

第7回介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と 今後のあり方に関する検討会

日時：平成24年12月27日（木）15：00～17：00

場所：東海大学校友会館 望星の間

議 事 次 第

1. 介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会における

議論の中間的な整理について

2. 意見交換

3. その他

【配付資料】

議事次第

名簿

資料1 介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理（案）

参考資料1 「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方」に関し寄せられた主な意見

参考資料2 ケアマネジメント向上会議の実施結果について

参考資料3 関連資料

木村構成員提出資料

東構成員提出資料

山村構成員提出資料

介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と
今後のあり方に関する検討会における
議論の中間的な整理（案）

平成24年12月27日

介護支援専門員（ケアマネジャー）の
資質向上と今後のあり方に関する検討会

目 次

1. はじめに

2. 総論

3. 各論

(1) ケアマネジメントの質の向上について

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

(2) 保険者機能の強化等による介護支援専門員の支援について

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

(3) 医療との連携の促進について

(4) 介護保険施設における介護支援専門員について

4. 今後に向けて

1. はじめに

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

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

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

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

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

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

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

2. 総論

○ 介護保険法の目的・理念としては、高齢者が要介護状態等となっても、尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう必要な支援を行うことである。

○ そのため、保険給付は、要介護状態の維持・改善に資するよう行われ、利用者本位による保健・医療・福祉サービスが、総合的かつ効率的に提供されなければならない。

○ 一方、利用者についても努力義務が唱われており、自ら要介護状態となることの予防のため健康の保持増進に努めることや要介護状態になった場合であっても、進んでリハビリテーションやその他の適切なサービスを利用することで、自らが有する能力の維持向上に努めることとされている。

○ 介護支援専門員は、利用者が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有する者として、介護保険制度を運用する要として重要な役割を担っている。

介護保険制度は、利用者本位の介護サービスの提供を基本理念の一つとして創設された。介護支援専門員は、その理念を実現する中心となる資格であり、利用者の立場に立って、その生活全般に寄り添って支援を行う機能を果たしてきており、制度創設から 10 年以上が経過した現在、国民の間にも定着し、要介護者等にとって欠かせない存在となってきた。

○ 介護保険制度においては、利用者の尊厳の保持と自立支援を実現していくことが重要であり、そのためには、介護支援専門員による適切なケアマネジメントは必要不可欠であり、その質の向上は不断に求められるものである。

○ 平成 18 年の制度改正においては、介護支援専門員の専門性の確立という観点から、研修の強化を図るとともに、資格の更新制を導入し、更新時の研修を義務付けるといった見直しを行ったが、その後も、医療の必要性が高い利用者や独居世帯の利用者、認知症の利用者が増加するなど、ケアマネジメ

ントの質をより高くすることが求められるようになってきている。

- また、国の政策においては、高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を進めており、各地域におけるその実現に向けても、これらのサービスが有機的・包括的に機能していくための橋渡しをするケアマネジメントへの期待が高まっている。
- このような状況や前述の社会保障審議会等で指摘された課題を踏まえ、本検討会において、これまで議論を重ね、主な検討すべき課題として以下のよう整理した。
 - ① 介護保険の理念である「自立支援」の考え方が、十分共有されていない。
 - ② 利用者像や課題に応じた適切なアセスメント（課題把握）が必ずしも十分でない。
 - ③ サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない。
 - ④ ケアマネジメントにおけるモニタリング、評価が必ずしも十分でない。
 - ⑤ 重度者に対する医療サービスの組み込みをはじめとした医療との連携が必ずしも十分でない。
 - ⑥ インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）のコーディネーター、地域のネットワーク化が必ずしも十分できていない。
 - ⑦ 小規模事業者の支援、中立・公平性の確保について、取組が必ずしも十分でない。
 - ⑧ 地域における実践的な場での学び、有効なスーパーバイズ機能等、介護支援専門員の能力向上の支援が必ずしも十分でない。
 - ⑨ 介護支援専門員の資質に差がある現状を踏まえると、介護支援専門員の養成、研修について、実務研修受講試験の資格要件、法定研修の在り方、研修水準の平準化などに課題がある。
 - ⑩ 施設における介護支援専門員の役割が明確でない。
- 上記の課題に対応するための見直しの視点は大きく2つあり、「介護支援専門員自身の資質の向上に係るもの」と「介護支援専門員が自立支援に資するケアマネジメントが実践できるようになる環境整備に係るもの」といった2つの視点からアプローチしていくことが必要である。

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

3. 各論

(1) ケアマネジメントの質の向上について

ケアマネジメントは、アセスメントからサービス担当者会議を経てケアプランが確定した後のモニタリングまでの一連の流れである。しかしながら、アセスメントが必ずしも十分でないといった課題やサービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していないといった課題が指摘されている。

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

① ケアマネジメントの質の向上に向けた取組

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

このため、介護支援専門員の専門的判断として、どのような考えで利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を導き出したのかを明確にし、サービス担当者会議等における多職種協働によるサービス内容の検討が円滑に進むよう、ケアプラン様式とは別に課題抽出のための新たな様式の活用を進めるべきである。

- 課題抽出のための様式の活用により、多職種協働であるサービス担当者会議が実効性のあるものになると考えられる。

また、サービス担当者会議については、多職種協働が十分に機能していないのではないかと課題に対応し、サービス担当者会議の重要性を関係者間で共有するとともに、居宅サービス計画の原案の内容について、多職種による専門的な見地からの議論が行われ、より質の高い居宅サービス計画の原案へと修正が図られるよう、関係者間で意識を共有し、そのための環境づくりをしていくことが重要である。

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

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

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

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

② 介護支援専門員実務研修受講試験の見直し

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

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

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

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

- また、介護支援専門員として利用者を支援していくには、介護保険制度に関する知識だけでなく、保健・医療・福祉に関する幅広い知識や技術が求められる。

- 介護支援専門員実務研修受講試験については、保健・医療・福祉に関する

知識や技術を有することの確認について、より介護支援専門員の資質の向上に資するものにしていくべきとの意見や、保有資格によって認められている解答免除の取扱いについて見直すべきであるとの議論が行われた。

- こうしたことを踏まえ、上記の受験要件も含め、介護支援専門員実務研修受講試験の実施方法について見直しを検討すべきである。

③ 介護支援専門員に係る研修制度の見直し

- 介護支援専門員の専門性を高め、資質を向上させていく手段として、研修は重要な役割を持つと考えられる。

- また、研修の実施方法について、より実践的な研修となるよう演習にも重点を置くとともに、研修内容が理解されているかどうかを確認するため、研修修了時の修了評価の実施についても検討すべきである。

- 現在、実務研修の時間数は、求められる介護支援専門員の知識や技術に比し、不足しているとの意見もあることから、実務研修の充実や、実務に就いた後の早い段階での研修である実務従事者基礎研修の必修化について検討すべきである。

- また、現在の更新研修は、専門研修ⅠとⅡに分かれており、介護支援専門員証の有効期間の5年のうちに計画的に受講することが難しいとの指摘もされていることから、有効期間内に無理なく研修を受講し、必要な知識や技術を身につけていくことが可能となるよう見直しを検討すべきである。

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

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

また、重度者や医療の必要性が高い利用者が増える中で、医療関係職種と

連携しつつ、医療サービスを適切に提供していく必要性はさらに高くなるが、医療との連携が必ずしも十分でないといった課題が指摘されている。

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

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

- 都道府県が行っている各種研修については、研修水準の平準化を図るべきとの課題に対応し、国として研修実施の指導者用のガイドライン作りを推進するべきである。
- また、介護支援専門員が従事する事業の類型に即した研修カリキュラムといった視点からの検討も行うことが適当である。さらに、研修受講者の利便性も考慮し、都道府県単位で実施する研修に加え、例えば主任介護支援専門員研修などについては、都道府県の圏域を超えた研修の実施も検討し、当該研修についても都道府県研修の対象としていくことを検討することが適当である。
- 介護支援専門員の資質向上を図る上では、利用者の生活状況を総合的に把握し、ニーズに応じた様々なサービスを一体的に提供するコーディネート機能を果たすという特質にかんがみ、講義や演習による研修に加え、実務に就いて間もない介護支援専門員について、現場での実務研修の仕組みの導入について検討すべきである。
- 以上のように研修制度の見直し等に取り組むことと共に、介護支援専門員自ら日常的な学びに努め、その専門性を高めていくことが重要であり、保険者である市町村もその取組を支援していくことが求められる。

④ 主任介護支援専門員についての見直し

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

ている。

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

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

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

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

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

⑤ ケアマネジメントの質の評価に向けた取組

- ケアマネジメントの質の向上を図っていく基盤として、ケアマネジメントの質を評価する客観的な指標を整えていくことが重要であり、ケアマネジメントプロセスの評価、アウトカムの指標について、より具体的な調査・研究を進めるとともに、その基盤となるデータ収集・集積を継続的に進める必要がある。

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

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

(2) 保険者機能の強化等による介護支援専門員の支援について

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

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

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

① 地域ケア会議の機能強化

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

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

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

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

- ・ 実践を通じた、多職種によるアセスメント能力などの介護支援専門員の資質向上の支援
- ・ 自立支援に資するケアマネジメント支援
- ・ 医療との連携、インフォーマルサービスの組み込み、支援困難事例に対する支援
- ・ 地域における課題の発見、地域のネットワーク化、社会資源の開発
- ・ 介護支援専門員の独立性・中立性・自律性の確保

- ・小規模事業所の支援
- ・日常的な多職種の学びの場

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

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

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

○ このような地域ケア会議については、今後、全ての保険者で実施されるよう、国は法制度的な位置付けも含め、その制度的位置付けについて強化すべきである。

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

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

○ なお、現在、保険者が実施しているケアプラン点検については、自立支援に資するケアプランを進める取組であり、地域ケア会議の取組とともに進めていくことが重要である。

○ 自立支援に資するケアマネジメントを進める上では、身体機能の維持・改善に限定して考えるのではなく、利用者の意思、意欲、ＱＯＬ（生活の質）の向上などの要素にも留意すべきである。

② 居宅介護支援事業者の指定等のあり方

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

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

③ 介護予防支援のあり方

- 介護予防支援については、指定介護予防支援事業者として地域包括支援センターが予防プランを作成することとされている。地域包括支援センターでは、介護予防支援の業務を兼務しつつ、包括的・継続的ケアマネジメント支援や予防事業などの業務を実施している所が多いことから、その負担が大きくなっている現状がある。また、今後も、地域ケア会議等の取組の充実や被保険者自らの予防に対する取組促進、地域の支え合い体制づくりなど、その担う役割に対する期待は高まっていくと考えられる。

- こうしたことを踏まえ、地域包括支援センターの業務負担を軽減するとともに、適切な介護予防支援が行われるよう、介護予防支援を担当する介護支援専門員の配置を推進していくような方策を検討すべきである。

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

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

④ ケアマネジメントの評価の見直し

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

- この点については、インフォーマルサービスなどの地域資源を積極的に活用することを促進していく観点からも、利用者の支援に当たって、ケアプランに位置付けられたサービスがインフォーマルサービスのみであり、結果として給付管理が発生しない場合であっても、介護支援専門員のケアマネジメントを適切に評価する仕組みを検討すべきである。
- 一方で、例えば福祉用具の貸与のみを行うような簡素なケースについては、効率化も検討すべきである。

(3) 医療との連携の促進について

- 今後、重度者や医療の必要性が高い利用者が増えていくと考えられることから、介護支援専門員には、ケアマネジメントを行う際の医療との連携やケアプランへの適切な医療サービスの位置付けを促進するとともに、入院から退院後の在宅への移行時等における適切な連携を促進することが必要である。
- 現状では、サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していないのではないか、医療関係職種との連携が不十分なのではないか、といった指摘がされており、ケアマネジメントにおける医療との連携については重要な課題である。
- 医療との連携にあたっては、医療に関する知識が必要になってくるが、いわゆる福祉関係職種の基礎資格を持つ介護支援専門員が増えている状況であり、そうした背景も医療との連携が十分でない要因の一つと考えられる。
そこで、医療との連携にあたって必要となる知識については、介護支援専門員に係る研修において医療に関するカリキュラムを充実すること等が重要である。
- また、介護支援専門員が医療関係職種と連携しやすい環境整備及びそれとの密接な連携が重要であり、現在、モデル事業として取組が進められている在宅医療連携拠点事業を踏まえ、市町村と都道府県が緊密に連携しながら、在宅医療・介護の連携を担う機能の整備を推進することが必要である。
その際、医療関係職種と介護支援専門員等とのワークショップや事例検討

の勉強会等を通じ、各職種間の共通理解を進めていくなどの取組を積み重ねていくことも重要である。

- さらに、介護支援専門員が利用者の医療に関する情報を把握するにあたっては、要介護認定の際に利用される主治医意見書を活用することが有効と考えられ、介護支援専門員が、市町村から主治医意見書を入手しやすくなる取組を進めることが重要である。

あわせて、介護支援専門員は、ケアプランを主治医に情報提供する取組を進めることが重要である。

- 地域ケア会議は、医療関係職種を含む多職種が参加して個別事例の検討を行うものであり、医療との連携を進めていく上でも有効であり、その取組を推進すべきである。

- また、自立支援に向けては、リハビリテーションの活用が有効であり、ケアマネジメントの際に適切な連携がなされるよう、介護支援専門員にリハビリテーションに係る基礎的な知識が教育される機会を増やすとともに、早い段階からリハビリテーション専門職の適切な助言が必要に応じて得られることが重要である。さらに、ケアマネジメントの際には、直接的なリハビリテーションサービスの導入に加え、生活機能の維持・向上、生活環境の改善の手段として、適切な評価に基づいて導入される福祉用具の活用等を図っていくことも重要である。

(4) 介護保険施設における介護支援専門員について

- 施設における介護支援専門員については、社会保障審議会介護給付費分科会の審議報告においても「施設におけるケアマネジャーの役割が不明確なのではないか」といった指摘がされている。

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

介護療養型医療施設についても、施設の特性にかんがみながら、介護支援

専門員が多職種協働の下で質の高いケアマネジメントを進めていくことが必要である。

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

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

4. 今後に向けて

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

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

- 地域包括ケアシステムは、高齢者が要介護状態等になっても出来る限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続ができるよう包括的な支援体制を推進していくものであり、多職種協働による介護サービスの提供、医療との連携の推進、地域の支え合いやインフォーマルサービスの充実などを包括的に進めていくことが重要である。その際、介護支援専門員による質の高いケアマネジメントが利用者に提供されることが欠かせない。

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

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

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

「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方」に関し寄せられた主な意見

- 平成24年10月11日から10月31日までの間で実施した「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関するご意見の募集について」に関して寄せられた意見は、全部で727件であった。
- 寄せられた意見を項目ごとにまとめたものは、以下の通りである。

①介護保険法における「自立支援」とそれに向けたケアマネジメントのあり方について

- ・介護保険における「自立支援」とは、介護保険法にあるとおり「要介護状態となっても可能なかぎり自立した日常生活を送ることができるよう支援する」ことであり、保険・医療・福祉サービスをいかに適切かつ効果的に提供するかを考えることがケアマネジメントである。
- ・自立とは「持てる能力を活かした自立した生活」であり、「服薬管理により、状態が安定した」「喘息の人が環境整備で改善した」「通院ができるようになり、病状管理ができるようになった」「介護負担が軽減でき、在宅の継続ができるようになった」などの具体的なケアマネジメントの効果を見るべき。
- ・自立支援の考え方を周知するにあたっては、介護支援専門員や居宅介護支援事業所に任せきりにするのではなく、保険者が定期的に利用者や家族に対して説明をする機会を作る必要がある。
- ・介護支援専門員の資質向上と共に利用者家族や事業者への自立支援に関する啓蒙も必要であり、介護支援専門員個人に委ねることなく、保険者も取り組むべき。
- ・医療・介護の必要な高齢者が自立した生活を送るということは、たとえ人の手を借りる必要があったとしても、自らの意思で生活を組み立てることであり、日常生活の視点から行うケアマネジメントを確立すべき。
- ・介護においては日々の生活における自立を目指していくので、改善したかどうかの客観的評価（アウトカム）を確立すべき。意欲・QOLの向上や満足度の高さも自立支援への貢献となると考える。
- ・利用者の尊厳の保持と自立支援及びその福祉の向上について定義し、それを実現するためにケアマネジメントはどうあるべきかを議論すべき。
- ・自立支援は利用者目線で考え、生活の良循環を作っていくことである。
- ・介護支援専門員に求められるのはソーシャルワークであり、ケアマネジメントを安易に単純化して考えるべきではない。
- ・介護保険制度の自立支援については、ADLやIADLといった考え方のみを評価尺度として用いるべきではない。

- ・利用者のできないことをサービスで補うという支援の考え方を変えなければ、サービスありきの考え方は変わっていかない。

②介護支援専門員の支援のための地域ケア会議の役割強化について

- ・地域にあったサービスを考えていくことは重要なので、地域ケア会議の役割強化は必要。特に独立型居宅介護支援事業所には有効ではないか。
- ・居宅介護支援事業所と保険者側が一体となった、地域性や個別性の検討は重要。
- ・これまでも開催されているが、さらに支援基盤がしっかりすることは良いことであり、困難事例が多くなる傾向の中、地域の現状を共有できる地域ケア会議の役割は大きい。
- ・地域包括支援センターの担当地域に所属する居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員を当番制にして地域ケア会議メンバーに加えてはどうか。
- ・地域の社会資源の把握や多職種連携を持つためには必要だが、地域包括支援センターが主導するのであれば、業務として明確に位置づける必要がある。また、関係機関のネットワーク構築にも期待したい。
- ・主任介護支援専門員、社会福祉協議会、民生委員などのコミュニティを巻き込む地域ケア会議により、介護支援専門員を地域で支えるネットワークが熟成していくと思う。権限を持つ市町村が積極的に関わることが必要。
- ・医師を含め多職種による専門的な見地からの意見が介護支援専門員の気づきにつながるので、地域ケア会議への医師等の出席は必須とすべきではないか。
- ・地域ケア会議の対象者を明確にして絞ってほしい。
- ・地域ケア会議において、利用者本人を見ずに書類だけでケアプランをチェックしないようにすることが重要。書類だけで利用者の実際の状態を判断することは不可能であり、介護給付費抑制が主たる目的にならないように留意する必要がある。
- ・地域での困難事例を保険者・多職種で検討することは有意義であるが、保険者の機能強化により、給付抑制という形で評価されることにならないよう留意すべき。
- ・地域ケア会議が、介護支援専門員を評価するような会議にならないか危惧している。また介護支援専門員の支援という側面もあるが、介護支援専門員の裁量権を奪いかねないことにも留意すべき。
- ・独立型事業所の介護支援専門員等への支援には有効である。ただし裁量権が奪われ、支援という名の評価機関につながっては、介護支援専門員が萎縮してしまうのではないか。
- ・利用者のためのケアプランというより、保険者の意図を考えたケアプランを立てることになるのではないか。
- ・地域ケア会議を開催する市町村、地域包括支援センターの力量が不足しているのではないか。
- ・地域包括支援センターの負担が重くなっている。また、地域ケア会議のコーディネートができる人材が配置されているか疑問。

- ・地域ケア会議の役割強化は必要だが、実施時間や方法などに地域事情が絡み課題も多い。
- ・地域ケア会議は介護支援専門員の教育の場ではない。主任介護支援専門員も含めて教育は別立てで行うべき。
- ・地域ケア会議のイメージについて、ケアプランが自立支援になっているかの検討なのか困難事例の解決に向けた検討なのか、主眼が判らない。
- ・個別ケアプラン、介護支援専門員支援は地域ケア会議とは別立てで考えるべき。

③地域包括支援センターにおける介護予防支援業務（要支援者の介護予防サービス計画作成業務）について

- ・地域包括支援センターに配置される専門三職種（主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士）が担うべき業務と、予防プラン作成業務は切り分けてそれぞれに職員配置すべき。
- ・居宅介護支援事業所が毎月モニタリングをする方が効果的。併せて、地域包括支援センターの人員配置増や居宅介護支援の標準担当件数の見直し、報酬体系、減算基準等を見直さない限り、負担を居宅介護支援事業所に移行するだけで、問題解決には至らない。
- ・介護予防支援業務は原則として地域包括支援センターの業務とは切り離し、本来業務に専従できるようにするべき。要介護と要支援の境界線上の利用者の不都合を考えても、居宅介護支援事業所の業務に戻すべき。
- ・介護予防利用者の担当、介護予防計画の作成を居宅介護支援事業所に任せ、介護支援専門員の業務とした方が利用者にとっても良い。
- ・地域包括支援センターでは業務が多岐に渡るため、居宅介護支援事業所が予防のプランを作成すべき。しかし介護報酬が安く、サービス計画書が介護のものと違い、さらに利用者に分かりにくく複雑。様式を統一し、居宅介護支援事業所で担うほうが利用者にとって良い。また、介護になると担当が替わり、再契約も利用者にとっては繁雑。
- ・予防給付対象者のほうが、ケアマネジメントが困難な事例が多い。また、地域包括支援センターでは、ケアプランの作成、給付管理業務に追われ、担当件数の上限もなく業務に追われている者が多い。
- ・ケアマネジメントを担う介護支援専門員を専門職とするならば、ケアマネジメントを必要とする要支援者の介護予防支援業務を介護支援専門員の資格を持っていない保健師や社会福祉士が担当することに矛盾を感じる。
- ・介護予防支援業務のために、最低限のスタッフしか確保できていない地域包括支援センターがすべき役割や業務が不十分になっている。
- ・地域包括支援センターの介護予防支援業務については、高齢者の機能の衰えが軽度の段階で把握され、総合相談対応と予防支援を同時に行っていく意味があるから、地域包括支援センターに予防プラン作成のための職員を配置し、対応することが必要。
- ・市の地域包括支援センターの予防プランナーは、再委託なく一人110ケースを受け持っている。三職種でも50～60ケース受け持っている。予防のプランナーが担当できる件数に上限を設けるべき。

- ・居宅介護支援事業所としては、これ以上予防の計画作成業務を増やされるのは反対。地域包括支援センターにはせめて予防プランの計画作成をしていただかないと、これ以上予防プランを作成した経験のない人ばかりの地域包括支援センターに相談や指導されるのは迷惑。
- ・介護予防プランを担当することで、地域住民個人の実生活を把握することができる側面もあり、それは地域を把握することにもつながる。予防プランが負担となることは理解できるが、地域包括支援センターから外すべきではない。
- ・要支援者は、予防の視点からも大事な時期であり、丁寧な関わりが必要。担当件数を制限すべき。
- ・介護報酬が安い上にケアプラン作成の手間が多いため、居宅介護支援事業所が受諾を敬遠しがちで、地域包括支援センターが介護予防支援業務に圧迫され、本来の相談業務が行えなくなっている。委託した場合でも、実際に利用者に会ったことのない地域包括支援センターが評価するのは無理があるし、書類のやり取りをするのも手間になるため、実際の業務の支障となっている。
- ・地域包括支援センターでは、3ヶ月に一度しか訪問する必要があるため、利用者の生活実態を把握していないことが多い。また、居宅介護支援事業所への委託料が安い。
- ・介護予防支援業務を地区割り地域包括支援センターが行うと、競争原理がなく、利用者による自己選択・自己決定が行えないのではないかと。
- ・要支援者のケアプランは、介護報酬単価が少額のため、委託を受けてもらえる事業所が少なく、仕方なく同法人の居宅介護支援事業所に委託すると、外部から「利用者の囲い込みだ」と言われ、対応に苦慮している。
- ・地域包括支援センターに要支援のプランを担当させるべき。実際にプランを立てなければ、現場で介護支援専門員が困ることが分からず適切な指導はできない。直営の地域包括支援センターでも、職員はいきなり居宅の介護支援専門員に委託して、利用者宅に一度も顔を出さない。
- ・予防給付は、現在の介護報酬では居宅介護支援事業所が受託することは困難である。しかしながら、介護予防支援は居宅介護支援事業所の業務とすれば、要支援から要介護への移行時のトラブルも軽減するのではないかと。

④主任介護支援専門員の役割について

- ・主任介護支援専門員の役割として、3年未満のケアマネの直接的サポートや支援困難事例のスーパーバイズを担わせてはどうか。
- ・主任介護支援専門員が何をしたかを評価するのではなく、連携する場を作り、地域包括支援センターと協力し、地域包括ケアを推進する役割を持つべき。そのためにも、個人や事業所のレベルアップに留まらず、自治体の中での役割を強化してほしい。

- ・地域包括支援センターの主任介護支援専門員と居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の役割分担が不明確・曖昧となっている。
- ・ケアプランを作成しない地域包括支援センターの主任介護支援専門員では、居宅介護支援事業所の介護支援専門員のスーパーバイズや支援は困難である。
- ・個別ケースの検討を地域の問題として考える場としてのスーパービジョンやコンサルテーションの会議に居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの主任介護支援専門員で連携して取り組むことを「役割」として明確化してはどうか。
- ・主任介護支援専門員の役割として、独立型居宅介護支援事業所の支援を位置付けてはどうか。
- ・主任介護支援専門員は経験年数と研修受講のみで資格を与えるべきではない。介護保険制度、福祉制度、介護技術、医療知識、ケースワーク技術等の知識を問う経験が必要。
- ・主任介護支援専門員研修の受講要件として、保険者の推薦や一定程度の困難ケースを担当していることを加えてはどうか。
- ・主任介護支援専門員としてスーパーバイズできるように、主任介護支援専門員のリーダー研修を設けて、地域の中心的な主任介護支援専門員のリーダーを養成することが必要。
- ・主任介護支援専門員資格取得後の活動実績を評価し、更新制や資格取得のプロセスなどの見直しに役立ててほしい。
- ・主任介護支援専門員になっても、自分が作成したケアプランに責任を持たない者もあり、介護支援専門員の資質向上のため、定期的に試験を行うなどの検討が必要。
- ・居宅の主任介護支援専門員は自分の事業所のケアマネの資質向上のためにしっかりとスーパービジョンできる能力を身につけるべき。
- ・特定事業所加算取得のための資格となっているのではないか。地域包括支援センター以外の事業所の主任介護支援専門員の役割が見えてこない。
- ・主任介護支援専門員研修修了者名簿を保険者に提示することや主任介護支援専門員を保険者で登用する仕組みを設け、保険者等が研修などに活用できるようにしてはどうか。
- ・保険者が、主任介護支援専門員がスーパーバイザーとして地域や事業所内で役割を果たしているか確認できる仕組みが必要。

⑤居宅介護支援事業所の指定を市町村とすることについて

- ・地域特性を活かし、ケアマネの現状が理解できる市町村に管理、監督を委ねることで意見を言いやすくなるのではないか。地域の生活環境も理解しあえる。
- ・それぞれの地域性があるのだから、指定は市町村が良いのではないか。また、市町村の自立した方針が地域の介護支援専門員を育てるのではないか。
- ・市町村指定になるということで、地域密着型サービスのように他市町村の方は担当できなくなるというのでは困る。

- ・保険者の規模によって検討が必要ではないか。県と市町村で協議して、どちらかで選択できる形としてはどうか。
- ・自治体の規模にもよるが、指導・支援と指定が一元化されて良いと思うが、都市部や事業所の立地状況によっては保険者をまたいで利用される方も少なくないため、そういった方々への配慮が必要。
- ・財政状態の悪化により、職員の削減が続き、保険者機能が維持されていない現状で、保険者機能の強化を図ると、評価できない市町村のケアマネジメントは質を担保できず、民間事業所のサービス誘導型のマネジメントが進められる危険がある。
- ・指定は市町村で構わないが、実地指導や監査は全国一律で行われるべきものであるから、都道府県での実施が望ましいのではないか。
- ・保険者の指定した状況の中で保険者が指導にあたるのが保険者の責任であるから、居宅介護支援事業所の指定を市町村とすることには賛成。この際には、介護保険・介護支援専門員業務について専門知識を持ったコア職員が行政側に途切れなく配置され、行政職員の資質も問われることになる。
- ・事業所の自由参入が阻害され、結果的に競争がなくなり、質の低い事業所であっても淘汰されなくなるのではないか。
- ・都道府県が指定するメリットは、広域的な観点で見られること。小規模市町村が指定をすることとなると、保険者の事務負担も多くなるのではないか。
- ・広域に対応している居宅介護支援事業所は複数の保険者に申請するため、都道府県が事務を行う方が合理的ではないか。
- ・市町村格差がある現状では質の格差が広がるとともに指導という名のもとに給付抑制につながるのではないか。指定の効力が当該市町村に限定されてしまうのであれば、利用者の選択が狭められることになる。市町村規模の違いも考慮しながら広域的な運用も可能としてはどうか。範囲を超えた居宅介護支援事業所の利用者の利便や訪問介護等、居宅サービスを併設する居宅介護支援事業所が多いことを勘案すると、都道府県が事務を行う方が合理的ではないか。
- ・施設入所した場合のことを考えると、都道府県指定の方が良いのではないか。
- ・市境に位置する事業所は、隣接する地域の利用者を多数抱えている現状を踏まえ、地域密着型サービスに位置付けるとしても、現行のように所在地の利用者しか受け入れできない要件にしてしまうと、利用者に対して不利益な状況が生まれるだけではないか。
- ・地域密着型サービスに位置付けることで、複数の区市町村でサービスを提供する事業者は、複数の指定申請が必要となり、かえって事業者の事務負担が増大するのではないか。
- ・指定を都道府県にしておき、定期のフォローを保険者である市町村が行っていくことにより、管理面においては二重チェック機能を果たし、都道府県・市町村の双方の視点から現状把握も行えることになるため、現在の方法は有益ではないか。
- ・保険者権限が強くなることは良いことだが、厳しく指導・返還が求められる地域と個別

ケースで判断してもらえる地域等の考え方の差が一層拡大するのではないか。

- ・地域密着型サービスについては、市町村に指定権限があるが、市町村により指導監査のあり方が異なっている。
- ・市町村に都合の良い居宅介護支援事業所ばかりが増え、その結果、利用者の支援が十分に行われなくなるのではないかな。
- ・権限委譲される市町村としては迷惑。市町村は認定業務や介護保険料の賦課徴収、介護給付費の償還事務（福祉用具購入、住宅改修など）、地域密着型サービス事業所の指導、監督、介護予防事業などの業務を行っており、年々業務量が増加し、一人あたりの業務量も増えるが、職員の削減が進められ、とても事業者に対する適正な指導、監督が行えるとは思わない。
- ・地域ごとにきめ細やかな対応が可能になり、指定を受けるまでの時間が短縮されるとともに、市町村の実地指導の強化、ケアプラン点検の強化など、いっそう適正化が促進されるのではないかな。

⑥ケアマネジメントにおける医療との連携について

- ・入院時情報連携加算等により、医療との連携が取りやすくなった。
- ・ケアプランが作られた背景が検証できるケアプラン様式、アセスメント様式の統一化が必要。利用者の経済的理由を検証せずに、医療系サービスが計画に入っていないというだけで介護支援専門員の質が低いという議論は乱暴。
- ・24 時間定期巡回・随時対応型サービスのチームと訪問診療のチームが連携できるよう、地域ケア会議で調整できる仕組みが必要。
- ・病院の医療ソーシャルワーカー、退院調整看護師が退院や再入院時に病院の窓口となってくれるので、一貫した連携が図れている。
- ・保険者が率先して、地域の医療機関、介護支援専門員、訪問看護ステーション等との連携のシステムを構築すべき。
- ・医療との連携には、介護支援専門員と訪問看護師が組んで、訪問看護師がキーパーソンになるといった発想の転換が有効ではないかな。
- ・個々の要介護者等の介護サービスを提供する際は、かかりつけ医へのコンタクトと医師にケアプラン作成の支援に加わるよう促すために、介護サービス全体の考えを説明する姿勢が必要。そしてケアマネジメントの過程で、介護支援専門員自身が必要性を強く感じなくともケアの節目毎にかかりつけ医への情報提供を行い、急変時の連携に備えておくことが必要。
- ・主治医意見書がアセスメントやケアプラン作成に活用できるようなルール化が必要ではないかな。
- ・主治医意見書の要約や主治医へのケアプラン提供の必要性を書くことができる欄を様式に設けてはどうか。

- ・医師と介護支援専門員との間の連携を取るための様式（連絡票）を定めることで、実際に上手く連携が図れている地域もある。
- ・連携の誘導策としての加算・減算は複雑になりすぎており、分かり難さが不透明な状態を生み出している。事業所が加算認定申請を躊躇う実態を制度設計に反映されたい。
- ・敷居が高く、一部の理解ある医者としか連携が困難。意見を聞くにも、情報提供料を請求されてはたまらない。
- ・医療側から介護保険側への協力体制が感じられない状況がある。介護支援専門員にとって医療面への理解が薄いのも同じように、医療側も介護保険についてご存知ない先生もおられるため、スムーズな連携がしにくい。
- ・医療（特に大病院）側が介護保険を理解しておらず、介護支援専門員の基礎職で対応を変える医師もいることから、医師の意識改革が必要。
- ・医師によっては、いまだに訪問看護の指示についても「勝手に決めれば」という方もいるので、医療的なサービスの際の連携を徹底してもらいたい。また、介護支援専門員によって医療との連携の仕方に差があるため、統一した連携を図れるよう指導する必要がある。
- ・医療との連携を図ろうとしても主治医が忙しかったり、個人情報保護法を盾に情報提供を拒否する医師もいる。医療側からも介護支援専門員との連携に関心を抱きやすいような誘導が必要ではないか。
- ・医療機関側が介護支援専門員の相談を受けることが可能な日時、相談手段、相談窓口等の情報をリスト化した小冊子を配布することで、医療との連携が円滑に行われている地域もある。
- ・医療と介護それぞれが行うべきことについて、ガイドラインを設けてはどうか。
- ・医師、医療機関との連携の必要性は理解できても、連携のはかり方の手法が分からないのではないか。十分な連携のルールができていない中で、介護支援専門員に丸投げの状況もある。医療関係者もケアマネジメントの理解を深め、協働の連携がスムーズに図れるような研修機会を増やすべきではないか。
- ・医療との連携は介護支援専門員側の努力だけでなく、医療側へ在宅療養の意識を持たせる取り組みと同時進行が必要。退院退所加算では、退院後介護サービスを利用しなければ算定できないが、がんのターミナル期の利用者の在宅支援に入院中から何度も係わりながら、退院日直前での変化や在宅療養への不安から、在宅に戻れなかったケースが増えている。このような場合の算定を可能にする仕組みを創設してはどうか。
- ・その他、歯科医師、薬剤師の質が低下しているのではないか。

⑦介護支援専門員の専門性（知識・技能）の向上について（実務研修受講試験、研修カリキュラム等）

- ・各都道府県の研修カリキュラム・内容にバラつきがあり、研修の体系化とともに実務に根ざしたカリキュラム作りが必要ではないか。
- ・主任介護支援専門員を国家資格として試験を経て認定することで、介護支援専門員の専門性の向上が図られると思う。
- ・現状のカリキュラムは知識偏重になっているのではないか。考え方、人間性、倫理観、介護観を養うカリキュラムにするべきではないか。
- ・研修カリキュラムでは知識や制度説明に重きを置きすぎている。実践で直面する利用者のニーズを取り上げた演習やケアマネジメント演習を行うことが重要。
- ・各サービスを具体的に理解してもらうために、現場実習として居宅サービス、施設サービスの実習を組んではどうか。
- ・研修カリキュラムに「面接技術」、「アセスメント能力向上（新人向け）」、「ソーシャルワーク」、「医療」、「認知症」、「精神疾患」、「福祉用具・住宅改修」、「リハビリ」等に係る充実したカリキュラムを導入すべきではないか。
- ・介護支援専門員に係る研修制度をより充実したものとするために、資格取得後のＯＪＴ等による現場でのトレーニングや実務従事先の業務に即した研修などを受けることができる仕組みを設けてほしい。
- ・参考となるケアプラン例を提示してほしい。
- ・介護支援専門員全体の底上げをするよりも、プロフェッショナルになる核になる介護支援専門員を養成することで、全体を引き上げる原動力にしたほうが、不適切な介護支援専門員が淘汰されていきやすいのではないか。
- ・ケアマネジメントプロセスの可視化には賛成であるが、帳票の増加は反対。現在の問題は、求められる責任と報酬上の評価がアンバランス。
- ・主任介護支援専門員の更新要件を別途定めるべき。例えば、対地域に何をしたのか、対行政にどのような政策提言、介護保険事業計画へのコミットメントをしたのか、対介護支援専門員にどのような教育・指導を行なったのか、件数と実績を評価するような更新制にすべきではないか。
- ・更新については、研修カリキュラムをポイント制とし、５年間の間に必要なポイントを取得すれば更新できるようにしてはどうか。
- ・研修受講者の意見を集約する場を設けてはどうか。
- ・ケアマネジメントプロセスの可視化には賛成であるが、帳票を増加することにより業務時間が増え、帳票を揃えることが目的になってしまい、かえってケアマネジメントに費やす時間が減ってしまうのではないか。
- ・専門性の捉え方が曖昧であり、介護支援専門員がどこまでの専門性を要求されるかによ

って変わってくるのではないか。専門家という位置付けであれば高度なソーシャルワーク技術が要求されるだろうし、制度内スペシャリストであれば広く浅くでよい。あるべき姿ばかり追ってしまうと、研修内容が実情と乖離してしまうのではないか。

- ・独立型事業所では体制が脆弱なために、病気・事故等により事業が継続できなくなることがある。突然の廃業に対して、数十ケースの後任の介護支援専門員探しのために、地域包括支援センターや保険者があたふたしている。こうした事例を引き継ぐ介護支援専門員は、利用者・家族からの不安・不満を受け止めることからケアマネジメントを開始しなければならず負担が大きい。組織の管理責任を果たせる事業規模を保持することが重要。
- ・実務研修受講試験が10年前と現在では合格率が違いすぎるので、更新のための試験を行うってはどうか。
- ・現在の実務研修受講試験問題は問題数が少ない。ソーシャルワークの知識を問う問題を増やすべきではないか。
- ・実務研修受講試験の受講要件は、国家資格保有者に限定すべきではないか。
- ・介護支援専門員資格取得後、基礎研修の受講資格を実務半年に定め、基礎研修を修了するまでは単独実務には就かず、主任介護支援専門員と一緒に行動しながら業務に携わるものとしてはどうか。
- ・現場実習の義務付けは賛成。実習を行うことで、実務に就くか否かの判断材料になる。
- ・新人介護支援専門員のOJTを特定事業所加算の算定要件にしてはどうか。
- ・実務研修受講テキストにも医療との連携に関する項目、知識について習得できる内容を増やすべきではないか。また、実務開始後も事業所を超えた実習が行えるようなOJTの仕組みづくりが必須であり、実習形式で自身のマネジメントプロセスを再確認できる仕組みが必要ではないか。
- ・OJT機能のない事業所（小規模事業所）の介護支援専門員は、自己評価、他者評価の機会が非常に少ない。よい手本となる実践を経験する機会が少ない。法定研修で行うこと、地域包括支援センター等で行うこと、職能団体が担うこと、事業所が担うこと、個人が進んで行うことなどを整理して研修体系を組むことが必要ではないか。
- ・研修実施主体にしてみると受講者の参加姿勢や資質のばらつきなど、目的を縛れない研修となってしまう、向上心が育たないのではないか。
- ・都道府県による研修だけでなく、市町村による研修も増やし、独立型の居宅介護支援事業所等の支援を行うことが必要。
- ・介護支援専門員だけ研修を行うのではなく、医療系サービスや介護サービスのそれぞれの事業者（管理者）、民生委員などにも研修・啓発が必要。

⑧介護保険施設における介護支援専門員のあり方について

- ・施設における介護支援専門員については、施設内でのケアプラン作成、サービス担当者会議、ケアカンファレンスの調整等を主として行うべき。
- ・モニタリングも本人・家族の満足度や施設サービスの提供状況を把握するために、本人に継続して介護支援専門員が面接する必要がある。在宅のケアマネジメントプロセスをきちんと施設でも機能できるように、介護支援専門員の必要性を理解し、生活相談員との役割は違うことを整理する必要がある。
- ・施設における介護支援専門員の役割について実態を明らかにし、自立した日常生活が過ごせるための介護支援専門員の役割・機能を明確にするべきではないか。
- ・施設の中で公正中立を保つことが難しいので、ケアカンファレンスの調整役を果たすことすら難しい。むしろ、外部の居宅介護支援事業所にケアマネジメントを依頼することで解決できるのではないか。
- ・施設ケアプランはあくまでも個別サービス計画であり、計画作成担当者が介護支援専門員である必要性はない。また、給付管理も必要ないため、介護支援専門員の資格要件を外してもよいのではないか。
- ・施設においても自立支援・尊厳の保持がなされ、家族や社会とのつながりを持った個々の生活が確保されるためには、利用者の立場に立って代弁できる専門職の位置付けが必要ではないか。
- ・生活相談員や管理者との役割分担があいまいであり、家族にとっては窓口が複数あるのは厄介ではないか。
- ・施設におけるソーシャルワーク実践、施設と地域社会との連携・ネットワーク構築を構想したとき、生活相談員や支援相談員にはソーシャルワーカー・社会福祉士の配置を明確に位置付けるべき。
- ・施設の介護支援専門員の役割がはっきりしてこないのは、生活相談員の役割を残したまま、介護保険が始まって介護支援専門員を施設配置に入れ込んだことに問題がある。
- ・現在の配置基準を100:1から50:1にしないと機能しないのではないか。
- ・居宅と施設のケアマネジメントに大きな隔たりがある現状は好ましくない。居宅・施設の両方の経験を有する機会が少なく、知識の隔たりが大きくなるのではないか。
- ・三施設以外にも配置基準が異なる小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護で求められる介護支援専門員の役割、特性を明確にし、施設ケアマネジメントとして画一的にならないようにすべき。

ケアマネジメント向上会議の 実施結果について

ケアマネジメント向上会議（公開ケア会議）について

目 的

- ・ ケアプランの実態と課題について、具体的なケアプランと介護支援専門員（ケアマネジャー）の思考過程の事例に基づき、多職種の協働による公開の議論の場において、事例評価・検証を実施する。
- ・ 事例評価・検証を踏まえて、ケアマネジメント向上のための改善方策を検討する。

2つの会議体を設置

ケアマネジメント向上会議

公開ケア会議の結果等を踏まえ、提案された改善方策について、見直すべき点と見直しの方向性を整理する

公開ケア会議

多職種の協働による公開の議論の場において、事例評価・検証を実施し、ケアマネジメント向上のための改善方策を提案する。

第1回開催概要

※会議は事業の受託業者である（株）日本総合研究所が開催

日 時：平成24年11月28日（水）18:45～21:15

※「ケアマネジメント向上会議」と「公開ケア会議」を同日開催

出席委員：16名（多職種の専門職、実務者を中心に構成）

内 容：①事業の趣旨・概要の説明

②公開ケア会議・・・2つの事例について評価・検証を実施

③ケアマネジメント向上会議・・・ケアマネジメントに係る改善すべき課題等について議論

第1回公開ケア会議について

事例の概要と評価・検証の結果

【事例1】

○要介護1、男性、独居

○低栄養があったものの訪問介護の利用で改善傾向にあり、今後は認知症の進行を抑えつつIADLの改善が課題

- ・ 引き続き食事のコントロールにより、IADLの改善が見込まれる。
- ・ 認知症による判断能力の低下があり、今後は金銭管理への支援が課題。
- ・ 故郷に帰ることを諦めた経緯があり、精神的な自立を阻害する状況への対応が必要。
- ・ 専門医の診断を受けていないので、早期の受診が必要。
- ・ 地域としては、要介護度1程度の認知症において、自助をどう考えるかが課題。独居でもあり、インフォーマルな支援が欠落すると、施設に頼らざるを得ない。
- ・ まず食事と栄養の課題、次いで認知症への対応、さらに人間関係の構築といったように、課題の優先順位づけが必要。

【事例2】

○要介護4、女性、夫と二人世帯

○認知症状による徘徊があったもののショートステイの利用を経て安定しつつあり、今後は症状の進行を抑えつつ日常生活の中で出来ることを増やすことが課題

- ・ 全体的にアセスメントが不十分であり課題の捉え方も曖昧。
- ・ 自立を阻んでいる原因はアルツハイマー型認知症と考えられるので、水分、食事、運動、排せつのケアを適切に行えば進行を抑えられるのではないかと。
- ・ 食事は自立だが食事量が減っていることが伺えるので、食事の形態を変えることも必要。
- ・ 介護支援専門員にとって判断が難しい場合、専門職に判断を仰ぐためにも、課題抽出シートには判断した根拠を適切に記載することが必要。

3

第1回ケアマネジメント向上会議について

ケアマネジメント向上会議では、公開ケア会議における事例の評価・検証を踏まえて議論したところ、以下のような意見があった。

ケアマネジメント向上会議での主な意見

○介護支援専門員に対する相談・支援の仕組みについて

- ・ 介護支援専門員が相談できる多職種のアドバイザーが必要。
- ・ 地域に不足している職種は、地域外から呼べるような仕組み(チーム)を作ることが重要。
- ・ 介護支援専門員が全てを判断するというのではなく、介護支援専門員による根拠情報の収集と判断をチームで支援することも、地域ケア会議の目的の一つ。

○地域の課題を把握する取組について

- ・ 個々のケアマネジメントから地域の課題を抽出する方法論を確立することが重要。
- ・ 介護保険事業計画の中に個別のケアプランがある。地域包括支援センターや保険者である市町村が地域ケア会議の事務局を担い、地域に不足している資源が見えてくれば、それにどう取り組むか決定するだけである。
- ・ 地域ケア会議だけで地域課題を把握するのではなく、ニーズ調査など他の手段も使うことが重要。
- ・ 例えば、認知症のケアについて考える時に「徘徊を予防する街を目指すのか、徘徊しても安心な街を目指すのか」といった地域の目指す姿を議論することも必要。

○ケアプラン等の書式について

- ・ 課題抽出シートのように、課題を抽出したプロセスについて、多職種が同じ目線で共有できるのは重要。

○研修、OJTについて

- ・ 新任であっても、ある程度アセスメントが出来ている介護支援専門員もいるが、ケアプランへの活かし方が出来ていない。そういうところをOJTで取り組んで行くことが重要。
- ・ 現場の複数の専門職が課題抽出に関与する仕組みを作るとともに、課題抽出に関する研修を充実することが重要。

4

関連資料

サービス類型ごとのケアマネジャーの従事者数

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

介護支援専門員等の従事者数

（単位：人）

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

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

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

※2「計画作成担当者」について、

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

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

資料出所：平成22年介護サービス施設・事業所調査

介護支援専門員実務研修受講試験の資格要件

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

法定資格＜実務経験5年＞

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

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

相談援助業務＜実務経験5年＞

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

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

介護等業務＜実務経験5年又は10年＞

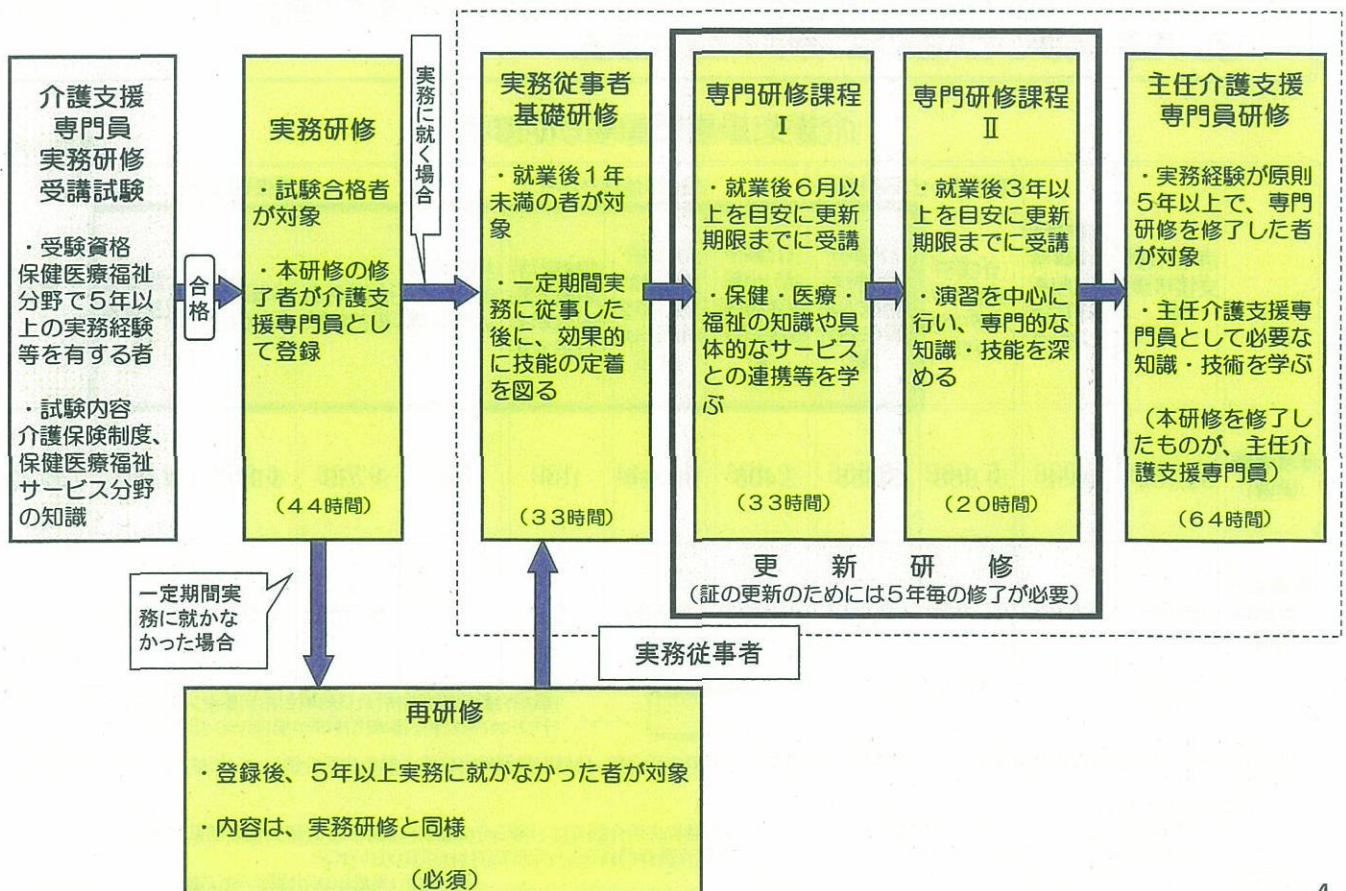
○以下の施設等において、要介護者等の介護・介護者に対する介護に関する指導を行う業務に従事した期間が、

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

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

3

介護支援専門員に係る研修体系

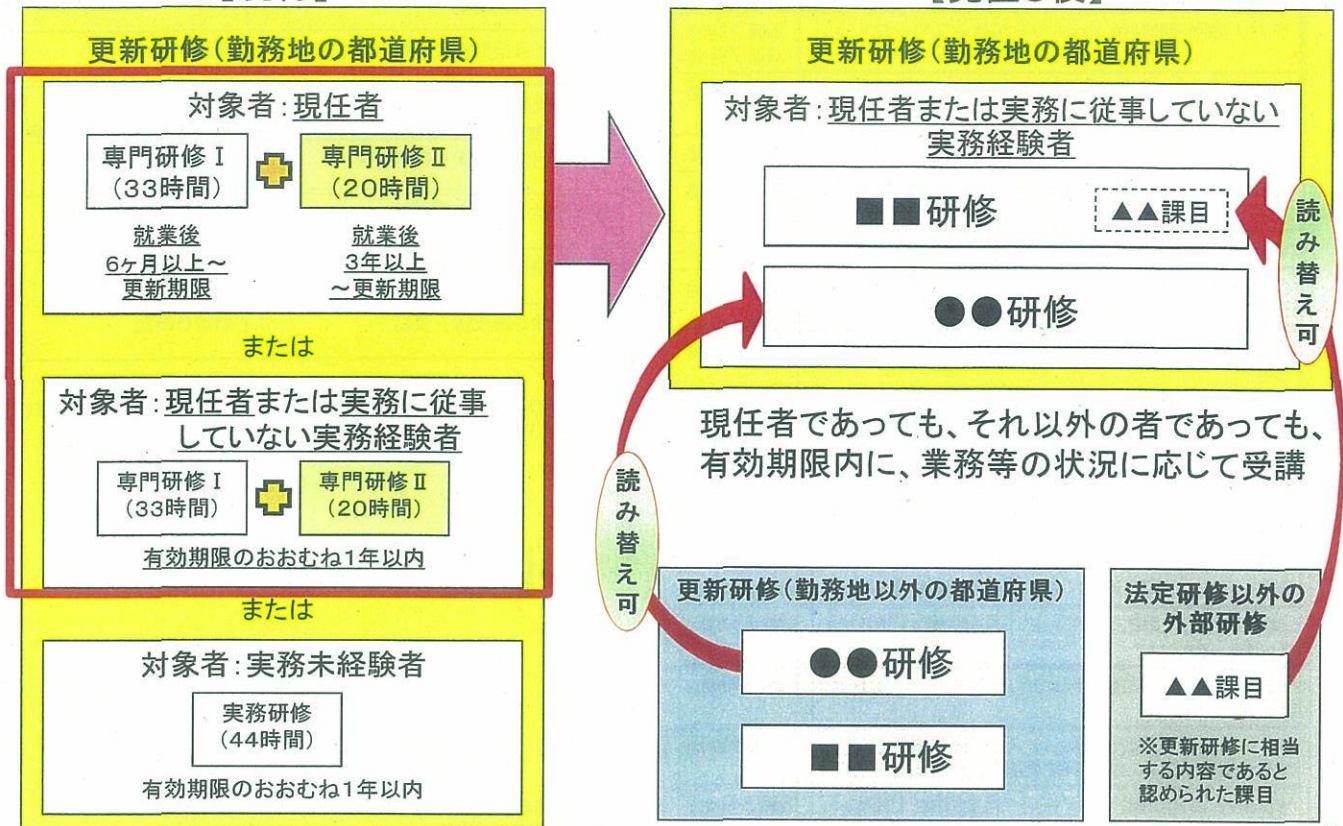


4

更新研修体系の見直しのイメージ

【現行】

【見直し後】



5

具体的な研修内容

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

実務研修（44時間）の内容

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

実務従事者基礎研修（33時間）の内容

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

6

専門研修課程Ⅰ（33時間）の内容

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

専門研修課程Ⅱ（20時間）の内容

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

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

は必修科目

※①～⑦の課目が必修。⑧～⑯の課目のうち少なくとも3課目を受講者が選択

7

主任介護支援専門員研修課程（64時間）の内容

研修課目	時間数
①主任介護支援専門員の役割と視点	講義5時間
②ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	講義3時間
③ターミナルケア	講義3時間
④人事・経営管理	講義3時間
⑤サービス展開におけるリスクマネジメント	講義3時間
⑥地域援助技術（コミュニティーソーシャルワーク）	講義3時間 演習3時間
⑦対人援助者監督指導（スーパービジョン）	講義6時間 演習12時間
⑧事例研究及び事例指導方法	講義5時間 演習18時間

主任介護支援専門員

【業務内容】

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

【活動の場】

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

【修了者】

37,041人
(平成18年度～23年度までの累計)

※主任介護支援専門員研修受講対象者

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

8

特定事業所加算の要件

特定事業所加算

質の高いケアマネジメントを提供する事業所に対する加算

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

○算定要件（（Ⅰ）、（Ⅱ）の算定はいずれか一方に限る。）

【特定事業所加算（Ⅰ）】

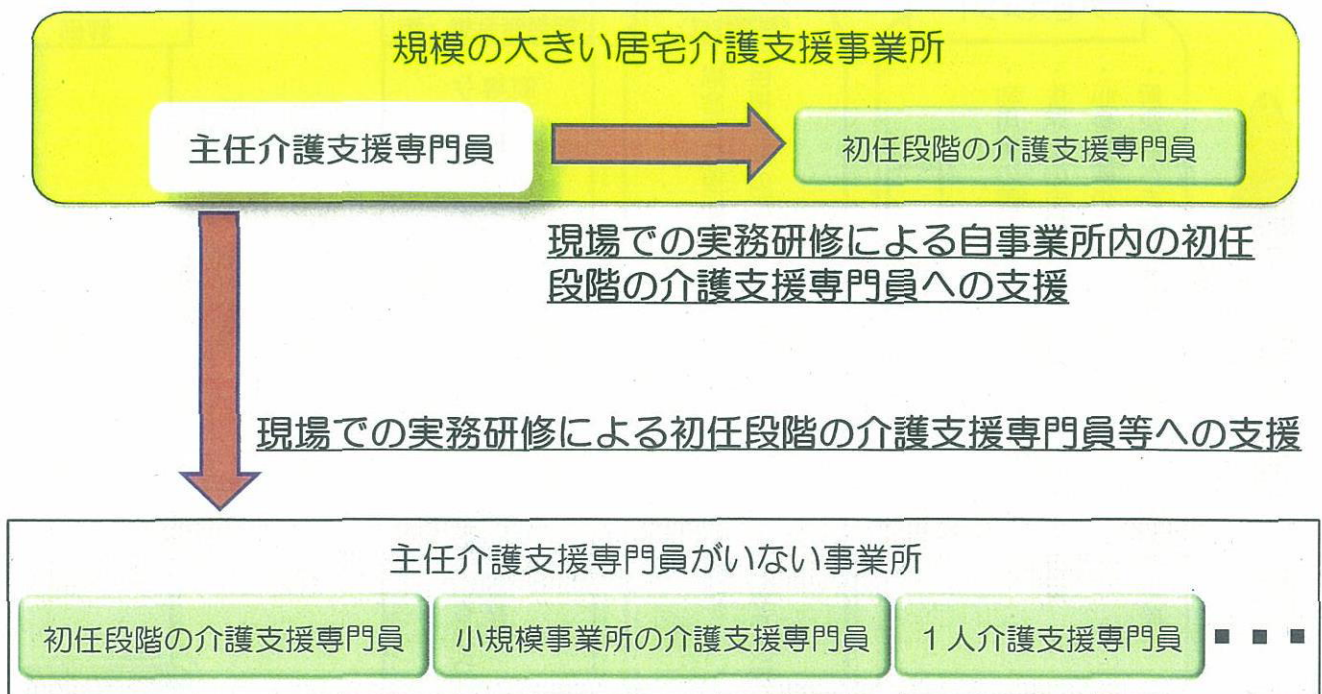
- ① 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置していること。
- ② 常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置していること。
- ③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的を開催すること。
- ④ 24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保していること。
- ⑤ 算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護3～要介護5である者の割合が5割以上であること。
- ⑥ 介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。
- ⑦ 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援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

【特定事業所加算（Ⅱ）】

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

9

現場での実務研修のイメージ



10

介護保険法（抄）

【第2条】（介護保険）

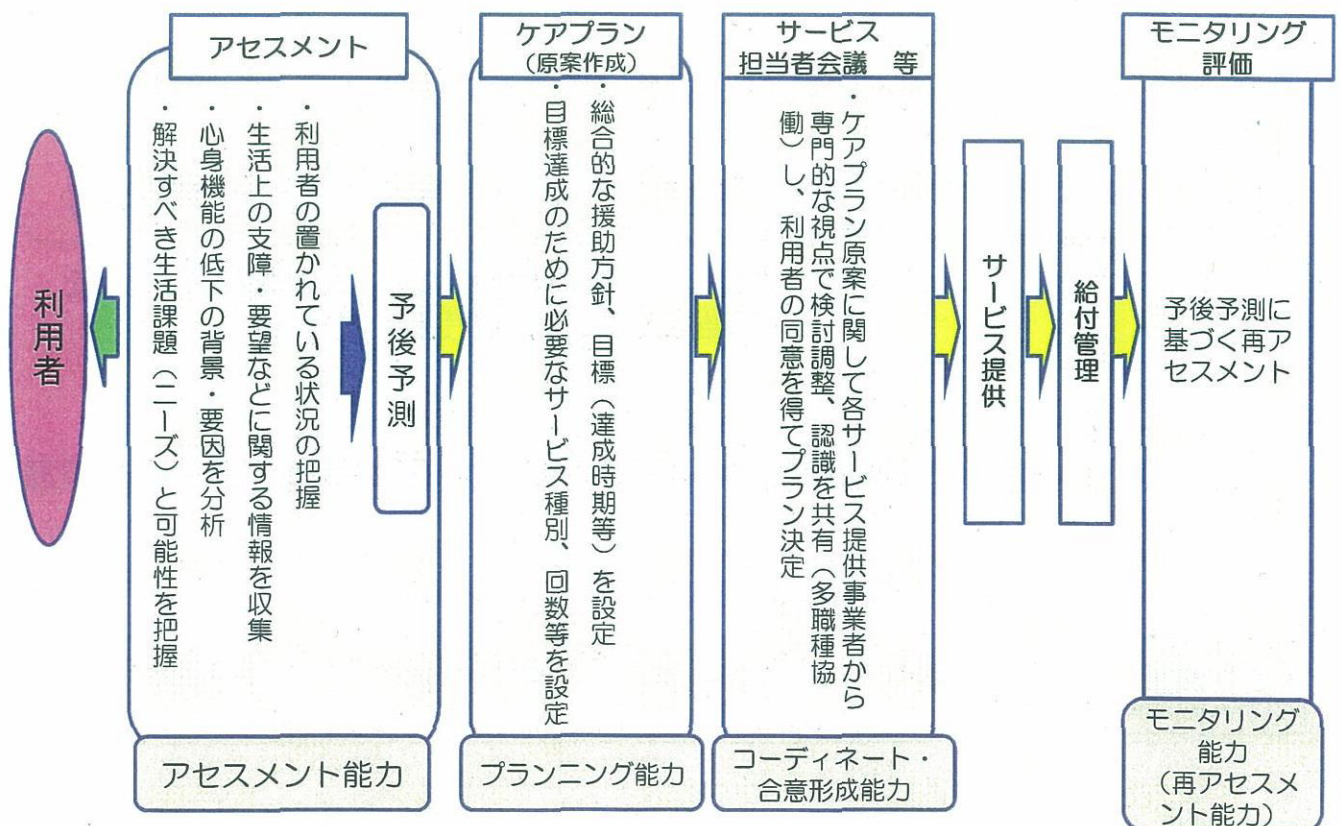
- 1 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態に関し、必要な保険給付を行うものとする。
- 2 前項の保険給付は、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するように行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
- 3 第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
- 4 第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅におい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

【第4条】（国民の努力及び義務）

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

11

ケアマネジメントの流れ



12

※当該様式は、今年度、モデル事業において試行的に活用しているものである。

※1 介護支援専門員が判断した結果、あるいはサービス担当者会議で共有した客観的事実を記載する。以下の記号を記入。
○ADL、IADL：○：自らしている。○：見守りがあればしている。△：一部介助があればしている。×：全面的な介助があればしている、あるいは実施していない
○上記以外の項目：○：全く問題ない。○：問題はありますが生活全般に支障が軽微ではない。△：問題があり生活全般に支障が出ている。×：問題があり生活が困難な状況である

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

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

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

評価表 (案)

※当該様式は、今年度、モデル事業において試行的に活用しているものである。

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

-7-

居宅介護支援事業所の規模別の分布

(上段：事業所数、下段：%)

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

注) 合計が100%とならないのは、「不明・無回答」があるため。

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

15

設置運営要綱における「地域ケア会議」の明文化①

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

下線部は改正点

4 事業内容

(1) 包括的支援事業

①～③(略)

④包括的・継続的マネジメント支援業務について

(中略)

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

(2) 多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築

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

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

設置運営要綱における「地域ケア会議」の明文化②

① 地域ケア会議の目的

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

② 地域ケア会議の構成員

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

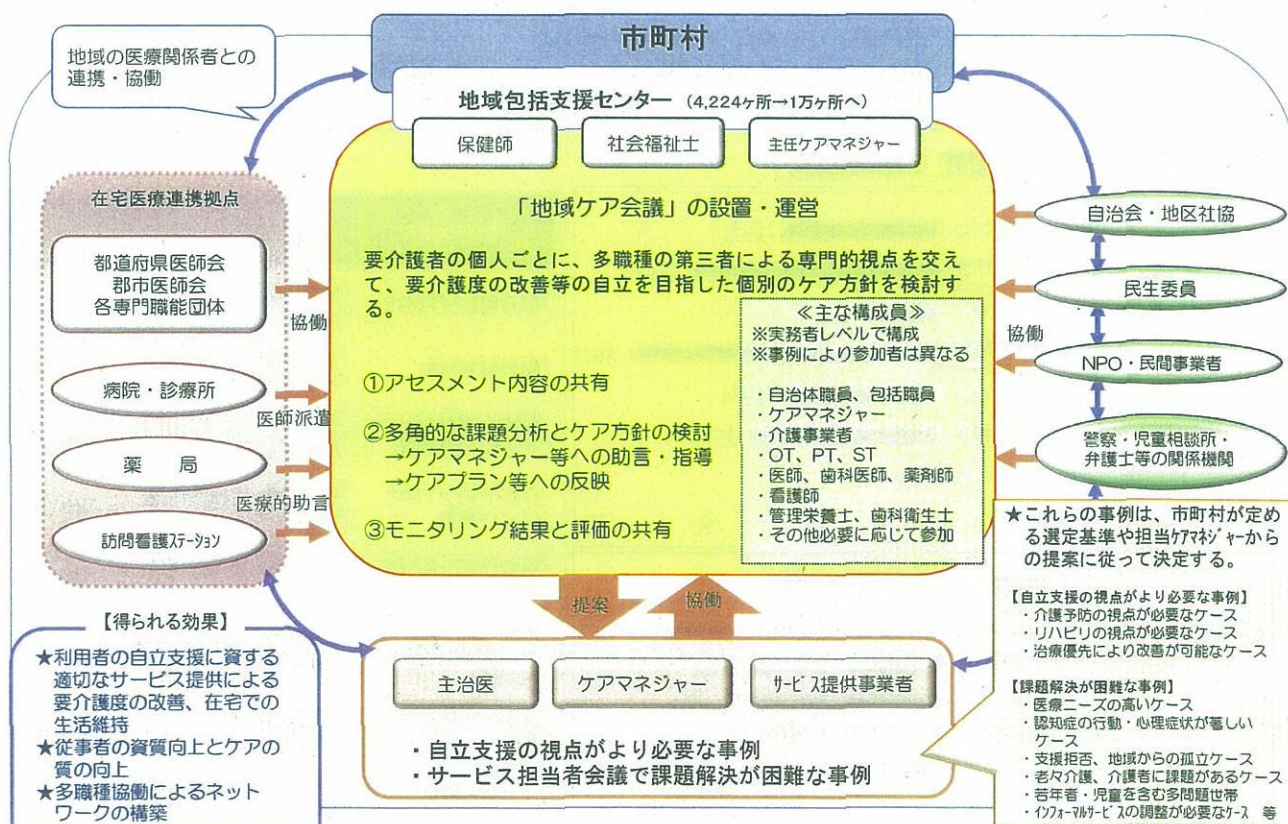
多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築に当たっては、①センター単位のネットワーク、②市町村単位のネットワーク、③市町村の圏域を超えたネットワークなど、地域の特性に応じたネットワークを構築することにより、地域の関係者との相互のつながりを築き、日常的に連携が図られるよう留意する必要がある。

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

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

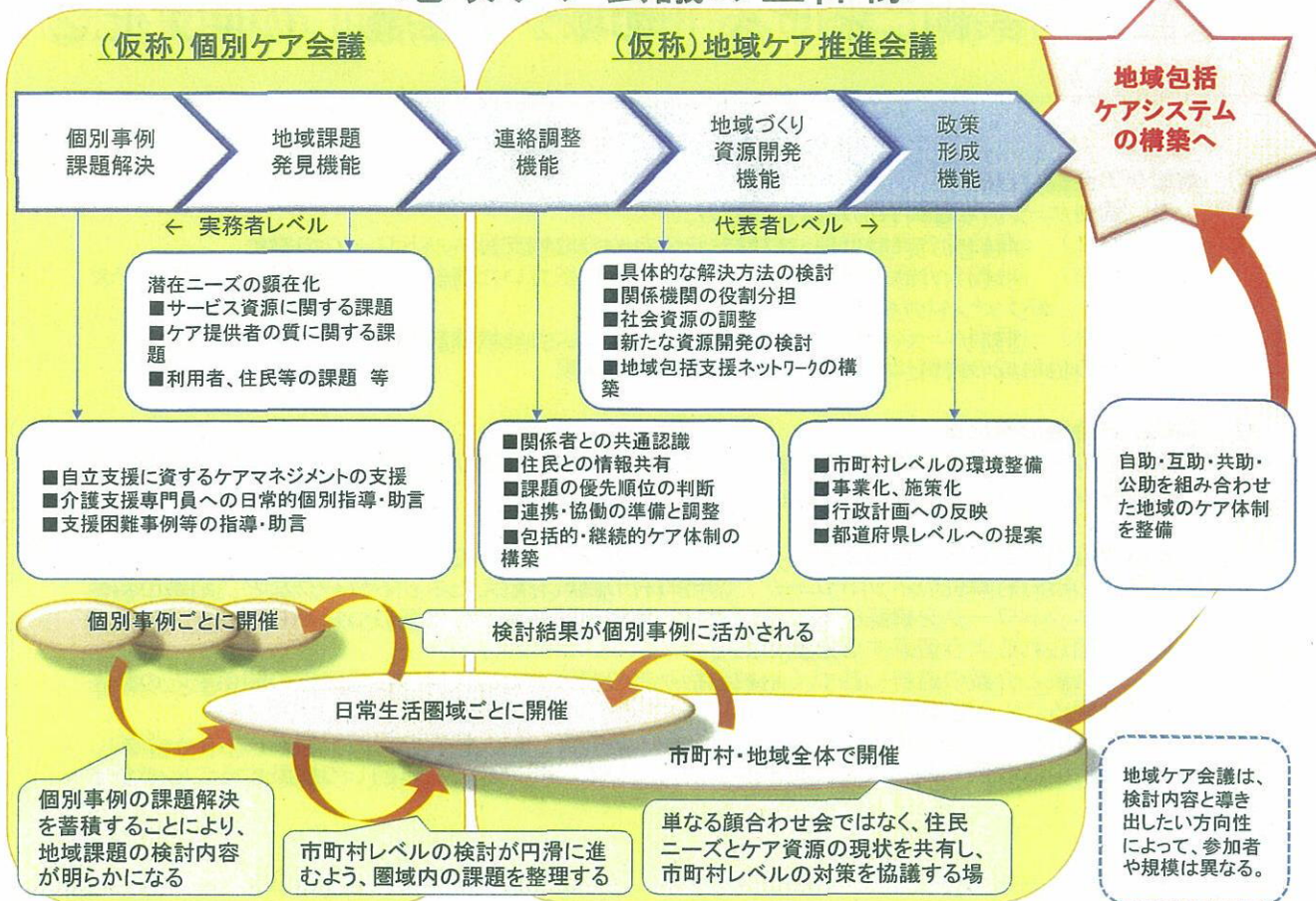
17

地域ケア会議のイメージ



18

地域ケア会議の全体像

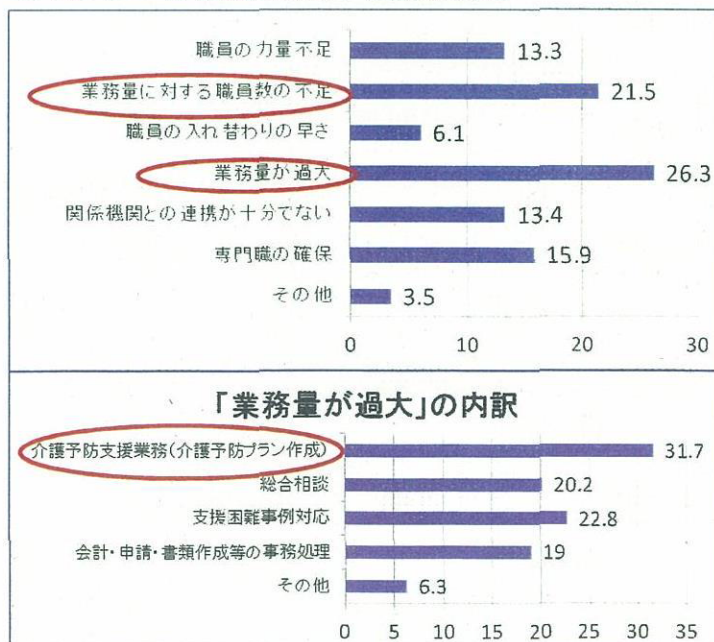


19

地域包括支援センターが抱える課題と負担感

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

◎センターが抱える課題（複数回答）



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

(資料)平成23年度老健事業「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業」(三菱総研)

20

「地域ケア会議」の具体例①（多職種協働によるマネジメント支援の例）

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

＜現行プランに関するケアマネの考え方＞

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

なぜこのような状況になっているか？

再アセスメント

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

【地域ケア会議】

生物学的要因、心理社会的要因、環境要因等进行分析して将来予測

多職種による助言・指導

主任
ケアマネ

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

保健師

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

PT

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

管理
栄養士

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

歯科
衛生士

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

ケアプランの見直し結果【例】

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

21

「地域ケア会議」の具体例②（保険者の関与による円滑なサービス利用）

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

＜現行プランに関するケアマネの考え方＞

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

なぜこのような状況になっているか？

再アセスメント

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

【地域ケア会議】

生物学的要因、心理社会的要因、環境要因等进行分析して将来予測

多職種による助言・指導

担当
ケアマネ

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

社会
福祉士

- ・障害程度区分と要介護認定区分の基準の違いを説明する必要がある

主任
ケアマネ

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

ヘル
パー

- ・家事支援というより話し相手を求めている
- ・本当は淋しい人なのか

市町村
保健師

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

民生
委員

- ・見守り支援の対象者として時々訪問する

検討結果【例】

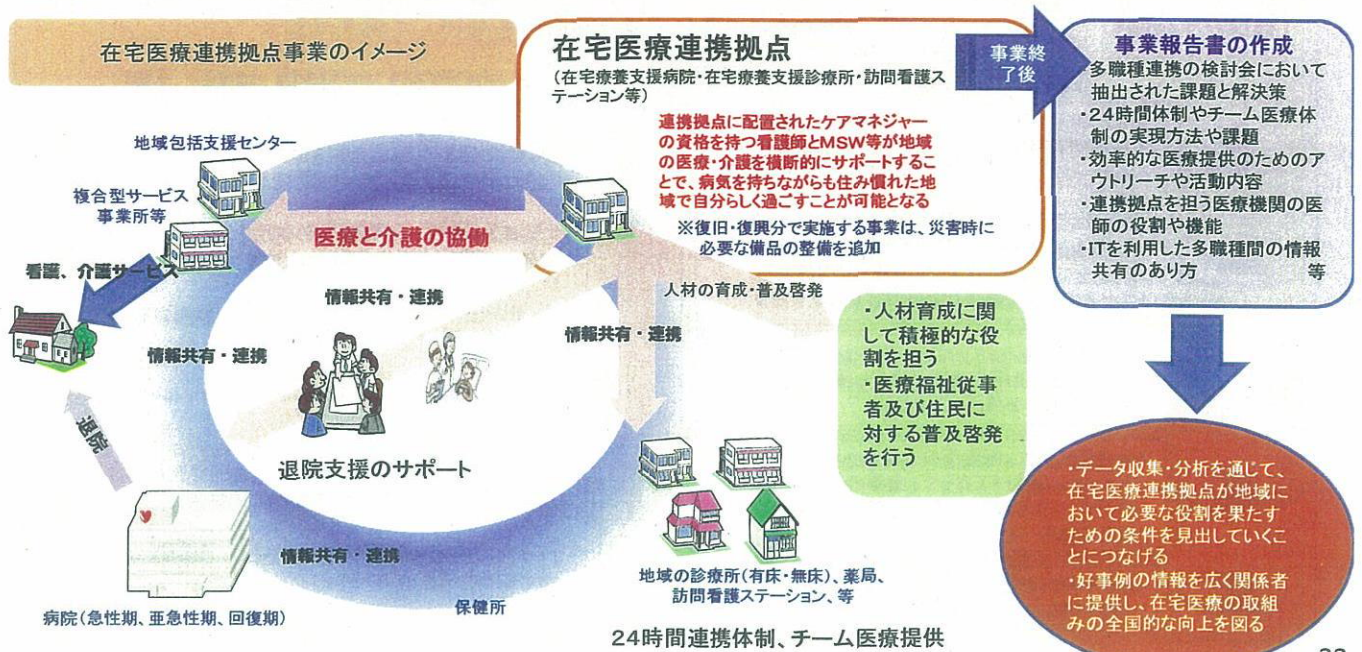
- ・支援者側の認識を統一し、役割分担を明確に
- ・介護保険制度への移行については、行政から丁寧に説明
- ・苦情対応は行政が窓口となり、支援者で共有
- ・本人の能力を認め、洗濯・掃除・買い物等のIADLについては自立支援の関わり方に変更
- ・民生委員の見守り支援と並行に、地域活動への参加を促す
- ・1ヶ月後に地域ケア会議を開催し、インフォーマルサービスを含めたケア方針を再検討

22

在宅医療連携拠点事業

■本事業の目的

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



平成 24 年 12 月 27 日

介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と
今後のあり方に関する検討会
座長 田中 滋 様

「介護支援専門員資質向上事業 研修実施要綱」 改正についての要望

一般社団法人
日本介護支援専門員協会
会 長 木 村 隆 次

日本介護支援専門員協会は、これまでに介護支援専門員の研修に関する様々な調査研究事業（協会独自の調査事業、老人保健健康増進等事業、独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業等）を実施してまいりました。

平成 23 年度から 24 年度にかけては、厚生労働省が実施する介護支援専門員研修改善事業の運営を受託し、平成 23 年度には更新研修（専門研修課程Ⅰ、Ⅱ）、平成 24 年度には実務研修について、それぞれ研修実施のガイドライン案を作成し、それを活用したモデル事業を実施、指導者の養成を行っているところです。本事業における研修向上委員会及び委員会の下に設置されているワーキンググループでは、現行の研修実施要綱に沿って、ばらつきがあると指摘されている研修の質を全国的に確保できるよう検討していますが、介護支援専門員に必要とされる能力を習得するには、研修時間数の絶対的不足が、毎回議論にあがっている状況です。

例えば、介護支援専門員の弱点と指摘を受けている医療的知識に関する課目（リハビリテーションや訪問看護、認知症）については選択制であり、法定研修でこれらを学ばなくても介護支援専門員として認められる構図になっています。薬剤に関する知識については、選択課目にすらありません。

介護支援専門員に必要な知識・技術を習得するためには、資格取得時から更新に係る課程において必須化が必要な課目があります。これらを組み込んだ必要な時間数とともに、これまでの調査研究事業の結果から、当協会で考える各課程のシラバスを提案いたします。研修の現場に反映するためには少なくとも改正作業後 2 年の月日がかかることも鑑み、介護支援専門員研修実施要綱を早急に改正して頂くよう強く要望します。

介護支援専門員資質向上事業 研修実施要綱の改定に関して
主に研修時間数に関する提案

課程	新		現行（旧）
	強化の視点	時間数	時間数
実務研修	人間形成 ・ 自立支援利用者主体を学ぶ・高齢者像を知る医療連携に関する知識、技術 ・ 認知症・基礎力を養う実習・実践（指導を主任等から受けて）ケアマネジメント学ぶ。	講義 68 時間 演習 23 時間 40 時間程度の実習 (8 時間×5 日)	講義 23 時間 演習 21 時間
実務従事者基礎研修	介護支援専門員の実務の基本を学ぶ。 法令遵守、自立支援を踏まえたケアマネジメントプロセスを学ぶ。	講義 16 時間 演習 17 時間	講義 16 時間 演習 17 時間
専門研修 課程Ⅰ	利用者の状況に応じたケアマネジメントを学ぶ。 比較的多く見られるケース（例）を通じて、利用者の置かれた状況に応じて行う自立支援を踏まえたケアマネジメントのスキルを学ぶ。	講義 22 時間 演習 35 時間	講義 26 時間 演習 7 時間 (講義 3 課目選択)
専門研修 課程Ⅱ	自らの実践を振り返り、質の向上を図る。 ①スーパーバイザーの立場から ②ピア・サポートの立場から 自らの実践事例を提出し、事例検討を行うことを通じて、「自らの実践の振り返りとスキルの向上」「他の介護支援専門員に対するサポートの方法」を学ぶ。 二巡目以降の更新時には、受講者自身の事例を検討することとし、事例や検討の深め方に変化を設けたコースを設ける。	講義 11 時間 演習 15 時間	講義 11 時間 演習 9 時間
主任介護支援 専門員	介護支援専門員の質の向上を図る。 (スーパーバイザーの立場から、包括的継続的ケアマネジメントの支援の立場から) 事例検討、グループスーパービジョン等	講義 31 時間 演習 33 時間	講義 31 時間 演習 33 時間

※ 実務研修では、専門研修課程Ⅰにおける医療的知識に関する課目を含め、ケアプランと各サービスの結びつきを総合的に学ぶ演習を行うため受講時間を拡張している（別紙 1 参照）。

【講義 43 時間増、演習 2 時間増、臨床実習 40 時間（8 時間×5 日）増】

※ 専門研修課程Ⅰでは、利用者像に合わせたケアマネジメントを実施するために演習を中心として時間数を変更している（別紙 2 参照）。

【講義 4 時間減、演習 28 時間増】

※ 専門研修課程Ⅱでは、事例研究・演習の充実を図るため、演習時間数を変更している。（別紙 3 参照）

【演習 6 時間増】

1. 実務研修 シラバス案

No	課題	目的	時間数	
			講義	演習
1	介護保険制度の理念と介護支援専門員	介護保険制度に位置づけられた介護支援専門員の仕事及び役割について法律や運営基準を踏まえ理解する。 介護保険制度に対する理解・認識を深める。	3	
2	介護支援サービス(ケアマネジメント)の基本	ケアマネジメントの意義とケアマネジメントの目指すものをつかむ。 ケアマネジメントプロセスを理解し、実践に結びつける。	5	
3	要介護認定等の基礎	要介護・要支援認定の役割は、要介護者等が自立した生活を送るのに必要なサービス量を決めるものであることを理解する。	2	
4	介護支援サービス(ケアマネジメント)の基礎技術 「受付及び相談と契約」	受付及び相談と契約の目的を達成させるために必要な活動を行うことができるようになる。 また、専門職業的援助関係を構築するために必要な態度を身につける。	1	
5	介護支援サービス(ケアマネジメント)の基礎技術 「アセスメント、ニーズの把握の方法」	利用者、家族等の「生活の全体像」を把握し、望む暮らしを阻害する原因を探ることができるアセスメント力を習得する。 アセスメントの過程から利用者との協働作業で「生活ニーズ」を明らかにし、プランニングへ展開できる技術を習得する。	3	4
6	介護支援サービス(ケアマネジメント)の基礎技術 「居宅サービス計画等の作成」	生活の目標とニーズの理解を踏まえて自立支援や尊厳の保持のための居宅サービス計画書等作成の視点を学ぶ。 利用者の望む暮らしを実現するための居宅サービス計画書等作成の技術を学ぶ。	2	4
7	介護支援サービス(ケアマネジメント)の基礎技術 「実習オリエンテーション」	介護支援専門員が、実習するために必要なことを伝える。	1	
8	介護支援サービス(ケアマネジメント)の基礎技術に関する実習	これまでの講義や演習をもとに、実習の目的とねらいについて理解した上で、各自一事例を選定して認定調査、社会資源調査、アセスメント及び居宅サービス計画等作成の実習を行う。	実習	

No	課目	目的	時間数	
			講義	演習
9	介護支援サービス(ケアマネジメント)の基礎技術 「アセスメント、居宅サービス計画等作成演習」	マネジメントプロセスに沿って実践した事例について、グループワークを中心に検討、マネジメントプロセスの理解を深め、利用者の自立支援に向けた支援について実践する。		6
10	介護支援サービス(ケアマネジメント)の基礎技術「モニタリングの方法」	ケアプランに位置づけた各種の社会資源が、計画通りに動いているか、あるいは利用者の生活が変化し、新たなニーズが発生していないか確認するというモニタリングの方法について理解する。	2	
11	地域包括支援センターの概要と位置づけ	地域包括ケアシステムの実現に向けて、地域包括支援センターの役割、機能、位置づけ等を理解する。	2	
12	介護予防支援(ケアマネジメント)	特定高齢者にサービス提供するための「介護予防マネジメント」の概要及び提供されるサービスについて具体的にその概要を理解する。	3	4
13	介護支援サービス(ケアマネジメント)の展開技術 ・相談面接技術の理解	ケアマネジメントプロセスにおいて必要不可欠である相談面接技術の目的と技法が理解でき、実践場面で生かすことができる。	3	
14	介護支援サービス(ケアマネジメント)の展開技術 ・チームアプローチ	ケアマネジメントプロセスにおいて、チームアプローチを促進するためのサービス担当者会議の意義が理解でき、準備、開催できる。	2	5
15	意見交換、講評	実務研修を振り返り、あるべき介護支援専門員の姿とその役割を再認識する。また、今後の自己研鑽・生涯学習・継続学習の必要性を認識し、課題・疑問が出てきた場合の相談窓口などを理解する。	1	
16	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	介護支援専門員が、利用者主体、自立支援、公正中立、権利擁護、安全確認、守秘義務、法令遵守、利用者要望の代弁、自身のジレンマ対応等の倫理観を修得し、実際のケアマネジメントに生かすことができる。	1	
17	保健医療福祉の基礎理解 (1)「高齢者の疾病と対処及び主治医との連携」	必修 要介護高齢者の疾病の特徴とその対処法(治療・介護)の知識を修得し、医療関係者と円滑に連携できる。	4	

No	課目	目的	時間数	
			講義	演習
18	保健医療福祉の基礎理解 (ii)「社会資源活用」	必須 ・要介護高齢者が活用しうる社会資源や、関係機関等との連携方策を知る。	3	
19	保健医療福祉の基礎理解 (iii)「人格の尊重及び権利擁護」	必修 権利擁護を担う介護支援専門員の基本姿勢を確認するとともに、高齢者の権利擁護策について認識を高める	3	
20	保健医療福祉の基礎理解 (iv)「リハビリテーション」	3科目選択 リハビリテーションに関する知識の増進、介護支援サービスにおけるリハビリテーションの視点の重要性を知る。	3	
21	保健医療福祉の基礎理解 (v)「認知症高齢者・精神疾患」	認知症高齢者や精神疾患を持つ人への対処法を知る。	3	
22	サービスの活用と連携(i) 「訪問介護・訪問入浴介護」	サービス内容を再認識させるとともに、自立支援に即した適正なサービスの活用方法と連携の方法を学ぶ	3	
23	サービスの活用と連携 (ii)「訪問看護・訪問リハビリテーション」	サービス内容を再認識させるとともに、自立支援に即した適正なサービスの活用方法と連携の方法を学ぶ	3	
24	サービスの活用と連携 (iii)「居宅療養管理指導」	サービス内容を再認識させるとともに、自立支援に即した適正なサービスの活用方法と連携の方法を学ぶ。	3	
25	サービスの活用と連携 (iv)「通所介護・通所リハビリテーション」	サービス内容を再認識させるとともに、自立支援に即した適正なサービスの活用方法と連携の方法を学ぶ	3	
26	サービスの活用と連携 (v)「短期入所・介護保険施設」	サービス内容を再認識させるとともに、自立支援に即した適正なサービスの活用方法と連携の方法を学ぶ	3	
27	サービスの活用と連携 (vi)「介護保険施設・認知症対応型共同生活介護・特定施設入居者生活介護」	サービス内容を再認識させるとともに、自立支援に即した適正なサービスの活用方法と連携の方法を学ぶ	3	
28	サービスの活用と連携 (vii)「福祉用具・住宅改修」	サービス内容を再認識させるとともに、自立支援に即した適正なサービスの活用方法と連携の方法を学ぶ	3	

No	課目	目的	時間数	
			講義	演習
29	介護技術の展開臨床実習	ケアマネジメントプロセスに沿った実践を経験し、基本的なスキルを身に付ける。	実習 40	

※合計 131 時間(講義 68 時間、演習 23 時間、臨床実習 40 時間)

※網掛け(課目No.16～29)は新規課目(講義 41 時間、臨床実習 40 時間)

※課目No.1、5 は、講義 1 時間増

※課目No.2 は、講義 3 時間増

※課目No.14 は、講義 2 時間、演習 2 時間増

2. 専門研修課程 I シラバス案

No	課目	目的	時間数	
			講義	演習
1	介護保険制度と介護支援専門員の役割・課題	介護支援専門員が業務を行う上で必要なような心構え、知識、技能の習得を図る。	2	
2	対人個別援助技術(ソーシャルケースワーク)	対人援助における面接・コミュニケーション技法のレベルアップを図る。	2	5
3	ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	介護支援専門員が、多くの事例を経験し、自身の弱さも踏まえ、実際のケアマネジメントに生かすことができる。 利用者主体、自立支援、公正中立、権利擁護、安全確認、守秘義務、法令遵守、利用者要望の代弁、自身のジレンマ対応等の倫理に対して再確認し解決方法を知る。	1	2
4	主治医との連携、他職種連携の方法	高齢者の心身の特徴を理解し、疾病や障害が生活に影響する観点に立ち、医療の必要性を認識して適切な療養ができるよう連携する。	3	
5	独居高齢者の支援の基本と留意点	独居高齢者を支援する際に、アセスメント・プランニング・実施・モニタリングのプロセスにおいて、どういったことを留意する必要があるかを述べる。	2	4
6	家族の介護力に課題がある高齢者の支援の基本と留意点	介護力が弱い家族の中にいる高齢者を支援する際に、アセスメント・プランニング・実施・モニタリングのプロセスにおいて、どういったことを留意する必要があるかを述べる。	2	4
7	医療依存度が高い高齢者の支援の基本と留意点	医療依存度の高い高齢者を支援する際に、アセスメント・プランニング・実施・モニタリングのプロセスにおいて、どういったことを留意する必要があるかを述べる。	2	4
8	ターミナル期の高齢者の支援の基本と留意点	ターミナル期の高齢者を支援する際に、アセスメント・プランニング・実施・モニタリングのプロセスにおいて、どういったことを留意する必要があるかを述べる。	2	4
9	機能回復が中心課題となる高齢者の支援の基本と留意点	機能回復が中心課題となる高齢者を支援する際に、アセスメント・プランニング・実施・モニタリングのプロセスにおいて、どういったことを留意する必要があるかを述べる。	2	4
10	認知症高齢者の支援と留意点	認知症高齢者を支援する際に、アセスメント・プランニング・実施・モニタリングのプロセスにおいて、どういったことを留意する必要があるかを述べる。	2	4

No	課目	目的	時間数	
			講義	演習
11	被虐待高齢者の支援と留意点	被虐待高齢者を支援する際に、アセスメント・プランニング・実施・モニタリングのプロセスにおいて、どういったことを留意する必要があるかを述べる。	2	4

※合計 57 時間(講義 22 時間、演習 35 時間)

※網掛け(課目No.4～11)は新規課目(講義 17 時間、演習 28 時間)

※課目No.2 は、演習 2 時間減

※課目No.3 は、演習 2 時間増加

3. 専門研修課程Ⅱ シラバス案

No	課目	目的	時間数	
			講義	演習
1	介護支援専門員特別講義	ケアマネジメントに対する理解・認識を深める。	2	
2	サービス担当者会議演習	サービス担当者会議の運営方法、職種間の連携方法に習熟する。		3
3	介護支援専門員の課題	介護サービスとケアマネジメントの課題を踏まえ、介護支援専門員の基本姿勢を再確認する。	3	
4	「居宅介護支援」事例研究	自立支援、利用者本位の観点に基づく居宅サービス計画作成の視点・方法を学ぶ。	6	
5	「居宅介護支援」演習	支援困難事例を含む多様なケースを課題分析し居宅サービス計画の作成に習熟する。 モニタリング、再アセスメント、居宅サービス計画変更の過程を学ぶ。 サービス担当者会議におけるサービス事業者などとの連携方法を学ぶ。		6
6	「居宅介護支援」事例研究(応用)	支援困難な事例を振り返り、普遍的課題を抽出、分析、地域課題へと発展する過程を学ぶ。		6
7	「施設介護支援」事例研究	自立支援、利用者本位の観点に基づく施設サービス計画作成の視点・方法を学ぶ。	6	
8	「施設介護支援」演習	生活の質の向上及び継続性、在宅復帰の可能性等の施設特有の課題分析と施設サービス計画の作成に習熟する。 モニタリング、再アセスメント、施設サービス計画の変更の過程を学ぶ。施設における職種間の連携方法、施設外の資源の活用と連携方法を学ぶ。 グループ事例検討の方法を学ぶ。		6
9	「施設介護支援」事例研究(応用)	施設特有の課題から、地域を視野に入れた課題に発展する過程を学ぶ。		6

※課目No.4～6、7～9 は一組とし、どちらか一方を受講

※合計 26 時間(講義 11 時間、演習 15 時間)

※網掛け(課目No.6、9)は新規課目(演習 6 時間)

平成 24 年 12 月 27 日

介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と
今後のあり方に関する検討会
座長 田中 滋 様

地域ケア会議の運営、役割についての提言

一般社団法人
日本介護支援専門員協会
会 長 木 村 隆 次

「地域ケア会議」は、それぞれの日常生活圏域において、様々な課題を抱える要援護者に支援が届く地域社会の構築、即ち地域包括ケアの構築に向けた方法論の一つです。保険者、または日常生活圏域を担当する地域包括支援センター（ブランチ或は、サブセンターである在宅介護支援センターを含む）が主催し、地域に山積する支援困難な事例を累積的に整理、その解決に向け、地域の関係機関、関係専門職を中心として、自治会、民生委員、地区社会福祉協議会等の地域諸団体を含めた多職種連携、協働を具現化し、最終的には、市町村行政等に対して新たなサービス開発をも含めた政策提言をしていく場として機能すべきものと考えます。

しかし、「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上とあり方に関する検討会」（以下、あり方検討会）においては、当初の趣旨から大きく離れ、ケアマネジャーの将来ビジョンの議論は止まり、保険者機能の強化、そして「地域ケア会議」を介護支援専門員に対する給付適正化事業の場に置き換えられているようにも見受けられます。

その一方で、地域包括ケア推進指導者養成事業における「地域ケア会議」は、多職種協働による地域包括支援ネットワークを構築し、個別ケースから地域課題を把握し、解決することによって「課題を抱えている要援護者」へ支援が届くようにすることを究極の目的とされており、「地域ケア会議」の位置づけ、開催目的等に齟齬が生じ、誤った理解が更に進むのではないかと危惧しております。

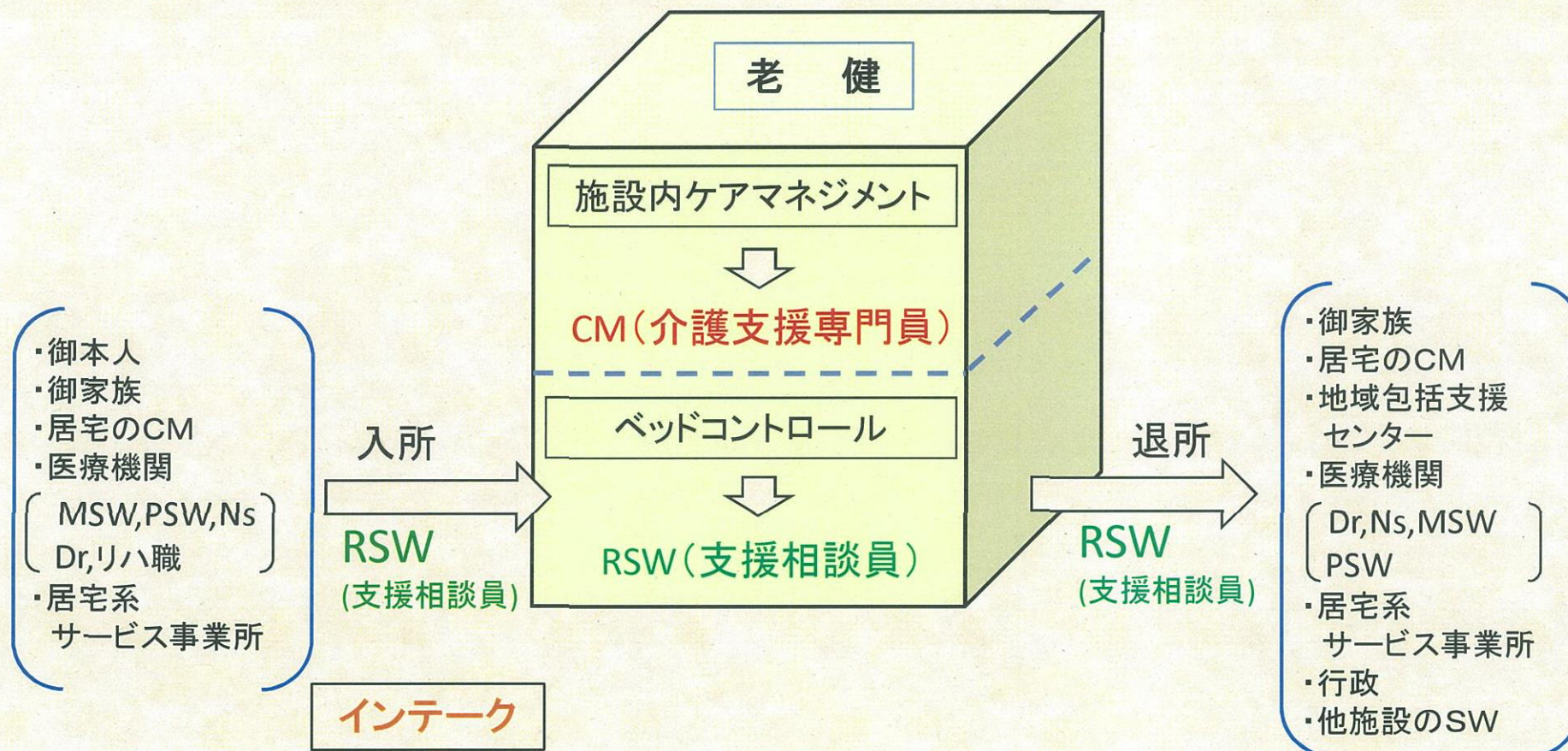
現状のままでは、介護支援専門員もさることながら、会議を主催する保険者、地域包括支援センターにより、まちまちの解釈、運営を行う等、現場レベルにおいて大きな混乱やばらつきを来す恐れがあると考えられます。

このような状況を鑑み、「地域ケア会議」の位置づけ、機能等、今後の方向性について一定の整理を行いましたので、以下のとおり提言いたします。

1. 国において地域包括支援センター長を対象に実施されている地域包括ケア推進指導者養成事業では、「地域ケア会議」は自立支援と地域包括ケア実現を目的とした研修が行われている。一方、あり方検討会における「地域ケア会議」は、介護支援専門員に対する給付適正化を主にした内容となっている点を踏まえ、どの自治体にあっても本来の趣旨に沿った「地域ケア会議」が行われるよう、注意喚起をして頂きたい。
2. 介護支援専門員の対人援助の専門職としての資質向上に関しては、現在の介護支援専門員のみならず、今後新たに介護支援専門員資格を取得する者も含め、「地域ケア会議」にその機能を求めるのではなく、中長期的な視点に基づいた方向性と方策について別途、検討、協議し、新たなステージの構築を進めて頂きたい。
3. 地域包括ケア推進指導者養成研修（中央研修）資料にもある「地域ケア会議」のイメージ図（ポンチ絵）は、「地域包括支援センターの設置運営について（課長通知）平成24年3月30日一部改正」に明記されている内容を拡大的に解釈しているように見受けられる。正しい理解を推進するような周知をお願いしたい。
4. 「地域ケア会議」の円滑な運営、介護支援専門員への適切な支援ができるよう、地域包括支援センター職員の力量向上策を検討して頂きたい。
5. 「地域ケア会議」が包括的・継続的ケアマネジメントに位置付けられたことについて、主任介護支援専門員のスーパーバイザー機能強化のためのフォローアップ研修課程の具体的検討をお願いしたい。
6. 公開の場でケアマネジメントの評価・検証を行う「ケアマネジメント向上会議（仮称）」の取り組みを行う方向性になっているが、公開の場で行う意義と、それが有効な結果をもたらすことの検証はできているのか、示して頂きたい。

以上

支援相談員（RSW）と介護支援専門員（CM）の役割



介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会

座長 田中 滋 様

社団法人 日本社会福祉
会 長 山村

介護支援専門員の資質向上と今後のあり方について

この度、介護支援専門員の資質向上と今後のあり方について、本会としての見解を下記のとおりまとめましたので、意見を述べさせていただきます。

記

1. 介護保険法における「自立支援」とそれに向けたケアマネジメントのあり方について

ケアマネジメントは、利用者の社会生活上の個別的なニーズとそれを充足するためのフォーマル／インフォーマルな社会資源とを結びつけ、あるいは利用者自身のもっている強さを引き出しながら、利用者の社会生活における自立と生活の質を高めるものである。ケアマネジメントはソーシャルワークの1つの方法であり、ソーシャルワークの専門的基盤となる知識や技術には、介護保険法をふまえてケアマネジメントを行う介護支援専門員にとっても有益なものがある。ソーシャルワークは、個別の支援にとどまることなく、地域の社会資源の活用や開発、社会変革を視野にいれた実践であるところにその特徴がある。

「自立支援」とは、社会福祉基礎構造改革において「個人が人としての尊厳をもって、家庭や地域の中で、障害の有無や年齢にかかわらず、その人らしい安心のある生活が送れるよう自立を支援する」とあるように、利用者のADLの改善のみならず、地域における主体的生活を支援することである。介護保険法においても、「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」と明示されている。

この「自立支援」に資するケアマネジメントを実践するためには、利用者の有する力（意欲、他者との関係性、思考、知識、自己決定、サービス活用等）を高めるとともに、利用者のニーズに適合した多様な社会資源を利用者が活用できるように支援することが不可欠になる。このようなエンパワメントアプローチによるケアマネジメントによってこそ、利用者の尊厳を保持した介護保険制度の持続的運用を実現できると考えられる。

そして、このような「自立支援」を可能にするケアマネジメントを介護保険制度において実践するためには、介護支援専門員が自立やエンパワメント等に関する基本的な知識および技術の習得、実践できる環境整備等が必要である。

2. 介護支援専門員の支援のための地域ケア会議の役割強化について

地域で尊厳あるその人らしい生活の継続を可能にする地域包括ケアの実現に向けて、介護支援専門員が自立支援に資するケアマネジメントを実践できるように、地域の課題を把握するとともに、地域包括支援ネットワークの構築を強化するために、「地域ケア会議」を活用することが重要である。

そのためには、まず「サービス担当者会議」と、「地域ケア会議」の概念を整理し明確に示す必要がある。

「サービス担当者会議」は利用者との契約を前提として介護支援専門員が主催し、利用者への援助の検討やサービスの調整等を行うものである。しかしながら、地域包括支援センターの総合相談にて明らかになっているように、援助を必要としながらもサービスにつなげていない高齢者は地域に多数存在している。このようなケースの検討や介護保険制度とつながっていきながらもサービス担当者以外の多様な地域資源の活用が必要なケースなどを、目的に応じて直接ケースに関係する者以外の人も参加した「地域ケア会議」にて、対象者への援助を検討すべきだと考えられる。そして、それは単に個別ケースの課題解決にとどまらず、地域課題発見、連絡調整、地域づくり・資源開発、政策形成等につながっていく。これらの機能は、介護支援専門員の専門性の向上はもとより、自立支援に資するケアマネジメントを可能にする環境整備を可能にする。つまり、個別ケースの検討から、地域包括ケアの実現が可能になると言えよう。「地域ケア会

議」では、「本人、家族、地域住民が不在」とならないようくれぐれも留意しておく必要がある。

このような「地域ケア会議」の機能を十分に発揮させるためには、主に介護支援専門員と地域包括支援センターとの良好な関係性の構築が不可欠である。「地域ケア会議」をケアプラン評価点検の場とすることは、この関係性の構築および持続を阻害すると考えられるとともに、課題の隠蔽にもつながる可能性が高い。また、「サービス担当者会議」の実施に加え、ケアプラン点検評価のための会議への参加が必要となると、介護支援専門員や地域包括支援センター職員の事務負担が増大すると考えられ、「自立支援」に資するケアマネジメントの実践を阻害すると考えられる。ケアプラン評価点検を目的とする活動は、「地域ケア会議」とは別に、保険者が実施すべき事項だと考える。

「地域ケア会議」は個別ケースの検討を基本としながらも、その目的および開催レベルに応じて、検討方法の多様性を認めるべきである。例えば、担当圏域の「地域ケア会議」による複数の個別ケースの検討によって明らかになった地域の課題については、市レベルの「地域ケア会議」にて地域の課題として検討する等が考えられる。このように、自治体の状況に応じた「地域ケア会議」の重層的な活用が必要だと言える。

3. 地域包括支援センターにおける介護予防支援業務（要支援者の介護予防サービス計画作成業務）について

地域包括支援センターにおいて「介護予防支援業務」が、「総合相談支援」「権利擁護」「包括的継続的ケアマネジメント」の業務を圧迫している現状がある。そこで地域包括支援センターが担うべき業務から、「介護予防支援業務」をはずし、「総合相談支援」「権利擁護」等の業務が適切に実施できるような体制整備をはかるべきである。「介護予防支援業務」については、各市町村の老人保健事業等において行うとともに、指定介護予防支援事業を居宅介護支援事業所において、直接契約し、給付管理できる制度に変更することが必要である。

4. 主任介護支援専門員の役割について

利用者の有する能力に応じた自立支援を目指したケアマネジメントを行うには、単なる介護保険サービスの調整・給付管理だけでは足りないようなケースに対しても、どのように本人の意欲や力を引き出し、周囲の環境や地域の社会資源との関係調整を行い、支援を展開していくかについて、適切なスーパービジョンが行える主任介護支援専門員の役割が重要となる。

居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員が、まず個々の事業所内でスーパービジョンが行える地域環境をつくとともに、主任介護支援専門員不在事業所に対し地域包括支援センター主任介護支援専門員の支援体制を強化するために、地域の専門職の横の連携体制やケアマネジメント基盤の整備・構築に取り組む必要がある。

5. 居宅介護支援事業所の指定を市町村とすることについて

居宅介護支援事業所の指定を市町村とすることについて、住民に身近な市町村に権限が委ねられていく方向性は理解できる。なお、具体的に進めるにあたっては、1つの居宅介護支援事業所が、複数市町村にまたがるエリアにおいてサービス提供している場合もあるため、指導監査の場面における複数市町村間での公平性や、特に利用者に不利益となる事態が発生した際の「情報の相互共有」の仕組み等を十分検討、整理をしていく必要がある。

6. ケアマネジメントにおける医療との連携について

介護支援専門員がケアマネジメントを行うにあたっては、病院・診療所、訪問看護ステーション等の医療機関と日常的な連携体制が構築されていることが重要となる。そのためには、地域包括支援センターが「包括的・継続的ケアマネジメント」において、「介護支援専門員」「介護サービス事業者」が「医療関係機関」と日常的に顔合わせができるような機会を計画的につくり、「医療との連携強化」にむけた環境整備に取り組んでいく必要がある。

7. 介護支援専門員の専門性（知識・技能）の向上について（実務研修受講試験、研修カリキュラム等）

介護支援専門員の専門性（知識・技能）を向上させるためには、現行の都道府県レベルで実施されている研修カリキュラムの他、市町村レベルの研修や事例検討会、個々の事業所内あるいは地域包括支援センターの主任介護支援専門員が行うスーパービジョンの仕組みづくり、専門職団体が行う研修等を構造的に組み合わせて支援していく必要がある。

また、「自立支援を目的としたケアマネジメント実践が十分行われていない」と指摘される背景には、「介護支援専門員の力量の問題」以外にも、「保険者である市町村や関係職種による介護支援専門員業務への理解不足」「連携・ネットワークを念頭に置いた高齢者介護に関わる各種専門職の教育、研修の不足」「市民に対する周知の不足」等が存在する。ケアマネジメントを効果的に実施するためには、その環境を整備することが必要であり、現状で不足しているものは、「利用者の有する能力に応じた自立支援」「自立支援のための連携」に関わる関係者（本人、家族、地域住民、フォーマルな支援者、インフォーマルな支援者になる可能性がある人）、主治医を含む医療関係者等に対する周知・啓発である。「地域包括ケア」の理念の下、こうした啓発活動を保険者の責任として行っていく必要がある。

8. 介護保険施設における介護支援専門員のあり方について

介護保険施設入所者や居住系サービス利用者のケアマネジメントを担うのは、施設外の地域で活動する居宅介護支援事業所の介護支援専門員であるべきと考える。施設・居住系サービスを利用して生活する場合でも、「中立性」「公平性」の観点から、施設外の介護支援専門員が、地域の中で暮らす利用者としての権利の「擁護者」としての役割を担う必要がある。また、介護保険施設等の生活（支援）相談員には、入居者の権利擁護に配慮した専門的相談援助技術と高い倫理性を踏まえ、施設内外の社会資源を見通した全体的な調整を行う必要がある。そのため、介護保険施設においては施設内でソーシャルワーク機能を担う、生活（支援）相談員が、施設内外の関係調整を行い、介護支援専門員の業務を支援することが望ましい。

介護保険施設における利用者のケアマネジメントにおいて虐待の防止等の権利擁護が重要になる。利用者のニーズや障害を踏まえたケアプラン策定や介護の質の向上、第三者委員やオンブズマンを活用した苦情対応等の開かれた施設運営の構築等を通じて虐待の未然防止や早期発見の取り組みを進めるとともに、虐待が発生した場合は関係行政と連携して被虐待者の保護と再発防止のための施設改善の取り組みが求められる。施設における高齢者虐待の問題に関しては、本会は2011年に「市町村・都道府県のための養介護施設従事者による虐待対応の手引き」を作成し、今後も検討を進めていく所存である。

以上