

I ケアマネジメント

ケアマネジメントをめぐる主な論点

(ケアマネジメント業務の在り方)

- 現行のケアマネジメントは、サービス担当者会議などの重要なプロセスが踏まれておらず、また、特に軽度者については、いわゆる単品プランの割合が多い一方、要介護度が悪化傾向にあるなど、本来の目的に達していない面があるのではないか。
- ケアマネジメントが十分に行えない理由としてケアマネージャーの「多忙」が挙げられるが、この要因としては1人当たりの担当件数が多いことの他、介護サービス以外の生活支援の面での困難ケースの存在もあるのではないか。
- 施設における個別ケアへの取組み等への対応、施設・在宅を通じた継続的なケアの確保の観点から、施設におけるケアマネジメントの充実が必要ではないか。

(ケアマネジメント機関の在り方)

- ケアマネジメント事業所の大半は他のサービス事業所や施設と併設されているが、併設型の場合、自らのサービスを位置付ける傾向にある。公正中立なケアマネジメントの観点からどのような改善策が考えられるか。

(ケアマネージャーの在り方)

- 利用者のケアマネージャーに対する評価は総じて高いが、一方で、資質向上を求める指摘も多い。研修等の充実強化や資格要件の在り方など、どのような改善策が考えられるか。

ケアマネジメントの概況

- 介護保険制度の創設によりわが国に導入されたケアマネジメントは、
 - ① 居宅介護支援として介護支援専門員により居宅サービス利用者のほぼ全員に提供されているとともに、
 - ② 平成 15 年度に施行された基準改正等により介護保険 3 施設や痴呆性高齢者グループホームや特定施設にも介護支援専門員が配置されたこと等からも、介護保険制度における介護サービス利用者のほぼ全てが利用している状況にある。

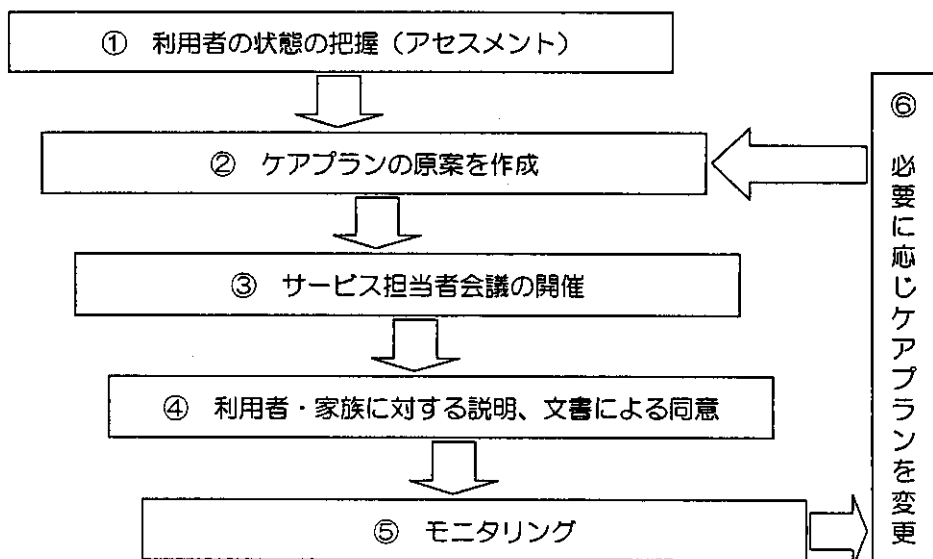
1. 「ケアマネジメント」の導入の目的と流れ

- 「利用者の心身の状況に応じた介護サービスの一体的提供」と「高齢者自身によるサービス」の選択を現場レベルで担保する仕組みとして、ケアマネジメントを導入。

※ 介護保険制度においては、従来、医療・福祉の両分野に分かれて提供されていた介護関連サービスを制度的・財源的に一元化し、介護の枠組みの下に一体的に提供

○ ケアマネジメントの流れ

介護支援専門員（ケアマネジャー）の行う業務については、「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」（平成 11 年厚生省令第 38 号）等に基づき、以下の流れで行う。



○ 介護支援専門員

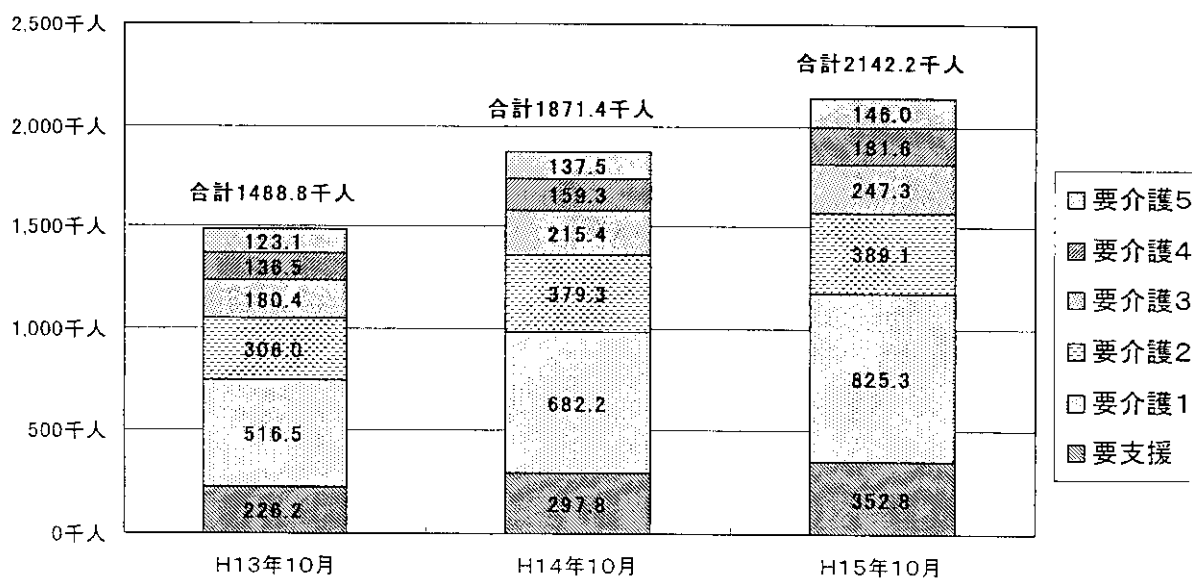
- ・ 介護保険制度におけるケアマネジメントを担う者として、居宅介護支援事業所、介護保険施設等に介護支援専門員（ケアマネジャー）を配置

事業所又は施設名(数)	配置基準・標準	介護支援専門員数 (平成14年10月1日 現在実働数)
居宅介護支援事業所 (24,394)	利用者50:介護支援専門員1	67,436人
介護老人福祉施設 (4,872)	入所者(入院患者)100:介護支援専門員1	6,820人
介護老人保健施設 (2,888)		5,031人
介護療養医療施設 (4,000)		5,650人
痴呆対応型共同生活介護 (2,233)	施設1:介護支援専門員1 【平成18年3月まで経過措置あり】	—
特定施設入所者生活介護 (470)	入所者100:介護支援専門員1 【平成18年3月まで経過措置あり】	—

※出典：WAM-NET、平成14年介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省大臣官房統計情報部）

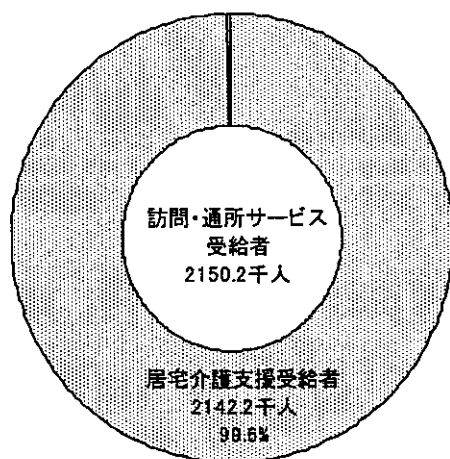
2. 居宅介護支援の利用者数

○ 利用者数の動向



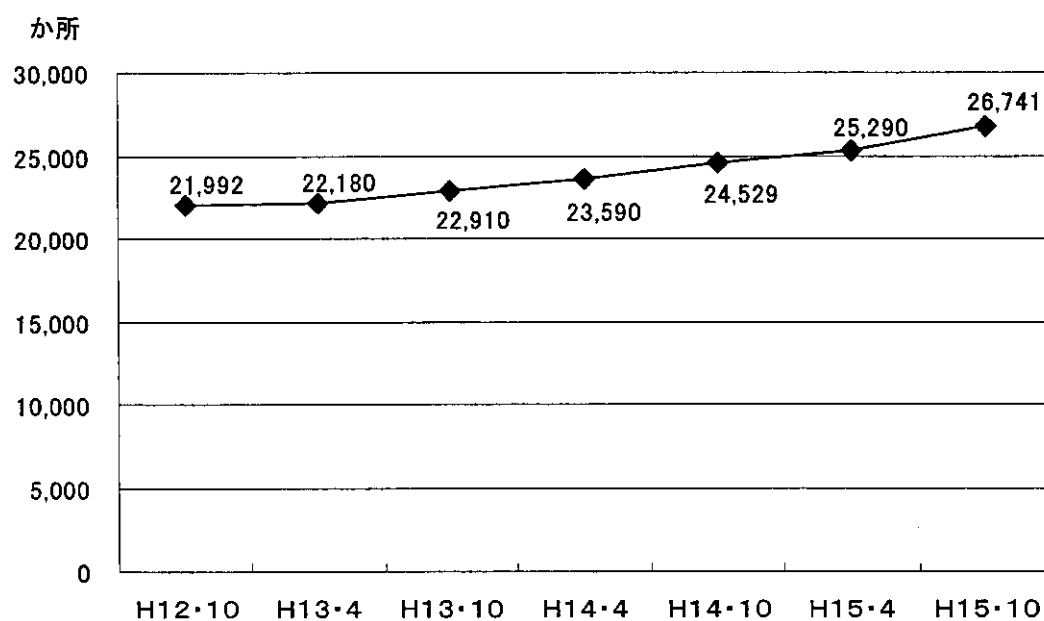
※ 出典：介護給付費実態調査月報

○ 居宅介護支援の利用者の割合



※ 出典：介護給付費実態調査月報
(平成15年10月提供分)

○ 全国の居宅介護支援事業所数



※出典：WAM-NET

3. 居宅介護支援の給付費の額・構成

○ 平成 15 年度における報酬改定

- ・ 利用者の要介護度による評価の廃止

要支援	650 単位	} → 850 単位 (平均 17.1%UP)
要介護 1・2	720 単位	
要介護 3・4・5	840 単位	

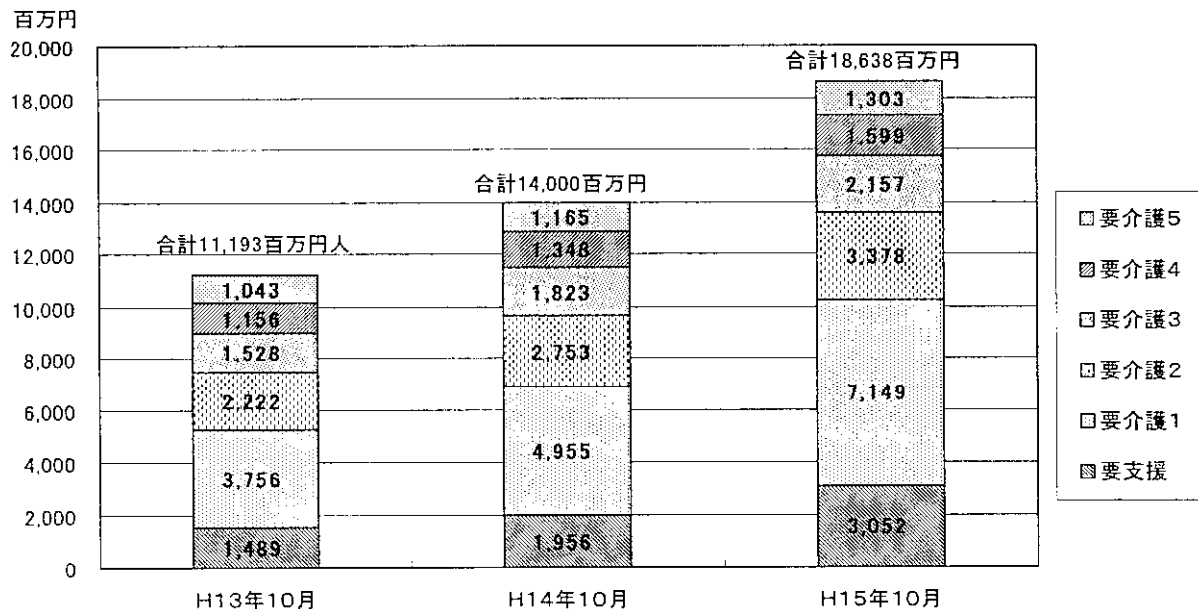
- ・ 4以上の種類のサービスを定めた居宅サービス計画（ケアプラン）を作成する場合の加算を導入（種類数加算）。

（新設） → 100 単位

- ・ 運営基準における義務のうち、利用者宅訪問、サービス担当者会議の開催、ケアプランの交付、モニタリング結果の記録を行っていない場合に、所定単位数の70%を算定する（運営基準減算）。

- ・ 1単位の単価に係る地域差（訪問介護と同様）を導入する。

○ 給付費の動向



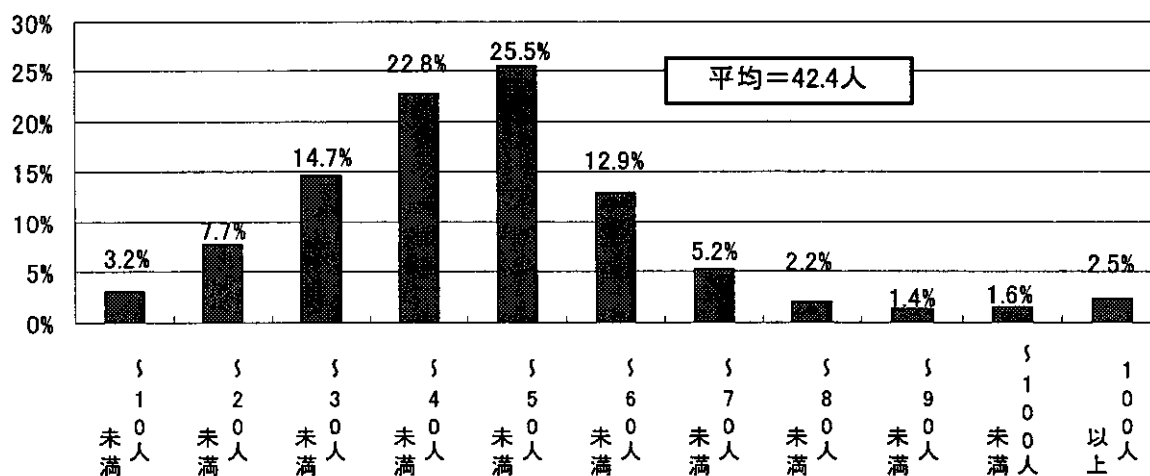
※出典：「介護給付費実態調査」

ケアマネジメント業務の状況

- 居宅におけるケアマネジメントについては、①アセスメント、モニタリング、ケアカンファレンスといった重要なプロセスが十分に実施されていないこと、②自立支援に即したケアプランが作成されておらず、特に軽度の要介護者等は、1種類のケアプランが多く、また、要介護度の変化も悪化傾向にあること等から、所期の目的を達していないという意見が多く、立て直しが求められている。
- これらのプロセスを実施することが困難な理由として、ケアマネジャーが挙げるもののうち共通するものは、「多忙」が多い。
- また、「多忙」の理由として、「援助困難事例の存在」も多く挙げられているが、これらの事例は、介護以外の要因によるものも多く、ケアマネジャー以外の他の専門職からの関与・支援が必要と考えられる場合が多い。

1. 介護支援専門員の担当利用者数

- 居宅介護支援事業所の、介護支援専門員常勤換算1人当たりの担当利用者数の分布



※出典：「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」（平成15年株式会社三菱総合研究所；速報値）

○ 省令上の規定

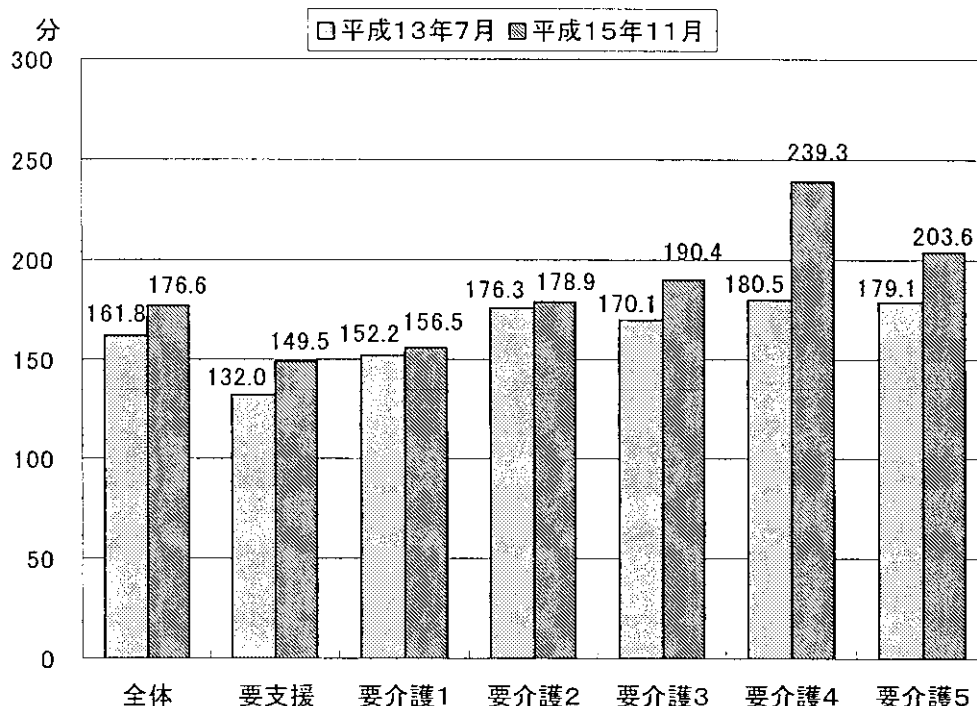
- ・ 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに1以上の員数の介護支援専門員を置かなければならない。
- ・ 介護支援専門員の員数の標準は、利用者の数が50又はその端数を増すごとに1とする。

（「居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」第2条）

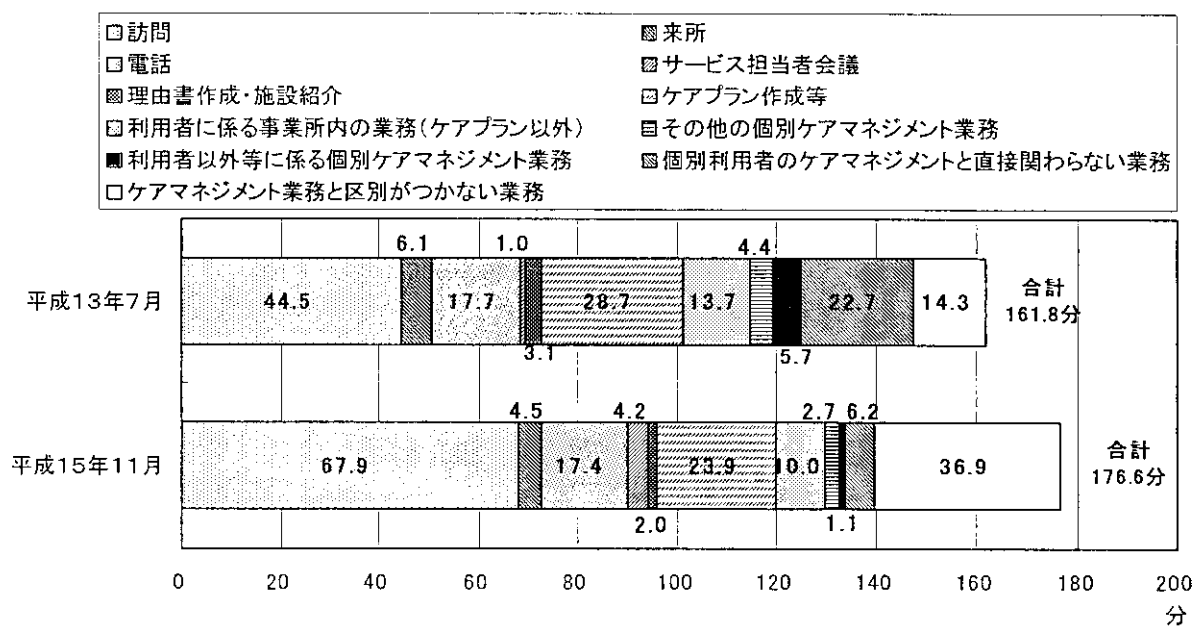
2. 利用者1人1月当たりの労働投入時間

○ 利用者1人1月当たりの介護支援専門員の労働投入時間

・ 要介護度別



・ 業務内容別



※出典:「居宅介護支援事業及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成13年長寿社会開発センター)、
 「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成15年株式会社三菱総合研究所; 速報値)

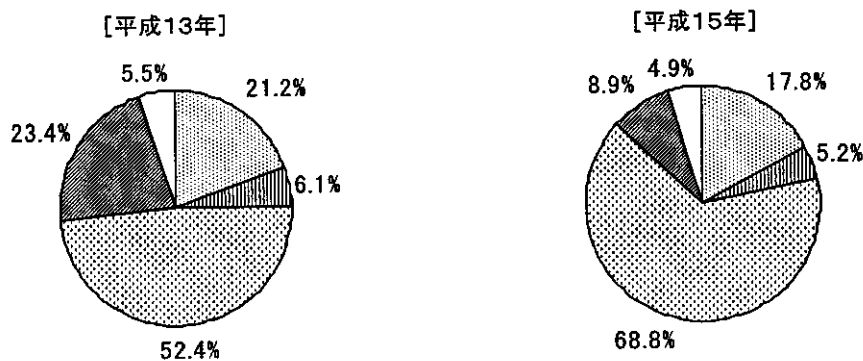
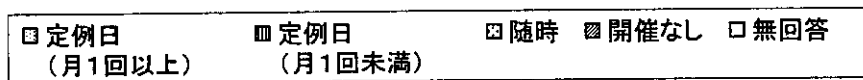
○ 高齢者介護研究会の指摘

介護保険制度により新たに導入されたものにケアマネジメントがある。これは、高齢者の状態を適切に把握し自立支援に資するサービスを総合的、計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものである。しかし、高齢者の状況を判断するアセスメントが十分でないため適切で効果的なサービス提供が行われていないとの指摘がある。実態としても、一種類のサービスのためのケアプラン作成が半数にも上り、必要なサービスが適切に提供されているのか疑問が残る。また、サービスを提供する担当者などが介護の方針を設定し共有する場であるケアカンファレンスの開催も十分に行われておらず、担当者が同じ認識の下で、総合的に自立支援のためのサービス提供が行われているかについても疑問がある。

3. ケアマネジメントの各プロセスの実施状況

○ サービス担当者会議

- 開催頻度（居宅介護支援事業所に対する調査）



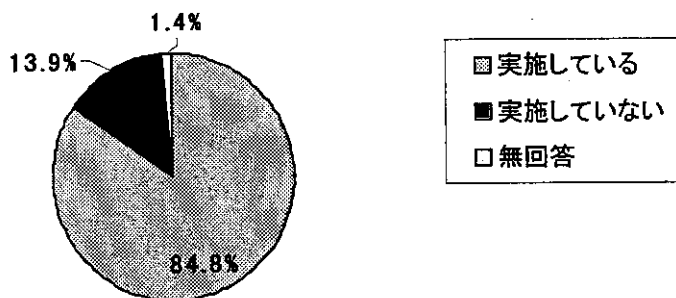
- 実施に関する主な困難点（介護支援専門員に対する調査；複数回答可）

	合計（人）	割合（%）
全体	1,927	100.0
サービス提供事業者との日程調整が困難	1,406	73.0
ケアマネが業務多忙のため十分に開催できない	1,033	53.6
開催する必要性が低い	376	19.5
会議を開催するのが夜・休日などになってしまう	240	12.5

※出典：「居宅介護支援事業及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」（平成13年長寿社会開発センター）、
 「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」（平成15年株式会社三菱総合研究所；速報値）

○ モニタリング記録

- 実施率（調査月の過去3か月以内に実施したかどうか）



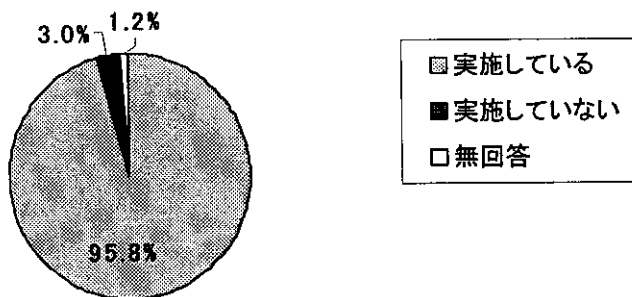
- 実施に関する主な困難点（介護支援専門員に対する調査；複数回答可）

	合計（人）	割合（%）
全体	1,927	100.0%
どこまでモニタリングし記録すべきか迷う	1,157	60.0%
業務多忙のためモニタリングが十分にできない	950	49.3%
利用者から本音を聞き出すのに時間がかかる	828	43.0%
独自の様式に記入している	349	18.1%

※出典：「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」（平成15年株式会社三菱総合研究所；速報値）

○ 利用者宅への訪問

- 実施率（調査月中に訪問したかどうか）



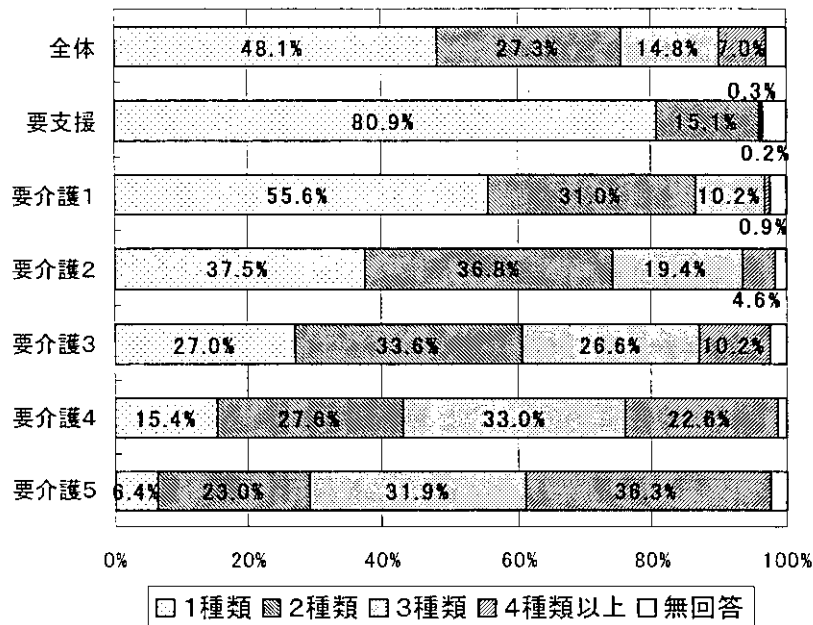
- 実施に関する主な困難点（介護支援専門員に対する調査；複数回答可）

	合計（人）	割合（%）
全体	1,927	100.0%
家族が不在で平日日中に訪問できない	1,066	55.3%
利用者がケアマネの訪問の必要性を理解していない	858	44.5%
訪問しても十分に話を聞く時間がない	735	38.1%
業務多忙のため全員に訪問する時間が取れない	526	27.3%

※出典：「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」（平成15年株式会社三菱総合研究所；速報値）

4. 軽度に対しては1種類のプランも多く、また、軽度は悪化する傾向

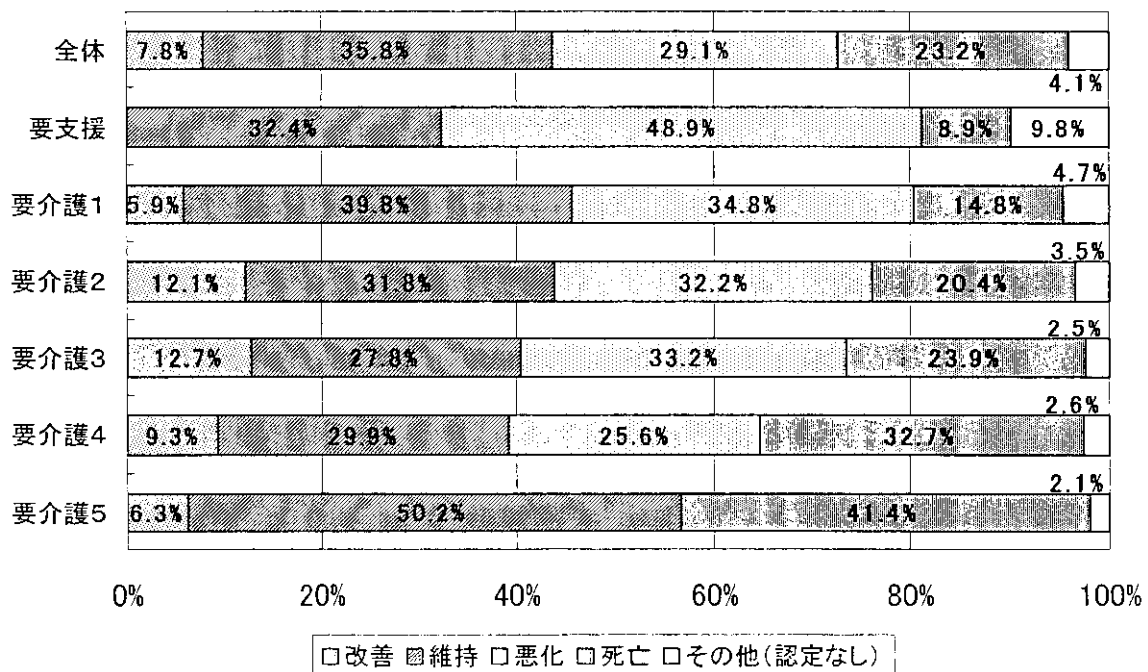
○ 要介護度別にみた利用者のケアプランに位置付けられたサービス種類数



※出典：「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」（平成15年株式会社三菱総合研究所；速報値）

○ 要介護度の改善・悪化の状況

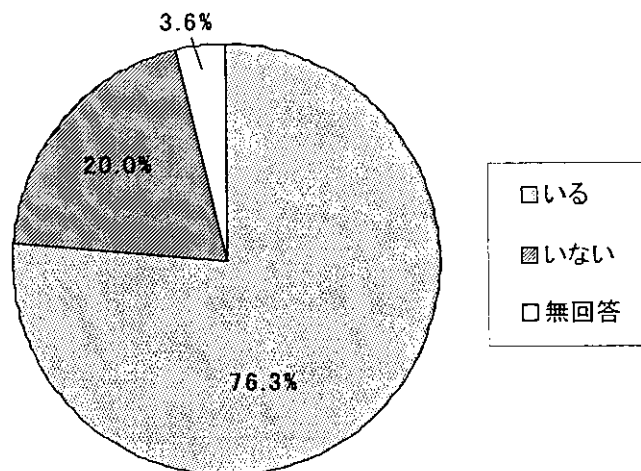
（平成12年10月にある地域において要支援・要介護認定を受けていた者が、平成14年10月時点でどのような認定を受けていたか、追跡調査したもの）



※出典：日医総研

5. ケアマネジャーと処遇困難事例

○ 対応困難な利用者がいるという介護支援専門員の割合



※出典：「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」（平成15年株式会社三菱総合研究所；速報値）

○ 介護支援専門員が処遇困難と感じる利用者像（複数回答可）

	合計(人)	割合(%)
全体	1,471	100.0%
本人と家族の意見の異なる利用者	776	52.8%
ケアマネが必要と考えるサービスを受け入れない利用者	678	46.1%
独居の利用者	592	40.2%
自己負担できる金額に制限のある利用者	539	36.6%
痴呆など意思表示が困難な利用者	471	32.0%
医療ニーズの高い利用者	454	30.9%

※出典：「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」（平成15年株式会社三菱総合研究所；速報値）

○ 介護支援専門員の業務遂行上の悩み（複数回答可）

	合計(人)	割合(%)
全体	1,927	100.0
困難ケースの対応に手間が取られる	857	44.5
ケアマネの業務範囲が明確でない	610	31.7
業務の責任が重く・抱え込んでしまう	512	26.6
担当利用者が多い	447	23.2
ケアマネ本来の業務ができていない	439	22.8

※出典：「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」（平成15年株式会社三菱総合研究所；速報値）

○ 在宅介護支援センターによる支援の必要性

これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方について

—中間報告—（抜粋）

平成15年5月26日 全国在宅介護支援センター協議会

これからの高齢者介護における在宅介護支援センターの在り方に関する検討委員会

4. 提言

上記の課題の解決を図るとともに、今後、在宅介護支援センターがその役割を一層的確に果たしていくことができるよう、次のような具体的な取組を進めるべきである。

(1) 基幹型在宅介護支援センター

② 地域ケア会議について

(d) 地域ケア会議には多様な職員が集まるという強みを活かして、チームでの指導を行うなど、介護支援専門員協議会等で行われている「ケアマネジメントリーダー事業」と併せて、居宅介護支援事業者の介護支援専門員の指導・支援を行う。

(2) 地域型在宅介護支援センター

③ 要援護高齢者の発見と支援・保護について

(b) このほか、何らかの援護を要する高齢者には次のようにさまざまなものがあり、これら的高齢者についても、早期に発見し、関係機関への連絡など所要の対応を行う。

- ・ 家族から虐待や介護放棄を受けている高齢者
- ・ 介護サービスの利用や消費生活の上で保護が必要な高齢者
- ・ 介護を要する状態にあるにも関わらず、要介護認定を受けていない高齢者
- ・ 介護を要する状態にはないが、生活上の問題を抱えている高齢者
- ・ アルコール中毒等の精神疾患を有している高齢者

(c) また、広く高齢者が介護サービスを利用したり、商品を購入したりする際の苦情を受け付け、その解決機関に結びつける。

④ 痴呆性高齢者の早期発見と早期対応について

(a) 痴呆性高齢者については、早期に発見し、早期に適切な対応をすれば、痴呆に起因して生じる周辺症状（徘徊など）が緩和され、在宅での生活を長く続けることが可能である。

しかしながら、痴呆に対する家族の無理解、周りの住民の偏見・無理解により、痴呆性高齢者やその家族が地域社会から孤立し、在宅での生活の破綻を来す事例も多く見られる。

こうしたことを防ぐために、地域の中で痴呆性高齢者を早期に発見し、居宅介護支援事業者につなぐとともに、家族への専門的な助言や精神的な支援にもつなげていく。

(b) 更に、地域住民が痴呆性高齢者を正しく理解できるように日頃からさまざまな情報を伝えるなど、地域全体で痴呆性高齢者やその家族を支えていく拠点としての活動を行う。

6. 地域ケアシステムとの関係

以上、介護保険制度の導入に伴う変化や、施行後の状況を踏まえて、在宅介護支援センターの新しい

在り方について述べてきた。

ここで、高齢者を地域の中で総合的に支える地域ケアシステムの仕組みについて図示すると図2のとおりであり、介護保険制度は、このうちケアニーズをもつ高齢者への「総合相談システム」と「サービス提供システム」に関わるものである。

そして、在宅介護支援センターは、これらを含めた8つのシステムのいずれにおいても担うべき役割を有しており、4. で述べた具体的な取組を再整理すると、次のとおりである。

(6) 権利擁護のシステム

- 虐待や介護放棄など、人権が侵害されていたり、そのおそれがある高齢者を発見し、安心して地域で生活できるよう適切な権利擁護機関と結びつけていく。

○ 処遇困難事例の実際

事例1 男性、82歳、要介護1

平成13年7月の労働投入時間	16時間 58分	平成13年7月中に利用した居宅サービス 訪問リハビリテーション
(要介護1の平均)	2時間 32分)	
内訳:		手間・時間のかかる理由
訪問	9時間 30分	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の性格がとてつもなく頑固なため、サービス導入時、家族と本人の間でケンカが絶えなかった(家族は通所系を希望だが、本人は訪問系を希望)。 ・ ケアマネジャーの仲介でとりあえず治まったが、その後も家族間の調整に時間がかかる。
(再掲)利用者宅訪問	4時間 20分	
(再掲)かかりつけ医等への訪問	4時間 20分	
来所	0分	
電話	2時間 12分	
サービス担当者会議	0分	
ケアプラン作成	1時間 45分	
その他	3時間 30分	

事例2 女性、72歳、要介護3

平成13年7月の労働投入時間	10時間 46分	平成13年7月中に利用した居宅サービス なし(訪問診療・往診、医療保険適用の訪問看護)
(要介護3の平均)	2時間 50分)	
内訳:		手間・時間のかかる理由
訪問	6時間 28分	<ul style="list-style-type: none"> ・ 夫も病弱である。経済的不安や他人を家の中に入れることの拒否があり、夫との話し合いが繰り返されているが、サービス利用に踏み切れない。 ・ 夫妻とも状態は悪化しており苦慮している。 ・ 医師、他の業者とも相談しているが、利用者本人の意思が揺れ動いてしまうため、ケアプランが確定しない。
(再掲)利用者宅訪問	2時間 40分	
(再掲)かかりつけ医等への訪問	0分	
来所	0分	
電話	1時間 15分	
サービス担当者会議	0分	
ケアプラン作成	1時間 12分	
その他	1時間 51分	

※出典：「居宅介護支援事業及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成13年長寿社会開発センター)