

# 横浜市介護支援専門員連絡協議会（YCM）

## 連絡協議会議事録

|      |                        |      |                   |
|------|------------------------|------|-------------------|
| 会議名  | 平成25年5月 制度対策委員会        |      |                   |
| 開催日時 | 平成25年5月28日 19:00~21:00 | 開催場所 | 横浜市社会福祉センター903会議室 |
| 議題   | 1 地域ケア会議の説明と今後の対応について  |      |                   |

| No. | 議 題                  | 内 容  |
|-----|----------------------|--|
| 1   | 参加者（敬称略）             | 1（神奈川区） 原田 YCM代表<br>2（都筑区） 松村 制度対策委員長<br>3（旭区） 洪 副代表<br>4（金沢区） 中村 講師<br>5（旭区） 佐藤孔<br>6（"） 堀内<br>7（港南区） 佐藤直<br>8（保土ヶ谷区） 村上 事務局<br>9（"） 深井<br>10（"） 武田 県協制度対策委員<br>11（鶴見区） 小島<br>12（戸塚区） 小又<br>13（港北区） 柏木<br>14（"） 西岡<br>15（南区） 川端<br>16（"） 中島<br>17（西区） 石橋<br>18（"） 田中                              |
| 2   | 地域ケア会議の説明<br>中村講師より。 | ◆地域ケア会議とは（資料：地域ケア会議の進行について（案））<br>●情報共有を図るために、横浜市介護支援専門員協議会の取り組みについて考える為、中村講師から説明があった。冒頭、中村講師より「ケア会議について取り上げられる事が多いが、会議の有り方や進行の仕方は、今に始まった事ではなく学術的にも検討されてきた。ケア会議についてきちんとした情報を持たないと、厚生労働省から落ちてくる情報をそのまま受け入れてしまうことになる。専門職として「ケア会議はこうあるべき」と意見を述べられるように、皆で検討していくべきではないか。」と話がある。<br>・現場レベルでの誤解が多いと感じている。 |

- ・和光市の地域ケア会議について説明があったが、そのやり方をそのまま市内の各地域に落としていくには、地域性や諸事情も異なるし、現場での会議の理解が少ない中では実施は難しい状況。
- ・厚生労働省から「地域ケア会議マニュアル」が公表されるので、6月下旬に地域包括支援センター職員に対しての講習が行われる予定。各地でいろいろな手法で開催されているが、様々な職種が関わって知っておかなければならないだろう。
- ・どんな取り組みを行ってゆくか、ケアマネジャーのスキルアップ、資質向上も重要となる。
- ・事前打ち合わせに参加して会議が成功するよう支援。



- (講師) ニーズによって、他職種と展開されるケアマネジメント技術である。専門的な意見を出し合い結論に導く事が必要。
- ・複数の課題があり、対応が必要なケースを討論してゆく。
  - ・ケアプランの立て方や表記が今だに曖昧。自立支援的ではない？ケア会議では、その部分の明確さが強く求められる。
  - ・ケア会議の頻度などは市町村の考え方に左右される。区単位から横浜市に繋がる。要支援者が自立できるよう地域や住民、関係者全体で財源を考える。しかし地域住民にも地域ケア会議参加を意識つけて行く事は今後の難題。
  - ・自立支援と介護予防について、根拠や計画書の明記、それに対する目標の立て方、サービスの利用の仕方がどこに行われているか問われる。
  - ・ケア会議では包括職員を始め専門職種が参加して議論される。開催時間は20～30分程度か。
  - ・ケアマネのケアマネジメント(プロセス)能力が問われてくる。
  - ・和光市の会議の対象となるケースは、
    - ①介護予防プランー新規ケース、継続ケース、更新ケース
    - ②介護給付プランー新規ケースや継続ケース、更新ケース
  - ・支援コミュニケーションの一つである

|   |          |  |
|---|----------|--|
| 3 | 参加者からの意見 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 横浜市の地域性をよく勘案していく。</li> <li>・ サービス担当者会議や事例検討会との混乱が見受けられる。</li> <li>・ 誰の為の会議なのか</li> <li>・ 本来利用者の為だが、本人参加せずがいいのか</li> <li>・ 行政など各自思惑が見え隠れしている。</li> <li>・ 財源削減や給付制限の為に介護保険を使わないようにとは言えない。</li> <li>・ 2025年度の介護抑制か？</li> <li>・ 事業所のケアマネジャーのケース検討する機会が増えありがたい。</li> <li>・ 地域の主任ケアマネにより会議の質が違ってくる。進行は包括職員が行うとあるが、結論を導けるのか一疑問である。</li> <li>・ 自立支援とは何か、どのケアマネジャーでも説明出来る様にならない。</li> <li>・ 地域ケア会議の参加することで、報酬はあるのか。</li> <li>・ 運営規定に乗るのではないか、意図が理解しづらい。</li> <li>・ 自立支援→ADL向上→自立し利用者が居なくなる。</li> <li>・ 地域ケアプラザの役割について考える機会があった。</li> <li>・ 地域交流など地域で抱える問題が発見する機能が必要だと思う。</li> <li>・ ケアマネジメントの構築</li> <li>・ 地域課題の発見</li> <li>・ ケアマネジャー自身が努力しスキルアップしてゆかねばならないと思う。<b>検討委員会を立ち上げ、勉強会</b>をしてゆきたい。</li> <li>・ 市との情報交換会を行いたいと思う。</li> <li>・ 他団体と共同して検討して行きたい。</li> <li>・ ケアマネジャーが揃ってマネジメントなどについて局へ言っていける様になればよい。</li> <li>・ 地域ケア会議について大学の先生に意見をもらう事もいいのではないか。</li> <li>・ 協議会でデモンストレーションを行ったらどうか。</li> <li>・ 参加する事業者の理解を得る方法は、皆が分かるよう書き方など、工夫する事が必要。</li> <li>・ ケアマネジャーの評価なのか</li> <li>・ ケアマネジャーを叩かない様な場にならない</li> <li>・ 「見える事例検討会」（4月の総会で基調講演）のような、参加者が楽しく結論を共有できる方法が横浜市としてはふさわしいのではないか。</li> <li>・ 横浜市介護支援専門員連絡協議会で局と話し合う機会を設けたい。</li> </ul> |
|---|----------|--|

|   |                      |  |
|---|----------------------|--|
|   |                      | <p>・連絡会などで説明して活用してもらおうのも良いかも・・・</p>  |
| 4 | <p>会議終了後に寄せられた意見</p> | <p>(参加者から)</p> <p>皆さま、昨日はありがとうございました。とても勉強になりました。ケア会議マニュアルも必要に迫られないと読まないの、良い機会になりました。</p> <p>昨日の会議に出席して私なりのポイントを考えました。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 地域ケア会議の理解を深め、地域ケア会議という技術を習得。</li> <li>2. 地域ケア会議がケアマネジャーの断罪場にならないように、ケアマネジャーが地域ケア会議を活用できるスキルが必要</li> <li>3. ケア会議で出された支援方針をケアマネジャーだけが説明する責任を負うのではなく、会議主催者も当事者や主治医に伝える説明責任を持つ。(主催者にも説明責任を担ってもらはないと、単に無責任な会議になる恐れがある。)</li> <li>3. 出席するケアマネジャーの負担や報酬についての意見。</li> <li>4. 地域ケア会議に参加したケアマネジャーの意見交換の場などが必要かなと考えました。昨日は、住民の参加や地域包括の総合相談機能についてもお話がりましたが<br/>ケアマネジャーの部分のみについての意見です。(私見です)</li> </ol> <p>(講師から)</p> <p>連絡協議会の皆様へ</p> <p>昨日はお疲れ様でした。</p> <p>何だか、取りとめない説明になってしまい、恐縮です。</p> <p>皆さんの聞きたかった要望の話になっていたでしょうか・・・。</p> <p>でも、要約を作って頂き、とても感謝しています。</p> <p>ポイント通りだと思います。ケア会議は技術。これが大事なポイントの一つだと思います。</p> <p>僕自身も、まずは会議の目的や役割をきちんと理解する事が大事なのだと思います。</p> <p>研修会や事例検討会、サ担会議等、業務の中で会議は数々ありますが、それらとの分別が必要なのだと感じています。</p> <p>もちろん、これらの会議はケア会議と全くの別物というわけではありません。むしろ繋がりはあるのです。</p> <p>僕自身は、事例検討会や研修でも、ケアマネジメントプロセスをきちんと追っていくことが大事だと痛感しています。</p> <p>一つのプロセスを徹底的に学ぶのも、一つのスタイルですが、そこで終了してしまう研修が多いのも事実。</p> <p>(ニーズが出たけど、計画書に落としていかない。アセスメントで人物は理解したけど、計画書に目標を書くまでが無いとか)</p> <p>今の研修の有り方を批判しているのではありません。</p> |

|   |        |  |
|---|--------|--|
|   |        | <p>僕自身は「ケアマネジャーはケアプランを使ってケアチームに伝えていく」立場にあると考えているので、これが基本だと考えているだけなのです。</p> <p>もちろん、他にもいろんな意見が出て良いと思いますよ。</p> <p>また、ケア会議について学ぶ機会が出来たら一緒にご協力させてください。</p> <p>ありがとうございました。</p> |
| 5 | 今後の進め方 | <p>6月に厚生労働省からマニュアルが公表されるので、そのマニュアルの研究会を発足することが提案されました。</p> <p>研究会制度対策委員会に置くのか、別建てで置くのかは今後の参加者の意見を踏まえて決定となります。</p>  |
| 6 | その他    | <p>4月のYCM総会で「見える事例検討会」が紹介されましたが、横浜市内のいくつかの区から大変興味を戴いており、7月には市内包括で最初の「見える事例検討会」が開催されます。</p> <p>YCM事務局としても事前打ち合わせに参加して、講師派遣を調整したり、会議が成功するよう積極的に支援を行っております。</p>               |
| 7 | 配布資料   | <p>地域ケア会議の進行について（案） 中村講師より</p>   |

## ◆「地域ケア会議の開催について」(案)

### はじめに

先ず、この資料は「地域ケア会議のマニュアルではない」ということをお伝えします。

この資料は、今後「地域ケア会議」が地域の中と業務の実践の場で展開されていくことを見越して、学術的な面と、行政的な面を併せて作成した資料です。

学術と行政を併せて作成したのは、単に内容の比較をする理由ではなく、現場のケアマネジャーがケア会議の知識と技術を身に着けた上で、今後展開していく地域ケア会議を専門職の視点から検証できることが必要だからです。地域ケア会議では、ケアマネジメント技術を高めることも必要ですが、地域を大局的に見て連携を図る能力、会議を有効に進めていく進行技術など、求められる技術もより高度になっていきます。それは介護保険制度が始まって15年目が過ぎてきた中で、社会からケアマネジャーに求められる、当然の流れなのかもしれません。

この資料がケアマネジャーによる地域ケア会議検証に、少しでもお役立ちできれば嬉しく思います。

横浜市六浦地域ケアプラザ 中村 匡宏

### 第一部「地域ケア会議の技術」

#### 1. ケア会議の基本的な知識

保健医療福祉領域における会議は3種類あり、其のうちケア会議は、利用者に対する具体的なサービスを検討する「支援会議」に属する。

ケア会議の定義は「複数のニーズを持つ事例の問題解決について、他職種が共同して支援の目標や計画を論議する過程でありケアマネジメントの展開点として機能する場である。」つまり、制度に位置づけられた義務的な「ケア会議」ではなく、ケアマネジメントを展開する上での必要な援助技術として位置づけられるのである。

いわゆる「手続き」ではなく「技術」である。

ケア会議は顔合わせ的な「集い」ではなく、「人が集まれば機能する」というものでも、「声をかければ始まる」ものでもない。限られた一定時間の中で結果を絞り出す営みで「技術」が求められる。

ケア会議が有効なものになるか否かは参加者の力量によるところが大きく、「しっかりと役割を担える人の集まりであることが条件」であり、討論の目的や内容を明確に理解していることが求められる。

#### 2. 地域ケア会議の目的

(ア) 利用者のQOLに貢献する支援策を具体的に立案すること

(イ) 実務的には、支援者が直面する課題や問題について見通しを立てること

#### 3. 地域ケア会議が目指すもの

「情報交換・共有」から「創造的・統合的」なものへ。地域に点在する保健・医療・福祉の「組織」や「人」が垣根を越えてコラボレートすること、そこに地域住民等の活動を含めた実践が展開されれば、障害者にも健常者にも住みやすい地域が作られることを意味する。

Lev. 1 =メンバーの円滑な連携・協力(『報・連・相』、情報共有、円満な人間関係の段階)

Lev. 2 =役割を越えた活動(役割外行動、新規行動の段階)

Lev. 3 =創発的なコラボレーション(知的な相互刺激、情報の練り上げ)

上原 久「ケア会議の技術2」より、一部抜粋

◆地域ケア会議の実践の場では、これらの目的を達成するために、支援者は「会議概論」「事例理解に必要な知識」「ケア会議の思考法」の各論を学んだ上で、地域性を勘案して、他職種と地域の社会資源との連携能力を発揮して、

事例のエビデンスをもとにケア会議における思考を展開して実践していくスキルが求められていく。

## 第二部「地域ケア会議について」

### 地域ケア会議の目的

『地域ケア会議の重要な機能の一つに、市町村（保険者）の理念や考え方を地域包括や事業者等と共有することである。（介護保険費の適正な運用を、市町村の計画に反映させる。高齢者の自立支援。）特に重要なのは、高齢者の自立支援を目指すという意志を、市町村（保険者）、地域包括、介護支援専門員、事業者等と共有して認識を持つことである。』

- ・**保険者**と介護保険サービスや地域支援事業等に関わる関係機関、インフォーマル関係者が協働して、地域のネットワークを構築していく「地域づくり・資源開発」を、地域課題に共通認識を図りながら検討していく場と機会とする。
- ・高齢者ニーズの調査・把握と、地域課題の解決と、その取り組みに必要な政策を、立案・提言して、それに対応した介護保険事業計画を策定する。
- ・高齢者のQOLの維持・向上を目指す取り組みを、地域の実情を反映した計画を立てて、地域単位で行う。
- ・【自立支援】と【介護予防】を得るためのケアマネジメントについて、実践力を高める。
- ・他職種協働による、個別ケースの支援内容と課題解決の方法を検討する。
- ・市内で共通した課題の抽出を行い、対応方法の検討を行う。

## 2. 地域ケア会議の実施方法

### ◆参加メンバーについて

- ・検討ケースを個別的に、また地域課題の抽出のために総合的に検討することが出来るように、多職種や学識関係者等を交えた、参加メンバーを広い範囲で参加が行えるように配慮する。

### ○主な参加者

ケースの担当介護支援専門員、地域包括支援センター職員、サービス提供事業者、行政担当者（CW、PHN等）、主治医が参加する。

また、管理栄養士、生活保護担当CW、障害支援担当CW、医療関係者、歯科衛生士、薬剤師、自治会、地区社協、民生委員、警察、弁護士、市町村事業などの行政サービス担当者、等その他職種の参加が望ましい。

- ・参加者の範囲としては、地域の課題を広く抽出して、地域ごとの比較も行うため区単位が望ましい。

### ◆開催頻度・時間帯について

- ・検討ケースのモニタリングや参加者のケアマネジメント実践力を高めるためには、会議は短期間で定期的開催する必要がある。
- ・地域の課題が地域事情で変化していく中で、定期的開催することで課題の変化が把握できる。
- ・これらを勘案すると、少なくとも、およそ「週に1回程」の開催が望ましい。
- ・時間帯は各職種が参加しやすい午前中が望ましい。一事例の検討は、を約20分で行う。
- ・1回の開催（1日）で、約6～7事例の検討が望ましい。

### ◆会議の開催手順

#### 1) 会議の事前準備、等

検討する事例の担当介護支援専門員が必要書類を事前に提出（会議の必要書類一覧、参照）。会議出席者は事前に目を通して参加。検討の要点を絞っておく。

各ケースでは、担当介護支援専門員が対象者の状況を以下の項目に分けて書式にまとめる。

- ①個人因子（身体機能、認知機能、廃用・疾病の状況、回復可能性、性格など）
- ②環境因子（家族・近隣住民・知人などの背景、在宅や地域の日常生活動線、かかりつけ医・民生委員等との関係、生涯生活歴など）
- ③介護支援専門員のケースの見立てと対応方針。
- ④生活機能領域ごとに短期・中期・長期の目標を立てる。

（会議の必要書類一覧）

- ・ケース概要（基本情報）
- ・居宅サービス計画書（1・2・3表）、
- ・サービス利用表（6・7表）
- ・基本チェックリスト、ADL表、
- ・課題抽出用紙
- ・医師の意見書
- ・評価表
- ・その他、必要に応じた資料、書類など。

## 2) 会議の対象となるケース

ケースの検討内容を識別しやすいように「処遇困難ケース」「予防プラン」「給付適正」「地域・密着型プラン」「新規」「継続」等のカテゴリーに分ける。

○介護予防プラン（要支援プラン）の検討について

- 1) 新規ケース（全ケース）
- 2) 継続ケース
  - ①サービス等利用後に評価結果が悪化している要支援者・特定高齢者
  - ②更新ケース。継続で検討課題があるケース

○介護給付プラン（要介護プラン）の検討について

- 1) 新規ケース（全ケース）
- 2) 継続ケース
  - ①サービス等利用後に評価結果が悪化している要介護者
  - ②更新ケース。継続で検討課題があるケース

◆会議の形態を項目別に分けて会議の目的を明確にする。

【中央会議】新規ケース、処遇困難ケース、権利擁護、等

【包括別会議】上記以外のケース

## 3) 会議の進行方法について

- ・会議の進行は行政・又は包括職員等で地域の社会資源の把握やケアマネジメントに通じ、なお且つ、会議を効果を参加者から十分に引き出せる進行能力と会議をまとめる能力のある専門職が行う。
- ・ケースの説明・検討は、司会（包括職員）の進行に基づき行う。
- ・会議では、短時間で端的にケースごとに論点を掘り下げ、自立支援の観点から今後3～6か月の支援方針や関係者ごとの課題、中間的な目標（将来像）を明確にしていく司会の役割が重要である。
- ・ケースの検討は、(1)～(4)の一連の流れに沿って進行して、専門職種間による課題の抽出、対応方法



の検討、給付適性の確認、今後の課題、モニタリングの時期（期間）を検討する。

◆地域ケア会議の実際地域ケア会議は、次表の流れにより行う。

表『地域ケア会議のおよその流れ』【和光市モデル】

| 項目                 | 所要時間 | ポイント  |
|--------------------|------|---|
| (1)プラン作成者より概要説明    | 約4分  | <ul style="list-style-type: none"> <li>●現在に状況に至った個人因子・環境因子を簡潔に説明（生活機能低下の背景を洞察することが重要）</li> <li>●【更新プランの場合】前回の支援計画に対するの評価：<br/>⇒目標に対して達成か未達成か？<br/>⇒未達成の場合はその原因は？</li> <li>●生活機能評価の解説⇒改善可能なポイントは？</li> <li>●上記を踏まえて次期プランの説明</li> </ul> <p>(注)参加者は、自らの専門分野を中心に内容をチェックする。例えば、保健師・看護師は、医療リスクの高い人の生活上の注意点や、服薬内容に対してサービス内容が妥当かどうかという視点。社会福祉士は、独居や認知症ケース等に対する権利擁護的な観点、等。</p> |
| (2)事業者から評価、今後の支援方針 | 約4分  | <ul style="list-style-type: none"> <li>●居宅介護支援事業所、介護予防通所介護、グループホーム、ケアハウス、配食事業者、ゴミの戸別収集事業者、住宅改修事業者、福祉用具事業者など、利用しているサービス提供事業者が各立場から発言</li> </ul>  |
| (3)全参加者から質問、意見     | 約10分 | <ul style="list-style-type: none"> <li>●参加者は、挙手したうえで発言する。</li> <li>●司会はケースの本質（課題の本質）やプラン作成・サービス提供上の注意点などについて、極端に言語化してまとめ、共通認識にぶれが生じないようにする。</li> </ul>  |
| (4)まとめ             | 約2分  | <ul style="list-style-type: none"> <li>●司会は、会議の最後に次回（通常3か月後または6か月後）までのケア（プラン修正含む）の方針を確認する。</li> <li>●介護支援専門員や事業者等が当面行う必要がある課題（例えば、石からの意見の確認、専門医の受診、追加訪問調査、家族からの事情聴取、など）がある場合には、その漏れがないよう、最後に念押しする。</li> </ul>   |

◆会議の司会者に求められるもの

- ・司会の役割は議事進行に留まらず、自立支援の観点で事例検討を行う際に、必要な視点を提示してみることや、「何故、このプランなのか（ニーズと目標と支援方法が適切か）」「課題をどうとらえたか（ケアマネジャーの支援方針、エビデンス、等）」などの確な質問により対象者の気づきを促すことなど、多岐にわたる。
- ・司会は、ケースの本質（課題の本質）やプラン作成・サービス提供上の注意点、専門職として求められる視点などについて、端的に言語化してまとめ、共通認識に「ぶれ」が生じないように心がける。
- ・地域ケア会議で取り上げた事例については、**6か月後の更新認定時等に、再度地域ケア会議にかけ、評価を行う。**事例によって、早期のモニタリングが必要な場合等は、1か月後に再度評価を行うことも重要である。「**期間的自立支援**」が適当なケースにおいて、目標とした生活機能向上の効果が得られていない場合には、プランの見

直しを含めた検討が必要である。

- ・司会は、会議の最後に次回（通常3か月後または6か月後）までのケアの方針を確認する（プラン修正含む）。介護支援専門員やサービス提供事業者等が当面行う必要がある課題（例えば、医師の意見の確認、専門医の受診、追加訪問調査、家族からの事情聴取、など）がある場合には、その漏れがないよう最後に確認する。

#### 4) 会議後の評価について

状態改善の可能性と自立支援を出来る限り追求するうえでは、ケースの生活機能領域の改善が行えるようにマネジメントを行うことが重要である。その結果、「**期間的自立支援**」が適当か、それとも「**永続的自立支援**」が適当かを見極めることが重要である。

- 「**期間的自立支援**」とは、介護保険サービスや介護予防サービスの一時的な利用が想定される場合がある。具体的には、廃用症候群によって生活機能が低下した場合に代表されるように、介護予防等で身体機能を向上するなどして、生活機能を向上することができれば、サービス終了が適当な場合がこれにあたる。
- 「**永続的自立支援**」とは、介護保険サービスや介護予防サービスの永続的な利用が想定される場合である。具体的には、脳卒中等により体の部位等が機能不全を起こしたために生活機能が低下した場合や、比較的程度の重い認知症の場合に代表されるように、介護給付を永続的に提供して、残存機能をできるだけ活用・持続できるように支援するのが適当な場合がこれにあたる。

#### ◆会議の効果

地域ケア会議という場を持ち、自立をぎりぎりまで追求するなかで、アセスメントの能力も高まり、課題やその解決策の洞察能力等の専門的能力が高まっていく。また会議に参加しているさまざまな参加者の意見や視点を共有することで、短期間に効率的に力量を形成していくことが可能になる。

- ・介護支援専門員が、ケアマネジメントの実践力を高められる。
- ・検討ケースのケアマネジメントプロセスが【アセスメント→生活機能評価→サービス内容の検討→事前、事後のモニタリング】が行えているか、【自立支援】の観点からケアプラン立案が行われているか確認する。
- ・モニタリングを「改善・悪化・維持」と評価を分けて行う。
  
- ・【**区単位**】 検討ケースの積み重ねから、地域の課題を抽出していく。課題への対応方法について対策専門チームを構成。検討と評価を行い、区内の関係者間で共有。高齢者ニーズの把握と地域課題の解決に必要な政策を、市政に立案・提言していく。
- ・【**市単位**】 各区から抽出課題の報告。地域課題の解決とその取り組みに必要な政策について、それに対応した介護保険事業計画を策定する。介護支援専門員や関係者の、専門職の資質向上のための研修や教育を検討。他職種が協働しやすいように、専門職種間や地域の連携方法の検討。地域のコミュニティ構築を数年単位で立案していく。

#### 5) 会議開催における課題

自立支援を追求していくと、ADL・IADLが向上し、要介護度が軽くなったり、非該当にまで改善する人が多数出てくる。そのとき介護保険サービス等の終了を説明して納得・同意を得るのは介護支援専門員である。納得してもらえなかった場合に、利用者および家族からの不平・不満を受けるのも介護支援専門員である。また自立支援を追求し、要介護度が改善すると、通所介護事業者や居宅介護事業者にとっては、収入減につながる可能性もある。

こうした現状の問題に加えて、さらに「利用者が介護支援専門員の説明に耳を貸さない」「要介護度が改善する

ことを（経験がないため）想像しづらい」「（移動支援等）必要なサービスが不足している」等の個別ケースごとの困難さが伴うなかで、常に改善の可能性を視野に入れて、自立支援を追求していくというのは、必ずしも容易なことではない。

そこで重要なのが、こうした困難を乗り越えて、常に自立支援を追求していくよう促す市町村（保険者）の姿勢と、その姿勢を共有する場であり、かつ、自立支援のための望ましい支援の方法・方向性を検討する場としての地域ケア会議である。

#### ◆関係者の力量形成（人材育成）・ケアプランの室の向上

利用者が望むとおりのケアプラン（いわゆる「御用聞きプラン」）を作成し、そのプランどおりに事業者がサービスを提供しては、結果として利用者の自立が損なわれることにもなりかねない。これは本来の意味の「利用者本位」ではない。

利用者の尊重ある自立を保持するためには、相手の望みに応じてプランを立てるのではなく、専門家としての洞察（アセスメント）を行ったうえで、利用者の納得を得て協働でプランを作成していく必要がある。これが本来の意味での「利用者本位」である。しかし、新任の介護支援専門員だけでなく、経験年数が数年あるケアマネジャーでも、こうした洞察力や、納得を得るケアプランが十分とはいえなかった。

また、生活機能等の改善が見られない場合に、「サービス内容等に不十分な点等があるのではないか」と考え、ケアマネジメントを検討することがなければ、ケアプランの内容等の見直しの機会は失われかねない。

そうした機会を逸することを防ぐためにも、また実際にサービスを提供している事業者の気づき等を積極的にサービス改善に生かしていくためにも、生活機能等の改善が見られない場合には、「本当に維持（または悪化）はやむを得ないことなのか」「サービス内容や量を工夫すれば自立に持って行けないのか」等を考える場として地域ケア会議が必要である。

介護保険事業・介護予防事業に関わる一人ひとりの専門職の専門性を高めるための仕組みや仕掛けを持つことなく、介護保険事業・介護予防事業を実施するのでは、その成果（生活機能の向上や介護給付費の適正化等）を高めることは困難である。地域包括・介護支援専門員・事業者等の自助努力に期待するばかりでなく、ケア

会議の開催等の具体的手立てにより、専門職の力量形成を支援することも市町村（保険者）の重要な役割である。仮に介護支援専門員の支援を地域包括の業務と位置付ける場合においても、その推進状況を確認・評価することや、不十分な場合に協力して課題解決にあたることは委託元の重要な責任の一部である。ケア会議は、これらの責任を果たすうえでの有効な手段となる。

## 6) ケアマネジメントにおける自立援について

### ◆自立支援型マネジメントに必要な視点①

■自立した日常生活を阻む真の課題の解消を目指した支援方策

課題抽出者のプロの能力を駆使して本人の最善の利益をめざす

○個人因子：・身体機能　・精神機能　・経済状況等

↓

身体機能・知的機能、障害、疾病の状態（ADL、IADL）は？

性格や暮らしぶり、ストレスの状況は？

普段の体調管理（水・食・運動・排泄）は？  
状態回復出来るものか、出来ないものか、維持できるのか？  
経済的状況（収入、預貯金、不動産）は？  
価値観（人生で大事にしてきたこと）特技、趣味、生きがいは？  
過去の人脈、現在の人脈（本人が作ったネットワーク）は？  
ニーズを的確に捉えたアセスメント  
性格、人生歴、身体機能・生活機能に支障をきたす高齢者の個人的な要因

○環境因子：・家族・経済　・近親者　・近隣　・住まい　・バリア　・社会資源　・その他

↓

- ・相談者と本人の関係は？
- ・家族構成員の状況と家族システムの現状（決定や権威等）、経済状況は？
- ・居住地域がどんな地域か、どんな文化を持っているか本人家族と近隣住民との関係性は？  
地域での役割は？（時系列で変化をとらえる）
- ・在宅や地域の日常生活導線は？社会資源の状況は？
- ・かかりつけ医や民生委員との関係は？
- ・取り巻く人のストレスは？（障害、疾病への理解度、偏見の有無）
- ・高齢者を取り巻く人や人物など周囲のあらゆる状況

#### ◆自立支援型マネジメントに必要な視点②

- ・本人の主訴（要望）、家族の要望、近隣の要望を聞き、それぞれが困っていることへの対応策として、公的  
制度、サービス及びインフォーマルなサポートを考えることも大切であるが、それだけでは滞在している真  
の課題を抽出することはできない。
- ・全述した着眼点を咀嚼して、多職種の専門職による知識の相乗効果（チームケア）を駆使して、個人因子と  
環境因子を洞察し、原因・背景を探ることによって、当事者たちが気づいていない、内に潜んでいる「状態  
の悪化に影響を及ぼしている因子」＝真の課題を、当事者や家族とともに明らかにし、解決策をともに考え  
ていく姿勢と能力が求められる。
- ・その上で、課題解決の主体は、当事者（本人、家族、地域の人）であり、当事者が気づき、自ら取り込もう  
とする課題の抽出、と解決方法を一緒に合意していく必要がある。当事者を含めた合意形成の場を持つよう  
工夫するとともに、そこでの合意形成能力が必要とされる。

以上

#### ◆資料作成

横浜市六浦地域ケアプラザ・主任ケアマネジャー、中村

#### ◆参照資料

「医療と介護の連携における、区と地域包括支援センターの役割検討会報告書」横浜市健康福祉局作成  
「地域包括ケア推進のための地域診断に関する調査等事業報告書」財団法人 長寿社会開発センター  
「ケア会議の技術 2」上原 久 中央法規出版