

包括的・継続的 ケアマネジメント支援業務

第1節 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の概要

多様な生活課題を抱えている高齢者が地域で安心してその人らしい生活を継続するためには、高齢者や家族が課題に応じたあらゆる社会資源を適切に活用できるように、包括的および継続的に支援を行うことが必要です。この地域包括ケアを実現するためには、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを実践することができるように、地域包括支援センターは包括的・継続的ケアマネジメントの実践が可能な環境整備と介護支援専門員へのサポートを行います。

まず、包括的・継続的ケアマネジメントとは何かについて説明した後に、その実現を支援する包括的・継続的ケアマネジメント支援の概要と意義について述べます。

1 包括的・継続的ケアマネジメントとは

支援の領域においても、時間の経過においても、途切れることなく一貫して一人の高齢者が地域で暮らし続けることができるように支援するためには、包括的・継続的ケアマネジメントによる関わりが求められています。包括的と継続的それぞれのケアマネジメントが必要な場合を説明することにより、包括的・継続的ケアマネジメントとは何かについて説明します。

1.1 包括的ケアマネジメントが必要な場合

高齢者は健康、身体機能、認知機能、居住環境などにおいて多様な課題を抱えていることが多くあります。そのため、「介護サービス」「医療サービス」「金銭管理サービス」というように、特定のサービスのみを利用するだけで、一人の高齢者が地域で安全に安心して暮らし続けられることはほとんどありません。実際に生活を続けていくためには、高齢者自身の努力とともに、高齢者の課題に合わせて地域におけるさまざまな社会資源の活用が必要になります。

*包括的ケアマネジメントが必要な高齢者の例

一人暮らしのAさんは膝の痛みがひどく(医療サービス)、狭心症の治療(医療サービス)のためにかかりつけの病院まで通うことが難しくなりました(移送サービス)。また、家の中で

も2階にあがることが困難で(移動介助)、2階のベランダに洗濯物を干すことができません(家事援助)。買い物はどうか近くのコンビニまで行くことはできますが、限られた野菜類しか買うことができず困っています(買い物支援)。最近では、人の話し声がよく聞こえず(医療サービス)、電話をするのも避けるようになり、おしゃべりの大好きだった A さんが数日全く誰とも話をしないことも珍しくなくなってきました(社会交流機会確保支援)。

1.2 継続的ケアマネジメントが必要な場合

施設や病院の入退所(院)に際しては、在宅と施設や病院の間で継続的なケアマネジメントが確保されておらず、地域で暮らし続けるための支援の一貫性が保たれていないという問題点が指摘されています。高齢者の状態は時間や場所とともに変化をし、その変化は必ずしも直線的なものではありません。例えば、発病や病状の悪化によって一時的に入院し、要介護状態になったとしても、回復して再び在宅での自立生活が可能になることがあります。その際に、高齢者の心身の状態や生活環境などの変化に応じて、適切な支援やサービスを組み合わせ提供できるように、継続的なケアマネジメントが必要となります。

なお、要介護認定申請中で認定結果が不明な時点、あるいは要介護と要支援を行き来するような場合であっても、柔軟な対応が可能になるよう、居宅介護支援事業所と包括センターの連携を確保しておくことも重要です。

*継続的ケアマネジメントが必要な高齢者の例

夫と二人暮らしの B さんは大腿骨骨折で緊急入院しました。退院後、介護老人保健施設に入所していましたが、その後自宅に戻りました。ところが、数か月が経過した頃、介護をしていた夫が脳梗塞で入院したため、急遽、特別養護老人ホームのショートステイを利用することになりました。B さんはどうしても自宅で生活をしたいと考えています。

1.3 包括的・継続的ケアマネジメントとは

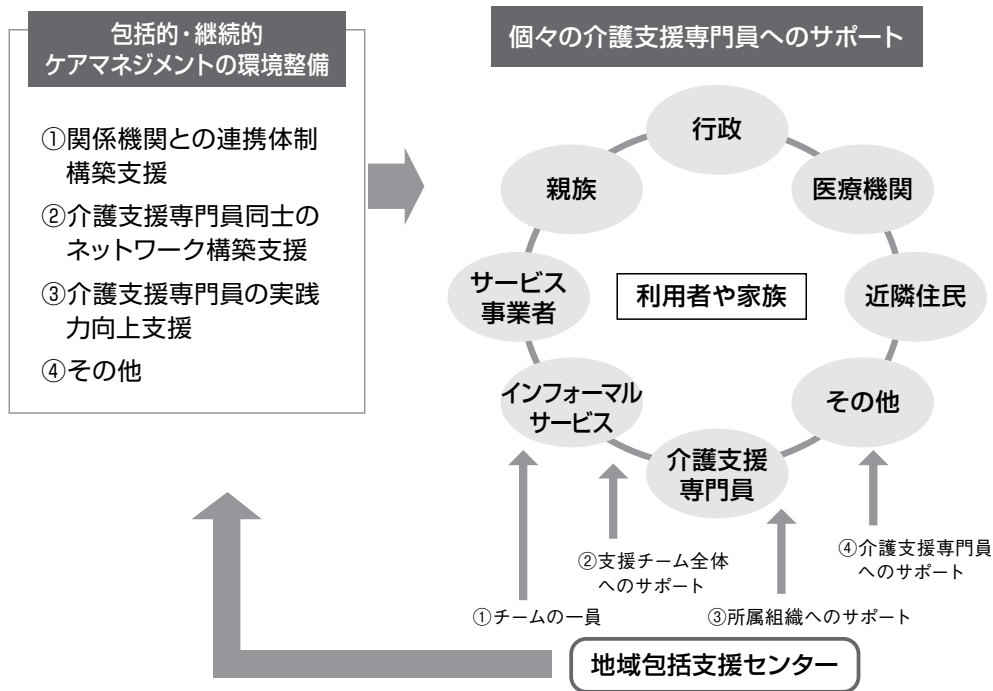
前述のように、高齢者は地域での望ましい生活の維持継続を阻害するさまざまな複合的な課題を抱えている場合が多くあります。このような高齢者が本人の機能や能力を最大限に活かすその人らしい自立した生活を継続するためには、本人の意欲や適応能力などの維持や回復を援助するとともに、課題の解決に有効だと考えられるあらゆる社会資源を自己決定に基づきコーディネートし、本人や家族が必要なときに必要な社会資源を切れ目なく活用できるように援助していくケアマネジメントが不可欠だといえます。このようなケアマネジメントこそ、包括的・継続的ケアマネジメントなのです。

2 包括的・継続的ケアマネジメント支援とは

前述の包括的・継続的ケアマネジメントを対象となるすべての高齢者に提供するために、地域包括支援センターは包括的・継続的ケアマネジメントの実践が可能な環境整備と個々の介護支援専門員へのサポートを行います。つまり、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを実践できる環境を整備するという「面」の業務と、個々の介護支援専門員が利用者や家族を援助している際に、状況に応じて包括センター職員が立ち位置を変えながら介護支援専門員の実践をサポートするという「点」の業務があるわけです。

ここでは、高齢者が地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を維持するために必要な支援を受けることができるという目的を達成するためのひとつの手段が、居宅介護支援事業所の介護支援専門員へのサポートであるという認識を再度確認する必要があります。そのため、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が支援を受けるという受け身の姿勢ではなく、主体的に利用者への援助を行うことができるようなサポートが望まれます。

図表4-1 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務のイメージ



2.1 包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備

居宅介護支援事業所の介護支援専門員が一人で、包括的・継続的ケアマネジメントを実践できるだけの関係を多職種・多機関と作っていくことは容易なことではありません。地域包括支援センターにおいて、介護保険外の関わりも含め、包括的・継続的ケアマネジメントを可能にする体制を作り、個々の介護支援専門員が多職種・多機関と連携をとりながら高齢者を支える活動ができるようにす

ることが地域包括ケアの実現につながっていきます。

●包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備の内容

包括的・継続的ケアマネジメントの実践を可能にする環境整備の主な方向性として、次の3つが考えられます。このような環境整備は、地域ケア会議（p.25 参照）を活用して整備していくこともできます。

① 関係機関との連携体制構築支援

あらゆる関係機関とネットワークが構築されていれば、利用者の支援におけるチームを適時に適切に機能させることができます。ケアマネジメントは各サービスを提供する専門職やインフォーマルな支援者と連携しなければ成り立たないため、少なくとも支援チームの専門職がケアマネジメントを理解し、適切に連携できる体制を作る必要があります。ただ、介護支援専門員が個別にネットワークを構築しようとする活動だけでは、その数や質ともに限界があります。そこで、包括センターが関係機関の情報提供、意見交換等の場の設定、情報共有のためのルール作りなどの方法で地域における関係機関と介護支援専門員との連携体制の構築を支援します。その際、総合相談支援業務である地域包括支援ネットワーク（p.81 参照）を活用することが重要です。この地域包括支援ネットワークには介護支援専門員も含まれているわけですが、介護支援専門員がそれを認識して、利用者への援助において活用しやすいように働きかけることが必要です。

② 介護支援専門員同士のネットワーク構築支援

包括的・継続的ケアマネジメントを可能にする環境整備は地域の関係機関や専門職などに限ったわけではありません。地域の介護支援専門員同士のネットワークを構築することも必要です。このネットワークが包括的・継続的ケアマネジメントを実践するのに必要な具体的な情報の共有を可能にするとともに、実際に協力して支援にあたることも可能にします。また、精神的なサポートの効果も期待できます。介護支援専門員がやりがいを感じて仕事を続けていくことができる環境を作ることも、質の高い包括的・継続的ケアマネジメントの提供に必要なことだといえます。

③ 介護支援専門員の実践力向上支援

包括的・継続的ケアマネジメントを実践するには、それを可能にする実践力が必要になります。このような実践力は介護支援専門員実務研修などの研修や自己研鑽などによって、まずは介護支援専門員自身が実践力を高める努力をすることが不可欠ですが、包括センターが地域包括ケアの提供に向けて地域の介護支援専門員のニーズに応じた研修の開催や情報の提供などを行うことも必要です。また、ケアプランの質を高めることを目的に、介護支援専門員が利用者とともに作成したケアプランを評価することにより、介護支援専門員の実践の振り返りを促し、気づきを高めることもできます。

2.2 個々の介護支援専門員へのサポート

介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを行いやすい環境を整えるとともに、個々の介護支援専門員が利用者に援助を展開している際に必要に応じてサポートすることも必要です。利

用者が包括的・継続的ケアマネジメントを受けることができていない状況は、援助に困難を感じている介護支援専門員からの相談、利用者および家族などからの苦情、関係者からの相談などによって明らかになります。その状況によって、包括センターは、①支援チームの一員としての役割、②支援チーム全体へのサポートの役割、③介護支援専門員の所属組織へのサポートの役割、④介護支援専門員へのサポートの役割などを果たし、該当する介護支援専門員が利用者に対して包括的・継続的ケアマネジメントを提供できるようにサポートします。

3 包括的・継続的ケアマネジメント支援の意義

3.1 包括的・継続的ケアマネジメント支援が必要な背景

次のような背景から、包括的・継続的ケアマネジメントの実践に向けた支援を地域包括支援センターが担うことが求められています。

●多種多様な社会資源の存在

地域には多種多様な社会資源が存在しており、これらをすべて個々の介護支援専門員が把握することは不可能だといえます。まして、利用者が抱える課題に応じた社会資源を適切に活用できるように支援するためには、単なる情報以上の連携関係が必要になります。すべての担当するケースで一からこれを行うことは時間的にも労力的にも無駄であり、基礎となる体制整備が必要となります。

●連携体制づくりにおける公正・中立な立場の必要性

支援チームとして連携するための基盤となるネットワークを構築するためには、公正・中立な立場が必要になることがあります。所属する組織の利益のために活動していると考えられたのでは成り立たない連携体制も、地域住民への支援を想定した公正・中立である地域包括支援センターなら可能となります。

●支援困難への対応の必要性

個別のケースにおいて介護支援専門員が感じる困難は、適時に対処しなければ、利用者にも不利益をもたらすことが考えられます。なかでも、介護支援専門員自身が気づかずに、その援助の仕方ゆえに利用者にも不利益をもたらしている場合は、そのケースにおける地域包括支援センターの専門的なサポートが不可欠になります。組織に1人の介護支援専門員しかいないような状況も含めて、介護支援専門員が所属する組織内では対処ができない支援困難な状況に対応することが、包括センターに求められています。解決が困難な複雑なケースで、さまざまな地域資源の活用が必要な場合には、地域ケア会議を活用していくことも考えられます（p.25 参照）。

第2節 包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備

1 包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備の方法

ここでは、包括的・継続的ケアマネジメント支援の一つである、包括的・継続的ケアマネジメント実践を可能にする環境整備の方法について、①関係機関との連携体制構築支援、②介護支援専門員同士のネットワーク構築支援、③介護支援専門員の実践力向上支援、の3つの方向性に分けて説明します。すべてに共通する最初のステップは、包括的・継続的ケアマネジメント実践を阻害している要因は何なのか、またより質の高い援助を行うためには何が必要なのかといった視点での状況把握です。

1.1 関係機関との連携体制構築支援

地域包括支援ネットワーク（p.81 参照）を活用しながら、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを実践できるように、連携に関する介護支援専門員の課題等を把握したうえで、①関係機関に関する情報提供、②関係機関への周知、③意見交換等の場の設定、④情報共有のためのルールづくりなどの方法で地域における関係機関と介護支援専門員との連携体制の構築を支援します。

●連携に関する介護支援専門員のニーズ把握

包括的・継続的ケアマネジメント実践を可能にする環境を整備するためには、関係機関との連携等における居宅介護支援事業所の介護支援専門員のニーズを把握することが不可欠です。連携が難しいと感じている機関や人々、その原因などを明らかにします。

*連携に関する介護支援専門員のニーズ把握の方法例

- ・連携に関するアンケート調査
- ・支援における困難に関する相談の分析
- ・苦情などの分析
- ・介護支援専門員からの意見募集

●関係機関に関する情報提供

地域包括支援ネットワークを構築するために蓄積された地域の社会資源の情報を、介護支援専門員が個別のケアマネジメントで活用できるように提供します。連携に関するニーズ把握の結果、介護支援専門員の知識が不足していると思われる関係機関の具体的な情報を中心に行います。

●関係機関への周知

いくらか居宅介護支援事業所の介護支援専門員が質の高いケアマネジメントを実践しようとして

も、その支援チームの構成員である関係機関がケアマネジメントを正確に理解していなければ、うまく機能しないのは当然のことです。連携が困難な関係機関を中心として、ケアマネジメントにおけるチームの構成員の役割などに関して連絡会や研修等で周知していきます。

●関係機関との意見交換等の場の設定

連携に関する介護支援専門員のニーズに基づき、関係者との意見交換等ができる機会を設けます。対面でのコミュニケーションは、お互いの役割や専門性などに関する理解を深めるとともに、連携における課題の共通認識をもち、その解決に向けて活動することを可能にします。

事例紹介

*関係機関との意見交換会の事例

市が実施した多職種・多機関連携に関するアンケート調査の結果、通所リハビリテーションで行われている具体的なリハビリテーションの内容がよくわからず、リハビリテーション職に聞きにくいという意見が寄せられました。そこで、地域のリハビリテーション職種（PT、OT、ST）との連携体制をつくるために、定例の地域ケアサービス部会のなかで、市内医療機関・介護保険施設・通所リハビリテーション担当のリハビリテーション職種との意見交換会を実施したところ、すべての施設から16人の参加がありました。まず、介護支援専門員から、「リハビリテーションにつなげれば、何とかしてくれるのではないか」という期待が聞かれました。それに対し、リハビリテーション職からは、医療リハビリテーションの現状が語られ、介護保険では生活リハビリテーションを目指しているので、リハビリテーションのみではなく訪問介護等と一緒に支援する方法が大切という意見がありました。今後は、実際にサービスを利用していない事例でも、互いに相談に応じること、さらに事例検討会でよりよい連携方法を考えようということになりました。

●関係機関との情報共有のためのルールづくり

連携においては、正確で迅速な情報の共有が不可欠です。これを実現するためには、使用言語の統一、情報共有方法の合意、情報提供書式の共通化などが必要になります。なかでも、要介護高齢者への包括的・継続的ケアマネジメントには医療との連携が不可欠ですが、十分に連携がとれていない状況がみられています。2010（平成22）年度の診療報酬改定で介護保険対象患者の入院中に医師等が介護支援専門員と共同で介護サービスの必要性等について指導する、あるいは退院後の介護サービスなどの情報を共有することを評価する「介護支援連携指導料」が新設されました。このような制度を十分に活用して、介護支援専門員が医療関係者と連携体制を構築できるようにサポートすることが必要です。また、患者を中心として疾病ごとの急性期や回復期等の段階に応じた医療機関の役割分担と連携を明確にした地域医療連携パスが使用されている場合には、介護支援専門員がそれらを有効に活用できるように支援することも今後ますます重要になると考えられます。

*医療機関との連携体制づくりの事例

居宅介護支援事業所の介護支援専門員から包括センターに寄せられる相談を分析した結果、地域の医療機関との連携に困難を感じていることが明らかになりました。そこで、福祉の視点をもち、急性期・回復期治療から地域生活への支援等に深くかかわる医療ソーシャルワーカーと介護支援専門員との意見交換を行う合同会議を開催し、地域における高齢者の現状と問題について検討を行うことにしました。その結果、介護支援専門員の事業所ごとに異なる様式で利用者に関する情報が医療機関側に届くことが多いことから、必要な情報が共有されていないとか、事務が煩雑になるといった課題が明らかになりました。そこで、医療と介護の一貫性をもった情報共有を目的として「医療情報連携シート」を協働作成することにしました。また、医療機関ごとの窓口を明確にした情報を行政のホームページに掲載し情報発信を行っています。そして、お互いに情報を正確かつ迅速に共有することで、利用者の抱えている問題の早期解決に繋がることを確認しました。

1.2 介護支援専門員同士のネットワーク構築支援

●介護支援専門員同士のネットワーク構築支援

包括的・継続的ケアマネジメントを実践するのに必要な具体的な情報の共有、実践に関する相互振り返り、やりがいの共有、精神的サポートなどを可能にするのが、居宅介護支援事業所の介護支援専門員同士のネットワークです。このようなネットワークを構築する方法として、介護支援専門員が協力して一つの業務を進める、あるいは互いに悩みを話し合う機会を作ることなどが考えられます。ここでも、介護支援専門員同士のネットワークに関する課題を把握したうえで、的確に活動を決定する必要があります。また、ネットワーク構築を進める際、すべてを地域包括支援センターが行おうとせず、介護支援専門員連絡協議会などの職能団体を包括センターが支援するような形で進めることもできます。その結果、介護支援専門員自身やその職能団体が自分たちの力を高めていくことができるでしょう。

*介護支援専門員による勉強会の事例

居宅介護支援事業所の介護支援専門員が1か月に1回、身近な小さな事柄でも気軽に質問や話ができるような勉強会を、包括センターの主任介護支援専門員が企画しました。同じ地域の仲間同士の情報交換の場であるとともに、意識の共有の機会にもなっています。数回開催した後、参加している介護支援専門員に勉強会の企画を考えてもらうことにし、担当を決め、その実現に向けてサポートをしています。

●主任介護支援専門員同士のネットワーク構築支援

居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員には、地域包括支援センターと協働しながら、包括的・継続的ケアマネジメント支援において特別な役割を担ってもらうことが期待されます (p.154 参照)。主任介護支援専門員ならではの役割を果たしながら、包括センターと効果的に協働するためにも、

居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員同士のネットワークの構築も必要になっているといえます。

1.3 介護支援専門員の実践力向上支援

包括的・継続的ケアマネジメントを実践できうる能力を居宅介護支援事業所の介護支援専門員が有するためには、介護支援専門員の不足している知識や技術などを明らかにして、それらを、①研修、②事例検討会、③ケアプランの振り返りなどの方法で高めることを目指します。

●実践力に関する介護支援専門員のニーズ把握

居宅介護支援事業所の介護支援専門員からの相談内容や利用者および家族などからの苦情等から、地域の介護支援専門員のどのような実践力を高める必要があるのかについて把握します。また、情報提供や研修内容などの希望を介護支援専門員連絡会などで把握することもできるでしょう。

●研修の実施

介護支援専門員のニーズに応じた研修を開催することが、効果的な実践力向上につながるといえます。ただし、地域包括支援センターが研修を開催するというよりも、地域の介護支援専門員にとって必要だと考えられる研修の実施を市町村や介護支援専門員の職能団体とともに企画開催する、またはそれを支援するといった役割を包括センターは担います。

事例紹介

* A市スキルアップ研修会開催支援の事例

毎年実施されているA市介護支援専門員研修会の研修内容の検討にあたり、前年度の反省点や介護支援専門員の研修ニーズや知識不足部分の検証等を行い、包括センターとA市とで協議をしながら作り上げていきました。

<留意点・ポイント>

- ・ 必要な研修内容の具体的な提示
- ・ 受講者の意見集約
- ・ 実用的・効果的な研修プログラムの作成
- ・ 参加している研修講師の意思統一
- ・ 研修目的を十分に確認し、研修の方向性にバラつきがないようにすること

●事例検討会の実施

実際に担当している事例について検討することは、担当介護支援専門員に限らず、その検討会に参加した誰もが実践的な知識や能力を高める機会となります。また、事例検討会は、前述の介護支援専門員同士のネットワーク構築においても有効な方法です。同時に、個々のケースでの介護支援専門員へのサポートにおいても、事例検討会や個別事例を扱う地域ケア会議を活用することができます。

*** 地区別事例検討会協働開催の事例**

B市では介護支援専門員の包括的・継続的ケアマネジメント支援を目的に地区別事例検討会を開催。地域ごとに25前後の居宅介護支援事業所の介護支援専門員が事前登録し、月に1回定期的に開催しています。毎回、20人前後の介護支援専門員が参加し、事例を通しての意見交換や情報提供をお互いに行っています。この事例検討会の運営は、包括センター職員と年度末に選ばれた居宅介護支援事業所の介護支援専門員からなる運営事務局（3名）と毎月開催される事例検討会担当者（3～4名）で行います。運営事務局は、1年を通しての事例検討会全体の運営方針の確認や課題について協議します。毎月の事例検討会担当者は、開催内容の企画立案や講師選定および依頼はもとより、司会・書記などの役割を担い、資料準備・報告書作成に至る実務も行います。

● ケアプランの振り返り

居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成しているケアプランが、利用者や家族の自己決定に基づいたものであるか、自立支援を目指したものになっているか、利用者の地域生活を支えていく具体的な内容が書かれているかなどといった点を評価します。このような点が不十分な場合には、どのような課題があり、それに対応するにはどのような実践が必要なのかについて、介護支援専門員が自ら気づき、考えられるように支援します。ケアプランの評価を、監査や給付の適正化のためのチェックと受け止めて、介護支援専門員や所属する事業所が事実を隠すようなことがあっては、質の向上を導くことができません。まず、評価の目的を十分に説明し、理解してもらうよう努める必要があります。

第3節 個々の介護支援専門員へのサポート

1 個々の介護支援専門員へのサポートの方法

居宅介護支援事業所の介護支援専門員本人からの相談であれ、利用者や家族、またはその他の関係者からの相談であれ、利用者が包括的・継続的ケアマネジメントを受けることができていない状況にある場合には、地域包括支援センターが、①支援チームの一員としての役割、②支援チーム全体へのサポートの役割、③介護支援専門員の所属組織へのサポートの役割、④介護支援専門員へのサポートの役割などを担い、利用者が地域でのその人らしい生活を維持できるようにサポートします。

1.1 相談体制の整備および周知

介護支援専門員からの相談も総合相談で受け付けることとなりますが（p.61 参照）、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が援助において困難を抱えたときに地域包括支援センターに相談しやすい体制を作ることがまず必要です。包括センターに相談できることを介護支援専門員に周知するとともに、顔の見える関係を日頃から構築しておきます。また、利用者や家族および関係者などから、有効な援助ができていないことについて相談があることも考えられます。このような相談についても、包括センターに届き対応できるように地域包括支援ネットワークを充実するとともに、総合相談の体制を整備しておく必要があります。

事例紹介

* 相談体制整備の方法事例

包括センターの職員は忙しそうで相談がしにくいとの意見があり、毎月第2水曜日 10時～12時まで、ケアプラン相談会を開催することにしました。事前に申し込みをもらい、個別にケアプランの相談を行います。また、一人事業所の介護支援専門員は、運営基準や、介護支援専門員がどこまでかかわっていいかわからないでいることが多いため、ケアプラン以外の相談についても受け付けています。回数を重ねることで市内に停滞している問題が明確になり、その問題解決のため各関係機関との意見交換会の実施も行いました。

1.2 相談への対応

総合相談で受けた介護支援専門員の相談は、他の相談と同じように、相談受付と課題の明確化の後（p.63 参照）、包括的・継続的ケアマネジメント支援における個別の介護支援専門員へのサポートが適切であると考えられるケースとして対応されます。その際、介護支援専門員と何を目的にどの状況までサポートを継続するのかについて合意しておきます。

●個々の介護支援専門員へのサポートにおける地域包括支援センターの役割

居宅介護支援事業所の介護支援専門員の実践に関して個々のケースに対応をする場合、地域包括支援センターは常に自分の役割を認識してその立ち位置を判断する必要があります。あくまで利用者の支援を主に行うのは担当の介護支援専門員であり、包括センター職員が代わりにすべてを行うことは避けなければなりません。例えば、介護支援専門員としての成長を支援するためには、介護支援専門員に代わって包括センターが判断を行うのではなく、介護支援専門員がよりよい判断に到達できるよう支援することが包括センターの役割となります。

包括センターの役割として主に次の4つが考えられます。利用者への影響度、介護支援専門員の能力、困難な状況などを総合的に判断して各役割を単独でまたは重複して果たしていきます。

①支援チームの一員としての役割

相談をしてきた介護支援専門員の支援をサポートするために、実際に該当する利用者への支援チームの一員となって活動します。その際にも、担当介護支援専門員に代わってケアマネジメントを実践するのではなく、例えば、家族への働きかけを行うなどの支援チームの構成員としての役割を担います。

②支援チーム全体へのサポートの役割

支援チームの連携に問題があるような場合には、支援チームの連携が機能するように、支援チーム外から働きかけます。そして、状況に応じて包括センター職員がチーム構成員の意見調整や仲裁などを行います。介護支援専門員の実践に関して何らかの課題があることを介護支援専門員以外の人から相談された場合には、該当する介護支援専門員の実践内容に関する事実確認を行ったうえで、必要に応じて介護支援専門員に働きかけるとともに、支援チームの構成員をサポートすることによって、間接的に利用者への包括的・継続的ケアマネジメントの提供を可能にできるように働きかけます。

③介護支援専門員の所属組織へのサポートの役割

介護支援専門員の所属組織の要因によって、利用者への支援が機能していない場合には、その組織に働きかけをする必要があります。すべての居宅介護支援事業所を対象とした法令遵守などの説明会や会議の開催などを行うとともに、該当する事業所に対して個別の相談に応じた対応を行います。

④介護支援専門員へのサポートの役割

介護支援専門員が支援において感じている困難の背景を分析して、何が困難を引き起こしているのかに気づき、どのように対応していけばよいのかについて自分で検討できるように支援します。その際、介護支援専門員による包括的・継続的ケアマネジメント実践の継続に向けた精神的サポートも必要になります。

また、必要に応じて、サービス担当者会議の開催をサポートします。なかでも、利用者の支援に直接かかわっているサービス担当者が集まって検討するだけでは解決が困難だと考えられるケースでは、多機関や多職種による多方面の視点からの検討を可能にする地域ケア会議を介護支

援専門員が活用できるようにサポートします。

さらに、困難ケースなどで包括センターの積極的関与が必要な場合には、側面的支援にとどまらず包括センターが前面に立って利用者を支援するなど、個々の事情に応じた臨機応変な対応も求められます。

●個々の介護支援専門員へのサポートの終結

相談してきた介護支援専門員と事前に合意した目的や状況に達したら、その介護支援専門員への個別のサポートは終結となります。介護支援専門員の実践力を高めてもらうためにも、また、地域包括支援センターの業務量が過重にならないためにも終結は必要なプロセスだといえます。ここでは、対応を振り返り成果を共有することが重要です。そして、介護支援専門員からのフィードバックを得て、介護支援専門員へのサポートの評価を行います。また、支援困難事例を蓄積し分析することによって、今後の介護支援専門員への支援や実践力向上などに役立てます。

事例紹介

*支援困難を感じている介護支援専門員へのサポートの事例

◎総合相談受付

筋萎縮性側索硬化症（ALS）で第2号被保険者であるAさん（61歳女性）の担当介護支援専門員から相談がありました。Aさんは精神疾患のある長男夫婦と1歳の孫と同居していますが、その夫婦が子育てをしないため、孫の育児を行っているということです。介護支援専門員だけでは抱えきれないケースで、包括センターに支援をしてほしいと希望しています。そこで、包括センター3職種で協議した結果、この相談はレベル3（p.65参照）に該当すると判断し、継続的なサポートを開始しました。

◎課題の明確化

介護支援専門員をはじめ、関係者である市役所職員、保健センター母子担当、子育て支援係、保健所、生活保護ケースワーカーから情報を収集し分析した結果、精神疾患をもった長男夫婦への支援と孫の育児がAさんおよび家族のニーズとして明らかになりました。また、支援チームの課題として、連携不足が確認されました。

◎相談への対応

介護支援専門員と相談し、包括センターは支援チームの連携支援を行うことで合意しました（支援チーム全体へのサポートの役割）。まず、Aさんと孫を含めた長男家族が機能するための支援チームを結成し、キーパーソンを長男の妻にしました。そして、各関係機関の役割を明確にするとともに、モニタリングの時期を決め、それに応じて定期的に介護支援専門員とともにモニタリングを行いました。

◎終結

事前に介護支援専門員と合意した支援チームの連携が確立されたため、この介護支援専門員へのサポートを終結としました。

現在では、多くの主任介護支援専門員が居宅介護支援事業所で活動しており、包括的・継続的ケアマネジメント支援においても、ある一定の役割を担い、地域包括支援センターと連携していくことが、地域包括ケアの推進に有効だと考えられます。

① 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の役割

包括的・継続的ケアマネジメント支援に関して、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員に期待される役割として次のようなものが考えられます。地域包括支援センターはこのような役割を認識したうえで、地域の主任介護支援専門員に働きかけ、連携していくことが必要です。

●包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備における地域包括支援センターとの協働

包括的・継続的ケアマネジメントの実践を可能にするためには、地域における多種多様な社会資源の連携を可能にするための基盤を構築することが不可欠ですが、この構築においては地域で活動している居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の協力が欠かせません。居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員が有する地域の社会資源やネットワークに関する情報は、地域包括支援ネットワークを構築する際に非常に重要なものとなります。また、連携に困難を感じる団体や機関などに関する情報の収集などはもとより、情報共有のためのルールづくりなどにおいて実際に協働していくことも考えられます。

●介護支援専門員のニーズ等の把握

どのような方法であれ、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が包括的・継続的ケアマネジメントを実践することができるように支援するには、その実践を阻害している外的要因や介護支援専門員自身の内的要因を明確にしなければ、有効な支援は行えないと前述しました。このような課題の把握等を中心になって行う適任者が、居宅介護支援事業所の介護支援専門員とともに現場で実践をしている主任介護支援専門員だといえます。

●介護支援専門員に対する身近な相談対応

地域包括支援センターに相談するまでもないけれども少し他者の意見が聞きたいなどのような介護支援専門員の相談は、組織内または近くの組織に属する主任介護支援専門員が対応できます。リアルタイムで気軽に相談でき、かつ相談の前提となる基本的な情報をすでに理解している可能性の高い主任介護支援専門員だからこそ、他機関である包括センター職員にはできない相談対応ができるといえます。また、介護支援専門員の有する相談を、組織内で対応可能、包括センターに相談、他機関に相談といったような、適切な相談先を検討することも主任介護支援専門員の役割として考

えられます。加えて、本来は包括センターに相談が必要だと考えられる状況であっても、相談しよ
うとしない介護支援専門員に対して、相談をすることを促すこともできるでしょう。

●介護支援専門員への継続的サポート

地域支援包括センター職員とともに介護支援専門員が支援困難な状況に対応しているときや、包
括センターが個別に支援を行い終結に至った後、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員がその
介護支援専門員を継続的に見守りサポートすることができます。

●介護支援専門員と地域包括支援センター職員との調整

地域包括支援センターによる個別の介護支援専門員へのサポートにおいては、うまく機能しない
場合もありえます。このような場合に、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員が、介護支援専
門員と包括センター職員との調整役としての役割を果たすこともできます。

