

社会保障審議会介護給付費分科会(第79回)議事次第

日時：平成23年 9月 5日(月)

16時00分から19時00分まで

於：砂防会館 別館会議室

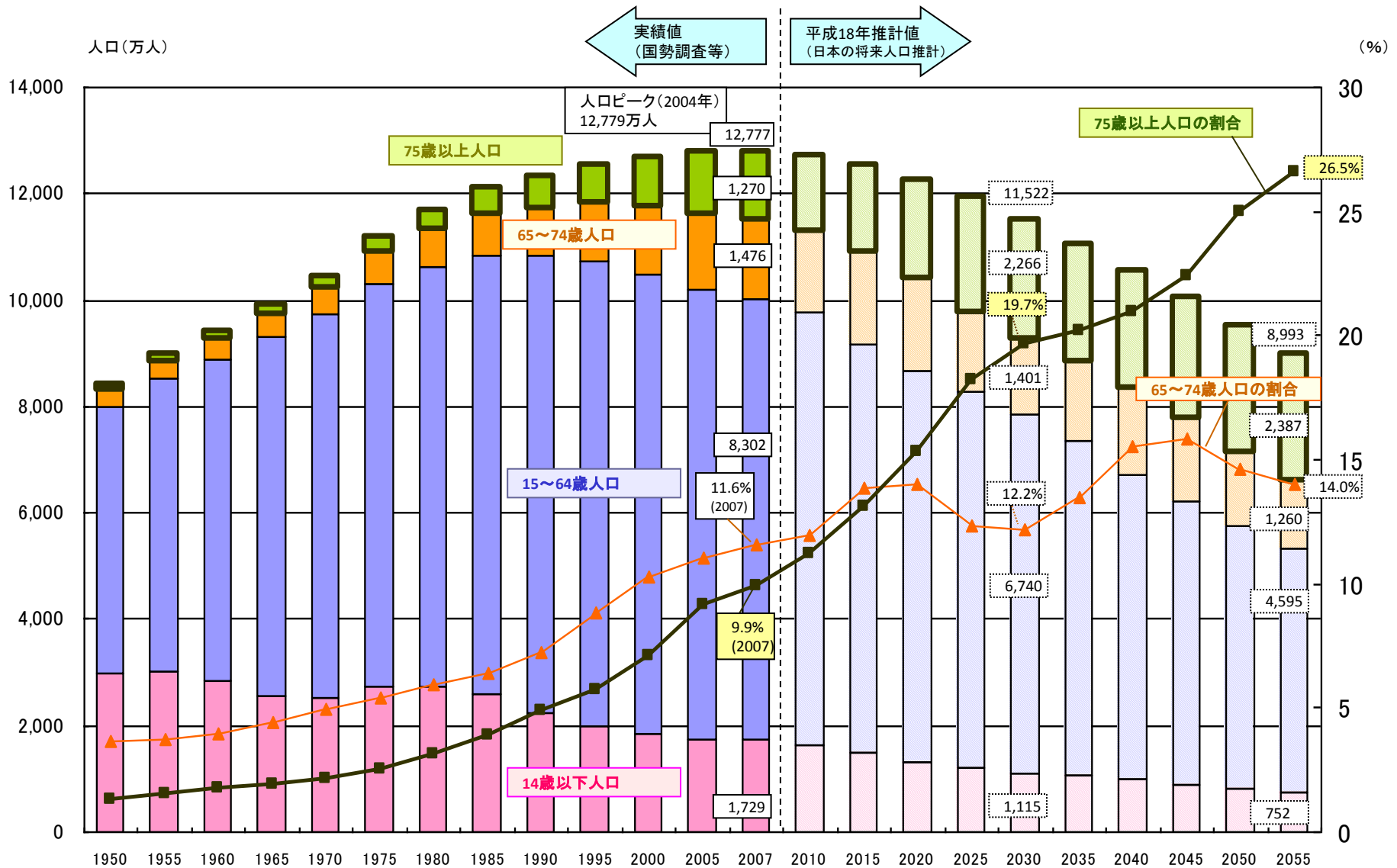
(シェンパツハ・ホール)1階(淀・信濃)

議 題

1. 介護サービス利用者に対する医療提供のあり方について
2. 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について
3. その他

介護サービス利用者に対する 医療提供のあり方について

人口推計(75歳以上高齢者の増大)



医療ニーズ(訪問看護利用者)

- 医療処置にかかる看護内容が必要な利用者数は増加している。
- 個々の医療処置については、必要な利用者数、割合ともに増加し、医療ニーズの高い利用者が増加していると考えられる。

＜9月中の看護内容別訪問看護ステーションの利用者数(M. A)＞

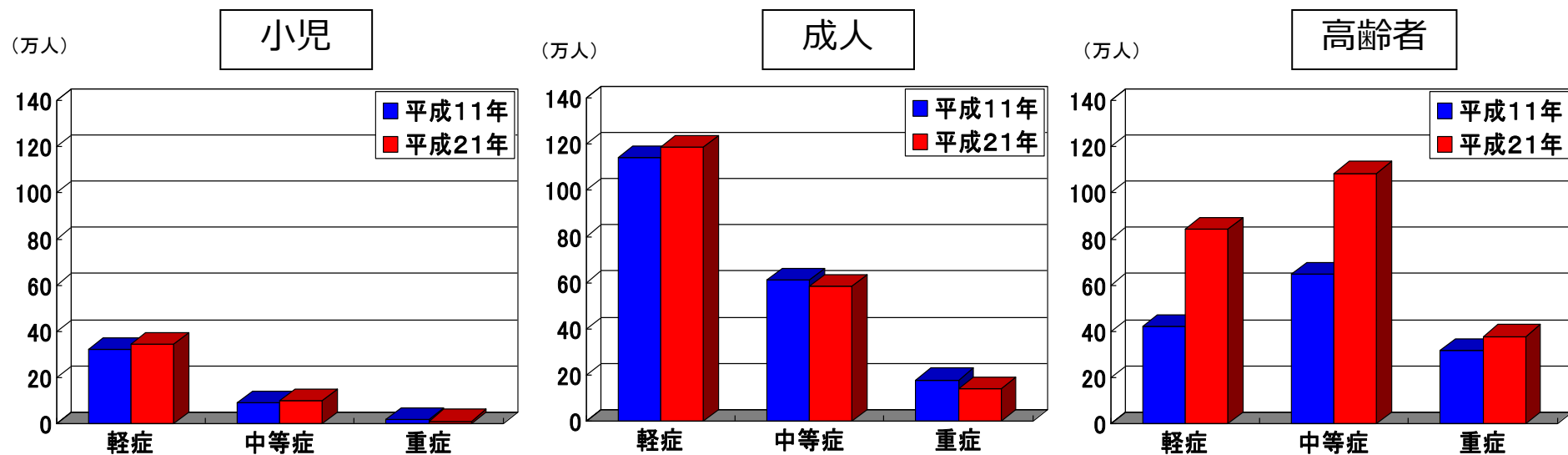
	平成13年		平成19年	
	利用者数	割合	利用者数	割合
総 数	180,696		229,203	
9月中の医療処置にかかる看護内容※	121,755	67.4%	152,338	66.5%
じょく瘡の予防	34,171	18.9%	41,014	17.9%
じょく瘡の処置			19,356	8.4%
浣腸・摘便	29,168	16.1%	40,058	17.5%
在宅酸素療法の指導・援助	8,469	4.7%	11,652	5.1%
胃瘻の管理	8,440	4.7%	16,190	7.1%
人工肛門・人工膀胱の管理			5,271	2.3%
点滴の実施・管理	6,943	3.8%	7,420	3.2%
注射の実施			4,283	1.9%
経管栄養の実施・管理	4,573	2.5%	7,003	3.1%
中心静脈栄養法の実施・管理			989	0.4%

※平成13年と平成19年では一部の調査項目が異なっている。割合が同程度又は平成19年において増加している項目を抽出。

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

救急搬送人員の変化(年齢・重症度別)

○ 救急搬送人員の増加率は、年齢別では高齢者が高く、重症度別では軽症・中等症が高い。



平成11年中

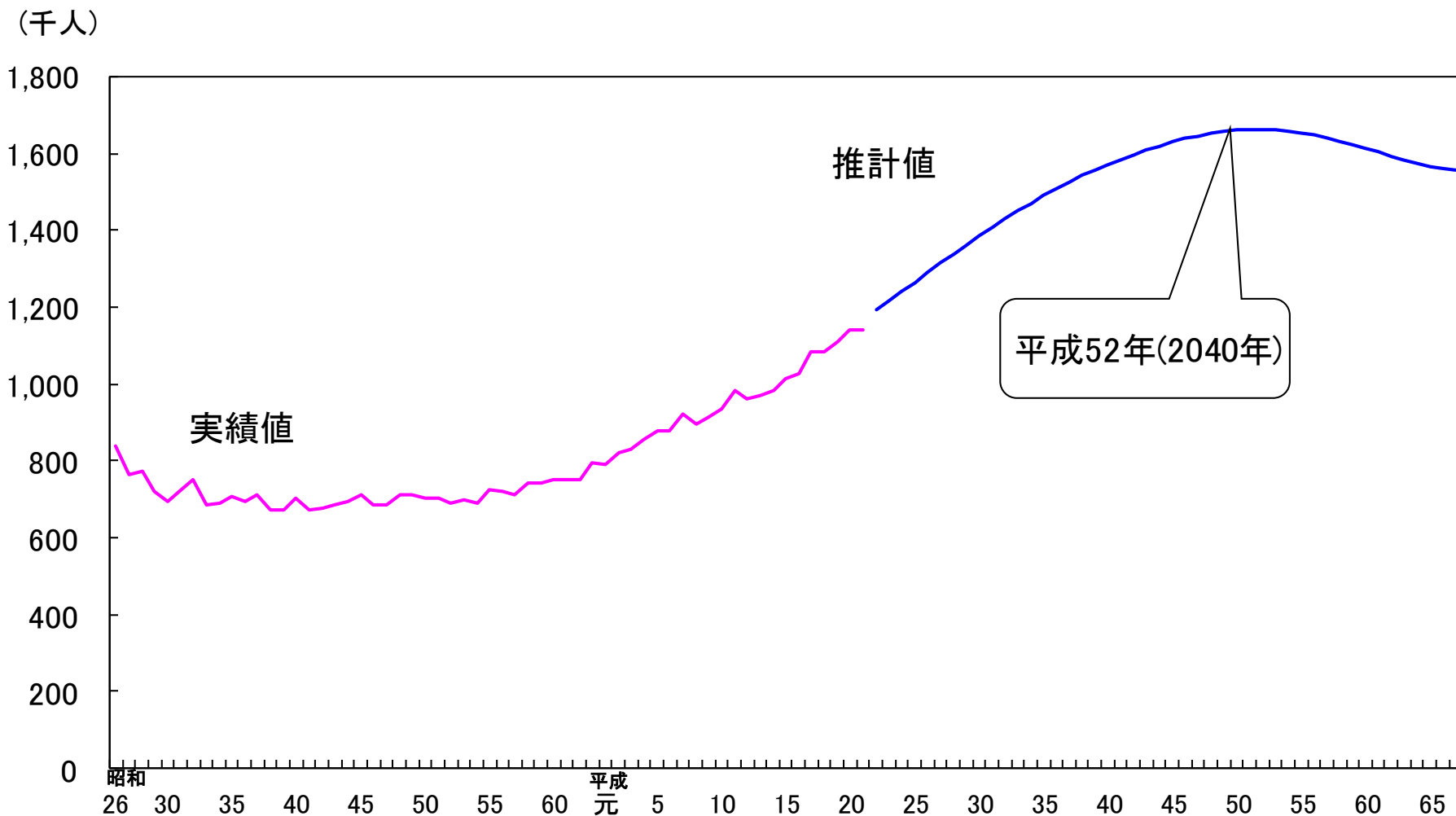
全体	小児	成人	高齢者
重症	1.9万人	18.0万人	31.7万人
中等症	9.3万人	61.2万人	64.8万人
軽症	32.2万人	114.2万人	42.2万人

平成21年中

全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
重症	1.3万人 0.6万人減 -32%	14.1万人 3.9万人減 -22%	37.9万人 6.2万人増 +20%
中等症	10.2万人 0.9万人増 +10%	58.4万人 2.8万人減 -5%	108.4万人 43.6万人増 +67%
軽症	34.6万人 2.4万人増 +8%	118.7万人 4.5万人増 +4%	84.2万人 42.0万人増 +100%

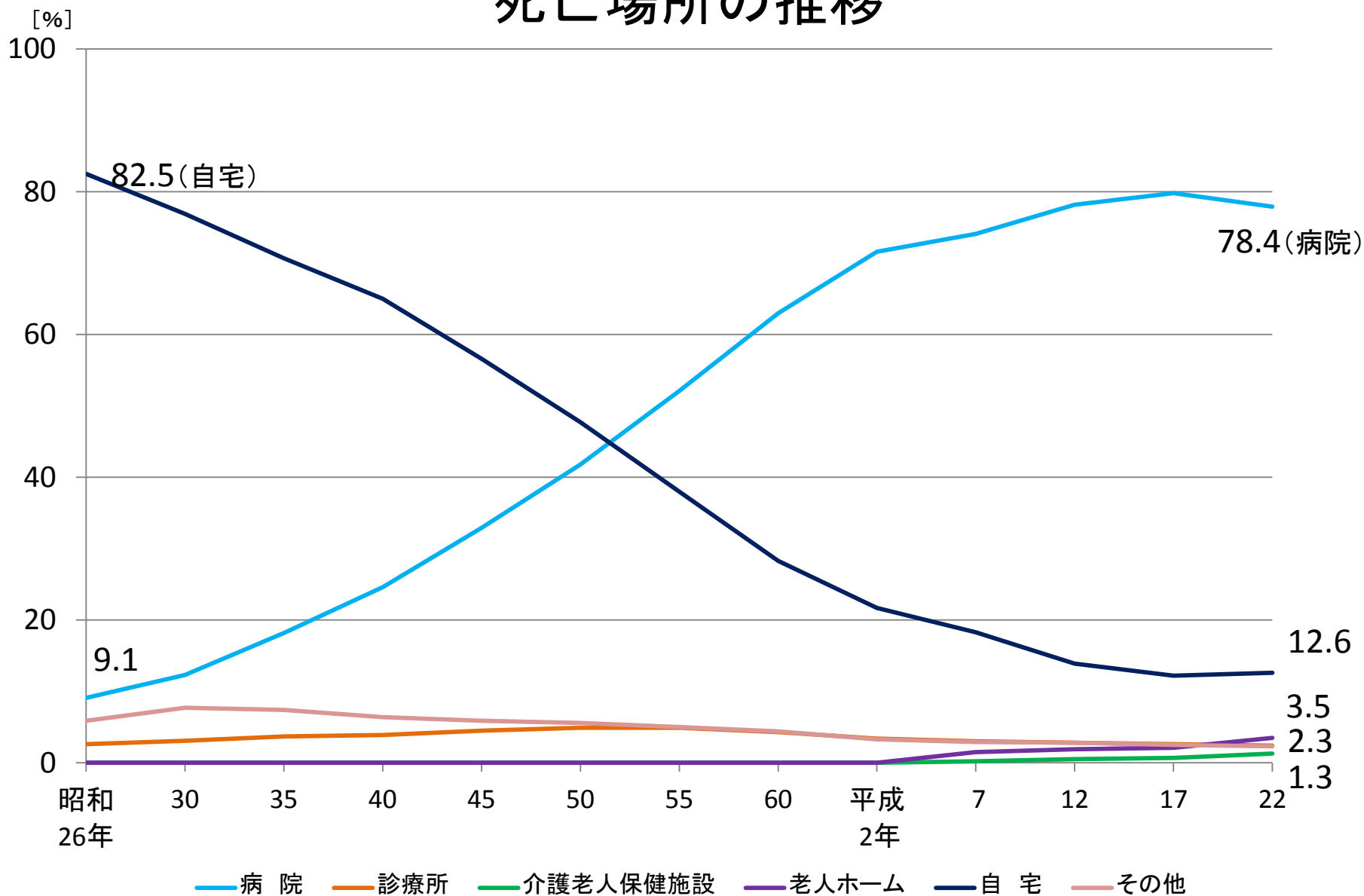


死亡数の年次推移



出典:平成21年までは厚生労働省「人口動態統計」
平成22年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

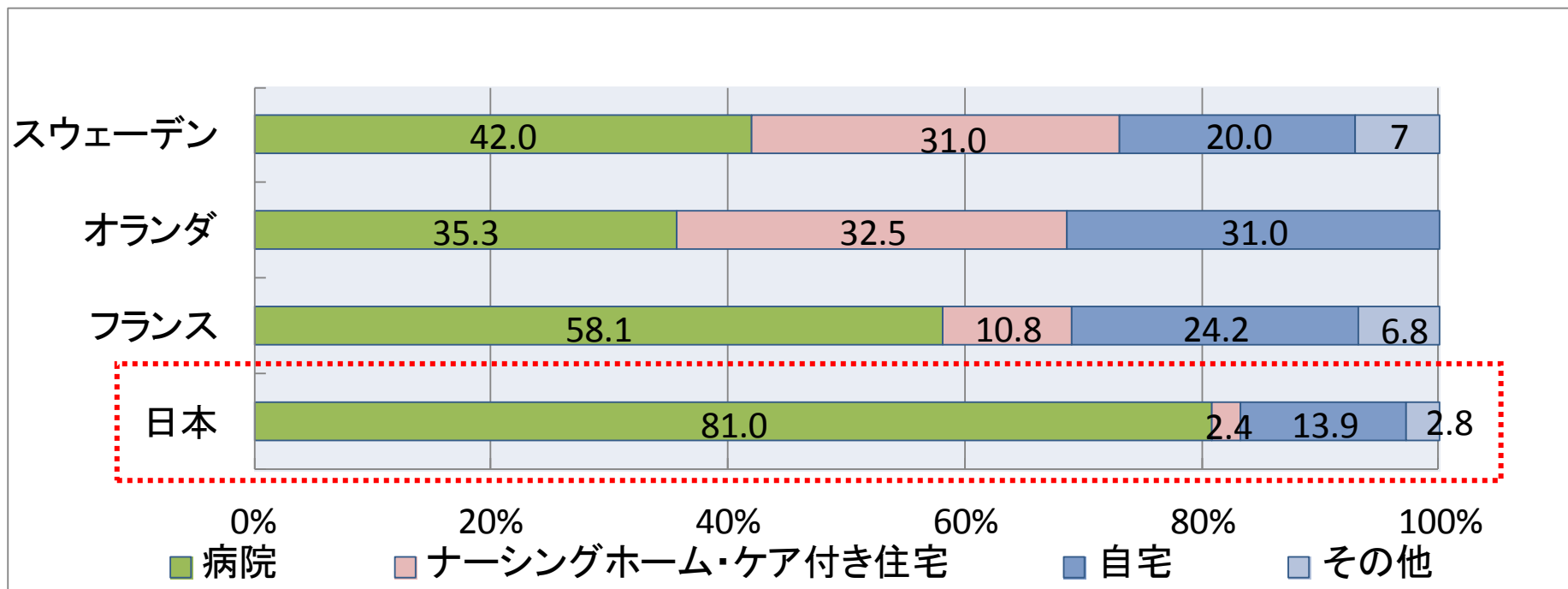
死亡場所の推移



※平成2年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

出典：厚生労働省「人口動態調査」

死亡の場所(各国比較)



(注)「ナースিংホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

出典:医療経済研究機構

「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」

(資料)スウェーデン:Socialstyrelsen Döden angår oss alla による1996年時点(本編 p48)

オランダ:Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)

フランス:Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)

日本:厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

介護サービス利用者に対する医療提供のあり方について

- 高齢化の進展に伴い、医療を必要とする要介護高齢者が増加傾向にある。
- また、
 - ・ 比較的軽度であるにもかかわらず救急搬送される高齢者が多いこと
 - ・ 主たる死亡場所が病院であることなどが指摘されている。
- このために、介護サービス利用者に対する医療提供について
 1. 各サービスごとの医療提供のあり方について
 2. 看取りの対応の強化についてなどの検討が必要ではないか。

1. 各サービスごとの医療提供 のあり方について

介護保険施設等の主な人員配置基準等

		小規模多機能型 居宅介護	認知症対応型 共同生活介護 (認知症グループホーム)	特定施設入居者 生活介護	介護老人 福祉施設 (特別養護老人ホーム)	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設
1人当たり居室(宿泊室)面積		7.43㎡以上	7.43㎡以上	適当な広さ	10.65㎡以上	8㎡以上	6.4㎡以上
1部屋の定員数		原則個室	原則個室	原則個室	4人以下	4人以下	4人以下
主 な 人 員 配 置 基 準	医師				必要数 (非常勤可)	常勤1以上 100:1以上	3以上 48:1以上
	看護職員	(通い)3:1以上 (訪問)1以上 (宿泊)提供時間 帯を通じて夜勤1 以上、宿泊1以 上 ※うち看護職員 1以上		看護・介護 3:1以上	看護・介護 3:1以上	看護・介護 3:1以上 (看護2/7)	6:1以上
	介護職員		3:1以上	利用者100人の 場合、看護3人	入所者100人 の場合、看護3人		6:1以上
	リハビリテーション 専門職※1					PT・OT・ST いずれかが 100:1以上	PT及びOTが 適当数
	機能訓練指導員※2			1以上	1以上		
	生活(支援)相談員			100:1以上 (うち1名常勤)	常勤1以上 100:1以上	100:1以上	
	介護支援専門員 (計画作成担当者)	1以上	1以上	1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1を標準	常勤1以上 100:1以上

注：特定施設入居者生活介護は、外部サービス利用型を除く。

※1：理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)

※2：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する者

介護保険施設等の1施設・事業所当たり従事者数

単位：[人]

	医師		看護職員						リハビリ 専門職 (※2)	
			看護師		准看護師					
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
小規模多機能型居宅介護	—	—	0.9	0.7	0.4	0.3	0.5	0.4	—	—
認知症対応型共同生活介護 (認知症グループホーム)	—	—	0.4	0.3	0.2	0.1	0.2	0.2	—	—
特定施設入居者生活介護(※1)	—	—	2.6	2.0	1.5	1.1	1.1	0.9	0.1	0.1
介護老人福祉施設(※1) (特別養護老人ホーム)	0.2	0.0	3.8	3.2	1.8	1.5	2.0	1.7	0.1	0.1
介護老人保健施設	1.1	0.9	10.2	8.9	4.4	3.8	5.8	5.2	2.8	2.6
介護療養型医療施設	2.3	1.7	11.9	10.8	5.2	4.7	6.6	6.1	2.3	2.2

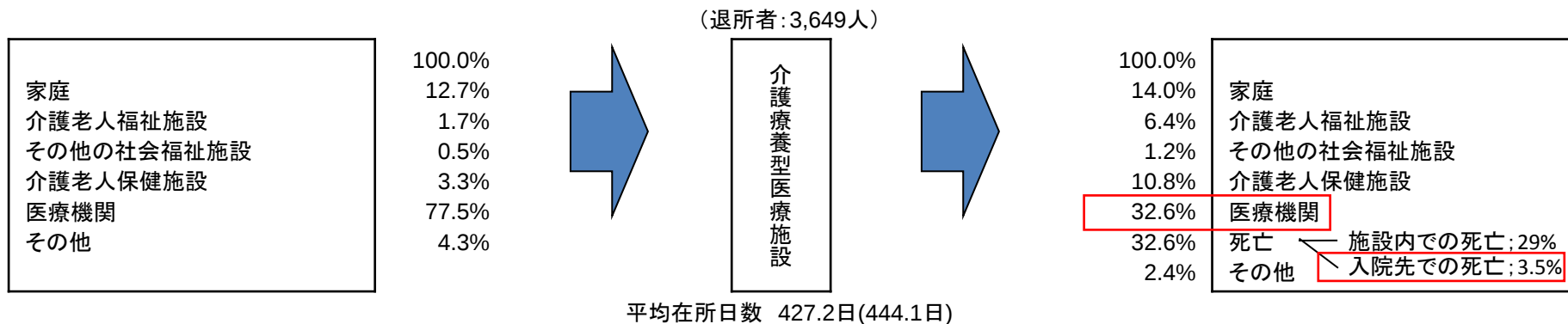
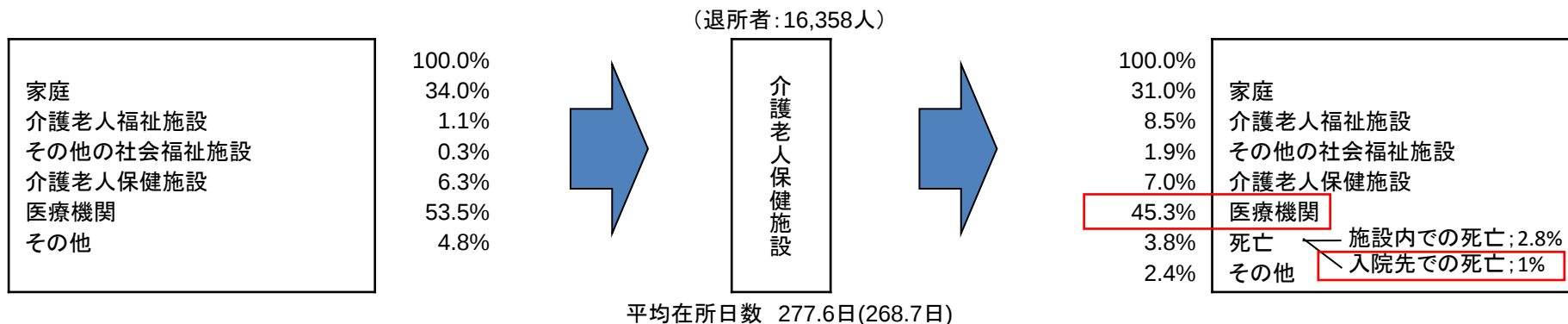
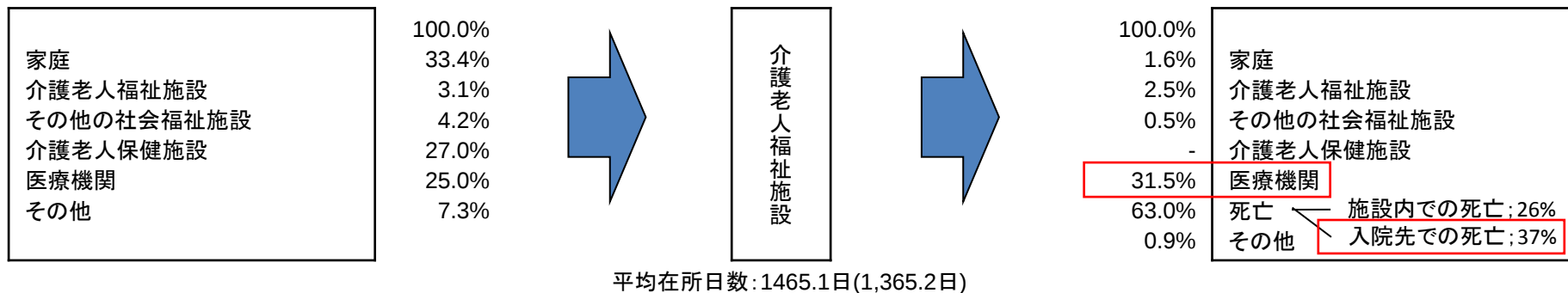
※1：地域密着型事業所を含まない

※2：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

出典：厚生労働省「介護サービス施設事業所調査」（平成21年度）

(注：常勤換算方法による)

介護保険施設における入・退所者の状況



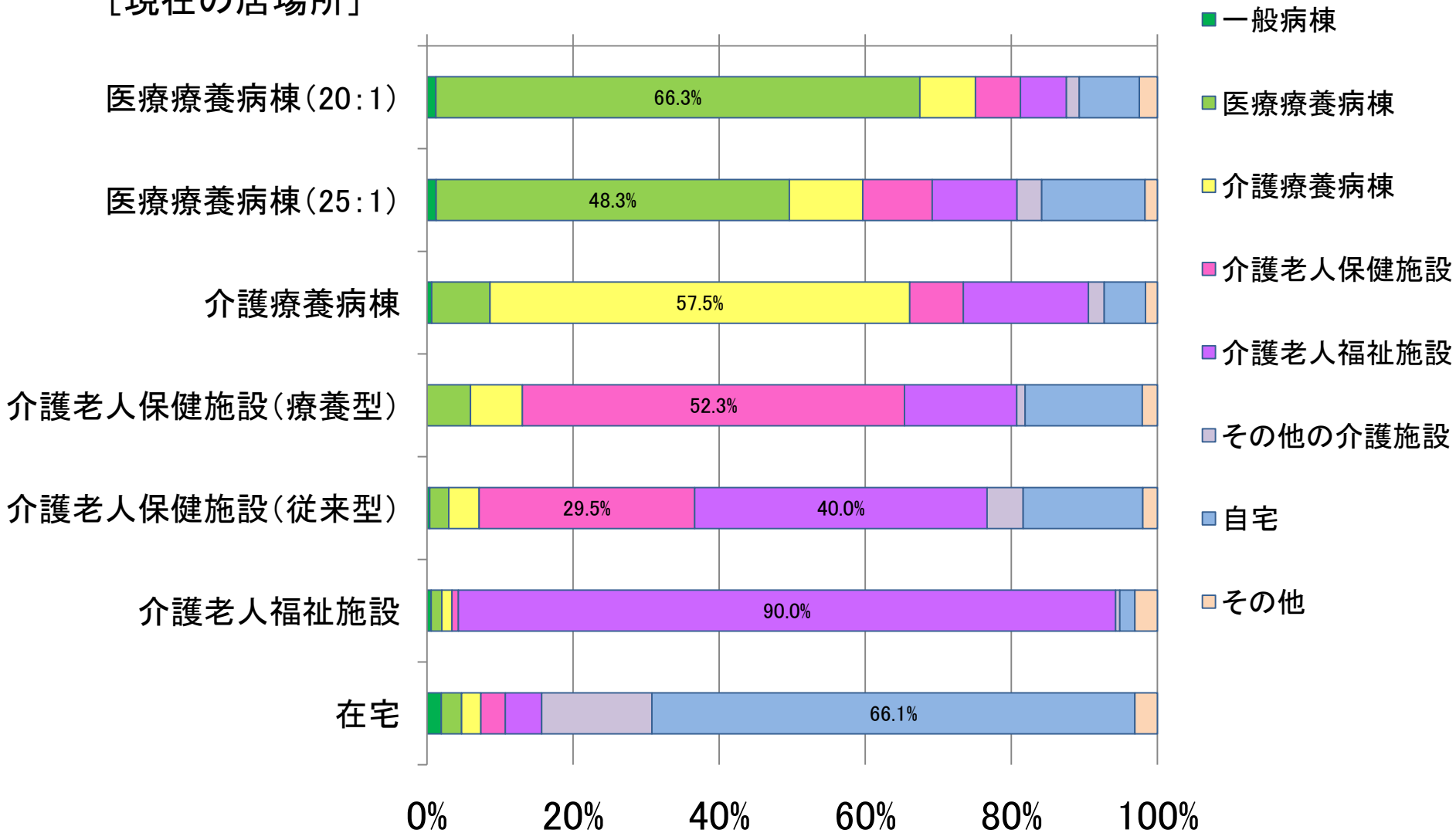
利用者に対する医療処置の状況

	介護老人 福祉施設 (特別養護老人 ホーム)	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設	(参考) 在宅
総 数	19,785人	24,013人	16,603人	3,741人
中心静脈栄養	0.1%	0.0%	0.9%	0.9%
人工呼吸器	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%
気管切開・気管内挿管	0.1%	0.1%	1.7%	3.6%
酸素療法	0.8%	0.5%	2.9%	7.1%
喀痰吸引	4.4%	2.4%	18.3%	7.6%
経鼻経管・胃ろう	10.7%	7.3%	36.8%	12.4%

出典:平成22年度老人保健健康増進等事業「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」(速報値)
(注)喀痰吸引・経鼻経管栄養等は介護保険法の改正により、平成24年度から介護職員等により実施可能

病状の見通しを踏まえて、施設が最も適切と考える今後の療養・生活の場

[現在の居場所]



介護保険施設等における一月当たりの診察回数

		人数計	0回	2回未満	2～3未満	3回以上	無回答	平均値 (単位＝回)	施設に医師の勤務なし
定期的な診察	合計	16046	1872 11.7%	4449 27.7%	2552 15.9%	6187 38.6%	986 6.1%	3.15	—
	特別養護老人ホーム	6002	740 12.3%	1792 29.9%	1123 18.7%	2114 35.2%	233 3.9%	2.62	
	介護老人保健施設	9990	1106 11.1%	2651 26.5%	1415 14.2%	4066 40.7%	752 7.5%	3.49	
	有料老人ホーム	54	26 48.1%	6 11.1%	14 25.9%	7 13.0%	1 1.9%	1.32	1381
定期的ではない診察 : 日中	合計	16046	11610 72.4%	1500 9.3%	781 4.9%	1169 7.3%	986 6.1%	0.74	—
	特別養護老人ホーム	6002	5104 85.0%	354 5.9%	125 2.1%	186 3.1%	233 3.9%	0.26	
	介護老人保健施設	9990	6473 64.8%	1145 11.5%	649 6.5%	971 9.7%	752 7.5%	1.03	
	有料老人ホーム	54	33 61.1%	1 1.9%	7 13.0%	12 22.2%	1 1.9%	1.77	1381
定期的ではない診察 : 夜間・休日	合計	16046	14952 93.2%	82 0.5%	16 0.1%	10 0.1%	986 6.1%	0.01	
	特別養護老人ホーム	6002	5754 95.9%	11 0.2%	3 0.0%	1 0.0%	233 3.9%	0	
	介護老人保健施設	9990	9145 91.5%	71 0.7%	13 0.1%	9 0.1%	752 7.5%	0.01	
	有料老人ホーム	54	53 98.1%	—	—	—	1 1.9%	0	1381

※有料老人ホームは「施設に医師が勤務している施設」のみ集計

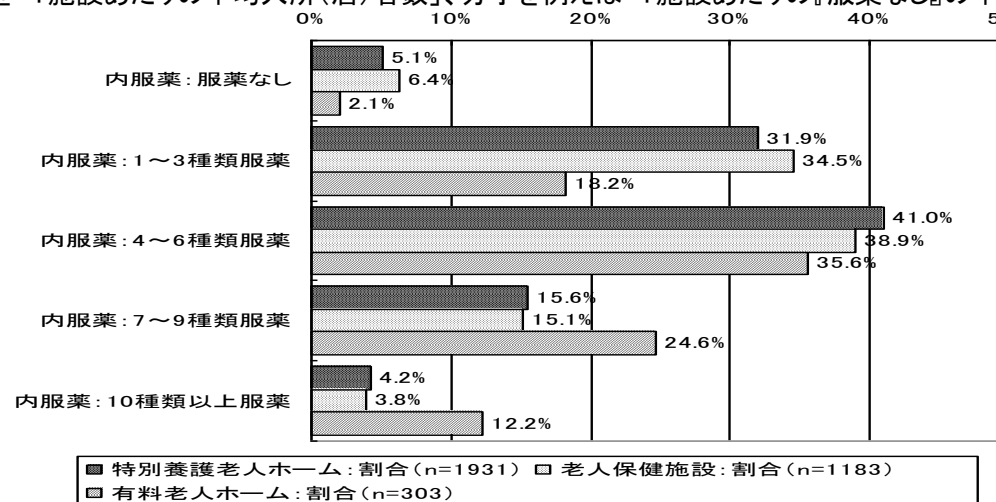
介護保険施設等の入所(居)者の服薬割合

- 特別養護老人ホーム、老人保健施設においては、1種類以上の服薬を行っている入所(居)者は約9割いる。また、医師配置義務のない有料老人ホームにおいては、7種類以上の服薬を行っている入所(居)者が36%おり、特養や老健と比べ、その割合が多い。

		平 均 値(単位:人)			割 合(単位:%)		
		特 別 養 護 老 人 ホ ー ム	老 人 保 健 施 設	有 料 老 人 ホ ー ム	特 別 養 護 老 人 ホ ー ム	老 人 保 健 施 設	有 料 老 人 ホ ー ム
特別養護老人ホーム [1,931施設] 老人保健施設 [1,183施設] 有料老人ホーム [303施設]							
入所(居)者数		69.30	83.09	52.83	100.0%	100.0%	100.0%
内服薬	服薬なし	3.57	5.30	1.10	5.1%	6.4%	2.1%
	1～3種類服薬	22.13	28.68	9.64	31.9%	34.5%	18.2%
	4～6種類服薬	28.42	32.30	18.82	41.0%	38.9%	35.6%
	7～9種類服薬	10.78	12.53	12.99	15.6%	15.1%	24.6%
	10種類以上服薬	2.91	3.19	6.46	4.2%	3.8%	12.2%
注射	注射あり	1.61	2.11	1.85	2.3%	2.5%	3.5%
外用薬	外用薬あり	25.97	26.36	25.32	37.5%	31.7%	47.9%

注)「平均値」は1施設あたりの平均人数である。

「割合」は、分母を「1施設あたりの平均入所(居)者数」、分子を例えば「1施設あたりの『服薬なし』の平均人数」として算出している。



医療関係職種の配置等に係る介護報酬上の評価

サービス類型(主なもの)		主な加算・要件等【配置に係る要件部分を抜粋】
医師	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	◇常勤医師配置加算 [25単位/日] 常勤医師を1名以上(かつ、常勤換算方法で100:1以上)配置した場合を評価。
		◇精神科医師による療養指導に係る加算 [5単位/日] 認知症である入所者(医師が認知症と診断した者等)が全入所者の3分の1以上を占める介護老人福祉施設において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月に2回以上行われていることを評価。
看護職員	小規模多機能型居宅介護	◇看護職員配置加算 [(Ⅰ)900単位/月、(Ⅱ)700単位/月] (Ⅰ)専ら当該事業所の職務に従事する常勤の看護師を1人以上配置した場合を評価。 (Ⅱ)専ら当該事業所の職務に従事する常勤の准看護師を1人以上配置した場合を評価。
	認知症対応型共同生活介護 (認知症グループホーム)	◇医療連携体制加算 [39単位/日] 環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限りグループホームで生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれるよう、看護師を認知症グループホームの職員として、または病院・診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により1人以上確保する等の体制を整備している事業所を評価。
	特定施設入居者生活介護	◇夜間看護体制加算 [10単位/日] 常勤の看護師を1名以上配置し、看護職員に病院・診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携に因り利用者に対して、24時間連絡体制を確保し、重度化した場合の方針を定めている場合を評価。
	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	◇看護体制加算 [4~13単位/日] 常勤の看護師を1名以上配置している場合や、当該施設の看護職員により、又は病院・診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保している場合等を評価。
リハビリ専門職	特定施設入居者生活介護	◇個別機能訓練加算 [12単位/日] 常勤専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の機能訓練指導員※を1名以上配置していること 等
	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	◇個別機能訓練加算 [12単位/日] 常勤専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の機能訓練指導員※を1名以上配置していること 等
その他	特定施設入居者生活介護	◇医療機関連携加算 [80単位/回(月1回のみ)] 看護職員が、利用者毎の健康の状況を継続的に記録している場合において、協力医療機関又は当該利用者の主治医に対して、当該利用者の健康の状況について情報提供をした場合を評価。

医療保険と介護保険の給付調整について

要介護被保険者又は居宅要支援被保険者（以下、「要介護被保険者等」）については、原則として、介護保険給付が医療保険給付より優先されるが、別に厚生労働省が定める場合については、医療保険から給付できることとされており、これを医療保険と介護保険の給付調整という。

例） 要介護被保険者等に対する訪問看護については、原則として介護保険から給付されるが、末期の悪性腫瘍等の患者については、医療保険から給付される。

<根拠法令>

○健康保険法(大正十一年四月二十二日)(法律第七十号)

第五十五条

2 被保険者に係る療養の給付又は入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費、療養費、訪問看護療養費、家族療養費若しくは家族訪問看護療養費の支給は、同一の疾病又は負傷について、介護保険法の規定によりこれらに相当する給付を受けることができる場合には、行わない。

○診療報酬の算定方法（平成二十年三月五日)(厚生労働省告示第五十九号)

※一部改正；平成22年3月5日厚生労働省告示第69号

六 前各号の規定により保険医療機関又は保険薬局において算定する療養に要する費用の額は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第六十二条に規定する要介護被保険者等については、算定しないものとする。

医療保険と介護保険の給付調整のイメージ①

緩 ← 給付調整 → 厳

介護報酬に含まれている医療の密度

医師配置無し

医師配置あり

自宅

高齢者専用賃貸住宅

有料老人ホーム
軽費老人ホーム

小規模多機能型居宅介護

認知症対応型共同生活介護
(認知症グループホーム)

特定施設入居者生活介護
(外部サービス利用型)
特定施設入居者生活介護

介護老人福祉施設
(特別養護老人ホーム)

介護老人保健施設

介護療養型老人保健施設

介護療養型医療施設

一定の人的要件を満たした場合に
特定施設入居者生活介護となる。

いわゆる転換老健

医療保険と介護保険の給付調整のイメージ②

	自宅	特定施設 入居者 生活介護	介護老人 福祉施設 (特別養護老人 ホーム)	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設
手術・放射線治療 急性増悪時の医療 等					
特殊な検査 (例:超音波検査など) 簡単な画像診断 (例:エックス線診断など)					
投薬・注射 検査(例:血液・尿など) 処置(例:創傷処置など)					
医学的指導管理					

緊急時施設療養費
※1

医療保険で給付

介護保険で給付

特定診療費
※2

※1) 介護老人保健施設においては、入所者の病状が著しく変化した場合に、緊急等やむを得ない事情により施設で行われた療養について、緊急時施設療養費を算定できる。

※2) 介護療養型医療施設においては、入院患者に対して、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為について、特定診療費を算定できる。

例1) 簡単な手術については介護老人保健施設サービス費に包括されている。

例2) 医療用麻薬、抗悪性腫瘍剤等一部の投薬・注射については、介護老人保健施設の入所者についても診療報酬を算定できる。

要介護高齢者等に対するサービス別の医師の診療に係る保険給付の状況

生活の場			保険給付される医師の診療（例）						
施設等の類型 ○：算定可能 △：患者の状態像または診療を行う医師の所属に応じて算定可能 ×：算定不可 ●：基本施設サービス費に包括			医師の 配置基準	医療保険				介護保険	
				診察			在宅時 総合 管理料 在宅 医学	医学的 指導管理 （診察・ 健康管理等）	居宅療養 管理指導
				初・再 診療料	往診料	訪問診療料 在宅患者			
自宅			—	○	○	○	○	—	○
特定施設入居者生活介護以外の高齢者住宅			—	○	○	○	○	—	○
特定施設入居者生活介護以外の福祉施設			—	○	○	○	○ ¹	—	○
小規模多機能型居宅介護			—	○ ²	○ ²	○ ²	○ ²	—	○ ³
認知症対応型共同生活介護（認知症グループホーム）			—	○	○	○	○	—	○
特定施設入居者 生活介護		外部サービス利用型	—	○	○	○	○	—	○
		外部サービス利用型以外		○	○	○	○ ⁴	—	○
介護 保険 施設	介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム）	配置医以外	必要数	○	○	△ ⁵	△ ^{4,5}	—	—
		配置医		×	×	△ ⁵	△ ^{4,5}	●	—
	介護老人保健施設	従来型	常勤1以上 100:1以上	△ ⁶	△ ⁶	×	×	●	—
		介護療養型			△ ^{6,7}			● ⁸	
	介護療養型医療施設		3以上 48:1以上	△ ⁹	×	×	×	● ⁸	—

1.養護老人ホーム、軽費老人ホームA型の入所者については、「特定施設入居時等医学総管理料」を算定

2.宿泊サービスの場合

3.居宅に訪問した場合に限る(小規模多機能型居宅介護事業所に訪問した場合は算定不可)

4.「特定施設入居時等医学総管理料」を算定

5.末期の悪性腫瘍の患者に限る

6.併設保険医療機関以外の保険医療機関については算定可能

7.併設医療機関の保険医が緊急時に往診した場合にあつては、「緊急時施設治療管理料」を算定可。

8.感染対策指導管理、褥瘡対策指導管理等の指導管理を評価した介護報酬については算定可

9.他科受診時費用を算定した日(外泊中)の場合は算定可能

要介護高齢者等に対するサービス別の訪問看護の保険給付の状況

生活の場				保険給付される訪問看護			
施設等の類型				看護職員の配置	医療保険	介護保険	
○:算定可能 ×:算定不可 △:患者の状態像、場所等に応じて算定可能							
自宅				－	△ ¹	○	
特定施設入居者生活介護以外の福祉施設・高齢者住宅				－※2	△ ^{1,2}	○	
小規模多機能型居宅介護				1人(非常勤可)	△ ^{1,3}	× ⁴	
認知症対応型共同生活介護(認知症グループホーム)				なし	△ ¹	× ⁵	
特定施設入居者生活介護		外部サービス利用型		なし※2,※3	△ ^{1,2}	○ ^{5,6}	
		外部サービス利用型以外		3人※4	△ ¹	× ⁵	
短期入所生活介護				1人(常勤)	△ ⁷	△ ⁸	
介護保険施設	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)			3人※5	△ ⁷	×	
	介護老人保健施設		従来型	短期入所療養介護※1	10人※6	×	×
			介護療養型		18人※6	×	×
	介護療養型医療施設				18人※6	×	×

※1 療養病床を有する病院・診療所(介護療養型医療施設を除く)及び一般病床を有する診療所における短期入所療養介護を除く。
 ※2 「養護老人ホーム」の看護職員の配置は入所者100人当たり1人(常勤換算職員数)、「有料老人ホーム」の看護職員の配置は必要数である。
 ※3 特定施設入居者生活介護の指定を受けるもののうち、養護老人ホームは外部サービス利用型特定施設入居者生活介護に限られる。
 ※4 入所者100人当たりの常勤換算職員数。具体的な配置の考え方は、次の①と②の合計数である。＜①利用者30人まで:1人(常勤換算法)②利用者30人超の部分:50対1(常勤換算法)＞
 ※5 入所者が100人の場合の常勤換算職員数。ただし、具体的な配置の考え方は次の①～④による。＜①30人以下の場合:1人以上(常勤換算法)②31～50人の場合:2人以上(常勤換算法)③51～130人の場合:3人以上(常勤換算法)④130人以上の場合:3+(入所者が50増すごとに1)以上(常勤換算法)＞
 ※6 入所者100人当たりの常勤換算職員数

1 末期の悪性腫瘍等の者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である者に限る。
 2 養護老人ホーム(定員111名以上に限る)については、医療保険の訪問看護は算定できない。
 3 宿泊サービスの場合算定可能。
 4 居宅に訪問した場合を除く。
 5 必要がある場合に、事業者の費用負担によりその利用者に対して訪問看護(居宅サービス)を利用させることは差し支えない。
 6 事業者が指定訪問看護事業所に委託し、訪問看護の提供を行った場合に、訪問看護費の90/100を算定できる(加算は算定不可)。なお、委託料は個々の委託契約に基づく。
 7 末期の悪性腫瘍の者に限る。
 8 居宅で訪問看護の提供を受けていた利用者については、事業所の配置医の指示により訪問看護事業所の看護職員が「在宅中重度者受入加算」として健康上の管理等を行うことができる。(訪問看護事業所は事業所との委託契約により支払を受ける。)

要介護高齢者等に対するサービス別のリハビリテーションの保険給付の状況

生活の場			保険給付されるリハビリテーション						
施設等の類型 ○:算定可能 ×:算定不可 △:患者の状態像、場所等に応じて算定可能			リハビリ職種等の 配置基準	医療保険			介護保険		
				疾患別 リハ※1	その 他※2	訪問 リハ※3	施設内リハ	通所 リハ	訪問 リハ
自宅			—	○ ¹	○ ¹	×	—	○	○
特定施設入居者生活介護以外の 福祉施設・高齢者住宅			—	○ ¹	○ ¹	×	—	○	○
小規模多機能型居宅介護			—	○ ¹	○ ¹	×	— 〔機能訓練が基本施設 サービス費に包括〕	×	○ ²
認知症対応型共同生活介護 (認知症グループホーム)			—	○	○	×	—	× ³	× ³
特定施設 入居者生活 介護	外部サービス利用型		—	○ ¹	○ ¹	×	—	○ ^{3,4}	○ ^{3,4}
	外部サービス利用型以外		機能訓練指導員※4 1以上	○	○	×	— 〔機能訓練が基本施設 サービス費に包括〕	× ³	× ³
介護 保険 施設	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)		機能訓練指導員※4 1以上	○	○	—	— 〔機能訓練が基本施設 サービス費に包括〕	×	×
	介護老人 保健施設	従来型	PT、OT、ST 100:1以上	△ ⁵	△ ⁶	—	基本施設サービス費に 包括	×	×
		介護療養型							
介護療養型医療施設			PT、OT:適当数	×	△ ⁷	—	特定診療費(出来高)	×	×

※1. 心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器
リハビリテーション、呼吸器リハビリテーション
※2. 摂食機能療法、難病患者リハビリテーション料等
※3. 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
※4. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩
マッサージ指圧師の資格を有する者

1. 同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った日から1ヶ月を経過した日以降は算定不可
2. 居宅に訪問した場合に限る。(小規模多機能型居宅介護事業所に訪問した場合は算定不可)
3. 必要がある場合に、事業者の費用負担によりその利用者に対して居宅サービスを利用させることは差し支えない
4. 事業者が指定居宅サービス事業所に委託し、指定居宅サービス事業所に委託料を支払い、通所リハビリテーションの提
供を行った場合、通所リハビリテーション費の90/100(所要時間2時間以上3時間未満の場合は63/100)を、訪問リハビリ
テーションの提供を行った場合、訪問リハビリテーション費の90/100を算定できる(加算は算定不可)。なお、委託料は
個々の委託契約に基づく。
5. 脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションは算定できない
6. 摂食機能療法、視能訓練は算定できない
7. 視能訓練及び難病患者リハビリテーション料に限り算定できる(認知症病棟の病床を除く。)

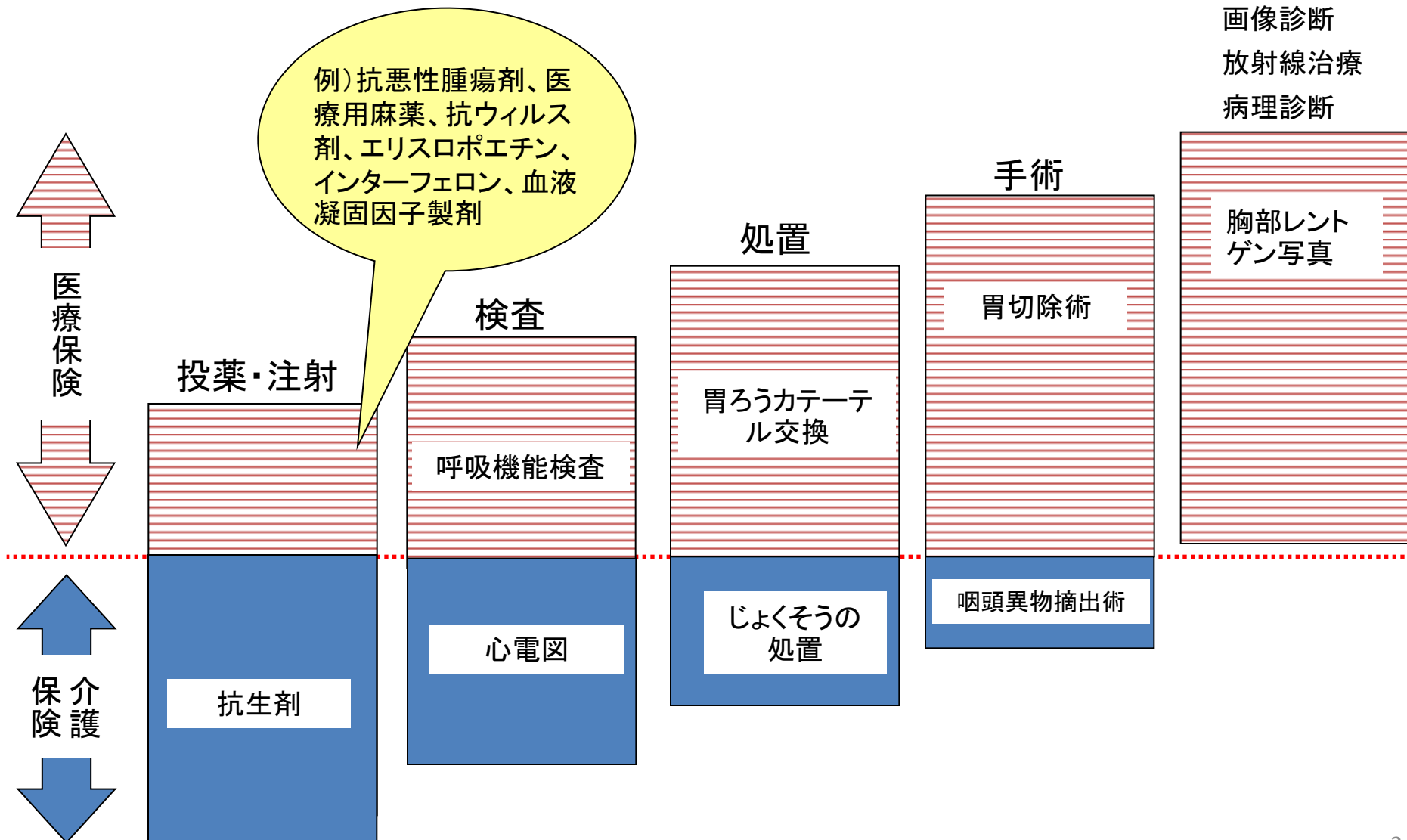
介護老人保健施設における給付調整の主な経緯

- 介護老人保健施設においては、薬剤や一般的な検査・処置等については介護保険の基本施設サービス費に包括されているが、適宜見直しを行っている。

年次	主な変更事項
平成12年度	○入所者に投与可能な薬剤 一定の状態にある透析患者(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血患者の状態にある者)に対するエリスロポエチン
平成18年度	○皮膚科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科領域における算定制限の緩和
平成20年度	○入所者に投与可能な薬剤 ①内服薬・外用薬 ・疼痛コントロールのための医療用麻薬 ・抗ウイルス剤(B型・C型肝炎、後天性免疫不全症候群、HIV感染症に関するもの) ②注射薬 ・疼痛コントロールのための医療用麻薬 ・インターフェロン製剤(B型・C型肝炎に関するもの) ・抗ウイルス剤(B型・C型肝炎、後天性免疫不全症候群、HIV感染症に関するもの) ・血友病の治療に係る血液凝固因子製剤および血液凝固因子抗体迂回活性複合体
平成22年度	○入所者に対するがんの外来化学療法の算定 診療報酬の外来化学療法加算の届出を行っている医療機関で、老健入所者に外来化学療法を行った場合、抗悪性腫瘍剤の薬剤料と注射料(外来化学療法加算も含めた手技料)を算定可能となった

介護老人保健施設における給付調整のイメージ

○ 一般的な検査・処置等については介護保険の基本施設サービス費に包括されているため、医療保険からは給付されない。



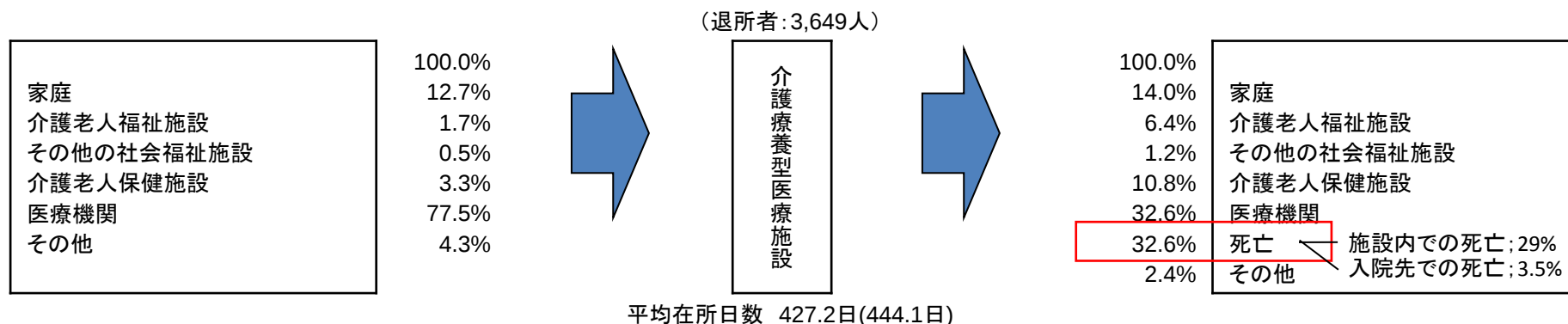
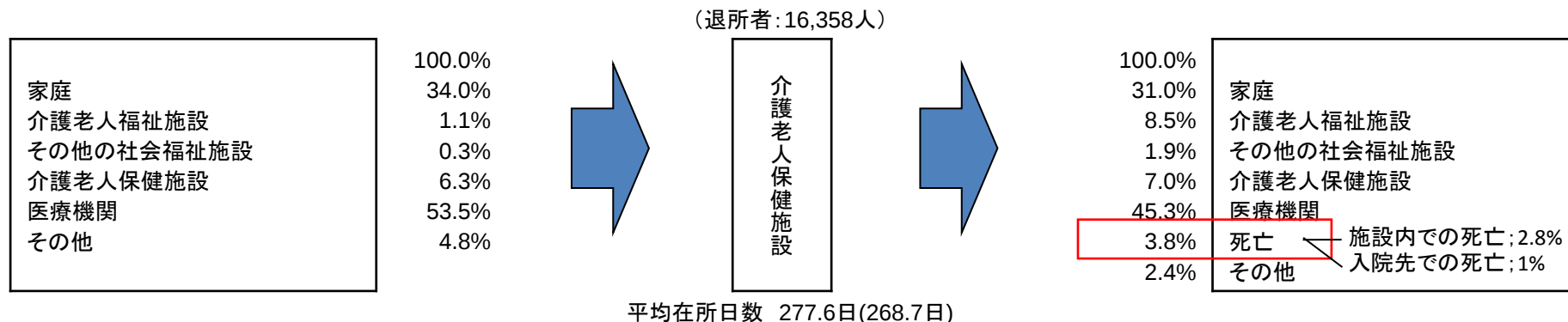
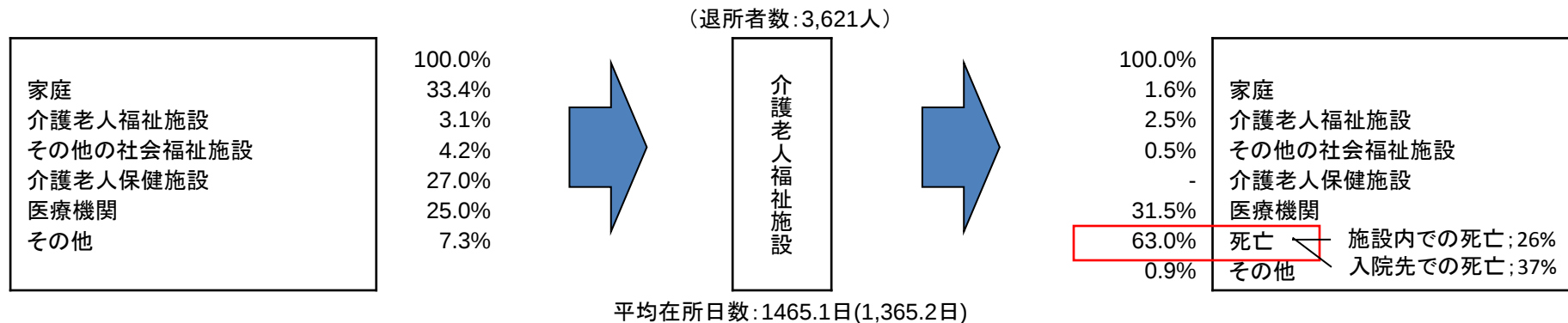
介護老人保健施設における緊急時医療の介護報酬上の評価

- 介護老人保健施設においては、入所者の病状が著しく変化した場合に、緊急等やむを得ない事情により施設で行われた療養について、介護報酬における緊急時施設療養費を算定できる。

	緊急時施設療養費	
	緊急時治療管理	特定治療
単位数	500単位／日（月に1回連続した3日のみ）	医科診療報酬点数表第1章第2章に定める点数
概要	○入所者の病状が重篤になり、救命救急医療が必要となった場合に算定。 1.意識障害又は昏睡 2.急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪 3.急性心不全（心筋梗塞を含む） 4.ショック 5.重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等） 6.その他薬物中毒等で重篤なもの	○やむを得ない事情により行われるリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療 注：算定できないリハビリテーション、処置、手術、麻酔又は放射線治療が別に定められている。
算定	31.5千件／年※	—

2. 看取りの対応の強化について

介護保険施設における入・退所者の状況



看取りに係る介護報酬上の評価について①

- 訪問看護については、平成12年より「ターミナルケア加算」が算定可能。
- 平成18年より、介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)において「看取り介護加算」を創設。
- 平成21年度より、介護老人保健施設において「ターミナルケア加算」、認知症対応型共同生活介護において「看取り介護加算」を創設。
- 施設の看取りに係る加算は、一定の要件を満たす入所者(利用者)について、看護師の確保や看取り指針の策定等の要件を満たす事業所において算定できる。

◇対象者（共通）

- (1) 医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者であること。
- (2) 入所者(利用者)又はその家族等の同意を得て、入所者(利用者)の介護^注に係る計画が作成されていること。
- (3) 医師、看護師、介護職員等が共同して、入所者(利用者)の状態又は家族の求め等に応じ随時、本人又はその家族への説明を行い、同意を得て、介護^注が行われていること。

注：介護老人保健施設については、「ターミナルケア」

◇その他（例：介護老人福祉施設の場合）

- (1) 常勤の看護師を1名以上配置し、当該介護老人福祉施設の看護職員により、又は病院、診療所若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、24時間の連絡体制を確保していること。
- (2) 看取りに関する指針を定め、入所の際に、入所者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得ていること。
- (3) 看取りに関する職員研修を行っていること
- (4) 看取りを行う際に個室又は静養室の利用が可能となるよう配慮を行うこと。

看取りに係る介護報酬上の評価について②

○ 看取りに係る加算については、サービス類型毎に、算定期間毎の報酬単価や算定要件等が異なる。

		認知症対応型 共同生活介護 【看取り介護加算】	介護老人福祉施設 【看取り介護加算】	介護老人保健施設 【ターミナルケア加算】	介護療養型 老人保健施設 【ターミナルケア加算】	(参考)訪問看護 【ターミナルケア加算】
算定期間	死亡日	↑	1,280単位/日	↑	↑	↑
	死亡前日～前々日	80単位/日	680単位/日	315単位/日	315単位/日	2,000単位/死亡月
	死亡4日～14日前		80単位/日	↓	↓	
	死亡15日～30日前	↓		200単位/日	200単位/日	↓
算定単位数(上限)	対象者が、施設内で死亡した場合	2,400単位	4,800単位	7,725単位	7,725単位	2,000単位
	対象者が、死亡前日に、他の医療機関に搬送された場合	2,320単位	3,520単位	7,410単位	—	— ※ ターミナルケア後、24時間を超えて死亡した場合
加算の算定状況 注:()は請求事業所総数に占める割合		115事業所(1.1%) 127件	858事業所(13.8%) 3 346件 ※うち、死亡日の報酬を算定→ 1162件 [地域密着型を除く]	392事業所(10.5%) 975件		640事業所(8.3%) 800件
備考		医療連携体制加算の算定が必要	—	—	入所している施設又は当該入所者の居宅における死亡に限る	死亡日前14日以内に2回以上のターミナルケアの実施した場合

看取りに係る介護報酬上の評価について③

- 要介護高齢者等について、看取りに係る加算を算定する場合、当該患者を診療する医師の看取りに係る診療報酬上の評価については、給付調整される。

		認知症対応型 共同生活介護 【看取り介護加算】	介護老人福祉施設 【看取り介護加算】		介護老人保健施設 【ターミナルケア加算】	介護療養型 老人保健施設 【ターミナルケア加算】
介護 保険	看取り介護加算 又は ターミナルケア加算	○	○	—	○	○
医療 保険	在宅患者訪問診療料 及び 在宅ターミナルケア加算	○	×	○ 末期悪性腫 瘍の患者に 限る	×	×

○：算定可能 ×：算定不可 —：算定しない場合

(参考)在宅医療における医師の診療に係るターミナルケア・看取りの評価【診療報酬】

C001 在宅患者訪問診療料 830又は200点/日

＋在宅ターミナルケア加算 2000点* (死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合) 又は 死亡診断を行った場合 200点

*在宅療養支援診療所もしくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の医師が死亡日前14日以内に2回以上の往診又は訪問診療を実施し、かつ死亡前24時間以内に往診又は訪問診療を行い当該患者を看取った場合 10,000点

主な論点

介護サービス利用者への医療サービスの提供のあり方についてどのように考えるか。

1. 各サービスごとの医療提供のあり方について

(1) 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)等における医療提供のあり方についてどのように考えるか。

- － 介護老人福祉施設における日常の健康管理、一定の専門性が必要となる医療や緊急時の対応を含めた医療提供及び、配置医の果たす役割などについて、どのように考えるか。
- － 介護老人保健施設において提供される医療の範囲をどのように考えるか。

(2) 小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護における看護職員の配置など看護の提供のあり方についてどのように考えるか。

2. 看取りの対応の強化について

医療機関以外での看取りへの対応の強化について、どのような対応が考えられるか。

介護支援専門員の資質向上と今後のあり方 に関する基礎調査について

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について

ケアマネジメント実態調査

○平成23年3月実施

○調査対象

1事業所あたり、管理者1名、
介護支援専門員3名

○配付数

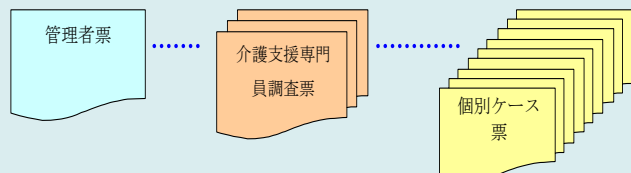
10,028事業所

・居宅介護支援事業所:8,927ヶ所
・介護予防支援事業所:1,101ヶ所

○有効回答数

・個別ケース:8,425件
・介護支援専門員:3,284件
・事業所:1,864件

調査票の構成及び調査対象者



1事業所あたり1部 1事業所あたり3人 ケアマネジャー1人あたり3票

※実際は介護支援専門員票のなかに、個別ケース票3票を綴じこんだものを配布

基礎集計（中間報告）

個別ケアプラン分析

○利用者の状態とそれに即したケアマネジメントの関連性から、個別のケアプランについて分析(アセスメント情報とサービス内容の分析)。

○要介護度や疾病分類等により個別のケアプランを分析

必要となるクロス集計を実施

今後の方向性の提案

○ケアマネジメントの手法や実践に関する提案

・参考となるケアプランの事例発信
・様式の改善 等

○介護報酬のあり方

・特定事業所加算 等

○介護支援専門員の資質のあり方の検討

・研修
・試験 等

**「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」
調査結果中間報告(概要版)**

平成23年9月5日

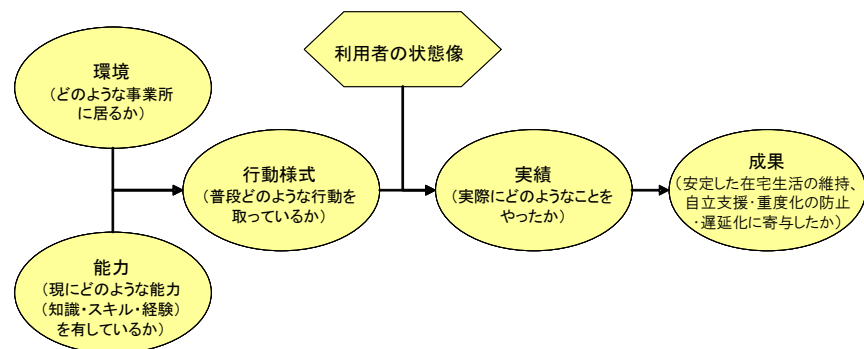
株式会社日本総合研究所

調査概要

1. 調査の目的

- 現在行われているケアマネジメントの現状を明らかにするとともに、ケアマネジメントの質と介護支援専門員の資質を比較・分析できる基礎データを収集することを目的に実施した。
- なお、調査を実施するに当たり、右記のようなメカニズムを仮説として設定し、調査票を設計した。

ケアマネジメントの成果が発現されるメカニズム(仮説)



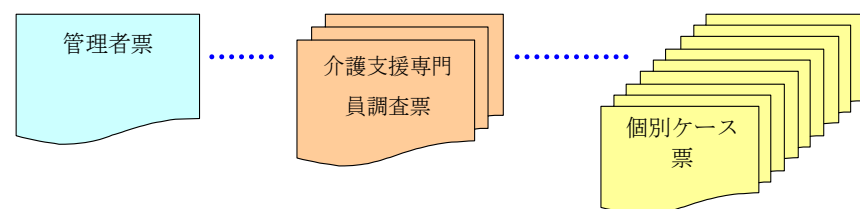
2. 調査対象地域・事業所

- 全国の居宅介護支援事業所・予防支援事業所のうち、災害救助法適用市町村(平成23年3月14日17:30現在、東京都を除く)を除外して調査対象とした。
- 平成23年1月時点でWAM-NETに掲載された指定居宅介護支援事業所32,571カ所、指定介護予防支援事業所1,101カ所のうち約25%を抽出した。

3. 調査対象者

- 右記の通り、1事業所あたり、管理者1名、介護支援専門員3名を対象とした。

調査票の構成及び調査対象者



1事業所あたり1部 1事業所あたり3人 ケアマネジャー1人あたり3票

※実際は介護支援専門員票のなかに、個別ケース票3票を綴じこんだものを配布

4. 調査方法

- 郵送配布・郵送回収

5. 調査期間

- 平成23年3月22日～3月31日 5月6日(金)到着分まで集計

6. 有効回答数および回収率

- 配布数: 10,028事業所
 - ・ 指定居宅介護支援事業所8,927カ所、指定介護予防支援事業所1,101カ所
 - ・ 管理者票10,028票、介護支援専門員票30,084票、個別ケース票90,252票
 - ・ 事業所移転等による未着・回答拒否(平成23年3月31日までに確認できたもの): 16事業所
- 有効回収数:
管理者票1,864件、介護支援専門員票3,284件、個別ケース票8,425件
- 有効回収率:
管理者票 18.6%、介護支援専門員票10.9%、個別ケース票9.3%

I．個別ケース票

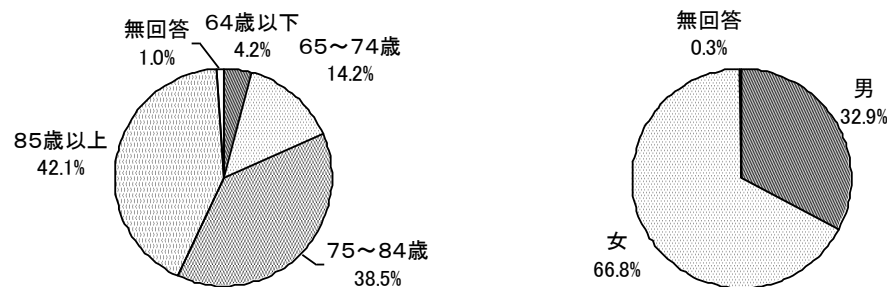
1. 基本情報(年齢・性別、要介護度)

- 年齢・性別分布は介護給付費実態調査と同じ傾向
- 要介護1～5に対し要支援1～2の割合がやや少ないが、要介護1～5の内訳は介護給付費実態調査と同じ傾向

【年齢・性別】

- 回答の対象となった要介護者の年齢は85歳以上が42.1%を占め、次いで75～84歳が38.5%であった。
- 年齢分布を介護給付費実態調査(平成23年1月審査分)と比較すると、85歳以上の割合が約4ポイント少なく、74歳以下が多いものの、全体的な傾向は同じである。(図表掲載省略)

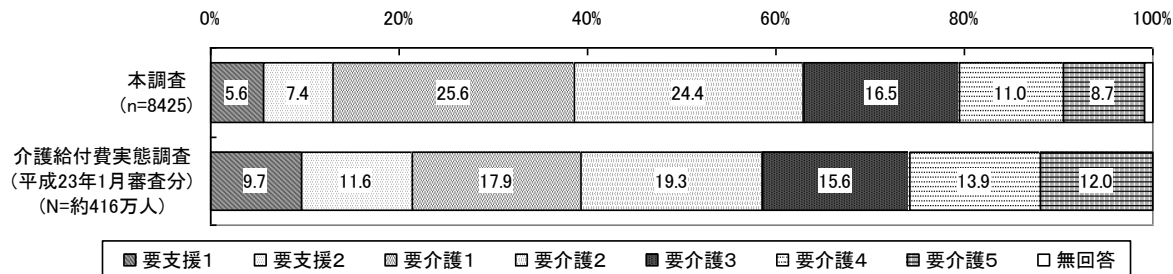
図表 年齢・性別



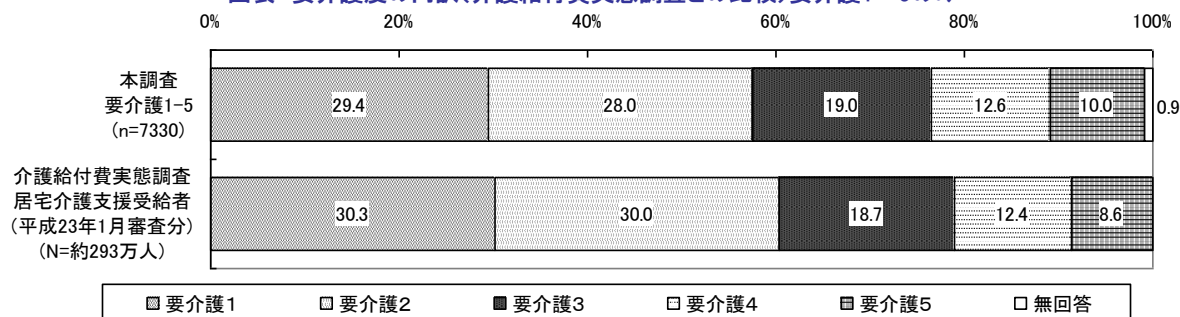
【要介護度】

- 要介護度別の構成比は、要介護1と2がそれぞれ約4分の1を占めた。
- 介護給付費実態調査と本調査結果とを比較すると、要支援者の割合が低い、これは事業所の規模に関わらず、同数の個別ケース票の提出を求めたため、居宅介護支援事業所よりも事業所あたりの利用者数が多い予防支援事業所が提出しているケースが相対的に少なくなっているものと推測される。
- なお、要介護1～5のみについて介護給付費実態調査と比較すると、本調査結果では要介護3以上がわずかに多いものの、同じ傾向の構成比である。

図表 要介護度の内訳(介護給付費実態調査との比較)全体



図表 要介護度の内訳(介護給付費実態調査との比較)要介護1～5のみ



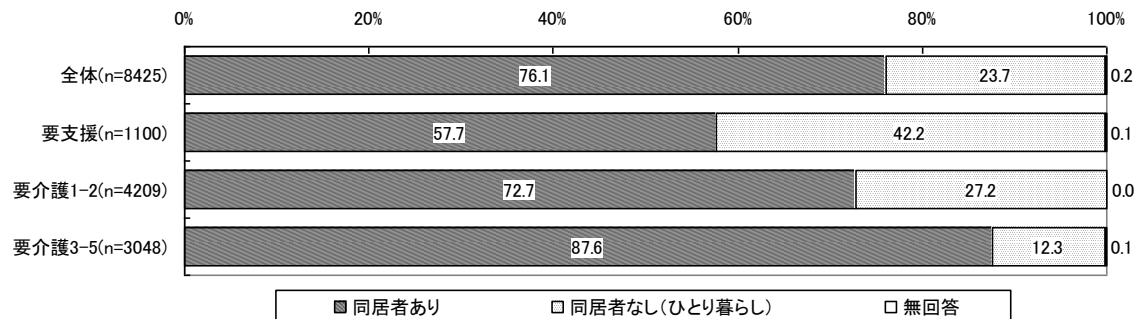
2. 同居者の有無、家族等介護者の状況(1) 概略

- 同居者がいるケースは全体の76.1%であり、要介護度が高いほど同居者がいる割合が高い
- 要介護者と同居している子が介護可能なケースは約3分の1、別居の家族が介護可能なケースは半数弱

【同居者の有無】

- 同居者がいるケースは全体の76.1%であった。
- 要介護度別に見ると、要支援では同居が約6割だが、要介護度が高くなるにつれて同居の割合が上がり、要介護3以上では9割近くに上る。
- 要介護度が高いなか在宅生活を続けるには同居者の存在が重要であることがうかがわれる。

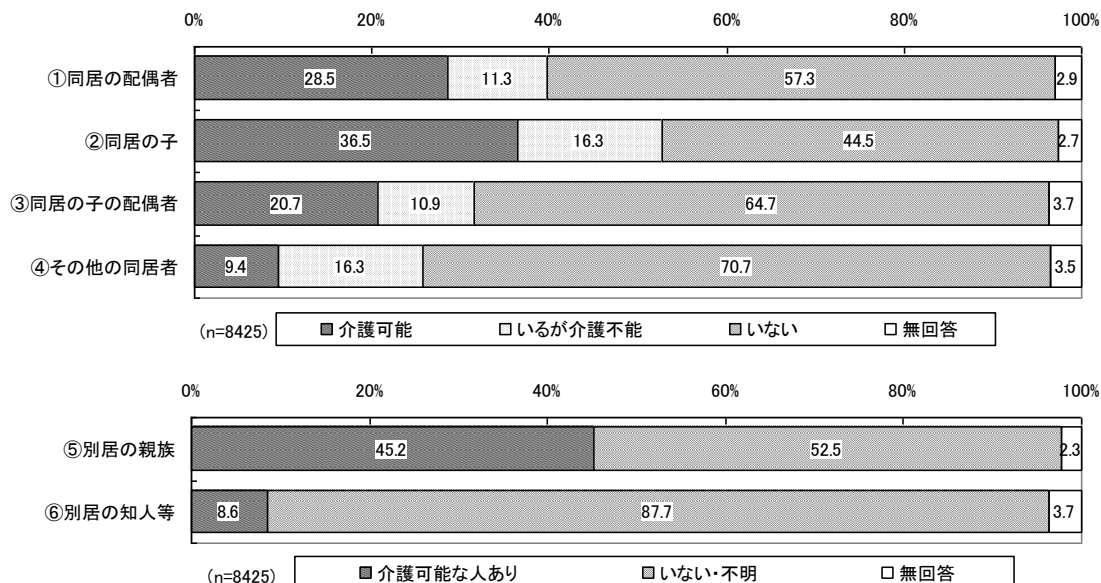
図表 要介護度3段階別 同居者の有無



【家族等介護者の有無】

- 要介護者と同居している配偶者が介護可能なケースは28.5%、同居している子が介護可能なケースは36.5%である。
- 別居の家族が介護可能なケースは45.2%であった。

図表 家族等介護者の有無



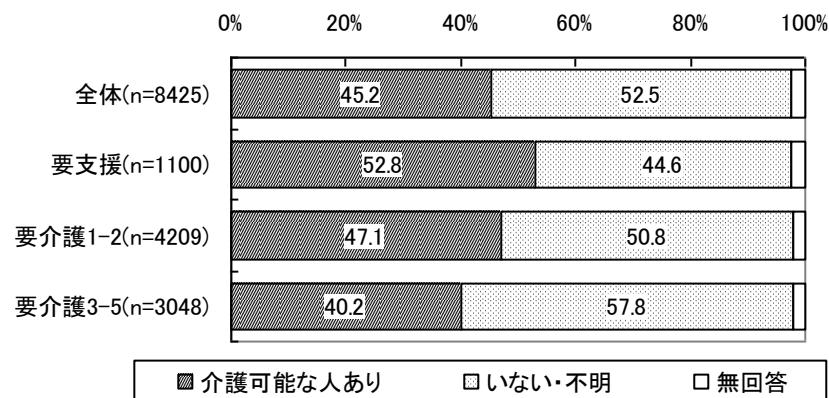
2. 同居者の有無、家族等介護者の状況 (2)本人の状態別家族等介護者の状況

- 別居の親族が介護可能なケース(全体の45.2%)を本人の状態別に見ると、要介護度が低く、認知症の程度も低いほど別居親族による介護可能性が高い
- 要支援のケースに限って見れば介護可能な別居親族がいる割合は52.8%
- 一方、要介護度が高くなるほど介護可能な同居者がいる割合も大きくなる傾向が見られることから、比較的軽度の段階では別居している家族等介護者の存在を考慮する必要性が高いと言えるのではないか

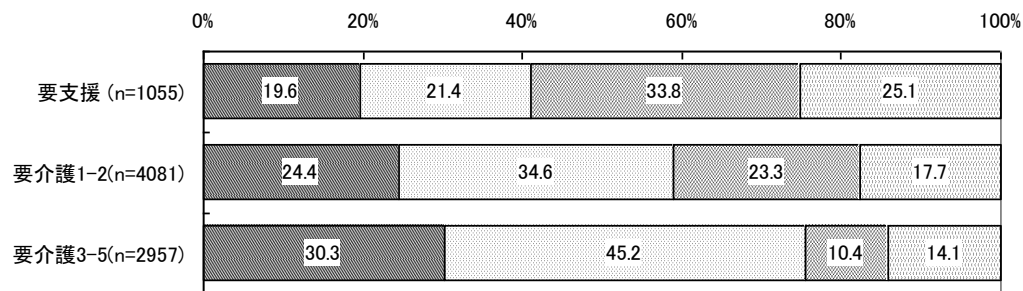
【親族による介護可能性】

- 要介護度が低いほど、別居親族の介護可能性が高い。
- 認知症の程度が低いほど、別居親族の介護可能性が高い。
- 一方、前述の通り、要介護度が高くなるほど同居者がいる割合が大きい。
- 介護可能な同居者あるいは親族の状況について見ても、要介護度が高くなるほど「同居介護者もいて別居親族も介護可」及び「同居介護者がいるが別居親族は介護不可」の割合が大きくなる傾向が見られる。

図表 要介護度3段階別 別居親族による介護可能性の有無



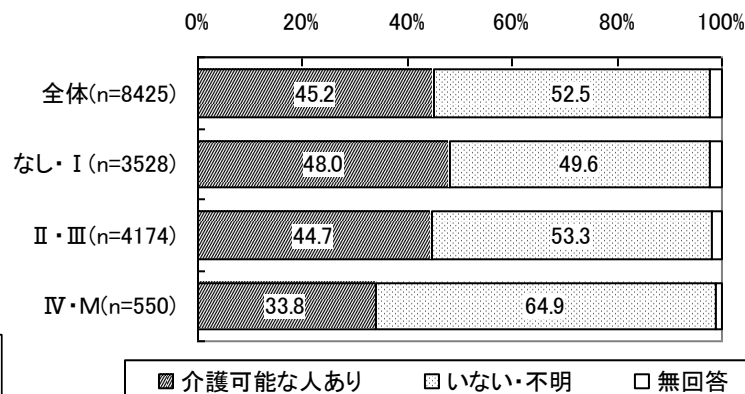
図表 要介護度3段階別 同居者ならびに別居親族による介護可能性の有無



※ 無回答は除外して集計

■ 同居介護者もいて別居親族も介護可 □ 同居介護者がいるが別居親族は介護不可 ■ 同居介護者はいないが別居親族が介護可 □ 同居者・別居親族とも介護不可

図表 認知症の程度3段階別 別居親族による介護可能性の有無



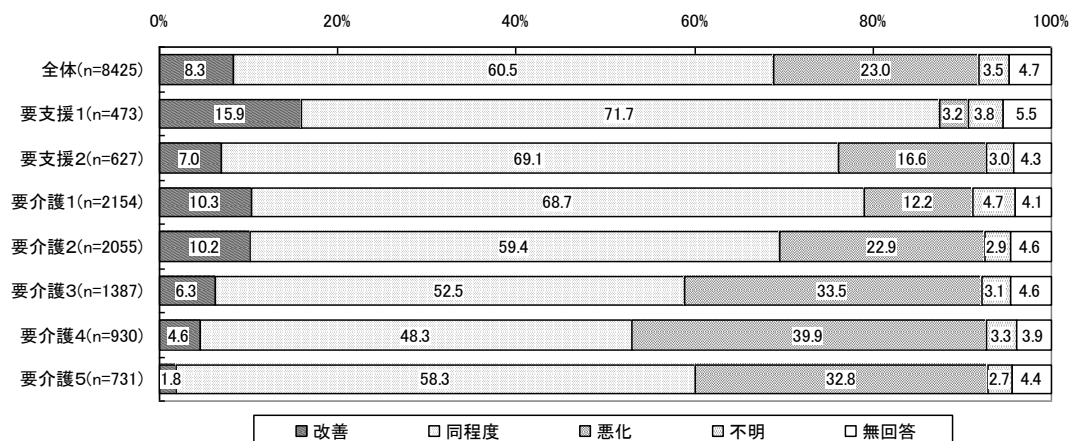
■ 介護可能な人あり □ いない・不明 □ 無回答

3. 前回認定からの経過

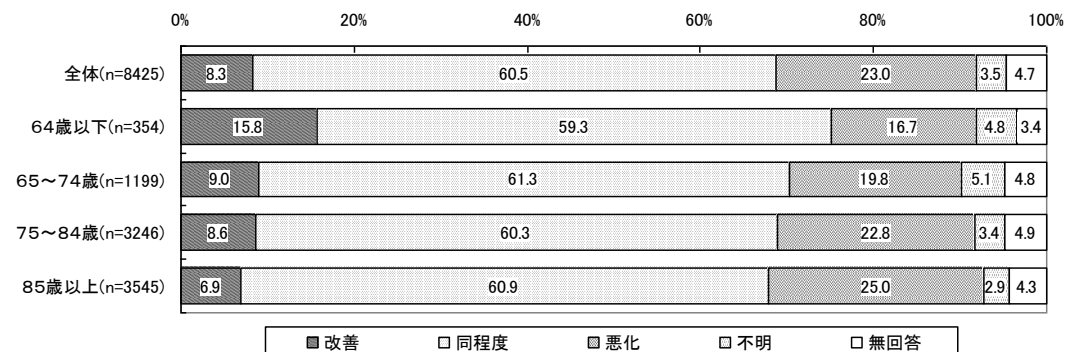
- 全体では、前回認定結果と比較して要介護度が改善した人が8.3%、悪化した人の割合が23.0%、
- 改善した割合が高いのは要支援1で、15.9%が前回認定と比較して改善

- 前回認定結果と比較して要介護度が改善した人は8.3%、悪化した人の割合は23.0%であった。
- 要介護度別に見ると、改善した割合が高いのは要支援1(15.9%)、次いで要介護1と2(それぞれ10.3%、10.2%)である。
- 悪化した割合が高いのは要介護4(39.9%)であった。
- 年齢が高いほど改善している割合は低い。

図表 要介護度別 前回認定結果と比較した要介護度



図表 年齢別 前回認定結果と比較した要介護度

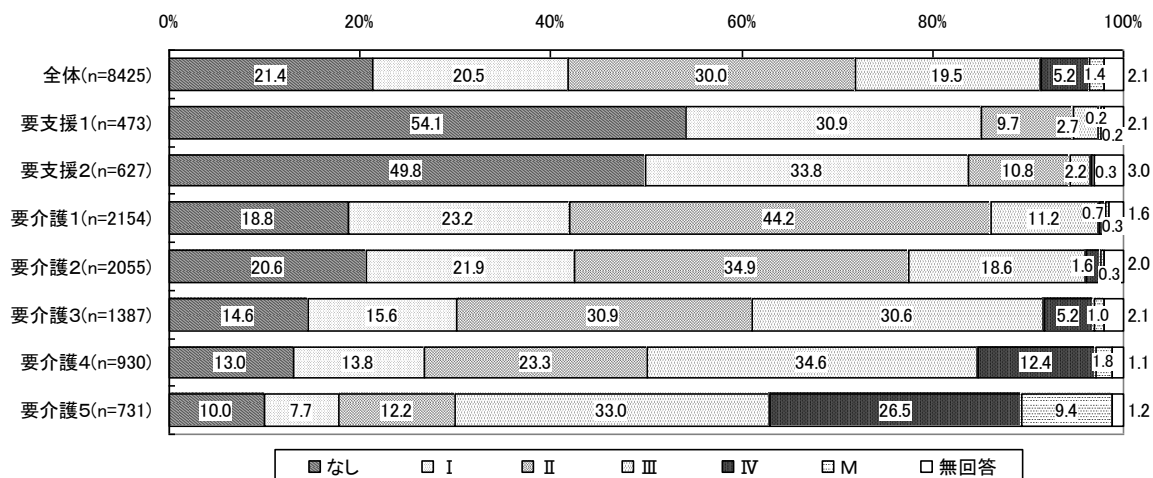


4. 認知症の程度

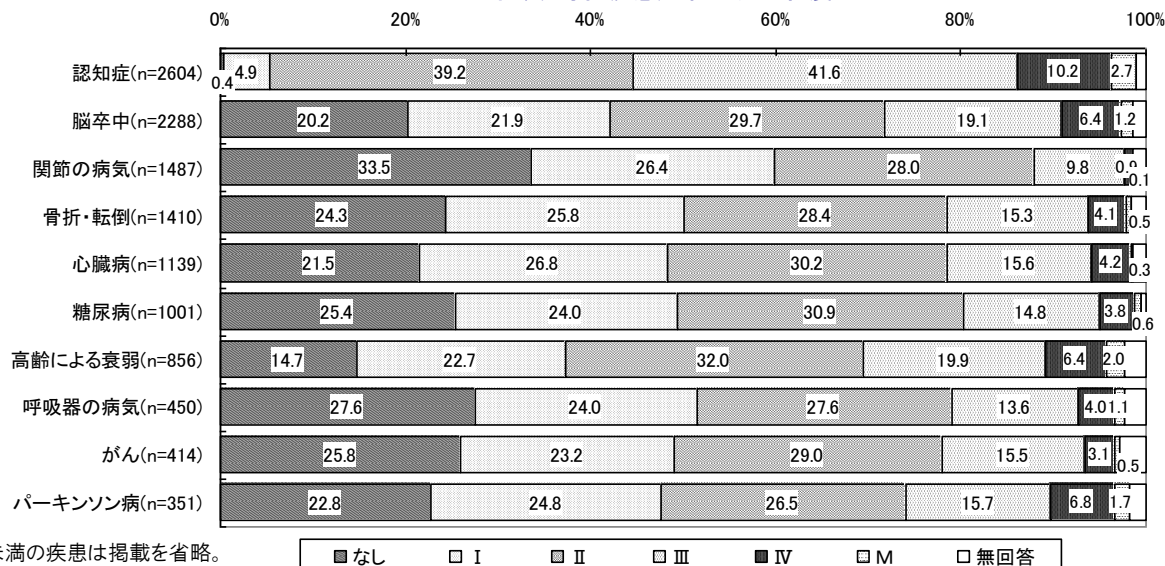
- 全体では認知症「なし」が21.4%、認知症加算の対象となるⅢ以上が26.1%
- 原因疾患別に見ると、認知症に加え、高齢による衰弱、パーキンソン病、脳卒中等でⅢ以上の割合が大きい傾向

- 全体では認知症「なし」が21.4%、認知症加算の対象となるⅢ以上が26.1%であった。
- 要介護度別に見ると、要支援では「なし」と「Ⅰ」が8割以上を占める。
- 認知症加算の対象となるⅢ以上の割合は
要介護3では約4割
要介護4では約5割
要介護5では約7割 を占める。
- 主たる疾患別に見ると、認知症が原因疾患である人はもちろんのこと、高齢による衰弱、パーキンソン病、脳卒中などの場合に認知症程度Ⅲ以上の割合が大きい。

図表 要介護度別 認知症の程度



図表 原因疾患別 認知症の程度



※nが300未満の疾患は掲載を省略。

5. 主たる原因疾患

○原因疾患（選択肢のなかから2つまで選択）として全体で最も多かったのは認知症で、全体の30.9%が該当

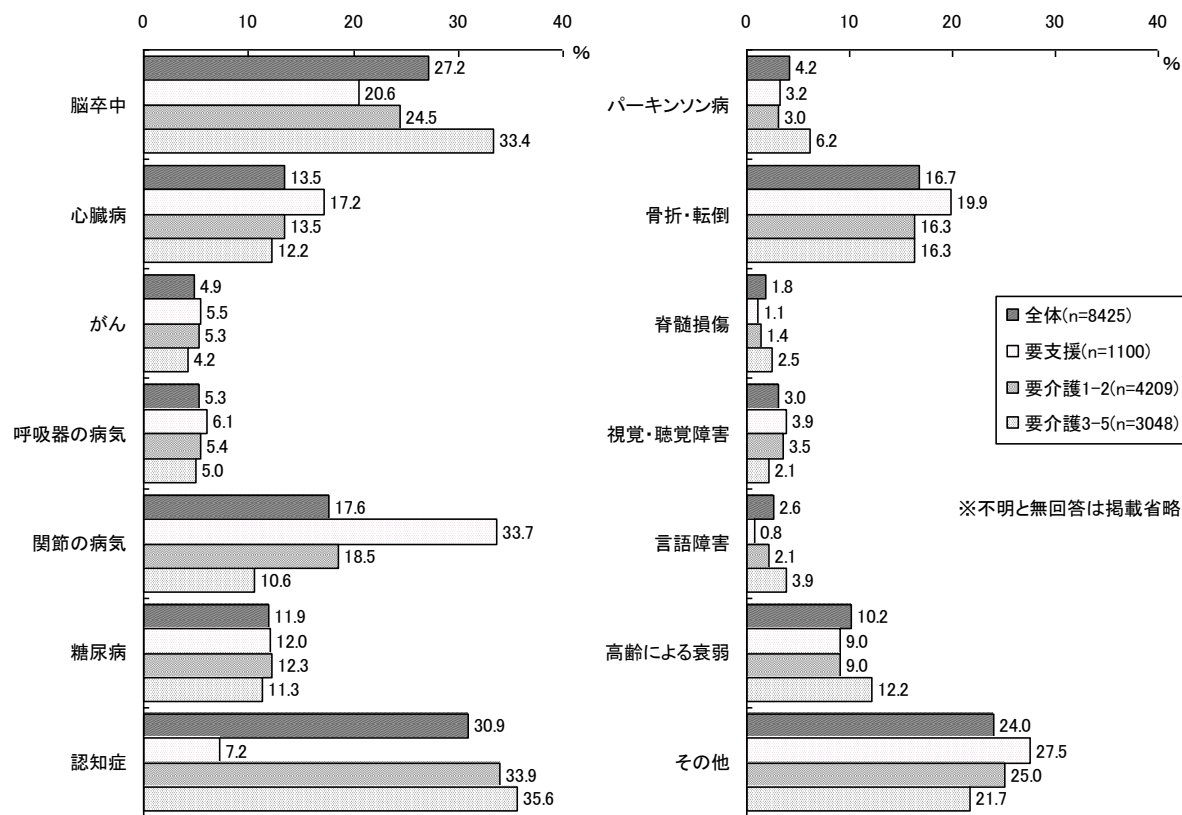
○要支援では関節の病気が、要介護3以上では脳卒中の割合が高い

○主たる原因疾患を右のグラフにある
選択肢のなかから2つまで選んだ結果として
最も多かったのは認知症で、
全体の3割以上が該当した。

○次いで
脳卒中(27.2%)、
関節の病気(17.6%)
骨折・転倒(16.7%)
の順であった。

○要介護度別に見ると、要支援では、
関節の病気が突出している(33.7%)。
一方、要介護3～5では認知症(35.6%)に
次いで脳卒中の割合が大きい(33.4%)。

図表 要介護度3段階別 主たる原因疾患



6. ケアプラン作成時点に認められた心身の状態 (1)要介護度別

- 廃用性症候群の可能性がある人は全体の31.0%
- 要支援2、要介護1～2でも約4分の1が廃用性症候群の可能性あり
- 認知症によるBPSDがある人は全体の21.5%

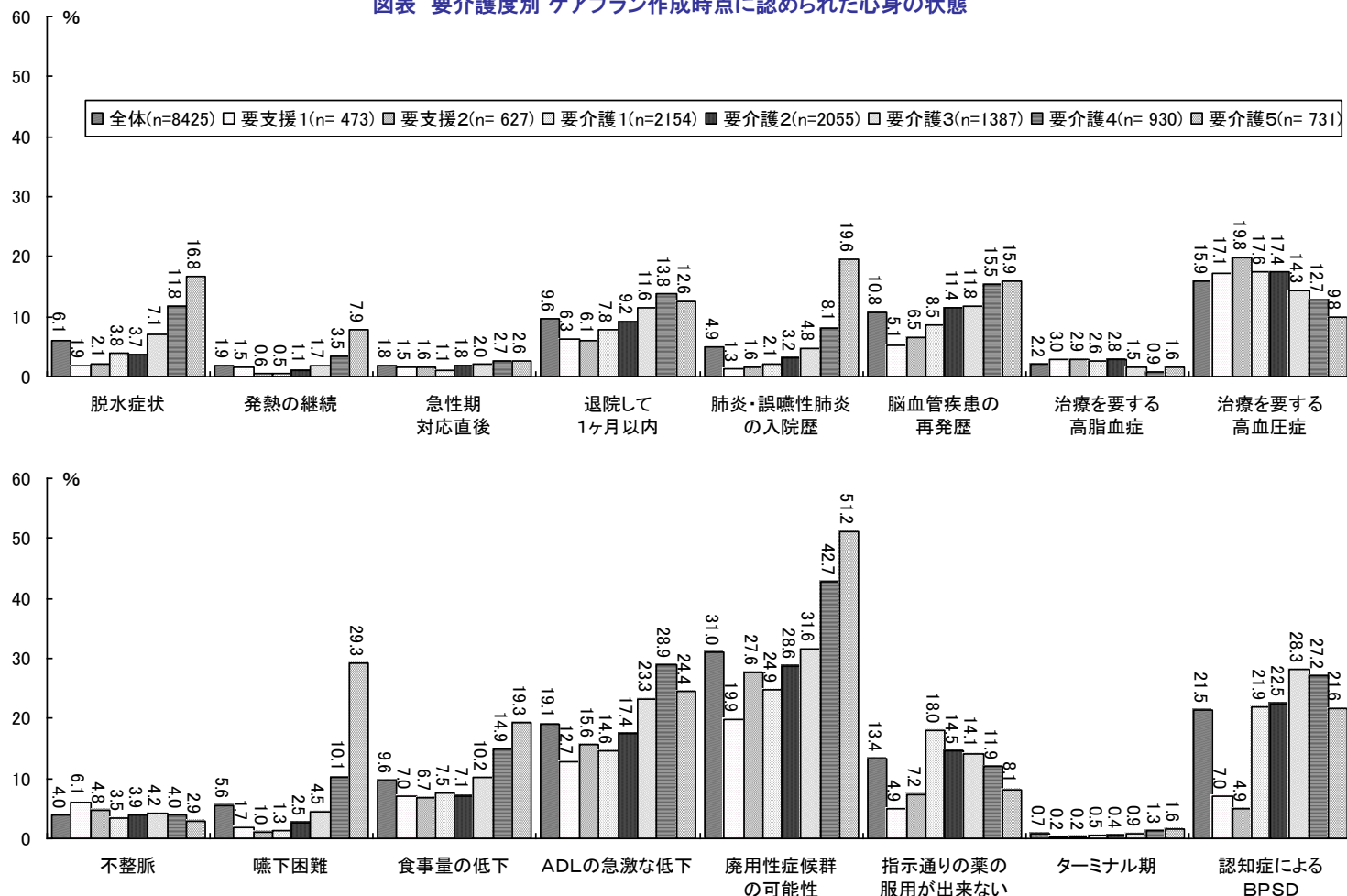
○ ケアプラン作成時点で認められた心身の状態について右のグラフにある選択肢のなかからあてはまるものをすべて選んだ結果として最も多かったものは、廃用性症候群の可能性で、全体の31.0%であった。

○ 廃用性症候群の可能性は要介護度5の半数以上が、要支援2～要介護2でも25%前後が、挙げている。

○ 廃用症候群の次に多かったのは認知症によるBPSD(全体の21.5%)であり、要介護1以上に多い。

○ 治療を要する高血圧症(全体の15.9%)は要介護度が低い層に多い。

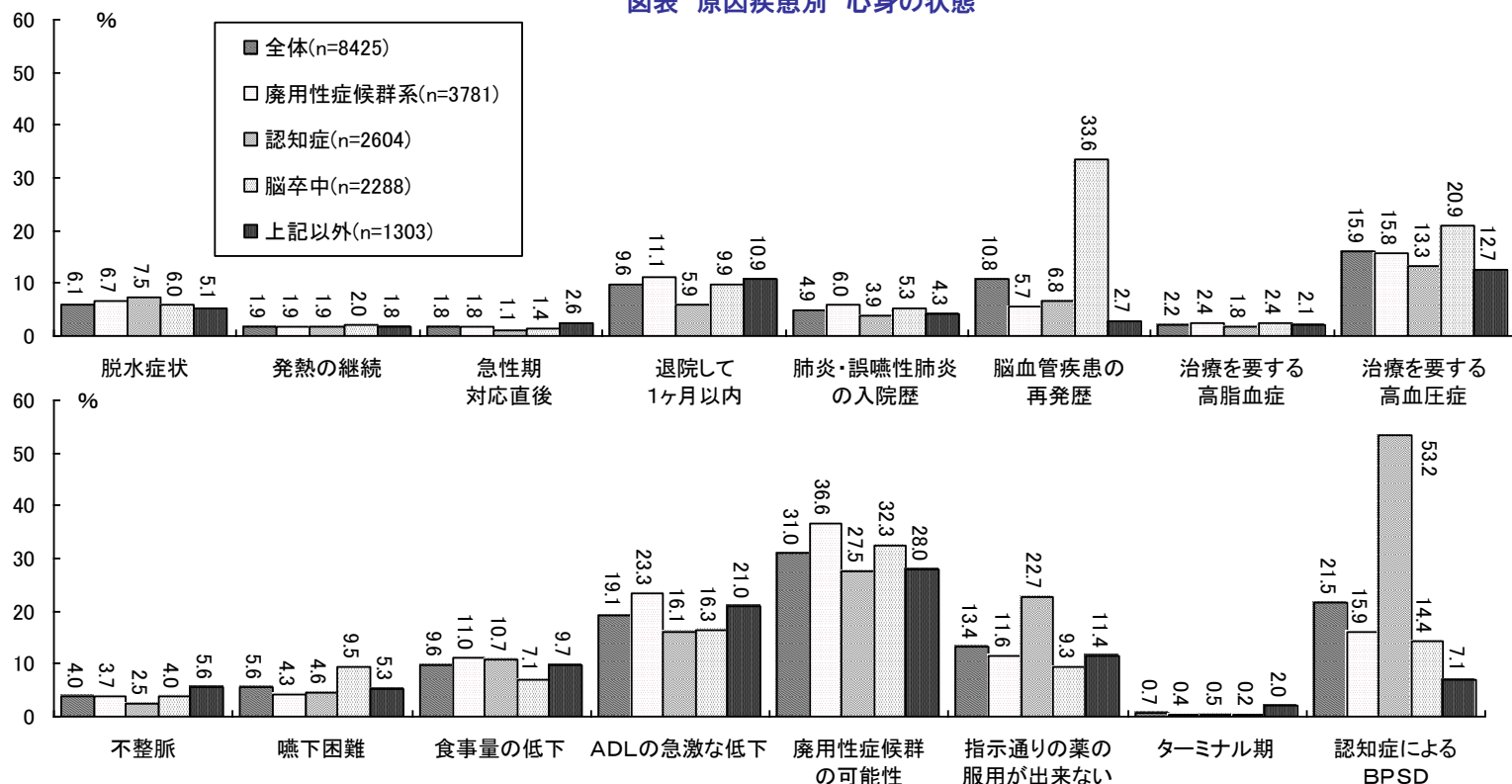
図表 要介護度別 ケアプラン作成時点に認められた心身の状態



6. ケアプラン作成時点に認められた心身の状態 (2)原因疾患別

- 廃用性症候群に関連する疾患(呼吸器の病気・関節の病気・骨折・転倒・脊髄損傷・高齢による衰弱)の場合は、「廃用性症候群の可能性」が36.6%、「ADLの急激な低下」が23.3%
- 認知症の場合は、「認知症によるBPSD」が53.2%、「廃用性症候群の可能性」が27.5%、「指示通りの服薬が出来ない」が22.7%
- 脳卒中の場合は、「脳血管疾患の再発歴」が33.6%、「廃用性症候群の可能性」が32.3%、「治療を要する高血圧症」が20.9%

図表 原因疾患別 心身の状態



※ 原因疾患の分類について

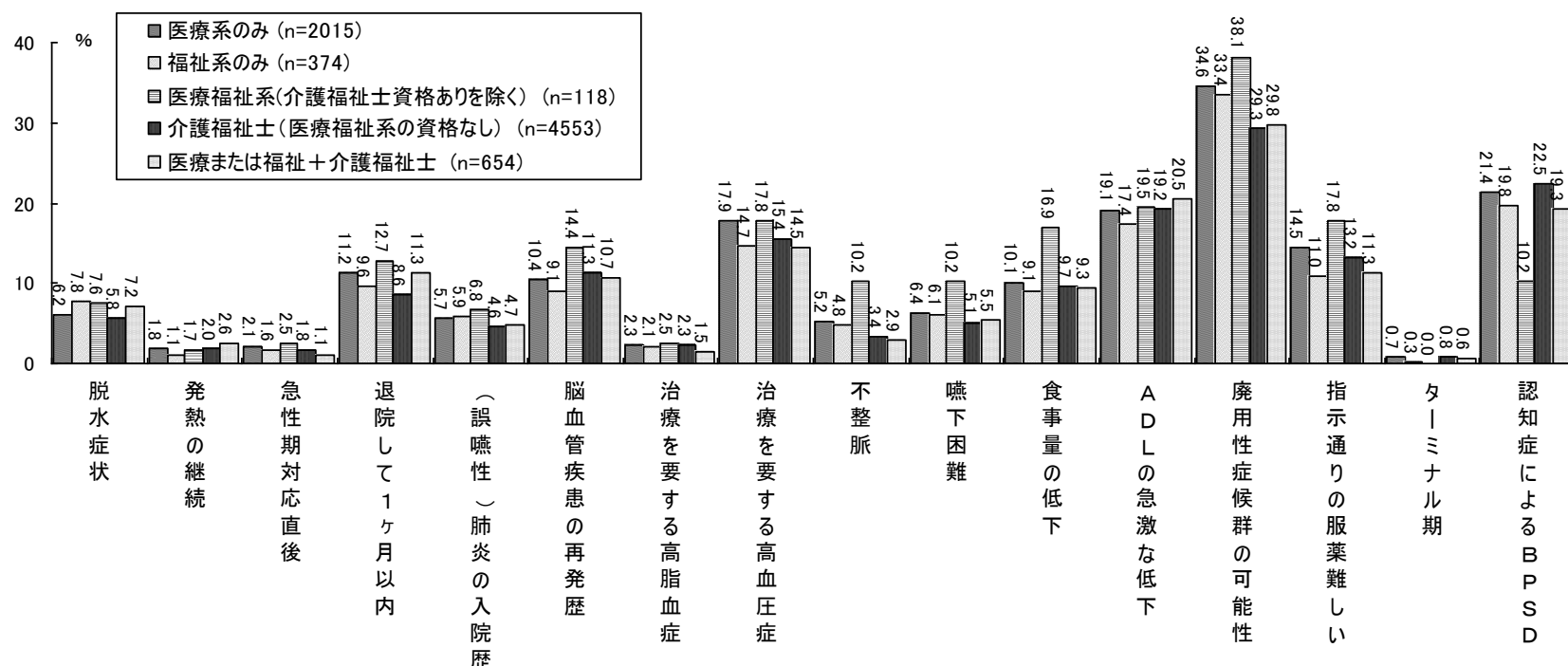
主たる原因疾患の回答結果を基に、呼吸器の病気・関節の病気・骨折・転倒・脊髄損傷・高齢による衰弱のいずれか1つでも選択されているものを「廃用性症候群系」、認知症が選択されているものを「認知症」、脳卒中が選択されているものを「脳卒中」、前述3分類のいずれにも当てはまらないもの(心臓病・がん・糖尿病・パーキンソン病・視覚・聴覚障害・言語障害・その他等の選択のみのもの)を「上記以外」とした。

原因疾患が最大2件の複数回答のため、廃用性症候群系、認知症、脳卒中のうち2つ以上に該当する場合はそれぞれの疾患群で重複して集計した。

6. ケアプラン作成時点に認められた心身の状態 (3)介護支援専門員の保有資格別

- 医療系と福祉系の両方の資格を保有する介護支援専門員は、担当する要介護者について、廃用性症候群の可能性をはじめとして、食事量の低下や嚥下困難などを指摘するケースが多いが、BPSDへの指摘は少ない
- 介護福祉士資格を保有する介護支援専門員は、それ以外の介護支援専門員と比較して廃用性症候群の可能性を指摘する割合が小さい

図表 介護支援専門員の保有資格別 利用者の心身の状態



※介護支援専門員の保有資格の分類について

- (1)「医療系」は医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、准看護師、助産師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、あん摩マッサージ指圧士、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士(管理栄養士を含む)のうちいずれかひとつ以上を保有。ただし(3)該当者は除く。
- (2)「福祉系」は社会福祉士、精神保健福祉士のいずれかひとつ以上の資格を保有。ただし(3)該当者は除く。
- (3)「医療福祉系」は1と2の両方に該当
- (4)「介護福祉士」は介護福祉士資格を保有。(5)は除く。
- (5)「医療/福祉系 かつ 介護福祉士」(1)(2)(3)に該当し、介護福祉士資格を保有。

7. ケアプラン作成時点で必要とされた医療的ケア（1）要介護度別

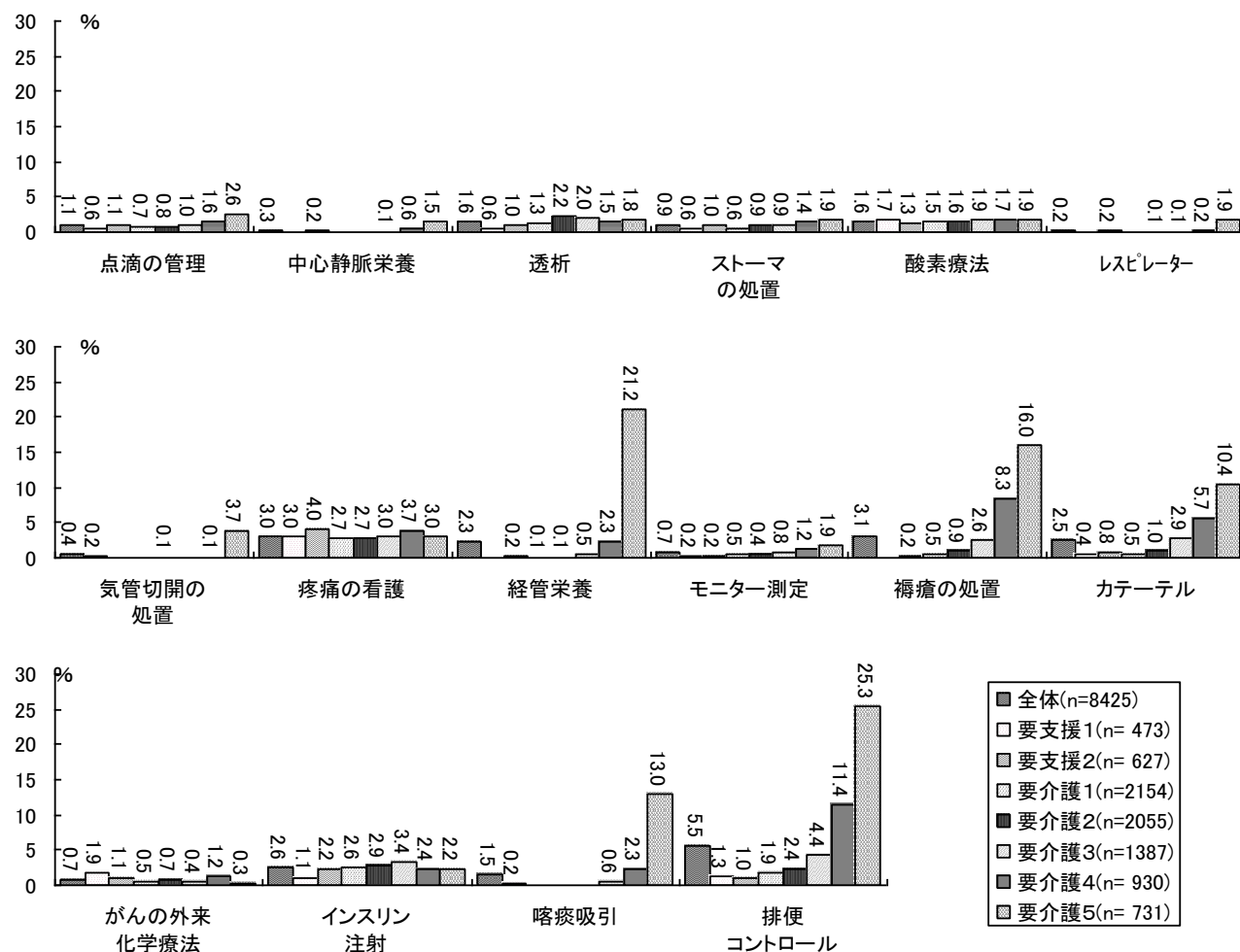
- 必要な医療的ケアとして多いものは、摘便などの排便コントロール(5.5%)、褥瘡の処置(3.1%)、疼痛の看護(3.0%)であった
- 医療的ケアの必要性は特に要介護5で大きい

ケアプラン作成時点で必要とされた医療的ケアについて右のグラフにある選択肢のなかからあてはまるもの全てを選んだ結果として多かったものは、

- 摘便などの排便コントロール(5.5%)
- 褥瘡の処置(3.1%)
- 疼痛の看護(3.0%)などであった。

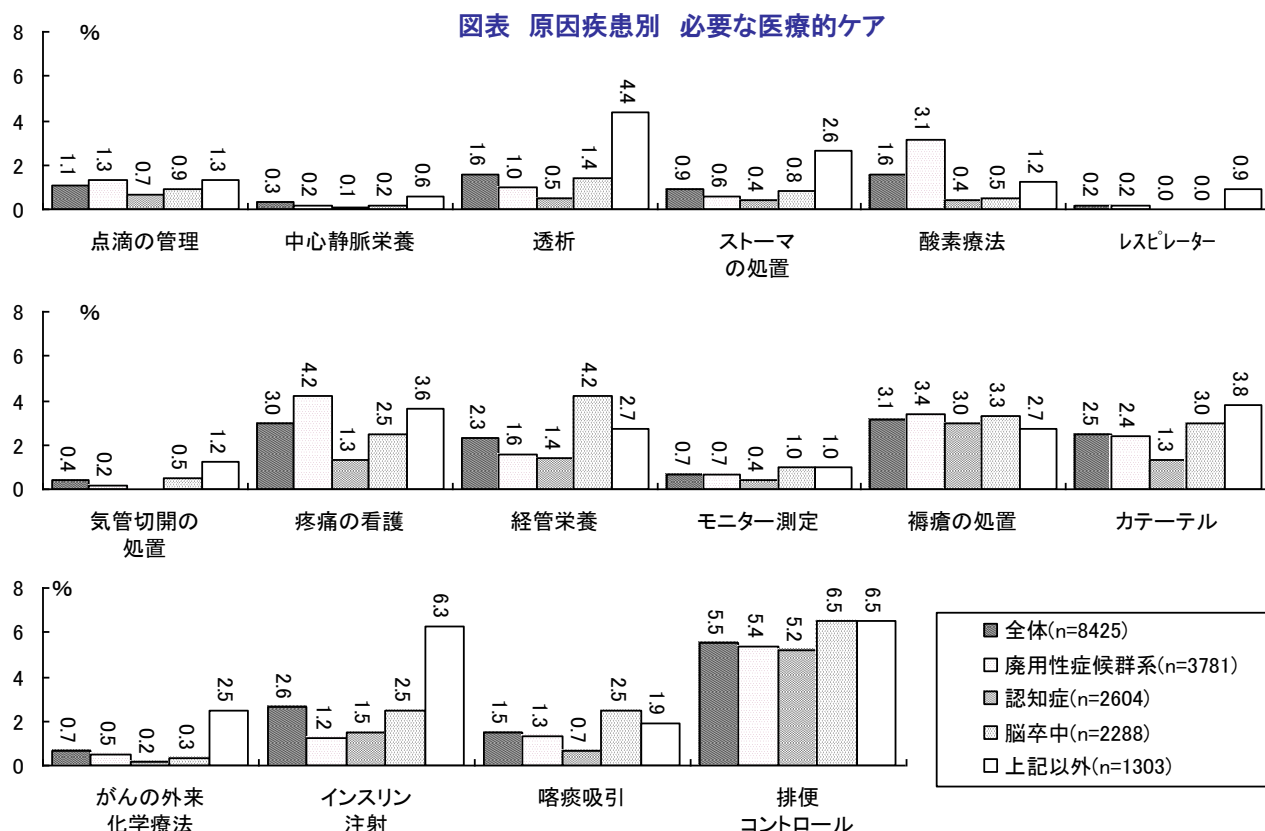
要介護5では、摘便などの排便コントロールが25.3%、経管栄養が21.2%、褥瘡の処置が16.0%、喀痰吸引が13.0%に上った。

図表 要介護度別 ケアプラン作成時点で必要とされた医療的ケア



7. ケアプラン作成時点で必要とされた医療的ケア（2）原因疾患別

- 呼吸器の病気・関節の病気・骨折・転倒・脊髄損傷・高齢による衰弱（廃用性症候群に関連する疾患）の場合、必要な医療的ケアとして多かったのは排便コントロール(5.4%)、疼痛の看護(4.2%)、褥瘡の処置(3.4%)、酸素療法(3.1%)であり、中でも疼痛の看護と酸素療法は他の疾患群よりも回答された割合が大きい
- 認知症の場合、他の疾患と比較して必要な医療的ケアが少ない傾向
- 脳卒中の場合、排便コントロール(6.5%)に次いで経管栄養(4.2%)が多く、経管栄養は他の疾患群よりも回答された割合が大きい。



※ 原因疾患の分類について

主たる原因疾患の回答結果を基に、呼吸器の病気・関節の病気・骨折・転倒・脊髄損傷・高齢による衰弱のいずれか1つでも選択されているものを「廃用性症候群系」、認知症が選択されているものを「認知症」、脳卒中が選択されているものを「脳卒中」、前述3分類のいずれにも当てはまらないもの（心臓病・がん・糖尿病・パーキンソン病・視覚・聴覚障害・言語障害・その他等の選択のみのもの）を「上記以外」とした。原因疾患が最大2件の複数回答のため、廃用性症候群系、認知症、脳卒中のうち2つ以上に該当する場合はそれぞれの疾患群で重複して集計した。

8. ADL、IADL (1) 概況、要介護度3段階別ADL、IADL

- ADLの中で完全自立の割合が高い項目は、食事、排泄、室内移動。全介助で回復可能性も低いのは屋外移動、入浴
- IADLのなかで完全自立の割合が高い項目は、電話・PC、服薬、金銭管理

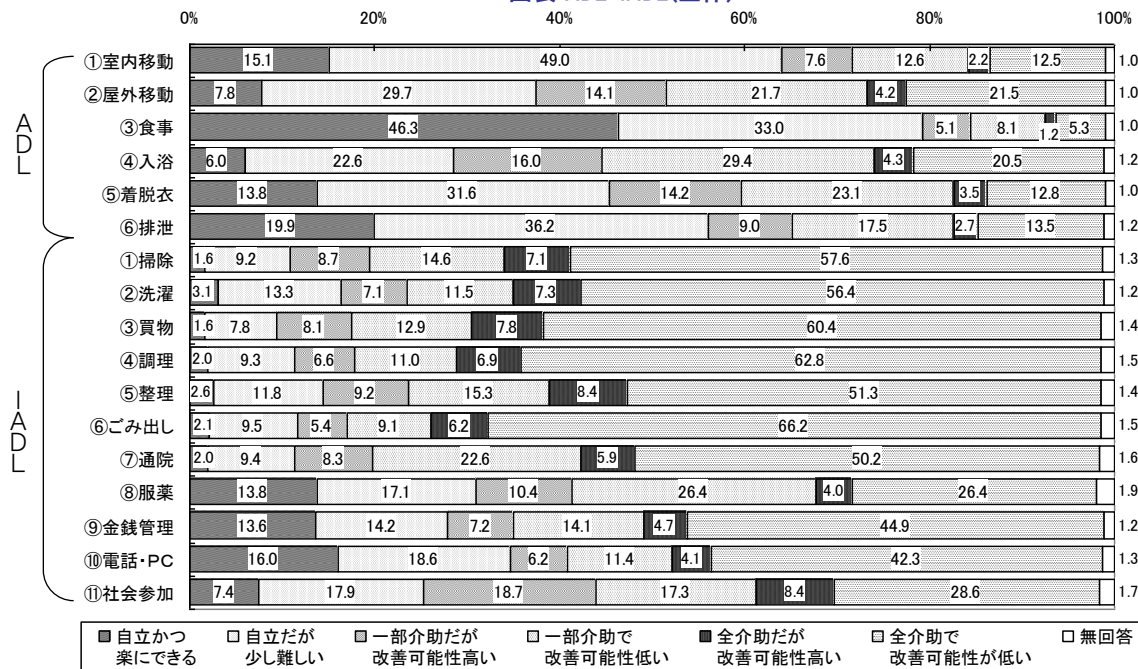
【ADLとIADL(6段階で回答)】

- 6項目の日常生活動作(ADL)と11項目の手段的日常生活動作(IADL)について、6段階で尋ねた。
- ADLの中で完全自立の割合が高い項目は、食事、排泄、室内移動であり、全介助で回復可能性も低いのは屋外移動、入浴である。IADLのなかで完全自立の割合が高い項目は、電話・PC、服薬、金銭管理である。

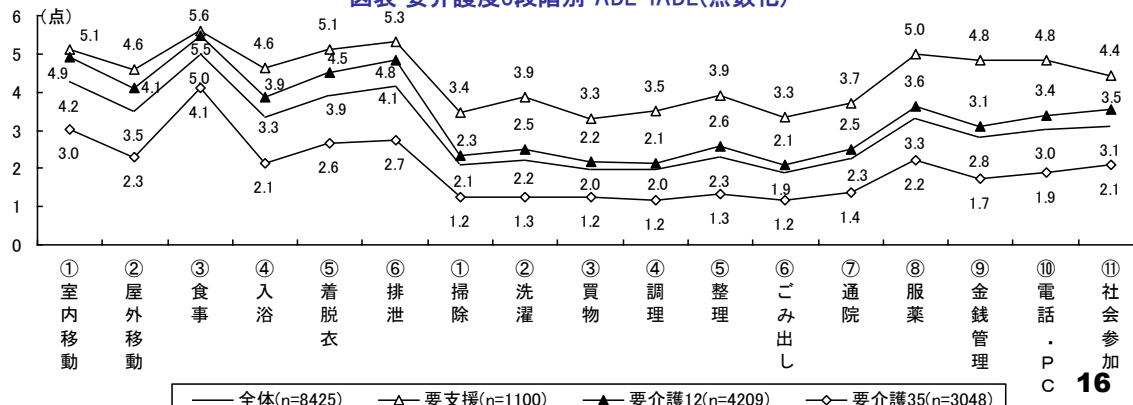
【ADLとIADL(6段階を点数化)】

- 比較しやすいよう、便宜的に「自立かつ楽にできる」を6点、「自立だが少し難しい」を5点、・・・、「全介助で改善可能性が低い」を1点とし、平均点数を算出した。
- 点数が高かったADL項目は、食事(5.0点)、室内移動(4.2点)、排泄(4.1点)の順であった。IADL項目では、服薬(3.3点)、社会参加(3.1点)、金銭管理(2.8点)の順である。要介護度別の平均点を見ると、ADL項目、とりわけ食事と室内移動については要支援と要介護1～2の開きが少ないが、IADL項目については要支援と要介護1～2の間の開きが大きい。

図表 ADL・IADL(全体)



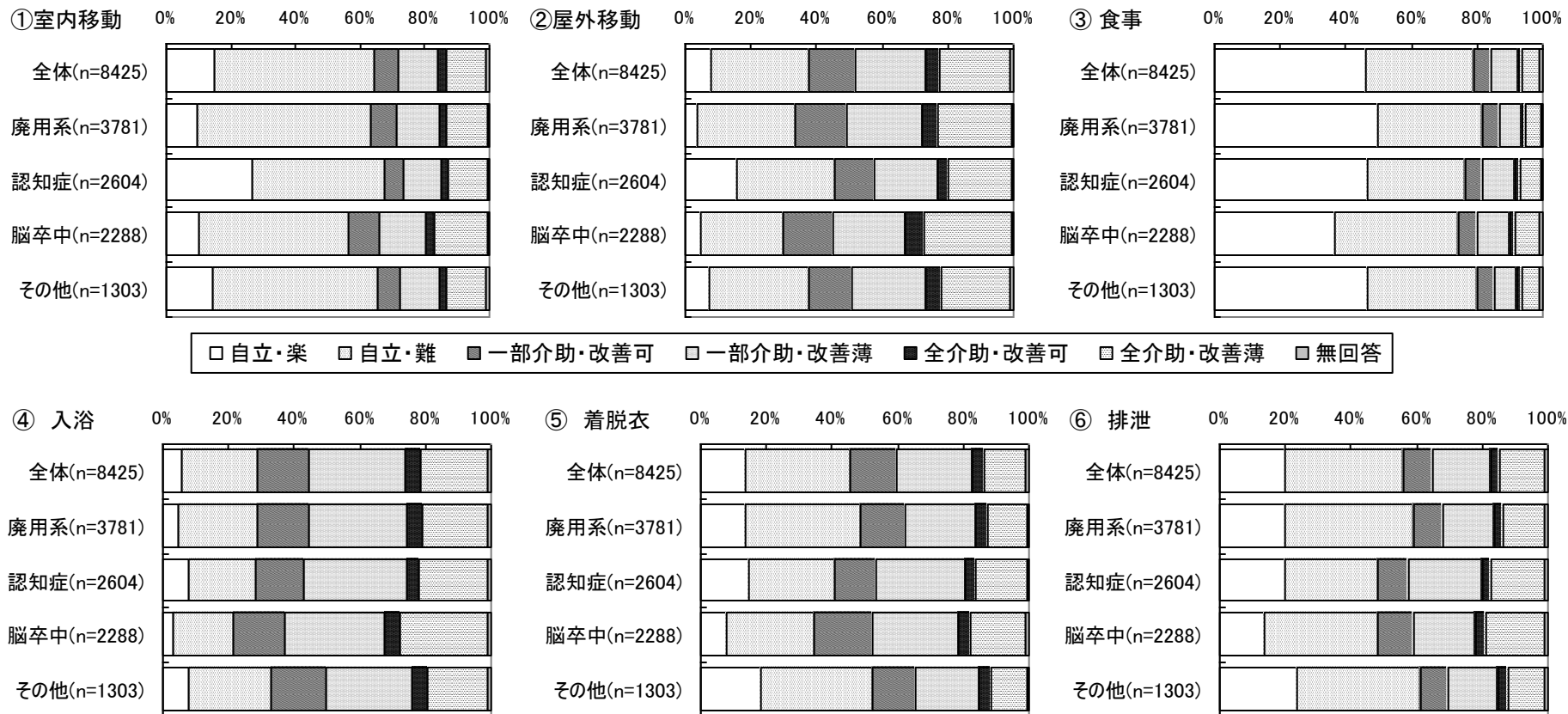
図表 要介護度3段階別 ADL・IADL(点数化)



8. ADL、IADL (2) 原因疾患別ADL

- 室内・屋外の移動については、認知症が原因疾患の要介護者において「自立」の割合が大きい
- 入浴や着脱衣については、脳卒中が原因疾患の要介護者において、「一部介助」「全介助」の割合が大きい

図表 原因疾患別 ADL



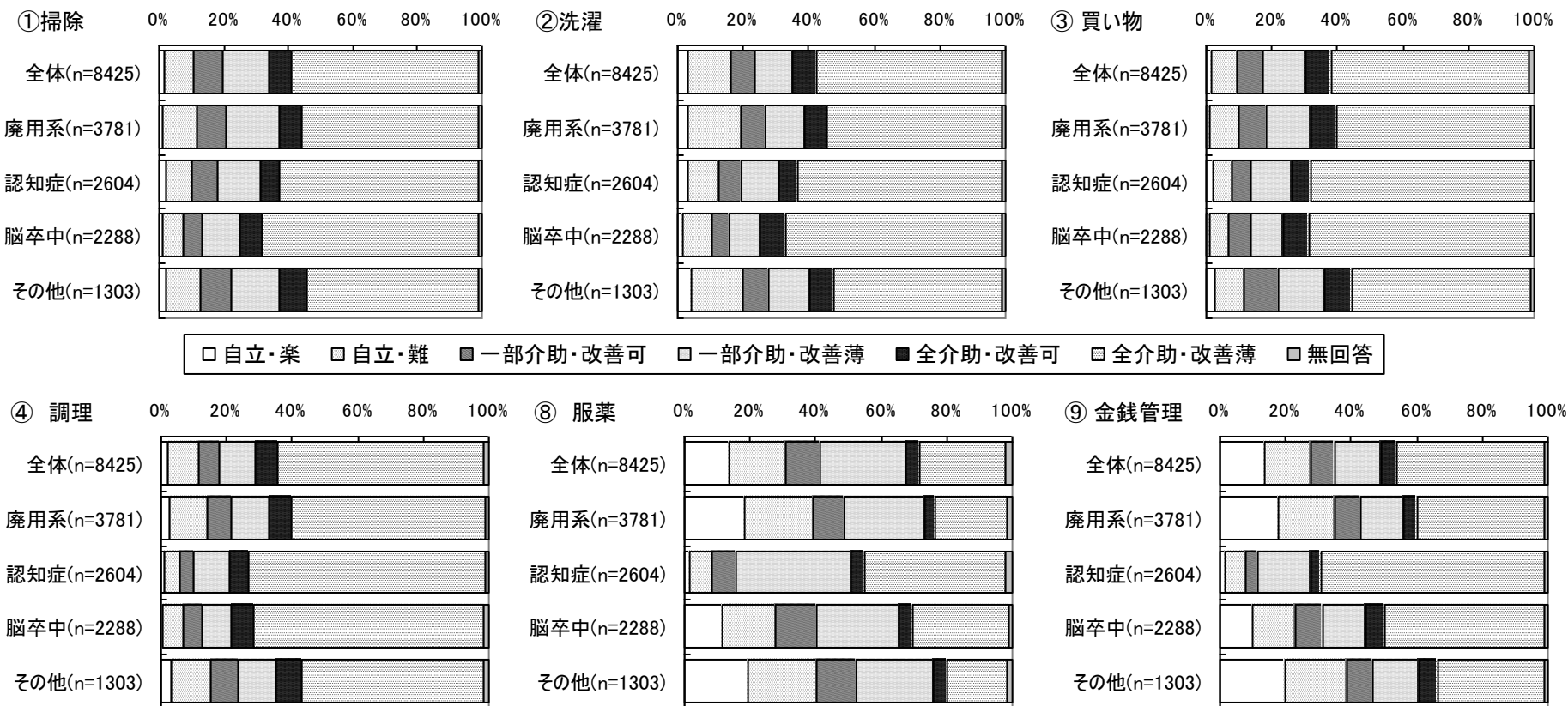
※ 原因疾患の分類について

主たる原因疾患の回答結果を基に、呼吸器の病気・関節の病気・骨折・転倒・脊髄損傷・高齢による衰弱のいずれか1つでも選択されているものを「廃用性症候群系」、認知症が選択されているものを「認知症」、脳卒中が選択されているものを「脳卒中」、前述3分類のいずれにも当てはまらないもの(心臓病・がん・糖尿病・パーキンソン病・視覚・聴覚障害・言語障害・その他等の選択のみのもの)を「上記以外」とした。原因疾患が最大2件の複数回答のため、廃用性症候群系、認知症、脳卒中のうち2つ以上に該当する場合はそれぞれの疾患群で重複して集計した。

8. ADL、IADL (2) 原因疾患別IADL

- 掃除・洗濯については、脳卒中が原因疾患の要介護者において、「全介助」の割合が大きい
- 服薬・金銭管理については、認知症が原因疾患の要介護者において、「一部介助」「全介助」の割合が大きい

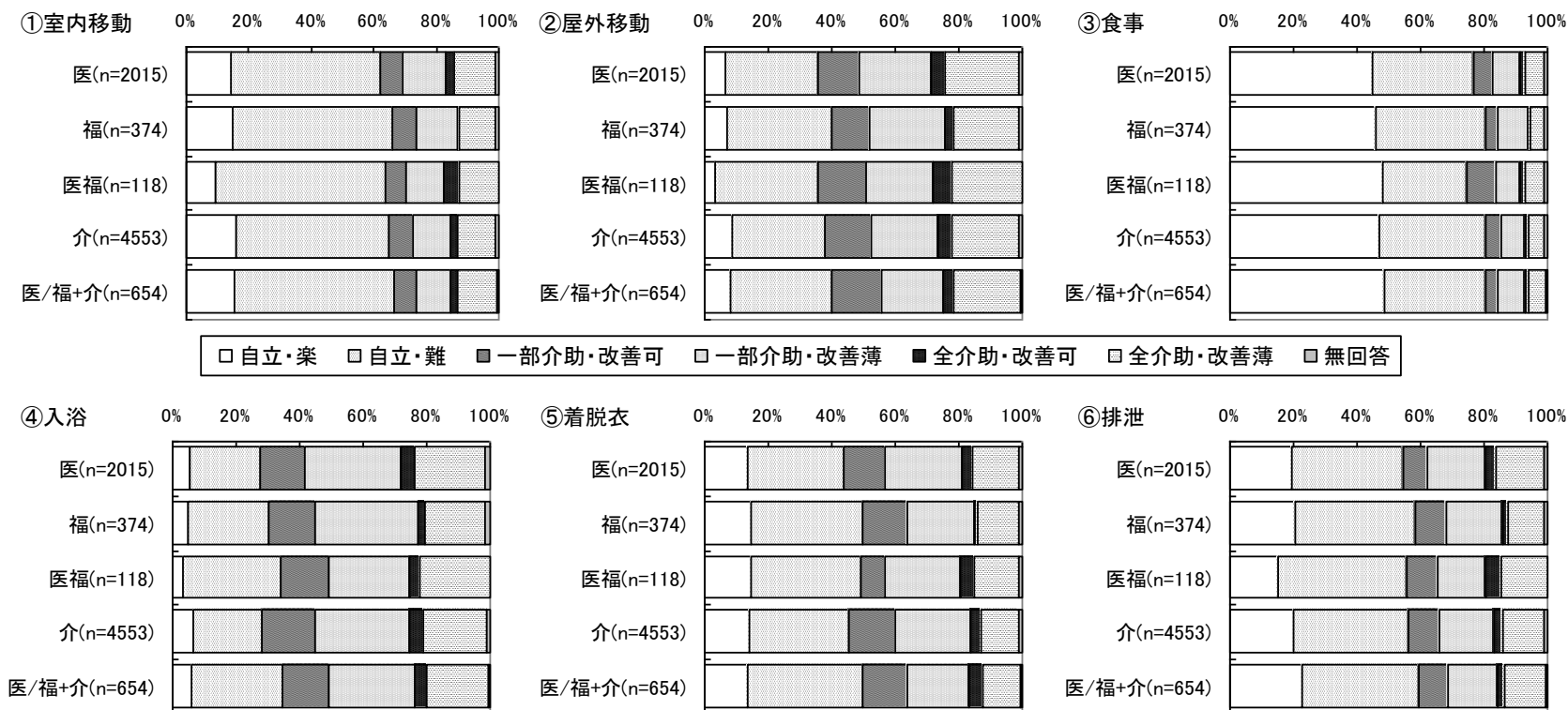
図表 原因疾患別 IADL(調査した11項目のうち6項目を抜粋して掲載)



8. ADL、IADL (3) 介護支援専門員の保有資格別 利用者のADL

- 保有資格によるADLの見方の差異は、概ね無いといえる程度
- 医療系の資格と福祉系の資格の両方の資格を保有する介護支援専門員(グラフ中「医福」)は、室内や屋外移動について全介助でも「改善可能性あり」と見る割合がわずかに高い傾向

図表 介護支援専門員の保有資格別 利用者のADL



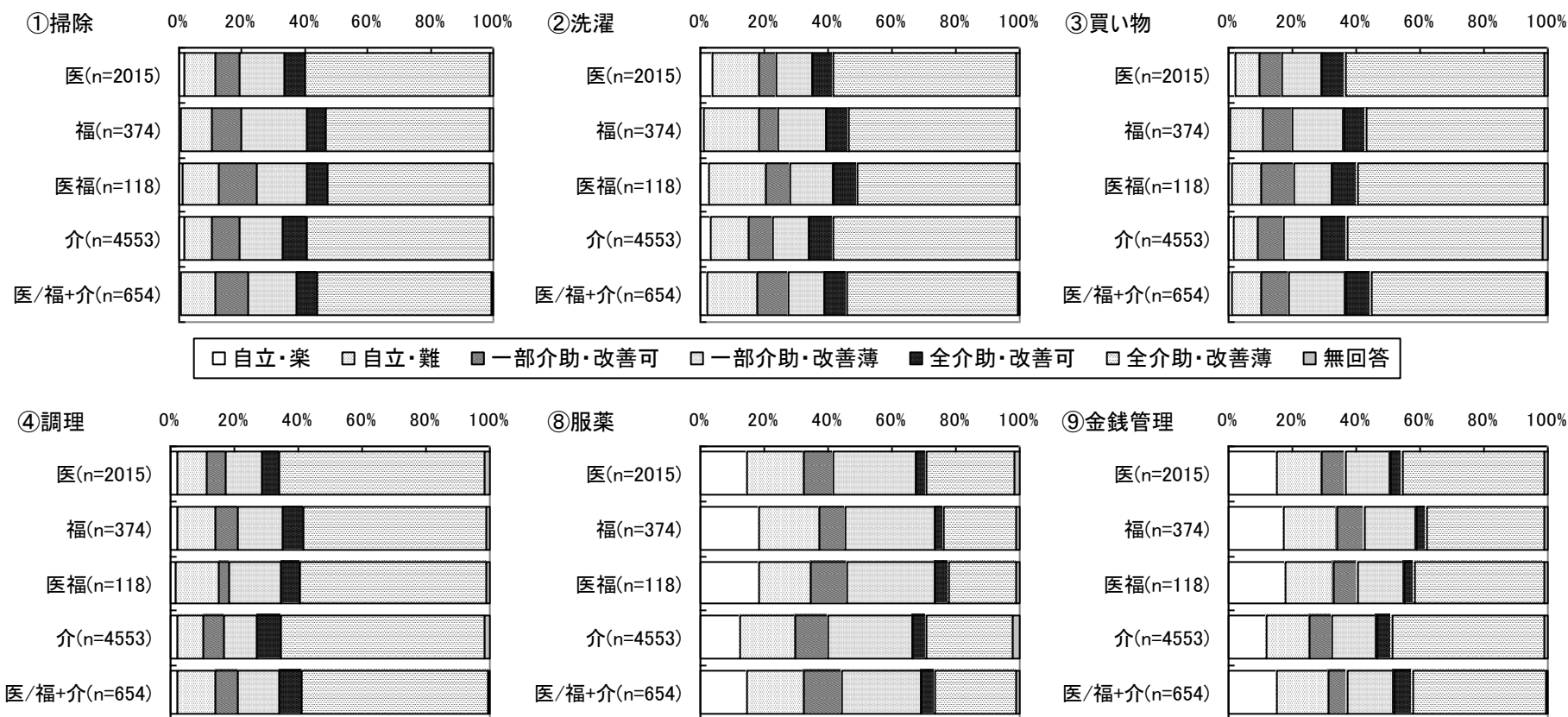
※介護支援専門員の保有資格の分類について

- (1)「医療系」は医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、准看護師、助産師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、あん摩マッサージ指圧士、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士(管理栄養士を含む)のうちいずれかひとつ以上を保有。ただし(3)該当者は除く。
- (2)「福祉系」は社会福祉士、精神保健福祉士のいずれかひとつ以上の資格を保有。ただし(3)該当者は除く。
- (3)「医療福祉系」は1と2の両方に該当
- (4)「介護福祉士」は介護福祉士資格を保有。(5)は除く。
- (5)「医療/福祉系 かつ 介護福祉士」(1)(2)(3)に該当し、介護福祉士資格を保有。

8. ADL、IADL (3) 介護支援専門員の保有資格別 利用者のIADL

○ IADLについて見ると、医療系の資格を保有する介護支援専門員と、介護福祉士資格を保有する介護支援専門員は「全介助かつ改善可能性が低い(グラフ中「全介助・改善薄」)」と見るケースが多い傾向

図表 介護支援専門員の保有資格別 利用者のIADL(調査した11項目のうち6項目を抜粋して掲載)

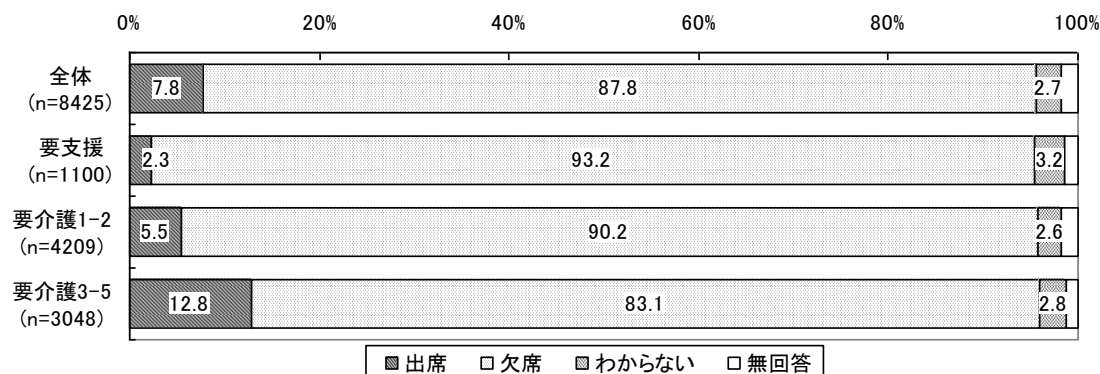


9. サービス担当者会議への出席状況

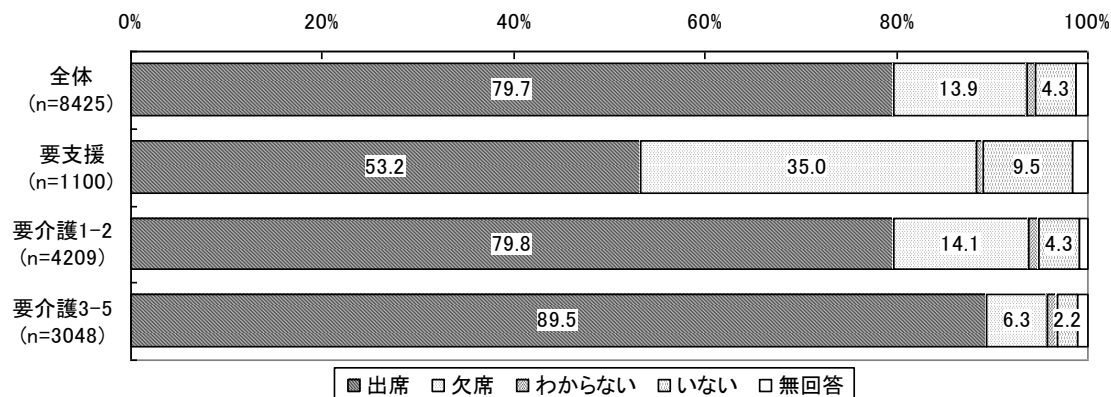
- 認定更新時のサービス担当者会議に医師が出席しているケースは、全体の7.8%
- 認定更新時のサービス担当者会議に家族が出席しているケースは全体の79.7%で、要介護3以上では89.5%

- 認定更新時のサービス担当者会議に医師が出席しているケースは全体の7.8%で、要介護度が高くなると出席する割合が高くなる。
- 認定更新時のサービス担当者会議に家族が出席しているケースは全体の79.7%で、要介護度が高くなると出席する割合が高い。要介護3以上では89.5%が出席している。

図表 要介護度3段階別 サービス担当者会議への医師の出席



図表 要介護度3段階別 サービス担当者会議への家族の出席



10.当ケースの難易度・自己評価

- 介護支援専門員自身が「困難ケース」と受け止めているのは全体の14.5%
- 家族等介護者がいない場合に、困難ケースであると感じる割合が大きい傾向

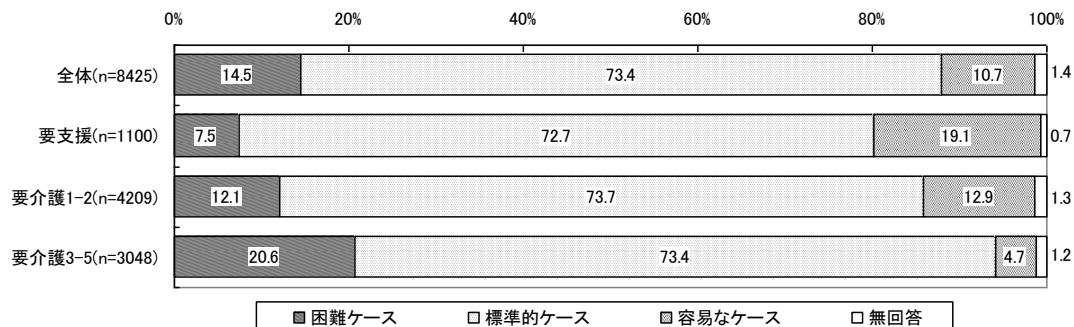
【難易度】

- 介護支援専門員が「困難」と考えるケースは全体の14.5%であり、要介護度が高いほど困難ケースの割合は高い。
- 要介護3以上では2割以上のケースが困難ケースであると介護支援専門員は受け止めている
- 家族などのインフォーマルな介護者がいない場合に、困難ケースであると感じる割合が高い。

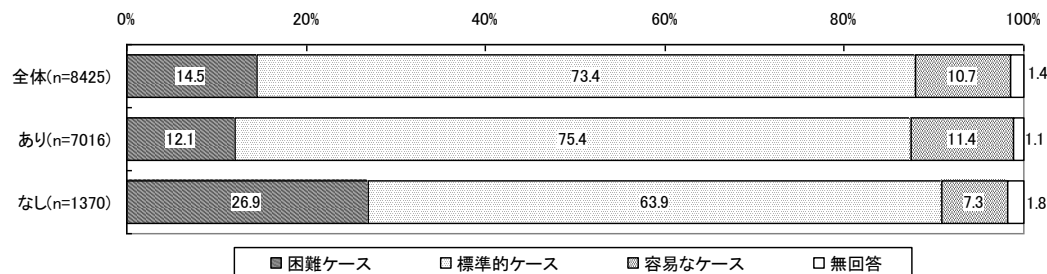
【自己評価】

- 当ケースのケアマネジメントについて「非常に順調」「ほぼ順調」(以下、左記を合算して「順調」と表記)であると感じている割合は要支援において高く、要介護度が上がるにつれて、「非常に難航」「やや難航」(以下、左記を合算して「難航」と表記)であると介護支援専門員が感じている割合が高い。

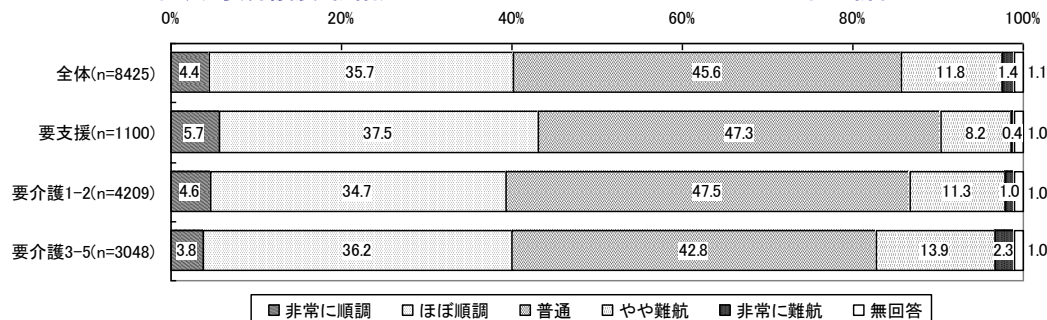
図表 要介護度3段階別 当ケースの難易度



図表 家族等介護者の有無別 当ケースの難易度



図表 要介護度3段階別 当ケースのケアマネジメントについての自己評価

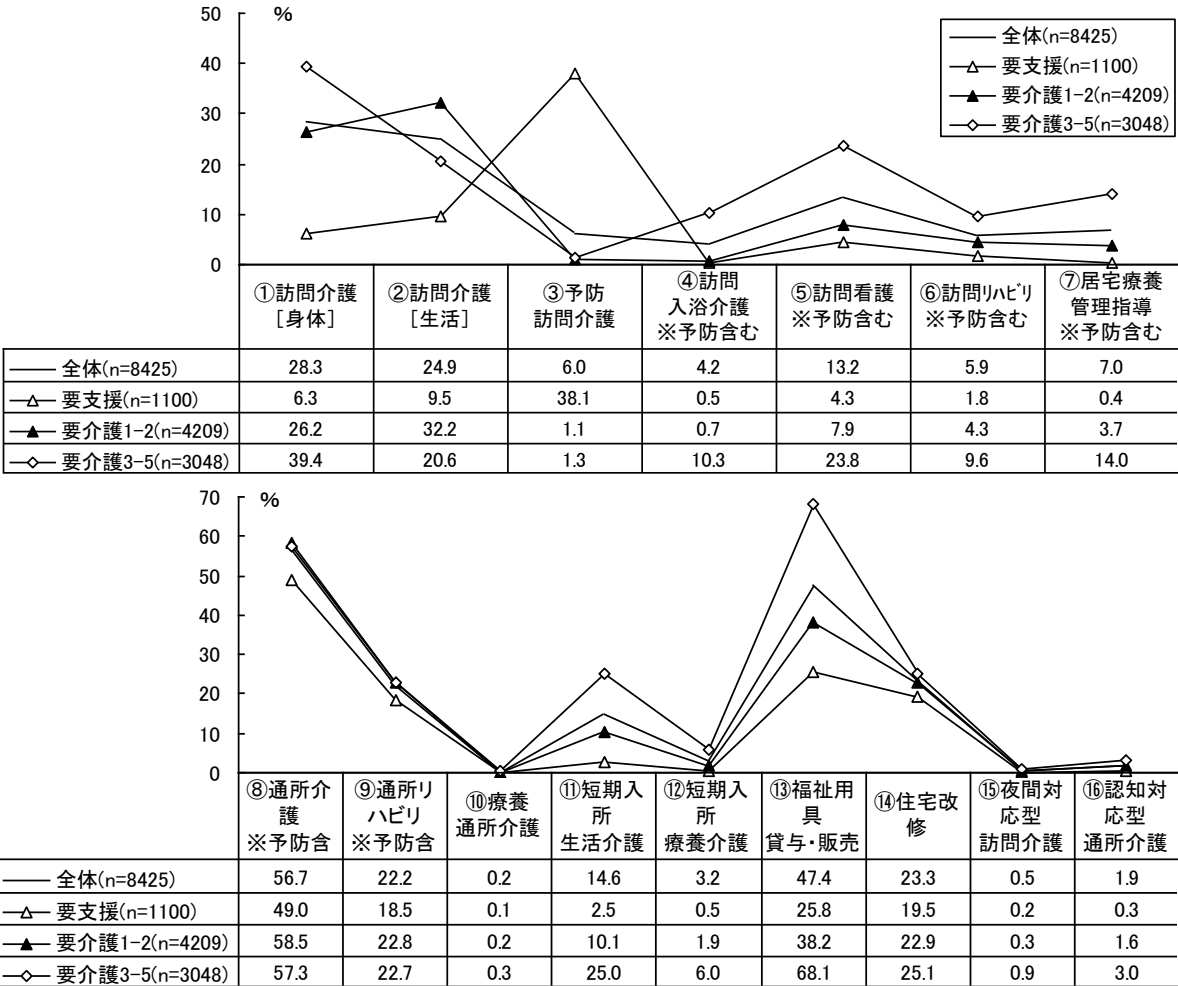


11. サービス種別サービス利用実績

- サービス種別・要介護度別のサービス利用者の割合は概ね介護給付費実態調査と同じ傾向
- 全体の中で最も利用の多かったサービスは通所介護(予防通所介護も含む)であり、全体の56.7%が利用

- サービス種別・要介護度別のサービス利用者の割合は概ね介護給付費実態調査と同じ傾向であった。(グラフ掲載省略)
- 全体の中で最も利用の多かったサービスは通所介護(予防通所介護も含む)であり、56.7%の人が利用していた。次いで福祉用具貸与・販売(47.4%)、訪問介護[身体](28.3%)の順である。
- ショートステイや訪問看護、福祉用具は要介護度が高くなると利用する人の割合が高くなるが、通所介護は要介護度に関わらず多くの人が利用している。

図表 要介護度3段階別 サービス利用実績



11. サービス種別サービス利用実績

(1) 訪問介護

- 訪問介護([身体]あるいは[生活]のいずれか)を利用している人は、要介護1以上の約4割
- ひとり暮らしの場合、訪問介護[生活]を利用している割合が59.0%であり、同居者ありと比較して非常に大きい

【訪問介護[身体]】

- 訪問介護[身体]を利用している人は、全体の28.3%である。
- 要介護度が高くなるほど利用している人の割合は高くなり、要介護3以上では約4割である。

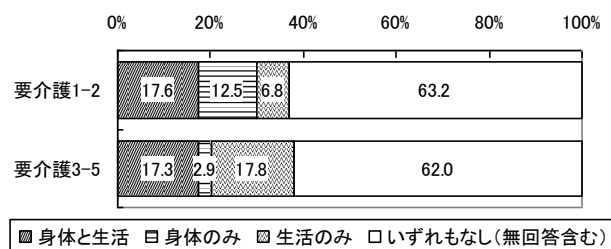
【訪問介護[生活]】

- 訪問介護[生活]を利用している人は、全体の24.9%である。
- 要介護1-2で利用している割合が最も高く3割を超える。
- 特にひとり暮らしの場合は訪問介護[生活]を利用している割合が6割近くに上る。

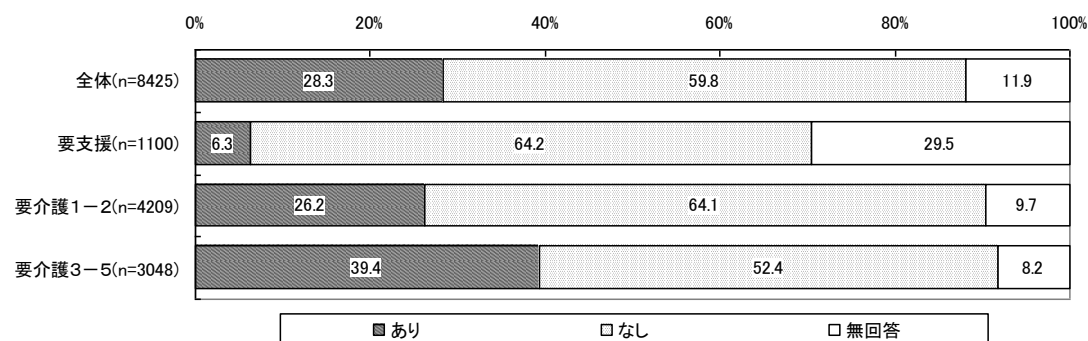
【訪問介護[身体]と訪問介護[生活]の組み合わせ】

- 訪問介護[身体]と訪問介護[生活]いずれか1つでも利用している人は要介護1以上の4割弱である。
- 訪問介護[身体]と訪問介護[生活]の両方を利用している人は全体の約17%である。

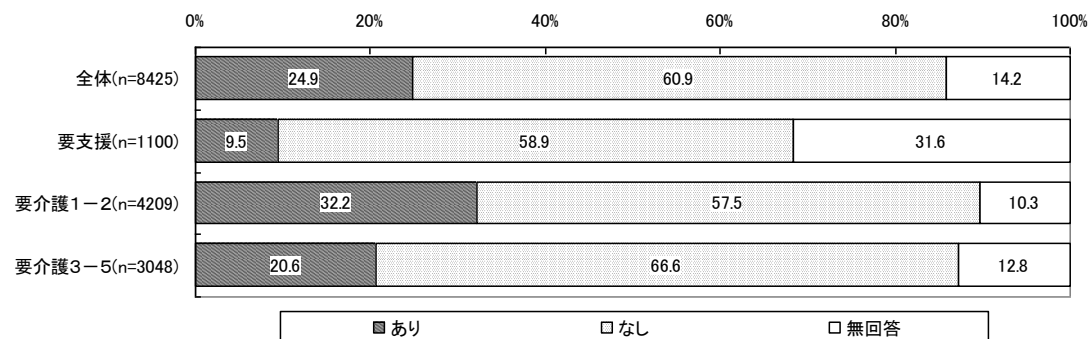
図表 要介護度別 訪問介護[身体]・[生活]利用実績(組み合わせて集計)



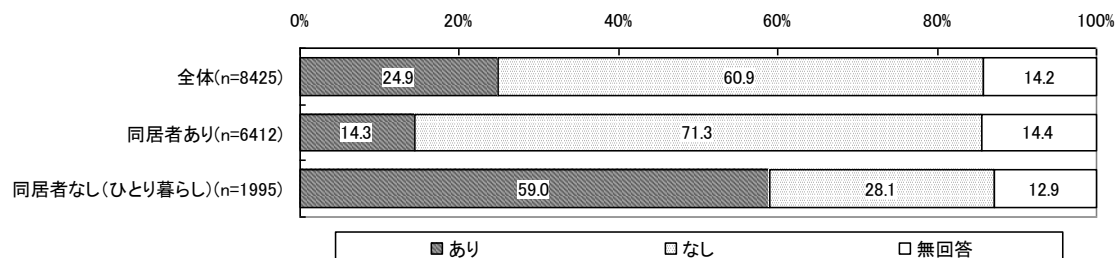
図表 要介護度3段階別 訪問介護[身体]サービス利用実績



図表 要介護度3段階別 訪問介護[生活]サービス利用実績



図表 独居・同居別 訪問介護[生活]月間サービス利用実績



11. サービス種別サービス利用実績

(2) 訪問看護（要介護度・疾患別）

- 訪問看護(予防含む)の利用は全体の13.2%であり、要介護度が高くなるほど増える。要介護3以上では23.8%
- 原因疾患別に見ると、呼吸器の病気、がんで利用が多く、利用している割合が2割を超える

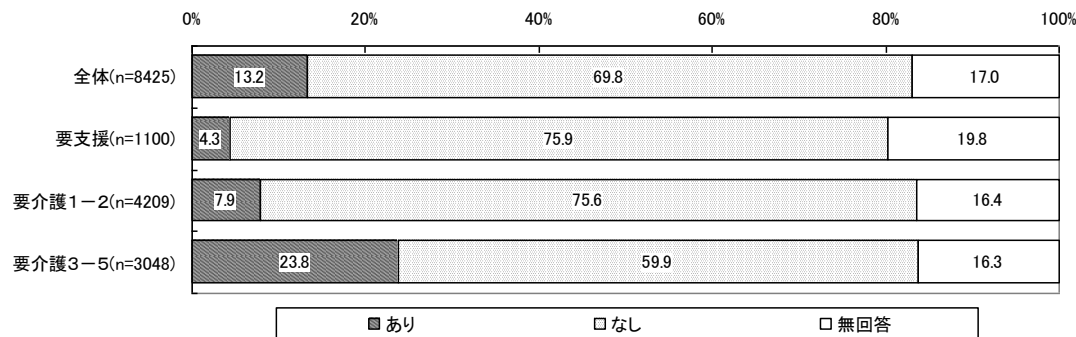
○訪問看護(予防含む)を利用している人は、全体の13.2%、要介護3以上の23.8%である。

○原因疾患別に見ると、

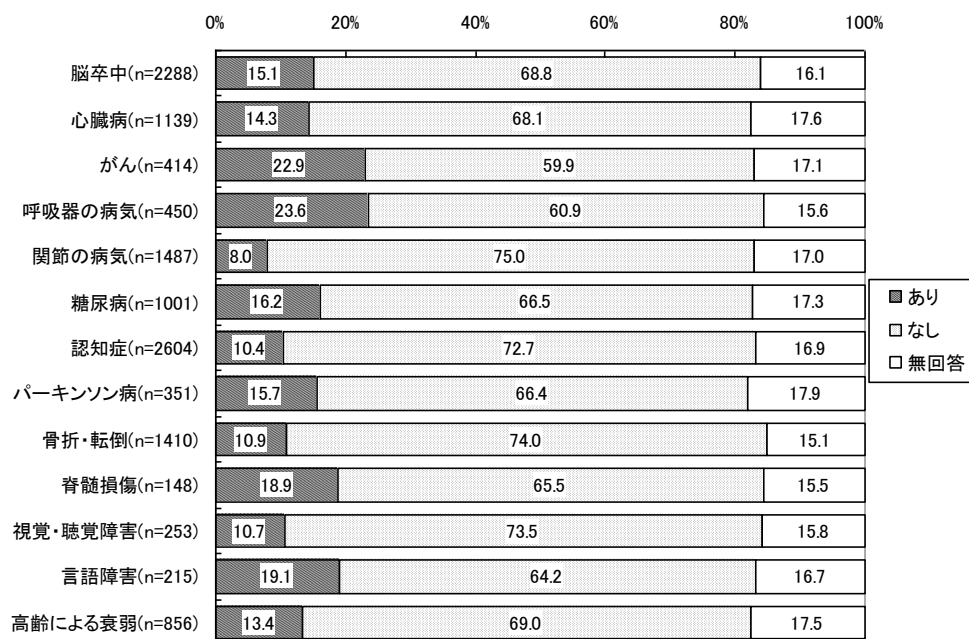
- ・呼吸器の病気
- ・がん
- ・言語障害
- ・脊髄損傷

などのケースで利用している割合が高い。

図表 要介護度3段階別 訪問看護サービス利用実績



図表 主たる原因疾患別 訪問看護サービス利用実績

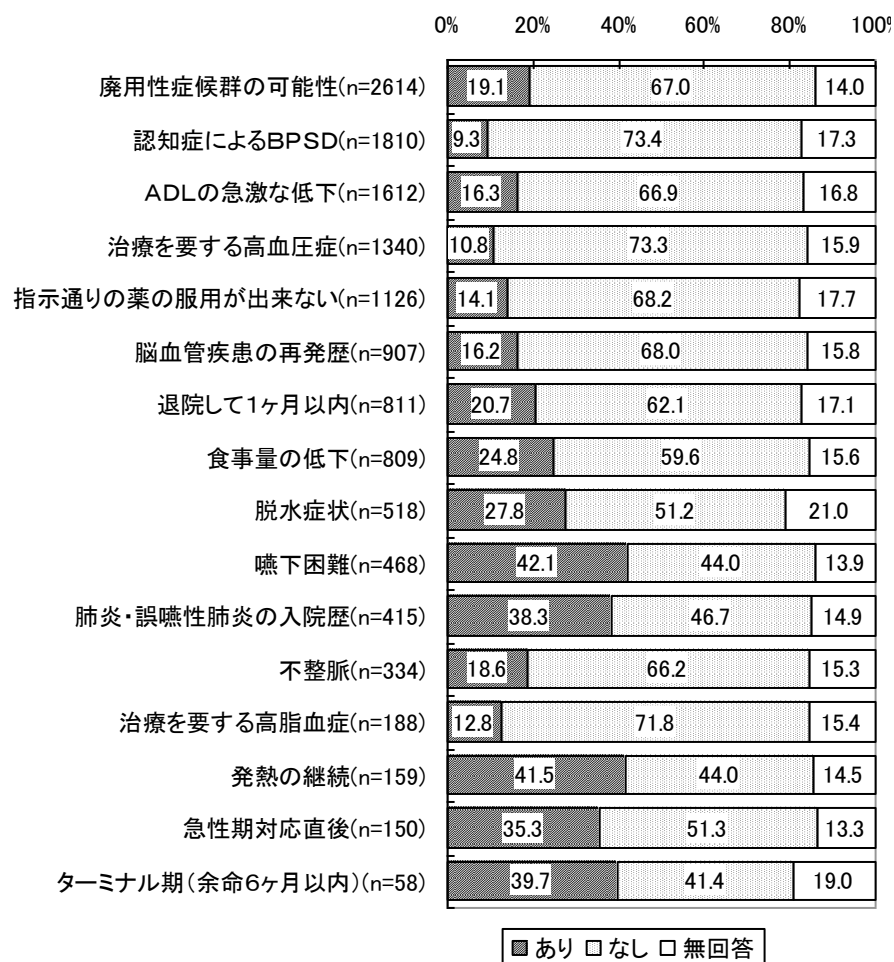


11. サービス種別サービス利用実績

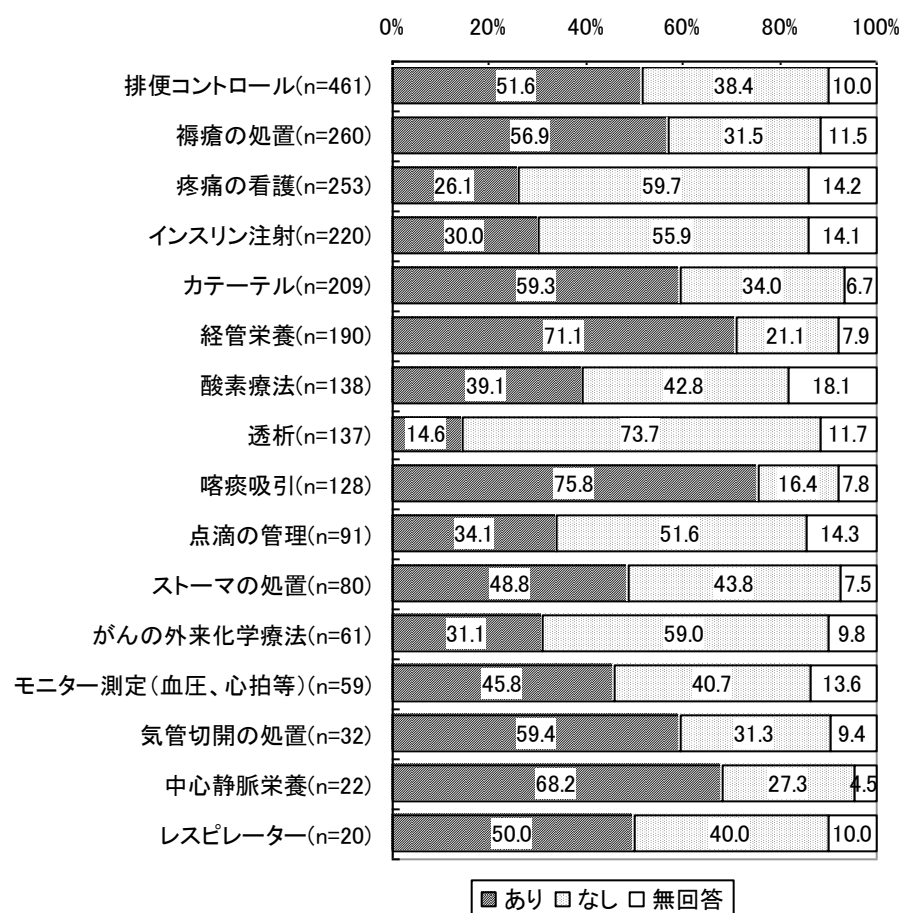
(2) 訪問看護（心身の状態・医療的ケア別）

- 心身の状態別に見ると、嚥下困難なケースの42.1%、発熱の継続ケースの41.5%、ターミナル期の39.7%で介護保険の訪問看護を利用
- 喀痰吸引が必要とされたケースの75.8%、経管栄養が必要とされたケースの71.1%、中心静脈栄養が必要とされたケースの68.2%で、介護保険の訪問看護を利用

図表 心身の状態別 訪問看護の利用実績（nが多い順に掲載）



図表 必要とされた医療的ケア別 訪問看護の利用実績（nが多い順に掲載）



■あり □なし □無回答

11. サービス種別サービス利用実績

(3) 通所介護

- 通所介護(予防含む)を利用している人は、全体の56.7%
- 通所介護の目的は、「社会参加」が最も高く、次いで「入浴」、「機能向上」

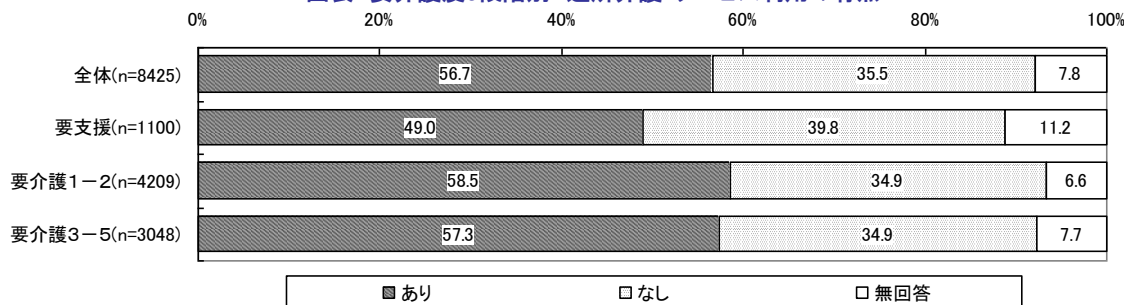
【利用状況】

- 通所介護(予防含む)を利用している人は、全体の56.7%である。
- 要支援では約5割、要介護1以上では6割弱である。
- 認知症の程度がⅡ～Ⅲの利用率が最も高い。

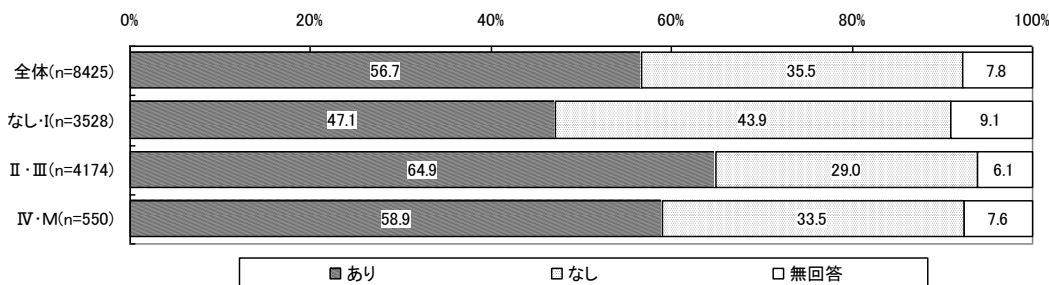
【利用目的】

- 通所介護の目的は、全体としては「社会参加」が最も高く84.6%であり、次いで「入浴」、「機能向上」の順である。
- 要介護度別に見ると、要介護度が高くなるほど、入浴や介護負担の軽減を目的とした利用の割合が増える。

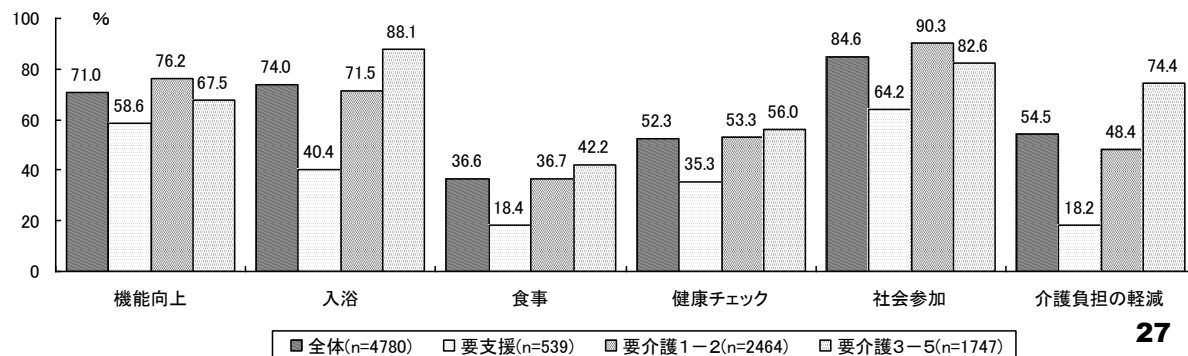
図表 要介護度3段階別 通所介護 サービス利用の有無



図表 認知症の程度3段階別 通所介護 サービス利用の有無



図表 要介護度3段階別 通所介護の目的

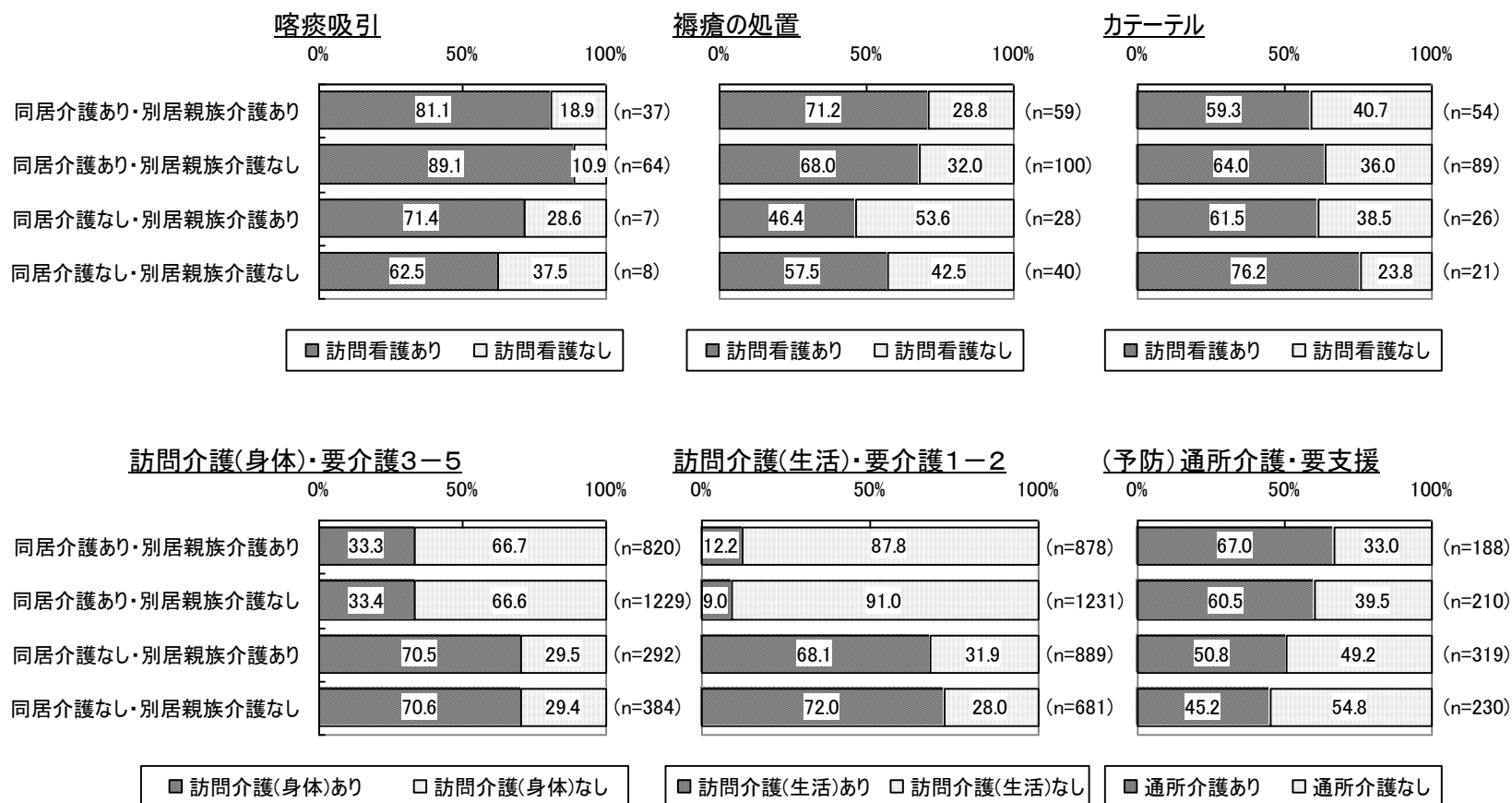


11. サービス種別サービス利用実績

(4) 家族等介護者の状況によるサービス利用実績の差異

- 医療ニーズがある場合に、家族等介護者がいるからといって必ずしも訪問看護の利用が減るわけではない
- 要介護3-5の訪問介護(身体)や要介護1-2の訪問介護(生活)は、同居介護者がいる場合に利用率が下がる傾向
- 要支援の通所介護は、家族等介護者がいる場合に利用率が高く、いない場合に利用率が下がる傾向

図表 家族等介護者の有無別 医療ニーズや要介護度別 サービスの利用 (家族等介護者の状況によってサービス利用実績に比較的違いが見られたものを掲載)



Ⅱ．介護支援専門員票

1. 基本情報(年代・性別、介護支援専門員資格取得年、担当利用者数)

- 30代～50代の女性が大半
- 介護支援専門員一人当たりの担当利用者数は、30人～39人が中心

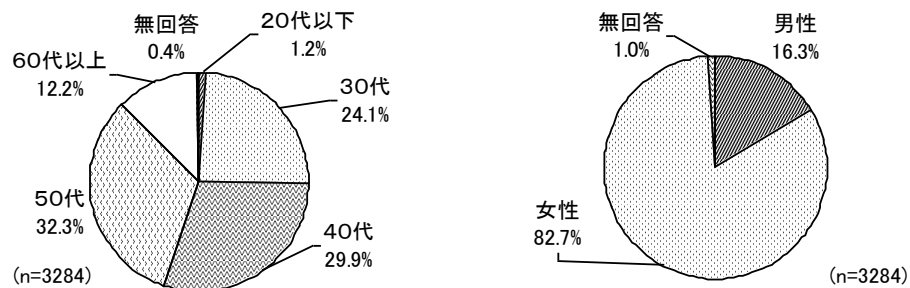
【年齢】

- 介護支援専門員の年代は、20代以下が1.2%、30代が24.1%、40代が29.9%、50代が32.3%、60代以上が12.2%であった。

【性別】

- 介護支援専門員の性別は、男性が16.3%、女性が82.7%であった。

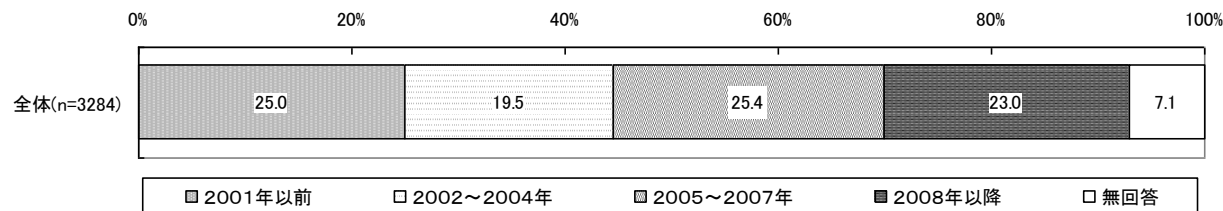
図表 年齢・性別



【介護支援専門員資格取得年】

- 2001年以前に取得した介護支援専門員が25.0%、2002～2004年に取得した介護支援専門員が19.5%、2005～2007年に取得した介護支援専門員が25.4%、2008年以降に取得した介護支援専門員が23.0%であった。

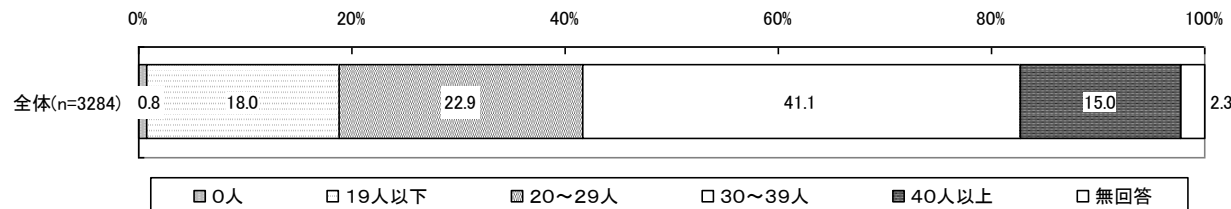
図表 介護支援専門員資格取得年



【担当利用者数】

- 担当利用者数合計は、0人が0.8%、19人以下が18.0%、20～29人が22.9%、30～39人が41.1%、40人以上が15.0%であった。

図表 担当利用者数



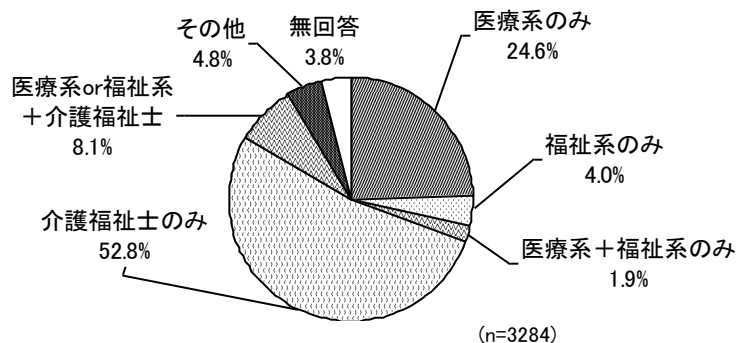
1. 基本情報(保有資格の分類)

- 介護福祉士資格保有者(介護福祉士のみ、あるいは医療/福祉系かつ介護福祉士)は介護支援専門員全体の60.9%
- 医療系資格のみ保有している者の割合は、介護支援専門員全体の24.6%

- 医療系のみが24.6%、福祉系のみが4.0%、医療系+福祉系のみが1.9%、介護福祉士のみが52.8%、医療系/福祉系+介護福祉士が8.1%、その他4.8%となった。

【参考】「医療系/福祉系+介護福祉士」の資格の組み合わせの内訳は、
福祉系+介護福祉士の組み合わせが約65%、
医療系+介護福祉士の組み合わせが約26%、
医療・福祉・介護のすべての組み合わせが約9%

図表 保有資格分類



※保有資格の分類について

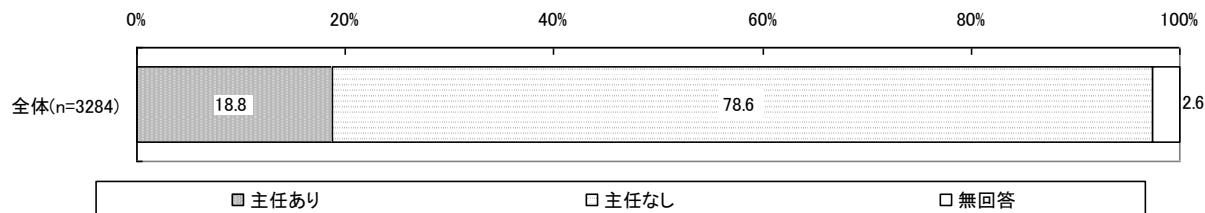
- (1)「医療系」は医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、准看護師、助産師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、あん摩マッサージ指圧士、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士(管理栄養士を含む)のうちいずれかひとつ以上を保有。ただし(3)該当者は除く。
- (2)「福祉系」は社会福祉士、精神保健福祉士のいずれかひとつ以上の資格を保有。ただし(3)該当者は除く。
- (3)「医療福祉系」は1と2の両方に該当
- (4)「介護福祉士」は介護福祉士資格を保有。(5)は除く。
- (5)「医療/福祉系 かつ 介護福祉士」(1)(2)(3)に該当し、介護福祉士資格を保有。

1. 基本情報(主任介護支援専門員資格保有者の概況)

- 主任介護支援専門員資格保有者は全体の18.8%
- 主任介護支援専門員資格保有者をその他の保有資格別に分類すると、介護福祉士のみが最も多く40.9%だが、医療系のみ(29.1%)、医療/福祉系かつ介護福祉士(14.3%)の割合も大きい

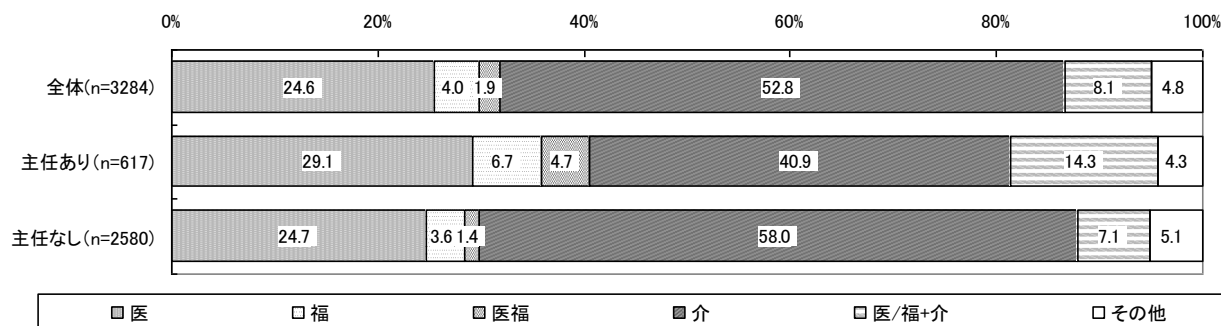
- 主任介護支援専門員を保有する介護支援専門員は介護支援専門員全体の18.8%であった。

図表 主任介護支援専門員保有状況



- 主任介護支援専門員資格保有者をその他の保有資格別に分類すると、介護福祉士のみが最も多く、主任介護支援専門員資格保有者の40.9%であった。
また、主任介護支援専門員資格を保有していない介護支援専門員の保有資格分類と比較すると、医療系のみ(29.1%)、医療/福祉系かつ介護福祉士(14.3%)の割合も大きい。

図表 主任介護支援専門員保有状況別 保有資格分類

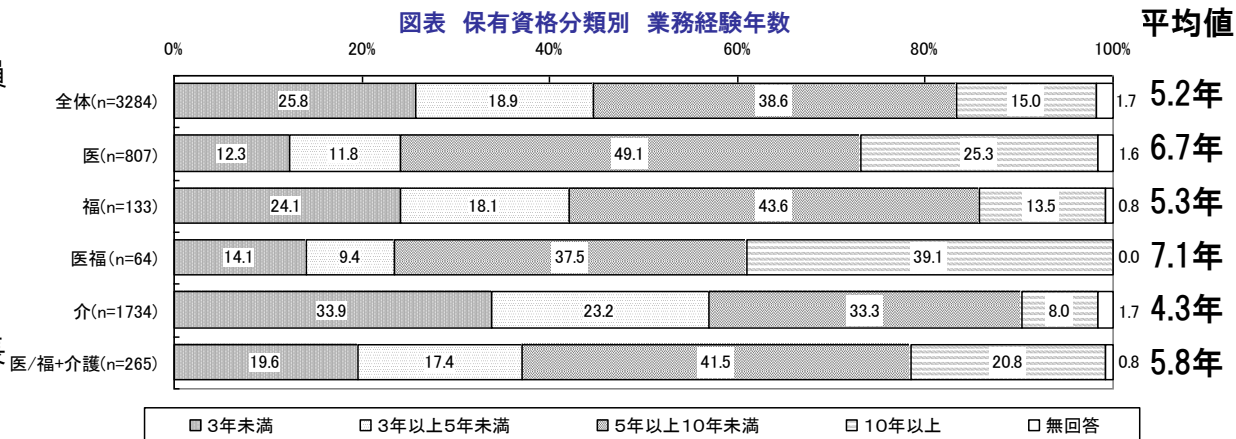


2. 業務経験年数、現在の事業所での勤続年数（保有資格分類別）

- 介護支援専門員としての業務経験年数の平均は5.2年間、医療系資格保有者において業務経験が長い
- 現在の事業所での勤続年数は、5.1年間

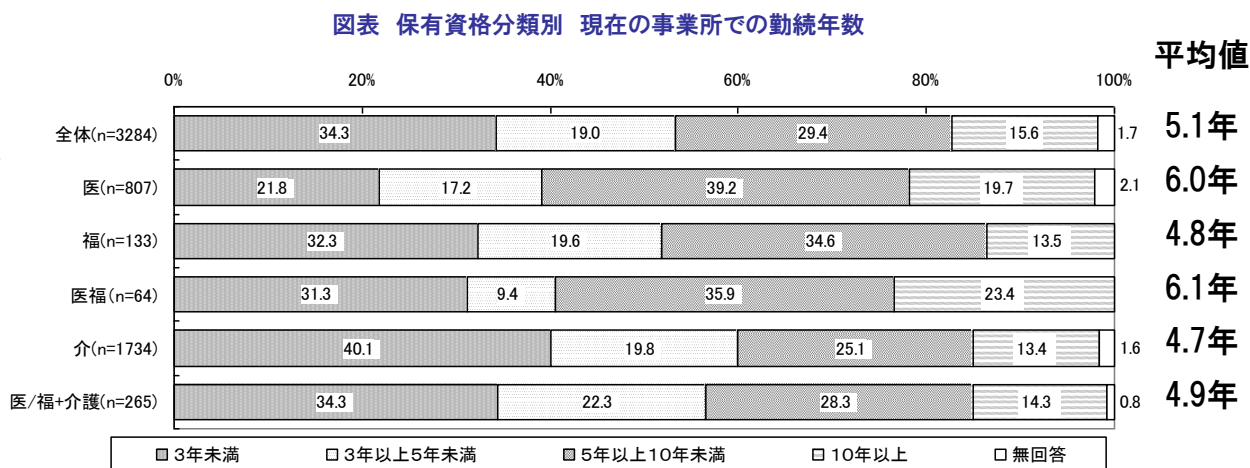
【介護支援専門員としての業務経験年数】

- 業務経験年数が3年未満の介護支援専門員が25.8%、3年以上5年未満の介護支援専門員が18.9%、5年以上10年未満の介護支援専門員が38.6%、10年以上が15.0%であった。
- 保有資格分類別でみると、医療福祉系、医療系、医療系/福祉系かつ介護福祉士、福祉系、介護福祉士の順で業務経験年数が長かった。
- 主任介護支援専門員資格保有者は、業務経験年数が長く、10年以上の経験を持つ人が4割弱に上った。（図表掲載省略）



【現在の事業所での勤続年数】

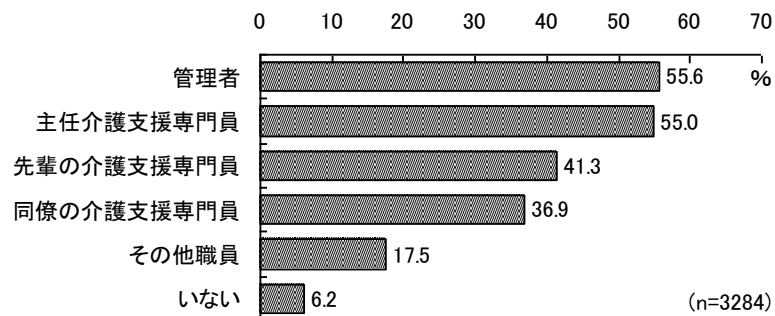
- 現在の事業所での勤続年数が3年未満の介護支援専門員が34.3%、3年以上5年未満の介護支援専門員が19.0%、5年以上10年未満の介護支援専門員が29.4%、10年以上が15.6%であった。
- 保有資格分類別でみると、医療福祉系、医療系、医療系/福祉系かつ介護福祉士、福祉系、介護福祉士の順で現在の事業所での勤続年数が長かった。



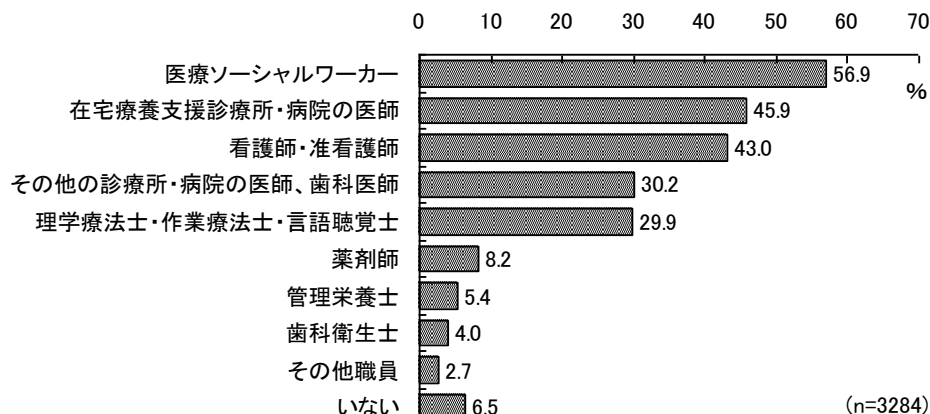
3. ケアプラン作成時に相談できる相手

- 「自事業所内」、「他の介護保険サービス事業所」、「地域包括支援センター」、「診療所・病院、薬局」において相談相手が多く、「行政、保健所、福祉事務所」や「インフォーマル事業所」に相談相手が少ない傾向

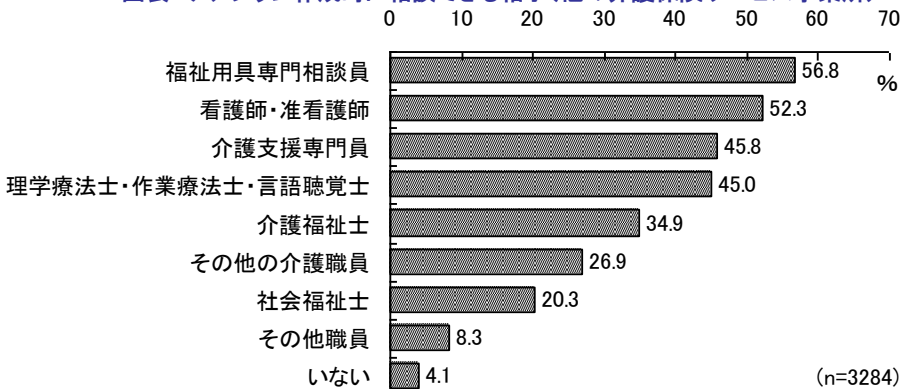
図表 ケアプラン作成時に相談できる相手(自事業所内)



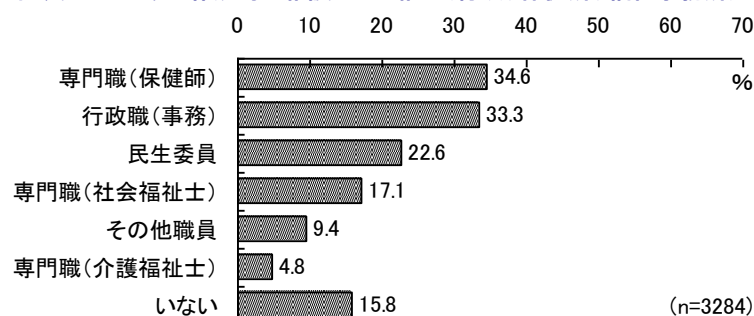
図表 ケアプラン作成時に相談できる相手(診療所・病院、薬局)



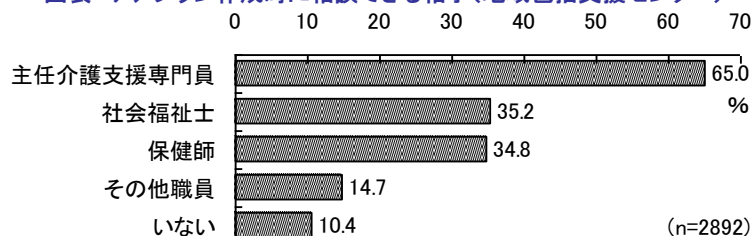
図表 ケアプラン作成時に相談できる相手(他の介護保険サービス事業所)



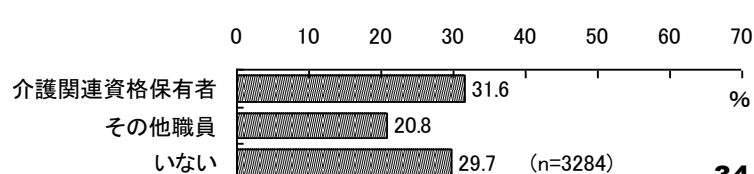
図表 ケアプラン作成時に相談できる相手(行政、保健所、福祉事務所)



図表 ケアプラン作成時に相談できる相手(地域包括支援センター)



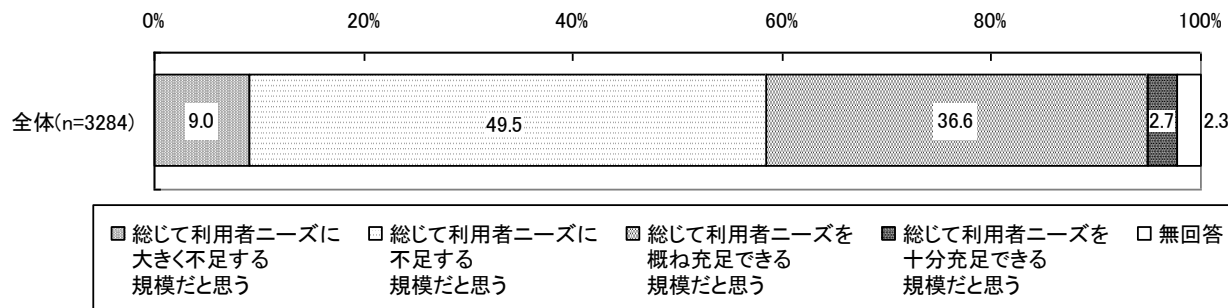
図表 ケアプラン作成時に相談できる相手(インフォーマル事業所)



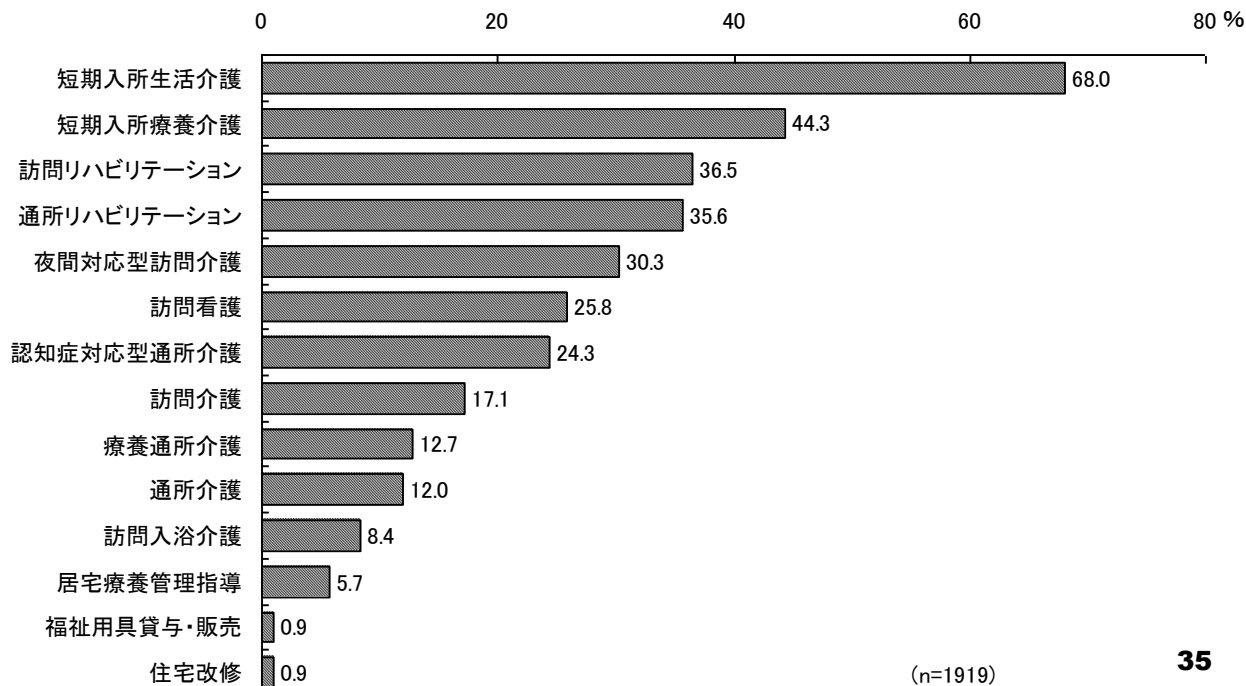
4. 地域にある介護保険サービスの量・種類に対する評価

- 介護保険サービスの量が利用者ニーズに対し「大きく不足する」「不足する」という回答が58.5%
- 特に不足だと感じるサービスは、短期入所生活介護や短期入所療養介護

図表 地域にある介護保険サービスの量に対する評価



図表 不足だと感じる介護保険サービスの種類



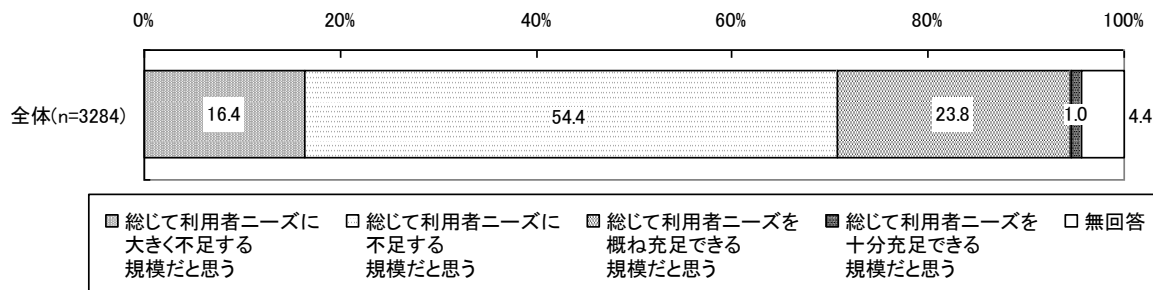
5. 地域にあるインフォーマルサービスの量・種類に対する評価

- インフォーマルサービスの量が大きく不足する・不足するという回答が70.8%
- 不足だと感じるインフォーマルサービスの種類は、認知症高齢者に対する見守り・話し相手・付き添い等

【地域にあるインフォーマルサービスの量に対する評価】

- インフォーマルサービスの量に対する評価としては、利用者ニーズに対して「大きく不足する規模」という回答が16.4%、「不足する規模」という回答が54.4%、「概ね充足できる規模」という回答が23.8%、「十分充足できる規模」という回答が1.0%となった。

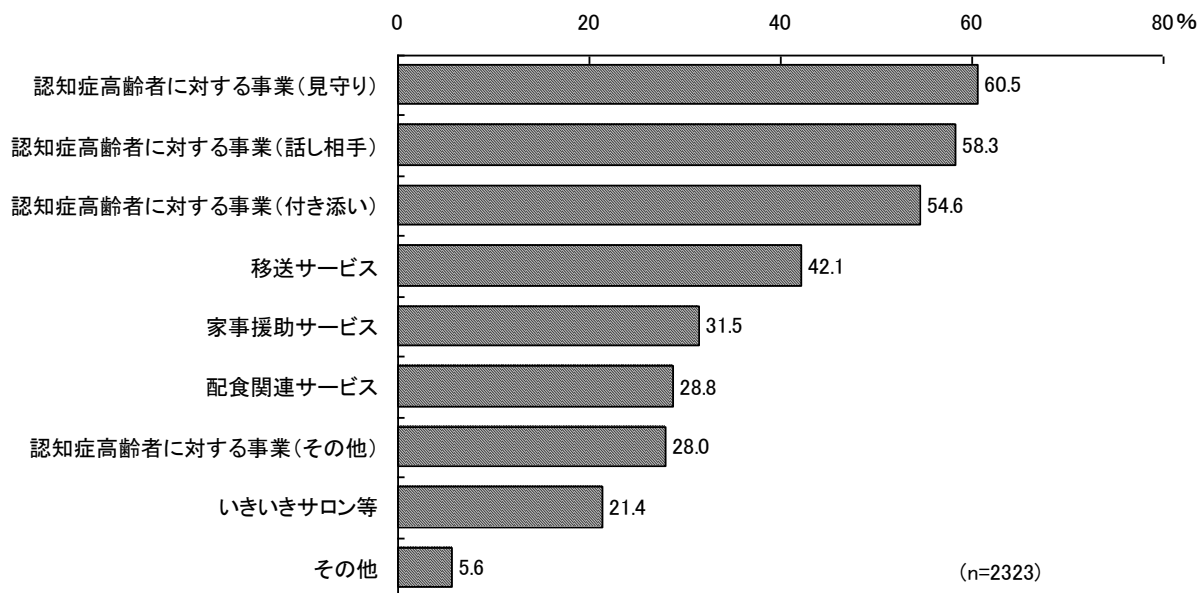
図表 地域にあるインフォーマルサービスの量に対する評価



【不足と感じるインフォーマルサービスの種類】

- 不足と感じるインフォーマルサービスの種類として、認知症高齢者に対する見守り(60.5%)、認知症高齢者に対する話し相手(58.3%)、認知症高齢者に対する付き添い(54.6%)、移送サービス(42.1%)、家事援助サービス(31.5%)、配食関連サービス(28.8%)、認知症高齢者に対する事業(その他)(28.0%)、いきいきサロン等(21.4%)、その他(5.6%)等が上位に挙げられた。

図表 不足だと感じるインフォーマルサービスの種類



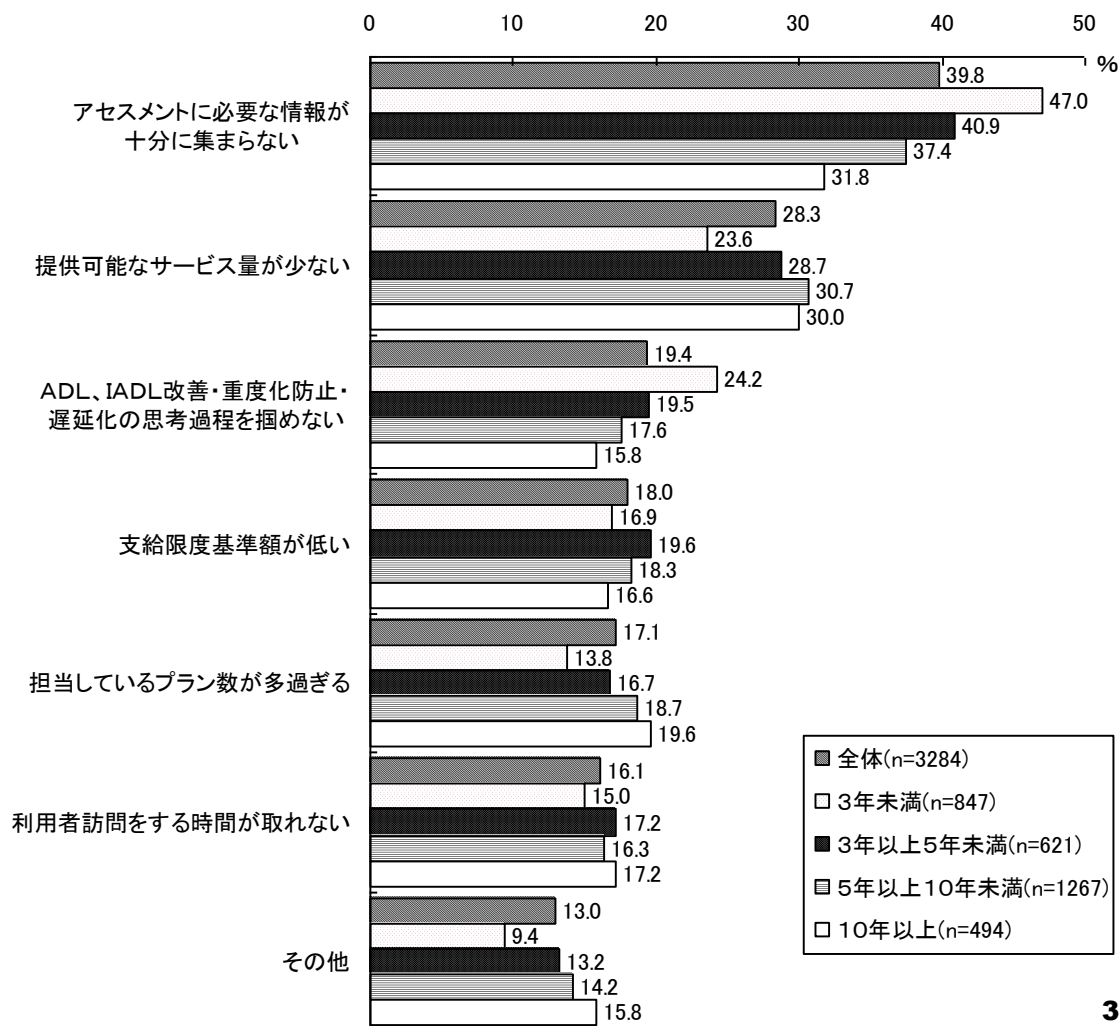
6. ケアマネジメントを実践する上での課題(業務経験年数別)

- 「アセスメントに必要な情報が集まらない」、「提供可能サービス量が少ない」といった課題が多く挙げられた
- 業務経験年数の短い介護支援専門員ほど、「アセスメントに必要な情報が集まらない」ことを課題として挙げる傾向

- ケアマネジメントを実践する上での課題として全体平均で多く挙げられた課題は、
 - ・アセスメントに必要な情報が十分に集まらない(39.8%)
 - ・提供可能なサービス量が少ない(28.3%)
 - ・ADL、IADL改善・重度化防止・遅延化の思考過程を掴めない(19.4%)
 といったものであった。

- 業務経験年数別では、業務経験年数の短い介護支援専門員ほど、「アセスメントに必要な情報が集まらない」を課題として挙げた。

図表 介護支援専門員としての業務経験年数別 ケアマネジメントを実践する上での課題

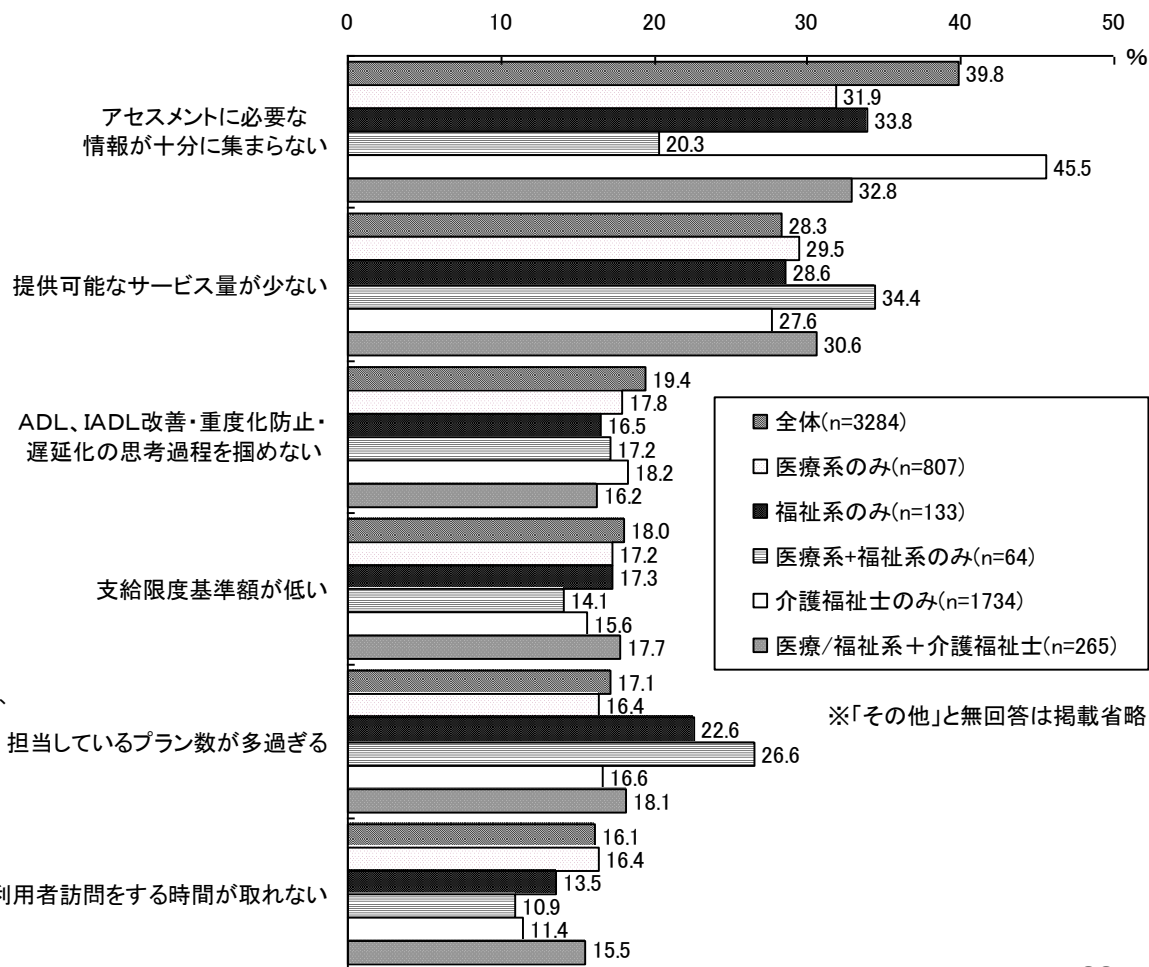


6. ケアマネジメントを実践する上での課題(資格分類別)

- 「アセスメントに必要な情報が集まらない」、「提供可能サービス量が少ない」といった課題が多く挙げられた
- 資格分類別に見ると、介護福祉士のみ保有者は、他の資格分類よりも、「アセスメントに必要な情報が集まらない」ことを課題として挙げる傾向

- アセスメントに必要な情報が十分に集まらない(39.8%)、提供可能なサービス量が少ない(28.3%)、ADL、IADL改善・重度化防止・遅延化の思考過程を掴めない(19.4%)が上位に挙げられた。
- 資格分類別では、介護福祉士のための介護支援専門員が「アセスメントに必要な情報が集まらない」ことを課題としてあげる傾向が見られる。

図表 資格分類別 ケアマネジメントを実践する上での課題



※保有資格の分類について

- (1)「医療系」は医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、准看護師、助産師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、義肢装具士、歯科衛生士、あん摩マッサージ指圧士、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士(管理栄養士を含む)のうちいずれかひとつ以上を保有。ただし(3)該当者は除く。
- (2)「福祉系」は社会福祉士、精神保健福祉士のいずれかひとつ以上の資格を保有。ただし(3)該当者は除く。
- (3)「医療福祉系」は1と2の両方に該当
- (4)「介護福祉士」は介護福祉士資格を保有。(5)は除く。
- (5)「医療/福祉系 かつ 介護福祉士」(1)(2)(3)に該当し、介護福祉士資格を保有。

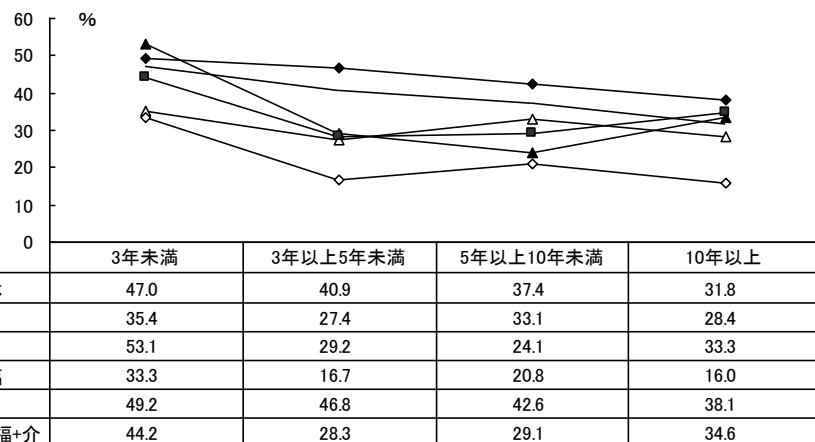
6. ケアマネジメントを実践する上での課題(業務経験年数別資格分類別①)

- 前述したケアマネジメントを実践する上での課題の回答傾向を、業務経験年数別資格分類別でクロス集計すると以下の通り(ただし、カテゴリによっては調査数が小さいため割合の解釈には注意を要する)
- 「アセスメントに必要な情報が集まらない」ことが課題であるとする介護支援専門員の割合は、総じて業務経験年数が長くなるほど減ってくるが、保有資格が「介護福祉士のみ」の介護支援専門員は、業務経験年数の長短に関わらず、「アセスメントに必要な情報が集まらない」ことを課題として挙げている割合が高い傾向が見られる

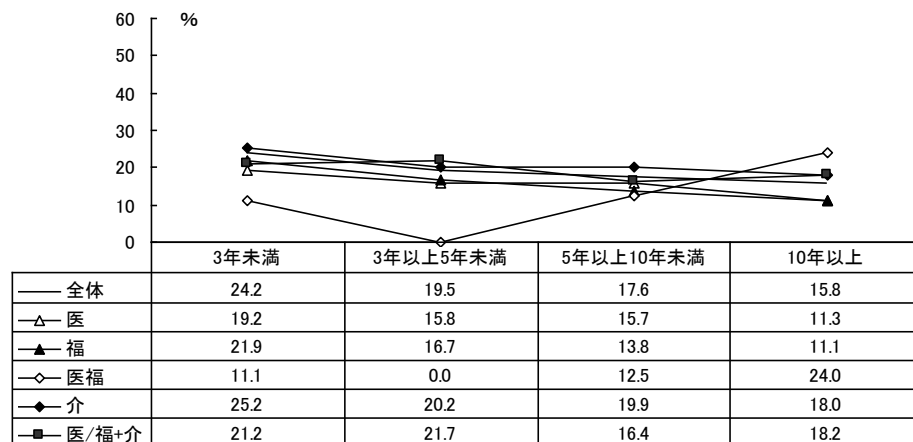
図表 業務経験年数別資格分類別 各カテゴリの調査数(n)

度数	3年未満	3年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上
全体	847	621	1267	494
①医療系のみ	99	95	396	204
②福祉系のみ	32	24	58	18
③医療系+福祉系のみ	9	6	24	25
④介護福祉士のみ	587	402	577	139
⑤医療系or福祉系+介護福祉士	52	46	110	55

図表 業務経験年数別資格分類別 「アセスメントに必要な情報が集まらない」の回答率(%)



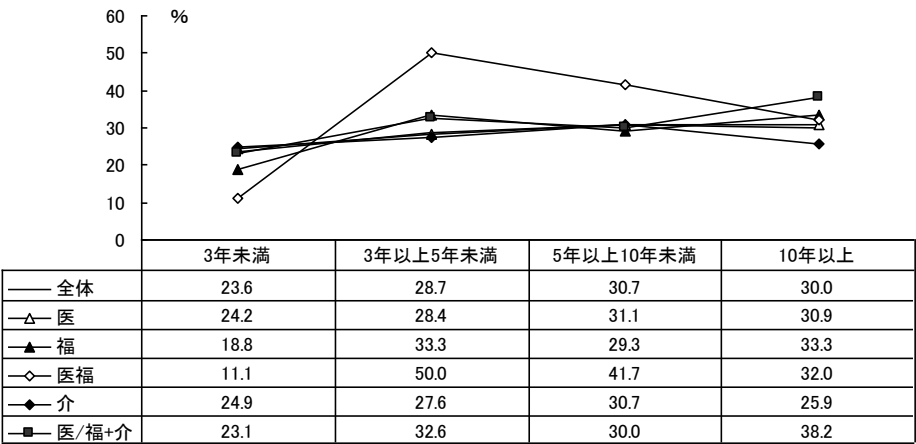
図表 業務経験年数別資格分類別 「ADL、IADL改善・重度化防止・遅延化の思考過程を掴めない」の回答率(%)



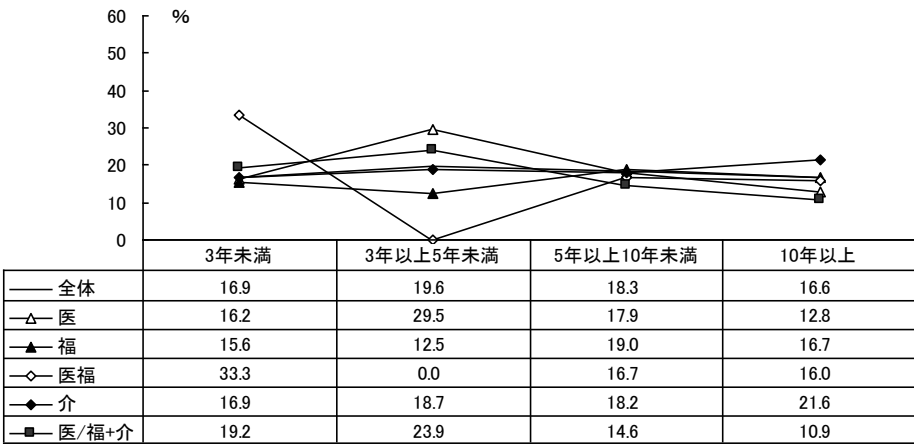
6. ケアマネジメントを実践する上での課題(業務経験年数別資格分類別②)

- ケアマネジメントを実践する上で「支給限度額が低い」ことが課題であると感じている介護支援専門員の割合は、業務経験年数が3年以上5年未満において、保有資格別のばらつきが大きい
- 「医療系のみ」の資格を保有する介護支援専門員は、支給限度額を課題に挙げる人が29.5%であるのに対し、介護福祉士の資格のみ保有する介護支援専門員では18.7%と、10ポイント以上の開きがある

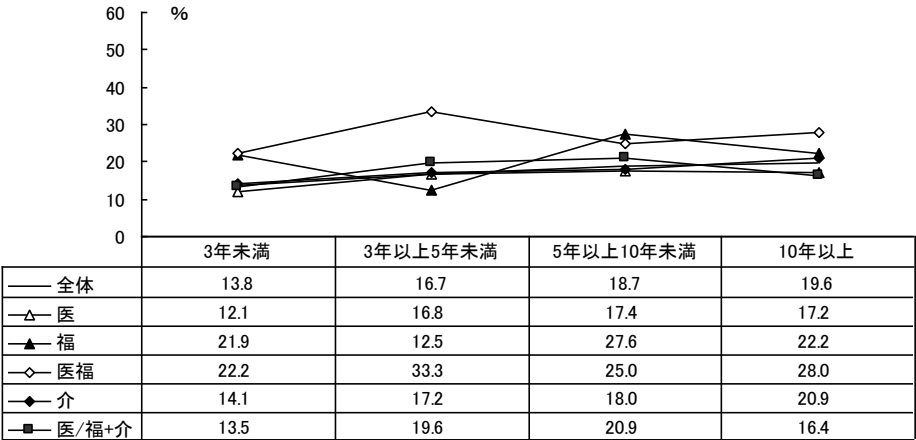
図表 業務経験年数別資格分類別 「提供可能なサービス量が少ない」の回答率(%)



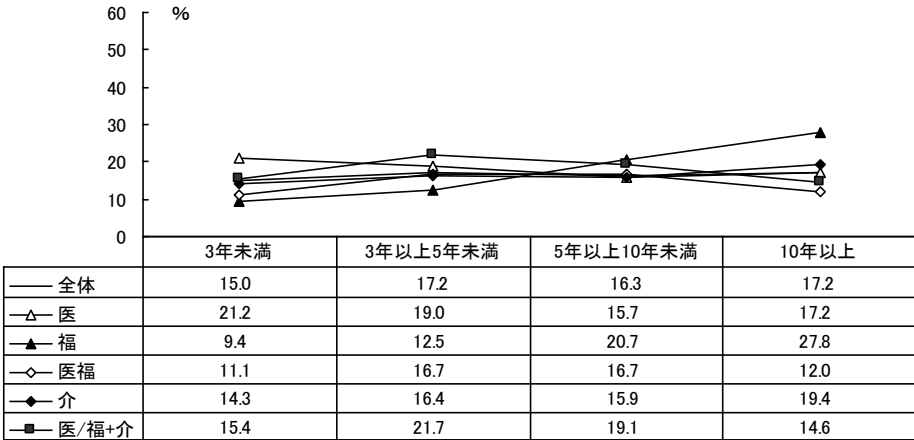
図表 業務経験年数別資格分類別 「支給基準限度額が低い」の回答率(%)



図表 業務経験年数別資格分類別 「担当しているプラン数が多すぎる」の回答率(%)



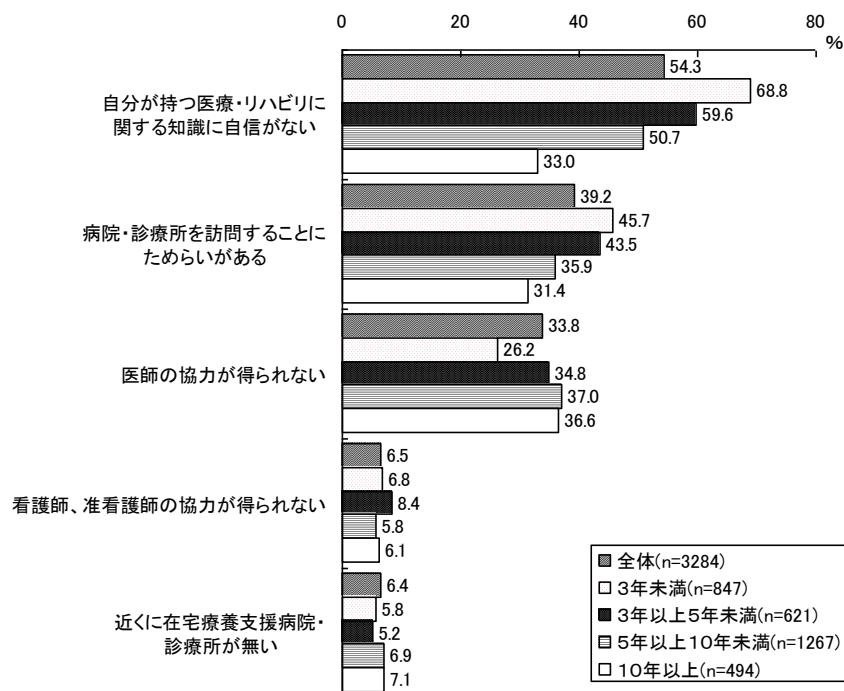
図表 業務経験年数別資格分類別 「利用者訪問をする時間が取れない」の回答率(%)



7. 医療との連携における課題

- 医療との連携におけるとして、「医療・リハビリに関する知識に自信がない」、「病院・診療所を訪問することのためらいがある」、「医師の協力が得られない」が上位に挙げられた
- 業務経験年数が短いほど、「医療・リハビリに関する知識に自信が無い」「病院・診療所を訪問することへのためらい」の回答割合が高い
- 福祉系、介護福祉士、医療/福祉系かつ介護福祉士は、「医師の協力が得られない」を挙げる傾向がみられる

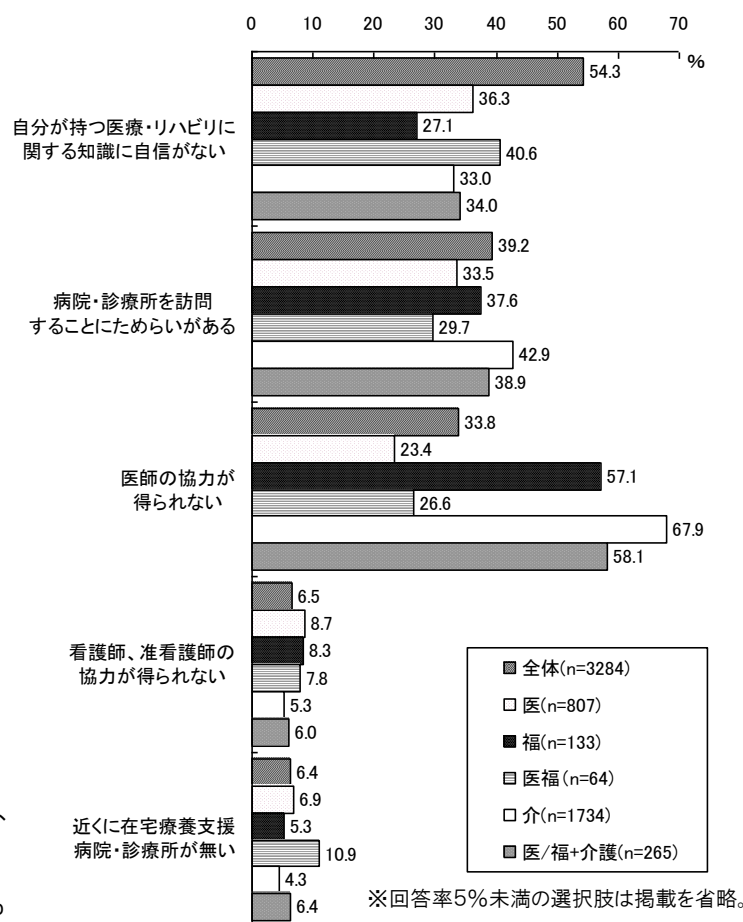
図表 介護支援専門員としての業務経験年数別 医療との連携における課題



※回答率5%未満の選択肢は掲載を省略。

【参考】「医療系/福祉系+介護福祉士」の内訳は、福祉系+介護福祉士の組み合わせが約65%、医療系+介護福祉士の組み合わせが約26%、医療・福祉・介護のすべての組み合わせが約9%

図表 資格分類別 医療との連携における課題



※回答率5%未満の選択肢は掲載を省略。

8. さまざまな関係者の合意形成における課題

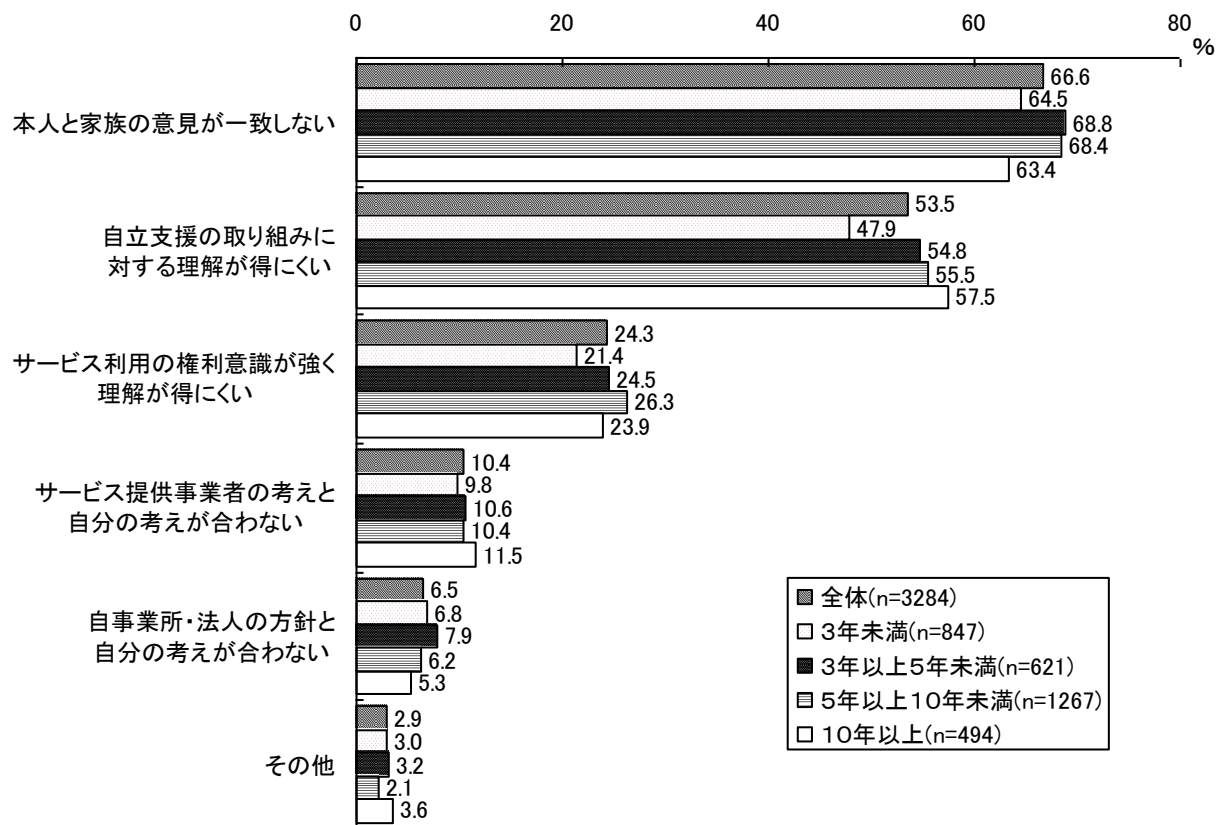
- 「本人と家族の意見が一致しない」、「自立支援の取り組みに対する理解が得にくい」といった課題を半数以上が認識
- 業務経験年数が高いほど、「自立支援の取り組みに対する理解が得にくい」を課題として挙げる傾向

○さまざまな関係者の合意形成における課題としては

- ・「本人と家族の意見が一致しない」(66.6%)
- ・「自立支援の取り組みに対する理解が得にくい」(53.5%)
- ・「サービス利用の権利意識が強く理解が得にくい」(24.3%)の順に多い

○「自立支援の取り組みに対する理解が得にくい」という課題については、業務経験年数が高いほど回答割合が大きくなる傾向が見られた。

図表 介護支援専門員としての業務経験年数別 様々な関係者の合意形成における課題



9. 介護支援専門員としての資質向上に取り組む上での課題

○「法律・制度の理解」を半数程度が課題と認識

○業務経験年数が短いほど「法律制度の理解」「疾病・リハビリテーションの知識の理解」を課題として挙げる傾向

○資質向上に取り組む上での課題としては

「法律・制度を理解するのが難しい」(47.4%)

「疾病・リハビリテーションの知識の理解が難しい」(36.8%)

「時間がない」(34.4%)

を挙げる介護支援専門員が多かった。

○業務経験年数別に見ると、業務経験年数が

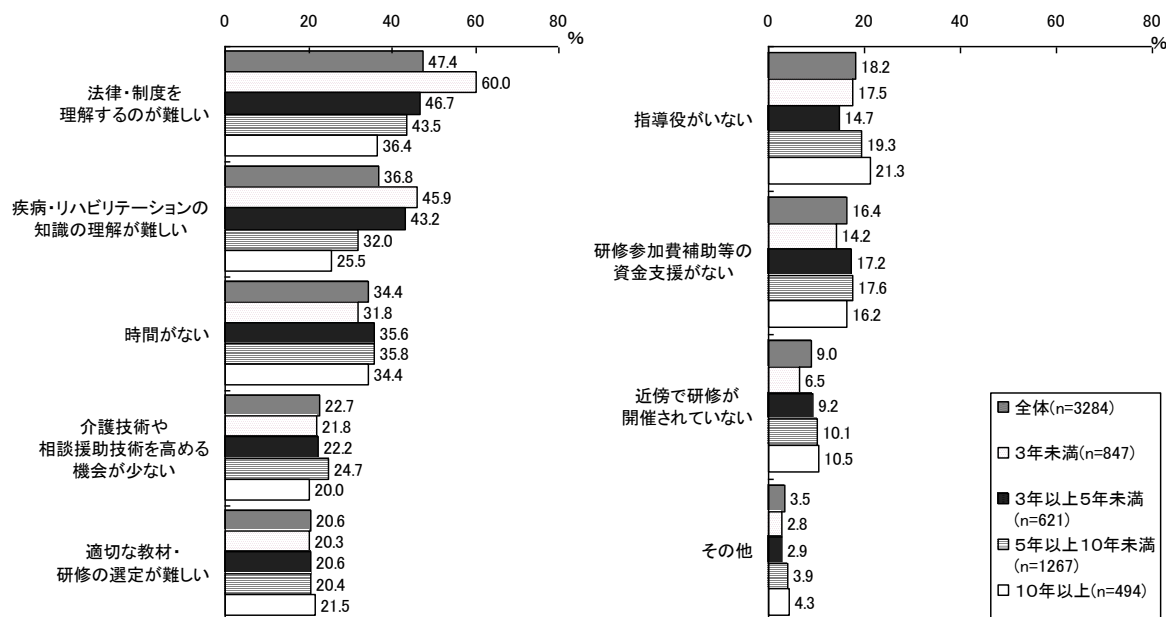
短いほど、

「法律・制度の理解」

「疾病・リハビリテーションの知識の理解」の

回答割合が高かった。

図表 介護支援専門員としての業務経験年数別 介護支援専門員としての資質向上に取り組む上での課題



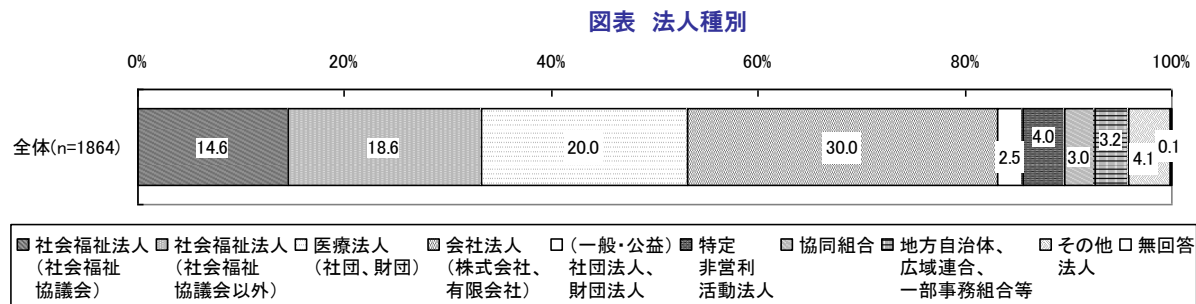
Ⅲ. 管理者票

1. 基本情報(法人種別、特定事業所加算取得状況)

- 会社法人で3割、医療法人・社会福祉法人・社会福祉協議会でそれぞれ2割弱程度
- 特定事業所加算(Ⅰ)取得事業所は全体の2.6%、特定事業所加算(Ⅱ)取得事業所は全体の25.9%

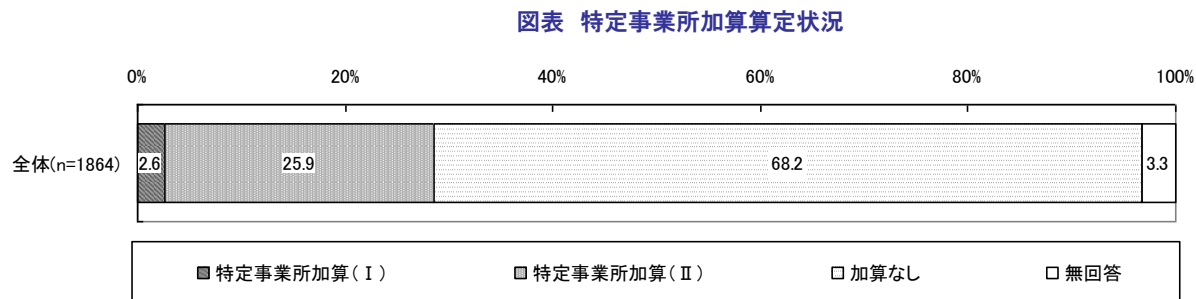
【法人種別】

- 会社法人(株式会社、有限会社)が30.0%で最も多く、医療法人が20.0%、社会福祉法人(社会福祉協議会以外)が18.6%、社会福祉法人(社会福祉協議会)が14.6%であった。



【特定事業所加算取得状況】

- 特定事業所加算(Ⅰ)を取得している事業所は全体の2.6%、特定事業所加算(Ⅱ)を取得している事業所は25.9%であった。



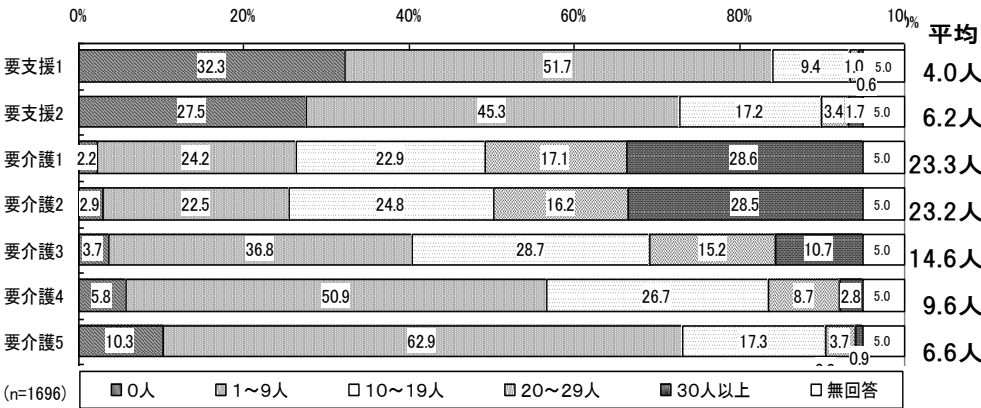
2. 平成22年12月の居宅介護支援実績

- 居宅介護支援事業所における居宅介護支援実績は、平均で要支援者が約10人、要介護1～2がそれぞれ約23人、要介護3が約15人、要介護4が約10人、要介護5が約7人
- 在籍介護支援専門員数の合計は1事業所あたり平均3.5人であり、いわゆる1人事業所が19.2%

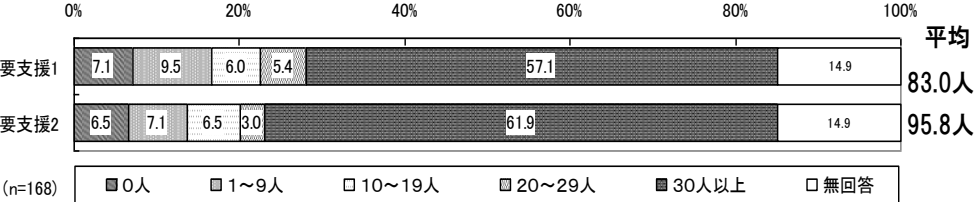
【要介護度別利用者数】

- 居宅介護支援事業所における居宅介護支援実績は、平均で、要支援者が約10人、要介護1～2がそれぞれ約23人、要介護3が約15人、要介護4が約10人、要介護5が約7人という構成比であった。
- 予防支援事業所における支援実績は、要支援1が平均約83人、要支援2が平均約96人である。

図表 居宅介護支援事業所 要介護度別 居宅介護支援実績(2010年12月)



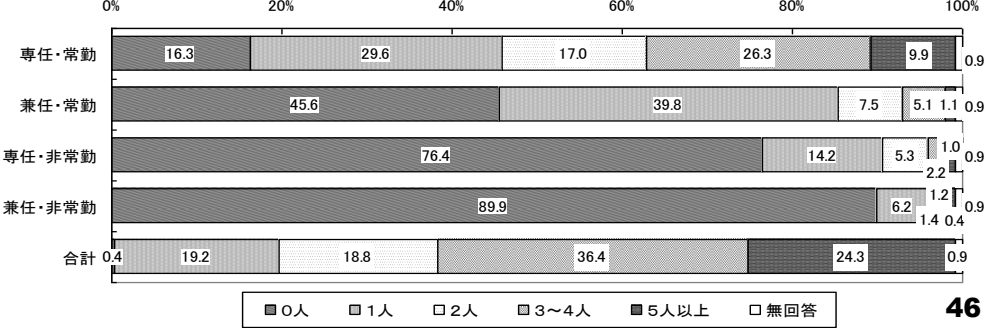
図表 予防支援事業所 要介護度別 居宅介護支援実績(2010年12月)



【在籍している介護支援専門員の人数】

- 在籍している介護支援専門員の合計人数は、「3～4人」が36.4%、「5人以上」が24.3%の一方で、「1人」が19.2%であった。
- 在籍している介護支援専門員の合計の平均は3.5人であり、うち専任・常勤が2.2人である。

図表 在籍介護支援専門員数(2010年12月時点)



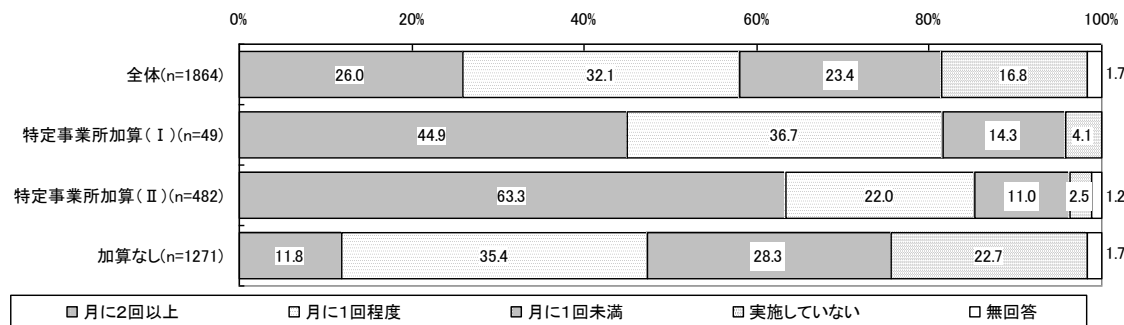
3. 事業所内でのケアプラン検討会などの開催頻度(事業所内勉強会・ケアプラン検討会)

- 特定事業所加算取得事業所では、事業所内勉強会・ケアプラン検討会・外部法定外研修等の資質向上の取り組みの開催頻度が高い傾向

【事業所内勉強会の開催頻度】

- 月に2回以上開催している事業所は全体の26.0%、月に1回程度開催している事業所は32.1%、月に1回未満開催している事業所は23.4%、実施していない事業所は16.8%であった。
- 特定事業所加算取得事業所では、未取得事業所に比べて開催頻度が多かった。

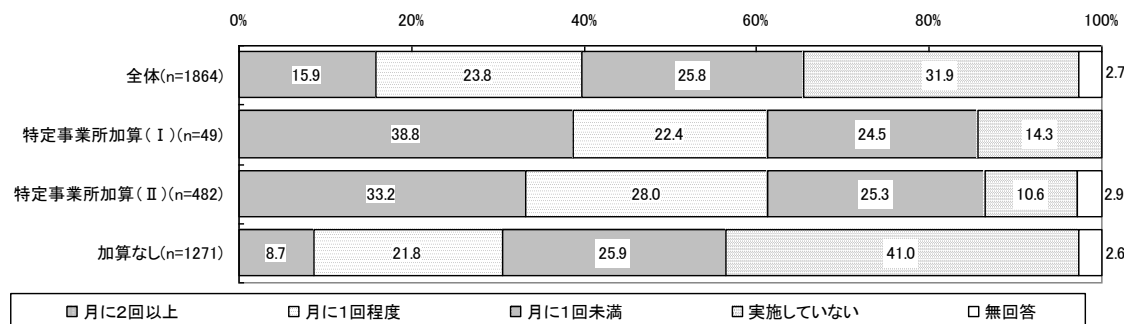
図表 特定事業所加算取得状況別 事業所内での介護サービス等に関する一般的な勉強会などの開催頻度



【事業所内ケアプラン検討会の開催頻度】

- 月に2回以上開催している事業所は15.9%、月に1回程度開催している事業所は23.8%、月に1回未満開催している事業所は25.8%、実施していない事業所は31.9%であった。
- 特定事業所加算取得事業所は、未取得事業所に比べてなどの開催頻度が多かった。

図表 特定事業所加算取得状況別 事業所内での介護サービス等に関するケアプラン検討会などの開催頻度



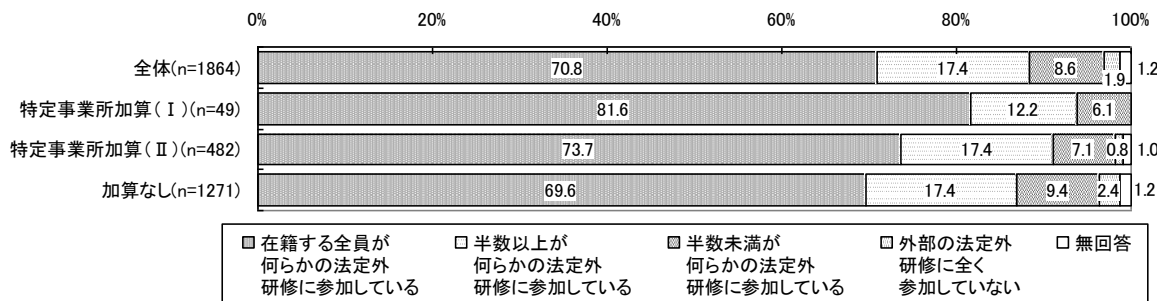
3. 事業所内でのケアプラン検討会などの開催頻度(外部法定外研修への参加状況)

- 特定事業所加算(Ⅰ)及び(Ⅱ)を取得している事業所では、外部法定外研修に参加している介護支援専門員の割合が高く、研修効果に対する評価も高い傾向

【外部法定外研修への介護支援専門員の参加状況】

- 何らかの法定外研修に「全員が参加している」事業所が70.8%、「半数以上が参加している」事業所が17.4%、「半数未満が参加している」事業所が8.6%、「外部の法定外研修に全く参加していない」事業所は1.9%であった。
- 特定事業所加算取得事業所は、未取得事業所に比べて参加頻度が高い。

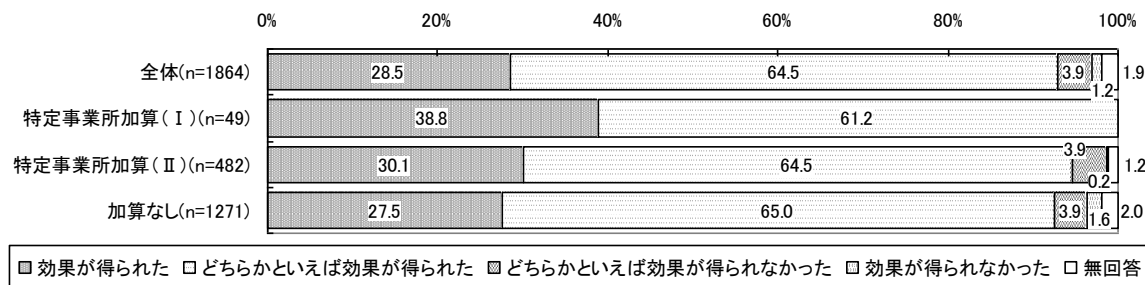
図表 特定事業所加算取得状況別 外部法定外研修への介護支援専門員の参加状況



【外部法定外研修の効果に対する考え方】

- 外部法定外研修について「効果が得られた」との回答が28.5%、「どちらかといえば効果が得られた」が64.5%で合計9割以上が効果があったと回答した。
- 特定事業所加算取得事業所では、法定外研修の効果に対する評価が高かった。

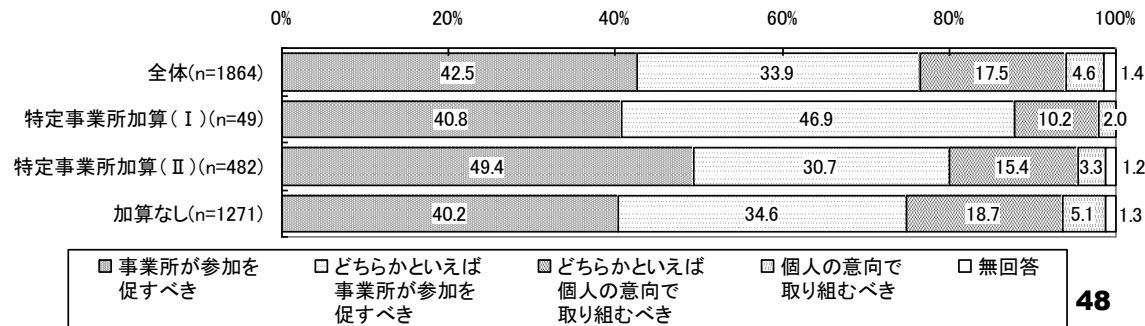
図表 特定事業所加算取得状況別 外部法定外研修の効果に対する考え方



【外部法定外研修への参加に対する考え方】

- 外部法定外研修について「事業所が参加を促すべき」と考えている事業所が42.5%、「どちらかといえば事業所が参加を促すべき」が33.9%で、合計約8割が事業所による参加の後押しに前向きだった。
- 特定事業所加算取得事業所では、法定外研修へ事業所が参加を促すべきという意向を持つ事業所が多かった。

図表 特定事業所加算取得状況別 外部法定外研修への参加に対する考え方



4. 日常的に連携している他機関

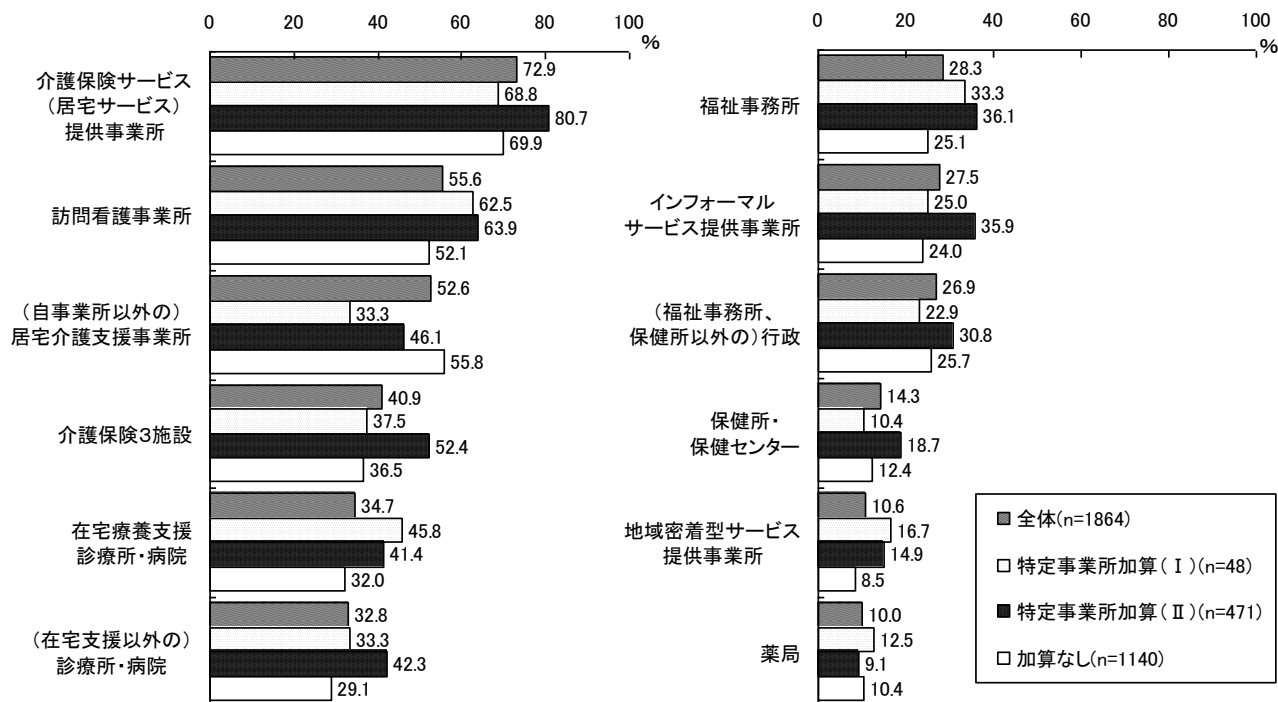
○連携している他機関としては、介護保険サービス(居宅介護サービス)提供事業所、訪問看護事業所、(自事業所以外の)居宅介護支援事業所が上位

図表 特定事業所加算取得状況別 日常的に連携している他機関

○日常的に連携している他機関として回答の多いものは

- ・介護保険サービス(居宅サービス)提供事業所(72.9%)
 - ・訪問看護事業所(55.6%)
 - ・(自事業所以外の)居宅介護支援事業所(52.6%)
 - ・介護保険3施設(40.9%)
 - ・在宅療養支援診療所・病院(34.7%)
 - ・(在宅支援以外の)診療所・病院(32.8%)
- の順であった。

○特定事業所加算(Ⅰ)(Ⅱ)を取得している事業所は、加算なしの事業所と比較して、訪問看護事業所や、診療所・病院、福祉事務所と日常的に連携している割合が高い。



《管理者調査票》

社保審一介護給付費分科会

第79回 (H23. 9. 5)

資料 2-2

回答日:平成 23 年 月 日

<回答方法について>

- 選択肢が記載されている設問については、該当する選択肢の「□」に「レ」印を記入してご回答ください。
- 回答欄に下線がある(「_____人」等)設問については、下線の箇所に該当する数値を記入してご回答ください。なお、回答する数値がゼロの場合も「0」とご記入ください。

【事業所の概要についてお伺いします】

(1) 法人種別 (該当するものにレ印)							
☐ 1.社会福祉法人(社会福祉協議会)		☐ 2.社会福祉法人(社会福祉協議会以外)		☐ 3.医療法人(社団、財団)			
☐ 4.会社法人(株式会社、有限会社)		☐ 5.(一般・公益)社団法人、財団法人		☐ 6.特定非営利活動法人			
☐ 7.協同組合		☐ 8.地方自治体、広域連合、一部事務組合等		☐ 9.その他法人			
(2) 平成 22 年 12 月の居宅介護支援実績				☐ 1.あり ☐ 2.なし			
(3) 特定事業所加算 (平成 22 年 12 月)				☐ 1.特定事業所加算(Ⅰ) ☐ 2.特定事業所加算(Ⅱ) ☐ 3.加算なし			
(4) 特別地域加算 (平成 22 年 12 月) (あてはまるものすべてにレ印)				☐ 1.特別地域加算(15%加算) ☐ 2.中山間地等の小規模事業所加算(10%加算) ☐ 3.中山間地等の提供加算(5%) ☐ 4.加算なし			
(5) 平成 22 年 12 月の居宅介護支援実績内訳							
① 要支援 1	② 要支援 2	③ 要介護 1	④ 要介護 2	⑤ 要介護 3	⑥ 要介護 4	⑦ 要介護 5	⑧ その他
_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人
(6) 平成 22 年 12 月末時点で在籍していた介護支援専門員数							
① 専任・常勤	② 兼任・常勤	③ 専任・非常勤	④ 兼任・非常勤	⑤ 合計			
_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人			
(7) 平成 22 年 1 月～12 月の間の入職介護支援専門員数				_____ 人			
(8) 平成 22 年 1 月～12 月の離職介護支援専門員数				_____ 人			
(9) 主任介護支援専門員の人数				_____ 人			
(10) 事業所に対応しているケアプランのなかでの次の事例の件数							
① 認知症による BPSD(行動心理症状)	② 利用拒否	③ 虐待 (疑いのあるケースを含む)	④ 権利擁護、 成年後見	⑤ 生活保護			
_____ 件	_____ 件	_____ 件	_____ 件	_____ 件			
(11) 併設サービスの有無 (同じあるいは隣接する敷地に主たる事務所がありサービスを提供しているものをすべて選びレ印)							
☐ 1.併設サービス無し(居宅介護支援のみ、あるいは地域包括支援センターのみ)							
サ ー ビ ス の 併 設	☐ 2.訪問介護	☐ 3.訪問入浴介護	☐ 4.訪問看護	☐ 5.夜間対応型訪問介護			
	☐ 6.訪問リハビリテーション	☐ 7.居宅療養管理指導	☐ 8.居宅介護支援				
	☐ 9.通所介護	☐ 10.療養通所介護	☐ 11.通所リハビリテーション				
	☐ 12.短期入所生活介護	☐ 13.短期入所療養介護	☐ 14.福祉用具貸与・販売	☐ 15.住宅改修			
	☐ 16.(地域)特定施設	☐ 17.(地域)介護老人福祉施設	☐ 18.介護老人保健施設	☐ 19.介護療養型医療施設			
	☐ 20.認知症対応型通所介護	☐ 21.小規模多機能型居宅介護	☐ 22.認知症対応型グループホーム				
※上記いずれも予防給付の場合を含む							
その他サービスの併設	☐ 23.病院・診療所	☐ 24.地域包括支援センター					
	☐ 25.家事援助サービス	☐ 26.移送サービス	☐ 27.配食関連サービス	☐ 28.いきいきサロン等			
(12) 介護支援専門員の人数の充足感 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)							
☐ 1.過剰である		☐ 2.どちらかといえば 過剰である		☐ 3.妥当である		☐ 4.どちらかといえば 不足している	
						☐ 5.不足している	
(13) 介護支援専門員の組織体制 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)							
☐ 1.地域別の班やチームを 組成		☐ 2.要介護度別の班や チームを組成		☐ 3.左記以外の班や チームを組成		☐ 4.特に組織はない 又は 1 人組織である	
(14) 指導的役割の介護支援専門員の配置 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)							
☐ 1.指導役として 位置づけられた 主任介護支援 専門員がいる		☐ 2.指導役として 位置づけられた 主任介護支援専門員 以外の職員がいる		☐ 3.位置づけられては いないが指導的立場を 担っている主任介護 支援専門員がいる		☐ 4.位置づけられては いないが指導的立場を 担っている主任介護支援 専門員以外の職員がいる	
						☐ 5.特段、 指導的役割の 職員はいない	

【介護支援専門員の能力等に対する評価についてお伺いします】

(15) 在籍する介護支援専門員にもとめる能力等 (重要と思われる順にひとつずつ選び回答欄に番号を記入)			
① 最も重要	(回答欄)	1. 相談援助能力	2. 情報収集能力
② 2 番目に重要		4. コーディネート能力	5. 合意形成能力
③ 3 番目に重要		7. 疾病に関する知識	8. リハビリ、運動機能向上に関する知識
		9. 栄養改善、口腔機能向上に関する知識	10. 介護関連制度に関する知識
		11. 給付管理に関する事務能力	12. 福祉用具に関する知識
		13. インフォーマルな社会資源に関する知識	14. ADL、IADL の改善及び重度化防止・遅延化の思考過程

【他機関との連携についてお伺いします】 ※居宅介護支援事業所のみご回答ください

(16) 地域包括支援センターとの連携(相談や情報交換など)の実施頻度 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)			
☐ 1. 週に 1 回以上	☐ 2. 月に 2～3 回程度	☐ 3. 月に 1 回程度	☐ 4. 2～3 ヶ月に 1 回程度
☐ 5. 半年に 1 回程度	☐ 6. 1 年に 1 回程度	☐ 7. 1 年に 1 回未満	☐ 8. 連携していない
(17) 貴事業所から見た地域包括支援センターの評価 (それぞれ最も近いものをひとつずつ選びレ印)			
① 受けられるアドバイスの質	☐ 1. 良い	☐ 2. どちらかといえば良い	☐ 3. どちらかといえば悪い
② 相談のしやすさ	☐ 1. 良い	☐ 2. どちらかといえば良い	☐ 3. どちらかといえば悪い
③ 対応の迅速さ	☐ 1. 良い	☐ 2. どちらかといえば良い	☐ 3. どちらかといえば悪い
④ 対応の柔軟さ	☐ 1. 良い	☐ 2. どちらかといえば良い	☐ 3. どちらかといえば悪い
⑤ 主任介護支援専門員の機能	☐ 1. 良い	☐ 2. どちらかといえば良い	☐ 3. どちらかといえば悪い
⑥ 研修や勉強会の支援・主催	☐ 1. 良い	☐ 2. どちらかといえば良い	☐ 3. どちらかといえば悪い
(18) 地域包括支援センター以外に日常的に連携(相談や情報交換など)を実施している他機関 (あてはまるものすべてにレ印)			
☐ 1.(自事業所以外の)居宅介護支援事業所	☐ 2.訪問看護事業所	☐ 3.介護保険サービス(居宅サービス)提供事業所	☐ 4.介護保険 3 施設
☐ 5.在宅療養支援診療所・病院	☐ 6.在宅療養支援診療所・病院	☐ 7.(在宅支援以外の)診療所・病院	☐ 8.薬局
☐ 9.保健所・保健センター	☐ 10.福祉事務所	☐ 11.(福祉事務所、保健所以外の)行政	☐ 12.インフォーマルサービス提供事業所(家事援助、移送、配食、サロン等)

【介護支援専門員の資質向上に向けた取り組みについてお伺いします】

(19) 事業所内での介護サービス等に関する一般的な勉強会などの開催 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)			
☐ 1. 週に 1 回以上	☐ 2. 月に 2～3 回程度	☐ 3. 月に 1 回程度	☐ 4. 2～3 ヶ月に 1 回程度
☐ 5. 半年に 1 回程度	☐ 6. 1 年に 1 回程度	☐ 7. 1 年に 1 回未満	☐ 8. 実施していない
(20) 事業所内でのケアプラン評価のための検討会などの開催 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)			
☐ 1. 週に 1 回以上	☐ 2. 月に 2～3 回程度	☐ 3. 月に 1 回程度	☐ 4. 2～3 ヶ月に 1 回程度
☐ 5. 半年に 1 回程度	☐ 6. 1 年に 1 回程度	☐ 7. 1 年に 1 回未満	☐ 8. 実施していない
(21) 平成 22 年 1 年間の、外部で行われた法定外研修への介護支援専門員の参加状況 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)			
☐ 1. 在籍する全員が何らかの法定外研修に参加している	☐ 2. 半数以上が何らかの法定外研修に参加している	☐ 3. 半数未満が何らかの法定外研修に参加している	☐ 4. 外部の法定外研修に全く参加していない
(22) 法定外研修の効果に対する評価 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)			
☐ 1. 効果が得られた	☐ 2. どちらかといえば効果が得られた	☐ 3. どちらかといえば効果が得られなかった	☐ 4. 効果が得られなかった
(23) 外部で行われる法定外研修への参加に関する考え方 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)			
☐ 1. 事業所が参加を促すべき	☐ 2. どちらかといえば事業所が参加を促すべき	☐ 3. どちらかといえば個人の意向で取り組むべき	☐ 4. 個人の意向で取り組むべき
(24) 事業所における勉強会などの開催や、外部で行われる法定外研修への参加に関する課題			
(普段お感じになっている課題を自由にお書きください)			

【所属する介護支援専門員の属性についてお伺いします】

※平成 22 年 12 月末時点で貴事業所に在籍していた介護支援専門員について、その属性を次の回答欄にご記入ください。（在籍者数が 10 名を超える場合は、苗字の五十音順が早い 10 名についてご回答ください）

(25) 在籍する介護支援専門員の属性 ※苗字の五十音順に 1 人目から順にご記入ください。											
	1 人目	2 人目	3 人目	4 人目	5 人目	6 人目	7 人目	8 人目	9 人目	10 人目	
①専任・兼任の別	☐ 1.専任 ☐ 2.兼任	☐ 1.専任 ☐ 2.兼任	☐ 1.専任 ☐ 2.兼任	☐ 1.専任 ☐ 2.兼任	☐ 1.専任 ☐ 2.兼任	☐ 1.専任 ☐ 2.兼任	☐ 1.専任 ☐ 2.兼任	☐ 1.専任 ☐ 2.兼任	☐ 1.専任 ☐ 2.兼任	☐ 1.専任 ☐ 2.兼任	
②常勤・非常勤の別	☐ 1.常勤 ☐ 2.非常勤	☐ 1.常勤 ☐ 2.非常勤	☐ 1.常勤 ☐ 2.非常勤	☐ 1.常勤 ☐ 2.非常勤	☐ 1.常勤 ☐ 2.非常勤	☐ 1.常勤 ☐ 2.非常勤	☐ 1.常勤 ☐ 2.非常勤	☐ 1.常勤 ☐ 2.非常勤	☐ 1.常勤 ☐ 2.非常勤	☐ 1.常勤 ☐ 2.非常勤	
③保有資格	イ：医師 ロ：薬剤師 ハ：保健師 ニ：看護師、 准看護師 ホ：介護福祉士 ヘ：社会福祉士 ト：その他	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ ☐ ト	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ ☐ ト	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ ☐ ト	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ ☐ ト	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ ☐ ト	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ ☐ ト	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ ☐ ト	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ ☐ ト	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ ☐ ト	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ ☐ ト
④勤続年数	イ：1 年未満 ロ：1 年以上 3 年未満 ハ：3 年以上 5 年未満 ニ：5 年以上	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ
⑤業務経験年数（累計）	イ：1 年未満 ロ：1 年以上 3 年未満 ハ：3 年以上 5 年未満 ニ：5 年以上	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ
⑥年代	イ：20 代以下 ロ：30 代 ハ：40 代 ニ：50 代 ホ：60 代以上	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ
⑦主任介護支援専門員資格保有	☐ 1.有 ☐ 2.無	☐ 1.有 ☐ 2.無	☐ 1.有 ☐ 2.無	☐ 1.有 ☐ 2.無	☐ 1.有 ☐ 2.無	☐ 1.有 ☐ 2.無	☐ 1.有 ☐ 2.無	☐ 1.有 ☐ 2.無	☐ 1.有 ☐ 2.無	☐ 1.有 ☐ 2.無	



※設問(25)に回答した介護支援専門員のうち、1 人目～3 人目について、次の設問にご回答いただくとともに、同封の「介護支援専門員調査票・個別ケース票」へのご回答にご協力くださいますよう、お願い申し上げます。

注) 貴事業所に在籍する介護支援専門員が 2 名以下の場合は、在籍する全員についてご回答ください。

【設問(25)で抽出した3名の介護支援専門員に対する評価についてお伺いします】

(26a) 抽出した介護支援専門員(1人目)に対する評価 (それぞれひとつずつ最も近いものを選びレ印)	
① 相談援助能力	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
② 情報収集能力	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
③ アセスメント能力	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
④ コーディネート能力	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑤ 合意形成能力	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑥ 介護技術に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑦ 疾病に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑧ リハビリ、運動機能向上に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑨ 栄養改善、口腔機能向上に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑩ 介護関連制度に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑪ 給付管理に関する事務能力	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑫ 福祉用具に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑬ インフォーマルな社会資源に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑭ ADL、IADLの改善及び重度化防止・遅延化の思考過程	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない

(26b) 抽出した介護支援専門員(2人目)に対する評価 (それぞれひとつずつ最も近いものを選びレ印)	
① 相談援助能力	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
② 情報収集能力	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
③ アセスメント能力	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
④ コーディネート能力	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑤ 合意形成能力	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑥ 介護技術に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑦ 疾病に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑧ リハビリ、運動機能向上に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑨ 栄養改善、口腔機能向上に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑩ 介護関連制度に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑪ 給付管理に関する事務能力	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑫ 福祉用具に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑬ インフォーマルな社会資源に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑭ ADL、IADLの改善及び重度化防止・遅延化の思考過程	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない

(26c) 抽出した介護支援専門員(3人目)に対する評価 (それぞれひとつずつ最も近いものを選びレ印)	
① 相談援助能力	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
② 情報収集能力	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
③ アセスメント能力	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
④ コーディネート能力	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑤ 合意形成能力	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑥ 介護技術に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑦ 疾病に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑧ リハビリ、運動機能向上に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑨ 栄養改善、口腔機能向上に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑩ 介護関連制度に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑪ 給付管理に関する事務能力	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑫ 福祉用具に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑬ インフォーマルな社会資源に関する知識	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない
⑭ ADL、IADLの改善及び重度化防止・遅延化の思考過程	☐ 1.総じて非常に高い ☐ 2.総じて高い ☐ 3.総じてあまり高くない ☐ 4.総じて高くない

管理者の方への設問は以上です。ご回答ありがとうございました。

《介護支援専門員調査票》

回答日：平成 23 年 月 日

＜回答方法について＞

- 選択肢が記載されている設問については、該当する選択肢の「□」に「レ」印を記入してご回答ください。
- 回答欄に下線がある（「 年」等）設問については、下線の箇所に該当する数値を記入してご回答ください。なお、回答する数値がゼロの場合も「0」とご記入ください。
- 調査票は、「介護支援専門員調査票」と「個別ケース調査票」（3 件）から構成されています。最初にこの「介護支援専門員調査票」にご回答いただき、その後「個別ケース調査票」にご回答ください。

【あなたの保有資格、働き方、業務内容などについてお伺いします】

(1) 年代	☐ 1.20 代以下 ☐ 2.30 代 ☐ 3.40 代 ☐ 4.50 代 ☐ 5.60 代以上							
(2) 性別	☐ 1.男性 ☐ 2.女性							
(3) 介護支援専門員資格取得年	(西暦) _____ 年							
(4) 現在保有している資格 (あてはまるものをすべて選びレ印)								
☐ 1. 医師 ☐ 2. 歯科医師 ☐ 3. 薬剤師 ☐ 4. 保健師 ☐ 5. 看護師 ☐ 6. 准看護師 ☐ 7. 助産師 ☐ 8. 理学療法士 ☐ 9. 作業療法士 ☐ 10. 視能訓練士 ☐ 11. 言語聴覚士 ☐ 12. 介護福祉士 ☐ 13. 社会福祉士 ☐ 14. 精神保健福祉士 ☐ 15. 義肢装具士 ☐ 16. 歯科衛生士 ☐ 17. あん摩マッサージ指圧師 ☐ 18. はり師 ☐ 19. きゅう師 ☐ 20. 柔道整復師 ☐ 21. 栄養士(管理栄養士を含む) ☐ 22. 訪問介護員 2 級 ☐ 23. 訪問介護員 1 級 ☐ 24. 介護職員基礎研修修了 ☐ 25. 主任介護支援専門員								
(5) 介護支援専門員としての業務経験年数	_____ 年							
(6) 現在の事業所での勤続年数	_____ 年							
(7) 勤務形態、雇用形態 (最も近いものひとつだけ)	☐ 1. 専任・常勤 ☐ 2. 専任・非常勤 ☐ 3. 兼任・常勤 ☐ 4. 兼任・非常勤							
(8) 担当利用者数の内訳 (平成 22 年 12 月)								
① 要支援 1	② 要支援 2	③ 要介護 1	④ 要介護 2	⑤ 要介護 3	⑥ 要介護 4	⑦ 要介護 5	⑧ その他	⑨ 合計
_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人	_____ 人
(9) 平成 22 年 1 月～12 月の 1 年間に次の事例を担当した件数								
① 認知症による BPSD (行動心理症状)		② 利用拒否		③ 虐待 (疑いのあるケースを含む)		④ 権利擁護、 成年後見		⑤ 生活保護
_____ 件		_____ 件		_____ 件		_____ 件		_____ 件
(10) 平成 22 年 1 月～12 月の 1 年間の平均的な 1 週間当たりの勤務時間 (最も近いものをひとつ選びレ印)								
☐ 1. 週 5 時間未満			☐ 2. 週 5 時間以上 10 時間未満			☐ 3. 週 10 時間以上 20 時間未満		
☐ 4. 週 20 時間以上 40 時間未満			☐ 5. 週 40 時間以上 60 時間未満			☐ 6. 週 60 時間以上		
(11) 普段の業務において割いている時間数が最も多い業務内容								←下表から最も近いものを 3 つまで選び番号を記入
1. 情報収集、アセスメント 2. ケアプラン作成 3. サービス担当者会議の開催 4. サービス提供事業者への連絡・調整 5. モニタリング、ケアプランの見直し 6. 給付管理 7. 利用者に対する相談援助 8. 他の専門職への相談・連絡 9. 事業所内の事務処理 10. その他 (具体的な業務内容をお書きください _____)								

【普段のケアマネジメントの取り組みについてお伺いします】

(12) 普段、ケアマネジメントに取り組む上で重視している点			←下表から最も近いものを 3つまで選び番号を記入
1. 本人の意向	2. 家族の意向	3. ADL、IADL の把握	4. 自己実現意欲の回復
5. ADL、IADL の改善、重度化防止・遅延化	6. 主治医意見書	7. 直近の介護認定調査結果	
8. 利用者の負担額	9. 支給限度基準額	10. 地域におけるサービス提供可能量	
11. 事業所の方針	12. その他 (具体的な業務内容をお書きください _____)		

(13) ケアプランの作成、モニタリングの際に相談できる相手 (それぞれあてはまるものをすべて選びレ印)

① 自事業所内	② 他の介護保険 サービス事業所	③ 地域包括 支援センター ※居宅介護支援事業所のみ	④ 診療所・病院、 薬局	⑤ 行政、保健所 福祉事務所	⑥ インフォーマル サービス事業所
☐ 1.管理者 ☐ 2.主任 ☐ 介護支援 専門員 ☐ 3.先輩の介護 支援専門員 ☐ 4.同僚の介護 支援専門員 ☐ 5.その他職員 ☐ 6.いない	☐ 1.介護支援専門員 ☐ 2.看護師・准看護師 ☐ 3.社会福祉士 ☐ 4.介護福祉士 ☐ 5.その他の介護職員 ☐ 6.理学療法士・ 作業療法士・ 言語聴覚士 ☐ 7.福祉用具 専門相談員 ☐ 8.その他職員 ☐ 9.いない	☐ 1.主任 介護支援 専門員 ☐ 2.保健師 ☐ 3.社会福祉士 ☐ 4.その他職員 ☐ 5.いない	☐ 1.在宅療養支援 診療所・病院の医師 ☐ 2.その他の診療所・ 病院の医師、歯科医師 ☐ 3.看護師・准看護師 ☐ 4.薬剤師 ☐ 5.理学療法士・作業 療法士・言語聴覚士 ☐ 6.管理栄養士 ☐ 7.歯科衛生士 ☐ 8.医療ソーシャルワーカー ☐ 9.その他職員 ☐ 10.いない	☐ 1.専門職 (保健師) ☐ 2.専門職 (社会福祉士) ☐ 3.専門職 (介護福祉士) ☐ 4.行政職(事務) ☐ 5.民生委員 ☐ 6.その他職員 ☐ 7.いない	☐ 1.介護関連 資格保有者 (介護支援専門員、 介護福祉士、 訪問介護員等) ☐ 2.その他職員 ☐ 3.いない

(14) 地域にある介護保険サービス(在宅サービスに限る)の量に対する評価 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)

☐ 1. 総じて利用者ニーズに 大きく不足する規模だと思う ☐ 2. 総じて利用者ニーズに 不足する規模だと思う ☐ 3. 総じて利用者ニーズを 概ね充足できる規模だと思う ☐ 4. 総じて利用者ニーズを 充分充足できる規模だと思う	(15) 【設問(14)で「大きく不足」、「不足」を回答した方】 不足だと感じるサービスの種類 (あてはまるものをすべて選びレ印) ☐ 1. 訪問介護 ☐ 2. 訪問入浴介護 ☐ 3. 訪問看護 ☐ 4. 訪問リハビリテーション ☐ 5. 居宅療養管理指導 ☐ 6. 通所介護 ☐ 7. 療養通所介護 ☐ 8. 通所リハビリテーション ☐ 9. 短期入所生活介護 ☐ 10. 短期入所療養介護 ☐ 11. 福祉用具貸与・販売 ☐ 12. 住宅改修 ☐ 13. 夜間対応型訪問介護 ☐ 14. 認知症対応型通所介護 ※療養通所介護、夜間対応型訪問介護を除き、いずれも予防給付を含む
---	---

(16) 地域にあるインフォーマルサービスの量に対する評価 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)

☐ 1. 総じて利用者ニーズに 大きく不足する規模だと思う ☐ 2. 総じて利用者ニーズに 不足する規模だと思う ☐ 3. 総じて利用者ニーズを 概ね充足できる規模だと思う ☐ 4. 総じて利用者ニーズを 充分充足できる規模だと思う	(17) 【設問(16)で「大きく不足」、「不足」を回答した方】 不足だと感じるサービスの種類 (あてはまるものをすべて選びレ印) ☐ 1. 家事援助サービス ☐ 2. 移送サービス ☐ 3. 配食関連サービス ☐ 4. いきいきサロン等 ☐ 5. 認知症高齢者に対する事業(見守り) ☐ 6. 認知症高齢者に対する事業(話し相手) ☐ 7. 認知症高齢者に対する事業(付き添い) ☐ 8. 認知症高齢者に対する事業(その他) ☐ 9. その他 (具体的なサービス種別をご回答ください _____)
---	---

【介護支援専門員に求められる能力等の評価についてお伺いします】

(18) 一般的に介護支援専門員にとって重要だと思う能力等 (重要と思われる順にひとつずつ選び回答欄に番号を記入)

	(回答欄)	1. 相談援助能力	2. 情報収集能力	3. アセスメント能力
① 最も重要		4. コーディネート能力	5. 合意形成能力	6. 介護技術に関する知識
② 2 番目に重要		7. 疾病に関する知識	8. リハビリ、運動機能向上に関する知識	
③ 3 番目に重要		9. 栄養改善、口腔機能向上に関する知識	10. 介護関連制度に関する知識	
		11. 給付管理に関する事務能力	12. 福祉用具に関する知識	13. インフォーマルな社会資源に関する知識
		14. ADL、IADL の改善及び重度化防止・遅延化の思考過程		

(19) 介護支援専門員としての資質の自己評価 (それぞれひとつずつ最も近いものを選びレ印)

① 相談援助能力	☐ 1. 総じて非常に高い	☐ 2. 総じて高い	☐ 3. 総じてあまり高くない	☐ 4. 総じて高くない
② 情報収集能力	☐ 1. 総じて非常に高い	☐ 2. 総じて高い	☐ 3. 総じてあまり高くない	☐ 4. 総じて高くない
③ アセスメント能力	☐ 1. 総じて非常に高い	☐ 2. 総じて高い	☐ 3. 総じてあまり高くない	☐ 4. 総じて高くない
④ コーディネート能力	☐ 1. 総じて非常に高い	☐ 2. 総じて高い	☐ 3. 総じてあまり高くない	☐ 4. 総じて高くない
⑤ 合意形成能力	☐ 1. 総じて非常に高い	☐ 2. 総じて高い	☐ 3. 総じてあまり高くない	☐ 4. 総じて高くない
⑥ 介護技術に関する知識	☐ 1. 総じて非常に高い	☐ 2. 総じて高い	☐ 3. 総じてあまり高くない	☐ 4. 総じて高くない
⑦ 疾病に関する知識	☐ 1. 総じて非常に高い	☐ 2. 総じて高い	☐ 3. 総じてあまり高くない	☐ 4. 総じて高くない
⑧ リハビリ、運動機能向上に関する知識	☐ 1. 総じて非常に高い	☐ 2. 総じて高い	☐ 3. 総じてあまり高くない	☐ 4. 総じて高くない
⑨ 栄養改善、口腔機能向上に関する知識	☐ 1. 総じて非常に高い	☐ 2. 総じて高い	☐ 3. 総じてあまり高くない	☐ 4. 総じて高くない
⑩ 介護関連制度に関する知識	☐ 1. 総じて非常に高い	☐ 2. 総じて高い	☐ 3. 総じてあまり高くない	☐ 4. 総じて高くない
⑪ 給付管理に関する事務能力	☐ 1. 総じて非常に高い	☐ 2. 総じて高い	☐ 3. 総じてあまり高くない	☐ 4. 総じて高くない
⑫ 福祉用具に関する知識	☐ 1. 総じて非常に高い	☐ 2. 総じて高い	☐ 3. 総じてあまり高くない	☐ 4. 総じて高くない
⑬ インフォーマルな社会資源に関する知識	☐ 1. 総じて非常に高い	☐ 2. 総じて高い	☐ 3. 総じてあまり高くない	☐ 4. 総じて高くない
⑭ ADL、IADL の改善及び重度化防止・遅延化の思考過程	☐ 1. 総じて非常に高い	☐ 2. 総じて高い	☐ 3. 総じてあまり高くない	☐ 4. 総じて高くない

【介護支援専門員としての資質向上に向けた取り組みについてお伺いします】

(20) 初任者研修としての介護支援専門員実務研修の内容の評価 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)	
☐ 1. 適当だった	☐ 2. どちらかといえば適当だった ☐ 3. どちらかといえば不適当だった ☐ 4. 不適当だった
(21) 初めて勤務した居宅介護支援事業所における初任者研修の内容の評価 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)	
☐ 1. 適当だった	☐ 2. どちらかといえば適当だった ☐ 3. どちらかといえば不適当だった ☐ 4. 不適当だった
(22) 現任研修の内容の評価 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)	
☐ 1. 適当だった	☐ 2. どちらかといえば適当だった ☐ 3. どちらかといえば不適当だった ☐ 4. 不適当だった
(23) 事業所内での勉強会などへの参加状況 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)	
☐ 1. 週に1回以上	☐ 2. 月に2～3回程度 ☐ 3. 月に1回程度 ☐ 4. 2～3ヶ月に1回程度 ☐ 5. 半年に1回程度 ☐ 6. 1年に1回未満 ☐ 7. 行っていない
(24) 外部で行われる法定外研修への参加状況 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)	
☐ 1. 積極的に参加している	☐ 2. ときどき参加している ☐ 3. 全く参加していない
(25) 外部で行われる法定外研修への参加に関する考え方 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)	
☐ 1. 事業所が参加を促すべき	☐ 2. どちらかといえば事業所が参加を促すべき ☐ 3. どちらかといえば個人の意向で取り組むべき ☐ 4. 個人の意向で取り組むべき
(26) 社内外の研修以外の自己啓発の取り組み (あてはまるものをすべて選びレ印)	
☐ 1. 書籍・雑誌の購入・購読	☐ 2. セミナー、研修会等への自費による参加 ☐ 3. 各種の団体・協会、学会等への参加 ☐ 4. 他事業所に勤める介護支援専門員との交流

【普段の業務に取り組む上での課題等についてお伺いします】

(27) ケアマネジメントを実践する上での課題 (あてはまるものをすべて選びレ印)	
☐ 1. アセスメントに必要な情報が十分に集まらない	☐ 2. 提供可能なサービス量が少ない
☐ 3. 支給限度基準額が低い	☐ 4. 利用者訪問をする時間が取れない
☐ 5. 担当しているプラン数が多過ぎる	☐ 6. ADL、IADLの改善及び重度化防止・遅延化の思考過程をつかめない
☐ 7. その他 (具体的に_____)	
(28) あなたの担当ケースに関連して開催するサービス担当者会議の開催状況 (最も近いものをひとつだけ選びレ印)	
☐ 1. 週1回程度	☐ 2. 月に2～3回程度 ☐ 3. 月に1回程度 ☐ 4. 3ヵ月に1回程度 ☐ 5. 半年に1回程度 ☐ 6. 年に1回程度 ☐ 7. ほとんど開催しない(できない)
(29) 医療との連携における課題 (あてはまるものをすべて選びレ印)	
☐ 1. 自分が持つ医療・リハビリに関する知識に自信がない	☐ 2. 病院・診療所を訪問することにためらいがある
☐ 3. 医師の協力が得られない	☐ 4. 看護師、准看護師の協力が得られない
☐ 5. 理学療法士、作業療法士の協力が得られない	☐ 6. 近くに在宅療養支援病院・診療所が無い
☐ 7. その他 (具体的に_____)	
(30) さまざまな関係者の合意形成における課題 (あてはまるものをすべて選びレ印)	
☐ 1. 本人と家族の意見が一致しない	☐ 2. サービス利用の権利意識が強く理解が得にくい
☐ 3. 自立支援の取り組みに対する理解が得にくい	☐ 4. 自事業所・法人の方針と自分の考えが合わない
☐ 5. サービス提供事業者の考えと自分の考えが合わない	☐ 6. その他 (具体的に_____)
(31) 合意形成に課題があった場合の普段の対応策 (あてはまるものをすべて選びレ印)	
☐ 1. 自分の考えよりも本人の意見に合わせて折り合いをつける	☐ 2. 自分の考えよりも家族の意見に合わせて折り合いをつける
☐ 3. 指導・説得により理解してもらう	☐ 4. サービス担当者会議を開催して調整する
☐ 5. 医師を通して調整する	☐ 6. 地域包括支援センターを通して調整する
☐ 7. 事業所内の他の介護支援専門員に担当を替わる	☐ 8. その他 (具体的に_____)
(32) 介護支援専門員としての資質向上に取り組む上での課題 (あてはまるものをすべて選びレ印)	
☐ 1. 法律・制度を理解するのが難しい	☐ 2. 疾病・リハビリテーションの知識の理解が難しい
☐ 3. 介護技術や相談援助技術を高める機会が少ない	☐ 4. 適切な教材・研修の選定が難しい
☐ 5. 近傍で研修が開催されていない	☐ 6. 指導役がいない
☐ 7. 研修参加費補助等の資金支援がない	☐ 8. 時間がない
☐ 9. その他 (具体的に_____)	

あなたについての設問は以上です。ご回答ありがとうございました。

引き続き、あなたが担当しているケース(3件)について

「個別ケース調査票」へのご回答にご協力くださいますよう、お願い申し上げます。

※回答するケースの抽出方法は次頁に記載しています。

《個別ケース調査票 ケース抽出の手順》

回答日:平成 23 年 月 日

<回答方法について>

- 選択肢が記載されている設問については、該当する選択肢の「□」に「レ」印を記入してご回答ください。
- 回答欄に下線がある(「_____回」等)設問については、下線の箇所に該当する数値を記入してご回答ください。なお、回答する数値がゼロの場合も「0」とご記入ください。
- 「個別ケース調査票」は同じ様式が 3 部綴じ込まれています。下記の抽出手順に沿って抽出した 3 件のケースについて、1 ケース当たり 1 枚の調査票を用いてご回答ください。
- 回答した 3 件のケースについて、ケアプランの写し(第 1～3 表)を添付してください。なお、大変お手数ですが、ご利用者の個人情報に関する部分(氏名、住所等)は墨塗りしてください。

【個別ケースの抽出手順】

※まず、以下の手順により、あなたをご担当されているケースを 3 件 抽出し、その内容について「個別ケース調査票」にご回答ください。

【抽出手順】

手順① 平成 22 年 12 月に居宅介護支援の利用があった方のうち、新規を除く利用者数をご確認ください

a) 3 件以下の場合

→抽出の必要はありませんので、全ケースについてご回答ください

b) 3 件超の場合

→手順②に進んでください

手順② ご利用者の介護保険被保険者番号(10 桁)の下 2 桁を確認し、小さい方から 3 名を抽出してください

《個別ケース調査票(1ケース目)》

回答日:平成 23 年 月 日

【利用者の基本属性等】

(1) 年齢	_____ 歳
(2) 性別	☐ 1.男 ☐ 2.女
(3) 同居・独居	(ひとつだけ)
	☐ 1.同居者あり ☐ 2.同居者なし(ひとり暮らし)
(4) 家族等介護者の有無	(最も近いものひとつずつ)
① 同居の配偶者	☐ 1.介護可能 ☐ 2.いるが介護不能 ☐ 3.いない
② 同居の子	☐ 1.介護可能 ☐ 2.いるが介護不能 ☐ 3.いない
③ 同居の子の配偶者	☐ 1.介護可能 ☐ 2.いるが介護不能 ☐ 3.いない
④ その他の同居者	☐ 1.介護可能 ☐ 2.いるが介護不能 ☐ 3.いない
⑤ 別居の親族	☐ 1.介護可能な人あり ☐ 2.いない・不明
⑥ 別居の知人等	☐ 1.介護可能な人あり ☐ 2.いない・不明
(5) 居住状況	(あてはまるものひとつだけ)
① 屋内移動	☐ 1.良(バリアフリー対応等) ☐ 2.普通 ☐ 3.不良
② 入浴介助環境	☐ 1.良(バリアフリー対応等) ☐ 2.普通 ☐ 3.不良
③ 外出環境	☐ 1.良(バリアフリー対応等) ☐ 2.普通 ☐ 3.不良
(6) 所得階層	(あてはまるものひとつだけ)
	☐ 1.第1 ☐ 2.第2 ☐ 3.第3 ☐ 4.第4 ☐ 5.第5、6 段階 段階 段階 段階 段階
(7) 併用サービス	(最も近いものひとつずつ)
① 障害者自立支援法サービスの併用	☐ 1.あり ☐ 2.なし
② 自費でのサービスの併用	☐ 1.あり ☐ 2.なし

【要介護度、ADL、IADL 等】

(8) 要介護度				
☐ 1.要支援 1 ☐ 2.要支援 2 ☐ 3.要介護 1 ☐ 4.要介護 2 ☐ 5.要介護 3 ☐ 6.要介護 4 ☐ 7.要介護 5 ☐ 8.その他				
(9) 要介護認定等基準時間				
①食事	②排泄	③移動	④清潔保持	⑤関節
_____ 分	_____ 分	_____ 分	_____ 分	_____ 分
⑥BPSD 関連	⑦機能訓練	⑧医療関連	⑨認知症加算	
_____ 分	_____ 分	_____ 分	_____ 分	
(10) 中間評価項目得点				
①第1群	②第2群	③第3群	④第4群	⑤第5群
_____	_____	_____	_____	_____
(11) 前回認定結果と比較した要介護度 (ひとつだけ)				
☐ 1.改善 ☐ 2.同程度 ☐ 3.悪化 ☐ 4.不明				
(12) 認知症の程度 ☐ なし ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ M				
(13) 障害高齢者の日常生活自立度 ☐ J ☐ A ☐ B ☐ C				
(14) 主たる原因疾患等(2 つまで)				
イ. 脳卒中 ロ. 心臓病 ハ. がん ニ. 呼吸器の病気 ホ. 関節の病気 ヘ. 糖尿病 ト. 認知症 チ. パーキンソン病 リ. 骨折・転倒 ス. 脊髄損傷 ル. 視覚・聴覚障害 ヲ. 言語障害 ヲ. 高齢による衰弱 カ. その他 コ. 不明				
(15) 麻痺、拘縮 (それぞれあてはまるものひとつだけ)				
①麻痺	☐ 1.なし ☐ 2.左上肢 ☐ 3.右上肢 ☐ 4.左下肢 ☐ 5.右下肢 ☐ 6.その他			
②拘縮	☐ 1.なし ☐ 2.肩関節 ☐ 3.股関節 ☐ 4.膝関節 ☐ 5.その他			
(16) 配慮が必要な服薬等 (あてはまるものすべて)				
☐ 1.自己注射 ☐ 2.麻薬等鎮痛剤 ☐ 3.睡眠導入薬 ☐ 4.向精神薬 ☐ 5.その他の薬 ☐ 6.服薬なし				

(17) ケアプラン作成時点で認められた心身の状態 (あてはまるものすべて)	
☐ 1. 脱水症状 ☐ 2. 発熱の継続 ☐ 3. 急性期対応直後 ☐ 4. 退院して1ヶ月以内 ☐ 5. 肺炎・誤嚥性肺炎の入院歴 ☐ 6. 脳血管疾患の再発歴 ☐ 7. 治療を要する高脂血症 ☐ 8. 治療を要する高血圧症 ☐ 9. 不整脈 ☐ 10. 嚥下困難 ☐ 11. 食事量の低下(3ヶ月以内) ☐ 12. ADL の急激な低下(3ヶ月以内) ☐ 13. 廃用性症候群の可能性 ☐ 14. 指示通りの薬の服用が出来ない ☐ 15. ターミナル期(余命6ヶ月以内) ☐ 16. 認知症によるBPSD(行動・心理症状) (具体的に _____)	
(18) ケアプラン作成時点で必要とされた医療的ケア (あてはまるものすべて)	
☐ 1. 点滴の管理 ☐ 2. 中心静脈栄養 ☐ 3. 透析 ☐ 4. ストーマ(人工肛門、人工膀胱)の処置 ☐ 5. 酸素療法 ☐ 6. レスピレーター(人工呼吸器) ☐ 7. 気管切開の処置 ☐ 8. 疼痛の看護 ☐ 9. 経管栄養 ☐ 10. モニター測定(血圧、心拍 SPO2) ☐ 11. 褥瘡の処置 ☐ 12. カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) ☐ 13. がんの外来化学療法 ☐ 14. インスリン注射 ☐ 15. 喀痰吸引 ☐ 16. 排便コントロール(排便等)	
(19) 介護認定審査会として付する主治医意見書等で 指定されているサービス (あてはまるものすべて)	
☐ 1. 訪問看護 ☐ 2. 訪問リハビリ ☐ 3. 通所リハビリ ☐ 4. 居宅療養管理指導 ☐ 5. その他(_____)	
(20) ADL (それぞれひとつだけ選び印)	
① 室内移動	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
② 屋外移動	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
③ 食事	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
④ 入浴	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
⑤ 着脱衣	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
⑥ 排泄	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
(21) IADL (それぞれひとつずつ選び印)	
① 掃除	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
② 洗濯	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
③ 買物	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
④ 調理	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
⑤ 整理	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
⑥ ごみ出し	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
⑦ 通院	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
⑧ 服薬	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
⑨ 金銭管理	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
⑩ 電話・PC	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
⑪ 社会参加	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ

ハ…一部介助だが改善可能性高い
ロ…自立だが少し難しい
イ…自立かつ案にできる
ヘ…全介助で改善可能性が低い
ホ…全介助だが改善可能性高い
ニ…一部介助で改善可能性低い

【ケアマネジメントの状況】

(22) インテークの状況 (最も近いものひとつだけ)	
☐ 1. 認定当初から担当 ☐ 2. 事業所内の別担当者から引継ぎ ☐ 3. 他の居宅介護支援事業所から引継ぎ ☐ 4. 病院から引継ぎ ☐ 5. 介護老人福祉施設から引継ぎ ☐ 6. 介護老人保健施設から引継ぎ ☐ 7. 介護療養型医療施設から引継ぎ ☐ 8. 共同生活介護から引継ぎ ☐ 9. 小規模多機能型居宅介護から引継ぎ	
(23) 担当期間	
☐ 1. 2年以上 ☐ 2. 1年～2年未満 ☐ 3. 半年～1年未満 ☐ 4. 半年未満	
(24) 使用したアセスメントツール	←別紙コード表より記入
(25) 直近の認定更新時のサービス担当者会議への参加	
① 医師	☐ 1.出席 ☐ 2.欠席 ☐ 3.わからない
② 家族	☐ 1.出席 ☐ 2.欠席 ☐ 3.わからない ☐ 4.いない

裏面へお進みください

(26) 過去1年間のモニタリング実施状況(平成22年1～12月)			
① 訪問	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ	イ:月2回以上 ロ:月1回程度 ハ:年数回 ニ:年1回 ホ:なし	
② 電話等	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ		
③ 担当者会議等	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ		
④ 包括との会議等	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ		
(27) 当ケースの難易度の自己評価			
☐ 1.困難ケース ☐ 2.標準的ケース ☐ 3.容易なケース			
(28) 当ケースのケアマネジメントについての自己評価			
☐ 1.非常に順調 ☐ 2.ほぼ順調 ☐ 3.普通 ☐ 4.やや難航 ☐ 5.非常に難航			

(29) 当該プラン作成時に重視した点(3つまで)			←下から 選び記号 を記入
イ. 本人の意向 ロ. 家族の意向 ハ. ADL、IADL の把握 ニ. 自己実現意欲の回復 ホ. ADL、IADL の改善、 重度化防止・遅延化 ヘ. 主治医意見書	ト. 直近の介護認定調査結果 チ. 利用者の負担額 リ. 支給限度基準額 ヌ. 地域におけるサービス 提供可能量 ル. 事業所の方針 ヲ. その他()		
(30) プラン見直し	☐ 1.年3回以上 ☐ 2.年2回 ☐ 3.年1回 ☐ 4.なし		

【サービスの利用実績と妥当性】

(31) 平成22年12月介護保険サービス利用実績と妥当性 (それぞれあてはまるものひとつだけ)			
※注 ④～⑨、⑪～⑬、⑯は予防給付を含む		(31a) 利用実績	(31b) この利用者にとってのサービス量の妥当性
① 訪問介護〔身体〕※全体として		☐ 1. あり(月__回・__時間) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
主なサービス	①a. 排泄介助	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	①b. 食事介助	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	①c. 入浴介助	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	①d. 移動・外出介助	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	①e. 見守り	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
② 訪問介護〔生活〕※全体として		☐ 1. あり(月__回・__時間) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
主なサービス	②a. 掃除	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	②b. 洗濯	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	②c. 調理・配膳等	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
③ 予防訪問介護		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
主なサービス	③a. 身体関連の介護	☐ 1. あり(月__回程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	③b. 掃除	☐ 1. あり(月__回程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	③c. 洗濯	☐ 1. あり(月__回程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	③d. 調理・配膳・買い物等	☐ 1. あり(月__回程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
④ 訪問入浴介護*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑤ 訪問看護*		☐ 1. あり(月__回・__時間) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑥ 訪問リハビリテーション*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑦ 居宅療養管理指導*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑧ 通所介護*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑧a. 通所介護の目的 (あてはまるものすべて)		☐ 1. 機能向上 ☐ 2. 入浴 ☐ 3. 食事 ☐ 4. 健康チェック ☐ 5. 社会参加 ☐ 6. 介護負担の軽減	
⑧b. 予防通所介護の内容 (あてはまるものすべて)		☐ 1. 運動機能向上 ☐ 2. 栄養改善 ☐ 3. 口腔機能向上	
⑨ 通所リハビリテーション*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑨a. 通所リハビリの目的 (あてはまるものすべて)		☐ 1. 医学的管理 ☐ 2. 心身機能の維持・改善 ☐ 3. 社会参加 ☐ 4. 介護負担の軽減	
⑨b. 予防通所リハビリテーションの内容 (あてはまるものすべて)		☐ 1. 関節可動域訓練 ☐ 2. 筋力増強訓練 ☐ 3. リハビリ手技 ☐ 4. 言語・聴覚療法 ☐ 5. 物理療法(温熱・低周波等) ☐ 6. 補装具・福祉用具の調整 ☐ 7. 口腔ケア	
⑨c. リハビリテーションを提供している職種 (あてはまるものすべて)		☐ 1. 理学療法士 ☐ 2. 作業療法士 ☐ 3. 言語聴覚士 ☐ 4. 看護職員 ☐ 5. 柔道整復師 ☐ 6. あん摩マッサージ指圧師 ☐ 7. その他(具体的に)	
⑩ 療養通所介護		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑪ 短期入所生活介護*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑫ 短期入所療養介護*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑬ 福祉用具貸与・販売*		☐ 1. あり(品目) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑭ 住宅改修		☐ 1. あり ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑮ 夜間対応型訪問介護		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑯ 認知対応型通所介護*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)

(32) 介護保険利用月額(利用者負担込み)	円
------------------------	---

(33) 平成22年12月医療保険サービス利用実績			
① 通院	② 訪問診療	③ (医療)訪問看護	④ 入院
☐ 1.週2以上 ☐ 2.週1程度 ☐ 3.なし	☐ 1.週2以上 ☐ 2.週1程度 ☐ 3.なし	☐ 1.週2以上 ☐ 2.週1程度 ☐ 3.なし	☐ 1.週2以上 ☐ 2.週1程度 ☐ 3.なし

(34) 平成22年12月介護保険外サービス利用実績と妥当性			
	(34a) 利用実績	(34b) この利用者にとってのサービス量の妥当性	
① 家事援助サービス	☐ 1. 週2以上 ☐ 2. 週1程度 ☐ 3. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)	
② 移送サービス	☐ 1. 週2以上 ☐ 2. 週1程度 ☐ 3. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)	
③ 配食関連サービス	☐ 1. 週2以上 ☐ 2. 週1程度 ☐ 3. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)	
④ いきいきサロン等	☐ 1. 週2以上 ☐ 2. 週1程度 ☐ 3. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)	
⑤ オムツ支給・補助	☐ 1. 週2以上 ☐ 2. 週1程度 ☐ 3. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)	
⑥ 認知症高齢者に対する事業	☐ 1. 週2以上 ☐ 2. 週1程度 ☐ 3. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)	
利用実績ありの場合その内容(当てはまるもの全て)	☐ 1. 見守り ☐ 2. 話し相手 ☐ 3. 付き添い ☐ 4. その他		

《個別ケース票(1 ケース目)ここまで》

(26) 過去1年間のモニタリング実施状況(平成22年1～12月)			
① 訪問	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ	イ:月2回以上 ロ:月1回程度 ハ:年数回 ニ:年1回 ホ:なし	
② 電話等	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ		
③ 担当者会議等	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ		
④ 包括との会議等	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ		
(27) 当ケースの難易度の自己評価			
☐ 1.困難ケース ☐ 2.標準的ケース ☐ 3.容易なケース			
(28) 当ケースのケアマネジメントについての自己評価			
☐ 1.非常に順調 ☐ 2.ほぼ順調 ☐ 3.普通 ☐ 4.やや難航 ☐ 5.非常に難航			

(29) 当該プラン作成時に重視した点(3つまで)			←下から 選び記号 を記入
イ. 本人の意向 ロ. 家族の意向 ハ. ADL、IADL の把握 ニ. 自己実現意欲の回復 ホ. ADL、IADL の改善、 重度化防止・遅延化 ヘ. 主治医意見書	ト. 直近の介護認定調査結果 チ. 利用者の負担額 リ. 支給限度基準額 ヌ. 地域におけるサービス 提供可能量 ル. 事業所の方針 ヲ. その他()		
(30) プラン見直し	☐ 1.年3回以上 ☐ 2.年2回 ☐ 3.年1回 ☐ 4.なし		

【サービスの利用実績と妥当性】

(31) 平成22年12月介護保険サービス利用実績と妥当性 (それぞれあてはまるものひとつだけ)			
※注 ④～⑨、⑪～⑬、⑯は予防給付を含む		(31a) 利用実績	(31b) この利用者にとってのサービス量の妥当性
① 訪問介護〔身体〕※全体として		☐ 1. あり(月__回・__時間) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
主なサービス	①a. 排泄介助	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	①b. 食事介助	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	①c. 入浴介助	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	①d. 移動・外出介助	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	①e. 見守り	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
② 訪問介護〔生活〕※全体として		☐ 1. あり(月__回・__時間) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
主なサービス	②a. 掃除	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	②b. 洗濯	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	②c. 調理・配膳等	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
③ 予防訪問介護		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
主なサービス	③a. 身体関連の介護	☐ 1. あり(月__回程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	③b. 掃除	☐ 1. あり(月__回程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	③c. 洗濯	☐ 1. あり(月__回程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	③d. 調理・配膳・買い物等	☐ 1. あり(月__回程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
④ 訪問入浴介護*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑤ 訪問看護*		☐ 1. あり(月__回・__時間) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑥ 訪問リハビリテーション*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑦ 居宅療養管理指導*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑧ 通所介護*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑧a. 通所介護の目的 (あてはまるものすべて)		☐ 1. 機能向上 ☐ 2. 入浴 ☐ 3. 食事 ☐ 4. 健康チェック ☐ 5. 社会参加 ☐ 6. 介護負担の軽減	
⑧b. 予防通所介護の内容 (あてはまるものすべて)		☐ 1. 運動機能向上 ☐ 2. 栄養改善 ☐ 3. 口腔機能向上	
⑨ 通所リハビリテーション*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑨a. 通所リハビリの目的 (あてはまるものすべて)		☐ 1. 医学的管理 ☐ 2. 心身機能の維持・改善 ☐ 3. 社会参加 ☐ 4. 介護負担の軽減	
⑨b. 予防通所リハビリテーションの内容 (あてはまるものすべて)		☐ 1. 関節可動域訓練 ☐ 2. 筋力増強訓練 ☐ 3. リハビリ手技 ☐ 4. 言語・聴覚療法 ☐ 5. 物理療法(温熱・低周波等) ☐ 6. 補装具・福祉用具の調整 ☐ 7. 口腔ケア	
⑨c. リハビリテーションを提供している職種 (あてはまるものすべて)		☐ 1. 理学療法士 ☐ 2. 作業療法士 ☐ 3. 言語聴覚士 ☐ 4. 看護職員 ☐ 5. 柔道整復師 ☐ 6. あん摩マッサージ指圧師 ☐ 7. その他(具体的に)	
⑩ 療養通所介護		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑪ 短期入所生活介護*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑫ 短期入所療養介護*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑬ 福祉用具貸与・販売*		☐ 1. あり(品目) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑭ 住宅改修		☐ 1. あり ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑮ 夜間対応型訪問介護		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑯ 認知対応型通所介護*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
(32) 介護保険利用月額(利用者負担込み)		円	
(33) 平成22年12月医療保険サービス利用実績			
① 通院	② 訪問診療	③ (医療)訪問看護	④ 入院
☐ 1.週2以上 ☐ 2.週1程度 ☐ 3.なし	☐ 1.週2以上 ☐ 2.週1程度 ☐ 3.なし	☐ 1.週2以上 ☐ 2.週1程度 ☐ 3.なし	☐ 1.週2以上 ☐ 2.週1程度 ☐ 3.なし
(34) 平成22年12月介護保険外サービス利用実績と妥当性			
(34a) 利用実績		(34b) この利用者にとってのサービス量の妥当性	
① 家事援助サービス		☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)	
② 移送サービス		☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)	
③ 配食関連サービス		☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)	
④ いきいきサロン等		☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)	
⑤ オムツ支給・補助		☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)	
⑥ 認知症高齢者に対する事業		☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)	
利用実績ありの場合その内容(当てはまるもの全て)		☐ 1. 見守り ☐ 2. 話し相手 ☐ 3. 付き添い ☐ 4. その他	

《個別ケース票(2ケース目)ここまで》

《個別ケース調査票(3ケース目)》

回答日:平成 23 年 月 日

【利用者の基本属性等】

(1) 年齢	_____ 歳
(2) 性別	☐ 1.男 ☐ 2.女
(3) 同居・独居	(ひとつだけ)
	☐ 1.同居者あり ☐ 2.同居者なし(ひとり暮らし)
(4) 家族等介護者の有無	(最も近いものひとつずつ)
① 同居の配偶者	☐ 1.介護可能 ☐ 2.いるが介護不能 ☐ 3.いない
② 同居の子	☐ 1.介護可能 ☐ 2.いるが介護不能 ☐ 3.いない
③ 同居の子の配偶者	☐ 1.介護可能 ☐ 2.いるが介護不能 ☐ 3.いない
④ その他の同居者	☐ 1.介護可能 ☐ 2.いるが介護不能 ☐ 3.いない
⑤ 別居の親族	☐ 1.介護可能な人あり ☐ 2.いない・不明
⑥ 別居の知人等	☐ 1.介護可能な人あり ☐ 2.いない・不明
(5) 居住状況	(あてはまるものひとつだけ)
① 屋内移動	☐ 1.良(バリアフリー対応等) ☐ 2.普通 ☐ 3.不良
② 入浴介助環境	☐ 1.良(バリアフリー対応等) ☐ 2.普通 ☐ 3.不良
③ 外出環境	☐ 1.良(バリアフリー対応等) ☐ 2.普通 ☐ 3.不良
(6) 所得階層	(あてはまるものひとつだけ)
	☐ 1.第1 ☐ 2.第2 ☐ 3.第3 ☐ 4.第4 ☐ 5.第5、6 段階 段階 段階 段階 段階
(7) 併用サービス	(最も近いものひとつずつ)
① 障害者自立支援法サービスの併用	☐ 1.あり ☐ 2.なし
② 自費でのサービスの併用	☐ 1.あり ☐ 2.なし

【要介護度、ADL、IADL 等】

(8) 要介護度				
☐ 1.要支援 1 ☐ 2.要支援 2 ☐ 3.要介護 1 ☐ 4.要介護 2 ☐ 5.要介護 3 ☐ 6.要介護 4 ☐ 7.要介護 5 ☐ 8.その他				
(9) 要介護認定等基準時間				
①食事	②排泄	③移動	④清潔保持	⑤関節
_____ 分	_____ 分	_____ 分	_____ 分	_____ 分
⑥BPSD 関連	⑦機能訓練	⑧医療関連	⑨認知症加算	
_____ 分	_____ 分	_____ 分	_____ 分	
(10) 中間評価項目得点				
①第1群	②第2群	③第3群	④第4群	⑤第5群
_____	_____	_____	_____	_____
(11) 前回認定結果と比較した要介護度 (ひとつだけ)				
☐ 1.改善 ☐ 2.同程度 ☐ 3.悪化 ☐ 4.不明				
(12) 認知症の程度 ☐ なし ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ M				
(13) 障害高齢者の日常生活自立度 ☐ J ☐ A ☐ B ☐ C				
(14) 主たる原因疾患等(2 つまで)				
				←下から選び 記号を記入
イ. 脳卒中 ロ. 心臓病 ハ. がん ニ. 呼吸器の病気 ホ. 関節の病気 ヘ. 糖尿病 ト. 認知症 チ. パーキンソン病 リ. 骨折・転倒 ス. 脊髄損傷 ル. 視覚・聴覚障害 ヲ. 言語障害 ヲ. 高齢による衰弱 カ. その他 コ. 不明				
(15) 麻痺、拘縮 (それぞれあてはまるものひとつだけ)				
①麻痺	☐ 1.なし ☐ 2.左上肢 ☐ 3.右上肢 ☐ 4.左下肢 ☐ 5.右下肢 ☐ 6.その他			
②拘縮	☐ 1.なし ☐ 2.肩関節 ☐ 3.股関節 ☐ 4.膝関節 ☐ 5.その他			
(16) 配慮が必要な服薬等 (あてはまるものすべて)				
☐ 1.自己注射 ☐ 2.麻薬等鎮痛剤 ☐ 3.睡眠導入薬 ☐ 4.向精神薬 ☐ 5.その他の薬 ☐ 6.服薬なし				

(17) ケアプラン作成時点で認められた心身の状態 (あてはまるものすべて)	
☐ 1. 脱水症状 ☐ 2. 発熱の継続 ☐ 3. 急性期対応直後 ☐ 4. 退院して1ヶ月以内 ☐ 5. 肺炎・誤嚥性肺炎の入院歴 ☐ 6. 脳血管疾患の再発歴 ☐ 7. 治療を要する高脂血症 ☐ 8. 治療を要する高血圧症 ☐ 9. 不整脈 ☐ 10.嚥下困難 ☐ 11.食事量の低下(3ヶ月以内) ☐ 12.ADL の急激な低下(3ヶ月以内) ☐ 13.廃用性症候群の可能性 ☐ 14.指示通りの薬の服用が出来ない ☐ 15.ターミナル期(余命6ヶ月以内) ☐ 16.認知症によるBPSD(行動・心理症状) (具体的に _____)	
(18) ケアプラン作成時点で必要とされた医療的ケア (あてはまるものすべて)	
☐ 1. 点滴の管理 ☐ 2. 中心静脈栄養 ☐ 3. 透析 ☐ 4. ストーマ(人工肛門、人工膀胱)の処置 ☐ 5. 酸素療法 ☐ 6. レスピレーター(人工呼吸器) ☐ 7. 気管切開の処置 ☐ 8. 疼痛の看護 ☐ 9. 経管栄養 ☐ 10.モニター測定(血圧、心拍 SPO2) ☐ 11.褥瘡の処置 ☐ 12.カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) ☐ 13.がんの外来化学療法 ☐ 14.インスリン注射 ☐ 15.喀痰吸引 ☐ 16.排便コントロール(排便等)	
(19) 介護認定審査会として付する主治医意見書等で 指定されているサービス (あてはまるものすべて)	
☐ 1. 訪問看護 ☐ 2. 訪問リハビリ ☐ 3. 通所リハビリ ☐ 4. 居宅療養管理指導 ☐ 5. その他(_____)	
(20) ADL (それぞれひとつだけ選び印)	
① 室内移動	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
② 屋外移動	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
③ 食事	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
④ 入浴	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
⑤ 着脱衣	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
⑥ 排泄	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
(21) IADL (それぞれひとつずつ選び印)	
① 掃除	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
② 洗濯	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
③ 買物	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
④ 調理	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
⑤ 整理	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
⑥ ごみ出し	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
⑦ 通院	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
⑧ 服薬	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
⑨ 金銭管理	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
⑩ 電話・PC	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ
⑪ 社会参加	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ ☐ ヘ

ハ…一部介助だが改善可能性高い
ロ…自立だが少し難しい
イ…自立かつ楽にできる
ヘ…全介助で改善可能性が低い
ホ…全介助だが改善可能性が高い
ニ…一部介助で改善可能性低い

【ケアマネジメントの状況】

(22) インテークの状況 (最も近いものひとつだけ)	
☐ 1.認定当初から担当 ☐ 2.事業所内の別担当者から引継ぎ ☐ 3.他の居宅介護支援事業所から引継ぎ ☐ 4.病院から引継ぎ ☐ 5.介護老人福祉施設から引継ぎ ☐ 6.介護老人保健施設から引継ぎ ☐ 7.介護療養型医療施設から引継ぎ ☐ 8.共同生活介護から引継ぎ ☐ 9.小規模多機能型居宅介護から引継ぎ	
(23) 担当期間	
☐ 1.2年以上 ☐ 2.1年～2年未満 ☐ 3.半年～1年未満 ☐ 4.半年未満	
(24) 使用したアセスメントツール	←別紙コード 表より記入
(25) 直近の認定更新時のサービス担当者会議への参加	
① 医師	☐ 1.出席 ☐ 2.欠席 ☐ 3.わからない
② 家族	☐ 1.出席 ☐ 2.欠席 ☐ 3.わからない ☐ 4.いない

裏面へお進みください

(26) 過去1年間のモニタリング実施状況(平成22年1～12月)			
① 訪問	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ	イ:月2回以上 ロ:月1回程度 ハ:年数回 ニ:年1回 ホ:なし	
② 電話等	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ		
③ 担当者会議等	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ		
④ 包括との会議等	☐ イ ☐ ロ ☐ ハ ☐ ニ ☐ ホ		
(27) 当ケースの難易度の自己評価			
☐ 1.困難ケース ☐ 2.標準的ケース ☐ 3.容易なケース			
(28) 当ケースのケアマネジメントについての自己評価			
☐ 1.非常に順調 ☐ 2.ほぼ順調 ☐ 3.普通 ☐ 4.やや難航 ☐ 5.非常に難航			

(29) 当該プラン作成時に重視した点(3つまで)				←下から 選び記号 を記入
イ. 本人の意向 ロ. 家族の意向 ハ. ADL、IADL の把握 ニ. 自己実現意欲の回復 ホ. ADL、IADL の改善、 重度化防止・遅延化 ヘ. 主治医意見書	ト. 直近の介護認定調査結果 チ. 利用者の負担額 リ. 支給限度基準額 ヌ. 地域におけるサービス 提供可能量 ル. 事業所の方針 ヲ. その他()			
(30) プラン見直し	☐ 1.年3回以上	☐ 2.年2回	☐ 3.年1回	☐ 4.なし

【サービスの利用実績と妥当性】

(31) 平成22年12月介護保険サービス利用実績と妥当性 (それぞれあてはまるものひとつだけ)			
※注 ④～⑨、⑪～⑬、⑮は予防給付を含む		(31a) 利用実績	(31b) この利用者にとってのサービス量の妥当性
① 訪問介護〔身体〕※全体として		☐ 1. あり(月__回・__時間) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
主なサービス	①a. 排泄介助	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	①b. 食事介助	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	①c. 入浴介助	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	①d. 移動・外出介助	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	①e. 見守り	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
② 訪問介護〔生活〕※全体として		☐ 1. あり(月__回・__時間) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
主なサービス	②a. 掃除	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	②b. 洗濯	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	②c. 調理・配膳等	☐ 1. あり(月__回・__時間程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
③ 予防訪問介護		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
主なサービス	③a. 身体関連の介護	☐ 1. あり(月__回程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	③b. 掃除	☐ 1. あり(月__回程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	③c. 洗濯	☐ 1. あり(月__回程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
	③d. 調理・配膳・買い物等	☐ 1. あり(月__回程度) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
④ 訪問入浴介護*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑤ 訪問看護*		☐ 1. あり(月__回・__時間) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑥ 訪問リハビリテーション*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑦ 居宅療養管理指導*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑧ 通所介護*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑧a. 通所介護の目的 (あてはまるものすべて)		☐ 1. 機能向上 ☐ 2. 入浴 ☐ 3. 食事 ☐ 4. 健康チェック ☐ 5. 社会参加 ☐ 6. 介護負担の軽減	
⑧b. 予防通所介護の内容 (あてはまるものすべて)		☐ 1. 運動機能向上 ☐ 2. 栄養改善 ☐ 3. 口腔機能向上	
⑨ 通所リハビリテーション*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑨a. 通所リハビリの目的 (あてはまるものすべて)		☐ 1. 医学的管理 ☐ 2. 心身機能の維持・改善 ☐ 3. 社会参加 ☐ 4. 介護負担の軽減	
⑨b. 予防通所リハビリテーションの内容 (あてはまるものすべて)		☐ 1. 関節可動域訓練 ☐ 2. 筋力増強訓練 ☐ 3. リハビリ手技 ☐ 4. 言語・聴覚療法 ☐ 5. 物理療法(温熱・低周波等) ☐ 6. 補装具・福祉用具の調整 ☐ 7. 口腔ケア	
⑨c. リハビリテーションを提供している職種 (あてはまるものすべて)		☐ 1. 理学療法士 ☐ 2. 作業療法士 ☐ 3. 言語聴覚士 ☐ 4. 看護職員 ☐ 5. 柔道整復師 ☐ 6. あん摩マッサージ指圧師 ☐ 7. その他(具体的に)	
⑩ 療養通所介護		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑪ 短期入所生活介護*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑫ 短期入所療養介護*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑬ 福祉用具貸与・販売*		☐ 1. あり(品目) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑭ 住宅改修		☐ 1. あり ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑮ 夜間対応型訪問介護		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)
⑯ 認知対応型通所介護*		☐ 1. あり(月__回) ☐ 2. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)

(32) 介護保険利用月額(利用者負担込み)	円
------------------------	---

(33) 平成22年12月医療保険サービス利用実績			
① 通院	② 訪問診療	③ (医療)訪問看護	④ 入院
☐ 1.週2以上 ☐ 2.週1程度 ☐ 3.なし	☐ 1.週2以上 ☐ 2.週1程度 ☐ 3.なし	☐ 1.週2以上 ☐ 2.週1程度 ☐ 3.なし	☐ 1.週2以上 ☐ 2.週1程度 ☐ 3.なし

(34) 平成22年12月介護保険外サービス利用実績と妥当性			
	(34a) 利用実績	(34b) この利用者にとってのサービス量の妥当性	
① 家事援助サービス	☐ 1. 週2以上 ☐ 2. 週1程度 ☐ 3. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)	
② 移送サービス	☐ 1. 週2以上 ☐ 2. 週1程度 ☐ 3. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)	
③ 配食関連サービス	☐ 1. 週2以上 ☐ 2. 週1程度 ☐ 3. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)	
④ いきいきサロン等	☐ 1. 週2以上 ☐ 2. 週1程度 ☐ 3. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)	
⑤ オムツ支給・補助	☐ 1. 週2以上 ☐ 2. 週1程度 ☐ 3. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)	
⑥ 認知症高齢者に対する事業	☐ 1. 週2以上 ☐ 2. 週1程度 ☐ 3. なし	☐ 1. 適正 ☐ 2. 不足(資源不足) ☐ 3. 不足(その他)	
利用実績ありの場合その内容(当てはまるもの全て)	☐ 1. 見守り ☐ 2. 話し相手 ☐ 3. 付き添い ☐ 4. その他		

設問は以上です。ご回答ありがとうございました。

《個別ケース票(3ケース目)ここまで》

アセスメントツール コード表

コード 番号	名称
0 : 1	MDS－HC方式、MDS－RAPs、CAPs
0 : 2	日本訪問看護振興財団方式
0 : 3	全国社会福祉協議会方式、新・サービス計画ガイドライン方式
0 : 4	3 団体ケアプラン策定研究会方式、包括自立支援プログラム (全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会、介護力強化病院連絡協議会が作成)
0 : 5	日本介護福祉士協会方式
0 : 6	日本社会福祉士協会方式、ケアマネジメント実践記録様式
1 : 0	TAI方式
1 : 1	白澤方式
1 : 2	竹内方式
2 : 0	上記以外のアセスメントツールでケアプラン作成支援ソフトなどに附属しているもの
3 : 1	ケアマネジメントに関する書籍の附属資料などのアセスメントツール
3 : 2	ケアマネジャーのコミュニティサイトなどからダウンロードしたアセスメントツール
4 : 1	都道府県(あるいは都道府県単位の研究会等)が作成したアセスメントツール
4 : 2	市区町村(あるいは市区町村単位の研究会等)が作成したアセスメントツール
4 : 3	その他、地域の研究会やグループが作成したアセスメントツール
5 : 1	法人が作成した独自のアセスメントツール
5 : 2	事業所が作成した独自のアセスメントツール
6 : 0	自分自身で作成した独自のアセスメントツール

以上

ケアマネジメントについて （参考資料）

ケアマネジャー（介護支援専門員）の概要①

ケアマネジャー（介護支援専門員）とは

（１）定義

要介護者又は要支援者からの相談に応じるとともに、要介護者又は要支援者が心身の状況に応じて適切なサービスを受けられるよう、市町村・サービス事業者・施設等との連絡調整を行う者であって、要介護者又は要支援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ものとして介護支援専門員証の交付を受けた者。

（２）要件等

- ①保健医療福祉分野での実務経験（医師、看護師、社会福祉士、介護福祉士等）が5年以上である者等が、②介護支援専門員実務研修受講試験に合格し、③介護支援専門員実務研修の課程を修了した場合に、ケアマネジャーとなることができる。
- ケアマネジャーは、大別すれば、①居宅におけるケアマネジャーと、②施設等におけるケアマネジャーに区分される。

居宅におけるケアマネジャー

（１）業務

ケアプランを作成するとともに、居宅サービス事業者等との連絡調整等や、入所を要する場合の介護保険施設への紹介等を行う。

（２）配置される事業所

居宅介護支援事業所（ケアマネ事業所）、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）

（３）ケアプランの位置づけ

市町村にあらかじめ届け出た上で、ケアマネジャーによって作成されたケアプランに基づき、居宅サービス等の提供を受ける場合、1割の自己負担を払うことでサービスを受けることが可能（現物給付化）。

※ 利用者自身が作成したケアプラン（いわゆるセルフケアプラン）をあらかじめ市町村に届け出た場合も、現物給付化される。

（４）ケアプラン作成に当たっての利用者負担：利用者負担はない。

* 要支援者については、地域包括支援センター等が作成するケアプラン（介護予防サービス計画）に基づいてサービス提供を受けなければ、保険給付がなされない。なお、要支援者についても、いわゆるセルフケアプランをあらかじめ市町村に届け出た上で、当該市町村が適当と認めたときは、保険給付がなされる。

ケアマネジャー（介護支援専門員）の概要②

施設等におけるケアマネジャー

（１）業務

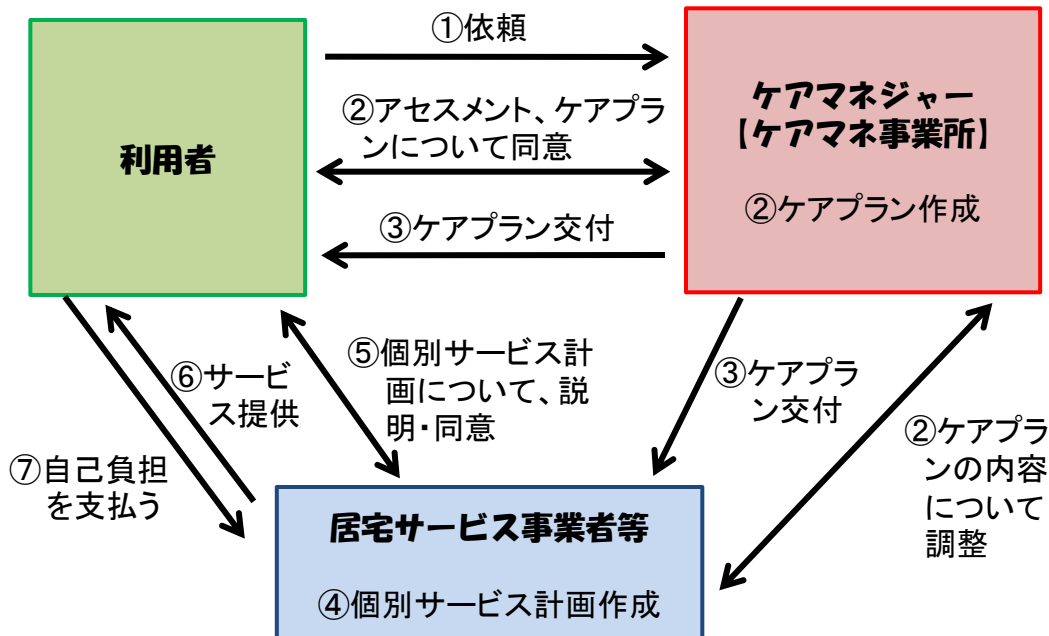
利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題の把握等を行った上で、施設サービス計画等を作成する。
* なお、施設等では、施設サービス計画等に基づき、サービスを実施することとなっている。

（２）ケアマネジャーの配置が義務付けられている施設等の類型

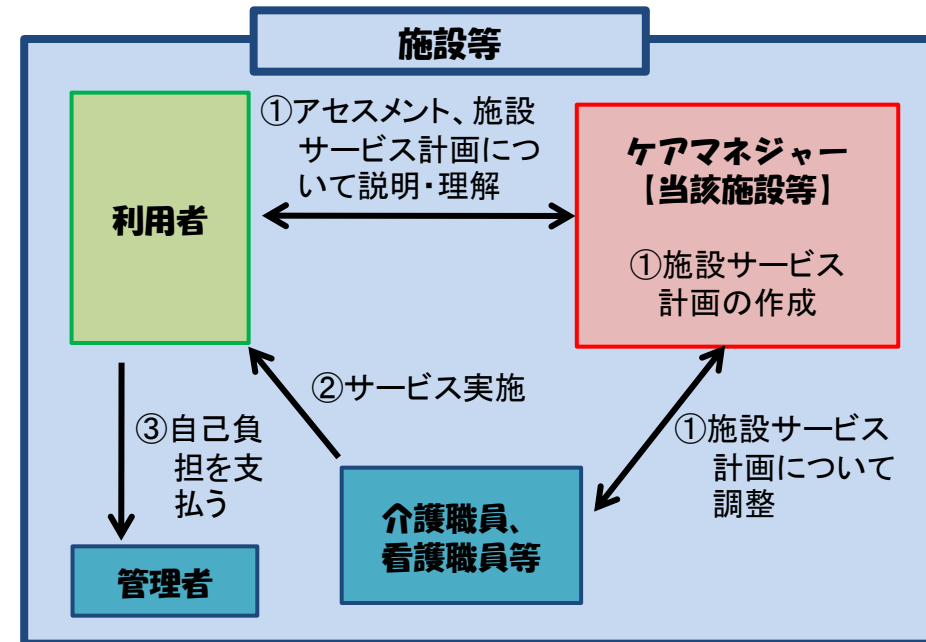
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等）、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護

※ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、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、介護予防小規模多機能型居宅介護においても配置が義務付けられている。

居宅における業務の流れ（イメージ）



施設等における業務の流れ（イメージ）



* 小規模多機能型居宅介護においては、配置されたケアマネジャーが小規模多機能型居宅介護計画のほか、ケアプランも作成する。

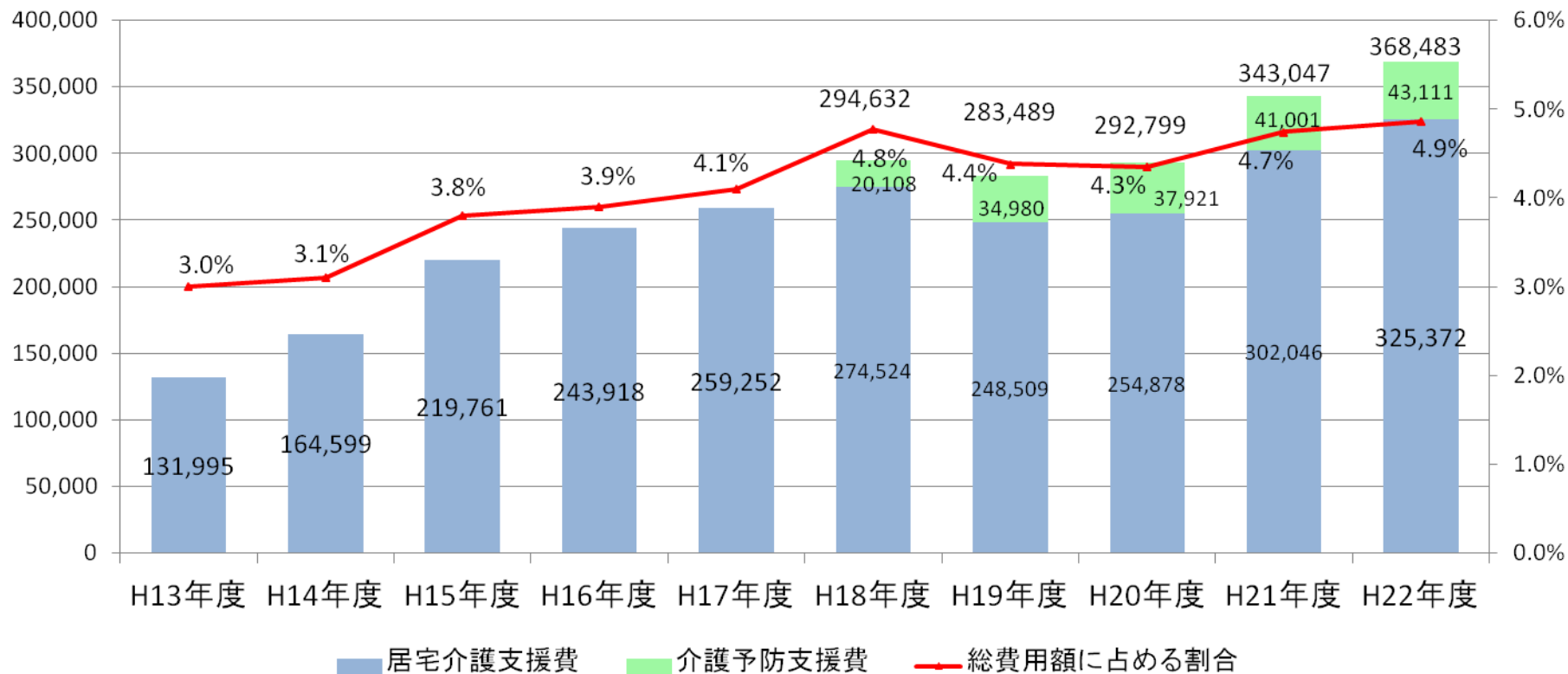
ケアマネジメント(居宅介護支援・介護予防支援)の現状

【ケアマネジメント(居宅介護支援、介護予防支援)の利用状況】

○ 居宅介護支援は増加傾向にあるが、近年は伸びが鈍化する傾向にある。なお、平成21年度は、前年度に比べて、費用額が大幅に増加している。

(単位: 百万円)

居宅介護支援費及び介護予防支援費の費用額の推移

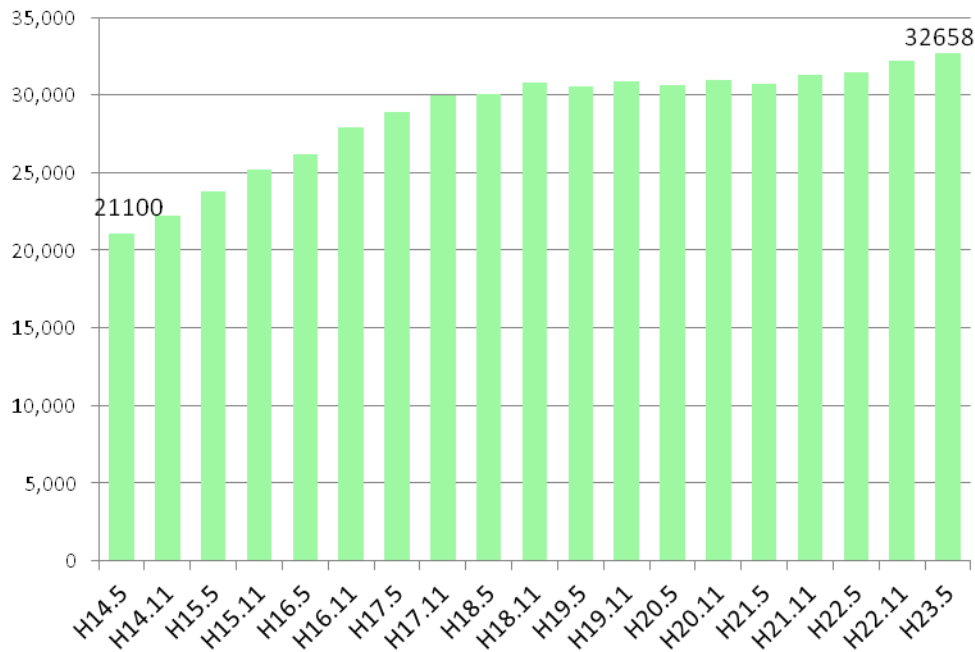


【ケアマネジメント(居宅介護支援、介護予防支援)の利用状況】

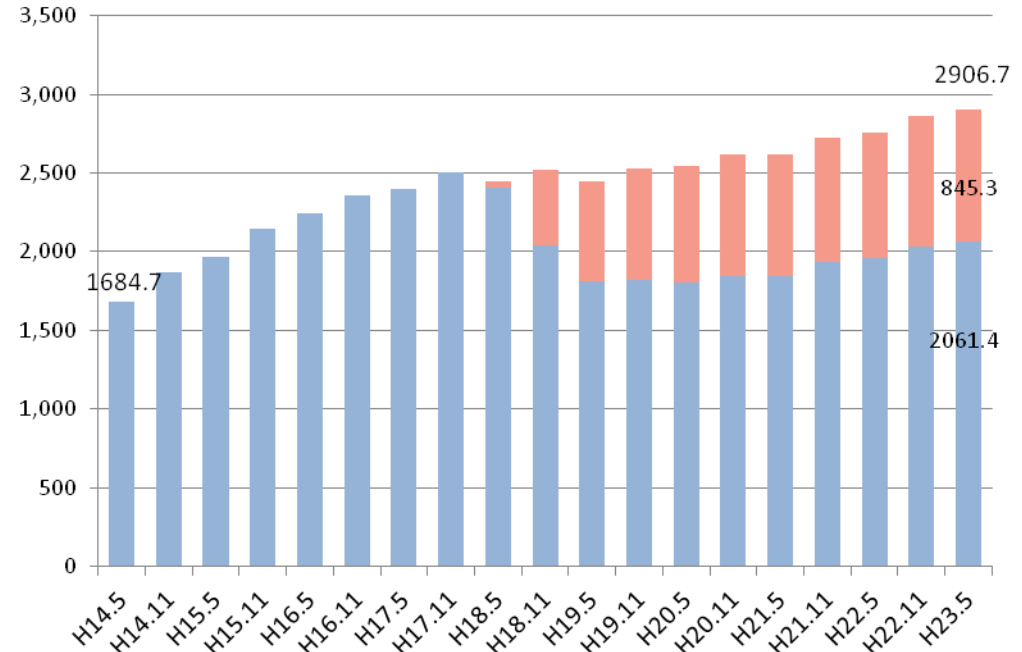
○ 居宅介護支援の請求事業所数については、平成18年以降は、横ばいで推移している。

一方、利用者数については、平成18年までは増加していたが、平成18年から介護予防給付の導入により、大きく減少している。

居宅介護支援請求事業所数



(単位:千人) 居宅介護支援及び介護予防支援における利用者数



	平成22年4月審査分			平成23年4月審査分		
	総数	居宅介護支援	介護予防支援	総数	居宅介護支援	介護予防支援
回数(千回)	2748.0	1953.6	794.4	2874.6	2039.0	835.6

(資料出所)厚生労働省「介護給付費実態調査」

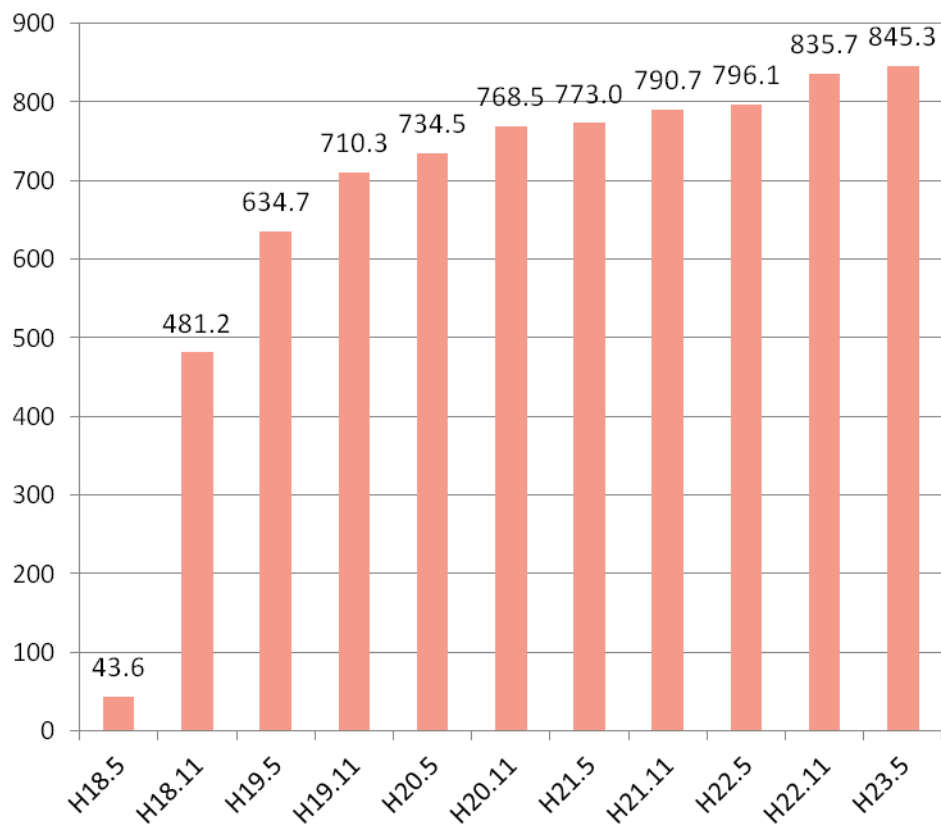
※審査月

【ケアマネジメント(介護予防支援)の利用状況】

○ 介護予防支援の利用者数は、平成19年11月審査分までは急激に増加し、以降はゆるやかな増加傾向にある。

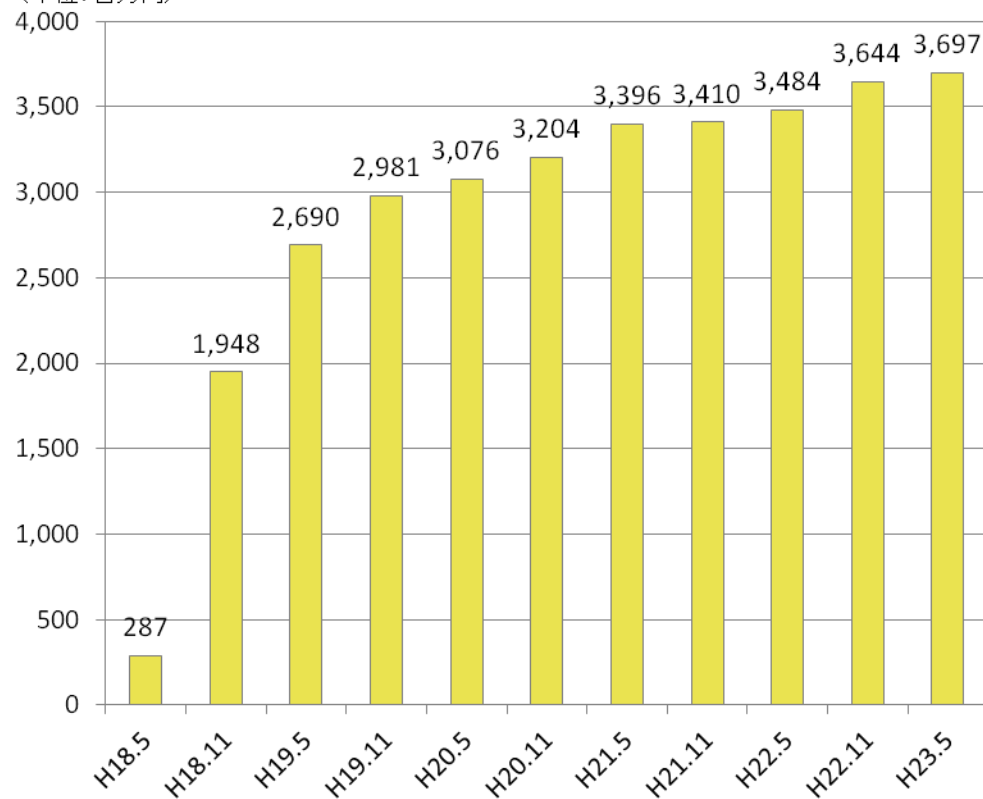
介護予防支援の利用者数

(単位:千人)



介護予防支援の費用額

(単位:百万円)



(出典)介護給付費実態調査

※審査月

【ケアマネジメント(居宅介護支援、介護予防支援)の利用状況】

○ 居宅介護支援(予防含む)の利用者数は約291万人(平成23年5月審査分)である。

○ 要介護度別利用者数の割合は、H20以降、ほぼ横ばいで変化なしである。

○ 居宅介護支援及び介護予防支援の利用者数(千人)

・ 要支援者

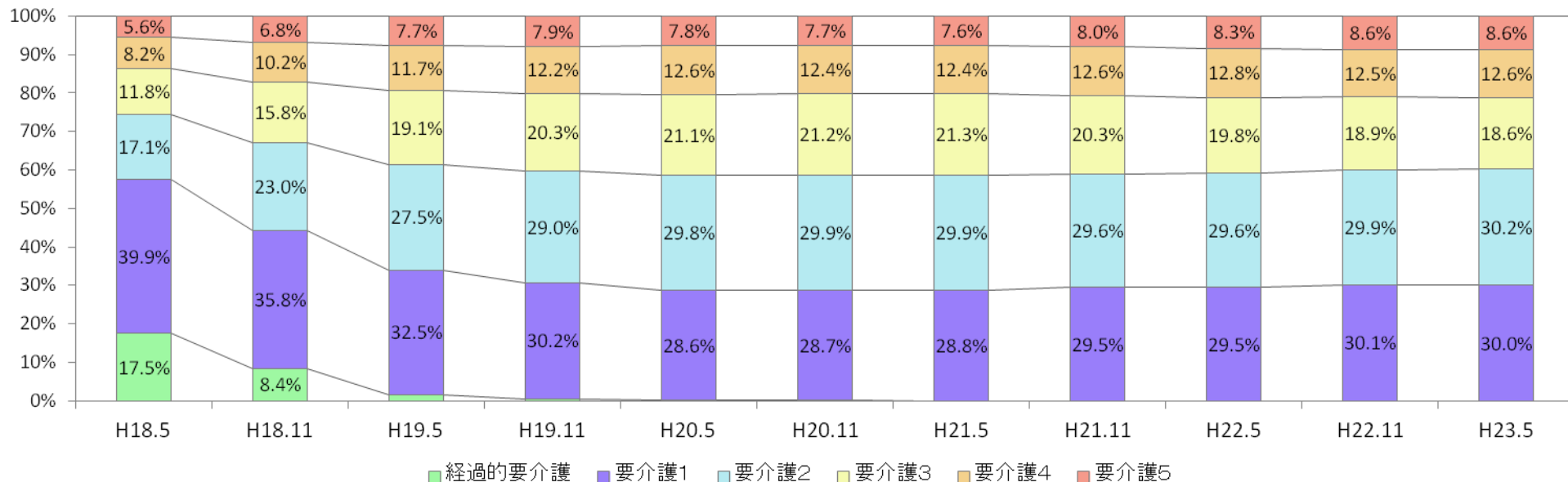
要支援度	総数	要支援1	要支援2
受給者数	845.3	380.4	464.5
割合	100.0	45.0	55.0

・ 要介護者

要介護度	総数	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
受給者数	2061.4	618.0	621.9	384.3	259.0	178.3
割合	100.0	30.0	30.1	18.6	12.6	8.6

(出典)介護給付費実態調査(平成22年5月審査分)

要介護度別 居宅介護支援利用者数の割合

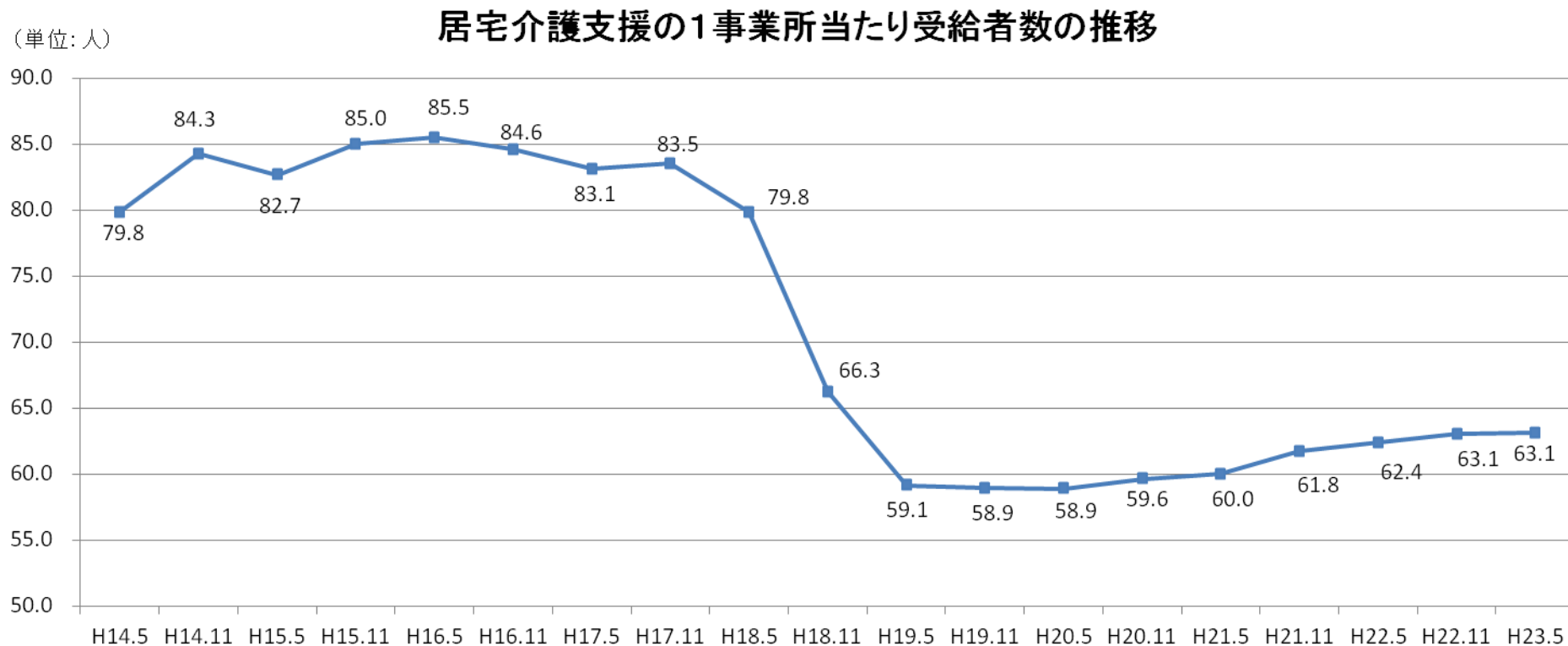


(出典)介護給付費実態調査

※審査月

【ケアマネジメント(居宅介護支援)の利用状況】

○ 居宅介護支援1事業所当たりの受給者数は平成15年から平成18年5月審査分以前は横ばい傾向にあったが、平成18年5月審査分以降は急減した。平成19年5月審査分以降は微増で推移している。



(出典)介護給付費実態調査

※審査月

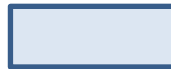
サービス類型ごとのケアマネジャーの従事者数

居宅介護支援事業所・地域包括支援センターのほか、介護保険3施設・グループホーム・特定施設・短期入所生活介護事業所等に、ケアマネジャーが多く配置されている。

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		
			(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)	81,132	8,992	5,790	3,630	2,169	14,624	119	252	9,433	6,746	3,470
従事者数(常勤換算)	65,178	7,629	2,537	2,515	1,312	8,030	70	148	6,578	4,905	2,084

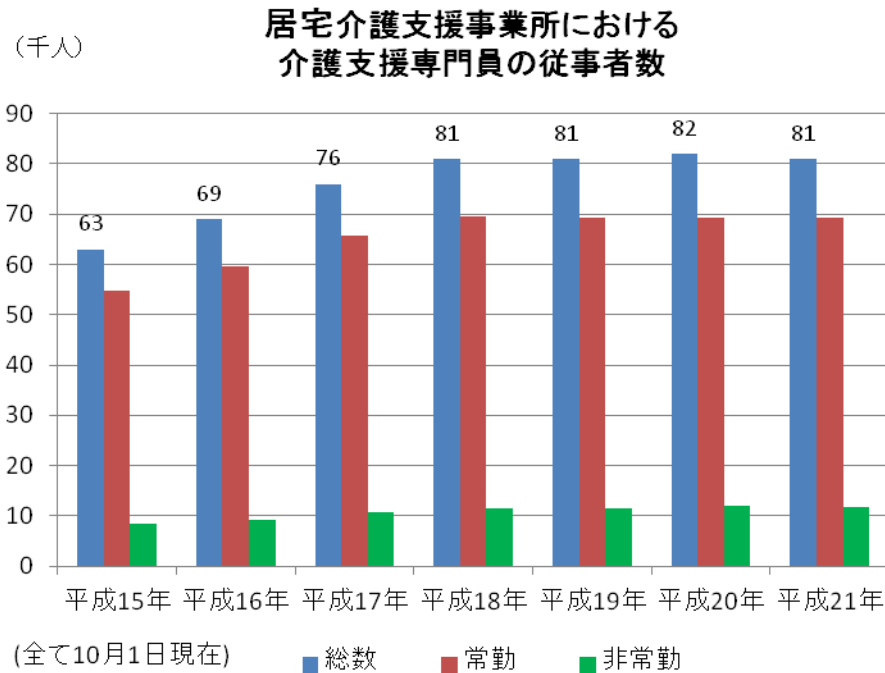


... 居宅介護支援事業所及び地域包括支援センター以外で計画作成を行うための介護支援専門員等が配置されているサービス

※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。

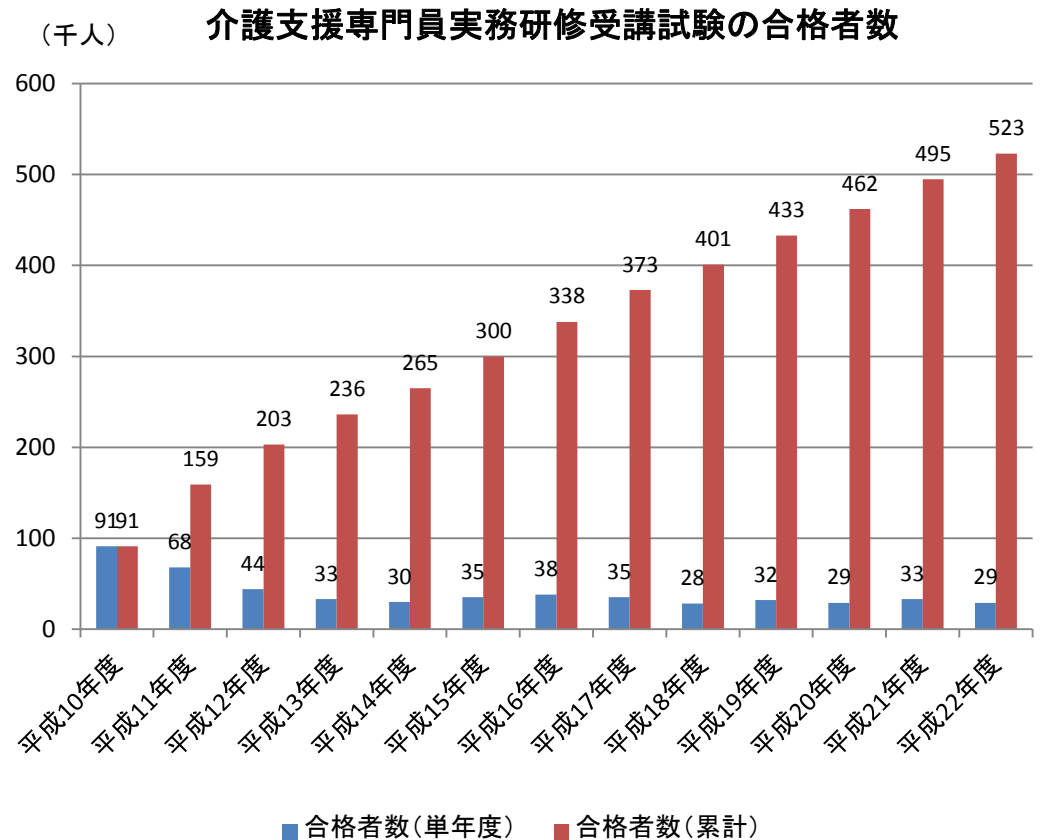
居宅介護支援事業所に従事するケアマネジャーの従事者数等

- 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年から平成21年にかけては、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大幅に減少しており、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、不足していないものと考えられる。



介護支援専門員(常勤換算)1人当たり利用者数

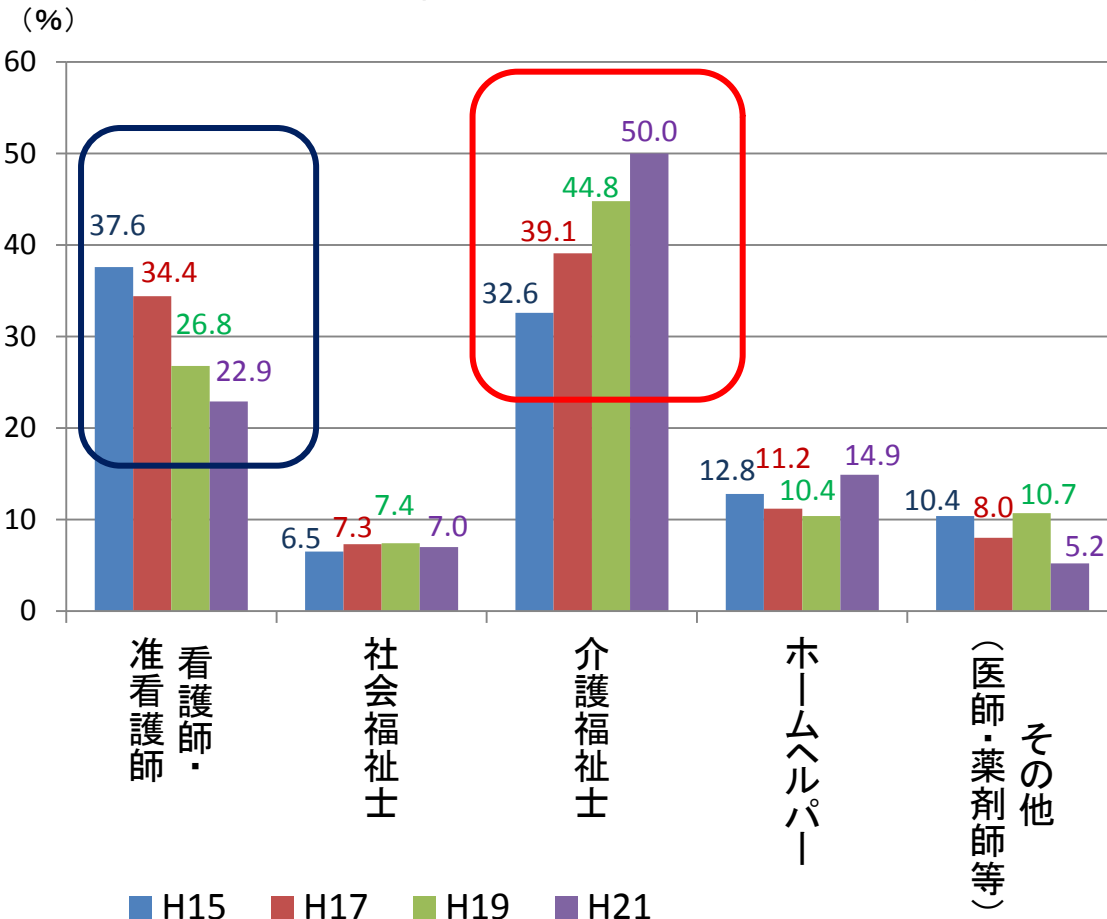
平成14年	平成17年	平成20年
59.3人	37.6人	26.9人



ケアマネジャーの保有資格

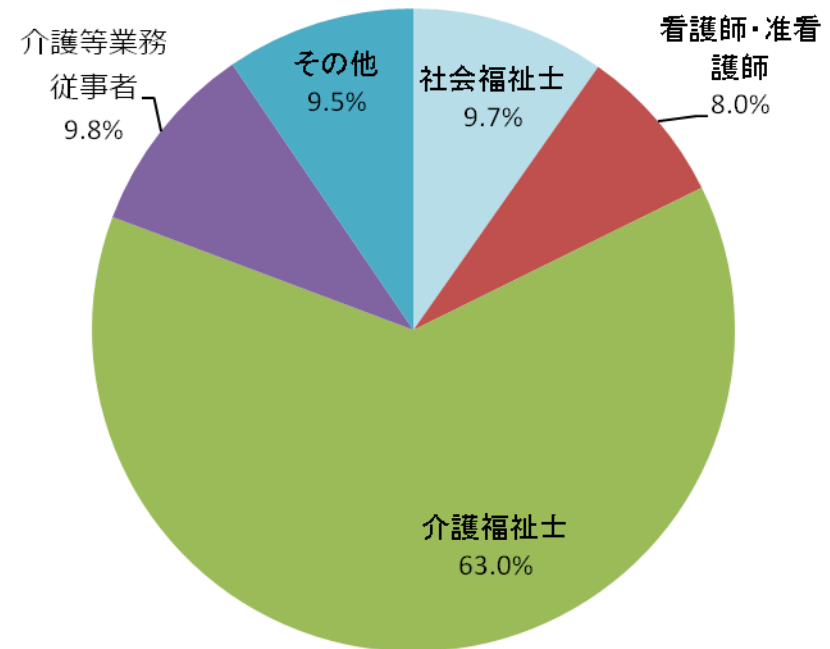
- ケアマネジャーの保有資格については、看護師等の医療系資格の保有者が減少し、介護福祉士等の介護系資格保有者の比率が高まっている。
- 直近の試験での合格者の多くは、介護福祉士等の介護系資格保有者であり、看護師等の医療系資格保有者は少ない。

ケアマネ事業所で従事しているケアマネジャーの保有資格



資料出所：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21年度老人保健健康増進等事業）

平成22年度介護支援専門員実務研修受講試験の合格者の保有資格



注：同一の者が複数の資格を保有している場合、それぞれの資格ごとに1人とカウントしている。

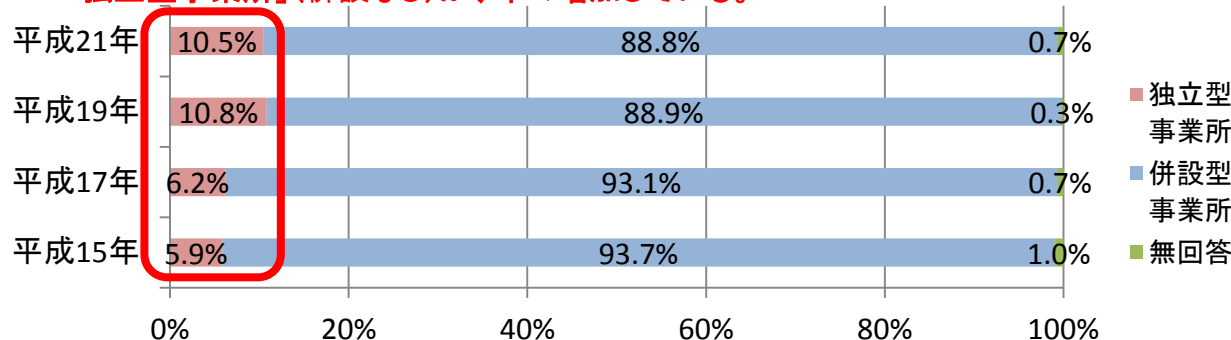
資料出所：老健局振興課調べ

居宅介護支援事業所の状況（独立型・併設型）

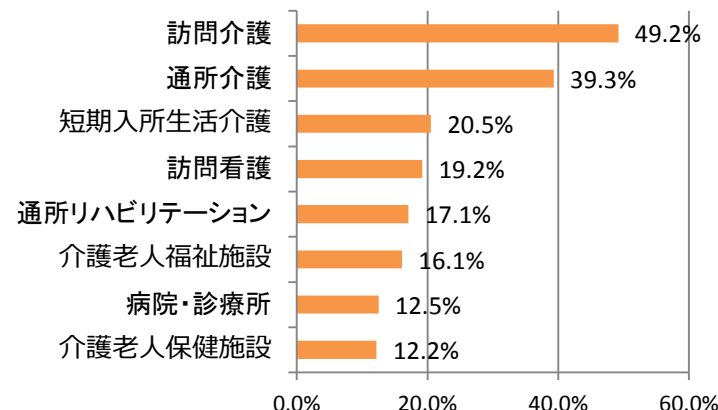
- いわゆる独立型事業所は10%強だが、増加傾向にある。
- 利用者のケアプランに組み込まれている併設サービスの状況を見ると、「併設サービスのみ利用」は、年々、減少している。また、「併設以外のみを利用」比率が最も高くなっているとともに、その割合が増加してきている。また、サービス種類数が少ない方が「施設サービス利用」の比率が高くなっている。

○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

・「独立型事業所」（併設なし）が、年々増加している。



【参考】併設先事業所の併設先施設・事業所（主なもの）



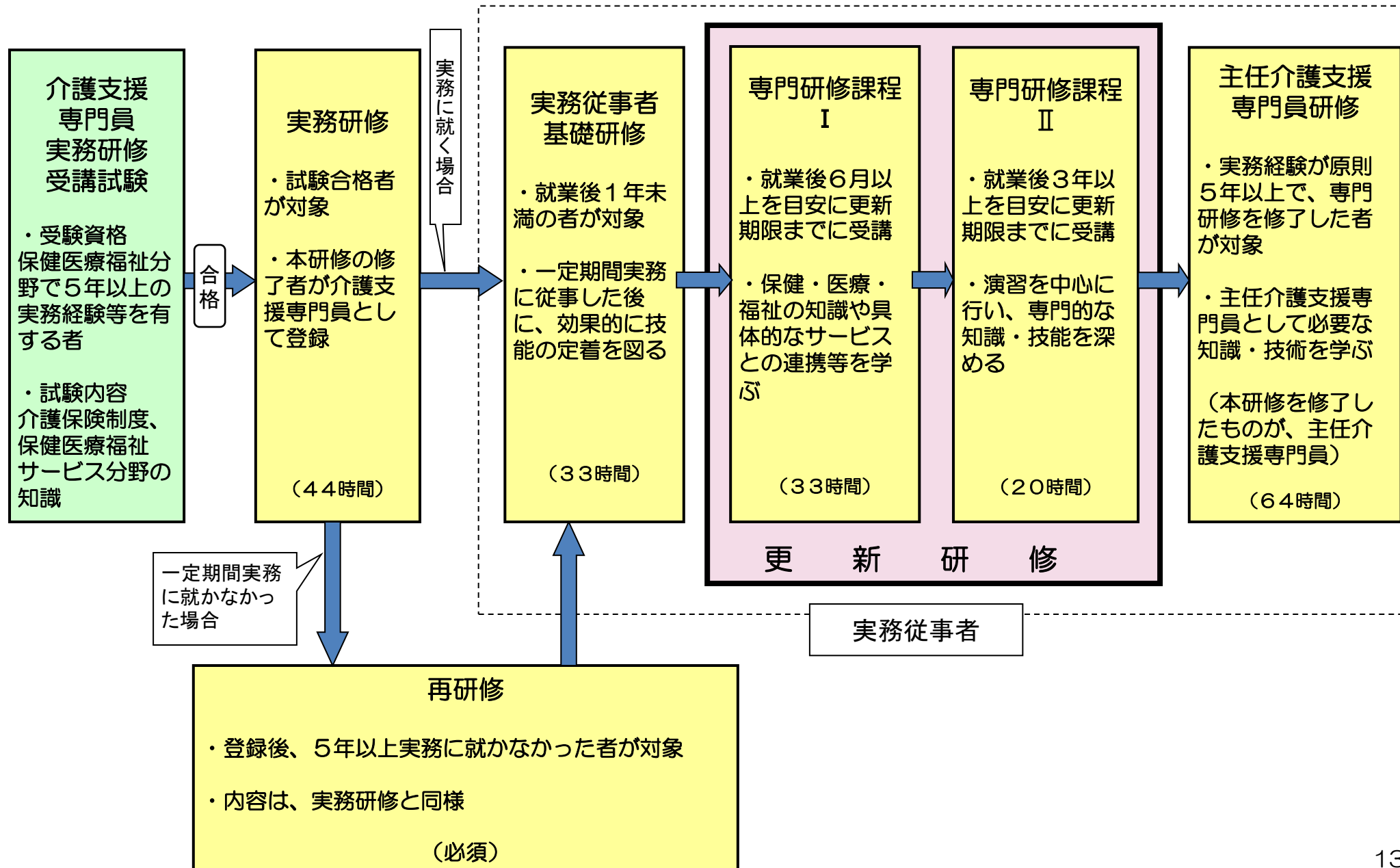
○サービス種類数別にみた併設サービス利用状況

- ・「併設サービスのみ利用」が、年々減少している。
- ・「併設以外のみ利用」の比率が最も高いとともに、「併設以外のみ利用」の割合が増加してきている。
- ・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。

（単位：％）

	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
1 種 類	100.0	37.3	3.4	43.2	16.1
2 種 類	100.0	16.6	36.3	34.8	12.2
3 種 類	100.0	3.9	49.1	37.1	9.9
4種類以上	100.0	2.0	58.4	31.8	7.8
合計(H21.11)	100.0	20.2	28.5	37.8	13.5
第4回調査(H19.11)	100.0	21.6	27.6	37.2	13.6
第3回調査(H17.11)	100.0	25.7	33.1	33.5	7.6

ケアマネジャーの研修等の体系



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	1,000単位/月	1,300単位/月
居宅介護支援費Ⅱ	500単位/月	650単位/月
居宅介護支援費Ⅲ	300単位/月	390単位/月

報酬体系は逓減制 ※1

例：要介護3・4・5の場合



+

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

退院、退所時の病院等との連携

入院、入所期間が
・30日以下：400単位
・30日以上：600単位

入院、入所時の病院等との連携
(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)

独居高齢者へのケアマネジメントに対する評価
(150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)

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〕

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
〔・－30%
・－50%（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)

－

※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

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 412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)

平成21年度 居宅介護支援・介護予防支援の主な改定内容について

1 逓減制の見直し

- ケアマネジャー1人当たりの標準担当件数を維持しつつ、件数が40件以上となる場合に全件数に適用される現在の逓減制を、経営改善を図る観点から、超過部分にのみ適用される仕組みとする。

2 病院等と利用者に関する情報共有等を行うことに着目した評価

- 入院時や退院・退所時に、病院等と利用者に関する情報共有等を行う場合について評価を行う。
 - ・ 医療連携加算(新規) → 150単位/月(利用者1人につき1回を限度)
 - ・ 退院・退所加算(新規) → 退院・退所加算(Ⅰ)400単位/月(入院又は入所期間が30日を超えない場合)
退院・退所加算(Ⅱ)600単位/月(入院又は入所期間が30日を超える場合)

3 ケアマネ事業所の独立性・中立性を高める観点からの特定事業所加算の見直し

- 中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うほか、専門性の高い人材を確保し、計画的な研修の実施等を行う事業所の推進を図るため、特定事業所加算を見直し、段階的に評価する。
 - ・ 特定事業所加算 → 特定事業所加算(Ⅰ)500単位/月 ・特定事業所加算(Ⅱ)300単位/月

4 認知症高齢者等、独居高齢者、初回に係る評価

- 特に労力を要する認知症高齢者等、独居高齢者及び初回に係るケアマネジメントについて評価を行う。
 - ・ 認知症加算(新規) → 150単位/月
 - ・ 独居高齢者加算(新規) → 150単位/月
 - ・ 初回加算 250単位/月 → 300単位/月

5 介護予防支援に対する評価

- 介護予防支援について、介護予防支援事業所の業務の実態を踏まえた評価を行うとともに、初回のケアマネジメントについて評価を行う。
 - ・ 介護予防支援費 400単位/月 → 412単位/月
 - ・ 初回加算 250単位/月 → 300単位/月

【平成18年介護報酬改定】

- 介護給付の居宅介護支援については、適切なケアマネジメントを行うために、業務に要する手間・コストの適正な反映、プロセスに応じた評価、公正中立、サービスの質の向上の観点から見直しを行った。また、予防給付の介護予防支援については、利用者の実態や給付管理業務の簡素化等を踏まえた報酬設定等を行った。

（主な見直し概要）

① 中重度者を評価した「要介護度別（2段階）報酬」の設定

（例） 居宅介護支援費（Ⅰ）＜取扱件数が40件未満＞

- 要介護1・2 1,000単位／月 要介護3・4・5 1,300単位／月

② ケアマネジャー1人当たり標準担当件数の引下げ（「50件」→「35件」）と多数担当ケースに係る逓減制の導入

（参考）

- 居宅介護支援費（Ⅰ）＜取扱件数が40件未満＞

- ・ 要介護1・2 1,000単位／月 要介護3・4・5 1,300単位／月

- 居宅介護支援費（Ⅱ）＜取扱件数が40件以上60件未満＞

- ・ 要介護1・2 600単位／月 要介護3・4・5 780単位／月

- 居宅介護支援費（Ⅲ）＜取扱件数が60件以上＞

- ・ 要介護1・2 400単位／月 要介護3・4・5 520単位／月

③ 初回時や退院・退所時、中重度者への対応等の評価と不適切な事業運営に係る減算

- 初回加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の創設、特定事業所加算の創設、特定事業所集中減算の創設、運営基準の見直し

④ 要支援者に対するケアマネジメントの実施機関（「地域包括支援センター（指定介護予防支援事業所）」）の設置と新たな報酬の設定

- 介護予防支援費 400単位／月 ○ 初回加算 250単位／月

特定事業所加算(平成21年度介護報酬改定で見直し(Ⅱを追加))

- ・ 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

【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③、④、⑨及び⑩を満たすこと、常勤かつ専従の主任介護支援専門員等を配置している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。

注 特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)の算定はいずれか一方に限る。

居宅介護支援特定事業所加算取得率の状況

(%)

	H21.3	H21.4	H21.6	H21.8	H21.10	H21.12	H22.2	H22.4	H22.6	H22.8	H22.10	H22.12
特定事業所加算Ⅰ	1.13	1.74	1.85	1.86	1.92	1.94	1.99	2.04	2.14	2.11	2.05	2.01
	—	(0.69)	(0.75)	(0.74)	(0.77)	(0.77)	(0.79)	(0.83)	(0.85)	(0.85)	(0.83)	(0.82)
特定事業所加算Ⅱ	—	20.78	24.60	27.49	29.81	31.60	32.72	34.82	36.68	37.54	38.23	38.83
	—	(9.98)	(11.87)	(13.30)	(14.49)	(15.50)	(16.24)	(17.50)	(18.41)	(18.80)	(19.21)	(19.46)

※上段：受給者数に占める割合、下段：事業所数に占める割合

(出典：介護給付費実態調査月報)

介護保険制度の見直しに関する意見
(平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会)
【ケアマネジメントについて】

(ケアプラン、ケアマネジャーの質の向上)

- 地域包括ケアの実現を図るためには、介護保険のサービスやそれ以外のサービスとのコーディネートや関係職種との調整が欠かせない。特に、重度者については、医療サービスを適切に組み込むことが重要となっている。さらに、利用者の意向を踏まえつつ、そのニーズを的確に反映した、より自立支援型、機能促進型のケアプランの推進が求められている。
- また、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していく必要がある。
- こうした状況において、まずは、ケアプランの様式変更やケアプランチェックなど可能なものから取り組んでいくこととし、さらに、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。
- なお、複雑なサービスをコーディネートする必要がある場合などは、要介護者及び要支援者が各種の介護サービスを自ら選択・調整する居宅サービス計画(セルフケアプラン)の活用支援なども検討することが必要である。

(施設のケアマネジャーの役割)

- 施設におけるケアマネジャーについては、支援相談員等との役割分担が不明確であることから、その位置付けを明確化すべきであるとの意見があった。

社保審－介護給付費分科会	
第79回（H23. 9. 5）	木村委員提出資料

平成 23 年 9 月 5 日

社会保障審議会介護給付費分科会
分科会長 大森 彌 殿

ケアマネジメントをめぐる論点について

社会保障審議会介護給付費分科会委員
木 村 隆 次
（一般社団法人日本介護支援専門員協会会長）

社会保障審議会介護給付費分科会において、ケアマネジメントに関する報酬・基準を議論するにあたっては、自立支援型のケアマネジメントを推進するために、主に次の論点を踏まえて検討頂くことをお願いいたします。

利用者にとってよりよい制度を追及し、介護保険制度の理念を実現するためのケアマネジメントはどうあるべきか、介護支援専門員がおかれた環境をどうしていくか、これらの課題について、介護報酬は、事業所・施設に給付されるものであることから、介護支援専門員が配置されている事業所・施設ごとに論点をまとめました。

ケアマネジメントの質の問題、介護支援専門員の資質向上や資格制度、研修の在り方については、別途検討される場が設けられると伺っていますので、ここでは割愛いたしました。

○居宅介護支援事業所

- ・ 中立性・公平性の確保（特定事業所集中減算等について）
- ・ 医療・介護連携の強化（利用者・患者が移動する際の情報共有に対する評価、暫定ケアプランの報酬化等について）
- ・ 在宅医療チームとどう連携を図るか
- ・ リハビリテーションとどう連携を図るか
- ・ 利用者の状態像と住まう場所のマッチング
- ・ 特定事業所加算の検証
- ・ サービス事業所における個別介護計画とケアプランの関係
- ・ ケアマネジメントにおけるショートステイの在り方

○介護保険施設

- ・施設介護支援専門員の役割と評価の在り方
- ・支援相談員等との役割分担と位置づけの明確化
- ・3施設の機能とケアマネジメントの在り方

○地域包括支援センター・介護予防支援事業者

- ・二次予防対象者のケアマネジメントの在り方
- ・介護予防支援（要支援1・2）のケアマネジメントの在り方
（介護予防・日常生活支援総合事業のマネジメント、8件委託について）

○認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

- ・ケアマネジメントの在り方（外付けか内付けか）
- ・介護支援専門員の役割と評価
- ・介護支援専門員が配置されている他の施設・事業所との情報共有

○小規模多機能型居宅介護事業所

- ・ケアマネジメントの在り方（外付けか内付けか）
- ・介護支援専門員の役割と評価
- ・介護支援専門員が配置されている他の施設・事業所との情報共有

○特定施設入居者生活介護

- ・ケアマネジメントの在り方（外部サービス利用型特定施設を除く）

○その他

- ・サービス付き高齢者住宅等の、集合住宅におけるケアマネジメントやサービス提供体制の在り方（利用者の自己選択推進、囲い込み防止策など）

以上

特別養護老人ホームにおける認知症高齢者の原因疾患別アプローチとケアの在り方調査研究

報告書サマリ

1. 事業目的

特別養護老人ホームにおける認知症の原因疾患の診断の有無、認知症ケアへの反映等の実態調査を行い、医療、介護の両側面からそれぞれの果たすべき役割と機能の在り方について提言する。

2. 事業内容

- (1) 特別養護老人ホームにおける入所時の認知症の診断やケア計画との相関性、その後の医師との連携等について実態調査を実施
- (2) モデル施設による個別ケースの再診断に基づいた定期的なカンファレンスの実施とケア計画の変更、効果の追跡、検証を実施

3. 事業結果

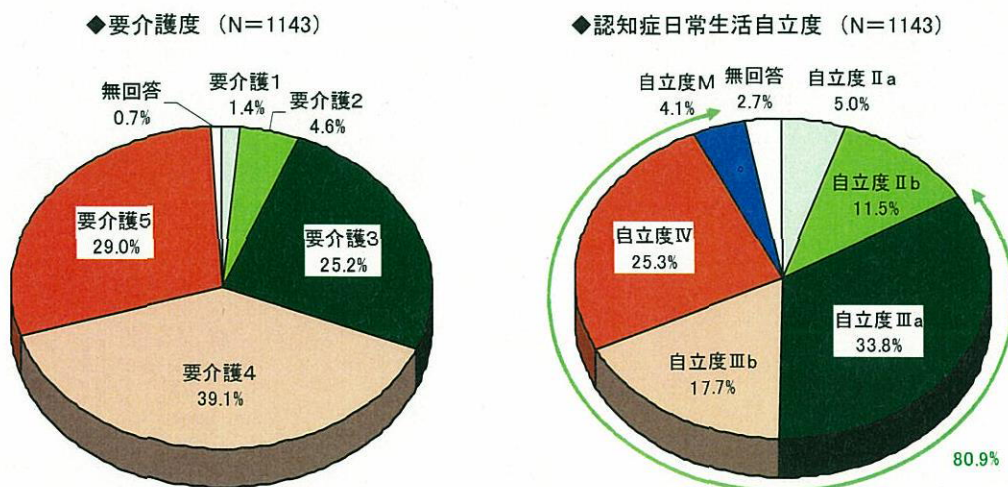
I 特別養護老人ホームにおける実態調査（アンケート調査）から

(1) 調査の対象、属性

- ① 調査対象600施設のうち230施設から調査票を回収(回収率38.3%)、回収サンプル数は1,143
※各施設で2010年9月1日を基点に認知症日常生活自立度Ⅱ以上の新規入所者5名をさかのぼって抽出
- ② サンプルの平均年齢は85.4歳、平均要介護度3.9、男性は19.8%、女性は80.2%

(2) 調査結果の概要

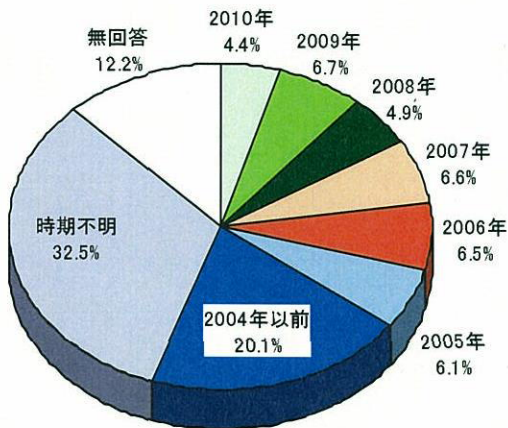
- ① 要介護度は要介護4が39.1%で最も多く、次いで要介護5が29.0%を占めた。認知症の日常生活自立度では、自立度Ⅲaが33.8%で最も多く、自立度Ⅲa以上では80.9%を占めた。



②認知症の診断時期をみると、直近2年の診断（2010年、2009年）は11.1%であり、診断時期は古いことがわかる。また、3割強が診断時期不明であった。

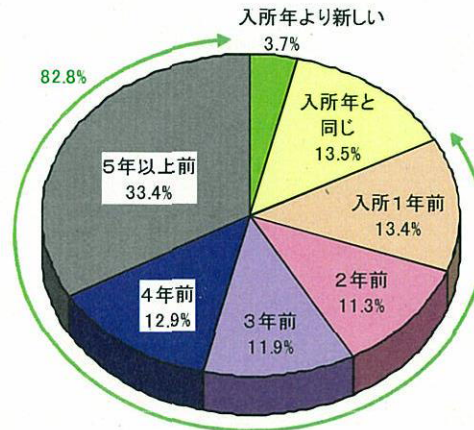
診断時期と入所年を比較すると82.8%強が入所前の診断であった。入所5年以上前の診断が33.4%あるなど、一旦診断名がついた後は再診断される例は少ないようである。

◆認知症の診断時期（N=1143）



◆認知症の診断時期と入所年の比較

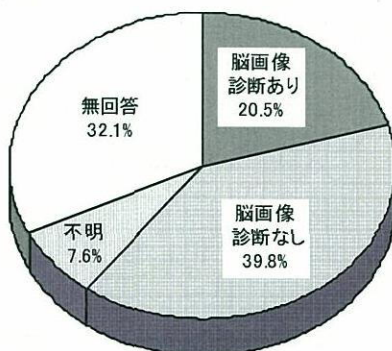
(n=629)



③認知症の診断時に脳画像診断が行われていたのは、20.5%（234名）であった。

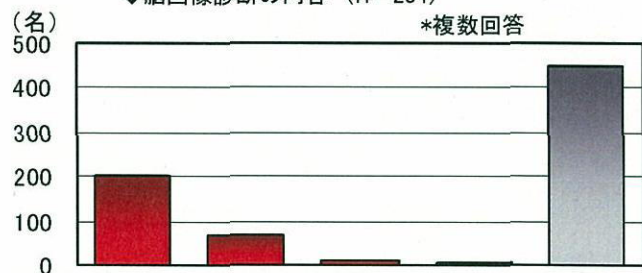
脳画像診断の内容では、CTが203名、MRIが68名、SPECTが12名である。

◆脳画像診断の有無（N=1143）



◆脳画像診断の内容（n=234）

*複数回答

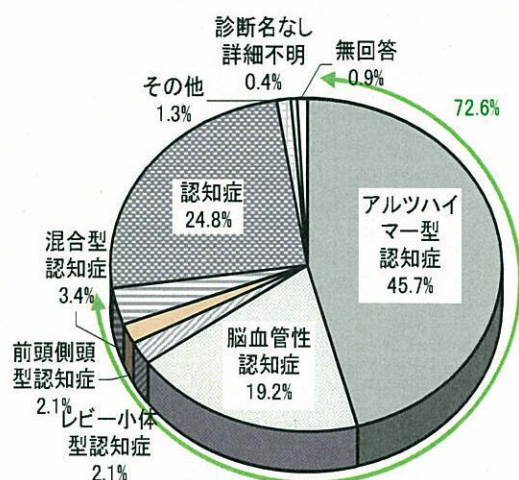


C T	M R I	S P E C T	そ の 他	脳 な し 画 像 診 断
203	68	12	3	446

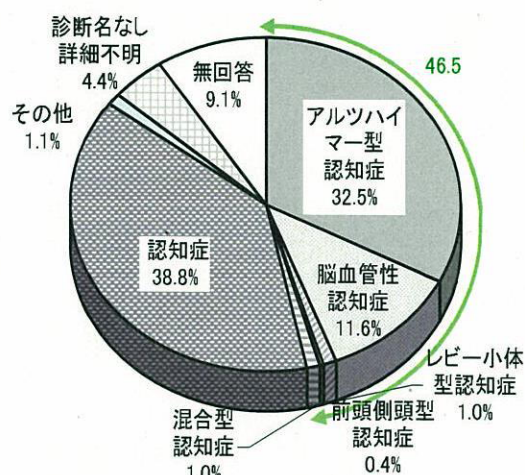
④直近の認知症の診断名では、アルツハイマー型認知症 (32.5%)、脳血管性認知症 (11.6%)をはじめ、原因疾患が特定されているものは 46.5%であった。一方で、原因疾患が特定されない「認知症」が 38.8%、「診断名なし、詳細不明」が 4.4%存在していた。

※認知症診断名としての「認知症」:本調査では、「アルツハイマー型認知症」、「脳血管性認知症」、「前頭側頭型認知症」、「レビー小体型認知症」など原因疾患が明らかなもの以外で、調査票に「認知症」、「老人性認知症」、「老年期認知症」等と回答されたものを「認知症」としてまとめている。

◆脳画像診断がある人の診断名 (n=234)



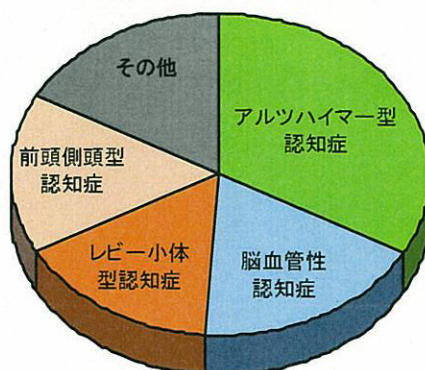
◆認知症の診断名(脳画像診断のない人を含む) (N=1143)



参考として、国内の認知症研究を踏まえた疾患頻度の概要を次に示す。
アルツハイマー型認知症が3割強で最も多いが、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症も2割弱程度の頻度となっている。

◆先行研究における認知症の診断名

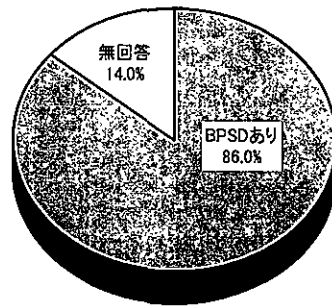
認知症における疾患頻度の概要



(出所) 杉本あずさ、河村満「認知症の分類と疫学」『Clinical Neuroscience』Vol.29 No.3 (2011-3) pp.262-263

⑤直近1ヶ月間でBPSD（認知症の行動と心理症状）がある人は86.0%であった。

◆直近1ヶ月間のBPSDの有無（N=1143）



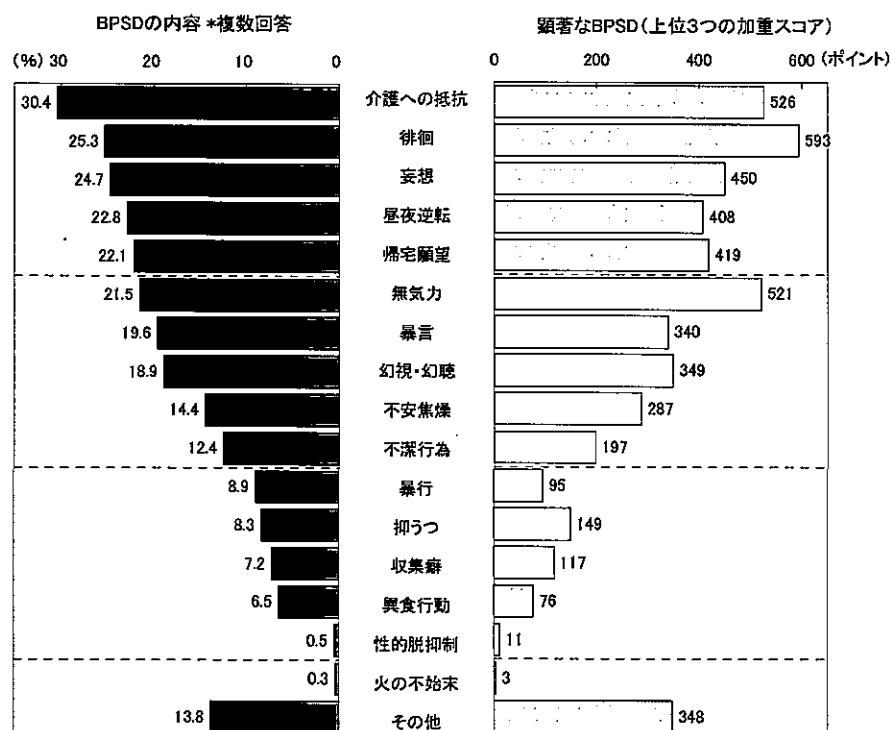
⑥BPSDの内容は、介護への抵抗が30.4%と最も多く、徘徊（25.3%）、妄想（24.7%）、昼夜逆転（22.8%）、帰宅願望（22.1%）と続く（複数回答可）。

「その他」の主なものは、大声・奇声など（2.5%）、独語・独話・同じ話の繰り返し（2.2%）のほか、感情失禁・興奮・ヒステリー（1.0%）、食事で遊ぶ・人のものを食べる（0.9%）などであった。

顕著に見られるBPSD上位3つを加重集計したところ、トップが徘徊、2位が介護への抵抗となり、BPSDの内容と順位が入れ替わっている。BPSDの内容では6位だった無気力が2位と僅差の3位へ上昇しており、ケアの現場では問題になることがうかがわれる。

※BPSD上位3つの加重集計：最も顕著なBPSDを3ポイント、2番目に顕著なBPSDを2ポイント、3番目に顕著なBPSDを1ポイントとして集計した。

◆BPSDの内容と顕著なもの（N=1143）



- ⑦認知症の診断名別に顕著なBPSDは次の通りであった。無気力が最も顕著なのは、脳血管性認知症とレビー小体型認知症である。レビー小体型認知症では、妄想と幻視幻聴がそれぞれ2位、3位となっており、ほかの認知症と異なる傾向を見せている。

◆診断名別 顕著なBPSD

	アルツハイマー型認知症 (n=372)	脳血管性認知症 (n=133)	レビー小体型認知症 (n=12)	前頭側頭型認知症 (n=5)	混合型認知症 (n=11)	認知症 (n=443)	全体 (N=1143)
1位	徘徊	無気力	無気力	徘徊	昼夜逆転	徘徊	徘徊
2位	介護への抵抗	介護への抵抗	妄想	介護への抵抗	徘徊	妄想	介護への抵抗
3位	無気力	暴言	幻視・幻聴	抑うつ	介護への抵抗	介護への抵抗	無気力
4位	帰宅願望	昼夜逆転	抑うつ	無気力	無気力	帰宅願望	妄想
5位	昼夜逆転	妄想	介護への抵抗	妄想	暴言	無気力	帰宅願望

※一般的にいわれる認知症症状の特徴

アルツハイマー型認知症

記憶障害から発症することが多く、場あわせや取り繕い反応が見られる。

見当識障害、視空間認識障害、失語、失行、失認等が起こり、持続的な認知機能の低下が認められる。

脳血管性認知症

物忘れよりも判断力の低下によって日常の実行機能に障害が生じる。

意欲の低下、自発性低下、感情失禁、夜間せん妄等が見られる。

レビー小体型認知症

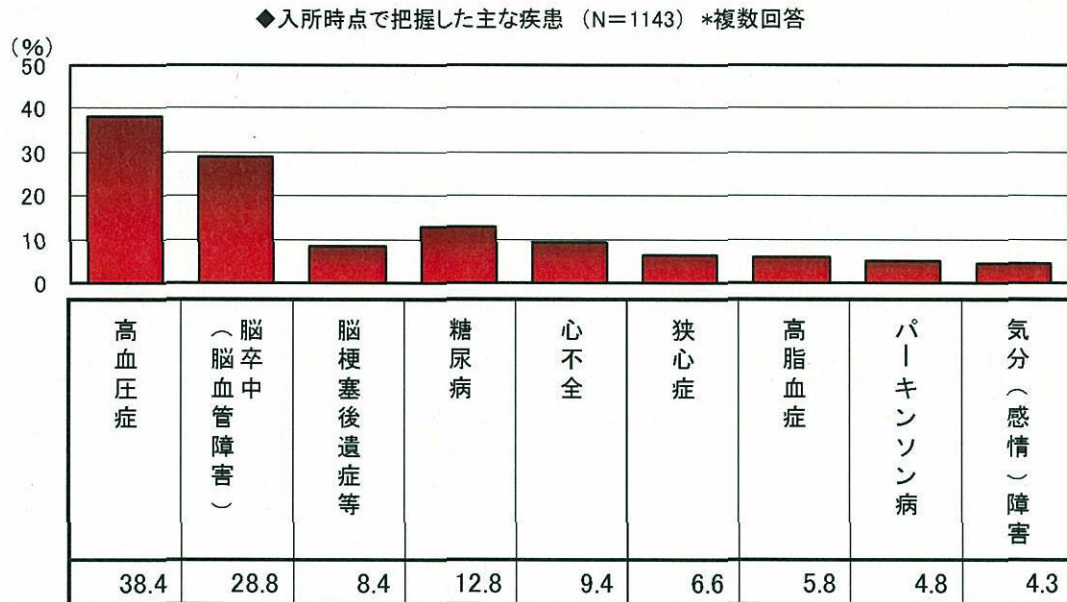
初期の段階から手足がふるえたり、動きが緩慢になる等のパーキンソン病に似た症状が多く見られる。

また、日や時間帯による症状の変化、具体的で詳細な内容の幻視が特徴的である。

前頭側頭型認知症

反社会的な行動や、性格の変化、自発性の低下が見られ、毎日同じものを食べる、同じ服を着る等の常同行動や特定のものに執着する等の特徴がある。

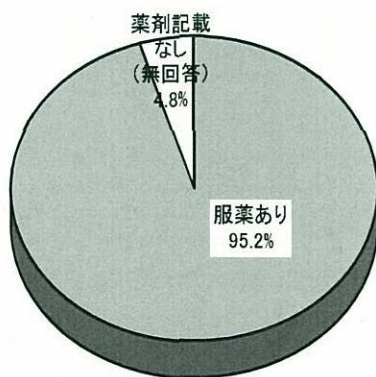
- ⑧特養入所時点で把握した主な疾患は、高血圧症が38.4%と最も多く、脳卒中（脳血管障害）28.8%、糖尿病12.8%、心不全9.4%が続く。



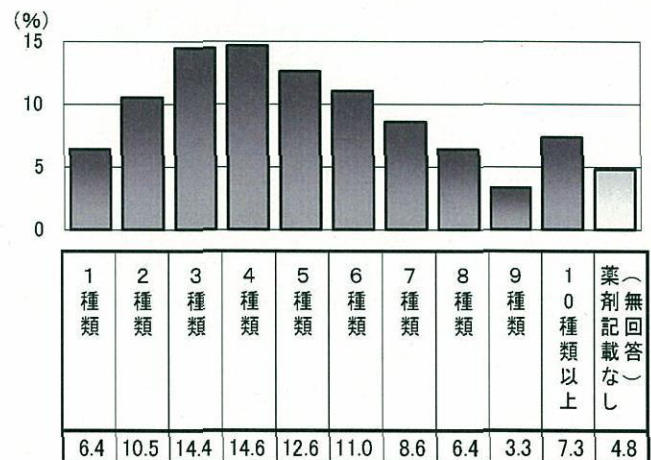
注) 入所時点で把握した「完治」「治療中」「経過観察中」の疾患を集計

- ⑨調査時点における服薬状況は、95.2%が服薬中であり、平均服薬数は4.8種類である。
10種類以上を服薬している人が7.3%あり、最多服薬数は16種類であった。

◆調査時点の服薬状況（N=1143）

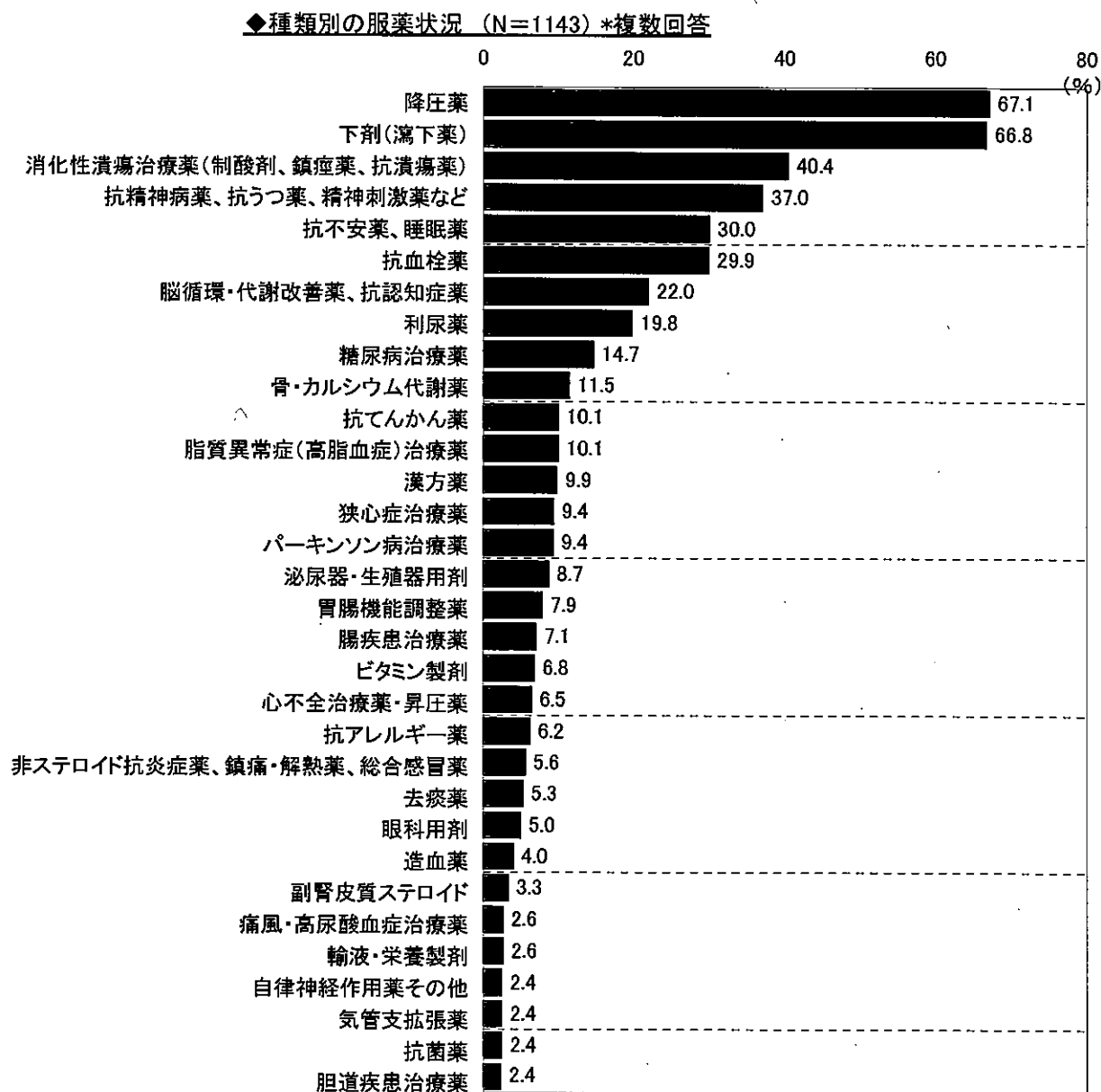


◆調査時点の服薬数（N=1143）



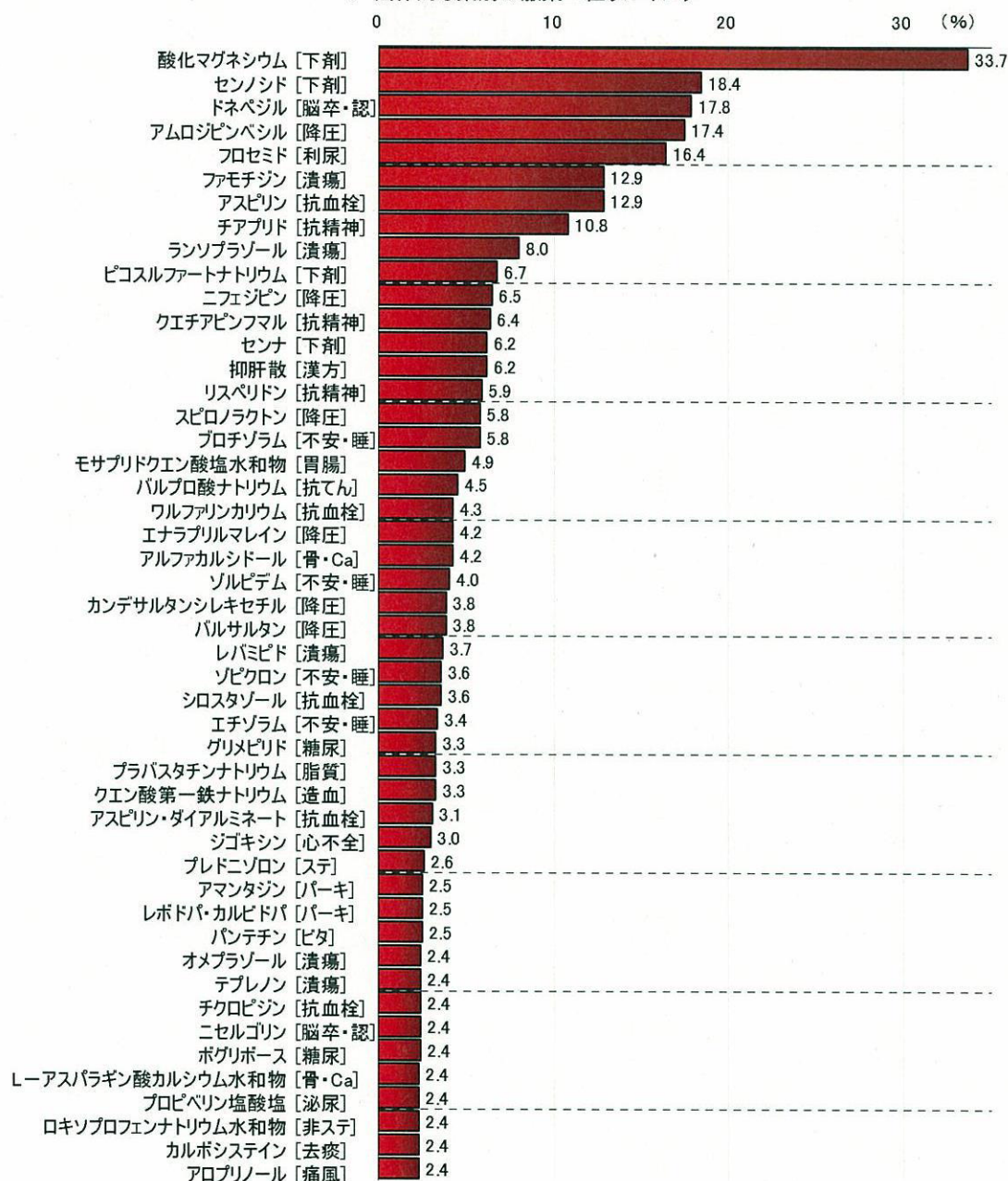
⑩種類別の服薬上位を見ると、降圧薬と下剤が服薬率 6 割を超えており、次いで消化性潰瘍治療薬（40.4%）が続いた。ドネペジルに代表される抗認知症薬の服薬率は 22.0%であった。

※薬の種類分類：調査票回答を『今日の治療薬 2010』（南江堂）を参考に分類した。複数の用途があるものは、同書で主要頁とされている項目を参考にしつつ、現場の処方を勘案して分類を行った。



⑪具体的な薬別の服用上位ランキングを見ると、「酸化マグネシウム【下剤】」が1位で33.7%、次いで「センノシド【下剤】」で18.4%となっている。抗認知症薬としては「ドネペジル」が17.8%で3位となっている。

◆ 具体的な薬別の服薬上位ランキング



【薬の種類】

下剤 : 下剤(瀉下薬)
 脳卒・認 : 脳循環・代謝改善薬、抗認知症薬
 降圧 : 降圧薬
 利尿 : 利尿薬
 潰瘍 : 消化性潰瘍治療薬(制酸剤、鎮痙薬、抗潰瘍薬)
 抗血栓 : 抗血栓薬
 抗精神 : 抗精神病薬、抗うつ薬、精神刺激薬など
 漢方 : 漢方薬
 不安・睡 : 抗不安薬、睡眠薬
 胃腸 : 胃腸機能調整薬
 抗てん : 抗てんかん薬

骨・Ca : 骨・カルシウム代謝薬
 糖尿 : 糖尿病治療薬
 脂質 : 脂質異常症(高脂血症)治療薬
 造血 : 造血薬
 心不全 : 心不全治療薬・昇圧薬
 ステ : 副腎皮質ステロイド
 パーキ : パーキンソン病治療薬
 ビタ : ビタミン製剤
 泌尿 : 泌尿器・生殖器用剤
 非ステ : 非ステロイド抗炎症薬、鎮痛・解熱薬、総合感冒薬
 去痰 : 去痰薬
 痛風 : 痛風・高尿酸血症治療薬

⑫自由記述によるコメント

〔入所時点の診断名が不明で、ケアプランへの作成に苦勞する事例〕

- ・認知症を生じる原因疾患がはっきりしていない〔複数〕
- ・診断材料が不足していてケア計画への反映が難しい
- ・診断については入所時の診断書に記入があり詳細不明にて「認知症」としかわからない。
- ・診断名は「脳血管性認知症」だが、脳血管性というよりはアルツハイマー様の症状がみられる。専門医に正確な判断をしてもらっているわけではないので、診断名にはあまりこだわっていない
- ・認知症の診断名がなく、症状（問題となる行為）について取り上げるのみで、プランへの反映に戸惑いがある
- ・主治医意見書の認知症自立度はⅢaとなっているが「認知症」との診断はない。施設と病院を間違えたり所在地も理解できていないことから、認知症症状ありと判断している
- ・同じ病院からの情報であるにもかかわらず、脳血管性認知症と書いてあるものとアルツハイマー型認知症と書いてあるものがあつたため、BPSDの状態から計画を立案した
- ・認知症の類型がわからないので、今後症状が進行した場合、どのような配慮を要するのか予測し難い
- ・認知症との診断はついていないが、明らかに認知症と思われる症状があるため、プランにもあげている〔複数〕

〔ケアプランにおける服薬調整の難しさ、薬の情報や認識の不足についてのコメント〕

- ・現在、入所時の内服薬を少しずつ減量し、状態を見ている。減少に伴うリスク等の情報がある程度反映したが、状態変化の時期、期間がわからず、予測等つかずケア計画への反映は難しい
- ・精神科の内服は症状により都度変更しているので、ケア計画への反映が難しい
- ・内服薬服用による効果、副作用に対する認識不足があり、ケアプランへの反映が難しかった
- ・BPSDの中で昼夜逆転及び理解力の低下による転倒リスクの高さを考えると、薬剤による入眠も起床時に足元のふらつきが多く、兼ね合いが難しい
- ・認知症に関連のある薬は処方されておらず、進行を遅らせることができるのかどうかかわからない
- ・服薬したことで、傾眠状態や食事が食べられない等の症状があり、服薬を中止したことがある

〔ケアプラン作成の苦勞、家族に対する配慮等のコメント〕

- ・認知症状に対し具体的なプランではなく、なんとなく漠然としたプランになってしまう
- ・認知症状に対し、薬の調整や転倒防止などのプランになってしまい、本人の想いや希望をプランに取り入れていくことが難しい
- ・認知症の症状や度合いは人それぞれであり、医療的な知識（認知症に対して）がないため、プランへ具体的な内容が取り込めていないような気がする
- ・認知症だけでなく、その他の疾病に対するケアが大きい
- ・専門医の診察に対して家族の理解が得られず、一切の服薬を拒否している。ケアプランに「認知症」という言葉も控えるなど、非常に支援が難しい

Ⅱ モデル施設による個別ケースの再診断及び定期的なカンファレンスによる検証事業から

(1) 調査の対象、属性

- ①実施施設：3施設
- ②対象ケース：8ケース（男性3名、女性5名）

(2) 調査結果の概要

- ①期間：約3か月
- ②概要
 - i モデル検証施設での準備
 - ・「認知症の原因疾患別アプローチ検討委員会（仮）」の立ち上げ、メンバー選出
 - ・特養入所者のうちBPSDの顕著なケースや対応に苦慮しているケースを10例程度選出、CT画像の取得及びフェイスシート作成
 - ・同意書の取得、家族への説明
 - ii 事前説明
 - ・モデル検証施設職員等に対し、訪問による事業の主旨説明、検証の手順及びスケジュール等について説明実施
 - iii モデル検証会議
 - ・対象ケースの抽出（5例程度）
 - ・現行ケアの課題整理
 - ・認知症専門医による再診断と処方薬の見直し、ケア計画への助言
 - ・定期的なケアカンファレンス、ケア計画の見直し、認知症専門医への適宜報告
 - iv まとめ
 - ・各モデル検証施設の対象ケースのうち、成果及び相関性が見られたケースについて経過を取りまとめ、報告書に掲載

③モデル検証事業における再診断と処方薬の見直しについて

	診断名	処方薬
Aさん	診断名なし⇒アルツハイマー型認知症	中止×1種類、減量×1種類、開始×2種類
Bさん	アルツハイマー型認知症（変更なし）	変更なし
Cさん	アルツハイマー型認知症 ⇒レビー小体型認知症及び正常圧水頭症	変更なし
Dさん	アルツハイマー型認知症（変更なし）	減量×1種類
Eさん	脳血管性認知症⇒レビー小体型認知症	中止×2種類、減量×2種類、増量検討×1種類
Fさん	脳血管性認知症（変更なし）	中止×2種類、減量×1種類
Gさん	診断名なし⇒アルツハイマー型認知症	開始×1種類
Hさん	フール病の疑い⇒前頭葉症候群	減量×1種類

※モデル検証事業開始時の対象ケースは20ケースだったが、事業を通して成果が顕著なケースを8例抽出し、報告書に掲載した

④成果と課題

【成果】

- ・医師による治療や薬の処方の変更について、介護職員による観察、記録、気づき等が科学的な判断材料となることから、情報の一元化や伝達方法について技術的な向上が認められた。
- ・ケアのみによるアプローチに限界があるケースや、認知症の原因疾患の特徴によっては医療、介護いずれも明確な成果が望めないケースがあることを確認できた。
- ・改善が困難なBPSDへの対応についてのカンファレンスの中で、入所者の尊厳を重視した方針決定時に介護の視点でイニシアチブを取る場面が多々あり、「生活」を中心においた合議ができた。
- ・施設の嘱託医や連携先病院の医師の理解が得られ、経過観察や認知症に対するケアの在り方について共に考えることができた。
- ・モデル検証事業を進める中で正常圧水頭症が疑われるケースが複数あり、認知症症状の初期段階における脳のCT画像検査を実施することの重要性が明らかになった。

【課題】

- ・入所以前の医療との関わりについての情報収集と把握が難しく、情報不足によるケアの模索が浮き彫りになった。
- ・入所時に把握した情報、また診断、処方薬等について、その後の再診断や見直しの機会がほとんど設けられていない。
- ・認知症の症状と基礎疾患による症状、また薬の影響による症状の見極めが難しく、医療、看護、介護の連携による総合的な判断が求められる。

Ⅲ 本調査研究事業のまとめ

本調査研究事業の結果から次の点について提言する。

①認知症専門医の量、質の早急な確保及び認知症介護との連携・協働体制の構築

- ・ 認知症の早期発見、早期治療が予後に大きく関与するとともに、正確な診断が受けられていることによって、重度化してからも根拠あるケアが可能となる。
- ・ 認知症の初期に専門医による正確な診断がなされ、その情報が入所先まできちんと伝わるような医療と介護の連携システムの標準化が急がれる。

②認知症の正確な診断と脳画像診断による情報の積極的な評価

- ・ 脳画像診断が行われていたのは2割程度にとどまっているが、脳画像診断を行うことによって疾患名が特定されるケースが46.5%から72.6%に高まっており、医療情報として有効性が期待される。
- ・ 脳画像診断によって、治療が可能とされる正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫等の認知症の診断が可能になり、より精度の高い認知症の診断が可能になる。

③「原因疾患を踏まえた個別ケア」の確立

- ・ 介護職、看護職が、認知症の原因疾患とその特徴に対する知識を習得し理解したうえで、個々の事例を科学的に考え、実践することが重要である。
- ・ 医療との適切な連携を進めるためには、介護職の記録、観察、変化への気づき等が大きな判断材料となり、利用者の尊厳を守る生活支援の視点において必要不可欠な役割を果たしていることから、常にフィードバックの関係性を維持することが重要である。

社会保障審議会介護給付費分科会委員名簿

23.9.5現在

氏 名	現 職
池 田 省 三	地域ケア政策ネットワーク研究主幹
大 島 伸 一	国立長寿医療研究センター総長
大 西 秀 人	全国市長会介護保険対策特別委員会委員長（高松市長）
◎ ※ 大 森 彌	東京大学名誉教授
勝 田 登 志 子	認知症の人と家族の会副代表理事
木 村 隆 次	日本薬剤師会常務理事・日本介護支援専門員協会会長
久 保 田 政 一	日本経済団体連合会専務理事
高 智 英 太 郎	健康保険組合連合会理事
※ 木 間 昭 子	高齢社会をよくする女性の会理事
小 林 剛	全国健康保険協会理事長
齋 藤 訓 子	日本看護協会常任理事
齊 藤 秀 樹	全国老人クラブ連合会理事・事務局長
佐 藤 保	日本歯科医師会常務理事
志 賀 直 温	千葉県国民健康保険団体連合会理事長（東金市長）
篠 原 淳 子	日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局長
武 久 洋 三	日本慢性期医療協会（日本療養病床協会）会長
田 中 滋	慶應義塾大学大学院教授
田 中 雅 子	日本介護福祉士会名誉会長
馬 袋 秀 男	民間介護事業推進委員会代表委員
※ 福 田 富 一	全国知事会社会文教常任委員会委員長（栃木県知事）
※ 藤 原 忠 彦	全国町村会長（長野県川上村長）
三 上 裕 司	日本医師会常任理事
村 上 勝 彦	全国老人福祉施設協議会総務・組織委員長
村 川 浩 一	日本社会事業大学教授
山 田 和 彦	全国老人保健施設協会会長

（敬称略、50音順）

※は社会保障審議会の委員

◎は分科会長