求められている」、「利用者像や課題に応じた適切なアセスメントができていないのではないか」といったことが指摘されている。
- また、ケアプランには、なぜその「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」となったのかの根拠(介護支援専門員の考え方)が記載されていないことから、多職種との情報共有が困難であったり、利用者の状態を踏まえたケアプランの見直しが行いにくいといった課題も指摘されている。
- そのため、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」を抽出した過程を可視化することで、チームケアに参加する多職種が利用者・家族の状況に対して情報を共有し共通認識を持ちやすくしたり、初任段階の介護支援専門員が主任介護支援専門員等から助言を受けやすくしたりすることを目的として参考資料1の通り、課題整理表(仮称)を策定し実証事業を実施した。また、ケアプランには反映できなかった課題を記録できるようにすることで、保険者が地域に必要なサービスを把握しやすくなることも期待

できる。

- そこで、実証事業における課題整理表(仮称)に対する評価は、①介護支援専門員自身にとっての効果、②多職種間の情報共有に対する効果、③ケアプランに反映できなかった課題を把握する効果、のそれぞれの視点から検討した。

(2)課題整理表(仮称)及び評価表の実証結果

(課題整理や多職種連携への効果に関する実証結果)

- 参考資料1の3にある通り、実証事業に参加した介護支援専門員による課題整理表(仮称)に対する評価を見ると、半数超が「役に立つ」との評価であり、具体的な効果として、「情報収集の抜け漏れを防げる」、「優先的に取り組むべき課題を特定しやすい」といった点が挙げられた。また、多職種間の情報共有に関する効果として「多職種と同じ分析項目で現状を共有できる」、「見通しを共有できる」点が挙げられた。
- 一方で、「課題整理表(仮称)が無くても課題を整理できる」との意見も見られた。また、慣れていないために当初は負担感が大きいこと、業務システムが対応していないために作成負担が大きいこと、多職種の視点が合わずに情報共有が進まないことが課題として指摘された。
- 以上の点をふまえると、課題整理表(仮称)の様式及び記載方法をより明確化し、多職種にもその内容を周知することで、業務経験年数の短い介護支援専門員の資質向上や、多職種間での情報共有への活用に関して効果的であると評価できる。

(ケアプランに反映できなかった課題の把握に関する実証結果)

- 実証事業において、ケアプランに反映できなかった課題があった事例は約2割であり、反映できなかった理由として「サービスが無い」、「サービス量が不足」といった点が挙げられた。
- このような結果を踏まえると、課題整理表(仮称)を活用することで、地域に必要なサービスを把握することにも効果的であると評価できる。保険者が個々の支援事例に基づいた課題を把握しやすくなることで、より具体的な介護保険事業計画の策定にも寄与すると考えられる。

(評価表に関する実証結果)

- 参考資料1の2にある評価表については、実証事業の中で作成した事例が少ないものの、「役に立つ」との評価が半数超であった(参考資料1の3(5)参照)。実証事例

が少ないものの、モニタリングにおける適正な評価を推進するツールとして効果があると考えられるが、課題整理表の精査とあわせて引き続き検証を重ねる必要がある。

(3) 今後期待される取り組み

(課題整理表(仮称)の様式の見直し)

- 課題整理表(仮称)については、実証事業に際して設定した各視点について、概ね効果があると評価できる。ただし、項目や課題を導くまでの流れが整理されていないなどの要因から作成負担が大きい、各欄に記載すべき内容の例示が十分に定まっていないために判断に迷う、といった問題点が明らかになっており、その解決が必要である。
- 具体的には、実証に用いた様式のうち「判断した根拠」「予後予測」の欄について、どのような内容を記入するかが端的に分かりにくかったために、幅広い内容を大量に記載していた事例が多かった。これに伴い課題整理表(仮称)を作成する負担も大きなものとなっていた。
- したがって、実証結果を反映して課題整理表(仮称)の様式を簡素かつ明確なものに見直すとともに、今後、実証事業で収集した事例を踏まえ、さまざまな事例における記載例を提示し、発信していくことが必要である。
- 「判断した根拠」欄については、現在の状況の根拠(自立を阻害している要因)を記載するのか、今後の見通しの根拠を記載するのか、あるいは両方を記載するのかが分かりにくかったことが問題点である。課題整理表(仮称)は、利用者の状況を多職種間で共有し「なぜその課題を特定したか」を理解するために用いることをねらいとしている。
このねらいを踏まえれば、現在の状況にはその要因(自立を阻害している要因)を記載することが妥当であると考えられる。ただし、今後の見通しに関する情報等、多職種間で共有した方が有益な情報については、必要に応じて記載できるような欄を設けておくことが妥当であると考えられる。
- また、今回の実証の結果、項目間の関連性が強い(複数の項目に分けて把握しても重複記入による負担が大きい場合が多い)と考えられた項目については、課題分析標準項目¹の課題分析(アセスメント)に関する項目の範囲の中で、項目を整理統合することが妥当であると考えられる。また、健康状態及び認知に関しては、日常生活上の行為(ADL/IADL、社会参加等)に影響を与える個人因子であり、前述した「自

¹ 平成 11 年 11 月 12 日老企 29 厚生省老人保健福祉局企画課長通知「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」

立を阻害している要因」として捉えるものであって、ケアプランにおいて健康状態自体の見通しを評価することは適当ではない。したがって、これらの項目については、現在の状況及び見通しに関する評価の欄を設けないことが妥当であると考えられる。

なお、利用者以外の家族の情報や現在の生活状況・生活歴、利用者及び家族の主訴や要望等については、利用者基本情報やケアプランの第1表(利用者及び家族の生活に対する意向)に記載されるものとして整理することが妥当である。

- 以上の結果を踏まえ、参考資料2の通り課題整理表(仮称)を修正し、平成 24 年度事業の結果として示した。ただし、これは今回の実証結果を踏まえた暫定案であり、今後、記載例を整理する中で、必要に応じてさらに改善することが妥当である。

(課題整理表(仮称)の活用方法)

- 前述の通り、様式の見直しと記載例の提示を行うことを前提とした上で、以下のような場面での取り組みが期待される。

①介護支援専門員の養成研修での活用

- ・ 利用者・家族からはもとより多職種からも情報を収集・整理し、利用者の自立を阻害している要因を分析して課題を抽出する過程は、介護支援専門員の専門性が求められる最も重要な能力の 1 つであり、その思考過程を最初にしっかりと身に付けることが重要である。
- ・ 実証で得られた課題整理表(仮称)を利用することの効果を踏まえると、介護支援専門員の養成研修において、課題整理表(仮称)を活用し、情報を収集・分析して課題を抽出するまでの適切な思考過程を修得することが重要である。
- ・ また、研修で活用するにあたっては、課題整理表(仮称)の考え方や効果について、各都道府県で研修を実施する講師に理解してもらう必要があり、講師の養成に取り組む必要がある。
- ・ したがって、介護支援専門員の養成研修で活用するにあたっては、課題整理表(仮称)の考え方や記載方法・効果などについての要領を作成し、講師の指導者研修を実施することが考えられる。

②介護支援専門員自身の確認・振り返りやサービス担当者会議での活用

- ・ 実証事業で明らかになった介護支援専門員自身にとっての効果を踏まえると、介護支援専門員が情報の抜け漏れの確認や優先すべき課題を特定するために

利用したり、サービス担当者会議等で事業者や利用者に情報提供したりする際に活用することが考えられる。

- ・ さらに、初任段階の介護支援専門員のOJTとして活用することも考えられる。例えば、初任段階の介護支援専門員と指導役の主任介護支援専門員等が、同じ事例についてそれぞれ課題整理表(仮称)を作成し、それを共有しながら情報の収集・分析において持つべき視点や、課題を整理する際の考え方を主任介護支援専門員等が実践的に指導する、といった活用が考えられる。
- ・ なお、課題整理表(仮称)は、情報の収集・分析の過程に利用するものである。自立支援を促進する観点からは、特に、初めて介護保険サービスを利用したり、退院退所等により生活の状況が大きく変わったりした場合に、医師をはじめとする多職種の意見も収集しながら、サービス担当者会議等で課題整理表(仮称)を活用して課題を整理することが推奨される。

③地域包括支援センターにおける地域ケア会議等での活用

- ・ 介護支援専門員の支援と、地域に必要なサービスを把握するためには、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として、地域包括支援センターの職員が、課題整理表(仮称)の活用方法及び指導方法を修得し、居宅介護支援事業所の介護支援専門員の支援や地域ケア会議において活用することが考えられる。
- ・ 特に、個別事例の検討を通して地域に必要なサービスの把握等を図る地域ケア会議では、多職種が同じ視点で情報共有するとともに、ケアプランに反映できなかった課題を明らかにすることが必要であることから、そのツールとして課題整理表(仮称)を活用することが推奨される。こうして把握されたサービスの必要性を踏まえ、新たな資源の開発につなげたりといった取り組みを推進することが重要である。
- ・ ただし、地域ケア会議については、現時点で、その開催状況や運営方法が地域によって大きく異なっていることを勘案し、まずは会議を主催する地域包括支援センターの職員が課題整理表(仮称)の活用方法を修得することを推進することが必要である。
- ・ なお、実証事業で明らかになったように、多職種の視点が異なるために情報共有が進みにくい状況にある。したがって、介護支援専門員以外の職種が課題整理表(仮称)について知る機会を確保することも必要である。

(課題整理表(仮称)記載内容に対する利用者との合意)

- 実証事業の結果を踏まえると、課題整理表(仮称)で抽出された課題は、ケアプランに反映されなかった課題以外は、そのままケアプランの第2表に記載されるものとして取り扱うことが妥当である。一方、ケアプランに記載される課題は、介護支援専門員がケアプラン(原案)で提案するものを踏まえて、利用者とは合意して確定するものである。
- したがって、課題整理表(仮称)の記載内容についても、基本的に利用者とは合意すべきものであると考えられる。

(評価表の取り扱い)

- 評価表についても、モニタリングにおけるケアプランに位置付けられたサービスの適切な評価を推進するため、介護支援専門員の養成研修の中で活用することが考えられる。また、事業所においても、評価表を活用するなどして評価を実施することが推奨される。

4. 公開ケア会議の開催について

(1) 公開ケア会議の開催結果に対する評価

- ケアマネジメント向上会議と並行して実施した公開ケア会議の開催概要及び結果は、参考資料3の1・2の通りである。公開ケア会議は、具体的な介護支援専門員の思考過程の事例に基づき、多職種の協働による評価・検証を通じて、ケアプランの実態と課題を把握しケアマネジメント向上のための改善方策を検討することを目的としたものである。当該会議は、各地域の地域包括支援センター等が主催する地域ケア会議における個別事例の検討を中心とする会議運営の一つの参考にもなるものである。
- 地域ケア会議の目的は「地域包括支援センターの設置運営について」(平成 24 年 3 月 30 日付課長通知)に掲げられている通りだが、個別事例の検討を中心とした会議は、特に、多職種によるアセスメントや支援内容に対する助言、医療との連携やインフォーマルサービスの組み込みなどの支援、担当の介護支援専門員が知識や気づきを得る機会の提供、あるいは当該会議の主催者等が地域で必要とされるサービスを把握する機会を得るなどといった意義を持つ。
- こうした意義を踏まえると、第3回公開ケア会議で行ったように、担当の介護支援専門員だけでなく各サービスの担当者も併せて会議に参加し、多職種の専門的見地から具体的に助言してもらうことは有効である。また、このときに課題整理表(仮称)を活用することで、支援内容だけでなく、課題の整理等に対しても各職種の視点からの助言を引き出しやすくなる。
- ただし、個別事例の検討を介護支援専門員の資質向上の支援につなげるためには、多職種が各々の専門的な視点から、各事例の利用者の状態等を適切に把握して具体的に助言できること、また、そうした助言をまとめより良い利用者支援につなげることができるファシリテーターが必要となる。
- 各地域の地域包括支援センター等が主催する地域ケア会議の開催状況や運営方法が地域によって大きく異なっている現状を考慮すれば、介護支援専門員が、地域ケア会議のための資料準備や事例報告等に慣れることを支援するとともに、当該会議における助言者とファシリテーターの養成が必要と考えられる。

(2) 今後期待される取り組み

(公開ケア会議の取り扱い)

- 各地域の地域包括支援センター等が主催する地域ケア会議の開催状況や運営方法は、地域によって大きく異なる。特に、個別事例の検討を中心とした会議については、開催したことが無いために具体的なイメージが湧かないという地域包括支援センターあるいは保険者も多いと考えられる。
- こうした状況を勘案すると、地域包括支援センター等が主催する地域ケア会議における個別事例の検討の参考となるよう、国において普及に向けた取組として、今後も公開ケア会議を継続して開催することが妥当である。その際、第3回公開ケア会議で実施したように、担当の介護支援専門員だけでなく各サービスの担当者も併せて会議に参加することが妥当である。
- なお、多職種からの助言を求めたいが、個別事例の検討・支援を受けられる地域包括支援センター等が主催する地域ケア会議が地域で開催されていない状況にある介護支援専門員も多いと考えられる。したがって、今後、公開ケア会議を継続するにあたっては、公開ケア会議において検討対象とする事例を居宅介護支援事業所の手上げ方式により広く受け付けることも検討に値する。

(地域ケア会議に参加する他の専門職及びファシリテーターの養成・研修)

- 地域包括支援センター等が主催する地域ケア会議を円滑に実施するためには、前述のように、助言者(介護支援専門員の他の専門職)やファシリテーターの養成・研修も必要である。
- したがって、各職域における専門職の養成・研修の場としても公開ケア会議を活用することが考えられる。

参考資料1 課題整理表(仮称)及び評価表の実証事業実施概要

1. 実証事業実施概要

(1)実証事業の目的

- 本実証事業は、課題整理表(仮称)を実際の事例に適用して使用した上で、①介護支援専門員の思考の整理に対する効果と課題、②多職種間での情報共有における効果と課題をとりまとめ、今後の課題整理表(仮称)の修正・展開方針を検討する材料とすることを目的として実施した。

(2)事業実施概要

- 全国説明会(ブロックの説明担当者に対する説明・研修会)
※ブロックの区分は北海道・東北、関東、中部・北陸、近畿、中国・四国、九州・沖縄の6区分
 - ・ 日時：平成24年9月1日～2日
 - ・ 参加者：17名(各ブロックの説明担当講師)
- ブロック説明会(各ブロックでの実証参加者に対する説明・研修会)
 - ・ 日時：平成24年9月14日～10月28日(全11回、各日程とも1日研修)
 - ・ 参加者：全ブロック計274名
※一般社団法人日本介護支援専門員協会を通じた告知に基づく任意参加

※全国説明会及びブロック説明会については、平成24年度老人保健健康増進等事業の一環として実施

- 実証
 - ・ 期間：ブロック説明会終了後～12月末
(※事例収集状況が芳しくなかったため平成25年3月末まで延長)
 - ・ 実証対象：実証参加者が担当し、上記期間に**新規・更新・変更**があった事例
 - ・ 回収数：平成25年2月末時点で **731事例**
- 評価アンケート
 - ・ 期間：平成25年2月21日～3月4日
 - ・ 対象：実証に参加した介護支援専門員全員(274名)
 - ・ 回収数：150名(54.7%)

2. 実証事業に使用した帳票

作成日 _____ / _____ / _____
 利用者名 _____

課題整理表(仮称)

状況の事実		現在※1	見通し※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)※3	
						※4	
健康状態	主症状	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	痛み	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
ADL	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				
	ごみ出し	◎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				
	金銭管理	◎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 ○支障なし △支障あり ×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	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×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 ○支障なし △支障あり ×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 ○支障なし △支障あり ×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 ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小					
褥瘡・皮膚の問題	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×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 ○支障なし △支障あり ×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 ○支障なし △支障あり ×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 ○支障なし △支障あり ×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 ○支障なし △支障あり ×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 ○支障なし △支障あり ×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、○：見守りがあればしている、△：一部介助があればしている、×：全面的な介助があればしている、あるいは実施していない
 ○上記以外の項目： ◎：全く問題ない、○：問題はあるが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 現在の認定有効期間における状況の改善可能性の見通しについて、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 介護支援専門員の考えとして、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くべき課題には×印を記入。

居宅サービス計画書(評価表)

返送用紙の課題整理表(仮称)番号
1~5のいずれかをご記入願います。→

利用者名 _____ 殿←イニシャルでご記入願います。(例) Y・M

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)

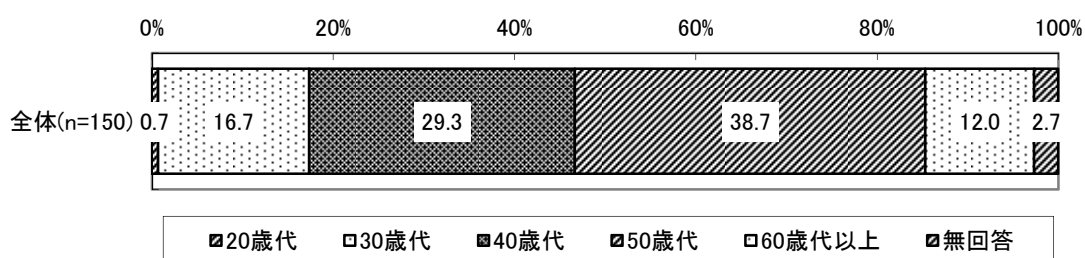
3. 評価アンケート結果概要

(1) 回答者属性

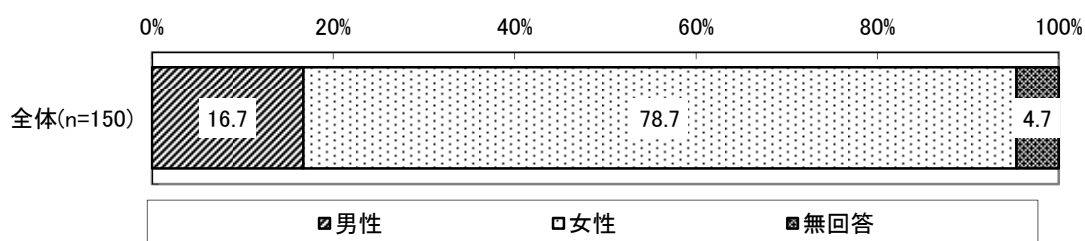
(回答者個人の属性)

- 回答のあった150名の介護支援専門員の年代についてみると、「50歳代」が最も多く全体の38.7%、次いで「40歳代」が29.3%となっている。また、性別についてみると「女性が」78.7%となっている。
- 介護支援専門員としての業務経験年数についてみると、「10年以上」が最も多く全体の38.7%、次いで「5年以上10年未満」が36.0%となっている。
- さらに、保有している資格についてみると、まず「主任介護支援専門員」を有している割合が全体の42.0%となっている。また他の資格についてみると「介護福祉士」が最も多く全体の52.0%、次いで「社会福祉士」が21.3%、「看護師」が20.7%となっている。
- 以上の結果を踏まえると、今回の評価アンケートの回答者属性は、総じて業務経験年数の長い介護支援専門員が多く、主任介護支援専門員も多く含まれている特徴があると言える。

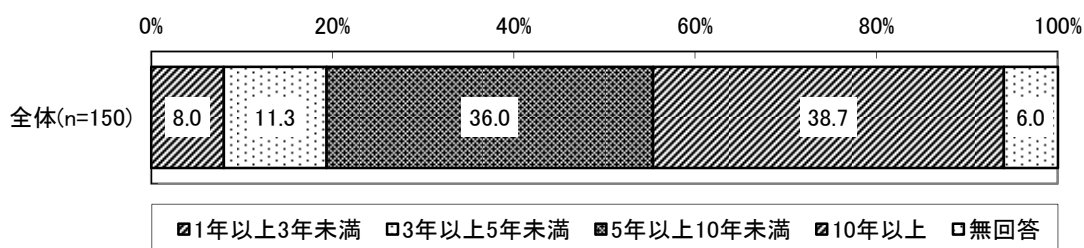
図表 1 年代



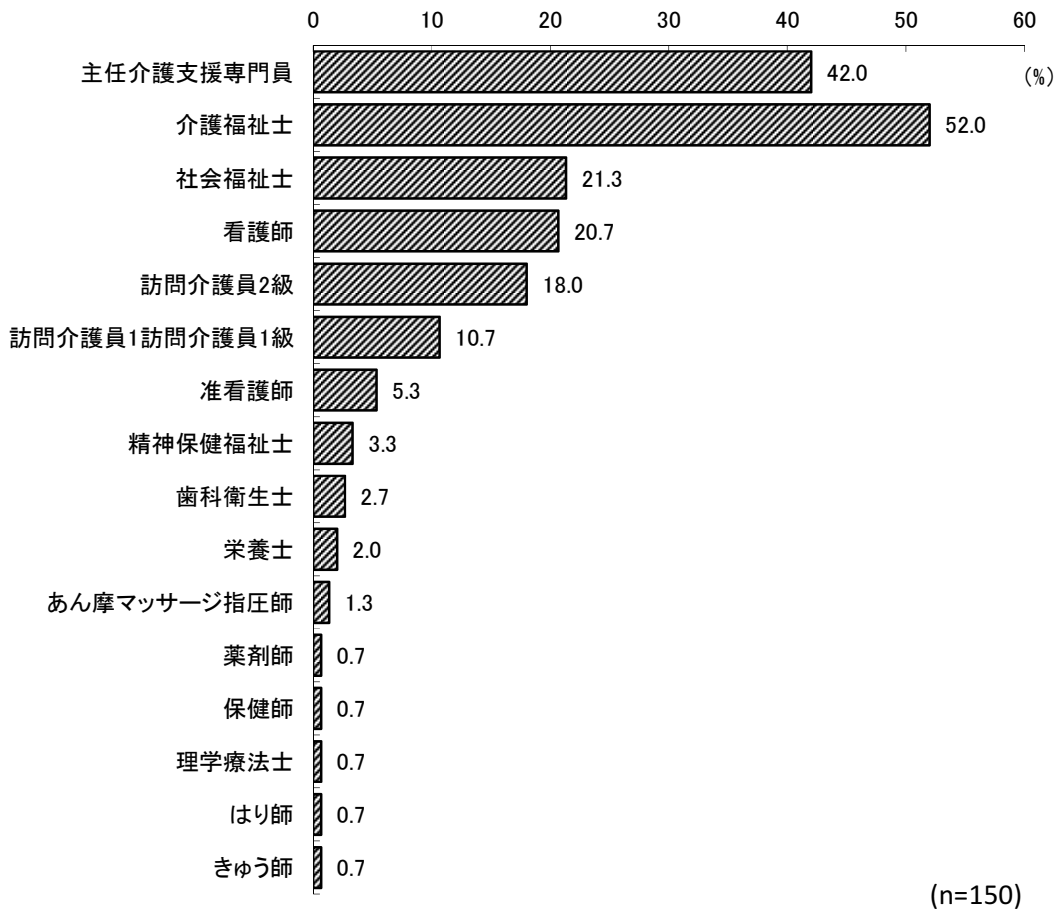
図表 2 性別



図表 3 業務経験年数



図表 4 保有資格(複数回答)

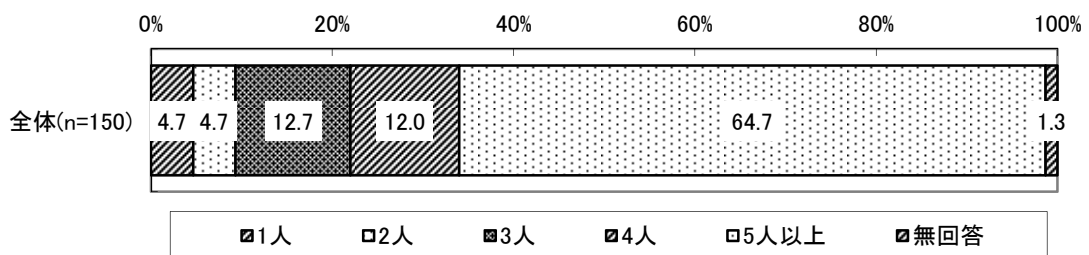


(注) 回答数がゼロだった選択肢は上図表への掲載を省略している。

(回答者が所属する事業所の属性)

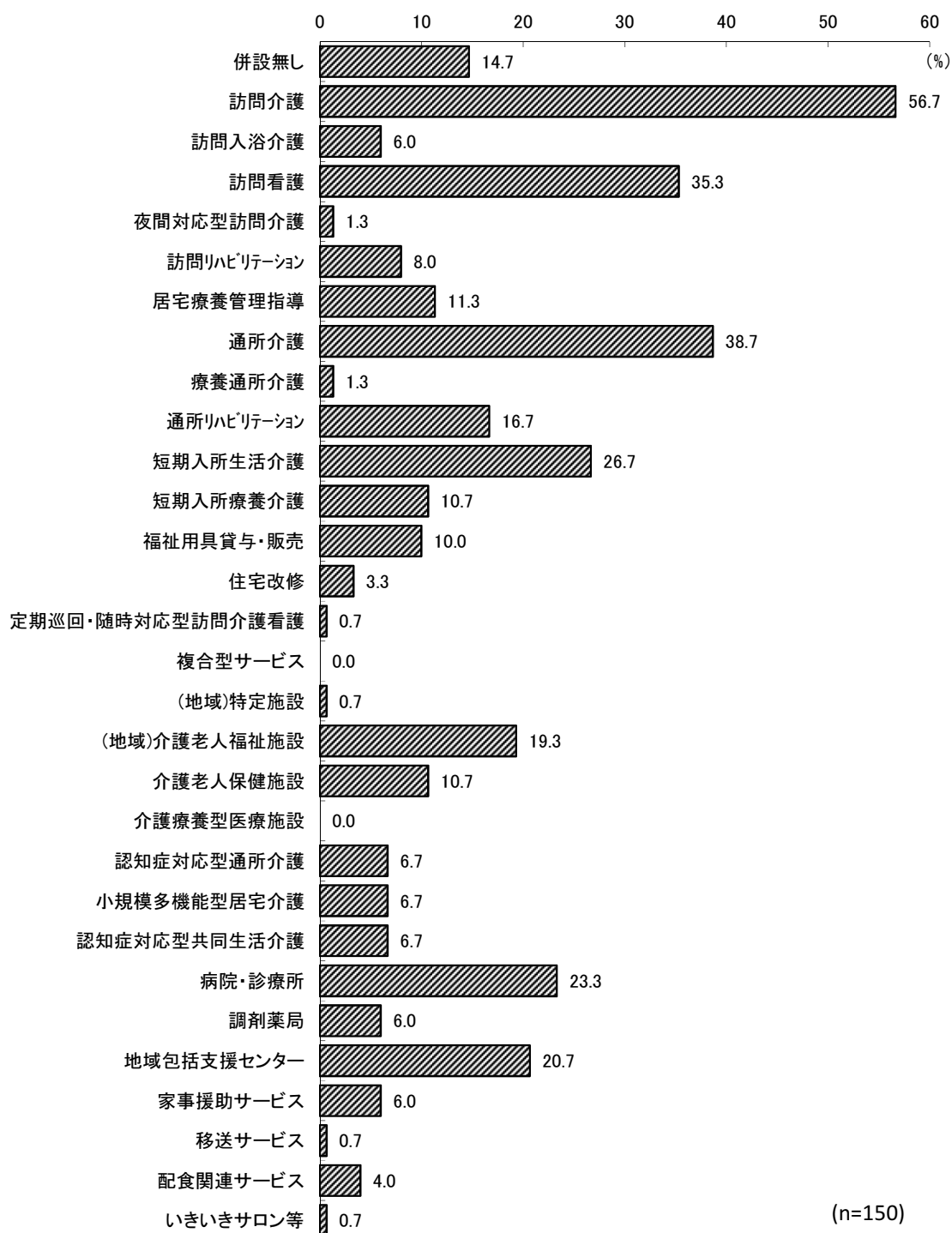
- 事業所に在籍している介護支援専門員の人数についてみると、「5人以上」が最も多く全体の64.7%、次いで「4人」が12.0%となっている。
- したがって今回の評価アンケートの回答者属性として、居宅介護支援事業所全体と比較して在籍している介護支援専門員数が多い、規模の大きい事業所に属している者が多い特徴があると言える。

図表 5 在籍している介護支援専門員数



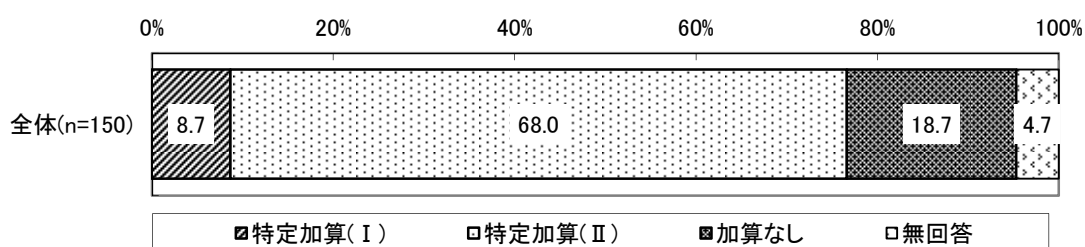
- 次に、事業所に併設しているサービス種別についてみると、「訪問介護」が最も多く全体の56.7%、次いで「通所介護」が38.7%、「訪問看護」が35.3%であった。「併設無し」(居宅介護支援事業所のみ)は全体の14.7%であった。

図表 6 併設しているサービス種別(複数回答)

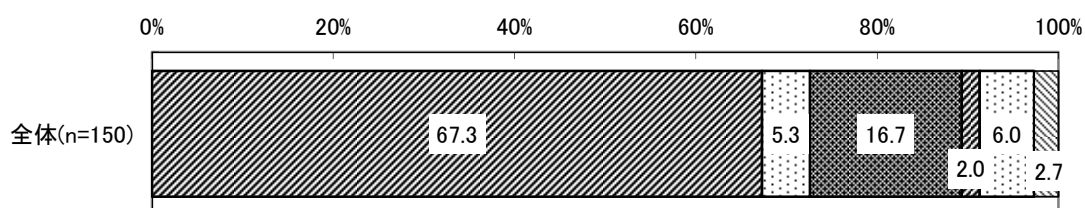


- 特定事業所加算の状況についてみると、特定事業所加算(Ⅰ)あるいは(Ⅱ)のいずれかを算定している事業所が、全体の76.7%であり、総じて特定事業所加算を算定している事業所が非常に多い特徴がある。
- 特定事業所加算を算定している事業所が多いことと関連して、指導役の配置についても「指導役として位置づけられた主任介護支援専門員がいる」事業所が全体の67.3%となっている。事業所内で一定程度の指導体制のある事業所に属している回答者が多い特徴があると言える。

図表 7 特定事業所加算の算定状況(平成 24 年 12 月時点)

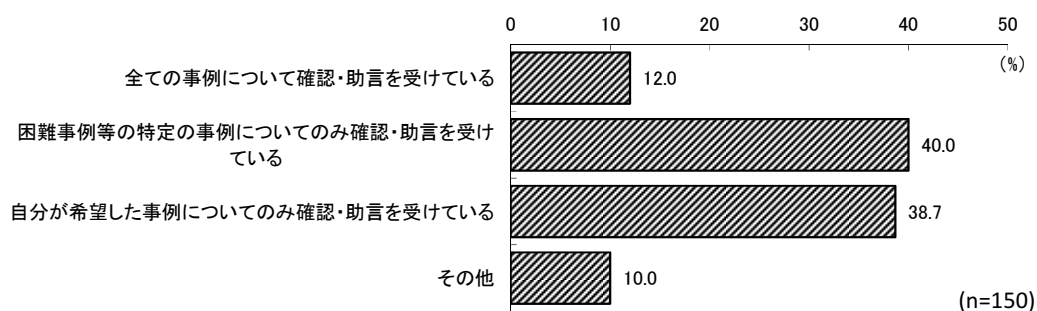


図表 8 指導的な役割の介護支援専門員の配置状況



- 指導役として位置づけられた主任介護支援専門員がいる
- 指導役として位置づけられた主任介護支援専門員以外の職員がいる
- 位置づけられてはいないが指導的立場を担っている主任介護支援専門員がいる
- 位置づけられてはいないが指導的立場を担っている主任介護支援専門員以外の職員がいる
- 特段、指導的役割の職員はいない
- 無回答

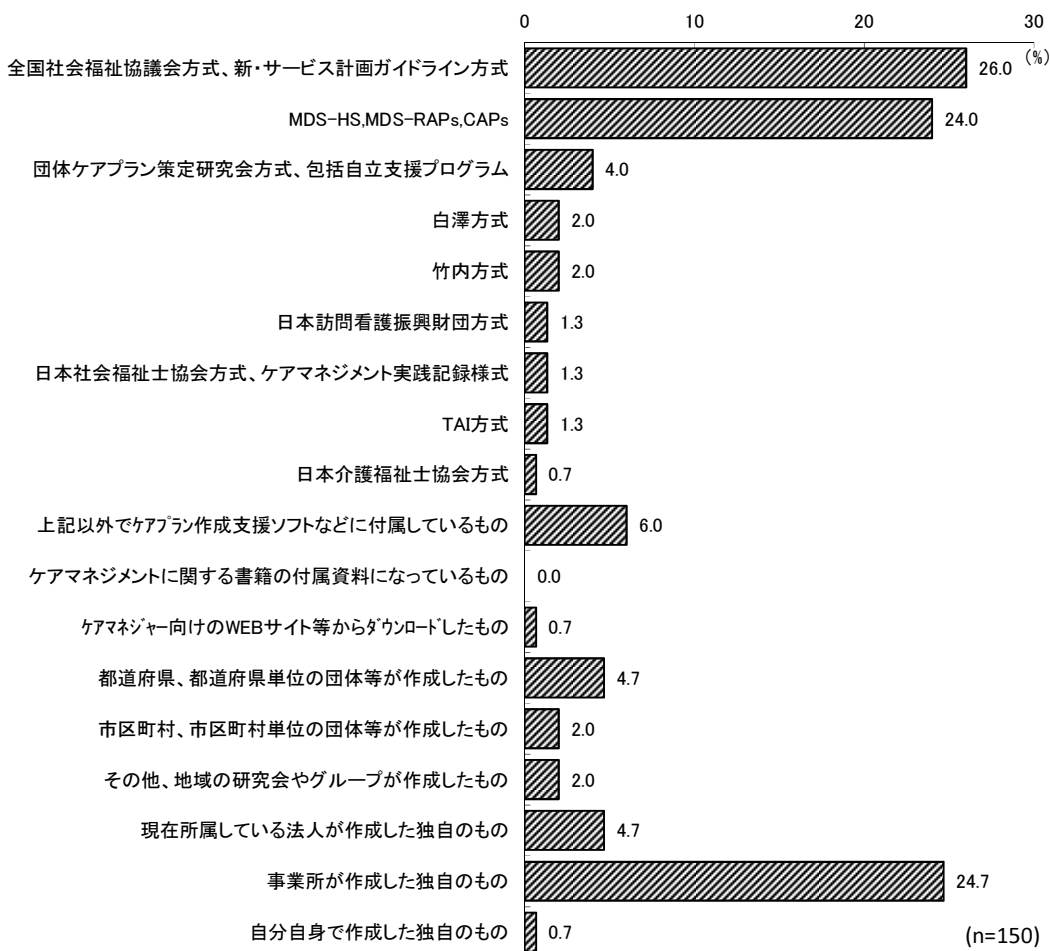
図表 9 ケアプラン原案作成時における確認・助言の有無(複数回答)



（普段使用しているアセスメントツール）

- 普段使用しているアセスメントツールについてみると、「全国社会福祉協議会方式、新・サービス計画ガイドライン方式」が最も多く全体の 26.0%であり、次いで「事業所が作成した独自のもの」が 24.7%、「MDS-HC,MDS-RAPS,CAPs」が 24.0%であった。

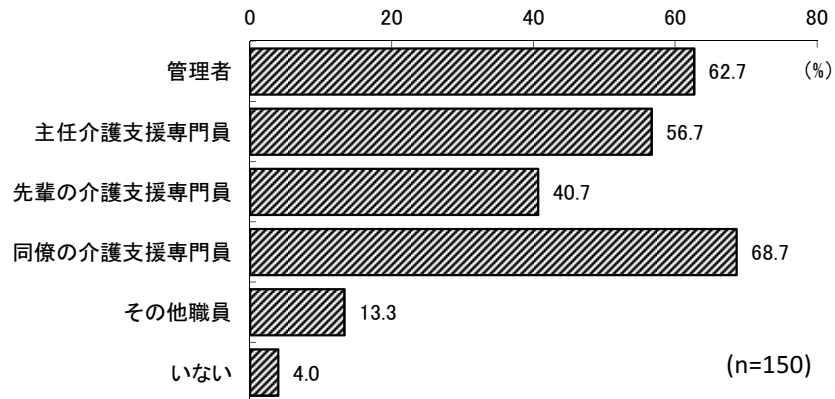
図表 10 普段使用しているアセスメントツール(複数回答)



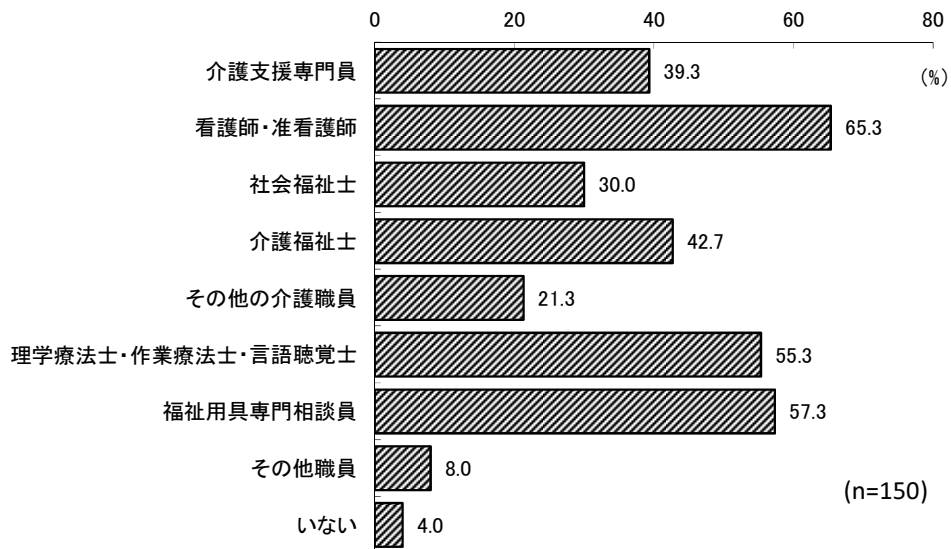
（情報の収集・分析、ケアプランの作成・変更・見直しの際に相談できる相手）

- 情報の収集・分析、ケアプランの作成・変更・見直しの際に相談できる相手についてみると、比較的規模の大きい事業所に属する、業務経験年数の長い介護支援専門員が多かったこともあり、各事業所についても相談相手が「いない」とする回答は比較的少ない特徴が見られた。
- ただし、「行政、保健所、福祉事務所」や「インフォーマルサービス事業所」について、「他の介護保険サービス提供事業者」、「地域包括支援センター」、「診療所・病院、薬局」と比較して、相談できる相手がいる割合が小さい傾向が見られた。

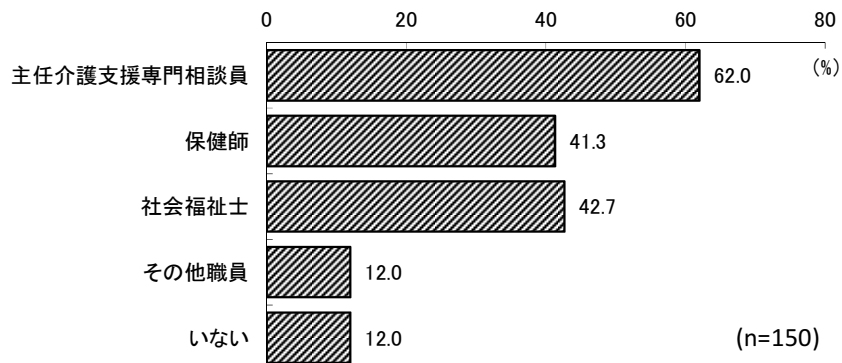
図表 11 相談できる相手(自事業所内)



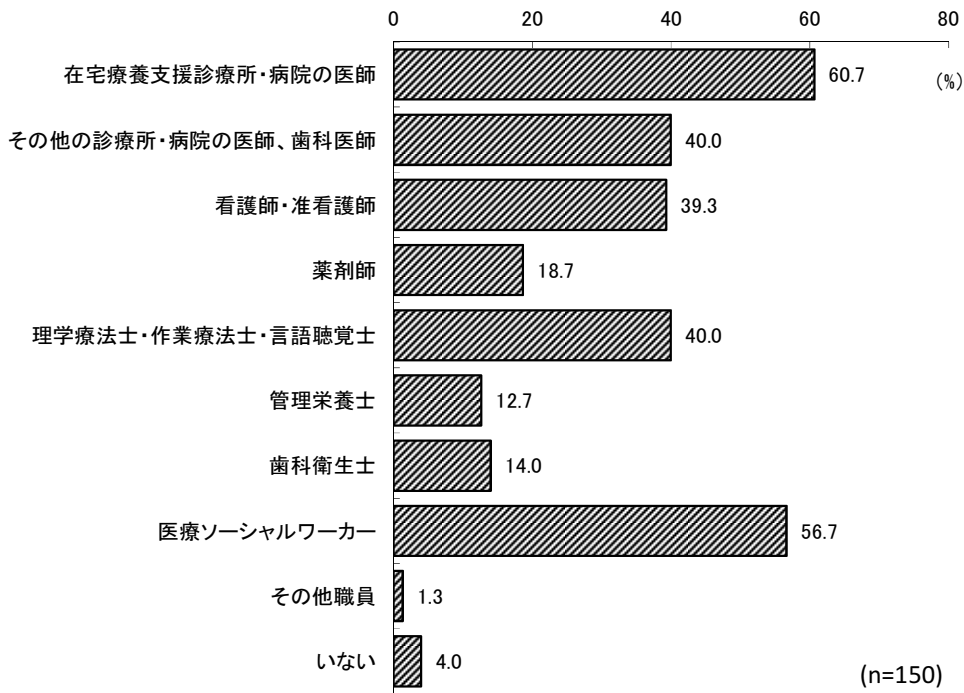
図表 12 相談できる相手(他の介護保険サービス提供事業者)



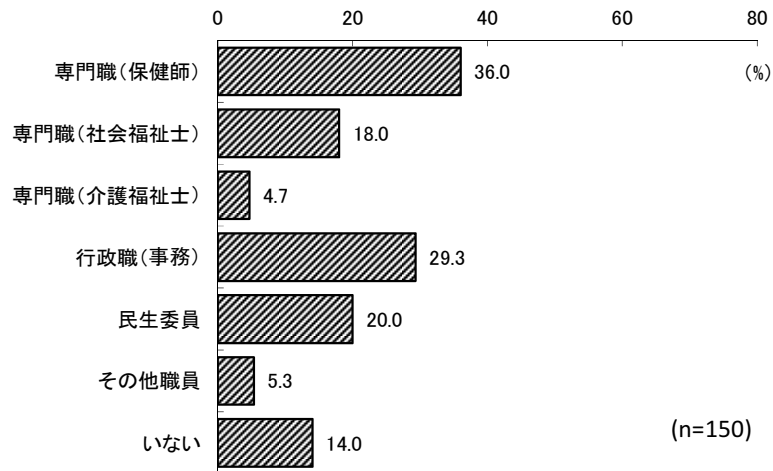
図表 13 相談できる相手(地域包括支援センター)



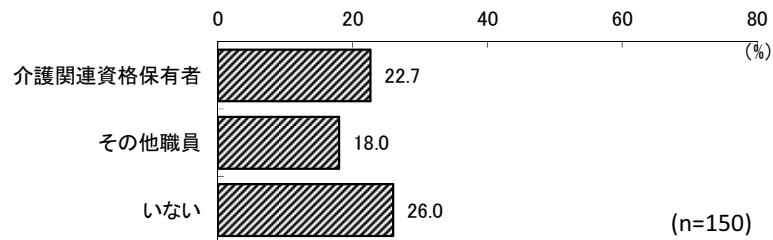
図表 14 相談できる相手(診療所・病院、薬局)



図表 15 相談できる相手(行政、保健所、福祉事務所)



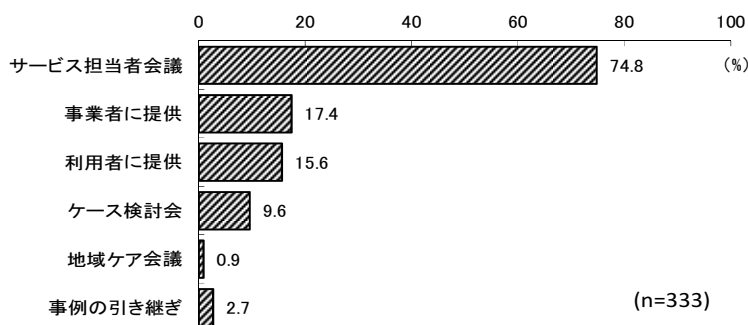
図表 16 相談できる相手(インフォーマルサービス事業所)



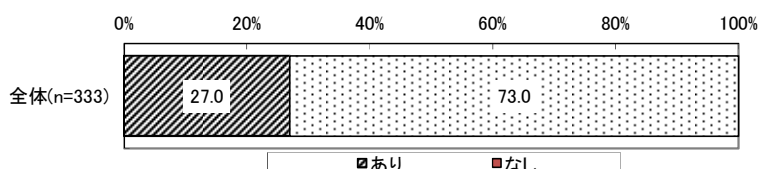
(2)実証での利用状況

- 回答のあった150名の介護支援専門員が実証した事例数の合計は333事例であった。これら333事例について、実証における課題整理表(仮称)の活用場面を見ると、「サービス担当者会議で利用」が74.8%、「事業者へ提供」が17.4%、「利用者へ提供」が15.6%であった。
- また、ケアプランに反映できなかった課題(課題整理表の「優先順位」欄に「×」印を記入した課題)の有無についてみると、ケアプランに反映できなかった課題が「あり」の事例が対象事例全体の27.0%であった。
- さらにこれら事例について、課題をケアプランに反映できなかった理由についてみると、「費用負担が重い」が50.0%、「サービスが無い」と「サービス量が不足」がともに13.3%であった。

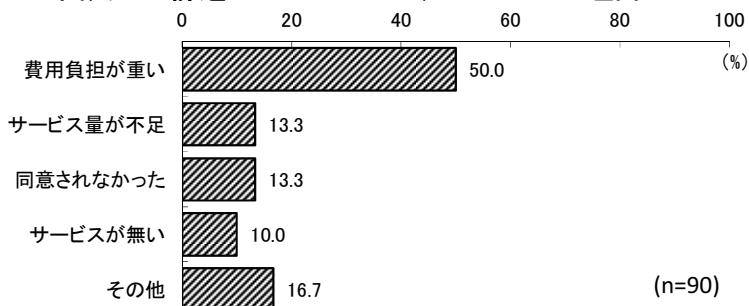
図表 17 実証における課題整理表(仮称)を利用した場面



図表 18 ケアプランに反映できなかった課題の有無



図表 19 課題をケアプランに反映できなかった理由

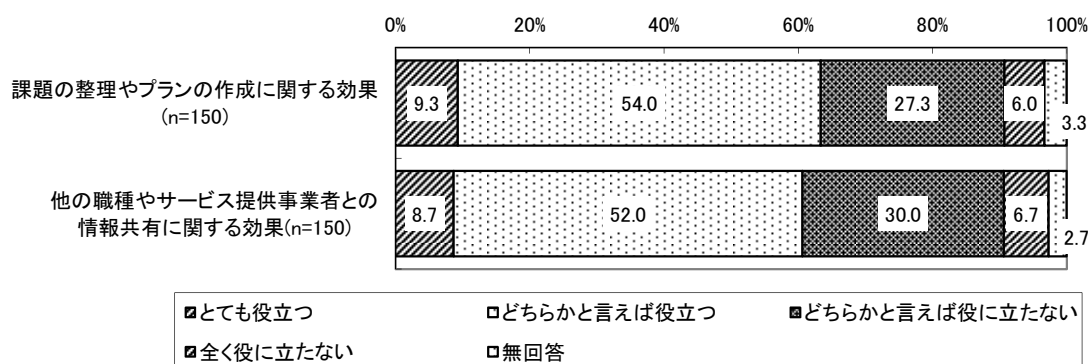


(注)上図表の母数はケアプランに反映できなかった課題が「有」であった90事例である。

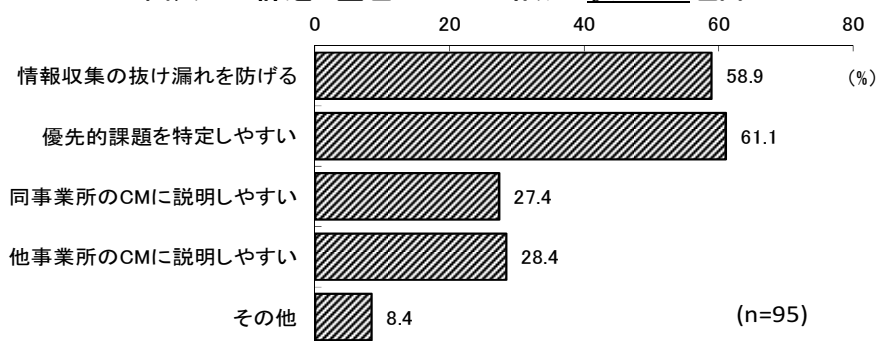
(3) 課題整理表(仮称)の効果

- 課題の整理やプランの作成に関する効果についてみると「役に立つ」が 63.3%、「役に立たない」が 33.3%であった。役に立つ理由としては「情報収集の抜け漏れを防げる」、「優先的課題を特定しやすい」こと、役に立たない理由は大半が「整理表がなくても課題特定できる」ことが挙げられている。

図表 20 課題整理表(仮称)の利用の効果

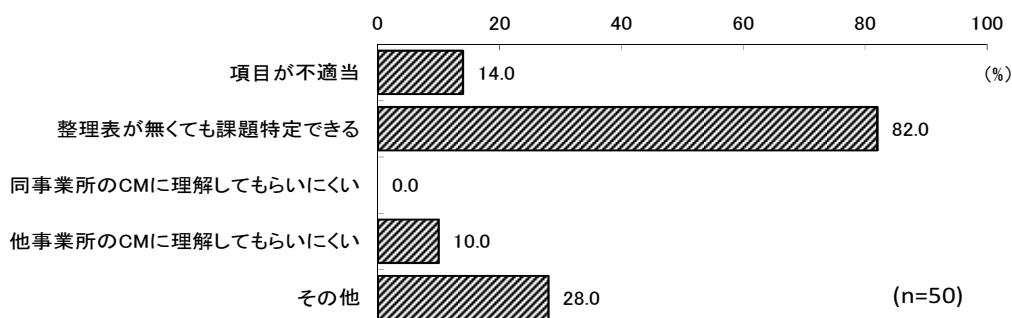


図表 21 課題の整理やプランの作成の役に立つ理由



(注)上図表の母数は課題の整理やプランの作成に役に立つと回答した 95 名である。

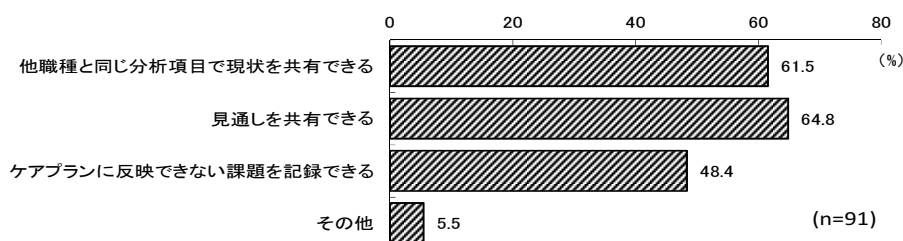
図表 22 課題の整理やプランの作成の役に立たない理由



(注)上図表の母数は課題の整理やプランの作成の役に立たないと回答した 50 名である。

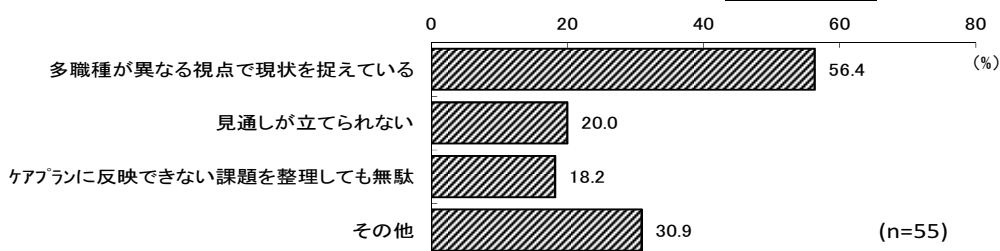
- 一方、多職種との情報共有に関する効果についてみると、「役に立つ」が 60.7%、「役に立たない」が 36.7%であった(図表 20)。また、役に立つ理由は「他職種と同じ分析項目で現状を共有できる」、「見通しを共有できる」こと、役に立たない理由は「他職種が違う視点で現状を捉えている」ことが挙げられている。

図表 23 他の職種やサービス提供事業者との情報共有の役に立つ理由



(注)上図表の母数は他の職種やサービス提供事業者との情報共有の役に立つと回答した 91 名である。

図表 24 他の職種やサービス提供事業者との情報共有の役に立たない理由

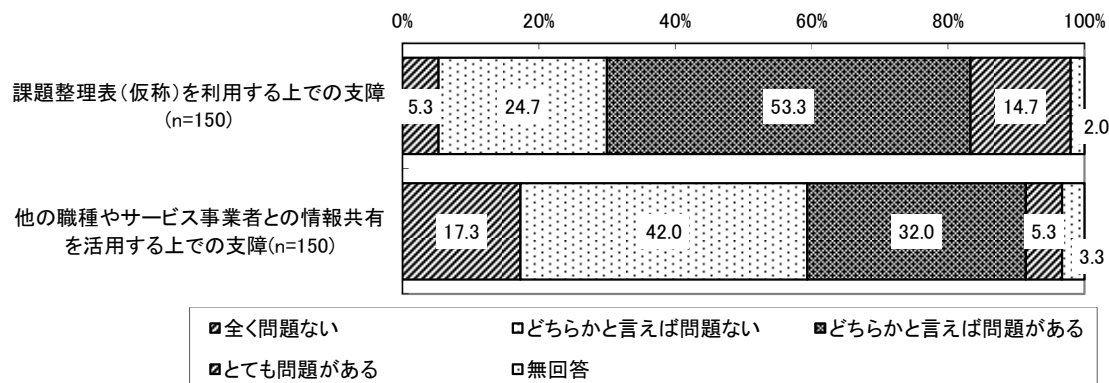


(注)上図表の母数は他の職種やサービス提供事業者との情報共有の役に立たないと回答した 55 名である。

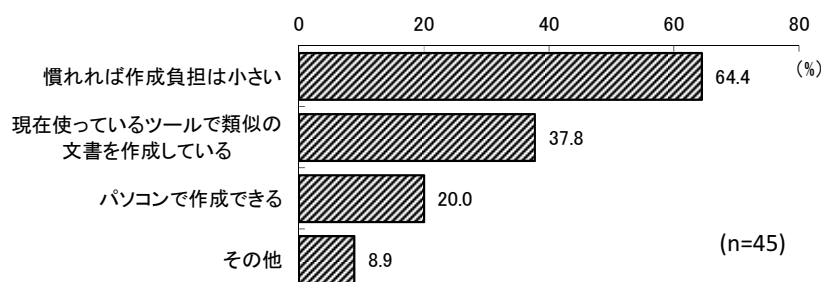
(4) 課題整理表(仮称)を利用する上での支障

- 業務に利用する上で支障があるかどうかをみると、「問題ない」が 30.0%、「問題がある」が 68.0%であった。問題ない理由についてみると「慣れれば作成負担は小さい」ことが挙げられた一方で、問題がある理由としては「作成負担が大きい」、「業務システムと別に作成が必要である」ことが挙げられた。

図表 25 課題整理表(仮称)を利用する上での支障

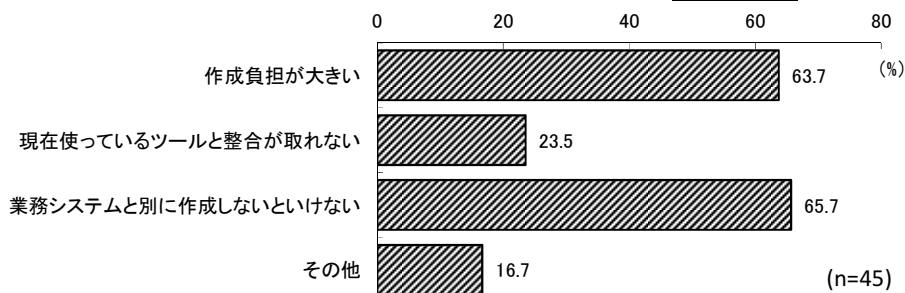


図表 26 課題の整理やプランの作成に活用することに問題がない理由



(注)上図表の母数は課題の整理やプランの作成に活用することに問題ないと回答した 45 名である。

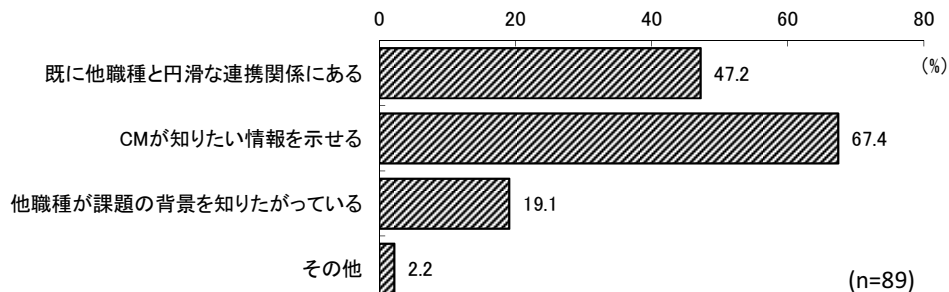
図表 27 課題の整理やプランの作成に活用することに問題がある理由



(注)上図表の母数は課題の整理やプランの作成に活用することに問題があると回答した 45 名である。

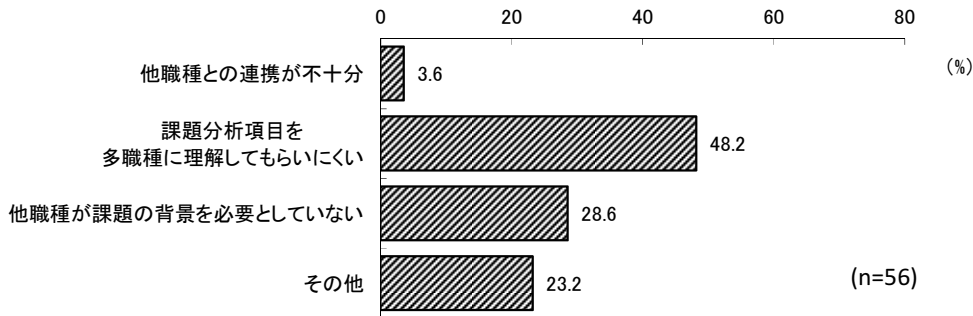
- また、他の職種やサービス提供事業者との情報共有における支障について見ると「問題ない」が 59.3%、「問題ある」が 37.3%であった(図表 25)。また、問題ない理由は「CMが知りたい情報を示せる」、「既に多職種と円滑な連携関係にある」ことが挙げられた一方、問題がある理由としては「課題分析項目を多職種に理解してもらいにくい」ことが挙げられた。

図表 28 他の職種やサービス提供事業者との情報共有に活用することに問題がない理由



(注)上図表の母数は他の職種やサービス提供事業者との情報共有に活用することに問題ないと回答した 89 名である。

図表 29 他の職種やサービス提供事業者との情報共有に活用することに問題がある理由

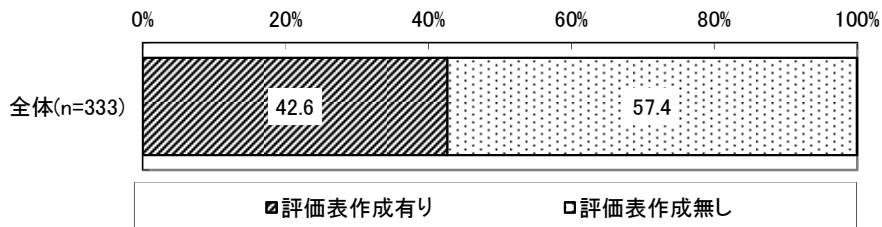


(注)上図表の母数は他の職種やサービス提供事業者との情報共有に活用することに問題があると回答した 56 名である。

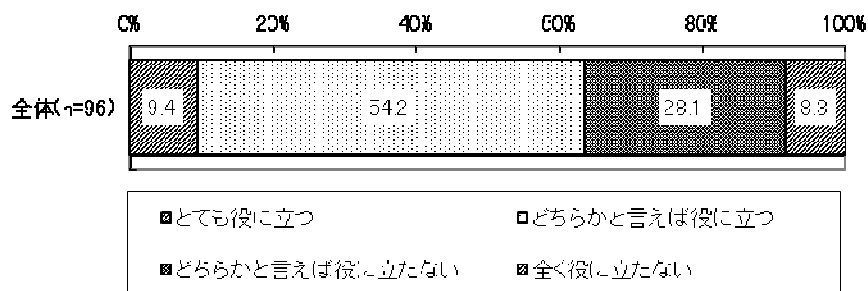
(5) 評価表に対する実証結果

- 今回評価アンケートに回答した 150 名の介護支援専門員が担当した 333 事例について、評価表を作成した事例は 42.6%(142 事例)であった。
- 介護支援専門員からみた評価表の効果についてみると、「役に立つ」が 63.6%、「役に立たない」が 36.4%であった。

図表 30 評価表の作成の有無



図表 31 評価表の効果



(注)上図表の母数は評価表作成有りと回答した 142 例を担当した介護支援専門員 96 名である。

4. 評価アンケート調査票

平成 24 年度介護支援専門員研修改善事業 課題整理表(仮称)等の実証に関する評価アンケート 調査票

回答日:平成 25 年 月 日

【あなたの保有資格、働き方、業務内容などについてお伺いします】

(1) 年代	<input type="checkbox"/> 1.20 歳代	<input type="checkbox"/> 2.30 歳代	<input type="checkbox"/> 3.40 歳代	<input type="checkbox"/> 4.50 歳代	<input type="checkbox"/> 5.60 歳代以上
(2) 性別	<input type="checkbox"/> 1.男性	<input type="checkbox"/> 2.女性	(3) 介護支援専門員資格取得年	(西暦) _____ 年	
(4) 現在保有している資格等 (あてはまるものをすべて選びレ印)					
<input type="checkbox"/> 1. 医師	<input type="checkbox"/> 2. 歯科医師	<input type="checkbox"/> 3. 薬剤師	<input type="checkbox"/> 4. 保健師	<input type="checkbox"/> 5. 看護師	<input type="checkbox"/> 6. 准看護師
<input type="checkbox"/> 7. 助産師	<input type="checkbox"/> 8. 理学療法士	<input type="checkbox"/> 9. 作業療法士	<input type="checkbox"/> 10. 視能訓練士	<input type="checkbox"/> 11. 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 12. 介護福祉士
<input type="checkbox"/> 13. 社会福祉士	<input type="checkbox"/> 14. 精神保健福祉士	<input type="checkbox"/> 15. 義肢装具士	<input type="checkbox"/> 16. 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 17. あん摩マッサージ指圧師	<input type="checkbox"/> 18. はり師
<input type="checkbox"/> 19. きょう師	<input type="checkbox"/> 20. 柔道整復師	<input type="checkbox"/> 21. 栄養士(管理栄養士を含む)	<input type="checkbox"/> 22. 訪問介護員 2 級	<input type="checkbox"/> 23. 訪問介護員 1 級	<input type="checkbox"/> 24. 介護職員基礎研修修了
<input type="checkbox"/> 25. 主任介護支援専門員					
(5) 介護支援専門員としての業務年数	_____ 年		(6) 現在の事業所での勤続年数	_____ 年	
(7) 担当利用者数の内訳 (平成 25 年 1 月)					
① 要支援 1	② 要支援 2	③ 要介護 1	④ 要介護 2	⑤ 要介護 3	⑥ 要介護 4
_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人
⑦ 要介護 5	⑧ その他	_____ 人			
_____ 人	_____ 人				
(8) 平成 24 年 1 月～12 月の 1 年間の平均的な 1 週間当たりの勤務時間 (最も近いものをひとつ選びレ印)					
<input type="checkbox"/> 1. 週 5 時間未満	<input type="checkbox"/> 2. 週 5 時間以上 10 時間未満	<input type="checkbox"/> 3. 週 10 時間以上 20 時間未満			
<input type="checkbox"/> 4. 週 20 時間以上 40 時間未満	<input type="checkbox"/> 5. 週 40 時間以上 60 時間未満	<input type="checkbox"/> 6. 週 60 時間以上			

【あなたが勤務する事業所の概要についてお伺いします】

(9) 介護支援専門員の人数 (平成 24 年 12 月末時点、非常勤を含む)	_____ 人	(10) 主任介護支援専門員の人数	_____ 人
(11) 特定事業所加算の有無 (平成 24 年 12 月時点)	<input type="checkbox"/> 1. 特定事業所加算 (I) <input type="checkbox"/> 2. 特定事業所加算 (II) <input type="checkbox"/> 3. 加算なし		
(12) 指導的役割の介護支援専門員の配置 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)			
<input type="checkbox"/> 1. 指導役として位置づけられた主任介護支援専門員がいる	<input type="checkbox"/> 2. 指導役として位置づけられた主任介護支援専門員以外の職員がいる	<input type="checkbox"/> 3. 位置づけられてはいるが指導的立場を担っている主任介護支援専門員がいる	<input type="checkbox"/> 4. 位置づけられてはいるが指導的立場を担っている主任介護支援専門員以外の職員がいる
<input type="checkbox"/> 5. 特段、指導的役割の職員はいない			
(13) 併設サービスの有無 (同じあるいは隣接する敷地に主たる事務所がありサービスを提供しているものをすべて選びレ印)			
<input type="checkbox"/> 1. 併設サービス無し(居宅介護支援のみ、あるいは地域包括支援センターのみ)			
サービス併設	<input type="checkbox"/> 2. 訪問介護	<input type="checkbox"/> 3. 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 4. 訪問看護
	<input type="checkbox"/> 5. 夜間対応型訪問介護	<input type="checkbox"/> 6. 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 7. 居宅療養管理指導
	<input type="checkbox"/> 8. 通所介護	<input type="checkbox"/> 9. 療養通所介護	<input type="checkbox"/> 10. 通所リハビリテーション
	<input type="checkbox"/> 11. 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 12. 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 13. 福祉用具貸与・販売
<input type="checkbox"/> 14. 住宅改修	<input type="checkbox"/> 15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	<input type="checkbox"/> 16. 複合型サービス	<input type="checkbox"/> 17. (地域)特定施設
<input type="checkbox"/> 18. (地域)介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 19. 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 20. 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 21. 認知症対応型通所介護
<input type="checkbox"/> 22. 小規模多機能型居宅介護	<input type="checkbox"/> 23. 認知症対応型共同生活介護	※上記いづれも予防給付の場合を含む	
その他サービスの併設			
<input type="checkbox"/> 24. 病院・診療所	<input type="checkbox"/> 25. 調剤薬局	<input type="checkbox"/> 26. 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 27. 家事援助サービス
<input type="checkbox"/> 28. 移送サービス	<input type="checkbox"/> 29. 配食関連サービス	<input type="checkbox"/> 30. いいきサロン等	

【普段のケアマネジメントの取り組みについてお伺いします】

(14) 普段使用しているアセスメントツール (あてはまるものをすべてにレ印)	
<input type="checkbox"/> 1. MDS-HC 方式、MDS-RAPs、CAPs	<input type="checkbox"/> 2. 日本訪問看護振興財団方式
<input type="checkbox"/> 3. 全国社会福祉協議会方式、新・サービス計画ガイドライン方式	<input type="checkbox"/> 3. 団体ケアプラン策定研究会方式、包括自立支援プログラム
<input type="checkbox"/> 4. 日本介護福祉士協会方式	<input type="checkbox"/> 5. 日本社会福祉士協会方式、ケアマネジメント実践記録様式
<input type="checkbox"/> 6. TAI 方式	<input type="checkbox"/> 7. 白澤方式
<input type="checkbox"/> 8. 竹内方式	<input type="checkbox"/> 9. 上記以外でケアプラン作成支援ソフトなどに附属しているもの
<input type="checkbox"/> 10. ケアマネジメントに関する書籍の附属資料しているもの	<input type="checkbox"/> 11. ケアマネジャー向けの WEB サイトなどからダウンロードしたもの
<input type="checkbox"/> 12. 都道府県、都道府県単位の団体等が作成したもの	<input type="checkbox"/> 13. 市区町村、市区町村単位の団体等が作成したもの
<input type="checkbox"/> 14. その他、地域の研究会やグループが作成したもの	<input type="checkbox"/> 15. 現在所属している法人が作成した独自のもの
<input type="checkbox"/> 16. 事業所が作成した独自のもの	<input type="checkbox"/> 17. 自分自身で作成した独自のアセスメントツール
(15) ケアプラン原案作成時における、あなた以外の介護支援専門員(主任介護支援専門員等)による確認・助言の有無	
<input type="checkbox"/> 1. 全ての事例について確認・助言を受けている	<input type="checkbox"/> 2. 困難事例等の特定の事例についてのみ確認・助言を受けている
<input type="checkbox"/> 3. 自分が希望した事例についてのみ確認・助言を受けている	<input type="checkbox"/> 4. その他 (具体的に _____)

(16) 情報の収集・分析、ケアプランの作成・変更・見直しの際に相談できる相手 (それぞれあてはまるものをすべて選び印)					
① 自事業所内	② 他の介護保険サービス提供事業者	③ 地域包括支援センター <small>(※若くは介護認定事務センターのみ)</small>	④ 診療所・病院、薬局	⑤ 行政、保健所、福祉事務所	⑥ インフォーマルサービス事業所
<input type="checkbox"/> 1. 管理者 <input type="checkbox"/> 2. 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 3. 先輩の介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 4. 同僚の介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 5. その他職員 <input type="checkbox"/> 6. いらない	<input type="checkbox"/> 1. 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 2. 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> 3. 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 4. 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 5. その他の介護職員 <input type="checkbox"/> 6. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 7. 福祉用具専門相談員 <input type="checkbox"/> 8. その他職員 <input type="checkbox"/> 9. いらない	<input type="checkbox"/> 1. 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 2. 保健師 <input type="checkbox"/> 3. 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 4. その他職員 <input type="checkbox"/> 5. いらない	<input type="checkbox"/> 1. 在宅療養支援診療所・病院の医師 <input type="checkbox"/> 2. その他の診療所・病院の医師、歯科医師 <input type="checkbox"/> 3. 看護師・准看護師 <input type="checkbox"/> 4. 薬剤師 <input type="checkbox"/> 5. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 6. 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 7. 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 8. 医療ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 9. その他職員 <input type="checkbox"/> 10. いらない	<input type="checkbox"/> 1. 専門職(保健師) <input type="checkbox"/> 2. 専門職(社会福祉士) <input type="checkbox"/> 3. 専門職(介護福祉士) <input type="checkbox"/> 4. 行政職(事務) <input type="checkbox"/> 5. 民生委員 <input type="checkbox"/> 6. その他職員 <input type="checkbox"/> 7. いらない	<input type="checkbox"/> 1. 介護関連資格保有者(介護支援専門員、介護福祉士、訪問介護員等) <input type="checkbox"/> 2. その他職員 <input type="checkbox"/> 3. いらない

【介護支援専門員としての知識・技術の自己評価についてお伺いします】

(17) 介護支援専門員としての知識・技術の自己評価 (それぞれひとつずつ最も近いものを選び印)	
① 相談援助能力	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い <input type="checkbox"/> 2. 総じて高い <input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない <input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
② 情報収集能力	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い <input type="checkbox"/> 2. 総じて高い <input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない <input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
③ アセスメント能力	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い <input type="checkbox"/> 2. 総じて高い <input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない <input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
④ コーディネート能力	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い <input type="checkbox"/> 2. 総じて高い <input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない <input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑤ 合意形成能力	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い <input type="checkbox"/> 2. 総じて高い <input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない <input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑥ 介護技術に関する知識	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い <input type="checkbox"/> 2. 総じて高い <input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない <input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑦ 疾病に関する知識	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い <input type="checkbox"/> 2. 総じて高い <input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない <input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑧ リハビリ、運動機能向上に関する知識	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い <input type="checkbox"/> 2. 総じて高い <input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない <input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑨ 栄養改善、口腔機能向上に関する知識	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い <input type="checkbox"/> 2. 総じて高い <input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない <input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑩ 介護関連制度に関する知識	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い <input type="checkbox"/> 2. 総じて高い <input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない <input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑪ 給付管理に関する事務能力	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い <input type="checkbox"/> 2. 総じて高い <input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない <input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑫ 福祉用具に関する知識	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い <input type="checkbox"/> 2. 総じて高い <input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない <input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑬ インフォーマルな社会資源に関する知識	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い <input type="checkbox"/> 2. 総じて高い <input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない <input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない
⑭ ADL、IADL の改善及び重度化防止・遅延化の思考過程	<input type="checkbox"/> 1. 総じて非常に高い <input type="checkbox"/> 2. 総じて高い <input type="checkbox"/> 3. 総じてあまり高くない <input type="checkbox"/> 4. 総じて高くない

【普段の業務に取り組む上での課題等についてお伺いします】

(18) ケアマネジメントを実践する上での課題 (あてはまるものをすべて選び印)	
<input type="checkbox"/> 1. アセスメントに必要な情報が十分に集まらない <input type="checkbox"/> 3. 支給限度基準額が低い <input type="checkbox"/> 5. 担当しているプラン数が多過ぎる <input type="checkbox"/> 7. その他 (具体的に)	<input type="checkbox"/> 2. 提供可能なサービス量が少ない <input type="checkbox"/> 4. 利用者訪問をする時間が取れない <input type="checkbox"/> 6. ADL、IADL の改善及び重度化防止・遅延化の思考過程をつかめない
(19) 情報の収集と分析に関する課題 (あてはまるものをすべて選び印)	
<input type="checkbox"/> 1. 主治医意見書が入手できない <input type="checkbox"/> 3. 利用者の生活状況の情報収集に時間がかかる <input type="checkbox"/> 5. 利用者の疾患や服用薬の理解が難しい <input type="checkbox"/> 7. 自立を阻害している要因の分析が難しい <input type="checkbox"/> 9. その他 (具体的に)	<input type="checkbox"/> 2. アセスメント段階で他の専門職の意見を集めにくい <input type="checkbox"/> 4. どのような情報を収集すれば良いのか分からない <input type="checkbox"/> 6. 利用者の状態の今後の見通しを立てるのが難しい <input type="checkbox"/> 8. 課題をどのような表現で記述すれば良いか分からない
(20) さまざまな関係者の合意形成における課題 (あてはまるものをすべて選び印)	
<input type="checkbox"/> 1. 本人と家族の意見が一致しない <input type="checkbox"/> 3. 自立支援の取り組みに対する理解が得にくい <input type="checkbox"/> 5. サービス提供事業者の考えと自分の考えが合わない	<input type="checkbox"/> 2. サービス利用の権利意識が強く理解が得にくい <input type="checkbox"/> 4. 自事業所・法人の方針と自分の考えが合わない <input type="checkbox"/> 6. その他 (具体的に)
(21) 医療との連携における課題 (あてはまるものをすべて選び印)	
<input type="checkbox"/> 1. 自分が持つ医療・リハビリに関する知識に自信がない <input type="checkbox"/> 3. 医師の協力が得られない <input type="checkbox"/> 5. 理学療法士、作業療法士等の協力が得られない <input type="checkbox"/> 7. その他 (具体的に)	<input type="checkbox"/> 2. 病院・診療所を訪問することにためらいがある <input type="checkbox"/> 4. 看護師、准看護師の協力が得られない <input type="checkbox"/> 6. 近くに在宅療養支援病院・診療所が無い

【今回の実証での課題整理表(仮称)等の個別の利用結果について】

(22) 今回の実証で課題整理表(仮称)を作成した事例について、その利用状況をご回答下さい。
※課題整理表(仮称)を作成した数だけご回答下さい。該当しない回答欄には未記入で結構です。

	①実証期間中に課題整理表を利用した場面	②ケアプランに反映できなかった課題(優先順位「×」の課題)	③左記②で「有」の理由	④評価表の作成
1事例目	<input type="checkbox"/> 1. サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 2. 事業者へ提供 <input type="checkbox"/> 3. 利用者へ提供 <input type="checkbox"/> 4. ケース検討会 <input type="checkbox"/> 5. 地域ケア会議 <input type="checkbox"/> 6. 事例の引き継ぎ	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無	<input type="checkbox"/> 1. サービスが無い <input type="checkbox"/> 2. サービス量が不足 <input type="checkbox"/> 2. 費用負担が重い <input type="checkbox"/> 3. 同意されなかった <input type="checkbox"/> 5. その他 (具体的に_____)	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無
2事例目	<input type="checkbox"/> 1. サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 2. 事業者へ提供 <input type="checkbox"/> 3. 利用者へ提供 <input type="checkbox"/> 4. ケース検討会 <input type="checkbox"/> 5. 地域ケア会議 <input type="checkbox"/> 6. 事例の引き継ぎ	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無	<input type="checkbox"/> 1. サービスが無い <input type="checkbox"/> 2. サービス量が不足 <input type="checkbox"/> 2. 費用負担が重い <input type="checkbox"/> 3. 同意されなかった <input type="checkbox"/> 5. その他 (具体的に_____)	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無
3事例目	<input type="checkbox"/> 1. サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 2. 事業者へ提供 <input type="checkbox"/> 3. 利用者へ提供 <input type="checkbox"/> 4. ケース検討会 <input type="checkbox"/> 5. 地域ケア会議 <input type="checkbox"/> 6. 事例の引き継ぎ	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無	<input type="checkbox"/> 1. サービスが無い <input type="checkbox"/> 2. サービス量が不足 <input type="checkbox"/> 2. 費用負担が重い <input type="checkbox"/> 3. 同意されなかった <input type="checkbox"/> 5. その他 (具体的に_____)	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無
4事例目	<input type="checkbox"/> 1. サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 2. 事業者へ提供 <input type="checkbox"/> 3. 利用者へ提供 <input type="checkbox"/> 4. ケース検討会 <input type="checkbox"/> 5. 地域ケア会議 <input type="checkbox"/> 6. 事例の引き継ぎ	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無	<input type="checkbox"/> 1. サービスが無い <input type="checkbox"/> 2. サービス量が不足 <input type="checkbox"/> 2. 費用負担が重い <input type="checkbox"/> 3. 同意されなかった <input type="checkbox"/> 5. その他 (具体的に_____)	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無
5事例目	<input type="checkbox"/> 1. サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 2. 事業者へ提供 <input type="checkbox"/> 3. 利用者へ提供 <input type="checkbox"/> 4. ケース検討会 <input type="checkbox"/> 5. 地域ケア会議 <input type="checkbox"/> 6. 事例の引き継ぎ	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無	<input type="checkbox"/> 1. サービスが無い <input type="checkbox"/> 2. サービス量が不足 <input type="checkbox"/> 2. 費用負担が重い <input type="checkbox"/> 3. 同意されなかった <input type="checkbox"/> 5. その他 (具体的に_____)	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無

【実証で利用した評価表の評価の効果と課題について】 ※問(22)④で「1.有」を一つでも回答した方のみ

(23) 評価表を利用することに関する効果

1. とても役に立つ 2. どちらかと言えば役に立つ 3. どちらかと言えば役に立たない 4. 全く役に立たない

(24) 評価表を利用することに関する課題

1. とても役に立つ 2. どちらかと言えば役に立つ 3. どちらかと言えば役に立たない 4. 全く役に立たない

【介護支援専門員から見た課題整理表(仮称)等の効果と課題について】

(25) 課題の整理やプランの作成に関する効果	(26) 左記の効果の理由 (あてはまるものすべてにレ印)
課題整理表(仮称)は、課題の整理やプランの作成に、 <input type="checkbox"/> 1. とても役に立つ	【「1.とても役に立つ」、「2.どちらかと言えば役に立つ」を選択された方】 <input type="checkbox"/> 1. 情報の収集・分析の抜け漏れを防げるから <input type="checkbox"/> 2. 優先的に取り組むべき課題を特定しやすいから <input type="checkbox"/> 3. 同事業所の他の介護支援専門員に利用者の現状と課題を説明しやすい(相談に乗りやすい)から <input type="checkbox"/> 4. 他事業所(地域包括含む)の介護支援専門員に利用者の現状と課題を説明しやすいから <input type="checkbox"/> 5. その他 (具体的に_____)
<input type="checkbox"/> 2. どちらかと言えば役に立つ <input type="checkbox"/> 3. どちらかと言えば役に立たない <input type="checkbox"/> 4. 全く役に立たない	【「3.どちらかと言えば役に立たない」、「4.全く役に立たない」を選択された方】 <input type="checkbox"/> 1. 課題分析の項目が不適当だから <input type="checkbox"/> 2. 課題整理表(仮称)が無くても優先的に取り組むべき課題が特定できるから <input type="checkbox"/> 3. 同事業所の他の介護支援専門員に理解してもらいにくいから <input type="checkbox"/> 4. 他事業所(地域包括含む)の介護支援専門員に理解してもらいにくいから <input type="checkbox"/> 5. その他 (具体的に_____)
(27) 課題整理表(仮称)等の利用に伴う課題	(28) 左記の課題の理由 (あてはまるものすべてにレ印)
現在の業務環境において、課題整理表(仮称等)を日常的に活用することは、 <input type="checkbox"/> 1. 全く問題ない	【「1.全く問題ない」、「2.どちらかと言えば問題ない」を選択された方】 <input type="checkbox"/> 1. 慣れれば作成負担は小さいから <input type="checkbox"/> 2. 現在使っているアセスメントツールでも類似の文書を作成しているから <input type="checkbox"/> 3. パソコンを使って作成できるから <input type="checkbox"/> 4. その他 (具体的に_____)
<input type="checkbox"/> 2. どちらかと言えば問題ない <input type="checkbox"/> 3. どちらかと言えば問題がある <input type="checkbox"/> 4. とても問題がある	【「3.どちらかと言えば問題がある」、「4.とても問題がある」を選択された方】 <input type="checkbox"/> 1. 作成負担が大きいから <input type="checkbox"/> 2. 現在使っているアセスメントツールとの整合が取れないから <input type="checkbox"/> 3. 普段使っている業務システムと別に作成しなければならないから <input type="checkbox"/> 4. その他 (具体的に_____)

【他の職種やサービス事業者との連携に関する効果と課題について】

(29) 他の職種やサービス提供事業者との情報共有に関する効果	(30) 左記の 効果 の理由 (あてはまるものすべてにレ印)
他の職種やサービス提供事業者との情報共有に、 <input type="checkbox"/> 1. とても役に立つ	【「1.とても役に立つ」、「2.どちらかと言えば役に立つ」を選択された方】 <input type="checkbox"/> 1. 他の職種やサービス提供事業者と、同じ課題分析項目で現在の状況を共有できるから <input type="checkbox"/> 2. 利用者の状況の見通しを共有できるから <input type="checkbox"/> 3. ケアプランに反映されるか否かに関わらず、解決すべき課題を記録できるから <input type="checkbox"/> 4. その他 (具体的に_____)
<input type="checkbox"/> 2. どちらかと言えば役に立つ	【「3.どちらかと言えば役に立たない」、「4.全く役に立たない」を選択された方】 <input type="checkbox"/> 1. 他の職種やサービス提供事業者が、それぞれ異なる課題分析項目で現在の状況を捉えているから <input type="checkbox"/> 2. 利用者の状況の見通しが立てられない、あるいは不要だから <input type="checkbox"/> 3. ケアプランに記載できない課題を整理しても無駄だから <input type="checkbox"/> 4. その他 (具体的に_____)
<input type="checkbox"/> 3. どちらかと言えば役に立たない	
<input type="checkbox"/> 4. 全く役に立たない	
(31) 他の職種やサービス提供事業者との情報共有に関する課題	(32) 左記の 課題 の理由 (あてはまるものすべてにレ印)
現在の連携関係において課題整理表(仮称)等を情報共有に活用することは、 <input type="checkbox"/> 1. 全く問題ない	【「1.全く問題ない」、「2.どちらかと言えば問題ない」を選択された方】 <input type="checkbox"/> 1. 既に他の職種やサービス提供事業者と円滑な連携関係にあるから <input type="checkbox"/> 2. 介護支援専門員が知りたい情報を具体的に示せるから <input type="checkbox"/> 3. 他の職種やサービス提供事業者が、課題が整理された背景を知りたがっているから <input type="checkbox"/> 4. その他 (具体的に_____)
<input type="checkbox"/> 2. どちらかと言えば問題ない	【「3.どちらかと言えば問題がある」、「4.とても問題がある」を選択された方】 <input type="checkbox"/> 1. 他の職種やサービス提供事業者との連携関係が十分でないから <input type="checkbox"/> 2. 課題分析の項目を、他の職種やサービス提供事業者に理解してもらうことが難しいから <input type="checkbox"/> 3. 他の職種やサービス提供事業者が、課題が整理された背景を必要としていないから <input type="checkbox"/> 4. その他 (具体的に_____)
<input type="checkbox"/> 3. どちらかと言えば問題がある	
<input type="checkbox"/> 4. とても問題がある	

【実証でを使用した課題整理表(仮称)の書式の評価について、ご意見をお願いします】

(33) 課題分析の項目について
(34) 「現状」、「見通し」、「判断した根拠」の各欄について
(35) 「予後予測」欄について
(36) 「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)及びその優先順位欄について
(37) 評価表について

【その他、課題整理表(仮称)および評価表に関連してご意見があればお願いします】

--

設問は以上です。実証および本調査へのご回答のご協力、本当にありがとうございました。
同封の返信用封筒に封入の上、**3月4日(月)まで**にご投函下さい。

参考資料2 課題整理表(暫定案)

利用者名 _____

作成日 _____ / _____ / _____

自立を阻害している要因 (健康状態、認知等)		①				②		③			
		④				⑤		⑥			
状況の事実		現在 ※1				要因※2		改善/維持の可能性		備考(状況・支援内容)	
ADL	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助			改善可能	維持		
	屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助			改善可能	維持		
	食事(摂取)	自立	見守り	一部介助	全介助			改善可能	維持		
	排泄	自立	見守り	一部介助	全介助			改善可能	維持		
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助			改善可能	維持		
	口腔	自立	見守り	一部介助	全介助			改善可能	維持		
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助			改善可能	維持		
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助			改善可能	維持		
IADL	掃除	自立	見守り	一部介助	全介助			改善可能	維持		
	洗濯	自立	見守り	一部介助	全介助			改善可能	維持		
	買物	自立	見守り	一部介助	全介助			改善可能	維持		
	調理	自立	見守り	一部介助	全介助			改善可能	維持		
	整理・物品の管理	自立	見守り	一部介助	全介助			改善可能	維持		
	ごみ出し	自立	見守り	一部介助	全介助			改善可能	維持		
	公共交通の利用	自立	見守り	一部介助	全介助			改善可能	維持		
	通院	自立	見守り	一部介助	全介助			改善可能	維持		
	服薬	自立	見守り	一部介助	全介助			改善可能	維持		
	金銭管理	自立	見守り	一部介助	全介助			改善可能	維持		
社会との関わり	支障なし	支障あり	生活困難				改善可能	維持			
排尿・排便	支障なし	支障あり	生活困難				改善可能	維持			
褥瘡・皮膚の問題	支障なし	支障あり	生活困難				改善可能	維持			
口腔衛生	支障なし	支障あり	生活困難				改善可能	維持			
食事内容	支障なし	支障あり	生活困難				改善可能	維持			
問題行動	支障なし	支障あり	生活困難				改善可能	維持			
介護力	支障なし	支障あり	生活困難				改善可能	維持			
居住環境	支障なし	支障あり	生活困難				改善可能	維持			
特別な状況											

見通し ※4	生活全般の解決すべき課題	
	(ニーズ)	※5

※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等で共有した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※2 現在の状況が「自立」あるいは「問題なし」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、「自立を阻害している要因」欄から選択し、該当する番号を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※3 今回の認定有効期間における状況の改善/維持の可能性について選択肢に○印を記入する。

※4 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するためのケア内容と、そのケアが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)を記載する。
 ※5 本計画における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画で取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

参考資料3 ケアマネジメント向上会議・公開ケア会議 開催概要

※開催案内・会議資料は日本総研 HP に掲載(<http://www.jri.co.jp/page.jsp?id=22536>)

1. 公開ケア会議 開催概要

(1)公開ケア会議の目的

- 本会議は、ケアプランの実態と課題について、具体的なケアプランと介護支援専門員(ケアマネジャー)の思考過程の事例に基づき、多職種の協働による公開の議論の場において、事例評価・検証を実施すること、さらに事例評価・検証を踏まえてケアマネジメント向上のための改善方策を提案することを目的として実施した。

(2)開催概要

- 第1回公開ケア会議
 - ・ 日時：平成24年11月28日(水)
 - ・ 検討事例：2事例
 - ・ 開催方法：担当の介護支援専門員が作成したケアプラン、課題整理表等の資料に基づいて、事例の評価・検証を実施。第1回ケアマネジメント向上会議と同日開催であったことから、委員全員により事例を検討。
- 第2回公開ケア会議
 - ・ 日時：平成25年2月1日(金)
 - ・ 検討事例：2事例
 - ・ 開催方法：事前に事業所の主任ケアマネが指導・修正したケアプラン、課題整理表等の資料に基づいて、一部委員(7名/主任CM、薬剤師、看護師、保健師、作業療法士、栄養士、社会福祉士)により事例を検討。
- 第3回公開ケア会議
 - ・ 平成25年2月22日(金)
 - ・ 検討事例：2事例
 - ・ 開催方法：事前に地域包括支援センターの主任ケアマネ等が指導・修正したケアプラン、課題整理表等の資料に基づいて、一部委員(6名/主任CM、薬剤師、保健師、作業療法士、栄養士、社会福祉士)により事例を検討。

※事例の担当介護支援専門員とサービス提供事業者も参加

2. 公開ケア会議 結果概要

検討した事例と主な助言等の内容

	事例の概要	主な助言等の内容
第1回 1事例目	<ul style="list-style-type: none"> 81歳男性、要介護1、東京都内在住・独居 認知症（Ⅱb）と意欲低下、体力低下が見られたが、食事やアルコール摂取制限と、訪問介護導入により改善傾向。 今後、IAD（日常の家事や友人との交流）の改善をどのように支援するかが課題。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症とアルコール性の低栄養に加えて、「郷里に戻れない」という精神的な自立の障害も捉える必要がある。 短期的には低栄養への対応だとしても、長期的には交流を増やす支援も必要。 食事が継続できるように口腔ケアの視点も必要。 課題は捉えられているので、主任等が適切なサービスの助言を提供すればケアプランはもっと良くなる。
第1回 2事例目	<ul style="list-style-type: none"> 76歳女性、要介護4、東京都内在住・夫と同居 アルツハイマー型認知症（Ⅳ）でBPSDがある。 BPSDの対応と、ADL（食事、室内移動）の自立支援、外との交流機会作りをどのように支援するかが課題。 	<ul style="list-style-type: none"> 自宅でも本人が自らできることを探し、環境設定する必要がある。デイで「米を研いで嬉しかった」という声がある。これを活かさないか。 食事が減ってきているのは認知症によるものではなく、摂食嚥下の問題によるものと考えられる。歯科の意見を聞くとも良いのではないかと。 自立を阻害している要因の掘り下げがアバウト。もっと情報の分析が必要。
第2回 1事例目	<ul style="list-style-type: none"> 85歳女性、要介護2、福岡県内在住・同居有 心臓病の既往があり不定期の動悸があったが改善傾向。病状管理しながら入浴や外出の自立をどのように支援するかが課題。 もの忘れが増えており、服薬・火元管理が課題 	<ul style="list-style-type: none"> 主治医意見書にも記載のあるネフローゼ症候群への対応、特に栄養面の対応が必要。その際、栄養面への対応について主治医の意見を聞いておくことも必要。 単に筋力向上のトレーニングではなく、入浴動作の具体的な訓練が必要。 家族の拒否があったようだが、病状管理が課題となるので、訪問看護の導入を改めて検討してはどうか。 例えば花壇の世話をする等、団地内で良いので意欲の出る具体的な目標とすべき。
第2回 2事例目	<ul style="list-style-type: none"> 86歳男性、要介護3、福岡県内在住・同居 脳梗塞既往があり左不全麻痺、上肢拘縮あり。加えて心臓疾患、糖尿病（インスリン療法・自己注射） 食事療法が不全であり、リハ意欲も低く、状況に改善のないまま同じプランで1年以上過ぎていることが問題。 	<ul style="list-style-type: none"> 過体重の改善も課題に追加すべき。PCの利用は本人の意欲が出るようなので、例えばパソコンで食事と体重管理をするよう提案することも良いのではないかと。 通所リハと在宅でのリハが連続していない。リハ内容を確認し、自立支援のためのプログラムになっていることを精査すべき。入浴は自立できるのではないかと。 リハ意欲を高めるために、趣味のカメラ操作をプログラムに入れてはどうか。
第3回 1事例目	<ul style="list-style-type: none"> 85歳女性、要介護4、埼玉県内サ高住に居住 ADLは改善傾向にあるが、認知症（Ⅲa）による意欲低下がある。低栄養・脱水をどう防止するか、認知症の重症化防止・遅延化をどのように支援するかが課題。 	<ul style="list-style-type: none"> 食事・水分摂取ともに改善傾向にあるようなので、主治医を交えてどの程度の水分量を目指すか確認することが必要。 現在の排泄パターンを確認して声かけつなければオムツは外せる。 専業主婦だったことを踏まえ、籠付の歩行器にして配下攜や洗濯物運びといった役割を作り出すことが良いのではないかと。 段階的な課題と目標が良く整理されているプランなので、さらに細部を調整・確認するともっと良くなる。
第3回 2事例目	<ul style="list-style-type: none"> 92歳女性、要介護3、埼玉県内特養に居住 認知症に加え立位不安定で移乗動作ができず、ほぼ車いすに乗ったままの生活。 自らできる生活行為を増やすために、どのように立位の安定と移乗の自立支援を行うかが課題。 	<ul style="list-style-type: none"> 車いすのブレーキ忘れについては、鈴をつけて認知機能を感覚で代償することが有効。 現在の施設に移ったばかりということなので、今後自然とコミュニケーションも増えるだろうが、家族の面談機会を活用するなど、意欲を高める支援も必要。 家族介護力が不足しているために老健から現施設に移ったということなので、家族支援の観点から自立支援法サービスも含め、行政も交えて、この方と家族の支援策を検討することも必要。

2

3. ケアマネジメント向上会議 開催概要

(1) ケアマネジメント向上会議の目的

- 本会議は、「チームケア（多職種間の連携）の円滑化に資するものとなるか」、「ケアマネジメントの評価に資するものとなるか」という2つの視点から、実証事業や公開ケア会議の結果等を踏まえ、ケアマネジメントの実践に関わる具体的な論点について、今後期待される取り組みを検討することを目的として開催した。

(2) 開催概要

○ 第1回ケアマネジメント向上会議

- ・ 日時：平成24年11月28日（水）
- ・ 検討内容：
 - ① 公開ケア会議の進め方、検討すべき論点について
 - ② 課題整理表（仮称）等の実証事業について

※第1回公開ケア会議と同日開催としたため、公開にて開催。

○ 第2回ケアマネジメント向上会議

- ・ 日時：平成 24 年 3 月 11 日(月)
- ・ 検討内容：
 - ① 実証事業の結果及び公開ケア会議の開催結果の評価について
 - ② 今後期待される取り組みについて

4. ケアマネジメント向上会議 結果概要

(1)第1回ケアマネジメント向上会議 要点録

※公開ケア会議と同時開催であるが、ケアマネジメント向上会議部分のみ抜粋して掲載する。

吉島委員

- ・ケアプラン等の書式について。短期目標と長期目標との関係や、短期目標とニーズとの関係が崩れていけば、ニーズや長期目標と関係ない部分でケアプランを評価することになってしまう。ニーズ、短期目標、長期目標をきちんと理解できるような研修体系が必要ではないか。

石田委員

- ・今日やってみて、専門職の中でも、見方がこれだけ異なるということが分かった。主任介護支援専門員が指導することは大変だということを改めて感じた。現場の複数の目で課題抽出をするという訓練を仕組みの中に入れるということが重要だ。その中で、課題整理表が役割を果たせそうだということを感じた。
- ・また、単に今あるサービスだけの議論ではなく、地域に何を留意させるかという観点での議論も含めてほしい。地域にどのような資源がないかということをしっかり記載してほしい。地域に何が足りないかが見えてくる、施策の推進にはそれが重要だ。

唐木委員

- ・ケアプランを題材にして地域の課題を抽出することは、よほど意図的に作っていかないと成功しないのではないかと。地域の課題を積み上げていく方法論を確立しないと、あれも足りないこれも足りないで終わってしまう。地域課題として挙げたことに、どこで誰がどのように取り組むのか、ある程度の道筋がないと難しいのではないかと。

吉島委員

- ・社会福祉協議会はコミュニティ・ソーシャル・ワーカーのプロの集団のはず。ケアプラン点検はコミュニティ・ソーシャル・ワーカーの技術が活きる。そこを鍛えていくことも必要だ。

東内委員

- ・介護保険には事業計画があり、その中に一つ一つの個別ケアプランがある。地域ケア会議の事務局も地域包括支援センター、保険者が行えば、足りない地域資源が見えてくる。それらを積み上げた上で、介護保険事業計画なのか一般予算でやるのかを整理する。課題把握の方法は他にもニーズ調査などいくつかある。地域ケア会議による課題把握は、あくまで一つの方法だ。

岡島委員

- ・新任の介護支援専門員でもある程度アセスメントはできているが表現に課題がある。課題整理表の書き方の訓練をどうするか、OJTをどうするかを考えていくことが必要だと思う。

緒方委員

- ・判断した根拠をどう書くかが課題。地域にどんな社会資源が必要かは現場のケアマネジャーが一番よく認識しているので、地域ケア会議に意見を上げていく仕組みが必要。

水村委員

- ・課題整理表で、介護支援専門員の判断の背景が示されたということは意味がある。介護支援専門員

が漠然と判断していたことについて、課題整理表に表すことで、何を確認しなければならないかが明確になる。サービス担当者会議や地域ケア会議で生かすことで、他の専門職が意見を言いやすくなる。とても役に立つと思う。

北村委員

- ・今回の事例では、ICF の考え方に基づいて「～したい」という書き方になっていたために、ニーズとデマンドが一緒になって、訳のわからない課題になってしまっていたのではないかと。近くて小さい目標を挙げていき、それを次々と変えていくというアプローチが必要。
- ・予防プランでは、インフォーマルな支援とセルフケアを書かなければならないようになっており、そのほうが分かりやすい。一緒に考え直してはどうか。

五島委員

- ・課題整理表の予後予測欄を見ると、介護支援専門員が驚くほど医療的な関与をしていることが分かった。状態像や、維持改善のために何が必要なのかについて、介護支援専門員が「判断させられている」という現状があるということだ。地域でアドバイザーのような人がいないと、勝手に判断せざるを得ないし、その判断結果に対してだれも文句を言えないという状況になるのはとても怖い。

吉島委員

- ・文句を言える仕組みを作ればよい。サービス担当者会議か地域ケア会議で反証すればよい。

東内委員

- ・サービス担当者会議で反論できれば問題ないが、そのような環境が難しいから地域ケア会議を開いて議論の場を作るとのことだ。

五島委員

- ・在宅歯科は少なく、プロに会いにくいという現状がある。例えば病院の中の歯科や栄養士など、相談する場所があれば良いと思う。

吉島委員

- ・今指摘のあった相談の場所を明らかにすること自体が、地域課題だろう。

村井委員

- ・人数が少ない職種としては、地域ケア会議の場などに出て来いと言われても、なかなか地域にいない場合が多い。チームをどのように作っていくかが課題だと思う。例えば、課題整理表に、「多職種に相談したい」というチェック表のようなものがあっても良いのではないかと。
- ・また、地域包括支援センターのすべき機能と、介護支援専門員のすべき機能の範囲が明確でない。地域の課題抽出まで介護支援専門員が行うというのは、負担が大きい。もし地域の課題抽出も行うのであれば研修などが必要だが、そもそも別の役割機能ではないかという印象だ。

東内委員

- ・保険者機能として、介護支援専門員に対して地域にある福祉サービスやインフォーマルな支援等をレクチャーする機会があれば、介護支援専門員も発想を膨らませやすくなる。そうすれば、地域の課題も出やすくなるだろう。そのような場として、地域ケア会議を活用してはどうか。

英委員

- ・今回、ケアマネジャーが大変だということがよく分かった。今回は業務経験年数2～3年の介護支援専門員ということだが、これだけ事例のサマライズをできる3年目の医師はいないだろう。
- ・また、2例目の事例については、施設なのか在宅なのかの結論が出ていない。その点に関しては、地域としてもう少し理念的な部分の検討も必要ではないか。つまり、徘徊を予防する街を目指すの

か、徘徊しても大丈夫な街つまり安心して徘徊できる街を目指すのか、理念的な議論も必要ではないか。

福田(裕)委員

- ・医療的な判断など訪問看護師とケアマネジャーとの連携は非常に重要になる。今回のように課題整理表を使って同じ目線で議論できるようになるのは大変良いことだが、これができるケアマネジャーは、現時点ではなかなかいない状況。それだけに協働の重要性が強調されたと思う。

吉島委員

- ・例えば、アセスメントをしながら暫定的にサービスを始めやすい仕組みがあればよい。サービスを提供しながらアセスメントを行うということだ。その中で、ニーズの優先順位を考察し、改善可能性が低い部分もリスクとして捉え、その根拠を明確にしておくことが必要だと思う。

東内委員

- ・何でも介護支援専門員が判断を行うということではなく、根拠となる情報の収集と判断をチームで支援すること、つまり介護支援専門員の支援を行うことが地域ケア会議の一つの目的だ。

村井委員

- ・インフォーマルな支援については、この人がどういう生活をしたいのかということに大きく関わる。QOLの観点から見れば、インフォーマルな支援の部分についても、地域の課題が見えるようになっていくのではないか。

田中委員長

- ・いわゆるスーパーケアマネでなくても一定水準のケアマネジメントが出来るように支援するために、地域ケア会議の仕組みを作ることを目指すということだと思う。事務局には、今日の意見を整理して次回以降の会議運営に反映してもらいたい。

以上

(2)第2回ケアマネジメント向上会議 主な論点

第2回ケアマネジメント向上会議は、課題整理表(仮称)の実証及び公開ケア会議で取り上げた事例の評価等も含めた議論を含むため、非公開で開催した。第2回ケアマネジメント向上会議で取り上げた主な論点は以下の通りである。

- ・ 課題整理表(仮称)の、項目、記載すべき事項等の修正について
 - ・客観的な評価だけではなく、利用者の意向や意欲に関する記載も含めてケアマネジメントプロセス全体が見えるようにしてはどうか。
 - ・利用者の意向や意欲は、インテーク段階での基本情報の収集や、短期目標や長期目標を設定する段階で把握されることとなるため、課題整理表の位置付けとしては、専門職の視点で客観的な状態を把握するということが主眼となる。
 - ・利用者の意向や意欲を課題整理表に記載しないとすれば、その理由を記載要領に明記する必要がある。
- ・ 介護支援専門員の養成研修や、初任段階の介護支援専門員の OJT における課題整理表(仮称)や評価表の活用方法について
 - ・解決すべき課題について、「今後どうなるか」という見通しの根拠を、介護支援専門員自身が明確化し説明できるようにすることも、この課題整理表の狙いである。
- ・ 地域ケア会議等における課題整理表(仮称)や評価表の活用方法について
 - ・課題整理表は、多職種での共通言語になり得る。
- ・ 課題整理表(仮称)や評価表の趣旨や活用方法を分かりやすく伝えるために必要な、記載例の充実等の今後の取り組みについて
 - ・個別事例に基づく記載例があると分かりやすい。
 - ・ポジティブプランでの記載例が必要である。
 - ・視覚的に見やすい記載例があるとよい。
- ・ 平成 24 年度に開催した公開ケア会議の振り返りと、今後の活用について
 - ・公開ケア会議における議論の中で、多職種の中で視点が違うことが明らかになった。
 - ・公開ケア会議では、課題の把握、目標設定、優先順位というプロセスが非常に分かりやすかった。多職種で共通の意識をもたらすというプロセスが明確になった。
 - ・公開ケア会議の段階では、課題整理表からのアドバイスではなく、他の資料を見ながらのアドバイスであった。課題整理表をもとにしたアドバイスができるようにすべき。
- ・ 多職種の専門性を個別のケアの改善に反映する機会として地域ケア会議を活用するために必要な、多職種向けの研修やファシリテーターの養成について
 - ・地域ケア会議での議論の進行やとりまとめを行うファシリテーターをどう育てられるかが

課題だ。ファシリテーターの育成がミッションになる。

- それぞれの専門職でも、地域ケア会議の研修をすべきだ。
- 地域に必要なサービスを把握する際の基礎資料として課題整理表(仮称)を活用する方法について
 - 課題整理表について議論する中で、地域にどのようなサービスが不足しているかが明確になる。不足しているサービスが、ある程度、明確なデータとして提示される。一方、保険者は、地域にどのような資源があるのかを逐次提示していくことが役割になる。
 - 保険者は、地域に不足するサービスが明確になった後は、それらの結果を次期事業計画へ反映させることになる。これによって、実態を踏まえた事業計画の策定につながる。
 - 地域資源を作り出すという視点も重要である。

参考資料4 ケアマネジメント向上会議 参加委員名簿

(敬称略・順不同)

		氏 名	所 属 ・ 保 有 資 格
◎	1	田中 滋	慶應義塾大学大学院 経営管理研究科 教授
	2	岡島 潤子	株式会社やさしい手 開発本部 開発居宅介護支援事業部 部長、主任介護支援専門員、社会福祉士
	3	緒方 有為子	株式会社北九州福祉サービス 統括部長、主任介護支援専門員、保健師
	4	唐木 美代子	北杜市介護支援課長(北杜市地域包括支援センター長)、主任介護支援専門員、保健師、看護師
	5	北村 三千代	株式会社シルバーホクソン(川口市南平地域包括支援センター長)、主任介護支援専門員、福祉用具プランナー
	6	福田 弘子	一般社団法人日本介護支援専門員協会 生涯学習委員会委員長、主任介護支援専門員
	7	水村 美穂子	青梅市地域包括支援センターすえひろ センター長、看護師、主任介護支援専門員
	8	黒田 正一	富山市岩瀬・萩浦地域包括支援センター、主任介護支援専門員
	9	英 裕雄	医療法人社団三育会新宿ヒロクリニック、医師
	10	五島 朋幸	ふれあい歯科ごとう代表、歯科医師
	11	桂 正俊	株式会社おたる企画 代表取締役社長、坂の街薬局 薬剤師、介護支援専門員
	12	福田 裕子	ケアラーズジャパン株式会社 まちのナースステーション八千代 所長、看護師
	13	村井 千賀	一般社団法人日本作業療法士協会 生活行為向上マネジメント推進プロジェクトリーダー、作業療法士
	14	青木 文恵	株式会社日本生科学研究所 取締役副社長、管理栄養士、主任介護支援専門員
	15	吉島 豊録	梅光学院大学 子ども学部 准教授
	16	石田 光広	稲城市福祉部長
○	17	東内 京一	和光市保健福祉部長

※公開ケア会議のメンバーは、原則として上記のメンバーから事例に応じて選定。

◎はケアマネジメント向上会議座長、○は公開ケア会議座長

