

第3章 権利擁護業務

第1節 権利擁護業務の考え方

《①権利擁護のとらえ方》

■ 今回の介護保険法改正では、第一条（目的）に「尊厳の保持」を掲げました。地域包括支援センターの権利擁護業務の目指すものは、誰もが住みなれた地域で尊厳ある生活と人生を維持することができるという当たり前の願いを実現していくことです。

高齢者等が地域生活に困難を抱えた場合、地域の住民、民生委員、介護支援専門員等がその支援に関わり、適切な介護保険サービス等を利用するなどして生活の維持を目指していくことになります。しかし実際にはそれらの人たちの援助だけでは十分に問題が解決できなかったり、適切なサービス等につながる方法が見つからなかったりして、問題を抱えたまま生活している場合があります。

具体的には、以下のような場合に、そうした状況になることが想定されます。

- ① 独居等の認知症等高齢者で、世帯内に適切な意思決定をできる人がいない
- ② 虐待やリフォーム詐欺等、他者からの権利侵害が疑われる
- ③ 近隣住民とのトラブル等があり、福祉サービス等の利用や周囲からの支援を自ら拒否している
- ④ 世帯内にアルコール疾患や精神障害等を持つ者が同居するなど、高齢者への介護保険のサービス利用だけでは解決できない複数の問題を内包している。また、適用できる制度やサービスがないなど困難な調整が必要である 等

《②権利擁護業務としての関わり方》

■ 地域包括支援センターの行う権利擁護業務は、上記のような困難な状況にある高齢者が、自らの権利を理解し、行使できるよう、市町村の責任によって行われるものです。それゆえ、権利擁護業務を行う者は、個人の権利や生きることの尊厳を理解し、以下のような点を明確に意識して、専門性に基づいた支援を行っていくことが求められます。

- ① 地域からもたらされる広範な相談や情報から判断して緊急性が高いと思われる場合には、迅速に支援すること。
- ② 必要に応じた訪問（アウトリーチ）による実態把握と状況確認を行うこと。
- ③ 生活全体を視野に入れ、一つのサービスや制度の適用のみでなく、それらの間をつないだり、必要な社会資源を開発したりすることを含め、幅広い観点からの支援を行うこと。
- ④ 地域の実情に応じた連携とネットワークにより、できる限り社会資源を有効利用すること。
- ⑤ 一人ひとりの生きる力を引き出す（エンパワメント）対人支援を行うこと。

■権利擁護業務を行うに当たっては、こうした意識をあいまいにしたままに対応しようとするとかえって権利擁護や尊厳の保持ができない場合もあること、これらの点を常に意識しながら支援することにこそ専門性と職業倫理が求められていることを認識する必要があります。

第2節 権利擁護業務の具体的内容

■権利擁護業務を行うにあたっては、総合相談支援業務（地域におけるネットワーク構築業務、実態把握業務、総合相談業務）の流れとの関係を整理しておく必要があります。

＜①総合相談と権利擁護業務＞

■「全体の視点」で述べたとおり、地域包括支援センターの職員は、総合相談支援におけるネットワーク構築→実態把握→初期相談対応による緊急性の判断→支援計画の策定→サービス提供機関等へのつなぎ→継続支援のためのモニタリングの全過程において、「権利擁護」の視点に基づいて係わることが重要になります。この流れの中で、社会福祉協議会が行う地域福祉権利擁護事業や苦情解決の仕組みなどの権利擁護を目的とするサービスや仕組みを有効活用するなど、ニーズに即した適切なサービスや機関につなぎ、適切な支援を提供することによって、本人の生活の維持を図っていくことになります。

■その過程で、第1節＜①＞で示した事例への対応など、とりわけ権利擁護の観点からの専門的支援が求められる場合には、以下に述べる成年後見制度や老人福祉法上の措置などの制度を活用した対応が重要になります。

＜②権利擁護業務と自治体の役割との関係＞

■地域包括支援センターの権利擁護業務を行うにあたっては、自治体の事務につないでいく支援が必要な場合があります。具体的には、次の二つの事務があります。

①サービス利用や施設入所における老人福祉法上の措置

②成年後見制度の市町村長申立て

こうした事務につないでいく支援が必要と判断し、実際に自治体につないだ場合でも、「つないで終わり」ということではなく、自治体事務が適切かつ速やかに行われるよう、継続的に働きかけていく必要があります。

■また、権利擁護業務を行う過程では、実務面で自治体と連携が必要な場合もあります。例えば、地域包括支援センターでは把握していない親族に連絡を取る必要が生じた場合には、自治体による戸籍情報の調査を前提としなければ業務を行うことができないことがあります。その場合には、自治体で戸籍情報を調べ、事前に自治体から該当する親族に対して、地域包括支援センターから連絡が入る旨説明し、了解を得ておいてもらうことが必要になります。

2.1 成年後見制度の活用

■認知症等によって判断能力の低下が見られる場合には、適切な介護サービスの利用や金銭的管理、法律的行为などの支援につなげるため、成年後見制度を活用することが有効です。

地域包括支援センターは、成年後見制度の活用にあたって次の業務を行う必要があります。

- ①成年後見制度普及の広報等
- ②成年後見制度の利用に関する判断（スクリーニング）
- ③成年後見制度の利用が必要な場合の申立て支援
- ④診断書の作成や鑑定に関する地域の医療機関との連携
- ⑤成年後見人等となるべき者を推薦できる団体等との連携

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《①成年後見制度普及の広報等》

- 市町村や地方法務局と連携し、成年後見制度（法定後見・任意後見）を幅広く普及させるための広報等の取組を行います。
- また、市町村や権利擁護に関する団体等と連携し、住民や関係者向けの成年後見に関する相談会を実施することも有効です。

《②成年後見制度の利用に関する判断（スクリーニング）》

- 本人や家族・親族等、関係機関等からの相談や実態把握によって、権利擁護の観点から支援が必要であると判断した場合、その高齢者の判断能力や生活状況等を把握し、成年後見制度を利用する必要があるかどうかを判断（スクリーニング）します。
- 成年後見制度が必要と考えられる例としては、世帯内に適切な意思決定できる人がいない独居等の認知症高齢者などで、
 - ・医療機関の受診や福祉サービス利用等の契約に関して支援が必要な場合
 - ・悪徳商法や消費者金融などの経済的被害を現に受けていたり、その可能性がある場合
 - ・預貯金管理等の財産管理、遺産相続等、法律行為の支援が必要な場合が考えられます。

【ワンポイントアドバイス】 ～高齢者の判断能力に応じて～

成年後見制度（法定後見）の申立てを検討する際には、高齢者の判断能力に応じて、次の3つの類型があることに留意しましょう。

【補助】ほとんどの事は、自分の判断でできる。しかし、契約や預貯金の管理等を自分でできるかどうか不安がある。本人の利益のためには、他の人の援助があった方が良いと思われる状態。

【保佐】日常生活では、何とか自分で判断ができて、簡単な財産管理や契約は自分でできる。しかし、不動産の売買や重要な契約を単独で行うことは、無理な状態。

【後見】日常生活に関することを除き、常に本人に代わって他の人が判断する必要があり、本人に判断することを期待しても無理だと思われる状態。

- なお、高齢者が家族等から経済的搾取を受けている場合などで緊急性がある場合には、法律関係者等の権利擁護に関する団体と連携して、審判前の財産保全処分や緊急事務管理等を検討する必要があります。

【事例】

一人暮らしの70代の女性。認知症を発症しており、日常生活が十分できない。やむを得ず、近所の人が世話をしているが、心配であるという相談がありました。

【スクリーニングの具体例】

(状況)

訪問調査 本人の状況確認、近所の方から情報収集。

本人は、日常生活では何とか自分で判断ができる。物忘れはあるが、食事は近くのスーパーで買ってきている。しかし、室内には現金が無造作に置かれている。預貯金の管理は困難で、近所の人が心配している。

本人は、住み慣れた在宅での生活を希望している。

(対応)

介護保険利用検討 介護支援専門員と連携し、要介護認定申請

→ サービス利用の意思は確認できたが、本人による契約が困難。

金銭管理 民生委員と連携し、本人の了解を得て預貯金の通帳や現金の確認

→ 総額1,000万円程の現金と預金、家の権利書等が見つかる。

(判断)

成年後見の申立てが必要 福祉サービスの利用、金銭管理の面から成年後見の申立てが必要と判断。同時に、在宅サービスの老人福祉法上の措置による利用や財産の保全に関することを検討する。

《③成年後見制度の利用が必要な場合の申立て支援》

- ②のスクリーニングにより、成年後見制度の利用が必要と判断した場合は申立てにつなげるための支援を行います。高齢者等に申立てを行える親族がある場合は、その親族に対して成年後見制度や手続き方法等について説明し、親族による申立てが適切に行われるよう支援します。

【ワンポイントアドバイス】 ～成年後見制度や手続き方法に関する説明～

本人や親族に対しては、成年後見制度の趣旨及び概要、申立権者、管轄家庭裁判所、申立費用（鑑定費用を含む。）、手続きの流れ、後見人との職責と責任（第三者後見人が選任される可能性がある旨を含む。）など一連の事項を説明することが必要です。

説明を行うに当たっては、職員本人が、家庭裁判所から配布される手引きや、家庭裁判所が行う説明会等を参考にしながら、申立手続き・各種書式や審理の流れをよく理解した上で、

高齢者本人や親族が制度について十分理解してもらえるようにすることが必要です。

また、申立てに必要な書類の記入など、必要書類の準備についてもお手伝いしてもよいでしょう。

- 申立てを行える親族がいないと思われる場合や、親族があっても申立ての意思がない場合は、速やかに市町村の担当部局に経過や状況を報告し、市町村長申立てにつなげていきます。

【ワンポイントアドバイス】 ～市町村長申立てについて～

成年後見の申立ては、本人や4親等以内の親族が行うことが原則ですが、市町村長は、65歳以上の者につき、その福祉を図るために特に必要があると認めるときは、後見開始等の審判を請求することができます。（老人福祉法第32条）

市町村長による申立てを行うに当たっては、市町村は、基本的には2親等内の親族の意思を確認すれば足りる取扱いになっています（ただし、2親等以内の親族がいない場合であっても、3親等又は4親等の親族であって申立てをするものの存在が明らかである場合には、市町村長による申立ては行われなことが基本となります）。

なお、虐待等の場合で2親等内の親族が申立てに反対する場合も考えられます。そのような場合には、2親等内の親族がいたとしても、本人の保護を図るため、市町村長申立てが必要となる場合があります。

【成年後見申立支援の具体例】

認知症を発症しており、在宅で一人暮らしを希望する70代の女性に対して、福祉サービスの利用、金銭管理の面から成年後見の申立てが必要と判断。

同時に、在宅サービスの老人福祉法上の措置利用や財産の保全に関することを検討する。

（対応）

市町村担当部局に報告

介護保険利用につなぐまで、緊急的に在宅サービスを老人福祉法上の措置で行うことが必要であり、その後の介護保険利用と財産管理のため、成年後見制度の利用が必要であることを報告。

市町村担当部局で検討

緊急的に在宅サービスを老人福祉法上の措置で行うこととなった。しかし、成年後見の申立てに関しては、交流のなかった息子がいることが判明した。（2親等）

（実態把握）

民生委員との連携

民生委員に検討状況を伝え、息子の動向について確認。民生委員も

知らなかったが、以前から本人と付き合いのある近隣の人の話では、浪費癖があり、借金の返済で本人も苦労したことがあるとのこと。

（息子は、自己破産宣告。）

今の状況で、連絡をとることは、本人の財産を目当てに介入してくる可能性がある。

市町村担当部局で検討

上記の内容を報告し担当部局内で検討した結果、2親等内に親族が存在しているが、これまでの生活実態から考え、経済的搾取のおそれが懸念されたため、息子を後見人候補者とするには消極姿勢で対応するとの方針を固めた。その上で、息子は2親等内の親族であることに加え唯一の推定相続人であるため、後見開始の申立てをすることについて意向照会を行ったところ、息子が「自分を後見人にしてくれるのであれば、後見開始の申立てをしてもよいが、自分以外の第三者が後見人になる可能性があるのならば、そんな手続は取らない。」と言い張ったため、協力を得るのは困難との結論に達し、市町村長申立てを行うこととなった。

市町村担当部局に対する協力

実態把握の経緯など、状況調査書の作成等に協力。

《④診断書の作成や鑑定に関する地域の医療機関との連携》

- 成年後見の申立てに必要な医師の診断書の作成や、保佐、後見の場合に必要な鑑定がスムーズに行われるよう、地域の医療機関との連携を図ります。

【ワンポイントアドバイス】 ～要介護認定における主治医の活用も～

診断書の作成や鑑定は、必ずしも精神科医が作成するものとは限りません。一般に、本人を普段から診察している医師（主治医）が診断書の作成及び鑑定に当たることがスムーズな診断書作成及び鑑定につながると考えられるので、市町村と連携して、要介護認定時の主治医研修等を活用して理解を深めてもらう等、認知症等の高齢者を診察する機会の多い医師に協力を求めることも大切です。

《⑤成年後見人等となるべき者を推薦できる団体等との連携》

- 高齢者にとって適切な成年後見人等が選ばれるように、地域において成年後見人等の候補者を推薦することができる団体等と連携を図り、高齢者やその親族に紹介します。

- なお、その際、地域包括支援センターの職員の職務はあくまで成年後見制度利用へのつなぎであって、職員自身が成年後見人となることは想定していないことに留意が必要です。

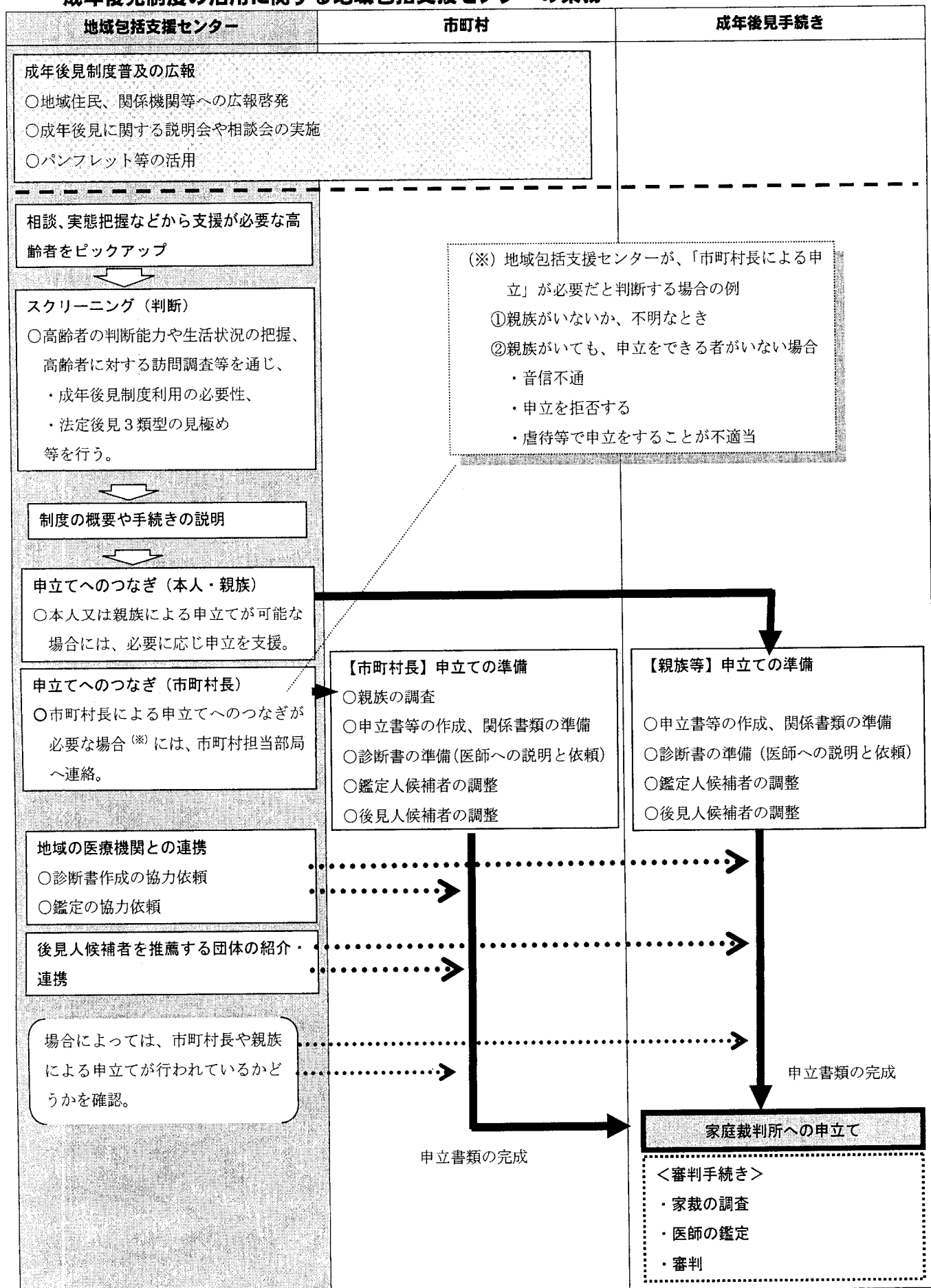
【ワンポイントアドバイス】 ～成年後見人等候補者の推薦団体～

地域の実情によって異なりますが、家庭裁判所に成年後見人等の候補者名簿を提出している団体には、次の専門職団体があります。

- ・ 都道府県弁護士会（弁護士）
- ・ リーガルサポート都道府県支部（司法書士）
- ・ 都道府県社会福祉士会「ばあとなあ」（社会福祉士） 他

また、地域において第三者の後見人候補者養成に取り組んでいる自治体もあります。

成年後見制度の活用に関する地域包括支援センターの業務



2.2 老人福祉施設等への措置

- 判断能力が低下している一人暮らしの高齢者や家族からの虐待等を把握し、保護の必要がある場合には、老人福祉法における措置で対応することが必要です。

老人福祉法上の措置で対応するにあたって次の業務を行う必要があります。

- ①緊急対応の必要性に関する判断
- ②老人福祉法上の措置を行う必要がある場合の市町村担当部局との連携
- ③老人福祉法上の措置が行われた後の高齢者の状況把握
- ④成年後見制度の利用等を含めた適切な支援

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《①緊急対応の必要性に関する判断》

- 次の「やむを得ない事由」に該当すると判断した場合には、老人福祉法上の措置での対応について、速やかに判断する必要があります。

- ・高齢者が家族等の虐待または無視を受けている場合
- ・認知症その他の理由により意思能力が乏しく、かつ、本人を代理する家族がいない場合

【ワンポイントアドバイス】 ～やむを得ない事由の範囲～

高齢者本人が同意していれば、家族が反対している場合であっても、老人福祉法上の措置を行うことが可能です。また、家族が高齢者の年金を本人に渡さない場合や、高齢者が医師の診断を拒んでいるため要介護認定ができない場合でも、やむを得ない事由による措置は可能という解釈が示されています。

（「全国介護保険担当課長会議（平成15年9月8日）資料」）

《②老人福祉法上の措置を行う必要がある場合の市町村担当部局との連携》

- 老人福祉法において市町村が措置できる介護サービスは次のとおりです。

- ・「やむを得ない事由」による措置
 - 老人居宅介護等事業（訪問介護）の利用、老人デイサービス事業（通所介護）の利用、老人短期入所事業の利用、認知症対応型老人共同生活援助事業の利用（認知症高齢者グループホームへの入居）、小規模多機能型居宅介護事業の利用、特別養護老人ホームへの入所
- ・「環境上及び経済上の理由」による措置
 - 養護老人ホームへの入所

- 老人福祉法上の措置を行う必要があると判断した場合は、速やかに市町村の担当部局に報告し連携を図

ります。

→措置の必要性を判断する際の考え方については、「老人福祉法に基づく措置に関する地域包括支援センターの業務」の図を参照してください。

《③老人福祉法上の措置が行われた後の高齢者の状況把握》

■高齢者に介護サービスの老人福祉法上の措置が行われた場合、市町村担当部局と連携してその後の状況把握を行います。

《④成年後見制度の利用等を含めた適切な支援》

■状況把握により高齢者に対して適切な介護サービスが提供されていないと判断した場合は、市町村担当部局に報告し老人福祉法上の措置内容の変更を要請します。

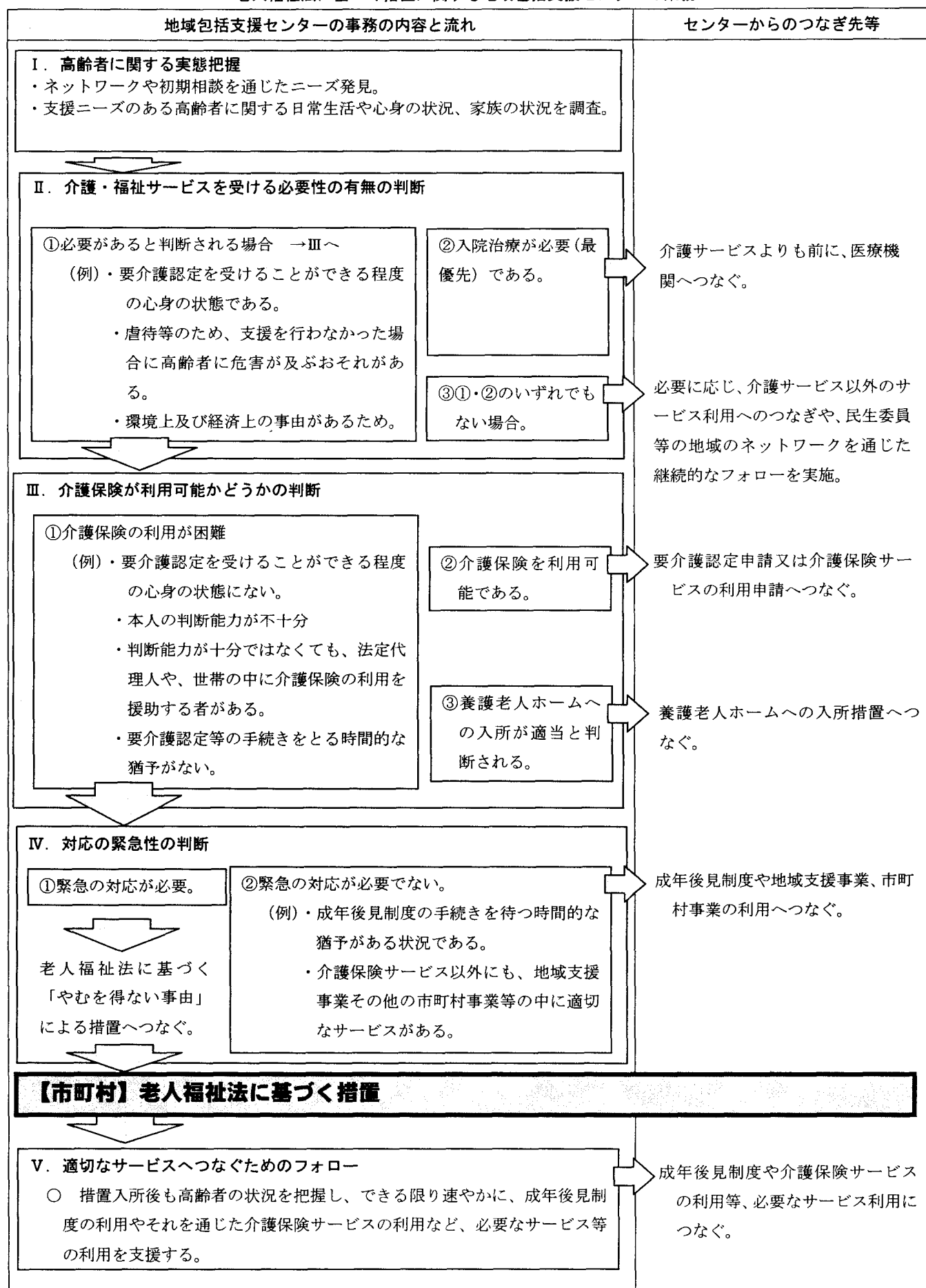
■また、高齢者の判断能力が不十分な場合は、成年後見制度の申立て支援を行い、契約によるサービスが適切に行えるよう支援します。

【ワンポイントアドバイス】 ～老人福祉法上の措置の解除～

判断能力が不十分な高齢者に法定代理人である成年後見人等が選任され、介護サービス利用契約が可能になった場合は、老人福祉法上の措置が解除されます。

なお、老人福祉法上の措置が解除される際には、市町村担当部局や介護サービス提供者と連携し、成年後見人等への事務が円滑にできるよう支援することが大切です。

老人福祉法に基づく措置に関する地域包括支援センターの業務



【事例】

一人暮らしの70代の女性。認知症を発症しており、日常生活が十分できない。やむを得ず、近所の人が世話をしているが、心配であるという相談がありました。

【実態把握】

訪問調査 本人の状況確認、近所の方から情報収集。

本人は、日常生活で物忘れ多く、日常生活に支障が出ている。特に、食事がとれないことが多く、栄養状態が良くない。(社会福祉士、保健師が訪問)

本人は、住み慣れた在宅での生活を希望している。

【判断】

介護サービスの老人福祉法上の措置

本人の状態からするとすぐにでも介護サービスを利用する必要があるが、認知症その他の理由により意思能力が乏しく、かつ、本人を支える家族等がないため、介護保険サービスの利用が期待できないことから、老人福祉法上の措置により早急にサービス利用をすることが適切と判断

【市町村部局との連携】

老人福祉法上の措置の必要性を報告

市町村の担当部局に対して、老人福祉法上の措置の必要性について調査報告書を添えて報告。

第3節 虐待への対応

虐待への対応については、先の特別国会で、議員立法により、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（以下「高齢者虐待防止法」という。）が成立（平成17年11月1日）し、公布（平成17年11月9日）されたところです。

同法に基づく市町村における業務の実施については、先進的に取り組んでいる自治体の例も参考にしながら今後厚生労働省において整理することとしており、虐待部分の地域包括支援センターにおける業務の方法についても、その整理にあわせて示すこととします。

ここでは、同法の内容を紹介することとします。

【高齢者虐待防止法の概要】

《①高齢者虐待の定義と対象範囲》

■高齢者虐待とは、①養護者による高齢者虐待、及び②養介護施設従事者等による高齢者虐待のことです。

①養護者による高齢者虐待

・養護者（高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事者等以外のもの）が、養護する高齢者について行う次の行為です。

(i)身体的虐待：高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。

(ii)ネグレクト：高齢者を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置、養護者以外の同居人による虐待行為の放置など、養護を著しく怠ること。

(iii)心理的虐待：高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

(iv)性的虐待：高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。

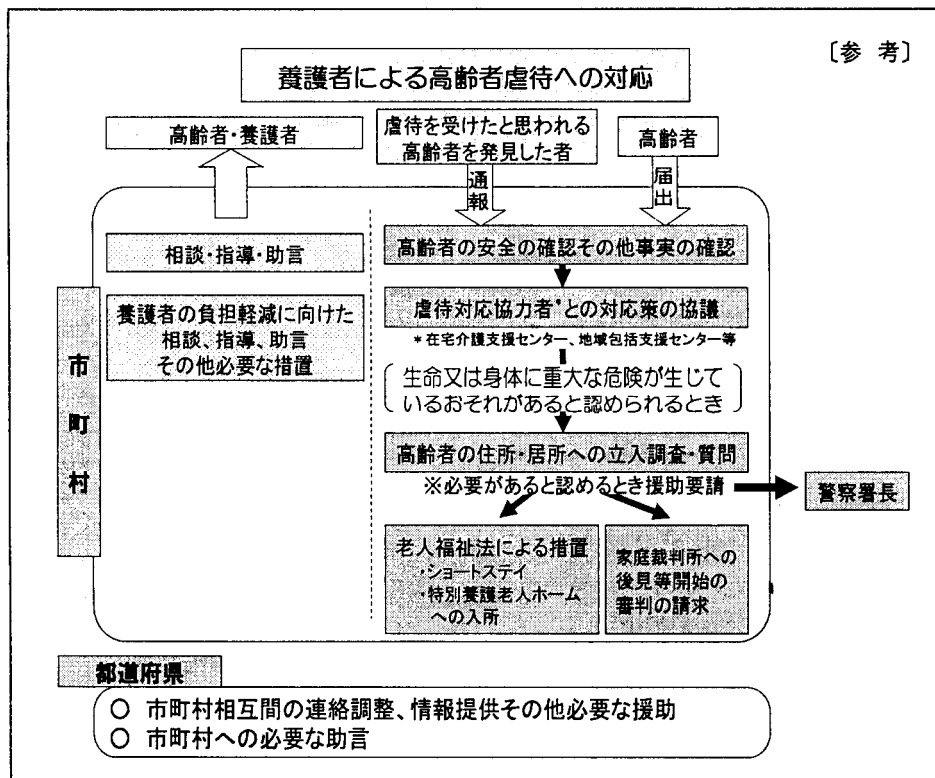
(v)経済的虐待：養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

②養介護施設従事者等による高齢者虐待

・老人福祉法及び介護保険法に規定する施設又は事業の業務に従事する職員が行う上記(i)～(v)の行為です。

《②養護者による高齢者虐待の防止、養護者に対する支援》

■高齢者虐待防止法では、養護者による高齢者虐待の防止、養護者に対する支援として、市町村を中心として、以下のような業務が規定されています。



■養護者による虐待については、高齢者の生命又は身体に重大な影響がある場合には、緊急の対応が必要ですが、そうではない場合には、以下の点に配慮して、丁寧に実態把握を行っていくことが前提となります。

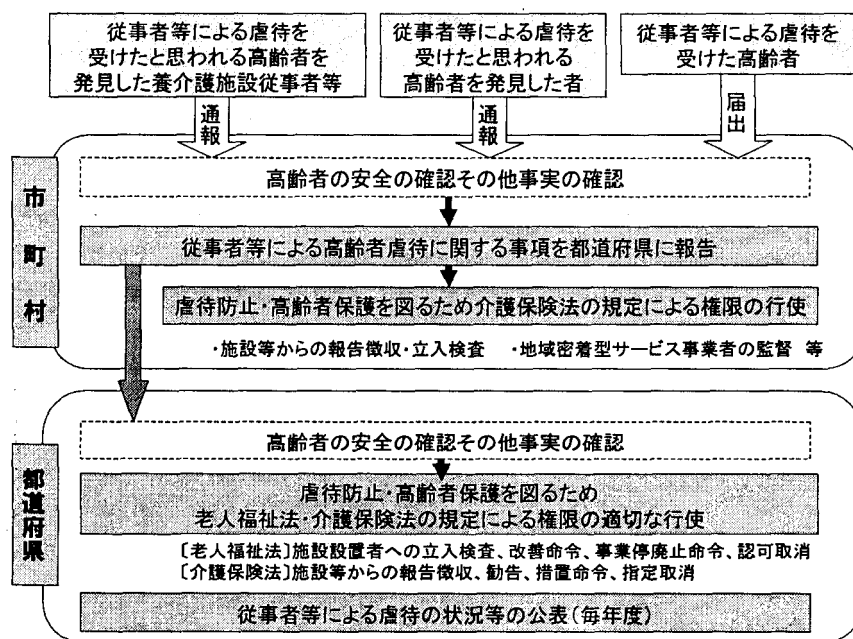
- ①虐待を受けている高齢者と虐待をしている家族の関係は、長年にわたる生活の歴史がその背景にありますので、対応に当たっては、家族それぞれの事情や現在の状態等を正確に把握し、丁寧に対応していくことが必要です。
- ②また、高齢者虐待は、家族の過剰な介護負担から生じるストレスと深く関係しています。家族の生活状況や介護力を丁寧にアセスメントしていくことが必要です。
- ③したがって、虐待を受けている高齢者本人やその家族との信頼関係の構築は援助関係の基盤であり、家族が虐待者であったとしても、その家族を一方的に非難するような否定的な態度、対応は禁物です。
- ④虐待者自身が精神疾患やアルコール依存症等の問題を抱えている場合もありますので、虐待者自身の治療や支援につなげるためにも、日頃から関係機関とネットワークを作っていくことが大切です。

《③養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応》

■高齢者虐待防止法では、養介護施設に従事している者による高齢者虐待の防止、養護者に対する支援として、市町村・都道府県を中心として、以下のような業務が規定されています。

〔参 考〕

養介護施設従事者等による高齢者虐待への対応



【参考】在宅における高齢者虐待の状況

- (財)医療経済研究・社会保険福祉協会が平成15年度に調査を実施
- 対象は、在宅の高齢者
- 全国の在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所等の関係機関が把握している虐待と考えられる事例の背景や状況を調査
- ※ 回答のあった6,698機関のうち、虐待と考えられる事例があった機関は2,865機関(42.8%)

(1) 虐待を受けている高齢者の状況

- 平均年齢は81.6歳(約8割が75歳以上の後期高齢者)
- 女性が約4分の3
- 約6割が介護・支援を必要とする認知症高齢者
- 約1割が「生命に関わる危険な状態」、約半数が「心身の健康に悪影響がある状態」

(2) 虐待を行っている者の状況

- 「息子」が最も多く約3割。「息子の配偶者(嫁)」、「配偶者」が約2割
 - 虐待者と高齢者の接触時間は、「日中を含め常時」が約5割、「日中以外は常時」が約3割
 - 約6割が「主たる介護者として介護を行っていた」。
- そのうち、約6割には介護協力者がいなかった。

(3) 高齢者虐待の状況

- 虐待の内容

心理的虐待	63.3%
介護・世話の放棄・放任	52.4%
身体的虐待	50.0%

- 高齢者本人の約半数は、虐待を受けている自覚あり。
- 虐待者の約半数は、虐待をしている自覚なし。
- 虐待の発生要因として考えられること

虐待者の性格や人格	50.1%
高齢者本人と虐待者のこれまでの人間関係	48.0%
高齢者本人の性格や人格	38.5%
虐待者の介護疲れ	37.2%
高齢者本人の認知症による言動の混乱	37.0%

(4) 虐待を把握した機関における対応

- 対応の状況

現在、改善に向けて取り組んでいる	51.8%
------------------	-------

現在のところ改善に向けた取組は行われていない	14.9%
虐待行為継続のまま死亡	6.1%

- 解決のために新規あるいは増加させた在宅介護サービス

短期入所生活介護（ショートステイ）	31.8%
訪問介護（ホームヘルプ）	29.8%
通所介護（デイサービス）	28.2%

- 「きわめて対応に苦慮した」が約5割、「多少の難しさを感じた」が約4割で、対応に困難を感じた者が約9割を占める。

- 対応する上での困難な点

虐待をしている者が介入を拒む	38.2%
自分がどのように係わればよいか技術的に難しかった	33.6%
自分がどのように係わればよいか立場上難しかった	30.3%

（５）自治体における高齢者虐待への対応

- 過去１年間に、高齢者虐待を理由に老人福祉法上の「やむを得ない措置」を行った自治体

- ・ 特別養護老人ホーム 73自治体、97件
- ・ 短期入所生活介護（ショートステイ） 59自治体、88件

- 高齢者虐待のための専門チームのある市区町村は71市区町村

※ 専門チームのメンバーは、自治体の担当部局のほか、「在宅介護支援センター」が約8割、「民生委員」「居宅介護支援事業者」が約6割

第4節 困難事例への対応

■ 困難事例への対応は、地域包括支援センターの権利擁護業務の重要な柱の一つです。

ここでは、困難事例として、次のような事例を想定しています。

- ① 高齢者やその家庭に重層的な課題が存在している場合
- ② 高齢者自身が支援を拒否している場合
- ③ 既存のサービス等では適切なものが見つけにくい場合 等

このような困難事例を把握した場合には、地域包括支援センターの各専門職が連携し、以下の業務を行います。

- ① 困難事例の実態把握
- ② 地域包括支援センターの各専門職が連携した対応策の検討
- ③ ネットワークを活用した見守り

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

《① 困難事例の特徴と相談対応》

■ 困難事例では、多くの場合、自ら相談に至ることはないと考えられます。また、自ら相談に至っても、自らの状況と問題をうまく訴えることが難しかったり、制度や社会資源の状況と相談者の望む状況が合わなかったりする場合が多いことも考えられます。

■ このため、困難事例への対応は、より迅速かつ丁寧な相談対応とともに、様々なネットワークや制度を駆使した対応が必要となります。

■ また、困難事例への対応にあたっては、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の観点も含め、各専門職が連携し、地域包括支援センター全体で対応策を検討することが重要です。

【困難事例になりやすい要素】

① 利用者本人の要素

医療依存、認知症、アルコール依存、精神・知的・身体障害、ターミナル、経済、家族との関係

② 介護者・家族の要素

虐待・放棄・暴力・言動、家族の経済面、健康面

③ 住環境の要素

④ 地域の要素

【ワンポイントアドバイス】 ～困難事例の捉え方～

地域での対応について関係者の間に「困難な人」あるいは「多問題世帯」という認識を持たれている場合があります。しかし、最初から「困難」「多問題」という認識を関係者が持ったわけではなく、多くは、これまでにその様な認識を地域で持たれるに至った経過があったと考えられます。

「制度紹介をしても拒否した」「サービス利用を約束しても約束を繰り返し破った」などの経過のなかで、支援をしても「しかたがない」という認識が地域の関係者の中で生まれ、結果的に地域での「困難」な人、「多問題」世帯を放置することに至っている場合が少なくありません。レッテルを貼っているのは、関係者側ともいえることに注意が必要です。

《②実態把握》

- 困難事例は、発見されにくいケースでもあり、ニーズを発見するためには地域ネットワークの活用がより重要になります。
- また、困難事例の実態把握にあたっては、生活の場面で問題状況を把握するため、必要に応じて訪問することが大切です。

【ネットワークによるニーズ発見】

- ① 実態把握機能（地域の見守りネットワーク）による発見
 - 民生委員、近隣住民、ボランティア団体、新聞配達、コンビニエンスストア等商店（街）等
- ② 介護予防に関するアセスメントや認定調査など介護保険制度の入り口での発見
 - 保健師、介護支援専門員、介護認定調査員、高齢者担当課等
- ③ サービス提供機関での発見
 - 社会福祉法人、医療法人、NPO法人等

《③地域包括支援センターの各専門職が連携した対応策の検討》

- 困難事例は、問題がこじれ重大化した状態で発見される場合が多いと考えられます。そのため、初期相談の場面で緊急性を判断することが、虐待の対応と同様に、最優先の課題となります。
緊急性の判断については、本マニュアルの 4.2.1③緊急性の判断の項を参照して下さい。
- 困難事例にあつては、信頼関係や援助関係の構築に困難が伴う場合が予想されます。これまでの経過の中でいくつもの機関を「たらい回し」されたり、サービスを拒否されたりするなどして、相談機関に不信をもっている場合も少なくありません。
こうした場合に、地域包括支援センターの機能を繰り返し説明し、信頼関係を構築していくことが重要です。
- 地域包括支援センターの各専門職や関係機関は、本人との面接で得た情報をもとに、これまでの援助経

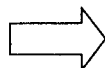
過やなぜ援助の継続が困難になったのかなどについて認識の共有を図り、今後の援助方針を検討していく場面において連携していく事が重要です。

【ワンポイントアドバイス】 ～信頼関係構築のためのポイント～

地域包括支援センターの次のような機能を繰り返し説明しましょう。

- ・どんな相談をしてもよいこと
- ・専門家がいるので、秘密を守ってくれること
- ・途中で投げださないこと

「これまでの関係者からは、一旦契約したのに、係わりが始まるとすぐに拒否され解約された…」
「近所から、出て行けといわれている…」



「ここ（地域包括支援センター）は違う対応をしてくれるかも」

■ 困難事例のアセスメントでは、問題が重層的だったり、主訴が不明の中で迅速な対応を求められることも予想されますので、緊急性を判断した上で「まず、どのような援助のために、なにを重点的にアセスメントしていくか。」を判断し、迅速に対応していくことが必要です。

【ワンポイントアドバイス】 ～インテーク機能を丁寧に行う～

初期の相談（インテーク）段階は、今後どのような情報を入手し、地域包括支援センターとして、どのような状況に至るまで直接支援を続けていくのかを明確にしていく必要があります。そのための材料として、以下のような項目について、できるかぎり自宅で本人と面接を行い、確認していくことが必要です。

- ① 健康状態を中心に、現在の生活実態を把握し、緊急性を確認する。
- ② 意思能力の状況を確認し、現在の状況との関係を確認する。
- ③ 利用が必要と考えられる制度やサービスの情報提供や手続き支援がこれまで行われてきたのかを確認する。
- ④ 制度やサービス利用の必要性に関する理解や、本人の利用の意思を確認する。

困難事例では、これまでうまく援助関係が構築できなかつたり、あるいは生活歴の中で対人関係を構築していくことに抵抗のあつたりする方々と、適切な援助関係を構築し、本来の支援へ結び付けていくことを最初の段階で目指すことになります。

■ アセスメントにおいてニーズを把握しておくことで、接近や介入すべき事態の予測をあらかじめ行っておくことができます。

【ワンポイントアドバイス】 ～アセスメントのポイント～

なぜ今の状況に至っているのか、分析するためには次のような情報が必要です。

- ・これまでの援助経過（方法）を知る
- ・どういう風に暮らしたいかを知る
- ・本人のさまざまな力を知るとともに、関係図を描く
- ・本人、家族の歴史や地域との関係の歴史を知る

これらの情報を

- ・本人の言葉から
- ・家族の言葉から
- ・近隣の方の言葉から
- ・関係機関の資料から、つかみ取るようにします。

- 困難事例に対応するには、様々なネットワークを駆使する必要があります。情報収集や支援計画の検討、見守り体制の構築のため、地域において当該困難事例に対応するための関係者による対応チームを構成し、それぞれの関係者の役割分担を明確にしつつ、定期的に会議を開くなどして情報の共有・連携に努めることが重要です。地域包括支援センターは、その中心になる必要があります。

【支援計画を策定する際に注意すべきこと】

地域での「困難」な人、「多くの問題を抱える」世帯も、常に加齢や家族機能などで変化しながら暮らしを続けています。そのため、改めて地域で問題が発覚したときは、「緊急ケース」として浮かび上がる場合が多いと考えられます。

そのときには、緊急度が高く、例えば経済的には生活保護受給しかない、生活の場としては特別養護老人ホームか病院しかないなどと選択肢は最小限となり、保護的側面を前面に出した支援方法しか残されていない場合が少なくありません。

結果的に保護的支援をとる場合にあっても、その前段で、「この家で皆と一緒に暮らしたい」というような本人やその家族の思いがある場合には、それを受け止め実現する方法の検討が優先することに注意が必要です。

- 本人の判断能力が疑われる場合は、早めに意思能力についての診断情報をつかみ、効果的な支援を組み立てるための成年後見制度の活用等につなげる必要があります。また、問題によっては、成年後見制度の市町村長申立てや老人福祉法上の措置等の権利擁護制度の活用が必要になります。
- もし、地域に必要な社会資源が無い場合は、それを開発するための行政をはじめとする関係機関への働きかけも必要です。

《④ネットワークを活用した見守り》

■ 困難事例にあつては、支援計画の経過をフォローする見守りのためのネットワークの活用がより重要になります。その際、いつも同じ関係者でネットワークを組んでいくことにはなりません。その時々的重要性により集まった関係者、機関で見守りの役割分担を明確にしていく事が大切です。同時に、地域包括支援センターの職員から、サービス提供者、あるいは地域住民に対しては、「どういうところを見守ってほしい」のか、どのような状態になったら「誰に連絡してほしいか」という目的を持った実態把握と意図的な情報収集を依頼することが大切です。

■ また、本人や家族との関係で、「信頼できる人＝キーマン」を作り出すのも重要です。

【通常の援助状況に至ったと判断したとき】

- 上記の相談支援対応を通じて、通常の援助状況に至ったと判断したときは、ニーズ、生活再構築の目標の共有化を図った上で、地域包括支援センターから、より適切な機能を持った機関を紹介するようにします。
- 地域包括支援センターの相談対応における「入り口」→「相談対応・支援」→「出口」のサイクルを常に意識し、再相談として戻ってくることがあるとしても、地域包括支援センターに困難ケースが累積しないように注意することが必要です。

(高齢者とその家庭に重層的な課題が存在している場合)

【事例】

(家族状況) 母親：70代前半、要介護度2

長女：40代前半、別居、身体障害手帳1級

長男：40代前半、同居、知的障害療育手帳B1（中度）

父親死亡後、しばらくは一家三人でなんとか暮らしてきたが、母親が脳梗塞で倒れたことをきっかけに、少しずつ生活が崩れてきた。

長女は、数年前に結婚したが、夫が転職を繰り返し、その度に借金を繰り返している。長女の年金だけでは暮らせないこともあり、再三実家に借金を申し出ていたが、もともと結婚に反対していた父親から支援を断られてきた。しかし、父親が死亡したことをきっかけに、長女夫婦が母親に強く借金をせまった。時に暴言をはく態度におびえた母親は、いつしか日常的に長女にお金を渡したり、借金の保証人になったりして、家計の管理も難しくなってしまった。

その後、母親自身も脳梗塞で倒れ、実家の家計管理を長女夫婦が行うようになった。本来であれば、長男と二人で十分に暮らしていける家計だったが、長女夫婦の家計と一緒に管理され、ゆとりのある暮らしは全くできなくなった。しかし、食べることはなんとかできている状況だった。

そんな状況に長男は、外出も頻繁になり、20年近く母親が長男の年金などを貯めて

きた通帳を「僕の通帳は僕のものだ」と持ち出してしまった。

しかし、なんとか毎日を送っているように周囲には見えていた。

もともと長男には、養護学校高等部卒業後、作業所の職員が関与。長女には、単身生活を支援する社会福祉法人職員が関与。また双方には、市の障害福祉課職員も長期間にわたって関与してきた。母親には、脳梗塞で倒れた後介護保険制度を利用し、介護支援専門員などの介護保険制度に関与する専門職が関与していた。

しかし、それぞれに対する必要な支援は行っているが、この世帯支援のために動いた形跡はなかった。

（事例における支援のポイント）

○地域包括支援センターに、ネットワーク等で発見されて連絡が入り、相談受付を行います。地域包括支援センターの社会福祉士がこの事例の担当になった場合は、支援困難事例に関する介護支援専門員の支援という観点から、主任介護支援専門員とも連携し、地域の支援担当者の会議を開催し、現在収集している情報を共有化するとともに、アセスメント結果からの「課題」、予測される「変化」などを検討することが重要です。

- ・現在「個人」「家族」として何が起こっているか、それぞれがどのような暮らしを望んでいるのか、現在の状態のまま暮らしを継続していくとどのようなことが起こるのか予測をたてる。
- ・家族のそれぞれは、現状をどのように理解し、感じているのかを確認する。

○母親担当の介護支援専門員をはじめ、長男、長女ともにそれぞれすでに支援者が存在します。まずは「この世帯」が抱える課題として「金銭管理」「今後の生活のあり方」が優先されと考えられます。

○地域の支援担当者会議で、家族のトータルな支援を視野に入れた支援計画と役割分担及びキーとなる機関・担当者を検討し、その役割分担に応じた今後の対応につなげるとともに、フォローしていく体制をつくる必要があります。

・支援計画の例：成年後見制度の活用

成年後見制度は、母親だけではなく、長男についても今後の生活のあり方を支援するため活用される可能性があります。また、母親・長男にそれぞれ法定代理人がつくことにより、長女、あるいは長女世帯の、実家との関係は変化するものと予測されます。その結果、長女、長女世帯の今後の生活のあり方をどうするのか、という課題についても地域の支援担当者を中心に再度支援計画を立てていくことになります。

○世帯それぞれに支援者がいる場合、世帯の課題について誰が「キーマン」になって動くかを十分意識しないまま動くことがあります。役割分担を確認するときに、優先される課題を考慮し、誰の支援者が「キーマン」になって支援していくのか、支援のチームリーダーになるのかを併せて確認しておくことが、課題への取組を明確にしていくためにも必要です。

(高齢者自身が支援を拒否し、既存のサービス等では適切なものが見つけにくい場合)

【事例】

女性、単身、80代後半。夫を若いときに亡くし、一人息子が独立してからは、長い間一人で暮らしてきた。息子とは、結婚後交流が無くなっている。

ここ数年、夕方になると外出し、近所のコンビニエンスストアには買い物に行っている様子。着ているものも、だんだん汚れているような感じがするが、寝たきりというわけではなさそうである。15年来通っている開業医には、時折通院している様子。

隣人が気になって声をかけても、「変わらない、食べている」と繰り返すばかり。民生委員に連絡し様子を見に行ってもらうが、女性は民生委員を家には入れず「ほっといてほしい、誰の世話にもなるつもりはない」と話す。困った民生委員から地域包括支援センターに連絡が入った。

(事例における支援のポイント)

①介護予防マネジメントの観点も含め、家庭訪問による実態把握を行う必要があります。また、本人の同意を得た上で、近隣者、主治医と面接し、関係情報を把握する必要があります。

- ・本人が認知症かどうかを確認する
- ・現在の生活状況を把握するとともに、現在の状況に至っている要因はなにかを知る（本人が、なぜ各種サービスを希望しないのかを知る）
- ・本人は、今の生活をどのように受けとめているのかを知る
- ・本人にとって、「信頼できる人」の存在を知る（この場合、主治医の存在は重要）

②現在の生活に緊急性が感じられない場合は、本人との面接を重ね、信頼関係を構築することが重要になります。これまでなんらかの形で、支援者が関わろうとした経過があるかもしれないので、そうであればなお、支援者側の段取りにとらわれず、本人との援助関係形成に十分に時間をかけることが重要です。

第5節 消費者被害の防止

■認知症高齢者等は、訪問販売によるリフォーム業者などによる消費者被害に遭う危険性が高いため、このような被害を未然に防ぐことが必要になります。

消費者被害の防止対応にあたって次の業務を行う必要があります。

- ①各専門職（団体）や機関との連携強化による消費者被害情報の把握
- ②消費者被害情報の地域の民生委員、介護支援専門員、訪問介護員等への伝達と連携
- ③消費者被害にあっている事例を把握した場合の市町村や関係機関との連携

これらの業務を遂行する上でのポイントや留意点は次のとおりです。

＜①各専門職（団体）や機関との連携強化による消費者被害情報の把握＞

■消費者被害としては、消費者金融やヤミ金融などの多重債務問題、高齢者・障害者を狙った訪問販売、悪質な住宅リフォーム、振り込め詐欺等があり、広域的で組織的犯罪であることが多くあります。

■地域の消費生活センター（又は市町村の消費者行政担当部局）と定期的に情報交換をする場を設ける等の連携を図り、地域における消費者被害に関する情報を把握します。

【ワンポイントアドバイス】～消費生活センター～

消費生活センターは、商品やサービスなど消費生活全般に関する苦情や問合せなど、消費者からの相談を専門の相談員が受け付け、公正な立場で処理にあたっています。

消費生活センターは、都道府県や市区町村に設置されていますが、全国の消費生活センターの連絡先は「国民生活センター」のホームページ（<http://www.kokusen.go.jp/>）に掲載されています。

【ワンポイントアドバイス】～悪質事業者に対して～

特定商取引法（平成16年改正）における行政規制が強化されました。

- ① 訪問販売をする際には、販売目的の訪問であることの明示の強化

・「無料点検」という口実による訪問の禁止。

- ② 不実告知（虚偽説明）や故意の事実不告知に対する規制強化

・「商品を買わなければならない切迫した必要がある」等と思わせる、契約の締結を必要とする事情に関する虚偽説明（例：床下が腐っている）が禁止行為に該当する不実告知であることを明示。

・商品の価格、性能等の重要事項を消費者に故意に告げない行為（例：床下換気扇の適正台数が3台なのに、それを告げずに10台設置する）を、不実告知と同様、罰則をもって禁止。

《②消費者被害情報の地域の民生委員、介護支援専門員、訪問介護員等への伝達と連携》

■消費者問題や消費者被害に関する情報を、地域の民生委員、介護支援専門員、訪問介護員等に、的確に提供することが必要です。

■日常的な活動の中で高齢者に関係する機会が多くあるこれらの職種の人から、消費者問題に関する情報を高齢者やその家族に伝達してもらうような体制作りを行うことが大切です。

■また、消費者トラブルに陥らないためのアドバイス、トラブルにあった場合や成年後見制度についての相談先等を内容とするリーフレット等を、上記関係者等を通じて、高齢者やその周辺にいる人に配布していく等の活動も大切です。

《③消費者被害にあっている事例を把握した場合の市町村や関係機関との連携》

■消費者被害の事例を把握した場合は、まず、市町村（高齢者担当課や消費者担当課）や関係機関（消費生活センター）に通報します。

■被害救済や多重債務整理の相談や代理援助による支援をはかるためには、弁護士、司法書士等との連携も必要になります。

【ワンポイントアドバイス】～広域的な連携の強化～

- ① 消費者被害の防止に関しては、当該の地域包括支援センターの対象とする地域よりは、より広域なものにならざるを得ないため、複数のセンターとの情報交換や連携が必要です。
- ② 連携を取る必要がある専門機関としては、弁護士、司法書士、地域福祉権利擁護事業実施機関、行政、警察、消費生活センター等があります。

第4章 包括的・継続的ケアマネジメント

第1節 包括的・継続的ケアマネジメントの視点

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

1.1 包括的・継続的ケアマネジメントの考え方

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

《包括的とは》

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

に合わせて包括的に提供されるようケアマネジメントを行う必要があります。

- 特に、病院・施設に入院・入所、病院・施設から退院・退所する高齢者や、医療依存度が高い状態、あるいは要介護度が重い高齢者を地域で生活し続けられるように支援するためには、地域の様々な専門機関が協働してその機能を適切に発揮できるよう調整を行う必要があります。

- 高齢者自身が様々な支援を自分で探して個別にアプローチすることは容易ではありません。また、特定のサービスに関するケアマネジメントだけを考えているのであれば、高齢者への生活支援がそのサービスの領域に限定され、地域で暮らし続けるための支援としては不十分となる場合があります。

【包括的な関わりの事例】

ー病院の「地域連携室」を中心とした包括的ケアマネジメント支援ー

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

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

《継続的とは》

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

【継続的な関わりの事例】

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

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

2. 入院中にターミナル期に進行。

検査入院した病院との病診連携がよく、S医師は家族の相談にもものる。

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

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

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

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

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

1.2 包括的・継続的ケアマネジメントにおける地域包括支援センターの役割

- 要介護高齢者等に対して包括的、継続的にケアを提供していくためには、ケアマネジメントの提供に際して、個々の介護支援専門員が一人で個別に様々な機関と連携を図るだけでなく、市町村が行う保健・医療や福祉のサービス、地域住民による自主的なボランティア活動やインフォーマルなサービスなど、多職種・多機関がシステムとして連携できる地域包括支援ネットワークを構築する必要があります。

- このような体制構築や介護予防の視点に基づくケアマネジメントといった課題の解決は、介護支援専門員によるケアマネジメントのみでは難しく、公正・中立性の確保と包括的・継続的ケアマネジメントの強化の観点から新たに地域における総合的なケアマネジメントを実施・調整する機関として「地域包括支援センター」が創設されることになりました。

1.3 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

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

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

第2節 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の実施

2.1 地域のケアマネジメント力強化の基本的考え方

2.1.1 包括的・継続的ケアマネジメントの体制構築

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

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

【キーワード】 地域の力を活かす

【事例】

ー地域連携推進会議の開催ー

<概 要>

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

<目 的>

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

<事業内容>

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

<事業を進める上で、連携体制を構築するために留意したポイント>

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

■具体的には、次のようなことが考えられます。

ア. 市町村、保健所、福祉事務所、病院等関係機関との連絡体制の構築

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

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

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

2.1.2 介護支援専門員に対する個別支援

1) 介護支援専門員が行うケアマネジメントが現在抱えている課題

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

■一方で、ケアマネジメントの現状をみると、次のような課題があります。

① 基本プロセスが不十分

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

② ケアカンファレンスが不十分

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

③ 多職種・多機関との連携が不十分

主治医をはじめとした多職種・多機関との連携が不十分。

④ 継続的なケアマネジメントが不十分

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

⑤ 公正・中立性に課題があること

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

■介護支援専門員の業務の現状には次のような課題があります。

① 他の専門職からの支援等を受けにくいこと

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

② 専門職としての資質にバラつき

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

③ 業務負担が過大

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

2) 介護支援専門員を支援し、ケアマネジメント力を高める取組

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

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

【留意点】

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

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

介護保険法（平成17年6月改正）第7条（抜粋）

- 5 この法律において「介護支援専門員」とは、要介護者または要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスを利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行うもの、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービスを行う者等との連絡調整等を行う者であつて、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして、第69条の7第1項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。

3) 関係機関等への働きかけを行い、ケアマネジメント力を高める取組

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

2.2 具体的な業務の進め方

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

①担当地域及びその介護支援専門員の状況を把握すること

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

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

【キーワード】地域の把握

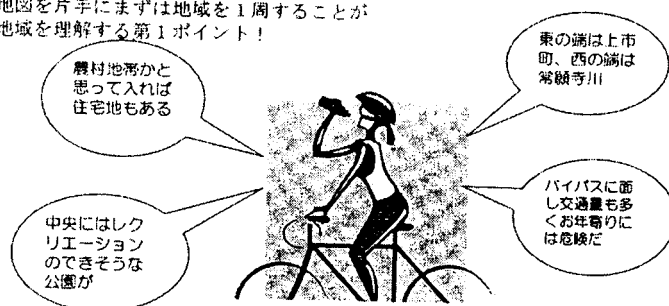
【事例】

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

地域活動の進め方

1 コーディネーター！日目は、まず地域を1周してみよう

地図を片手にまずは地域を1周することが地域を理解する第1ポイント！



地域ケア推進コーディネーターマニュアルより

2 コーディネーター1週間目は、地域の人と顔見知りになろう

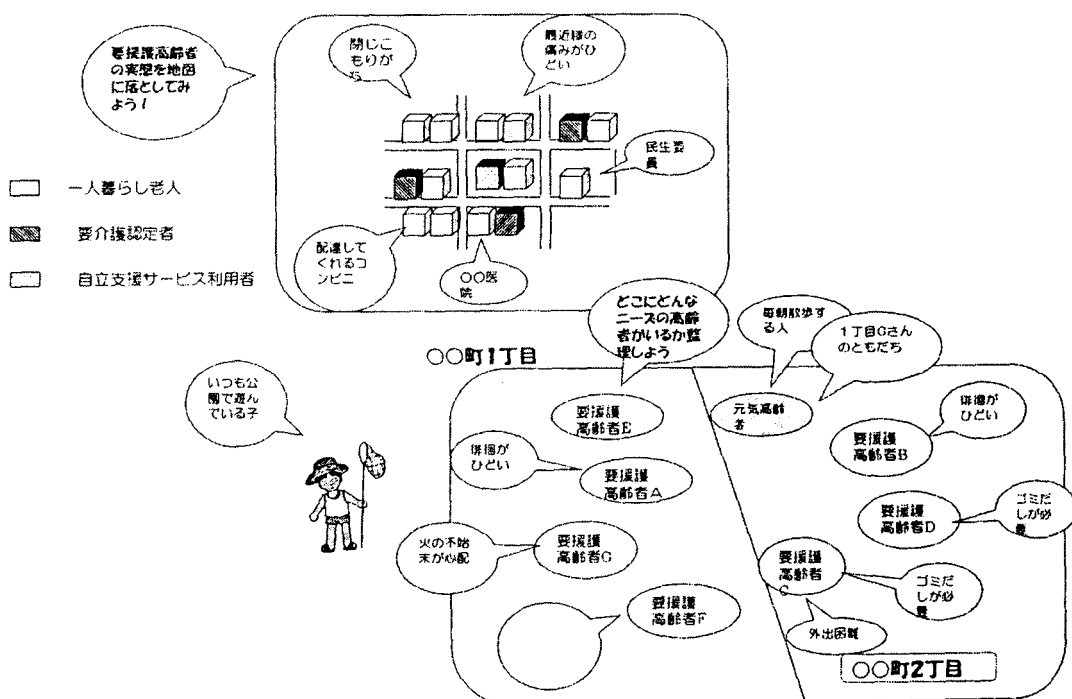
関係機関・団体の人と顔見知りになろう



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

地域の医療機関は全てまわろう！

3 地域の要援護高齢者の実態を整理しよう！



【キーワード】アンケート調査

【事例】

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

そこで、地域のリハビリテーション職種に広く呼びかけて意見交換会を実施した。

【キーワード】 ケアプランチェック

【事例】

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

②何から取り組むか優先順位をつけて計画的に行うこと

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

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

③計画を実行すること

■地域の課題に応じた具体的な計画の実行に取り組みます。

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

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

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

④取組の評価と今後の取組の見直し

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

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

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

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

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

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

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すが、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搜索、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

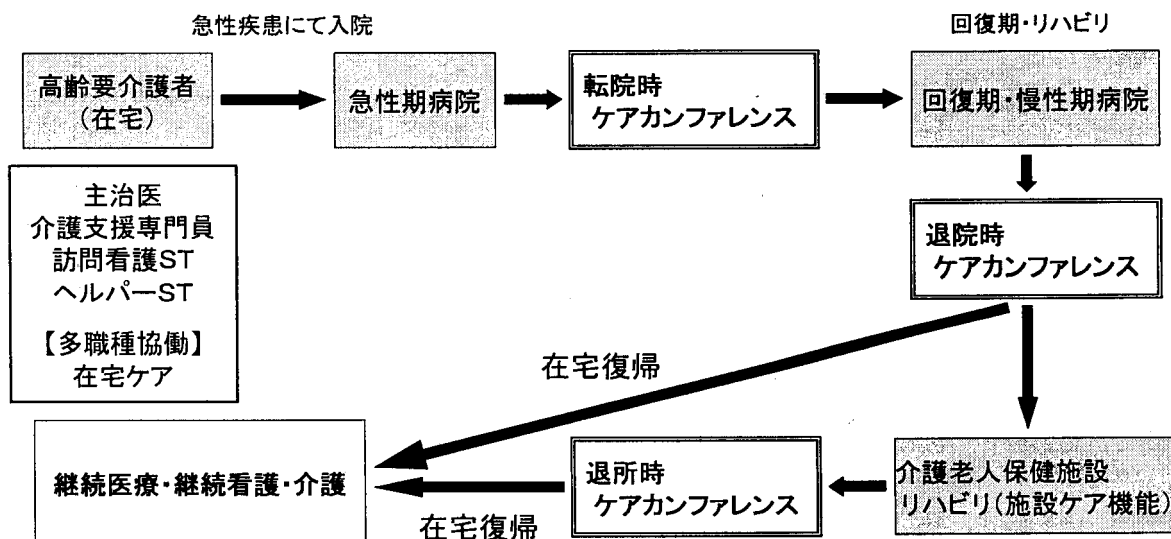
■高齢者が入院（所）、退院（所）し、生活の場が変わっても、高齢者自身の生活は継続しており、一貫した体制で継続的にケアマネジメントが行われる必要があります。そのため、入院（所）前、又は退院（所）前に必要に応じてケアカンファレンスや居宅への訪問などが行われ、どのような支援が必要かを共有できるよう、利用者・家族、居宅介護支援事業所の介護支援専門員や介護保険施設の介護支援専門員、病院の医師、看護師、医療ソーシャルワーカー等との調整を行います。

■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】

ー地域基幹病院との連携事業ー

<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・支援を求めるための窓口を示して、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っては、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】

ーケアプラン作成指導研修事業ー

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っ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着目するのか」「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による方法です。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でも気軽に質問、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ことが大切です。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堂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】

ー訪問介護研修事業への参加ー

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必要があります。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必要があります。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 ()			
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 ☒ 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 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						
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。						
求めている支援(コード番号) 1-⑤ 3 6						
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 ()						
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 ()						

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

〔参考例〕

担当者名 霞ヶ関 厚子

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思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。	

企画書No. 1

平成17年12月〇〇日作成