平成２９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

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

報　告　書

平成３０（２０１８）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. 実施概要 2

2. 有識者による検討 4

2.1. 検討方針 4
2.2. 委員会における検討経緯 4
2.3. 用語及び関連概念の整理 5
2.4. 現状の課題解決に関する検討 6
2.5. 今後の将来展望に関する検討結果（委員会での検討事項） 18
2.6. 有識者の見解（各委員の見解） 25

3. ケアマネジメントのあり方に関する調査 82

3.1. アンケート調査 82
3.2. 文献調査 109
3.3. ケアマネジメントに関わる資格・職種に関する調査 114

4. まとめ 122

4.1. 得られた成果 122
4.2. 今後の課題 125

5. 参考資料 128

1.　事業概要

1.1. 背景と目的

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きた。要介護者等の心身の状態やその環境等に応じたサービスを利用していただくためには適切なケアマネジメントを推進していくことが必要であり、これまでも介護支援専門員実務研修受講試験や研修制度の見直し、ケアマネジメントの公正中立を確保するための取組みなどを通じて、ケアマネジャーの資質の向上を図ってきたところである。一方、ケアマネジャーによるアセスメント、医療と介護の連携、介護を行う家族に対する支援、ケアマネジメントの公正中立の確保が不十分である等の様々な指摘がなされている。こうした指摘も踏まえ、居宅介護支援事業所やケアマネジャーの業務等の実態を把握しつつ、ケアマネジャーの資質向上のための方策やケアマネジャーの役割等を検討することが必要である。

また、社会が変化し、地域の重要性が高まる中で、ケアマネジメントのあり方やケアマネジャーの役割について中長期的な視点から検討する必要がある。

本事業では、こうした観点から、平成 33 年度以降の制度改正を見据え、平成 30 年度以降の議論の土台とすべく、ケアマネジメントのあり方、ケアマネジャーの役割を検討した。

1.2. 実施概要

1.2.1. 実施体制

調査事業の実施においては、「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」委員会を設置し、委員より専門的な意見、提案を収集した。

委員長	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)
委　員	牛谷　義秀　(宮崎県介護支援専門員協会　会長・医療法人将優会クリニックうしたに　理事長・院長)
委　員	小原　秀和　(一般社団法人日本介護支援専門員協会　副会長)
委　員	笹井　肇　(武蔵野市　健康福祉部長)
委　員	佐藤　美穂子(公益財団法人日本訪問看護財団　常務理事)
委　員	篠田　浩　(大垣市　福祉部高齢介護課長)
委　員	髙橋　邦典　(静岡県　健康福祉部福祉長寿局長)
委　員	武久　洋三　(一般社団法人日本慢性期医療協会　会長・医療法人平成博愛会　理事長)
委　員	田村　和宏　(立命館大学産業社会学部　准教授)
委　員	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・埼玉県支部代表)
委　員	原田　正樹　(日本福祉大学　学長補佐・社会福祉学部　社会福祉学科　教授)
委　員	古都　賢一　(独立行政法人国立病院機構　副理事長)
委　員	山本　繁樹　(立川市南部西ふじみ地域包括支援センター　センター長)

(敬称略、５０音順)

【オブザーバー】

厚生労働省　老健局　振興課　ケアマネジメント調整官　遠藤　征也

厚生労働省　老健局　振興課　介護支援専門官　石山　麗子

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　丹　菜々子

【事務局】

エム・アール・アイ リサーチアソシエイツ株式会社　社会公共政策部　江崎　郁子

エム・アール・アイ リサーチアソシエイツ株式会社　社会公共政策部　原田　剛志

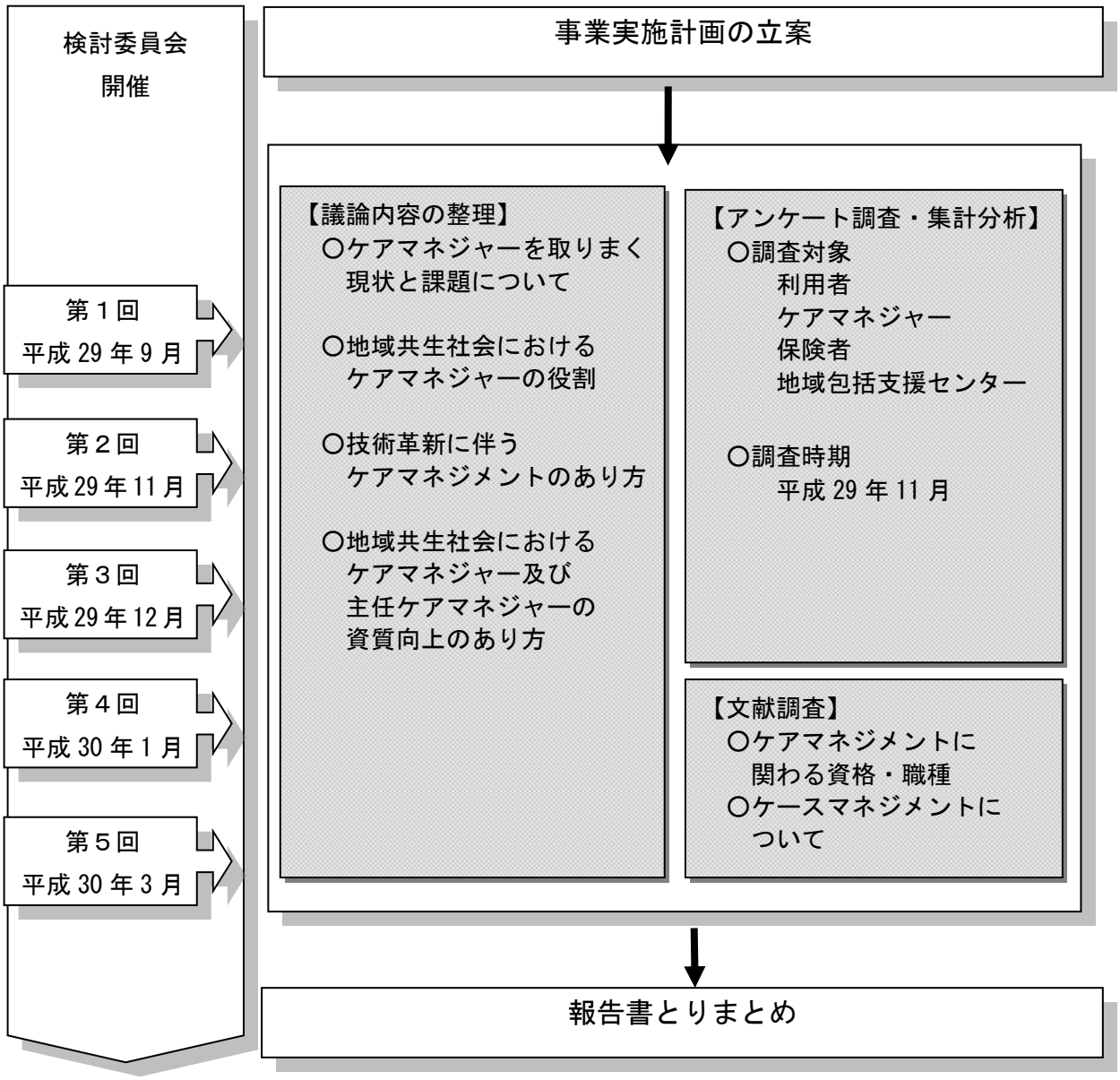
エム・アール・アイ リサーチアソシエイツ株式会社　社会公共政策部　金尾　翔悟

1.2.2. 実施計画

ケアマネジメント、医療・看護、社会福祉、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検討委員会を設置し、全 5 回の検討委員会を開催した。

本事業では、平成 30 年度以降のケアマネジメントに関わる制度のあり方の検討に資することを目指し、検討委員会委員の多様な立場から、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あり方についての意見をとりまとめることとした。また、検討会での議論の参考として関連情報を補足するため、アンケート調査及び文献調査を実施した。

図表 1-1　調査研究のフロー



2. 有識者による検討

2.1. 検討方針

ケアマネジャーをとりまく様々な課題やその解決方策について、検討委員会においてプレゼンターの情報提供を受け、現状の分析や課題解決に向けた議論を行った。

委員会において、多様な立場の委員が幅広い視点で協議した内容については、委員会としての一定の見解を結論として集約するのではなく、中長期的な視野から、今後のケアマネジメント及びケアマネジャーのあり方についてのより具体的な議論に向けて、多様な方向性、可能性の検討につながるようにとりまとめた。

2.2. 委員会における検討経緯

図表 2-1 検討テーマ

	開催日	主な論点、検討事項
第 1 回	2017 年 9 月 11 日	● ケアマネジャーを取りまく現状と課題についての意見交換
第 2 回	2017 年 11 月 1 日	● プレゼンテーション① 地域共生社会におけるケアマネジャーの役割 ● プレゼンテーション② 技術革新に伴うケアマネジメントのあり方 ● ①②に関する意見交換
第 3 回	2017 年 12 月 15 日	● ケアマネジャー及び主任ケアマネジャーの資質向上のあり方についての意見交換（1 回目）
第 4 回	2018 年 1 月 19 日	● テーマ①②を踏まえたケアマネジャー及び主任ケアマネジャーの資質向上のあり方についての意見交換（2 回目）
第 5 回	2018 年 3 月 16 日	● 報告書及び「検討会での議論のとりまとめ」（案）についての意見交換

2.3. 用語及び関連概念の整理

本事業では、関連用語を次の意味で用いる。

①介護支援専門員

本事業において「介護支援専門員」という用語は、介護保険法に基づいて、要介護者または要支援者、家族からの相談に応じて、介護保険サービス及び生活支援のための各種サービスを利用できるよう連絡調整を行う者という意味で用いることとする。すなわち、介護保険法の中に位置づけられた職種であり、主として要支援・要介護高齢者に対して、自立支援に資する適正な介護保険サービスを利用するための相談、計画策定や各サービス、関連機関との連絡調整、サービス提供の状況や給付の管理等を主な役割とする。マネジメントの内容としては、介護サービス計画に沿って、利用者の状況や生活の目標にあった適切な介護保険サービス等が実施されること、利用者の状況を評価し目標や計画の見直しの必要性の検討を行うことなどが含まれる。

②ケースマネジャー（ケアマネジャー）

本事業において「ケースマネジャー（ケアマネジャー)」という用語は、介護や障害等の特定の制度において定められた職務を行う者に限定せず、また、対象者の年齢層や属性を問わず、個人や世帯の相談支援を行う者という意味で用いる。①の介護支援専門員よりも広く、一般的な表現とし、本事業の中で今後の社会における望ましいあり方を議論する。ケースマネジャー（ケアマネジャー）が行うマネジメントの内容については、ケースマネジャー（ケアマネジャー）の役割として、本事業における議論により整理することとする。支援を必要とするあらゆる個人や世帯に対して、制度横断的に必要とする社会資源と結びつけて調整し、問題の解決を図り生活の自立や社会参加を支援することなどが想定される。

③地域共生社会とは

地域共生社会とは、「地域の中で共に生きる社会をつくる」ことを目指したものであり、「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」とされている（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)。本事業では、今後目指すべき社会の姿として位置づける。

2.4. 現状の課題解決に関する検討

検討委員会における議論を通して、現状の介護支援専門員をとりまく状況と課題について列挙し、それらの課題を解決するアイディアを整理した。また本来あるべき姿については、今後の検討に活かすため、既存の制度にとらわれず広く、多岐にわたる意見を挙げている。

以下では、議論の内容を図表 2-2 に示した構成でとりまとめた。

図表 2-2　2.4 節の構成（現状の課題の整理と、その延長線上のあるべき姿の整理）

※図中の番号は、節、項に対応する。

2.4.1. 現状の課題

介護支援専門員に関する課題について、「介護保険制度」「地域・社会」「組織（居宅介護支援事業所や各施設）」「個人（介護支援専門員自身）」の 4 つの階層に分解して列挙した。

1）介護支援専門員をとりまく環境の課題（1）介護保険制度の課題

①　介護保険制度の前提となる利用者本位の意識

○　介護保険の主役は利用者であるが、このことについて軽んじられている事例があるのではないか。ケアプランは「介護支援専門員が作るもの」という側面が強調されるべきではなく、「利用者は介護支援専門員から自己決定に必要な支援を受けること

で、利用者自身が判断したケアプランに基づいた日常生活を送ることができる。」と認識される必要がある。たとえば、訪問介護における一定回数以上の生活援助について、中には、保険者等から疑義が生じる場合があり。介護支援専門員はその必要性について多職種と協議した内容をもとに根拠を明確化して保険者等ケアプランに直接関与しない第三者に理解できるように説明できる能力が求められる。ケアプラン作成の過程では、介護支援専門員が多職種の意見を引き出しながら、その利用者にとって必要性のある支援内容、それを担う者に関する選択肢を吟味し、本人と家族を中心とした多職種による合意形成のプロセスを重視しながら利用者の同意を得るプロセスが重要である。介護支援専門員はその過程と内容について保険者に説明を行う。もし保険者がサービスの利用回数について是正を求めてきた場合、介護支援専門員は、あくまで利用者の立場に立ち、利用者にとって最善のケア、妥当性の高いケアとは何かを吟味できなければならない。介護支援専門員は、利用者の自己決定の支援に必要な情報を利用者に提供する義務があるため、保険者の助言内容を十分に理解すること、保険者に対して助言の根拠の説明を求めることも時には必要である。

②　住まいの変更に影響されないケアマネジメントの連続性について

○　医療分野には、かかりつけ医の考え方があり推進されているところだが、介護分野では、例えば自宅で介護サービスを受けていた利用者が施設に入所すると担当の介護支援専門員は変更しなければならない。利用者が送ってきたそれまでの生活、家族との関係、価値観や生活習慣を見て知っている介護支援専門員が利用者の住まう場所に関わらず人生の最後、人生の最終決定まで支援する「かかりつけ介護支援専門員」の発想が必要ではないか。そのためには、居宅介護支援による報酬だけでなく、施設入所しても継続して支援できる仕組みと報酬等の見直しの必要性があると考えられる。

○　かかりつけの介護支援専門員と入所した施設内の介護支援専門員との役割について、かかりつけの介護支援専門員が利用者の全面的な支援を行い、入所した施設内の介護支援専門員が施設内のサービスの調整を実施するなどの明確に分担することで「かかりつけ介護支援専門員」を制度化できないか。

③　介護支援専門員の貢献の評価

○　たとえば、高い質をもって利用者にケアマネジメントを提供した介護支援専門員や、保険では適用にならないサービス等の調整を行っている介護支援専門員とそうでない者の処遇は同じである。介護支援専門員はさまざまな機関に所属する保健・医療・福祉の多職種、行政をはじめ、保険外サービス等多くの主体から、それぞれの立場の価値観に基づく期待を背負っている。業務範囲が明確ではない故に、期待に応えようとすればするほど業務量は増え、一方で多職種・他機関は、「当然そこまでして

くれるのが介護支援専門員である。」といったそれぞれの立場の介護支援専門員像を描いてしまう。一方で、期待に応えない割り切った働き方をしたとしても、問題にならないこともある。処遇に差をつけるなど、資質の低い人の資質を向上させる仕組みをつくることはできないか。なお、ここで資質とは、利用者本位でものごとを考え、利用者・家族を支えるために主体的に働くことを指している。

④　主任介護支援専門員の資質の向上に影響する研修の課題

○ 主任介護支援専門員の資格は、研修を受講するだけで取得できることが、主任介護支援専門員の資質の向上を阻んでいるのではないか。主任介護支援専門員は、介護支援専門員を指導する立場にあり、スーパーバイズを行って介護支援専門員を導いていくことが求められる。現状、スーパーバイズを行うことができる人は限られており、その一因として、主任介護支援専門員の資格の難易度が影響しているのではないか。たとえば、資格取得の際に、筆記試験を導入できないか。

○ 主任介護支援専門員の研修において、スーパーバイザーについては、「対人援助者監督指導」の科目がある 。しかしスーパーバイズの概念を学ぶことはできても、スーパービジョンの技術を十分に取得できるまでの時間数は確保されていない。法定研修のみをもってスーパーバイザーを養成することは不可能に近く、「主任介護支援専門員のリーダー」を養成する仕組みなどが必要であり、制度化を含めさまざまな方法を検討できないか。

⑤　医療知識に関する研修の課題

○ 介護支援専門員は医療知識が不十分であるとの指摘があるが、実践に足る知識と技術を修得するには、現在の法定研修は十分とはいえない。生活を支援するために最低限必要な医療知識を持ちながらケアマネジメントできる介護支援専門員が求められているが、大半の介護支援専門員が保有する基礎資格は、福祉系の資格である。(一方で医療系の資格を保有し、医療知識がありさえすれば、生活全般を総合的に支える適切なケアマネジメントが実施できる訳でもない。）医療知識を備えた介護支援専門員を確保するためには、必要な知識の習得（研修）と技術の習得（OJT）をバランスよく組み合わせた教育体系、実施体制の整備、教育を受ける機会の確保が待たれる。同時に教育者の確保も課題である。

⑥　地域ケア会議の活用

○ 地域ケア会議には、様々な会議があり、混乱が生じている。地域ケア会議は、そもそも個別ケース事例の支援、日常生活圏域レベルの地域課題の検討、市町村全域レベルの地域課題の検討と三層構造の構想である。個別ケース事例の支援・検討のための個別ケア会議においては、地域のなかの支援困難事例などを実際に課題解決し

ていくために必ず実施しなければならない個別ケア会議の他に、多職種・地域関係者が事例の見える化をしながら深めていく会議、介護予防のための会議などが混在していて、混乱が生じている状況があり類型化が必要である。人を支えるための地域ケア会議のあり方については、議論が必要である。

○　地域ケア会議の主な機能として「個別課題解決機能」「政策形成機能」「ネットワーク構築機能」「地域課題発見機能」「地域づくり・資源開発機能」の 5 つがある。また、地域ケア会議は検討する領域の幅広さごとに、個別レベル（個別ケース）の検討を行う会議、日常生活圏域レベルの検討を行う会議、市町村レベルの検討を行う会議の三層構造に分かれている。それぞれの位置づけを踏まえ、階層ごとの取組みを進めていく必要がある。

○　多様な地域関係者による地域創造に協力していく場づくりが不足している。ケアマネジメントの土台となる地域課題を検討する場に介護支援専門員も参加し、地域づくりに協力していくことが必要である。地域ケア会議は、多様な地域関係者による地域創造に協力していくための手段であり、本来は個別のケアプランのみを検討する場ではないことを意識していく必要がある。

⑦　介護支援専門員の存在意義に対する PR

○　介護支援専門員の業務内容は介護保険サービスを利用していない人から見えにくく、介護支援専門員の専門性や重要性が一般には認識されていない。介護支援専門員は、介護保険の利用者にとって生活するために、相談する相手として居なくてはならない存在である。また、利用者のアセスメント・ケアプラン作成・モニタリング・評価、介護報酬の給付管理という一連の役割を担うだけなく、サービス事業所との連携や医療関係者との連携、行政（保険者）との連携という役割を担っている。このような介護支援専門員の業務内容や存在意義について、ケアマネジメントの有効性や介護支援専門員の評価と併せて広く一般に周知できないか。

2）介護支援専門員をとりまく環境の課題（2）：地域・社会の課題

①　医療関係者との連携について

○　医療連携において、介護支援専門員が医療の知識を備えていないことを批判されるのは本質的ではない。介護支援専門員は介護分野の専門家として、医療分野の専門家の医療関係者と互いの役割を見極めながら連携することが望ましい。

②　中山間地域の課題

○　中山間地域において、介護支援専門員だけでなく、障害者福祉、生活困窮などの各分野の専門の相談支援を行っている職種の担い手が不足しており、ソーシャルワーカーや介護支援専門員を十分に配置できていない。人口も少なく、人材を確保する

ことが難しい。中山間地域は、広大な面積を有するが、居宅介護支援事業所が少なく、介護支援専門員が利用者のもとへ移動することに時間を要する。このような過疎地域では、すでにより広い対象者に対して様々な課題に対応する人が求められている。

③　地域包括支援センターの課題

○ 居宅介護支援事業所の介護支援専門員の方が、地域包括支援センターの介護支援専門員よりも難しいケースに対応しており、地域包括支援センターの職員よりも高度なノウハウや経験を蓄積するような状況も生じている。地域包括支援センターは、居宅介護支援事業所が一事業所だけでは対応できないような困難なケースについて、地域のネットワークを活用するなど、中心的な役割を担うべきではないか。

3）介護支援専門員をとりまく環境の課題（3）：介護支援専門員の属する組織の課題

①　居宅介護支援事業所の課題

○ 介護支援専門員の底上げのためには、研修だけではなく OJT も併せて実施していくことが重要だが、介護支援専門員の人数が少ないために、実務経験の少ない介護支援専門員に対して、OJT の機会を十分に確保できない事業所がある。このような人的リソースに限りのある事業所には、支援が必要である。

○ 介護支援専門員はが組織の一員である以上、所属組織の方針や指示従う必要がある。所属組織の指示がケアマネジャーの志すものと乖離している場合には、実施したいケアマネジメントをやむなく実行できていない場合がある。

○ 介護支援専門員が所属する組織の経営方針により、必要を超えた過剰なサービスがケアプランに組み込まれているような場合があるのではないか。このような状況においては、研修等によって介護支援専門員個人の資質を高めても、効果が得られにくい。経営とケアマネジメントを切り離す仕組みづくりが必要ではないか。たとえば、全件のケアプランの妥当性をチェックする第三者機関を設けることが考えられる。

②　施設の課題

○ 施設において介護支援専門員の役割が不明確であり、介護支援専門員の機能が有効に発揮されていない場合がある。

４）介護支援専門員の自身の課題

①　アセスメント力の向上に関する課題について

○　アセスメント力をどのように向上させるかが課題である。モニタリングをアセスメントの一環と考えられるか。単に様式を埋めることを目的としていないか。本質的な意味からケアマネジメントプロセスを展開できているかが重要である。

○　資質に問題がある介護支援専門員の言動は注目を集めやすく、介護支援専門員全般に対するイメージを低下させている側面がある。一般に、どのような組織や集団にも個人の資質には、ばらつきがある。一部の資質の低い層を過度に意識することで全体の方向性を見失うことがないよう留意する必要がある。すなわち、資質の低い層に対する資質向上の仕組みを検討するとともに、十分な資質を備えた層を十分に評価し、さらなる活躍を促進する施策についても検討する必要がある。

②　利用者に起因する課題について

○　利用者にとって必要なサービス量と必要な内容のサービス提供を受けるための費用を利用者が負担できないために、利用者の負担可能な金額を考慮して調整が必要な場合がある。利用者に起因するケアマネジメントの難しさについて、必要な支援が得られるようにするべきである。

○　貧困者の支援では、介護支援専門員としての専門性とは別の専門性も必要になる。支援内容によっては、介護支援専門員が対応すべきか疑問に思うこともある。世帯に問題がある場合は、様々な角度での支援が必要となり、難しいと感じることも多い。

③　介護支援専門員への多岐にわたる期待について

○　介護支援専門員は様々な立場の人から期待されており、様々な団体から協働の要請を受けることが多い。医師、歯科医師、薬剤師だけでなく建築士や司法書士からも声がかかることがあり、周囲が介護支援専門員に求める実行上の連携や保有してほしいと思っている知識の範囲が多岐にわたる。介護支援専門員の専門分野を限定し、資格の認定制の仕組みを作ることはできないか。

2.4.2.現状の延長線上として、近い将来にあるべき姿

介護支援専門員自身や介護支援専門員をとりまく環境について、現状の延長線上としての近い将来にあるべき、「介護保険制度」「地域・社会」「組織（居宅介護支援事業所や各施設)」「個人（介護支援専門員自身)」の 4 つの階層に分解して、列挙した。

１）介護支援専門員をとりまく環境のあるべき姿（1)：介護保険制度等のあるべき姿

①　ケアマネジメントのあるべき姿について

○ 現状の介護支援専門員は、プランナーとしての機能が重視され、マネジャーとしての機能が重視されていないのではないか。ケアマネジメントの対象者のみを議論するではなく、何をマネジメントすべきかを併せて検討すべきである。

○ 「ケアプランナー」としてマネジメント機能よりもプランニングの機能を特化する方向性は考えられないか。

○ ケアプランはもともとオーダーメイドであるため、標準化できる限界を見据えつつ、標準化できることに着目することが重要である。ケアマネジメントのプロセスとして何をすべきか、改めて検討する必要がある。また標準化すべきは、ケアプラン作成のプロセスではないか。

○ ケアマネジメントの標準化や、その成果を見える化するためには、アセスメントが標準化されている必要がある。ある市町村が実施した研修のアンケートにおいて、介護支援専門員自身もケアマネジメントプロセスの中で、アセスメントが一番の課題と認識しているという結果が出ている。アセスメントの後のケアプラン作成においては、アセスメントにおいてニーズの抽出ができていれば、よりよいケアプランに繋げられると考えられる。アセスメントを標準化するには、標準化されたツールを用いた結果を反映したケアプランについて再評価を行い、それらを蓄積して分析することが重要と考えられる。

○ 介護支援専門員が所属する法人の意向に縛られることなく、介護支援専門員が利用者本人の意思決定を支援できるような体制を整えるべきである。

○ 居宅介護支援事業所の配置基準について、管理者の要件だけでなく、介護支援専門員が一名の事業所の要件も検討すべきである。

○ 認知症の人を介護する家族にとって、介護は家族だけで抱えきれる問題ではない。介護保険サービスを利用して、家族が休むことができるレスパイト機能が介護保険制度にないと日々の介護が困難である。日々の困難が積み重なった結果、介護虐待などに繋がる場合もあるだろう。介護制度には利用者本人だけでなく、家族を支える考え方が求められる。

○ 介護保険の給付対象として認めるサービスの範囲を検討する必要がある。

② 施設におけるケアマネジメントのあり方について

○ 施設の介護支援専門員は、入所者の在宅復帰の可能性を高めるために、入所後できるだけ早く在宅復帰を目指すことや、過剰なケアを控えるような計画を立案し、家族とも相談する必要があるのではないか。

③ 介護支援専門員の地位向上について

○ 現状の介護支援専門員には、医師免許等の国家資格を取得している人がいる。基礎資格と介護支援専門員としての相談支援の資格として 2 段階の資格制度が必要ではないか。

○ 質の高いケアマネジメントを実施している介護支援専門員を評価するため、海外の知見を活用できないか。たとえば WHO の 2015 年のレポートでは、科学的なエビデンスに基づいて、ケアマネジメントの有効性について書かれている。この WHO のレポートを参考にケアマネジメントは「高齢者の QOL」、「介護者の QOL」、「社会保障費のコスト削減」に有用というエビデンスを資料にまとめ、行政機関や、多職種、住民に対して周知できないか。

④ 教育のあり方について

○ 介護支援専門員のアセスメント力を向上するためには主任介護支援専門員の指導が重要であるため、スーパーバイザーとして主任介護支援専門員を育成することが求められる。主任介護支援専門員の研修に加えて実施する教育の 1 つの方向性として、主任介護支援専門員の中で、さらに日常生活圏域レベルでリーダーを担う人を育成し、市町村へ派遣することが考えられる。

○ 医療知識に関する研修について、医師と支障なくコミュニケーションを図るために ALS（筋萎縮性側索硬化症）など医師が業務で日常的に使用する略語を教えたほうがよい。分からない単語があった場合、内容の理解が止まってしまう恐れがある。医師に何度も質問しづらいこともあるだろう。

○ 利用者に対して最適かどうか、財源・資源の最適化・効率化が図られていることが必要であるため、法人の経営方針に影響されない独立系の介護支援専門員を育成する必要がある。介護支援専門員が相互にチェックし合う仕組みが必要ではないか。

○ 介護支援専門員の前職の勉強時間を加えて評価し、介護支援専門員としての学習は制度知識に重点を置くことも考えられる。

⑤ 評価の観点について

○ 要介護度の改善をアウトカムと捉えることはできないか。現状は要介護度に応じて介護給付費が変わるため、要介護度の改善が法人の収益の減少に繋がる点に工夫の余地はないか。

○ 在宅への復帰をアウトカムにする考え方もあるが、介護が必要な方が在宅に復帰す

ると家族の負担が大きくなるため、単に在宅復帰だけを取り上げるのではなく、在宅に戻った際のサービス利用についても考慮する必要がある。

○　本人の希望を一定期間（たとえば５年間）継続できている介護支援専門員を評価できないか。例えば、本人が在宅での暮らしを希望しており、在宅に留まり続けている場合は、介護支援専門員を評価できるのではないか。在宅残存率として評価してはどうか。

○　利用者本人や家族の満足度を評価するだけでなく、地域（チーム）の満足度を評価する観点が考えられる。自治会長や民生委員を中心に地域全体で支えているケースが考えられる。地域のチームに満足してもらえたかどうかは重要な視点である。

２）介護支援専門員をとりまく環境のあるべき姿（2）：地域・社会のあるべき姿

①　地域全体の役割について

○　地域全体（地域包括支援センター・保険者・介護支援専門員、地域住民等）が、ソーシャルワーカーとしての役割を担う必要が生じている。現状、すでに複合的な課題として､80 歳代の認知症の母親と 50 歳代の精神疾患を持った独身の男性が暮らす世帯に介護支援専門員が携わる事例（いわゆる 8050 問題）が増えており、今後増加する問題として認識されている。このような世帯全体の複合的な課題は介護支援専門員だけでは解決が難しい。

○　地域包括支援センターと行政がそれぞれどのようにバックアップしていくかを議論する必要がある。在宅の場合、多職種のチームとして対応する必要があり、介護支援専門員は、チームの中でマネジメント役を担うことが望ましい。特に、介護支援専門員は、地域の様々な関係性の中でケアマネジメントを行う必要があり、介護支援専門員は、地域包括支援センターや市町村と一体的に取り組むことが重要である。

○　介護支援専門員の連絡会は、地域によって温度差があるため、地域ごとに主任介護支援専門員の会をつくり、介護支援専門員の相談支援体制を整えることが考えられる。

○　地域全体として、団体レベル・地域レベルのネットワーク支援が重要である。

②　保険者の役割について

○　地域資源、地域課題はそれぞれの地域で異なるため各自治体が保険者として、主体的に環境を整備していくことが必要であり、保険者の役割は重要である。

○　個々の介護支援専門員をコーディネートする役割は、保険者が担うことが必要である。

○　地域の介護支援専門員と保険者とのパイプが必要であり、パイプ役をつくることが望ましい。保険者は、組織率の高い介護支援専門員の連絡会と協力をすると介護支

援専門員との連携を円滑に行うことができる。一方で連絡会の組織率が低い、または連絡会自体が存在しない場合は、介護支援専門員に保険者の施策を浸透させることが難しい。

○ 介護支援専門員の研修を委託する場合には、現実に生じている課題を把握することが難しいが、介護支援専門員の連絡会と提携し、状況を把握できるように工夫することが考えられる。

○ 地域づくりについて、保険者と介護支援専門員とが一緒に双方向のコミュニケーションが図られる連携ができるとよい。

○ 市町村によるバックアップが必要である。ケアプランにインフォーマルサービスを位置づけることもある。ある自治体では、介護支援専門員ガイドラインを作成し、インフォーマルサービスの案内をしている。社会資源の説明、ケアプランの点検、地区別でケース検討会をしている。事例検討を通じて、制度の使い方を理解することにより、インフォーマルサービスを普及させる必要がある。

○ 地域全体のデザインとして、自治体や地域包括支援センター、社会福祉協議会を含んで、全体をみる仕組みが必須と考える。どのように会議体をつなぎ構築するのか。個別検討ではなく地域で大きくデザインすることが必要である。

○ 保険者と地域包括支援センターがサポートする必要がある。多職種の重層的支援も重要である。障害分野では、二次圏域、三次圏域でより専門的なバックアップ体制を整えており、今後のケアマネジメントには重層的なバックアップ体制を整備することが必要である。

3）介護支援専門員をとりまく環境のあるべき姿（3）：
介護支援専門員の属する組織のあるべき姿

①　事業所の体制について

○ 事業所内にスーパーバイザーを担える介護支援専門員が限られている。介護支援専門員の育成のためスーパーバイズが必要であり、全体のケアマネジメントの向上のため、スーパーバイザーを増やす必要がある。

○ 介護度を改善させた介護支援専門員を事業所内で評価できるとよい。要介護度が改善すればポイントを付与するなど、新しい考え方が必要である。

②　情報連携や会議への IT の導入（技術の活用）について

○ 日頃の情報連携やサービス担当者会議への IT 導入が望ましい。介護支援専門員は、関係者との日々の連絡調整や会議場所までの移動に時間を要している。介護支援専門員は利用者と接する時間を増やすべきである。

③　事業所内での介護支援専門員への支援について

○ 介護支援専門員は事業所外の機関等へ相談する前に事業所内の組織による相談・育成の機能が発揮されなければならない。その役割を担うのは主任介護支援専門員である。

④　介護支援専門員の職能団体について

○ 介護支援専門員の職能団体がそれぞれの構成員について責任を持ち、職能団体としての水準を保つために構成員の底上げを図ることが重要ではないか。

○ 医師、歯科医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの多職種それぞれの職能団体と保険者、地域包括支援センターとアライアンスを組み、多職種連携の会をつくり、お互いを知る機会をつくることが必要ではないか。お互いに共通言語や共通認識を持つことで連携しやすくなるだろう。

4）介護支援専門員のあるべき姿

①　介護保険制度に関する役割について

○ 介護支援専門員は、様々な立場の人々から、多岐にわたる役割を期待されているが、介護保険制度に定められている役割を果たすべきである。

○ 介護支援専門員は制度を活用・遵守し、介護給付費を管理する役割を担っており、今後もその重要性は変わらないと考えられる。

○ 介護支援専門員は、介護サービスの事業所の評価者として、利用者にとって良いサービスを選択し、利用者にとって好ましくないサービスを避けることが求められている。

○ 介護支援専門員は、地域包括ケアシステムの全体の動きを理解し、全体の方向性に沿った対応が求められる。

○ 自立支援を促す生活援助を意識したケアマネジメントが求められている。

○ 介護支援専門員は、利用者からケアプランを提案することが求められる。時には利用者や家族の意向に沿うだけでなく、倫理観を優先すべき場合がある。ケアプラン作成においては、根拠を持ってプランを提示することが必要である。

②　人的ネットワークを構築・活用する役割について

○ 介護支援専門員は医師や看護師等と協力し、退院支援（在宅復帰の支援）を担うことが求められている。同時に今後増加する後期高齢者への対応に関連し、医療ニーズのある高齢者を地域で支える必要性が増すことから生活に立脚した医療の知識が求められる。しかし重要なことは医療の知識を習得することではなく、医師や看護師とコミュニケーションを図ることである。

○　医学の専門性を持たない介護支援専門員が、研修や独学で医療知識を学んだとしても、医師の専門性に並ぶことは困難である。むしろ介護保険制度やケアマネジメントの知識の専門性で医師を超えればよい。医療に関することは医師に、介護保険制度に関することは介護支援専門員にと立場を明確にすべきではないか。

○　現在のケアマネジャーは、すでに認知症独居世帯や 8050 問題の対応が必要になっており、利用者本人だけでなく、本人の周りの生活を支援する必要が生じている。介護支援専門員の実務研修では家族支援や認知症の方に対する地域包括ケアのことなど、ソーシャルワークの履修項目が定められている。今後は他の分野の専門職（たとえば障がい者支援をしている相談員や生活困窮者支援をしている相談員等）に繋げていくことが重要である。利用者にとって適切な団体や専門家につなぐ役割を担うべきである。

○　介護支援専門員が一人で解決できない問題は多い。多職種連携を行い、介護支援専門員がチームの一員として協働することが求められる。

○　全ての分野の全ての知識を持つ必要はないが、広く浅く分野横断的に様々な知識を持っていることが重要である。

③　地域づくりや非常時の役割について

○　介護支援専門員は、チームの一員として地域づくりに関わることで介護予防につなげていく役割が求められる。

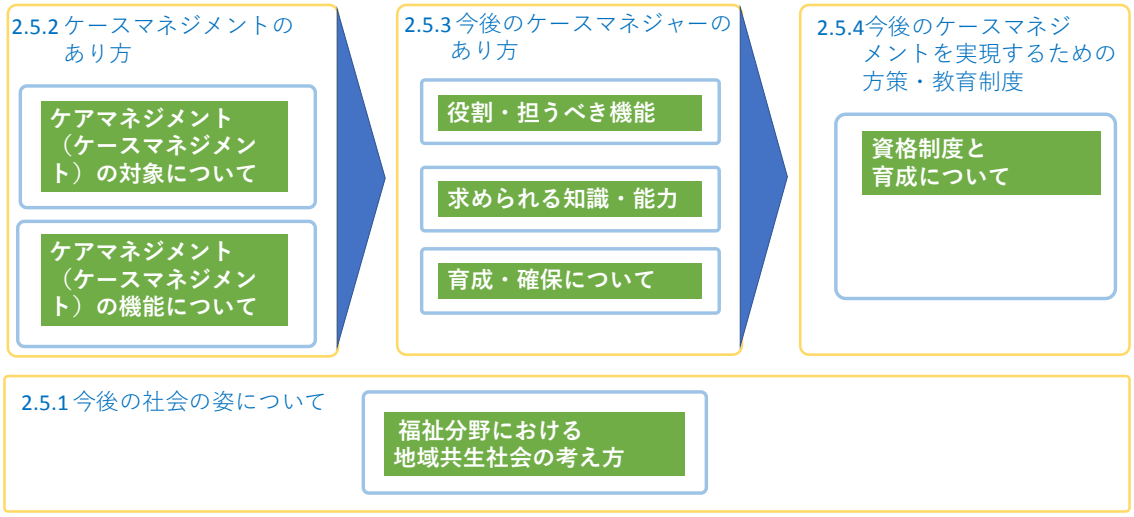
○　介護支援専門員は、地域の社会資源を把握し、地域ケア会議における地域課題の発見や地域づくりへの貢献が求められる。

○　すでにこれまでの災害で個別に実行されてきたが介護支援専門員は、非常時の役割として、災害時における安否確認から生活支援の実施が期待されており、災害時のける利用者支援に関する教育や、災害時に組織的に行動する組織管理等が求められている。

2.5. 今後の将来展望に関する検討結果（委員会での検討事項）

将来の社会の像を想定し、今後のケアマネジメント（ケースマネジメント）のあり方について、議論を行った結果を、以下の構成でとりまとめた。

図表 2-3　2.5 節の構成
（将来の社会像とケースマネジメント、ケースマネジャーのあり方の整理）



※図中の番号は、節に対応する。

2.5.1. 今後の社会の姿について（地域共生社会と技術革新）

1）福祉分野における地域共生社会の考え方

2015 年 9 月の「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」では、「包括的な相談から見立て、支援調整の組み立て、資源開発」というワンストップ型の対応を行い、高齢者、障害者、子ども、生活困窮者などを支援するとされている。受け止めだけを総合化するのではなく、総合的な支援の組み立てをも見直す方針が示されている。地域共生社会は、「地域の中で共に生きる社会をつくる」ことを目指しており、2017 年 6 月に社会福祉法の改正が行われ、社会福祉の推進における「地域生活課題」が新しく位置づけられている。

「地域生活課題」は次の 3 つの課題を指している。

① 個人と世帯が抱える福祉、介護、介護予防、保健医療、住まい、就労、教育に関する課題
② 地域社会からの孤立に関する課題
③ あらゆる分野に参加する機会の確保の課題

①については、個人だけでなく世帯をも単位としていること、③については障がい者だけではなく、あらゆる人に対して合理的配慮ができているかという点が重要である。②については、社会的孤立が様々な問題を引き起こしていると考えられることから、社会的孤立にも取り組む必要がある。地域生活課題のアセスメントは、個人のみならず、家族、生活、社会の視点からの幅広い範囲を対象とする。

圏域の考え方としては、住民に身近な圏域、市町村の圏域、広域の圏域の３つに構造化され、それぞれに対応する相談支援は、一次相談、二次相談、三次相談とされる。ケアマネジャーが関わるのは、一次相談と二次相談となるが、特に一次相談においてどのような役割を担うかという論点がある。

地域共生社会における「自立」とは、従来のように「制度を必要としない状態」ではなく、寄り添う支援や伴走する支援を継続するような「お互いによりよく生きていくこと」と捉える考えが必要である。支える・支えられるという関係ではなく、「相互に支え合う地域」を目指すべきである。地域住民が支え合うというのは「ニッポン一億総活躍プラン」の中に記載されている地域共生社会の１つのコンセプトとして位置づけられている。

地域住民自身が地域の主権者として、どのような地域福祉にしたいのか、どのような生活にしていきたいのかという目指すべき理念があった上で、手段として政策を検討する必要がある。社会福祉法の第４条には地域住民自身が、地域福祉を推進する立場にあると記載されている。地域住民自身が、求める福祉サービスと負担のバランスについて考える必要がある。

2.5.2. ケースマネジメントのあり方

１）ケースマネジメントの対象について

○　地域共生社会の実現を目指す上では、ケースマネジメントの対象は、地域におけるあらゆる世代の個人、世帯を包含する必要がある。たとえば、生活上の困難を抱えている場合の就学や就労までの範囲をケアすることになる。障がい者の支援では、医療的ケア児の支援など、多様化している。

○　今後、低所得の高齢者が増加することが予想される。利用者の予算が限られているという理由でサービス利用を控えてよいだろうか。生活困窮者自立支援制度を理解し、今後、市町村が構築する地域包括支援体制に加わり、多職種による連携で生活困窮者を支援していく必要がある。ケアマネジャーは高齢者の低所得による生活困窮の実態等について発言していくことが求められる。

２）ケースマネジメントの機能について

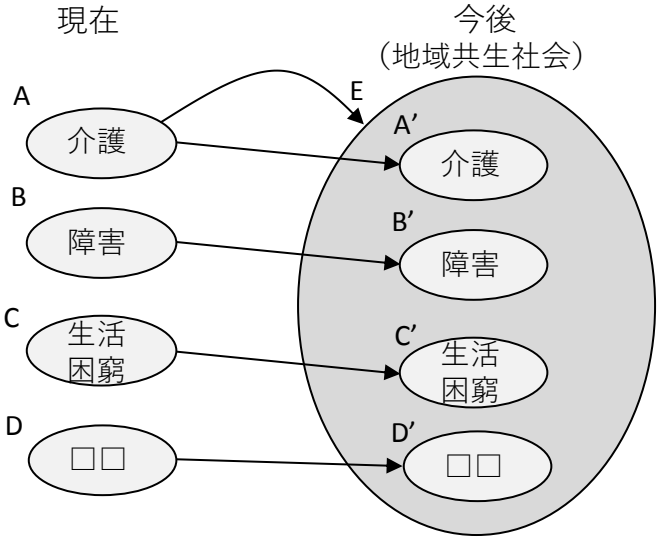
○　地域共生社会におけるケースマネジメントを実践するためには、幅広い領域と連携し、広い視野に立ったソーシャルワークの機能が求められる。たとえば、認知症の人やその家族を支えるという視点では、障がい者やその支援者、総合相談を担う地域の担当者など、様々な関係者と連携しながら、暮らしを支えることが求められる。

○　現在の制度を超えたシームレスな対応が必要となる。たとえば、介護保険制度における居宅介護支援と自立支援制度における相談支援とで共通している部分で行われる対応の役割分担、それぞれの制度において行われる対応について、制度横断的に

利用者起点で一元的にマネジメントされることが望まれる。

○　支援対象者の状態や環境の変化に伴い、居住地や対応する制度が移行する場合であっても、ケースマネジメントが継続できる、いわゆる「伴走型支援」が望まれる。

図表 2-4　今後のケースマネジメントの活動領域



2.5.3. 今後のケースマネジャーのあり方について

1）役割、担うべき機能

○　現状の地域社会において、すでに介護支援専門員は、要介護・要支援の高齢者の介護保険サービスの調整や給付管理にとどまらず、次のようなソーシャルワーカーとしての機能を担うことを期待されている。

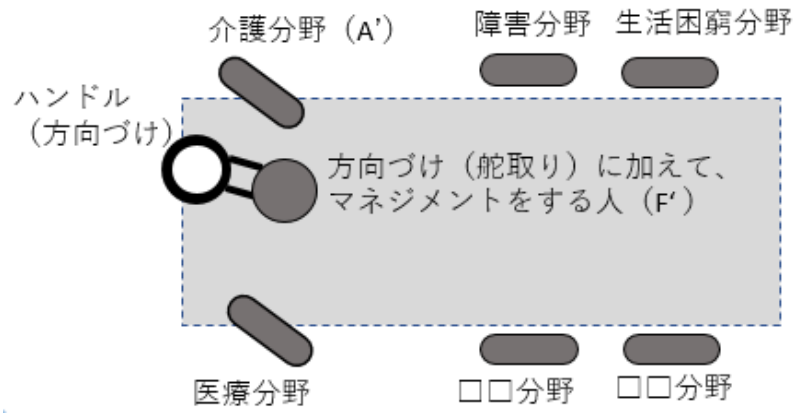
- 世帯全体のアセスメントを行うとともに、介護者を支援する
- 介護家族への助言（変化を見越した助言、声かけ、仲間づくり）
- 単身高齢者の見守りの体制づくり
- 成年後見の推進
- 在宅で生活する低所得の高齢者の支援

○　今後就学や就労等のニーズの充足まで対応範囲を拡大するには、教育や就労の支援も行う必要がある。

○　支援領域の境界がなくなる中で、ケースマネジャーは、支援の実践者である医師、看護師、薬剤師、歯科医師、リハビリテーション専門職、介護職等の専門職と連携を行い、利用者を支援するチームのマネジメント、舵取りをする役割を果たすという考え方ができる。すなわり、ケースマネジャーは、特定の領域の専門職ではなく、ゼネラリストとして各専門職につなぎ、全体の舵取りの役割を担うことが望まれる。

○　また、ケースマネジャーには、地域資源のマネジメントを行うことが求められる。地域力を高めるためには、地域住民と協働していくようなインフォーマルな支援をケアプランに組み込むことが重要である。地域住民と合意形成しながら地域住民と協働するようなケアプランを作成することが、地域づくりに関するケースマネジャーの役割として挙げられる。

図表 2-5　ケースマネジャーの役割のイメージ



２）求められる知識、能力

①専門知識

○　現在、介護支援専門員が介護保険制度内で担っている役割を超えて、今後のケースマネジャーが上記の役割・機能を果たすためには、多様な知識、能力が求められる。

○　地域において支援を必要とするあらゆる人を対象としたソーシャルワークの機能（全世代のサポート）が求められるならば、ソーシャルワークの知識・能力をベースとして、医療、介護、障害などの専門領域の知識を積み上げるという考え方もありうる。

②高度なマネジメント能力

○　今後のケースマネジャーには、多種多様な関係者からなるチームを構成し、目標を共有し、関係者が相互に連携しながら目標が達成されるよう、関係者への働きかけや調整を行う高度なマネジメント能力が重視されると考えられる。したがって、ケースマネジャーの要件として、マネジメント能力を位置づける必要がある。たとえば、マネジメント領域の資格を求めることなどが考えられる。

③経験の蓄積

○　ソーシャルワークや、マネジメント業務においては、経験の蓄積による知見の広がりや習熟が重要と考えられる。ケースマネジャーの資格の要件として、整備された教育体系や所定の研修受講等に加え、一定の実習経験等を加味することも検討の余地がある。

④包括的なアセスメント

○　ケアマネジャーがアセスメントしている対象者が地域で生活していくために何が必要か、多岐にわたる領域のアセスメントすることが求められる。時には高い専門性を要するが、そのような詳細なアセスメントはその領域の専門家に任せる方がよく、ケアマネジャーはむしろ適切に専門機関に繋げられることが重要である。

○　平成 29 年の社会福祉法の改正によって、「地域生活課題」が位置づけられた。本人だけでなく世帯全体を対象とし、保健・医療・福祉だけではなく、住環境や就労、教育など生活全体を捉えることが求められている。また社会的孤立や社会参加の確保といった「社会モデル」からのアセスメントが必要になっており、地域生活を支援するケアプランが求められる。そのためのアセスメントのあり方を検討していく必要がある。

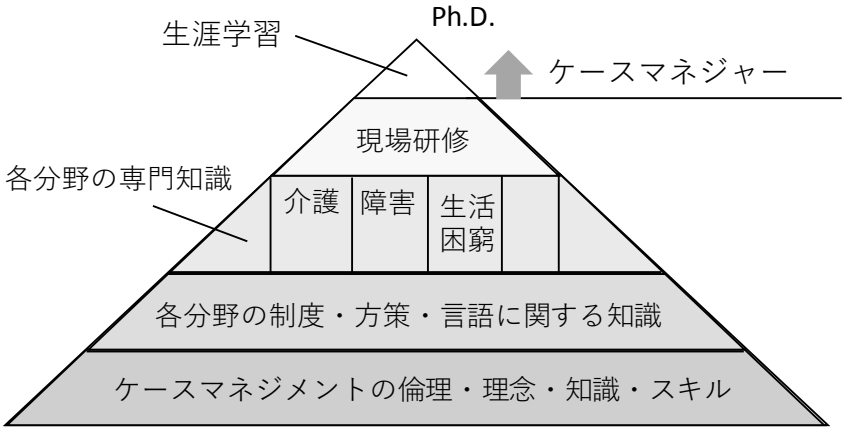
３）育成、確保について

○　地域共生社会の実現に向けて、全世代対応型のケースマネジャーを全国の各地域で一定数確保するための方策を検討する必要がある。

○　現状の介護支援専門員の知識や能力を強化、高度化することにより、機能や役割の拡大を目指すことが可能であるか、検討の必要がある。現在の介護支援専門員がケースマネジャーとなるためには、高齢者のケアマネジメントを専門としつつ、ソーシャルワーカーとしての機能、多職種と連携するための各領域の基本的な知識、多職種からなるチームや地域資源をマネジメントする能力等を習得することが必要となる。

○　一方で、今後求められる新たなケースマネジメントに必要となる幅広い領域の知識を有し、多様な専門職間のネットワークの構築や連携、調整を行う新たな機能を担うケースマネジャーを養成する方向性も考えられる。より実効性の高い方策について議論が必要である。

図表 2-6　ケースマネジャーの専門性の養成のイメージ



2.5.4. 今後のケースマネジメントを実現するための方策・教育制度

1）ケースマネジャーの資格制度と育成について

○　今後のケースマネジャー像を、上記のような広範かつ専門性の高い知識や能力を必要とする役割を担う人材として設定するのであれば、育成のための専門教育を充実させることや、必要に応じて国家資格とすることも検討する必要がある。たとえば、アメリカやノルウェーのソーシャルワーカーは 4 年制の大学を卒業後、さらに修士課程を修了することが資格要件となっている。

○　今後わが国に求められるケースマネジメントの総合性を踏まえれば、容易ではないが分野別、対象者別の相談支援制度について整理が必要となる。障害者相談支援専門員、児童家庭分野の相談員など、ケアマネジメントの機能を果たしている多様な専門職と介護支援専門員の位置づけや役割の整理が必要であるが、他の相談支援制度と統合ができない部分もある。障害分野において、知的障害、身体障害、精神障害の場合の生活支援について、１つの生活支援センターに統合しているが、すべての内容を網羅しているわけではない。それぞれの特徴があり、扱う領域を拡大した場合に、ネットワークをどのように作るかが課題である。

2）ケアマネジャーの機能分化・認定制度について

○　ケアマネジャーの存在が必要と考えられる場面に基づいて、機能分化を図る方向性が考えられる。医療の専門性を高める方向性であれば、在宅医療に必要な医学的な知識や医療関係者に関わる力量が求められる。ソーシャルワークの方向性であれば、より生活支援に必要な地域の社会資源の把握やネットワークを活用する技量が求められる。目指す方向性によって、それぞれ必要な知識が異なる。全ての分野の全て

の知識を熟知することは困難であるため、医療連携ができるケアマネジャー、ソーシャルワークができるケアマネジャー、あるいは福祉施設などの施設利用者のケアマネジャーなど認定制度を設け、機能分化を図っていくことが現実的である。複数の認定をもつケアマネジャーがいてもよいと考えられる。

○ 認定制度を設けないとしても、ケアマネジャーには、看護や介護、ソーシャルワークなど保有する専門性に応じて、類型化できるのではないか。

○ 包括的に機能するケースマネジメントの概念を持ちつつ、専門分化したケースマネジメントを行うケースマネジャーの育成には、当然ながら現状のケアマネジメントの教育・実践・研究が三位一体で発展することがベースとなる。

○ それらを踏まえ、包括的なケースマネジメントの概念の整理、教育体系と教育制度の整備、教育機会の確保、教育者の整備が必須となるが、エビデンスをベースとした整理を行うためには、単なる話し合いではなく実践をベースとした研究や研究者の養成も不可欠である。教育・実践・研究のサイクルがわまるとき、感覚的・経験談的ではない学問としての議論が可能となり、今後のわが国のケースマネジメントの発展が期待できるといえる。

2.6. 有識者の見解（各委員の見解）

1.　検討委員会の議論の振り返りと宮崎県介護支援専門員協会の取り組み

医療法人将優会クリニックうしたに　理事長　牛谷　義秀

今回の検討委員会に参加する機会をいただきましてありがとうございました。さまざまな視点をお持ちの有識者の皆さまのお話を伺い、ケアマネジャーの現状と課題、今後のケアマネジャーに必要とされる資質、求められる期待、そのために必要な支援とあるべき姿・将来像を鑑み、自分なりに整理することができました。宮崎県介護支援専門員協会の取り組みを交えて、これまでの議論を振り返る形で原稿を書かせていただきました。

1.1　はじめに

ケアマネジャーは介護保険法に位置付けられた専門職であり、介護サービス利用者および家族、サービス事業所、他の専門職および保険者など、介護保険に携わる方々にとって不可欠な存在となっているばかりでなく、入退院支援を含めた医療保険にも大きく関わっており、社会保障制度の運用には極めて重要な職種となってきている。介護保険制度を持続するための重要な立ち位置にいることに疑いの余地もないが、介護保険制度の中心的な立場にいながら、そのことを十分に認識して介護保険制度を適正に運用しているとは今なお言い難い。

そこで、ケアマネジャーは自らの資質を高め、アセスメント力を向上させ、マネジメントをしっかり行う必要がある。そのためには幅広い視点に基づくネットワークの構築、そこから派生する地域ならではの新たな資源の開発、災害時などの緊急時に命を守り暮らしを維持する支援体制の実現、そして人の暮しにしっかりと寄り添い、生活主体者である利用者の不安や心配、そして喜びや生きがいを共に分かち合うことで実現する『その人の望む生活』、これらを具現化していく役割にこそ、これからのケアマネの存在意義があるのではないだろうか。

今後、医療・介護の分野において ICT 化が進み、その発達により社会的課題が解決され、かつ経済戦略としての価値も見出されてくるものと期待されるが、それでもその時の根底にあるものは「自立支援」であり、人でしか成し得ない専門性をいち早く確立することが重要である。介護保険制度は今後も持続する、しかしそのプロセスの中にケアマネジャーの役割をいかに残していくかが重要な鍵であり、心してかかるべき時期であると考える。

1.2　ケアマネジャーの業務

ケアマネジャーに対して現時点で求められる業務を以下のようにまとめることができると考える。

(1)　ケアマネジャーの業務と専門性

ケアマネジャーはさまざまなネットワークを理解し、自らも参加して利用者や地域住民

をネットワークにつないでいくことが重要である。ケアマネジャーは、生活課題を抱えた要介護高齢者と社会資源を結び付け、要介護高齢者の QOL を上げながら望む暮らしの実現に寄り添う専門職である。サービス事業者や高齢者の要望に振り回されずに、ケアマネジメントの専門職として、職業倫理に則った業務を徹底することが本来求められた業務である。しかしながら社会から求められる専門性が他の専門職と異なり、業務が間接的であるため関わった結果について果たした役割およびその成果がわかりにくくなりがちである。利用者本位で制度を運用するために高いレベルで自らを律し、進化させていく意識と努力がこれまで不足していたのも否めない。

自立支援を中心としたケアマネジメントのもと、フォーマルサービスだけでなく、インフォーマルサービスを含む、多様な社会資源を結びつけ、活用していくことが重要であり、今後は他職種や地域包括ケアの中核機関である地域包括支援センターと連携し、地域ケア会議等を通じて不足している社会資源や地域における課題を提案し、社会資源を発掘していく役割が期待される。

ケアマネジメントは、利用者だけでなくその家族も含めての「自立と QOL の向上」を目指す総合的な援助である。ケアマネジャーが専門性を実現するためには、コミュニケーション能力、アセスメント力、アセスメントに必要な医療・介護といった専門領域の知識などが求められるが、何より必要なのは「相談援助技術」である。対人援助の基本は「まず相手が自分に何を求めているのかを知る」ことにあるといえる。

介護保険制度におけるケアマネジメントは、利用者の QOL の保持・向上していくために行われる実践であり、利用者の尊厳の保持を旨とする自立支援を目指すことに意義がある。多職種連携を更に推進し、アセスメントをニーズに移行できる知識・技術・資源開発能力などを自ら取得し、常に人と人、人とモノ、モノとモノをつなぐマネジメントスキルを学ぶことが必要であり、それがケアマネジャーに求められた業務である。

(2)　『かかりつけケアマネ』たる、四輪自動車のハンドルキーパー（多職種連携の要）

医療機関での入院日数が制限される現状では、『ほぼ在宅、ときどき入院』という言葉に代表されるように、施設生活を含めた在宅療養を強いられる場面に遭遇することが今後も多くなる。ケアマネジャーは日常の療養支援のほかに、特に脳卒中、大腿骨頚部骨折、心不全といった内部障害などを中心として入退院支援に積極的に関わらざるを得ないことが、今後さらに増えると予想される。医療機関への入退院、施設への入退所のあらゆるステージにおいて、日常生活における利用者を知り尽くしたケアマネジャーが関わり寄り添えることで、利用者の安心安全を担保でき、情報の共有という面で無駄も省けることから、今後は『かかりつけケアマネ』としての存在が極めて重要となる。医療支援にかかわる医師、看護師、歯科医師、薬剤師の 4 職種を車の四輪に例えれば、医療保険、介護保険制度を横断的にマネジメントするハンドルキーパーとして関わる専門職としての認識が重要であり、特に地域医療において欠かせない職種であると誰もが認識し得る技能を習得していく必要がある。

(3)　地域共生社会での役割

地域共生社会におけるケアマネジメントは、要介護高齢者だけでなく、身体障害、精神障害の分野にも広く活用できる手法が必要となる。横断的にいろいろ制度を理解し活用しながら、制度のはざまを埋めるためのインフォーマルサービスを発掘し開発する行動力が求められる。そのためにケアマネジメントの基本である自立支援を中心にケアマネジメント分野の研究に取り組み、また要介護状態にならないよう介護予防の理念を国民に伝える役割も担う職種であると考えられる。

自助努力を基本に、保健・福祉・医療の専門職が連携できるよう、また介護保険制度のサービスのみならず、インフォーマルな活動を含めたさまざまな地域資源を統合・ネットワーク化することで、利用者を継続的・包括的に支援する役割を担うことが重要である。

① ケアマネジャーの役割は、生活課題を抱えた要介護高齢者と社会資源を結び付け、利用者の尊厳の保持を旨とする自立支援を目指しながら、利用者の QOL を保持・向上していくために個々の「利用者が望む暮らしの実現」に寄り添うことである。

② サービス事業者や高齢者の要望に振り回されずに、介護保険制度におけるケアマネジメントを実践する専門職として自立支援に向けて職業倫理に則った業務に徹することが重要な役割である。

③ 介護保険制度が持続可能な制度であり続けるために、適正な給付が行われるシステムを作り、それを実践する役割を担っている。

④ サービス提供にあたり、必要となる利用者の情報を把握してケアプランに反映させ、過不足ないサービスを効率的・効果的に提供できるように、中継・統括する機能、特に医療介護連携において専門職同士の連携がスムーズに行えるように、橋渡しの役目・役割を果たす「ハブ機能（中継基地機能)」を担うことが現時点のケアマネジャーに最も求められる役割である。

⑤ ケアマネジャーは、ケアマネジメントに精通し、自立支援を基本に要介護状態にならないよう介護予防の重要性を広く国民に周知させる役割も担いながら、今後は身体障害のみならず、精神障害、生活困窮者に関わる部分など、利用者が住み慣れた地域で安寧な生活を送れるために必要な地域包括ケアシステムに関する幅広い分野での見識を深める役割を担うべきである。

　地域包括ケアシステム構築の必要性と重要性を理解し、身体的側面だけでなく、精神・心理的な側面、環境的な側面など、幅広くアセスメントし、利用者の生活全般をとらえることを役割として求められている。

⑥ 自立支援を中心としたケアマネジメントのもと、フォーマルサービスだけでなく、インフォーマルサポートを含む、多様な社会資源を結びつけて活用していくことが重要であり、そのために他職種や地域包括ケアの中核機関である地域包括支援センターとともに、地域ケア会議等を通じて地域における課題を提案し、社会資源を発掘していく役割を担っている。

⑦ 訪れる生活背景の変化、暮らしの変化や病状の変化などを予測しながら、利用者その

ものの人生の最終章までを俯瞰でき、寄り添えることが重要な役割である。

1.3　ケアマネジャーの現状と課題

(1)　ケアケアマネジャーの専門性

ケアマネジャーを取り巻く環境は極めて厳しい状況にあり、ケアマネジメントを担う要として「自分の存在意義」や「立ち位置」について、職種そのものをしっかり見直す時期であると認識せざるを得ない。社会情勢の変化によりケアマネジャーに対する期待度が日増しに膨らむ一方で、実践するケアマネジメントの専門性が低いとの指摘も多い。その専門性が他の専門職と異なり間接業務であるために専門性が認識されにくいという現実から、果たした役割およびその成果が認識しにくいという特異性や、行うべき業務が多岐におよび、また所属する事業者や立場でその内容が異なるという現実が、この資格の専門性をより分かりにくくしている原因でもある。その事実を客観的に評価できなかったため、社会から求められる専門性に対応できないばかりか、自らを律し進化させていく努力が不足していたのも事実であり、ケアマネジャーへの期待と自らの意識との間に大きな乖離が生まれている。専門性が低いと考えられる要因にはケアマネジャー自身の資質に係る部分と、ケアマネジャーを取り巻く環境に係る部分があるとされるが、共通するものとしてケアマネジャーの後方支援を担う役割を持つ主任介護支援専門員の働きが十分でないとの指摘がある。利用者からは高い評価を得ているものの、他の職種からの評価が低いという大きな乖離があるという事実は、連携の在り方と同時に自らの資質の向上への研鑽が必要であることを感じずにはいられない。

(2)　ケアマネジャーに求められるソーシャルワークの役割

地域包括ケアシステムや地域共生社会が推進される中、今後の社会変容を考えると介護保険制度内の医療介護連携を中心としたケアマネジメントの枠を超えたソーシャルワークの役割を求められることが増加してくる。そこにはインフォーマルサービスをも踏襲する社会資源の開発やつながりを作る支援も重要となる。ケアマネジャーの資質をどのように底上げするかが重要であり、制度の改革を図るよりも現状のケアマネジャーを育成していくのが最も早道である。

(3)　地域性から生まれるケアマネジメントの困難性、地域性の問題および地域資源の確保

中山間エリアではケアマネジャーをはじめ、ソーシャルワーカーなど、さまざまな専門職が十分に配置できず、ひとりで何役もこなすことが求められる状況であり、いわゆる全世代型のケアマネジメントが特に重要となってきている。一方、都市部でも多方面の課題を一手にクリアできる専門職種は存在せず、ソーシャルワーカーとしての機能を果たしながら、行政を含む多職種と連携し、日夜奮闘しているケアマネジャーも実際に存在する。地域資源、課題はそれぞれ地域によって異なるため自治体が環境を整備していくことも必要で、保険者の役割が重要である。保険者と地域包括支援センターによる支援が必要であり、多職種の重層的支援も重要である。

(4)　施設のケアマネジャー

施設のケアマネジャーは、給付費上限のプラン、いわゆるマックスプランを求められ疲弊している現実がある。有料老人ホームをはじめとした施設が増加する一方の現状から、今後早急に施設のケアマネジャーを守り育てていくことが大きな課題である。

(5)　平成 30 年度の権限委譲

権限委譲に対する取り組みとして、地域性を考え、各自治体ごとに行政との窓口となりうるケアマネジャーの職能団体支部を立ち上げるべきである。

(6)　地域のケアマネジャー不足

ケアマネの高齢化や離職増加などにより地域のケアマネジャー不足は深刻であり、地域の生活者を守る手立てが危機的となりかけているところがあり、市町村ごとに課題を抽出して明確にし、早急にその対応策を検討する必要がある。そのためには地域の課題を真摯に検討するケアマネジャー団体の組織化と県協会の支部化が重要である。

(7)　ＩＴ化を含めた環境整備および業務の効率化

ICT 化が徐々に進められている中、人としてできること、人だからできることを示してこそ、ケアマネジャーの存在意義が高まる。相談援助の基本である相手の理解、そこから的確に個別課題を抽出する技術、そしてその課題を地域課題に置き換え社会資源へと繋げる展開力、これらを身に着ける必要があり、これからの育成の視点として重要だと考えられる。そのためには、面接技術やコミュニケーション技術などの質の向上が必須であり、いくら ICT 化が進んでも、孤独やひとり暮らし、生活困窮者に対する支援を中心とした「相談」業務などの必要性はさらに増えると考えられ、人でしか成し得ない専門性をいち早く確立し、ケアマネジメントという本業に精通することが重要であり、例えばネットワークの構築、地域性のある新たな資源の開発、災害時などの安否確認や情報収集など、人の命と暮らしを守る支援体制の実現などにケアマネジャーの存在意義が高まるものと考える。

ケアマネジャーは利用者の意思決定を支援し、「その人の望む生活」の実現を支援するためにケアマネジメントの手法を用い、そのプロセスを通じて多職種の専門性を活かしながら、多岐にわたる法や制度を駆使する専門職である。専門性を実現するためにはアセスメントに必要な医療・介護といった専門領域の知識などが求められるが、何より必要なのは相談援助技術である。近々、ICT 化が進んだ時、人としてできること、人だから出来ることを示さなければケアマネジャーの存在意義はなくなってしまう。ケアマネジャーは相談援助の基本である相手への理解、さらにそこから的確に個別課題を抽出する技術、そしてその課題を地域課題に置き換え社会資源へと繋げる展開力、これらの資質を身に着ける必要があり、これからの育成の視点として重要である。

(8)　ケアマネジャーの評価

患者が元気になって社会復帰できる医療の世界と違って、介護の世界では利用者の介護度が改善しても、誰の功績が改善の要因となったか評価できない。間接業務であるために、日夜奮闘しているケアマネジャーの努力を評価することが困難であり、妥当な評価法がこれまで見出されなかった。むしろケアマネジャーによるケアマネジメントの功績があって

介護度が低くなっても、現状のサービスが使えなくなることに対する利用者・家族の不満が出たり、事業主の income の減少による negative な発想があることが大きな課題となっている。介護度が改善すれば、プランの内容とサービスの効果とをリンクさせた評価ができるように何らかのポイントをインセンティブとして付与するなどの新しい考え方が必要であり、その考え方に沿った評価の定点を決め、「成果の見える化」が重要となってくる。ケアマネジャーに対する酷評はすぐに広まるが、逆に功績としての良い評価はなかなか伝わらないので、ケアマネジメントのすばらしさを意識的に発信する必要がある。

1.4　ケアマネジャーの連携

ケアマネジャーは医療の実践を担う医師、看護師、薬剤師、歯科医師と連携し、マネジメントする役割を果たすという崇高な役割を担っていると同時に、多職種からの重層的支援も受けられることも重要である。しかしながら、多職種との間につながりを作る仕組みが必要であると理解しながら、特に医師との連携に苦労しているという事実がある。地域のケアマネジャー団体が地区医師会、延いては「かかりつけ医」との協働を深め、医療的管理を充実させる必要がある。そのためにも医療知識の底上げが喫緊の課題である。

医療介護連携において、多職種連携がうまく機能しない理由として、１）医療側に介護の知識がない、理解が進んでいない、２）ケアマネジャーに医療の知識が備わっていない、ことが挙げられる。地域に共通する課題を解決するために、多様な社会資源を発掘し、多職種間の連携方法を提案する視点が重要である。インフォーマルな地域資源を多職種間で共有し、ケアプランに位置づけるためには、市町村によるバックアップも重要である。地域における課題は市町村によってそれぞれ異なるため、今後 IT 化を推進したサービス担当者会議等を TV 会議で行うなどの環境整備は保険者の役割として重要である。また保険者と地域包括支援センターが個々のケアマネジャーを積極的に支援し、コーディネートする役割を担うことも重要である。地域包括ケアシステム構築への転換の中でケアマネジャーの立ち位置はどこかを考えるときに、地域包括ケアシステムの中心にいるのは患者ではなく、「生活者」であり、その生活者をどうやって多職種で支えていくかの視点が大切である。ケアマネジャーが他の職種とどのように関わることができるかは、多職種連携、ひいては地域包括ケアシステム構築の成否に大きく関与してくると考えられ、特に職能団体として郡市医師会や行政との連携は地域包括ケアシステム構築に欠かせないものである。宮崎市では「宮崎市郡在宅医会（通称：宮崎在宅ドクターネット）」が主催する行事には、ほぼ常に訪問看護ステーション看護師とケアマネジャー団体の参加があり、意見交換の場となっている。

1.5　ケアマネジャーの将来と展望、求められるもの

(1)　技術革新による業務の効率化とケアマネジメント（および標準化）

AI や ICT 等を活用する上で、人が担うべき作業を意識する必要がある。アセスメントからケアプラン作成、モニタリング、評価という一連のプロセスを必ずやらなければならな

い業務の中で、何が効率化され、効率化によって生まれる時間やエネルギーをどのように活用するかを併せて議論する必要がある。日々の業務で事務書類作成などのデスクワークに追われ、本来必要なケアマネジメントに時間をとることが難しく、また多様な情報を適切に整理し記録を残さなければならないなど、ケアマネジャー業務が複雑多岐になりすぎている現状を鑑み、改善策を講じる必要がある。

ケアプランを標準化する一方で、定型的な事務処理作業を更に IT 化し、さらに ICT を活用した認識技術（音声認識・文字認識）を用いることや携帯端末などによるタイムリーな情報の一括管理と効率化を図ることや「オンラインのサービス担当者会議」などを進展させ、機能的なケアマネジメントを行う必要性がある。例えば、面接をした利用者の自宅と書類作成をする事務所の二か所で同じ利用者の業務をせざるを得ない非効率性を改善するために、現場で面接をしながら書類を作成すると同時にサービスをオーダーリングするシステムができるようになると業務の効率化が図れる。ペーパーレス化も業務の効率化を図る上で大きな要素であるが、いっぽうで医療・介護の分野における ICT 化が進み、経済戦略としての価値も見出されるようになっても、ケアマネジャーの業務の根底は、どこまでも「自立支援」であり、その実現のため人でしか成し得ない専門性をいち早く確立することも重要である。具体的には幅広い視点に基づくネットワークの構築、地域性のある新たな資源の開発、災害時などの緊急時に命を守り暮らしを維持する支援体制の実現、そして人の暮しにしっかりと寄り添い、生活主体者が望む生活を支援する役割がこれからのケアマネの存在意義につながる。

(2)　地域共生社会におけるケアマネジャー

ICT、IoT による技術革新が進む中、地域共生社会においては相談支援専門員と介護支援専門員の連携や制度の枠を越えたケアマネジメントが求められる時代になり、このような社会背景の変化を踏まえてケアマネジャーは今後、どのような役割や機能を持っていくべきなのだろうか。ケアマネジャーは想定していなかった技術革新への対応や、高齢者のほかに、障がい者と要介護の親の世帯、生活困窮者、精神疾患患者や、がん患者、難病患者など、医療や福祉・保健、就労など、多くの分野にまたがって支援を必要とする方へ適切なマネジメントを行うことが重要である。さまざまな方々をケアマネジメントする、いわゆる「全世代型ケアマネジメント」「複合型ケアマネジメント」といった考え方が広まっており、ケアマネジャーへの期待がますます大きくなっている。

したがって今後は、「高齢者」に縛られたケアマネジメントの意識から、「障害者支援法」や「児童福祉法」などの知識を加えた「複合型ケアマネジメント」のあり方に対する理解が求められ、より医療・福祉分野の裾野を広げた「共通スキル」の習得が必要になり、そのための教育体制の整備も急がれる。ケアマネジャーが担う業務は介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法、社会福祉法を一体として、まさに「地域共生社会」の実現に向けた『我が事』・『丸ごと』の取り組みを進めるための職能であるということができる。

(3)　今後求められるケアマネジメント

ケアマネジャーには身体機能や精神状態に課題を求めがちなマネジメントの傾向から、

生活に視点をおいた課題を抽出するマネジメント力の醸成が必要である。そして今の自立支援型のマネジメントを、その人だけではなく、家族や地域をアセスメントし、より生活に密着したニーズを抽出するマネジメントへと進化させていく必要がある。生活課題を抱えた要介護高齢者と社会資源を結び付け、要介護高齢者の QOL を上げながら「望む暮らしの実現」に寄り添う専門職であるとの理解から、ケアマネジメントの専門職として、サービス事業者や高齢者の要望に振り回されずに、職業倫理に則った業務に徹底することが肝要である。介護保険制度が持続可能な制度であり続けるために適正な給付が行われる仕組みを作り実践する役割を担うことが求められる。

ケアマネジャーがケアマネジメント機能の中核としての役割を担うか、あるいは様々な制度の下でケアマネジメントを実施している専門家とネットワークを形成して、ケアマネジャーが高齢者のケアマネジメントの役割を担うのかについては今後も十分な協議が必要である。

2025 年問題を考えるとき、独居高齢者が増え、生活保護を受ける人の割合が高くなると予想されており、このような地域でのケアマネジャーはすべてに対応できる能力が必要と見込まれる。またケアマネジャーはすでに認知症独居世帯や 8050 問題への対応を行っており、利用者本人だけでなく、本人の周りの生活を支援する必要が生じていることから、今後の研修には家族支援や認知症の方の支援を含めた地域包括ケアシステムのことなど、ソーシャルワークの要素がしっかり入ってくる研修が必要である。

(4)　ケアマネジャーの専門性と役割

ケアマネジャーの専門性は他の専門職と異なり、間接業務であるために関わった役割やその成果が認識しにくいという特異性や、期待される業務が多岐におよび、しかもそれぞれが所属する事業者や立場で内容が異なるという現実がケアマネジャーの資格の専門性をより分かりにくくしている。求められている専門性を発揮するために自らを律し、進化させていく意識と努力が必要である。現状、セラピストや看護師がそれぞれの専門性にケアマネジャーの一部業務を兼務する形で十分だとされる世論もしっかり認識し、これまで論じられた「ケアマネ不要論」を自らの努力で払拭していく認識と覚悟をもった行動が求められる。

サービスを提供するにあたり、計画書作成担当者であるケアマネジャーに集まる利用者情報を効率的・効果的にサービスに活かせるように、中継・統括する機能（ハブ機能）の職責が求められる。各専門職同士の連携がスムーズに行えるように、橋渡しの役目・役割を果たすこと、特に医療介護連携における「ハブ機能（中継基地機能)」を果たすことが、現時点においてケアマネジャーに期待されている役割だと考えられる。

(5)　行政との連携

地域共生社会の中で行政との連携は重要である。しかしながら一般に、行政側では専門性を持った人が定着することなくローテーションするため、長期的なビジョンを描きにくいことから、宮崎県では保険者向けの「ケアマネジメントの基礎技術」、保険者向けの「ケアプラン点検」（ケアプラン適正化支援事業）に関する研修会を開催している。また県の担

当部局である県長寿介護課にケアマネジャー協会出向の主任ケアマネを配置し連携を図る計画も一考に値する。今後、健全な介護保険制度を継続するため、適正なサービス提供に必要な介護保険事業者向けの研修会やマックスプランを横行させている有料老人ホーム事業者向けの研修会、ケアプラン点検事業の拡充が必要である。

(6)　底上げの必要性

現在のケアマネジャーは 8 割が介護福祉士を基礎資格とし、2 割が医療系資格を基礎資格としている。今後医療知識が求められるが、医療知識があるケアマネジャーの育成には時間が足りない。また医療の知識技術を OJT で指導できる人材もいない。インフォーマルサービスの知識も不足しており、社会資源とのつながりを作る支援も重要である。今後スーパーバイズできるケアマネジャーをしっかり育てる必要がある。

(7)　国家資格化

資格更新のための研修や資質向上のための研修時間が大幅に増えたが、ケアマネジャーは自らを律して資質を高め、その専門性を認めてもらえる職能になるために早い時期に国家資格化を達成し、魅力ある組織として自立すべきである。「地域共生社会」を実現していく上では、住民とともに地域を作り、また人々の多様なニーズを把握し、地域生活の中で本人に寄り添って支援をしていく人材・後身の育成が一層重要となる。ケアマネジャーは医療職と介護職の連携を担うべき存在であり、一方でソーシャルワークの範囲も対応できるケアマネジャーを育成して、国家資格レベルとすべきである。そのためには OJT を含めた専門教育を充実させ、ケアマネジャー全体の底上げを図り、多くの期待に応えうるために「国家資格化」を急がなければならない。

(8)　これからのケアマネジャーの資格要件と高位への要件

地域共生社会の中で、制度を超えた力量のある、進化・深化したケアマネジャーの存在が求められる。そのためには介護保険だけでなく、ソーシャルワーク能力が求められる。社会福祉士や社会福祉主事、精神保健福祉士の資格保有者など、すでに相談援助を学び、コミュニティーワークに秀でていることを前提にして認定しても良いのかもしれない。また、今後は現場のケアマネジャーを支援・育成できるスーパーバイズ機能をもった高位のケアマネジャーが真に必要であり、現状では主任ケアマネジャーの教育および役割がますます重要であり、また早道ではないだろうか。介護者個人を支援するだけでなく、世帯、生活、社会の視点からのアセスメントが求められる一方で、障がい者、生活困窮者など、あらゆる分野に参加する機会の確保が必要で、低所得在宅者や単身高齢者の見守り・支援の体制づくりなど、ソーシャルワーカーとしての機能が強く求められる。

(9)　人材育成と地域包括支援センター

地域包括支援センターができた当時は、将来的には地域包括支援センターは、全世代を対象とするものとされていたが、現在は自立支援や介護予防にシフトしている。地域包括支援センターではケアマネジャーの支援をする役割を担っているが、実際には実現できていない。これからのケアマネジメントを担う、核となる機関の一つとして地域包括支援センターは注目されている。

地域包括支援センターはケアマネジャーをゼネラリストとして、各専門職につなぐ職種として人材育成を担うことが望ましい。

(10)　プロフェッショナル オートノミー

組織は規約を作って、それを遵守し、また自らそのメンバーを教育し合い、自主的に運営されていく。まさに自ら選んだ職業的責任を果たすために、自ら自分を律することが「プロフェッショナル オートノミー」である。自律とは、政府や行政機関等の外部による規制（他律）を受けずに、自ら実効性のある自己規律のシステムを構築し、自らを高めていくために研鑽を積み重ねるということに他ならない。ケアマネジャーもそろそろ自律を真剣に考えていくべき時に来ているのではないだろうか。

1.6　まとめ

ケアマネジャーに対する期待は今後も高まるばかりであり、求められる専門性に応えられるように、介護保険制度内の医療介護連携の要としての『かかりつけケアマネ』たる、四輪自動車のハンドルキーパーの役割を超えて、『プロフェッショナル オートノミー』の重要性を再確認し、ケアマネジメントの枠を超えたソーシャルワーク能力を中心とした自らの資質を高めことで、「全世代型ケアマネジメント」「複合型ケアマネジメント」を率先できる職種として、国民はもとより他職種や関係機関からゆるぎない評価を勝ち得て、国が進める地域包括ケアシステムや地域共生社会の推進の中で中心的役割を担える職種に育っていただきたいと切に願う。

1.7　【宮崎県介護支援専門員協会のとりくみ】の紹介　（参考）

(1)　3 層構造の確立

職業の性質上、県単位の単独団体で介護支援専門員を支えることは不可能であることを鑑み、全国組織、県組織、市町村組織の、いわゆる 3 層構造を確立したことの意義は大きい。平成 30 年 2 月現在の正会員 1,564 名　準会員 18 名　賛助会員 13 団体であり、平成 29 年 4 月現在の県内有資格者数 6806 名の 22.9%、ケアマネジャーとしての実働者数 1829 名の実に 85.5%が入会しており、この組織率の高さは職能団体として誇れるものとなっている。

(2)　支部化の具現化

市町村への権限委譲が進むなか、保険者と協議する職能団体として市町村規模の団体の存在は不可欠である。全国レベルでみても、全県下で市町村単位での支部化を目指している県支部は少ない。

① 30 年の市町村への権限委譲を見据え、県内 26 市町村に職能団体の窓口機能も備えた組織を編成する。

② 国から県、県から市町村またはその双方向の情報伝達や課題の共有がスムーズに行えるよう、また地域(支部)内において迅速かつ的確な情報共有を目指した管理体制を構築し、検証している。

③　県の組織では網羅できない地域の課題やニーズを支部組織がすいあげ、解決へ向けた独自の活動を実践し、それを県協会が人的、金銭的にバックアップを行っている。

(3)　県行政との緊密な関係、意見交換会も含めて

県が策定した計画上での関係だけではなく、今後の県事業を共に考える関係は、信頼関係の確立のもとに成り立つものであり、相互理解を深めていくために県福祉部・県議との意見交換会を年 2 回開催している。

(4)　有事の際の対応（災害対策委員会の設置）

近年、予測不能な大災害が多発している状況を受け、一市民として災害時要援護者の命を守れるよう尽くすとともに、ケアマネジャーという専門職として地域の特性やその時々の状況に応じたニーズを速やかに的確に把握し、被災後の生活支援に結び付けられるよう検証する。ケアマネジャーの災害後の支援はほかの JMAT などと違って、生活復帰までの長期にわたる支援が必要となるという特殊性から、有事の際の役割を明瞭にするために明文化する必要がある。そのため県協会として、啓蒙的研修会、災害時ケアマネジメントの実践、緊急時の連絡体制の構築、多職種連携の体制などを構築する。

(5)　在宅医療・介護連携推進事業への取組みと行政支援

①　団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を見据え、在宅において医療と介護の両方を必要とする高齢者に対して、高齢者の自立支援に繋がる適切な医療系サービスの提供が行われるよう、ケアマネジャーの多職種協働や医療との連携を支援する。

②　市町村が実施するケアプランの点検を支援することにより、介護給付費の適正化を図る。

③　在宅医療・介護連携推進事業、ケアプラン適正化支援事業、有料老人ホーム事業者向け研修、ケアプラン点検事業などを展開している。

(6)　真の多職種連携の要

ケアマネジャー個人レベルでの連携だけでなく、県協会が団体レベルでも連携の要として機能することは大切である。宮崎県オリジナルのケアナビゲーター選考委員会のように多くの職能団体を同じベクトルに向かわせる取り組みは連携の厚みを増していくものと考える。地域ケア会議はケアマネジャーが個別ケースにおいて多職種をマネジメントしているか示せる良い機会だと思う。

(7)　法定研修のスムーズな運営・講師の育成

研修向上委員会、作業部会を立ち上げ、実施した研修内容を評価している。委員会のメンバーとして、他団体へ協力を仰ぎ、県医師会、県介護福祉士会、県看護協会、県社会福祉士会、有識者、保険者と一体となって協議、評価を行い、共有している。

(8)　ケアマネジメント向上支援事業

事業を行う背景として、社会的情勢によりケアマネジャーが期待される一方で、実践するケアマネジメントの専門性が低いとの指摘を受けるようになってきた。その要因としてケアマネジャー自身の資質に係る部分と、ケアマネジャーを取り巻く環境に係る部分があるとされている。在宅介護の中核的コーディネータの役割を果たすケアマネジャーの資質

の向上を図るとともに、ケアマネジャーが置かれている環境の整備に努めることを目的に、また介護度が重度化するにつれ、医療系サービスの必要性は高くなるため、医師や看護師、セラピスト等との連携に必要な医療知識を学び、適切な医療系サービスを提供し、利用者の自立支援に資するケアマネジメントが行えることをも目的として、平成２６年度にケアマネナビゲーター事業を創設した。この事業はケアマネジャーの後方支援を行う役割を持つ主任ケアマネジャーの働きが十分にできていないところに着目し、主任ケアマネジャーの役割である、ケアマネジャーのマネジメントにかかる後方支援の一部を補完する目的も兼ねている。

医療･保健･福祉分野の職能団体等の代表者や学識者、宮崎県長寿介護課幹部で構成するケアマネナビゲーター選考委員会を設置し、各地域で「手本となるケアマネジャー」を推薦してもらった中から「ケアマネナビゲーター」を選考委員会にて選考、認定し、常に客観的な視点で評価できるようにした。認定されたケアマネナビゲーターは地域のケアマネジャーが勤務する事業所に当協会役員等と共に、宮崎県内 456 居宅介護支援事業所すべてを訪問、981 名のケアマネジャーと面談方式で行われた。

地域で手本となるケアマネジャーによる相談･助言を行うことで、悩みを抱えているケアマネジャーの拠り所となり、課題等の解決に直結させることができ、また職能団体としてケアマネジャーの資質平準化への取組みの裏づけを得ることができたことは、ケアマネジャーを取り巻く環境課題やケアマネジャー自身が抱える課題の改善･解決に繋げるための重要な活動及び基礎資料となった。

活動を行ったケアマネナビゲーターの活動実績を当協会にてデータ化し課題等を抽出した結果、悩みがあると感じているケアマネジャーの割合がケアマネジメントの各過程において 40%～60%であり、知識や技術に自信が持てていないことが要因として散見された。

事業を通して見えてくる課題をまとめると、ケアマネジャー個人のスキルによってケアマネジメントに差が生じており、ケアマネジャーが置かれている環境によってスキルの差が生じやすいというところにある。

2. 武蔵野市の取組みと今後のケアマネジメントについて

武蔵野市健康福祉部長　笹井　肇

2.1　ケアマネジャーに対する現状認識

武蔵野市においては、利用者本位のケアマネジメントの質を確保することを目的として、以下のケアマネジャー支援策を実施してきた。その中で「アセスメント」から「ニーズの抽出」が最も課題であると認識している。

(1)　武蔵野市における特徴的なケアマネジャー支援策について

【武蔵野市ケアマネジャーガイドライン】

武蔵野市が取り組んできたケアマネジメントの理念や具体的な実践方法を解説し、市内で居宅介護支援を行うケアマネジャーの研修資料としても活用することを目的に、介護保険制度導入から1年となる平成13年3月に「武蔵野市ケアマネジャーガイドライン」初版を作成。

以来、介護保険制度改正等に応じて版を重ねてきたが、平成27年度介護保険制度改正により介護予防・日常生活支援総合事業が開始されたことに伴い、平成21年3月発行の第3版を全面改訂し、平成28年3月に第4版として発行。

【地区別ケース検討会】

平成13年度から、6か所の在宅介護・地域包括支援センターのエリア毎にケアマネジャーを約20～30名ずつグループ化し、事例検討や医師会医師による症例検討などを行う「地区別ケース検討会」を開催し、ケアマネジャーが抱える個別事例の課題解決を行ってきた。

【ケアマネジャー研修センターによる体系的研修とケアプラン指導研修事業】

平成14年11月に「武蔵野市ケアマネジャー研修センター」を設立し、①体系的な研修会の開催、②ケアプランに関する相談・助言、③ケアプラン指導研修事業を3本柱として、ケアマネジャーの質向上やケアプラン作成スキルアップを支援してきた。（平成26年7月にケアマネジャー研修センターを発展解消し、「健康福祉人材育成支援調整会議」により、ケアマネジャーに限らず、広く福祉人材の育成を検討していくことになった。）

ケアプラン指導研修事業においては、ケアマネジャーから提出されたケアプランを基に、基幹型地域包括支援センター、在宅介護・地域包括支援センターに所属する主任介護支援専門員、高齢者総合センター補助器具センターに所属する専門職（作業療法士、理学療法士、コンチネンスアドバイザー）で構成するケアプラン指導研修委員が、「ケアプランの質の向上」を目的とした評価会議を開催。「利用者の活動や社会参加」「排泄ケアの改善」等の視点からケアマネジメントとその方向性を示し、ケアプラン指導研修修了者についてフォローアップ研修を行っている。

武蔵野市ケアプラン指導研修事業-サービスの質向上へ向けて-

【武蔵野市における特徴的なケアマネジャー支援策】

○武蔵野市ケアマネジャーガイドライン

⇒2001年3月に第１版を作成。武蔵野市としてケアマネジャーに求めるケアマネジメントの水準を明らかにした。（その後必要に応じて改訂し、現在は第4版）

○地区別ケース検討会

⇒６ヵ所の在宅介護・地域包括支援センターのエリアごとにケアマネジャーをグループ化し、個別ケース検討や研修などを毎月開催。エリア別地域ケア会議としての機能も。

○ケアマネジャー研修センターによる体系的研修とケアプラン指導

⇒2002年11月に「武蔵野市ケアマネジャー研修センター」を設立。①体系的な研修会の開催、②ケアプランに関する相談・助言、③ケアプラン指導研修事業を３本柱として、**ケアマネジャーの質向上やケアプラン作成スキルアップを支援**。

⇒2014年7月にケアマネジャー研修センターを「健康福祉人材育成支援調整会議」発展解消。

【ケアプラン指導研修事業】

地域包括支援センターによるケアマネジャー支援業務の一環として実施

○事業内容

ケアマネジャーから提出されたケアプランを基に、基幹型地域包括支援センター、在宅介護・地域包括支援センターに所属する主任介護支援専門員からなる指導チームがケアプラン向上のための評価会議を開催。その結果を１対１の面接で伝達すると共に、ケアマネジメントとその方向性を示す。ケアプラン指導研修修了者を対象に、フォローアップ研修を行う。

○対象者

武蔵野市内近隣にある居宅介護支援事業所に所属し、武蔵野市民を1名以上担当していること
①実務経験2年未満、武蔵野市民を担当して2年未満のケアマネジャー
②中～重度（要介護2～5）の要介護状態の市民を担当しているケアマネジャー

軽度（要支援１～２等）の方のケアプラン作成については、主として基幹型地域包括支援センターが担当し、６ヵ月ごとに開催するサービス担当者会議に全件立ち会うことで質の担保を図っている。

○ケアプラン指導研修事業の流れ

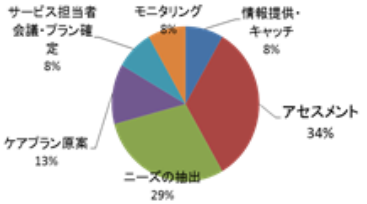
1 居宅介護支援事業所へ通知
2 ケアマネジャーからの参加申し込み
3 事例提出
4 ケアプラン指導研修委員会で提出事例に対するケアプランへの指導、助言内容を集約
5 ケアプラン指導研修委員によるケアマネジャーへの伝達面接
6 ケアプラン指導研修について管理者へ報告
7 フォローアップ研修の実施

武蔵野市ケアプラン指導研修事業の成果

【ケアマネジャーがケアマネジメントプロセスの中で日頃負担に感じている内容】

○ケアマネジャーへのアンケート結果から、**ケアマネジメントプロセスの中で「アセスメント」から「ニーズの抽出」について最も負担に感じていることが分かった**。

「ケアマネジメントプロセスの中で、日頃負担に感じているところはどこですか？」（平成27年度ケアプラン指導フォローアップ研修アンケート結果より）



○その理由は、「ケアマネジャーの仕事は現場で一人で行うので、自分でやっていることが良いのか分からない」「利用者がどんな生活を望んでいるのか聞いても具体的に答えられる方は少ないし、本心とも限らない。真のニーズを抽出するのが難しい」など。

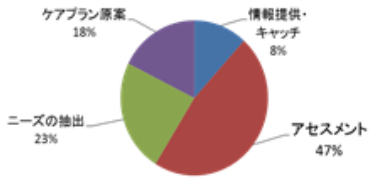
○また、「アセスメントシートに空欄が多い」「紙面が埋まっているが、収集しておきたい情報が足りない」「情報は聞いているのに整理されていない」「引継ぎケースが多くケアプランもそのままになっている」「医療との連携は必要だと分かっているがどうしたらよいのか分からない」などの課題が多くみられた。

研修実施

【ケアプラン指導研修事業の成果】

○研修修了後では「アセスメント」について明日から実践につなげていけそうであるとの回答が最も多かった。
⇒**負担に感じている内容として最も多かった「アセスメント」についての理解が進んだ**。

「本日の研修を受けて、ケアマネジメントプロセスの中で、明日から実践できそうなところは、どの項目ですか？」（平成27年度ケアプラン指導フォローアップ研修アンケート結果より）



○その理由として、「事実とケアマネジャーの予測を念頭に入れ、再アセスメントをしていきながら、その方の本心を知っていく方法を教わった」「参加されている方の話を聞いて、自分では考えつかなかったことや書面に落とせていない部分、アセスメントの不足のところが分かった」などが挙げられた。

○研修を通じて、**「その人らしさ」を把握した、自立支援・利用者本位・地域主義のケアマネジメントの基本を理解することができている**。

【ケアリンピック武蔵野】

武蔵野市における「まちぐるみの支え合いの仕組みづくり」を進めるため、ケアマネジ

ャーをはじめとする介護・看護に従事する人たちが夢とやりがいをもって、武蔵野市で働き続けられるよう、①永年従事者表彰、②基調講演、③市民講演会、④各事業者による事例発表、⑤ポスターセッション、⑥介護サービスの紹介などを平成 27 年度以降、毎年実施。

【ケアマネジャーアンケート調査（平成 29 年 3 月）】

平成 29 年度に策定の「武蔵野市高齢者福祉・第 7 期介護保険事業計画」の基礎資料とするため、市内事業所及び武蔵野市民の利用者がいる市外事業所の全ケアマネジャー255 名を対象に、市の高齢者施策がより充実したものとなるよう、介護保険サービスを利用する高齢者の実態や市の高齢者施策に対するケアマネジャーの意見・要望などを把握するとともに、ケアマネジャーの年齢・勤務形態・経験年数・武蔵野市における活動年数などの実態を把握した。有効回答数は 225 件、回答率は 88.2%。

＜報告書データは以下 URL に公表＞
http://www.city.musashino.lg.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/016/461/keamanecyousa.pdf

(2)　武蔵野市ケアプラン研修事業から見えてきた課題

○「武蔵野市ケアプラン指導研修事業」（高齢者支援課・基幹型地域包括支援センター主

催）におけるケアマネジャーのアンケート結果では、ケアマネジメントプロセスの中で「最も負担に感じていること」は、「アセスメント」から「ニーズの抽出」について、の回答が多数を占めている。

○ケアマネジャーの役割の原点である「個別課題の解決のためのマネジメント」、「自立支援のためのマネジメント」であるべき、という認識が不足していると感じる。

○例えば、武蔵野市の「ケアプラン指導研修事業」では、アセスメントにより排泄が1日20～30回あるとわかっても、生活の困りごととは認識せず、ケアプランの生活課題としては上がってこない。それよりも、デイサービスに通わせたいなど利用者・家族の要求に応えることを中心としたケアプランが見受けられる。

○本来ならば、頻回な排泄を改善するには、専門職との連携によりサービス担当者会議等で協議し、医療的な処置や飲水量等を調整、それでも改善されないのならば、定期巡回随時対応型訪問介護看護の利用などを検討することが必要である。

2.2　現時点においてケアマネジャーの担うべき役割とは何か

○厚生労働省の資料等において「多職種連携」の重要性が強調されているが、その前にまず、ケアマネジャーとして利用者等の適切なアセスメントを実施し、生活課題を導き出すこと、その解決のための目標を明確かつ分かりやすく設定することが重要である。

○そのうえで、生活の困りごとを解決するチーム作り、自立支援・重度化防止へ向けた各種サービス提供のコーディネーター役としての役割を果たすべき。

○ケアプランの合意形成のためのサービス担当者会議では、ケアマネジャーが適切なアセスメントによる個別具体的な生活課題を導き出し、チームを形成する専門職からいかに意見を引き出し、課題解決に向けた具体的なサービスにつなげることができるかが重要となる。

○また、活動する地域の保険者のケアマネジメントに関する考え方や、地域包括ケアシステムに関する考え方を「規範的統合」として熟知しておく必要がある。

＜「武蔵野市ケアマネジャーガイドライン（第４版）」Ｐ２９「武蔵野市の考え方」抜粋＞

武蔵野市では「介護保険制度だけでは利用者の生活の一部しか担えない」「利用者の生活を支える総合的な“まちづくり”の目標が必要」との考えから、平成１２年に「介護保険条例」制定と同時に、介護保険外の日常生活支援サービス等を網羅した「武蔵野市高齢者総合条例」を制定している。

ケアマネジャーは、利用者が要支援・要介護の状態になっても、その方らしい暮らしを人生の最期まで続けられるための支援について、介護保険制度だけでなく、市の制度やインフォーマルな社会資源を活用する。

また利用者の尊厳を尊重するよう、利用者自らが自己決定できるよう支援をする。そのため利用者や介護者がケアマネジャーに相談しやすい関係を構築していかなければならない。ケアマネジャー自らも対人援助技術の向上を目指す。

2.3　今後のケアマネジャーはどのような役割を担うべきか

○今後は医療的なニーズが高い方や、独居高齢者の増加、複合的な問題を抱える世帯への対応などが今以上に求められる。そのため、医療職をはじめとする多職種との連携を円滑に実施できる知識やノウハウの蓄積が必要となる。

○医療的なニーズが高い方への対応は、時にスピーディーな対応が求められ、ＩＣＴ等のツールを利用したタイムリーな連携が有効であろう。

○また、自立支援の観点から、ケアマネジャーが家族のデマンドで生活課題を埋めるのではなく、本人の代理としてニーズを導きだす役割も重要であり、同時に、家族調整を行うスキル、地域の課題の把握と、それの解決のための意見具申も求められる。

○いわば、単なる介護サービスや介護保険外サービスのコーディネーターやマネジャーに留まるのではなく、ソーシャルワーカーとしての役割を担う必要がある。

○将来的に、ケアマネジャーの役割を再評価することになった際には、ケアマネジャー支援を担う地域包括支援センターや保険者機能を担う市町村との役割分担を含めて整理すべきと考える。

【参考：武蔵野市におけるケアマネジャー支援の実績（平成 28 年度)】

①居宅介護支援事業者連絡協議会（ケアマネジャー全体研修会）

開催日	内容	参加者数
平成 28 年 6 月 10 日	○平成 28 年度居宅介護支援事業者連絡協議会総会及び第１回ケアマネジャー全体研修会 「在宅医療・介護連携～ケアマネに求められるもの」 講師：シルバー新報編集長　川名　佐貴子氏	68 事業所 介護支援専門員 131 名

10 月 18 日	○平成 28 年度第２回ケアマネジャー全体研修会 (1)特別養護老人ホームとらいふ武蔵野開設について 挨拶　：社会福祉法人とらいふ理事長　黒竹　光弘氏 説明者：とらいふ武蔵野施設長　橋本　裕子氏 (2)入退院支援事業について 説明者：地域支援課副参事　勝又　玲子 (3)定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利活用について 説明者：㈱やさしい手東京西支社　エリアマネージャー 今井　昇氏 (4)シニア支え合いポイントの 10 月試行実施について 説明者：地域支援課地域福祉担当係長　柳田　智仁 (5)いきいきサロン事業の活用と第２次募集について 説明者：高齢者支援課管理係長　小久保　渉	71 事業所 介護支援専門員 117 名

②地区別ケース検討会

地域ケア会議開催等事業として市内６か所の在宅介護・地域包括支援センターへ運営委託。１か所あたりケアマネジャー30 名程度をグループ化し、事例検討や医師会医師による症例検討、施設見学等を通じてケアマネジャーの資質向上と連携を図ることを目的とする。原則的に８月を除いて毎月開催する。

また、在宅介護・地域包括支援センターエリア毎に、地域ケア会議を開催。

ア　地区別ケース検討会

年度	24	25	26	27	28
開催回数	6 か所計 66 回	6 か所計 66 回	6 か所計 31 回	6 か所計 54 回	6 か所計 57 回

イ　地域ケア会議

開催日	課題・テーマ	医師会への派遣依頼	参加人数
12 月 15 日	【個別地域ケア会議（高齢者総合センター在宅介護・地域包括支援センター)】 認知症のある高齢者を地域で支えるために	古谷クリニック 古谷　寿一郎　氏	38 名 (11)
平成 28 年 6 月 15 日	【エリア別地域ケア会議（吉祥寺本町在宅介護・地域包括支援センター)】 御殿山地域ケア会議～高齢者が元気になるためのプログラムをみんなで考えましょう～	たんぽぽクリニック 井上　俊之　氏	42 名 (14)

6月17日	【エリア別地域ケア会議（ゆとりえ在宅介護・地域包括支援センター)】 吉祥寺東町地域ケア会議～だれもが暮らしやすい吉祥寺東町を目指して～	たんぽぽクリニック 井上　俊之　氏	57名 (13)
6月29日	【エリア別地域ケア会議（武蔵野赤十字在宅介護・地域包括支援センター)】 境南町地域ケア会議～いつまでもいきいきと暮らすために～ 社会資源マップの作成を通じて地域の現状を共有しましょう	春木医院 春木　武徳　氏 メディカルフィットネスクリニック武蔵境 坪川　民治　氏	48名 (20)
7月19日	【エリア別地域ケア会議（高齢者総合センター在宅介護・地域包括支援センター)】 千川地域ケア会議～支えあう大きな家族　千川　地域で高齢者を支えよう～	よしかた内科 吉方　久雄　氏 田原医院 田原　順雄　氏	56名 (15)
7月25日	【エリア別地域ケア会議（桜堤ケアハウス在宅介護・地域包括支援センター)】 関前地域ケア会議～暮らしの声とアイディアが形になる関前～	境橋クリニック 鈴木　省悟氏 かしわでクリニック 柏手　由里乃氏	49名 (10)
8月10日	【エリア別地域ケア会議（吉祥寺ナーシングホーム在宅介護・地域包括支援センター)】 吉祥寺北町地域ケア会議～つどいの場の立ち上げについて～	もとはし内科 本橋　茂　氏	23名 (2)
平成29年 3月8日	【エリア別地域ケア会議（吉祥寺ナーシングホーム在宅介護・地域包括支援センター)】 吉祥寺北町地域ケア会議～体操のつどい（北町サロン）の報告と今後の展開～	もとはし内科 本橋　茂　氏	34名 (3)
平成28年 8月2日	【全市的地域ケア会議】 武蔵野市在宅医療・介護連携推進協議会 多職種連携推進・研修部会　合同研修会 ・認知症の事例を通じたグループワーク	<武蔵野市医師会> 渡辺医院 渡辺　滋　氏 田原医院 田原　順雄　氏 たんぽぽクリニック 井上　俊之　氏 東郷医院 東郷　清児　氏	70名 (10)

		むさしの共立診療所 村田　嘉彦　氏 もとはし内科 本橋　茂　氏 境橋クリニック 鈴木　省悟　氏 はせがわ内科 長谷川　ひとみ　氏 春木医院 春木　武徳　氏 武蔵野市医師会在宅医療介護連携支援室 石井　いほり氏 <武蔵野赤十字病院> 認知症看護認定看護師 山内　晴美氏 医療連携センター 重松　淳子　氏 病棟 浅野　千明　氏 医療連携センター 大瀧　信幸氏 <武蔵野市薬剤師会> 井の頭薬局 小安　邦彦氏	

※参加人数について、上段は総数、下段(　)内は総数中のケアマネジャー数

③ケアマネジャー研修

ア　新任研修会

開催日	内容	参加者数
平成 28 年 5 月 12 日	○平成 28 年度ケアマネジャー新任研修会 1　ケアマネジャーガイドラインの活用方法について 2　武蔵野市における介護保険の現状と地域包括ケアシステムの基本的考え方 3　介護保険制度改正等への武蔵野市の対応	49 事業所 介護支援専門員 75 名

	①介護予防・日常生活支援総合事業について ②介護保険負担割合・補足給付 ③高額介護サービス費（利用者負担上限額の見直し） ④特別養護老人ホームの重点化 ⑤在宅医療・介護連携推進事業 ４　基礎編 ①地域包括支援センターと在宅介護支援センター ②地域ケア会議 ③介護予防～支援の流れ～ ５　実践編 ①認知症関係 ②他制度との連携 ・介護保険制度と障害者施策 ・生活保護との連携（介護扶助） ６　武蔵野市の社会資源 ①日常生活支援高齢者福祉サービス （高齢者安心コール、なんでも電話相談等）	

イ　ケアプラン指導研修事業

介護保険事業保険者としてのケアプラン適正化事業として実施。

対象	(1)　新任介護支援専門員…17 事業所 30 名 ①　介護支援専門員としての実務経験 2 年未満 ②　武蔵野市での実務経験 2 年未満 ③　①又は②で、武蔵野市民を担当している介護支援専門員 (2)　武蔵野市での実務経験が 3 年目以上の介護支援専門員…7 事業所 7 名 ①　介護支援専門員としての実務経験 3 年以上 ②　武蔵野市推薦の主任介護支援専門員が所属する事業所に属している介護支援専門員 ③　特定加算をとっている事業所に所属している介護支援専門員
個別プラン研修	(1)　ケアマネジャーが利用者の基本情報、利用者の背景や課題・ケアプラン・支援経過記録等を提出 (2)　事務局がケアプランチェック、評価会議にてすりあわせを行う。 評価会議開催日　平成 28 年 4 月 28 日、6 月 16 日、6 月 28 日、9 月 5 日 (3)　個別面接による評価結果の伝達 (4)　フォローアップ研修　平成 28 年 7 月 21 日
事務局	基幹型地域包括支援センター、基幹相談支援センター、在宅介護・地域包括支援センター（在宅介護・地域包括支援センターは各センターから１名）

3. これからの介護支援専門員への期待

公益財団法人 日本訪問看護財団　常務理事　佐藤　美穂子

3.1　介護支援専門員をめぐる社会の動きから

厚生労働省では、介護支援専門員が立てる生活援助のケアプランを市町村に届けるよう義務付ける制度改正を行い 10 月から開始するという。来るべき 2025 年から 2040 年を乗り切るため、介護費用の抑制を図ることが狙いとされる。私は英国にかつて 3 年間滞在した経験から、適切な生活援助と孤立させないことが介護予防につながると思っている。果して狙い通りになるのだろうか。

介護費用は 2025 年には今の 2 倍の 20 兆円に達すると推測されている。国が介護保険制度や医療保険制度の改革による費用の削減、報酬改定による給付抑制、被保険者や利用者の負担増などを行っても毎年増え続ける結果を見ると、要介護高齢者数を増やさない介護保険制度、提供者も利用者もみんなが介護保険制度を大切に使い守っていく意思が醸成されないと効果が薄いように思える。平成 30 年度介護報酬改定で目立つのはケアの世界への医療の介入であり、医療への介護支援専門員の関与である。1997 年の介護保険制度創設においては、人々に自立を求め、措置制度から本人の意思決定を尊重した選択へ、社会的入院から在宅ケアを中心とした介護の社会化へとの道筋をつけたと思っている。今回の報酬改定の動向から、ますます介護費用は膨れ上がるのではないかと懸念する。高齢者のみならず介護サービス関係者の自覚と自立が問われる。

3.2　介護支援専門員に期待すること

生活援助を介護保険でカバーするのが適切かどうかは考えなければならないと思うが、ケアプラン作成上のアセスメントに介護支援専門員の専門性が期待されているのだろうか。そもそも介護支援専門員のアセスメントする技量は均てん化されているのだろうか。行政の関与による生活援助のケアプランの規制は、そこが問われていると思う。介護支援専門員にとっては、人々の自立支援や介護予防は、医療ニーズや看取り期の人々のケアマネジメントなどとともに大きな課題ではないかと思う。

最後は医療や介護の施設を頼りにすることがあっても「予防・予防・予防」で介護のお世話は先送り、「PPK(ピンピンコロリ)」が理想である。高齢者になると最先端の治療も優先順位は低く、疼痛や不快な症状の緩和ができる看護的ケアで十分と思う。看護の機能は幅広く、医療もリハビリも服薬管理も呼吸・食事栄養・排泄・皮膚ケア、家族支援、そして、精神的な支援、看取り、介護も生活支援もアセスメントして一通りのケアの実践ができる特徴がある。介護支援専門員がケアプラン作成時などにタイムリーに相談できる訪問看護ステーションとのかかわりをもっと強めていただくことを期待する。

さて介護支援専門員は、疾病や障害の診断や治療と違って、「生活」というアバウトな状態をアセスメントすることになろう。しかし地域に使えるサービスが少なければ介護支援専門員が関わらずとも、利用予定者の状態とつかえるサービスをインプットすれば機械的

にケアプランの作成ができるかもしれない。AI を活用するとケアデータが蓄積・分析できてケアプランの可視化と標準化により、最適な在宅ケアの提供が医療費及び介護費用の適正化につながろう。

要介護状態になる前の健康な高齢者の介護予防も含め、乳幼児、児童、障害者に広がり、さらに災害等を含めた地域づくりへと概念が拡大している。さらに厚生労働省が公表した「保健医療 2035」では実現すべき保健医療の展望として、量から質の改善へ、アウトカムなどの管理や評価を行う時代へ、行政規制から当事者による規律へ、キュア中心からケア中心へ、発散から統合へのパラダイムシフトが提言されている。

介護支援専門員は、介護保険制度の要として、要介護者等のケアマネジメント及び給付管理を中心に行ってきたが、これからの時代を見据えると、本人・家族の誇りや生きがいを大事にして、持てる力を見つけ最大限に発揮してもらうための「気持ち」の支援が優先課題になるのではないだろうか。そして、利用者も含めたチームメンバーが同じ目標を志向して、各専門職の持つケア力が発揮できるようにお膳立てをすることが役割として重要と思う。

介護支援専門員が主任ケアマネジャーを管理者とした居宅介護支援事業所が増えて、不安なく働ける環境がつくられ介護支援専門員の質向上が図られることを期待する。

4. 保険者からケアマネジャーに期待すること

岐阜県大垣市高齢介護課長　篠田　浩

4.1　はじめに

本市では、平成 12 年 4 月の介護保険制度スタート時から、ケアマネジャーの職能団体（大垣市居宅介護支援事業者連絡会から、現在は大垣市介護サービス事業者連絡会ケアマネ部会）と二人三脚で、様々な制度対応を行なってきた。具体的には、介護認定調査の実施や、介護保険サービスの説明方法、医療介護の連携方法などである。介護保険制度の開始前の在宅介護支援センター時代から、ソーシャルワーカー（ケアマネジャー）との連携が、一人ひとりの住民サービスの向上に必ずつながるとの確信があったからである。それは、今でも本課の仕事の進め方の基本となっている。

4.2　本市の現状

当市は人口 16 万人の地方都市であり、現在、居宅介護支援事業所が 54 ヶ所、市内で活動しているケアマネジャーが 160 人おられる現状である。

担当課としての現状認識であるが、市内のケアマネジャーが行う「ケアマネジメントサービス」は、多くの市民の満足度が高いというものである。具体的には、平成 29 年 3 月に実施した、「大垣市高齢者福祉計画・実態調査」では、「居宅介護支援」についての満足度調査について、「満足している」が 64.1%、「普通」が 34.7%、「不満」が 1.2%であった。居宅サービス等ほかのサービスと比べて、満足度が高いと同時に不満が、とても少ないという特徴がある。このような結果から見ても、本市内のケアマネジャーは市民の期待に十分応えていると考えている。

4.3　ケアマネジメントの課題

市内のケアマネジャーが行う「ケアマネジメントサービス」は市民の満足度が高い現状にあるが、もちろん課題もある。ここでは、住民の声をふまえて、3 つの課題をあげたい。

一つ目は、「ケアチーム」の運営である。要介護高齢者のニーズや地域医療構想の現状をふまえ、今後ますます「できるだけ終末期も在宅で」と希望される高齢者が増えてくる。要医療、要介護の高齢者を 24 時間体制で支援していくためには、できれば 3 人以上のケアマネジャーがいる居宅介護支援事業所が主治医等との十分な連携を図り、そしてマネジメント機能を発揮して、「ケアチーム」を運営していくことが重要である。そのためにも、少なくとも 3 人以上のケアマネジャーが所属する居宅介護支援事業所の運営や、かかりつけ医師やかかりつけの歯科医師との今まで以上の連携が課題である。

二つ目は、「関係団体との更なる連携・協働」である。前述の医師、歯科医師との連携はもとより、ケアマネジャーと連携して専門的な支援を行いたいという団体は多い。具体的には、弁護士、司法書士、薬剤師、建築士、宗教家などであるが、高齢者の多様なニーズ

に対応するためには、これらの団体との協働が必要である。

三つ目は、「最新テクノロジー」への対応である。近年開発が加速化している介護ロボット等への対応も含め、高齢者のニーズに応えていくことが重要である。例えば、現場から期待の大きい「ひとり暮らし高齢者等の安全安心見守りロボット」を活用するケアマネジャーの仕事は、そんなに遠い時代のことではないと予測している。

4.4　ケアマネジャーに期待すること

前述のように、ケアマネジメントに対する市民の満足度が高いからこそ、保険者から、今後ケアマネジャーに期待することも大きい。３の「ケアマネジメントの課題」に適切に対応するとともに、近い将来、全世代対応型のケアマネジメントを市民の期待に応えて実施してほしい。もちろん「全世代対応型」というのは簡単なことではなく様々な制度改正も必要である。制度改正が前提となるものの、一番大切な現場では、要介護高齢者と障がい者（日常生活に支援を必要とする方）が同居しているケースは稀なケースではなくなってきている。その世帯を支援するためには、高齢者専門あるいは障がい者専門という区分ではなく、その世帯（高齢者と障がい者）を丸ごと支援していく「全世代対応型ケアマネジャー」の存在を強く望んでいる。本年 4 月から国において「共生型サービス」が制度的に位置づけられ、現場でも運営されている。サービスが先行して共生型なったが、ケアマネジメントも早く共生型にして市民の期待に応えていくべきだと考える。簡単ではないミッションであるが、現場のケアマネジャーが今まで培ってきた「技術」と高齢者や障がい者に寄り添い支援し続ける「温かい想い」と制度的な基盤があれば対応可能であり、市民にとって貴重な財産になることを強く信じるものである。これからも現場のケアマネジャーと一緒に保険者としても地域包括ケアの実現に一生懸命取り組んでいきたい。

【参考】大垣市資料

岐阜県大垣市の概要

岐阜県大垣市の概要

大垣市は、岐阜県の濃尾平野の西北部に位置する、人口約16万人の市です。
平成18年3月、近隣の上石津町、墨俣町との1市2町の合併（ダブル飛び地の合併）を行いました。
社会保障分野では、平成7年度に24時間ホームヘルプサービス事業に全国で初めて取り組むなど積極的に事業展開しております。

日常生活圏域の設定

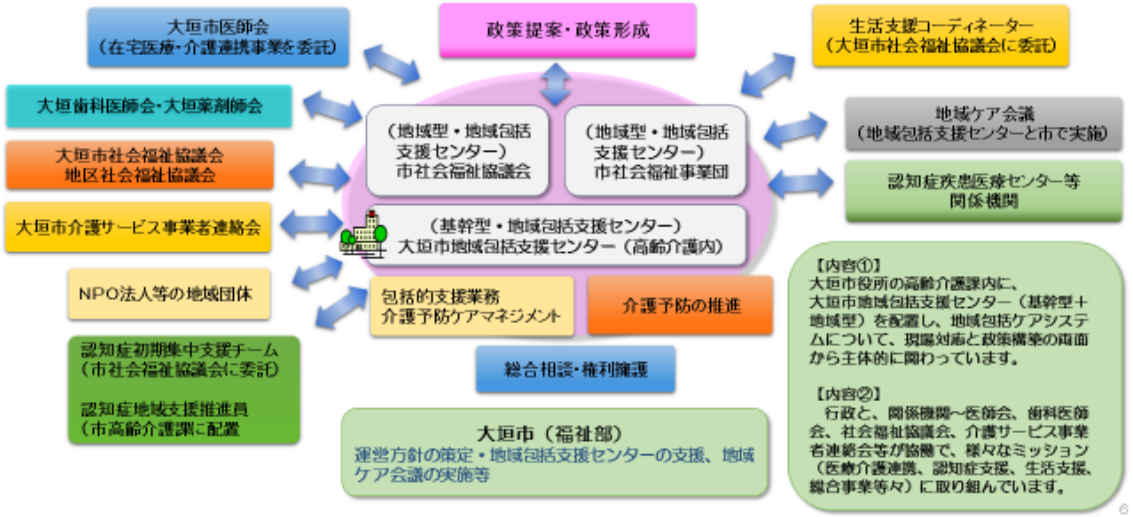
※日常生活圏域は7圏域

大垣市の基礎データ

①人口	162,157人	⑥日常生活圏域	7圏域
②65歳以上の高齢者人口	42,119人	⑦介護保険料（月額）	5,560円
③高齢化率	26.0%	⑧地域包括支援センター	直営1箇所（基幹型＋地域型）
④75歳以上の高齢者人口	20,551人		委託・地域型3チーム（市社会福祉協議会）
⑤要介護認定者	7,267人		委託・地域型1チーム（市社会福祉事業団）

2

【大垣市の特徴】ケアマネジャー等の専門職と行政が協働で「地域包括ケアシステム」を構築



6

5. 医療介護連携には介護支援専門員のレベルアップを図ることが急務である

日本慢性期医療協会　会長　武久　洋三

今年は 6 年ぶりとなる診療報酬介護報酬同時改定が行われた。この度の同時改定の特徴は、アウトカムが重視されたことである。要するに患者の状態をよくすることに対しインセンティブが得られることにより、病院・事業所側はさらに頑張るし、患者の病状が良くなり、要介護度が低くなれば、結果的に入院期間は短くなり、利用する介護サービスを減らすことにつながれば、医療介護費用の増加を食い止めることが出来るかもしれない。

また、この度の介護報酬改定は、低栄養改善、嚥下排泄リハ、褥瘡対策等を実施しているところに対する評価を重視している。特に低栄養改善や嚥下排泄リハの重要性は、私が以前からずっと言い続けてきたことである。さらにリハビリテーションマネジメント加算についてはリハビリに関する医師の詳細な指示が必須となるなど、介護分野に医療の関与が盛り込まれている。

今後、病院での治療の必要のない患者はどんどん早期退院し、在宅療養患者であっても、ある程度の医療ケアは必須となってくる。逆に在宅療養患者の急変時には地域包括ケア病棟を有する地域多機能型病院で受け入れることになる。このように地域包括ケアシステムは医療と介護で連携して作り上げていくように促されているのである。医療の後に介護があり、介護の後に医療が必要なように、医療の支えのない介護はない。地域包括ケアシステムも医療の支えがあって初めて成立する。

そこで、地域包括ケアシステムに無くてはならない医療介護連携の中心的役割を果たすのがケアマネジャーである。現在のケアマネジャーは、残念ながら御用聞きケアマネジャーに成り下がっている。それは単にケアマネジャー個人の問題ではなく、利用者の予防の観点から様々な介護サービスを組もうとしても利用者家族がそれを妨げ、それに従わざるをえないからだ。ケアマネジャーという専門職の地位向上と、独立性を担保する方向を考えるときにきているのではないか。

ケアマネジャーは団結しなければならない。まだまだ地位が非常に低く、重要視されず、給付管理を押し付けられ、利用者からは便利屋扱いされている。ケアマネジメント力を身につけて、ケアマネジャーという職種の地位を確立すべきである。誰かがやってくれると思っていても、行動に移さなければいつまでたっても地位も報酬も約束されない。ケアマネジャー試験がこれほど難しくなってくると、合格者に求められるレベルは相当高いはずだ。

そして、ケアマネジャーには医療知識をしっかりと身につけていただきたい。医師の中には介護分野の知識が十分でない先生方にいると思われる。ケアマネジャーは自分の受け持つ利用者の入院時退院時にも積極的に病院へ足を運び、在宅医療や介護保険サービスに熱心な医師を、ケアマネジャーが育てるくらいの高い意識を持って取り組んでいただきたい。ケアマネジャーの活躍が今後の日本の医療介護分野のカギとなるだろう。

6. 地域包括ケアシステムの整備とケアマネジメントシステム

立命館大学　准教授　田村　和宏

6.1　地域包括ケアシステムにおける中核機制はケアマネジメント

ケアマネジメントの目的や理念について、2016(平成 28)年 5 月に地域包括ケア研究会によってまとめられた「地域包括ケアと地域マネジメント」や、厚生労働省の「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現－新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン－」において、地域包括ケアシステムと共通の理念として明確に示されている。つまり、日本の福祉制度が契約制度が主流になり、介護などがサービスや商品として「高齢者、児童、障害者など対象ごとに充実・発展してきた」こと、その一方で貧困をはじめとして生活の困難さが、「様々な分野の課題が絡み合って複雑化したり、世帯単位で複数分野の課題を抱えるといった状況」になっていることから、今日、地域全体で「分野を問わず包括的に相談・支援を行う」ことが可能な地域マネジメントの構築が課され強調されている。地域包括ケアシステムは、このような背景から、その「対象を高齢者に限定しない」概念・ケアシステムとして各地でパイロット的に実践が模索され、その中核機制としてケアマネジメントやケアマネジメントシステムが注目されている。

6.2　障害者ケアマネジメントについて

(1)　ケアマネジメントは、本人中心主義

ケアマネジメントについて、広辞苑では「障害者や常時介護を必要とする高齢者などに対する援助方法。地域の援助者と利用者とが協力して、援助の計画･実施・評価を行う」とされている。またケアマネジメントは、援助手法であるが、専門家が主で援護者(本人)が従であるという関係性のなかで支援が決定・展開されていくものでは決してない。あくまでも、本人が中心の、本人がよりよく生きることや暮らしをよりゆたかにし、強め、主体的な人格発達や変革を獲得するために、社会資源との可逆的な対話と調整をしながら、生活や人生の質を高めるためのものである。であるからこそケアマネジメントの実践においては、エンパワメントやストレングスという本人の変革における主体性が重要視されるのである。

(2)　ケアマネジメントは，「『生の営みの困難』への援助」

またケアマネジメントは、当事者の生活上の問題点を明らかにしてその問題を解決するための手法ではない。どうしても目に見える問題の解決に焦点が当たる。しかしケアマネジメントは、表に見えている「問題」やストレングスを出発点とするだけではない。その「問題」とされている行動や生活の背景を見つめることがし骨頂のところである。一見マイナスの状態として表に見えてしまう「問題」行動の場合でいえば、ケアマネジメントとして必要なのは、それを抑制する・消失させるというような行動抑制が必ずしも第一義的ではない。むしろ表に見えてきていない「問題」の背景にある当事者の本当の願いという

ものや「生の営み」への要求というものを見つめなければならない。そして、そのことを当事者と多職種の支援者によって共有・確認し、可視化・具体化する支援実践の総体がケアマネジメントである。見えないものを見ようとする協同作業とそのことによる支援の総体なのである。窪田暁子は、福祉援助や相談面接を「『生の営みの困難』の援助」と論じているが、まさにこのことはケアマネジメントの中核だと認識している。

(3)　ソーシャルワークとしてのケアマネジメント

ケアマネジメントは、制度運用のツールではない。また、介護保険でいえば要介護度という枠組みにおけるサービスの利用計画を立てることやサービスのパッケージングがケアマネジメントではない。

日本におけるケアマネジメントの歴史は、1990(平成 2)年に「在宅介護支援センター」を創設しその実践展開にはじまる。いわば在宅介護支援センターの実践が、日本におけるケアマネジメントの先駆けであるといってもよい。しかし、介護保険の導入によって、主たる相談機能がケアマネ事業所に移行し、それに併行して相談機能が介護給付の限度を見極めながらサービスを調整・管理する役割に変質してきているといった背景がある。ケアマネジメントは、個人の生活に寄りそった支援の導き手であるとともに、サービスがなければ創造していくソーシャルワーク実践でもあることが欠落されて傾向にある。そういう意味において、障害福祉分野でのケアマネジメントやシステムを、統合化という場合にはむしろ障害福祉のシステムを共通基盤に置くことが重要なのではないだろうか。

(4)　障害者ケアマネジメントシステムの“肝”

障害者ケアマネジメントのシステムは、「小さなケアマネ」と「大きなケアマネ」という単位の異なるふたつの構造からなっていることが大きな“肝”である。福岡寿が、小さなケアマネを「一人ひとりの相談に応じケアマネジメントの手法に基づいて支援していく直接的対人援助」、大きなケアマネを「一人ひとりから見えてくる地域課題に対して自立支援協議会などを活用して解決を図ったり、資源開発などを行う取り組み」というように、障害者ケアマネジメントにおいては、個人の系のケアマネジメントと、集団や地域におけるケアマネジメントというふたつの系の双方が対話することによって、矛盾を解決したり、双方の発展を促進するという機能になっている。

大きなケアマネには、大きくふたつの側面を持っている。ひとつは、困難事例などにおいて相談支援専門員をスーパーバイズするなどの後方支援を行う機能である。今日的には、それは基幹相談センターや二次圏域や三次圏域単位での専門相談センター（高次脳機能障害者支援センター、自閉症･発達障害者支援センター・難病相談支援センターなど）のことである。もうひとつの側面は、自立支援協議会という地域課題について議論する場があるということである。自立支援協議会は、関係機関が集まって地域の共通する課題を話し合い、なければ地域にとって必要な社会資源を創出して、個々の事業所の力量に依存しない連携システムでもある。しかも全体会議だけではなく、日中支援部会やヘルパー部会、相談員部会や療育支援部会に進路保障部会というように、事業所の種類や職種ごとに課題を共有するしくみがあるだけでなく、差し迫った課題に対しては全体会議で確認して「プロ

ジェクト委員会」として立ち上げるようになっている。

ない資源は、地域で頭をつきあわせるしくみが自立支援協議会ということもできるだろう。現に重度障害者の病院入院時の付き添い問題などは多くのところで議論され地域生活支援事業のメニューとなっているし、今日的には医療的ケア児のサービス利用や介護保険との接続問題などが各地のプロジェクト委員会で話し合われているところである。

このような制度の枠組みにおけるメニュー選択から契約いうしくみで終わらせない、本人と事業所と地域の主体化実践ーソーシャルワークが障害者ケアマネジメントともいえるだろう。

6.3　地域包括ケアシステムの整備に向けて

冒頭にもふれたが、ケアマネジメントは「対象を高齢者に限定しないケアシステム」を機能させていくための、中核機制として注目されている。そしてその場合、介護保険のケアマネージャー（介護支援専門員）と障害者総合支援法における相談支援専門員や福祉事務所のケースワーカーなどのいわゆる相談（支援）機能を受け持つ窓口を一体化してワンストップとすることが議論されているが、果たしていま，そこまで現実的に可能なのだろうか。一本化するには，まずプラットホーム化することが必要である。そのためには制度的な基盤の違いなどの制度間がつながるようにしなければならないなど、根本的で大がかりな問題について議論をていねいにすすめていく必要がある。少なくとも課題はふたつある。

相談機能の統合は、単に資格や名称などを統合すれば可能になるものではない。それは、各分野の相談支援におけるケアマネジメントのシステムが、対象とする要援護者（高齢・障害・養護・生活困窮）の範囲や状態像によって異なっているからである。ケアマネージャーは、対象者の全体像を俯瞰しながらアセスメントし、インフォーマルなサービスも含めた一人ひとりの支援計画を本人・地域とともにくみ上げていく役割があるが、介護保険のケアマネージャーは、やや給付管理に重点が置かれている。つまりケアマネジメントといっても、現状では性格の異なるものがケアマネジメントとして使われている。ケアマネジメントの概念の統一、これがひとつの課題である。

もうひとつの課題は、当然のことながら、このようなケアマネジメントの性格の違いから、ケアマネジメントの目的や方向性が、基盤とする制度の違いによって大きく異なることになる。性格の異なるものを形式的に統合することになれば、混乱を招くばかりである。ケアマネジメントの機能の捉え方自体にズレがあるにもかかわらず、ケアマネジメントの言葉だけが一人歩きすることで、ケアマネジメントの目的でもある「自立」の概念や「生活の困難さ」・「障害」の捉え方、そのアプローチや本人負担などが、制度によってその保障の構造そのものに矛盾が生じている。

これらのことから、現時点における相談支援機能の一本化ということについてはかなり厳しいといわざるをえない。

厳しいだけではない。“障害だけなぜ負担が軽くなるのか”などというように、対象・分

野間に誤った平等観・格差意識や競争・偏見が持ち込まれ、連携どころか分断を拡大させることが危惧され、社会的に弱い立場にあるもの同士が対立構造に置かれるばかりか、より弱い立場のものに攻撃ベクトルが向くことにもなるという作用が働くリスクも抱えている。

以上のことを踏まえるならば、地域包括ケアシステムにかかわってケアマネジメントシステムをどう整備していくのかというときに、第一には、複合的な課題を抱える事例についてのケアマネジメント支援実践の検証、たとえば障害者総合支援法における「65 歳問題」などのような基盤とする制度間の矛盾を連携課題として洗い出し整理することがまず重要である。第二には、「大きなケアマネ」，特に自立支援協議会の取り組みが可能になるしくみに各分野が整備していくことである．第三に，「障害の概念」「自立」「発達」などについて分野を超えた共通理解と共通言語として整合性を図り、それを共通基盤（目的）とするケアマネジメントとなる地域システムのモデル実践をさらにすすめていくことである。第四には、その上でモデル実践の成果を通じて、関係する法制度のすりあわせや調整なども含めた作業を経て一本化・プラットホーム化の道筋が見えてくるのではないかと考えている。いずれにしても、現時点の検討や議論は、やや火急すぎる気がすることと、対象となるものの数が少ない分野が，数的に多い分野のしくみにのみ込まれていくことも危惧している。

7. 利用者の視点・立場より、素朴かつ率直な意見として

公益社団法人認知症の人と家族の会　副代表理事　花俣　ふみ代

介護支援専門員を取りまく現状と課題、その役割についての限られた議論にとどまることなく、ケース（ケア）マネジメントの在り方をも含めた検討がなされ、改めてそれらについて熟考し、多くの学びが得られた。今後、多様な視点からさらに議論が深まっていく道筋は、利用者・家族にとって希望へとつながるものと確信した。

7.1　利用者（本人）・家族にとって、介護支援専門員とは

1980 年「家族の会」結成当時は、認知症に対する社会的な理解も介護家族を支援する公的制度も全くない中、介護は家庭の問題・家族の役割が当然とされていた時代であった。以来今日まで、家族どうしが励ましあい助けあいながら、社会の理解をすすめ対策の前進を促す活動を、地道に、そしてぶれることなく続けており、2000 年には“介護の社会化”としてようやく実現したのが介護保険制度であった。

なかでも介護支援専門員は利用者・家族にとって、介護における様々な相談支援に対応し、公的サービス利用等の水先案内人として大変重要な役割を担う存在といえる。

7.2　介護支援専門員とケアマネジメント

地域包括ケアシステムの確立・深化、加えて地域共生社会の実現については、社会的な背景を考えれば、一定の評価をせざるを得ない所ではあるが、認知症の人が初期から抱える症状“認知機能の低下”はまさに生活障害であり、その支援は介護保険のサービス区分の生活援助をこそ必要とするものである。にもかかわらず、昨今の生活援助への風当たりの強さ、合わせてサービスを使わなくなることがさも「自立支援」であるかのような誤った解釈により、サービス利用に生活援助や介護家族のレスパイト機能が給付抑制のターゲットとなっていることについては甚だしい見当外れであると言わざるを得ない。

今回の介護保険法改正・介護報酬改定においては、生活援助・多数回利用の是正に関して、市区町村への事前の届け出と地域ケア会議での検証を要件とする等、制度趣旨に沿った適切な利用の徹底を図るべきとされた。

そもそも介護保険、とりわけ在宅サービスの利用は「介護」の補完でしかなく、例えおおよそ最大約 8 時間程度の通所介護を利用したところで一日の 3 分の 1 をカバーできるに過ぎない。ましてや訪問介護となれば、一日@45 分×3＝135 分でしかない。一日 3 回、認知症を抱えながら一人暮しの方への朝・昼・夕の三食の食事提供が無駄使い？？なのか！これこそ「自立支援」の理想型というべきものであろう。

介護支援専門員が必要と判断しサービス担当者会議で合意したうえで立てたケアプランを、保険者（市区町村）に届ける義務を課すことへの、違和感は否めない。

今後、介護支援専門員に求められる資質や専門性は多岐にわたり、多職種連携のキーパーソンとなりうるケアマネジャーの役割については、多くの課題が山積していると考えら

れる。今回の検討委員会での議論の中で、中長期的な視点から登場した「かかりつけケアマネ」の役割は、現在、オレンジプランに位置付けられた「若年性認知症支援コーディネーター」と同様に、様々な社会資源の利用に関して、多職種、多様な立場からの意見を集約し、その調整役となる“介護支援コーディネーター”とでも称したほうがより適切でわかりやすいのではないだろうか。

この点に関しては、議論のとりまとめのおける宮崎県介護支援専門員協会の実践的な取組内容・提案に、利用者・家族としては大きな期待を寄せるものである。

7.3　これから～に期待すること

今一度、医療を含め介護にかかわる職種・行政・地域住民のすべての人々に、自分事として、先ず「認知症への理解」と、「認知症介護の独自性・個別性」について十分な見識を培ってほしいと切に願うところである。

今後さらに予防、自立支援から看取りの時まで、介護を必要とする本人・家族に寄り添った支援と、安心して暮らし続けられる社会の仕組みが確立されることに期待したい。

8. ケアマネジメントの「質の確保」と「有効性の実証とその周知」の必要性

大阪大学　教授　福井　小紀子

8.1　居宅介護支援／介護支援専門員の定義

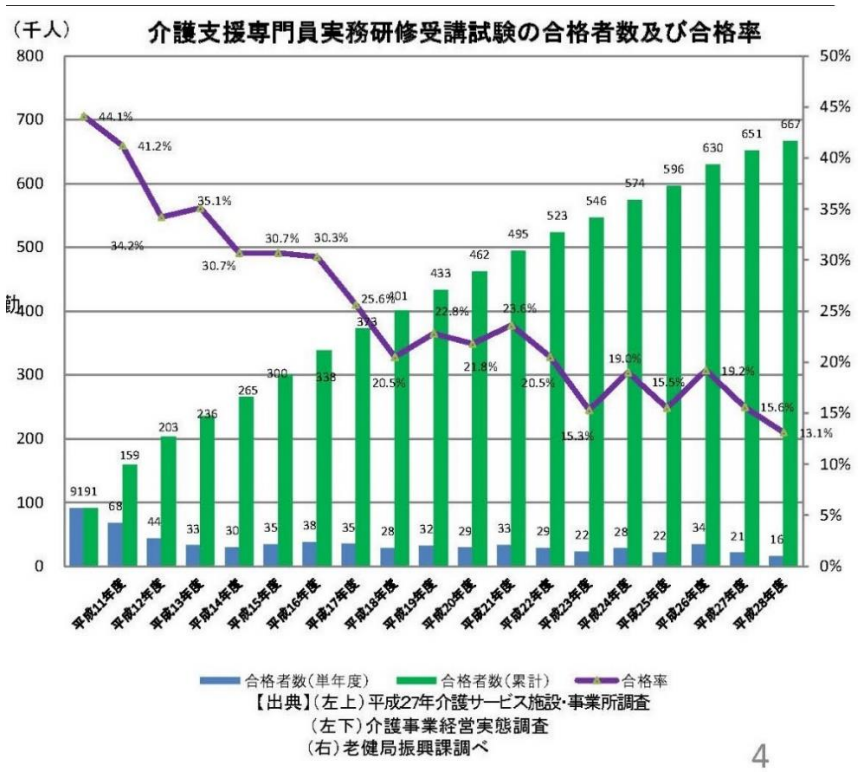
介護保険法によれば、「居宅介護支援」とは、居宅の要介護者が居宅サービス等を適切に利用できるよう、心身の状況、置かれている環境、要介護者の希望等を勘案し、居宅サービス計画を作成するとともに、サービス事業者等との連絡調整を行い、介護保険施設等 への入所を要する場合は、当該施設等への紹介を行うこと、と定められている 1)。

また、「介護支援専門員」とは、要介護者等からの相談に応じ、要介護者等がその心身の状況等に応じ適切なサービス(居宅、地域密着型、施設、介護予防、地域密着型介護予防)を利用できるよう市町村、サービス事業者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識・技術を有するものとして介護支援専門員証の交付を受けたものをいう、と定められている 1)。

このように、2000 年にスタートした介護保険法のもと、以降、介護支援専門員は介護サービスにおいて連絡調整を担う専門職として重要な役割を果たすようになっている。

8.2　介護支援専門員の量と質の確保

2000 年の介護保険法の制定以降、介護支援専門員の合格者数は、年々増加し、平成 28 年度には約 6.7 万人となり、量の確保が進んできた(図 1)。



【出典】(左上)平成27年介護サービス施設・事業所調査
(左下)介護事業経営実態調査
(右)老健局振興課調べ

4　　図 1

一方、「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主な検討すべき課題（議論の中間的な整理（平成 25 年 1 月 7 日）総論部分抜粋、厚生労働省老健局振興課作成)」によれば、主な検討すべき課題として以下の内容(図 2)が挙げられている。

＜図 2：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主な検討すべき課題＞

①介護保険の理念である「自立支援」の考え方が、十分共有されていない。
②利用者像や課題に応じた適切なケアマネジメント（課題把握）が必ずしも十分でない。
③サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない。
④ケアマネジメントにおけるモニタリング、評価が必ずしも十分でない。
⑤重度者に対する医療サービスの組み込みをはじめとした医療との連携が必ずしも十分でない。
⑥インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）のコーディネート、地域のネットワーク化が必ずしも十分できていない。
⑦小規模事業者の支援、中立・公平性の確保について、取組が必ずしも十分でない。
⑧地域における実践的な場での学び、有効なスーパーバイズ機能等、介護支援専門員の能力向上の支援が必ずしも十分でない。
⑨介護支援専門員の資質に差がある現状を踏まえると、介護支援専門員の養成、研修について、実務研修受講試験の資格要件、法定研修の在り方、研修水準の平準化などに課題がある。
⑩施設における介護支援専門員の役割が明確でない。
○上記の課題に対応するための見直しの視点は大きく２つあり、「介護支援専門員自身の資質の向上に係るもの」と「介護支援専門員が自立支援に資するケアマネジメントが実践できるようになる環境整備に係るもの」といった２つの視点からアプローチしていくことが必要である。

8.3　社会的に求められていく介護支援専門員の質の確保と役割拡大

図 2 の内容から、第一に、「量的な確保」が進んでいる介護支援専門員に対して、今後は、資質の向上と実践の質の確保のための環境整備を含む「質の確保」を図っていくことが、次なる段階として求められているといえる。

また、図 2 で示された課題の中に「インフォーマルサービスのコーディネート」や「地域のネットワーク化」への対応などが挙げられている。いわゆるこれまでの「居宅介護支援」においても、近年の人口構造の急速な変化や科学技術の目まぐるしい進展といった時代の変遷に合わせて、持続可能な社会保障制度に向けた広義のケアマネジメント（広域的な連絡調整）を行うことが必要となっていく。

言い換えれば、今後は、介護支援専門員には、これまでの「居宅介護支援」という役割をさらに拡大して、より広義の「ケアマネジメント機能」が求められていく。すなわち、上述の介護保険制度内の定義を超える形で、高齢者だけでなく、全世代・全住民を対象とした支援提供者としての役割が求められていくと言える。

8.4　実践においても広がっている役割

実際の実践活動においても、介護支援専門員には、介護保険制度下における問題への対応だけでなく、他の制度下にある、障害や医療等を含む支援が必要となる者が増えている。いわゆる介護保険による支援だけでなく他の保険や制度も活用した重層的な支援が必要な人、また家族の単位においても多面的な支援が必要な人々に対して、介護支援専門員が対応するケースが増えている。

このため、介護支援専門員には、他の制度下でケアマネジメントに関連する役割を果たす専門職との協働、そして場合によっては、介護支援専門員自身による介護保険制度の範囲を超えたソーシャルワーク的な支援や医療的な支援も求められ、より幅広い対応が必要となるといえる。

8.5　国内のケアマネジメント／ケースマネジメントに関連する資格と教育体系

本報告書 3.3 の「ケアマネジメントに関わる資格・職種に関する調査」では、国内の相談援助を実施する専門職との学習量等を比較することを目的とした調査を行い、内容をまとめている（**図表 3-70、図表 3-71 図表 3-73**）。

この調査結果によると、国内では、医療・福祉関連の国家資格として、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、社会福祉主事任用資格、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、理学療法士、作業療法士、公認心理士を挙げ、それぞれの養成時間や単位数が示されており、これら国家資格を得るためには、教育期間が数年単位で必要となっている。

一方、介護支援専門員資格は、国家資格ではない。介護支援専門員となるためには、受験資格として、「医師、看護師、介護福祉士等の国家資格に基づく業務」「保健、医療、福祉の各分野における相談援助業務」及び「主たる業務が介護の業務」に従事した経験を有し、その期間が通算して 5 年以上であり、かつ、現に当該業務の実務に従事した実績日数が 900 日以上（一部の業務については、10 年以上かつ 1,800 日以上）の実務経験を有する者とされている。この受験資格を満たした上で、都道府県が実施している「介護支援専門員実務研修受講試験」を受験して合格することが必要で、さらに「介護支援専門員実務研修」の受講とレポートを提出が必要となっている。

この受験資格からわかるように、介護支援専門員の背景職種は多岐にわたり、それがゆえに、現行の介護支援専門員の専門性や強みがまちまちな状況となっている。このため、前述したように、より高度なケアマネジメント機能を果たすことが役割として求められる社会情勢の中、介護支援専門員の「質の確保」、そして質を確保するための「教育体系」や「技術や資質習得の仕組みの整備」がより重要となっている。今後は、介護支援専門員には、広義のケアマネジャーとしての役割を果たせるような高い専門性が求められていくことから、高度な専門性を培う教育体系の確立に向けて、現行の介護支援専門員を対象とした更なる教育年限の延長、修学内容の拡大、およびキャリアラダーの作成も必要になるのではないかと考える。

8.6　海外のケアマネジメント／ケースマネジメントに関連する資格と教育体系

また、本報告書 3.3 の「ケアマネジメントに関わる資格・職種に関する調査」では、諸外国のソーシャルワーカー等の資格制度の比較もまとめている（**図表 3-76、図表 3-77**）。

ここでは、アメリカ、イギリス、スウェーデン、デンマーク、オランダ、ノルウェーを例に挙げ、各国のケアマネジャー、ケースマネジャー、ソーシャルワーカー等の資格名、資格要件、活動範囲を記載している。

これによると、これらの先進国では、ケアマネジメントやケースマネジメントを専門職として行うためには、大学もしくは大学院での教育を受けて学士もしくは修士号を取得していることが要件となっている国が多い。

8.7　２つの提案：ケアマネジメントの「質の確保」と「有効性の実証と周知」

以上まとめると、急伸する超高齢社会や支援の必要な対象の複雑化・多様化において、介護支援専門員には、制度を超えた広い役割を果たすことがより一層求められる情勢となっている。

また、諸外国におけるケアマネジャーに関する業務を担う職種の基礎教育の体系も考えあわせると、今後の日本における「ケアマネジメント・ケースマネジメント」を担う専門職の育成が重要となるため、第一に、「質の確保」を目指して、より高度な専門的スキルをもつ専門職を育成するための教育体系や資格認証制度等の仕組みの整備が必要となると考える。

この際、現行の介護支援専門員の業務が煩雑化していることが課題であるため、より高度なケアマネジメントを行うための「ケアマネジャー・ケースマネジャーにしかできない業務に専念できる環境整備や業務整理」も併せて必要になると考える。

また、WHO や欧米の先進国では、前述した高い教育体系を基にケアマネジャーやケースマネジャーが育成され、活躍している背景がある中、ケアマネジメントの有効性については、数多くのエビデンスレベルの高い研究による効果の実証が進められてきている。そして、その結果、先進国の社会通念として、ケアマネジャーやケアマネジメントは質が確保された支援として確立されている実際がある。

筆者が関わった欧米の研究者や政策立案者が参加した 2016 年の WHO の国際会議での経験でも、この「ケアマネジメントの有効性」はゆるぎない常識として彼らの中では位置づいており、世界中にケアマネジメントをどのように普及・展開させていくか、というところから議論が始められていた。

一方、日本では、介護保険制度が開始されてまだ歴史が浅いこともあり、ケアマネジャーやケアマネジメントに対する有用性や信頼は着実には確立していない実際がある。このため、欧米の先進国に倣い、ケアマネ不要論といった表現が筆者の耳に届く状況を打破すべく、日本においても、第二に、ケアマネジメントやケアマネジャーによる支援の有効性を実証・エビデンス化し、その普及活動・PR を行い、広くケアマネジメントの有効性を発信・周知し、社会的信頼を獲得していくことも、質の確保策と同時進行で重要になると考

える。

8.8　ケアマネジメントの有効性を実証・普及していくための方策

2016 年に第 42 回先進国首脳会議（G7 伊勢志摩サミット）が開催され、日本が議長国であった。その取組の一つとして、G7 神戸保健大臣会合が開催され、テーマとして高齢化問題が掲げられた。筆者は、この保健大臣会合の開催に向けて WHO 主体でレポートをまとめるための meeting に参加する機会を得た（WHO meeting members on Ageing and Health in Kobe, Japan. 5-6 July 2016. The roadmap templates for the G7 Health Ministers Meeting, held on 11-12 September 2016）。

この Meeting には、WHO やイギリス、アメリカ、オーストラリア、オランダなど欧米の先進国の高齢者関連の研究者や政策立案者が 25 名程度、国内では、厚労省担当者や研究者や地方自治体担当者が 15 名ほどが参加し、丸 2 日間にわたり、世界規模での今後の高齢化問題と対策についてのテーマ別に議論を重ね、「神戸コミュニケ」として Report がまとめられた 2)。

この Meeting では、World report on Ageing and Health(© World Health Organization 2015)を元に議論が進められた。本レポートは、7 章立ての全 260 ページから成り、非常に系統的エビデンスに基づいてまとめられており、秀逸なレポートとなっていた。全容版では英語版、フランス語版、スペイン語版、中国語版、ロシア語版が公開されており、日本語版は要旨版のみが作成され公開されている。英語と日本語版の URL を掲載するのでご参照願いたい 3), 4)。

英語版では全体版として全 7 章（1 章 : イントロダクション、2 章:Healthy Ageing, 3 章 : 高齢者の健康、4 章 : 医療システム、5 章 : 介護保険システム、6 章 : 高齢者に優しい世界を築くために、7 章 : 未来に向けて）で項立てされており、このうちの第 5 章が Long-term care system（介護保険制度）となっている。以下にケアマネジメント／ケースマネジメントに関するエッセンスを考える部分について、筆者が行った和訳、その英語の内容、引用文献について紹介する。

World report on Ageing and Health「第 6 章 Long-term care systems（介護保険制度）」

- P142 ～ Promoting integrated care through case management and broader collaboration の項

一部抜粋

【以下のレポートの内容の和訳】

- ケースマネジメントとは、高齢者中心の医療と介護を統合するケア提供を保証するためのキーツールである。
- ケースマネジメントの機能は、ケアマネジャーの継続した関わりを前提とした、ケース発見および先を読んだケアプランニングとモニタリングである。
- ケースマネジメントは、高齢者の心理的健康と well-being(86,87)、介護者の満足度と

well-being(87,88)に有効である。また、施設入所時期の遅延(89)、入所割合の低下(90)、施設入所期間の短縮化(91)、コスト削減(91)に有効な可能性が示唆である。

Case management is a key tool for ensuring that older people's care is person-centred and integrated across the health care and social sectors (84, 85). Major functions include case-finding, proactive care planning and monitoring, and

ensuring the ongoing involvement of a case manager. Research has shown that case management has a beneficial impact on an older person's psychological health and well-being (86, 87), and on the satisfaction and well-being of caregivers (87, 88). It also has the potential to delay nursing home placement, and to reduce admission rates and shorten lengths of stay in nursing homes (89-91). Cost savings have been found in the medium-term (91). (和訳部分)

Some case-management programmes target not only older people but also their caregivers. In the Netherlands, for example, case managers have an important role in providing education and support to older people and their informal caregivers (92, 93).

Throughout the care continuum, case management planning must enable older people to make their own choices, thereby supporting their autonomy. This holds true for all older people, even for those with significant declines in capacity (94). For example, although people with severe dementia might not be able to decide whether they need surgery, they may still have the capacity to choose what to eat or what to wear. Adhering to this principle can be challenging. Yet a Healthy Ageing approach demands that people who provide long-term care should help older people make the choices they are capable of (94).

- 引用文献

86. You EC, Dunt D, Doyle C, Hsueh A. Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. BMC Health Serv Res. 2012;12(1):395.
87. Somme D, Carrier S, Trouve H, Gagnon D, Dupont O, Couturier Y, et al. Niveau de preuve de la gestion de cas dans la maladie d'Alzheimer: revue de literature. [Level of evidence for case management in Alzheimer's disease: a literature review.] Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2009 Dec;7(Spec. No. 1):29–39. (in French).
88. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. Health Soc Care Community. 2009 Sep;17(5):447–58.
89. You EC, Dunt DR, Doyle C. Case managed community aged care: what is the evidence for effects on service use and costs? J Aging Health. 2013 Oct;25(7):1204–42.
90. Pimouguet C, Lavaud T, Dartigues JF, Helmer C. Dementia case management effectiveness on health care costs and resource utilization: a systematic review of randomized controlled trials. J Nutr Health Aging. 2010 Oct;14(8):669–76.
91. Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R, Hoe J, Toot S, Challis D, et al. Case management approaches to home support for people with dementia. Cochrane Database Syst Rev.2015;(1): CD008345.

このレポートの内容を解説すると、まず、欧米の先進国では、ケアマネジメントの有効性については、この 7-8 年に続々とエビデンスが論文化されている状況であり、さらに、これらは最もエビデンスレベルの高い複数の RCT(無作為化比較試験)を統合した Systematic

Review の結果として数多くの論文が発表されていた。そして、この WHO のレポートでは、これら複数の systematic review 論文による知見を引用して、ゆるぎないケアマネジメントの有効性について言及されていた（Who meeting の参加者の多くがこれら研究プロジェクトに関わっている当事者でもあった)。

そして、2016 年の Meeting では、WHO や欧米と日本の Policy Maker や Researcher の間で、この 2015 年のレポートに基づいて高齢化対策について議論を進めた際、欧米の参加者間では「ケアマネジメントはたくさんの研究知見から有用であることは当然」という認識が浸透しており、その前提から議論が始められた。すなわち、欧米では、既に社会通念として、ケアマネジメントは疑う余地のない有効性なサービスとして周知され、今後の世界規模での高齢化対策を考えていくにあたっても、ケアマネジメントをどのように活用・普及させていくべきか、という展開で議論がなされていた。

8.9　2 つ目の提案「ケアマネジメントの有効性の実証とその周知」の実現に向けて

筆者は、このことを通して、日本においても、以下の 3 点の取組が重要であろうと考えている。

1. 日本でも、これらの直近の海外の知見をもとに、ケアマネジメントは、高齢者の QOL& 介護者の QOL&コスト削減等に有用であるというエビデンスを、行政機関（政策立案者)、多職種（有資格の専門職)、そして住民に周知していく
2. 日本でも、文化や制度の違いもあるため、ケアマネジメントやケアマネジャーの関わりの有効性を、費用対効果や PDCA サイクルに基づく評価も含めて展開し、実証していく。
3. そして、欧米のように、１と２を根拠に、ケアマネジメントの質の確保を図りつつ、その有効性を周知・普及していく。

8.10　介護報酬・診療報酬はエビデンスを基に評価される流れ : 筆者の研究の取組例の紹介

診療報酬改定は 2 年に 1 回行われており、財源が限られる中、医療実践に見合った有効な部分に適正な評価を行うための見直しの機会となっている。一旦、一つの実践に単価○円と報酬がつくと、それが医療機関ごとに何百例、何千例と積み上げられていくので、ある行為が診療報酬化されるか否かは医療機関の経営収支上も大きな違いとなるため、医療機関にとっては非常に高い関心事となっている。

各診療報酬の評価項目は、その決定機関である中央社会保険協議会（中医協）に、厚労省の担当者が改定内容案を、エビデンスを基に資料作成を行って提示して、中医協でその改定内容が了承された場合に決定されていく。

このようななか、筆者らの行った研究成果が、平成 26 年度に新設された「がん患者指導管理料２」の診療報酬化に繋がった経緯をここでは紹介したい。

近年、診療報酬も介護報酬も、財源が限られるため、質の高いとみなすことが出来る支

援やサービスへの評価が進む流れである。この流れのなか、平成 26 年 3 月までは医師が面談に関わらないと請求できなった「がん患者カウンセリング料（500 点）」が、「がん患者指導管理料 1,2,3」と名称変更されて 3 種類に分けられた。「がん患者指導管理料 2」では、看護師単独で面談を行うことで報酬が請求できる、すなわち、看護の行為でお金が取れることが初めて認められるという報酬改定となった。

毎回の改定年の 4 月（この場合は平成 26 年 4 月）に、厚労省内の担当課である保険局医療課が「診療報酬の概要」として 200 ページ程度のスライド版でその年に改定される全項目を公表するが、その 1 項目として「がん患者指導管理料２」について、図 3 のように、看護師単独でがん患者に面談を行った場合に 200 点の評価がつくことが公示された 5)。

本項目の決定にあたり、前年の 11 月に中医協で本項目の議論が行われたが、その際に示されたエビデンスが、以下の研究知見であった（図 4）6)。上述した世界 5 大医学雑誌である Lancet と BMJ に掲載された欧米人を対象にした無作為化比較試験による看護師のカウンセリングの関わりの患者への有効性について実証した研究知見に加えて、筆者らが行った無作為化比較試験による日本の患者への看護師の関わりの効果を実証した研究知見（図 4）を用いて、「日本人向けに日本の看護師が面談を行って患者のうつ症状や苦痛・苦悩が改善する」ことをエビデンスとして、厚労省が中医協に資料提示したのである。

そして、この３つの研究知見から、看護師が単独で面談（カウンセリング）を行うことで、患者のうつ症状や苦痛の改善、医師の負担軽減、在宅看取りの推進に繋がることが実証されていることが示され、ではそこに評価（お金）をつけましょう、という議論の流れとなったのである。

介護報酬も診療報酬と同様に、有効な支援やサービスでなければ評価が難しい流れのなか、ケアマネジメントもその効果をエビデンス化していかなければ、ケアマネジャーやケアマネジメントの評価に繋げることが今後より一層難しくなっていくと考える。

医療に比べて介護はまだ歴史が浅く、研究知見が潤沢といえる状況ではない。しかし、今後は、科学的根拠に基づいた介護サービスへの評価が進むことは必至であるため、ケアマネジメントのあり方を考える立場にある我々も、その視点や取り組みの重要性を認識して、実践との協働を強めて、日本のケアマネジメント・ケースマネジメントの有効性を科学的に実証し、その結果を周知し、ケアマネジメントやケアマネジャーの専門性や役割を発展させていき、ケアマネジャーがなくてはならない根幹の専門職であることの周知が進んでいくことを願う。

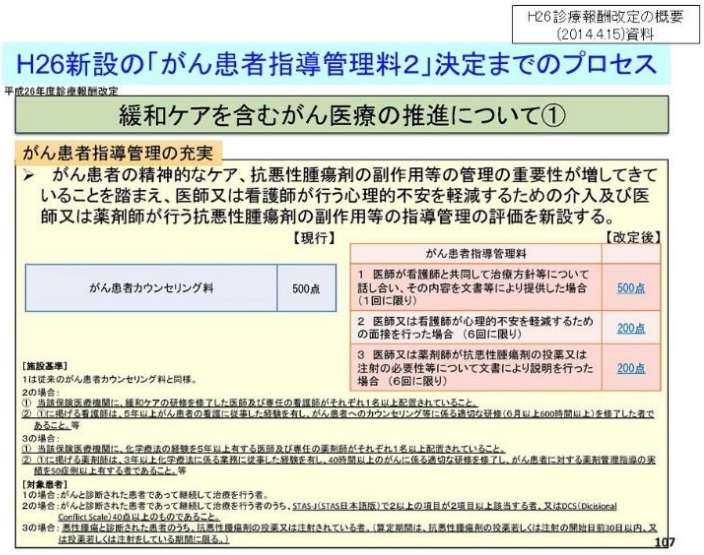


図 3

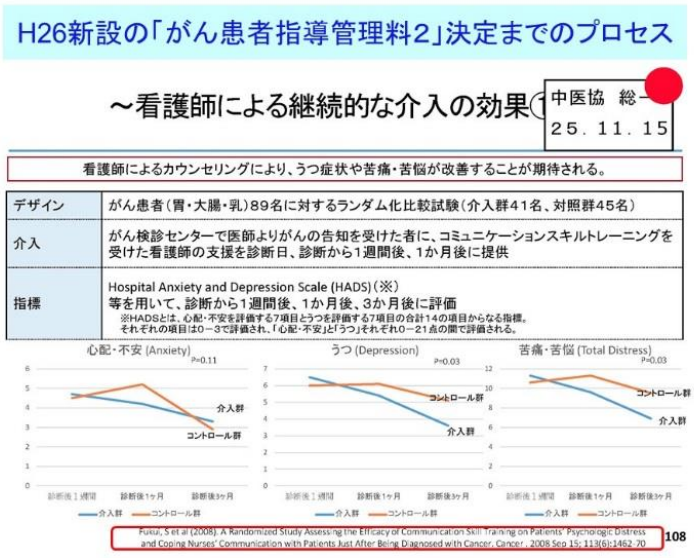


図 4

以上、超高齢社会を目前に控え、全世代対応型で社会保障制度を持続可能にしていくことが求められている日本において、社会的に役割期待がより一層高まる介護支援専門員がより望まれる方向で活躍できるための考え方と方略について、筆者なりに持論を展開した。あくまで個人的な意見であることを了承願いたい。

- **引用文献**

1）社保審－介護給付費分科会 第 142 回（H29.7.5） 参考資料 3
www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000170291.pdf
2）神戸コミュニケ. www.g8.utoronto.ca/healthmins/2016-KobeCommunique_jp.pdf
3）World report on Ageing and Health（英語版）
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf

4）高齢化と健康に関するワールドサポート（要旨）
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/5/WHO_FWC_ALC_15.01_jpn.pdf?ua=1
5）平成２６年度診療報酬改定の概要．厚生労働省保険局医療課．
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039891.pdf
6）Fukui S, Ogawa K, Ohtsuka M, Fukui N: A randomized study assessing efficacy of communication skill training on patients' psychologic distress and coping : Nurses' communication with patients just after being diagnosed with cancer. Cancer. 2008. 15;113(6):1462-70.

9. 介護支援専門員の資質向上に向けた環境整備について

独立行政法人国立病院機構　副理事長　古都　賢一

9.1　介護支援専門員の役割

介護支援専門員は、要介護者・要支援者（以下「利用者」という。）への介護サービスを最適化し、その自立、自己実現を支援することを役割としている。支援内容を調整し、過不足なく最適化することは、介護保険制度の効率的活用にも繋がる。

最適化の要点は、利用者への支援の過程にある。要介護者等に対するアセスメントから始まり、その意向と取り巻く環境を踏まえたプランの作成と提案、そして本人、家族、他職種によるカンファレンスでの合意形成とプランの決定、提供されるサービスの管理、利用者からのモニタリングとプランの再評価という一連の行為によって実現される。この過程が適切に実施されるためには、地域における適切なサービスの存在を前提に、これを調整する介護支援専門員に多様な知識と経験、コミュニケーション能力、そして問題解決能力が必要と考えられる。

同時に、介護支援専門員には、介護保険制度の運営事務の一端も担うことが義務づけられている。給付管理、要介護認定などの業務がこれに当たり、利用者支援の最適化と同時に介護保険制度の効率的運用という、時には相反しうる業務を担っている。これら二つの業務を統合的に扱うためには、介護支援専門員としての技能の他に、介護保険制度など社会保険制度、社会福祉制度などの知識と適切な実施が必要になる。

介護保険制度は社会保険制度の一つである。制度である限り、これに必要な資源（財源、人材）には、社会的な限界があり、これを認識して業務に取り組むことが求められる。

9.2　介護支援専門員を取り巻く社会環境の変化

介護保険制度の導入以降、「介護の社会化」は進んだといえる。多くの利用者がそのサービスを利用し様々な利益を享受できている。介護保険制度以前の高齢者介護に対する社会的支援の状況と比較すると、格段に充実したといっても良いであろう。その一方で、介護保険制度を取り巻く社会環境は、制度が構想された 1995 年から今日に至るまでの間、変化し続けている。

第一に、人口構造の変化は著しく、少子化・高齢化が引き続き進むとともに、人口減少社会に転じている。現時点では、人口が増え生産が上昇するという右肩上がりの時代はもはや終焉したといえるかもしれない。社会保険制度が国民の共助によって成り立つものであるが故に、介護保険制度の在り方を考えるに当たり、国民全体の社会保障費の負担能力の推移や見通しを視野に入れなければならない。さらに、人口減少は、生産年齢人口の横ばい、縮小にも繋がっており、人的サービスが基本である介護サービスにおいて慢性的な人手不足の一因にもなっている。

第二に、経済成長は、日本のバブル景気の崩壊後、近年は、経済の景気回復基調に進みつつあるものの、長期間に亘るデフレ経済局面の後遺症からの回復に時間を要している。

景気の長期低迷はかつて雇用の抑制を招いており、企業では中堅職員の不足を生じている。また、派遣労働の拡大などと景気低迷期の採用抑制とが相まって、非正規労働者の増加など不安定就労を招き、若年層を中心に低所得者が増加している。引き続き増加すると見込まれる社会保障費の負担に当たり、高度経済成長期に形成された終身雇用などの社会モデルで見通すことは困難になっているといえる。

第三に、科学技術の進歩、特に情報化の技術進歩は著しい。大規模情報データの活用、人工知能の開発、ロボット技術の進展などの成果がサービスの質の向上、効率化や省力化に繋がり、介護サービス支援に効果をもたらしつつあることは事実である。しかしながら科学技術の進歩が人の生活の向上にすべてつながるという単純な図式に必ずしも当てはまるわけではない。科学技術には、必ず光と影があり、人間による技術の利用方法によっては社会生活に大きな利益をもたらす一方で、これが引き起こす大きな負利益も無視できない。さらに、科学技術の進歩の速度は人間が認知し、馴染む速度を超えているのではないかとさえ思われる。

こうした社会変化の中で、介護保険制度制度が目指す、利用者の自立した生活と自己実現の支援とともに、制度の持続可能性を守っていくためには、常に社会変化を見通し、現在と将来の問題に対する不断の改善、改革をしなければならない状況にある。その際、巨視的には、介護保険制度の持続可能性を維持するための制度改正は必要である。一方で微視的には、高齢者の自立支援のために介護支援専門員やサービス提供者、保険者の第一線での取り組みを一面的な見方でなく、全体を俯瞰しながら、漸進的な改善について利用者、関係者の間の合意形成を図り、実現していくことに基本をおく必要があるのではないか。

介護保険制度の第一線において運営の要にある介護支援専門員の役割は重要であることに言をまたない。しかしながら、その在り方を考えるとき、介護支援専門員の役割、業務を社会保険制度の経済的な側面からのみとらえてはならない。制度の効率化は重要であるが、それに当たって介護支援専門員の役割に過度の期待を持つことも慎重にならなければならない。なぜならば、介護支援専門員の役割、機能をすべて経済的側面だけで語ることはできないからである。

したがって、介護支援専門員の資質には、その有する能力、経験と培ってきた社会関係を活かして、社会環境の変化、社会保障制度の変化との折り合いをつけながら、利用者の自立、自己実現を支えていくことが重要になる。逆に、利用者支援のために社会環境や制度の変化を織り込み、自ら積極的に資質向上を図らねばならないと考えられる。

9.3　地域の社会資源を活かすこと

地域に目を移すとき、利用者の自立した生活は、公的なサービスのみで実現できるものではないことは明白である。個々人の持つ多様な生活需要は、福祉・介護、医療、住まい、生活資金、人間関係など幅広く、多様である。こうした幅広い生活需要を視野に入れ、利用者の自立支援を考えるとき、自ずと、介護サービス以外の多様な支援との関わりを考慮していかなければならない。

まず、利用者自身が自らの生き方をどう考えているのか。家族はどのように思っているのか。地域住民は、彼らを地域住民の一員としてどのように受け止め関わるのか。地域住民一人ひとりは、地域における自分の老後の有り様をどのように思っているのか。誰もが誰かに依存して生きるのではなく、一人ひとりが、地域生活はどうあるべきかを考え、自らできることできないことを明らかにして、自分なりの生き方を地域との協働、関わりの中で折り合いをつけて生きていかなければならないのではないか。

政府は、2005（平成 17）年以降、高齢者が安心できる地域生活の実現に向けて「地域包括ケアシステム」の構築を掲げ、そのための制度改正が、当面 2025（平成 37）年に向けて進めてきている。今日では、この「地域包括ケアシステム」そのものにも変化が生まれ、高齢者の「地域包括ケア」という概念を幅広く捉えようとしている。2015（平成 27）年 9 月 17 日に示された「誰もが支え合う地域の福祉の構築に向けた福祉サービスの実現－新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン－」（「厚生労働省「新たな福祉サービスのシステム等の在り方検討プロジェクトチーム」）では、「地域包括ケア」の対象を高齢者のみならず、障がい者、児童にも拡大することを示している。同ビジョンでは、併せて地域包括支援体制について、人口減少社会の下、限られた人的資源を効果的効率的に活用するためには、「分野横断的」な知識、技能の必要性を説いている。続く、2016（平成 28）年 6 月 2 日に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」においては、「地域共生社会」の概念が示されている。ここでは、すべての人々が役割を持ち共に支え合うことが重要であると提唱し、地域サービスと公的サービスを協働して地域での暮らしを実現することを求めている。人口減少が進み、人口の地域偏在が進むと、各地で専門職の確保が難しくなる。その状況の下で専門職の役割、機能を求めるならば、少数の専門職の多機能化が一つの方法論として考えられる。地域における専門職の一員である介護支援専門員にも他の医療・福祉職と同様に、地域によって多機能化してくことが求められていくであろう。そもそも介護支援専門員の試験を受けるための実務上の資格は多岐に亘っている。すでに多機能の可能性を内包しているといっても良く、その有する資格を活かすことは地域での専門職の確保に一筋の光明になり得るであろう。

9.4　介護支援専門員の資質向上に向けた提案

介護保険制度施行後、介護支援専門員の数は確保されているものの、作成されたケアプランの内容などから、介護支援専門員の技能のばらつき、特定の事業者サービスの利用などが指摘されている。また、作られたケアプラン自体が利用者の自立支援に繋がっているのか、という指摘もある。介護支援専門員が地域の利用者の自立支援に必要な知識、技能と併せて、こうした批判に応えるための意識改革、技能向上が必要になる。

介護支援専門員の資質向上に向けて五つの環境整備の提案を試みたい。

第一に、介護支援専門員という役割、機能に必要な知識、技能、経験の再整理である。

そもそも介護支援専門員は、利用者の多様な需要を踏まえて、自立、自己実現の支援を行う役割であり、多様な分野に関わらざるを得ない。一方で、医療、介護に限らずサービ

スの専門分化が進んでいる。介護支援専門員が、各専門分野すべてに専門家並に精通することは困難である。すべてに精通していることを求めるのではなく、利用者の意志や希望、状態に応じて、専門家に適切かつ自在に繋ぐことができる力量を磨く必要があるということなるのではないか。そのためには、各専門分野のサービスの基本構造を学び、各分野の基本となる言語によって会話ができ、むしろ各専門分野の扉を開けていく力を備えている者というような観点で、基礎的知識・技能の再整理を行う必要がある。

第二には、資質向上における職能団体と行政機関との役割分担の明確化である。

すでに、介護支援専門員に対する、初期研修、更新研修など介護保険制度制定以降、資質向上のための研修制度の充実は一定程度図られてきている。その上で、制度上の研修においては引き続き研修内容の標準化を進めていく必要がある。研修資料・教授方法の改善、講師の資質の向上、研修成果の評価方法などについて定期的に見直すことが、制度や社会環境等の変化に応じるために必要と考えられる。特に、多様な専門分野の基本を幅広く理解できる内容が必要である。また、介護支援専門員の多様な専門分野について詳細な専門知識を求めることなく、幅広い知識と応用力を持っていることをまず評価すべきである。

一方、日本介護支援専門員協会など職能団体では、生涯学習の観点から、研修の階層化、研修内容の改善、強化が望まれる。介護支援専門員が一つの専門分野として自立していくためには職能団体自ら、介護支援専門員の研修、研鑽機会、各種相談機能の充実が必須と考える。研修は、ロールプレイなど、実践的な研修内容として技能の向上支援を行うことが期待される。

第三には、AI 技術など先進技術の活用に当たっての留意点である。

先進技術は、介護支援専門員の技能の向上に役立つことを前提に利用を進めていく必要がある。その際、機械に答えを任せるのではなく、介護支援専門員自身が自立支援を進めるに当たって一人では経験できないことを知ることができる、また、例えば自ら作成したプランとその効果を大規模データ化し、自らの支援の向上や平準化に役立てる、などの観点から、あくまでも介護支援専門員による自立支援の向上につながるような使い方をすることが望ましい。介護支援専門員は、利用者への支援を多様な調整の上に組み上げ、成就させることに務めている。現段階では、機械的な当てはめによるプラン作成が多様な個人の重要をその目的に照らして本当に適合しているのかを判断するためには、人知による関与が必要であると考える。先進技術に依存するのでなく、先進技術を活用する、という観点を見失ってはならないと考える。

第四には、介護支援専門員の中立性の確保である。

介護保険制度の立案、事業実施の経緯から、介護支援専門員は多くの場合、独立した事業所ではなく、介護サービス事業所の中の一指定事業所部門として存在している。介護サービスの質の評価は別途必要であるが、利用者に勧めるサービスが資本関係にある事業所のものばかりである、との批判もある。これは多少一面的でもある。利用者支援の観点から必要であって、その地域では他の事業者がいないのであれば、最適化の観点から資本関係がある事業所の介護サービスを利用することと自然である。サービスの質が客観的に他

の事業所よりも高い場合でも同様であろう。しかしながら、資本関係がある介護サービスを最適化の観点とは別な観点から勧めている実態は、同じ事業所であれば起こりうることである。それは、介護支援専門員が資本関係にある介護サービス事業所から独立していないために生じやすい。制度上認められているが故にそうした実態を生んでいると言わざるをえない。したがって、現時点ですべて独立と言うことにはならない。ただし、将来的には独立事業所を中核にしてケアマネジメントを担ってもらう方が中立性、より最適な介護サービスの利用に進むと考えられる。同時に介護サービスの自然淘汰、あるいは介護サービス事業所毎の切磋琢磨にもつながると考える。したがって独立型の事業所を増やす方策として当面介護報酬上での評価を見直し、事業所併設型と独立型とが併存する状況を作ることが現実的な取り組みであると考える。

第五には、職能団体の自己組織化の強化である。

介護支援専門員という職能への信頼は、それを担う介護支援専門員自身で実績を積み上げていかなければならない。都道府県単位での介護支援専門員の職能団体、あるいは関係者の協議会といったものが、介護支援専門員への信頼醸成、相互査察による資質向上、法令遵守への適応といった面で効果的と考える。行政による規制のみでは利用者の多様な需要に応えることは難しく、質の担保に職能団体自身が積極的に関わっていく必要がある。そのためには、職能団体や関係者による協議会が組織率を高め、公益性の高い取り組みを行っていくことが重要である。

以上

10. ケアマネジメントの基本に立ち返って

立川市南部西ふじみ地域包括支援センター　センター長　山本　繁樹

10.1　はじめに

ケアマネジャーは対人援助専門職である。専門職は専門職としての価値を持って基本的な取り組みを継続して行えることが肝要となる。本稿では、ケアマネジメントの基本を確認しつつ、ケアマネジャーが行う個別レベル、組織レベル、地域レベルの取り組みの3つのレベルの取り組みについて述べる。また地域のケアマネジメントを支援する地域包括支援センターの役割について述べる。

10.2　ケアマネジメントの目的

ケアマネジメントの目的は、「尊厳の保持と自立（自律）支援」である。同時に、ケアマネジメントの土台となる「地域社会の力の向上」となる[1)]。相談支援を行うケアマネジャーは地域社会の社会資源を熟知し、本人や家族が状況に合わせて多様な社会資源を活用していけるように、わかりやすく情報提供を行い、本人や家族の社会資源活用の意思決定を支援し、個人の自律性（自己決定権）の尊重、自己決定に向けた支援をしていくこととなる。そのためケアマネジメント実践は、ケアマネジャーが地域社会にある社会資源とどれだけつながり、ネットワークをつくっているかに関わっている。ケアマネジメントにおいては、個別支援の基盤となる地域社会全体の力が必要とされる。ケアマネジャーはケアマネジメントにおける個別支援と地域支援の循環関係を理解し、個別支援だけではなく、その土台となる組織レベルの取り組みや地域レベルの取り組みの視点を持つ必要がある。そのときにパートナーシップを組むべき地域の総合相談支援窓口として地域包括支援センターがある。

10.3　援助職としての「基本の大切さ」

少子高齢社会の進展に伴い、家族等の支え手が少なくなり、格差が広がり、問題が多層化し複雑化している現代日本社会にあって、多くの支援者が真摯に取り組むが故に、ときに「どうしようもない」という揺らぐ思いにとらわれるときもある。しかし目前の利用者本人や家族も困難な状況のなかで課題に取り組んでいる。また所属事業所をはじめ、地域には多様な関係者や社会資源が存在し、困難な状況に取り組んでいる仲間がいることも確認していく必要がある。

地域の多様な社会資源のネットワークと協働し、共に一歩一歩進み、地域での実践を地道に積み重ねていくことが大切となる。そのために援助職としての力量をつけながら、地域社会にある多様な社会資源を把握し、活かし、つなげ、ときに改善し、創らなければならない。この基本は多様なケース対応でも変わりはない。研鑽を重ねつつ援助職としての基本を継続して行えるのがプロフェッショナルであり、いわゆる“困難な状況にあるケース”ほど基本に立ち返ることが大切となる。

10.4　ケアマネジャーの実践の基盤となる専門職としての価値基盤

対人援助職の実践の基盤となる専門職としての価値基盤は、「人は誰もが尊厳を有し、人権を尊重されなければならない」ということであり、「そのことを実現する土台となる公正な社会を形成していこう」ということである。この対人援助職としての価値基盤は、いわゆる“困難ケース”への取り組みにおいても変わりはない。支援者側から見て“困難ケース”であっても、それぞれの人は個人としての尊厳を有し、取り巻く状況のなかで、それぞれの生を懸命に生きているという基本は変わらない。そうだとすれば“困難ケース”は、“困難な人”ではなく支援者側にとって“困難な状況”ということになり、“困難ケース”は“現在の自分にとっては苦手なケース”、“現在の社会や地域の状況では対応が難しいケース”ということになるかもしれない。「困難なのは人なのか、それとも状況なのか」、自分自身の意識や状況が変われば、見方や取組みは変わってくる可能性がある。

10.5　利用者本人の視点からの状況の見える化

ケアマネジャーの仕事の基本は、取り巻く環境との関係性のなかで生活課題を抱えて困惑している本人とともに課題を明確化し、対応方法をともに考え、 選択と心構えの形成への支援を行い、本人らしい暮らしに向けた自己決定(自律)が出来るように支えていくことである。その自己決定の前提は、「自分の状況を確認」したうえで、「必要な選択肢がある」ということと「安心して決定ができる環境」があるということである。その前提として本人との援助関係構築のなかで、その人本来の力が発揮できる環境を整えるのがケアマネジャーの役割である。

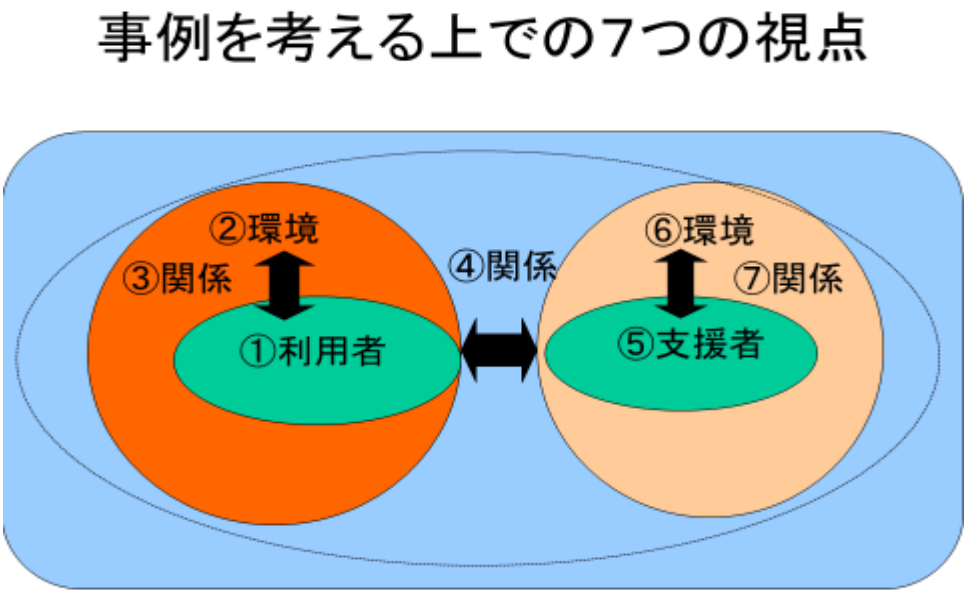
ケアマネジャーが利用者とともに捉えどころのない状況を整理して「困難な状況」を少しでも「見える化」し、「状況や人を多面的に見ることができる」ようになると、また「本人と関係を構築」し、「本人の視点から見えている状況を共有」して課題の整理ができていくと、本人や家族と伴走しながら共に取り組んでいるケアマネジャーの困難な状況のイメージは変わる可能性がある。

10.6　対応する多様な事例の課題とストレングスの見える化

ケアマネジャーが対応する多様な事例の困難さの要因は複合的であり、本人に起因するものだけではなく、本人を取り巻く環境に要因がある場合もあり、また相談支援を行う支援者自身に起因する場合、及び支援者を取り巻く環境に要因がある場合もある。さらには本人や家族と支援者の関係性に起因する場合もある。下記の図 - 1における7つの視点から、状況の見える化を行うことができる。

①利用者自身の課題やストレングスは何か、②利用者の環境の課題やストレングスは何か、③利用者と環境の関係性はどうか、④利用者と支援者の関係性はどうか、⑤支援者自身の課題やストレングスは何か、⑥支援者の環境の課題やストレングスは何か、⑦支援者と環境の関係性はどうか。

図―１



出典：山本　繁樹「“困難ケース”を見える化する７つの視点」

ケース検討の基本は、アセスメントをし直すことと、今後の対応方法を改めて考えることにある。多様な環境に取り囲まれている人の課題や持っている力や可能性がどこにあり、その内容は何なのかという課題の明確化、ストレングスの見える化が重要となる。これらは、言うまでもなく支援上のアセスメントの視点であり、事例を検討していく際の視点でもある。図 - 1における②利用者を取り巻く環境には、実は④利用者と支援者の関係性、⑤支援者、⑥支援者を取り巻く環境、⑦支援者と環境の関係性も含まれる。ここでいう環境は、住環境、家族環境、多様な支援者とその関係性等のみならず、広く地域の自然環境、取り巻く人々の態度や意識、社会的規範、社会資源の整備状況、サービス・制度・施策の変化等も含む幅広いものであり、WHO(世界保健機構)のICF(国際生活機能分類)における人の生活機能に作用する環境因子の分類の幅広さに重なる。支援者側には対人援助専門職としての知識、技術、価値の成熟度が問われてくる。同時に、所属組織内におけるチームアプローチや組織的サポートの状況、さらには組織外の地域の多様な社会資源とのネットワーク構築の状況も、支援上の環境要因として支援者、及び本人･家族に大きく作用することとなる。

ケアマネジメントの実践において活用されることの多いICF(国際生活機能分類)であるが、その使用に関する倫理的ガイドラインがあることはあまり普及していない現状がある。ICFの使用に関する倫理的ガイドラインが示しているとおり、ICFの考え方・基本概念と詳細な分類と定義に学びながら、常に利用者の視点に立った使用が求められていることを確認しておきたい。

「ICFの使用に関する倫理的ガイドライン」

・ＩＣＦが常に個人の固有の価値と自律性（自己決定権）を尊重して用いられるべきこと
・レッテルを貼ることに用いられることの禁止
・十分な説明と本人の協力・同意
・個人情報の秘密保持等の「尊重と秘密」の原則
・「問題点はその人の健康状況とその人が生活している物的・社会的な背景の両方の結果から生じるもの」として、あらためて全体的・総合的な視野に立った使用
・ＩＣＦの情報が障害のある人のエンパワメント、及び社会政策や政治改革の促進に向けて用いられるべきこと、
・確立された権利の否定や制限に用いられるべきでないこと
・人々をあくまで個人としてとらえるように保証すべきこと

出典：世界保健機関（WHO）『ＩＣＦ　国際生活機能分類』厚生労働省訳、中央法規出版 P234-235

10.7　組織レベルの取り組み

介護保険制度におけるケアマネジメント契約は、利用者と事業所との間で締結されるものであり、利用者や家族への支援にあたっての契約上の責任関係はケアマネジャー個人ではなく事業所という組織にあることは、第一義的に確認しておかなければいけない留意点となる。事業所という組織として、チームとして利用者支援、家族支援にあたっていく必要性があることは再確認されるべきこととなる。事業所等の組織レベルにおいては、組織としてのケアマネジャー業務支援体制構築の責任主体機能が求められる。その機能の内容は、組織としてのチームアプローチに基づいた業務遂行、地域関係者との連携、地域への専門機能の還元、事業所内研修体系の構築、事業所内スーパービジョン体制の構築、事業所内ケースカンファレンスの実施、リスクマネジメント体制の構築、といった機能内容となる。

10.8　地域レベルの取り組み

ケアマネジャーのケアマネジメントにおいては、地域の様々な関係機関・団体、地域住民とネットワークを構築し、ネットワークから相談が入り、ケアマネジメント実践をネットワークを活用して進めていくことが必要となる。地域におけるネットワーク構築はケアマネジメントの入口であり、また支援実施上の基盤ともなる。そのためには地域の関係機関、関係者等との顔を合わせたネットワーク構築の取り組みが必要となる。

ケアマネジメント実践においては、多様な地域の社会資源を活用して、ニーズに応じたケアチームを形成して支援していくこととなる。このチーム形成の過程そのものが社会資源間の互いの信頼関係構築の始まりであり、そのメンバーには地域の専門職もいれば、地

域住民が入る場合もある。

利用者の置かれている状況に応じて編成するチームは多様となり、チーム編成の多様さは人の生活の多面性・総合性に応じている。利用者を中心として、地域包括支援センター等の総合相談支援チーム、主治医・訪問看護等の医療チーム、訪問介護・通所介護等の介護チーム、社会福祉協議会や成年後見人等の権利擁護チーム、そして地域のインフォーマルサポート等が問題状況の改善に取り組んでいくことになり、それらの多様なチームによる支援過程は利用者自身のエンパワメントと地域社会のエンパワメントがなされていく相互作用関係となる。ケアマネジャーは、この多様な地域のチームとの連携、個別支援と地域づくりの相互作用を意識した取り組みを進めていく必要がある。

10.9　地域ケア会議について

市町村や地域包括支援センターが主催する地域ケア会議は、a）個別課題解決機能、b）ネットワーク構築機能、c）地域課題発見機能、d）地域づくり・資源開発機能、e）政策形成機能、といった5つの機能を持っており、ケアマネジメント実践のなかで、支援者が困難を感じているケースや、必要な支援につながっていないケースについて相談し、地域包括支援センター職員や地域関係者等も参加した、より広い地域ネットワークのなかでケアマネジメントの支援を受けることができる。地域ケア会議における個別ケースの検討にあたっては、利用者・家族の支援のためという目的、尊厳の保持に最大限留意することが必要である。支援が困難な状況となっている事例の場合は、当初は利用者・家族が参加せずに会議を開催して地域関係者がお互いの取り組みの理解を深め、自分たちができることを検討していく場として地域ケア会議を開催し、その後の段階として本人も参加し、自分をサポートしてくれる地域関係者と出会う場としての会議を開催するといった段階的な地域ケア会議の開催もありうる。

個別課題解決の地域ケア会議にあたっては、介護支援専門員が一方的に地域関係者から意見を述べられるのではなく、参加者間が平等な立場で双方向の意見交換や事例検討が深く行われるように、さらに今後の事例対応に活かせる共通テーマや共通する地域課題を参加者間で共有できるように、会議運営にあたる地域包括支援センターや参加者は留意し、連携して取り組んでいくこととなる。目的は主人公である利用者のサポートであり課題の解決である。本来は必要に応じて本人参加、家族参加で行う場合もあり、個人の固有の価値と自律性（自己決定権）の尊重、十分な説明と本人の協力・同意、といった倫理を保持する必要がある。

また地域ケア会議の内容は個別ケースの検討のみではない。生活圏域レベルや市町村レベルの地域ケア会議では、共通する地域課題をテーマにして多様な地域関係者が参加して話し合い、必要なネットワーク構築、地域課題の解決策の検討、必要となる地域づくりや社会資源の開発の検討、政策提言を実施していくこともできる。ある地域での実例では、高齢者の買い物問題への地域対応、認知症の人の一人歩きへの地域対応、独居高齢者のごみの分別への対応、高齢者の入院・入所時おける飼育するペットへの対応、地域の民生委

員と介護支援専門員の連携強化、ごみ屋敷状態の世帯への対応、といった地域共通の課題への対応を、参加する地域関係者によってグループ討議等で話し合っている。地域関係者が共通して課題だと考えている事柄は数多くあり、地域ケア会議は個別ケースに限らず、地域課題を地域関係者が話し合い、検討していく場でもあることに留意する。一方で会議の開催やネットワーク構築はあくまで手段であり、「地域住民の福利の向上」という目的、利用者・介護者の存在や状況を常に考慮していく必要がある。

地域ケア会議とは、個別レベルから地域レベルに至るネットワークを形成しつつ、結果としてケアマネジメントや個別支援が行いやすい状況を作り出していく場であり、地域包括ケア推進に向けた一つの方法である。個別支援レベル、日常生活圏域レベル、自治体全域レベルといった空間的範囲・構造や、個別のケアマネジメント支援、地域課題の検討と改善へのアプローチといった機能別の取り組みを総合的に行っていくためには、一つの会議形態で全ての機能を発揮していくことは困難だと考えられる。いくつかの構造別の会議設定や、地域レベルでのケアマネジャー等の研修プログラム、横のネットワーク構築といった取り組みを、地域特性に合わせて組み合わせていく必要がある。また、地域レベルのネットワーク構築やアプローチにおいては、社会福祉協議会等の地域福祉推進機関と連携しつつ、地域のどの社会資源と社会資源が組み合わされば相乗効果を発揮できるかといった、地域全体を見渡す視野の広さと深さが求められている。

さらに地域レベルの多職種協働は、地域ケア会議のみで行われるものではない。地域レベルの介護支援専門員連絡協議会の取り組み、保健・医療・福祉・介護の多職種協働、認知症ケアにおける多職種協働、地域包括ケアの推進、社会的包摂に向けた地域の多様な関係者との協働の実践が地域特性に合わせて行われている。ケアマネジャーは個別ケースのケアマネジメント実践におけるネットワーク構築を基盤として、基盤となる地域レベルのネットワーク構築、社会資源開発にも目を向け、協働していくことが必要となる。地域への視点を持ち、地域関係者と協働して地域づくりへ参加していく契機を多く持つことが求められている。

10.10 地域包括支援センターのケアマネジメント支援

地域包括支援センターは、センターの業務として「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」が規定されている。社会福祉士、主任介護支援専門員、保健師・看護師の多職種の専門性を活かしたチームアプローチを行い、センターという組織機能を活かして分野を横断した機関間や団体間の連携の促進、地域のケアマネジャー間の横の連携の促進を中心として、ケアマネジメントの地域基盤の整備・構築に取り組む。その地域基盤構築の取り組みを土台としてケアマネジメントの個別支援も行う。また個別支援を通して把握したニーズを地域の基盤づくりに活かしていく。地域のケアマネジャーとのパートナーシップを作り上げ、それぞれの地域において、地域包括支援センターとケアマネジャーが協働して、ケアマネジメントの目的の実現をめざした地域づくりに共に取り組んでいくことが期待されている。その取り組みの中心には、地域住民の暮らしがある。

筆者自身の活動地域におけるケアマネジメント支援については、ケアマネジャーは制度運営の要でもあるため、個別支援と面的支援の両側面の取り組みを進めている。個別支援は臨機応変な相談支援が必要ため、相談内容の緊急レベルに応じて、①情報提供、②関係機関への紹介・つなぎの支援、③同行訪問等の継続的関わり、④権利擁護業務への移行等の緊急支援を行っている。

面的支援としては、地域包括支援センターの主任介護支援専門員を中心に、介護保険課、高齢福祉課、社会福祉協議会による「ケアマネジメント支援業務連絡会」を定期開催し、共通対応を推進している。他にも隔月開催の生活圏域ごとの小地域ケア会議によるエリア内ネットワーク構築によるケアマネジメント基盤の構築や基幹地域包括支援センターが事務局となり地域包括支援センターの主任介護支援専門員と民間の居宅介護支援事業所の介護支援専門員が共同して幹事会を作り介護支援専門員連絡会を定期的に企画実施し、横のネットワークの構築や他分野の社会資源とケアマネジャーとの連携構築を進めてきている。地域レベルの研修プログラムも進めており、新規就業者への「初任者研修」を実施しているほか、年度テーマを決めて、認知症疾患医療センター等の関係機関とも連携を図りながら年4回～5回の「現任研修」を実施している。主任介護支援専門員と連携したスーパービジョン体制の構築等も取り組み課題となる。

10.11 ケアマネジャーの支援体制構築におけるレベル別機能モデル

以下の表は、国レベルから個人レベルまでの各レベルにおけるケアマネジャーの支援体制構築における機能をまとめたものである。ケアマネジャーは各レベルにおける資質向上に向けた取り組みにおいて、主体的に関わっていくことが期待される。

表－1：ケアマネジャーの支援体制構築におけるレベル別機能モデル

レベルと主機能	内　　容
国レベル ○制度設計と情報提供の機能	・介護保険法をはじめとした関連法制の整備 ・事業所人員・運営基準の整備 ・実務・現任・更新研修等の内容、プログラムの方向性の設定 ・都道府県間の情報共有　等
都道府県レベル ○地域間格差の調整と情報周知の機能	・実務研修・現任研修・更新研修等の実施 ・広域行政としての地域間の情報共有の促進とバックアップ ・指導者・リーダー育成　等

市区町村・生活圏域レベル 〇ケアマネジメントの地域基盤整備，地域包括ケアシステム構築の機能		・地域で求められるケアマネジメントの理念、方向性、質の共有 ・地域包括ケア推進、サービスの質の向上を目的とした地域レベルの各種研修・プログラム等の実施 ・各種研修内容・プログラム策定における実践者の参加 ・保険者（市町村）とケアマネジャーの双方向性の連携，行政情報の周知 ・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機能 ・ケアマネジャーの横の連絡体制構築支援（ネットワーク構築） ・地域の多様な社会資源間のネットワーク構築 ・地域包括ケアシステムの構築 ・地域福祉の推進　　等
事業所レベル 〇組織としての業務支援体制構築の責任主体機能		・組織としてのチームアプローチに基づいた業務遂行 ・地域関係者との連携 ・地域への専門機能の還元 ・事業所内研修体系の構築 ・事業所内スーパービジョン体制の構築 ・事業所内ケースカンファレンスの実施 ・リスクマネジメント体制の構築　等
専門職団体レベル 〇理論と実践の統合機能		・専門職の視点を生かしたケアマネジメントの質の向上 ・専門職団体としてのケアマネジメント研修体系構築 ・他の専門職団体・学会との相互交流の促進 ・理論研究と現場実践の橋渡し　等
その他レベル	A:民間の創意工夫・開発機能	・研修等の専門事業者としての教育・研修プログラムの設定と質の向上 ・新たな研修プログラムの開発　　等
	B:個人の知識・技術・価値の学習・保持機能	・個人の実践レベルの自己査定 ・不足する知識・技術・価値の確認と習得 ・業務行動・実践への応用 ・利用者・家族への還元 ・所属組織への還元 ・地域への還元　　等

（山本繁樹作成）

出典：白澤政和ほか編『介護支援専門員現任研修テキスト第4巻』中央法規出版　P265・一部改変

10.12 おわりに

ソーシャルワーカーやケアマネジャーのような価値、知識、技術を持った対人援助職は、多様な社会資源、複雑な制度内容・専門用語の情報を、わかりやすく利用者・家族・市民・地域・社会に伝えていく通訳者の役割を持つ。さらに今後のケアマネジャーに期待されることは、ケアマネジメント実践や研究で見えてくる利用者、家族、市民、地域、社会の情報、それらを統合した利用者ニーズや必要な提言を制度・政策側に伝えていく通訳者の役割である。ケアマネジャーは一方的ではない、双方向の情報の通訳者でなければならない。ケアマネジャーの資質向上における多様なレベルの取り組みの根本に、人々の生活を支援する専門職としての価値基盤が問われている。

参考文献

１）野中猛（1997）『図説ケアマネジメント』中央法規出版

3.　ケアマネジメントのあり方に関する調査

3.1. アンケート調査

3.1.1. 調査対象と調査方法、抽出方法

利用者（家族)、ケアマネジャー、保険者、地域包括支援センターの 4 主体を調査対象として、Web 調査を実施した。利用者については Web 調査に加えて、Web 調査の対象でない利用者に対して、郵送調査を実施した。利用者のうち郵送調査については、事前に協力の得られる事業所の利用者を選定した。ケアマネジャーについては、日本介護支援専門員協会の会員の全員に周知し、協力を得られる人を対象とした。保険者は悉皆で行い､それぞれ 1 箇所ずつ地域包括支援センターを保険者の任意で選定した。

図表 3-1　調査対象と回収数

調査対象	調 査方法	抽出方法	母数	回収数
利用者	郵送	34 法人の利用者*	配布 300	246
	Web	モニター調査**	—	500
ケアマネジャー	Web	日本介護支援専門員協会の会員***	約 10,000	586
保険者	Web	悉皆	1,578	799
地域包括支援センター	Web	上記保険者から各 1 箇所。保険者がそれぞれ任意に選定。	1,578	767

（最終 : 2018 年 1 月 18 日）

*　調査協力を得られる 34 法人の利用者のうち要介護 1 から要介護 5 までの人を要介護度別に無作為抽出。大手 2 社からそれぞれ 100 名、その他の 32 社から合計 100 名抽出。

**　モニター調査対象 : ①本人もしくは家族が居宅介護支援サービスを受けている。②ケアマネジャーの仕事ぶりをよく知っている、またはある程度知っている方の 2 点を満たす人が対象。

***　日本介護支援専門員協会の会員に対して悉皆（会員のケアマネジャーの全員に周知し、調査協力を得られる人のみが回答する形式で調査を実施)。

3.1.2. 調査目的

本事業では、ケアマネジャーの今後のあ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ことを目的としてアンケート調査を実施した。

3.1.3. 結果の見方

ケアマネジャーに求めることについて、4 主体ごとに共通の設問とし、重要度の高い項目から順に第 1 から第 3 位までを尋ねた。第 1 位を 3 点、第 2 位を 2 点、第 3 位を 1 点として、重み付けして平均した結果をレーダーチャートに示した。点数の違いは選択肢同士の相対的な重要度の違い[1]を意味しており、その点数の差や点数自体[2]には意味がない（重みとして設定した点数を変えれば、点数の差も増減する）。ある選択肢において点数が高い場合は、他の選択肢と比べてより上位の順位として回答した人が多かったことを表している。このため他の属性（レーダーチャート内に複数の線が描かれている）と点数を見比べ、重要度が高いと回答した人の割合の多寡に着目する。

各レーダーチャートでは目安として、第 1 位、第 2 位、第 3 位それぞれの回答数が同じ場合の点数を「基準点」としてグラフ内に表示している。たとえば 3 択の設問において、全体で 15 名の回答者から、各選択肢で同じ割合の回答を得た場合は、平均点は 2 点となる[3]。この平均点を基準点とした。なお、設問が 4 択以上の場合は第 4 位より下の場合を 0 点として計算する。このため設問が 4 択以上の場合では基準点は 2 点より小さくなる。例えば、15 名の回答者に対して、第 1 位から第 5 位までそれぞれ 3 名だった場合、3 点が 3 名、2 点が 3 名、1 点が 3 名、0 点が 6 名として計算するため、平均点（基準点）は 1.2 である。

3.1.4. 調査結果

1）専門的な知識について

専門的な知識では、立場別に差がみられなかった（図表 3-2）。利用者の属性に着目すると、郵送調査の回答者の場合は「②医療に関する知識」をより重要と回答する人の割合が高い一方で、Web 調査のモニターの場合は、「①介護保険制度の動向に関する知識」、「③生活を支える制度の知識」をより重要と回答する人の割合が高かった（図表 3-3）。

郵送調査の要介護度別では、要介護 3 以上の場合は、「②医療に関する知識」をより重要と考える人の割合が高かった（図表 3-4）。

Web 調査のモニターが回答に際して想定した利用者の要介護度別（以降、Web 調査の要介護度別と表記）では、要介護度が軽度の場合は「①介護保険制度の動向に関する知識」をより重要と回答する人の割合が多かった。また、要介護度が重度の場合には「③生活を支える制度の知識」をより重要と回答する人の割合が高かった（図表 3-5）。

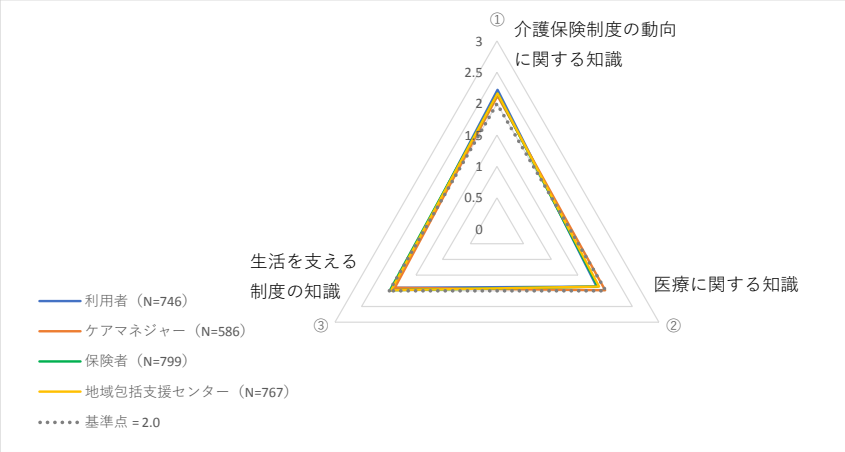
---

[1] 順位に応じて重み付けされているため、単に「割合が高い」と表現することは適切ではない。

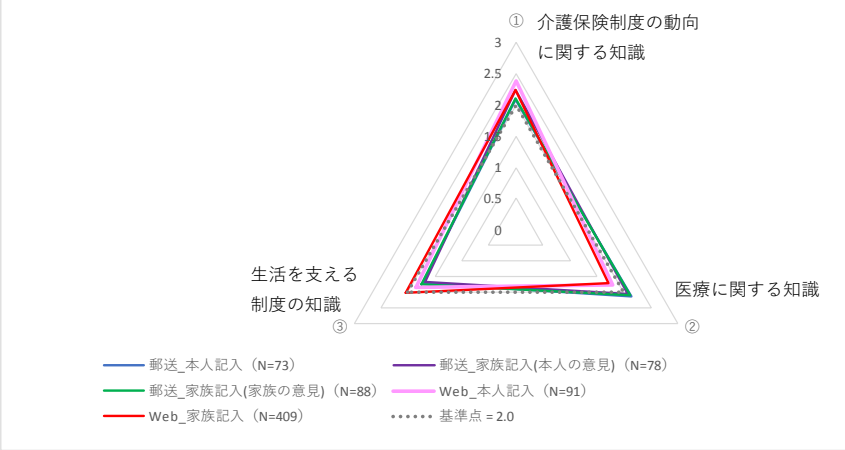
[2] 各レーダーチャートにおいて、点数が 3 に近いほど、選択肢内の中でより多く 1 位に選ばれていることを意味すると読み解くことは可能である。同様に 3 択の設問では、1 に近いほど、第 3 位の回答が多いことを意味する。4 択以上の設問では、0 に近いほど、1 位から 3 位の中に選択されていないことを意味する。ただし、選択肢数がいずれの場合であっても、最大値の 3 と最小値（1 または 0）以外（すなわち 2 点や 4 択以上の設問の 1 点）には明示的な意味はない。例えばレーダーチャートが 2 に近い場合、3 点と 1 点の回答が同じ数だけ存在すると平均は 2 点になるため、2 点が多いという意味にはならない。

[3] 3 点が 5 名、2 点が 5 名、1 点が 5 名の場合は 3×5＋2×5＋1×5＝30 と計算でき、15 名で割ると平均は 2 点である。

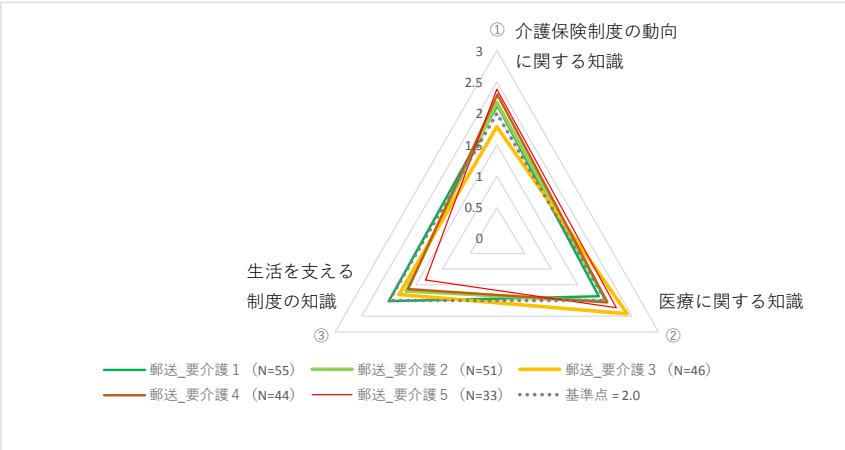
図表 3-2　専門的な知識－立場別



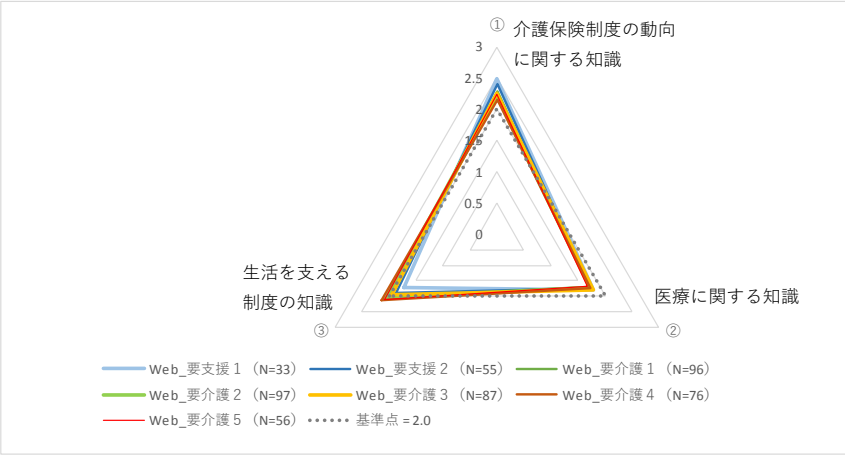
図表 3-3　専門的な知識－利用者調査票―記入者別



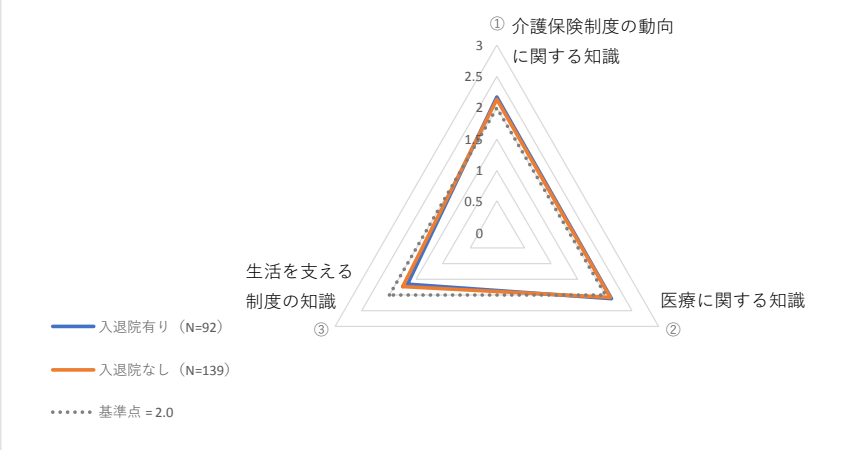
図表 3-4　専門的な知識－利用者調査票―要介護度別（郵送）



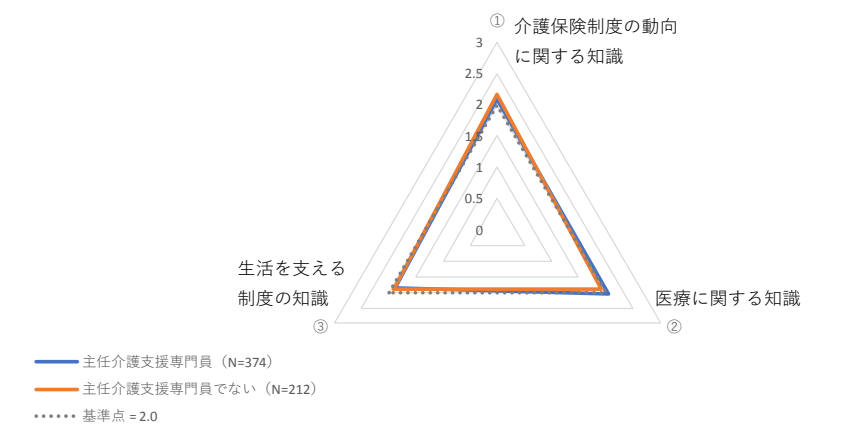
図表 3-5　専門的な知識－利用者調査票―要介護度別（Web）



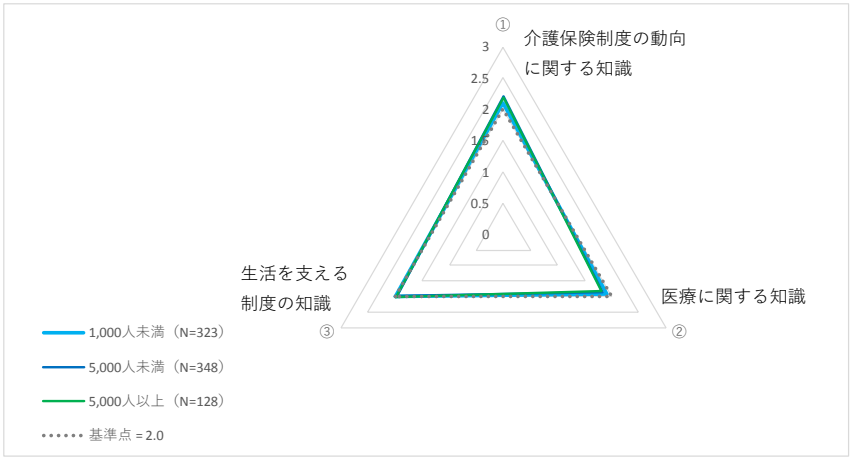
図表 3-6　専門的な知識－利用者調査票―入退院の有無別



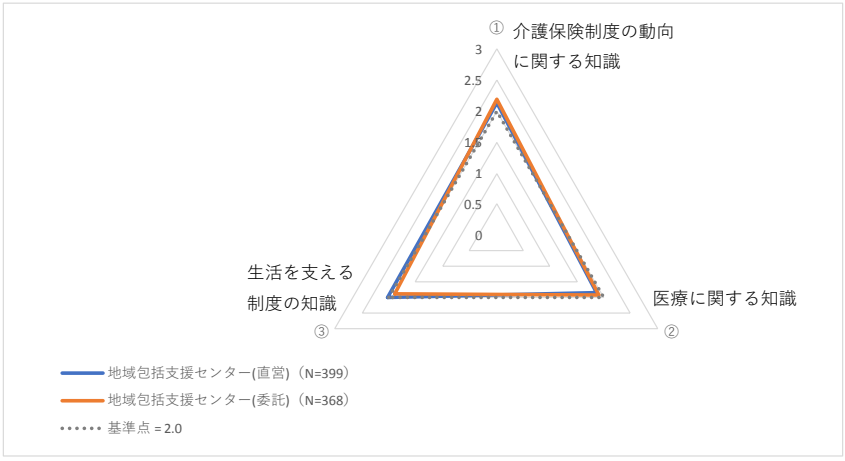
図表 3-7　専門的な知識－ケアマネジャー調査票―主任介護支援専門員の有無別



図表 3-8　専門的な知識－保険者調査票―要介護認定者数の規模別



図表 3-9　専門的な知識－地域包括支援センター調査票―直営・委託の別

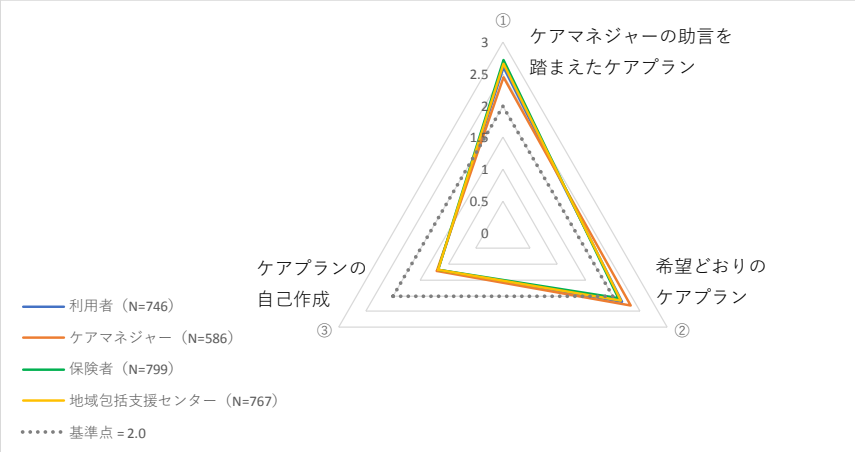


２）ケアプランの作成について

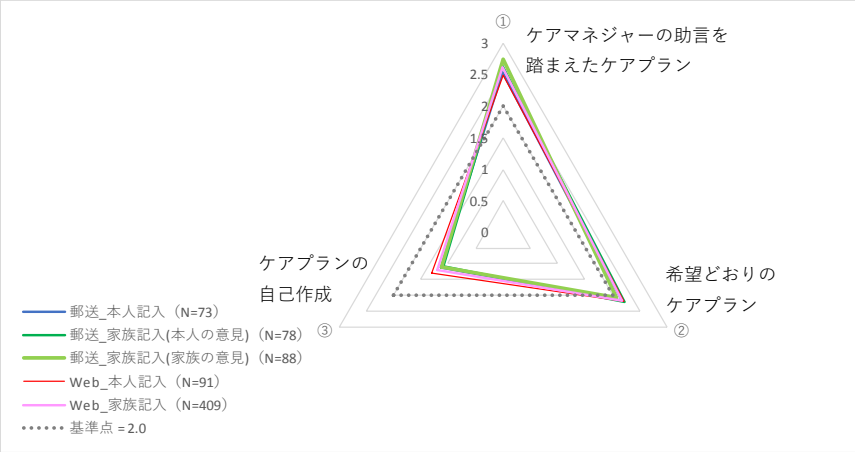
ケアプランの作成については、立場別、記入者別、要介護度別、地域包括支援センターの直営・委託の別においては差が見られなかった。主任介護支援専門員の有無別においては、主任介護支援専門員は、主任でない介護支援専門員に比べて「①ケアマネジャーの助言を踏まえたケアプラン」をより重要と回答する人の割合が高く、「②希望どうりのケアプラン」をより重要と回答する人の割合が低かった（図表 3-15）。

保険者の要介護認定者数の規模別では、5,000 人以上の規模の保険者は、他の規模よりも「①ケアマネジャーの助言を踏まえたケアプラン」をより重要と回答する場合が多かった（図表 3-16）。

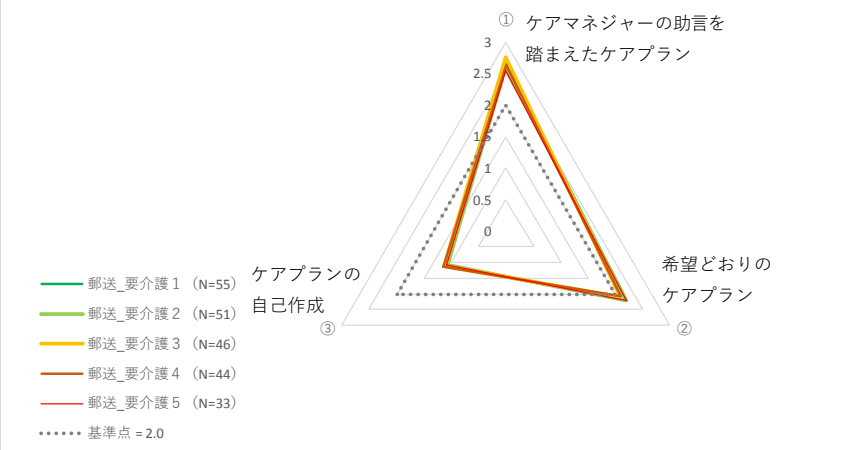
図表 3-10　ケアプラン作成－立場別



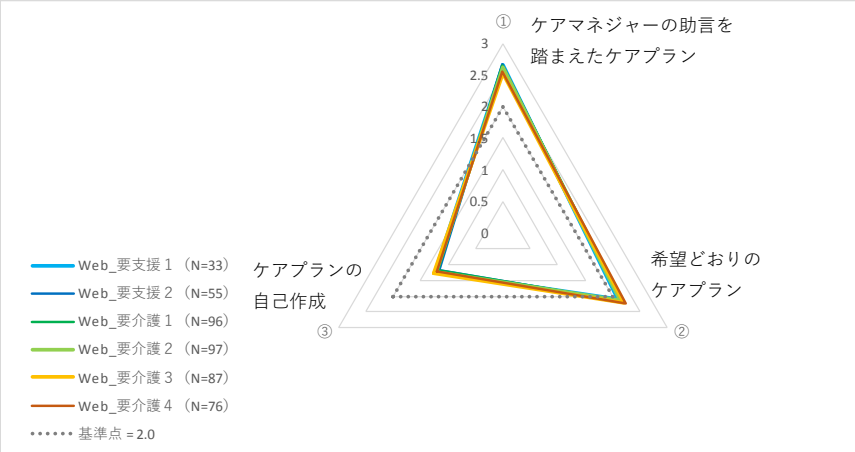
図表 3-11　ケアプラン作成－利用者調査票―記入者別



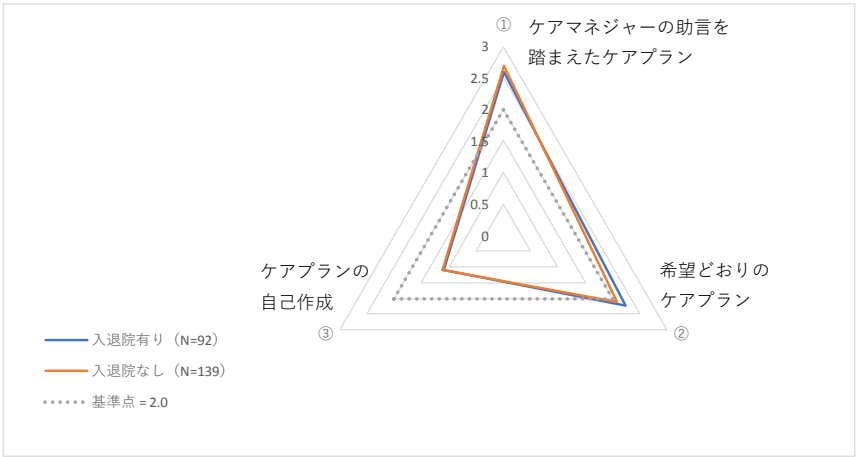
図表 3-12　ケアプラン作成－利用者調査票―要介護度別（郵送）



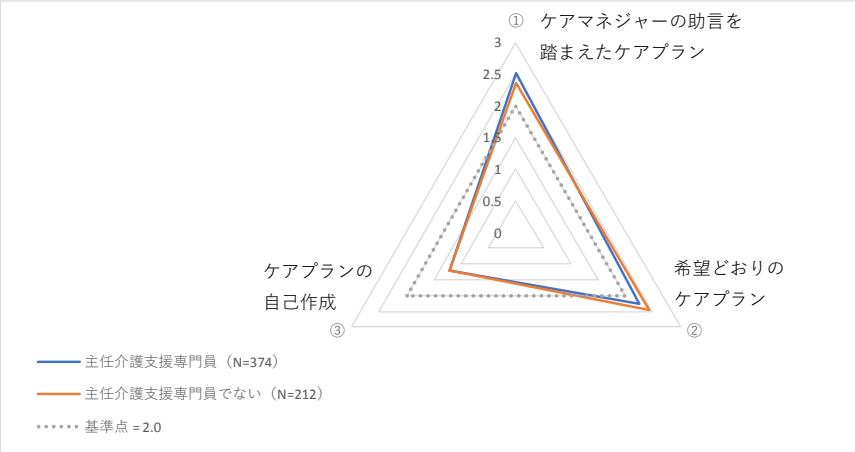
図表 3-13　ケアプラン作成－利用者調査票―要介護度別（Web）



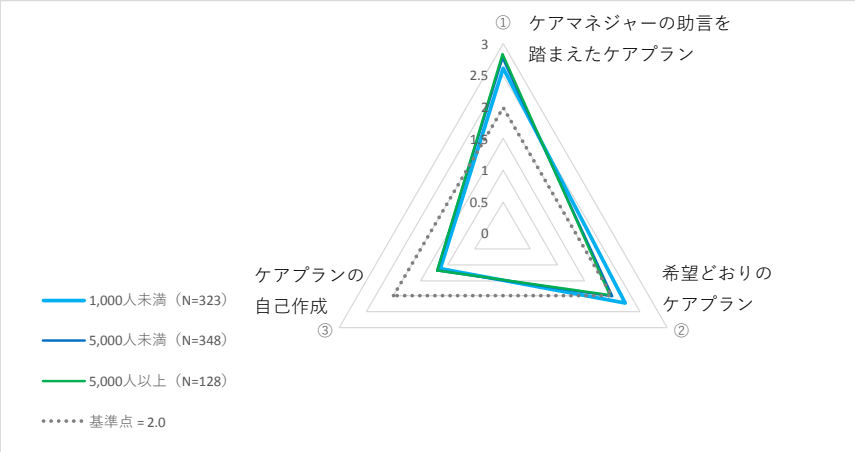
図表 3-14　ケアプラン作成－利用者調査票―入退院の有無別



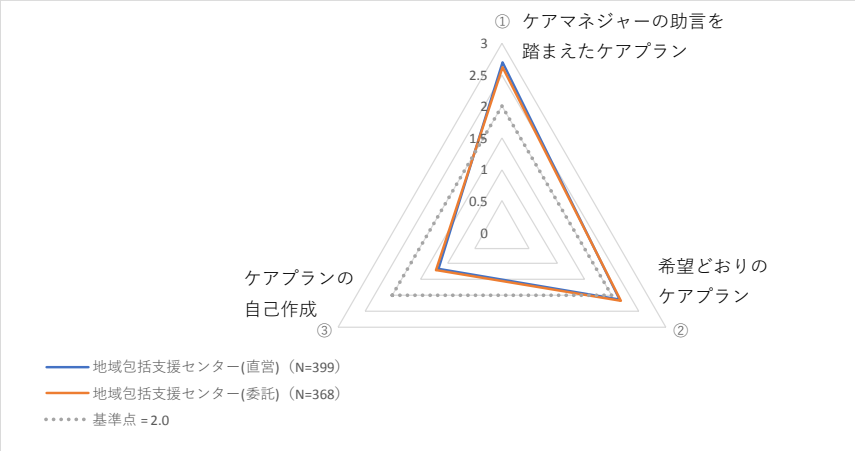
図表 3-15　ケアプラン作成－ケアマネジャー調査票―主任介護支援専門員の有無別



図表 3-16　ケアプラン作成－保険者調査票―要介護認定者数の規模別



図表 3-17　ケアプラン作成－地域包括支援センター調査票―直営・委託の別



３）ケアプランの提案と選択について

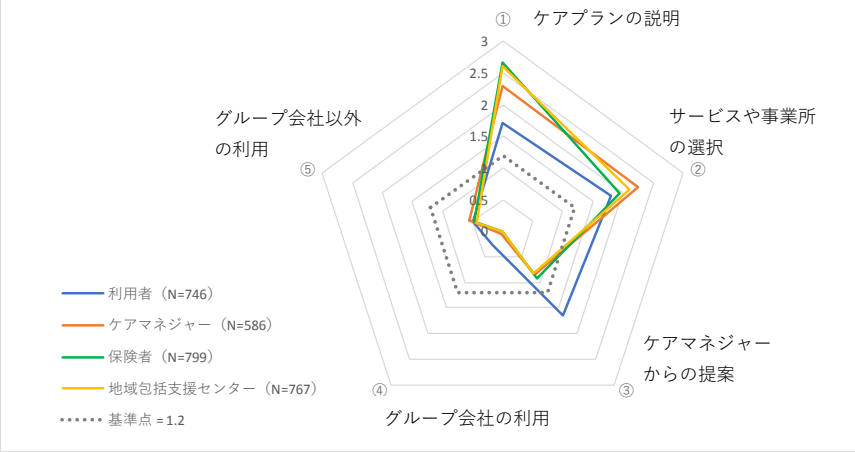
ケアプランの提案と選択について、立場別では利用者は「①ケアプランの説明」や「②サービスや事業所の選択」をより重要と回答した人の割合が低く、「③ケアマネジャーからの提案」をより重要と回答した人の割合が高かった。ケアマネジャー、保険者、地域包括支援センターは利用者とは逆の傾向であった（図表 3-18）。

記入者別では「②サービスや事業所の選択」について、利用者本人と家族において差がみられ、家族の場合は「②サービスや事業所の選択」をより重要と回答する人の割合が高かった。郵送調査の回答者と Web 調査のモニターでは「①ケアプランの説明」と「③ケアマネジャーからの提案」が逆の傾向であり、郵送調査の回答者は、Web 調査のモニターと比べて「①ケアプランの説明」をより重要と回答した人の割合が低く、「③ケアマネジャーからの提案」をより重要と回答した人の割合が高かった（図表 3-19）。

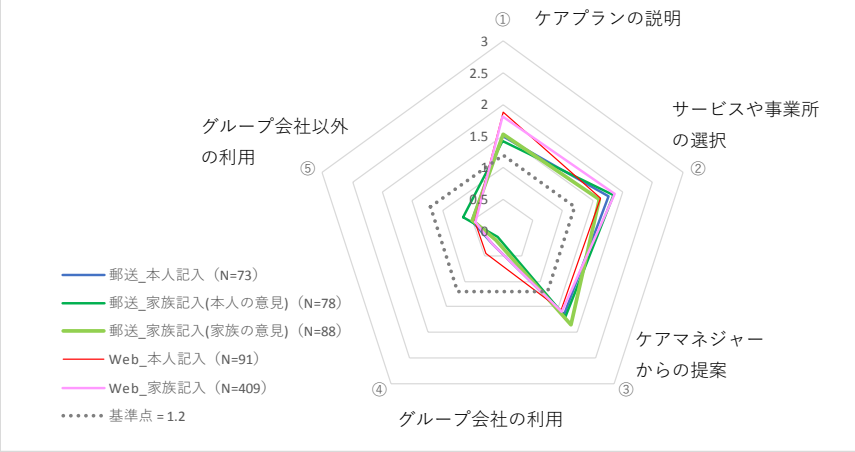
郵送調査の要介護度別では、要介護 1 の利用者は要介護 2 以上の利用者と比べて「①ケアプランの説明」をより重要と回答する人の割合が低くかった。また、要介護 5 の利用者は要介護 4 以下の利用者と比べて「③ケアマネジャーからの提案」をより重要と回答する人の割合が低かった（図表 3-20）。Web 調査のモニターの場合は逆の傾向であった（図表 3-21）。

保険者の要介護認定者数の規模別では、5,000 人以上の規模の保険者は「①ケアプランの説明」をより重要と回答する場合の割合が高かった（図表 3-24）。

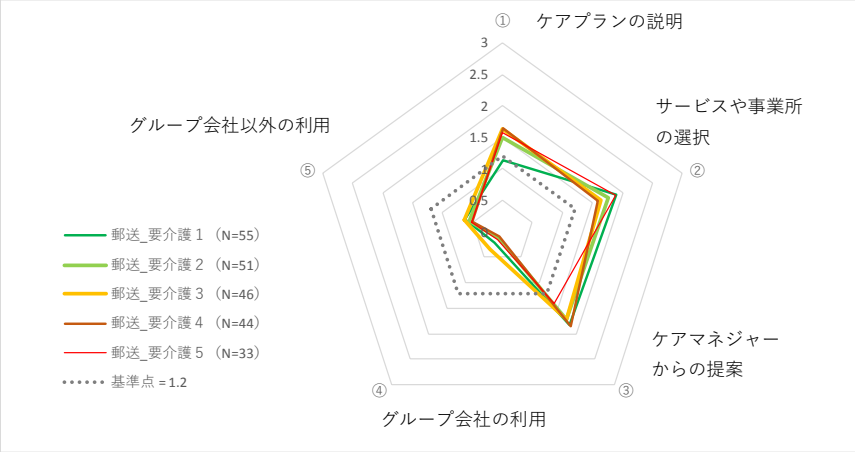
図表 3-18　ケアプランの提案と選択－立場別



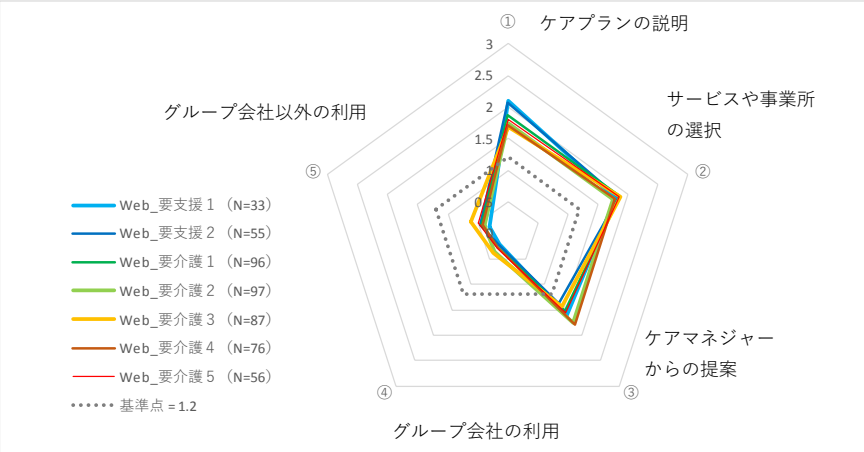
図表 3-19　ケアプランの提案と選択－利用者調査票―記入者別



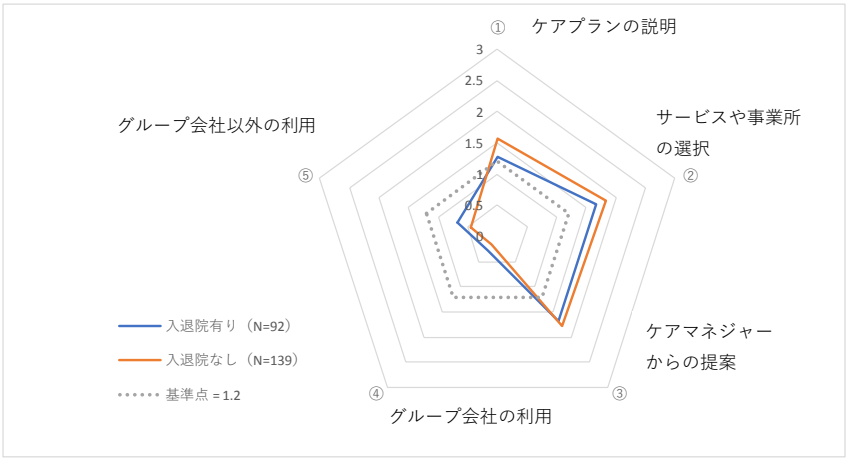
図表 3-20　ケアプランの提案と選択－利用者調査票―要介護度別（郵送）



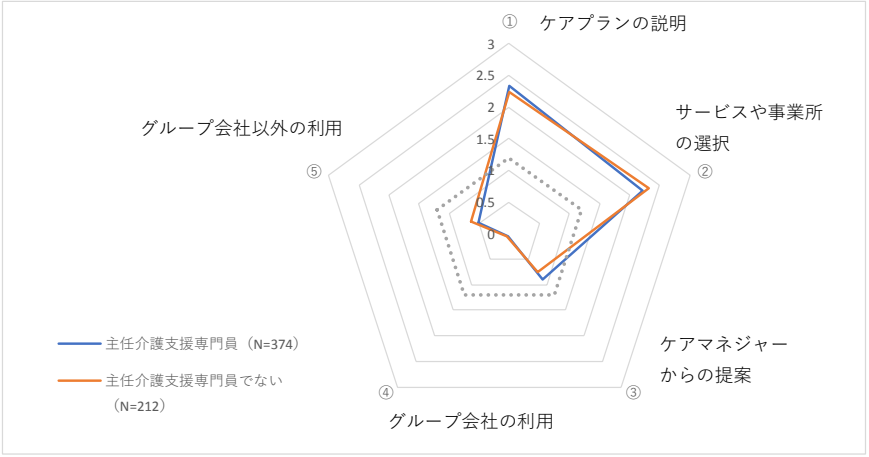
図表 3-21　ケアプランの提案と選択－利用者調査票―要介護度別（Web）



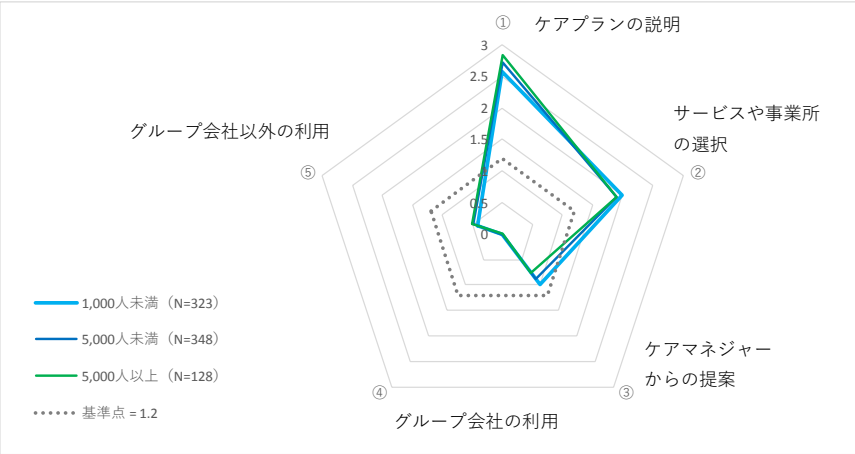
図表 3-22　ケアプランの提案と選択－利用者調査票―入退院の有無別



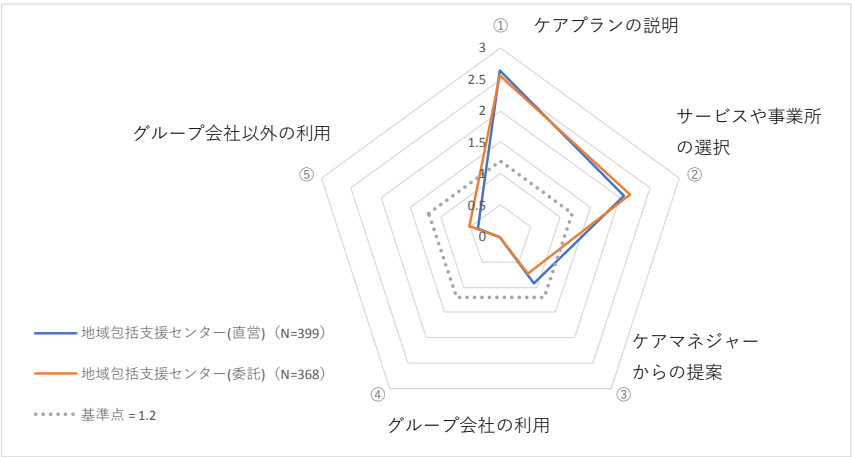
図表 3-23　ケアプランの提案と選択－ケアマネジャー調査票―
主任介護支援専門員の有無別



図表 3-24　ケアプランの提案と選択－保険者調査票―要介護認定者数の規模別



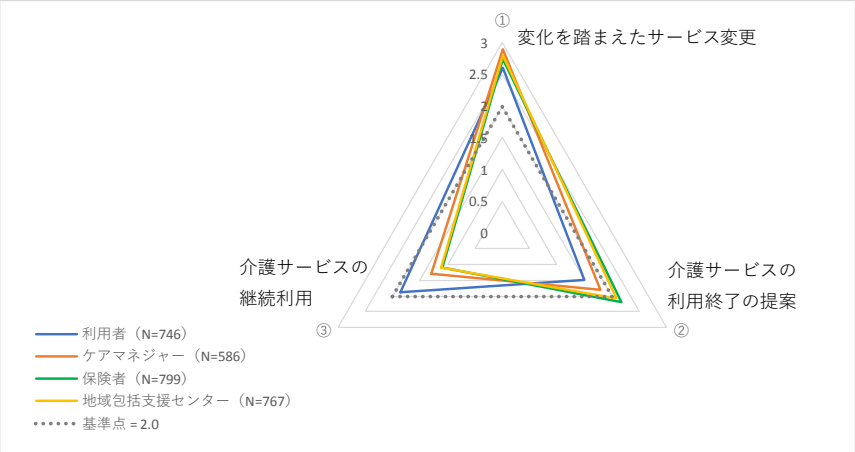
図表 3-25　ケアプランの提案と選択－地域包括支援センター調査票―直営・委託の別



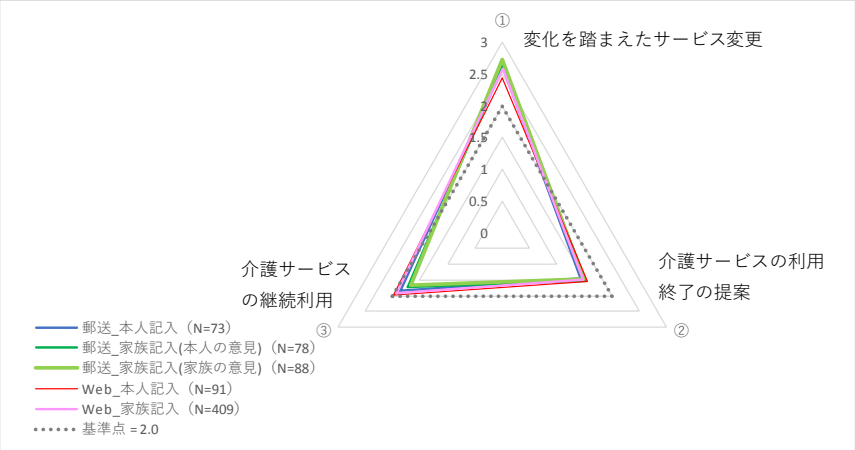
４）サービスの評価と終了について

サービスの評価と終了について、立場別では、利用者が「③介護サービスの継続利用」をより重要と回答する人の割合が高く、「②介護サービスの利用終了の提案」をより重要と回答する人の割合が低かった。ケアマネジャー、保険者、地域包括支援センターでは逆の傾向であった（図表 3-26）。他の属性別では差が見られなかった。

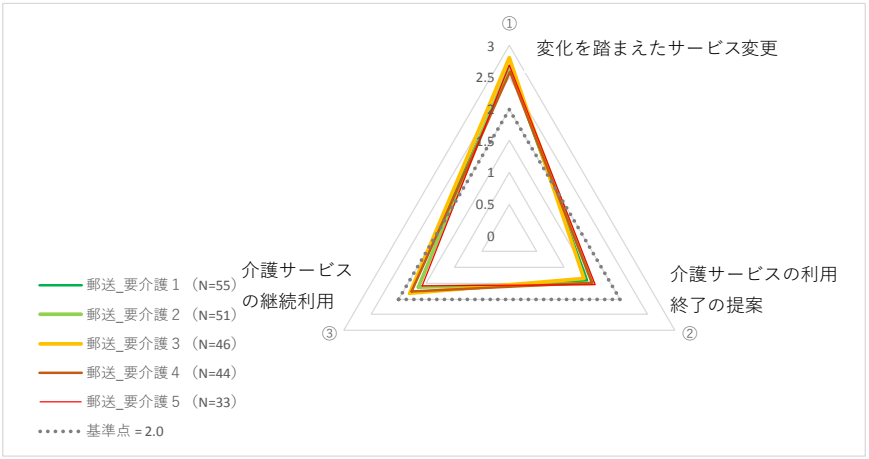
図表 3-26　サービスの評価と終了－立場別



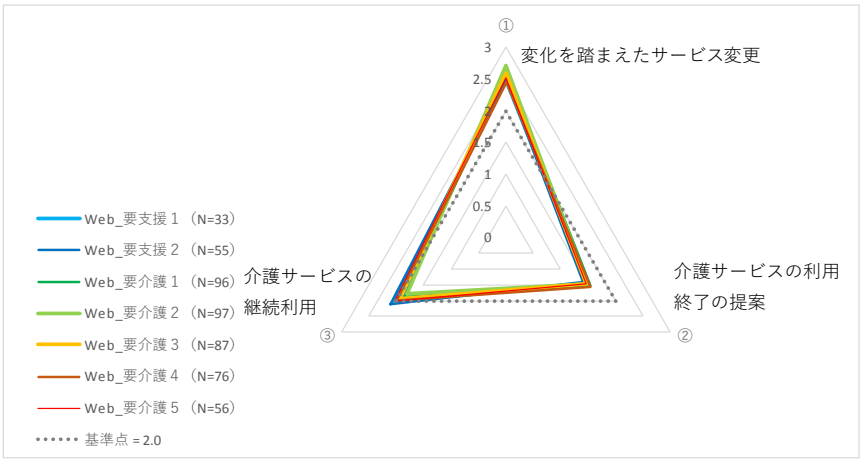
図表 3-27　サービスの評価と終了－利用者調査票―記入者別



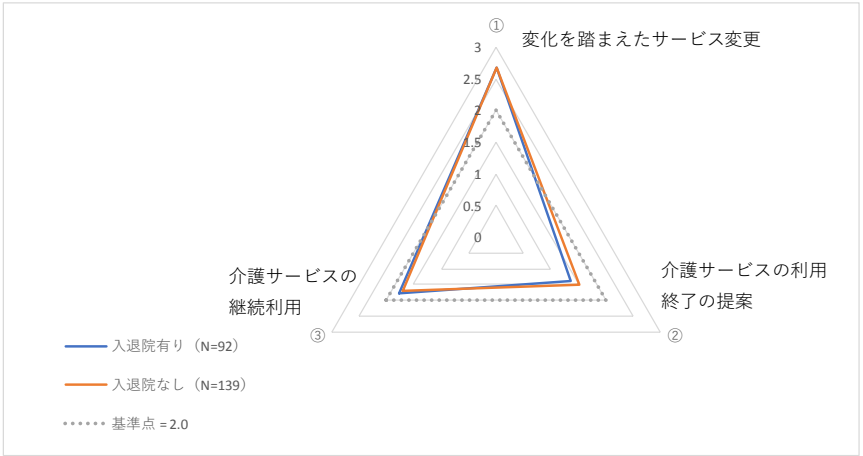
図表 3-28　サービスの評価と終了－利用者調査票―要介護度別（郵送）



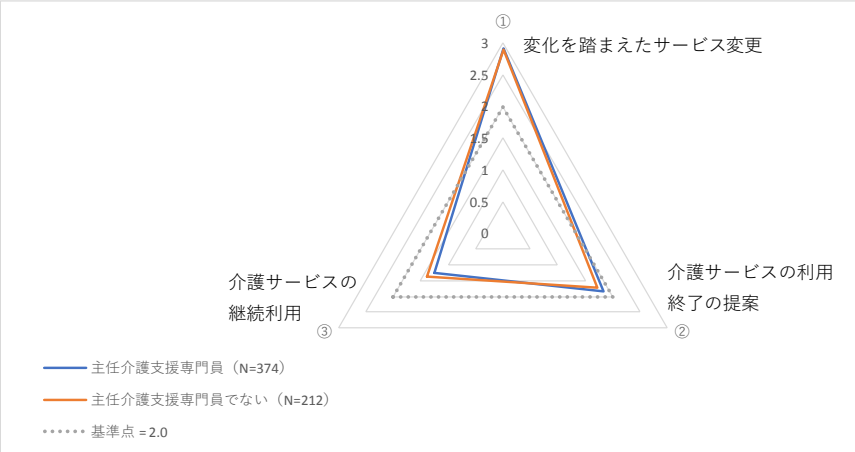
図表 3-29　サービスの評価と終了－利用者調査票―要介護度別（Web）



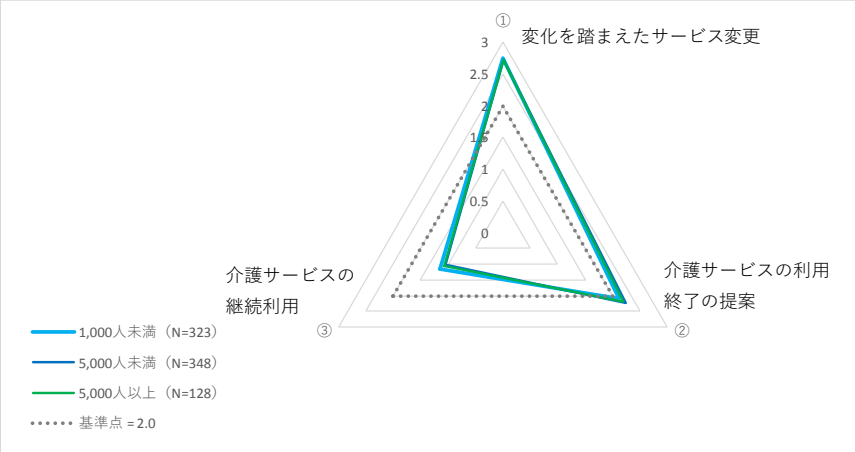
図表 3-30　サービスの評価と終了－利用者調査票―入退院の有無別



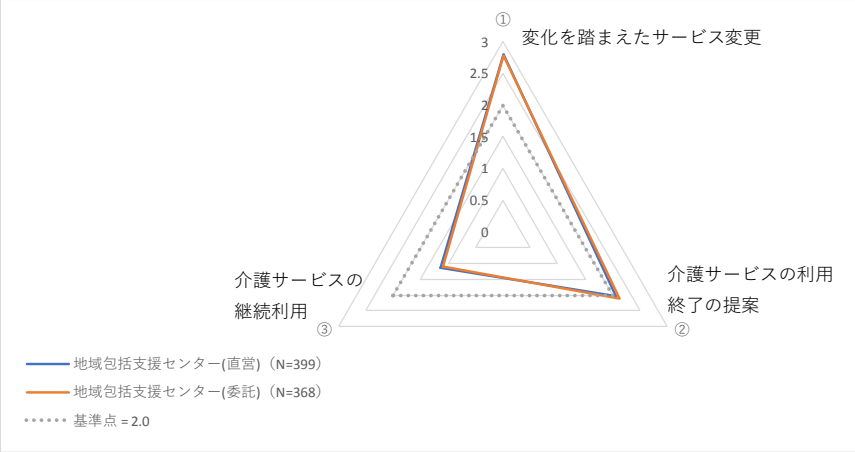
図表 3-31　サービスの評価と終了－ケアマネジャー調査票―
主任介護支援専門員の有無別



図表 3-32　サービスの評価と終了－保険者調査票―要介護認定者数の規模別



図表 3-33　サービスの評価と終了－地域包括支援センター調査票―直営・委託の別



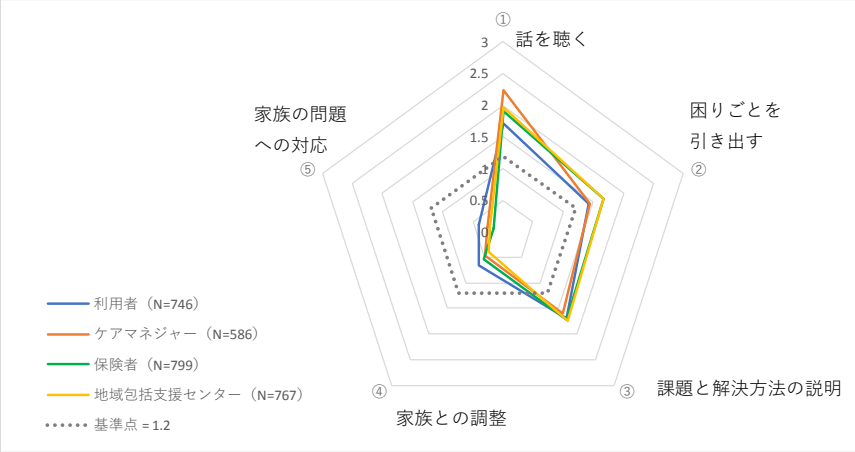
５）相談とコミュニケーションについて

相談とコミュニケーションについて、立場別では利用者は「①話を聴く」をより重要と回答する割合は他の立場に比べて低かった。地域包括支援センターは「②困りごとを引き出す」をより重要と回答する場合が多かった（図表 3-34）。

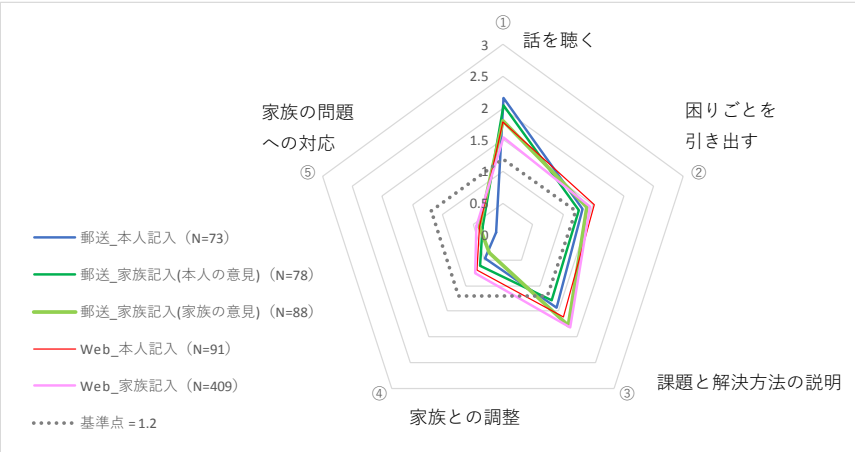
主任介護支援専門員の有無別では主任介護支援専門員は主任ではない介護支援専門員と比べて「③課題と解決方法の説明」をより重要と回答する人の割合が高かった（図表 3-39）。

保険者の要介護認定者数の規模別では、1,000 人以上の保険者では 1,000 人未満の保険者と比べて「②困りごとを引き出す」をより重要と回答する場合が多かった（図表 3-40）。

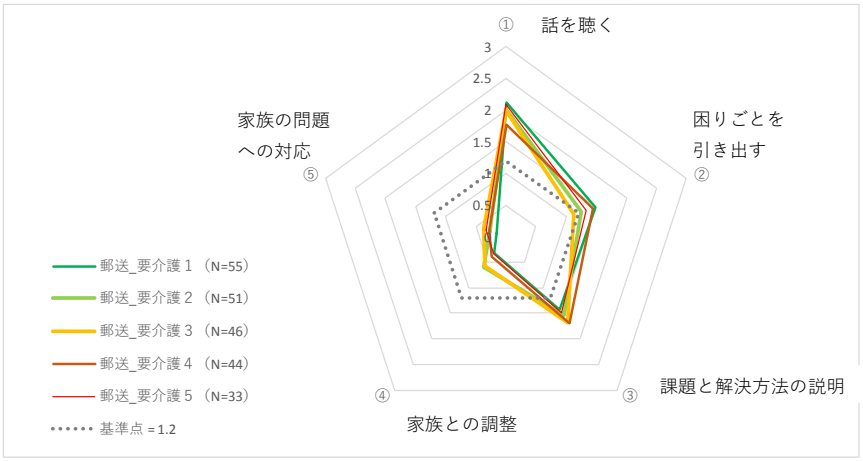
図表 3-34　相談とコミュニケーション－立場別



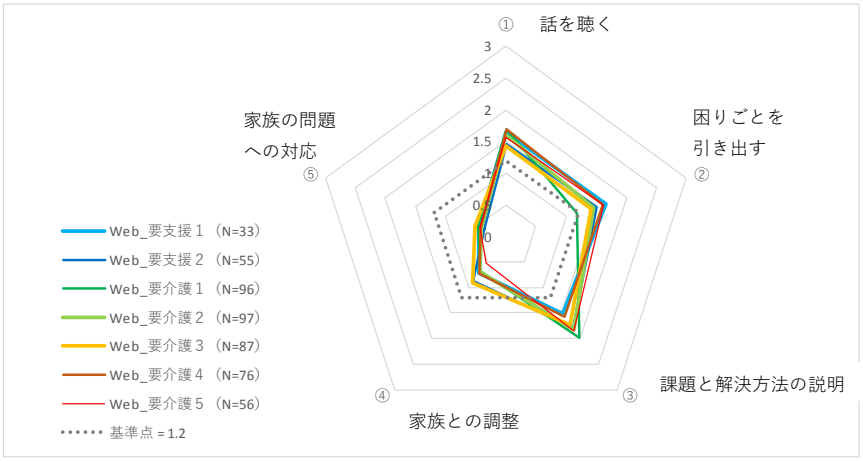
図表 3-35　相談とコミュニケーション－利用者調査票―記入者別



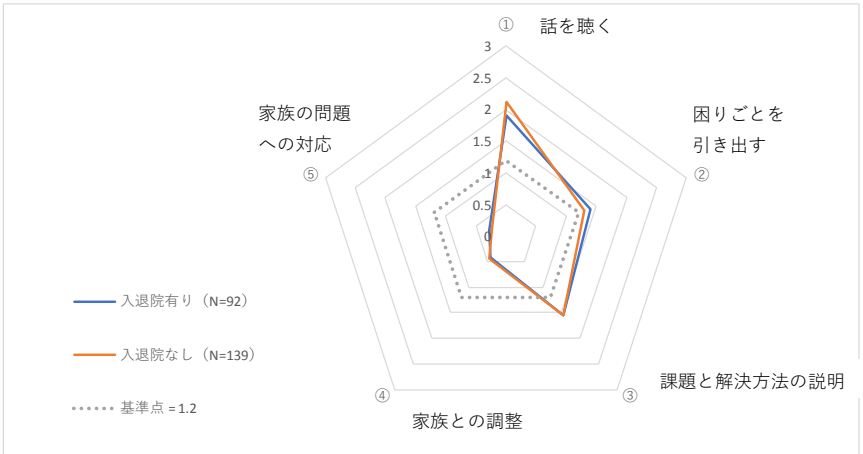
図表 3-36　相談とコミュニケーションー利用者調査票―要介護度別（郵送）



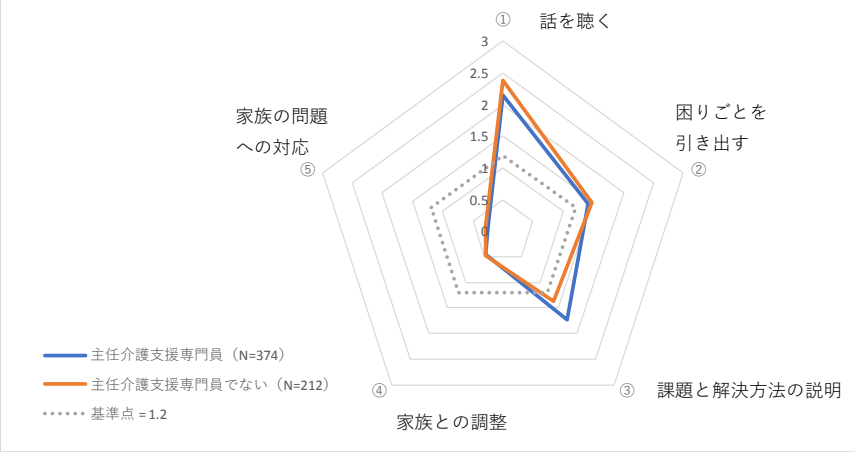
図表 3-37　相談とコミュニケーションー利用者調査票―要介護度別（Web）



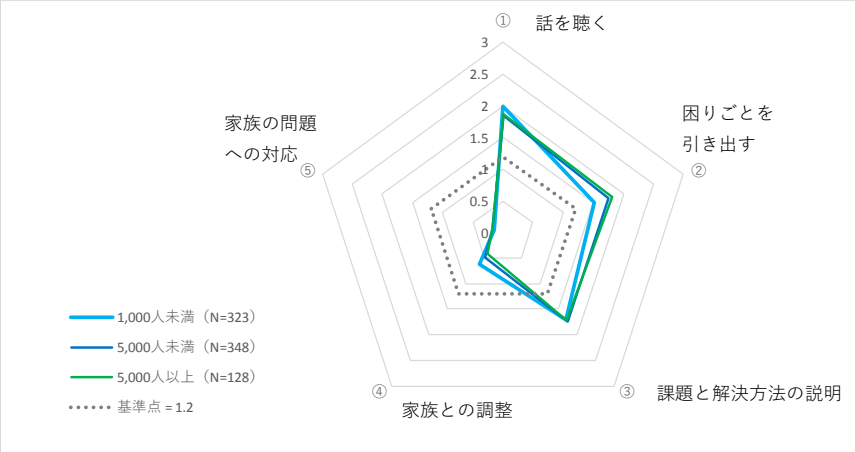
図表 3-38　相談とコミュニケーションー利用者調査票―入退院の有無別



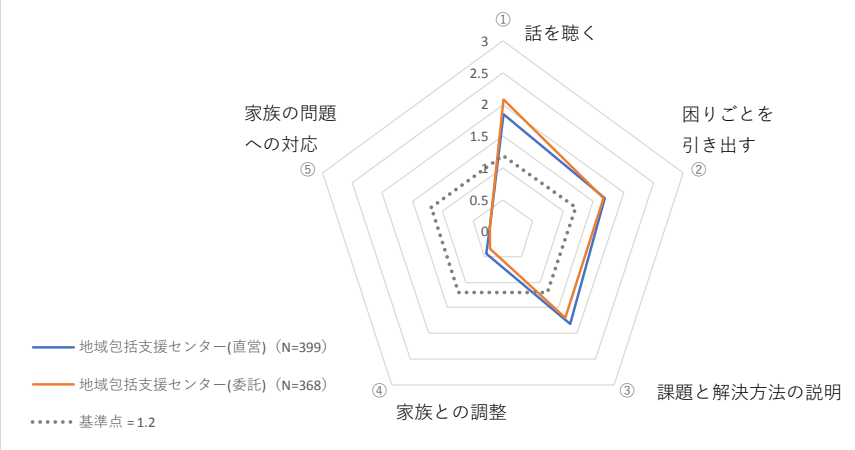
図表 3-39　相談とコミュニケーションーケアマネジャー調査票―
主任介護支援専門員の有無別



図表 3-40　相談とコミュニケーションー保険者調査票―要介護認定者数の規模別



図表 3-41　相談とコミュニケーションー地域包括支援センター調査票―
直営・委託の別



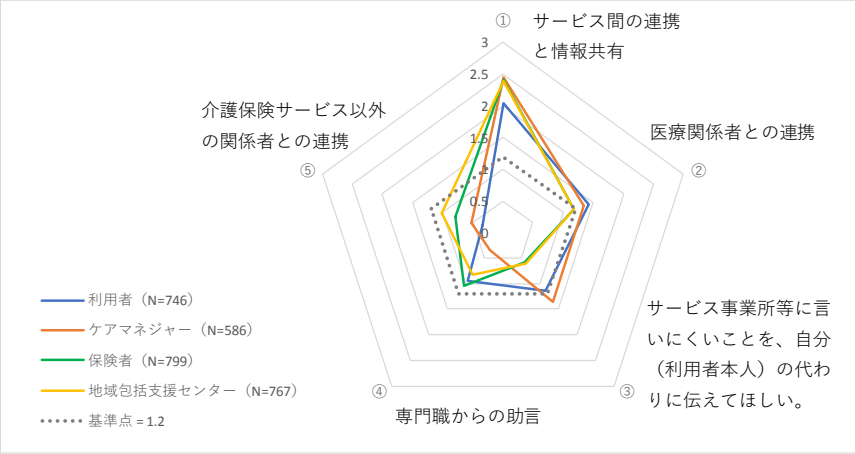
６）関係者との連携について

関係者との連携について、立場別では利用者は「⑤介護保険サービス以外の関係者の連携」について他の立場に比べて、より重要と回答する人の割合は低かった。ケアマネジャーは「④専門職からの助言」について他の立場に比べて、より重要と回答する人の割合は低かった。保険者と地域包括支援センターは「③サービス事業所等に言いにくいことを、利用者の代わりに伝えて欲しい」について、利用者とケアマネジャーに比べて、より重要と回答する人の割合は低く、「⑤介護保険サービス以外の関係者の連携」について利用者とケアマネジャーに比べて、より重要と回答する人の割合は多かった。

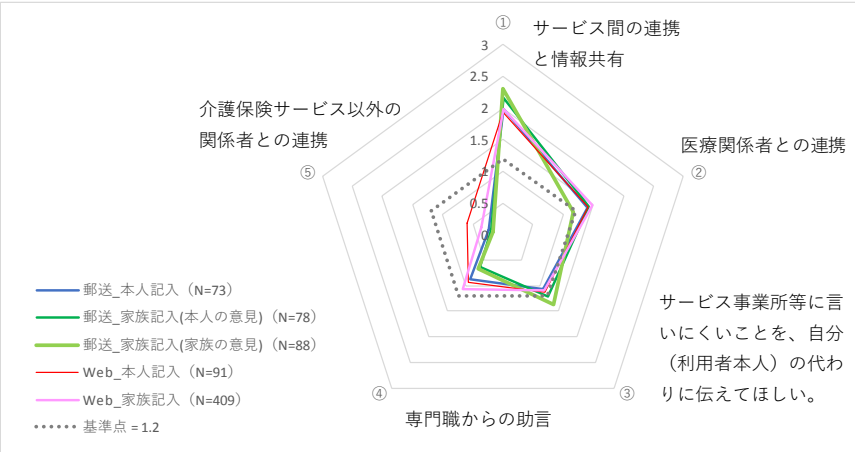
郵送調査の要介護度別では、「②医療関係者との連携」について重度になるほどより重要と回答する人の割合が多かった（図表 3-44）。

保険者の要介護認定者数の規模別では 1,000 人未満の保険者は 1,000 人以上の保険者と比べて「③サービス事業所等に言いにくいことを、利用者本人の代わりに伝えて欲しい」をより重要と回答する割合が高かった（図表 3-48）。

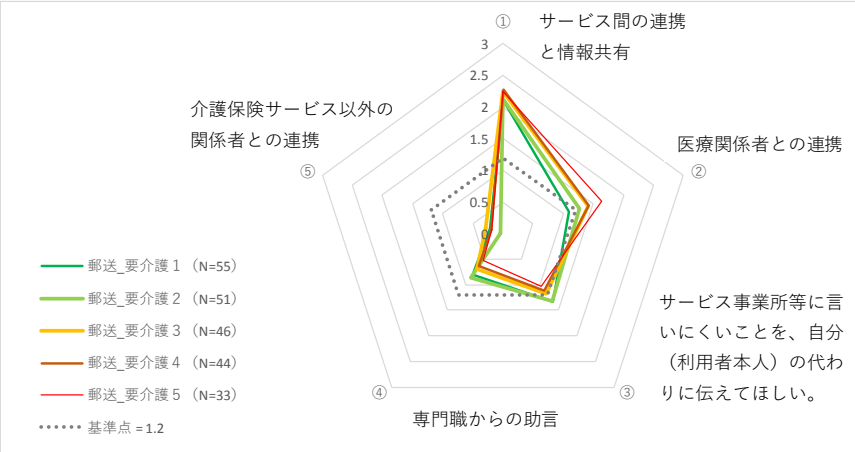
図表 3-42　関係者との連携－立場別



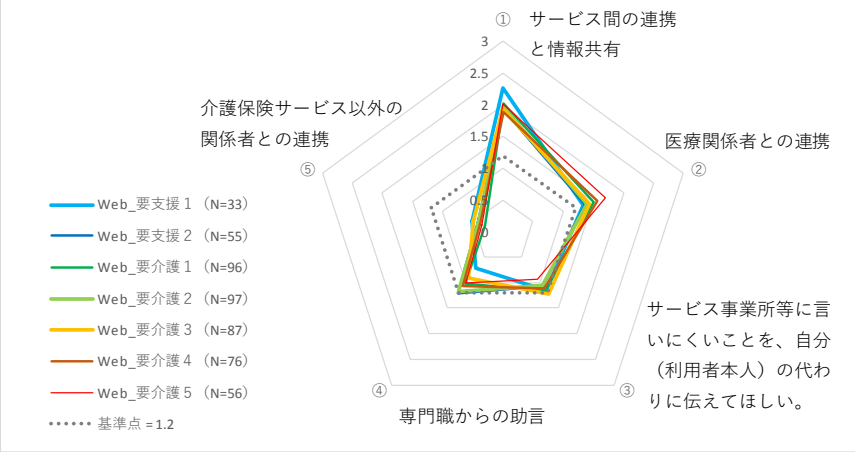
図表 3-43　関係者との連携－利用者調査票―記入者別



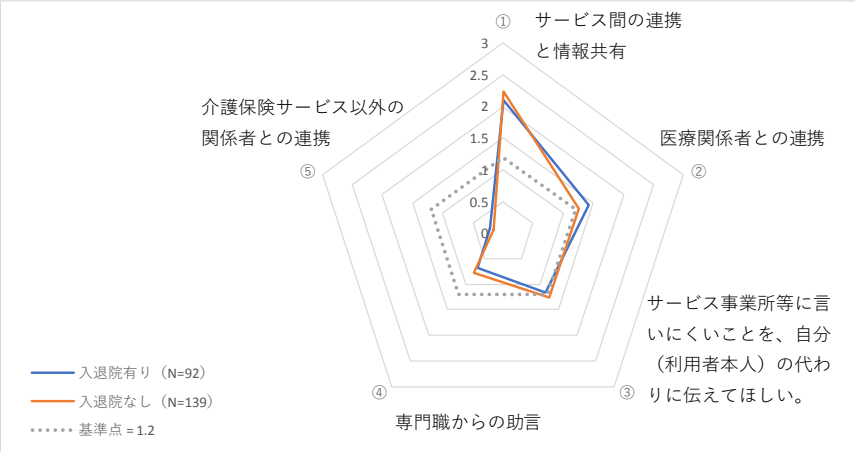
図表 3-44　関係者との連携－利用者調査票―要介護度別（郵送）



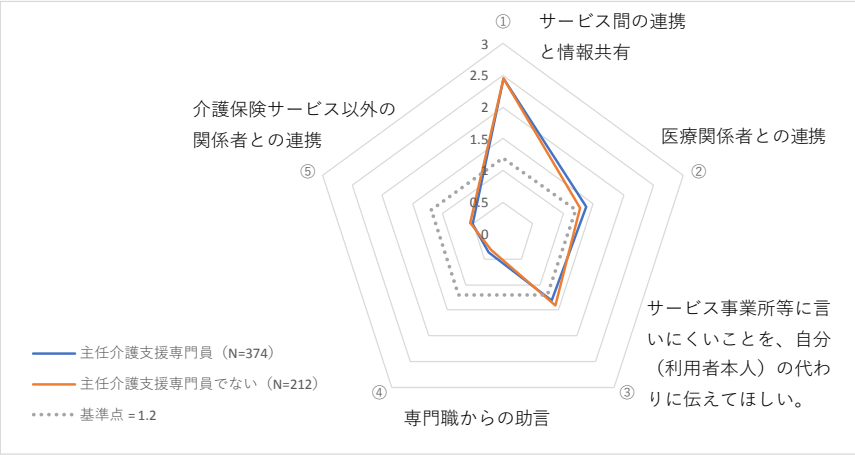
図表 3-45　関係者との連携－利用者調査票―要介護度別（Web）



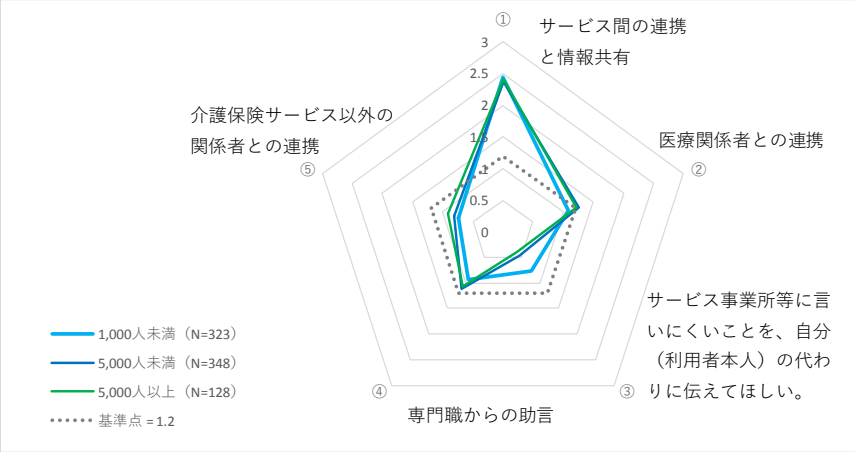
図表 3-46　関係者との連携－利用者調査票―入退院の有無別



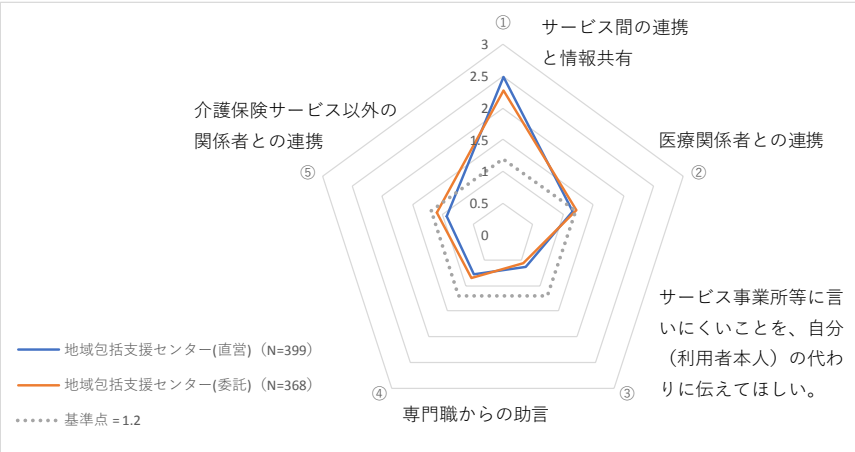
図表 3-47　関係者との連携－ケアマネジャー調査票―主任介護支援専門員の有無別



図表 3-48　関係者との連携－保険者調査票―要介護認定者数の規模別



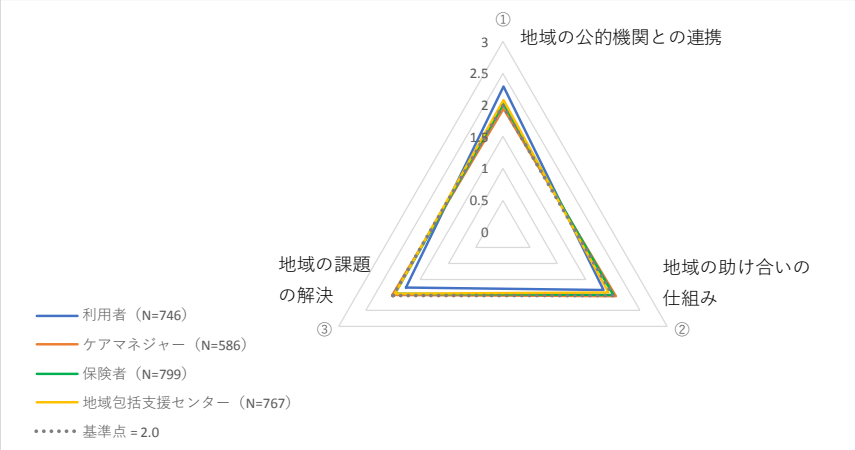
図表 3-49　関係者との連携－地域包括支援センター調査票―直営・委託の別



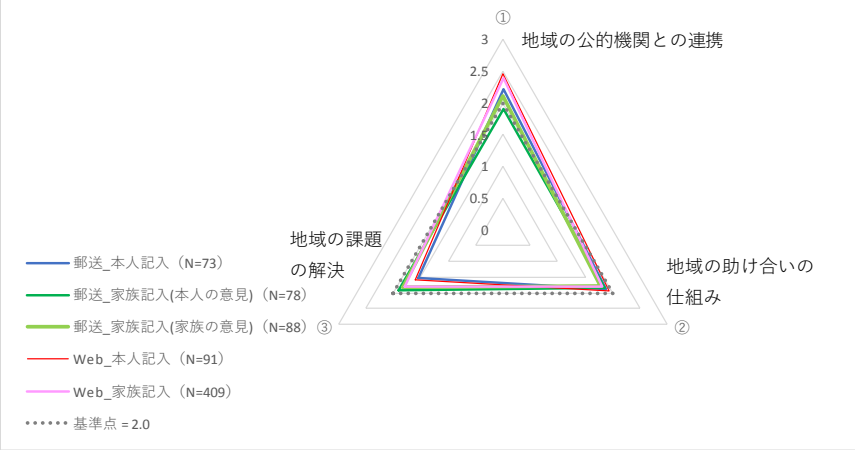
7）地域づくりについて

地域づくりについては、立場別では利用者は他の立場に比べて「①地域の公的機関との連携」をより重要と回答する人の割合が多かった（図表 3-50）。利用者調査票の記入者別において、家族は利用者本人に比べて「③地域の課題解決」をより重要と回答する人の割合が高かった（図表 3-51）。

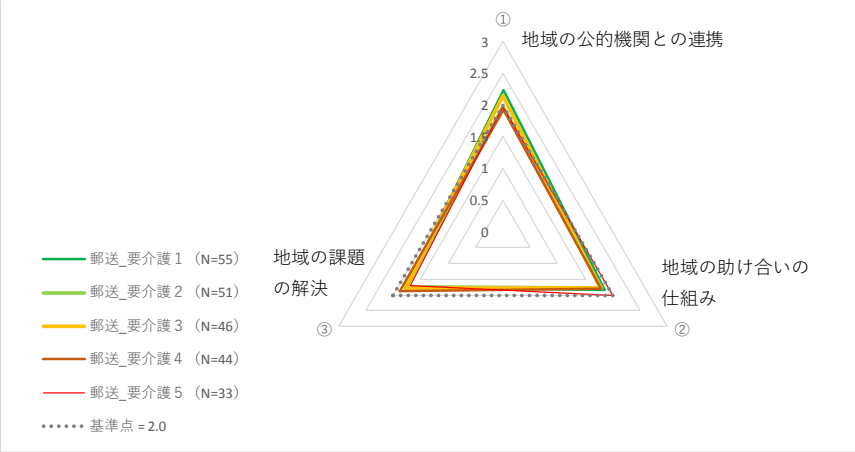
図表 3-50　地域づくりー立場別



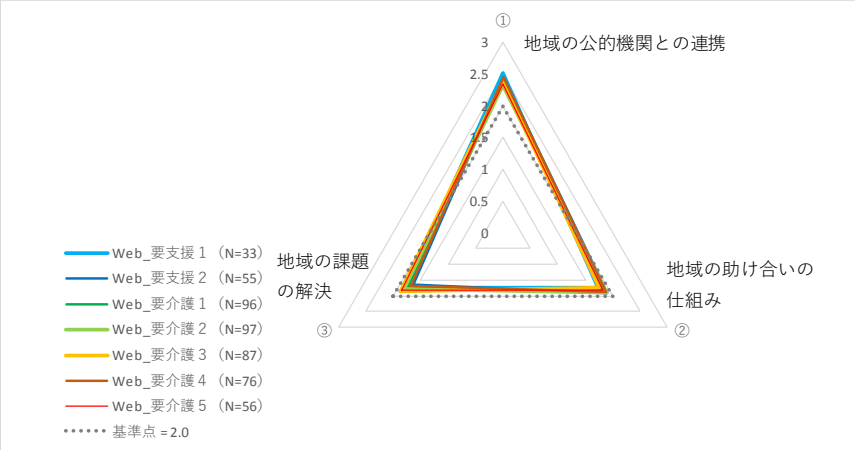
図表 3-51　地域づくりー利用者調査票―記入者別



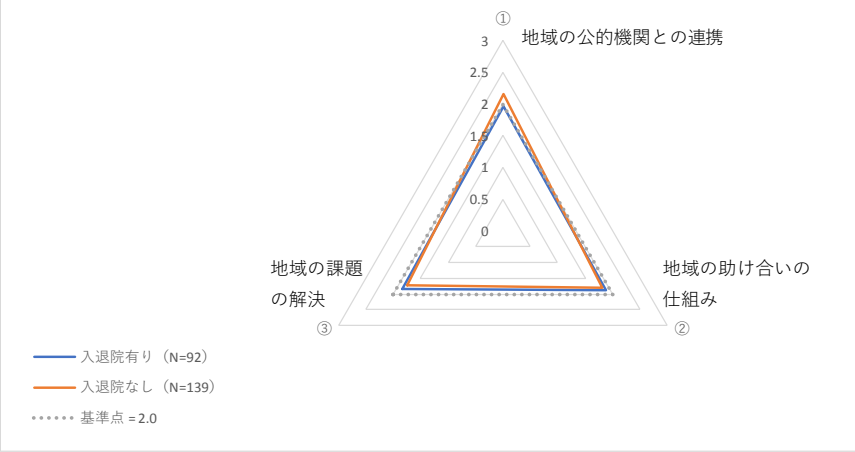
図表 3-52　地域づくり－利用者調査票―要介護度別（郵送）



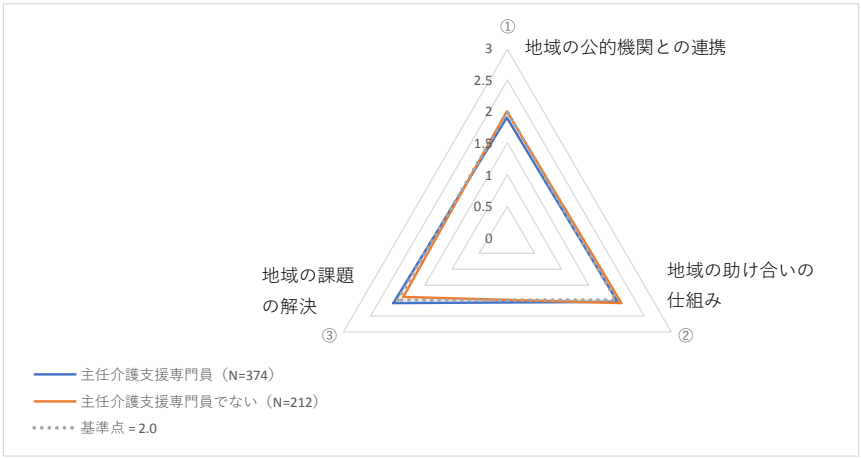
図表 3-53　地域づくり－利用者調査票―要介護度別（Web）



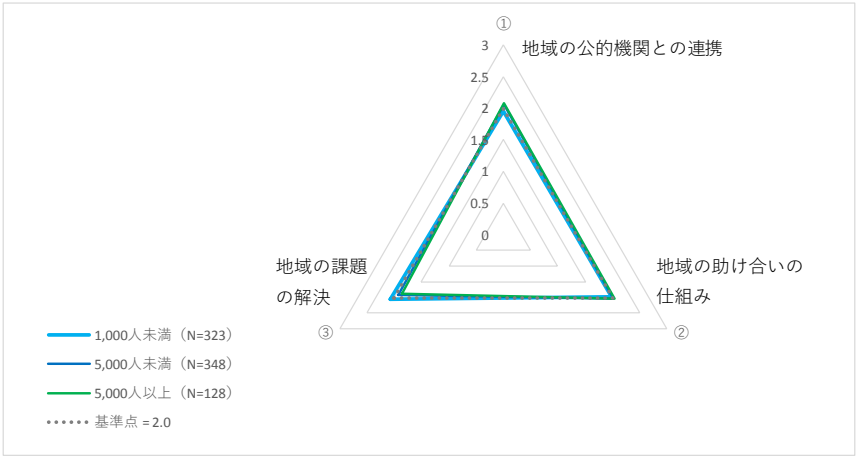
図表 3-54　地域づくり－利用者調査票―入退院の有無別



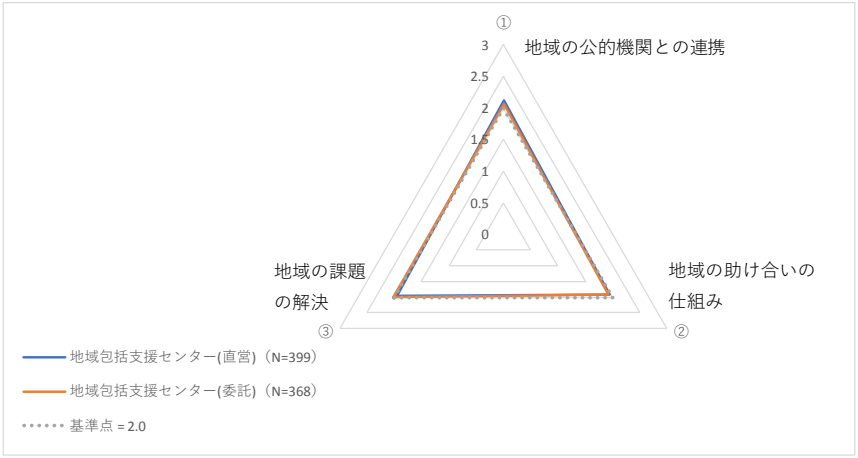
図表 3-55　地域づくりーケアマネジャー調査票―主任介護支援専門員の有無別



図表 3-56　地域づくりー保険者調査票―要介護認定者数の規模別



図表 3-57　地域づくりー地域包括支援センター調査票―直営・委託の別

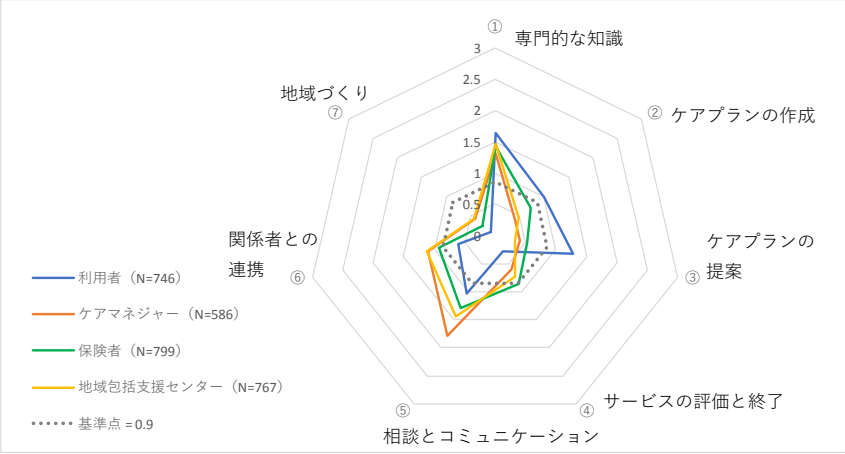


８）各設問の重要度について

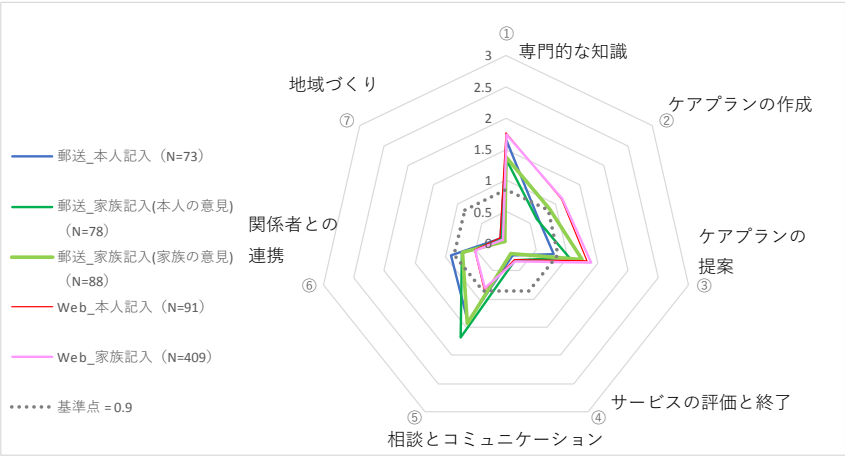
本項目は、前掲の１）から７）までの各項目について、回答者において重要なものから上位３位まで尋ねている。前掲の１）から７）の項目と同様に、１位の場合は３点、２位の場合は２点、３位の場合は１点、４位以降の場合は０点として各項目の平均点を計算している。

各設問の重要度について、立場別では、利用者は「①専門的な知識」「②ケアプランの作成」「③ケアプランの提案」において、他の立場に比べてより重要と回答する人の割合は高かった。ケアマネジャーと地域包括支援センターは、利用者と保険者と比べて「⑤相談とコミュニケーション」と「⑥関係者との連携」をより重要と回答する場合の割合が高かった。

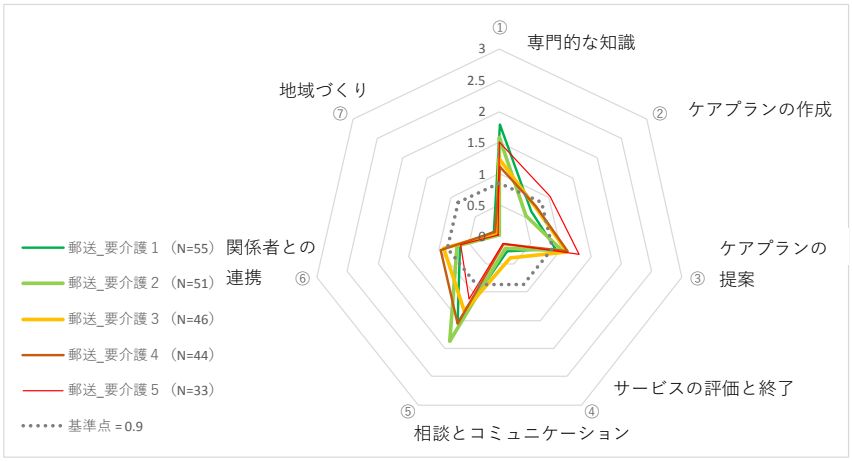
図表 3-58　各設問の重要度－立場別



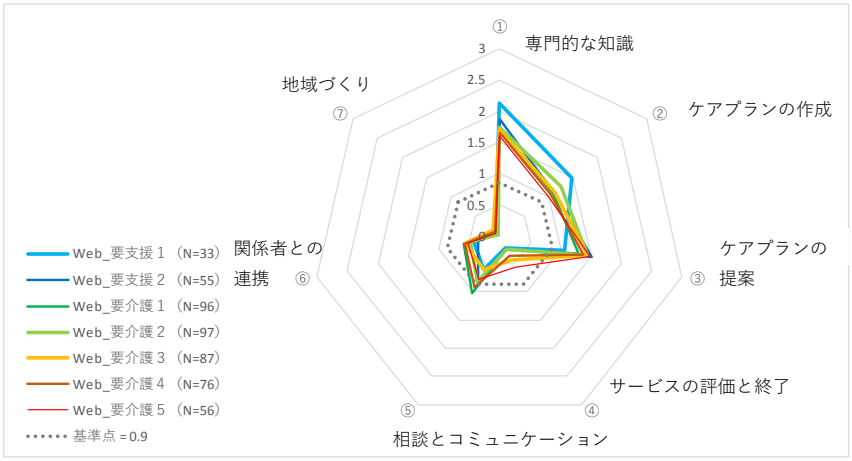
図表 3-59　各設問の重要度－利用者調査票―記入者別



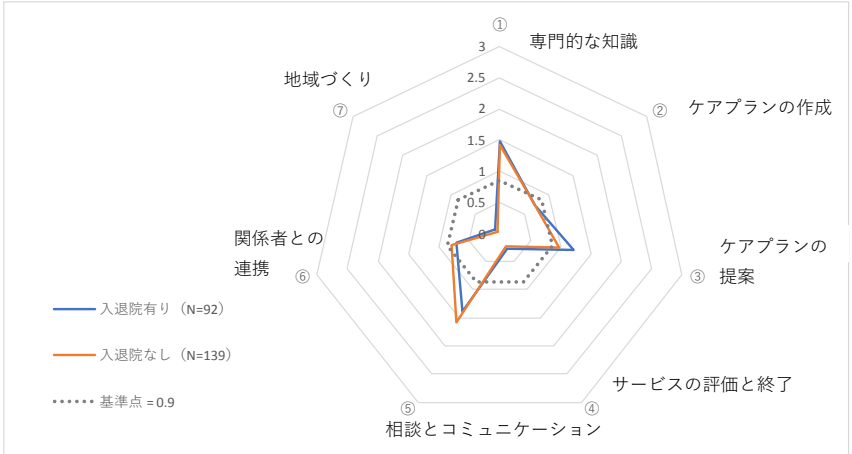
図表 3-60　各設問の重要度－利用者調査票―要介護度別（郵送）



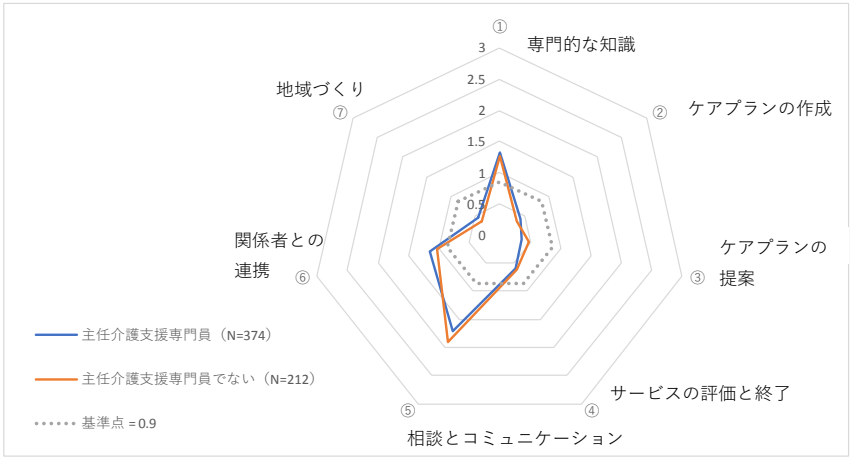
図表 3-61　各設問の重要度－利用者調査票―要介護度別（Web）



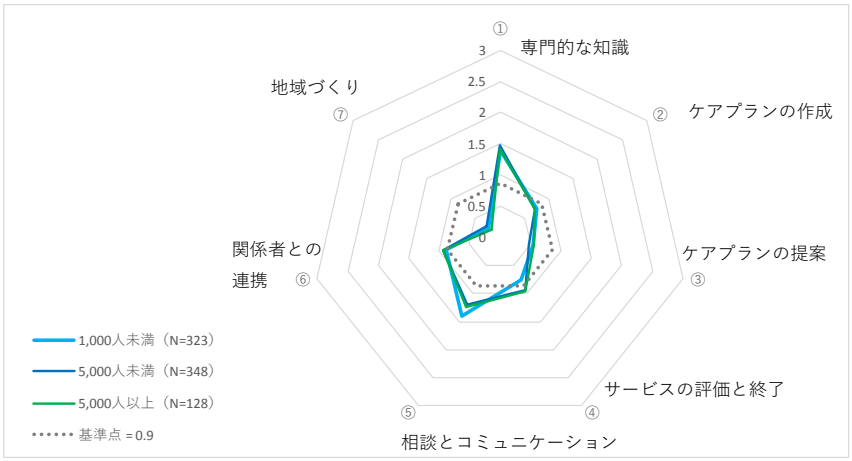
図表 3-62　各設問の重要度－利用者調査票―入退院の有無別



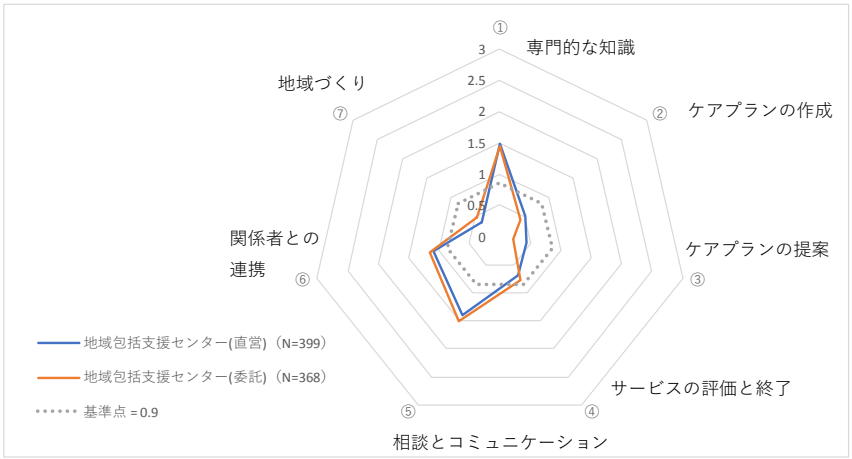
図表 3-63　各設問の重要度－ケアマネジャー調査票―主任介護支援専門員の有無別



図表 3-64　各設問の重要度－保険者調査票―要介護認定者数の規模別



図表 3-65　各設問の重要度－地域包括支援センター調査票―直営・委託の別



3.2. 文献調査

3.2.1. 目的

地域共生社会における全世代対応型のケアマネジメントの考え方に最も近いと考えられる「ケースマネジメント」について文献調査を行い、定義の援用または、より適切な定義を設定することを目的とする。

3.2.2. 調査方法・調査対象

ケアマネジメントに関する基本的な文献について、内容を確認した。

図表 3-66　調査対象の文献

No.	著者	タイトル	出所・年次
1	メリー・リッチモンド 訳： 小松　源助	What is social case work? ソーシャル・ケース・ワークとは何か	中央法規出版社・1991 年 5 月初版
2	白澤　政和	ケースマネジメントの理論と実際―生活を支える援助システム―	中央法規出版社･1992 年 10 月初版
3	野中　猛	図説ケアマネジメント	中央法規出版　1997 年 8 月初版

3.2.3. 調査結果まとめ

文献1では、ケースマネジメントの対象を「人間関係において問題が生じる人」とし、ケースマネジャーは、「解決者としての役割」が求められていると定義している。
文献2、3では、ケースマネジメントが必要となった背景は、施設内で生活する人の援助から地域社会で生活する人の援助へと変移があり、生活困難者の多様なニーズを満たすため、地域社会に散在する社会資源をパッケージ化する必要が生じると述べられている。また、文献2では、加えて以下の図の背景等からケースマネジメントの必要性を述べられている。

社会的背景
①施設福祉から在宅福祉への転換によるニーズ充足のパッケージ化 ②要援護者のニーズの重複 ③要援護者のニーズの多様化・高度化 ④社会福祉サービス供給主体の多元化 ⑤家族機能の低下 ⑥低成長期における社会福祉財源の緊縮 ⑦縦割り行政の克服

⑧サービス供給の重複・漏れ防止 ⑨社会福祉援助方法の関心の関係調整への移行
要援護者の課題
①要援護者のニーズの重複 ②要援護者の各種サービス認知・利用率の低さ
社会資源の課題
各種のサービスや支援を調整する機能がない

また、ケースマネジメントは、アセスメント（洞察）で状態を見極めることと、関係各者へ働きかけ調整（ケアプラン作成）することがが重要であることが上記の3文献より提言されている。文献2よりケースマネジメントは、援護者の複数のニーズを顕在化し、点在する地域の社会資源を結びつけることと提言している。

文献1よりケースマネジメントは、問題がある個人の本質の課題を発見し、社会参加を補助し、本人のパーソナリティの発達を促すことでケアの実施が可能と提言している。

3.2.4. 詳細

図表 3-67　文献 1

1. 文献タイトル	What is social case work?　ソーシャル・ケース・ワークとは何か
2. 著者	メリー・リッチモンド/小松源助訳
3. 出所・年次	1922 年/（日本語訳版）中央法規出版　1991 年 5 月
4. 論文概要	ソーシャル・ケース・ワークは、大きく洞察と行為の 2 項目に分けられ、以下の 4 つの項目の組み合わせであることを提言してる。4 つの項目とは、「A.個性と個人的特長への洞察」「B.社会環境の資源、危険、影響についての洞察」「C.心から心へ働きかける直接的活動」「D.社会環境を通じて働きかける間接的活動」としている。また、「ソーシャル・ケース・ワークは人間と社会環境との間を個別に、意識的に調整することを通してパーソナリティを発達させる諸過程からなり立っている。」と述べられ、「最後に、ソーシャル・ケース・ワークの最高基準はパーソナリティの成長である」と提言している。「ソーシャル・ケース・ワークの治療の根底は、社会参加への補助的なもの」とし、「洞察に基づき、採用された計画が適切で、最も関わっている人々の関心と協力を得られるように働きかけることが出来るように調整できるならばソーシャルワークは有効に働く」と提言している。
5. 本事業への活用方法	ケースマネジメントの対象は全人類としており、社会参加を促すことが、パーソナリティを発達させるきっかけになることを前提にケースマネジメントを実施することが重要である。また、対象者に哀れみを持ち

	多くを援護するのでは無く、あくまで社会参加への補助的な役割が非援護者のパーソナリティの発達を促すことが出来る。
6. ケースマネジメントの概念	「ソーシャル・ケース・ワークは人間と社会環境との間を個別に、意識的に調整することを通してパーソナリティを発達させる諸過程からなり立っている。」と述べられている。
7. 対象者	人間全般。
8. 機能・役割	人間と社会環境との間を個別に、意識的に調整する役割。

※鍵括弧内は、引用。

図表 3-68　文献 2

1. 文献タイトル	ケースマネジメントの理論と実際―生活を支える援助システム―
2. 著者	白澤　政和
3. 出所・年次	中央法規出版社・1992 年 10 月初版
4. 論文概要	ケースマネジメントの役割､機能について説明をした上でケースマネジメントの必要性について訴求している｡ケースマネジメントに必要となる要素を分解した上で､ケースマネジャーを教育していく方法について述べられている｡またケースマネジメントについて､事例を紹介した上でケースマネジメントを①仲介者モデル､②サービス管理モデル､③管理ケアモデルと３モデルに分解し､今後求められるケースマネジメントについて提案している。今後日本において､「③（管理ケアモデル）のような日本ですべての対象者へのケースマネジメント期間は公的財源で実施されるもので窓口が一本化される方向性」を模索していく必要がある、と述べられている。
5. 本事業への活用方法	本書では､ケースマネジメントの事例を障害者をも含めたケースマネジメントが望ましいことを前提に高齢者を対象とした事例として､「老人福祉の領域で、理想的なケースマネジメント実施機関としては､「すべての高齢者を対象者とし､相談機能を核にしており､専門の相談員が配置され、サービス利用の決定期限を有している機関」が望ましい」」と述べている。居宅介護支援事業所は、以上のうち、相談機能、専門の相談員であることを満たしており､サービス利用に関しては介護保険の決定権があるため､ケースマネジメントを実施する機関としては優れている可能性があること、ケースマネジメントの向上についての記載もあり、将来的に、理想的なケースマネジメントの実施機関となりうる。
6. ケースマネジメントの概念	施設福祉サービスから在宅福祉への転換によるニーズの充足のパッケージ化が必要になり､在宅で生活している要援護高齢者を支援する場合には､地域に散在している社会的資源を寄せ集める必要がある。この役割をケースマネジャーが果たすことになる。
7. 対象者	ケースマネジメント援助を必要とする対象者についてはニーズが重複しているために１つ以上の社会資源を必要としている人が第一の条件である。もう一方の条件としては､それらの社会資源の利用方法を知らない人である。
8. 機能・役割	「問題解決者」「計画者」「サービス・コーディネータ」「評価者」「診断者」の 5 つをケースマネジャーの基本的な役割とする。

※鍵括弧内は、引用。

図表 3-69　文献 3

1. 文献タイトル	図説ケアマネジメント
2. 著者	野中　猛
3. 出所・年次	中央法規出版　1997 年 8 月初版
4. 論文概要	本誌では 2 つの章に分かれており、1 章では、ケアマネジメント本論として、ケアマネジメントの流れについて、インテーク～評価までのケアマネジメントサイクルにおける背景や考え方について理論化されている。2 章目では、ケアマネジメントの周辺知識について述べられている。
5. 本事業への活用方法	日本においてのケアマネジメントは、役割があいまいで自分の守備範囲を超えてサービスを提供することも見受けられるが、苦手とする領域は得意な人に任せて、しっかり引き継ぎをして、一方で自分の職務をしっかり果たすことが重要である、という考え方を今後のケアマネジメントのあり方として検討する。
6. ケースマネジメントの定義	生活に困難を抱える人が地域社会で生活をするには、①生活上のニーズを満たしてくれるサービスが広く散在していること、②複数のサービスをパッケージ化する必要があること、③時点により異なる課題に対応する必要がある等の課題があり、支援が必要になる。
7. 対象者	「ケアマネジメントを提供すべき対象は、地域社会において、長期的な障害や社会的不利をもち、自ら十分に援助を求めることができない方々である。身体障害、精神障害、難病などの慢性疾患、障害をもった高齢者、適応に困難のある外国人、いわゆる多問題家族や崩壊家族等が対象となる。」と述べられている。
8. 機能・役割	事例に対する具体的な支援を通して①様々な種類の支援を適切に組み合わせることにより、利用者の自立を促すこと、②地域コミュニティを創出することにより、地域の問題解決能力を向上する役割がある。

※鍵括弧内は、引用。

3.3. ケアマネジメントに関わる資格・職種に関する調査

3.3.1. 調査目的

他の専門職や、他国の相談援助を実施する専門職との学習量等を比較することを目的とする。

3.3.2. 調査方法・調査対象

社会福祉・医療分野の国家資格を選定し、管轄省庁及び職能団体のホームページなどを参考に分析した。

3.3.3. 調査結果

介護支援専門員の基礎資格（受験資格）は、社会福祉・医療分野の国家資格を有する者または特定の業務に 10 年以上従事する者とされている。基礎資格が多岐にわたるにも関わらず資格取得に関する学習時間は同一である。特定の業務に従事することで学習時間なしに介護支援専門員の受験資格を得ることも可能である（図表 3-70）。

医師免許の取得には、6年の学習期間と2年の卒後臨床研修期間が必要となる（図表 3-71）。その他社会福祉・医療分野の国家資格の取得は、学習時間に関しては異なるが、教育機関の卒業を前提としているものが多い（図表 3-70 図表 3-71 図表 3-72）。

また、社会福祉関係の相談員等の資格は、当該の分野における教育機関の卒業を必要とすることが多い（図表 3-73）。社会福祉主事任用資格は、日本において福祉事務所現業員として任用される者に要求される資格（任用資格）であり、社会福祉施設職員等の資格に準用されている（図表 3-74）。社会福祉事務所現業員として特定の分野に実務経験を積むことで上級資格を取得することが可能になり、専門分野を深めていくことが可能である（図表 3-75）。

他国においても同様に、ソーシャルワークに関係する職種に関しては、調査対象とした 8 カ国のうち日本、韓国以外の 6 ヵ国で、教育機関の卒業が要件となっている（図表 3-76 図表 3-77）。また、韓国では、公団の職員がケアマネジャーの役割をしており、職員が標準ケアプランを提供している（図表 3-77）。

図表 3-70　介護支援専門員と医療・福祉関連の国家資格等の比較（１／３）

資格名	介護支援専門員	介護福祉士	社会福祉士	精神保健福祉士	社会福祉主事任用資格
教育機関	実務研修	①養成施設 ②実務＋養成施設	①一般養成施設 ②短期養成施設 ③福祉系大学等	①一般養成施設 ②短期養成施設	①一般養成施設 ②短期養成施設 ③福祉系大学等
養成時間	87 時間	①1800 時間 ②実務経験 3 年以上 ＋600 時間	①1200 時間 ②660 時間 ③福祉系大学卒業＋18 単位	①1200 時間 ②720 時間	①大学卒業＋特定３科目 ②一般養成機関において 22 科目 1500 時間 ③社会福祉士、精神保健福祉士等
受験資格	国家資格保有＋5 年以上の実務経験等　もしくは 10 年以上特定の業務に従事	養成施設等を卒業 もしくは 3 年以上の実務経験＋養成施設で学習	養成施設等を卒業	養成施設等を卒業	―
上級資格	主任介護支援専門員	―	①認定社会福祉士 ⇒認定上級社会福祉士	―	―
上級資格取得方法	専門研修課程Ⅰ（56h）Ⅱ（32h） 主任介護支援専門員研修（70h）	―	認められた機関での研修（30 単位） ⇒研修 60 単位＋試験合格	―	―

厚労省のＨＰより　援護局　参考資料４　国家資格関係資料　参照

社会福祉士、精神保健福祉士、保健師、介護支援専門員の学習時間の比較。

http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000104545.pdf

図表 3-71　介護支援専門員と医療・福祉関連の国家資格等の比較（２／３）

資格名	医師	歯科医師	薬剤師	看護師	保健師
教育機関	①大学医学部または医科大学（6年）＋卒後臨床研修（2年）＋生涯教育	①歯学正規課程（6年）＋卒後臨床研修（1年）	①薬学正規課程（6年）	①看護３年課程 ②大学等	①一般養成施設 ②大学等
養成時間（h）	卒前教育及び卒後教育	卒前教育及び卒後教育	①186単位以上	①3000時間 ②124単位以上等	①28単位 ②124単位以上等
受験資格	大学医学部または医科大学による進学課程：２年以上、専門課程：4年以上の一貫した専門教育（4500時間以上）を修了していること。ただし、5年であっても、5500時間以上の一貫した専門教育を受けている場合。（または地域枠）	卒前教育として大学歯学部または医科歯科大学（6年制）による進学課程：2年以上、専門課程：4年以上の一貫した専門教育（4500時間以上）を受けていること。 ただし、5年であっても、5500時間以上の一貫した専門教育を受けている場合（または地域枠）	薬学教育課程（6年制）、薬科学学部を卒業または大学院博士課程（4年博士）	大学看護学部、医科大学またが看護大学または、養成施設等を卒業	看護師国家試験合格＋養成施設等を卒業
上級資格	①専門学会認定専門医	—	—	①専門看護師 ②認定看護師	—
上級資格取得方法	専門医資格、 総合診療専門医 M.D.、PhD、米	—	—	①大学院課程修了 ②認定看護教育課程（600時間）＋試験合格	—

●厚生労働省 HP　参照

医師国家試験受験資格認定について

歯科医師国家試験受験資格認定について

図表 3-72　介護支援専門員と医療・福祉関連の国家資格等の比較（３／３）

資格名	理学療法士	作業療法士	公認心理師
教育機関	①大学 ②専門養成施設 3 年 ③専門養成施設 2 年（作業療法士取得者）	①大学 ②専門養成施設 3 年	①大学及び大学院 ②経過措置 心理専門職として実務経験 5 年以上かつ指定する現任者講習会課程を修了した者　等
養成時間（h）	①124 単位以上等 ②93 単位以上等	①124 単位以上等 ②93 単位以上等	①124 単位以上等
受験資格	・養成施設等を卒業	・養成施設等を卒業	・養成施設等を卒業 ・大学で主務大臣指定の心理学等に関する科目を修め、卒業後一定期間（2 年以上）の実務経験を積んだ者等 ・主務大臣が①及び②に掲げる者と同等以上の知識及び技能を有すると認めた者
上級資格	①認定作業療法士 ②専門作業療法士	①認定作業療法士 ②専門作業療法士	―
上級資格取得方法	①新人教育プログラム修了者で、1 つの専門分野に登録し 2 年以上経過し、かつ指定の研修を修了 ② ・新人教育プログラム修了者または免除者であること。 ・専門分野（旧専門領域研究部会）登録後 5 年以上経過していること。 ・専門理学療法士申請のための履修要件に沿った 560 ポイントを取得していること	①指定された期間での研修を修了し、事例報告の提出を修了していること ②専門作業療法士は認定作業療法士取得後、指定された機関での研修＋試験	―

出典：
厚生労働省　第 1 回理学療法士・作業療法士学校養成施設カリキュラム等改善検討会資料 http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000169001.pdf
理学療法士協会　http://www.japanpt.or.jp/general/aim/physicaltherapist/
作業療法士　『作業療法ガイドライン』公認心理師　http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000116049.html

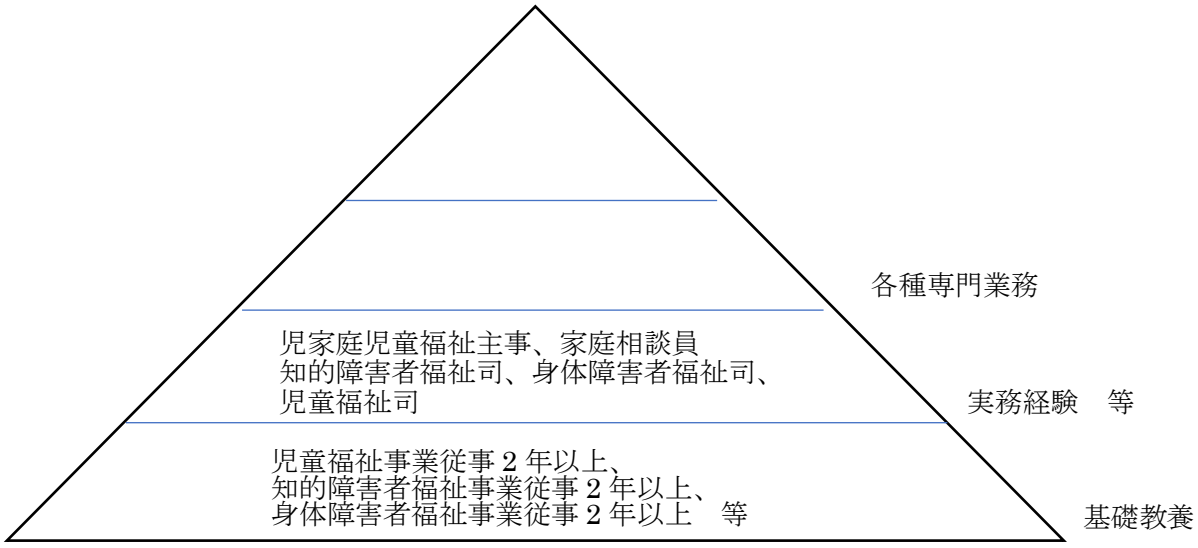
図表 3-73　社会福祉事業の対象と相談員資格等の比較

対象者	高齢者	ひとり親家庭の母・父	身体障害者	精神障害者	貧困者
相談員名称	介護支援専門員	母子・父子自立支援員	障害者相談支援専門員	精神保健福祉士	生活保護面談相談員
資格等	介護支援専門員	なし （社会福祉主事任用資格、等が求められることもある）	障害者相談支援専門員	精神保健福祉士	社会福祉主事任用資格
資格要件	介護支援専門員資格に基づく	社会福祉主事任用資格に基づく	3 年～10 年の障がい者支援の実務経験及び相談支援従事者研修の修了	精神保健福祉士資格に基づく	社会福祉主事任用資格に基づく
根拠法	介護保険法	母子及び父子並びに寡婦福祉法	障害者自立支援法	精神保健福祉法	生活保護法
備考	―	地方公務員として多くが福祉事務所に所属	―	―	―

図表 3-74　社会福祉主事の上級資格へのイメージについて

<table>
<tr><td>１社会福祉主事について</td><td>社会福祉主事とは、福祉事務所現業員として任用される者に要求される資格（任用資格）であり、社会福祉施設職員等の資格に準用されている。</td></tr>
<tr><td>２社会福祉主事の職務</td><td>社会福祉各法に定める援護または更生の措置に関する事務を行うために、福祉事務所には配置義務がある（福祉事務所のない町村には任意配置）。</td></tr>
<tr><td>３社会福祉主事任用資格の必要な職種　※すべて行政機関での職種</td><td>
<table>
<tr><td>福祉事務所</td><td>現業員、査察指導員、老人福祉指導主事、
家庭児童福祉主事［児童福祉事業従事２年以上等］、
家庭相談員［児童福祉事業従事２年以上等］、母子相談員</td></tr>
<tr><td>各種相談所</td><td>知的障害者福祉司[知的障害者福祉事業従事２年以上等]、
身体障害者福祉司[身体障害者福祉事業従事２年以上等]、
児童福祉司［児童福祉事業従事２年以上等］</td></tr>
<tr><td>社会福祉施設</td><td>施設長、生活指導員　等</td></tr>
</table>
※［　］内は、社会福祉主事任用資格に加えて必要な要件
</td></tr>
</table>

図表 3-75　社会福祉主事任用資格



図表 3-76　ケアマネジメントを軸に業務に従事している職種の国際比較（1/2）

国名	イギリス	スウェーデン	デンマーク	オランダ	ノルウェー
資格名	ケアマネジャー	ソシオノム（ソーシャルワーカー）	ホームドクター ケースワーカー	ケアワーカー/ ヘルスケアワーカー	ソシオノム（ソーシャルワーカー）
資格要件	①教育機関で職業資格（学士レベル）を取得 ②保健ケア資格委員会（HCPC※1）に登録。	①社会福祉系大学を修了 ②6ヶ月の現場実習 ③スウェーデン・ソーシャルワーカー国家連合（SSR※2）等の職業集団に所属。	①大学入学資格は、(1) 9ヶ月以上の職業経験、(2)高等学校卒業試験等に合格 ②国立の単科大学等を修了（3年間全日制）。	①16歳～18歳以降で２～３年の看護･介護の基礎職業訓練を修了 ②３～４年の専門教育を修了	・学士課程3年間 ・修士課程5年間
範囲	経済援護を除く保健医療福祉サービスを必要とするすべての人	社会サービスのケースワーカー、高齢者介護、精神障害、児童、家族問題、犯罪更正等	高齢者、障害その他サービス受給のニーズがある市民	障害、要介護者の医療介護が一元化されている。	社会福祉、育児、リハビリテーション、在宅ケア
所属	民間の営利・非営 利部門の事業者の方が多い	公務員が主体	公務員が主体	公務員が主体	公務員が主体
備考	「コミュニティーケア法」とケアマネジメント 保健医療福祉の一体化	ほとんどが公共部門に所属	国民１人１人にケースワーカーがいて、サービスが必要な際は相談できる。	ゼネラリスト地域看護師によるトータルケアという考え方もある。	卒業後、3年の業務経験を経て「ソシオノム」と名乗ることができる。

※１　The Health & Care Professions Council

※２　Sveriges Socionom Riksförbundet

図表 3-77　ケアマネジメントを軸に業務に従事している職種の国際比較（2/2）

国名	アメリカ	韓国	日本
資格名	ケースマネジャー/ ソーシャルワーカー	ケアマネジャー	介護支援専門員
資格要件	①社会福祉大学院を修了（学部コースもあるが少数派） ②約 2 年間、2,000 時間の現場実践 ③居住する州や全米ソーシャルワーカー協会(NASW※3）の所管する筆記・面接試験に合格	国民健康保険公団に就職（特に資格は求められない）	国家資格保有＋5 年以上の実務経験もしくは 10 年以上特定の業務に従事し、試験に合格
範囲	NASW メンバーの実践領域は 精神保健 33% 児童分野 16% 医療領域 13% 公的扶助領域 1%。	高齢者	介護保険制度（高齢者）
所属	民間の営利・非営 利部門の事業者の方が多い	公務員	民間および公務員
備考	ゼネラリストモデルという基礎知識としてのベースがありそれぞれの専門に特化している。	国民健康保険公団の職員が標準ケアプランを作成する。（拘束力なし）	高齢者の支援を介護保険以外を活用している介護支援専門員もいる。

※3　Natuional Association of Social Workers

（引用・参考文献）

・仲村優一・一番ヶ瀬康子編集委員会代表『世界の社会福祉』（旬報社、アメリカ 2000 年、イギリス 1999 年、スウェーデン・フィンランド 1998 年、デンマーク 1999 年）.
・海外社会保障研究 Summer2009 No167

4. まとめ

4.1. 得られた成果

4.1.1. 現状の課題と解決策に関する見解

検討委員会において、介護保険制度の課題として、利用者本位の意識、住まいの変更に影響されないケアマネジメントの連続性、介護支援専門員の貢献に関する評価、主任介護支援専門員の資質の向上に関する研修の内容、生活に立脚した必要な医療知識の習得に関する研修内容、地域ケア会議（５つの機能）の活用、介護支援専門員の存在意義に関するPRが挙がった。

ケアプランはあくまで利用者の立場に立ち、改めて利用者が自己決定できるよう保険者の助言内容がその利用者の自立支援に資すると考えた根拠を自ら責任をもって説明できるようにする必要がある。また、利用者が病院に入院している期間中、施設へ入所した後も継続的に支援する「かかりつけ介護支援専門員」を制度化できるよう報酬体系を見直すことも考えられる。また、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や、制度の範囲を越えて必要に応じたケアマネジメントを実施している場合について、介護支援専門員の処遇を適切に配慮できるように検討が必要である。

主任介護支援専門員の研修において、スーパーバイザーについては、「対人援助者監督指導」の科目があるが、スーパーバイズの概念を学ぶことばできても、スーパービジョンの技術を十分に取得できるまでの時間数は確保されていないため、スーパーバイズができる「主任介護支援専門員のリーダー」を養成する仕組みなどの制度化が必要と考えられる。併せてリーダークラスの養成を行える教育者も必要である。

地域・社会の課題として、医療関係者との連携の課題、中山間地域の課題、地域包括支援センターの課題が挙がった。医療介護連携に際して、介護支援専門員は介護分野の専門家として、医療分野の専門家の医療関係者と互いの役割を見極めながら連携することが望ましい。また、中山間地域において、介護支援専門員だけでなく、障害者福祉、生活困窮などの各分野の専門の相談支援を行っている職種の担い手が不足しており、ソーシャルワーカーや介護支援専門員を十分に配置できないため、より広い対象者に対して様々な課題に対応する人が求められる。また、地域包括支援センターは、居宅介護支援事業所が一事業所だけでは対応できないような困難なケースについて、地域のネットワークを活用するなど、中心的な役割を担うべきではないかという意見が挙がった。

介護支援専門員の属する組織の課題として、居宅介護支援事業所の課題と施設の課題が挙がった。実務経験の少ない介護支援専門員に対して、OJT の機会を十分に確保できない事業所がある場合には、支援が必要である。施設において、介護支援専門員の役割が不明確であることが挙がった。

介護支援専門員個人の課題に関して、資質に関わる課題の他に、利用者に起因する課題が挙がった。利用者に起因してケアマネジメントが難しい場合には、必要な支援が得られ

る必要がある。

介護支援専門員のアセスメント力向上のためには主任介護支援専門員の指導が重要である。スーパーバイズの能力を備えた主任介護支援専門員を育成することが求められる。１つの方向性として、主任介護支援専門員の中で、さらに日常生活圏域レベルでリーダーを担う人を育成し、市町村へ派遣することが考えられる。

人の希望を一定期間（たとえば５年間）継続できている介護支援専門員を評価できないか。たとえば、本人が在宅での暮らしを希望しており、在宅に留まり続けている場合は、介護支援専門員を評価できるのではないかとの意見や利用者本人や家族の満足度を評価するだけでなく、自治会長や民生委員を中心に地域全体で支えているケースについて、地域（チーム）の満足度を評価することが考えられる。介護支援専門員は、様々な役割を期待されているが、介護保険制度に定められている役割を果たすべきである。介護支援専門員は制度を活用・遵守し、介護給付費を管理する役割を担っており、今後もその重要性は変わらないと考えられる。

介護支援専門員は、利用者からケアプランを提案することを求められる。時には利用者や家族の意向に沿うだけでなく、倫理観を優先すべき場合がある。ケアプラン作成においては、根拠を持ってプランを提示することが必要である。

4.1.2. 今後の将来展望に関する見解

検討委員会において、地域共生社会のビジョンが解説され、個人や世帯が抱える複合的な課題や共に支え合うこと等の概念について共有された上で議論が展開された。

地域共生社会の実現を目指す上では、ケースマネジメントの対象は、地域におけるあらゆる世代の個人、世帯を含む必要があり、地域共生社会におけるケースマネジメントを実践するためには、幅広い領域と連携し、広い視野に立ったソーシャルワークの機能が求められる。他分野の制度との役割分担及び制度横断的なマネジメントが必要と考えられる。

今後のケースマネジャーのあり方について、現状の介護支援専門員は、ソーシャルワーカーとしての機能を担うことを期待されている。今後さらに対応する領域が広がり、就学や就労までの範囲について支援する必要が生じうる。支援領域の境界がなくなる中で、ケースマネジャーは、多職種と連携し、その多職種のチームを舵取りし、マネジメントする役割が望まれる。

今後のケースマネジャーに求められる知識や能力について、ソーシャルワークの知識・能力をベースとして、医療、介護、障害などの専門領域の知識を積み上げるという考え方もありうる。今後のケースマネジャーには、多職種のチームのメンバーが相互に連携しながら目標が達成されるよう、関係者への働きかけや調整を行う高度なマネジメント能力が重視されると考えられる。したがって、ケースマネジャーの要件として、マネジメント能力を位置づける必要があると考えられる。経験の蓄積による知見の広がりや習熟が重要となることから、海外のソーシャルワーカーの資格認定制度を参考に、わが国におけるケースマネジャーの資格要件は、一定年数の教育や研修等の修了に加え、研修期間としてカウントする一定の実践経験年数を必要とする等の検討の余地がある。

育成について、現在の介護支援専門員がケースマネジャーとなる方向性と、ケースマネジャーを新たに育成する方向性が考えられる。現在の介護支援専門員がケースマネジャーとなるためには、高齢者のケアマネジメントを専門としつつ、ソーシャルワーカーとしての機能、多職種と連携するための各領域の基本的な知識、多職種からなるチームや地域資源をマネジメントする能力等を習得することが必要となる。今後求められる新たなケースマネジメントに必要となる幅広い領域の知識を有し、多様な専門職間のネットワークの構築や連携、調整を行う新たな機能を担うケースマネジャーを養成する方向性も考えられるため、より実効性の高い方策について議論が必要である。

ケースマネジャーの資格制度や育成制度について、今後のケースマネジャー像を、広範かつ専門性の高い知識や能力を必要とする役割を担う人材として設定するのであれば、育成のための専門教育を充実させることや、必要に応じて国家資格とすることも検討する必要がある。今後求められるケースマネジメントの総合性を踏まえ、分野別、対象者別の相談支援制度について整理が必要となる。障害者相談支援専門員、児童家庭分野の相談員など、ケアマネジメントの機能を果たしている多様な専門職と介護支援専門員の位置づけの整理が必要である。

4.2. 今後の課題

今後、検討を積み重ねるべき課題を述べる。

4.2.1. 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に、スーパーバイザーとしての能力を高める研修が必要である。介護支援専門員に高度な医療知識が求められる場合は、専門的な教育課程が必要である。ただし、ケアマネジャーは介護保険制度の専門家であるべきで、医療知識については英字の略語等の最低限の知識があればよいという指摘もあり、学ぶべき医療知識についてはより具体的な検討が必要である。

○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や、制度の範囲を越えて必要に応じたケアマネジメントを実施している場合や、かかりつけケアマネジャーとして施設入所後も継続してケアマネジメントを実施している場合を適切に評価し、報酬へ反映することが必要であり、検討が必要と考えられる。

また、評価制度として、本人の希望を一定期間（たとえば５年間）継続できている介護支援専門員を評価することや、自治会長や民生委員を中心に地域全体で支えているケースについて、地域のチームに満足してもらえたかも重要な視点と考えられる。

○保険者・地域包括支援センターの支援

中山間地域において、専門職が不足しており、ソーシャルワーカーや介護支援専門員を十分に配置できないため、より広い対象者に対して様々な課題に対応する人が求められる。また、地域包括支援センターは、居宅介護支援事業所が一事業所だけでは対応できないようなケースについて、中心的な役割を担うことが考えられる。保険者・地域包括支援センターの役割や具体的な支援内容を検討する必要がある。

○データに基づく仮説検証の必要性

本事業では、上記のような成果と課題が得られた。今後は平成 33 年度以降の介護報酬改定に向けた議論を見据え、実態調査や意向調査を実施し、仮説を検証することで、より具体的な検討を進めていく必要がある。

4.2.2. 今後の将来展望に関する課題

○今後の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あり方についての共通理解

本事業では今後の地域共生社会におけるケースマネジメントのあり方やケアマネジャーの役割について議論し、多様な対象者（個人、世帯）に対する幅広いソーシャルワークの機能を持ち、多職種と連携し、多職種からなるチームのマネジメントを行うケースマネジャーの姿を概念的に示した。今後は、こうした方向性の中で、より具体的なケースマネジメントの内容やケースマネジャー像を明確にし、目指すべきあり方としての共通理解を確立するため検討が必要と考えられる。

○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あり方の検討

本事業では、将来の望ましいケースマネジメントに関する議論は、現行制度の制約等は考慮せず、柔軟な発送で理想的な姿を考察した。本事業で提示した今後のケースマネジメントの対象者は、現行の複数の制度にまたがるため所掌範囲や財源の基盤が異なっている。各制度の対象範囲を拡大し、重複する領域において読替えの基準を設定するなど、運用の実態に合わせて段階的に調整するといった実現方法が考えられる。

一方で、それぞれの制度の構造が複雑であるため、相互の調整が困難であることから、現行制度の改正ではなく、抜本的に制度の体系を見直し、目指すケースマネジメントを実現するための新たな制度設計を行うというアプローチも想定される。

○ケースマネジャーの育成及び資格要件についての検討

全世代の生活上の困難に対して、ケースマネジメントを実施するためには、制度横断的な幅広い知識が求められる。一人のケースマネジャーが、あらゆる領域の知識と技術をあわせ持ってマネジメントするよりも、それぞれの領域で相談支援を行っている職種が相互連携してチームとして対象者を支え、ケースマネジャーがチームのマネジメントを実施することが現実的であると考えられる。

今後求められるケースマネジメントの総合性を踏まえ、分野別、対象者別の相談支援制度について整理し、障害者相談支援専門員、児童家庭分野の相談員など、ケースマネジメントの機能を果たしている多様な専門職について整理することが必要である。

現在の介護支援専門員がケースマネジャーとなるためには、高齢者のケアマネジメントを専門としつつ、ソーシャルワーカーとしての機能、多職種と連携するための各領域の基本的な知識、多職種からなるチームや地域資源をマネジメントする能力等を習得することが必要となる。

一方で、今後求められる新たなケースマネジメントに必要となる幅広い領域の知識を有し、多様な専門職間のネットワークの構築や連携、調整を行う新たな機能を担うケースマネジャーを養成するため、大学教育も含めた教育体系を新たに創設する方向性も考えられ

る。より実効性の高い方策について議論が必要である。

介護支援専門員の専門領域を分化し、資格の認定制の仕組みを作ることも考えられる。医療連携の認定、ソーシャルワークの認定、多職種チームのマネジメントの認定などそれぞれの領域に特化した介護支援専門員を育成していく方向性が考えられる。

包括的に機能するケースマネジメントの概念を持ちつつ、専門分化したケースマネジメントを行うケースマネジャーの育成には、当然ながら現状のケアマネジメントの教育・実践・研究が三位一体で発展することをベースとしつつ、包括的なケースマネジメントの概念の整理、教育体系と教育制度の整備、教育機会の確保、教育者の整備が必須となる。これらについてエビデンスをベースとした整理を行うためには、ケースマネジメントの領域に関する研究者の養成も不可欠であることから、大学院教育まで見据える必要がある。教育・実践・研究のサイクルがわまるとき、感覚的・経験談的ではない学問としての議論が可能となり、今後のわが国のケースマネジメントの発展が期待できる。

参考資料

調査票

平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「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」

ケアマネジャーに求めることに関する意識調査　利用者調査票（ケアマネジャー用）

（ご担当のケアマネジャー様がご記入ください）

1. 利用者の属性等			
(1)性別　1. 男性　2. 女性	(2)年齢　(　　)歳	(3)利用開始年月	平成(　　)年 (　　)月
(4)現在の要介護度 （○は1つ）	1. 要支援1　2. 要支援2　3. 要介護1　4. 要介護2　5. 要介護3 6. 要介護4　7. 要介護5　8. その他(認定申請中)		
(5)障害高齢者の日常生活自立度 （○は1つ） ※ケアマネジャーの判断による状態	1. 自立　2. J　3. A　4. B　5. C		
(6)認知症高齢者の日常生活自立度 （○は1つ）	1. 自立　2. Ⅰ　3. Ⅱa　4. Ⅱb　5. Ⅲa　6. Ⅲb　7. Ⅳ　8. M　9. 不明		
(7)同居者(※)の有無	1. 有　　2. 無		
(「1. 有」の場合) 同居者の続柄(複数回答可)	1. 配偶者 2. 子(息子) 3. 子(娘) 4. 子(息子)の配偶者 5. 子(娘)の配偶者 6. 親(父母) 7. 兄弟姉妹 8. 孫・おい・めい 9. 友人・知人 10. その他 (　　)		
(8)家族介護者等の有無	1. 有　　2. 無		
(「1. 有」の場合) 家族介護者等の状況 (複数回答可)	1. 特に問題はない 2. 介護する人が高齢(65 歳以上) 3. 介護する人が病弱等心身の問題がある 4. 介護する人が要支援・要介護 5. 介護を必要とする人が複数いる 6. 仕事のため十分に介護できない 7. 不規則勤務で、介護できる時間が不規則 8. 自営業のため介護に十分対応できない 9. 育児を行っている 10. 介護する人が介護に消極的 11. 家族・介護者の意見が異なる 12. その他(　　)		
(9)現在お住まい （○は1つ）	1. 戸建て　2. 集合住宅　3. サービス付き高齢者住宅　4. その他(　　)		
(10)支援開始から現在までの入退院の有無	1. 入退院有り ⇒ 入院回数 1回 ・ 複数回 (　　)回 2. 入退院なし		
「1. 入退院有り」の場合 直近の入退院の理由			
「1. 入退院有り」の場合 直近の入退院の時期	西暦　　年　　月～ 西暦　　年　　月		

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。
※ケアマネジャー用調査票は、事業所で取りまとめて添付の返信用封筒に入れてご返送ください。

ケアマネジャーに求めることに関する意識調査

1

（利用者ご本人またはご家族がご記入ください）

この調査票にはどなたが記入していますか。 ※可能な限り、１→２→３の順に優先してご対応下さい。
１．　利用者ご本人様 ２．　利用者ご本人様の意見を、ご家族が記入 ３．　利用者ご家族の意見を、ご家族が記入
ご家族が記入している場合に、利用者ご本人との続柄をお答えください。
１．配偶者　　２．親　　３．兄弟・姉妹　　４．子　　５．子の配偶者 ６．孫　　７．その他親族・その他　⇒　（　　）

１．利用者ご本人についてお答えください。	
１．男性　　２．女性	年齢（　　）歳

２．あなたはケアマネジャーにどのようなことを求めたいと思いますか。 それぞれの選択肢の中から、あなたが１番目、２番目、３番目に重要だと思うことを選んで番号をご記入ください。		
（１）専門的な知識について		
１番目（　　）	２番目（　　）	３番目（　　）
①介護保険制度の動向に関する知識： 介護保険制度に関わる国や自治体の最近の動向を把握している。		
②医療に関する知識： 生活を支援する観点から必要となる、病気や医療等に関連する知識を持っている。		
③生活を支える制度の知識： 介護保険制度以外の生活に関連する制度（年金や生活保護、仕事と介護の両立など）について、窓口につなげられる知識を持っている。		

（２）ケアプランの作成について		
１番目（　　）	２番目（　　）	３番目（　　）
①ケアマネジャーの助言を踏まえたケアプラン： ケアマネジャーの専門的見地から助言をしながらケアプランを作成してほしい。		
②希望どおりのケアプラン： できるだけ自分の思いどおりのケアプランを作成してほしい。		
③ケアプランの自己作成： ケアプランの自己作成に移行する支援をしてほしい。		

（3）ケアプランの提案と選択について		
1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）
①ケアプランの説明： ケアプランの内容やサービス利用の目的について根拠を示して説明してほしい。		
②サービスや事業所の選択： 利用するサービスを自分で選べるよう、利用可能なサービスの種類や事業所の選択肢を提示してほしい。		
③ケアマネジャーからの提案： ケアマネジャーの判断で、自分に必要なサービスや自分にあった事業所を教えてほしい。		
④グループ会社の利用： ケアマネジャーの事業所と同じグループ会社のサービスを積極的に提案してほしい。		
⑤グループ会社以外の利用 ケアマネジャーの事業所と同じグループ会社のサービスに限らず、複数の選択肢を示してほしい。		

（4）サービスの評価と終了について		
1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）
①変化を踏まえたサービス変更： 自分の心身状態や家族の状況等の変化にすぐに気づいて、必要があればサービスの変更について提案してほしい。		
②介護サービスの利用終了の提案： 状態が改善し、自分でできることが増えて介護保険サービスを利用しなくても生活ができるようになったら、介護保険サービス以外で健康的な生活を維持する方法を提案してほしい。		
③介護サービスの継続利用： 介護保険を利用し始めたら、その後はずっと介護保険のサービスを継続して利用できるようにしてほしい。		

（5）相談とコミュニケーションについて		
1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）
①話を聴く： 自分が話したいことがあるときには、常に話しやすい雰囲気で聴いてほしい。		
②困りごとを引き出す： 生活の問題や困りごとなどについて、自分でうまく説明できない場合でも、会話を通して引き出してほしい。		
③課題を解決するための相談： 自分や家族の置かれた立場や心情、経済状況等に配慮して、課題を解決するために相談にのってほしい。		
④家族との調整： 自分（利用者本人）と家族の両方の意見を聞き取り、意見の違いがある場合には調整してほしい。		
⑤家族の問題への対応： 自分（利用者本人）の課題解決のために、自分以外の家族の問題にも対応してほしい。		

（6）関係者との連携について		
1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）
①介護保険サービスの関係者の連携と情報共有： 自分（利用者本人）や家族の希望や考え方、現在の状態について、サービス事業者やその他の関係者と積極的に情報共有してほしい。		
②医療関係者との連携と情報共有： 病気の存在が自分の生活に影響するため、積極的に医療機関や医療の専門職と連携してほしい。		
③サービス事業所や関係者への代弁： サービス事業所等に直接言いにくいことがある場合に、自分（利用者本人）や家族の代わりに伝えてほしい。		
④専門職からの助言： 日頃のサービス担当者以外にも、医療や介護の専門職からの助言を得て、自分の生活の支援に活かしてほしい。		
⑤介護保険サービス以外の関係者との連携： 介護保険サービスだけではなく、生活を支援してくれる近隣住民や民生委員などの地域の関係者とも、積極的に連絡を取り合ってほしい。		

⇒次のページにも記入箇所がございます。

（7）地域づくりについて		
1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）
①地域の公的機関との連携： ケアマネジャーが警察・消防署などの地域の公的機関や民生委員と連絡を取り合って、地域の中で誰もが安心して生活できることを支えてほしい。		
②地域の助け合いの仕組み： 地域の住民や家族等で助け合える仕組みをつくってほしい。		
③地域の課題の解決： 自分たちの生活に影響する地域の課題を見つけて、必要があれば行政や関係者に相談してほしい。		

3．2でお聞きした(1)～(7)の項目の中で、あなたはどの項目が重要だと思いますか。1番目から3番目まで、それぞれひとつずつ○をつけてください。

1番重要だと思うもの	2番目に重要だと思うもの	3番目に重要だと思うもの
（1）専門的な知識	（1）専門的な知識	（1）専門的な知識
（2）ケアプランの作成	（2）ケアプランの作成	（2）ケアプランの作成
（3）ケアプランの提案	（3）ケアプランの提案	（3）ケアプランの提案
（4）サービスの評価と終了	（4）サービスの評価と終了	（4）サービスの評価と終了
（5）相談とコミュニケーション	（5）相談とコミュニケーション	（5）相談とコミュニケーション
（6）関係者との連携	（6）関係者との連携	（6）関係者との連携
（7）地域づくり	（7）地域づくり	（7）地域づくり

項目の説明

（1）専門的な知識	介護および関連する領域について専門的な知識を持っている
（2）ケアプランの作成	自分の生活を支えるためのケアプランを作成してくれる。
（3）ケアプランの提案	利用するサービスや事業所について選択肢を示したり、必要なサービスを提案したりしてくれる。
（4）サービスの評価と終了	自分の状況を把握して、望む生活に向けた目標を立ててくれる。また状況を確認して、ケアプランを見直してくれる。
（5）相談とコミュニケーション	自分の話を聴いたり、問題を汲み取ったり、家族の調整をしてくれる。また、家族の問題にも対応してくれる。
（6）関係者との連携	関係者と情報共有したり、連絡を取り合ったりして、専門職から助言を得たりして、自分の生活を支えてくれる。
（7）地域づくり	地域の中で自分たちが安心して暮らせるように、地域の関係者と協力して、課題を見つけ、行政に相談してくれる。

以上で調査は終了です。お忙しいところ、ご協力ありがとうございました。
※添付の回収用封筒に調査票を入れてご返送ください。

平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「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」

ケアマネジャーに求めることに関する意識調査　ケアマネジャー調査票

※この調査票は、貴居宅介護支援事業所に勤務する全員のケアマネジャーの方が、1人1部記入してください。

1. あなた自身のことについて

(1)性別	1. 男性　2. 女性	(2)年齢	(　　)歳	(3)主任介護支援専門員研修修了の有無	1. あり　2. なし
(4)勤務形態（○は1つ）	1. 常勤専従　2. 常勤兼務　3. 非常勤専従　4. 非常勤兼務				
(5)保有資格（資格一覧より該当する番号を記入）	1)保有している資格を取得した順に記入してください	(　　)→(　　)→(　　)→(　　)→(　　)			
	2)介護支援専門員実務研修受講試験を受験するための実務経験証明書で用いた資格の番号を記載してください				
	＜資格一覧＞ 1. 医師　2. 歯科医師　3. 薬剤師　4. 保健師 5. 助産師　6. 看護師　7. 准看護師　8. 理学療法士 9. 作業療法士　10. 社会福祉士　11. 介護福祉士　12. 視能訓練士 13. 義肢装具士　14. 歯科衛生士　15. 言語聴覚士　16. あん摩ﾏｯｻｰｼﾞ指圧師 17. はり師　18. きゅう師　19. 柔道整復師　20. 栄養士 21. 精神保健福祉士　22. 介護福祉士養成のための実務者研修（旧ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ1級） 23. 介護職員初任者研修（旧ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ2級）　24. 旧ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ3級　25. その他				

(6)平成29年9月分の給付管理を行った実利用者数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人	(　)人

2. あなたはケアマネジャーにどのようなことを求めたいと思いますか。
それぞれの選択肢の中から、あなたが 1 番目、2 番目、3 番目に重要だと思うことを選んで、番号をご記入ください。

(1)専門的な知識について

1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）

①介護保険制度の動向に関する知識：
介護保険制度に関わる国や自治体の最近の動向を把握している。

②医療に関する知識：
生活を支援する観点から必要となる、病気や医療等に関連する知識を持っている。

③生活を支える制度の知識：
介護保険制度以外の生活に関連する制度（年金や生活保護、仕事と介護の両立など）について、窓口につなげられる知識を持っている。

(2) ケアプランの作成について

1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）

①専門的見地によるケアプラン作成：
ケアマネジャーの専門的見地に立ってケアプランを作成する。

②利用者の意向に沿ったケアプラン作成：
できるだけ利用者の思い通りのケアプランを作成する。

③ケアプランの自己作成の支援：
利用者自身がケアプランを自己作成できるように支援する。

（3）ケアプランの提案と選択について		
1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）
①ケアプランの説明： 利用者に対して、ケアプランの内容やサービス利用の目的について根拠を示して説明する。		
②利用者によるサービスや事業所の選択： 利用者自身が、利用するサービスを選択できるよう、利用可能なサービスの種類や事業所の選択肢を提示する。		
③ケアマネジャーからの提案： 利用者に必要なサービスや事業所をケアマネジャーが積極的に提案する。		
④グループ会社の利用： ケアマネジャーが所属する法人やグループ会社のサービスを積極的に提案する		
⑤グループ会社以外の利用 ケアマネジャーが所属する法人やグループ会社が運営するサービス・事業所に限らず、複数の選択肢を提案する。		
（4）サービスの評価と終了について		
1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）
①利用者の変化を踏まえたサービス変更： 利用者の心身状態や家族の状況等の変化を常に把握し、必要に応じてサービスの変更について提案する。		
②介護サービスの利用終了の提案： 利用者の自立度が高まり介護保険サービスの利用が不要となった場合には、介護保険サービスの利用を終了し、介護保険サービス以外で健康的な生活を維持する方法を提案する。		
③介護サービスの継続利用： 介護保険の利用開始後は、介護保険サービスを継続的に利用できるようにする。		
（5）相談とコミュニケーションについて		
1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）
①話を聴く： 利用者が話しやすいと感じる雰囲気で利用者の話を聴く姿勢がある。		
②困りごとを引き出す： 生活の問題や困りごとなどについて、利用者がうまく説明できない場合でも、会話を通して引き出す。		
③課題解決のための相談： 利用者、家族の課題の解決のために、利用者や家族の置かれた立場や心情、経済状況等に配慮した面接をする。		
④家族との調整： 利用者と家族の両方の意見を聞き取り、意見の違いがある場合には調整する。		
⑤家族の問題への対応： 利用者本人の課題解決のために、利用者本人以外の家族の問題にも対応する。		

（6）関係者との連携について		
1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）
①介護保険サービス事業所の連携と情報共有： 利用者本人や家族の希望や考え方、現在の状態について、サービス事業者やその他の関係者と積極的に情報共有する。		
②医療関係者との連携と情報共有： 積極的に医療機関や医療の専門職と連携する。		
③利用者・家族の意向の代弁 利用者や家族が、直接サービス事業所等に言いにくいことがある場合に代わりに伝える。		
④専門職からの助言： 地域ケア会議等に積極的に参加して、医療や介護の専門職からの助言を得て利用者本人の生活の支援に活かす。		
⑤介護保険サービス以外の関係者との連携： 介護保険サービスだけではなく、生活を支援してくれる近隣住民や民生委員等の地域の関係者とも、積極的に連絡を取り合う。		
（7）地域づくりについて		
1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）
①地域の公的機関との連携： ケアマネジャーが警察・消防署などの地域の公的機関や民生委員と連絡を取り合って、地域の中で誰もが安心して生活できることを支える。		
②地域の助け合いの仕組み： 地域の住民や家族等で助け合える仕組みづくりに、ケアマネジャーとして貢献する。		
③地域の課題の解決： 利用者の支援を通じて、地域の高齢者の生活に影響する地域の課題を発見した場合、必要があれば行政や関係者に相談する。		

次のページにも記入箇所がございます。

３．２でお聞きした（1）～（7）の項目の中で、あなたはどの項目が重要だと思いますか。1番目から3番目まで、それぞれひとつずつ○をつけてください。

1番重要だと思うもの	2番目に重要だと思うもの	3番目に重要だと思うもの
（1）専門的な知識	（1）専門的な知識	（1）専門的な知識
（2）ケアプランの作成	（2）ケアプランの作成	（2）ケアプランの作成
（3）ケアプランの提案	（3）ケアプランの提案	（3）ケアプランの提案
（4）サービスの評価と終了	（4）サービスの評価と終了	（4）サービスの評価と終了
（5）相談とコミュニケーション	（5）相談とコミュニケーション	（5）相談とコミュニケーション
（6）関係者との連携	（6）関係者との連携	（6）関係者との連携
（7）地域づくり	（7）地域づくり	（7）地域づくり

項目の説明

（1）専門的な知識	介護および関連する領域について専門的な知識を持っている
（2）ケアプランの作成	利用者の生活を支援するためにケアプランを作成する。
（3）ケアプランの提案	利用するサービスや事業所について選択肢を提示したり、必要なサービスを提案する。
（4）サービスの評価と終了	利用者の状況を把握し、望む生活に向けた目標を立てる。また状況を確認して、必要に応じてケアプランの見直しをする。
（5）相談とコミュニケーション	利用者の話を傾聴し、問題を汲み取ったり、家族の調整をする。また、家族に問題がある場合にも対応する。
（6）関係者との連携	サービス提供者や医療機関、地域の関係者等との連携や、専門職から助言を得て、利用者の生活を支える。
（7）地域づくり	地域の中で高齢者が安心して暮らせるように、地域の関係者と協力して、課題を発見し行政に提言する。

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「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」

ケアマネジャーに求めることに関する意識調査　保険者調査票

※この調査票は、保険者の介護保険担当者の方がご記入ください。

1．属性等	
(1)所在地の郵便番号	〒　　―
(2)要介護認定者数	(　　)人
(3)居宅介護支援事業所数	(　　)箇所
(4)ケアマネジャー数	(　　)人

2．あなたはケアマネジャーにどのようなことを求めたいと思いますか。
それぞれの選択肢の中から、あなたが 1 番目、2 番目、3 番目に重要だと思うことを選んで番号をご記入ください。

（1）専門的な知識について		
1 番目（　　）	2 番目（　　）	3 番目（　　）
①介護保険制度の動向に関する知識： 介護保険制度に関わる国や自治体の最近の動向を把握している。		
②医療に関する知識： 生活を支援する観点から必要となる、病気や医療等に関連する知識を持っている。		
③生活を支える制度の知識： 介護保険制度以外の生活に関連する制度（年金や生活保護、仕事と介護の両立など）について、窓口につなげられる知識を持っている。		

（2）ケアプランの作成について		
1 番目（　　）	2 番目（　　）	3 番目（　　）
①専門的見地によるケアプラン作成： ケアマネジャーの専門的見地に立ってケアプランを作成する。		
②利用者の意向に沿ったケアプラン作成： できるだけ利用者の思い通りのケアプランを作成する。		
③ケアプランの自己作成の支援： 利用者自身がケアプランを自己作成できるように支援する。		

（3）ケアプランの提案と選択について		
1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）
①ケアプランの説明： 利用者に対して、ケアプランの内容やサービス利用の目的について根拠を示して説明する。		
②利用者によるサービスや事業所の選択： 利用者自身が、利用するサービスを選択できるよう、利用可能なサービスの種類や事業所の選択肢を提示する。		
③ケアマネジャーからの提案： 利用者に必要なサービスや事業所をケアマネジャーが積極的に提案する。		
④グループ会社の利用： ケアマネジャーが所属する法人やグループ会社のサービスを積極的に提案する		
⑤グループ会社以外の利用 ケアマネジャーが所属する法人やグループ会社が運営するサービス・事業所に限らず、複数の選択肢を提案する。		
（4）サービスの評価と終了について		
1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）
①利用者の変化を踏まえたサービス変更： 利用者の心身状態や家族の状況等の変化を常に把握し、必要に応じてサービスの変更について提案する。		
②介護サービスの利用終了の提案： 利用者の自立度が高まり介護保険サービスの利用が不要となった場合には、介護保険サービスの利用を終了し、介護保険サービス以外で健康的な生活を維持する方法を提案する。		
③介護サービスの継続利用： 介護保険の利用開始後は、介護保険サービスを継続的に利用できるようにする。		
（5）相談とコミュニケーションについて		
1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）
①話を聴く： 利用者が話しやすいと感じる雰囲気で利用者の話を聴く姿勢がある。		
②困りごとを引き出す： 生活の問題や困りごとなどについて、利用者がうまく説明できない場合でも、会話を通して引き出す。		
③課題解決のための相談： 利用者、家族の課題の解決のために、利用者や家族の置かれた立場や心情、経済状況等に配慮した面接をする。		
④家族との調整： 利用者と家族の両方の意見を聞き取り、意見の違いがある場合には調整する。		
⑤家族の問題への対応： 利用者本人の課題解決のために、利用者本人以外の家族の問題にも対応する。		

（６）関係者との連携について		
１番目（　　）	２番目（　　）	３番目（　　）
①介護保険サービス事業所の連携と情報共有： 利用者本人や家族の希望や考え方、現在の状態について、サービス事業者やその他の関係者と積極的に情報共有する。		
②医療関係者との連携と情報共有： 積極的に医療機関や医療の専門職と連携する。		
③利用者・家族の意向の代弁 利用者や家族が、直接サービス事業所等に言いにくいことがある場合に代わりに伝える。		
④専門職からの助言： 地域ケア会議等に積極的に参加して、医療や介護の専門職からの助言を得て利用者本人の生活の支援に活かす。		
⑤介護保険サービス以外の関係者との連携： 介護保険サービスだけではなく、生活を支援してくれる近隣住民や民生委員等の地域の関係者とも、積極的に連絡を取り合う。		
（７）地域づくりについて		
１番目（　　）	２番目（　　）	３番目（　　）
①地域の公的機関との連携： ケアマネジャーが警察・消防署などの地域の公的機関や民生委員と連絡を取り合って、地域の中で誰もが安心して生活できることを支える。		
②地域の助け合いの仕組み： 地域の住民や家族等で助け合える仕組みづくりに、ケアマネジャーとして貢献する。		
③地域の課題の解決： 利用者の支援を通じて、地域の高齢者の生活に影響する地域の課題を発見した場合、必要があれば行政や関係者に相談する。		

次のページにも記入箇所がございます。

３．２でお聞きした（1）～（7）の項目の中で、あなたはどの項目が重要だと思いますか。１番目から３番目まで、それぞれひとつずつ、○をつけてください。		
１番重要だと思うもの	２番目に重要だと思うもの	３番目に重要だと思うもの
（1）専門的な知識 （2）ケアプランの作成 （3）ケアプランの提案 （4）サービスの評価と終了 （5）相談とコミュニケーション （6）関係者との連携 （7）地域づくり	（1）専門的な知識 （2）ケアプランの作成 （3）ケアプランの提案 （4）サービスの評価と終了 （5）相談とコミュニケーション （6）関係者との連携 （7）地域づくり	（1）専門的な知識 （2）ケアプランの作成 （3）ケアプランの提案 （4）サービスの評価と終了 （5）相談とコミュニケーション （6）関係者との連携 （7）地域づくり

項目の説明

（1）専門的な知識	介護および関連する領域について専門的な知識を持っている
（2）ケアプランの作成	利用者の生活を支援するためにケアプランを作成する。
（3）ケアプランの提案	利用するサービスや事業所について選択肢を提示したり、必要なサービスを提案する。
（4）サービスの評価と終了	利用者の状況を把握し、望む生活に向けた目標を立てる。また状況を確認して、必要に応じてケアプランの見直しをする。
（5）相談とコミュニケーション	利用者の話を傾聴し、問題を汲み取ったり、家族の調整をする。また、家族に問題がある場合にも対応する。
（6）関係者との連携	サービス提供者や医療機関、地域の関係者等との連携や、専門職から助言を得て、利用者の生活を支える。
（7）地域づくり	地域の中で高齢者が安心して暮らせるように、地域の関係者と協力して、課題を発見し行政に提言する。

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

平成 29 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「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」

ケアマネジャーに求めることに関する意識調査　地域包括支援センター調査票

※この調査票は、地域包括支援センターの代表の方がご記入ください。

1. 属性等			
(1)所在地の郵便番号		(2)設置主体	1. 直営　　2. 委託
(3)委託の場合の法人種別	1. 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合 2. 社会福祉協議会 3. 社会福祉法人（社協以外） 4. 医療法人 5. 社団・財団法人 6. 協同組合及び連合会 7. 営利法人（株式・合名・合資・有限会社） 8. 特定非営利活動法人（NPO） 9. その他の法人 10. その他（　　）		
(4)担当エリア内の居宅介護支援事業所数	（　　）ヶ所	(5)担当エリア内の居宅介護支援事業所で従事するケアマネジャー数	（　　）人

2．あなたはケアマネジャーとしてどのようなことを重視していますか。 それぞれの選択肢の中から、あなたが１番目、２番目、３番目に重要だと思うことをお選びください。		
(1)専門的な知識について		
１番目（　　）	２番目（　　）	３番目（　　）
①介護保険制度の動向に関する知識： 介護保険制度に関わる国や自治体の最近の動向を把握している。		
②医療に関する知識： 生活を支援する観点から必要となる、病気や医療等に関連する知識を持っている。		
③生活を支える制度の知識： 介護保険制度以外の生活に関連する制度（年金や生活保護、仕事と介護の両立など）について、窓口につなげられる知識を持っている。		
(2) ケアプランの作成について		
１番目（　　）	２番目（　　）	３番目（　　）
①専門的見地によるケアプラン作成： ケアマネジャーの専門的見地に立ってケアプランを作成する。		
②利用者の意向に沿ったケアプラン作成： できるだけ利用者の思い通りのケアプランを作成する。		
③ケアプランの自己作成の支援： 利用者自身がケアプランを自己作成できるように支援する。		

（3）ケアプランの提案と選択について		
1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）
①ケアプランの説明： 利用者に対して、ケアプランの内容やサービス利用の目的について根拠を示して説明する。		
②利用者によるサービスや事業所の選択： 利用者自身が、利用するサービスを選択できるよう、利用可能なサービスの種類や事業所の選択肢を提示する。		
③ケアマネジャーからの提案： 利用者に必要なサービスや事業所をケアマネジャーが積極的に提案する。		
④グループ会社の利用： ケアマネジャーが所属する法人やグループ会社のサービスを積極的に提案する		
⑤グループ会社以外の利用 ケアマネジャーが所属する法人やグループ会社が運営するサービス・事業所に限らず、複数の選択肢を提案する。		
（4）サービスの評価と終了について		
1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）
①利用者の変化を踏まえたサービス変更： 利用者の心身状態や家族の状況等の変化を常に把握し、必要に応じてサービスの変更について提案する。		
②介護サービスの利用終了の提案： 利用者の自立度が高まり介護保険サービスの利用が不要となった場合には、介護保険サービスの利用を終了し、介護保険サービス以外で健康的な生活を維持する方法を提案する。		
③介護サービスの継続利用： 介護保険の利用開始後は、介護保険サービスを継続的に利用できるようにする。		
（5）相談とコミュニケーションについて		
1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）
①話を聴く： 利用者が話しやすいと感じる雰囲気で利用者の話を聴く姿勢がある。		
②困りごとを引き出す： 生活の問題や困りごとなどについて、利用者がうまく説明できない場合でも、会話を通して引き出す。		
③課題解決のための相談： 利用者、家族の課題の解決のために、利用者や家族の置かれた立場や心情、経済状況等に配慮した面接をする。		
④家族との調整： 利用者と家族の両方の意見を聞き取り、意見の違いがある場合には調整する。		
⑤家族の問題への対応： 利用者本人の課題解決のために、利用者本人以外の家族の問題にも対応する。		

（6）関係者との連携について		
1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）
①介護保険サービス事業所の連携と情報共有： 利用者本人や家族の希望や考え方、現在の状態について、サービス事業者やその他の関係者と積極的に情報共有する。		
②医療関係者との連携と情報共有： 積極的に医療機関や医療の専門職と連携する。		
③利用者・家族の意向の代弁 利用者や家族が、直接サービス事業所等に言いにくいことがある場合に代わりに伝える。		
④専門職からの助言： 地域ケア会議等に積極的に参加して、医療や介護の専門職からの助言を得て利用者本人の生活の支援に活かす。		
⑤介護保険サービス以外の関係者との連携： 介護保険サービスだけではなく、生活を支援してくれる近隣住民や民生委員等の地域の関係者とも、積極的に連絡を取り合う。		
（7）地域づくりについて		
1番目（　　）	2番目（　　）	3番目（　　）
①地域の公的機関との連携： ケアマネジャーが警察・消防署などの地域の公的機関や民生委員と連絡を取り合って、地域の中で誰もが安心して生活できることを支える。		
②地域の助け合いの仕組み： 地域の住民や家族等で助け合える仕組みづくりに、ケアマネジャーとして貢献する。		
③地域の課題の解決： 利用者の支援を通じて、地域の高齢者の生活に影響する地域の課題を発見した場合、必要があれば行政や関係者に相談する。		

次のページにも記入箇所がございます。

３．２でお聞きした（１）～（７）の項目の中で、あなたはどの項目が重要だと思いますか。
１番目から３番目まで、それぞれひとつずつ、○をつけてください。

１番重要だと思うもの	２番目に重要だと思うもの	３番目に重要だと思うもの
（１）専門的な知識	（１）専門的な知識	（１）専門的な知識
（２）ケアプランの作成	（２）ケアプランの作成	（２）ケアプランの作成
（３）ケアプランの提案	（３）ケアプランの提案	（３）ケアプランの提案
（４）サービスの評価と終了	（４）サービスの評価と終了	（４）サービスの評価と終了
（５）相談とコミュニケーション	（５）相談とコミュニケーション	（５）相談とコミュニケーション
（６）関係者との連携	（６）関係者との連携	（６）関係者との連携
（７）地域づくり	（７）地域づくり	（７）地域づくり

項目の説明

（１）専門的な知識	介護および関連する領域について専門的な知識を持っている。
（２）ケアプランの作成	利用者の生活を支援するためにケアプランを作成する。
（３）ケアプランの提案	利用するサービスや事業所について選択肢を提示したり、必要なサービスを提案する。
（４）サービスの評価と終了	利用者の状況を把握し、望む生活に向けた目標を立てる。また状況を確認して、必要に応じてケアプランの見直しをする。
（５）相談とコミュニケーション	利用者の話を傾聴し、問題を汲み取ったり、家族の調整をする。また、家族に問題がある場合にも対応する。
（６）関係者との連携	サービス提供者や医療機関、地域の関係者等との連携や、専門職から助言を得て、利用者の生活を支える。
（７）地域づくり	地域の中で高齢者が安心して暮らせるように、地域の関係者と協力して、課題を発見し行政に提言する。

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

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
報告書

平成30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　03-6505-6510
FAX　03-3502-1330
http://www.mri-ra.co.jp/

平成 29 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