

# ケアマネジメントの質の向上に向けた施策動向と諸課題

## ～本人が望む暮らしの実現に向けて～

### 【内容】

1. ケアマネジメントを取り巻く環境変化
2. 地域包括ケアシステムにおけるケアマネジメントの位置づけと期待される役割
3. 介護制度改正／報酬改定の動向  
-ケアマネジメント／サービスの質向上対策を中心に-
4. ケアマネジメントの進め方-生活行為の維持・向上を例に-
5. ケアマネジメント展開上の課題
6. ケアマネジメントの今後  
-多職種・多主体協働による課題解決力の向上-

埼玉県立大学大学院／研究開発センター  
川越雅弘

**1. ケアマネジメントを取り巻く環境変化**  
**ー人口構造の変化とそれに伴うニーズの変化ー**

# 人口構造の変化

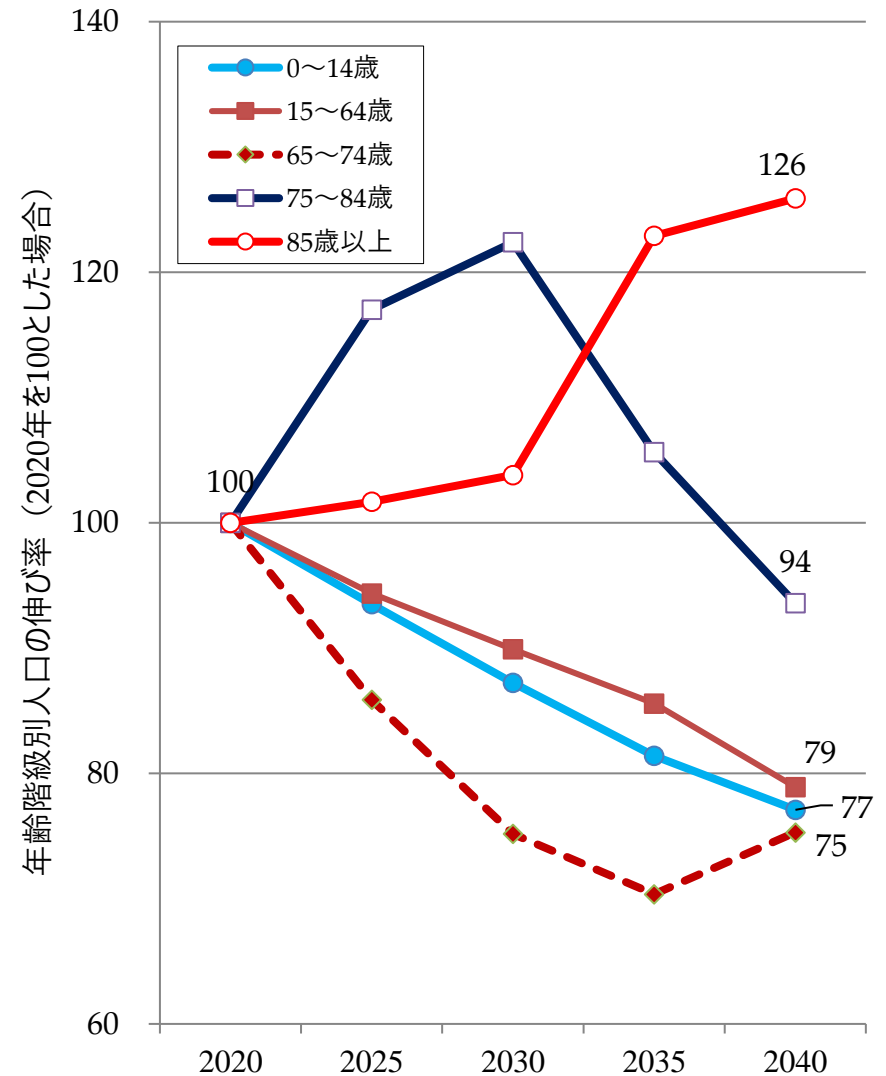
# 島根県における2020～2040年間の人口構造の変化

## －85歳以上人口の増加と生産年齢人口減少の同時進行－

### 2020年と2040年の年齢階級別人口の変化

	2020		2040		変化量
	(人)	(%)	(人)	(%)	
総数	669,797	100.0	558,290	100.0	-111,507 (-16.6%)
0-14歳	81,489	12.2	62,832	11.3	-18,657 (-22.9%)
15-64歳	355,208	53.0	280,285	50.2	-74,923 (-21.1%)
65-74歳	107,424	16.0	80,881	14.5	-26,543 (-24.7%)
75-84歳	74,051	11.1	69,302	12.4	-4,749 (-6.4%)
<b>85歳以上</b>	<b>51,625</b>	<b>7.7</b>	<b>64,990</b>	<b>11.6</b>	<b>13,365</b> <b>(25.9%)</b>
再掲) 65歳以上	233,100	34.8	215,173	38.5	-17,927 (-7.7%)
再掲) 75歳以上	125,676	18.8	134,292	24.1	8,616 (6.9%)

### 年齢階級別人口の伸び率の推移

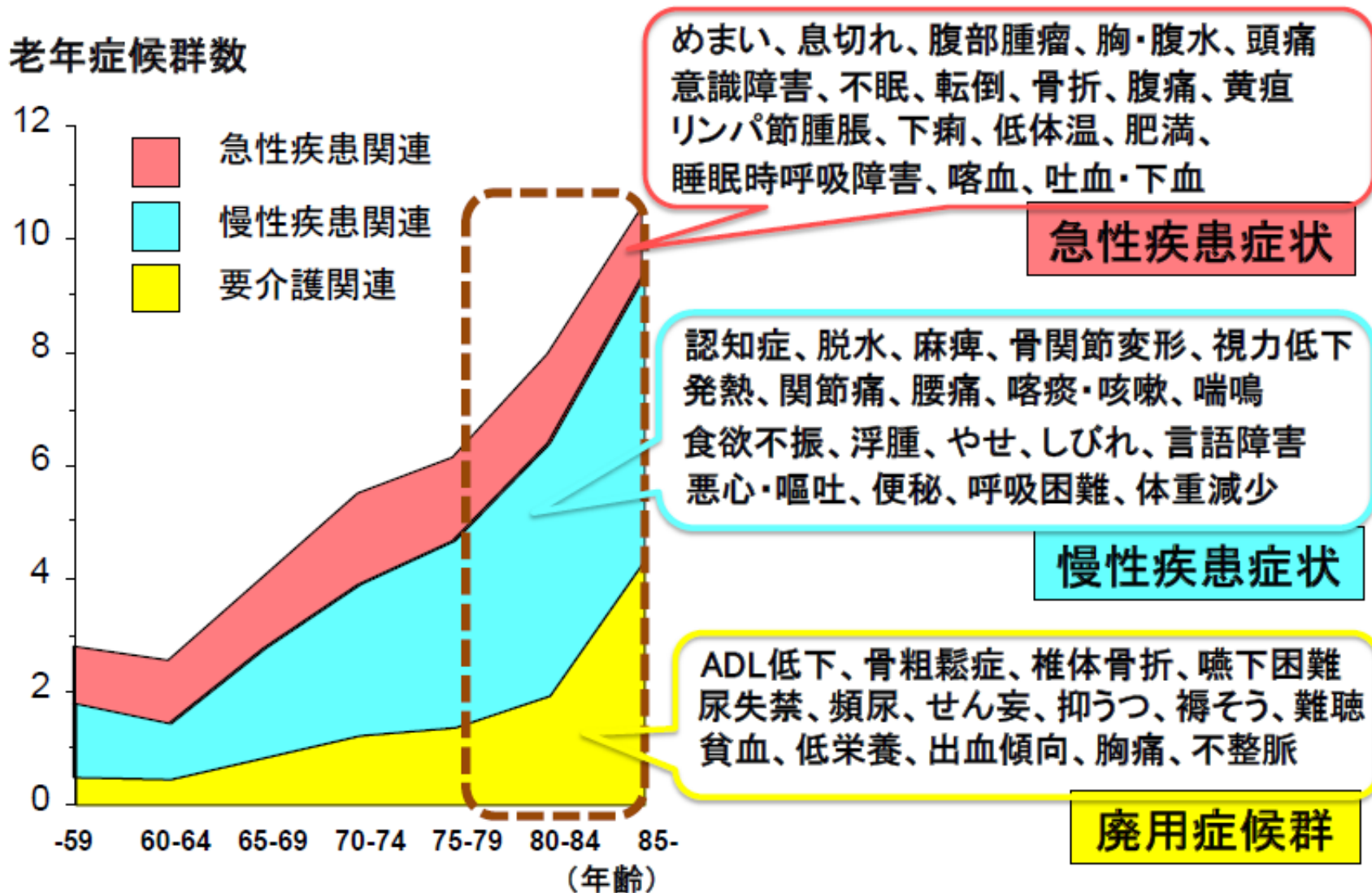


# 人口構造の変化が ケアマネジメントに及ぼす影響とは

# 人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響①

(医療と介護のニーズ保有者の増加 ⇒ 医療との連携強化と医療・介護連携の質の向上の促進)

図. 年齢階級と老年症候群の保有数の関係

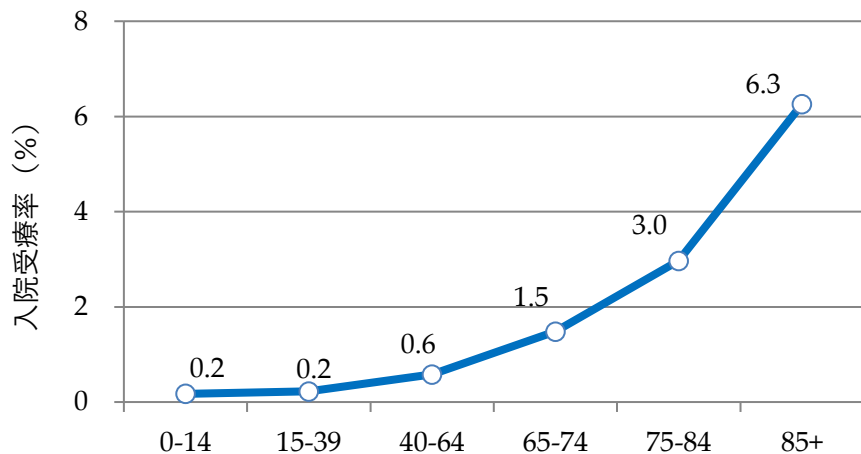


# 人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響②

(75歳以上高齢者の入院の増加 ⇒ 継続的ケアマネジメントの質向上による円滑な退院の実現)

## 年齢階級別にみた入院受療率

図. 年齢階級別にみた入院受療率



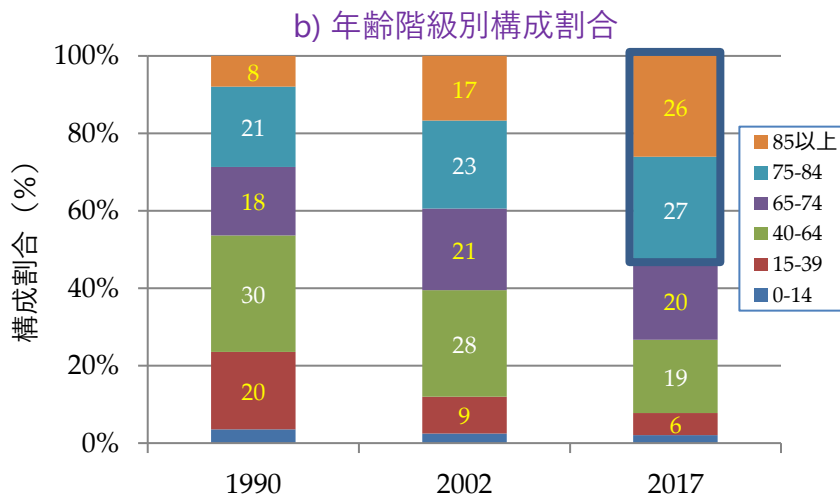
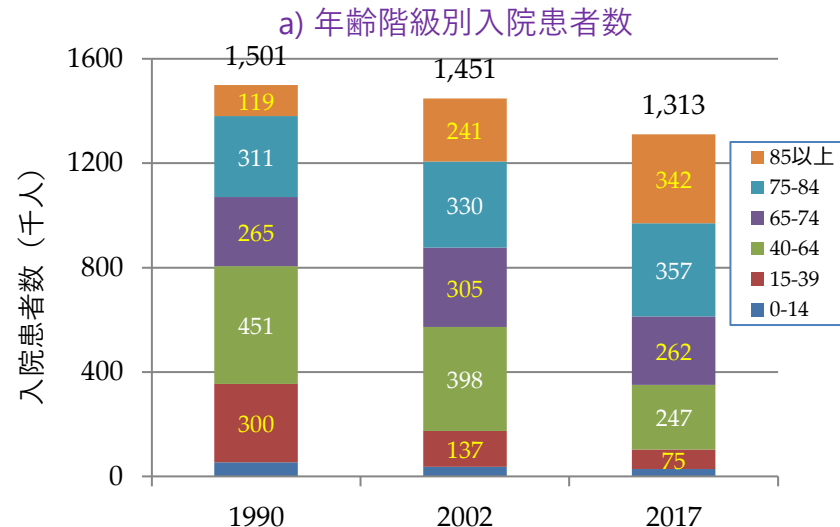
出所) 厚生労働省「2017年患者調査」より自作

## 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

図. 年齢階級別入院患者数／構成割合の推移



出所) 厚生労働省「患者調査」より自作

# 人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響③

(死亡者数の急増⇒今後の変化を予測しながら、本人の想いや意向に沿ったACPを推進する)

## 死亡場所別死亡者数の推移

図. 場所別にみた死亡者数及び伸び率の推移

a) 場所別死亡者数 (万人)

	2000	2005	2010	2015	2019
総数	96.2	108.4	119.7	129.1	138.1
医療機関	77.9	89.3	96.1	98.8	100.7
自宅	13.4	13.3	15.1	16.4	18.8
老健	0.5	0.7	1.6	2.9	4.1
老人ホーム	1.8	2.3	4.2	8.2	11.8
その他	2.7	2.8	2.8	2.8	2.6

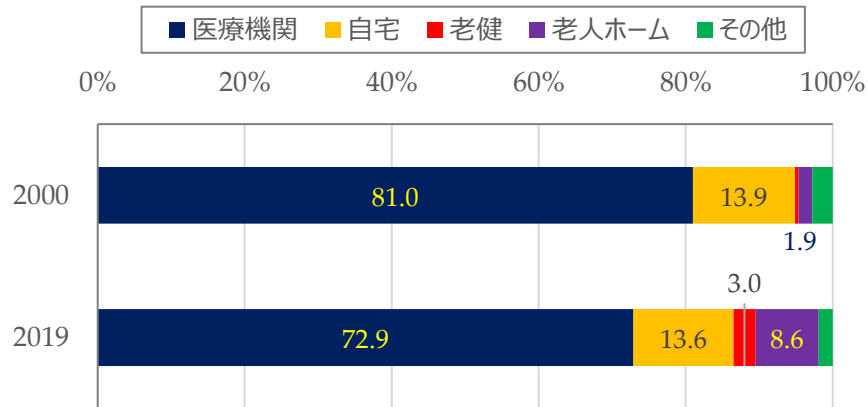
b) 場所別死亡者数の伸び率 (2000年を100とした場合)

	2000	2005	2010	2015	2019
総数	100.0	112.7	124.5	134.2	143.6
医療機関	100.0	114.7	123.4	126.9	129.4
自宅	100.0	99.4	112.9	122.8	140.9
老健	100.0	152.5	324.8	604.6	856.1
老人ホーム	100.0	130.7	236.4	458.7	664.1
その他	100.0	102.7	103.3	102.8	97.3

出所) 厚生労働省：人口動態調査

## 死亡場所別死亡者構成割合

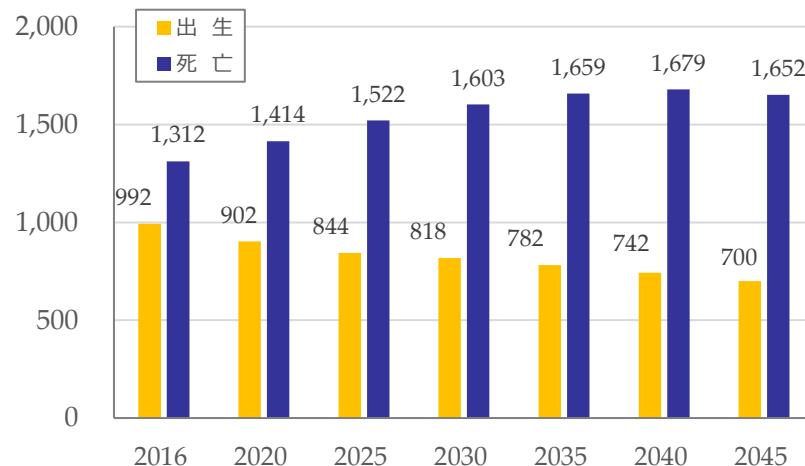
図. 死亡場所別にみた死亡者構成割合の推移



出所) 厚生労働省：人口動態調査

## 出生数・死亡数の将来推計 (単位：千人)

図. 出生数・死亡数の将来推計



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

(複合課題を持つ高齢者の増加 ⇒ 多職種・多主体の力を総動員し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

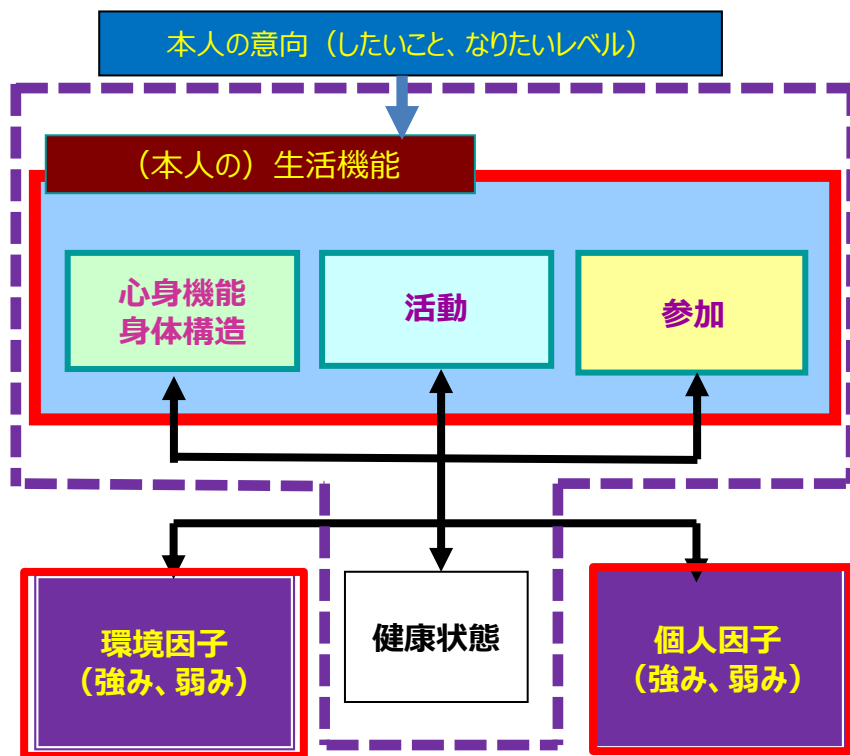
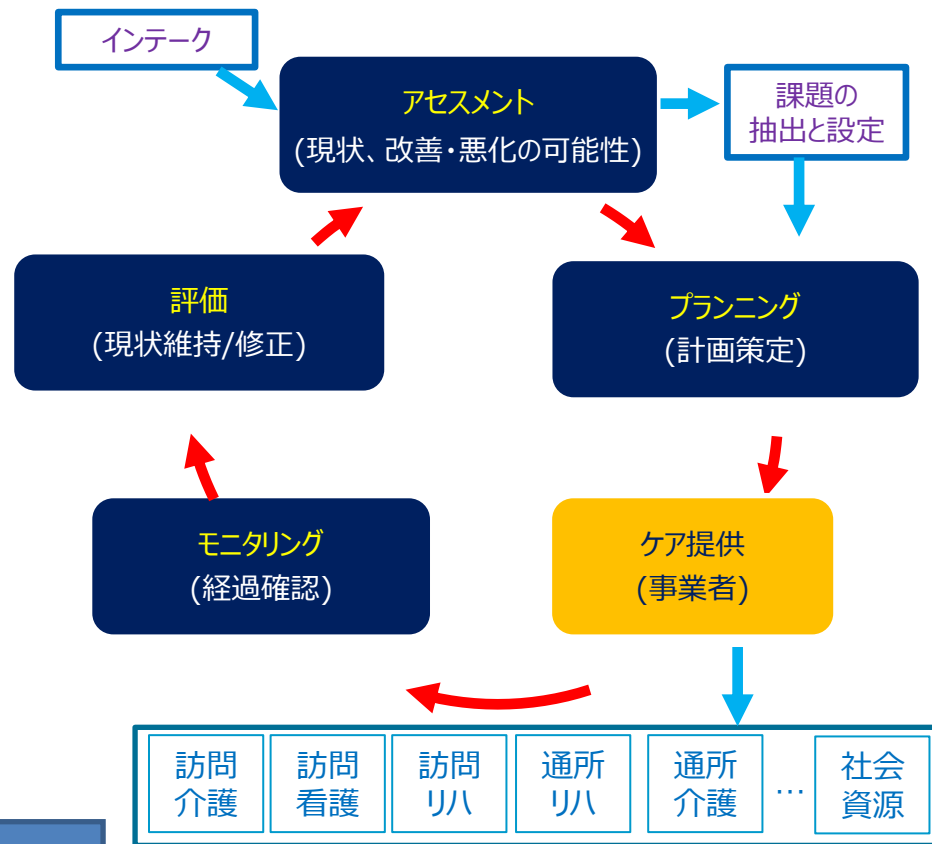


図. マネジメントプロセスとは



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、③ADLが低下しやすい、④個人／環境因子に個人差が大きい、⑤生活への支援が必要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。**

# ケアマネジメントの機能強化が求められる背景

ー人口構造の変化とその影響の視点からー

## 人口構造の変化

- 2040年にかけて、85歳以上人口が増加する。  
⇒その結果、独居高齢者や認知症高齢者が増えていく。



## ニーズの変化

- 医療と介護の両方のニーズを有する高齢者が増加していく。
- 85歳以上の入院患者が増加していく。
- 死亡者数も2040年頃まで増加していく。
- 生活支援に対するニーズを有する高齢者が増加していく。



## ケアマネジメントへの影響

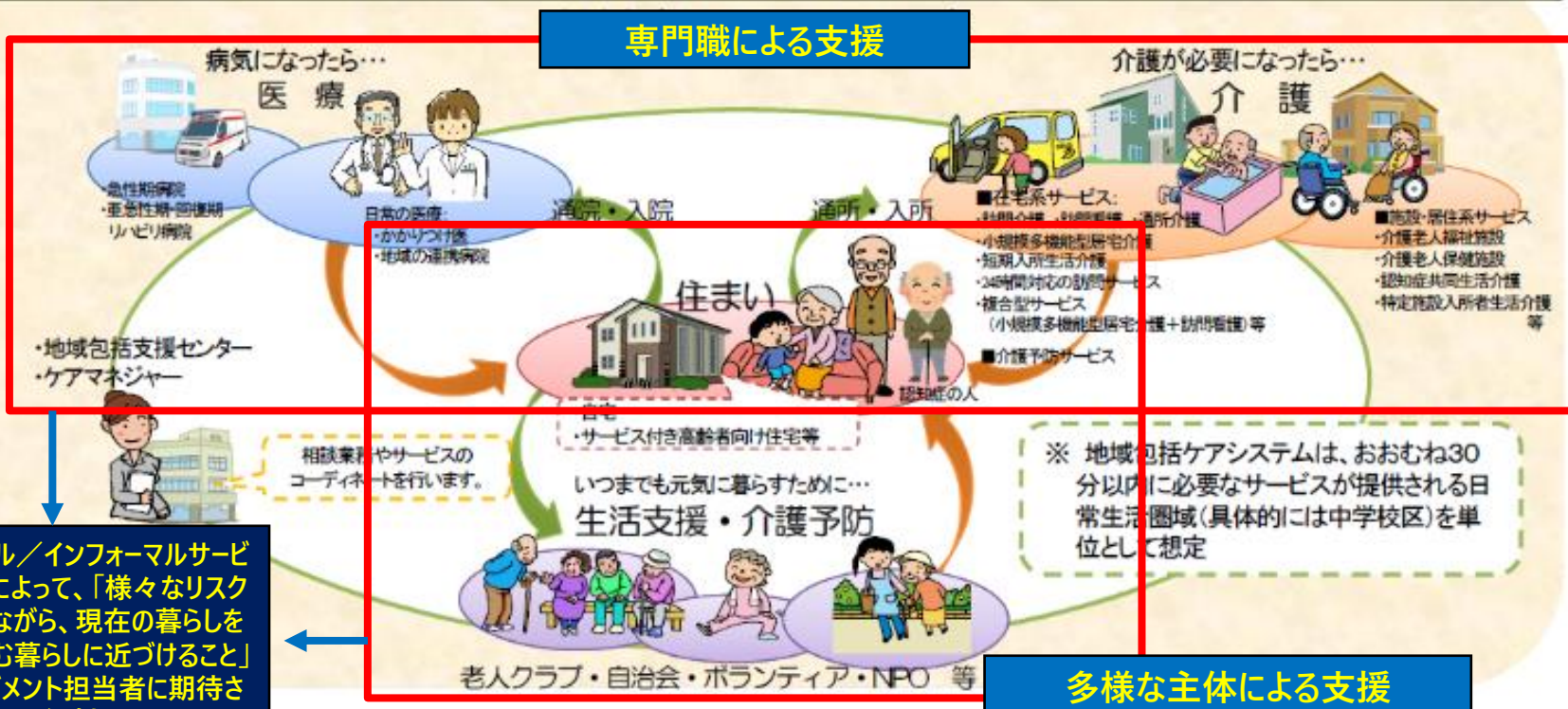
- 多様な場面（日常療養時／急変時／入退院時／看取り期）で、①医療と連携・協働を図ること（CM自身の問題として）、②医療と介護の連携を促進する（指示内容の意味や意図を通訳するなど）といった役割が求められる。
- 専門職と専門職以外が有する力を統合し、課題解決に結び付けていくといった役割が求められる（保険と保険外サービスの融合や統合を図る）。

## 2. 地域包括ケアシステムにおける ケアマネジメントの位置づけと期待される役割

# 地域包括ケアシステムの目的とケアマネジメントに期待される役割

(多様な主体による支援を統合して、現在の暮らしを本人が望む暮らしに近づけること)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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現していきます。
- 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も、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歳以上人口が急増する大都市部、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ことが必要です。

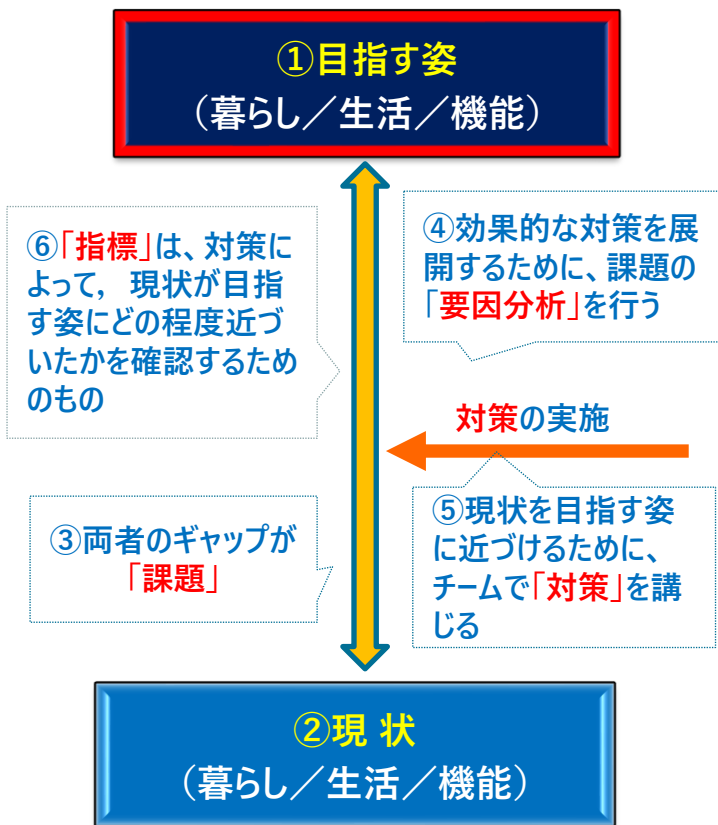


### 3. 介護制度改正／報酬改定の動向

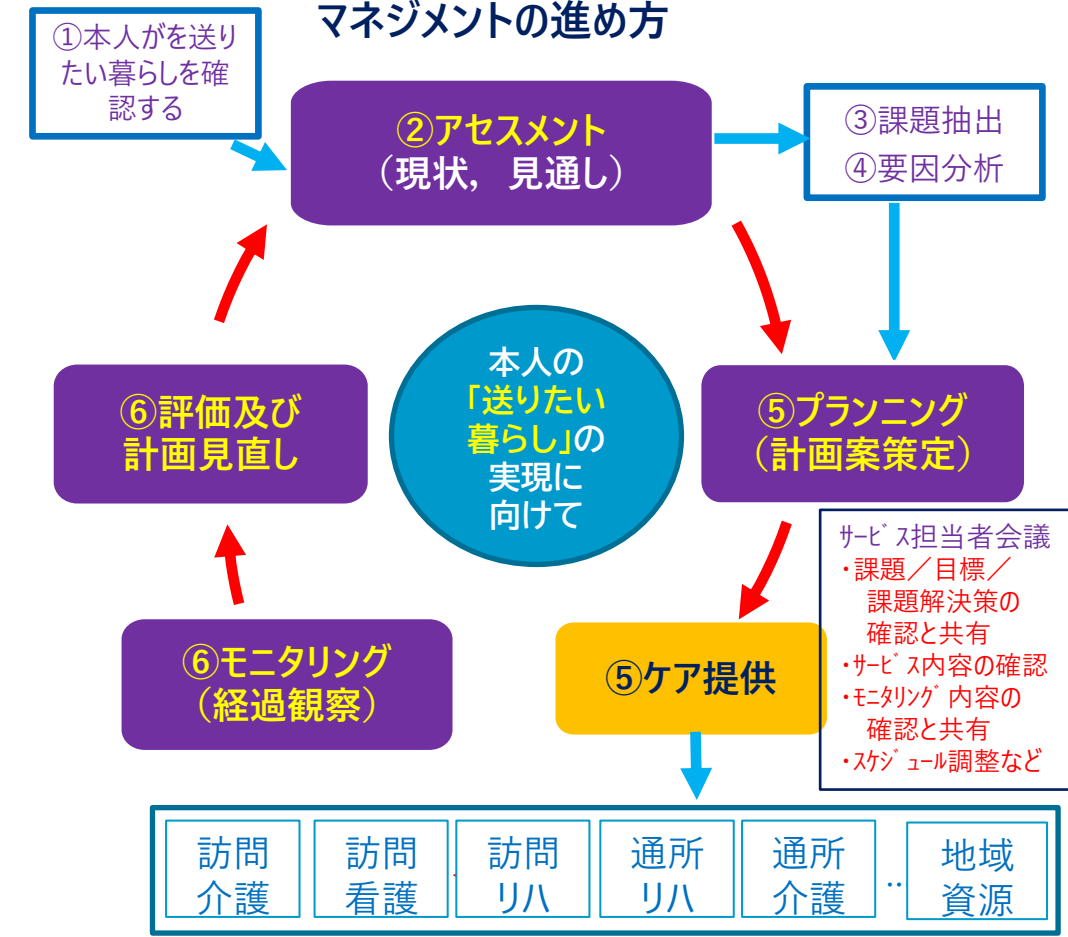
ーケアマネジメント／サービスの質向上対策を中心にー

# ケアマネジメントの理想的な展開方法とは

## 課題と対策の関係性



## マネジメントの進め方

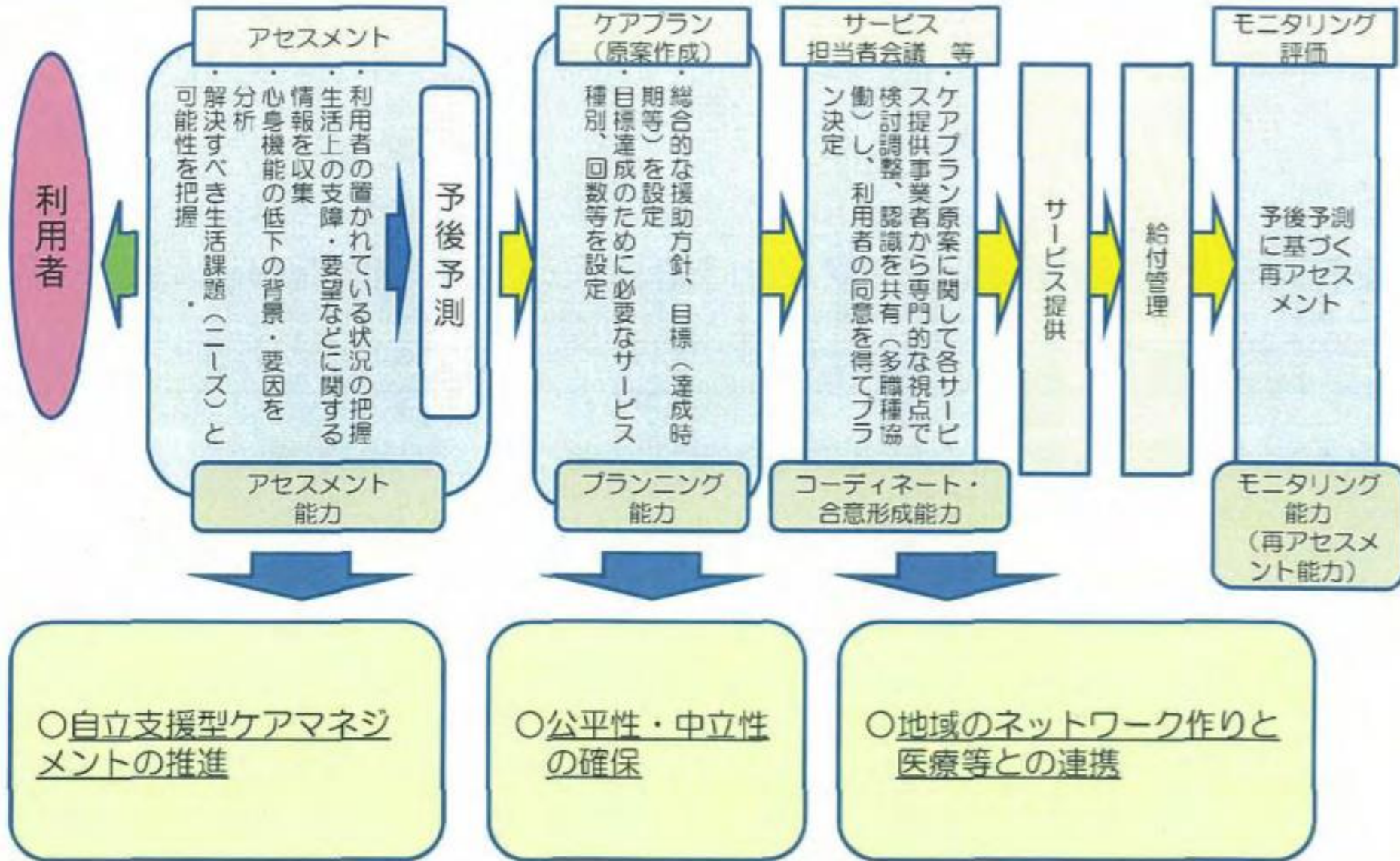


## ケアマネジメントの理想的展開を実現するための主な対策

- ① 課題解決に向けたケアマネジャーの思考力の強化
- ② ケアマネジャーと医療職の連携強化(主治医など)
- ③ サービス提供者のマネジメント力強化
- ④ サービス提供者同士の連携強化
- ⑤ 同一職種間の縦の連携強化
- ⑥ アセスメント情報の統合とそれに基づく個別援助計画の質の向上

# ケアマネジメントの流れと課題

～介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会より～



## 【国の対策①】

課題解決に向けたケアマネジャーの思考力の強化



# ケアマネジメントの質の向上に向けて

－「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会」中間的な整理（2013年1月7日）より抜粋－

## 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る**。

## II サービス担当者会議の機能強化

- 居宅サービス計画原案内容について、**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。

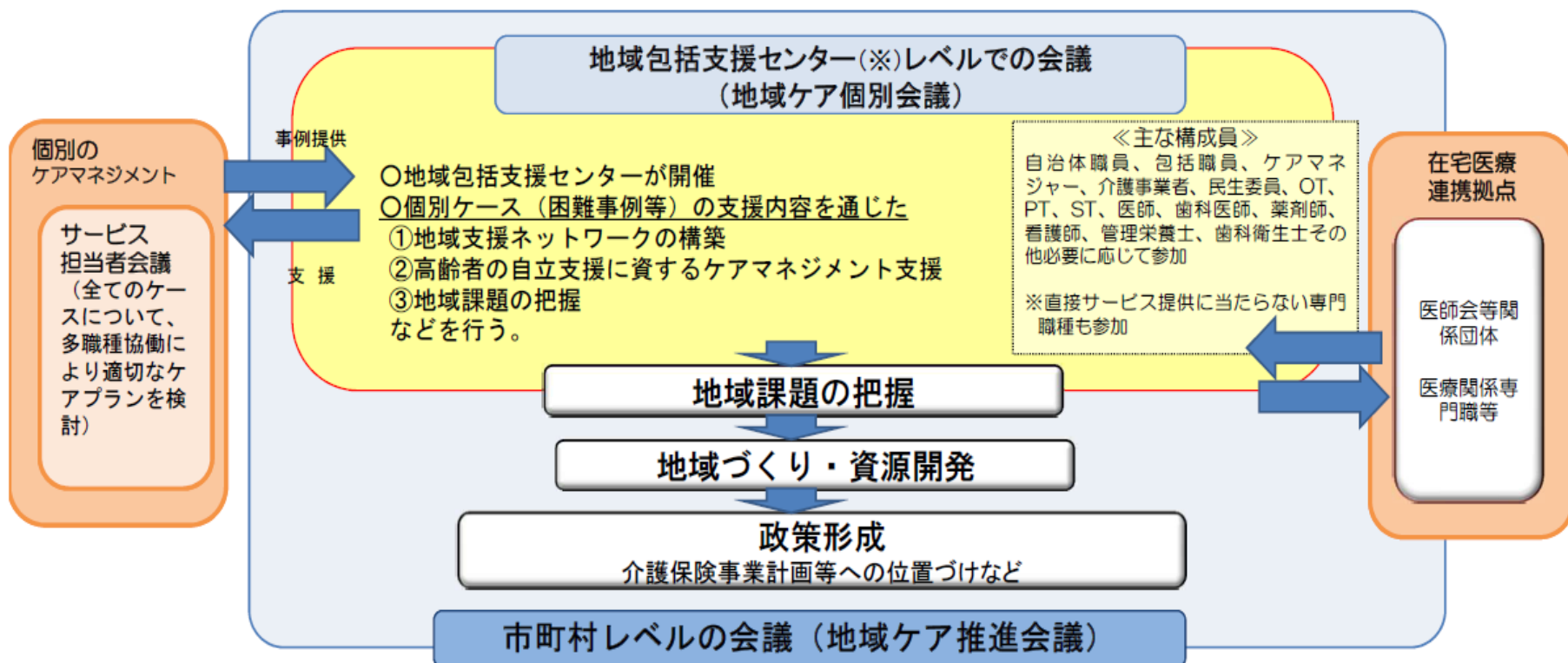
# 参考) 課題整理総括表とは

利用者名	⑤ 殿				作成日	/	/	
自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)	①	②	③	④	⑤	⑥	利用者及び家族の 生活に対する意向	①
状況の事実	② 現在		要因	改善/維持の可能性	備考 (状況・支援内容等)		④ 見 通 し	③ 生活全般の解決すべき課題 (コース)
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	排尿・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				

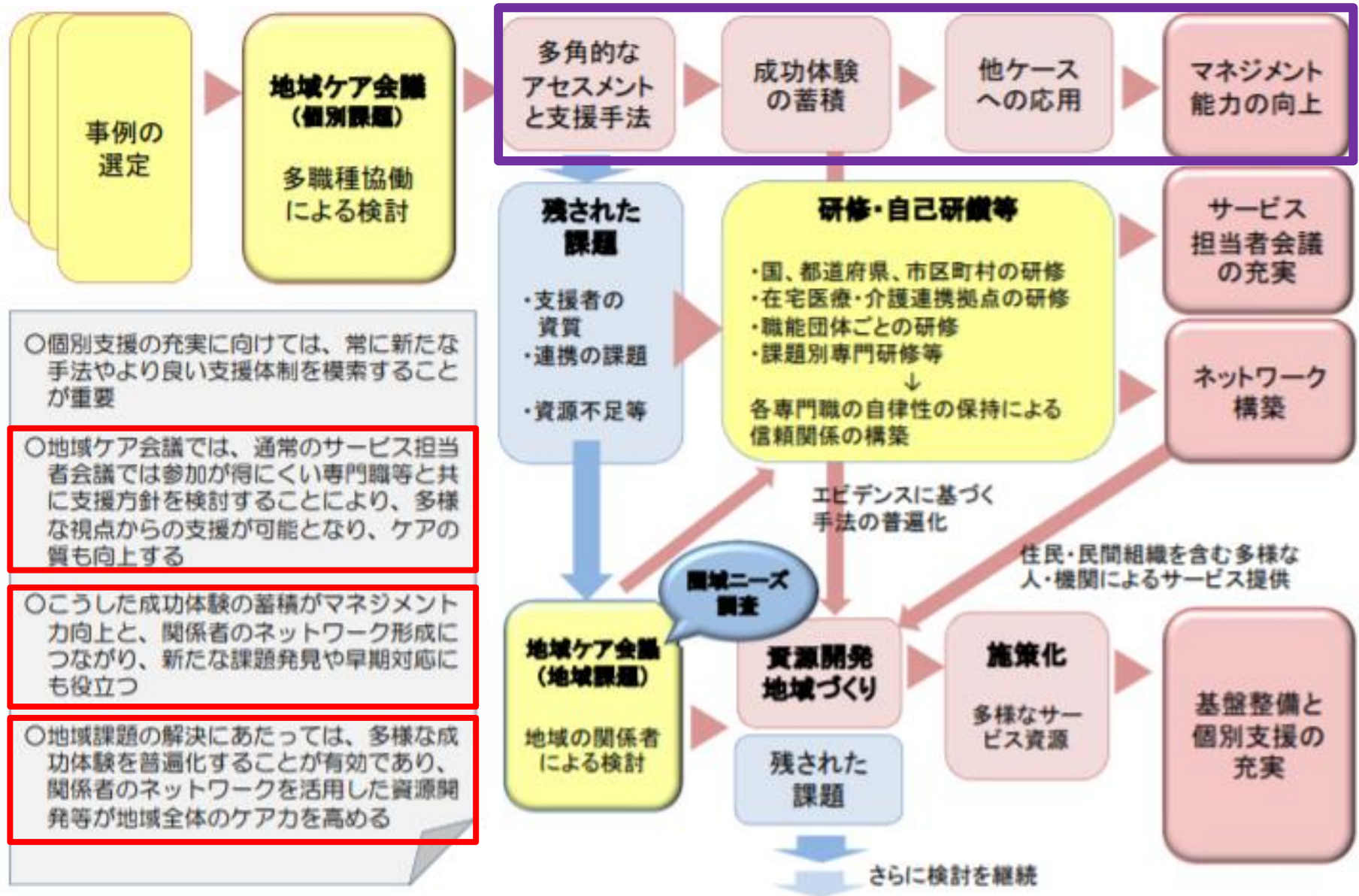
# 多職種の視点を学ぶための「地域ケア個別会議」 (多職種検討のメリットと方法の体験⇒サービス担当者会議の質の向上へ)

- 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、地域包括ケアシステム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・ブランチ・サブセンター合計7,072ヶ所)



# 地域ケア会議による波及効果（期待したこと）



## 【国の対策②】

ケアマネジャーと医療職の連携強化

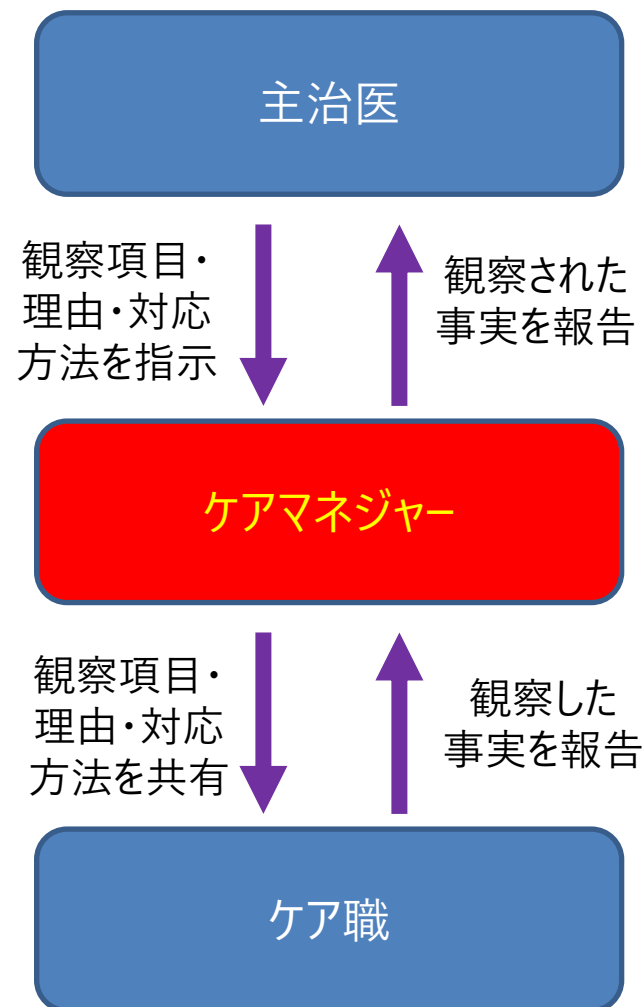
－主治医との連携を例に－

# 医師⇔ケアマネジャー⇔ケア職間の連携強化

(2018年介護報酬改定、主治医の指示の内容と意図を翻訳し、ケア職に伝える)

## 求められる通訳機能

- ▶ 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て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。



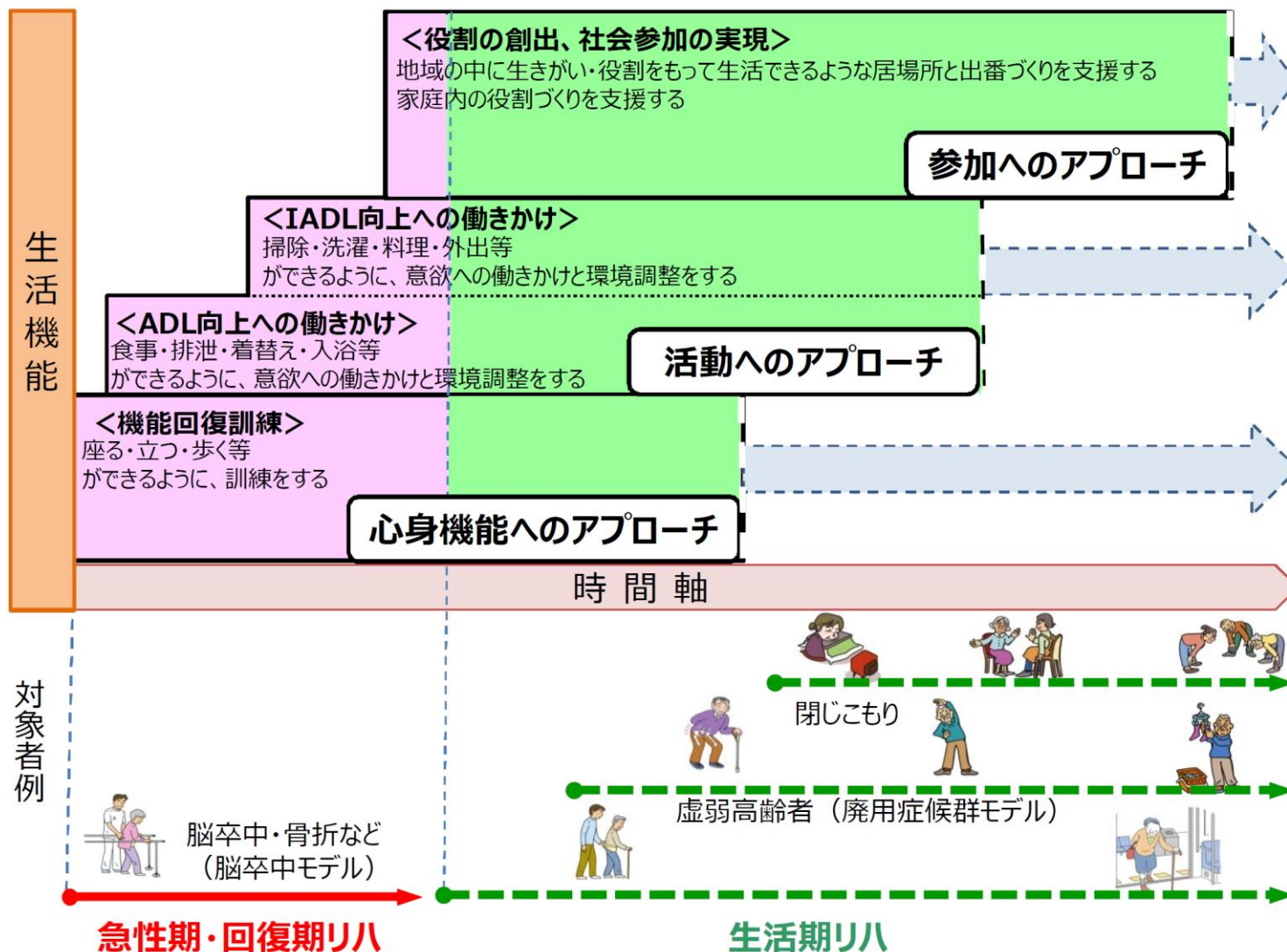
## 【国の対策③】

サービス提供者のマネジメント力の強化

—リハ職を例に—

# 病期別にみた高齢者リハビリテーションのイメージ

○急性期では心身機能へのアプローチが重要となるが、生活期では、活動や参加へのアプローチがより重要となる。



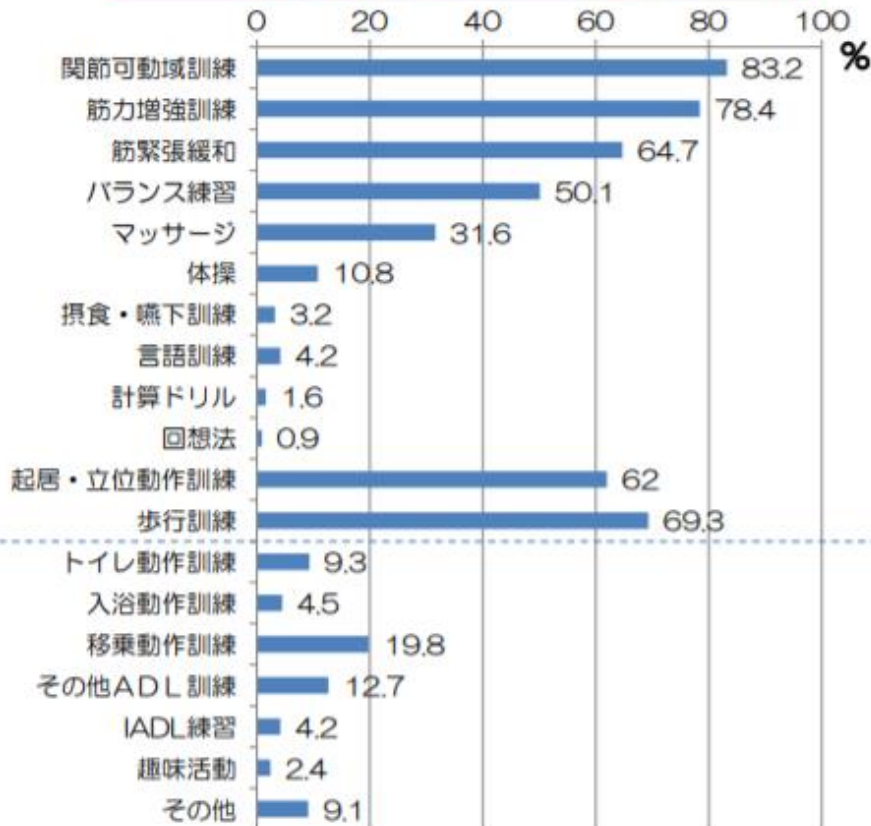


# 訪問リハ・通所リハでのプログラムの実施内容 (2012年度調査)

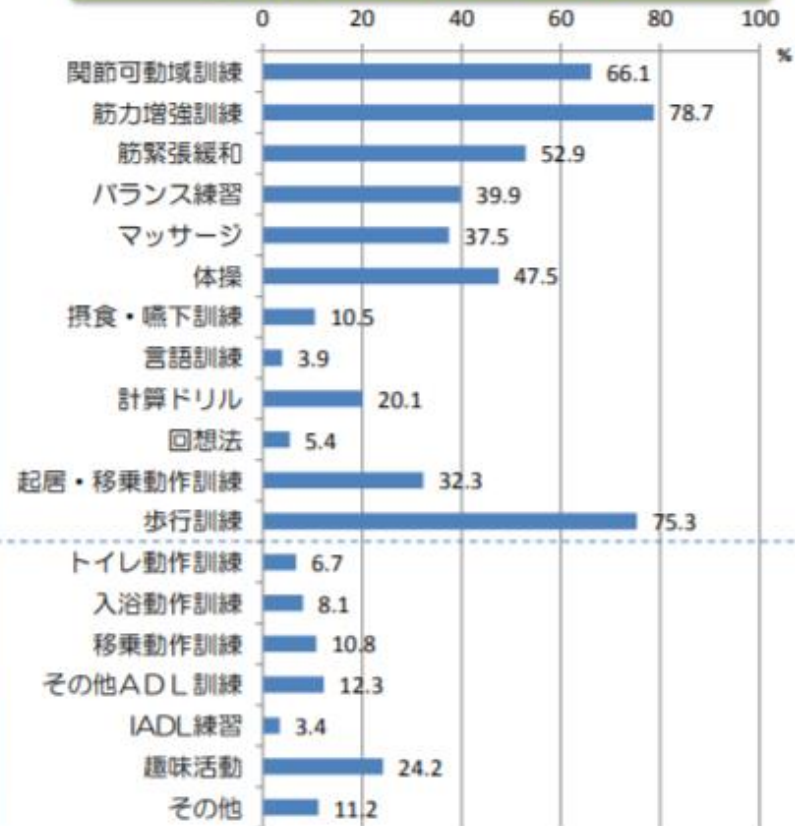
○訪問も通所リハビリテーションともに心身機能に関するプログラムが多く、参加に向けたプログラムがほとんどない。  
○訪問に比較し、通所は体操や計算ドリルなどの認知症に対するプログラム、趣味活動に関するプログラムが特徴的にみられる。

対象：要支援1・2～要介護5（訪問リハ 500事業所、通所リハ 500事業所、通所介護500事業所を無作為抽出し、調査。  
(回答)訪問リハ250事業所(回収率50.0%)(1438事例)、通所リハ234事業所(回収率46.8%)(2260事例)

## 訪問リハビリテーション n=1438例



## 通所リハビリテーション n=2260例



# 活動と参加に焦点を当てたリハの推進（2015年度介護報酬改定）

- 高齢者ができる限り住み慣れた地域で尊厳を持って自分らしい生活を送ることができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を進める。

## 1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

### (1) 中重度の要介護者等を支援するための重点的な対応

- ・ 24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型サービスを始めとした「短時間・一日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といったサービスの組み合わせを一体的に提供する包括報酬サービスの機能強化と、普及に向けた基準緩和
- ・ リハビリテーション専門職の配置等を踏まえた介護老人保健施設における在宅復帰支援機能の更なる強化

### (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

- ・ リハビリテーションの理念を踏まえた「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サービス提供を推進するための理念の明確化と「活動」、「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入

### (3) 看取り期における対応の充実

- ・ 本人及び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ため、本人・家族とサービス提供者の十分な意思疎通を促進する取組を評価

### (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・嚥下機能の低下等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、多職種協働による支援を充実

## 2. 介護人材確保対策の推進

- ・ 介護職員処遇改善加算の更なる充実
- ・ サービス提供体制強化加算（介護福祉士の評価）の拡大

## 3. サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

- ・ 「骨太の方針」を踏まえたサービスに係る評価の適正化について、各サービスの運営実態や1.及び2.も勘案しつつ実施
- ・ 集合住宅へのサービス提供の適正化（事業所と同一建物に居住する減算の適用範囲を拡大）
- ・ 看護職員の効率的な活用の観点等から、人員配置の見直し等を実施（通所介護、小規模多機能型居宅介護等）

# 生活期リハビリテーションマネジメントの見直し (2015年度介護報酬改定)

## 見直しのポイント

### (1) 利用者主体の日常生活に着目した目標設定

- 利用者の意向に基づく適切な目標の設定
- 以前の不自由のない生活機能と現在の低下した生活機能との差を受け止め、自分の持つ能力の限界と可能性を理解(受容)するために、医師による通所・訪問リハビリテーション計画の説明と同意を徹底

### (2) 多職種協働を実現するための具体的な仕組みの導入

- 日常生活に着目した具体的なアセスメント結果や支援方針など目標や期間等を定めた計画の共有
- 介護支援専門員や訪問介護などの他の居宅サービス提供者が参加する「リハビリテーションカンファレンス」機能を強化し、アセスメント結果などの情報を共有するとともに、協働に向けた支援方針や計画の検討の場として活用

### (3) プロセスマネジメントの導入

- リハビリテーション提供の行程管理を徹底するためのプロセス票を導入し、プロセスの明確化と共有を図る

## Survey(初回調査)

- ・ ニーズ調査票 様式A
- ・ アセスメント票 様式B

## Plan(計画)

- ・ リハ計画書 様式C
- ・ カンファレンス記録 様式D

## Do(サービス提供)

## Check(評価)

- ・ アセスメント票 様式B
- ・ プロセス票 様式E

## 見直し後のリハビリテーションマネジメントの流れ

### ○リハビリテーション開始前の情報収集

- ・ サービス担当者会議への参画
- ・ 医師からの診療情報提供書
- ・ 介護支援専門員からのケアマネジメント連絡用紙
- ・ 居宅訪問による本人・家族のニーズの把握(様式A)

### 通所・訪問リハビリテーション事業所

### ○暫定リハビリテーションサービスの提供

- 医師の診察
- アセスメント(様式B)

### ○リハビリテーションカンファレンスの強化

- ・ 協働:本人・家族、医師、PT、OT、ST、看護職、介護職
- ・ 通所・訪問リハビリテーション計画の作成(様式C)

### 医師による本人と家族への説明・同意

- リハビリテーションサービス提供  
利用者のニーズや状態に基づき作成された計画に従って提供される

**Act  
(改善)**

- 利用者のモニタリング(評価) (様式A、様式B)
- PDCAサイクルの管理 (様式Eの活用)

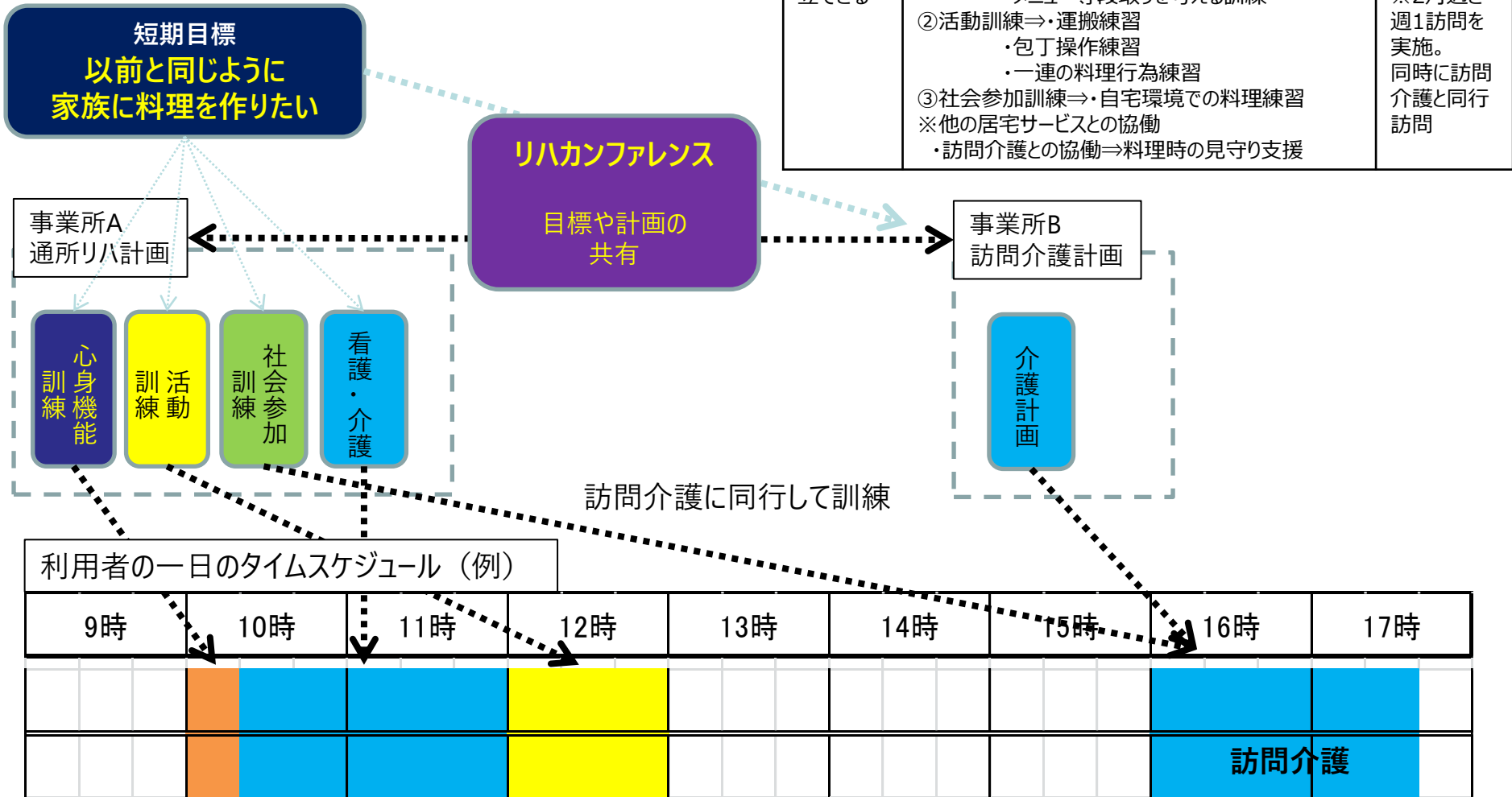
### ○サービス提供終了時の情報提供

- ・ 医師への診療情報提供書
- ・ 介護支援専門員等へのケアマネジメント連絡用紙
- ・ サービス提供終了後に利用を予定するサービス(通所介護等)の提供者への情報提供 (様式A、様式B、様式C)

# 短期目標達成に向けた異なる居宅サービス事業所間の協働の在り方例

○通所と訪問の協働や他のサービス事業所間・専門職間の協働を高め、利用者に対して一体的・総合的な居宅サービスを提供することがサービスの効果・効率を高めるために重要である。その実現には各関係者が当該利用者・家族の意向やアセスメント結果、訓練目標などを共有し、同じ方針・目標に向かって居宅サービスを提供することが必要である。

例) 通所リハ事業所と訪問介護事業所での協働



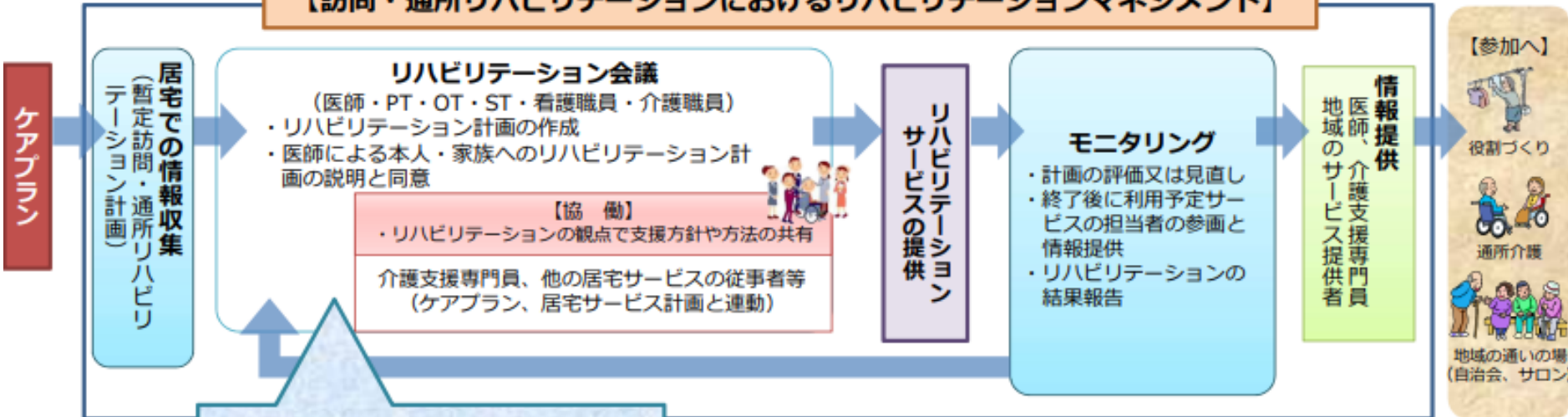
# ICTを活用した効率的なリハ会議の運営の推進

- リハビリテーション会議(※)への医師の参加について、テレビ電話等を活用してもよいこととする。  
※関係者間でリハビリテーションの内容等について話し合うとともに、医師が、利用者やその家族に対して、その内容を説明する会議

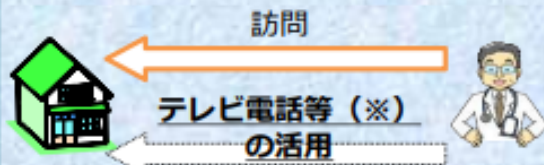
## 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

- リハビリテーションマネジメントで求められているリハビリテーション会議への医師の参加が困難との声があることから、テレビ電話等を活用してもよいこととする。

### 【訪問・通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント】



### 医師の参加方法について



※ テレビ電話会議システムの他、携帯電話等でのテレビ電話を含む。

# データベースの構築とそれを活用した通所・訪問リハビリテーションの質の向上 (2016-2017年度：「VISIT」開発事業)

