

ケアマネジメント体制の再構築検討 PT 報告書

## 地域包括支援センターの機能強化

- 地域包括ケア体制の確立を目指して -

平成20年3月

新宿区健康部高齢者サービス課

新宿区健康部介護保険課

## はじめに

ケアマネジメント体制の再構築検討プロジェクトチーム（以下「PT」という）は、以下のような経緯によって設けられました。

1 平成 19 年 1 月～ 3 月 介護支援専門員質の向上プロジェクトチーム  
区内で活動する介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という）の現状、今後の方向性、支援策について検討する。

2 平成 19 年 7 月 19 日 第 1 回計画見直し部会  
・ケアマネジメントを担うケアマネジャーの公正・中立性の確保の一つの方向性として、ケアマネジャーの役割・機能が十分に発揮できる体制の構築を提案する。  
・橋本会長から、現制度のケアマネジャーと地域包括支援センターの根幹に係る問題なので、ケアマネジャー、地域包括支援センターなどの当事者の意見を十分に聞くようにとの指摘を受ける。

3 平成 19 年 8 月 9 日～ 30 日 関係者からのヒアリング  
・ケアマネジャーネットワーク新宿 世話人  
・地域包括支援センター職員  
・地域包括支援センター受託法人

4 平成 19 年 10 月 23 日 高齢者保健福祉推進協議会  
見直し部会での 2 回の議論および関係者からのヒアリングを踏まえ新宿区におけるケアマネジメント体制のあり方について、区が責任を持ってケアマネジメントを実施していく体制として地域包括支援センターの機能強化を図る。ケアマネジャーの役割・機能が十分に発揮できるようケアマネジャーへの様々な支援を行うことを方向性として提案する。

その結果、高齢者保健福祉推進協議会での結論は高齢者保健福祉計画・第 4 期介護保険事業計画の中に位置付け検討する。

PT を設け、現行の地域包括支援センターを再編成するケアマネジメント体制の再構築に向けての具体的な方向性を検討する

このような経緯を踏まえ、これまで 6 回の PT を開催し、地域包括支援センターを取り巻く現状と課題などについて検討を行い「地域包括支援センターの機能強化から地域包括ケア体制の確立を目指す」具体的な方向性についてまとめましたので報告するものです。

## 地域包括支援センターの創設

平成18(2006)年4月に施行された改正介護保険法は、戦後第一次ベビーブーム世代がすべて高齢者となる2015年から後期高齢者となる2025年までの高齢化の推移や制度の持続可能性の確保など様々な課題への対応を念頭において、改正されました。

この制度改正を行うにあたり、平成15(2003)年6月には、厚生労働省老健局長のもとに組織された「高齢者介護研究会」が「2015年の高齢者介護」という報告書を公表し、「要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援を継続的かつ包括的に提供される仕組みが必要である」と述べています。

介護保険制度の中には、多職種連携やサービスの調整を図るケアマネジャーによるケアマネジメントが仕組みとしてありますが、地域における様々な課題に対応し、継続的かつ包括的なケアをケアマネジャーだけで担うことは不可能です。

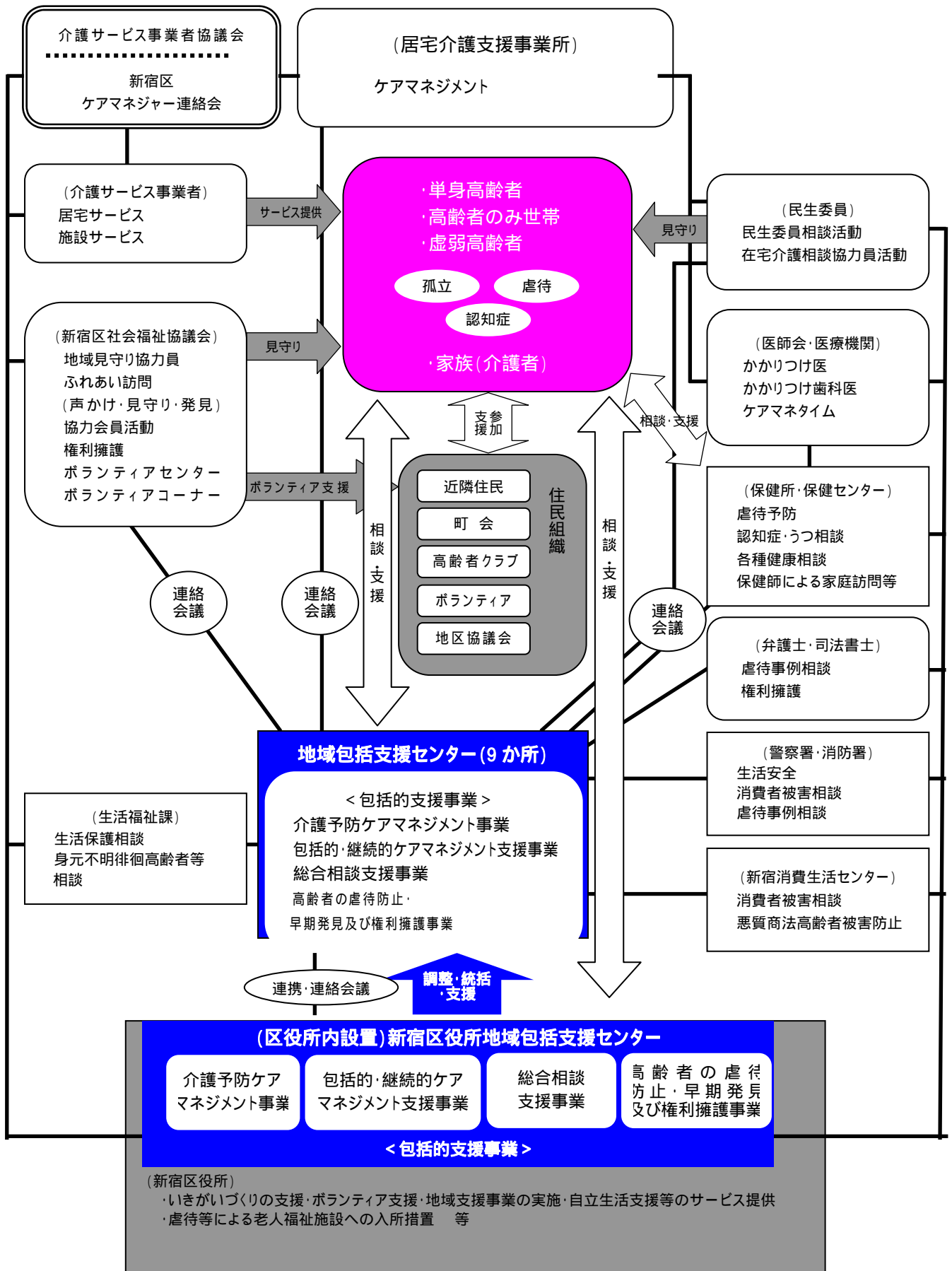
また従来からあった在宅介護支援センターも、高齢者の総合相談の場として位置づけられていましたが、居宅介護支援業務に追われ、その機能は十分に発揮されていないと指摘されていました。

こうした意見や現状を踏まえ、制度改正においては、地域において継続的・包括的なケアマネジメントを行う総合相談・支援機関として新たに地域包括支援センターが創設されました。

地域包括支援センターは、介護保険法第115条の39に規定され、その役割は「生活圏域で地域包括ケアを有効に機能させるために、保健師、主任介護支援専門員、社会福祉士といった専門職種を配置し、多職種が力を合わせ、その専門知識や技能をお互いに活かしながら、地域での各種のサービスや住民活動を結びつけ、地域のネットワークを構築あるいは再生するなどの取り組みを第一の柱としながら、個別サービスのコーディネートをも行う地域の中核機関として位置づけられています」(厚生労働省老健局作成～地域包括支援センター業務マニュアルから)。

新宿区においては、平成18年4月から新たな地域の中核相談機関として、これまで設置していた区の基幹型在宅介護支援センターを地域にある地域包括支援センターを統括・支援するものとし、10ヶ所の地域型在宅介護支援センターを9ヶ所の地域包括支援センターへ再編成しました(「地域包括ケアネットワークのイメージ図」参照。新宿区高齢者保健福祉計画・第3期介護保険事業計画書P121から)。

地域包括ケアネットワークのイメージ図



## 地域包括支援センターを取り巻く地域の現状と課題

新宿区は、65歳以上の世帯における一人世帯の比率が全国・東京都と比較しても高く、地域における孤立の問題や家庭内での介護力の不足など、様々な問題が生じています。

単身世帯率 平成17年国勢調査から

	全世帯単身世帯率	65歳以上単身世帯率	75歳以上単身世帯率
全国	11.3%	15.1%	17.0%
東京都	19.4%	21.7%	25.3%
新宿区	32.4%	30.4%	33.0%

医療制度改革における平均在院日数の短縮や介護療養型医療施設の平成24(2011)年3月での廃止などにより、今後は医療の必要性の高い高齢者が在宅生活を送ることが予想されます。

区民の中には、終末期(ターミナル)を自宅で送ることを望む人が4分の1以上おり、医療との綿密な連携を図り、このような区民の在宅生活の支援を行っていく必要があります。

平成19年度高齢者保健福祉調査 一般高齢者調査から 療養生活の最期をどこで送りたいですか			
・自宅	26.1%	・老人ホームなどの施設	5.9%
・治療を中心とした病院	14.0%	・痛みを緩和する病院	26.4%

認知症高齢者の増大が予想される中、新宿区においては認知症自立度 以上の方の生活場所は44.6%が在宅となっており、在宅で生活する認知症高齢者に対する様々な支援が求められています。(平成19年10月末現在)

		要介護認定者 合計		生活場所									
				在宅		介護老人 福祉施設		介護老人 保健施設		指定介護療養 型医療施設		その他の施設	
合計		10,781	(100%)	7,901	73.29%	713	6.61%	369	3.42%	149	1.38%	1649	15.29%
認知症自立度	正常	2,908	(100%)	2,599	89.37%	28	0.96%	22	0.76%	9	0.31%	250	8.59%
		2,446	(100%)	2,118	86.59%	33	1.35%	40	1.64%	7	0.29%	248	10.14%
	以上	2,694	(100%)	1,965	72.94%	133	4.94%	129	4.79%	22	0.82%	467	17.63%
	以上	2,733	(100%)	1,219	44.60%	519	18.99%	178	6.51%	111	4.06%	706	25.83%

このほかにも高齢者の中には、介護の必要はないが、地域の人たちとうまくいかない人やコミュニケーションがうまく取れない人など、生活の継続に何らかの支援が必要だが制度の谷間にある人への対応をどうするかという課題もあります。

被虐待者が自ら訴えることが困難なため、周囲による発見など、高齢者虐待への対応をいかに行うかといった課題もあります。

一人暮らし高齢者は、悪徳商法などの消費者被害に遭遇することも多いため、消費者被害防止への取り組みが必要です。

過去の災害では犠牲者に高齢者が多く占めており、災害時の避難支援等をどうするかという課題もあります。

## ケアマネジャーによるケアマネジメントの現状と課題

介護保険制度の中でケアマネジメントを行うケアマネジャーは、経験を踏まえた十分な課題解決能力を持ったケアマネジャーが多くいる一方、アセスメントから始まる一連のプロセスによらず、ただサービスを調整しているだけのケアマネジャーもいます。

この間の大手介護サービス事業者による不適正・不適切な事例は、ケアマネジメント機能が徹底されていれば、防止できたという指摘があります。

時間や手間のかかる困難ケースについては、サービス担当者会議やサービス調整などに時間を費やし十分に対応できないとの声もあります。

医療の必要の高い利用者のサービス調整については、ケアマネジャー自身が医療知識に自信がないとの理由で、医療との連携が十分にできないとの声もあります。

在宅生活の継続を支援するためには、介護保険サービスを中心として様々なサービスを組み合わせることが必要ですが、保健医療サービスや福祉サービス、地域住民の自発的なサービスなどを居宅サービス計画に位置づけていない場合もあります。

ケアマネジャーが行う業務の範囲（保険内外の分野、事務作業など）は広範なため、居宅介護支援事業所の業務を超え、介護報酬に見合わないという考え方もあります。

今後、住み慣れた地域での生活を継続する高齢者が増加する中で、高齢者を支えるケアマネジャーの役割・機能としての、社会資源の最適配分、多職種協働・連携などが十分に実施できるように、継続的に支援する体制を構築する必要があります。

## 地域包括支援センターの現状と課題

区内9ヶ所の地域包括支援センターには、それぞれ高齢者人口等に応じて、4～5人の専門職種を配置していますが、ネットワークの構築や社会資源の情報収集・把握など地域包括支援センターに求められる広範な業務には十分に対応できていないとの声もあります。

地域包括支援センターの職員は地域包括ケアを実現するため、ケアマネジャーへの包括的かつ継続的な支援が求められていますが、ケアマネジャーへの支援を行う場合、日頃から要介護者のケアマネジメントを行っていないと、制度改正や要介護者のケアマネジメントに習熟せず、ケアマネジャー支援に支障をきたす場合もあると言われてしています。

また、ケアマネジャー支援の方法が、困難と感じる主要因の処遇面についての支援に重点がおかれ、アセスメントからケアプラン作成、サービス担当者会議、モニタリングなど、一連のケアマネジメントプロセスを把握した技術的な支援が十分でないということもあります。

退院後の在宅生活の相談については、医療関係者からは、どこに相談すればよいか分からないといった声も聞かれます。

これは、医療との連携、認知症高齢者への対応について、地域包括支援センターの役割や手順、連携の方法などが明確でないため、地域包括支援センター職員の個人の資質や判断による対応となり、対外的には区における担当窓口の不在となってしまっています。

## 地域包括ケア体制の確立に向けて

地域で発生する様々な課題を解決するためには、自助・共助・公助による重層的な取り組みが必要です。

とりわけ住み慣れた地域での生活の継続のためには、地域での各種のサービスや住民活動など様々な社会資源を結び、地域のネットワークを構築あるいは再生するなど、多職種協働をマネジメントする機能を強化する必要があります。

今後は、地域の様々な課題を解決する取り組みを始め、医療の必要性の高い方への支援や認知症など多様なニーズに対応し、制度を超えた支援など、包括的かつ継続的な地域ケアの重要性は増すばかりです。

地域包括支援センターは、総合相談、介護予防、ケアマネジャーへの支援、

といった役割がありますが、特に包括的かつ継続的に個別支援を行い地域ケア体制の整備を課題として担うことが重要といえます。

地域包括ケアシステムを支える総合相談・支援機関として介護保険制度に位置づけられた地域包括支援センターが本来の機能・役割を担えるように機能強化し、整備する必要があります。

## 今後の方向性

### 地域包括ケア体制の確立

要介護状態になっても高齢者が住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活の継続を目指し、包括的かつ継続的なケア体制を確立する

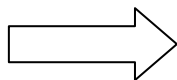
#### 包括的とは

高齢者本人、家族、取り巻く地域を対象として、介護保険サービスだけでなく、地域にある保健・医療・福祉サービスやボランティア活動、支え合いなど様々な社会資源を有機的に結びつけ、多職種が連携・協働して包括的に支援を行う。

#### 継続的とは

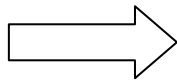
虚弱・要支援・要介護という高齢者の心身の状態や在宅・施設・病院という生活環境などの変化に応じて、生活の質が低下しないように継続的に支援を行う。

地域包括支援センターの  
機能強化



地域のネットワークの構築  
医療との連携強化  
多職種協働連携の強化  
ケアマネジャーへの支援

在宅生活を支えるサー  
ビスの整備



介護保険サービスの整備  
介護保険外サービスの整備  
地域での様々な取り組みへの支援



## 地域包括支援センターの機能強化

### 1 居宅介護支援機能の強化

地域包括ケアシステムを支えるために、地域包括支援センターに居宅介護支援業務を付加します。

地域包括支援センターでの居宅介護支援機能は、介入の初期段階において手間がかかり、様々な判断・調整が求められる場合などのために付加するものであり、地域包括ケアを効果的に実施するため、そして介護支援専門員を下支えするものとしてあります。このため、問題の軽減や安定が図られた段階で民間の事業所に引き継ぐことを原則とします。

地域包括支援センターの居宅介護支援機能対応事例

	事 例	対応方法
1	要介護認定結果が出ていない中で退院するが、ターミナルを希望する医療必要度が高い高齢者への支援	病院（担当医・医療相談室）、在宅療養支援診療所、医療系在宅サービス事業所などと多職種協働のマネジメントや暫定ケアプランの作成など、居宅介護支援機能を活用したケアマネジメントを行う。
2	本人の過大な要求や介護に対する思入れが強い家族からの様々な要求があり、ケアマネが疲弊している場合	担当ケアマネと共に、アセスメント、ケアプランの作成、担当者会議などを行うなど、助言や精神的な支持だけでなく、具体的なケアマネジメントを協働で行う。その過程で、疲弊の状態により、担当を引き継ぐこともある。その場合、期間は長期間になる可能性もある。
3	何らかの介護や見守りが必要だが、地域で孤立している高齢者への支援	地域での見守り体制の調整や必要な介護サービスの導入など、居宅介護支援機能を活用したケアマネジメントを行う。状態が安定した段階で民間のケアマネに引き継ぐ。
4	サービスの利用を拒否している高齢者への支援	地域での見守り体制の調整や利用者への継続的な働きかけなどの支援を行い、居宅介護支援機能を活用し、サービス利用時は迅速な対応を図る。
5	虐待が想定され、日々の介入・観察が必要な場合	居宅介護支援機能などを活用し、介入し、関係機関との調整、連携することから、問題の解決を図る。
6	不適切なケアプランを引き継ぎ、対応に苦慮するケアマネへの支援	担当ケアマネとともに利用者・家族への説明、サービスの調整を行う。利用者・家族と担当ケアマネとの関係修復が不可能な場合は、ケアマネジメントを引き継ぎ、問題が軽減し安定した段階で民間のケアマネに引き継ぐ。

7	要支援と要介護を行ったり来たりする場合	状態が不安定で、要支援と要介護を行ったり来たりし、継続的な支援が必要な場合は、介護予防支援担当がケアマネジメントを継続して行う。
8	利用者が地域包括支援センターに居宅介護支援を希望する場合	地域包括支援センターの居宅介護支援機能を説明し、対応可能な民間のケアマネに引き継ぐ。
9	ケアマネが十分に検討せず、地域包括支援センターへ困難ケースと判断して依頼する場合	ケアマネに地域包括支援センターの居宅介護支援機能を説明し、担当ケアマネと共に、アセスメント、ケアプランの作成、担当者会議などを行うなどし、問題の整理・解決の方向性を探るなど、継続的な支援を行う。

居宅介護支援を地域包括支援センターにおいて行う場合は、高齢者サービス課に文書による協議を行うこととしますが、緊急時は、管理者の判断に基づき決定することも可能としたうえ事後報告を行うこととします。

年2回程度、高齢者サービス課・介護保険課、地域包括支援センター代表の（仮称）地域包括支援センター業務検討会において、居宅介護支援事例の検証を行います。

## 2 包括的・継続的ケアの強化

地域に発生する様々な課題を解決するために、地域での各種のサービスや住民活動など様々な社会資源を結び、地域のネットワークを構築あるいは再生を図ります。

医療の必要性の高い方への支援や認知症高齢者への対応を行う中心機関として地域包括支援センターを明確に位置付け、関係機関と連携する具体的な支援を行います。

当面は、どのような関わり方、支援・連携の方法があるか、段階的な実施を行い、地域包括支援センター職員の対応能力を高め、実践事例の蓄積を図っていきます。

## 3 人員体制

地域包括支援センターの機能強化を図るため、適切な人員を配置する必要があります。

人員配置、業務配分・形態は個々の地域の特性・地域包括の運営状況に応じ、限定した形態にしませんが、標準例として次のような体制が考えられます。

## 人員・業務の標準例

### 業務分離型

1ヶ所あたりの人員体制 計8名

総合相談は全員で対応、専門3職種各1名の配置は必須

項目	内容	対応職種	人数
管理者	業務を統括	専門3職種	1
包括的支援 業務	地域のネットワークを構築 多職種連携 包括的・継続的支援 ケアマネジャー支援 虐待防止・権利擁護  居宅介護支援は40件を限度	保健師等 社会福祉士 主任介護支援専門員	3
介護予防	特定高齢者及び要支援1・2の方 への介護予防ケアマネジメント  介護予防支援は160件を限度	保健師等 主任介護支援専門員 介護支援専門員	4

## 4 設置場所

現在の地域包括支援センターの区域（特別出張所区域）を基本として整備します。

充実した体制に対応できるスペースやプライバシーが確保された相談スペース、駐輪スペースなどの確保が必要です。また、統一したデザイン・サイン・愛称も必要です

区民に分かりやすい地域包括支援センターとするために、頻繁に移動しない将来を見据えた設置場所の選定が必要です。

このため、区民に親しまれている公共の施設との併設も検討する必要があります。区施設の建替え時の併設など、長期的な設置計画を検討する必要があります。

## 区の支援策、人材確保・育成について

### 1 基本的な視点

区が責任主体として、体制の整備、運営への適切な関与を行う必要があります。

地域包括支援センターが様々な事例を、主体的に判断・対応できる力を蓄積できるような支援体制が必要です。

地域包括支援センターの業務を担う職員の計画的な育成支援が必要です。

### 2 支援策

地域包括支援センター職員のスキルアップを図るため、区として以下のような取り組みが考えられます。

介護保険制度学習会

(仮称)地域包括支援センター業務検討会

専門職種別の業務・事例検討会

業務の標準化(管理体制の統一、業務マニュアルの作成、帳票類・ファイリングの統一)

ケアマネジメントの協働実施、精神的な支持など、様々な事例への介入支援

### 3 人材の確保・育成

地域包括支援センターを支援できる区地域包括支援センターの体制を整備するため、専門知識や技術、経験がある核となる職員の確保・育成について検討する必要があります。

例えば、経験豊富な専門職を非常勤として採用し、地域包括支援センター支援のスーパーバイザーとしての役割を担うことも考えられます。

委託地域包括支援センターの人材の確保・育成を図るため、委託契約における制約(処遇上の問題、異動の制限など)や区地域包括支援センター・介護保険課への地域包括支援センターの管理者派遣研修の実施などを検討する必要があります。

## 整備方法

平成 20 年度に策定する高齢者保健福祉計画・第 4 期介護保険事業計画（平成 21 年～23 年）の中で、具体的な施策として位置づけていきます。

例えば、以下のように段階的に整備し、整備された地域包括支援センターにおいて事業を実施し、事例を蓄積することから標準的な地域包括支援センターの運営手法の確立を図っていきます。

居宅介護支援機能を付加及び包括的・継続的ケアを強化した地域包括支援センターの整備計画の例示

平成 21 年 4 月	2 ヶ所	整備
平成 22 年 4 月	3 ヶ所	整備
平成 23 年 4 月	4 ヶ所	整備

## ケアマネジメント体制の再構築検討 PT について

平成19年11月19日  
19 新健介推第863号 部長決定

### 1 目的

新宿区高齢者保健福祉推進協議会等からの意見を踏まえ、現行の地域包括支援センターを再編成するケアマネジメント体制の再構築に向けて、実務的な検討を行う。

### 2 構成員

構成員は以下の課長、係長及び担当職員、地域包括支援センター職員とする。  
なお、検討内容により随時、該当の担当者を加える。

高齢者サービス課長、介護保険課長

高齢者サービス課 サービス係長、高齢者相談係長及び係員、介護予防係長及び係員

介護保険課 推進係長及び係員、指導係長、指導係主査、給付係員

計画推進課 保健福祉計画係主査

地域包括支援センター職員

### 3 検討内容

(1)(仮) 高齢者相談支援センターの設置場所・人員体制及び業務内容について

(2) 区の組織体制及び業務内容について

(3) その他、必要事項について

### 4 事務局

介護保険課推進係

## ケアマネジメント体制の再構築検討 PT 名簿

	氏 名	所 属
1	小沢 健吾	高齢者サービス課長
2	峯岸 志津子	高齢者サービス課サービス係長
3	横田 洋子	高齢者サービス課高齢者相談係長
4	仲川 恵子	高齢者サービス課高齢者相談係
5	米倉 智恵美	高齢者サービス課高齢者相談係
6	寺西 秀美	高齢者サービス課介護予防係長
7	高地 輝夫	高齢者サービス課介護予防係
8	高橋 麻子	介護保険課長
9	砂田 敏男	介護保険課推進係長
10	柳本 貴志	介護保険課推進係
11	柴田 瑞枝	介護保険課指導係長
12	石川 明美	介護保険課指導係主査
13	久保 雅子	介護保険課給付係
14	井内 純一	計画推進課保健福祉計画係主査
15	鶴田 香織	若葉地域包括支援センター
16	阿部 真弓	大久保地域包括支援センター