

# 東京都介護支援専門員支援検討委員会 報告書

～地域包括ケアシステム構築に向けた  
これからのケアマネジメント～

平成 24 年 3 月



東京都



# 目次

～委員長からのメッセージ～

第1章 東京都内の介護支援専門員を取り巻く課題 .....	3
1 介護支援専門員研修の質・法定研修についての現状と課題 .....	3
(1) 介護支援専門員の現状 .....	3
(2) 法定研修の現状 .....	4
(3) 法定研修の課題 .....	5
2 主任介護支援専門員研修の現状と課題 .....	9
(1) 都内の主任介護支援専門員の状況 .....	9
(2) 主任介護支援専門員の定義と区市町村の意識 .....	10
(3) 研修カリキュラム及び実施方法 .....	11
(4) 主任介護支援専門員に関する課題 .....	12
3 医療と介護の連携におけるケアマネジメント上の現状と課題 .....	15
第2章 自立支援に向けた質の高いケアマネジメントの実現に向けて（提言） .....	19
1 実践力を高める研修の実施 .....	19
(1) 国のガイドラインと東京都の対応 .....	19
(2) 今後の方向性 .....	19
2 地域包括ケアシステムの要となる主任介護支援専門員の役割強化 .....	22
(1) 主任介護支援専門員創設の背景と基本的考え方 .....	23
(2) 地域包括ケアシステム構築のための自立支援に向けたケアマネジメント の取組 .....	26
(3) 主任介護支援専門員の活躍に向けた行政の取組 .....	28
3 医療と介護の連携強化について .....	32
参考資料 .....	35



## ～委員長からのメッセージ～

介護保険制度の施行から12年が経過します。介護支援専門員は制度創設の当初から要支援・要介護者の個人の尊厳を保持し、個々の要介護者等が自立した日常生活を営むために、それぞれの心身の状況に応じて適切なサービスや支援が利用できるように、相談から連絡調整、実施状況の把握、評価に至る継続的な援助を行う者として重要な役割を担ってきました。これらの業務は要介護者等の個人の状況変化に対応すると同時に、住まいや暮らしに影響を及ぼす地域の人間関係、社会問題とも密接に関係する課題も多く、それゆえに「適切なケアマネジメント」に対する質の向上が常に求められてきた背景があります。

平成23年6月には「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が公布され、高齢者が地域で自立した生活が営めるように、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けて改正が行われました。

東京都は地域ケア体制を推進していく上で介護支援専門員に求められる役割は極めて大きなものであり、ケアマネジメント実践能力の更なる向上に資するように具体的な支援策について検討委員会を設置し、以下の4点について7回の検討委員会と2回の取組検討部会を開催し検討を進めてきました。

- (1) 法定研修に対する検証と支援策及び実施方法について
- (2) 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の人材活用について
- (3) 医療と介護の連携促進のための支援策について
- (4) その他検討が必要と認められる事項について

本報告書にまとめた検討結果は、それぞれのテーマに対して国、都、保険者、地域包括支援センター、主任介護支援専門員、居宅介護支援事業所、関係機関等多岐にわたるものとなっています。

本報告書がそれぞれの現場で活躍する介護支援専門員の質の向上に寄与するように関係各位にご活用いただけることを願います。

平成24年3月

東京都介護支援専門員支援検討委員会

委員長 國光 登志子

◆ 介護保険法

(第1条)

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

# 第1章

---

## 東京都内の 介護支援専門員を取り巻く課題





1 介護支援専門員研修の質・法定研修についての現状と課題

(1) 介護支援専門員の現状

- 都内には、東京都介護支援専門員実務研修受講試験合格者が約4万7千人おり、そのうち、居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員は約9千人である。しかし、社会保障審議会介護給付費分科会においても「介護支援専門員が利用者の状態像や課題に応じた適切なアセスメントが出来ていない」とあり、介護保険法の求める個々の高齢者の有する能力に応じた自立した日常生活を支援するアセスメントが出来ていない場合が多いのではないかとという課題がある。

<居宅介護支援事業所数（平成24年1月1日現在）>

事業所内の介護支援専門員総数	事業所数	割合	備考
1人	849	27.1%	
2人	795	25.4%	
3人以上	1,484	47.4%	うち特定事業所加算Ⅰ取得12、 特定事業所加算Ⅱ取得463
計	3,128	100.0%	休止状態の事業所は含まない

(参考) ケアマネジメントに関する調査報告書より (平成20年2月東京都実施)

※都内全居宅介護支援事業所(3,104か所)に郵送配布・郵送回収し、有効回答数1,561票

事業所内の介護支援専門員総数	事業所数	割合
1人	340	21.8%
2人	426	27.3%
3人以上	795	50.9%
無回答	16	1.0%
回答数計	1561	

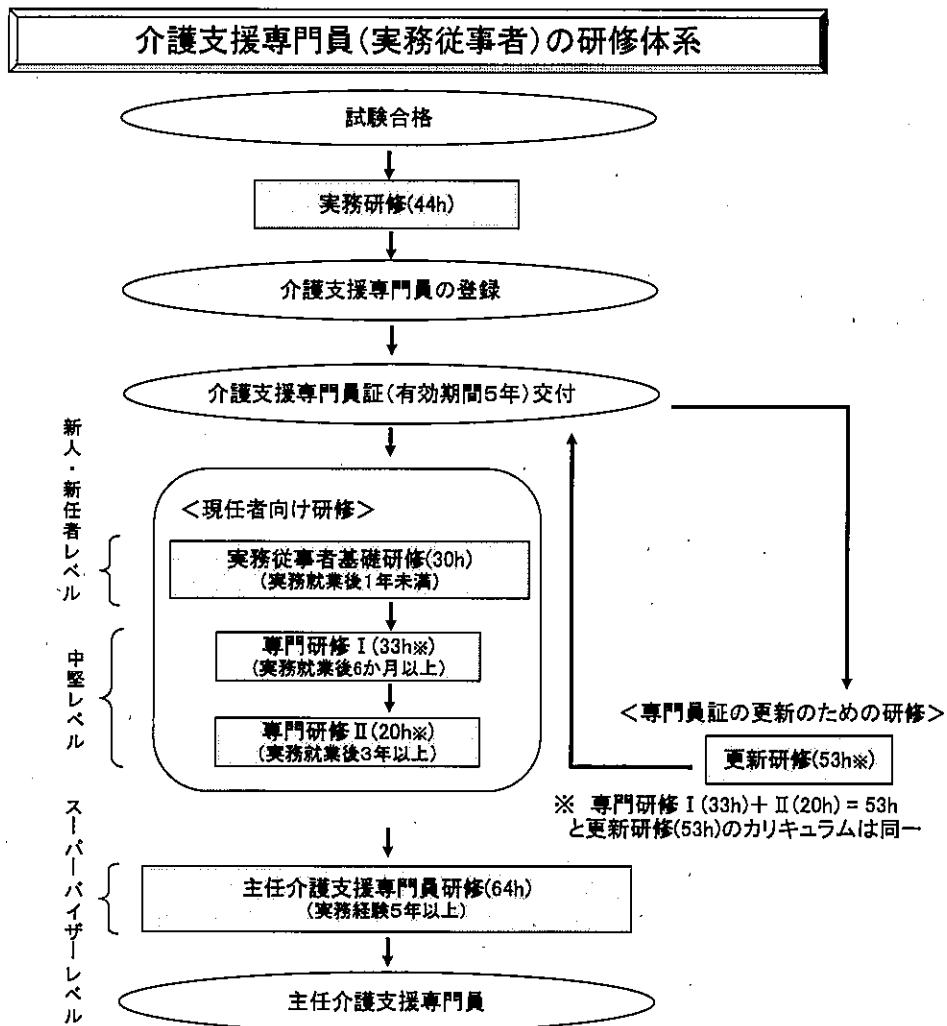
- 都内の居宅介護支援事業所数は、平成20年2月と比較してもほぼ同数である。介護支援専門員数が1人の事業所が約3割弱で、2名以下の居宅介護支援事業所が半数以上を占める。
- 介護支援専門員数が3名以上の約3割が特定事業所加算を取得している。
- 特定事業所加算の取得率は、都内全体の事業所に占める割合は、約15%である。

**(2) 法定研修の現状**

**(法定研修の着実な推進)**

○ 介護支援専門員研修の目的は、要介護者等が自立した日常生活を営むことができるよう支援するための適切なケアマネジメントを行う知識、技能を付与し、実践に資することである。

介護支援専門員の資質向上については、これまで、必要な知識・技能の習得を目的とし、各研修実施要綱に基づき、東京都が研修実施機関を指定し、実務に就いた後も継続的に研修の機会を提供できるよう体系的な研修を行ってきたところである。



～「介護支援専門員のスキルアップに資する研修環境構築等に向けた実態把握調査から～」

研修名	とり入れた方がよいと思う内容
実務	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療との連携、実践的な医療知識</li> <li>・「実務」の演習(実践的な研修)</li> <li>・実際の業務に関する具体的な流れ (1か月の流れ、給付管理、記録の書き方サービス担当者会議実習など)</li> <li>・相談援助の基本</li> <li>・マナー</li> <li>・介護保険外サービス</li> </ul>
実務従事者 基礎	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療との連携</li> <li>・現場の業務に役立つ知識、技術の内容 (監査、給付管理、サービス担当者会議、記録の書き方など)</li> </ul>
専門Ⅰ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療系知識、制度</li> <li>・ケアマネジメントプロセスの事例演習・実務、基礎と重複する内容は不要</li> <li>・社会資源の内容</li> <li>・現場直結の内容</li> <li>・難病、精神、生活保護、虐待等困難事例</li> </ul>
専門Ⅱ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療系知識、医療連携、医療の最新情報</li> <li>・演習・困難事例(虐待、精神、人権など)</li> <li>・障害者自立支援法、成年後見制度、生活保護法</li> </ul>
主任	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療との連携、知識、サポート(終末期のケアプラン)</li> <li>・困難事例(検討会)</li> <li>・障害、生活福祉、権利擁護、精神疾患の知識、連携</li> <li>・面接技術、アセスメント、コミュニケーション技法等</li> </ul>

※ 介護支援専門員のスキルアップに資する研修環境構築等に向けた実態把握調査

平成 22 年度東京都緊急雇用創出事業：平成 23 年特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会実施（配布居宅介護支援事業所数 784：回収数 517）

### (3) 法定研修の課題

#### (研修のあり方、実施方法の課題)

- 法の求める個々の高齢者の有する能力に応じた自立した日常生活を支援する「アセスメントが出来ていない介護支援専門員が多いこと」「(勤務上の悩みについて) 自分の力量について不安がある」(H22.3 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書) との回答が多いことは、講義形式の研修で受け身の一方通行の学びの中では実践力が身に付かないこ

とを意味している。

- 各研修のカリキュラムは国の実施要綱に基づく一連の研修体系とされているが、その内容や方法は実施主体や講師に一任されている場合が多く、視点の置き方や内容が異なるなど、統一した研修の実施方法になっていない。

#### (カリキュラム等の課題)

- 医療知識等の研修時間は、必須課目が「高齢者の疾病と対処及び主治医との連携」4時間のみで、選択課目として、「リハビリテーション」3時間、「認知症高齢者・精神疾患」3時間と少ない。
- 国の実施要綱において専門Ⅱは「1回の受講で終了するものでなく、一定の期間ごとに、技術の再確認及び向上のために繰り返し受講することが望ましい」とされているがスキルアップ研修というより、技術の再確認に留まり、5年毎の更新のための研修という意味合いが強くなっている。
- 介護支援専門員が身に付ける技法として、相談・面接技法が重要であるが、実務研修においては4時間の講義（「受付及び相談と契約」、「相談面接技法の理解」）のみであり、相談面接技術が不足する。

#### (OJTの必要性について～スキルアップ調査から～)

- スキルアップ調査結果によると現状では法定研修には位置付けられていないOJTが介護支援専門員に与える影響は、既存の法定研修に比べて大きかった。(図1～図3)しかし、都内では介護支援専門員1人の居宅介護支援事業所が約3割(平成24年1月現在)であり、事業所内においてOJTを実施することが困難な職場環境もある。
- 実務研修終了後、実際の業務を行う上での知識、技能(例:医師やサービス事業者との具体的な連携方法、会議録の書き方、照会文書の書き方等)などに不足が生じて、OJTの手法等が確立されておらず、業務が多忙等の理由によりOJTを通じて学ぶ機会に恵まれない場合もある。

図 1. 知識面で影響を受けた割合

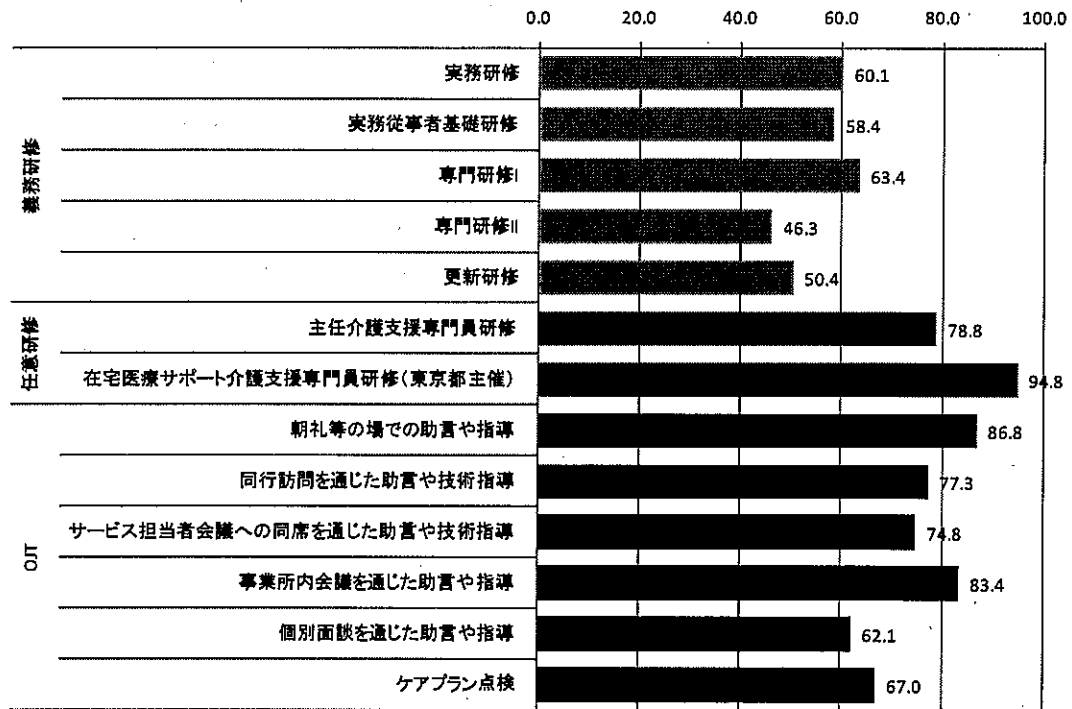


図 2. 技術/技能面で影響を受けた割合

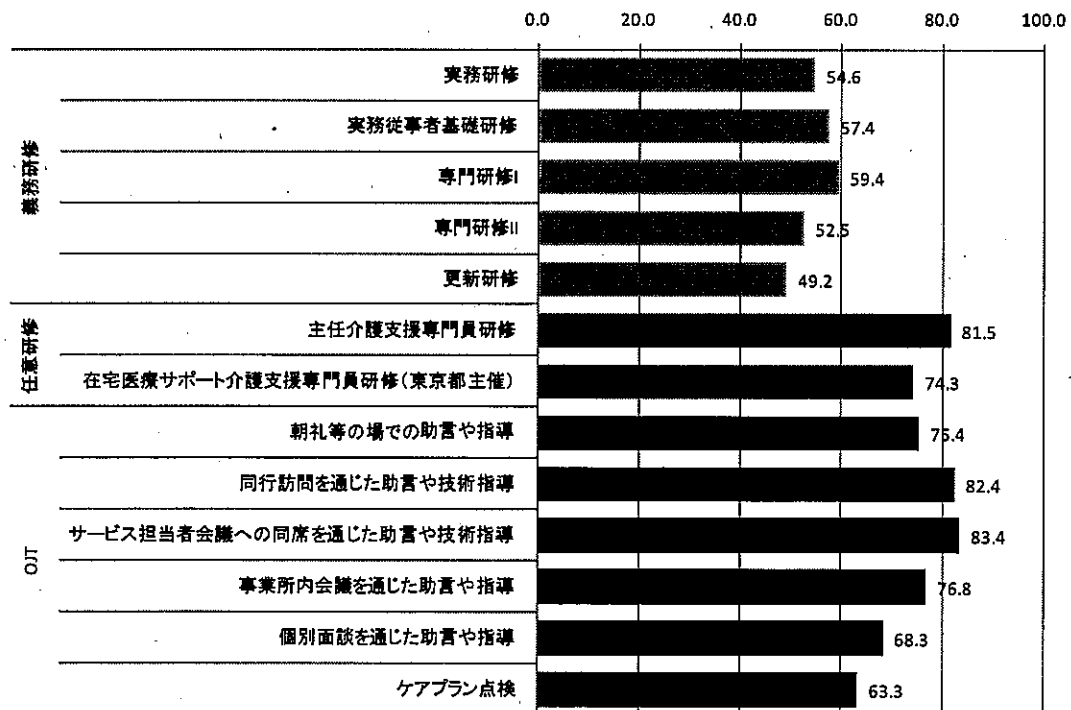
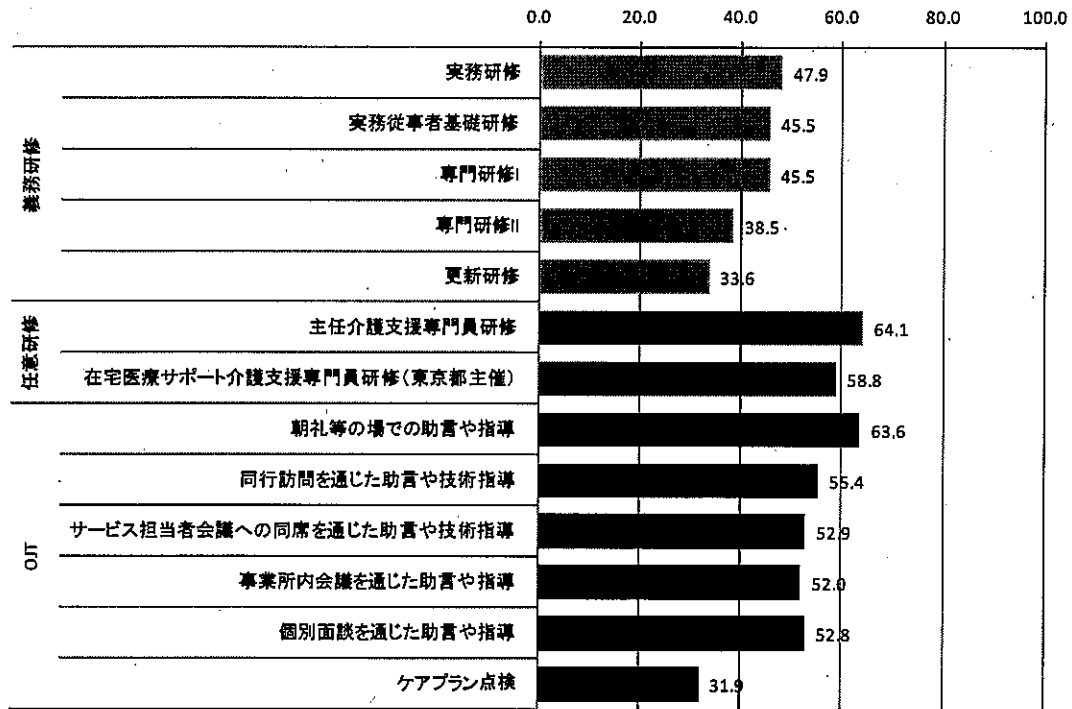


図 3. 倫理観の面で影響を受けた割合



「介護支援専門員のスキルアップに資する研修環境構築等に向けた実態把握調査」から  
(平成 22 年度東京都緊急雇用創出事業)

## 2 主任介護支援専門員研修の現状と課題

### (1) 都内の主任介護支援専門員の状況

(主任介護支援専門員研修修了者数及び居宅介護支援事業所に勤務する主任の数) (単位:人)

年度	18	19	20	21	22	23	合計
主任研修修了者数	358	373	259	535	376	404	2305
居宅に勤務する主任の数	95	194	138	385	275	328	1415
比率	26.5%	52.0%	53.3%	72.0%	73.1%	81.2%	61.4%

- ・ 主任介護支援専門員がいる居宅介護支援事業所数は896事業所(H23.7)
- ・ 特定事業所加算取得事業所Ⅰ:12事業所、Ⅱ463事業所(H24.1)
- ・ 都内地域包括支援センター(設置数:367か所)に勤務する常勤の主任介護支援専門員数は504名(平成22年度)
- ・ 主任介護支援専門員研修修了者のうち居宅介護支援事業所に勤務する者の割合は増加し、地域包括支援センターよりも居宅介護支援事業所に勤務している主任の数の数が多い。

- 東京都においては、平成18年度から東京都主任介護支援専門員研修を実施しており、平成23年度末現在で2,305名が研修を修了している。
- 平成18年度研修開始当時は、地域包括支援センター(18年4月時点、318か所)における主任介護支援専門員の配置が急務であったため、地域包括支援センターに配置予定の者を優先的に受講対象者とした。
- 平成20年度には、受講要件に区市町村推薦要件を設け、「研修修了後、地域の中核となって活躍しうる高い能力及び意欲がある介護支援専門員」として、区市町村から推薦を受けることとした。
- 平成21年度には、受講対象者に介護保険施設等に勤務する介護支援専門

員が加わり、同年4月の介護報酬改定に伴い、居宅介護支援の特定事業所加算Ⅱが新設されたことから、居宅介護支援事業所における主任介護支援専門員の数が増加している。

**(2) 主任介護支援専門員の定義と区市町村の意識**

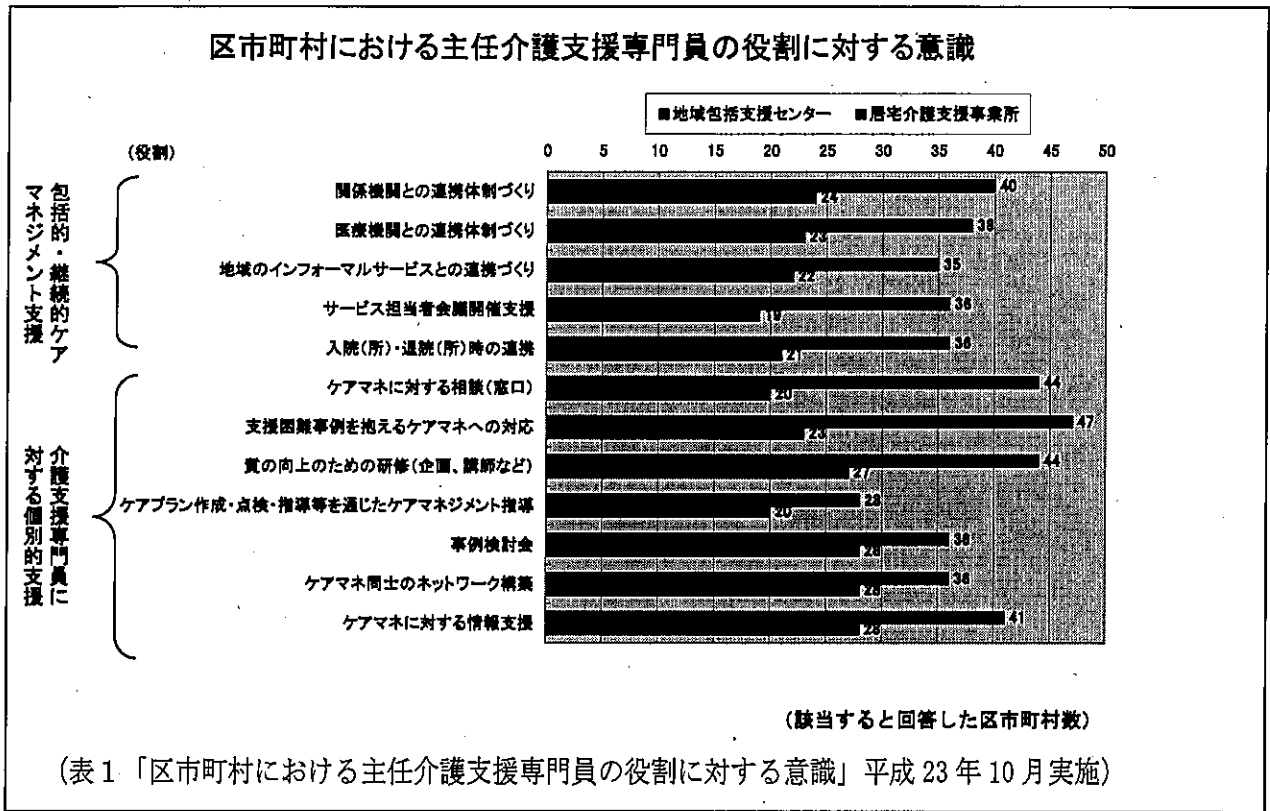
- 主任介護支援専門員の役割については、下記のとおり規定されており、介護支援専門員への指導・助言、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資する役割などが期待されている。

主任介護支援専門員の役割

根拠	区分	役割
主任介護支援専門員研修実施要綱		「主任介護支援専門員は、他の介護支援専門員に適切な指導・助言を行うことができ、また、地域における包括的・継続的なケアシステムを実現するために必要な情報の収集、発信、事業所・職種間の調整や、さらに事業所における人事・経営管理、利用者の視点にたつてフォーマルなサービスやインフォーマルサービスの質・量を確保し、改善していくような提案などを行うことができる者(のことを指す。)」
「地域包括支援センター業務マニュアル」 (平成23年6月 一般財団法人長寿社会開発センター)	地域包括支援センター	【包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備】 ●関係機関との連携体制構築支援 ●介護支援専門員同士のネットワーク構築支援 ●介護支援専門員の実践力向上支援 【個々の介護支援専門員へのサポート】
	居宅介護支援事業所	●包括的・継続的ケアマネジメントの環境整備における地域包括支援センターとの協働 ●介護支援専門員のニーズ等の把握 ●介護支援専門員に対する身近な相談対応 ●介護支援専門員への継続的サポート ●介護支援専門員と地域包括支援センター職員との調整

- 実際に区市町村において主任介護支援専門員が担っている役割についてアンケートをとったところ、地域包括支援センターについては、過半数の区市町村において、概ね地域包括支援センター業務マニュアルに定められた役割を担っているが、居宅介護支援事業所については、多くの区市町村内で活動実態が明確になっていない。(表1「区市町村における主任介護支援専門員の役割に対する意識」)





### (3) 研修カリキュラム及び実施方法

- 主任介護支援専門員研修のカリキュラムは下記のとおりであり、講義 31 時間、演習 33 時間、スーパービジョンを中心にターミナルケアや地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）など地域で活躍できる指導者役として必要とされる内容になっている。（表2 「主任介護支援専門員研修カリキュラム」）

課目名	目的及び内容等	時間数
主任介護支援専門員の役割と視点	業務を行う上で必要な心構え、知識、技能の習得	講5時間
ケアマネジメントとそれを担う介護支援専門員の倫理	実践に照らして確認することにより重要な倫理の会得	講3時間
ターミナルケア	ターミナルケアの現状・課題認識及び係り方	講3時間
人事・経営管理	事業所の適正運営を図るための人事・経営管理	講3時間
サービス展開におけるリスクマネジメント	組織全体で事故の背景、要因を明らかにし、対策を講じるためのリスクマネジメントの目的・取組	講3時間

地域援助技術（コミュニティソーシャルワーク）	地域援助技術機能の理解と実践的な技法・手法	講 3 演 3
対人援助監督指導（スーパービジョン）	人材育成の方法であるスーパービジョンの内容理解・実践 できる技能の取得	講 6 演 1 2
事例研究及び事例指導方法	事例研究及び事例指導、説明できる技能の会得	講 5 演 1 8

（表 2 「主任介護支援専門員研修カリキュラム」 国主任介護支援専門員研修実施要綱より抜粋）

#### （4）主任介護支援専門員に関する課題

##### （研修カリキュラム）

- 研修の受講時及び修了時に受講者の能力を測る手法等がなく、64時間の研修を受講さえすれば、研修を修了し、資格を取得することができる。

##### （研修終了後のフォローアップや更新について）

- 主任介護支援専門員の役割を果たすために、主任介護支援専門員研修を修了し、職場に戻った後もフォローアップ研修等により、スーパービジョンやケアプラン指導、困難事例の対応に関する知識及び技術等を補強し、最新の情報や知識等を取得する必要がある。
- 主任介護支援専門員の資格について更新制度がないため、知識及び技術の向上は個人に任せられるとともに地域での活動実績の確認もない。

##### （主任介護支援専門員研修受講要件）

- 東京都主任介護支援専門員研修の受講要件として区市町村の推薦が必要であるが、区市町村推薦要件項目の一つである「地域の介護支援専門員の研修、支援及び連携体制の構築業務を担い、質の高いケアマネジメントを確保し、地域全体のケアマネジメントの質の向上に資することが期待される者」について、基準が標準化されておらず、各自治体によって推薦基準に差があるため、推薦される者の質の確保を図ることができていない。

**(地域包括支援センターの主任介護支援専門員)**

- 地域包括支援センターの主任介護支援専門員は、地域での多職種協働・連携の体制づくり等による包括的・継続的ケアマネジメント支援業務と、支援困難事例等の個別相談・支援等による個々の介護支援専門員に対する支援を担っている。少子高齢化、要介護（支援）認定者の増加、単独及び高齢者夫婦世帯の増加、認知症高齢者数の増加等により、地域包括支援センターの抱える業務が増大するにつれ、その中核を担う主任介護支援専門員の業務が増大し負担が過重となっている。

**(居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員)**

- 平成21年4月の介護報酬改定に伴い、特定事業所加算Ⅱが創設されたことから、居宅介護支援事業所でも主任介護支援専門員が配置されるようになり、その数が増加している。しかし、地域包括支援センターに配置される場合に比べ、居宅介護支援事業所における主任介護支援専門員の役割は、必ずしも明確ではなく、また主任介護支援専門員としての業務を検証する機会も乏しい。
- 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員はスーパーバイズやOJT研修等の実施により、事業所におけるケアマネジメント力の向上を図ることと、地域の中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行うことにより、地域の利用者への貢献を果たすことが求められているが、その分、担当利用者数が軽減されるわけではなく、負担が過重となっている。
- 居宅介護支援事業所は、主任介護支援専門員を配置し、一定の要件を満たすことにより特定事業所加算を取得できるが、個々の主任介護支援専門員については、主任介護支援専門員として配置されれば報酬が高くなる、キャリアアップができるという仕組みがなく、制度と報酬等が結びついていない。

**(地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の連携・協働体制)**

- 地域包括支援センターの主任介護支援専門員の業務が増大している一方、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の数が急増していることは、一定の力量を持った介護支援専門員が「資源」として地域に存在していると考え

することもできる。地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所に勤務する主任介護支援専門員の連携・協働により、地域のケアマネジメント向上に貢献するような環境づくりが急務となっている。

**(介護保険施設等の主任介護支援専門員)**

- 近年、施設に勤務する主任介護支援専門員も増えてきているが、所属する施設内（グループホーム、特定施設も含む）での役割に留まっている場合が多い。

### 3 医療と介護の連携におけるケアマネジメント上の現状と課題

#### (医療と介護の連携の重要性)

- 今後、急速な高齢化の進展や都民の受療意識の高まり、療養病床の再編成等により、在宅において慢性疾患など医療依存度の高い高齢者が増加するため、これまで以上に医療的ケアを含めたケアマネジメントが求められている。このような中で、限られた医療資源や介護保険サービス等を有効に活用しながら、地域において高齢者が適時・適切に在宅療養の支援を利用できる仕組みを構築していく必要がある。
- 在宅で療養している要介護（要支援）高齢者を支えていくためには、医療と介護の連携強化が不可欠であり、介護支援専門員は在宅療養において医療と介護を結ぶキーパーソンである。医療依存度が高い高齢者については、その必要に応じたケアを提供するために、医療機関等との連携を緊密に行い、訪問看護・訪問リハビリテーションなど医療系サービスを適切に取り入れたケアプランを作成することが重要となる。

#### (医療連携に必要な介護支援専門員の意識やスキル)

- 介護支援専門員の中には、利用者の健康を守るために必要な一定程度の医療知識が不足していたり、医療側に適切かつ効率的に必要な情報を伝え、収集するテクニックが不十分な者もいる。

#### (都独自の医療研修の効果)

- 平成21年度から実施している東京都の独自研修の在宅医療サポート研修は47.5時間と研修期間が長いにもかかわらず、既に1400人以上の介護支援専門員が受講している。受講者の1ヶ月経過報告の中では、「医療職との連携、ケアプラン作成、状態観察に役立った。」などと、医療連携に必要な医療知識はもとより、医療へ繋ぐ必要性を発見する視点が強化されるなど、効果の高い研修であることが伺える。

～医療との連携による具体的な効果（例示）～

連携職種等	具体的な効果(例示)
医師(往診等)	・医療的なリスクを踏まえた介護ができ、医師も生活情報を得ることができ、日常生活の医療的な課題が共有され、状態悪化を早期に察知。
歯科医師 (訪問歯科等)	・誤嚥性肺炎(※)の予防にも口腔ケア(口腔清掃・口腔機能回復)が非常に有効であり、また、口腔ケアは高齢者のQOLの向上に繋がる。 ・飲食に支障がある方(むせがある、PEG、義歯が合わなくなってきた認知症の方など)の日常行う口腔ケアや誤嚥を起こしにくい食事姿勢などの助言、指導等が受けられる。  ※ 口腔内には多種多様な細菌があり、病気や加齢などにより飲み込む機能や咳をする力が弱くなると、口腔の細菌や逆流した胃液が誤って気管に入りやすくなり、その結果発症するのが誤嚥性肺炎。寝ている間に発症することも多く、高齢者では命に関わるケースも少なくない病気。
訪問看護師	・日常の利用者の健康管理(バイタル、じよく管理等) ・退院調整時は、病院からの医療情報、住環境、介護力、地域資源等、総合的なアセスメントと予測による根拠のある「在宅の意見」を言う必要があるが、医療・身体情報について訪問看護は、その役割を担う。 ・医師や病院との連携について訪問看護師が身近なお手本となる。
リハビリ職 (訪問リハ等)	・リハビリテーションは、麻痺や筋力低下、在宅復帰時にADLに変化があった方にも有効であり、利用者の生活の幅を広げてくれる。 ・本人の体の使い方や家族に負担がかからない安全な介助法を教えてもらえるほか、在宅スタッフにも様々なコツを伝授。 ・退院・退所後の在宅生活での自宅の環境設定を考えてくれるので、在宅での生活動作のイメージが造りやすい。 ・維持期においては、ADLの評価、ADL維持・拡大の可能性、将来の予後予測に基づいた係り方のアドバイス。 ・終末期には、安楽肢位のポジショニングや呼吸リハなど、苦痛の緩和。
薬剤師	・複数の疾患があり多くの薬を飲んでいる人、独居・認知症で薬の管理が難しい人などの場合に効果がある。 ・例えば、飲み残し、飲み忘れのリスクがある人の薬の飲み方(薬の分量や形態、一方化)の調整や、薬の保管方法(直射日光を避ける、要冷蔵など)のアドバイス、薬の重複・飲み合わせ・副作用のチェックなど。 ・医師との繋がりが強いので、薬について医師との調整。
病院 (MSW、退院調整看護師等)	・利用者の退院後、どこに注意して在宅の支援体制を整えるかを考えるには、入院中の状態変化を知る病院からの情報は重要。 ・MSWや退院調整看護師等と連携し、普段の生活、家族関係、介護力を伝えることにより病院側も在宅生活のイメージを持ちやすくなり、リハビリの目標や治療方針を具体的に考えることができる。

「ケアマネジャー3月号」改編

(医療・都民に求められる視点等)

- 医療機関には在宅医療を担う診療所、地域密着の中小医療機関、大病院もある。そこでは、介護支援専門員に対する役割の認識、関り方の意識、連携もそれぞれの立場で捉え方が違い、地域における利用者の生活や介護・福祉職との連携に意識が薄い医療関係者がいる。
- 必要に応じた医療サービスを適切にケアプラン等に反映させる必要があるが、主治医の約半数は病院の医師であり、在宅生活を念頭に置かないときは、医療的視点を持った介護サービスの活用や日常生活におけるリハビリ等の医療的な示唆能力が不十分な場合が起きる。
- また、ケアプランに医療系サービスを導入する場合は、医師の指示書が必

要となるが、病院の医師の中には迅速かつ的確に対応できない場合があるという声も聞かれる。

- 在宅療養生活を送るため利用者（都民）は、適切に地域の医師を主治医として、医療に関心を持ち、主体的に自分のアセスメント・モニタリング・ケアプラン等に関わり、一緒に考え受療していく必要がある。

3 医療と介護の連携におけるケアマネジメント上の現状と課題

在宅医療サポート介護支援専門員研修カリキュラム

大分類	小分類(ねらい)	科目	主な内容	時間	研修形態	
はじめに	医療連携を取り巻く環境について		医療保険制度、介護療養施設の廃止、介護支援専門員の基礎資格の動向など	1	講義	
I 「ケアマネジメントに必要な医療の知識」	1 気づきに必要な医療の知識 (認知症の理解、脳血管障害の後遺症に対するリハビリの重要性の理解、がん医療と緩和ケアの実態についての理解)	①認知症	ケアマネジメントにおける医療職との協働のあり方について(医師の立場から)、居宅療養管理指導との連携について 認知症の経過と医療依存度、MCI・BPSDについて	2	講義	
		②脳卒中	急性期の疾病の知識と慢性期のQOLと生活機能維持改善の視点をもって地域リハビリをの活用を考える。高次脳機能障害について	2	講義	
		③がん医療・緩和ケア	包括がん医療における緩和ケアとターミナルケア	2	講義	
		④医療ニーズに応じた人体の構造と機能	生命現象を理解し体を構成する器官と働きについて知ることにより、本研修全体に及ぶ基本的疾病や症状の理解を得る。心臓、消化器、呼吸器、腎臓、筋骨格、頸部骨折、腰痛、糖尿病、パーキンソン病、ALS等	2.5	講義	
	2 歯科医療の知識と口腔衛生 (高齢者を対象にした口腔衛生の予防、治療と訪問歯科診療の基本的知識を得る。)	歯科医療の知識と口腔衛生	ケアマネジメントにおける医療職との協働のあり方について(歯科医師の立場から)、居宅療養管理指導との連携について 口腔衛生の視野から波及する疾病と疾病の結果増悪する歯科領域の疾病、摂食・嚥下機能支援事業について	2.5	講義	
	3 薬の知識と薬剤師の仕事 (薬の基本的知識と薬剤師が利用者に対して行っている仕事についての理解。)	薬の知識と薬剤師の仕事の理解	ケアマネジメントにおける医療職との協働のあり方について(薬剤師の立場から)、居宅療養管理指導との連携について	2.5	講義	
	4 在宅介護に係る医療知識と訪問看護 (在宅介護に係る医療面の知識、訪問看護の内容と必要性を理解する。)	在宅介護に係る医療知識と訪問看護	ケアマネジメントにおける医療職との協働のあり方について(看護師の立場から)、居宅療養管理指導との連携について 利用者や看護の関わり、訪問看護が果たす機能と役割について理解する。認知症の利用者との早期の関わりと医療器具について、医療保険の訪問と介護保険の訪問、訪問看護の導入時期、訪問介護との比較	2.5	講義	
5 リハビリテーションの知識 (リハビリテーションの基本的知識とリハビリテーション職との連携のあり方、在宅でのリハビリテーションの活用について知る。)	①リハビリテーションの知識	ケアマネジメントにおける医療職との協働のあり方について(リハビリテーションの立場から) 病院リハと在宅リハ、急性期と慢性期のリハ、通所リハと訪問リハの違いを知る。OT・PT・STの役割とは何か、福祉用具の知識について、医療保険の介助から介護保険の介助への円滑な移行、訪問助の意義、リハビリで使用するFM等の知識を学ぶ。	3	講義		
6 介護に必要な医療(補助)行為 (医師法に基づいた医療行為と補助行為についての基本的知識を得る。)	介護に必要な医療(補助)行為	在宅での医療行為、療養者側の立場や考え方、これまでの法解釈、医療行為とみなされない医療補助行為、医療職の責任と現状や今後の対応	1.5	講義		
7 地域ネットワーク (地域における医療資源の現状及び活用の方法と連携のあり方を知る。)	在宅医療ネットワーク	在宅療養支援強化の構想 脳卒中連携バス等の果たす役割と効果について知る。	2	講義		
II 「医療の視点を持った実践的なケアマネジメント」	1 医療の視点を持ったケアマネジメント (症例を通してケアマネジメントの視点を学ぶ。Iで学んだ疾患を参考に、1. アセスメント[観察ポイント、起こりうる状態の予測、生活上の留意点など]、2. 有効なサービス選択等について学ぶ)	医療の視点を持ったケアマネジメント	①BPSD等の症状を有する認知症の事例を基にアセスメントでの医療的気づきを促す。このアセスメントに基づいてケアプランを作成して発表する。	3	グループワーク	
			②脳卒中から生じる主症状を繰り返した事例を基に脳卒中利用者のケアマネジメントに必要なアセスメントでの医療的気づきを促し、プランを作成する。	3		
			③がんから生じる主症状を繰り返した事例を基にがんを患う利用者のケアマネジメントに必要なアセスメントでの医療的気づきを促し、プランを作成する。	3		
			④その他(ALS、パーキンソン)	3		
				演習方法の説明	1	
	2 日常生活における変化の見極めと対応方法 (医療職につなげる情報とは何か、サービス事業者につなげる情報とは何か、サービス事業者から提供してもらわなければならない情報を予防的観点と病状変化の把握の観点から学習する。また、緊急時の必要な対応についても理解する。)	日常生活における変化の見極めと対応方法	①じょくそう、嚥下、排尿・排便、むくみ、吐き気・嘔吐、食欲不振、呼吸異常、睡眠、皮膚疾患	0.5	講義	
			②転倒・骨折	0.5		
			③精神症状	1		
			④口腔衛生	0.5		
	3 連携の手法 (実践的な連携手法について学ぶ。)	①入院時、退院・退所時の情報提供	(1)入院時の情報提供 (2)退院・退所時の情報収集 ケアマネにとって必要な情報とは医療機関にとって必要な情報とは	3.5	講義	
②退院時カンファレンス			脳卒中患者が回復期病院から在宅に戻る際の模擬カンファレンス	0-17分		
4 ターミナルケア(在宅死) (がんや老衰の利用者の看取りの段階での家族、サービス事業者に対する注意と情報伝達の知識を得る。)	終末期のケアプラン	判断の根拠となる観察ポイントや緊急時の連絡、在宅で死を迎えるときに必要なサービスについてケアプランへの位置付けとサービス事業者への留意点を理解する。	1.5	講義		
5 グリーフケア (利用者の死を経験した家族へのグリーフケア[喪失への対応]を学ぶ。)	グリーフケア	介護支援専門員として、亡くなった利用者の家族に対して喪失への対応に留意する。特に老老介護に当たっていた家族に対しては配偶者の喪失によって起こりうる精神的なダメージを知りケアの知識を得る。	1.5	講義		
まとめ	研修受講の効果を測定する	効果測定	分野I, IIから出題して自己採点。採点后解説を行う。	2	講義	
			総時間数	47.5		



## 第2章

---

自立支援に向けた質の高い  
ケアマネジメントの実現に向けて  
(提言)



**1 実践力を高める研修の実施**

## 提言のポイント 1

- 介護支援専門員の更なる資質向上のためには、実践力の付与が大切である。そのため、より実践的な研修を志向したカリキュラムや研修の実施方法の再考が必要である。
- 各研修の終了時に到達すべき目標の設定、専門研修では選択制を導入するなど、生涯研修の考え方が大切である。
- 研修とOJTの一連の流れができるよう、居宅介護支援事業所管理者の意識付けを図ることが必要である。

**(1) 国のガイドラインと東京都の対応**

- より役に立つ、魅力ある研修を行うため、介護支援専門員の実践力の向上を図るためには、研修内容の見直しを実施し、介護支援専門員の研修実施の実効性を確保する必要がある。
- 現在、国において介護支援専門員研修の実効性を確保するため、ガイドラインの策定が進められているが、その動向をみながら、東京都は介護支援専門員研修の企画・立案、研修の実施、評価、その後の研修への反映といった研修内容の見直しを実施し、介護支援専門員の更なる資質向上を図っていく。

**(2) 今後の方向性****(研修のあり方、実施方法)**

- 各研修においては、介護支援専門員が法の求める「自立した日常生活の実現の支援」に向けてケアマネジメントという手法を使う専門職であるという位置付けを踏まえ、事例を使用するなどにより実践力の付与に向けた研修カ

リキュラムへと再考する必要がある。

**(生涯研修の考え方)**

- 介護支援専門員資質向上事業において定められた実施要綱に基づき、各研修の終了時において習得すべき知識、スキルをはじめとした介護支援専門員の専門性を明確に示した到達目標を設定することが必要である。
- 実務研修では法の定める「自立した日常生活の実現の支援」の基本的考え方を徹底して教示した上で、実務に就くために必要な最低限の基礎知識を付与する。また、一定期間の実践経験を経た後に実施する実務従事者基礎研修では、それを再度確認し実効を期待する。それを経た上で実施する専門研修では選択制を導入し介護支援専門員が主体的に自ら不足する部分を学習できるようにする。
- 主任介護支援専門員研修を受講する者は地域の中核的ケアマネジメント実践者として保険者が認める者に限定するなど推薦基準を東京都がガイドラインとして提示し、保険者がそれを選択することも考えられる。

**(カリキュラムについて)**

- 医療職との連携を図る上で、最も必要な「連携の手法（入院時、退院時の情報、退院時カンファレンス等）」の科目などの一連の医療研修について法定化されるように国に対して要望していく。また、介護支援専門員は、自立した日常生活の支援や社会資源を活用する場合等の様々な場面におけるアセスメントから導き出される課題分析等に弱いという意見があり、その思考過程を訓練するようなカリキュラムが必要である。

**(研修の実施方法について)**

- 研修の実施方法を見直し、講義中心の一方通行でなく事例の活用などによる実践的な研修とし、事前、事後の学習を付与し、受講者の研修参加目的意識の明確化を図る。

- 受講する側もあらかじめ準備し、研修に対する心構えを持って参加するという積極性、主体性が必要である。自分に必要な研修は何かを自覚し選べるということも重要であり、介護支援専門員として必要な能力と弱点を補うために一部選択制があっても良い。
- 研修受託者に対しては、それに応えられるような方法も含めた生涯研修を通した一連のプログラムを組み、また講師により研修内容が異ならないよう工夫することが重要である。

(○J T への繋がりについて)

- 研修受講後、○J Tに繋がり日常業務に取り込めるよう、居宅介護支援事業所の管理者に対しても意識付けを図ることにより、研修と○J Tの一連の流れが出来て、より効果的に資質向上が図れる。

## 2 地域包括ケアシステムの要となる主任介護支援専門員の役割強化

### 提言のポイント 2

- 地域包括ケアシステムを構築するためには、自立支援に向けた適切なケアマネジメントの実践が重要であり、ケアマネジメントサイクルの中で、保険給付のほかに地域の社会資源を組み入れることが必要である。
- 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員は、事業所内のケアマネジメント能力の向上させる役割を担っている。さらに、地域における中核的な役割として活動することが求められている。
- そのことを、地域支援事業及び介護保険事業の実施主体である区市町村が十分に理解し、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員とのネットワークの構築に積極的に取り組むことが必要である。
- 東京都は、区市町村、都、地域包括支援センター、主任介護支援専門員のそれぞれの役割を示していくとともに、地域全体のケアマネジメントの水準を向上させるため、ケアプランチェックの方法や具体的なネットワーク構築モデルを示すなど区市町村を支援することが必要である。
- また、主任介護支援専門員の質の確保のために、必要な研修事業や環境整備などを積極的に進めるとともに、主任介護支援専門員の更新制の導入について、国に対して要望していくことも求められる。

### (1) 主任介護支援専門員創設の背景と基本的考え方

- そもそも介護保険法第1条では、保険給付は要介護者等の「自立した日常生活の実現」のために行うものであるとされている。また、法第2条の趣旨に照らせば、こうした趣旨の保険給付等を組み合わせたケアプラン及びケアマネジメントは、「利用者がその有する能力に応じた日常生活を営むことができる支援」を計画したものでなければならないと考えられる。
- 「生活」は総合的な営みであり、自立した日常生活の実現を支援するためには、適切に保険給付が組み合わせられ、相互の連携が確保されていることはもとより、必要な保険給付外のサービスやサポートが、利用者の生活の場である「地域」において包括的に導入されなければならない。このことは、法による居宅介護支援の定義に「保険給付及びその他の居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービスの適切な利用等を行うことができるよう(中略)居宅サービス計画を作成する」と規定されていることから明らかである。

また、法は介護支援専門員を定義し「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及び技術を有するもの」とも規定している。
- よって介護支援専門員は、個々の利用者の「自立した日常生活」が具体的にどのようなものかと、それを実現するために必要なサービスやサポートの地域での過不足、機能の実態を見通すことができなければならない。
- こうした法の理念、介護支援専門員の役割を踏まえ、平成17年改正において「地域包括ケア」の考え方が促進され、地域包括ケアの中核として主任介護支援専門員と地域支援事業、地域包括支援センターが創設された。
- すなわち地域支援事業は、要介護状態となっても、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう介護予防や包括的支援事業を中心に支援することを目的としており、その担い手である地域包括支援センタ

一は、保健・医療・福祉の専門職の連携やインフォーマルな活動を含めた地域における様々な社会資源の有効活用を図りネットワークを構築することを目的とし活動している。

- 更に今般、平成 23 年改正では、地域包括ケアシステムの基本的考え方を次のように示している。

「地域住民が住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を継続することができるよう、介護保険制度による公的サービスのみならず、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民活動も含めた地域の様々な資源を活用した包括的なケアが提供される体制とされている。(地域包括支援センター業務マニュアル、平成 22 年 11 月 30 日社会保障審議会介護保険部会、2015 年の高齢者介護からの編集による)」

- 地域包括ケアシステムを十分に構築するためには、地域支援事業の実施(責任)主体である区市町村が自らの責務であることを自覚する必要がある。

- 同時に平成 23 年改正では地域包括ケアシステムの推進が国及び地方公共団体の責務とされたことから、都、区市町村、地域包括支援センターにおける役割がますます重要となってきた。

- 一方で、主任介護支援専門員は次のように定義されている。

「他の介護支援専門員に適切な指導・助言を行うことができ、また、地域における包括的・継続的なケアシステムを実現するために必要な情報の収集・発信、事業所・職種間の調整や、さらに事業所における人事・経営管理、利用者の視点にたってフォーマルサービスやインフォーマルサービスの質・量を確保し、改善していくような提案などを行うことができる者(である。)」

(国主任介護支援専門員研修実施要綱より抜粋)

- すなわち、主任介護支援専門員は、上記の役割を果たし、当該区市町村の地域包括ケアシステムを構築する中核的な存在である。



- こうした主任介護支援専門員が地域包括ケアシステムを構築していくためには、利用者が自立した日常生活を営むために必要な地域で揃えるべきニーズを十分把握し、過不足や機能不全の状況を認識し、地域包括ケアシステムの構築を責務とする区市町村に提案しなければならない。
- 前述のような状況を十分把握・認識するため実際に役立つ真の情報は、個々の介護支援専門員の行うアセスメントやモニタリングの結果として得られるものであり、そのためにはケアマネジメントが適切に実施されていなければならない。
- こうしたことを踏まえれば、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所におけるそれぞれの主任介護支援専門員の役割を以下のようにまとめることができる。

**〔居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の役割〕**

- ・ 事業所内の個々の介護支援専門員から、自立支援を更に向上させるための必要な情報を得て集約すること。
- ・ 定期的に行われる地域包括支援センターの会議において、更なる自立支援のために何が必要かを伝達すること。
- ・ 地域包括ケアネットワークの支援を受けた円滑なケアマネジメントを事業所内で実践するためにリーダーシップを発揮すること。

**〔地域包括支援センターの主任介護支援専門員の役割〕**

- ・ 重複錯綜したニーズの解決には地域包括ケア体制が必要であり、解決のためには、日常的に介護支援専門員の集まりを持ち、何が更なる自立支援を阻んでいるかを認識することが重要。
- ・ 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員からの情報伝達により所管区

域内の地区診断を行い、実践的で具体的な地域包括ケアのネットワークの在り方を保険者に提案することで、居宅介護支援事業所の個々の介護支援専門員を支援すること。

## (2) 地域包括ケアシステム構築のための 自立支援に向けたケアマネジメントの取組

- 地域包括ケアシステム構築のためには、個々の介護支援専門員の自立支援に向けた適切なケアマネジメントの実践が重要である。つまり、アセスメント→ケアプラン作成→モニタリング→ケアプラン修正への反映といったケアマネジメントサイクルの中で、利用者のニーズを把握した上で自立した日常生活の支援のために、個々のケアプランに保険給付だけでなく地域の社会資源（フォーマルサービス・インフォーマルサポート）を組み入れていくことである。
- 自立支援を目指すケアマネジメントは多職種・多機関の連携や地域における多種多様な社会資源のコーディネートやネットワークを構築した、地域づくりが不可欠である。また、地域に不足しているものは新しく作っていく必要があるが、個々の介護支援専門員に地域づくりを全て求めるのは困難であると考えられる。
- そこで、主任介護支援専門員は、ニーズを一番良く知っている個々の介護支援専門員から地域において必要なサービスやサポートのニーズを吸い上げ、地域包括支援センターや保険者と協働し、サービス、サポートの足りない部分を開発する役割を担っており、地域包括ケアの屋台骨であるといえる。
- 具体的には、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員、かかりつけ医、訪問看護師などがチームとなり、個々の介護支援専門員のケアマネジメント上の課題や地域のニーズ把握を行い、その結果を必

要に応じて保険者や地域包括支援センターに繋げていくことが、利用者の自立支援や福祉の向上に繋がる。

(主任介護支援専門員によるケアマネジメントに対する助言)

- 自立支援に向けた適切なケアマネジメントの実施のためには、個々の介護支援専門員のケアマネジメントプロセスについて、点検型のケアプランチェックとは異なるケアプランの検証(振り返り)を行い、質の向上を図る必要がある。
- このケアプランの検証(振り返り)を行うことができるのは、地域の実践の場面においてケアプランを作成している居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員であり、スーパービジョンや困難ケースの相談、精神的なフォローなど、スーパーバイザーとして事業所内のケアマネジメントの水準の向上を図ることが期待されている。
- 主任介護支援専門員によるケアマネジメントに対する助言ケアプランチェックは、対面で行い気づきをいかに与えられるかという支援型や関係者による点検型・自己点検型など、様々な類型や手法があり、それを組み合わせながら柔軟に行っていくことが大切である。
- 一方で、1人事業所の介護支援専門員においては、事業所内でスーパーバイズを受けることができないので、地域包括支援センターや地域の主任介護支援専門員が中心となった事例検討会等を通して、OJTと同等の効果が得られる仕組みなどを構築すべきである。
- また、施設のケアマネジメントは、入所者の生活を施設内に閉ざすことではなく、地域の様々な資源と連携し、活用を図ることを前提としたものである。施設の主任介護支援専門員については、入所(院)、退所(院)時だけでなく、継続的に居宅との関係性を持ち、常に、在宅生活の継続の可能性の検討や地域との関連性を考慮していくことがマネジメントの基本となる。

### (3) 主任介護支援専門員の活躍に向けた行政の取り組み

#### [区市町村（保険者）の役割]

- 区市町村（保険者）には、地方自治法上、住民（高齢者）の福祉の向上を図る義務がある。高齢者の福祉の向上を図るためには、現場において高齢者のニーズやその解決方法を熟知している介護支援専門員の活動や介護支援専門員の意見を集約する地域包括支援センターの役割に対して区市町村が十分認識した上で、改めて両者に期待し、尊重すべきである。
- また、地域支援事業の実施（責任）主体として、自らの責務で地域包括ケアシステムを構築していくことを自覚するべきである。
- こうしたことを踏まえた上で、区市町村（保険者）がその役割を十分に果たしていくためには、以下のような取組が必要である。
  - ・各区市町村は、高齢者の自立した日常生活の実現を図るために必要とされる地域ニーズや課題を把握し、それに対して主任介護支援専門員が地域で担う役割や活躍の場の検討を行う。
  - ・そのためには、個々の介護支援専門員から意見集約した地域の課題や社会資源等の情報を収集するためにも、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの主任介護支援専門員の同士のネットワークを区市町村が地域包括支援センターとともに積極的に構築し、定期的な場を主催する。（例：主任介護支援専門員連絡会等の設置。）
  - ・さらに地域包括支援センターから集約した情報を基に、区市町村は機関間連携の促進やインフォーマルサービスの充実、介護保険事業計画、老人福祉計画、地域福祉計画に反映させていく。
  - ・このような仕組みの中で、地域に寄与することができる介護支援専門員を主任介護支援専門員研修受講者として東京都に推薦し、研修終了後においては、地域での主任介護支援専門員の活動を支援する。

### [東京都の役割]

- 東京都は、広域的自治体としての役割を担っており、介護支援専門員全体の質の向上を図り、地域包括ケアシステムを推進するとともに、区市町村や主任介護支援専門員の役割を明確にし、それぞれが十分に連携し機能していくよう支援していくべきである。そのために、以下の取組を積極的に進めていくことが必要である。
  - ・ 東京都は、地域全体の社会資源として地域包括ケアの推進に寄与していくという意識を持った主任介護支援専門員の養成事業を行っていく必要がある。
  - ・ 例えば、主任介護支援専門員研修の実施時には、受講時における記述式による意識付けや修了時の効果測定等の導入など、研修の実施方法について検討し、研修修了者の質の向上に努めることが考えられる。
  - ・ また、東京都は、主任介護支援専門員研修の参考推薦基準を提示し、推薦過程において、研修受講後に地域で担うべき役割等を区市町村、居宅介護支援事業所管理者、研修受講者で共有・確認する仕組みを構築することにより、入り口段階における主任介護支援専門員の質の底上げを図る必要がある。
  - ・ なお、主任介護支援専門員の質の確保のためにも、例えば、地域での継続的な活動実績や業務遂行状況等によっては、「主任」の更新を認めないなど、更新制とすべきであり、国に対して要望していく必要がある。
  - ・ 現任の主任介護支援専門員については、不足する知識・技術等に係る、フォローアップ研修などの実施を検討する必要がある。
  - ・ また、主任介護支援専門員の実践報告や特定事業所の実践報告を行うなど、求められている役割と機能が発揮されてきたのかを確認できる

「場」が必要になっている。

- ・そのため、東京都は、保険者や地域包括支援センター等に対して主任介護支援専門員への共通の認識を付与し、区市町村の意見を抽出した上で、主任介護支援専門員の地域での具体的な実践例を示すとともに、包括補助制度を活用した区市町村の取組を支援していくことが重要となる。



### 3 医療と介護の連携強化について

#### 提言のポイント 3

- 地域包括ケアシステムを進めていくためには、介護や生活支援を充分に行いつつ、必要な利用者にあっては地域における医療サービスに確実に繋ぐことができる介護支援専門員の養成が不可欠である。
- そのための在宅医療サポート研修は極めて有用であり、3か年の検証を踏まえ引き続き実施するとともに、専門Ⅲに位置付けるなど法定化を国に要望するべきである。
- また、区市町村が地区医師会との協力を得ながら、地域の医療関係者が講師となる在宅医療サポートフォローアップ研修を実施することは、顔の見える連携関係を確立するために非常に有効であり、東京都は支援すべきである。
- 医療側は、利用者の日常生活の中でのリハビリテーションなど、日常生活における自立支援と医療サービスの視点を持ったかかわりを理解し、主治医としての役割を果たしていく必要がある。
- また、医師の臨床研修の段階から介護保険制度や在宅療養の知識を身につけるようカリキュラムを国に提言すべきである。

#### (多職種チームケアを推進)

- 利用者にかかわりのある全ての職種の者（福祉側も医療側も）が、法に定める「自立した日常生活の実現」の支援を共通目標として確認し、地域生活の継続のための連携の重要性や必要な共有すべき情報を理解し・実践することで、真の連携が進んでいく。



- 利用者は患者であると同時に生活者であり、住み慣れた地域で暮らし続けるためには、医療職も介護支援専門員が有する生活の視点からの情報は有用であり、連携を積極的に図るメリットがある。
- そのためには、福祉側も医療側も利用者の地域生活の継続のために一緒に研修する、学ぶという仕組みが大事である。

#### (医療連携に必要な介護支援専門員の意識やスキル)

- 医療との連携において介護支援専門員に求められるのは、利用者に医療サービスが必要かどうかを相当程度見極め、確実に医療に繋ぐコーディネート機能である。そのためには、医療機関との共通言語を持つことが重要であり、医療のある程度の知識を身に付けることが意識のハードルを下げるためにも役立つ。

#### (医療研修の必要性)

- 地域包括ケアシステムを構築し、今後ますます増加する医療依存度の高い高齢者が地域で暮らし続けるためには、介護、生活支援を十分に行いつつ、入退院時の連携強化や地域における必要な医療サービスに確実に繋ぐことができる介護支援専門員の養成が不可欠である。
- 医療との連携の手法や医療へ繋ぐ気づきが得られる在宅医療サポート研修は極めて有用であり、3か年の検証を踏まえて、引き続き実施していくべきである。今後在宅療養生活を送る利用者が増加する中、一体的に習得すべき必須の内容であり、例えば、専門Ⅲとして法定化されるよう国に要望していくべきである。
- 医療研修の視点としては、単なる医療知識の取得ではなく、医療の必要性の発見や「橋渡し役」「サービス調整力」「コミュニケーション力」を重視するようにすべきである。
- 区市町村が地区医師会の賛同と協力を得て、個別の事例検討会を開催し、

地域内の医療関係者等を研修講師として在宅医療サポートフォローアップ研修を実施することは、顔の見える連携の確立のために非常に有用であり、その取組に対し、都は支援していく。

**(医療側に求められる視点等)**

- 医療職と介護支援専門員が同じ視点（共通目標）を持っていないと連携は難しく、介護支援専門員、医師、看護師などチームのメンバーの共通認識をいかに育てるかという視点をお互いに共有していくことが最も重要である。
- 在宅療養に関わる医師が利用者の生活全体やそれを支えるチーム全体を俯瞰し、例えば、日常生活の中でのリハビリテーションの検討を行うなど自立支援に向けた主治医としての役割を果たしていく必要がある。
- 今後、在宅での療養生活を支える高齢者が増えていくことから、病院の入退院時における連携の必要性が高まるが、病院内の主治医（医師）との連携や理解が進まない現状がある。そのため、臨床研修の時期に介護保険制度や在宅療養の知識を身に付けることが有効であり、カリキュラムに取り組むことを国に要望していく。

# 参 考 资 料

---



ケアマネジメントに係る各区市町村の取組事例について

<新宿区>

取組開始年度	平成16年度
目的	包括的・継続的ケアマネジメント業務の一環として、ケアプラン作成技術の向上を図ること等により、介護支援専門員を支援する。
取組方法	<p>1 困難事例への対応（サービス担当者会議の開催支援及び同行訪問）</p> <p>2 ケアマネジャー向けの研修会や事例検討会の開催</p> <p>3 ケアプラン評価会・ケアマネット新宿（介護支援専門員の連絡会）ケアマネホットライン（基幹型高齢者総合相談センター内に専用電話を設置し相談員が介護支援専門員の相談に応じる）等の活用</p> <p>&lt;ケアプラン評価会&gt;の流れ（約2ヶ月）</p> <p>①ケアマネジャーからの事例の提出</p> <p>②高齢者総合相談センター職員が利用者宅へ訪問調査</p> <p>③医師・学識経験者・主任介護支援専門員によるケアプラン評価チームによるケアプランチェック票の作成</p> <p>④指導内容の集約</p> <p>⑤評価会の開催（委員が一同に集まって、①②の資料をもとに各ケアプランについて総合評価を行う。事例を提出した介護支援専門員は評価会に出席し、評価委員からの指導・助言を受ける。</p> <p>⑥評価会の公開（各高齢者総合相談センターの職員及び介護支援専門員はケアプラン評価会を傍聴することができる）</p>
実績	ケアプラン評価会（9回/年）、ケアマネット新宿（12回/年） ケアマネホットライン（随時）、その他適宜開催

<墨田区>

取組開始年度	平成18年度
きっかけ	平成17年度末に、地域包括支援センターにおける主任介護支援専門員の役割を、平成18年度以降各地域包括支援センターの主任介護支援専門員予定者と検討。その中でケアマネジャー支援の必要性と重要性を確認した。
取組方法	1 サポートタイム

	<p>区内8か所の包括が毎月第3水曜日の午後、偶数月と奇数月に4か所ずつが担当し、相談の時間を設けている。</p> <p>2 随時相談 ケアマネの相談に随時対応。必要に応じて同行訪問やカンファレンス等開催している。</p> <p>3 研修、事例検討会</p> <p>① 毎年テーマを決め、総論の講義1回と事例検討会4回を開催</p> <p>② 平成22年度より介護保険制度の理解を深めるため、高齢者福祉課と介護保険課が協力して、Q&amp;A方式プラスグループワークで理解を深める会を実施。また、Q&amp;Aを作成しケアマネに配布。</p> <p>③ 平成19年度より、区内のケアマネの職能団体と合同で研修会を実施。昨年度より、民間事業所の主任ケアマネジャーの協力も得て、グループワークによる研修会を実施。</p> <p>④ 年に1回、新任介護支援専門員を対象に、ケアプランの立て方等についての研修会を介護保険課事業者指導担当が実施する外、職能団体の自主的な研修会に対して、側面的な支援を行っている。</p> <p>4 ケアプラン点検・ケアプラン検討会(介護給付費適正化推進事業)</p> <p>① 平成21年度から、給付適正化支援システムを活用し、認定情報と給付情報を突合し、不具合の生じているものをデーターとして抽出し、担当介護支援専門員への聞き取りを介護保険課事業者指導担当職員が実施し、給付の適正化を推進している。</p> <p>② 平成23年度から、事前に点検を希望した介護支援専門員から、事例の提供を受け、事例提供者・講師・保険者でケアプランの検討会を実施している。</p>
実績・効果	4のケアプラン検討会については、単に介護給付費適正化のみならず、事例提供者である介護支援専門員自身の振り返りや気づきができ、ケアプラン作成力向上にも寄与することとなった。
今後の課題	<p>① ケアプラン検討会講師の後進の育成</p> <p>② ケアプラン検討会参加後の担当介護支援専門員のフォローアップ</p>

<江戸川区>

取組開始年度	平成20年度
きっかけ	指導検査体制整備都補助金の導入
目的	区内居宅介護支援事業所の介護支援専門員の質の向上・介護給付の適正化・江

	戸川区全体のケアマネジャーの質の底上げ・ケアマネジャーの質の統一化
取組方法	<p>①区内介護支援専門員の作成したケアプランを区に提出 (アセスメント・居宅サービス計画書・サービス担当者会議録・モニタリング(支援経過記録)を提出)</p> <p>②ケアプランの点検を実施(区職員及び外部委託による) 江戸川区で使用しているケアプランチェックシートを使用し江戸川区ケアマネジャー協会のケアマネジャーが同じケアマネジャーの視点からケアプランの1次チェックを行う。 ケアマネジャーが1次チェックしたものを区指導係にて2次チェックを行う。</p> <p>③点検結果(ケアプランチェックシート)の返却</p>
実績・効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・区内介護支援専門員が作成したケアプラン実態の把握</li> <li>・介護支援専門員としての気づきが促され、ケアプランの見直しのきっかけを提供できた。</li> <li>・指摘事項が具体的に改善されたことにより、居宅介護支援事業所の向上が一定程度図られた。</li> <li>・区内の全ケアマネジャーに4年に渡り3回のケアプランチェックを行ったことにより、全体の底上げに繋がった。</li> <li>・区内のケアマネジメントの傾向を確認することが出来た。</li> <li>・事業所のケアマネジメントの傾向が確認出来た。(アセスメントやモニタリング方式が同じ。ケアプランにおける問題点も同じ傾向になりやすい・・・)</li> <li>・一次チェックで介護支援専門員の視点でケアプランチェックを行ったことで、指導的な立場ではなく現場に即した質の向上に向けた点検内容になった。</li> </ul>
今後の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護支援専門員の経験等にばらつきがあることから、個々の介護支援専門員に合わせたケアプラン点検・助言等の実施について検討</li> </ul>

<八王子市>

取組開始年度	平成22年度
目的	要介護の状態になっても、その人らしい自立した日常生活を送れるよう、自立支援に資するケアマネジメントに基づいたケアプラン作成が行われているかを確認し、ケアマネジャーの気づきを促すことで、自立支援に資する適切なケアプラン作成を推進し、過不足のない適正な給付を確保・維持するため。
取組方法	「八王子市ケアプラン自己点検支援マニュアル」を作成

	<p>点検は「指導」や「監査」とは違い、ケアマネジャーと保険者が双方向で一緒に確認し合う姿勢が大切なため、自立支援とは何か、自立支援に資するアセスメントやケアプランの作成方法について、また、点検の手法についてあらかじめ共通の認識を持つ必要があることから、市独自のマニュアルを作成。</p> <p>作成にあたっては、地域包括支援センターの職員、居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャー及び保険者の協働作業とし、座長に学識経験者を迎え、現場の声を反映したうえで、効率的に自己点検が行える内容とした。</p> <p>マニュアル作成後、全居宅介護支援事業所へ自己点検を依頼。平成23年度より、順次自己点検結果の提出を受け、事前に内容確認を行ったうえで事業所を訪問し、きめの細かい助言を行っている。</p>
実績・効果	<p>ケアマネジャーが、利用者本人がどのような生活を望んでいるのかを考察するようになるとともに、コミュニケーションの重要性や、より深くアセスメントすることの必要性を再認識するなど、多くの気づきがある。</p>

<青梅市>

取組開始年度	平成21年度
きっかけ	<p>従来は、ケアマネジャーの抱える困難な事例について、各包括で対応していたが、3包括の主任ケアマネジャーで協議し、それぞれの担当地域から見えてきた課題を共有する必要性を感じたため、まずは自分たちが取り組める内容を検討した結果、ケアプラン相談会の開催を立案した。</p>
目的	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ケアマネジャー支援</li> <li>2. 自立支援型ケアプラン作成支援（マネジメントの思考過程の訓練）</li> <li>3. サービス事業者への支援</li> <li>4. 医療との連携支援</li> <li>5. 他の事業所のケアマネジャーとの自主的なネットワークの構築支援</li> <li>6. ケアマネジャーに業務外の負担がかかっているケースの発掘支援</li> <li>7. 居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャーの役割の検討</li> <li>8. 特定事業所加算の事業所の役割の検討</li> <li>9. 各関係機関の役割の明確化</li> </ol>
取組方法	<p>ケアプラン相談会</p> <p>地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが中心となり、毎月5～6回開催。ケアマネジャー負担軽減のため、書類の事前提出はさせず、利用者の記録のみ持参してもらう。</p> <p>相談会は、事例提供者から、経過や依頼内容を聞いた後、参加者がそれぞれケ</p>



	<p>アプラン作成者になったつもりで、情報収集を行い、全体像から仮説を立て、参加者全員で根拠を示し予後予測を行う。(仮説の検証)</p> <p>その後、参加者全員で判断した内容を発表。判断結果と根拠が違うことが多いため、意見交換を行う。</p>
実績・効果	<p>困難事例からケアプランの思考過程の訓練ができ、要介護3、4、5の方のプランも自立支援型（介護保険法第2条第2項にもとづき）のケアプラン作成ができるようになった。青梅市主任介護支援専門員連絡会で、地域の課題が抽出できるようになった。またサービス事業者も必要性を感じ、毎回ケアマネジャーを誘っての参加が増え、介護保険法第1条、第2条、第4条への理解、意識が高まるとともに、ネットワークが広がった。</p>
今後の課題	<p>いつまでも相談会で包括の主任ケアマネが指導するのではなく、ケアマネ自らが、自主グループ化し、ケアマネ1人1人が相談会を開けるようなスキルをもてるようにすることが必要。</p> <p>要介護状態の悪化を防止または遅延化ができたケースがどのくらいあるか、データとして出し、検証していく必要がある。</p>

<西東京市>

事業名	西東京市ケアマネジメント環境整備事業
取組開始年度	平成21年度
きっかけ・目的	<p>平成21年度報酬改定において、主任介護支援専門員が「特定事業所加算の取得要件」に位置づけられたことを機に、西東京市の主任介護支援専門員に求められる役割を明確化し、活動方針を策定した。地域包括支援センターと事業所の主任ケアマネジャーが連携し、主体的な取り組みができるよう、包括的・継続的ケアマネジメントの実現を目指した「西東京市ケアマネジメント環境整備事業」を活動の場とし、「西東京市主任ケアマネジャー研究協議会」を発足した。ケアマネジメントの質の向上、連携体制の構築などの諸課題に積極的に取り組んでいる。</p>
取組方法	<p>1 西東京市主任介護支援専門員研修受講生推薦要領の作成</p> <p>地域で中核となって活躍しうる高い能力と意欲のある方を推薦するための審査会を設置し、書類審査、面接審査等を実施の上、東京都に推薦する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>主任介護支援専門員研修修了後、西東京市主任ケアマネジャー研究協議会に登録し、その活動に積極的に参加する旨を、所属する事業所の代表者が推薦依頼書に署名することとなっている。</li> </ul> <p>2 主任ケアマネジャー研究協議会の組織化と市の施策としての位置づけ</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 主任ケアマネジャー研究協議会を組織化することで、事業者、地域包括、保険者が三位一体となって協働しやすい仕組みづくりを目指した。</li> <li>・ 西東京市介護保険連絡協議会の中に主任ケアマネジャー研究協議会を独立させ、主体性の確保を図った。</li> <li>・ 研究協議会の中で、ケアマネジメント環境を整備する上での主要課題を3つのテーマに分け、部会制とした。自分の希望する部会に所属し、活動の企画・実行、課題研究等に取り組んでいく。 3部会（①医療との連携 ②質の向上 ③制度・サービス資源）</li> <li>・ ケアマネジメント環境整備事業において、保険者に活動報告を行い、介護保険事業計画等に反映できる仕組みづくりを目指している。</li> </ul>
実績・効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 市が推薦の段階で事業者の管理者とケアマネジャーに面接することで、主任介護支援専門員研修修了後、西東京市の主任ケアマネジャーとして地域の活動に参加するという意識づけになっている。</li> <li>・ 市の事業としての位置づけ（予算）があるため、活動しやすい</li> <li>・ 活動を通じて、主任ケアマネジャー自らが成長していくことができる。</li> </ul>
今後の課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 主任介護支援専門員の異動、退職、他地域からの参入等で、メンバーの入れ替わりがある。積極的な活動を継続するための方法を検討する必要がある。</li> <li>・ 活動の結果が、目的である「包括的、継続的ケアマネジメントの実現」に、繋がっているかどうか、効果測定の方法、評価の方法を考える必要がある。</li> </ul>

## 都内の介護支援専門員の現状

### (1) 都内の居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員の延人数

(平成24年1月1日現在)

常勤-専従	常勤-兼務	非常勤-専従	非常勤-兼務	計
3,679 人	3,736 人	1,278 人	444 人	9,137 人

### (2) 区市町村別主任介護支援専門員研修修了数及び特定事業所加算取得居宅介護支援事業所数

- 区市町村により推薦要件の有無や基準の相違により、主任介護支援専門員研修修了数にばらつきがある。
- 主任介護支援専門員研修修了数と特定事業所加算取得事業所数については、概ね正の相関関係がある。

区市町村別主任介護支援専門員研修修了者数及び特定事業所加算取得居宅介護支援事業所数

NO	区市町村名	18	19	20		21		22		計	特定事業所加算	
				I期	II期	I期	II期	I期	II期		I	II
1	千代田区			1		2	1	2	1	7		1
2	中央区				4	3	2	4	1	14		4
3	港区			3	2	5	5	3	3	21		7
4	新宿区			3	6	8	5	8	12	42	1	6
5	文京区			3		2	1	6	1	13		3
6	台東区			1	4	9	1	4	1	20		8
7	墨田区			3	4	9	4	5	2	27		7
8	江東区			2	7	8	3	5	5	30	1	8
9	品川区			9	9	12	7	6	5	48		22
10	目黒区			3	1	6	7	1	5	23		8
11	大田区			2	4	14	3	16	4	43	2	16
12	世田谷区			11	8	16	7	13	6	61	1	23
13	渋谷区			1	4	5	5	4	4	23		8
14	中野区			1	2	8	3	4	5	23		8
15	杉並区			1	4	14	4	10	3	36		14
16	豊島区			1	2	2	2	3	3	8		3
17	北区			3	4	7	4	4	4	26		7
18	荒川区			2	2	5	2	3	5	19	1	5
19	板橋区			4	3	15	9	7	13	51		17
20	練馬区			12	9	17	16	7	8	69		12
21	足立区			4	6	24	21	17	15	87	5	31
22	葛飾区			3	5	6	7	7	4	32		10
23	江戸川区			3	5	6	6	5	10	35		8
24	八王子市			2	2	20	10	10	7	51		20
25	立川市			5	3	8	1	4	3	24		13
26	武蔵野市			6	2	3	2	2		15		4
27	三鷹市			1	1	8		5	2	17		5
28	青梅市				2	2	1	2		7		6
29	府中市			3	2	15	4	3	2	29		5
30	昭島市			4		6	2	5	2	19		9
31	調布市			3	1	5	1	2	2	14	2	4
32	町田市			3	1	21	9	6	2	42		13
33	小金井市			1	1	2	2	2	1	9		2
34	小平市			1	1	5	2	4	3	16		7
35	日野市			3	4	9	2	5	2	25		9
36	東村山市				3	4		1		8		5
37	国分寺市			1		5	3	1	1	11		4
38	国立市					3	1	2		6		2
39	福生市			1		4		1	1	7		2
40	狛江市			3	1	2		2	2	10		3
41	東大和市					5	1	1	1	8		1
42	清瀬市			2	2	2	2		1	9		3
43	東久留米市			2	1	4	2		1	10		4
44	武蔵村山市			2		1	3	3	1	10		3
45	多摩市				3	3	3	1		10		5
46	稲城市				1		2	2		5		2
47	羽村市					1				1		
48	あきる野市			1		3		3	1	8		5
49	西東京市			3	2	7	2	2	3	19		8
50	瑞穂町			2	1		3	1		7		4
51	日の出町			1				4	1	6		
52	檜原村							2		2		
53	奥多摩町				1	1				2		
54	大島町									0		
55	利島村			1						1		
56	新島村									0		
57	持津島村			1						1		
58	三宅村						1			1		
59	御蔵島村									0		
60	八丈町					1			1	2		1
61	青ヶ島村									0		
62	小笠原村			1						1		
	計	358	373	129	130	351	184	217	160	1902	13	385

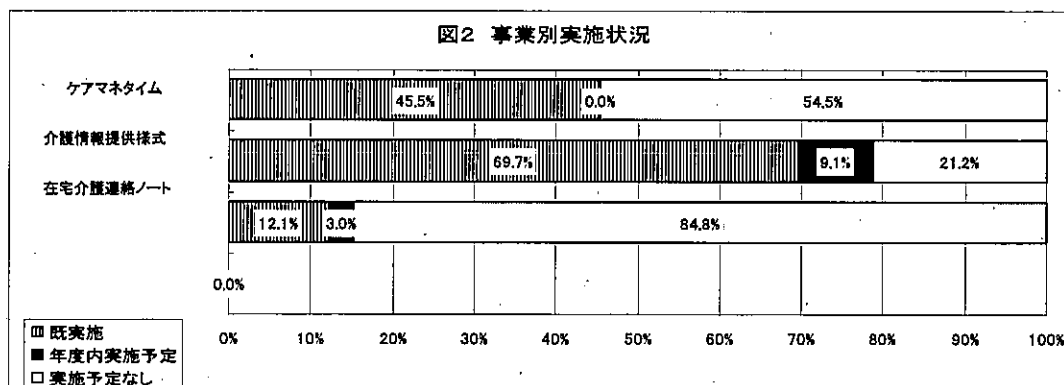
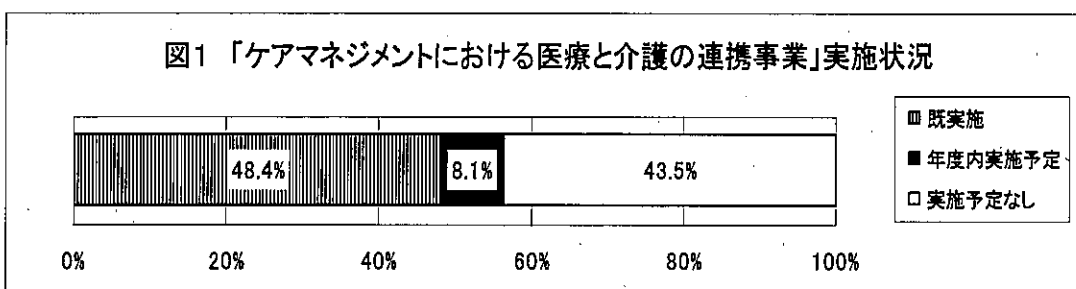
○主任介護支援専門員研修(平成20~22年度)は、修了者について、申込み時に推薦した区市町村をカウント。  
 ○特定事業所加算取得事業所は平成23年3月1日現在。

(3) 介護支援専門員実務研修受講試験 試験職種別合格者数 (平成23年度(第14回))

職種	東京都		全国	
	人数(人)	構成比(%)	人数(人)	構成比(%)
医師	5	0.2	44	0.2
歯科医師	7	0.3	35	0.1
薬剤師	27	1.2	184	0.7
保健師	26	1.1	331	1.3
助産師	1	0.0	20	0.1
看護師、准看護師	169	7.4	1,884	7.6
理学療法士	46	2.0	510	2.1
作業療法士	27	1.2	355	1.4
視能訓練士	1	0.0	5	0.0
義肢装具士	0	0.0	2	0.0
歯科衛生士	13	0.6	209	0.8
言語聴覚士	6	0.3	60	0.2
あん摩マッサージ指圧師	38	1.7	261	1.1
はり師、きゅう師	31	1.4		
柔道整復師	12	0.5	123	0.5
栄養士(管理栄養士を含む)	24	1.1	343	1.4
社会福祉士	247	10.9	2,425	9.8
介護福祉士	1,452	63.9	14,930	60.6
精神保健福祉士	43	1.9	306	1.2
相談援助業務従事者・介護等業務従事者	99	4.4	2,611	10.6
合計	2,274	100.1	24,638	99.7

○ 福祉系(社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、相談援助業務従事者等)職種の割合は、81.1%であり、近年、福祉系の合格者の割合が多い。

(4) 医療と介護に関するケアマネジメントのアンケート

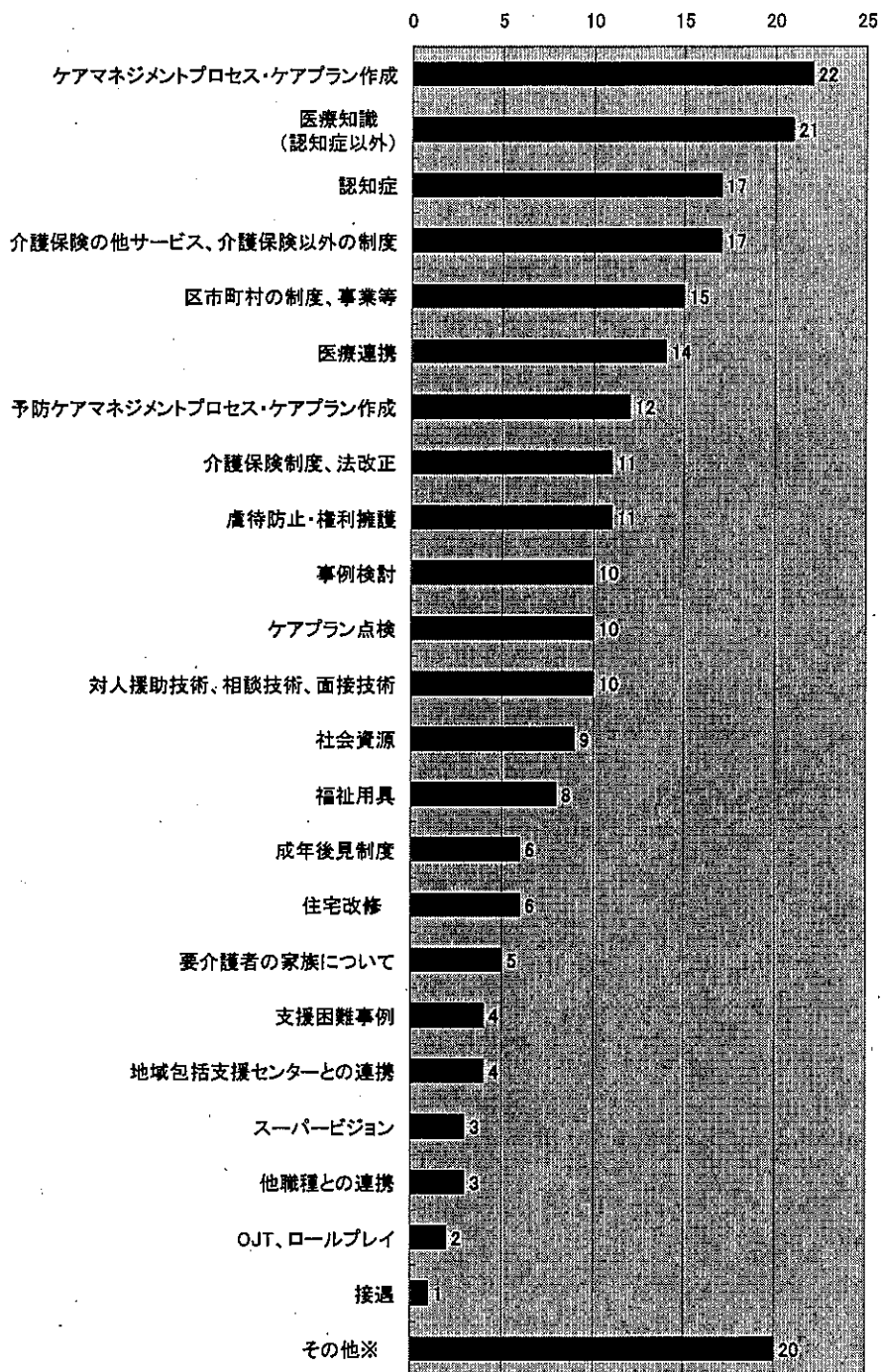


- 医療と介護の連携に関する事業を行っている区市町村は、年度内実施予定も含めて、56.5%となっている。
- 介護情報の提供様式を定めている区市町村は、年度内実施予定も含めて、78.8%となっている。
- ケアマネタイムについては、医療機関により診療時間などが多様であること、医師会等との検討の結果、「ケアマネタイム」を設定しなくて、必要時に医師と連絡が取り合える関係を目指し、実施していない区市町村もある。(4区市町村)

**(5) 区市町村における介護支援専門員を対象とした研修実施の状況について**

(平成22年12月7日付22福保高介第1153号「介護支援専門員資質向上のための取り組みについて」により、都内62区市町村に研修の開催状況を照会。その回答を東京都において、分類したもの。) (複数回答有)

介護支援専門員対象の研修(主任介護支援専門員のみ対象のものを除く)  
(実施している区市町村数)



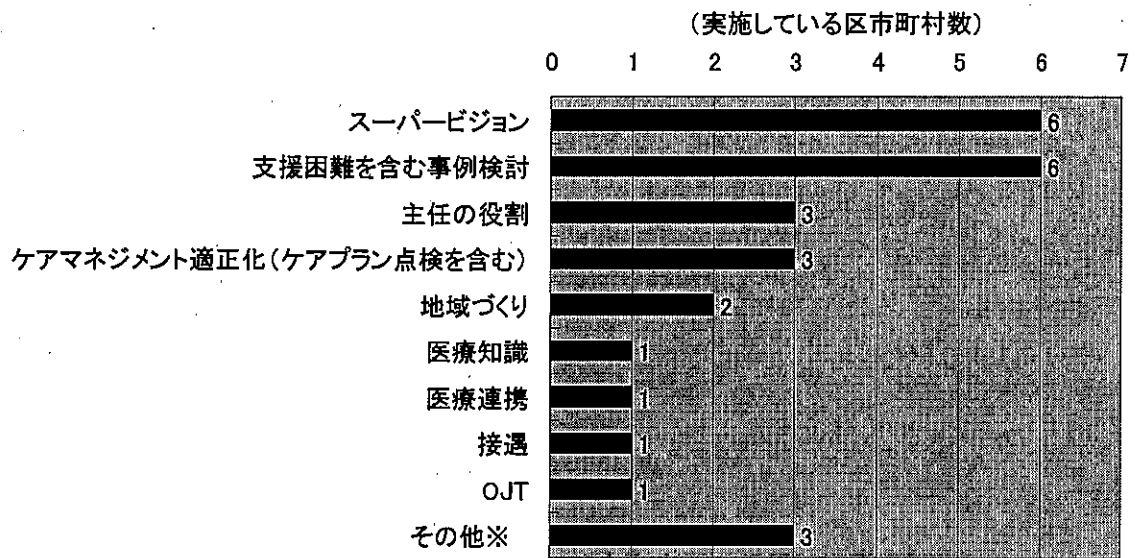
※「新型インフルエンザ・ノロウイルスへの対応」「リスクマネジメント」「給付適正化のポイント」等

- ケアマネジメントプロセス・ケアプラン作成については、22区市町村において独自の研修を実施している。
- 医療知識（認知症以外）（21区市町村）、認知症（17区市町村）、医療連携（14区市

町村)等、医療的知識に関する独自の研修を実施している区市町村が多い。

- 特に主任介護支援専門員を対象とした研修の実施状況は、下記のとおり。

## 主任介護支援専門員対象の研修



※「バーンアウト対策」「介護老人保健施設の現状」「生活援助算定マニュアルの作成」



## 委員名簿

## (1) 東京都介護支援専門員支援検討委員会委員名簿

氏名	所属
◎國光 登志子	立正大学大学院社会福祉学研究科 講師
佐藤 信人	武蔵野大学人間関係学部社会福祉学科 教授
高良 麻子	東京学芸大学教育学部人間社会科学課程総合社会システム専攻 准教授
○新田 國夫	医療法人社団つくし会 新田クリニック 北多摩医師会会長
高岡 里佳	田無病院医療福祉連携部 部長
宮近 郁子	田園調布医師会立訪問看護ステーション 所長
西本 裕子	東京都介護支援専門員研究協議会 理事長
高見 澄子	やさしい手 石神井公園居宅介護支援事業所 介護支援専門員 管理者
小林 美穂	小平市地域包括支援センター小川ホーム 主任介護支援専門員
原田 洋一	杉並区保健福祉部介護保険課長
伊藤 重夫	多摩市健康福祉部介護保険担当課長
平山 信夫	東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長 (平成23年7月31日まで)
横手 裕三子	東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長 (平成23年8月1日より)
室井 豊	東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長

## (2) 主任ケアマネジャーを活用した地域のケアマネジメント向上に向けた取組検討部会委員名簿

氏名	所属
◎國光 登志子	立正大学大学院社会福祉学研究科 講師
佐藤 信人	武蔵野大学人間関係学部社会福祉学科 教授
甲田 潔	杉並区医師会理事 甲田医院院長
水村 美穂子	青梅市地域包括支援センターすえひろ・主任介護支援専門員・看護師
小島 操	石神井訪問看護ステーション・主任介護支援専門員・東京都介護支援専門員研究協議会副理事長
羽石 芳恵	東京都介護福祉会コア・主任介護支援専門員・看護師
梅原 康宏	地域包括支援センター ウエル江戸川さわやか相談室 管理者
伊藤 重夫	多摩市健康福祉部介護保険担当課長
横手 裕三子	東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長

## 検討経過について

### (1) 東京都介護支援専門員支援検討委員会

回数	開催時期	主な検討事項
1	6月3日	(1) 介護支援専門員をめぐる現状と課題について (2) その他
2	7月12日	(1) 医療と介護の連携の現状と課題について (2) 法定研修の現状と課題
3	8月12日	(1) 主任介護支援専門員の役割の現状と課題について (2) 主任介護支援専門員の活用策について
4	11月1日	(1) これまでの議論のまとめ (2) 主任介護支援専門員について
5	1月6日	(1) 検討委員会のまとめ(案)について (2) 引き続き検討課題について
6	2月10日	(1) 検討委員会のまとめ(案)について (2) 引き続き検討課題について
7	3月23日	(1) 検討委員会のまとめ(案)について (2) その他ケアマネジメントの向上について
講演会	3月27日	「地域包括ケアシステムに向けたケアマネジメント講演会」 ～東京都介護支援専門員支援検討委員会報告を踏まえて～ (1) 東京都からの委員会報告 (2) 「地域包括ケアシステム構築に向けたこれからのケアマネジメントの課題」 ～保険者と地域包括支援センターと居宅介護支援事業所の協働・連携～ (3) 「ケアプランを考える視点」

### (2) 主任ケアマネジャーを活用した地域のケアマネジメント向上に向けた取組検討部会

回数	開催時期	主な検討事項
1	12月2日	(1) 地域の主任ケアマネジャーを活用したケアマネジメント向上に向けた取組 (2) その他
2	1月31日	(1) ケアマネジメント支援について (2) その他

## 東京都介護支援専門員支援検討委員会設置要綱

22福保高介第1625号  
平成23年4月1日

改正 23福保高介第1183号  
平成23年11月25日

### (目的)

第1 地域ケア体制を推進していく上で、介護支援専門員の求められる役割は極めて大きなものがあり、生活状態の多様な高齢者が増加していくと見込まれる中、介護支援専門員には、利用者の状態に応じた適切なケアマネジメント能力の一層の向上が求められている。

そこで、地域ケア体制の更なる推進を図るため、東京都介護支援専門員支援検討委員会(以下「委員会」という)を設置し、実務に携わる介護支援専門員の具体的な支援策について検討する。

### (検討事項)

第2 委員会は、次の事項を検討する。

- (1) 国の規定する研修内容を検証し、検証内容等の支援策及び実施方法について
- (2) 居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の人材活用について
- (3) 医療と介護の連携促進のための支援策について
- (4) その他検討が必要と認められる事項について

### (委員の構成)

第3 委員会は、学識経験者、介護支援専門員、保険者等及び福祉保健局職員のうちから、福祉保健局長が委嘱又は任命する12名以内の委員及び福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長によって構成する。

### (委員の任期)

第4 委員の任期は、委嘱の日から平成24年3月31日までとし、補欠の委員の任期は前任者の残任期間とする。

### (委員長)

第5 委員会に委員長を置き、委員の互選によりこれを定める。

- 2 委員長は、会務を総括し委員会を代表する。
- 3 委員長は、副委員長を指名することができる。
- 4 委員長に事故あるときは、副委員長がその職務を代行する。

### (招集等)

第6 委員会は、委員長が招集する。

- 2 委員長は、第3に定める者のほか、必要があると認めるときは、必要と認める者の出席を求めることができる。
- 3 委員は、代理を出席させることができるものとする。

(検討部会)

- 第7 委員会に、その検討を補佐するため検討部会(以下「部会」という。)を置く。
- 2 部会は、委員会が定める事項について検討する。
- 3 部会の委員は、別表に掲げる委員構成に従い、東京都福祉保健局高齢社会対策部長が指名する。

(部会長)

- 第8 部会に部会長を置き、委員の互選によりこれを定める。
- 2 部会長は、部会の会務を総理する。
- 3 部会長に事故があるときは、あらかじめ部会長が指定する者がその職務を代行する。

(部会の招集等)

- 第9 部会は、部会長が招集する。
- 2 部会長は、必要があると認めるときは、関係者に部会への出席を求め、その意見を聴くことができる。

(報酬等)

- 第10 委員報酬は、報酬基準に基づき、委員会開催日の翌月に支払うものとする。

(庶務)

- 第11 委員会の庶務は、福祉保健局高齢社会対策部介護保険課において処理する。

(その他)

- 第12 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は委員長が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成23年4月1日から施行する。
- 2 この要綱は、平成24年3月31日限り、その効力を失う。

附 則

- 1 この要綱は、平成23年11月25日から施行する。

別表

「主任ケアマネジャーを活用した地域のケアマネジメント向上に向けた取組検討部会」構成

主任ケアマネジャーを活用した地域のケアマネジメント向上に向けた取組検討部会	委員	東京都	福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長
		学識経験者	
		学識経験者	
		医師	
		主任介護支援専門員	地域包括支援センター職員
		主任介護支援専門員	居宅介護支援事業所職員
		主任介護支援専門員	
		保険者	区市町村職員
		保険者	区市町村職員

東京都介護支援専門員支援検討委員会報告書

～地域包括ケアシステム構築に向けたこれからのケアマネジメント～

- 登録番号 (23) 452
- 平成24年3月発行
- 発行 東京都福祉保健局高齢社会対策部介護保険課  
〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号  
電話 03-5320-4279 (ダイヤルイン)
- 印刷 鶴川印刷株式会社  
〒113-0033 東京都文京区本郷2丁目22-12