

介護支援専門員からみた 認知症ケアの現状と課題

介護センターひまわり
神野 富貴子

2018年介護保険制度改革 6つのポイント

2018介護保険制度改正 6つのポイント

- 1 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
- 2 利用者自己負担変更と2号被保険者の保険料算定に総報酬制
- 3 介護と医療と多職種連携で地域包括システム強化をめざす
- 4 認知症の人への支援を本格化
- 5 軽度者支援の「新しい総合事業」へのさらなるテコ入れ
- 6 地域共生社会の構築に向けた仕組みづくりが始まる

3 介護と医療と多職種連携で 地域包括システム強化をめざす

地域包括ケアシステム強化をめざし医療・介護資源のリスト化とマップ化、介護と医療の情報共有シートや地域連携パスの徹底、医療・介護関係者の合同研修、在宅医療と介護の相談支援、地域住民への普及・啓発が本格的に始まる。

義務化となった地域ケア会議では、個別ケースの問題解決を通じ、地域課題の発見、地域支援ネットワークの展開、地域資源開発、政策策定が進められることになる。

4 認知症の人への支援を本格化

全国の市町村で「認知症総合支援事業」が完全実施。具体的には

①認知症初期集中支援事業

②認知症地域支援・ケア向上事業（認知症地域支援推進員を配置）

が2本柱。

認知症カフェや家族介護支援、認知症ケアにかかわる多職種の協同研修なども展開。

認知症の予防法、診断・治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発と普及推進。

介護報酬では認知症専門ケア加算、若年性認知症利用者受入加算などが適用拡大となる。

居宅介護支援にかかる改定 5つのポイント

1 管理者要件を主任ケアマネとする 利用者への説明責任の拡大

- 管理者要件が変更され、事業所の**管理者は主任ケアマネ**とする。
(2020年度末までの経過措置あり)。
- **利用者への説明責任**が拡大
利用者に伝わるべきこととして、
 - ①入院時には、担当ケアマネの氏名、連絡先等を入院先医療機関に伝える。
 - ②ケアプランに位置づけるサービス事業所に関して、複数の事業所の紹介やその事業所を位置づける理由を伝えること(これらは利用者が求めることができる)が項目として加わる。

2 入院時情報連携加算、退院・退所加算の見直し

- 入院時情報連携加算について情報提供にかかる見直しがあり、改定前は、加算Ⅰ、Ⅱともに入院から7日以内の情報提供となっていたのが、加算Ⅰは3日以内、Ⅱは4日以上7日以内に情報提供することとなり、かつその手段は問わないこととなった。
方法ではなく**情報提供のスピードが重視**される仕組みとなる。
- 退院・退所加算が6つの区分に再編

退院・退所加算	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

入院時情報連携シート

入院時にこのようなシートで医療機関に情報提供を行います。

右図に関して、
<http://www.caremanagement.jp/>

入院時連携シート(居宅介護支援事業所 ⇒		病院・医療機関)	
記入日 平成 年 月 日	担当居宅介護支援事業所 〒	介護支援専門員氏名	FAX
ふりがな 利用者名	男・女	M-T-S	年 月 日生(歳)
住 所	〒		
介護保険	(申請済み・申請中) 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	家族 有 無	<キーパーソン>
認定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		
在宅主地番			
入院前の 居宅 サービス 利用状況	<訪問系> 名称・頻度	<その他> ip+ip+ip+編	社用電話番号・ 自宅電話番号
	<通所系> 名称・頻度		
入院(病状悪化)する以前の生活状況		特記事項	
食事	自立・見守り・一部介助・全介助・その他 (ペースト・飲み・ソフト食・普通食/経管栄養)		
口腔ケア	自立・一部介助・全介助・その他		
移動	自立・一部介助・全介助・その他 (見守り・手引き・杖・老人車・歩行器・車椅子)		
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助・ 不可(シャワー・湯拭)		
排 泄	排尿 自立・見守り・一部介助・全介助/オムツ 排便 自立・見守り・一部介助・全介助/オムツ		
認知の程度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V		
入院に際し て伝達事項 (暮らし方、 問題点、環 境、経済状 況等)			

(必要あれば自宅見取り図、生活動線など別紙へ記入し、情報提供を行う)

3 ターミナルケアマネジメント加算の創設

- ・新規の加算としてターミナルケアマネジメント加算創設。

末期がんの利用者を対象としており、用件は

- ①ターミナル期に通常よりも頻回な訪問を行なった場合
- ②その上で、状態変化などを把握し、記録した情報を主治医やサービス事業者へ提供した場合（1ヶ月400単位）

4 特定事業所加算に新区分創設

- ・従来のⅠ～Ⅲ区分に「**他の法人が運営する居宅介護支援事業所と共同で事例検討会、研修会等を実施していること**」が加わり、新区分Ⅳが創設(1ヶ月125単位)

要件は

- ①加算Ⅰ～Ⅲのいずれかを算定
- ②退院・退所加算の情報連携の合計が1年間で35件
- ③ターミナルケアマネジメント加算の算定が1年間で5回以上

5 ケアマネジメントの適正化

- ・ 特定事業集中減算が見直され、対象サービスが訪問介護・通所介護・福祉用具貸与に限定
- ・ 訪問介護の生活援助に際し、頻回訪問の場合、位置づけたケアプランを市町村に提出（地域ケア会議での検討対象となります）
- ・ 集合住宅等に居住する利用者に対し、住宅と同一敷地内のサービスのみをプランに位置づけることは不適切であることが明確化

認知症支援における 介護支援専門員の役割と課題

介護支援専門員の役割

介護保険法 第69条の34(介護支援専門員の義務)

1 介護支援専門員は、その担当する**要介護者などの人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って**、当該要介護者等に提供される居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、**公正かつ誠実にその業務を行なわなくてはならない。**

2 略

新 3 **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、その他その資質の向上を図るよう努めなければならない。**

地域包括ケアシステムの取組みにおいて 介護支援専門員の役割

- 1 自立支援に関するケアマネジメントの実施
 - ・ 利用者の望む「自立生活」を明らかにしてプラン作成
施設で働く介護支援専門員は可能な限り居宅における生活への復帰を念頭におく(施設以外の社会資源導入など)
- 2 多職種や地域包括支援センターなど(保険者)との連携
 - ・ サービス担当者会議での多職種連携の機能を生かす。
地域ケア会議への積極的参加。
- 3 不足している社会資源の提案。
 - ・ 保険者や地域包括支援センターへの提言

認知症の利用者の在宅生活を継続するためには、医療と介護の連携または、地域の社会資源にも目を向ける。 → しかし、現状は多くの課題がある！

介護支援専門員のスキルアップはどこで？

1 ・介護支援専門員 更新期限5年

専門職としての能力の保持・向上（専門課程Ⅰ・Ⅱ）

（講義・演習内容：認知症に関する事例 5時間）

・主任介護支援専門員 更新期限5年

関係者との連携調整、スーパーバイズ、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりを実践できる。

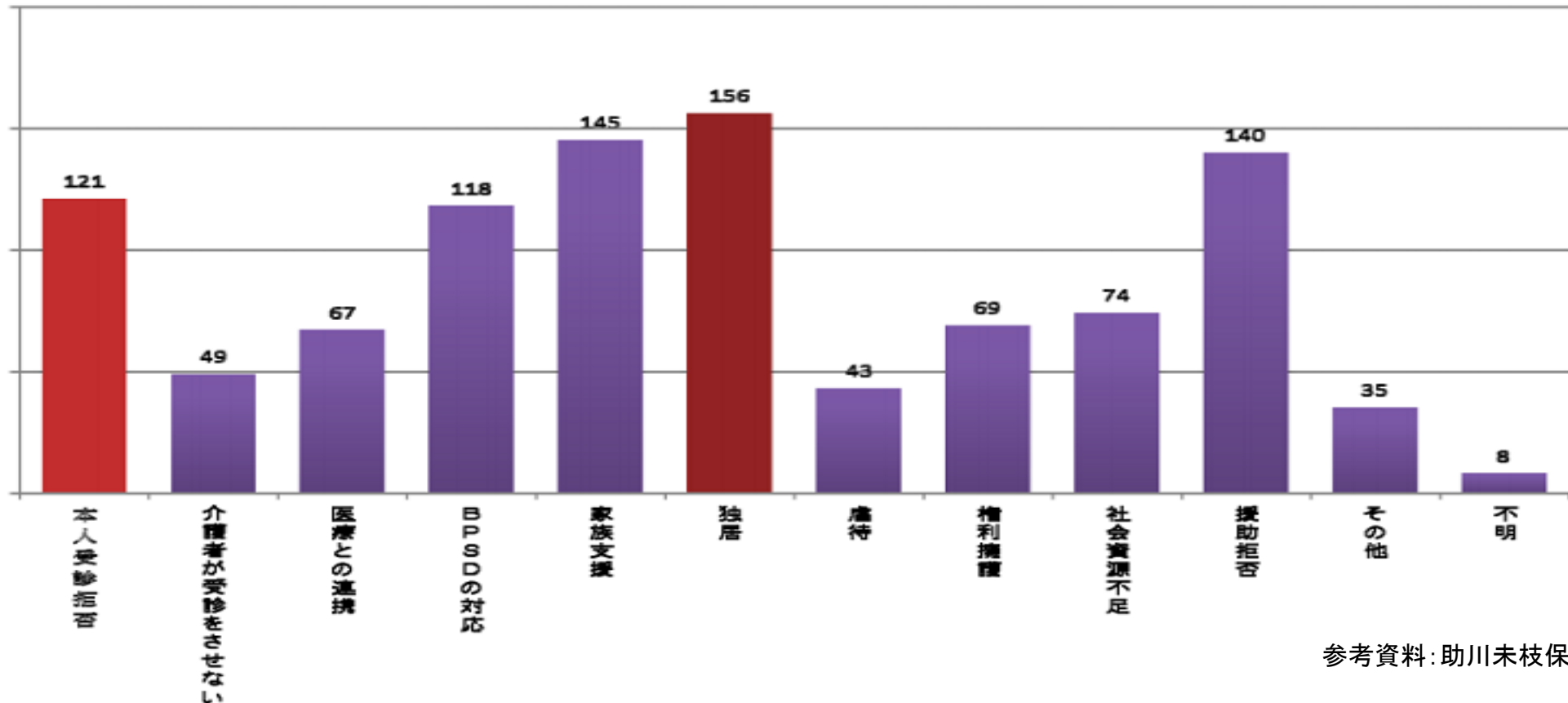
（講義・演習内容：認知症に関する事例 5時間）

介護支援専門員のスキルアップはどこで？

- 2
- ・ 練馬区地域医療課主催 事例検討会
 - ・ 練馬区主任介護支援専門員協議会
 - 圏域別 練馬地域
 - ①主任介護支援専門員連絡会「ネリッシュ」
 - ②けあまねりま
 - 光が丘地域
 - ①主任けあまねひかり
 - ②けあまね広場ひかり
 - 石神井地域
 - ①石神井主任介護支援専門員連絡会
 - 大泉地域
 - ①大泉ほっと・ケアマネット企画研修
 - ・ 事業者連絡協議会（居宅介護支援部会）
 - ・ ケアマネジャー連絡会（圏域別班編成あり）
 - ・ 練馬介護人材育成研修センター
 - 地域包括ケア・専門スキル・認知症
 - ・ その他
- 3 各自研修イベント参加

介護支援専門員が認知症支援で困っていること

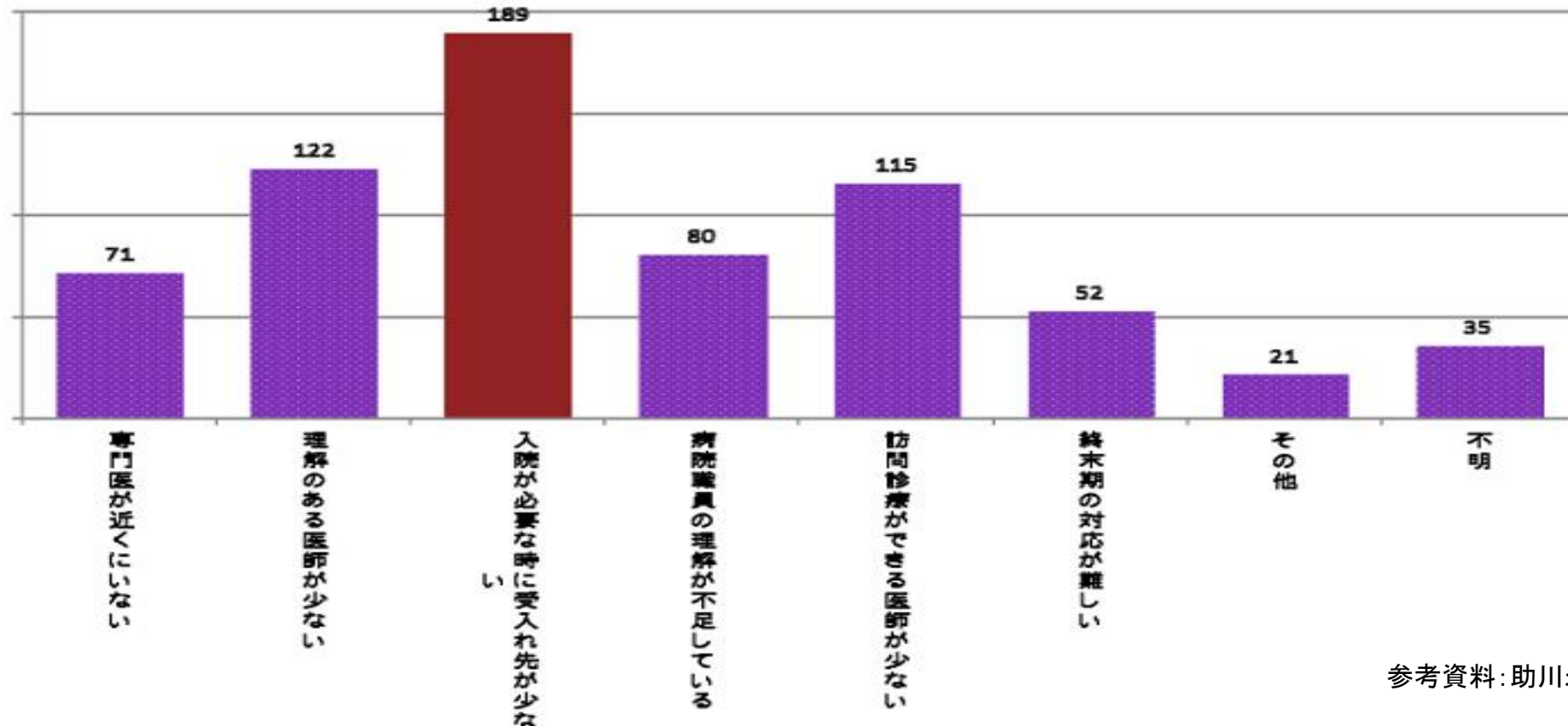
- ・ 認知症で独居のケースが一番多い。
次が家族支援、援助拒否、受診拒否となっている。



参考資料: 助川未枝保 調査結果

医療との関係で困っていること

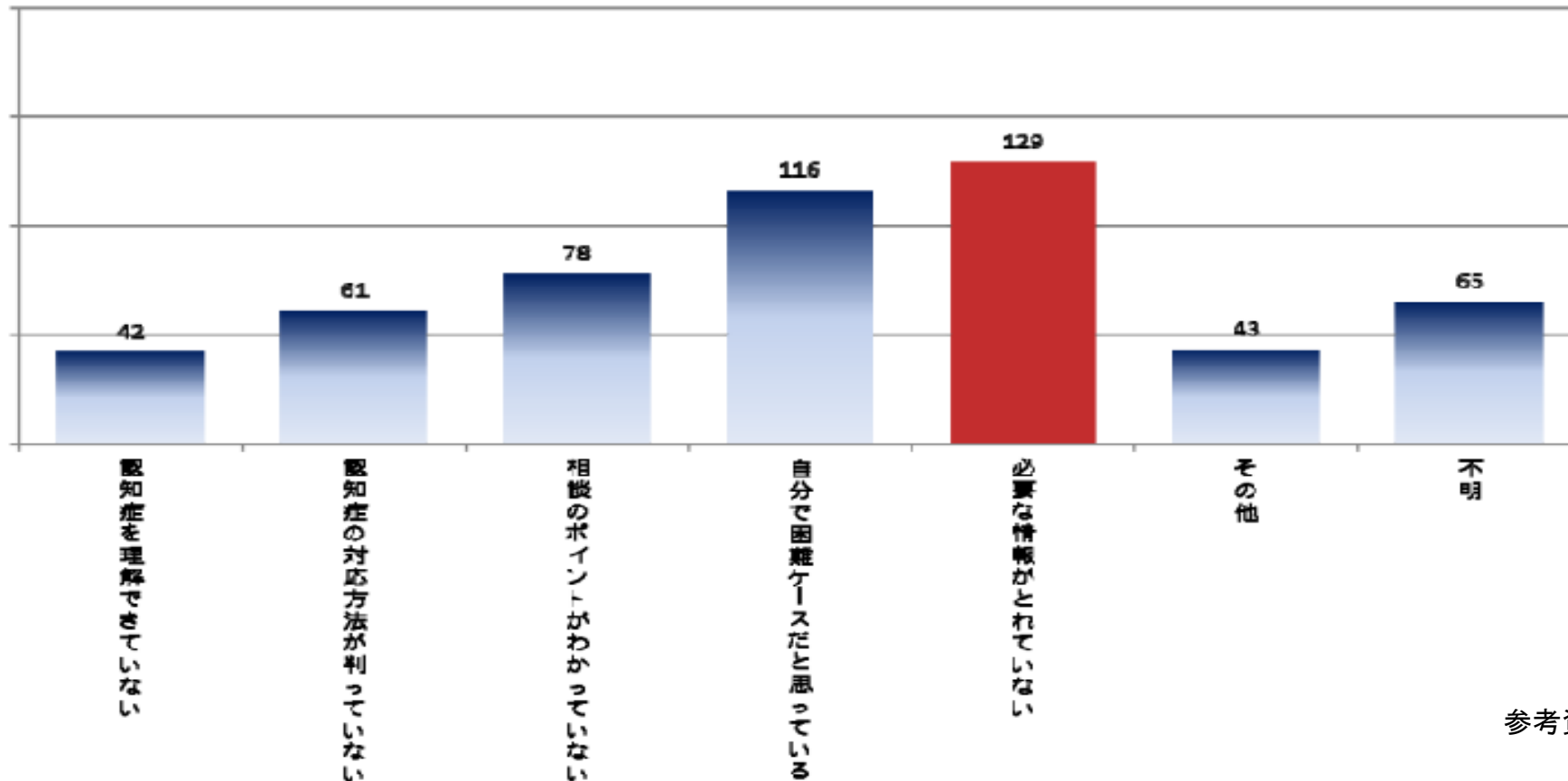
- ・ 認知症の方の入院が必要なときに受入先が少ないが一番多い。
次に理解のある医師が少ない



参考資料: 助川未枝保 調査結果

介護支援専門員自身が抱える問題

- ・ ケアマネが困難を感じる原因には、認知症の方の必要な情報がとれていないことが多い。また、自分で困難ケースと思っていることもある。



参考資料: 助川未枝保 調査結果

アンケートまとめ

- 独居で認知症の利用者のケースが一番困難
意思の表出が難しくサービスの決定において本人の希望に沿っているのか不安。
- 医療との関係では認知症があるために入院治療が受けられない。
- ケアマネとしての能力の差や社会資源の知識不足がコーディネートを難しくしている。

介護において起こり得る問題

- 1 老老介護・認認介護
- 2 高齢者への虐待
- 3 高齢者の一人暮らし ……など

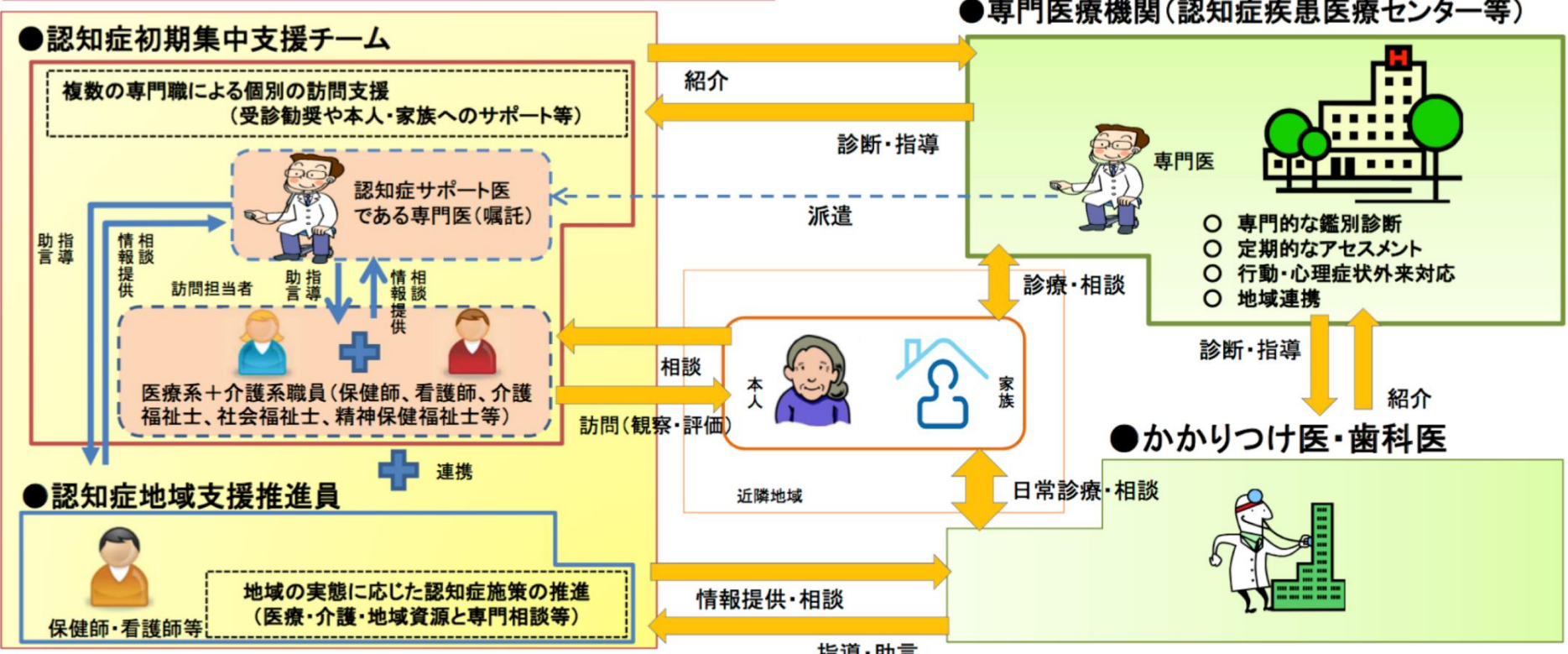
→ 問題は多様化しており、複雑化している。

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

認知症専門医による指導の下(司令塔機能)に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備

- **認知症初期集中支援チーム** 一複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問(アウトリーチ)し、認知症の専門医による鑑別診断等をふまえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。
- **認知症地域支援推進員** 一認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に設置



＜認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ＞

- ①訪問支援対象者の把握
- ②情報収集(本人の生活情報や家族の状況など)
- ③初回訪問時の支援(認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート)
- ④観察・評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状、家族の介護負担度、身体の様子などのチェック)
- ⑤専門医を含めたチーム員会議の開催(観察・評価内容の確認、支援の方針・内容・頻度等の検討)
- ⑥初期集中支援の実施(専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、身体を整えるケア、生活環境の改善など)
- ⑦引き継ぎ後のモニタリング

認知症支援
や介護の
困りごとの
相談先として

事例1. 認知症で独居のケース

- ・ Mさん 要介護3 男性 70代 正常圧水頭症OP後
多発性脳梗塞・認知症

導入：銀行からの通報で地域包括支援センターに連絡

姪(20代)がキーパーソンとなる。通院滞っていた。

サービス調整： 訪問介護 週2回 通所リハビリ 週4回

経過：毎日飲酒をし、酔って帰宅できず何度も保護されていた。

出身地である静岡を目指して出掛けていた。

千葉県内で保護され緊急ショートステイ利用後、

陽和病院へ入院となる。

内服調整後静岡の施設へ入所予定。

事例2. 認知症で家族負担が大きいケース

- Tさん 要介護3 女性 80代 アルツハイマー型認知症

導入: クリニック主治医より相談

Tさん夫も認知症で長男夫婦が二人の介護をしていた。

Tさん夫婦間の口論も多くなり、Tさん夫の入所に至った。

二人の入所は金銭的に困難

サービス調整: 通所介護 週6回 ショートステイ 月半分

経過: 夫が入所し精神的に安定する。

現在の生活リズムが安定している。

長男のお嫁さんが細部にわたり介護するため疲労強い。

事例3. 認知症独居で家族支援 必要なケース

- ・ Hさん 要介護3 女性 80代 アルツハイマー型認知症
導入：生前父の担当ケアマネジャーにHさんの記憶力低下を指摘されていた。
性格だと思っていたがやっぱりおかしいと次女から相談
サービス調整：認知症対応型通所介護 週4回 訪問看護 週4回
訪問リハビリ 週2回
経過：姉妹二人で住んでいるマンションに同居させたいがイライラして喧嘩になり仕事にも差し支える、すぐに怒鳴ってしまう自分達も嫌になる。本人は火の元が気になり外出できない。
服薬拒否・リハビリパンツ交換拒否がある。現在は施設入所を検討中(姉妹間で意見が分かれている)

認知症の患者・家族への支援のポイント

1. 認知症のある人であっても、その人のできる能力、意欲や好みといったストレングスを大切したケアプランを作成する。
2. ひとりひとり環境・背景は様々であり、認知症のみならず多問題があるケースも多い。
そのためにも多職種連携は重要で、専門家の意見を反映させる。
3. 家族対応も重要な課題であり地域資源に注目する。家族会・認知症カフェなどでの交流がもたらす内的効果がある。新たな地域資源発掘に努める。
4. 地域全体で見守りの体制を作る。ご近所さんや民生委員との連携または専門性の高い機関による支えも必要。
(行方不明、詐欺商法、権利擁護、成年後見などへの対応)

本日、意見交換したいこと

- 1 認知症ケアにおける多職種連携をさらに進めるためには
 - ・早期発見からの支援の構築
 - ・認知症初期集中支援チーム(認知症専門相談)の活用
 - ・認知症疾患医療センターに期待すること 等々

- 2 患者・家族の想いに応える認知症ケアのコーディネート
 - ・本人・介護家族や地域の支援者が求める認知症ケア
 - ・医療と介護＋インフォーマルサービス(介護家族会、カフェ等)の提供 等々