

## 【 講義・演習 】

# 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

～ 「個別ケアマネジメント支援」と  
「包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備」～

担当： 中 澤 伸

# 『包括的・継続的ケアマネジメント支援業務』

とは、どのような業務だと思いますか？

この業務名から連想するワードをたくさんあげてみてください。



# 包括的支援事業と地域包括支援センターの業務・事業の関係性

## 地域包括ケアの増進

### 包括的支援事業

地域包括支援センターの業務  
(地域包括支援センターの運営)

権利擁護業務

介護予防ケアマネジメント  
(第1号介護予防支援事業)

包括的・継続的  
ケアマネジメント支援業務

地域ケア会議の設置と  
支援体制の検討

総合相談支援業務

(社会保障充実分)

在宅医療・介護  
連携推進事業

生活支援  
体制整備事業

認知症総合  
支援事業

地域ケア会議  
推進事業

# “包括的”支援とは、

感染予防

介護・医療・福祉・保健だけで暮らしていける人は誰もいません。これらに加え、人の暮らしには、住まいや近所づきあい、趣味活動、家族とのつながり、権利擁護、等々が必要です。生活者としての人の暮らしに必要な事柄を、利用者本人から見て“包括的”に支援することを「包括的支援」と言います

# “継続的”支援とは、

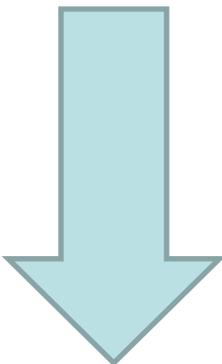
入退院をすると、利用する制度も支援メンバーも変わります。急な退院調整・準備で困るのは支援者だけではありません。ぶつ切りで隙間のある支援を受けると、利用者本人の生活の継続性が損なわれ、精神的にも身体的にも負担が大きくなります。入退院を繰り返しても、居所が一時的に変わっても、利用する制度が変わっても、利用者本人から見て“継続的”に支援することを「継続的支援」と言います。

# 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務とは

包括的・継続的ケアマネジメントとは、

高齢者等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等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とぎれなく活用できるように援助していくマネジメント

「地域包括支援センター運営マニュアル」P217



## 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

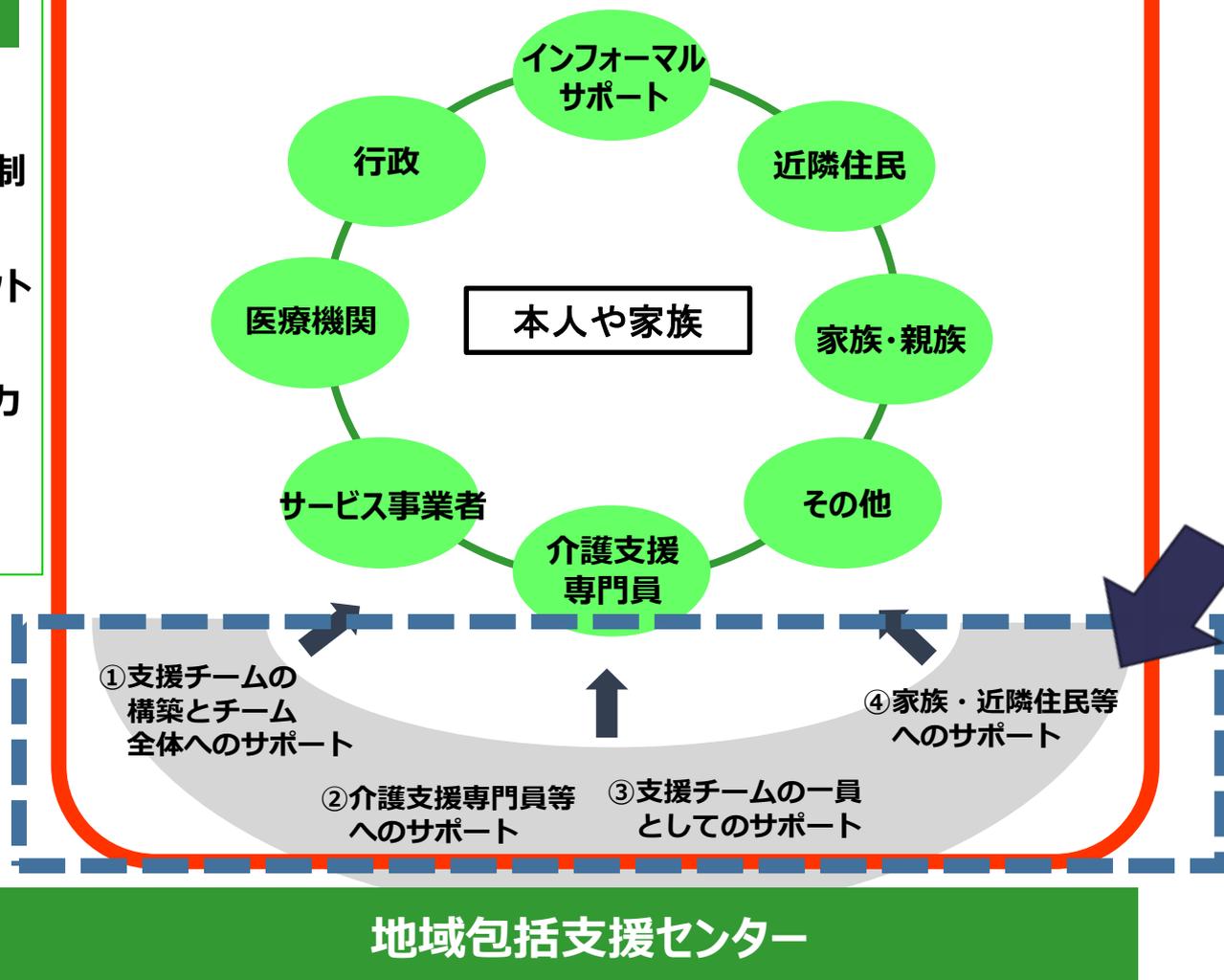
- ① 包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備
- ② 個別ケアマネジメント支援

住み慣れた地域で、尊厳ある自立したその人らしい暮らしを続けられるようにすることが目的

## 包括的継続的 ケアマネジメントの 環境整備

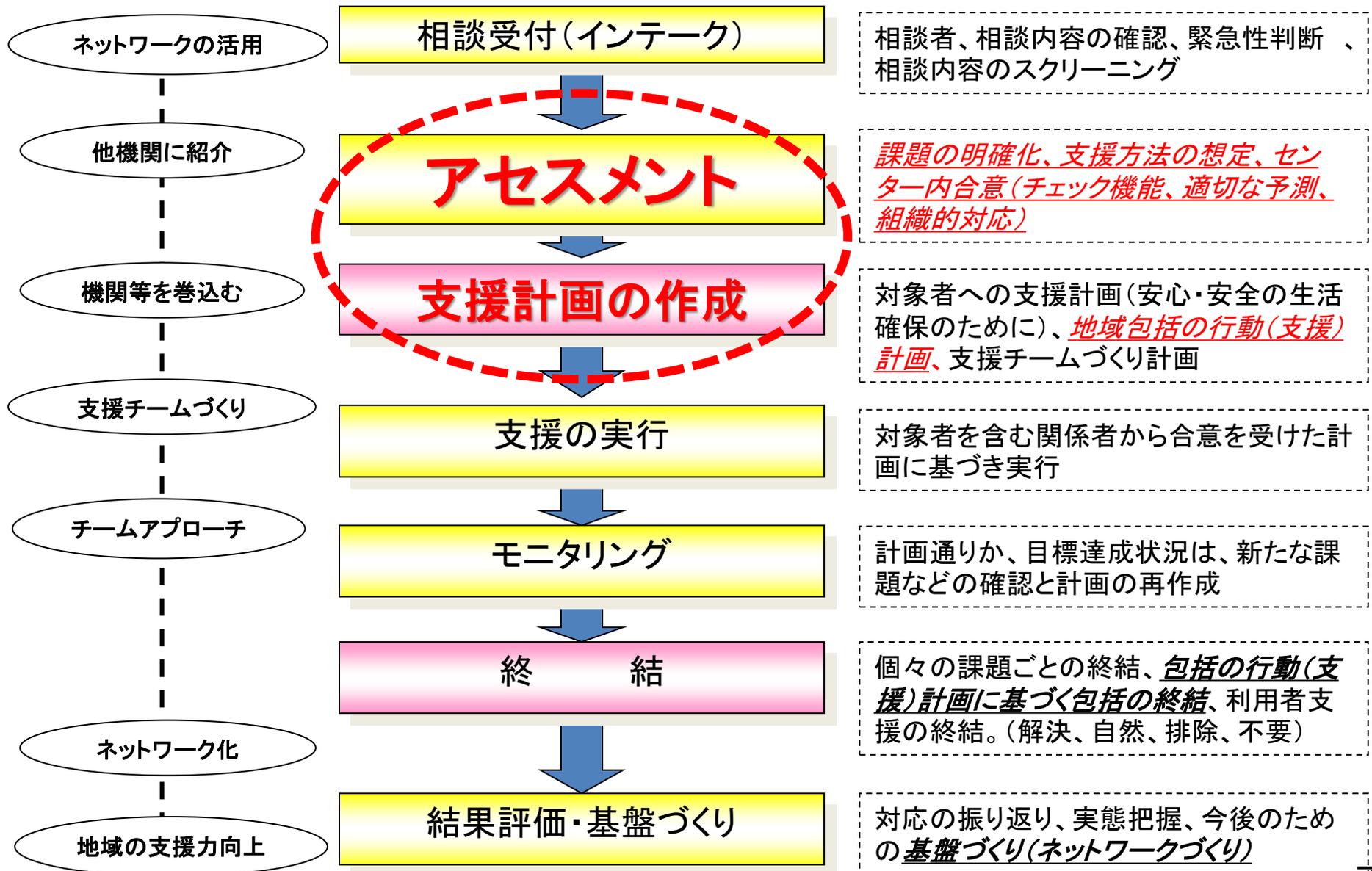
- ① 関係機関（インフォーマル・フォーマルを含む）の連携体制構築支援
- ② 介護支援専門員同士のネットワーク構築支援
- ③ 介護支援専門員等の実践力向上支援
- ④ その他

## 個別ケアマネジメント支援

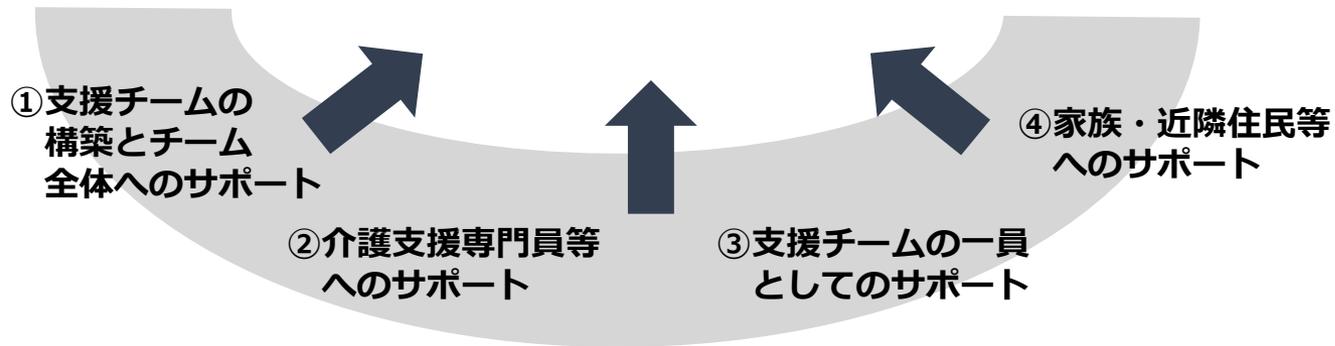


【出典】 ■ 「地域包括支援センター運営マニュアル」（平成30年6月2訂 長寿社会開発センター）  
 ■ 地域包括支援センターが行う「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」における環境整備の取組みに関する実践マニュアル

# 総合相談支援のプロセス（再掲）



# まずは“支援チームのニーズを見極めて” 包括センターの役割りを合意する



## ① 支援チームの構築とチーム全体へのサポート

これから介護保険サービスを利用する人に対する支援チームづくり、支援チーム間に問題がある場合の連携促進支援や調整など支援困難ケースへのサポート など

## ② 介護支援専門員等へのサポート

介護支援専門員の課題の背景の分析とスーパービジョン、支援困難ケースへのサポート など

## ③ 支援チームの一員としてのサポート

ケアマネジメントの実践ではなく、虐待予防や家族への働き掛けを担当する支援チームの構成員となる、など

## ④ 家族・近隣住民等へのサポート

世帯支援、地域支援の視点を持ち、アセスメントと支援を実施、家族内に利用者以外にも支援を要する人場合の連携支援 など

# **「個別ケアマネジメント支援」における留意点（中澤流）**

## **（１）まずは支援チームのニーズを見極める**

- ①まずは支援チームメンバーのデマンドとニーズ（なぜ包括支援センターによる支援を必要としているのか）を見極め、思いに共感するところからマネジメント支援は始まる
- ②丸腰での「とりあえず訪問」には十分注意する

## **（２）連携を阻害する要因**

- ①期待と実際の機能とのズレ（普通は〇〇するはずだ）
- ②知識不足（制度等で位置付けられている役割の理解が不十分）
- ③コミュニケーション不足（他者の見立ての違いや発言の意図などを確認せず思い込みで怒る）

## **（３）ポジショニング・行動計画の合意を怠らない**

- ①包括センターは「行動計画」が曖昧だと「終結」も曖昧になる
- ②カンファレンス中の参加者の視線などを常に意識する

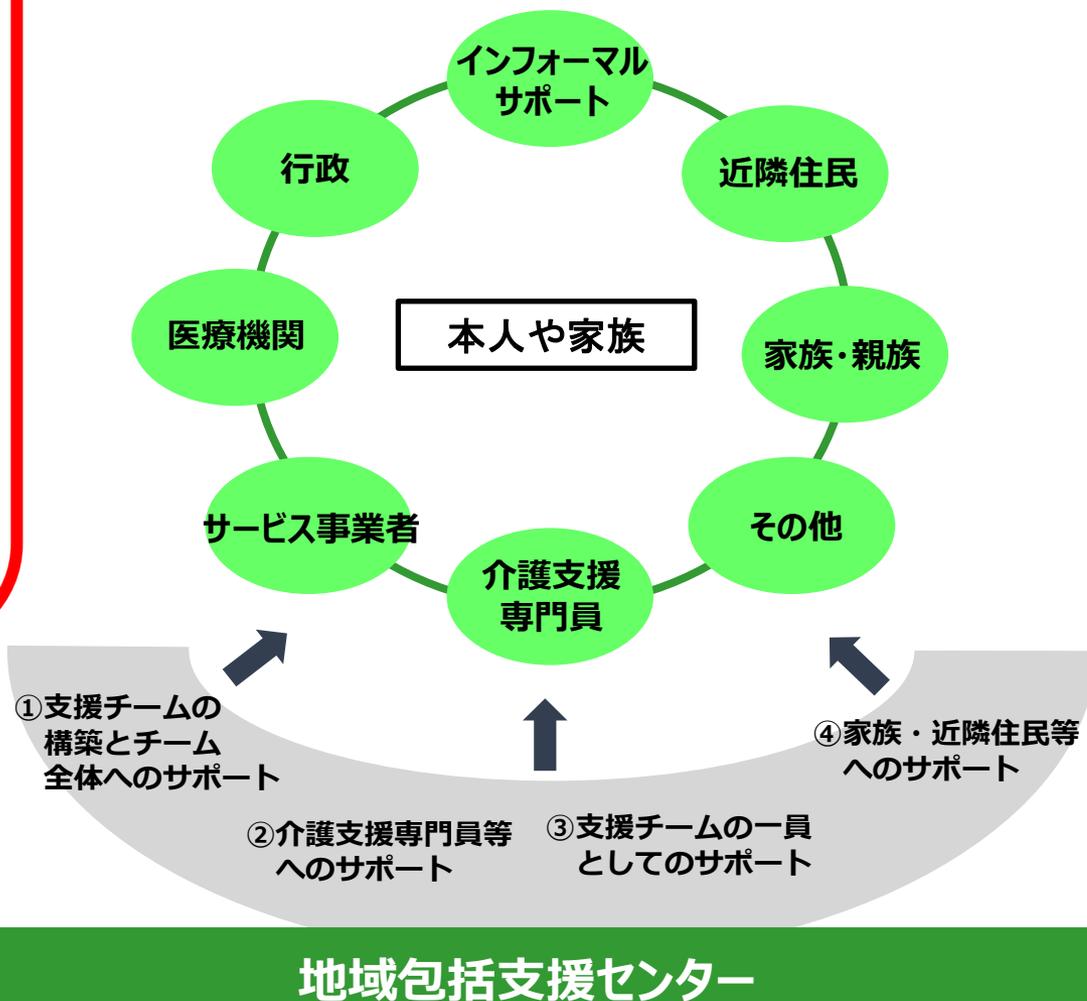
## **（４）環境的要因の解決（環境整備）を常に意識する**

- ①他のケースにおいても同様の問題が発生すると思われる環境的要因を抽出し、環境整備につなげることを意識する。

## 包括的継続的 ケアマネジメントの 環境整備

- ①関係機関（インフォーマル・フォーマルを含む）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介護支援専門員等の実践力向上支援
- ④その他

## 個別ケアマネジメント支援



皆様にお聞きします。

**「まだまだ地域包括ケアが実現していないなあ」  
と日常業務の中で感じるのはどんなとき？それが改善されない原因は？**

どんなとき？	改善されていない要因は？ 「 <u>なぜ</u> 」その問題が起きているのか
例) 認知症になり一人暮らしが難しくなる	例) 継続的な見守り支援の体制がない。地域の理解が不足

**全てはここから始まる！！**

# 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 における環境整備のプロセス

## ★ 環境整備とは、

- 地域包括ケアの実現を阻害する環境を改善すること
- 他の多くの市民の暮らしにくさにもつながるような環境を改善する取組み
- 地域課題を抽出し、その解決を図るプロセス

平成29年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業  
地域包括支援センターによる効果的なケアマネジメント支援のあり方等に関する調査研究事業

地域包括支援センターが行う  
「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」における  
環境整備の取組みに関する実践マニュアル

地域包括支援センターが行う  
「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」における  
環境整備の取組みに関する実践マニュアル

目次

はじめに	1
I 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の概要	2
1. 意義	2
2. 現状	4
(1) 地域の介護支援専門員と関係機関の間の連携に関する支援	4
(2) 地域における介護支援専門員のネットワークの構築・活用に関する支援	8
3. 考え方	9
II 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務のプロセス	12
1. 地域の現状把握	13
(1) 日常の業務から得られた気づき・仮説と、それに応じた現状の把握について	13
(2) 現状把握のための情報	18
2. 環境的課題の抽出	19
(1) 把握された現状から環境的課題を明確にする	19
(2) 環境的課題の抽出と整理	22
3. 目的・取組み目標の設定	28
4. 取組み手法の選択	29
5. センターの役割の選択	34
6. 取組み効果の確認	38
III 参考資料	41
1. 取組み事例（プロセス整理例）	41
2. 環境整備に関する困りごとヒント集（Q&A）	78
検討委員会 委員名簿	87

# 包括的・継続的ケアマネジメント支援の環境整備手順

1 「地域にはこんな問題があるのでは」という気づきや仮説を、質的データや量的データで裏付けて把握。問題ばかりではなく地域の“強み”も意識して把握する。

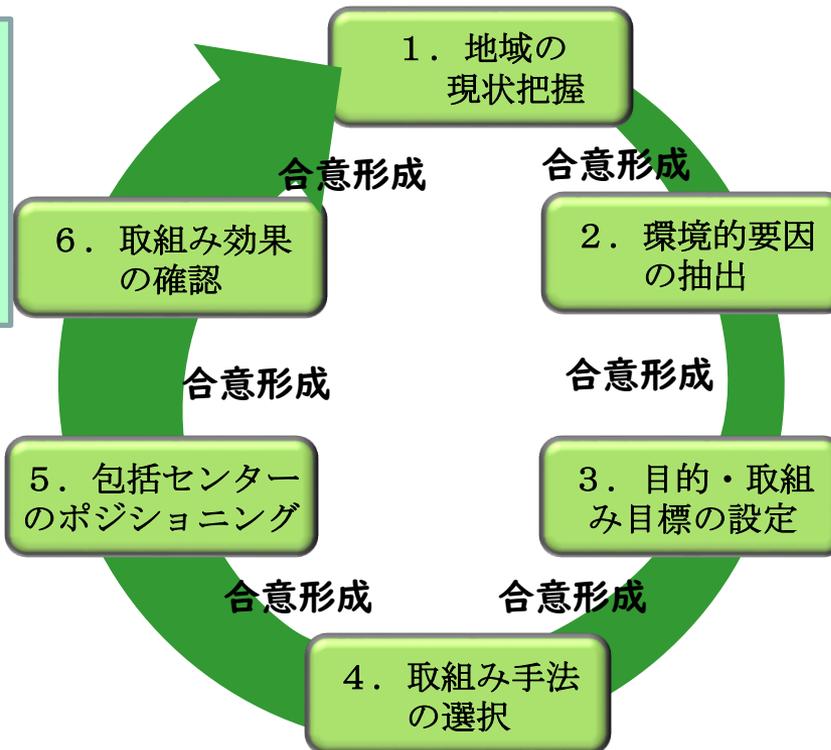
2 把握された地域の問題やその問題の背景と考えられる要因を明らかにして、仕組みや体制によって変化させることができるもの＝「環境的要因」を抽出する。

3 抽出された「環境的要因」から環境整備に取り組む目的と目標を設定。地域包括ケアの推進に向けて、何を実現しようとするのかを明確にしておく。

4 研修会、意見交換会、会議、連携ツール作成など、設定した目標を達成させるために適した手法を選択する。地域の強みを活かし、合意を形成しながら計画する。

6 出発点となった現状や問題意識に立ち戻り達成状況等を確認する。PDCAサイクルの中で、小さな効果を見逃さずに、前向きに次の取組みにつなげていく。

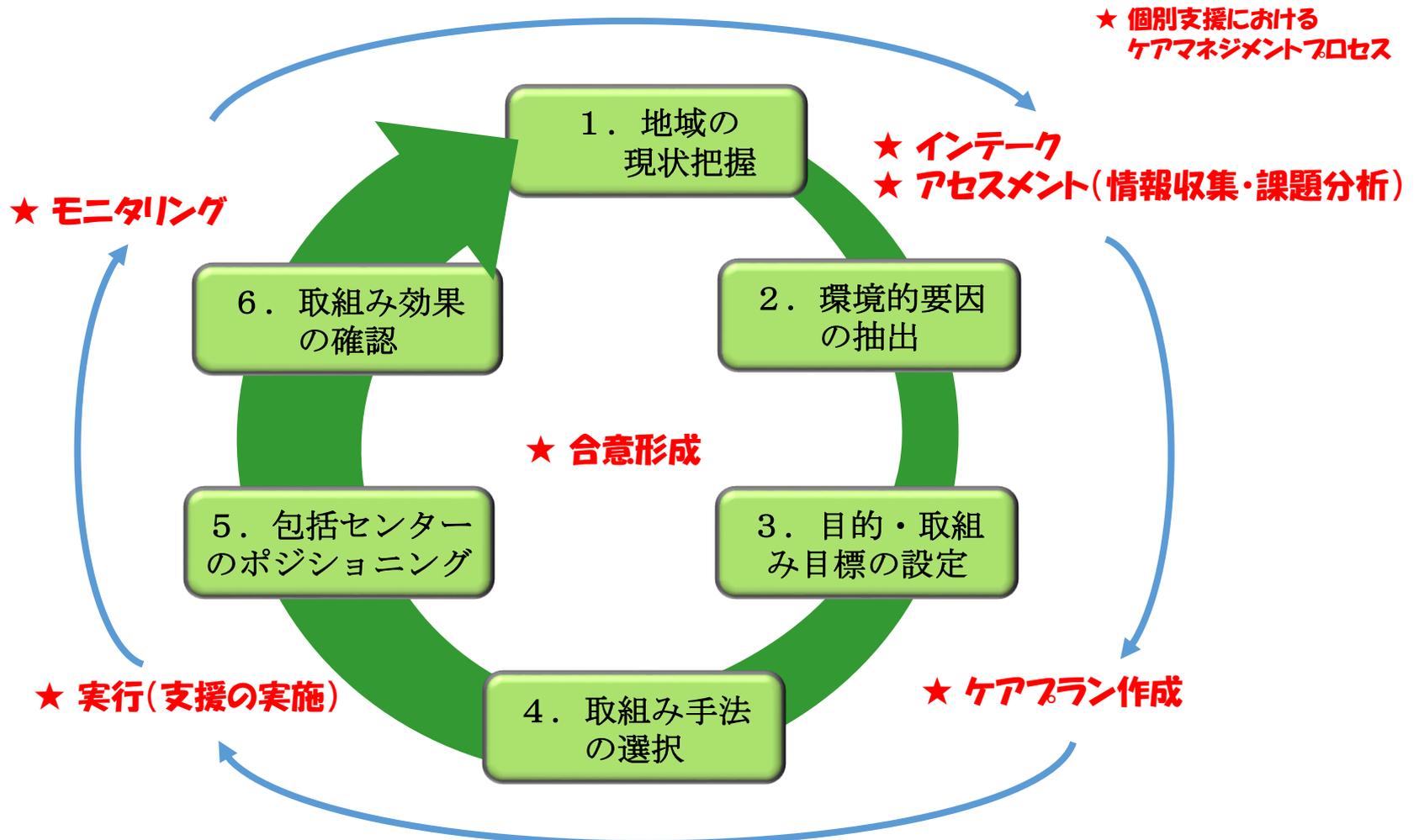
5 包括センターが主導して取り組むのか、介護支援専門員や行政、住民を補佐する役割を果たすのか。目標や経過によって包括センターの立ち位置を決める。



【参考】 ■「地域包括支援センター運営マニュアル」(平成30年6月2訂 長寿社会開発センター)に加筆

■地域包括支援センターが行う「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」における環境整備の取組みに関する実践マニュアル」

# 環境整備の実践プロセス(PDCAサイクル)



地域の実情に応じて、有効な取組の内容はそれぞれ異なるが、プロセス (PDCAサイクルの回し方) には共通の要素がある。



**ケアマネジメントプロセスと同じ!**

# 地域の困りごとや問題を見渡してみる

～「まだまだ地域包括ケアが実現できていないなあ」と感じること～

## まずは、日常業務の中で得た情報を整理してみる。

(方法の例)

- 日頃、地域包括支援センターで実施している総合相談業務の内容から、傾向をつかんでみる。
- 地域ケア会議の検討内容等から得られた気づき（問題意識）に基づき、仮説をもって地域を見てみる。
- 包括的・継続的ケアマネジメント支援の中で、介護支援専門員から受ける個別相談や“つぶやき”の内容から、地域での困り事の傾向を掴んでみる。

**「問題意識→仮説→地域を見る！」ことで、焦点が絞られ、効率的・効果的に現状把握を行うことができるようになる。**

# 地域包括支援センターが感じている地域で起きている問題点・困りごと（例）

## ～地域包括ケアの実現（あるべき姿）とのギャップ～

1.  ひとり暮らしの高齢者が認知症になると在宅での生活が困難になる。
2.  世帯内に支援が必要な子どもや障害者、高齢者がいるような複合的な課題を持つ世帯支援事例は、支援困難ケースになってしまう
3.  地域ケア会議に事例を出してくるケアマネが少ない
4.  8050家庭は支援困難ケースになりやすい
5.  要介護3以上になると在宅生活が困難になる
6.  介護予防は十分な成果があがらない
7.  地域課題の抽出は難しい
8.  医療と介護の連携が難しい
9.  65歳をむかえた障害者の支援が難しい
10.  うちの地域は使える介護サービスが少ない
11.  互助を支援に活かすのは難しい
12.  感染予防と包括支援センター活動の両立が難しい
13.  外国人の支援が難しい
14.  ある特定の地域からは、あまり相談が寄せられない
15.  包括センターとケアマネジャーの連携が難しい
16.  包括センターと行政の連携が難しい
17.  経済的に困難な利用者への支援が難しい
18.  高齢者が参加できるような活動（グループなど）が見つからない
19.  引きこもり（閉じこもり）の高齢者が多い
20.  民生委員との連携が難しい

### 【ミニワーク】

あなたの担当地域で、  
当てはまると思うもの  
全てに  を入れてく  
ださい。

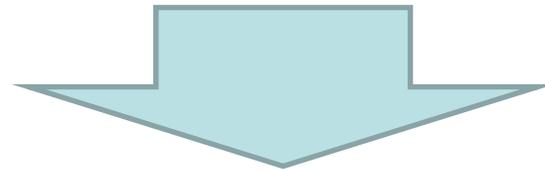
/ 20

# ミニワーク①：個別課題の把握から地域課題の抽出に向けたプロセス

気づき・仮説	①地域の現状把握	②問題が起きている要因の抽出
<p>(気づき) こども、障害者、高齢者、外国人など複合的な課題をもつ世帯支援が必要な事例が支援困難事例として包括センターに持ち込まれる。 ケアマネのつぶやきも聞かれる</p>	<p>(現状把握の方法) ▼地域包括支援センターが受けた総合相談や対応した内容について、経年推移を整理・分析 ▼地域ケア個別会議の集積分析 ▼開業医や民生委員等、フォーマル・インフォーマルを問わず地域の支援者からの声や思いの整理 ▼地域の高齢化率・外国人数・生活保護世帯数等の統計データの整理 ▼制度ごとの相談支援機関の整備状況や、機関相互の連携の状況、各機関の専門職の認識等について確認 など</p>	<p>(「なぜ」支援困難になってしまうのか。その<b>要因</b>は?)</p> <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 20px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <!-- Empty box for drawing --> </div>
<p>(仮説) ▼このような多問題世帯が増えているのではないかと▼今後も増えていくのではないかと▼連携が困難で支援に支障をきたしているのではないかと</p>	<p>(把握できた現状と問題点) ①包括センターに複雑で多問題世帯の相談が増えきており支援困難化している。②行政、ケアマネも同様の印象を持っており支援困難であると感じている。③行政(国や市)の統計や資料にもこれからますます増加するだろうと示されている。④多くのケアマネは、制度を超えた連携は難しいと感じており支援に支障をきたしている。8050支援など⑤子どもの支援機関との連携ができない。</p>	<p>(上記要因の中で、<b>環境要因</b>はどれか。また優先的に解決に取り組む必要があるとおもわれる<b>要因</b>は何か?)</p> <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 20px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p><b>演習：左記にあるような複合的な課題を持つ世帯がなぜ支援困難事例になっているのか、考えられる要因をたくさん書き出してみてください。</b></p> </div>

# 環境的要因の抽出

- 地域の現状として把握された困難や問題の背景には、多くの場合、ひとつではなく**複数の要因が存在**している。
- これらの要因の中には、個人または事業所単位での努力や工夫だけでは対処しきれず、より広範囲にわたる仕組みや連携体制によって変化させることができるものがある。
- **他の多くの市民の暮らしにくさにもつながる。**



**これが「環境的要因」であり、環境的要因に働きかけ、ケアマネジメント環境の改善を目指す取組みが、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務における「環境整備」である。**

# 環境的要因抽出の主な視点

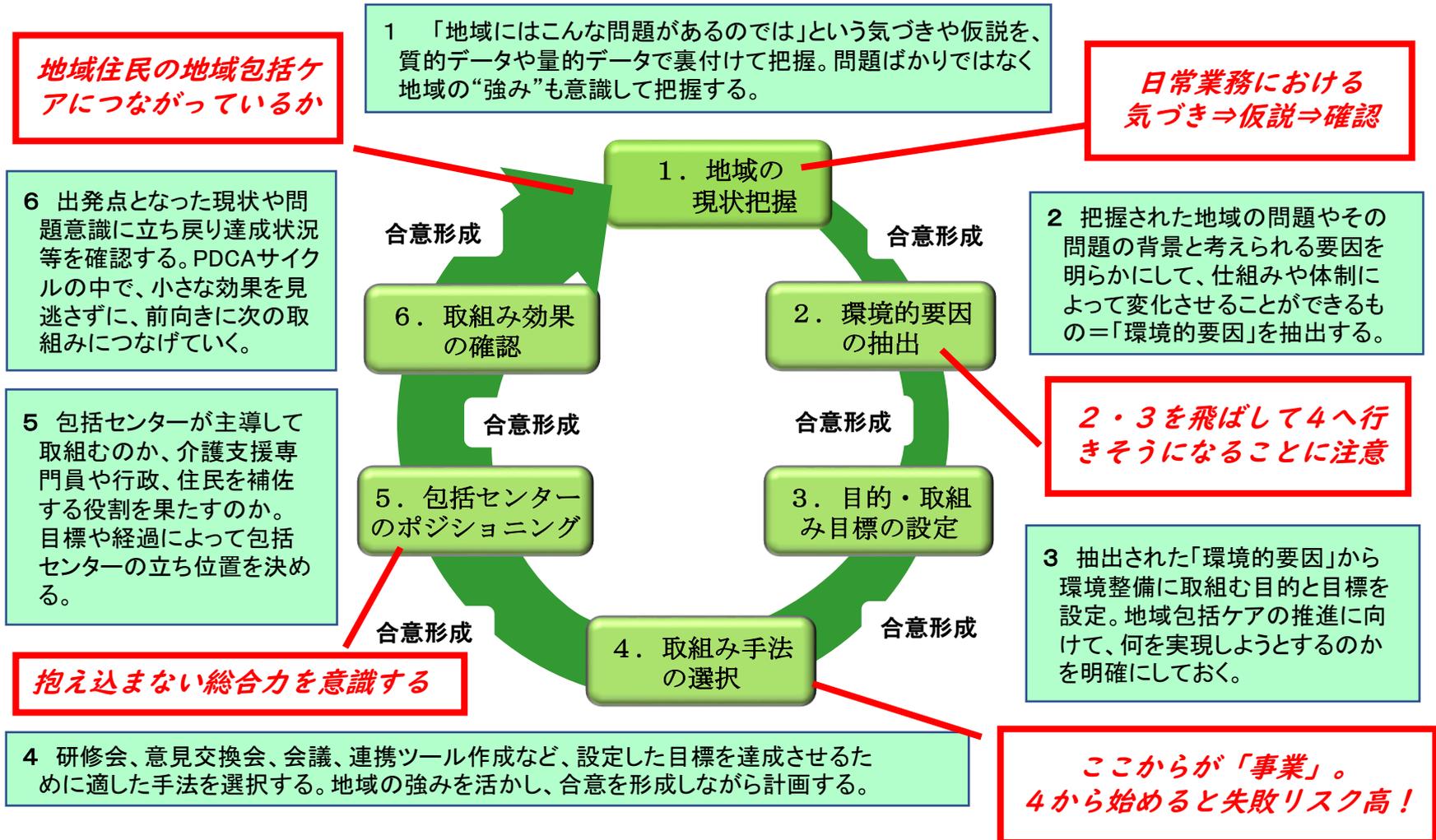
(環境整備マニュアル P22)

- ① 支援システムの問題
- ② 圏域設定の問題
- ③ 地域住民の意識の問題
- ④ 支援者の知識や技術の問題

# ～「問題が起きている理由・要因」の仮説例～

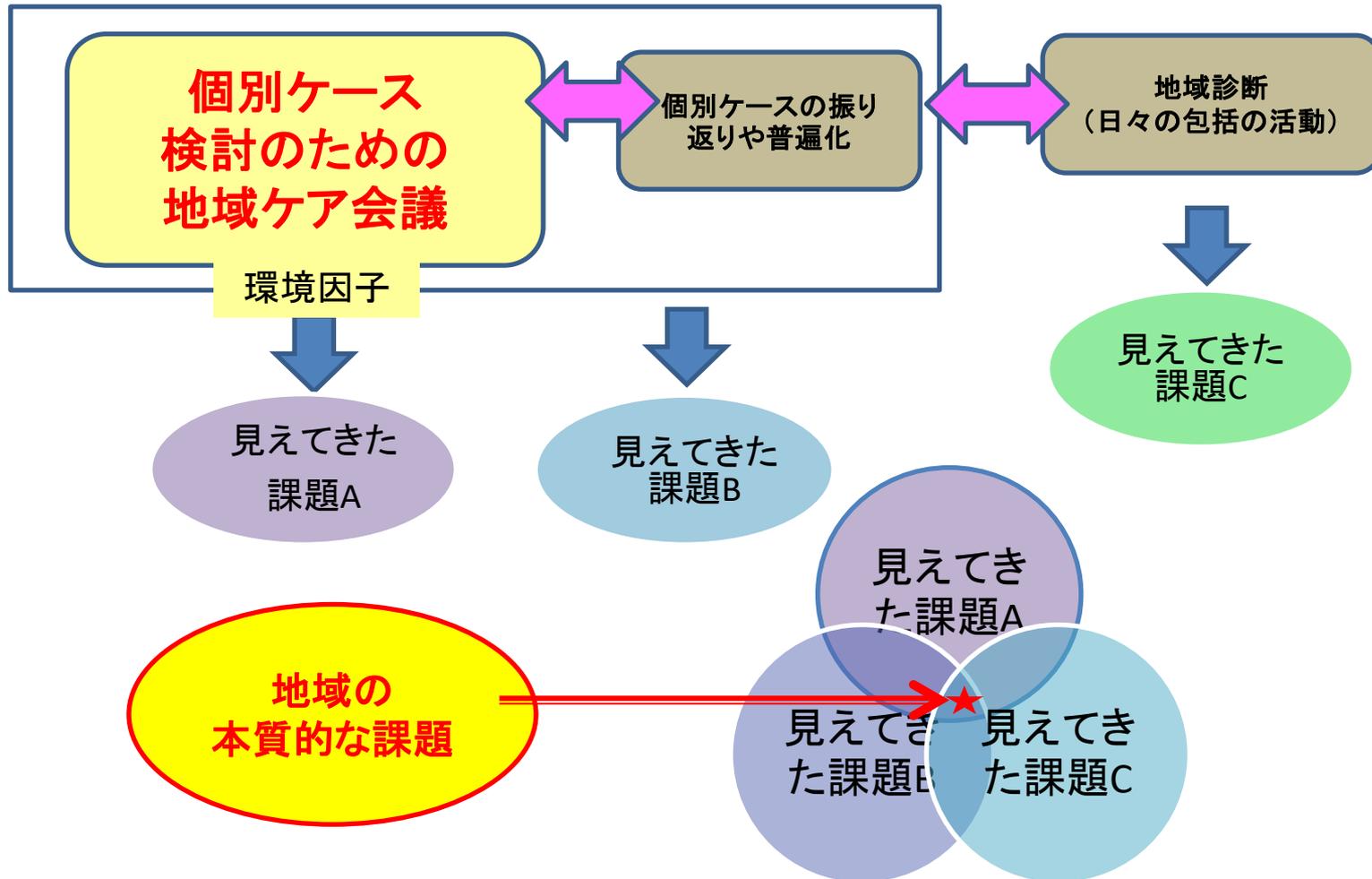
どんなとき？	複合的な課題を持つ世帯事例が支援困難事例になってしまう理由・要因（仮説）		
<p>2. 世帯内に支援が必要な子どもや障害者、高齢者等がいるような複合的な課題を持つ世帯支援事例は、支援困難ケースになってしまう</p>	<p><b>【利用者側の個人要因】</b>            ○世帯の援助希求がない（弱い）            ○課題が複合的なのでどこに相談したらわからない            ○世帯内に問題意識が無い（薄い）            ○パワーレスになっている            ○日本語がわからない            ○経済的理由でSOSを出せないでいる</p>	<p><b>【環境要因】</b>  <b>①制度や支援システムの問題</b>            ○支援者が他制度の機関や制度に関して学ぶ機会がない            ○相談支援機関が年齢別、障害種別になっていて連携が困難            ○包括的相談支援体制がない            ○制度の違いによる65歳問題が起きている</p>	<p><b>【環境要因】</b>  <b>②地域性や圏域の問題</b>            ○今まで複合的な課題を持つ事例が比較的少ない地域            ○エリア（包括担当エリア、自治体等）を超えた機関とのネットワークが不十分            ○他の包括こととの連携関係が希薄</p>
	<p><b>【環境要因】</b>  <b>③地域住民の意識の問題</b>            ○どこに相談したらよいか知らない市民が多い。            ○援助希求が弱いため、早期支援につながりにくい            ○近隣他者に無関心な住民が多い            ○複合的な課題を持つ世帯を地域から排除しようとする傾向がある。</p>	<p><b>【環境要因】</b>  <b>④支援者の知識や技術の問題</b>            ○支援者が他制度の機関や制度に関する知識が無い            ○他制度の従事者と互いに顔の見える関係になっていない            ○介護保険のルールで連携しようとして連携できない            ○他制度の機関との連携が必要な事例に出会っていない（連携経験がない、少ない）            ○制度を超えた連携の必要性を共有できていない。（支援が届いていない事例に気づいていない）            ○制度を超えた連携ができないことによる利用者への影響を理解できていない            ○社会福祉法で位置付けられていることを知られていない</p>	<p><b>考えられる解決策（取組み）</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1) 仮説を元に「現状把握」</b>            ・統計や関係者への聴き取りなどで、絞り込みをする。            ・現状を関係者と共有する</li> <li><b>2) 環境的要因から優先順位をつける</b>            ・緊急性、関心、効果実現性から解決すべき環境要因を絞り込む（課題化）</li> <li><b>3) 解決に向けた計画を立てる</b>            ・取組む目的・達成目標、具体策を関係者で合意形成</li> <li><b>4) 実行する（目標達成のため）</b>            ・研修会？、会議？意見交換会？ ツール？ルール？事例検討？…。</li> <li><b>4) モニタリング</b>            ・解決に向けて動いているか。効果は？</li> </ol>

# 環境整備の実践プロセス（PDCAサイクル）



【参考】「地域包括支援センター運営マニュアル」(平成30年6月2訂 長寿社会開発センター)に加筆

# 個別課題から地域課題への整理のイメージ



# 個別課題から地域課題への流れ

## 個別事例

- 事例にはじまり、事例にかえる
- 地域に暮らす人として、個別事例の環境面もしっかりアセスメントできれば、おのずと地域課題がみえてくる
- でも、少数の事例を地域の代表とみてよいのか

## 地域課題の仮説

- 地域に暮らす私の課題は私たちの課題と言える事実
- 地域ケア会議の集積・分析
- 共通するものはなにか？将来にむけた地域課題のタネは？
- 地域課題かもしれないというメガネをかけると違う景色がみえてくる

## 地域課題の根拠

- 事例(質的調査)からの地域課題の抽出を基礎に、
- 相談分析、地域住民の声、地区診断など各種データ(量的調査)の分析を加えて
- 地域課題としての根拠をつくっていく

# 地域課題を取扱う際の問題点

**“なぜ？”を明らかにしないと解決方法は見つからない！！**

「問題」を「課題」と呼んでしまうと、問題がおきている原因（要因）を「分析」しなくなり、「解決」にむけた取り組みにつながらなくなってしまふ。

<b>問題</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• あるべき姿と現状との負のギャップ</li><li>• 自然発生的に見えてくる物、現象</li><li>• 期待と現実とのギャップ</li></ul>
原因分析	なぜその問題が起きているのか。 問題が起きた原因（要因）を明らかにする
<b>課題</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 問題を解決するために何をすべきか、ということを設定したもの（自ら設定するもの）</li><li>• 現状をあるべき姿に近づけていくための能動的な施策</li></ul>

★「課題」というのは「問題を的確に見極めて、自分たちはどうすべきか、何が足りないのか、ということをはっきりさせたもの」

# 「問題」を「課題」と言ってしまったため、 「原因分析」プロセスを失い、 「解決」に取り組めなくなってしまった事例

## 事例1) 「ご飯を食べなくなった利用者の事例」

「ご飯を食べなくなり栄養状態悪化」を起こしている利用者。このことを「課題」ととらえ課題分析プロセスをスルーすると、「栄養状態が悪化して危険なので、何が何でも騙してでも食べさせなくては」となる可能性がある。



【問題】「ご飯を食べなくて栄養状態悪化」→ 【原因分析】なぜ食べなくなったのか？（意欲がない、食欲ない、歯が悪い、飲み込み困難、美味しくない等）→ 【課題】原因に対応した解決策（歯の治療、喉の治療、メニューや味付けの変更など）

## 事例2) 「引きこもりにより機能低下する高齢者が多い地域」

「引きこもりによる機能低下高齢者増」の地域。このことを「課題」ととらえ課題分析プロセスをスルーすると、「何が何でも行事に参加させようと執拗に声掛けする」が思うほど効果があられず、地域は疲弊してくる、となる可能性がある。



【問題】「引きこもり機能低下者増」→ 【原因分析】なぜ外出しないのか？（意欲がない、交通手段がない、外出目的がない、足の治療がされていないなど。個人要因と環境要因を分析・整理する）→ 【課題】原因に対応した解決策（交通手段の確保、道路の安全確保、居場所設置、外出目的の提供、医療的支援、地域の理解 など）

## 地域の問題・困りごとを解決策につなげるためのプロセス（例）

地域で起きている問題点・困りごと (あるべき姿とのギャップ)	暮らしへの影響 (誰が何に困っているか)	問題が起きている理由・原因	取り組むべき課題・解決策	
			中学校区で取り組むこと	全市的に取り組むこと
介護タクシーの送迎時間調整が難しい	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 病院の予約がとりにくい</li> <li>● 病院での待ち時間が長くて疲労する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 特定の介護タクシーだけが難しい</li> <li>● 事業者が少ない</li> <li>● 事業者情報が少ない</li> <li>● 病院内に長時間待つ場所がない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 事業者情報をまとめて配布</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 介護タクシー会社と協議(優先対応、集中時間帯の乗り合いなど)</li> <li>● 運転ボラの養成</li> <li>● 病院に安楽に待てる環境を作る</li> <li>● 待合室ボラ派遣</li> </ul>
趣味を生かす機会がない	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 外出機会減少。引きこもり、心身機能低下</li> <li>● 他者との交流減少・孤立、精神機能の低下</li> <li>● 活動意欲減退</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 自分の趣味を続ける場がない</li> <li>● やりたい(又はできる)活動が無い</li> <li>● 発表の場がない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 趣味グループ情報の把握と公表</li> <li>● 住民の特技情報収集</li> <li>● 同趣味者同士のマッチング</li> <li>● 活動費助成</li> <li>● お茶飲み会、酒飲み会から開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 市の様々なイベントで発表の機会を確保</li> </ul>

# 【函館市】

## 日常生活圏域レベルの地域課題整理表

センター名

実施日

### STEP1 気づき-仮説の共有

地域にどんな課題があるのではないかと「気づき-仮説」を共有する。

気づき-仮説



### STEP2 地域の問題の共有(気づき-仮説を裏付ける)

STEP1で共有した気づき-仮説について、別紙「情報シート」の情報に基づき現状把握をし、「根拠」があるものが「地域の問題」として共有する。

### STEP3 地域の問題のスクリーニング

STEP2で共有した地域の問題について、「普遍性(※1)」と「社会性(※2)」の両方を検討し、地域の問題を選別する。

記号	地域の問題	根拠となる情報	※1 普遍性	※2 社会性
a				
b				
c				
d				
e				

※1 普遍性とは、地域の多数の人が同じ普遍物に影響を及ぼすもの。

※2 社会性とは、同じ普遍物に利益が及ぼされるようなもの。

### STEP4 問題から課題への転換

STEP3で選別した地域の問題のうち、普遍性または社会性があるものについて、「課題が生じている要因」を分析し、「地域課題」に転換する。

### STEP5 地域課題の優先順位

STEP4で共有した地域課題がマトリックスのどこに位置づけられるかを検討し、対応の「優先順位」をつける。

記号	地域の問題(記号)	問題が生じている要因	地域課題	優先順位
A				
B				
C				
D				

効果 ↑  
実現性 →



### STEP6 地域課題への対応方法

STEP5で選別した地域課題について、「対応方法」と「対応者(機関)」を検討する。

優先順位	地域課題(記号)	対応方法・対応できない理由	対応者(機関)

# 函館市の地域課題整理のプロセス

## STEP 1 気づき・仮説の共有

地域にこんな問題があるのではないかという『気づき・仮説』を共有する

## STEP 2 地域の問題の共有 (気づき・仮説を裏づける)

STEP1で共有した気づき・仮説について、「情報シート」の情報に基づき現状把握し『根拠』があるものを『地域の問題』として共有する。

## STEP 3 地域の問題のスクリーニング

STEP2で共有した地域の問題について『普遍性』と『社会性』の有無を検討し、地域の問題を選別する。

## STEP 4 問題から課題への転換

STEP3で検討した地域の問題のうち、普遍性または社会性があるものについて『問題が生じている要因』を分析し、『地域課題』に転換する。

## STEP 5 地域課題の優先順位

STEP4で共有した地域課題が「効果」と「実現性」のマトリックスのどこに位置付けられるか検討し、対応の『優先順位』をつける。

## STEP 6 地域課題への対応方法

STEP5で検討した地域課題について『対応方法』と『対応者(機関)』を検討する。

# 地域包括ケアの推進とシステムづくりのプロセス

## (1) アセスメント (情報収集・課題分析) ⇒2025年、2040年の姿・目標

- ① 地域包括ケアが実現していないと思われる「問題」の共有 (日々の業務から)
- ② 地域包括ケアの実現を阻害している「問題」が起きている理由 (要因) の仮説をたてる
- ③ 仮説から、質的把握 (聞き取り等)、量的把握 (統計等) で 複数の要因を確認
- ④ 類似事例の収集と類型化
- ⑤ 取り組むべき課題の優先度判断
- ⑥ 取組み単位の判断 (地域包括支援センター単位か、複数包括センター、区、市)
- ⑦ 地域包括支援センターで単位で取り組む課題の選定 他

## (2) 課題解決手法の検討

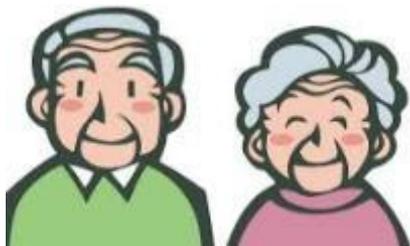
- ① 個別支援
- ② 事業者団体等の組織化と支援
- ③ マニュアル等ルール作り
- ④ 制度・施策への提案
- ⑤ 意見交換会・研修会
- ⑥ パンフレット・ホームページなどの普及啓発
- ⑦ 地域ケア会議 他

## (3) 地域ケア会議の準備と運営

- ① 選定された課題解決に必要なステップで会議を企画・運営 (準備～当日運営)
- ② 目的達成までの戦略 (計画)・・・会議と他の方法との混合方式もありうる
- ③ 会議結果を地域 (関係者) へ周知 (規範的統合・密室会議を地域の財産へ昇華) 等

## (4) 評価

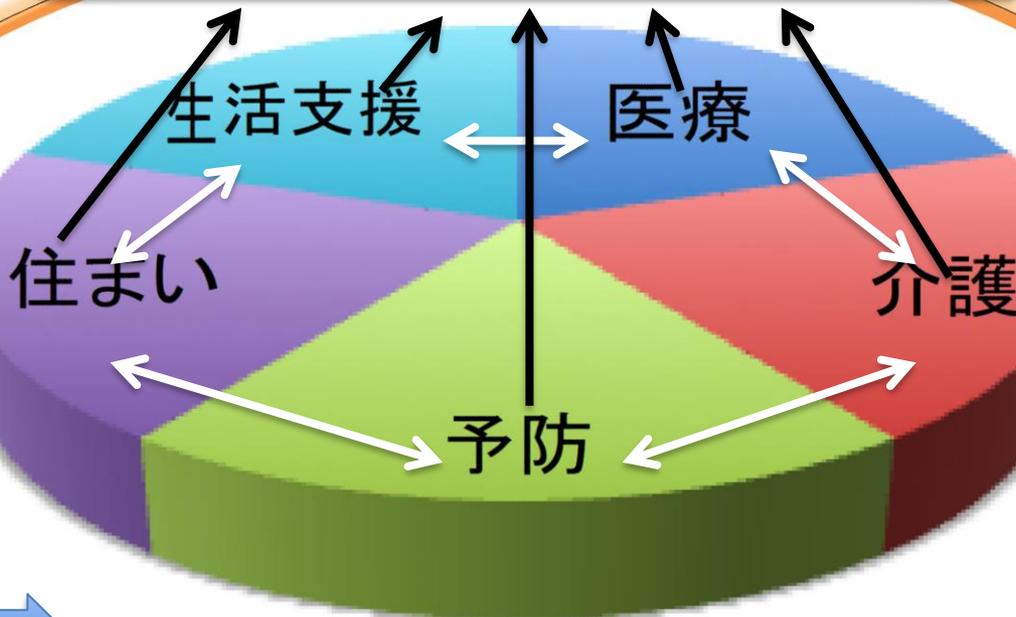
- ① 目的達成 (アウトカム) の評価と戦略の見直し



自立(尊厳を保持しその人らしく主体的に生きること)



地域包括ケアマネジメント



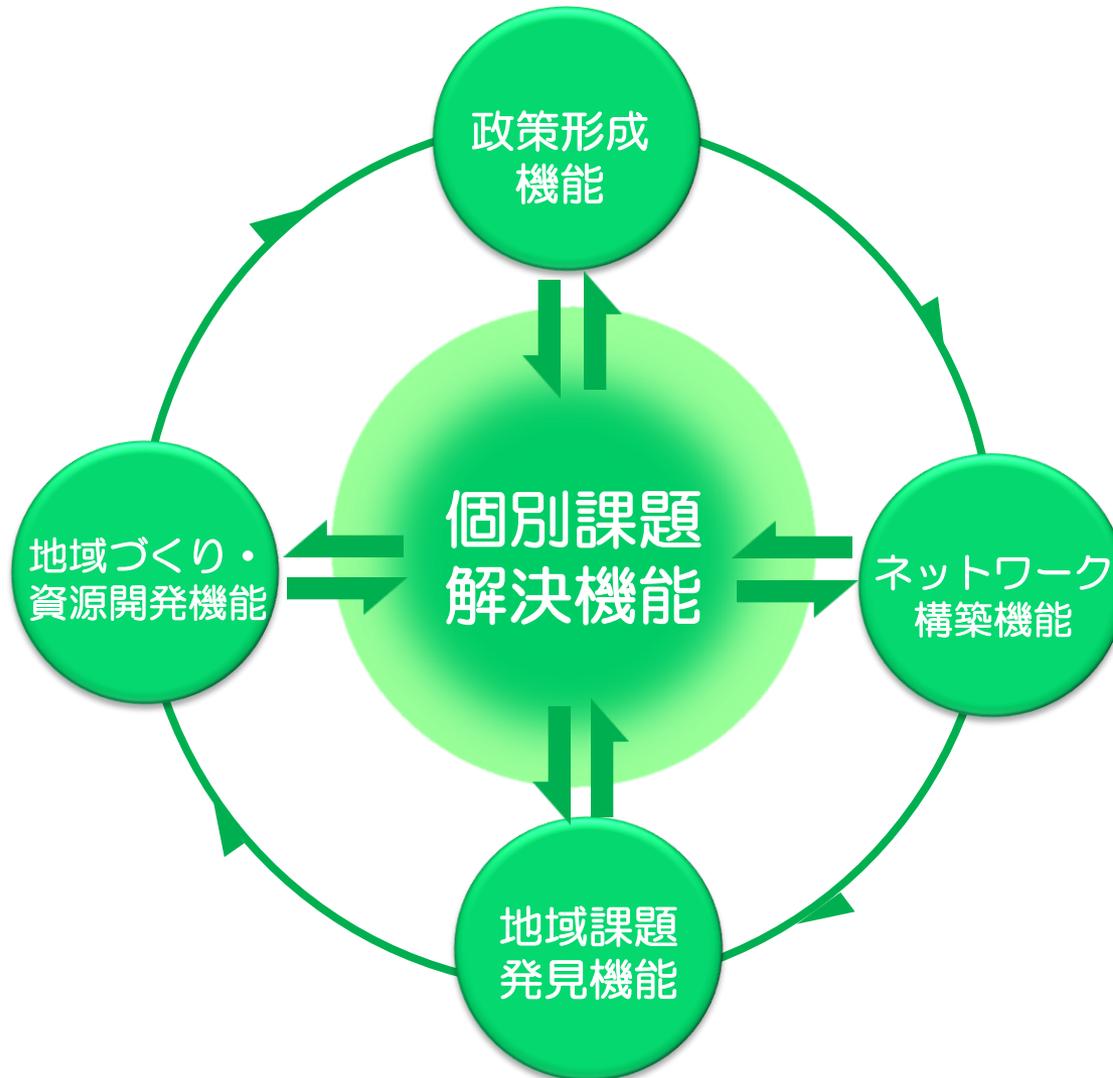
地域ケア会議(手段)

施策

地域包括ケアシステム(体制)

地域

# 地域ケア会議の主な機能



# 地域ケア会議に関する介護保険法上の位置づけ

平成28年10月、厚生労働省開催「市町村セミナー」資料

1. 市町村が「地域ケア会議」を設置し、高齢者への適切な支援及び支援体制に関する検討を行うことを規定

- 市町村が包括的・継続的ケアマネジメント事業の効果的な実施のため「地域ケア会議」を置くよう法律に明記。
- 地域ケア会議を設置し、個別ケースの検討と地域課題の検討の両方を行うものであることを法律に明記。

(介護保険法115条の48第1項、第2項)

2. 地域ケア会議関係者からの協力を得やすい体制に

- 関係者の出席や資料・情報の提供など地域ケア会議の円滑な実施が可能に。

(介護保険法115条の48第3項・第4項)

3. 関係者への守秘義務を課すこと

- 関係者に対して法律上の守秘義務を課すことで、地域ケア会議で個別事例を扱うことに対して、利用者や家族からの理解が得やすくなる。
- 参加者による情報交換等が円滑に行われるようになる。

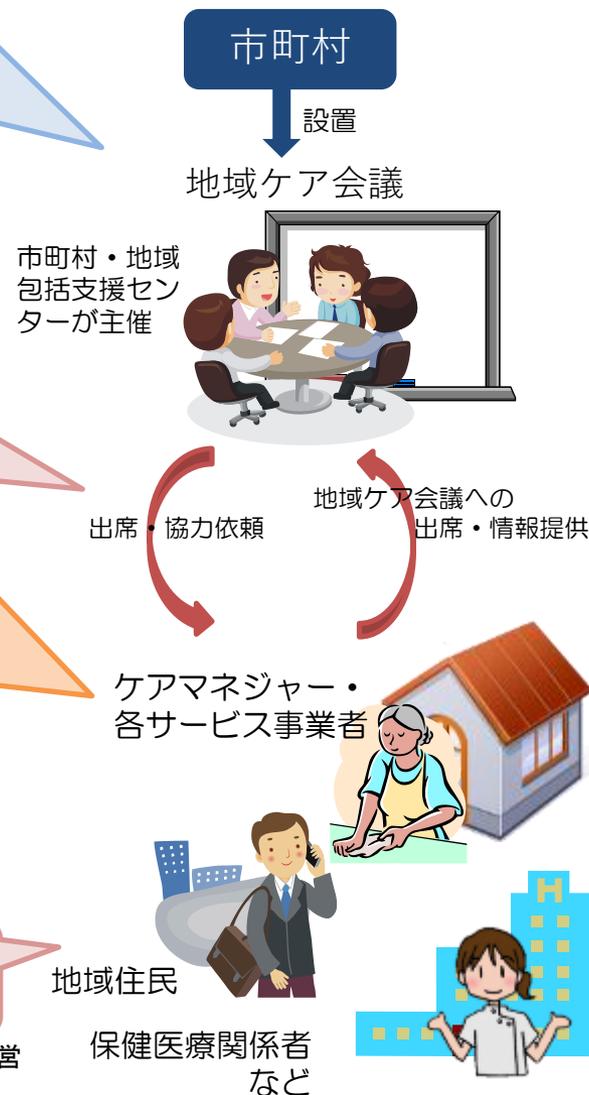
※守秘義務違反の場合は一年以下の懲役・百万円以下の罰金。

→参加者に、守秘義務の取扱いに関する周知が必要

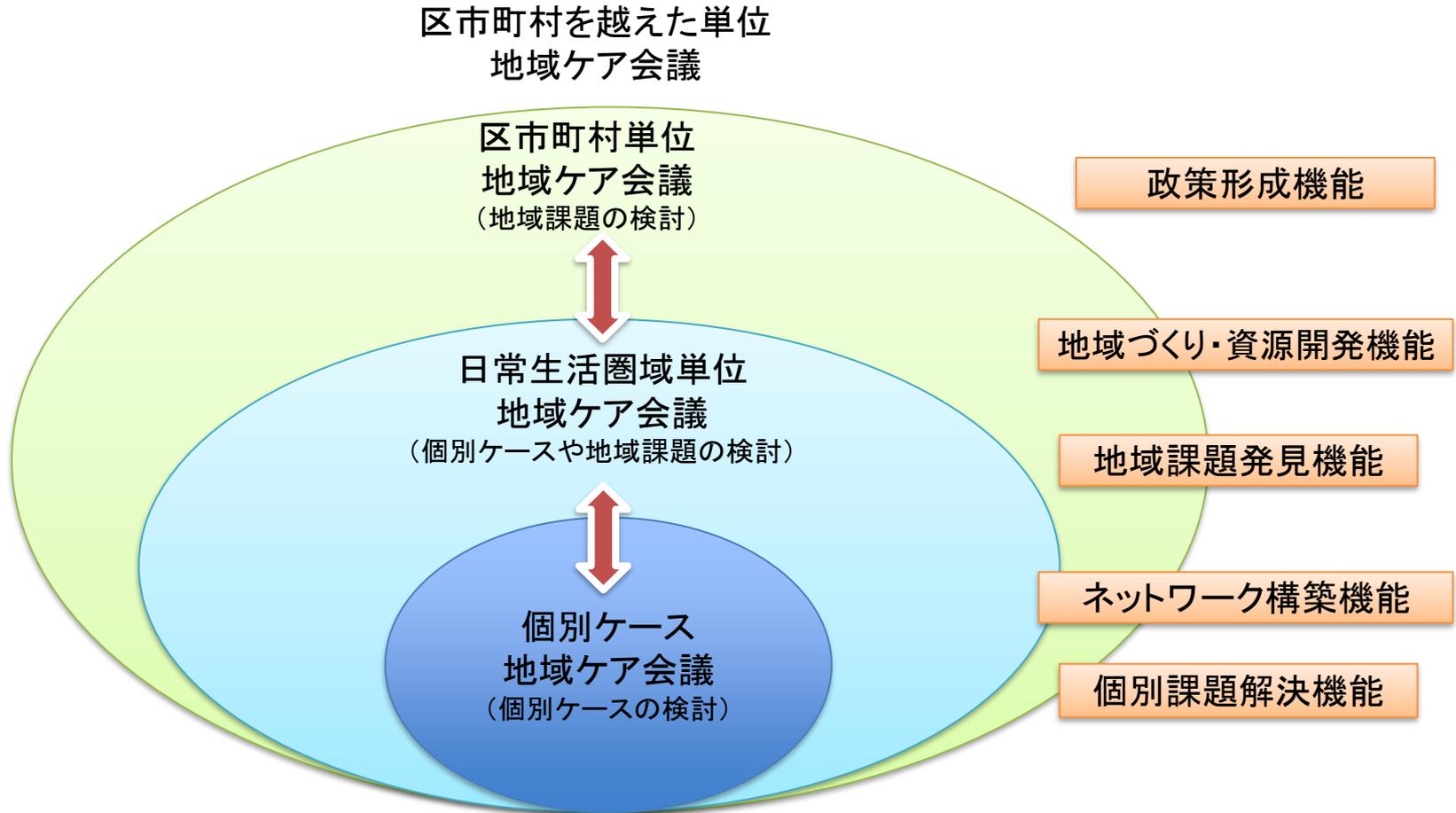
(介護保険法115条の48第5項、205条2項)

4. 具体的な会議の運営について市町村・センターにおいて従前どおり柔軟に行うことができる。

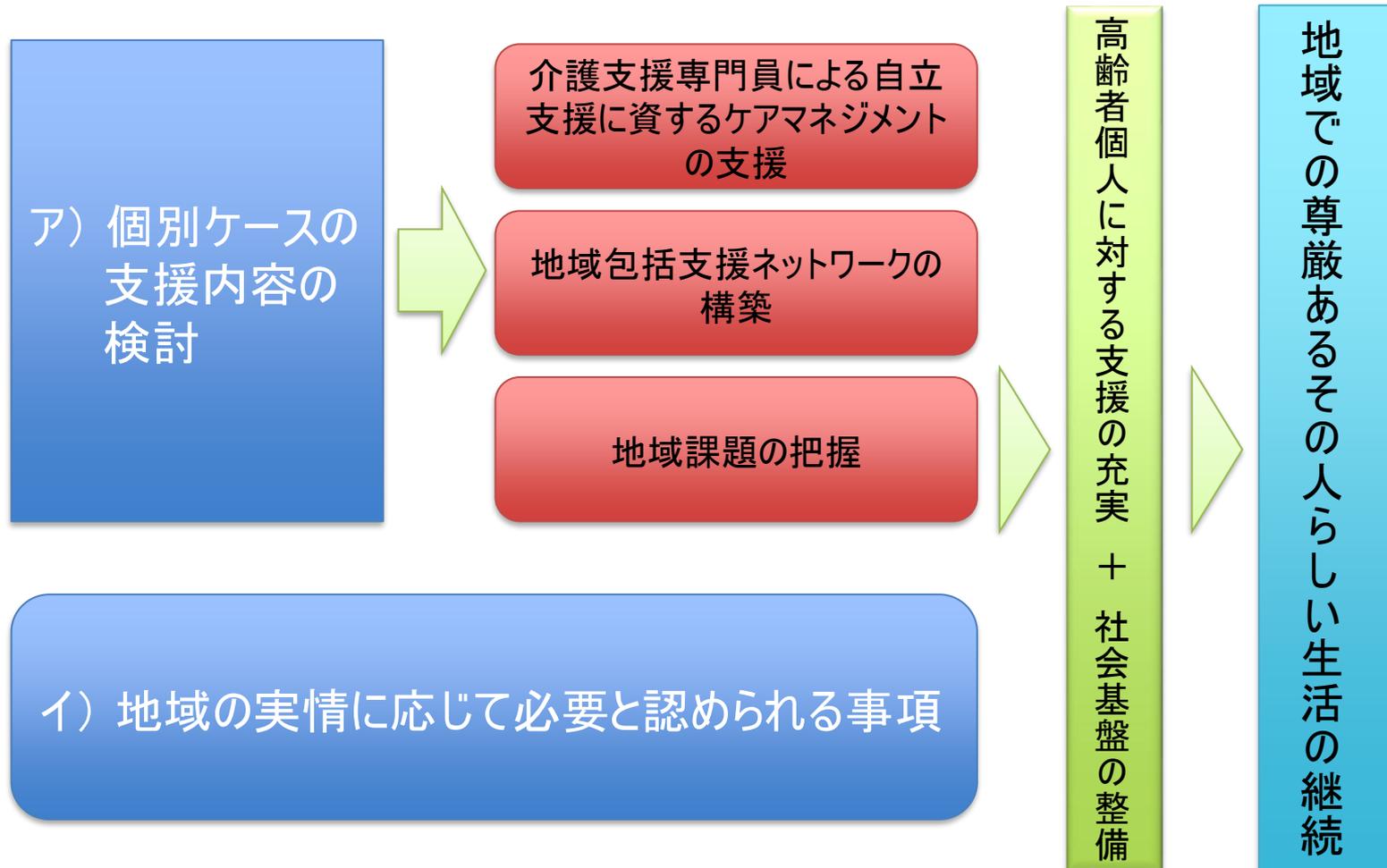
※上記の他、市町村は地域包括支援センターの運営に係る方針の提示の中で、地域ケア会議の運営方針についても規定している。(法第115条の47第1項、施行規則第140条の67の2)



# 地域ケア会議の構成モデル例



# 地域ケア会議の目的



# 地域ケア会議における多職種協働による多角的アセスメント視点（具体的な助言の例）

平成28年10月、厚生労働省開催  
「市町村セミナー」資料

## 多職種協働による多角的アセスメントにおける具体的な助言の例

### 【医師】

疾患に着目した生活絵の留意事項の助言等

### 【歯科医師・歯科衛生士】

摂食・嚥下機能等の助言や義歯・口腔内衛生状況の助言

### 【薬剤師】

健康状態と薬剤の見極めと適切使用のための助言等

### 【理学療法士】

筋力、持久力等の心身機能や基本的動作能力の見極めや支援・訓練方法の助言等

### 【作業療法士】

入浴行為のADLや調理等のIADLを活動や環境等の能力を見極めや支援・訓練方法の助言等

### 【看護師・保健師】

健康状態や食事・排泄等の療養上の世話の見極め、家族への指導等の助言

### 【管理栄養士】

健康や栄養状態の見極めと支援方法の助言等

### 【社会福祉士】

地域社会資源関係や制度利用上の課題の見極めと助言等

### 【言語聴覚士】

言語や嚥下摂食機能等の心身機能やコミュニケーションの能力の見極めや支援・訓練方法の助言等

多職種協働による多角的アセスメントを通じて、生活不活発病の原因が口腔機能の低下であったことが判明。



臼杵市作成資料をもとに厚生労働省において作成

各都道府県介護保険担当課（室）  
 各市町村介護保険担当課（室）  
 各介護保険関係団体 御中  
 ← 厚生労働省 老健局 振興課

## 介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

「多職種による自立に向けたケアプランに係る  
 議論の手引き」について  
 計76枚（本紙を除く）

Vol.685

平成30年10月9日

厚生労働省老健局振興課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう  
 よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 3936、3983）  
 FAX：03-3503-7894

平成30年度厚生労働省  
 老人保健事業推進費特別交付金  
 （老人保健事業推進等事業分）

多職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き

～地域ケア個別会議等を活用したケアマネジメント支援のために～

# 社会資源・支援体制 整理・開発表

- (1) 包括的・継続的な地域包括ケアの実現のためにあったらよいと思う社会資源を考えてみる。
- (2) 実際に存在する社会資源だが使われていない(気づかない、使いにくい)資源を見つける
- (3) 比較的すぐに取り組めることと、必要だが時間がかかることを分類する。
- (4) 実際の事例を使って検討することで、リアルな発想が広がる
- (5) **事例提出の抵抗感のない事例から取り組み始める。(事例から学びシステムを考える)**  
 例) 多くのかかわりで支援ができた事例、要介護4・5でも在宅生活を継続している事例、  
 認知症で一人暮らしをしている事例 など
- (6) 個別事例から地域課題を抽出し、取組みの優先順位を決めることにつながる
- (7) 市民や事業者と一緒にワークすることで、分析の段階で規範的統合が始まる。

	自助	互助	共助	公助
すでにある (発見)				
すぐできる				
時間がかかる				

優先順位をつけて  
取組む

# 龍郷町のプレ地域ケア会議

2 G	すでにあるもの	すぐ出来そうなもの	時間がかかるもの
自 助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・その人らしさ(生き方、役割、意欲、覚悟) 趣味、友人、近所付合</li> <li>・希望、健康</li> <li>・役割(地域)</li> <li>・宗教</li> <li>・経済、住まい力、仕事</li> <li>●島口方言が使える、特に「ターン」</li> <li>●認知があることを発信する力</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の意欲、覚悟</li> <li>・「ターン」の受入(地域事業参加)</li> <li>・情報提供</li> <li>・自分自身の生き方を周囲へ周知</li> </ul> <p>→ 周囲に助けを求めることが出来るようになる →</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・次世代へ方言を伝承</li> <li>・家族の認知力、支援</li> <li>・本人や家族がしっかりと思いを伝えられる</li> <li>・情報提供</li> </ul>
互 助	<p>安否確認</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・経済的支援</li> <li>●家族の力</li> <li>・健康管理支援(サロン教室)</li> <li>・地域力</li> <li>一部 夜間の見守り</li> <li>隣人、友人、知人、集落</li> <li>区長、民生委員、推進員(情報、相談)、</li> </ul> <p>移動販売、買物、手助</p> <p>日常の援助 サポーター (日常生活の中で)</p> <p>社協ボランティアコーディネーター、包括</p> <p>調整する力(ケアマネの支え)</p>	<p>仕事・経済力 移動販売の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各集落での教室の開催</li> <li>●情報提供の場</li> <li>・家族の意欲、理解</li> <li>・近隣の手伝い、支援、見守り、声かけ</li> <li>・調整する力(ケアマネの支え)</li> </ul> <p>社協ボランティアコーディネーター、包括</p> <p>調整する力(ケアマネの支え)</p> <p>調整する力(ケアマネの支え)</p> <p>調整する力(ケアマネの支え)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・企業の協力(〒、商店、会社)子供110番</li> <li>・行政、地域リーダー的存在の確立</li> <li>・集落内での関わりを持てる人材の育成</li> <li>・介護力</li> <li>●認知症の理解と対応</li> <li>近隣の理解、集落に商店がある</li> <li>集落の高齢者の声が届く</li> <li>ボランティアコーディネーターの ガンバル応援団手帳(地域人材資源)</li> <li>・災害システム</li> </ul>
共 助	<p>公民館活動 いきデイ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・全集落(マップ作り)</li> <li>・福祉避難所</li> <li>・在宅医(消防、警察、役場、総務課、包括)</li> <li>・サポーター要請 (75歳以上町内無料バス、浴場)</li> <li>・ケアマネ研修</li> <li>・訪問看護</li> <li>・有償ヘルパー (入院、受診援助、泊り)</li> </ul> <p>24H 相談窓口</p> <p>健康診断</p> <p>地域個別支援、災害時</p> <p>CM協議会、包括、保健所</p> <p>シルバー人材センター</p> <p>事業所 研修会</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門職の育成</li> <li>●チームケア</li> <li>・成功例の</li> <li>・成功例からの</li> <li>●地域ケア会議(その他の会議)</li> <li>社協との連携</li> </ul> <p>●駐在、店</p> <p>発信、把握、事業所間の連携</p> <p>情報共有理解</p> <p>看取り事例の提供</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・楽しめる場所(健康ランド、サウナ、映画館)</li> <li>・独居の受信や認知対応など病院での困りごとの話し合い、連携</li> <li>・シルバー人材センターの活用</li> <li>●認知症専門医</li> <li>・かかりつけ医</li> </ul>
公 助	<ul style="list-style-type: none"> <li>・公的年金</li> <li>・障害手当</li> <li>・介護人手当</li> <li>・生活保護者</li> </ul> <p>●「ターン」相談窓口</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケースワーカーとの連携</li> <li>・小さい頃から介護について協力する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・推進員のバックアップ (社協、包括、ケアマネ、グループホーム)</li> <li>・住まい、集落単位、空家 企画財政課</li> </ul>

# 地域包括ケアの取組みを点検する際のポイント（中澤流）

## 1 問題意識と取組みに一貫性があるか

- ・最初に挙げた「問題」や「課題」の解決に向けた取組みになっているか

## 2 悪魔のささやき（ステップ2・3飛ばし）のリスクを意識しているか

- ・「問題」と「課題」の間の『分析』を手法につなげる

## 3 事業を「手法」ととらえているか

- ・地域包括ケアの実現のための方法の一つとして事業を活用する視点が必要
- ・会議のための会議にしない

## 4 過去の失敗事例を点検しているか、好事例を共有しているか

- ・合意形成不足か、分析飛ばしか、スモールステップ間違えか 等々
- ・形骸化していないか（①関係者の認識共有、②安心感、③効果実感）

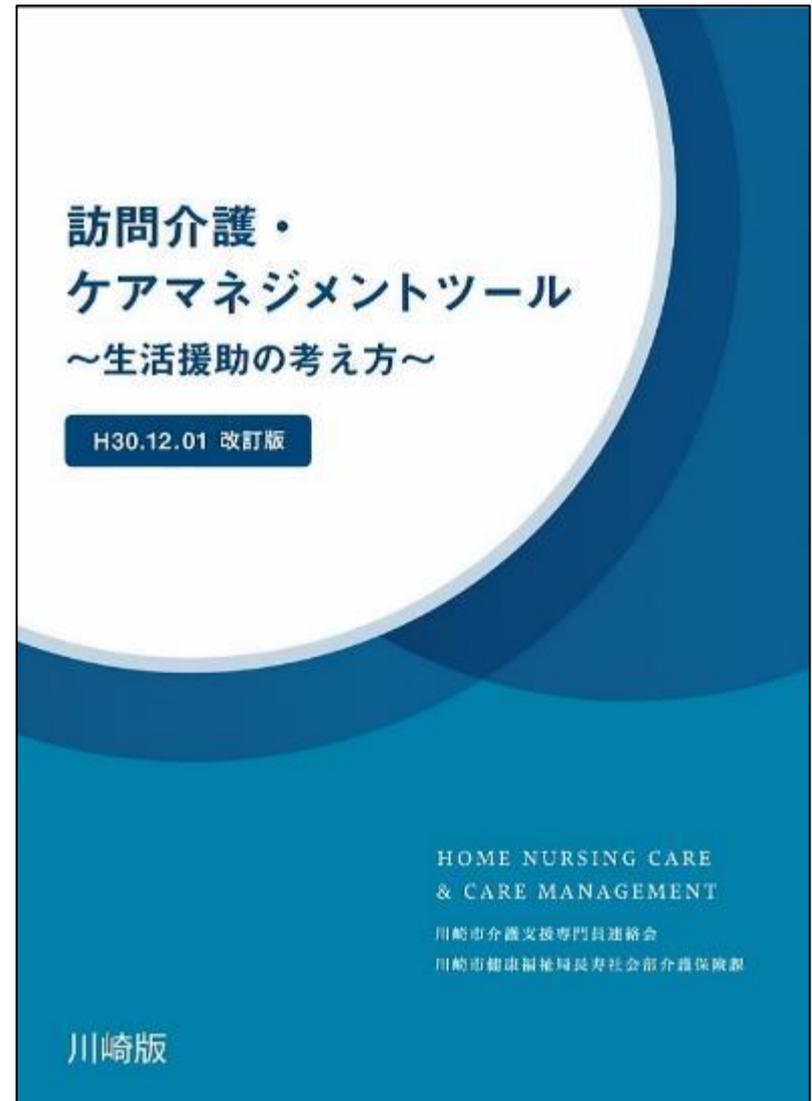
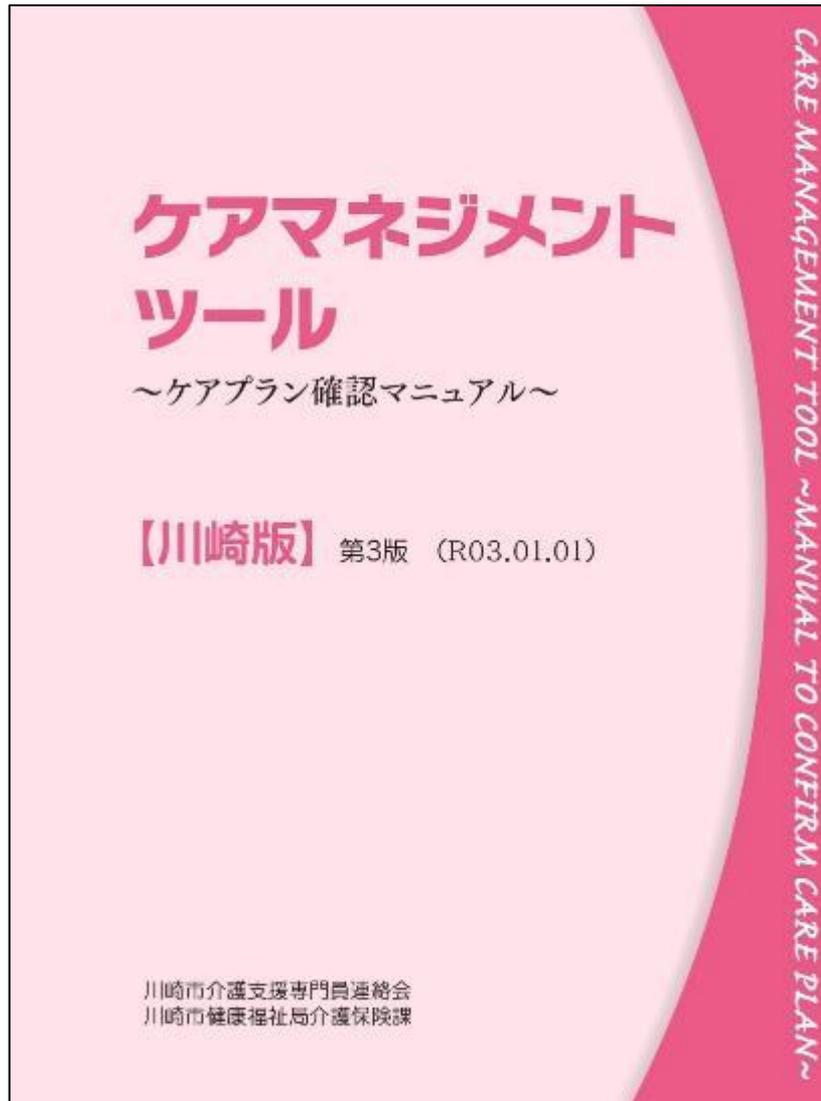
## 5 優先順位の合意形成がなされているか

- ・なぜそれに取り組むのか（①緊急度、②関心度、③効果出やすい度）
- ・根拠ある計画的「後回し計画」の合意

## 6 合意を取る際の説明に以下の3点が含まれているか

- ①共感（相手の思いに共感、共感される問題意識、相手のメリットなど）
- ②苦勞（この問題に苦勞して取り組んできたことを説明に盛り込む）
- ③大義名分（社会の為、市民のため、地域包括ケア・地域共生社会の実現のため）

※「説得」されていると感じられると、同じ力で反発される可能性あり。



川崎市介護支援専門員連絡会HP「お役立ち情報」よりダウンロード可

★川崎市のケアマネジメントツールシリーズ 第3弾★

ケアマネジメントツール～地域資源のつなぎ方 【川崎版】

～ Inclusion of existing local resources ～

(地域に存在している様々な地域資源を包括的にケアマネジメントする)

◎地域との関係性を大切にした暮らしを支えるために

- ▼介護が必要な人への社会資源というと、医療・介護・福祉・保健サービス（共助・公助）と、親族やボランティアなどの支え合い（互助）を思い浮かべがちですが、地域にはもっともっとたくさんの社会資源が存在しています。
- ▼一般市民が日常普通に利用する、地域の商店街、銀行、公園、居酒屋、企業、市民館、図書館などの社会資源を、個別利用者の生活や介護に活かしていくためのケアマネジメントを提案するツールです。
- ▼利用者の過去の生活や地域とのつながりをアセスメントし、介護が必要になっても今までのつながりを大切にしながら「地域を基盤」に生活できるようなケアを推進していくためのコツや留意点などを整理し掲載しました。



◎「ケアマネジメントツール～地域資源のつなぎ方～」編集会議 ※敬称略

【地域包括支援センター】

- |         |                 |
|---------|-----------------|
| 工 藤 優 二 | 大島中島地域包括支援センター  |
| 荒 川 雄 一 | ひらまの里地域包括支援センター |
| 塚 田 治 孝 | 登戸地域包括支援センター    |
| 山 本 久美子 | 百合丘地域包括支援センター   |
- 【川崎市介護支援専門員連絡会】
- |         |                     |
|---------|---------------------|
| 中 馬 三和子 | あうん介護センター           |
| 須 山 成 美 | アイスタッフケアステーション大師    |
| 湯 浅 利 啓 | 社会福祉法人青丘社ほっとライン     |
| 能 村 厚 子 | 川崎市社協・さいわい訪問介護支援事業所 |
| 村 川 裕 子 | 東電さわやかケア川崎・居宅介護支援   |
| 齊 藤 淳 子 | 新川崎居宅介護支援事業所        |

【在宅サービス事業者】

- |       |                       |
|-------|-----------------------|
| 谷 大 樹 | 上布田つどいの家（小規模多機能型居宅介護） |
|-------|-----------------------|

【有識者】

- |       |                    |
|-------|--------------------|
| 中 澤 伸 | （社福）川崎聖風福祉社会事業推進部長 |
|-------|--------------------|

【オブザーバー】

- |         |                    |
|---------|--------------------|
| 富 沢 昌 希 | 川崎市経済労働局次世代産業推進室   |
| 飯 田 眞 美 | 川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課 |
| 久野木 克 郎 | 川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課 |

【事務局】

- |       |                       |
|-------|-----------------------|
| 丹 野 睦 | 川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課 |
| 中 村 肇 | 川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課 |

# 介護支援専門員自身が考える 今後の“目指すべき介護支援専門員像”



## 発信によせて (検討委員会からのメッセージ)

令和2年8月から令和3年3月にわたり、厚生労働省令和2年度老人保健健康増進等事業「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業 検討委員会」では、令和3年度介護報酬改定の検討に向けた実態調査の結果を踏まえ、計7回、議論を重ねてきました。また、介護保険制度の創設から20年が経過する中で、居宅介護支援業務に従事する介護支援専門員の今後の“目指すべき介護支援専門員像”について意見交換を行いました。

### 介護支援専門員が果たしてきた役割

- 介護保険制度の創設から20年、私たち介護支援専門員はケアマネジメントを通じて多職種をつなぎ、利用者や家族を支え、制度の中で大きな役割を担ってきました。日々、利用者、家族への個々の支援を続ける中で、運営上、厳しい状況に直面している事業所もあると思います。どのような環境にあっても、現場の第一線で活躍している介護支援専門員のみなさんの熱い志、強いモチベーションが、介護保険制度を、そして全国の利用者の自立した生活や自己実現を支えていることを、まず私たち介護支援専門員自身が誇りに思い、讃え合いたいと思います。
- また今日、介護保険制度がこれほど国民の生活に浸透しているのは、私たち介護支援専門員が常に利用者や家族に寄り添い、度重なる制度改正に丁寧に対応してきた証といえるでしょう。介護支援専門員が「介護保険制度の要」として果たしてきた役割と功績にも胸を張りたいものです。

### 介護支援専門員を取り巻く環境の変化とさらなる期待

- 昨今、介護保険制度をはじめ、介護支援専門員を取り巻く環境は目まぐるしい変化を遂げています。今後、人口減少、高齢化がさらに進む中で、私たち介護支援専門員に求められる業務、期待も変化、高度化しつつあります。
- 介護支援専門員は、利用者、家族からの相談をはじめ、アセスメントからモニタリングといった継続的なケアマネジメントを通じて、利用者本位を前提とした最も適切なサービスが提供されるよう行動することが求められます。今後はさらに、多様な知識、コミュニケーション能力、課題分析、課題解決能力・といったケアマネジメントに必要な知識や能力そしてあくなき探究心や向上心とともに、複合的かつ多様なケースに対応するために、介護保険制度に留まらない分野横断的な知識や多職種連携において培われる経験なども求められます。
- 介護支援専門員は、ケアマネジメントを通じて利用者本位に基づく自立支援、自己実現の支援を行う中で、常に社会情勢の動向や変化を見通し、知識、能力を培ってきました。その経験を活かし、多職種連携において最大限に力を発揮できるよう、より積極的な資質向上が求められています。

### これからの介護支援専門員像とは

- 一方で、介護支援専門員は、「ケアマネジャー」として介護保険制度の中で重要な役割を果たすことから、注目を集めやすい立場にあります。私たちの日頃の言動や姿勢が、介護支援専門員に対する社会的評価やイメージ、そして同じ仲間の資質にも影響します。さらに私たち自身の資質の向上、底上げが、今後の“介護支援専門員の業界(ありよう)”を左右するといっても過言ではありません。
- この20年を振り返り、私たち介護支援専門員が果たしてきた役割を再確認するとともに、現在置かれた立場や今後のあり方を今一度みなさんとともに考えてみたいと思います。現状に留まるのか、それとも介護支援専門員に対して、ときに厳しいご意見に対して、どのように立ち向かうのか。みなさんが描く理想の介護支援専門員は身近にいらっしゃいますか？あるいは理想像として、目指すべき姿がイメージできますか？
- 介護支援専門員である検討委員自身が目指すべき介護支援専門員像について話し合いを繰り返し、思いを言葉に紡ぎ、ここに「目指すべき介護支援専門員像」を発信します。介護支援専門員として様々な経験や経歴をお持ちの方がいる中で、多様なご意見があり、異なる視点や介護支援専門員像があると思います。この「目指すべき介護支援専門員像」が、日々ご多忙な介護支援専門員のみなさんが業務の中で悩み一度立ち止まった時、あるいは研修会のテーマなど、さまざまな場面でみなさん自身が今後の介護支援専門員の未来のキャリア像を描く上での一助になれば幸いです。

# 介護支援専門員自身が考える 今後の“目指すべき介護支援専門員像”



介護保険制度創設から20年が経過し社会情勢や利用者のニーズが多様化する中で、これまで介護支援専門員が果たしてきた役割等を踏まえ、今一度、これからの介護支援専門員は専門職としてどうあるべきか、実務者である介護支援専門員が議論を重ね、**介護支援専門員自身が考える今後の“目指すべき介護支援専門員像”**をとりまとめました。地域共生社会の実現に向けた介護支援専門員の果たすべき役割等の観点も含め、全国の介護支援専門員が将来理想とする介護支援専門員のイメージを描けるよう、4つの視点で整理しました。

## 目指すにあたってのポイント

### 1.利用者・家族との関係において、どうあるべきか

- ① 利用者に寄り添い、尊厳の心を持って、利用者の自律支援（意思決定支援）、自己実現・自立支援のために、専門性を確立し、信頼されること。
- ② 利用者本位に基づき、利用者の過去から、現在までの生活歴等を踏まえ、今後の生活や将来の医療ニーズ等の見通しを考え、先手かつ主体的に動き、支援できること。
- ③ 専門職として自身の確固たる職業観、倫理観を持ち深化させていくこと。
- ④ 利用者の生活支援に重点をおくことを前提に、多種多様な相談・ニーズを踏まえたケアマネジメントに努めること。

### 2.各居宅介護支援事業所（組織・一員）において、どうあるべきか

- ① 自己研鑽を図りつつ、事業所全体の資質向上を意識した組織力（ケアマネジメントの技術・手法や人材養成の仕組み作り、体系等）を構築していくこと。
- ② 継続的な利用者支援を行うために、事業所の理念や方針、適切な運営や経営に関心を持ち、保険者に対しては説明を求めるだけでなく、提案し、双方向のコミュニケーションが取れること。
- ③ ケアマネジメントの資質向上を前提に、ICT等の活用による業務効率化を図り、経営の視点を高め、常に制度等の動向を把握すること。
- ④ 介護支援の専門集団である事業所の一員として自身のケアマネジメントについて、第三者に根拠をもって説明できること、また、保険者と双方に円滑なコミュニケーションを通じて、組織として感染症等の発生にも対応し、公共社会資源にも寄与すること。

### 3.各地域において、どうあるべきか

- ① 地域共生社会の実現、地域包括ケアの深化に向けて、利用者の個別支援を通じて、地域全体の課題把握やその課題を解決するための一員として、全世代や全住民を視野に入れたケアマネジメント力を醸成し、地域の期待に応え、活躍できること。
- ② 地域連絡会等における活動を通じ、行政、各種職能団体や他法人等と組織的な話し合いを行うことで、より効率的・効果的な利用者支援を行うためのルールづくりや提案を行うこと。
- ③ 医療介護関係に限らない地域の幅広いネットワークを創り、包括的な利用者支援を行うとともに、他の事業所と支え合い、“点”ではなく“面”でケアマネジメント力を高め、地域の事業者全体の底上げを図ること。
- ④ 介護支援専門員の専門性や重要性を踏まえ、利用者以外からも介護支援専門員の社会的評価を高めていくこと。

### 4.多（他）職種連携において、どうあるべきか

- ① 医療ニーズを抱える利用者が増加している現状を踏まえ、医療等との連携の役割を担うために、他職種と共通言語や共通認識等、共有の視点を持ちつつ、他職種特有の文化、言語をの理解に努め、多職種との協働を深めること。
- ② 地域共生社会を構築する視点で、広い視野をもって、様々な支援機関を含めた多職種等との連携関係を築くこと。
- ③ 他職種の専門的見地を尊重できるように、介護分野に限らない各分野の横断的な知識等を広く知ること。
- ④ 利用者、家族の相談・ニーズに対して、他職種の役割や対応を理解し、介護保険制度以外の他の分野に携わる関係者等に介護支援専門員が専門職として責任を持って繋ぎ、双方で連携して取り組む役割を担えること。

# 現場でご活躍される全国の介護支援専門員の みなさんへのメッセージ（エール） ～ケアマネジャーは人と人を結ぶ架け橋～



立場を超えた連携・協働を！

## このメッセージは…

全国の介護支援専門員のみなさんが「介護支援専門員自身が考える今後の”目指すべき介護支援専門員像”」をきっかけに理想の介護支援専門員像を描き、目標に向かって希望を持って歩みを進めることを願い、「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業検討委員会」一同より、みなさんとともに歩む介護支援専門員としてメッセージを送ります。

- みなさんが介護支援専門員として利用者や家族と向き合う中で、様々な困難に直面されることや悩まれる日々もあると思います。時にその支援が、利用者の生きがいを支え、ご本人のニーズの達成や自己実現に結実した時、笑顔や幸せな時間が生まれているということもあるのではないかと思います。幾重もの困難があったとしても利用者・家族に温かな時間をもたらすことができるよう、あきらめず、これまで磨かれた個々の専門性を大いに発揮しましょう。介護支援の専門職として、チームケアにおいて心をつなぐ精神を大切に、利用者・家族のために、また、チームケアによる喜び、楽しさを共有できるような気持ち、経験を心に刻みながら気概をもって、相互の連携（つながり）を緊密なものにしていきましょう。介護支援専門員の立場を発展させ、ケアマネジメントやそのプロセスの重要性をより多くの人々に知っていただくために、みなさん一人ひとりにその一翼を担っていただけるよう、私たちも一緒に取り組んでいきます。
- 日々の研鑽の積み重ねが、利用者はじめ社会からの信頼醸成、介護支援専門員の社会的評価につながります。さらに、自身が担える役割を思考することで、地域全体、ひいては全国に最適な支援を届けることができます。地域における取組みを着実に積み重ね、高齢者、家族の生活を地域全体で支えるサービス提供に対して、全体を俯瞰できる相談を担う調整者のプロフェッショナルとして、そのフロントランナーあるいは鑑であるような介護支援専門員と、今後全国各地で出逢えることを切に期待しています。
- 私たちも引き続き、同じ時代に働く仲間を大事にして、切磋琢磨し、時に自らの歩みを振り返りながら「介護支援専門員としての心」を磨き続けたいと思います。さらに数十年後を見据えた介護支援専門員としての専門性の扉を開いて道を作っていきます。また、他職種、関係機関、行政など立場は異なっても、一人ひとりの幸福や自己実現という目的をひとつにしてお互いを認め合い、地域の多様なニーズに応えるべく、研鑽に励むことをお約束します。このメッセージ（エール）が全国の介護支援専門員のみなさんに届けば幸いです。

厚生労働省令和2年度老人保健健康増進等事業居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業検討委員会一同 令和3年3月

# 現場でご活躍される全国の介護支援専門員の みなさんへのメッセージ（エール） ～ケアマネジャーは人と人を結ぶ架け橋～（1/2）



立場を超えた連携・協働を！

## ひとつことメッセージ

### 私たちは一人じゃない、力を合わせて共に歩んでいこう

一人で頑張り、一人で悩んでいませんか。私たちは一人ではありません。事業所や地域の中で、ケアマネジャー同士、みんなで力を合わせて歩んでいきましょう。手をつなぎ、一緒に前に進みましょう。

### みんな悩んで大きくなった

ケアマネジャーの悩みは全国共通。ベテランも若手も、みんな同じように悩んでいるのです。気軽に相談してみませんか。

### 自分自身も大事にしなが、他職種と助け合っていこう

ケアマネジャーだけの力で解決しようとするのではなく、他職種のみなさんと協力しながらチームで助け合いましょう。がんばりすぎは禁物です。自分自身も大事にしなが、ケアマネジャーとしての役割を果たしていきましょう。

### 介護の代表として多職種と協働しよう

これからの高齢化社会においては、医療と介護・福祉が三位一体となって支えあっていかなければ、乗り越えていけません。今一度、介護の代表として、真のプロフェッショナルを目指しましょう。そして、多職種と対等に話し合い、協働し、地域包括ケアシステムを構築しましょう。

### 施設の介護支援専門員もみんなで頑張ろう

介護支援専門員の活躍の場は居宅介護支援だけではありません。施設の介護支援専門員のみなさんも、コロナ禍に負けず、みんなで頑張りましょう。

### 笑顔で前を向いていこう

コロナ禍で、世の中全体が先の見えない不安に包まれています。こんなときこそ、ケアマネジャーが明るい道しるべとなれるよう、話を傾聴し、不安を包み込むやさしさと、温かなその笑顔で、これからも前を向いていきましょう。

### 今こそ介護支援専門員の底力をみせてやろう！

介護保険と共に歩んできた介護支援専門員。20年間、介護保険を支えてきたケアマネジャーが持っている力を存分に発揮しましょう。そして、ケアマネジメントのアウトカムをしっかりとアピールしていきましょう。

### 強靱で思いやりのある援助者になろう

私たちケアマネジャーは対人援助の専門職です。専門職としての自信を持って、強さと柔軟さを合わせもち、思いやりにあふれた援助者を目指しましょう。

### 専門職として学び続ける姿勢を

専門職の学びに終わりはありません。経験を重ねながら新しい知識を取り入れ、成長することができるのです。学び続ける姿勢を大切にしましょう。

### 私たちはやればできる

ICTをはじめ、ケアマネジャーの業務にも、いよいよ新しいテクノロジーの活用が必要になってきました。上手く使えるか、不安はあると思いますが、大丈夫です。私たちは、今までにも、かなり難しいと思えることも1つずつマスターしてきました。良質なケアマネジメントを実践するために、便利な手段や道具は上手に使うことにしましょう。皆で、助け合い進みましょう。

# 現場でご活躍される全国の介護支援専門員の みなさんへのメッセージ（メール） ～ケアマネジャーは人と人を結ぶ架け橋～（2/2）



立場を超えた連携・協働を！

## ひとことメッセージ

### やりがいや感謝はかけがえのない喜び

ケアマネジャーは大変な仕事だけれど、その向こう側に大きなやりがいがあります。利用者からの感謝の言葉は、お金で買えるものではなく、何ものにも代えられない喜びであり、私たちの仕事の原動力ですね。

### 高い人間力が求められる尊い仕事

困難を抱えた人を支援するケアマネジャーの仕事は、高い人間力が求められる尊い仕事です。自覚と誇りを持ちましょう。

### 未来を創る、未来を拓く

ケアマネジャーの仕事はルーチンワークではありません。利用者の生活の質を高め、よりよい未来を創る、未来を拓くことを支援する、とても創造的な仕事です。新しい時代に向かって、私たちケアマネジャーも、受け身ではなく自分で考え自分で創る気概を持ちましょう。

### ケアマネジャーは人生の最終伴走者

ケアマネジャーは利用者にとって、人生の最終伴走者といえるかもしれません。あなたは利用者に「人生で最高の一期一会」「あなたにあえてよかった」と言われたことがありますか。

### 誇りある一生の仕事

ケアマネジャーは、誇りをもって一生の仕事にできる職業です。胸をはってそう言いたい！

### すべての人の可能性を広げる扇の要

ケアマネジャーは人と人、利用者とサービスや制度を繋ぐ扇の要と言われますが、つなぐだけではありません。すべての人の可能性を「広げる」役割をも担っているのです。

### 楽しくかっこいい仕事に

これからのケアマネジャーは最新のICTを使いこなして、楽しくかっこよく、、、子どもたちの憧れの職業にあげられるような、魅力ある仕事にしていきたいと思います。

### 人を支える仕事を通じて人として成長

人を支えることを通じて、自分自身の人間力が育ってきたことを実感しています。ケアマネジャーは人として成長できる仕事です。

### 後進を育てよう

ケアマネジャーの仕事が、将来、みんなの憧れの職業になれるように、次の世代に向けて、後進の人材育成に力を注いでいきましょう。

### コロナ禍の生活を支えるケアマネジャー

コロナ禍での懸命な対応に、ねぎらいや感謝の言葉をかけられる医療職に比べて、ケアマネジャーの活躍は広く知られていないかもしれません。対人援助職のひとつであるケアマネジャーも、大変な状況の中で、日々使命感を胸に業務に取り組み、重要な役割を果たしているのです。