

2024-5-9 ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会（第2回）

○松山認知症施策・地域介護推進課長補佐 定刻となりましたので、ただいまから、第2回「ケアマネジメントに係る諸課題に関する検討会」を開催いたします。

構成員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中、御出席賜りまして、誠にありがとうございます。

本日は、こちらの会場とオンライン会議システムを活用しての実施とさせていただきます。また、動画配信システムでのライブ配信により、一般公開する形としております。

本日の出席でございますけれども、事務局の斎須審議官は公務のため欠席させていただきます。

報道関係の方に御連絡いたします。冒頭のカメラ撮影はここまでとさせていただきますので、御退出をよろしくお願いいたします。

（カメラ退出）

○松山認知症施策・地域介護推進課長補佐 では、以降の進行は田中座長にお願いしたいと思います。

○田中（滋）座長 委員の皆さん、こんにちは。早速議事に入ります。

本日は、2つの議題を取り扱います。議題1「ケアマネジメント関係者に対するヒアリング」について、議題2は、前回の続きとして、時間の都合上、御発言いただけなかった方から御意見を頂戴します。

まず、本日の資料と会議の運営方法について事務局から説明をお願いします。

○松山認知症施策・地域介護推進課長補佐 それでは、お手元の資料と会議の運営方法の確認をさせていただきます。

構成員の皆様におかれましては、お送りしております資料を御覧いただければと思います。資料につきましては、資料1「ヒアリング出席者」、それから、資料2から資料6ということで、ヒアリング対象者から御提出いただいた資料。それから、資料7につきましては、第1回の資料ということで、再度、付けさせていただいているところでございます。

次に、発言方法等について、オンラインで御参加の構成員の皆様には、画面の下にマイクのアイコンが出ていますので、会議の進行中は、基本的に皆様のマイクをミュートにさせていただきます。御発言される際には、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を挙げる」をクリックいただき、座長の御指名を受けてからマイクのミュートを解除して御発言ください。御発言が終わりました後は、Zoomツールバーの「リアクション」から「手を降ろす」をクリックいただき、併せて、再度マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

発言の希望の御意思が座長に伝わっていないと思われる場合は、オンライン会議システムのチャット機能等で会議へ御意思をお伝えいただくことも可能ですが、原則として「手を挙げる」機能にて意思表示をお願いいたします。チャット機能等で御記載いただいた内

容につきましては、オンラインの画面に表示されますので、御承知おきいただければと思います。

以上になります。

○田中（滋）座長 ありがとうございます。

早速、ヒアリングに移ります。ヒアリングの方法ですが、私が対象の方の所属とお名前を申し上げます。その上で順番に御意見を頂戴します。進め方としては、それぞれからプレゼンテーションを伺った後、最後にまとめて質疑の時間を設けることといたします。

まずは、事務局から、本日、お招きした皆様の御紹介をお願いします。

○松山認知症施策・地域介護推進課長補佐 本日のヒアリングにつきましては、ケアマネジメントに関わる様々なお立場の方をお招きしております。

まず、一般社団法人「民間事業者の質を高める」全国介護事業者協議会の理事でいらっしゃいます、株式会社ケアメイト代表取締役の板井佑介様をお招きしております。

次に、対馬市におきまして居宅介護支援事業所の管理者をされていらっしゃいます、社会福祉法人米寿会の根津賢謙様をお招きしております。

続いて、一般社団法人全国介護事業者連盟より、理事長の斉藤正行様、同連盟の会員であり、居宅介護支援事業所の管理者でいらっしゃいます、株式会社マロー・サウンズ・カンパニー代表取締役 田中紘太様をお招きしております。

続いて、看護の立場から、ケアマネジャーと医療の連携について御意見を頂戴するため、公益財団法人日本訪問看護財団の常務理事でいらっしゃいます、平原優美様をお招きしております。

最後に、地域包括ケア実践者の立場から御意見を頂戴するため、社会福祉法人川崎聖風福祉会 理事兼事業推進部長の中澤伸様をお招きしております。

以上でございます。

○田中（滋）座長 ありがとうございます。

ヒアリングに入りましょう。大変恐縮ですが、時間の都合上、発表時間は10分をお願いいたします。終了1分前になりますと事務局がベルを鳴らしますので、話をまとめてくださるようお願いします。

では、「民間事業者の質を高める」全国介護事業者協議会の板井様から説明をお願いいたします。

○板井参考人 改めまして、通称民介協より参りました板井と申します。本日は、貴重なお時間をいただきまして、ありがとうございます。

民介協は、全国の事業者の団体でございますが、比較的小規模、そして在宅領域でのサービスを中心に展開している事業者が多いという特徴がございます。本日につきましては、時間の関係もあり、首都圏の事業者様の声というところでお伝えさせていただければと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

まず初めに、ケアマネジャーのやりがいというものでございます。

まず、ケア全体にわたって関わることができるということが大きなやりがいであるという声が多数ございました。地域で暮らすという点に俯瞰的に全体観に立ってアプローチしていく。そして、そういったことが報われるということに対してやりがいを感じているということがございました。

そして、多様な価値観に触れられるということで、御本人に対する深いところへの関わりはもちろんですが、本人の周囲にいらっしゃる御家族をはじめ、地域の方、様々な方々に触れ合う。そして、個人個人の価値観が多様であるがゆえに、そういったことに触れられるということに意味を見出せているということでございます。

3点目が、最期まで寄り添うことができるということで、最期に立ち会うことに喜びを感じている方も多くいらっしゃいました。

何より、これは全てのケア専門職に共通しているかもしれませんが、御利用者の方のお姿に一喜一憂しながら、やるが増えて大変と言われる中でも、それを頑張って続けていける原点というのはここだということで、多くの方からそういう言葉をいただきました。

そういうやりがいの一方で、業務の中で大変と感じる点ですけれども、1つは、制度的なところとして、基本的に在宅ケアマネジャーは単独で担当するというので、事業所としては複数いたとしても、ケースについては自分1人で対応していくということが、時として非常に厳しいところ。これは結果として報酬等にも影響しているケースも出てきているということでございます。年齢も高齢化している中では、リスクも大きくなっていくのかなという気もしております。

報酬につきましては、2点目のポチですが、積極的な関与をしても、サービスにつながらないと算定できないということが、これまでも言われたような一部の取扱いの仕方につながってしまうのではないかとということのお話ございました。

それから、業務の効率ということで、都市部は集中していいと言われがちですけれども、逆に多様な生活の仕方の方が本当に多くいらっしゃるということで、同じような時間帯とか曜日でうまくまとめて業務ができるかということ、案外そうではないということで、結果的には休み等を計画的に取ることがなかなか難しいという声。それから、これまでもいろいろ議論されている、書類等々の事務的な煩雑さというものが、業務効率上、非常に難しくなっているということでもございました。あと、プランの変更も、ちょっとしたことでも全て対応していくということも難しくなっているということでもございました。

そして、もう一つ大きな声で出てきているのは、御利用者御本人、そして御家族様との関係性です。

1つは、制度の理解がなかなかされずに制度利用が始まってしまったということで、共助という前提があるのですけれども、介護保険が始まって二十数年たつ上で、権利意識というか、そういったことで枠組みの認識から外れてしまうような御要望であったり、お言葉をいただくことが増えているということでもございます。

それから、複合的な課題ということで、御本人に対してのみ集中していくというケース

のほうが、むしろ少なくなっているところで、多様にアプローチすることが喜びでもありますけれども、そこを単独でやっていこうとするところに難しさがあるということで、記載のようなところ。あと、御家族の在り方というところも、家族の世帯人数が少なくなっていることもあるかもしれませんが、御家族自身も余裕を失っているケースも増えているということで、家族関係そのものが非常に難しくなっている中に介入していくということも大変だと感じるが増えているということでございました。

続きまして、人材確保をどうしていくのかという観点でございますけれども、資格とか年数というところにつきましては、特段、明確な何年とか、こういった資格がということである必要はないのではないかと、声としてはおおむね上がってきております。必要なスキルというのが、先ほどの課題にありますような対人のコミュニケーションとか、全体観にわたって立ち振る舞っていくということが、必ずしも特定の職種なりで鍛えてくれるかという、そうではないというところで、専門職として年数を重ねた結果として、ケアマネジャーという幅の広い対応につながっていくかという、単純にそうではないということが声として上がってございましたので、経験年数という枠組みというのは、少し考え方をえていってもいいのではなかろうかという声でございます。

それから、その他ということで、様々な観点からですけれども、研修もいろいろな状況の方がいらっしゃる。一旦離れている方だったり、失効している方だったり、その辺がもう少し思い立ったタイミングで随時受けられるような環境とか。あと、スキルとしては、プロジェクト運営的なもの、それから、そもそものITのリテラシーといったものを習得していかないと、ちょっと苦しくなっていくのかなという声がございます。あとは、在宅と施設という部分において、求められているものとか、より優先していくものが異なっているだろうということで、こういったところの考え方の整理もしていいのではないかと。また、研修につきましても、そのような考えで、同一ものでなくていいのではないかと、声もありました。

あとは、根強い処遇というところですが、こちらに関しても、介護職から異動したときに処遇が上がらないことが現実としてあるということでございます。あとは、管理者になる以外のチャンスがなかなか高まらないということを改善していくことが、人材の確保につながるのではなかろうかということでございました。

それから、これは要件というか、スキルの話ですが、先ほども申し上げましたとおり、テクニカルなスキルはもちろんですが、ノンテクニカルなスキル。特に、人に対してどうアプローチしていくのか。先ほどの家族関係とか、非常に難しいケースの中で、それに向き合うというのは、必ずしも専門的な知識とかではないという部分をどのように高めていけるか。ここを無視してしまうと、ちょっと難しそうな仕事ということで敬遠してしまう方も、現状のケアマネジャーの姿を見ていて、そう思うということでございました。

それから、次の対象外ケースの新設というのは、これは観点が全く逆で、全てケアマネジャーを基に発信していく今の仕組みではなくて、ケアマネジャーがいない形。特に、今

回、声があったのは、要支援の方なんかで、ケアマネジメント全体として対応しなくてもいいのではないかなというような声。そして、より必要になった段階から入っていくような形であれば、ケアマネジャーの必要な数というところについて、もう少しコントロールできるのではないかなというような別の観点からの声がございました。

続きまして、ケアマネジャーの専門性というところでございます。

総論としては、いろいろ難しい御利用者の方が増える中で、どうしてもそこに耳を傾けていくということも増えていくのかなと思うのですが、いわゆる御用聞きのようなケースもあるということで、排除していく仕組みがないといけないのではないかと。そもそも在宅のケアマネジャーであれば、いかに在宅生活に寄与しているのかということ、今回、はかる指標をどうするかというところまでは言及できないのですけども、そういう観点は必要じゃなかろうかということです。

それから、居宅介護支援事業所と地域包括支援センターにおいても、立場が異なりますけれども、地域包括支援センターの方を評価する仕組みというのも改めて考える必要があるのではないかとということでございました。

各論のところですけども、在宅ケアマネジャーという前提で申し上げますと、訪問介護のサービス提供責任者のような経験をしている者がケアマネジャーをやることによって、より在宅という観点を強く持って対応できるのではないかなということで、そういった評価はどうかという声。そして、それ自体が訪問系のサービスに従事するということの価値にもつながるのではないかな。

それから、もともとをお持ちの資格というところで、様々な観点で保有している資格を評価してはどうか。逆に言うと、その資格があるということは、そういった資格に従事した経験があるということにもつながっているかと思しますので、それを生かせるのではないかなということです。

それから、サービス事業所の管理者経験なんかも、全体のマネジメント上、有効につながるケースがありますので、そういったことを評価することで、処遇にもプラスの効果を与えられるのではないかなということで声をいただきました。

最後です。その他ということで、昨今、いろいろ課題感として上がってきておりますが、身寄りのない高齢者とか認知症の方への対応ということで、いろいろお声をいただいて簡単にまとめておりますが、1つ、御利用者さんのことを思ってという方が多いので、とにかくその本人を気にかけるという前提でアプローチしていくということ。

それから、予知、先のことを少し想像しながらやっている。

それから、そもそも自分自身が疲れ果てないというのが大前提だということで、セルフプロテクションで関わり方を適切に客観視しながらいく。でないと、自らが先に倒れてしまうということもありました。

それから、連携という言葉が非常に多くの人から出ましたけれども、特に価値観というものをどう共有していくかを大事にしているということが、声としては上がってきており

まして、連携、連携と、我々、言葉として簡単に使っておりますけれども、単純にサービスの連携ということよりも、お互いが仕事をする上での価値観。そして、御利用者様御本人のお考えなり、お気持ちなりを価値観につなげていくということ。

それから、御家族がいないほうがまだいいケースもあるという声も結構ありまして、御家族に対して、どのように向き合っていくのかということでもございました。

それから、少し俯瞰的なところですけども、専門職だけで何かできる世界ではないというところで、改めて、介護保険というのは本来、サービス化するものではなくて、社会化していくべきものだったはずだということで、そのための一環として地域への働きかけということで、認知症カフェを自らやっていらっしゃるとか、多世代、いわゆる子ども食堂と関わりをつくっていく仕掛けとしていくとか、事業所に駄菓子屋をつくることで子供たちに高齢者と触れ合う機会をつくるとか、保育所を一体運営して世代をつなげて、早い段階から認知症とか高齢者とふれあうということ。

ちょっと長期的な視点なのかもしれませんが、これから高齢者がより増える社会を担う若者、子供たちに、身近に高齢者というものを感じてもらうような取組をしている。今すぐに効果がある話ではないと思いますけれども、非常におもしろいかなと思いました。

それから、地域課題、ほかの地域の課題と一体的なアプローチをするということもありまして、例えば防災という話で、事業所が小さいので備蓄スペースがないけれども、一方で、地域に空き家があったり、御家族がいなくなって一人暮らしをしている方の空いているお部屋のスペースを備蓄として借りる。代わりに、定期的に備蓄品のチェックに行くので、それが見守りにもなって、お話し相手にもなるという取組を検討しているということがありました。

それから、グループホームの管理者が、そもそも拠点の町会の役員になっていらっしゃって、日常的な関係性をつくり、町会役員が高齢化しているという地域課題にも一石を投じているということで、これは長期的な視点ではありますけれども、介護の社会化というところにおいては非常に有用なものではないか。ただ、それは全て手弁当というところですので、それをどのように考えてもらえるかということとは大事な視点なのかなと感じました。

あとは、研修等、記載がございますけれども、特に最後、地域密着型サービスの方からは、知っていただく機会がそもそもなかなかない。そういう機会をもう少しお考えいただきたい。なので、なり手がいないというのは、そもそも知らないということでございました。

ちょっと多岐にわたって雑駁なところで恐縮でございますが、一旦、以上でございます。どうもありがとうございます。

○田中（滋）座長 板井様、ありがとうございました。

次に、米寿会の根津様、お願いいたします。

○根津参考人 それでは、今から発表させていただきます。本日は、貴重なお時間をいただきまして、ありがとうございます。御紹介いただきました、長崎県対馬市で居宅介護支

援事業所ケアサポーターすけさんの管理者をしています根津賢謙と言います。10分程度の発表ですが、島嶼部における取組を発表させていただきます。

対馬は、長崎県の離島にあります。最近では、核のごみ処分地調査でも有名になりましたし、国境の島でも有名です。89%、山林に囲まれ、南北に80kmあり、この距離を移動するために片道3時間はかかります。人口、高齢者数、高齢化率は記載のとおりです。今後、高齢化率が50%を超えと言われています。

長崎県は離島が多く、五島市、上五島町、小値賀町、平戸市、壱岐市などがあります。

対馬は日常生活圏域が3か所に分かれています。圏域の中で高齢者が一番多いのは、南圏域となっています。この南北80kmの大きな圏域の中で、私たちは生活を送っています。

対馬市の介護支援専門員の状況をお伝えすると、令和6年4月時点で44名います。このうち60歳以上が14人で31%を超えています。全国的にケアマネジャーの高齢化が言われていますが、対馬市も同様です。65歳以上、5人在籍しています。居宅介護支援事業所数は記載のとおりです。南圏域が一番多く、4事業所あります。北圏域は1か所しかありません。以前は3か所ありましたが、職員が確保できず閉鎖、または統合されました。また、地域包括支援センターの主任介護支援専門員も、もともと3圏域に1人ずつ配置されていましたが、現在は南圏域の1名のみになっています。

介護支援専門員の魅力について、3つの項目についてお話しをさせていただきます。

1つ目として、対馬市の現状と介護支援専門員の魅力発信です。現状を知ってもらうためにお話しをすると、①、子供たちが島にいないので、電話に出なかったりすると私たちにお問い合わせされます。

②、へき地で、生鮮食品などを売っているお店が近くにないため、買い物できません。

3つ目、介護サービス事業所は町なかに多いです。そのため、過疎地域で暮らす利用者のところへ訪問するだけで数十分を要するため、介護サービスを希望しても提供できる事業所がありません。デイサービスは、土曜日・日曜日休みのところが多く、ヘルパー事業所は日曜日、完全に動きません。

④、施設の職員が少なく、透析や医療処置が必要な利用者の受入れが難しい状況です。

⑤、介護支援専門員の高齢化は深刻です。最近では、合格してもケアマネジャーとして働こうとする人は限られています。田舎なので、合格するとすぐ分かるのですけれども、一緒に頑張ろうよと声をかけても、介護職のほう給料はいいからねと、なり手はなかなかいません。このような状況がここ数年、続いています。

一方で、介護支援専門員の魅力を伝える啓発活動をしています。①から④は、全国各地で活躍されている介護支援専門員の方と一緒にですが、⑤から⑦というのは、離島ならではの状況だと思います。

⑤として、島のケアマネジャーは、ほとんど顔見知りの関係です。病院や行政とも毎日のように連絡を取り合っているのも、関係がとても強いです。

⑥として、実践報告でまた詳しく御説明させていただきますが、地域の課題をフォー

ルサービスだけに限らない実践を行っているということ。

そして、何より、私たちケアマネジャーは、この地域に欠かせない、頼られる存在だと思っています。何か困ったことがあると、よくも悪くも連絡が来ます。

先ほど実践報告をさせていただくと伝えましたが、具体的に3つほどお話ししたいと思います。

例えば、1つ目、島外に住んでいる家族から、なぜサービスがこれほどないのか、おしかりを受けながらも実情を説明し、このときは認定調査があったのですけれども、主治医意見書の作成に併せて、病院内で関係機関に集ってもらい、数日後、家族が帰るまでにある一定の目星をつけることができた事例です。

2つ目は、送迎サービスが提供できない地域住民がコミュニティを維持しつつ助け合い、買い物難民とか医療機関の受診ができるようになった事例になります。

3つ目は、病院から退院する前までに、御本人が生活できる環境を地域住民と一緒に整備した事例になります。

この3つは、ケアマネジメントの一連のプロセスというのでしょうか、介護サービスを使わなくても、私たちはそこで生活を送っている方の支援を行っています。このような業務と言っていいのかわかりませんが、本当に日常茶飯事、関わっています。

自治体などとの連携についてですが、私たちは事業所内の伝達会議で事例検討を行っています。主任介護支援専門員が担当したり、逆にアドバイスをしてくれるよい機会となっています。1人で悩まず、みんなで課題を共有することで、ケアマネジメントの質の確保に努めています。ここで解決が困難な場合に、ケース会議とかケア会議に上げて、地域包括支援センターなどの専門職に相談しながら利用者の支援に携わっています。

また、年に2回程度ですが、総合病院が中心となって連携会議が開催されており、院長を中心に、病院の各専門職、介護施設の職員、地域包括支援センターの職員、保健所や薬局薬剤師、介護支援専門員が一堂に集まり、情報共有を行っています。このように集まることで、顔の見える関係が構築されており、緊急時の対応とか情報共有が緊密にできる体制となっています。

その他として、長崎県介護支援専門員協会对馬支部の活動の一環で、研修会を行う際に行政機関や法テラス、消防署や歯科医師などから講演をいただくなどの研修も実施しています。

このような取組がある中で、島というコミュニティでありながら助け合うことができている。私たちの仕事は何でもしないといけないですし、緊急性を求められることも時としてあります。もちろん制度も理解しないとはいけません。しかし、利用者や家族、そしていろいろな人から、助けてくれてありがとうとか、どうしていいか途方に暮れていましたが、相談してよかったですというような言葉を聞くと、また頑張ろうという気持ちになります。

続いて、連携のところですが、この表は、連携会議の際に、入退院時のとき、情報連携



の様式はあるけれども、口腔ケアが必要な利用者に対する統一した様式もあったほうがいいねという要望が出されて作成されたものです。

このほかにも、対馬市では、医療系サービスを使用する場合とか軽度者が介護サービスで福祉用具を利用したい場合、あと、主治医とか薬剤師に何気ないケアマネジャーからの質問をする場合の書類を島内で統一し、誰でも使えるようにしております。

離島でのICT活用について御説明させていただきます。長崎県では、いち早くウェブを活用した研修が開催されていたと思います。このオンライン化を進める上で、役職員や事務局の方の並々ならぬ努力があったのではないかと私は個人的に思っています。でも、そのおかげで、本土に行かなくても研修を受けられるようになりました。費用面もさることながら、精神的負担が緩和されたことも大きいと思っています。

また、Zoomの活用は、ここ数年で浸透してきています。家族や事業所が集合できないときに、ウェブに招待して出席していただいております。

あと、私たちの事業所では事業所内会議を実施していますが、そのときにwordを使って音声で文字起こしをする機能を使って、会議録を作成する際に活用したりしています。

最後の業務の効率化のところですけども、一部の事業所と同じ介護ソフトを使って実績データを共有することで、実績があるという確認がすごく早くなりました。しかし、まだまだケアプランデータシステムの活用というところまでは至っておりません。

もう一つは、HDDからSSDへ変換したことで、パソコンに記録を打つ際の処理とか、またはパソコンの起動は、比べ物にならないほど早くなりました。

もちろん課題もあります。ウェブ会議を行う予定でも電波が届かなかったりしますし、依然として在宅ワークの環境整備が遅れているかなというふうにも感じます。

駆け足で離島の現状、そして問題解決した事例、ICT活用について発表させていただきました。最後に、このような機会を与えてくださった皆様に感謝の気持ちを伝え、発表を終わらせていただきます。本当にありがとうございました。

○田中（滋）座長 根津様、ありがとうございました。

次に、全国介護事業者連盟の斉藤様と田中様、お願いいたします。

○斉藤参考人 それでは、全国介護事業者連盟の斉藤から、まず御説明させていただきたいと思います。本日は、貴重な機会にお招きいただきまして、ありがとうございます。私どもからは、当団体が考えておりますケアマネジメントに関する意見ということの提言を私、そして取組事例については田中副委員長より御説明させていただきたいと思います。

資料2ページ目には、当団体の概要を書かせていただいておりますが、居宅介護支援事業所をはじめとして、横断的な事業者団体として活動させていただいております。

3ページに、まず、前提条件というような形で記載させていただいておりますが、皆さん、同じ認識だと思いますが、ケアマネジメントは、この介護保険制度の根幹だと認識しており、特に居宅介護のケアマネジャーについては、制度施行時は、介護職員はいずれはみんな資格を取ってケアマネになりたいと思っていたものが、現在はケアマネになりたい

という人が少なくなっているというような、大変危機的な状況にあると思っています。我々としては、再びこのケアマネジャーを介護従事者の誰もが憧れる職種、花形職種へと導いていけるように、政府としてしっかりと対策を立てていくということも大切ですが、そのようにケアマネジャーをしていきたいと考えているというようなビジョンをお示しいただくということが大切ではないかなと思っています。

その前提として、本検討会でも議論されております4つの今後の検討事項についてということを中心に意見提言を取りまとめさせていただいております。

4ページと5ページに、ケアマネジャーの業務の在り方についてということで示させていただいておりますが、御承知のとおり、ケアマネの業務がどんどん負担になってきている。そして、要介護高齢者や御家族から、何でも屋のようにあらゆる相談が来るというような状況に、特に在宅ケアマネはなっているわけですが、本検討会でもこのケアマネジメント業務とその他業務の切り分けが必要ではないかというような議論もされているところであります。

一方で、我々としては、何でも屋と呼ばれる、あらゆる相談を受けているということは、それだけケアマネジャーが家族や御利用者さんからの信頼を得ているという誇りのあかしでもあると思っています。特に、利用者さんと接する業務については、本来業務との切り分けはなかなか難しいのではないかと考えております。こういった観点から考えると、この何でも屋のような総合的な窓口・相談こそ、ケアマネジャーの大きな役割であると捉えて、従来と比べるとどんどん業務が過多になっている状況を前提とした上で、ケアマネジャーに対する評価や処遇改善をしっかりと果たしていくということが不可欠ではないかと思っています。

一方で、对人的な援助ではない事務業務や管理業務についての切り分けや生産性の向上は不可欠であると考えておまして、6ページ目以降に具体的な提言内容をまとめておりますが、主任ケアマネジャーの役割を含めて、細かい点につきましては割愛させていただきますので、御確認いただければと思います。

8ページ、9ページに、人材確保・定着に向けた方策についてということで、誰もが憧れる花形職種にということのために、4つの意見・提言をまとめさせていただいておりますが、特に処遇改善加算については、先ほど来お話もありましたとおり、介護職の処遇改善策と比べて、ケアマネジャーには処遇改善が居宅については存在していないというところから、介護職との給与差がほとんどなくなっているという状況で、ケアマネジャーの業務・役割に応じた適切な評価ということを何よりも重視いただきたいと思います。

同時に、ケアマネジャーの受講要件ということについても、平成30年の要件見直し以降、ケアマネジャーの受験数の減少ということが顕著に見られているというデータもございますので、この受講要件の見直し、緩和ということも併せて検討いただきたいと思います。詳細は、次ページ以降を御確認いただければと思います。

12ページ、13ページに、法定研修の在り方についてということで示しておりますが、こ

の法定研修も、廃止も含めて、現場で様々な意見が上がってきており、負担や費用ということについての様々な御意見を頂戴しておりますが、当団体としては、安易な廃止ということについては、これは慎重姿勢であり、むしろケアマネジャーとしての専門性をしっかりと高めていく、みんなが憧れる仕事にしていくために、この研修自体の中身を意義ある研修にしていくことが重要ではないかなと考えております。

一方で、簡素化もしなければいけないということもたしかであろうと思いますし、更新の期間の見直しを含めて検討もしていかないといけないと思っております。特に、カリキュラムについては、事例検討に終始していて、かなりの長時間だということで、この時間数とか、特に講師の力によって大きな差がありますので、全国でもトップレベルの講師の方々に、オンラインやアーカイブを活用したような形で対応いただけるような仕組みをぜひとも検討いただきたいと思います。

最後に、16ページ、17ページに、ケアマネジメントの質の向上に向けた取組の推進ということで、このケアマネジメントの質を高めていくためには、何といても、意欲のある、ケアマネジャーになりたいという方々を増やしていくことが最大の施策ということで、これまで、この4つについては、全て連動してくる話ではないかということで、我々がお示ししているような根本的な考え方に基づいた総合的な対策をぜひ検討いただきたいと思います。とりわけ、自立支援や科学的介護ということでの定量的な評価、科学的な介護を、このケアマネジメントの中にもしっかりと導入いただきたいと思います。

特に、在宅サービスでのアウトカム評価なんかについては、ADL維持等加算などはデイサービスだけで果たしている成果かどうかということも議論されている中で、ケアマネジャーが果たしている役割についての一定の評価もいただきたいと思います。

同時に、施設居住系のサービスについては、板井参考人からもお話がありましており、居宅のケアマネジャーに対しては様々な議論や検討が行われておりますが、施設居住系のケアマネジメントの在り方が十分ではないのかなということについても、改めてこの機会にしっかりと御議論いただきたいと思います。

以上、まず、当連盟が考えております意見提言ということになります。この後は、田中副委員長から、具体的な取組についてということで御紹介させていただきたいと思います。田中副委員長、よろしくお願いいたします。

○田中参考人 よろしく願いいたします。

では、資料のほうをおめくりいただいてもよろしいでしょうか。事例のところでは、

次のスライド、お願いいたします。まず、法人名から。マロー・サウンズ・カンパニーという法人で代表を務めております田中と申します。東京都の東側、千葉県において単独型の居宅介護支援事業所、6事業所を営んでおります。ケアマネジャー在籍40名です。5事業所で特定事業所加算Ⅱ、1事業所で特定事業所加算Ⅲ、そして5事業所で特定事業所医療介護連携加算を算定しております。

では、次のスライド、お願いいたします。集中減算の割合について示させていただきます

した。単独型ということで、80%に達することなく、ほとんどのサービスで20%を切るようなところでございます。

では、次のスライド、お願いいたします。平均介護度。あと、特筆すべきは、限度額に対する計画率というところでして、これは保険者が見れる居宅介護支援事業所分析評価表から抜粋しておりますから、併設がないということで、この計画率が非常に低い水準になっている。全事業所の平均データを持ってきたのですが、事業所によっては10%以上、給付率が低いというところがありました。とはいえ、会社から特に給付を抑制するような指示は、当然、一切行っていないということで、併設がないことで自然と給付率が下がるというところですね。

もう一つ、要介護度のパーセンテージも出させていただいたのですが、特定事業所加算Ⅰの要件は、要介護3、4、5が40%以上というところですが、弊社の場合、32%平均となっております。この特定Ⅰを目指す、どうしても重度者ばかり受けてしまうと、中には居宅をⅠの事業所とⅡの事業所の2つに分けるといような取組をされているところもあるのですが、これは御利用者様には一切メリットがないところから、弊社では自立支援、介護保険からの卒業というところを目指して運用しております。

次のスライド、お願いいたします。人材確保の取組としては、公平中立であったり、運営基準の徹底というところ、基本中の基本に基づいて徹底することで、共感を得たケアマネジャーがいろいろなところから転職して集まってきてくださったり。あと、新人ケアマネにおいても、しっかりと教育を受けたいという方が来てくださっているのかなというふうに思っております。

次のスライド、お願いいたします。また、教育面においても、繰り返しになりますが、新人・未経験を積極的に採用しております。大勢のケアマネジャーが在籍していることで、1人に業務負担が偏ることなく、大勢のケアマネジャーで1人を教えていく。さらに、同行訪問も半年程度行っていて、書類チェックなども積極的に行っている、しっかりと教育体制をつくっていききたいというふうに考えております。

また、事務員もしっかりと配置しておりまして、社内監査体制であったり、社内ケアプラン点検体制というのを整備しておりまして、新人に限らず、全ケアマネジャーは半年に1回、社内監査を受けて、そこで人事考課を受けるということで、記録の質というところにも注力しております。

次のスライド、お願いいたします。あとは、報酬面でいろいろな福利厚生を設けているのですが、当然、法定研修費用は全額会社負担。これは法人設立当初より行っております。

あとは、研修時、有休を使って行かせているような法人さんもあるようなのですが、これも勤務扱いというところですね。

あとは、特徴的なのは、退院退所加算やターミナルケアマネジメント加算など、医療系加算と手当を連動させていただいておりまして、医療介護連携ができていくケアマネジャーにしっかりと報酬を出すということを心がけております。

また、逡減制の緩和においても、無理やり件数を持たせるようなことをしてしまうと離職が増えてしまいますので、そういったことはなく、本人の能力を見極めながら、担当件数に応じてお給料がしっかり上がる仕組みを設けております。

では、次、お願いいたします。最後に、DX化に向けた取組になっております。

まだまだできていない部分も多いのですが、ICT化については、かなり以前から行っておりまして、弊社ではチャットワークというクラウドを活用して情報共有しております。社内共有ツールも使っているのですが、他事業所との共有でもこのツールを使わせていただいております。できるだけ電話、FAX等、アナログツールのコミュニケーションを減らすように心がけておりますが、緊急時等は電話を活用して迅速に対応しております。

また、AIの活用についてもまだ試行錯誤ではありますが、御利用者様の許可を得た上で、アセスメント等、訪問時に音声データを活用したものを文字起こしツールに入れて、それをAIにより文章を整えていただくといった取組も行っております。

では、最後になりますが、まず、基本に忠実に、法令遵守、運営基準、解釈通知、Q&A、ケアプラン点検マニュアル、適切なケアマネジメント手法等、内容をしっかり理解した上で現場に落とし込むことが非常に大切ななと思っております。また、それらを事業所運営にどのように生かすかを検討し、マニュアル化し、社内で研修を行って現場の業務に落とし込んで、一人一人のケアマネジャーを大切に育てる意識が大事ななと思っております。

居宅介護支援事業所を営んでいる会社の経営者は、必ずしもケアマネでない場合も多いかと思います。専門性の高いケアマネ業務に対して、会社の理解やケアマネをちゃんと教育したいという思いがないと、事業運営はなかなか難しいかもしれません。管理者の主任ケアマネだけの努力ではどうにもならない場面もあろうかと思っています。居宅を営んでいる会社の経営者様には、ぜひそのようなことも踏まえまして、ケアマネを御理解いただきながら事業運営をしていただければと思っております。

足早な内容になりましたが、御清聴いただきましてありがとうございます。これで以上となります。

○斉藤参考人 介事連からの発表は以上となります。ありがとうございました。

○田中（滋）座長 斉藤様、田中様、どうもありがとうございました。

次に、日本訪問看護財団の平原様、お願いいたします。

○平原参考人 御紹介いただきました平原です。よろしくをお願いいたします。私は、訪問看護の立場から、御報告させていただきます。

私どもの日本訪問看護財団は、訪問看護をはじめとする在宅ケアの量的・質的拡充を図り、国民の健康・福祉に寄与することを目的とした団体でございます。1つの特徴として、開発・政策提言のために事業所を運営しておりまして、そこでの実態を提言に活かしております。

まず、訪問看護について改めて御報告いたします。訪問看護は、居宅サービス利用者の5人に1人の方が利用してくださり、その利用者は75歳以上で急増しております。日本地

図を見ていただくと、訪問看護の利用者数が最大になるのは、青色の2040年以降にピークを迎えるところが多いことが分かります。つまり、後期高齢者以降の利用者、特に85歳を超えた利用者に対し、訪問看護が関わることが多く、心身の状態、生活の課題をケアマネジャーと共有し、2040年に向け、連携はますます重要だと考えております。

次に、事例を基に御説明いたします。要介護1で単身者のレビー小体型認知症で、御主人を亡くされ、幻覚や物忘れがある事例です。デイサービスは行きたくないと、服薬管理を含め、訪問看護が開始されました。御本人は寂しく、人と話すと気分転換になるけれども、外に出られないと話し、ケア方針は、体調を整え、デイサービスの再開でした。

このケースは、不安への支援が安定したサービス利用につながることから、話し相手が必要とケアマネジャーに伝え、民生委員と手づくり弁当ボランティアの導入を提案しました。その結果、土日などに支援がつながり、安心して在宅療養が継続できました。つまり、ケアマネが民生委員や商店街活動など、地域をよく知っていると、インフォーマルサービスをプランに導入でき、安定してサービス活用ができ、状態も安定すると考えています。

これに関連し、前回資料でもありましたように、主任ケアマネジャーに期待する役割は、この青枠のように「地域の関係機関とのネットワーク構築、社会資源の開発」がありますが、左の図のように、ケアマネジャーは「業務繁忙のため、求められる役割に手が回らない」実態があります。ケアマネジャーは、書類の作成に時間が取られています。特に、単身高齢者はインフォーマルサービスをうまく活用することで、認知症があっても生活が継続できると考えます。

一方、地域の関係者とのネットワーク構築や地域住民の意識づくりは、過去の調査結果のとおり、ケアマネジャーは十分時間を割けない状況です。訪問看護が関わることで相互に補完し、資源調整を行うこともあります。

次の事例2は、要介護4の慢性心不全。自宅で暮らしたいと希望され、ケアマネジャーは要支援1から担当されていました。事例3も、要介護5の慢性心不全で、自宅を希望し、ケアマネジャーは要支援1から担当。

この事例2は、大学病院にかかり、専門医である主治医から心不全のリハビリを指示されましたが、地域に特化したリハはなく、ドクターの勧めで病院に月2回通院されていました。しかし、心不全のコントロールがうまくいかず、奥様も不安が強かったことから、救急搬送3回、入院のたびに長期入院となり体力が落ち、最後の退院時にやっと訪問診療と訪問看護を導入しましたが、2週間後に在宅で看取りました。

事例3は、要介護1になった際、月1回の訪問看護を導入し、デイサービスも継続して、病院の主治医と連携し、夜間などの急変時は訪問看護が事前指示による薬物投与で対応したため、入院はなく、生活は継続できていました。徐々に要介護5になり、訪問診療に移行し、療養生活を継続しています。

この2事例は、どちらも自宅療養を希望していましたが、事例2では、慢性心不全のリスクをアセスメントできておらず、入院後も医師や本人、家族、ケアマネジャーで検討で

きていなかった事例。事例3は、ケアマネジャーが訪問看護を理解し、主治医に導入を勧めることができた。つまり、複数の専門職でリスク等を検討し、見守り、自立を支援することは、結果、利用者の意向を長く実現させる上で有用と考えます。

「適切なケアマネジメント手法」には、疾患別ケアとして、心疾患のケアが記載されています。心疾患は繰り返すため、再入院予防のため医療的なケアが必要と明記されていますが、ほとんど活用されていません。訪問看護にケアプランについて相談するのは、経験豊かなケアマネジャーほど多くなっています。この適切なケアマネジメント手法は重要ですが、浸透していない状況です。一方、大学病院など主治医は文書連携が多く、意見交換が難しいため、訪問看護に気楽に相談できる枠組みの工夫が必要と考えます。

訪問看護師から見たケアマネジャーは、難病やがん末期を担当するケアマネは、大体いつも同じ方です。ケアマネジャーは書類業務が多く、業務効率化が進んでいないように見えます。そして、質の高いマネジメントは、訪問看護の活用がされています。今後、認知症など増える状況で、ますます地域の多様なインフォーマルサービスの開拓能力が求められています。

以上のことから、介護職の人材不足もあり、インフォーマルサービスを視野に入れたケアマネジメントが重要と考えます。また、人材確保・定着に向けた方策について、ケアマネの魅力福祉関係の相談援助に関わる方にも伝え、文書負担の軽減を図る方策を提案します。研修には、幅広い制度や、また暮らしの場のサービスの理解を含め、同時に研修の負担の配慮も必要かと思っております。医師だけでなく、訪問看護に気楽に相談できる枠組みをぜひ検討していただきたいと思っています。

私どものステーションがある東京都北区では、65歳以上の6割以上が独居という状況です。そこで、北区は訪問看護ステーションに委託し、在宅療養の相談窓口を訪問看護師が行っておりますが、多くの相談内容はケアマネジャーや包括支援センターからの相談となっております。入院を防いで、なるべく御本人たちの意向を尊重し、寄り添ったケアマネジャーによるケアプラン。そういったところに訪問看護もぜひ協力していきたいと思っております。医療の視点もある私たち訪問看護師に気楽に相談・意見を求めていただける枠組みを検討していただけるとありがたいと思っております。

以上です。ありがとうございました。

○田中（滋）座長 平原様、ありがとうございました。

最後に、川崎聖風福祉会の中澤様、お願いいたします。

○中澤参考人 御紹介いただきました、神奈川県川崎市にあります社会福祉法人川崎聖風福祉会の中澤と申します。私は、今回はあるべき論ではなくて、私自身が川崎で経験した中で感じていることを述べさせていただきたいと思います。

今回、いただいた論点は4つです。

1つ目は、地域マネジメントにおける、居宅介護支援事業所の介護支援専門員の役割についてです。地域マネジメントと言うと、市町村や包括センターの役割だというふうに思

うかもしれません。しかし、ケアマネジャーの実践から見えている気づきは、地域マネジメントをする上でとても重要な要素になっています。ケアマネジャーも市町村や包括センター同様、自立支援、尊厳の保持を目的に地域包括ケアを推進するという使命を持っていると思っています。地域包括ケアを推進するためには、ケアマネジャーが得意とする個別支援という点の視点から、一方で市町村や包括センターが得意とする地域全体を捉える面の視点から、この両方が必要だというふうに思っています。

生活課題を発生させている要因は、個人要因だけではありません。例えば、住民の意識とか山坂といった地形、交通の便、我々支援者の質・数といったものも環境要因になります。生活に悪影響を及ぼす環境要因は、ほかの市民の生活へも影響を及ぼすため、地域課題として解決に取り組まなければいけません。そのために地域マネジメントが必要であって、地域包括ケアを推進することにつながると思っています。

居宅のケアマネジャーは、契約する利用者の介護とか生活に関する様々な問題に日々、出会っています。それはケアマネジャーだから気づけることでありまして、包括センターや保険者から見えにくいものです。地域ケア会議や地域のケアマネ連絡会の活動、自主的な事例検討会なども活用して、ケアマネジャー自身が気づいている環境要因をぜひ発信してほしいと思っています。ケアマネジャーの気づきや業務特性は、地域マネジメントには欠かせないからです。様々な方法で包括センターや市町村と一緒に解決に取り組んでほしいと思っています。

2つ目は、主任介護支援専門員の役割です。私は、平成14年度にありました、主任ケアマネジャーの前身でもありますケアマネジメントリーダー活動等支援事業に位置づけられた3つの機能だろうと理解しています。1つ目は、個々のケアマネジャーへのサポート。2つ目に、ケアマネジャー同士の連携構築。3つ目に、地域のケア体制の構築支援というものでした。主任ケアマネジャーが誕生して、この3つの機能が言われなくなったことを逆に不思議に思っているぐらいです。この3つの機能は、包括センターの業務そのものでもありますけれども、ケアマネジャーの実務者だから気づけること、助言・指導・支援ができることがあります。

一方で、事業としてこれに取り組むには、包括センターや保険者が得意なわけです。その意味で、当時の川崎市では、居宅のケアマネジャーと包括センター、当時は在宅介護支援センターでしたけれども、この両者が必要でした。それは今でも同じ構造だと思っています。川崎では当時、このケアマネリーダー事業を活用してケアマネの連絡会の運営支援なども行って、ケアマネジャー同士の互助を育成してきました。連絡会活動が軌道に乗っていく中では、連絡会と包括センター、プラス市町村、この三者の共同事業に昇華してきました。もちろん、主任ケアマネジャーではない方、ケアマネジャーもこのような役割を果たしている方はたくさんいましたけれども、主任ケアマネジャーの方は特に意識して取り組んでいたように思います。

主任ケアマネジャーとしての個々人に求められる機能は同じでも、実践する方法は様々



だと思います。ケアマネジャーの連絡会活動の中で行う人。御自身の事業所のケアマネジャーを育成する人。また、地域のケアマネジャーを集めて、例えばグループスーパービジョンなどの自主的なグループを運営している人。それらを包括センターと一緒に取り組んでいる人、様々です。機能だけを明確にして、実践方法をたくさんの事例から学んでいくという方法がいいのではないかなというふうに思っています。

3つ目です。要介護と要支援のシームレスな対応の促進についてです。要支援と要介護をシームレスに支援するためには、ケアマネジャーも包括センターも、要介護のケアマネジメントと介護予防のケアマネジメントの特徴の違いを理解しておく必要があると思っています。特に、本来、介護予防ケアマネジメントは、要介護者へのケアマネジメントと比べて地域づくりの要素の意味合いが強いと私は思っています。介護給付であっても、予防給付であっても、自立と尊厳、この理念は共通していますけれども、要介護者については、適切な介護サービスを利用しながら自立を支援するということに比重があるのに対しまして、介護予防は地域での活動とか参加の場の活用といったところの比重が大きいと理解しています。

もちろん、要支援であっても、軽度の方であっても、ヘルパーなどのサービスが必要な人はいます。しかし、地域に存在する様々な活動に参加する中で自立を促して、時には支える側に回る中で、結果として自身の介護予防につなげる支援も行われています。私も実際に自身も参加者でありながら、自宅を体操の会場として提供している人にも出会ってきました。支える側と支えられる側を二分しないことで、自身の介護予防につなげている支援です。正式な市町村が出すような情報紙には載せられない、個別の関係性の中で小さなキャパで活動している人たちもたくさんいます。参加する側も受け入れる側も無理なくその活動に参加できるように支援することで、地域の互助を支えて、育てるということにもつながっています。

そんな活動・参加、そういった地域の小さな社会資源の把握、関係づくりは、担当エリアを持っている包括センターや市町村の得意分野です。これについては、ケアマネジャーは役割上、難しいことだというふうに思っています。市町村や包括センターは、参加・活動の場をつくり、育てるという役割も担っています。よって、介護予防ケアマネジメントは、本来、地域づくりとは切り離せないというふうに思うのです。だから、介護予防ケアマネジメントは、平成18年の制度設計当初から市町村業務である包括センターに位置づけられて、介護給付とは異なる今の様式やシステムが生まれたというふうに私は理解しています。この違いをケアマネジャーと包括センターが理解した上で、お互いの得意分野を生かして連携して支援することが必要ではないかと思っています。

あと、要介護と要支援を頻繁に行き来する可能性のあるケースについては、介護と予防のシステムが異なるとはいえ、その都度様式を変更するのは非常に非効率的だと思います。それを解決する方法としては、1つには、そのとき既に使われている様式をそのまま使えるということを用意として徹底すること。そして、2つ目には、様式の一部または全部を

統一化する。このどちらかかなというふうに思います。運用面については、すぐにでも実践できると思います。

しかし、プランの様式を統一化するという方法については、たかが様式、されど様式。これを介護給付に合わせるのか、予防給付に合わせるのか、全く新しい共通様式を開発するのか。これはしっかり議論すべきですが、介護予防と地域づくりの関係を断ち切ることなく、ケアマネジメントが展開される様式となるということが必要じゃないかというふうに私は思っています。

最後に、4つ目です。「業務の明確化は必要、でもそのあとも。」というタイトルにしました。ケアマネジャーの業務の明確化は必須だと思っています。専門職の業務が不明確でよいはずがないからです。私は、明確化した後について述べたいと思っています。そもそも相談が必要な人の多くは、主訴とか問題点が明確に整理できていません。混乱しているからこそ相談すると思っています。本当のニーズには、相談のプロセスの中でたどり着いていきます。

例えば、家族のことで悩んでいる利用者の困り感までも、相談において排除することはできません。相談とケアマネジメントは、実際に例えばヘルパーの代わりをしてあげることではなくて、では、どうすればいいのかということを利用者とともに考えることだと思っています。業務を明確化した後も、ケアマネジャーにはできない。でも、つなぎ先が分からない、もしくはない。では、どうするかという課題は必ず残ってきます。

また、支援チームの中でも、支援者と支援者の間には、誰の役割でもない隙間が生じてきます。今までは、例えばケアマネジャーがやらざるを得なかったり、関係者みんなで少しずつ役割をはみ出して埋めてきました。特に互助機能が弱い一人暮らしの利用者へは、ケアマネジャー自身も地域の一員として、一部の互助機能を担って隙間を埋めてきました。相談援助は、自分にできないことに出会ったときに真価が問われるというふうに僕は思っています。やってあげられれば簡単ですけども、相談を受けた自分ができなくて、そして、つなげる先も分からない、もしくはつなげる先がない。そんなときにどうするかという問題は、業務を明確にした後も残るというふうに思っています。

そして、もう一つ、業務を明確化して、それを国や保険者が一生懸命、国民・市民に広報しても、全ての市民がケアマネジャー業務を理解できるわけがないと思っています。今まで同様、必ず業務外と思われる依頼は入ってきます。ケアマネジャー自身も、ケアマネジャーの業務を説明できる準備は必要だと思っています。ちなみに、川崎市の介護支援専門員連絡会は、平成21年に市民が分かる内容でケアマネジャーの業務を紹介するチラシを自分たちでつくりました。ケアマネジャー自身にも、専門職として地域包括ケアの推進とかケアマネジャーの業務の普及啓発、説明する役割があるということを認識して準備しておく必要があると思っています。

以上となります。ありがとうございました。

○田中（滋）座長 中澤様、ありがとうございました。

様々なお立場の皆様の取組と御意見の紹介により、ケアマネジメントに関わる多様な示唆が得られたと感じます。

ここから質疑に入ります。構成員の皆様から、ただいまの発表者からの説明に対して御質問がありましたら、お願いいたします。Zoomの「手を挙げる」機能を使用いただき、私の指名を得て発言をお願いいたします。どなたからでもどうぞ。

花俣構成員、お願いします。

○花俣構成員 ありがとうございます。

本日、皆様、御多忙の中、ケアマネジメントについて貴重な御報告をいただきまして、大変ありがとうございました。

全国介護事業者協議会、資料2のほうからは、ケアマネジャーのやりがいは、地域で暮らすという俯瞰的な視点を養えること。人生に寄り添いさせていただけることという御指摘がありました。

対馬市からは、ケアマネジャーの魅力について、島の小さなコミュニティだからこそ関係性が強い。フォーマルサービスに限らない助け合いであるとの御教示がありました。

全国介護事業者連盟からは、何でも屋と言われる状況は、利用者や家族からの信頼の現れでもあり、誇りとも言えますとあり、利用者の生活を支える総合的な支援への評価の御要望がありました。

日本訪問看護財団からは、単身高齢者のケアマネジメントにおいては、地域のつながりとなるインフォーマルサービスをうまく活用することで、認知症があっても、介護保険サービスを利用し、在宅生活が継続できるという大変心強い御報告がありました。

川崎聖風福祉会さんからは、相談援助は、相談を受けた者では直接対応できないときの対応が重要と、大変御示唆に富む御指摘をいただきました。

そこで、検討会では大きく4つのテーマを審議する予定ですが、ここで皆様に、テーマの1番目にある、ケアマネジャーの業務の在り方についてに関連して、1つ質問させていただきたいと思います。現在、高齢者等終身サポート事業者ガイドライン（案）について、18日までパブリックコメントの募集が行われております。この中で、通院の送迎や買い物、あるいは介護保険等のサービス受給手続の代行などの日常生活支援サービス、医療施設や介護施設の利用などの身元保証等サービスの例示がございます。

ガイドラインでは、もちろんこれは案ですが、かかりつけ医やケアマネジャーとの連携が望ましいともなっているのですが、高齢者等終身サポート事業とケアマネジメントの在り方について、お気づきの点あるいは御要望等がおありでしたら、ぜひお教えいただきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

以上になります。

○田中（滋）座長 ありがとうございます。

参考人の方々、どなたかお答え、お持ちでしょうか。なかなか難しい質問でしたね。

○花俣構成員 せんだって新聞の1面トップで大きく記事が掲載されていた直後なので

すけれども、ここに御関心をお持ちの方はおられませんでしょうか。難しいですかね。分かりました。

○田中（滋）座長 ありがとうございます。関心は皆さん、お持ちだと思うのですが、ぱっと答えが言えるというほど簡単ではないかもしれません。では、問題点の御指摘ありがとうございます。

○花俣構成員 今、成年後見制度の民法改正の議論も進んでいる最中でもございますので、この辺りについても、また皆さんからの御意見等をお聞かせいただければと思っておりますので、引き続きよろしく願いいたします。

○斉藤参考人 すみません、せっかくですので、一言述べさせていただいてもよろしいでしょうか。

○田中（滋）座長 結構ですよ。

○斉藤参考人 今、御指摘いただいた点について、本当に難しい問題で、これから本検討会で専門家の皆様方にじっくりと御議論いただきたいと思いますと思っております。当連盟としては、簡単ではありますが、意見をまとめさせていただいたとおりでもあります、ケアマネジャーとしての業務と、その他業務の振り分け、本当に難しいと思っております。

ただ、今、花俣構成員からお話があった、病院への手続や同行、また成年後見や、その他制度の手続は、当然ながら、いわゆるケアマネジャーの本来業務ではないと理解しておりますので、成年後見ですとか、その他手続、それぞれ必要な専門家が本来サポートしていくべきところだと理解しております。ただ、現実的には、誰に相談したらいいのか分からない、もしくは費用がかかる、また対応してくれる人がいないという場合に、結果的にケアマネジャーに相談が来て、対応せざるを得ないということが現実であると思っております。

原理原則論的な考え方としては、どなたに相談すればいいのか、こういう専門家にこのケースは相談したらいいというところまで対応するのが、本来のケアマネジャーの役割であろうと思っておりますが、同時に、対応する人がいなければ、その狭間を埋めていくという部分について、一定、誰かが対応しないとイケないのであれば、私は先ほどお伝えしたとおり、この要介護高齢者の生活を支える、在宅においてはケアマネジャーが要だという前提に立ち、ケアマネジャーがまず何ができるかということをしっかりと考えていくということが必要なのではないかなと思っております。

そういった業務を現在進行形で、全国各地で多くのケアマネジャーが対応しているということを踏まえた評価の在り方や処遇の改善を含めて、ぜひとも検討いただきたいと思いますことが当連盟としてお伝えさせていただいた趣旨でもございます。一旦、回答とさせていただきます。

○田中（滋）座長 斉藤参考人、ありがとうございました。

発表者への質問はございませんか。柴口構成員、お願いいたします。

○柴口構成員 ありがとうございます。

日本介護支援員専門協会の柴口です。本当に皆さん、ありがとうございました。

早速、1つだけ御質問させていただきたいのですけれども、根津参考人に、9ページで、離島におけるICTの活用、そして法定研修が完全オンライン化になったということで、費用面であったり、精神的な負担が緩和されたという御発表がありましたけれども、離島ですから、どうしても研修に行けなかったというのはすごくよく分かります。これ以外で、何かあれば言っていただけるとすごく助かります。私たちも協会として取り組まなければいけないパターンが出てくると思いまして、その辺の御意見をいただけたらありがたく思いますので、よろしくお願いします。

○田中（滋）座長 根津参考人、よろしくお願いします。

○根津参考人 御質問ありがとうございます。

緊張していて、うまく説明できるかどうか分からないのですが、まず、ICTの活用というところでは、先ほど紹介もさせてもらったように、精神的負担というのが緩和されたということをお伝えさせてもらいました。あと、現場で研修を受けるので、若い人とかは小さな子供がいる。親の介護をしないといけないケアマネジャーは、その日、帰って親の介護をする。あと、利用者さんにももし何かあったときには地元で対応するということをしております。

そして、ICTの活用でよかったというところは、グループワークなどもあると思うのですが、そこにファシリテーターとかも配置してくださっているのですね。なので、進行上、分からないときというのは助言をもらったりすることもできていて、集合型と遜色ない研修を受けることができていると思っています。研修自体も、島外に行って受けた人も確かにいると思うのですけれども、どうしてもいろいろな理由で受けられないというところで、多様性が受けてもいいよというところもありますので、そういった意味ではすごくありがたいなと思っています。

あと、私のほうから、例えば講義動画を作って、それを全国で視聴して学べるように取り組んでいるということも聞いていて、もしそうなったらいいねとか、うれしいとか、みんな話しているのですけれども、逆に私のほうも質問なのですけれども、どんな感じなのでしょう。今後、ICTを活用した研修を一生懸命やっていきたいと思っていますので、回答になっていないかもしれませんが、以上です。

○田中（滋）座長 ありがとうございます。ただいまの質問は厚労省へですか、それとも専門員協会ですか、どちらへの質問でしょうか。

○根津参考人 すみません、日本介護支援専門員協会のほうに質問でもよろしいですか。

○田中（滋）座長 では、柴口構成員、回答をお願いします。逆に質問が来ました。

○柴口構成員 ありがとうございます。

私どもも今度の法定研修のガイドラインを踏まえて、オンデマンドにて配信して、どこでも受けられるような仕組みをつくりました。こちらがどんどん普及されたいかと思っていますけれども、そういう発信もやっていくつもりでおりますので、ありがとうございます。

います。

○田中（滋）座長 存在するようです。

では、工藤構成員、お願いします。

○工藤構成員 よろしくお願いします。

幾つかあるのですが、まず、全国介護事業者協議会の板井様のほうに1つ確認したいと思います。2のケアマネジメント業務で大変と感ずること。これの利用者や家族との関係性での悩みの中で、家族内で決めてほしいことの相談の域を越えての意見を求められたときの対応と示されているのですけれども、これが実際はどのような対応をなさっているのか、ちょっと御確認したいと思います。

○田中（滋）座長 お答え願います。

○板井参考人 ありがとうございます。

回答として示すわけにはいかないような内容でございますので、実際に答えを示すということはしていないというふうに承知しています。ただ、そうなったときに、結果として、御利用者ないしは御家族の方の納得感というか、制度への満足感というものが高まらないということにつながっているということでございます。なので、かたくなに明確な自分の回答としないということ、それが意思決定にならないようにというところが本当に悩ましいところだろうなと思っております。

以上です。

○工藤構成員 ありがとうございました。

それと、先ほどのケアマネジメントの業務の在り方のところで様々課題があるのですけれども、長崎県の対馬市の根津さんの御報告の中で、資源が限られているので、実際は業務範囲外じゃないかというところも、うまくネットワークの中でやられているということなのですけれども、その辺について、業務範囲というところ、根津さんのところではどうなのか、もう少し詳しく、違和感なくやられているのか、やらなければいけないという認識でやられているのか、ちょっと御意見を聞きたいと思いました。よろしくお願いします。

○根津参考人 御質問ありがとうございます。

あくまで私どもの事業所ということでお答えさせていただこうと思っています。まず、私たちの事業所は7名体制でいますので、本来、ケアマネがやるべきことはどういうことかという話を必ずするようにしています。同じような事例も出てくるのですけれども、どうしようもないね、これは関わらないといけないねというときには、みんなで共有して、それは仕方がない、今回はしょうというところは正直あります。

ただ、先ほどもいろいろな方からの発表でもあったのですけれども、何もかもするよということは決して考えていないです。あくまで利用者ができること、御家族ができること、そして地域でもらえることというのを把握した上で取り組むように考えております。よろしいでしょうか。

○工藤構成員 分かりました。ありがとうございます。

以上です。

○田中（滋）座長 ありがとうございます。

常森構成員、お願いいたします。

○常森構成員 板井参考人の御意見中で、主任要件の撤廃というふうにお書きになっていて、撤廃するかどうかとか、すべきかどうかというのは、いろいろ議論のあるところだと思うのですけれども、ここですごく大事だなと思ったことは、ソーシャルワーカーのような機能と労務管理や事業所を作り上げる機能あるいはその能力というのは別物ではないかという問題意識というのがすごく重要であるように思ったので、主任要件の撤廃のところ、もう少し詳しく問題意識とか、あるいはあるべき論を追加する形で御意見を伺えればと思った次第です。よろしくお願いします。

○田中（滋）座長 板井様、よろしくお願いします。

○板井参考人 ありがとうございます。

もちろん、ケアマネジャーとして研さんを積み、深めていった方が管理者となって率いていくというのが一番理想だと思っておりますが、現状、ケアマネジャーとして求められるものが非常に多様に広がっているという状況にしっかり向き合っていこうとするのであれば、その機能という言い方はちょっとあれですけれども、人間として限界があるとか、全てを習得していくということは、スーパーマンばかりではないので、大谷翔平だけだったらいいのしょうけれども、そうはいかないわけですので、役割をある程度分化させていかななくてはいけない。

特に、福祉領域においては、マネジメントという視点という面があるものですから、結果的に事業所が大きければいいという考えでは私はないのですけれども、とはいえ、一定数、メンバーシップを組んでいかななくては事業所として運営できないという状況下で、チームをつくり、事業所をつくり、経営をしっかりしていくとなると、これはなかなか全て賄えない。では、学びなさいというと、それは時間的な余裕がないわけで、その切り分けというのが必要かと。

これは何においてもそうだと思います。会社という法人においても、私、代表しておりますけれども、看護師であり、介護士であり、栄養士であり、保育士なのと言われるれば、当然そんなはずはないわけですし、それぞれの現場は、むしろそれぞれのスタッフのほうが高能力で頑張ってくれているわけです。その代わり、私は全体観に立って、そこを運営していくという役割を担っているという認識でおりますので、居宅介護支援事業所においても、より広汎な役割を担う存在になった結果として、このような切り分け方がちょっと必要になってきたのではなかろうかと思っている次第でございます。

以上です。

○常森構成員 ありがとうございます。

私も、今日のいずれの参考人のお話も、事業所外とどうやって結びつくか、その役割を積極的に担っていくかということに肯定的であったように思いますので、そうすると、ま

すます今おっしゃったような事業所内の取りまとめということ、専門性の中で別に評価していくということがすごく重要なのかなと思いました。ありがとうございました。

○田中（滋）座長　ありがとうございました。

次に、川北構成員、お願いいたします。

○川北構成員　ありがとうございます。全国地域包括・在宅介護支援センター協議会の川北でございます。

御報告いただきまして、今日は本当にありがとうございました。貴重なお話ばかりで、本当に参考になりました。

皆様の御発言の中からも、地域包括支援センターとの連携ということがございました。地域包括支援センターの立場として、特にその中で板井様に御質問というか、もう少し詳しくということなのですが、いわゆるケアマネジャーさんのセルフプロテクションの中で、地域包括支援センターとの連携とお話がございました。恐らく、その前段に利用者・家族の方の制度理解の問題であるとか、昨今、よく言われているケアハラスメント的な対応で、人間関係上の悩みをケアマネジャーさんが非常に抱えておられるといったようなことが背景にあるのではないかと思います。

その辺りで、ケアマネジャーさんのセルフプロテクションとして、事前に地域包括支援センターとの連携をしっかり図っていくという、いわゆる利用者・家族さんへのサポートということの観点もあると思うのですが、逆にケアマネジャーさん御自身の精神的なフォローであるとか、そういった意味合いでの御提案だったのかなという理解もございますが、その辺りをもう少し詳しくお話いただければと思いましたのと。

また、地域包括支援センターの職員の適正評価の仕組みということにも言及いただきました。地域包括支援センターとしての取組というのは、実際にはいろいろな評価指標の中で評価されているわけですが、御意見の中では、地域包括支援センターの職員の適正評価ということの言及だったと思いますが、その辺りについて具体的にどういったことを想定されておられるのか。また、そういった必要性について、いま一度御説明いただければと思います。よろしく願いいたします。

○田中（滋）座長　板井様、引き続きお答えください。

○板井参考人　ありがとうございます。

意見をいただいた方の真意を全て私が踏まえているかは分かりませんが、私の認識としては、様々なコミュニケーションの高度な対応が必要なケースが増えている中で、当然、先ほど申し上げた、制度として1人で担当するというそのものに無理が来ていて、そこに対して、時に地域包括支援センターに共に向き合っていただきたいということで相談していくことになるのですが、結果としては、これはもちろん誰が悪いではなく、その地域包括支援センターの担当の方も、日常的に結果的にはそんなに付き合っていないような状況の中で、結局は居宅介護支援事業所のケアマネジャーがフォローしてもらえないような、言ったらあっさりした対応というか、簡単に言うとフォローしてもら



えていないというような思いに至ることが少なからずあるということなのですね。

1つは、日常的に関わっていないということが、地域包括支援センターの方がそうになってしまうという要因もあるのかなと思いますし、あとは、地域包括支援センターの評価という意味においては、御自身の御利用者に対する対応というよりは、地域全体に対する、居宅介護支援事業所のケアマネジャーに対しても含め、どういうふうにお互いの関係構築あるいはフォローアップしていくのかという、恐らくその対応力みたいなものをもう少し身につけていくことが必要であり、それをもう少し図っていく必要があるのではなかろうか。

例えば、主任介護支援専門員の方も、先ほどのマネジメントの話とすごくセットになってきてしまうのですが、御利用者へのアプローチと、居宅支援事業所のケアマネジャーのフォローアップ、ビルドアップのスキルというのは別の話なのかなと思います。ですから、そういった視点も交えないと、地域包括支援センターとして連携して居宅支援事業所と共にやっていくという存在になかなか切り離せないのではなかろうかということだと認識して、今日はお話しさせていただきました。

以上です。

○川北構成員　ありがとうございます。

○田中（滋）座長　ただいまのやり取りを超えて、地域包括支援センターとの関係は今後追求しなくてはなりませんね。ありがとうございます。

議題2もありますので、今、手を挙げているお二方で次に移ります。まず、落久保構成員、お願いします。

○落久保構成員　広島県介護支援専門員協会と広島県医師会の立場から出ております落久保と申します。皆様方、大変示唆に富む御発言をいただきまして、ありがとうございます。全体的にケアマネジャーに対する業務の魅力をお伝えいただいたとともに、業務の仕切りをつくるという難しさをお示しいただいたのではないかと思います。

私からは、平原参考人に少しお伺いしたいと思っています。私も医療者でもありまして、平原参考人の資料の8ですけれども、難病やがん末を担当しているケアマネジャーが地域において事業所も個人も固定化されていくという問題です。これ自体、決して悪いことではないと考えています。スペシャリティという意味合いで評価されている。それは、その方、その事業所を高く評価されていて地域から信頼されている。難病の部分、がん末の部分だけではないということは理解しているところでありますけれども、特に看護協会認定看護制というのをされていて、かなり集中的な研修の投与を行い、それを非常に高いレベルで維持していくというシステムをおつくりになられています。

実は、我々介護支援専門員も、そういった自らのスペシャリティをつくってもいい、そして、それが評価の軸につながっていくのではないかと考えていますけれども、看護師、訪問看護として介護支援専門員のスペシャリティ、その分野に特化したことを評価することはいかがかということについて、少しお伺いしたいと思っています。

○田中（滋）座長 平原参考人、お願いいたします。

○平原参考人 平原です。

御質問ありがとうございます。おっしゃるように、認定看護師・専門看護師、看護職は、大勢、自己研さんというか、キャリアアップにそういったことを使っております。一番そういったことの効果として、在宅でとてもいい効果があると感じるのは、1人の患者さんに閉鎖的なうちにお伺いする訪問看護師は、特に高い倫理性とか、誰も見ているわけではないところで、よりその方の尊厳を守って、認知症であれ、精神障害があるような高齢者であれ、密室でもちゃんと倫理的行動が取れるということが、認定・専門を取った者に大変身につくものだなと思っております。

ですから、在宅でも、ケアマネジャーさんも同じかと思いますが、より専門性の高い役割を果たす人ほど、いろいろ勉強しながらモチベーションを上げ、1人、認定看護師を取った人の周りには、規範となるようなことが広がるのではないかなと思っておりますので、今、おっしゃっていただきましたケアマネジャーも、そういうキャリアアップというか、自分の専門職としての倫理性を高めるというのと、あと、地域にそれが広がっていくといった期待を私は持っております。ありがとうございます。

○田中（滋）座長 では、質疑の最後に、石山構成員、お願いします。

○石山構成員 ありがとうございます。石山でございます。

本日は、参考人の皆様に大変貴重な御発表をいただきまして、多くの学びをいただきました。誠にありがとうございました。

私のほうからも1点質問させていただきたいと思いましたが、実は、落久保構成員と全く同じところについて平原参考人にお聞きしたいと思って挙手させていただいておりました。8ページの難病やがん末期を担当している介護支援専門員が固定化してしまっているということがございました。私自身、厚生労働省の難病研究班の班員として研究させていただく中で、二通りの意見があります。

地域に難病等に対応できる介護支援専門員の拡大を図る方が良いのか、それとも今、平原参考人がおっしゃったように倫理性や学習された方に限定するのが良いかです。難病ケアマネジメントは究極のケアマネジメント言えるぐらい、医療的な観点もしかり、連携のネットワークもかなり広いものになってきます。拡大チームによるケアマネジメントが必要になりますので、自ら様々なところにつながっていったり、時には開拓していくこともしなければ個別のニーズに対応することができません。現状は、それをいとわない方々が今、担ってくださっているのではないかと思っております。

難病等のケアマネジメントに関するスペシャリスト、あるいはこのような取組みに対する報酬上等の評価を設けるべきであるか、そのために何がしかの研修をセットした上で報酬の評価をすべきか。このようなところについて、日頃からケアマネジャーと連携をされている訪問看護の観点から何かご意見がおありでしたら、いただければと存じます。

○平原参考人 石山構成員、ありがとうございます。

おっしゃるように、私個人としては、難病のALSの方、1人のマネジメントは、障害のほうの制度と兼ね併せて、とても複雑なヘルパーさんがどんどん変わるところを、また事業所探しということで、横で見えていて、同じケアマネジャーの算定でも全然違うと感じております。あるいは、がん末期の方で次々お亡くなりになると、書類は普通の要介護1の方と全く同じ分量がありますので、がんの方を受け持つ方ほど書類も多くなるわけですから、とても違いがあるなと思いますので、今のような、何かしら評価をしてさしあげることはとても妥当だなと思っています。そこがだんだん大変になると、やらないケアマネジャーさんももちろん出てくるでしょうし、そこはぜひと、私も同意見です。

同じようなスペシャリストを増やすというよりは、要支援1とか要介護1の明るい、会話がとても上手なケアマネジャーさんもおられまして、セルフケアを高めるような方もおられるし、その方のお人柄のこともあるでしょうし、やりたい場面とか、なべて同じようにというよりは、自分の得意を強調してキャリアがアップできるような研修の仕組みがいいのではないかなと感じております。ありがとうございます。

○田中（滋）座長 ありがとうございます。

まだ質問し足りないとは思いますが、時間の都合で、ここでヒアリングに関わる質疑を終了いたします。ヒアリングに御登場いただいた皆様、どうもありがとうございました。次の議題に移りますので、ヒアリングの団体の方は御退席いただいても、引き続き視聴いただいても結構です。

残りの時間は、前回の積み残しである、ケアマネジメントの質の向上に向けた取組の促進を取り上げます。こちらについて、前回発言したかったけれども、時間切れになった方はどうぞ手を挙げて御発言ください。

染川構成員、お願いいたします。

○染川構成員 ありがとうございます。日本介護クラフトユニオンの染川でございます。今回は代理出席対応ということで、私自身は初の参加となります。どうぞよろしくお願い致します。

また、今回の検討会へ意見・要望させていただくに当たり、私どもでは、4月26日から5月6日の期間で、現役ケアマネジャーの組合員に対して本検討会の検討事項に関する緊急アンケートを行い、短期間ではありましたが、641名から回答が得られましたので、今回からこのアンケート結果の内容も含めて発言させていただきたいと思っています。

まず、ケアマネジメントの質の向上に向けた取組についてですが、これまでは居宅介護支援費の取扱件数を一定以下に制限することが、ケアマネジメントの質の向上につながるとして、過去には実態よりも大幅に制限した取扱件数に設定したと記憶しています。一方で、前回お示しいただいた参考資料の45ページに記載がありますとおり、今年度からの報酬改定において、いわゆる逓減制の緩和として取扱件数が40件未満から45件未満に改められました。

このことについて、先ほど申し上げたアンケートにより、逓減制の緩和について、どう

思うかと聞きましたところ、大きく影響を受ける居宅介護支援事業所に勤務する440人に絞って分析すると、最も多かった回答が「評価できない」の75%、次いで「どちらとも言えない」が20.9%となりました。「評価できる」と答えた方は、わずか3.4%という結果になりました。

そこで、「評価できない」理由を自由記述の内容から確認すると、そのほとんどが現実的に無理だという判断をしています。そして、担当件数の上限を上げる前に、ケアマネジメント業務が煩雑化していることを解決するべきとしています。中には、ケアマネジャーの仕事を軽く見ている。ばかにしないでほしいといった厳しい意見もあります。また、経験の長いケアマネジャーからは、質の向上のために減らしたのにとという声も聞こえてきています。こういった現場のケアマネジャーの声を踏まえると、ケアマネジャーの不足を、単に取扱件数を引き上げることで補うというのは困難であり、無理に進めると質の低下を招きかねないと懸念しています。

一方で、業務効率化・負担軽減、ケアプランデータやテクノロジーの活用に目を向けますと、私どもの今回の調査では、オンラインモニタリングについては42.7%が「行いたい」としていますが、「既に行っている」のは1.2%にとどまっています。ケアプランのAI作成については68.3%が「使いたい」としていますが、「既に使っている」は1.4%にとどまっています。この2点については「行いたい」「使いたい」の回答率と、実際に「行っている」「使っている」の回答率の乖離が著しく大きく、かつほとんど導入されていないのが特徴となっています。

国は、この乖離解消に向けた経済的・技術的支援の強化や、居宅介護支援事業所で導入しているとの回答率が21%程度の結果となったケアプランデータ連携システムのさらなる普及促進を図るなどの対応が必要であると思います。

以上、意見です。

○田中（滋）座長 アンケートに基づく御意見ありがとうございました。

質の向上に向けた取組について、ほかにいかがでしょうか。

工藤構成員、お願いいたします。

○工藤構成員 よろしく申し上げます。

2つほど確認も含めてですけれども、人材不足の観点に関して、近年の介護支援専門員の試験の合格率です。受験の要件が変わったにもかかわらず、合格率がなかなか伸びない。近年は20%前後で推移しております。基本的には、国家資格を持った方々の受験者が多い。なおかつ、介護支援専門員は今のところ国家資格ではないですけれども、ちょっと合格率が低いのではないかと。これはなぜなのかというところで、少し背景を考えてみる必要があるのではないかなと思います。

または、難易度調整で点数を多少調整されているかと思うのですが、こちらのほう、一般的な正答率は70%と言っておりますが、間口を広げるということでは、少し正答率を緩和し、その代わり、受講研修、入り口のところで質をしっかりと担保するための研

修の方策を考えていくということもあってもいいのではないかと考えます。

その一方、法定研修、更新研修のほうの時間数が多いというようなことも、御意見としてかなり聞きます。実際、講義部分に関しますと、専門1も2も、主任も主任の更新も、講義部分というものは同じ内容がかぶるもののがかなり多いと思います。受講費の問題等々もあるかと思うのですけれども、都道府県の責任ではありますが、こういう研修とかは少し広域的に展開することで、受講費の軽減、または御指摘されているような講師等の強化というものも、ある程度均一化されていくのではないかと考えております。実際、スキルの部分、法定外の研修で実施機関等と連携しながら検討していくというような見直しがあってもよいと思います。

もう一つ、今もありました担当件数の点に関して、こちらのほうも細かい調査はしておりませんが、周りのほうから聞くと、難しいというような声は多く伺います。実際、これで人数を増やしたことによる質と負担というところの関係。こういったものの検証も必要ではないか。例えば、件数と適ケアの中での自己評価の指標なんかで、どの程度担保されているかを見ていってもいいのではないかと。妥当な数というののもちょっと分からない。また、件数が増えたことにより、事業所さんの収入もあれですけれども、ケアマネさん自体の収入というところでどう結びついているのかというものです。

そうしてくると、負担のところもそうですけれども、現在の介護保険、ケアマネジメントという部分の報酬というものは要介護度で区分されております。でも、負担に関してのところは、調整業務等を多くする相談援助的な部分もあります。特定事業所加算では、一定の特徴的なケースで加算はついておりますけれども、どちらかというとベースになる要介護度の部分、プラス社会的な背景のところでの報酬体系とかで、業務の在り方の中に含まれるものも含めて検討していくべきではないかと考えております。

以上、2点ほど意見を述べさせていただきました。

○田中（滋）座長 御提案ありがとうございます。

次、田中構成員、お願いいたします。

○田中（明）構成員 生駒市の田中です。よろしくお願いいたします。

ケアマネジメントの質の向上に向けた取組の促進のところ、ケアマネジャーの業務効率化・負担軽減というところで1点、ケアプランデータ連携システムの投入というところで、地域全体で面的に進めていくことで効果を発揮する生産性向上の対策などについても、各事業所任せにするのではなく、保険者としても後押しできるような取組を考えることも大切ではないかと感じています。

あと、認知症、身寄りのない高齢者の増加というところで、意思決定支援の難しさという点で現場のケアマネの皆様がとても大変な思いをされている点。生駒市でケアマネ向けのアンケート調査をしたところ、やはりここはかなり時間を費やしているという結果でしたので、認知症の方への意思決定支援に向けて質の向上であったり、権利擁護の部分では行政の方ももう少しサポートできることがあるのではないかなということも感じていると

ころです。

○田中（滋）座長 御意見ありがとうございます。

前回発言した方でも、まだ言い残しがあれば、改めて参加いただいて結構ですよ。

落久保構成員、お願いします。

○落久保構成員 発言の機会をいただきまして、ありがとうございます。

質の向上という意味ですけれども、私どもは広島県介護支援専門員協会ですので、法定研修あるいは法定外研修を企画する立場でございます。そういった意味で、今までの議論を含めて、地域について、どうあるべきかということも考えていきたいと思います。

また、法定研修の均てん化というのはとても重要なことですし、ICTを利用してオンデマンド配信の、同様の、そして質の高い研修を受けるということはとても重要なことかと思っています。一方、それに委ねてしまうと、地域のいわゆる講師になるためには学びがとても必要で、そのためには自己学習、それからファシリテーターを経験して、さらに小さなところで研修の講師を行い、そして大きなところで研修をしていくというステップアップといったものが必要になってくるわけですが、そういったものがなくなってしまうと、都道府県において、そういった講師、そして講師となろうとするステップアップの先、ケアマネジャーのキャリアアップの先みたいなのところの一つであろうかと思いたすけれども、そういったものがなくなってしまうということも危惧しています。

ですので、その辺はある程度、質の担保をしつつ、地域で講師をつくっていくシステムというものを、広島県介護支援専門員協会のような地方で考えるとともに、柴口構成員がいらっしゃる日本介護支援専門員協会において、統一化とともに、都道府県における研修についても考えていくべきであろうかと思っています。

それから、法定研修についてですけれども、これもとても重要なことで、中止とか負担の軽減、いろいろな御意見があるところは承知しているところでありますけれども、負担の軽減で我々広島県がずっとやってきたことは、実は読替研修ができないかということをやっています。生涯研修体系というものをつくっておきまして、これは私が日本介護支援専門員協会の常任理事を仰せつかったときに始まった内容を、広島県で少しずつ育んでまいりました。我々の協会の中で研修体系というものをつくりまして、地域で行っている研修を評価いたします。

そして、評価に資するとした場合に、それを読替えできるような、どこの分野のものかというものをそれぞれつくっておいて、もし法定研修でやんごとなき理由において研修ができない、あるいは受けられない場合には、それを読み替えていただけるような準備をずっとしてまいりました。都道府県もそれを認めるということはなかなか難しいところでもありますので、実現には至っていませんけれども、今後、そういったものを活用して、全て法定研修内で受けなくても、ふだんやっている一般的な研修であれば、5年間の間に取り替えたものを読替えとしてやっていくような方策とか、いろいろなことを考えていくべきだろうと思います。

ただ、歩みを止めない、学びを止めないというのが専門職にとって必ず忘れてはいけないことですので、研修を受けていく機会、そして研修が受けられるように事業所として考えていく機会というのを担保する施策というのは必要かと思っています。必ず研修、自己研さん、そしてステップアップといったものを介護支援専門員も実感でき、そして、それを魅力と感じていただけるようにする方策は必要かと思っています。

私からは以上です。

○田中（滋）座長 研修並びに講師についての御意見ありがとうございました。

江澤構成員、お願いいたします。

○江澤構成員 ありがとうございます。

前回も申し上げましたが、法定研修について、今、落久保先生もおっしゃられたように、地方で講師の人材を見つけて継続するというのは、なかなか苦労している現状もございますから、例えば国で日本全国統一の教材、日本介護支援専門員協会も従前から取り組まれて質の高いものをつくられておると伺っておりますし、一定の質を担保するような教材、例えば動画で見て受講しやすくするとか、ケアマネジャーさんの法定研修の受講の負担の軽減も踏まえながら、いろいろな弾力的な取組も必要ではないかなということ。そして、全国でなるべく研修内容がばらつかないようにするといった視点も必要ではないかなと思っていますので、研修については在り方をいろいろ見直す必要があらうかと思います。

それから、もう一点は、今回、診療報酬においても、初めて処遇改善というものが報酬上で評価されることになりまして、介護報酬の処遇改善も含めて、居宅介護支援事業所が処遇改善の蚊帳の外に置かれているということはしっかり見ていかないと、特に若い人材のケアマネジャーがかなり不足しているという状況もございますから、そういったことも含めて、ケアマネジャーの処遇というものを今後、しっかりと議論していく必要があらうかと思います。

すみません、以上でございます。

○田中（滋）座長 ありがとうございます。

常森構成員、お願いします。

○常森構成員 すみません、ちょっと別の観点になってしまうのですが、ケアマネジャーの質と言ったときに、倫理であるとか、その中立性というものがよく言われるように思うのですが、特定の事業者なりに偏ることなくというのが基本的な姿勢かと思っています。ただ、今日のお話にあったように、地域の様々なアクターと関わっていくという能力が重視されるときに、そこで言う中立性とは何か。もちろん特定の事業所のみを紹介するといったことには謙抑的であるべきだとしても、地域の中で特定の、ある専門性を持ったネットワークを持った人たちと関わっていくということも、より必要になっていく。

そうなったときに、改めて現状の中立性であるとか倫理というものが、今後、ソーシャルワーク的な能力の中でどのようにあるべきかというのは、質を考える上で非常に重要で

あるといえると思います。

以上です。

○田中（滋）座長 ありがとうございます。

柴口構成員、お願いします。

○柴口構成員 ありがとうございます。

先ほど落久保先生がおっしゃったように、本協会としても生涯学習体系をつくっております。

まず、6段階で、実践者レベル1、2、3、4、そして指導者レベル1、2という形で生涯学習に取り組ませていただいています。

それともう一つ、管理者要件という形で、こちらのほうも年に1回、全国に啓発しまして管理者研修等にも取り組んでおりますので、今後、私どもも法定研修の読替え研修ができるような仕組みというのはずっと進めておりますので、ここも毎回、スキルアップしながら取り組んでいこうと思っています。ぜひ、この辺も評価していただけたらいいかなと思っています。ありがとうございます。

○田中（滋）座長 全国協会の取組の紹介、ありがとうございます。

石山構成員、お願いします。

○石山構成員 ありがとうございます。石山でございます。

私からは4点ほど。

人材確保の観点につきましては、工藤構成員の御意見に賛同いたします。特に、受験対象である国家資格の範囲というものが平成30年から改定されておりますけれども、これについて改めて見直しを行ってはどうかと思っています。

間口を広げていくという観点からは、ほかの相談援助の国家資格の合格率も参考としながら、合格率そのものを見直していく必要があると思います。間口を広げましたら、その分、基礎資格等によらないケアマネジメントの専門職を育てるという観点から、法定研修とは別に実務研修に関しましては、ある程度その技術をしっかりと習得できるような充実したものにするという考え方もあろうかと思っています。

続きまして、適切なケアマネジメント手法の普及に関しましては、4月から法定研修に入りました。適切なケアマネジメント手法に関しては、日本中の介護支援専門員にとって経験年数の長さによらず、初めて取り組む手法です。今後、適切に使えるように充実していくことは非常に重要なことであると思いますので、都道府県の責任において、都道府県ごとに内容のばらつきがないように、しっかりと導入していただくことが肝要であろうと思っています。

これを踏まえつつ、この後にできることは、学習したものを実際に実践に適用していくということになってまいります。この方法については、ケアプラン点検の項目やマニュアルの中に適切なケアマネジメント手法の考え方を入れて、介護支援専門員が地域包括ケアシステムの一員として、個別のケース、点の中で捉えたことを実践することです。例えば



ケアプラン点検なども通じて、保険者が個別の点検で捉えた課題を拾い上げていく必要があると思っております。

老健事業ではケアプラン点検項目とマニュアルの見直しを実施しました。新たな点検項目とマニュアルには適切なケアマネジメント手法の観点も入っています。介護支援専門員がかかわるケースを地域包括ケアシステムの中の点だとすれば、それを捉えて線や面につなげていけるかは、保険者にもかかっています。そういった観点でもケアプラン点検が行われるよう、老健事業の報告書には書かれています。こうした研究事業の成果物をしっかりと共有していくということも重要であろうと思います。

もう一点、業務負担軽減に関しまして、書類作成の負担が大きいとの報告があります。様々な観点があろうかと思えますけれども、ケアプラン1、2、3表の様式については、1件の作成にかなり時間を要しているということもタイムスタディー上、分かっております。加えまして、去年の10月16日、新しい課題分析標準項目が出されております。これに関しては、実際のアセスメント項目や様式というものが示されているわけではありません。現場の皆さまは実際にどこまで、どのように対応したらいいかということについては悩んでおられるところかと思えます。

併せて今後、ケアプランデータ連携システムがしっかりと定着し、基盤が充実した末にはデータ連携だけでなくデータ蓄積もしていくということを将来に見据えると、様式は必要な情報を効率的・効果的に活用できるケアプランの様式にするとともに、ニーズ抽出を行うアセスメント項目と様式の参考様式を国から出していくということも一考です。

以上です。

○田中（滋）座長 ありがとうございます。個別課題を地域課題につなげていくという視点はとても大切ですね。ありがとうございました。

相田構成員、お願いします。

○相田構成員 ありがとうございます。相田です。本日も大変貴重な機会をいただきまして、誠にありがとうございます。

ケアマネジャーの専門性向上と適切な評価につながる視点と力といたしまして、3点意見を述べさせていただきたいと思えます。

まず初めに、客観的な評価・尺度を具体的に定めることは困難を極めますが、ケアマネジャーの専門性向上と適切な評価にもつながる考え方の一つといたしまして、次のように考えます。例えば、要介護状態となります高齢者は、何らかの疾患と、それに伴う困難を抱えながら地域で暮らしています。

利用者の尊厳を守り、より自分らしく、自立した望む暮らしの実現を支えていくために、私たち介護支援専門員は個々のニーズに合わせたチームをつくります。その他職種で構成されるチームメンバーと、共通認識と共通言語を持って対話ができる力。その理解の深度には、職種により差があっても当然ですが、根拠となる知識・技術への一定の理解、利用者のために医療分野をはじめとします他職種との質疑や意見、提案、フィードバックができ

る力というものは、専門性向上へとつながる1つの評価の指標となるものではないでしょうか。人生100年時代を支える多様な職種、自治体で構成される利用者ごとに異なるチーム運営には、様々な視点が必要となります。

複数の疾患や障害を抱え、人生を歩むことも珍しくなく、その人らしい生活の継続や希望の実現には、生活の一部である医療への一定の理解が、正しい将来予測に基づく医療・介護連携、先を見据えたサービスの提供、支援構築に必要な不可欠な視点であると思います。その実現のために、適切なケアマネジメント手法のさらなる普及促進がより身近な地域で進むことにより、同じ地域課題を見つめるチームとして関わる連帯にもつながるため、地域団体・職能団体の理解・協力の下、法定研修外の充実が図られることが重要であると思います。

85歳以上の高齢者への支援、がんとは異なる難しさを持つ非がん疾患による医療・介護が同時に必要となる在宅療養者の増加、単身・独居・認知症高齢者への意思決定支援など、ますます多様化・複雑化するニーズとともに、介護支援専門員には複雑な支援が求められます。支援困難事例への対処には、正しい情報の整理、現状分析、関連する諸制度や社会資源の熟知と有効活用が必要となり、複雑な医療・介護状況、社会状況を踏まえた共同意思決定支援への知識も重要となります。意向や価値観、社会状況の変化などを速やかに捉え、対応へとつなげていくためには、地域で時に多職種の視点も交えながら定期的に習得し、基本を理解し、基礎力を積み上げ、実践に生きる応用力の獲得、専門性の向上へとつなげていくことが重要だと思っています。

2点目に、小規模法人のネットワーク化による協働推進です。前回資料にもございませうとおり、小規模事業所の占める割合は全国的に一定数存在し、その多くは制度施行後より、地域の要となる介護支援専門員の所属する、尽力されてきた介護支援事業所であると思います。今、管理者の退職年齢に重なることや、様々な理由から閉鎖の危機に直面する事業所も多い現状であると思いますが、現在、既にあるこの大切な社会資源の存続を見守り、平時からのネットワーク化を図ることは、地域における災害対策にも大きな力となり、専門性の向上、社会資源の確保、雇用促進、離職防止にもつながる可能性が大きくあると考えます。

最後に、3点目です。保険者・都道府県との連携、それぞれに講じられている事業・仕組み等の活用力というものが重要であるのではないかと思います。問題解決のために生きるステークホルダーとしての関係性を保ち、働きかける力は、日々の日常の連携・実践の蓄積により得られる力であると思います。地域包括ケアシステムの構築に向けて、それぞれの地域ごとの課題把握から社会資源の充実・開発、各地域課題に起因する業務範囲外と考えられる対応への検討、地域の実情に応じた法定研修の企画・運営・評価など、その具体を講じていくためにも、保険者・都道府県との連携、それぞれに講じられる事業・仕組み等への活用力というものが重要であると思っています。

私は東京都で就業しておりますが、東京都では令和6年度、介護支援専門員の確保・育

成を支援するための事業が多数ございます。その主なもの4つが東京都介護職員・介護支援専門員居住支援特別手当事業、介護支援専門員法定研修受講料補助、居宅介護支援事業所事務職員雇用支援事業、居宅介護支援事業所管理者向けケアマネジメント支援研修の実施です。これからの地域の課題を分析された上で講じられた様々な介護支援専門員を支える仕組みを理解・活用し、その結果を適切に地域団体・職能団体を通じ、中心となって定期的にフィードバックさせていただくという循環を積み重ね、大切にしていくことも、私たち介護支援専門員の質の向上、また評価へとつながる大きな力ではないかと考えます。ありがとうございました。

以上でございます。

○田中（滋）座長 3点御指摘、ありがとうございました。

本日最後に、川北構成員、お願いいたします。

○川北構成員 よろしくお願いいたします。

全国地域包括・在宅介護支援センター協議会の立場からの意見でございますが、認知症の高齢者の方がこれからますます増えていく。きのうのテレビ報道であったり、今朝の新聞でも大きく取り上げられておられましたけれども、その中でも認知症の方がどんどん増えていく。併せて独居の高齢者の方も増えていく。そういった方々に対するケアマネジャーさんの対応というのは非常に重要になってくるかと思うのですが、そのような点では、地域包括支援センターとしては、事業の中では、例えば地域ケア会議や包括的・継続的ケアマネジメント支援でケアマネジャーさんの勉強会の開催であるとか、それぞれ各地域包括支援センターごとや地域ごとに様々な取組を行っております。

その中で、特に主任ケアマネジャーの皆さんは、地域のケアマネジャーとしての役割を十分に御理解いただいているものの、一方では、事業所の管理者としての役割に忙殺されているという側面もあろうかと思えます。減算項目を出さないように自身のケース対応と並行して一生懸命点検に当たっているということで精一杯であるという状況は、よく聞くところでもございます。まずは、ケアマネジャーの質の向上ということについては、そこに注力できるよう、業務改善というところが必須であろうと考えております。

また、地域包括支援センターとの連携というところでも、今日も様々な参考人の皆様から御意見ございました。日々、地域包括支援センターとの連携の機会がないという御意見もございました。一方で地域包括支援センターとしては、介護予防プランの委託というところで居宅の皆さんにお世話になるのですけれども、単位数が非常に少ないということで、事業者自身が予防プランの委託を取らないという方針でおるところも多いと聞いております。そういった点では、介護予防プランの委託を受けていただくと、その分、地域包括支援センターとの日常的な連携や関わりの機会も増えてまいりますので、この介護予防プランの取扱いということも、今後大きな課題になってくるかなと思っております。

最後に、行政の役割というところになります。今、運営指導という点で、行政もかなり手が回らないのか、なかなかじっくり関われない現状もあると聞いております。その中

で、ケアプラン点検などでそれを補うような場面もあるかと思うのですが、そのケアプラン点検がプランの質の向上ということよりも、むしろ法令遵守とか運営指導の肩代わりのような形になってしまっていて、本当の質の向上に資するものになっているのかどうかという声を聞くこともございます。

そういった点で、行政、市町村の役割というところも大変大きいのかなと思っておりますので、すぐにできるところから始めていくとすれば、市町村ごとにその辺りにしっかり取り組んでいく姿勢、あるいは市町村ごとにある、いわゆるローカルルールが存在ですね。市町村でかなりやり方が異なる、差異があるということも聞きますので、その辺りも業務負担軽減に大きく関わってくることになるかと思いますので、そういったところの洗い出しなども今後は必要ではないのかなと現場の視点から考えます。

以上でございます。

○田中（滋）座長 御指摘ありがとうございました。

予定の時間を10分ほど過ぎました。本日はここまでといたします。

事務局のほうから、次の検討会についての連絡をお願いします。

○松山認知症施策・地域介護推進課長補佐 ありがとうございます。

次回の検討会は、6月24日に開催予定としております。開催場所や時間につきましては、追ってお知らせいたします。

○田中（滋）座長 ありがとうございます。

本日はこれにて終了いたします。構成員の皆様、活発な御議論ありがとうございました。