

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

⇒ 今後、制度的な見直しに係るものについては介護保険部会、報酬改定に係るものについては給付費分科会で議論を進める

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における
議論の中間的な整理

平成25年1月7日

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

目 次

1. はじめに

2. 総論

3. 各論

(1) ケアマネジメントの質の向上について

- ①ケアマネジメントの質の向上に向けた取組
- ②介護支援専門員実務研修受講試験の見直し
- ③介護支援専門員に係る研修制度の見直し
- ④主任介護支援専門員についての見直し
- ⑤ケアマネジメントの質の評価に向けた取組

(2) 保険者機能の強化等による介護支援専門員の支援について

- ①地域ケア会議の機能強化
- ②居宅介護支援事業者の指定等のあり方
- ③介護予防支援のあり方
- ④ケアマネジメントの評価の見直し

(3) 医療との連携の促進について

(4) 介護保険施設における介護支援専門員について

4. 今後に向けて

1. はじめに

○ 今後、2025 年に向けて、団塊の世代が 75 歳以上となっていくことに伴い、要介護発生率が高くなる 75 歳以上の高齢者の割合が急速に進むことが見込まれる。また、認知症高齢者は 2012 年時点で約 300 万人と増加してきており、今後もその増加が見込まれる。さらに、高齢者のみ世帯や一人暮らし高齢者の数の増加も進んできており、地域全体で支援を必要とする高齢者を支える必要性も高まってきている。

一方、介護が必要となった場合に、自宅で介護を受けたいという希望を持つ人は 74%となっているなど、要介護者等となっても、高齢者が尊厳を持って、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、地域包括ケアシステムを日常生活圏域で実現していくことが重要な政策課題となっている。

○ こうした中、要介護者等に、その人にふさわしい適切な介護サービス、保健医療サービス、インフォーマルサービス等を総合的に提供することが、これまでも増して求められるようになってきており、介護支援専門員の資質やケアマネジメントの質の向上に対する期待も大きくなってきている。

○ 現状における介護支援専門員の資質やそれを支える体制については、様々な課題が指摘されており、社会保障審議会においても、「より良質で効果的なケアマネジメントができる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の課題について、別途の検討の場を設けて議論を進めることが必要である」（介護保険部会意見書（平成 22 年 11 月 30 日））、「根本的なケアマネジメントの在り方の検討が求められている」「ケアマネジャーの養成・研修課程や資格の在り方に関する検討会を設置し、議論を進める」（介護給付費分科会審議報告（平成 23 年 12 月 7 日））などの指摘がされてきている。

○ さらに、社会保障・税一体改革大綱（平成 24 年 2 月 17 日閣議決定）においても、「ケアマネジメントの機能強化を図る」、「自立支援型のケアマネジメントの実現に向けた制度的対応を検討する」とされている。

○ こうしたなか、本検討会は、平成 24 年 3 月に、ケアマネジャーの資質向上と今後のあり方について議論を行うことを目的として設置され、これまで 7 回にわたって議論を重ね、このたび、中間的な整理を取りまとめた。なお、中間

的な整理の取りまとめにおいては、パブリックコメントを行い、平成 24 年 10 月 11 日から 31 日までの間において、727 件の意見が寄せられたところである。

2. 総論

- 介護保険法の目的・理念としては、高齢者が要介護状態等となっても、尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう必要な支援を行うことである。
- そのため、保険給付は、要介護状態の維持・改善に資するよう行われ、利用者本位による保健・医療・福祉サービスが、総合的かつ効率的に提供されなければならない。
- 一方、利用者についても努力義務が唱われており、自ら要介護状態となることの予防のため健康の保持増進に努めることや要介護状態になった場合であっても、進んでリハビリテーションやその他の適切なサービスを利用することで、自らが有する能力の維持向上に努めることとされている。
- 介護支援専門員は、利用者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を有する者として、介護保険制度を運用する要として重要な役割を担っている。
介護保険制度は、利用者本位の介護サービスの提供を基本理念の一つとして創設された。介護支援専門員は、その理念を実現する中心となる資格であり、利用者の立場に立って、その生活全般に寄り添って支援を行う機能を果たしてきており、制度創設から 10 年以上が経過した現在、国民の間にも定着し、要介護者等にとって欠かせない存在となってきている。
- 介護保険制度においては、利用者の尊厳の保持を旨とした自立支援を実現していくことが重要であり、そのためには、介護支援専門員による適切なケアマネジメントは必要不可欠であり、その質の向上は不断に求められるものである。
- 平成 18 年の制度改正においては、介護支援専門員の専門性の確立という観点から、研修の強化を図るとともに、資格の更新制を導入し、更新時の研修を義務付けるといった見直しを行ったが、その後も、医療の必要性が高い利

利用者や独居世帯の利用者、認知症の利用者が増加するなど、ケアマネジメントの質をより高くすることが求められるようになってきている。

- また、国の政策においては、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、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を進めており、各地域におけるその実現に向けても、これらのサービスが有機的・包括的に機能していくための橋渡しをするケアマネジメントへの期待が高まっている。
- このような状況や前述の社会保障審議会等で指摘された課題を踏まえ、本検討会において、これまで議論を重ね、主な検討すべき課題として以下のよう整理した。
 - ① 介護保険の理念である「自立支援」の考え方が、十分共有されていない。
 - ② 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。
 - ③ 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。
 - ④ ケアマネジメントにおけるモニタリング、評価が必ずしも十分でない。
 - ⑤ 重度者に対する医療サービスの組み込みをはじめとした医療との連携が必ずしも十分でない。
 - ⑥ インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）のコーディネーター、地域のネットワーク化が必ずしも十分できていない。
 - ⑦ 小規模事業者の支援、中立・公平性の確保について、取組が必ずしも十分でない。
 - ⑧ 地域における実践的な場での学び、有効なスーパーバイズ機能等、介護支援専門員の能力向上の支援が必ずしも十分でない。
 - ⑨ 介護支援専門員の資質に差がある現状を踏まえると、介護支援専門員の養成、研修について、実務研修受講試験の資格要件、法定研修の在り方、研修水準の平準化などに課題がある。
 - ⑩ 施設における介護支援専門員の役割が明確でない。
- 上記の課題に対応するための見直しの視点は大きく2つあり、「介護支援専門員自身の資質の向上に係るもの」と「介護支援専門員が自立支援に資するケアマネジメントが実践できるようになる環境整備に係るもの」といった2つの視点からアプローチしていくことが必要である。

- こうした視点に基づき、介護支援専門員やケアマネジメントに係る課題に対応し、介護支援専門員の資質向上やケアマネジメントの質の向上が図られるよう具体的な改善策についてとりまとめた。

3. 各論

(1) ケアマネジメントの質の向上について

ケアマネジメントは、アセスメントからサービス担当者会議を経てケアプランが確定した後のモニタリングまでの一連の流れである。しかしながら、アセスメントが必ずしも十分でないといった課題や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。

そこで、ケアマネジメントの質の向上に向けて以下のような取組を進めるべきである。

① ケアマネジメントの質の向上に向けた取組

～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、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で解決すべき課題を把握するものであり、特に重要なプロセスである。また、自立支援に資する適切なケアマネジメントを行う上でも、介護支援専門員がどのような考えで課題や目標を導き出したのか、そのプロセスを明らかにすることは、アセスメント能力を向上していく上でも重要なことである。

また、そのことにより、サービス担当者会議において考え方等の共有がなされ、サービス内容の検討が円滑に進むことが期待される。

- このため、介護支援専門員の専門的判断として、どのような考えで利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を導き出したのかを明確にするケアプラン様式とは別の課題抽出のための新たな様式の活用を進めるべきである。
- 課題抽出のための様式の活用により、多職種協働であるサービス担当者会議が実効性のあるものになると考えられる。また、多職種協働を促進していく中で、早い段階から医療関係職種の適切な助言が得られることが重要である。

～サービス担当者会議の重要性～

- サービス担当者会議については、多職種協働が十分に機能していないので

はないかとの課題に対応し、サービス担当者会議の重要性を関係者間で共有するとともに、居宅サービス計画の原案の内容について、多職種による専門的な見地からの議論が行われ、より質の高い居宅サービス計画の原案へと修正が図られるよう、関係者間で意識を共有し、そのための環境づくりをしていくことが重要である。

～モニタリングにおける適切な評価の推進～

○ モニタリングにおいては、ケアプランに位置付けたサービスの実施状況を把握し、必要に応じてケアプランの変更等を行うこととされている。

具体的には、サービスの実施状況を把握しつつ、利用者の状態変化を多職種間で共有することが可能となるよう継続的に評価するとともに、ケアプランに掲げた短期目標を達成するためのサービスの提供期間が終了した際に、その結果を評価・検証した上で、必要に応じて適切にケアプランの変更を行うことが重要である。

○ そのため、サービスの提供結果、短期目標が達成されたかどうかを総括し、適切なケアプランの見直しに資するよう、ケアプラン様式とは別に適切な評価のための新たな様式の活用やデータ収集・集積を進めるべきである。

○ 上記のようなケアマネジメントの流れの中で、例えば、容体の急変により入院を要することとなった場合など、結果としてケアマネジメントプロセスから外れる利用者についても、利用者の生活全般に寄り添う介護支援専門員が、地域の関係者との調整・連携等の役割を果たしていくことが期待される。

② 介護支援専門員実務研修受講試験の見直し

○ 現在、介護支援専門員実務研修受講試験の受験要件は、保健・医療・福祉に係る法定資格保有者、相談援助業務従事者及び介護等の業務従事者であって定められた実務経験期間を満たした者が受験できることとなっている。

介護支援専門員に係る様々な課題が指摘されている中で、今後、介護支援専門員に求められる資質や、介護支援専門員の専門性の向上を図っていくことが必要である。

したがって、必要な経過措置を講じた上で、受験要件について、上記の法定資格保有者に限定することを基本に見直しを検討すべきである。

なお、介護支援専門員の業務が相談援助業務の性格を有することを考え、相談援助業務の経験がある者については、引き続き受験資格を有する者とする範囲を検討すべきである。

- また、介護支援専門員として利用者を支援していくには、介護保険制度に関する知識だけでなく、保健・医療・福祉に関する幅広い知識や技術が求められる。
 - 介護支援専門員実務研修受講試験については、保健・医療・福祉に関する知識や技術を有することの確認について、より介護支援専門員の資質の向上に資するものにしていくべきとの意見や、保有資格によって認められている解答免除の取扱いについて見直すべきであるとの議論が行われた。
 - こうしたことを踏まえ、上記の受験要件も含め、介護支援専門員実務研修受講試験の実施方法について見直しを検討すべきである。
- ③ 介護支援専門員に係る研修制度の見直し
- 介護支援専門員の専門性を高め、資質を向上させていく手段として、研修は重要な役割を持つと考えられる。
 - また、研修の実施方法について、より実践的な研修となるよう演習にも重点を置くとともに、研修内容が理解されているかどうかを確認するため、研修修了時の修了評価の実施についても検討すべきである。
 - 現在、実務研修の時間数は、求められる介護支援専門員の知識や技術に比し、不足しているとの意見もあることから、実務研修の充実や、実務に就いた後の早い段階での研修である実務従事者基礎研修の必修化について検討すべきである。
 - また、現在の更新研修は、専門研修ⅠとⅡに分かれており、介護支援専門員証の有効期間の5年のうちに計画的に受講することが難しいとの指摘もされていることから、有効期間内に無理なく研修を受講し、必要な知識や技術を身につけていくことが可能となるよう見直しを検討すべきである。

- 研修体系の見直しと同時に見直さなければならないのが研修カリキュラムである。現行の研修カリキュラムでは、介護支援専門員専門研修において「認知症」、「リハビリテーション」、「看護」、「福祉用具」等の課目についても規定されているが、選択制となっており、必ずしも受講すべき課目とはなっていない。

これらの知識は、今後、増加が見込まれる認知症高齢者の支援や利用者の自立支援に資するケアマネジメントの推進等にあたり、介護支援専門員が身につけておくべき重要な知識である。

また、重度者や医療の必要性が高い利用者が増える中で、医療関係職種と連携しつつ、医療サービスを適切に提供していく必要性はさらに高くなるが、医療との連携が必ずしも十分でないといった課題が指摘されている。

したがって、研修カリキュラムを見直す際には、「認知症」、「リハビリテーション」、「看護」、「福祉用具」等の課目について、必修化も含めて研修内容の充実を図るべきである。

その他、ケアマネジメントに求められる内容の変化に応じ、研修内容を充実していくことが適当である。

- 都道府県が行っている各種研修については、研修水準の平準化を図るべきとの課題に対応し、国として研修実施の指導者用のガイドライン作りを推進するべきである。

- また、介護支援専門員が従事する事業の類型に即した研修カリキュラムといった視点からの検討も行うことが適当である。さらに、研修受講者の利便性も考慮し、都道府県単位で実施する研修に加え、例えば主任介護支援専門員研修などについては、都道府県の圏域を超えた研修の実施も検討し、当該研修についても都道府県研修の対象としていくことを検討することが適当である。

- 介護支援専門員の資質向上を図る上では、利用者の生活状況を総合的に把握し、ニーズに応じた様々なサービスを一体的に提供するコーディネート機能を果たすという特質にかんがみ、講義や演習による研修に加え、実務に就いて間もない介護支援専門員について、現場での実務研修の仕組みの導入について検討すべきである。

- 以上のように研修制度の見直し等に取り組むことと共に、介護支援専門員自ら日常的な学びに努め、その専門性を高めていくことが重要であり、保険者である市町村もその取組を支援していくことが求められる。

④ 主任介護支援専門員についての見直し

- 主任介護支援専門員には、介護支援専門員に対するスーパーバイズ、地域包括ケアシステムを実現するために必要な情報の収集・発信、事業所や職種間の調整といった役割が求められており、そのような役割を担うことができる者を養成することを目的として主任介護支援専門員研修が位置付けられている。

主任介護支援専門員については、上記のスーパーバイズ等の役割を果たすことをより一層進めることが重要であり、その資質の向上を図っていくことが必要である。

- このため、主任介護支援専門員となるための研修修了後に修了評価を導入することを検討すべきである。

また、主任介護支援専門員についても更新制を導入し、更新時においては、研修を実施することを検討すべきである。

- さらに、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員に求められる役割にかんがみ、例えば地域の小規模な居宅介護支援事業所等で、ケアマネジメント業務に従事し、未だ実務に就いて間もない初任段階の介護支援専門員に対して、主任介護支援専門員が現場での実務研修により、指導・支援する仕組みの導入を検討すべきである。

- また、介護支援専門員が日常的に学びの場を共有していくことはその資質向上にとっても重要であることを踏まえ、主任介護支援専門員は、地域の介護支援専門員のネットワークを構築するといったことに努めることが適当である。

⑤ ケアマネジメントの質の評価に向けた取組

- ケアマネジメントの質の向上を図っていく基盤として、ケアマネジメントの質を評価する客観的な指標を整えていくことが重要であり、ケアマネジメントプロセスの評価、アウトカムの指標について、より具体的な調査・研究

を進めるとともに、その基盤となるデータ収集・集積を継続的に進める必要がある。

- 国においては、平成 24 年度において、ケアプランの現状を把握し、その実態等を分析することによって、現状のケアマネジメントについての改善点等を明らかにするため、ケアマネジメント向上会議の取組を開始している。

こうした取組の積み重ねやデータ収集・集積による分析を通じて、ケアマネジメントの向上に向けた事例収集や情報発信を継続していくことが重要である。

(2) 保険者機能の強化等による介護支援専門員の支援について

介護支援専門員に係る課題については、研修などを通じて介護支援専門員自身の知識や技術の向上に取り組むことも重要であるが、介護支援専門員の資質の向上への取組を効果的なものとするため、保険者である市町村により、介護支援専門員の支援を充実していくことも重要である。

そこで、上記(1)で示した見直しに加えて、以下のように、保険者による介護支援専門員の支援体制を充実すべきである。

また、保険者として、介護保険制度の目的・理念やケアマネジメントの意義などについて、被保険者やその家族に周知していくことが重要である。

① 地域ケア会議の機能強化

- 厚生労働省では、平成 24 年 3 月に「地域包括支援センターの設置運営について」(平成 24 年 3 月 31 日付け厚生労働省老健局介護保険計画課・振興課・老人保健課長連名通知)において、地域ケア会議の設置運営について改めて方針を示している。

そこでは、地域ケア会議の目的を、多職種協働による個別ケースの支援内容の検討を通じた

- ・ 高齢者の実態把握や課題解決のための地域包括支援ネットワークの構築
- ・ 地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援
- ・ 個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握などを行うこととしている。

○ この地域ケア会議は、以下のような意義を持つものと評価でき、積極的な取組を推進すべきである。

- ・ 実践を通じた、多職種によるアセスメント能力などの介護支援専門員の資質向上の支援
- ・ 高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの実現
- ・ 多職種協働によるサービス担当者会議の実効性を高める支援
- ・ 医療との連携、インフォーマルサービスの組み込み、支援困難事例に対する支援
- ・ 地域における課題の発見、地域のネットワーク化、社会資源の開発
- ・ 介護支援専門員の独立性・中立性・自律性の確保
- ・ 小規模事業所の支援
- ・ 日常的な多職種の学びの場

○ また、地域ケア会議では、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより地域課題を把握することにつながり、地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには次期介護保険事業計画への反映などの政策形成や地域包括ケアの実現につなげていくことが期待される。

こうした地域づくりや政策形成等につながる地域ケア会議は、日常生活圏域のものに加えて、市町村レベルで関係者が集まり協議していくことが重要である。

その際には、在宅医療の関係者との緊密な連携が望ましく、後述の在宅医療連携拠点事業と連携協働していくことが期待される。

○ このような地域ケア会議については、地域の実情に応じた柔軟な取組を進めるとともに、今後、全ての保険者で実施されるよう、国は法制度的な位置付けも含め、その制度的位置付けについて強化すべきである。

○ また、保険者に対する地域ケア会議の普及・促進を図っていくためには、保険者が具体的なイメージを持って取り組んでいけるよう、国において、地域ケア会議の運営手順書の整備、先進的な取組を行っているモデル事例の収集及びその全国の保険者への紹介、議論を行う上で有益な情報を提供できる基盤の整備を進めることが必要である。

さらに、地域ケア会議の開催にはコーディネーターの役割が重要であることから、コーディネーター養成のための研修の取組も必要である。

- なお、この地域ケア会議は、特定の個別ケースについて、当該ケースのサービス提供に直接関わらない専門職等も含め、第三者的視点により検討するものであり、充実したサービス担当者会議の支援にもつながるものである。
- 現在、保険者が実施しているケアプラン点検については、自立支援に資するケアプランを進める取組であり、地域ケア会議の取組とともに進めていくことが重要である。
- 自立支援に資するケアマネジメントを進める上では、身体機能の維持・改善に限定して考えるのではなく、利用者の意思、意欲、ＱＯＬ（生活の質）の向上などの要素にも留意すべきである。

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は、都道府県によって居宅介護支援を行う事業所ごとに行われているが、地域ケア会議の強化等、市町村による介護支援専門員の支援を充実していくに当たり、居宅介護支援事業者に対する市町村の関わりを強めていくことも重要である。

そこで、保険者機能の強化の一環として、居宅介護支援事業者の指定を市町村が行うことができるよう、見直しを検討すべきである。この場合、町村をはじめとした体制面での課題などを考慮し、都道府県等との役割分担や連携の在り方を検討すべきである。

③ 介護予防支援のあり方

- 介護予防支援については、指定介護予防支援事業者として地域包括支援センターが予防プランを作成することとされている。地域包括支援センターでは、介護予防支援の業務を兼務しつつ、包括的・継続的ケアマネジメント支援や予防事業などの業務を実施している所が多いことから、その負担が大きくなっている現状がある。また、今後も、地域ケア会議等の取組の充実や被保険者自らの予防に対する取組促進、地域の支え合い体制づくりなど、その担う役割に対する期待は高まっていくと考えられる。
- こうしたことを踏まえ、地域包括支援センターの業務負担を軽減するとともに、適切な介護予防支援が行われるよう、介護予防支援を担当する介護支援専門員の配置を推進していくような方策を検討すべきである。

- また、要支援者に対するケアマネジメントについては、利用者の状況に応じ、給付管理も含めたケアマネジメントプロセスの簡略化など、様々な利用者支援の在り方について検討すべきである。

一方、より状態の改善が期待できる又は悪化の防止が求められる利用者については、介護支援専門員等が重点的に関わることが求められる。

④ ケアマネジメントの評価の見直し

- 介護支援専門員が介護報酬を請求できるのは給付管理を行った場合に限り、アセスメントの結果、介護保険の法定サービスは利用せず、インフォーマルサービスのみの利用となった場合には、ケアマネジメントに対する介護報酬の評価が行われない現状にある。

- この点については、インフォーマルサービスなどの地域資源を積極的に活用することを促進していく観点からも、利用者の支援に当たって、ケアプランに位置付けられたサービスがインフォーマルサービスのみであり、結果として給付管理が発生しない場合であっても、介護支援専門員のケアマネジメントを適切に評価する仕組みを検討すべきである。

- 一方で、例えば福祉用具の貸与のみを行うような簡素なケースについては、効率化も検討すべきである。

(3) 医療との連携の促進について

- 今後、重度者や医療の必要性が高い利用者が増えていくと考えられることから、介護支援専門員には、ケアマネジメントを行う際の医療との連携やケアプランへの適切な医療サービスの位置付けを促進するとともに、入院から退院後の在宅への移行時等における適切な連携を促進することが必要である。

- 現状では、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、といった指摘がされており、ケアマネジメントにおける医療との連携については重要な課題である。

- 医療との連携にあたっては、医療に関する知識が必要になってくるが、いわゆる福祉関係職種の基本資格を持つ介護支援専門員が増えている状況であり、そうした背景も医療との連携が十分でない要因の一つと考えられる。
そこで、医療との連携にあたって必要となる知識については、介護支援専門員に係る研修において医療に関するカリキュラムを充実すること等が重要である。
- また、介護支援専門員が医療関係職種と連携しやすい環境整備及びそれとの密接な連携が重要であり、現在、モデル事業として取組が進められている在宅医療連携拠点事業を踏まえ、市町村と都道府県が緊密に連携しながら、在宅医療・介護の連携を担う機能の整備を推進することが必要である。
その際、医療関係職種と介護支援専門員等とのワークショップや事例検討の勉強会等を通じ、各職種間の共通理解を進めていくなどの取組を積み重ねていくことも重要である。
- さらに、介護支援専門員が利用者の医療に関する情報を把握するにあたっては、要介護認定の際に利用される主治医意見書を活用することが有効と考えられ、介護支援専門員が、市町村から主治医意見書を入手しやすくなる取組を進めることが重要である。
あわせて、介護支援専門員は、ケアプランを主治医に情報提供する取組を進めることが重要である。
- 地域ケア会議は、医療関係職種を含む多職種が参加して個別事例の検討を行うものであり、医療との連携を進めていく上でも有効であり、その取組を推進すべきである。
- また、自立支援に向けては、リハビリテーションの活用が有効であり、ケアマネジメントの際に適切な連携がなされるよう、介護支援専門員にリハビリテーションに係る基礎的な知識が教育される機会を増やすとともに、早い段階からリハビリテーション専門職の適切な助言が必要に応じて得られることが重要である。さらに、ケアマネジメントの際には、直接的なリハビリテーションサービスの導入に加え、生活機能の維持・向上、生活環境の改善の手段として、適切な評価に基づいて導入される福祉用具の活用等を図っていくことも重要である。

(4) 介護保険施設における介護支援専門員について

- 施設における介護支援専門員については、社会保障審議会介護給付費分科会の審議報告においても「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」といった指摘がされている。

- 介護老人福祉施設及び介護老人保健施設については、入退所時における家族や居宅介護支援事業所の介護支援専門員などとの調整・連携、ケアカンファレンスにおける多職種協働の円滑化など、ソーシャルワークやケアマネジメントの知識や技術を有する者がその役割をしっかりと担えるよう推進していくことが必要である。

介護療養型医療施設についても、施設の特性にかんがみながら、介護支援専門員が多職種協働の下で質の高いケアマネジメントを進めていくことが必要である。

- 以上を踏まえ、ソーシャルワークやケアマネジメントに係る知識や技術を有する者による介護保険施設の入所者に対する支援を充実させるため、生活相談員や支援相談員について、介護支援専門員との現状の役割分担にも留意しながら介護支援専門員等の資格取得を進めていくべきである。

- また、地域ケア会議においては、施設ケアプランについても検討していくことが適当である。

4. 今後に向けて

- 以上、主に次回の介護保険制度改正や次期介護報酬改定に向けて検討すべきことや見直すべきことについて中間的なとりまとめを行った。

今後、制度的な見直しにつながるものについては社会保障審議会介護保険部会、介護報酬改定につながるものについては社会保障審議会介護給付費分科会で議論を進めるとともに、例えば、研修内容の見直しなど実務的検討を深める必要があるものについては、速やかに取組を進めていくことが適当である。

- 地域包括ケアシステムは、高齢者が要介護状態等になっても出来る限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続ができるよう包括的な支援体制を推進していくものであり、多職種協働による介護サービスの提供、医療

との連携の推進、地域の支え合いやインフォーマルサービスの充実などを包括的に進めていくことが重要である。その際、介護支援専門員による質の高いケアマネジメントが利用者に提供されることが欠かせない。

- 「3. 各論」で述べた各種対応策については、介護支援専門員の資質向上及びケアマネジメントの質の向上を目指すものであるが、そのためには、介護支援専門員自身の取組とともに、国、都道府県、市町村、事業者それぞれが取組を強化する必要がある。

また、在宅医療の関係者も含めた地域ケア会議を通じ、ケアマネジメント支援・地域資源の開発・地域づくり・政策形成も多職種協働により進めていくことも重要である。

- なお、高齢者の尊厳の保持を旨とした自立支援を基本とするケアマネジメントの実現を目指し、今後も中長期的視点から検討を引き続き行っていく必要があるとともに、提言した内容の実施状況等について点検・評価していくことも必要である。その際、介護支援専門員が一人の要介護者等を継続的に支援していくことを可能にするといった視点や要介護者等のトータルな暮らしの支援といった視点、隣接する他制度との連携の強化といった視点なども含め、ケアマネジメントについての検討を深めていくことが重要である。

関連資料

サービス類型ごとのケアマネジャーの従事者数

○ 介護支援専門員実務研修受講試験の合格者数は、平成23年度までの合計で約54万6千人いる。実務に従事しているのは、約14万人である。

介護支援専門員等の従事者数

(単位:人)

	居宅介護支援事業所	介護予防支援事業所(地域包括支援センター)	居宅サービス事業所		地域密着型サービス				介護保険施設			合計
			(介護予防)短期入所生活介護	(介護予防)特定施設入居者生活介護	(介護予防)小規模多機能型居宅介護	(介護予防)認知症対応型共同生活介護	地域密着型特定施設入居者生活介護	地域密着型介護老人福祉施設	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	
従事者数(実数)	80,155	9,038	5,968	3,555	2,406	14,444	139	342	9,728	6,956	3,051	135,782
従事者数(常勤換算)	66,096	7,687	2,753	2,486	1,491	7,537	81	213	6,758	5,075	1,891	102,068

■ …… 居宅介護支援事業所及び地域包括支援センター以外で計画作成を行うための介護支援専門員等が配置されているサービス

※1 (介護予防)特定施設入居者生活介護、(介護予防)認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護については、計画作成担当者の人数。

※2 「計画作成担当者」について、

○(介護予防)特定施設入居者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護では、「専らその職務に従事する介護支援専門員」であること

○(介護予防)認知症対応型共同生活介護では、「1以上の者は、介護支援専門員をもって充てなければならない」こと

と定められている。

資料出所:平成22年介護サービス施設・事業所調査

介護支援専門員実務研修受講試験の資格要件

○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

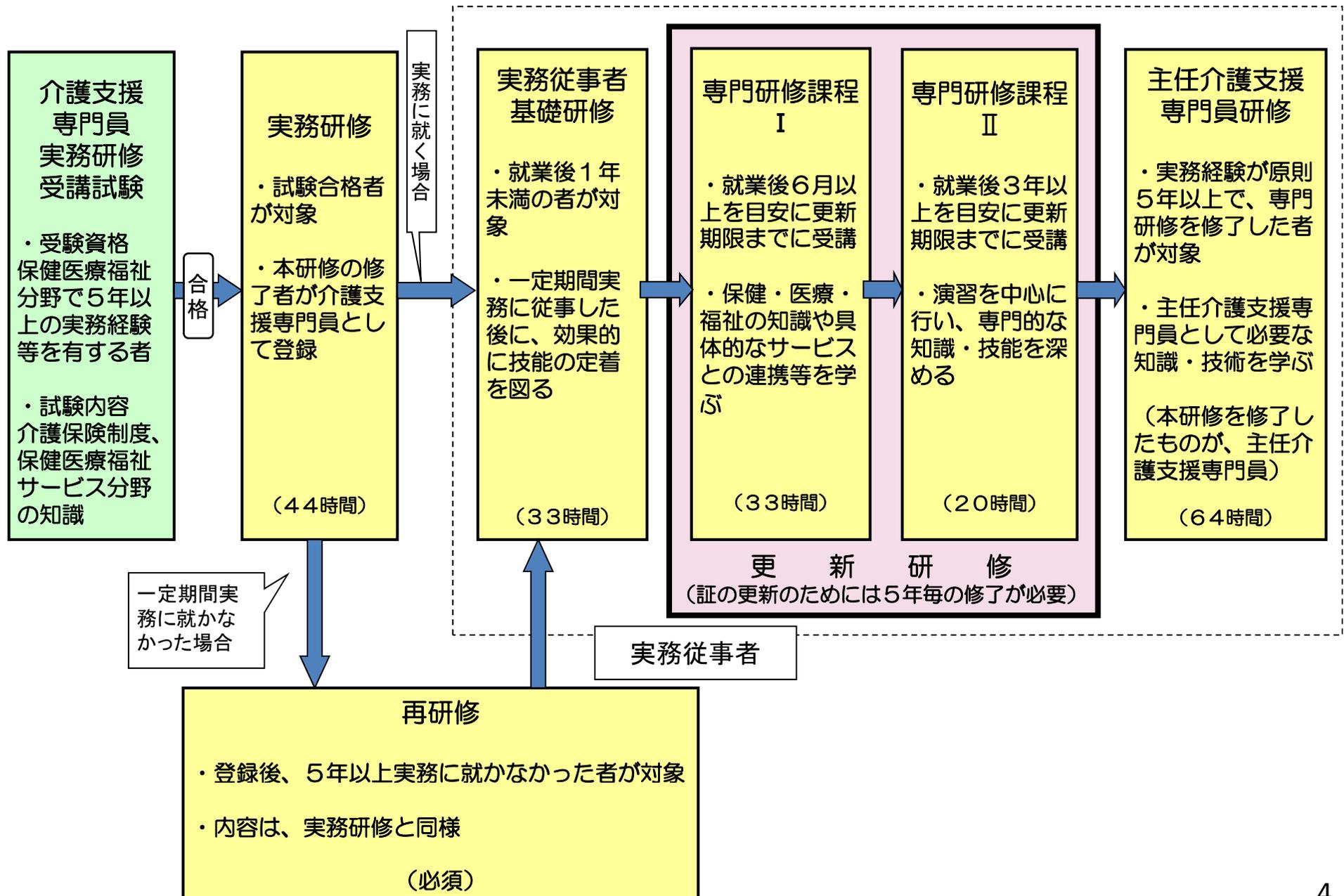
介護等業務＜実務経験5年又は10年＞

○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

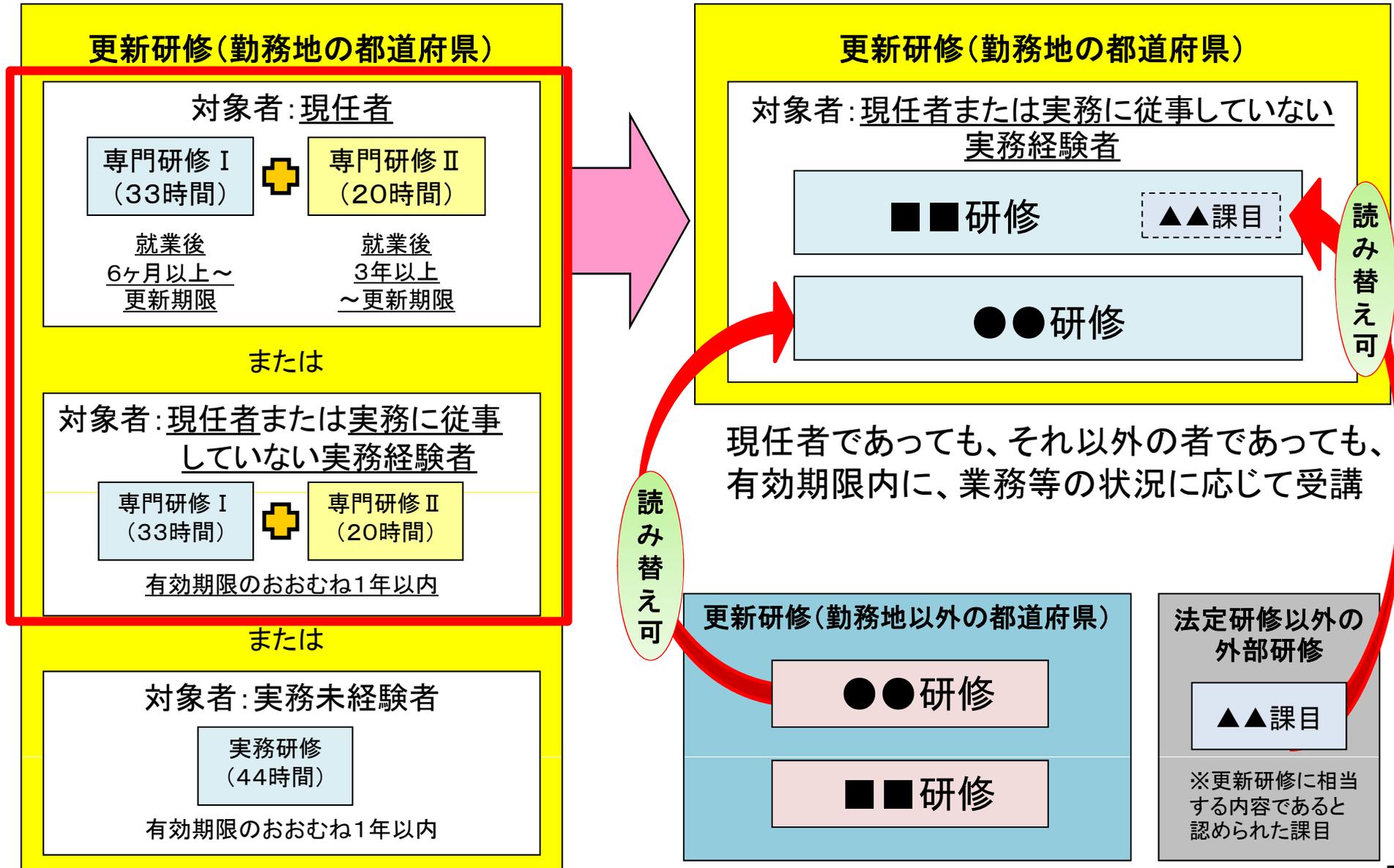
介護支援専門員に係る研修体系



更新研修体系の見直しのイメージ

【現行】

【見直し後】



具体的な研修内容

○介護支援専門員に係る研修内容については、「介護支援専門員資質向上事業の実施について」（平成18年6月15日老発第0615001号厚生労働省老健局長通知）において以下のとおり定めている。

実務研修（44時間）の内容

研修課目	時間数
○介護保険制度の理念と介護支援専門員	講義2時間
○介護支援サービス（ケアマネジメント）の基本	講義2時間
○要介護認定等の基礎	講義2時間
○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	講義1時間
・アセスメント、ニーズの把握の方法	講義2時間 演習4時間
・居宅サービス計画等の作成	講義2時間 演習4時間
・実習オリエンテーション	講義1時間
・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	
・アセスメント、居宅サービス計画等作成演習	演習6時間
・モニタリングの方法	講義2時間
○地域包括支援センターの概要	講義2時間
○介護予防支援（ケアマネジメント）	講義3時間 演習4時間
○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	講義3時間
・チームアプローチ演習	演習3時間
○意見交換、講評	1時間

実務従事者基礎研修（33時間）の内容

研修課目	時間数
①ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	講義3時間
②ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	講義7時間
③ケアマネジメント点検演習	演習14時間
④ケアマネジメント演習講評	講義6時間
⑤研修を振り返っての意見交換、ネットワーク作り	演習3時間

専門研修課程Ⅰ（33時間）の内容

研修課目	時間数
①介護保険制度論	講義2時間
②対人個別援助技術（ソーシャルケースワーク）	講義2時間 演習7時間
③ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	講義1時間
④ケアマネジメントのプロセスとその基本的考え方	講義3時間
⑤保健医療福祉の基礎理解（i）「高齢者の疾病と対処及び主治医との連携」	講義4時間
⑥保健医療福祉の基礎理解（ii）「社会資源活用」	講義3時間
⑦保健医療福祉の基礎理解（iii）「人格の尊重及び権利擁護」	講義2時間
⑧保健医療福祉の基礎理解（iv）「リハビリテーション」	講義3時間
⑨保健医療福祉の基礎理解（v）「認知症高齢者・精神疾患」	講義3時間
⑩サービスの活用と連携（i）「訪問介護・訪問入浴介護」	講義3時間
⑪サービスの活用と連携（ii）「訪問看護・訪問リハビリテーション」	講義3時間
⑫サービスの活用と連携（iii）「居宅療養管理指導」	講義3時間
⑬サービスの活用と連携（iv）「通所介護・通所リハビリテーション」	講義3時間
⑭サービスの活用と連携（v）「短期入所・介護保険施設」	講義3時間
⑮サービスの活用と連携（vi）「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」	講義3時間
⑯サービスの活用と連携（vii）「福祉用具・住宅改修」	講義3時間

専門研修課程Ⅱ（20時間）の内容

研修課目	時間数
①介護支援専門員特別講義	講義2時間
②サービス担当者会議演習	演習3時間
③介護支援専門員の課題	講義3時間
④「居宅介護支援」事例研究	講義6時間
⑤「居宅介護支援」演習	演習6時間
⑥「施設介護支援」事例研究	講義6時間
⑦「施設介護支援」演習	演習6時間

※①～③の課目が必修。④及び⑤、又は⑥及び⑦の課目の組み合わせから、いずれかを研修受講者が選択

 は必修科目

※①～⑦の課目が必修。⑧～⑯の課目のうち少なくとも3課目を受講者が選択

主任介護支援専門員

主任介護支援専門員研修課程（64時間）の内容

研修課目	時間数
①主任介護支援専門員の役割と視点	講義5時間
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	講義3時間
③ターミナルケア	講義3時間
④人事・経営管理	講義3時間
⑤サービス展開におけるリスクマネジメント	講義3時間
⑥地域援助技術（コミュニティーソーシャルワーク）	講義3時間 演習3時間
⑦対人援助者監督指導（スーパービジョン）	講義6時間 演習12時間
⑧事例研究及び事例指導方法	講義5時間 演習18時間

【業務内容】

介護保険サービスや他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する助言・指導などケアマネジメントが適切かつ円滑に提供されるために必要な業務を実施。

【活動の場】

- 「地域包括支援センター」におけるスーパーバイザー的ケアマネジャー
- 一定規模以上の事業所で、他の介護支援専門員に対するスーパーバイズなど

【修了者】

37,041人
（平成18年度～23年度までの累計）

※主任介護支援専門員研修受講対象者

①から④のいずれかに該当し、かつ専門研修（更新研修）を修了した者

- ① 専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して5年（60ヶ月）以上である者（管理者との兼務は期間として算定可。）
- ② 「ケアマネジメントリーダー活動等支援事業の実施及び推進について」（平成14年4月24日老発第0424003号厚生労働省老健局長通知）に基づくケアマネジメントリーダー養成研修を修了した者又は日本ケアマネジメント学会が認定する認定ケアマネジャーであって、専任の介護支援専門員として従事した期間が通算して3年（36ヶ月）以上である者（管理者との兼務は期間として算定可。）
- ③ 施行規則第140条の52第2号ハに規定する主任介護支援専門員に準ずる者として、現に地域包括支援センターに配置されている者
- ④ その他、介護支援専門員の業務に関し十分な知識と経験を有する者であり、都道府県が適当と認める者

特定事業所加算の要件

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。）

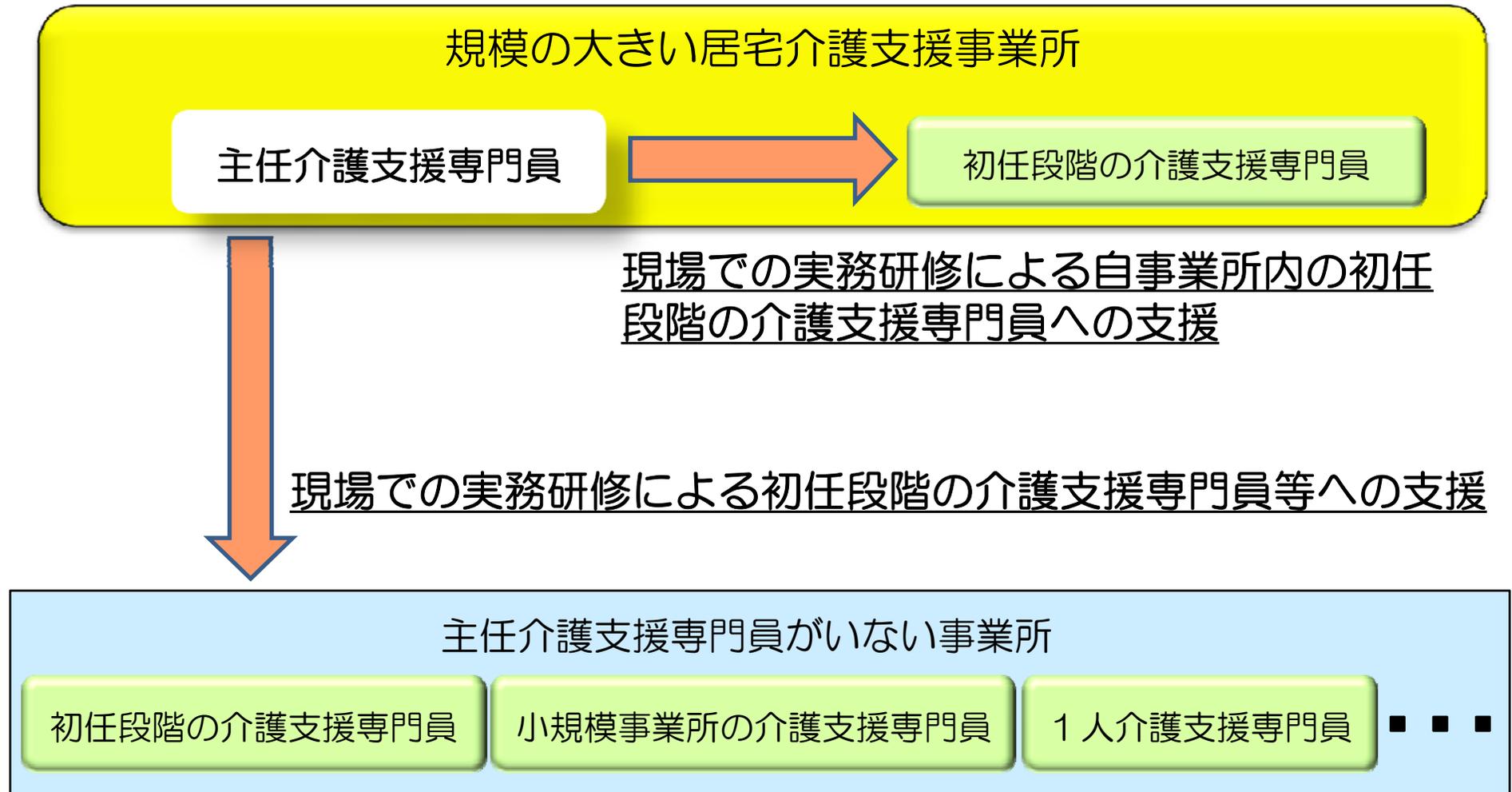
【特定事業所加算（Ⅰ）】

- 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。

現場での実務研修のイメージ



介護保険法（抄）

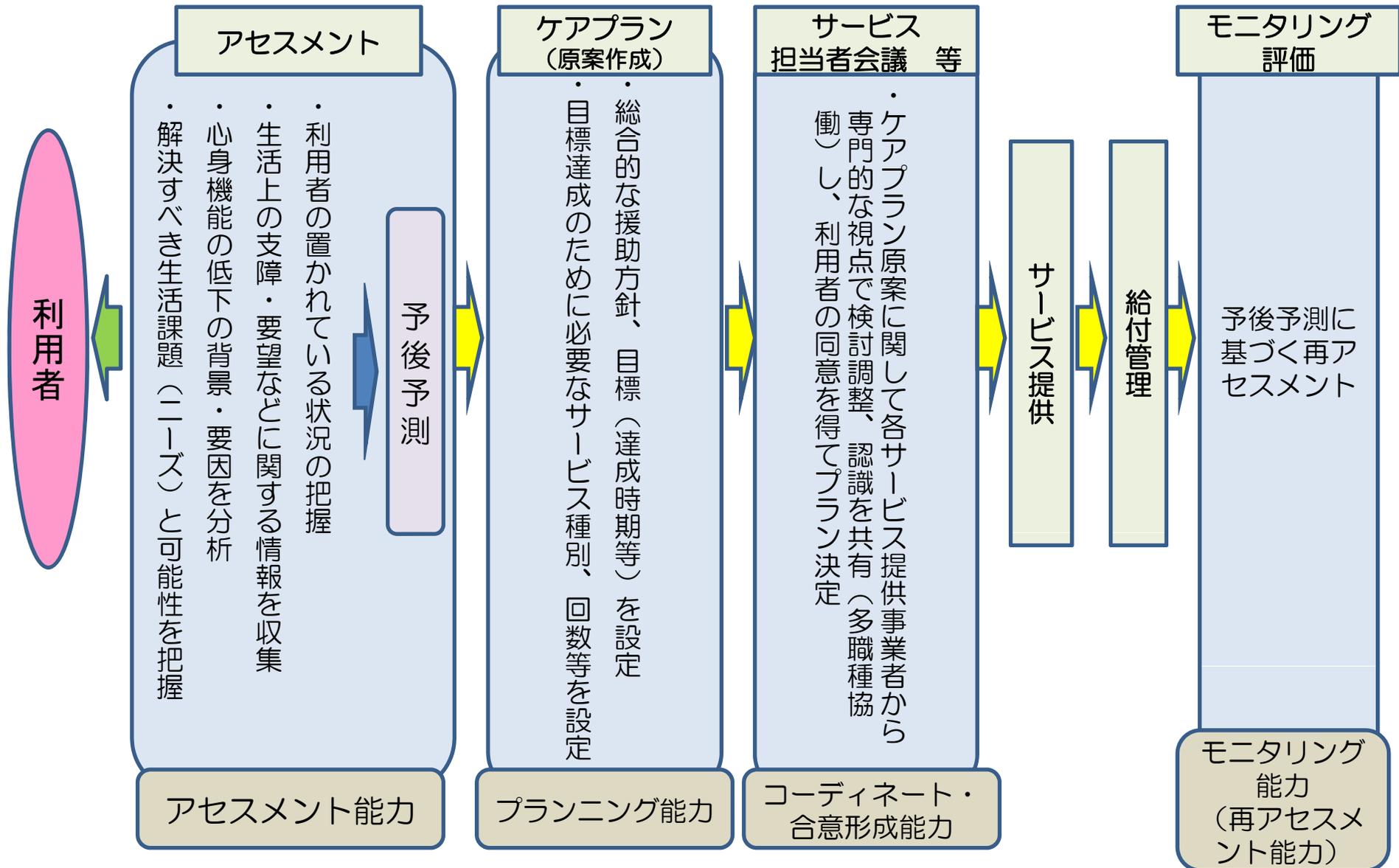
【第2条】（介護保険）

- 1 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態に関し、必要な保険給付を行うものとする。
- 2 前項の保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 3 第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- 4 第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

【第4条】（国民の努力及び義務）

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態になった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

ケアマネジメントの流れ



課題抽出シート（案）

※当該様式は、今年度、モデル事業において試行的に活用しているものである。

状況の事実		予後予測				
		生活全般の解決すべき課題(ニーズ)				
		現在※1	見通し※2	判断した根拠	※3	※4
健康状態	主症状	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	痛み	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
ADL	室内移動	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	屋外移動	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	公共交通の利用	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	食事	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	排泄	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	更衣	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	整容、口腔ケア	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	入浴	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	姿勢保持	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	移乗	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
IADL	掃除	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	洗濯	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	買物	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	調理	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	整理・物品の管理	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	ごみ出し	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	通院	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	服薬	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	金銭管理	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	電話・PC	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
認知	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
コミュニケーション能力	視力・聴力	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	意思伝達	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
社会との関わり	社会活動	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
	喪失感・孤独感	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小			
排尿・排便	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
褥瘡・皮膚の問題	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
口腔衛生	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
食事摂取	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
問題行動	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
介護力	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
居住環境	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
特別な状況						

※1 介護支援専門員が判断した結果、あるいはサービス担当者会議で共有した客観的事実を記載する。以下の記号を記入。

○ADL、IADL：◎：自らしている、○：見守りがあればしている、△：一部介助があればしている、×：全的な介助があればしている、あるいは実施していない

○上記以外の項目：◎：全く問題ない、○：問題はあるが生活全般に支障が出るほどではない、△：問題があり生活全般に支障が出ている、×：問題があり生活が困難な状況である

※2 現在の認定有効期間における状況の改善可能性の見通しについて、次の数字を付す(1:改善できる可能性が大きい、2:改善は難しいが維持できる可能性が大きい、3:改善あるいは維持できる可能性が小さい)

※3 介護支援専門員の考えとして、利用者や家族とすり合わせる前の、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」の案を記入。

※4 本計画における優先順位を数字で記入。ただし、本計画では解決が困難だが把握しておくべき課題には×印を記入。

評価表（案）

※当該様式は、今年度、モデル事業において試行的に活用しているものである。

援助内容		短期目標	期間	サービス内容	結果		コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
サービス種別	※1				判断の時期 ※2	※3	

※1 「当該サービスを行う事業所」について記入する。

※2 援助内容ごとに短期目標の終期を記入。

※3 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)

居宅介護支援事業所の規模別の分布

(上段：事業所数、下段：%)

	事業所数	事業所内の介護支援専門員数										
		1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人	9人	10人	11人以上
全体	1537	228	234	277	226	134	99	48	32	17	9	29
	100.0	14.8	15.2	18.0	14.7	8.7	6.4	3.1	2.1	1.1	0.6	1.9
うち 常勤1人	337	228	66	27	9	1	3	2	0	0	0	1
	100.0	67.7	19.6	8.0	2.7	0.3	0.9	0.6	0.0	0.0	0.0	0.3
うち 常勤2人	247	—	168	50	15	7	5	1	1	0	0	0
	100.0	—	68.0	20.2	6.1	2.8	2.0	0.4	0.4	0.0	0.0	0.0
うち 常勤3人	292	—	—	200	53	23	10	1	1	1	0	3
	100.0	—	—	68.5	18.2	7.9	3.4	0.3	0.3	0.3	0.0	1.0
うち 常勤4人 以上	457	—	—	—	149	103	81	44	30	16	9	25
	100.0	—	—	—	32.6	22.5	17.7	9.6	6.6	3.5	2.0	5.5

注) 合計が100%とならないのは、「不明・無回答」があるため。

出典：(株)日本総合研究所が平成23年度に実施した「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する基礎調査」をもとに特別集計

設置運営要綱における「地域ケア会議」の明文化①

「地域包括支援センターの設置運営について」（課長通知） 平成24年3月30日一部改正（抜粋）

下線部は改正点

4 事業内容

(1) 包括的支援事業

①～③（略）

④包括的・継続的マネジメント支援業務について
（中略）

業務の内容としては、後述する「地域ケア会議」等を通じた自立支援に資するケアマネジメントの支援、包括的・継続的なケア体制の構築、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、介護支援専門員に対する日常的個別指導・相談、地域の介護支援専門員が抱える支援困難事例等への指導・助言を行うものである。

(2) 多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築

包括的支援事業を効果的に実施するためには、介護サービスに限らず、地域の保健・福祉・医療サービスやボランティア活動、インフォーマルサービスなどの様々な社会的資源が有機的に連携することができる環境整備を行うことが重要である。（法第115条46第5項）このため、こうした連携体制を支える共通基盤として多職種協働による「地域包括支援ネットワーク」を構築することが必要である。

地域包括支援ネットワークは、地域の実情に応じて構築されるものであるが、例えば、その構築のための一つの手法として、「行政職員、センター職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員等から構成される会議体」（以下この通知において「地域ケア会議」という。）を、センター（または市町村）が主催し、設置・運営することが考えられる。

設置運営要綱における「地域ケア会議」の明文化②

① 地域ケア会議の目的

- ア 個別ケースの支援内容の検討を通じた、
 - (i) 高齢者の実態把握や課題解決のための地域支援ネットワークの構築
 - (ii) 地域の介護支援専門員の、法の理念に基づいた高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの支援
 - (iii) 個別ケースの課題分析等を行うことによる地域課題の把握
- イ その他地域の実情に応じて必要と認められる事項

② 地域ケア会議の構成員

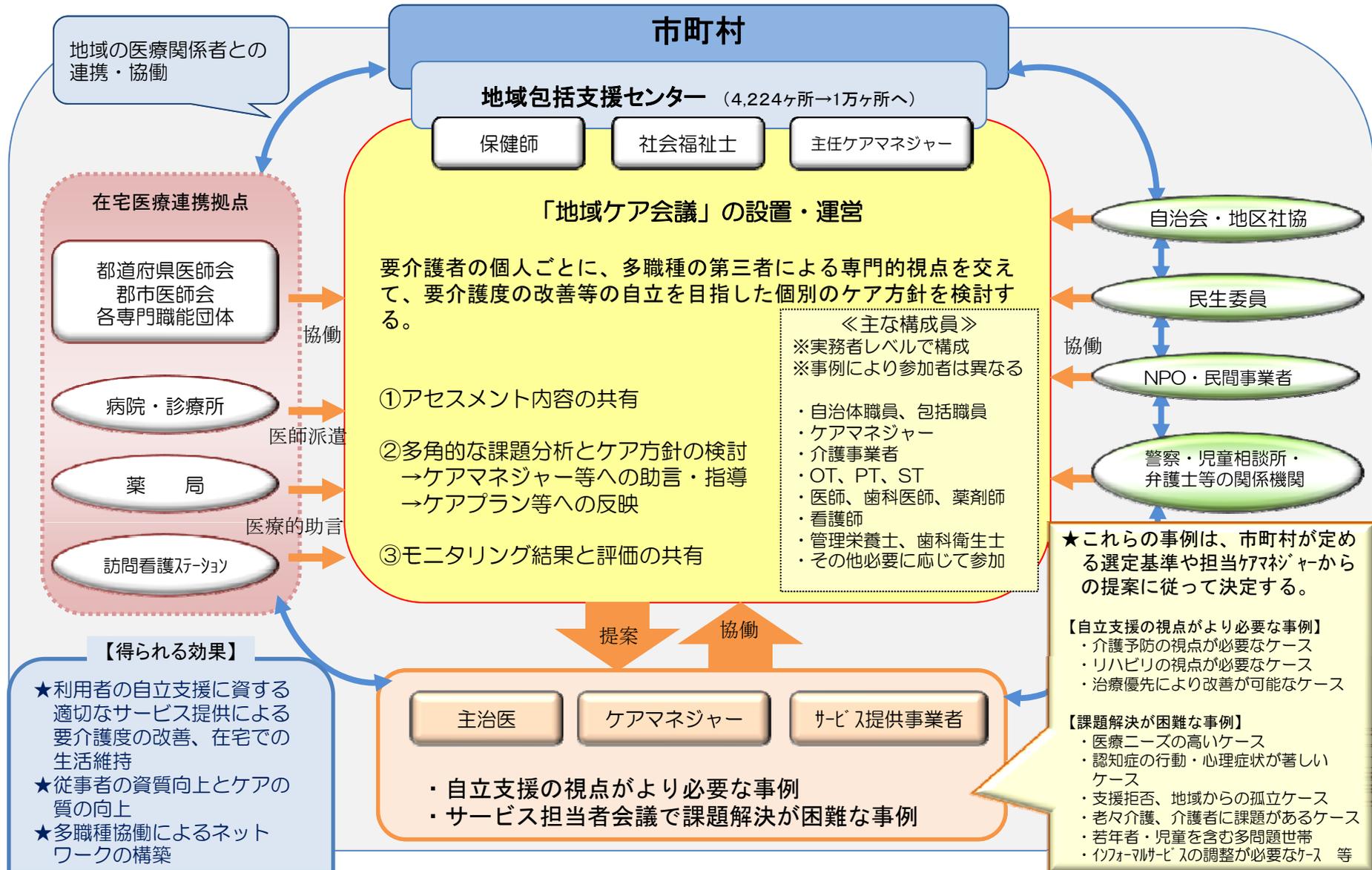
上記①の会議の目的に応じ、行政職員、センター職員、介護サービス事業者、医療関係者、民生委員等の中から、出席者を調整する。

多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築に当たっては、①センター単位のネットワーク、②市町村単位のネットワーク、③市町村の圏域を超えたネットワークなど、地域の特性に応じたネットワークを構築することにより、地域の関係者との相互のつながりを築き、日常的に連携が図られるよう留意する必要がある。

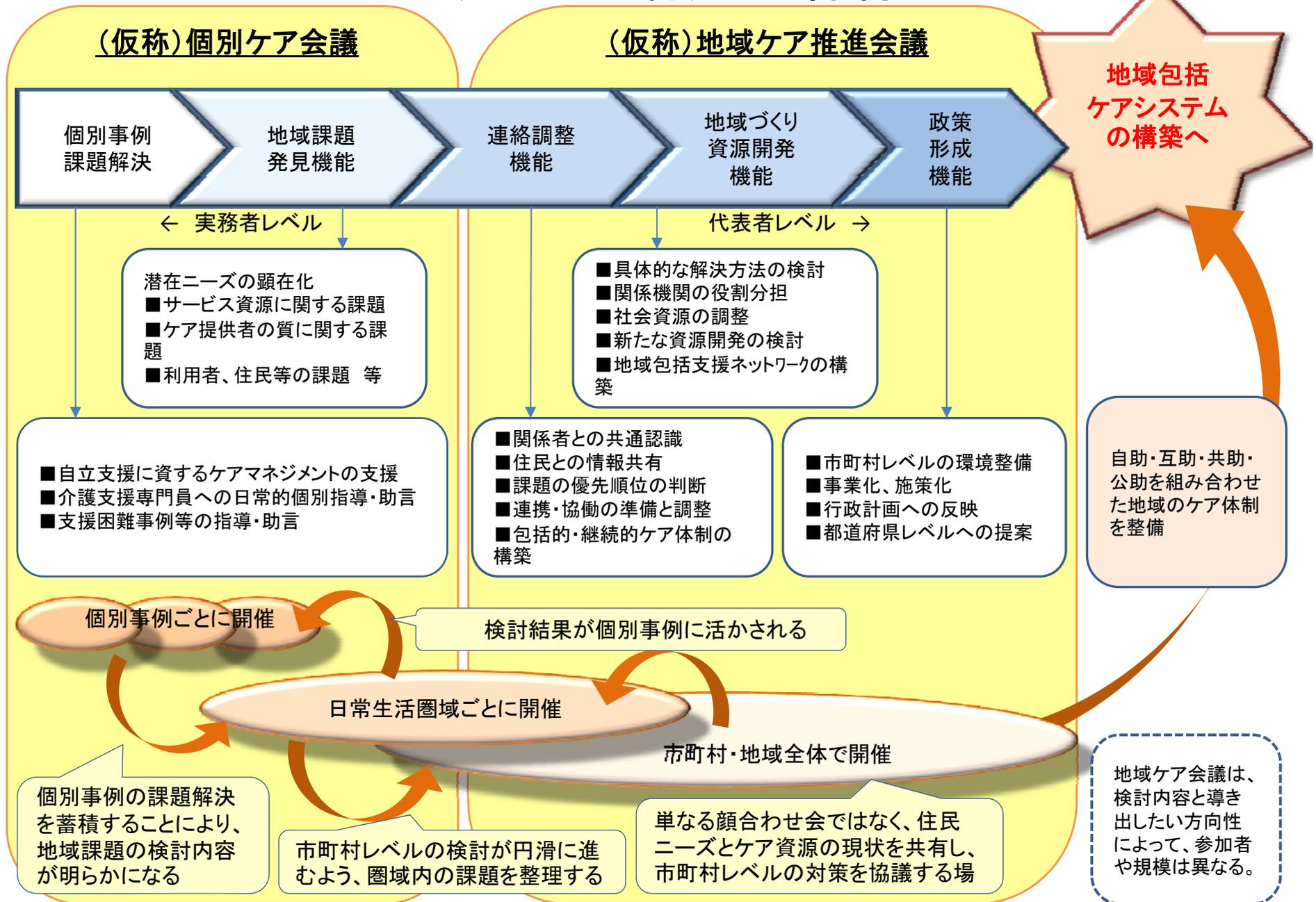
特に、医療と介護の連携に基づく地域包括ケアの構築のためには、在宅医療の関係者との緊密な連携を図ることが望ましい。

また、市町村は、要援護者の支援に必要な個人情報を、個人情報の保護の観点にも十分留意しつつ、支援関係者間で共有する仕組みや運用について、センターと連携して構築することが望ましい。

地域ケア会議のイメージ



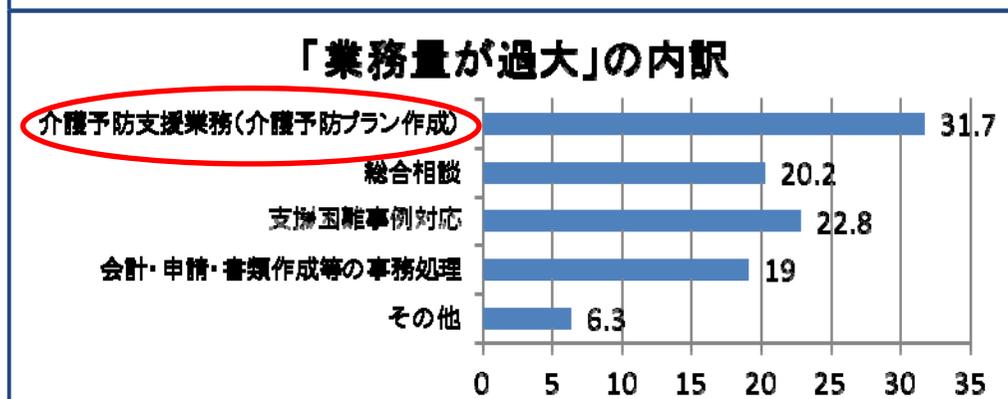
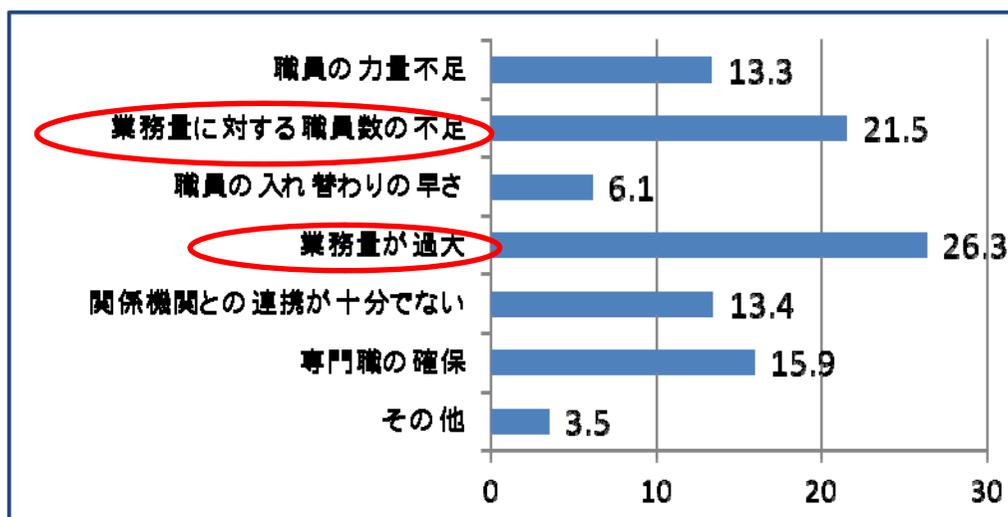
地域ケア会議の全体像



地域包括支援センターが抱える課題と負担感

- 業務量の過大と職員不足が課題と認識するセンターが2割以上
- 専門職の確保、力量不足を認識しているセンターが1割以上
- 業務量過大の理由は、介護支援業務の業務量が最も多く、次いで支援困難事例の対応
- 権利擁護業務、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務では、知識・経験不足の割合が高い

◎センターが抱える課題（複数回答）



業務内容	負担感が大きい理由の1位	割合 (%)
総合相談支援業務	利用者の対応に時間がかかる	37.4%
権利擁護業務	業務に対応する知識や経験が浅い	53.0%
包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	業務に対応する知識や経験が浅い	33.1%
介護予防ケアマネジメント業務	担当件数、担当業務量が多い	44.7%
指定介護予防支援業務	担当件数、担当業務量が多い	48.4%
地域におけるネットワーク構築にかかわる業務	関係機関、関係者との調整が困難	35.2%
任意事業に関する業務	担当件数、担当業務量が多い	26.5%
その他の業務	担当件数、担当業務量が多い	33.1%

「地域ケア会議」の具体例① (多職種協働によるマネジメント支援の例)

**要支援2で週2回訪問介護を利用中
自宅に閉じこもりがちで 運動機能が低下していくAさん**

＜現行プランに関するケアマネの考え方＞

- ・目標は安心・安楽に過ごすこと
- ・腰痛があるため家事援助が必要
- ・通所系サービスは希望していないのでプランに入れていない

**なぜこのような状況になっているか？
再アセスメント**

- ・腰痛の原因は骨粗鬆症と筋力低下
- ・デイサービスで1日過ごす自信がない
- ・本当は退屈で買い物に行きたい

【地域ケア会議】

生物学的要因、心理社会的要因、環境要因等进行分析して将来予測

多職種による助言・指導

主任
ケアマネ

- ・本人の能力を生かしたサービス調整が必要では？
- ・予防訪問介護が家事の代行になっていないか？
- ・ヘルパーがケースの能力発揮の機会を奪っていないか？

保健師

- ・治療内容について主治医に確認しているか？
- ・痛みのコントロールによってリハビリが可能では？
- ・ケースの意欲と家族介護の内容を調整しては？

PT

- ・骨粗鬆症の悪化防止には、適度な運動が必要
- ・このままでは廃用症候群が進行し腰痛が悪化する
- ・予防訪問リハを利用してはどうか？

管理
栄養士

- ・骨粗鬆症には、栄養面の改善が必要
- ・1日2食しか食べておらず、食事内容は炭水化物ばかりで、カルシウムやタンパク質が足りない
- ・お昼に配食サービスを利用してはどうか

歯科
衛生士

- ・義歯が合わず、歯のない状態で食事しているため栄養も偏る。早期に義歯調整をした方がよい。

ケアプランの見直し結果【例】

- ・買い物に出かけることを目標に、自分でできることは自分でやれるよう、本人・家族と調整
- ・主治医と相談し、腰痛緩和の処方と訪問リハビリを導入→負担の少ない動作と自宅でできる運動
- ・デイサービスに通う自信がつくまで、自治会主催のサロンに参加
- ・歯科通院の同行は、娘によるインフォーマルサービスに追加
- ・配食サービスを利用し、1日3回食事すること、バランスの良い食事摂取の習慣をつける
- ・1ヶ月後のモニタリング結果をもとに、主治医の参加を得て再度プランの検討を行う

「地域ケア会議」の具体例② (保険者の関与による円滑なサービス利用)

65歳到達により、自立支援サービスから介護保険に移行、 要支援2の認定で 訪問介護を週5回要求するBさん

＜現行プランに関するケアマネの考え方＞

- ・身障1級だが自立度が高く、自力で外出も可能
- ・身体機能からみて能力はあるが、家事代行を求めている
- ・本人の自立や生き甲斐のためには、社会参加への支援が必要

なぜこのような状況になっているか？
再アセスメント

- ・地域から孤立してヘルパーに依存的
- ・自分でできるようになると支援者が離れてしまう不安

【地域ケア会議】

生物学的要因、心理社会的要因、環境要因等进行分析して将来予測

多職種による助言・指導

担当
ケアマネ

- ・介護保険制度を理解してもらえない
- ・要求が通らなければケアマネを変更されるとされる

社会
福祉士

- ・障害程度区分と要介護認定区分の基準の違いを説明する必要がある

主任
ケアマネ

- ・IADLの評価結果を利用者と共有し、どこまで改善できるか話し合っはどうか

ヘル
パー

- ・家事支援というより話し相手を求めている
- ・本当は淋しい人なのかも

市町村
保健師

- ・制度の違いについて行政の立場から説明する
- ・サービスが減っても孤立しない環境づくりが必要

民生
委員

- ・見守り支援の対象者として時々訪問する

検討結果【例】

- ・支援者側の認識を統一し、役割分担を明確に
- ・介護保険制度への移行については、行政から丁寧に説明
- ・苦情対応は行政が窓口となり、支援者で共有
- ・本人の能力を認め、洗濯・掃除・買い物等のIADLについては自立支援の関わり方に変更
- ・民生委員の見守り支援と並行に、地域活動への参加を促す
- ・1ヶ月後に地域ケア会議を開催し、インフォーマルサービスを含めたケア方針を再検討

在宅医療連携拠点事業

■本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。

