

## 第4章 包括的・継続的ケアマネジメント

### 第1節 包括的・継続的ケアマネジメントの視点

- 高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けるためには、主治医と介護支援専門員の連携、在宅と施設の連携など、利用者一人ひとりについて主治医や介護支援専門員などの様々な職種が連携し、個々の高齢者の状況やその変化に応じて継続的にフォローアップしていく「包括的・継続的ケアマネジメント」の確立が極めて重要です。
- このため、地域包括支援センターを設置し、主治医との連携、在宅と施設の連携などを行うケアマネジメントの体制を整備していきます。

#### 1.1 包括的・継続的ケアマネジメントの考え方

- これからの高齢者ケアの方向性を考えると、認知症高齢者の増加への対応、多様化する高齢者の生活の尊重という観点から、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるように、その人の生活全体を包括的・継続的に支えていくことが求められます。
- 支援の領域においても、時間の経過においても、とぎれることなく一貫して一人の高齢者が地域で暮らし続けることができるように支援するためには、包括的・継続的ケアマネジメントによる関わりが求められています。
- しかし、現状のケアマネジメントは、必ずしも「包括的・継続的」な関わりができていない実態があります。

#### 《包括的とは》

- 一人ひとりの高齢者が地域で暮らし続けるためには、高齢者の状態に合わせて様々な支援が必要となります。「介護保険の対象となった場合」、「医療の対象となった場合」、「在宅の場合」、「施設に入所した場合」というように、特定のサービスを利用する場合や、特定の状態の場合だけをケアマネジメントの対象とするのではなく、一人ひとりの高齢者が地域で暮らし続けるため、高齢者自身の努力とともに、地域における様々な資源を活用し、必要な支援を広く集め、生活を総合的に支えることを目指すものです。
- 高齢者の生活をできる限り継続して支えるために、近隣の支え合いやインフォーマルな関わり、介護予防のための活動やサービス、さらには介護サービス、医療サービス等、様々な支援がその高齢者の状態

に合わせて包括的に提供されるようケアマネジメントを行う必要があります。

- 特に、病院・施設に入院・入所、病院・施設から退院・退所する高齢者や、医療依存度が高い状態、あるいは要介護度が重い高齢者を地域で生活し続けられるように支援するためには、地域の様々な専門機関が協働してその機能を適切に発揮できるよう調整を行う必要があります。
- 高齢者自身が様々な支援を自分で探して個別にアプローチすることは容易ではありません。また、特定のサービスに関するケアマネジメントだけを考えているのであれば、高齢者への生活支援がそのサービスの領域に限定され、地域で暮らし続けるための支援としては不十分となる場合があります。

#### 【包括的な関わりの事例】

ー病院の「地域連携室」を中心とした包括的ケアマネジメント支援ー

ある病院の「地域連携室」が核となって、入院中から退院およびその後の在宅生活を支援するケアマネジメントを行っている。退院に向けて、住宅事情や介護力に応じた必要な身体機能を獲得するためのリハビリテーションを実施し、住宅環境を整備し、必要なサービスを利用できるようにする一方、入院中の治療内容や病状の回復の状態に合わせて退院後のかかりつけ医への引き継ぎなどを手配する。地域連携室のソーシャルワーカーは、カンファレンスを行いながら、退院後の在宅生活が可能になるように、病院内外の医師、PT、OT、介護支援専門員、保健師、市の介護保険課及び高齢者支援課などと連携できるように定期的に会議を開催し在宅生活を支援する体制を作っている。

- 上の事例の「地域連携室」が核となって行っている包括的ケアマネジメントを、介護支援専門員が地域で実施できるように、地域包括支援センターの主任介護支援専門員が、介護支援専門員からの相談を受けたり、様々な関係機関に働きかけ、ネットワークを構築することが、有効なケアマネジメント支援の基盤となります。

#### 《継続的とは》

- 施設や病院の入退所（院）に際しては、在宅と施設・病院の間で継続的なケアマネジメントが確保されておらず、地域で暮らし続けるための支援の一貫性が保たれていないという問題点が指摘されています。
- 高齢者の状態は時間や場所とともに変化をし、その変化は必ずしも直線的なものではありません。例えば、発病や病状の悪化によって一時的に入院したり、要介護状態になったとしても、回復して再び在宅での自立生活が可能になったりします。
- したがって、高齢者の心身の状態や生活環境などの変化に応じて、適切な支援やサービスを組み合わせ提供できるよう、継続的なケアマネジメントが必要となります。

### 【継続的な関わりの事例】

#### 1. かかりつけ医から介護支援専門員に、体力低下により検査入院（居宅介護支援中断）した旨の連絡あり。

S診療所の医師より、電話があり、「10数年来、かかりつけ医として自分が関わっている77歳のBさん（介護保険の要介護1と認定されている）が、今まで何もサービスは利用していなかったが、最近外出の回数も減り、体力低下もあるので通所介護の利用を勧めていたら、行ってみようかという話になったので、居宅介護支援事業者を紹介した。そのうち相談に行くかもしれないのでよろしく」とのことであった。（S医師と担当介護支援専門員は地域の学習会で顔見知りの関係）。2日後に、Bさんより電話があったため訪問したところ、居宅介護支援の申し込みを受けた。Bさんも家族も通所介護の利用には熱心で昨日見学に行き、気に入った様子。数日後から通所介護サービスの利用が開始されたが、Bさんは疲れがひどく体がついていかない様子。S医師も心配し、日頃から病診連携のあるI病院に検査入院を勧め、Bさんもそれに応じて入院した。

#### 2. 入院中にターミナル期に進行。

検査入院した病院との病診連携がよく、S医師は家族の相談にもものる。

検査の結果、悪性腫瘍が発見され、予後は半年と診断され、体力回復を目的に入院となる。病気の進行が予想以上に早く3か月後にはターミナルと診断され、家族はそのまま入院を継続するか、在宅で看取るか意見が分かれる。Bさんの強い希望もありI病院の主治医とS医師、家族と協議の結果、退院することになる。

#### 3. 在宅での看取りを家族が選択。退院後、居宅介護支援再開、在宅ターミナルへ。

介護保険のサービス利用は、2回の通所介護利用で入院となったため、居宅介護支援は約3か月間中断していたが、入院中もS医師から時々Bさんの経過を聞いていたので介護支援専門員は、家族が在宅で看取ることに決定後、直ちにI病院を訪問。Bさんの健康状態の確認とともにI医師による家族への終末期介護指導にも参加。病院内でS医師もBさんも加わり退院計画を作成。S医師の往診、訪問看護、訪問介護、ベッド貸与等の計画を実施できるように準備。1週間後に退院したBさんは満足。介護支援専門員は家族の意見がずれないように配慮しつつ、主介護者、介護支援専門員、S医師のきめ細かな情報共有のなかで訪問看護師、訪問介護員も安心して在宅ターミナルケアに参加し、退院後約1か月後に自宅で家族やケアチームメンバーに看取られて逝去した。

利用者が入院している間は介護報酬の対象とならず、この事例のように数回のサービス利用で居宅介護支援が中断した場合には、医療保険サービスが中心となるため入院中の情報は介護支援専門員には入らず、家族も不安ななかで手続きに奔走したり、新たな説明や対応についていけないまま、家族間の意見が不一致となる場合がある。Bさんの場合はI病院入院中もS医師を通して介護支援専門員は日常的にBさんの状態の変化を知り、退院への方針が決まった直後から、介護支援専門員は在宅ターミナルケアの準備に入ることができたため、家族も不安なく、最後まで協力し、納得のできる看取りができた。健康状態の急変に対しても継続的な関わりができた事例である。

継続的ケアマネジメントを実現するためには、入院により在宅支援が中断した際の継続した状況把握や、退院時に再び介護支援専門員との関わりへつなげること、さらに退院前にサービス担当者会議を行うための支援も大切である。

## 1.2 包括的・継続的ケアマネジメントにおける地域包括支援センターの役割

- 要介護高齢者等に対して包括的、継続的にケアを提供していくためには、ケアマネジメントの提供に際して、個々の介護支援専門員が一人で個別に様々な機関と連携を図るだけでなく、市町村が行う保健・医療や福祉のサービス、地域住民による自主的なボランティア活動やインフォーマルなサービスなど、多職種・多機関がシステムとして連携できる地域包括支援ネットワークを構築することが必要です。
- このような体制構築や介護予防の視点に基づくケアマネジメントといった課題の解決は、介護支援専門員によるケアマネジメントのみでは難しく、公正・中立性の確保と包括的・継続的ケアマネジメントの強化の観点から新たに地域における総合的なケアマネジメントを実施・調整する機関として「地域包括支援センター」が創設されることになりました。

### 1.3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

■地域包括支援センターにおいては、包括的・継続的ケアマネジメントの強化に向けて①包括的・継続的ケアマネジメント体制の構築、②個々の介護支援専門員に対して、ケアマネジメント力向上支援の取組を行います。

■こうした業務を行うに当たっては、地域包括支援センターで相談窓口を設置するだけの待ちの姿勢では、何も解決しません。積極的に地域に出向き、自ら地域の介護支援専門員や関係機関に対して、働きかけていく姿勢で臨むことが大切です。具体的には、主治医を始めとする種々の機関に出向いたり、会合を開催してネットワークづくりを行ったり、また、介護支援専門員からの個別事例の相談に応じたり、事例検討会やケアカンファレンスを開催し、時には協働して関係機関に働きかけたりすることが重要です。特に主任介護支援専門員は、地域の要介護高齢者を対象とするケアマネジメント支援において、責任をもって中心的役割を担う必要があります。

## 第2節 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の実施

### 2.1 地域のケアマネジメント力強化の基本的考え方

#### 2.1.1 包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築

■個々の介護支援専門員が一人で多職種・多機関との緊密な関係を作っていくことは容易ではありません。

■地域包括支援センターにおいて、介護保険外の関わりも含め包括的・継続的ケアを可能にする体制を作り、その体制のもとで、主任介護支援専門員が地域の介護支援専門員を支援して、個々の介護支援専門員が多職種・多機関と連携をとりながら高齢者を支える活動ができるようにすることが大切です。

【キーワード】 地域の力を活かす

#### 【事例】

—地域連携推進会議の開催—

##### <概要>

地域包括支援センターでは、地域における民生委員・各職能団体・地域型在宅介護支援センター・地域リハビリテーション広域支援センターなど支援の提供者を中心とした推進会議の体制を作り、役割の確認及び推進会議としての介護支援専門員に対する独自の支援の方法を検討していく。

##### <目的>

支援におけるネットワークを作ることにより、それぞれの担うべき役割を明確にし、地域における支援体制を作っていく。介護支援専門員との関わりを持ち方及び介護支援専門員の役割も地域の中で明確にしていくことで相互を支える体制を作っていく。

##### <事業内容>

- ・ 推進会議の定期開催
- ・ 推進会議の独自事業の実施（マップの作成・連携方法のリーフレットの作成等）
- ・ 交流会の開催

##### <事業を進める上で、連携体制を構築するために留意したポイント>

- ・ 各種団体等構成メンバーとの連携
- ・ 目的の共通理解
- ・ 実働できる事業計画の策定
- ・ より現実的・実働・活用できる具体的な方法の検討と理解が必要
- ・ 机上の会議のみは極力避ける
- ・ 行政も構成メンバーとして参加を要請

■具体的には、次のようなことが考えられます。

ア. 市町村、保健所、福祉事務所、病院等関係機関との連絡体制の構築

- イ. 地域の保健・医療・福祉サービス等に関する情報の収集及び提供
- ウ. 地域ケア会議等、介護保険以外のサービス提供が必要な高齢者を対象とする効果的な介護予防・生活支援サービスの総合調整、地域ケアの総合調整の活動推進
- エ. ボランティア活動、NPO等によるサービス提供、地域の助け合いなどのインフォーマルサービスと協力・連携できる体制づくりと、地域におけるインフォーマルサービスの開発やネットワーク化などインフォーマルサポート機能の強化

■市町村は、地域包括支援センターの責任主体として、また介護保険の保険者として、さらには高齢者福祉を推進する立場や、あるいはまちづくりの視点から市全体として、こうした地域包括支援センターが行う多職種・多機関のネットワーク構築を支援する必要があります。

■市町村に複数の地域包括支援センターがある場合には、市町村がそれらの地域包括支援センター同士の連携を支援し、これらを束ねる役割を果たす必要があります。



## 2.1.2 介護支援専門員に対する個別支援

### 1) 介護支援専門員が行うケアマネジメントが現在抱えている課題

■ケアマネジメントは介護保険のスタートに合わせて制度化され、この間広く定着をしてきました。

■一方で、ケアマネジメントの現状をみると、次のような課題があります。

#### ① 基本プロセスが不十分

アセスメントやケアカンファレンス、モニタリング等のケアマネジメントの重要なプロセスが十分に実施されていない。

#### ② ケアカンファレンスが不十分

サービス担当者会議が十分に機能せず、ケアプランに組み込まれたサービスが要介護状態の維持や改善につながっていない。

#### ③ 多職種・多機関との連携が不十分

主治医をはじめとした多職種・多機関との連携が不十分。

#### ④ 継続的なケアマネジメントが不十分

在宅と施設の間など、利用者の状態の変化に応じた継続的なケアマネジメントが不十分。

#### ⑤ 公正・中立性に課題があること

併設しているサービス事業所等のサービスを優先してケアプランに位置づける傾向があり、公正・中立性の観点から改善が必要。

■介護支援専門員の業務の現状には次のような課題があります。

#### ① 他の専門職からの支援等を受けにくいこと

小規模事業所が多いため、介護支援専門員が自身の力量に不安を感じながらも、他の専門職からの支援やスーパーバイズを受けにくい。

#### ② 専門職としての資質にバラつき

業務範囲が標準化されておらず、研修体系も確立していないため、専門職としての資質にバラつきがある。

#### ③ 業務負担が過大

利用者増により、介護支援専門員一人当たりの担当件数が増えているだけでなく、支援困難事例も担当しているため、業務負担が過大となっている。

## 2) 介護支援専門員を支援し、ケアマネジメント力を高める取組

■地域包括支援センターの主任介護支援専門員は、担当地域の介護支援専門員を支援してそのケアマネジメント力を高めるために次のような支援体制をつくることが求められます。

- ア. 担当地域の介護支援専門員や居宅介護支援事業所の把握や、必要に応じた援助
- イ. 施設・病院と在宅との連携、他制度を円滑に利用するための関係機関との連携体制の構築（関係機関がサービス担当者会議に参加できるような環境づくりなど）
- ウ. 介護支援専門員（居宅介護支援事業所、介護保険施設等）\*に対し、相談窓口の開設・研修の実施や様々な機関が行う研修の情報提供
- エ. 支援困難事例に対する事例検討会開催などの支援
- オ. 介護支援専門員同士のネットワーク組織の育成
- カ. 個別のケアプランの作成指導

### 【留意点】

- 現状では、地域包括支援センターの担当地域の高齢者が担当地域外の事業所に属する介護支援専門員の支援を受けている場合もある。地域の高齢者に包括的・継続的にケアを行っていくためには、担当地域外の事業所及び介護支援専門員に対しても、他の地域包括支援センターと連携をとりながら関わっていくことが必要となる。利用者の利便性を考え、柔軟に対応することが求められる。

【参考資料】\*介護保険法第7条5項の規定からも、在宅と施設の介護支援専門員は、同様に地域包括支援センターの主任介護支援専門員の支援も受けながら、協力して在宅復帰も視野に入れた包括的・継続的ケアマネジメントを行うことが求められています。

### 介護保険法（平成17年6月改正）第7条（抜粋）

- 5 この法律において「介護支援専門員」とは、要介護者または要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況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もの、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を行う者等との連絡調整等を行う者であつて、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69条の7第1項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。

## 3) 関係機関等への働きかけを行い、ケアマネジメント力を高める取組

■主任介護支援専門員は、他の職員と協働して、地域包括支援ネットワークを構築することが大切です。

## 2.2 具体的な業務の進め方

■具体的な業務の進め方の基本は、ケアマネジメントのプロセスと同様、①担当地域及びその介護支援専門員の状況を把握すること(アセスメント)、②何から取り組むか優先順位をつけて計画的に行うこと(計画作成)、③計画を実行すること、④取組の評価を行い今後の取組の見直しを行うこと(モニタリング)というプロセスを追って進めます。

### ①担当地域及びその介護支援専門員の状況を把握すること

■地域の状況は千差万別なので、特に介護支援専門員がケアマネジメントを行うに当たって地域の実情や課題となっていることは何かを把握します。

■ケアマネジメント支援を行うためのアセスメントとして、介護支援専門員の現状把握(抱えている悩みや課題・ケアプランの現状・困り込みや抱え込みの実態等)は欠かせません。

【キーワード】 地域の把握

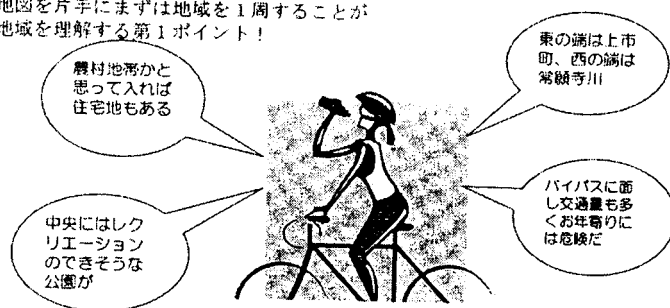
【事例】

「富山市におけるコーディネーターを軸とした地域包括ケアの実践」においてコーディネーターが地域活動を進めるに当たり、地域を知るために、地図を片手に自転車で地域を巡回し、関係団体をまわるということをした例が紹介されている。それをもとに、コーディネーターマニュアルを作成した。次の図はマニュアルからの抜粋である。

### 地域活動の進め方

#### 1 コーディネーター1日目は、まづ地域を1周してみよう

地図を片手にまずは地域を1周することが地域を理解する第1ポイント!



地域ケア推進コーディネーターマニュアルより

## 2 コーディネーター1週間目は、地域の人と顔見知りになろう

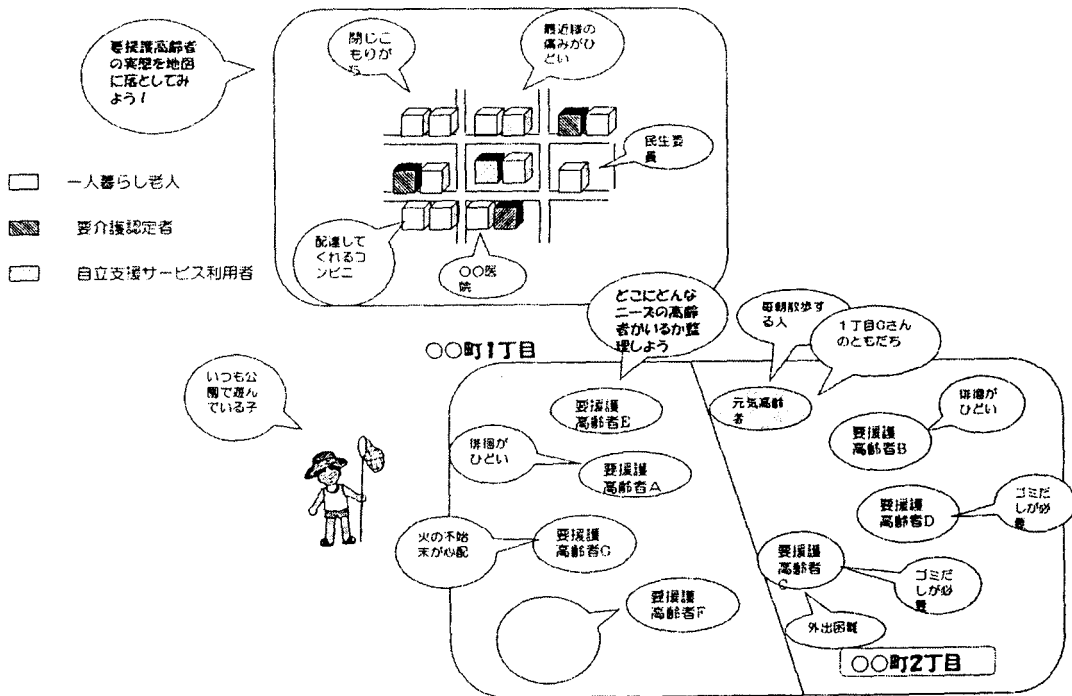
関係機関・団体の人と顔見知りになろう



- |                |             |
|----------------|-------------|
| 自治振興会長         | 地区センター所長    |
| 社会福祉協議会長       | 公民館長        |
| 民生委員・児童委員会     | 介護保険施設長     |
| ボランティアコーディネーター | 介護サービス事業者   |
| 保健衛生連合会長       | 居宅介護支援事業者   |
| 保健推進員          | 保健福祉センター保健師 |
| 食生活改善推進員       | 開業している医師    |
| 長寿会長           | 開業している歯科医師  |
| 体育協会会長         | 開業している薬剤師   |
| 体育指導委員の代表      | 警察官（派出所等）   |
| ふるさとづくり推進協議会長  | 消防          |
| 高齢福祉推進員        | 金融機関        |
| 保護司の代表         | 郵便局         |
|                | etc.        |

地域の医療機関は全てまわろう！

## 3 地域の要援護高齢者の実態を整理しよう！



【キーワード】 アンケート調査

【事例】

市が実施した多職種・多機関連携に関するアンケート調査の結果、通所リハビリテーションで行われている具体的なリハビリテーションがよくわからず、リハビリテーション職種（PT，OT，ST）に聞きにくいという意見が寄せられた。そこで、地域のリハビリテーション職種に広く呼びかけて意見交換会を実施した。

【キーワード】 ケアプランチェック

【事例】

複数のケアプランチェックを行った結果、住環境に課題があることが浮かび上がった。そこで、住宅改修事例の調査を行った結果、転倒骨折の恐れのある高齢者に対して、適切な住宅改修が行われていないことが判明した。これを踏まえて、福祉用具・住宅改修研修事業を実施したところ、適切な住宅改修事例が増加した。

②何から取り組むか優先順位をつけて計画的に行うこと

■主任介護支援専門員一人のできる業務量は限られています。また取り組まねばならない課題は多いだけでなく、一朝一夕で解決できるものではないので、取り組むべきことに優先順位をつけ、計画的に取り組むことが大切です。

■特に同じ課題があっても解決する方法は一つではありません。その課題に対応して、何を行うか、どうやって行うかなど、地域の実情に応じた多様な方法を検討します。

③計画を実行すること

■地域の課題に応じた具体的な計画の実行に取り組みます。

■地域包括支援センターの包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は、「包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築」と「介護支援専門員に対する個別支援」の2本柱で構成されます。2本柱は、それぞれ別個に行うものではなく、相互に密接な関係を持ちながら行う必要があります。

■ただし、場合によっては包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築に取り組むよりも、個別事例に対し具体的に対応していくことが有効な場合があります。いずれにしても介護支援専門員に対する個別支援を進めていく中で、包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築を考えなければならない場面も多々出てきます。

■包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築については、地域によってある程度進んでいるところもあれば、これから新たに作らねばならないところもあり、地域によって整備状況に差があると思われます。体制構築には、時間もかかり、簡単には完成に至らないと考えられます。同時にその体制の維持には常に気を配らなければなりません。

④取組の評価と今後の取組の見直し

■自らの取組や地域の状況・介護支援専門員の現状を定期的に評価し、今後の取組の方針を適宜見直すことが必要です。

■主任介護支援専門員は、介護支援専門員から提起された課題に対してケアマネジメント支援をした結果、

その介護支援専門員が業務を行う上で困難度が軽減したか、軽減しなかったのかの評価をする必要があります。地域包括支援センターに支援を求め、受け止めてはもらったが、結果的には困難度は何も変わらなかったということがないようにする必要があります。

■また、提起された事例についてケアマネジメント支援を行っていくなかで、サービス担当者会議などのプロセスが適切に踏まえていないとか、利用者にケアマネジメントや介護サービス計画の目標が理解されていなかったのではないかなど、担当の介護支援専門員とともにケアマネジメントのプロセスを検証することも大切です。

■このような検証を行っていくと、地域には同じような課題を抱えた介護支援専門員が複数いることが分かり、検証チームをどのように編成するかなど、計画的に取り組むべき新たな課題を見出すことにもつながります。

■取組の評価を行った結果、困難事例に対する軽減策が見出せないなど、ケアマネジメント支援の効果が予測していたほど得られなかった等の場合には、関係機関と協議し、到達目標や役割分担を見直すなど、今後の取組を見直すことが必要です。