

高齢者の地域生活を支援する

地域ケアマネジメント機能の強化

地域においてケアマネジメント機能の強化が求められる背景と課題

本来、介護保険サービスは高齢者の生活に必要なサービス全体の一部を提供しているに過ぎず、地域の高齢者が抱える生活課題には、介護保険サービスのみで対応できるものではありません。したがって、高齢者の地域生活を援助する専門職は、他の専門職等との連携のもと、広く保健・医療・福祉、場合によってはそれを超える領域も視野に入れた問題把握を行うことが必要となります。

また、高齢者の抱える問題を地域社会の中で解決していくことに向けて、問題を共有化し、解決のための取り組みができるよう関係機関等に働きかけ、連携していくことが求められています。

今回、これらの取り組みを行うための課題と方策を、高齢者の地域生活支援を行うケアマネジメントにおけるインタビュー～情報収集、課題分析(アセスメント)目標設定の段階に、特に視点を置いた検討を行い、今後の取り組みの方向として、下記の3点が明らかになりました。

- 1 利用者の地域生活を支える対人援助職として、介護支援専門員が、利用者自身の持っている力を含めて状況をありのままに把握し、予後を予測できる力を一層育んでいくこと
- 2 地域社会においてそれを支えるしくみとして、介護支援専門員が、利用者との十分なコミュニケーションにもとづいた総合的なアセスメント能力を向上させるとともに、他の専門職との連携によるチームアセスメントの推進、ケアプランと個別援助計画との連携の推進など、ケアマネジメントの原則に則った取り組みをより一層行うこと
- 3 介護支援専門員のケアマネジメントを支える基盤となる地域ケアシステムの整備、地域ケアネットワークの形成推進に取り組んでいくこと

これらの取り組みの方向を具体化し、地域における総合的・包括的なケアマネジメント機能を強化・推進するため、下記の3項目について提言を行います。

- 1 介護支援専門員の資質向上に取り組む
- 2 チームでアセスメントを進めるための基盤となる地域のケアマネジメントシステムを構築する
- 3 高齢者ケアのあり方に関する地域の合意を形成し、住民参加を促進する

1 介護支援専門員自身に取り組むべきこと

(1) 利用者の状況をありのままに把握するアセスメント能力の向上

利用者に対する援助をマネジメントする対人援助職、言い換えれば、地域社会で自ら日常生活を営めるように支援する介護支援専門員は、利用者自身の持つ力を含めた利用者の状況をありのままにとらえることができる力を向上させることが求められています。とりわけ観察した事実を分析し、予測する力、それを通じて把握した事実やケアの方針をありのままに記述し、説明できる力の向上が、他の専門職とのチームケアを推し進めていくにあたっては不可欠です。今後、ケアマネジメントの各過程の留意点に一層習熟し、特に相談援助面接やアセスメント能力についての自らの力を自己分析し、その向上に努める必要があります。

(2) 介護保険サービス以外の社会資源を視野に入れたケアマネジメントの実施

高齢者が地域社会で自ら日常生活を営めるよう、介護支援専門員は、利用者一人ひとりの状況と見通しを踏まえ、地域社会のあらゆる社会資源をもとに援助目標を立て、社会参加等への障害となっている状況に対しても積極的に解決のためのアプローチを図りつつ、マネジメントを行う必要があります。

(3) 自らのケアマネジメントを検証するためのスーパービジョンの確保

介護支援専門員は、自らのケアマネジメント業務の妥当性を検証し、業務推進のための支援を受けられるよう、管理・教育・支持などの業務支援を受ける体制（スーパービジョン体制）を、地域の中に確保する必要があります。

2 地域のケアシステムとして取り組むべきこと

(1) 地域レベルの介護支援専門員研修プログラムの確立と実施

基幹型在宅介護支援センターや地域の介護支援専門員の連絡組織等は、地域におけるケアマネジメントの質の維持・向上を目的とした地域レベル（区市町村レベル）の介護支援専門員の研修プログラムを協働して確立する必要があります。

プログラムは、地域の実情に応じて必要な内容を設定することが求められます。特に、専門職としての成長に留意した「新任研修」「現任研修」「専門研修」などの段階的なプログラム作成が必要であり、地域福祉とケアマネジメントとの連携を意識したプログラムとすることが求められます。

区市町村には、こうした取り組みを支援すること、また自ら実施することが望まれます。

(2) 社会資源アセスメントシートの導入

地域ケア会議等の場で、地域の社会資源をアセスメントし、記入するための「社会資源アセスメントシート」を開発することが求められます。介護支援専門員がそれを活用することにより、幅広い社会資源を想定しながらアセスメントができるようになります。

(3) 介護支援専門員の抱える問題へのサポートや自己研鑽への支援

区市町村や地域ケアの関係者は協働して、事業所の問題、制度上の問題、困難事例への対応等で心身ともに疲労している介護支援専門員が気軽に相談できる仕組みを設けることが必要です。

また、介護支援専門員が自らの力で質的向上を目指せるよう、地域の介護支援専門員関係団体（連絡会等）への保険者の支援が必要です。

3 制度として取り組むべきこと

(1) 介護支援専門員の公正・中立性の確立

介護支援専門員が、所属する居宅介護支援事業所の経営上の問題や併設する居宅サービス事業所の利益誘導により本来のケアマネジメントが阻害されることのないよう、公正・中立性を確保し、利用者主体の援助が出来る環境を整えることが必要です。そのために国は、適正な介護報酬を設定することが必要です。

(2) 在宅介護支援センターと居宅介護支援事業所の機能の整理

自治体行政は、各地域での地域福祉推進における在宅介護支援センターの役割の明確化と体制の整備を行うことが必要です。在宅介護支援センターにおける地域ケアネットワーク形成、介護支援専門員に対するソーシャルワーク援助などのサポート機能を高めることや、在宅介護支援センターが居宅介護支援事業所を併設することが求められます。

また、職員が在宅介護支援センターと居宅介護支援事業所の担当を兼務する場合には、居宅介護支援を行う担当ケース数を、インテークや援助のむずかしい複雑ケースを中心とする20ケース程度に抑える必要があります。これは、在宅介護支援センター職員もケアマネジメント実践に習熟し、介護支援専門員のサポートができる能力を保持しつつ、同時に地域のセーフティネットの整備を図ることも考慮した提案です。

(3) 介護支援専門員の現任研修受講の義務化

介護支援専門員が資質の向上を継続的に図るため、専門職としての段階的なプログラムに基づいた現任研修受講を促進していく必要性があり、所属事業所における職員の研修派遣・教育体制整備を制度として義務化することが求められます。

現任研修は、地域の実情に応じて基幹型支援センターなどが行う区市町村単位の現任研修、広域の都道府県単位の現任研修、専門職団体が行う現任研修が考えられます。また、東京都などの役割として、基本となる現任研修のプログラムの標準化も必要となります。

(4) 介護支援専門員の労働環境の改善

担当ケースの経過をモニタリングし、チームケアを積極的にすすめていくために、国は、制度改善により介護支援専門員の労働環境を改善することが必要となります。

- 2 チームでアセスメントを進めるための基盤となる地域のケアマネジメントシステムを構築する

1 介護支援専門員自身に取り組むべきこと

(1) 問題をケアチームにつなげる力の向上

利用者の抱える複雑な問題を介護支援専門員個人の取り組みに求めるのは限界がある場合もあります。そのため介護支援専門員は、ケアチームによるチーム対応を推進し、必要に応じて地域全体の問題として関係者とともに対応を図る取り組みが必要です。

2 地域のケアシステムとして取り組むべきこと

(1) 利用者に関わるキーになる専門職など（キーワーカー）を通じた問題把握と対応

介護支援専門員が自分の目だけで問題把握を行い、アセスメント、モニタリングをするのではなく、利用者へのサービス提供に関して主要な役割をとるホームヘルパー、訪問看護師等の援助職や家族、民生委員などの中で、利用者から最も信頼を寄せられている専門職など（キーワーカー）をケアチームが利用者ごとに明確にすることを提案します。

こうして、その「キーワーカー」を通じて利用者の状況や意向の変化について情報を把握するしくみを設け、ケアプラン作成時のみのアセスメントではなく、刻々と変化する利用者の状況を踏まえたタイムリーな対応を可能とする、効果的なチームアプローチのシステムの推進を図ります。

(2) 在宅介護支援センターにおけるケアマネジメントのバックアップ機能の確立

地域型在宅介護支援センターは、介護支援専門員の行うケアマネジメント

をサポートし、広い視点を持ったアセスメントの取り組みの支援を行うため、介護支援専門員へのバックアップ機能を確立することが必要です。

(3) 基幹型介護支援センター等への虐待対応チームの設置

高齢者虐待ケースへの対応は、介護支援専門員個人が抱え込むのではなく、地域型介護支援センターが一次的な相談受付窓口となるとともに、チームで個々のケースへの対応方針、方策の検討を行い、ケースへの介入を実施することが必要です。区市町村行政は、高齢者虐待に対応する地域の関係者と協働し、このための「虐待対応チーム」を設置することが必要です。

チームの形態としては、を基本として以下の2つの案が考えられます。

区市町村行政による介入権限付与方式

措置権や生活保護、障害者施策、精神保健分野等を所管し、総合的に調整が進めやすい行政が中核となり、自ら「虐待対応チーム」を設置します。そのチームは、ケースへの介入を可能にする権限付与を定め、必要に応じて介入を実施します。

合議による対応方針確立方式

専門職が配置されている基幹型介護支援センター等に福祉・保健・医療・行政・権利擁護等の関係者による「虐待対応チーム」を設置します。そのチームは、合議により対応方針を確認、決定することで、ケースごとに介入を実施する方法を取ることが考えられます。

(4) 基幹型在宅介護支援センターへの専門職配置と居宅介護支援事業所併設の推進

区市町村には、基幹型在宅介護支援センターへ経験年数に配慮したソーシャルワーク（コミュニティワーク）の専門職を配置するとともに、居宅介護支援事業所の併設を進めることが求められます。これにより、地域の課題の把握がしやすくなるとともに、地域型在宅介護支援センター、福祉事務所、権利擁護機関等との連携のもと、高齢者虐待ケース、インテークや援助のむずかしい複雑ケースへの対応策の策定が、地域における援助職が関わりやすい状況の中で行われやすくなります。

一方、ケースへの介入、施設への措置入所、病院などの緊急一時保護などの対応策に行政が責任を持ち、実効性のある形で関わる仕組みが担保されることが望まれます。そのために区市町村は、困難ケースには福祉・保健の関係部署が積極的に関わることを明確化し、措置権限を持った入所判定委員会等の仕組みを地域で整備する必要があります。

(5) 地域ケア会議の機能の強化

区市町村が、基幹型在宅介護支援センターに設置されている地域ケア会議の役割、機能を強化するとともに、地域型在宅介護支援センターにおいても同様のしくみを設け、役割、機能を付与することを提案します。

【基幹型介護支援センター】

下記の2つの組織を設置する。

「拡大地域ケア会議（仮称）」

行政、保健・医療・福祉関係者、地域住民等が参加し、地域特性を踏まえた支援のあり方、機関間連携と社会資源の開発などを検討する機能

「定例の地域ケア会議」

地域型介護支援センター、関係行政機関、関係団体等の現場担当者が、支援センター業務の推進に関わる課題、およびインテークや援助がむずかしい等の複雑なケースへの対応など、地域全体の実践現場の課題検討と情報交換を行う機能

【地域型介護支援センター】

下記の機能を併せ持つ「小地域ケア会議（仮称）」を設置する。

個々のケースについて関係者によるチームケアを行う機能

問題の発見や対応、見守りなどに有効な社会福祉協議会の小地域福祉活動と連携して、プライバシーの保持に配慮しつつ、介護支援専門員等の専門職と民生委員や地域住民が連携していく仕組みを図る機能

なお、基幹型介護支援センターは、地域型センターが設置する「小地域ケア会議（仮称）」の推進にあたり、地域型介護支援センター職員の負担に配慮する必要があります。例えば、隣接する複数の地域型在宅介護支援センターが共同で「小地域ケア会議（仮称）」を行える仕組みづくりや、推進マニュアルの整備、民生委員協議会等への事前打ち合わせ等の業務支援を行うことが考えられます。

また、基幹型介護支援センターにおける「拡大地域ケア会議（仮称）」には、区市町村への施策提言を行える機能を持たせることが必要です。

（6）地域生活支援実現のために不足する社会資源の明確化

地域生活支援の実現には、社会資源を開発していくしくみが必要となります。そのため、地域のケアシステムに関わる専門職は、地域ケア会議の場を活用し、個別のケースから、地域に不足する社会資源が何かを明らかにすることが求められます。

併せて、これまでケアプランに反映される視点の乏しかった地域社会資源について、関係づくりや情報収集、情報分類・整理、地域型在宅介護支援センター、介護支援専門員等の地域ケア関係者および地域住民に対してインフォメーションを行うことも必要となります。

3 制度として取り組むべきこと

（1）地域型介護支援センターにおける総合相談とインテーク機能の強化

介護保険制度は申請主義と契約によるサービス提供を基本としており、サ

ービスが必要にも関わらず申請に至らないケースを発見、訪問するアプローチ、居宅介護支援事業所や必要とされる関係機関への紹介や仲介、契約利用に至るまでの支援など、申請主義や契約制度を補完する機能が在宅介護支援センターの機能として求められています。

このため、地域型在宅介護支援センターにおける総合相談機能を強化し、センターが、相談窓口対応と地域実態把握を行うとともに、地域住民とこれまでケアプランに反映される視点の乏しかった地域の社会資源についての仲介を行い、また、社会資源についての情報収集、情報分類・整理、地域へのインフォメーションを行うことが必要となります。

(2) 権利擁護センターの整備

痴呆性高齢者等の増加に伴い、日常生活の金銭管理や財産保全、権利擁護の必要性は地域におけるケアマネジメントの課題となっています。介護支援専門員のケアマネジメントの業務を支援する意味からも、区市町村は、区市町村社会福祉協議会が取り組む地域福祉権利擁護事業を中核として、成年後見制度の相談対応・利用支援、法律相談などを行う地域レベルの総合的な権利擁護センターの設置を促進することが必要です。

- 3 高齢者ケアのあり方に関する地域の合意を形成し、住民参加を促進する

1 介護支援専門員が取り組むべきこと

(1) 利用者、家族に対するエンパワメント

介護支援専門員は、介護サービスを活用した生活イメージを具体的に利用者、家族に伝えることで、身体的な機能面のみ視点に当てた自立観ではなく、自らの暮らしのあり方を自ら決定していく「自立」とその人の暮らしを支えるサービスの意義について理解を広げ、利用者を中心に、生活の支障となる要因の確認と対処を共同作業で進めていく姿勢が求められます。

このことを通して、利用者自身の残された能力を活かし、利用者の自己決定を支えることにつながるエンパワメントのアプローチを行うことが必要です。

(2) ケアマネジメントの目的に対する理解の普及

介護支援専門員は、介護サービスや社会資源等のサポートを効果的に活用し、その人らしい生活をトータルに支えていくケアマネジメントの目的を利用者、家族、地域住民に伝えることによって、その理解を高めることが必要となります。

2 地域のケアシステムとして取り組むべきこと

(1) 高齢者虐待に関する地域住民への啓発

東京都、区市町村および高齢者虐待の防止などに取り組む機関・団体は、高齢者虐待という問題をどのように捉えるか、その定義や判断する基準について「高齢者虐待対策検討会」などを設置して地域ケアに関わる援助職の関心、問題意識を高め、地域住民に啓発していくことが求められます。

(2) 高齢期のライフサイクルに対する地域住民の理解と普及

区市町村行政や社会福祉協議会などの民間団体は、地域における高齢者の社会参加や自己実現、ライフサイクルのあり方について地域住民が考えることのできる機会をつくり、理解と普及を図ることが必要です。

(3) 小地域福祉活動の推進

区市町村社会福祉協議会と在宅介護支援センターや介護支援専門員は相互に連携し、痴呆性高齢者への見守り活動など、個人の人権尊重に留意しつつケアマネジメントにおける発見と対応の段階から、区市町村社会福祉協議会が行う小地域福祉活動をともに推進し、インフォーマルな支援を導入する基盤を培うことが必要となります。

3 制度として取り組むべきこと

(1) 区市町村介護保険事業計画や老人保健福祉計画、地域福祉計画への反映

区市町村は、これらの計画の策定にあたっては、介護サービスをはじめとするサポートを活用した社会参加、および虐待や権利擁護が必要なケースへの対応など、地域のセーフティネットのあり方について、住民参加のもとに議論ができる機会をつくり、これまで以上に計画への反映を図っていくことが必要となります。

また、地域の実情に応じた地域ケアのあり方について介護支援専門員などの専門職による議論の結果を、それぞれの計画に反映できる機会や仕組みを作る必要があります。

(2) 高齢者虐待防止法の制定

国は、地域の関係機関が高齢者虐待に連携した対応ができる法制度の整備を進めることが必要です。

また、区市町村においては、法制化の時期に関わらず、具体的な対応を進めるための根拠となる条例策定等、具体的な条件整備を早急に進めることが求められます。