

「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方」に関し寄せられた主な意見

- 平成24年10月11日から10月31日までの間で実施した「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関するご意見の募集について」に関して寄せられた意見は、全部で727件であった。
- 寄せられた意見を項目ごとにまとめたものは、以下の通りである。

①介護保険法における「自立支援」とそれに向けたケアマネジメントのあり方について

- ・介護保険における「自立支援」とは、介護保険法にあるとおり「要介護状態となっても可能なかぎり自立した日常生活を送ることができるよう支援する」ことであり、保険・医療・福祉サービスをいかに適切かつ効果的に提供するかを考えることがケアマネジメントである。
- ・自立とは「持てる能力を活かした自立した生活」であり、「服薬管理により、状態が安定した」「喘息の人が環境整備で改善した」「通院ができるようになり、病状管理ができるようになった」「介護負担が軽減でき、在宅の継続ができるようになった」などの具体的なケアマネジメントの効果を見るべき。
- ・自立支援の考え方を周知するにあたっては、介護支援専門員や居宅介護支援事業所に任せきりにするのではなく、保険者が定期的に利用者や家族に対して説明をする機会を作る必要がある。
- ・介護支援専門員の資質向上と共に利用者家族や事業者への自立支援に関する啓蒙も必要であり、介護支援専門員個人に委ねることなく、保険者も取り組むべき。
- ・医療・介護の必要な高齢者が自立した生活を送るということは、たとえ人の手を借りる必要があったとしても、自らの意思で生活を組み立てることであり、日常生活の視点から行うケアマネジメントを確立すべき。
- ・介護においては日々の生活における自立を目指していくので、改善したかどうかの客観的評価（アウトカム）を確立すべき。意欲・QOLの向上や満足度の高さも自立支援への貢献となると考える。
- ・利用者の尊厳の保持と自立支援及びその福祉の向上について定義し、それを実現するためにケアマネジメントはどうあるべきかを議論すべき。
- ・自立支援は利用者目線で考え、生活の良循環を作っていくことである。
- ・介護支援専門員に求められるのはソーシャルワークであり、ケアマネジメントを安易に単純化して考えるべきではない。
- ・介護保険制度の自立支援については、ADLやIADLといった考え方のみを評価尺度として用いるべきではない。

- ・利用者のできないことをサービスで補うという支援の考え方を変えなければ、サービスありきの考え方は変わっていかない。

②介護支援専門員の支援のための地域ケア会議の役割強化について

- ・地域にあったサービスを考えていくことは重要なので、地域ケア会議の役割強化は必要。特に独立型居宅介護支援事業所には有効ではないか。
- ・居宅介護支援事業所と保険者側が一体となった、地域性や個別性の検討は重要。
- ・これまでも開催されているが、さらに支援基盤がしっかりすることは良いことであり、困難事例が多くなる傾向の中、地域の現状を共有できる地域ケア会議の役割は大きい。
- ・地域包括支援センターの担当地域に所属する居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員を当番制にして地域ケア会議メンバーに加えてはどうか。
- ・地域の社会資源の把握や多職種連携を持つためには必要だが、地域包括支援センターが主導するのであれば、業務として明確に位置づける必要がある。また、関係機関のネットワーク構築にも期待したい。
- ・主任介護支援専門員、社会福祉協議会、民生委員などのコミュニティを巻き込む地域ケア会議により、介護支援専門員を地域で支えるネットワークが熟成していくと思う。権限を持つ市町村が積極的に関わる必要がある。
- ・医師を含め多職種による専門的な見地からの意見が介護支援専門員の気づきにつながるので、地域ケア会議への医師等の出席は必須とすべきではないか。
- ・地域ケア会議の対象者を明確にして絞ってほしい。
- ・地域ケア会議において、利用者本人を見ずに書類だけでケアプランをチェックしないようにすることが重要。書類だけで利用者の実際の状態を判断することは不可能であり、介護給付費抑制が主たる目的にならないように留意する必要がある。
- ・地域での困難事例を保険者・多職種で検討することは有意義であるが、保険者の機能強化により、給付抑制という形で評価されることにならないよう留意すべき。
- ・地域ケア会議が、介護支援専門員を評価するような会議にならないか危惧している。また介護支援専門員の支援という側面もあるが、介護支援専門員の裁量権を奪いかねないことにも留意すべき。
- ・独立型事業所の介護支援専門員等への支援には有効である。ただし裁量権が奪われ、支援という名の評価機関につながっては、介護支援専門員が萎縮してしまうのではないか。
- ・利用者のためのケアプランというより、保険者の意図を考えたケアプランを立てることになるのではないか。
- ・地域ケア会議を開催する市町村、地域包括支援センターの力量が不足しているのではないか。
- ・地域包括支援センターの負担が重くなっている。また、地域ケア会議のコーディネートができる人材が配置されているか疑問。

- ・地域ケア会議の役割強化は必要だが、実施時間や方法などに地域事情が絡み課題も多い。
- ・地域ケア会議は介護支援専門員の教育の場ではない。主任介護支援専門員も含めて教育は別立てで行うべき。
- ・地域ケア会議のイメージについて、ケアプランが自立支援になっているかの検討なのか困難事例の解決に向けた検討なのか、主眼が判らない。
- ・個別ケアプラン、介護支援専門員支援は地域ケア会議とは別立てで考えるべき。

③地域包括支援センターにおける介護予防支援業務（要支援者の介護予防サービス計画作成業務）について

- ・地域包括支援センターに配置される専門三職種（主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士）が担うべき業務と、予防プラン作成業務は切り分けてそれぞれに職員配置すべき。
- ・居宅介護支援事業所が毎月モニタリングをする方が効果的。併せて、地域包括支援センターの人員配置増や居宅介護支援の標準担当件数の見直し、報酬体系、減算基準等を見直さない限り、負担を居宅介護支援事業所に移行するだけで、問題解決には至らない。
- ・介護予防支援業務は原則として地域包括支援センターの業務とは切り離し、本来業務に専従できるようにするべき。要介護と要支援の境界線上の利用者の不都合を考えると、居宅介護支援事業所の業務に戻すべき。
- ・介護予防利用者の担当、介護予防計画の作成を居宅介護支援事業所に任せ、介護支援専門員の業務とした方が利用者にとっても良い。
- ・地域包括支援センターでは業務が多岐に渡るため、居宅介護支援事業所が予防のプランを作成すべき。しかし介護報酬が安く、サービス計画書が介護のものと違い、さらに利用者に分かりにくく複雑。様式を統一し、居宅介護支援事業所で担うほうが利用者にとって良い。また、介護になると担当が替わり、再契約も利用者にとっては繁雑。
- ・予防給付対象者のほうが、ケアマネジメントが困難な事例が多い。また、地域包括支援センターでは、ケアプランの作成、給付管理業務に追われ、担当件数の上限もなく業務に追われている者が多い。
- ・ケアマネジメントを担う介護支援専門員を専門職とするならば、ケアマネジメントを必要とする要支援者の介護予防支援業務を介護支援専門員の資格を持っていない保健師や社会福祉士が担当することに矛盾を感じる。
- ・介護予防支援業務のために、最低限のスタッフしか確保できていない地域包括支援センターがすべき役割や業務が不十分になっている。
- ・地域包括支援センターの介護予防支援業務については、高齢者の機能の衰えが軽度の段階で把握され、総合相談対応と予防支援を同時に行っていく意味があるから、地域包括支援センターに予防プラン作成のための職員を配置し、対応することが必要。
- ・市の地域包括支援センターの予防プランナーは、再委託なく一人110ケースを受け持っている。三職種でも50~60ケース受け持っている。予防のプランナーが担当できる件数に上限を設けるべき。

- ・居宅介護支援事業所としては、これ以上予防の計画作成業務を増やされるのは反対。地域包括支援センターにはせめて予防プランの計画作成をしていただかないと、これ以上予防プランを作成した経験のない人ばかりの地域包括支援センターに相談や指導されるのは迷惑。
- ・介護予防プランを担当することで、地域住民個人の実生活を把握することができる側面もあり、それは地域を把握することにもつながる。予防プランが負担となることは理解できるが、地域包括支援センターから外すべきではない。
- ・要支援者は、予防の視点からも大事な時期であり、丁寧な関わりが必要。担当件数を制限すべき。
- ・介護報酬が安い上にケアプラン作成の手間が多いため、居宅介護支援事業所が受諾を敬遠しがちで、地域包括支援センターが介護予防支援業務に圧迫され、本来の相談業務が行えなくなっている。委託した場合でも、実際に利用者に出会ったことのない地域包括支援センターが評価するのは無理があるし、書類のやり取りをするのも手間になるため、実際の業務の支障となっている。
- ・地域包括支援センターでは、3ヶ月に一度しか訪問する必要がないため、利用者の生活実態を把握していないことが多い。また、居宅介護支援事業所への委託料が安い。
- ・介護予防支援業務を地区割り地域包括支援センターが行うと、競争原理がなく、利用者による自己選択・自己決定が行えないのではないかと。
- ・要支援者のケアプランは、介護報酬単価が少額のため、委託を受けてもらえる事業所が少なく、仕方なく同法人の居宅介護支援事業所に委託すると、外部から「利用者の囲い込みだ」と言われ、対応に苦慮している。
- ・地域包括支援センターに要支援のプランを担当させるべき。実際にプランを立てなければ、現場で介護支援専門員が困ることが分からず適切な指導はできない。直営の地域包括支援センターでも、職員はいきなり居宅の介護支援専門員に委託して、利用者宅に一度も顔を出さない。
- ・予防給付は、現在の介護報酬では居宅介護支援事業所が受託することは困難である。しかしながら、介護予防支援は居宅介護支援事業所の業務とすれば、要支援から要介護への移行時のトラブルも軽減するのではないかと。

④主任介護支援専門員の役割について

- ・主任介護支援専門員の役割として、3年未満のケアマネの直接的サポートや支援困難事例のスーパーバイズを担わせてはどうか。
- ・主任介護支援専門員が何をしたかを評価するのではなく、連携する場を作り、地域包括支援センターと協力し、地域包括ケアを推進する役割を持つべき。そのためにも、個人や事業所のレベルアップに留まらず、自治体の中での役割を強化してほしい。

- ・地域包括支援センターの主任介護支援専門員と居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員の役割分担が不明確・曖昧となっている。
- ・ケアプランを作成しない地域包括支援センターの主任介護支援専門員では、居宅介護支援事業所の介護支援専門員のスーパーバイズや支援は困難である。
- ・個別ケースの検討を地域の問題として考える場としてのスーパービジョンやコンサルテーションの会議に居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの主任介護支援専門員で連携して取り組むことを「役割」として明確化してはどうか。
- ・主任介護支援専門員の役割として、独立型居宅介護支援事業所の支援を位置付けてはどうか。
- ・主任介護支援専門員は経験年数と研修受講のみで資格を与えるべきではない。介護保険制度、福祉制度、介護技術、医療知識、ケースワーク技術等の知識を問う経験が必要。
- ・主任介護支援専門員研修の受講要件として、保険者の推薦や一定程度の困難ケースを担当していることを加えてはどうか。
- ・主任介護支援専門員としてスーパーバイズできるように、主任介護支援専門員のリーダー研修を設けて、地域の中心的な主任介護支援専門員のリーダーを養成することが必要。
- ・主任介護支援専門員資格取得後の活動実績を評価し、更新制や資格取得のプロセスなどの見直しに役立ててほしい。
- ・主任介護支援専門員になっても、自分が作成したケアプランに責任を持たない者もあり、介護支援専門員の資質向上のため、定期的に試験を行うなどの検討が必要。
- ・居宅の主任介護支援専門員は自分の事業所のケアマネの資質向上のためにしっかりとスーパービジョンできる能力を身につけるべき。
- ・特定事業所加算取得のための資格となっているのではないか。地域包括支援センター以外の事業所の主任介護支援専門員の役割が見えてこない。
- ・主任介護支援専門員研修修了者名簿を保険者に提示することや主任介護支援専門員を保険者で登用する仕組みを設け、保険者等が研修などに活用できるようにしてはどうか。
- ・保険者が、主任介護支援専門員がスーパーバイザーとして地域や事業所内で役割を果たしているか確認できる仕組みが必要。

㊦居宅介護支援事業所の指定を市町村とすることについて

- ・地域特性を活かし、ケアマネの現状が理解できる市町村に管理、監督を委ねることで意見を言いやすくなるのではないか。地域の生活環境も理解しあえる。
- ・それぞれの地域性があるのだから、指定は市町村が良いのではないか。また、市町村の自立した方針が地域の介護支援専門員を育てるのではないか。
- ・市町村指定になるということで、地域密着型サービスのように他市町村の方は担当できなくなるというのでは困る。

- ・保険者の規模によって検討が必要ではないか。県と市町村で協議して、どちらかで選択できる形としてはどうか。
- ・自治体の規模にもよるが、指導・支援と指定が一元化されて良いと思うが、都市部や事業所の立地状況によっては保険者をまたいで利用される方も少なくないため、そういった方々への配慮が必要。
- ・財政状態の悪化により、職員の削減が続き、保険者機能が維持されていない現状で、保険者機能の強化を図ると、評価できない市町村のケアマネジメントは質を担保できず、民間事業所のサービス誘導型のマネジメントが進められる危険がある。
- ・指定は市町村で構わないが、実地指導や監査は全国一律で行われるべきものであるから、都道府県での実施が望ましいのではないかと。
- ・保険者の指定した状況の中で保険者が指導にあたるのが保険者の責任であるから、居宅介護支援事業所の指定を市町村とすることには賛成。この際には、介護保険・介護支援専門員業務について専門知識を持ったコア職員が行政側に途切れなく配置され、行政職員の資質も問われることになる。
- ・事業所の自由参入が阻害され、結果的に競争がなくなり、質の低い事業所であっても淘汰されなくなるのではないかと。
- ・都道府県が指定するメリットは、広域的な観点で見られること。小規模市町村が指定をすることとなると、保険者の事務負担も多くなるのではないかと。
- ・広域に対応している居宅介護支援事業所は複数の保険者に申請するため、都道府県が事務を行う方が合理的ではないかと。
- ・市町村格差がある現状では質の格差が広がるとともに指導という名のもとに給付抑制につながるのではないかと。指定の効力が当該市町村に限定されてしまうのであれば、利用者の選択が狭められることになる。市町村規模の違いも考慮しながら広域的な運用も可能としてはどうか。範囲を超えた居宅介護支援事業所の利用者の利便や訪問介護等、居宅サービスを併設する居宅介護支援事業所が多いことを勘案すると、都道府県が事務を行う方が合理的ではないかと。
- ・施設入所した場合のことを考えると、都道府県指定の方が良いのではないかと。
- ・市境に位置する事業所は、隣接する地域の利用者を多数抱えている現状を踏まえ、地域密着型サービスに位置付けるとしても、現行のように所在地の利用者しか受け入れできない要件にしてしまうと、利用者に対して不利益な状況が生まれるだけではないかと。
- ・地域密着型サービスに位置付けることで、複数の区市町村でサービスを提供する事業者は、複数の指定申請が必要となり、かえって事業者の事務負担が増大するのではないかと。
- ・指定を都道府県にしておき、定期のフォローを保険者である市町村が行っていくことにより、管理面においては二重チェック機能を果たし、都道府県・市町村の双方の視点から現状把握も行えることになるため、現在の方法は有益ではないかと。
- ・保険者権限が強くなることは良いことだが、厳しく指導・返還が求められる地域と個別

ケースで判断してもらえ地域等の考え方の差が一層拡大するのではないか。

- ・地域密着型サービスについては、市町村に指定権限があるが、市町村により指導監査のあり方が異なっている。
- ・市町村に都合の良い居宅介護支援事業所ばかりが増え、その結果、利用者の支援が十分に行われなくなるのではないか。
- ・権限委譲される市町村としては迷惑。市町村は認定業務や介護保険料の賦課徴収、介護給付費の償還事務（福祉用具購入、住宅改修など）、地域密着型サービス事業所の指導、監督、介護予防事業などの業務を行っており、年々業務量が増加し、一人あたりの業務量も増えるが、職員の削減が進められ、とても事業者に対する適正な指導、監督が行えるとは思わない。
- ・地域ごとにきめ細やかな対応が可能になり、指定を受けるまでの時間が短縮されるとともに、市町村の実地指導の強化、ケアプラン点検の強化など、いっそう適正化が促進されるのではないか。

⑥ケアマネジメントにおける医療との連携について

- ・入院時情報連携加算等により、医療との連携が取りやすくなった。
- ・ケアプランが作られた背景が検証できるケアプラン様式、アセスメント様式の統一化が必要。利用者の経済的理由を検証せずに、医療系サービスが計画に入っていないというだけで介護支援専門員の質が低いという議論は乱暴。
- ・24時間定期巡回・随時対応型サービスのチームと訪問診療のチームが連携できるよう、地域ケア会議で調整できる仕組みが必要。
- ・病院の医療ソーシャルワーカー、退院調整看護師が退院や再入院時に病院の窓口となってくれるので、一貫した連携が図れている。
- ・保険者が率先して、地域の医療機関、介護支援専門員、訪問看護ステーション等との連携のシステムを構築すべき。
- ・医療との連携には、介護支援専門員と訪問看護師が組んで、訪問看護師がキーパーソンになるといった発想の転換が有効ではないか。
- ・個々の要介護者等の介護サービスを提供する際は、かかりつけ医へのコンタクトと医師にケアプラン作成の支援に加わるよう促すために、介護サービス全体の考えを説明する姿勢が必要。そしてケアマネジメントの過程で、介護支援専門員自身が必要性を強く感じなくともケアの節目毎にかかりつけ医への情報提供を行い、急変時の連携に備えておくことが必要。
- ・主治医意見書がアセスメントやケアプラン作成に活用できるようなルール化が必要ではないか。
- ・主治医意見書の要約や主治医へのケアプラン提供の必要性を書くことができる欄を様式に設けてはどうか。

- ・ 医師と介護支援専門員との間の連携を取るための様式（連絡票）を定めることで、実際に上手く連携が図れている地域もある。
- ・ 連携の誘導策としての加算・減算は複雑になりすぎており、分かり難さが不透明な状態を生み出している。事業所が加算認定申請を躊躇う実態を制度設計に反映されたい。
- ・ 敷居が高く、一部の理解ある医者としか連携が困難。意見を聞くにも、情報提供料を請求されてはたまらない。
- ・ 医療側から介護保険側への協力体制が感じられない状況がある。介護支援専門員にとって医療面への理解が薄いのも同じように、医療側も介護保険についてご存知ない先生もおられるため、スムーズな連携がしにくい。
- ・ 医療（特に大病院）側が介護保険を理解しておらず、介護支援専門員の基礎職で対応を変える医師もいることから、医師の意識改革が必要。
- ・ 医師によっては、いまだに訪問看護の指示についても「勝手に決めれば」という方もいるので、医療的なサービスの際の連携を徹底してもらいたい。また、介護支援専門員によって医療との連携の仕方に差があるため、統一した連携を図れるよう指導する必要がある。
- ・ 医療との連携を図ろうとしても主治医が忙しかったり、個人情報保護法を盾に情報提供を拒否する医師もいる。医療側からも介護支援専門員との連携に関心を抱きやすいような誘導が必要ではないか。
- ・ 医療機関側が介護支援専門員の相談を受けることが可能な日時、相談手段、相談窓口等の情報をリスト化した小冊子を配布することで、医療との連携が円滑に行われている地域もある。
- ・ 医療と介護それぞれが行うべきことについて、ガイドラインを設けてはどうか。
- ・ 医師、医療機関との連携の必要性は理解できても、連携のはかり方の手法が分からないのではないかと。十分な連携のルールができていない中で、介護支援専門員に丸投げの状況もある。医療関係者もケアマネジメントの理解を深め、協働の連携がスムーズに図れるような研修機会を増やすべきではないか。
- ・ 医療との連携は介護支援専門員側の努力だけでなく、医療側へ在宅療養の意識を持たせる取り組みと同時進行が必要。退院退所加算では、退院後介護サービスを利用しなければ算定できないが、がんのターミナル期の利用者の在宅支援に入院中から何度も係わりながら、退院日直前での状態の変化や在宅療養への不安から、在宅に戻れなかったケースが増えている。このような場合の算定を可能にする仕組みを創設してはどうか。
- ・ その他、歯科医師、薬剤師の質が低下しているのではないかと。

⑦介護支援専門員の専門性（知識・技能）の向上について（実務研修受講試験、研修カリキュラム等）

- ・各都道府県の研修カリキュラム・内容にバラつきがあり、研修の体系化とともに実務に根ざしたカリキュラム作りが必要ではないか。
- ・主任介護支援専門員を国家資格として試験を経て認定することで、介護支援専門員の専門性の向上が図られると思う。
- ・現状のカリキュラムは知識偏重になっているのではないか。考え方、人間性、倫理観、介護観を養うカリキュラムにするべきではないか。
- ・研修カリキュラムでは知識や制度説明に重きを置きすぎている。実践で直面する利用者のニーズを取り上げた演習やケアマネジメント演習を行うことが重要。
- ・各サービスを具体的に理解してもらうために、現場実習として居宅サービス、施設サービスの実習を組んではどうか。
- ・研修カリキュラムに「面接技術」、「アセスメント能力向上（新人向け）」、「ソーシャルワーク」、「医療」、「認知症」、「精神疾患」、「福祉用具・住宅改修」、「リハビリ」等に係る充実したカリキュラムを導入すべきではないか。
- ・介護支援専門員に係る研修制度をより充実したものとするために、資格取得後のOJT等による現場でのトレーニングや実務従事先の業務に即した研修などを受けることができる仕組みを設けてほしい。
- ・参考となるケアプラン例を提示してほしい。
- ・介護支援専門員全体の底上げをするよりも、プロフェッショナルになる核になる介護支援専門員を養成することで、全体を引き上げる原動力にしたほうが、不適切な介護支援専門員が淘汰されていきやすいのではないか。
- ・ケアマネジメントプロセスの可視化には賛成であるが、帳票の増加は反対。現在の問題は、求められる責任と報酬上の評価がアンバランス。
- ・主任介護支援専門員の更新要件を別途定めるべき。例えば、対地域に何をしたのか、対行政にどのような政策提言、介護保険事業計画へのコミットメントをしたのか、対介護支援専門員にどのような教育・指導を行なったのか、件数と実績を評価するような更新制にすべきではないか。
- ・更新については、研修カリキュラムをポイント制とし、5年間の間に必要なポイントを取得すれば更新できるようにしてはどうか。
- ・研修受講者の意見を集約する場を設けてはどうか。
- ・ケアマネジメントプロセスの可視化には賛成であるが、帳票を増加することにより業務時間が増え、帳票を揃えることが目的になってしまい、かえってケアマネジメントに費やす時間が減ってしまうのではないか。
- ・専門性の捉え方が曖昧であり、介護支援専門員がどこまでの専門性を要求されるかによ

って変わってくるのではないか。専門家という位置付けであれば高度なソーシャルワーク技術が要求されるだろうし、制度内スペシャリストであれば広く浅くでよい。あるべき姿ばかり追ってしまうと、研修内容が実情と乖離してしまうのではないか。

- ・独立型事業所では体制が脆弱なために、病気・事故等により事業が継続できなくなることがある。突然の廃業に対して、数十ケースの後任の介護支援専門員探しのために、地域包括支援センターや保険者があたふたしている。こうした事例を引き継ぐ介護支援専門員は、利用者・家族からの不安・不満を受け止めることからケアマネジメントを開始しなければならず負担が大きい。組織の管理責任を果たせる事業規模を保持することが重要。
- ・実務研修受講試験が10年前と現在では合格率が違いすぎるので、更新のための試験を行うてはどうか。
- ・現在の実務研修受講試験問題は問題数が少ない。ソーシャルワークの知識を問う問題を増やすべきではないか。
- ・実務研修受講試験の受講要件は、国家資格保有者に限定すべきではないか。
- ・介護支援専門員資格取得後、基礎研修の受講資格を実務半年に定め、基礎研修を修了するまでは単独実務には就かず、主任介護支援専門員と一緒に行動しながら業務に携わることとしてはどうか。
- ・現場実習の義務付けは賛成。実習を行うことで、実務に就くか否かの判断材料になる。
- ・新人介護支援専門員のOJTを特定事業所加算の算定要件にしてはどうか。
- ・実務研修受講テキストにも医療との連携に関する項目、知識について習得できる内容を増やすべきではないか。また、実務開始後も事業所を超えた実習が行えるようなOJTの仕組みづくりが必須であり、実習形式で自身のマネジメントプロセスを再確認できる仕組みが必要ではないか。
- ・OJT機能のない事業所（小規模事業所）の介護支援専門員は、自己評価、他者評価の機会が非常に少ないうえ、よい手本となる実践を経験する機会が少ない。法定研修で行うこと、地域包括支援センター等で行うこと、職能団体が担うこと、事業所が担うこと、個人が進んで行うことなどを整理して研修体系を組むことが必要ではないか。
- ・研修実施主体にしてみると受講者の参加姿勢や資質のばらつきなど、目的を縛れない研修となってしまう、向上心が育たないのではないか。
- ・都道府県による研修だけでなく、市町村による研修も増やし、独立型の居宅介護支援事業所等の支援を行うことが必要。
- ・介護支援専門員だけ研修を行うのではなく、医療系サービスや介護サービスのそれぞれの事業者（管理者）、民生委員などにも研修・啓発が必要。

⑧介護保険施設における介護支援専門員のあり方について

- ・施設における介護支援専門員については、施設内でのケアプラン作成、サービス担当者会議、ケアカンファレンスの調整等を主として行うべき。
- ・モニタリングも本人・家族の満足度や施設サービスの提供状況を把握するために、本人に継続して介護支援専門員が面接する必要がある。在宅のケアマネジメントプロセスをきちんと施設でも機能できるように、介護支援専門員の必要性を理解し、生活相談員との役割は違うことを整理する必要がある。
- ・施設における介護支援専門員の役割について実態を明らかにし、自立した日常生活が過ごせるための介護支援専門員の役割・機能を明確にするべきではないか。
- ・施設の中で公正中立を保つことが難しいので、ケアカンファレンスの調整役を果たすことすら難しい。むしろ、外部の居宅介護支援事業所にケアマネジメントを依頼することで解決できるのではないか。
- ・施設ケアプランはあくまでも個別サービス計画であり、計画作成担当者が介護支援専門員である必要性はない。また、給付管理も必要ないため、介護支援専門員の資格要件を外してもよいのではないか。
- ・施設においても自立支援・尊厳の保持がなされ、家族や社会とのつながりを持った個々の生活が確保されるためには、利用者の立場に立って代弁できる専門職の位置付けが必要ではないか。
- ・生活相談員や管理者との役割分担があいまいであり、家族にとっては窓口が複数あるのは厄介ではないか。
- ・施設におけるソーシャルワーク実践、施設と地域社会との連携・ネットワーク構築を構想したとき、生活相談員や支援相談員にはソーシャルワーカー・社会福祉士の配置を明確に位置付けるべき。
- ・施設の介護支援専門員の役割がはっきりしてこないのは、生活相談員の役割を残したまま、介護保険が始まって介護支援専門員を施設配置に入れ込んだことに問題がある。
- ・現在の配置基準を100：1から50：1にしないと機能しないのではないか。
- ・居宅と施設のケアマネジメントに大きな隔たりがある現状は好ましくない。居宅・施設の両方の経験を有する機会が少なく、知識の隔たりが大きくなるのではないか。
- ・三施設以外にも配置基準が異なる小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護で求められる介護支援専門員の役割、特性を明確にし、施設ケアマネジメントとして画一的にならないようにすべき。

