



令和6年11月29日 神栖市介護支援専門員 法定外の実践研修
適切なケアマネジメント手法の実践と指導支援への活用
～健康療養支援力向上 リスク予測 防災・減災～

社団法人）茨城県 介護支援専門員協会 副会長

主任介護支援専門員・作業療法士 浅野 有子

**神栖市に日本介護支援専門員協会の地区会
(保険者・他の職能団体等と協働し地域包括ケアを推進する専門職能団体)
があることを地域づくりの力にかえて 地域を良くしたいですね**

茨城県介護支援専門員協会 (県協会) 副会長 浅野有子です

今回皆様にお伝えしたいこと

- * 地域包括ケアの現況 介護支援専門員の今 と 課題**
- * 支援専門職 介護支援専門員の重要性・次世代の価値を支えるために**
- * 次世代介護支援に期待される 力・機能 「適切なケアマネジメント手法」**
- * 「適切なケアマネジメント手法」を どう活用するのか 「リスクの軽減とは**
- * 多様性の共生・人口減少時代へ向けて 地域づくりどうしますか？**

昨今のケアマネジメントプロセスでの 留意点やポイントも入れてみました

そして みなさん自身が 神栖市のこれから

ご自身の老い 大切な方の老い にどう向き合われるか……

本日講話の目指すところ

- ・ 介護保険の状況 これからの課題がわかる 次世代型ケアマネジメントを考えるきっかけ
- ・ 高齢者の一般的状況
健康課題・療養課題・終末期支援に向き合う重要性が解る
「適切なケアマネジメント手法」が 私たちに期待するところのイメージが深まる
- ・ 対象者に 自立支援 費用対効果 自己決定・意思表示の大切さが
説明でき 実践できる ヒントを
- ・ とはいっても
日頃の悩みやジレンマがおりかと思えます
ケアプランへの表現の仕方にも悩みや迷いがありますよね
介護支援専門員を取り巻く現況にもなかなか惑いの多いところがあります。
- ・ 今後
神栖市の医療・介護・暮らしの支援資源 支援人材 地域資源がチームとして協働し
共に 市民への健康・生活・人生支援を元気に取り組めるきっかけとなればと願って
介護支援専門員の次世代へ、元気で明るい存在価値の高い専門職になっていきたいですね

介護支援専門員

介護支援専門員は国の策定した法律(介護保険法)によって誕生し

全国各県 各市 各地域で65万人余りが現場で活躍

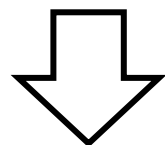
茨城県の主任介護支援専門員も1300名を超えました

より適正な介護保険制度の運用のために 専門性を発揮して

地域・保険者の状況に応じて仕組みや協働の改善へ

地域での個々の課題への 対応の力量アップ 意見交換のきっかけに

地域の重要な人材の介護支援専門員の皆さまのあらたなつながり このきっかけに



個別課題支援を通じた

支援チームづくり、地域づくり

介護保険制度の理解 は基本で大切



平均寿命の延伸

令和3年版高齢社会白書より

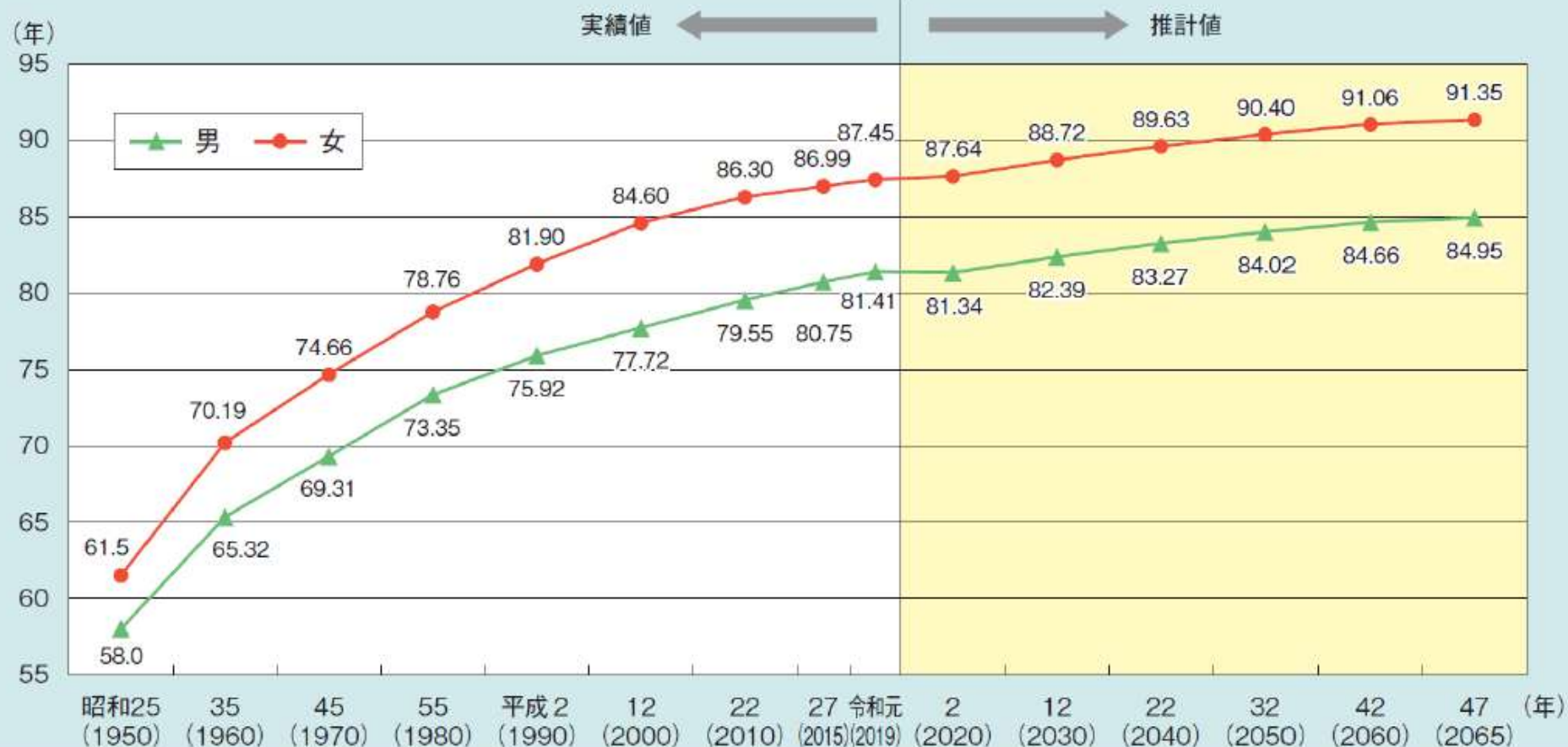
<ポイント1>
介護機能は増加が予測される

<ポイント2>
健康寿命の延伸が望まれる



家族にはヘル
スケア機能が
求められる

図1-1-4 平均寿命の推移と将来推計



日本の今後の年齢階級別人口推計

(国立社会保障・人口問題研究所資料より)

	2013年	2025年	2040年	2055年
65歳以上	3264万人	3657万人	3715万人	3626万人
75歳以上	1582万人	2179万人	2295万人	2401万人

認知症は5人に1人の時代に
= 700万人超のひとが認知症を生きる

人口は減少するが
高齢者は今少しの間増える



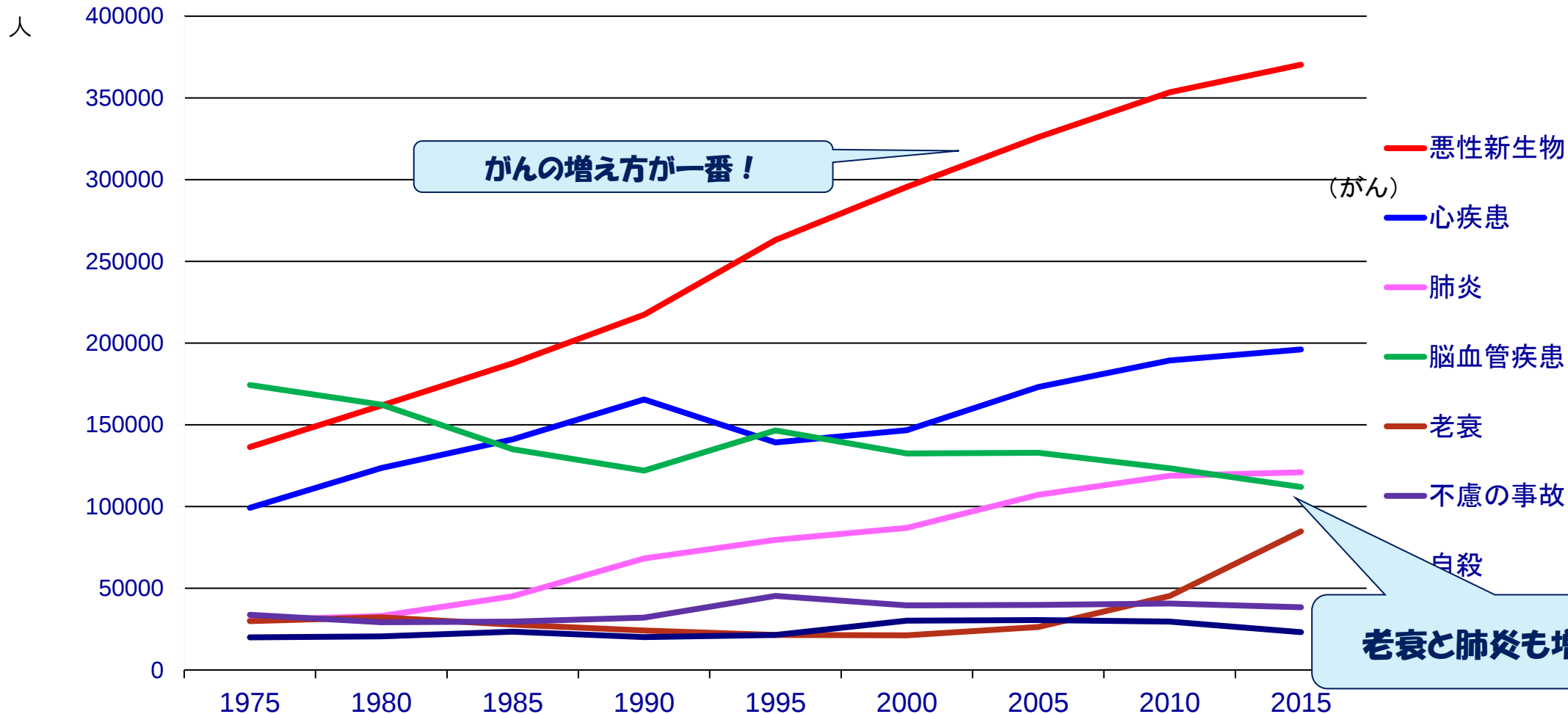
高齢者数がピーク迎える！ 地域によっては…
すでに高齢者数も減っている

戦後団塊世代がすべて
後期高齢者に！

団塊ジュニア(ミレニウム世代)
が高齢者に！

日本人の死亡原因～疾患別～

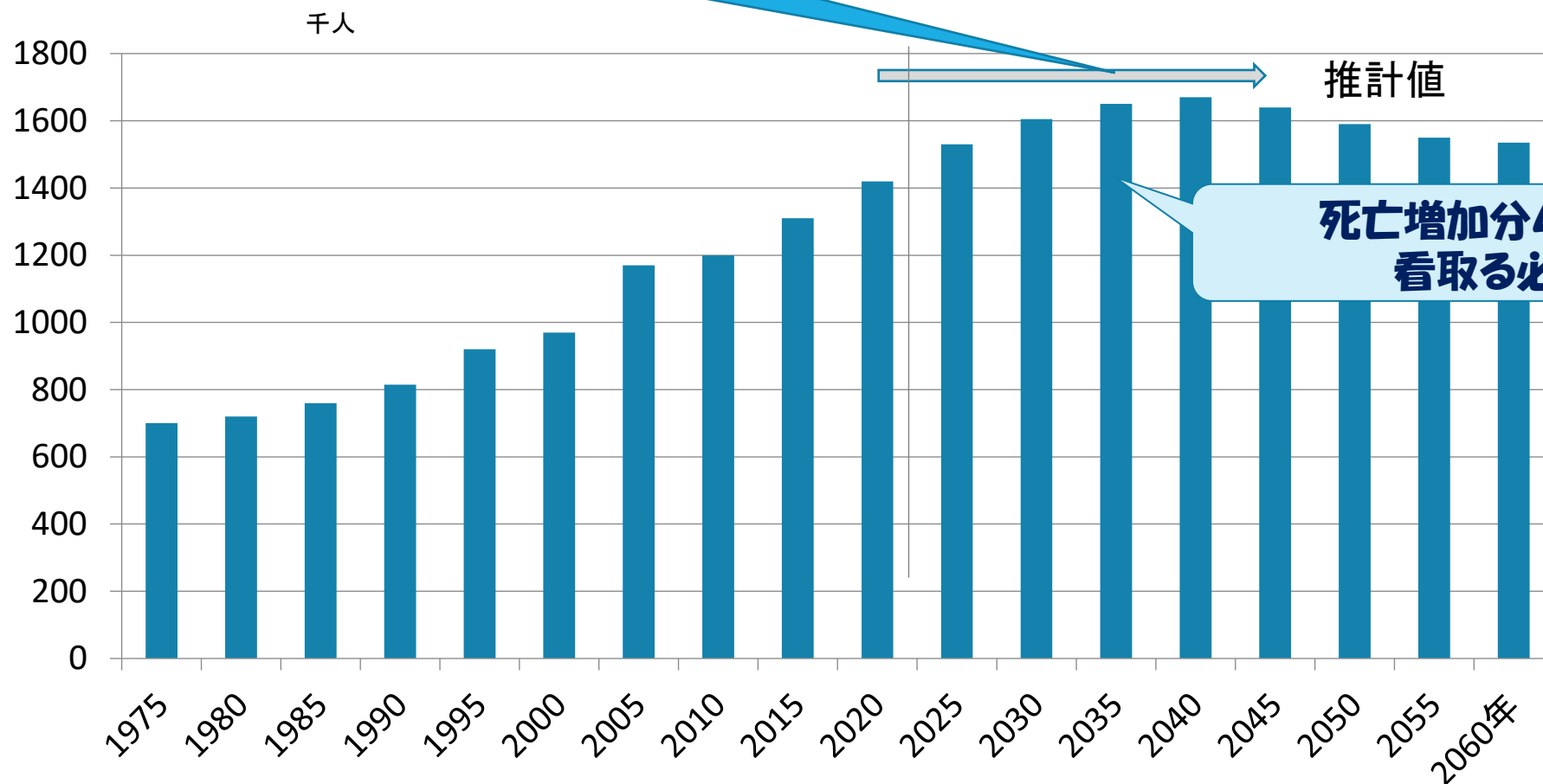
(厚労省データを改変)



年間死亡者数の将来推計

(厚労省データを改変)

年間160万人死の時代でも
病院の病床数は増えない



医療・介護ニーズの変化（厚労省HPより）

- ・ **医療ニーズ**

高齢化の進展に伴う老人慢性疾患の増加により疾病構造が変化し
病気と共存しながら生活の質（QOL）の維持・向上を図っていく
必要性が高まっている。 ACP 終末期医療の在り方は重要課題
治す医療 から 治し支え終え終わりを伴走する医療へ

- ・ **介護ニーズ**

**医療ニーズを併せ持つ重度の要介護者や認知症高齢者が増加する
など、医療及び介護の連携の必要性はこれまで以上に高まっている**

- ・ **認知症対応**

認知症への対応については、**地域ごとに、認知症の状態に応じた
適切なサービス提供・サポート支援 の 流れを確立するとともに
早期からの適切な診断や対応等を行う**ことが求められている。

高齢化率は28.8%

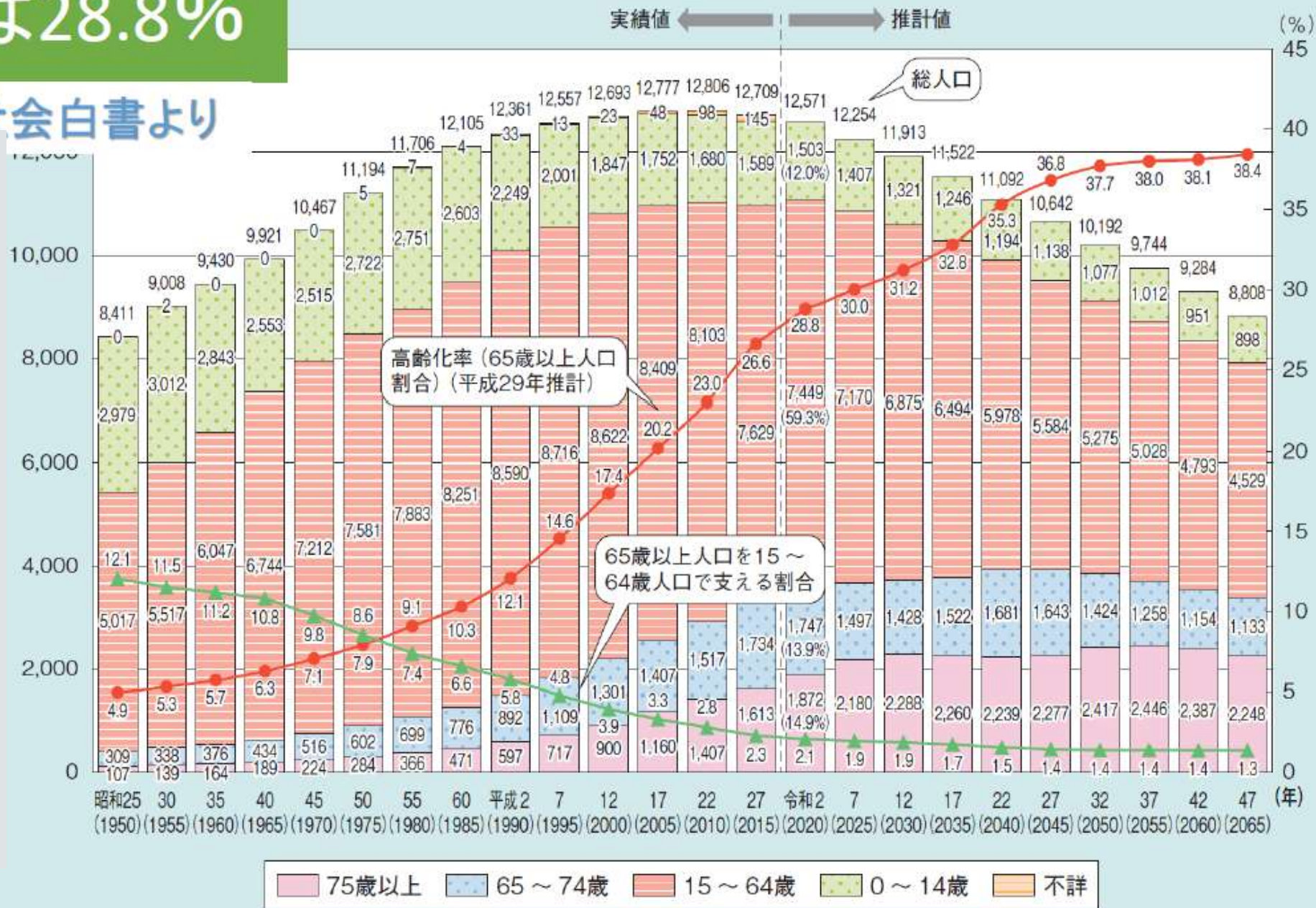
令和3年版高齢社会白書より

令和5年現在 日本全体
では30%に達し

最も高い秋田県
39.0%、
最も低い東京都で
22.8%

神栖市 23.86%

令和32年には、
最も高い秋田県では
49.9%
最も低い東京都でも、
29.6%に達すると見込
まれる。
圏域によって大きく差
が出る



65 歳以上の 一人暮らしの 者の動向

令和3年版高齢社会白書より

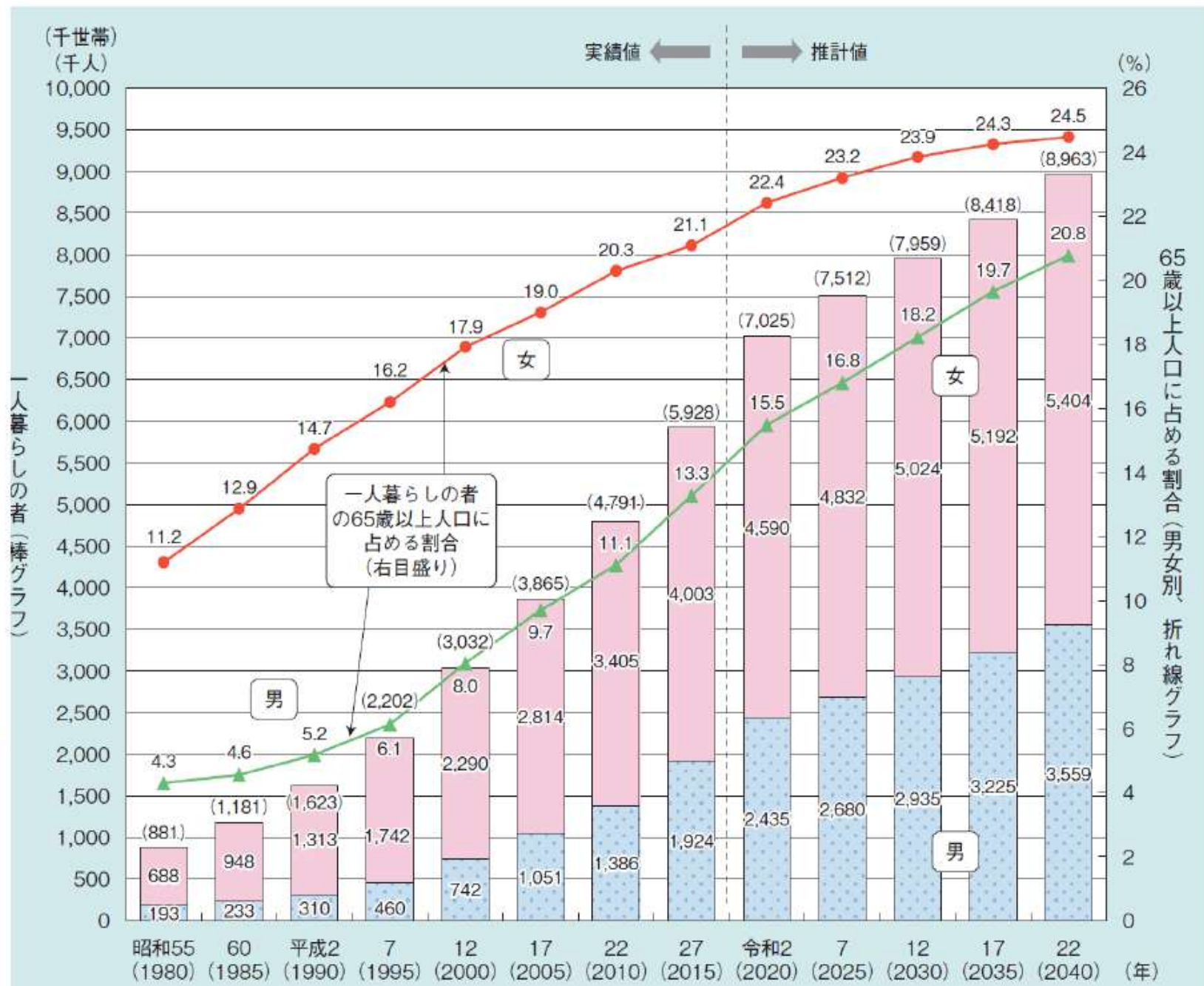
<ポイント1>

一人暮らし、高齢者の
み世帯は今後も増加



<想定>

- ・遠距離介護
- ・疎遠家族
- ・多問題の可能性 等



神栖市でも 多様性の共生 これから20年は？

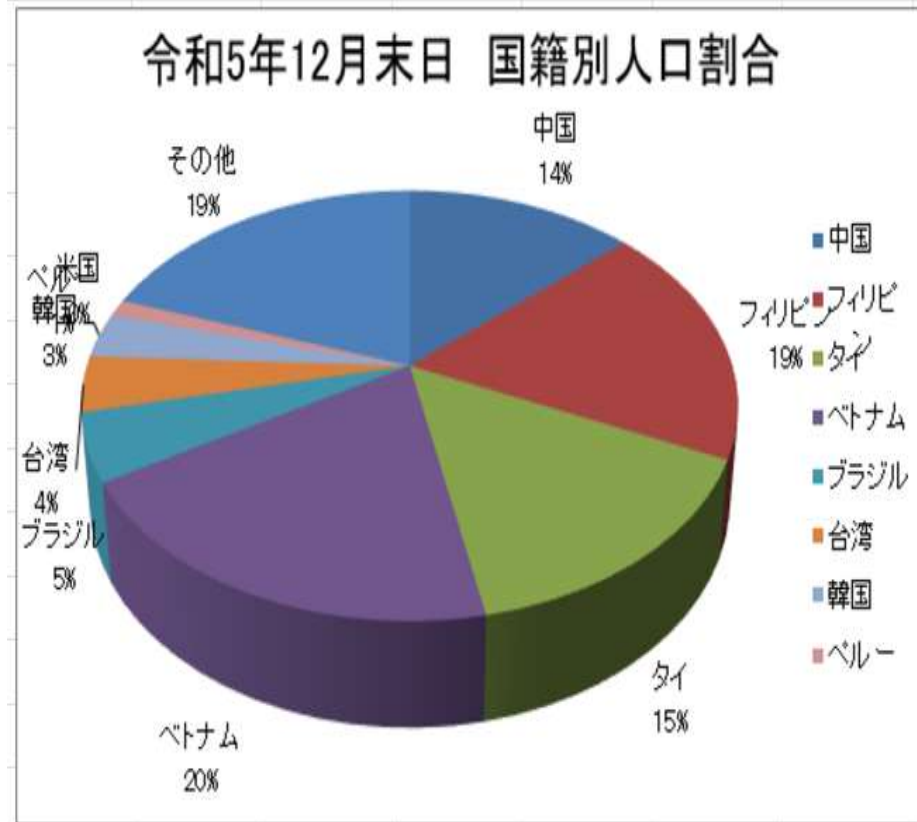
全世帯数 43、611世帯

人口 94、324名

外国籍住民 2、996名

厚生労働省医政局長賞を受賞

令和5年12月末日（最新） 国籍別人口割合



神栖市では、限られた医療資源の中、全員参加で医療体制づくりに取り組むことを目指し、医療を受ける側と提供する側の双方向の情報交換、普及啓発による相互理解と連携協力のもとで「みんなが創る！みんなで守る！かみすの医療プロジェクト」を展開しています。

これらの地道な活動が、厚生労働省主催「第五回上手な医療のかかり方アワード」において、上手な医療のかかり方における総合的な制度設計が優秀な取り組みとして評価され、県内自治体で初めて厚生労働省医政局長賞を受賞しました。

[第五回「上手な医療のかかり方アワード」事例紹介冊子 \(PDF 2.5MB\)](#)

2024年4月掲載

アワードの詳細は、次のリンク先で紹介しておりますので、ご確認ください。

[第五回「上手な医療のかかり方アワード」受賞団体を決定しました | 厚生労働省【厚生労働省】](#)

[📄](#)

[厚生労働省 | 「上手な医療のかかり方.jp」](#) [🌐](#)

冊子の発行

[冊子「かみすの医療Vol.3」 \(PDF 2.2MB\)](#)

■ 冊子で紹介した、市民の皆さんから寄せられたご意見

[令和元年度以降に市民の皆さんから寄せられたご意見 \(PDF 151.6KB\)](#)

必要になった場合の 介護を依頼したい人

令和3年版高齢社会白書より

＜介護を頼みたい人＞

男性の場合：配偶者

女性の場合：ヘルパーなど介護サービスの
人が最も多い

内閣府の調査で、55歳以上の人に介護を頼みたい人について聞いたところ、男性の場合は「配偶者」が56.9%、女性の場合は「ヘルパーなど介護サービスの人」が39.5%と最も多くなっている。



資料：内閣府「高齢者の健康に関する調査」（平成29年）

（注）調査対象は、全国の55歳以上の男女。

介護費用の意識

令和3年版高齢社会白書より

<ポイント1> 介護費用

1位:「年金等の収入でまかなう」
63.7%と最も多い。

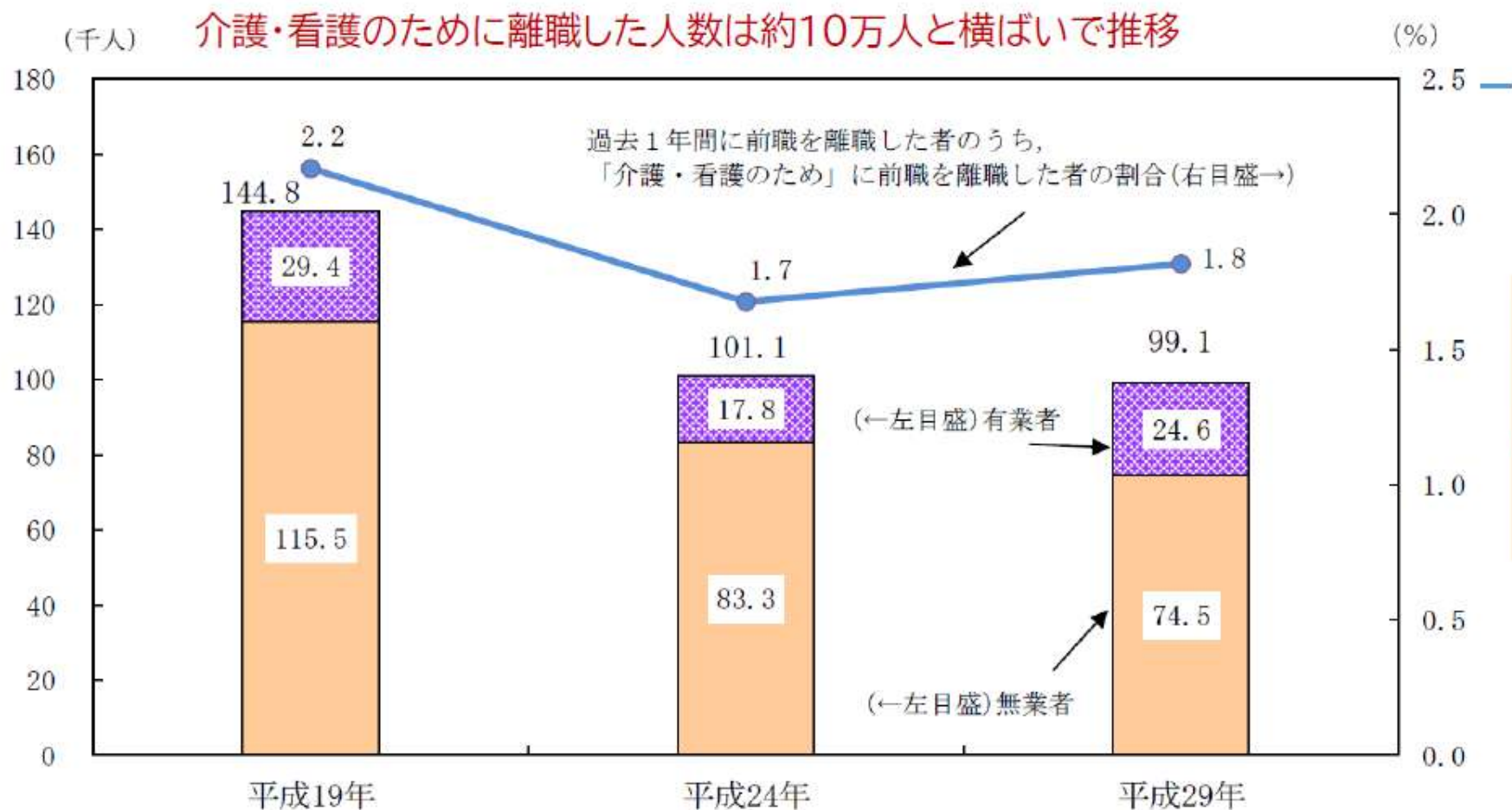
2位:「貯蓄でまかなう」
20.5%

*「子などの家族・親族からの経済的な援助を受ける」は3.2%のみ



介護しながら働いている人の増加 介護しながら働いている人は「346万人」

就業状態別介護・看護のために過去1年間に前職を離職した者及び割合
－平成19年、24年、29年

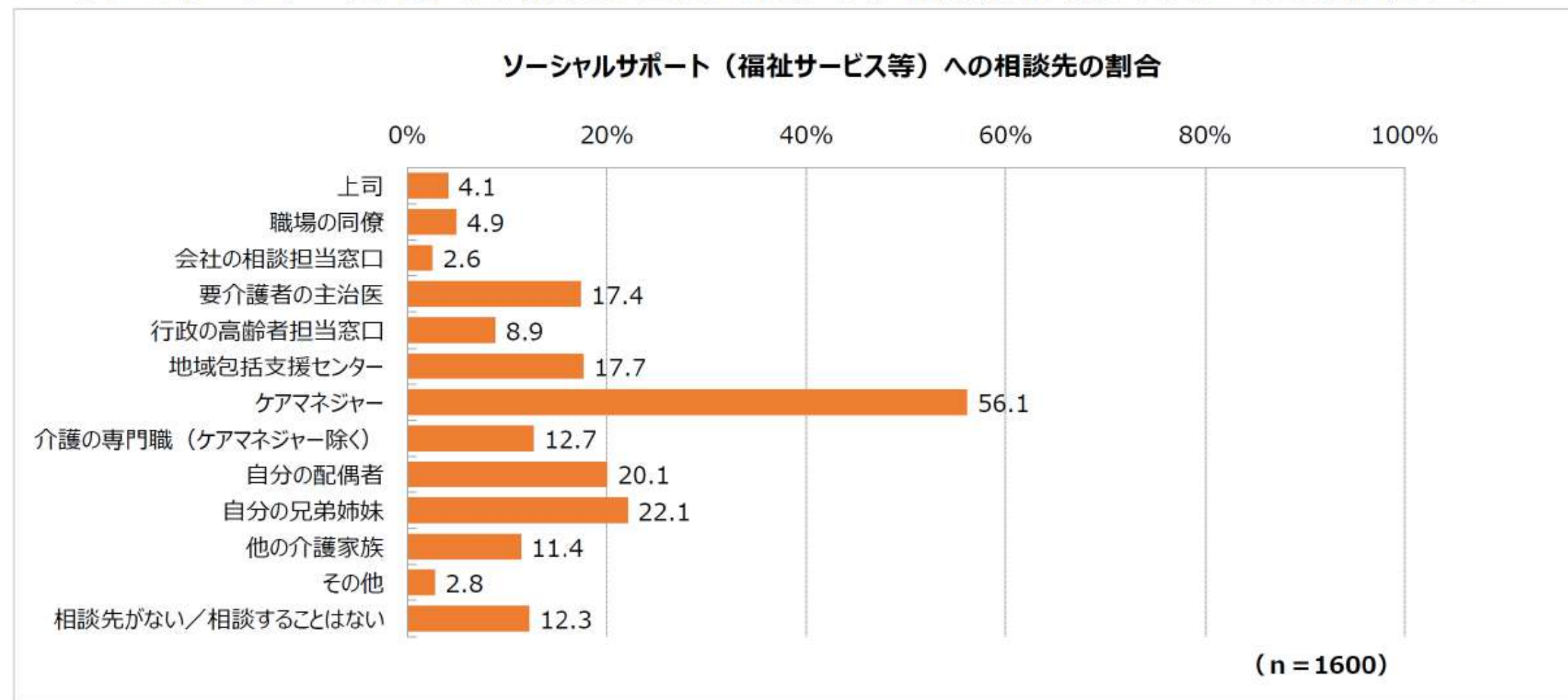


注)調査時点で
有業者は7千人増加,
無業者は9千人減少
となっている

2.6.2 介護支援者と相談先の状況 介護に関する相談先

となりのかいご

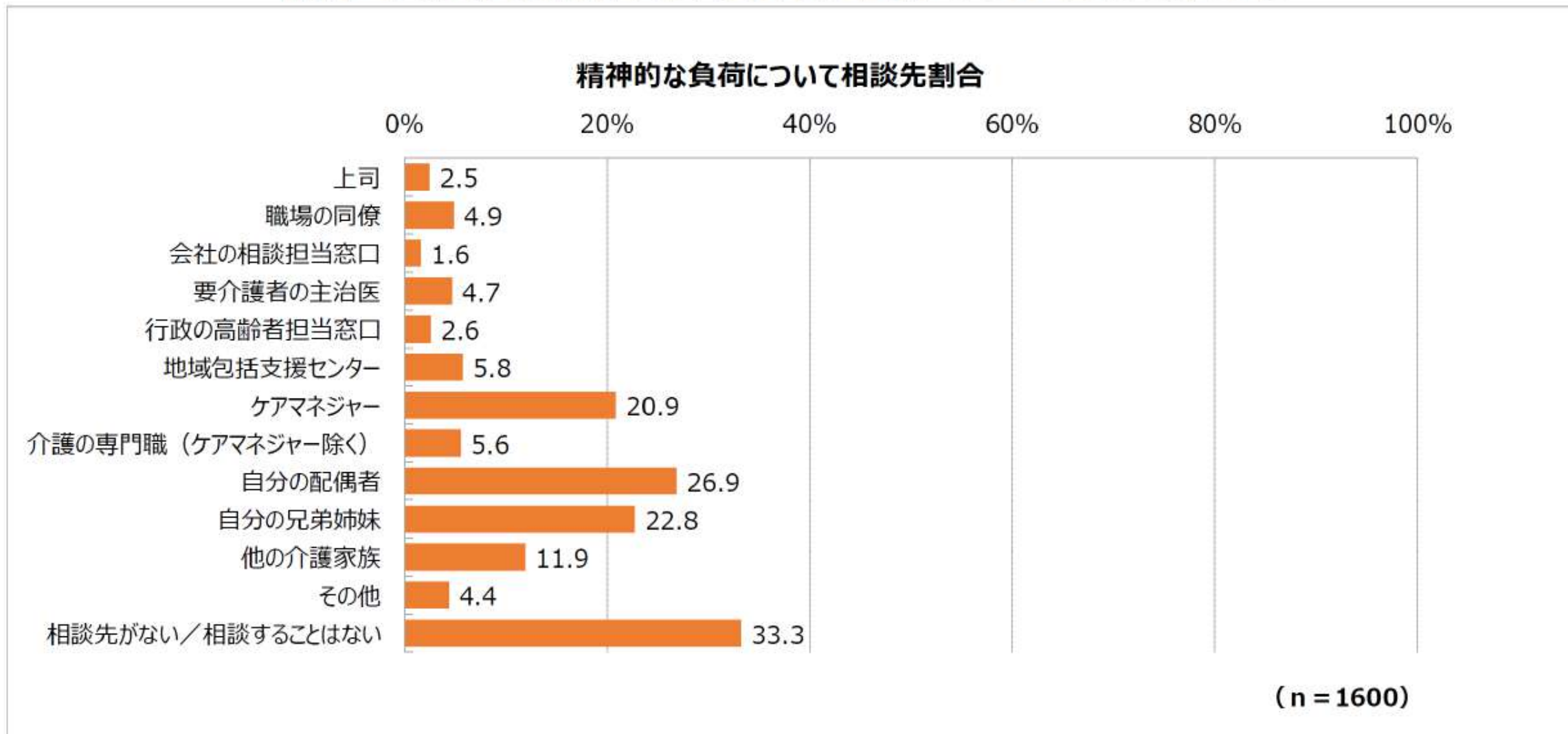
ケアマネジャーに対しての相談が圧倒的に多いが相談先が無い方も一定数存在する



2.6.2 介護支援者と相談先の状況 介護に関する相談先

となりのかいご

精神的な負荷を相談できない方が全体の30%を超えている



介護保険制
茨城では

今・・・



第8次茨城県保健医療計画の概要

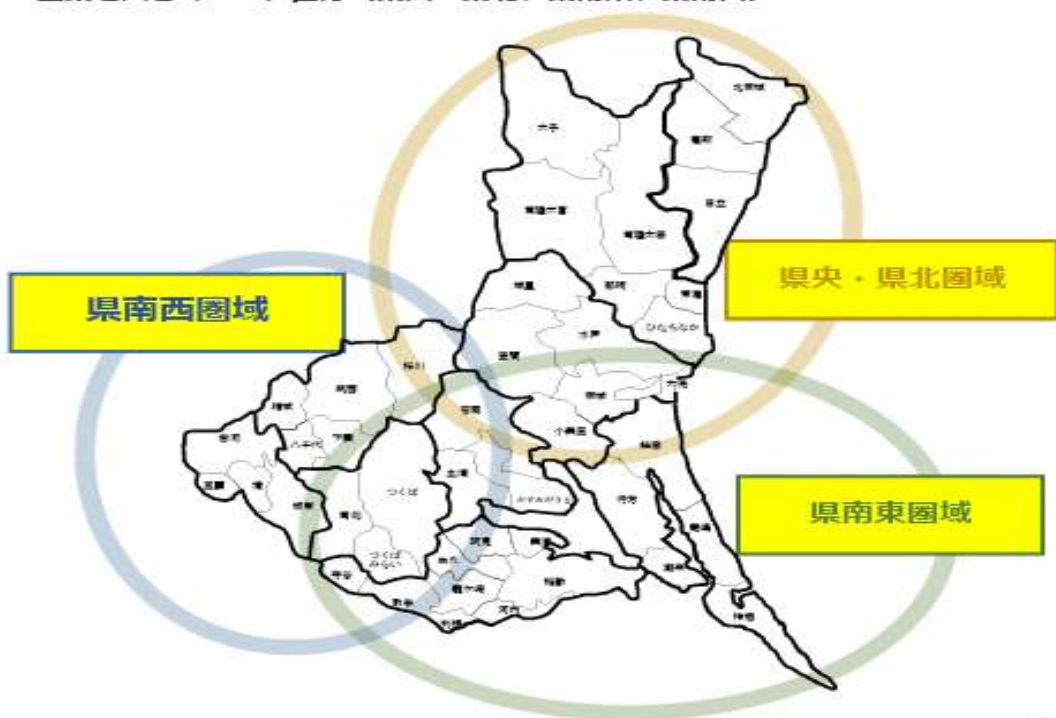
◆ 二次保健医療圏等

二次保健医療圏

- ✓ 地理的条件等の自然的条件や日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図る区域
- ✓ 現行の二次保健医療圏（9圏域）の枠組みを維持

医療提供圏域

- ✓ 今後のさらなる人口減少・少子高齢化を見据えた医療確保体制について、現状の二次保健医療圏では十分な医療サービスが提供できないことが想定されることから、地域の実情を踏まえ、より適切に連携することを目的として、本県独自に設定
- ✓ 主に高度医療に係る機能の集約化・役割分担の明確化をより強力に推進するため、全県を大きく3つに区分（県央・県北、県南東、県南西）



◆ 基準病床数

療養病床及び一般病床

二次保健医療圏名	基準病床数 (A)	既存病床数 (B)	差引 (B-A)
水戸	4,005	4,756	751
日立	1,823	2,452	629
常陸太田・ひたちなか	1,898	2,105	207
鹿行	1,219	1,598	379
土浦	1,796	1,999	203
つくば	3,113	3,368	255
取手・竜ヶ崎	3,604	3,719	115
筑西・下妻	1,358	1,974	616
古河・坂東	1,328	1,518	190
計	20,144	23,489	3,345

精神病床

区域	基準病床数 (A)	既存病床数 (B)	差引 (B-A)
県全域	5,551	7,226	1,675

結核病床

区域	基準病床数 (A)	既存病床数 (B)	差引 (B-A)
県全域	56	70	14

感染症病床

区域	基準病床数 (A)	既存病床数 (B)	差引 (B-A)
県全域	48	48	0

※ 既存病床数はいずれも令和5（2023）年4月1日現在の数

第8次医療計画概要 疾患・領域

第8次茨城県保健医療計画の概要

◆ 各論 第1章 県民の命を守る地域医療の充実

【医療体制（5疾病・6事業及び在宅医療）の確立】

疾病・事業	主な推進方策	疾病・事業	主な推進方策
がん	「茨城県総合がん対策推進計画－第五次計画－」に基づき、予防から早期発見、高度専門的医療やがん患者の生活支援体制の整備など、総合的ながん対策を推進 - がん診療連携拠点病院等（地域がんセンターを含む）におけるがん診療の役割分担及び拠点形成に関する検討の促進	災害医療	- 地域における役割に応じ、医療機関が被災しても診療機能を維持できるよう、業務継続計画（BCP）の策定等を推進 - 研修や訓練等を通じ、各支援チームの連携体制の構築、災害医療に精通した医療従事者の一層の育成を推進
脳卒中	「茨城県循環器病対策推進計画」に基づき、脳卒中对策を推進 - 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発 - 急性期から維持期・生活期まで切れ目のない医療・介護提供体制の構築	新興感染症	「茨城県感染症予防計画」に基づき、新興感染症発生・まん延時における医療提供体制を構築 - 改正感染症法により、新興感染症の発生・まん延に備え、第一種協定指定医療機関及び第二種協定指定医療機関の区分を創設し、締結した協定に基づき必要な医療を提供する体制を確保
心筋梗塞等の 心血管疾患	「茨城県循環器病対策推進計画」に基づき、心筋梗塞等の心血管疾患対策を推進 - 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発 - 急性期から維持期・生活期まで切れ目のない医療・介護提供体制の構築	へき地医療	- 県民が等しく適切な保健医療を受けることができるよう、県・市町、へき地医療支援機構、へき地診療所及びへき地医療拠点病院等が連携した各種施策の展開 - へき地医療支援機構の役割の強化と機能の充実化及びへき地医療拠点病院からの代診医派遣等の機能強化 - へき地の医療提供体制について、ICTの活用や民間医療機関との具体的な連携方策の検討
糖尿病	- 生活習慣病の発症予防に関する普及啓発を図り、県民一人一人の主体的な健康づくりの取り組みを推進 - 糖尿病の重症化を予防するため、糖尿病の診断時から各医療機能の切れ目のない医療の提供を目指し、かかりつけ医と専門的な管理を行う医療機関の連携による合併症の早期発見・重症化予防を推進	周産期医療	- 基幹施設を中心とした重点化・集約化を推進 - 産科医師から助産師へのタスクシフト／シェアの推進 - 分娩取扱医療機関の減少によりアクセスが悪化した地域への対策や、分娩を取り扱わなくなった場合における妊婦健診等の分娩前後の診療、セミオープンシステム等の活用促進
精神疾患	- 精神科救急医療体制整備、自殺対策等を含む、多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築 - 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築 「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の基本理念に基づく総合的施策の推進	小児医療	- 症状に応じた小児救急医療体制の構築や茨城県子ども救急電話相談の充実 - 各地域で必要な小児医療体制を維持できるよう、医療資源の重点化・集約化を推進 - 医療的ケア児等への支援体制の充実
救急医療	- 適切な患者を適切な施設に適切な時間内に搬送する体制と、患者の状態に応じた再搬送等を実施する体制の構築の検討 - 救急医療情報システムの更新等による医療機関と搬送機関の円滑な情報共有等の検討 - 救急電話相談（#7119、#8000）の充実化や、市町村や関係機関と協力した県民に対する救急医療機関の適切な利用及びアドバンス・ケア・プランニング（人生会議）に関する普及啓発の実施	在宅医療	4つの局面（退院支援、日常の療養生活の支援、急変時の対応、在宅での見取り）に対応した切れ目のない体制づくりを推進 - 限られた人材を有効に活用するための多職種の効果的・効率的な連携体制の構築 - 在宅医療への理解を深めるための広報・啓発

茨城県の介護保険状況 軽度認定者が多く介護2までの認定者が7割に近い

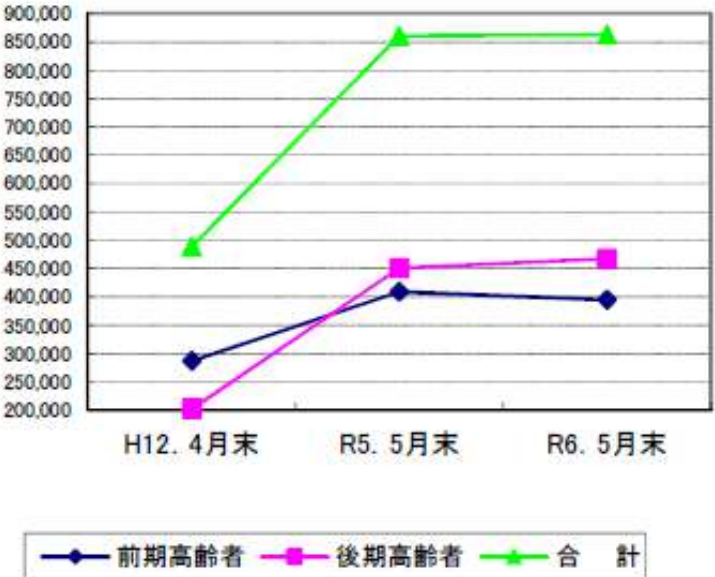
(1) 第1号被保険者数の推移

H12. 4月末とR6. 5月末を比較すると、第1号被保険者数は、76.5%伸びています。また、前期高齢者の伸び37.8%に比べて後期高齢者の伸びが131.4%と大きくなっています。

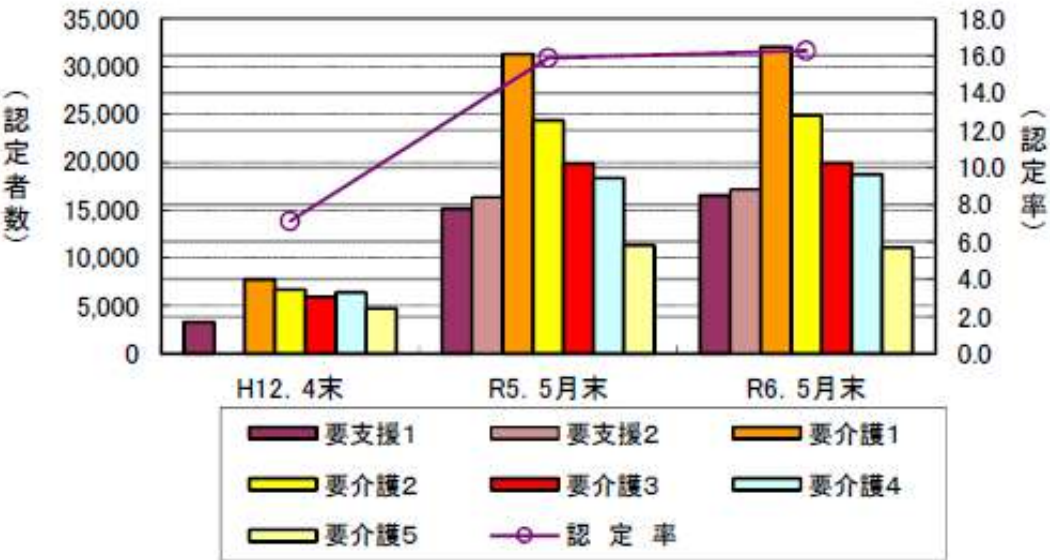
(単位:人)

	H12. 4月末	R5. 5月末	R6. 5月末	(全国)(R6.5月末)
前期高齢者	286,476	408,929	394,907	15,621,893
後期高齢者	201,906	450,887	467,295	20,283,964
合 計	488,382	859,816	862,202	35,905,857

1(1) 第1号被保険者数の推移



1(2) 要介護等認定者数・認定率の推移



茨城県の要介護認定の申請率は全国で一番低い

(2) 要介護(要支援)認定者数・認定率の推移

H12.4末とR6.5月末を比較すると、この間、認定率が9.14ポイント上昇し、軽度（要支援1、要支援2、要介護1）の認定者全体に占める割合が、31.7% → 46.9%と大きく伸びています。また、全国（49.3%）と比較すると、本県は軽度の認定者の割合が低いという特徴があります。

(単位:人、%)

	H12. 4月末		R5. 5月末		R6. 5月末		(全国)(R6.5月末)	
	人 数	割 合	人 数	割 合	人 数	割 合	人 数	割 合
(第1号被保険者)	34,810	100.0	136,660	100.0	140,272	100.0	6,991,103	100.0
第1号被保険者内前期高齢者	6,624	19.0	14,981	11.0	14,681	10.5	678,003	9.7
第1号被保険者内後期高齢者	28,186	81.0	121,679	89.0	125,591	89.5	6,313,100	90.3
要支援1	3,285	9.4	15,124	11.1	16,520	11.8	1,015,335	14.5
要支援2	—	—	16,358	12.0	17,140	12.2	982,205	14.0
要介護1	7,749	22.3	31,296	22.9	32,076	22.9	1,446,395	20.7
小 計	11,034	31.7	62,778	45.9	65,736	46.9	3,443,935	49.3
要介護2	6,702	19.3	24,368	17.8	24,870	17.7	1,170,858	16.7
要介護3	5,967	17.1	19,858	14.5	19,911	14.2	915,089	13.1
要介護4	6,375	18.3	18,335	13.4	18,710	13.3	885,991	12.7
要介護5	4,732	13.6	11,321	8.3	11,045	7.9	575,230	8.2
認 定 率	7.13		15.89		16.27		19.47	
第1号被保険者内前期高齢者	2.31		3.66		3.72		4.34	
第1号被保険者内後期高齢者	13.96		26.99		26.88		31.12	
(第2号被保険者)	1,413	—	3,098	—	3,081	—	131,594	—
総 計	36,223	—	139,758	—	143,353	—	7,122,697	—

※認定率は、第1号被保険者のみ対象

茨城県の介護保険給付額は年間 2044億円（ 居宅サービス889億7千万円 施設サービス834億7千万円 ）

2 介護サービスの利用状況

(1) 介護サービス受給者数の推移

認定者数の増加に伴って、受給者数も年々増加しています。特に、居宅サービス受給者の割合が大きく、認定者全体の56.0%となっています。

(単位:人、%)

	H12. 6月		R4. 12月		R6.3月		(全国)(R6.3月)	
	人 数	割 合	人 数	割 合	人 数	割 合	人 数	割 合
要介護(要支援)認定者数 A	39,158	100.0	138,622	100.0	142,189	100.0	7,083,236	100.0
居宅サービス受給者数 B	18,287	46.7	77,722	56.1	79,601	56.0	4,247,172	60.0
地域密着型サービス受給者数 C	—	—	16,545	11.9	16,553	11.6	913,019	12.9
施設サービス受給者数 D	11,080	28.3	25,733	18.6	26,029	18.3	962,708	13.6
未利用者 A-(B+C+D)	9,791	25.0	18,622	13.4	20,006	14.1	960,337	13.6

※データは、サービス月

(2) 介護給付費の支払状況

R1年度とR4年度を比較すると、給付費は、約107億円(約5.53%)増加しており、R4年度の介護保険計画に対する給付実績の割合は92.4%となっています。

(単位:百万円、%)

	H12年度		R1年度		R4年度		(全国)(R4年度)	
	給付実績	対計画比	給付実績	対計画比	給付実績	対計画比	給付実績	対計画比
居宅サービス A	16,986	68.7	84,270	96.7	88,970	92.0	5,048,198	—
訪問介護	—	—	9,731	—	11,503	—	961,647	—
訪問看護	—	—	3,541	—	4,448	—	340,333	—
通所介護	—	—	23,936	—	23,677	—	1,123,079	—
短期入所生活介護	—	—	10,218	—	10,396	—	371,665	—
福祉用具貸与	—	—	5,598	—	6,846	—	366,938	—
その他	—	—	31,246	—	32,101	—	1,884,536	—
地域密着型サービスB	—	—	30,681	94.5	31,923	87.8	1,717,456	—
認知症対応型共同生活介護	—	—	13,795	—	14,064	—	661,364	—
その他	—	—	16,886	—	17,859	—	1,056,092	—
施設サービス C	37,842	85.6	78,701	100.8	83,475	94.7	3,201,300	—
合 計 A+B+C	54,828	79.6	193,652	98.0	204,368	92.4	9,966,954	—
対H12年度比			3.53		3.73			

※各居宅サービスはうち数

※特定入所者介護サービス費、高額介護サービス費、審査支払手数料を除く

茨城県は施設サービス利用割合が優位に高い・・・これからの世代はどう選択するのだろうか

(3) 居宅・施設別介護サービス受給者・給付費割合

介護サービス受給者の居宅サービスと施設サービスの割合を比べると、R4年度では居宅サービス受給者が全体の78.3%を占めています。また、給付費の割合は、居宅の給付費が59.2%を占めています。

(単位: %)

	H12年度		R1年度		R4年度		全国(R4年度)	
	受給者	給付費	受給者	給付費	受給者	給付費	受給者	給付費
居宅サービス	63.3	31.0	77.7	59.4	78.3	59.2	84.1	67.9
施設サービス	36.7	69.0	22.3	40.6	21.7	40.8	15.9	32.1

介護保険制度の持続可能性

次世代の老年期の過ごし方 価値観を支える 地域包括ケア

認定調査員の皆さんも 自分の課題として 介護保険の適正化を一緒に

費用対効果 自立・自律支援に資する 最大限の効果的な支援は・・・
給付額(利用料)对当事者の満足は・・・
サービスに対する介護給付額は要介護度によって変わる 介護度は重要で居宅で支え切ることは国や地域を救う 鍵

(4) 居宅サービス費の要介護度別利用限度額に対する利用率
居宅サービス費の利用限度額に対する利用率は、要支援 1 が最も高く、次いで要介護 4 と要介護 5 が高くなっています。

(単位:円、%)

	限度額	H12年度		R1年度		R4年度		R4年度(全国)	
		一人当たり利用額	利用率	一人当たり利用額	利用率	一人当たり利用額	利用率	一人当たり利用額	利用率
要支援1	50,320	29,088	47.3	26,605	52.9	27,731	55.1	27,953	55.6
要支援2	105,310	—	—	41,131	39.1	45,091	42.8	45,634	43.3
要介護1	167,650	52,684	31.8	57,538	34.3	58,784	35.1	58,264	34.8
要介護2	197,050	68,125	35.0	75,987	38.6	78,707	39.9	75,771	38.5
要介護3	270,480	94,366	35.3	114,408	42.3	122,472	45.3	115,713	42.8
要介護4	309,380	104,880	34.3	135,309	43.7	146,724	47.4	142,635	46.1
要介護5	362,170	116,765	32.6	151,597	41.9	168,974	46.7	174,598	48.2
加重平均	—	73,914	35.2	88,481	38.7	93,580	40.6	93,909	39.8

※一人当たり利用額は居宅サービスのうち、「訪問介護」「通所介護」「短期入所生活介護」の受給者数及び費用額で算定

※経過的要介護者を要介護1と仮定して試算

※H12年度の要支援の限度額は、61,500円

私たちの調査・認定と 本人家族の自覚と覚悟 適切なケアマネジメントで介護保険料が決まります

3 その他

(1) 保険料(基準額(月額))

第8期に比べて第9期の保険料は、県平均で124円上がっています。全国では2番目に低い保険料です。

(単位:円)						
	茨城県	最高額	最低額	全 国	最高額	最低額
第1期 (H12～H14) A	2,393	2,900	1,533	2,911	3,618	2,346
第2期 (H15～H17) B	2,613	2,971	1,926	3,293	4,957	2,613
第3期 (H18～H20) C	3,461	4,517	2,300	4,090	4,875	3,461
第4期 (H21～H23) D	3,717	4,375	2,900	4,160	4,999	3,696
第5期 (H24～H26) E	4,528	4,980	3,900	4,972	5,880	4,409
第6期 (H27～H29) F	5,204	5,980	4,500	5,514	6,267	4,835
第7期 (H30～R2) G	5,339	6,050	4,300	5,869	6,854	5,058
第8期 (R3～R5) H	5,485	6,512	4,600	6,014	9,800	3,300
第9期 (R6～R8) I	5,609	6,700	4,600	6,225	9,249	3,374
増 加 額 I-H	124	—	—	211	—	—

(全国は都道府県の平均額で比較)

私たちは 淡々と 何の忖度もなく 全国一律の基準にのっとり 介護にかかる 手間や苛酷度を調査し審査会で審議され その介護度合いをより軽くすべく 様々な取り組みをして 本人の行動変容を支援します。

茨城県の介護支援専門員の状況

令和4年度までに12,889人が介護支援専門員実務研修受講試験に合格しています。

(単位:人、%)

	～H27年度	H28年度	H29年度	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	合計
受 験 者 数	49,793	2,441	2,516	997	586	850	1063	1,091	59,337
合 格 者 数	11,372	280	455	98	116	148	223	197	12,889
合 格 率	22.8	11.5	18.1	9.8	19.8	17.4	21.0	18.1	21.7

※ 県内での実務者は、居宅介護支援が2,464人、介護保険施設等が1,238人(推定)となっております。(令和4年5月1日現在)

※茨城県介護支援専門員協会が（非現任）

更新再研修を除くすべての法定研修を受託

※県協会員1362名 実務者の県協会組織率32%

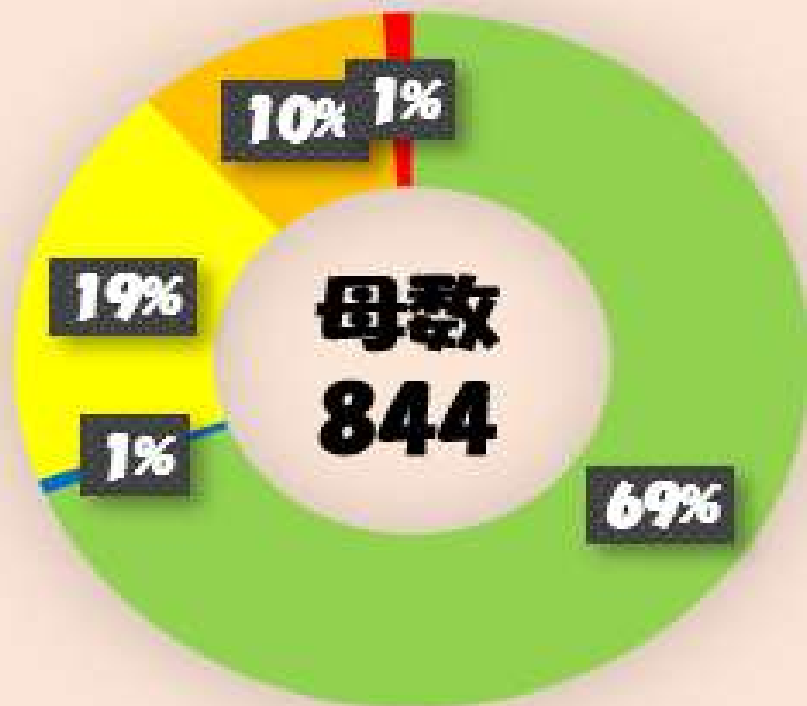
※医療課題を苦手とする仲間も多かったが 今進化中

※法定研修の持ち寄り事例にも

医療課題への対応不十分が指摘されてきたけれど 大丈夫

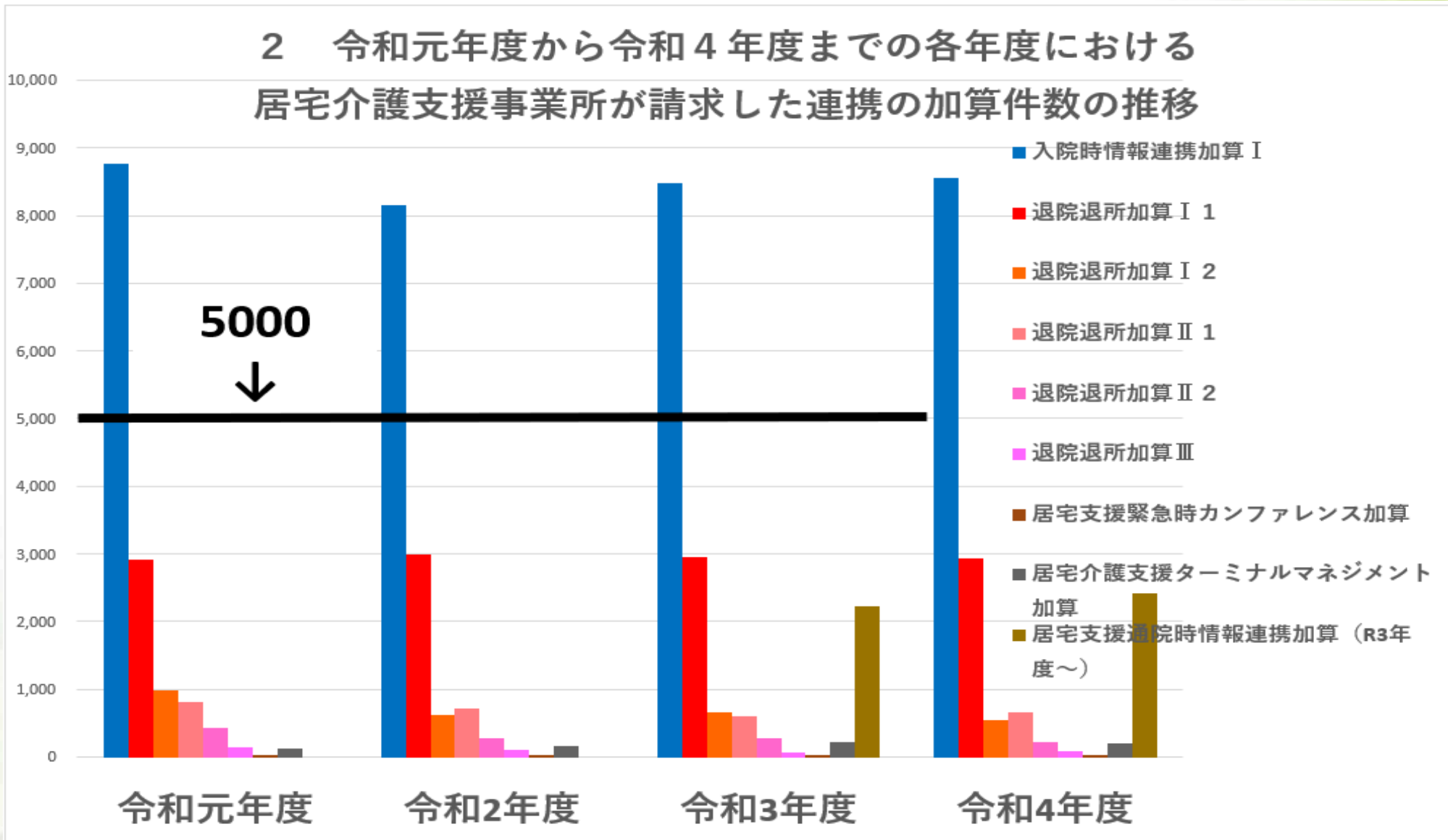
茨城県の居宅介護支援

令和5年4月 居宅介護支援事業所状況



- 特定事業所算定加算算定なし
- 特定事業所算定加算事業所Ⅰ
- 特定事業所算定加算事業所Ⅱ
- 特定事業所算定加算事業所Ⅲ
- 特定事業所算定加算事業所Ⅳ

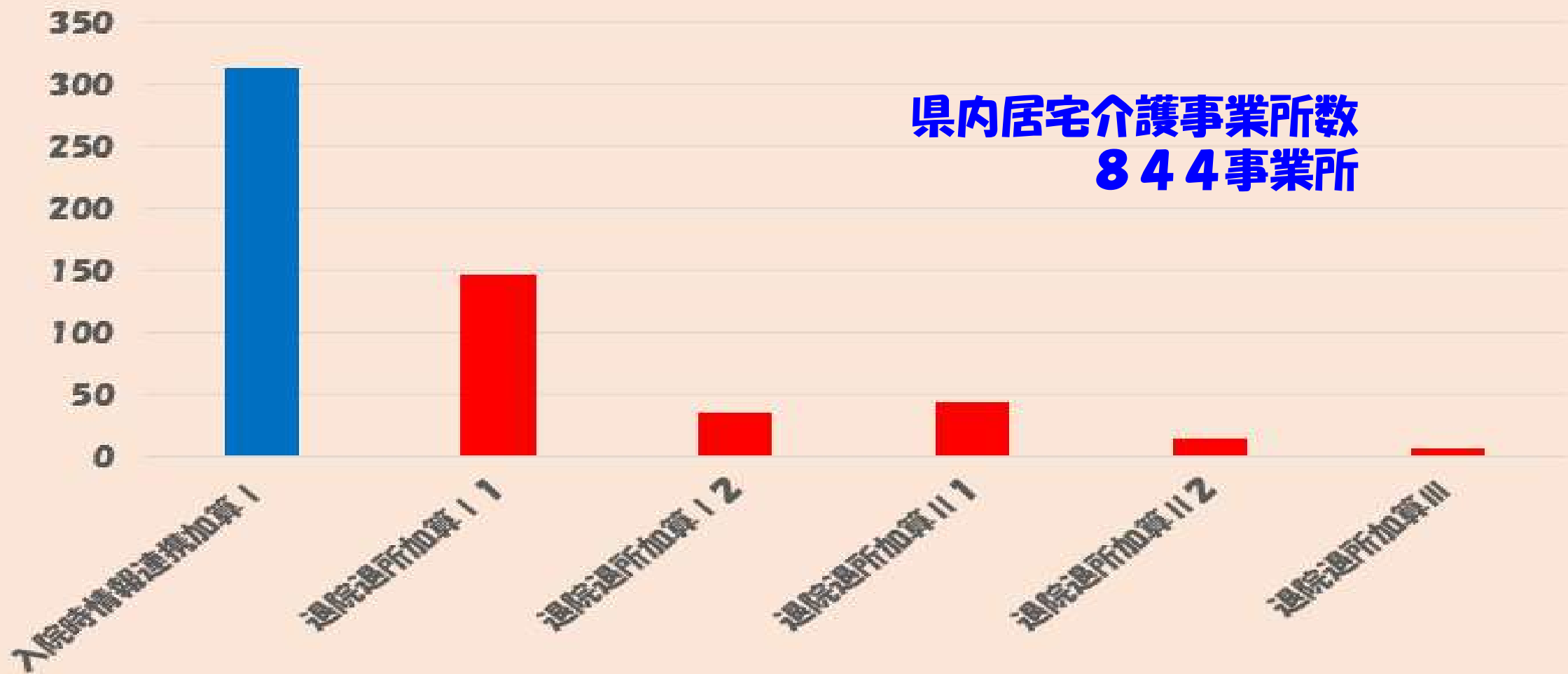
茨城県の居宅介護支援医療との連携



茨城県の居宅介護支援医療との連携

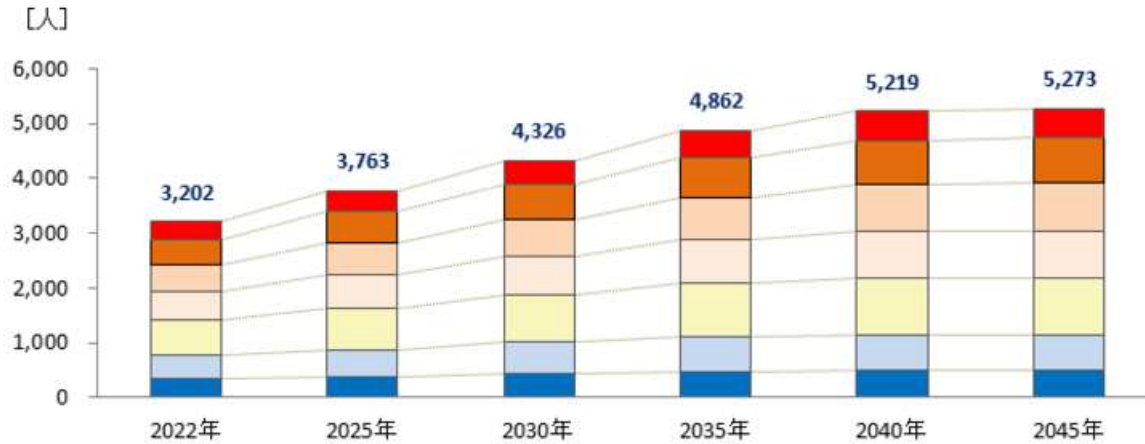
令和5年4月 加算算定事業所数

県内居宅介護事業所数
844事業所



2. 神栖市の要介護（要支援）者数の将来推計

神栖市の要介護（要支援）者数の将来推計

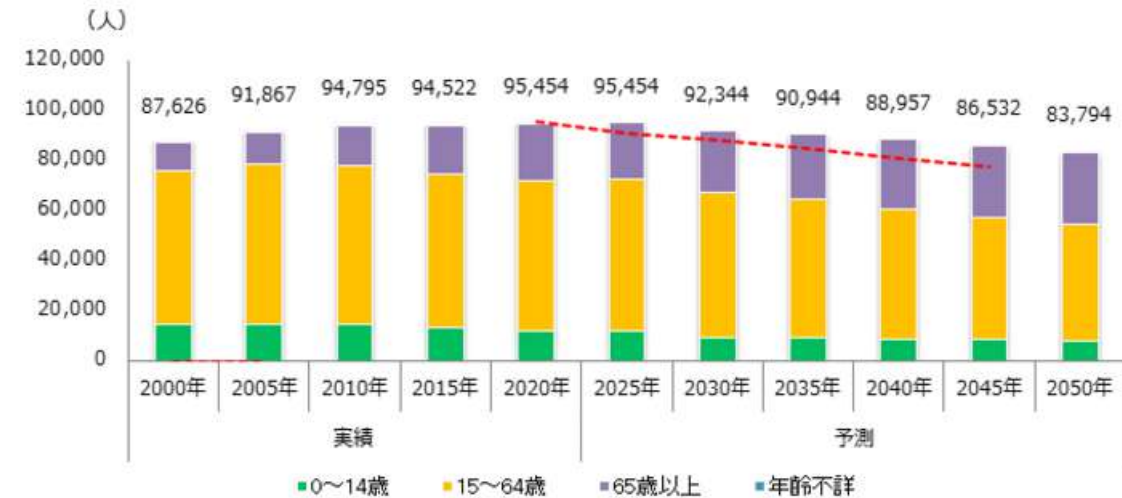


出所:実績値は「介護事業状況報告月報」(厚生労働省,2022年1月)。推計値は「全国又は都道府県の男女・年齢階層別要介護度別平均認定率を当域内人口構成に当てはめてGD Freakが算出。

© jp.gdfreak.com

神栖市の医療 介護需要予測

神栖市の人口推移



【2020年】

総面積 (km ²)	147	平均年齢 (歳)	45.0	昼夜間人口比率 (%)	105.7
人口密度 (人/km ²)	649.5	※昼夜間人口比率のみ2015年時点			

※国中の点線は前回2016年3月公表の「将来人口推計」の値 © jp.gdfreak.com

神栖の医療に注目していますよ

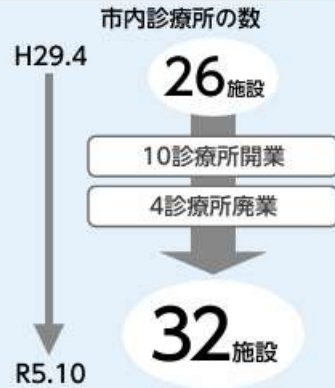
市内医療機関数

病院	救急機能	2施設
	慢性期機能	2施設
診療所		32施設
うち在宅医療		16施設
歯科診療所		34施設
うち在宅訪問歯科診療		7施設

令和5年9月時点

4

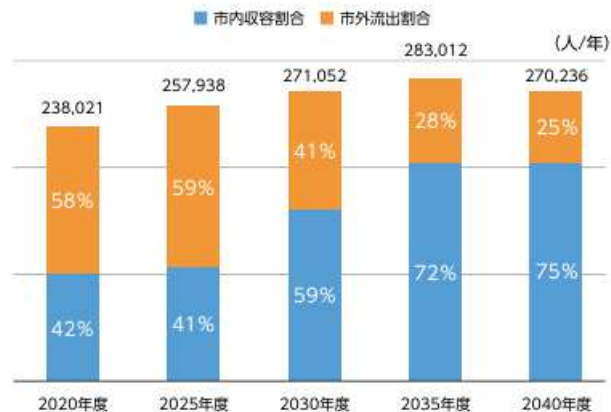
診療所数の増減及び比較



令和4年人口10万人当たりの診療所数比較



〈神栖市入院患者数の推計と市内収容割合〉



(増床等の内訳)

- ・白十字総合病院 20床提供再開(2024年度予定)
- ・鹿嶋ハートクリニック 4床増床(2024年度予定)
- ・2030年度及び2035年度は、神栖済生会病院のファーストステップ56床増床とセカンドステップ115床増床が既に稼働しているものとして試算

医療担当者も学習指導要領や教科書を熟読。 教師の助言を仰ぎながら指導案を練っています

令和4年度から、市内小学校、中学校各1校で試行授業として医療教育を開始しました。教師の指導方針と医療従事者の知見を生かして、より教育効果の高い手法を検討しています。児童、生徒に対し、命の尊さを知り、弱者を思いやることを育成するとともに、医療への関心を高めてもらうことを目指しています。

実施校

R4	柳川小学校、神栖第一中学校
R5	軽野東小学校、波崎第二中学校

地域出身者や新たに神栖に赴任した人達が、ワンチームとなって貢献してくれています

地域に縁を感じ、愛着を持っている方々が、奮闘して神栖市の医療を支えてくださっています。医療機関や消防本部、企業や市民、行政など幅広い方々の賛同と参加のもと、力を合わせて山積する課題に立ち向かっていきます。

神栖市医師修学資金制度を活用してくれている修学生や修学生医師の市内就業が近づいています

国内外の医科大学に履修している修学生は7人、卒業した修学生医師が4人、11人の医師が将来、神栖市内で活躍してくれます。安心して、そしてわくわくして神栖市での就業を迎えることができるよう市内の院長や指導医など先輩医師の皆さんがキャリアプランの相談や検討、地域医療実習、病院見学、交流会などでサポートしています。



▲柳川小学校での医師による全体講義
「病気を知ろう、命を助けよう」



▲神栖第一中学校での栄養士によるグループワーク
「栄養を身近に感じてもらう」



▲市内医療機関を知ってもらうため、市修学生と市内の医療従事者との交流会を開催

茨城県介護支援専門員協会の試み

- 第7期いばらき高齢者プラン21⇒第8期へ
在宅医療・介護連携推進 数値目標達成（要介護4以上の要援護者を施策効果で1000名減へ）
- 平成30年度から2か年、基金のサポートを受け
ケアプラン(ケアマネジメントプロセス)の改善を模索
 - ①AI活用ケアプランの検証並びに介護支援専門員の資質向上 適切なケアプラン策定のため実証研究
 - ②医療専門職をアセスメントに要援護者宅へ同行派遣する試行事業
- 取り組みの一つの成果として“つながるシート”を作成
- 法定研修における課題整理総括表を工夫
- 専門職能団体として他の職種の専門性を尊重し、
活かし、協働するための 促進を模索
茨城県地域包括推進センターへの推進員派遣
茨城県(多職種)連携会議 での地域課題への対応 地域医療の推進 との協働
- 茨城県入退院支援ガイドラインの検討策定と通して協働

茨城県入退院ガイドラインの検討

茨城県地域包括ケア推進センタ

ホーム

最新情報

センターについて

事業内容

事業報告

総合お問い合わせ

029



地域包括ケア推進センターとは

地域ケア推進センター

県民の皆様がいつまでも住み慣れた地域で安心して暮らしていただけるように、市町村ごとの「地域包括ケアシステム」の構築のために開設されました。

地域包括ケア推進センターには、看護師、リハビリ専門職、介護支援専門員が常駐し、在宅医療の推進、ならびに地域リハビリテーション、自立支援や介護予防事業との連携・活用などに取り組んでおります。

茨城県 入退院支援連携ガイドライン Ver1.0（高齢者編）



令和5年3月
茨城県地域ケア推進センター
茨城県医師会

つながるシート

こんな活用を

＊初回のアセスメント 入退院時では
医療課題の整理総括に専門家の視点は、必須で重要

＊介護度が上がったタイミングでは医療課題への見直しが重要

＊主任介護支援専門員は後進が医療課題にしっかり向き合えるように
教えてしまうのではなく地域の専門家と意見交換できる人材へと活用

つながるシート

つながるシート早見表

主治医意見書

記入日 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生(歳)			
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。		連絡先 ()		
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。				
医師氏名				
医療機関名		電話 ()		
医療機関所在地		FAX ()		
(1) 最終診療日	平成	有の場合—在宅服薬シート—		日
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☒ 2回以上			
(3) 他科受診の有無	☒ 有 ☐ 無 (有の場合) ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他()			

1. 傷痕に関する意見

(1) 診断名 特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.(に記入)及び発症年月日

1.	・診断名に糖尿病・高血圧・高脂血症・心疾患・呼吸器疾患等の記載がある	昭和・平成	年	月	日(填)
2.	・初回認定で診断名に6か月以内の脳血管障害が受傷から2か月以内の骨折	昭和・平成	年	月	日(填)
3.	リハビリテーションシートへ	昭和・平成	年	月	日(填)

(2) 症状としての安定性 ☐安定 ☐不安定 ☐不明

(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
(最近(被扶養者と同居)全通に影響のあったもの、及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

自己管理をしているものも含めてチェックしてください。

・いずれかにチェックがある ☒在宅服薬シート、☒在宅看護シートへ

・褥瘡の処置にチェックがある ☒褥瘡状態シートへ

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☒ 点滴の管理 ☒ レスビレーター ☒ ニューラ測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） ☒ カテーテル（コンドームカテーテル）	☒ 中心静脈栄養 ☒ 気管切開の処置 ☒ 疼痛の看護 ☒ 褥瘡の処置	☒ 分析 ☒ ストーマの処置 ☒ 尿管栄養 ☒ 酸素療法
特別な対応			
失禁への対応			

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について
 ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ M ☐ C1 ☐ C2 ☐ C3
 ・認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIb ☒ IIIa ☐ IIIb ☒ IV ☒ M

(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
 ・短期記憶 ☐ 問題なし ☒ 問題あり
 ・日常の意思決定を行うための認知能力 ☐ 自立 ☒ いくらか困難 ☒ 見守りが必要 ☒ 判断できない
 ・自分の意思の伝達能力 ☐ 伝えられる ☒ いくらか困難 ☒ 具体的要求に限られる ☒ 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てをチェック、問題なしで同様の症状を認める場合を含む)
☐ 無 ☒ 有

(4) その他の精神・身体症状
☐ 無 ☒ 有 症状名:

問題や困難、認知精神症状がある → 在宅看護シート、精神・認知シートへ
 専門医受診の有無 ☒ 有 () ☐ 無

症状名に失語症・高次脳機能障害の記載があれば → リハビリテーションシートへ

(5) 身体の状態
 利き腕 (□右 □左) 身長 = cm 体重 = kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 ☒減少)
☐四肢欠損 (部位: _____)
☐麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重) 減少の場合→栄養状態シートへ
☐右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)
☐その他 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)
☐筋力の低下 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)
☐関節の拘縮 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)
☐関節の痛み (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)
☐歩行・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左
☒褥瘡 ☐その他の皮膚疾患 褥瘡、その他皮膚疾患にチェックがある→圧疮管理シートへ

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 ☐ 自立

車いすの使用 ☐ 用いていない

歩行補助具・装具の使用(療養選択可) ☐ 用いていない

(2) 栄養・食生活

食事行為 ☐ 自立ないし何とか自分で食べられる

現在の栄養状態 ☐ 自立 ☐ 自立ないし何とか自分で食べられる

栄養・食生活上の留意点 ☐ 留意点に記載がある ☐ 留意点に記載がない

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

☒ 尿失禁 ☒ 転倒・骨折 ☒ 移動能力の低下 ☒ 嚥下 ☒ 口腔ケア能力の低下 ☒ 男じこもり ☒ 意欲低下 ☒ 徘徊

☒ 低栄養 ☒ 摂食・嚥下機能低下 ☒ 脱水

期待できる ☐ リハビリテーションシートへ

(4) サービスによる生活機能の維持・改善の期待

☒ 期待できる ☐ 期待できない

(5) 医学的管理の必要性

☒ 訪問診療 ☒ 訪問

☒ 訪問薬剤管理指導 ☒ 訪問リハビリテーション

☒ 訪問栄養食事指導 ☒ 通所リハビリテーション

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 ☐ 時になし ☒ あり

・摂食 ☐ 時になし ☒ あり

・嚥下 ☐ 時になし ☒ あり

(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)

☐ 無 ☒ 有

主治医意見書をよく読み取り

可能性やリスクに気が付き

医療専門職と連携

報告 連絡 相談 しよう

つながるシート

つながるシート早見表

認定調査項目						つながるシート					
						在宅歯科	在宅医療	リハビリテーション	栄養状態	精神・認知	在宅看護
1	身体機能・起居動作										
1	麻痺の有無										
	左上肢	有	無					○			
	右上肢	有	無					○			
	左下肢	有	無					○			
	右下肢	有	無					○			
	(その他)	有	無					○			
2	拘縮の有無	有	無					○			
	肩関節	有	無					○			
	肘関節	有	無					○			
	膝関節	有	無					○			
	(その他)	有	無					○			
3	寝返り	つかまらないでできる	両側につかまればできる	できない				○			
4	起き上がり	つかまらないでできる	両かにつかまればできる	できない				○			
5	座位保持	できる	両かの手で支えればできる	支えてもらえればできる	できない						
6	両足での立位	支えなしでできる	両か支えがあればできる	できない							
7	歩行	つかまらないでできる	両かにつかまればできる	できない				○			
8	立ち上がり	つかまらないでできる	両かにつかまればできる	できない							
9	片足での立位	支えなしでできる	両か支えがあればできる	できない							
10	浴身	介助されていない	一部介助	全介助	行っていない						
11	つめ切り	介助されていない	一部介助	全介助							
12	視力	普通	約1m離れた視力検査表の図が見える	目の前の視力検査表の図が見える	ほとんど見えない						
13	聴力	普通	普通の声がやっと聞こえる	かなり大きな声ならやっと聞こえる	ほとんど聞こえない						
2	生活機能										
1	移動	介助されていない	見守り等	一部介助	全介助			○			
2	移動	介助されていない	見守り等	一部介助	全介助			○			
3	えん下	できる	見守り等	できない		○	○		○		
4	食事摂取	介助されていない	見守り等	一部介助	全介助				○		
5	排泄	介助されていない	見守り等	一部介助	全介助			○			
6	排便	介助されていない	見守り等	一部介助	全介助			○			
7	口腔清潔	介助されていない		一部介助	全介助	○			○		
8	洗髪	介助されていない		一部介助	全介助			○			
9	整髪	介助されていない		一部介助	全介助						
10	上着の着脱	介助されていない	見守り等	一部介助	全介助						
11	ズボン等の着脱	介助されていない	見守り等	一部介助	全介助						
12	外出頻度	週1回以上	月1回以上	月1回未満							
3	認知機能										
1	意思の伝達	意思を相手に伝達できる	時々伝達できる	ほとんど伝達できない	できない			○			
2	毎日の日課を理解	できる	できない					○			
3	生年月日をいう	できる	できない					○			
4	短期記憶	できる	できない					○			
5	自分の名前を言う	できる	できない					○			
6	今の季節を理解	できる	できない					○			
7	場所の理解	できる	できない					○			
8	徘徊	ない	ときどきある	ある				○			
9	外出して戻れない	ない	ときどきある	ある				○			
4	精神・行動障害										
1	被害的	ない	ときどきある	ある						○	○
2	作偽	ない	ときどきある	ある						○	○
3	感情が不安定	ない	ときどきある	ある				○		○	○
4	昼夜逆転	ない	ときどきある	ある						○	○
5	同じ話を繰り返す	ない	ときどきある	ある						○	○
6	大声を出す	ない	ときどきある	ある						○	○
7	介護に抵抗	ない	ときどきある	ある				○		○	○
8	落ち着きなし	ない	ときどきある	ある						○	○
9	一人で出たがる	ない	ときどきある	ある						○	○

要介護認定調査の
調査資料をよく診て
健康や生活機能の
改善の可能性や
悪化のリスクに気づく

医療専門職との意見交換を経て。本人・家族により良く説明できる

支援内容に具体的目標や本人家族の
取り組むべきこと、ケア内容を表現で
きる

つながるシート

2. つながるシートの6領域について

1) 在宅歯科のつながるシート

◎下記の項目のいずれかにチェックが入った場合に、このシートを活用してください。

【主治医意見書から】

- ☐ 3. 「心身の状態に関する意見」の(1)認知症高齢者の日常生活自立度がⅡb以上
- ☐ 4. 「生活機能とサービスに関する意見」の(2)栄養・食生活で栄養状態が「不良」
- ☐ 4. 「生活機能とサービスに関する意見」(5)医学的管理の必要性の「訪問歯科診療」「訪問歯科衛生指導」

【認定調査票から】

- ☐ 2-3 えん下が「見守り」または「できない」
- ☐ 2-7 口腔清潔が「一部介助」または「全介助」

主治医意見書・認定調査票に1つ以上☑が付いたら下記のつながるシートでアセスメントを行います。

在宅歯科のつながるシート

利用者名： 年齢 性別：男・女 確認日： 年 月 日
介護度：要支援1・2 要介護1・2・3・4・5・申請中

1	口に痛み・はれ・出血のいずれかがある	☐ はい ☐ いいえ
2	歯のないところが、そのままになっている	☐ はい ☐ いいえ
3	入れ歯が合っていない	☐ はい ☐ いいえ
4	口の中が汚れている	☐ はい ☐ いいえ
5	舌の表面が汚れている	☐ はい ☐ いいえ
6	入れ歯が汚れている（清掃していない）	☐ はい ☐ いいえ
7	口臭がある	☐ はい ☐ いいえ
8	口の場きが気になる	☐ はい ☐ いいえ
9	食事中にむせることがある	☐ はい ☐ いいえ
10	食事のあとに痰がよく絡む	☐ はい ☐ いいえ
11	硬いものが食べにくくなった	☐ はい ☐ いいえ
12	食べこぼしが多くなった	☐ はい ☐ いいえ
13	飲み込むまでに時間がかかる	☐ はい ☐ いいえ

茨城県歯科医師会「お口のチェックシート」より

つながるシートで1つ以上「はい」に☑がついたら、まずはかかりつけの歯科医師にこのシートをもって相談してください。

かかりつけがない場合は下記の機関にご相談ください。



茨城県歯科医師会
在宅歯科医療連携室
(http://www.ibasikai.or.jp/?page_id=69)
TEL：029-215-2176
(月～土 9:00～17:00)

つながるシートでは

主治医の意見を基に
主治医
歯科医師 歯科衛生士
看護職
薬剤師
管理栄養士
リハビリ専門職
精神認知ケア

につながる力の向上を
工夫されています

課題整理総括で 医療療養課題の見通しとニーズを 見落とさないために

利用者名 I 回復期リハビリテーション病院入院中 0 殿

作成年月日 2024 年 8 月

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)	① 脳出血左半身不全片麻痺	② 糖尿病・高血圧・高脂血症・白癬の 治療中	③ 軽度高次脳障害 失認・失行・注意障害・感情失禁
	④ 口腔器機能障害・義歯不具合	⑤ 実際場面での動作・行為方法の未 修得	⑥ 自宅・店舗併用環境 環境の未整備

利用者及び家族の 生活に対する意向	本人：元のように歩けるようになって、トイレ を担いたい。 夫を助けて酒屋の仕事を手伝いたい 夫：焦らず穏やかに過ごしてほしい。転
----------------------	---

状況の事実 ※1		現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容等)
健康状態(疾病の状況など)※		支障なし 支障あり	①・②	改善 維持 悪化	脳出血による左片麻痺。生活習慣病。
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助	①・②・③	改善 維持 悪化	降圧剤・糖尿病治療薬等服薬中。手 渡せば飲める。白癬飲み薬と塗り薬。 誤嚥性肺炎の既往。軟食・むせやすい。
食事	食事内容	支障なし 支障あり	②・④	改善 維持 悪化	左手は補助的にも使いにくい・右手箸 使用。
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	慌てなければむせずに飲める。
	水分摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	入院時行わない。立位不安定。片手 作業。
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助	①・④・⑤	改善 維持 悪化	口腔周囲しびれ 不全感。義歯不具 合。
口腔	口腔状態・衛生	支障なし 支障あり	①・④	改善 維持 悪化	自分で歯磨き左側不全。義歯の洗浄。 足爪白癬。乾燥肌保湿ケアを受けて いる。
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	①・④	改善 維持 悪化	
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり	②	改善 維持 悪化	

見 通 し ※5	生
* 通院や適切な薬の服用は重要。血圧を自分で測り 記録できるのでは。自身でも意識して健康管理してほ しい。近医のT医師が主治医。病院と病診連携の体 制を。	もう 理 不 な し、
* 適切な服薬とバランスのとれた食事内容の調整が できれば、生活習慣病だけでなく、脳出血の再発予防 もできる。また、義歯の調整や口腔機能の向上がはか れば、誤嚥性肺炎の予防にもつながると考えられ る。(管理栄養士の指導があると良い)	
* 本人は料理が好きとのこと。すぐにな困難だが可能 性はある。と病院OT。家事行為練習は基礎練習習得 後	自 立 も 影 響 きた
* 白癬改善中。治療薬塗布継続で足の状況をよくす	

介護保険制度 介護支援専門員 これから

今・・・

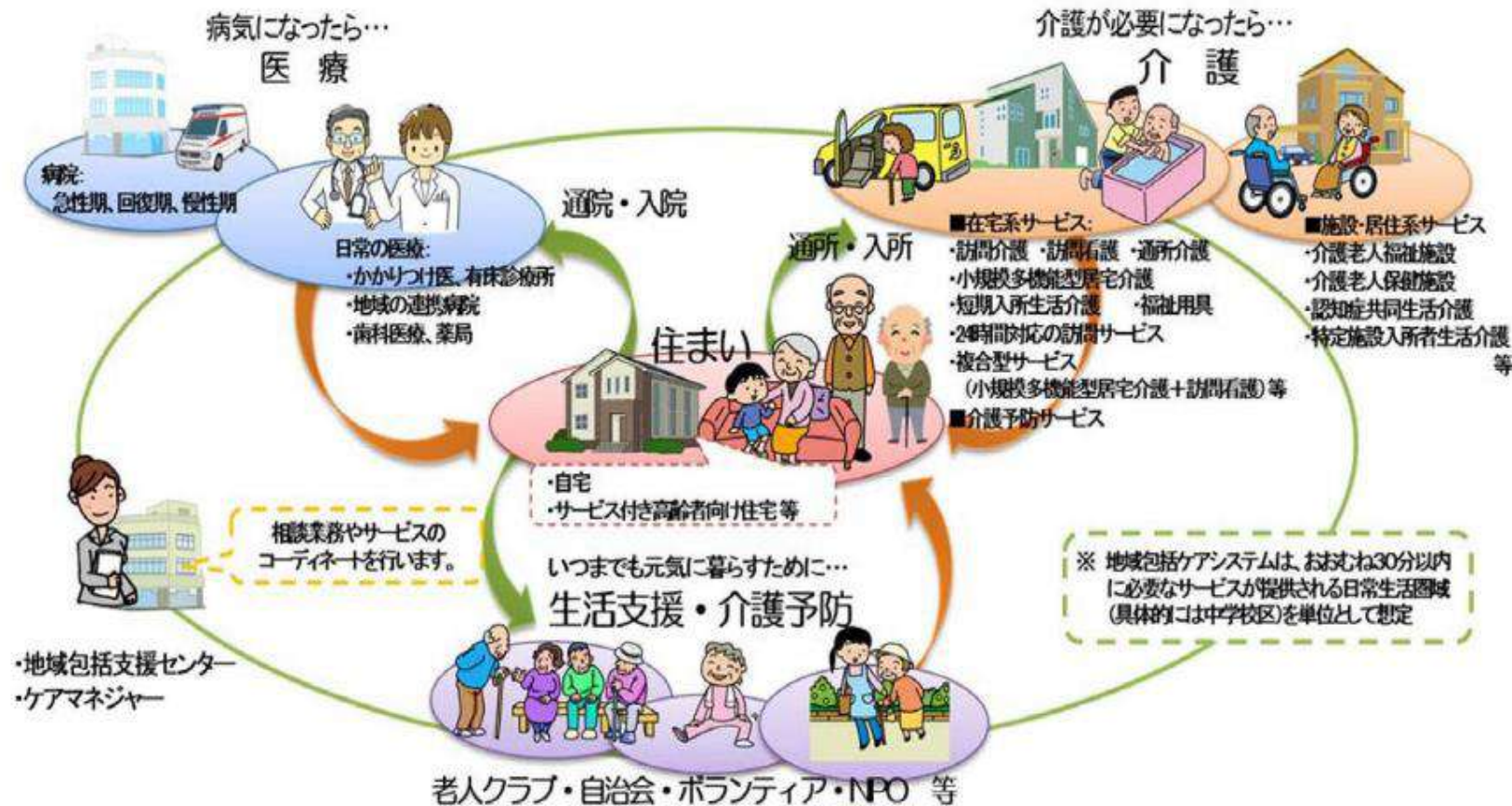


次世代とは 現に50歳から70歳のひとたち

- **団塊の世代**とは1947年～1949年に生まれた世代のことです。1951年生まれまでを指す場合もあります。第二次世界大戦終戦の1945年のすぐ後に生まれ日本の経済成長をけん引してきた。「団塊の世代」の由来は、小説『団塊の世代』(堺屋太一著)。人口がとて多い世代が高齢化したときに、将来起こりうる問題を予測する小説として月刊『現代』に連載されていました。「団塊」とは、「地層中にある周囲と成分の異なる物質で、丸みがある大小さまざまな塊状のもの」のことです。この言葉が小説の題名に使われた。好景気から不況までさまざまな景気を経験している、変遷の時代を生きてきて 多様な生き様の集合体のようなひとたちをさします。団塊ジュニア世代へ
- **高校進学率が高くなった世代** 大学卒業者の割合も高く 専門職も多く 昭和・平成の日本を支えてきた。
- 学生運動も盛んであったり、海外の様々な価値観や文化を取り入れて 男女平等の意識も高く。価値観が多様化している。 自分の意見をはっきり言う 主張する力も高い世代。納得すれば手にとる 取り入れる特徴。
- **競争意識が強い性格**。同世代の人口が多いため、受験や就職活動、出世などで、常に激しい競争を余儀なくされました。そのため、競争意識が強い性格の人が多いとされています。権利意識も高く 損・得についての意識も高い。
- **頑張ったら報われるという感覚が強い**。ほぼ全員がスマホを使いこなし 情報を得る吟味する力がある人が多い。
- 家族の在り方の変遷が・・・親世代と子世代の分離・・・家意識の希薄化・・・

自立支援と本人・家族の心構え

地域包括ケアシステムの姿



介護保険法

・第一条（目的）

この法律は 加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排泄、食等の介護、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もの等について、これらの物が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスにかかる給付を行うため、国民の協働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

- ・ 第四条（国民の努力義務）

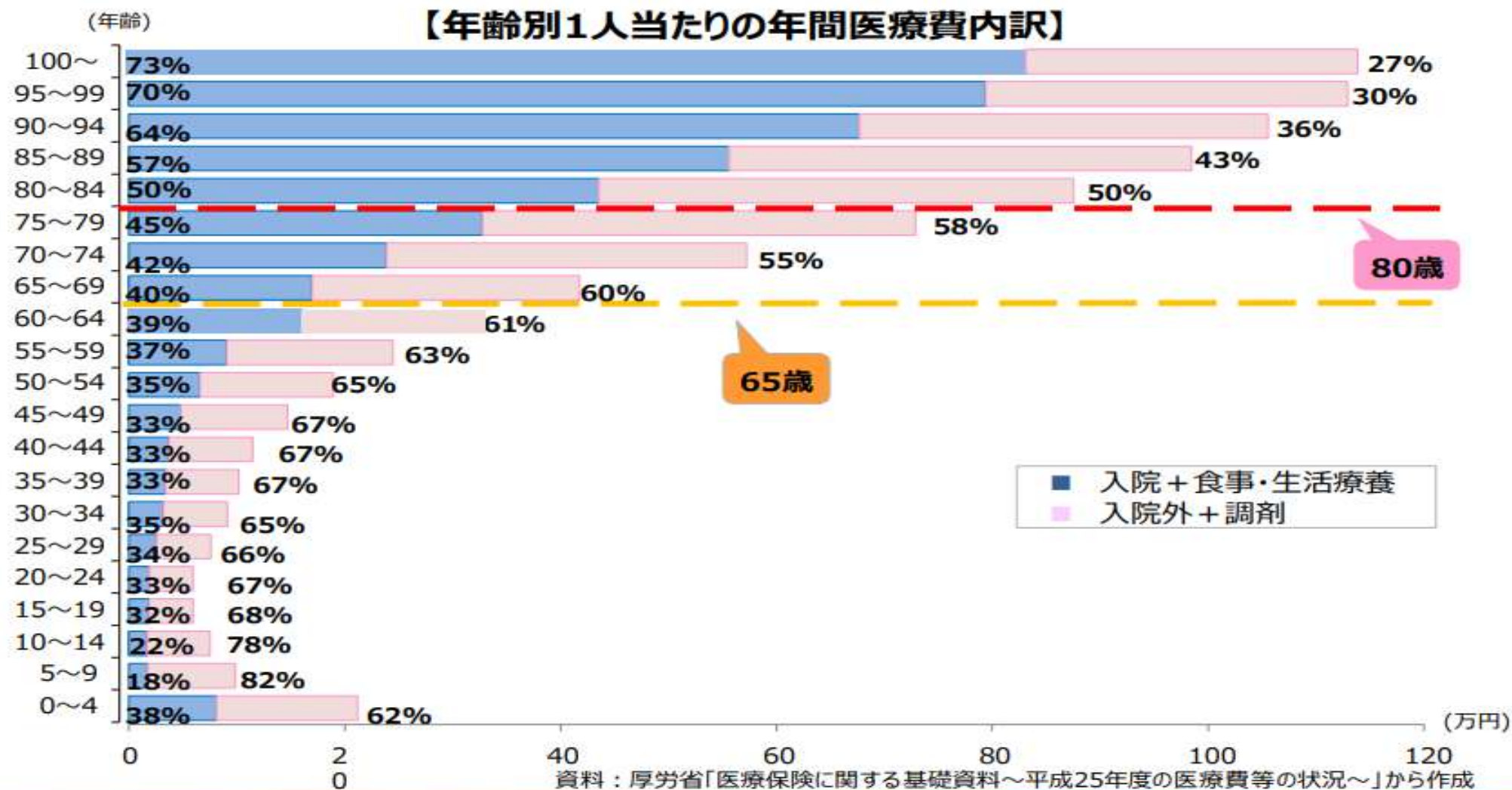
国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

- ・ 2 国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする。

- ・（国及び地方公共団体の責務）

年齢別 1人当たりの年間医療費（平成25年度）

- 一人当たり医療費は、乳幼児期を除くと年齢とともに多くなるが、**65歳以降急速に増加し、80歳以降は入院に係る費用（入院+食事・生活療養）の割合が高くなる。**



ケアマネジメントの質の向上と利用者負担の財務省的議論

財務省

【論点】

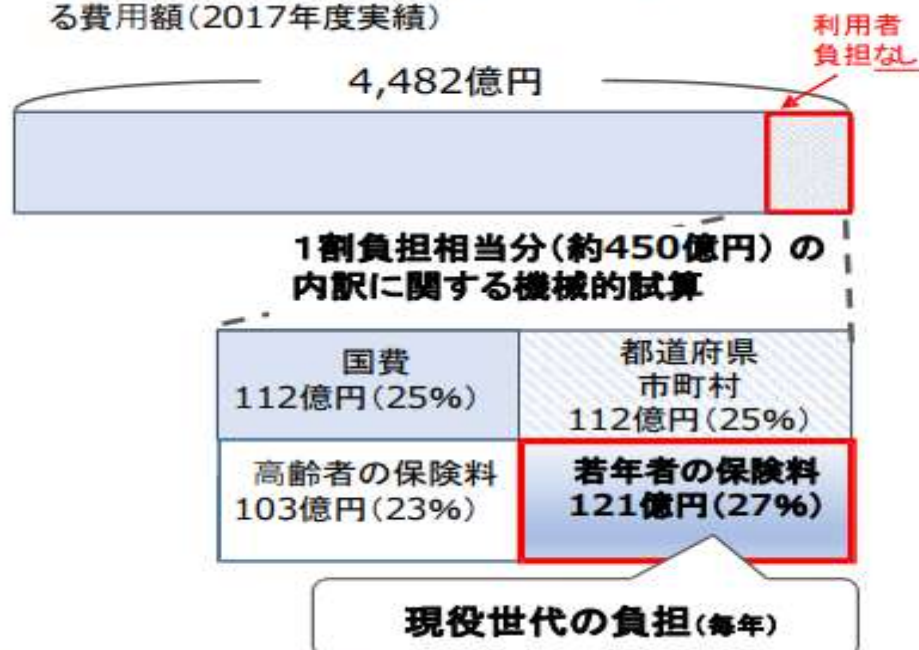
- 介護保険サービスの利用にあたっては、一定の利用者負担を求めているが、居宅介護支援については、ケアマネジメントの利用機会を確保する観点等から利用者負担が設定されていない。このため、利用者側からケアマネジャーの業務の質へのチェックが働きにくい構造。
- ケアマネジメントの質の評価とあわせて、利用者自身が自己負担を通じてケアプランに関心を持つ仕組みとした方が、サービスの質の向上につながるだけでなく、現役世代の保険料負担が増大する中、世代間の公平にも資するのではないか。

(参考)経済財政運営と改革の基本方針2018

「介護のケアプラン作成、多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービスについて、給付の在り方を検討する。」

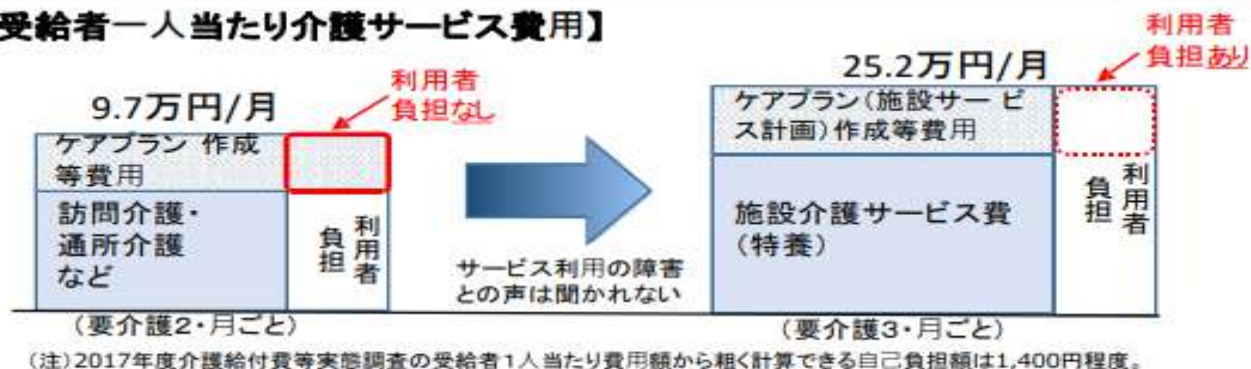
【ケアマネジメントに係る費用のイメージ】

- ケアマネジメント(居宅介護支援)に係る費用額(2017年度実績)



(注)自己負担は、所得の状況に応じて1～3割となることに留意。

【受給者一人当たり介護サービス費用】



【ケアマネジメントの質の向上に向けたイメージ】



【改革の方向性】(案)

- 頻回サービス利用に関する保険者によるケアプランチェックやサービスの標準化の推進と併せ、世代間の公平の観点等も踏まえ、**居宅介護支援におけるケアマネジメントに利用者負担を設けるとともに、ケアマネジメントの質を評価する手法の確立や報酬への反映を通じて、利用者・ケアマネジャー・保険者が一体となって質の高いケアマネジメントを実現する仕組みとする必要。**

- 介護保険サービスの利用にあたっては一定の利用者負担を求めているが、**居宅介護支援（ケアマネジメント）**については、要介護者等が積極的にサービスを利用できるようにする観点から、利用者負担をとらない例外的取扱いがなされてきた。しかしながら、介護保険制度創設から約20年が経ち、**サービス利用が定着し、他のサービスでは利用者負担があることも踏まえれば、利用者負担を導入することは当然。**
 - 制度創設時、ケアプラン作成は「高齢者の自立を支援し、適切なサービスを確保するため、…そのニーズを適切に把握したうえで、ケアプランを作成し、実際のサービス利用につなぐもの」（「高齢者介護保険制度の創設について」（1996））とされていたが、その趣旨にそぐわない実情も見られる。具体的には、ケアマネ（居宅介護支援）事業所の約9割が他の介護サービス事業所に併設しており、「法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた」という経験を見聞きしたケアマネジャーが約4割いるなど、サービス提供に**公正中立性の問題が存在することが窺える**。更に、ケアマネジャーは、インフォーマルサービスだけでなく、介護保険サービスをケアプランに入れなければ報酬を受け取れないため、「**介護報酬算定のため、必要のない福祉用具貸与等によりプランを作成した**」ケアマネジャーが一定数いることが確認されている。
- 利用者が自己負担を通じてケアプランに関心を持つ仕組みとすることは、ケアマネジャーのサービスのチェックと質の向上にも資することから、令和6年度に開始する第9期介護保険事業計画期間から、ケアマネジメントに利用者負担を導入すべきである。
- また、福祉用具の貸与のみを行うケースについては報酬の引下げを行う等サービスの内容に応じた報酬体系とすることも、あわせて令和6年度報酬改定において実現すべきである。

◆ケアマネジャーに聞いた「過去1年間に以下のような経験をしているケアマネジャーについて見たり聞いたりしたことがあるか」

法人・上司からの圧力により、自法人のサービス利用を求められた

本来であればフォーマルサービスは不要と考えていたが、介護報酬算定のため、必要のない福祉用具貸与等によりプランを作成した



約4割



約15%

(例) 歩行補助つえを3年間使用する場合(1割負担の者)

販売価格: 約1万円 レンタル価格: 約1,500円/月

購入する場合

自己負担: 約10,000円

福祉用具貸与

自己負担: 約5,400円
(約1,500円 × 36月)

貸与に係る給付費: 約48,600円
(約1,350円 × 36月)

ケアプラン作成等のケアマネジメントに係る給付費:
約360,000円(約10,000円 × 36月)

総額: 約414,000円

購入する場合と比べて約40万円以上の費用を要している

※令和2年度予算執行調査によれば、福祉用具貸与のみのケアプランの割合は6.1%

でも利用者のその人らしい暮らしの継続のためには、
自立支援に向けた可能性だけでなく、状態悪化がなるべくおきない
ようにする視点も大切・・・

介護保険法においても・・・

・ 要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する・・・



- ・悪化の防止って具体的にどのようなことだろう・・・
- ・病気の悪化や再発によって状態が悪化することもあるのではないだろうか？
- ・そのような考え方から、悪化の防止に資する支援の1つは、“今の病気が悪くならない、もしくは再発しない”ようにマネジメントすることが大切なのではないか。

これからの20年の介護支援 私論

- 介護支援専門員が要援護者・市民ひとりひとりに
頼りになり 期待に応え得る 専門職に成長していく
- 望む暮らしへ 本人自身が家族が 課題に向き合い
自己決定できるための 適切な見たて、説明、
効果的で費用対効果の高い手立て ができる専門性
- 年収700万円を超える専門性と公正中立実現へ向け
独立。協働居宅運営の可能性。ワークサポートケアマネジャー
ライフプランナーとしての職域拡大
居宅介護支援事業所と通いの場・集いの場
- 働き甲斐のある 目指したい魅力的な職種へ
- 県・保険者・他専門職能団体に信頼される存在

**介護支援専門員の専門性
介護支援専門のこれから
AI セルフマネジメント・・・
の行方**

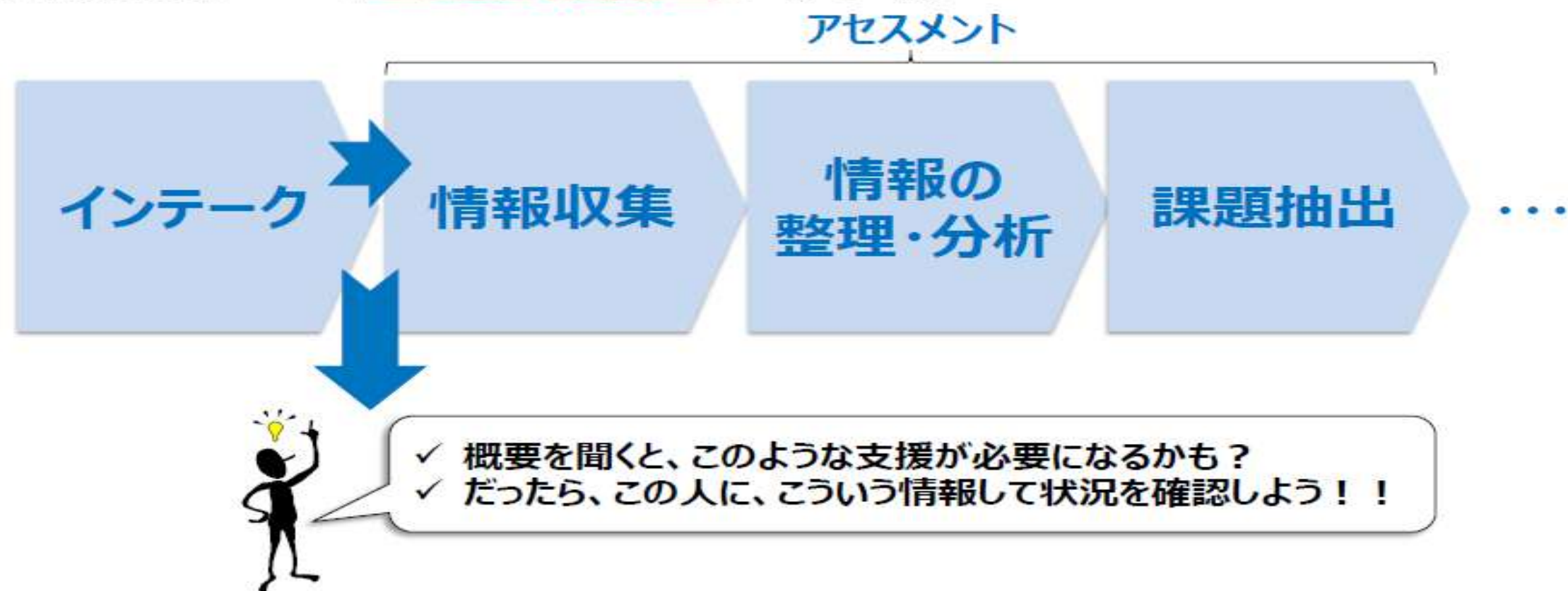


**適切なケアマネジメント・・・
ケアマネジメント業務の標準化**

**私たちが
対象者の健康を護い
生活行為向上へ支援するための基礎
知識と取り組みの整理し
費用対効果に見合う専門性を確保**

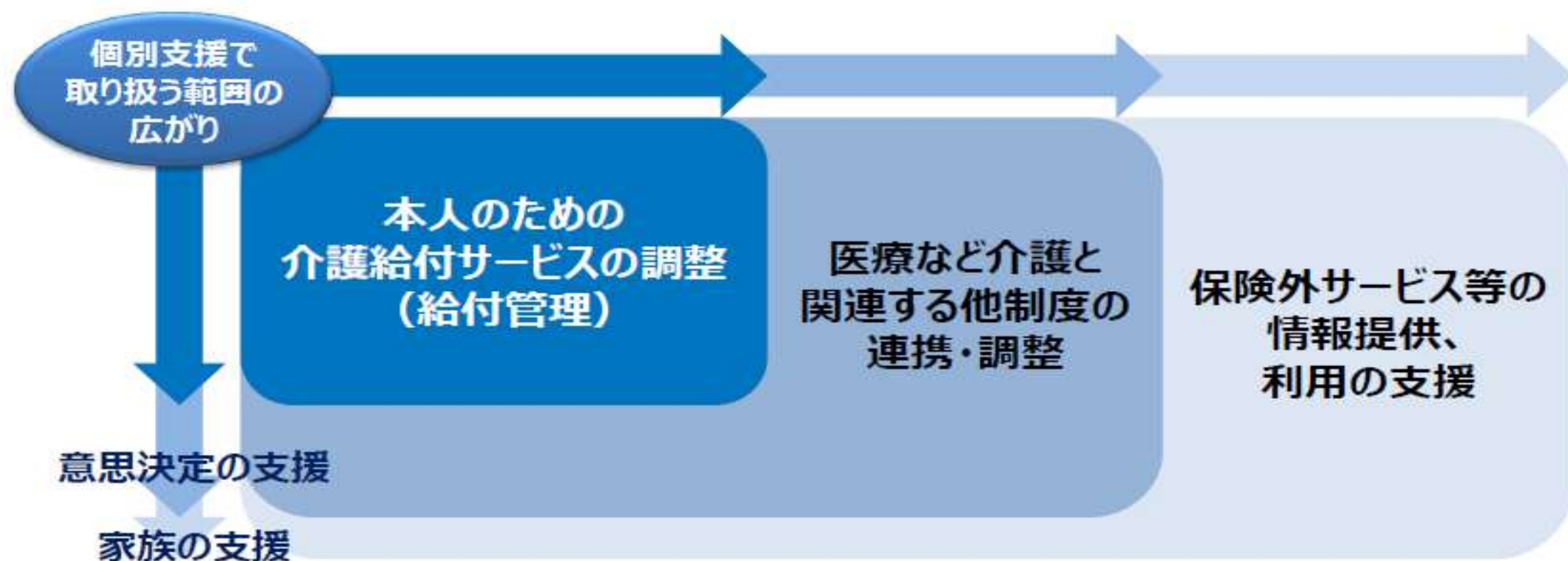
ベテランのケアマネジャーが考えていること

- 知識と経験豊富なベテランのケアマネジャーは、網羅的な情報収集に手を付ける前に、限られた概要情報から、「どのような支援が必要な可能性があるか」、「どのようなことを詳しく確認する必要か」について、**“あたり（仮説）”**をつけている。



これからのケアマネジャーに期待されること

- 地域差はあるものの、様々な社会資源が登場しており、同じ支援内容を実現するにも複数の選択肢がある場合が増えてきた。
- 幅広い視野を持ってサービスを調整していくためには、サービス種別ではなく、「どのような支援（内容）が必要か」を、根拠を持って説明できることが重要になる。



標準化がねらいとしていること

- ケアマネジメント標準化で整理した知見は、ケアマネジャーの職域が培ってきた知見を体系化し、誰もがこれを参照すれば、一定の水準のケアマネジメントが実践されるようにする「**共通化された実践知**」である。
- 体系化されているので他の職種にも示しやすく、結果的に、多職種間の連携が進むことも期待している。

知見の平準化

ケアマネジメントの
質の向上

多職種間の
連携推進



指導や助言の標準化

- ケアマネジメント標準化で整理した項目の活用場面は、個別事例を担当するケアマネジャーの知識向上や業務効率化だけに留まらない。
- 地域ケア会議（個別ケア会議）やケアプラン点検などの場で、ケアマネジャーに対して提供される指導・助言の内容のばらつきを防ぎ、多職種間での連携体制が構築されやすいよう、地域づくりの観点で活用してもらうことも想定される。



「標準化」実践のイメージ

- ・介護支援専門員は必要な知識を共有することで、かかりつけ医等多職種の助言、情報を有効に活用でき、効果的なアセスメントが可能となる。それにより現在の生活課題及び生活の将来予測が可能となり、多職種との役割分担、協働が推進される。
- ・その結果、不適切な支援は排除され、自立支援に資する適切なケアマネジメントが推進される。

【知識の共有】

- かかりつけ医等との連携
- 高齢者の生理・心理
- 疾患（状態の理解）
- 想定される支援内容

かかりつけ医等の助言
情報の授受

アセスメント

- ・自立の阻害要因
- ・生活上の将来予測

想定される支援内容

ケアプラン原案
（サービス種別決定）

アセスメント～ケアプラン原案作成

※暗黙知→明白知

知識・視点等の共有化を図る事により、最低限必要な支援内容を確認でき効果的なアセスメントを実施。従来、この「アセスメント～支援内容」を導きだす思考過程において属人的な判断が行われていたことから支援内容に差違が生じていた。

モニタリングすべき事項と役割を多職種で共有化協働する事により、随時適切な状態把握が可能。その結果状態に応じたサービス提供がなされ不適切なサービスが排除される。

サービス担当者会議

ケアプラン確定

支援の実行

モニタリング

かかりつけ医等へ報告
助言内容の確認

モニタリングの方法の共有化

ケアマネジメントプロセスに沿った支援にあたってのポイント

基本ケア

I 尊厳を重視した意思決定の支援

I-1-1 疾病のや心身状態の理解

疾病管理 健康支援 リスクの確認 体調良く元気に過ごすための取り組みの
提案が出来るための情報の確認と支援の視点把握と説明

I-1-2 現在の生活の全体像の把握

暮らしの現在・過去・未来、ADLの実情・能力、一週間の生活リズム
より良い 望む暮らしへ向けての行動変容の提案が出来るような・・・

I-1-3 目指す生活を踏まえたリスクの予測（とリスク回避への提案）

受診 口腔 栄養 水分 運動 転倒予防 危機の回避と生活の継続支援

I-1-4 緊急時の対応のための備え

感染予防・急な体調不全の対応・感染蔓延時・災害時への備え

I-2-1～4 意思決定過程の支援

（あなたが決めて良いのだという事 出来るだけより良くあなたらしく あなたの
望む暮らしにそって暮らすために）

適切で正確でわかりやすい情報 意思醸成の支援 表明支援

将来の生活の見通しを立てる支援等

ケアマネジメントプロセスに沿った支援にあたってのポイント

基本ケア

II これまでの生活の尊重と継続の支援

II-1 予測に基づく心身機能の維持向上、フレイルや(生活障害の)重度化予防

II-1-1・2・3・5

水分・栄養・口腔・嚥下・運動・活動・認知判断機能の維持 等

I でも扱うが 受診や服薬 新たな医療課題に早期対応 等

I でも重要だが 健康・体調の自己管理 機能維持のための取り組み
フレイル予防のための活動と参加 感染症の予防と対応支援等

II-1-4 心身機能の維持・向上の支援（生活適応期リハビリ）

II-2 日常的な生活継続の支援

II-2-1・2・3

生活リズム 活動 休養 睡眠 食事 栄養 排泄 清潔 身だしなみや
身辺管理 より良い 望む暮らしへ向けての行動変容の提案

II-3 家庭内(家事)やコミュニティでの役割支援 再獲得の支援 II-3-1・2・3・4

喜びや楽しみ、強みを引き出す視点・支援 IADLの遂行 家庭内での存在や役割
コミュニケーション 社会参加 新たな関係づくり 過ごし方 興味関心の維持 社会性

ケアマネジメントプロセスに沿った支援にあたってのポイント

基本ケア

Ⅲ 家族等への支援

Ⅲー1 家族等への支援

Ⅲー1ー1・2

支援を必要とする家族等へのサポート 家族の健康と自己実現

家族の理解と協力 経済的側面や心理的側面も含めて 生活の継続

本人と家族等に関わる理解者を増やすことの支援

Ⅲー2 ケアに参画するひとへの支援

Ⅲー2ー1・2

本人を取り巻く支援体制の整備とチームマネジメント

支援方針や自立支援の視点の共有

同意してケアに参画するひとへの支援

ケアマネジメントプロセスに沿った支援にあたってのポイント

疾患・症候群別適切なケアマネジメント

- (1) 脳血管疾患のある方へのケア Ⅰ期 Ⅱ期
- (2) 認知症のある方へのケア
- (3) 大腿骨頸部骨折のある方へのケア Ⅰ期 Ⅱ期
- (4) 心疾患のある方へのケア Ⅰ期 Ⅱ期
- (5) 誤嚥性肺炎の予防のためのケア

人生の終盤から看取り期の支援

家族への支援の視点や

社会資源の活用に向けた関係機関との連携

ケアマネジメントプロセスに沿った支援にあたってのポイント

疾患・症候群別適切なケアマネジメント

(1) 脳血管疾患のある方へのケア I 期 II 期

I 期(病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期)

1 再発予防 1-1・2・3

血圧等基本的疾患管理、合併症・他の疾患の留意、環境調整 服薬支援、脱水注意、健康の自己管理

← 基本ケア I・II

2 生活機能の維持向上 2-1・2・3・4

心身機能の回復・維持、心理的回復の支援、活動と参加に関わる能力の維持・改善、コミュニケーション能力の維持改善、社会参加の機会の確保、リスク管理(食事・栄養・転倒)

II 期(病状が安定して、個別性を踏まえた生活の充足へ向けた設計をする時期)

1 継続的な再発予防 1-1・2・3

血圧等基本的疾患管理、合併症・他の疾患の留意、環境整備、生活習慣の維持
服薬支援、脱水注意、健康の自己管理

← 基本ケア I・II

2 セルフマネジメントへの移行 2-1・2・3・4

心身機能の回復・維持、心理的回復の支援 (受容支援・行動変容確認と継続的支援)
活動と参加に関わる能力の維持・拡大、新たな価値・機能の獲得の支援
確認と継続的な支援、社会参加の機会の確保、リスク管理(食事・栄養・転倒)

ケアマネジメントプロセスに沿った支援にあたってのポイント

疾患・症候群別適切なケアマネジメント

(2) 認知症のある方へのケア

0 ここまでの経緯の確認

発症のエピソード 生活上の支障 家族の認識 受診 診断
支援の前提としての医療及びほかの専門職の関りの把握

1 本人及び家族・支援者の認識の理解

本人や家族、支援者が抱く感情と想いの理解、疾患に対する受け止め・認識
変化していくことを念頭においての認知症の総合アセスメントの実施

2 将来の準備と視点としての意思決定の支援 ⇐ 基本ケア

意思決定支援の重要性理解 本人の意思を捉えるため発言やエピソード等把握

3 必要に応じた連携体制の構築

4 基本的な生活の支援

5 これまでの生活の尊重と重度化の予防

6 行動・心理症状の予防・重度化の防止

7 家族等への対応 ⇐ 基本ケア 将来にわたり本人の望む暮らしの支援を共有

ケアマネジメントプロセスに沿った支援にあたってのポイント

疾患・症候群別適切なケアマネジメント

(3) 大腿骨頸部骨折のある方へのケア I 期 II 期

I 期 (病状が安定し、自宅での生活を送ることができるようにする時期)

1 再骨折の予防 1-1・2 ⇐ 基本ケア リスク評価 留意点の確認

転倒予防の手立て、合併症・他疾患の留意、環境調整、視聴覚やバランス反応注意、健康の自己管理 ⇐ 基本ケア I・II 生活適応期のリハビリ体制

2 骨折前の生活機能の回復 2-1・2・3

歩行の獲得 向上、生活機能の回復、社会参加の回復

II 期 (病状が安定し、個別性を踏まえた生活の充足に向けた設計と セルフマネジメントの理解の促進を図る時期)

1 再骨折の予防 1-1・2

生活上の危険部分の確認と注意 生活の拡大に伴って危険の内容も変化
歩行補助具や安全な動作の確認 生活機能向上へのリハビリ取り組み
筋支持性の強化 柔軟性の向上 バランスの改善 骨粗しょう症の予防

2 セルフマネジメントへの移行 2-1

介護保険サービスの終結へ向けた理解の促進 環境の整備 自助、互助への移行
社会参加の機会の維持・拡大

ケアマネジメントプロセスに沿った支援にあたってのポイント

疾患・症候群別適切なケアマネジメント

(4) 心疾患のある方へのケア I 期 II 期

I 期 (退院後の期間が短く、医療との関りが強い時期)

1 再入院の予防 1-1・2・3 ← 基本ケア リスク評価 留意点の確認

疾患の理解と療養指示の順守、確実な服薬、併存疾患・合併症・他疾患の留意、
健康の自己管理・リスクの管理 ← 基本ケア I・II 生活適応期心肺機能リハビリ
療養を続けるための療養・体制整備 負荷のかかる動作 生活の改善 気温差の留意

2 生活機能の回復 2-1・2

心疾患の状況に応じた生活・暮らし方の支援、心理的な支援、社会参加の回復

II 期 (状態が安定から不安定な状況にある時期)

1 再入院の予防 1-1・2・3

疾患の理解と療養指示の順守、確実な服薬 併存疾患・合併症・他疾患の留意、
健康の自己管理・リスクの管理 (塩分・水分・浮腫み・体重・血圧) ← 基本ケア I・II
急性増悪の予防 負荷のかかる動作 生活の改善 気温差の留意

2 生活機能の維持 2-1・2

ステージに応じた生活・暮らし方の支援(活動と参加・継続的リハビリテーション・入浴
行為の留意・休養睡眠)・心理的な支援

3 エンドオブライフに向けた心づもりや検討 3-1

ケアマネジメントプロセスに沿った支援にあたってのポイント

疾患・症候群別適切なケアマネジメント

(5) 誤嚥性肺炎の予防のためのケア

0 誤嚥性肺炎の予防の必要性の理解 0-1

誤嚥に関わる疾患・症状・状況 エピソード 食事や水分の状況
本人・家族の認識 受診 予防の視点

1 リスクの再評価 1-1 ← 基本ケア

誤嚥に関わるリスクに関する情報の収集・誤嚥による肺炎のリスクの把握
食事や水分の状況 食事姿勢 等 本人・家族の意識

2 日常的な発症 及び 再発の予防 2-1・2 ← 基本ケア

摂食・嚥下機能支援 リスクを小さくする支援 フレイル予防への栄養 口腔ケア

3 再評価 3-1-1 一定期間ごとのリスクの再評価

4 変化を把握した時の対応体制の構築 4-1・2

短期的変化 リスクの増大時にどう対応するのか リスク対応のための支援チーム構築

ケアマネジメントプロセスに沿った支援にあたってのポイント

疾患・症候群別適切なケアマネジメント

人生の終盤から看取り期の支援

医療課題だけでなく生活課題 人生の心残りのない過ごし方

家族支援などケアマネジャーの専門性をさらに発揮できるようになりたい

家族への支援の視点や

社会資源の活用に向けた関係機関との連携

基本ケアの家族支援のみならず 関連法の理解活用 地域課題の解決

インフォーマルサポートの適切な活用 等 の力も発揮したい

モニタリングには評価しやすい ケアプランの内容も大切

- 安心して生活できる
- 負担のない食事摂取ができる
- 自分のことができるようになりたい
- A D L の維持・向上
- 安全な入浴ができる
- 入浴することによりリラックスできる
- これ以上悪くならないようにしたい
- 元のように自立した生活を送りたい
- おいしく安全に食事がしたい
- 家族の介護負担の軽減（のみしかない）

**根拠が弱いと目標や
ニーズが曖昧に。
目標やニーズが曖昧
だとモニタリングや評
価が難しい。**

**モニタリングがしづらいということは個別サービス計画
が作成できず、具体的ケアの実践ができない**

活用上の留意点① 個別化

- 「想定される支援内容」の全てが必要とは限らない。本人や家族の生活状況や地域事情を踏まえて、その人の目指す生活の実現に向けたプランにすることが重要。
- その際、その人や家族が持つストレングスや意欲を踏まえることで、より効果的な支援となる可能性が高まる。

- ✓ その人・家族の生活状況
- ✓ スtrenグスや意欲
- ✓ 地域の事情



活用上の留意点② かかりつけ医との連携

- 心身・からだの状況に対する判断は医師が専ら判断すべき事項であり、支援内容が適切なものかどうかを判断するためには、かかりつけ医※との連携が重要。
- お互いに限られた時間で連携しやすいよう、確認したい事項、判断・助言をお願いしたい事項をあらかじめ整理してから面談する。



かかりつけ医とは、

「なんでも相談できるうえ、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義された者

(出所)日本医師会・四病院団体協議会「医療提供体制のあり方
日本医師会・四病院団体協議会合同宣言」(2013年8月8日)

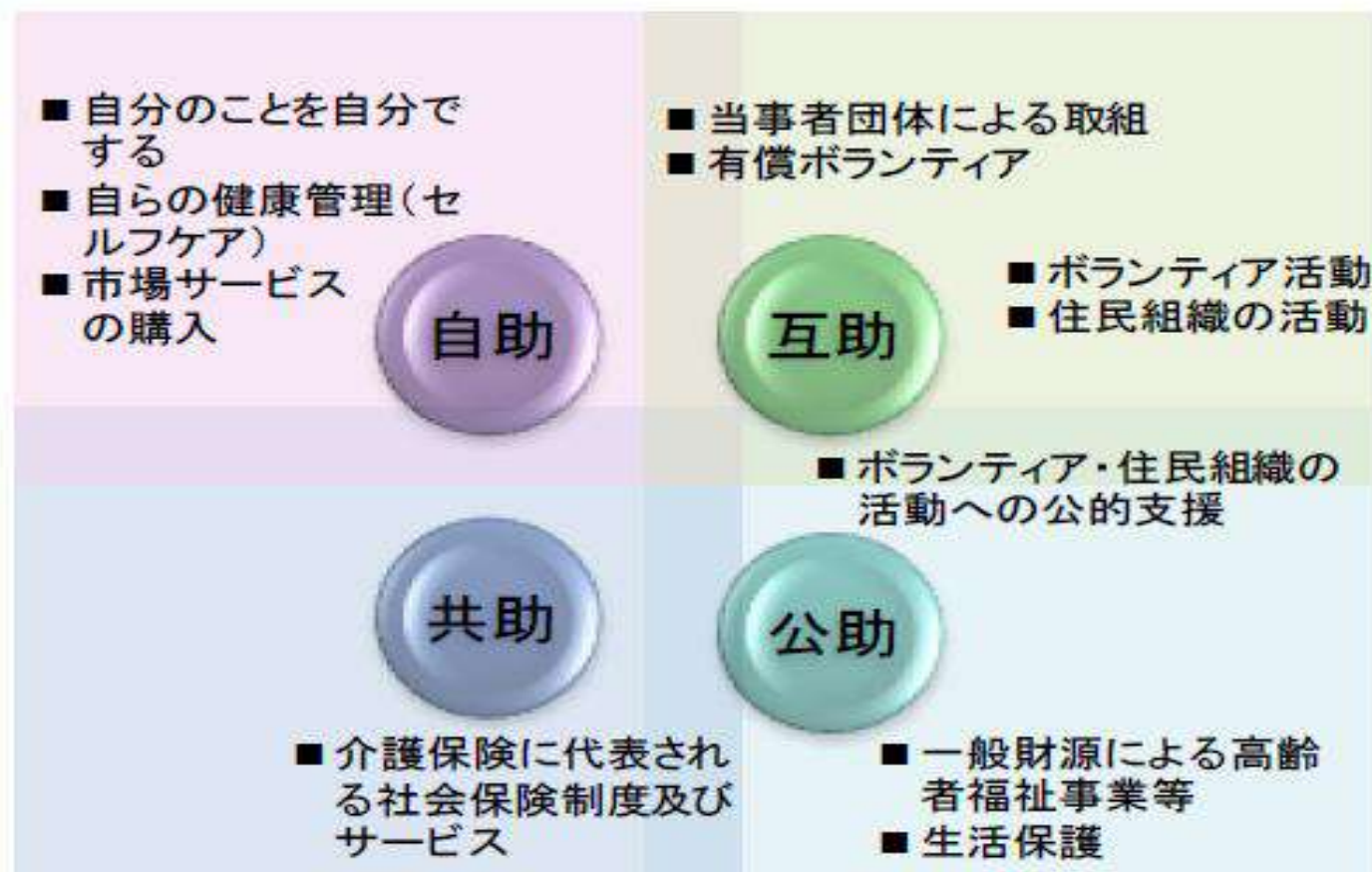
活用上の留意点③ 多職種との連携

- 標準化の項目で示した「想定される支援内容」は、さまざまな領域の支援（及びその必要性を検討するためのアセスメント/モニタリング項目）が含まれる。
- ケアマネジャーが一人で抱え込んだり、一人で全て判断したりするのではなく、標準化の項目を共通言語として、多職種間で共有し、各職種の意見の把握や、各職種からの助言を求め活用する。



活用上の留意点④ 支援内容を実現する社会資源の選択

- ・ 標準化で整理しているのはあくまでも「支援内容」である。
- ・ 支援を実現するための社会資源は、介護給付サービスに捉われることなく探索・選択する。



(出所) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社「地域包括ケアシステムの構築における【今後の検討のための論点整理】(地域包括ケア研究会)、平成24年度老人保健健康増進等事業

活用上の留意点⑤ モニタリング及び見直しまでの連続性

- ケアマネジメントはケアプランを作って終わりではない。ケアの提供による利用者・家族の生活の状況をモニタリングし、ケアの提供を通じて得られる新たな情報を踏まえて、よりその人にフィットしたケアへと見直していく連続的な取り組みが重要。
- 日常生活だけでなく、入退院・入退所を経ても切れ目のないケアを提供する観点を持つ。

アセスメントでの視点は継続的に必要な視点

つまり、今は課題にならなくてもいつかは課題となり得る視点
＝いつ支援が必要となるのかわからないからこそ、その変化をキャッチ！
キャッチするのはケアマネだけでなく、支援者全てが必要性を理解し、
その視点を持って関わり、気づけなければならない。つまり

“多職種で共有すべき視点”

異常(悪化)の
早期発見・
早期対応

アセスメント

ケアプラン
(原案)作成

サービス
担当者
会議

モニタリング

評価
・見直し

切れ目のないケアの実現

標準化を意識した指導・助言のイメージ

- このような状態・疾患だと、〜〜〜が原因で〜〜
〜となっている場合もある

基本ケア、疾患別ケアの
基礎的な知識

- ×××××という支援が有効かもしれないので、

支援の仮説



確認すべき事項

を確認した方が良い

- もしその支援を導入するなら、この事例の場合、



【個別化】支援のアイデア

というアイデアも考えてみたらどうか

茨城型地域ケアシステムは 市町村の 多様な資源・専門職が顔の見える連携でチームを作り 市民の在宅ケア 地域生活を支えようとする試み

- ・在宅診療を拡大することが 病床が増えない中で多死時代を支えなければならない 地域包括ケアの重要課題となっている。在宅看取りにこだわらなくても、1日でも長く自宅で過ごす。自宅で療養できる・入院しないで支える事が大切。

1日約12000円の入院基本料×100万床≒120億円使われるが

かかりつけ医の日常診療が入院を防ぎ健康を支えていることは重要だがその評価はあいまい。

- ・入院することなく 健康に地域で暮らすことが出来る 地域での連携。
- ・地域での市民の暮らしと健康を守ることが大切。普段の 不断の 地域医療とケアの協働。
- ・一日でも永く 健やかに自宅で暮らすことができる 暮らしと健康のサポート。
- ・一日でも早く自宅へ退院して 自宅で 穏やかにそのひとらしく過ごす時間が持てる
- ・ACPの推進で 不必要な医療 過度な医療 望まない医療行為についても
地域で話し合いが広がり 国民が意思表示をしやすくする

市民へのメッセージ

かかりつけ医をもちましょう

- ＊ 60歳を過ぎたら 老境を健康に生きるための
地域の主治医をもちましょう
- ＊ 持病や慢性疾患の経過をよくわかっていている医師です
高齢期では 治し・支える医療が重要です
- ＊ もちろん急性期疾患が専門的診療が必要となれば
紹介状で大病院、専門医療機関につながる
- ＊ 要援護・要介護状況になったときには 主治医の意見書を書
いてくれる医師が必要です

地域のかかりつけ医どうしが
地域ケアシステムのネットワークでつながっている
地域の多職種も医師会と気軽に連携できる
あんしんネットワークで自宅での暮らしを支えられる

医療介護連携の課題と期待

人生の終末期医療の選択 本人や家族が状況を正しく認識できていないと思われるような方々と一緒にどう支援できるのか

人生会議 どのタイミングで どこで どのように
誰らが参加して 実践できるのか

骨転移・・・リスクのある生活行為向上支援 互いの信頼とそして 何よりも
本人の望む暮らし方へ向けた 価値観や判断のすり合わせ・・・

状態に応じた

有意義な人生の最終段階の生き方 暮らし方

が 支援されるためにどんな連携が可能か

医療介護連携の課題と期待

処方された薬を 様々な要因できちんと服用できていない方々

副作用や他の医療機関での処方薬と重複している方々

訴えが多く 又 訴えが過剰であったりして 多くの薬を処方されるに至った方々

状態に応じた

適切な処方がされるためにどんな連携が可能か

医療介護連携の取組み

4つの局面における地域の課題 課題と取り組みの例

	地域の課題	解決に向けた取り組み
退院 支援	1.院内連携する職種とのコミュニケーションの問題 2.在宅サービス担当者とのコミュニケーションの問題 3.患者・家族の希望と退院先のミスマッチの問題 4.病院の機能が細分化していることを患者・家族が理解していない問題 5.高齢化と家族の介護力の低下の問題 6.経済的困窮と生活基盤崩壊の問題	1.退院に向けた意思決定の支援 2.入院早期からの退院調整・退院指導 3.退院前カンファレンスの開催と顔の見える地域と病院との関係の連携作り 4.地域全体で退院支援に取り組むためには、情報共有を進めて、お互いに退院の都合のいいタイミングを示して、検討していく体制作りが必要 5.「退院支援困難事例検討会」を開催されている地域も
日常の 療養生活 支援	＊在宅診療を受けることがむずかしい 1.関係者間の情報共有が図れていない 2.地域で情報共有を図る方法がない 3.利用者に関わる関係者（主治医・ケアマネジャー・サービス事業所の担当者等）わからない 4.家族の負担（精神的（肉体的））が大きい 5.精神的疲労56%、肉体的疲労37%、緊急時短期入所制度の要望60% （つくば市高齢福祉計画アンケートから）	1.連携タイムの作製 2.多職種チームメンバー表作成の検討（メンバー表やエンディングトリアージカードなど） 3.情報共有のための連携ノートやIT活用 4.困難事例検討会を行い、家族の負担軽減を図り、さらに事例検討3か月後にその有効性に関し再評価を行っている地区もある エキスパートミーティング 5.検討事例をデータベースに登録し、キーワードで検索可能な仕組みを作った 6.病院と在宅医療・介護関係者の多職種研修会の開催 出典元：成島クリニック

	地域の課題	解決に向けた取り組み
急変時 対応	ACPの実践の不十分 1. 高齢者の救急搬送が増えている 2. 在宅でサービス担当者会議を開催しても、関係者全員の参加が難しい 3. ケアマネジャーの医療知識が不足している 4. 利用者（患者）に係る関係者間の情報共有が図れていない。 5. 急変時や病状悪化時のバックベッドの確保が困難である	1. 病院と在宅医療・介護関係者の多職種研修会の開催 2. 在宅担当者の多職種チームメンバー表作成 3. つくば市「救急医療情報便：つくつく見守りたい」、つくばみらい市「救急医療情報キット」活用を検討する 4. 静岡市医師会の「グリーンカード」「イエローカード」「シルバーカード」システムを参考に在宅医療のトリアージシステムを検討する
看取り	1. 在宅看取りをする診療所医師が少ない 2. 在宅看取りについて家族へのわかりやすい説明がしてないと家族が慌てて救急車を呼んでしまう 3. 在宅看取りを支援するケアチームの経験や不足している	1. 在宅担当医のネットワークを作り、医師の負担を軽減する 2. 研修会で「これからの日々」「お別れするとき」パンフレットの活用法を提示して、活用を促進する 3. 多職種で看取りに向けた情報共有の仕組みを作る

私たち 介護支援専門員の課題と取り組み

療養の4つの場面とケアマネジメント課題の例

地域療養の4つの局面	ケアマネジメント課題	留意することの例
日常の療養	疾病の重症度や療養指示の理解・ 本人家族の健康への取り組み支援・ 受診時の情報共有	疾病特徴の理解 健康への日常生活支援 具体的な短期目標の設定
急変時の対応	予測しうる事態への対応検討 チーム内での情報共有・連携 主治医・看護支援との協働	迅速な対応検討 起りうる事態の想定 独居者・高齢世帯の対応
入退院時の連携	入院時連携(加算要件)対応 治療方針・入院期間の理解 退院時連携	入院連絡がすぐに入ること 支援チーム(再)調整・病診 連携の把握・体力回復
人生の終末期 における療養	本人の意思決定支援・本人の意思 の尊重・家族等の支援・臨終期の 対応	不快な症状の緩和 日々の暮らしの充実 容態の急変への対応準備

医療介護連携の課題と期待

疾病の理解と主体的な健康管理のできる市民へ

人生の終末期医療の選択 本人や家族が状況を正しく認識できていないような
方々をチームではどう支援できるのか

人生会議 どのタイミングで どこで どのように
誰らが参加して 実践できるのか

リスクのある生活行為向上支援 互いの信頼とそして
何よりも 本人の望む暮らし方へ向けた
価値観や判断のすり合わせ・・・

状態に応じた

有意義な人生の最終段階の生き方 暮らし方
が 支援されるためにどんな連携が可能か

在宅医療・介護の推進に当たっての課題

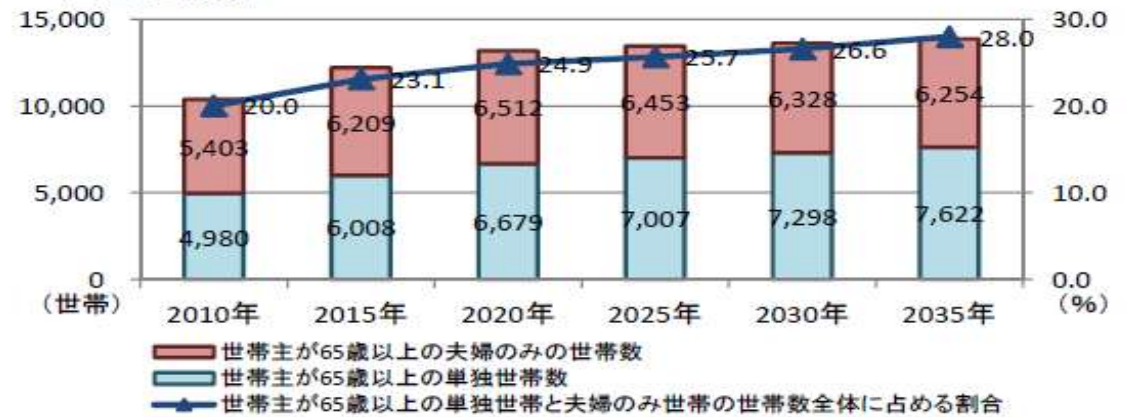
- 65歳以上高齢者のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者が増加していく(図1)。
- 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく(図2)。
- 在宅医療・介護を推進するには、地域における医療・介護の関係機関の連携が重要であるが、現状では、訪問診療を提供している医療機関の数も十分とは言えず(図3)、また、連携も十分には取れていない(図4)。

(図1)「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の数と65歳以上高齢者に占める割合



出典:「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について(厚生労働省)

(図2)世帯数



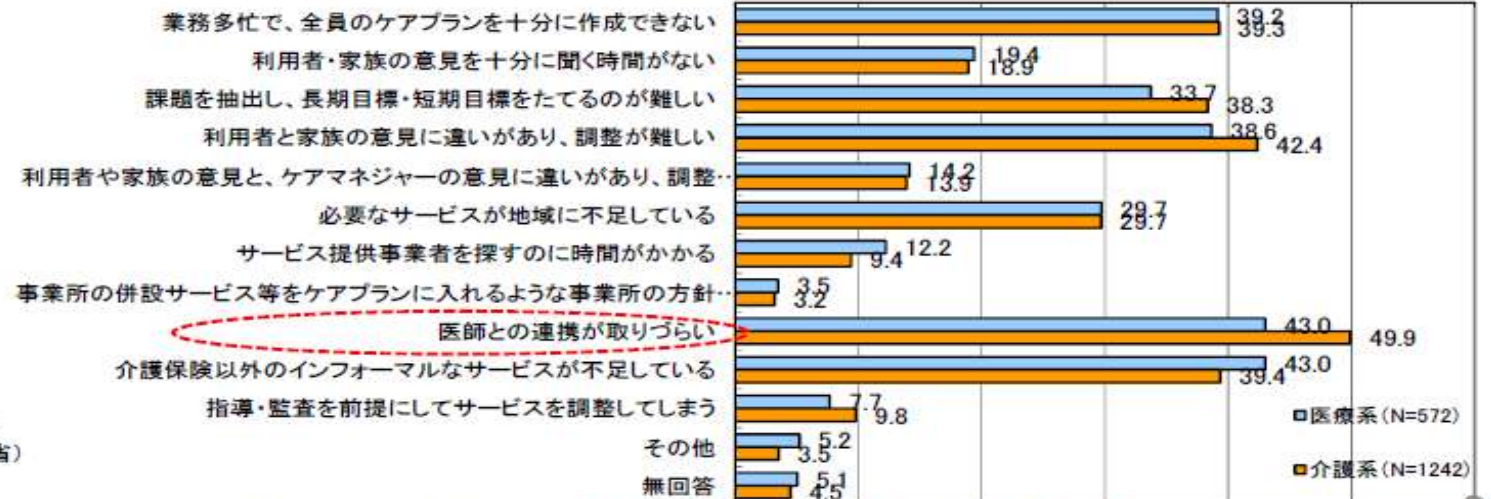
出典:日本の世帯数の将来推計(全国推計)(社会保障・人口問題研究所)

(図3)訪問診療を実施している医療機関

	箇所	対全数の割合(%)
病院	2,692	31.7
診療所	20,597	20.5
訪問看護ステーション	7,092	—

出典:病院、診療所「医療施設(静態・動態)調査」(平成26年)(厚生労働省)
訪問看護ステーション「介護給付費実態調査」(平成26年)(厚生労働省)

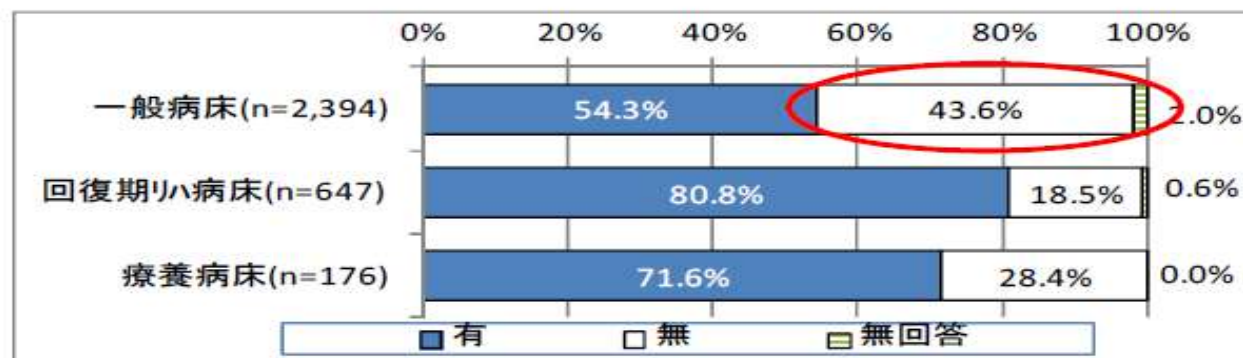
(図4)ケアマネジャーが困難に感じる点



出典:居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の実態に関する調査報告書(平成21年度老人保健健康増進等事業)

病院への入院時の情報提供率及び退院時の退院調整率の現状

- 介護報酬改定検証調査(26年度実施分)リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査研究
居宅介護支援事業所の利用者のうち、病院(一般病床)から退院時に介護支援専門員への引継ぎがなく退院していた割合は43.6%であった。



- 都道府県医療介護連携調整実証事業(平成26年度)
入院時に情報提供がなかった割合(ケアマネ⇒病院) 33%～74%
退院時に退院調整がなかった割合※(病院⇒ケアマネ) 15%～41%
※病院から退院した利用者のうち、退院前に病院からケアマネへの引継ぎがなかった割合

	岩手県盛岡	岩手県宮古	富山県砺波	滋賀県大津市	和歌山県新宮
入院時情報提供書提出なし(%)			33	50	57
退院調整なし(%)	34	19	18	39	30
	京都府中丹東	兵庫県但馬	徳島県徳島保健所	大分県中部	鹿児島県鹿児島
入院時情報提供書提出なし(%)		53	74	66	44
退院調整なし(%)	15	20	41	27	31

課題

- 入院時**
- ・介護支援専門員は、利用者宅への訪問が原則月1回であり、入院したことに気づかない(または遅れて知る)場合、介護支援専門員から病院への適時の情報提供がなされない。
 - ・入院時情報連携加算が算定可能な期間(入院から7日以内)を過ぎてしまった場合、病院に情報提供しないことが多い。(病院にとっては7日を過ぎていても有用な情報であるが、介護支援専門員側はそうっていない)
- 退院時**
- ・退院後、あきらかに介護が必要な要介護度の高い患者や、経済面等での退院調整の必要が明確な患者は、病棟から地域連携室等に引き継がれ、地域連携室職員により介護支援専門員との退院調整が行われる。しかし、比較的軽度な患者(要支援～要介護2相当)は、病棟スタッフが介護支援専門員との退院調整の必要性に気づかず、そのまま退院してしまうケースが多いと考えられる。
 - ・患者が要介護認定が必要かどうかについて、特に要支援～要介護1・2あたりを判断するのは難しい。

医療連携のまとめ

- **医療との連携は不可欠 日頃から顔の見える
事情や困難を理解しながらのつながり 一緒に**
- **多職種協働の意義、多職種間の情報共有の重要性を
理解する 専門的な見立てや見通しを支援に活かす**
- **介護支援専門員は、ハブ機能としての役割を意識し
て情報を適切につなぐ 専門性を期待していく**
- **個人情報 を適切に注意して扱う。多職種協働におけ
る個人情報の共有にあたっては、利用者・家族の同意を得る**

一緒に暮らし 一緒に活動

これからの日本は 超高齢社会 人の尊厳 支えあう社会 職業の選択 生き方のバラエティ 生きる意味 自分が大事なら 他の人もそれぞれ大事
支援者の力量 地域の総合力 家庭の力が
問われていく時代になってくる…感じですね
健常といわれる子供たちも病む……かも
ひとの暮らしに何が価値か 何が豊かさか
何が安心か それを具体的にイメージしながら
育まれていくこと プラスの効果 や 感動……

多様性の共生

対人援助における コミュニケーション・チーム支援

- ・ 専門技術 → 知識・経験・練習・理念・センス 職種内の研修や支援
- ・ 相談、面接、会話、報告 は 協働へ向けた手段
- ・ ケアプランの作成・援助 に 御本人の本音・想い・取り組み を 充分反映
できるかどうかマネジメントの核
- ・ 人は 出会って 会話して理解しあう 気づきあう
エネルギーを交し合う
相互作用のプロセス

エンパワーメントへ向けて

- ・当事者、家族 にも 問題に立ち向かい 解決していく 力が
ある **自己決定の原則**
- ・置かれている 状況を 正しく認識していくことを 支援
情報提供・情報の整理
- ・かくれている、隠されている、希望に気づきあう
生活意欲を引き出す

私たち自身も意欲的に 自身の力を発揮した
いと思えるように

防災・免災ケアマネジメント と 事業継続(BCP)

災害が生じると どんなことが起きるのだろう 介護支援専門員の課題

防災・免災 何をすべきか 何ができるか 対象者のリスク



介護保険法(抜粋)

第八十八条 指定介護老人福祉施設は、都道府県の条例で定める員数の介護支援専門員その他の指定介護福祉施設サービスに従事する従業者を有しなければならない。

- 2 前項に規定するもののほか、指定介護老人福祉施設の設備及び運営に関する基準は、都道府県の条例で定める。
- 3 都道府県が前二項の条例を定めるに当たっては、次に掲げる事項については厚生労働省令で定める基準に従い定めるものとし、その他の事項については厚生労働省令で定める基準を参酌するものとする。
 - 一 指定介護福祉施設サービスに従事する従業者及びその員数
 - 二 指定介護老人福祉施設に係る居室の床面積
 - 三 指定介護老人福祉施設の運営に関する事項であつて、入所する要介護者のサービスの適切な利用、適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持に密接に関連するものとして厚生労働省令で定めるもの

★関連する法制度

高齢者を取り巻く環境の変化により、介護保険法のみで高齢者を支えることは不十分。介護者（家族、職員）による虐待や認知症高齢者など、複数の課題が存在している為、関連法制度と併せて支援が必要。

日本国憲法第13条（尊厳）・第25条（生存権）

第十三条 すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

第二十五条 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

★関連する法制度

行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（マイナンバー法）

（個人番号利用事務実施者等の責務）

第十二条 個人番号利用事務実施者及び個人番号関係事務実施者（以下「個人番号利用事務等実施者」という。）は、個人番号の漏えい、滅失又は毀損の防止その他の個人番号の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

★関連する法制度

高齢者虐待防止法第4条(虐待防止)・第5条(早期発見) (国民の責務)

第四条 国民は、高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等の重要性に関する理解を深めるとともに、国又は地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止、養護者に対する支援等のための施策に協力するよう努めなければならない。

(高齢者虐待の早期発見等)

第五条 養介護施設、病院、保健所その他高齢者の福祉に業務上関係のある団体及び養介護施設従事者等、医師、保健師、弁護士その他高齢者の福祉に職務上関係のある者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めなければならない。

2 前項に規定する者は、国及び地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止のための啓発活動及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護のための施策に協力するよう努めなければならない。

★関連する法制度

消防法第8条等(緊急時対策)(抜粋)

第八条 学校、病院、工場、事業場、興行場、百貨店(これに準ずるものとして政令で定める大規模な小売店舗を含む。以下同じ。)、複合用途防火対象物(防火対象物で政令で定める二以上の用途に供されるものをいう。以下同じ。)**その他多数の者が出入し、勤務し、又は居住する防火対象物で政令で定めるものの管理について権原を有する者は、政令で定める資格を有する者のうちから防火管理者を定め、政令で定めるところにより、当該防火対象物について消防計画の作成、当該消防計画に基づく消火、通報及び避難の訓練の実施、消防の用に供する設備、消防用水又は消火活動上必要な施設の点検及び整備、火気の使用又は取扱いに関する監督、避難又は防火上必要な構造及び設備の維持管理並びに収容人員の管理その他防火管理上必要な業務を行わせなければならない。**

消防法第8条等(緊急時対策)(抜粋)

- ②前項の権原を有する者は、同項の規定により防火管理者を定めたときは、遅滞なくその旨を所轄消防長又は消防署長に届け出なければならない。これを解任したときも、同様とする。
- ③消防長又は消防署長は、第一項の防火管理者が定められていないと認める場合には、同項の権原を有する者に対し、同項の規定により防火管理者を定めるべきことを命ずることができる。
- ④消防長又は消防署長は、第一項の規定により同項の防火対象物について同項の防火管理者の行うべき防火管理上必要な業務が法令の規定又は同項の消防計画に従って行われていないと認める場合には、同項の権原を有する者に対し、当該業務が当該法令の規定又は消防計画に従って行われるように必要な措置を講ずべきことを命ずることができる。
- ⑤第五条第三項及び第四項の規定は、前二項の規定による命令について準用する。

消防法第8条の二の四、第8条の三

第八条の二の四 学校、病院、工場、事業場、興行場、百貨店、旅館、飲食店、地下街、複合用途防火対象物その他の防火対象物で政令で定めるものの管理について権原を有する者は、当該防火対象物の廊下、階段、避難口その他の避難上必要な施設について避難の支障になる物件が放置され、又はみだりに存置されないように管理し、かつ、防火戸についてその閉鎖の支障になる物件が放置され、又はみだりに存置されないように管理しなければならない。

第八条の三 高層建築物若しくは地下街又は劇場、キャバレー、旅館、病院その他の政令で定める防火対象物において使用する防災対象物品（どん帳、カーテン、展示用合板その他これらに類する物品で政令で定めるものをいう。以下同じ。）は、政令で定める基準以上の防災性能を有するものでなければならない。

★関連する法制度

災害救助法第7条等(緊急時対策)(抜粋)

(救助の種類等)

第四条 救助の種類は、次のとおりとする。

- 一 避難所及び応急仮設住宅の供与
- 二 炊き出しその他による食品の給与及び飲料水の供給
- 三 被服、寝具その他生活必需品の給与又は貸与
- 四 医療及び助産
- 五 被災者の救出
- 六 被災した住宅の応急修理
- 七 生業に必要な資金、器具又は資料の給与又は貸与
- 八 学用品の給与
- 九 埋葬
- 十 前各号に規定するもののほか、政令で定めるもの

2 救助は、都道府県知事が必要があると認めた場合においては、前項の規定にかかわらず、救助を要する者(埋葬については埋葬を行う者)に対し、金銭を支給してこれを行うことができる。

3 救助の程度、方法及び期間に関し必要な事項は、政令で定める。

災害救助法第7条等（緊急時対策）（抜粋）

（従事命令）

- 第七条 都道府県知事は、救助を行うため、特に必要があると認めるときは、医療、土木建築工事又は輸送関係者を、第十四条の規定に基づく内閣総理大臣の指示を実施するため、必要があると認めるときは、医療又は土木建築工事関係者を、救助に関する業務に従事させることができる。
- 4 第五条第二項の規定は、第一項及び第二項の場合に準用する。
- 5 第一項又は第二項の規定により救助に従事させる場合においては、その実費を弁償しなければならない。

災害救助法第7条等（緊急時対策）（抜粋）

（協力命令）

第八条 都道府県知事は、救助を要する者及びその近隣の者を救助に関する業務に協力させることができる。

（都道府県知事の収用等）

第九条 都道府県知事は、救助を行うため、特に必要があると認めるとき、又は第十四条の規定に基づく内閣総理大臣の指示を実施するため、必要があると認めるときは、病院、診療所、旅館その他政令で定める施設を管理し、土地、家屋若しくは物資を使用し、物資の生産、集荷、販売、配給、保管若しくは輸送を業とする者に対して、その取り扱う物資の保管を命じ、又は物資を収用することができる。

2 第五条第二項及び第三項の規定は、前項の場合に準用する。

☑ 地域住民の高齢化による地域自治活動や見守りの不活発化、核家族化による家族の見守り・支えあい機能の低下により、高齢者の消費者被害が増え、被害額も高額になり、悪質商法に何度も狙われる「二次被害」が増加している。

☑ 警察の対応を待つのではなく、介護支援専門員には、これらを防止する特定商取引に関する法律（以下「特定商取法」）や消費者契約法を学び、消費生活センターや地域包括支援センターと連携を取り、発見・防止に努めることが求められている

★消費者被害や悪質商法等の現状

☑独立行政法人国民生活センター調査

70歳以上の場合の相談件数、販売方法・手口別上位10位

1位	電話勧誘販売	6位	ワンクリック請求
2位	家庭訪販	7位	無料商法
3位	インターネット通販	8位	還付金詐欺
4位	かたり商法(身分詐称)	9位	次々販売
5位	劇場型勧誘	10位	訪問購入

悪質商法が扱う商品

※高齢者の体調不安や将来の生活への不安を煽って売りつける物

布団類、健康食品、健康器具、宝くじ、家庭用電気治療器、耐震設備、シロアリ駆除、消火器、床下乾燥機、浄水器、未公開株、宝飾品、和服、老人ホーム入居権、壺など

★消費者被害や悪質商法に関連する法律・制度

☑消費者契約法

消費者と事業者との間で交わされるすべての契約について適用され、契約を取り消したり無効にすることができる

- ①契約の取消し：不適切な勧誘で誤認・困惑している状態であった契約の場合、契約を取り消すことができる
- ②契約の無効：消費者に一方的に不当・不利益な契約条項の一部または全部を無効にすることができる

(目的)

第一条 この法律は、消費者と事業者との間の情報の質及び量並びに交渉力の格差にかんがみ、事業者の一定の行為により消費者が誤認し、又は困惑した場合について契約の申込み又はその承諾の意思表示を取り消すことができることとするとともに、事業者の損害賠償の責任を免除する条項その他の消費者の利益を不当に害することとなる条項の全部又は一部を無効とするほか、消費者の被害の発生又は拡大を防止するため適格消費者団体が事業者等に対し差止請求をすることができることとするにより、消費者の利益の擁護を図り、もって国民生活の安定向上と国民経済の健全な発展に寄与することを目的とする。

☑ **クーリング・オフの行使**

一定期間であれば**無条件で契約を解除できる特別な制度**
それぞれの**行使機期間**が決められ、**重要事項説明**が書かれた
契約書面（法定書面）を受取った日から起算。

※**契約日からの起算ではなく、法定書面の受領日**

～**8日間までクーリングオフ可能**

- ・訪問販売 ・電話勧誘販売
- ・訪問購入 ・特定継続的役務提供

～**20日間までクーリングオフ可能**

- ・連鎖販売取引（マルチ商法）
- ・業務提供誘因販売取引（内職商法）

★予防・軽減

- ☑ リスクマネジメントを実施する一番の目的⇒事故予防すること
- ☑ 一方で、高齢者の容態急変など福祉サービスの特性として、予防することが困難な場面も多々あるが、リスクマネジメントを適切に行うことで容態変化の早期発見等、リスクを最小限に留めること可能になる場合もある。

★組織改善

- ☑ リスクマネジメントは組織全体で取り組むことが必要
- ☑ 現場職員から経営者まで一人ひとりが、自分自身の働き方、組織内での連携や協力、設備・システムなどの不足、マニュアルの不十分さ・活用しやすさ、職員処遇等、当事者として組織改善に関わる必要性を自覚することが重要。

★地域で対応するリスクマネジメント

- ☑ 地域包括ケアの推進により高齢者が住み慣れた地域での生活を続けるためには過疎化・高齢化・近所付き合い希薄化などの社会変化に地域で対応するリスクマネジメントが重要
- ☑ 地域包括ケアシステム構築のためには、関係機関との複雑な調整が必要。同時に自治体、関係機関、住民との多様な連携、医療・保健・福祉の連携、情報の共有など、主任介護支援専門員による様々な役割が、今後よりいっそう求められる。

☑ 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員としての リスクマネジメント

- ・組織の管理者をかねることが多いので、組織の介護支援専門員等に対する「指導監督、人材管理の役割」、組織全体に対しての「管理責任の役割」
- ・挨拶、出勤、欠勤、遅刻、身だしなみ、職務に対する姿勢、来客等に対する接遇、倫理観などの社会人としての基本
- ・利用者からの苦情があった場合の状況確認、当該者本人、関係部署、全体に対する注意、指導、処分等、利用者に対する謝罪、説明、その後の改善策の実施
- ・人事、評価に関すること
- ・総務、経営に関すること
- ・衛生、設備等の管理に関すること

※これらを管理する権限の一方で、問題発生時には
管理監督責任を問われる。

☑ 介護支援専門員に対するスーパーバイザーとしての リスクマネジメント

- ・地域包括ケアセンターの主任介護支援専門員は地域の
介護支援専門員に対して、居宅介護支援事業所の主任介護
支援専門員は事業所の介護支援専門員等に対して、
支援する役割、スーパーバイザーとしての役割を担っている
- ・介護支援専門員（スーパーバイザー）自身が自発的に気づき、
問題解決できる側面的な支援が必要
- ・スーパーバイザー自身もスーパービジョンを通してさらに
主任介護支援専門員として向上できるとともに、
介護支援専門員（スーパーバイザー）への支援を行うことで
間接的に利用者・地域等を支援していることになる

★居宅介護支援事業所で事故が発生した場合の 報告義務規程(抜粋)

☒ 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

(事故発生時の対応)

第二十七条 指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

- 2 指定居宅介護支援事業者は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
- 3 指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行わなければならない。

★個人情報取り扱いに関わるリスクマネジメント

- ✓ 利用者・家族の個人情報管理も組織としての義務
- ✓ 秘密保持義務規程によると、個人情報流出は処罰の対象や訴訟になる場合がある
 - ・業務上PC、ネット使用。ウイルス感染による損害（専門業者へ）
 - ・外部侵入者による個人情報が盗まれる危険性
 - ・ユーチューブ動画での内部告発
- ※結果として利用者の尊厳、個人情報の流出につながる恐れ
- ✓ 個人情報取り扱いマニュアルの作成、取り扱い責任者の決定、同意書署名と捺印、使用の内容・範囲の文書説明
- ✓ 従業員との雇用契約にも個人情報保護に関する条項を記載
- ✓ 退社時の施錠、保管場所の配慮・施錠、警備会社の活用
- ✓ 管理者としては、介護支援専門員等の個人情報取り扱いに関する監督管理も必要

※来客中に利用者名で話す、外で話す等も注意が必要。
日常的な指導が大切

苦情対応も重要な信用場面

苦情対応を適切に行う事こそ 組織にとってのリスクマネジメント

- ☑人間には感情と理性がある為、悪意・故意による行為、重大な事故・損害を除き突然、苦情になることは少ない
- ☑苦情を訴えられた場合、突然に感じることも多いが、苦情として訴えられていることは氷山の一角であり、苦情に至るまでの経過があることを理解しましょう。
- ☑経過を理解することで、苦情に至る前に問題を解決することができる



苦情対応も重要な信用場面

★悪質なクレーマー見極め

- ☑ 意図的に訴えを複雑にしていると疑われる場合、サービスに対する苦情ではなく、職員個人の攻撃をする場合（外見、セクハラ的発言等）、恫喝、金品の要求等を口にする場合はクレーマー対応を考慮した苦情対応に切り替えが必要

★悪質なクレーマー対応

- ☑ 要求（金品や過度の謝罪や要求）には応じず毅然と対応
- ☑ 冷静に応じられる要求、応じられない要求を説明
- ☑ 必要に応じ、利用者側が苦情解決に向けた姿勢が感じられないことを説明し、具体的な解決を求めるのかそうでないのかを問う
- ☑ 対応の際は2人以上の職員で対応。弁護士の同席も有効。
- ☑ 身体の危険を感じるときなどは場所の選択から工夫する
- ☑ 先方の了解のもと、対応のやり取りを録音することも重要

苦情対応も重要な信用場面

★悪質なクレーマーへの制限等

- ☒ 他の利用者がいる場所での暴言等、度を越した言動は注意する
- ☒ 個人攻撃に対しては謝罪を求める
- ☒ 他の利用者・職員・商品・設備等に対する損害が予想される場合にはこれ以上の対応はできないこと、弁護士への相談、警察への通報を行う場合があることを説明
- ☒ 実際に損害が発生した場合は即座に警察に通報する
- ☒ 毅然とした対応を統一

災害に強い組織となっていくために

★基本的な考え方

- ☑ 自然災害は防げなくとも、二次災害の発生や被害を最小限に抑えることは可能
- ☑ 自然災害に強い組織・地域になるためには、利用者・家族を含め住民全ての理解と協力が必要
- ☑ 大規模な災害時には広域な自治体の協力連携と国による支援が不可欠

※災害リスクマネジメントのアセスメント

- ・地域の特性を考慮し具体的（イメージできる）アセスメントをすることが重要。一人ひとりの発想に違いがあることを理解し、意見交換が有効であることを体感する。
- ・地域内で想定されている避難所・福祉避難所の数と収容人数について意見交換しておく

災害に強い組織となっていくために

★仕組みづくり・方法

- ☒ 地域の特性を知り、地域の防災情報を確認する
- ☒ 災害時に向けたケアプランの作成を意識し、サービス提供が困難となった場合の対応等をあらかじめ利用者・利用者家族、関係者と共有しながら災害時の非難行動がスムーズに進むようにしておく
- ☒ 主任介護支援専門員は、地域ケア会議での課題提案や地域福祉計画等に提案することも必要
- ☒ 緊急時マニュアル作成は組織として災害対応する為に必要不可欠。緊急時の職員連絡網、緊急時参集の基準を決める、利用者・家族の連絡先と家族に対応を依頼する利用者と組織で対応する利用者など、利用者ごとの対応マニュアルなどを決めておく
- ☒ 組織の貴重品、個人情報の保管場所を決めておくで、損害を最小限に抑えることができる
- ☒ 個人情報は災害時に備え電子媒体に定期的に保管が有効

災害に強い組織となっていくために

★仕組みづくり・方法

- ☑ 避難場所、食料、水分、医薬品確保、発生時の医療保健福祉ボランティアの事前要請などの準備がある。
- ☑ 警察、消防、近隣市町村との連携協力体制の整備
- ☑ 介護支援専門員が担当している要援護者で家族・近隣の協力を得ることが困難、かつ、自力で非難・適切な支援を求めることが困難な利用者に対する具体的な対応を決めておくことも必要
- ☑ 「避難行動要支援者の非難行動支援に関する取組指針
(H25.8 内閣府防災担当)」

高齢者、障害者、乳幼児等の防災施策において、災害発生時の避難等に特に支援を要する方の名簿「避難行動要支援者名簿」の作成を市町村に義務付けることが規程。申請の必要もある。

災害に強い組織となっていくために

★対応と留意点

- ☑ 災害発生時は、まず自分自身と家族の安全確保を最優先
- ☑ 被災状況の情報収集行い、参集依頼があれば勤務先に集合
- ☑ 必要性がある場合は家族を非難場所等に連れて行く
- ☑ 勤務先では自分自身の身を守りながら、マニュアルに沿って自分のすべきことを行う。人手が足りない場所を手伝う、周囲に協力要請
- ☑ 地域の福祉施設等には災害時の避難場所としての役割がある
 - ・利用者家族の避難、可能な家族には介護の一時的協力
 - ・地域住民に居室、浴室を提供し、一方でボランティアとして住民に協力を依頼
- ☑ 災害発生時には基準（定員、他県など）を超えた福祉施設等の利用者受入れが必要。
- ☑ 介護支援専門員は地域の専門職として地域支援することが必要
- ☑ 被害状況が落ち着いてきたら自分自身の休養や家族のケアをおこなしましょう

災害に強い組織となっていくために

★評価

- ☒ 行政、消防等が中心となり被災状況の確認。二次被害であればその旨も記録
- ☒ 組織内でも行政の問い合わせに協力し同様の確認
- ☒ 被災状況の把握後、必要な復興支援を行なう
- ☒ 組織内でも、利用者が被害で心身に負った痛手に対するケアを把握する。
- ☒ 災害前準備・発生時の対応が適切だったか、不適切な場合の原因等を調査しまとめる。必要に応じて専門家の意見を求める。

★見直し

- ☒ 評価の結果をもとに必要な見直しと、新たな準備を行なう
- ☒ 災害発生がなくても定期的な評価・見直しを継続
- ☒ 組織の代表者や主任介護支援専門員は、介護支援専門員等に対して、労をねぎらい、十分な休養を与えることで、利用者に対し組織・地域で活躍できるようになる

災害は直近の差し迫った危機

東北地方太平洋沖地震(東日本大震災)

2011年3月11日に発生したM9.0の巨大地震。(国内観測史上最大の地震)最大震度7。東日本の太平洋沿岸部に**大津波が襲来**し多大な被害を与えた。福島第一**原子力発電所事故**も発生するなど、日本は戦後最大ともいえる国難に直面。

2011年 台風12号

2011年9月2日～3日にかけて、西日本各地に大雨を降らせた。特に紀伊半島の奈良県南部・和歌山県で被害が大きかった。死者・不明者92人

2013年 猛暑

8月上旬から中旬にかけて**全国的に猛暑**となり、高知県四万十市江川崎で当時**国内観測史上最高となる最高気温41.0℃**を観測した。各地でも多数あった。

2013年 台風26号熱中症による救急搬送

東京都の伊豆大島にて記録的な大雨による**土石流**が発生。集落を飲み込み死者行方不明者39人。

2014年 豪雪

普段は雪の少ない太平洋側でも大雪となり、首都圏などでスリップ事故が相次いだ。特に岐阜県・山梨県・長野県では**大雪で孤立する集落**が相次いだ。

2014年8月 豪雨による広島市の土砂災害

2014年8月20日に広島市北部の安佐北区・安佐南区の複数箇所にて**大規模な土砂災害が発生**。土石流などで死者74人・家屋の全半壊255軒。広島市内の地質が影響し被害

2014年 御嶽山噴火

2014年9月27日11:52、登山客が山頂に多数居る時間に**突然噴火**。多くの登山客が巻き込まれた。死者57人。

災害は直近の差し迫った危機

2016年4月14日21:26に前震(M6.5)が発生し、最大震度7を益城町で観測。その後、4月16日に本震(M7.3)が発生し、熊本県益城町(2回目)、西原村で最大震度7を観測したほか、熊本県と大分県の広範囲で震度6強～6弱を観測。なお、本震の際には大分県中部でも誘発地震が同時発生していた。

2016年台風第7号、第11号、第9号、第10号及び前線による大雨・暴風

2016年8月16日～8月31日に発生した台風及び北海道地方に停滞した前線による大雨により死者25名、**住屋倒壊や浸水などの水害**、農作物への甚大な被害

2017年 7月九州北部豪雨

2017年7月5日～6日、福岡県と大分県で集中豪雨。死者行方不明者42人。

2018年 猛暑

5年ぶりに40度超え、熊谷市で最高気温記録を更新する41.1℃を観測した。下呂市、美濃市でも41.0℃を観測。他に都内の青梅市で40.8℃、名古屋市で40.3℃、京都市で39.8℃を観測。平成30年台風21号:1993年以来25年ぶりに「非常に強い」勢力で上陸した。大阪湾で第二室戸台風の時を上回る**3mを超す高潮を観測**し、関西国際空港では滑走路が浸水し、連絡橋にタンカーが衝突して孤立状態となった。

2018年6月 大阪北部地震

大阪北部地震:2018年6月18日7:58に発生した**大阪北部を震源とするM6.1の直下型地震**。大阪北部で観測史上最大の震度6弱を観測した。

2018年 7月豪雨

西日本豪雨とも。2018年7月上旬に発生した豪雨災害。広島県、岡山県、愛媛県などに甚大な被害をもたらし、**死者は200人越え。水害による死者100人越えは平成に入ってから初、昭和期に遡っても長崎豪雨以来**である。

災害は直近の差し迫った危機

2018年 北海道胆振東部地震

2018年9月6日3:08に発生したMj6.7の地震。厚真町で震度7、札幌市東区や新千歳空港などで6弱を観測。苫東厚真火力発電所の緊急停止から発生した**ブラックアウト**により全道295万戸が停電。

2019年8月 九州北部豪雨

長崎県から佐賀県、福岡県までの広い範囲にかけて、**長時間にわたる線状降水帯による集中豪雨**が発生、8月28日を中心として各地点で観測史上1位の記録を更新した

2019年9月に発生した**関東上陸時の勢力では過去最強クラスの台風**

2020年7月 令和2年7月豪雨

2021年 2月 福島県沖地震

東北地方を震源とする地震で震度6弱以上を観測。2011年3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震の余震。

2021年7月伊豆山土砂災害

静岡県熱海市**伊豆山地区の逢初川で発生した大規模な土砂災害。住宅131棟が被害を受け、小規模なものも含めて10回以上の土石流**が繰り返し発生。

2021年8月 集中豪雨

2021年8月に全国各地の広範囲で記録的な大雨となり、河川の氾濫、土砂崩れ、道路の崩壊などが多発した。多くのバスや鉄道などの交通機関が運休し、高速道路や国道の通行止めなど。

2022年 3月 福島県沖地震

福島県沖の深さ57kmを震源にM7.4の地震が発生し、宮城県登米市・蔵王町と福島県等で最大震度6強を観測した。

災害とは

自然現象や人為的な原因によって、
人命や社会生活に被害が生じる事態

* **豪雨** による

水害・土砂災害・停電・断水

* **地震** による

家屋損傷・停電・断水・火災
津波

* **火山噴火** による

家屋消失・停電・断水

* **豪雪** による

家屋倒壊・交通障害

物資の補給困難・緊急車両の手配困難

災害とは

自然現象や人為的な原因によって、
人命や社会生活に被害が生じる事態

- * **工場の爆発 飛行機の墜落等**による
家屋破壊・火災・有害ガス発生・居住困難
- * **戦争・紛争**による
人命・人身の危機・交通遮断・火災
移動の危険・物資の供給困難・医療機関閉鎖
- * **テロや犯罪**による
人命・人身の危機・交通遮断・移動の危険
物資の供給困難
- * **感染症の拡大**による
移動制限・事業所閉鎖
- * **北朝鮮のミサイル着弾**
Jアラート

災害を通じて気になったこと

- ・防災無線が聞き取りにくい。・ 電話が通じない。 通信手段
 - ・道路は通行止め。・安否確認に時間がかかった 機動性・事前支援
 - ・市役所の掲示板不備 移動時の連絡先が不明。 地域包括の機能
 - ・認知症、障害者等の受け入れ困難。 トリアージと福祉避難所の機能
 - ・動けない方は自宅にいる方が多かった。 自宅避難者への対応
 - ・TVでの放送・Twitterで現状把握ができた。 情報の確認
 - ・国を挙げての支援は感謝！ 制度としての支援・専門性を活かす貢献
 - ・ボランティアの協・入ってくる犯罪。 見守り・確認・確実な支援
- 地域の方々との顔の見える関係づくりが大切！

防災・免災・減災 のために



もし 今 災害が起きたら
まずあなたは何をしますか？
事業所で決まっていますか？

一時被害がおちついたら 明日から
地域の為に 利用者へ 何をしますか？

災害対応の拠点はどこか知っていますか？
指揮はだれが？ 情報の共有は？
何をどこに報告しますか？

- * 災害直後の安否確認 職員の 対象者の
- * 福祉避難所の機能と運営
 - 移送・トリアージ・ケアの継続
- * 体育館・公民館等避難所の運営
- * 高齢者の支援拠点の地域包括も
 - 被災していることもあり得ます
- * 自宅避難者と避難所避難者の不公平
- * 情報の錯そう 決定権
- * 様々な団体が入ってくるコーディネートは

【介護トリアージ】

限られた資源の有効活用の際に、地元の関係性を持ち込まずに、今の状況だけで判断することができるのは、外からの支援者。

根拠を持った判断が求められますが、地元の関係者でないからこそ客観的に実施できるはず。限りあるサービスの利用順位や、福祉避難所等への優先入所順位の提案などは、その根拠として現地でのアセスメントシートなどによるトリアージを実践。

【専門職種への支援依頼・専門チームのサポート】

本来業務への支援活動は、その専門職だからこそできる活動です。具体的な仕事の内容を熟知しているからこそその支援をし、その現地の支援者につないだり サポート。

- ・個人情報を含む被災場所の片づけ、書類整理
- ・文書等の作成(支援記録や会議録などの入力)
- ・インテーク(窓口業務、主訴の整理など)
- ・アセスメント(同行しての実施や、情報の整理、分析など)
- ・給付管理(入力補助)
- ・サブスタッフとして同行訪問(運転や駐車スペースまでの移動、記録、連絡調整など)
- ・情報整理(支援の必要性の有無や内容の整理)
- ・法令・通知等の読み解き
- ・事務局業務支援

防災・免災のための取り組み もしもの災害時でも大丈夫計画 のために

JCMA 災害時対応マニュアル 第5版

- ＊ 国の災害対策基本法 運用通知
- ＊ 避難行動要援護者の避難行動に関する取り組み指針
- ＊ 避難勧告等に関するガイドライン
- ＊ JMAT JRAT 活動マニュアル
- ＊ 日本協会の防災や災害時支援のマニュアル
- ＊ 内閣府 の
避難行動要援護者の避難行動支援に関する事例集
- ＊ 各施設・事業所の緊急時対応マニュアル ≡ BCP
- ＊ 市町村の災害対応マニュアル
- ＊ 各市民・対象者の自覚と心構え
- ＊ 日頃よりの確認・声掛け

介護支援専門員のすべきこと・できること

- ＊ 防災 ・ 免災への町づくり
- ＊ 災害時にも慌てないための備え BCP計画の検討・策定・訓練
- ＊ いざ 災害時 最初の3時間にやる事
- ＊ いざ 災害時 避難者のいる状況で 最初の3日間にやる事
- ＊ いざ 災害時 要援護者の暮らしをサポートするためにやる事
- ＊ いざ 災害時 生活の再建のためにやる事
- ＊ ひごろからの市町村との連携 他団体との関係性 協働
- ＊ 県協会 日本協会にとの連携 地区の専門職能団体の在り方
- ＊ その他 何を準備する？

【居宅介護支援】運営基準の改正点

2021年度介護報酬改定・厚労省より

情報の収集・活用とPDCAサイクルの推進

【基本方針・居宅介護支援基準第一条の二6(新設)】

全てのサービスについて、省令上「介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない」という規程が新設された。具体的には、以下の点が運営基準として求められる。

※ LIFEを活用した計画の作成や事業所単位でのPDCAサイクルの推進、ケアの質の向上に努めること

質の高いケアマネジメントの推進

【内容及び手続の説明及び同意・居宅介護支援基準第四条2(追加)】

ケアマネジメントの公正中立性確保を図る観点から、以下の2点について、利用者に説明を行い、理解を得ることが新たに運営基準として求められます。

※前6か月間に作成したケアプランにおける訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの割合。

※前6か月間に作成したケアプランにおける訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者により提供されたものの割合、分科会ではケアマネジャー事務負担への懸念や、利用者への説明頻度について質問があがり、厚労省は事務負担を鑑みて、説明頻度等具体的な方法を検討したい、としている。

【居宅介護支援】運営基準の改正点

2021年度介護報酬改定・厚労省より

ハラスメント対策の強化

【勤務体制の確保・居宅介護支援基準第十九条4（新設）】

介護現場で問題となる様々なハラスメントへの対策強化が、運営基準に盛り込まれた。居宅介護支援を含めたすべてのサービスを対象に、ハラスメントによって職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化など、必要な措置を講じることが義務付けられた。
(経過措置なし)

業務継続に向けた取り組みの強化

【業務継続計画の策定等・居宅介護支援基準第十九条の二（新設）】

感染症や災害が発生した場合でも、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供できる体制を構築すること。これを踏まえ、業務継続に向けた以下の3点が運営基準で義務化されます。

※業務継続に向けた計画（業務継続計画・BCP）を策定し、感染症や非常災害発生時には計画に従って必要な措置を講じること。

- 業務継続計画を職員に周知し、必要な研修や訓練を定期的に実施すること。
- 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて計画内容の変更を行うこと

この運営基準の改正に際し、省令施行日から2024年3月31日まで、3年間の経過措置期間を設けるとしています。

【居宅介護支援】運営基準の改正点

2021年度介護報酬改定・厚労省より

会議や他職種連携におけるICTの活用

【指定居宅介護支援の具体的取扱方針・居宅介護支援基準第十三条九（追加）】
感染防止や多職種連携の促進の観点から、サービス担当者会議について、テレビ電話などICTの活用が可能となる。利用者またはその家族が参加してする場合、テレビ電話等の活用についての同意を得る必要がある。

生活援助の訪問回数が多い利用者等への対応

【指定居宅介護支援 具体的取扱方針・居宅介護支援基準第十三条十八の三（新設）】
生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプランについて、事務負担にも配慮して、ケアプランの検証の仕方や届出頻度の見直しを行う。区分支給限度基準額の利用割合が高く、訪問介護が大部分を占めるケアプランを作成する居宅介護支援事業者を対象とした、点検・検証の仕組みが導入されます。

- ※ 検証の仕方について、地域ケア会議のみならず、行政職員やリハビリテーション専門職を派遣する形で行う、サービス担当者会議等での対応を可能とする
- ※ 届出頻度について、検証したケアプランの次回の届出は1年後とする
- ※ 効率的な点検・検証の仕組みの周知期間の確保等のため、10月から施行

【居宅介護支援】運営基準の改正点

2021年度介護報酬改定・厚労省より

感染症対策の強化

【感染症の予防及びまん延の防止の措置・居宅介護支援基準第二十一条の二（新設）】

介護サービス事業者の感染症対策を強化する観点から、以下3点の対策が義務化。

※感染症の予防・まん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催する。その結果について、職員等に周知徹底を図ること。（委員会はテレビ電話など情報通信機器を活用して行うことができる）

※事業所における感染症の予防・まん延の防止のための指針を整備すること

※職員等に対し、感染症の予防・まん延の防止のための研修・訓練を定期的に実施する。

なお、経過措置期間は省令施行日から2024年3月31日までの3年間が設けられた。

運営規程等の掲示に係る見直し

【掲示・居宅介護支援基準第二十二条2（新設）】

現行、各サービスにおける運営規程等の重要事項は、事業所内の見やすい場所への掲示が義務付けらる。この点について、介護サービス事業者の業務負担軽減や利用者の利便性の向上を図る観点から、閲覧可能なファイル等で据え置くななどの対応が可能となる。

具体的には、重要事項に関する書面を事業所に備え付け、かつ、関係者がいつでも自由に閲覧できる状態とすることで、掲示の代わりとするとしていよい。

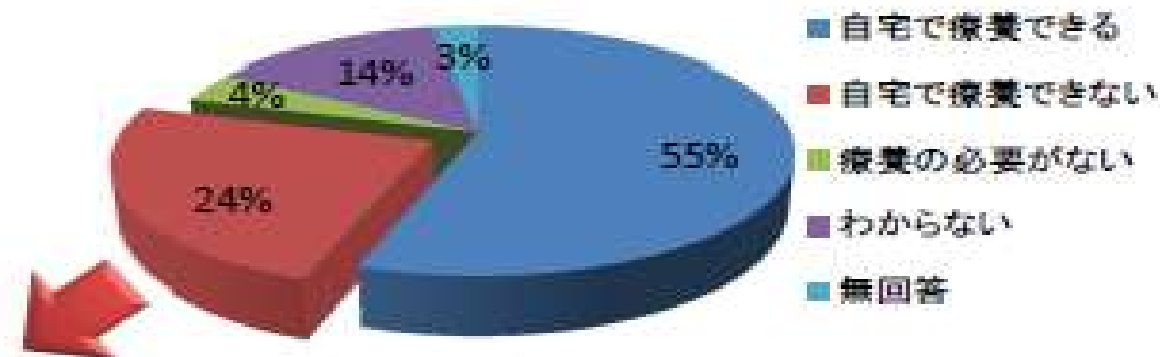
**あと少しです
日頃の疑問や困難
意見交換もしたいです**



退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通し

- 退院の許可が出た場合の入院患者の自宅療養の見通しについて、「自宅で療養できない」と回答した入院患者は24%。
- 自宅療養を可能にする条件について、「介護サービス」「家族の協力」を挙げた患者が多い。

■ 退院の許可が出た場合の入院患者の 自宅療養の見通し (入院患者に対する質問、n=53,298)



■ 「自宅で療養できない」と回答した者について 自宅療養を可能にする条件 (複数回答)

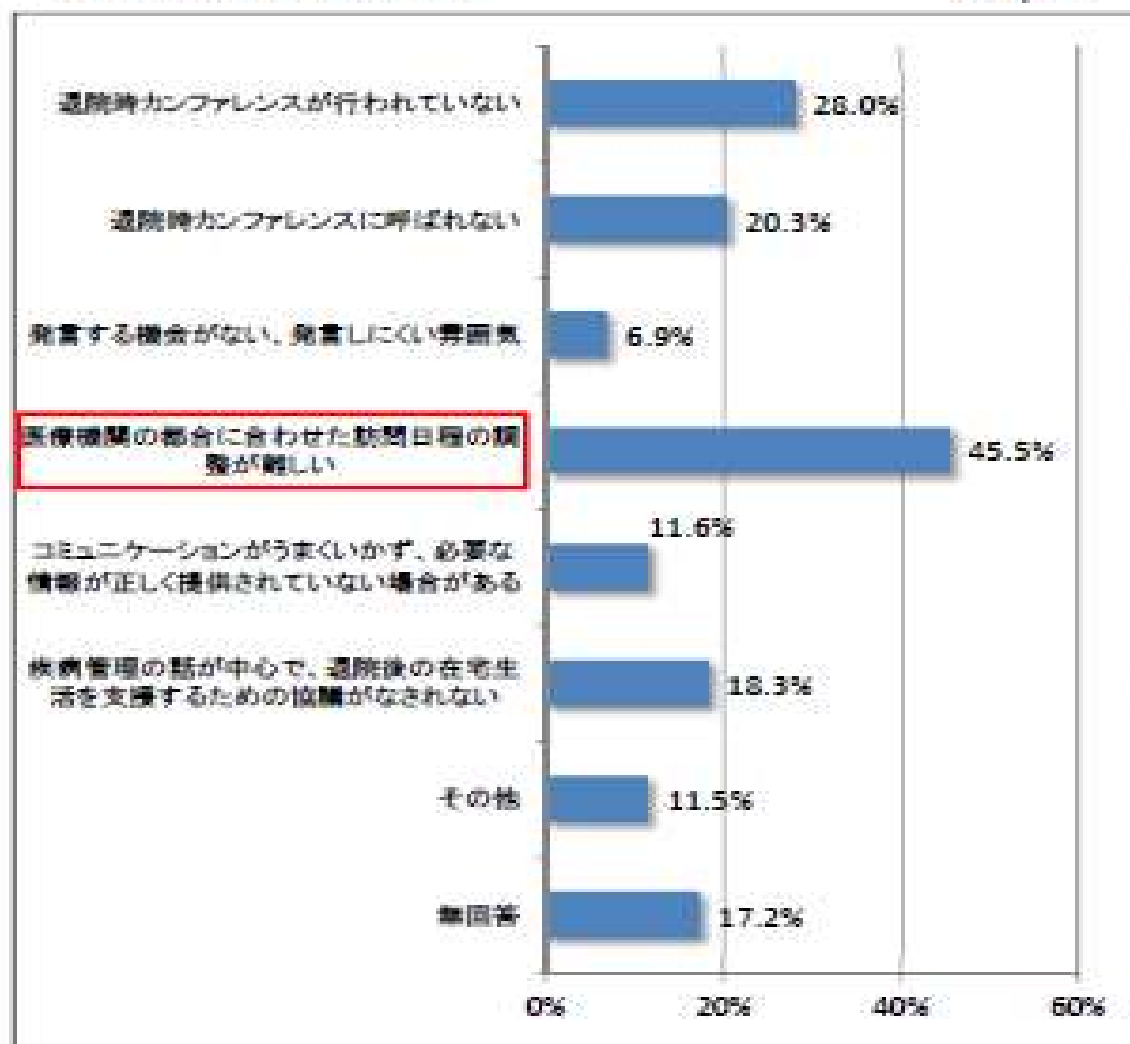


居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査（平成28年度）

○ 退院時カンファレンスに参加する上で問題とを感じる点は「医療機関の都合に合わせた訪問日程の調整が難しい」が45.5%となっている。また、退院時に医療機関より利用者情報を得ることが困難と感じる点は「医療機関から急な退院の連絡があり、対応が困難」が55.0%となっている。

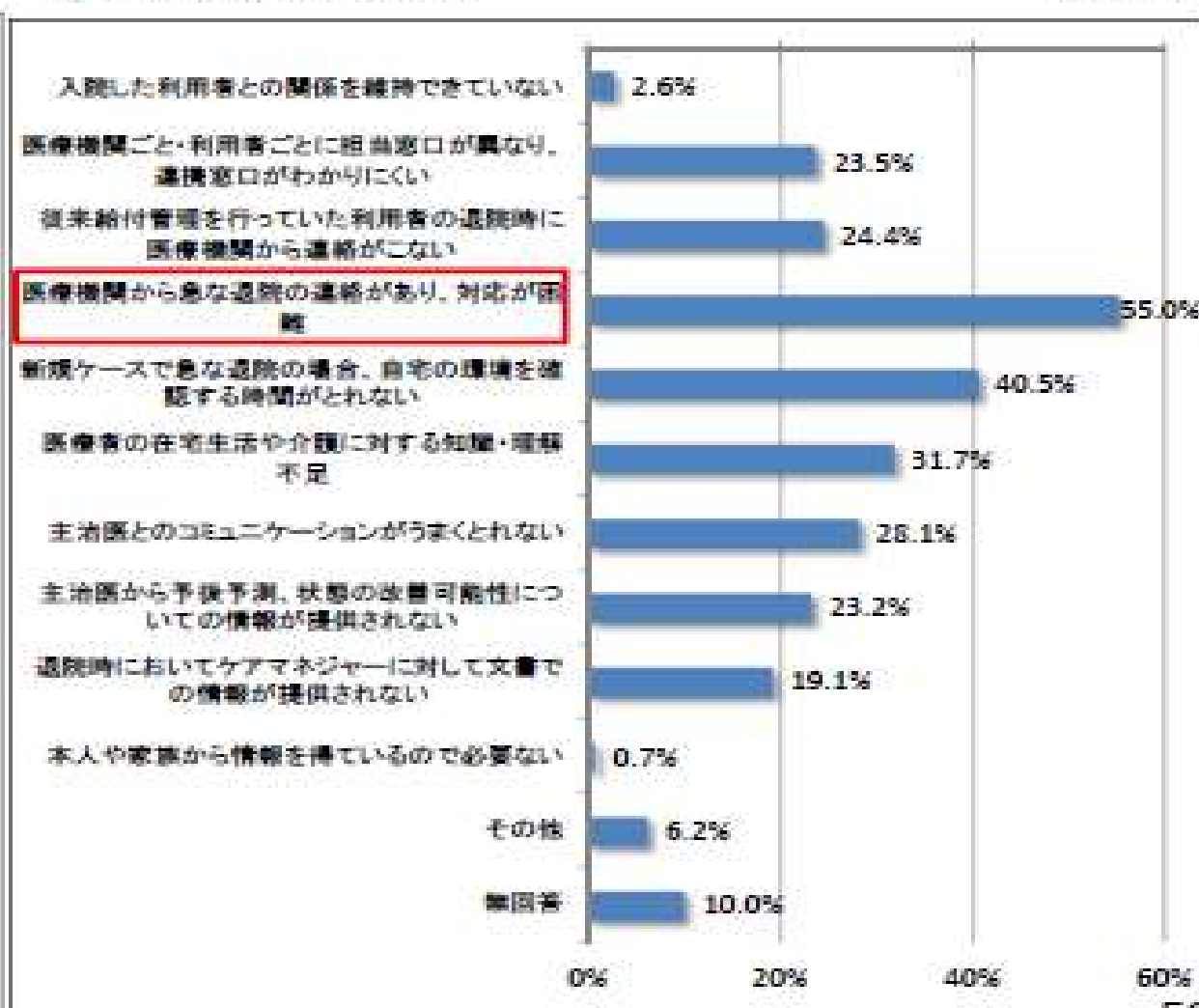
退院時カンファレンスに参加する上で問題とを感じる点
(事業所調査票)(複数回答)

n=1,572



退院時に医療機関より利用者情報を得ることが困難と感じる点
(事業所調査票)(複数回答)

n=1,572

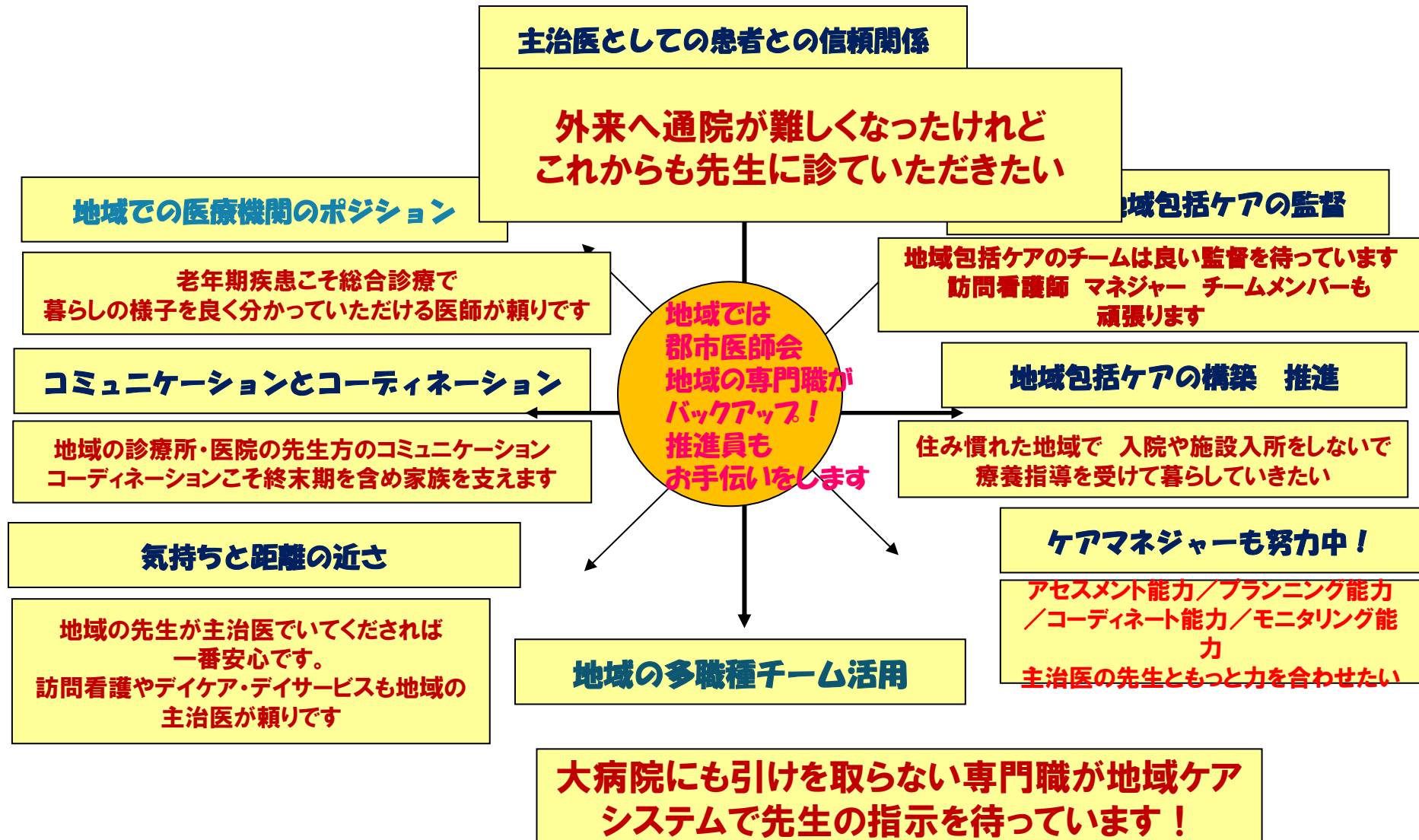


医療連携について

医療機関からの新規依頼ケース

- ・スクリーニングにて受諾可能であれば速やかに医療機関を訪問
- ・担当窓口（MSW、退院調整NS、在宅復帰支援員など）を確認し連携開始
- ・退院支援計画、診療情報などを得て、退院後の生活目標・課題を把握
- ・退院前カンファレンスへの参加、セラピストによる退院前指導訪問への同行
- ・ケアプラン原案作成、院内におけるサービス担当者会議開催
- ・初回加算もしくは退院・退所加算算定

在宅医療は時代の要望



在宅診療を取り入れた診療業務のイメージ (約20名)

曜日	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜日
9:00～ 12:00	一般 外来	一般 外来	休診	一般 外来	一般 外来	一般 外来	休診
13:00 ～ 15:00	予約 外来	訪問 診療3件	休診	予約 外来	訪問 診療3件	必要時 往診	休診
15:30 ～ 18:00	一般 外来	一般 外来	休診	一般 外来	一般 外来	休診	休診
18:30 ～ 19:00	訪問 診療1件	介護認定 審査会		訪問 診療2件			

大丈夫です
休日や休診日
には
自由な時間を
確保することが
できます

時間外の診療はそんな
に多くはないです
緊急時は往診対応で
時間外加算等 手だて
されています

在宅診療を取り入れた診療業務のイメージ (訪問患者約5～8名)

曜日	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜日
9:00～ 12:00	一般 外来	一般 外来	休診	一般 外来	一般 外来	一般 外来	休診
13:00 ～ 15:00	予約 外来	訪問 診療1件	休診	介護認定 審査会	訪問 診療1件	必要時 往診	休診
15:30 ～ 18:00	一般 外来	一般 外来	休診	一般 外来	一般 外来	休診	
18:30 ～ 19:00	必要時 往診						

週2件だけでいいです
5名～8名の
地域生活 在宅療養
を支えることが
できます

夜間や時間外の診療は
ほとんどないです
緊急時は往診対応で
時間外加算等 手だてさ
れています

介護支援プロセスでの 疑問 悩み

Q 指導者の人は一体どんなプランを策定しているの？

Q 主治医との連携ってみんなどうしているの？

**Q 医療専門職と連携するっていわれても 訪問看護も特に必要ないし
リハビリもそんなに望まないんだけど？**

Q 薬のことや検査データのことは口出しできないよね？

Q 症状がでたら対応するけど・・・予防するって プランにどのように生かすの？

「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」の一部改正について

介護保険最新情報 Vol.958



一般社団法人日本介護支援専門員協会

平成11年11月12日老企第29号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知により、「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」下記の通り説明がされています。（一部抜粋）



⑬「利用者及び家族の生活に関する意向」

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのかについて課題分析の結果を記載する。なお、利用者及びその家族の介護に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。

⑮「総合的な援助の方針」

課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、総合的な援助の方針を記載する。あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先等について記載することが望ましい。

令和3年3月31日 厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長通知により、「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」（平成11年11月12日老企第29号）について、以下のとおり一部改正となり、下記の通り説明がされています。（一部抜粋）



1 居宅サービス計画書標準様式及び記載要領

- ・【居宅サービス計画書（1）標準様式】
「利用者及び家族の生活に関する意向」



「利用者及び家族の生活に関する意向を踏まえた課題分析の結果」

- ・【居宅サービス計画書（1）記載要領】

⑬「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのか意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、**各々の主訴を区別して記載する**。（次ページ参照）

今回の改定では居宅サービス計画書記載要領の冒頭の文に以下の点が新たに加筆されています。

「介護サービス計画は、利用者の生活を総合的かつ効果的に支援するために重要な計画であり、利用者が地域の中で尊厳ある自立した生活続けるための利用者本人の計画であることを踏まえ、わかりやすく記載するものとする。」



居宅サービス計画書や施設サービス計画書は、「利用者本人の計画」とされ、あくまでも利用者本人が主体的に作成に関与していくことが大切です。

介護支援専門員は、専門的知識や技術を駆使して、利用者による計画書の作成の援助や、仲介や調整、情報収集と提供等を行う事で計画書に基づくチームケアが円滑に進むように利用者及びその家族を支援します。

計画を作成する場合は利用者本人の目線での記述を意識しましょう。

記載要領

第 1 表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日

年 月 日

※居宅サービス計画書記載要領(一部抜粋)

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成(変更)日 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 年 月 日

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたと考えているのかについて意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、利用者及び家族を含むケアチームが確認、検討の上、総合的な援助の方針を記載する。あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先、また、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応の方法等について記載することが望ましい。例えば、利用者の状態が急変した場合の連携等や、将来の予測やその際の多職種との連携を含む対応方法について記載する。
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他()

「介護サービス計画書（１）」の記載のポイント

アセスメントの主訴は、利用者及びその家族の主訴や要望について記載するが、利用者及び家族の生活に対する意向は、利用者及びその家族の主訴や要望（フェルトニード）を単に記載したものではなく、利用者がこれからの自立した生活に向けて希望が見い出せる意向（リアルニード）を記載します。

ケアマネジメントは、ケアマネジャーによる利用者の生活を支える専門的な支援方法であり、利用者との共同作業を通して、アセスメントから情報収集し、課題分析の結果として、合意形成を行う意向（リアルニード）へと導きます。

フェルトニード（感得されたニード、自覚ニード）

フェルト（felt）は「感じる（feel）」の過去分詞形で、「感得された」という意味なので、本人が自覚しているニードや欲求のことを指します。

エクスプレストニード（表明ニード）

主訴とは、エクスプレスト（expressed）は「表明された」という意味で、クライアントが他人にわかるように表明したニードのことです。

ノーマティブニード（規範的ニード）

ノーマティブは「規範的」という意味なので、価値基準や科学的判断に基づく絶対的基準との比較によって顕在化するニードのことを指します。

連携するということ

- 必要な情報を 適時 やり取りし
- 相手の専門性を尊重し具体的に尋ね 頼む
- 相手がより良い仕事ができるサポートとしての連携
- 対象者の暮らしの専門家として対象者の暮らしの実情を伝えることは 大切な専門性
- 医療側の価値感やスピードとは違う高齢者の暮らしの事情や気持ちを理解していただき
- より現実的な より良い対応策を一緒に考えていただく

レッツ 医療・介護連携 防災免災連携

その具体的な 工夫をみんなで共有しよう
連絡の方法や 情報の出し方
どんな 指示や対応をしていただきたいのか
介護支援専門員としての方針を持つての
報告・相談の仕方 何が課題でどうするのか
連絡調整のポイント を みんなで共有しよう
地域の介護支援専門員職能団体として
他の専門職能団体や機関との連携

コミュニケーションスキルの必要

1. コミュニケーションの基となる目的・理念・関係性。
2. 時間の必要。（向き合う時間）
3. 準備の必要。（向き合う準備）
4. 気づかう能力。感情を表出させる能力。
5. 正直に、しかも気持ちを分かち合う能力 共感。
6. 耳を傾ける能力。理解する能力。
7. 説明する能力。
8. 結論に到着し 着陸する能力 一貫性。
9. 良いあとあじを残す能力。
- 10 誠実性・信頼感を相互に分かち合い協働していく。

リスクマネジメント：リスクコミュニケーション



人生の旅は続く
いつか終わる旅だから
今日は大事な一日
何のために生きるのか
何を大事に生きるのか
仕事は自分自身の生きざま
です リスクは正しく知って
みんなで対応ですね

まとめ

- ＊ 地域包括ケア推進は地域の重要課題でここ20年が正念場
- ＊ 高齢者が地域で朗らかに老い 家族の負担・不安少なく地域で終焉を暮らすこともできる これからの地域を創っていく
- ＊ 望む暮らしの基本は体調がいいこと 自分の健康は自分で護る
地域生活・自立生活のエールのために
根拠をもって、見通しを示し、リスクを軽減する提案が出来る
- ＊ 介護支援専門員の専門性可能性・やりがいは今私たちが創る
- ＊ 市民の健康管理 療養支援 入院しない
神栖市民と地域の仲間たちと協力しながら
無理なく実現できるようにしましょう

本人や支援者が元気であるために

- 健康に気をつける 心身の調子を良くする
- 元気で仕事をしたいと思う 前向きな意識
- 元気を提供する仕事と思い込んで 元気振舞う
- 物事をポジティブに捉える いい方向を見る
- 自分[のともとの気質]をよく知っている
- 自分に優しくする 自分の味方になる
- 信頼できるコミュニティを築く

多職種協働も前提となるコミュニティが大切

地域の財産となるような



専門性の高い 朗らかで ポジティブな
介護支援専門員を育成し
力量を増す 療養支援 自立支援 生活支援
そして 災害対応 終末期支援
介護支援専門員は地域の資源としてネットワークを大切に