

全日本民医連

2022.1.24

ケアマネジャー通信

全日本民医連医療介護福祉部（介護・福祉部会）発行

■全日本民医連ケアマネジャー通信発行にあたって

日々のご奮闘に心より敬意を表します。

今期は、コロナ禍で各地協から委員を選出していただき全国の状況を把握しながら取り組みを進めることができず、ケアマネ分野検討チームという体制で2年間活動してきました。しかしながら、ケアマネジャーを取り巻く情勢の変化や介護報酬の改定もありましたので、なんらかの情報発信をしたいと考え、ケアマネジャー通信を発行することといたしました。まず手始めに、昨年11月の全日本民医連介護・福祉責任者会議での報告を中心にお伝えしたいと思います。

まもなく全日本民医連も第45期に突入致しますが、この通信は来期にも引き継がれるよう期待しています。今後は全国各地のケアマネ政策や人権を守るために奮闘されている取り組みをご紹介していきたいと思っています。皆様からの情報や要望もお待ちしております。

全日本民医連介護福祉部介護・福祉部会ケアマネ分野検討チーム一同

■2021年度介護・福祉責任者会議ケアマネジャー分野報告概要

「居宅介護支援事業所実態調査の概要報告」

東京／福祉協同サービス・ケアサポートセンター千住所長 石田 美恵 氏

2021年度全日本民医連 居宅介護支援事業所実態調査

今回の調査は、県連・法人・居宅介護支援事業所からそれぞれ回答をもらい、約60%強の回収率でした。前回調査の2017年と比較できる項目については比較しています。特定事業所加算Ⅰ～

Ⅲを算定する事業所が増えており、特定事業所加算（A）については、算定しているのは1事業所のみでした。介護支援専門員の基礎職では、看護師や保健師は減り、介護福祉士や社会福祉士が増加しています。要介護度の変化ではあまり変化ないですが、要支援1、2の方が、総合事業へと流れたことが読み取れます。

コロナ禍でのケアマネジメント業務外の変化では、会議や研修会の参加が減少し、ケアプランにつながらない相談業務が増えています。居宅介護支援費Ⅱでは、ICT、AIの活用や導入が出来ている事業所はまだ少ないです。AIを活用したケアプラン作成の研修を自治体が実施したかどうかについては、15事業所で行われていると回答がありました。自法人、又はグループ法人に担当の利用者のサービス利用を位置づけた割合は、大きく上がっており、ケアマネジャーの経営への貢献率は上がっていると言えます。一定の回数以上の訪問介護（生活援助中心型サービス）を位置づけているケアプランの届け出数は要介護2のケアプランが多く、生活援助を利用している方の背景は独居であったり認知症があったりなので、体は動けても生活援助という支援は必要だということを如実に表している結果だと思います。各県連で介護支援専門員関連の会議や、各法人での介護支援専門員を統括する責任者の配置などが整備されていないことが調査を通じて明らかになりました。2017年から事業所が減少した法人は23法人で、人材不足が主な原因を占めています。介護支援専門員確保の工夫としては手当の新設・増額が多いです。

「ケアマネ分野の現状と課題-厚労省のケアマネ政策にもふれて」

全日本民医連理事・千葉／千葉民医連 県連事務局長 加藤 久美 氏

今年度は介護保険法改正、介護報酬改定、新たなケアプラン検証の開始のほか、「適切なケアマネジメント」の手引きなど、ケアマネジャーの働き方をめぐり、重要な文章が多く発出されました。

10 月から開始された、新たなケアプラン検証では区分支給限度額の利用割合が高く、訪問介護が利用サービスの大部分を占める等のケアプランを作成する居宅介護支援事業所を、事業所単位で抽出するなどの点検・検証の仕組みが導入されています。また、計画書の様式変更も行われています。これまではアセスメントを実施して、利用者・家族の意向を記載していました。アセスメントの段階から利用者と共に関係を作りながら、ケアプランを作成する。利用者本位のケアマネジメントを心がけ、その結果が居宅サービス計画書、ケアプランであるということが大前提です。しかしなぜこの第 1 表に課題分析の結果を記載するのか、突然の変更で戸惑ったケアマネジャーが多かったのではないのでしょうか。

「適切なケアマネジメント」の手引きは、初任段階のケアマネジャーの育成として、OJT の活用を提起していますが、ケアプランの標準化・パッケージ化、ケアマネジャー業務における AI 活用など今後の介護報酬改定に繋がる内容となっています。介護保険最新情報 vol.977 で通知された、介護支援専門員自身が考える今後の「目指すべき介護支援専門員像」では、3 年に 1 度の介護保険改正や介護報酬改定、ローカルルールに振り回されてきた背景、政策、制度上の矛盾や欠陥については一切言及されておらず、たたかひの視点もありません。また、地域共生社会の実現のため、地域包括ケアシステムの深化に向けた期待が強調されていますが、人権の守り手を目指すという打ち出しもされていません。

民医連ケアマネジャーの役割としては、2019 年 11 月の責任者会議で提起した「3 つの側面」、①チームケアを実践しながら、利用者にとっての自立とは何かをチームで検討し、憲法と民医連綱領に基づく立場で対応する専門家、②「自立支援」の名のもとに公費を抑制する国や自治体に対してストップをかける、③介護保険制度システムにおける公費抑制のためのゲートキーパーとして国から期待され、制度・システムの矛盾の中にあっても決して取り込まれることなく、委縮せず、問題点の告発と合わせて、住民、共同組織、関係機関、自治体と一緒に制度を作り出すことを改めて強調します。

2021 年介護・福祉責任者会議
問題提起について
ケアマネ分野検討チームからの補論

「京都民医連ケアマネ政策について」

京都／葵会 介護部長 國井 牧子 氏

2007 年に全日本民医連から「ケアマネ政策指針」の素案が提示され、2014 年第 41 期の「民医連のケアマネジャーの役割について」のなかで、生活アセスメントやケアマネジャー政策のポイント等が示されました。2015 年第 2 回評議委員会方針で「ケアマネ政策の推進を」が提案され、この提起を受けて、京都民医連ケアマネジャー委員会で政策策定を決定しました。民医連の目指すべきケアマネジャーの考え方の整理を行い、到達するための教育育成方針の作成、他県連で政策をもっている資料を取り寄せ学ぶことを確認しました。2016 年 3 月から政策論議を開始し、2020 年 6 月に県連理事会で承認・冊子作成となりました。

京都民医連 ケアマネ政策について

同時期に育成指針に基づいてケアマネジャー養成のための研修企画が進められましたが、政策が完成する 4 年のなかで京都民医連のケアマネジャーの現状は事業所数、ケアマネジャーの数が減少するなどの変化がみられました。県連、法人として改めてケアマネジャーが医療・介護の連携を進める要であること、共同組織や地域の人々、民医連外の事業所との連携の主軸であることを位置づけ、確保や育成の方針を明確にしました。

京都民医連のケアマネジャーが目指すこととして、①医療と介護の連携、多職種協働の実践をすすめること、②アセスメントや政策作りの力量を上げること、③地域・職場でのネットワークをつくること、④介護ウェブをはじめとする制度改善、まちづくり運動に取り組むことが必要です。

今後の課題として、ケアマネジャー政策を普及し、私たちが目指すケアマネジャー像を共有化すること、医師や看護師、事務等の他職種を含む幹部がケアマネジャーの役割を理解すること、ケアマネジャー政策を継承し、時代とともに進化・発展させることを進めていきたいです。

お問い合わせ先 介護ウェブ推進本部

TEL: 03-5842-6451

E-mail: min-kaigo@min-iren.gr.jp

全日本民医連事務局: 高梨／瀧澤

2021年介護・福祉責任者会議 問題提起について ケアマネ分野検討チームからの補論

2021年11月12日
ケアマネ分野検討チーム
責任者 加藤久美
石田美恵
黒岡有子

～ケアマネジャーをめぐる動向～

- 2021年介護保険法改正、介護報酬改定
- 新たなケアプラン検証の開始（2021年10月）
- 「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（介護保険最新情報vol.958）
- 「『適切なケアマネジメント』の手引き」（介護保険最新情報vol.992）
- 「介護支援専門員自身が考える今後の“目指すべき介護支援専門員像”」（2021.3厚労省「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業」検討委員会一同）

2021年4月介護報酬改定、運営基準等の見直しの概要

- ・ 特定事業所加算算定要件の見直し
- ・ 逓減制の導入
- ・ 利用者に過去6か月間に作成したケアプランにおける訪問介護、通所介護、福祉用具の各サービスごとの同一事業者の割合を説明
- ・ 特定事業所医療介護連携加算の創設
- ・ 退院・退所加算の要件見直し（福祉用具貸与の場合：福祉用具相談専門員、作業療法士等の参画）
- ・ ターミナルケア加算の見直し
- ・ 小規模多機能、看多機、介護予防小規模多機能との連携加算の廃止
- ・ 通院時情報連携加算の創設
- ・ 介護予防支援...委託連携加算の創設
- ・ 看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等に係る評価の創設

1 居宅介護支援・介護予防支援 基本報酬

単位数		
居宅介護支援費（Ⅰ） ・ 居宅介護支援費（Ⅱ）を算定していない事業所		
○居宅介護支援（①） ・ ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が40未満である場合又は40以上である場合において、40未満の部分		
	< 現行 > < 改定後 >	
(一)要介護1又は2	1,057単位/月 → 1,076単位/月	
(二)要介護3、4又は5	1,373単位/月 → 1,398単位/月	
○居宅介護支援（②） ・ ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が40以上である場合において、40以上60未満の部分		
(一)要介護1又は2	529単位/月 → 539単位/月	
(二)要介護3、4又は5	686単位/月 → 698単位/月	
○居宅介護支援（③） ・ ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が40以上である場合において、60以上の部分		
(一)要介護1又は2	317単位/月 → 323単位/月	
(二)要介護3、4又は5	411単位/月 → 418単位/月	
介護予防支援費		
	< 現行 > < 改定後 >	
	431単位/月 → 438単位/月	

居宅介護支援費（Ⅱ）【新区分】

・ 一定の情報通信機器（人工知能関連技術を活用したものを含む。）の活用又は事務職員の配置を行っている事業所

○居宅介護支援（①）

・ ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が45未満である場合又は45以上である場合において、45未満の部分

	< 現行 > < 改定後 >	
(一)要介護1又は2	新規 → 1,076単位/月	
(二)要介護3、4又は5	新規 → 1,398単位/月	

○居宅介護支援（②）

・ ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が45以上である場合において、45以上60未満の部分

(一)要介護1又は2	新規 → 522単位/月	
(二)要介護3、4又は5	新規 → 677単位/月	

○居宅介護支援（③）

・ ケアマネジャー1人当たりの取扱件数が45以上である場合において、60以上の部分

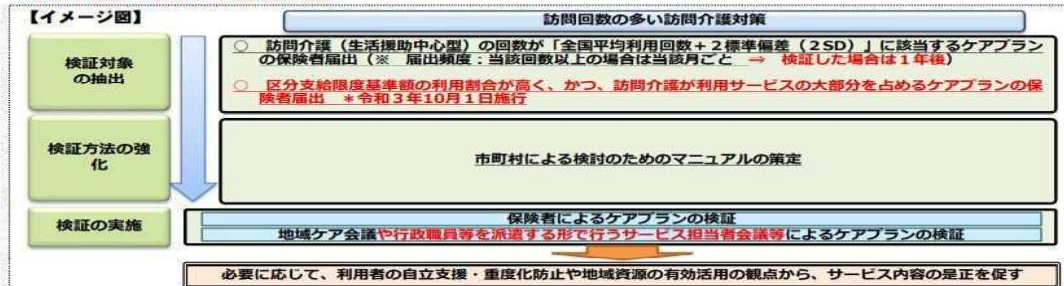
(一)要介護1又は2	新規 → 313単位/月	
(二)要介護3、4又は5	新規 → 406単位/月	

2021年10月 新たなケアプラン検証開始

概要	【居宅介護支援】
○ 平成30年度介護報酬改定において導入された生活援助の訪問回数が多い利用者のケアプランの検証の仕組みについて、実施の状況や効果を踏まえて、ケアマネジャーや市町村の事務負担にも配慮して、届出のあったケアプランの検証や届出頻度について、以下の見直しを行う。【通知改正】 ・ 検証の仕方について、地域ケア会議のみならず、行政職員やリハビリテーション専門職を派遣する形で行うサービス担当者会議等での対応を可能とする ・ 届出頻度について、検証したケアプランの次の届出は1年後とする ○ より利用者の意向や状態像に合った訪問介護の提供につなげることでできるケアプランの作成に資するよう、検証方法として効率的で訪問介護サービスの利用制限につながらない仕組みが求められていることを踏まえ、区分支給限度基準額の利用割合が高く、かつ、訪問介護が利用サービスの大部分を占める等のケアプランを作成する居宅介護支援事業所を事業所単位で抽出するなどの点検・検証の仕組みを導入する。【省令改正】（効率的な点検・検証の仕組みの周知期間の確保等のため、10月から施行）	

R3.1.13諮問・答申済

※ 赤字部分：令和3年度見直し分



11

「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（介護保険最新情報vol.958）

第1表	居宅サービス計画書（1）		作成年月日	年 月 日
			初回・紹介・継続	認定済・申請中
利用者名	殿	生年月日	年 月 日	住所
居宅サービス計画作成者氏名				
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地				
居宅サービス計画作成（変更）日	年 月 日	初回居宅サービス計画作成日	年 月 日	
認定日	年 月 日	認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	⑬ 「利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果」 利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたいと考えているのかについて意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。 なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。			
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定				
総合的な援助の方針				
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ ）			

「『適切なケアマネジメント』の手引き」 (介護保険最新情報vol.992)

各都道府県介護保険担当課(室)
各市町村介護保険担当課(室)
各介護保険関係団体 御中
厚生労働省 認知症施策・地域介護推進課

介護保険最新情報

今回の内容
「適切なケアマネジメント手法の普及推進に向けた調査
研究事業(令和2年度老人保健健康増進等事業)」の
「手引き」について(情報提供)【その1】
計2枚(本紙を除く)
Vol.992
令和3年6月23日
厚生労働省 老健局
認知症施策・地域介護推進課
【貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう
よろしく願います。】
連絡先 TEL: 03-5253-1111(内線 3936)
FAX: 03-3503-7894



適切なケアマネジメント手法
基本ケア及び疾患別ケア
令和2年度改訂版

令和3年3月31日
株式会社 日本総合研究所

検討の背景

地域包括ケアシステムの構築を進めるとともに、2025年よりも先の社会を見据えた取り組みとして、住み慣れた地域でできる限り暮らし続けられる地域づくりに向けた取り組みが進められている。高齢化が進展し、同居あるいは近くに住む家族がいない高齢者の世帯も増える中、心身の機能が低下していく高齢期の生活の質(QOL)を維持するために、本人自身が様々な社会資源を組み合わせ、目指す生活の実現に向けた本人の潜在能力を高めていくことが必要とされている。□また、社会資源を充実させる取り組みも重要である。介護給付サービスだけでなく、自助や互助など様々な社会資源の組み合わせが必要である。これをすべての高齢者が自ら行うのは現実的ではないため、効果的かつ効率的な組み合わせを支援する機能として、介護支援専門員がこれまで以上に多様な社会資源の組み合わせを考え、提案することが期待されている。□多様な社会資源の組み合わせを実現するには、多職種あるいは多様なサービスとの連携が欠かせないため、介護支援専門員に対し、各職種が円滑に連携できるよう、ケアチームを組成し連携・協働を促進させていく役割の期待も高まっている。□こうした背景を踏まえ、「ニッポン一億総活躍プラン」(平成28年6月2日閣議決定)において、自立支援と重度化防止を推進するために「ケアマネジメントの標準化に向けた分析手法の検討」を行うこととされた。

初任段階のケアマネジャーの育成 というけれど・・・

- 「抜け漏れの防止」「OJTでの活用」が提起されている。
- 疾患別の基本ケア計画（脳血管疾患、大腿骨頸部骨折、心疾患、認知症、誤嚥性肺炎の予防）いわゆる医学モデルの提示がされている。
- あたり（想定される支援内容）をつけて、効率よく。基本的な知識を共通言語として他の職種と連携できるように。

→一人ひとり生きてきた歴史や生き様、生活、今後の生き方は違う。あわせて、経済的な側面や社会参加などの視点が抜け落ちてしまわないか。ケアマネジメントの標準化、パッケージ化、アセスメントでのAIの導入、ケアマネ不要論につながっていないか。

「介護支援専門員自身が考える今後の“目指すべき介護支援専門員像”」
（2021.3厚労省「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業」検討委員会一同）

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）
各介護保険関係団体 御中
— 厚生労働省 認知症施策・地域介護推進課 —

介護保険最新情報

今回の内容

「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業（令和2年度老人保健健康増進等事業）」の報告書について
（情報提供）
計1枚（本紙を除く）

Vol.977

令和3年5月12日

厚生労働省老健局
認知症施策・地域介護推進課

【貴関係団体に速やかに送信いただきますよう
よろしくお願いいたします。】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線 3936）
FAX：03-3503-7894

令和2年度厚生労働省
老人保健健康増進等補助金
（老人保健健康増進等事業費）

居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業

報告書

令和3（2021）年3月
株式会社 三菱総合研究所

居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業報告書 (321ページもあります！)

- ・介護保険制度創設以来、ケアマネジャーの業務負担軽減の大きな見直しは行われていない。
- ・政府の各種会議において、事務負担の見直しについて、主に、簡素化・標準化・ICT等の活用の視点での見直しが求められていることを踏まえ、居宅介護支援における業務負担の見直しをどのように考えるか2021年度介護報酬改定に向けて、運営基準改定や解釈通知発出等に繋げる観点での提言を行うとともに、今後、目指すべきケアマネジャー像について検討し、全国のケアマネジャーへのメッセージとしてとりまとめたとしている。
- ・しかし、**ケアマネジャーの業務負担を大きくしている要因の一つであるローカルルールについては議論の対象外とされた。**

介護支援専門員自身が考える 今後の“目指すべき介護支援専門員像”

発信によせて (検討委員会からのメッセージ)



令和2年8月から令和3年3月にわたり、厚生労働省令和2年度老人保健健康増進等事業「居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業 検討委員会」では、令和3年度介護報酬改定の検討に向けた実態調査の結果を踏まえ、計7回、議論を重ねてきました。また、介護保険制度の創設から20年が経過する中で、居宅介護支援業務に従事する介護支援専門員の今後の“目指すべき介護支援専門員像”について意見交換を行いました。

介護支援専門員が果たしてきた役割

- 介護保険制度の創設から20年、私たち介護支援専門員はケアマネジメントを通じて多職種をつなぎ、利用者や家族を支え、制度の中で大きな役割を担ってきました。日々、利用者、家族への個々の支援を続ける中で、運営上、厳しい状況に直面している事業所もあると思います。どのような環境にあっても、現場の第一線で活躍している介護支援専門員のみなさんの熱い志、強いモチベーションが、介護保険制度を、そして全国の利用者の自立した生活や自己実現を支えていることを、まず私たち介護支援専門員自身が誇りに思い、讃え合いたいと思います。
- また今日、介護保険制度がこれほど国民の生活に浸透しているのは、私たち介護支援専門員が常に利用者や家族に寄り添い、度重なる制度改正に丁寧に対応してきた証といえるでしょう。介護支援専門員が「介護保険制度の要」として果たしてきた役割と功績にも胸を張りたいものです。

介護支援専門員を取り巻く環境の変化とさらなる期待

- 昨今、介護保険制度をはじめ、介護支援専門員を取り巻く環境は目まぐるしい変化を遂げています。今後、人口減少、高齢化がさらに進む中で、私たち介護支援専門員に求められる業務、期待も変化、高度化しつつあります。
- 介護支援専門員は、利用者、家族からの相談をはじめ、アセスメントからモニタリングといった継続的なケアマネジメントを通じて、利用者本位を前提とした最も適切なサービスが提供されるよう行動することが求められます。今後はさらに、多様な知識、コミュニケーション能力、課題分析、課題解決能力・・・といったケアマネジメントに必要な知識や能力そしてあくなき探究心や向上心とともに、複合的かつ多様なケースに対応するために、介護保険制度に留まらない分野横断的な知識や多職種連携において培われる経験なども求められます。
- 介護支援専門員は、ケアマネジメントを通じて利用者本位に基づく自立支援、自己実現の支援を行う中で、常に社会情勢の動向や変化を見通し、知識、能力を培ってきました。その経験を活かし、多職種連携において最大限に力を発揮できるよう、より積極的な資質向上が求められています。

これからの介護支援専門員像とは

- 一方で、介護支援専門員は、「ケアマネジャー」として介護保険制度の中で重要な役割を果たすことから、注目を集めやすい立場にあります。私たちの日頃の言動や姿勢が、介護支援専門員に対する社会的評価やイメージ、そして同じ仲間の資質にも影響します。さらに私たち自身の資質の向上、底上げが、今後の「介護支援専門員の業界（ありよう）」を左右するといっても過言ではありません。
- この20年を振り返り、私たち介護支援専門員が果たしてきた役割を再確認するとともに、現在置かれた立場や今後のあり方を今一度みなさんとともに考えてみたいと思います。現状に留まるのか、それとも介護支援専門員に対して、ときに厳しいご意見に対して、どのように立ち向かうのか。みなさんが描く理想の介護支援専門員は身近にいらっしゃいますか？あるいは理想像として、目指すべき姿がイメージできますか？
- 介護支援専門員である検討委員自身が目指すべき介護支援専門員像について話し合いを繰り返し、思いを言葉に紡ぎ、ここに「目指すべき介護支援専門員像」を発信します。介護支援専門員として様々な経験や経歴をお持ちの方がいる中で、多様なご意見があり、異なる視点や介護支援専門員像があると思います。この「目指すべき介護支援専門員像」が、日々ご多忙な介護支援専門員のみなさんが業務の中で悩み一度立ち止まった時、あるいは研修会のテーマなど、さまざまな場面でみなさん自身が今後の介護支援専門員の未来のキャリア像を描く上での一助になれば幸いです。

厚生労働省令和2年度老人保健健康増進等事業居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業検討委員会一同 令和3年3月

介護支援専門員自身が考える 今後の“目指すべき介護支援専門員像”



介護保険制度創設から20年が経過し社会情勢や利用者のニーズが多様化する中で、これまで介護支援専門員が果たしてきた役割等を踏まえ、今一度、これからの介護支援専門員は専門職としてどうあるべきか、実務者である介護支援専門員が議論を重ね、**介護支援専門員自身が考える今後の“目指すべき介護支援専門員像”**をとりまとめました。地域共生社会の実現に向けた介護支援専門員の果たすべき役割等の観点も含め、全国の介護支援専門員が将来理想とする介護支援専門員のイメージを描けるよう、4つの視点で整理しました。

目指すにあたってのポイント

1. 利用者・家族との関係において、どうあるべきか

- ① 利用者に寄り添い、尊厳の心を持って、利用者の自律支援（意思決定支援）、自己実現・自立支援のために、専門性を確立し、信頼されること。
- ② 利用者本位に基づき、利用者の過去から、現在までの生活歴等を踏まえ、今後の生活や将来の医療ニーズ等の見通しを考え、先手かつ主体的に動き、支援できること。
- ③ 専門職として自身の確固たる職業観、倫理観を持ち深化させていくこと。
- ④ 利用者の生活支援に重点をおくことを前提に、多種多様な相談・ニーズを踏まえたケアマネジメントに努めること。

2. 各居宅介護支援事業所（組織・一員）において、どうあるべきか

- ① 自己研鑽を図りつつ、事業所全体の資質向上を意識した組織力（ケアマネジメントの技術・手法や人材養成の仕組み作り、体系等）を構築していくこと。
- ② 継続的な利用者支援を行うために、事業所の理念や方針、適切な運営や経営に関心を持ち、保険者に対しては説明を求めるだけでなく、提案し、双方向のコミュニケーションが取れること。
- ③ ケアマネジメントの資質向上を前提に、ICT等の活用による業務効率化を図り、経営の視点を高め、常に制度等の動向を把握すること。
- ④ 介護支援の専門集団である事業所の一員として自身のケアマネジメントについて、第三者に根拠をもって説明できること、また、保険者と双方に円滑なコミュニケーションを通じて、組織として感染症等の発生にも対応し、公共社会資源にも寄与すること。

3. 各地域において、どうあるべきか

- ① 地域共生社会の実現、地域包括ケアの深化に向けて、利用者の個別支援を通じて、地域全体の課題把握やその課題を解決するための一員として、全世代や全住民を視野に入れたケアマネジメント力を醸成し、地域の期待に応え、活躍できること。
- ② 地域連絡会等における活動を通じ、行政、各種職能団体や他法人等と組織的な話し合いを行うことで、より効率的・効果的な利用者支援を行うためのルールづくりや提案を行うこと。
- ③ 医療介護関係に限らない地域の幅広いネットワークを創り、包括的な利用者支援を行うとともに、他の事業所と支え合い、“点”ではなく“面”でケアマネジメント力を高め、地域の事業者全体の底上げを図ること。
- ④ 介護支援専門員の専門性や重要性を踏まえ、利用者以外からも介護支援専門員の社会的評価を高めていくこと。

4. 多（他）職種連携において、どうあるべきか

- ① 医療ニーズを抱える利用者が増加している現状を踏まえ、医療等との連携の役割を担うために、他職種と共通言語や共通認識等、共有の視点を持ちつつ、他職種特有の文化、言語をの理解に努め、多職種との協働を深めること。
- ② 地域共生社会を構築する視点で、広い視野をもって、様々な支援機関を含めた多職種等との連携関係を築くこと。
- ③ 他職種の専門的見地を尊重できるように、介護分野に限らない各分野の横断的な知識等を広く知ること。
- ④ 利用者、家族の相談・ニーズに対して、他職種の役割や対応を理解し、介護保険制度以外の他の分野に携わる関係者等に介護支援専門員が専門職として責任を持って繋ぎ、双方で連携して取り組む役割を担えること。

厚生労働省令和2年度老人保健健康増進等事業居宅介護支援における業務負担等に関する調査研究事業検討委員会一同 令和3年3月

民医連が目指すものは？

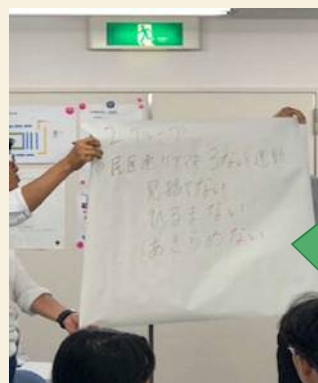
- 介護保険最新情報vol.977で通知された介護支援専門員自身が考える今後の“目指すべき介護支援専門員像”では、3年に1度の介護保険改正や介護報酬改定、ローカルルールに振り回されてきた背景、政策、制度上の矛盾や欠陥については一切言及されていない。
- そのことに対するたたかひの視点もない。
- 地域共生社会の実現のため、地域包括ケアシステムの深化に向けた期待が強調されているが、人権の守り手を目指すという打ち出しもない。
- →民医連の目指す無差別・平等のまちづくりの担い手になれるよう民医連のケアマネジャーは役割を発揮すべきではないか。

2019年11月責任者会議で強調したこと

- 「民医連ケアマネジャーの役割について」の提起文書にあるケアマネジャーの3つの側面について議論し、実践すること呼びかけました。
- 3つの側面とは、1, チームケアを実践しながら、利用者にとっての自立とは何かをチームで検討し、憲法と民医連綱領に基づく立場で対応する専門家。2, 「自立支援の名のもとに公費を抑制する国や自治体に対してストップをかける。3, 介護保険制度システムにおける公費抑制のためのゲートキーパーとして国から期待され、制度・システムの矛盾の中にあっても決して取り込まれることなく、委縮せず、問題点の告発と合わせて、住民、共同組織、関係機関、自治体と一緒に制度を作り出す。
- 社会保障は自助・互助を土台とした住民同士の助け合いと市場化の流れになっているが、民医連ケアマネジャーとして利用者の権利を守るため、法人、県連、地協など、集団でたたかうケアマネジャーの役割を発揮しよう。
- 2つの柱の実践で民医連らしい介護のすばらしさを可視化すること、事業所を守る視点の重要性、働き続けられる職場づくり、後継者育成に取り組むこと、ケアマネジャー政策作りを呼びかけました。

おわりに

- 各県連、法人、事業所で「民医連ケアマネジャーの役割について」あらためて議論し、ケアマネジャー政策を作っていきますよう



民医連ケアマネ
3ない運動
見捨てない
ひるまない
あきらめない
(京都民医連ケ
アマネ研修会よ
り)

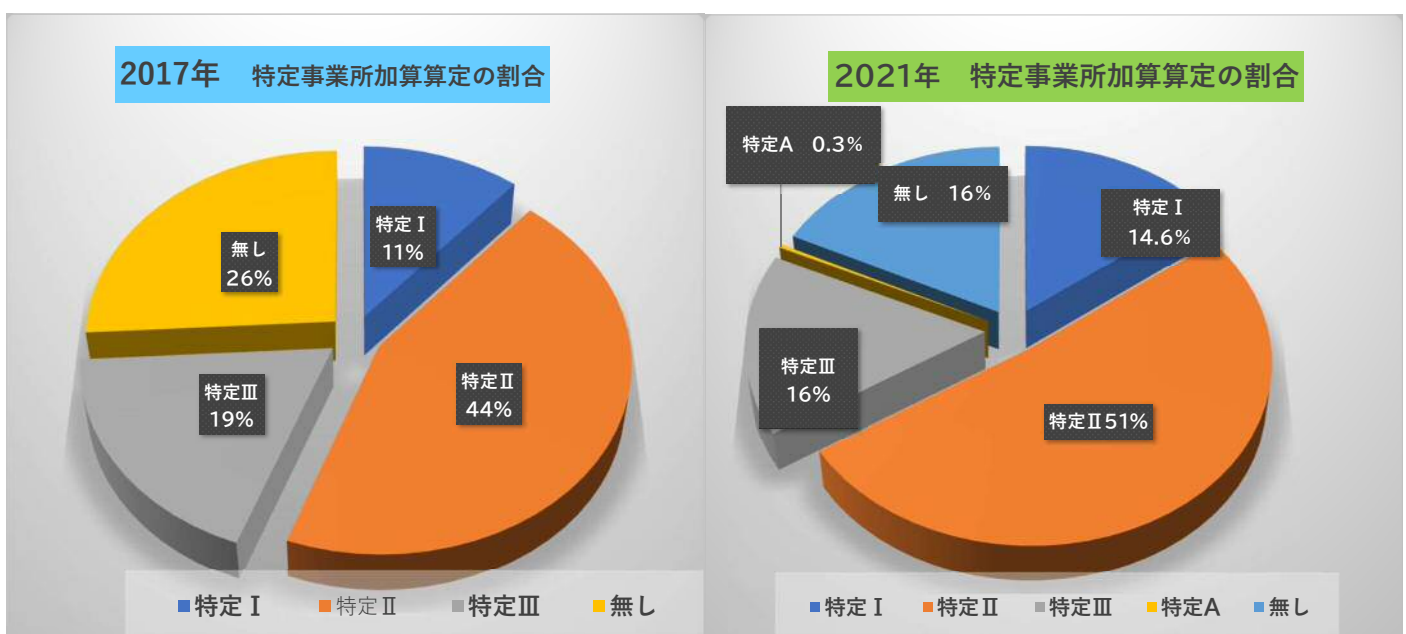
2021年度全日本民医連 居宅介護支援事業所実態調査

2021年度11月12日
全日本民医連 ケアマネチーム

2021全日本民医連居宅介護支援事業所アンケート

1

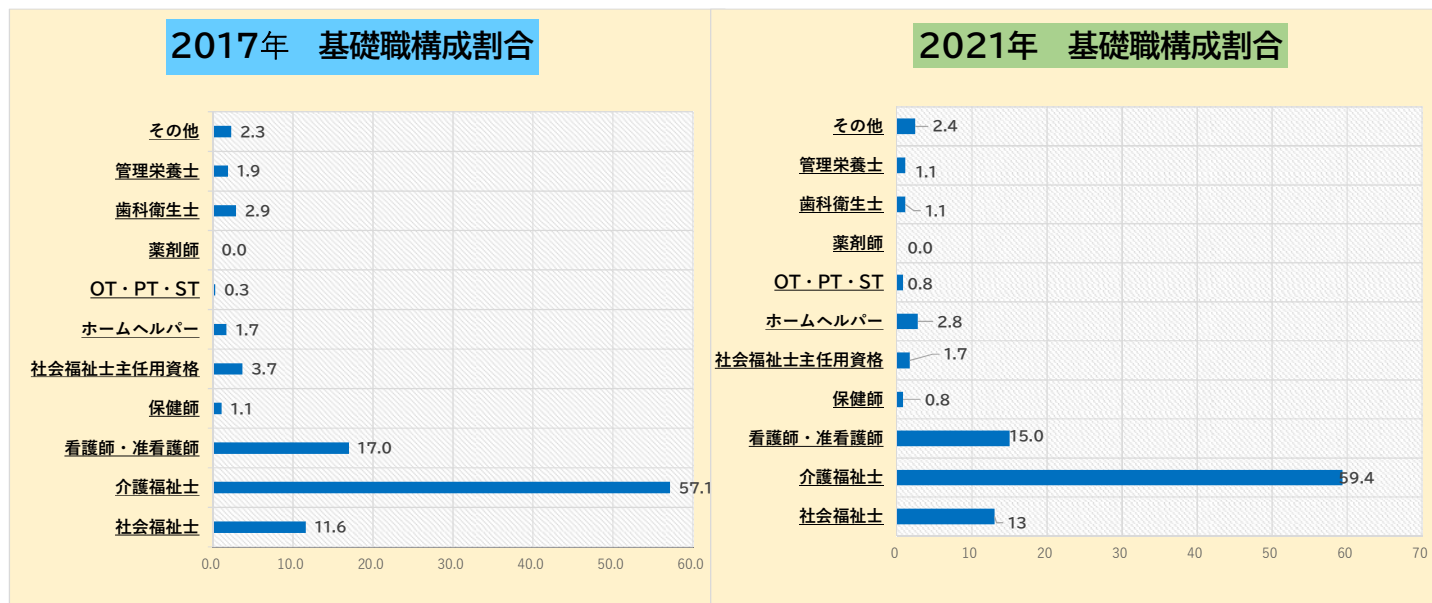
特定事業所加算算定率の変化



2021全日本民医連居宅介護支援事業所アンケート

2

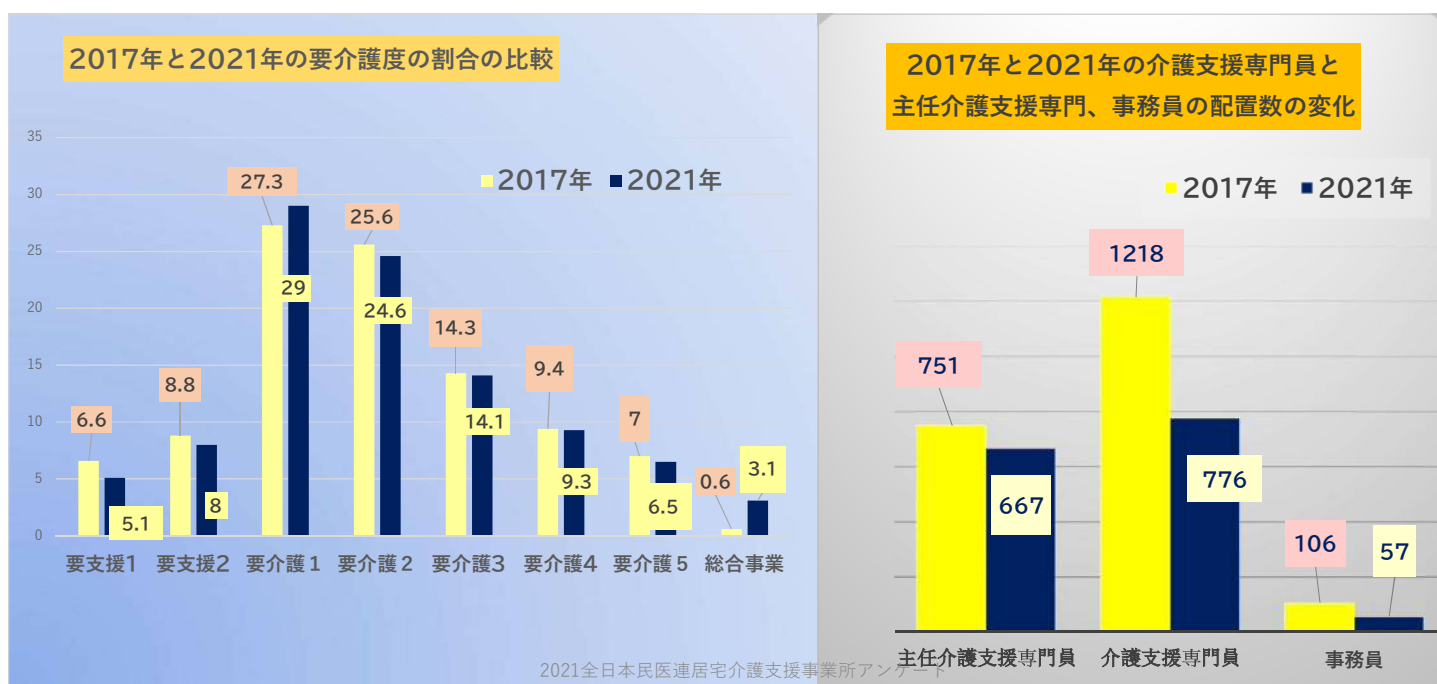
介護支援専門員の基礎職の変化



2021全日本民医連居宅介護支援事業所アンケート

3

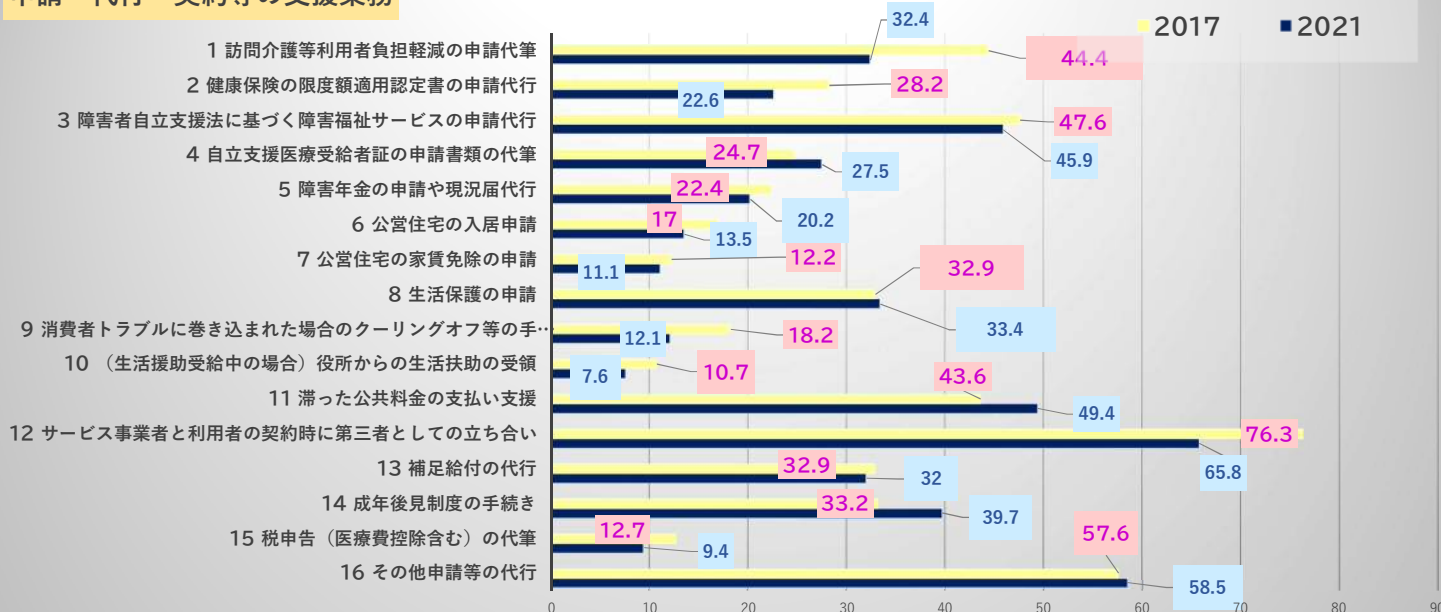
要介護度と、介護支援専門員の変化



2021全日本民医連居宅介護支援事業所アンケート

通常のケアマネジメント業務外の変化①

申請・代行・契約等の支援業務

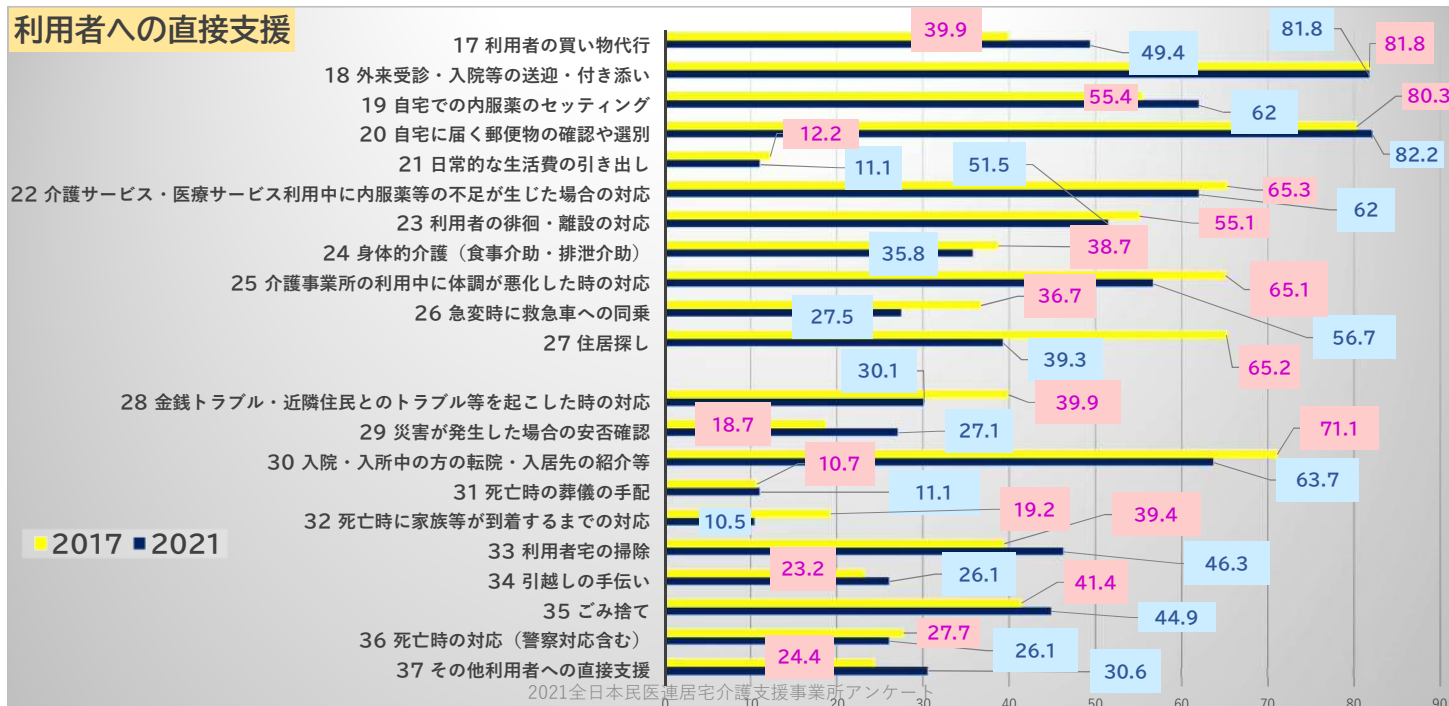


2021全日本民医連居宅介護支援事業所アンケート

5

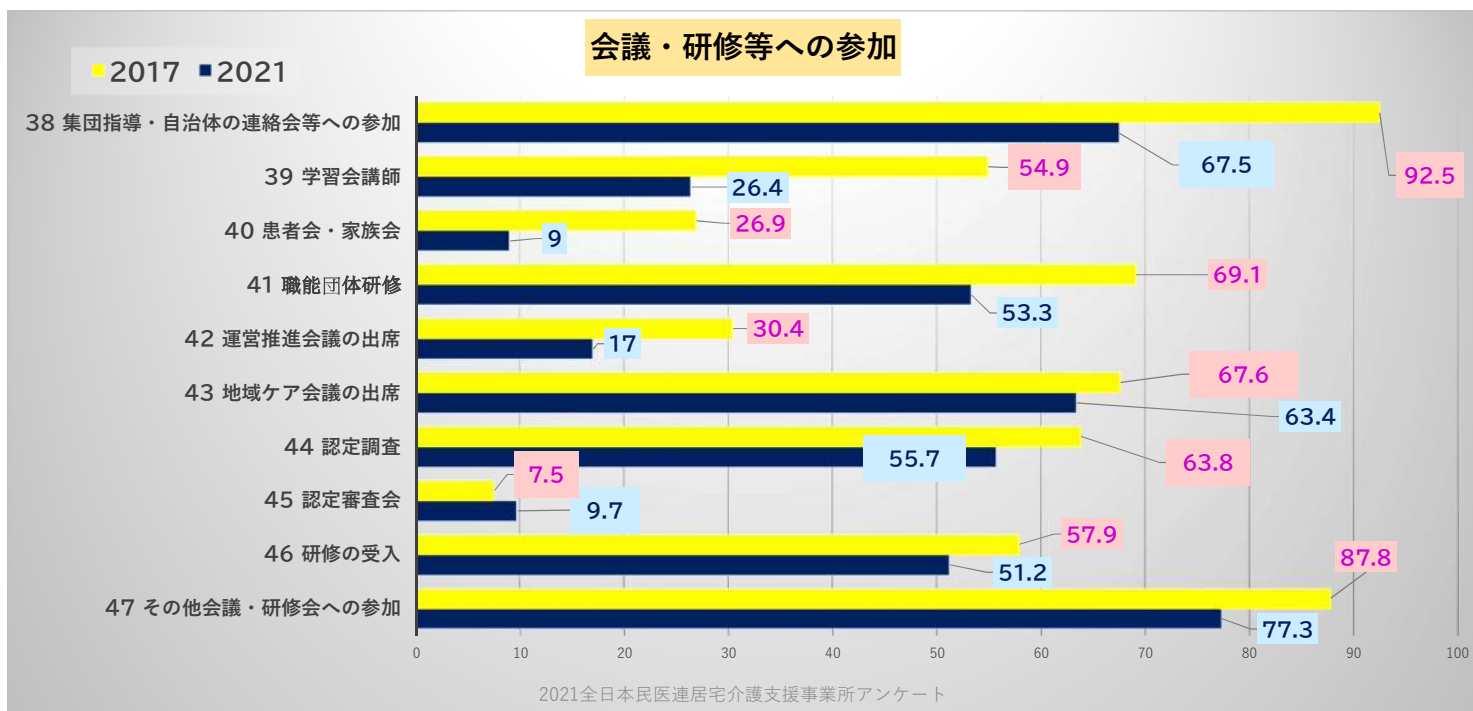
通常のケアマネジメント業務外の変化②

利用者への直接支援

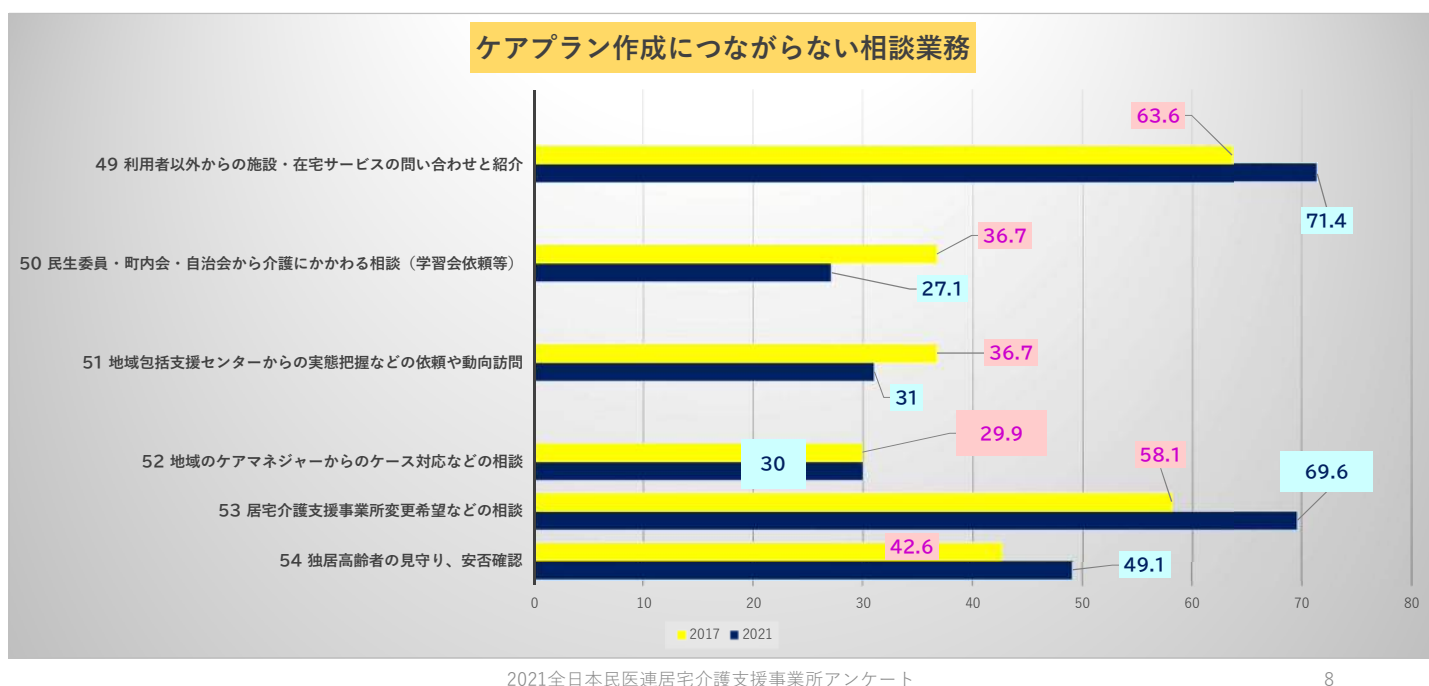


2021全日本民医連居宅介護支援事業所アンケート

通常のケアマネジメント業務外の変化③



通常のケアマネジメント業務外の変化③



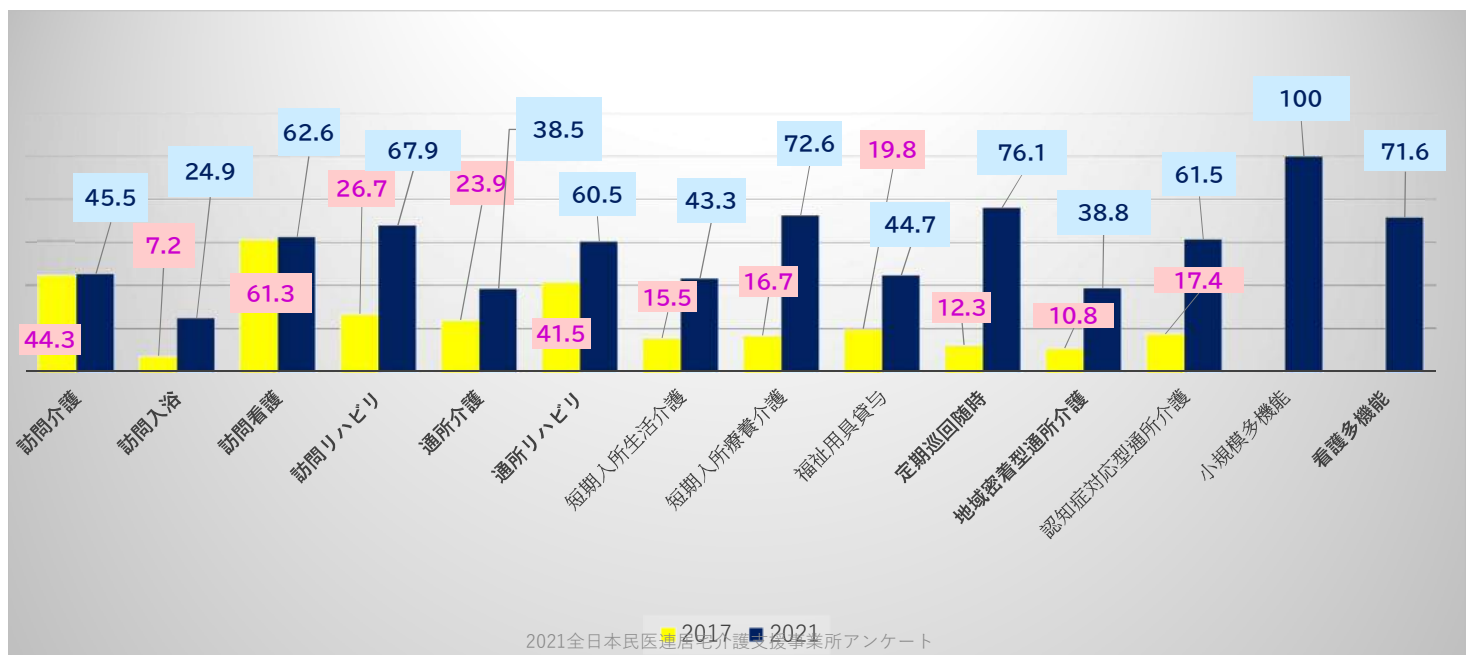
ICTやAIの状況



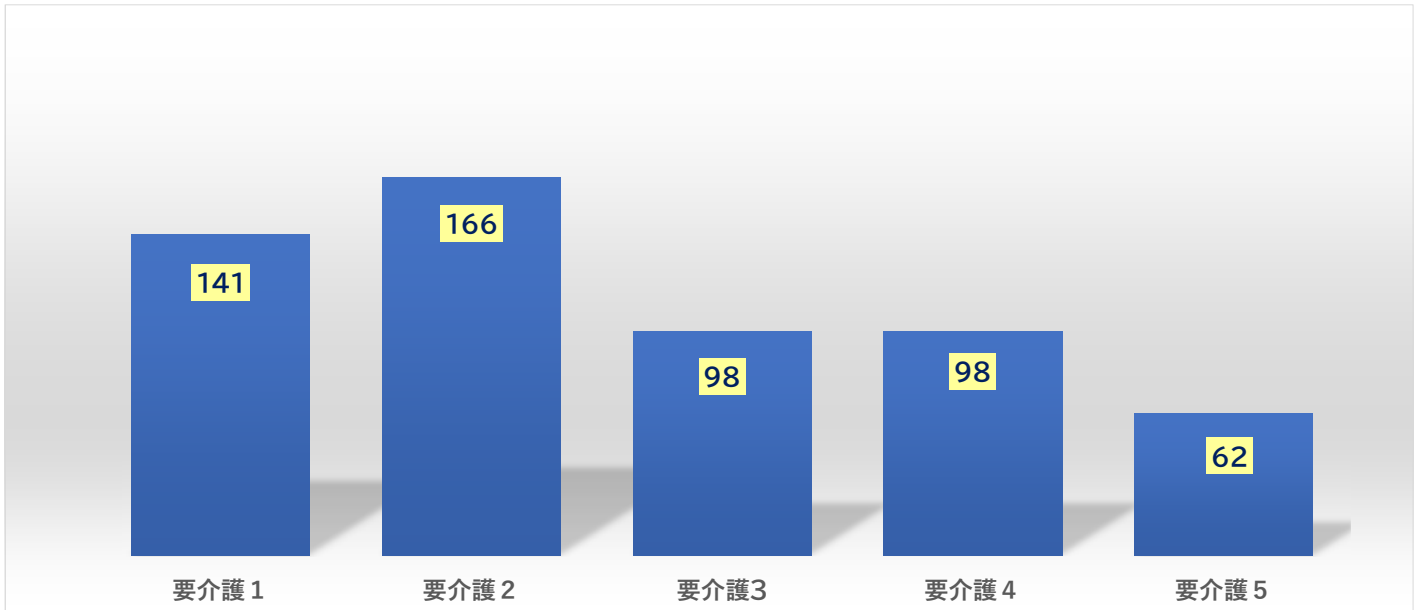
2021全日本民医連居宅介護支援事業所アンケート

9

自法人、又はグループ法人にサービスを位置付けた割合



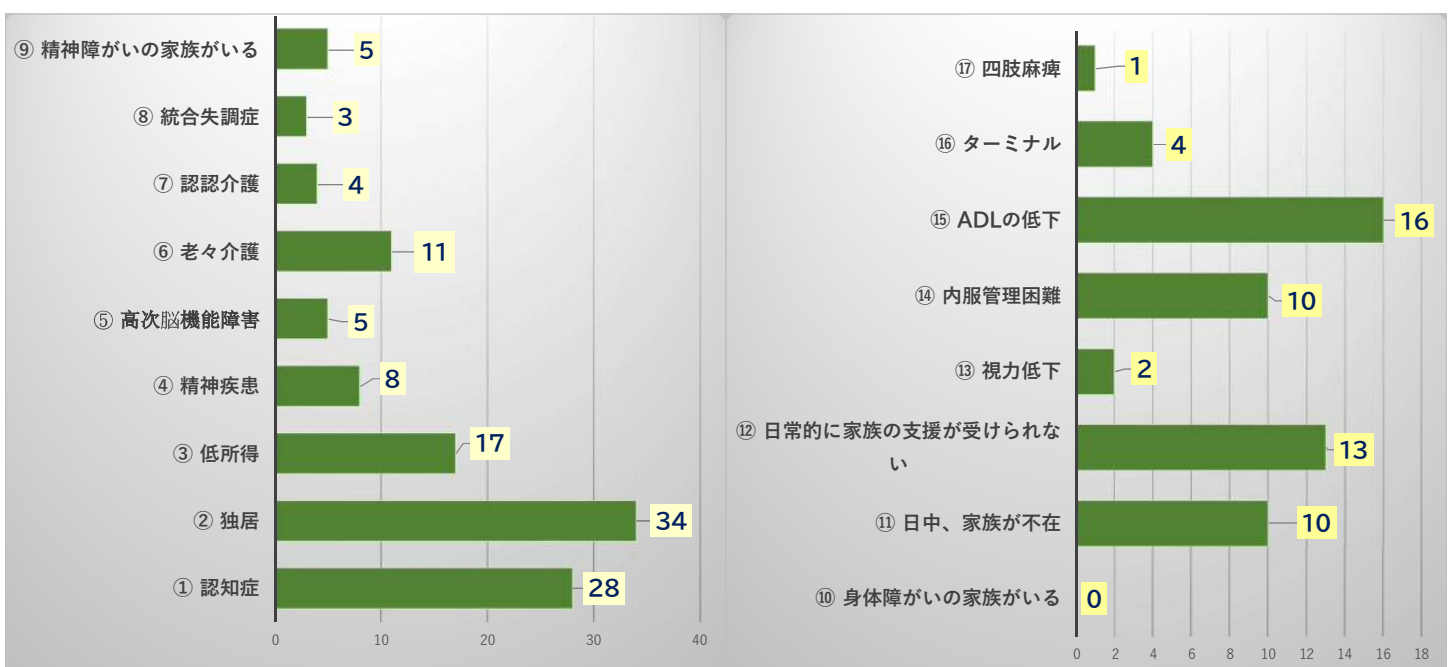
生活援助中心型サービス基準回数以上のケアプラン届け出数



2021全日本民医連居宅介護支援事業所アンケート

11

生活援助中心型基準回数以上のプランの特徴



2021全日本民医連居宅介護支援事業所アンケート

12

新型コロナウイルス感染症への事業所での取り組み

①感染防護:

マスク、ゴーグル着用、アルコール消毒の携帯、換気、事業所内のビニールシート設置、机の配置変更、事業所の部屋の分離、健康確認表の記載、黙食、手洗い、扇風機やサーキュレーターで換気、定期的なPCR検査、事業所内の掃除を増やす、防護服や体温計の準備、朝昼始業前の検温実施、ドアノブや電話の消毒、空気清浄機の設置、事業所の2時間毎の換気、感染対策会議に参加、時差出勤、テレワーク…など

②学習:

マニュアル作成（感染予防、環境整備、業務対応、職員が感染時、ケアマネジメント）、毎月の会議でマニュアルの検討、BCP作成、動画視聴でウイルスの理解、机上訓練…など

③ケアマネジメントにかかわる事:

電話モニタリングに変更、ステージ3以上で利用者宅訪問を制限、自宅訪問時はソーシャルディスタンスや2か所の換気の励行。訪問時のPPE、訪問前後のアルコール消毒、テレワーク、オンライン会議、面談や訪問時間（15分）の短縮、利用者への感染予防のリーフレットを作成し配布、訪問時の湯茶の接待不要の通知で理解を求めた、室内に上がらず玄関先での対応、ポストインや電話、書類で対応、担当者会議はサービス照会へ変更、会議の場所の変更、会議の人数を減らす、一人一台の電話、県外への外出や県外者との接触があった場合は電話面談に切り替える…など

まとめ

- 介護支援専門員も主任介護支援専門員も居宅介護支援事業所の数も減っており、基礎職は介護福祉士や社会福祉士は増え、看護師や保健師は減っている。
- 通常のケアマネジメント業務以外に関してはあまり変化がないが、コロナ禍の影響なのか会議や研修参加は明らかに減っており、利用者以外からの相談や居宅介護支援事業所の変更相談や、独居高齢者の見守り等が増えている。
- ICTの活用も、AIを活用したケアプラン作成研修の開催も少ないことからまだまだ、ICT関連は整備されていないと思われる。
- 生活援助中心型サービス基準回数以上のケアプラン届け出数は要介護2のケアプランが多く、利用者の状況は独居の方や認知症の方が多い。この数字から、身体的にはある程度動けているが独居や認知症がある方は日常生活支援が一定程度必要であると言えるであろう。
- 各県連の会議や、各法人での介護支援専門員を統括する責任者の配置などが整備されていないところがある。
- 自法人やグループ法人にサービスを位置付けた割合はダントツ上がっており、小規模多機能施設は100%である。

京都民医連 ケアマネ政策について

医療法人 葵会
介護部長(総合ケアステーション所長兼任)
国井牧子

1

政策を報告する私の立ち位置

2001年:診療所事務主任、介護支援専門員資格取得
2002年:訪問看護ステーションに異動・介護支援専門員として就業開始
2009年:法人外異動
2010年:主任介護支援専門員取得
2011年:居宅介護支援事業所管理者(課長)
2012年:事務長兼任
2015年～2020年:県連介護福祉部・ケアマネジャー委員会
担当部員

2

県連ケアマネジャー委員会概要

構成: 京都民医連の各法人の居宅介護支援事業所の管理者

開催: 隔月の業務時間内で開催

討議の内容: ①県連介護福祉部会の方針の伝達②各法人の取り組みや地域の情報交流、特徴的な事例の紹介③法令遵守事項(実地指導・ケアプラン点検・自主点検上の疑義)④研修企画と運営⑤介護ウェブの推進

3

全日本民医連 「ケアマネ政策」づくりの推進

2007年「ケアマネ政策指針」の素案の提示

京都民医連
の出発点

2015年第41期「民医連のケアマネジャーの役割について」

生活アセスメントを民医連のケアマネジャーの役割発揮のための手段として政策的に位置づける、民医連のケアマネジャー政策のポイント等示した第2回評議員会方針「ケアマネ政策の推進を」

2020年第44回総会: ケアマネ政策の論議と実践の提起

4

策定するまでの過程

2015年11月 ケアマネジャー委員会で政策策定を決定
2016年1月 実態調査開始、意見交換(下枠)

対人援助者として指針が必要、ソーシャルワーカー的な要素が必要とされているが、その受け止めの温度差がある、職種により基礎的な能力が異なるが、その違いを越えて養成すべき資質を指し示すもの、介護福祉士のケアマネジャーが増えてくる見通しがあり、民医連運動や理念を根付かせる必要がある、新人教育が現場に任されており、力量構築に向けた判断基準が難しい

民医連の目指すべきケアマネジャーの考え方の整理を行い、そこに到達するための教育育成指針を作成することとした。福井県や北海道の政策をまずは学ぶ方向を確認した。

5

作成開始から承認まで

第52期(2016年)

3月 ケアマネ政策の内容論議
5月 政策章立て確認・各章ごとに委員が分担
9月 文章のボリュームや表現、構成の見直し

第53期(2017年)

7月 最終確認・各事業所の意見交換、集約を開始
11月 事業所の意見をもとに修正
12月 県連介護福祉部会に提出

第53期(2018年)

3月 県連介護福祉部で政策討議・ケアマネ委員会で再検討
4月 県連介護福祉部で修正案を討議、文書の精度を上げ、常任理事会に提案することを決定
5月 県連介護福祉部で最終確認、理事会提案に向けて事務局常任理事会に諮ることを確認

6

第54期(2018年)

7月 5月の常任理事会から出された意見に基づき、代表が修文し再提案すること、54期中に理事会承認を得られるようにすることを確認した

* 常任理事会からは、ケアマネジャー以外の職員が、業務内容を知り、目指すべきケアマネ像が理解できる政策に修正することが求められた

第54期(2019年)

6月 政策の修文を提出

(2020年)

3月 ケアマネの現勢など再調査・修正

5月 政策を起草

6月 県連理事会で承認

7

策定開始から理事会承認までの年表

第52期(2016年)

3月 ケアマネ政策の内容論議

5月 政策章立て確認・各章ごとに委員が分担

9月 文章のボリュームや表現、構成の見直し

第53期(2017年)

7月 最終確認・各事業所の意見交換、集約を開始

11月 事業所の意見をもとに修正

12月 県連介護福祉部会に提出

(2018年)

3月 県連介護福祉部で政策討議・ケアマネ委員会で再討

4月 県連介護福祉部で修正案を討議、文書の精度を上げ、5月常任理事会に提案することを決定

5月 県連介護福祉部で最終確認、理事会提案に向けて事務系常任理事会に諮ることを確認

第54期(2018年)

7月 修文しながら54期中の理事会承認を目指すことを確認

(2019年)

6月 政策の修文を提出

(2020年)

3月 ケアマネの現勢など再調査・修正

5月 政策を起草

6月 県連理事会で承認・冊子作製

8

政策策定までの研修企画

2014年～2015年

「ケアマネの基礎講座 第1～第4講座」* 育成指針に基づく新任研修

2016年「生活アセスメントの理論と実践 全3回」
* 育成指針に基づく現任中級～上級対象研修

2017年「京都民医連第5次長計について～介護分野を中心に政策を知る～」

2018年「事例検討会」* 育成指針に基づく新任～初級対象研修、スーパーバイザーは上級対象

9

京都民医連のケアマネジャーの現状

○現勢:22事業所92名

* 2016年作成時は26事業所124名

○元職:介護福祉士34%看護師23%事務19%

○経験年数:①5年以上58%②3年～1年未満27%

* 民医連の経験年数が少ない介護福祉士が従事する割合が増加する傾向にある

* 医療機関の統廃合や経営問題を背景に、居宅事業所が縮小傾向にある。ケアマネジャーの養成や確保、居宅支援事業所の経営問題にも起因している

10

京都民医連のケアマネ政策

法人・県連の課題

- ・ケアマネジャーの確保をすすめる
- ・民医連綱領、介護・福祉の理念、憲法25条を守る立場で考えられる管理者・ケアマネジャーの育成
- ・ケアマネジャー委員会を柱としたケアマネ政策の実践の検証
- ・運営基準減算等制度の見直し、基本報酬の引き上げによるケアマネジャーの処遇の改善
- ・ハラスメントに対する意識の向上、職員の健康・安全を第一とした取り組みの強化

//

京都民医連のケアマネ政策

私たちがめざす民医連のケアマネジャー

1.医療と介護の連携、多職種協働の実践をすすめよう

在宅での重度・重症化の進行、多様化する利用者のニーズに応えるために、基本的な医療の知識の習得、退院支援に向けた早期の情報共有、医療、介護、福祉、行政等多職種連携、多職種協働のケアの重要性について明記した。

12

京都民医連のケアマネ政策

私たちがめざす民医連のケアマネジャー

2.アセスメントや政策作りの力量をアップしよう

アセスメントを単なるツールとしてではなく、利用者理解を深め、利用者の自己決定を支援するものとして捉えなおすこと、在宅療養生活に必要な制度の改善や公的資源づくりに向けた運動に取り組む必要性について明記した。

13

京都民医連のケアマネ政策

私たちがめざす民医連のケアマネジャー

3.地域・職場でのネットワークをつくらう

人権を尊重する地域包括ケアの実践、災害対策等も含め、地域の施設や介護事業所と協力し合える関係作りの重要性や、職能団体に参加し、民医連の立場を発信することの必要性を明記した。

14

京都民医連のケアマネ政策

私たちがめざす民医連のケアマネジャー

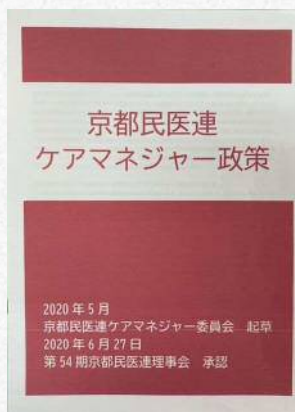
4.介護ウェーブをはじめとする制度改善、まちづくり運動をすすめよう

利用者や家族の権利を守るため、制度・報酬の抜本改善を求めること、事例に基づき行政に働きかけること、共同組織と共に、高齢者も住み続けられるまちづくりに取り組むことを明記した。

15

ケアマネ政策の浸透と時代に即した発展を目指して

A4サイズ4
ページの政策



- ①ケアマネ政策を、京都民医連で働くすべてのケアマネジャーに普及し、私たちが目指すケアマネジャー像を共有化する
- ②医師や看護師、事務等の他職種を含む幹部が、ケアマネジャーの役割を理解する。
- ③県連ケアマネ委員会は、ケアマネ政策を継承し、時代に即して絶えず発展させる

16