

第1回ケアマネジメント向上会議(公開ケア会議)

議事次第

日時：平成24年11月28日(水) 18:45～21:15

場所：TKP 東京ビジネスセンター1号館 ホール3A

<議事>

開会

1. 委員紹介、委員長選任
2. 本会議の設置の背景、趣旨、目的について
3. 本検討における自立支援等の基本的な考え方について
4. 事例に基づく検討(公開ケア会議)
 - (1)事例1
 - (2)事例2
 - (3)事例検討結果のまとめ
5. 解決すべき課題とその改善方策について(意見交換)

閉会

<資料> ※個別事例の情報が含まれるため、資料6-1、6-2は会議終了後回収致します

- 資料1 : 議事次第
資料2-1 : 出席者一覧
資料2-2 : 座席表
資料3 : ケアマネジメント向上会議 設置要綱
資料4 : 本会議の設置の背景、趣旨、目的
資料5-1 : 本検討における自立支援等の基本的な考え方について
資料5-2 : 自立支援に資するケアマネジメントの一つの考え方(参考)
資料6-1 : 事例検討用資料 (事例1)
資料6-2 : 事例検討用資料 (事例2)

参考資料1 : 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について(抄)

参考資料2 : 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(抄)

参考資料3 : 主治医意見書

第 1 回ケアマネジメント向上会議(公開ケア会議) 出席者一覧

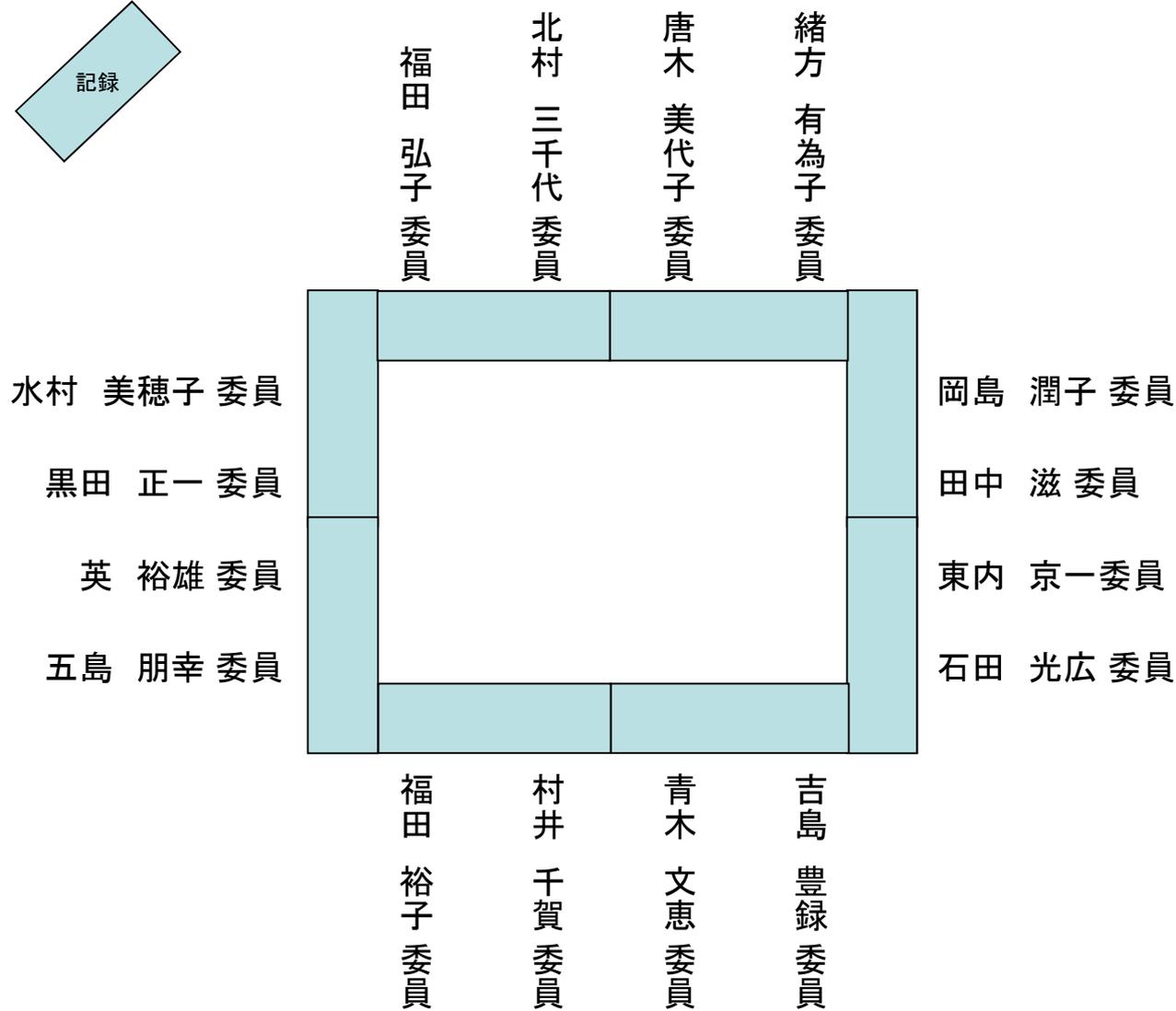
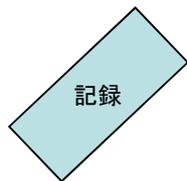
(敬称略・順不同)

	出欠	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地域包括ケア推進 参与、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ノン(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	×	長津 雅則	シーガル調剤薬局、薬剤師
12	○	福田 裕子	ケアラ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

以上

第1回ケアマネジメント向上会議(公開ケア会議)座席表

資料2-2



事務局

傍聴席



ケアマネジメント向上会議 設置要綱

1. 趣旨

- 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をより円滑に実施するための改善方策の検討を目的として、ケアマネジメント向上会議を設置する。
- 多職種協働により、事例に基づいた評価・検証を実施するため、ケアマネジメント向上会議の下に、公開ケア会議を開催する。

2. 構成員

別紙のとおり

3. 検討事項

- 事例の評価・検証を通じたケアプランの実態と課題の把握
- ケアマネジメント向上のための改善方策の検討・整理

4. スケジュール

- 第1回：平成24年11月28日
- 第2回：平成25年 1月（予定）
- 第3回：平成25年 2月（予定）

5. 議事

原則公開とする。

6. その他

本会議の運営に係る庶務は、平成24年度介護支援専門員研修改善事業の受託先である（株）日本総合研究所が行う。

第1回ケアマネジメント向上会議（公開ケア会議） 出席者一覧

（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地域包括ケア推進 参与、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	長津 雅則	シーガル調剤薬局、薬剤師
12	福田 裕子	ケアラースジャパン株式会社 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する。

以上

本会議の設置の背景、趣旨、目的

1. 本会議の背景

- ・ 今般の法改正に際してとりまとめられた審議報告において、ケアマネジメントについては以下のように指摘された。この指摘を踏まえ、現在、「介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会」において、具体的な課題の整理とその解決に向けた方向性の議論が進められている。
- ・ あり方検討会で整理されている課題のうち、個別具体的な課題とその解決策については、別途、多様な専門職・実務者を交え、事例に基づく分析・評価を踏まえた詳細な検討が必要。

■ 社会保障審議会介護給付費分科会 審議報告(抄)(平成23年12月7日)

居宅介護支援・介護予防支援(抄)

- ケアマネジメントについては、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、サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していないのではないか、医療関係職種との連携が不十分なのではないか、施設におけるケアマネジャーの役割が不明確なのではないか等さまざまな課題が指摘されている。これらの課題に対して、介護報酬における対応に加えて、より根本的なケアマネジメントの在り方の検討が求められている。とりわけ、施設におけるケアマネジャーの役割及び評価等のあり方については、次期介護報酬改定において結論を得る。
- 次期介護報酬改定までの間に、地域包括支援センターを中心とした「地域ケア会議」等の取組みを通じて多職種連携を推進するとともに、ケアプランやケアマネジメントについての評価・検証の手法について検討し、ケアプラン様式の見直しなど、その成果の活用・普及を図る。また、ケアマネジャーの養成・研修課程や資格の在り方に関する検討会を設置し、議論を進める。

■ 社会保障審議会介護保険部会 意見書(抄)(平成22年11月30日)

(ケアプラン、ケアマネジャーの質の向上)

- 地域包括ケアの実現を図るためには、介護保険のサービスやそれ以外のサービスとのコーディネートや関係職種との調整が欠かせない。特に、重度者については、医療サービス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を適切に組み込むことが重要となっている。
- また、ケアマネジャーの独立性、中立性を担保する仕組みを強化していく必要がある。
- こうした状況において、まずは、ケアプランの様式変更やケアプランチェックなど可能なものから取り組んでいくこととし、さらに、より良質で効果的なケアマネジメントができるケアマネジャーの資格のあり方や研修カリキュラムの見直し、ケアプランの標準化等の課題について、別途の検討の場を設けて議論を進めることが必要である。
- なお、複雑なサービスをコーディネートする必要がない場合などは、要介護者及び要支援者が各種の介護サービスを自ら選択・調整する居宅サービス計画(セルフケアプラン)の活用支援なども検討することが必要である。

2. 本会議の趣旨

1. 趣旨

- ・ 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」をねらいとして、以下の会議体を設置する。

2. 実施内容

- ・ 上記の趣旨を踏まえて、以下の事業を実施する。

(1)「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、公開ケア会議の結果等を踏まえ、提案された改善方策について、見直すべき点と見直しの方向性を整理する。

(2)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、ケアマネジメント向上のための改善方策を提案する。

(1)ケアマネジメント向上会議の設置

(2)公開ケア会議の開催

3. 目的と概要 (1)ケアマネジメント向上会議

- ・ 目的
 - 「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、公開ケア会議の結果等を踏まえ、提案された改善方策について、見直すべき点と見直しの方向性を整理すること。
- ・ 構成メンバー
 - 介護支援専門員をはじめ、在宅介護等に携わる多職種の実務者を中心に構成
- ・ 開催スケジュール

日程	検討内容(案)
第1回 (平成24年11月28日) ※第1回公開ケア会議と同日開催	<ul style="list-style-type: none">• 公開ケア会議(仮称)の進め方について• 課題抽出シート(仮称)等の実証事業について
第2回 (平成25年1月)	<ul style="list-style-type: none">• 公開ケア会議(仮称)の開催結果について(中間報告)• 改善方策に係る見直すべき点と方向性について
第3回 (平成25年2月)	<ul style="list-style-type: none">• 実証事業の結果について(結果報告)• 公開ケア会議(仮称)の開催結果について(結果報告)• 実証事業及び公開ケア会議の結果を踏まえたとりまとめ

3. 目的と概要 (2)公開ケア会議の進め方

- ・ 目的
 - 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。
 - 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。
- ・ 方針
 - 評価者は専門職とし、多職種により自立支援に向けたケアプランの作成を促すことを目指す。(ケアマネジメント向上会議メンバーを中心に、事例によって評価者を選定する)
- ・ 対象
 - 要介護度ごとに1例程度、計7例程度
- ・ 実施方法
 - ① 利用者の中に比較的多い状態像の事例の中から、対象プランを抽出
(※介護支援専門員の養成・OJTの重要性に注目が集まっていることを考慮し、業務経験年数が3年以下の初任段階のケアマネが作成したプランを抽出)
 - ② メンバーのうち介護支援専門員資格保有者2人程度により、事前評価(利用者へのモニタリング、アセスメント情報のチェック等の評価)を行う。
 - ③ 事例に関する資料(基本情報、ケアプラン等)を整理し、メンバーへ事前に共有する。
 - ④ 会合を開催し、その場で多職種による評価・検証と改善提案を行う。
 - ⑤ 評価事項(課題及び改善方策等)を、「当該事例に関わるもの(＝初任者への助言・指導で指摘すべき事項)」と「相談・支援の体制や地域の取り組みに関わるもの等」に整理する。
- ・ 会合の開催方法
 - 公開(ただし、傍聴は事前申込み。録音・録画は厳禁)
 - 第1回公開ケア会議は、第1回ケアマネジメント向上会議と同日開催。

4. 本会議で検討する論点の整理(たたき台)

- ・ 「介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会(第6回)」に示された課題及びその対応の方向性(案)のうち、「(5)介護支援専門員・ケアマネジメントの質の向上」に関するものを中心に、以下のような論点について検討してはどうか。

本会議で検討を要する論点の整理(たたき台)

(アセスメント段階における多職種間連携について)

- ・ アセスメントをより円滑にかつ有効なものとするために、介護支援専門員が多職種あるいは各サービス事業者から情報を収集し、ケアを提供するためのチームを作りやすい環境をどのように構築すべきか。
- ・ 介護支援専門員に対する主治医意見書等の提供に係る運用や、各サービス事業者等から提供される各種情報の書式の標準化についてどう考えるべきか。

(ケアプラン等の書式について)

- ・ ケアマネジメントのプロセスを可視化するとともに、ケア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、共通の「課題抽出シート(仮称)」の導入についてどう考えるべきか。
- ・ 短期目標の結果を総括し、次期の居宅サービス計画を作成する際に踏まえるべき事実を整理できるよう、評価・見直しに関するシート(評価表)の導入についてどう考えるべきか。
- ・ 介護予防サービス・支援計画書や居宅サービス計画書等、居宅サービスの提供に関する各種書式についてどう考えるべきか。

(介護支援専門員に対する相談・支援の仕組みについて)

- ・ 地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員等による、介護支援専門員に対する相談・支援の仕組みについてどう改善すべきか。

(地域の課題を集約する取り組みについて)

- ・ 今回実施したような、公開の場でケアマネジメントの評価・検証を行う会議の活用についてどのように考えるべきか。
- ・ 個々のケアマネジメントの実践から、介護保険運営上の課題(地域全体の課題)を具体的に把握しやすくし、地域ケア会議を円滑に実施するための、会議への情報提供方法についてどのように考えるべきか。

(研修について)

- ・ 上記各論点における多職種連携や情報共有等に関する課題を踏まえ、各種研修の内容についてどのように考えるべきか。

2. これまでの指摘、本検討会の議論を踏まえた検討すべき主な課題

- ①介護保険の理念である「自立支援」の考え方が、十分共有されていない。
➢3(1) 介護保険における「自立支援」の考え方の徹底、3(2) 保険者機能の強化①…地域ケア会議、
3(5) 介護支援専門員・ケアマネジメントの質の向上
- ②利用者像や課題に応じた適切なアセスメント(課題把握)が必ずしも十分でない。
➢3(2) 保険者機能の強化①…地域ケア会議、3(5) 介護支援専門員・ケアマネジメントの質の向上
- ③サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない。
➢3(2) 保険者機能の強化①…地域ケア会議、3(4) 医療との連携、3(5) 介護支援専門員・ケアマネジメントの質の向上
- ④ケアマネジメントにおけるモニタリング、評価が必ずしも十分でない。
➢3(2) 保険者機能の強化①…地域ケア会議、3(5) 介護支援専門員・ケアマネジメントの質の向上
- ⑤重度者に対する医療サービスの組み込みをはじめとした医療との連携が必ずしも十分でない。
➢3(2) 保険者機能の強化①…地域ケア会議、3(4) 医療との連携、3(5) 介護支援専門員・ケアマネジメントの質の向上
- ⑥インフォーマルサービス(介護保険給付外のサービス)のコーディネート、地域のネットワーク化が必ずしも十分できていない。
➢3(2) 保険者機能の強化①…地域ケア会議、3(4) 医療との連携、3(5) 介護支援専門員・ケアマネジメントの質の向上
- ⑦小規模事業者の支援、中立・公平性の確保について、取組が必ずしも十分でない。
➢3(2) 保険者機能の強化①…地域ケア会議、3(3) 保険者機能の強化②…その他
- ⑧地域における実践的な場での学び、有効なスーパービジョン機能等、介護支援専門員の能力向上の支援が必ずしも十分でない。
➢3(2) 保険者機能の強化①…地域ケア会議、3(5) 介護支援専門員・ケアマネジメントの質の向上
- ⑨介護支援専門員の資質に差がある現状を踏まえると、介護支援専門員の養成、研修について、実務研修受講試験の資格要件、法定研修の在り方、研修水準の平準化などに課題がある。
➢3(5) 介護支援専門員・ケアマネジメントの質の向上
- ⑩施設における介護支援専門員の役割が明確でない。
➢3(6) 施設における介護支援専門員

上記の課題については、ケアマネジメントの向上、介護支援専門員の資質の向上の両面を含んでおり、介護支援専門員とともに、国、都道府県、保険者、事業者等が役割分担をしながら取り組んでいくことが必要。

3. 本検討会の議論を踏まえた、主な課題に対する対応の方向性(案)

(1)介護保険における「自立支援」の考え方の徹底

<基本的考え方>

- 法第2条第2項から第4項、第4条の周知、利用者・家族を含めた関係者における共有を図る。
- 利用者の意向を踏まえつつ、自立支援に資するケアマネジメントの推進を図る。
 - ・利用者や家族の要望のみに基づいたケアマネジメントではなく、自立支援を前提としたケアマネジメント

【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。

<考えられる対応方策>

運用面・実践面の強化、保険者等による周知・啓発(自立支援に資するケアマネジメントの推進→地域ケア会議の強化)

(2) 地域ケア会議の機能強化等(保険者機能の強化①)

<基本的考え方>

- 保険者によるケアマネジメントや介護支援専門員の支援という視点で機能強化を図る。
- 自立支援に資するケアマネジメントを実現するため、多職種協働のケアカンファレンス(サービス担当者会議や退院時のカンファレンス等)や地域ケア会議の機能強化を図る。
- 地域ケア会議は多くの保険者で取り組みが進んでいるが、個別ケースの支援内容の検討を通じて地域包括ケアシステムの実現を図る観点から、その機能を強化する。

①地域包括支援センターにおける地域ケア会議を制度的に位置付ける。

(地域ケア会議の目的)

個別ケースの支援内容の検討を通じた、

- ・高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築
- ・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
- ・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 等

(地域ケア会議の開催意義)

- ・自立支援に資するケアマネジメント支援
- ・医療との連携、インフォーマルサービスの組み込み、処遇困難事例に対する支援
- ・実践を通じた、多職種によるアセスメント能力などの介護支援専門員の資質向上の支援
- ・地域における課題の発見、地域のネットワーク化、社会資源の開発
- ・介護支援専門員の独立性・中立性・自律性の確保
- ・小規模事業所の支援
- ・日常的な多職種の学びの場

- ②地域ケア会議を通じて地域の課題を把握し、保険者は課題解決に向け、介護保険事業計画の策定等に反映する。
- ③現在、指定介護予防支援事業者として地域包括支援センターが作成することを基本としている介護予防支援(介護予防プラン)について、あり方を検討する。
- ④地域ケア会議におけるスーパーバイズ、介護支援専門員の指導・支援といった機能を適切に図ることができるよう、主任介護支援専門員の機能・役割について見直しを検討する。
- ⑤居宅介護支援の評価のあり方について、居宅介護支援における給付管理業務、ケアマネジメント業務、地域ケア会議との連携等、その果たす役割・機能が適切に反映されるよう検討する。
- ⑥自立支援に資するケアプランや地域ケア会議について、当事者が具体的なイメージを持って取組みを推進することができるよう、国として事例の集積・発信に取り組む。

<考えられる対応方策>

法制度上の位置づけ、介護報酬の検討、運用面・実践面での強化等

(3) 保険者機能の強化②

<基本的考え方>

- 地域ケア会議での保険者の役割の強化を図っていく中、居宅介護支援事業所の指定権者を市町村(保険者)とすることを検討する。

<考えられる対応方策>

法制度上の見直し

(4) 医療との連携

<基本的考え方>

- 重度者、医療の必要性が高い利用者が増える中で、医療との連携強化を図る。
 - ・ケアマネジメントを行う際の医療との連携、重度者等のケアプランへの適切な医療サービスの組み込みを促進するとともに、急性期、回復期の入院から退院後の在宅への移行時等における適切な連携を促進する。

<考えられる対応方策>

運用面・実践面での対応、地域ケア会議、在宅医療連携拠点

(5) 介護支援専門員・ケアマネジメントの質の向上

<基本的考え方>

- ケアマネジメント・プロセスを可視化するとともに、ケア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、アセスメント情報からケアプラン作成に至る思考過程を明確にする、共通の「課題抽出シート」の導入に向けた検討を行う。
- 現状のケアプランの実態を把握し、改善点を明らかにしていく取組みとして、「ケアマネジメント向上会議(仮称)」等の取組みを通じて、具体的事例に基づいて、公開の場でケアマネジメントの評価・検証を行う。
- 多職種協働により、利用者の自立支援に資する適切なサービス提供が行われるような実効性のあるケアカンファレンスが開催されるよう徹底する。
- 短期目標の結果を総括し、次期の居宅サービス計画を作成する際に踏まえるべき事実を整理できるよう、ケアプランの評価・見直しに関する様式の導入に向けた検討を行う。
- ケアマネジメントを評価するにあたり、アウトカムの内容やプロセスを明確にするため、調査・研究を進める。
- 介護支援専門員の専門性(知識、技能)の向上を図るため、
 - ・実務研修受講試験の受験要件を見直す。
 - ・介護支援専門員の研修カリキュラムや研修方法を見直す。
 - ・研修指導者のためのガイドラインを策定する。
- 「居宅」、「居住系サービス」、「施設」、「地域包括支援センター」等、介護支援専門員が現に従事している事業所が多様であることを踏まえた実践的な専門研修とする。

<考えられる対応方策>

試験・研修制度の見直し、運用面・実践面での対応(様式の策定、ガイドラインの作成等)、調査・研究

(6)施設における介護支援専門員

<基本的考え方>

○ 施設の介護支援専門員については、在宅の介護支援専門員のあり方についての議論や施設ケアプランの実態等も踏まえ、

- ・施設においても在宅あるいは地域との連続性を確保するためのケアマネジメントのあり方
- ・介護支援専門員を施設におけるケアカンファレンス等の調整役として位置付けること
- ・生活相談員(特養)や支援相談員(老健)の行う相談支援業務との関係を整理すること

について検討する。

【介護保険法第7条第5項】

「介護支援専門員」とは、要介護者又は要支援者からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第六十九条の七第一項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。

【指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第12条抜粋】

- 2 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、入所者の日常生活全般を支援する観点から、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて施設サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。
- 3 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。
- 4 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する解決すべき課題の把握(アセスメント)に当たっては、入所者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、計画担当介護支援専門員は、面接の趣旨を入所者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。
- 5 計画担当介護支援専門員は、入所者の希望及び入所者についてのアセスメントの結果に基づき、入所者の家族の希望を勘案して、入所者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、指定介護福祉施設サービスの目標及びその達成時期、指定介護福祉施設サービスの内容、指定介護福祉施設サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設サービス計画の原案を作成しなければならない。
- 6 計画担当介護支援専門員は、サービス担当者会議の開催、担当者に対する照会等により、当該施設サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。
- 9 計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成後、施設サービス計画の実施状況の把握(入所者についての継続的なアセスメントを含む。)を行い、必要に応じて施設サービス計画の変更を行うものとする。
- 10 計画担当介護支援専門員は、前項に規定する実施状況の把握(モニタリング)に当たっては、入所者及びその家族並びに担当者との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

<考えられる対応方策>

制度上、介護報酬の検討、研修の見直し

本検討における自立支援等の 基本的な考え方について

ケアマネジメント向上事業の実施について

＜介護支援専門員研修改善事業（平成24年度予算）＞

目的

介護支援専門員研修改善事業（平成24年度予算）において、現行のケアマネジメントの実態と課題を明らかにするため、具体的なケアプランとケアマネジャーの思考過程の事例に基づいて、ケアマネジメントの評価・検証と、ケアマネジメント向上のための改善方策の検討を行う。

事業内容

【平成24年度】

①ケアプラン事例検証に向けた調査

- ・ アセスメント情報からケアプラン作成に至るプロセスを可視化するための課題抽出シートの作成。
- ・ 概ね1,000ケースについて、ケアプランとケアマネジャーの思考過程の事例を収集し、アセスメントによる課題抽出からケアプラン作成に至るケアマネジメントの内容について評価・検証。
- ・ 「地域ケア会議」での活用も試行的に実施。

②ケアマネジメント向上会議（仮称）の開催

- ・ ケアマネジメントの実態と課題について、具体的なケアプランとケアマネジャーの思考過程の事例に基づき、多職種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。
- ・ 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検討。
- ・ 会議メンバーは、多職種からなる実務者を中心として構成する予定。

➤ 「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」への報告

自立支援に関する介護保険法の規定

介護保険法 第1条

入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

介護保険法 第2条

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行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行わなければならない。

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。

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、その居室において、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。

介護保険法 第4条

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、要介護状態と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。

介護支援専門員による自立支援に関する規定

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第1条

指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が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して行われるものでなければならない。

指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、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るものでなければならない。

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第12条

計画担当介護支援専門員は、施設サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、入所者について、その有する能力、その置かれている環境等の評価を通じて入所者が現に抱える問題点を明らかにし、入所者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければならない。

※介護老人保健施設及び指定介護療養型医療施設の運営に関する基準にも同様の規定がある。



居宅の介護支援専門員であっても施設の介護支援専門員であっても、その役割は「利用者の自立支援」

介護保険における自立支援

介護保険における自立支援とは、介護保険法第1条にある通り、利用者が要介護状態等となっても、尊厳を保持し、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支援すること。

介護保険における自立支援の実現

介護保険における保険給付

【保険給付の際の留意点】

- 要介護状態・要支援状態の維持改善
- 医療との連携
- 利用者の選択に基づいた保健医療福祉サービスの総合的・効率的な提供
- 居宅において、利用者の有する能力に応じ自立した日常生活の実現

利用者の努力・義務

- 要介護状態等となることを予防するため、健康の保持増進に努める
- 要介護状態等となっても、リハビリテーション等の適切な保健医療福祉サービスの利用による能力の維持向上

介護支援専門員による支援 = 自立支援

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。

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

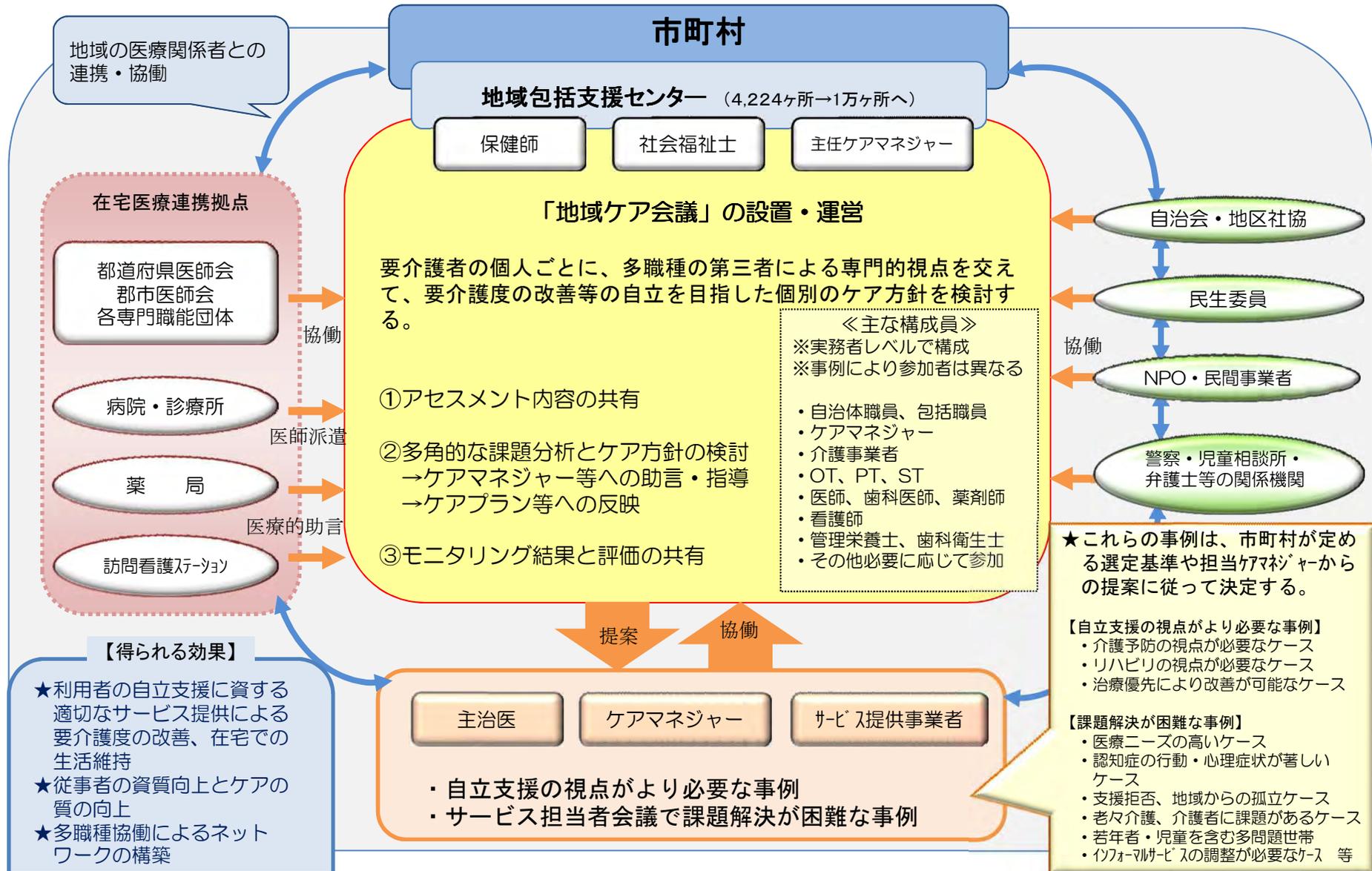
上記①の会議の目的に応じ、行政職員、センター職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員等の中から、出席者を調整する。

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。

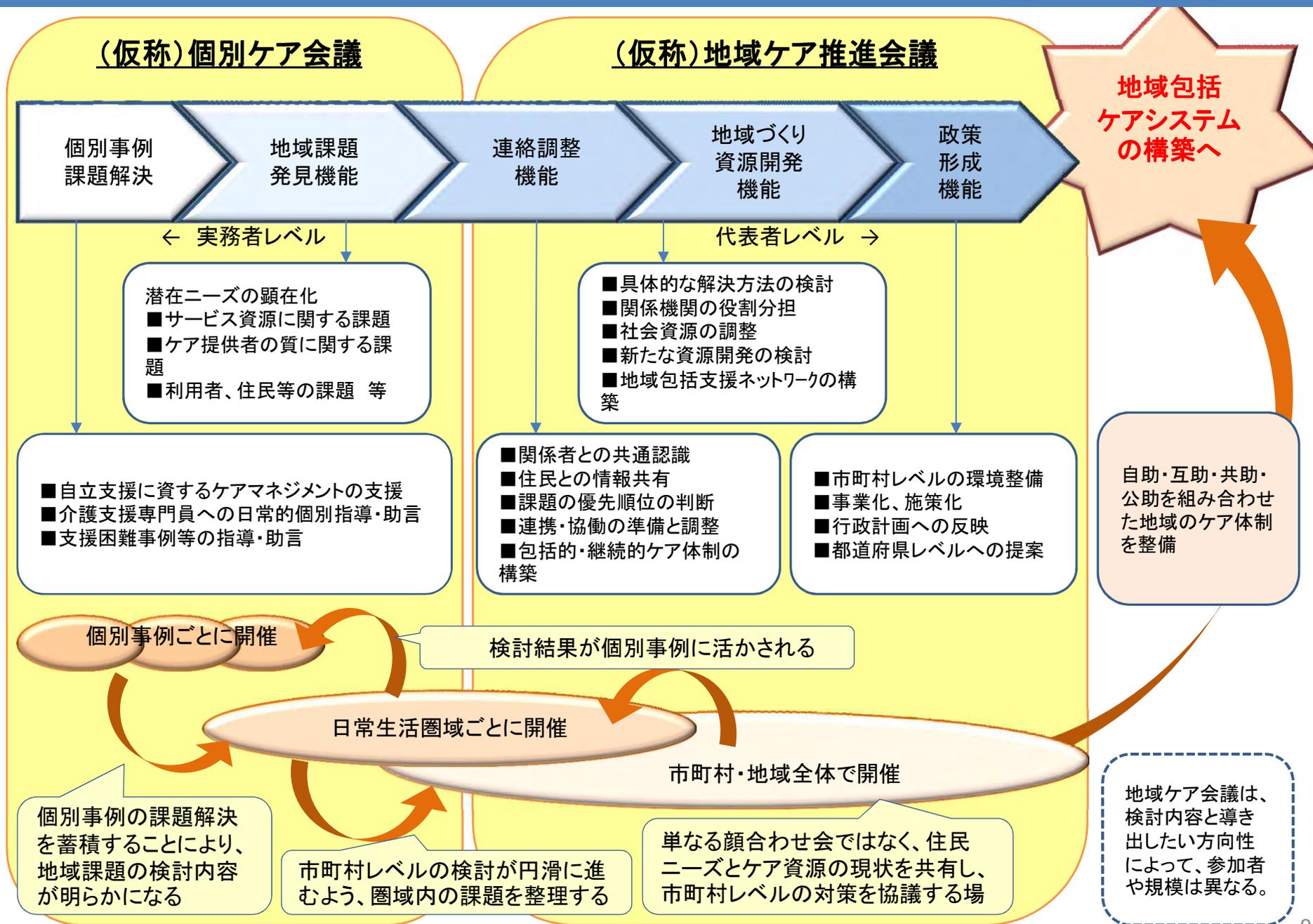
特に、医療と介護の連携に基づく地域包括ケアの構築のためには、在宅医療の関係者との緊密な連携を図ることが望ましい。

また、市町村は、要援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。

地域ケア会議のイメージ



地域ケア会議の全体像



多職種協働による地域ケア会議の意義

第三者による客観的な視点

それぞれの専門性を活かしたアセスメント

様々な制度やサービスの組み合わせ

横の連携による支援チームの形成

効果

- ・利用者のQOL向上
- ・自立支援に資する
ケアマネジメントの実現
- ・介護従事者のOJT
- ・適正な介護給付
- ・地域課題の発見 等

サービス担当者会議との違い

「地域ケア会議」における個別事例の検討は

- ・介護保険法に基づく「包括的支援事業」の一環として、地域包括支援センターが主体となり、サービス提供者以外の第三者を含めて実施されること
- ・個別事例の課題だけではなく、エリア内の住民ニーズ、サービス資源、ケアの質の課題も浮き彫りにすること
- ・個別事例を通して把握した課題を地域課題として、次のステップにつなげる機能を持つこと

個別課題の解決から始める意義

自立支援に資するケアマネジメント効果により課題が解決し
Aさんが回復して自立になったとしたら…
もともと非該当だった場合は…
介護認定や介護サービスを拒否する方だとしたら…

個別事例
課題解決

- ・公的サービスに該当しない人の支援をどうする
- ・インフォーマルサービスを活用するには誰が何を
- ・資源がない場合はどうする
- ・もっと早期に発見して支援するにはどうする
- ・地域には他にも同じような人がいるのでは

地域課題
の発見

個別課題が明確
になることにより、
地域課題を検討し
やすくなる

- ・住民ニーズとサービス資源の地域診断
- ・優先順位の判断と共有
- ・関係機関の調整、役割分担の明確化
- ・地域の強みを活かした新たなしくみづくり

連絡調整
地域づくり
資源開発

- ・施策化(次期介護保険事業計画への位置づけ等)

政策形成

自立支援に資するケアマネジメントの
一つの考え方(参考)

(株)日本総合研究所

介護保険における自立支援の考え方

在宅における自立した日常生活の重視

「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配慮する」

2015年の高齢者介護(高齢者介護研究会報告書,H15.6.26)

○介護予防・リハの充実

リハビリテーションとは、

「その人の持つ潜在能力を引き出し、生活上の活動能力を高めていくこと」

介護予防とは、

「介護が必要な状態にならない、介護が必要となってもできるだけ軽く、要する期間をできるだけ短くし、自分の能力を生かし地域社会に積極的に参加し、自分らしく生きがいある充実した人生を送ること」

○生活の継続性を維持するための新しい介護サービス体系

地域包括ケアシステムの確立が上げられている。

包括ケアとは、

「介護以外の問題にも対処し、介護サービスを提供する保健・医療・福祉専門職やボランティアなど社会資源を活用、統合したケア」

生活の改善の可能性に焦点を当てた 自立支援に資するケアマネジメントの考え方

- 24時間365日の生活において、主体的に能力を発揮できることが自立の考え方であり、そのことが何かをしてみようという意欲を引き出し、高齢者の活動性を高める。
- 介護保険による「持てる生活能力」を維持し、できない部分の介護を支援するだけでなく、積極的に「自分の能力を生かし」、地域社会に積極的に参加し、「生活の改善の可能性」に焦点を当てた自立支援に資するケアマネジメントが今後求められている。

【視 点】

- ・ADLをゴールとしない。
IADL、生きがい・楽しみなどQOLを含むその人の24時間365日に焦点を当てる。
- ・生活行為をプラスの視点から把握 → できるところ探し
(意欲や生きる希望につながる)
- ・行為全体をできないと判断するのではなく、可能性を見つけていく思考

- サービス提供後のモニタリングにおいて、プランがうまくいかなかった場合には、その理由を確認しフィードバックしていくことが重要となる。

可能性に焦点を当てた行為能力のアセスメント

- ①「できる・できるがしていない」
- ②「できる可能性がある・もう少しうまくできる(楽にできる)可能性がある」
- ③「できる可能性が低い」
の3段階を見極める

疾患のリスクや心身機能の見極め、
生活行為の予後予測ができる
医療との連携が必要不可欠

見極めた行為能力に対する適切な対応

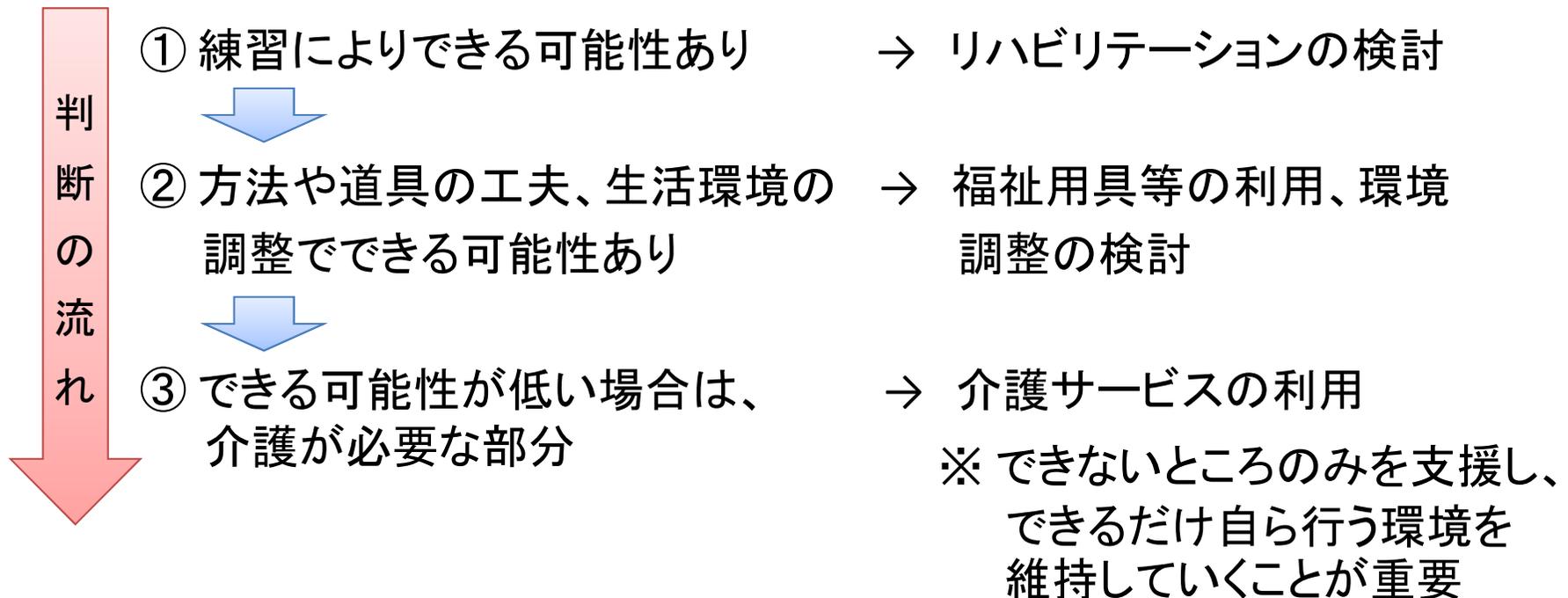
行為能力の段階
・できる ・できるがしていない
・できる可能性がある ・もう少しうまくできる(楽にできる) 可能性がある
・できる可能性が低い

それぞれの段階によって、
主な支援の方向性が異なる

自立支援に資するケアマネジメントのプロセス

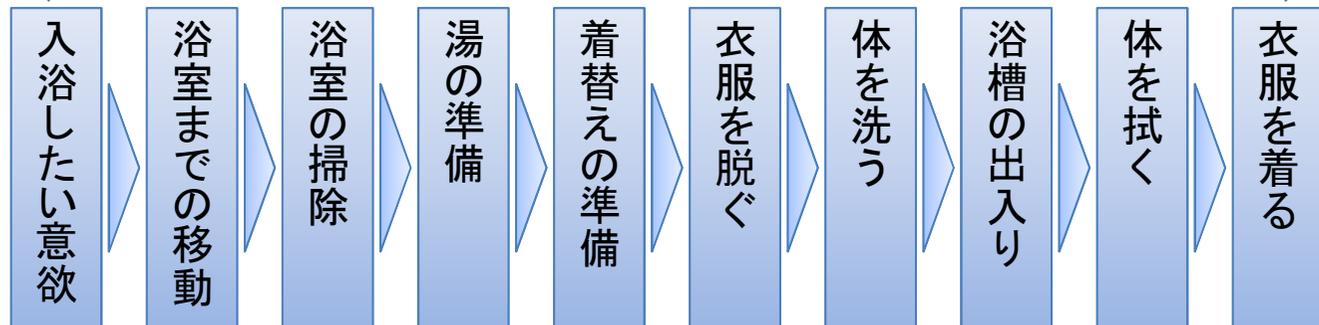
- 本人の可能性に焦点を当て、ADLのみならず、IADLやQOLといった生活行為の向上を図る。
- 能力を活用して自ら行為を行う可能性を検討し、支援計画を作成する。
※利用者の生活目標に対する意欲向上に働きかけるよう支援することが重要となる。

【例 示】



生活行為向上を図ったマネジメントの例(入浴行為)

← 入浴行為は一連の行為で成り立っている →



- 意欲はあるか
- 手順は理解できるか
- 目が見えているか
- 集中力があるか
- 操作が安定して行えるか
- 筋力・バランス力等は十分か

様々な視点からの分析
生活行為を分析し、原因を特定する。

- ①「できる・できるがしていない」
- ②「できる可能性がある・もう少しうまくできる(楽にできる)可能性がある」
- ③「できる可能性が低い」

行為能力の見極め
3つの段階で、行為能力を見極める。

判断の流れ →

トレーニングによる
能力の獲得

方法や道具の工夫・
生活環境の調整

人的な支援
(必要最低限)

予後予測の判断
予後予測のもと、優先順に判断する。

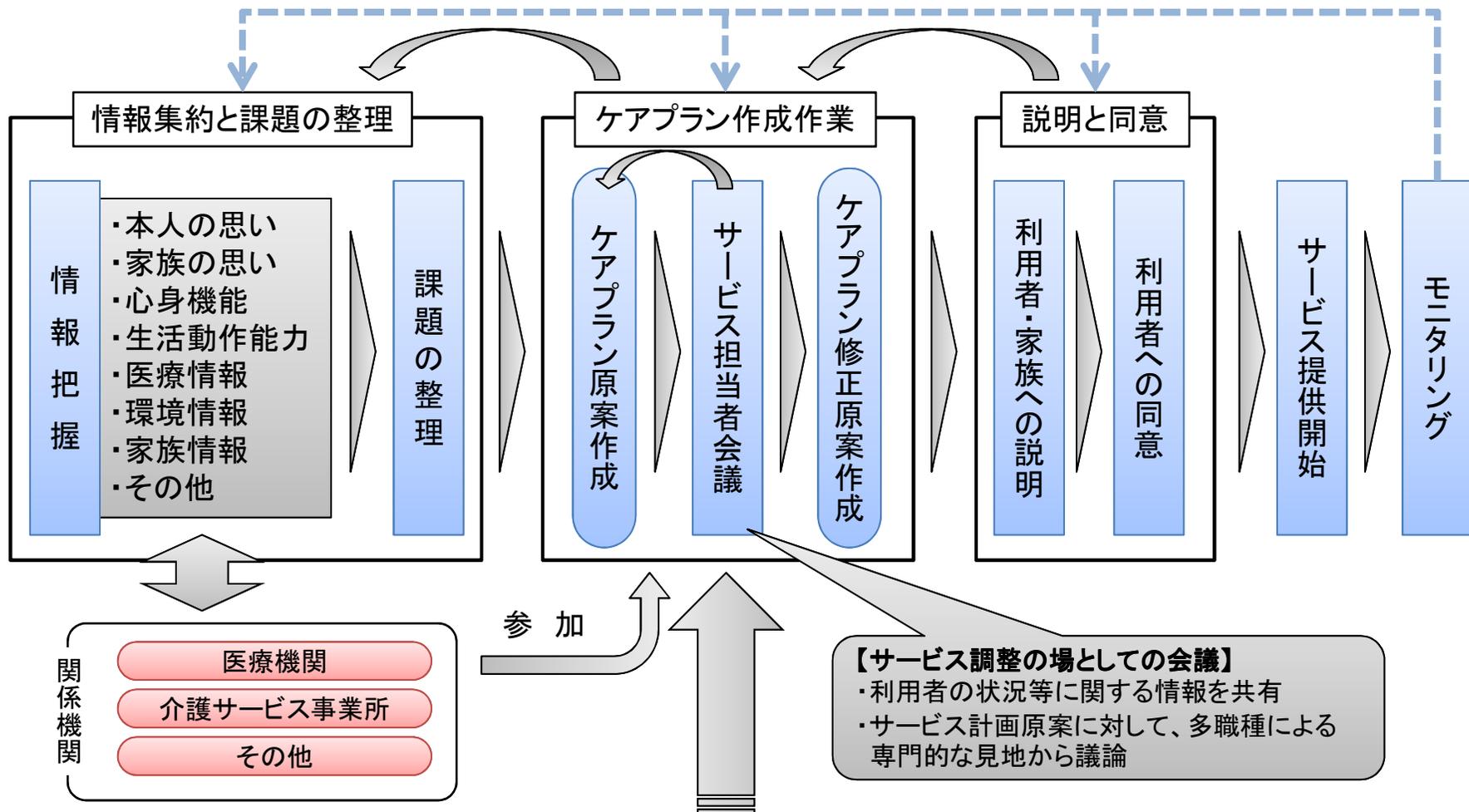
支援内容(案)

支援内容(案)

支援内容(案)

プラン(案)の作成
利用者の能力を引き出し自立を支援する。

チームアプローチによるケアマネジメントの流れ



【アセスメントにおける考え方】

- ① 練習によりできる可能性あり → リハビリテーションの検討
- ② 方法や道具の工夫、生活環境の調整でできる可能性あり → 福祉用具等の利用検討
- ③ 人的な支援 → できないところを支援する介護サービスの導入