



介護と住まいをつなぐケアマネジメントについて

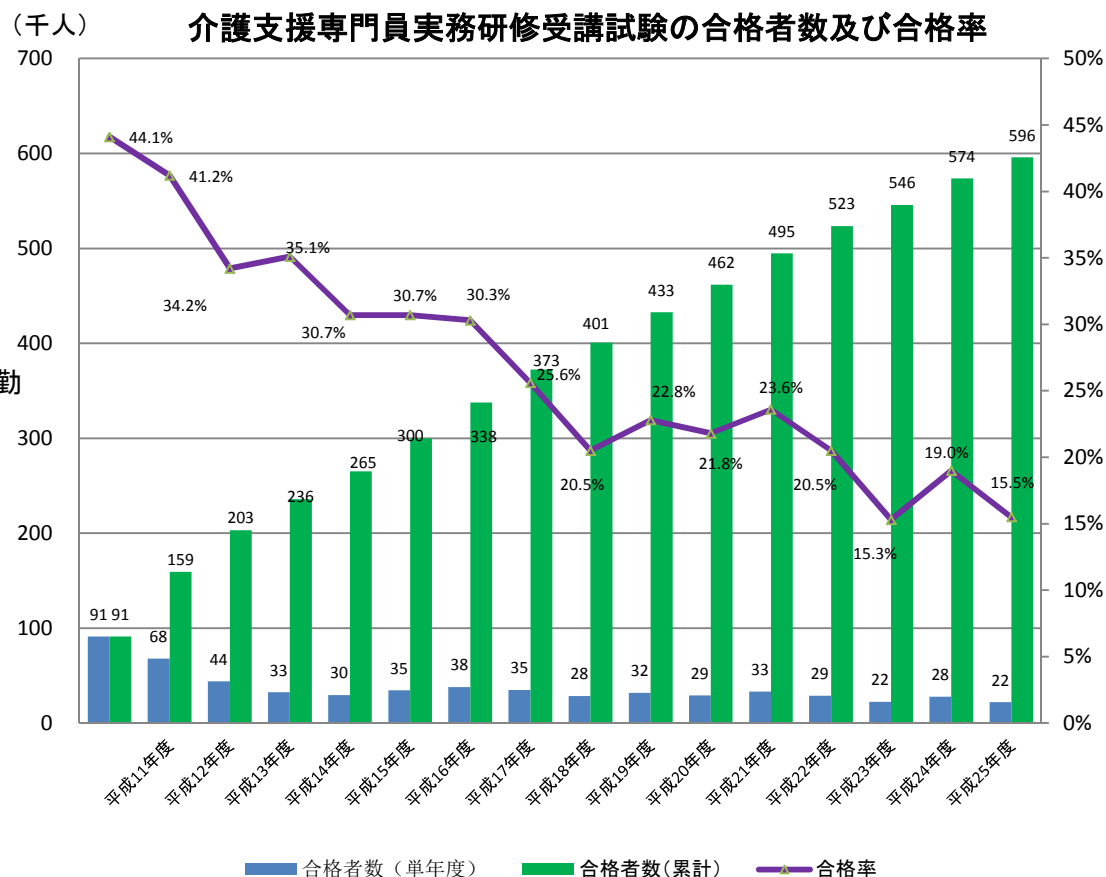
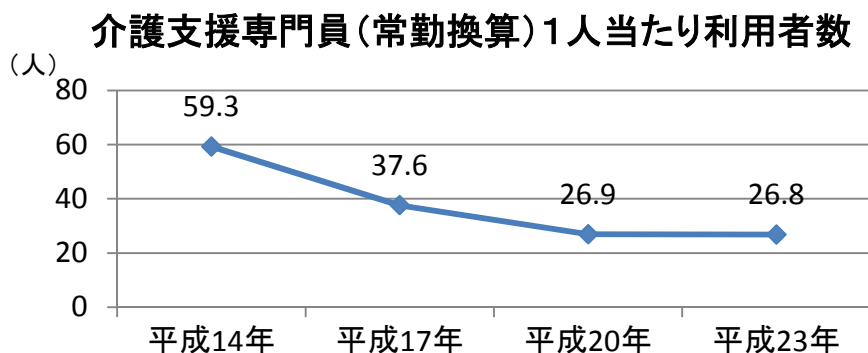
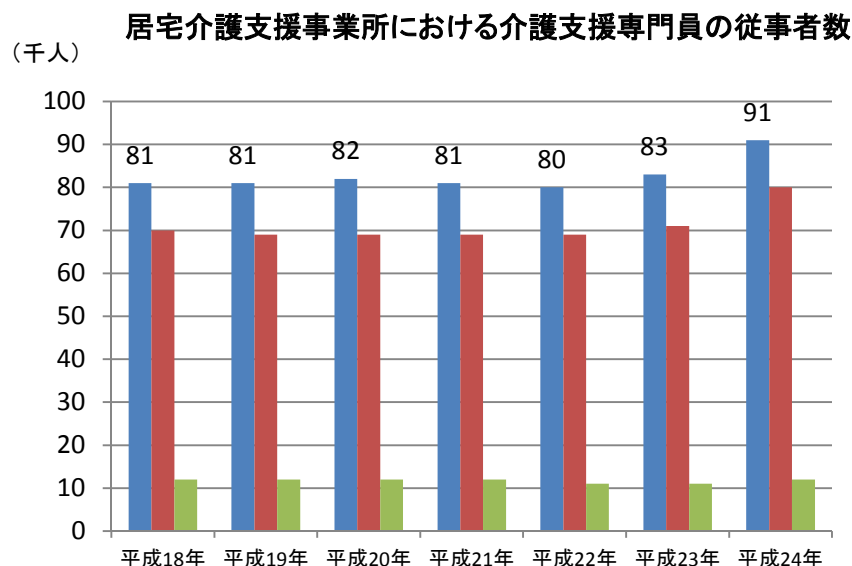
平成26年7月25日

厚生労働省 老健局 振興課
川 島 英 紀

ケアマネジャーの資質向上に向けた取組

居宅介護支援事業所に従事する介護支援専門員（ケアマネジャー）の従事者数等

- 居宅介護支援事業所における介護支援専門員の従事者数は、増加傾向にあるものの、平成18年以降ほぼ一定している。
- 実務研修受講試験の合格者数は、平成13年度以降ほぼ一定している。
- それに対し、介護支援専門員1人当たりの利用者数は減少しており、居宅介護支援事業所の介護支援専門員の従事者数及び資格取得者数は、概ね不足していないものと考えられる



【出典】(左上)平成24年介護サービス施設・事業所調査
(左下)介護事業経営実態調査
(右)老健局振興課調べ

居宅介護支援に係る指摘等

介護保険部会意見書(平成22年11月30日)

○ ケアプラン、ケアマネジャーの質の向上について、以下の指摘

- ・地域包括ケア実現のため、
 - ・介護保険外のサービスのコーディネート、関係職種との調整
 - ・重度者について医療サービスを適切に組み込む
 - ・自立支援型、機能促進型のケアプラン推進
- ・ケアマネジャーの独立性、中立性を担保する仕組みを強化
- ・ケアプランの様式変更やケアプランチェックなどに取り組む
- ・ケアマネジャーの資格のあり方や研修カリキュラムの見直し、ケアプランの標準化等
- ・セルフケアプランの活用支援の検討

○ 施設のケアマネジャーの位置づけの明確化が必要との指摘

※平成23年11月30日の介護保険部会の「議論の整理」においても、ケアマネジメントの機能強化に向けての制度的対応の必要性の指摘。

介護給付費分科会審議報告(平成23年12月7日)

○ ケアマネジメントについて、様々な課題(※)が指摘されていることを踏まえ、ケアマネジメントの在り方の検討の必要性を指摘。

特に、施設におけるケアマネジャーの役割、評価等の在り方について、次期介護報酬改定で結論と指摘。

※指摘されている課題

- ・利用者像や課題に応じた適切なアセスメントができていないのではないか。
- ・サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していないのではないか。
- ・医療関係職種との連携が不十分なのではないか。
- ・施設におけるケアマネジャーの役割が不明確なのではないか。 等

分科会等で指摘された様々な課題に対応するため検討会を設置し議論を進める。

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

①趣旨

介護支援専門員（ケアマネジャー）については、社会保障審議会介護給付費分科会において、「ケアマネジャーの養成・研修課程や資格のあり方に関する検討会を設置し、議論を進める」とされたことを踏まえ、ケアマネジャーの資質の向上と今後のあり方について議論を行うため、本検討会を開催する。

②検討事項

- ・ケアマネジャーをめぐる課題の整理
- ・ケアマネジャーの養成カリキュラム、研修体系のあり方
- ・ケアマネジャー試験のあり方
- ・ケアマネジャーの資格のあり方

③議事

原則公開とする。

④開催状況

第1回 平成24年3月28日開催 ～ 第7回 平成24年12月27日開催

※平成25年1月7日「議論の中間的な整理」公表

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 に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】

【検討の背景】

- 地域包括ケアシステムの構築
⇒多職種協働、医療との連携の推進等
- 自立支援に資するケアマネジメントの推進



【見直しの視点】

- ①介護支援専門員自身の資質の向上に係る見直しの視点
- ②自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備に係る見直しの視点

【具体的な改善策】

(1) ケアマネジメントの質の向上

- ①ケアマネジメントの質の向上に向けた取組
 - ・自立支援に資するケアマネジメントに向け、適切な課題抽出や評価のための新たな様式の活用を推進
 - ・多職種協働によるサービス担当者会議の重要性の共有と環境づくり

- ②介護支援専門員実務研修受講試験の見直し
 - ・試験の受験要件を法定資格保有者等に限定する見直しを検討

- ③介護支援専門員に係る研修制度の見直し
 - ・演習に重点を置いた研修制度への見直しや研修修了時の修了評価の実施について検討
 - ・実務研修の充実や基礎研修の必修化について検討
 - ・更新研修の実施方法や研修カリキュラムについて見直しを検討
 - ・研修指導者のためのガイドライン策定を推進
 - ・都道府県の圏域を超えた研修等の実施を検討

- ④主任介護支援専門員についての見直し
 - ・研修修了時の修了評価や更新制の導入について検討
 - ・主任介護支援専門員による初任段階の介護支援専門員に対する現場での実務研修の導入について検討
 - ・地域の介護支援専門員のネットワーク構築の推進

- ⑤ケアマネジメントの質の評価に向けた取組
 - ・ケアマネジメントプロセスの評価やアウトカム指標について調査研究を推進
 - ・ケアマネジメントの向上に向けた事例収集及び情報発信

(2) 保険者機能の強化等

- ①地域ケア会議の機能強化（多職種協働による個別ケースの支援内容の検討を通じ、自立支援に資するケアマネジメント支援、ネットワーク構築、地域課題の把握、資源開発等を推進）
 - ・制度的な位置付けの強化
 - ・モデル事例の収集など地域ケア会議の普及・促進のための基盤整備
 - ・コーディネーター養成のための研修の取組

- ②居宅介護支援事業者の指定等のあり方
 - ・居宅介護支援事業者の指定権限の委譲を検討

- ③介護予防支援のあり方
 - ・地域包括支援センターへの介護予防支援を行う介護支援専門員の配置を推進
 - ・要支援者の状況に応じた支援のあり方について検討

- ④ケアマネジメントの評価の見直し
 - ・インフォーマルサービスに係るケアマネジメント評価の検討
 - ・簡素なケースについて、ケアマネジメントの効率化を検討

(3) 医療との連携の促進

- ・医療に関する研修カリキュラムの充実
- ・在宅医療・介護の連携を担う機能の整備の推進
- ・主治医意見書の活用を促進する取組の推進

(4) 介護保険施設の介護支援専門員

- ・相談員に対して介護支援専門員等の資格取得を推進

居宅介護支援に関する意見について

平成25年12月 介護保険部会 意見書(抄)

- ケアマネジメントについては、介護保険部会等において様々な課題が指摘され、ケアマネジメントを担う介護支援専門員について、「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」を開催し、平成25年1月に中間的な整理がまとめられた。
- 検討会では、自立支援に資するケアマネジメントを推進するとともに、地域包括ケアシステムを構築していく中で、多職種協働や医療との連携を推進していくため、①介護支援専門員自身の資質向上、②自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備、という視点で対応の方向性がまとめられたところであり、提言された項目ごとに具体化に向けて取り組むことが重要である。
- 具体的には、現在、居宅介護支援事業者の指定は、都道府県・指定都市・中核市が行っているが、高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営めるようにするため、地域包括ケアシステムの構築とともに、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントが必要となってくることから、地域でケアマネジメントの役割を担っている介護支援専門員の育成や支援などに市町村が積極的に関わっていくよう、保険者機能の強化という観点から、居宅介護支援事業者の指定権限を市町村に移譲することが適当である。この際、施行時期については、平成30年4月とし、条例制定時期は施行日から1年間の経過措置を設けるとともに、市町村の事務負担の軽減等のために、事業所の指定事務の確認事務の委託を推進するなど、必要な支援を行う必要がある。なお、権限移譲に関しては、公平中立の観点から都道府県の適切な関与が必要であり、引き続き検討が必要との意見があった。
- また、介護支援専門員実務研修受講試験の受講要件の見直し、介護支援専門員の研修制度の見直しなど、介護支援専門員の資質向上を図り、ケアマネジメントの質を向上させるための取組を進める必要がある。さらに、介護支援専門員の資質向上に当たっては、専門職である介護支援専門員自らが取り組むとともに、主任介護支援専門員の果たす役割が大きいことから、主任介護支援専門員に更新制を導入するなど、主任介護支援専門員についても資質向上を図ることが必要である。
- 福祉用具の貸与のみを行うような簡素なケアプランについては、介護支援専門員による月々のモニタリングの在り方を見直すことを検討する必要がある。なお、この点に関し、状態変化などリスクのあるケースなどもあることから、その見直しに当たってはこの点に留意して検討していくことが必要である。

課題整理総括表について

目的

介護支援専門員については、「利用者像や課題に応じた適切なアセスメント（課題把握）が必ずしも十分でない」、「サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない」といった課題が指摘されている。

これらの課題に対応するために、利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際に、適切な情報共有に資することを目的として課題整理総括表を策定した。

様式

課題整理総括表

利用者名

殿

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

状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3	改善/維持の可能性※4		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	
							改善	維持	悪化	

作成日

利用者及び家族の 生活に対する意向			
----------------------	--	--	--

見 通 し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6

※1 本書は主に記事や資料を収集する事によって行なわれ、必ずしも詳細に調査・検証を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。

※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢「①」の印を記入。

※3 今回の状況が「自立あるいは「支援なし」で悪化した場合に、そのよう状況をとらえている理由を、構造的な要素（欄）から選択し、該当する番号（丸数字）を記入する（複数の番号を記可）。

※4 今後の認定有効期間における状況の改善・維持・悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢②の印を記入。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)を記載する。

※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「－」印を記入。

活用の場面

- ・介護支援専門員に係る研修で活用
- ・サービス担当者会議や地域ケア会議等における多職種間での情報共有に活用
- ・課題を導いた考え方などが明確にされ、具体的な指導につながることから、初任介護支援専門員が主任介護支援専門員等からOJT研修を受ける際に活用

評価表について

目 的

モニタリングにおいて、ケアプランに位置づけられたサービスの実施状況を把握し、短期目標を達成するために位置づけたサービスの提供期間が終了した際に、その評価・検証を行う。

短期目標の終了時期に、サービスを提供する関係者の間で、目標の達成度合いとその背景を分析・共有することで、次のケアプランに向けた再アセスメントがより有効なものとなることを企図している。

様 式

評 価 表

利用者名 _____ 殿

作成日 _____ / _____ / _____

短期目標	(期 間)	援助内容			結果 ※2	コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
		サービス内容	サービス 種別	※1		
						
						
						
						
						
						

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。 ※2 短期目標の実現度合いを5段階で記入する(◎:短期目標は予想を上回って達せられた、○:短期目標は達せられた(再度アセスメントして新たに短期目標を設定する)、△:短期目標は達成可能だが期間延長を要する、×1:短期目標の達成は困難であり見直しを要する、×2:短期目標だけでなく長期目標の達成も困難であり見直しを要する)

活用の場面

- ・介護支援専門員に係る研修で活用
- ・ケアプランを見直す際に開催するサービス担当者会議や地域ケア会議等での情報共有に活用
- ・モニタリングにおいて把握した情報をサービス担当者間で共有する場面等での活用

介護支援専門員実務研修受講試験の受験要件の見直し（案）（省令、通知改正）

- 生活相談員（支援相談員）・相談支援専門員等として、現在業務に従事しているか否かを問わず、通算して当該業務に5年以上従事していれば受験要件を満たす。

1. 法定資格保有者

保健・医療・福祉に関する以下の法定資格に基づく業務に従事した期間

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士

2. 生活相談員

生活相談員として、介護老人福祉施設等において、要介護者等の日常生活の自立に関する相談援助業務に従事した期間

3. 支援相談員

支援相談員として、介護老人保健施設において、要介護者等の日常生活の自立に関する相談援助業務に従事した期間

4. 相談支援専門員

相談支援専門員が、要介護者等の日常生活の自立に関する相談援助業務等に従事した期間

5. 主任相談支援員

生活困窮者自立支援法第2条第3項に規定する事業の従事者として従事した期間

通算して5年以上

(参考) 現行の介護支援専門員（ケアマネジャー）の受験要件

○介護支援専門員実務研修受講試験の受験資格（下記のいずれかの要件を満たす者）

法定資格＜実務経験5年＞

○保健・医療・福祉に関する以下の法定資格に基づく業務に従事した期間が5年以上

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士。

相談援助業務＜実務経験5年＞

○以下の施設等において、要介護者等の日常生活の自立に関する相談対応や、助言・指導等の援助を行う業務に従事した期間が5年以上

- ・老人福祉施設、障害者自立支援法に基づく障害者支援施設
- ・老人デイサービス事業、障害者自立支援法に基づく共同生活介護
- ・福祉事務所（ケースワーカー）
- ・医療機関における医療社会事業（MSW） など

介護等業務＜実務経験5年又は10年＞

○以下の施設等において、要介護者等の介護・介護者に対する介護に関する指導を行う業務に従事した期間が、

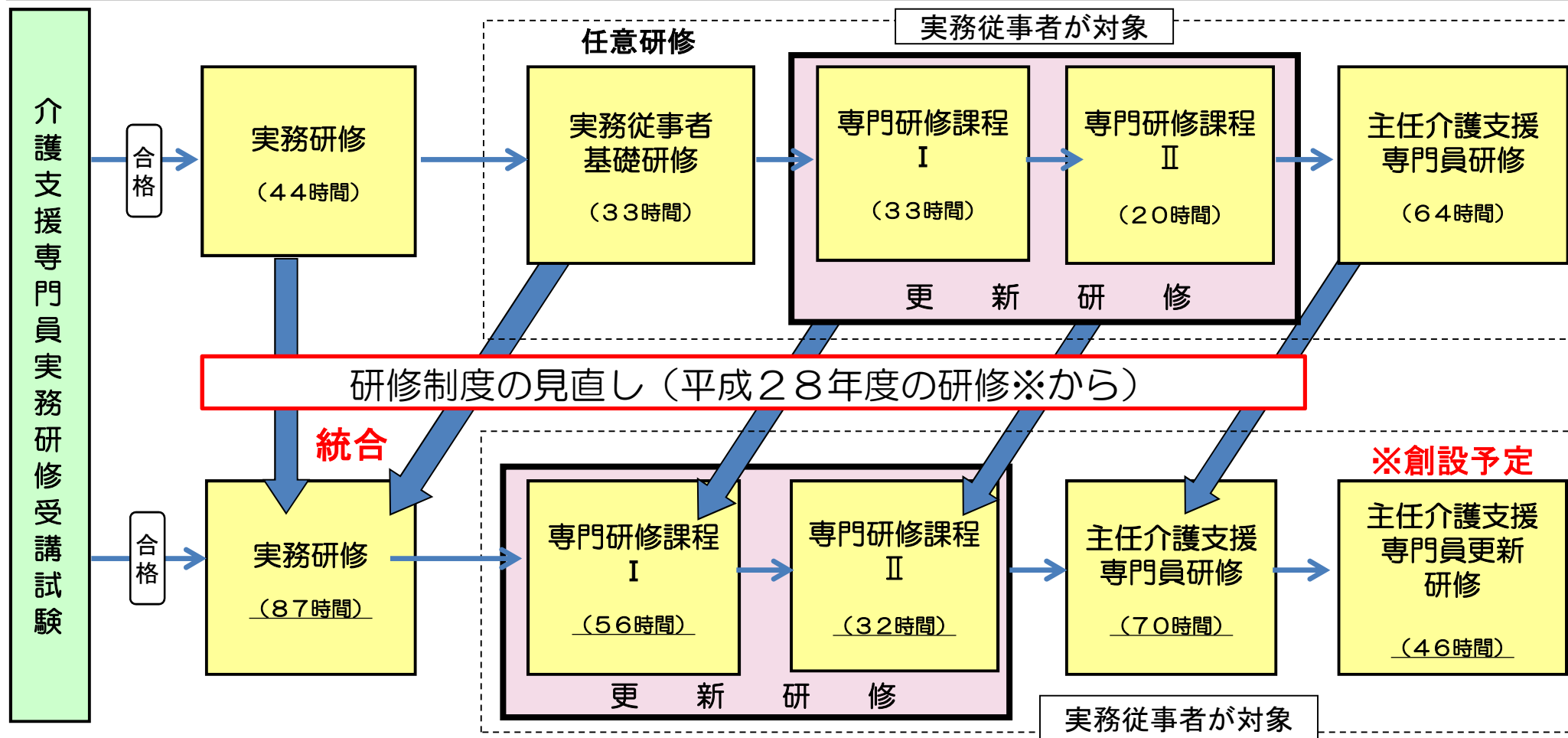
- ①社会福祉主事任用資格者や訪問介護2級研修修了者であれば5年以上、
- ②それ以外であれば10年以上

- ・介護保険施設、障害者自立支援法に基づく障害者支援施設
- ・老人居宅介護等事業、障害者自立支援法に基づく居宅介護 など

介護支援専門員（ケアマネジャー）の研修制度の見直し

※平成26年6月2日告示公布

- 地域包括ケアシステムの中で、医療職をはじめとする多職種と連携・協働しながら、利用者の尊厳を旨とした自立支援に資するケアマネジメントを実践できる専門職を養成するため、介護支援専門員に係る研修制度を見直す。
- 入口の研修である介護支援専門員実務研修を充実するため、任意の研修となっている介護支援専門員実務従事者基礎研修を介護支援専門員実務研修に統合。
- 主任介護支援専門員に更新制を導入し、更新時の研修として更新研修を創設予定。
- 専門職として修得すべき知識、技術を確認するため、各研修修了時に修了評価を実施。



※ 実務研修等は平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から、専門研修等は平成28年4月1日から施行。

介護支援専門員に係る研修制度の見直し

ケアマネジャー

目標

- 地域包括ケアシステムの中で、医療職をはじめとした多職種との連携・協働
- 利用者の尊厳を旨とした自立支援に資するケアマネジメントの実践



実務研修の見直し

- 自立支援に資するケアマネジメントを実践できるよう、「ケアマネジメントのプロセスの概観」、「サービス担当者会議」の課目を新設するなど、ケアマネジメントプロセスに係る研修内容を充実。
- 地域包括ケアシステムの構築を踏まえ、「地域包括ケアと社会資源」、「ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義」、「介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）」の課目を新設。
- より実践的な研修内容とするため、「ケアマネジメントの展開」として演習時間を確保。



専門研修の見直し

- 専門職として自己研鑽し、ケアマネジメントを実践していく上で必要となる専門的な知識・技術を修得するため、認知症・リハビリテーションなどの事例を活用した「ケアマネジメント演習」、「ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実践」、「個人学習と相互学習」の課目を新設。（専門研修Ⅰ）
- ケアマネジメントは居宅でも施設でも共通であることを踏まえ、居宅と施設に関わらず、自らの実践事例を活用することにより、居宅と施設相互のケアマネジメントにおける課題等を学ぶ事例研究の時間を大幅に拡充。

主任ケアマネジャー

目標

- 地域や事業所内におけるケアマネジャーの人材育成（スーパーバイズ機能の強化）
- 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりの実践



主任介護支援専門員研修の見直し

- 「人事・経営管理」の課目名を「人材育成と業務管理」に改め、事業所内や地域のケアマネジャーに対する人材育成の方法等に関する研修内容を充実。
- 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するため、「コミュニティソーシャルワーク」の課目について、地域ケア会議等による地域課題の把握・解決などの内容を充実。
- 地域づくりに必要なネットワークの構築を推進するため、「ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の構築」の課目を新設。
- 主任ケアマネジャーの資質向上を図るため、継続的な研修として「主任介護支援専門員更新研修」を新たに創設。
- 研修受講要件に、地域づくりへの参画などの実践経験を求める。

介護支援専門員実務研修の見直しについて

研修課目（介護支援専門員実務研修）		時間
講義	介護保険制度の理念と介護支援専門員	2
	介護支援サービス（ケアマネジメント）の基本	2
	要介護認定等の基礎	2
	介護支援サービス（ケアマネジメント）の基礎技術	
	受付及び相談と契約	1
	アセスメント、ニーズの把握の方法	2
	居宅サービス計画等の作成	2
	モニタリングの方法	2
	実習オリエンテーション	1
	介護支援サービス（ケアマネジメント）の展開技術	
	相談面接技術の理解	3
	地域包括支援センターの概要	2
	介護支援サービス（ケアマネジメント）の基礎技術	
	アセスメント、ニーズの把握の方法	4
演習	アセスメント、居宅サービス計画等作成演習	6
	居宅サービス計画等の作成	4
	介護予防支援（ケアマネジメント）	4
	介護支援サービス（ケアマネジメント）の展開技術	
	チームアプローチ演習	3
	意見交換、講評	1
実習	介護支援サービス（ケアマネジメント）の基礎技術に関する実習	
合計		44

研修課目（介護支援専門員実務従事者基礎研修）		時間
講義	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	3
	ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	7
	ケアマネジメント演習講評	6
演習	ケアマネジメント点検演習	14
	研修を振り返っての意見交換、ネットワーク作り	3
合計		33

任意研修であつた実務従事者基礎研修を統合（＝実務研修の充実）

研修課目（新・介護支援専門員実務研修）		時間
講義	介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント	3
	ケアマネジメントに係る法令等の理解（新）	2
	地域包括ケアシステム及び社会資源（新）	3
	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の意義（新）	3
	人格の尊重及び権利擁護並びに介護支援専門員の倫理（新）	2
	ケアマネジメントのプロセス（新）	2
	実習オリエンテーション	1
	自立支援のためのケアマネジメントの基本	6
	相談援助の専門職としての基本姿勢及び相談援助技術の基礎	4
	利用者、多くの種類の専門職等への説明及び合意（新）	2
講義・演習	介護支援専門員に求められるマネジメント（チームマネジメント）（新）	2
	ケアマネジメントに必要な基礎知識及び技術	
	受付及び相談並びに契約	1
	アセスメント及びニーズの把握の方法	6
	居宅サービス計画等の作成	4
	サービス担当者会議の意義及び進め方（新）	4
	モニタリング及び評価	4
	実習振り返り	3
	ケアマネジメントの展開（新）	
	基礎理解	3
	脳血管疾患に関する事例	5
	認知症に関する事例	5
	筋骨格系疾患と廃用症候群に関する事例	5
	内臓の機能不全（糖尿病、高血圧、脂質異常症、心疾患、呼吸器疾患、腎臓病、肝臓病等）に関する事例	5
	看取りに関する事例	5
	アセスメント、居宅サービス計画等作成の総合演習（新）	5
	研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り	2
実習	ケアマネジメントの基礎技術に関する実習	
合計		87

介護支援専門員専門研修の見直しについて

研修課目（専門研修Ⅰ）		時間
講義	介護保険制度論	2
	対人個別援助	2
	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	1
	ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	3
	保健医療福祉の基礎理解「高齢者の疾病と対処及び主治医との連携」	4
	保健医療福祉の基礎理解「社会資源活用」	3
	保健医療福祉の基礎理解「人格の尊重及び権利擁護」 ※	2
	保健医療福祉の基礎理解「リハビリテーション」 ※	3
	保健医療福祉の基礎理解「認知症高齢者・精神疾患」 ※	3
	サービスの活用と連携「訪問介護・訪問入浴介護」 ※	3
	サービスの活用と連携「訪問看護・訪問リハビリテーション」 ※	3
	サービスの活用と連携「居宅療養管理指導」 ※	3
	サービスの活用と連携「通所介護・通所リハビリテーション」 ※	3
	サービスの活用と連携「短期入所・介護保険施設」 ※	3
	サービスの活用と連携「介護保険施設・認知症対応型共同生活介護・特定施設入居者生活介護」 ※	3
	サービスの活用と連携「福祉用具・住宅改修」 ※	3
演習	対人個別援助技術（ソーシャルケースワーク）	9
※3課目を選択して受講		合計 33

研修課目（専門研修Ⅱ）		時間
講義	介護支援専門員特別講義	2
	介護支援専門員の課題	3
	「居宅介護支援」事例研究 ※1	6
	「施設介護支援」事例研究 ※2	6
演習	サービス担当者会議演習	3
	「居宅介護支援」演習 ※1	6
	「施設介護支援」演習 ※2	6
※1か※2を選択して受講		合計 20

研修課目（専門研修Ⅰ）		時間
講義	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの現状	3
	対人個別援助技術及び地域援助技術	3
	ケアマネジメントの実践における倫理	2
	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実践（新）	4
	個人での学習及び介護支援専門員相互間の学習（新）	2
	ケアマネジメントにおける実践の振り返り及び課題の設定	12
講義・演習	ケアマネジメントの演習（新）	
	リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例	4
	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	4
	認知症に関する事例	4
	入退院時等における医療との連携に関する事例	4
	家族への支援の視点が必要な事例	4
	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	4
	状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例	4
	研修全体を振り返っての意見交換、講評及びネットワーク作り（新）	
	合計 56	

研修課目（専門研修Ⅱ）		時間
講義	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの今後の展開	4
講義・演習	ケアマネジメントにおける実践事例の研究及び発表（新）	
	リハビリテーション及び福祉用具の活用に関する事例	4
	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	4
	認知症に関する事例	4
	入退院時等における医療との連携に関する事例	4
	家族への支援の視点が必要な事例	4
	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	4
	状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービス、施設サービス等）の活用に関する事例	4
合計 32		

主任介護支援専門員研修の見直しについて

研修課目		時間
講義	対人援助者監督指導（スーパービジョン）	6
	地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）	3
	人事・経営管理に関する講義	3
	主任介護支援専門員の役割と視点	5
	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	3
	ターミナルケア	3
	人事・経営管理	3
	サービス展開におけるリスクマネジメント	3
演習	対人援助者監督指導	1 2
	地域援助技術	3
	事例研究及び事例指導方法	1 8
合計		6 4



研修課目		時間
講義	主任介護支援専門員の役割と視点	5
	ケアマネジメントの実践における倫理的な課題に対する支援	2
	ターミナルケア	3
	人材育成及び業務管理	3
	運営管理におけるリスクマネジメント	3
	地域援助技術	6
	ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実現（新）	6
講義・演習	対人援助者監督指導	1 8
	個別事例を通じた介護支援専門員に対する指導・支援の展開	2 4
合計		7 0

研修課目		時間
講義	介護保険制度及び地域包括ケアシステムの動向（新）	4
講義・演習	主任介護支援専門員としての実践の振り返りと指導及び支援の実践（新）	
	リハビリテーション及び福祉用具活用に関する事例	6
	看取り等における看護サービスの活用に関する事例	6
	認知症に関する事例	6
	入退院時等における医療との連携に関する事例	6
	家族への支援の視点が必要な事例	6
	社会資源の活用に向けた関係機関との連携に関する事例	6
	状態に応じた多様なサービス（地域密着型サービスや施設サービス等）の活用に関する事例	6
合計		4 6

※主任介護支援専門員更新研修として新たに創設

平成26年度介護支援専門員研修改善事業

〇目 的

介護支援専門員の資質向上については、これまで、必要な知識・技能の習得を目的とし、都道府県が実施主体となって、実務に就いたあとも継続的に研修の機会を提供できるよう体系的な研修を行ってきたところ。

一方、介護支援専門員に係る研修については、都道府県ごとに実施されていることから、研修内容に格差が生じているとの指摘がある。

このため、国として研修実施のガイドラインを策定することにより、都道府県が行っている研修水準の平準化を図るとともに介護支援専門員の更なる資質向上に資する研修とし、全国的な研修の質の確保を図る。

〇事業内容

(1)研修向上委員会の設置・運営

指導要領・指導技術・演習方法・研修の修了評価方法等、効率的・効果的な研修の実施方策を検討する「介護支援専門員研修向上委員会（以下、「本委員会」という）」を設置。

本委員会の下にワーキンググループを設置し、都道府県における研修の企画・評価、指導手法の開発、適切な研修実施規模の確保、修了評価の実施等の一連の研修の実施の効果的な方法に関する、各研修（実務研修、専門（更新）研修、主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修）のガイドラインを作成。

本委員会の議論を経てガイドラインを策定。

(2)指導者養成研修の実施

策定されたガイドラインに基づき、各研修の位置付けや修了時の到達目標、各科目の考え方、OJTへの繋がりなど、研修全体のコンセプトとあわせて指導技術を学ぶ場として、各都道府県の研修講師及び都道府県研修実施担当職員を対象に指導者養成研修を実施。

(3)事例集の作成

自立支援に資するケアマネジメントを推進するため、自立支援に向けて不足している視点と必要な視点を明らかにするための、ケアプランの改善前後の事例集を作成。

現場における実務研修の導入

- ○ＪＴの機会が十分ではない介護支援専門員に対する現場での実習に主眼を置いた研修プログラムによる地域全体で人材を育成する仕組みとして「地域同行型実地研修（仮称）」を導入
 - ※ 主任介護支援専門員（アドバイザー）が地域の介護支援専門員（受講者）に助言・指導を行う。
- 地域全体で展開するための実習型の研修を提供することにより、相互研さんを通じて、介護支援専門員の専門職としての実務能力の向上、及び、主任介護支援専門員のスーパービジョン力の向上を推進

「地域同行型実地研修（仮称）」の概要



介護支援専門員の資質向上に関する規定について

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、その相当する要介護者等の人格を尊重し、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。

※ 平成26年6月18日に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」に基づく介護保険法一部改正により法第69条の34第3項の規定が新設された。

2. ケアプランの適正化に向けた取組

居宅介護支援・介護予防支援の概要

居宅介護支援

定義

「居宅介護支援」とは、居宅の要介護者が居宅サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況、置かれている環境、要介護者の希望等を勘案し、居宅サービス計画を作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整を行い、介護保険施設等への入所を要する場合は、当該施設等への紹介を行うことをいう。

人員基準

居宅介護支援事業所において、居宅介護支援を提供するために必要な人員は次のとおり。

管理者	常勤の介護支援専門員を配置 ※介護支援専門員の職務と兼務可能
介護支援専門員	利用者35人に対し1人を配置

介護予防支援

定義

「介護予防支援」とは、要支援者が介護予防サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況、置かれている環境、要支援者の希望等を勘案し、介護予防サービス計画を作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整を行うことをいう。

人員基準

介護予防支援事業所において、介護予防支援を提供するために必要な人員は次のとおり。

管理者	常勤の者を配置
担当職員	1人以上を配置 ※保健師、介護支援専門員、社会福祉士、経験ある看護師、高齢者保健福祉に関する相談援助業務に3年以上従事した社会福祉主事のいずれかの要件を満たす者

ケアマネジメントにかかる介護報酬について

居宅介護支援の介護報酬のイメージ（1月あたり）

※加算は主なものを記載

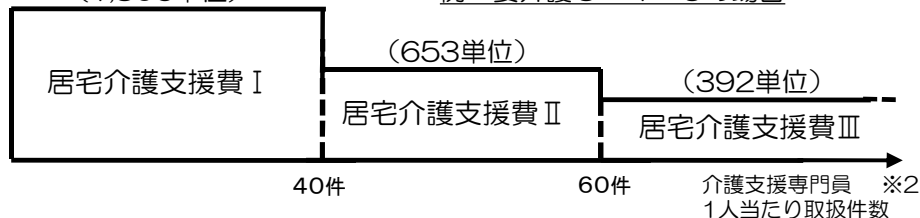
居宅介護支援費

要介護者が居宅サービス等を適切に利用することができるように作成する居宅サービス計画費

	要介護1・2	要介護3・4・5
居宅介護支援費Ⅰ	1,005単位/月	1,306単位/月
居宅介護支援費Ⅱ	502単位/月	653単位/月
居宅介護支援費Ⅲ	301単位/月	392単位/月

報酬体系は逓減制 ※1

（1,306単位） 例：要介護3・4・5の場合



※1 介護支援専門員（常勤換算）1人当たり40件を超えた場合、超過部分のみに逓減制（40件以上60件未満の部分は居宅介護支援費Ⅱ、60件以上の部分は居宅介護支援費Ⅲ）を適用

※2 取扱件数には介護予防支援受託者数を2分の1とした件数を含む

医療との連携、労力を要するケアマネジメントや事業所の体制に対する加算・減算

入院、入所時の病院等との連携

病院等に対する情報提供方法
・訪問：200単位
・その他：100単位

退院、退所時の病院等との連携
（300単位）

独居高齢者へのケアマネジメントに対する評価
（150単位）

認知症高齢者へのケアマネジメントに対する評価
（150単位）

ケアマネジメント等の質の高い事業所への評価
〔・Ⅰ：500単位
・Ⅱ：300単位〕

初回利用者へのケアマネジメントに対する評価
（300単位）

小規模多機能型居宅介護移行時の小規模多機能型居宅介護事業所との連携
（300単位）

利用者の状態の急変等に伴い利用者宅で行われるカンファレンスへの参加
（200単位）

複合型サービス移行時の複合型サービス事業所との連携
（300単位）

サービス担当者会議や定期的な利用者の居宅訪問未実施等

・〔-50%
・〔算定しない（2ヶ月以上継続）〕

訪問介護サービス等について、特定の事業所の割合が90%以上の場合

（-200単位）

介護予防支援の介護報酬のイメージ（1月あたり）

介護予防支援費

要支援者が介護予防サービス等を適切に利用することができるように作成する介護予防サービス計画費

介護予防支援費 414単位/月

事業所との連携や労力を要するケアマネジメントに対する加算

小規模多機能型事業所との連携
（300単位）

初回利用者へのケアマネジメントに対する評価
（300単位）

特定事業所加算

質の高いケアマネジメントを提供する事業所に対する加算

- ・ 特定事業所加算（Ⅰ） 500単位／月
- ・ 特定事業所加算（Ⅱ） 300単位／月

○算定要件（（Ⅰ）、（Ⅱ）の算定はいずれか一方に限る。）

【特定事業所加算（Ⅰ）】

- ① 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置していること。
- ② 常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置していること。
- ③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的を開催すること。
- ④ 24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。
- ⑤ 算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護3～要介護5である者の割合が5割以上であること。
- ⑥ 介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。
- ⑦ 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること。
- ⑧ 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加していること。
- ⑨ 運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。
- ⑩ 介護支援専門員1人当たりの利用者の平均件数が40件以上でないこと。

【特定事業所加算（Ⅱ）】

- 特定事業所加算（Ⅰ）の①、③、④、⑥、⑦、⑨及び⑩を満たすこと並びに常勤かつ専従の介護支援専門員を2名以上配置していること。

特定事業所集中減算

▲200単位／月

○算定要件

正当な理由なく、当該事業所において前6月間に作成されたケアプランに位置付けられた居宅サービスのうち、訪問介護サービス等について、特定の事業所の割合が90%以上である場合に減算。ただし、当該事業所のケアプラン数が一定数以下である場合等一定の条件を満たす場合を除く。

○判定方法

居宅サービス計画のうち、訪問介護、通所介護又は福祉用具貸与が位置付けられた居宅サービス計画の数をそれぞれ算出し、最もその紹介件数の多い法人を位置付けた居宅サービス計画の数の占める割合を計算し、訪問介護サービス、通所介護又は福祉用具貸与のいずれかについて90%を超えた場合に減算する。

介護支援専門員（ケアマネジャー）の公正・中立性の確保について

- 制度改正や報酬改定等により、ケアマネジャーの公正・中立性を確保するための対策を講じてきた。

介護保険制度改正

【平成17年介護保険制度改正】

- 更新制(5年)を導入。
- 主任ケアマネジャーを導入。
- ケアマネジャー1人当たりの標準担当件数を「50件」から「35件」へ変更。
- 居宅介護支援事業所の管理者をケアマネジャーに限定。

介護報酬改定

【平成18年度報酬改定】

- 特定事業所集中減算の創設: 正当な理由なく、特定の事業所に偏るケアプランを作成した場合は減算。
- 特定事業所加算の創設: 中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行ったり、専門性の高い人材を確保するなど、質の高いケアマネジメントを実施している事業所に対して加算を実施。

【平成21年度報酬改定】

- 特定事業所加算をより取得しやすくするため、特定事業所加算Ⅱを創設。

【平成24年度報酬改定】

- 質の高いケアマネジメントを推進していく観点から、加算の取得要件を見直す。〈特定事業所加算Ⅱの要件の追加〉
 - ・介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。
 - ・地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること。等。

その他

【介護給付適正化事業(ケアプラン点検)の実施】

- 不適正な報酬算定等の発見、ケアプランの質の向上等のために、各保険者において、介護給付費適正化事業としてケアプランの点検を実施(実施保険者の割合 平成22年度:64.7% → 平成23年度:61.0%)
- 実施した保険者の14.9%は過誤申立てにつながったと回答。

居宅サービス事業者等からの利益収受の禁止等について

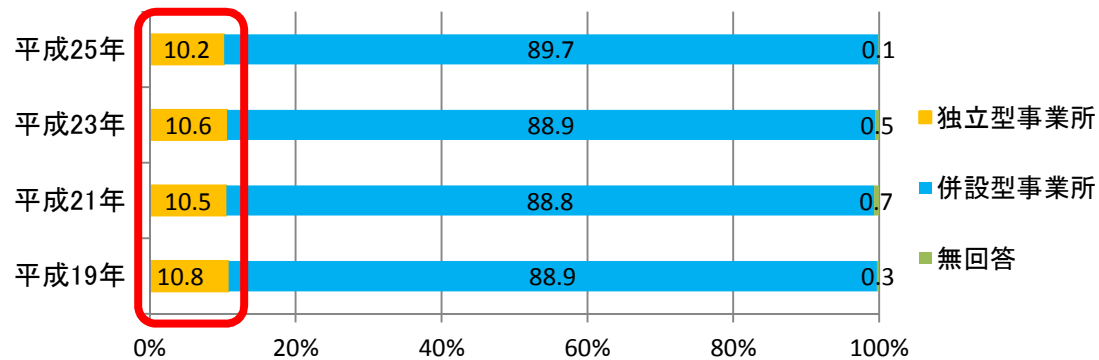
指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準 第25条

- 1 指定居宅介護支援事業者及び指定居宅介護支援事業所の管理者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを位置付けるべき旨の指示を行ってはならない。
- 2 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示を行ってはならない。
- 3 指定居宅介護支援事業者及びその従業者は、居宅サービス計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定の居宅サービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、当該居宅サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

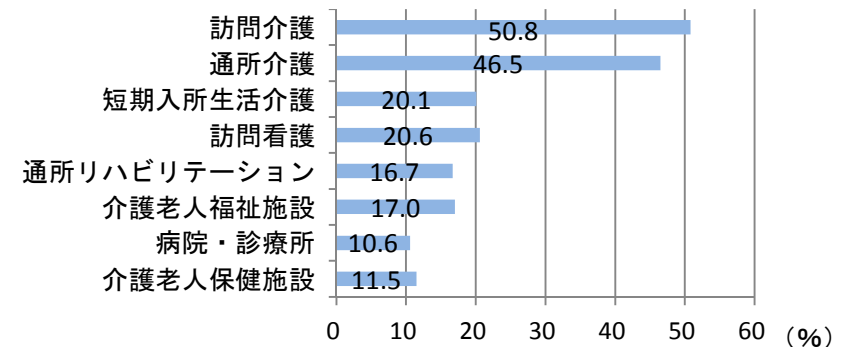
居宅介護支援事業所の状況（独立型・併設型）

○ いわゆる独立型事業所は10%強だが、平成19年以降ほぼ横ばいである。

○独立型事業所（併設施設なし）・併設型事業所（併設施設あり）の割合



【参考】併設先事業所の併設先施設・事業所（主なもの）



○サービス種類数別にみた併設サービス利用状況

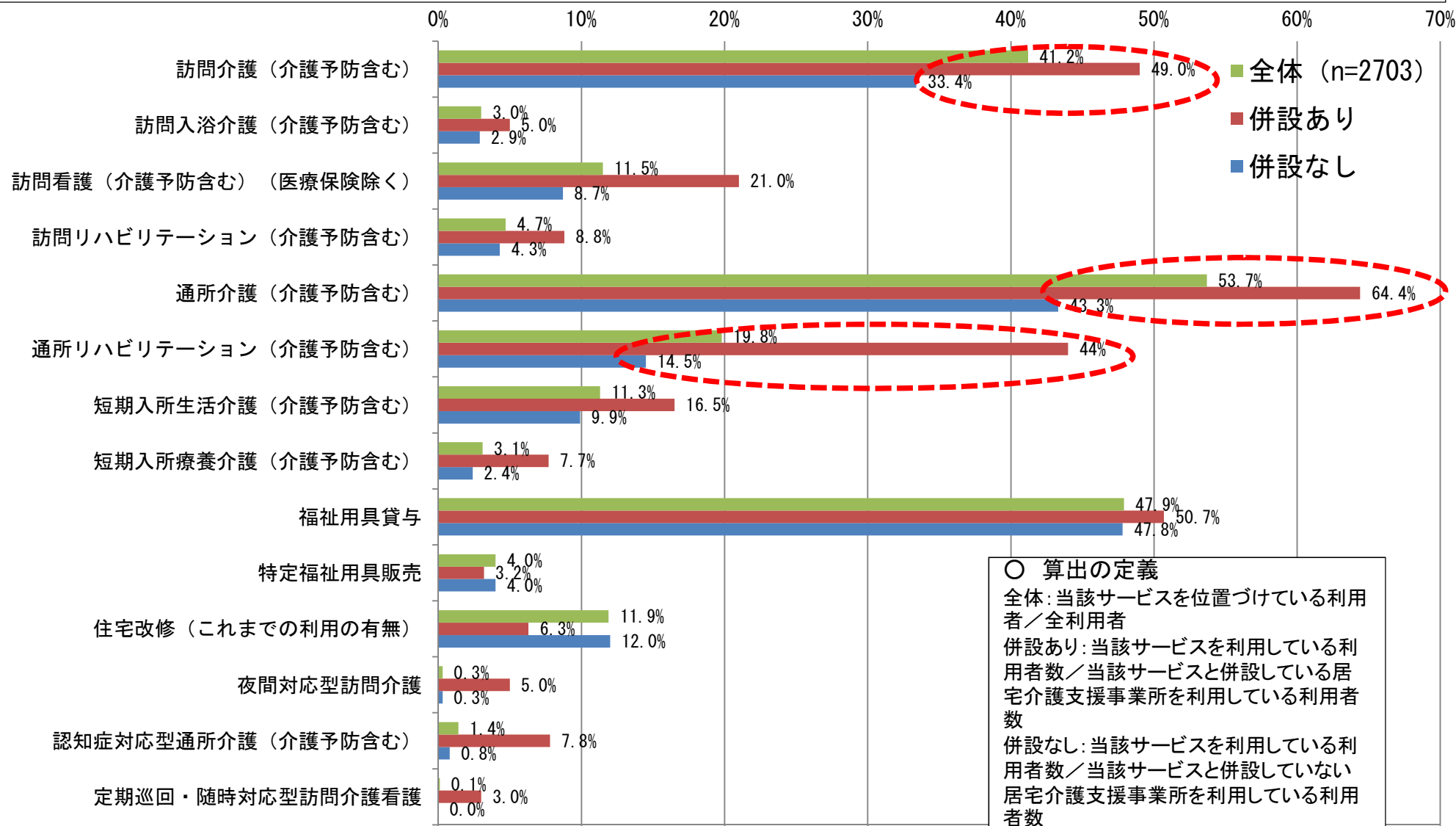
- サービス種類数が少ない方が「併設サービスのみ利用」の比率が高くなっている。

		全 体	併設サービスの のみ利用	併設及び併設以 外を利用	併設以外のみ 利用	無回答
第7回調査	1 種 類	100.0	33.0	4.2	38.7	24.1
	2 種 類	100.0	9.6	32.6	37.1	20.7
	3 種 類	100.0	5.6	45.8	29.6	19.0
	4種類以上	100.0	3.2	52.2	26.3	18.3
	合計(H25.11)	100.0	16.7	26.2	35.1	22.0
第6回調査(H23.11)		100.0	15.2	27.4	42.0	15.4
第5回調査(H21.11)		100.0	20.2	28.5	37.8	13.5

【出典】(株)三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(平成25年度・21年度・19年度・老人保健健康増進等事業)
 (株)三菱総合研究所「居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査」(平成23年度老人保健健康増進等事業)

利用者のケアプランに組み込まれているサービス内容

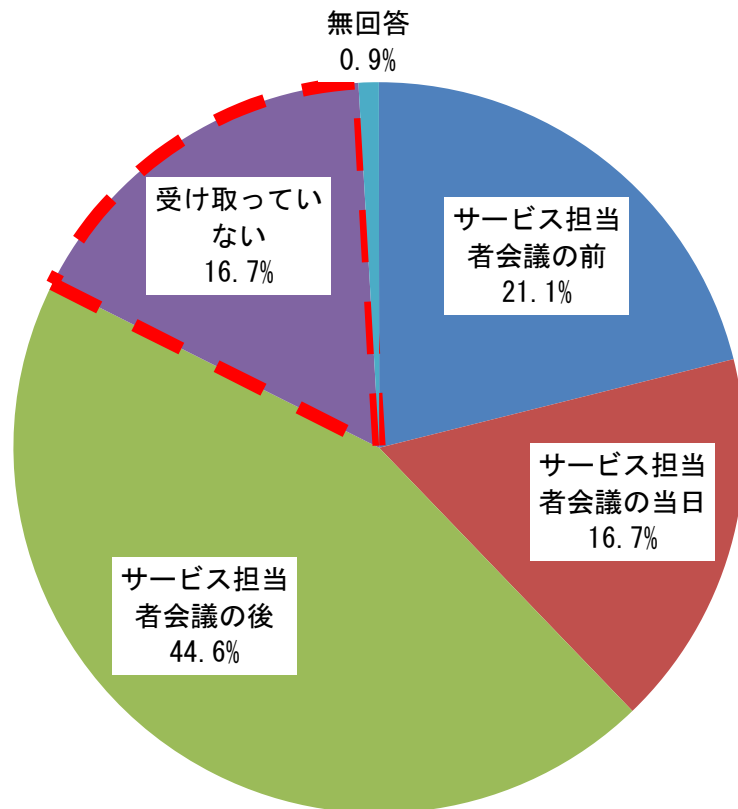
- サービスの利用率を見ると、「通所介護」「福祉用具貸与」「訪問介護」の順に高くなっている
- 併設ありと併設なしの事業所が作成したプランにおける利用率を見ると、「通所リハビリテーション」「通所介護」「訪問介護」の順に併設なしに比べて併設ありの利用率が高くなっている。



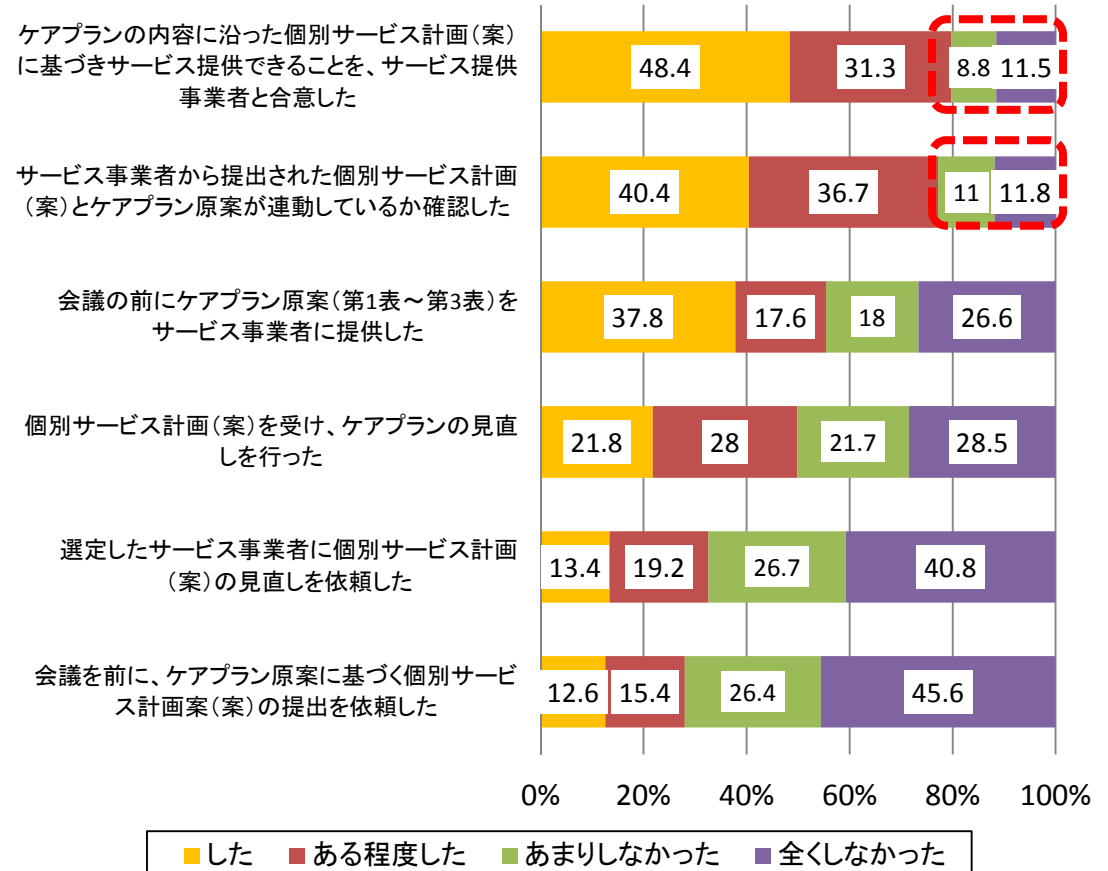
個別サービス計画の確認状況

- 自立支援に資するケアマネジメントを実践するには、介護支援専門員の立てる目標やケアプランと個別サービス計画の連動を高めることが重要であるが、
- ・ 介護支援専門員がサービス事業者から個別サービス計画（案）を「受け取っていない」と回答した割合は16.7%
 - ・ ケアプランと個別サービス計画が連動し、サービスが提供できることの確認を「あまりしなかった」、「全くしなかった」と回答した割合は約2割となっている。

ケアプラン原案に基づく個別サービス計画（案）
をいつ受け取ったか〔n=2878〕



サービス事業者に対する個別サービス計画(案)の作成依頼やケアプランへの反映の状況〔n=2878〕



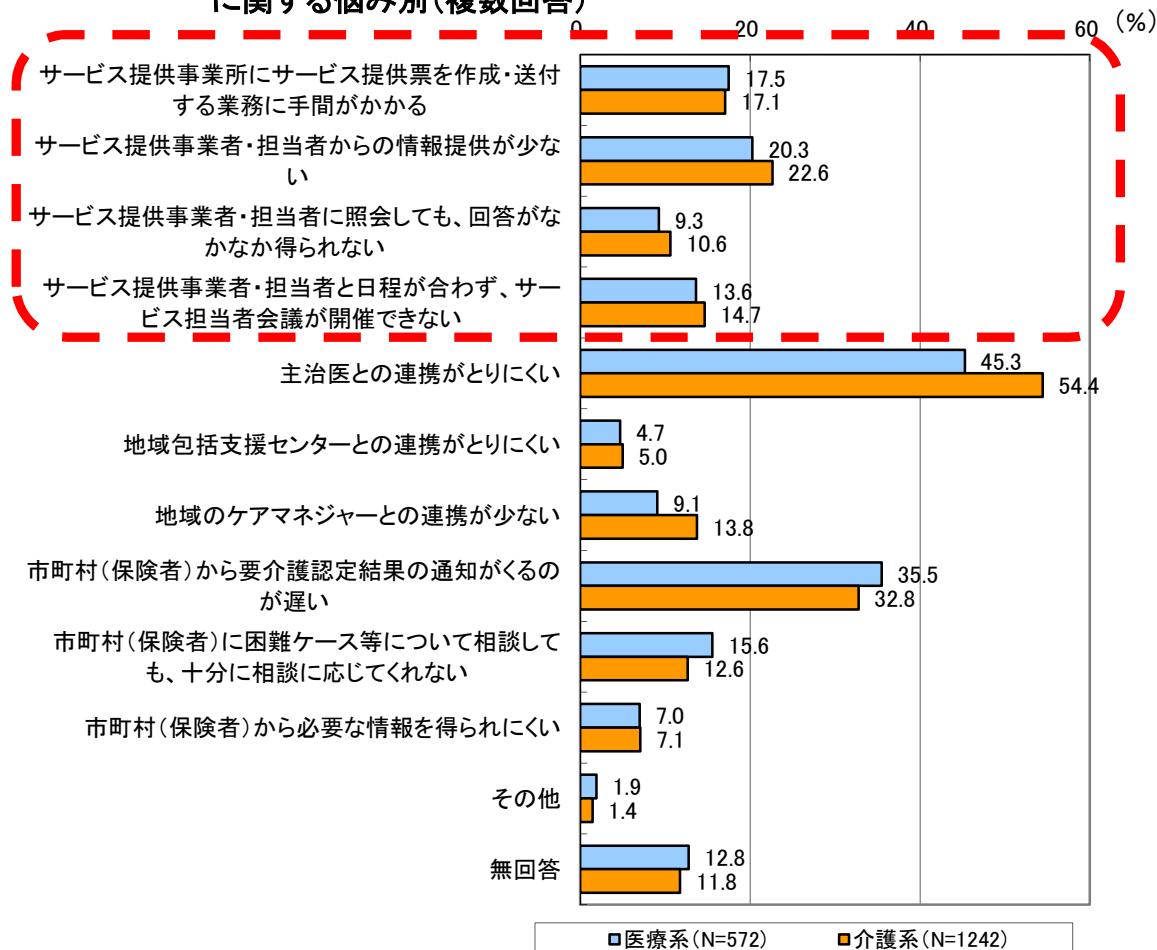
他機関との連携に関する悩み

- 主治医との連携が取りにくいと感じているケアマネジャーが多いが、今後在宅医療介護連携推進事業等による環境改善が期待される。
- サービス提供事業所・担当者からの情報提供が少ないなど、サービス提供事業所との連携が不足していると感じている。

ケアマネジャー数;他機関との連携に関する悩み別
(複数回答)

	合計 (人)	割合 (%)
全体	2,172	100.0
主治医との連携が取りにくい	1,130	52.0
市町村から要介護認定結果の通知が来るのが遅い	733	33.7
サービス事業者・担当者からの情報提供が少ない	454	20.9
サービス事業者・担当者と日程的に会議が開催できない	319	14.7
サービス事業者にサービス提供票を作成・送付する手間	379	17.4

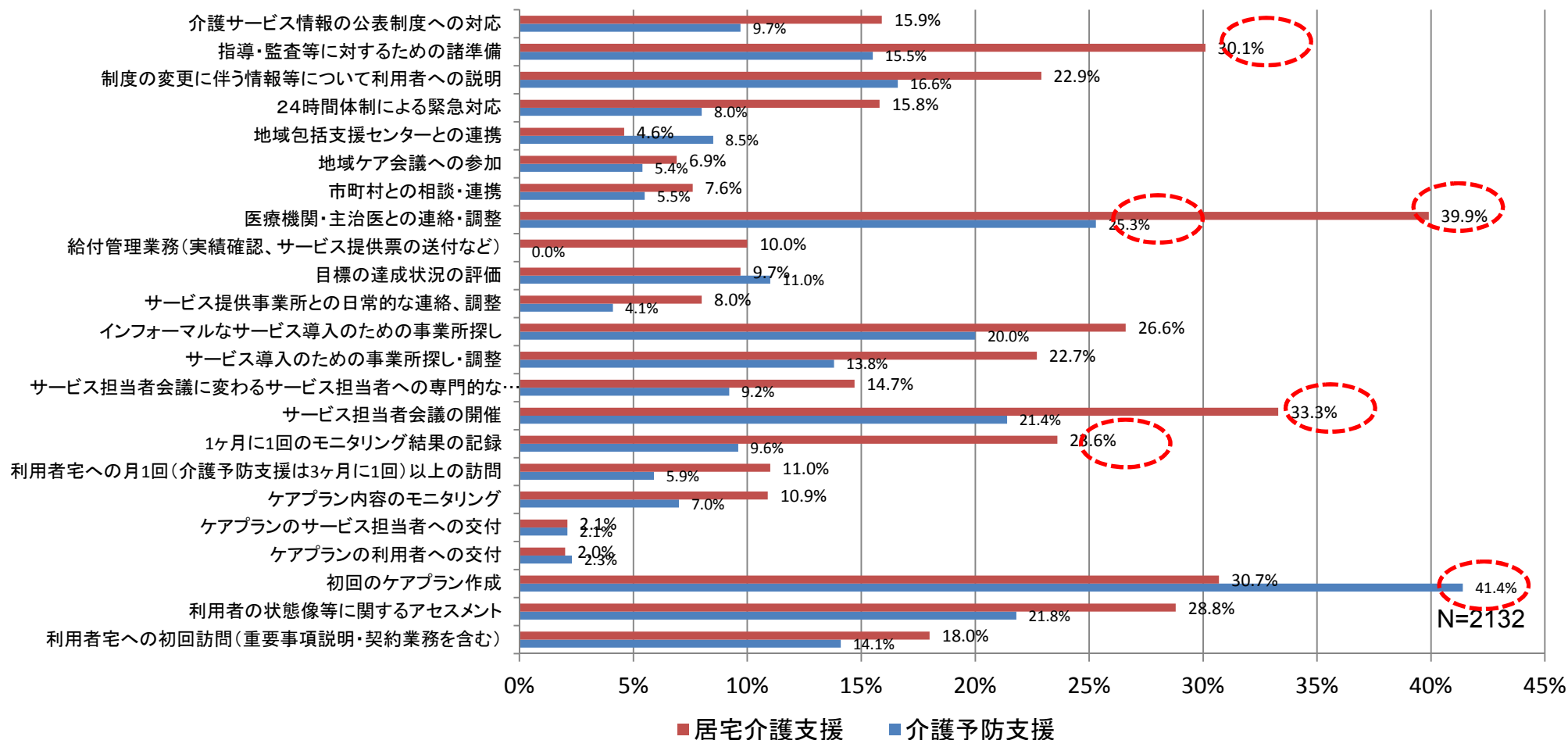
ケアマネジャー数;ケアマネ基礎資格・他機関との連携に関する悩み別(複数回答)



ケアマネジメント業務に対する負担感

- 「医療機関・主治医との連絡調整」「サービス担当者会議の開催」「初回のケアプラン作成」といったところに負担を感じるケアマネジャーが多い。
- 負担と感じている項目の多くは、専門職として求められる業務が多く、多職種協働の環境整備、資質の向上、業務の効率化等が課題として考えられる。

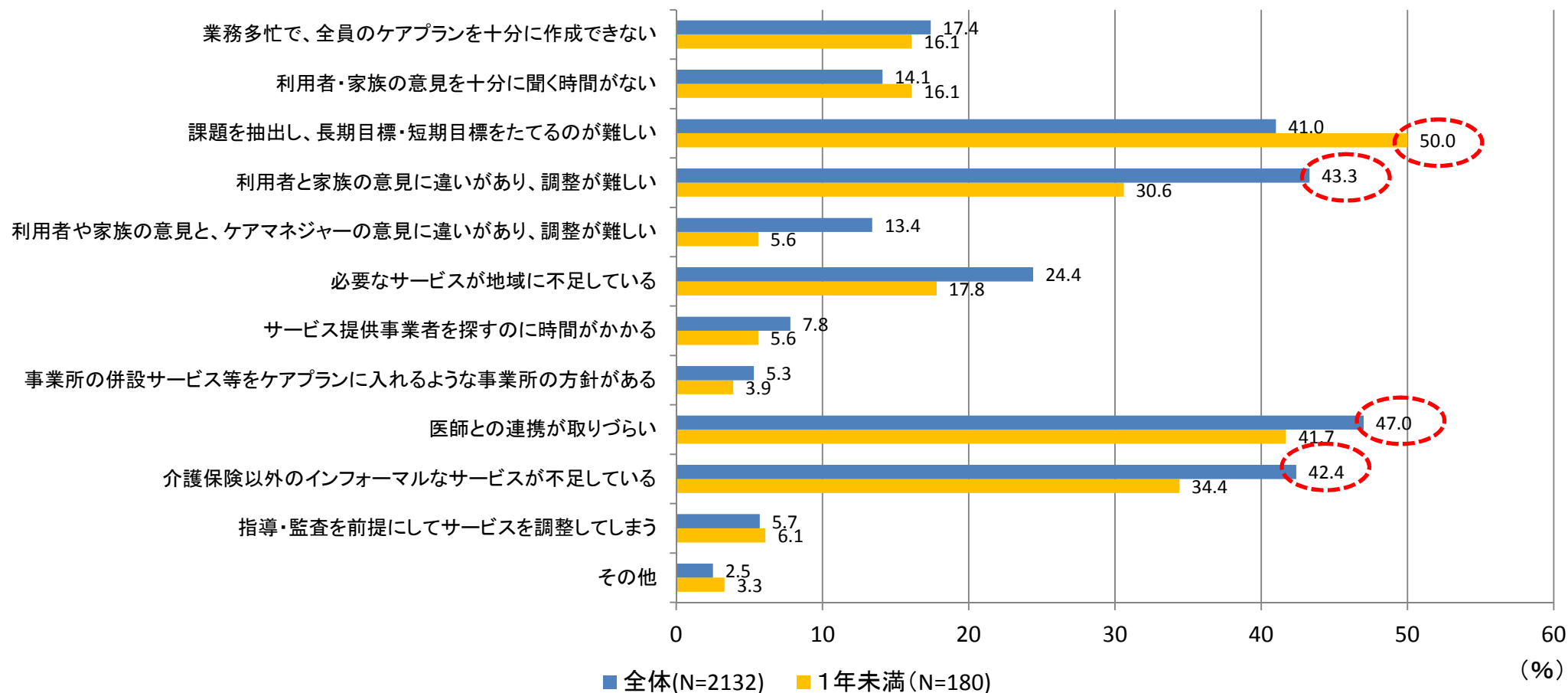
業務負担感が大きい業務（複数回答）



【出典】株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」
(平成25年度老人保健健康増進等事業)

ケアプラン作成上の困難点

○ 医師との連携、インフォーマルサービスの不足、利用者・家族との意見調整といったところに困難さがある。また、業務経験が1年未満のケアマネジャーは、課題の抽出と目標を立てることに困難さを感じている。



【出典】株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」
(平成25年度老人保健健康増進等事業)

ケアプランの適正化について（現状）

現状と課題

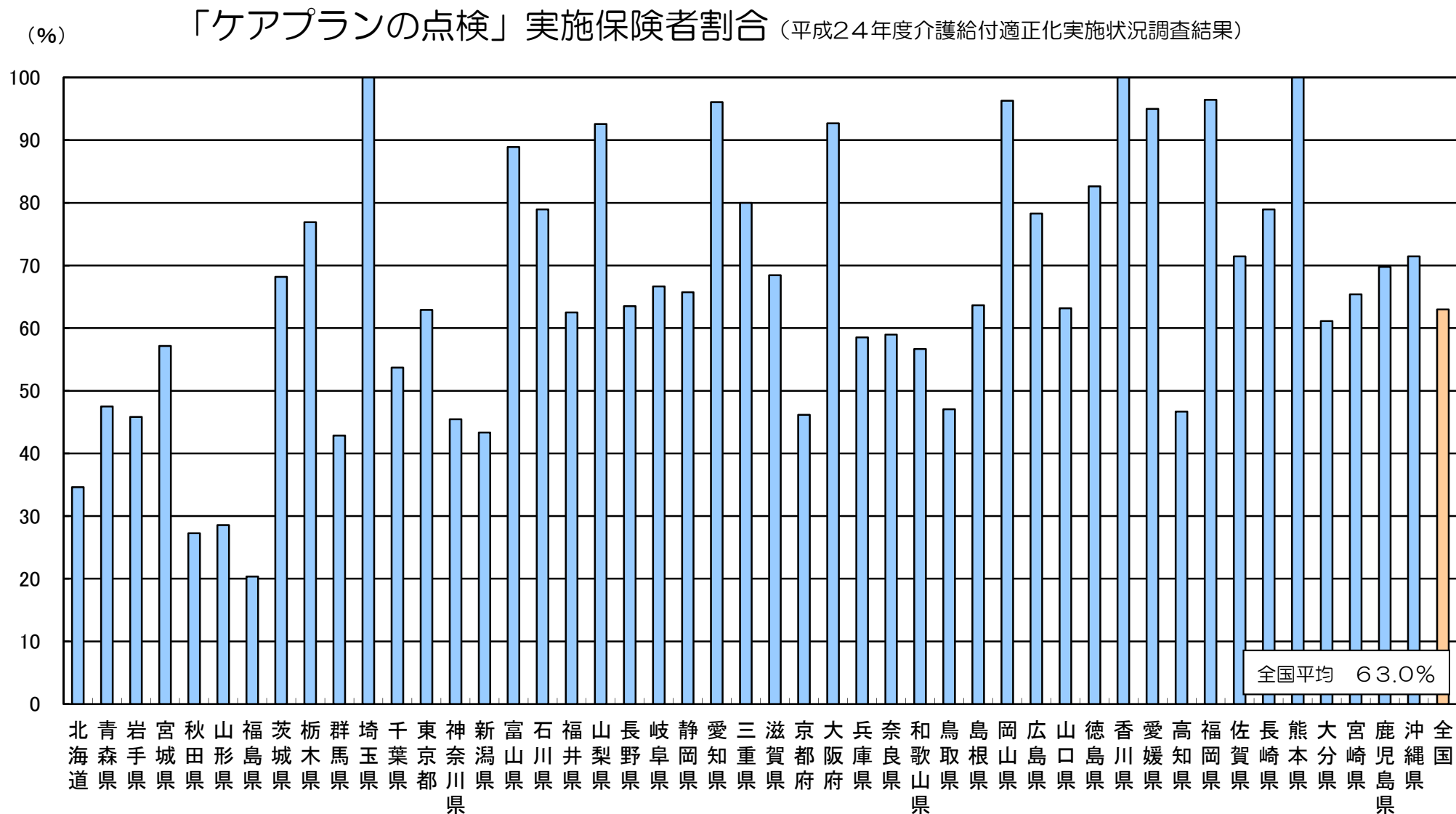
- ケアマネジャーが作成するケアプランが、事業所等の意向に沿って区分支給限度基準額ぎりぎりに増やすように作成される例があり、高齢者に合った介護が提供されていない例があるとの指摘。
- 運営基準では、サービスが特定の事業者に偏ることのないよう、公正中立なケアプランの作成について規定されている。
しかしながら、ケアプランを作成する際、特定のサービスやグループ法人のサービスを利用しない場合、担当や事業所を変えさせられたりする例もあるとの指摘。
※なお、居宅介護支援事業所にサービスが併設されていない、いわゆる独立型事業所は約1割であり、9割の居宅介護支援事業所が何らかのサービスを併設している。
- 一方で、ケアプランにおいてサービスを水増しするような不正事例もあり、ケアマネジャーの登録を削除された者もいる。
- これらのことから、ケアプランの内容が適切かどうかのチェックが必要であり、不適切なサービス提供事例や特定の事業者 서비스에偏っている事例などについて、ケアプランの適正化を図る必要がある。

現状の取組

- ①保険者によるケアプラン点検
 - ・実施している保険者は995保険者 ※保険者全体の63.0%が実施（平成24年度）
 - ・実施の目的⇒ケアプランの質の向上：961保険者、不適正な報酬算定等の発見：723保険者
- ②都道府県による指導・監査
 - ・運営基準において、居宅介護支援事業者等は、特定の事業者によるサービスをケアプランに位置付けるよう指示を行ってはならない旨、規定されている。
- ③介護報酬における特定事業所集中減算
 - ・訪問介護、通所介護及び福祉用具貸与について、同一の事業者によって提供されたものの占める割合が9割を超えている場合に居宅介護支援費を減算。

ケアプランの点検実施状況

○ 保険者においてケアプランの点検を実施しているが、実施率は全国平均で約6割程度にとどまっている。



ケアプランの適正化に向けた今後の対応方針

- ケアプランの適正化を進めるにあたり、現状の取組を強化していくことも含め、短期的・中期的な視点で以下の対応を検討する。

○ケアプラン点検の強化

⇒ 集合住宅の入居者に焦点を当てたケアプラン点検

○国民健康保険団体連合会の介護給付適正化システムの活用の推進

○運営基準の再徹底

○サービス付き高齢者向け住宅等の居住者に係るケアプラン等の実態調査

⇒ 集合住宅の入居者を対象としたケアマネジメントの実態に関する調査研究事業
(平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査))

○不適切事例及び不正事例の収集・検証と周知

○特定事業所集中減算のあり方の検討

居宅介護支援事業者の指定権限の移譲について

- 現在、居宅介護支援事業者の指定は、事業所からの申請により、都道府県が行うこととなっているが、指定都市・中核市以外の市町村にも指定権限を移譲する。＜平成30年度施行＞

※ 大都市等の特例により、指定都市及び中核市については、居宅介護支援事業者の指定権限が移譲されている。

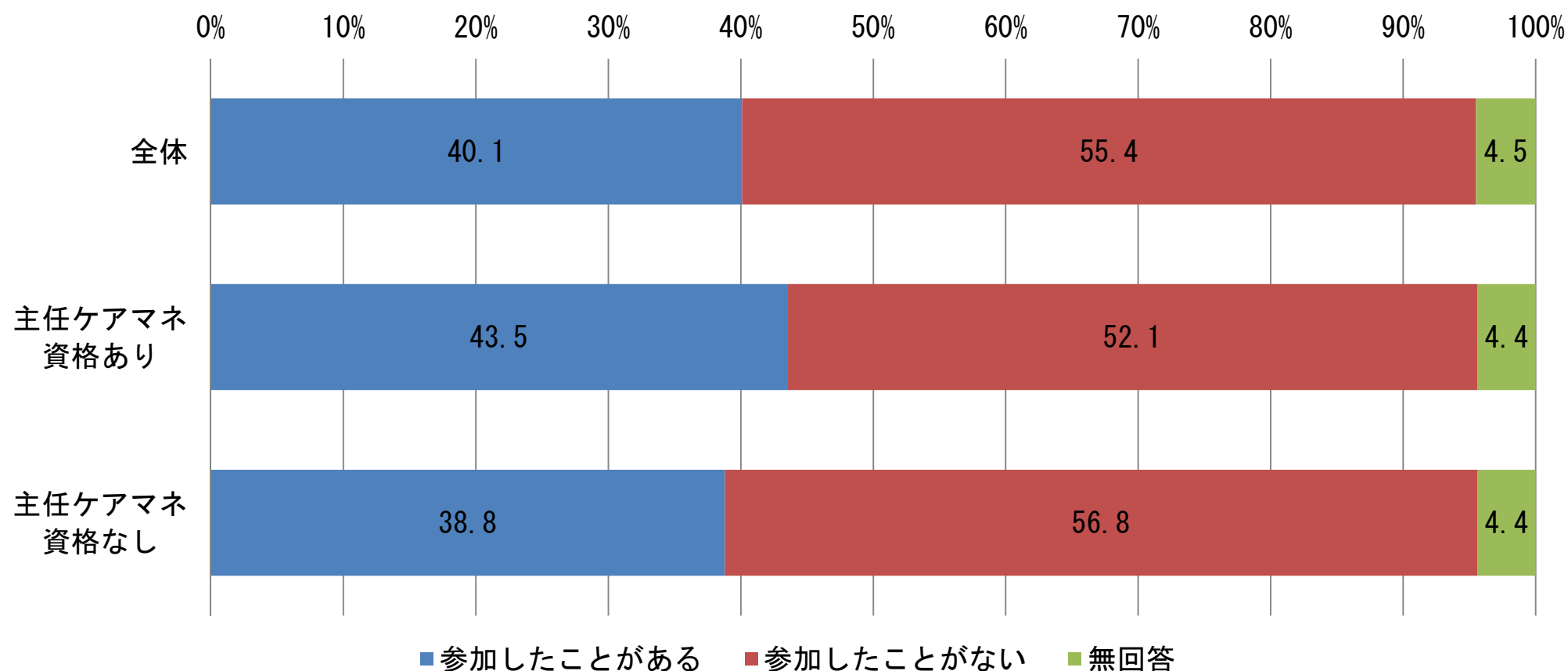
趣旨・目的

- 自立支援に資するケアマネジメントや医療との連携・多職種協働を推進していくためには、ケアマネジャー自身が資質向上に取り組むとともに、自立支援に資するケアマネジメントに取り組める環境整備を推進することも重要
- また、医療や生活支援のニーズが高い高齢者や認知症を有する高齢者などが増加していく中で、地域包括ケアシステム構築を推進する市町村が、高齢者の自立支援に向け重要な役割を担う居宅介護支援事業所のケアマネジャーと積極的に関わり、高齢者のニーズや地域課題の把握を幅広く行うとともに、ケアマネジメントに対する理解を高めていくことが必要。
- このため、保険者機能の強化という観点から、市町村によるケアマネジャーの支援を充実することを目的として、居宅介護支援事業所の指定権限の市町村へ移譲する。

地域ケア会議参加状況

- 地域ケア会議に参加したことがある介護支援専門員の割合は、約4割である。
- 主任介護支援専門員資格を有する者と資格を有しない者では、地域ケア会議に参加したことがある割合にあまり差違はみられない。

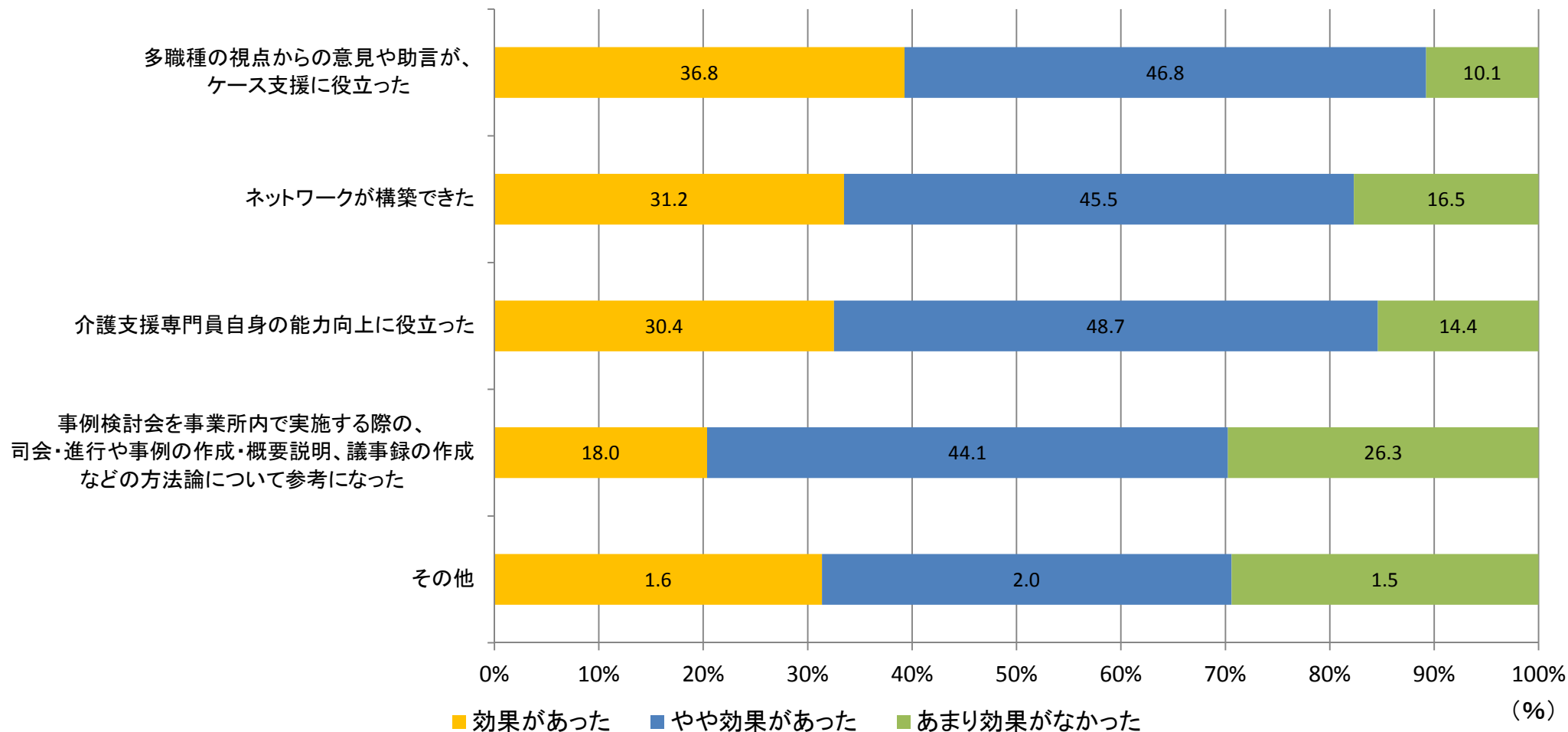
主任介護支援専門員資格有無別・地域ケア会議参加状況



【出典】株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」
(平成25年度老人保健健康増進等事業)

地域ケア会議に参加した結果

○ 地域ケア会議に参加した結果として、「多職種の視点からの意見や助言がケース支援に役立った」、「ネットワーク構築ができた」、「介護支援専門員自身の能力向上に役立った」について「効果があった」、「やや効果があった」、「あまり効果がなかった」という意見が7割を超えている。

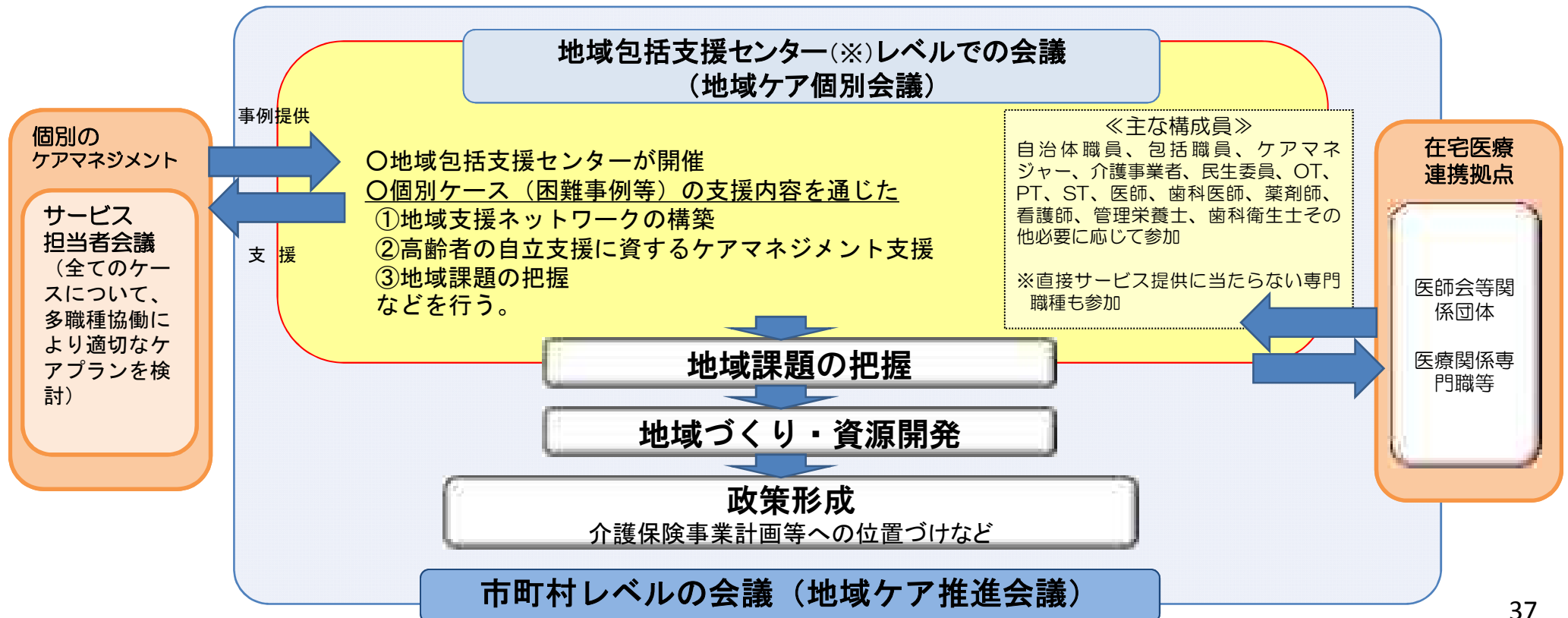


【出典】株式会社三菱総合研究所「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書」
(平成25年度老人保健健康増進等事業)

地域ケア会議の推進

- 「地域ケア会議」(地域包括支援センター及び市町村レベルの会議)については、地域包括ケアシステムの実現のための有効なツールであり、更に取組を進めることが必要。
- 具体的には、個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。
- このため、これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。

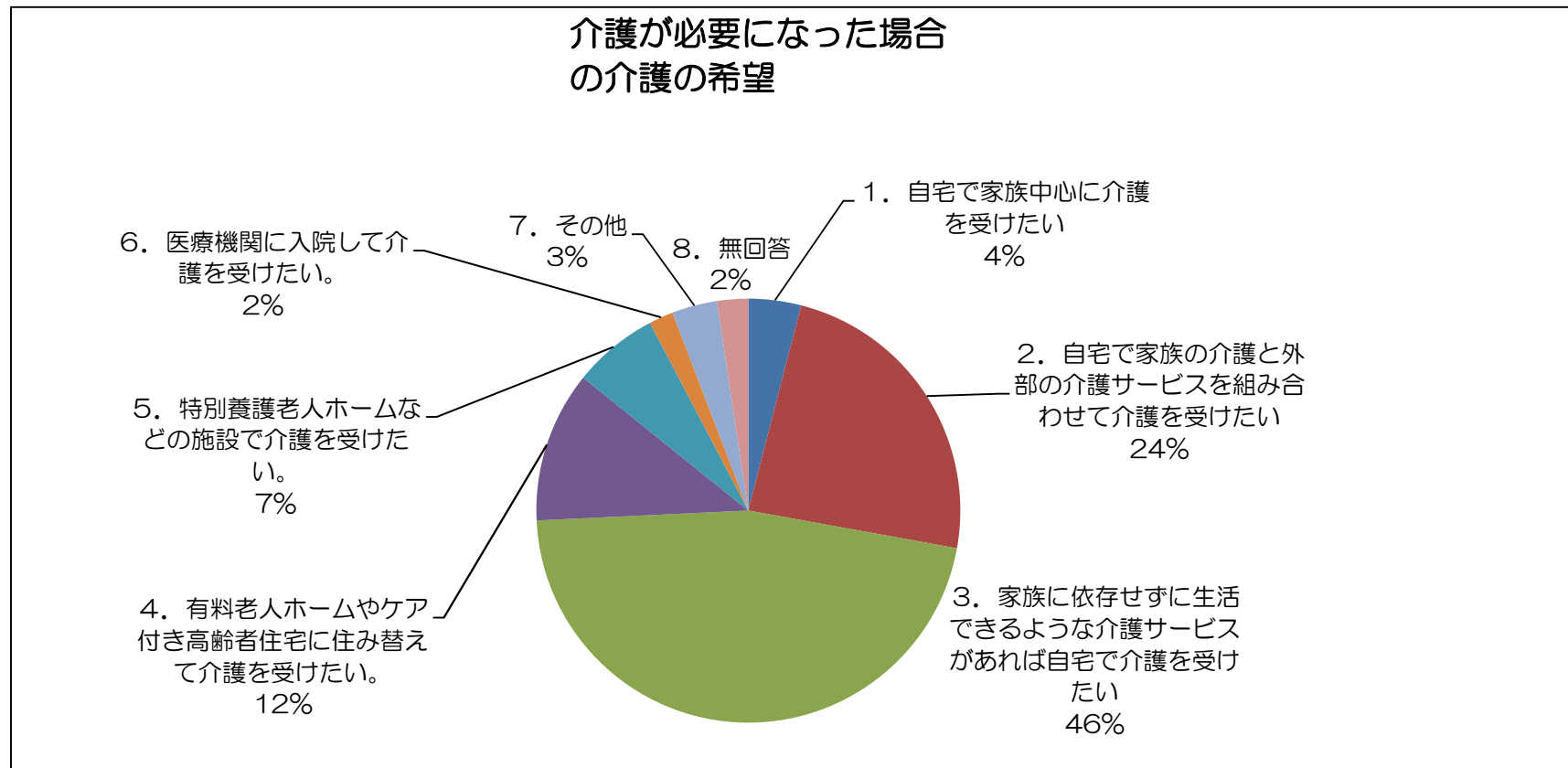
・地域包括支援センターの箇所数:4,328ヶ所(センター・ブランチ・サブセンター合計7,072ヶ所)(平成24年4月末現在)
 ・地域ケア会議は全国の保険者で約8割(1,202保険者)で実施(平成24年6月に調査実施)



介護の希望（本人の希望）

【自分が介護が必要になった場合】

最も多かったのは「家族に依存せずに生活できるような介護サービスがあれば自宅で介護を受けたい」で46%、2位は「自宅で家族の介護と外部の介護サービスを組み合わせて介護を受けたい」で24%、3位は「有料老人ホームやケア付き高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい」で12%。

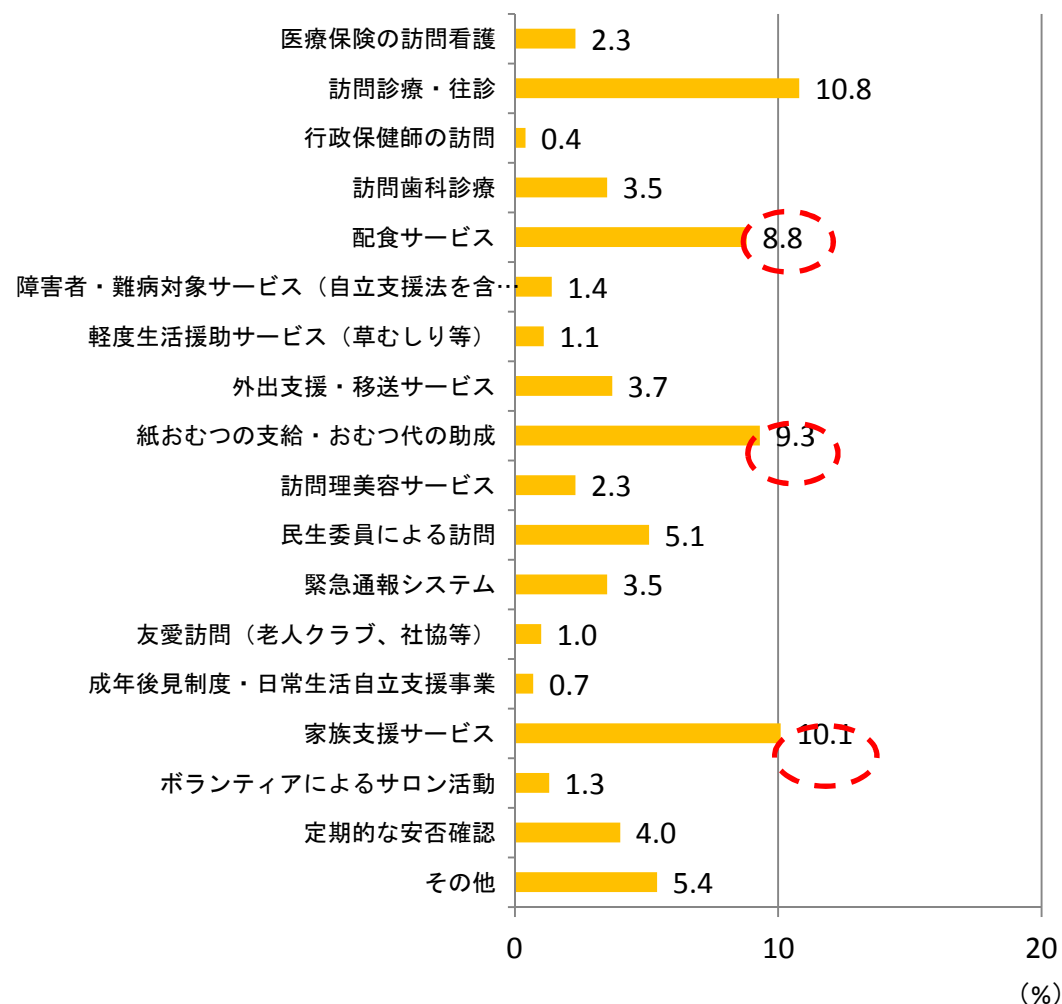
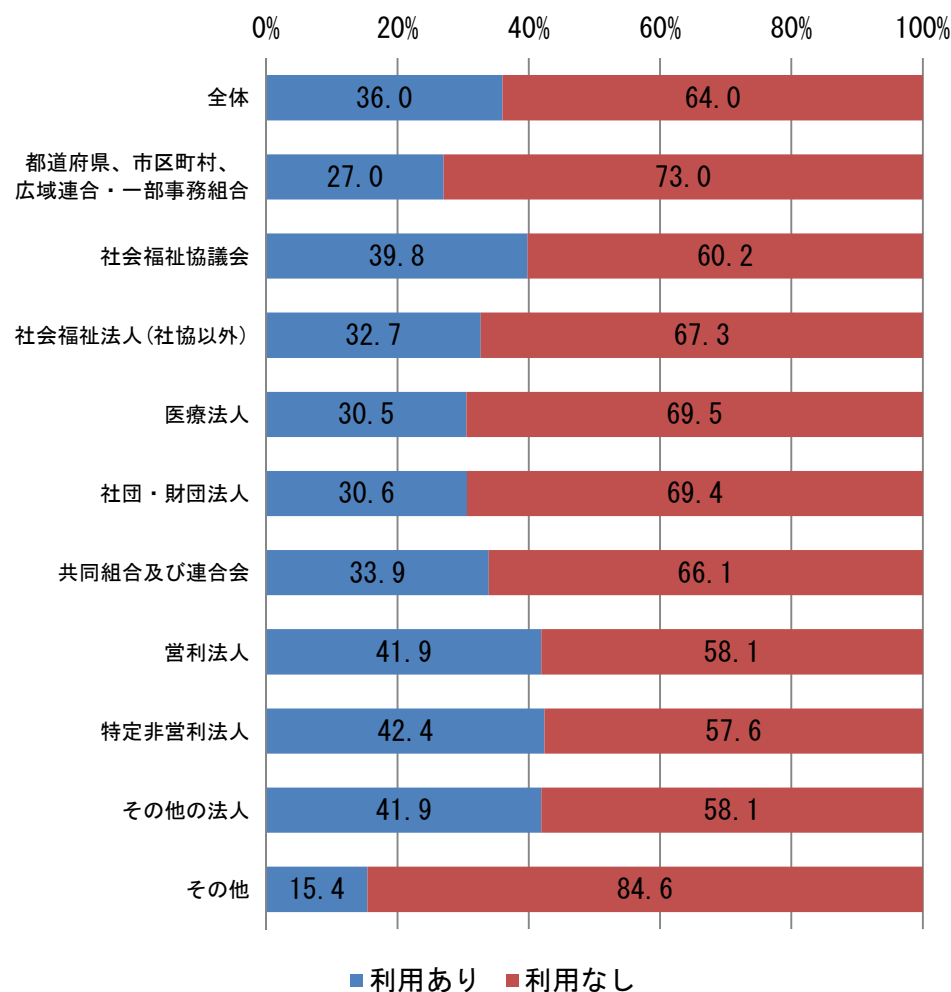


介護保険のサービス利用者が利用しているその他のサービス内容

(医療保険、介護予防・日常生活支援総合事業を含む)

- インフォーマルサービスを利用している利用者の割合は36%。
- 給付以外のサービス利用率を見ると、「家族支援サービス」「紙おむつの支給・おむつ代の助成」「配食サービス」などの利用が高くなっている。

インフォーマルサービスの利用状況別利用割合



地域包括ケアシステムの基本理念と構成要素の関係性

地域包括ケアシステムの基本理念 —「尊厳の保持」「自立生活の支援」と「規範的統合」—

高齢者の「尊厳の保持」

- 高齢者の「尊厳の保持」とは、高齢者が自ら、住まいや必要な支援・サービス、看取りの場所を選択する社会のあり方。
- 高齢者の「尊厳の保持」のためには、その意思を尊重するための支援・サービス体制構築と適切な情報提供、意思決定支援が必要。

高齢者の「自立生活の支援」

- 高齢者ケアにおいては、心身の状態の変化や「住まい方」(家族関係や近隣・友人との関係性)の変化に応じて、医療・介護・予防・生活支援を適切に組み合わせて提供する必要がある。
- 急激な変化により生じるリロケーションダメージは、自立支援の観点からも必要最小限に抑えられることが望ましい。

地域における共通認識の醸成 —「規範的統合」—

- 「尊厳の保持」「自立生活の支援」のための仕組みを、「住み慣れた地域」で実現する上で、自治体は中心的な役割を果たす。
- どのように地域包括ケアシステムを構築するかは、地域住民の参画のもと決定するべきであり、自治体にはその選択肢を地域住民に提示する責任がある。
- 実際の構築に向けては、自治体には、地域住民に加え、支援・サービスに携わる事業者や団体等にも働きかけ、目標像を共有していく「規範的統合」が求められる。
- 「規範的統合」は、自治体の首長による強いメッセージの発信が重要。また、自治体・保険者には、まちづくりや医療・介護サービスの基盤整備に関して、明確な目的と方針を各種の計画の中で示すことが求められる。

地域包括ケアシステムの構成要素の関係性



地域包括ケアシステムでは、高齢者は自らの意思で「住まい」(住居の形態)を選択し、本人の希望にかなった「住まい方」(家族・近隣・友人との関係性)を確保した上で、心身の状態や「住まいと住まい方」の変化に応じて、「支援・サービス」を柔軟に組み合わせて提供する。

「住まいと住まい方」(植木鉢)と「支援・サービス」(葉・土)の関係

- 従来の施設では、「住まいと住まい方」と「支援・サービス」は予めセットになっており、内部で提供されるサービスで完結していたが、地域包括ケアシステムでは、柔軟に組み合わせられる。(例: サービス付き高齢者向け住宅の入居者の心身の状態が変化すれば、必要に応じて外部からのケアを利用。)

「医療・看護」「介護・リハビリテーション」(葉)と「生活支援・福祉サービス」(土)の関係

- 従来のサービスでは、医療・介護の専門職が「生活支援」を提供することもあるが、「生活支援」が民間事業者やNPO、ボランティア、地域住民など多様な主体により提供されるようになれば、医療・介護の専門職は「医療・介護」に注力することができ、在宅限界点の向上につながる。

「本人・家族の選択と心構え」の位置づけ

- 「住まいと住まい方」(植木鉢)、「医療・介護・予防」(葉)、「生活支援」(土)の柔軟な組み合わせは、「本人と家族の選択と心構え」の上でこそ成立する。つまり、本人が選択した上で、その生活を送っていることが重要である。

地域包括ケアシステムの構成要素の具体的な姿

本人・家族の選択と心構え

「養生」のための動機づけ支援や知識の普及

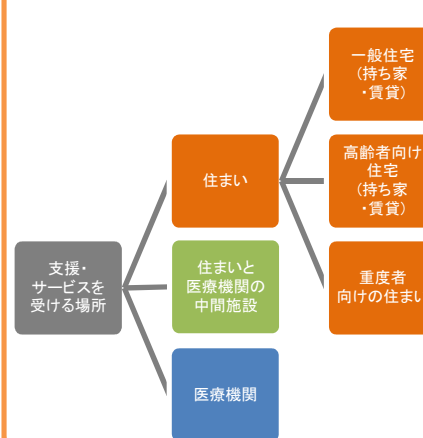
- 地域包括ケアシステムでは、支援・サービスを提供するだけでなく、本人も、自発的に健康を管理する態度をもって健康な生活を送る「養生(ようじょう)」が求められる。
- 「養生」に努めるには、受動的でなく能動的に学び、多様なニーズや関心をもつ人達が情報やスキルを共有、健康管理や必要な支援・サービスの選択ができるようになるプログラムの提供、教育人材の確保・育成が必要。

自己決定に対する支援

- 世帯構成の変化、住み替え、ケア方針の決定といった様々な場面での意思決定に対する支援として、**分かりやすい情報の提示、専門職の助言、支援・サービスの利用による効果の成功体験の蓄積・伝達**が必要。
- 長年の信頼関係をもつ主治医や以前から関与しているケアマネジャー等の専門職が助言してこそ意味がある。特にターミナル期では、望まない治療や救急搬送が行われないよう十分なコミュニケーションが求められる。

住まいと住まい方

「支援・サービス」を受ける場所と「住まい」の種類



- 「住まい」としては、「**一般住宅**」のほか、家屋・家族・サービス基盤等の理由で一般住宅での生活が難しい場合に住み替える「**高齢者向け住宅**」、重度で在宅生活が難しい場合に集中的なケアを提供する「**重度者向けの住まい**」がある。すべての「住まい」は、「住み慣れた地域」での生活」を保障。
- 「住まい」での生活を基本としつつ、急性期には「**医療機関**」、軽度の症状変化や急性期病院からの退院時には「**住まいと医療機関の中間施設**」を、必要に応じて短期間利用。

生活支援

個人に対する生活支援サービスの提供

- 生活支援は、地域内で民間事業者によって提供されているサービスを購入する方法(**自助**)、地域の互助によって提供される支援を活用する方法(**互助**)が想定される。**地域単位で最適な提供方法の検討が必要**。

地域における「包括的な生活支援の拠点」の必要性

- 心身の衰えや病気の治療、近隣の付き合いの減少による孤立感、機能や意欲の低下とともにみられる閉じこもりなどの不安やリスクの解消には、本人や家族が気軽に相談したり立ち寄りしたりする「**包括的な生活支援の拠点**」の設置が重要。あらゆる地域住民が支える側・支えられる側の区別なく、自由に訪れ交流できる場所としていく。
- このような拠点は、相談支援、地域住民の交流、不安感の解消、支援・サービスの周知、早期対応、生きがい創出、閉じこもり予防など、運営方法によって多様な効果が期待できる。

医療・介護・予防の一体的な提供

医療・介護の連携が特に求められる取組・場面

- 介護職は、「**医療的マインド**」を持って、具体的な生活場面のアセスメントの内容を医療側に伝達。医療側は、「**生活を支える視点**」を持って、介護側から提供された生活情報をもとに病態を把握、臨床経過の予測を介護側に伝え、必要となる介護やリハビリテーション等の介入を見通す。
- このような連携が求められる取組や場面として、「**介護予防**」「**重度化予防**」「**急性疾患への対応**」「**入院・退院支援**」「**看取り**」が挙げられる。

統合的なケアの提供に必要な仕組み

- 統合的なケアの提供に関わる多様な専門職の機能を統合するためには、**顔の見える関係づくり**に始まり、**課題認識の共有や目標設定、ツール作成等**を通じて、統合的なケアの提供に必要な仕組みを構築する必要がある。
- ツールとしては、アセスメントやプラン作成の標準的な様式の作成、連携の場面に必要な手順や役割分担、連絡調整上の配慮等に関するルール、地域連携クリティカルパスが考えられる。

地域包括ケアシステムの構築に向けて自治体に求められる機能

1. 実態把握、課題分析

人口や世帯等の現状・将来推計、地域住民のニーズ、支援サービスの提供状況を把握・分析を行う

- 日常生活圏域ニーズ調査は、記名式にて実施し、訪問等により全数把握に努めることで、潜在的な要介護リスクを抱える高齢者を把握することができる。
- 医療と介護の連携の視点にたった日常生活圏域単位のサービス基盤目標を設定するには、介護保険や医療保険のレセプトデータを接続した分析が重要。要介護認定データを接続すれば、状態像と給付の関係性の分析も可能。



2. 基本方針の明示と関係者との共有（規範的統合）

基本方針を定め、地域住民・社会福祉法人・医療機関、介護サービス事業者・NPO等のあらゆる関係者に働きかけて、基本方針を共有する

- 基本方針は、地域における具体的な取組の方向性と目標を示すもので、目標は可能な限り事後検証できる成果指標とともに設定されることが望ましい。具体的に示されることで、サービス基盤整備の方針も具体化されやすくなる。
- 基本方針の共有は、対外的には特にサービス提供者である事業者への働きかけが重要。自治体は基本方針の実現に向けた基盤整備のため、公募要件への基本方針の記載、事業者連絡会での働きかけ等を行うことが考えられる。



3. 施策立案・実行、評価

施策・事業を実行し、その成果・課題を評価する

- 介護保険事業計画・市町村老人福祉計画の策定では、まちづくり・地域づくりの諸計画との連動性確保が重要。
- 専門職、事業者、NPO・ボランティア、地域住民といった多様な社会資源を有効に活用するため、互助機能を発揮させるための環境整備や、医療・介護の連携のためのツール・仕組みを作成することが必要。
- ケアの実践現場と政策の立案現場をつなぐ地域ケア会議の政策反映機能を重視するべきである。

人員・組織体制

- 地域包括ケアシステムの構築に向けては、介護・医療・保健、福祉、住宅等と多様な分野での取組が求められるため、「地域包括ケア推進室」などの横断的なセクションの設置も有効。
- 施策立案に携わる職員には、一定の専門性、調整能力、経験の蓄積等が求められるため、人事異動の少ない専門職の配置、人事についての決定権を持つ首長への働きかけが重要。

自治体への支援のあり方

【国からの支援】

- 地域包括ケアシステム構築の進捗状況をはかる指標の提示、普及

【都道府県からの支援】

- 保健医療福祉に関する情報を集約して分析した結果を市町村に提供
- 介護人材の確保に向けた、必要な介護人材の需給推計、教育資源の把握、介護関係団体・機関等の協議体の設置等による連携体制の構築等

地域包括ケアシステムの構築に向けた「支援」「人材育成」「サービス提供体制」のあり方

「支援」のあり方

統合的にケアを提供する中核的サービス

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】

- 引き続き関係者のサービスの理解を深めつつ、今後は、訪問看護事業者との連携のあり方や夜間におけるオペレーターの兼務の見直しなどを進めるべき。

【小規模多機能型居宅介護】

- 今後は「訪問」機能の強化が期待される。また、中核的なサービス拠点として、住民の交流拠点を併設する等して地域に対する役割を拡大していくことも必要。

医療系の居宅サービス

【訪問看護】

- サービス充実のみならず、健康増進や介護予防、重度化予防、セルフマネジメント支援、意思決定支援等、**地域住民に伴走しつつ先を見越した支援を展開する要**として、地域における看護機能の向上が必要。
- 事業規模の拡大(大規模化)とともに、既存の訪問看護サービスの効率化や質的な改善を図ることが重要。

【通所・訪問リハビリテーション】

- 単なる機能回復訓練ではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促すため、本人だけでなく、自宅における生活環境の調整や介護者への教育的関わり等、**本人を取り巻く環境へのアプローチが重要**。

【複合型サービス】

- 訪問看護サービスによる在宅医療サービスと、医療ニーズへの対応を強化した「通い」と「泊り」の機能を融合させた「複合型サービス」は、在宅の限界点を高める観点から期待される。

【短期入所療養介護】

- サービスの継続性や適切な介入効果が特に求められるため、在宅での介護サービスとの一体的提供を前提としたサービス体系に組み替えることが考えられる。

施設・居住系サービスの転換

- 介護老人保健施設は「**住まいと医療機関の中間施設**」、介護老人福祉施設は「**重度者向けの住まい**」として機能することが考えられる。
- **施設機能の地域展開**として、介護老人福祉施設による居宅サービスの提供やアセスメント入所、介護療養型医療施設による医療依存度の高い要介護者に対する短期療養も含めた支援が期待される。

「人材育成」のあり方

各職種の教育のあり方

- 医師の教育において、栄養・口腔やリハビリテーション等、在宅ケアに必要な知識が習得されるよう見直しが求められる。
- 看護師の教育では、療養上の世話や生活支援、認知症やQOLの維持向上について経験・スキルを身につけるプロセスをより強化する必要がある。

OJTによる人材育成

- 「**介護キャリア段位制度**」をOJTツールとして活用しながら介護サービスの質の改善に取り組んでいくことが求められる。
- 地域ケア会議やケアカンファレンス等の会議、ターミナルケアの現場での多職種連携もOJTの機能をもつ。

各専門職に求められる機能

- 「**本人との協働**」、「**地域との協働**」、各職種の「**臨床的統合**」。
- 長期的な方向性として、基礎職種教育の統合、基礎職種の統合も考えられる。

「サービス提供体制」のあり方

効果的・効率的なサービス提供のあり方

- サービス提供事業者の大規模化や事業者間の業務提携、複数の法人間の連携等により、人事・採用・教育・営業の面での運営の効率化、人材育成の充実を図ることが可能。
- 多職種の柔軟な配置を可能とするため、**事業所単位ではなく小学校区単位で人材を確保する視点**の革新が期待される。

サービス提供体制構築に向けた評価のあり方

- 統合的なケアがネットワーク化された主体から提供される以上、報酬設定等の評価対象は、**サービス業務ではなく経営単位で行われることが望ましい**。
- 医療・介護の連携の推進に向け、個別ケースの連絡調整といった「**リンケージ**」レベルではなく、適切かつ定期的に情報共有を図る「**コーディネーション**」レベルの連携が評価されるよう、介護報酬のあり方も含めて検討が求められる。