

第3節 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の具体的内容

■業務は例えば次のような枠組で構成されます。

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（例）	
1) 包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築	2) 介護支援専門員に対する個別支援
① 関係機関との連携体制づくり ② 医療機関との連携体制づくり ③ 地域のインフォーマルサービスとの連携体制づくり ④ サービス担当者会議開催支援 ⑤ 入院（所）・退院（所）時の連携	① 相談窓口 ② 支援困難事例を抱える介護支援専門員への対応 ③ 個別事例に対するサービス担当者会議開催支援 ④ 質の向上のための研修 ⑤ ケアプラン作成指導等を通じた介護支援専門員のケアマネジメントの指導 ⑥ 介護支援専門員同士のネットワーク構築 ⑦ 介護支援専門員に対する情報支援 ⑧ ケアプランの趣旨に基づいてサービスが提供されるよう、居宅サービス事業所等への研修等の働きかけ

■それぞれの業務内容ごとに、その具体的な実施方法、留意点など、事例を通して取り組み方を示します。

1) 包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築

①関係機関との連携体制づくり

■関係機関との連携体制づくりでは、地域の介護支援専門員自身が関係機関と連携・協働できる環境を整え、介護支援専門員と多職種との連携・協働体制を構築します。【本章（包括的・継続的ケアマネジメント）の章末の参考様式②を参照】

■特に在宅と病院・施設との間を行き来する高齢者のためには、介護支援専門員と主治医を中心とする病院・施設と在宅の連携支援システムを作ることが重要です。

■特に利用者の既往症、治療内容やサービス利用の履歴などのデータを関係各機関が円滑に受け渡しできるよう統一書式など一定のルールを定めて整備することが有効です。

【キーワード】 多職種との連携協働

【事例】

—地域ケアサービス部会—

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の内容がよくわからず、リハビリテーション職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（PT、OT、ST）との連携体制をつくるために、定例の地域ケアサービス部会の中で、市内医療機関・介護保険施設・通所リハビリテーション担当のリハビリテーション職種との意見交換会を実施したところ、すべての施設から16名の参加があった。

介護支援専門員からは、「リハビリテーションにつなげれば、何とかしてくれるのではないか」という期待が聞かれた。それに対し、リハビリテーション職からは、医療リハビリテーションの現状が語られ、介護保険では生活リハビリテーションを目指しているので、リハビリテーションのみではなく訪問介護等で一緒に支援する方法が大切という意見があった。

今後は、実際にサービスを利用していない事例でも、互いに相談に応じること、さらに事例検討会でよりよい連携方法を考えようということになった。

同じように医療機関の医療連携室や、総合病院の精神神経科スタッフ、医師会とも連携における課題の抽出や話し合いの場を設けていく予定である。

②医療機関との連携体制づくり

■介護支援専門員と医療機関の専門職が連携して支援を行うことが重要ですが、互いに多忙等の理由から相談を行う時間が持てなかったり、情報共有が十分にできていない状況があります。関係者が容易に情報の交換や共有ができるような環境づくりの一環として、例えば地元医師会を通じて行う意見交換の場づくりや情報の交換や共有の統一の方法やルールを定めることなどの取組が大切です。

【キーワード】 高齢者保健・医療・福祉の連携

【事例】

<概要>

医療機関と地域がスムーズに連携を図るための第1段階として、保健・福祉（介護を含む）制度を医療機関の現場にいる専門職種（看護師、PSW等）に理解してもらうため、地域包括支援センターが医療機関に直接出向き、福祉の立場から保健・福祉制度に関する説明会を開催。

<事業内容>

対象：市内総合病院（3病院）、中間型病院（5病院）、の計8病院の総看護師長、看護師長、主任看護師及びSW、PSW等。

日時：各病院の都合に合わせて日時を設定。（新年度がスタートした3～4か月後に集中的
に実施するよう計画）訪問時間は各病院とも平均60分程度。

内容

○保健・福祉（介護保険）制度の概要説明及び制度の上手な活用方法と地域の相談
窓口、連携先等の紹介。

○情報交換、意見交換（院内の中で日頃から感じている疑問や要望等）

<留意点・ポイント>

説明会の開催について、根回しを病院のどこのポジションにするかを検討した。

今回は、日頃から連携が取れている地域連携室の看護師やPSWに開催目的や内容を
説明し、意図を総看護師長に伝えてもらうこととした。又、説明会の対象は現場の看護
師とPSWだけでなく、責任者レベル、中間レベル、実務レベルともに制度内容を共有
し、連携の意義について理解をしてもらうことが必要と判断し、訪問や電話などで話し
合いを重ね、正式な依頼文書を病院長と総看護師長に送付するという段取りで進めた結
果、時間設定や出席者への配慮について協力が得られた。

【キーワード】 地域医師会、地域保健対策協議会

【事例】

－医師会、地域保健対策協議会等との連携－

医師会や医師会が参画する地域保健対策協議会などと連携することにより、地域の医
療機関、医師などと顔の見える関係の構築が可能となる。

<留意点・ポイント>

医師会も介護保険に対して大きな関心を持っており、介護支援専門員協会等との話し
合いの場を望んでいる。研修会などへの積極的な参加により、顔の見える関係が構築可
能となる。

【キーワード】 情報を共有一ともに成長

【事例】

－病院連絡会－

市内の病院とその併設施設との連絡会を定期的に行う。

<留意点・ポイント>

医師と介護支援専門員が必要としている情報の内容等に相違があったため、まず、な
ぜその情報を必要としているかという問題点を明らかにすることから始め、連絡会を重
ねることによって、情報の共有を深めるとともに、その他の問題提起や改善につなげた。

③地域のインフォーマルサービスとの連携体制づくり

■まず、地域にあるインフォーマルサービスについての情報を把握することが大切です。地域によって異
なりませんが、地域包括支援センター内の社会福祉士や保健師、あるいは地区の社会福祉協議会や市町村
が、こうした情報を把握していることがあります。さらに、介護支援専門員同士のネットワークを使っ

て把握することも可能であると考えられます。こうして把握したインフォーマルサービスの情報については、その活動内容や特徴、連絡先などの一覧を作成するなど、いつでも誰でも利用できるように情報を整理しておきます。なお、定期的、あるいは随時情報の見直しをすることも大切です。

■地域のインフォーマルサービスとの連携を強化するに当たっての活動の基本的考え方、方法には次のようなことが挙げられます。

- ・地域組織と固有名詞の関係*になる。（*注：名刺交換、顔見知り、名前を知り合う関係等）

（例）民生委員協議会の定期的会議には必ず出席する。

その他、地区自治会、地区社会福祉協議会等が行う各種の地域行事に対して積極的に参加し、可能な限り協力できるよう体制を整える。

- ・地域住民、地域組織からの信頼を得られるよう意識的に努める。

（例）民生委員をはじめ地域住民からの情報により実態を把握し、対応した事例については、途中経過も含め最終的な顛末について確実に報告する。

- ・地域包括支援センターから地域に情報発信していく機会をつくる。

（例）地域住民に対する保健・福祉・医療に関する勉強会等を企画運営することで、地域住民に対する意識啓発の機会を確保する。

【事例】

ー見守りネットワークー

介護支援専門員は担当する認知症の事例について徘徊時、家族より対応を求められることが多いことから、介護支援専門員だけでは対処が困難であると判断して地域ケア会議を開催。警察、市の防災課、高齢者支援課、認知症老人を抱える家族の会、民生委員、コンビニ、タクシー、サービス事業者、グループホーム、特養、老健などで見守りネットワークを作ることとした。事務局は市の高齢者支援課が担当し、拠点はグループホームとして、24時間の連絡体制を確保した。家族の混乱を防ぐような相談支援、警察への連絡、保護された方が安心していただけるようにデイサービス、特養、グループホームなど認知症の対応ができる場所を確保する。また、デイサービスの送迎時、タクシーなどの交通機関を利用した捜索、コンビニなどへ連絡、家族の会の相互サポートのネットワークを立ち上げ、安心して住める地域をめざすこととした。

④サービス担当者会議開催支援

■サービス担当者会議において利用者の課題、目標を共有し、支援者がそれぞれの役割分担を認識することにより、目標に向かって各支援者がチームとして連携しながら支援を行うことが可能となります。

■したがって、地域包括支援センターでは、サービス担当者会議に、利用者、家族、介護支援専門員、主治医、介護保険のサービス事業者のみならず、インフォーマルサービスの提供者など利用者に関わる機関ができる限り参加できるよう支援します。

■具体的には、地域包括支援ネットワークを構築する過程で関係機関に対し、サービス担当者会議についての理解を得られるように働きかけたり、介護支援専門員が関係機関にサービス担当者会議への参加を求める際のルールづくりなど、地域の実情、個々の事例に応じて対応は異なりますので、柔軟に対応します。

■また、こうした関係機関との調整は、日頃からの働きかけが重要です。

⑤入院（所）・退院（所）時の連携

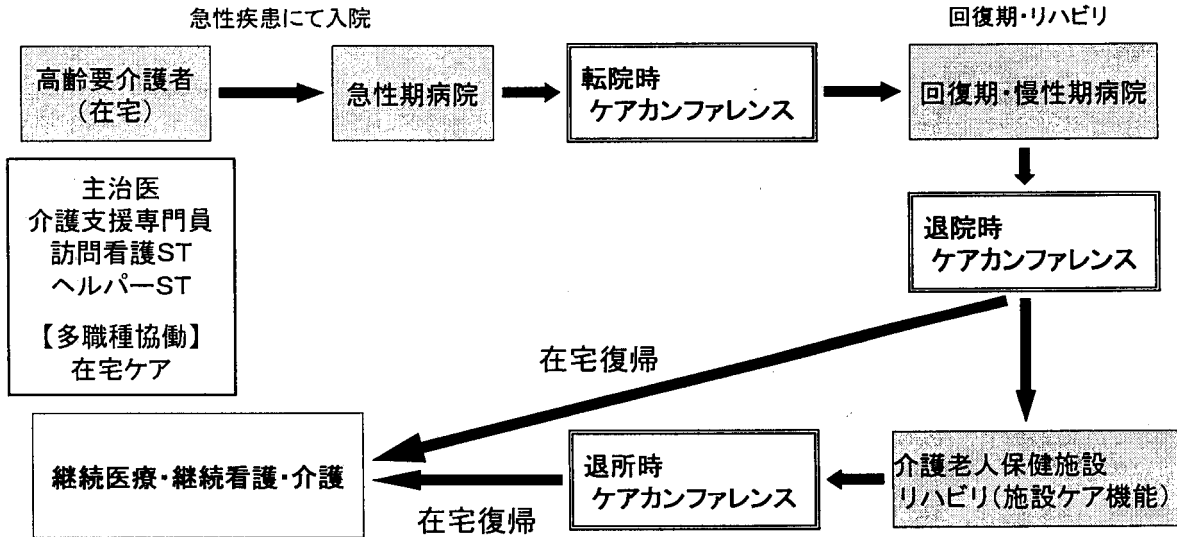
■高齢者が入院（所）、退院（所）し、生活の場が変わっても、高齢者自身の生活は継続しており、一貫した体制で継続的にケアマネジメントが行われる必要があります。そのため、入院（所）前、又は退院（所）前に必要に応じてケアカンファレンスや居宅への訪問などが行われ、どのような支援が必要かを共有できるよう、利用者・家族、居宅介護支援事業所の介護支援専門員や介護保険施設の介護支援専門員、病院の医師、看護師、医療ソーシャルワーカー等との調整を行います。

■例えば、入院患者の退院に際しては、利用者・家族と入院先の医療機関、主治医、介護支援専門員、訪問看護師、ホームヘルパー、医療ソーシャルワーカー等が会議を開き、現在の身体の状態、家庭の状況について情報を共有し、退院までの病院の役割や、退院後の在宅でのケアについて話し合っておくことにより、退院後の日常生活が円滑に送れるよう、退院の前後で一貫した支援をすることができます。

■このような退院支援と長期のフォローアップとをあわせて、急性期病院から地域での生活に戻るための地域における受け皿づくり・支援体制を整備する必要があります。

【参考】 ケアカンファレンスの継続による入院・退院時の連携の事例

高齢要介護者の長期フォローアップとケアカンファレンスの継続 主治医と介護支援専門員がケアカンファレンスに参加



【キーワード】 地域連携室、退院支援

【事例】

— 地域基幹病院との連携事業 —

< 概 要 >

地域の基幹病院との連携を図るためには、病院内の地域連携室に配置されている医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師との連携強化が必要となる。特に医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師は、主治医と介護支援専門員との連携の橋渡し役として継続的ケアマネジメントに重要な役割を果たしていることから、その連携強化を図る。

< 目 的 >

基幹病院の地域連携室との連携強化により、退院時期などの情報収集が容易となり、スムーズな退院支援を目指す。

< 事業内容 >

多くの基幹病院はケアカンファレンスを恒常的に開催していることから、そこへ地域連携室を通じ、地域ケアの代表として積極的な参加ができる仕組みをつくる。

< 留意点・ポイント >

- ・ 地域医療に関わるカンファレンスを中心に参加の体制をつくる。

2) 介護支援専門員に対する個別支援

①相談窓口

■介護支援専門員は、職場内にスーパーバイザーを持たない場合が少なくありません。個々の事例の対応のみではなく、制度の確認や通達等の解釈に疑問を感じても尋ねる人がいなかったり、すべての問題を一人で解決することを求められることもあります。こうしたことによって重圧を感じている介護支援専門員が、主任介護支援専門員に悩みを相談することによって、不安を解消できるような相談窓口を設けます。

■相談は電話、手紙やEメール、来訪面談で受ける他に、地域の事業所を巡回訪問するなど、多様な機会を設けて積極的に悩みを受け止めることが大切です。

【キーワード】介護支援専門員を支える力

【事例】

—相談窓口—

毎週金曜日（15：00～17：00）の2時間、介護支援専門員からの電話による相談を受ける。

内容によっては面接相談や事業所へ出向くこともできる体制をとっている。

<留意点・ポイント>

- ・ 相談してきた個人を守る。
- ・ 相談者の思いを理解し、一方的な形だけの回答にならないようにする。
- ・ 電話相談窓口の利用者の中で直接面接による相談対応を望む介護支援専門員に対して資料などを提示しながら具体的な相談支援を行う。
- ・ 随時、相談の電話受付の中で必要な相談者への面接、同行訪問を組むようにする。
- ・ 相談日の設定に当たっては、できるだけ適宜の対応ができるよう、回数と時間に配慮する。

【事例】

—相談内容の活用—

個別の相談事例の中から地域の高齢者の抱えている問題点や介護支援専門員が求めている情報などを整理し、研修テーマ決定、相談支援の材料として参考にしている。

<留意点・ポイント>

地域包括支援センターにおける相談支援の標準化を図るため、他のセンターの担当者との連絡会を開催して相談方法や内容の検討を重ねる。

【キーワード】 出前相談

【事例】

—巡回相談事業—

主任介護支援専門員などと市とで協働、各事業者からの希望により直接出向き相談に応じる。

<留意点・ポイント>

- ・ 一方的な指導にならないよう注意し、対話式で実施する。
- ・ 今後は事業所内でもできる、具体的な方法を検討する。
- ・ 指導したことの事後評価と必要に応じた継続的支援を検討する。

【キーワード】 地域のケアマネジメントリーダーの活用

【事例】

—相談窓口事業—

主任介護支援専門員だけでなく、すでに養成された地域のケアマネジメントリーダーを活用した支援活動を通じて、介護支援専門員の資質の向上を図る。

<留意点・ポイント>

- ・ 一般相談では問題解決に困難性のある相談に対して地域のケアマネジメントリーダーと連携して地域特有の課題についての専門相談を検討する。
- ・ 個別対応しなければならない事例があり、回答として画一的に返答することが困難な場合もあることから、一つひとつの事例に対して具体的な回答の積み上げを行い、相談を受ける側の対応の質の向上を図る。

■また、相談への回答も一般論による助言では問題解決につながらない場合もあり、主任介護支援専門員自身も、必要に応じて支援を求めてきた介護支援専門員とともに同行訪問するなど、ケアマネジメントを個別に支援することもあります。

■相談者が相談に来るときは多くのことを考えた上でまだ解決と糸口が見つからないときです。まずは相談者がどうしてそう考えたかを聞き、受け止め、ともに考える姿勢が必要です。その上でもう一度アセスメント、ケアプランの見直し、インフォーマルサービスの活用などを行い、相談者と利用者がともに納得できる支援を考える必要があるということを理解してもらいます。

■経験の浅い新任介護支援専門員にとって、能力不足の不安があり、業務の進め方や書類の記入の仕方も気軽に尋ねる相手がいないと、ささいなことでも大きなストレスと感ずることがあります。そのような不安を取り除き、安心して活動できるよう支援することも、事業所管理者だけでなく主任介護支援専門員の役割として重要です。

■このような多様な相談の受け入れによって、長期的に見ると、介護支援専門員のバーンアウトや短期間での離職の防止に効果が期待できると思われます。また、勤務継続の延長を図り、中堅以上の介護支援

専門員を確保していくことにつながり、結果的に地域全体のケアマネジメント力の向上に資することとなります。

- 相談に当たっては、相談者（介護支援専門員）ごとの個人相談カード等の記録を残し、再度相談があった場合などに活かします。【本章（包括的・継続的ケアマネジメント）の章末の参考様式①を参照】

②支援困難事例を抱える介護支援専門員への対応

- 支援困難事例に関しては、特に多職種・多機関との連携による解決が必要となります。支援困難事例を抱えた個々の介護支援専門員が一人で必要な連携先を探し出し、連携をとることは負担が大きく、支援困難事例の抱え込みにつながると考えられます。地域包括支援センターの主任介護支援専門員等が、考えられる必要な連携先を確保しておき、支援困難事例の相談が入ったらつないでいくなどの支援が有効です。そのためにも、日頃から「いざというときに頼める関係」を作っておくことが大切です。

- 支援困難事例の解決は、多機関連携だけでなく、スーパービジョン（支持的・教育的支援）による介護支援専門員自身の援助の振り返りを支援することが重要です。

【キーワード】 強固なサポートネットワーク

【留意点】

—ほかの部署のサービスをうまく使うための人脈づくりとシステム化—

高齢者が精神障害を抱えていたり、生活困窮世帯などの場合、行政の精神障害担当部署や生活保護担当部署との連携は不可欠である。

また、これらの部署から要介護認定や施設入所の相談も日常的に持ち込まれることもあるので、一緒に相談に乗り、業務の押し付け合いにならない姿勢が大切である。

そのためにはお互いに業務範囲や内容をよく知ること、相手の考え方や不安などに配慮しながら、話し合いを進めることが重要である。

担当者同士の人間関係を作っておくことは大切だが、行政では人事異動により担当者が変わることも多いので、できるだけ人脈だけに頼らず、連携対象や方法がシステムとして継続されるように、文章化しておくこと等も必要である。

- 地域包括支援センターが働きかけ、開拓した連携のツールである地域包括支援ネットワークは、地域包括支援センターのみが利用するのではなく、担当地域の介護支援専門員に広げていき、介護支援専門員自身が必要に応じて連携して動けるようにしていくことも必要です。

- 支援困難事例等、個々の介護支援専門員が解決困難な問題の相談に対しては、主任介護支援専門員が直接その問題を引き受けて解決するのではなく、解決の糸口や連携や協力・支援を求めるとの窓口を示して、介護支援専門員自身の問題解決能力を高めるよう支援することが大切です。なお、こうした支援を実施しても解決できない支援困難事例については、一定の能力を有する居宅介護支援事業者を紹介するなどの方法も考えられます。

■個別事例への対応において、担当介護支援専門員に対する継続的支援が必要となる場合には、当該利用者に関する情報を利用者基本情報等に記録として残すことが有効です。

■ただし、前述の援助において、必要があれば主任介護支援専門員がともに行動することも必要です。

【事例】

介護支援専門員が判断に迷ったときや、具体的方策における方法が見つからず悩んでいたときに（例：虐待事例など）、相談窓口の例示と連携の方法、対応のポイントなどを助言する。サービス担当者会議へもオブザーバーとして参加する。

<留意点・ポイント>

- ・ 様々な相談窓口を具体的に紹介（どこの誰にどう聞くのか）
- ・ 円滑に相談が進むよう事前に連絡を入れ、連携体制の窓口を開いておく（例えば、「〇〇さんが相談に行くからよろしく！」と事前連絡を入れる等）

【事例】

要介護1男性、独居75歳 40年ほど前に精神疾患の既往あり。介護保険スタート時から訪問介護サービスを利用、自立した生活をしていたが、日常的ではない言葉が多くなり、本人からサービスの中止を伝えてきた。介護支援専門員が対応すると次第に暴言・脅迫が頻繁にされるようになり、精神的に参ってしまい、ケアマネジメントができない、介護支援専門員をやめたいとの相談があった。相談を受けた主任介護支援専門員は、事業所の管理者に相談し、保険者の支援を受けて対応することとした。利用者の状態確認を事業所管理者と市の高齢者支援課とで行い、まず保健所の巡回相談の利用をすることとし、結果によっては今後のケアマネジメントを他の介護支援専門員で対応することとした。

③個別事例に対するサービス担当者会議開催支援

【事例】

介護支援専門員から相談のあったケースについて、「サービス担当者会議を開催する時期ですよ」といった助言をし、介護支援専門員がサービス担当者会議に出てほしい相手に主任介護支援専門員があらかじめ連絡をとっておくなど、介護支援専門員の活動に対する支援を行う。

【事例】

—A市の在宅ケアを考える会—

医師会と介護支援専門員協会の共催で、医療ニーズの高い方々への支援をする機会が

多くなっていることから、業務多忙の中でもサービス担当者会議が実施できるようにするための会を設ける。

<事業内容>

医療ニーズの高い事例を通し、医師と介護支援専門員が連携方法について情報を交換しながら勉強会をする。

3か月に1回開催

<留意点・ポイント>

勉強会の講師は、大学病院等の専門医に依頼するのではなく、地域の医師等に依頼し今後の連携につながるようにする。

④質の向上のための研修

■担当地域の介護支援専門員が、能力や経験に応じた研修を受け、介護支援専門員としての能力を伸ばしていくことができるよう事業所や市町村、研修機関などに働きかけることも重要です。

【キーワード】 ともに作り上げる研修システム

【事例】

—A市スキルアップ研修会開催支援—

毎年実施されているA市介護支援専門員研修会の研修内容の検討に当たり、前年度の反省点や介護支援専門員の研修ニーズや知識不足部分の検証等を行い、地域包括支援センターとA市とで協議をしながら作り上げていく。

<留意点・ポイント>

- ・ 必要な研修内容の具体的な提示
- ・ 受講者の意見集約
- ・ 実用的・効果的な研修プログラムの作成
- ・ 参加している研修講師の意思統一
- ・ 研修目的を十分に確認し、研修の方向性にバラつきがないようにすること

【キーワード】 協働開催

【事例】

—関係団体との協力体制—

地域の介護支援専門員協会の研修企画について、地域包括支援センターと協働して、必要な研修体系を作り上げていく。

<留意点・ポイント>

- ・ 現状の理解
- ・ 時期に合った研修内容
- ・ プログラムの連続性を検討すること

⑤ケアプラン作成指導等を通じた介護支援専門員のケアマネジメントの指導

■ケアプラン作成指導は、あくまでも介護支援専門員が行うケアマネジメントを支援するという観点から行われるものであり、間違いを非難する姿勢ではなく、介護支援専門員に「気づき」を与え、高齢者に対する支援の方向をともに考えるという姿勢が重要です。

■ケアプラン作成指導を、監査や給付の適正化のためのチェックと受け止めて、指導される介護支援専門員や所属する事業所が事実を隠すようなことがあつては、質の向上を導くことができません。まずはじめに指導の目的を十分に説明し、理解してもらうよう努める必要があります。

【キーワード】 総合的に支援する体制でより良いケアプラン作成を

【事例】

—ケアプラン作成指導研修事業—

地域包括支援センターの主任介護支援専門員を中心に、資格給付係や認定審査係の職員と一緒に、ケアプラン作成指導を実施する。

<留意点・ポイント>

- ・ 主任介護支援専門員の力量形成のための研修会を実施（年2回）
- ・ 司会は、主任介護支援専門員に担当してもらい、市は総合的な見方を側面支援
- ・ 介護支援専門員をエンパワメントし、気づきと解決できる力を引き出すこと
- ・ 指導後の変化を確認するだけでなく、事後フォローが必要

■介護支援専門員の作るケアプランが、高齢者や家族の自立支援を目指したものになっているか、高齢者の地域生活を支えていく具体的な内容が書かれているかといった点を点検します。そうした点が不十分な場合、どのような気づきと実践が必要なのか、介護支援専門員が自ら気づくように指導することが大切です。

【事例】

他の事業所から支援を引継いだ80歳代高齢者の母と暮らす50歳代の男性の世帯について、それまでは生活やサービスの意向を引き出すことができなかったが、引継ぎ後の支援でリハビリテーション等のサービスを利用するようになった。

しかし利用者本人は、サービス利用時以外は家に閉じこもる状態が続き、健康に不安をかかえていたため、介護支援専門員は早急に今後に向けた生活の建て直しが必要であると考えた。このような時期に主任介護支援専門員との事例検討を行ったことにより、介護支援専門員自身も気がつかなかつたいくつかの点に気づき、新たな観点から支援を行った。

■ケアプラン作成指導の際には、その支援内容が目標達成に有効かという視点も必要で、どのようなサービスをどれだけ使ってどれだけ効果をあげたか、をチェックする必要があります。その意味で、ケアプランを給付の適正化や要介護度の維持・改善という視点で検討することも求められます。

【事例】

ケアプラン作成指導の訪問の際に、市町村の適正化担当と認定審査担当と3者が一緒に訪問する方式をとっている市町村もある。

■指導の方法は、個別指導・事例検討会の開催、研修会の開催など、様々な方法があり、適宜使い分けながら、検討することも大切です。

■ケアプランの作成指導に当たっては、「アセスメントで何に注目するのか」「どのように支援を組み立てるのか」「それをケアプランという形で表現するにはどうすればよいのか」というような視点から指導することも大切です。

【キーワード】事例検討会を開こう

【事例】

初めての事例検討会の場合は、スーパーバイザー経験のある介護支援専門員または事例検討に関する研修を受けている介護支援専門員同士2人～3人が中心メンバーとして参加者を募る。(検討会参加メンバーは10名前後が適当、できればあまりあちこちの事業所ではなく、自分の事業所の介護支援専門員への参加を促し参加してもらうことで、事業所自体の質の向上を図ることができる。)

【開催準備】中心となる介護支援専門員の間で事例検討会の進め方を決める。

- ・ 目的（プロセスについての検証を行う、困難事例の解決に向けての検討を行う等）
- ・ 資料作成
(どんな資料を用意するか、個人情報に当たる部分をどう処理するか等)
- ・ 資料の取り扱い（利用の配布の仕方や保管方法など）
- ・ 検討会の役割分担（それぞれの役割について誰が何をするのか）
- ・ 検討会のタイムスケジュール（時間の配分、検討会でを行う内容、流れを決める）
- ・ 開催場所、時間（初回事例提供者と開催時間場所を決め、その他は大まかに決めておく）

【当日までの準備】

- ① 事例提供者を抱える事業者が主催となり、参加者（または事業所単位）に開催日時をFAXやEメールで送り、当日の出欠席の確認を取る。
- ② 出席人数がわかったら主催となる事業所で人数分の資料を準備し当日に備える。一人事業所の場合は他事業所が協力。ただし、資料の取り扱いは事例提供者自身が行うことが望ましい。

【当日の運営方法】

- ① 参加者・役割の確認
- ② 事例紹介

- ③ ケアプランチェックポイントシートによる自己分析内容を説明
 - ④ 相談したいことを話す
 - ⑤ 参加者からの意見
 - ⑥ 参加者の持つ様々な情報を活用しながら何をどうするのか具体的にまとめる
 - * いつ誰に何をどのように聞くのか
 - ⇒「来週の木曜日のお昼ごろ保健福祉事務所難病担当の〇〇保健師さんに▲さんの支援方法を相談に行く」
 - ⑦ 次回の確認をする
- 【留意点・ポイント】**
- 記録係も検討者として意見を述べられるよう、やりとりを録音し、後でやり取りをそのまま書面に残す。その結果、検討者自身も意見の出し方、質問の仕方、全体の流れなどについて振り返ることができる。記録係は次回の検討会までに記録を整理し、次の検討会の席でメンバーに配布する。この様式で数回（10名が顔見知りとなり自由に意見交換できるようになるまで最低5回の開催が必要と考える）の検討会を同じメンバーで行い事例検討を重ねたところで、今度はそれぞれの事業所が核となり、違う事業所に声をかけ、また10名程度のメンバーで検討会を開催していく。

■ケアプラン作成指導は、主任介護支援専門員が一人で行うのではなく、地域の保健・医療・福祉の専門家等からなるチームを作り、チームで指導する方法も考えられます。この際においても、専門家として一方的に指導するのではなく、介護支援専門員に気づきを与えるよう、支持的な姿勢が必要です。

■このような取組を通じて、個々の介護支援専門員のケアプラン作成能力を高めて、地域のケアマネジメント力の向上を図ります。

【事例】

- 一定例ケア会議 —
- 1か月に1回、講師を招き、地域の事例を用いた事例検討会を開催。アセスメント、ケアプランの作成過程の検証、地域の特性やサービス、介護支援専門員と保険者との連携、などグループディスカッションを通じてケアプラン作成の向上に努めている。

⑥ 介護支援専門員同士のネットワーク構築

■主任介護支援専門員が一人ですべての相談を受け止めると考えるのではなく、担当地域の介護支援専門員同士の連携体制の構築を図り、協力して業務を進めたり、互いに悩みを話し合う機会を作ることもよい方法です。このことは、同じ立場の専門職により効果的なカウンセリングができ有効です。

【事例】

－わいわいクラブ－

主任介護支援専門員と実務経験1年未満の介護支援専門員とで1か月に1回、身近な小さなことから気軽に質問、話しができるような自主勉強会を開催。タイムリーな話題、質問、サービス事業者の情報、困っている事例のスーパービジョンなどを行う。同じ地域の仲間同士の情報交換の場であり、意識の共有の機会でもある。身近なリーダーとともに意識を高める良い機会となっている。

【キーワード】 仲間同士のサポート

【事例】

介護支援専門員自主組織（平成15年7月発足、会員約40名）の仲が良い理由は、親睦行事のおかげである。

市内にある22の居宅介護支援事業所は、介護支援専門員1名～10名と規模も様々。初めて介護支援業務に携わる人も多く、同じ仲間同士のネットワークづくりが必要と、市では平成12年から介護支援専門員の連絡会議を開催し、リーダーシップを取れそうな介護支援専門員に働きかけた結果、平成15年に自主組織が結成された。

隔月の連絡会議（地域ケアサービス部会）は、市と自主組織の共催となり、情報交換や研修が主だが、居宅・施設を問わず、介護支援員同士が一気に打ち解けたのは年2回の交流会が功を奏したようだ。集まってしゃべることで、日ごろのストレスを心身ともに癒す絶好の機会になっているとともに、困ったときには自主組織に属する他の事業所の介護支援専門員に電話などで相談し、お互いに助け合っている。

【事例】

－事業者交流会－

<事業内容>

定期的に年数回開催し、介護支援専門員同士及び在宅サービス事業者等との交流会を行い、地域の連携を推進する。

<留意点・ポイント>

介護支援専門員協会と在宅サービス事業者等が中心になるが、行政も後援し、協力する。

⑦介護支援専門員に対する情報支援

■介護支援専門員の活動を支える様々な情報を提供する仕組みをつくるのが大切です。リーフレットの配布、説明会、情報交換会、介護支援専門員用の会員制ウェブサイトなど、多様な手段が考えられます。

【事例】

2か月に1回、市の高齢者支援課主催で地域の介護支援専門員、サービス事業者が一室に会した情報交換会を開催、市からの情報、各事業所の状況説明、新しい事業者の紹

介を行っている。介護支援専門員は地域のサービスの内容の共通認識また質の確保の視点から個々のサービスについて事業所への質問や意見交換を行っている。

「医療との連携」では、主任介護支援専門員が中心となって、支部医師会会員、病院関係者、サービス事業者、介護支援専門員との共同の勉強会を開催し、医師会会員等に向け介護支援専門員の現状についてまた主治医の意見書の内容、連携について話し合いを行った。その結果、地域包括支援センターでは各医療機関の介護支援窓口担当者、連絡時間、連絡時の注意事項、要領を記載したリーフレットを作成、介護支援専門員に配布した。

⑧ケアプランの趣旨に基づいてサービスが提供されるよう、居宅サービス事業所等への研修等の働きかけ

【キーワード】 介護支援専門員の役割の理解

【事例】

—訪問介護研修事業への参加—

保健・福祉事務所主催の訪問介護事業者対象の研修会に主任介護支援専門員が出席、グループ討議、事例検討に加わることによって役割の相互理解と連携関係を作っていく。

<留意点・ポイント>

- ・ ケアプランと訪問介護計画とが連動していることの再確認
- ・ 協働作業であることの再確認と意識付け

3) 問題の解決に向けて

■主任介護支援専門員は、介護支援専門員の相談を受け止める一方で、受け止めた問題が解決困難な場合には、地域包括支援センターの3職種で相談し、連携して解決を図る必要があります。

■地域包括支援センター内の3職種で解決できない場合には、地域包括支援センターの責任主体である市町村が受け止め、解決する体制を準備しておくことが必要です。特に3職種3人のみの地域包括支援センターが孤立して問題を抱え込むことのないよう、市町村は受け皿体制を作っておくことが必要です。重要なことは、問題を解決しないままに放置しない体制づくりです。

第4節 実施体制

- 以上に述べた地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は、地域包括支援センターとして3職種の連携で行うことが大切です。

- また、市町村は地域包括支援センター設置の責任主体としてバックアップする体制を整備することが必要です。その体制づくりには、地域包括支援センター運営協議会の事務局を担当する介護保険担当部署だけでなく、高齢者支援全般やまちづくりの観点からも各所管の協力体制が求められます。

- 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務は、地域包括支援センターの他の業務と密接な関係があり、重なる部分や協働・連携して行う部分があります。
 - ・例えば、介護予防ケアマネジメント業務との関係では、高齢者の状態像の変化に合わせた継続的なケアマネジメントのなかに、ハイリスク高齢者から要支援の高齢者の介護予防ケアマネジメントが含まれるため、予防給付のケアマネジメントを委託した介護支援専門員に対する支援や介護予防ケアマネジメント作成を一緒に行うという観点から密接な関係があります。
 - ・また、地域支援の総合相談・権利擁護業務との関係では、介護認定を受けている高齢者の中に、権利擁護サービスや生活支援が必要な高齢者がいたり、総合相談の中に介護保険に関する相談があることから、密接な関係があります。
 - ・さらに、介護予防の地域づくりや虐待予防ネットワークづくりなど、地域の関係機関との連携も一緒に進めていく必要があります。

【参考様式】

① ケアマネジメント支援受付票

〇〇地域包括支援センター・ケアマネジメント支援受付票

その1

受付年月日	平成 年 月 日 () 時間 :	受付者氏名	No
申立人氏名	所属	電話	Fax
申立人の 主業務	1 介護支援専門員 2 サービス事業者 3 主治医 4 民生委員 5 近隣 6 家族 7 利用者 8 知人 9 関係機関 () 10 その他 ()		
申立方法	1 電話 2 Fax 3 来所 4 訪問 5 その他 ()		
相談経路			
主訴			
求めている支援 (コード番号)			
確認・調査 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 ()			
必要な支援 (コード番号)			
実施した支援 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 () 年 月 日 ()			
実施した支援 (コード番号)			
支援結果に対する申立人の意見	満足、負担軽減 一応了解 不満 継続支援希望 ()		
支援終了	平成 年 月 日 ()	確認者氏名 ()	年 月 日 現在支援継続中
地域包括支援センターとしての今後の課題 ()			
支援コード 1 ケアマネジメント ①アセスメント ②ケアプラン ③サービス調整 ④モニタリング ⑤サービス担当者会議 2 社会資源の紹介 3 主治医連携 4 地域包括支援センター内連携 ①総合相談 ②虐待防止 ③予防給付のケアマネジメント ④介護予防事業のケアマネジメント 5 対人援助技術 6 制度説明・確認 7 研修・学習 8 個人の悩み事相談 9 同行訪問 10 その他 ()			

受付年月日	平成 年 月 日 () 時間 :	受付者氏名	No
申立人氏名	所属	電話	Fax
確認調査			
年 月 日 ()			
年 月 日 ()			
年 月 日 ()			
必要な支援 (コード番号)			
実施した支援			
年 月 日 ()			
年 月 日 ()			
年 月 日 ()			
年 月 日 ()			
年 月 日 ()			
年 月 日 ()			
年 月 日 ()			
必要な支援 (コード番号)			
支援結果に対する申立人の意見	満足、負担軽減 一応了解 不満 継続支援希望 ()		
支援終了	平成 年 月 日 ()	確認者氏名 ()	年 月 日 現在支援継続中
地域包括支援センターとしての今後の課題 ()			
支援コード 1 ケアマネジメント ①アセスメント ②ケアプラン ③サービス調整 ④モニタリング ⑤サービス担当者会議 2 社会資源の紹介 3 主治医連携 4 地域包括支援センター内連携 ①総合相談 ②虐待防止 ③予防給付のケアマネジメント ④介護予防事業のケアマネジメント 5 対人援助技術 6 制度説明・確認 7 研修・学習 8 個人の悩み事相談 9 同行訪問 10 その他 ()			

[参考例]

〇〇地域包括支援センター・ケアマネジメント支援受付票

受付年月日	平成18年 4月 7日(金) 時間 13: : 30	受付者氏名 Y.K	No 050407-5
申立人氏名	山田 花子	所属〇〇居宅介護支援事業所	電話 Fax
申立人の 主業務	1 <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 2 サービス事業者 3 主治医 4 民生委員 5 近隣 6 家族 7 利用者 8 知人 9 関係機関 () 10 その他 ()		
申立方法	1 <input checked="" type="checkbox"/> 電話 2 Fax 3 来所 4 訪問 5 その他 ()		
相談経路 4月からできた地域包括支援センターの案内パンフレットをみて			
<p>主訴 私が担当しているケースの殆どは、病状も安定しているし、家族が付き添って通院しているので介護支援専門員として同行したり、確認する必要も感じない。サービス担当者会議に主治医を呼ばなければならないのだろうか。医療分野はどちらかというと苦手である。</p>			
求めている支援 (コード番号) 1-⑤ 3 6			
<p>確認・調査</p> <p>年 月 日 ()</p> <p>年 月 日 ()</p> <p>年 月 日 ()</p>			
必要な支援 (コード番号)			
<p>実施した支援</p> <p>年 月 日 ()</p> <p>年 月 日 ()</p> <p>年 月 日 ()</p> <p>年 月 日 ()</p> <p>年 月 日 ()</p>			
支援結果に対する申立人の意見		満足、負担軽減 一応了解 不満 継続支援希望 ()	
支援終了	平成 年 月 日 ()	確認者氏名 ()	年 月 日 現在支援継続中
地域包括支援センターとしての今後の課題 ()			
<p>支援コード 1 ケアマネジメント ①アセスメント ②ケアプラン ③サービス調整 ④モニタリング ⑤サービス担当者会議</p> <p>2 社会資源の紹介 3 主治医連携 4 地域包括支援センター内連携 ①総合相談 ②虐待防止</p> <p>③予防給付のケアマネジメント ④介護予防事業のケアマネジメント 5 対人援助技術 6 制度説明・確認</p> <p>7 研修・学習 8 個人の悩み事相談 9 同行訪問 10 その他 ()</p>			

② 包括的・継続的ケアマネジメント支援ネットワークづくり企画書

包括的・継続的ケアマネジメント支援ネットワークづくり企画書

担当者名 _____

企画名	
目的	
内容	
提供できる資源	協力してもらえる資源
活動開始（継続）のための課題	
提供・協力してほしい資源（期待可能性・予測できる困難）	
協力を得るためにしなければならないこと（具体的に）	
得られる効果	
まずはいつ頃までに何をするか	

企画書No. _____

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日作成

企画名 主治医との連携	
目的 介護支援専門員が主治医との連携が取りやすくすることでサービス担当者会議等への医師（主治医）の協力が得られるようにする。	
内容 ① 地区ごとの医師（病院・医院）マップの作成 ② 医師ごとに連絡の取りやすい時間帯と窓口はどこか一覧表にする。 ③ 医師と介護支援専門員との共通連絡票を作る。 ④ 医師向けに居宅介護支援事業所の一覧表を作成し配布をする。	
提供できる資源 ① 地域包括支援センターの業務内容 ② 各地域の居宅介護支援事業所情報 ③ 介護支援専門員の業務案内 ④ 介護保険制度の情報	協力してもらえる資源 ① 各地区医師会 ② 地区介護支援専門員協会
活動開始（継続）のための課題 1、 地区医師会の理解 2、 介護支援専門員が医師との連携が取りにくいと知っていることの原因分析と現状の把握 3、 活用してもらうための支援体制づくり 4、 活動の事後評価と継続させていくための方法の検討	
提供・協力してほしい資源（期待可能性・予測できる困難） ・ 医師（主治医）の介護支援専門員に対する理解が得られ医師とのネットワークが出来る。 ・ 介護支援専門員から医師（主治医）への問い合わせが増える。 ・ 医師への訪問が増えることで診療への影響	
協力を得るためにしなければならないこと（具体的に） ・ 地区医師会への協力依頼 ・ 地域包括支援センターの役割と介護支援専門員支援の説明（医師会に対して） ・ 活用しやすい具体的な資料（一覧表・連絡票）の作成	
得られる効果 ・ 介護支援専門員の医師観（連携が取りにくい・連携は取らなくても良いのでは？）の変化 ・ ケアプラン作成における医療情報の必要性の理解 ・ 医師（主治医）の介護支援専門員への理解 ・ サービス担当者会議への医師（主治医）の協力が増える（参加・アドバイスなど）	
まずはいつ頃までに何をするか ・ 今週中（〇月〇日）に地区医師会へ連絡し協働会議の開催（目的を説明）を依頼する。 ・ 今月末（〇月末）までに医師との連携実態の把握（アンケート・事業所訪問）をまとめる。	