

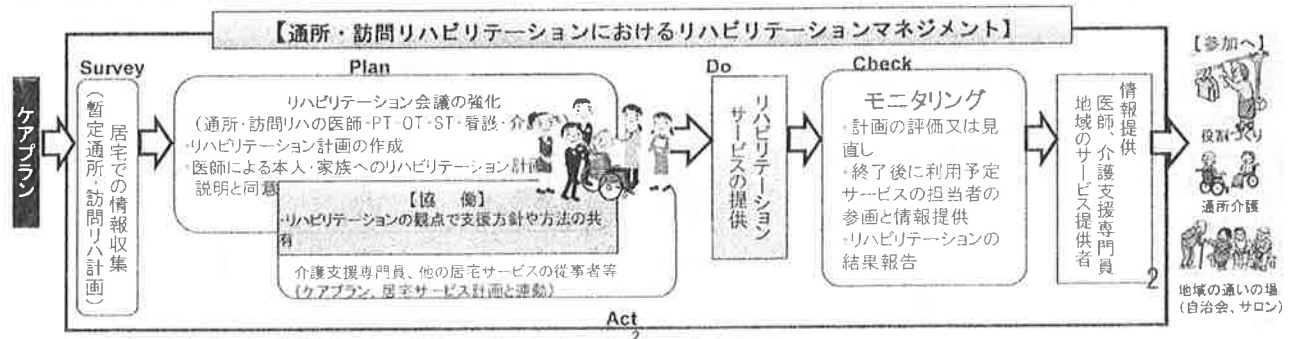
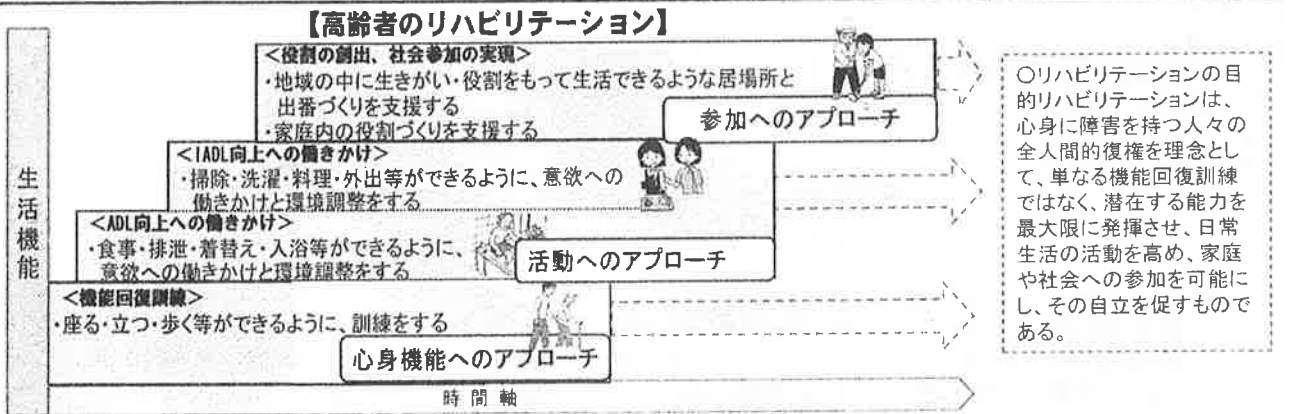
意外に重要

過去(2015年度改正)から見た事

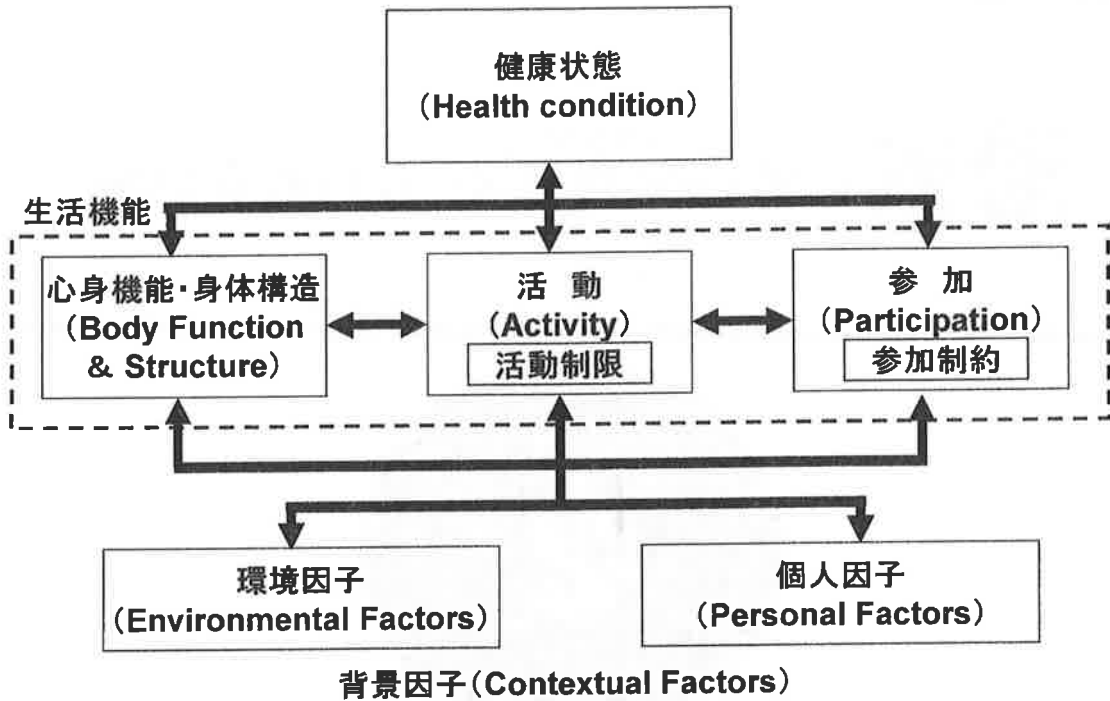
2

(2) 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

○「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なリハビリテーションの提供を推進するため、そのような理念を明確化するとともに、「活動」と「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入や、このような質の高いリハビリテーションの着実な提供を促すためのリハビリテーションマネジメントの充実等を図る。



ICF（国際生活機能分類）の考え方



出典 『四訂 介護支援専門員実務研修テキスト』長寿社会開発センターを一部改変

3

(3) 看取り期における対応の充実

○ 地域包括ケアシステムの構築に向けて、看取り期の対応を充実・強化するためには、本人・家族とサービス提供者との十分な意思疎通を促進することにより、本人・家族の意向に基づくその人らしさを尊重したケアの実現を推進することが重要であることから、施設等におけるこのような取組を重点的に評価する。

- 施設内看取りへの理解不足
- 家族間の意見相違
- 気持ちの揺れ
- 医療への期待大

看取り介護加算に、家族等への介護の情報提供を加え評価

(介護老人福祉施設、特定施設入居者生活介護、認知症対応型生活介護、小規模多機能型居宅介護)

ターミナルケアに係る計画の作成と多職種協働によるターミナルケアの実施を評価
(介護療養型医療施設)

医師

- 看取り期の負担大
- 夜間・休日の対応苦慮
- トラブル回避のため看取りに消極的

利用者 (利用者家族)

看護職

- 看護職員の時間外が増え、精神的・肉体的負担
- 介護職員の夜間不安大
- 介護職員が看取りに不慣れ

介護職

退所後の生活を含め、人生の終末期まで切れ目ない支援計画を多職種協働で策定を評価

(介護老人保健施設)

4

4

(4) 口腔・栄養管理に係る取組の充実

- 施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下により食事の経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種による支援の充実を図る。

口から食べる楽しみの支援の充実



あなたは・・・何のスペシャリストになりますか？

- ① ICF（生活機能分類）から利用者を支える。
- ② 看取りケアから利用者の最期を支えきる。
- ③ 食べることにこだわり利用者を支える。
- ④ ケアマネジメントから利用者を支える。
- ⑤ アプローチマネジメントから利用者を支える
- ⑥ 利用者の暮らしを知り尽くして利用者を支える。
- ⑦ 「参加（例：町内にお出かけする）」から利用者を支える。
- ⑧ 認知症を誰よりも理解して利用者を支える。

意外に重要

過去(2015年度改正)から見えた事

3

7

- ①2015年度の介護保険制度改正は「運営基準」としては2つしか変更がない。
- ②しかし、本当に求められている…真の改正内容は何か…。2015年から3-5ヶ年がケアマネジャーの一人ひとりに非常な重要な意味をもつ。
- ③2014年7月と11月に開催された全国介護保険担当課長会議から読み取る！

全国介護保険担当課長会議

2014年7月28日

介護支援専門員の資質向上について

2014年6月18日に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」に基づく介護保険法一部改正により第69条の3第3項が新設され「介護支援専門員は、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の水準を向上させ、その他資質の向上を図るよう努めなければならない」と規定されたところである。これを踏まえて、介護支援専門員は専門職として、これまで以上に自己研鑽に努める必要がある。

この規定が意味するものは何か？

9

ケアプラン点検の強化

介護給付適正化に関して、ケアプランの点検を実施している保険者は995団体（63%）であり、保険者において不適切な報酬査定等を発見し是正させている事例もある。介護給付の適正化は全ての保険者において取り組まれるべきものであり、ケアプラン点検においてもその更なる普及が望まれている。保険者によっては、都道府県の介護支援専門員の職能団体に点検を委託している事例もあり、こうした取り組みも参考に取り組みを進めていただきたい。

また、近年増加が顕著であるサービス付高齢者向け住宅や有料老人ホーム等の高齢者向け住まいの入居者に焦点を当てたケアプラン点検等も実施も検討いただきたい。

この文書が意味するものは何か？

10

運営基準の再徹底

指定居宅介護支援の運営基準においては、指定居宅介護支援事業者や管理者が特定の事業者によるサービスを利用するように指示を行ってはならず、特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の利益を収受してはならないと規定されているところである。不正事例については、指定の取消等を含めた行政処分がなされるものであり、運営基準について再度周知徹底していただきたい。

この文書が意味するものは何か？

11

過去の結論

ケアマネジメントについて の改正模様

「適正」の厳格化

取り急ぎの具体策は2つ
ケアプラン適正化事業と地域ケア会議

ケアマネジャーは余っている？
有資格者63万人以上 実務者推定17万人

12

過去から探る

未来(2018・2020)に向けて

1

13

◆ 平成27年度介護報酬改定を踏まえた今後の課題【案】

介護給付費分科会—介護報酬改定検証・研究委員会

第7回(H27.3.20)

資料4

○ 平成27年度介護報酬改定の効果検証や、介護給付費分科会でとりまとめられた「平成27年度介護報酬改定に関する審議報告」において検討が必要とされた事項等を踏まえ、今後の課題を整理する。

地域包括ケアシステムの構築の推進

「平成27年度介護報酬改定に関する審議報告」に示された今後の課題(抄)

- 次回の介護報酬改定においては、介護報酬制度の持続可能性という視点とともに、質の高い介護サービスの安定的な供給とそれを支える介護人材の確保、医療と介護の連携・機能分担、更なる効率的・効果的なサービス提供を推進するための報酬体系の見直し、報酬体系の簡素化など、介護サービスのあるべき方向性を踏まえた検討を行うとともに、診療報酬との同時改定も見据えた対応が必要であり、例えば以下のような課題が考えられる。
- 通所リハビリテーションや通所介護、認知症対応型通所介護などの居宅サービスについては、それらの共通の機能とともに、それぞれのサービスに特徴的な機能(例えばリハビリテーション、認知訓練、認知症ケアなど)の明確化等により、一体的・総合的な機能分類や評価体系となるよう引き続き検討する。
また、その際には、現行の事業所単位でのサービス提供に加えて、例えば地域単位でのサービス提供の視点も含め、事業所間の連携の進め方やサービスの一体的・総合的な提供の在り方についても検討する。
- 介護報酬制度におけるサービスの質については、統一的な視点で、定期的に、利用者の状態把握を行い、状態の維持・改善を測れたかどうかを評価することが必要である。このため、介護支援専門員による利用者のアセスメント様式の統一に向けた検討を進めるとともに、ケアマネジメントに基づき、各サービス提供主体で把握すべきアセスメント項目、その評価手法及び評価のためのデータ収集の方策等の確立に向けた取組を行う。
- 今後の診療報酬との同時改定を念頭に、特に医療連携との連携が必要な事項については、サービスの適切な実施把握を行い、効率的・効果的なサービス提供の在り方を検討する。
- 介護事業経営調査委員会については、これまでの審議における意見(例えば調査対象期間なども踏まえ、次期介護報酬改定に向けてより有効に活用される、引き続き調査設計や統計方法を検討する。

検討必要分野

【横断的事項】

- 介護サービスの質の評価
- ケアマネジメントの質的改善
- 中重度高齢者・認知症高齢者への対応

【居宅系】

- 機能訓練・リハビリテーション等の機能分類・評価体系のあり方
- 地域の実情を踏まえた訪問系・通所系サービスにおける一体的・総合的な提供や評価のあり方

【施設系】

- 介護保険施設等における医療提供のあり方

【その他の事項】

- 経営実態
- 介護職員の処遇改善
- (※ これらの検討の場合は、介護事業経営調査委員会を想定)

具体的な課題

今後の課題(ケアマネ関連のみ)

- 介護保険制度におけるサービスの質については、統一的な視点で、定期的に、利用者の状態把握を行い、状態の維持・改善を図れたかどうか評価することが必要である。このため、介護支援専門員による利用者のアセスメント様式の統一に向けた検討を進めるとともに、ケアマネジメントに基づき、各サービス提供主体で把握すべきアセスメント項目、その評価手法及び評価のためのデータ収集の方策等の確立に向けた取組を行う。

検討必要分野

【横断的事項】

- 介護サービスの質の評価
- ケアマネジメントの質的改善
- 中重度高齢者・認知症高齢者への対応

15

平成27年度 調査項目 (案)

効果検証

- (4) 居宅介護支援等におけるケアマネジメント等の実施状況
- ・ 居宅介護支援事業所等並びに当該事業所に従事する介護支援専門員等の業務実態についての実態調査。

調査研究

- (2) 介護保険サービスにおける質の評価の在り方について
- ・ 介護保険サービスにおける質の評価については、統一的な視点で、定期的に、利用者の状態把握を行うことが必要であるため、介護支援専門員による利用者のアセスメントを活用しつつ、そのためのデータ項目選定及びデータ収集の仕組みづくり等に向けて引き続き検討。

平成27年度 調査項目 (案)

調査研究



介護保険サービスにおける質の評価の在り方について

- ・ 介護保険サービスにおける質の評価については、統一的な視点で、定期的に、利用者の状態把握を行うことが必要であるため、介護支援専門員による利用者のアセスメントを活用しつつ、そのためのデータ項目選定及びデータ収集の仕組みづくり等に向けて引き続き検討

施設・居宅の双方で高齢者に高頻度で起こりうるハザード

「転倒」「発熱」「誤嚥」「脱水」「褥瘡」「移動能力の低下」「認知機能の低下」の7領域を今回の検討の対象。

第121回 2015年4月23日 介護給付費分科会

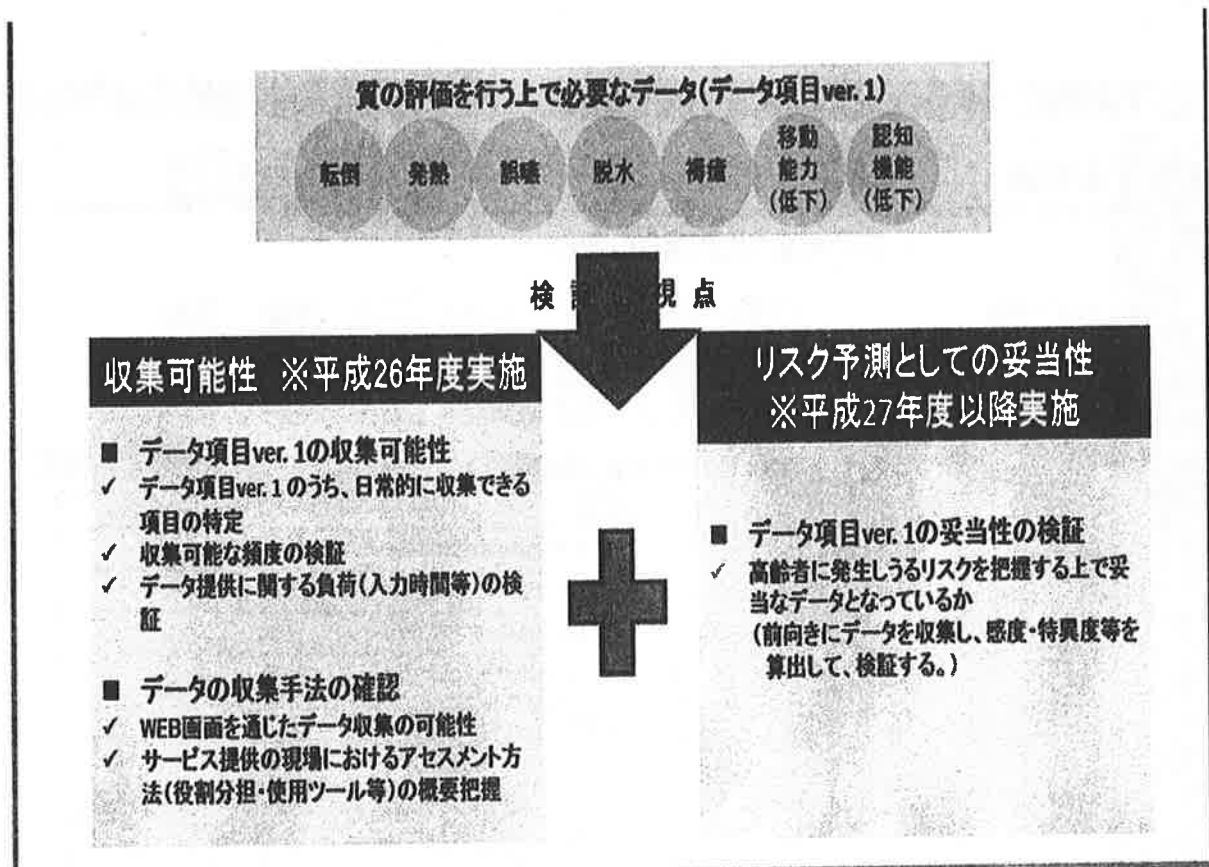
NO	分類	主な項目																														
①	基本情報	登録情報(氏名・性別・生年月日、要介護度・利用サービス・基本動作・排泄・食事の状況等)																														
②	ハザードの発生状況	<p>ハザードの発生状況(発生の有無)</p>																														
③	アセスメント情報	<p>対象とする7つのハザードが、自立支援の障害リスクとなり得る場合の利用者の状態に関する情報</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="3">■ 誤嚥</td> </tr> <tr> <td>(3) 過去3か月以内に誤嚥性肺炎の発症がありますか</td> <td>1. はい</td> <td>2. いいえ</td> </tr> <tr> <td>(4) 食事中にむせることがありますか</td> <td>1. はい</td> <td>2. いいえ</td> </tr> <tr> <td>(5) お茶を飲み水にむせることがありますか</td> <td>1. はい</td> <td>2. いいえ</td> </tr> <tr> <td>(6) 口から食べ物が出ることがありますか</td> <td>1. はい</td> <td>2. いいえ</td> </tr> <tr> <td colspan="3">■ 褥瘡</td> </tr> <tr> <td>(8) 過去3か月以内に褥瘡の発症がありますか</td> <td>1. はい</td> <td>2. いいえ</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">(9) 基本動作</td> <td>移住支援</td> <td>1. 自分でやっている 2. 自分でやっていない</td> </tr> <tr> <td>座位保持</td> <td>1. 自分でやっている 2. 自分でやっていない</td> </tr> <tr> <td>床位からの移乗</td> <td>1. 自分でやっている 2. 自分でやっていない</td> </tr> <tr> <td>立位保持</td> <td>1. 自分でやっている 2. 自分でやっていない</td> </tr> </table> <p>(例) 誤嚥と褥瘡の発生リスクを把握する上で必要なアセスメント項目 →</p>	■ 誤嚥			(3) 過去3か月以内に誤嚥性肺炎の発症がありますか	1. はい	2. いいえ	(4) 食事中にむせることがありますか	1. はい	2. いいえ	(5) お茶を飲み水にむせることがありますか	1. はい	2. いいえ	(6) 口から食べ物が出ることがありますか	1. はい	2. いいえ	■ 褥瘡			(8) 過去3か月以内に褥瘡の発症がありますか	1. はい	2. いいえ	(9) 基本動作	移住支援	1. 自分でやっている 2. 自分でやっていない	座位保持	1. 自分でやっている 2. 自分でやっていない	床位からの移乗	1. 自分でやっている 2. 自分でやっていない	立位保持	1. 自分でやっている 2. 自分でやっていない
■ 誤嚥																																
(3) 過去3か月以内に誤嚥性肺炎の発症がありますか	1. はい	2. いいえ																														
(4) 食事中にむせることがありますか	1. はい	2. いいえ																														
(5) お茶を飲み水にむせることがありますか	1. はい	2. いいえ																														
(6) 口から食べ物が出ることがありますか	1. はい	2. いいえ																														
■ 褥瘡																																
(8) 過去3か月以内に褥瘡の発症がありますか	1. はい	2. いいえ																														
(9) 基本動作	移住支援	1. 自分でやっている 2. 自分でやっていない																														
	座位保持	1. 自分でやっている 2. 自分でやっていない																														
	床位からの移乗	1. 自分でやっている 2. 自分でやっていない																														
	立位保持	1. 自分でやっている 2. 自分でやっていない																														

アセスメント項目か？

■ 誤嚥		
(3) 過去3か月以内に肺렴性肺炎の既往がありますか	1. はい	2. いいえ
(4) 食事中にむせることがありますか	1. はい	2. いいえ
(5) お茶を飲む時にもせることがありますか	1. はい	2. いいえ
(6) 口から食べ物がこぼれることがありますか	1. はい	2. いいえ

■ 褥瘡		
(8) 過去3か月以内に褥瘡の既往がありますか	1. はい	2. いいえ
(9) 基本動作	体位変換	1. 自分でやっている 2. 自分でやっていない
	産位保持	1. 自分でやっている 2. 自分でやっていない
	産位からの移乗	1. 自分でやっている 2. 自分でやっていない
	立位保持	1. 自分でやっている 2. 自分でやっていない

19



過去(2015年)から 未来(2018年)を探る

2015年改正で0にはならない



2018年に持越ししか？

21

運営基準関連

- ① インフォーマルサポートのみのケアプランも介護報酬対象
- ② 福祉用具貸与の場合にはモニタリング不要
- ③ ケアプランは主治医への配布義務付け
- ④ サービス担当者会議前にサービス事業所へケアプラン配布
- ⑤ サービス担当者会議は、短期目標評価月に実施

その他

- ① 利用者負担の導入

22

未来(2018・2020)に向けて

2

23

2016年 診療報酬改定

- 診療報酬全体(ネット)の改定率▲0.84%＝「本体0.49%」+「薬価・材料▲1.33% (薬価▲1.22%、材料▲0.11%)」
- (1)改定率決定(政治主導) :平成27年12月中旬
(2)主要改定項目案の公表(諮問:点数なし) :平成28年1月下旬
(3)主要改定項目案の決定(答申:点数あり) :平成28年2月中旬
(4)点数算定の要件など公表(官報告示) :平成28年3月上旬
(5)厚労省疑義解釈及び各団体Q&A :平成28年3月下旬以降順次
- 「地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点」が重点課題に掲げられ、2025年を目指した方針は変わらず、前回改定を踏襲した方向性。高度急性期(7対1病棟)の絞り込み、調剤報酬の抜本的な見直しといった適正化、回復期リハビリへ誘導、在宅医療の充実、医療ICTの重点化など予想
- 平成28年度診療報酬改定の基本方針(平成27年12月7日 社会保障審議会医療保険部会・社会保障審議会医療部会)

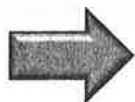
2014年度 診療報酬改定 (抜粋)

注目しよう!



2016年度 診療報酬改定

大注目



2018年度 診療報酬改定

25

2014年 診療報酬の2大ポイント

(1)急性期病棟の削減

(2)在宅医療の充実

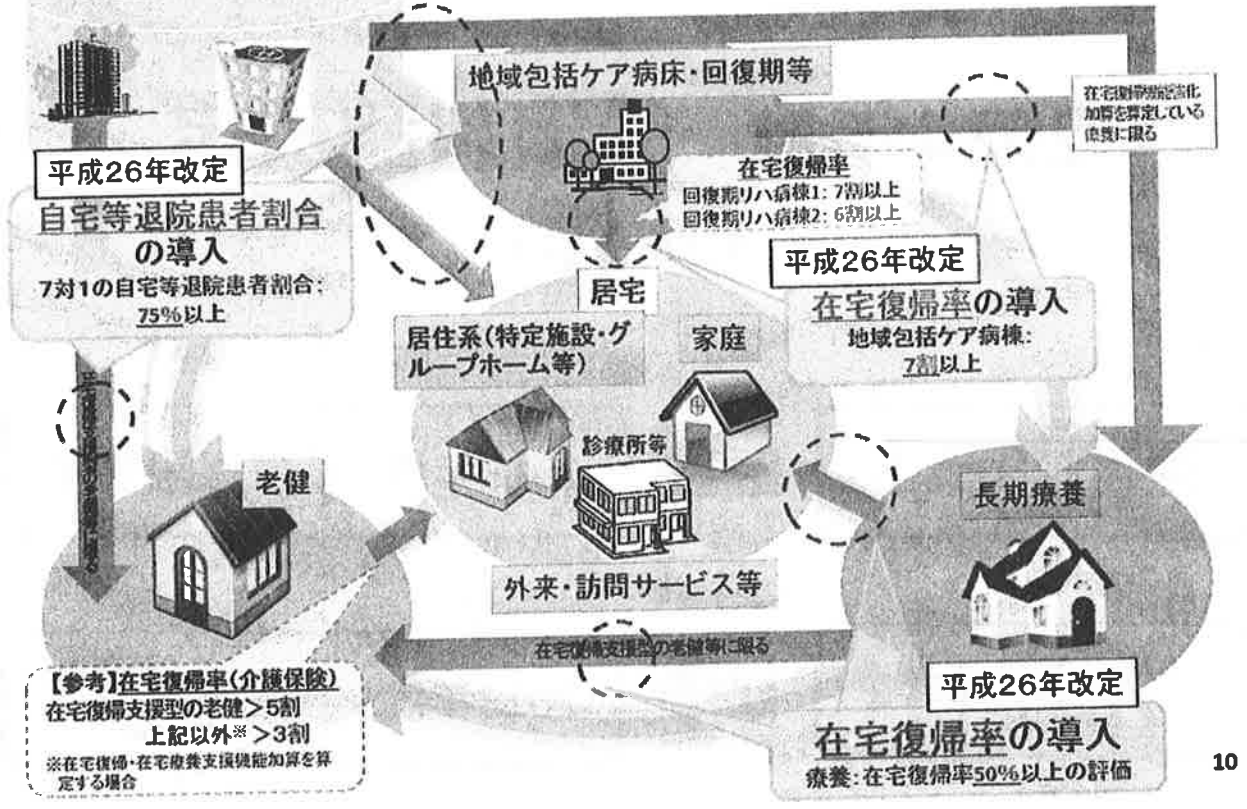
入院患者の大病院への集中を緩和し、在宅医療へのシフトを促します。地域医療の担い手となる医療機関を確保し、緊急往診・在宅看取りなどに高い診療報酬点数を設定しました。

また、一般外来では中小病院(200床未満)や診療所による「主治医機能」を強化し、逆に大病院(500床以上)の病棟を削減するように診療報酬点数を設定しました。これにより、大病院への患者の集中を避け、地域医療と患者の接点をより増やすことをめざします。

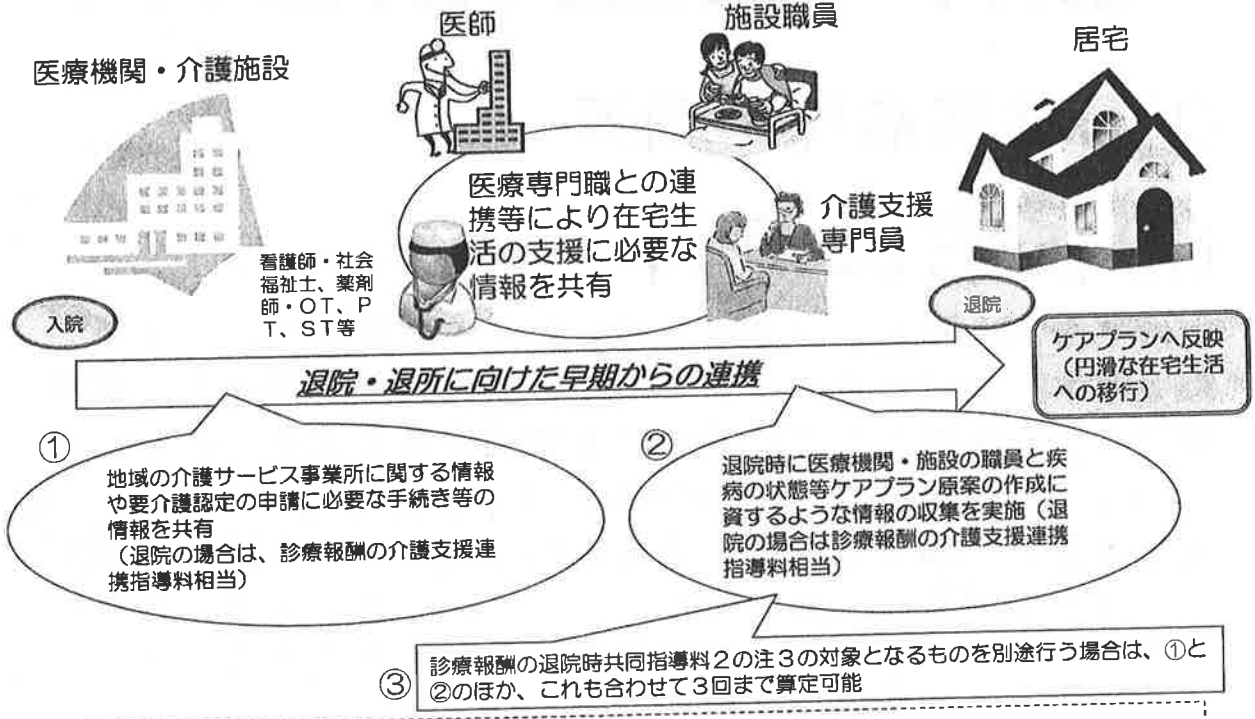
26

高度急性期・急性期

1. 入院医療について〈在宅復帰の促進〉



退院・退所に係る情報共有のイメージ



※退院時共同指導料2 注3 (抄)
入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)又28は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合加に所定点数に加算する。

求められるケアマネジャー

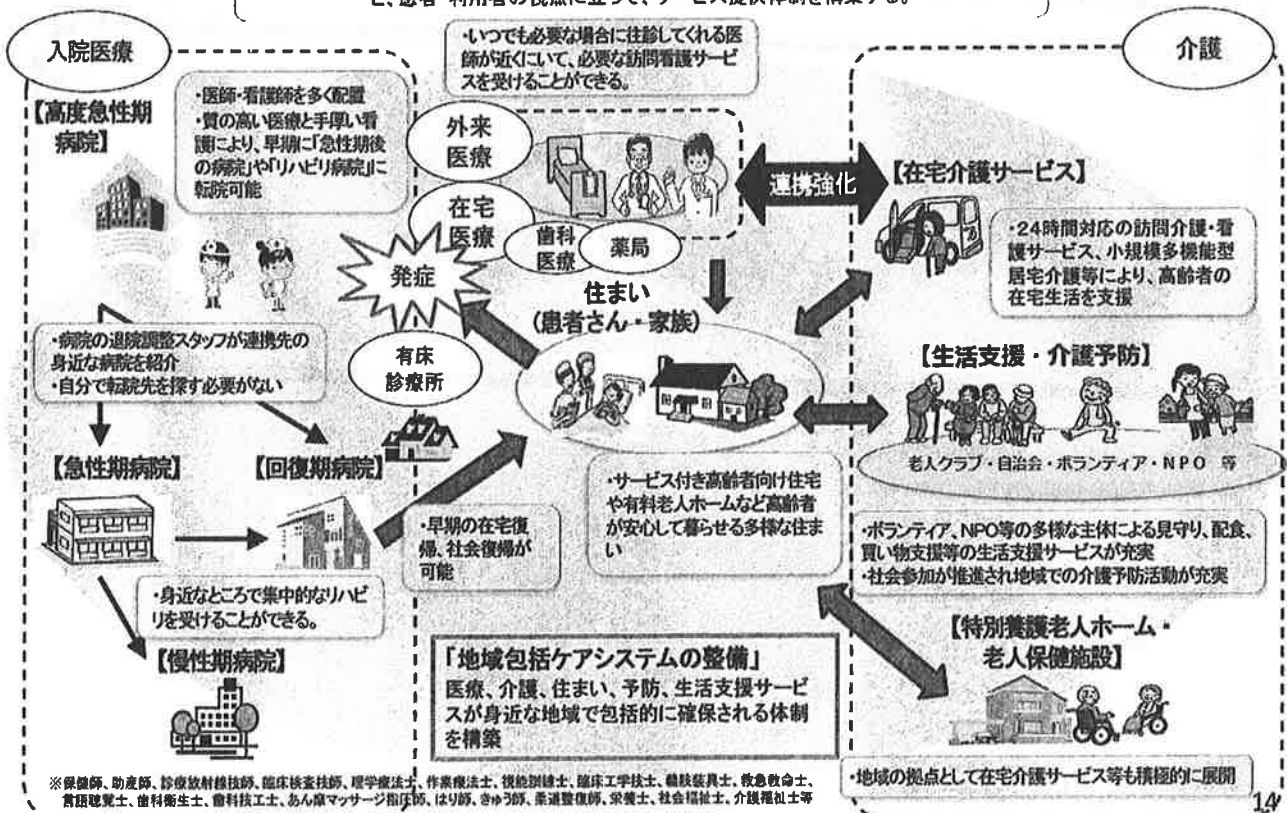
医療連携

(できて当たり前)
(苦手・敷居が高いは通用しない)

29

医療・介護サービスの提供体制改革後の姿 (サービス提供体制から)

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職^(※)の積極的な関与のもと、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築する。



国が求めているケアマネジャー

入院施設から早期に適切に支援し、
在宅復帰ができること

入院した日＝退院支援の始まり

31

新たなマネジメント

未来(2018・2020)に向けて

3

新たなマネジメント機関と機能

介護保険から15年。
ケアマネジメントは・・・ケアマネジャー独占にあらず・・・

33

平成25年度における在宅医療連携拠点事業

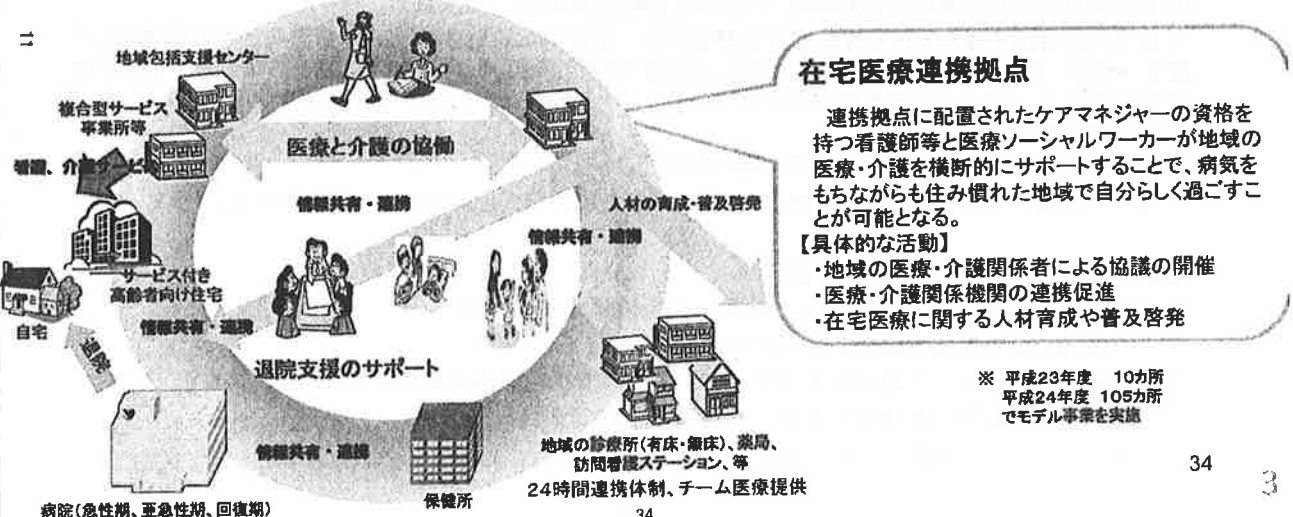
(別紙)
(23億円)

- 地域全体に在宅医療を普及するため、地域の医師会等の関係機関間の緊密な連携のための市町村を中心とした調整機能を強化することが必要。
- 誰もが安心して在宅生活を継続できるよう、地域の実情にあわせて、症状が急変した時の対応、抗がん剤治療等への対応や、NICU退院後の小児等にも対応(都道府県単位で実施)できる連携体制を構築することが必要。

事業概要

- 在宅医療連携拠点事業について、介護を担う市町村形で事業を実施。

在宅医療：介護連携支援センター



34

3

機能強化型 訪問看護ステーション

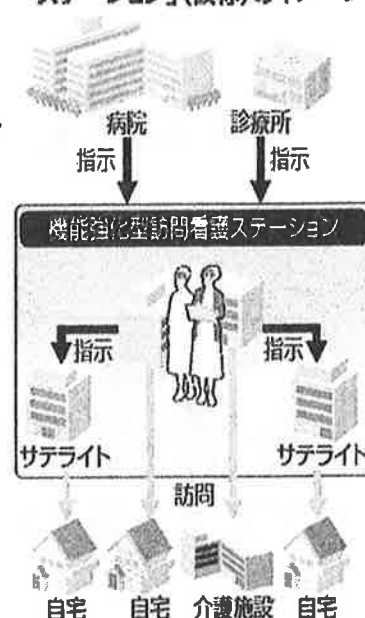
①2014年度から24時間態勢の「機能強化型訪問看護ステーション」(仮称)を新たに作る方針を固めた。

②14年度診療報酬の改定の中で実現したい考えで、近く、中央社会保険医療協議会で本格的な議論を始める。

③機能強化型は、ケアマネジャーを増やし、24時間態勢で終末期の看取(みとり)や、難病・重症患者の受け入れなどを行う。

④機能強化型は、病院や診療所、介護施設との橋渡し役も期待されており、看護師らが利用者一人ひとりの状態を見ながら、ふさわしい医療・介護サービスを見極めて、重症化するのを防ぐ。

◆「機能強化型訪問看護ステーション」(仮称)のイメージ



35

(新) 機能強化型訪問看護管理療養費1 12,400円

(新) 機能強化型訪問看護管理療養費2 9,400円

現行(7,300円)

[算定要件]

機能強化型訪問看護管理療養費1

- ① 常勤看護職員7人以上(サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計20回以上。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が月に10人以上。
- ⑤ 指定訪問看護事業所と居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護事業所の介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者のうち、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していること。
- ⑥ 休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと。
- ⑦ 地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望ましい。

機能強化型訪問看護管理療養費2

- ① 常勤看護職員5人以上(サテライトに配置している看護職員も含む)
- ② 24時間対応体制加算の届出を行っていること。
- ③ 訪問看護ターミナルケア療養費又はターミナルケア加算の算定数が年に合計15回以上。
- ④ 特掲診療料の施設基準等の別表第7に該当する利用者が月に7人以上。
- ⑤ 上記の⑤、⑥、⑦を満たすものであること。

36

訪問介護

・生活機能向上連携加算の拡大

⇒ 通所リハ専門職と共同した場合について新たな加算対象に。

訪問リハ・通所リハ

・リハビリテーションマネジメントの強化

⇒ リハビリテーション計画書(様式)の充実や計画策定と活用のプロセスの充実、介護支援専門員や他のサービス事業所を交えた「リハカンファレンス」の実施と情報共有の仕組みの充実を評価。

通所介護

・心身機能訓練から生活行為向上訓練まで総合的に行う機能の強化

⇒ 現行の個別機能訓練加算の算定要件について、居室を訪問した上で計画を作成するを新たな要件として加え、加算の評価の見直しを行う。

・看護職員の配置基準の緩和

⇒ 病院・診療所・訪問看護ステーションと連携し、健康状態の確認を行った場合には、人員配置を満たしたものととする。

(例)リハビリテーションマネジメント

1. [算定要件]PT、OT又はSTは、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し以下の情報を伝達する等、連携を図ること。

2. リハビリテーション計画書の進捗状況について評価し、見直された計画書は、3月ごとに担当介護支援専門員等に情報を提供するとともに、必要に応じて居宅サービス計画の変更を依頼すること。

3. 利用が終了する1月前以内に、医師、PT、OT及びSTによるリハビリテーション会議を行うことが望ましい。その際、終了後に利用予定の介護支援専門員や他の居宅サービス事業所のサービス担当者、介護予防・日常生活支援総合事業を利用する際はその担当者等の参加を求めるものであること。利用終了時に、介護支援専門員や医師に対し、リハビリテーションに必要な観点から情報提供を行うこと。

別紙様式2)

リハビリテーション計画書(アセスメント) 訪問 通所

計画作成日: 平成 年 月 日

氏名: 様 性別: 男・女 生年月日: 年 月 日 (歳) 要介護

<p>■居宅サービス計画の総合的実施の方針</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>	<p>■居宅サービス計画の所定する具体的な計画</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>
<p>■利用者の希望</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	
<p>■区域の指示</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	

実践①

未来(2018・2020)に向けて

1

39

地域包括ケアの考え方で
ケアマネジメントに導入される！

サービスを活用する考え方が変わります



41

自助・互助・共助・公助の役割分担

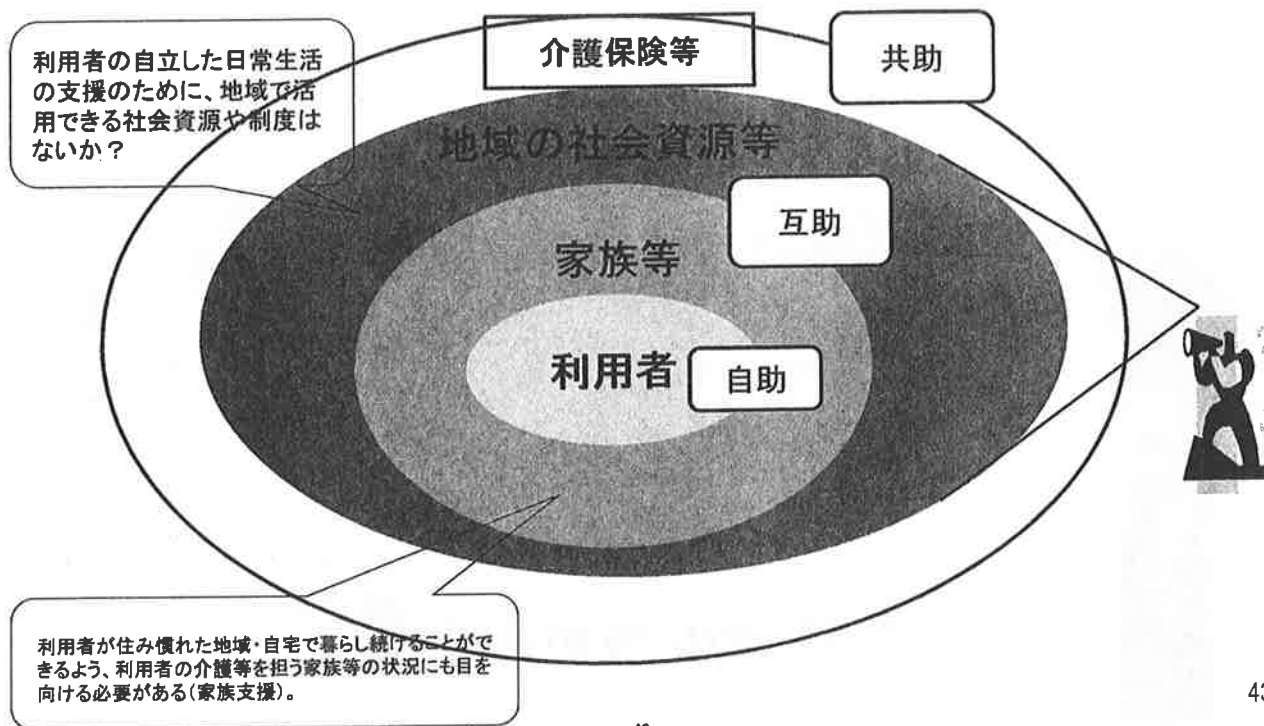
平成20年度地域包括ケア研究会報告書より抜粋

- 地域包括ケアの提供に当たっては、それぞれの地域が持つ「自助・互助・共助・公助」の役割分担を踏まえた上で、自助を基本としながら互助・共助・公助の順で取り組んでいくことが必要。

自助	自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持
互助	インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等
共助	社会保険のような制度化された相互扶助
公助	自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等

28

自助と互助⇒共助というマネジメントへ？



2015年1月9日

社会保障審議会介護給付費分科会

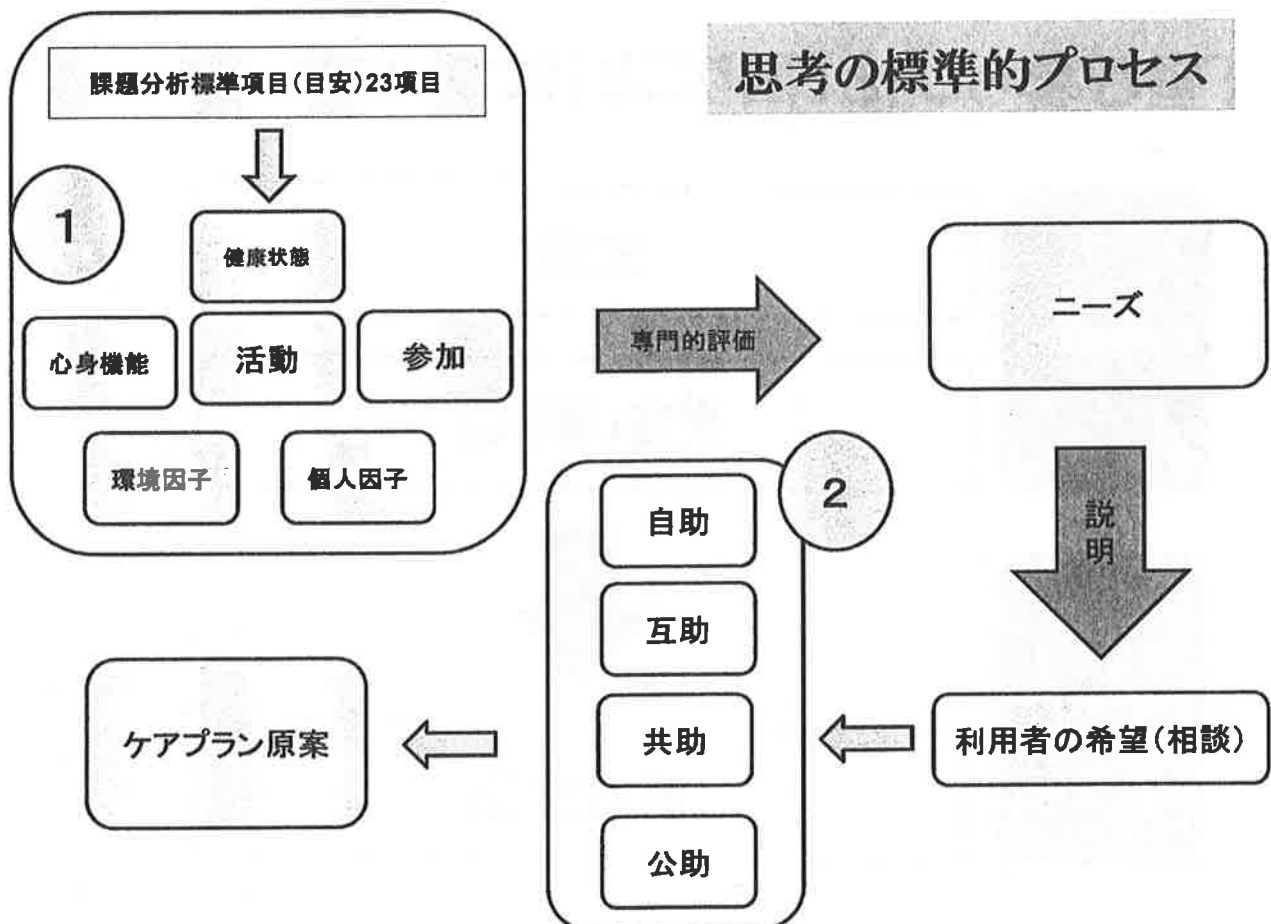
**介護報酬改定に関する審議報告から
アセスメントの潮流を読む！**

介護報酬改定の基本的考え方より

リハは、「心身機能」へのアプローチのみならず「活動」や「参加」といった要素を強化し、社会とのつながりが維持された在宅生活が継続できるように支援することが重要。

改めて・・・ICFの思考を強化

45



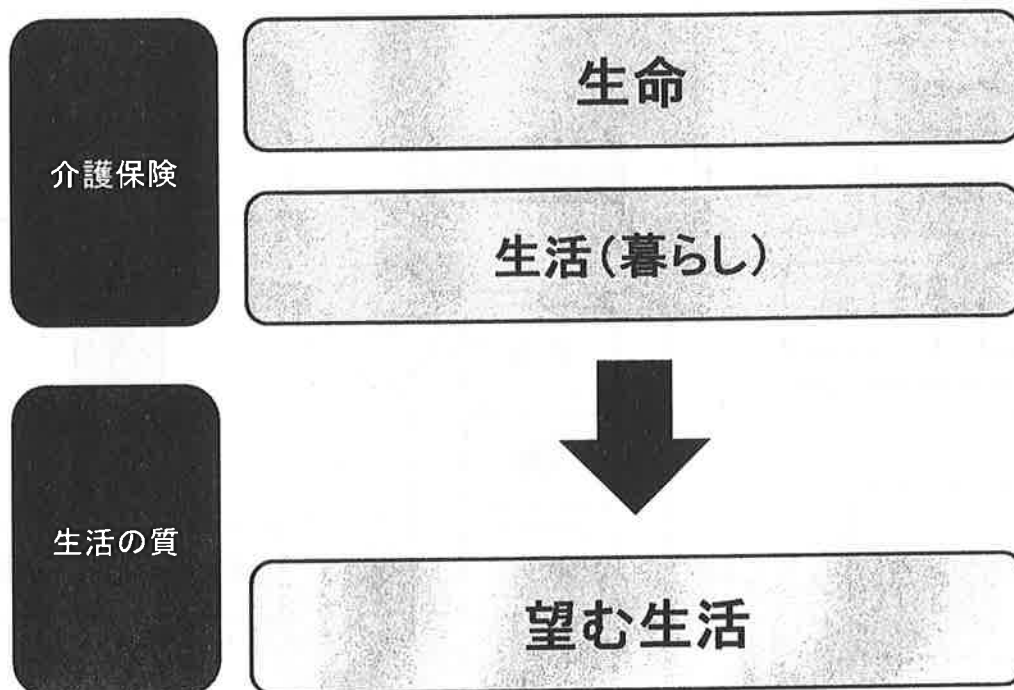
46

介護報酬改定に関する審議報告より 2015年1月9日

サービスの質は、統一的な視点で、定期的に、利用者の状態把握を行うため、
介護支援専門員のアセスメント様式の
統一に向けた検討を進める

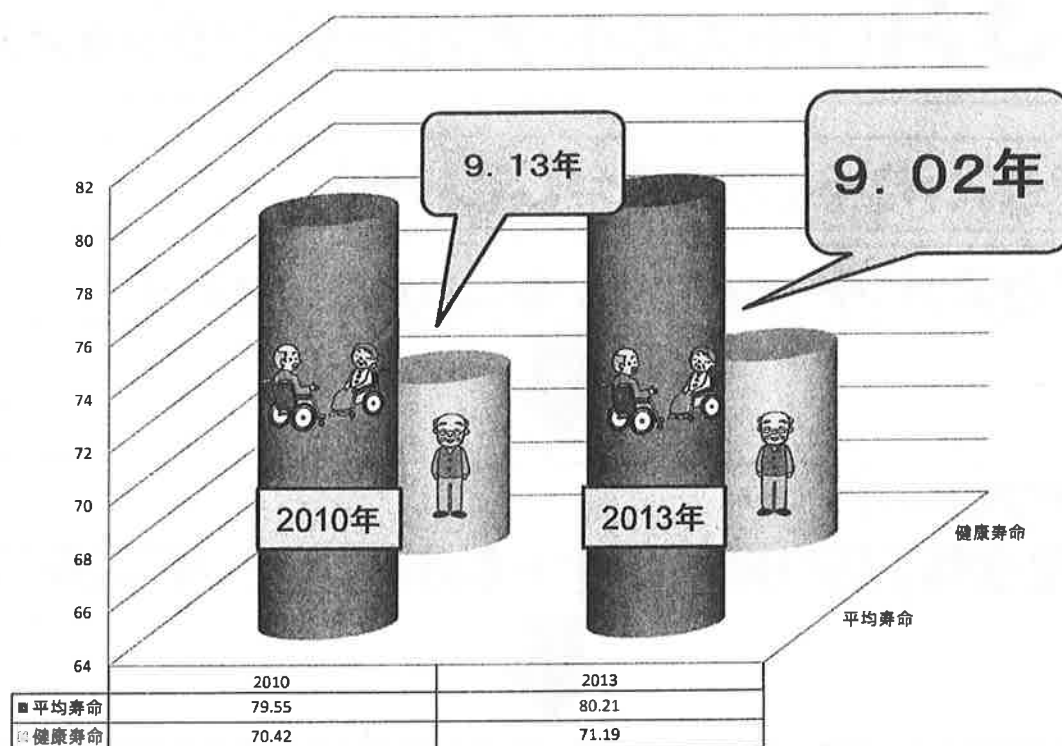
47

「望む暮らし」と「困りごと」について



48

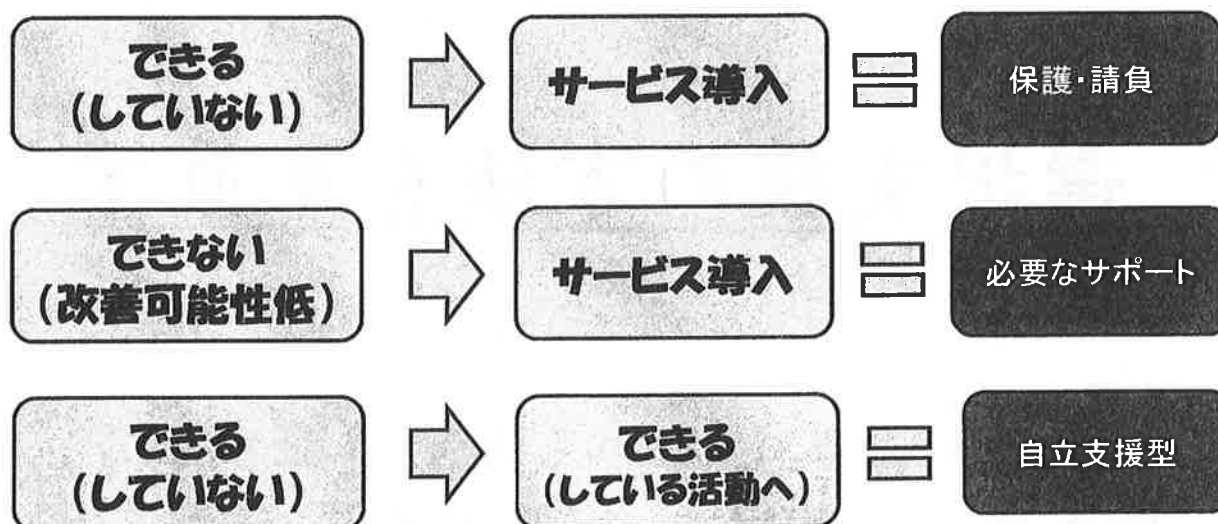
アセスメントの視点で考えると?????



2014年10月2日 厚労省発表データをもとに作成

49

保護型思考と自立思考



サポート+自立支援型はある。サポート+自立支援(機能維持)型もある。できないことを支えるだけの視点から、「できる⇒している」への視点。
(要介護1-3は特に重要となる)

50

3A(アセスメント・アプローチ・アクション)

アセスメント(できる⇒している)

アセスメント(疾病・障がい等により困難⇒サポート)



アプローチ
(意欲低下等⇒原因⇒いつ・どのよに・いつまで(も))



アクション(行動に移す⇒結果⇒原因⇒次なる手段へ！)

51

2015年 介護保険制度改正のポイント！

選択支援の方法を見直す

利用者が選択しているという証明は？
居宅サービス計画(1)の右下の署名・
押印では証明とは言えない！？

自立支援型ケアマネジメント

課題整理票や評価表が出てきた経緯と2014年度中にすべきこと

53

課題整理票の経緯

以下の課題が指摘された……。

- ① アセスメント不在－ニーズ把握の欠如
- ② 「言いなりケアプラン」「御用聞きケアマネジャー」との批判
- ③ 保護・依存型プランが主流で、自立支援型プランが少ない
- ④ 家族依存型ケアプラン

対策

- ① アセスメントの根拠の明確化(専門家としての判断根拠)
- ② 見える化(可視化)

実現策

- ① 課題整理表の開発と実践で使用を促進する。

活用場面

- ① 地域ケア会議
- ② ケアプラン適正化事業
- ③ サービス担当者会議
- ④ 日頃の支援
- ⑤ 職場の研修や指導

54

課題整理総括表について

目的

介護支援専門員については、「利用者像や課題に応じた適切なアセスメント（課題把握）が必ずしも十分でない」、「サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない」といった課題が指摘されている。
これらの課題に対応するために、利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際に、適切な情報共有に資することを目的として課題整理総括表を策定した。

構成

課題整理総括表					作成日	
自立した日常生活の 阻害要因 (身体的状態、認知機能)	① 状況	② 原因	③ 改善/維持の可能性	④ 備考(状況・支援内容)	見直し ※4	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) ※5
状況の事実 ※1	現状 ※1	原因 ※2	改善/維持の可能性 ※4	備考(状況・支援内容)		
移動	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
室内移動	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
屋外移動	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
食事(摂取)	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
排泄	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
更衣	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
口腔	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
整容	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
入浴	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
洗濯	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
買物	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
調理	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
整理・物の管理	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
金銭管理	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
社会との関わり	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
排泄・排便	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
褥瘡・皮膚の問題	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
口腔衛生	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
食事内容	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
問題行動	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
介護力	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
居住環境	自立 見守り 一部介助 介介助		改善 維持 維持			
特別な状況						

活用の場面

- 介護支援専門員に係る研修で活用
- サービス担当者会議や地域ケア会議等における多職種間での情報共有に活用
- 課題を導いた考え方などが明確にされ、具体的な指導につながることから、初任介護支援専門員が主任介護支援専門員等からOJT研修を受ける際に活用

課題整理表(修正案)

利用者名	課題整理表(修正案)					作成日	
自立を阻害している要因 (健康状態、認知等)	① 状況	② 原因	③ 改善/維持の可能性	④ 備考(状況・支援内容)	見直し ※4	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) ※5	
ADL	室内移動		改善可能 維持		居宅サービス計画書(2)で行っていることの転記		
	屋外移動		改善可能 維持				
	食事(摂取)		改善可能 維持				
	排泄		改善可能 維持				
	更衣		改善可能 維持				
	口腔		改善可能 維持				
	整容		改善可能 維持				
	入浴		改善可能 維持				
IADL	掃除		改善可能 維持				
	洗濯		改善可能 維持				
	買物		改善可能 維持				
	調理		改善可能 維持				
	整理・物の管理		改善可能 維持				
	ごみ出し		改善可能 維持				
	公共交通の利用		改善可能 維持				
	通院		改善可能 維持				
	服薬		改善可能 維持				
	金銭管理		改善可能 維持				
	社会との関わり		改善可能 維持				
	排泄・排便		改善可能 維持				
	褥瘡・皮膚の問題		改善可能 維持				
	口腔衛生		改善可能 維持				
	食事内容		改善可能 維持				
	問題行動		改善可能 維持				
	介護力		改善可能 維持				
	居住環境		改善可能 維持				
	特別な状況						

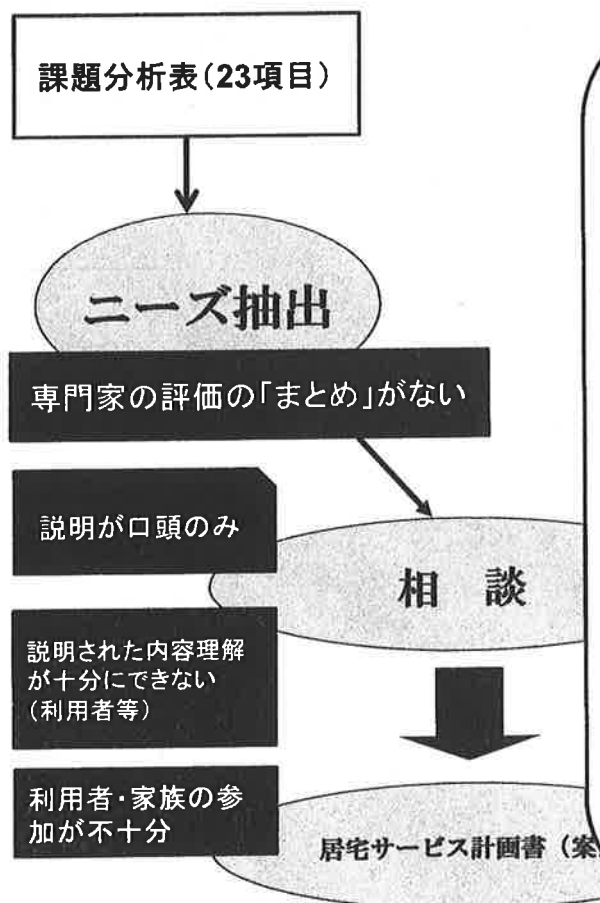
課題分析表で行っている内容の転記

※4 見直し(改善/維持の可能性)を記入し、見直し(改善/維持)の状況と、そのケアの検討からこれによって改善が期待されるかを記載する。
※5 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)を記入し、ケアの検討からこれによって改善が期待されるかを記載する。
※6 特別な状況(健康状態、認知機能)を記入し、見直し(改善/維持)の状況と、そのケアの検討からこれによって改善が期待されるかを記載する。

神奈川県介護支援専門員協会

平成19年から「アセスメント総括表」や「評価表」を開発してきた理由

57



課題分析から居宅サービス計画原案作成における現状の課題と見解 (利用者宅などでの面接時を想定)

- ① 課題分析表は課題を抽出するための道具である。とすれば…。
- ② 専門家として「課題の総括(まとめ)」が必要。でなければ…。
- ③ 専門家としての評価が不明確である。(医師で言えば「診断」していないこと)
- ④ 更に、利用者・家族への説明は「口頭のみ」となっている。
- ⑤ しかし、人間の認識は視覚・聴覚という順序で認識率が高まることから考えると、
口頭みの説明・相談は、聴覚からのみの理解で利用者及び家族の「参加の促進」が図れていない懸念。
結論として…。
- ⑥ 専門家評価の可視化(医師の診断)利用者・家族への丁寧な説明及び参加と自立心・意欲の引き出しの道具

58

