

平成30年度 老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

地域共生社会の実現等を見据えたケアマネジメントや  
ケアマネジャーの在り方に関する調査研究

報 告 書

平成31（2019）年3月

エム・アール・アイ リサーチアソシエイツ株式会社

# 目 次

1. 事業概要 .....	1
1.1. 背景と目的 .....	1
1.2. 実施体制 .....	2
1.3. 実施概要 .....	3
2. ケアマネジメントに関する介護保険制度の改定経緯の整理 .....	5
2.1. 実施概要・目的 .....	5
2.2. 平成 21 年度から平成 30 年度に至る制度改定の概要 .....	5
2.3. 介護報酬改定の審議報告で挙げたケアマネジメントに係る課題と改定の概観 .....	9
2.4. ケアマネジメントに係る介護報酬の推移 .....	13
3. ケアマネジメントに関する老健事業の研究蓄積 .....	19
3.1. 実施概要・目的 .....	19
3.2. これまでの研究の流れ .....	20
3.3. 今後の課題 .....	23
3.4. 調査対象とした調査研究一覧 .....	24
3.5. 各調査研究の概要 .....	26
4. 地域共生社会の考え方 .....	65
4.1. 地域共生社会の概念 .....	65
4.2. まとめ（地域共生社会におけるケアマネジメントの検討において留意すべき要点） .....	70
5. 有識者による検討から得られた知見 .....	71
5.1. 目的と実施概要 .....	71
5.2. 検討結果の要旨 .....	72
5.3. 有識者による検討の抜粋 .....	77
6. おわりに .....	85
6.1. 結果概要 .....	86
6.2. 今後の検討課題 .....	88
6.3. まとめ .....	90

## 1. 事業概要

### 1.1. 背景と目的

地域共生社会のもとでは、制度・分野を超えて地域の各主体や住民が繋がり、住民の暮らしと生きがいを共につくることを目指している。平成 29 年 6 月に公布された改正社会福祉法では、既存制度では解決が困難な「個人や世帯の複合化した課題」に対応するため、地域共生社会への対応が位置づけられ、地域包括支援センターや各分野の相談支援事業者（居宅介護支援事業所も含まれると認識）には必要に応じて適切な機関に繋いでいく努力義務が課せられたところである。

また、平成 33 年度の報酬改定を見据えると、ケアマネジメントの対象者や内容、地域共生社会におけるケアマネジャーやケアマネジメントの在り方は、今後の社会保障審議会(介護保険部会)での論点となることが予想され、地域共生社会への対応以外にも、これまでも課題とされていた医療と介護の連携、介護を行う家族等に対する支援、ケアマネジメントの公正中立の確保等も踏まえつつ、将来を見据えたケアマネジャーの在り方を検討することが必要とされており、研修等の教育を通じたケアマネジャーの資質の向上も併せて進めていくことが期待されている。

本事業は、今後の地域共生社会の深化を見据え、地域共生社会におけるケアマネジメントの方法論やその担い手が持つべき知識や技術及びその教育方法等、中長期的な課題を整理するとともに、その課題に対する具体的な方策等について検討することを目的とした。

## 1.2. 実施体制

### 1.2.1. 委員会の設置・開催

調査事業の実施においては、「地域共生社会の実現等を見据えたケアマネジメントやケアマネジャーの在り方に関する調査研究」委員会を設置し、ケアマネジメント、医療・看護、利用者、行政等について知見を有する学識研究者、及び実務者により構成する委員会において専門的な意見、提案を収集した。

図表 1-1 委員会 委員一覧

役職	氏名(所属)
委員長	内藤 佳津雄(日本大学文理学部心理学科 教授)
委員	石山 麗子 (国際医療福祉大学 大学院 医療福祉学研究科 教授)
	落久保 裕之(広島市医師会 常任理事 医療法人裕心会落久保外科循環器内科クリニック 院長)
	金丸 絵里 (武蔵野市高齢者支援課相談支援係地域包括支援センター 主査)
	北村 世都 (日本大学文理学部心理学科 教授)
	篠田 浩 (大垣市 福祉部高齢介護課長)
	中澤 伸 (社会福祉法人川崎聖風福祉会 事業推進部長)
	花俣 ふみ代(公益社団法人認知症の人と家族の会 副代表理事)
	濱田 和則 (一般社団法人日本介護支援専門員協会 副会長)
	福井 小紀子(大阪大学大学院 医学系研究科保健学専攻 教授)

(敬称略、50音順)

#### 【オブザーバー】

厚生労働省 障害保健福祉部 施設管理室長 遠藤 征也  
 厚生労働省 老健局 振興課 課長補佐 川部 勝一  
 厚生労働省 老健局 振興課 人材研修係長 増田 岳史  
 厚生労働省 老健局 振興課 人材研修係 岡田 愛  
 厚生労働省 老健局 振興課 人材研修係 杉浦 康友

#### 【事務局】

エム・アール・アイ リサーチアソシエーツ株式会社 サステナビリティ事業部

図表 1-2 委員会の開催日時と主な議題

回	日時	主な議題
第1回	平成31年3月14日(木) 17時30分～20時00分	今後のケアマネジメントやケアマネジャーの在り方について

### 1.3. 実施概要

#### 1.3.1. ケアマネジメントに関する介護保険制度の改定経緯の整理

地域共生社会におけるケアマネジャーやケアマネジメントの在り方を検討するにあたり、これまでに抽出されてきた課題およびそれらの課題に対する制度面における対応策について、平成21年度から平成30年度に至る制度改定の経緯等を時系列で整理した。

#### 1.3.2. ケアマネジメントに関するこれまでの老健事業の研究結果の整理

ケアマネジャーやケアマネジメントの在り方については、これまでの老人保健健康増進等事業（老健事業）や介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（改定検証）において、様々な検討がなされている。それらの調査研究を類型化し、目的や結果の概要をまとめるとともに、今後の課題として提言されている内容について整理した。

#### 1.3.3. 地域共生社会の考え方の整理

平成29年6月に公布された改正社会福祉法における地域共生社会の考え方について整理し、今後の地域共生社会の実現を見据えてケアマネジメントの在り方を考える上での要点をまとめた。

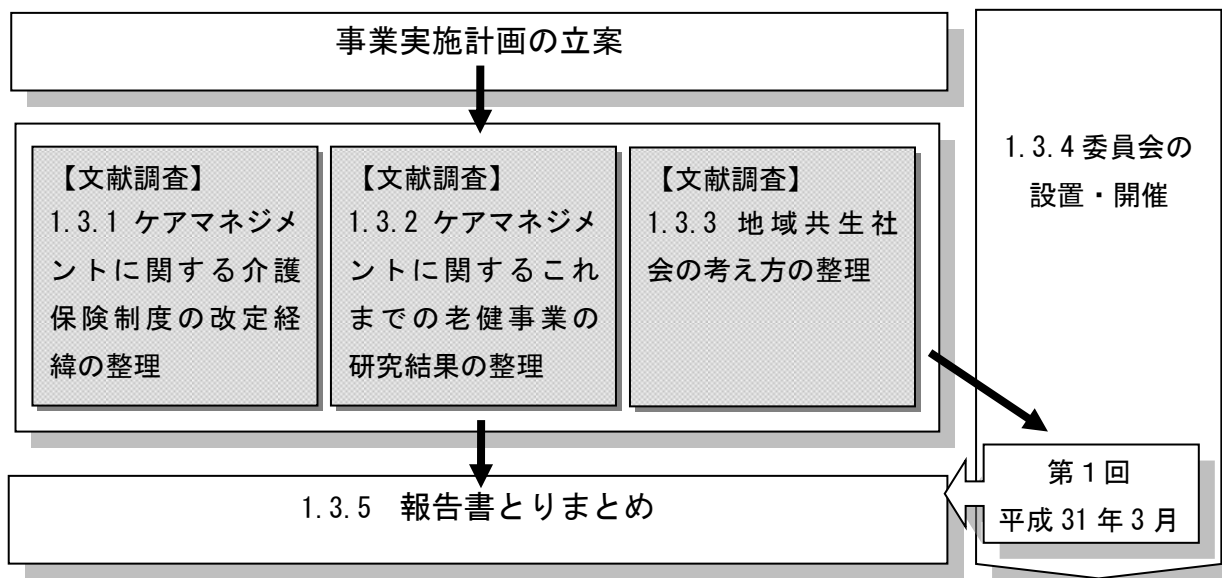
#### 1.3.4. 有識者による検討から得られた知見と課題の整理

上記1.3.1~1.3.3にて整理した内容を基に、地域共生社会の実現等を見据えたケアマネジメントやケアマネジャーの在り方について、ケアマネジメント、医療・看護、利用者、行政等について知見を有する学識研究者、及び実務者により構成する有識者により構成された委員会にて課題およびその対応策について議論した。

#### 1.3.5. 報告書の作成

本事業における実施内容について報告書にとりまとめた。

図表 1-3 事業の実施フロー



## 2. ケアマネジメントに関する介護保険制度の改定経緯の整理

### 2.1. 実施概要・目的

ケアマネジメント及びケアマネジャーを取り巻く課題に対して、介護保険制度における配置基準や指定基準、介護報酬算定単位の見直し、具体的な取り組み施策の追加等、制度改正や介護報酬改定の際に解決のための対策が講じられてきた。

地域共生社会におけるケアマネジャーやケアマネジメントの在り方を検討するにあたり、これまでに抽出されてきた課題と、それらの課題に対する制度面における対応策について、今後の制度改正等を見据えた検討の基礎資料として活用することを目的とし、平成 21 年度から平成 30 年度に至る制度改定等の内容を時系列で整理した。

### 2.2. 平成 21 年度から平成 30 年度に至る制度改定の概要

以降で示す 2.3.介護報酬改定の審議報告で挙げたケアマネジメントに係る課題と改定の概観、2.4.ケアマネジメントに係る介護報酬の推移を基に 2.2.1.にて制度改定の総論及び 2.2.2.にて介護保険制度の改定における今後の課題についてまとめた。

#### 2.2.1. 制度改定の総論

介護報酬改定は平成 15 年度、18 年度と 2 回連続してマイナス改定であったが、平成 21 年度介護報酬改定は、その年に「介護従事者等の人材確保のための介護従事者の処遇改善に関する法律」が成立したこと等を受け、6 年ぶりのプラス改定（介護報酬改定率 3.0%）であった。

平成 21 年度介護報酬改定に関する審議報告では、全体として、介護が必要な人の尊厳を保持し、能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう支援する、という介護保険制度の基本理念を目指しつつ、介護従事者の処遇改善に資するものとなること、ひいては利用者が質の高いサービスを安心して安定的に利用できるようにすることが大きな論点となっていた。あわせてケアマネジメントについては、事業所の経営の改善、ケアマネジメントの質の向上や独立性・中立性の向上を推進するとともに、医療と介護の連携の推進・強化、特に支援を要する者への対応等を評価する観点から見直しが提起され、具体的には以下の点が指摘されていた。

- ✓ 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ての件数に適用される現在の逡減制について、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に見直すとともに、事業所の独立性・中立性を高める観点から、特定事業所加算について、実態に即して段階的に評価する仕組みに見直す。
- ✓ 医療と介護の連携の強化・推進を図る観点から、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際の評価を導入する。

- ✓ ケアマネジメントを行うに際し、特に労力を要する認知症高齢者や独居高齢者等に対する支援等について評価を行う。
- ✓ 介護予防支援については、介護予防支援事業所のケアマネジメントに係る業務の労力の実態などを踏まえた評価を行う。
- ✓ 介護保険施設等に配置されている介護支援専門員の役割及び評価等の在り方について、引き続き検討を行う。

上記の審議報告を踏まえ、平成 21 年度介護報酬改定においては、居宅介護支援事業所の経営改善に資する居宅介護支援費の設定が行われるとともに、医療連携加算や退院・退所加算が創設された。

平成 21 年度介護報酬改定以降も、「公正中立なケアマネジメントの確保」「医療と介護の連携強化」「質の高いケアマネジメントの推進」といった 3 つの論点を中心として、以下のような議論と改定が行われてきている。

図表 2-1 平成 21～24 年介護報酬改定における主な指摘事項と対応状況

主な指摘事項	介護報酬改定対応年度		
	平成 24 年度	平成 27 年度	平成 30 年度
A ケアマネジメントの質の向上			
・ ケアマネジメントのあり方と質の向上	●		
・ 介護予防支援のあり方		●	
・ ケアマネジメントの質の評価	●		
・ 居宅介護支援事業所における質の管理			
B ケアマネジャーの役割と資質向上・育成			
・ 介護支援専門員に係る研修制度の見直し			●
・ 主任介護支援専門員の位置づけ			
・ 施設におけるケアマネジメントのあり方	●		
・ 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護におけるケアマネジメントのあり方			
C 医療連携・多職種連携			
・ 医療と介護の連携	●		
・ がん末期の利用者に関する連携			
・ 多職種連携			
D 保険者の役割と機能強化			
・ 地域ケア会議のあり方			
・ 指定権限の委譲			



主な指摘事項	介護報酬改定対応年度		
	平成24年度	平成27年度	平成30年度
・ 保険者によるケアプラン点検			
E その他			
・ セルフケアプランの活用			

※上記の●は介護報酬改定で対応が行われた年度  
 ※灰色の行は主な指摘事項として挙がっていない項目

図表 2-2 平成24～27年介護報酬改定における主な指摘事項と対応状況

主な指摘事項	介護報酬改定対応年度		
	平成24年度	平成27年度	平成30年度
A ケアマネジメントの質の向上			
・ ケアマネジメントのあり方と質の向上		●	
・ 介護予防支援のあり方		●	
・ ケアマネジメントの質の評価		●	
・ 居宅介護支援事業所における質の管理			
B ケアマネジャーの役割と資質向上・育成			
・ 介護支援専門員に係る研修制度の見直し			●
・ 主任介護支援専門員の位置づけ		●	
・ 施設におけるケアマネジメントのあり方		●	
・ 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護におけるケアマネジメントのあり方			
C 医療連携・多職種連携			
・ 医療と介護の連携			●
・ がん末期の利用者に関する連携			
・ 多職種連携		●	
D 保険者の役割と機能強化			
・ 地域ケア会議のあり方		●	
・ 指定権限の委譲			●
・ 保険者によるケアプラン点検			
E その他			
・ セルフケアプランの活用			

※上記の●は介護報酬改定で対応が行われた年度  
 ※灰色の行は主な指摘事項として挙がっていない項目

図表 2-3 平成 27～30 年介護報酬改定における主な指摘事項と対応状況

主な指摘事項	介護報酬改定対応年度		
	平成 24 年度	平成 27 年度	平成 30 年度
A ケアマネジメントの質の向上			
・ ケアマネジメントのあり方と質の向上			●
・ 介護予防支援のあり方			
・ ケアマネジメントの質の評価			●
・ 居宅介護支援事業所における質の管理			
B ケアマネジャーの役割と資質向上・育成			
・ 介護支援専門員に係る研修制度の見直し			
・ 主任介護支援専門員の位置づけ			
・ 施設におけるケアマネジメントのあり方			
・ 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護におけるケアマネジメントのあり方			
C 医療連携・多職種連携			
・ 医療と介護の連携			●
・ がん末期の利用者に関する連携			●
・ 多職種連携			●
D 保険者の役割と機能強化			
・ 地域ケア会議のあり方			
・ 指定権限の委譲			●
・ 保険者によるケアプラン点検			●
E その他			
・ セルフケアプランの活用			

※上記の●は介護報酬改定で対応が行われた年度

※灰色の行は主な指摘事項として挙がっていない項目

## 2.2.2. 介護保険制度の改定における今後の課題

上記 2.2.1 で見たように、その時々で指摘される論点に対しては、概ね次期または次次期の介護報酬改定で対応されている。

今後、介護報酬改定で取り組んでいくべき課題としては、引き続き「公正中立なケアマネジメントの確保」「医療と介護の連携強化」「質の高いケアマネジメントの推進」の 3 つの論点を、時代時代の要請に合わせる形で介護報酬に反映させていくことが求められることは勿論であるが、未解決の以下の点についても検討を行っていく必要があるのではないかと考えられる。

- ✓ 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供量拡大、機能強化、効率化を図る観点からケアマネジメントの在り方を構築するための施策の検討。
- ✓ 小規模な居宅介護支援事業所をはじめとする居宅介護支援事業所全体の運営の改善の方向性を確立するための施策の検討。
- ✓ ICT の導入等をはじめとして、様々なツールを活用した、居宅介護支援事業所の業務効率化（生産性向上）を促進していくための施策の検討。

## 2.3. 介護報酬改定の審議報告で挙げたケアマネジメントに係る課題と改定の概観

介護報酬改定の最終的なとりまとめとして、審議報告が公表されている。本節では、平成 21 年度から平成 30 年度までの計 4 時点（平成 21、24、27、30 年度）の審議報告からわかるケアマネジメントに係る課題と改定内容について、一つの図として整理し、各項目がどの時期に指摘され、どの時点の介護報酬改定にどのような形で反映されたのかについても、あわせて図示した（図表 2-5 参照）。細い矢印は、課題として挙げた次期と改定との関連を示し、太い矢印は、制度として施行されたことを示している。（詳細は「参考資料 1：介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）」参照）

なお、これまでにケアマネジメントに係る課題として指摘されてきた項目は大小含めて多岐にわたるが、図表 2-4 に示す分類で整理した。

時系列で見ると、段階を経るごとに（時期が新しくなるほどに）指摘事項も広範かつ詳細な内容となっており、また、「ケアマネジメントの質の向上に向けた取り組み」に関する指摘事項が最も多くなっていることがわかる（詳細は「参考資料 2：ケアマネジメントに係る課題の時系列推移」、「参考資料 3：期間別の主な意見（参考資料 2 の構成要素）」を参照。なお、参考資料 3 はそれぞれの時点における主な発言内容を時系列に整理したものであり、参考資料 2 と同様の内容である）。

図表 2-4 ケアマネジメントに係る課題の分類

大項目	中項目
A ケアマネジメントの質の向上	ケアマネジメントのあり方と質の向上
	介護予防支援のあり方
	ケアマネジメントの質の評価
	居宅介護支援事業所における質の管理
B ケアマネジャーの役割と資質向上・育成	介護支援専門員に係る研修制度の見直し
	主任介護支援専門員の位置づけ
	施設におけるケアマネジメントのあり方
	小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護におけるケアマネジメントのあり方
C 医療連携・多職種連携	医療と介護の連携
	がん末期の利用者に関する連携
	多職種連携
D 保険者の役割と機能強化	地域ケア会議のあり方
	指定権限の委譲
	保険者によるケアプラン点検
E その他	セルフケアプランの活用
	その他

図表 2-5 ケアマネジメントに係る課題と報酬改定の関連

課題		指摘時期			平成 24 年 介護報酬改定	平成 27 年 介護報酬改定	平成 30 年 介護報酬改定	
大項目	中項目	平成 24 年 介護報 酬前	平成 27 年 介護報 酬前	平成 30 年 介護報 酬前				
A ケアマネジメントの質の 向上	ケアマネジメントのあり方と質の向上	○	→	→	□ 自立支援型のケアマネジメントの推進（運営基準減算の見直し）	→	→	
				○	→	□ 認知症加算及び独居高齢者加算の基本報酬への包括化	→	→
					○		□ 契約時の説明等 □ 訪問回数の多い利用者への対応	
	介護予防支援のあり方	○	→	→	→			
				○	→	□ 介護予防支援に係る新総合事業の導入に伴う基本報酬の見直し	→	→
	ケアマネジメントの質の評価	○	→	→	→	□ 特定事業所加算の見直し	→	→
				○	→	□ 正当な理由のない特定の事業所への偏りに対する対応強化（特定事業所集中減算の見直し） □ （再掲）特定事業所加算の見直し	→	→
				○	→	□ 特定事業所加算の見直し □ （再掲）訪問回数の多い利用者への対応 □ 管理者要件の変更		
居宅介護支援事業所における質の管理			○	→	今後の介護報酬改定で対応？			
B ケアマネジャーの役割と資質向上・ 育成	介護支援専門員に係る研修制度の見直し	○	→	→	→	→	□ 地域における人材育成を行う事業者に対する評価	
	主任介護支援専門員の位置づけ		○	→	→	□ 特定事業所加算の見直し	→	

(つづく)

課題		指摘時期			平成 24 年 介護報酬改定	平成 27 年 介護報酬改定	平成 30 年 介護報酬改定
大項目	中項目	平成 24 年 介護報 酬前	平成 27 年 介護報 酬前	平成 30 年 介護報 酬前			
B ケアマネジャーの役割と資質向上・育成	施設におけるケアマネジメントのあり方	○	→		□ (再掲) 医療等との連携強化 (入院時情報連携加算、退院・退所加算の見直し、緊急時等居宅カンファレンス加算、複合型サービス事業所連携加算の新設)	→	
			○	→	□ 居宅介護支援事業所とサービス事業所の連携 (個別サービス計画の提出を求める)	→	
	小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護におけるケアマネジメントのあり方		○	○	→ 今後の介護報酬改定で対応?		
C 医療連携・多職種連携		○	→		□ 医療等との連携強化 (入院時情報連携加算、退院・退所加算の見直し、緊急時等居宅カンファレンス加算、複合型サービス事業所連携加算の新設)	→	
	医療と介護の連携		○	→			↓
				○	→		□ (再掲) 入院時情報連携加算の見直し □ (再掲) 退院・退所加算の見直し □ (再掲) 特定事業所加算の見直し
	がん末期の利用者に関する連携			○	→		□ 末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント
	多職種連携		○	→	□ 地域ケア会議における関係者間の情報共有 (地域ケア会議への協力)	→	
				○	→		□ 入院時情報連携加算の見直し □ 退院・退所加算の見直し
D 保険者の役割と機能強化	地域ケア会議のあり方		○	→	□ (再掲) 地域ケア会議における関係者間の情報共有 (地域ケア会議への協力)	→	
	指定権限の委譲		○	→			↓
				○	→		□ 指定権限の移譲
	保険者によるケアプラン点検			○	→		□ (再掲) 訪問回数の多い利用者への対応
E その他	セルフケアプランの活用	○			→ 今後の介護報酬改定で対応?		

## 2.4. ケアマネジメントに係る介護報酬の推移

前述の「2.3 介護報酬改定の審議報告で挙げたケアマネジメントに係る課題と改定の概観」では、指摘されてきた課題の項目と、介護報酬改定の対応の状況を一覧化した。

本節では、さらに具体的な介護報酬点数の推移について、指摘された課題に対する対応が関連付けられるように示すこととした。平成 21 年度介護報酬改定以降の報酬点数及び算定要件の推移を見ると、これまでに指摘されてきた課題項目への対応を進める中で、平成 21 年度時点の介護報酬体系と比較し、大幅に「メリハリ」のある報酬体系に発展していることが分かった。

図表 2-6 ケアマネジメントに係る介護報酬の推移

項目	平成 21 年度介護報酬改定 による単位数/月	平成 24 年介護報酬改定 による単位数/月	平成 27 年介護報酬改定 による単位数/月	平成 30 年介護報酬改定 による単位数/月
居宅介護支援費（Ⅰ） 要介護 1 又は要介護 2	1,000	1,000	1,042	1,053
居宅介護支援費（Ⅰ） 要介護 3、要介護 4 又は要介護 5	1,300	1,300	1,353	1,368
居宅介護支援費（Ⅱ） 要介護 1 又は要介護 2	500	500	521	527
居宅介護支援費（Ⅱ） 要介護 3、要介護 4 又は要介護 5	650	650	677	684
居宅介護支援費（Ⅲ） 要介護 1 又は要介護 2	300	300	313	316
居宅介護支援費（Ⅲ） 要介護 3、要介護 4 又は要介護 5	390	390	406	410
介護予防支援費	414	414	430 ・「介護予防・日常生活支援総合事業（以下「新総合事業」）の導入に伴い、介護予防サービス計画には、指定事業所より提供されるサービスと、多様な主体により多様なサービス形態で提供される新総合事業のサービスを位置づけることを踏まえ、基本報酬において適正に評価する	430 ・「介護予防・日常生活支援総合事業（以下「新総合事業」）の導入に伴い、介護予防サービス計画には、指定事業所より提供されるサービスと、多様な主体により多様なサービス形態で提供される新総合事業のサービスを位置づけることを踏まえ、基本報酬において適正に評価する
運営基準減算	・ 所定単位数に 70/100 を乗じた単位数 ・ 運営基準減算が 2 ヶ月以上継続している場合 →所定単位数に 50/100 を乗じた単位数	・ サービス担当者会議やモニタリングを適切に実施するため、運営基準減算について評価を見直し →所定単位数に 50/100 を乗じた単位数 ・ 運営基準減算が 2 ヶ月以上継続している場合 →所定単位数は算定しない	・ サービス担当者会議やモニタリングを適切に実施するため、運営基準減算について評価を見直し →所定単位数に 50/100 を乗じた単位数に ・ 運営基準減算が 2 ヶ月以上継続している場合 →所定単位数は算定しない	✓ 利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、「複数の事業所の紹介を求めることが可能であること」、「当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること」の説明を行わなかった場合
特定事業所集中減算	△200 ・ 正当な理由なく、特定の事業所の割合が 90%を超える場合 ・ 対象サービスは：訪問介護、通所介護、福祉用具貸与	△200 ・ 正当な理由なく、特定の事業所の割合が 90%を超える場合 ・ 対象サービスは：訪問介護、通所介護、福祉用具貸与	△200 ・ 正当な理由なく、特定の事業所の割合が 80%を超える場合 ・ 対象サービスの範囲については、限定を外す	△200 ・ 正当な理由なく、特定の事業所の割合が 80%を超える場合 ・ 対象サービスは：訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与
初回加算	300	300	300	300

(つづく)



項目	平成 21 年度介護報酬改定 による単位数/月	平成 24 年介護報酬改定 による単位数/月	平成 27 年介護報酬改定 による単位数/月	平成 30 年介護報酬改定 による単位数/月
特定事業所加算 (I)	500 ・ 常勤専従の主任介護支援専門員を 1 名以上配置 ・ 常勤専従の介護支援専門員を 3 名以上配置 ・ 中重度の利用者の占める割合が 50%以上	500 ✓ 常勤専従の主任介護支援専門員を 1 名以上配置 ✓ 常勤専従の介護支援専門員を 3 名以上配置 ✓ 中重度の利用者の占める割合が 50%以上	500 ・ 常勤専従の主任介護支援専門員を 2 名以上配置 ✓ 常勤専従の介護支援専門員を 3 名以上配置 ✓ 中重度の利用者の占める割合が 40%以上 ✓ 法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制の整備	500 ✓ 常勤専従の主任介護支援専門員を 2 名以上配置 ✓ 常勤専従の介護支援専門員を 3 名以上配置 ✓ 中重度の利用者の占める割合が 40%以上 ✓ 法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制の整備 ✓ 他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等の実施
特定事業所加算 (II)	300 ・ 常勤専従の主任介護支援専門員を 1 名以上配置 ・ 常勤専従の介護支援専門員を 2 名以上配置	300 ・ 常勤専従の主任介護支援専門員を 1 名以上配置 常勤専従の介護支援専門員を 2 名以上配置 ✓ 介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること ✓ 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること	400 ✓ 常勤専従の主任介護支援専門員を 1 名以上配置 ✓ 常勤専従の介護支援専門員を 3 名以上配置 ✓ 法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制の整備	400 ✓ 常勤専従の主任介護支援専門員を 1 名以上配置 ✓ 常勤専従の介護支援専門員を 3 名以上配置 ✓ 法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制の整備 ✓ 他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等の実施 ✓ 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等への参加
特定事業所加算 (III)			300 ✓ 常勤専従の主任介護支援専門員を 1 名以上配置 ✓ 常勤専従の介護支援専門員を 2 名以上配置 ✓ 法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制の整備	300 ✓ 常勤専従の主任介護支援専門員を 1 名以上配置 ✓ 常勤専従の介護支援専門員を 2 名以上配置 ✓ 法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制の整備 ✓ 他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会・研究会等の実施 ✓ 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等への参加
特定事業所加算 (IV)				125 ・ 特定事業所加算(I)~(III)のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間 35 回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間 5 回以上算定している事業所
医療連携加算	150	※入院時情報連携加算へ		
入院時情報連携加算 (I)		200 ・ 介護支援専門員が病院または診療所に訪問し、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合	200 ・ 入院後 7 日以内に医療機関を訪問して情報提供	200 ・ 入院後 3 日以内に情報提供 (提供方法は問わない)
入院時情報連携加算 (II)		100 ・ 介護支援専門員が病院または診療所に訪問する以外の方法により、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合	100 ・ 入院後 7 日以内に訪問以外の方法で情報提供	100 ・ 入院後 3 日以内に情報提供 (提供方法は問わない)

(つづく)

項目	平成 21 年度介護報酬改定 による単位数/月	平成 24 年介護報酬改定 による単位数/月	平成 27 年介護報酬改定 による単位数/月	平成 30 年介護報酬改定 による単位数/月
退院・退所加算		300 ・ 入院等期間中に 3 回まで算定することを可能とする	300 ・ 入院等期間中に 3 回まで算定することを可能とする	※退院・退所加算（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）へ
退院・退所加算（Ⅰ）				<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって医療機関等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。</li> </ul> ※（イ）はカンファレンス参加無し ※（ロ）はカンファレンス参加有り
退院・退所加算（Ⅱ）				<ul style="list-style-type: none"> <li>ただし、「連携 3 回」を算定できるのは、そのうち 1 回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行った上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に限る。</li> </ul> ※（イ）はカンファレンス参加無し ※（ロ）はカンファレンス参加有り
退院・退所加算（Ⅲ）				<ul style="list-style-type: none"> <li>※ 入院又は入所期間中につき 1 回を限度。また、初回加算との同時算定不可。</li> </ul> 900
認知症加算	150	150	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本報酬へ包括化（個人の心身の状況や家族の状況等に応じたケアマネジメントの提供は、介護支援専門員の基本業務であることを踏まえ）</li> </ul>	
独居高齢者加算	150	150	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本報酬へ包括化（個人の心身の状況や家族の状況等に応じたケアマネジメントの提供は、介護支援専門員の基本業務であることを踏まえ）</li> </ul>	
小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	300	300	300	300

項目	平成 21 年度介護報酬改定 による単位数/月	平成 24 年介護報酬改定 による単位数/月	平成 27 年介護報酬改定 による単位数/月	平成 30 年介護報酬改定 による単位数/月
複合型サービス事業所連携加算		300 ・ 利用者が複合型サービスの利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を複合型サービス事業所に提供し、居宅サービス計画の作成に協力した場合に評価を行う	300 ・ 利用者が複合型サービスの利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を複合型サービス事業所に提供し、居宅サービス計画の作成に協力した場合に評価を行う	300 ・ 利用者が複合型サービスの利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を複合型サービス事業所に提供し、居宅サービス計画の作成に協力した場合に評価を行う
緊急時等居宅カンファレンス加算		200 ・ 病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合 ・ 1 月に 2 回を限度として算定できる	200 ・ 病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合 ・ 1 月に 2 回を限度として算定できる	200 ・ 病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合 ・ 1 月に 2 回を限度として算定できる
看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算			300 ・ 利用者が指定看護小規模多機能居宅介護の利用を開始する際に、当該利用者にかかる必要な情報を当該事業所に提供し、居宅サービス計画の作成等に協力した場合	300 ・ 利用者が指定看護小規模多機能居宅介護の利用を開始する際に、当該利用者にかかる必要な情報を当該事業所に提供し、居宅サービス計画の作成等に協力した場合
ターミナルケアマネジメント加算				400 ✓ 対象利用者は、末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者（在宅訪問後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む） ✓ 24 時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備 ✓ 利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施 ✓ 訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供
居宅介護支援事業所とサービス事業所の連携			・ 居宅介護支援事業所と指定居宅サービス等の事業所の意識の共有を図る観点から、介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等の担当者から個別サービス計画の提出を求めることとする	・ 居宅介護支援事業所と指定居宅サービス等の事業所の意識の共有を図る観点から、介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等の担当者から個別サービス計画の提出を求めることとする
地域ケア会議における関係者間の情報共有			・ 今般の制度改正で介護保険法上に位置付けた地域ケア会議において、個別のケアマネジメントの事例の提供の求めたあった場合には、これに協力するよう努めることとする	・ 今般の制度改正で介護保険法上に位置付けた地域ケア会議において、個別のケアマネジメントの事例の提供の求めたあった場合には、これに協力するよう努めることとする

(つづく)

項目	平成 21 年度介護報酬改定 による単位数/月	平成 24 年介護報酬改定 による単位数/月	平成 27 年介護報酬改定 による単位数/月	平成 30 年介護報酬改定 による単位数/月
管理者要件の見直し				<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進するため、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。その際、3年間の経過措置期間を設けることとする</li> </ul>
訪問回数の多い利用者への対応（ケアプラン点検・検証）				<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする</li> <li>・ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じて、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す</li> </ul>
障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携				<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、ケアマネジャーと障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にする</li> </ul>

### 3. ケアマネジメントに関する老健事業の研究蓄積

#### 3.1. 実施概要・目的

ケアマネジャーやケアマネジメントの在り方については、これまでの老人保健健康増進等事業（老健事業）や介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（改定検証）において、社会情勢や利用者のニーズ変化なども含め、様々な検討がなされており、その調査研究結果については報告書としてまとめられ公表されている。

本事業では、公表されているケアマネジャーやケアマネジメントの在り方に関する調査研究結果の報告書を調査対象とし（3.4に一覧を示す）、それぞれの調査研究においてどのような目的で調査を行い、どのような結果が抽出され、対策や今後の検討事項として整理されてきたのかを確認した（3.5にそれぞれの調査研究の概要を示す）。その結果を踏まえ、今後、地域共生社会を推進していくうえで、求められるケアマネジャーやケアマネジメントの在り方を検討するための基礎資料としてとりまとめを行った。

なお、本章において「ケースマネジャー」「ケースマネジメント」との表記があるが、それぞれ「ケアマネジャー」「ケアマネジメント」と読み替えることとする。

## 3.2. これまでの研究の流れ

### (1) ケアマネジメントの在り方と質の向上

社会の変化や利用者・家族のニーズの変化等、様々な要件を踏まえて利用者個々に合わせたケアマネジメントの実施が求められている。介護保険制度のもと活動しているケアマネジャーであるが、病院から在宅への移行にあたって速やかに介護サービスを提供する、医療的措置が必要な要介護者の在宅での生活支援など、これまで以上に他機関・多職種との連携がケアマネジメントの質の向上には欠かせないものとなってきている。

平成 23 年度調査「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する調査研究事業」(No.1 : 3.4 の調査研究一覧における番号。以下、調査研究を番号で表記) では、ケアマネジメントの実態を調査し、今後の課題を抽出している。平成 27 年度調査 (No.5) では「ケアマネジメント・プロセスの手引き」の改定においても「入退院」の観点は含まれ、平成 28 年度調査 (No.6) では入院中から病院と連携を図れるよう好事例施設の事例を基に、具体的なプロセスや連携するためのツールを作成している。

また、医療ニーズを抱えている利用者へのケアマネジメントに不安や負担を感じているケアマネジャーも多い (平成 29 年度調査 (No.7)。そのようなケアマネジャーへの支援として、地域包括支援センターや地域支援事業における相談窓口の設置等が求められている。

上記だけでなく、在宅の利用者が住み慣れた地域で生活を続けていくには、介護保険サービスだけでなく保険外サービスの活用も含めた検討が必要になり、ケアマネジャーは地域の中で提供できる保険外サービスの情報も把握しておく必要がある。平成 29 年度調査 (No.11) では、保険外サービスの活用効果や留意点などを整理し「保険外サービス活用に向けたポイント集」としてケアマネジャー向けの冊子を作成している。

ケアマネジャーに求められている役割や知識は増加する一方である。平成 27 年度調査 (No.15) にてケアマネジャーのタイムスタディ調査が実施されており、ケアマネジャー 1 人あたりの 1 か月の労働時間や利用者 1 人に対する対応時間などの結果が示されており、特に医療ニーズを持つ利用者への対応時間は福祉ニーズのみの利用者よりも多くかかっていることがわかっている。

### (2) ケアマネジメントの質の評価

平成 23 年 12 月に出された社会保障審議会介護給付費分科会においてケアプランやケアマネジメントの評価・検証手法についての検討の必要が指摘されている。そこで平成 24 年度調査 (No.2) においてケアマネジメントの質を評価するための概念を明確にするため、文献調査、インタビュー調査 (介護支援専門員) を通じて、ケアマネジメントの質的評価を行うための評価軸を整理している。今後の課題として、評価の精度向上に向けたデータの蓄積、自己評価・第三者評価で活用も視野に入れた評価の様式も必要としている。

また、平成 25 年度調査 (No.4) では、保険者による評価の視点として武蔵野市、和光市による寄稿が掲載されている。

### (3) ケアマネジャーの資質向上

ケアマネジャーは介護保険制度の運用の要であり、利用者のニーズに沿った適切なケアプランの作成が求められている。ケアプランの作成については、利用者・家族へのアセスメントや課題の整理、援助の方針や目標設定など、ケアマネジャー個人の力量によるところが大きいと考えられている。ケアマネジャーの資質の向上は(1)ケアマネジメントの在り方と質の向上とも密接に関係しているところである。

平成23年度調査(No.1)では実際のケアプランの検証を実施しており、様式への記載方法の不備や情報不足等を課題と認識し、新様式「課題整理表」を作成している。この新様式を用いた研修会を全国で実施した(平成24年度調査(No.3))。研修会の中では様式の必要性、記載例と考え方を理解してもらい、様式の作成や模擬打合せなどの演習も行い参加者の理解と資質の向上を促している。

ケアマネジャーの資質の向上にあたっては日本ケアマネジメント学会が「ケアマネジメント・プロセスの手引き」を公表しているとともに、研修会への講師派遣を行っている。平成27年度調査(No.5)では手引きの改正が行われており、今後のケアマネジメントにおいて重要になる「入退院」「認知症」「看取り」「多職種連携」「障害から介護への移行」の5つの観点で実施されている。経験の浅いケアマネジャーの資質向上のみならず、講師となりうる人材の養成も行われている。

平成27年度調査(No.15)では、医療介護連携での業務実態を確認するとともに、看取りの実態を確認している。平成28年度調査(No.16)では、管理者に着目し、事業所の管理・運営の実態を確認している。

平成29年度調査(No.9)では、足元の課題として、ケアマネジャーが持つべき医療知識や、主任ケアマネジャーのスーパーバイザーとしての能力を高める研修の必要性等が挙げられている。中長期的な展望を見据えて、ケアマネジャーとして、地域共生社会におけるケアマネジャーの在り方や知識についての意見が挙げられている。

### (4) 研修・人材育成

上記(1)～(3)でも示した通り、ケアマネジメントの質の向上やケアマネジャーの資質向上等を目的に様式の見直しや研修会の開催などでケアマネジャーへの支援が行われている(平成24年度調査(No.3)、平成27年度調査(No.5))。

近年、医療介護連携、障害サービスと介護サービスが併給するケース、介護を行う家族に対する支援など様々な役割が期待されるようになってきている。平成29年度調査(No.9)では、現時点の課題への解決策(研修内容の見直し、報酬体系の見直し等)および中長期的な視点で地域共生社会におけるケアマネジメント、ケアマネジャーの在り方やケアマネジャーの育成、資格要件について検討することも必要としている。

### (5) 医療連携・多職種連携

地域共生社会を推進していくうえで多職種連携は重要な取り組みである。

退院時にスムーズに在宅へ移行できるようにするには医療と介護の連携は不可欠である。平成28年度調査(No.6)では、入院から退院までの工程を整理し、各種様式を検討している。平成29年度調査(No.7)では、医療ニーズの高い要介護者について、看護職員から助

言を得る仕組みを検討している。

医療と介護の連携のさらなる促進を目指し、平成 29 年度調査 (No.12) ではモデル事業として医療機関と居宅介護支援事業所等による効果的・効率的な連携に向けた課題の抽出および実施の対応フローや使用した様式などを整理・まとめている。

また、近年では障害福祉サービスの給付を受けていた方が高齢となり、介護保険サービスを併給するケースも見受けられ、障害福祉サービスに関わる相談支援専門員との情報共有や連携が必要になっている。これは地域包括ケアシステムの構築を推進する自治体による支援も期待されているところである (平成 29 年度調査 (No.8))。

#### (6) 地域包括ケアシステムの構築

地域包括ケアシステムの構築を促進させるためには、上記 (1) ~ (5) のいずれの取り組みも重要である。

地域包括ケアシステムの中で、ケアマネジャーを取り巻く多職種との役割を明確にし、保険者や地域包括支援センター主導のもと、効果的・効率的な利用者支援の継続が望まれる (平成 29 年度調査 (No.9))。地域包括システム構築・充実に向けて保険外サービスの活用が重要であり、平成 29 年度調査 (No.13) では、保険外サービスに対する支援の在り方、平成 29 年度調査 (No.14) では、保険者での普及促進に関して検討されている。

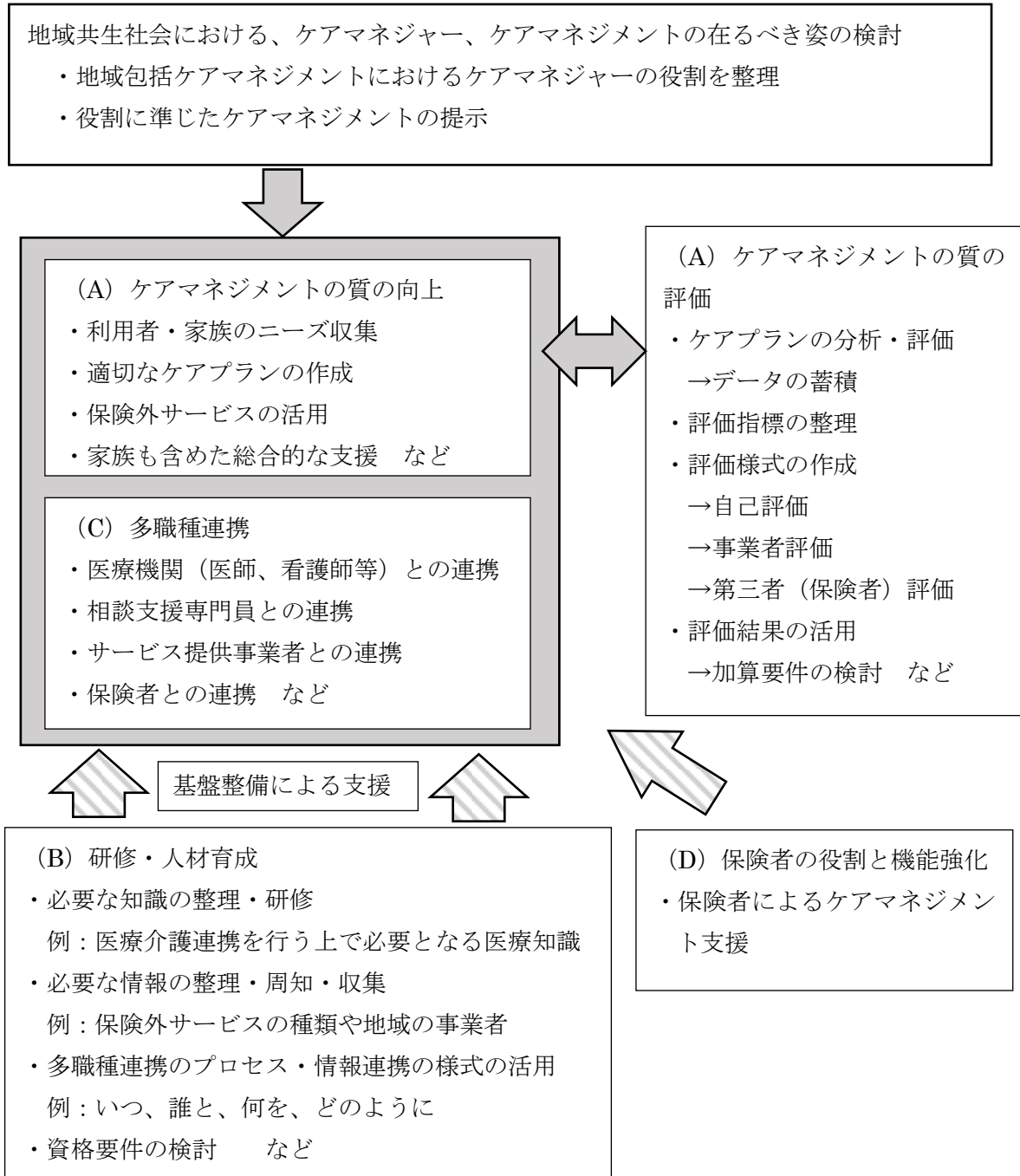


### 3.3. 今後の課題

地域共生社会を推進していくうえで、求められるケアマネジャーやケアマネジメントの在り方について、これまでの老健事業の研究結果から更なる検討が必要とされている事項を以下のとおり整理した。

(注) 図表内の (A) ~ (D) は2章の分類に対応している。

図表 3-1 検討すべき項目



### 3.4. 調査対象とした調査研究一覧

No.	年度	団体名	事業名
1	H23	株式会社日本総合研究所	介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する調査研究事業
2	H24	株式会社日本総合研究所	ケアマネジメントの質的評価のあり方に関する調査研究事業
3	H24	株式会社日本総合研究所	ケアマネジメント詳細検討結果に基づく新様式（案）等の活用に関する実証事業
4	H25	株式会社日本能率協会総合研究所	介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業
5	H27	一般社団法人日本ケアマネジメント学会	ケアマネジメントの効果的運用に関する調査研究事業
6	H28	株式会社日本能率協会総合研究所	ケアマネジャー等を活用した退院支援のモデル構築に関する調査研究事業
7	H29	公益財団法人日本訪問看護財団	医療ニーズを有する利用者に対応する介護支援専門員への看護に関連する療養上の相談支援のあり方に関する調査研究事業
8	H29	株式会社三菱総合研究所	相談支援専門員と介護支援専門員との連携のあり方に関する調査研究事業
9	H29	エム・アール・アイリサーチアソシエイツ株式会社	ケアマネジャーの資質の向上のための方策等に関する調査研究事業
10	H29	株式会社日本総合研究所	適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業
11	H29	株式会社日本総合研究所	ケアマネジメントにおける自助（保険外サービス）の活用・促進に関する調査研究事業
12	H29	公益社団法人 全日本病院協会	入退院時におけるケアマネジャーと病院等職員との多職種協働のあり方に関する調査研究事業
13	H29	株式会社日本総合研究所	地域包括ケアシステムの構築に向けた公的介護保険外サービスの質の向上を図るための支援のあり方に関する調査研究事業
14	H29	株式会社日本総合研究所	地域包括ケアシステムの構築に向けた公的介護保険外サービスの普及促進に関する調査研究事業
15	H27	株式会社三菱総合研究所	（５）居宅介護支援事業所および介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業
16	H28	エム・アール・アイリサーチアソシエイツ株式会社	（５）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

●：主なテーマ ○：主なテーマに次ぐテーマ（テーマ内と文献内で位置づけを整理）

No.	研究テーマ（A~Eの分類は2章と対応している）						
	A ケアマネ ジメン トの質 の向上	A ケアマネ ジメン トの質 の評価	B ケアマネ ジャー の資質 向上	B 研修・人 材育成	C 多職種 連携	D 地域包 括ケア システ ム	E 様式・ ツールの 検討
1	●		○				●
2		●					●
3			○	●			●
4		●			○	○	
5	●		○	●			
6	○				●		●
7	○				●		
8				○	●	○	
9	○		●	●	○	○	
10	○						●
11	●		○				
12					●	○	
13						●	
14	○					●	
15	○		●	○	○	○	
16	○		●		○	○	

### 3.5. 各調査研究の概要

No.1	分類： ケアマネジャーの資質向上／ケアマネジメントの質の向上
平成 23 年度	様式・ツールの検討
テ ー マ 名	介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する調査研究事業
事 業 名	介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する調査研究事業
団 体 名	株式会社日本総合研究所
報告書掲載 URL	<p>【基礎調査報告書】</p> <p><a href="https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/company/release/2012/120509/jri_120509-2.pdf">https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/company/release/2012/120509/jri_120509-2.pdf</a></p> <p>【ケアプラン詳細分析結果報告書】</p> <p><a href="http://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/company/release/2012/120509/jri_120509-1.pdf">http://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/company/release/2012/120509/jri_120509-1.pdf</a></p>

#### 1. 背景

ケアマネジメントの在り方を検討する前提として、現在どのようなケアプランが作成されているか、それが介護保険制度の趣旨及び利用者本位の視点に照らして妥当なものなのか、ケアマネジャーの資質等とケアプランがどのように関係しているか等の実態を把握する必要がある。レセプトデータだけでは把握できる項目に限界があり、またケアマネジャーの資質との関係性を把握することが難しいため、分析・評価可能な基礎データを収集する必要がある。

#### 2. 実施内容

介護支援専門員が担っているケアマネジメントの実態把握を行い、その結果について以下の事業内容を通じて、分析・評価、課題の抽出、その課題解決に向けた提言がまとめられている。

##### 【事業内容】

- ・ ケアマネジメントの実態把握  
郵送によるアンケート調査による実態把握（結果は基礎調査報告書に掲載）、介護サービス計画（ケアプラン）の写しも回収している。
- ・ 詳細検討の対象事例の抽出  
アンケート調査結果と介護サービス計画書（ケアプラン）写しを突合し、詳細検討のための対象事例（無作為抽出方により 70 件）を抽出している。
- ・ アドバイザーによる分析・評価（4 回）  
有識者（13 名）をアドバイザー会合メンバーとし、分析・評価を実施するための視点を整理したうえで、抽出した対象事例 70 件について具体的な分析・評価を行い、その結果をとりまとめ、今後の展開についても検討している。

- ・ 実態調査結果の再集計と検討結果のとりまとめ  
上記、アドバイザーによる分析・評価の視点に基づき、実態調査結果を再集計している。

### アンケート調査概要【基礎調査 報告書】

調査目的	レセプトデータだけでは把握できないケアマネジメントの質とケアマネジャーの資質を比較・分析するための基礎データを収集することを目的とし、現在どのようなケアプランが作成されているのか、そのケアプランが妥当なものか、ケアマネジャーの資質とケアプランがどのように関係しているのか等の実態を把握する。
調査対象	1 事業所あたり、管理者票 1 名、介護支援専門員票 3 名を対象とし、介護支援専門相談員調査票には 1 名につき 3 件のケアプラン調査を含む。 配布数：10,028 事業所（平成 23 年 1 月時点で WAM-NET に掲載された事業所のうち約 25%を抽出） うち、指定居宅介護支援事業所 8,927 か所 指定介護予防支援事業所 1,101 か所 有効回収数： 管理者票 1,864 件（18.6%） 介護支援専門員票 3,284 件（10.9%） 個別ケース票 8,425 件（9.3%）
調査時期	平成 23 年 3 月 22 日～3 月 31 日締切（5 月 6 日到着分まで集計）
調査方法	郵送配布・郵送回収

### 3. 調査結果

ケアマネジメントの実態と評価結果を整理し、今後取り組むべき課題を抽出しまとめられている。

#### ➤ ケアマネジメントの実態と評価結果

- ・ 利用者・家族等の状況の把握（家族の誰の意向かが不明確、通院・服薬状況の把握が不十分、日常生活のスケジュールが記載されていない）
- ・ 課題の整理と優先順位づけ（課題整理と解決の優先順位が不十分、要介護となった原因疾患をケアプランに記載できていない、医療ニーズへの課題の整理が不足、「～したい」との記述方法にとらわれている）
- ・ 援助の方針と具体的な目標の設定（評価できる程度までの具体的な短期目標設定がされていない）
- ・ 課題と目標に応じたサービスの位置づけ（状態像に応じたサービスの整理が不十分、週単位以外のサービスの記載が不十分）

#### ➤ 今後取り組むべき課題

- ・ ケアプランの作成に関する課題（様式への記載方法が定着していない、利用者の状態像に応じた参考となるケアプランの情報が不足、課題の整理の根拠となった情報の記録方法が定まっていない、記述方法にとらわれ課題分析が不十分）
- ・ 情報収集とアセスメントに関する課題（情報収集が不十分、主治医からの情報収集が不十分、情報の分析と課題解決の優先順位付けが不十分、短期目標が曖昧）
- ・ 個別サービスに関する課題（サービス内容とその結果が把握しにくい、サービスの充足度の検証が必要）
- ・ ケアマネジメントの検証方法に関する課題（介護支援専門員の負担が小さい検証方法の構築）

➤ 課題解決に向けた提言

- ・ 研修等によるケアプランの記載方法の定着促進（参考記載例の発信、地域包括支援センターの相談支援機能の強化、事業所における主任介護支援専門員による指導、研修における演習・実習の強化）
- ・ ケアプラン様式の見直し（利用者・家族等の状況・要因等を記録する様式の追加、記述方法の見直し、介護予防計画との様式統一の検討）
- ・ ケアプランの運用方法の見直し（利用者本位による短期間のケアプランの活用促進、利用者及び家族にわかりやすい要約版プランの活用、ケアプランの取り扱いの見直し）
- ・ 情報収集とアセスメントをより確実にするためのルール化（主治医意見書提出の明確化、地域ケア会議開催の促進および多職種の参加）
- ・ ケアプラン点検の拡充（行政職を対象とした研修の充実、専門職の同席、加算事業所の個別点検）
- ・ ケアプランと個別サービス計画との連携強化（ケアプランの理解促進と個別サービスの検証、個別サービスの計画書の記載事項の見直しとサービス担当者会議の充実）

➤ ケアプラン検証を通じて明らかになった課題を解決するための新様式（案）

- ・ 課題のうち、アセスメントとケアプランの評価・見直しに関する課題を解決するために新様式を検討

第1表	総括表
第2表	課題整理表（仮称）【新規】⇒（No.3にて活用に関する実証事業実施）
第3表	サービス計画表
第4表	週間サービス計画表
第5表	モニタリング表【新規】
第6表	サービス担当者会議の要点
第7表	支援経過表

No.2	分類： ケアマネジメントの質の評価／様式・ツールの検討
平成 24 年度	
テーマ名	介護支援専門員の資質向上とケアマネジメントのあり方に関する調査・研究事業
事業名	ケアマネジメントの質的評価のあり方に関する調査研究事業
団体名	株式会社日本総合研究所
報告書掲載 URL	<a href="https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/6814.pdf">https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/6814.pdf</a>

## 1. 背景

質の高い介護保険サービスの提供において質の高いケアマネジメントの重要性とされているが、質の評価手法が確立されていない。また、平成 23 年 12 月に出された社会保障審議会介護給付費分科会でも「利用者の適切なアセスメントの実施不足、サービス担当者会議における多職種協働の機能不足、医療関係職種との連携不足」として、ケアプランやケアマネジメントの評価・検証手法についての検討の必要性が指摘されている。

## 2. 実施内容

質の高いケアマネジメントの提供のためには、ケアマネジメントの質の概念を整理した上で、評価手法の確立に向けた検討が必要であるとして、以下の事業内容を通じてケアマネジメントの質的評価を検討するための基本的な枠組み（ケアマネジメントの質的評価モデル素案）を取りまとめている。

### 【事業内容】

- ・ ケアマネジメントの質的評価に関する文献検討（8 文献）
- ・ ケアマネジメントの質の構成概念に関するインタビュー調査（介護支援専門員 9 名）
- ・ ケアマネジメントの質的評価モデル（素案）の作成及び評価項目の検討
- ・ 検討委員会の開催（計 4 回）

### インタビュー調査概要

調査目的	文献検討に基づいたケアマネジメントの質の構成概念を抽出し、ケアマネジメントのプロセス評価項目についての考え方について整理した
調査対象	介護支援専門員（9 名）
調査時期	2013 年 1 月～3 月、
調査方法	インタビューによる聞き取り 所要時間：1 人あたり 1 時間～1 時間半

### 3. 調査結果

調査結果として、下記等を記載している。

- ケアマネジメントの質的評価に関する文献調査
  - ・ 先行研究の結果では質的評価の指標として「構造（ストラクチャー）」「経過（プロセス）」「結果（アウトカム）」が示されており、個々の調査評価指標の検討は実施されているが、総合的に評価するための検討がない。
  - ・ 上記を踏まえ、「構造（ストラクチャー）」「経過（プロセス）」「結果（アウトカム）」を総合的に評価するために「ケアマネジメントの質的評価を考えるための全体フレームワーク」を作成。
  
- ケアマネジメントの質の構成概念に関するインタビュー調査
  - ・ 上記「ケアマネジメントの質的評価を考えるための全体フレームワーク」の中で、介護支援専門員における「構造（ストラクチャー）」「経過（プロセス）」について、インタビュー調査の結果を基に「介護支援専門員の資質・能力の視点を踏まえたケアマネジメントプロセス評価項目」を検討。
  
- ケアマネジメントの質的評価を行うための評価軸の整理
  - ・ 文献調査、インタビュー調査を踏まえ、実際に評価を行う際の評価軸の整理を実施。
  
- 今後の課題
  - ・ 評価の精度向上に向けたデータの蓄積および検証が必要。
  - ・ プロセス評価以外の項目の検討が不足（考え方のみを整理）。
  - ・ 事業所における自己評価、第三者評価での活用を視野にいれた様式が必要。



No.3	分類： ケアマネジメントの資質向上／多職種連携／研修・人材育成
平成 24 年度	様式・ツールの検討
テーマ名	介護支援専門員の資質向上とケアマネジメントのあり方に関する調査・研究事業
事業名	ケアマネジメント詳細検討結果に基づく新様式（案）等の活用に関する実証事業
団体名	株式会社日本総合研究所
報告書掲載 URL	<a href="https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/6815.pdf">https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/6815.pdf</a>

## 1. 背景

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在り方に関する調査研究事業」（No. 1）では、介護支援専門員が実施しているアセスメントの思考過程の可視化に寄与する様式として「課題整理表（仮称）」を提案しており、この課題整理表（仮称）の具体的な活用方法の実証が必要とされていた。

## 2. 実施内容

課題整理表（仮称）の活用方法の実証に向け、同表の活用方法に関する活用方法の研修会を企画・開催し、研修テキスト、カリキュラム等の妥当性の評価および、同表を活用するための課題について整理している。

### 【事業内容】

- ・研修テキスト作成  
中央研修講師の助言を踏まえ、課題整理表（仮称）および評価表の記載方法に関する研修テキストを作成した。テキストは、全てのブロック研修で共通して使用した。中央研修カリキュラム（ブロック講師の養成）、ブロック研修カリキュラム（介護支援専門員向け）を検討。テキストは両研修共通。
- ・実証に向けたブロック研修講師の養成（中央研修）  
全国6ブロックのブロック指導者（計17名）を選定し、中央研修を実施した。課題整理表（仮称）および評価表の活用に関する研修と、各講師によるブロック研修の進め方の指導、質疑応答を実施した。
- ・実証に向けた課題整理表（仮称）等の活用研修（ブロック研修）  
中央研修を受講した講師が説明役となり、全国6ブロックで計11回の研修会を開催した（参加合計：132事業所、274名）。

## 研修概要

種類	項目	実施概要
中央研修	実施日	平成 24 年 9 月 1～2 日
	カリキュラム	<p>&lt; 第 1 日 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護専門支援専門員の資質向上と今後のあり方及び自立支援に向けたケアマネジメントについて（厚生労働省）</li> <li>本実証事業の目的と進め方について（事務局）</li> <li>実証に用いる課題整理表（仮称）の作成経緯と記入方法について（事務局）</li> <li>課題整理表（仮称）の記載例と考え方について（講師）</li> <li>課題整理表（仮称）の作成演習、質疑応答（講師）</li> </ul> <p>&lt; 第 2 日 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>サービス担当者会議（模擬カンファレンス）（各班）</li> <li>課題整理表（仮称）に関する意見交換（各班）</li> <li>全体を通じたの質疑、意見交換（講師）</li> </ul>
	参加者	ブロック講師 17 名、中央研修講師 2 名、日本介護支援専門員協会、厚生労働省老健局振興課
ブロック研修	実施日	北海道・東北：9/29（青森市）、10/28（札幌市） 関東：10/8（都内）、10/14（都内） 中部・北陸：10/6（金沢市）、10/19（刈谷市） 近畿：9/30（大阪府） 中国・四国：9/14（広島市）、9/19（広島市） 九州・沖縄：9/16（飯塚市）、9/20（福岡市）
	カリキュラム	<ul style="list-style-type: none"> <li>自立支援ケアマネジメントと実証に用いる課題整理表（仮称）の記入方法について（事務局、講師）</li> <li>課題整理表（仮称）の作成演習（個人ワーク）（講師）</li> <li>課題整理表（仮称）の作成演習（グループワーク）（講師）</li> <li>多職種及び個別サービス担当者との模擬打合せ（講師、各班）</li> <li>全体を通じたの質疑、意見交換（講師、事務局）</li> </ul>
	参加者	北海道・東北：54 名 関東：66 名 中部・北陸：38 名 近畿：37 名 中国・四国：46 名 九州・沖縄：40 名

### 3. 実施結果

事業の評価ならびに調査結果として下記等を記載している。

#### 【事業の評価】

- カリキュラムならびにテキストの妥当性
  - ・ 「課題整理表（仮称）」の活用の納得感が得られた。
  - ・ 地域包括ケアの実現のため、多職種連携が必要であり共通の様式が必要かつ有効であることの理解が得られた。
  - ・ 研修で使用した書式を前提とすれば、研修テキストの妥当性が確認できた。ブロック研修参加者の大半が演習を円滑に進めることができていることから、説明に用いた研修テキストが妥当であったと評価できる。
  - ・ 介護支援専門員の資質向上のため、地域のリーダーが研修講師を務めたことによる人材育成が進んだ。
  
- 今後の課題
  - ・ 「課題整理表（仮称）」の記載例不足（研修では2例提示にとどまる）。
  - ・ 演習用事例の情報不足→情報不足により演習が止まる受講者が発生。
  - ・ 演習時間不足。
  - ・ 業務経験年数が短く、情報の収集と分析に十分習熟していない受講者に対しては、アセスメントに関する振り返り学習を含め、演習の時間を多く取る必要がある。
  - ・ 研修テキストでは記載例（事例）として2例を掲載したが、今後の実証的活用の結果を踏まえつつ、より多くの記載例をテキストに加筆する必要がある。

No. 4	分類： ケアマネジメントの質の評価／多職種連携／地域包括ケアシステム
平成 25 年度	
テーマ名	介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業
事業名	介護支援専門員及びケアマネジメントの質の評価に関する調査研究事業
団体名	株式会社日本能率協会総合研究所
報告書掲載 URL	<a href="http://jmar-im.com/healthcare/news/news201404_1-10.html">http://jmar-im.com/healthcare/news/news201404_1-10.html</a>

## 1. 背景

社会保障審議会介護給付費分科会審議会報告（平成 23 年 12 月 7 日）の居宅介護支援・介護予防支援において、「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」と指摘された。これを受け立ち上げられた「介護支援専門員の資質向上と今後の在り方検討会」は「議論の中間的な整理」（平成 25 年 1 月 7 日）の中でいくつかの検討課題を提示し、課題の見直しの視点として「介護支援専門員自身の資質の向上に係るもの」、「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」の 2 つを取り上げている。

本調査研究は、上記のうち前者を通じた課題解決の途を探るため、ケアマネジメントの質を評価する客観的な指標を開発するために、ケアマネジメントプロセスの明確化が必須の要件となるとの考えに拠っている。

## 2. 実施内容

介護支援専門員によるケアマネジメントの質を評価するにあたって具体的な業務内容、実施状況のなかで、サービス担当者会議に焦点を当て、今後の介護支援専門員におけるケアマネジメント機能の向上に資する基礎的資料を整理することを目的とし、以下の事業内容とともに、本調査で設置された委員およびワーキングメンバーの執筆とともに、今後のケアマネジメントの質の評価、多職種協働の考え方および職能団体、保険者からみた介護支援専門相談員の評価等についての課題や今後の在り方を提示している。

### 【事業内容】

- ・ 既存実態調査の分析
- ・ ワーキングの開催と調査票作成（委員会 2 回、ワーキング 3 回）
- ・ 介護支援専門員業務調査の実施

### アンケート調査概要

調査目的	ケアマネジメントサイクルにおけるサービス担当者会議に焦点をあて、現在の問題点を整理するとともに、ケアマネジメントの質および利用者の自立に資するために必要なケアマネジメントおよび介護支援専門員の役割について実態を把握する。
調査対象	発送数 計 23,926 件（介護支援専門相談員宛て） 日本介護支援専門員協会会員 15,899 名 （居宅介護支援事業所、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護） 厚生労働省の事業所一覧 3,707 件 （小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護、介護療養型医療施設） 回収数 4,701 票（回収率 17.0%） 有効回収数 2,878 票（有効回収率 12.0%）
調査時期	平成 25 年 11 月 13 日～12 月 19 日
調査方法	郵送による発送・FAX（フリーダイヤル）による回収

### 3. 調査結果

アンケート調査の結果を踏まえ、サービス担当者会議の今後の在り方について委員会で議論されている。論点は以下のとおり。

- よいケアプランが作成できるサービス担当者会議
  - ・よいケアプランを作成するために多職種が集い専門的な立場からアセスメントを行い、ケアの方向性について共有するため、会議の開催が義務づけられている。
  - ・調査結果から、重要な会議として位置づけられておらず形骸化していることがわかった。  
→サービス担当者会議の開催は義務であるが、会議の開催は必要かという意見あり。
  
- サービス担当者会議を行わなくても問題のないケース
  - ・義務であるサービス担当者会議の在り方を見直す場合は、国として「開催すべきケース」「開催の必要のないケース」を示す必要がある。  
→利用者の状態像別に本実態調査の結果を詳細に分析し、客観的な判断基準を提示する必要あり。
  
- サービス担当者会議における医師の関わり方
  - ・サービス担当者会議への必須参加は困難だが、書面での意見提示は可能。

- ・医師を含むサービス担当者会議の参加者との合意形成において、ケアマネジャーのスキル向上も必要。

その他、報告書への寄稿として委員個々の課題認識および介護支援専門員の今後の在り方等が掲載されている。掲載されているテーマおよび介護支援専門相談員に求められている内容は以下のとおり。

- 介護支援専門員によるケアマネジメント機能の評価の考え方（サービス担当者会議に着目して）
  - ・サービス担当者会議の機能、現状を整理したうえで、他職種協働を実現するために介護支援専門員が実施すべき事項を整理している。
  - ・介護支援専門員の評価においては多職種協働をマネジメントしていけるかが重要なポイントとしている。
- 介護支援専門員及びケアマネジメントにおける多職種協働の考え方
  - ・地域ケアシステムの構築において、介護支援専門員は他職種が地域の中で担っている役割・機能を学び、職種間の専門性をつなぐスキルが求められる。
  - ・個別支援だけでなく、地域に責任を持つ地域支援についても期待される。
- 介護支援専門員の保険者による評価の視点
  - ・武蔵野市におけるケアプラン指導研修事業および保険者としての評価の視点を紹介している。
  - ・今後、政策提言（市単独サービスへの提案）、地域包括ケアを推進することを目指した居宅サービス計画書の書式の見直しに関する国や保険者への提案を、介護支援専門員に期待するとしている。
- 保険者におけるケアマネジメントの質の評価の視点
  - ・和光市における介護支援専門員への多職種連携のための支援内容について紹介している。
  - ・地域包括ケアのあるべき姿とその必要性が記載されている。
- 介護支援専門員によるケアマネジメント機能とは
  - ・地域包括ケアシステムにおける介護支援専門員に求められるスキルや今後の育成、資質の標準化を今後の課題としている。

<b>No.5</b>	分類： ケアマネジャーの資質向上／ケアマネジメントの質の向上
<b>平成 27 年度</b>	研修・人材育成
テ ー マ 名	介護支援専門員のケアマネジメントプロセスに関する調査研究事業
事 業 名	ケアマネジメントの効果的運用に関する調査研究事業
団 体 名	一般社団法人日本ケアマネジメント学会
報告書掲載 URL	hthttps://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000136655.pdf

## 1. 背景

日本ケアマネジメント学会では、前年度（平成 26 年度）の調査において、自立支援の理念に基づいたケアマネジメントのプロセスを示すことで質の高いケアマネジメント人材の育成を目的に「ケアマネジメント・プロセスの手引き」の素案を作成している。これは基本的な項目を示したものにすぎず、改善の必要があるとしていたため、今年度（平成 27 年度）調査において手引きの改定・検証を行うことを目的に本事業を実施している。

## 2. 実施内容

「ケアマネジメント・プロセスの手引き」の作成に関しては、本調査において手引きの改定案を作成し、検証を実施している。

また、平成 20 年度より実施しているスーパービジョン手法による介護支援専門員の教育方法の体系化を進める中で開発した「地域同行型研修」に関しては、講師になり得る人材の養成および講師を派遣する仕組みとしての地域同行型研修講師人材バンクを設立し、運営を開始している。

### 【事業内容】

- ・ 全体委員会の設置（計 3 回）：ケアマネジメント・プロセスについて検討
- ・ 検討分科会（計 4 回）：「地域同行型研修」の講師人材研修、講師人材バンクの検討
- ・ ケアマネジメント・プロセス手引きの改定と検証  
国内外の文献調査、手引き改定案の作成、手引き改定案に関するアンケート・ヒアリング調査
- ・ 「地域同行型研修」講師人材養成研修の実施と検証  
講師人材養成研修の実施、アンケート調査
- ・ 「地域同行型研修」講師人材バンクの設立と運用  
講師人材養成研修参加者から、講師人材バンクの登録者を募った

### アンケート調査

調査目的	ケアマネジメント・プロセスの手引き改定案について、各項目の重要度、実践度を調査し、ケアマネジメントに「おける理想と現実の乖離を把握する。
調査対象	介護支援専門員 計 315 名 <b>【認定ケアマネジャー】</b> 第3回講師人材養成研修参加者 40名 回収数 37 (回収率 92.5%) 第4回講師人材養成研修参加者 35名 回収数 30 (回収率 85.7%) <b>【主任介護支援専門員】</b> 主任介護支援専門員フォローアップ研修参加者 (北九州) 80名 回収数 59 (回収率 73.8%) 主任介護支援専門員フォローアップ研修参加者 (佐賀) 150名 回収数 150 (回収率 100.0%) <b>【特定せず】</b> 介護支援専門員協会所属の任意の協力者 10名 回収数 7 (回収率 70.0%)
調査時期	平成 28 年 1 月 16 日～2 月 15 日
調査方法	研修参加者：研修実施に配布・終了時に回収 (一部、郵送回収) 任意の調査協力者：郵送による調査票の送付・回収

### ヒアリング調査

調査目的	介護支援専門員に対する手引き改定案、アンケート調査票、法廷研修、介護支援専門員を巡る状況等についての意見収集を行う。
調査対象	居宅介護支援専門員 3名 地域包括支援センター所属の介護支援専門員 1名
調査期間	平成 28 年 1 月 28 日, 2 月 5 日 2回
調査方法	訪問ヒアリング調査

### 3. 調査結果

目的としているケアマネジメント・プロセスの手引き改定案（第2版）の作成および地域同行型研修について、本事業における成果を整理している。

- ケアマネジメント・プロセスの手引き案の改定
  - ・ アンケート調査およびヒアリング調査で収集した意見を基に委員会での検討を行い、本事業において「ケアマネジメント・プロセスの手引き 第2版」を提示。



- ・今年度の改定においては、今後、ケアマネジメントにおいて重要になる「入退院」、「認知症」、「ターミナルケア（看取り）」、「多職種連携」、「障害から介護への移行」の5つの観点に基づいて実施。
  
- 「ケアマネジメント・プロセスの手引き 第2版」の検証
  - ・アンケート調査、ヒアリング調査において検証を実施し、経験値の高い介護支援専門員からは有用性について高評価。
  - ・ケアマネジメント・プロセスの中で重要だが実践していないプロセスを整理。  
 <重要だが実践していないプロセス>  
 医療介護連携、地域における役割、利用者のストレングスに対する理解と対応。
  - ・上記3点は介護支援専門員のスキルおよび質の向上において重要な点であり、手引きを活用した自己評価、第三者評価を受ける機会を確保することが望ましいとしている。
  
- 地域同行型研修
  - ・本事業において講師人材の養成、講師人材バンクの設立を行い、98名の講師人材を登録。
  - ・講師人材養成研修参加者へのアンケート結果は以下のとおり。  
 →研修や企画運営に対する理解度は高い。  
 →しかしながら、講師や企画運営、役割を担う自信がないとの回答が多い。
  - ・上記の対応として、フォローアップ研修等を行うことが考えられるとしている。
  
- 今後（平成28年度以降）の展開
  - ・平成28年度以降も日本ケアマネジメント学会が講師人材の養成および講師派遣等を実施していくとしている。

No.6	分類： ケアマネジメントの質の向上／多職種連携／様式・ツールの
平成 28 年度	検討
テーマ名	ケアマネジャー等を活用した退院支援のモデル構築に関する調査研究事業
事業名	ケアマネジャー等を活用した退院支援のモデル構築に関する調査研究事業
団体名	株式会社日本能率協会総合研究所
報告書掲載 URL	<a href="https://www.jmar.co.jp/job/welfare/dat/h28-18Rep.pdf">https://www.jmar.co.jp/job/welfare/dat/h28-18Rep.pdf</a>

## 1. 背景

要介護の高齢者については、在宅に移行後、疾患の再発予防・機能低下予防のケアプランを作成することが課題とされている。しかしながら退院から在宅への移行時における多職種連携については機能できていない。ケアマネジメントの質の向上のためには利用者が入院中のときから状態変化や課題分析を行い、他職種からの専門的なアドバイスを得た上で、退院から在宅へ移行する際のケアプランを提示することが望ましいとされている。

## 2. 実施内容

入退院時における一連のケアマネジメントの質の向上を図るため、ケアマネジャーが入院直後から退院後を見据え、どのようにケアプランを作成すべきか、いつ、どのような情報を収集すべきか等について検討し、標準的な工程整理および各種ツールの開発を行っている。

### 【事業内容】

- ・委員会の開催（計2回）

医師をはじめとした専門家・識者によって構成されており、「入退院時における医療機関等とケアマネジャーとの連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上の在り方」についての検討、作業部会で作成した手引き案についての意見を聴取している。

- ・作業部会の開催（計3回）

標準的な工程管理表案、各種フォーマット（様式類）および手引き案の作成を行っている。

- ・現状把握（オープン情報の収集・整理、ヒアリング）

入院時、退院時についての様式はあるものの、退院前カンファレンス前、退院前カンファレンスのタイミングで活用する様式がないことが課題であると整理。

## ヒアリング調査

調査目的	入院直後からの退院時におけるケアマネジメントの事例収集を行う。
調査対象	・MSW（医療ソーシャルワーカー）、退院調整看護師、病棟看護師などの医療機関の多職種、その病院と連携しているケアマネジャー ・有識者（在宅ケア移行支援研究所）
調査期間	平成 28 年 11 月～平成 29 年 2 月
調査方法	訪問によるグループインタビュー

### 3. 実施結果

好事例施設のケアマネジャー等へのヒアリング調査において、入院中から退院、在宅移行までの多職種連携の主なポイントは以下のとおり。

- ・ 事前準備（ケアプランの原案作成）の上、退院前カンファレンスに参加することが望ましい。
- ・ 退院前カンファレンスの前に、ケアマネジャーが情報収集するためのサポートツールがあるとよい。
- ・ 入院後の早い時期（3日～7日以内）に、患者の入院前の生活や状態像を医療職側と共有して、お互いに患者の在宅でのイメージを持って協働することが重要

など

上記のポイントを踏まえ最終成果物として「入退院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き」が作成されており、具体的な様式および様式の活用方法等が示されている。

#### 【手引きの構成】

- I. 本手引きについて（背景、手引きの目的、手引きの位置づけ）
- II. 入院時における連携プロセスとチェックポイント（役割、プロセス）
- III. プロセス別活用シート類（様式）と活用方法
- IV. 資料（様式原本）
  - ・ 工程管理表（ケアマネジャーのためのチェックリスト）
  - ・ 利用者・ご家族の方へ担当ケアマネジャーから「5つのお願い」シート
  - ・ 入院時情報提供書（ケアマネジャー→医療機関）
  - ・ 退院に向けたヒアリングシート～「課題整理総括表」の作成に向けて～

No.7	分類： ケアマネジメントの質の向上／多職種連携
平成 29 年度	
テ ー マ 名	医療ニーズを有する利用者に対応する介護支援専門員への看護に関連する療養上の相談支援のあり方に関する調査研究事業
事 業 名	医療ニーズを有する利用者に対応する介護支援専門員への看護に関連する療養上の相談支援のあり方に関する調査研究事業
団 体 名	公益財団法人日本訪問看護財団
報告書掲載 URL	<a href="http://www.jvnf.or.jp/home/wp-content/uploads/2018/04/af444e4ae7f265802fb47e3e26143939.pdf">http://www.jvnf.or.jp/home/wp-content/uploads/2018/04/af444e4ae7f265802fb47e3e26143939.pdf</a>

## 1. 背景

在院日数の短縮、在宅医療技術の進歩等により医療ニーズのある要介護者の在宅療養が増えている。一方、そのような利用者への対応に苦慮している介護支援専門員も多く、介護研修の実施による支援や医療機関等との多職種による情報共有の仕組みなどが検討されてきているが、今後さらなる支援が求められている。

介護支援専門員への情報共有の仕組みとして、ケアプラン作成・変更時に各職種による情報提供を行うサービスとして「居宅療養管理指導」が設けられており、平成 21 年度介護報酬改定では「看護職員による居宅療養管理指導」が新設されたが算定実績がほとんどない状況であり、看護職員による情報提供や利用者家族の療養上の相談支援の機能が発揮されていない。

## 2. 実施内容

介護支援専門員に対し、医療ニーズのある要介護者への対応の実態およびニーズを把握し、看護職員から助言を得られる仕組みについて検討し、今後に向けた提言がまとめられている。

### 【事業内容】

- ・ 検討委員会の設置・開催（計 3 回）
- ・ アンケート調査の実施
- ・ ヒアリング調査の実施

### アンケート調査

調査目的	地域の看護職による介護支援専門員への相談支援事業の実態およびニーズを把握する。
調査対象	【居宅介護支援事業所（日本介護支援専門員協会会員）】 配付数は1,899件、回収数は731件（回収率38.5%） 【訪問看護ステーション】 主配付数は973件、回収数は394件（回収率40.5%） 【地域包括支援センター】 配付数は997件、回収数は323件（回収率32.4%）
調査時期	平成29年12月12日～平成30年1月16日
調査方法	郵送配布・郵送回収

### ヒアリング調査

調査目的	地域の看護職員による介護支援専門員への医療ニーズを有する利用者の相談支援の実態を明らかにする。
調査対象	既存情報から介護支援専門員への相談支援を実施している8事業所の相談支援担当者、なお行政からの委託で相談支援を実施している7事業所については行政担当者も調査対象
調査期間	平成29年12月～平成30年2月
調査方法	半構造的面接調査

## 3. 調査結果

アンケート調査およびヒアリング調査の結果を踏まえ、提言を取りまとめている。主な内容は以下のとおり。

- アンケート調査の結果から
  - ・医療ニーズを有する利用者へのケアマネジメントについて負担や困難を感じている介護支援専門員は5割を超えている。
  - ・介護支援専門員のスキルアップのため、適切なタイミングで医療職に相談ができる機能の充実が必要である。
- 今後求められる取り組み
  - ・地域包括支援センターや地域支援事業（在宅医療・介護推進事業）における相談窓口の更なる充実。
  - ・上記相談窓口については、訪問看護ステーションが事業を受託できるようにすることも一案。
  - ・今後は複数のサービス制度による給付を受ける利用者が出てくるため、相談窓口を担当する人材として、地域をよく知る訪問看護経験者や保健師の配置が望ましく、制度を超えた相談対応の在り方を検討すべき。

No.8	分類： 多職種連携／研修・人材育成／地域包括ケアシステム
平成 29 年度	
テ ー マ 名	相談支援専門員と介護支援専門員との連携のあり方に関する調査研究事業
事 業 名	相談支援専門員と介護支援専門員との連携のあり方に関する調査研究事業
団 体 名	株式会社三菱総合研究所
報告書掲載 URL	<a href="https://www.mri.co.jp/project_related/roujinhoken/uploadfiles/h29/H29_019_2_report.pdf">https://www.mri.co.jp/project_related/roujinhoken/uploadfiles/h29/H29_019_2_report.pdf</a>

## 1. 背景

高齢障害者の支援においては、障害福祉サービスと介護保険サービスを併給するケースがある。各制度において活動している相談支援専門員と介護支援専門員が利用者の情報等を共有し、連携して対応する必要があるが現時点ではそれぞれの役割や連携の在り方が示されていない。

## 2. 実施内容

本事業では、「従来障害福祉サービスを利用していた障害者が、65 歳を迎え介護保険に行こう、障害福祉サービスを併給するための連携」に焦点を当て、両専門員の役割や連携の在り方等について検討している。

### 【事業内容】

- ・ 検討委員会の設置・開催（計 3 回）
- ・ 事業所アンケート調査の実施  
特定相談支援事業所、居宅介護支援事業所を対象に、連携の実施状況等実態把握を目的に実施。
- ・ 自治体ヒアリング調査の実施  
すでに両専門員の連携に取り組んでいる自治体の好事例収集を目的に実施。
- ・ 合同モデル研修会の開催  
高齢障害者の支援における両専門員の役割分担、協働を促進するための研修会の開催および研修コンテンツの作成を行い、今後の研修に向けた課題を整理。

## アンケート調査

調査目的	相談支援専門員と介護支援専門員がどのように連携を行っているかについての実態把握、課題抽出等を行い、適切な連携のあり方について検討するための基礎資料を得る。
調査対象	【特定相談支援事業所】 配付数は 504 件、回収数は 326 件（回収率 64.7%） 【居宅介護支援事業所】 配付数は 1,003 件、回収数は 597 件（回収率 59.5%）
調査時期	平成 29 年 9 月 13 日～11 月 24 日
調査方法	郵送配布・郵送回収

## ヒアリング調査

調査目的	相談支援専門員と介護支援専門員の具体的な連携内容、連携を進めるためのプロセス、行政・相談支援専門員・介護支援専門員・両専門員の関係団体や事業者等に求められる役割等を検討するために、すでに連携に取り組んでいる自治体の事例を収集する。
調査対象	都道府県行政を対象として実施したプレ調査結果を踏まえ、地域バランスも考慮して先駆的・特長的な取り組みをしている 5 自治体
調査期間	平成 30 年 1 月 25 日～2 月 7 日
調査方法	訪問ヒアリング調査

## 3. 調査結果

本事業における調査結果を踏まえ、また、平成 30 年度から創設された共生型サービスの利用等も念頭におき、高齢障害者に対する相談支援専門員と介護支援専門員との連携の在り方について今後の方向性をまとめている。

### ➤ 両専門員を支える体制への考慮

- ・現在、地域包括ケアシステムの構築を目指しており、各制度が連携し、地域全体で取り組んでいくところであり、両専門員についてもこの仕組みの中で連携していく必要がある。
- ・地域包括ケアシステムの実現のためには、市町村行政が自ら体制構築に取り組んでいくことが重要であり、両専門員の連携についてもその仕組みの中で考慮することが求められる。

### ➤ 共通するケアマネジメントへの期待

- ・障害福祉サービスと介護保険サービスの利用手続き等、異なる点が多いものの両専門員ともにケアマネジメントの質の向上が課題としてあげられている。

- ・両専門員ともに利用者のアセスメントに基づいて、利用者ニーズに合わせたケアマネジメントを行うことが求められており、その目的に向かって協働することが期待される。
  
- 研修・人材育成の在り方
  - ・地域包括ケアシステムの中では、相談支援専門員、介護支援専門員だけでなく多職種協働によるサービス提供が進められることになる。
  - ・職種ごとにその専門性や資質の向上を図る必要がある。
  - ・上記も踏まえ、今後の研修カリキュラムや人材育成についても問われる。



No.9	分類： ケアマネジャーの資質向上／ケアマネジメントの質の向上
平成 29 年度	多職種連携／研修・人材育成／地域包括ケアシステム
テーマ名	ケアマネジャーの資質の向上のための方策等に関する調査研究事業
事業名	ケアマネジャーの資質の向上のための方策等に関する調査研究事業
団体名	エム・アール・アイリサーチアソシエイツ株式会社
報告書掲載 URL	<a href="https://www.mri-ra.co.jp/pdf/h29_caremng.pdf">https://www.mri-ra.co.jp/pdf/h29_caremng.pdf</a>

## 1. 背景

ケアマネジャーは介護保険制度を運用する要として重要な役割を担っており、適切なケアマネジメントを推進していくために研修制度の見直しやケアマネジャーの資質の向上等を図ってきた。一方、社会が変化してきており、医療と介護の連携、介護を行う家族に対する支援等の様々な役割が期待されるようになってきている。

## 2. 実施内容

本事業では平成 33 年度以降の制度改正を見据え、平成 30 年度以降のケアマネジメントの在り方、ケアマネジャーの役割を検討し、課題の抽出および中長期的な視点から望ましい在り方について取りまとめている。

### 【事業内容】

- ・ 検討委員会の設置・開催（計 5 回）  
→有識者の見解として委員による寄稿も掲載されている
- ・ アンケート調査
- ・ 文献調査
- ・ ケアマネジメントに関わる資格・職種に関する調査

### アンケート調査

調査目的	本事業では、ケアマネジャーの今後の在り方について議論するために、利用者・家族、ケアマネジャー、行政など、ケアマネジャーをとりまく異なる立場の人が、ケアマネジャーに対してどのような役割や機能を重視しているかを明らかにする。
調査対象	<p>【34 法人の利用者・家族】 郵送配付数は 300 件、回収数は 246 件（回収率 82.0%） Web モニター調査の回収数は 500 件</p> <p>【ケアマネジャー（日本介護支援専門員協会）】 Web モニター調査の配布数約 10,000 件、回収数は 586 件（回収率 5.9%）</p> <p>【保険者】 Web モニター調査の配布数約 1,578 件、回収数は 799 件（回収率 50.6%）</p>

	【地域包括支援センター者】 Web モニター調査の配布数約 1,578 件、回収数は 767 件（回収率 48.6%）
調査時期	～平成 30 年 1 月 18 日
調査方法	郵送配布と Web 調査・郵送回収と Web 回答

### 3. 調査結果

検討委員会での検討内容、アンケート調査、文献調査、すべてを踏まえ、現在の課題を整理し、その解決策について今後の課題として整理している。また、中長期的な検討を目的としていたことから、今後の将来展望に関する課題についても別途整理している。

#### 【現状の課題解決に関する課題】

- 研修内容の見直し
  - ・主任介護支援専門員を対象としたスーパーバイザーとして能力を高める研修が必要。
  - ・学ぶべき医療知識についての検討  
→介護保険制度の専門家である介護支援専門員が学ぶべき医療知識とは何か。
- 報酬体系の見直し、評価制度の確立
  - ・介護保険制度の範囲内において質の高いケアマネジメントを実施している場合の評価および報酬への反映の検討。  
→評価の視点には本人の希望の継続、地域全体で支えているケース、地域のチームの満足度も重要な視点。
- 保険者・地域包括支援センターの支援
  - ・専門職不足である中山間地域へ配置される人材の確保。
  - ・保険者・地域包括支援センターの役割および具体的な支援内容の検討。
- データに基づく仮説検証の必要性
  - ・上記のような成果と課題に対し、平成 33 年度以降の介護報酬改定に向けた基礎調査(実態調査・意識調査)を行い、具体的な検討を進めていく必要がある。

#### 【今後の将来展望に関する課題】

- 地域共生社会におけるケースマネジメント、ケースマネジャーの在り方
  - ・より具体的な目指すべき在り方を明確化および確率するための検討が必要。
- 全世代対応型のケースマネジメントを実現するための制度の在り方の検討
  - ・将来の望ましいケースマネジメントについては、複数の制度にまたがるサービス提供などがある。

- ・それぞれの制度の相互調整は困難であるため、抜本的な体系の見直し、新たな制度設計を行うというアプローチも想定する。

➤ ケースマネジャーの育成及び資格要件についての検討

- ・ 全世代対応型のケースマネジメントを実現するためには、制度横断的な幅広い知識と多職種によるチームをマネジメントする技術が求められる。
- ・ 上記のようなケースマネジャーの養成において大学教育も含めた教育体系の新創設の方向性についても議論が必要である。

<b>No.10</b>	分類： ケアマネジメントの質の向上／様式・ツールの検討
<b>平成 28 年度</b>	
テ ー マ 名	適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業
事 業 名	適切なケアマネジメント手法の策定に向けた調査研究事業
団 体 名	株式会社日本総合研究所
報告書掲載 URL	<a href="https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/170331_keamanesyuhou.pdf">https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/170331_keamanesyuhou.pdf</a>

## 1. 背景

介護支援専門員は高齢者の状態とニーズを踏まえて適切なケアマネジメントを行うことが期待されているが、現時点では介護支援専門員個々により考え方等が異なり、適切なケアマネジメントが行われているとはいえない。このような事態を解消するためにケアマネジメントの標準化に向けた検討が必要とされた。

## 2. 実施内容

本事業では検討初年度として、考え方の枠組み整理、および具体的な検討のモデルケースとして2つの疾患を有する利用者へのケアマネジメントの標準化（アセスメント、モニタリングの方法、考え方の整理）を行っている。

### 【事業内容】

- ・ 検討委員会の設置・開催（1回）  
→具体的な検討についてはワーキンググループにて実施（計2回）
- ・ ヒアリング調査の実施（標準化の有効性等の確認）

### 【モデルケースの対象疾患】

- ・ 脳血管疾患
- ・ 大腿骨頸部骨折

## 3. 調査結果

調査結果を基礎資料とし、本事業の成果として「ケアマネジメントにおけるアセスメント／モニタリング標準化【検討案】」を作成しているが、継続検討中となっている。

### 【ケアマネジメントの標準化に関する概念の整理】

- ケアマネジメントの標準化の想定
  - ・ 標準化としつつ、利用者の個別性に基づくケアプランの作成を阻害するものではない。
  - ・ 標準化された部分と個別性の部分を融合させることで適切なケアプランの作成を目指すものである。

➤ 標準化により目指すところ

- ・ケアマネジメントの標準化により疾患別の留意事項を踏まえ必要な支援を確実に提供すること、行われるべきではない支援が排除されることを目指す。

➤ 適切なケアマネジメントを行っている介護支援専門員の定義

- ・支援内容とアセスメント結果を関連付けて説明できる介護支援専門員と定義。

➤ 優れたケアマネジメントを行っている介護支援専門員のケアマネジメントプロセスに対する理解

- ・PDCA サイクルに基づいたケアマネジメントを実施している介護支援専門員は、適切なケアプランが作成できている。
- ・必要なタイミングで多職種と連携し、情報収集・共有、アドバイスを得ている。

➤ 標準化の意義の確認

- ・本事業の取り組みは妥当であり、本事業で作成した成果物（ケアマネジメントにおけるアセスメント／モニタリング標準化【検討案】）は多職種連携の促進に貢献する。
- ・上記成果物は行政による指導の際にも有意義である。

【成果物の構成】

- ・成果物の構成は、基本ケア部分と疾患別・期別のケアの部分の2部構成になっている。
- ・疾患別の項目については、その詳細について確認する必要がある場合に参照するといった活用方法が想定されている。

【今後の課題】

- ・本事業で整理した内容の妥当性の検証については検討の余地が残るとされている。
- ・今後、細部の確認と実地での検証作業を踏まえた、更なる改善が必要とされている。

<b>No.11</b>	分類： ケアマネジャーの資質向上／ケアマネジメントの質の向上
<b>平成 29 年度</b>	
テ ー マ 名	ケアマネジメントにおける自助（保険外サービス）の活用・促進に関する調査研究事業
事 業 名	ケアマネジメントにおける自助（保険外サービス）の活用・促進に関する調査研究事業
団 体 名	株式会社日本総合研究所
報告書掲載 URL	<a href="https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/180331_keamanehokengaikatsuyo.pdf">https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/180331_keamanehokengaikatsuyo.pdf</a>

## 1. 背景

要介護高齢者の増加や高齢者の生活における課題の多様化に伴い、介護保険サービスだけでは解決できないものもあり、要介護高齢者が住み慣れた地域での生活を継続するため、ケアマネジャーはこれまで以上に自助（保険外サービス）の活用が不可欠となっている。

## 2. 実施内容

ケアマネジャーが、保険外サービスを活用し、高齢者および高齢者家族の QOL 向上を目指すケアマネジメントを行うための課題や留意点、工夫などを整理している。

### 【事業内容】

- ・委員会の設置・開催（計4回）
- ・ワーキンググループの開催
- ・保険外サービス活用事例の収集
- ・アンケート調査

### アンケート調査（保険外サービスの活用実態調査）

調査目的	自費サービス（保険外サービス）の中でも特にケアマネジャーにとってなじみが薄いと考えられる包括型サービスや財産管理、住まい、仕事等の領域のサービスについて、ケアマネジメントの実践における利活用（情報提供、紹介等）の実態と課題を把握する。
調査対象	【ケアマネジャー（現任の方）】 配付/回収数は924件（うち事例調査の回答は411件）
調査時期	平成29年12月18日～12月22日
調査方法	インターネットアンケート調査

### アンケート調査（保険外サービスの活用に関するケアマネジャーの意識調査）

調査目的	自費サービス（保険外サービス）のうち、特に生活支援領域から遠いサービスを例に、自費サービス（保険外サービス）の利用に対するケアマネジャーの認識・抵抗感等の現状・課題を把握する。
調査対象	【ケアマネジャー（現任の方 保険外サービス利用経験のある人／ない人の両方を含む）】 配付/回収数は1009件
調査時期	平成30年3月5日～3月14日
調査方法	インターネットアンケート調査

### 3. 調査結果

通常、ケアマネジャーが実施しているケアマネジメントプロセスに沿って、実態と課題、効果および今後の課題を整理している。また、事例収集等で整理された内容を「保険外サービス活用に向けたポイント集」としてケアマネジャー向けの冊子にまとめている。

#### ➤ 保険外サービスの取り扱いの実態

- ・保険外サービスを活用した経験があるケアマネジャーは7割超だが、多様な保険外サービスを取り扱ったことがあるケアマネジャーは限られる。  
→多くは「単価制の生活支援サービス（一時間当たりの料金単価が決まっており、利用した分だけを支払うサービス）」である。

#### ➤ 保険外サービス取扱いの課題

- ・利用者本人や家族の資産や所得に関する情報収集が困難。
- ・サービスの価格・品質が妥当なものか判断が困難。
- ・サービス提供できる事業者が少ない。

#### ➤ 保険外サービス取扱いの効果

- ・在宅での生活を継続することが可能。
- ・介護保険サービスでは対象とならない支援内容の提案が可能。
- ・利用者ニーズに沿ったサービス提案・提供が可能。

#### ➤ 今後の検討課題

- ・ケアマネジャーに対し、多様な保険外サービスの内容・事業者情報、提供されるサービスの質の判断等の情報提供が必要。
- ・ケアマネジャーと保険外サービス事業者との円滑な情報共有ツール等の検討が必要。
- ・意思決定が困難な利用者・家族の保険外サービス利用時の意思決定における、支援の仕組みの構築。

No.12	分類： 多職種連携／地域包括ケアシステム
平成 29 年度	
テ ー マ 名	入退院時におけるケアマネジャーと病院等職員との多職種協働のあり方に関する調査研究事業
事 業 名	入退院時におけるケアマネジャーと病院等職員との多職種協働のあり方に関する調査研究事業
団 体 名	公益社団法人全日本病院協会
報告書掲載 URL	<a href="https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/180410_10.pdf">https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/180410_10.pdf</a>

## 1. 背景

地域包括ケアシステムの実現のためには、医療と介護の連携のさらなる促進が求められる。特に、入院中の要介護者等が、退院後に円滑に在宅生活に移行するためには、入退院時における医療機関等の職員（看護職員、医療ソーシャルワーカー等）と居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）との円滑な連携が重要である。一方、医療従事者と介護従事者とは扱っている情報の性質が異なるものも多く、情報共有の方法等について具体的に検討する必要がある。

## 2. 実施内容

医療と介護の連携、特に入院中の要介護者等の退院後の円滑な在宅移行において医療・介護関係者間での情報共有の仕組みを構築する必要があると指摘されていることから、実際に病院を選定し、モデル事業として居宅介護支援事業所等と連携し、入退院患者についての情報共有を行い、効果的・効率的な連携に向けた課題の抽出および今後の検討に向けた基礎資料としてモデル事業の成果をまとめている。

### 【モデル事業内容】

事業目的	医療機関と居宅介護支援事業所等が連携し、入退院患者についての情報共有等を行い、その成果等を踏まえて効果的・効率的な連携に向けた課題の抽出を行う。
事業内容	モデル事業の主な特徴は以下の通り。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象患者の入院時に、病院の地域連携室等スタッフが患者の入院前の担当ケアマネジャーと対面で情報収集する。</li> <li>・院内スタッフ、患者本人・家族、ケアマネジャー等外部事業者により退院前カンファレンスを開催する。</li> <li>・退院前カンファレンスの先立ち、基本的な伝達事項をカンファレンス参加者に配布する。また当日の検討内容の議事抄録を後日配布する。</li> </ul>
実施対象	全日本病院協会の会員病院の中からモデル事業対象として4病院を選定
実施時期	平成 29 年 12 月～平成 30 年 3 月上旬



### 3. 調査結果

モデル事業を通じて以下の課題が抽出されている。また、モデル事業に参加した医療機関で用いている対応フローや様式等が参考資料として掲載されている。

- 入院時における円滑・迅速な情報共有の必要性
  - ・病院が患者のケアマネジャーを迅速に特定できる仕組みづくり。
  - ・ケアマネジャーの訪問・面談による「顔と顔の見える」関係性による情報共有。
  - ・病院側の連携窓口の必要性。
  
- ケアマネジャーと病院等職員とが共有する情報
  - ・在宅における看護・リハビリテーションに関する情報の共有。
  - ・退院後の療養生活を意識した情報提供。
  - ・退院後の情報共有。
  
- その他の課題
  - ・人生の最終段階における医療・ケアに関する意向の把握。
  - ・病院による地域活動の必要性。
  - ・情報共有ツールの検討。
  
- 今後の検討に向けて
  - ・病院から円滑に在宅への移行を行うためには多職種での連携が必要であり、地域全体での円滑かつ効果的な連携について検討することが必要。
    - 他職種でも理解できる共通言語での情報共有の方策検討。
    - 立場の異なる専門職同士による専門知識に基づいた情報共有の方策検討。

<b>No.13</b>	分類： 地域包括ケアシステム
<b>平成 29 年度</b>	
テ ー マ 名	地域包括ケアシステムの構築に向けた公的介護保険外サービスの質の向上を図るための支援のあり方に関する調査研究事業
事 業 名	地域包括ケアシステムの構築に向けた公的介護保険外サービスの質の向上を図るための支援のあり方に関する調査研究事業
団 体 名	株式会社日本総合研究所
報告書掲載 URL	<a href="https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/180821_mimotohosyo.pdf">https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/pdf/180821_mimotohosyo.pdf</a>

## 1. 背景

保険外サービスの契約は利用者本人が行うものであるが、認知機能の低下等により利用者本人が意思決定することが困難な場合、日常生活自立支援事業や成年後見制度において支援が可能である。しかし、その対象者は限定的であり、死後の事務業務等については対応できないなど、対応可能範囲が限られている。

また、認知機能が低下した高齢者が不利な内容の契約を締結してしまい、生命や生活が損なわれるリスクもある。このようなことがないよう、介護保険制度によるサービス提供については事業者の許認可制や指定制が採られている。

これらを踏まえ、高齢の契約者に対して契約支援が必要とされる状況を把握し、その支援内容等を検討する必要がある。また、高齢者に提供される自費サービスについて何らかの制約が必要かについて検討が必要とされた。

## 2. 実施内容

自費サービスの一例として、独居高齢者等を対象とした身元保証等高齢者サポート事業について、実態を把握し課題とその解決策について検討されている。

(身元保証等高齢者サポート事業の選択理由は、公益財団法人日本ライフ協会の経営破たんにより、本事業の存在が注目されるようになったため)

### 【事業内容】

- ・ 検討委員会の設置・開催 (計 4 回)
- ・ 事業者の実態把握
  - ・ 事業者ヒアリング調査 (10 事業者)
  - ・ 類似サービスを提供する自治体・社会福祉協議会ヒアリング調査
  - ・ 事業者アンケート調査及び電話調査 (81 事業者)
- ・ 利用者の実態把握
  - ・ 身元保証等に関する消費生活相談データの分析
  - ・ 自治体 (地域包括支援センター、社会福祉協議会を含む) ヒアリング調査

### 3. 調査結果

身元保証等高齢者サポート事業において提供されているサービス内容を整理し、利用者にとっての課題およびその解決策（対応方法案）をまとめている。

#### ➤ 提供されているサービス内容

以下の個別サービスを組み合わせ、パッケージとして提供している事業者が多い。

- ・身元保証人になること。
- ・転院等手続きのフォロー。
- ・緊急時の病院への駆けつけ。
- ・治療方針・ケアプラン等説明への同席。
- ・病院等への外出の付き添い。
- ・日常的な見守り。
- ・金銭管理・支払い代行。

#### ➤ サービス利用に関する課題

- ・事業者の信頼性、価格の妥当性の判断が困難。
- ・利用判断の時間的猶予がない（入院時に病院から保証人を求められるなど）。
- ・サービス提供している事業者の情報が少ない、入手困難。
- ・契約内容が理解しにくい。

#### ➤ 課題への対応方法（案）

- ・利用者・家族向け啓発資料の作成・配布（巻末資料としてポイント集案が掲載されている）  
→ケアマネジャー等の専門職へも普及が必要としている。
- ・先進的な取り組みの情報発信。
- ・事業者の健全な事業運営、利用者への理解促進。

#### ➤ 今後の検討課題

- ・身元保証人に期待される機能の検討。
- ・身元保証の必要性及び代替機能の検討。
- ・より小規模に提供される身元保証等高齢者サポートの実態把握。
- ・身元保証等高齢者サポート事業の利用者実態の詳細把握。
- ・今後、身元保証等高齢者サポートの需要が増大する社会における制度の在り方。

<b>No.14</b>	分類： ケアマネジメントの質の向上／地域包括ケアシステム
<b>平成 29 年度</b>	
テ ー マ 名	地域包括ケアシステムの構築に向けた公的介護保険外サービスの普及促進に関する調査研究事業
事 業 名	地域包括ケアシステムの構築に向けた公的介護保険外サービスの普及促進に関する調査研究事業
団 体 名	株式会社日本総合研究所
報告書掲載 URL	<a href="https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/20180330_8.pdf">https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/20180330_8.pdf</a>

## 1. 背景

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、介護保険サービスだけでなく、利用者のニーズに合わせて介護保険サービスでは対応できない部分を保険外サービスの提供で充足させることも必要であることは、これまでの調査研究でも整理されている。

地域包括ケアシステムの構築を推進するにあたっては、保険外サービスの活用を促進することは重要であるが、情報不足や事業所不足等により活用されていない地域（地方自治体）がある。

## 2. 実施内容

既に保険外サービスを活用している（しつつある）自治体の事例研究を行い、地域包括ケアシステムの構築・充実に向けて自治体に期待される役割、課題等を整理している。

### 【事業内容】

- ・ 検討委員会の設置・開催（計4回）
- ・ 地方自治体に対するヒアリング調査・事例収集（全国21自治体）  
保険外サービス活用に取り組んでいる・取り組みつつある自治体を対象に実施。
- ・ 上記のヒアリング調査に基づくポイント集・事例集の作成  
「地方自治体における地域包括ケアシステム構築に向けた『保険外サービス』の活用に関するポイント集・事例集～多様な担い手による、豊かで暮らしやすい地域づくり～」の作成。
- ・ シンポジウムの開催  
自治体職員、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員、サービス提供事業者、新聞・雑誌記者等を対象に、本調査研究で実施した調査検討成果を広く周知するために、シンポジウムを開催。

### 【シンポジウム概要】

タイトル	地方自治体における地域包括ケアシステム構築に向けた「保険外サービス」の活用～多様な担い手による豊かで暮らしやすい地域づくり～。
日時	2018年3月30日（金）14：00～17：00
場所	建築会館（東京都港区芝5丁目26-20）
参加費	無料（事前申し込み制）
参加者数	80名（自治体職員、ケアマネジャーを含む介護事業者担当者、各種民間事業者、新聞・雑誌の記者等）
プログラム	<p>&lt;保険外サービスに関する政策動向&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○地域包括ケアシステム構築における保険外サービス</li> <li>○保険外サービス振興に向けた取り組み</li> </ul> <p>&lt;公的保険外サービスの活用に取り組む自治体の取組事例&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○民間事業者との連携による保険外サービスの創出・活用促進（愛知県豊明市）</li> <li>○川崎市におけるウェルフェアイノベーションの取り組み（神奈川県川崎市）</li> <li>○おでかけリハビリによる介護予防・健康増進と地域活性化（北海道函館市、おでかけリハビリ推進協議会）</li> </ul> <p>&lt;調査結果の紹介&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○本年度調査研究結果の紹介</li> </ul>

### 3. 調査結果

本事業の結果は全て別冊になっている事例集「地方自治体における地域包括ケアシステム構築に向けた『保険外サービス』の活用に関するポイント集・事例集～多様な担い手による、豊かで暮らしやすい地域づくり～」にて整理されている。

- 自治体に期待される役割
  - ・ 地域の課題や利用者ニーズを把握する。
  - ・ 活用できる資源や地域の事業者を把握する。
  - ・ 利用者目線で情報発信を行う。
  - ・ 不足しているサービスについては創出を支援する。
  - ・ 生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）、協議体※との連携し、利用者と事業者のマッチングに取り組む。

※生活支援・介護予防の基盤整備に向けた取組として、平成29年度までの間に充実を目指すとしているもの
- 課題の解決
  - ・ 上記課題に対し、地方自治体へのヒアリングで収集した具体的な事例を基に具体的な解決策を紹介している。

<b>No.15</b>	分類： ケアマネジャーの資質向上／ケアマネジメントの質の向上
<b>平成 27 年度</b>	多職種連携／研修・人材育成／地域包括ケアシステム
テ ー マ 名	平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成 27 年度調査）
事 業 名	（5）居宅介護支援事業所および介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業
団 体 名	株式会社三菱総合研究所
報告書掲載 URL	<a href="https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000125486.pdf">https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000125486.pdf</a>

## 1. 背景

老人保健健康増進等事業「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研究」では、全国の居宅介護支援事業所及び介護支援専門員を対象に、平成 15～25 年度と隔年で実態調査を行っている。本調査で把握された居宅介護支援事業所の人員配置や介護支援専門員の業務実態のデータは制度改正の基礎データとして、介護給付費分科会等で活用されている。また、平成 25 年 1 月に「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後の在り方に関する検討会における議論の中間的な整理」で、今後のケアマネジメントの在り方に関する検討課題が整理され、それに対応するための改善策等が示されたところであり、これらを具体的に推進するための実態把握が必要となっていた。

## 2. 実施内容

平成 27 年度の介護報酬改定を踏まえ、居宅介護支援事業所及び介護予防支援事業所（地域包括支援センター）並びに当該事業所に従事する介護支援専門員の業務実態を把握するとともに、利用者本位に基づき、公平・中立に機能し、サービスの質を担保するための効果的・効率的な事業運営の在り方の検討に資する基礎資料を収集することを目的として以下を実施している。

### 【事業内容】

- ・ 検討委員会の設置・開催（計 5 回）
- ・ 全国調査（平成 27 年 11 月）：居宅介護支援事業所、地域包括支援センター
- ・ タイムスタディ調査（平成 27 年 11 月 16 日～12 月 15 日）：  
居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所
- ・ 報告書とりまとめ

【調査種類と方法】

種類	実施方法
<p>全国調査 (居宅介護支援事業所)</p>	<p>a. 事業所調査 対象：全国の事業所名簿から 3,000 事業所を無作為抽出 調査方法：アンケート調査（郵送配布・回収） 調査項目：併設しているサービス・事業の有無、居宅介護支援費の状況、特定事業所加算の有無、利用者数の状況、職員の兼務状況、主任介護支援専門員の配置と役割、サービス担当者会議の開催状況、医療連携の状況、地域ケア会議の参加状況 等</p> <p>b. ケアマネジャー調査 対象：a で選定した調査対象事業所に勤務するケアマネジャー全員 調査方法：アンケート調査（調査対象事業所から配布・郵送回収） 調査項目：勤務状況・研修等、業務プロセスの実施状況および負担感、業務プロセスの実施状況、業務遂行の課題、医療機関との連携、地域ケア会議への参加状況 等</p> <p>c. 利用者調査 対象：a で選定した調査対象事業所の利用者から、要支援者、要介護者を抽出。担当するケアマネジャーが記入 調査方法：アンケート調査（調査対象事業所から配布・郵送回収） 調査項目：利用者の状況、心身状況、介護者、経済状態、サービスの利用状況、医療連携等の状況 等</p> <p>d. 利用者本人調査 対象：c の対象となった利用者及び家族 調査方法：アンケート調査（ケアマネジャーから配布・郵送回収） 調査項目：ケアマネジャーの仕事内容についての認識、ケアマネジャーの対応に対する印象、期待する役割 等 調査時期：a～d とも平成 27 年 11 月 1 日～11 月 30 日</p>
<p>全国調査 (地域包括支援センター)</p>	<p>地域包括支援センター調査 対象：全国の地域包括支援センター全数（4,557 ヵ所）を対象（ブランチ及びサブセンターは除く） 調査方法：Web 調査 調査項目：基本属性、主任介護支援専門員の業務の状況、地域の居宅介護支援事業所・介護支援専門員との関わり 等 調査時期：平成 27 年 11 月 1 日～11 月 30 日</p>
<p>タイムスタディ調査</p>	<p>a. 事業所・ケアマネジャー調査 対象：日本介護支援専門員協会から介護支援事業所 69 ヵ所及び指定介護予防支援事業所 49 ヵ所を対象 調査方法：アンケート調査（郵送配布・回収） 調査項目：開設主体、地域区分、特定事業所加算の取得状況、職員数、事務職員の有無 等</p> <p>b. タイムスタディ調査 対象：a の事業所に勤務する全ケアマネジャーおよび主任ケアマネジャー 調査方法：アンケート調査（調査対象事業所から配布・郵送回収）</p>

	<p>調査項目：個別利用者への直接業務（訪問、来所、サービス担当者会議、ケアプラン作成 等）。個別利用者への直接業務以外の業務 等</p> <p>c. 利用者調査</p> <p>対象：(a) の事業所における利用者のうち、医療ニーズの高い利用者 1 人、福祉ニーズの高い利用者 1 人、その他の利用者 3 人</p> <p>調査方法：アンケート調査（調査対象事業所から配布・郵送回収）</p> <p>調査項目：利用者の状況、利用者への業務の実施状況、サービスの利用状況 等</p> <p>調査時期：平成 27 年 11 月 16 日～12 月 15 日</p>
--	--

### 3. 調査結果

本事業では基礎資料の収集を目的としているため、アンケート調査およびタイムスタディ調査の結果が以下の切り口で整理・掲載されている。

- ・ 調査対象の基本情報
- ・ 特定事業所加算の有無別の比較
- ・ 個別サービス計画の取得状況とケアプランの作成について
- ・ 医療機関等との連携状況
- ・ 他機関・地域との連携状況
- ・ 看取りの対応状況
- ・ 業務プロセスの実施状況



<b>No.16</b>	分類： ケアマネジャーの資質向上／ケアマネジメントの質の向上
<b>平成 28 年度</b>	多職種連携／地域包括ケアシステム
テ ー マ 名	平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成 28 年度調査）
事 業 名	（5）居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業
団 体 名	エム・アール・アイリサーチアソシエイツ株式会社
報告書掲載 URL	<a href="https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukat-sukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000158777.pdf">https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukat-sukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000158777.pdf</a>

## 1. 背景

平成 27 年度の介護報酬改定を踏まえ、平成 27 年度調査（No. 16）においては居宅介護支援事業所の効果的な事業運営の在り方を検討するため、居宅介護支援事業所および介護予防支援事業所（地域包括支援センター）や当該事業所に従事する介護支援専門員（ケアマネジャー）の業務実態を把握したところであった。

## 2. 実施内容

平成 28 年度調査はケアマネジャーの業務実態等を適切に把握するため経年的に行うことが必要であることに加えて、介護保険部会（平成 28 年 4 月 22 日）においてケアマネジメントの在り方に関して「自立支援、公正中立、総合的かつ効率的なサービス提供の視点に基づく適切なケアマネジメントを確保するための方策」等の論点が挙げられていることから、これらの検討に必要なデータを収集することを目的として以下を実施している。

### 【事業内容】

- ・ 検討委員会の設置・開催（計 4 回）
- ・ 全国調査（平成 28 年 11 月）：居宅介護支援事業所、地域包括支援センター
- ・ 報告書とりまとめ

### 【調査種類・実施方法】

種類	実施方法
全国調査 （居宅介護支援事業所）	a. 事業所調査 対象：全国の事業所名簿から 2,999 事業所を層化無作為抽出。利用者規模は 40 名以下、41～80 名、81 名～150 名、151 名以上の 4 区分を設定 調査方法：アンケート調査（郵送配布・回収） 調査項目：居宅介護支援事業所の概況、併設施設の状況、法人が運営する併設施設の状況、居宅介護支援費および特定事業所加算の算定状況、紹介率、居宅介護支援・介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの利用者数および給付管理の状況、職員の兼務状況、管理者の

	<p>役割と管理の状況、ケアマネジャー育成の仕組み、医療連携の状況、地域づくりの取組み 等</p> <p>b. ケアマネジャー調査  対象：a で選定した調査対象事業所に勤務しているケアマネジャー全員を対象として実施  調査方法：アンケート調査（調査対象事業所から配布・郵送回収）  調査項目：保有資格・経験年数等、利用者数の状況、業務プロセスの負担感、業務遂行の課題・取組み、サービス担当者会議、医療機関との連携、地域密着型サービス、地域包括センターとの関わり、地域ケア会議への参加状況 等</p> <p>c. 利用者調査  対象：a で選定した調査対象事業所の利用者から対象者を抽出  調査方法：アンケート調査（調査対象事業所から配布・郵送回収）  調査項目：居宅介護支援費および介護予防支援費の加算・減算該当の有無、心身状況、介護者、経済状態、サービスの利用状況、ケアプランの作成およびサービス担当者会議等の実施状況、医療連携および看取りの状況 等</p> <p>d. 利用者本人調査  対象：c の利用者調査の対象となった利用者  調査方法：アンケート調査（調査対象事業所から配布・郵送回収）  調査項目：ケアマネジャーの対応に対する印象、サービスを受けての効果、介護サービスの利用について 等  調査時期：a～d とも平成 28 年 11 月 1 日～11 月 30 日</p>
全国調査 （地域包括支援センター）	<p>地域包括支援センター調査  対象：全国の地域包括支援センター全数（4,685 ヲ所）を対象  調査方法：Web 調査  調査項目：基本属性、主任ケアマネジャーの業務の状況、地域の居宅介護支援事業所・ケアマネジャーとの関わり、地域ケア会議の開催状況 等  調査時期：平成 28 年 11 月 1 日～11 月 30 日</p>

#### 4. 調査結果

本事業ではデータの収集を目的としているため、アンケート調査の結果が以下の切り口で整理・掲載されている。

- ・ 調査対象の基本情報
- ・ 医療介護連携の推進
- ・ ケアマネジメントの公正中立の確保
- ・ 事業所の管理・運営について
- ・ インフォーマル・サポートについて
- ・ 個別サービス計画書の入手について
- ・ ケアマネジャーの業務について
- ・ 地域づくりの取組みについて
- ・ 地域包括支援センターと地域の居宅介護支援事業所・ケアマネジャーとの関わりについて

## 4. 地域共生社会の考え方

地域共生社会とは、厚生労働省により、『制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会』と定義されている<sup>1</sup>。すなわち、地域共生社会のもとでは、制度・分野を超えて地域の各主体や住民が繋がり、住民の暮らしと生きがいを共につくることを目指している。

本章では、厚生労働省の HP 内の『「地域共生社会」の実現に向けて』<sup>2</sup>に掲載されている公表資料に基づいて地域共生社会の概念を整理したうえで (4.1)、地域共生社会の実現という観点からケアマネジメントの在り方について考慮すべきことの要点を確認する (4.2)。

### 4.1. 地域共生社会の概念

厚生労働省が掲げる「地域共生社会の実現に向けた当面の改革工程 (図表 4-1)」<sup>3</sup>においては、制度・分野の縦割りを無くして、世帯における複合的な課題に対して、総合的に対応していくことや、地域住民が「我が事」と認識して主体的に取り組んでいく方向性が明示されている。今後は地域共生社会の実現に向けて現行の制度の見直しが見込まれている。

平成 30 年 4 月に施行 (平成 29 年 6 月に公布) された改正社会福祉法では、既存制度では解決が困難な「個人や世帯の複合化した課題」に対応するため、住民や福祉関係者による把握及び関係機関との連携が位置づけられ (改正社会福祉法第 106 条の 2)、市町村には、包括的な支援の体制を整備していくことが努力義務とされた (改正社会福祉法第 106 条の 3)。具体的には、地域包括支援センターや各分野の相談支援事業者には必要に応じて適切な機関に繋いでいく努力義務が課せられることとなった。居宅介護支援事業所や介護支援専門員は、図表 4-2 の「1.」に記載されている「福祉関係者」として、地域福祉の推進に関わることが期待されている。

また、「地域共生社会」の実現に向けた地域づくりの強化のための取組が推進され、平成 30 年度には約 150 の自治体においてモデル事業が実施されている (図表 4-3)。この事業は、住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくりを支援するための「地域力強化推進事業」、総合的な相談支援体制を構築するための「多機関の協働による包括的支援体制構築事業」から構成されている。後者は、複合化・複雑化した課題に的確に対応するために、各制度ごとの相談支援機関を総合的にコーディネートする「相談支援包括化推進員」

<sup>1</sup> 厚生労働省：「地域共生社会の実現に向けた当面の改革工程」, 厚生労働省 HP, [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_00506.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_00506.html) (図表 4-1) として掲載している。

<sup>2</sup> 厚生労働省：『「地域共生社会」の実現に向けて』, 厚生労働省 HP [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_00506.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_00506.html)

<sup>3</sup> 同上

を配置し、チームとして包括的・総合的な相談体制を構築するものである。「相談支援包括化推進員」は、世帯全体の課題を的確な把握や、多職種・多機関のネットワーク化の推進、相談支援包括化推進会議の開催等の役割を担っている。

図表 4-1 「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】

**「地域共生社会」の実現に向けて(当面の改革工程)【概要】**

平成29年2月7日 厚生労働省 「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部決定

**「地域共生社会」とは**

◆制度・分野ごとの『縦割り』や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が『我が事』として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて『丸ごと』つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会

**改革の背景と方向性**

**公的支援の『縦割り』から『丸ごと』への転換**

- 個人や世帯の抱える複合的課題などへの包括的な支援
- 人口減少に対応する、分野をまたがる総合的サービス提供の支援

**『我が事』・『丸ごと』の地域づくりを育む仕組みへの転換**

- 住民の主体的な支え合いを育み、暮らしに安心感と生きがいを生み出す
- 地域の資源を活かし、暮らしと地域社会に豊かさを生み出す

**改革の骨格**

**地域課題の解決力の強化**

- 住民相互の支え合い機能を強化、公的支援と協働して、地域課題の解決を試みる体制を整備【29年制度改革】
- 複合課題に対応する包括的相談支援体制の構築【29年制度改革】
- 地域福祉計画の充実【29年制度改革】

**地域を基盤とする包括的支援の強化**

- 地域包括ケアの理念の普遍化: 高齢者だけでなく、生活上の困難を抱える方への包括的支援体制の構築
- 共生型サービスの創設【29年制度改革・30年報酬改定】
- 市町村の地域保健の推進機能の強化、保健福祉横断的な包括的支援のあり方の検討

**「地域共生社会」の実現**

- 多様な担い手の育成・参画、民間資金活用の推進、多様な就労・社会参加の場の整備
- 社会保障の枠を超え、地域資源(耕作放棄地、環境保全など)と丸ごとつながることで地域に「循環」を生み出す、先進的取組を支援

- 対人支援を行う専門資格に共通の基礎課程創設の検討
- 福祉系国家資格を持つ場合の保育士養成課程・試験科目の一部免除の検討

**地域丸ごとのつながりの強化**

**専門人材の機能強化・最大活用**

**実現に向けた工程**

- |                             |                          |                |
|-----------------------------|--------------------------|----------------|
| 平成29(2017)年:介護保険法・社会福祉法等の改正 | 平成30(2018)年:             | 平成31(2019)年以降: |
| ◆市町村による包括的支援体制の制度化          | ◆介護・障害報酬改定:共生型サービスの評価 など | ◆更なる制度見直し      |
| ◆共生型サービスの創設 など              | ◆生活困窮者自立支援制度の強化          | ◆2020年代初頭:全面展開 |

**【検討課題】**

- ①地域課題の解決力強化のための体制の全国的な整備のための支援方策(制度のあり方を含む)
- ②保健福祉行政横断的な包括的支援のあり方
- ③共通基礎課程の創設 等

(出所:厚生労働省 HP 『「地域共生社会」の実現に向けて』 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html>)

図表 4-2 改正社会福祉法の概要

「地域共生社会」の実現に向けた地域づくり・包括的な支援体制の整備

1. 地域福祉推進の理念を規定

地域福祉の推進の理念として、支援を必要とする住民（世帯）が抱える多様で複合的な地域生活課題について、住民や福祉関係者による①把握及び②関係機関との連携等による解決が図られることを目指す旨を明記。

2. この理念を実現するため、市町村が以下の包括的な支援体制づくりに努める旨を規定

- 地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備
- 住民に身近な圏域において、分野を超えて地域生活課題について総合的に相談に応じ、関係機関と連絡調整等を行う体制（＊）

（＊）例えば、地区社協、市区町村社協の地区担当、地域包括支援センター、相談支援事業所、地域子育て支援拠点、利用者支援事業、社会福祉法人、NPO法人等

- 主に市町村圏域において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制

3. 地域福祉計画の充実

- 市町村が地域福祉計画を策定するよう努めるとともに、福祉の各分野における共通事項を定め、上位計画として位置づける。（都道府県が策定する地域福祉支援計画についても同様。）

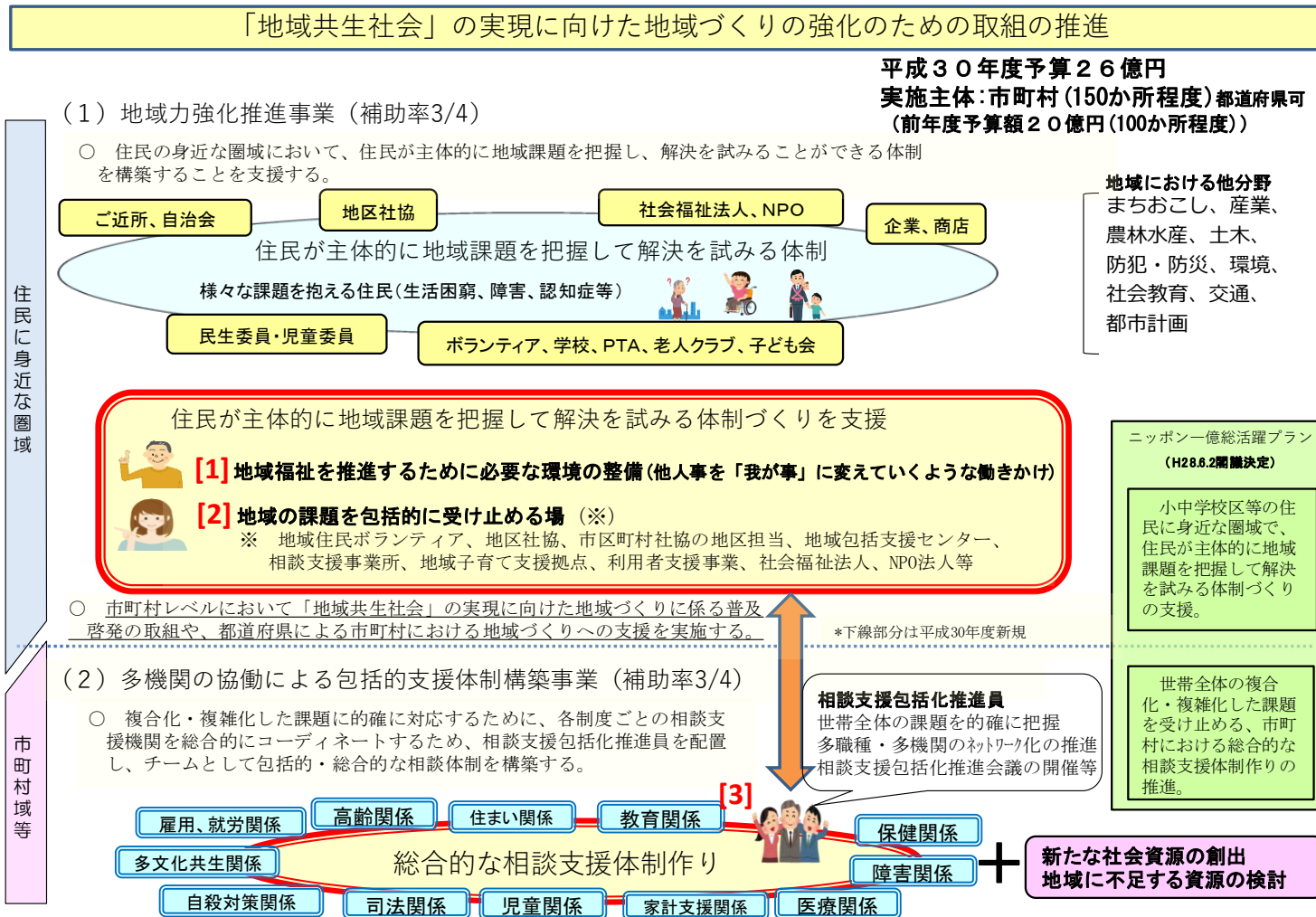
※ 法律の公布後3年を目途として、2の体制を全国的に整備するための方策について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる旨の附則を置く。

※ 2017年（平成29年）6月2日公布。2018年（平成30年）4月1日施行。

（出所：厚生労働省 HP 『「地域共生社会」の実現に向けて』3「当面の改革工程」に基づく取組の進捗 1. 地域課題の解決力の強化）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html>

図表 4-3 モデル事業の概要



(出所：厚生労働省 HP 『「地域共生社会」の実現に向けて』 3 「当面の改革工程」に基づく取組の進捗 1. 地域課題の解決力の強化)

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html>

#### 4.2. まとめ（地域共生社会におけるケアマネジメントの検討において留意すべき要点）

地域共生社会における厚生労働省の見解（図表 4-1、図表 4-2、図表 4-3）および「地域力強化検討会」の検討結果（参考資料5）を踏まえて、ケアマネジメントの在り方を考える上での地域共生社会の要点とは次の3つと考えられる。

1. 地域共生社会においては、ケアマネジャーには、自身が把握した世帯の問題点について、制度や担当分野の垣根を越えて、その問題に関係する窓口に「つなぐ」役割が求められること。そのため、多機関・多職種とのチームとして関わりが今後ますます重要になること。
2. 地域共生社会の実現に向けて、保険者には、地域の組織（自治会や民生委員等）や住民の主体的に関わりを促進するための取組や基盤整備が求められていること。そのため、地域の組織や住民との協働、地域組織や住民からの情報収集、協議の場の構築等が重要であること。
3. （1，2を踏まえ）ケアマネジャーは、保険者による包括的な相談支援や協議の場の構築がなされることを念頭において、保険者や地域包括支援センターと協働して、多機関・多職種との連携を強めること。



## 5. 有識者による検討から得られた知見

### 5.1. 目的と実施概要

平成30年度以降のケアマネジメントに関わる制度の在り方の検討に向けて、現状の制度面での制約にとらわれず、中長期的な視点からの望ましい在り方についての意見をとりまとめることを目的として、ケアマネジメント、医療・看護、利用者、行政等について知見を有する学識研究者、及び実務者により構成する「地域共生社会の実現等を見据えたケアマネジメントやケアマネジャーの在り方に関する調査研究」委員会を設置し、検討を行った。

検討委員会では、2章、3章、4章の内容を概観した上で、地域共生社会の実現を見据えたケアマネジメントやケアマネジャーの在り方について、下記のテーマについて、各委員の知見による課題の抽出及びその対応策について議論を行った。

#### <検討テーマ>

テーマ	サブテーマ	本事業における検討区分
テーマ1： ケアマネジメントの質の向上について	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 質の高いケアマネジメントとは</li> <li>● ケアマネジメントの質の評価について</li> </ul>	A: ケアマネジメントのあり方と質の向上
テーマ2： 公正中立なケアマネジメントについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 公正中立なケアマネジメントとは</li> <li>● 公正中立なケアマネジメントを担保するために</li> </ul>	A: ケアマネジメントのあり方と質の向上
テーマ3： 地域共生社会におけるケアマネジメントについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域共生社会におけるケアマネジャーの役割</li> <li>● 地域共生社会におけるケアマネジメント実現に向けて</li> </ul>	A: ケアマネジメントのあり方と質の向上
テーマ4： 目指すべきケアマネジメントの実現のための基盤整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 保険者および都道府県に期待される役割</li> <li>● 地域包括支援センターとの連携</li> </ul>	D: 保険者の機能と役割の強化
テーマ5： 今後ケアマネジャーに求められる資質と教育について	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 複合的な課題への対応</li> <li>● より専門性の高いケアマネジャーの育成</li> </ul>	B: ケアマネジャーの資質向上

検討委員会における議論は、各テーマについて一定の方向性や結論を導くことを目指すものではなく、多様な有識者の視点から、幅広い意見を得ることを目的として実施した。

主な意見の要旨を5.2に示し、各テーマに関する意見の概要を5.3に示す。

## 5.2. 検討結果の要旨

検討委員会において得られた意見の要旨は以下のとおりであった。

### 5.2.1. (テーマ1) ケアマネジメントの質の向上について

ケアマネジメントの在り方と質の向上については、質の高いケアマネジメントの内容や、質を評価する視点や仕組み等について、意見が得られた。

#### 1) 質の高いケアマネジメントとは

- ・ ストラクチャー・プロセス・アウトカムの観点で整理すると、次のようなケアマネジメントは質が高いと言えるのではないかと。
  - ストラクチャー：ケアプランの意図が反映されたサービスが行き届いている。
  - プロセス：利用者の意思決定を適切に支援しており、利用者本人の状況がケアプランを通して関係者に共有されている。
  - アウトカム：利用者の Well-being や QOL の向上、満足度、居宅生活の継続、地域のコスト、従事者の満足度、やりがい等の観点からの評価が高い（主観的評価となる点には留意が必要である）。
- ・ 利用者の状態像や罹患している疾病に対する要点を押さえたケアマネジメントは質が高いと言えるのではないかと。
- ・ ケアマネジメントの質を担保するためには、ケアプランを複数の人の目でレビューする必要がある。担当ケアマネジャーが作成したケアプランについて、複数人のケアマネジャーによる検討を行い、事業所として質を担保することが望ましい。

#### 2) ケアマネジメントの質の評価について

- ・ 利用者・家族が、質の高いケアマネジメントを受けるために、評価結果を活用できる仕組みが求められている。例えば松戸市では、地域包括支援センターに対する事業評価として、事業所による自己評価と行政評価を行い、市民が居宅介護事業所を選択する際に活用できるよう評価結果をホームページで公開している。また、訪問看護では、事業所の自己評価の基準が作成されており、職能団体が評価結果を集約しフィードバックする仕組みが作られている。これらの取り組みを参考にして、居宅介護支援事業所においても事業所の自己評価の仕組みを検討することができるのではないかと。

## 5.2.2. (テーマ2) 公正中立なケアマネジメントについて

公正中立なケアマネジメントについては、ケアマネジメントにおける「公正中立」とは何かという議論や、公正中立を担保するための仕組みについて意見が得られた。

### 1) 公正中立なケアマネジメントとは

- ・ 公正中立なケアマネジメントの視点として、①給付の観点からの中立性、②利用者本人に対する中立性が必要である。
- ・ ①については、利用者にとって必要なサービス利用の要否や事業所の選択について、サービスを位置づけることによる報酬や事業所の利益等の観点を排除した公正中立な判断が求められる。
- ・ ②については、特に認知症の利用者の場合など、家族の意向に偏らない中立性が重要である。また、保険者が必ずしも利用者の立場や状況を理解していない場合に、単に保険者に追従するのではなく、利用者の立場から適切なケアプランを提案するなど、保険者との関係においても公正中立なケアマネジメントが求められる。

### 2) 公正中立なケアマネジメントを担保する仕組み

- ・ 利用者本人、家族等が自身で居宅介護事業所やサービス内容、サービス提供事業所を選択するために、適切なタイミングで選択に必要な情報を提供し、自己選択の機会を創出することが利用者にとっての公正中立を担保することに繋がるのではないかと。
- ・ 公正中立を担保するためには、どこにも属さない立場で、適切な基準や根拠のもとで判断することが求められる。こうした判断基準をケアマネジャーの間で共有することが必要ではないかと。
- ・ 公正中立なケアマネジメントを担保するためには、ケアマネジャー自身がケアマネジメントのプロフェッショナルであることを自覚することが重要であり、そのための教育が必要ではないかと。
- ・ 地域包括支援センター（保険者視点）、居宅介護支援事業所（事業者視点）に所属している主任介護支援専門員について、それぞれの立場から地域の中で利用者にとって望ましい支援を行うための役割分担が必要ではないかと。

### 5.2.3. (テーマ3) 地域共生社会におけるケアマネジメントの在り方とは

地域共生社会におけるケアマネジャーの役割や、地域共生社会におけるケアマネジメントの実現に向けた課題について、以下のような意見が得られた。

#### 1) 地域共生社会におけるケアマネジャーの役割

- ・現在のケアマネジメントは、対象となる利用者本人の支援が中心であるのに対し、地域共生社会においては利用者を含めた世帯全体の支援が必要とされている。
- ・世帯全体を支援するためには、医療、介護、障害など多様な知識が必要となるが、これら全てを1人のケアマネジャーが習得することを求めることは現実的ではない。個々のケアマネジャーが専門領域外のニーズを把握した場合、多職種と連携してケアプランを作成することが必要となる。

#### 2) 地域共生社会におけるケアマネジメントの実現に向けて

- ・世帯全体の複合的な課題を有するケースへの対応については、地域ケア会議の場で、他分野の専門職とともに解決策を検討している地域がある。こうした事例を参考に、今後、全国で同様の取り組みが行われることが望まれる。
- ・障害者福祉制度の指定相談支援事業所と居宅介護事業所を併設している事業者があることから、共生型居宅介護支援事業所という新たなサービス区分を設けることで、より連携した取り組みを推奨できるのではないかと。

### 5.2.4. (テーマ4) 目指すべきケアマネジメントの実現のための基盤整備

地域共生社会において目指すべきケアマネジメントの実現のための基盤整備として、保険者および都道府県に期待される役割や地域包括支援センターとの連携についての意見が得られた。

#### 1) 保険者および都道府県に期待される役割

- ・地域共生社会の実現においては保険者の役割が重要である。市町村内の居宅介護支援事業者の団体や介護支援専門員の職能団体等（連絡協議会等）、医師会、看護協会、歯科医師会、地域包括支援センター等、様々な主体を巻き込んだ連携の基盤をつくる。友好的な連携を行うためには、互いに顔が見える関係性の構築、互いの役割を予め理解しておくことが必要である。
- ・市町村単位の団体が設置されていない場合、都道府県等の支援を受けて、都道府県や地域ブロック等で活動している連絡協議会や団体と連携することが考えられる。
- ・都道府県は、目指すべき方向性を関係各所に示し、地域の関係者が同じ方向を目指して、各専門職としての機能を発揮することが望ましい。都道府県が中心となって各種職能団

体との連携・協力を促進することが求められる。

- ・人材不足が深刻な小規模自治体などには都道府県が寄り添い、サポートする対応が必要である。

## 2) 地域包括支援センターとの連携

- ・地域包括支援センターは、保険者側の立場から、保険者として目指す方向性を理解した上で活動することが重要である。運営主体（直営、委託）によらず、保険者が掲げる方向性を目指して、地域の居宅介護事業所やケアマネジャー、その他専門職等への情報発信及び関係性の構築を進めていくことが期待される。
- ・地域包括支援センターの主任ケアマネジャーは、支援困難な事例に対して、居宅介護支援事業所のケアマネジャーと協働することが求められる。利用者との対話等のケアマネジメントの実践を欠かさず、現場感覚を維持することが重要である。例えば、地域ケア会議で支援困難事例を議論する前に、地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが、居宅介護支援事業所のケアマネジャーと利用者宅に同行し、実態把握したうえで議論するなど必要ではないか。

### 5.2.5. (テーマ5) 今後求められるケアマネジャーの資質と教育について

地域共生社会におけるケアマネジャーに求められる資質や、育成の考え方について以下のような意見が得られた。

#### 1) 複合的な課題への対応

- ・今後、複合的な課題を抱える利用者や世帯の増加が想定される中、地域共生社会の実現に向けて、複合的な課題を抱える世帯を支援するための準備が必要である。
- ・ケアマネジャーは、ケアマネジメントの対象が利用者から世帯へと広がることを意識し、自身の専門領域を超える場合には、他の専門職や相談支援の窓口につなげるための視点や、ネットワーク、行動力が求められる。
- ・地域共生社会の理念や困難を抱える人の状況等について、研修等を通じてケアマネジャーに周知し、理解を促進することが必要である。

#### 2) より専門性の高いケアマネジャーの育成

- ・地域共生社会における複合的な課題を有する世帯の支援を行うためには、より専門性の高いケアマネジャーの育成が必要となる。
- ・こうした役割を担うべくキャリアアップの意欲をもつケアマネジャーに対して、高度な専門性を証明する公的な資格を設定し、意欲的に学ぶことができる環境整備が求められる。

- ・ ここで想定する地域共生社会におけるケアマネジメントの上位資格は、介護分野にとどまらず、医療や看護、障害者福祉等の他の分野のバックグラウンドをもつ専門職からもステップアップできる仕組みとすることが望ましいのではないかと。
- ・ ただし、高度な専門性を有する専門職に対しては、その専門性に見合う報酬の設定が求められる点に留意する必要がある。
- ・ 世帯を支援するための幅広い知識や他職種への理解、質の高いケアマネジメントの実施など、地域の福祉サービス等をマネジメントする人材の教育が望まれる。こうした人材を育成するために、学位の取得は有効な手段のひとつと考えられる。
- ・ 現行のケアマネジャーがこうした役割を担うことを求めるのではなく、介護保険制度を理解し、困窮者の問題や障害者の問題について理解した、いわば進化したケアマネジャーを育成することが必要となるのではないかと。例えば、社会福祉士が地域共生社会におけるマネジメントを担う方向性等が考えられる。
- ・ 高度な専門性を有する優れたケアマネジャーの育成には時間を要するため、例えば、各保険者に1名ずつ配置することを目指し、その後、少しずつ増員するという方向性が考えられる。

### 5.3. 有識者による検討の抜粋

検討委員会において得られた意見の概要は以下のとおりであった。なお、有識者の意見のより詳細な記録は、参考資料6に示す。

#### 5.3.1. 質の高いケアマネジメントについて

##### ○評価の観点について

- ・ ストラクチャーとして、サービスがどのように届くかを評価することが重要である。
- ・ プロセスとして、ケアプランと個別支援計画書をいつ照らし合わせるか、ヘルパーの指示書とどのようにリンクしているのかまで個別に確認し、提供するサービスの全体をマネジメントすることが重要である。
- ・ プロセスとして、利用者の生活全体像が見えることが重要である。ケアプランに書くべきことが書けており、さらにケアプランが個別支援計画とリンクしているかをみるとよい。しっかりとたてられているケアプランはケアプランと個別支援計画がリンクされている。サービス利用のない日を含めて、アセスメントの内容とケアプランから利用者の生活が見えてくる。サービス担当者会議の要約をみても、話し合うべきことが話し合われていることが確認できる。
  - 例えば居宅サービス計画書の第3表の週間サービス計画表に、同居している家族の出勤時間や、テレビを見ている時間帯だけでなく、例えば、好きなテレビ番組等が書かれており、その利用者らしさが表れるような情報が書かれている。
  - 書類に利用者本人の状況が書かれていれば、関係者の間で利用者本人に関する情報共有ができ、家族が利用者本人について何度も同じ説明をせずに済む。特に、認知症の高齢者は個別性が高いため、詳細に記録し、共有することが重要である。
- ・ よりよいサービスを組むことを評価するのではなく、利用者の意思決定を適切に支援するようなプロセスを評価することが必要である。具体的には、例えば、ケアマネジャーが利用者の話をきちんと聞き、利用者が納得できる説明をした上で、利用者が選択し、意思決定できるようなケアマネジメントを評価してはどうか。
- ・ アウトカムとしては、利用者の Well-being<sup>4</sup>や QOL の向上、満足度を取り入れるべきではないか。第3章の文献 No.9 の「ケアマネジャーの資質の向上のための方策等に関する調査研究事業」の pp. 58-67 の記事では、ヨーロッパの研究者や WHO はケアマネジメントによる Well-being や QOL の向上といったエビデンスを掴んでいることがわかる。記事で引用されているのは、すべてシステマティックレビューの論文で、それぞれの論文では 10~20 本の論文のエビデンスが統合されている。

<sup>4</sup> Well-being とは「肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること」（公益社団法人日本 HWO 協会訳）

公益社団法人日本 HWO 協会：<https://www.japan-who.or.jp/commodity/kensyo.html>

- ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit) というイギリスの QOL 尺度を用い、ソーシャルサービスを受けることによる QOL を測る、日本の事例を参考にしてはどうか。利用者本人、ケアマネジャー、事業所に ASCOT をつけてもらい、結果のずれを分析し、支援に生かすことが想定されている。
- よいストラクチャーとプロセスがあったとしても、アウトカムが低ければ結局は利用者のための取組とは言えない。また、居宅介護支援事業所のアウトカムとしては、居宅生活の持続性を考慮することも必要だろう。
- ・ アウトカムとしては、利用者の満足度の他に、地域のコスト、従事者の満足度ややりがい等の観点も必要ではないか。世界的にもトリプルエイム (Triple Aim of Healthcare)、日本では三方よしと言われており、重要な観点である。

### ○評価の課題について

- ・ 利用者は様々なサービスを利用するため、ケアマネジメントの寄与度を評価することが難しい。

### ○評価の検討の進め方について

- ・ サービス事業所や地域包括支援センターは、サービス担当者会議の中で、様々なケアプランを目にする機会があるため、どのようなケアプランをよいケアプランと考えるかについて尋ねると、興味深いのではないか。

### ○質の高いケアマネジメントに向けた取組について

- ・ 利用者の在宅限界を、担当するケアマネジャーが一人で決めてしまうというところに課題を感じている。例えば、ケアマネジャーが、担当利用者の施設への入所を判断した場合に、その背景として、当該利用者と類似のケースを、ケアマネジャー自身が在宅で介護した経験がないため、施設へ入所する必要があると考える可能性がある。
  - 標準化されたサービス内容と理想的な予後の見立てをパッケージ化し、それらをケアマネジャーの間で共有することが重要である。
- ・ 疾病別にケアマネジメントの標準化を進める必要がある。例えば、脳卒中については、再発予防を目指すというように、特定の疾病に対する対応すべきことを標準化し、共有することが重要である。
- ・ ケアプランはケアマネジャー個人が作成するものではない。本来は事業所内でケアプラン作成のディスカッションを実施し、管理者が確認・押印したものを事業所外に出すべきである。
- ・ 事業継続性の担保という観点から近隣の事業所と連携してケアプランを一人だけで見ないようすることや、質の向上の観点から事例検討なども共同で実施するなどのルールを示しておくことが必要である。



### ○評価方法について

- ・ 職能団体が、自らの団体の専門職のレベルの底上げを図ることも重要ではないか。訪問看護の領域では、各事業所の自己評価の評価基準を作っているが、ケアマネジャーの領域でも類似した仕組みを導入するとよいのではないか。具体的には、訪問看護では、各事業所が5分類40項目程度の自己評価を実施し、その結果を職能団体が集計して点数化し、平均値を算出した後に、レーダーチャートで各事業所にフィードバックする仕組みが作られている。
- ・ 事業所評価については松戸市の例が参考になる。松戸市では、地域包括支援センターに対する事業評価として、事業所による自己評価と行政評価を行い、結果を市のホームページ上で公表するところまでを一連の取組として実施している。居宅介護事業所を市民が選べるように評価項目を出すことが、利用者の選択を促すものになる。
- ・ 行政評価だけでなく、自己評価、他者評価（誰にするかは要検討）が必要である。
- ・ 管理者の役割を明確にすることが必要である。運営基準では一元的に管理することとしたが、次期改正では役割を基準省令において明示してもらいたい。ただし省令に位置付けられれば実地指導の対象になるため事業所、確認する自治体にも負担は生じる。必要性と実効性の両面から、仮に基準省令を改定するなら慎重な議論が必要である。

### 5.3.2. 公正中立なケアマネジメントについて

#### ○公正中立なケアマネジメントの現状の認識

- ・ 公正中立については、二つの軸がある。第一の軸は、給付に関する公正中立である。給付によってお金を動かすという意味では、ある特定のサービスを使い続けるか、あるサービスの利用をやめるかという判断において公正中立の立場であることは非常に重要だ。第二に、利用者本人にとっての公正中立である。認知症の利用者の場合など、家族の気持ちを配慮するあまりに、利用者本人にとっての公正中立が成り立たない場合がある。利用者本人にとって、どうあるべきかを考えることが重要である。
- ・ 海外のケアマネジメントの実態を見ると、ケアマネジャーには二種類の位置づけがある。第一に、日本でいうところの行政のような立場で、コスト意識が働かない形でケアマネジャーが位置づけられている場合がある。第二に、ケアマネジャーが民間の一事業所で雇用された専門職としてコスト意識が働く形で位置づけられている場合がある。民間の事業者には報酬が得られなければ運営できない。しかし、日本では、ケアマネジャーは、コストももらえず、行政でもないという立場に、制度上位置づけられている点特徴的である。現実的な問題もあり、公正中立をどのように達成するかは難しいところであるが、まずはケアマネジャーが中間的な立場にあるという点を認識するところから出発する必要があるのではないか。
- ・ 事業所を自ら選択することができる家族は良いが、事業所のリストを見たとき、事業所を選ぶことが難しい家族もいる。今後、独居高齢者や老々介護の世帯が増加する中で、

事業所を選ぶことが困難な利用者や家族が、ますます増えることが予想される。

➤ 利用者による選択と意思決定を担保するため、本人や家族に合った情報と情報量を適切なタイミングで提供することが重要である。

- ・ ケアマネジャーの報酬が、介護保険サービスを入れなければ発生しないというところにも課題を感じている。ケアマネジャーの報酬を得るために、不要なサービスを入れることや、サービスを入れる際に自社サービスを誘導することがありえるのではないかな。
- ・ 利用者の選択と意思決定が担保されていれば、同一経営の法人に事業所が集中していてもよいのではないかな。
- ・ 公正中立の視点として委員会の議論では利用者本人と事業所の2つが挙がっている。これらに加えて、もう一つ、保険者に対する公正中立の観点が必要である。行政には行政の立場があり、それは必ずしもいつどんな時も利用者の立場を理解したものとは限らない。現状では、事業所の指定権限が保険者に移譲され、行政に抗ってまでも利用者にとって最善のプランを作成しようとするケアマネジャーは減少傾向なのではないかな。気をつけることは、対利用者、対事業所、対保険者との関係において公正中立であることである。

#### ○公正中立なケアマネジメントに向けた方策について

- ・ 利用者に対して、いつでも説明できる状態にしておく必要がある。
- ・ 主任ケアマネジャーは、地域包括支援センターにも居宅介護支援事業所にもいる。それぞれコストを考慮する度合が異なる。それぞれの立場から利用者の生活の質の向上を考え、地域の中での適切な役割分担をすることで、全体として、公正中立を達成できるのではないかな。
- ・ 徹底的なプロフェッショナル教育が必要であり、プロフェッショナルオートノミーを確立することが全てのケアマネジメント活動の礎である。報酬をあげたとしてもプロフェッショナルオートノミーが働かなければ、公正中立は崩れてしまう。

### 5.3.3. 地域共生社会におけるケアマネジャーの役割

#### ○あるべき姿について

- ・ ケアマネジャーのみが、他の専門職の領域を理解するだけでなく、それぞれの専門職が互いの領域を理解した上で、自らの専門性を発揮することが望ましい。
- ・ 「人」を支援するだけでなく、「世帯」を支援すると考えることが地域共生社会を実現することである。自分の得意領域以外のニーズがあるとわかった場合は多職種と連携するなど、複数のケアマネジャーで協力してケアプランを作成していくことが必要である。
- ・ 障害者福祉制度の指定相談支援事業所と二枚看板で運営している事業者もある。共生型居宅介護支援事業所という新しいサービスを作ることはできないかな。
  - 計画相談自体では、収入はないため、共生型居宅介護支援として単価設定ができる

とよい。

- ・ 医療的ケア児のケースの場合、医療的ケア児を支える家族に対する長期的な支援について考える必要がある。医療的ケア児には四六時中目を離せない子どもたちが多く、レスパイトしたくてもできない実態がある。ケアマネジャーが対応しなくてもよいが、医療的ケア児の問題について理解はしてもらいたい。
- ・ いわゆる困難事例と言われるケースに対しては、地域ケア会議が機能することを期待している。ケアマネジャーだけでは解決できないことを、多分野の専門職が集まり、共に解決を目指すネットワークが広がることが望ましい。

#### ○地域共生社会に向けた方策、検討の進め方について

- ・ ケアマネジャーに限らず、複合的な課題を持つ世帯に関わる専門職の縦割り意識を変える必要がある。1件でも介護以外の領域の支援計画に携わることがあれば、それぞれのケアマネジャーの認識が変わるのではないかと。事業所において、一人1件、介護以外の領域の課題に携わり、皆で関与する取組を行ってはどうか。
- ・ 複合的な課題を抱える利用者に対して、複数の専門職が共に対応する際に、専門職同士が相手を知らなければ、協力することは難しい。そのため、専門職同士が協力できるような共通基盤を作っておくことが重要である。
- ・ 複合的な課題を持つ世帯を取り巻く専門職同士の協働の必要性や仕方について、議論する必要がある。障害者のマネジメントと一緒に議論しなければ、相談支援専門員との連携は難しい。

#### ○資格について

- ・ 認定看護師の制度を参考に、介護支援専門員の上に上位の専門資格を設けることが考えられる。
  - 看護師には、認定看護師の上に、大学院の2年間で取得できる専門看護師があり、合計3段階ある。意欲のあるケアマネジャーが、より高度な専門性を探求するキャリアラダーを設けても良いのではないかと。
- ・ 全員が地域共生社会の対応をできる必要はなく、思いを持っている人だけでよい。介護保険の調整をする役割は残しつつ、より上位のケアマネジメントを目指す人の役割を位置づける必要がある。
- ・ 意欲の高い人は介護保険制度の中だけにいるわけでもないため、他の分野からも手を挙げられるような共通の資格であってもよい。
- ・ 少数精鋭の上位資格を創設し、適任の人にその取得を進めていく方が将来の理想のケアマネジメント実践者像に近付くと思う。誰でもなれる資格では魅力が薄れ、本当に優秀な人はそこからいなくなってしまう。

#### 5.3.4. 目指すべきケアマネジメントの実現のための基盤整備について

##### ○あるべき姿について

- ・ 保険者機能と一言で言っても、都道府県、市町村、地域包括支援センターとで機能を分けて考えることが望ましい。
- ・ ケアマネジメントの連携を推進する際に、保険者が目指すべき方向性を示すことが重要である。ケアが必要な子どもや障害を持つ方等にも目を配れることが望ましい。
- ・ 複合的な課題については、地域の様々な主体を巻き込み、対応を検討することが重要である。専門職に相談すると抱えている課題がすぐに解決することがある。地域の行政にお願いしたいことは、地域の医師会等を巻き込んで、地域包括支援センターやケアマネジャーと一緒に仕事ができるとよい。
- ・ 地域で協働する際には、専門職の団体があると、行政と専門職が協力しやすい。
  - ケアマネジャーの数が少ない自治体については、団体を作ることが難しい。
  - 人材不足が深刻な小規模自治体については、都道府県が市町村に寄り添うことで、自治体の地域資源の不足を補完することができるのではないか。

##### ○保険者に求めること

- ・ 専門職の連携について行政が中心となって協働することが重要である。
  - 例えば在宅医療と介護の連携推進事業等の事業で、医師会、看護協会、歯科医師会、地域包括支援センター等、様々な主体を巻き込んで事業の推進を図ることではないか。
  - 例えば、新しく事業所が指定され、当該事業所に勤めるケアマネジャーが一人であった場合に、地域包括支援センターの方とケアマネジャーの連絡協議会の方と共に訪ね、「なにかあったら相談してください」と声がけをすることがある。これは、様々な主体が連携する基盤づくりに資すると同時に、ケアマネジメント業務の底上げにもつながる。
- ・ ケアプランの点検と実地指導を別建てとすることを求めたい。居宅介護支援事業所としては、ケアプランの点検の際に分かったことをもとに、事業所の減算がされると、モチベーションが下がる。ケアプラン点検は、ケアプランの内容を是正することに留めるべきと考える。
- ・ 保険者の中にケアマネジャーの団体がなくとも、各都道府県には介護支援専門員の協会があるため、例えば、行政の介護保険計画を立てる際には、検討の輪にケアマネジャーの団体に属している人を入れることが必要ではないか。
  - 介護に関わる主要な協議会や審議会には、必ずケアマネジャーの協会の方に入ってもらうなど、行政が介護に関わる専門職の方と一緒に考えることが重要である。
  - ケアマネジャーの組織化について、保険者機能の課題として捉えた方がよい。そのためには、まず行政とケアマネジャーがお互いの顔が見える関係を作ることが必要

である。

#### ○直営の基幹地域包括支援センターの役割と委託の地域包括支援センターとの連携

- ・ 地域包括支援センターについて、直営が3割、委託が7割である。今後、委託の割合は増加するだろう。
  - 自治体で基幹地域包括支援センターを直営ですることは、3職種が揃わないため難しい。保健師を行政職員から確保することは容易だが、主任ケアマネジャーと社会福祉士は集めるのが難しい。行政職員の主任ケアマネジャーは絶対数が少ない。
  - 地域包括支援センターを委託する場合には、委託元である自治体は、わが町の目指すべき方向性を明確にし、委託先に伝える必要がある。そうしなければ、地域包括支援センターの先の地域にいる居宅介護支援事業所のケアマネジャーまで届かない。
  - 地域包括支援センターで専門職が専門性を発揮するためには、専門的な仕事に見合う給与を確保することが重要である。現実的には、財政を担当する部局との調整が難しいことが課題である。
  - 直営の基幹地域包括支援センターであると、保険者と同じ方向を目指すという基盤を作りやすい。直営の基幹地域包括支援センターがあると保険者の目指す方向性を委託の地域包括支援センターにわかりやすく伝えることができる。
  - 委託の場合でも、直営の場合でも、保険者と同じ方向を向いて施策を実施することができれば、運営形態は問題ではないのではないか。

#### 5.3.5. 地域共生社会や昨今のニーズに対して今度ケアマネジャーに求められる資質と教育について

##### ○教育の仕方について

- ・ ケアマネジャーの仕事の増加という伝え方ではなく、人口動態が変化し、利用者像が変わるということを伝える必要があるのではないか。今後、複合的な課題を抱える利用者が増えることが想定される中で、ケアマネジャーとして利用者の支援をする際に、複合的な課題を抱える利用者を支援するための準備が必要であると、伝え方を工夫する必要がある。
- ・ 医療との連携や包括的支援の推進の観点から、医療機関や介護保険施設での実習をすることが望ましい。例えば、1か月間、ケアマネジャーが医療機関や介護保険施設で実習をし、それを修了の要件として、次の資格のステップへ進むというようなキャリアを作ることが必要ではないか。
- ・ 地域共生社会の理念を研修で教えることは重要であると思う。研修では、より細かくかみ砕き、どのように実践するべきかについて、わかりやすく教えることが重要ではないか。

### ○必要な教育の仕組みについて

- ・ ケアマネジャーのキャリアアップの意欲がある人に対して、キャリアを追求する道が開かれる仕組みが必要である。
- ・ ケアマネジャーの資格として、学位が取れる資格があるとよい。
  - 従来のケアマネジャーとは異なり、地域との協力等のスキルが求められるため、従来のケアマネジャーとは異なる資格として位置づけることが必要ではないか。
- ・ 実施する研修については、人気のある研修内容ばかりをすることには注意が必要である。例えば、ケアマネジャーは、得意な仕事ばかりではなく、苦手な仕事についての研修を受講することが必要な場合もある。ケアマネジャーが、自分自身の苦手な仕事を記入し、それに基づき研修計画を立てることが考えられる。
  - 研修に関してポイント制を導入できないか。例えば、5年間等の一定の期間に、全領域にわたって研修を受けているかを確認し、受けられていれば、資格を更新するというものである。
  - 主任ケアマネジャー研修や主任ケアマネジャー更新研修受講の希望者が増えている。誰を研修受講生として推薦するかという時に、研修をきちんと受講しているか等でポイント加算をすることが考えられる。
- ・ 研修をどんなに重ねても限界があり、学位の取得は有効な手段の一種である。研究を学んだケアマネジメントの実践者が必要である。医師が臨床家であり研究者であるように、ケアマネジャーも同様にケアマネジメントの実践者であり研究者でもあるという人がいなければ、ケアマネジメントの質に関する理論は生まれない。

## 6. おわりに

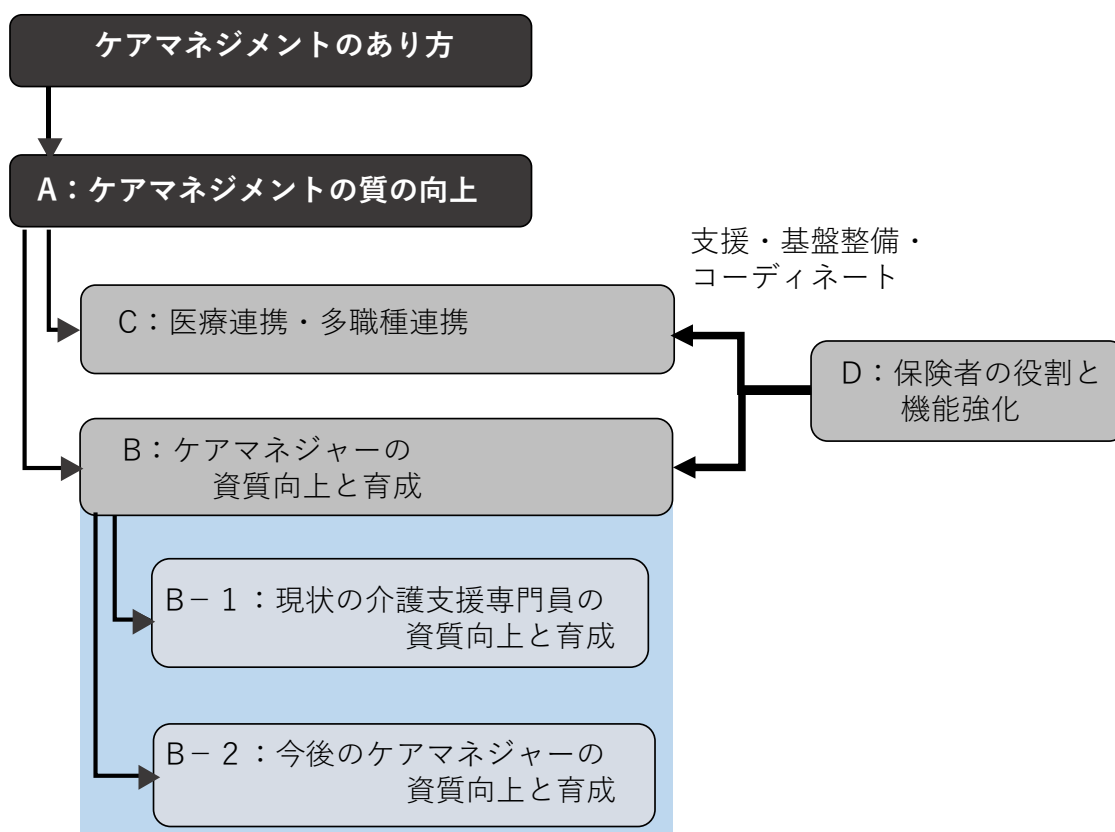
本事業では、平成 21 年度以降の介護報酬改定の変遷と、ケアマネジメントに関する老健事業の研究をレビューした。併せて、地域共生社会について、考慮すべき要点を整理した。有識者による議論を整理し、今後のケアマネジメントやケアマネジャーの在り方を検討する上で考慮すべきことを抽出した。これらを踏まえて得られた知見と今後の検討課題をまとめる。

本報告書には次の 4 つのテーマがあり、それらについて各論を述べた。

- (A) ケアマネジメントの質の向上
- (B) ケアマネジャーの資質向上と育成
- (C) 医療連携・多職種連携
- (D) 保険者の役割と機能強化

これらのテーマの関連は図に示す関係性がある。ケアマネジメントの質の向上のためには、ケアマネジャーの資質向上と多職種との連携が必要であり、保険者の支援や基盤整備が必要である。

図表 6-1 本報告書のテーマの関連



## 6.1. 結果概要

4つのテーマに関するまとめを述べる。これらのとりまとめた知見をもとに次回以降の制度改定の検討を進めることが重要である。

### (A) ケアマネジメントの質の向上

質の高いケアマネジメントの要件や評価の基準について中心的に議論した。主な内容は次の通りである。

- ・ ケアマネジメントの質の評価については、平成23年12月にケアプランやケアマネジメントの評価・検証手法についての検討の必要性が指摘されているが、評価方法はまだ確立していない。
- ・ ケアマネジメントの質を、例えば次の観点から評価し、ケアマネジメント全体の底上げを図ることが重要である。
  - ストラクチャー：ケアプランの意図が反映されたサービスが、実際に提供されていること。
  - プロセス：利用者の意思決定を適切に支援しており、ケアプランを通して、利用者本人の状況について関係者に共有されていること。
  - アウトカム：利用者の観点から Well-being や QOL の向上、満足度、居宅生活の継続等、地域の観点からコスト、ケアマネジャー（従事者）の観点から満足度、やりがい等から評価されること。
- ・ 事業所評価について、居宅介護支援事業所における既存の自己評価の取り組みを参考に、事業所の自己評価の仕組みを検討することが考えられる。

### (B) ケアマネジャーの資質向上と育成

ケアマネジャーの資質向上について、現状の介護支援専門員の資質と、地域共生社会におけるケアマネジャーの資質とに分けて、それぞれの視点で議論をした。

#### B-1) 現状の介護支援専門員の資質向上と育成について

現状の介護支援専門員の資質としては、質の高いケアマネジメントと公正中立の観点から議論が行われた。主な内容は次の通りである。

- ・ 介護支援専門員は介護保険制度の運用の要であり、利用者のニーズに沿った適切なケアプランの作成が求められている。ケアプランの作成については、利用者・家族へのアセスメントや課題の整理、援助の方針や目標設定など、介護支援専門員個人の力量によるところが大きいと考えられる。このため全体の底上げを意図して、資質の向上が求められる。
- ・ 公正中立なケアマネジメントの視点として、利用者本人、事業所、保険者のそれぞれに対する公正中立の観点が求められる。そのためには、ケアマネジャー自身がケ



アマネジメントのプロフェッショナルであることを意識する必要があると考えられ、それを促す教育が必要である。

- ・ 公正中立を担保するためには、判断基準をケアマネジャーの間で共有することが重要である。

## B-2) 今後のケアマネジャーの資質向上と育成について

地域共生社会におけるケアマネジャーの資質の観点からは、複合的な課題に対する対応、資格等の認定制度、保険者との協働について議論した。主な意見は次の通りである。

- ・ 複合的な課題を抱える世帯の増加が想定される中で、地域共生社会の実現に向けて、ケアマネジャーは、ケアマネジメントの対象が利用者本人から世帯へと広がることを意識し、複合的な課題を抱える世帯を支援するための準備が求められる。課題の内容に応じて、他の専門職や相談支援の窓口につなげることが重要である。
- ・ ケアマネジャーの資質向上においては、研修受講だけでは限界もあり、更なるスキルアップを目指す人に向けて、学位は有効な手段のひとつである。世帯を支援していくための幅広い知識や他職種の理解、質の高いケアマネジメントの実施など、一段上の視点から地域の福祉サービス等をマネジメントしていける人材の教育が望まれる。
- ・ 地域共生社会における支援者としての高度な専門性を証明する公的な資格を設定し、意欲的に学ぶことができる環境整備が求められる。介護支援専門員の上位の資格として位置付けることや、介護分野にとどまらず、医療や看護、障害者福祉等の他の分野からも目指すことができる資格とすることなどが考えられる。ただし、専門性に見合う報酬の設定が求められる点に留意する必要がある。
- ・ ケアマネジャーには、保険者による包括的な相談支援や協議の場の構築がなされることを念頭において、保険者や地域包括支援センターと協働して、多機関・多職種との連携を強めることが重要である。
- ・ 地域共生社会の理念や困難を抱える人の状況等、研修を通じてケアマネジャーに周知し、理解を促進することが必要である。

## (C) 医療連携・多職種連携

多職種連携において、医療機関との連携の在り方や、障害者福祉の相談支援専門員との連携について議論した。主な内容は次の通りである。

- ・ 社会の変化や利用者・家族のニーズの変化等、様々な要件を踏まえて利用者個々に合わせたケアマネジメントの実施が求められている。病院から在宅への移行にあたって速やかに介護サービスを提供する、医療的措置が必要な要介護者の在宅での生活支援など、これまで以上に多機関・多職種との連携が、質の高いケアマネジメントの実施には欠かせないものとなってきている。

- ・ 介護支援専門員が医療、介護、障害など多様な知識を全て持つことは難しいため、多職種と連携してケアプランを作成することが重要である。複合的な課題に対して支援するためには、得意領域以外のニーズを把握することも必要と考えられる。

#### (D) 保険者等の役割と機能強化

都道府県、市町村、地位包括支援センターとで、視点を分けて議論が行われた。主な内容は次の通りである。

- ・ 地域包括ケアシステムの中で、ケアマネジャーを取り巻く多職種との役割を明確にし、保険者や地域包括支援センター主導のもと、効果的・効率的な利用者支援の継続が望まれる。
- ・ 保険者には、地域（自治会や民生委員等）や住民に主体的に関わってもらうための取組や基盤整備が求められており、地域や住民と協働することや、地域や住民から情報を収集すること、協議の場を構築することが今後重要となる。
- ・ 地域共生社会の実現においては保険者の役割も重要である。都道府県、市町村、地域包括支援センターとそれぞれ求められる役割は異なると考えられる。
  - 都道府県は、資源の限られている保険者を支援する役割が考えられる。
  - 市町村は、ケアマネジャーの団体（連絡協議会等）、医師会、看護協会、歯科医師会、地域包括支援センター等、様々な主体を巻き込んで連携の基盤をつくる役割が考えられる。ケアマネジャーの団体のない市町村は、介護支援専門員協会の都道府県支部や県レベルで活動している連絡協議会と連携することが考えられる。
  - 地域包括支援センターは、保険者が目指すべき方向性を地域の居宅介護支援事業所、ケアマネジャーに対して、明確に指し示す役割が考えられる。
- ・ 地域包括支援センターの主任ケアマネジャーについて、支援困難な事例に対して、居宅介護支援事業所のケアマネジャーと協働することが求められる。

## 6.2. 今後の検討課題

今後の検討課題をそれぞれのテーマごとにとりまとめた。

### (A) ケアマネジメントの質の向上

質の高いケアマネジメントの課題としては、支援内容と、具体的な評価方法に関する検討が挙げられた。

- ・ ケアマネジメントの質の向上に関する検討として、利用者・家族のニーズ収集、適切なケアプランの作成、保険外サービスの活用、家族も含めた総合的な支援を考える必要がある。
- ・ ケアマネジメントの質の評価に関する検討として、ケアプランの分析・評価、評価

指標の整理、評価様式の作成、評価結果の活用などの具体的な検討が必要である。

## **(B) ケアマネジャーの資質向上と育成**

資質向上については、教育の方法や情報共有の方法、情報の整理や様式の整理についての課題が挙げられた。現状と今後の課題は次の通りである。

### **B-1) 現状の介護支援専門員の資質向上と育成について**

- ・ 公正中立なケアマネジメントのためにプロフェッショナルとしての教育の方法を検討する必要がある。
- ・ 公正中立な判断をするための基準の検討や、共有方法の検討が必要である。

### **B-2) 今後のケアマネジャーの資質向上と育成について**

- ・ 研修に関する検討として、必要な知識の整理・研修、必要な情報の整理・周知・収集、多職種連携のプロセス・情報連携の様式の活用、資格要件について検討する必要がある。
- ・ 地域共生社会における、ケアマネジャー、ケアマネジメントの在るべき姿を検討する必要がある。

## **(C) 医療連携・多職種連携**

多職種連携については具体的な連携内容の検討について課題が挙げられた。

- ・ 多職種連携について、医療機関（医師、看護師等）との連携、相談支援専門員との連携、サービス提供事業者との連携、保険者との連携について具体的な内容を検討する必要がある。

## **(D) 保険者等の役割と機能強化**

都道府県、市町村、地域包括支援センターの役割分担の検討や情報の周知、基盤整備等の課題が挙げられた。

- ・ 都道府県、市町村、地域包括支援センターとそれぞれ求められる役割を検討する必要がある。
- ・ 地域共生社会の理念や困難を抱える人の状況等、研修を通じてケアマネジャーに周知・理解を促す必要がある。
- ・ キャリアアップの意欲をもつケアマネジャーに対して、高度な専門性を証明する公的な資格を設定し、意欲的に学ぶことができる環境整備が必要である。

## **(E) その他**

その他として、施設内のケアマネジャーの役割や ICT の活用等の課題があることを確認した。

- ・ 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供量拡大、機能強化、効率化を図る観点からケアマネジメントの在り方を構築することが重要である。
- ・ 小規模な居宅介護支援事業所をはじめとする居宅介護支援事業所全体の運営を改善する方向性を確立することが必要である。
- ・ ICT の導入等をはじめとして、様々なツールを活用した、居宅介護支援事業所の業務効率（生産性向上）を促進していくことが今後必要である。

### 6.3. まとめ

ケアマネジメントやケアマネジャーの在り方を検討する上では、現行制度のもとでの現在の課題と、今後目指すべき地域共生社会の実現に向けた課題について、明確に整理することが必要である。

今後、地域共生社会の下で必要になる複合的な課題を抱えた世帯への対応や相談支援を行うケアマネジャーの役割は、現状の介護支援専門員が担うべき役割の範囲を超えたものである。現行制度における介護支援専門員の在り方にとどまらず、地域共生社会の実現を見据え、どのようなケアマネジメントが求められるかを具体的に検討した上で、地域共生社会におけるケアマネジャーを新しい専門職として位置付ける必要があると考えられる。

現行制度における介護支援専門員からキャリアを積み、必要な知識を習得してステップアップする道もあれば、看護師や障害者福祉の相談支援専門員から目指す道もあると考えられる。その上で、現行制度の介護支援専門員が、新たな仕組みの中での役割にどのように関わっていくかを議論していく必要があると考えられる。

本事業の成果として、ケアマネジャーと多職種との連携の仕方、保険者等の支援の在り方や関わり方、より専門性の高いケアマネジャーの教育の仕組みや研修内容について、今後の議論の礎となる見解を幅広く取りまとめることができた。今後は次期以降の介護報酬改定に向けた議論を見据え、より掘り下げた検討を実施し、制度設計に向けた具体的な検討を行う必要がある。

---

---

## 参考資料

### 報告書の記載内容に関連する詳細資料

---

---

#### 参考資料 目次

1. 参考資料 1：介護報酬改定に関する審議報告（抜粋） .....	91
1.1. 平成 21 年度介護報酬改定に関する審議報告 .....	91
1.2. 平成 24 年度介護報酬改定に関する審議報告 .....	91
1.3. 平成 27 年度介護報酬改定に関する審議報告 .....	92
1.4. 平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告 .....	93
2. 参考資料 2：ケアマネジメントに係る課題の時系列推移 .....	96
3. 参考資料 3：期間別の主な意見（参考資料 2 の構成要素） .....	113
3.1. 平成 21 年度介護報酬改定後～24 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論 .....	113
3.2. 平成 24 年度介護報酬改定後～27 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論 .....	117
3.3. 平成 27 年度介護報酬改定後～30 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論 .....	129
3.4. 課題への対応 .....	137
4. 参考資料 4：介護報酬改定の推移 .....	142
5. 参考資料 5：参地域力強化検討会のとりまとめの概要 .....	161
6. 参考資料 6：有識者による検討内容の記録（議事録） .....	164
6.1. 目指すべきケアマネジメントの提供について .....	164
6.2. 目指すべきケアマネジメントの実現のための基盤整備について .....	171
6.3. 地域共生社会や昨今のニーズに対して今度ケアマネジャーに求められる資質と教育について .....	174



---

---

## 参考資料 1

介護報酬改定に関する審議報告（抜粋）

---

---





## 1. 1. 平成 21 年度介護報酬改定に関する審議報告

出所：平成 21 年度介護報酬改定に係る諮問について（平成 20 年 12 月 26 日）

参考資料 5 平成 21 年度介護報酬改定に関する審議報告

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/12/s1226-5.html>

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ての件数に適用される現在の逡減制について、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に見直す (p.5)。

事業所の独立性・中立性を高める観点から、特定事業所加算について、実態に即して段階的に評価する仕組みに見直す (p.5)。

医療と介護の連携の強化・推進を図る観点から、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際の評価を導入する。さらに、ケアマネジメントを行うに際し、特に労力を要する認知症高齢者等や居居高齢者に対する支援等について評価を行う (p.5)。

## 1. 2. 平成 24 年度介護報酬改定に関する審議報告

出所：平成 24 年度介護報酬改定に関する審議報告（平成 23 年 12 月 7 日）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001zmk.html>

自立支援型のケアマネジメントを推進する観点から、特定事業所加算により引き続き質の高い事業所について評価を行うとともに、サービス担当者会議やモニタリングを適切に実施するため、運営基準減算について評価の見直しを行う (p.4)。

医療との連携を強化する観点から、医療連携加算や退院・退所加算について、算定要件及び評価の見直しを行う。併せて、在宅患者緊急時等カンファレンスに介護支援専門員（ケアマネジャー）が参加した場合に評価を行う (p.4)。

介護予防支援については、地域包括支援センターの包括的・継続的ケアマネジメント支援の機能を強化するとともに、地域の実情に応じた対応を図る観点から、居宅介護支援事業所への委託制限（1 人 8 件）を廃止する見直しを行う (p.4)。

ケアマネジメントについては、利用者のニーズや課題に応じた適切なアセスメントができていないのではないか、サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していないのではないか、医療関係職種との連携が不十分なのではないか、施設におけるケアマネジャーの役割が不明確なのではないか等さまざまな課題が指摘されている。これらの課題に対して、介護報酬における対応に加えて、より根本的なケアマネジメントの在り方について検討し、必要な対応を図るべきである (p.4)。

地域包括支援センターを中心とした「地域ケア会議」等の取組みを通じて多職種協働を推進するとともに、保険者によるケアプランチェック、ケアプランやケアマネジメントについての評価・検証の手法について検討し、ケアプラン様式の見直しなど、その成果の活用・普及を図る (p.4)。

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 (p.4)。

### 1.3. 平成 27 年度介護報酬改定に関する審議報告

出所：平成 27 年度介護報酬改定に関する審議報告（平成 27 年 1 月 9 日）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000070816.html>

（居宅介護支援に係る認知症加算及び独居高齢者の基本報酬へ包括化）  
認知症加算及び独居高齢者加算については、個人の心身の状況や家族の状況等に応じたケアマネジメントの提供であり、介護支援専門員の基本の業務であることを踏まえ、加算による評価ではなく、基本報酬への包括化により評価する (p.15)。

（公平・中立性の確保の推進）  
ケアマネジメントの質を確保する観点から、正当な理由のない特定の事業所へのサービスの偏りの割合が90%以上である場合には減算の適用とされているが、公平・中立性を更に推進するため、適用要件の明確化を図りつつ、減算の適用割合を現状よりも引き下げるとともに、対象サービスの範囲については、限定を外す (p.19)。

（質の高いケアマネジメントを実施する事業所の評価の推進）  
質の高いケアマネジメントを実施している事業所の評価を推進するため、特定事業所加算について、主任介護支援専門員などの人員配置要件を強化する。また、法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成に関する協力体制を整備している場合を算定要件に追加する。なお、当該加算の算定要件のうち、中重度者の利用者が占める割合については、実態に即して緩和する (p.19)。

（介護予防支援に係る新総合事業の導入に伴う基本報酬の見直し）  
介護予防支援について、「介護予防・日常生活支援総合事業（以下「新総合事業」という。）」の導入に伴い、介護予防サービス計画には、指定事業所により提供されるサービスと、多様な主体により多様なサービス形態で提供される新総合事業のサービスを位置づけることを踏まえ、基本報酬において適正に評価する (p.19)。

（居宅介護支援事業所とサービス事業所の連携）  
居宅介護支援事業所と指定居宅サービス等の事業所の意識の共有を図る観点から、介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等の担当者から個別サービス計画の提出を求めることとする (p.19)。

(地域ケア会議における関係者間の情報共有)

今般の制度改正で介護保険法上に位置づけた地域ケア会議において、個別のケアマネジメントの事例の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めることとする (p.19)。

#### 1.4. 平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告

出所：平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告 (平成 29 年 12 月 18 日)

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000188370.html>

##### 医療と介護の連携強化

###### ア 入院時における医療機関との連携促進

入院時における医療機関との連携を促進する観点から、以下の見直しを行う。

- i 居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務づける。
- ii 入院時情報連携加算について、入院後 3 日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。
- iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示すこととする (p.12)。

##### 医療と介護の連携強化

###### イ 退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関等との連携促進

退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算を以下のとおり見直す。

- i 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。
- ii 医療機関等との連携回数に応じた評価とする。
- iii 加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。

また、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄を充実させる等、必要な見直しを行うこととする (pp.12-13)。

##### 医療と介護の連携強化

###### ウ 平時からの医療機関との連携促進

- i 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務づける。
- ii 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける (p.13)。

医療と介護の連携強化

エ 医療機関等との総合的な連携の促進

医療・介護連携をさらに強化するため、特定事業所加算において、以下の全ての要件を満たす事業所を更に評価することとする。

(要件)

- i 退院・退所加算を一定回数以上算定している事業所
- ii 「末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント イ 頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設」に記載する末期の悪性腫瘍の利用者に係る頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価に係る加算を一定回数以上算定している事業所
- iii 特定事業所加算（Ⅰ～Ⅲ）のいずれかを算定している事業所 (p.13)

末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

ア ケアマネジメントプロセスの簡素化

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する (p.76)。

末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

イ 頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設

末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等医や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する (p.76)。

質の高いケアマネジメントの推進

ア 管理者要件の見直し

居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進するため、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする (p.76)。

質の高いケアマネジメントの推進

イ 地域における人材育成を行う事業者に対する評価

特定事業所加算について、他法人が運営する居宅介護支援事業所への支援を行う事業所など、地域のケアマネジメント機能を向上させる取組を評価することとする (p.76)。

公正中立なケアマネジメントの確保

ア 契約時の説明等

利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること等（当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること）を説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額する。

なお、例えば、集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘も踏まえ、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランに位置付けることは適切ではないことを明確化する（p.76）。

公正中立なケアマネジメントの確保

イ 特定事業所集中減算の対象サービスの見直し

特定事業所集中減算について、請求事業所数の少ないサービスや、主治の医師等の指示により利用するサービス提供事業所が決まる医療系サービスは対象サービスから除外する。なお、福祉用具貸与については、事業所数にかかわらずサービスを集中させることも可能であることから対象とし、具体的には、訪問介護、通所介護及び福祉用具貸与を対象とすることとする（p.77）。

訪問回数の多い利用者への対応

ア 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数（「全国平均利用回数+2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、6ヶ月の周知期間を設けて10月から施行する。）の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする（p.77）。

訪問回数の多い利用者への対応

イ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す（p.77）。

障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携

障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、ケアマネジャーと障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にする（p.77）。

---

---

## 参考資料 2

ケアマネジメントに係る課題の時系列推移

---

---



図表 ケアマネジメントに係る課題の時系列推移

大項目	中項目		平成24年介護報酬改定前（H21.4～H24.3）	平成27年介護報酬改定前（H24.4～H27.3）	平成30年介護報酬改定前（H27.4～現在）	課題への対応
Aケアマネジメントの質の向上	ケアマネジメントのあり方と質の向上	委員等意見	○中立性・独立性の確保 「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」（第36回介護保険部会、資料1、p17、平成22年11月19日）	○中立性・独立性の確保 「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」（第42回介護保険部会、参考資料3、p5、平成25年1月21日）  「介護支援専門員の独立性・中立性・自律性の確保」（第42回介護保険部会、参考資料3、p12、平成25年1月21日）		「ケアマネジメントの質を確保する観点から、正当な理由のない特定の事業所へのサービスの偏りの割合が90%以上である場合には減算の適用とされているが、公平・中立性を更に推進するため、適用要件の明確化を図りつつ、減算の適用割合を現状よりも引き下げるとともに、対象サービスの範囲については、限定を外す」（平成27年度介護報酬改定に関する審議報告,p19）  ○契約時の説明等 「利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること等（当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること）を説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額する」（平成30年度介護報酬改定に関する審議報告,p76）
		厚生労働省見解			○中立性・独立性の確保 「自立支援、公正中立、総合的かつ効率的なサービス提供の視点に基づく適切なケアマネジメントを確保するためには、どのような方策が考えられるか」（第57回介護保険部会、資料3、p4、平成28年4月22日）  ○特定事業所集中減算の対象サービスの見直し 「特定事業所集中減算について、請求事業所数の少ないサービスや、主治の医師等の指示により利用するサービス提供事業所が決まる医療系サービスは対象サービスから除外する。なお、福祉用具貸与については、事業所数にかかわらずサービスを集中させることも可能であることから対象とし、具体的には、訪問介護、通所介護及び福祉用具貸与を対象とすることとする」（平成30年度介護報酬改定に関する審議報告,p77）	「ケアプラン原案に関して各サービス提供事業者から専門的な視点で検討調整、認識を共有（多職種協働）し、利用者への説明・同意を得てプラン決定」（第115回介護給付費分科会、資料9、p4、平成26年11月19日）  「ケアマネジメントの質を確保する観点から、正当な理由のない特定の事業所へのサービスの偏りの割合が90%以上である場合について減算を適用しているが、減算を適用する割合を引き下げる方向で見直す。」（第115回介護給付費分科会、資料9、p18、平成26年11月19日）



大項目	中項目		平成24年介護報酬改定前（H21.4～H24.3）	平成27年介護報酬改定前（H24.4～H27.3）	平成30年介護報酬改定前（H27.4～現在）	課題への対応
		委員等 意見	○ケアプラン標準化 「より良質で効果的なケアプラン作成のために、 （中略）ケアプランの標準化等の課題について、別 途検討の場を設けて議論を進めることが必要である」 （第36回介護保険部会、資料1、pp17-18、 平成22年11月19日）			
		厚生労働省 見解				「次期介護報酬改定までの間に、地域包括支援センター を中心とした「地域ケア会議」等の取組みを通じて多職 種協働を推進するとともに、保険者によるケアプラン チェック、ケアプランやケアマネジメントについての評 価・検証の手法について検討し、ケアプラン様式の見直 しなど、その成果の活用・普及を図る。」（介護給付費 分科会、「平成24年度介護報酬改定に関する審議報 告」、P4、平成23年12月7日）
		委員等 意見	○課題の把握等 「ケアマネジメントについては、利用者のニーズや 課題に応じた適切なアセスメントができていないの ではないか、サービス担当者会議における多職種協 働が十分に機能していないのではないか、医療関係 職種との連携が不十分なのではないか、施設におけ るケアマネジャーの役割が不明確なのではないか等 さまざまな課題が指摘されている。」（平成24年 度介護報酬改定に関する審議報告,p4）	○課題の把握 「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」（第42回介護保 険部会、参考資料3、p5、平成25年1月21日）		
		厚生労働省 見解				○課題整理総括表の策定 「利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析を通じ て課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等 で説明する際に、適切な情報共有に資することを目的と して課題整理総括表を策定した。」（厚生労働省老健 局、全国介護保険担当課長会議資料、別紙資料3-2、 P291、平成26年7月28日）

大項目	中項目	平成24年介護報酬改定前（H21.4～H24.3）	平成27年介護報酬改定前（H24.4～H27.3）	平成30年介護報酬改定前（H27.4～現在）	課題への対応
	委員等 意見		○ケアプランの見直し 「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」（第42回介護保険部会、参考資料3、p7、平成25年1月21日）		○自立支援型のケアマネジメント推進 「自立支援型のケアマネジメントを推進する観点から、特定事業所加算により引き続き質の高い事業所について評価を行う」（平成24年度介護報酬改定に関する審議報告,p4）  ○事業所の体制強化 「質の高いケアマネジメントを実施している事業所の評価を推進するため、特定事業所加算について、主任介護支援専門員などの人員配置要件を強化する。また、法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成に関する協力体制を整備している場合を算定要件に追加する」（平成27年度介護報酬改定に関する審議報告,p19）  ○地域における人材育成を行う事業者に対する評価 「特定事業所加算について、他法人が運営する居宅介護支援事業所への支援を行う事業所など、地域のケアマネジメント機能を向上させる取組を評価することとする」（平成30年度介護報酬改定に関する審議報告,p76）
	厚生労働省見解				○評価表の企画 「モニタリングにおいて、ケアプランに位置づけられたサービスの実施状況を把握し、短期目標を達成するために位置つけたサービスの提供期間が終了した際に、その評価・検証を行う。短期目標の終了時期に、サービスを提供する関係者の間で、目標の達成度合いとその背景を分析・共有することで、次のケアプランに向けた再アセスメントがより有効なものとなることを企画している。」（厚生労働省老健局、全国介護保険担当課長会議資料、別紙資料3-2、P292、平成26年7月28日）
	委員等 意見		○インフォーマルサービスのみの場合のケアマネジメントの評価 「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。（中略）ケアプランに位置づ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」（第42回介護保険部会、参考資料3、p14、平成25年1月21日）		
	厚生労働省見解				

大項目	中項目		平成24年介護報酬改定前（H21.4～H24.3）	平成27年介護報酬改定前（H24.4～H27.3）	平成30年介護報酬改定前（H27.4～現在）	課題への対応
介護予防支援のあり方	委員等意見	○介護予防ケアマネジメントの推進 「軽度者について予防にむけたケアマネジメントを推進すべきではないか」（第35回介護保険部会、資料3、p7、平成22年10月28日）	○介護予防支援のあり方 「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。（中略）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」（第42回介護保険部会、参考資料3、p13、平成25年1月21日）			「介護予防支援については、地域包括支援センターの包括的・継続的ケアマネジメント支援の機能を強化するとともに、地域の実情に応じた対応を図る観点から、居宅介護支援事業所への委託制限（1人8件）を廃止する見直しを行う」（平成24年度介護報酬改定に関する審議報告、p4）  「「介護予防・日常生活支援総合事業」の導入に伴い、介護予防サービス計画には、指定事業所により提供されるサービスと、多様な主体により多様なサービス形態で提供される新総合事業のサービスを位置づけることを踏まえ、基本報酬において適正に評価する」（平成27年度介護報酬改定に関する審議報告、p19）
	厚生労働省見解					（介護予防支援に係る新総合事業の導入に伴う基本報酬の見直し）介護予防支援について、「介護予防・日常生活支援総合事業（以下「新総合事業」という。）」の導入に伴い、介護予防サービス計画には、指定事業所により提供されるサービスと、多様な主体により多様なサービス形態で提供される新総合事業のサービスを位置づけることを踏まえ、基本報酬において適正に評価する。（介護給付費分科会、「平成27年度介護報酬改定に関する審議報告」、P19、平成27年1月9日）  介護予防支援について、予防訪問介護と予防通所介護が新しい総合事業に移行することに伴い、多様な主体により多様なサービス形態で提供されるようになり、介護予防サービス計画に位置付けられていくことを踏まえ、適正に評価し、基本報酬を見直す。（第115回介護給付費分科会、資料9、p33、平成26年11月19日）
ケアマネジメントの質の評価	委員等意見			「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」（第42回介護保険部会、参考資料3、p10、平成25年1月21日）		
	厚生労働省見解					「サービス担当者会議やモニタリングを適切に実施するため、運営基準減算について評価の見直しを行う。」（介護給付費分科会、「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」、P4、平成23年12月7日）

大項目	中項目		平成24年介護報酬改定前（H21.4～H24.3）	平成27年介護報酬改定前（H24.4～H27.3）	平成30年介護報酬改定前（H27.4～現在）	課題への対応
	居宅介護支援事業所における質の管理	委員等意見			「管理者の中には人材育成やケアマネジャーの業務の実施状況の把握に課題を抱えている人もいる。」（第64回介護保険部会、資料4、p1、平成28年9月23日）	
		厚生労働省見解				○管理者要件の見直し 「居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進するため、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする」（平成30年度介護報酬改定に関する審議報告、p76）
		委員等意見			「ケアマネジャーが1人のみの事業所については、他の事業所に比べて相談できる相手がいないなど悩みを抱えている割合が多い」（第64回介護保険部会、資料4、p1、平成28年9月23日）	
		厚生労働省見解				
Bケアマネジャーの役割と資質向上	介護支援専門員に係る研修制度の見直し	委員等意見				
		厚生労働省見解	○ケアマネジャーの養成・研修について 「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」（平成24年度介護報酬改定に関する審議報告、p4）	○介護支援専門員実務者研修受講試験の受験要件の見直し、法定資格者等に限定する見直しの検討  次の資料にて、言及された。 『介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】』の『（1）ケアマネジメントの質の向上 ②介護支援専門員実務研修受講試験の見直し』『試験の受験要件を法定資格保有者等に限定する見直しを検討』（第45回介護保険部会 資料2 p107 平成25年6月6日）		「介護支援専門員研修課程の見直しに伴い、実務研修の実習については、 ・ケアマネジメントの実践現場の実態を認識する機会 ・実施上の効果を高めるため、指導方法を強化 の観点で内容を見直し、実施要綱（※）において、実習における留意点を新たに記載」（第115回介護給付費分科会、資料9、p32、平成26年11月19日）  ※「介護支援専門員資質向上事業の実施について」（平成26年7月4日老発0704第2号）（別紙1）介護支援専門員実務研修実施要綱  平成27年度から試験受験要件を原則として国家資格保有者に見直し（第64回 保険部会参考資料4 p3、平成28年9月23日）

大項目	中項目		平成24年介護報酬改定前（H21.4～H24.3）	平成27年介護報酬改定前（H24.4～H27.3）	平成30年介護報酬改定前（H27.4～現在）	課題への対応	
		委員等 意見	介護支援専門員に係る研修カリキュラムの見直し (第36回介護保険部会、資料2 p17 平成22年 11月19日)  ○研修カリキュラムの見直し 「より良質で効果的なケアプラン作成のためにケア 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、(中略)等の課題について、別途、検討の場 を設けて議論を進めることが重要である」(第36 回介護保険部会、資料1、p.17-18、平成22年11 月19日)				
		厚生労 働省見 解		○研修カリキュラムの見直し  次の資料にて、言及された。 『介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と 今後のあり方に関する検討会における議論の中間的 な整理【概要版】』の『（1）ケアマネジメントの 質の向上 ②介護支援専門員実務研修受講試験の見 直し』 「実務従事者基礎研修の充実、基礎研修の必修化」 (第45回介護保険部会 資料2 p107 平成25 年6月6日)			平成28年度より、もともと任意の基礎研修の内容が、実 務研修に含まれることで研修内容が充実し、必修化され た。(厚生労働省老健局、全国介護保険担当課長会議資 料、別紙資料3-2、P287、平成26年7月28日)
				○研修カリキュラムの見直しのスケジュール 見直しのスケジュールのイメージが示された。 「平成27年度 ・新カリキュラムによる各種研修の実施 ・主任介護支援専門員の更新及び更新研修を順次実 施」(第45回介護保険部会 資料2 p108 平成25年6月6日)			

大項目	中項目		平成24年介護報酬改定前（H21.4～H24.3）	平成27年介護報酬改定前（H24.4～H27.3）	平成30年介護報酬改定前（H27.4～現在）	課題への対応
		委員等 意見		「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」等の課題について、必修化も含めて研修内容の充実を図るべきである。」（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 p9 平成25年1月7日）		
				○研修水準の平準化 「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。」（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 p9 平成25年1月7日）		
		厚生労働省 見解		○研修指導者のガイドライン作成 次の資料にて、言及された。 『介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】』の『（1）ケアマネジメントの質の向上 ③介護支援専門員に係る研修制度の見直し』 「研修指導者のためのガイドライン策定を推進」 （第45回介護保険部会 資料2 p107 平成25年6月6日）		○平成26年度より研修講師向けガイドラインの作成・活用 「研修講師向けガイドラインの作成・活用(平成26年度～)」(第64回 保険部会参考資料4 p3. 平成28年9月23日)
				○都道府県の圏域を越えた研修の実施 次の資料にて、言及された。 『介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】』の『（1）ケアマネジメントの質の向上 ③介護支援専門員に係る研修制度の見直し』 「都道府県の圏域を超えた研修等の実施を検討」 （第45回介護保険部会 資料2 p107 平成25年6月6日）		

大項目	中項目		平成24年介護報酬改定前（H21.4～H24.3）	平成27年介護報酬改定前（H24.4～H27.3）	平成30年介護報酬改定前（H27.4～現在）	課題への対応
	主任介護支援専門員の位置づけ	委員等意見		○主任ケアマネジャーの役割 「主任介護支援専門員については、上記のスーパーバイス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」（第42回介護保険部会、参考資料3、p10、平成25年1月21日）		
		厚生労働省見解				「質の高いケアマネジメントを実施している事業所の評価という観点から、主任介護支援専門員等の人員配置要件の強化や、法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制の整備について、算定要件に追加する」（第115回介護給付費分科会、資料9、p25、平成26年11月19日）
	委員等意見		○更新制の導入・更新時の研修の創設 「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」（第42回介護保険部会、参考資料3、p10、平成25年1月21日）			
	厚生労働省見解					平成28年度より「更新制を導入し、更新時における新たに研修を創設することになった」（厚生労働省、「介護保険最新情報」、vol. 419、P1、平成27年2月12日）
施設におけるケアマネジメントのあり方	委員等意見	○施設のケアマネジャーの役割 「施設ケアマネについて、支援相談員、生活相談員との役割の明確化が必要。」（第35回介護保険部会、資料3、p11、平成22年10月28日）	「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」（第42回介護保険部会、参考資料3、p16、平成25年1月21日）			
	厚生労働省見解					「施設におけるケアマネジャーの役割及び評価等のあり方については、次期介護報酬改定までに結論を得る。」（介護給付費分科会、「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」、P4、平成23年12月7日）  検討の視点として次のことが挙げられた。 「施設におけるケアマネジャーと生活（支援）相談員との役割の明確化、小規模多機能居宅介護やグループホームにおけるケアマネジャーの役割の明確化」（第83回介護給付費分科会、資料4、p12、平成23年10月31日）

大項目	中項目		平成24年介護報酬改定前 (H21.4~H24.3)	平成27年介護報酬改定前 (H24.4~H27.3)	平成30年介護報酬改定前 (H27.4~現在)	課題への対応
	小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護におけるケアマネジメントのあり方	委員等意見		<p>○小規模多機能型居宅介護事業所のケアマネジャーの役割の見直し</p> <p>「地域住民に対する支援を柔軟に行うことが可能になるよう、小規模多機能型居宅介護事業所の役割を見直す必要がある。以下の点について今後検討していく必要がある。(中略)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>登録された利用者だけでなく、地域住民に対する支援を積極的に行うことができるよう、従事者の兼務要件の緩和など運営を柔軟に行うことが可能な指定基準とすること</li> <li>(小規模多機能型居宅介護の)事業所に配置されているケアマネジャーによる要介護認定申請の手続が進むよう、環境を整備すること」(第53回介護保険部会、資料1、p15、平成25年11月27日)</li> </ul>	<p>○小規模多機能型居宅介護事業所のケアマネジャーと、外部ケアマネジャーについて</p> <p>「小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの地域密着型サービスについては、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>サービス提供量を増やす観点</li> <li>機能強化・効率化を図る観点</li> </ul> <p>から人員要件や利用定員等の見直しを平成30年度介護報酬改定にあわせて検討することとするのが適当である。」</p> <p>(第138回社会保険審議会介護給付費分科会 参考資料2 p6 平成29年5月12日)</p>	
		厚生労働省見解				
C 医療連携・多職種連携	医療と介護の連携	委員等意見	<p>○医療ニーズの高い利用者の対応</p> <p>「重度者は医療ニーズが高いことから、医療ニーズも汲み取ったケアマネジメントを推進すべきではないか」(第35回介護保険部会、資料3、p11、平成22年10月28日)</p>	<p>○医療関係職種との連携が不十分</p> <p>「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いる」(第42回介護保険部会、参考資料3、p14、平成25年1月21日)</p>	<p>「医療機関へ入院した人が退院後に円滑に在宅生活に移行するためには、入退院時にケアマネジャーが関与し、医療機関と連携を図ることが重要であるが、その取組が必ずしも十分ではないとの指摘がある」(第64回介護保険部会、資料4、p2、平成28年9月23日)</p>	<p>「医療連携加算や退院・退所加算について、算定要件及び評価の見直しを行う。併せて、在宅患者緊急時等カンファレンスに介護支援専門員(ケアマネジャー)が参加した場合に評価を行う」(平成24年度介護報酬改定に関する審議報告,p4)</p> <p>○平時からの医療機関との連携促進</p> <p>i 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務づける。</p> <p>ii 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。</p> <p>(平成30年度介護報酬改定に関する審議報告,p75)</p>
		厚生労働省見解				<p>「医療との連携を強化する観点から、医療連携加算や退院・退所加算について、算定要件及び評価の見直しを行う。併せて、在宅患者緊急時等カンファレンスに介護支援専門員(ケアマネジャー)が参加した場合に評価を行う。」(介護給付費分科会、「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」、P4、平成23年12月7日)</p>



大項目	中項目		平成24年介護報酬改定前（H21.4～H24.3）	平成27年介護報酬改定前（H24.4～H27.3）	平成30年介護報酬改定前（H27.4～現在）	課題への対応
		委員等 意見		地域包括支援センターにおける医療面の対応強化への支援や、医療に関する専門的な知見を有する在宅医療に関する拠点機能の構築及びその拠点を中心とした連携の強化が必要となる（第53回介護保険部会、資料1、p3、平成25年11月27日）		「認知症加算及び独居高齢者加算については、個人の心身の状況や家族の状況等に応じたケアマネジメントの提供であり、介護支援専門員の基本の業務であることを踏まえ、加算による評価ではなく、基本報酬への包括化により評価する」（平成27年度介護報酬改定に関する審議報告,p19）
		厚生労働省見解				「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、入所時の病院等との連携 ・認知症高齢者へのケアマネジメントに対する評価 ・独居高齢者へのケアマネジメントに対する評価」 （第83回介護給付費分科会、資料4、p12、平成23年10月31日）
	がん末期の利用者に関する連携	委員等 意見			（退院時の連携について）「末期の悪性腫瘍（がん）の患者へのサービス提供に際して、患者の状況に応じた真に必要なサービスが迅速に提供されていない場合があるとの指摘がある。」（第142回介護給付費分科会、資料3、P7、平成29年7月5日）	「著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する」（平成30年度介護報酬改定に関する審議報告,p76）  「末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する」（平成30年度介護報酬改定に関する審議報告,p76）
		厚生労働省見解				

大項目	中項目		平成24年介護報酬改定前（H21.4～H24.3）	平成27年介護報酬改定前（H24.4～H27.3）	平成30年介護報酬改定前（H27.4～現在）	課題への対応	
		委員等 意見					
		厚生労働省見 解		○モデル事例の収集など地域ケア会議の普及、促進のための基盤整備  次の資料にて、言及された。 『介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】』の『（2）保険者機能の強化等 ①地域ケア会議の機能強化』 「モデル事例の収集など地域ケア会議の普及・促進のための基盤整備」（第45回介護保険部会、資料2、p107、平成25年6月6日）			（再掲） 「個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。」（第115回介護給付費分科会、資料9、p40、平成26年11月19日）
		委員等 意見					
		厚生労働省見 解		○コーディネーターの養成  次の資料にて、言及された。 『介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】』の『（2）保険者機能の強化等 ①地域ケア会議の機能強化』 「コーディネーター養成のための研修の取組」（第45回介護保険部会、資料2、p107、平成25年6月6日）			
	指定権限 の委譲	委員等 意見		○居宅介護支援事業所の指定権限  「（市町村への）権限移譲に関しては、公平中立の観点から都道府県の適切な関与が必要であり、引き続き検討が必要」（第54回介護保険部会、資料1、p20、平成25年12月20日）			
		厚生労働省見 解			「平成30年度には居宅介護支援事業所の指定権限が都道府県から市町村へ移譲されることとなっており、市町村は、保険者としての立場からケアマネジメントに適切に関わることが必要」（第64回介護保険部会、資料4、p3、平成28年9月23日）	居宅サービス事業者等の指定に対する保険者の関与強化 「市町村が居宅サービス等の供給量を調整できるよう、指定拒否や条件付加の仕組みを導入する。都道府県による居宅サービス事業者の指定に関して、市町村が都道府県に意見を提出できるようにするとともに、都道府県はその意見を踏まえて指定をするに当たって条件を付すことを可能とする。」（第137回介護給付費分科会、資料1、P43、平成29年4月26日）	

大項目	中項目		平成24年介護報酬改定前（H21.4～H24.3）	平成27年介護報酬改定前（H24.4～H27.3）	平成30年介護報酬改定前（H27.4～現在）	課題への対応
	保険者によるケアプラン点検	委員等 意見				
		厚生労働省見解			<p>「保険者においてケアプランの点検を実施しているが、実施率は全国平均で約6割程度にとどまっている」（厚生労働省老健局、全国介護保険担当課長会議資料、別紙資料3-2、P291、平成26年7月28日）</p>	<p>「ア 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数（「全国平均利用回数+2標準偏差」を基準として平成30年4月に国が定め、6ヶ月の周知期間を設けて10月から施行する。）の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。</p> <p>イ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す」（平成30年度介護報酬改定に関する審議報告.p77）</p>

大項目	中項目		平成24年介護報酬改定前（H21.4～H24.3）	平成27年介護報酬改定前（H24.4～H27.3）	平成30年介護報酬改定前（H27.4～現在）	課題への対応
Eその他	セルフケアプランの活用	委員等意見				
		厚生労働省見解	○セルフケアプランの活用 複雑なサービスをコーディネートする必要がない場合などは、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。（第36回介護保険部会、資料1、p18、平成22年11月19日）			
	利用者負担の導入	委員等意見	○利用者負担の導入 自立支援型のケアマネジメントが推進されるよう、居宅介護支援に利用者負担を導入することも検討すべき（地域包括ケア研究会、「地域包括ケア研究会報告書」、平成22年3月）  ○ケアマネジャーと利用者との直接契約 ケアマネジャーの利用においても自己負担を設け、利用者との直接契約を可能にするといった、ケアマネジャーを能力に応じて評価、処遇する仕組みを構築するべき（経済同友会「2009年度社会保障改革委員会提言」、平成22年6月）	○利用者負担の導入 「当部会では、主として当面の見直し項目を中心に議論を進めてきたが、（中略）ケアマネジメントの利用者負担の導入、（中略）などについては、引き続き検討を行っていく必要がある」（第53回介護保険部会、資料1、p31、平成25年11月27日）		
		厚生労働省見解			○利用者負担の導入 「第61回介護保険部会（平成28年8月19日）における利用者負担のあり方の議論の中でも、ケアマネジメントに関する利用者負担について議論を行うべきではないかとする意見があった」（第64回介護保険部会、資料4、p4、平成28年9月23日）	

---

---

## 参考資料 3

期間別の主な意見 (参考資料 2 の構成要素)

---

---



### 3.1. 平成 21 年度介護報酬改定後～24 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論

大項目	中項目	平成 21 年度介護報酬決定後～24 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
ケアマネジメン トの質の向上につ いて	ケアマネジメン トの質の向上に向 けた取組	○中立性・独立性の確保 「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」（第 36 回介護保険部会，資料 1，p.17，平成 22 年 11 月 19 日）	
		○ケアプラン標準化 「より良質で効果的なケアプラン作成のために、（中略）ケアプランの標準化等の課題について、別途検討の場を設けて議論を進めることが必要である」（第 36 回介護保険部会，資料 1，pp.17-18，平成 22 年 11 月 19 日）	
		○課題の把握等 「ケアマネジメントについては、利用者のニーズや課題に応じた適切なアセスメントができていないのではないか、サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していないのではないか、医療関係職種との連携が不十分なのではないか、施設におけるケアマネジャーの役割が不明確なのではないか等さまざまな課題が指摘されている。」 （平成 24 年度介護報酬改定に関する審議報告，p.4）	
		○自立支援型のケアマネジメント推進 「自立支援型のケアマネジメントを推進する観点から、特定事業所	

大項目	中項目	平成 21 年度介護報酬決定後～24 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
		加算により引き続き質の高い事業所について評価を行う」(平成 24 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.4)	
	介護予防支援について	<p>○介護予防ケアマネジメントの推進</p> <p>「軽度者について予防にむけたケアマネジメントを推進すべきではないか」(第 35 回介護保険部会, 資料 3, p.7, 平成 22 年 10 月 28 日)</p> <p>「介護予防支援については、地域包括支援センターの包括的・継続的ケアマネジメント支援の機能を強化するとともに、地域の実情に応じた対応を図る観点から、居宅介護支援事業所への委託制限(1 人 8 件)を廃止する見直しを行う」(平成 24 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.4)</p>	
	介護支援専門員実務者研修及び、介護支援専門員に係る研修制度の見直し	<p>○ケアマネジャーの養成・研修について</p> <p>「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」(平成 24 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.4)</p> <p>介護支援専門員に係る研修カリキュラムの見直し(第 36 回介護保険部会, 資料 2, p.17, 平成 22 年 11 月 19 日)</p>	



大項目	中項目	平成 21 年度介護報酬決定後～24 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
		○研修カリキュラムの見直し より良質で効果的なケアプラン作成のために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、(中略)等の課題について、別途、検討の場を設けて議論を進めることが重要である(第 36 回介護保険部会, 資料 1, pp.17-18, 平成 22 年 11 月 19 日)	
	ケアマネジメン トの 質の評 価に向 けた取 組	○利用者負担の導入 自立支援型のケアマネジメントが推進されるよう、居宅介護支援に利用者負担を導入することも検討すべき(地域包括ケア研究会, 「地域包括ケア研究会報告書」, 平成 22 年 3 月)	
		○ケアマネジャーと利用者との直接契約 ケアマネジャーの利用においても自己負担を設け、利用者との直接契約を可能にするといった、ケアマネジャーを能力に応じて評価、処遇する仕組みを構築すべき(経済同友会「2009 年度社会保障改革委員会提言」, 平成 22 年 6 月)	
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	地域ケア会議	○地域ケア会議の活用 「地域包括支援センターを中心とした「地域ケア会議」等の取組みを通じて多職種協働を推進するとともに、保険者によるケアプランチェック、ケアプランやケアマネジメントについての評価・検証の手法について検討し、ケアプラン様式の見直しなど、その成果の活用・普及を図	

大項目	中項目	平成 21 年度介護報酬決定後～24 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
		る」(平成 24 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.4)	
医療連携の促進	医療連携について	○医療ニーズの高い利用者の対応 「重度者は医療ニーズが高いことから、医療ニーズも汲み取ったケアマネジメントを推進すべきではないか」(第 35 回介護保険部会, 資料 3, p.11, 平成 22 年 10 月 28 日) 「医療連携加算や退院・退所加算について、算定要件及び評価の見直しを行う。併せて、在宅患者緊急時等カンファレンスに介護支援専門員(ケアマネジャー)が参加した場合に評価を行う」(平成 24 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.4)	
介護保険施設等の介護支援専門員	施設のケアマネジャーの役割	○施設のケアマネジャーの役割 「施設ケアマネについて、支援相談員、生活相談員との役割の明確化が必要。」(第 35 回介護保険部会, 資料 3, p.11, 平成 22 年 10 月 28 日)	
その他	効率化		○セルフケアプランの活用 複雑なサービスをコーディネートする必要がない場合などは、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。(第 36 回介護保険部会, 資料 1, p.18, 平成 22 年 11 月 19 日)

### 3.2. 平成 24 年度介護報酬改定後～27 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論

大項目	中項目	平成 24 年度介護報酬決定後～27 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
ケアマネジメン トの質の向上につ いて	ケアマネジメン トの質の向上に向 けた取組	<p>○中立性・独立性の確保</p> <p>「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」(第 42 回 4 介護保険部会, 参考資料 3, p.5, 平成 25 年 1 月 21 日)</p> <p>「介護支援専門員の独立性・中立性・自律性の確保」(第 42 回介護保険部会, 参考資料 3, p.12, 平成 25 年 1 月 21 日)</p> <p>「ケアマネジメンの質を確保する観点から、正当な理由のない特定の事業所へのサービスの偏りの割合が 90%以上である場合には減算の適用とされているが、公平・中立性を更に推進するため、適用要件の明確化を図りつつ、減算の適用割合を現状よりも引き下げるとともに、対象サービスの範囲については、限定を外す」(平成 27 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.19)</p>	
		<p>○課題の把握</p> <p>「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」(第 42 回介護保険部会, 参考資料 3, p.5, 平成 25 年 1 月 21 日)</p>	

大項目	中項目	平成 24 年度介護報酬決定後～27 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
		<p>○ケアプランの見直し</p> <p>「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」(第 42 回介護保険部会, 参考資料 3, p.7, 平成 25 年 1 月 21 日)</p> <p>「質の高いケアマネジメントを実施している事業所の評価を推進するため、特定事業所加算について、主任介護支援専門員などの人員配置要件を強化する。また、法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成に関する協力体制を整備している場合を算定要件に追加する」(平成 27 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.19)</p>	
		<p>○インフォーマルサービスのみの場合のケアマネジメントの評価</p> <p>「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。(中略)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</p>	

大項目	中項目	平成 24 年度介護報酬決定後～27 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
		ある」(第 42 回介護保険部会, 参考資料 3, p.14, 平成 25 年 1 月 21 日)	
	多職種連携	<p>「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」(第 42 回介護保険部会, 参考資料 3, p.5, 平成 25 年 1 月 21 日)</p> <p>「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」(第 42 回介護保険部会, 参考資料 3, pp.6-7, 平成 25 年 1 月 21 日)</p> <p>「居宅介護支援事業所と指定居宅サービス等の事業所の意識の共有を図る観点から、介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等の担当者から個別サービス計画の提出を求めることとする」(平成 27 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.19)</p>	

大項目	中項目	平成 24 年度介護報酬決定後～27 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
		<p>○介護予防支援の在り方</p> <p>「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。(中略)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」(第 42 回介護保険部会, 参考資料 3, p.13, 平成 25 年 1 月 21 日)</p> <p>「「介護予防・日常生活支援総合事業」の導入に伴い、介護予防サービス計画には、指定事業所により提供されるサービスと、多様な主体により多様なサービス形態で提供される新総合事業のサービスを位置づけることを踏まえ、基本報酬において適正に評価する」(平成 27 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.19)</p>	

大項目	中項目	平成 24 年度介護報酬決定後～27 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
	介護支援専門員実務者研修及び、介護支援専門員に係る研修制度の見直し		<p>○介護支援専門員実務者研修受講試験の受験要件の見直し、法定資格者等に限定する見直しの検討</p> <p>次の資料にて、言及された。 『介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】』の『(1) ケアマネジメントの質の向上 ②介護支援専門員実務研修受講試験の見直し』 「試験の受験要件を法定資格保有者等に限定する見直しを検討」（第 45 回介護保険部会，資料 2，p.107，平成 25 年 6 月 6 日）</p>
			<p>○研修カリキュラムの見直し</p> <p>次の資料にて、言及された。 『介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】』の『(1) ケアマネジメントの質の向上 ②介護支援専門員実務研修受講試験の見直し』 「実務従事者基礎研修の充実、基礎研修の必修化」（第 45 回介護保険部会，資料 2，p.107，平成 25 年 6 月 6 日）</p>

大項目	中項目	平成 24 年度介護報酬決定後～27 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
			<p>○研修カリキュラムの見直しのスケジュール</p> <p>見直しのスケジュールのイメージが示された。</p> <p>「平成 27 年度</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新カリキュラムによる各種研修の実施</li> <li>・主任介護支援専門員の更新及び更新研修を順次実施」(第 45 回介護保険部会, 資料 2, p.108, 平成 25 年 6 月 6 日)</li> </ul>
		<p>「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。」(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, p.9, 平成 25 年 1 月 7 日)</p>	
		<p>○研修水準の平準化</p> <p>「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。」(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, p.9, 平成 25 年 1 月 7 日)</p>	



大項目	中項目	平成 24 年度介護報酬決定後～27 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
			<p>○研修指導者のガイドライン作成</p> <p>次の資料にて、言及された。 『介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】』の『（1）ケアマネジメントの質の向上 ③介護支援専門員に係る研修制度の見直し』 「研修指導者のためのガイドライン策定を推進」（第 45 回介護保険部会，資料 2，p.107，平成 25 年 6 月 6 日）</p>
			<p>○都道府県の圏域を越えた研修の実施</p> <p>次の資料にて、言及された。 『介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】』の『（1）ケアマネジメントの質の向上 ③介護支援専門員に係る研修制度の見直し』 「都道府県の圏域を超えた研修等の実施を検討」（第 45 回介護保険部会，資料 2，p.107，平成 25 年 6 月 6 日）</p>

大項目	中項目	平成 24 年度介護報酬決定後～27 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
	主任介護支援専門員についての見直し	○主任ケアマネジャーの役割 「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」(第 42 回介護保険部会, 参考資料 3, p.10, 平成 25 年 1 月 21 日)	
		○更新制の導入・更新時の研修の創設 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。(第 42 回介護保険部会, 参考資料 3, p.10, 平成 25 年 1 月 21 日)	
	ケアマネジメントの質の評価に向けた取組	○利用者負担の導入 「当部会では、主として当面の見直し項目を中心に議論を進めてきたが、(中略)ケアマネジメントの利用者負担の導入、(中略)などについては、引き続き検討を行っていく必要がある」 (第 53 回介護保険部会, 資料 1, p.31, 平成 25 年 11 月 27 日)	
		「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」(第 42 回介護保険部会, 参考資料 3, p.10, 平成 25 年 1 月 21 日)	

大項目	中項目	平成 24 年度介護報酬決定後～27 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
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	地域ケア会議	<p>○制度的な位置づけ</p> <p>「地域ケア会議は介護支援専門員と地域のケアマネジメントに関わる多様な専門職等が適切に意見交換するための会議であるということを確認にして推進すべき、市町村長の権限・役割を明確にし、総合調整の権限を新たに付与すべきとの意見があった。」(第 53 回介護保険部会, 資料 1, p.6, 平成 25 年 11 月 27 日)</p> <p>「地域ケア会議において、個別のケアマネジメントの事例の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めることとする」(平成 27 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.19)</p>	
			<p>○モデル事例の収集など地域ケア会議の普及、促進のための基盤整備</p> <p>次の資料にて、言及された。</p> <p>『介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】』の『(2) 保険者機能の強化等①地域ケア会議の機能強化』</p> <p>「モデル事例の収集など地域ケア会議の普及・促進のための基盤整備」(第 45 回介護保険部会, 資料 2, p.107, 平成 25 年 6 月 6 日)</p>

大項目	中項目	平成 24 年度介護報酬決定後～27 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
			<p>○コーディネーターの養成</p> <p>次の資料にて、言及された。 『介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理【概要版】』の『（2）保険者機能の強化等①地域ケア会議の機能強化』 「コーディネーター養成のための研修の取組」 （第 45 回介護保険部会, 資料 2, p.107, 平成 25 年 6 月 6 日）</p>
	指定権限	<p>○居宅介護支援事業所の指定権限 「(市町村への) 権限移譲に関しては、公平中立の観点から都道府県の適切な関与が必要であり、引き続き検討が必要」(第 54 回介護保険部会, 資料 1, p.20, 平成 25 年 12 月 20 日)</p>	
医療連携の促進	医療連携について	<p>○医療関係職種との連携が不十分 「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いる」(第 42 回介護保険部会, 参考資料 3, p.14, 平成 25 年 1 月 21 日)</p>	

大項目	中項目	平成 24 年度介護報酬決定後～27 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
		<p>「地域包括支援センターにおける医療面の対応強化への支援や、医療に関する専門的な知見を有する在宅医療に関する拠点機能の構築及びその拠点を中心とした連携の強化が必要となる」(第 53 回介護保険部会, 資料 1, p.3, 平成 25 年 11 月 27 日)</p> <p>「認知症加算及び独居高齢者加算については、個人の心身の状況や家族の状況等に応じたケアマネジメントの提供であり、介護支援専門員の基本の業務であることを踏まえ、加算による評価ではなく、基本報酬への包括化により評価する」(平成 27 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.19)</p>	
介護保険施設等の介護支援専門員	施設のケアマネジャーの役割	<p>「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」(第 42 回介護保険部会, 参考資料 3, p.16, 平成 25 年 1 月 21 日)</p>	

大項目	中項目	平成 24 年度介護報酬決定後～27 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
	小規模多機能、看護小規模多機能	<p>○小規模多機能型居宅介護事業所のケアマネジャーの役割の見直し</p> <p>「地域住民に対する支援を柔軟に行うことが可能になるよう、小規模多機能型居宅介護事業所の役割を見直す必要があり、以下の点について今後検討していく必要がある。」</p> <p>(中略)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・登録された利用者だけでなく、地域住民に対する支援を積極的に行うことができるよう、従事者の兼務要件の緩和など運営を柔軟に行うことが可能な指定基準とすること</li> <li>・(小規模多機能型居宅介護の) 事業所に配置されているケアマネジャーによる要介護認定申請の進捗が進むよう、環境を整備すること」</li> </ul> <p>(第 53 回介護保険部会, 資料 1, p.15, 平成 25 年 11 月 27 日)</p>	

### 3.3. 平成 27 年度介護報酬改定後～30 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論

大項目	中項目	平成 27 年度介護報酬改定後～30 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
ケアマネジメン トの質の向上 について	ケアマネジメ ントの質の向 上に向けた取 組	<p>○契約時の説明等</p> <p>「利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であること等（当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること）を説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額する」（平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.76）</p>	
		<p>○特定事業所集中減算の対象サービスの見直し</p> <p>「特定事業所集中減算について、請求事業所数の少ないサービスや、主治の医師等の指示により利用するサービス提供事業所が決まる医療系サービスは対象サービスから除外する。なお、福祉用具貸与については、事業所数にかかわらずサービスを集中させることも可能であることから対象とし、具体的には、訪問介護、通所介護及び福祉用具貸与を対象とすることとする」（平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.77）</p>	

大項目	中項目	平成 27 年度介護報酬改定後～30 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
		<p>○中立性・独立性の確保</p> <p>「自立支援、公正中立、総合的かつ効率的なサービス提供の視点に基づく適切なケアマネジメントを確保するためには、どのような方策が考えられるか」（第 57 回介護保険部会，資料 3，p.4，平成 28 年 4 月 22 日）</p>	
		<p>○地域における人材育成を行う事業者に対する評価</p> <p>「特定事業所加算について、他法人が運営する居宅介護支援事業所への支援を行う事業所など、地域のケアマネジメント機能を向上させる取組を評価することとする」（平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告，p.76）</p>	
	多職種連携	<p>「障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、ケアマネジャーと障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にする」（平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告，p.77）</p>	



大項目	中項目	平成 27 年度介護報酬改定後～30 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
			医療介護等の連携のために、ケアマネジメントにおいて、専門職種や専門機関を有機的に結びつけるためにはどのような方策が考えられるか。(第 57 回介護保険部会, 資料 3, p.4, 平成 28 年 4 月 22 日)
	ケアマネジメントの質の評価に向けた取組		○利用者負担の導入 「第 61 回介護保険部会(平成 28 年 8 月 19 日)における利用者負担のあり方の議論の中でも、ケアマネジメントに関する利用者負担について議論を行うべきではないかとする意見があった」(第 64 回介護保険部会, 資料 4, p.4, 平成 28 年 9 月 23 日)
	指定権限		平成 30 年度には居宅介護支援事業所の指定権限が都道府県から市町村へ移譲されることとなっており、市町村は、保険者としての立場からケアマネジメントに適切に関わることが必要。(第 64 回介護保険部会, 資料 4, p.3, 平成 28 年 9 月 23 日)
	保険者によるケアプラン点検	「ア 訪問回数の多いケアプランについては、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、市町村が確認し、必要に応じて是正を促していくことが適当であり、ケアマネジャーが、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れ	「保険者においてケアプランの点検を実施しているが、実施率は全国平均で約 6 割程度にとどまっている」(厚生労働省老健局, 全国介護保険担当課長会議資料, 別紙資料 3-2, p.291, 平成 26 年 7 月 28 日)

大項目	中項目	平成 27 年度介護報酬改定後～30 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
		<p>た回数（「全国平均利用回数＋2 標準偏差」を基準として平成 30 年 4 月に国が定め、6 ヶ月の周知期間を設けて 10 月から施行する。）の訪問介護（生活援助中心型）を位置付ける場合には、市町村にケアプランを届け出ることとする。</p> <p>イ 地域ケア会議の機能として、届け出られたケアプランの検証を位置付け、市町村は地域ケア会議の開催等により、届け出られたケアプランの検証を行うこととする。また市町村は、必要に応じ、ケアマネジャーに対し、利用者の自立支援・重度化防止や地域資源の有効活用等の観点から、サービス内容の是正を促す」（平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.77）</p>	
医療連携の促進	医療連携について	<p>「医療機関へ入院した人が退院後に円滑に在宅生活に移行するためには、入退院時にケアマネジャーが関与し、医療機関と連携を図ることが重要であるが、その取組が必ずしも十分ではないとの指摘がある」（第 64 回介護保険部会, 資料 4, p.2, 平成 28 年 9 月 23 日）</p>	
		<p>入院時における医療機関との連携を促進する観点から、以下の見直しを行う。</p> <p>i 居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼する</p>	

大項目	中項目	平成 27 年度介護報酬改定後～30 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
		<p>ことを義務づける。</p> <p>ii 入院時情報連携加算について、入院後 3 日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。</p> <p>iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示すこととする。</p> <p>(平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.74)</p>	
		<p>退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する観点から、退院・退所加算を以下のとおり見直す。</p> <p>i 退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価する。</p> <p>ii 医療機関等との連携回数に応じた評価とする。</p> <p>iii 加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。また、退院・退所時にケアマネジャーが医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理した様式例について、退院・退所後に必要な事柄を充実させる等、必要な見直しを行うこととする。</p> <p>(平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.75)</p>	

大項目	中項目	平成 27 年度介護報酬改定後～30 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
		<p>○平時からの医療機関との連携促進</p> <p>i 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務づける。</p> <p>ii 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師等に必要な情報伝達を行うことを義務づける。</p> <p>(平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.75)</p>	
		<p>医療・介護連携をさらに強化するため、特定事業所加算において、以下の全ての要件を満たす事業所を更に評価することとする。</p> <p>(要件)</p> <p>i 退院・退所加算を一定回数以上算定している事業所</p> <p>ii 「末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント イ 頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価の創設」に記載する末期の悪性腫瘍の利用者に係る頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価に係る加算を一定回数以上算定している事業所</p>	

大項目	中項目	平成 27 年度介護報酬改定後～30 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
		iii 特定事業所加算（Ⅰ～Ⅲ）のいずれかを算定している事業所 （平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.75）	
	がん末期の連携について	（退院時の連携について）「末期の悪性腫瘍（がん）の患者へのサービス提供に際して、患者の状態に応じた真に必要なサービスが迅速に提供されていない場合があるとの指摘がある。」（第 142 回介護給付費分科会, 資料 3, p.7, 平成 29 年 7 月 5 日）	
		「著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する」（平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.76）	
		「末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等医や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する」（平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.76）	

大項目	中項目	平成 27 年度介護報酬改定後～30 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
介護保険施設等の介護支援専門員	小規模多機能、看護小規模多機能	<p>○小規模多機能型居宅介護事業所のケアマネジャーと、外部ケアマネジャーについて</p> <p>「小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの地域密着型サービスについては、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス提供量を増やす観点</li> <li>・ 機能強化・効率化を図る観点</li> </ul> <p>から人員要件や利用定員等の見直しを平成 30 年度介護報酬改定にあわせて検討することとするのが適当である。」</p> <p>(第 138 回社会保障審議会介護給付費分科会, 参考資料 2, p.6, 平成 29 年 5 月 12 日)</p>	
その他	小規模事業所の運営について		<p>「ケアマネジャーが 1 人のみの事業所については、他の事業所に比べて相談できる相手がいないなど悩みを抱えている割合が多い」(第 64 回介護保険部会, 資料 4, p.1, 平成 28 年 9 月 23 日)</p>
	運営について	<p>○管理者要件の見直し</p> <p>「居宅介護支援事業所における人材育成の取組を促進するため、主任ケアマネジャーであることを管理者の要件とする。その際、一定の経過措置期間を設けることとする」(平成 30 年度介護報酬改定に関する審議報告, p.76)</p>	

大項目	中項目	平成 27 年度介護報酬改定後～30 年度介護報酬改定に至るまでの主な議論	
		委員等意見	厚生労働省見解
		「管理者の中には人材育成やケアマネジャーの業務の実施状況の把握に課題を抱えている人もいる。」(第 64 回介護保険部会, 資料 4, p.1, 平成 28 年 9 月 23 日)	

### 3.4. 課題への対応

課題			課題への対応
大項目	中項目	小項目	
ケアマネジメン トの質の向 上につい て	ケアマネ ジメン トの質の向 上に向け た取組	中立性・独 立性の確 保	「ケアプラン原案に関して各サービス提供事業者から専門的な視点で検討調整、認識を共有（多職種協働）し、利用者への説明・同意を得てプラン決定」(第 115 回介護給付費分科会, 資料 9, p.4, 平成 26 年 11 月 19 日)  「ケアマネジメントの質を確保する観点から、正当な理由のない特定の事業所へのサービスの偏りの割合が 90%以上である場合について減算を適用しているが、減算を適用する割合を引き下げる方向で見直す。」(第 115 回介護給付費分科会, 資料 9, p.18, 平成 26 年 11 月 19 日)
		ケアプラ ン標準化	「次期介護報酬改定までの間に、地域包括支援センターを中心とした「地域ケア会議」等の取組みを通じて多職種協働を推進するとともに、保険者によるケアプランチェック、ケアプランやケアマネジメントについての評価・検証の手法について検討し、ケアプラン様式の見直しなど、その成果の活用・普及を図る。」(介護給付費分科会, 「平成 24 年度介護報酬改定に関する審議報告」, p.4, 平成 23 年 12 月 7 日)

課題			課題への対応
大項目	中項目	小項目	
		課題の把握等	「利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析等を通じて課題を導き出した過程について、多職種協働の場面等で説明する際に、適切な情報共有に資することを目的として課題整理総括表を策定した。」（厚生労働省老健局，全国介護保険担当課長会議資料，別紙資料3-2，p.291，平成26年7月28日）
		ケアプランの見直し	「モニタリングにおいて、ケアプランに位置づけられたサービスの実施状況を把握し、短期目標を達成するために位置づけたサービスの提供期間が終了した際に、その評価・検証を行う。短期目標の終了時期に、サービスを提供する関係者の間で、目標の達成度合いとその背景を分析・共有することで、次のケアプランに向けた再アセスメントがより有効なものとなることを企図している。」（厚生労働省老健局，全国介護保険担当課長会議資料，別紙資料3-2，p.292，平成26年7月28日）
	多職種連携	多職種連携	「個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。」（第115回介護給付費分科会，資料9，p.40，平成26年11月19日）
	介護予防支援について	介護予防支援のあり方	「介護予防支援について、「介護予防・日常生活支援総合事業（以下「新総合事業」という。）」の導入に伴い、介護予防サービス計画には、指定事業所により提供されるサービスと、多様な主体により多様なサービス形態で提供される新総合事業のサービスを位置づけることを踏まえ、基本報酬において適正に評価する。」（介護給付費分科会，「平成27年度介護報酬改定に関する審議報告」，p.19，平成27年1月9日）
	介護支援専門員実務者研修及び、介護支援専門	ケアマネジャーの養成・研修	「介護支援専門員研修課程の見直しに伴い、実務研修の実習については、 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジメントの実践現場の実態を認識する機会</li> <li>・実施上の効果を高めるため、指導方法を強化</li> </ul>



課題			課題への対応
大項目	中項目	小項目	
	員に係る 研修制度 の見直し		<p>の観点で内容を見直し、実施要綱（※）において、実習における留意点を新たに記載」（第115回介護給付費分科会，資料9，p.32，平成26年11月19日）</p> <p>※「介護支援専門員資質向上事業の実施について」（平成26年7月4日老発0704第2号）（別紙1）介護支援専門員実務研修実施要綱</p> <p>平成27年度から試験受験要件を原則として国家資格保有者に見直し（第64回，保険部会参考資料4，p.3，平成28年9月23日）</p>
		研修カリキュラムの見直し	「平成28年度より、もともと任意の基礎研修の内容が、実務研修に含まれることで研修内容が充実し、必修化された。」（厚生労働省老健局，全国介護保険担当課長会議資料，別紙資料3-2，p.287，平成26年7月28日）
		研修指導者のガイドライン作成	○平成26年度より研修講師向けガイドラインの作成・活用 「研修講師向けガイドラインの作成・活用(平成26年度～)」（第64回，保険部会参考資料4，p.3，平成28年9月23日）
	主任介護支援専門員についての見直し	主任ケアマネジャーの役割	「質の高いケアマネジメントを実施している事業所の評価という観点から、主任介護支援専門員等の人員配置要件の強化や、法定研修等における実習受入事業所となるなど人材育成への協力体制の整備について、算定要件に追加する」（第115回介護給付費分科会，資料9，p.25，平成26年11月19日）
		更新制の導入・更新時の研修の創設	平成28年度より「更新制を導入し、更新時における新たに研修を創設することになった」（厚生労働省，「介護保険最新情報」，vol.419，p.1，平成27年2月12日）
	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評価	「サービス担当者会議やモニタリングを適切に実施するため、運営基準減算について評価の見直しを行う。」（介護給付費分科会，「平成24年度介護報酬改定に関する審議報告」，p.4，平成23年12月7日）

課題			課題への対応
大項目	中項目	小項目	
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	地域ケア会議	地域ケア会議の制度的な位置づけ	「これまで通知に位置づけられていた地域ケア会議について、介護保険法で制度的に位置づける。」(第115回介護給付費分科会, 資料9, p.40, 平成26年11月19日)  「地域包括ケアシステムの構築を推進するため、地域ケア会議が介護保険法上に位置付けられ、関係者等は会議から資料又は情報の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めることについて規定されたところであるが、指定居宅介護支援事業者等が会議から個別のケアマネジメントの事例の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう、指定居宅介護支援事業に関する運営基準に規定することとする。」(第115回介護給付費分科会, 資料9, p.39, 平成26年11月19日)
		モデル事例の収集など地域ケア会議の普及、促進のための基盤整備	「個別事例の検討を通じて、多職種協働によるケアマネジメント支援を行うとともに、地域のネットワーク構築につなげるなど、実効性あるものとして定着・普及させる。」(第115回介護給付費分科会, 資料9, p.40, 平成26年11月19日)
	指定権限	居宅介護支援事業所の指定権限	「市町村が居宅サービス等の供給量を調整できるよう、指定拒否や条件付加の仕組みを導入する。都道府県による居宅サービス事業者の指定に関して、市町村が都道府県に意見を提出できるようにするとともに、都道府県はその意見を踏まえて指定をするに当たって条件を付すことを可能とする。」(第137回介護給付費分科会, 資料1, p.43, 平成29年4月26日)
医療連携の促進	医療連携について	医療と介護の連携	「医療との連携を強化する観点から、医療連携加算や退院・退所加算について、算定要件及び評価の見直しを行う。併せて、在宅患者緊急時等カンファレンスに介護支援専門員(ケアマネジャー)が参加し

課題			課題への対応
大項目	中項目	小項目	
			<p>た場合に評価を行う。」(介護給付費分科会,「平成 24 年度介護報酬改定に関する審議報告」, p.4, 平成 23 年 12 月 7 日)</p> <p>「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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院、退所時の病院等との連携</li> <li>・入院、入所時の病院等との連携</li> <li>・認知症高齢者へのケアマネジメントに対する評価</li> <li>・独居高齢者へのケアマネジメントに対する評価」</li> </ul> <p>(第 8 3 回介護給付費分科会, 資料 4, p.12, 平成 23 年 10 月 31 日)</p>
介護保険 施設等の 介護支援 専門員	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 ーの役 割・評価	<p>「施設におけるケアマネジャーの役割及び評価等のあり方については、次期介護報酬改定までに結論を得る。」(介護給付費分科会,「平成 24 年度介護報酬改定に関する審議報告」, p.4, 平成 23 年 12 月 7 日)</p> <p>検討の視点として次のことが挙げられた。</p> <p>「施設におけるケアマネジャーと生活(支援)相談員との役割の明確化、小規模多機能居宅介護やグループホームにおけるケアマネジャーの役割の明確化」(第 8 3 回介護給付費分科会, 資料 4, p.12, 平成 23 年 10 月 31 日)</p>

---

---

## 参考資料 4

### 介護報酬改定の推移

---

---



介護報酬改定の推移について、以下の資料を基に取りまとめた。改定された部分について下線を引いている。

平成 21 年度、平成 24 年度 第 88 回社会保障審議会介護給付費分科会（平成 24 年 1 月 25 日）指定居宅介護支援に要する費用の額に算定に関する基準

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002113p-att/2r9852000002123t.pdf>

平成 27 年度 第 119 回社会保障審議会介護給付費分科会（平成 27 年 2 月 6 日）資料 1－4 介護報酬の算定構造（案）（pp.148～155）

[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000073618.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000073618.pdf)

平成 30 年度 第 158 回社会保障審議会介護給付費分科会（平成 30 年 1 月 26 日）別紙 平成 30 年度介護報酬改定介護報酬の見直し案（pp.172～179）

[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000192311.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000192311.pdf)

「指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成 12 年厚生省告示第二十号）」

平成 21 年度	平成 24 年度	平成 27 年度	平成 30 年度
指定居宅介護支援介護給付費単位数表	指定居宅介護支援介護給付費単位数表	指定居宅介護支援介護給付費単位数表	指定居宅介護支援介護給付費単位数表
居宅介護支援費	居宅介護支援費	居宅介護支援費	居宅介護支援費
イ 居宅介護支援費（1月につき）	イ 居宅介護支援費（1月につき）	イ 居宅介護支援費（1月につき）	イ 居宅介護支援費（1月につき）
(1) 居宅介護支援費（Ⅰ）	(1) 居宅介護支援費（Ⅰ）	(1) 居宅介護支援費（Ⅰ）	(1) 居宅介護支援費（Ⅰ）
（一）要介護 1 又は要介護 2 1,000 単位	（一）要介護 1 又は要介護 2 1,000 単位	（一）要介護 1 又は要介護 2 <u>1,042 単位</u>	（一）要介護 1 又は要介護 2 <u>1,053 単位</u>
（二）要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 1,300 単位	（二）要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 1,300 単位	（二）要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 <u>1,353 単位</u>	（二）要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 <u>1,368 単位</u>
(2) 居宅介護支援費（Ⅱ）	(2) 居宅介護支援費（Ⅱ）	(2) 居宅介護支援費（Ⅱ）	(2) 居宅介護支援費（Ⅱ）
（一）要介護 1 又は要介護 2 500 単位	（一）要介護 1 又は要介護 2 500 単位	（一）要介護 1 又は要介護 2 <u>521 単位</u>	（一）要介護 1 又は要介護 2 <u>527 単位</u>
（二）要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 650 単位	（二）要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 650 単位	（二）要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 <u>677 単位</u>	（二）要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 <u>684 単位</u>
(3) 居宅介護支援費（Ⅲ）	(3) 居宅介護支援費（Ⅲ）	(3) 居宅介護支援費（Ⅲ）	(3) 居宅介護支援費（Ⅲ）
（一）要介護 1 又は要介護 2 300 単位	（一）要介護 1 又は要介護 2 300 単位	（一）要介護 1 又は要介護 2 <u>313 単位</u>	（一）要介護 1 又は要介護 2 <u>316 単位</u>
（二）要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 390 単位	（二）要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 390 単位	（二）要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 <u>406 単位</u>	（二）要介護 3、要介護 4 又は要介護 5 <u>410 単位</u>
注 1 (1)から(3)までについては、利用者	注 1 (1)から(3)までについては、利用者	注 1 (1)から(3)までについては、利用者	注 1 (1)から(3)までについては、利用者

<p>に対して指定居宅介護支援（介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第46条第1項に規定する指定居宅介護支援をいう。以下同じ。）を行い、かつ、月の末日において指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号。以下「基準」という。）第14条第1項の規定により、同項に規定する文書を提出している指定居宅介護支援事業者（法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）について、次に掲げる区分に応じ、それぞれ所定単位数を算定する。</p> <p>(1) 居宅介護支援費（I）指定居宅介護支援事業所（基準第2条第1項に規定する指定居宅介護支援事業所をいう。以下同じ。）において指定居宅介護支援を受ける1月当たりの利用者数に、当該指定居宅介護支援事業所が法第115条の21第3項の規定に基づき指定介護予防支援事業者（法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。）から委託を受けて行う指定介護予防支援（同条第1項に規定する指定介護予防支援をいう。）の提供を受ける利用者数（基準第13条第25</p>	<p>に対して指定居宅介護支援（介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第46条第1項に規定する指定居宅介護支援をいう。以下同じ。）を行い、かつ、月の末日において指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号。以下「基準」という。）第14条第1項の規定により、同項に規定する文書を提出している指定居宅介護支援事業者（法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）について、次に掲げる区分に応じ、それぞれ所定単位数を算定する。</p> <p>(1) 居宅介護支援費（I）指定居宅介護支援事業所（基準第2条第1項に規定する指定居宅介護支援事業所をいう。以下同じ。）において指定居宅介護支援を受ける1月当たりの利用者数に、当該指定居宅介護支援事業所が法第115条の21第3項の規定に基づき指定介護予防支援事業者（法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。）から委託を受けて行う指定介護予防支援（同条第1項に規定する指定介護予防支援をいう。）の提供を受ける利用者数（基準第13条第</p>	<p>に対して指定居宅介護支援（介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第46条第1項に規定する指定居宅介護支援をいう。以下同じ。）を行い、かつ、月の末日において指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号。以下「基準」という。）第14条第1項の規定により、同項に規定する文書を提出している指定居宅介護支援事業者（法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）について、次に掲げる区分に応じ、それぞれ所定単位数を算定する。</p> <p>イ 居宅介護支援費（I）指定居宅介護支援事業所（基準第2条第1項に規定する指定居宅介護支援事業所をいう。以下同じ。）において指定居宅介護支援を受ける1月当たりの利用者数に、当該指定居宅介護支援事業所が法第115条の23第3項の規定に基づき指定介護予防支援事業者（法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。）から委託を受けて行う指定介護予防支援（同項に規定する指定介護予防支援をいう。）の提供を受ける利用者数（基準第13条第26号に規定</p>	<p>に対して指定居宅介護支援（介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第46条第1項に規定する指定居宅介護支援をいう。以下同じ。）を行い、かつ、月の末日において指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号。以下「基準」という。）第14条第1項の規定により、同項に規定する文書を提出している指定居宅介護支援事業者（法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者をいう。以下同じ。）について、次に掲げる区分に応じ、それぞれ所定単位数を算定する。</p> <p>イ 居宅介護支援費（I）指定居宅介護支援事業所（基準第2条第1項に規定する指定居宅介護支援事業所をいう。以下同じ。）において指定居宅介護支援を受ける1月当たりの利用者数に、当該指定居宅介護支援事業所が法第115条の23第3項の規定に基づき指定介護予防支援事業者（法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者をいう。）から委託を受けて行う指定介護予防支援（同項に規定する指定介護予防支援をいう。）の提供を受ける利用者数（基準第13条第26号に規定</p>
--	--	---	---

<p>号に規定する厚生労働大臣が定める基準に該当する地域に住所を有する利用者数を除く。)に2分の1を乗じた数を加えた数を当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の員数(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)第2条第7号に規定する常勤換算方法で算定した員数をいう。以下同じ。)で除して得た数(以下「取扱件数」という。)が40未満である場合又は40以上の場合において、40未満の部分について算定する。</p> <p>(2) 居宅介護支援費(Ⅱ)取扱件数が40以上<u>60未満</u>の場合において、40以上の部分について算定する。</p> <p>(3) 居宅介護支援費(Ⅲ)取扱件数が<u>60以上</u>である場合において、<u>40以上</u>の部分について算定する。</p> <p>2 別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合には、運営基準減算として、所定単位数の<u>100分の70</u>に相当する単位数を算定する。また、運営基準減算が2月以上継続している場合には、所定単位数の100分の50に相当する単位数を算定する。</p>	<p>25号に規定する厚生労働大臣が定める基準に該当する地域に住所を有する利用者数を除く。)に2分の1を乗じた数を加えた数を当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の員数(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)第2条第7号に規定する常勤換算方法で算定した員数をいう。以下同じ。)で除して得た数(以下「取扱件数」という。)が40未満である場合又は40以上の場合において、40未満の部分について算定する。</p> <p>(2) 居宅介護支援費(Ⅱ)取扱件数が40以上である場合において、40以上<u>60未満</u>の部分について算定する。</p> <p>(3) 居宅介護支援費(Ⅲ)取扱件数が<u>40以上</u>である場合において、<u>60以上</u>の部分について算定する。</p> <p>2 別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合には、運営基準減算として、所定単位数の<u>100分の50</u>に相当する単位数を算定する。また、運営基準減算が2月以上継続している場合には、所定単位数は算定しない。</p>	<p>する厚生労働大臣が定める基準に該当する地域に住所を有する利用者数を除く。)に2分の1を乗じた数を加えた数を当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の員数(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)第2条第7号に規定する常勤換算方法で算定した員数をいう。以下同じ。)で除して得た数(以下「取扱件数」という。)が40未満である場合又は40以上である場合において、40未満の部分について算定する。</p> <p>ロ 居宅介護支援費(Ⅱ)取扱件数が40以上である場合において、40以上60未満の部分について算定する。</p> <p>ハ 居宅介護支援費(Ⅲ)取扱件数が40以上である場合において、60以上の部分について算定する。</p> <p>2 別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合には、運営基準減算として、所定単位数の100分の50に相当する単位数を算定する。また、運営基準減算が2月以上継続している場合は、所定単位数は算定しない。</p>	<p>する厚生労働大臣が定める基準に該当する地域に住所を有する利用者数を除く。)に2分の1を乗じた数を加えた数を当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の員数(指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令第37号)<u>第2条第8号</u>に規定する常勤換算方法で算定した員数をいう。以下同じ。)で除して得た数(以下「取扱件数」という。)が40未満である場合又は40以上である場合において、40未満の部分について算定する。</p> <p>ロ 居宅介護支援費(Ⅱ)取扱件数が40以上である場合において、40以上60未満の部分について算定する。</p> <p>ハ 居宅介護支援費(Ⅲ)取扱件数が40以上である場合において、60以上の部分について算定する。</p> <p>2 別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合には、運営基準減算として、所定単位数の100分の50に相当する単位数を算定する。また、運営基準減算が2月以上継続している場合は、所定単位数は算定しない。</p> <p>※別に厚生労働大臣が定める基準の内容</p>
--	---	--	---



<p>3 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が指定居宅介護支援を行った場合には、特別地域居宅介護支援加算として、所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算する。</p> <p>4 別に厚生労働大臣が定める地域に所在し、かつ別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が指定居宅介護支援を行った場合は、所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数に加算する</p> <p>5 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域（基準第18条第5号に規定する通常の事業の実施地域をいう。）を越えて、指定居宅介護支援を行った場</p>	<p>3 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が指定居宅介護支援を行った場合は、特別地域居宅介護支援加算として、所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算する。</p> <p>4 別に厚生労働大臣が定める地域に所在し、かつ別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が指定居宅介護支援を行った場合は、所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数に加算する。</p> <p>5 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域（基準第18条第5号に規定する通常の事業の実施地域をいう。）を越えて、指定居宅介護支援を行った場</p>	<p>3 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が指定居宅介護支援を行った場合は、特別地域居宅介護支援加算として、所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算する。</p> <p>4 別に厚生労働大臣が定める地域に所在し、かつ別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が指定居宅介護支援を行った場合は、所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数に加算する。</p> <p>5 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域（基準第18条第5号に規定する通常の事業の実施地域をいう。）を越えて、指定居宅介護支援を行った場</p>	<p>は次のとおり。</p> <p>居宅介護支援費における運営基準減算の基準<u>第四条第二項並びに第十三条第七号、第九号から第十一号まで、第十四号及び第十五号</u>（これらの規定を同条第十六号において準用する場合を含む。）に定める規定に適合していないこと。</p> <p>3 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が指定居宅介護支援を行った場合は、特別地域居宅介護支援加算として、所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数に加算する。</p> <p>4 別に厚生労働大臣が定める地域に所在し、かつ別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が指定居宅介護支援を行った場合は、所定単位数の100分の10に相当する単位数を所定単位数に加算する。</p> <p>5 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域（基準第18条第5号に規定する通常の事業の実施地域をいう。）を越えて、指定居宅介護支援を行った場</p>
--	--	--	---

<p>合は、所定単位数の 100 分の 5 に相当する単位数を所定単位数に加算する。</p> <p>6 別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合には、特定事業所集中減算として、1 月につき 200 単位を所定単位数から減算する。</p>	<p>合は、所定単位数の 100 分の 5 に相当する単位数を所定単位数に加算する。</p> <p>6 別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合には、特定事業所集中減算として、1 月につき 200 単位を所定単位数から減算する。</p>	<p>合は、所定単位数の 100 分の 5 に相当する単位数を所定単位数に加算する。</p> <p>6 別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、特定事業所集中減算として、1 月につき 200 単位を所定単位数から減算する。</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準の内容は次のとおり。</p> <p>居宅介護支援費における特定事業所集中減算の基準</p> <p>正当な理由なく、指定居宅介護支援事業所（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第二条に規定する指定居宅介護支援事業所をいう。以下同じ。）において前六月間に作成した居宅サービス計画に位置付けられた指定訪問介護、<u>指定訪問入浴介護（指定居宅サービス等基準第四十四条に規定する指定訪問入浴介護をいう。）、指定訪問看護、指定訪問リハビリテーション、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、指定短期入所生活介護、指定短期入所療養介護、指定特定施設入居者生活介護（利用期間を定めて行うものに限る。）、指定福祉用具貸与（指定居宅サービス等基準第百九十三条に規定する指定福祉用具貸与をい</u></p>	<p>合は、所定単位数の 100 分の 5 に相当する単位数を所定単位数に加算する。</p> <p>6 別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、特定事業所集中減算として、1 月につき 200 単位を所定単位数から減算する。</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準の内容は次のとおり。</p> <p>居宅介護支援費における特定事業所集中減算の基準</p> <p>正当な理由なく、指定居宅介護支援事業所（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第二条に規定する指定居宅介護支援事業所をいう。以下同じ。）において前六月間に作成した居宅サービス計画に位置付けられた指定訪問介護、指定通所介護、指定福祉用具貸与（指定居宅サービス等基準第百九十三条に規定する指定福祉用具貸与をいう。）、指定地域密着型通所介護（以下この号において「訪問介護サービス等」という。）の提供の総数のうち、同一の訪問介護サービス等に係る事業者によって提供されたものの占める割合が百分の八十を超えていること。</p>
---	---	---	--

<p>7 利用者が月を通じて特定施設入居者生活介護又は小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護（短期利用共同生活介護費を算定する場合を除く。）若しくは地域密着型特定施設入居者生活介護を受けている場合は、当該月については、居宅介護支援費は、算定しない。</p>	<p>7 利用者が月を通じて特定施設入居者生活介護（<u>短期利用特定施設入居者生活介護費を算定する場合を除く。</u>）又は小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護（短期利用共同生活介護費を算定する場合を除く。）、地域密着型特定施設入居者生活介護（<u>短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護費を算定する場合を除く。</u>）若しくは複合型サービスを受けている場合は、当該月については、居</p>	<p>う。）、<u>指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護、指定夜間対応型訪問介護、指定認知症対応型通所介護、指定小規模多機能型居宅介護（利用期間を定めて行うものに限る。）、指定認知症対応型共同生活介護（利用期間を定めて行うものに限る。）、指定地域密着型特定施設入居者生活介護（利用期間を定めて行うものに限る。）又は指定看護小規模多機能型居宅介護（利用期間を定めて行うものに限る。）</u>  <u>（以下この号において「訪問介護サービス等」という。）の提供総数のうち、同一の訪問介護サービス等に係る事業者によって提供されたものの占める割合が百分の八十を超えていること。</u>  <u>（平成二十七年九月一日から適用）</u></p> <p>7 利用者が月を通じて特定施設入居者生活介護（短期利用特定施設入居者生活介護費を算定する場合を除く）又は小規模多機能型居宅介護（短期利用居宅介護費を算定する場合を除く。）、認知症対応型共同生活介護（短期利用認知症対応型共同生活介護費を算定する場合を除く）、地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護費を算定する場合を除く）若しくは複</p>	<p>7 利用者が月を通じて特定施設入居者生活介護（短期利用特定施設入居者生活介護費を算定する場合を除く）又は小規模多機能型居宅介護（短期利用居宅介護費を算定する場合を除く。）、認知症対応型共同生活介護（短期利用認知症対応型共同生活介護費を算定する場合を除く）、地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用地域密着型特定施設入居者生活介護費を算定する場合を除く）若しくは複</p>
---	--	---	---

<p>ロ 初回加算 300 単位</p> <p>注 指定居宅介護支援事業所において、新規に居宅サービス計画（法第 8 条第 23 項に規定する居宅サービス計画をいう。）を作成する利用者に対して、指定居宅介護支援を行った場合その他の別の厚生労働大臣が定める基準に適合する場合は、1 月につき所定単位数を加算する。ただし、イの注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、当該加算は、算定しない。</p> <p>ハ 特定事業所加算</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして<u>都道府県知事</u>に届け出た指定居宅介護支援事業所は、当該基準に掲げる区分に従い、1 月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p>	<p>宅介護支援費は、算定しない。</p> <p>ロ 初回加算 300 単位</p> <p>注 指定居宅介護支援事業所において、新規に居宅サービス計画（法第 8 条第 21 項に規定する居宅サービス計画をいう。）を作成する利用者に対して、指定居宅介護支援を行った場合その他の別に厚生労働大臣が定める基準に適合する場合は、1 月につき所定単位数を加算する。ただし、イの注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、当該加算は、算定しない。</p> <p>ハ 特定事業所加算</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして<u>都道府県知事（地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 252 条の 19 第 1 項の指定都市（以下「指定都市」という。）及び同法第 252 条の 22 第 1 項の中核市（以下「中核市」という。）においては、指定都市又は中核市の市長）</u>に届け出た指定居宅介護支援事業所は、当該基準に掲げる区分に従い、1 月につき次に掲げる所定単位数を加算する。た</p>	<p>合型サービス（短期利用居宅介護費を算定する場合を除く。）を受けている場合は、当該月については、居宅介護支援費は、算定しない。</p> <p>ロ 初回加算 300 単位</p> <p>注 指定居宅介護支援事業所において、新規に居宅サービス計画（法第 8 条第 23 項に規定する居宅サービス計画をいう。）を作成する利用者に対して、指定居宅介護支援を行った場合その他の別に厚生労働大臣が定める基準に適合する場合は、1 月につき所定単位数を加算する。ただし、イの注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、当該加算は、算定しない。</p> <p>ハ 特定事業所加算</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事（地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 252 条の 19 第 1 項の指定都市（以下「指定都市」という。）及び同法第 252 条の 22 第 1 項の中核市（以下「中核市」という。）にあっては、指定都市又は中核市の市長）に届け出た指定居宅介護支援事業所は、当該基準に掲げる区分に従い、1 月につき次に掲げる所定単位数を加算する。た</p>	<p>合型サービス（短期利用居宅介護費を算定する場合を除く。）を受けている場合は、当該月については、居宅介護支援費は、算定しない。</p> <p>ロ 初回加算 300 単位</p> <p>注 指定居宅介護支援事業所において、新規に居宅サービス計画（法第 8 条第 23 項に規定する居宅サービス計画をいう。）を作成する利用者に対して、指定居宅介護支援を行った場合その他の別に厚生労働大臣が定める基準に適合する場合は、1 月につき所定単位数を加算する。ただし、イの注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める基準に該当する場合は、当該加算は、算定しない。</p> <p>ハ 特定事業所加算</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして<u>市町村長（特別区の区長を含む。以下同じ。）</u>に届け出た指定居宅介護支援事業所は、当該基準に掲げる区分に従い、1 月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、<u>特定事業所加算（Ⅰ）から特定事業所加算（Ⅱ）までのいずれかの加算を算定している場合においては、特定事業所加算（Ⅰ）から特定事業所加算（Ⅱ）までのその他の加</u></p>
--	--	---	--

<p>(1)特定事業所加算（Ⅰ） 500 単位 (2)特定事業所加算（Ⅱ） 300 単位</p>	<p>だし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合には、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>(1)特定事業所加算（Ⅰ） 500 単位 (2)特定事業所加算（Ⅱ） 300 単位</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準の内容は次のとおり。</p> <p>イ 特定事業所加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を配置していること。</p> <p>(2) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を三名以上配置していること。</p> <p>(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。</p> <p>(4) 二十四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。</p>	<p>だし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合には、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p><u>イ 特定事業所加算（Ⅰ） 500 単位</u> <u>ロ 特定事業所加算（Ⅱ） 400 単位</u> <u>ハ 特定事業所加算（Ⅲ） 300 単位</u></p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準の内容は次のとおり。</p> <p><u>居宅介護支援費における特定事業所加算の基準</u></p> <p><u>イ 特定事業所加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</u></p> <p><u>(1) 専ら指定居宅介護支援（法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援をいう。）の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を二名以上配置していること。</u></p> <p><u>(2) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を三名以上配置していること。</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>(4) 二十四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。</u></p>	<p>算は算定しない。</p> <p>イ 特定事業所加算（Ⅰ） 500 単位 ロ 特定事業所加算（Ⅱ） 400 単位 ハ 特定事業所加算（Ⅲ） 300 単位</p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準の内容は次のとおり。</p> <p>居宅介護支援費における特定事業所加算の基準</p> <p>イ 特定事業所加算（Ⅰ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 専ら指定居宅介護支援（法第四十六条第一項に規定する指定居宅介護支援をいう。）の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を二名以上配置していること。</p> <p>(2) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を三名以上配置していること。</p> <p>(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。</p> <p>(4) 二十四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。</p>
--	--	--	--

	<p>(5) 算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護三、要介護四及び要介護五である者の占める割合が百分の五十以上であること。</p> <p>(6) 当該指定居宅介護支援事業所における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。</p> <p>(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、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること。</p> <p>(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。</p> <p>(9) 居宅介護支援費に係る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。</p> <p>(10) 指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員一人当たり四十名未満であること。</p>	<p><u>(5) 算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護三、要介護四又は要介護五である者の占める割合が百分の四十以上であること。</u></p> <p><u>(6) 当該指定居宅介護支援事業所における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。</u></p> <p><u>(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、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること。</u></p> <p><u>(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。</u></p> <p><u>(9) 居宅介護支援費に係る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。</u></p> <p><u>(10) 指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員一人当たり四十名未満であること。</u></p> <p><u>(11) 法第六十九条の二第一項に規定する介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること。(平成二十八年度の介護支援専</u></p>	<p>(5) 算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護三、要介護四又は要介護五である者の占める割合が百分の四十以上であること。</p> <p>(6) 当該指定居宅介護支援事業所における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。</p> <p>(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、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること。</p> <p>(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。</p> <p>(9) 居宅介護支援費に係る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。</p> <p>(10) 指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員一人当たり四十名未満であること。</p> <p>(11) 法第六十九条の二第一項に規定する介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること。(平成二十八年度の介護支援専</p>
--	---	---	--

	<p>ロ 特定事業所加算（Ⅱ） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) <u>イ(1)、(3)、(4)、(6)、(7)、(9)及び(10)の基準に適合すること。</u></p> <p>(2) <u>専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を二名以上配置していること。</u></p>	<p><u>門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用)</u></p> <p><u>ロ 特定事業所加算次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</u></p> <p><u>(1) イ(2)、(3)、(4)、(6)、(7)、(9)、(10)及び(11)の基準に適合すること。</u></p> <p><u>(2) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を配置していること。</u></p> <p><u>ハ 特定事業所加算(Ⅲ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</u></p> <p><u>(1) イ(3)、(4)、(6)、(7)、(9)、(10)及び(11)の基準に適合すること。</u></p> <p><u>(2) ロ(2)の基準に適合すること。</u></p> <p><u>(3) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を二名以上配置していること。</u></p>	<p>門員実務研修受講試験の合格発表の日から適用)</p> <p>ロ 特定事業所加算次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) イ(2)、(3)、(4)、(6)、(7)、(9)、(10)及び(11)の基準に適合すること。</p> <p>(2) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を配置していること。</p> <p>ハ 特定事業所加算(Ⅲ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) イ(3)、(4)、(6)、(7)、(9)、(10)及び(11)の基準に適合すること。</p> <p>(2) ロ(2)の基準に適合すること。</p> <p>(3) 専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を二名以上配置していること。</p> <p><u>ニ 特定事業所加算(Ⅳ) 125単位</u></p> <p>※ 別に厚生労働大臣が定める基準の内容は次のとおり。</p> <p>居宅介護支援費における特定事業所加算の基準</p> <p>イ 特定事業所加算(Ⅰ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること</p> <p>(1)～(11) (略)</p> <p>(12) 他の法人が運営する指定居宅介護</p>
--	--	--	--

			<p>支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施していること。</p> <p>ロ 特定事業所加算(Ⅱ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) イ(2)、(3)、(4)及び(6)から(12)までの基準に適合すること。</p> <p>(2) (略)</p> <p>ハ 特定事業所加算(Ⅲ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) イ(2)、(3)、(4)及び(6)から(12)までの基準に適合すること。</p> <p>(2)・(3) (略)</p> <p>ニ 特定事業所加算(Ⅳ)次に掲げる基準のいずれにも適合すること。</p> <p>(1) 前々年度の三月から前年度の二月までの間において退院・退所加算(Ⅰ)イ、(Ⅰ)ロ、(Ⅱ)イ、(Ⅱ)ロ又は(Ⅲ)の算定に係る病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設との連携の回数(第八十五号の二イからホまでに規定する情報の提供を受けた回数をいう。)の合計が三十五回以上であること。</p> <p>(2) 前々年度の三月から前年度の二月までの間においてターミナルケアマネジメント加算を五回以上算定していること。</p>
--	--	--	--



<p>ニ <u>医療連携加算 150 単位</u></p> <p>注 <u>利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合は、利用者 1 人につき 1 月に 1 回を限度として所定単位数を加算する。</u></p>	<p>ニ <u>入院時情報連携加算</u></p> <p>注 <u>利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合は、別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、利用者 1 人につき 1 月に 1 回を限度として所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</u></p> <p>(1) <u>入院時情報連携加算 (I) 200 単位</u></p> <p>(2) <u>入院時情報連携加算 (II) 100 単位</u></p> <p>※ <u>別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。</u></p> <p>イ <u>入院時情報連携加算 (I) 病院又は診療所に訪問し、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること</u></p>	<p>ニ <u>入院時情報連携加算</u></p> <p>注 <u>利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合は、別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、利用者 1 人につき 1 月に 1 回を限度として所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</u></p> <p>イ <u>入院時情報連携加算 (I) 200 単位</u></p> <p>ロ <u>入院時情報連携加算 (II) 100 単位</u></p>	<p>(3) <u>特定事業所加算 (I)、(II) 又は (III) を算定していること。</u></p> <p>ニ <u>入院時情報連携加算</u></p> <p>注 <u>利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合は、別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、利用者 1 人につき 1 月に 1 回を限度として所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</u></p> <p>イ <u>入院時情報連携加算 (I) 200 単位</u></p> <p>ロ <u>入院時情報連携加算 (II) 100 単位</u></p> <p>※ <u>別に厚生労働大臣が定める基準は次のとおり。</u></p> <p>居宅介護支援費に係る入院時情報連携加算の基準</p> <p>イ <u>入院時情報連携加算 (I) 利用者が病院又は診療所に入院してから三日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。</u></p> <p>ロ <u>入院時情報連携加算 (II) 利用者が</u></p>
---	--	---	--

<p>ホ 退院・退所加算</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合する場合には、当該基準に揚げる区分に従い、次に揚げる所定単位数を加算する。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。</p> <p>(1)退院・退所加算（Ⅰ）400 単位</p> <p>(2)退院・退所加算（Ⅱ）600 単位</p>	<p>ロ 入院時情報連携加算（Ⅱ） イ以外の方法により、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること</p> <p>ホ 退院・退所加算 300 単位</p> <p>注 病院若しくは診療所に入院していた者又は地域密着型介護老人福祉施設（法第8条第20項に規定する地域密着型介護老人福祉施設をいう。以下同じ。）若しくは介護保険施設（法第8条第22項に規定する介護保険施設をいう。以下同じ。）に入所していた者が退院又は退所（指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の地域密着型介護福祉施設サービスのカ又は指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護福祉施設サービスのラの在宅・入所相互利用加算を算定する場合を除く。）し、その居宅において居宅サービス（法第8条第1項に規定する居宅サービスをいう。以下同じ。）又は地域密着型サービス（法第8条第14項に規定する地域密着型サービスをいう。以下同じ。）を利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は診療所に入院してから四日以上七日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。</p> <p>ホ 退院・退所加算 300 単位</p> <p>注 病院若しくは診療所に入院していた者又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設に入所していた者が退院又は退所（指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第126号）別表指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のヨ又は指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護福祉施設サービスのラの在宅・入所相互利用加算を算定する場合を除く。）し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画</p>	<p>病院又は診療所に入院してから四日以上七日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。</p> <p>ホ 退院・退所加算 300 単位</p> <p>注 病院若しくは診療所に入院していた者又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設に入所していた者が退院又は退所（指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第126号）別表指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のヨ又は指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護福祉施設サービスのラの在宅・入所相互利用加算を算定する場合を除く。）し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画</p>	<p>病院又は診療所に入院してから四日以上七日以内に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。</p> <p>ホ 退院・退所加算 300 単位</p> <p>注 病院若しくは診療所に入院していた者又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設に入所していた者が退院又は退所（指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第126号）別表指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のヨ又は指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護福祉施設サービスのラの在宅・入所相互利用加算を算定する場合を除く。）し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画</p>
--	--	--	--

	<p><u>設又は介護保険施設の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合</u>  <u>(同一の利用者について、当該居宅サービス及び地域密着型サービスの利用開始月に調整を行う場合に限る。)</u>には、入院又は入所期間中につき3回を限度として所定単位数を加算する。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。</p>	<p>の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合(同一の利用者について、当該居宅サービス及び地域密着型サービスの利用開始月に調整を行う場合に限る。)には、入院又は入所期間中につき3回を限度として所定単位数を加算する。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。</p>	<p>を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合(同一の利用者について、当該居宅サービス及び地域密着型サービスの利用開始月に調整を行う場合に限る。)には、<u>別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、入院又は入所期間中につき1回を限度として所定単位数を加算する。</u>ただし、<u>次に掲げるいずれかの加算を算定する場合には、次に掲げるその他の加算は算定しない。</u>また、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。</p> <p>イ <u>退院・退所加算(Ⅰ)イ</u> 450 単位  ロ <u>退院・退所加算(Ⅰ)ロ</u> 600 単位  ハ <u>退院・退所加算(Ⅱ)イ</u> 600 単位  ニ <u>退院・退所加算(Ⅱ)ロ</u> 750 単位  ホ <u>退院・退所加算(Ⅲ)</u> 900 単位</p> <p>※ <u>別に厚生労働大臣が定める基準の内容は次のとおり。</u>  居宅介護支援費に係る退院・退所加算の基準</p> <p>イ <u>退院・退所加算(Ⅰ)イ</u> 病院、診療所、<u>地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法に</u></p>
--	---	--	---

<p>へ 認知症加算 150 単位 注 日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることか</p>	<p>へ 認知症加算 150 単位 注 日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることか</p>	<p>(削除)</p>	<p><u>より一回受けていること。</u> <u>ロ 退院・退所加算(Ⅰ)ロ 病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンスにより一回受けていること。</u> <u>ハ 退院・退所加算(Ⅱ)イ 病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により二回以上受けていること。</u> <u>ニ 退院・退所加算(Ⅱ)ロ 病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供を二回受けており、うち一回以上はカンファレンスによること。</u> <u>ホ 退院・退所加算(Ⅲ) 病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供を三回以上受けており、うち一回以上はカンファレンスによること。</u></p>
--	--	-------------	--

<p>ら介護を必要とする認知症（<u>法第8条第16項</u>に規定する認知症をいう。）の利用者に対して指定居宅介護支援を行った場合には、1月につき所定単位数を加算する。</p> <p>ト 独居高齢者加算 150 単位</p> <p>注 独居の利用者に対して指定居宅介護支援を行った場合には、1月につき所定単位数を加算する。</p> <p>チ 小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 300 単位</p> <p>注 利用者が指定小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号。以下「指定地域密着型サービス基準」という。）第62条に規定する指定小規模多機能型居宅介護をいう。）の利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を当該指定小規模多機能型居宅介護を提供する指定小規模多機能型居宅介護事業所（指定地域密着型サービス基準第63条第1項に規定する指定小規模多機能型居宅介護事業所という。以下同じ。）に提供し、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所における居宅サービス計画の作成等に協力した場合に、所定単位数を加算する。ただし、こ</p>	<p>ら介護を必要とする認知症（<u>法第5条の2</u>に規定する認知症をいう。）の利用者に対して指定居宅介護支援を行った場合には、1月につき所定単位数を加算する。</p> <p>ト 独居高齢者加算 150 単位</p> <p>注 独居の利用者に対して指定居宅介護支援を行った場合には、1月につき所定単位数を加算する。</p> <p>チ 小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 300 単位</p> <p>注 利用者が指定小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号。以下「指定地域密着型サービス基準」という。）第62条に規定する指定小規模多機能型居宅介護をいう。）の利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を当該指定小規模多機能型居宅介護を提供する指定小規模多機能型居宅介護事業所（指定地域密着型サービス基準第63条第1項に規定する指定小規模多機能型居宅介護事業所という。以下同じ。）に提供し、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所における居宅サービス計画の作成等に協力した場合に、所定単位数を加算する。ただし、こ</p>	<p>(削除)</p> <p>ヘ 小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 300 単位</p> <p>注 利用者が指定小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号。以下「指定地域密着型サービス基準」という。）第62条に規定する指定小規模多機能型居宅介護をいう。）の利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を当該指定小規模多機能型居宅介護を提供する指定小規模多機能型居宅介護事業所（指定地域密着型サービス基準第63条第1項に規定する指定小規模多機能型居宅介護事業所という。以下同じ。）に提供し、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所における居宅サービス計画の作成等に協力した場合に、所定単位数を加算する。ただし、この場合</p>	<p>ヘ 小規模多機能型居宅介護事業所連携加算 300 単位</p> <p>注 利用者が指定小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号。以下「指定地域密着型サービス基準」という。）第62条に規定する指定小規模多機能型居宅介護をいう。）の利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を当該指定小規模多機能型居宅介護を提供する指定小規模多機能型居宅介護事業所（指定地域密着型サービス基準第63条第1項に規定する指定小規模多機能型居宅介護事業所という。以下同じ。）に提供し、当該指定小規模多機能型居宅介護事業所における居宅サービス計画の作成等に協力した場合に、所定単位数を加算する。ただし、この場合において、利用開始日前6月以内において、</p>
--	--	--	--

<p>の場合において、利用開始日前6月以内において、当該利用者による当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の利用について本加算を算定している場合は、算定しない。</p>	<p>の場合において、利用開始日前6月以内において、当該利用者による当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の利用について本加算を算定している場合は、算定しない。</p> <p><u>リ 複合型サービス事業所連携加算</u></p> <p><u>300 単位</u></p> <p><u>注 利用者が指定複合型サービス（指定地域密着型サービス基準第170条に規定する指定複合型サービスをいう。）の利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を当該指定複合型サービスを提供する指定複合型サービス事業所（指定地域密着型サービス基準第171条第1項に規定する指定複合型サービス事業所をいう。以下同じ。）に提供し、当該指定複合型サービス事業所における居宅サービス計画の作成等に協力した場合に、所定単位数を加算する。ただし、利用開始日前6月以内において、当該利用者による当該指定複合型サービス事業所の利用について本加算を算定している場合は、算定しない。</u></p>	<p>において、利用開始日前6月以内において、当該利用者による当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の利用について本加算を算定している場合は、算定しない。</p> <p><u>ト 看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算</u> 300 単位</p> <p><u>注 利用者が指定看護小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービス基準第170条に規定する指定看護小規模多機能型居宅介護をいう。）の利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を当該指定看護小規模多機能型居宅介護を提供する指定看護小規模多機能型居宅介護事業所（指定地域密着型サービス基準第171条第1項に規定する指定看護小規模多機能型居宅介護事業所をいう。以下同じ。）に提供し、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所における居宅サービス計画の作成等に協力した場合に、所定単位数を加算する。ただし、利用開始日前6月以内において、当該利用者による当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の利用について本加算を算定している場合は、算定しない。</u></p>	<p>当該利用者による当該指定小規模多機能型居宅介護事業所の利用について本加算を算定している場合は、算定しない。</p> <p><u>ト 看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算</u> 300 単位</p> <p><u>注 利用者が指定看護小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービス基準第170条に規定する指定看護小規模多機能型居宅介護をいう。）の利用を開始する際に、当該利用者に係る必要な情報を当該指定看護小規模多機能型居宅介護を提供する指定看護小規模多機能型居宅介護事業所（指定地域密着型サービス基準第171条第1項に規定する指定看護小規模多機能型居宅介護事業所をいう。以下同じ。）に提供し、当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所における居宅サービス計画の作成等に協力した場合に、所定単位数を加算する。ただし、利用開始日前6月以内において、当該利用者による当該指定看護小規模多機能型居宅介護事業所の利用について本加算を算定している場合は、算定しない。</u></p>
---	--	---	---

	<p>ヌ <u>緊急時等居宅カンファレンス加算</u> 200 単位</p> <p><u>注 病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて、当該利用者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合、利用者 1 人につき 1 月に 2 回を限度として所定単位数を加算する。</u></p>	<p>チ <u>緊急時等居宅カンファレンス加算</u> 200 単位</p> <p><u>注 病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて、当該利用者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合は、利用者 1 人につき 1 月に 2 回を限度として所定単位数を加算する。</u></p>	<p>チ <u>緊急時等居宅カンファレンス加算</u> 200 単位</p> <p><u>注 病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて、当該利用者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合は、利用者 1 人につき 1 月に 2 回を限度として所定単位数を加算する。</u></p> <p><u>リ <u>ターミナルケアマネジメント加算</u></u> <u>400 単位</u></p> <p><u>注 在宅で死亡した利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）に対して、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村長に届け出た指定居宅介護支援事業所が、その死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上、当該利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、当該利用者の心身の状況等を記録し、主治の医師及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供した場合は、1 月につき所定単位数を加算する。</u></p> <p><u>※ 別に厚生労働大臣が定める基準の内容は次のとおり。</u></p>
--	---	--	--

			<p><u>居宅介護支援費に係るターミナルケアマネジメント加算の基準</u></p> <p><u>ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者に</u></p> <p><u>ついて、二十四時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要</u></p> <p><u>に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備していること。</u></p>
--	--	--	---



---

---

## 参考資料 5

### 地域力強化検討会のとりまとめの概要

---

---



## 地域における住民主体の課題解決力強化・相談支援体制在り方に関する検討会 (地域力強化検討会) のとりまとめの概要

本節では「地域力強化検討会」の検討内容を確認する。「地域力強化検討会」では、地域共生社会における地域のあり方や支援体制のあり方を検討した。

### (1)趣旨

厚生労働省が平成 27 年 9 月 17 日に公表した「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」において、新しい地域包括支援体制（全世代・全対象型地域包括支援）を実現するために、対象者やその世帯について、分野横断的かつ包括的な相談・支援を実現するための方策を検討することとされている。

また、「ニッポン一億総活躍プラン」（平成 28 年 6 月 2 日閣議決定）において、「小中学校区等の住民に身近な圏域で、住民が主体的に地域課題を把握して解決を試みる体制づくり」「育児、介護、障害、貧困、さらには育児と介護に同時に直面する家庭など、世帯全体の複合化・複雑化した課題を受け止める、市町村における総合的な相談支援体制作り」等を進めることとされている。

これらを踏まえ、「他人事」になりがちな地域づくりを地域住民が「我が事」として主体的に取り組む仕組みを作っていくとともに、市町村においては、地域づくりの取組の支援と、公的な福祉サービスへのつながりを含めた「丸ごと」の総合相談支援の体制整備を進めるため、「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部（以下「実現本部」という。）が設置され、実現本部の下に、住民主体による地域課題の解決力強化・体制づくり、市町村による包括的相談支援体制等について検討を行う「地域力強化ワーキンググループ」が設置された。

### (2)議論の経緯

第 1 回検討会（平成 28 年 10 月 4 日）～第 10 回検討会（平成 29 年 8 月 21 日）に至る審議を経て、最終とりまとめが策定された。

### (3) 最終とりまとめ（平成 29 年 9 月 12 日）の概要<sup>1</sup>

#### ①総論（今後の方向性）

- ◆ 地域共生が文化として定着する挑戦
- ◆ 専門職による多職種連携、地域住民等との協働による地域連携
- ◆ 「点」としての取組から、有機的に連携・協働する「面」としての取組へ
- ◆ 「待ち」の姿勢から、「予防」の視点に基づく、早期発見、早期支援へ
- ◆ 「支え手」「受け手」が固定されない、多様な参加の場、働く場の創造

---

<sup>1</sup> 厚生労働省：「地域力強化検討会最終とりまとめ（平成 29 年 9 月 12 日）の概要」  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyo/kyokushougai/hokenfukushibu-Kikakuka/0000177416.pdf>

## ②各論 1 市町村における包括的な支援体制の構築

### 【1】他人事を「我が事」に変えていくような働きかけをする機能

#### ○3つの地域づくりの方向性の促進に向けた取組の例

- 福祉、医療、教育、環境、農林水産、観光などの各分野における場や人材（地域の宝）とつながる。分野を超えた協働を進めるとともに、分野を超えた協働を進めていく役割を果たす人を地域の中から多く見つけていく。
- 障害や認知症、社会的孤立等に関して学ぶことを通じ、地域や福祉を身近なものとして考える福祉教育の機会を提供する。
- 地域から排除されがちな課題であっても、ソーシャルワーカーが専門的な対応を行う中で、徐々に地域住民と協働していくといった取組を積み重ねる。そうした取組を当事者のプライバシー等に配慮した上で広く知ってもらおう。

#### ○地域づくりを推進する財源等の例

- 事業の一体的な実施による各分野の補助金等の柔軟な活用、共同募金におけるテーマ型募金や市町村共同募金委員会の活用、クラウドファンディング、SIB、ふるさと納税、社会福祉法人の地域公益的取組、企業の社会貢献活動等

### 【2】「複合課題丸ごと」「世帯丸ごと」「とりあえず丸ごと」受け止める場

#### ○住民に身近な圏域での「丸ごと」受け止める場の整備にあたっての留意点

- 担い手を定め、分かりやすい名称を付けるなどして、広く住民等に周知。
  - ✓ 例1：地域住民による相談窓口を設置し、社会福祉協議会の（CSW）が専門的観点からサポートする方法
  - ✓ 例2：地域包括支援センターのランチを拠点とした相談窓口を設置するとともに、民生委員等と協働していく方法
  - ✓ 例3：自治体等において各種の相談窓口を集約し、各専門職が地域担当として、チームで活動していく方法
  - ✓ 例4：診療所や病院のソーシャルワーカーなどが退院調整等だけでなく、地域の様々な相談を受け止めていく方法
- 民生委員、保護司等の地域の関係者から、情報が入る体制を構築する。

### 【3】市町村における包括的な相談支援体制

#### ○市町村における包括的な相談支援体制の構築にあたっての留意点

- 支援チームの編成は、本人の意思やニーズに応じて新たな支援者を巻き込む。
- 支援チームによる個別事案の検討や、資源開発のための検討の場については、①地域ケア会議などの既存の場の機能拡充、②協働の中核を担う者が既存の場に出向く、③新設する等の対応が考えられる。

- 生活困窮者支援の実践で培われた、働く場や参加の場を地域に見出していく、福祉の領域を超えた地域づくりを推進

### ③各論 2 「地域福祉（支援）計画」

#### ○各福祉分野に共通して取り組むべき事項の例

- 福祉以外の様々な分野（まちおこし、産業、農林水産、土木、防犯・防災、社会教育、環境、交通、都市計画等）との連携に関する事項
- 高齢、障害、子ども等の各福祉分野のうち、特に重点的に取り組む分野
- 制度の狭間の問題への対応のあり方
- 共生型サービスなどの分野横断的な福祉サービスの展開
- 居住に課題を抱える者・世帯への横断的な支援のあり方
- 市民後見人の養成や活動支援、判断能力に不安がある人への金銭管理、身元保証人など、権利擁護のあり方
- 高齢者、障害者、児童に対する統一的な虐待への対応や、家庭内で虐待を行った介護者・養育者が抱えている課題にも着目した支援のあり方
- 各福祉分野・福祉以外の分野の圏域の考え方・関係の整理
- 地域づくりに資する複数の事業を一体的に実施していくための補助事業等を有効に活用した連携体制
- 役所内の全庁的な体制整備  
等

#### ○計画策定に当たっての留意点

- 狭義の地域福祉計画の担当部局のみならず、計画策定を通して、部局を超えた協働の仕組みができるような体制をとる。
- 他の福祉に関する計画との調和を図る方法として、計画期間をそろえる、一体的に策定するなどの方法が考えられる。
- 成年後見、住まい、自殺対策、再犯防止等の計画と一体的に策定することも考えられる。

### ④各論 3 「自治体、国の役割」

○市町村→包括的な支援体制の整備について、責任をもって進めていく。地域福祉計画として関係者と合意し、計画的に推進していくことが有効。

○都道府県→単独の市町村では解決が難しい課題への支援体制の構築、都道府県域の独自施策の企画・立案、市町村への技術的助言

○国→指針等の作成で終わることなく、「我が事・丸ごと」の人材育成、プロセスを重視した評価指標の検討、財源の確保・あり方についての検討

---

---

## 参考資料 6

### 有識者による検討内容

---

---



(下線の内容は報告書 5 章の内容に関連している。)

## 6.1. 目指すべきケアマネジメントの提供について

### 1) 質の高いケアマネジメントについて

- ・ サービス担当者会議は、多職種が協働する場として象徴的であるとともに、ケアプランの内容が実際にはどのように提供されているかを照らし合わせる場として捉えられる。いつケアプランと個別支援計画書を照らし合わせるか、ヘルパーの指示書とどのようにリンクしているのかまでの個別の状況を確認し、提供するサービスの全体をマネジメントすることが重要である。ケアマネジメントの質を語る際に、ケアプランを作るまでの議論に留まることが多いように感じており、質の高いケアマネジメントとしては実際にサービスがどのように届くかを踏まえた議論が必要ではないか。
- ・ 質の高いケアマネジメントとは、利用者に対する自立支援や介護予防を達成できたケアマネジメントを指すのではないか。しかし、利用者は様々なサービスを利用するため、ケアマネジメントの寄与度を評価することが難しいと考えている。提供しているサービスによってよい影響があったとするとケアマネジメントの効果とも言えるかもしれないが、評価項目やアウトカムを設定することは困難である。
- ・ 質の評価という点では、ケアプランに書くべきことが書けており、さらにケアプランが個別支援計画とリンクしているかをみるとよいのではないか。しっかりとたてられていると思うケアプランはケアプランと個別支援計画がリンクされている。サービス利用のない日を含めて、アセスメントの内容とケアプランから利用者の生活が見えてくる。サービス担当者会議の要約をみても、話し合うべきことが話し合われていることが確認できる。
  - 利用者の生活が見えてくるケアプランには、例えば居宅サービス計画書の第 3 表の週間サービス計画表に、同居している家族の出勤時間や、テレビを見ている時間帯だけでなく例えば、好きなテレビ番組等が書かれており、その利用者らしさが表れるような情報が書かれている。
  - 居宅サービス計画書の第 3 表の「週間サービス計画表」の右端に「主な日常生活上の活動」という欄があり、空欄のままになることが多い。
  - 情報を共有するための欄と捉えると書くべきことはあるはずである。
  - ケアマネジャーが共有すべきと認識しなければ書かないのではないか。
  - 基準上は空白であっても問題ないため、業務として、最低限のケアプランと考えている場合には、利用者の生活までは書かないこともありえる。
  - 施設での勤務経験があるケアマネジャーは、記録をつける習慣があるため、ケアプランの中で細かな情報を記録することができるかもしれない。介護支援専門員の資格を得て、実務研修を受けて、すぐに担当利用者を持ったケアマネジャーでは利用者の日常生活の詳細な情報を記録する意識が働いていないのではないか。



習熟度の高いケアプランを作成するには時間を要するだろう。

- 書類に利用者本人の状況が書かれていれば、関係者の間で利用者本人に関する情報共有ができ、家族が利用者本人について何度も同じ説明をせずに済む。特に、認知症の高齢者は個別性が高いため、詳細に記録し、共有することが重要である。
- ・ ケアマネジャーとしてのキャリアを積んでいないケアマネジャーのスキルアップのために、OJTのような仕組みが必要である。そのような仕組みがなければ、ケアマネジャーの質にばらつきが出るのではないか。
  - 平成30年度改定では、ケアマネジャーの質の向上のため、実習が取り入れられている。また、居宅介護支援事業所の指定権限が市町村に移譲されたため、ケアプランチェックや実地指導の際に、市町村から指導をいただく場合がある。
  - ケアマネジャーの資格をとり、居宅介護支援事業所に入ると、すぐに30件程度の担当を持たなくてはならないことに、課題を感じている。
  - サービス事業所や地域包括支援センターは、サービス担当者会議の中で、様々なケアプランを目にする機会があるため、どのようなケアプランをよいケアプランと考えるかについて尋ねると、興味深いのではないか。
- ・ ケアマネジメントの質の評価として、ストラクチャーとしては、ケアプランの目標設定から始まり、サービスがどのように提供できているかを評価すること、プロセスとしては利用者の生活全体像が見えるか、自立支援にどのように携わっているかを評価することが挙げたが、実際は難しいと考えられる。
- ・ サービスを組むことが、ケアマネジメントを実施したとすることは望ましくないのではないか。質の高いケアマネジメントには、利用者の意思決定を適切に支援するようなプロセスが必要である。具体的には、例えば、ケアマネジャーが利用者の話をきちんと聞き、利用者が納得できる説明をした上で、利用者が選択し、意思決定できるようなケアマネジメントの達成が重要だ。
- ・ アウトカムとしては、海外の研究や医学、看護の領域では、利用者の Well-being や QOL の向上、満足度を取り入れており、日本のケアマネジメントにおいても評価の仕組みを取り入れるべきと考えている。また、利用者の QOL の向上に寄与するサービスパッケージという観点からサービスの利用者にとって適切なサービスの種類と投入量を研究する流れもある。アウトカムとして Well-being や QOL、満足度を設定し、ケアマネジメントの質を評価する軸を作る方向を目指すことができるのではないか。3章の文献 No.9 の「ケアマネジャーの資質の向上のための方策等に関する調査研究事業」の pp.58-67 の記事では、ヨーロッパの研究者や WHO はケアマネジメントによる Well-being や QOL の向上といったエビデンスを掴んでいる。記事で引用されているのは、すべてシステムティックレビューの論文で、それぞれの論文では10~20本の論文のエビデンスが統合されている。
  - ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit) というイギリスの QOL 尺度を用い、ソーシャルサービスを受けることによる QOL を測る事例がある。利用者本人、ケ

アマネジャー、事業所に ASCOT をつけてもらい、結果のずれを分析し、支援に生かすことが想定されている。

➤ よいストラクチャーとプロセスがあったとしても、アウトカムが低ければ結局は利用者のための取組とは言えない。また、居宅介護支援事業所のアウトカムとしては、居宅生活の持続性を考慮することも必要だろう。

- ・ 利用者のアウトカムが最も大切であることが世界共通事項ではあるが、アウトカムとしては、利用者の満足度の他に、(地域の) コスト、従事者の満足度ややりがい等の観点も必要ではないか。日本では三方よしと言われており、重要な観点と考えている。
- ・ 利用者の在宅限界を、担当するケアマネジャーが一人で決めてしまうというところに課題を感じている。例えば、ケアマネジャーが、担当利用者の施設への入所を判断した場合に、その背景として、当該利用者と類似のケースを、ケアマネジャー自身が在宅で介護した経験がないため、施設へ入所する必要があると考える可能性がある。標準化されたサービス内容と理想的な予後の見立てをパッケージ化し、それらをケアマネジャーの間で共有することが重要である。
- ・ 疾病別にケアマネジメントの標準化を進める必要があると考えている。例えば、脳卒中については、再発予防を目指すというように、特定の疾病に対する対応すべきことを標準化し、共有することが重要であると思う。その上で、個別にケアマネジャー自身が考える自立支援を実践するということが必要ではないか。
- ・ 職能団体が、自らの団体の専門職のレベルの底上げを図ることも重要ではないか。訪問看護の領域で、各事業所の自己評価の評価基準を作っているが、ケアマネジャーの領域でも類似した仕組みを導入するとよいのではないか。具体的には、訪問看護では、各事業所が5分類40項目程度の自己評価を実施し、その結果を職能団体が集計して点数化し、平均値を算出した後に、レーダーチャートで各事業所にフィードバックする仕組みが作られている。
- ・ 現状、大多数のケアマネジャーはケアプランの作成において仮説を立てるまでに至っていない。仮説を立てることができたとしても個人の経験知をもとに立案した仮説に留まっている。ケアマネジメントの質について、学術研究がなされていないため集合知としての考えには至っていない。ここに質の高いケアマネジメントの限界がある。
- ・ 学位の取得というご意見もあったが、研修をどんなに重ねても限界があり、これは有効な手段の一種である。研究を学んだケアマネジメントの実践者が必要である。医師が臨床家であり研究者であるように、ケアマネジャーも同様にケアマネジメントの実践者であり研究者でもあるという人がいなければ、ケアマネジメントの質に関する理論は生まれない。実践者であり研究者である人は全体の2割いれば十分ではないか。
- ・ 内閣府の行程表によればケアプランの作成についてAIの実用化を目指しているようだが、今の方法では難しいと思う。理論はなく、記録のルールもないため、ケアマネジャーは自由に分析し、記録を書いている。記録する文字情報は何らかの法則に基づいている必要がある。記入する法則がないためにAIにかけても、実用できる回答は得ら

れない。看護分野の AI 活用が進んでいるが、テキストデータに理論があり、法則があるためである。AI にかけることを想定するならば、記述方法、記録方法のルール化が必要である。

- ・ サービスの質の見える化の取り組みとして、地域包括では評価項目を定めレーダーチャートにして公表している自治体がある。
- ・ 利用者負担の導入というご意見があるが、自己評価と事業所評価を合わせて導入することが必要である。対価をもらうことに対して、責任を持つことを意識する必要がある。ケアプランはケアマネジャー個人が作成するものではない。本来は事業所内でケアプラン作成のディスカッションを実施し、管理者が確認・押印したものを事業所外に出すべきである。
- ・ ケアマネジャーが 1 人の事業所の場合どのように質を担保すべきか。
  - 基本的には 1 人の事業所は無くす方向性が望ましい。その 1 名のケアマネジャーが事故等で働けなくなった場合、担当している利用者は居宅介護支援サービスを受けることができなくなる。このような事業の継続性が担保されていない事業所は本来望ましくない。少なくとも 2 名以上は必要。しかし人口が少ない地域ではケアマネジャーが 1 人の事業所が存在することになるが同じ地域内の居宅介護支援事業所同士が連携しあう体制も必要ではないか。
- ・ そうした連携は個人情報保護の観点も考慮する必要があり簡単ではないが、事業継続性の担保という観点から近隣の事業所と連携してケアプランを一人だけで見ないようにすることや質の向上の観点から事例検討なども共同で実施するなどのルールを示しておくことが必要である。

## 2) 公正中立なケアマネジメントとは

- ・ 公正中立なケアマネジメントは、利用者に対して説明可能な状態にしておくことで、利用者の不公平感を払拭できるのではないか。
- ・ ケアマネジメントについて、同一経営の法人に偏らず、様々な法人に事業所が分散することが、公正中立かという点と必ずしもそうではないのではないか。利用者の選択と意思決定が担保されていれば、同一経営の法人に事業所が集中していてもよいのではないか。
  - 事業所について同一経営の法人に偏らなければよいかというと、必ずしもそうではない。利用者が希望し、同一経営の法人の事業所を集中的に選ぶ場合も考えられる。利用する本人や家族の意向を反映し、サービスを受ける側のためのサービス利用を考慮する必要がある。
  - 家族の中でも、事業所を自ら選択することができる家族は良いが、事業所のリストを見たとき、事業所を選ぶことが難しい家族もいる点が懸念である。
  - 今後、独居高齢者や老々介護の世帯が増加する中で、事業所を選ぶことが困難な利用者や家族が、ますます増えることが予想される。

- 利用者による選択と意思決定を担保するため、本人や家族に合った情報と情報量を適切なタイミングで提供することが重要である。また、ケアマネジャーの報酬が、介護保険サービスを入れなければ発生しないというところにも課題を感じている。ケアマネジャーの報酬を得るために、不要なサービスを入れることや、サービスを入れる際に自社サービスを誘導することがありえるのではないかな。
- ・ 公正中立については、二つの軸があると考えている。第一の軸は、給付に関する公正中立である。給付によってお金を動かすという意味では、ある特定のサービスを使い続けるか、あるサービスの利用をやめるかという判断において公正中立の立場であることは非常に重要だ。第二に、利用者本人にとっての公正中立である。認知症の利用者の場合など、家族の気持ちを配慮するあまりに、利用者本人にとっての公正中立が成り立たない場合がある。利用者本人にとって、どうあるべきかを考えることが重要だ。例えば、同じ事業所を利用する場合に、ケアマネジャーが、その利用に対する仮説の立案と理由付け、利用後のモニタリングをきちんと行えば、集中減算から外してもよいのではないかなと思う。
- ・ 日本のケアマネジャーは、ある種矛盾した立場にいることを認識する必要がある。海外のケアマネジメントの実態を見ると、ケアマネジャーには二種類の位置づけがある。第一に、日本でいうところの行政のような立場で、コスト意識が働かない形でケアマネジャーが位置づけられている場合がある。第二に、ケアマネジャーが民間の一事業所で雇用された専門職としてコスト意識が働く形で位置づけられている場合がある。民間の事業者に所属する場合は報酬が得られなければ運営できない。しかし、日本では、ケアマネジャーは、コストももらえず、行政でもないという立場に、制度上位置づけられている点特徴的である。現実的な問題もあり、公正中立をどのように達成するかは難しいところであるが、まずはケアマネジャーが中間的な立場にあるという点を認識するところから出発する必要があるのではないかな。
- ・ 主任ケアマネジャーは、地域包括支援センターにも居宅介護支援事業所にもいる。それぞれコストを考慮する度合が異なる。それぞれの立場から利用者の生活の質の向上を考えることで、地域で果たす役割が変わり、地域の中での適切な役割分担をすることで、全体として、公正中立を達成できるのではないかな。
- ・ 日本のケアマネジャーについて、矛盾した立場にあるとの意見が出たが、行政の立場、民間の立場のどちらにいたとしても公正中立の立場であるべきことに変わりはない。これを実現するためには徹底的なプロフェッショナル教育が必要であり、プロフェッショナルオートノミーを確立することが全てのケアマネジメント活動の礎である。報酬を上げたとしてもプロフェッショナルオートノミーが働かなければ、公正中立は崩れてしまう。
- ・ 公正中立の視点として委員会の議論では利用者本人と事業所の2つが挙がっている。これらに加えて、もう一つ、保険者に対する公正中立の観点が必要である。行政には行政の立場があり、それは必ずしもいつどんな時も利用者の立場を理解したものとは

限らない。現状では、事業所の指定権限が保険者に移譲され、行政に抗ってまでも利用者にとって最善のプランを作成しようとするケアマネジャーは減少傾向なのではないか。気をつけることは、対利用者、対事業所、対保険者との関係において公正中立であることである。

### 3) 地域共生社会におけるケアマネジャーの役割

- ・ ケアマネジャーに限らず、複合的な課題を持つ世帯に関わる専門職の縦割り意識を変える必要がある。専門職が複合的な課題を持つ世帯に関心を持たなければ、生きづら  
い人々の姿が見えなくなってしまう。加算でなくとも、何かインセンティブを働かせ  
なければ、最初の一步は動かないのではないか。1件でも介護以外の領域の支援計画に  
携わることがあれば、それぞれのケアマネジャーの認識が変わるのではないか。事業  
所において、一人1件、介護以外の領域の課題に携わり、皆で関与する取組を行って  
はどうか。
  - インセンティブという意味では、認定看護師の制度を参考にできる。ケアマネジ  
ャーでも、介護支援専門員の上に上位の専門資格を設けることが考えられる。例  
えば、生活困窮に対して専門知識を持つケアマネジャーに対して、何らかの資格  
を設けることが考えられる。主任の上に資格を作ることも考えられる。
- ・ 複合的な課題を持つ世帯を取り巻く専門職同士の協働の必要性や仕方について、議論  
する必要がある。障害者のマネジメントと一緒に議論しなければ、相談支援専門員  
との連携は難しい。先行研究では、相談支援専門員と一緒に議論している事例があっ  
た。
- ・ ケアマネジャー以外の専門職が、介護保険を理解することも必要ではないか。ケアマ  
ネジャーのみが、他の専門職の領域を理解するだけでなく、それぞれの専門職が互い  
の領域を理解した上で、自らの専門性を発揮することが望ましい。障害者福祉サービ  
ス利用のある方が65歳で介護保険に移行することがわかっているため、その利用者が  
65歳になる前に、障害者福祉課のケースワーカーが基幹地域包括支援センターに相談  
に来ることを促すなど工夫ができるのではないか。
- ・ それぞれの専門領域を含めた包括的な支援ができる資格を設けることは賛成である。
  - 全員ができる必要はない。思いを持っている人だけでよい。
  - ケアマネジャーを2つの層に分けるべきと考えている。ケアマネジャーの中には、  
介護保険の調整だけを仕事にしたい人がある。そのような介護保険を調整する役  
割は残しつつ、より上位のケアマネジメントを目指す人の役割を位置づける必要  
がある。その方法としては加算がよいか、認定がよいかはわからない。
  - 看護師には、認定看護師の上に、大学院の2年間で取得できる専門看護師があり、  
合計3段階ある。意欲のあるケアマネジャーが、より高度な専門性を探求するキ  
ャリアラダーを設けても良いのではないか。また、意欲の高い人は介護保険制度  
の中だけにいるわけでもないため、他の分野からも手を挙げられるような共通の

資格であってもよいと考えている。

- ・ 障害者福祉制度の指定相談支援事業所と二枚看板で運営している事業者もある。共生型居宅介護支援事業所という新しいサービスを作ることはできないか。
  - 計画相談自体では、収入はないため、共生型居宅介護支援として単価設定ができるとよい。
- ・ 認知症の利用者として対応をしているケースについて、本当は精神障害を持っている場合がある。そのようなケースに対してケアマネジャーがどうすべきかについては難しいところがある。また、ケアマネジャーが担当する利用者の家族に、精神障害や発達障害があるという場合には、ケアマネジャーが一人で利用者と家族の両方の対応するのは難しいのではないか。例えば、利用者はケアマネジャーが担当をし、精神障害を持つ家族は精神障害の専門職が担当することで、ケアマネジャーの負担を軽減できるのではないか。ケアマネジャーが、すべての困難事例を一人で対応するのは、負担が大きく、相当高い能力が必要になる。
  - 複合的な問題を抱える利用者に対して、複数の専門職が共に対応する際に、専門職同士が相手を知らなければ、協力することは難しい。そのため、専門職同士が協力できるような共通基盤を作っておくことが重要である。
- ・ 医療的ケア児のケースの場合、医療的ケア児を支える家族に対する長期的な支援について考える必要がある。医療的ケア児には四六時中目を離せない子どもたちが多くレスパイトしたくてもできない実態がある。家族からの生の声として、寝たきりの子供たちが成長する過程で、子どもたちの苦しみや親が高齢となったときのことを考えて不安になることや、少し年収が上がっただけで医療費の負担が増えること、(医療的ケア児の)わが子を見ていると人工呼吸器を外したい気持ちに駆られること、相談する相手がいらないことなどを聴いている。障害者の中で一定割合、医療的ケア児の子どもたちがおり、長く続くことであるため、考慮することを求めたい。ケアマネジャーに対応してほしいとまでは言えないが、医療的ケア児の問題について理解してもらいたい。
  - ケアマネジャーが認知症の高齢者の両親を担当したときに、そのお子さんにも障害があるケースも想定できる。ダブルケアが必要なケースも考えられる。
  - いわゆる困難事例と言われるケースに対しては、地域ケア会議が機能することを期待している。地域ケア会議の当初の趣旨としては、ケアマネジャーだけでは解決できないことを、多分野の専門職が集まり、共に解決を目指すという趣旨であったと考えている。そのようなネットワークが広がることで、地域ケア会議が、困難事例に対して多職種が連携する基盤として、機能することが望ましいのではないか。
- ・ 検討委員会の議事録において、地域共生社会の説明においてネガティブにとられているとあるが、それでもかまわないと考えている。地域共生社会において高齢領域の課題だけでなくそれ以外の分野でも課題を見出すことができる人は現在のケアマネジャー

一の全員である必要はない。ここは個々のケアマネジャー自身が望む方向を選択すればよい。ケアマネジャーを保護することよりも、利用者や市民を保護する視点に立つべきである。

- ・ 少数精鋭の上位資格を創設し、適任の人にその取得を進めていく方が将来の理想のケアマネジメント実践者像に近付くと思う。誰でもなれる資格では魅力が薄れ、本当に優秀な人はそこからいなくなってしまう。
- ・ 地域共生社会の理念をかみ砕くという意見も挙がっているが、地域共生社会そのものが何たるか明確なものはまだ存在しないため、かみ砕くことは不可能ではないか。むしろケアマネジャーには利用者や地域と共に考え試行錯誤して創り上げていく主体であるということを教えていくことが必要である。ケアマネジャーは答えやポジション、できあがった制度が与えられることに慣れているため、自ら積極的に検討を進めていく機会を創出することが必要である。
- ・ 「人」を支援するだけでなく、「世帯」を支援すると考えることが地域共生社会を実現することである。自分の得意領域以外のニーズがあるとわかった場合は多職種と連携するなど、複数のケアマネジャーで協力してケアプランを作成していくことが必要である。
- ・ 昨年度の老健事業で挙げたハンドルキーパーの役割に関連して、ハンドルを持つ人は1人であっても、他のケアマネジャーが支え、その支えているケアマネジャーの下にサービスがあるような階層構造をもつ連携が必要ではないか。
- ・ ハンドルは握り続ける必要はなく、状況に応じて、変わってもよい。握るべき人が握るプロフェッショナルが必要である。
- ・ 医療的ケア児について、特別支援学級への通学は家族が常に付き添っている。成人すると障害支援サービスを受けることになる。未来のケアマネジャーを育てるためには、医療的ケア児の実態を知り、家族や家族の葛藤や苦悩、それを抱え、乗り越えてきた過程も含めて学習できる教育体制が必要である。
- ・ 多職種連携の他の職種は要介護だけでなく全対象（出生から死亡まで）を見ている方々である。ケアマネジャーは高齢領域のみである。ということはそれだけでも他の職種が捉えている多職種連携や対象者の支援の幅や技術は異なる。ケアマネジャーの活動が全世代・全対象に拡大したとき、はじめて真の多職種連携は実現に近づくのではないか。

## 6.2. 目指すべきケアマネジメントの実現のための基盤整備について

- ・ ケアマネジメントの連携を推進する際に、地域ケア会議について、保険者が目指すべき方向性を示すことが重要である。ケアが必要な子どもや障害を持つ方等にも目を配れることが望ましい。
  - ▶ 行政の縦割りを調整することも重要であると考えている。例えば、医療的ケア児については、自宅の場合には訪問看護の職員が対応できるが、学校にいる間は、

厚生労働省の管轄の専門職は対応することができない。厚生労働省ではなく、文部科学省の管轄となる。養護教諭の方の場合は、人工呼吸器に慣れていない場合が多い。

- 複合的な課題については可能な限り、予算も人も一本化することを目指してはどうか。例えば、複合的な相談に対応する場合に、補助金の拠出元が複数あると、どの補助金を充てるかが問題となる。そのような問題が起きないために、あらゆる相談を受けたとしても、同じ財源から予算を拠出できるよう検討してはどうか。
- ・ 複合的な課題については、地域の様々な主体を巻き込み、対応を検討することが重要であると思う。専門職に相談すると抱えている課題がすぐに解決することがある。地域の行政にお願いしたいことは、地域の医師会等を巻き込んで、地域包括支援センターやケアマネジャーと一緒に仕事ができることよい。
- ・ 地域で協働する際には、専門職の団体があると、行政と専門職が協力しやすい。例えば、ケアマネジャーの連絡協議会等の団体があれば、個々の専門職への連絡系統があり伝達しやすいことと、団体に専門職の声が集約されているため、行政と専門職が協力に向けた話し合いをしやすい。団体がなければ、行政は個々のケアマネジャーと話をしなければならず、協働が進まない。また、人口密度が低い自治体では、自身の専門を超えて様々な課題に取り組む必要がある。
  - ケアマネジャーの数が少ない自治体については、団体を作ることが難しいことが想定されるため、課題である。
  - 小規模自治体については、人材不足が深刻な問題であると考えている。
  - 人材不足が深刻な小規模自治体については、都道府県が市町村に寄り添うことで、自治体の地域資源の不足を補完することができるのではないか。都道府県の役割を検討する必要がある。
- ・ 保険者との連携で求めることとしては、ケアプランの点検と実地指導を別建てとすることである。居宅介護支援事業所としては、ケアプランの点検の際に分かったことをもとに、事業所の減算がされると、モチベーションが下がる。ケアプラン点検は、ケアプランの内容を是正することに留めるべきと考える。
- ・ 地域包括支援センターについて、直営が3割、委託が7割である。今後、委託の割合は増加するだろう。
  - 自治体で基幹地域包括支援センターを直営することは、3職種が揃わないため難しい。保健師を行政職員から確保することは容易だが、主任ケアマネジャーと社会福祉士は集めるのが難しい。行政職員の主任ケアマネジャーは絶対数が少ない。地域包括支援センターを委託する場合には、委託元である自治体は、わが町の目指すべき方向性を明確にし、委託先に伝える必要がある。そうしなければ、地域包括支援センターの先の地域にいる居宅介護支援事業所のケアマネジャーまで届かない。
  - 保険者機能と一言で言っても、都道府県、市町村、地域包括支援センターとで機



能を分けて考えることが望ましい。

- 地域包括支援センターで専門職が専門性を発揮するためには、専門的な仕事に見合う給与を確保することが重要である。現実的には、財政を担当する部局との調整が難しいことが課題である。
- 地域包括支援センターを直営から委託とすると、委託費が低いこともあり、人材確保が難しい。また、ケアマネジャーの業務負荷の軽減と生産性の向上によって、現場の負担を軽減し、ケアマネジャーとなる人材を増やすことが重要である。
- 直営の基幹地域包括支援センターであると、保険者と同じ方向を目指すという基盤を作りやすい。直営の基幹地域包括支援センターがあると保険者の目指す方向性を委託の地域包括支援センターにわかりやすく伝えることができる。しかし、委託の場合でも、直営の場合でも、保険者と同じ方向を向いて施策を実施することができれば、運営形態は問題ではないのではないか。
- ・ 行政が中心となって進めると、専門職が連携のために協働しやすい。
  - 保険者に求められることは、例えば在宅医療と介護の連携推進事業等の事業で、医師会、歯科医師会、看護協会、地域包括支援センター等、様々な主体を巻き込んで事業の推進を図ることではないか。
  - 例えば、新しく事業所が指定され、当該事業所に勤めるケアマネジャーが一人であった場合に、地域包括支援センターの方とケアマネジャーの連絡協議会の方と共に訪ね、「なにかあったら相談してください」と声かけをすることがある。これは、様々な主体が連携する基盤づくりに資すると同時に、ケアマネジメント業務の底上げにもつながる。
  - 行政とケアマネジャーの関係団体が上手に協働することが重要である。例えば、制度を作る際に、ケアマネジャーも政策を作るプレーヤーとなり、自治体と一緒に協働することが望ましい。
  - 保険者の中にケアマネジャーの団体がなくとも、各都道府県には介護支援専門員の協会があるため、例えば、行政の介護保険計画を立てる際には、検討の輪にケアマネジャーの団体に属している人を入れることが必要ではないか。
  - 関係団体のコアメンバーを巻き込むことが、行政が事業を推進する際に重要になる。
  - 介護に関わる主要な協議会や審議会には、必ずケアマネジャーの協会の方に入ってもらいなど、行政が介護に関わる専門職の方と一緒に考えることが重要である。
  - ケアマネジャーの組織化について、保険者機能の課題として捉えた方が良い。そのためには、まず行政とケアマネジャーがお互いの顔が見える関係を作ることが必要だ。
  - 相談の包括化をぜひ進めてほしい。高齢者の地域包括支援センターと、障害者の基幹相談支援センター、生活保護の部署を統合するなど、お互いにより関係が生まれる事例が既にある。

- 取組事例が少なくとも、先行事例を積み上げることが重要である。

### 6.3. 地域共生社会や昨今のニーズに対して今度ケアマネジャーに求められる資質と教育について

- ・ 地域共生社会のケアマネジャー向けの研修を実施する場合に、ケアマネジャーからネガティブな反応が返ってくる場合がある。それは、ケアマネジャーの仕事を増やすという捉え方をされている場合が多い。ケアマネジャーの仕事の増加という伝え方ではなく、人口動態が変化し、利用者像が変わるということを伝える必要があるのではないか。 今後、複合的な課題を抱える利用者が増えることが想定される中で、ケアマネジャーとして利用者の支援をする際に、複合的な課題を抱える利用者を支援するための準備が必要であると、伝え方を工夫する必要がある。
- ・ 介護保険制度に対して、利用者負担を導入する必要があるのではないかと。何もサービスを使っていない場合にもプランを立てたら対価をもらうことや、1割を自己負担で払っていただくという、そういう準備をしないといけないのではないかと。
- ・ ケアマネジャーに関しては、医療との連携や包括的支援の推進の観点から、医療機関や介護保険施設での実習をすることが望ましいのではないかと。例えば、1か月間、ケアマネジャーが医療機関や介護保険施設で実習をし、それを修了の要件として、次の資格のステップへ進むというようなキャリアを作ることが必要ではないかと。
  - ケアマネジャーの資格としては、学位が取れる資格があるとよい。
- ・ ケアマネジャーのキャリアアップの意欲がある人に対して、キャリアを追求する道が開かれる仕組みが必要である。
  - 単独で学位があるのは難しいかもしれない。経過措置を含めて検討が必要である。地域ケア人材は、従来のケアマネジャーとは異なる資質が必要ではないかと。 地域との協力等のスキルが求められるため、従来のケアマネジャーとは異なる資格として位置づけることが必要ではないかと。
- ・ 実施する研修については、人気のある研修内容ばかりをすることには注意が必要である。例えば、ケアマネジャーは、得意な仕事ばかりではなく、苦手な仕事についての研修を受講することが必要な場合もある。 ケアマネジャーが、自分自身の苦手な仕事を記入し、それに基づき研修計画を立てることが考えられる。
  - 研修に関してポイント制を導入できないか。例えば、5年間等の一定の期間に、全領域にわたって研修を受けているかを確認し、受けられていれば、資格を更新するというものである。
  - 現行の公的研修は、ケアマネジメントの質の底上げに資してはいるが、高いケアマネジメントをより高いレベルに引き上げる内容にはなっていないのではないかと。
  - 主任ケアマネジャー研修や主任ケアマネジャー更新研修受講の希望者が増えている。誰を研修受講生として推薦するかという時に、研修をきちんと受講しているか等でポイント加算をすることが考えられる。

- 地域共生社会の理念を研修で教えることは重要であると思う。自立支援も同じことが言えるが、自立支援を実際にどのように実施するかを教えることが難しい。そのため、研修では、より細かくかみ砕き、どのように実践するべきかについて、わかりやすく教えることが重要ではないか。
- ・ 今後は、医療と介護の連携に加えて法律との連携が必要ではないか。日弁連等と連携して教育体制をつくることが考えられる。法律家と顔の見える関係になっておく必要がある。法律家への相談料は、例えば医療介護連携が基金を活用して促進されてきたように、何かしらの財政面と地域で展開できる体制面の両面からの後押しの工夫が必要である。
  - 高齢者の経済的被害は消費者庁のホームページの報告よりも実態は更に多い。要介護の原因疾患の一位は認知症となり、自ら報告できない方が被害にあっているためと考えられる。
  - 法律について、どこに相談すべきか、正式に相談しに行くべきかなどの今以上のルールづくりも必要となる。
- ・ 行政の立場からの切り口としては、どこから着手することが有効か。
  - 着手しやすいのは、ケアプランを事業所のレビューを受けた状態で事業所外に出すこと、事業所評価の導入、自己負担の導入、基本的にはケアマネジャーが1人の事業所はその数を縮小することである。最低2人以上で対応する必要がある。これが難しい場合は、ケアマネジャーが1人の事業所は他の事業所との連携関係を持つことが必要である。
- ・ 事業所評価については松戸市の例が参考になる。松戸市では、地域包括支援センターに対する事業評価として、事業所による自己評価と行政評価を行い、結果を市のホームページ上で公表するところまでを一連の取組として実施している。居宅介護事業所を市民が選べるように評価項目を出すことが、利用者の選択を促すものになる。
- ・ 行政が地域密着型サービスの事業所名を全件公表し、レセプトデータから見えること（看取り加算等の取得状況）がわかる。小規模多機能事業所では泊まり、通い、訪問の提供実績がみえるようになり、多機能でないことがわかるようになった結果、適切なサービスを提供できるようになった。
- ・ 看取りは加算だけでなく、看取り実績を開示している。これを居宅介護支援事業所に適用すれば、最後まで在宅で過ごしたい利用者は看取りに慣れているケアマネジャーを選び、依頼する選択肢を得ることができる。
- ・ 行政評価だけでなく、自己評価、他者評価（誰にするかは要検討）が必要である。
- ・ 管理者の役割を明確にすることが必要である。運営基準では一元的に管理することとしたが、次期改正では役割を基準省令において明示してもらいたい。ただし省令に位置付けられれば実地指導の対象になるため事業所、確認する自治体にも負担は生じる。必要性和実効性の両面から、仮に基準省令を改定するなら慎重な議論が必要である。

地域共生社会の実現等を見据えたケアマネジメントや  
ケアマネジャーの在り方に関する調査研究  
報告書

---

平成31年3月 発行

発 行 エム・アール・アイ リサーチアソシエイツ株式会社  
〒100-6105  
東京都千代田区永田町二丁目11番1号  
TEL 03-6858-3524  
FAX 03-3502-1330  
<http://www.mri-ra.co.jp/>

---

平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）により実施したものです。

不許複製