

平成26年度 鹿児島県介護支援専門員協議会

奄美大島・喜界島支部 総会・研修会

第2部 研修会資料

「介護保険制度改革と  
利用者主体のケアの実現に向けて」

講師：桜美林大学大学院老年学研究科 教授

白澤 政和 先生

平成26年6月14日（土）午後2時～4時  
笠利農村環境改善センター

## 白澤 政和 先生

桜美林大学大学院老年学研究科 教授、 社会学博士

1949年 三重県名張市に生まれる

1974年 大阪市立大学大学院修士課程修了（社会福祉学）

1994年 大阪市立大学生活科学部人間福祉学科 教授

2011年 3月 大阪市立大学名誉教授



### <主要著書>

『ケースマネジメントの理論と実際』白澤政和、中央法規出版(1992年)

『老人保健福祉計画実現へのアプローチ』白澤政和、中央法規出版(1994年)

『介護保険とケアマネジメント』白澤政和、中央法規出版(1998年)

『ケアマネジメントハンドブック』白澤政和、医学書院、(1998年)

『「介護保険制度」のあるべき姿—利用者主体のケアマネジメントをもとに』筒井書房 (2011年)

『キイワードでたどる福祉の30年』中央法規出版 (2011年)

『地域のネットワークのつくり方—地域包括ケアを推進するために—』中央法規出版 (2013年)

その他 介護保険、保健・医療・福祉の連携、ケアマネジメントに関する著書・論文多数

### <主な受賞>

吉村仁 賞 (『ケースマネジメントの理論と実際』中央法規出版により)

福武直 賞 (『ケースマネジメントの理論と実際』中央法規出版により)

### <役職・社会的活動>

日本学術会議会員、日本ケアマネジメント学会理事長、日本社会福祉士養成校協会前会長、日本在宅ケア学会前理事長、日本社会福祉学会前会長、日本介護福祉学会前副会長、など

日本で最初にケアマネジメントに関する論文や著書を書き、日本の土壤でのケアマネジメントを提唱し、日本型のサービス・デリバリー・システムの構築に貢献した。在宅介護支援センターの創設や介護保険での介護支援専門員の創設に関わってきた。最近では、ストレングスに視点を当てたソーシャルワークの方法やその有効性についての研究を焦点にしている。また、個人支援のケアマネジメントと地域支援の地域のネットワーキングを一体的に実施するソーシャルワークの理論化・実践化を進めている。

Professor Dr. Masakazu Shirasawa

Masakazu Shirasawa is now professor of graduate school of gerontology, J. F. Oberlin University and a professor emeritus of Osaka City University. Now he is president of Japanese Academy of Social welfare and vice president of Japanese Academy of Care Management and Japanese Academy of Care Work, and a member of Science Council of Japan.

He is a pioneer of research of care management and has contributed to establish service delivery system for frail elderly in Japan theoretically. Now He is interested in empowerment of the elderly supporting from the perspective of "strengths" of persons, family and community...

## 介護保険制度改革と 利用者主体のケアの実現に向けて

桜美林大学大学院老年学研究科  
白澤政和

### 1 介護保険制度見直しの課題 —ケアマネジャーに焦点を当てて—

#### 今回の介護保険制度見直しの概要

- ① 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業の見直し(在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、地域ケア会議の推進、生活支援サービスの充実・強化、地域包括支援センターの機能強化)
- ② 地域支援事業の見直しに併せた予防給付の見直し
- ③ 小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行
- ④ 住宅改修事業者の登録制度の導入
- ⑤ 居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲
- ⑥ 特別養護老人ホームの中重度者への重点化
- ⑦ サービス付き高齢者向け住宅への住所地特例の適用
- ⑧ 介護サービス情報公表制度の見直し
- ⑨ 費用負担の見直し(低所得者の1号保険料の軽減強化、一定以上所得者の利用者負担の見直し、補足給付の見直し)
- ⑩ 2025年を見据えた介護保険事業計画の策定

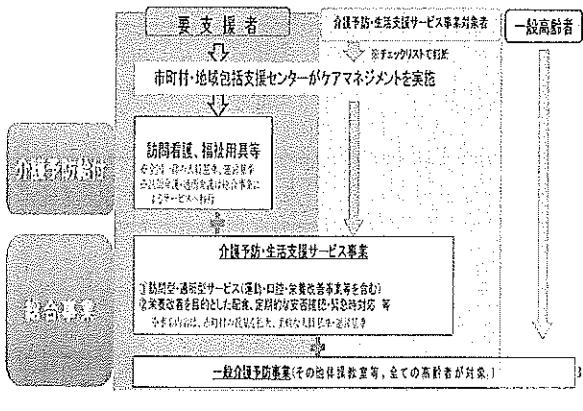
## 今回の介護保険制度見直しのポイント①

### (1)予防給付の見直し(訪問介護・通所介護)

- 市町村に対する介護予防給付(訪問介護・通所介護)については、高齢者の実情に応じ、住民主体の取組を含めた実績(市町村による委託実績)により、実績かつ標準化したサービスの提供ができるよう、扶持支障審査の形式に見直す。市町村の事務負担等も減らし、平成29年度までにすべて市町村が扶助支給する形態によるサービス提供を目標。
- 全国一律のサービスの種別・内容・運営基準・算定等によるものではなく、市町村の判断でボランティア、NPO、民間企業、社会福祉法人、住民組合等の組織資源を効率的に活用できるようにしていく。
- 施行後の事業も、介護保険制度内のサービスの役割であり、計画的・柔軟性を確保。
- 総括の実績に合わせて一定額を算定され、扶助介護サービス使用者の活用も含め多様な主体による事業の実施監視を行ふ。

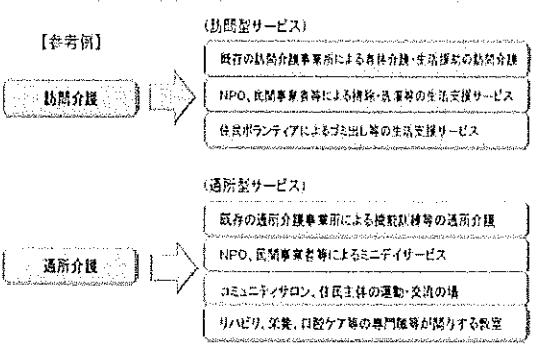


## 新しい総合事業の枠組



## 要支援者に対する訪問介護・通所介護の多様化(イメージ)

- 全国一律のサービス内容であった訪問介護や通所介護については、事業に施行することにより、既存の介護事業者による既存のサービスに加えて、多様なサービスが多様な主体により提供され、利用者が多様なサービスを選択可能となる。



### 介護予防・生活支援サービスの概要

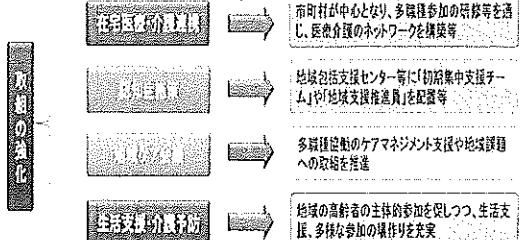
- 1) 介護予防・生活支援サービス事業として、訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービス(配食・見守り等)を実施。
- 2) 実施主体: 市町村(事業者への委託、市町村が特定した事業者が事業を実施した費用の支払等)
- 3) 対象者: 要支援者及び介護予防・生活支援サービス事業対象者
- 4) 利用手続き: 要支援認定を受けてケアマネジメントに基づきサービスを利用  
※給付を利用せず、総合事業の生活支援・介護予防サービス事業のみ利用の場合、基本チェックリスト該当で利用可
- 5) 事業費の単価: サービスの内容に応じた市町村による単価設定。訪問型・通所型サービスについては、現在の訪問介護、通所介護(預防給付)の報酬以下の単価を市町村が設定
- 6) 利用料: 地域で多様なサービスが提供されるため、そのサービスの内容に応じた利用料を市町村が設定する。
- 7) 事業者: ①市町村が事業者に委託、②あらかじめ事業者を認定特定。
- 8) 限度額管理: 利用者個人の限度額管理を実施。利用者が給付と事業を併用する場合には、給付と事業の料金で管理。
- 9) 財源: 1号保険料、2号保険料、国、都道府県、市町村(予防給付と同じ)

### 要支援者のケアプラン作成

- ・ 新しい総合事業の社会資源が出揃うのかの不安
- ・ 新たにサービスを生み出すよう保険者にアクションするのも業務
- ・ 住宅型の有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅での住居地特例を受けている人にもサービスが可能であろうのか
- ・ 今後の検討課題

### 介護保険制度改革改正のポイント②

(2) 地域支援事業の充実  
○ 地域支援事業の枠組みを活用し、以下の充実を行い、市町村が中心となって総合的に地域づくりを推進。



※地域包括ケアの一翼を担うにふさわしい質を備えた効率的な事業として育成

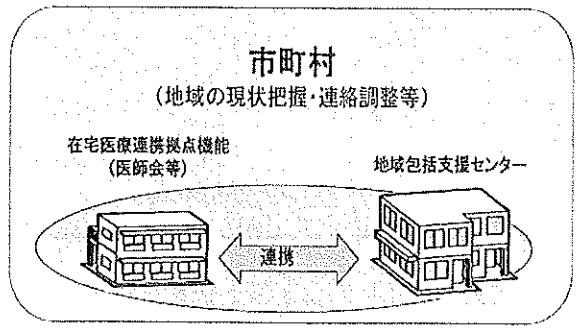
## 地域包括支援センターの機能強化

- ・「在宅医療・介護連携の推進」、「認知症施策の推進」、「地域ケア会議の推進」、「生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化」、「全ての市町村における総合事業の実施」を図る
- ・直営等基幹となるセンターや機能強化型のセンターを位置付けるなど、センター間の役割分担・連携を強化し、効果的かつ効率的な運営を目指す

## 医療と介護の連携の推進

- ・地域支援事業の包括的支援事業に在宅医療・介護連携の推進に係る事業を追加する。
- ・その際には、医療に係る専門的な知識及び経験が必要である業務の趣旨にかんがみ、これらを適切に実施できる事業体に、他の事業とは別に委託できる仕組みが必要である。
- ・（医師会等に委託も可能）

## 医療と介護の連携(多くの市町村)



## 認知症施策の推進

- ・認知症は早期診断・早期対応が重要であることから、「認知症初期集中支援チーム」、地域の実情に応じた医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う「認知症地域支援推進員」の設置
- ・認知症ケアに携わる多職種の協働研修、認知症カフェ等による認知症の人とその家族への支援
- ・認知症ケアの向上を推進する事業を地域支援事業で実施

---

---

---

---

---

## 地域ケア会議

- ・市町村の地域支援事業の包括的支援事業の一環として、地域ケア会議を実施することを介護保険法に位置づける
- ・介護支援専門員の協力や守秘義務の取扱い等について制度的な枠組みを設ける
- ・地域ケア会議が十分に機能するためには、市町村の人材育成、マニュアル作成、好事例の共有など、国は市町村の支援に取り組む

---

---

---

---

---

## 生活支援サービスの充実

- ・市町村が中心となって、NPO、民間企業、協同組合、ボランティア、社会福祉法人等の生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化を図る。
- ・生活支援サービスを行う事業主体間のネットワークの構築、地域のニーズと地域資源のマッチングなどを行うコーディネーターの配置や協議体の設置

---

---

---

---

---

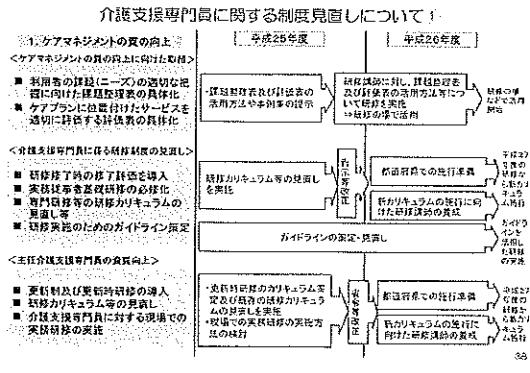
## 介護予防の推進

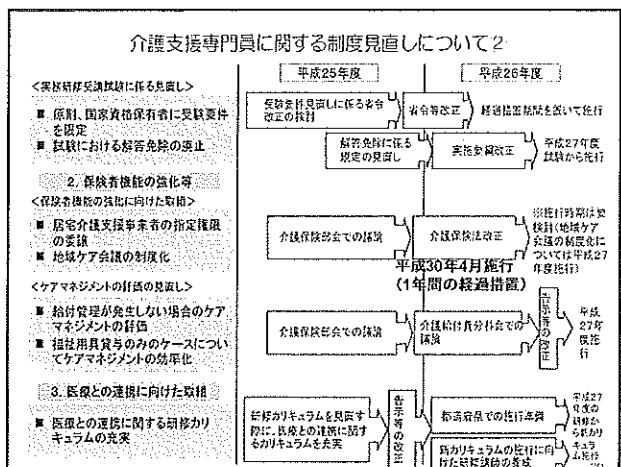
- ・介護予防は、機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがいの役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めた、バランスのとれたアプローチが重要である。
  - ・今後の介護予防事業(一般介護予防事業)については、元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てることなく、住民運営の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する等、機能強化を図る。

#### 地域包括支援センターは機能できるか

- ・何が重要かを示すこと⇒地域ケア会議をもとに、地域包括ケアの骨組を作ること
  - ・他に実施可能か業務は委ねること
  - ・①要支援者のケアマネジメント
  - ・②権利擁護の主たる担い手を市町村に
  - ・十分な職員配置をする

### 介護保険制度の見直しのポイント③





## 地域密着型サービスになることの メリットとデメリット

- ・ 良い市町村では、責任を担うことで、研修の充実やサポートが得られる
  - ・ 悪い市町村では、財源が基本であり、そのためにローカルルールができたりするおそれがある
  - ・ 今後は市町村での介護支援専門員協会の組織化・活動が大きな意味を持ってくる

## 2 ケアマネジャーはなぜ バッシングされるのか

## ケアマネジャーは なぜバッシングされるか

- ①介護保険財源が逼迫してきた
- ②誰を叩けば、財源を押させることができるか
- ③ケアマネジャーが財源を握っているから



- ①ケアマネジャーは中立公正が大切である
- ②ケアマネジャーは利用者のQOLを高めために、利用者を守っていく責任がある

## ケアマネジャーに対するバッシング

- ・アセスメントをしていないのではないか
  - ・医療ニーズをつかんでいないのではないか
  - ・単品サービスしか提供していない人が多い
- ↓
- ・利用者はケアマネジャーをどのようにとらえているのか？

ケアマネジャーへのサービス利用開始時の期待度  
(構成比(%))

	とても期待していた	期待していた	どちらでもない	期待していなかった	全く期待していなかった
不安や心配なことの話を聞いてもらう	28.9	49.3	16.7	4.2	1.0
介護サービスの調整をもらう	33.4	54.6	10.0	1.5	0.5
病院や診療所への連絡をもらう	18.7	29.8	36.1	11.4	4.0
何かあった時のために見守ってもらう	23.2	41.4	23.7	9.2	2.5

### ケアマネジャーに対する満足度の変化

(構成比(%))

	とても満足	満足	どちらでない	不満	とても不満
不安や心配なことの話を聞いてもらう	44.7	49.1	5.7	0.5	0.0
	43.0	47.0	8.5	1.5	0.0
	44.9	43.4	8.1	1.5	2.2
介護サービスの調整をもらう	48.8	45.5	4.7	0.7	0.2
	46.2	45.7	5.5	2.0	0.5
	48.9	44.4	3.0	1.5	2.2
病院や診療所への連絡をもらう	30.5	34.3	34.5	0.8	0.0
	29.1	34.7	34.2	1.5	0.5
	35.3	30.3	32.3	0.0	2.3
何かあった時のために見守ってもらう	34.0	43.0	22.0	1.0	0.0
	32.2	47.7	19.1	1.0	0.0
	32.3	43.7	20.7	0.7	2.2

註:上欄は平成22年11月調査、中段は平成23年11月調査 下段は平成24年11月調査

表 要介護・支援高齢者(家族)と介護支援専門員の客観的QLO指標の評価

		要介護・支援高齢者 (家族)	介護支援専門員
<身体面>			
身 体	身体的な自立度 (ADL)	× ○	× ○
	健康上の困り事	○ ○	○ ×
	食事	× ○	× ×
	入浴	○ ○	× ○
	排泄	× ○	× ○
	家事	○ ○	○ ○
<気持ち・心理面>			
心 理	認知症によるケア	× ×	○ ○
	生活の意欲	× ○	○ ○
	<周囲との関係面>		
	意志疎通	× ○	○ ○
社 会	社会参加や役割	× ○	× ○
	<介護環境面>		
	家族の介護負担額	× ○	× ○
	住環境	× ○	○ ○
	経済状況	○ ○	○ ○

注①左欄は平成22年11月～平成23年11月の変化、右欄は平成23年11月～平成24年11月の変化、②1%以下で有意差があれば×(悪くなる)、有意差がなければ○(維持している)

### 利用者(家族)とケアマネジャーでの評価の一一致度

#### 1. 身体的側面 (N=95) 6点満点 *P<0.05*

データ	平均点	標準偏差
1回目調査 (2010年度)	4.20	1.67
2回目調査 (2011年度)	4.03	1.53
3回目調査 (2012年度)	3.90	1.66

#### 2 心理的側面 (N=92) 4点満点 *P<0.05*

データ	平均点	標準偏差
1回目調査 (2010年度)	2.46	1.16
2回目調査 (2011年度)	2.43	1.18
3回目調査 (2012年度)	2.12	1.29

#### 3 社会的側面 (N=101) 3点満点 *P<0.01*

データ	平均点	標準偏差
1回目調査 (2010年度)	1.77	0.99
2回目調査 (2011年度)	1.92	0.91
3回目調査 (2012年度)	1.47	1.10

## 介護支援専門員の現状

- ・利用者からの満足感は相対的に高いが、利用者からは悩みの傾聴や見守りといった相談機能や医療等との連携を求めている。
- ・一方、利用者の状態について、介護支援専門員の評価と利用者の自己評価の間では、時間の経過とともに、心理面や社会面での評価で、一致割合が低下している。
- ・介護支援専門員はモニタリング機能を再認識し、同時に、介護支援専門員の方が高く評価していることから、高齢者の加齢による心理面や社会面での衰えについての理解が重要。

---

---

---

---

---

---

## 何故、このようなことが起こっているのか

- ・一部のケアマネジャーに問題があるから、国は規制するためには制度化する。そのことで、ケアマネジャーの業務は基準化されてしまい、利用者の状況やニーズに合った仕事で無くなっていく。
- ・例 モニタリングの頻度、担当ケース数
- ・今後の課題
- ・これには、ケアマネジャーと制度側の両者に問題がある。
- ・国は、ケアマネジャーの自由裁量に出来る限り委ねる
- ・一方、ケアマネジャーは利用者のニーズや状況に合わせて業務の遂行ができる専門的な能力を得て、業務を実施していく。

---

---

---

---

---

---

## 3 地域包括ケアでの 介護支援専門員の役割

---

---

---

---

---

---

## 介護保険にみる地域包括ケアとは

### ・『地域包括ケア研究会報告書』

ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制

### ・『厚生労働省』

利用者のニーズに応じて適切にサービス提供がされること」を包括の意味としている。さらに、これらのサービスが入院、退院、在宅復帰を通じて、切れ目なく継続的にサービスが提供されること

---



---



---



---



---



---



---



---

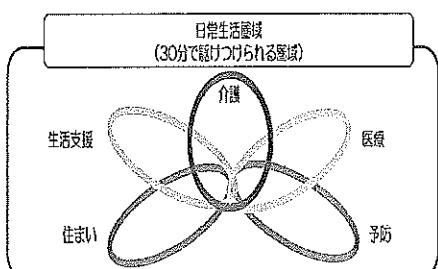


---



---

## 地域包括ケアシステムについて




---



---



---



---



---



---



---



---

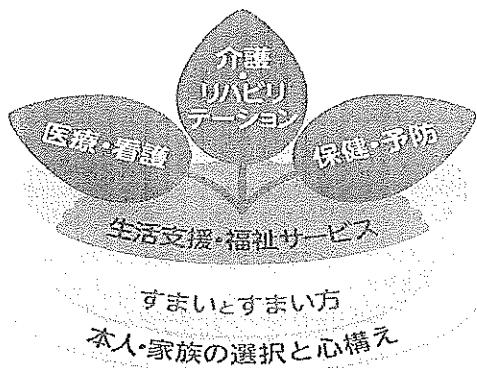


---



---

## 地域包括ケアの仕組み




---



---



---



---



---



---



---



---



---



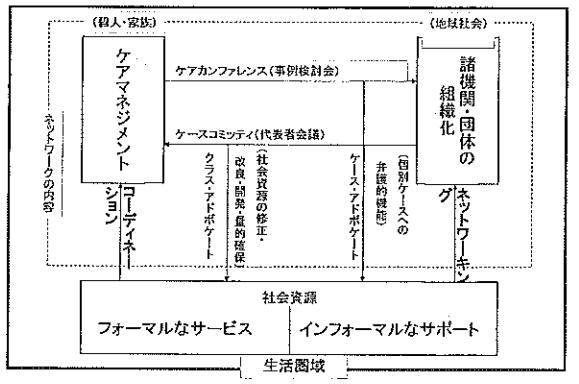
---

## 地域包括ケアでの2つの要素

- ①地域包括ケアの仕組みづくり(地域での器づくり)
- ②地域包括ケアで実施する新規のサービス(器に盛られるもの)

- ①を確立することが、まずは重要である
- ②は財源により、サービスの量や質が決まる。また、そこでのセルフケアやインフォーマルケアの育成が必須である。

## 生活圏域での地域包括ケアの枠組



### 地域ケア会議について

地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。具体的には、地域包括支援センター等が主導し、  
○医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に対するケアマネジメントの実効力を高める。  
○既存サービスの連携と打ち合わせを図ることにより、社会と共に適した課題を明確化する。  
○共有された地域資源の活用が必要な資源開拓や地団づくり、さらには介護支援事業計画への反映などの政策形成につなげる。

#### 地域包括支援センターでの対応 (問題の発見と課題の解決)

- 多職種の協働による個別ケース(困難事例等)の実証を進めた
- ① 地域支援ネットワークの構築
- ② 高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
- ③ 地域資源の把握
- などを実行する。

○ 地域資源の把握  
○ 地域づくり・資源開拓  
○ 政策形成  
○ 介護支援事業計画への改善つけなど  
○ 地域における問題  
○ 地域資源を解決するための社会資源の確保

## 地域包括支援センターの設置運営について(通知)

- ・様々な社会的資源が有機的に連携することができる環境整備が重要。
- ・連携体制を支えるものとして「地域包括支援ネットワーク」を構築することが必要。
- ・「地域包括支援ネットワーク」は、地域の実情に応じて構築されるものであるが、例えば、行政機関、医療機関、介護サービス事業者、地域の利用者やその家族、地域住民、職能団体、民生委員、介護相談員及び社会福祉協議会等の関係団体等によって構成される「人的資源」からなるネットワーク

## 今回の介護保険法改正

- ・「地域包括支援センターの設置者は、包括的支援事業の効果的な実施のために、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、ボランティアその他の関係者との連携に努めなければならないものとすること」(第百十五条の四十六第五項)
- ・「市町村は、包括的支援事業の実施に係る方針を示して、当該事業を委託するものとすること」(第百十五条の四十七第一項)

## 地域包括支援センターの失われた10年

- ①介護予防（ケアマネジメント）業務（健康高齢者を対象）
- ②総合相談支援業務
- ③権利擁護業務
- ④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
- ⑤要支援者のケアマネジメント
- +
- ⑥在宅医療・介護連携の推進、
- ⑦認知症施策の推進、
- ⑧地域ケア会議の推進
- ⑨生活支援サービスを担う事業主体の支援体制の充実・強化
- ⑩全ての市町村における総合事業の実施

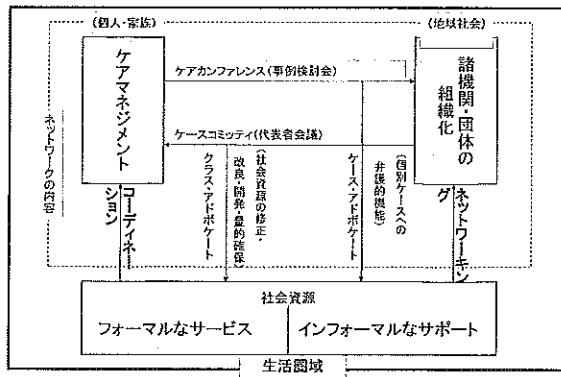
- 1 これらの10事業で何が地域包括ケアでの核となる事業かを明らかにすること。
- 2 その具体的な方法を明らかに提示することを怠ってきた

## 地域包括支援センターの 包括支援業務をいかに進めるか

- ①介護予防（ケアマネジメント）業務（健康高齢者を対象）
- ②総合相談支援業務
- ③権利擁護業務、
- ④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

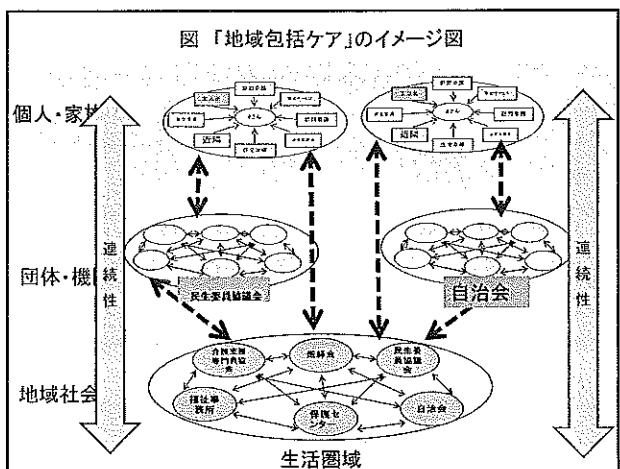
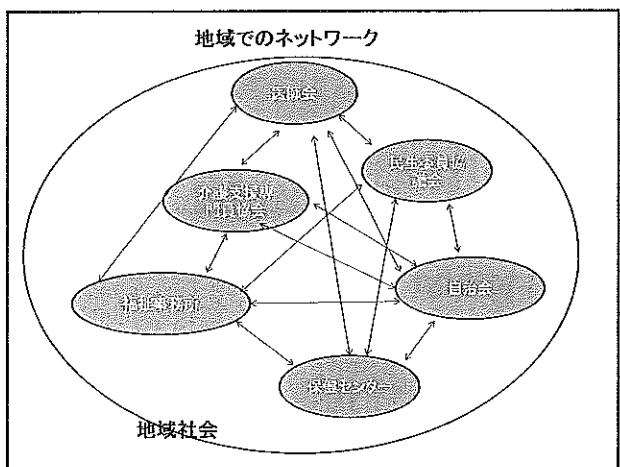
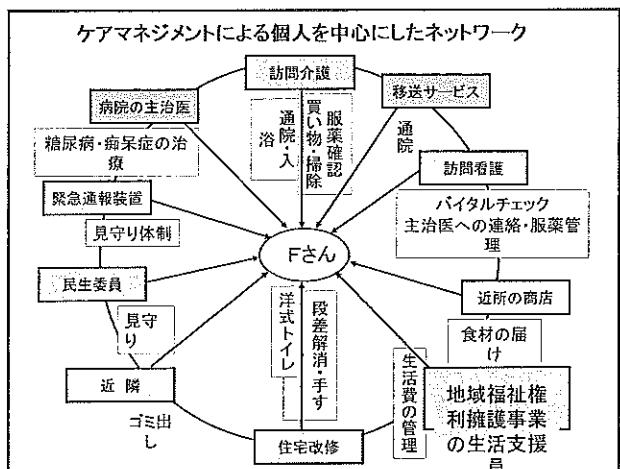
↓  
地域支援計画を作成し、それぞれ実施していく。  
それ以外の地域の問題（例：ひとり暮らし高齢者の孤独、悪徳商法への対応、さらには高齢者と地域の子どもとの関係づくり）

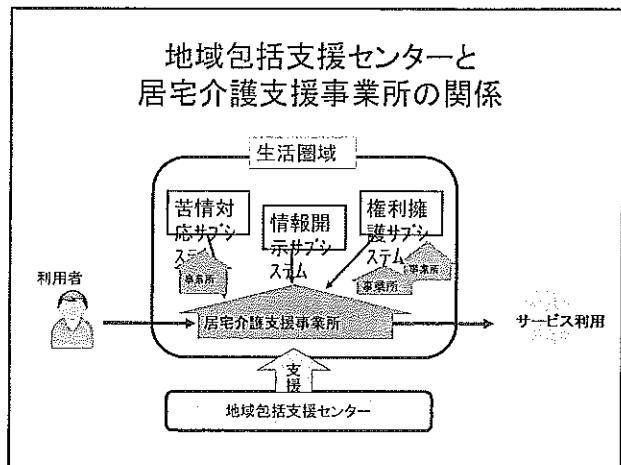
## 生活圏域での地域包括ケアの枠組



## 地域ケアを推進する力

- ・コーディネーション＝ケアマネジメント  
みんな同じ方法で、同じようにできるようになってきた
- ・ネットワーキング＝コミュニティ・ケア  
地域の組織化というのは、百人百様→専門職ではない





## 支援困難事例の検討会

- ・ 方法
  - ・ ケアマネジメント過程をもとに検討
  - ・ 参加者は個々の事例に関与している、関与が必要な者
  - ・ 地域包括支援センターが主宰しての地域ケア会議

## 代表者の会議

- ・地域のニーズについて検討する
  - ・アセスメント→地域支援計画作成→実施→評価の手順で実施される
  - ・地域の団体や機関の代表者の会議
  - ・地域包括支援センターが主宰する

表 地域の支援計画表の例

地域の目標：被虐待者の早期発見・早期対応を推進する

ニーズ	目標	実施内容	担当・役割	場所	実施時期
要介護者に対して、必要なサービスを利用してもう	要介護者や家族のニーズに即した介護サービスの提供を行う	①介護保険制度の利用促進パンフレットの作成 地域包括支援センターと行政で連携し、自治会を介して各市町村率先で高齢者いる世帯に配布			2012年8月 配布
		②介護支援専門員の育成会議の実施方法のための支援会議の実施 講師：大谷委員 内容：介護支援専門員、手帳類・地域包括支援センターの実施	市民会館 内容：介護支援専門員、手帳類・地域包括支援センターの実施	市民会館	2012年5月 2012年10月
		③介護サービスを利用困難な高齢者のための要介護者および家族の住まい選択の実施 講師：地域包括支援センターと地元の高齢者支援団体が実施する 内容：高齢者支援センターで被虐待者実施	未利用者の家庭 内容：地域包括支援センターと地元の高齢者支援団体が実施する 内容：高齢者支援センターで被虐待者実施	未利用者の家庭	66ケースについて、2012年5月～7月に実施
要介護者をかかえる家庭との連携をつくる	要介護者家庭が地域の文書をもとに連携する	④介護事例についての意見交換会に対する研修会の開催 講師：社会福祉士 対象：民生委員員員、自治会委員 事務局：民生委員協議会	市民会館 内容：民生委員協議会 対象：介護支援専門員委員 事務局：民生委員協議会	市民会館	2012年9月 2013年2月
		⑤認知症の人への家庭訪問活動の実施 対象：認知症の高齢者	要介護の認知症に人の家庭	月1回	

## ネットワーキングの仕方

- ・地域との信頼関係づくりを基本
- ・問題の発見(地域ケア会議)
- ・アセスメント
- ・計画の作成の検討(参加者も含めたもの・目的と実現に向けたスケジュール)
- ・計画の実施
- ・評価

## アセスメントの方法

- ・支援困難事例から導き出されたニーズを基礎にする
- ・ニーズに関するアセスメントを行う  
アセスメントの内容 民生委員やケアマネジャーのヒヤリング、既存のデータの活用、調査
- ・ニーズを確定し、地域支援計画を作成する

### 地域支援計画実施に向けて

- ・各団体への根回し(ネゴシエーション)
- ・代表者会議での説明(プレゼンテーション)
- ・確定した計画実施への支援(裏方の役割)
- ・時期を決めた評価→再度アセスメント→計画の修正→実施、を継続していく

---



---



---



---



---

### 誰が地域包括支援センターを担うのか

- ・直営(3割)、委託(7割)であるが、委託をベースにして、行政がバックアップ(実施主体は市區町村)
- ・地域のネットワークづくりには専門性が必要  
ミニイティ・オーガニゼーション(ソーシャルワーカーの業務)  
地域診断(保健師の業務)  
PDCAサイクルでの支援(主任会支援専門員の役割)

---



---



---



---



---

### 代表者会議でのPDCAサイクルの成果

- ・地域での継続的な生活を支援する生活支援サービスの推進
- ・地域の生活支援サービスの強化
- ・地域の団体や機関の組織化が強化される
- ・要支援者を介護保険サービス以外で支えることができる可能性もある

---



---



---



---



---

## 地域包括ケアでのケアマネジャーの役割

- ①ワンストップでのケアマネジメントを適切に実施し、利用者のニーズを充足させる
- ②支援困難事例を地域包括支援センターと共有化し、関係者と事例検討会で議論し、解決方法を検討する
- ③支援困難事例から見えてくる地域のニーズについて、地域包括支援センターと一緒に検討する  
地域のニーズには、今後起らないための予防的なニーズもあれば、起こった時に円滑に対応するためのニーズもある
- ④地域ニーズを実現していくために、個人としてだけでなく、介護支援専門員の地域の団体として、積極的に協力していく

---



---



---



---



---



---



---

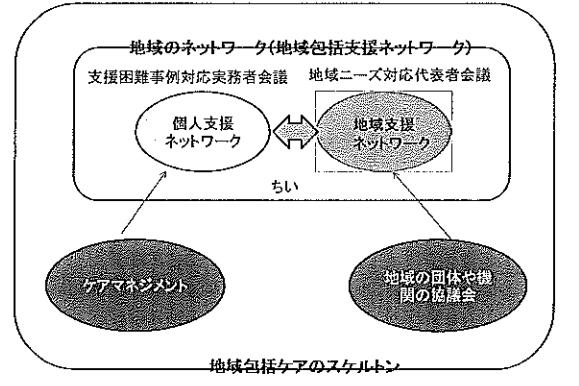


---



---

図 地域包括ケアと地域のネットワークの関係




---



---



---



---



---



---



---



---



---

## 地域包括ケアでのケアマネジメントの再検討

- ・要介護者と要支援者の一元的なワンストップ支援
- ・要支援のケアマネジメント方法の再検討
- ・ケアマネジメント提供者と情報提供者を峻別する基準づくりと、情報提供者のフォローアップでもってケアマネジメントとつなぐ仕組みの検討

---



---



---



---



---



---



---



---



---

#### 4 これからの介護支援専門員に求められるもの

---



---



---



---



---

#### 今後のケアマネジメントの方向

- ・効果的・効率的なケアマネジメント方法の確立
- ・アメリカでの従来のケアマネジメントへの批判  
プローカー(仲介)モデルでは
  - ①利用者のQOLを高めることができない
  - ②コストを抑制することができない
- Franklin et.al.(1987) Fisher et.al.(1988)
- ・新たなケアマネジメント方法の模索

---



---



---

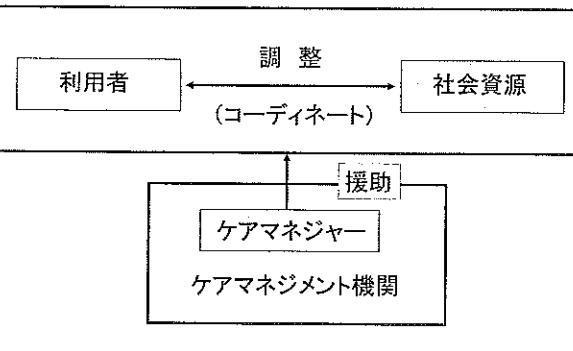


---



---

#### ケアマネジメントの構造




---



---



---

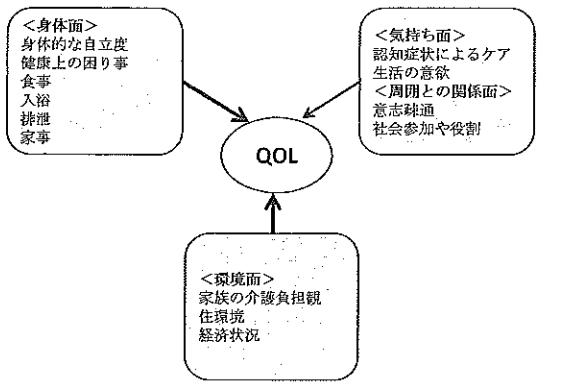


---



---

### ケアマネジメントの評価基準の一例



### 新たに起こってきた ケアマネジメントの方法

- ストレングス(強さ活用)・モデル**  
利用者の意欲・能力・自信・嗜好を活用する
- リハビリテーション・モデル**  
SST等社会復帰能力を高めることを含める
- パクト・モデル**  
治療的側面を含め、積極的に対応する

### 現実の私たちの利用者観

- ・ できない人
- ・ 意欲のない人
- ・ 自信を持っていない人
- ・ 好みをもっていない人
- ・ 地域から孤立している人

### ストレングスの種類

- ・ 能力 ~ができる
- ・ 自信 ~をする自信がある
- ・ 意欲 ~をしたい
- ・ 嗜好 ~が好きである
- ・ 地域の資源 ~をしてくれる人がいる

---



---



---



---



---



---

### ストレングスモデル・ケアマネジメントとは

- ・ 利用者のマイナス面だけでなく、プラス面をもアセスマントし、ケアプランに反映させる
- ・ プラス面がストレングスであり、本人の意欲、能力、抱負、願望、嗜好といったものである。また、利用者が活用可能な社会資源もストレングスである。
- ・ こうしたモデルを活用することで、利用者のQOLの向上、コストの抑制が実証してきた  
Rapp et.al.(1985,1989) Kishardt (1993)  
<精神障害者の地域での生活力がつく>  
<退院者の再入院率が低い>

---



---



---



---



---



---

### ストレングス・モデルの思想

- ・ 人々は問題だけでなく、強さももって生きている 利用者本人のストレングス(意欲、能力、嗜好、抱負、自信)の活用→支援での利用者への尊厳という価値
- ・ 地域社会はオアシスである 利用者の社会環境でのストレングス(「――してくれる人がいる」)→利用者が有している独自の社会資源(インフォーマルケア)を活用する
- ・ 「医学モデル」から「生活モデル」への転換  
→ADLよりもQOLの向上を目指す

---



---



---



---



---



---

## ストレングス・モデルの発想

- 1990年代になり、利用者の強さへの関心を高めてきた。伝統的な発想から決別することであった。
- 不利な状況におかれている利用者が個別的な問題や問題状況に打ち勝っていくよう支援する。
- 否定的に認知すれば、肯定的な変化は期待薄である。
- 利用者が診断的な範疇や問題をもった者として見られると、援助者と利用者の間で距離を作ることになる。→エンパワーメント

---



---



---



---



---



---

## 介護予防ケアマネジメントで評価できること

- アセスメントおよびケアプランで3つの要素を捉える
  - ①セルフケア（ストレングス）
  - ②インフォーマルケア（家族・近隣等）
  - ③フォーマルケア（介護保険制度を含めた各種サービス）

---



---



---



---

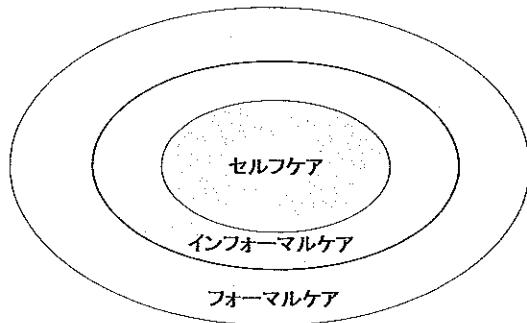


---



---

図1 人々の生活を支える3つのケア




---



---



---



---



---



---

## セルフケアの概念図

