

参考資料

(参考資料1) 第1回・第2回研修会「ケアマネジメントとその基本」

埼玉県立大学・さいたま市介護支援専門員協会共催
「アセスメントと実践をつなぐケアマネジメント研修会」資料

ケアマネジメントとその基本 —ケアマネジメントに求められる機能とその強化に向けて—

(内容)

1. 人口構造の変化とケアマネジメントへの影響
2. 主な制度改正のポイントとケアマネジメントに求められる機能
(「理想的な姿」とは何か)
3. ケアマネジメントの「現状」と「課題」
4. ケアマネジメントの機能強化に向けて

埼玉県立大学大学院／研究開発センター
川越雅弘

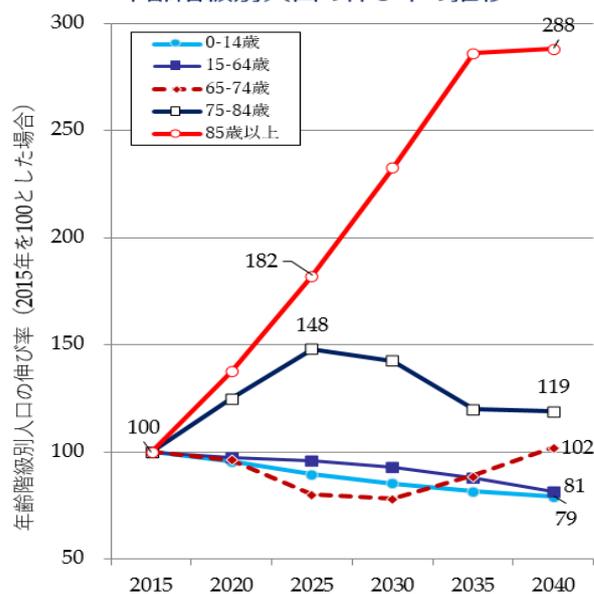
1. 人口構造の変化とケアマネジメントへの影響

人口構造の変化 (埼玉県)

年齢階級別人口の推移

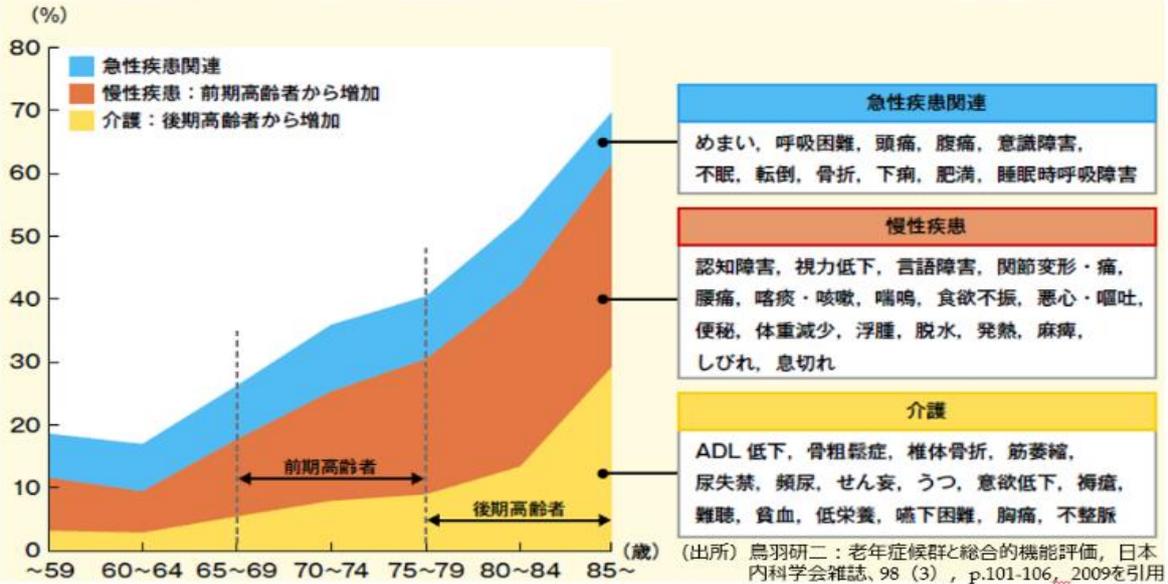
	2015		2040	
	(万人)	(%)	(万人)	(%)
総数	726.7	100.0	672.1	100.0
0-14歳	91.4	12.6	72.3	10.8
15-64歳	454.9	62.6	370.0	55.1
65-74歳	103.1	14.2	105.2	15.6
75-84歳	58.0	8.0	69.0	10.3
85歳以上	19.3	2.7	55.6	8.3

年齢階級別人口の伸び率の推移



出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」より作成

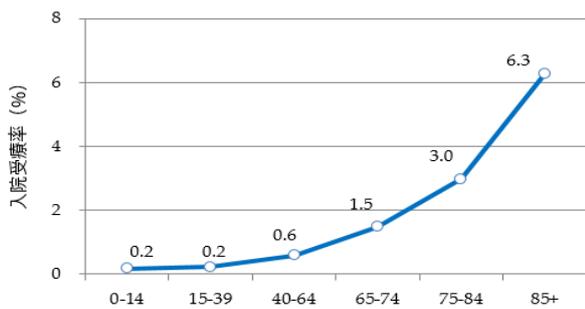
人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響① (全身状態の総合的評価と多職種によるチームアプローチの推進)



利用者の全身状態（生活機能・健康状態）と「個人・環境因子」を総合的に捉えた上で、「本人の生活課題」の解決に向け、多職種チームでアプローチしていくことが専門職には求められる。

人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響② (入退院支援の機能強化⇒継続的マネジメントの機能強化)

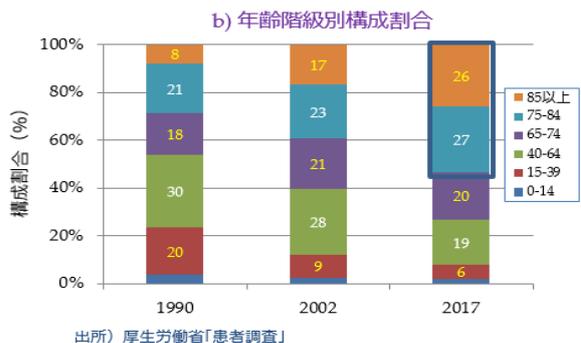
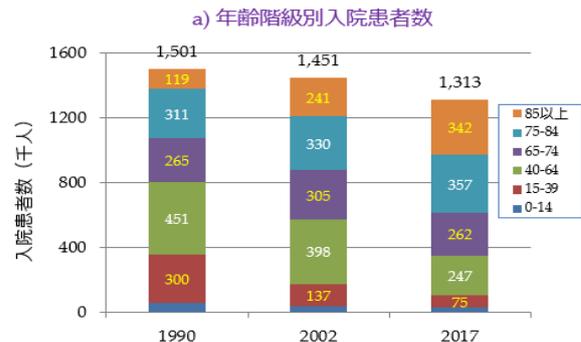
年齢階級別にみた入院受療率



入院の現状と超高齢化の影響

- ✓ 病院病床数は1993年の168万床をピークに減少し、2017年現在155万床となっている。
- ✓ 病床数の減少に伴い、入院患者数（調査日）も1990年の150万人から2017年現在131万人に減少している。
- ✓ 入院受療率をみると、75-84歳の3.0%に対し、85歳以上は6.3%と、2倍以上入院しやすい状況にある。
- ✓ 高齢化の進展により、入院患者に占める85歳以上の割合は、1990年の8%から2017年の26%に急増している。

年齢階級別にみた入院患者数及び構成割合



人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響③

(人生の最終段階におけるマネジメントの機能強化)

死亡場所別死亡者数の推移

a) 場所別死亡者数 (万人)

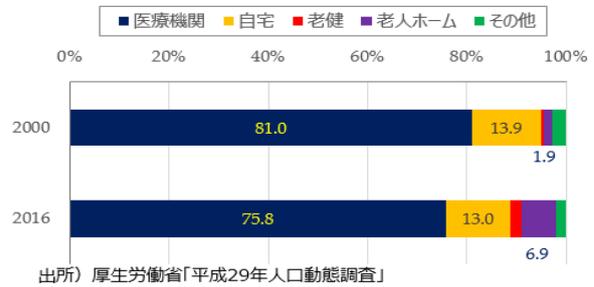
	2000	2004	2008	2012	2016
総数	96.2	102.9	114.2	125.6	130.8
医療機関	77.9	84.6	92.7	98.8	99.1
自宅	13.4	12.7	14.5	16.1	16.9
老健	0.5	0.6	1.1	2.2	3.1
老人ホーム	1.8	2.1	3.3	5.8	9.0
その他	2.7	2.7	2.7	2.7	2.7

b) 場所別死亡者数の伸び率 (2000年を100とした場合)

	2000	2004	2008	2012	2016
総数	100.0	107.0	118.8	130.6	136.0
医療機関	100.0	108.7	119.0	126.9	127.2
自宅	100.0	95.4	108.4	120.7	126.9
老健	100.0	134.7	226.7	447.2	637.5
老人ホーム	100.0	119.7	186.0	327.2	505.8
その他	100.0	101.3	100.0	101.6	100.4

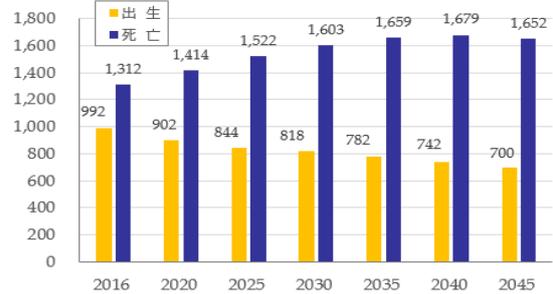
出所) 厚生労働省「平成29年人口動態調査」

死亡場所別死亡者構成割合



出所) 厚生労働省「平成29年人口動態調査」

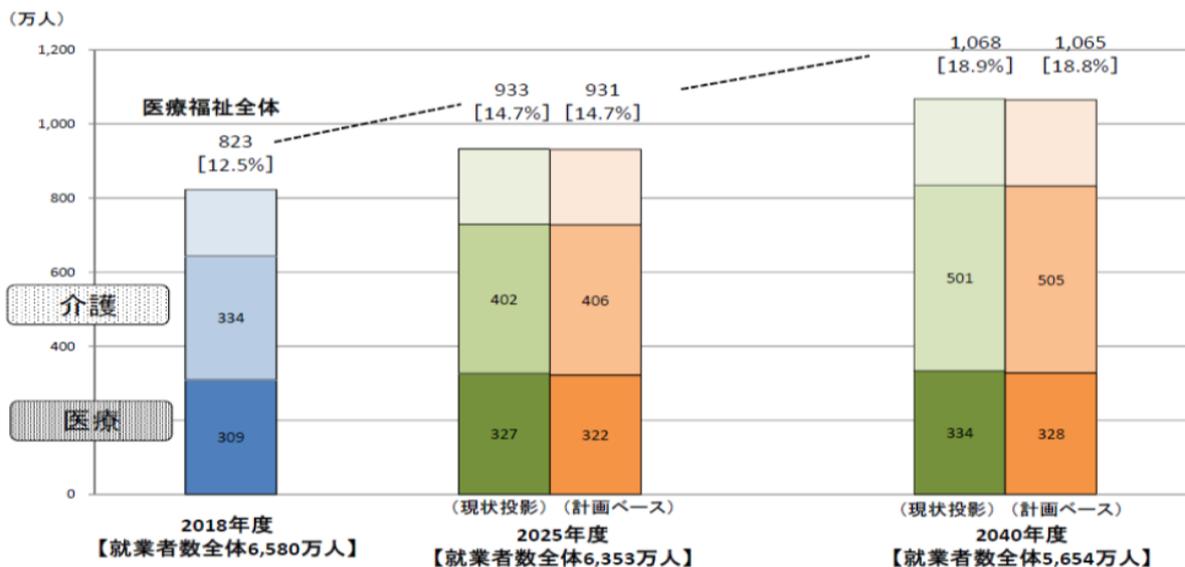
出生数・死亡数の将来推計 (単位: 千人)



出所) 国立社会保障・人口問題研究所: 日本の将来推計人口 (平成29年推計)

人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響④

(就業者数の減少と要介護者の増加の同時進行⇒自立支援・重度化防止の強化)



(注1) []内は就業者数全体に対する割合。

(注2) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

(注3) 就業者数全体は、2018年度は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年度以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年 労働力需給の推計」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位(死亡中位)推計)を元に機械的に算出している。

出所) 内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省: 2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材), 2018年5月21日より引用

人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響⑤ (多職種の視点を入れたケアマネジメントの推進)

図.ICF (国際生活機能分類) の構成図

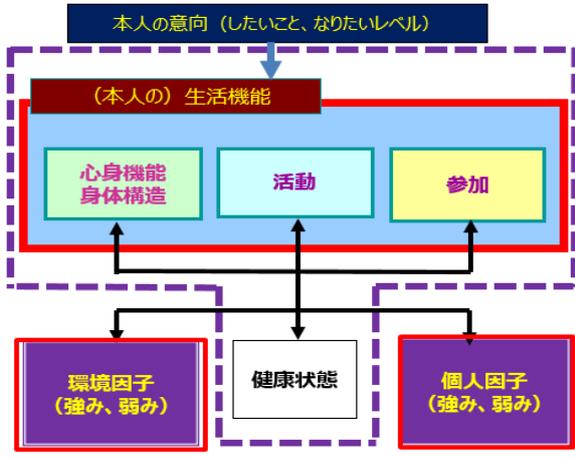
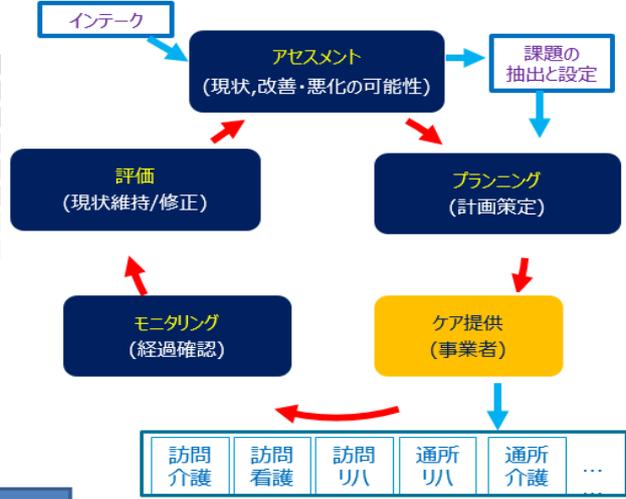


図.マネジメントプロセスとは

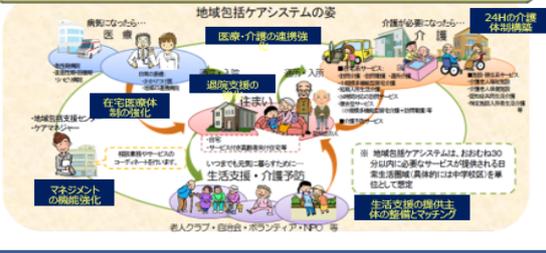


85歳以上高齢者の場合、①医療と介護を併せたニーズを有する、②複数の慢性疾患を有する者が増える、③ADLが低下しやすい、④本人を取り巻く様々な環境に個人差がある などの特徴を有する。
⇒こうした特徴を持つ高齢者のマネジメント/医療/ケア関係者には、個人・環境因子、健康状態、心身機能、ADL等を総合的に捉えた上での多職種による関与が求められる。

人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響⑥ (利用者の多様な生活課題への対応力強化：地域資源の開発・有効活用)

地域包括ケアシステムの概念図

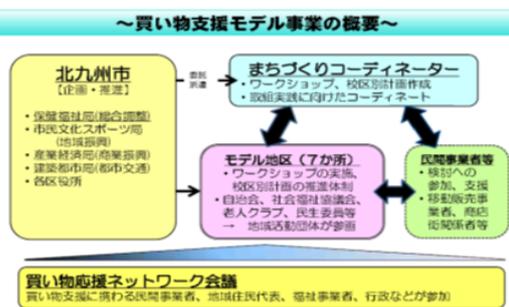
- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目前に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実施しています。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるために、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が増える大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。



「買い物が困難」という生活課題の解決を図るためには、本人の機能面、活動面への直接介入だけでなく、買物に行きやすい環境を作るといった、**環境因子への介入方法もある。**

→地域の住民と一緒に、地域課題の解決に貢献することも求められてくる。

北九州市の買い物支援への取り組み



買い物支援ネットワーク会議
買い物支援に関わる民間事業者、地域住民代表、福祉事業者、行政などが参加

北九州市の特徴ある取組 (2)

ワークショップ方式による計画づくり

- 専ら小学校区を単位として、各々にモデル地区 (各区分1か所、全7か所) を選定、まちづくりコーディネーターと市の担当者をペアで派遣
- 住民参加によるワークショップや高齢者へのアンケート調査を実施
- 地域の意向やコミュニティの現状を踏まえながら、買い物支援に係る地域活動計画を作成



地域包括ケア／多職種協働／ケアマネジメントの機能強化が求められる背景

- ・85歳以上人口が急増。その結果、独居高齢者や認知症高齢者が増加。
- ・介護サービス受給者は増える一方で、労働力人口（支える側）は減少
→**介護予防、元気高齢者の社会参加、マネジメント力強化が推進される。**
- ・85歳以上高齢者は半数が介護サービスを利用。加えて、医療や生活支援に対するニーズも、医療リスクも高い→**包括的なサービス提供が必要となる。**
- ・85歳以上高齢者の場合、健康面、心身機能面、IADL／ADL面など、多領域に生活課題を有している→**多職種連携・協働が必然となる。**
- ・複数疾患を有する人が多いため、複数医療機関や同一医療機関内の複数科受診者が増える→**医療マネジメント担当医師の役割が重要となる。**
- ・介護費用も10兆円を超え、65歳以上の介護保険料も月額約6千円に上昇。介護保険だけで、高齢者の生活全てを支えきことは困難。
→**効果的なサービス提供、機能分化と連携が求められる。**



地域内の様々な資源(医療・介護サービス、近隣の助け合い等)を総動員して、**必要な方に必要な支援が、地域特性に応じて提供される仕組み作り**が必要。
→①サービスの量的・質的確保、②マネジメント、③市町村の役割が重要に。

2. 主な制度改正のポイントとケアマネジメントに求められる機能

1) 入退院支援の機能強化

(1) 退院支援の機能強化 退院支援加算の創設 (2016年診療報酬改定)

退院支援に関する評価の充実①

➢ 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

(改) 退院支援加算2

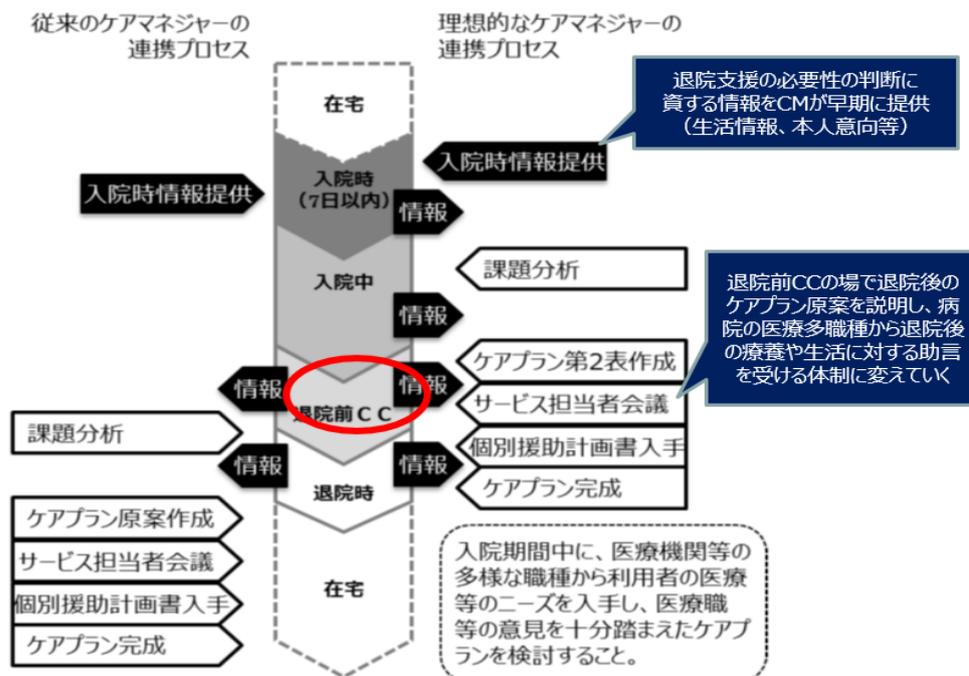
イ 一般病棟入院基本料等の場合	190点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	635点



[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と原則同要件)
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	7日以内に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名(看護師又は社会福祉士)	専従1名(看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置(2病棟に1名以上)	-
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等(20か所以上)の職員と定期的な面会を実施(3回/年以上)	-
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績	-

(2) 入退院支援プロセスの見直しの検討 病院とケアマネジャーの連携プロセスの見直し (2016年老健事業)



出所) 株式会社日本能率協会_平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業_入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業: 入退院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き, 平成29年3月。

(3) 2018年介護報酬改定のポイント (入退院支援関連)

医療・介護連携の強化 (2018年介護報酬改定)

論点1

- 医療機関へ入院した人の退院後の円滑な在宅生活への移行を促進するため、入退院時における医療・介護連携をさらに強化するための対応を行ってはどうか。
- 加えて、入退院時に限らず、平時からの医療機関との連携の促進を図るための対応を行ってはどうか。

対応案

- 入院時における医療機関との連携を促進する観点から、
 - ・ 利用者やその家族に対して、利用者が入院した場合に担当ケアマネジャーの氏名や連絡先等の情報を入院医療機関の職員等に提供するように協力を依頼することについて、運営基準で明確化してはどうか。
 - ・ 入院時情報連携加算について、現行の入院後7日以内の情報提供に加えて、入院後3日以内に利用者の情報を医療機関に提供した場合を新たに評価するとともに、情報提供の方法 (訪問又は訪問以外) による差は設けないこととしてはどうか。また、より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示してはどうか。

出所) 第152回介護給付費分科会: 資料1「居宅介護支援の報酬・基準について(案)」, H29.11.22より引用

医療・介護連携の強化 (H30介護報酬改定)

対応案 (続き)

- 退院・退所後の円滑な在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算の評価を充実させてはどうか。具体的には、以下の仕組みとしてはどうか。
 - ・ 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価
 - ・ 医療機関等との連携回数に応じた評価
 - ・ 加えて、医療機関におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価また、退院時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄（医療処置、看護・リハビリの視点等）を充実させることによって、退院・退所後の在宅生活へのより円滑な移行に資するよう、必要な見直しを行ってはどうか。
- 平時からの医療機関との連携の促進を図る観点から、
 - ・ 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを、運営基準で明確化してはどうか。
 - ・ 主治の医師等が適切な判断を行えるよう、訪問介護事業所等から伝達を受けた口腔に関する問題や薬剤状況等の利用者の状態や、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを運営基準で明確化することで、主治の医師等がケアプランに医療サービスを位置付ける必要性等を判断できるようにしてはどうか。

出所) 第152回介護給付費分科会：資料1「居宅介護支援の報酬・基準について(案)」、H29.11.22より引用

(4) 2018年診療報酬改定のポイント (入院中から在宅までの継続的なリハ提供の促進)

平成30年度診療報酬改定 I-5. 医療と介護の連携の推進①

医療と介護の連携の推進

国民の希望に応じた看取りの推進

- ターミナルケアに関する報酬において、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を踏まえた対応を要件とするともに、評価を充実
- 特別養護老人ホーム等の入所者に対する、ターミナルケアを含む訪問診療・訪問看護の提供等の評価を充実



訪問診療の主治医とケアマネジャーの連携強化

- 訪問診療を提供する主治医から居宅介護支援事業者への情報提供を推進
- 末期のがん患者について、主治医の助言を得ることを前提に、ケアマネジメントプロセスを簡素化するとともに、主治医に対する患者の心身の状況等の情報提供を推進



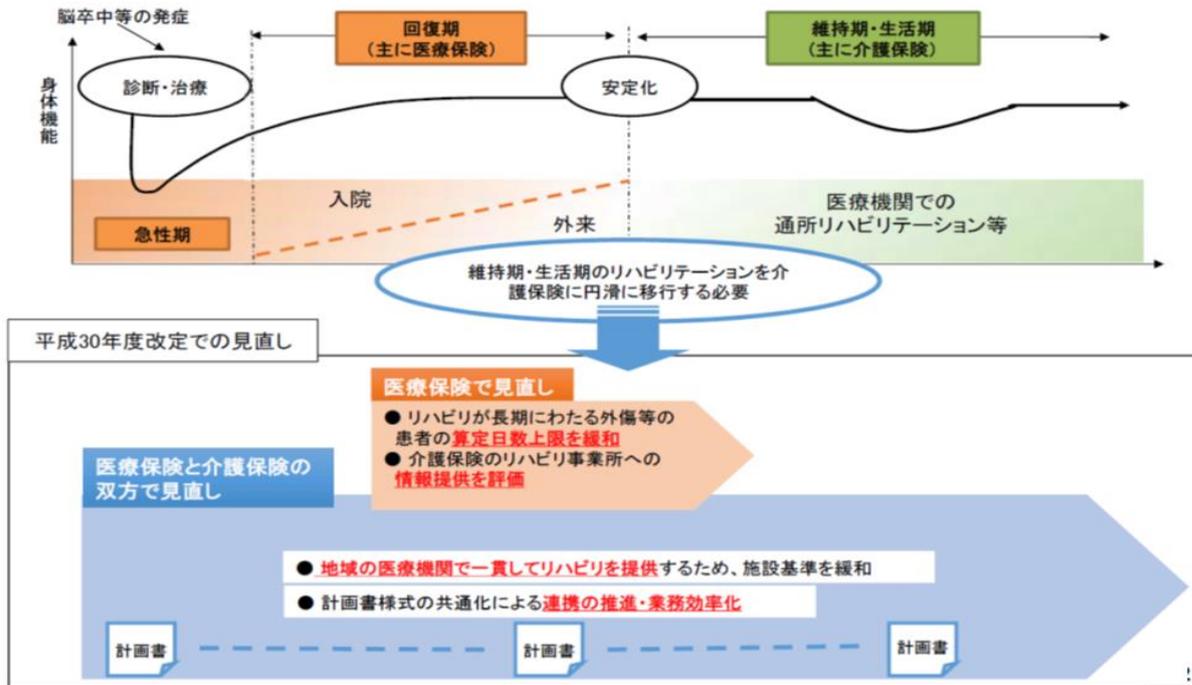
介護医療院・有床診療地域包括ケアモデルへの対応

- 介護医療院について、在宅復帰・在宅移行に係る取組の評価において「居住系介護施設等」と同様の取扱いとし、退院時の情報提供等に係る取組の評価において「介護老人保健施設」と同様の取扱いとする
- 有床診療所の地域包括ケアモデル(医療・介護併用モデル)での運用を支援

リハビリテーションにおける医療介護連携の推進

- 医療保険と介護保険の双方で使用可能な計画書の共通様式を新設し、当該様式を用いて医療機関から介護保険のリハビリテーション事業所に情報提供した場合を評価
- 医療保険の疾患別リハビリテーションを担う医療機関において、介護保険の維持期・生活期のリハビリテーションを一貫してできるよう、人員配置等に係る施設基準を緩和

維持期・生活期のリハビリテーションへの対応②



2) ケアマネジメントプロセスの機能強化

ケアマネジメントの理想的な展開方法とは

図. 課題と施策と指標の関係性

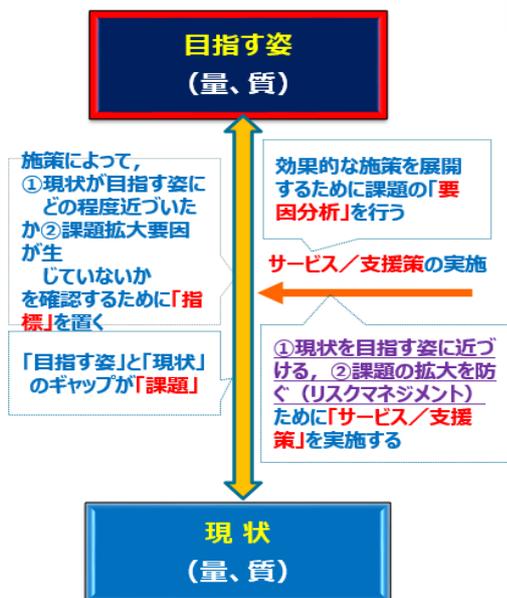
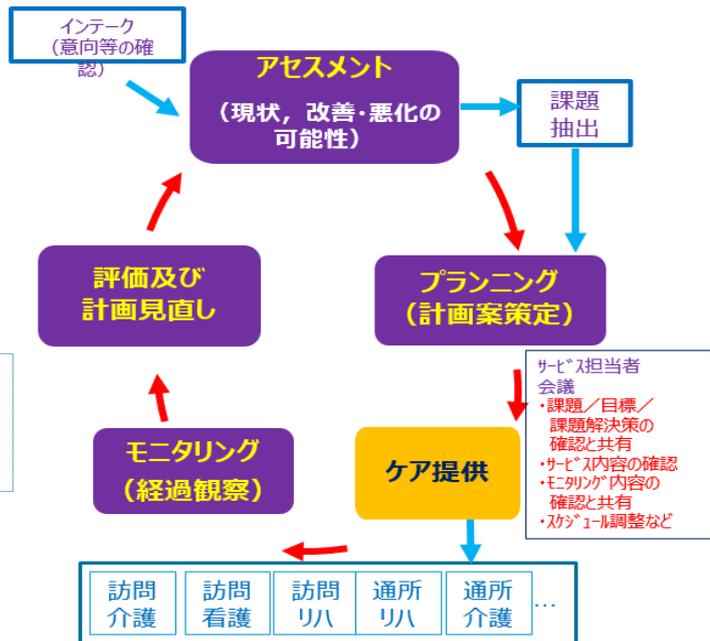


図. マネジメントの進め方



(1) ケアマネジメントの機能強化

ケアマネジメントの質の向上に向けて－抜粋－

I アセスメントの重要性と課題抽出プロセスの明確化

- アセスメントは、「解決すべき課題」を把握するための重要プロセスである。
- 課題や目標を導き出したプロセスを明らかにすることは、介護支援専門員のアセスメント能力を高めるために重要である。
- これにより、サービス担当者会議において「考え方の共有」がなされ、その結果、サービス内容の検討が円滑に進むことが期待される。
- 利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）をどのような考えで導き出したかを明確にするため、課題抽出のための新たな様式の活用を進め

II サービス担当者会議の機能強化

- 居宅サービス計画の原案の内容について、多職種による専門的な見地からの議論を行い、より質の高い原案への修正を図っていくことが重要。

III モニタリングにおける適切な評価の推進

- 短期目標の達成状況を総括し、ケアプランの適切な見直しに資するよう、評価のための新たな様式の活用を図る。

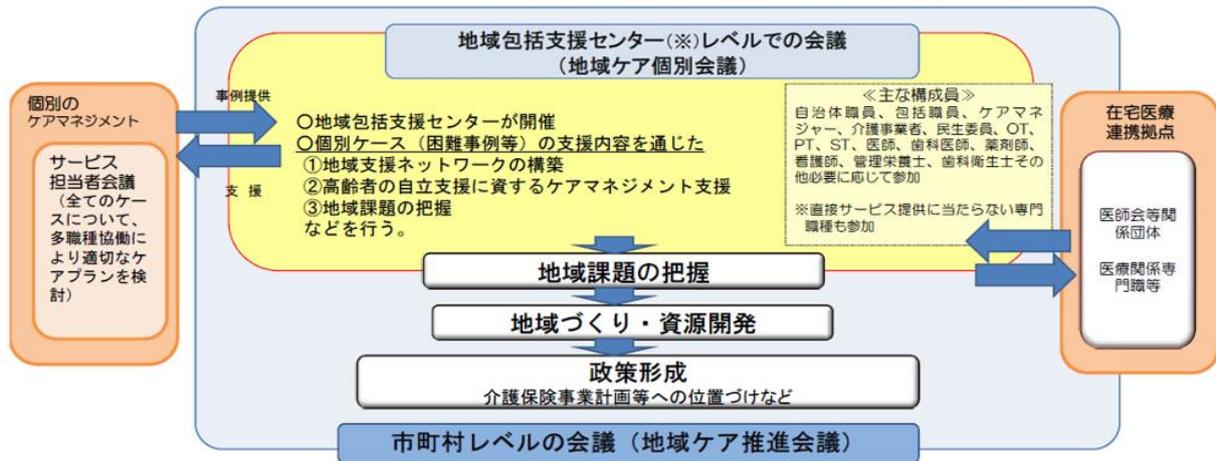
参考) 課題整理総括表とは

利用者名					作成日	
自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)					利用者及び家族の生活に対する意向	
状況の事実	②				見 通 し	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)
	④	⑤	⑥	⑦		
	現在	要因	改善/維持の可能性	備考 (状況・支援内容等)		
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化			
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化			
食事	食事内容	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化			
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化			
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化			
排泄	排泄・排便	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化			
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化			
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり	改善 維持 悪化			
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化			
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化			
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化			
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化			
掃除		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化			
洗濯		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化			
整理・物品の管理		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化			
金銭管理		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化			
買物		自立 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化			
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり	改善 維持 悪化			
認知		支障なし 支障あり	改善 維持 悪化			
社会との関わり		支障なし 支障あり	改善 維持 悪化			
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり	改善 維持 悪化			
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり	改善 維持 悪化			
介護力 (家族関係含む)		支障なし 支障あり	改善 維持 悪化			
居住環境		支障なし 支障あり	改善 維持 悪化			

地域ケア会議（地域ケア個別会議＋地域ケア推進会議）

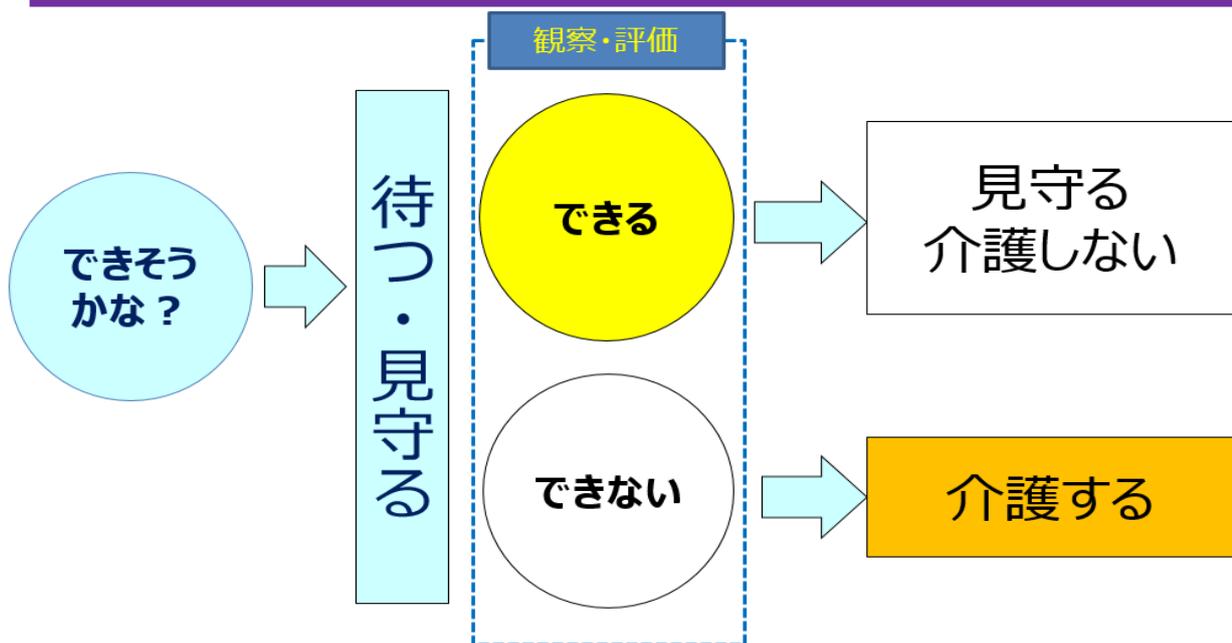
- 地域ケア会議は、
 - ・多職種の第三者による専門的視点を交えて、ケアマネジメントの質の向上を図り、
 - ・また、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより、地域課題を発見し、
 - ・地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる、
- 地域包括ケアアシストの実現に向けたツール。
- 個別ケースを検討する「地域ケア個別会議」は、市町村内の圏域単位での地域包括支援センターが開催。一方、地域づくりや政策形成等につなげる「地域ケア推進会議」は市町村レベルで開催
- 平成24年度から本格的に推進を開始。
- 平成24年6月現在、1,202保険者で実施されているが、その主催者、介護の内容、参加者等は様々であり、個別ケースの検討を基本としている会議は多くない現状にある。

※平成24年4月末現在の地域包括支援センターの箇所数:4,328ヶ所(センター・プラチ・サブセンター合計7,072ヶ所)



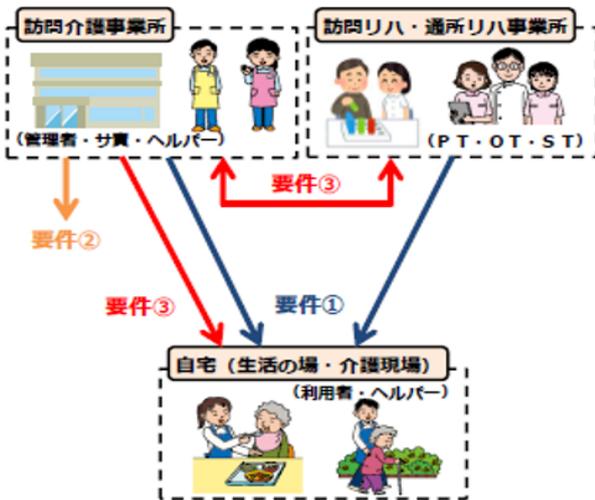
出所)「地域包括ケアシステムの構築に向けて」、第46回介護保険部会 資料3 (2013/8/28)

(2) ケア職とリハ職の協働の推進—自立支援・重度化防止に向けて— 「自立支援を促すためのケア」の基本的考え方



「生活機能向上連携加算」の新設（2012年介護報酬改定）

○自立支援型のサービスの提供を促進し、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問・通所リハ事業所のリハ職が利用者の自宅を訪問する際に、サービス提供責任者（サ責）が同行する等により共同して行ったアセスメント結果に基づき訪問介護計画を策定した場合であって、リハ職と連携して訪問介護を行ったときに、最初の訪問介護を行った月以降3月の間で100単位を加算するもの（期間中にリハ終了時であっても、3月間は本加算の算定が可能である）。



（要件①）

○身体状況等の評価（生活機能アセスメント）を共同で行うこと（サ責とリハ職が一緒に自宅を訪問する）又は「それぞれが訪問した上で協働してカンファレンスを行う」。

（要件②）

○サ責が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成すること。
 （例）達成目標：自宅のポータルトイレを一日一回以上利用する
 （一月目、二月目の目標として座位の保持時間）
 （一月目）訪問介護員等は週二回の訪問の際、ベッド上で体を起こす介助を行い、利用者が五分間の座位を保持している間、ベッド周辺の整理を行いながら安全確保のための見守り及び付き添いを行う。
 （二月目）ベッド上からポータルトイレへの移動の介助を行い、利用者の体を支えながら、排泄の介助を行う。
 （三月目）ベッド上からポータルトイレへ利用者が移動する際に、転倒等の防止のため付き添い、必要に応じて介助を行う。

（要件③）

○各月における目標の達成度合いにつき、利用者及び訪問・リハのリハ職に報告し、必要に応じて利用者の意向を確認し、リハ職から必要な助言を得た上で、利用者のADL及びIADLの改善状況及び達成目標を踏まえた適切な対応を行うこと。

出所) 第149回介護給付費分科会 資料1「訪問介護の報酬・基準について」(2017.11.1)を一部改変

2018年度介護報酬改定に関する審議報告の概要

団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、「地域包括ケアシステムの推進」、「自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現」、「多様な人材の確保と生産性の向上」、「介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保」を図る。

I 地域包括ケアシステムの推進

■ 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを受けられることができる体制を整備

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別要介護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

II 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

■ 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への支援に対する評価の新設
- 身体的拘束等の適正化の推進

III 多様な人材の確保と生産性の向上

■ 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種基準の緩和等を通じた効率化を推進

【主な事項】

- 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の見直し

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

■ 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持続可能性を確保

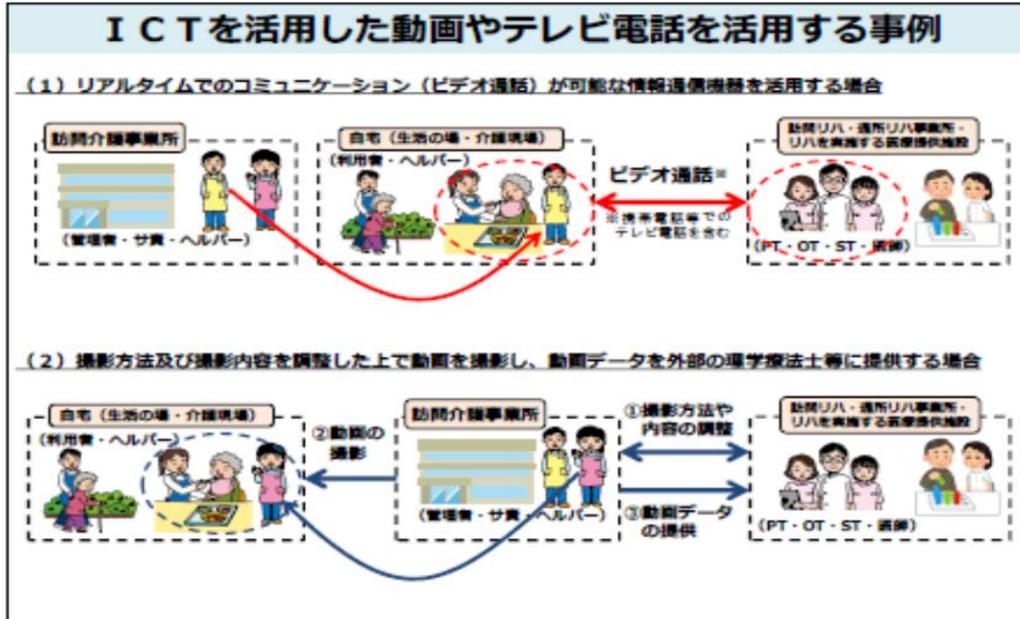
【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等
- サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

出所) 第156回介護給付費分科会 資料1「平成30年度介護報酬改定に関する審議報告の概要（案）」、20171213より引用

(生活機能向上連携加算に関するQ&A) ※訪問介護、定期巡回・随時対応、小規模多機能共通

□ 「ICTを利用した動画やテレビ電話を用いる場合においては、理学療法士等がADL及びIADLに関する利用者の状況について適切に把握することができるよう、理学療法士等とサービス提供責任者で事前に方法を調整するものとする」とあるが、具体的にはどのような方法があるのか。



出所) 厚生労働省老健局：介護保険最新情報 Vol.657「平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.4) (平成30年5月29日)の送付について」より作成

総合事業におけるリハ職とケア職の連携強化 ー地域リハビリテーション活動支援事業ー

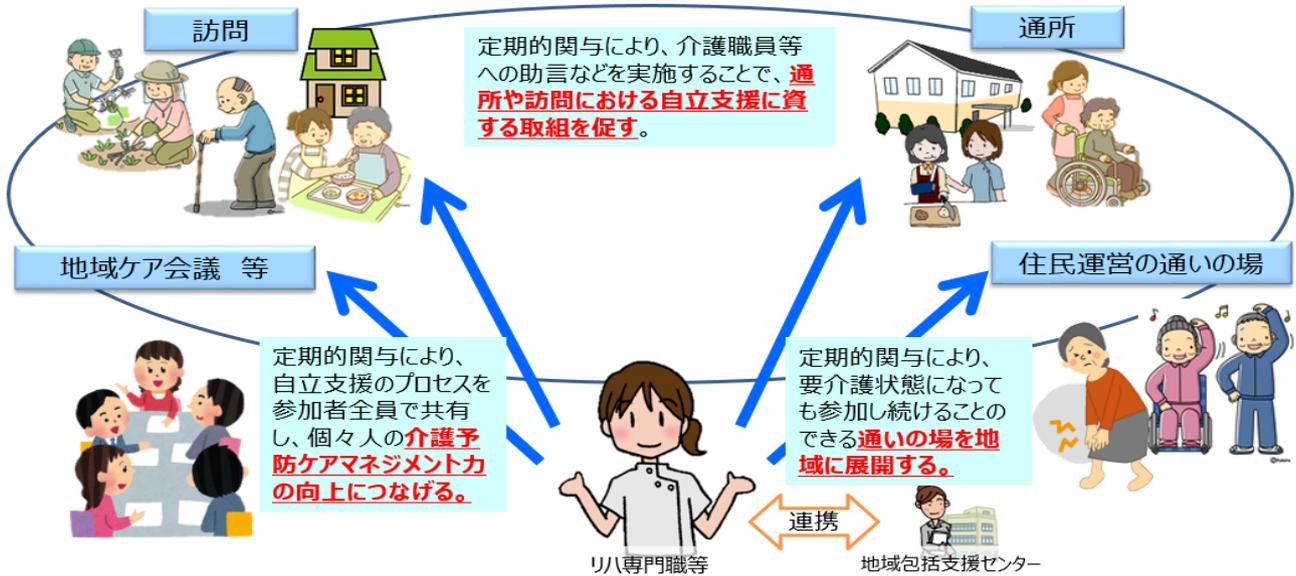
新総合事業の創設 (予防給付・介護予防事業の一体的見直し)



※厚生労働省資料を一部改変

地域リハビリテーション活動支援事業の概要

○地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハ専門職等の関与を促進する。



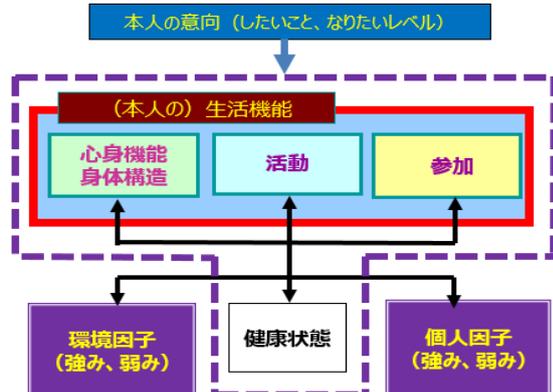
リハ専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

(3) ケアマネジメントに求められる機能とは

(包括的・継続的マネジメントが展開できること。ここに他の専門職の関わり方との違いがある)

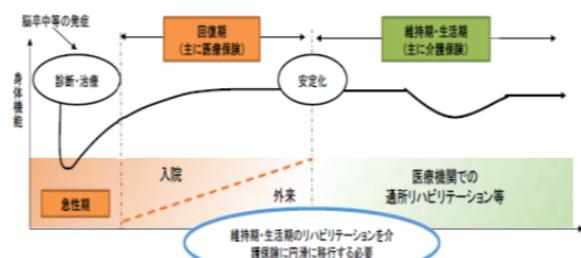
機能①：包括性

- 包括性には、
 - ① ICFの6要素を包括的に捉える (人物と状態の全体像を俯瞰する)
 - ② 課題解決に向け、サービスや支援を統合する (専門職と非専門職による支援を融合する) といった側面がある。
- 専門職は、自身の「介入」に関連する部分を中心にアセスメントする。必ずしも**全体像を見ている訳ではない。**



機能②：継続性

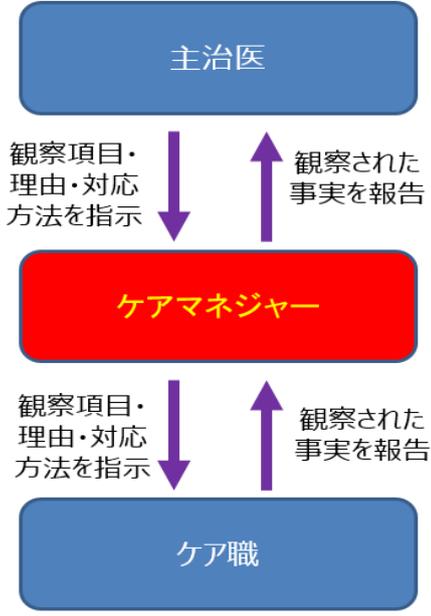
- 本人の状態像、意向・思いなどは時間経過とともに変化していく。こうした変化に寄り添いながら支援を適宜見直していく必要がある。
- 専門職の場合、提供体制が縦割り構造のため、限定された時期における関与となりがち (例：急性期/回復期/生活期に関わるリハ職は原則異なる)。
- **継続的関与が可能な職種は、ケアマネジャーと主治医のみ。従って、両者の連携は必須となる。**
- 継続的支援を適切に行うためには、①本人の状態像が今後どのように変化していくのか、②今後何が起こり得るのかなどの**見通し(イメージ)を持った上での対応が必要**となる。



ケアマネジメントに求められる機能とは (主治医の指示の内容と意図を理解し、翻訳した上で、ケア職に伝える機能)

機能③：通訳機能

- 第152回介護給付費分科会(2017.11.22)では、**平時からの医療との連携強化**の観点から、「**主治の医師等が適切な判断を行える**よう、訪問介護事業所等から**伝達を受けた利用者の状態**（口腔に関する問題や服薬状況等）や、モニタリングの際にケアマネジャー自身が**把握した利用者の状態**等について、ケアマネジャーから主治の医師等に必要な**情報伝達**を行うことを運営基準で明確化することで、主治の医師等がケアプランに医療サービスを位置付ける必要性等を判断できるようにしてはどうか」との提案が行われ、今回の見直しに反映された。
- 主治医とケア職の中間に位置するケアマネジャーには、適切な情報収集に対するケア職への指示と、客観的事実の主治医への報告機能が求められる。
- ただ、伝達には、①**報告レベル**（主治医からの指示をそのままケア職に伝える、ケア職から聞いたことをそのまま主治医に伝える）、②**通訳レベル**（**指示された内容とその意図を理解し、ケア職がその意味を理解し、意識をもって観察しにいくといった行動に移せるように翻訳して伝える**）がある。マネジメントの専門家であれば、本来、通訳レベルが期待されることになる。



3. ケアマネジメントの現状と課題

ケアマネジメントの問題点①

- ・課題設定の考え方が間違っていないか？
- ・課題が抽象的ではないか（具体化されていない）？
- ・要因分析が行えているか？

ケアマネジメントの問題点②

- ・社会資源を含めた課題解決策が展開できているか？

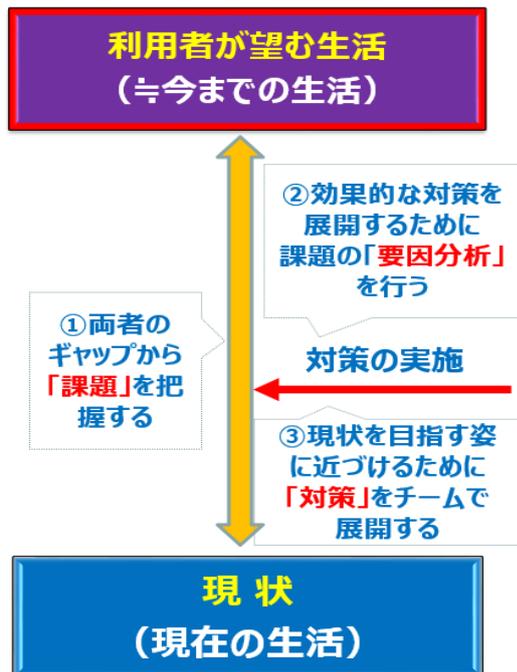
ケアマネジメントの問題点③

- ・主治医の指示内容やその意図が理解できているか？
- ・ケア職が具体的な行動に移せる状況を作っているか？

ケアマネジメントの問題点④

- ・一般的経過や今後起こり得ることがイメージできているか？

① 課題の捉え方と要因分析・対策の関係性（マネジメントの基礎知識）



マネジメントの基本的視点

- マネジメントとは「課題」を対象とするもの。
- 課題とは、望む姿と現状のギャップのこと。したがって、「**利用者が望む姿の設定**」が必須となる。要支援者の場合、要支援状態前の生活が、こうありたいと思う姿を考える際に参考となる場合が多い（**以前の生活と今の生活の違い**）。
- 対策には、①改善（課題の縮小）を目指すもの、②リスク回避により現状維持を目指すものがある。
- **前者は、現状を目指したい姿に近づけることで、課題の改善ないし解決を図るもの。**
- **後者は、課題拡大のリスク（例：再発による生活機能低下）がある場合に、こうした事象が起きないようにするもの（リスクマネジメント）。**
- 課題は、マネジメントの対象（例：歩行距離を現状の50mから300mに延ばす、入浴の自立度を見守りレベルに改善する、最期にしたい夢をかなえるなど）によって、人生レベルから生活レベル、機能レベルまで、様々な設定が可能となるが、いずれも、本人が目指したいレベルと現状のギャップを、対策の対象とする点は同じである。

① 課題の具体化（絞り込み）ができているか？

～一連の動作で成り立つADL/IADLは分解して観察し、出来ない所を特定する～

- 入浴は、①立位、②移乗、③座位保持、④またぎ、⑤回転などで構成される。
- 「入浴ができない」と評価するのではなく、「一連の入浴行為のどこができないのか」を把握する（自分で観察する、事業所から情報を得る）くせをつける必要がある。
- ※課題設定「入浴ができない」⇒入浴できるための方法(代替サービス)を考える。
- ※課題設定「お風呂が跨げない」⇒跨げるようになるためにはどうすべきか(方法)を考える。



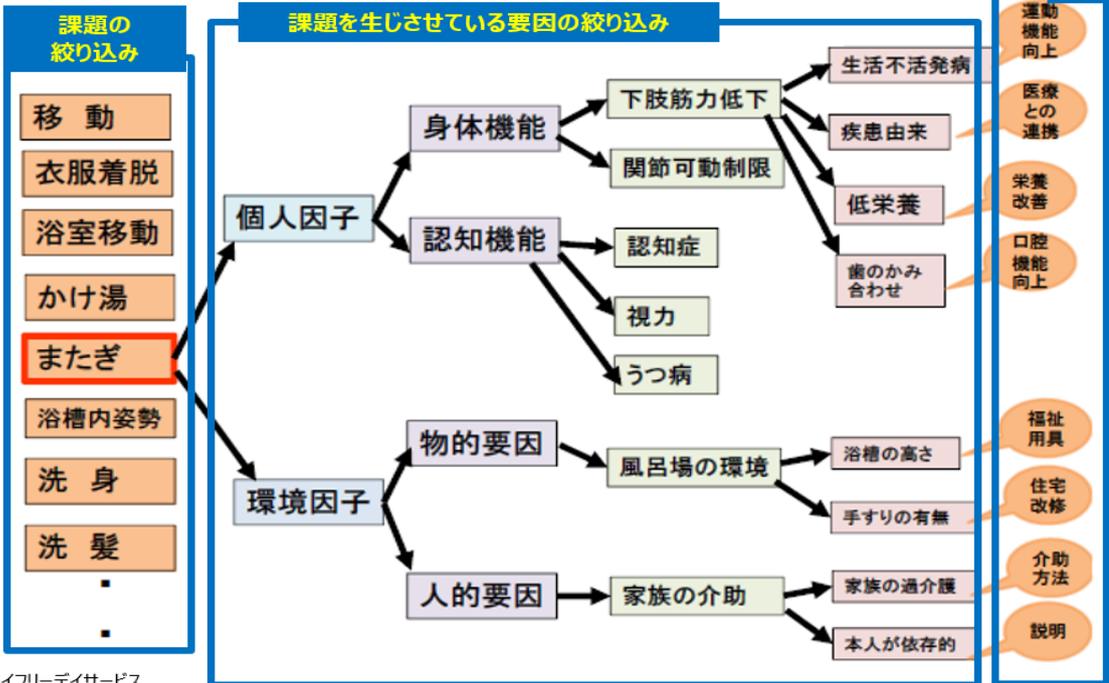
① 課題分析が適切に行われているか？ ～「またぎが出来ない」を例に～

目指す姿

- 以前と同じように、好きな時に1人で自宅のお風呂に入ること

現状

自宅一人で入浴できない(抽象的な課題)



出典) 株) ライフリーサービス
佐藤孝臣氏スライドを一部改変

② 課題を具体化し、その解決に向けたチームを組んでいるか？

課題設定

Step1: 領域とその課題を認識する

本人の困りごとの中からありたい姿の対象(ここでは買い物)を決めていく

【ありたい姿(ゴール)】 以前と同じように買い物に行きたい

【現状】 買い物に行けていない

このギャップが課題

Step2: 現状の出来ない所を具体化する

【ポイント】 買い物の「どこ」が出来ないかを絞り込む(移動? 買った物の運搬?)

Step3: 具体的課題を再設定する

【課題】 本人は「買い物に行きたい(本人にとってのありたい姿)」が「買ったものを自宅まで運べない(具体的な現状)」ために買い物に行けていない状態にあること

対策の検討

Step4: 対策を考える(対策の目的: 現状をありたい姿に近づけること, 対象: ①本人, ②環境)

【原因探求】 なぜ「買った物が運べない?」

【対策の中身の検討(どうすれば、買ったものを家まで運べるか?)】

①本人への対策: リハ導入による改善の可能性は? どんな方法であれば出来そうか?

②環境への対策: 友人はどこまで対応可能か?(一緒に買い物に行ってくれそう?)

配送してくれるお店は近くにないのか?(ここが社会資源!) など

【対策の軽い検証】 この方法を仮に導入したら、買い物に行けそう?

③何をやるべきか、なぜやるべきか、 どうすればよいかイメージできているか？

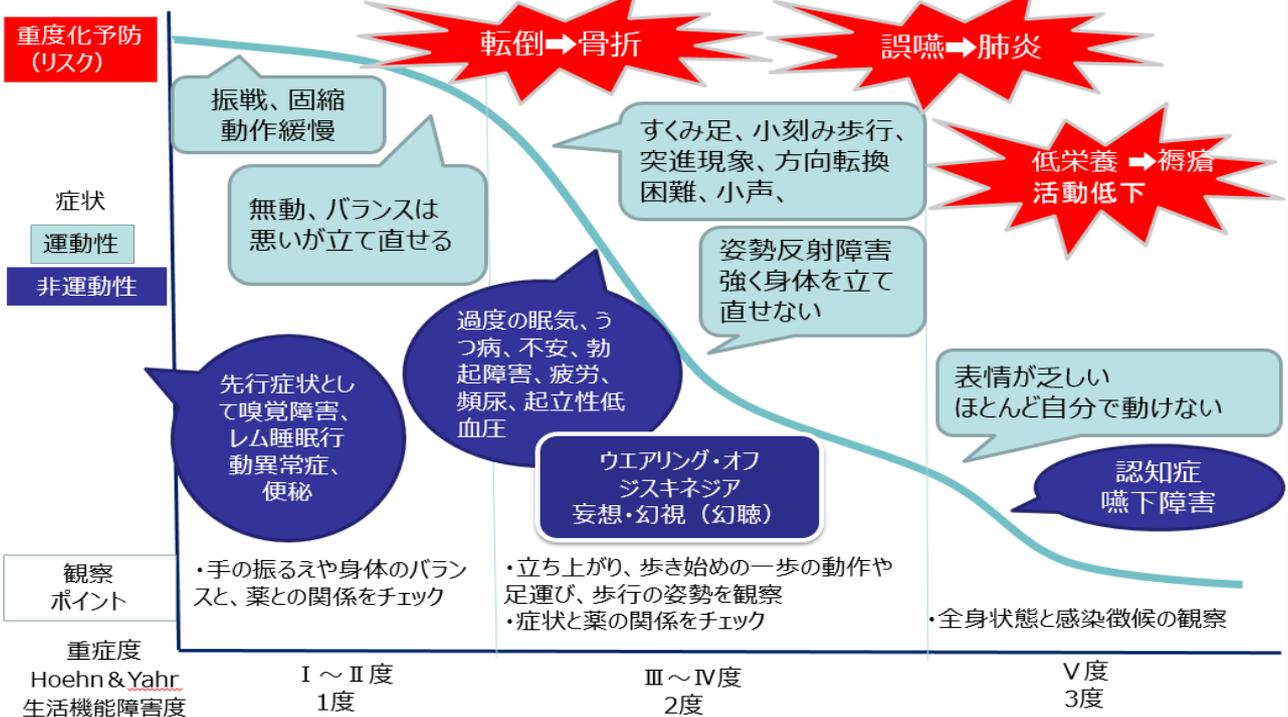
【事例】千葉太郎氏 80歳 妻と二人暮らし。

- ・高血圧と糖尿病あり。かかりつけ医からは、食事療法をしっかりとるように指導を受けていた。
- ・ある日、意識消失してA総合病院に救急搬送される。脳梗塞と診断され、2週間入院。その後回復期リハビリ病院に転院し、〇月〇日に退院。

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	長期目標	短期目標	サービス内容	サービス種別
病気の再発により再入院するリスクがある（本人：もう入院はしたくない） 「何に気をつけるのか」「なぜ気をつける必要があるのか」「適切な服用がなされなかった場合に何が起こりえるのか」をCMがイメージできているか？ CMには、本人・家族・ケア関係者での指導内容の共有を促す役割がある。⇒CM自身が、通所リハで「何に気をつけるのか」「なぜ気をつける必要があるのか」「食事提供を具体的にどうしたらよいか」がイメージできているか？	病気の再発を防ぐことができる	・治療が継続できる	・定期的な通院	・妻
		・ しっかり服薬できる	・服薬管理	・C医師 ・本人 ・D訪看 1/w ・E通所リハ2/w
		・健康管理が受けられる	・健康チェック	・D訪看 ・E通所リハNS
		・ 指示された塩分やカロリー制限を守る ことができる	・塩分6g/日 ・糖尿病食 1600Kcal/日	・本人・妻 ・通所リハ

（出典）山内和江「多職種連携の視点から介護支援専門員の役割を考える：医療ニーズの高い利用者の情報収集・アセスメントについて」、第17回近畿ブロック研究大会in滋賀（2018年3月17日）を一部改変

④一般的経過を知っているか？ 今後起こり得ることがイメージできているか？（例：パーキンソン病）

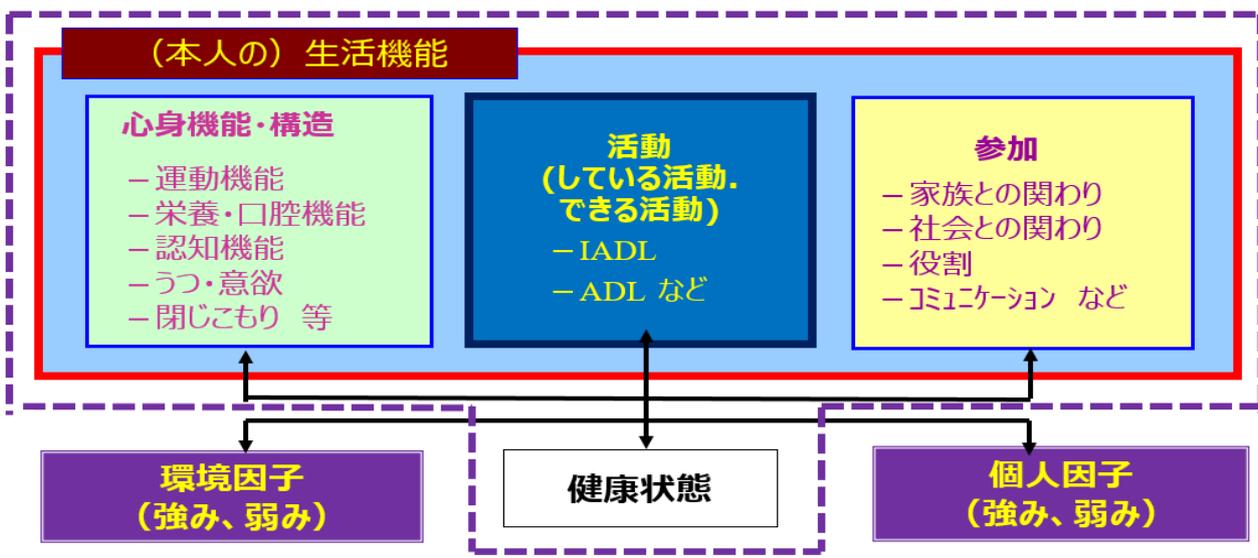


出所）要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/リハビリテーションマネジメントのあり方に関する研究-疾患別テキストより一部改編

4. ケアマネジメントの機能強化に向けて

「多職種の視点」と「多様な手段」を統合した課題解決力の向上 —本人へのアプローチと環境へのアプローチの融合—

- ・他職種のアセスメント情報を収集し、「全体像と今後の見通しをイメージする力」が必要。
- ・信頼関係の構築、適切な解決策の展開を図る上で、「相手を理解する力」が重要。
- ・「多様な手段（専門職、専門職以外）を用いた課題解決力」の向上が今後求められる。



パーキンソン病の利用者に対するケアマネジメントとは

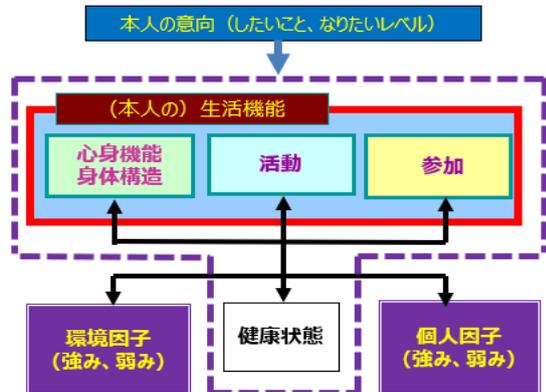
2019年12月21日
埼玉県立大学大学院／研究開発センター
川越雅弘

1) ケアマネジメントに求められる機能とは

(包括的・継続的マネジメントが展開できること。ここに他の専門職の関わり方との違いがある)

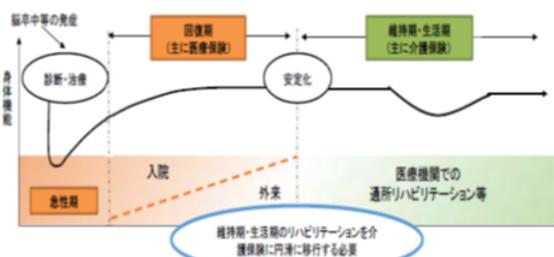
機能①：包括性

- 包括性には、
 - ① ICFの6要素を包括的に捉える
(人物と状態の全体像を俯瞰する)
 - ② 課題解決に向け、サービスや支援を統合する
(専門職と非専門職による支援を融合する)といった側面がある。
- 専門職は、自身の「介入」に関連する部分を主にアセスメントする。必ずしも**全体像を見ている訳ではない**。



機能②：継続性

- 本人の状態像、意向・思いなどは時間経過とともに変化していく。こうした変化に寄り添いながら支援を適宜見直していく必要がある。
- 専門職の場合、提供体制が縦割り構造のため、限定された時期における関与となりがち (例：急性期／回復期／生活期に関わるリハ職は原則異なる)。
- **継続的関与が可能な職種は、ケアマネジャーと主治医のみ。従って、両者の連携は必須となる。**
- 継続的支援を適切に行うためには、①本人の状態像が今後どのように変化していくのか、②今後何が起こり得るのかなどの**見通し(イメージ)を持った上での対応が必要**となる。

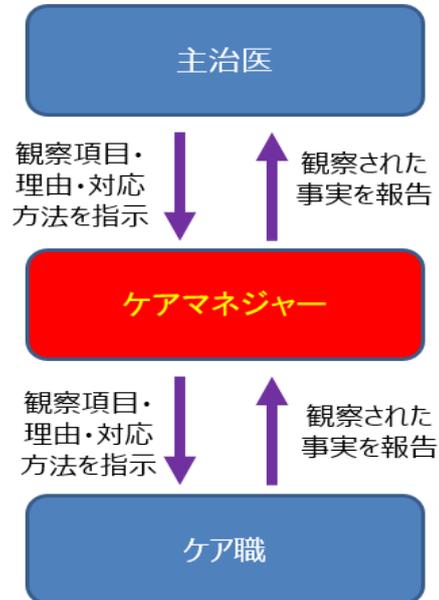


1) ケアマネジメントに求められる機能とは

(主治医の指示の内容と意図を理解し、翻訳した上で、ケア職に伝える機能)

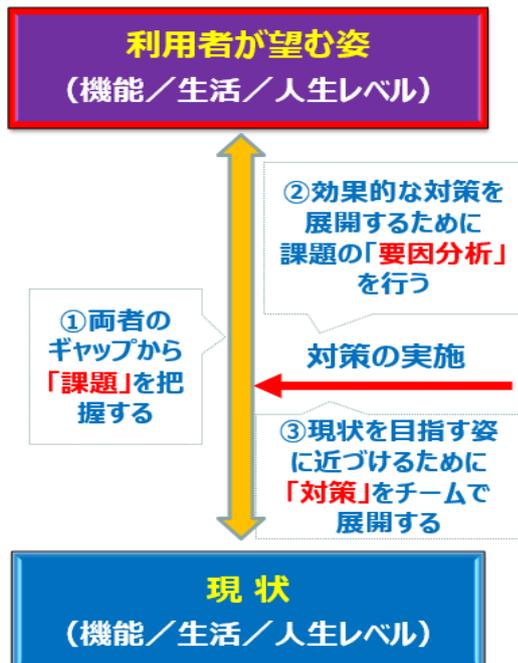
機能③：通訳機能

- ▶ 第152回介護給付費分科会(2017.11.22)では、**平時からの医療との連携強化**の観点から、「**主治の医師等が適切な判断を行える**」よう、訪問介護事業所等から**伝達を受けた利用者の状態**（口腔に関する問題や服薬状況等）や、モニタリングの際にケアマネジャー自身が**把握した利用者の状態**等について、ケアマネジャーから主治の医師等に必要な**情報伝達**を行うことを運営基準で明確化することで、主治の医師等がケアプランに医療サービスを位置付ける必要性等を判断できるようにしてはどうかとの提案が行われ、今回の見直しに反映された。
- ▶ 主治医とケア職の間に位置するケアマネジャーには、適切な情報収集に対するケア職への指示と、客観的事実の主治医への報告機能が求められる。
- ▶ ただ、伝達には、①**報告レベル**（主治医からの指示をそのままケア職に伝える、ケア職から聞いたことをそのまま主治医に伝える）、②**通訳レベル**（**指示された内容とその意図を理解し、ケア職がその意味を理解し、意識をもって観察しにいくといった行動に移せるように翻訳して伝える**）がある。マネジメントの専門家であれば、本来、通訳レベルが期待されることになる。



2) ケアマネジメントの対象領域とアセスメントの構造

マネジメントの対象となる「課題」の捉え方と「要因分析」「対策」の関係性



マネジメントの基本的視点

- ▶ マネジメントとは「**課題**」を対象とするもの。
- ▶ 課題とは、望む姿と現状のギャップのこと。したがって、「**利用者が望む姿の設定**」が必須となる。要援護者の場合、要援護状態前の生活が、こうありたいと思う姿を考える際に参考となる場合が多い（**以前の生活と今の生活の違い**）。
- ▶ マネジメントの方法としては、①改善（課題の縮小）を目指すもの、②リスク回避により現状維持を目指すものがある。
- ▶ **前者は、「現状」を「利用者が望む姿」に近づけることで、課題の改善ないし解決を図るもの。**
- ▶ **後者は、課題拡大のリスク（例：再発による生活機能低下）がある場合に、こうした事象が起きないようにするもの（リスクマネジメント）。**
- ▶ 課題は、マネジメントの対象（例：歩行距離を現状の50mから300mに延ばす、入浴の自立度を見守りレベルに改善する、最期にしたい夢をかなえるなど）によって、人生レベルから生活レベル、機能レベルまで、様々な設定が可能となるが、いずれも、本人が望むレベルと現状のギャップを、対策の対象とする点は同じである。

マネジメントの対象の枠組みとは

ケアマネジメントの方法とは

- 課題とは「あるべき姿」と「現状」のギャップのこと。
- 前述したように、マネジメントの方法は、一般的に以下の2つに大別できる
方法1：「現状」を「利用者が望む姿」に近づける（改善策／解決策）
方法2：「現状」と「利用者が望む姿」のギャップの拡大を防ぐ（リスクマネジメント）
- これら方法を、ケアマネジメントの視点から整理し直すと
 - ①現在の「**心と体／生活／環境／支援体制**」を適切な状態に整える
 - ②身体に起こる可能性が高い「**リスク**」に備える
 となる（※ただし、具体的なリスクとは何かは、疾患によって異なる）。

マネジメントの対象の枠組み

【Ⅰ】心と体／生活／環境／支援体制を「整える」

- 領域1：「**心と体**」を整える（呼吸、循環、生活リズム、睡眠、不安など）
- 領域2：「**日常生活**」を整える（基本動作、IADL／ADL、役割など）
- 領域3：「**生活環境**」を整える（住環境、ケア環境など）
- 領域4：「**支援体制**」を整える（専門職／非専門職による支援体制）

【Ⅱ】身体に起こる可能性が高いリスクに「備える」

- 領域5：「**リスク**」に備える（転倒／機能低下／再発／合併症の予防など）

領域3・4に関しては個別性が高いため標準化は困難。今回は、領域1・2・5について疾患別の標準化を試みた。

ケアマネジメントの対象領域とICFをベースとしたアセスメントの構造

健康状態

心身機能・身体構造

活動・参加

ケアマネジメントの対象領域

【Ⅰ】身体／生活／環境／支援体制を整える

- ・課題1: **心と体を整える** (呼吸、循環、生活リズム、睡眠、不安など)
- ・課題2: **日常生活を整える** (基本動作、IADL／ADL、役割など)
- ・課題3: **生活環境を整える** (住環境、ケア環境など)
- ・課題4: **支援体制を整える** (専門職／非専門職による支援体制)

【Ⅱ】身体に起こる可能性が高いリスクに備える

- ・課題5: **リスクに備える** (転倒／機能低下／再発／合併症)

環境因子

個人因子

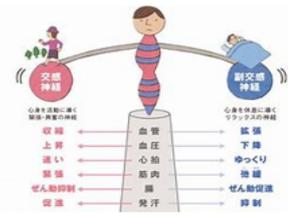
課題の対象領域別に見た主な課題とは —パーキンソン病の場合—

課題の対象領域	主な課題
【Ⅰ】心と体／生活／環境／支援体制を「整える」	
・課題1：心と体を整える	課題1：自立神経のバランス悪化による影響への対応 (便秘／頻尿／起立性・食事性低血圧／睡眠不足など) 課題2：精神面への対応 (活動意欲の低下／不安／幻覚・妄想／認知症症状など)
・課題2：日常生活を整える	課題1：適切な服薬コントロールの実現 課題2：リハによる歩行動作／IADL・ADL／活動性の維持
・課題3：生活環境を整える	(個別性が高く、標準化は困難)
・課題4：支援体制を整える	(個別性が高く、標準化は困難)
【Ⅱ】身体に起こる可能性が高いリスクに「備える」	
・課題5：リスクに備える	課題1：転倒予防 課題2：重症度の進展予防 課題3：合併症予防 (誤嚥性肺炎、低栄養、褥瘡など)

課題 1：自立神経のバランス悪化による影響への対応

自律神経とその役割

- 自律神経は「循環」「呼吸」「消化」「発汗・体温調節」「生殖機能」など不随意的機能を制御する神経のことである。
- 自律神経には交感神経と副交感神経があり、それらが互いにシーソーのように拮抗しあいバランスをとっている。
- パーキンソン病では**交感神経が過度に緊張**するため、**両者のバランスが崩れやすく、様々な症状が引き起こされやすい**(便秘／排尿障害／起立性低血圧／食事性低血圧／発汗障害／流涎／性機能障害など)。



自律神経に障害が生じると……

主な症状 (非運動症状)

便秘

- 消化管の副交感神経支配の低下により、**腸の蠕動運動が障害**され、**消化管の通過障害**が起こる。
- 運動障害により、①腹圧をうまくかけられない、②括約筋の弛緩と協調が不良となることで、**排泄困難が生じる**。
- 便秘は、**薬の吸収にも影響を及ぼす**ことになる
⇒**運動症状の悪化が起こる**。



排尿障害

- パーキンソン病では、膀胱に尿を留めておけない**蓄尿障害**により、**頻尿**が起こりやすくなる(排尿抑制中枢の障害が原因か?)。
- 頻尿は、夜間の睡眠を障害して、日中傾眠を引き起こす場合がある
⇒**転倒リスクの増加を引き起こす**。

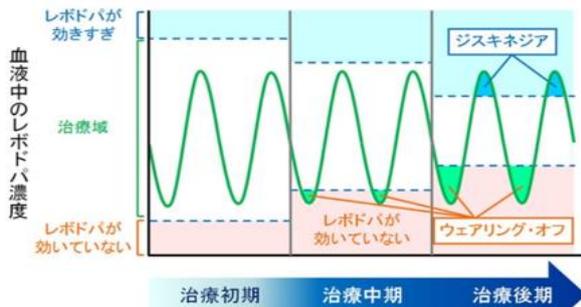


起立性／食事性低血圧

- パーキンソン病患者は血圧が低い場合がある。そのため、起立により、めまいやふらつきが起こりやすく、また、**失神を起こす場合もある**。
- 食事により、消化管の血流が増加し、その結果、血圧が低下する。



課題2：適切な服薬コントロールの実現



【ウェアリング・オフ】

- 薬の効果が弱まり体が動かなくなる
- 静止時振戦がでる。

【ジスキネジア】

- 薬を増量していくと不随意運動を生じる

あなたの1日の症状パターンを記録しましょう！

記入例

【記入日】 20 / 4年 7月 / 8日

起床から就寝まで、30分ごとに記入！

ジスキネジアがあれば、その程度を2段階でチェック！

その時間での動きやすさの程度を3段階でチェック！

睡眠時間をすべてチェック！
昼寝時間も忘れず！

食事した時間にチェック！
間食した時間も忘れず！

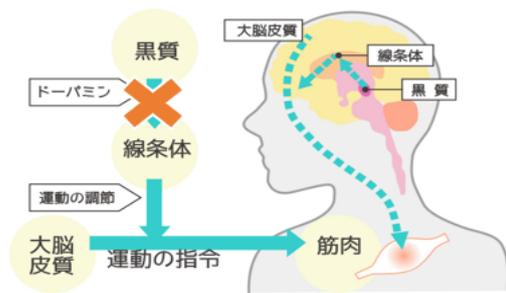
レボドパ製剤[®]を服用した時間にチェック！

時間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	正午	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
ジスキネジアの程度																						
動きやすさの程度																						
睡眠																						
食事																						
レボドパ製剤																						

※レボドパ(L-DOPAともいう)製剤の商品名: スタレボ[®]配合錠100/150、メネジッド[®]、ネオドパ[®]、マドパー[®]、イーシード[®]、ネオドパ[®]、ネオドパ[®]など
★チェックは - / とも、○ / とも、√ / ともよく、思うように記入できない場合は、ご家族の記入でも結構です。

課題2：歩行動作／ADL・IADL／活動性の維持

正常運動のメカニズム



黒質で生成されたドーパミン(神経伝達物質)が線条体に送られる

線条体から大脳皮質に運動を調整する指令が出される

大脳皮質から全身に運動の指令が伝えられ、スムーズな運動が行われる

ドーパミンが減少することで運動に障害が生じる

パーキンソン病の4大兆候



【歩行の特徴】

- ✓ 手足が硬く、動きがぎこちない
- ✓ 小刻み歩行
- ✓ 前かがみ歩行
- ✓ 一歩目がなかなか踏み出せない (すくみ足)
- ✓ 歩行時のバランスが悪い
- ✓ 突進するように歩く
- ✓ 方向転換時にバランスを崩しやすい
- ✓ 止まるのが難しい など

出所) <https://mamotte.jp/parkinsondisease> より引用

課題5：重症度の進展予防

ホーン・ヤールの重症度分類

Stage I

一側性 パーキンソニズム

- ・体の片側にだけ、安静時振戦や筋強剛、動作緩慢などの運動症状が見られる。
- ・症状は軽症。



Stage II

両側性 パーキンソニズム

- ・体の左右両方に安静時振戦や筋強剛、動作緩慢などの運動症状が見られる。
- ・日常生活や仕事に多少の障害があるが行うことは可能。



Stage III

軽～中重度 パーキンソニズム

- ・姿勢反射障害と小刻み歩行やすみみ足が見られる。
- ・介助なしで生活ができ、職業によっては仕事が続けられる。
- ・運動症状は軽～中等度。



Stage IV

歩行は介助なしで辛うじて可能

- ・立上りや歩行はどうか可能。
- ・しかし、日常生活が1人では困難で、あらゆる面で部分的な介助が必要。
- ・運動症状は中度～重度。



Stage V

歩行には介助が必要

- ・自力で歩行だけでなく立つことも不可能で、車いすが必要。
- ・ベッドで過ごす時間が長い。



症状／状態像の変化の概念図（パーキンソン病の場合）

重度化予防
(リスク)

症状

運動性

非運動性

観察
ポイント

重症度

Hoehn & Yahr
生活機能障害度

振戦、固縮
動作緩慢

無動、バランスは
悪いが立て直せる

先行症状として嗅覚障害、
レム睡眠行動異常症、
便秘

・手の振るえや身体のバランスと、薬との関係をチェック

I～II度
1度

転倒→骨折

すみみ足、小刻み歩行、
突進現象、方向転換
困難、小声、

姿勢反射障害
強く身体を立て
直せない

ウェアリング・オブ
ジスキネジア
妄想・幻視（幻聴）

・立ち上がり、歩き始めの一步の動作や
足運び、歩行の姿勢を観察
・症状と薬の関係をチェック

III～IV度
2度

誤嚥→肺炎

低栄養→褥瘡
活動低下

表情が乏しい
ほとんど自分で動けない

認知症
嚥下障害

・全身状態と感染徴候の観察

V度
3度

