

令和2年度厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

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

目次

I. 調査研究事業の概要	1
1 事業の背景と目的.....	1
2 本調査研究事業の実施概要	1
II. 業務負担軽減に向けた議論と対応の方向性.....	2
1.1 事業の背景と目的.....	2
1.2 本調査研究事業の実施方法	2
1.3 検討委員会の設置・運営	3
2. 議論の内容と方向性	5
2.1 目的	5
2.2 検討プロセス	5
2.3 総論	5
2.4 各論	12
1. 居宅介護支援の提供に係る契約時の手続きについて	12
論点 1-1：契約時の手続きに関する ICT 化について.....	12
論点 1-2：介護保険負担割合証や要介護認定等の個人情報の取得について.....	17
2. 居宅介護支援における必要なケアマネジメントの個々の業務（プロセス）につい て	21
論点 2-1：モニタリング、サービス担当者会議の ICT 活用について	21
論点 2-2：署名・捺印で行われている利用者のケアプランへの同意について	41
論点 2-3：居宅介護支援事業所と各サービス事業所等における情報共有について..	43
論点 2-4：暫定ケアプランに係る一連のケアマネジメント業務の取扱いについて..	50
論点 2-5：居宅介護支援事業所におけるサービス提供の記録の保存期間について..	55
論点 2-6：居宅介護支援事業所と医療機関における情報の共有について	61
論点 2-7：指定基準（厚労省令）の解釈通知等で定める「サービス担当者会議等によ る専門的意見の聴取」等における「利用者の状態に大きな変化が見られない」につ いて	69
論点 2-8：短期入所生活介護等のケアプランへの位置付けについて	72
3. 「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直し」に関するご意見への対応につ いて.....	74
論点 3-1：ケアプランの軽微な変更の内容について（ケアプランの作成）	74
4. 居宅サービス計画書（ケアプラン）の記載要領について	82
論点 4-1：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	82
論点 4-2：モニタリングの結果の記録、ケアプラン第 5 表に係る記載について ...	124

5.	居宅介護支援に係る各種加算・減算の要件の取扱いについて	137
	論点5-1：退院・退所加算の要件の「利用者又は家族に提供した文書の写し」について	137
	論点5-2：特定事業所加算の要件「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的を開催すること」について	143
6.	居宅介護支援事業所と保険者の間でやり取りされている文書について	147
	論点6-1：居宅介護支援事業所と保険者の間でやり取りされる文書について	147
7.	居宅介護支援と介護予防支援に係る事務負担について（※ターミナルなど限定的な局面時における対応について）	153
	論点7-1：居宅介護支援と介護予防支援のケアプランについて	153
3	アンケート調査について	155
	3.1 目的	155
	3.2 実施概要	155
	3.3 調査結果	156
4	ヒアリング調査について	226
	4.1 目的	226
	4.2 実施概要	226
	4.3 調査結果	227
	事例1：ICT活用事例	227
	事例2：単独型事業所における業務負担軽減	235
	事例3：医療介護連携事例（MCSの活用）	239
	事例4：地方部における取組事例	245
	事例5：地域内での組織的な業務負担軽減事例	250
	事例6：地域内での組織的な業務負担軽減事例	256
5	目指すべき介護支援専門員像に関する議論	258
	5.1 目的	258
	5.2 目指すべき介護支援専門員像の議論	258
	5.3 まとめ	274
	5.4 現場でご活躍される全国の介護支援専門員のみなさんへのメッセージ（エール） ～ケアマネジャーは人と人を結ぶ架け橋～	277
III.	管理者要件に関する調査	280
IV.	介護支援専門員の処遇状況等調査	287
	1.1 目的	287
	1.2 実施概要	287

2. 調査結果	288
V. 参考資料	289
1 論点 2-6 に関する参考事例	289
入退院時の医療介護連携の推進に向けた取組事例	289
横浜市（退院調整をスムーズにするための情報共有ツール）	291
2 「居宅介護支援における業務負担等に関する調査」調査票	294
3 管理者要件に関する調査（単純集計表）	310

1. 調査研究事業の概要

1 事業の背景と目的

令和元年 12 月 27 日の社会保障審議会 介護保険部会では、介護保険制度の見直しに関する意見として、「質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備を進めることが必要」であることや「ケアマネジャー取り巻く環境や業務の変化を踏まえ、ケアマネジャーに求められる役割を明確化していくことも重要」であることが意見として挙げられている。一方で、ケアマネジャーの業務負担の軽減については、現場からの要望の声が出るものの、介護保険制度創設以降に大きな見直しは行われていない。

本事業では、現場の実践者を中心に委員会を設置し、業務負担軽減等を通じた環境整備を図る観点や、ケアマネジャーを取り巻く環境や業務の変化を前提に、過年度の実態調査や現場の実態の取組みを踏まえた上で、質の担保を図りつつ、対応可能な具体的かつ実質的な業務負担軽減の議論を行い、運営基準の改定や様式の記載例・解釈通知・事務連絡・Q&A の発出につなげるためのとりまとめを行う。

併せて、今後の介護報酬改定の議論における基礎資料を得るために、管理者要件（主任ケアマネジャー）について、実態調査を実施し、経過措置期間における事業所の対応状況や管理者要件に関する課題を把握する。また、ケアマネジャーの処遇状況について調査を行い、その実態を把握する。

2 本調査研究事業の実施概要

(1) 居宅介護支援における業務負担等に関する調査

現場の実践者を中心に委員会を設置し、業務負担軽減等を通じた環境整備を図る観点や、ケアマネジャーを取り巻く環境や業務の変化を前提に、過年度の実態調査や現場の実態の取組みを踏まえた上で、質の担保を図りつつ、対応可能な具体的かつ実質的な業務負担軽減の議論を行い、運営基準の改定や様式の記載例・解釈通知・事務連絡・Q&A の発出につなげるためのとりまとめを行った。

(2) 管理者要件に関する調査

すべての居宅介護支援事業所を対象として、管理者の主任介護支援専門員の修了状況を把握するとともに、経過措置期間中に主任介護支援専門員の管理者を配置できない事業所の実態と課題を調査した。

(3) 介護支援専門員の処遇状況等調査

居宅介護支援事業所における介護支援専門員の処遇状況等を把握するため、介護支援専門員を対象とした実態調査を行った。

(4) 報告書の作成

上記のプロセス、成果をとりまとめ、報告書を作成した。

II. 業務負担軽減に向けた議論と対応の方向性

1.1 事業の背景と目的

令和元年 12 月 27 日の社会保障審議会 介護保険部会では、介護保険制度の見直しに関する意見として、「質の高いケアマネジメントを実現できる環境整備を進めることが必要」であることや「ケアマネジャー取り巻く環境や業務の変化を踏まえ、ケアマネジャーに求められる役割を明確化していくことも重要」であることが意見として挙がっている。一方で、ケアマネジャーの業務負担の軽減については、現場からの要望の声が挙がるものの、介護保険制度創設以降に大きな見直しは行われていない。

本事業では、現場の実践者を中心に委員会を設置し、居宅介護支援における業務負担軽減等を通じた環境整備を図る観点や、ケアマネジャーを取り巻く環境や業務の変化を前提に、質の担保を図りつつ、対応可能な具体的かつ実質的な業務負担軽減の議論を行い、運営基準の改定や様式の記載例・解釈通知・事務連絡・Q&A 等の発出につなげるためのとりまとめを行うことを目的に実施した。

1.2 本調査研究事業の実施方法

(1) 検討委員会の設置・運営

居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員、学識者、保険者により構成される検討委員会を設置し、検討委員会は全 8 回（検討委員会 7 回、座談会 1 回）開催した。

(2) 居宅介護支援における業務負担等に関する調査

居宅介護支援事業所における業務負担に関する実態を把握するため、全国の居宅介護支援事業所（2,000 事業所）へのアンケート調査及び、ヒアリング調査（6 事業所）を行った。

(3) 次期報酬改定に向けた提言（とりまとめ）の作成

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検討委員会での議論を通じて、令和 3 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（とりまとめ）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。

1.3 検討委員会の設置・運営

(1) 委員構成

検討委員会の委員構成は以下のとおり。

(敬称略・五十音順)

<委員> (◎委員長)

青地 千晴	そらいろケアプラン 管理者 主任介護支援専門員
新城 和三	社会福祉法人ゆうなの会 大名居宅介護支援事業所 管理者 主任介護支援専門員
岡島 潤子	株式会社やさしい手 コンサルティング事業本部 参与 居宅介護支援事業スーパーバイザー 主任介護支援専門員
洪 正順	一般社団法人横浜市旭区医師会 旭区在宅医療相談室 管理者 主任介護支援専門員 看護師
工藤 英明	青森県立保健大学 健康科学部社会福祉学科 准教授
佐藤 利明	仙台市健康福祉局保険高齢部地域包括ケア推進課 推進係 係長
高田 明美	社会福祉法人南東北福祉事業団 総合南東北福祉センター八山田 南東北八山田居宅介護支援事業所 管理者 主任介護支援専門員
田中 紘太	株式会社マロー・サウンズ・カンパニー 代表取締役 主任介護支援専門員
壺内 令子	株式会社ウェルネス香川 代表取締役 主任介護支援専門員
長坂 朋子	武蔵野市健康福祉部高齢者支援課介護保険係 介護サービス担当 係長・課長補佐
◎中澤 伸	社会福祉法人川崎聖風福祉会 理事・事業推進部長
廣内 一樹	株式会社クリエイティ 居宅介護支援事業所ケアマネ！高知 管理者 主任介護支援専門員
廣瀬 友美	多摩市健康福祉部 介護保険課長
福井 小紀子	東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 在宅ケア看護学分野 教授

<オブザーバー>

武蔵野市健康福祉部 高齢者支援課 相談支援係 地域包括担当 係長 金丸 絵里

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課	課長補佐	熊野 将一
厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課	人材研修係長	原 雄亮
厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課	人材研修係	勝田 滉平
厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課	人材研修係	高田 陽介

<事務局>

株式会社三菱総合研究所 ヘルスケア&ウェルネス本部

(2) 検討委員会の開催状況

検討委員会の開催状況は以下のとおり。

回	開催時期	主な議題
第1回	令和2年 8月3日	<ul style="list-style-type: none">● 居宅介護支援における業務負担等に関する調査の主旨説明● 当事業で議論すべき範囲・論点● アンケート調査票案について● 目指すべきケアマネジャー像について
第2回	9月7日	<ul style="list-style-type: none">● アンケート調査票案について● 当事業で議論すべき論点の確認● アンケート調査票の確定
第3回	10月2日	<ul style="list-style-type: none">● ヒアリング調査について● 第1回で決定した「議論すべき範囲」に基づく議論①
第4回	10月26日	<ul style="list-style-type: none">● 第1回で決定した「議論すべき範囲」に基づく議論
第5回	12月18日	<ul style="list-style-type: none">● アンケート調査結果（速報値）の報告● 「議論すべき範囲」に基づく議論● ヒアリング調査結果の報告
第6回	令和3年 1月8日	<ul style="list-style-type: none">● 介護支援専門員が考える目指すべきケアマネジャー像について①● ヒアリング調査結果の報告● とりまとめ案について
座談会	2月5日	<ul style="list-style-type: none">● 介護支援専門員の現状と今後について（意見交換）
第7回	3月4日	<ul style="list-style-type: none">● 介護支援専門員が考える目指すべきケアマネジャー像について②● 最終とりまとめ

2. 議論の内容と方向性

2.1 目的

居宅介護支援における業務負担軽減等を通じた環境整備を図る観点や、ケアマネジャーを取り巻く環境や業務の変化を前提に、質の担保を図りつつ、対応可能な具体的かつ実質的な業務負担軽減に向けての課題や工夫して実施している実践例等について収集することを目的とし、検討委員会において議論を行った。

2.2 検討プロセス

検討委員会で検討、議論する論点を事務局より提示し、その論点について合意、整理を行った。

その上で、論点に関連する項目について、居宅介護支援事業所を調査対象とするアンケート調査項目に反映し、調査を実施した。

各論点について検討委員会で複数回議論を行うとともに、アンケート調査結果も踏まえ、議論の方向性の検討、見直し等を行い、最終的な議論の方向性について整理を行った。

以上の検討プロセスを論点ごとに以下のとおり検討委員会での議論等を整理した。

- (1) 論点及び議論の方向性
- (2) 論点に関連するアンケート調査結果
※関連するアンケート調査結果がない場合は、記載していない。
- (3) 検討委員会における検討内容・主な意見

2.3 総論

(1) 論点及び議論の方向性

各論の議論を行う上での全体方針・留意点を総論として示し、各論の見直しに向けた議論を行った。

総論

- 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が、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。

※ 総論、各論に係る留意点

(質の担保)

- 検討にあたって、業務負担の軽減を念頭に置きつつも、利用者、家族に対する支援において、非言語コミュニケーション（例：専門職としての“第六感”的な感覚を研ぎ澄まして対面で向き合うこと）で生まれる信頼関係等との兼ね合いをどのように考えるか。
- また、これらの軽減を図る際のメリット・デメリットを踏まえた上で、質の担保をどのように図るか。（⇒代替措置でどこまで対応が可能なのか）

(平時と緊急時)

- 平時の業務を前提に議論いただくが、今般の新型コロナウイルス禍の状況（取扱い）も勘案することにはどうか。

(関係範囲)

- 「事業所⇔利用者、家族」、「居宅介護支援事業所（介護支援専門員）⇔各サービス事業所（各従事者）等（医療機関や医療従事者含む）」、「居宅介護支援事業所（介護支援専門員）⇔保険者」とする。

■ 各論

1. 居宅介護支援の提供に係る契約時の手続きについて
2. 居宅介護支援における必要なケアマネジメントの個々の業務（プロセス）について
3. 「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直し」に関するご意見への対応について（平成22年7月30日）【課長通知】の取扱いについて
4. 居宅サービス計画書（ケアプラン）の記載要領について
5. 居宅介護支援に係る各種加算・減算の要件の取扱いについて
6. 居宅介護支援事業所と保険者の間でやり取りされている文書について（※「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」の議論に留意）
7. 居宅介護支援と介護予防支援に係る事務負担について（※ターミナルなど限定的な局面時における対応について）

等

※ 各論点に係る留意点

- 委員会で議論を重ねる中で、特に議論いただきたい点が出てきた場合は、その都度特出しして議論することにはどうか。
- 運営基準、解釈通知、記載要領等の規定で定められていない内容で、現場の工夫で業務負担が図られている取組みについては、事務連絡等で「好事例」として横展開することにはどうか。
- いわゆる“ローカルルール”については、保険者の実情等によることから、当該委員会においては、議論の対象から除く。（ただし、誤解や混乱が生じている内容については、本事業のとりまとめを踏まえた見直しの際に事務連絡等に盛り込むことを検討してはどうか。）

(2) 検討委員会における検討内容・主な意見

総論を基に、以下のように議論を重ね、議論すべき各論を整理した。

第1回検討委員会での主なご意見

- ・ 業務の簡素化において、ICT の活用や書類の保管等に関して、一番ハードルとなるのは、自治体（各保険者）であると感じている。委員に保険者も含まれているが、簡素化については保険者に対応いただく部分もあるだろう。関係範囲として、「居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）⇔自治体（保険者）」を入れ、各指定の申請書類をはじめ、保険情報のやりとりの簡素化などの議論をしたほうが良い。
- ・ 介護予防プランの様式についても、議論できないか。様式が介護プランと違うことで、作成に手間がかかる。予防も含めて全て、居宅サービス計画書の様式に統一してはどうか。
- ・ 質の担保について、適正なケアマネジメントの実践のための見直し効率化と考えているが、効率化と質の担保両方を同時に進行しケアマネジメントを進化させるには、ケアマネジメントプロセスを細部にわたり実態把握し分析し、「すぐに、取り組めること」「少々時間がかかること」「見直しや効率化には適さないこと」の洗い出しやすみ分けがまず必要と考える。見直しをするに当たり、効率化か、生産性向上か、簡素化か、標準化か、ICT等テクノロジーの活用か、どの部分にどのような見直しが、適しているのかの議論も必要と思える。それにより代替措置についても、見えてくるのではないだろうか。又、負担がかかっても、対人援助専門職としては、より一層強化したい業務もあると思える。そのための育成も考える必要がある。その場合、育成による力量が向上するまでには、かえって時間や労力の負担が増すことも想定される。ICT等の活用を考える時、取組む以前の準備としての新たなテクノロジーへのケアマネジャーの基礎知識（例えば、IT、ICT、IoT、AI、Society5.0、などの言葉の理解や、科学的介護として動き始めている VISIT、CHASE についてなど）や職場の通信環境や PC、タブレット端末等の整備も必要であり、ここにも時間がかかるのではと懸念される。
- ・ 平時と緊急時について、コロナ禍の状況も勘案する必要があると考える。平時から緊急時に役立つ、ICT の活用等の検討が必要ではないか。
- ・ 関係範囲について、居宅と行政もあるが、居宅と医療機関や医療従事者は範囲に入らないのか。
- ・ 議論を進めていく中で追加されていくだろうと考えている。現時点では、示された論点以外に追加の論点は特にない。
- ・ 質の担保について、「質」そのものの定義を示しておいてから議論してはどうか。
- ・ 関係範囲について、保険者と事業所間を含める必要があるのではないかと。
 - 保険者と事業者間については、別事業で検討とされているが、議論を行う中では含めて検討してもよい。事業のまとめの際、最後に整理すればよいと考えている。

- ・ 全体的な考え方としては、提示された論点で結構だと思う。但し、一点気になるのが、アセスメントについてである。質を担保するためにはアセスメントについても重要である。今回の議論にアセスメントを加えることが難しいと言う状況は理解できるが、ケアプランを作成する上で、一番重要なのがアセスメントであり、アセスメントに要する作業負担は無視できないと考える。今回、この部分を議論しないと言うことは、今後とも、介護支援専門員の個々の能力や、介護支援専門員協会等が実施する研修等により効果的な実施を期待することでよいか。

 - ▶ 目指すべき介護支援専門員像の議論に繋がる意見である。
- ・ ほぼ示された論点でよい。ICT 活用が負担軽減やこれからの環境の中では重要であると考えますが ICT 導入やセキュリティ等の問題がある。各法人・都道府県によって違いが出てきてしまうのではないと思われる、ICT 導入についての方向性は決まっているのか。ICT 活用をどのように普及していくべきかが悩ましい。

 - ▶ 必要な取り組みだが、どのように位置づけていくかが課題と理解した。
- ・ 規制改革推進に関する答申（令和2年7月2日）において、「従来の政府方針において、行政が求める帳票等の文書量の半減に取り組むことが示されているものの、介護現場における負担感は依然解消されていない。」とあるが、文書量の半減とは、今までは指定申請書類の削減ばかりになっていたと思われるが、今後は実務レベルの書類の削減等、どのような見直しを想定しているのか。
- ・ 居宅介護支援業務において、生産性の向上に直結するのは普段使用している「業務管理ソフト」の改善かと考えられるが、AI の活用によるケアプラン作成補助、ICT の活用による業務負担の軽減等は、普段使用している業務管理ソフトが改善されないといくら良い物が開発されても、ソフトを二重、三重に契約を行い複数のソフトを使用することに伴う業務負担増に繋がると考えられるが、既存業務管理ソフト開発会社へのアプローチや協力要請等、意見していくことができないかと考えている。
- ・ 介護予防ケアマネジメント、介護予防支援、居宅介護支援で全て違う様式で書類を作成しており、内容は同じような項目が多いが要介護認定の変更毎（特に要支援～要介護間）で毎回書き直すための業務負担は非常に大きいと認識している。介護予防ケアマネジメント、介護予防支援も一体的に書式の統一のための議論は行わないのか。
- ・ サービス提供等の記録の保存期間は2年間とされているものの起算日の解釈が明確に示されていないため、事業者は保守的に長期間保存する傾向にあり、管理の煩雑さや保存場所の確保が負担となっているとの指摘がある。○県では書類の保管は契約終了後5年間と定められており、保管期間が長期化している他、契約が継続している者についてはいつまでも書類の量が増え続けていくことになるが議論は行わないのか。
- ・ 特定事業所加算において、運営基準減算の要件についての議論を追加してはどうか。特定事業所加算において、運営基準減算が1件でもあった場合、全件加算を外さないといけないルールとなっており、精神的にも経営的にも非常に厳しいルールとなっている。該当している利用者のみ加算の算定を外すルールに変更する議論をして

はどうか。また特定事業所加算Ⅰの要件のうち、要介護3、4、5の割合が40%以上の要件は意味のあるものなのか、算定要件の見直しも含め議論をしてみてもどうか。

- ・ 論点に「簡素化」とあるが、どのような見直しを想定しているのか。例えば、帳票類の削減や記述項目の削除などの簡素化を想定しているのか。
- ・ 法定研修や加算算定要件での個別研修、共同研修等、研修の見直しについての議論は行われぬのか。参加すべき研修が多く研修疲れがある。研修に参加するだけで質の担保に繋がるとはいえない。
- ・ 居宅介護支援(介護給付)と介護予防支援(予防給付)の事務負担について検討が必要ではないか。
- ・ 自治体(保険者)との手続き内容等について検討が必要ではないか。
- ・ 事務負担の簡素化・標準化・ICT等の活用の視点で見直しする場合には、それぞれの業務の意味、何のためにこの業務があるのかという本質を確認した上で、見直しをすべきである。
- ・ 新型コロナウイルス感染症の流行により、新しい生活様式が求められており、この状況は当面継続すると考えられる。さらに新たな感染症の発生も想定される。緊急時の取り扱いについても勘案すべきと考える。
- ・ 頂いたご意見については、総論に含められなくても、各論として議論していくことも想定している。または、議論の対象とならなくても、こういったご意見があったという事を記録に残しておきたい。

第3回検討委員会に向けた主なご意見

- ・ 質の担保という点で、簡素化できる書類等(書類のデジタル化やICTの活用)と簡素化はできず、介護支援専門員のスキルや面接技術が必要なアセスメントやモニタリングを分けて検討していく必要がある。介護保険も20年が経過し、経験年数や事業所の教育体制などにより、介護支援専門員の能力にかなりの差があるのは否めない。介護支援専門員のスキルによって左右されてしまう面接技術やアセスメント能力を補うためのAIの活用とケアマネジメントの標準化の普及により、介護支援専門員の質の担保を確保していく必要がある。ICT化が進んでも、「専門職として担う役割・介護支援専門員として目指すべき像」がそこにあるように思える。
- ・ <<関係範囲>>①介護保険の中に含まれる医療機関や医療従事者との関係②介護保険制度の中で直接ではないが、利用者のための適切なケアマネジメントにとっては是非とも必要な「医療機関や医療従事者」との情報発信、情報共有のための連携強化⇒適切なケアマネジメント実践のための関係。
- ・ 大枠は提示された論点でよいと思うが、ICT環境等の整備と業務負担の軽減、標準化、簡素化は、それぞれ段階的に行っていく必要もあると思う。その場合、その段階と内容の検討も必要となると思う。ICT環境が整わなくても軽減できる業務行動と書類など、ICT環境整備の進捗によって軽減される業務行動と書類など。ICT環境

の整備は、ハードとソフト(各社のソフトデータの共有システムなど)、事業者・保険者・利用者三者の通信環境整備によって左右されると思う。特に利用者サイドに関しては課題となると思う。

- ・ 業務負担感については、介護支援専門員個々のスキルや経験にも左右されると思うが、こちらは研修などで補っていくしかないと考える。また、特定事業所加算算定要件に示される困難事例などによっては、少ないケース数であっても、介護支援専門員の精神的負担が大きくなり、規定通りのケース数、通常通りの業務を担っても、目に見えない(書類業務などで見えてこない)対人援助部分などで業務負担感に至っているようにも感じる。こちらも別枠の研修などでフォローしていくしかないと考える。
- ・ ICT化に取り組むことは必要だが、地域差や事業所差もあり、取り組めないところも多く存在すると思う。ケアマネの平均年齢も大変高くなっているため、ICTを活用することに抵抗がある(やりたくてもできない)ケアマネも少なくない。また、利用者しかり、行政自体がアナログであり、初期投資も考えると、この改革は簡単に移行できるものではないと感じている。ICT化を進めていくことは前提として、それだけではなく、業務の中で簡素化できることを洗い出し、並行で考える必要がある。書類については、ペーパーレス化、クラウド保存や電子データ保存などは進めやすいので、早急に対応してもいいと思う。
- ・ 医療機関と居宅支援事業所との情報共有については、個々のケアマネジャーの考え方もあり、顔と顔の見える関係作りが最も重要だとするケアマネジャーもいるし、FAXやメール等でやり取りしているケアマネジャーもいることから、ケアマネジャーがその部分をどこまで負担で簡素化したいと思っているか、アンケート調査やヒアリング調査で実態を知りたい。
- ・ 現場での経験から、軽微な変更ができるか否かによって、相当業務負担は減ると感じている。軽微な変更があるという事実を知っているのか? 解釈が分からずあえて活用しないのか? 保険者の圧力か? は分からないが、ケアマネジメントプロセスをしっかりと理解した上で、活用できることはするべきと思う。
- ・ 論点にはないが、あえて言わせてもらえれば、ケアマネジャーの業務負担、特にメンタルな所でバーンアウトする大きな理由は、負担の大きい実地指導と困難事例(ハラスメント事例)であると思う。実際の所、現在のケアマネジメント業務の中で必要な書式やプロセスについて、省けるもの、大きく簡素化できるものはないと思っている。
- ・ 提示された内容でよいと思う。ICTの活用での見直しについては、様々な要件がありさらに検討が必要であると思う。
- ・ 平時と緊急時：平時からICT活用を進める必要がある。但し、まずは、事業所における環境整備から必要であろう。
- ・ アセスメント：ケアマネジメントの重要部分であり、同時に業務負担の大きい部分であるので、簡潔で確実な方法の提示が必要、標準化が必要である。
- ・ まずは、居宅介護支援から議論を始めるのが良いと思う。簡素化をするに当たっては

「標準化のおおよその目標・着地レベル等」を視野に入れることが重要（目指すところの見える化も重要）。

・ 加算・減算に関する議論：

加算 【特定事業所加算について】

- ・ 今後事業所には主任介護支援専門員が必置となるので、ここを踏まえての加算の議論が必要。
- ・ 特定事業所加算取得事業所の業務負担が大きい部分もあるので、要検討（特に、地域での研修・事例検討等の計画について）
- ・ 特定Ⅰ：%の議論も必要ではないか。
- ・ 特定Ⅳ：在宅での看取りを進める中、がん末期だけで良いのか。在宅でのターミナルの支援はがん末期よりも非がん末期の方が多い。

[入退院加算]：フォーマットやその記入方法への簡素化の検討、工夫が必要

減算 ・集中減算：

- ・ もう少し簡潔な方法の検討
- ・ 1件が減算になると、事業所全体の特定加算に影響も、要検討

2.4 各論

1. 居宅介護支援の提供に係る契約時の手続きについて

論点1-1：契約時の手続きに関するICT化について

(1) 論点及び議論の方向性

論点及び議論の方向性は以下のとおり。

【論点1-1】

- 契約時の手続きについて、ICT化を進める時に、既存の制度や法律などのどこが支障になるのか。

【議論の方向性】

- 契約時の手続きについては簡素化の視点での方向性は見出せなかったため、個々のご意見を残しておく方向としてはどうか。

(2) 論点に関連するアンケート調査結果

論点に関するアンケート調査結果は以下のとおり。

① 契約書や重要事項説明書等の作成・説明における業務負担について

契約書や重要事項説明書等の作成・説明における業務負担については、回答者および事業所全体において、負担が「大きい」と「やや大きい」をあわせた割合が大きい項目をみると、「契約書や重要事項説明書の説明」が、回答者60.1%、事業所全体55.1%、次いで「必要書類の取得」がそれぞれ49.4%、46.4%であった。

図表1 回答者が感じる負担の大きさ

	件数	小さい	やや小さい	やや大きい	大きい	無回答
認定申請に必要な書類の準備	1279	404 31.6%	508 39.7%	257 20.1%	95 7.4%	15 1.2%
契約書や重要事項説明書の作成	1279	273 21.3%	456 35.7%	409 32.0%	126 9.9%	15 1.2%
契約書や重要事項説明書の説明	1279	160 12.5%	336 26.3%	594 46.4%	175 13.7%	14 1.1%
必要書類の取得	1279	185 14.5%	444 34.7%	502 39.2%	130 10.2%	18 1.4%
捺印の取得	1279	234 18.3%	485 37.9%	407 31.8%	133 10.4%	20 1.6%

図表 2 事業所全体としての負担の大きさ

	件数	小さい	やや小さい	やや大きい	大きい	無回答
認定申請に必要な書類の準備	1279	360 28.1%	516 40.3%	306 23.9%	64 5.0%	33 2.6%
契約書や重要事項説明書の作成	1279	241 18.8%	464 36.3%	441 34.5%	105 8.2%	28 2.2%
契約書や重要事項説明書の説明	1279	162 12.7%	381 29.8%	564 44.1%	141 11.0%	31 2.4%
必要書類の取得	1279	196 15.3%	457 35.7%	497 38.9%	96 7.5%	33 2.6%
捺印の取得	1279	226 17.7%	499 39.0%	414 32.4%	103 8.1%	37 2.9%

② 契約書や重要事項説明書の様式・作成について

契約書や重要事項説明書の様式について「事業所内で決められた様式がある」事業所が99.2%、そのうち、「事業所としてひな形を作成している」が63.1%であった。

また、契約書や重要事項説明書の作成における負担の内容については、「制度改正等への対応のため、ひな形を頻繁に更新する必要がある」と回答した事業所が最も多く80.0%であった。

契約書や重要事項説明書の作成における工夫としては、「制度改正等への対応については、変更箇所についてのみ別紙（覚書等）対応（締結済書類の変更はしない）として、変更する箇所を別紙とするなど、編集しやすくしている」と回答した事業所が48.9%と最も多く、次いで「定期的にひな形の見直しを行っている」が38.7%であった。

図表 3 5（2）1）契約書や重要事項説明書の様式について

	件数	事業所内で決められた様式がある	事業所内で決められた様式はなく、その都度作成している	無回答
合計	1279	1269 99.2%	8 0.6%	2 0.2%

図表 4 5（2）1）契約書や重要事項説明書の様式について

【「事業所内で決められた様式がある」場合】（複数回答）

	件数	法人としてひな形を作成している	事業所としてひな形を作成している	保険者が提示した様式を利用している	その他	無回答
合計	1269	520 41.0%	801 63.1%	102 8.0%	11 0.9%	25 2.0%

表 5 5（2）2）契約書や重要事項説明書の作成における負担の内容（複数回答）

	件数	制度改正等への対応のため、ひな形を頻繁に更新する必要がある	記載、確認箇所が多く作成に時間を要する	関係団体等により統一したひな形が提示されていない	その他	負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	1023 80.0%	348 27.2%	155 12.1%	47 3.7%	194 15.2%	9 0.7%

図表 6 5 (2) 3) 契約書や重要事項説明書の作成における工夫（複数回答）

	件数	定期的には形の見直しを行っている	制度改正等への対応については、変更箇所についてのみ別紙（覚書等）対応（締結書類の変更はしない）として、変更する箇所を別紙とするなど、編集しやすくしている	介護保険法や介護報酬改定等、契約書や重要事項説明書の内容に関わる変更があった場合に、確実にひな形が改訂される仕組みや手順を定めている	作成のためのマニュアルやチェックリストを用意している	誤記がないか複数名で確認している	その他	特になし	無回答
合計	1279	495 38.7%	625 48.9%	315 24.6%	34 2.7%	396 31.0%	26 2.0%	126 9.9%	6 0.5%

③ 契約書や重要事項説明書の説明について

契約書や重要事項説明書等の説明における負担の内容については、「利用者や家族が十分に理解できない場合がある（独居高齢者への対応も含む）」と回答した事業所が73.5%と最も多く、次いで「説明事項が多く説明に時間を要する」が68.5%であった。

また、契約書や重要事項説明書の説明において工夫している内容については、「新人の介護支援専門員の場合、契約時に上司や管理者が同行する」と回答した事業所が47.2%と最も多く、次いで「説明のポイントをまとめて事業所で共有している」が42.3%であった。

図表 7 5 (2) 4) 契約書や重要事項説明書等の説明における負担の内容（複数回答）

	件数	説明事項が多く説明に時間を要する	説明に用いる文書の内容が利用者や家族にとってわかりにくい	利用者や家族が十分に理解できない場合がある（独居高齢者への対応も含む）	その他	負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	876 68.5%	713 55.7%	940 73.5%	58 4.5%	100 7.8%	5 0.4%

図表 8 5 (2) 5) 契約書や重要事項説明書の説明において工夫している内容（複数回答）

	件数	説明のポイントをまとめて事業所で共有している	要点を抜粋した簡易な資料を別途作成している	過去に利用者や家族から受けた質問、困難事例等を事業所内で共有している	新人の介護支援専門員の場合、契約時に上司や管理者が同行する	その他	特になし	無回答
合計	1279	541 42.3%	59 4.6%	210 16.4%	604 47.2%	71 5.6%	284 22.2%	10 0.8%

(3) 検討委員会における検討内容・主な意見

論点に関連する実態・課題について、以下のように議論を重ね、最終的に議論の方向性を導き出した。

第1回検討委員会での主なご意見

- ・ 契約時の手続きについては、契約書などの書類に係る負担は少なく、契約内容を説明する行為に非常に大きな負担がかかっていると考えられる。この説明行為は、個々人のスキルに依る場合が少なくないことから、この部分を議論するのではなく、契約手続きの ICT 化を進める時に、既存の制度や法律などのどこが支障になるのかと言う議論になるのではないかと。
- ・ ローカルルールについては、関与しないことはわかるが、契約書の雛形が保険者によりかなり異なるので現状の把握が必要ではないかと。公開されている契約書の雛形を使用している場合、後日指導を受けることもある。
- ・ 契約書について、統一した書式を示したらどうか。行政の実地の際に、内容の確認や追記してほしい内容の指導が入るが、統一する事で監査側も時間の短縮ができるのではないかと。ケアマネジャー一人当たりの件数が行政によって違いがある。35 件をこえる場合は増員の話ができるが、他の市町村は 39 件まででもよいとの見解があり、まちまちである。収支を見るのであれば、要介護が 39 件まで等ができることを明示してほしい。

第3回検討委員会に向けた主なご意見

- ・ 契約書の署名・捺印を電子化することは可能か。実地指導で、紙での表示が求められることが多いのではないかと。結局、紙に印刷することになり二度手間にならないかと。
- ・ 紙の契約書の場合は利用者宅に本人用控えが残るが ICT 活用時には検討が必要。
- ・ 「私文書」における「押印」について、民事訴訟法では、『文書は、その成立が真正であることを証明しなければならない。』と規定した後、『私文書は、本人又はその代理人の署名又は押印があるときは、真正に成立したものと推定する。』とあるように「押印」は必須ではないので、署名のみでも契約は成立するが、自署できない利用者や、代理人がいない利用者の場合の対処方法についての課題が残ると思う。次に、契約時の手続きの ICT 化について、既存の ASP を活用することで個人情報の漏洩を防ぐだけでなく、一定程度の業務量の軽減や、書類の保管に関する問題が解決されると思われるが、こういったシステムに係る新たな経費の負担や、操作する側の介護支援専門員の対応能力が課題になると思われることから、事業所個々の資力や能力に委ねるのではなく、行政として、経費増に対する支援や ICT に関するスキルアップ研修など、介護支援専門員に対する支援が必要だと考える。また、各種手続きの ICT 化については、現行制度の中で既に取り組んでいる事業所も少なくないが、ICT 化できない事業所も存在するので、そういった事業所に対しては、どのような方法で効率化を図るべきなのか課題は残る。

第3回検討委員会での主なご意見

- 契約書の統一までは不要かもしれないが、モデルのようなものがあると随分楽だろう。意見として書いては見たが、これまでの経験から難しいのではないかと考えている。
 - 進捗や、整い方が各都道府県によって異なるため難しいのではないか。
 - 契約書の様式について、〇市では介護支援専門員協会の様式を参考にしており、指定の際にその通りになっているかを確認している。地域によって弊害が発生しているのであれば、やはりなんらかのパターンを統一し、見本を示すということが必要なのではないか。また、ICTについて〇市ではクラウドサービスを使用している事業所もある。しかし問題となるのは署名と押印である。ここは電子署名とし、印鑑についてもいらないのではないか。民事訴訟法でも不要であるとされているため、印鑑はいらないのではないか。なるべく電子化するということがケアマネにとっても楽になるのではないか。しかし、電子化することで、それに対応できない人も現実にはいるので、そこをどうするかという課題は残る。
- どれだけ省略できるか、ICT化できるか。また、契約書については、雛形があった方がよいのではないかという意見があった。

論点 1 - 2 : 介護保険負担割合証や要介護認定等の個人情報の取得について

(1) 論点及び議論の方向性

論点及び議論の方向性は以下のとおり。

【論点 1 - 2】

- 例えば、介護保険負担割合証や要介護認定等の個人情報の取得にあたって、簡素化の視点で、対応できる方法があるか。

【議論の方向性】

- 契約時における介護保険負担割合証や要介護認定の個人情報の取得については、利用者が提出する居宅サービス計画作成依頼届の様式に利用者の同意欄（利用者情報を行政が居宅介護支援事業所へ情報提供すること）を設けることにしてはどうか。ただし、介護保険負担割合証については利用者の所得など重要な個人情報を含むことから、引き続き検討してはどうか。

(2) 論点に関連するアンケート調査結果

論点に関するアンケート調査結果は以下のとおり。

① 必要書類（要介護認定情報や負担割合証）の取得の負担について

「必要書類の取得」の負担について「大きい」または「やや大きい」と回答した割合は、回答者は 49.4%、事業所全体は 46.4%であった。

また、必要書類の取得における負担の理由としては、「利用者・家族が適切に管理していない（手元に見当たらない）ため入手できない」と回答した事業所が 71.5%と最も多く、次いで「写しをとるために、借用するための手続きが煩雑である」と回答した事業所が 37.6%であった。

図表 9 5 (4) 1) 回答者が感じる負担の大きさ【再掲】

	件数	小さい	やや小さい	やや大きい	大きい	無回答
必要書類の取得	1279	185 14.5%	444 34.7%	502 39.2%	130 10.2%	18 1.4%

図表 10 5 (4) 2) 事業所全体としての負担の大きさ【再掲】

	件数	小さい	やや小さい	やや大きい	大きい	無回答
必要書類の取得	1279	196 15.3%	457 35.7%	497 38.9%	96 7.5%	33 2.6%

図表 11 5 (2) 6) 必要書類の取得における負担の理由（複数回答）

	件数	利用者・家族に書類の必要性の理解を得ることが難しい	利用者・家族が適切に管理していない(手元に見当たらない)ため入手できない	写しをとるために、借用するための手続きが煩雑である	その他	負担が大きいことではない	無回答
合計	1279	344 26.9%	914 71.5%	481 37.6%	120 9.4%	175 13.7%	6 0.5%

② 必要書類（要介護認定情報や負担割合証）の取得における工夫について

必要書類（要介護認定情報や負担割合証）の取得において行っている工夫については、「利用者、家族に早めに、繰り返し伝えている」事業所が88.7%と最も多く、「市町村の窓口の担当者と情報共有を行っている」事業所は24.2%であった。

また、必要書類を効率的に取得するための方策として有効だと思うものとしては、「保険者から提供を受けることができるようにする」を回答した事業所が73.2%、「必要書類を電子ファイル化し、保険者等で一元管理して必要時に参照可能とする」が53.4%だった。

図表 12 5（2）7）必要書類（要介護認定情報や負担割合証）の取得において工夫している内容（複数回答）

	件数	利用者、家族に早めに、繰り返し伝えている	市町村の窓口の担当者と情報共有を行っている	その他	特になし	無回答
合計	1279	1134 88.7%	310 24.2%	85 6.6%	70 5.5%	4 0.3%

図表 13 5（2）8）必要書類を効率的に取得するための方策として有効なこと（複数回答）

	件数	必要書類を電子ファイル化し、保険者等で一元管理して必要時に参照可能とする	保険者から提供を受けることができるようにする	その他	無回答
合計	1279	683 53.4%	936 73.2%	48 3.8%	45 3.5%

(3) 検討委員会における検討内容・主な意見

論点に関連する実態・課題について、以下のように議論を重ね、最終的に議論の方向性を導き出した。

第1回検討委員会での主なご意見

- ・ 現状、個人情報保護法の観点から、要介護認定情報や負担割合証の内容を、電話では、保険者から原則教えてもらえなくなっている。しかしながら、それらの情報は、介護認定審査会がいつ行われ、いつ保険証が発行されたかわからない状況で、確認するのがかなり困難な場合が日常的にある。要支援か要介護か、微妙な状態の利用者は、速やかに要介護認定情報が必要なことが多い。「居宅サービス計画作成依頼届出書」を保険者に出している事業所には、自動的に通知してくれるシステムは出来ないのだろうかと感じている。各保険者によっても違うと思われるので、現状を調査して可能性を探りたい。
- ・ 行政より、直接担当介護支援専門員へ情報の開示、通知を行う手立ては無いか。
- ・ 介護保険証や負担割合証の情報取得でも、取り扱いが保険者により異なり、簡素化とは逆方向になっていることもある。
- ・ ICT等で簡素化できた場合、介護支援専門員一人あたりの受け持ち件数上限の見直しも検討すべきではないか。初回時、計画変更時、更新時と、安定期の業務を比較すると、かなり業務量に違いが見られる。それぞれの場面に応じて、従来の訪問による面談と、電話やICTによるモニタリングで良しとするなど、弾力的な運用が可能か検討してはどうか。居宅介護支援費についても、場面によって差をつけてもよいのではないか。

第3回検討委員会に向けた主なご意見

- ・ 個人情報の取り扱いについて。契約の際に「個人情報の使用同意」は、必ず記載するので、「居宅サービス計画作成依頼届け」を保険者に提出した居宅支援事業所には、認定結果や負担割合証を通知できることにできるのではないか。
- ・ 契約に当たって利用者・家族の署名、押印等が何カ所も必要になるが、これに対しての簡素化を考えることは、どうだろうか。

第3回検討委員会での主なご意見

- ・ 必ず契約時に重要事項を説明しながら個人情報の使用同意書をいただいているはずである。このことで関係者の中で個人情報を取り扱ってよいとされているため、この同意を基に、認定情報や負担割合証の情報を保険者とスムーズにやりとりできないものか。とても負担になっているところでありご議論いただきたい。
 - 介護保険の認定結果は同意をとっているため、市から直接事業所に送付されている。しかし、負担割合証は税金の関係もあり、収入が記載されているため、利用者には送付できないと言われている。管理が別になっていることが大変という

ところがある。

- ▶ 行政によって対応が異なるのか、認定結果と負担割合証と一緒に議論しない方がよいということか。
- ▶ ○市ではそこまで厳しくはない。しかし基本は本人・家族に送付している。しかし、ケアマネジャーでも窓口に行けば開示できるということになっているが、ケアマネジャーが複数回窓口に来なければならないことは無駄ではないか。ケアマネジャーの届出が出た段階から一体的な対応ができないかと感じていたが、行政によってとらえ方が異なるのだろう。
- ▶ 調べたことだが、認定結果だけでなく主治医の意見書を得る際にも費用が発生しているため、今の議論のどこか1つ抑えることで済む話ではない。
- ▶ 費用というのは自治体によってコピー代や紙代がとられるということ。その有料か無料かもあるが、論点としてはケアマネジャーに直接届く方法はないかということか。負担割合証については国レベルで整えられるのか、自治体毎に障壁が出てくるのか。
- ・ 利用者から認定情報、負担割合をケアマネジャーに開示してもよいという文言が保険者に届けば可能なのではないか。私たちは個人情報に関して同意いただいているが、行政側が開示することについて本人からの同意が得られていないため、届出書にそういった文言が入っていれば、行政側も心置きなく開示できるのではないか。
 - ▶ まさにその通りである。
- ・ 負担割合証と認定結果は分けて議論した方がわかりやすいだろう。まとめ方については整理するとしても、一旦、認定結果については同意を基に発行するという方法もあるということ案内できるか、というご意見をいただいたとしたい。

2. 居宅介護支援における必要なケアマネジメントの個々の業務（プロセス） について

論点 2-1：モニタリング、サービス担当者会議の ICT 活用について

(1) 論点及び議論の方向性

論点及び議論の方向性は以下のとおり。

【論点 2-1】

- モニタリング、サービス担当者会議については、テレビ会議、ビジネスチャット等の ICT 活用による訪問等の代替を含めた業務負担軽減について、どのように考えるか。
(補足事項)
- ※ モニタリングについては、訪問することで、利用者の表情（目線やお肌の具合等）、呼吸の深さ、歯ぎしりの強弱、服装等、また、居室やトイレ等の状況（臭い等）を把握することができること等、利用者の尊厳を前提に支援するために、必要な把握すべき事項について、ICT の活用でどのように担保するのか。
また、利用者への居宅等を訪問する過程における道路のバリアフリーの状況や地域の社会資源の状況等、いわゆる“地域アセスメント”を ICT の活用でどのように担保するのか。
- ※ サービス担当者会議については、対面によって、各専門職同士の人柄、相性、空気感等を含めた人情的な要素を把握できるが、それらを ICT の活用でどのように担保するのか。
⇒ これらのモニタリング、サービス担当者会議に係る業務負担の見直しの検討にあたっては、「訪問・召集（対面）」⇔「訪問しなくていい・召集（対面）でなくていい」という単なる二者択一の議論ではなく、利用者・家族や多職種連携に係る質的側面や信頼関係等を担保しつつ、簡素化や ICT 活用を図りながら、どのような（どこまでの）見直しが可能なのか、介護報酬上の取扱いも含めたトータルな議論が必要ではないか。
- ※ ICT の活用にあたっては、利用者の居宅等における環境整備の問題も含めた議論が必要ではないか。

【議論の方向性】

- モニタリングについては、その趣旨を勘案し、介護支援専門員が自宅に訪問することを維持してはどうか。ただし、利用者の状態に応じて月内に複数回訪問しなければならない場合は、ICT の活用を含め、引き続き検討することにしてはどうか。
- サービス担当者会議については、その趣旨を勘案し、引き続き対面の開催にしつつも、例えば、利用者の同意や会議関係者の合意を前提に○回目以降については ICT 等の活用を認めることにしてはどうか。ただし、ICT の活用にあたっては、利用者の居宅における環境整備の問題に留意する必要があることから、介護支援専門員は利用者に同席し、支援することにしてはどうか。

(2) 論点に関連するアンケート調査結果

論点に関するアンケート調査結果は以下のとおり。

① サービス担当者会議について

ア 業務の現状

サービス担当者会議の実施頻度について、平均的な利用者の場合は「4～6か月に1回」と回答した事業所が43.9%と最も多く、次いで「10～12か月に1回」が39.0%であった。

事業所全体の1カ月間のサービス担当者会議の開催回数については、平均で10.7回であった。介護支援専門員数別にみると、介護支援専門員数が「0～3人未満」の場合は平均5.6回であったのに対し、「10人以上」の場合は平均35.1回であった。

また、特に開催回数が多い利用者について、開催回数が多くなる利用者を見ると、「サービスの変更が多い」と回答した事業所が49.9%であった。

図表 14 6 (2) 1) サービス担当者会議の実施頻度 (平均的な利用者の場合)

	件数	1か月に1回以上	2～3か月に1回	4～6か月に1回	7～9か月に1回	10～12か月に1回	12か月に1回未満	無回答	平均
合計	1279	43 3.4%	57 4.5%	561 43.9%	43 3.4%	499 39.0%	27 2.1%	49 3.8%	8.57

図表 15 6 (2) 1) 介護支援専門員数別のサービス担当者会議の開催回数

	件数	0回	1～5回	6～10回	11～15回	16～20回	21回以上	無回答	平均
全体	1279	20 1.6%	450 35.2%	346 27.1%	159 12.4%	97 7.6%	140 10.9%	67 5.2%	10.72
0～3人未満	641	18 2.8%	356 55.5%	171 26.7%	48 7.5%	12 1.9%	3 0.5%	33 5.1%	5.58
3～5人未満	389	2 0.5%	67 17.2%	126 32.4%	81 20.8%	51 13.1%	45 11.6%	17 4.4%	12.34
5～7人未満	150	0 0.0%	16 10.7%	37 24.7%	21 14.0%	23 15.3%	43 28.7%	10 6.7%	17.41
7～9人未満	50	0 0.0%	7 14.0%	5 10.0%	6 12.0%	7 14.0%	21 42.0%	4 8.0%	22.96
9～10人未満	8	0 0.0%	0 0.0%	2 25.0%	1 12.5%	0 0.0%	5 62.5%	0 0.0%	23.25
10人以上	41	0 0.0%	4 9.8%	5 12.2%	2 4.9%	4 9.8%	23 56.1%	3 7.3%	35.08
無回答	-	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	-

図表 16 6 (2) 1) サービス担当者会議の開催回数が多くなる利用者 (特に開催回数が多い利用者の場合)

	件数	サービスの変更が多い	体調が変化しやすい	入退院が多い	その他	無回答
合計	1279	638 49.9%	159 12.4%	117 9.1%	32 2.5%	333 26.0%

イ サービス担当者会議の所要時間と長時間の理由

サービス担当者会議の所要時間について、新規のケアプランと継続のケアプラン別に、1回あたりの所要時間が平均的な場合と、特に長い場合について把握した。

サービス担当者会議の1回あたりの所要時間について新規のケアプランの場合をみると、「平均的な場合」は平均45.8分に対し、「所要時間が特に長い場合」は平均77.2分であった。

サービス担当者会議が特に長い場合をみると、新規のケアプランでは「困難事例であり検討すべき内容が多い」が65.1%と最も多く、次いで、「出席する関係者の人数が多い」が60.5%であった。継続のケアプランでは、「困難事例であり検討すべき内容が多い」が67.2%と最も多く、次いで、「利用しているサービスが多い」が58.6%であった。

図表 17 6 (2) 2) ①サービス担当者会議の1回あたりの所要時間：平均的な場合

	件数	0分	20分以内	21~30分	31~35分	36~40分	41~45分	46~50分	51~55分	56~60分	61分以上	無回答	平均
新規のケアプラン	1279	0.1%	3.4%	30.1%	0.4%	12.4%	9.1%	3.3%	0.2%	38.8%	1.4%	0.9%	45.76
継続のケアプラン	1279	0.1%	27.5%	54.0%	0.2%	7.4%	4.2%	0.4%	0.0%	4.8%	0.2%	1.2%	29.57

※「平均」：新規のケアプラン、継続のケアプランそれぞれの1回あたりの所要時間の合計÷回答件数

図表 18 6 (2) 2) ①サービス担当者会議の1回あたりの所要時間
(所要時間が特に長い場合)

	件数	0~29分	30~59分	60~89分	90分以上	無回答	平均
新規のケアプラン	1279	0.5%	7.1%	45.7%	43.2%	3.4%	77.15
継続のケアプラン	1279	2.7%	30.4%	50.7%	11.9%	4.2%	57.19

※「平均」：新規のケアプラン、継続のケアプランそれぞれの1回あたりの所要時間の合計÷回答件数

図表 19 6 (2) 2) ②サービス担当者会議の所要時間が特に長い場合(複数回答)

	件数	利用しているサービスが多い	出席する関係者の人数が多い	ケアプランの原案について、説明すべき内容が多い	ケアプラン原案の内容について、本人・家族や関係者の同意を得るのが難しい	困難事例であり検討すべき内容が多い	その他	無回答
新規のケアプラン	1279	59.4%	60.5%	48.5%	16.9%	65.1%	8.9%	3.0%
継続のケアプラン	1279	58.6%	53.8%	27.2%	13.2%	67.2%	6.2%	5.7%

サービス担当者会議の参加人数をみると、平均的な利用者の場合の平均は4.5人、最大の場合の平均は8.7人であった。

図表 20 6 (2) 4) サービス担当者会議の参加人数

	件数	0名	1名	2名	3名	4名	5名	6名	7名	8名	9名	10名以上	無回答	平均
平均的な利用者の場合	1279	0.1%	0.1%	1.9%	13.8%	29.4%	41.8%	9.1%	0.8%	0.6%	0.0%	0.2%	2.1%	4.51
最大の場合	1279	0.1%	0.0%	1.1%	13.0%	38.8%	32.2%	7.6%	1.8%	2.5%	0.2%	0.5%	0.1%	8.74

ウ サービス担当者会議における業務負担および工夫について

サービス担当者会議に関する問題点や負担が大きいことについて、「関係者の日程が合わず、日程を調整することが難しい」と回答した事業所が92.9%と最も多く、次いで「記録の作成に手間がかかる」が83.4%であった。

サービス担当者会議の効率性や有効性を高めるための工夫について、「個々の利用者について、日頃から情報共有や連携を図っている」と回答した事業所が76.1%と最も多く、次いで「サービス担当者会議の議題について事前に参加者に共有している」が59.3%であった。また、工夫のうちICTに関連する項目をみると、「日程調整・出席依頼において便利なツール（電子ファイル、各種ウェブサイト等）を利用している」が7.7%、「開催後、作成した記録等をソフトウェア等、電子上で共有している」が6.7%であった。

図表 21 6 (2) 5) サービス担当者会議に関する問題点や負担が大きいこと
(複数回答)

	件数	出席依頼の連続性に時間を要する	関係者の日程が合わず、日程を調整することが難しい	意見書の取り寄せに手間がかかる	意見書に記載された情報量が(会議参加に比べて)不十分な場合がある	進行が難しい	発言が得にくい場合がある	当日の欠席や予定変更がある	予定よりも時間がかかってしまうことがある	記録の作成に手間がかかる	作成した記録をサービス提供事業所・医療機関と共有する手間がかかる	その他	負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	684 53.5%	1188 92.9%	316 24.7%	254 19.9%	291 22.8%	432 33.8%	344 26.9%	852 66.6%	1067 83.4%	583 45.6%	46 3.6%	4 0.3%	5 0.4%

図表 22 6 (2) 6) サービス担当者会議の効率性や有効性を高めるための工夫
(複数回答)

	件数	日程調整・出席依頼において便利なツール(電子ファイル、各種ウェブサイト等)を利用している	意見書をソフトウェア等、電子上で共有している	サービス担当者会議の議題について事前に参加者に共有している	事前に参加者にケアプラン原案を共有し、意見を収集している	開催後、作成した記録等をソフトウェア等、電子上で共有している	地域のサービス提供事業所との関係構築を図っている(勉強会、連絡会など)	個々の利用者について、日頃から情報共有や連携を図っている	その他	特になし	無回答
合計	1279	98 7.7%	36 2.8%	758 59.3%	390 30.5%	86 6.7%	310 24.2%	973 76.1%	19 1.5%	86 6.7%	15 1.2%

特に負担が大きいと回答されたサービス担当者会議の日程調整について、99.4%の事業所が「担当する介護支援専門員が実施」していると回答し、手段としては「電話」が95.7%と最も多く、「専用のツール」は1.3%であった。

サービス担当者会議の日程調整の問題点、負担が大きい内容を見ると、「すべての関係者の日程が揃わない場合がある」と回答した事業所が85.8%、「すべての関係者へ出席依頼をするのに時間と手間を要する」が76.7%であった。

図表 23 6 (2) 7) サービス担当者会議の日程調整の担当者 (複数回答)

	件数	担当する 介護支援 専門員が 実施	事務職 員が 実施	その他	無回答
合計	1279	1271 99.4%	1 0.1%	4 0.3%	5 0.4%

図表 24 6 (2) 7) サービス担当者会議の日程調整の手段 (複数回答)

	件数	電話	FAX	メール、 ライン等	専用の ツール	その他	無回答
合計	1279	1224 95.7%	734 57.4%	222 17.4%	16 1.3%	10 0.8%	14 1.1%

図表 25 6 (2) 8) サービス担当者会議の日程調整の問題点、負担が大きい内容 (複数回答)

	件数	すべての 関係者 へ出席 依頼を するに 時間と 手間を 要する	すべての 関係者 から出 席依頼 や日程 調整に 関する 返信が 難しい	すべての 関係者 の日程 が揃わ ない場 合があ る	その他	問題点 や負担 が大きい ことは ない	無回答
合計	1279	981 76.7%	598 46.8%	1097 85.8%	64 5.0%	21 1.6%	6 0.5%

エ サービス担当者会議における新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う対応について

サービス担当者会議における新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う対応をみると、「通常の訪問、対面で開催した」が74.7%と最も多く、次いで「通常の訪問、対面以外で開催した」が69.4%、「やむを得ない場合を除き、開催を見送った」が11.1%であった。

新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う対応について、サービス担当者会議の開催方法別割合をみると、通常の訪問、対面で開催した割合が平均6割、通常の訪問、対面以外で開催した割合は約5割であった。

図表 26 6 (6) 1) ①新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う対応：

サービス担当者会議（複数回答）

	件数	通常の訪問、対面で開催した	通常の訪問、対面以外で開催した	やむを得ない場合を除き、開催を見送った	無回答
合計	1279	955 74.7%	887 69.4%	142 11.1%	14 1.1%

図表 27 6 (6) 1) ①新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う対応：

サービス担当者会議

	件数	1割未満	1～2割未満	2～3割未満	3～4割未満	4～5割未満	5～6割未満	6～7割未満	7～8割未満	8～9割未満	9～10割未満	10割	無回答	平均
通常の訪問、対面で開催した割合	955	3 0.3%	90 9.4%	115 12.0%	58 6.1%	26 2.7%	135 14.1%	33 3.5%	62 6.5%	124 13.0%	141 14.8%	158 16.5%	10 1.0%	6.08
通常の訪問、対面以外で開催した割合	887	17 1.9%	131 14.8%	116 13.1%	62 7.0%	27 3.0%	126 14.2%	25 2.8%	55 6.2%	113 12.7%	86 9.7%	34 3.8%	95 10.7%	4.85

注：平均については、記入結果をそのまま平均している

オ 通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由

通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由については、「対面で実施すべきと判断した」事業所が32.9%と最も多く、次いで「テレビ会議を開催するための設備、機器がなかった」が30.7%であった。

次に、「テレビ会議を開催するための設備、機器がなかった」主体をみると、「利用者・家族」が約8割であったが、「居宅介護支援事業所」および「サービス提供事業所」についても5～6割であった。次に、「テレビ会議を開催するための方法がわからなかった、機器の取扱いができなかった」主体をみると、「利用者・家族」、「居宅介護支援事業所」および「サービス提供事業所」ともに、テレビ会議を開催するための設備、機器がなかった割合より小さかった。

図表 28 6 (6) 1) ①サービス担当者会議を通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由 (複数回答)

	件数	該当するケースがなかった	対面で実施すべきと判断した	テレビ会議を開催するための設備、機器がなかった	テレビ会議を開催するための方法がわからなかった、機器の取扱いができなかった	その他	無回答
合計	1279	155 12.1%	421 32.9%	393 30.7%	139 10.9%	161 12.6%	397 31.0%

図表 29 6 (6) 1) ①サービス担当者会議を通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由 (テレビ会議を開催するための設備、機器がなかった主体について)

【「テレビ会議を開催するための設備、機器がなかった」場合】(複数回答)

	件数	利用者・家族	居宅介護支援事業所	サービス提供事業所	無回答
合計	393	312 79.4%	231 58.8%	210 53.4%	68 17.3%

図表 30 6 (6) 1) ①サービス担当者会議を通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由 (テレビ会議を開催するための方法がわからなかった、機器の取扱いができなかった主体)

【「テレビ会議を開催するための方法がわからなかった、機器の取扱いができなかった」場合】(複数回答)

	件数	利用者・家族	居宅介護支援事業所	サービス提供事業所	無回答
合計	139	104 74.8%	79 56.8%	56 40.3%	26 18.7%

通常の訪問、対面以外で開催した場合の開催・実施した理由については、「訪問による開催はリスクが高いと判断した」が69.4%と最も多く、次いで「利用者・家族が自宅での開催を拒否した」が61.4%であった。

通常の訪問、対面以外で実施した場合の方法については、「電話」が78.1%であったが、「その他」も42.1%であった。「その他」の方法の多くは、FAXや郵送等の文書による情報確認や照会であった。

「オンライン会議（テレビ会議）」で開催した事業所は2.6%であったが、その内訳としては「Zoom」を利用した事業所が52.2%であった。

図表 31 6（6）1）②サービス担当者会議を通常の訪問、対面以外で開催・実施した理由【通常の訪問、対面以外で開催した場合】（複数回答）

	件数	利用者・家族が自宅での開催を拒否した	利用者の入院等により訪問できなかった	介護支援専門員が在宅勤務のため訪問できなかった	訪問による開催はリスクが高いと判断した	その他	無回答
合計	887	545 61.4%	190 21.4%	13 1.5%	616 69.4%	108 12.2%	36 4.1%

図表 32 6（6）1）③サービス担当者会議を通常の訪問、対面以外で実施した方法【通常の訪問、対面以外で開催した場合】（複数回答）

	件数	電話	メール	オンライン会議（テレビ会議）	その他	無回答
合計	887	693 78.1%	125 14.1%	23 2.6%	373 42.1%	35 3.9%

図表 33 6（6）1）③サービス担当者会議を通常の訪問、対面以外で実施した方法
オンライン会議（テレビ会議）の方法【通常の訪問、対面以外で開催した場合】
（複数回答）

	件数	Skype	Zoom	Teams	Google Meet	その他	不明	無回答
合計	23	4 17.4%	12 52.2%	0 0.0%	2 8.7%	9 39.1%	0 0.0%	1 4.3%

通常の訪問、対面以外で実施した場合の課題については、「特にない」と回答した事業所が27.5%と最も多く、次いで、「書面開催とした場合、書類作成と郵送費が負担となった」が26.4%であった。

通常の訪問、対面以外で実施した場合に工夫した点としては、「特にない」と回答した事業所が38.8%と最も多く、次いで「事前の情報収集」が30.8%であった。

図表 34 6 (6) 1) ④サービス担当者会議を通常の訪問、対面以外で実施した場合の課題【通常の訪問、対面以外で開催した場合】(複数回答)

	件数	オンライン開催を可能とするための調整、準備が困難であった	情報収集が困難であった	情報共有が困難であった	参加者の発言が得にくかった	開催後の情報共有がしにくかった	書面開催とした場合、書類作成と郵送費が負担となった	その他	特にない	無回答
合計	887	191 21.5%	106 12.0%	107 12.1%	132 14.9%	57 6.4%	234 26.4%	37 4.2%	244 27.5%	61 6.9%

図表 35 6 (6) 1) ⑤サービス担当者会議を通常の訪問、対面以外で実施した場合に工夫した点【通常の訪問、対面以外で開催した場合】(複数回答)

	件数	オンライン開催を可能とするための関係者との調整、準備	事前の情報収集	事前の情報共有	参加者の発言を促す工夫	開催後の情報共有、フォロー	その他	特にない	無回答
合計	887	20 2.3%	273 30.8%	203 22.9%	62 7.0%	141 15.9%	36 4.1%	344 38.8%	86 9.7%

カ サービス担当者会議における ICT の活用による訪問の代替

ICT の活用によりサービス担当者会議時の訪問の代替について、「代替してもよい」と回答した事業所が 46.8%、「どちらともいえない」が 34.6%であった。

訪問の代替として ICT を活用する場合の懸念について、訪問の代替を「代替すべきではない」または「どちらともいえない」場合をみると、「参加者とのコミュニケーションが困難である」と回答した事業所が 72.4%と最も多く、次いで「利用者・家族の理解を得ることが困難である」が 56.9%であった。

また、訪問の代替として ICT を活用する場合、質の担保のための留意事項について、訪問の代替を「代替してもよい」または「どちらともいえない」場合をみると、「機器を通じたコミュニケーションが十分に可能な利用者限定する」と回答した事業所が 63.9%、「初回ではなく更新時（内容に変更がない場合）のみ可とする」が 61.2%であった。

図表 36 6（6）2）④サービス担当者会議を ICT の活用により訪問に代替すること

	件数	代替してもよい	代替すべきではない	どちらともいえない	無回答
合計	1279	598 46.8%	176 13.8%	443 34.6%	62 4.8%

図表 37 6（6）2）④サービス担当者会議：訪問の代替として ICT を活用する場合の懸念【「代替すべきではない」または「どちらともいえない」場合】（複数回答）

	件数	利用者・家族の理解を得ることが困難である	参加者とのコミュニケーションが困難である	セキュリティ（ネット回線、サーバー接続等）に不安がある	その他	特になし	無回答
合計	619	352 56.9%	448 72.4%	204 33.0%	35 5.7%	19 3.1%	22 3.6%

図表 38 6（6）2）④サービス担当者会議：訪問の代替として ICT を活用する場合、質の担保のための留意事項【「代替してもよい」または「どちらともいえない」場合】（複数回答）

	件数	初回ではなく更新時（内容に変更がない場合）のみ可とする	機器を通じたコミュニケーションが十分に可能な利用者限定する	その他	特になし	無回答
合計	1041	637 61.2%	665 63.9%	31 3.0%	70 6.7%	50 4.8%

② モニタリング業務について

ア モニタリング業務の現状について

1か月に2回以上の頻度でモニタリングを行う利用者の割合をみると、「1～2割未満」または「2～3割未満」と回答した事業所があわせて67.4%であった。

2回目以降の訪問以外の方法でのモニタリング頻度（1か月あたり）については、「電話やSNSでの話し合い」が平均15.2回、「その他の方法でのモニタリング」が平均5.0回であった。

図表 39 6（4）1）①1か月に2回以上の頻度でモニタリングを行う利用者の割合

	件数	1割未満	1～2割未満	2～3割未満	3～4割未満	4～5割未満	5～6割未満	6～7割未満	7～8割未満	8～9割未満	9～10割未満	10割	無回答	平均
合計	1279	86 6.7%	534 41.8%	328 25.6%	181 14.2%	38 3.0%	24 1.9%	13 1.0%	4 0.3%	11 0.9%	1 0.1%	6 0.5%	53 4.1%	1.91

図表 40 6（4）1）②2回目以降の訪問以外の方法でのモニタリング頻度（1か月あたり）（事業所全体の合計）

	件数	0回	1～2回	3～4回	5～6回	7～8回	9～10回	11～12回	13～14回	15～16回	17～18回	19～20回	21回以上	無回答	平均
電話やSNSでの話し合い	1279	100 7.8%	362 28.3%	128 10.0%	83 6.5%	11 0.9%	114 8.9%	3 0.2%	1 0.1%	36 2.8%	1 0.1%	62 4.8%	153 12.0%	225 17.6%	15.23
その他の方法でのモニタリング	1279	384 30.0%	146 11.4%	41 3.2%	35 2.7%	3 0.2%	45 3.5%	0 0.0%	0 0.0%	10 0.8%	1 0.1%	15 1.2%	33 2.6%	566 44.3%	5.04

利用者宅への訪問の目的別割合をみると、訪問全体に占める割合は、それぞれ、本人のモニタリングのためだけの訪問が平均約7割、本人のモニタリング以外の目的も含めた訪問が平均約3割であった。

また、本人のモニタリング以外の目的として利用者宅への訪問の目的をみると、「その他家族からの相談対応」が87.1%と最も多く、次いで「困難ケースへの対応」が70.2%であった。

図表 41 6（4）1）③利用者宅への訪問の目的別割合について

	件数	1割未満	1～2割未満	2～3割未満	3～4割未満	4～5割未満	5～6割未満	6～7割未満	7～8割未満	8～9割未満	9～10割未満	10割	無回答	平均
本人のモニタリングのためだけの訪問(訪問全体に占める割合)	1279	12 0.9%	73 5.7%	52 4.1%	40 3.1%	14 1.1%	76 5.9%	47 3.7%	135 10.6%	290 22.7%	271 21.2%	170 13.3%	99 7.7%	7.45
本人のモニタリング以外の目的も含めた訪問(訪問全体に占める割合)	1279	35 2.7%	368 28.8%	325 25.4%	176 13.8%	55 4.3%	75 5.9%	13 1.0%	25 2.0%	31 2.4%	32 2.5%	26 2.0%	118 9.2%	3.08

注：平均については、記入結果をそのまま平均している

図表 42 6（4）1）③本人のモニタリング以外の目的として、利用者宅への訪問の目的（複数回答）

	件数	徘徊対応	困難ケースへの対応	虐待等の対応	その他家族からの相談対応	その他	無回答
合計	1279	279 21.8%	898 70.2%	225 17.6%	1114 87.1%	208 16.3%	57 4.5%

イ モニタリングにおける新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う対応について

新型コロナウイルス感染拡大防止のためのモニタリングについては、「通常の訪問、対面で実施した」が82.5%と最も多く、次いで「通常の訪問、対面以外で実施した」が73.3%、「やむを得ない場合を除き、実施を見送った」が5.2%であった。

新型コロナウイルス感染拡大防止のためのモニタリングの方法別割合については、「通常の訪問、対面で実施した割合」の平均は7割、「通常の訪問、対面以外で実施した割合」は平均3割であった。

通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由については、「対面で実施すべきと判断した」事業所が32.1%と最も多く、次いで「オンラインで実施するための設備、機器がなかった」が28.4%であった。

図表 43 6 (6) 1) ①新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う対応：モニタリング
(複数回答)

	件数	通常の訪問、対面で実施した	通常の訪問、対面以外で実施した	やむを得ない場合を除き、実施を見送った	無回答
合計	1279	1055 82.5%	938 73.3%	67 5.2%	16 1.3%

図表 44 6 (6) 1) ①新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う対応：モニタリング

	件数	1割未満	1~2割未満	2~3割未満	3~4割未満	4~5割未満	5~6割未満	6~7割未満	7~8割未満	8~9割未満	9~10割未満	10割	無回答	平均
通常の訪問、対面で実施した割合	1055	3 0.3%	41 3.9%	60 5.7%	36 3.4%	20 1.9%	77 7.3%	29 2.7%	90 8.5%	167 15.8%	287 27.2%	234 22.2%	11 1.0%	7.47
通常の訪問、対面以外で実施した割合	938	25 2.7%	242 25.8%	152 16.2%	82 8.7%	27 2.9%	78 8.3%	18 1.9%	40 4.3%	72 7.7%	53 5.7%	21 2.2%	128 13.6%	3.63

注：平均については、記入結果をそのまま平均している

図表 45 6 (6) 1) ①モニタリングを通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由
(複数回答)

	件数	該当するケースがなかった	対面で実施すべきと判断した	オンラインで実施するための設備、機器がなかった	オンラインで実施するための方法がわからなかった、機器の取り扱いができなかった	その他	無回答
合計	1279	171 13.4%	410 32.1%	363 28.4%	123 9.6%	158 12.4%	409 32.0%

また、モニタリングを通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由のうち、「オンラインで実施するための設備、機器がなかった」場合の主体をみると、「利用者・家族」と回答した割合が約8割であったが、「居宅介護支援事業所」についても約6割の回答があった。

また、「オンラインで実施するための方法がわからなかった、機器の取扱いができなかった」場合の主体をみると、「利用者・家族」が8割、「居宅介護支援事業所」が6割弱であった。

図表 46 6 (6) 1) ①モニタリングを通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由のうちオンラインで実施するための設備、機器がなかった主体について
【「オンラインで実施するための設備、機器がなかった」場合】(複数回答)

	件数	利用者・ 家族	居宅介 護支 援事 業所	無回答
合計	363	287 79.1%	209 57.6%	68 18.7%

図表 47 6 (6) 1) ①モニタリングを通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由のうちオンラインで実施するための方法がわからなかった、機器の取扱いができなかった主体【「オンラインで実施するための方法がわからなかった、機器の取り扱いができなかった」場合】(複数回答)

	件数	利用者・ 家族	居宅介 護支 援事 業所	無回答
合計	123	96 78.0%	68 55.3%	19 15.4%

モニタリングを通常の訪問、対面以外で開催・実施した理由について、「利用者・家族が自宅への訪問を拒否した」と回答した事業所が62.9%と最も多く、次いで「訪問による実施はリスクが高いと判断した」が56.5%であった。

通常の訪問、対面以外で実施した場合の方法については、「電話」が最も多く88.1%であった。「オンライン会議（テレビ会議）」でモニタリングを実施した事業所は1.5%であったが、そのオンライン会議（テレビ会議）の方法については、「その他」が最も多く、次いで「Skype」、「Zoom」の順であった。「その他」の内訳としてはLINEやFaceTime、タブレットでのテレビ電話が挙げられた。

図表 48 6（6）1）②モニタリングを通常の訪問、対面以外で開催・実施した理由
【通常の訪問、対面以外で実施した場合】（複数回答）

	件数	利用者・家族が自宅への訪問を拒否した	利用者の入院等により訪問できなかった	介護支援専門員が在宅勤務のため訪問できなかった	訪問による実施はリスクが高いと判断した	その他	無回答
合計	938	590 62.9%	222 23.7%	23 2.5%	530 56.5%	123 13.1%	87 9.3%

図表 49 6（6）1）③モニタリングを通常の訪問、対面以外で実施した場合の方法
【通常の訪問、対面以外で実施した場合】（複数回答）

	件数	電話	メール	オンライン会議（テレビ会議）	その他	無回答
合計	938	826 88.1%	162 17.3%	14 1.5%	110 11.7%	69 7.4%

図表 50 6（6）1）③モニタリングを通常の訪問、対面以外で実施した場合の方法のうちオンライン会議の方法【「オンライン会議（テレビ会議）」の場合】（複数回答）

	件数	Skype	Zoom	Teams	Google Meet	その他	不明	無回答
合計	14	3 21.4%	3 21.4%	0 0.0%	0 0.0%	9 64.3%	0 0.0%	1 7.1%

モニタリングを通常の訪問、対面以外で実施した場合の課題について、「対面でないと把握しにくい情報があった」と回答した事業所が59.4%であった。一方、「特にない」も19.5%であった。

「対面でないと把握しにくい情報があった」場合の詳細については、「利用者の心身の状況」が88.3%と最も多く、次いで「住環境の状況」が50.6%であった。

モニタリングを通常の訪問、対面以外で実施した場合に工夫した点については、「メールやFAX等の文書と電話を組み合わせる」と回答した事業所が37.0%と最も多く、「特にない」も36.4%であった。

図表 51 6 (6) 1) ④モニタリングを通常の訪問、対面以外で実施した場合の課題【通常の訪問、対面以外で実施した場合】(複数回答)

	件数	利用者、 家族への 説明が 困難 であった	利用者 や家族 の理解を 得ること が困難 であった	利用者 や家族 からの聞 き取りが 困難で あった	対面でな いと把握 しにくい 情報が あった	その他	特にな い	無回答
合計	938	97 10.3%	68 7.2%	211 22.5%	557 59.4%	39 4.2%	183 19.5%	85 9.1%

図表 52 6 (6) 1) ④モニタリングを通常の訪問、対面以外で実施した場合の課題【通常の訪問、対面以外で実施し、「対面でないと把握しにくい情報があった」場合】(複数回答)

	件数	利用者 の心身 の状況	住環境 の状況	近隣住 民から提 供される 情報	その他	無回答
合計	557	492 88.3%	282 50.6%	46 8.3%	31 5.6%	28 5.0%

図表 53 6 (6) 1) ⑤モニタリングを通常の訪問、対面以外で実施した場合に工夫した点【通常の訪問、対面以外で実施した場合】(複数回答)

	件数	家族の 協力を得 るなどし て、カメ ラ映像を 用いてオ ンライン で対話で きるよう にした	複数回 にわけて 実施した	メールや FAX等 の文書と 電話を組 み合わせ て実施 した	その他	特にな い	無回答
合計	938	14 1.5%	112 11.9%	347 37.0%	82 8.7%	341 36.4%	115 12.3%

ウ モニタリングの ICT の活用による訪問の代替について

ICT の活用によりモニタリングのための訪問を代替することについて、「一部は代替してもよい」と回答した事業所が 36.0%、「代替してもよい」が 30.4%であった。

「代替すべきではない」または「どちらともいえない」場合における訪問の代替として ICT を活用する場合の懸念については、「十分な情報収集・評価が困難である」と回答した事業所が 68.4%と最も多く、次いで「信頼関係の構築が困難である」が 67.0%であった。

また、「代替してもよい」、「一部は代替してもよい」または「どちらともいえない」場合における訪問の代替として ICT を活用する場合、質の担保のための留意事項については、「状態が安定している利用者限定する」と回答した事業所が 67.4%、「機器を通じたコミュニケーションが十分に可能な利用者限定する」が 65.9%であった。

図表 54 6 (6) 2) ⑤モニタリングを ICT の活用により訪問を代替すること

	件数	代替してもよい	一部は代替してもよい	代替すべきではない	どちらともいえない	無回答
合計	1279	389 30.4%	461 36.0%	148 11.6%	225 17.6%	56 4.4%

図表 55 6 (6) 2) ⑤モニタリングにおいて、訪問の代替として ICT を活用する場合の懸念【「代替すべきではない」または「どちらともいえない」場合】(複数回答)

	件数	信頼関係の構築が困難である	十分な情報収集・評価が困難である	セキュリティ(ネット回線、サーバー接続等)に不安がある	その他	特にない	無回答
合計	373	250 67.0%	255 68.4%	122 32.7%	15 4.0%	19 5.1%	14 3.8%

図表 56 6 (6) 2) ⑤モニタリングにおいて、訪問の代替として ICT を活用する場合、質の担保のための留意事項【「代替してもよい」、「一部は代替してもよい」または「どちらともいえない」場合】(複数回答)

	件数	遠隔で確認できない情報を補う手段を確保するとともに、遠隔での情報収集のための ICT 環境が整備されていることを前提とする	機器を通じたコミュニケーションが十分に可能な利用者限定する	状態が安定している利用者限定する	訪問間隔の制限を設ける	その他	特にない	無回答
合計	1075	486 45.2%	708 65.9%	725 67.4%	274 25.5%	12 1.1%	60 5.6%	32 3.0%

(3) 検討委員会における検討内容・主な意見

論点に関連する実態・課題について、以下のように議論を重ね、最終的に議論の方向性を導き出した。

第1回検討委員会での主なご意見

- ・ モニタリング訪問について、月1回以上としているが、コロナ禍において、家族同居者や軽度者、ホーム入居者(面会制限あり)など、特段変わらなくサービスが継続されている場合、訪問せず電話でのモニタリングや利用しているサービス事業者からの聞き取りでも支障はなかった。ケースバイケースで、必ずしも月1回の自宅訪問でなくてもモニタリング訪問は可能であった。回数を厳格化せず、(要支援のように)柔軟に対応してはどうかという論点で議論してはどうか。
- ・ 緊急時に気づいた点を平常時の議論にもつなげられるのではないか。
- ・ サービス担当者会議については複数の事業者が集まる必要があることから、ICT活用によるメリットは大きいと考えられる。これまでやむを得ず照会で参加していた医師等も出席の可能性が高まると考えられる。モニタリングは居宅への訪問を前提としているため、ICT活用により代替ができるかは疑問がある。特に都市部においては訪問先までの移動距離が短く、業務負担軽減につながるのかも疑問である。サービス担当者会議、モニタリングとも、本来どうあるべきかを確認しつつ、ICT活用等の代替え方法のメリット・デメリットを考慮した上で、どのような方法ができるか議論してはどうか。
- ・ サービス担当者会議、モニタリングにおける ICT 活用はあくまでも補足用と思っている。利用者によって、認知症の方や見えにくい方、聞き取りにくい方も多く配慮が必要である。サービス担当者会議における ICT 等活用は可能である。但し、ケアマネジャーは利用者と同席が必要ではないか。
- ・ 効率化を速やかに進めて欲しい。現場で既に始まっている簡素化の例
 - ①サービス毎の申込書の統一(基本部分だけでも)毎回重複して記入しなくて済む
 - ②ICTを活用し、利用者ごとにチームでチャット等を活用こういった良い取り組みであるが、なぜ浸透していかないかの議論が必要ではないか。
- ・ モニタリングの方法と同時に、頻度についての議論は必要ないかどうか。要支援で、地域包括支援センターのモニタリング訪問は、3か月に1回である。居宅は、毎月訪問となっているが、落ち着いている方は、3か月に1回で、十分な場合も多い。変化があり、必要な場合は、月1回だけでなく、何度でも足を運んでいる。落ち着いている方の訪問の為に、緊急な対応の訪問に支障が出る場合もある。必要な方に時間を使い、モニタリングの時間と記録の時間が減れば、業務負担が軽くなる。
- ・ ICTを活用したモニタリングや担当者会議の記録(保管方法)は、どのようにすればよいか。現状は、医師とMCSで情報をやり取りするが、印刷できないため結局手書きで支援経過に記入したりしている。病院や訪問診療のように電子カルテ化ができな

いと、ICT活用の方法の具体的な議論が進まないのではないかと。

第3回検討委員会に向けた主なご意見

- ・ 現行のモニタリングの頻度と方法をケース、状況により簡素化を検討してはどうか。例えば、初回ケースや要介護度に変化がなく認定期間が長期となっているケースと初回認定や退院直後で状態が不安定なケースなど。
- ・ 上記同様、サービス担当者会議の頻度と方法について。
- ・ 論点 2-1 補足事項が重要でモニタリングに関してはICT活用除外にしてはどうか。ケアマネジャーの力量に差があり、潜在的なニーズを把握したり、変化に気づかない事を懸念する。
- ・ サービス担当者会議をWeb会議等で実施する件については、今般のコロナ禍において全国的に実績を積んできていることから、コロナ後においてもその実施を認めるべきだと思う。モニタリングについては、補足事項にあるように、実際に利用者宅を訪問して実施することが重要だと考えるが、利用者の状態像等を考慮した場合、直接訪問しなくても代替措置（主に電話）で対応可能な場合もあり得ると考えるので、利用者の状態像等で実施の可否を判断することは可能だと思われるが、モニタリングの未実施は、減算対象となるだけではなく、指定取り消しになる場合もあるので、代替措置を認める基準については、ローカルルールが発生しないような検討が必要だと思う。
- ・ モニタリングの標準化。現在、モニタリングは標準様式がなく、各事業所で支援経過に記入するか、独自の書式を作成している。モニタリング内容も個々であるため、本来の評価が記載していない事例もあることから、標準化した様式があればよい。また、回数に関しても月1回は負担になっている。

第3回検討委員会での主なご意見

- ・ モニタリング、サービス担当者会議については、テレビ会議、ビジネスチャット等のICT活用による訪問等の代替を含めた業務負担軽減について、どのように考えるか。二者択一ではなくハイブリッドに両方をうまく使いながらの方法もあるのではないかと。
- ・ ICT化について、委員長からハイブリッドとあったが、実際に訪問して記録をした場合や、タブレット端末で記録するなどあるが、その記録をどうしたらよいか。現在、実地指導では紙で確認されているため、紙がなくてもよいか心配である。
 - 自分たちの業務だけでは解決できないことかもしれない。
 - 最近はパソコン上のデータを確認することが増えている。
 - ○市でも紙でなくてもよいとしており、関連部署とも連携している。ここは自治体の取組になると思う。
 - 実地指導の指導要領に入れてもらうということになるのか。
- ・ 基本的にサービス担当者会議については、ICTを活用することによって参加しにくか

った方々が参加できるというメリットは活かしつつ、居宅への訪問を前提とした検討が必要ではないか。

- ・ ICT の活用についてハイブリッドはよい考え方と思う。ケアマネジャーとしては、モニタリングは訪問ありきと考えており、訪問を残しておきたい。サービス担当者会議の ICT 化については遠方に住んでいるご家族に参加いただく場合などは良いと思う。全てを ICT とするのではなく、分けて検討することが良いと思う。
 - ▶ モニタリングはそのような考え方で良いと思う。しかし、サービス担当者会議については、利用者の代弁という意味でケアマネジャーが同席することがよいのではないか。
- ・ 今回の事業は居宅介護支援に焦点があてられているが、自治体の ICT 化はおそらく規模にも関連するのではないか。例えば先駆的な取組を行っている自治体が周辺の小規模自治体にもノウハウを伝える、フォローアップしていくなど、現場の負担軽減に新しいやり方を自治体間でも進めていくということを Q&A に記載いただけるとよいのではないか。
 - ▶ 自治体間でお互いにできることをやっていただくということがよいのではないか。
- ・ 給付の見直しの委員会が始まっており、確定情報ではないが予防ケアマネジメントの委託料が上がると聞いている。予防について、モニタリングは3か月に1回でよいとされているが、料金が上がっても毎月訪問とはならないだろう。予防と介護の業務量の見直しも必要ではないか。
- ・ 先ほど自治体の規模によるという話があった。横のつながりがある市もあると聞いているが、こういった対応は市町村によって異なるのか。
 - ▶ 横の連携はとっているが、自治体ごとに動きは違うと感じている。ICT の状況について、〇市の状況は、非常に規模の小さい事業所ではまだまだというところである。コロナの件でも WEB が使用できないため、情報は通知、FAX で欲しいといわれる事業所もある。どのあたりまで出来ている事業所に目線を合わせて議論すべきか。

第5回検討委員会での主なご意見

- ・ アンケート結果によると、オンライン会議については、事業所内の環境が整っていないとの回答が多い。利用者の条件について、状態が安定している、または認知症等ではなくコミュニケーションができる等があげられたが、誰にでも簡単にできるツールがあれば参加しやすくなるのではないか。
- ・ ICT 活用による訪問代替において、「代替してもよい」がサービス担当者会議は 47.6%、モニタリングは 30.8%となっている。モニタリングは訪問することで得られる情報や信頼関係構築の目的が強いので、訪問の代替は適さないと感じた。コロナ禍でもモニタリングの通常訪問、対面実施は、平均7割と高いことから分かる。サービス担当者会議については、テレビ会議を開催するための環境整備などが

進むことと、平時にモニタリングで通常訪問、対面実施をしていることで、比較的、ICTを活用し通常訪問、対面以外での開催も可能ではないかと推測される。

- モニタリングのICTによる代替について、「代替しても良い」、または「一部代替しても良い」との回答が多かったが、利用者にあわせてICTを活用する場合、どのようにICTを活用すれば良いのか、また運営基準はどう変わるのかについても議論すべきではないかと感じた。
- サービス担当者会議はICT化できるがモニタリングは慎重に検討しないといけない部分があり、アンケート調査の整理の仕方、まとめ方の仕方については再考すべきではないか。
 - サービス担当者会議とモニタリングは違うという意見が出ていたため、整理の仕方について検討してもらいたい。
- 本委員会の使命はケアマネジャーの業務負担の軽減について議論することであるが、ICT化に傾いている印象を受ける。熟練していないケアマネジャーに対し、ICTだけの業務改善を進めるのは危険な面があるのではないか。対面でのスキルが求められる仕事である分、機械を通してはうまくいかないこともある。ICTで改善できる部分も一部あると思うが、一律にICT化を進めるのはなかなか難しいのではないかと思ひ、その部分を整理したほうが良いのではないか。

論点 2-2：署名・捺印で行われている利用者のケアプランへの同意について

(1) 論点及び議論の方向性

論点及び議論の方向性は以下のとおり。

【論点 2-2】

- 署名・捺印で行われている利用者のケアプランへの同意について、原本性を担保しつつ、電子署名などの手段による代替を可能とすることも含め、業務負担軽減について、どのように考えるか。
- ※ 現行、介護保険三施設における同意の手続きにおいては、通信機器等の活用も認めている。

【議論の方向性】

- 委員会の議論と並行して政府の明確な動き（報道）があったことや、論点 1-1 と同様の枠で議論する内容ではないかといったご意見があり、簡素化の視点での方向性は見出せなかったため、個々のご意見を残しておく方向としてはどうか。

(2) 論点に関連するアンケート調査結果

論点に関するアンケート調査結果は以下のとおり。

捺印取得における負担について、「利用者・家族が印鑑を適切に管理できていない（手元に見当たらない）ため、捺印できない」と回答した事業所が 55.4%と最も多く、次いで「法的には署名があればよいが、指導等で捺印も求められる」が 46.7%であった。「負担が大きいことはない」は 18.6%だった。

また、電子署名にした場合の懸念事項について、「利用者、家族にとって対応が難しい」と回答した事業所が 66.3%と最も多く、次いで「セキュリティ（ネット回線、サーバー接続等）面での不安がある」が 51.5%であった。

図表 57 5 (3) 1) 捺印取得における負担（複数回答）

	件数	利用者・家族に捺印の必要性の理解を得ることが難しい	利用者・家族が印鑑を適切に管理できていない（手元に見当たらない）ため、捺印できない	法的には署名があればよいが、指導等で捺印も求められる	その他	負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	238 18.6%	709 55.4%	597 46.7%	120 9.4%	238 18.6%	5 0.4%

図表 58 5 (3) 2) 電子署名にした場合の懸念事項（複数回答）

	件数	利用者、家族にとって対応が難しい	原本性が担保できない	セキュリティ（ネット回線、サーバー接続等）面での不安がある	その他	電子署名にした場合の懸念事項は特にない	無回答
合計	1279	848 66.3%	339 26.5%	659 51.5%	84 6.6%	171 13.4%	10 0.8%

(3) 検討委員会における検討内容・主な意見

論点に関連する実態・課題について、以下のように議論を重ね、最終的に議論の方向性を導き出した。

第1回検討委員会での主なご意見

- ・ 電子署名化することが業務負担軽減につながるのかは疑問である。しかし、個人情報の観点では紙の紛失がなくなる。業務改善と個人情報保護という視点での議論となるのではないかと。
- ICT化や電子署名については、業務負担の軽減に向けた議論だけでなく、質の維持に向けたICT活用も議論が必要である。

第3回検討委員会に向けた主なご意見

- ・ この部分は、【論点1-1】と同様であると考えている。

第3回検討委員会での主なご意見

- ・ 政府の動き等もあり、あまり事前のご意見をいただかなかったところか。【論点1-1】でご意見をいただいた。

論点 2-3：居宅介護支援事業所と各サービス事業所等における情報共有について

(1) 論点及び議論の方向性

論点及び議論の方向性は以下のとおり。

【論点 2-3】

- 居宅介護支援事業所と各サービス事業所等における利用者のサービス提供等の情報共有について、簡素化の視点で、どのような方法が考えられるか。

【議論の方向性】

【短期的な視点】

- 居宅介護支援事業所と各サービス事業所等における利用者のサービス提供等の情報共有については、例えば SNS 等を活用しつつ、関係事業所・関係機関・市町村等を含めたネットワークづくりを進めることにしてはどうか。

【中長期的な視点】

- 居宅介護支援事業所と各サービス事業所等において双方向でやり取りが可能となるシステムを導入することについて検討を進めることにしてはどうか。

(2) 論点に関連するアンケート調査結果

論点に関するアンケート調査結果は以下のとおり。

① サービス提供事業所との情報共有の現状について

サービス提供事業所との書類のやり取りの方法について、「実施している」と回答した割合が最も多かったのは「手交」の 88.3%で、次いで「FAX」が 82.9%、「郵送」が 78.1%であった。「連携ツールやネットワーク」は 9.0%、「クラウドサービス」は 4.4%だった。

サービス提供事業所との書類のやり取りの頻度について、FAX は「ほぼ毎日」が 22.0%であったのに対し、それ以外の方法については「それ以下」(週 1 日、2 日以下)がおおむね 5～7 割であった。

図表 59 6 (8) 1) サービス提供事業所との書類のやり取り：方法

	件数	実施していない	実施している	無回答
手交	1279	55 4.3%	1129 88.3%	95 7.4%
郵送	1279	162 12.7%	999 78.1%	118 9.2%
FAX	1279	105 8.2%	1060 82.9%	114 8.9%
電子メール	1279	684 53.5%	202 15.8%	393 30.7%
連携ツールやネットワーク	1279	753 58.9%	115 9.0%	411 32.1%
クラウドサービス	1279	791 61.8%	56 4.4%	432 33.8%
その他	1279	165 12.9%	12 0.9%	1102 86.2%

図表 60 6 (8) 1) サービス提供事業所との書類のやり取り：頻度

	件数	ほぼ毎日	週3、4日	週1、2日	それ以下	無回答
手交	1129	77 6.8%	118 10.5%	320 28.3%	602 53.3%	12 1.1%
郵送	999	58 5.8%	87 8.7%	243 24.3%	597 59.8%	14 1.4%
FAX	1060	233 22.0%	173 16.3%	265 25.0%	371 35.0%	18 1.7%
電子メール	202	16 7.9%	18 8.9%	37 18.3%	129 63.9%	2 1.0%
連携ツールやネットワーク	115	11 9.6%	9 7.8%	18 15.7%	72 62.6%	5 4.3%
クラウドサービス	56	1 1.8%	3 5.4%	6 10.7%	43 76.8%	3 5.4%
その他	12	2 16.7%	0 0.0%	1 8.3%	8 66.7%	1 8.3%

② サービス提供事業所との情報共有における業務負担および工夫について

1) ケアプランの交付について

ケアプランをサービス提供事業所に交付する際の問題点や負担が大きい内容について、「サービス提供事業所が多い場合、交付に手間がかかる」と回答した事業所が64.4%と最も多く、次いで「個別サービス計画書との連動のため、交付のタイミングを急ぐ必要がある場合がある」が53.3%であった。

ケアプラン交付を効果的に行うために工夫していることについては、「FAXやメールを活用している」が49.6%と最も多かったが、「特にない」も43.8%あった。

図表 61 6 (8) 2) ケアプランをサービス提供事業所に交付する際の問題点や負担が大きい内容（複数回答）

	件数	個別サービス計画書との連動のため、交付のタイミングを急ぐ必要がある場合がある	サービス提供事業所が多い場合、交付に手間がかかる	保険者が利用者の捺印付きの「確定版」「最新版」の配布を求め、サービス担当者会議後にその場で配布できない、またはその都度、配布しなければならない	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	682 53.3%	824 64.4%	579 45.3%	33 2.6%	127 9.9%	9 0.7%

図表 62 6 (8) 3) ケアプラン交付を効果的に行うために工夫していること（複数回答）

	件数	FAXやメールを活用している	交付のためのソフトウェア等を活用している	効率的な交付方法について、保険者の了承を得て実施している	その他	特にない	無回答
合計	1279	634 49.6%	20 1.6%	9 0.7%	67 5.2%	560 43.8%	20 1.6%

2) ケアプラン交付以外の情報共有について

サービス提供事業所との情報共有における問題点や負担が大きい内容について、「時間や労力がかかる」と回答した事業所が 54.6%、「迅速な応答が得られない場合がある」が 54.5%であった。

また、情報共有における工夫については、「特にない」と回答した事業所が 54.7%と最も多かったが、次いで、「サービス提供事業所と合同での勉強会や事例検討会等に参加し、関係構築に努めている」が 25.3%であった。

図表 63 6 (8) 5) サービス提供事業所との情報共有における問題点や負担が大きい内容 (複数回答)

	件数	時間や労力がかかる	迅速な応答が得られない場合がある	担当者との連絡がとりにくい	事業所側から適時に情報が共有されない	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	698 54.6%	697 54.5%	537 42.0%	558 43.6%	42 3.3%	141 11.0%	16 1.3%

図表 64 6 (8) 6) 情報共有における工夫 (複数回答)

	件数	サービス提供事業所との連絡にICT機器を活用している	クラウドを利用するなどして地域内のサービス提供事業所と全部または一部のデータを共有している	サービス提供事業所と合同での勉強会や事例検討会等に参加し、関係構築に努めている	その他	特にない	無回答
合計	1279	96 7.5%	29 2.3%	323 25.3%	131 10.2%	700 54.7%	64 5.0%

③ ICTを活用したサービス提供事業所との情報連携について

ICTを活用した介護保険サービス提供事業所との情報連携について、アセスメント、ケアプランへの交付と個別援助計画の受け取り、サービス担当者会議、モニタリングともに「ICTを活用して実施していない」と回答した割合が約7～8割であった。ICTを活用している回答が多い業務としては、サービス担当者会議における「日程調整」が 8.9%、「アセスメント情報の提供」が 8.4%であった。

図表 65 6 (8) 7) ICTを活用した介護保険サービス提供事業所との情報連携：

①アセスメント (複数回答)

	件数	アセスメント情報の提供	アセスメントに際しての情報収集	アセスメント内容に関する意見交換	その他	ICTを活用して実施していない	無回答
合計	1279	108 8.4%	82 6.4%	50 3.9%	5 0.4%	1015 79.4%	108 8.4%

図表 66 6 (8) 7) ICT を活用した介護保険サービス提供事業所との情報連携：
②ケアプランへの交付と個別援助計画の受け取り（複数回答）

	件数	ケアプランの交付	個別援助計画の受け取り	計画に関する意見交換	その他	ICTを活用して実施していない	無回答
合計	1279	72 5.6%	40 3.1%	61 4.8%	3 0.2%	980 76.6%	181 14.2%

図表 67 6 (8) 7) ICT を活用した介護保険サービス提供事業所との情報連携：
③サービス担当者会議（複数回答）

	件数	日程調整	事前の情報共有、意見照会	開催	事後の情報共有	その他	ICTを活用して実施していない	無回答
合計	1279	114 8.9%	81 6.3%	38 3.0%	56 4.4%	3 0.2%	957 74.8%	177 13.8%

図表 68 6 (8) 7) ICT を活用した介護保険サービス提供事業所との情報連携：
④モニタリング（複数回答）

	件数	モニタリング情報の提供	モニタリングに際しての情報収集	モニタリング内容に関する意見交換	その他	ICTを活用して実施していない	無回答
合計	1279	98 7.7%	94 7.3%	52 4.1%	3 0.2%	952 74.4%	182 14.2%

サービス提供事業所との情報連携において ICT を活用していない理由については、「法人が ICT 化に取り組んでいないため」と回答した事業所が 63.5%と最も多く、次いで「サービス提供事業所等が ICT に対応していないため（サービス提供事業所が対応できるか、確認していない場合も含む）」と回答した事業所が 48.0%であった。

また、「法人が ICT 化に取り組んでいないため」、「自事業所のインターネット環境が整っていないため」または「事業所内にパソコン等の機器が不足しているため」と回答した場合、その理由をみると、「ICT 機器を導入するためにはコストがかかるため」と回答した事業所が 63.6%と最も多かったが、「ICT 機器やツールの維持・保守のためのコストがかかるため」または「ICT に関する知識不足や ICT を活用した連携ツールの導入方法がわからないため」も約 4～5割であった。

図表 69 6 (8) 8) サービス提供事業所との情報連携において ICT を活用していない理由（複数回答）

	件数	法人がICT化に取り組んでいないため	自事業所のインターネット環境が整っていないため	事業所内にパソコン等の機器が不足しているため	サービス提供事業所等がICTに対応していないため（サービス提供事業所が対応できるか、確認していない場合も含む）	セキュリティ（ネット回線、サーバー接続等）面での不安があるため	ICT経由では情報が不足するため	十分なコミュニケーションができないため	ICT化する必要性を感じていないため	その他	無回答
合計	1072	681 63.5%	121 11.3%	104 9.7%	515 48.0%	432 40.3%	105 9.8%	338 31.5%	199 18.6%	65 6.1%	14 1.3%

図表 70 6 (8) 8) サービス提供事業所との情報連携において ICT を活用していない理由【「法人が ICT 化に取り組んでいないため」、「自事業所のインターネット環境が整っていないため」または「事業所内にパソコン等の機器が不足しているため」と回答した場合】(複数回答)

	件数	ICTに関する知識不足やICTを活用した連携ツールの導入方法がわからないため	ICT機器を導入するためにはコストがかかるため	ICT機器やツールの維持・保守のためのコストがかかるため	無回答
合計	777	336 43.2%	494 63.6%	397 51.1%	107 13.8%

(3) 検討委員会における検討内容・主な意見

論点に関連する実態・課題について、以下のように議論を重ね、最終的に議論の方向性を導き出した。

第1回検討委員会での主なご意見

- ・ 居宅介護支援事業所と各サービス事業所等における利用者のサービス提供等の情報共有にあたり、クラウドサービス等を活用が想定されると考えられるが具体的な運用についての議論を追加してはどうか。クラウドサービスを活用し利用者ごとにグループを組み、常時グループ内で情報共有した仕組みを作った場合、個人情報保護の観点や情報漏洩リスク軽減のための、利用者への説明文章、適切と思われる運用について等、具体的な運用に議論を行ってみてはどうか。
- ・ 各事業所で同一のシステムや連携できるシステムを導入し、申請・承認などの機能で双方向にデータの共有が可能な環境がつかれないか（現状は FAX でやりとりしているため個人情報保護の観点は同レベルと考える）。ICT 等の活用、個人情報保護という視点で議論してはどうか。
- ・ ICT 活用の可能性と弊害について議論してはどうか。医師によって電子カルテのシステムが異なるため、それに合わせて連携システムを変更しなければならない。ICT 活用がなぜ浸透しないのか。逆に導入することでどのようなデメリットが発生するのか。

第3回検討委員会に向けた主なご意見

- ・ ICT 化を進める際の問題点と可能性という視点で議論してはどうか。

第3回検討委員会での主なご意見

- ・ 一部の事業者とはクラウドサービスを使って連絡、情報共有をしている。簡単な報告事項であればクラウドサービスでもよいのではないか。クラウドまでいなくても

メールでも問題ないと思っている。ただし、個人情報のためどこまで利用者の同意を得た上で情報共有してよいか。また、医療介護連携については、A社やB社など色々なクラウドサービスがある中で進められている。○市の事例では、B社を市町村が主導で医療機関とケアマネジャーで情報共有しようという取り組みが行われているが、一方で、ICTリテラシーが低い事業所ではついていけず、かえって手間が増えているという声もあるようである。

- ▶ 個人情報の同意等の留意点がありながら紹介していかなければいけないが、どれほど便利なものか広めていくことも必要である。
- ▶ 多様なクラウドサービスがある。○市のようにB社に統一されているならばよいが、医師や事業者によってサービスが異なることでハードルが高くなっている。
- ▶ 各事業所が工夫するだけではどうにもならないこともある。行政がある程度仕切り、同じ方向で行こうとしなければハードルができてくるということか。
- ▶ 医療機関との連携については、○市では医師会に委託し、3カ年計画で進めてきたが、各区市町村で苦勞していることは確かである。
- ▶ この論点については、大きなテーマとして居宅介護事業所とサービス事業所等となっているが、先ほどの認定結果と負担割合証のように、医師を含めず論点を整理した方がよいのではないか。既に取り組まれている事例を踏まえ、便利な点や注意点について手引きのようなものを示すことで、一步踏み出すところが出てくるだろう。

- ・ ○市内医師会を中心に組み立ててきてはいるが、○市と隣の自治体でも使用しているアプリケーションが異なり、介護の事業所はそれぞれの自治体の複数のアプリをいくつも入れている。せめて同期させるようなことはできないかと事業所から聞いている。同期していれば、あれも、これもということにならないと事業所から言われている。
- ・ 先ほど説明があったように国の大きな枠組みの中でシステムを構築しているということもあるが、一般的なSNSサービスなどを活用した情報共有の方法もある。個人情報の問題はどうかという課題はあるが、気軽に始められて便利ということがあった。現場レベルで既存サービスを使い、まずは進めてみてはどうかということを議論するのか、大きな枠組みのなかでどう参加していくかということでは進め方は異なると思う。現実問題として、大きなシステムを構築するには時間もかかると思うため、もう少し現場で気軽に実施できることを伝えてはどうか。
 - ▶ 日常的にICTを使って情報交換しているという事例があれば、事務局に寄せていただき、その情報を整理することで、まず一步踏み出せる情報提供になるのではないかと思う。
 - ▶ 当事業所でもビジネスチャットを利用しているが、結局記録に反映されない。情報共有した内容が記録と連動していると良い。
- ・ 訪問看護の場合は生活面で、食事・排泄・清潔・医療・睡眠という五側面をとらえるということになっている。看護の視点では、ライフステージ、価値観やACPにもつな

がっていくということが2つめで、3つ目は医療ニーズ。人工呼吸器やカテーテルなど、医療ニーズとして3軸でとらえる枠組みがある。B社などの各種システムがあるが、ミニマムな枠組みを整理できると、将来の情報共有にもつながっていくのではないかと。

- ▶ 利用者に関わる全般的な内容について情報共有しており、日々のケアについて書き記しているということである。全般的としかいえない。
- ▶ ご意見としては、それが共通になっていれば、どこのシステムを使っている情報共有がしやすいということか。
- ▶ ビジネスチャットなどを活用しても、将来的に各枠組みに情報を仕分けして入れることができれば、医療者も介護者も情報共有できるようになると思う。
- 医師を交えるという点は別とし、まずは居宅介護支援事業所とサービス提供事業所を対象とし、委員からのご意見も踏まえ、サンプル的に留意点等をまとめ、紹介できるかということによいか。

第5回検討委員会での主なご意見

- アンケート調査結果のサービス提供事業所との情報共有における工夫について、合同勉強会や事例検討会等に参加して関係構築に努めている割合が25.9%と多いことから、ICTを活用するよりも、顔の見える関係の構築の方が、効果があると考えている事が分かる。
- ICTを活用したサービス提供事業所との情報連携について、ICTを活用していない理由が、コストがかかることや活用できる環境がないこと、それと環境が整ったとしても知識不足や使い方が分からないとの回答が多いことだけでなく、ICT化の必要性を感じていないや十分なコミュニケーションができないとの回答も見られ、ICTアレルギーのケアマネジャーも存在する現状では、ICT化には相当な時間がかかると再認識した。

論点 2-4：暫定ケアプランに係る一連のケアマネジメント業務の取扱いについて

(1) 論点及び議論の方向性

論点及び議論の方向性は以下のとおり。

【論点 2-4】

- 暫定ケアプランに係る一連のケアマネジメント業務の取扱いについて、簡素化の視点で、実態を勘案した上で、どのような方法が考えられるか。(見直すべきことはあるか。)
- ※ 議論にあたっては、様々な利用者の状態を踏まえることが必要ではないか。

【議論の方向性】

- いわゆる暫定ケアプランについて、利用者の状態を踏まえつつ、仮に本ケアプランと同様の手続きを踏んでいる場合は、一連のケアマネジメント業務の手続きを行う必要はないのではないか。

(2) 論点に関連するアンケート調査結果

論点に関するアンケート調査結果は以下のとおり。

① 暫定ケアプランの現状について

事業所全体の1年間の暫定ケアプラン作成対応のためのサービス担当者会議の開催回数について、「5回以下」または「6～10回」と回答した事業所があわせて57.5%であった。

また、1年間(令和元年10月～令和2年9月末)の暫定ケアプランの作成件数は、「新規申請や区分変更で認定が下りるまでの期間にサービス利用やサービス変更が必要な場合」が平均11.5件、「更新申請で有効期間中に認定が下りない場合」が平均5.3件であった。

暫定ケアプランを合計1件以上作成した場合の暫定ケアプラン交付の際の捺印の有無については、「捺印あり」と回答した事業所が87.7%であった。

図表 71 6 (2) 1) サービス担当者会議の実施頻度：④1年間の暫定ケアプラン作成対応のためのサービス担当者会議の開催回数(事業所全体)

	件数	5回以下	6～10回	11～15回	16～20回	21回以上	無回答
合計	1279	385 30.1%	351 27.4%	169 13.2%	114 8.9%	224 17.5%	36 2.8%

図表 72 6 (10) 1) 暫定ケアプラン作成件数(1年間)

	件数	0件	1～4件	5～9件	10～14件	15～19件	20～24件	25～29件	30～34件	35～39件	40～44件	45～49件	50件以上	無回答	平均
新規申請や区分変更で認定が下りるまでの期間にサービス利用やサービス変更が必要な場合	1279	49 3.8%	336 26.3%	261 20.4%	241 18.8%	68 5.3%	103 8.1%	14 1.1%	41 3.2%	11 0.9%	18 1.4%	2 0.2%	34 2.7%	101 7.9%	11.53
更新申請で有効期間中に認定が下りない場合	1279	267 20.9%	462 36.1%	195 15.2%	130 10.2%	23 1.8%	37 2.9%	5 0.4%	11 0.9%	1 0.1%	1 0.1%	1 0.1%	9 0.7%	137 10.7%	5.34
その他	1279	526 41.1%	14 1.1%	2 0.2%	4 0.3%	2 0.2%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	730 57.1%	0.24

図表 73 6 (10) 2) 暫定ケアプラン交付の際の捺印の有無
(暫定ケアプランを合計1件以上作成した場合)

	件数	捺印あり	捺印なし	場合による	無回答
合計	1150	1008 87.7%	64 5.6%	69 6.0%	9 0.8%

② 暫定ケアプランに関する業務負担およびご意見について

暫定ケアプラン作成に関する問題点、負担が大きい内容などについて、「予防と介護では書式が異なるので作り直しが発生するため、非効率である」と回答した事業所が 71.8%と最も多く、次いで「本プラン作成時に同様の対応を行うことが非効率である」が 56.0%であった。

暫定ケアプランに関する業務の簡素化についての意見では、「内容に変更がなければ本プランと一体で基準を適用することを可能とすることが望ましい」と回答した事業所が 83.0%であった。暫定ケアプランに関する業務を簡素化した場合に懸念されることについては、「暫定ケアプランを簡素化した場合に懸念されることは特にない」が 48.6%であった。

図表 74 6 (10) 3) 暫定ケアプラン作成に関する問題点、負担が大きい内容
(複数回答)

	件数	サービス担当者会議を開催できない場合がある(減算の対象となる)	本プラン作成時に同様の対応を行うことが非効率である	保険者によって取り扱いが異なる	予防と介護では書式が異なるので作り直しが発生するため、非効率である	その他	問題点や負担が大きいことは特にない	無回答
合計	1279	172 13.4%	716 56.0%	148 11.6%	918 71.8%	64 5.0%	100 7.8%	40 3.1%

図表 75 6 (10) 4) 暫定ケアプランに関する業務の簡素化についての意見
(複数回答)

	件数	内容に変更がなければ本プランと一体で基準を適用することを可能とすることが望ましい	行政側から一定の取扱いを示すことが望ましい	通常時に求められる基準が緩和されることが望ましい	その他	暫定ケアプランに関する業務の簡素化についての意見は特にない	無回答
合計	1279	1061 83.0%	384 30.0%	574 44.9%	15 1.2%	73 5.7%	45 3.5%

図表 76 6 (10) 5) 暫定ケアプランに関する業務を簡素化した場合に懸念されること (複数回答)

	件数	利用者の状態の把握に影響が生じる恐れがある	サービス提供事業所との調整に影響が生じる恐れがある	必要なケアプランが作成されず、ケアプランの空白ができてしまう	その他	暫定ケアプランを簡素化した場合に懸念されることは特にない	無回答
合計	1279	266 20.8%	320 25.0%	286 22.4%	15 1.2%	621 48.6%	57 4.5%

(3) 検討委員会における検討内容・主な意見

論点に関連する実態・課題について、以下のように議論を重ね、最終的に議論の方向性を導き出した。

第1回検討委員会での主なご意見

- ・ 暫定ケアプラン、本プランのそれぞれに対してサービス担当者会議を必ず行うのか等、取扱いについて保険者によるローカルルールが存在する。サービス担当者会議については運営基準減算の対象となるため、全国で統一的な取扱いが必要ではないか。暫定ケアプランを作成するのは、新規申請や区分変更で認定が下りるまでの期間にサービスの利用開始や変更が必要な場合と、更新申請で有効期間中に認定が下りない場合である。いずれの場合も、暫定ケアプランか本プランかどちらかを作成する際に1回サービス担当者会議を行えば減算にはならないなどの基準を通知すべきではないか。
- ・ 保険者自身もローカルルールと認識していない可能性もある
- ・ 暫定ケアプランについては、現状把握が必要ではないか。暫定になる場合は大きく分けて2種類あり、①緊急でサービス利用、②要支援⇔要介護である。訪問の有無により減算のケースもあり、最低限のところは統一してほしい。
- ・ サービス担当者会議の際に暫定のケアプランをサービス提供事業所分準備し、内容に相違がなければ交付となるが、事業所によっては、署名・捺印があるものを求められるため、再度コピー等をして渡している。行政監査でもサービス提供事業所に対して書名・捺印したものを取得するようにと指導がある。
- ・ 書類の電子データ保管についての議論を追加してはどうか。紙ベースで居宅サービス計画書等法定書類を保管することにより、事業所のスペースを要し、また書類保管の負担も大きい。電子データ化することで書類保管の負担を軽減する議論を追加してはどうか。また居宅介護支援として保管が必要な書類の明確化を議論してはどうか。

第3回検討委員会に向けた主なご意見

- ・ 暫定ケアプランの定義と取り扱いについて、介護保険法の中では、「暫定ケアプラン」というものは存在しないはず。「暫定ケアプラン」とは何を指すのか、計画書作成や担当者会議の持ち方、署名・捺印のタイミング、内容が変わらなければ確定ケアプランとして良いのか等、指針を示す必要があるのではないかと。国の指針がないために、ローカルルールになっている。保険者によっては、「暫定ケアプラン」でサービス担当者会議を開催し、署名捺印を取得し、認定結果がでたら再度計画書を作成してサービス担当者会議を開催するように求めているところもある。負担が非常に大きい。

第3回検討委員会での主なご意見

- ・ 暫定ケアプランについては、ローカルルールが存在する。運営基準減算になると影響も大きいため、全国的に取り扱いの共通化が必要ではないか。
 - 暫定ケアプランの位置付けは示されていないが、通常のケアマネジメントプロセスに沿って検討をすすめるべきだと考えている。暫定ケアプランも通常のケアプランも何ら変わりはないと考える。
 - ローカルルールは、市町村との議論の中で形成されることもある。プロセスに則った検討の上で暫定ケアプランが作られているのであれば、やり直さなくてもよいという提案に繋がる可能性がある。
- ・ 認定結果が出る前に暫定ケアプランを作り、サービス担当者会議を開催し、サービス提供事業所にケアプランを交付している。サービス担当者会議のために原案を作成・持参し、その場で合意を得て配布するが、サービス提供事業所によっては行政の指導により家族の署名捺印を得たケアプランを改めて求められることがあり、ケアマネジャーの業務負担が大きい。
 - 暫定ケアプランを作成すると同じ期間のものが複数存在し、どれが確定版かわからないため署名捺印を求める。しかし、認定結果によって区分が変わっても、必要なサービスは、サービス担当者会議で協議して決められているため変わらないと考えられる。ところが自治体によっては、区分が変わったことで利用者の状態が変わったのではないかと捉え、改めてサービス担当者会議の開催を指示するなどのローカルルールが出てきてしまうのではないかと。
 - ○市では、サービス提供事業所に対して、署名・捺印のあるプランを取得するよう指導していない。同意を得たプランであることをどのように証明するか、同意書も合わせて交付しなければならないのかということをもとに市と介護支援専門員協議会で議論した経緯がある。同意を得たプランとは何かということから、議論をしていけば解消できるのではないかと。
 - 合意が得られ確定したプランであることを、署名・捺印以外で示すことが前提になる。手続き、質の担保、確定の確認といういくつかの観点から、画一的な取り扱いとならないのではないかと。

第5回検討委員会での主なご意見

- ・ アンケート調査結果では、暫定ケアプラン作成に関する問題点、負担が大きい内容として保険者によって対応が異なるとの答えが意外に少なかったが、1か所の保険者しか対応していない事業所は、他の保険者と比較できないため、数値の捉え方が難しい。全体的には、暫定ケアプランへの負担感は、明らかであると思われる。

論点 2-5：居宅介護支援事業所におけるサービス提供の記録の保存期間について

(1) 論点及び議論の方向性

論点及び議論の方向性は以下のとおり。

【論点 2-5】

- 居宅介護支援事業所におけるサービス提供の記録の保存期間について、指定基準（厚労省令）と市町村条例でその期間が異なる場合、簡素化の視点で、実態を勘案した上で、どのような方法が考えられるか。
なお、その際、書類の電子データ保管、居宅介護支援として保管が必要な書類の明確化について、どのように考えるか。（指定基準（厚労省令）で定められている内容について、どのような議論が必要か。

【議論の方向性】

- 居宅介護支援事業所におけるサービス提供の記録の保存期間については、まずは原本性を担保することが前提となる。については、引き続き実態を把握しつつも、今後は電子データ等の保管について政府全体の検討状況を見据えながら検討してはどうか。
- また、保管が必要な書類の明確化については、各保険者の既定のルールでの保存期間は必要としつつも、実地指導および監査の観点から、運用レベルで簡素化できる点について具体的に検討してはどうか。
- 起算日の取り扱いについては、まずは全国的な実態把握が必要であり、その結果や他サービスの実態も勘案し、明示することが必要ではないか。

(2) 論点に関連するアンケート調査結果

論点に関するアンケート調査結果は以下のとおり。

① 書類・記録の保管の現状について

書類の保管方法について、契約書については「紙」で保管している割合が 87.2%であったが、アセスメント記録とケアプラン、サービス担当者会議記録、モニタリング記録については「紙、電子データ両方」で保管している割合が約 5 割であった。また、紙で保管している理由については、いずれの書類においても「実地指導の際等、紙での提示が求められるため」と回答した割合が約 5～6 割と最も多かった。

書類の保管期間について、いずれの書類においても「介護保険サービスが終了してから 5 年間」と回答した割合が約 8 割と最も多かった。保管期間の理由については、いずれの文書においても「保険者が条例で定めている」と回答した割合が約 6 割であった。

図表 77 6 (7) 1) 書類の保管方法

	件数	電子データ	紙	紙、電子データ両方	無回答
①契約書	1279	25 2.0%	1115 87.2%	117 9.1%	22 1.7%
②アセスメント記録	1279	135 10.6%	420 32.8%	658 51.4%	66 5.2%
③ケアプラン	1279	62 4.8%	446 34.9%	703 55.0%	68 5.3%
④サービス担当者会議記録	1279	107 8.4%	394 30.8%	707 55.3%	71 5.6%
⑤モニタリング記録	1279	210 16.4%	394 30.8%	607 47.5%	68 5.3%
⑥その他	1279	18 1.4%	61 4.8%	41 3.2%	1159 90.6%
⑦その他	1279	9 0.7%	45 3.5%	29 2.3%	1196 93.5%
⑧その他	1279	6 0.5%	38 3.0%	18 1.4%	1217 95.2%

図表 78 6 (7) 1) 紙で保管している理由

【書類の保管方法で「紙」と回答した場合】(複数回答)

	件数	電子化するための機材がないため	紙の方が使用しやすいため	紙で保管するよう保険者から指示があるため	実地指導の際等、紙での提示が求められるため	無回答
①契約書	1232	391 31.7%	307 24.9%	263 21.3%	685 55.6%	68 5.5%
②アセスメント記録	1078	127 11.8%	272 25.2%	209 19.4%	646 59.9%	105 9.7%
③ケアプラン	1149	155 13.5%	293 25.5%	237 20.6%	695 60.5%	109 9.5%
④サービス担当者会議記録	1101	119 10.8%	273 24.8%	214 19.4%	670 60.9%	107 9.7%
⑤モニタリング記録	1001	119 11.9%	249 24.9%	184 18.4%	600 59.9%	103 10.3%
⑥その他	102	17 16.7%	28 27.5%	23 22.5%	59 57.8%	6 5.9%
⑦その他	74	16 21.6%	22 29.7%	16 21.6%	39 52.7%	4 5.4%
⑧その他	56	9 16.1%	16 28.6%	12 21.4%	31 55.4%	4 7.1%

図表 79 6 (7) 1) 保管期間

	件数	介護保険サービスが終了してから2年間	介護保険サービスが終了してから5年間	その他	無回答
①契約書	1279	163 12.7%	994 77.7%	77 6.0%	45 3.5%
②アセスメント記録	1279	171 13.4%	1001 78.3%	43 3.4%	64 5.0%
③ケアプラン	1279	171 13.4%	996 77.9%	44 3.4%	68 5.3%
④サービス担当者会議記録	1279	171 13.4%	991 77.5%	45 3.5%	72 5.6%
⑤モニタリング記録	1279	170 13.3%	972 76.0%	45 3.5%	92 7.2%
⑥その他	1279	20 1.6%	88 6.9%	10 0.8%	1161 90.8%
⑦その他	1279	13 1.0%	60 4.7%	8 0.6%	1198 93.7%
⑧その他	1279	12 0.9%	42 3.3%	7 0.5%	1218 95.2%

図表 80 6 (7) 1) 保管期間の理由【保管期間が「介護保険サービスが終了してから5年間」、「その他」の場合】

	件数	保険者が条例で定めている	条例が求める要件を超えて、事業所として決めている	その他	無回答
①契約書	1071	687 64.1%	258 24.1%	48 4.5%	78 7.3%
②アセスメント記録	1044	676 64.8%	245 23.5%	45 4.3%	78 7.5%
③ケアプラン	1040	671 64.5%	242 23.3%	43 4.1%	84 8.1%
④サービス担当者会議記録	1036	667 64.4%	243 23.5%	43 4.2%	83 8.0%
⑤モニタリング記録	1017	654 64.3%	236 23.2%	43 4.2%	84 8.3%
⑥その他	98	55 56.1%	26 26.5%	10 10.2%	7 7.1%
⑦その他	68	37 54.4%	20 29.4%	8 11.8%	3 4.4%
⑧その他	49	24 49.0%	16 32.7%	6 12.2%	3 6.1%

② 書類の保管に関する業務負担について

書類の保管に関する問題点や負担が大きい内容について、「紙で保管する場合、保管場所の確保が難しい」と回答した事業所が84.1%と最も多く、次いで「紙で保管する場合、閲覧や廃棄を効率的に行える保管場所や配置など、管理方法に苦慮している」が74.2%であった。

また、現在、紙で保管されている場合、電子化することによる課題として懸念されることについては、「過去に保管している書類の電子化に時間・労力がかかる」と回答した事業所が51.1%と最も多く、次いで「実地指導への対応が難しい」が48.1%であった。

図表 81 6 (7) 2) 書類の保管について、問題点や負担が大きい内容 (複数回答)

	件数	紙で保管する場合、保管場所の確保が難しい	紙で保管する場合、閲覧や廃棄を効率的に行える保管場所や配置など、管理方法に苦慮している	電子データで保管している場合、意図せずに消去されてしまうなどの懸念がある	電子データで保管している場合、必要な書類を見つけるのに時間を要する	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	1075 84.1%	949 74.2%	449 35.1%	144 11.3%	30 2.3%	35 2.7%	8 0.6%

図表 82 6 (7) 3) 現在、紙で保管されている場合、電子化することによる課題として懸念されること (複数回答)

	件数	電子データでの記録の作成が難しい	過去に保管している書類の電子化に時間・労力がかかる	過去の書類の記録の確認が難しい	実地指導への対応が難しい	データの流出・消失の恐れがある	その他	懸念されることはない	無回答
合計	1279	265 20.7%	654 51.1%	377 29.5%	615 48.1%	516 40.3%	55 4.3%	84 6.6%	51 4.0%

(3) 検討委員会における検討内容・主な意見

論点に関連する実態・課題について、以下のように議論を重ね、最終的に議論の方向性を導き出した。

第3回検討委員会に向けた主なご意見

- ・ 指定基準と保険者が定める保存期間が異なる理由の多くは、介護報酬の不正請求があった場合に返還額を確定させるためであることから、保管が必要な書類は介護報酬請求に関する書類である。保険者によっては、条例で個別に定めている場合も想定されるため、保管が必要な書類を全国的に統一することは困難と思われる。
- ・ 市町村ごとに2年、5年、7年等独自で保管期間を設定している為、ルールが曖昧となっている。
- ・ 利用者の記録以外に、従業員のタイムカード、研修記録、加算関係書類等事業所に保管する記録についても保管期間のルールや、どの記録を常時整備する必要があるかが曖昧であり、実地指導及び監査の時に初めて示されるようなこともある。指定申請時等に居宅介護支援事業所運営に必要な保管書類の全種類及び電子データ可否を含めた整備方法を具体的に示す等のルールの明確化が必要ではないか。具体的な提案として、居宅介護支援で使用する書類は全て電子データで保管可能となり、電子署名等でも原本性を担保できるようになれば紙が不要となると考えられる。クラウド上での保管およびハードディスク等にてバックアップを取る等により保管し、常時確認が可能であれば場所を取らないため、実現すれば保管期間は問題にならなくなると考えられる。「電子データ保管方法及びその例示」として具体的取り扱いの指針も必要と考えられる
- ・ 利用継続者の書類保管の期間の見直しという論点を追加してはどうか。契約が継続している間は書類を保管しておく必要があるため、例えば10年間継続している利用者であれば10年分の書類を保管することになり、長く運営している事業所ほど書類が膨大となり保管場所を要する。利用継続者の書類保管についてもルールの見直しが必要ではないか。

第3回検討委員会での主なご意見

- ・ 実地指導に向けて、自治体から書類の用意について通達があった。ケアプランは直近1年間とされているが、それ以外の書類について確認したところ回答が曖昧だった。利用者の記録は契約終了後2年間保管するように自治体から指導されているが、契約継続中の利用者の場合は全て保管する必要があるか。電子データでの保管が可能になれば場所はとらないが、保管している書類の量が膨大になる。タイムカードや雇用契約書、研修記録、加算関係の記録についてはどこまで保管が必要か。自治体によって2年、5年、7年など期間が曖昧になっている。国で基準を示してほしい。また、どのような方法であれば原本性が担保できるかについても示してほしい。
➤ 国では2年間としているが、各自治体が条例化するとされており、○市では5年

間としている。不正請求があった場合に遡れる最長の期間であり、各自治体は5年でそろえていると思われる。時効となったものは、10年、20年保管しておく必要はないとしている。一方で、利用者のサービス提供に関わる記録は曖昧である。自治体によっては特定の記録ごとに条例化しているケースもあり、難しい部分がある。

- ▶ ○市では、起算日を明確にするため、他保険者の情報を確認し、明文化されていた事例を参考に居宅サービス事業所からのサービス提供が終了した日からとした。不正請求等があった際の証拠書類として保管が必要であり、時効が過ぎたものは不要である。起算日を明確に示さなければ事業所の負担が大きい。
- ▶ ○市でも厳密に明示していない。サービス提供の終了日を起算日として保存してほしいとお願いしている。保険者による検査のためだけでなく、最近は多様なトラブルが多く、事業者の身を守る意味でもそういった利用者の記録は長く保管されていると思われる。適切な期間を定めることが必要ではないか。
- ▶ 前提として保管期間は条例で定められているが、どこまで保管すればよいかという通知を出せるとよい。期間は各自治体が決めるところだが、処分してもよいものを明確できるとよい。
- 現時点でも電子データでの保管は認められているが、その具体的な手順については示されていない。バックアップも含めた保管方法、ハードディスクを用意する、クラウド上で保管する、CD-Rに焼くなどこういった形が望ましいのかも示してほしい。
 - ▶ 研究では倫理審査委員会において5年間保管と示されている。保管は電子でもよく、USB、CD-R、ハードディスクなど、必要時に振り返ることができればよいとされている。
 - ▶ まずは保管の負担も含めて考え、電子化のメリットとして当初は業務負担が増大しても、結果的に簡素化につながることを伝える必要があるのではないか。
 - ▶ 電子化の方法について、法令ではe-文書法という法律があり、介護保険分野も同様に示されていた。e-文書法との絡みも含めて、こういった方法で電子化して保管できるということを示すのも一つの方法と思う。
 - ▶ 実地指導の担当者によって、紙を求める場合や、電子データでよい場合がある。書類も多くなるため、ケースバイケースで保険者と相談でもよいのではないか。

論点 2-6：居宅介護支援事業所と医療機関における情報の共有について

(1) 論点及び議論の方向性

論点及び議論の方向性は以下のとおり。

【論点 2-6】

- 居宅介護支援事業所と医療機関における利用者へのサービス提供等やQOL向上への情報の共有について、連携強化を促進しつつ、ケアの質の向上と簡素化の両立を図る視点でどのような方法が考えられるか。

【議論の方向性】

- 現場レベルにおける具体的な好事例をもとに議論してはどうか。
- また、例えば、入退院時における情報連携シートの作成、活用にあたっては、どのような工夫ができるか、また、地域における医療介護連携のそれぞれの取組みについて、他地域も参照できるような方法、事例を挙げることにしてはどうか。

※事例については、参考資料「論点 2-6 に関する参考事例 (P289)」に掲載

(2) 論点に関連するアンケート調査結果

論点に関するアンケート調査結果は以下のとおり。

① 医療機関へのケアプランの交付の現状について

医療機関へのケアプラン交付の方法について、「実施している」と回答した割合が最も多かったのは手交の 76.0%で、次いで郵送が 70.4%であった。連携ツールやネットワークは 4.8%、クラウドサービスは 2.8%のみであった。

医療機関へのケアプラン交付の頻度について、いずれの方法においても「それ以下（週 1 日、2 日以下）」と回答した割合が 7～8 割であった。

ケアプランの主治医への交付と意見交換等については、「①主治医にケアプランを提出している割合（全体のうち）」の平均は 4 割、そのうち「②主治医に意見を求めている割合（ケアプランを提出したうち）」の平均は 5 割、さらに「③ケアプランについて主治医から助言があった割合（意見を求めたうち）」の平均は 4 割であった。一方、「②主治医に意見を求めている割合（ケアプランを提出したうち）」と「③ケアプランについて主治医から助言があった割合（意見を求めたうち）」については、それぞれ 10 割と回答した事業所も約 1～2 割であった。

図表 83 6 (9) 1) 医療機関へのケアプランの交付：方法

	件数	実施していない	実施している	無回答
手交	1279	175 13.7%	972 76.0%	132 10.3%
郵送	1279	232 18.1%	900 70.4%	147 11.5%
FAX	1279	375 29.3%	689 53.9%	215 16.8%
電子メール	1279	811 63.4%	67 5.2%	401 31.4%
連携ツールやネットワーク	1279	813 63.6%	61 4.8%	405 31.7%
クラウドサービス	1279	831 65.0%	36 2.8%	412 32.2%
その他	1279	195 15.2%	15 1.2%	1069 83.6%

図表 84 6 (9) 1) 医療機関へのケアプランの交付：頻度

	件数	ほぼ毎日	週3、4日	週1、2日	それ以下	無回答
手交	972	12 1.2%	29 3.0%	150 15.4%	766 78.8%	15 1.5%
郵送	900	16 1.8%	29 3.2%	148 16.4%	691 76.8%	16 1.8%
FAX	689	29 4.2%	39 5.7%	117 17.0%	493 71.6%	11 1.6%
電子メール	67	2 3.0%	3 4.5%	9 13.4%	51 76.1%	2 3.0%
連携ツールやネットワーク	61	1 1.6%	1 1.6%	9 14.8%	48 78.7%	2 3.3%
クラウドサービス	36	1 2.8%	1 2.8%	3 8.3%	30 83.3%	1 2.8%
その他	15	0 0.0%	1 6.7%	2 13.3%	12 80.0%	0 0.0%

図表 85 6 (9) 2) ケアプランの主治医への交付と意見交換等について

	件数	1割未満	1～2割未満	2～3割未満	3～4割未満	4～5割未満	5～6割未満	6～7割未満	7～8割未満	8～9割未満	9～10割未満	10割	無回答	平均
①主治医にケアプランを提出している割合(全体のうち)	1279	42 3.3%	246 19.2%	170 13.3%	168 13.1%	69 5.4%	126 9.9%	58 4.5%	56 4.4%	86 6.7%	41 3.2%	173 13.5%	44 3.4%	4.48
②主治医に意見を求めている割合(ケアプランを提出したうち)	1279	102 8.0%	258 20.2%	114 8.9%	117 9.1%	40 3.1%	108 8.4%	20 1.6%	31 2.4%	78 6.1%	51 4.0%	271 21.2%	89 7.0%	4.76
③ケアプランについて主治医から助言があった割合(意見を求めたうち)	1279	220 17.2%	307 24.0%	107 8.4%	80 6.3%	22 1.7%	71 5.6%	19 1.5%	24 1.9%	78 6.1%	55 4.3%	192 15.0%	104 8.1%	3.85

② 医療機関との情報共有の業務負担および工夫について

ケアプランを医療機関に交付する際の問題点や負担が大きいことについて、「ケアプランを提供しても、意見や助言が得られない場合がある」が診療所(42.5%)、病院(63.1%)のいずれも最も回答が多かった。二番目に回答が多かったのは、診療所に対しては「交付のための時間や労力が大きい」が34.0%であったが、病院に対しては「規模の大きい医療機関では、送付先の確認が必要となる」が57.7%であった。

ケアプラン交付を効果的に行うために工夫していることについては、「特になし」と回答した事業所が47.8%と最も多く、次いで「FAXやメールを活用している」が41.4%であ

った。

ケアマネジメントプロセス全般において医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいことについて、診療所・病院に対して最も回答が多かったのは「医療機関側に時間をとってもらうことが困難である」で、それぞれ46.8%と67.9%であった。二番目に回答が多かったのは、診療所に対しては「時間や労力が大きい」の39.2%であったが、病院に対しては「主治医とコミュニケーションを図ることが困難である」の67.8%であった。

医療機関との情報共有における工夫については、診療所、病院両方に対して最も回答が多かったのは「利用者の受診時に同行し、主治医と面談している」が約6割であった。また、次いで両方ともに回答が多かったのは、「主治医等との連絡シート」（保険者・医師会・包括・ケアマネ連絡会が協働作成）があり、医師への情報提供・連絡・質問・照会等に活用している」が約4割であった。

図表 86 6 (9) 3) ケアプランを医療機関に交付する際の問題点や負担が大きいこと
(複数回答)

	件数	交付のための時間や労力が大きい	医療機関側に受け取りの時間をとってもらうことが困難である	ケアプランを提供しても、意見や助言が得られない場合がある	規模の大きい医療機関では、送付先の確認が必要となる	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
診療所	1279	435 34.0%	239 18.7%	544 42.5%	185 14.5%	59 4.6%	214 16.7%	243 19.0%
病院	1279	598 46.8%	445 34.8%	807 63.1%	738 57.7%	65 5.1%	110 8.6%	90 7.0%

図表 87 6 (9) 4) ケアプラン交付を効果的に行うために工夫していること
(複数回答)

	件数	FAXやメールを活用している	交付のためのソフトウェア等を活用している	効率的な交付方法について、保険者の了承を得て実施している	その他	特にない	無回答
合計	1279	530 41.4%	11 0.9%	8 0.6%	105 8.2%	612 47.8%	43 3.4%

図表 88 6 (9) 6) ケアマネジメントプロセス全般において医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいこと (複数回答)

	件数	時間や労力が大きい	医療機関側にとっても時間をとることが困難である	医療に関する表や用語の難解な部分が多い	主治医とコミュニケーションを図ることが困難である	情報提供しても、活用されない(活用されているか不明である)ことが多い	主治医と利用者の自宅での生活への理解や関心を共有することが困難である	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
診療所	1279	502 39.2%	599 46.8%	320 25.0%	459 35.9%	427 33.4%	358 28.0%	30 2.3%	136 10.6%	179 14.0%
病院	1279	697 54.5%	868 67.9%	492 38.5%	867 67.8%	617 48.2%	659 51.5%	26 2.0%	61 4.8%	44 3.4%

図表 89 6 (9) 7) 医療機関との情報共有における工夫 (複数回答)

	件数	ICT機器を活用している	クラウドを利用するなどして地域内の医療機関と全部または一部のデータを共有している	医療機関との合同での勉強会や事例検討会等に参加し、関係構築に努めている	利用者の受診時に同行し、主治医と面談している	自治体等が作成した、ケアマネタイムや、情報提供シートなどを利用している	主治医等との連絡シート(保険者・医師会・包括・ケアマネ連絡会が協働作成)があり、医師への情報提供・連絡・質問・照会等に活用している	返信用封筒をつけて、ケアプランとともに、意見照会用紙を送る	その他	特になし	無回答
診療所	1279	72 5.6%	31 2.4%	271 21.2%	803 62.8%	315 24.6%	495 38.7%	285 22.3%	46 3.6%	88 6.9%	116 9.1%
病院	1279	40 3.1%	24 1.9%	346 27.1%	749 58.6%	328 25.6%	504 39.4%	309 24.2%	42 3.3%	88 6.9%	88 6.9%

③ ICTを活用した医療機関との情報共有について

ICTを活用した医療機関との情報連携について、アセスメント、ケアプランへの交付と個別援助計画の受け取り、サービス担当者会議、モニタリングともに「ICTを活用して実施していない」と回答した割合が約8割であった。ICTを活用しているとの回答が多い業務としては、「アセスメント情報の提供」が6.3%、サービス担当者会議における「日程調整」が6.1%であった。

アセスメント、ケアプランへの交付と個別援助計画の受け取り、サービス担当者会議、モニタリングにおいて「ICTを活用して実施していない」場合の医療機関との情報連携においてICTを活用していない理由については、「法人がICT化に取り組んでいないため」と回答した事業所が64.0%と最も多く、次いで「医療機関側がICTに対応していないため(対応できるか、確認していない場合も含む)」が34.3%であった。

また、「法人がICT化に取り組んでいないため」、「自事業所のインターネット環境が整っ

ていないため」または「事業所内にパソコン等の機器が不足しているため」を選択した場合の理由の詳細について、「ICT 機器を導入するためにはコストがかかるため」と回答した事業所が 62.3%と最も多かったが、「ICT 機器やツールの維持・保守のためのコストがかかるため」または「ICT に関する知識不足や ICT を活用した連携ツールの導入方法がわからないため」も約 4～5 割であった。

図表 90 6 (9) 8) ICT を活用した医療機関との情報連携：

①アセスメント (複数回答)

	件数	アセスメント情報の提供	アセスメントに際しての情報収集	アセスメント内容に関する意見交換	その他	ICTを活用して実施していない	無回答
合計	1279	80 6.3%	70 5.5%	38 3.0%	4 0.3%	1029 80.5%	134 10.5%

図表 91 6 (9) 8) ICT を活用した医療機関との情報連携：

②ケアプランへの交付と個別援助計画の受け取り (複数回答)

	件数	ケアプランの交付	ケアプランに関する意見交換	その他	ICTを活用して実施していない	無回答
合計	1279	59 4.6%	49 3.8%	3 0.2%	997 78.0%	195 15.2%

図表 92 6 (9) 8) ICT を活用した医療機関との情報連携：

③サービス担当者会議 (複数回答)

	件数	日程調整	事前の情報共有、意見照会	開催	事後の情報共有	その他	ICTを活用して実施していない	無回答
合計	1279	78 6.1%	74 5.8%	24 1.9%	50 3.9%	5 0.4%	961 75.1%	193 15.1%

図表 93 6 (9) 8) ICT を活用した医療機関との情報連携：

④モニタリング (複数回答)

	件数	モニタリング情報の提供	モニタリングに際しての情報収集	モニタリング内容に関する意見交換	その他	ICTを活用して実施していない	無回答
合計	1279	70 5.5%	67 5.2%	35 2.7%	2 0.2%	976 76.3%	195 15.2%

図表 94 6 (9) 9) サービス提供事業所（医療機関）との情報連携において ICT を活用していない理由【アセスメント、ケアプランへの交付と個別援助計画の受け取り、サービス担当者会議、モニタリングにおいて「ICT を活用して実施していない」場合】

(複数回答)

	件数	法人がICT化に取り組んでいないため	自事業所のインターネット環境が整っていないため	事業所内にパソコン等の機器が不足しているため	医療機関側がICTに対応していないため(対応できるか、確認していない場合も含む)	法人からの許可が得られない	セキュリティ(ネット回線、サーバー接続等)面での不安があるため	ICT経由では情報が不足するため	十分なコミュニケーションができないため	ICT化する必要性を感じていないため	その他	無回答
合計	1075	688 64.0%	130 12.1%	125 11.6%	369 34.3%	246 22.9%	352 32.7%	109 10.1%	268 24.9%	207 19.3%	56 5.2%	22 2.0%

図表 95 6 (9) 9) サービス提供事業所（医療機関）との情報連携において ICT を活用していない理由【「法人が ICT 化に取り組んでいないため」、「自事業所のインターネット環境が整っていないため」または「事業所内にパソコン等の機器が不足しているため」と回答した場合】(複数回答)

	件数	ICTに関する知識不足やICTを活用した連携ツールの導入方法がわからないため	ICT機器を導入するためにはコストがかかるため	ICT機器やツールの維持・保守のためのコストがかかるため	その他	無回答
合計	783	336 42.9%	488 62.3%	408 52.1%	25 3.2%	109 13.9%

(3) 検討委員会における検討内容・主な意見

論点に関連する実態・課題について、以下のように議論を重ね、最終的に議論の方向性を導き出した。

第3回検討委員会に向けた主なご意見

- 論点として、「居宅介護支援事業所と医療機関における利用者へのサービス提供等の情報の共有について、連携強化を促進しつつ、簡素化の視点でどのような方法が考えられるか」とあるが「サービス提供等」のみでよいか。QOLの向上(生活の質の向上)は「等」に含まれているのか。情報の共有により、サービスそのものを提供しなくても、その人の生活の質や意欲が上がるのではないか。「本人自身による実行、注意、気づきの部分」は等に含まれるか。「フォーマルサービスの保健師、栄養士、歯科栄養士等の関わり開始」はサービス提供の部分か。「情報共有により本人の意欲が増す方向へ支援、インフォーマルサービスに参加等」はサービス提供部分である。これらのことから、以下のように提案する。

「居宅介護支援事業所と医療機関における利用者へのサービス提供等やQOL向上への情報の共有について、連携強化を促進しつつ、簡素化の視点でどのような方法が考えられるか。

第3回検討委員会での主なご意見

- ・ サービス事業者との関係だけで医療機関・医療従事者が含まれていなかったが、含める必要がある。医療と情報共有することで、サービスを導入するだけでなく、利用者の意欲を高めたり、QOLを高めることに繋がるのではないかと。平成30年度の制度改正、報酬改定により、医療との連携を義務付けられたことでケアマネジャーの負担は増大している。しかし、負担が大きくても業務として重要であるため、どのように負担軽減に向けた支援ができるかという議論ができればよいのではないかと。
 - ▶ 論点2-3では医療との連携は対象外としたが、論点2-6で議論することが可能である。
- ・ インフォーマルサービスの事業者と連携する際の懸念事項は、責任の所在が難しいことである。例えば、配食サービスはお弁当を届けるだけであり、契約や個人情報の同意を得ていない。ケアプランの情報や個人情報をどこまで提供してよいのか。医療機関についても同様と考えられる。例えば主治医との連携は必要であるが、かかりつけの歯科医師や薬局にはどこまで情報共有すればよいのか。居宅療養管理指導を算定されている場合には積極的に連携しているが、主治医以外の医療機関、例えば入院する病院などとの連携もある。
 - ▶ 病院と診療所では対応が異なるのではないかとのご意見もあった。利用者に関わる医療関係者とは多岐にわたるが、それらを全て一律に議論して良いか。
- ・ 主治医にケアプランを提供することが平成30年に義務付けられたが、郵送することが多い。電子カルテを導入している医療機関、クリニックが増えているが、紙で受領したケアプランをどのように保管しているのか。電子メール等でケアプランを送付できればより簡素化できるのではないかと。
 - ▶ クラウド上から必要なものを入手できれば良いと思う。医療側としては、情報量が多いと感じているところもある。第1弾、第2弾のように、段階を分けることなどが考えられる。
 - ▶ 論点の表現について、「簡素化」の前に「ケアの質向上と簡素化を両立する視点で」あるいは「生産性向上(ケアの質向上と簡素化)」と記載するとよいのではないかと。質と効率化を一体で議論するため、言葉を補うこととしたい。

第4回検討委員会での主なご意見

- ・ 2015年、医療介護総合確保促進法が定まってから、毎年、都道府県・市町村10数か所～20数か所、補助金により具体的な取組が実施されている。その中で医療側と介護側の情報共有について、フォーマットや項目、成果がベストプラクティスとして公表されており、参考になるのではないかと。
 - ▶ 参考にしたい。また、場面、場面でやり取りが異なるため、参考資料〇も参考になるのではないかと。

第5回検討委員会での主なご意見

- ・ ○市では退院調整ルールとして、居宅介護事業所ごとに手引きを作成することとし、事業所を対象に説明会や年に数回勉強会を実施し、改定を続けている。どこの病院のどこに連絡するか等、手引きを作成し配布している。こうしたことが決められていると連携がとりやすく、入退院連携がうまくできている。
- ・ 参考資料〇と同じものである。厚生労働省の中で補助金活用におけるベストプラクティスの1つであり、講演等ではこの様式を活用している。その後も進化しており、すばらしいと感じた。入退院連携加算が創設された際、ソーシャルワーカーの連絡会とケアマネジャー連絡会で〇市版の連携シートを作成した。書き方を明示し、入院時、退院時両方で使用できるものとした。市役所のHPに連携シートを掲載し、活用を促進している。ソーシャルワーカーの協力により、各病院の窓口一覧を作成した。以降は年1回、ソーシャルワーカーとケアマネジャーの交流会を設け、グループセッションをしながら変更内容を共有している。保険者など、市や県で統一したものを使うとよい。
- ・ ○市では、市、病院、ケアマネジャー、訪問看護の代表者が集まり、看取り期のサポートマップ、入退院時のマップ、脳血管に関するケアパスを作成しており、市のHPからダウンロードできるようにしているとともに、行政担当者が病院に説明に行く。〇市近隣の病院では統一した様式があり、ケアマネジャーは入院したあと何をすればよいのかが分かりやすくなっている。行政が旗を振るとスムーズだと実感している。
 - ▶ 行政と医療側、介護側が協議してひとつのルールを作っているという事例になる。そうでなければ仕組みとして機能しない。
- ・ ヒアリング調査結果にあるが、会員組織Eでは医師会、行政と一緒に様式を作成し、取り組んでいる。そのほか、サービスの申込書も統一しようとしている。
- ・ ○市では厚生労働省が提示している入院時連携シートや退院時連携シートを標準として使用している。医師会が発起人となり、市独自の新たなシートを作ることが発表されたが、分量が多く、既に厚生労働省のシートに慣れているケアマネジャーは前向きにはとらえていない。市も静観している。
 - ▶ ベストプラクティスを紹介するのみならず、ルール化するために合意を得るまでのプロセスを示すことが重要と考えられる。
- ・ ○市立病院では平成24年頃から入退院連携デザインというマニュアルを作るため、入退院時の取り決めや様式を作り始めた。現在は市全域に広まり、県から予算を得て新たなデザインを作成中である。介護支援専門員協会で共通のアセスメント様式を作った際、入退院時の様式も使えるようにし、これをきっかけにアセスメントシートの活用も進んだところである。

論点 2-7：指定基準（厚労省令）の解釈通知等で定める「サービス担当者会議等による専門的意見の聴取」等における「利用者の状態に大きな変化が見られない」について

(1) 論点及び議論の方向性

論点及び議論の方向性は以下のとおり。

【論点 2-7】

- 指定基準（厚労省令）の解釈通知等で定める「サービス担当者会議等による専門的意見の聴取」等における「利用者の状態に大きな変化が見られない」というのはどういう状態をさすのか、簡素化の視点で、実態を勘案した上で、具体的に例示することを検討してはどうか。

【議論の方向性】

- 具体的に例示することについては、まずは介護支援専門員のモニタリングや会議関係者の合意が前提となる。その上で、例えば「健康、疾病の状況の変化」「ADLの変化」「排泄関係」「聴力、視力、嗅覚、味覚等」「食事の量・水分の量等」「睡眠時間」等といった身体の状態、「会話が少なくなった。声が小さくなった」「テレビやラジオを見聞きしなくなった」「リモコンなどが使えなくなった」「好きな物も食べなくなった」「物を欲しがらなくなった」等といった精神心理、「外出に気が進まない」「電話が減った」「会話が減った」「人が来るのを嫌がる」等といった社会性を踏まえ、検討してはどうか。

(2) 論点に関連するアンケート調査結果

論点に関するアンケート調査は実施していない。

(3) 検討委員会における検討内容・主な意見

論点に関連する実態・課題について、以下のように議論を重ね、最終的に議論の方向性を導き出した。

第3回検討委員会に向けた主なご意見

- <「利用者の状態に大きな変化が見られない」とはどのような場合か>
- ・ ADL（歩行状態・排泄・食事の状況など）に変化がない。
 - ・ 生活環境やADLに変化がない。
 - ・ 日常生活動作や本人の能力が維持できており、ケアプラン上のサービス内容に変化の必要なく生活を継続できている状態。
 - ・ ADL・日常生活に変化がなくても、例えば、利用者がデイサービス等の利用回数を増やすことを希望する場合。
 - ・ 本人の状態に変化はなく、居宅サービス計画書の内容のみ変更となる場合（例：歩行

状態が不安定な利用者が歩行補助具を使用していたが、利用状況を勘案した上で歩行器へ変更する場合)。

- ・ 介護保険証の更新、区分変更の認定等が下りた場合で、利用者本人には何ら変化が見られない場合。具体的取り扱いとして、介護支援専門員が行う再アセスメントの結果本人の状態に変化がなく、単なる介護サービスの追加、削減、変更、介護保険証の更新、区分変更、暫定から確定プラン等へ変更する場合等により居宅サービス計画書を見直す場合は、担当者会議の招集及び照会記録を求める事を不要とし、新しく作成した居宅サービス計画書の説明と交付を行うのみとする。ただし介護支援専門員及び主治医が必要と考える場合においては担当者会議の招集を行うこととする。
- ・ 心身の体調に変化なく、予定されているサービスや活動が行えている状態のとき。
- ・ ①「身体」②「精神心理」③「社会性」の3つの側面から見る必要がある。身体面からだけで見ていることが多いので、注釈がある方が良い。具体的に例示することを検討してはどうか。

<例>

①身体：「健康、疾病の状況の変化」「ADLの変化」「排泄関係」「聴力、視力、嗅覚、味覚等」「食事の量・水分の量等」「睡眠時間」

②精神心理：「会話が少なくなった。声が小さくなった」「テレビやラジオを見聞きしなくなった」「リモコンなどが使えなくなった」「好きな物も食べなくなった」「物を欲しがらなくなった」他。

③社会性：「外出に気が進まない」「電話が減った」「会話が減った」「人が来るのを嫌がる」他。

第3回検討委員会での主なご意見

<「利用者の状態に大きな変化が見られない」とはどのような場合か>

- 非常に難しい質問であるが、「日常生活動作や本人の能力が維持できており、ケアプラン上のサービス内容に変化の必要なく生活を継続できている状態」と言えるのではないか。追加するならば、本人の意向や家族の意向に変化なくということか。
- 本人の状態に変化がなく、単なるケアプランの変更の場合、一連のプロセスが必要か。例えば歩行状態が不安定であり、ニーズや転倒予防という目的が変わらないが、利用する福祉用具の品目（4点杖、歩行器、室内用の手すり等）を変更する場合など。
- ケアプランが変更になっても本人の状態が変わらないのであればよいのではないか。ここはどのタイミングでという基準がある。
- どうしてもADLや活動だけを見がちだが、3
- つの側面から考える必要がある。身体的に変化がない、精神的にひどく落ち込んでいない、社会性が欠如してきていないなど。
- 地域包括支援センターを監督しているが、要支援以下の利用者については、フレ

イルの改善を確認しており、ADL や IADL だけを見るのでは不十分である。

- 生活環境としてひとまとめになっているが、家族の死去や結婚など、社会性にも含まれるが家族に変化があった時は要注意である。
- 保険者と意見が食い違っていたという事例はないか。
- 保険者から指摘を受けないよう、必要以上に守りを固めているという実態があり、軽微な変更とせず、再アセスメント、担当者会議、ケアプランの交付、モニタリングを実施している実態がある。
- この通知はサービス担当者会議で専門的な意見が必要かどうかという視点が含まれているため、単純に集まって協議する必要があるかが判断基準になると考えている。個別具体的に例示すると、複雑化するのではないかと危惧する。なんらか変更の必要性があるときにはニーズが変わるため、ニーズが変わるかどうかで判断してもよいのではないか。
- 細かい例示については留意しつつ、例えば保険者からの質問に対して根拠を説明できるかどうかという観点が必要と感じた。根拠を持って説明ができるということを論点とするか。
- 総論から議論が進められているが、目的や簡素化は何故するのか。業務負担軽減だけでなく、ケアの質向上や身体・心理・社会的な側面を加味した上での業務負担軽減を目指す、ということを総論で示せばよいのではないか。
- 冒頭に、今回の議論は質の担保を前提としたものであることを示しておきたい。

論点 2-8：短期入所生活介護等のケアプランへの位置付けについて

(1) 論点及び議論の方向性

論点及び議論の方向性は以下のとおり。

【論点 2-8】

- 短期入所生活介護等のケアプランへの位置付けについて
指定基準（厚労省令）第 13 条第 1 項第 21 号とその解釈通知で定める内容の“おおむね半数”の保険者の捉え方について、業務上支障が生じているか。生じている場合、負担軽減の観点から、どのような方法が考えられるか。

【議論の方向性】

- この解釈については、現行の解釈を再度周知することを検討してはどうか。なお、半数を超える日数が必要な場合は、保険者に相談する等、日頃から事業所と保険者の関係構築に現場レベルで取り組む必要があるのではないか。

(2) 論点に関連するアンケート調査結果

論点に関するアンケート調査は実施していない。

(3) 検討委員会における検討内容・主な意見

論点に関連する実態・課題について、以下のように議論を重ね、最終的に議論の方向性を導き出した。

第 3 回検討委員会に向けた主なご意見

- ・ 目安を超えても必要性を認められたらサービスに位置付けて良いとの記載があることから、論点 2-8 自体を削除で良いのではないかと。
- ・ この解釈については、現場で、保険者と居宅支援事業所とでトラブルになったり、利用者への自費請求が発生している。（まったくの半数とせず、柔軟な対応が可能であることは、利用者にはありがたいこと）
◎提案：「半数を超える日数が必要な場合は、保険者に事前相談をする」の一文があると良い。

第 3 回検討委員会での主なご意見

- ・ 数名のケアマネジャーに確認したが、特に業務上支障はないとのことだったため、この論点は不要ではないかと意見を出した。
 - 問題意識ではないことも論点に含まれている可能性があるため、そこも是非ご意見いただきたい。
 - 我々の会社で 2 名ほど該当したケースがあった。「おおむね半数」とあるが、保険者と話し合うということが記載されていない。注釈として、おおむね半数を超え

る場合はどうすべきかの記載があればよい。

➤ ○市では半数を超える場合は1日ごとに計算し、半数を越える場合は申請書が用意されている。ショートステイを使用する前日までに受理されることで認められる。○区の場合は事前に必要性を説明するだけで特に届出はない。ひと手間の問題だが、○市の場合は事前に認められているということで安心感があった。

・ 「おおむね半数」ということだが、以前は介護保険の認定期間が1年だったため、半数の確認が容易だった。有効期間が3年になり、計算がしにくく忘れてしまうこともある。おおむね半数を超える利用にあたり、理由書、ケアプラン、サービス担当者会議、モニタリング、アセスメント、全ての書類を提出することで認めるとされており、半数を超える際のケアマネジャーの負担が大きくなっている。

・ ○市では届出書という書類を作っている。半数を超える前に届けてもらい、審査の結果、問題がなければ、解釈のとおり基本的には認める方向で受け取っている。事情があつての利用と理解しているため、よっぽどのことがない限り認めている。届出がない場合、給付の適正化の観点から国保連合会から指摘があるため、事業者へ電話で事情を確認し、出し忘れであれば後日の届出でも認めている。

➤ 求めている書類は申請書1枚のみか。

➤ 提出してもらおう書類は届出書1枚のみである。どのくらいショートステイを使うかを記載してもらい、実績と突合している。

➤ ○市も届出書があるが、提出することはない。事業者が使用している事務ソフトにより、介護保険の認定期間に応じて累積しており、そこを注意して確認することで問題ない。

➤ ここでは、あまり負担をかけず、事前に協議するのがよいということを提示し、先ほど委員から紹介いただいた事例のように多数の書類提出を求めることを是正するに留まるのではないか。

➤ 半数を超えたショートステイを利用した利用者を担当したことがある。事前に市町村に問合わせたが、運営基準のとおり必要性があればよいとのことだった。後日、適正化の観点での指摘書類が送付されてきた。理由を記載して提出することで特に問題はなかった。基準にあるとおり、状態に応じて柔軟に対応してもよいとあるため、ケアマネジャーの判断によって、利用していければよいのではないか。先ほどの事例のように一連の書類一式を提出して審判を仰ぐようなことは負担であり、そこについては検討いただきたい。

・ 実地指導においても、担当者の視点が異なることが課題と認識した。○市では届出書はなかったが、事業所から提出したいという要望があり作成した。

・ 無理な要求はしないこと、ケアマネジャーが根拠を説明できるということが大前提になる。こういったことで整理したい。

3. 「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直し」に関するご意見への対応について

論点3-1：ケアプランの軽微な変更の内容について（ケアプランの作成）

（1）論点及び議論の方向性

論点及び議論の方向性は以下のとおり。

【論点3-1】

- 「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直し」に関するご意見への対応について（平成22年7月30日介護保険最新情報 Vol.155）のP3の「3 ケアプランの軽微な変更の内容について（ケアプランの作成）」について、“軽微”の範囲について、追加的に明示すべき項目はあるか。

【議論の方向性】

【項目について】

- 「目標期間」について、延長の取扱いを具体的に示すことにしてはどうか。なお、具体的に示すにあたっては、現状、個別事例ごとに設定できるメリット・デメリットや、すでに保険者において統一的に示されていると考えられる点について留意した上で、どのように示すか、さらに議論が必要ではないか。

【具体的な内容について】

- 「サービス内容」の変更の取扱いについて、その内容（程度）に応じたケアマネジメント手続きを例示すべきではないか。

※ 留意点

- なお、上記の検討にあたっては、すでに保険者において個別の解釈がなされている実態のご意見があったが、それらの項目についてはどのような取扱いにするのかも含め、引き続き議論が必要ではないか。

（2）論点に関連するアンケート調査結果

論点に関するアンケート調査結果は以下のとおり。

① ケアプランの軽微な変更への対応の現状について

「軽微な変更」に該当するかどうか、事業所として判断ルールを設定状況をみると、「定められていない」事業所が53.5%で、「定められている」よりやや多かった。

また、「軽微な変更」に該当するか判断に迷う場面については、「サービス提供の回数変更」が、「よくある」または「ときどきある」と回答した割合の合計が56.9%と最も多かった。このほか、「よくある」または「ときどきある」と回答した割合の合計が4割を上まわっているのは「サービス提供の曜日変更」、「目標期間の延長」、「福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合」、「目標を達成するためのサービス内容が変わるだけ

の場合」であった。

一方、「あまりない」と回答した割合が最も高かったのは「利用者の住所変更」で80.7%であった。

図表 96 7 (1) 1) 「軽微な変更」への該当について事業所として判断ルールの設定状況

	件数	定められている	定められていない	無回答
合計	1279	518 40.5%	684 53.5%	77 6.0%

図表 97 7 (1) 2) 「軽微な変更」に該当するか判断に迷う場面

	件数	よくある	ときどきある	あまりない	無回答
①サービス提供の曜日変更	1279	189 14.8%	352 27.5%	698 54.6%	40 3.1%
②サービス提供の回数変更	1279	207 16.2%	521 40.7%	512 40.0%	39 3.0%
③利用者の住所変更	1279	42 3.3%	157 12.3%	1032 80.7%	48 3.8%
④事業所の名称変更	1279	45 3.5%	219 17.1%	966 75.5%	49 3.8%
⑤目標期間の延長	1279	224 17.5%	315 24.6%	688 53.8%	52 4.1%
⑥福祉用具で同等の用具に変更するに際して 単位数のみが異なる場合	1279	120 9.4%	400 31.3%	715 55.9%	44 3.4%
⑦目標もサービスも変わらない(利用者の状況 以外の原因による)単なる事業所変更	1279	106 8.3%	375 29.3%	746 58.3%	52 4.1%
⑧目標を達成するためのサービス内容が変わ るだけの場合	1279	120 9.4%	472 36.9%	635 49.6%	52 4.1%
⑨担当介護支援専門員の変更	1279	51 4.0%	240 18.8%	939 73.4%	49 3.8%

保険者等から一連の対応を求められるケースについて、「よくある」または「ときどきある」と回答した割合の合計が最も多かったのは、「サービス提供の回数変更」の21.3%であり、いずれの軽微な変更においても「あまりない」と回答した割合が約6～7割であった。

図表 98 7 (1) 2) 保険者等から一連の対応を求められるケース

	件数	よくある	ときどきある	あまりない	無回答
①サービス提供の曜日変更	1279	48 3.8%	80 6.3%	947 74.0%	204 15.9%
②サービス提供の回数変更	1279	103 8.1%	169 13.2%	811 63.4%	196 15.3%
③利用者の住所変更	1279	58 4.5%	74 5.8%	937 73.3%	210 16.4%
④事業所の名称変更	1279	56 4.4%	88 6.9%	925 72.3%	210 16.4%
⑤目標期間の延長	1279	86 6.7%	141 11.0%	842 65.8%	210 16.4%
⑥福祉用具で同等の用具に変更するに際して 単位数のみが異なる場合	1279	47 3.7%	115 9.0%	909 71.1%	208 16.3%
⑦目標もサービスも変わらない(利用者の状況 以外の原因による)単なる事業所変更	1279	87 6.8%	112 8.8%	872 68.2%	208 16.3%
⑧目標を達成するためのサービス内容が変わ るだけの場合	1279	78 6.1%	146 11.4%	846 66.1%	209 16.3%
⑨担当介護支援専門員の変更	1279	62 4.8%	92 7.2%	911 71.2%	214 16.7%

② ケアプランの軽微な変更への対応の業務負担について

「軽微な変更」に関する問題点や負担が大きいことについて、「軽微な変更」と考えられる内容であっても、実地指導時、保険者との解釈の相違により、減算の対象となる」や「軽微な変更」と考えられる内容であっても、サービス提供事業所から一連の対応を求められる」、「軽微な変更」と考えられる内容であっても、保険者から一連の対応を求められる」と回答した事業所がいずれも約2～4割であった。一方、「問題点や負担が大きいことはない」は30.1%であった。

図表 99 7 (1) 3 「軽微な変更」に関する問題点や負担が大きいこと
(複数回答)

	件数	「軽微な変更」と考えられる内容であっても、サービス提供事業所から一連の対応を求められる	「軽微な変更」と考えられる内容であっても、保険者から一連の対応を求められる	「軽微な変更」と考えられる内容であっても、実地指導時、保険者との解釈の相違により、減算の対象となる	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	346 27.1%	282 22.0%	460 36.0%	75 5.9%	385 30.1%	85 6.6%

(3) 検討委員会における検討内容・主な意見

論点に関連する実態・課題について、以下のように議論を重ね、最終的に議論の方向性を導き出した。

第1回検討委員会での主なご意見

- ・ ケアマネジャー自身は、軽微な変更について、周知されていると思われるが、サービス事業所から、計画書の変更や追記を求められることがある。実地指導で指摘されたと言われることもある。サービス事業者や、保険者への再周知が必要ではないか。
- ・ 「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直し」について軽微な変更の例示がいくつか示されているが、示されているがゆえに、それ以外のケース、例えば週1回程度の追加は軽微だが、2回以上は軽微ではないのか等、不毛な議論が起きている。軽微な変更については、例示を追加するのではなく、逆にシンプルに考え方のみを示すほうが良いのではないか。解釈通知の内容を補完するようなイメージではどうか。
- ・ 現在の項目以外にあるかという視点と、現在の項目(解釈も含む)でよいかという視点で議論してはどうか。現在の項目でも、各保険者、担当者によるローカルルールが横行している。平行して、一連の業務を行う必要性の高い項目を例示すべきではない

か。また、軽微な変更のダメな例なども整理しておくといよいのではないか。

- 軽微な変更の解釈については現場で悩むことが多く、報酬に関わる部分であるため、慎重な判断が必要である。ケアプラン作成、サービス担当者会議ともに簡素化(追加)できると良い。特に、目標期間の延長については、保険者により対応が異なるので、実態把握が必要である。
- 短期目標の延長について、短期目標が切れる為、その都度計画書を作りなおしている事業所がある。短期目標が切れるたびに計画書が必要なのかも行政でまちまちである。
- 「ケアプランの軽微な変更の内容について (ケアプランの作成)」について、“軽微”の範囲について、追加的に明示すべき項目とあるが、現場においては軽微な変更の際のケアマネジメントプロセスの運用についてのルールが曖昧になっていることから、軽微な変更の際にどのような運用をするか明確化の議論をしてはどうか。軽微な変更の取り扱いについて、運営基準減算に繋がらないかが気になる場所である。サービス担当者会議を開催しなかったことで、減算になることもあるため、減算とならないようにサービス担当者会議は開催しなくても全件照会をかける等の対応をおこなっており、業務負担軽減に繋がっていない実態がある。

第3回検討委員会に向けた主なご意見

- 軽微な変更について、より具体的に分かりやすく例示する。Vol.155 3 ケアプランの軽微な変更内容について(ケアプランの作成)の中で、特に判断に迷うものについての項目は、Q&Aのような具体的な事例を明記してはどうかと思う。例えば、短期目標の見直しは、3か月ごとにしなければならないということではない。目標を延長するのは、1回程度である。また何回も軽微で目標を伸ばすのは、目標の設定に難ありなので、その場合は、見直しが必要になる。など、サービス提供回数が増える場合、1回程度なら可能だが、後日また1回増える場合は、再度ケアマネジメントプロセスを行う必要がある。など、ある程度の例を示した方が、理解しやすいし、現場の混乱やおかしなローカルルールの発生を抑えられるのではないかと思う。軽微な変更ができるか否かは、現場の業務負担に大きな違いが出ると考える。
- 「目標期間の延長」の説明について、追加して欲しいと、現場からの声がある。(短期目標の期間だけの変更※「目標期間の延長」：単なる目標設定期間の延長←ケアプラン上の目標設定(課題や期間)を変更する必要がなく)と記載されている。ケアマネジャーにとって、大変ありがたい基準であるが、これも保険者によって見解が異なり、又、保険者とケアマネジャーでも見解が異なり、もめごとが起きたりしている部分で、軽微の解釈がある程度統一されると良い。

第4回検討委員会での主なご意見

- 「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直し」をなかなか見ていない方が多い。追加することも重要だが、まずは周知することが重要ではないか。

- ▶ 再徹底をすることが必要ということか。これは、ケアマネジャー側か、保険者側かどちらに向けての周知が必要なのか。
- ▶ どちらもである。保険者側にも知っていただかないとローカルルールになってしまう。
- 行政側として、担当者が代わるとこういったものを確認することになるというものなのか。
 - ▶ ○市の場合、実地指導マニュアルを作成しており、必ず引き継いでいる。ここにある軽微な変更は読み手によって変わってくる。国が示している例示を「～と考えられる」ではなく「～と考える」という表記にしてもらえると誰もが間違えることなくできるようになるのではないか。
 - ▶ 市町村判断の余地を残す必要があるということと、逆に市町村では判断が難しいということか。
- 平成 22 年に軽微な変更が提示されてきたが、管理者でもこの存在を知らない方がいる。再度、通知を発出することで広まるのではないか。特に伝えたいのは、目標期間の延長についてである。この記載内容だけではわからないところが多い。以前は有効期間が半年だったため、短期目標は 3 か月で作成するように言われて対応してきたが、今でも 3 か月で作成しなければならない、延長はしてはならないと考えているケアマネジャーもいる。もう少し分かりやすく、3 か月毎ではなくても良い、何度も同じ目標を延期することはいけない、などの例示をしっかりとしなければならない。この、目標の延長ができるか、するか、しないか、によって業務の簡素化は大きく違ってくると思う。
 - ▶ 特に目標期間の延長について判断に迷われるというところか。
 - ▶ 保険者によって判断が異なる部分である。第 1～3 表全てがセットであるため、3 表が変わるのであれば全てを変更する必要があるとされたり、第 3 表だけ差し替えることでよいなど、取り扱いが異なっているため、ここが一番難しいところだろう。
 - ▶ 市町村によっても異なるのであれば、他の委員からも現状を教えてもらいたい。
 - ▶ 短期目標の延長について委員からのご意見もあり、逆に行政の強制力に繋がっている。一律に短期目標が切れた場合、一連の業務を求められることがある。目標期間の延長だけでなく、サービス内容が変わるだけの場合ということも微妙である。目標に対してサービスが追随しているという理解だが、サービス変更のどこまでが軽微な変更になるのかが曖昧である。具体的な内容を例示しておく必要があるのではないか。また、手続きの方法として、軽微な変更のため担当者会議までは不要だが、計画書の日付を変更し、利用者の了承を得ておけばよいなどの手続きについても具体的に例示していただけるとよい。
- 具体的にどのように記載しておくのがよいのか含めご意見いただきたい。
 - ▶ 軽微な変更について、不明確な場合には行政に確認しながら行っている。行政でもわからなくて、「多分、良いのではないか」という回答に留まり、そういったや

りとりは記録に残すようにしている。特に、短期目標の延長については、デイサービスやヘルパーから短期目標の期間が切れたため、新たに利用者の署名捺印があるケアプランを求められる場合がある。軽微な変更という取り扱いにしても、サービス事業所から求められる実態があるため、ケアマネジャーだけでなくサービス事業所との間でもその認識が異なっていることで困っている現状がある。

- ▶ 具体的にどのように記載するのがよいか、何かあるか。特に、目標の設定、目標を達成するためのサービス内容の変更が挙げられている。
- ▶ 平成 30 年度の制度改正で訪問看護ステーションからのリハビリについて、看護師が3か月に1回状況確認に行くというもの。訪問看護ステーションからリハビリテーション、体調確認とあったが、第2表の中に別枠を設けて、看護師による評価(体調確認)を書き加えるとのこと。もともとサービスが入っている利用者だったが、サービスの追加にあたるため担当者会議が必要という指導を受けた。ちょっとした追加、例えばヘルパーについて新たに掃除がサービスに加わったということも担当者会議の開催が必要か。こういったところで現場の判断に迷うところである。また、介護支援専門員の変更について、〇区は利用者にとっても大きなことであるため、軽微な変更としては認めていないと明示している。こういったことでローカルルールが増えていくのだろうと思う。一時的にケアマネジャーが体調不良の場合、他のケアマネジャーがモニタリングに訪問するが、その場合も担当ケアマネジャーの変更にあたるのか。一時的であっても、居宅サービス計画の作成者名が変わる。細かいところを考えるとどこまでやるのがよいか判断に迷う。目標の延長についてはローカルルールが多い。保険者によっては手書きによる二重線で期間延長とし、変更のあった第2表のみ署名捺印をもらうことでもよいとされたり、必ず1表からもらい直す必要があるとされたりしている自治体もある。
- ▶ 〇市の場合、期間は定められていない。国としても期間は定められていない。今、認定期間が3年になっているため、長期目標は3年でよいと記載されている書籍を見た。状態が変わっても変更しないケアマネジャーがいるため期間を区切られていると思うが、実際に保険者によって長期目標は〇ヵ月でなければならないと明文化されているのか。指導の際、口頭で言われるのか、講習会等で書面としてもらうことがあるのか聞いてみたい。
- ・ 3か月の縛りがあるということもあったが、明文化された自治体はあるのか。
 - ▶ 明文化はされていないが、実地指導の際に「短期目標は半年ですよ」と言われた。
 - ▶ 文字にせず、指導で言われるという現状がある。
 - ▶ 〇市の中では何か月ということではなく、期限が切れた際の対応がローカルルールだと思う。期限が切れた際にどのような手続きを行うか、第1～3表全てを提出し直すなどの対応が異なるものと思う。明文化されているところはないのではないか。

第5回検討委員会での主なご意見

- ・ アンケート調査結果による軽微な変更の業務負担について、保険者やサービス事業所側から一連の対応を求められることや、実地指導時に減算の対象にあるとの回答を合わせると約8割を超えている。軽微な変更と言われつつ、色々なところから言われることが負担になっているのではないかと。
 - 軽微な変更については外圧を減らすことはできないかのご意見だった。
- ・ 軽微な変更で何をすればよいか曖昧になっており現場スタッフに伝えにくい。保険者毎の解釈もまちまちである。ケアマネジャーを会社として指導する上で、運営基準減算を出さないこと、保険者の指導に従って行うということを踏まえると、どのように軽微な変更を取り扱うかを考えると、安全策として軽微な変更と考えずに一連のプロセスを行うこととしている。これではあまり負担軽減にならない。サービスが1日追加になっただけ、目標期間の延長など、再アセスメントをした結果、状態が変わらないということが確認できたことで、ケアプランが変わらないということである。今回の検討で見直しが議論になったということだけでも嬉しく思う。具体を示すことは難しいということだが、個人的には軽微な変更をどのように扱えばよいのか、実際にケアマネジャーが何をすれば正しいやり方なのかを知りたいところである。
 - 軽微な変更は枠が見えないため、具体を示すことができない。これまで言い続けていることは、短期目標の取り扱いについてである。保険者によって取り扱いが異なる。変更がない場合にどうするか。軽微としても良いかわからないところでもある。現場で一番悩んでいるのはここではないかと思っている。
 - 画一的に決めないで欲しいというところか。
 - 軽微な変更については、以前資料として提示したマニュアルを参照して作成するが、行政も軽微なプランの取り扱いは、以前示されたものを参照して判断していると思われる。もう少し分かりやすくしてもらえるとお互いの温度差がなくなると思うため、認識の違いがなくなるような表記をしてもらうのが一番かと思う。
 - 軽微な変更については当初から線引きができるのかが疑問であった。運営基準等の中に介護支援専門員が判断すると記載があるため、これは介護支援専門員の裁量を認めるべきだという考えを持っている。よって、基本的なところだけお示しし、介護支援専門員の裁量で広く判断できるようにしていくというところかと思う。○市との協議の際、軽微な変更として介護支援専門員が判断したことについて、実地指導で確認することはできないのではないかという話があった。
 - なかなか1つずつ決めていくことは難しい。アンケート調査結果では、思ったよりも苦勞していないという結果が出ていた。軽微な変更で苦勞しているということがエビデンスとして出てきていないため、この点を細かく決めていくことはできないだろう。保険者によって認めてくれるケースもあり、2～3割の保険

者や担当者の解釈の違いで苦慮しているのではないかと思われる。厚労省から軽微な変更について再度周知していただけるということだけでも効果はあるのではないか。

- 周知するだけでも効果があるのではないか。また、調査結果としても厳しく捉えているのは2～3割であるということを示していくこともよいだろう。
- 解釈が難しく、極力、減算にならないよう手順を踏むと考えている。しかし、曜日の変更、回数の変更、住所の変更などがある。一つの指標としてサービス担当者間での検討が必要ない場合とするとわかりやすくなるのではないか。当事業所としては、この項目だけにとらわれず、事業所間ですり合わせの必要がない場合は軽微と取り扱うとしている。こういった指標を入れるとわかりやすくなるのではないか。
- それぞれの判断には根拠があり、そこが分かりあえればルールになると思う。今回の調査から具体を示すことは難しいということ、国から言えることということがあるため、今後の判断は厚生労働省に任せることとしたい。

4. 居宅サービス計画書（ケアプラン）の記載要領について

論点4-1：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

(1) 論点及び議論の方向性

論点及び議論の方向性は以下のとおり。

【論点4-1】

- 「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」、いくつか論点例を示しているが、業務負担の見直しの観点から、他の論点等について、どのように考えるか。

【議論の方向性】

- 個々の項目について、意見を踏まえて見直しを検討してはどうか。

(2) 論点に関連するアンケート調査結果

論点に関するアンケート調査は実施していない。

(3) 検討委員会における検討内容・主な意見

論点に関連する実態・課題について、以下のように議論を重ね、最終的に議論の方向性を導き出した。

第1回検討委員会での主なご意見

- ・ 今回は、居宅サービス計画書の書式の議論は行わないようだが、20年間変わっていない。アセスメントの標準様式も未だにないため、そろそろ議論が必要ではないか。
- ・ ケアプランの記載要領の改訂版の作成、様式の見直しが必要ではないか。資料は古いままだが、同じ手引きでも（平成22年12月版）では、「援助目標⇒目標」になっていることや（利用者の目標）、作成年月日が利用者の同意を得た日と理解しているか。第3表「主な日常生活上の活動」が記入されていないプランが多く非常に残念に感じている。重要な部分であり、記載しやすい様式への見直しが必要ではないか。また、モニタリング記録の見直しも必要ではないか。短期目標に沿って、簡潔に記入すべきである。ケアプランの評価も含め、分かり易いものができるとうい。
- ▶ 様式を見直すことで、正しく記入するよう誘導することも必要ではないかというご意見と認識した。
- ・ 現在示されている表記では分かりにくく、フロー図などで必要な書類等を含め示してはどうか。

第3回検討委員会に向けた主なご意見

- ・ ケアプランの記載要領について。福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置付ける場合においては、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」

等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する。とあるが、現状、記載場所に最適な箇所がなく、記載抜かりが散見されるとの意見もあるため、わかりやすく変更するよう検討してはどうか。具体策として、第1表の生活援助中心の理由と同様に福祉用具の必要性の枠を設けることでぬかりなく、いろいろと悩まずにスムーズに記載できると考える。

第4回検討委員会での主なご意見

- ・ 様式そのものではなくその記載要領について。この標準様式に項目追加することはよいと聞いたことがあるが、認識に齟齬はないか。
 - あくまで標準様式例のため、追加いただいてもよい。各項目についてもそれぞれ各地域で決めていただいても構わないものである。
- ・ 様式は各事業所の介護ソフトで統一されていると思われ、支援経過記録に記載される内容が様々である。軽微な変更については、支援経過に記録されていることが多く見受けられる。これは当地域の例だが、他市町村では異なる書き方があるという現状である。

第5回検討委員会での主なご意見

- (ア)第6表（利用者確認欄の削除）について
- ・ 記載要領、第6表の利用者確認欄が削除されることになる。同意を得たことの担保をどうするかはこれから検討するところである。本委員会の中でも、同意確認の担保をどのようにとるかご意見いただきたい。
 - 計画書に基づきサービス担当者会議を実施しており、第6表は毎月変更されるものではないため、不要ではないか。
 - 第6表で求める必要はないのではないかとのご意見か。この用紙の場合、毎月という前提がある。
 - ○市では以前から指導の中で利用票別表に押印またはサインがあるか確認され、同時に支援経過のモニタリングの冒頭に「利用票別表を交付。本人・家族に説明し、押印またはサインをいただいた」と必ず記入するように指導されていた。利用者確認欄が削除されるのであれば、そういった記載が必要になるだろう。
 - どこかに同意を得たという記録があればということだった。
 - 押印を取らずにどのように同意確認をするのか。これは金額に関係する書類であるため、限度額を超えた場合など、説明を聞いていないと言われるなどのトラブルが懸念される。押印が不要となっても当事業所としては、欄外などに押印いただき、同意したことを確認できるようにしておきたいというのが個人的な感想である。
 - 事業所としてのリスクへの対応として、何かしらの同意を得た印が欲しいということか。

- 支援経過に居宅サービス計画の説明・同意、利用計画についても説明・同意は記入するよう保険者から指導いただいております、署名・捺印が不要となっても記録は継続されるため、それをもって証明していきたい。署名・捺印が不要となったことで、より強く意識して利用者に説明し、トラブルがないようにしなければならないと思う。
- みなさんと同様に支援経過には「いつ」「誰に交付した」ということは記載している。本人に見せ、交付したことで承認を頂いたことにしても良いのではないかと。その代わり限度額が超過しそうな利用者については、きちんと説明し、支援経過に記録することでよいのではないかと。
- 保険者に対しては記録を指導されているため問題ないが、利用者の中にはハラスメント的な方や困難事例の方もいる。もらっていないなどと言われるとトラブルになるため、きちんと説明し、同意したという記録は欲しい。特に経営側としてトラブルは避けたい。
- 印鑑に限らず、サインにしても本人が認めたという印が必要だというご意見だった。
- 参考資料の中でスマートフォン、タブレット等携帯情報端末の活用が示されている。これと連動させて進めていくことはできないか。保険会社等ではタブレット端末で確認し、プリントアウトして置いていくということがある。そういった機器が他の業界では浸透されている現状を踏まえると、少しずつ経過措置を設けてやっていけないか。

(イ)第1表について

- ・ 記載要領 P12、⑬「利用者及び家族の生活に対する意向」について、改めて読んでみると課題分析の結果を記載するとあるが、本人の希望を書くと思っている方が多い。ここは大切であるため、今回改定できると良い。
 - 記載要領とずれがあるということ。課題分析のことを記載するのであれば、もう少しそこを明確に書いた方がよいのではないかと。
 - 指導する立場で多くのプランを見てきたが、表題のと通りの記載が多く感じる。今まで詳細に見ていなかったが、確かにずれていると感じる。
 - 利用者・家族の意向の欄に課題分析結果を記載すると、こんなことは言っていないと反対意見がでてくるのではないかと。課題分析結果は、ニーズを抽出し、長期目標・短期目標ができるため、ここにこの要領が記載されていると、課題分析を書かなければならないのかという迷いが出てくるのではないかと。
 - 逆に課題分析結果は書かなくても良いのではないかとのご意見。いずれにせよ、課題分析結果が書かれていると本人・家族も戸惑う可能性があるというところか。
 - 法定研修の講師をするようになり、要領を読み込んだ。自分自身が勘違いしており、ここには課題分析を書かなければならないということを知った。講師の

ための資料作成をしなければ気づかなかった。事業所内でも同様のため、世間一般も同じではないか。課題分析を書かなければならないということではなく、どちらかに統一すべきではないか。

- 実態として表題通りの書き方をしているため、ここに課題分析を書くとした場合、困る事業所が多いかもしれないということか。
- 利用者・家族の意向を記載することが多いが、極端な場合のみケアマネジャーの判断を入れるように言われたことがある。例えば、本人が「もう死にたい」と言った場合、そのまま記載するかということである。そういう場合は言葉では「死にたい」と言っている、本当はどう生きていきたいかという意向をくみ取って記載すべきではないかということである。その言葉をそのまま記載してもよいかという判断をするということだと解釈している。
- 表出した言葉をそのまま記載するのではなく、本当の意向を引き出したものを記載すると、この欄はもっといきるということか。

- ・ P14、⑮「総合的援助の方針」について、多くは緊急連絡先として、ご家族の連絡先や医療機関、主治医の連絡先を書いている。中には訪問看護ステーションがファーストコールをうちに、ということで1番に書いて欲しいなど指定が入ることも多い。そのように多数記載してしまうと総合的援助の方針とは何を書く欄なのかが曖昧になる。今回、書式は見直さないとのことだが、今後見直す機会があれば、緊急連絡先、医療機関と欄を分けて項目があるとより書きやすいのではないか。

P21、⑧「福祉用具貸与または特定福祉用具販売を必要とする理由」について、理由を居宅介護計画に記載しなければならないとあるが、どのような表記で、どこに書くかが事業所内でも議論になる。総合的な援助の方針の欄か、ニーズか、サービス内容に書くのかである。サービス内容にはわかりやすく品目を記載した方がよいという意見や、必要性や使用方法を記載した方がよいなど、ルールが統一されていないと感じるため、ここの表現も考えたい。

- 総合的な援助の方針については非常に大事なところである。第2表について話し合った結果、どのようなチームで総合的な援助を考えるか、方針を記載する部分である。保険者によってはサービスを全て記載するように指導されることがあるとのことである。
- 第1表だけで全てを確認したいということか。いずれにしても、多く記載することで箇条書きになるよりも、総合的という視点を強調した方がよいという点は共通の意見である。
- 総合的な援助の方針については、サービス事業所を記載してはいけないと指導されている。保険者によって指導が異なる点はどうか。ここは決めていただいた方がよいのではないか。
- 総合的などということを強調していくことが必要である。
- ○市でも基本的にはサービスは記載しないという指導がされている。サービスを

利用することを前提としては自立に繋がらない。具体的にどのような支援を受け、どのような方向に向かうのかである。サービス事業所の利用を前提としないこととされている。

➤ 上記委員が紹介して下さった事例は稀な事例か。いずれにしても総合という視点をしっかり記載いただきたい。

- ・ インフォーマルサービスについて、要支援の予防プランではインフォーマルを意識するような本人・家族の役割の欄がある。要介護についてもインフォーマルサービスを位置付けることを意識しているが、介護保険サービスのみの記載になっているプランもある。インフォーマルサービスを意識させるような一文が記載要領にあっても良いのではないか。

➤ 一番身近なインフォーマルである家族から、徐々に公的サービスを記載していくということが、一時、研修講師の中で話題になっていた。最初にインフォーマルサービスを第2表に記載し、なかった場合、何を使うかという順番に検討するということだった。まずは、利用できるインフォーマルサービスはないかを考えるということを示せるとよい。

➤ インフォーマルから書いていくということも意識づけしていけるのではないかとことか。

- ・ 医療介護連携についても何か意識させることができる工夫はできないか。インフォーマルサービスの利用と医療介護連携は非常に大きなテーマである。意図的にそういったところを意識させる書式になればよい。

➤ 記載要領にどのように書くかという課題はある。

➤ 第2表の下に欄を設けるということはどうか。第2表は記載が多くなる利用者も多い。

➤ 標準様式であるため、そういった工夫をしてもよいということ、記載要領に入れてはどうか。

➤ キーワードとしては大切な2つである。

➤ P20、⑥「サービス種別」の欄に「家族が担う介護部分についても、誰が行うのかを明記する」とある。ここに医療機関や本人の役割を追記することで、記載要領として追記できるのではないか。

➤ 医療連携について、当事業所の例として、前回の改定で盛り込まれた入院時にケアプランを提出するとことになったため、総合的な援助の方針の下にケアマネジャーの連絡先等を記載している。そういった使い方もできるのではないか。

➤ 医療系サービスを位置付ける際のケアプランは主治医に交付するとされている。医療系サービスを利用する際には、ここにきちんと位置付ける、または交付すると記載しておくことよいのではないか。

➤ ここは追記できそうではないか。制度が変更になった場合に記載が変わるのか

どうかはある。

(ウ)第5表について

- ・ P8、支援経過記録について、あったら良いと思うことを事前意見として提出した。以前、委員長が提示していた資料にもあったが、時間などが記載できるとよいのではないか。
 - 記載要領P26では、4行のみの記載である。例えば、後で記録を検索できるように見出しを付けるなど、という提案が記載できるか。

(エ)第2表について

- ・ P15、第2表 ①「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の解説が記載されているが4行でよいのか。医療ニーズの話題もあったが、ケアプラン点検の際、ケアマネジメントの標準化の話題も出る。脳梗塞、脳出血の方に、1番がリハビリテーション、次が福祉用具の利用となっており、脳梗塞の再発防止の検討は不要でよいのかということになり、外せないところである。例えば、高齢者の場合、必ず主治医の意見書をもって介護認定を受けるため、何らかの疾患があるはずである。疾患の視点も踏まえながらニーズを把握しなければならないという文言をもう少し盛り込めば、医療連携の視点や病気のことも考えなければならないと思うのではないか。
 - ニーズは重要なポイントであり、4行でよいのか。しかし、こういった検討をすると記載要領のボリュームも課題になる。
- ・ P16、②「目標（長期目標・短期目標）」について、「短期的に解決する場合」と記載されているが、モニタリングをしやすい目標を短期目標とすることができていない。モニタリングがしやすいという文言を入れると新人にもわかりやすいのではないか。安全・安心という言葉はモニタリングしにくい目標には入れないように、法定研修では指導している。

また、P21、「⑧福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のサービスを必要とする理由」について、「サービス内容」に記載しているが、サービスの利用が多い方ではサービス計画書が6ページ程度になる。「サービス内容等」に記載するとされているが、サービス計画書のボリュームが多くなり問題であると感じている。

 - 短期目標については数値化できる、評価できるということが大事である。今後、科学的介護に向けて評価していくには、どれくらい歩ける、何分くらい座っているということも考えていかなければならない。
 - モニタリングしやすいとした場合、短期目標を全て半年にしてしまうというのも問題であるが、評価を意識することは重要である。
 - 例えば、数値化する、評価が見える化するという言葉も必要なのではないか。
 - 数値化できるものはきちんと数値化し、評価ができるような目標設定をするということか。

- ケアプランは本人の物である。本人やご家族にとってわかりやすい表現で書くということも重要である。
 - 大前提である。行政にとってわかりやすい、医師がわかりやすいは意識されるが、本人がわかりやすいというところが抜けてしまうことがある。
 - そういった点でも数値化が必要なのではないか。モニタリングしやすいとした場合、ケアマネジャー向けであるため、本人・ご家族の視点が必要ではないか。
 - 記載要領の範囲で検討していきたい。
- ・ 第2表のニーズについて、脳疾患の方等、訪問看護においては、今後のCAHSEのデータ集積にも繋がっていく。共通の基準でデータが集積されていく方向を看護も考えていかなければならないとい。一例として看護の視点では何を見ているか整理したものを提示する。看護に関しては、「尊厳の追求」「苦痛の軽減」などを中心に、文献レビューを大学院生と一緒に実施している。生活の切り口や疾患の切り口を示した上で、先ほどの脳卒中であればどこにあたるかということ、各ケアマネジャーが整理できるようにしてはどうか。
 - データ集積を考えると記載の仕方についても真剣に整えていかなければならない。問題提起とともに、現在の記載要領へも転換しなければならない。今のご提案はどこかできちんと取り組むべきと感じた。

第7回検討委員会での主なご意見

第6回検討委員会までのご意見を踏まえた記載要領の修正案を提示し、修正案に対するご意見をいただいた。

- ・ 記載要領があった上で、ケアプラン点検など、色々な資料を参照しなければならなかったため、今回の修正で簡素化されたと思う。
- ・ 記載例が具体的になり、サービス担当者会議の検討内容に留意点が追加されたことがよい。サービスの種別と時間、頻度のみの記載になっていることもあったため、留意点を踏まえた記載になるのではないか。
- ・ 具体的な事例を示され、新人でも参照しながらプランを作成することができると思う。また、新人の指導にも活用できると感じた。
- ・ P20、平成30年度の制度を踏まえた追記とのことで、追記いただけるとありがたい。
- ・ P27、「話し言葉」については公の文書であるため、入れておいていただくとよい。また、「～が望ましい」については、多方面に配慮した記載と思われ、大変ありがたい。
 - 話し言葉を避けるという点は表現の問題として配慮が必要である。ご家族の言葉はそのまま記載できないと誤認するかもしれない、工夫いただきたい。
 - 発語が困難な利用者の発言などは記録したいところである。記載を少し工夫いただきたい。
- ・ 書いた方がよいこと、書かない方がよいこと、どのように記載すると伝わるか、ご意

見をいただきたい。

- 「話し言葉」は「書き言葉」と明確に分かれている。P27の上には利用者・家族の発言内容と明記されているため、「話し言葉」という一般的な用語があるため、変更しない方がよいのではないかと。
- P19、短期目標、長期目標の期間の有効期限について、この4月から4年に変更されるため、長期目標4年、短期目標2年と考える方もいるだろう。保険者によっては長期目標1年、短期目標半年としているケースもあり、そういったことを一律的に決めることではないということに配慮いただきたい。
- P15、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」について、法定研修等では「～～したい」と記載するように指導されることが多いが、タイトルに一致しないと感じていた。今回修正いただき助かる。
 - 問題と課題、ニーズとなっており、ここの記載については違和感を持っていたところかと思う。
- 「話し言葉」「書き言葉」について、利用者やご家族が「～～と言った」という場合は話し言葉の方が、ニュアンスが伝わりやすい。ケアマネの方々のこれまでの教育の過程にもよるかもしれない。「話し言葉」という表現の記載はしないという案もありか。
 - 利用者・家族以外の発言は「書き言葉」で記載するとしてはどうか。
 - 「話し言葉」というと「利用者が話した言葉」と認識する人もいるだろう。「口語を避け、文語で記載」というシンプルな表現でどうか。
 - 例示するのも難しいところである。「話し言葉」を記載しないとすると、何を記載すればよいか迷うだろう。記載要領に記載するのではなく、何かの研修の中で説明することでよいのではないかと。
 - サービス担当者会議の記録も、発言内容がそのまま記載されていることがある。客観的に見て会議の中でどのような話し合いがされたのかがわかるものがよい。サービス担当者会議の要点についても同様である。

参考：居宅サービス計画書（ケアプラン）の記載要領への個別意見

※第6回検討委員会までのご意見を記載

（改正後全文）

老企第29号
平成11年11月12日
最終改正 老計発第0729001号
老振発第0729001号
老老発第0729001号
平成20年7月29日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生省老人保健福祉局企画課長

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

標記について、今般下記のとおり定めたので御承知の上、管下市町村、関係団体、関係機関等にその周知徹底を図るとともに、その運用に遺憾のないようにされたい。

なお、当該様式及び項目は介護サービス計画の適切な作成等を担保すべく標準例として提示するものであり、当該様式以外の様式等の使用を拘束する趣旨のものではない旨、念のため申し添える。

記

1. 居宅サービス計画書標準様式及び記入要領（別紙1）
2. 施設サービス計画書標準様式及び記入要領（別紙2）
3. 介護サービス計画書の様式について（別紙3）
4. 課題分析標準項目について（別紙4）

(別紙 1)

居宅サービス計画書標準様式及び記載要領

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

居宅サービス計画作成（変更）日 が異なる場合について説明が必要と思われる。

利用者及び家族の生活に対する意向 _____

作成日との関連がわかりにくい

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 _____

統合的な援助の方針 _____

この下に軽度者の福祉用具貸与、購入の理由を記載する欄を設け、第2表で記載する内容を簡易化させてはどうか。

その他には、日中独居・要介護状態の夫婦・兄弟姉妹等・認知症の者だけの同居、等々を明記

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（ _____ ）

第3表

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿 年 月分より

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								<p>・ 日々の活動が見えるように記載してほしい</p> <p>・ 以下のことがわかると良い</p> <p>食事（朝食 昼食 夕食）、入浴（曜日）、清拭、洗面、口腔清掃、整容、更衣、排泄、水分補修、体位変換</p> <p>・ その他、家族の来訪や支援もわかると良い</p>
	6:00								
早期	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								

曜日との表記から0時開始にできないか

・ 日々の活動が見えるように記載してほしい

・ 以下のことがわかると良い

食事（朝食 昼食 夕食）、入浴（曜日）、清拭、洗面、口腔清掃、整容、更衣、排泄、水分補修、体位変換

・ その他、家族の来訪や支援もわかると良い

週単位以外のサービス	
------------	--

・ もう一段インフォーマルサービスを記載する欄を設けてはどうか

・ このスペースを広げ、福祉用具貸与、特定福祉用具購入の理由を記載できるようにしてはどうか。インフォーマルサービスや家族の介護力などを記載してもよいのではないか

・ インフォーマルサービスの項目追加に賛成である

第4表

サービス担当者会議の要点

作成年月日 年 月 日

利用者名 _____ 殿 居宅サービス計画作成者(担当者)氏名 _____

開催日 _____ 年 月 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
	本人、家族(続柄)の項目も追加してはどうか					
	<ul style="list-style-type: none"> 検討した項目は、「検討項目」とし、検討すべき項目も含めてはどうか 以下の検討内容と統合してはどうか 					
検討した項目	<ul style="list-style-type: none"> 検討内容には結論も記載される。結論を別建てにすると重複した内容を記載する必要ある 検討した項目と統合してはどうか 					
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)	結論は「まとめ」としてはどうか					

第6表

認定済・申請中

平成 年 月分 サービス利用票・提供票（兼居宅サービス計画）

居宅介護支援事業者→利用者

保険者番号										保険者名		居宅介護支援 事業者事業所名		作成年月日	平成 年 月 日	利用者確認	
被保険者番号										フリガナ 被保険者氏名		保険者確認印		届出 年月日	平成 年 月 日		
生年月日	明・大・昭									性別 男・女	要介護状態区分 変更後	支1 支2 経 1 2 3 4 5	区分支給 限度基準額	単位/月	限度額 適用期間	平成 年 月から 平成 年 月まで	前月までの 短期入所利 用日数
	年 月 日										要介護状態区分	支1 支2 経 1 2 3 4 5					日

提供時間帯	サービス 内 容	サービス 事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																																	
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計 回数	
			曜日																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	
			予定																																	
			実績																																	

第7表

サービス利用票別表・提供票別表

作成年月日 年 月 日

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容 /種類	サービス コード	単位数	割引適用後		回数	サービス 単位/金額	種類支給限 度基準を超 える単位数	種類支給 限度基準 内単位数	区分支給限 度基準を超 える単位数	区分支給限 度基準内単 位数	単位 数 単価	費用総額 (保険対象 分)	給付 率 (%)	保険給付 額	利用者負 担 (保険対象 分)	利用者負担 (全額負担 分)
					率%	単位数												
				区分支給限度 基準額 (単位)	合計													

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度 基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度基準を を超える単位数
訪問介護				短期入所生活介護			
訪問入浴介護				短期入所療養介護			
訪問看護				夜間対応型通所介護			
訪問リハビリテーション				認知症対応型通所介護			
通所介護				認知症対応型共同生活介護			
通所リハビリテーション				合 計			
福祉用具貸与							

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累積利用日数

本文	ご意見等
<p data-bbox="403 315 791 349">(居宅サービス計画書記載要領)</p> <p data-bbox="240 412 954 730">本様式は、当初の介護サービス計画原案を作成する際に記載し、その後、介護サービス計画の一部を変更する都度、別葉を使用して記載するものとする。但し、サービス内容への具体的な影響がほとんど認められないような軽微な変更については、当該変更記録の箇所の冒頭に変更時点を明記しつつ、同一用紙に継続して記載することができるものとする。</p> <p data-bbox="248 792 766 826">1. 第1表 : 「居宅サービス計画書（1）」</p> <p data-bbox="240 889 860 969">① 「利用者名」 当該居宅サービス計画の利用者名を記載する。</p> <p data-bbox="240 1032 719 1113">② 「生年月日」 当該利用者の生年月日を記載する。</p> <p data-bbox="240 1176 663 1256">③ 「住所」 当該利用者の住所を記載する。</p> <p data-bbox="240 1319 954 1449">④ 「居宅サービス計画作成者氏名」 当該居宅サービス計画作成者（介護支援専門員）の氏名を記載する。</p> <p data-bbox="240 1512 954 1641">⑤ 「居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地」 当該居宅サービス計画作成者の所属する居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地を記載する。</p> <p data-bbox="240 1704 954 1834">⑥ 「居宅サービス計画作成（変更）日」 当該居宅サービス計画を作成または変更した日を記載する。</p> <p data-bbox="248 1897 954 2027">⑦ 「初回居宅サービス計画作成日」 当該居宅介護支援事業所において当該利用者に関する居宅サービス計画を初めて作成した日を記載する。</p>	

本文	ご意見等
<p>⑧「初回・紹介・継続」</p> <p>当該利用者が、当該居宅介護支援事業所において初めて居宅介護支援を受ける場合は「初回」に、他の居宅介護支援事業所（同一居宅介護支援事業者の他の事業所を含む。以下同じ。）又は介護保険施設から紹介された場合は「紹介」に、それ以外の場合は「継続」に○を付す。</p> <p>なお、「紹介」とは、当該利用者が他の居宅介護支援事業所又は介護保険施設において既に居宅介護支援等を受けていた場合を指す。</p> <p>また、「継続」とは、当該利用者が既に当該居宅介護支援事業所から居宅介護支援を受けている場合を指す。</p> <p>おって、当該居宅介護支援事業所において過去に居宅介護支援を提供した経緯がある利用者が一定期間を経過した後に介護保険施設から紹介を受けた場合には、「紹介」及び「継続」の両方を○印で囲むものとする。</p> <p>⑨「認定済・申請中」</p> <p>「新規申請中」（前回「非該当」となり、再度申請している場合を含む。）、「区分変更申請中」、「更新申請中であって前回の認定有効期間を超えている場合」は、「申請中」に○を付す。それ以外の場合は「認定済」に○を付す。</p> <p>⑩「認定日」</p> <p>「要介護状態区分」が認定された日（認定の始期であり、初回申請者であれば申請日）を記載する。</p> <p>「申請中」の場合は、申請日を記載する。認定に伴い当該居宅サービス計画を変更する必要がある場合には、作成日の変更を行う。</p> <p>⑪「認定の有効期間」</p> <p>被保険者証に記載された「認定の有効期間」を転記する。</p>	

本文	ご意見等
<p>⑫「要介護状態区分」 被保険者証に記載された「要介護状態区分」を転記する。</p> <p>⑬「利用者及び家族の生活に対する意向」</p> <p>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と考えているのかについて課題分析の結果を記載する。</p>	<p>現記載内容を検討する必要があるのではないか。</p> <p>多くの場合、本人や家族の発言に留まっており、課題分析の結果に至っていないように見受けられる。マニュアルに示される「自立支援」をキーワードとして示しておく必要もあるのではないか。</p> <p>続柄で記載する必要があるのではないか</p> <p>本人、家族の声を聴き、課題分析結果を踏まえ、望む暮らしを記載するものであり「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、」は不要ではないか</p> <p>誰の意向かわかるように記載例 利用者、夫、長男、長男の妻、長女、次女、姪、孫など、本人との関係がわかるように記載</p> <p>「課題分析の結果を記載する。」について、「ケアプラン点検支援マニュアル」等を踏まえ、留意点を盛り込むべきではないか。また、記載方法について、具体的な記載例を示してはどうか。</p>

本文	ご意見等
<p>なお、利用者及びその家族の介護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。</p> <p>⑭「認定審査会の意見及びサービスの種類の指定」 被保険者証を確認し、「認定審査会意見及びサービスの種類の指定」が記載されている場合には、これを転記する。</p> <p>⑮「総合的な援助の方針」 課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、どのようなチームケアを行おうとするのか、総合的な援助の方針を記載する。</p>	<p>負担となっているか。転記の代替策として、どのようなことが考えられるか。</p> <p>記載のある被保険者証を見たことがないため、負担感はないのではないか。</p> <p>保険証を確認した証拠的な意味も含め、「特に無し」等と記載するようにしている。 「認定審査会意見及びサービスの種類の指定」は、稀なケースであり、転記の負担はないのではないか。</p> <p>最近は記載することも増えているが、それほど負担になっているとは思えない。 情報共有は必要であり、もし負担が大きい場合は、「あり・なし」と「内容」がわかればよい。そのため、全ての転記でなくても良いのではないか。</p> <p>「総合的な援助の方針を記載する。」について、「ケアプラン点検支援マニュアル」等を踏まえ、留意点を盛り込むべきではないか。 また、記載方法について、具体的な記載例を示してはどうか。</p>

本文	ご意見等
<p>あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先等について記載することが望ましい。</p>	<p>望む暮らしを実現するのはどうすれば良いのか、悪化を防ぐには、どのような支援が必要なのか、支援者の方向性を示す記載が必要ではないか。また、もっと易しい表記はできないか。</p> <p>「・・・しましょう。」「・・・をやしましょう。」と自立支援に向けた記載方法や、「利用者の状態により、・・・してまいります。」「・・・いたします。」という記載もあり、理解しづらいケアマネジャーもいる。記載例を示したほうが分かりやすいのではないか。</p> <p>皆で目指す（利用者・家族を含む）方針（チーム全員の方針）を共有すること。 第2表について、サービス担当者（会議等）で話し合ったチーム方針であることの理解が必要である。 ◎留意点を記載すると良い。</p> <p>家族や主治医の緊急連絡先を記載している根拠と考えられるが、緊急時の対応についても記載が必要ではないか。今後は ACP について確認が必要ではないか。</p> <p>第2表「サービス内容」にも記載とあり、ここは項目のみであり、削除できないか。</p>

本文	ご意見等
<p>⑩「生活援助中心型の算定理由」</p> <p>介護保険給付対象サービスとして、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付けることが必要な場合に記載する。</p> <p>「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成12年2月10日厚生省告示第19号）別表の1の注3に規定する「単身の世帯に属する利用者」の場合は、「1. 一人暮らし」に、「家族若しくは親族（以下「家族等」という。）と同居している利用者であって、当該家族等の障害、疾病等の理由により、当該利用者または当該家族等が家事を行うことが困難であるもの」の場合は、「2. 家族等が障害、疾病等」に○を付す。また、家族等に障害、疾病がない場合であっても、同様のやむをえない事情により、家事が困難な場合等については、「3. その他」に○を付し、その事情の内容について簡潔明瞭に記載する。</p>	<p>「簡潔明瞭に」について、具体的な記載例を示してはどうか。</p> <p>具体例を示し、選択でもよい。 例：日中独居、要介護同士同居、認認同居等</p> <p>枠が狭いため現状のままでも良い。</p>
<p>2. 第2表：「居宅サービス計画書（2）」</p> <p>①「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」</p> <p>利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。</p>	<p>第1表から本人の望む暮らしを阻害している要因を明らかにし、どのように働きかけたら解決できるのか見通しを立てて優先順位をつけて記載するというのと理解しているが、表現をもっと易しくできないか。</p>

本文	ご意見等
<p>②「目標（長期目標・短期目標）」</p> <p>「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。</p> <p>ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合やいくつかの課題が解決されて初めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。</p> <p>「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものである。</p> <p>緊急対応が必要になった場合には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度、「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記載する。</p> <p>なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやすい具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。</p>	<p>短期目標の設定が難しいとの声が多いと感じる。評価しやすく、達成可能な目標であることが望ましいが、安全・安心といった文言は評価しづらいことから、好ましくないと指導されている。自立支援に向けての目標であるべきだが、利用者の状態(寝たきりで、意思疎通困難等)により、サービスの継続があつて生活ができていない場合の目標は特に難しい。想定される事例の具体的な記載例があれば理解しやすい。</p> <p>長期目標と短期目標をひとつにできないか。認定期間は最長3年、最短6か月であり、目標は6か月毎の見直しを行っている実態があり、負担軽減になるのではないか。更新研修で提出された事例でも長期目標と短期目標の言葉合わせに留まっている事が多く、ここで悩むケアマネジャーは多いと思われる。</p> <p>利用者の置かれた環境や状態像の変化など、計画の進捗状況がわかり、評価できる書き方を示していく必要がある。</p> <p>「抽象的な言葉ではなく誰にもわかりやすい具体的な内容で記載する」について、具体</p>

本文	ご意見等
<p>③（「長期目標」及び「短期目標」に付する）「期間」</p> <p>「長期目標」の「期間」は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を、いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載する。</p> <p>「短期目標」の「期間」は、「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載する。</p> <p>また、原則として開始時期と終了時期を記入することとし、終了時期が特定できない場合等にあっては、開始時期のみ記載する等として取り扱って差し支えないものとする。</p> <p>なお、期間の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。</p>	<p>的な記載例を示してはどうか。</p> <p>記載例を示すことは賛成である。</p> <p>短期目標は評価の視点が重要であり、具体的とは、「何分間」「1日に何回」などの数値目標や、達成目標の割合（%等）を記載すると良い。</p> <p>最長6か月、認定有効期間が1年未満であれば満了日までにできないか。</p> <p>認定の有効期間が36か月の場合、3年間のケアプランでも良いことになるが、それでも良いのか。</p> <p>しかし、変化がない場合、無理に作り直す必要がないということは負担軽減になる。</p> <p>短期目標の期間（1年程度）ごとに、モニタリング評価表などがあれば良いとすれば良いのではないか。</p>

本文	ご意見等
<p>④「サービス内容」</p> <p>「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。</p> <p>この際、できるだけ家族による援助も明記し、また、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。</p> <p>なお、生活援助中心型の訪問介護を必要とする場合には、その旨を記載する。</p> <p>⑤「保険給付の対象か否かの区分」</p> <p>「サービス内容」中、保険給付対象内サービスについて○印を付す。</p> <p>⑥「サービス種別」</p> <p>「サービス内容」及びその提供方針を適切に実行することができる居宅サービス事業者等を選定し、具体的な「サービス種別」及び当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。</p> <p>家族が担う介護部分についても、誰が行うのかを明記する。</p>	<p>この欄に、通所サービスなどの「個別機能訓練加算」のように、加算の名目を記入するように実地指導があると聞いたことがある。</p> <p>加算名ではなく、どのような機能訓練を通所で行うのか、個別援助計画のように細かすぎる記載にならないように、具体的な記入例が必要ではないか。</p> <p>「できるだけ家族に介護させなさい」と受け取れる内容であり、「家族の役割」などの表現としてはどうか。介護離職防止の意識も大切ではないか。</p> <p>平成30年度より、一定の回数以上の生活援助は居宅サービス計画に算定理由を記載し、市町村に提出する必要があることの記載は不要か。</p>

本文	ご意見等
<p>⑦「頻度」・「期間」</p> <p>「頻度」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度（一定期間内での回数、実施曜日等）」で実施するかを記載する。</p> <p>「期間」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する。</p> <p>なお、「期間」の設定においては「認定の有効期間」も考慮するものとする。</p> <p>⑧福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のサービスを必要とする理由</p>	<p>「期間」について、実務研修やケアプラン点検などでも、ここの期間が「短期目標の期間を記載する」となっている。このため、短期目標の期間が終了すると、新しい計画書を作成し、サービス担当者会議を開催または意見照会しなければならないことになっており、大きな負担になっている。ここの期間を「長期目標の期間」でも「短期目標の期間」でも可と記載しておくことはできないか。</p> <p>実地指導でも度々指摘されているところである。</p> <p>第1表に簡易に整理できることを検討してはどうか。</p> <p>個々の事業所によって、サービス担当者会議の要点に記載、支援経過に記載、サービス計画書（2）の「サービス内容」に福祉用具の種類とともに理由を記載するなど様々である。</p> <p>実地指導時、サービス計画書（2）に記載していた際、「大変分かりやすい」と言われたが、サービス計画書の枚数が多くなり、利用者には不評だった。</p>

本文	ご意見等
<p>福祉用具貸与又は特定福祉用具販売を居宅サービス計画に位置付ける場合においては、「生活全般の解決すべき課題」・「サービス内容」等に当該サービスを必要とする理由が明らかになるように記載する。</p> <p>なお、理由については、別の用紙（別葉）に記載しても差し支えない。</p> <p>3. 第3表：「週間サービス計画表」</p> <p>①「主な日常生活上の活動」 利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載する。 なお、当該様式については、時間軸、曜日軸の縦横をどちらにとってもかまわない。</p> <p>4. 第4表：「サービス担当者会議の要点」</p> <p>サービス担当者会議を開催した場合に、当該会議の要点について記載する。また、サービス担当者会議を開催し</p>	<p>サービス担当者会議でも理由を検討しており、週間サービス計画書の週単位以外の欄に簡単に転記する程度でよいのではないか。コピー&ペーストの作業のため負担ではない。</p> <p>大きな負担となっているとは思えない。</p> <p>今後サービス人材の減少等も考えられ、福祉用具の活用が重要となることも推測される。簡潔に、的確に記載することが必要である。</p> <p>現場で過度の記載があり、記載例が必要ではないか。</p> <p>負担となっているか。転記の代替策として、どのようなことが考えられるか。</p>

本文	ご意見等
<p>ない場合や会議に出席できない場合に、サービス担当者に対して行った照会の内容等についても、記載する。</p> <p>①「利用者名」 第1表から転記する。</p> <p>②「生年月日」 第1表から転記する。</p> <p>③「住所」 第1表から転記する。</p> <p>④「居宅サービス計画作成者氏名」 第1表から転記する。</p> <p>⑤「開催日」 当該会議の開催日を記載する。</p> <p>⑥「開催場所」 当該会議の開催場所を記載する。</p> <p>⑦「開催時間」 当該会議の開催時間を記載する。</p> <p>⑧「開催回数」 当該会議の開催回数を記載する。</p> <p>⑨「会議出席者」 当該会議の出席者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載する。本人又はその家族が出席した場合には、その旨についても記入する。</p>	<p>開催回数を記載する必要はないのではないか。開催日が記載されていれば、不要と思われる。</p> <p>続柄の記載が必要ではないか。</p> <p>「本人またはその家族が出席した場合には」とあるが、本人又はその家族が参加されるのがほとんどである。「本人・</p>

本文	ご意見等
<p>また、当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者の「所属（職種）」及び「氏名」を記載するとともに、当該会議に出席できない理由についても記入する。なお、当該会議に出席できないサービス担当者の「所属（職種）」、「氏名」又は当該会議に出席できない理由について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。</p> <p>⑩「検討した項目」</p> <p>当該会議において検討した項目について記載する。当該会議に出席できないサービス担当者がある場合には、その者に照会（依頼）した年月日、内容及び回答を記載する、又、サービス担当者会議を開催しない場合には、その理由を記載するとともに、サービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日、照会（依頼）した内容及び回答を記載する。なお、サービス担当者会議を開催しない理由又はサービス担当者の氏名、照会（依頼）年月日若しくは照会（依頼）した内容及び回答について他の書類等により確認することができる場合は、本表への記載を省略して差し支えない。</p>	<p>家族も記載する」としてはどうか。</p> <p>「本人又はその家族が出席した場合」の理由は不要ではないか。ほとんどのサービス担当者会議は、本人又はその家族が出席することが多い。逆に、出席しなかった理由の方が重要ではない。</p> <p>虐待や家族に問題がある、末期癌で本人に告知していない場合など、本人・家族が不参加の場合の理由の記載が必要ではないか。</p> <p>「検討した項目」は、「検討項目」とし、会議開催にあたり、検討する項目をラインアップしておく。たまたま検討したではないことから、検討すべき事項も含むとしてはどうか。</p> <p>⑪検討内容と一つにできないか。</p> <p>会議の初めに項目を述べて開始するが、要点をまとめる際には、項目に対して内容を記載するように、継続した流れがあると書きやすい。</p>

本文	ご意見等
<p>⑪「検討内容」</p> <p>当該会議において検討した項目について、それぞれ検討内容を記載する。</p>	<p>「検討内容を記載する。」について、具体的な記載例を示してはどうか。</p> <p>具体的な記載例を示すことに賛成である。</p> <p>検討内容を結論に書いている介護支援専門員もいる。具体的な記載例があれば分かりやすい。</p> <p>検討項目や検討内容の記載例があると、検討項目・検討内容の漏れがなく、利用者・家族と一緒に多職種に何をどのように検討してもらうか、具体的にわかり、会議に自信が持てるようになるのではないかな。</p>
<p>⑫「結論」</p> <p>当該会議における結論について記載する。</p>	<p>「結論について記載する。」について、具体的な記載例を示してはどうか。</p> <p>具体的な記載例を示すことに賛成である。</p> <p>「検討内容」と「結論」の欄が分かれているため記載しにくい。また、同じようなことを記載する場合が生じている。⑪は「検討項目」として箇条書きとし、⑫を「検討内容」と「結論」にしたほうが記載しやすいのではないかな。</p>

本文	ご意見等
<p>⑬「残された課題（次回の開催時期等）」</p> <p>必要があるにもかかわらず社会資源が地域に不足しているため未充足となった場合や、必要と考えられるが本人の希望等により利用しなかった居宅サービスや次回の開催時期、開催方針等を記載する。</p> <p>5. 第5表：「居宅介護支援経過」</p> <p>いわゆるモニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載する。</p> <p>漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努める。</p>	<p>例)</p> <p>(検討項目)・リハビリの導入について</p> <p>(検討内容と結果) 退院後のリハビリについて、通所リハビリと訪問リハビリのどちらにするか検討したところ、体力的なことから理学療法士による訪問リハビリを開始することにした。等</p> <p>検討内容に各々の結論は一緒に記載しても良い。</p> <p>結論が別建てになると、重ねての記載が多くなる。</p> <p>最後に「まとめ」をし、確認する方法もあるのではないかな。</p> <p>「漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載する。」について、具体的な記載例を示してはどうか。</p> <p>項目を示せるよう様式の改訂検討の必要はないか。</p>

本文	ご意見等
<p>6. 第6表：「サービス利用票（兼居宅サービス計画）」</p> <p>「居宅サービス計画原案」に位置付けられたサービスをもとに、月単位で作成する。</p> <p>①「認定済・申請中の区分」 「認定済」・「申請中」の区分のどちらかを○で囲む。 「新規申請中」、「区分変更申請中」及び「更新申請中に当該認定有効期間を超えた場合」については「申請中」となり、その他の場合が「認定済」となる。</p> <p>②「対象年月」 居宅サービス計画の対象となる年月を和暦で記載する。</p> <p>③「保険者番号」 被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。</p>	<p>モニタリングが短期目標ごとに記載するものと認識され、誤認している事業所やシステム業者独自のシートが多数存在している。</p> <p>達成、一部達成、未達成などの項目にチェックして評価を記載し、月ごとの総評記載が多い。第5表との区別が困難であり、重複した記載や記載漏れがある。モニタリングと支援経過について明らかにできないか。</p> <p>モニタリングシートとの違いの記載が欲しい。2つの用紙が、重複して記載しがちになっており、負担感がある。</p>

本文	ご意見等
<p>④「保険者名」 被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。</p> <p>⑤「被保険者番号」 被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。</p> <p>⑥「被保険者氏名」 被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。</p> <p>⑦「生年月日」 被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。</p> <p>⑧「性別」 被保険者証または資格者証に記載された内容を転記する。</p> <p>⑨「要介護状態区分」 「認定済」の場合は、被保険者証に記載された要介護状態区分を○で囲む。「申請中」の場合は、居宅サービス計画作成に当たって前提とした要介護状態区分を○で囲む。</p> <p>⑩「変更後要介護状態区分・変更日」 月の途中で要介護状態区分に変更があった場合に、変更後の要介護状態区分を○で囲み、変更日を記載する。</p>	<p>昨今の社会情勢を踏まえ、配慮が必要な記載例を示してはどうか。</p> <p>社会情勢に鑑み、他制度等と揃えてはどうか</p> <p>戸籍上と本人の希望で戸惑うことがあり記載例があると良いのではないか。</p>

本文	ご意見等
<p>⑪「居宅介護支援事業者事業所名担当者名」 居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業所の名称及び担当者名を記載する。ただし、利用者が作成した場合は記載する必要はない。</p> <p>⑫「作成年月日」 居宅サービス計画からサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載する。居宅サービス計画の変更を行った場合は、変更後の居宅サービス計画に基づいてサービス利用票を作成し、利用者の同意を得た日付を記載する。ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。</p> <p>⑬「利用者確認」 居宅介護支援事業者が保存するサービス利用票（控）に、利用者の確認を受ける。ただし、利用者が作成した場合は、記載する必要はない。</p>	<p>確認の方法として、支障はないか。対応方法について、業務負担軽減の観点から見直すべきことはあるか。</p> <p>※ 留意点 利用者本位や意思決定支援の観点を踏まえた上での検討が必要ではないか。</p> <p>確認は必要と思うが、確認方法の検討が必要であり、押印でよいか。</p> <p>※留意点の視点は、必要である。</p> <p>独居や認知症利用者の場合、印鑑を探すことが多く、印鑑探しのための訪問と思うほど、本末転倒である。サインや母印(もらったことはないが)でも可能とする、また、寝たきりや意思疎通困難な場合、印をいただけない理由を</p>

本文	ご意見等
<p>⑭「保険者確認印」</p> <p>利用者が自ら作成した居宅サービス計画に基づきサービス利用票を作成した場合に、その受付を行った市町村が確認印を押印する。ただし、居宅介護支援事業者が作成したサービス利用票を受け付けた場合は、押印する必要はない。</p> <p>⑮「届出年月日」</p> <p>利用者が自ら作成した居宅サービス計画に基づきサービス利用票を作成した場合に、その受付を行った市町村が市町村に届け出た年月日を記載する。ただし、居宅介護支援事業者が作成したサービス利用票を受け付けた場合は、記載する必要はない。</p> <p>⑯「区分支給限度基準額」</p> <p>被保険者証に記載された支給限度基準額（単位数）を記載する。「申請中」の場合は、居宅サービス計画作成に当たって前提とした要介護状態区分に応じた1月間当たりの支給限度基準額（単位数）（月途中の変更がある場合には、重い方の「要介護状態区分」に対応した額と一致する。）を記載する。</p> <p>⑰「限度額適用期間」</p> <p>被保険者証に記載された限度額適用期間を記載する。</p> <p>⑱「前月までの短期入所利用日数」</p> <p>計画対象月までの短期入所利用日数を記載する。新規認定申請中の場合は、「0」と記載する。</p> <p>⑲「曜日」</p> <p>対象月における日付に対応する曜日を記載する。</p>	<p>支援経過に記載して代替としてはどうか。</p> <p>印鑑をこの欄に押されてしまうことが良くある。この欄を他に移動できないか。</p> <p>⑮の欄も、移動できるならば、してもらいたい。</p>

本文	ご意見等
<p>⑳「提供時間帯」</p> <p>サービス提供開始から終了までの予定時刻を24時間制で記載する。サービス提供時間帯が決まっているものは、提供時間帯の早い順(0:00～24:00)に記載する。ただし、福祉用具貸与及び短期入所サービスの場合は、記載する必要はない。</p> <p>㉑「サービス内容」</p> <p>適用するサービスコードに対応するサービスの名称(「介護給付費単位数・サービスコード表」の省略名称)を記載する。</p> <p>㉒「サービス事業者事業所名」</p> <p>サービス提供を行う事業所の名称を記載する。</p> <p>㉓「予定」</p> <p>該当するサービスの提供回数(通常は「1」)を記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。</p> <p>㉔「実績」</p> <p>サービスを提供した事業所が実績を記載する。計画を作成する時点での記載は、必要ない。</p> <p>㉕「合計回数」</p> <p>各行の「予定」欄に記載された提供回数の合計を記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。</p> <p>7. 第7表 :「サービス利用票別表」</p> <p>(1) 第7表「サービス利用票」の各行から、支給限度管理の対象となるサービスを全て転記する。記載は、サービス提供事業所毎に記載することとし、同一事業所で複数のサービスを提供する場合は、サービスコード毎に記載する。また、事業所又はサービス種類(サービスコードの上2桁)が変わる毎に、その事業</p>	

本文	ご意見等
<p>所又はサービス種類毎の集計値を記載するための集計行を1行ずつ挿入する。(1つのサービス種類について1つしかサービスコードがない場合は、集計行は不要。)</p> <p>①「事業所名」 第7表「サービス利用票」の②④「サービス事業者事業所名」欄から転記する。集計行にも対象事業所名を記載する。</p> <p>②「事業所番号」 上記①「事業所名」に対応する事業所番号をWAM NETの『介護報酬情報提供システム』等により確認して記載する。集計行にも対象事業所の事業所番号を記載する。</p> <p>③「サービス内容／種類」 第7表「サービス利用票」の②③「サービス内容」欄から転記する。集計行には、サービス種類の名称を記載する。</p> <p>④「サービスコード」 上記③「サービス内容／種類」に対応するサービスコードを『介護給付費単位数サービスコード表』により確認して記載する。集計行には、記載する必要はない。</p> <p>⑤「単位数」 上記④「サービスコード」に対応する1回当たりの単位を『介護給付費単位数サービスコード表』により確認して記載する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。</p> <p>⑥「割引後率(%)」 料金割引を行っている場今には、上記③「サービス内容／種類」に対応する割引率を確認し、割引後の率</p>	

本文	ご意見等
<p>(割引後率 = 100% - 割引率 (%)) を WAM NET の『介護報酬情報提供システム』等の活用により確認し記載する。</p> <p>⑦「割引後単位数」 上記⑥の記載を行っている場合(料金割引を行っている場合)には、上記⑤「単位数」に上記⑥「割引後率」を乗じて算出した割引後の単位数、(小数点以下四捨五入)を記載する。</p> <p>⑧「回数」 第7表「サービス利用票」の②⑤「予定」欄から1月間分の合計回数(同表の[27]「合計回数」欄)を転記する。ただし、福祉用具貸与の場合は、記載する必要はない。また、集計行には、記載する必要はない。</p> <p>⑨「サービス単位/金額」 上記⑤「単位数」(料金割引を行っている場合は、上記⑦「割引後単位数」)に上記⑧「回数」を乗じて算出した結果を、集計行を識別できるよう括弧書き等により記載する。区分支給限度管理対象外のサービス(特別地域加算等)については、合計には含めないため、識別できるよう記載する。福祉用具貸与の場合は、実際の費用額を単位数当たり単価で除した結果(小数点以下四捨五入)を記載する。</p> <p>⑩「種類支給限度基準額(単位)」*「種類別支給限度管理」表 市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、「被保険者証」から、種類別の支給限度額を転記する。</p> <p>⑪「合計単位数」*「種類別支給限度管理」表 市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、上記⑨「サービス単位/金額」欄から、サービス種類別に単位数を合計し記載する。</p>	

本文	ご意見等
<p>⑫「種類支給限度基準を超える単位数」*「種類別支給限度管理」表</p> <p>上記⑩及び⑪の記載を行った場合（市町村が種類支給限度基準を定めている場合）には、上記⑪「合計単位数」から上記⑩「種類支給限度基準額（単位）」を差引き、種類別に支給限度基準を超える単位数を算出する。</p> <p>⑬「種類支給限度基準を超える単位数」</p> <p>市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、上記⑫の「種類支給限度基準を超える単位数」の合計に等しくなるように単位数を種類別に振り分ける。</p> <p>⑭「種類支給限度基準内単位数」</p> <p>市町村が種類支給限度基準を定めている場合には、上記⑨「サービス単位／金額」から上記⑬「種類支給限度基準を超える単位数」で割り振られた単位数を差し引いた単位数を記載する。</p> <p>⑮「区分支給限度基準額（単位）」</p> <p>「被保険者証」から、区分支給限度基準額を転記する。</p> <p>⑯「区分支給限度基準を超える単位数」</p> <p>種類支給限度基準が設定されていない場合は、上記⑮から上記⑨「サービス単位／金額」欄の合計欄の単位数を超える単位数を記載する。</p> <p>種類支給限度基準額が設定されている場合は、上記⑮から上記⑭「種類支給限度基準内単位数」欄の合計欄を超える単位数を記載する。内訳については、合計欄に等しくなるように単位数を割り振る。</p> <p>⑰「区分支給限度基準内単位数」</p> <p>種類支給限度基準が設定されていなし、場合は、上記⑨「サービス単位／金額」から、上記⑯で割り振られた単位を差し引いた単位数を記載する。</p> <p>種類支給限度基準が設定されている場合は、上記⑩「種類支給限度基準内単位」から、上記⑯で割り振ら</p>	

本文	ご意見等
<p>れた単位数を差し引いた単位数を記載する。</p> <p>⑱「単位数単価」 各事業所の所在地におけるサービス種類に対応する単位数当たりの単価を、WAM NET「介護報酬情報提供システム」等の活用により確認し記載する。</p> <p>⑲「費用総額（保険対象分）」 上記⑰「区分支給限度基準内単位数」に上記⑱「単位数単価」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。</p> <p>⑳「給付率（％）」 介護給付費の基準額のうち保険給付を行う率を百分率で記載する。利用者負担の減額対象者、保険給付額の減額対象者等は、被保険者証、減額証等を参考にして記載する。</p> <p>㉑「保険給付額」 上記⑲「費用総額（保険対象分）」に上記㉑「給付率」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。</p> <p>㉒「利用者負担（保険対象分）」 上記⑲「費用総額（保険対象分）」から上記㉑「保険給付額」を差引いて算出した額を記載する。 なお、端数処理の関係で、実際の事業者の徴収方法（毎回徴収するか、まとめて徴収するか）や、公費負担医療の適用によっては利用者負担が異なる場合があるので注意すること。</p> <p>㉓「利用者負担（全額負担分）」 上記⑰「区分支給限度基準を超える単位数」に上記⑱「単位数単価」を乗じて算出した額（円未満切り捨て）を記載する。</p>	

本文	ご意見等
<p>(2) 要介護認定期間中の短期入所利用日数</p> <p>①「前月までの利用日数」 サービス利用票の前月までの短期入所利用日数の合計を転記する。</p> <p>②「当月の計画利用日数」 当月中に計画に位置づけた短期入所サービスの利用日数のうち、限度額内の単位数に相当する日数を記載する。</p> <p>③「累計利用日数」 ①と②の累計日数を記載する</p>	

※「2. 施設サービス計画書標準様式及び記入要領（別紙2）」以降については割愛する

論点4-2：モニタリングの結果の記録、ケアプラン第5表に係る記載について

(1) 論点及び議論の方向性

論点及び議論の方向性は以下のとおり。

【論点4-2】

- モニタリングの結果の記録（の方法）について、業務負担の見直しの観点から、見直すべきことはあるか。
- ケアプラン第5表に係る記載（の方法）について、第5表の趣旨を踏まえた上で、簡素化できることはあるか。（具体的な記載例を示してはどうか。）
- 現場の運用において、ケアプランの各表の趣旨が周知されていると考えられるか。必ずしも周知されているとは考えられない場合、例えば、以下のような事例について、業務負担の見直しの観点から、どのような方法が考えられるか。
 - ・ 各表間の内容において重複記載があること、
 - ・ 過度に情緒的な記載があること、
 - ・ 内容のない長文があるケースがあること 等

【議論の方向性】

- モニタリングの記録（例：モニタリングシート）とケアプラン第5表「居宅介護支援経過」の位置付けを踏まえ、記録内容が重複しないように、それぞれの位置付けを明示することが必要ではないか。

なお、明示にあたっては、質の担保を図りつつ、それぞれ連動性の観点も含め、わかりやすさも求められるのではないか。
- （委員のご意見、提出資料を踏まえ）良い・悪い記載例を示すより、むしろ、ポイントを示すことが可能か否かなど、ご意見を踏まえた上で、記載のポイントを示すことにはどうか。

※ 留意点

- 上記一つ目の○についての検討にあたって、保険者において、個々の記載の仕方について判断されている実態のご意見があったが、それらの実態も含め、引き続き議論が必要ではないか。

(2) 論点に関連するアンケート調査結果

論点に関するアンケート調査結果は以下のとおり。

① モニタリング記録の現状について

モニタリング記録の方法について、「訪問時にメモをとり、事業所等に戻ってからモニタリング記録を作成」と回答した事業所が97.7%だった。また、「訪問時にメモをとり、事業

所等に戻ってからモニタリング記録を作成」する場合、「紙にメモを取り、パソコン等でモニタリング記録を電子入力」と回答した事業所が 91.1%であった。

「訪問時にその場でモニタリング記録を作成」の場合のモニタリング記録の方法は、「携帯情報端末（タブレット等）でモニタリング記録を電子入力」と回答した事業所が 51.7%で、次いで「モニタリング記録用紙に直接記入」と回答した事業所が 50.0%であった。

図表 100 6（4）2）モニタリング記録の方法（複数回答）

	件数	訪問時にメモをとり、事業所等に戻ってからモニタリング記録を作成	訪問時にその場でモニタリング記録を作成	その他	無回答
合計	1279	1250 97.7%	60 4.7%	15 1.2%	8 0.6%

図表 101 6（4）2）①モニタリング記録の方法【「訪問時にメモをとり、事業所等に戻ってからモニタリング記録を作成」の場合】（複数回答）

	件数	紙にメモを取り、紙のモニタリング記録用紙に記入	紙にメモを取り、パソコン等でモニタリング記録を電子入力	携帯情報端末（タブレット等）にメモした内容を電子的に入力、転送、転記	その他	無回答
合計	1250	155 12.4%	1139 91.1%	234 18.7%	6 0.5%	15 1.2%

図表 102 6（4）2）②モニタリング記録の方法【「訪問時にその場でモニタリング記録を作成」の場合】（複数回答）

	件数	モニタリング記録用紙に直接記入	ノートパソコン等でモニタリング記録を電子入力	携帯情報端末（タブレット等）でモニタリング記録を電子入力	その他	無回答
合計	60	30 50.0%	21 35.0%	31 51.7%	2 3.3%	2 3.3%

パソコン・携帯情報端末（タブレット等）で入力している場合のケアマネジメント業務用のソフトウェア上での入力状況の有無について、「はい」と回答した事業所の方が84.2%と多かった。

図表 103 6（4）2）③パソコン・携帯情報端末での入力をケアマネジメント業務用のソフトウェア上での入力状況【「携帯情報端末（タブレット等）にメモした内容を電子的に入力、転送、転記」または「携帯情報端末（タブレット等）でモニタリング記録を電子入力」の場合】

	件数	はい	いいえ	その他	無回答
合計	240	202 84.2%	34 14.2%	4 1.7%	0 0.0%

モニタリング記録作成の実態をみると、平均的な場合のモニタリング記録作成の時間の平均は23.9分であった。特に時間を要する場合の理由は、「介護支援専門員のスキル、経験による」が51.1%であり、次いで「利用者・家族の状況による」が41.0%であった。また、「介護支援専門員のスキル、経験による」の詳細については、「文章をまとめる能力」と回答した事業所が92.8%であった。

図表 104 6（4）3）①モニタリング記録作成の平均的な時間

	件数	0分	20分以内	21～30分	31～35分	36～40分	41～45分	46～50分	51～55分	56～60分	61分以上	無回答	平均
合計	1279	1 0.1%	833 65.1%	281 22.0%	5 0.4%	25 2.0%	19 1.5%	3 0.2%	0 0.0%	69 5.4%	19 1.5%	24 1.9%	23.92

図表 105 6（4）3）②モニタリング記録作成で特に時間を要する場合の理由

	件数	介護支援専門員のスキル、経験による	利用者・家族の状況による	その他	無回答
合計	1279	654 51.1%	524 41.0%	54 4.2%	47 3.7%

図表 106 6（4）3）②モニタリング記録作成で特に時間を要する場合の介護支援専門員の具体的なスキル、経験【「介護支援専門員のスキル、経験による」場合】

	件数	文章をまとめる能力	パソコン入力スキル	その他	無回答
合計	654	607 92.8%	365 55.8%	25 3.8%	0 0.0%

② モニタリング記録における業務負担および工夫について

モニタリング記録作成に関する問題点や負担が大きいことについて、「記録に手間や時間を要する、記録作成のための時間をとりにくい」が66.8%と最も多く、次いで「第5表（支援経過）以外にも追加で作成しなければならない書類がある」が49.0%であった。

モニタリング記録作成に関する問題点や負担が大きいこととして、モニタリング記録の項目のうち、わかりにくい項目の詳細については、「目標の達成度」と回答した事業所が55.8%、次いで「利用者やその家族の意向・満足度等」が47.8%であった。

モニタリング記録作成において工夫していることについて、「特にない」が49.1%と最も多く、次いで、「事業所独自のモニタリング用紙を作成している」が34.6%であった。

図表 107 6（4）5）モニタリング記録作成に関する問題点や負担が大きいこと
（複数回答）

	件数	記録すべき範囲や項目がわかりにくい	記録に手間や時間を要する、記録作成のための時間をとりにくい	第5表（支援経過）以外にも追加で作成しなければならない書類がある	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	424 33.2%	855 66.8%	627 49.0%	37 2.9%	123 9.6%	15 1.2%

図表 108 6（4）5）モニタリング記録作成に関する問題点や負担が大きいこと
：わかりにくい項目の詳細（複数回答）

	件数	利用者やその家族の意向・満足度等	目標の達成度	事業者との調整内容	居宅サービス計画の変更の必要性	その他	無回答
合計	1279	612 47.8%	714 55.8%	234 18.3%	268 21.0%	36 2.8%	190 14.9%

図表 109 6（4）6）モニタリング記録作成において工夫していること（複数回答）

	件数	ICT機器（タブレット等携帯情報端末）の活用（音声入力等、入力作業の効率化も含む）	事業所独自のモニタリング用紙を作成している	その他	特にない	無回答
合計	1279	85 6.6%	443 34.6%	77 6.0%	628 49.1%	61 4.8%

モニタリングに基づく第5表への目標の達成状況の記載状況について、「達成／未達成と
いった判断」は常に記載していると回答した割合が69.2%であった、「目標に対する変化の
内容」は51.3%、「目標に対して実施したこと」は45.7%であった。

図表 110 6 (4) 4) ①モニタリングに基づく第5表への目標の達成状況の記載状況

	件数	常に記 載	場合 によって記 載	記載して いない	無回答
達成／未達成といった判断	1279	885 69.2%	281 22.0%	94 7.3%	19 1.5%
目標に対する変化の内容	1279	656 51.3%	579 45.3%	24 1.9%	20 1.6%
目標に対して実施したこと	1279	585 45.7%	616 48.2%	48 3.8%	30 2.3%
その他	1279	96 7.5%	140 10.9%	1043 81.5%	

(3) 検討委員会における検討内容・主な意見

論点に関連する実態・課題について、以下のように議論を重ね、最終的に議論の方向
性を導き出した。

第1回検討委員会での主なご意見

- ・ 居宅介護支援におけるアセスメント記録、入院時の情報連携シート、退院退所情報記
録書、サービス提供事業者の利用申込書等、重複している内容については書式統一の
議論をしてはどうか。居宅介護支援におけるアセスメントシート、入院時情報連携シ
ート、退院退所情報記録書、サービス提供事業者における利用申込書、入所施設への
申込書、介護予防支援における基本情報等各種帳票の内容は概ね同じ内容が記載さ
れているが、書式ごとに何度も同じ内容を記載しなくてはならず業務負担となっ
ている。必要項目の整理を行い、全て同じシートに統一する議論を行ってはどうか。ま
た、情報を文字入力だけでなく、動画や音声での保管を検討してはどうか。
- ・ 質と記録については課題である。ケアプラン点検に関与しており、短期目標、モニタ
リングで記録しなければならないところが、質に直結しているのか。本当に必要な情
報が記録されており、利用者に還元されていればよい。
- ・ 論点4-2に含まれるのか明確ではないが、「モニタリング様式の標準化」は論点にな
らないか。モニタリングは、運営基準では「実施状況の把握」と示され、通知文「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」では、第5表「居宅
介護支援経過」においては、「利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、
事業者との調整内容、居宅サービスの計画の変更の必要性等について記載する」と示
されているが、「目標の達成度」についての記載が、「達成できた」「達成できていな
い」といった抽象的な順序尺度的な記載や漫然した記述の羅列、サービス実施の事実

をもって「目標の達成度」ととらえているものも目につく。ケアマネジメントの一連の流れや介護保険制度の趣旨として自立支援に向かうのであれば、この点に関して、ケアプランの目標と連動した形で、その効果も捉えられるようなモニタリングなどの標準化は必要ないか(課題整理総括表や評価表と関連させるなど)。

- ・ アセスメントでは高齢者の状態像を客観的に捉え、それらが分析されニーズを把握した後、長期・短期目標が設定されるが、「目標の達成度」の部分について利用者の状態像や生活状況についての「変化」について捉えられるようにしてはどうか。ケアマネジメントの質的な部分なるため、逆に手間がかかることになるかもしれない。その一方で、居宅介護支援経過への記載事項などの標準化や焦点化できれば、業務の効率化により負担軽減につながるのではないか。

第4回検討委員会での主なご意見

(ア)モニタリング記録と第5表(居宅介護支援経過)について

- ・ モニタリング、第5表について合わせてご意見をいただきたい。第5表は記録の在り方として技術的な点も含まれている。参考資料として〇市介護支援専門員協会で作成したマニュアルを示させていただいている。平成23年に作成されたもので古いものだが、これで〇市と合意をとってものである。

モニタリングについては、第5表の支援経過表に記載するのではなく、モニタリング記録表を作成し、第5表には訪問記録と、ここに記録があるという検索ができるようにするための記載をすることとしている。別冊として古いものだが記載例も作成しており、保険者と合意をとって進めているものである。当事業所のケアマネに確認してみたところ、介護ソフトに従っているため、ソフトに入っているモニタリング記録表は別様式になっている。しかし、全てを支援経過表に記載するのではなく、アクション(訪問したこと)のみを記載するようにしているとのことだった。

支援経過表については、各委員から記載例等を提示いただいている。これらも含め、追加意見等いただきたい。

- ▶ モニタリング表と経過記録を分けて記録するのは業務負担だと感じる。モニタリング表を記録し、逆に経過記録には、自宅を訪問し、利用表に捺印をいただいた程度のことを記載している。その程度であればモニタリング表の日付を確認することでよいのではないか。実際に訪問し、支援経過記録に記録しておくべきことがある場合もあるが、モニタリング表への記載だけで十分な場合にも支援経過記録に記載しなければならないのか、疑問である。
- ▶ 介護支援ソフトに沿って進めていくところであるため、どんなによい例示を示しても、ソフト会社が表記を変えなければ、それに沿って実施してしまう。第5表も介護支援ソフト内に帳票があったが実地指導は支援経過を確認し、本当に訪問しているのか等がわかるように記載してもらいたいと指導されている、長文で記載している方に確認したところ、きちんと実施しているということを示すために記載しているとのことであり、これは改善すべきではないか。支援経過には関係

機関や他職種からの助言、ケアマネジャーの判断、どのような支援を行ったのかを記録していく必要があると考えている。

➤ 主任ケアマネジャー研修で、支援経過記録とモニタリング記録の違いを教えて欲しいと質問を受けた。主任ケアマネジャーの資格を取得しようとするレベルの方でも違いが判らず質問する方がいるということを実感した。支援経過とモニタリングは別のものを記載しなければならないと考えられている。モニタリング表は目標の達成度、ADL など、利用者の変化が分かるものである。支援経過は、モニタリング訪問以外に、利用者から電話があった、思いを伝えることがあった、サービス事業者や医師とやりとりがあったなどの全てが網羅されているものと考えている。モニタリングで変化がなければ、「モニタリング訪問」の一行だけが支援経過に記録があればよく、そういったことを示すものがあればよい。

➤ どう違いを出せば実地指導で指摘されないか、という疑問もあるだろう。

➤ 同じものを両方に記載しているという悩みだった。

- ・ 提供した資料は、〇市とほぼ同様である。必要な項目が縦書きに示されているものである。必要なことだけを支援経過記録に記載する。なぜ「支援」経過記録となっているのか。我々は介護支援専門員であるため、どのような提案を行い、どのような支援をしているのかを記録していく必要がある。モニタリングとは異なる部分である。どういった提案をしたのかが抜けてしまう。追加したい部分としては、時間の記入である。

➤ 記録を書いたか分からなくなってしまうため、後で検索できるようにした。

- ・ 当事業所も介護ソフトで入力しているが、支援経過にはモニタリング訪問し、捺印をもらったということを選択することができる。しかし、そのひと手間も省きたいと考えている。システムで入力しているため文言を選択することは簡易だが、両方に入力しなければならないことに納得がいかない。ほんの一手間だが、省略したい。やはり支援経過には、自分がどのように判断し、プランを作成したのかは書かなければならないと考えている。できるだけ重複することを避けたいが、皆さんはどうお考えか。

➤ 弊社では実地指導を意識した支援経過の作成になっている。例えばモニタリングでは「自宅訪問・本人面接」と記載しなければならないとしている。「自宅訪問」と記載しなければ、自宅に行ったのかと言われ、「本人面接」としなければ本人と面接をしたのかと指摘される。サービス担当者会議についても、どこで実施したのか、ケアプランの交付についても担当者名も記載している。そこまで記載しなければ交付していないと指摘される。法律が変わり、運営基準が変更になるたびに支援経過定型文が増えていく状況である。

➤ 支援経過は介護支援ソフトの入力マスタから選択することができるようになっていたため、契約書等も簡易に作成することができる。モニタリングについては、達成度、満足度など、独自で作成した評価表も踏まえてマスタを作成している。モニタリングで訪問した場合、支援経過やモニタリング記録の作成業務が1日で

は終わらない。支援経過は忘れないうちに記載するが、モニタリング記録は後日になってしまうこともある。支援経過記録とモニタリング記録の作成が大きな負担になっている。実地指導では、記載文言についても確認され、それに対応することも必要になっている。

- ▶ 実地指導の手引きを修正するという点にも影響しそうなところである。
- ▶ 実地指導の際には、支援経過記録と他の記録が一致しているかは確認する。但し、抜けている部分について指摘はする。モニタリングについては、記録がなければ減算になることもある。事業所が使用している介護支援ソフトによっては一度日付を入れてしまうと修正できない場合もある。また、その前後関係を確認するという点はある。モニタリング表が別にあり、支援経過にモニタリング実施の記録だけがある場合や、支援経過の中に色々書き込んでいる場合もある。こちらから強制することはなく、いずれでも事業所のやりやすい方でよいとしている。書類作成に時間をかけることはやめようとしているが、役所に良い印象をもってもらいたいと考えて作成している方もおり、こういったことは無駄な記録であり、もっと簡素化した方がよいと助言することもある。しかし、担当者が代われば元に戻るのではないかとされている。利用者にとって適切なケアプランが作成されていれば、どのようなやり方でも構わないと考えている。
- ▶ モニタリングの実施、サービス担当者会議実施のみ支援経過記録に記載しておけばよいのではないかと。二度手間は不要である。支援経過記録の基本になる部分を、簡潔、適切に入れられるかではないか。
- ▶ 当県でもこれまでの実地指導等の経緯を踏まえ、「自宅訪問」の「自宅」が抜けていることで減算となったなど耳に入るため、基本の文言を辞書登録しておくなどの対応をしてきた。記録は何のためにあるのかと感じているケアマネジャーもいる。モニタリング表の中に、どこに訪問し、誰と面談したかの記録があるため、それらを再度支援経過に記載しなければならないというのはいかかなものか。現状、減算に繋がるため、指導に合わせた対応になる。基本的な記録の在り方として、支援経過に具体的にどういったことを記載しなければならないか、示しておく必要があるのではないかと。
- ▶ そもそも、記録とはどういうことかというところにたどり着く。1ヶ所に全てを記録する必要がないため、様々な様式がでてくる。それぞれの様式に記載することだ、重複した記録は必要ないのではないかと。
- ▶ 先ほどの委員と同様の方法で記録を作成している。どちらかに重複して記録するという点では実施していない。モニタリング表に短期目標の満足度や達成度等を記載し、支援経過記録には自宅訪問し、モニタリング実施、別紙参照としている。モニタリング表にない項目、場所や誰に対してという、やったことを経過記録に記載している。これまで監査等で指導を受けたことはない。
- ▶ これまでの経験の中で2回、裁判の際に、ケアマネジャーの記録の提出を求められたことがあり、記録の重要性を感じた。支援経過に書かなければならないこと

とモニタリング記録に記載することは異なる。

➤ 記録は身を守るものであるという点もあり、省略の議論と同時に、必要なことは何かがある。記載要領に記録の意味や必要性も記載し、別紙参照とするなどの方法を案内するという方向性かと思う。

・ 今までのところで、行政の立場としてはいかがか。

➤ 様式はシンプルな方が良いと思うが、記録ソフトを活用されていることも踏まえ、変えていくことは難しいと感じた。経過記録とモニタリング記録で全く同じであったり、若干記載が違う等が見受けられ、そういった使い方にならないよう、分かりやすく必要な記録が書けるように周知することが必要と感じた。

➤ 実地指導に行くと綺麗に整理されており、重複する部分は「モニタリング参照」となっているケースがあった。2年前のケアプラン研修の指導を受けて対応しているとのことだった。基本的には多様なシステムがあるため、指導も困難だが、事業所の癖を踏まえて、指導を行ってきた。最低限のルールを作り、周知することが必要ではないか。

➤ 共通する意見として、重複する記載は不要というところをなんとか伝えていきたい。記載しない部分は別のところに記載しておくということではいかがか。

➤ 皆様から頂いた記載例を参考に記載要領に入れていくことができるかというところか。

(イ)ケアプランの各表について

・ 第2表の表頭にある「援助目標」となっている部分は、援助者の目標と見えるが、長期目標、短期目標は利用者本人の目標と考えているがいかがか。

➤ 「解決すべき課題 (ニーズ)」という部分も疑問に感じているところである。

➤ 短期目標、長期目標は、本人の目標と捉えて記載していた。ニーズについても曖昧なところがある。

➤ マイナーチェンジが可能であれば検討いただきたい。

➤ 様式として「援助」が記載されていないものも公表されている。

➤ 問題意識は残しておきたい。

・ 福祉用具貸与の必要性の理由が記載されていないということが問題になったことがあり、どこに書くべきかが分かりにくく、理由として明確に記載するところが見当たらない。様式のリニューアルは難しいとのことだが、第1表の下に欄を設けるなど、ケアマネジャーにわかりやすく書けるようにするためのリニューアルが必要ではないか。

➤ 標準様式のため、項目を追加しているケースもあると思われる。既にアレンジを加えて記載している方はいるか。

➤ 実地指導で指摘されたことがあり、福祉用具を使う理由をサービス種別の下に括弧書で無理やり追記している。

- ・ 看護を想像しながら議論を聞いていたが、モニタリングに当たるのは看護計画にあたり、支援計画は日々の記録にあたると思った。看護計画を立てる際に、問題の優先順位をつけ、# 1～2などとし、それを支援経過に# 1にあたる、# 2にあたるなどの連動が記載例ではみられなかった、そういった工夫を行うと重複が少なくなる方向になるのではないか。先のことを考えると、モニタリング記録の質の担保は誰がやるのか。現状、質の評価、問題のない計画がたてられているなどの動きはあるのか。

 - ▶ 看護でも同様の課題がある。例えばアメリカの訪問看護事業所で、病気に関してはどういった問題が起こり得るか、認知機能・身体機能の低下に関してはどういった起こり得るか、家族・看護力はどうかという大きな3つの枠で網羅的にその方の問題をとらえるときのアセスメントツールにより、初回に十分なアセスメントを行い、質を確保し、のちの計画に繋げていくとしている。日本もデータヘルス改革や、内閣府の Society5.0 などデータの利活用の時代に入っていくと、質の担保をする方向で業務負担を検討していくのがよいのではないか。
 - ▶ この委員会の議論の入り口が負担軽減だけでなく、質の担保をどのように担保していくかも議題であった。
 - ▶ 質の担保のための評価や、計画と評価、これが一緒に動いていく。課題整理総括表で次の短期目標を立てるときに実施していくとされているが、そこがなかなかできていない。よってモニタリング表が非常に重要だと考えている。

- ・ 福祉用具の利用目標については、どこに書くべきか。大きなモデルチェンジを想定していないのであれば、ここに加えている例があると示す程度か。しかし、欄が必要という意見もある。

 - ▶ 福祉用具貸与の理由については、サービス内容の中に「歩行器の貸与による歩行の補助、転倒防止」などの記載をしている。

長期目標と短期目標について、伸びしろのある方については、短期目標から長期目標の達成へ段階的に進むため非常にわかりやすいが、中には4～5年同じ要介護度の利用者を担当している場合、短期目標はステップを踏んで改善していかなければならない印象がある。維持期に入っている利用者の短期目標については、維持ではいけないのかという課題も出てくる。短期目標の考え方についても検討いただけると良い。

 - ▶ そういった捉え方をされると難しいケースもあるというご意見と理解した。

第5回検討委員会での主なご意見

- ・ モニタリングはその場で紙に記入し、その後パソコンに入力するため、遅延が起こりやすい。まとめ方に関する意見があったが、新人職員の場合、まとめ方についてインターネットで参考になるものを調べることもあり、参考になるものを提示できると良い。
- ・ アンケート調査結果によると、モニタリング記録作成で、特に時間を要する理由とし

て、「文章をまとめる能力」が93.3%となっている。予想はしていたが、支援経過への記載の仕方など、分かりやすく例示する、研修で指導するなどの必要があると感じた。

- ・ モニタリング記録の方法について個人的な感想ではあるが、利用者・家族の前で表情を見ずにパソコンやタブレット端末に入力することが利用者や家族側の ICT 嫌いを招いているのではないか。ケアマネジャーが本来行わなければならない面接技術による「本人の思い」「ストレングスの引き出し」、「自立支援の観点」での把握などが抜け落ちてしまうのではないかと感じた。
 - ▶ ケアマネジメントの質の観点も忘れてはいけない。
- ・ アンケート調査結果では、「モニタリング、第5表支援経過以外にも追加で作成しなければいけない書類がある」との回答が49.5%あり、作成しなければいけないと決めているのは保険者なのか誰なのか。一方、モニタリング記録作成において「工夫していない」と回答した割合も約半数あるのが不思議であり、まとめる力も求められていることから、何を書けばよいかわからないのではないかという印象を受けた。モニタリングの達成状況のような選択式の部分であれば、利用者宅でその場で入力できると思われる。何をモニタリングの中で書くべきか、提示するのがよいのではないか。

委員より提示いただいた事例

【良い例】

- ・ 毎月のモニタリング訪問は、モニタリングシートにのみ記入し、支援経過には、記載しない。支援経過には、電話やサービス事業所とのやり取りなど、モニタリング訪問以外のことを記載する。
- ・ SOAP や SOAIP のような記載方法を紹介する、ケアマネジャーが本人、家族の声を聞き取り、観察からアセスメントの過程やどのように判断して、プランの続行・変更に結び付けたのか。ケアマネジメントプロセスが見える化できる。
- ・ 第5表については、現状のままで特段不具合はないと感じている。弊社では冒頭の書き出し部分は定型文を活用している。具体的な記載例：(アセスメント) 介護保険証更新認定がおりた為、自宅を訪問し本人と面接を行いアセスメント実施。～以下状態像を簡潔に記載。(担当者会議) 介護保険証更新認定がおりた為、自宅にて担当者会議を開催する。詳細は担当者会議の要点参照。居宅サービス計画書原案の説明をおこない同意後署名捺印を頂き、本人、〇〇介護サービス〇〇氏へ各自交付する。〇月分利用票及び別表の説明を行い同意後確認印を頂き一部本人へ交付する～以下担当者会議の内容を簡潔に記載。(モニタリング) 自宅を訪問し本人と面接を行い〇月分モニタリング実施。詳細はモニタリング記録参照。〇月分利用票及び別表の説明を行い同意後確認印を頂き一部本人へ交付する。～以下簡潔にモニタリング内容を記載。理由：実地指導において運営基準減算に該当する項目を漏れなく記載している。主観を含まず客観的事実のみを簡潔に記載することで、第三者が確認した時に理解しやす

い記録を意識する。書式というよりは記載方法のルール化が必要かと考えられる。

- ・ 利用者宅を訪問し、本人・家族と面談する。モニタリングを実施する。次月利用票・別表について説明し、同意を得て交付する。等など訪問時に、毎回同じ文言を記載する場合は、定型文を作成し、コピーする。ルーティン作業については、行った事実を記載するので定型文でも良いと考える。
- ・ 具体的な記載例を掲載することが難しいですが、本人・家族の満足度と短期目標の達成度合い、生活状況や新たな課題が簡潔に記載できればいいと考えています。
- ・ 文例集や定型文を作成し、訪問時の必要な部分のみを記入する。PC上で選んで第5表へ貼り付ける。様々な場面での内容が選んでいる。自宅訪問し、〇〇・〇〇と面談する。モニタリングを実施し記録する(別紙参照)。〇月分の居宅サービス計画書(第6・7表)を説明し、本人・家族より同意を得て交付する。標準化した記録ができるようになっている。
- ・ 別様式として、保険者と合意した内容のモニタリング記録表があり、第5表には訪問記録と別様式に記載と書いている。
- ・ 第5表について項目を分けて、書きやすく、見やすくすることが重要。モデルフォーマットの変更の勧め。用紙を縦使用にし、項目を追加すれば、記載は簡潔になり、見やすくなる(横使用でも可)。

項目：「年月日 / 方法 / 対象者←機関名(どこから、誰から) / 目的 / 内容」

出来れば 右端に：備考欄(留意点・重要申し送り 特に医療に関する留意点等々)。

内容については、だらだらと日記のように記載していることが多い。要点が見えない。長くなるのならば「重要部分を見出しのようにし、注釈で説明することも可能。)

- ・ 内容の例「客観的事実」「本人・家族の言葉や意向」「ケアマネジャーがした支援(説明・提案・対応等)」について整理して考え記載する。例 例えば SOAP方式を使って訓練をする等

【悪い例】

- ・ 簡潔すぎて、「訪問」・・・特変なし が毎月続く。
- ・ 簡素化できず、長文で記載されている。
- ・ 叙述的に書いている例、会話、やり取りの中から誰が誰に向けて発している言葉なのか、どのように判断したのか、プロセスに沿って書くには高いスキルがないとだらだらと記載して後から読み返しても意味が分かりにくい。
- ・ 主観、客観共に入り混じり、本人、家族、介護サービス事業者からの伝達事項を一字一句漏らさないようにダラダラと記載されており、結局何が書いてあるのかよく分からない記録。見出し、書き出しの内容が統一されておらず、基本的事項の5W1Hの記載がない。ケアマネジメントプロセスに沿った一連の流れになっていない記録。
- ・ 内容の欄に、「利用者訪問。特に変わらないため、サービスを継続する。」など、あま

りにも簡単すぎる支援経過は良くないと思う。どこ(場所)に、何の目的で訪問をしたのかとか、また利用者・家族の考えや他職種の見解や指導・助言について、ケアマネジャーがどのように考え判断し、支援を行ったのかが分からない。

- 上記の内容を取り留めもなく書き連ねるような方法。
- 不適切な表現やケアマネジャーの客観的な内容などを記載している。情報開示となった場合にも、問題になってしまうことが書かれている。モニタリングやアセスメントに記入されていることが、重複して書かれている。
- 第5表について、簡素化①記録フォーマットの改良、②利用者ごとのチャット・フォームの活用 の2方法があると思います。すぐ ICT 化できるのならば、チャット方式等の検討が良いが、もう少し時間がかかるのならば、記録シートの改良。(簡素化と確実な記録(質向上) 両方が必要)

悪い例「だらだらと長文が続く。要点が見えない。」長いのに、重要な部分が漏れている。

- 簡素化。項目を分けて作ることにより、基本的な部分は「単語」ですむ(できれば選択方式)。内容の部分は簡潔に確実に記載できるよう検討議論が必要。書きやすく、見やすくすることが重要。内容部分の充実(簡潔、確実、漏れなし)。この記載は、他の必要な部分に飛ぶようになる。簡素化:チャット・フォームの利用を使い多職種が各々記載するので、聞いたことを重複した記載の必要がない。

5. 居宅介護支援に係る各種加算・減算の要件の取扱いについて

論点5-1：退院・退所加算の要件の「利用者又は家族に提供した文書の写し」について

(1) 論点及び議論の方向性

論点及び議論の方向性は以下のとおり。

【論点5-1】

- 退院・退所加算の要件の「利用者又は家族に提供した文書の写し」について、病院等や施設からはどのような書類を取得しているのか。また、取得の上で支障はないか。

【議論の方向性】

- 利用者又は家族に提供した文書の写しについては、医療機関等が作成した「カンファレンスに係る会議の概要」、「カンファレンスに係る連携記録（カンファレンスに係る会議の開催概要）」等を取得している実態があるため、これらを明示することが必要ではないか。（限定するという事ではない。）
- また、その文書の取得にあたっては、病院等や施設の実情、保険者の実態のご意見があったが、それらの状況も含め、引き続き議論が必要ではないか。

(2) 論点に関連するアンケート調査結果

論点に関するアンケート調査結果は以下のとおり。

① 入院時・退院時の情報共有の現状について

入院時・退院時の情報共有の方法について、「実施している」と回答した割合が最も高かったのはFAXの78.7%で、手交についても76.6%であった。連携ツールやネットワーク、クラウドサービスについては「実施している」割合は3~4%であった。入院時・退院時の情報共有の頻度については、手交、郵送、FAXや電子メールにおいても「それ以下（週1、2日以下）」と回答した事業所が約7~8割であった。

図表 111 6 (9) 5) 入院時・退院時の情報共有の方法：方法

	件数	実施していない	実施している	無回答
手交	1279	157 12.3%	980 76.6%	142 11.1%
郵送	1279	366 28.6%	677 52.9%	236 18.5%
FAX	1279	140 10.9%	1006 78.7%	133 10.4%
電子メール	1279	797 62.3%	67 5.2%	415 32.4%
連携ツールやネットワーク	1279	805 62.9%	53 4.1%	421 32.9%
クラウドサービス	1279	816 63.8%	35 2.7%	428 33.5%
その他	1279	195 15.2%	49 3.8%	1035 80.9%

図表 112 6 (9) 5) 入院時・退院時の情報共有の方法：頻度【実施している場合】

	件数	ほぼ毎日	週3、4日	週1、2日	それ以下	無回答
手交	980	9 0.9%	21 2.1%	132 13.5%	802 81.8%	16 1.6%
郵送	677	7 1.0%	14 2.1%	103 15.2%	542 80.1%	11 1.6%
FAX	1006	16 1.6%	27 2.7%	165 16.4%	778 77.3%	20 2.0%
電子メール	67	2 3.0%	0 0.0%	6 9.0%	56 83.6%	3 4.5%
連携ツールやネットワーク	53	0 0.0%	0 0.0%	6 11.3%	42 79.2%	5 9.4%
クラウドサービス	35	0 0.0%	0 0.0%	2 5.7%	30 85.7%	3 8.6%
その他	49	0 0.0%	1 2.0%	10 20.4%	33 67.3%	5 10.2%

1年間（令和元年10月～令和2年9月末）の医療機関からの退院件数の平均は12.5件、施設からの退所件数の平均は2.3件であった。施設からの退院件数については、「0件」の事業所も50.7%であった。

退院加算の取得件数については「Ⅰイ（カンファレンスなし）」の取得件数の平均が4.7件であったのに対し、「Ⅰロ（カンファレンスあり）」は平均2.1件、「Ⅱイ（カンファレンスなし）」は平均1.3件、「Ⅱロ（カンファレンスあり）」は平均0.5件、「Ⅲ」は平均0.1件であった。退所加算の取得件数については「Ⅰイ（カンファレンスなし）」の取得件数の平均が0.6件で、「Ⅰロ（カンファレンスあり）」は平均0.4件、「Ⅱイ（カンファレンスなし）」は平均0.1件、「Ⅱロ（カンファレンスあり）」は平均0.1件、「Ⅲ」は平均0.03件であった。

図表 113 8 (1) 1) 医療機関からの退院件数（令和元年10月～令和2年9月末）

	件数	0件	1～4件	5～9件	10～14件	15～19件	20～24件	25～29件	30～34件	35～39件	40～44件	45～49件	50件以上	無回答	平均
合計	1279	281 22.0%	206 16.1%	173 13.5%	160 12.5%	95 7.4%	74 5.8%	22 1.7%	43 3.4%	23 1.8%	16 1.3%	11 0.9%	62 4.8%	113 8.8%	12.5

図表 114 8 (1) 1) 施設からの退所件数（令和元年10月～令和2年9月末）

	件数	0件	1～4件	5～9件	10～14件	15～19件	20～24件	25～29件	30～34件	35～39件	40～44件	45～49件	50件以上	無回答	平均
合計	1279	649 50.7%	281 22.0%	65 5.1%	31 2.4%	8 0.6%	8 0.6%	3 0.2%	1 0.1%	2 0.2%	1 0.1%	1 0.1%	2 0.2%	227 17.7%	2.31

図表 115 8 (1) 1) 退院加算取得件数（令和元年10月～令和2年9月末）

	件数	0件	1～4件	5～9件	10～14件	15～19件	20～24件	25～29件	30～34件	35～39件	40～44件	45～49件	50件以上	無回答	平均
Ⅰイ(カンファレンスなし)	1279	578 45.2%	237 18.5%	142 11.1%	92 7.2%	38 3.0%	30 2.3%	17 1.3%	11 0.9%	5 0.4%	6 0.5%	2 0.2%	8 0.6%	113 8.8%	4.72
Ⅰロ(カンファレンスあり)	1279	740 57.9%	258 20.2%	92 7.2%	37 2.9%	14 1.1%	12 0.9%	4 0.3%	3 0.2%	2 0.2%	0 0.0%	2 0.2%	2 0.2%	113 8.8%	2.08
Ⅱイ(カンファレンスなし)	1279	915 71.5%	147 11.5%	60 4.7%	24 1.9%	8 0.6%	3 0.2%	3 0.2%	0 0.0%	2 0.2%	3 0.2%	0 0.0%	1 0.1%	113 8.8%	1.25
Ⅱロ(カンファレンスあり)	1279	995 77.8%	136 10.6%	27 2.1%	3 0.2%	3 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.2%	113 8.8%	0.53
Ⅲ	1279	1108 86.6%	51 4.0%	5 0.4%	2 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	113 8.8%	0.11

図表 116 8 (1) 1) 退所加算取得件数 (令和元年10月～令和2年9月末)

	件数	0件	1～4件	5～9件	10～14件	15～19件	20～24件	25～29件	30～34件	35～39件	40～44件	45～49件	50件以上	無回答	平均
Iイ(カンファレンスなし)	1279	897 70.1%	116 9.1%	27 2.1%	7 0.5%	2 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.1%	1 0.0%	227 17.7%	0.56
Iロ(カンファレンスあり)	1279	933 72.9%	91 7.1%	20 1.6%	5 0.4%	2 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	227 17.7%	0.39
IIイ(カンファレンスなし)	1279	1000 78.2%	46 3.6%	6 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	227 17.7%	0.11
IIロ(カンファレンスあり)	1279	1022 79.9%	19 1.5%	8 0.6%	2 0.2%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	227 17.7%	0.11
III	1279	1048 81.9%	3 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	227 17.7%	0.03

医療機関、施設からの退院、退所時に取得している文書について、医療機関からの退院時および施設からの退所時ともに最も多く取得していたのは「退院・退所時サマリー（様式あり・様式なし）」であったが、医療機関からの退院時の場合は94.0%であったのに対し、施設からの退所時には53.8%であった。「取得している文書は特になし」と回答した割合については、医療機関からの退院時の場合は1.1%であったのに対し、施設からの退所時には13.0%であった。

図表 117 8 (1) 2) 医療機関、施設からの退院、退所時に取得している文書 (複数回答)

	件数	退院・退所時サマリー (様式あり・様式なし)	退院・退所時カンファレンス議事録	情報連携シート (退院・退所時サマリー以外)	その他	取得している文書は特になし	無回答
医療機関からの退院時	1279	1202 94.0%	382 29.9%	528 41.3%	61 4.8%	14 1.1%	26 2.0%
施設からの退所時	1279	688 53.8%	188 14.7%	303 23.7%	61 4.8%	166 13.0%	304 23.8%

② 退院・退所加算の算定における業務負担について

カンファレンスありの退院・退所加算を算定する上で問題点や負担が大きいことについて、医療機関からの退院、施設からの退所ともに最も回答が多かったのは「3職種以上の参加が求められるなど、算定要件が厳しすぎる」であった。

カンファレンスなしの退院・退所加算を算定する上で問題点や負担が大きいことについては、医療機関からの退院では「カンファレンス以外の面談による情報収集が困難である」が33.0%であったのに対し、施設からの退所では、「問題点や負担が大きいことはない」が30.9%で最も多く、次いで、「カンファレンス以外の面談による情報収集が困難である」が16.5%であった。カンファレンスあり、なしともに問題点や負担に関するいずれの選択肢（「その他」除く）においても医療機関からの退院時の方が、施設からの退所より回答している割合が高かった。

図表 118 8 (1) 3) ①カンファレンスありの退院・退所加算を算定する上で問題点や負担が大きいこと（複数回答）

	件数	カンファレンスの案内がなく、参加することが困難である	要件に合致するカンファレンスが開催されていない	カンファレンスに参加した場合、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等についてケアプラン等に記録することが困難、負担である	医療機関、施設が利用者又は家族に提供した文書の写しを添付(取得)することが困難である	3職種以上の参加が求められるなど、算定要件が厳しすぎる	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
医療機関からの退院	1279	359 28.1%	429 33.5%	303 23.7%	222 17.4%	690 53.9%	107 8.4%	150 11.7%	113 8.8%
施設からの退所	1279	159 12.4%	206 16.1%	139 10.9%	86 6.7%	323 25.3%	129 10.1%	238 18.6%	416 32.5%

図表 119 8 (1) 3) ②カンファレンスなしの退院・退所加算を算定する上で問題点や負担が大きいこと（複数回答）

	件数	カンファレンス以外の面談による情報収集が困難である	カンファレンス以外の情報収集の記録を残すことが困難である	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
医療機関からの退院	1279	426 33.3%	250 19.5%	118 9.2%	399 31.2%	233 18.2%
施設からの退所	1279	211 16.5%	118 9.2%	143 11.2%	395 30.9%	471 36.8%

(3) 検討委員会における検討内容・主な意見

論点に関連する実態・課題について、以下のように議論を重ね、最終的に議論の方向性を導き出した。

第1回検討委員会での主なご意見

- ・ 文書の写しについては、カンファレンスありを算定する場合に必要なが、医療機関や施設において、退院時共同指導料2の算定をしない地域ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟(包括報酬のため)や、小規模な病院、施設においては作成されていない現状が多い。また、カンファレンスありの算定を行う場合は、別途、居宅サービス計画書等に詳細を記載することになっているため、必ずしも取得しなければならない

い書類ではないのではないかという論点で議論してはどうか。

- ・ 「文書の写し」以外の方法で加算の要件と出来ないのか議論してはどうか。会議への出席記録については必ず議事録の提出が求められるが、簡素化することはできないか。
- ・ 支援記録、記録の負担見直し。記載例第5表(居宅介護支援記録)は重複して記載することも多く、記録の負担は大きい。見直しは重要と考える。記載例も良い。例えばSOAPのように、S(主観的情報)O(客観的情報)A(評価・・・の必要あり)P(計画・治療)、簡潔に区分けして記載してはどうか。ケアプラン各表の第1表、総合的な援助の方針については、第2表を作成し、多職種で検討したチームの方針なので、本人・家族を含むチームの方針として共有できるように記載することが必要である(わかりやすく記載できるように見直しができるとう良い)。質の向上と簡素化の両面からも、記録の在り方を議論しておく必要があるのではないか。
 - 記録のしかたを案内していくことで簡素化にもつながるのではないかというご意見と理解した。
- ・ カンファレンスありなし、連携何回と細かく決められているが、そもそもカンファレンスあり3回の取得は難しい。
- ・ 退院退所加算について、情報の確認は行うが、添付まで必要か。文書の写しを得るのが難しい場合もある。会議の実績の提出(証明)については、要検討である。

第3回検討委員会に向けた主なご意見

- ・ カンファレンスありの時の文書の写しの見直し。退院・退所加算のカンファレンスありについて、「利用者又は家族に提供した文書の写し」となっていることから、看護添書やリハビリ添書では要件にならないとしている保険者がある。参加したことの証明として、医療機関、施設側から、何かしらの文書を取得しないと信用できないというのであれば、「利用者又は家族に提供した文書の写し」という表記ではなく、「医療機関、施設からの文書の写し」とし、看護・リハビリ添書等で可というように変更すべきである。
- ・ 「書類取得の上で支障。取得の上で負担は無いか」については、負担になっている。

第4回検討委員会での主なご意見

- ・ 退院退所加算の様式は、県で様式が決められている。「カンファレンスあり、3回目の取得」については、行政と何度も話し合いをした。「カンファレンスあり、3回目の取得」の文書は医療から用紙を何か取得しなければならず、行政と何度もやりとりし、文書でも確認したが、青本、赤本を確認してもその判断が難しく、結局、実地指導で指摘される可能性が残るため、加算の届出はしないこととした。
 - そもそも書類を作成していない場合や、カンファレンスを実施していないこともある。介護側だけでは解決できない部分でもある。
 - ○県の全市町村及び○市の集団指導の際に、この様式は利用者・家族に病院側が

提供し、受領のサインと押印したもののコピーをケアマネジャーは受領するようにと示された。「利用者または家族に提供した」という文言から、サマリーは該当しないと明確に示された。医療機関、施設から提供されたものでよいとしなければ、加算の算定は困難である。

▶ ○市の場合、病院によって依頼せずとも、利用者がサインしたもののコピーを提供いただける。病院によっては退院前カンファレンスをやっている利用者にも書類を交付していないケースもある。本来は病院も加算を取得しているはずであり、何かしら文書を交付しなければならないはずだが、実際は作成していないケースもあるのではないかと。よって、それに代わる文書を考えていただきたい。

▶ 診療報酬は詳しくないが、利用者への書類交付は義務付けられているのか。義務付けられてはいないようだが、病院によっては算定する以上、何らかの利用者の同意をとっていると聞いたことがある。

本日の資料として「医療と介護の対比」を示した資料を提示している。医療側での義務付けがあれば、解決する話ではあるが、義務付けがないのであれば、文書を取得するという事は難しいだろう。

そもそも病院が作成していなければ文書はないという現状がある。

・ 当社でも退院・退所加算は申請できていないところではある。カンファレンスの出席者要件によることが多く、例えば医療機関に所属する医師、看護師、薬剤師などである。デイサービスに所属する理学療法士では出席者要件には該当しない。そこが3名以上などとあり、ケアマネジャーだけではどうにもできない。カンファレンスに呼んでいただくケースは多いが、参加しても要件に即した専門職が必ず同行できるとは限らない。また、退院後にそういった支援チームになるとも限らない。特に新規の場合、カンファレンスに呼んでいただくことが多いが、なかなか加算の算定要件となっている専門職を同行できないため、算定できない。

▶ ケアマネジャーだけが何とかすればよいという加算ではなく、相手がいることであり難しい。また、文書がないという場合もあり、こういった中でどのようにこの論点を取り扱うか。

▶ 退院時共同指導料の病院に課している要領の文言を、介護報酬にも記載することはできないか。

▶ 先ほど、もらえるものはもらっていると委員から発言があったが、具体的にどういったものをもらっているかのサンプルを事務局に提供いただきたい。

論点 5-2：特定事業所加算の要件「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的を開催すること」について

(1) 論点及び議論の方向性

論点及び議論の方向性は以下のとおり。

【論点 5-2】

- 特定事業所加算の要件の「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的を開催すること」について、当該会議の実績を提出（証明）する場合、その適切な期間（範囲）をどのように考えるか。

【議論の方向性】

- すでに各保険者において個々の判断がなされている実態のご意見があったことから、引き続き各地域の対応に委ねることにはどうか。

(2) 論点に関連するアンケート調査結果

論点に関するアンケート調査結果は以下のとおり。

特定事業所加算の届出有無については「届出済み」の事業所が 49.7%であり、加算の種類については「特定事業所加算(II)」が 45.9%と最も多く、次いで「特定事業所加算(III)」が 28.0%であった。

1週間あたりの利用者に関する情報伝達を目的とした会議の頻度については、定期的な会議については平均 1.2 回、不定期の会議は平均 0.4 回、両方の合計の平均は 1.6 回であった。特定事業所加算算定のために保険者に提出している会議記録の期間については、提出している場合の期間については「10~12 か月分」が 10.2%と最も多かった。

図表 120 3 (5) 加算について：特定事業所加算の届出有無

	件数	届出済み	届出ていない	無回答
合計	1279	636 49.7%	617 48.2%	26 2.0%

図表 121 3 (5) 加算について：特定事業所加算の算定（【「届出済み」の場合】）

	件数	特定事業所加算(I)	特定事業所加算(II)	特定事業所加算(III)	特定事業所加算(IV)	算定していない	無回答
合計	636	29 4.6%	292 45.9%	178 28.0%	13 2.0%	136 21.4%	0 0.0%

図表 122 8 (2) 1) 利用者に関する情報伝達を目的とした会議の頻度
(1週間あたり)

	件数	0回	1回	2~5回	6~9回	10回以上	無回答	平均
定期的な会議	1279	112 8.8%	457 35.7%	36 2.8%	4 0.3%	3 0.2%	667 52.2%	1.16
不定期の会議	1279	490 38.3%	81 6.3%	35 2.7%	3 0.2%	3 0.2%	667 52.2%	0.41
会議合計	1279	97 7.6%	384 30.0%	110 8.6%	14 1.1%	7 0.5%	667 52.2%	1.57

図表 123 8 (2) 2) 特定事業所加算算定のために保険者に提出している
会議記録の期間(か月分)

	件数	1か月分	2~3か月分	4~6か月分	7~9か月分	10~12か月分	13か月分以上	無回答	平均
合計	1279	51 4.0%	28 2.2%	17 1.3%	2 0.2%	131 10.2%	53 4.1%	997 78.0%	5.33

(3) 検討委員会における検討内容・主な意見

論点に関連する実態・課題について、以下のように議論を重ね、最終的に議論の方向性を導き出した。

第1回検討委員会での主なご意見

- 定期的な会議について、現場では、おおむね週1回開催しているが、特に議題がないことも多い。会議以外でも日々、情報を常に共有しており、電話やメール、メッセージアプリのグループ機能により、リアルタイムで行っている。新型コロナウイルス感染症の発生以前は参集して会議を実施していたが、最近はテレビ会議で実施している。会議については負担軽減も考え、必ず週1回開催しなければならないなど、回数を決めておく必要はないのではないか。適切な期間も重要な論点ではあるが、会議の在り方や会議の実施方法(Web会議などICTの活用)についても議論してはどうか。
- そもそも取得のためのハードルが高い加算である。頑張っても算定できたとしても、継続にはかなりの労力が必要となる。もっと要件を緩和できないか。
- ターミナルケアマネジメント加算算定の要件についての議論を追加してはどうか。ターミナルケアマネジメント加算の要件について、病名が癌末期と限定されているが癌以外のターミナルケアにおいてもケアマネジメントにおける業務負担は変わらない。病名が癌に限定されている事で算定に至らないケースがあるため、それに対する議論をしてはどうか。
- 特定事業所加算及び運営基準における介護支援専門員一人当たりの担当件数について、先般の社会保障審議会介護給付費分科会(8月3日)において全国介護事業者連盟からの提言でも聞かれていたが、AI(人工知能)を活用したケアプラン作成を推進

するための加算の創設や、AI を活用した場合、担当件数の上限 35 件を緩和する議論をしてみてもどうか。また、給付管理、実績入力等、介護支援専門員でなくても行える介護請求事務員等の配置により業務負担の軽減が図れた場合においても、担当件数を 35 件以上に緩和する議論をしてみてもどうか。

第 4 回検討委員会での主なご意見

- ・ 実績の提出期間について、特定事業所加算を取得するにあたり、3 か月分の提示が求められている。
 - 議事録を電子データで必ず残しているため、提出を求められた場合、提示することは可能である。コロナ禍であるため ICT を活用して会議を実施している。当社の場合はビジネスチャットツールを活用しており、その中にオンライン上での書き込みツールがあり、各自が担当利用者の状況等を書き込んでいるため、業務負担を感じずに議事録作成ができています。
- ・ 保険者からどれくらいの期間分の提示を求められているのか。
 - 1 年分提出している。
 - 加算を取得しているため、週に 1 回会議を実施している。前回の現地指導の際は、1 年分の提示を求められた。今はコロナ禍のため WEB で会議を実施しているが、記録は紙で作成し、ファイリングしている。
 - 1 年分提示している。ここは負担にはなっていない。会議を実施すれば議事録も残している。こちらよりも、地域の事業者と 1 年間の計画を立て、事例検討等を実施するという方が負担になっているのではないか。
 - ここは負担としてはあまりないようである。
- ・ なぜ 3 か月か、なぜ 1 年か、そのあたりの理由がわかればご教示いただきたい。
 - 3 か月分、週 1 回開催されているか、日付を確認される。記録は何年分も保管しているが、3 か月分の提示が求められ、行政は日付を確認している。
 - 行政がチェックする期間として 3 か月といわれているということか。
 - 1 年分の記録を提示するよう通知が届き、指示通り対応している。
 - みなさんと同様に保険者から求められているためである。しかし、お盆や正月など 1 週間休みの場合などは、そこは多めに見ると言われた。
- ・ 行政の立場からはいかがか。
 - 根拠についてはなんとも言えないが、現地で確認する際には 1 年分確認させてもらっている。
 - 我々も現地指導の際には 1 年分用意いただいている。概ね週 1 回のため、先ほどあったように、長期休みの関係で抜けていても、概ね週 1 回やっていけばよいということとしている。
 - 現地指導の書類提出の 1 年間に括られているということのようだ。
 - 期間は定めていないが、現地指導に訪問した際に、一通り綴られているファイル

やデータの確認を行っている。確認する方としても時間がかかる部分であり、この確認以外にケアプランの確認等もあるため、行政側も確認するのは負担である。

➤ 1年分提示しても、特定の期間を抽出して確認している自治体などもあるのか。

第5回検討委員会での主なご意見

- ・ 前回の委員会で特に負担ではないというご意見が多かった。今回のアンケート調査結果では10～12か月が多かった。論点にも記載しているとおり、既に保険者でそれぞれの対応が行われている。よって、今回は対応しないとするか、時期の目安を示すのか、改めてご意見いただきたい。
 - 市の担当者と話をしたところである。当事業所ではコロナ禍でもあり、テレビ会議で実施していると伝えており、それでもよいとされたところである。アンケート結果でも12か月提出することが多いとあるが、他の事業所に聞いても負担はないと言われている。ここについてはアンケート結果でも困っていないようであるため、保険者の考え次第としてよいのではないか。
 - 業務負担の点ではここは掘り下げなくてもよいのではないかというご意見か。
- ・ 概ね週1回開催している事業所が多いが、当事業所では要点をまとめ、今日の会議はこれを書こうと決めて実施している。法人内の別事業所では議事録作成が滞っているところもある。特定事業所加算の取得要件の中から、どこに絞って話し合おう、とするなどの工夫を示せば、業務負担が減るのではないか。
 - 同じ会議録でも、人によって逐語で記録する方と要点を絞って作成できる方がいる。
- ・ ○市では定期的に提出を求められたことがなく、記録の提示を求められると困る。

6. 居宅介護支援事業所と保険者の間でやり取りされている文書について

論点6-1：居宅介護支援事業所と保険者の間でやり取りされる文書について

(1) 論点及び議論の方向性

論点及び議論の方向性は以下のとおり。

【論点6-1】

- 居宅介護支援事業所と保険者の間でやり取りされる文書について、(基本的に) 保険者への訪問による手続きが行われている現状を前提に、簡素化の視点で、どのような方法(対応)が考えられるか。

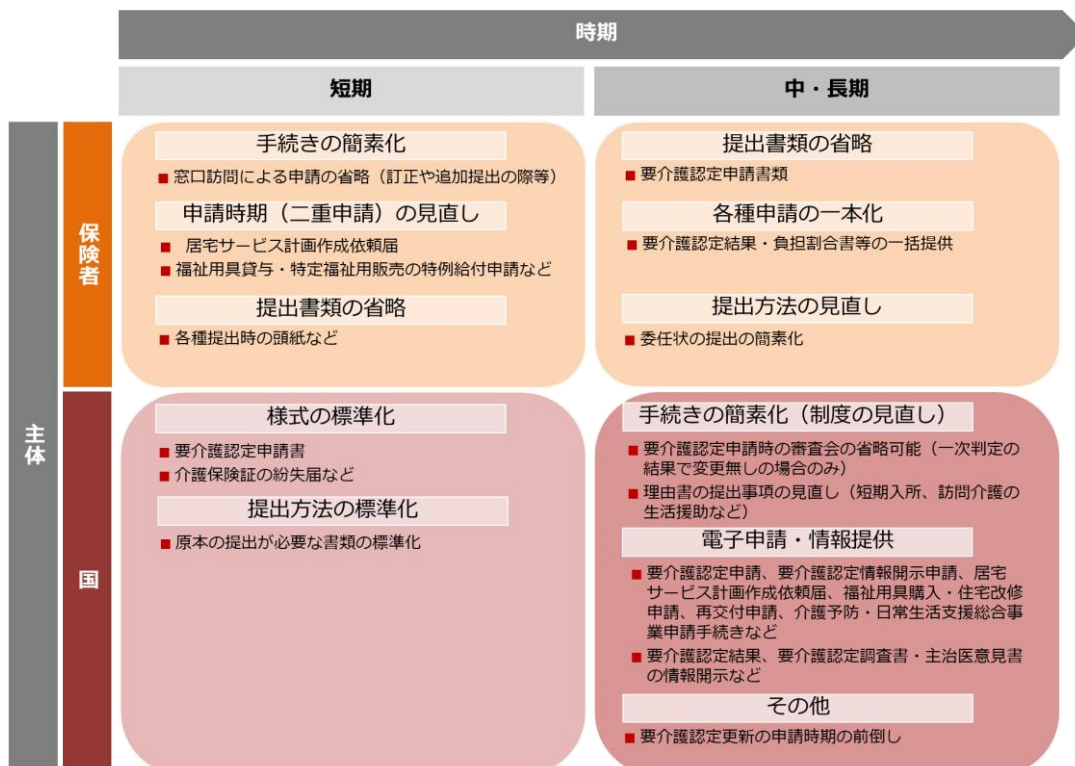
※ 事業所、保険者のそれぞれの対応で検討してはどうか。

【議論の方向性】

- 居宅介護支援事業所と保険者の間でやり取りされる文書について、(基本的に) 保険者への訪問による手続きが行われている現状を前提に、簡素化の視点で、方向性は見出せなかったため、個々のご意見を残しておく方向としてはどうか。

ただし、併せて、ご意見については、内容とともに、例えば、【短期的に(即時)対応が可能なもの】、【中長期的な対応が必要なもの】、また、【国・保険者で取り組むことが可能なもの】、【介護支援専門員や事業所が実践的に取り組むことが可能なもの】、【保険者と事業所で個別に取り組めるか検討が必要なもの】等という観点で整理することにしてはどうか。

図表 124 居宅介護支援事業所と保険者間でやり取りされている文書の簡素化



図表 125 介護分野の文書に係る主な負担軽減策

介護分野の文書に係る主な負担軽減策			
	指定申請	報酬請求	実地指導等
簡素化・標準化の検討が、ICT化の推進にも繋がる。 (並行して検討することが有益な項目は柔軟に取り扱う。)	簡素化 <ul style="list-style-type: none"> ● 提出時のルールによる手間の簡素化 ・押印、原本証明、提出方法 (持参・郵送等) ● 様式、添付書類そのものの簡素化 ・勤務表の様式、人員配置に関する添付書類 ・その他、指定申請と報酬請求で重複する文書 ・平面図、設備、備品等 ● 介護医療院への移行にかかる文書の簡素化 	<ul style="list-style-type: none"> ・処遇改善加算/特定処遇改善加算 	<ul style="list-style-type: none"> ● 実地指導に際し提出する文書の簡素化 ・重複して求める文書 ・既提出文書の再提出
	<ul style="list-style-type: none"> ● 変更届の頻度等の取扱い ● 更新申請時に求める文書の簡素化 ● 併設事業所や複数指定を受ける事業所に関する簡素化 ・複数種類の文書作成 (例:介護サービスと予防サービス) ・複数窓口への申請 (例:介護サービスと総合事業) ・手続時期にずれがあることへの対応 		<ul style="list-style-type: none"> ● 実地指導等の時期の取扱い
	標準化 <ul style="list-style-type: none"> ● H30省令改正・様式例改訂の周知徹底による標準化 (※) ● 様式例の整備 (総合事業、加算の添付書類等) ● ガイドライン、ハンドブック等、効果的な周知の方法 		<ul style="list-style-type: none"> ● 標準化・効率化指針の周知徹底による標準化
	ICT等の活用 <ul style="list-style-type: none"> ● 申請様式のHPにおけるダウンロード ● ウェブ入力・電子申請 ● データの共有化・文書保管の電子化 		<ul style="list-style-type: none"> ● 実地指導のペーパーレス化 ・画面上での文書確認

<凡例>

R元年度の取組

1～2年以内の取組 (R2年～R3年度内)

3年以内の取組 (R4年度まで)
⇒R3年度内の実現を
目指し、取組を前倒し

「取組を徹底するための方策」

- 各取組の周知徹底 (特に小規模事業者)
- 国・都道府県から市区町村への支援
- 事業所におけるICT化の推進
- 自治体における取組推進のための仕組みの検討 他

…本日の議題

3

出所：厚生労働省「第8回介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」資料（令和3年3月17日）

(2) 論点に関連するアンケート調査結果

論点に関するアンケート調査は実施していない。

(3) 検討委員会における検討内容・主な意見

論点に関連する実態・課題について、以下のように議論を重ね、最終的に議論の方向性を導き出した。

第3回検討委員会に向けた主なご意見

- ・ 認定申請書について、第2号被保険者の場合、医療保険証のコピーは、不要ではないか (特に更新の場合)。保険者によって申請書の様式が異なっているため、統一できないか。少なくとも、申請書に利用者の署名・捺印まで求めないこととできないか。
- ・ 主治医の意見書と認定調査書を取り寄せる際の申請書 (情報開示) について、「居宅サービス計画作成依頼届け」を提出した居宅支援事業所には、認定結果の情報と一緒に自動的に提供いただけないか。
- ・ 居宅サービス計画作成依頼届けについて、保険者によって、認定結果が出る前に、地域包括支援センターか居宅介護支援事業所のどちらかが、届けを出さなければなら

ず、二度手間になっている。

- ・ 福祉用具の利用に関する軽度者への特例給付について、保険者によって、認定結果が出る前でも、計画書の作成とサービス担当者会議、主治医への意見照会を行い、更に、認定結果が出てからも、再度同じことを実施するように指導されている。統一した指針が欲しいところである。
- ・ 主治医意見書の写しの取得に関する一連の流れの簡素化について検討する必要があるか(認定結果確認→複写申請→複写受け取りがすべて保険者窓口での手続きかつそれぞれ時間を要する)。すべて電子申請と交付などの対応ができないか。
- ・ 要介護認定申請についてもすべて自治体窓口申請となっているが、指定事業者に限っては電子申請などを検討できないか。
- ・ 軽度者の福祉用具貸与または購入に関する申請・継続手続きについて、サービス担当者会議の開催や提出書類などの簡素化の検討は必要ないか
 - 認定審査資料の請求、届出や認定更新申請、軽度者の福祉用具、総合支援法との併用の際の上乗せ申請書類提出等、ローカルルールの良い分は残しつつ、電子申請等 ICT 活用や ICT 活用による問題点について検討してはどうか。
- ・ 認定情報の開示を一定のルールを持って実施することが可能か検討してはどうか。
- ・ 行政に対する申請や届出が多いことから、それぞれを個別に行うのではなく、関連のある申請や届出を一本化することで、作業の効率化を図ることはできないか。
- ・ 簡素化の観点より居宅サービス作成依頼届出書、介護認定情報開示申請書、介護認定申請書についての申請・提出についてどのような方法が考えられるか。
- ・ 介護保険証（介護認定結果）及び負担割合証確認の業務負担軽減のために、どのような方法が考えられるか。
- ・ 軽度者の福祉用具貸与の例外給付に関する届出に対して業務負担軽減のために、どのような方法が考えられるか。
- ・ 障害福祉サービスの特定相談支援と同様に、居宅介護支援事業所も居宅サービス計画書及びアセスメント等を常時保険者へ提出する仕組みとすることで、給付の適正化を図ってみてはどうか。
- ・ 要介護認定申請書や外部提供の資料依頼、介護保険証等の紛失届など、各種届出書において、保険者ごとに様式が異なる。また法人印、事業所印、利用者印、ケアマネジャーの個人印など、文書によって必要な押印の種類が異なる。また、文書の種類によっては、頭紙を作成しなければ受け付けてもらえないなど、事務の簡素化にはほど遠く、全国的な統一性もない。デジタル化や届出書の簡素化(一枚で複数の届出ができるような様式)を進めるためにはどのようにしたらよいのか。
- ・ 保険者との間でやり取りされている文書(居宅サービス計画作成届出書、認定申請書、情報提供書、福祉用具購入申請、住宅改修申請、再交付申請等)がすべて窓口での手続きになっている点について改善の方法がないか。
- ・ 保険者との間でやり取りされている文書(居宅サービス計画作成届出書、認定申請書、情報提供書、福祉用具購入申請、住宅改修申請、再交付申請等)のうち、捺印が必要

な文書について、窓口で手続きの不備があった際、訂正印を求められるため、簡素化の方法が検討できないか。

- ・ 更新認定の結果、負担割合証等、本人からの証書(原本確認)が必要だが、居宅サービスの届出を行っている事業所に一覧でいただく等の工夫ができないか。
- ・ 暫定ケアプランの主たる理由が更新認定の遅延と思われ、そのたびに暫定ケアプランと認定結果が確認できた後の正式なケアプランの交付にかかる手続きに膨大な手間や時間を要している。更新手続きの見直しの検討ができないか。具体的な案として、認定申請手続きの簡素化(前回と同様の一次判定の結果の場合は審査会を省略できる方法や更新認定の受付を 90 日前に変更する等)が考えられる。
- ・ 要介護と要支援の間の利用者については、更新結果によって、要支援の場合、委託で継続して担当する場合でも、それぞれの契約から手続きを行う必要があり、現場の負担感が大きい業務であり、改善方法の検討できないか。具体的には委託という方法を撤廃し、居宅介護支援事業所でも予防給付業務ができるようにすること等である。
- ・ 医師の意見書・認定調査票を認定後に申請書を出し、後日交付してもらう。契約書で個人情報の取り扱いについて同意を得ていることから、認定結果が出てからの申請ではなく、自動的に送付いただくと負担が軽減できる。
- ・ 「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門員会」のまとめを踏まえて、「①指定申請関連文書 ②報酬請求関連文書 ③指導監査関連文書」において、3つの視点「簡素化」「標準化」「ICT等の活用」に立ち、具体的に確認していくこととしてはどうか。

第4回検討委員会での主なご意見

- ・ 基本的に申請が全て窓口での提出となっている。住宅改修など家族と本人が同姓の場合、印鑑が異なっていなければならないことや、窓口で訂正が必要になった場合は訂正印が必要になるなど、1度で完了しないこともある。こういったことが実務上は負担になる。また、認定調査の認定情報の申請の場合も、返信用封筒で折り返し郵送頂くため時差が発生する。更に、暫定ケアプランの議論でもあったが、暫定ケアプランの作成をできるだけ少なくしたいのが本音であり、もう少し早く更新認定の結果を出せないか。個人的な意見としては60日前の申請をもう少し前に実施できれば、更新日前に結果がでて、結果に応じてサービスの調整をディスカッションしながら次のプランに繋がられる。現場のケアマネジャーは更新結果がどうなるか、また、結果が出てから1週間以内にどうにかしなければならない。モニタリングをしてPDCAを回していくということが理想だが、実際は期日までになんとかプランを作成し、交付している。今までの議論も重要と思うが、ここが現場のケアマネジャーの負担を感じる部分ではないか。
 - 最初に議論した論点1にも関与するが、特に窓口の申請では印鑑の関係で何度も対応が必要になるということだが、他の委員からはいかがか。
 - 地域の事情により、申請窓口、行政窓口が分散しており、申請手続きがとても複

雑になっている。申請については印鑑が必要になるため、全て郵送で実施しているため、負担が軽減されるとよい。

➤ 窓口に行かなければならないこと、窓口が複数あるということだった。印鑑が不要となれば問題が解決する部分があるのかどうか。窓口に行かず全て郵送となった場合、タイムラグが発生するということもあるだろう。

- ・ ○区では更新や区分変更申請には介護保険証の原本を添付する必要がある。よって介護保険証を利用者宅へ預かりに行くというひと手間が発生する。他の近隣市町村では不要な対応である。または負担割合証や医療保険証、マイナンバーを預かり、かつ委任状をもらう、身分証を持参するなどの対応が年々増えている。認定情報の開示について1週間から10日要するため、ケアプラン作成に間に合わず、あまり参考にしていない。本来は、しっかり読み込んでケアプランを作成したいがそれができていない。

➤ ○区とは反対に、預かってはいけないといわれている区市町村もある。こちらが普通と思うが、両方のケースがあると思われる。

➤ 基本は原本を預かっている。また、新規申請の場合、頭紙として一覧表を作成しなければ申請を受付けてもらえず、かつ、紙で提出しなければならない。印鑑も法人印、事業所印、担当者印など印鑑も様々である。

➤ 家族で印鑑が異ならなければならないために差し戻されることもあるとのことであり、こういったことも負担になっているということだった。また、市町村によっても対応が異なってきているため、もう少し弾力的な対応が可能か。

➤ 今のご意見でどこまでの方向性を見出せるか。ここで具体的な議論の方向性は見出せないため、もう少しご意見いただきたい。

- ・ 窓口に行くか、郵送か。これはICT化されれば問題は解決するだろう。

➤ ICT化は行政としても難しい部分があるのではないか。

➤ 窓口に来る回数は減らした方が良くだろう。ケアマネジャーは利用者から個人情報の取り扱いに関する誓約書を取り付けているため、1度届出を出していれば、役所から認定結果等を送付しても問題ないのではないか。しかし、自治体が導入しているシステムによって対応の可否は異なる。先ほど、審査結果をもらうまでに1週間程度かかるという話もあったが、当市ではシステムに全て保存されているため、認定結果や主治医の意見書などすぐに抽出できる。電子申請については、コロナ禍により各自治体でも本気で検討がなされるようになってきたところだろう。当市では、現在ICT化できる書類はないかということの全庁調査が行われている。対応には費用もかかるため、難しいところがある。

➤ コロナ禍をきっかけにということだが、介護情報のやりとりについてもICT化の検討をやってもらいたいということをしっかり言う必要があるだろう。

- ・ 福祉用具の例外給付、ショートステイの半数超過、生活援助の上限回数など、細かい申請も増えてきているため、このあたりも簡素化できたらと思う。

➤ 行政に提出している書類をまずは一覧にし、総合的に簡素化を提案するというこ

とか。

- 第2号被保険者の場合は医療保険のコピーが必要である。第2号被保険者の場合、若い方の場合には本人の手元になく、就労されているご主人が持っている場合などがあり、コピーを取ってもらうことが難しいこともある。また、保険証の原本を添付するとあるが、更新の際に、なぜ古い保険証が必要なのか疑問である。〇市の場合は、古い保険証の下に赤い印鑑を押し、申請中ということで利用者宅に返送される。書留で送付されるが、その書留をなかなか受け取れないこともある。申請書1枚で更新できるようなれば、業務負担の軽減になるだろう。
 - 1度原本を預かると返す時も書留が受け取れないなどの負担があるということだった。
- 改善して欲しい課題が多々あったが、それらを整理し、デジタル化、データヘルス化として2～3年後に解決が見通せる課題と、自治体のご協力で改善できる課題、実践側の工夫で改善できる課題の3種類程度に区分することと、改善できる課題と年月を合わせて整理するとよいだろう。
 - 様々な課題があるため、解決するためのプランを立てるということと理解した。
 - 業務負担を考えるにあたり、頻度の多いものから取り組んでいただきたい。新規申請、更新申請、意見書の申請。頻度の多いものから電子化をお願いしたい。
 - 業務の頻度ということか。一度、預かって事務局と整理したい。

7. 居宅介護支援と介護予防支援に係る事務負担について

(※ターミナルなど限定的な局面時における対応について)

論点7-1：居宅介護支援と介護予防支援のケアプランについて

(1) 論点及び議論の方向性

論点及び議論の方向性は以下のとおり。

【論点7-1】

- 居宅介護支援と介護予防支援のケアプランについて、簡素化の視点で、実態を勘案した上で、どのような方法が考えられるか。

【議論の方向性】

- ターミナルなど限定的な局面時における対応について、例えば、一度ケアプラン（居宅介護支援）を作成し、その後、要介護認定申請の結果、要支援となった場合に、全く同様のケアプラン（介護予防支援）を作成するというような手間は避け、省略化の観点から、一度作成したケアプランで代替可とすることを明示することが必要ではないか。（逆も同様）

(2) 論点に関連するアンケート調査結果

論点に関するアンケート調査は実施していない。

(3) 検討委員会における検討内容・主な意見

論点に関連する実態・課題について、以下のように議論を重ね、最終的に議論の方向性を導き出した。

第4回検討委員会での主なご意見

- ・ 居宅介護支援と介護予防支援について、○市では暫定プラン作成のためのマニュアルを作成した。マニュアルを作成したことで、暫定プランをどちらがどのように作成するかが分かりやすくなった。
 - 分担を決めることでお互いに業務が整理できたということか。これまでの議論の中でも自治体としっかり話してクリアになっているところもあるようだ。
- ・ ここで示されているとおり、ターミナルの場合などは元気うちに認定を申請すると、要支援で認定されることもある。しかし、短期間で区分変更を行うことになり、書類を作り直すことも多い。暫定プランで支援を開始する場合、癌末期であればほぼ要介護の様式で作成しているところだが、実際には要支援だった場合もあり、作り直さなければならなくなる。できれば書式を統一してもらいたいということが本音だが、制度も異なり統一が困難ということであれば、こういった癌末期等、特定の場面に絞って大目に見ていただけるような対応をしてもらえるとありがたい。
 - 本来は様式が統一されていることが望ましいが、どちらかで作成しても有効にし

てもらいたいというご意見と理解した。

- 明らかに要支援ではない方について、一次判定が出ているにもかかわらず、結果が出るまで3週間かかり翌月に繰り越したことがある。ターミナルのため要介護で作成したが、後日、地域包括支援センターから、既に亡くなっている利用者であるが、要支援として書き直しを求められたことがあった。どちらで作成してもよいではなく、ターミナルなどのケースについては、要介護で作成してもよいなどとしていただけるとよい。また、一次判定の結果について、地域包括支援センターには教えるが、居宅介護支援事業所には届かないという状況になっている。一次判定で結果が出ても情報がないということで困っている。
- ターミナルなどの限定的な場面でというご意見と理解した。要介護で作成し、後日、要支援になったとしても、ターミナルの場合はそのままでもよいのではないかというご意見だった。
- 2000年か2006年頃、癌末期は例外的に要支援であっても先を見据えて柔軟な対応を行うこと、という制度を検討する際に関わった記憶がある。そこに明記されていたと思うが、今の話を伺うと、当時、現場の実情を踏まえて検討したが浸透していないように感じた。複数の在宅医や自治体と確認したことがある。これも根拠になるか。
- 当時の決まり事が生きているということを再度徹底することでも有益と思う。

3 アンケート調査について

3.1 目的

居宅介護支援事業所を対象として、業務負担に関わる項目として、ケアマネジメントプロセス、加算・減算に関する理解の度合い、業務負担の度合い等の実態を把握するため、アンケート調査を実施した。

3.2 実施概要

(1) 調査設計

① 調査客体：居宅介護支援事業所 2,000 事業所

※「介護サービス情報公表システム」の登録事業所（母集団名簿）
から無作為抽出

② 回答方法：郵送調査と WEB 調査の併用。依頼状および調査票一式を郵送し、
インターネットまたは紙での回答を選択可能

③ 調査票：事業所票

(2) 調査時期：令和2年9月～12月

(3) 回収状況

回収数 1,279 件、回収率 64.0%

(4) 主な調査項目

1. 居宅介護支援事業所の概況について
2. 居宅介護支援・介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの利用者数および
給付管理の状況について
3. 加算について
4. 職員について
5. 契約手続きについて
6. ケアマネジメントプロセスについて
7. ケアプランの軽微な変更について
8. 加算減算要件の取り扱いなど

3.3 調査結果

1 居宅介護支援事業所の概況について

(1) 開設年

開設年は「2000～2004年」に開設された事業所が31.7%と最も多く、次いで「2015～2020年」に開設された事業所が21.4%であった。

図表 126 1 (1) 開設年

	件数	2000～2004年	2005～2009年	2010～2014年	2015～2020年	無回答	平均
合計	1279	405 31.7%	200 15.6%	232 18.1%	274 21.4%	168 13.1%	2007.35

(2) 開設主体

開設主体は、「営利法人（株式・合名・合資・合同・有限会社）」（46.7%）が最も多かった。

図表 127 1 (2) 開設主体

	件数	都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合	社会福祉協議会	社会福祉法人（社協以外）	医療法人	社団・財団法人	協同組合及び連合会	営利法人（株式・合名・合資・合同・有限会社）	特定非営利活動法人（NPO）	その他の法人	その他	無回答
合計	1279	20 1.6%	78 6.1%	256 20.0%	205 16.0%	25 2.0%	31 2.4%	597 46.7%	36 2.8%	20 1.6%	8 0.6%	3 0.2%

(3) 地域区分

地域区分については、「7級地」と「その他」をあわせると52.1%であった。

図表 128 1 (3) 地域区分

	件数	1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他	無回答
合計	1279	78 6.1%	101 7.9%	75 5.9%	45 3.5%	127 9.9%	155 12.1%	197 15.4%	469 36.7%	32 2.5%

(4) 同一法人（同系列を含む）が運営する他の介護保険施設・事業所の有無

同一法人（同系列を含む）が運営する他の介護保険施設・事業所の有無については、「同一法人・系列法人が運営する介護保険施設・事業所を併設している」事業所が74.0%である一方、「同一法人・系列法人が運営する他の介護保険施設・事業所はない」事業所は12.7%であった。

図表 129 1 (4) 同一法人が運営する他の介護保険施設・事業所の有無

	件数	同一法人・系列法人が運営する介護保険施設・事業所を併設している	同一法人・系列法人が運営している介護保険施設・事業所があるが、併設ではない	同一法人・系列法人が運営する他の介護保険施設・事業所はない	無回答
合計	1279	946 74.0%	144 11.3%	163 12.7%	26 2.0%

2 居宅介護支援・介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの利用者数および給付管理の状況について

(1) 令和2年9月の居宅介護支援費の算定状況（人数）

令和2年9月の居宅介護支援費の算定状況の平均人数については、「居宅介護支援費（Ⅰ）」が約62人、「居宅介護支援費（Ⅱ）」が約14人、「居宅介護支援費（Ⅲ）」が約4人であった。

図表 130 2 (1) 令和2年9月の居宅介護支援費の算定状況

	0人	1～9人	10～19人	20～29人	30～39人	40～49人	50～59人	60～69人	70～79人	80～89人
①居宅介護支援費（Ⅰ）	173 13.5%	55 4.3%	59 4.6%	132 10.3%	148 11.6%	83 6.5%	73 5.7%	70 5.5%	66 5.2%	56 4.4%
②居宅介護支援費（Ⅱ）	1021 79.8%	51 4.0%	16 1.3%	11 0.9%	8 0.6%	5 0.4%	4 0.3%	0 0.0%	0 0.0%	7 0.5%
③居宅介護支援費（Ⅲ）	1153 90.1%	11 0.9%	4 0.3%	3 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%	2 0.2%	8 0.6%	14 1.1%

	90～99人	100～109人	110～119人	120～129人	130～139人	140～149人	150人以上	無回答	平均
①居宅介護支援費（Ⅰ）	53 4.1%	39 3.0%	41 3.2%	25 2.0%	26 2.0%	29 2.3%	88 6.9%	63 4.9%	61.72
②居宅介護支援費（Ⅱ）	7 0.5%	7 0.5%	10 0.8%	14 1.1%	11 0.9%	5 0.4%	39 3.0%	63 4.9%	13.59
③居宅介護支援費（Ⅲ）	10 0.8%	5 0.4%	3 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%	1 0.1%	63 4.9%	3.56

(2) 令和2年9月分の給付管理を行った実利用者数

令和2年9月分の給付管理を行った実利用者数の平均人数については、「要介護1」が約28人、「要介護2」が約24人、「要介護3」が約13人、「要介護4」が約9人、「要介護5」が約5人であった。

図表 131 (2) 令和2年9月分の給付管理を行った実利用者数

	0人	1～4人	5～9人	10～14人	15～19人	20～24人	25～29人
①(地域包括支援センターから委託)介護予防ケアマネジメント	486 38.0%	324 25.3%	195 15.2%	102 8.0%	58 4.5%	34 2.7%	30 2.3%
②(地域包括支援センターから委託)要支援1	326 25.5%	464 36.3%	257 20.1%	116 9.1%	48 3.8%	27 2.1%	12 0.9%
③(地域包括支援センターから委託)要支援2	259 20.3%	327 25.6%	284 22.2%	178 13.9%	90 7.0%	50 3.9%	35 2.7%
④要介護1	32 2.5%	70 5.5%	155 12.1%	188 14.7%	125 9.8%	129 10.1%	101 7.9%
⑤要介護2	34 2.7%	73 5.7%	214 16.7%	177 13.8%	135 10.6%	136 10.6%	121 9.5%
⑥要介護3	48 3.8%	201 15.7%	330 25.8%	242 18.9%	174 13.6%	93 7.3%	80 6.3%
⑦要介護4	72 5.6%	393 30.7%	381 29.8%	197 15.4%	125 9.8%	49 3.8%	21 1.6%
⑧要介護5	137 10.7%	606 47.4%	330 25.8%	126 9.9%	38 3.0%	8 0.6%	6 0.5%
	30～34人	35～39人	40～44人	45～49人	50人以上	無回答	平均
①(地域包括支援センターから委託)介護予防ケアマネジメント	8 0.6%	8 0.6%	7 0.5%	3 0.2%	11 0.9%	13 1.0%	5.89
②(地域包括支援センターから委託)要支援1	9 0.7%	2 0.2%	1 0.1%	0 0.0%	4 0.3%	13 1.0%	5.08
③(地域包括支援センターから委託)要支援2	15 1.2%	13 1.0%	7 0.5%	0 0.0%	8 0.6%	13 1.0%	7.94
④要介護1	83 6.5%	91 7.1%	80 6.3%	36 2.8%	176 13.8%	13 1.0%	27.59
⑤要介護2	89 7.0%	63 4.9%	55 4.3%	48 3.8%	121 9.5%	13 1.0%	23.95
⑥要介護3	43 3.4%	18 1.4%	13 1.0%	3 0.2%	21 1.6%	13 1.0%	13.34
⑦要介護4	12 0.9%	9 0.7%	0 0.0%	2 0.2%	5 0.4%	13 1.0%	8.74
⑧要介護5	5 0.4%	3 0.2%	1 0.1%	2 0.2%	4 0.3%	13 1.0%	5.37

3 加算について

(1) 加算について

加算の算定件数の平均をみると、「中山間地域等居住者サービス提供加算」が0.6件、「中山間地域等における小規模事業所加算」が0.02件、「特別地域居宅介護支援加算」が3.2件、「入院時情報連携加算」については加算（Ⅰ）が1.4件、加算（Ⅱ）が0.5件であった。

図表 132 3（1）加算について

	0件	1～4件	5～9件	10～14件	15～19件	20～24件	25～29件
中山間地域等居住者サービス提供加算を算定した件数	1170 91.5%	21 1.6%	6 0.5%	3 0.2%	2 0.2%	1 0.1%	0 0.0%
中山間地域等における小規模事業所加算を算定した件数	1203 94.1%	5 0.4%	1 0.1%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
特別地域居宅介護支援加算を算定した件数	1149 89.8%	2 0.2%	0 0.0%	1 0.1%	3 0.2%	2 0.2%	2 0.2%
入院時情報連携加算を算定した件数:加算(Ⅰ)	598 46.8%	521 40.7%	83 6.5%	5 0.4%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%
入院時情報連携加算を算定した件数:加算(Ⅱ)	1033 80.8%	174 13.6%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

	30～34件	35～39件	40～44件	45～49件	50件以上	無回答	平均
中山間地域等居住者サービス提供加算を算定した件数	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	3 0.2%	3 0.2%	69 5.4%	0.61
中山間地域等における小規模事業所加算を算定した件数	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	69 5.4%	0.02
特別地域居宅介護支援加算を算定した件数	7 0.5%	5 0.4%	4 0.3%	6 0.5%	29 2.3%	69 5.4%	3.23
入院時情報連携加算を算定した件数:加算(Ⅰ)	1 0.1%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	69 5.4%	1.38
入院時情報連携加算を算定した件数:加算(Ⅱ)	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.2%	69 5.4%	0.48

(2) 特定事業所加算の届出有無

特定事業所加算の届出有無については49.7%の事業所が「届出済み」であった一方、「届出していない」が48.2%であった。「届出済み」の事業所が算定している特定事業所加算の種類については「加算（Ⅱ）」が最も多く45.9%、次いで「加算（Ⅲ）」が28.0%であった。

図表 133 3（5）加算について 特定事業所加算の届出有無

	件数	届出済み	届出していない	無回答
合計	1279	636 49.7%	617 48.2%	26 2.0%

図表 134 3（5）加算について 特定事業所加算の算定【届出済みの場合】

	件数	特定事業所加算(Ⅰ)	特定事業所加算(Ⅱ)	特定事業所加算(Ⅲ)	特定事業所加算(Ⅳ)	算定していない	無回答
合計	636	29 4.6%	292 45.9%	178 28.0%	13 2.0%	136 21.4%	0 0.0%

※特定事業所加算（Ⅳ）のみ特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）と同時算定可能

4 職員について

(1) 介護支援専門員数

1 事業所あたり介護支援専門員の人数（常勤換算）は、「常勤」（①+③）は 3.06 人、「非常勤」（⑤+⑦）は 0.28 人であった。

図表 135 4（1）介護支援専門員数

	0人	～1人 未満	～2人 未満	～3人 未満	～4人 未満	～5人 未満	～6人 未満
①【常勤】居宅介護支援事業所に専従	62 4.8%	0 0.0%	402 31.4%	249 19.5%	224 17.5%	159 12.4%	79 6.2%
②【常勤：併設事業所と兼務】実人数	894 69.9%	0 0.0%	185 14.5%	78 6.1%	53 4.1%	28 2.2%	19 1.5%
③【常勤：併設事業所と兼務】換算人員	990 77.4%	97 7.6%	84 6.6%	34 2.7%	24 1.9%	21 1.6%	10 0.8%
④【非常勤：居宅介護支援事業所に専従】実人数	951 74.4%	0 0.0%	189 14.8%	69 5.4%	29 2.3%	14 1.1%	8 0.6%
⑤【非常勤：居宅介護支援事業所に専従】換算人員	1044 81.6%	129 10.1%	55 4.3%	23 1.8%	5 0.4%	5 0.4%	5 0.4%
⑥【非常勤：併設事業所と兼務】実人数	1201 93.9%	0 0.0%	59 4.6%	8 0.6%	1 0.1%	0 0.0%	2 0.2%
⑦【非常勤：併設事業所と兼務】換算人員	1212 94.8%	46 3.6%	10 0.8%	2 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%

	～7人 未満	～8人 未満	～9人 未満	～10人 未満	10人 以上	無回答	平均
①【常勤】居宅介護支援事業所に専従	50 3.9%	19 1.5%	9 0.7%	4 0.3%	14 1.1%	8 0.6%	2.62
②【常勤：併設事業所と兼務】実人数	4 0.3%	4 0.3%	1 0.1%	2 0.2%	3 0.2%	8 0.6%	0.68
③【常勤：併設事業所と兼務】換算人員	4 0.3%	2 0.2%	2 0.2%	0 0.0%	3 0.2%	8 0.6%	0.44
④【非常勤：居宅介護支援事業所に専従】実人数	4 0.3%	1 0.1%	1 0.1%	1 0.1%	4 0.3%	8 0.6%	0.49
⑤【非常勤：居宅介護支援事業所に専従】換算人員	0 0.0%	1 0.1%	2 0.2%	0 0.0%	2 0.2%	8 0.6%	0.25
⑥【非常勤：併設事業所と兼務】実人数	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 0.6%	0.07
⑦【非常勤：併設事業所と兼務】換算人員	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	8 0.6%	0.03

(2) 新カリキュラム（平成 28 年 4 月以降）に基づく法定研修修了者数

新カリキュラム（平成 28 年 4 月以降）に基づく法定研修修了者数について、「主任介護支援専門員」研修の修了者が「0 人」または「1 人」をあわせると 84.4%で、「主任介護支援専門員（更新）」研修の修了者が「0 人」または「1 人」をあわせると 83.8%であった。

図表 136 4 (2) 新カリキュラム (平成 28 年 4 月以降) に基づく法定研修修了者数

	0人	1人	2人	3人	4人	5人	6人
専門Ⅰ	711 55.6%	283 22.1%	122 9.5%	52 4.1%	40 3.1%	19 1.5%	7 0.5%
専門Ⅱ	386 30.2%	359 28.1%	249 19.5%	124 9.7%	71 5.6%	25 2.0%	14 1.1%
主任介護支援専門員	563 44.0%	517 40.4%	112 8.8%	40 3.1%	5 0.4%	2 0.2%	0 0.0%
主任介護支援専門員(更新)	683 53.4%	389 30.4%	122 9.5%	36 2.8%	5 0.4%	4 0.3%	1 0.1%

	7人	8人	9人	10人以上	無回答	平均
専門Ⅰ	3 0.2%	0 0.0%	0 0.0%	3 0.2%	39 3.0%	0.83
専門Ⅱ	6 0.5%	1 0.1%	2 0.2%	3 0.2%	39 3.0%	1.49
主任介護支援専門員	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	39 3.0%	0.72
主任介護支援専門員(更新)	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	39 3.0%	0.63

(3) 事務職員 (ケアマネジャー以外の職員) の人数 (実人数)

事務職員の数については、「居宅介護支援事業所専従の事務職員 (常勤、非常勤)」と「他の事業所等と兼務の事務職員 (常勤、非常勤)」が「0人」がそれぞれ7~9割であった。

図表 137 4 (3) 事務職員の実人数

	0人	1人	2人	3人	4人	5人	6人
①居宅介護支援事業所専従の事務職員【常勤】	1047 81.9%	87 6.8%	17 1.3%	11 0.9%	10 0.8%	3 0.2%	1 0.1%
①居宅介護支援事業所専従の事務職員【非常勤】	1111 86.9%	62 4.8%	3 0.2%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
②他の事業所等と兼務の事務職員【常勤】	943 73.7%	188 14.7%	21 1.6%	18 1.4%	5 0.4%	1 0.1%	1 0.1%
②他の事業所等と兼務の事務職員【非常勤】	1057 82.6%	107 8.4%	9 0.7%	2 0.2%	0 0.0%	1 0.1%	1 0.1%

	7人	8人	9人	10人以上	無回答	平均
①居宅介護支援事業所専従の事務職員【常勤】	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	102 8.0%	0.19
①居宅介護支援事業所専従の事務職員【非常勤】	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	102 8.0%	0.06
②他の事業所等と兼務の事務職員【常勤】	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	102 8.0%	0.27
②他の事業所等と兼務の事務職員【非常勤】	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	102 8.0%	0.12

5 契約手続きについて

(1) 要介護認定の申請に係る援助

認定申請に必要な書類の準備について、「要介護認定等申請書」をみると、「事業所の介護支援専門員が準備している」が95.5%と最も多かった。

「主治医の意見書」をみると、「保険者が主治医に依頼して準備している」が77.8%で最も多く、次いで「事業所の介護支援専門員が準備している」との回答が28.2%であった。

図表 138 5 (1) 1) 認定申請に必要な書類の準備 ①要介護認定等申請書
(複数回答)

	件数	利用者本人が準備している	利用者の家族や親族等が準備している	事業所の介護支援専門員が準備している	地域包括支援センターが準備している	介護支援専門員以外の申請代行(代理人)(成年後見人、民生委員、介護相談員等)が準備している	その他	無回答
合計	1279	195 15.2%	380 29.7%	1222 95.5%	178 13.9%	38 3.0%	30 2.3%	4 0.3%

図表 139 5 (1) 1) 認定申請に必要な書類の準備 ②主治医の意見書
(複数回答)

	件数	保険者が主治医に依頼して準備している	利用者本人が準備している	利用者の家族や親族等が準備している	事業所の介護支援専門員が準備している	地域包括支援センターが準備している	介護支援専門員以外の申請代行(代理人)(成年後見人、民生委員、介護相談員等)が準備している	その他	無回答
合計	1279	995 77.8%	102 8.0%	157 12.3%	361 28.2%	45 3.5%	13 1.0%	26 2.0%	12 0.9%

書類の準備における負担については「負担が大きいことはない」が 40.8%で最も多かったが、次いで、「保険者ごとに申請様式が異なるため、様式を取り寄せることが負担である」が 38.4%であった。

また、書類の準備を効率化するための工夫については、「特にない」が 46.8%で最も多かったが、次いで、「Excel 等で申請用紙を作成し、必要な項目のみ修正している」が 22.4%、「普段から主治医との関係性を構築している」が 21.3%であった。

図表 140 5 (1) 2) 書類の準備における負担 (複数回答)

	件数	要介護認定等申請書の作成に必要な個人情報の提供を受けるのが難しい	要介護認定等申請書の作成に必要な過去の情報(前回の要介護認定の結果等、過去6月間の入院・入所の有無)の提供を受けるのが難しい	要介護認定等申請書の作成に必要な主治医の情報の提供を受けるのが難しい	主治医の意見書の提供を受けるのが難しい	保険者ごとに申請様式が異なるため、様式を取り寄せることが負担である	その他	負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	135 10.6%	151 11.8%	123 9.6%	124 9.7%	491 38.4%	113 8.8%	522 40.8%	15 1.2%

図表 141 5 (1) 3) 書類の準備を効率化するための工夫 (複数回答)

	件数	他の書類と共通の部分(個人情報)は自動的に反映できるようにしている	普段から主治医との関係性を構築している	Excel等で申請用紙を作成し、必要な項目のみ修正している	その他	特にない	無回答
合計	1279	166 13.0%	272 21.3%	286 22.4%	72 5.6%	599 46.8%	23 1.8%

(2) 契約書の作成・交付

契約書や重要事項説明書の様式について「事業所内で決められた様式がある」事業所が99.2%、そのうち、「事業所としてひな形を作成している」が63.1%であった。

また、契約書や重要事項説明書の作成における負担の内容については、「制度改正等への対応のため、ひな形を頻繁に更新する必要がある」が最も多く80.0%であった。

契約書や重要事項説明書の作成における工夫としては、「制度改正等への対応については、変更箇所についてのみ別紙（覚書等）対応（締結済書類の変更はしない）として、変更する箇所を別紙とするなど、編集しやすくしている」が48.9%と最も多く、次いで「定期的なひな形の見直しを行っている」が38.7%であった。

図表 142 5 (2) 1) 契約書や重要事項説明書の様式について

	件数	事業所内で決められた様式がある	事業所内で決められた様式はなく、その都度作成している	無回答
合計	1279	1269 99.2%	8 0.6%	2 0.2%

図表 143 5 (2) 1) 契約書や重要事項説明書の様式について

【事業所内で決められた様式がある】（複数回答）

	件数	法人としてひな形を作成している	事業所としてひな形を作成している	保険者が提示した様式を利用している	その他	無回答
合計	1269	520 41.0%	801 63.1%	102 8.0%	11 0.9%	25 2.0%

図表 144 5 (2) 2) 契約書や重要事項説明書の作成における負担（複数回答）

	件数	制度改正等への対応のため、ひな形を頻繁に更新する必要がある	記載、確認箇所が多く作成に時間を要する	関係団体等により統一したひな形が提示されていない	その他	負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	1023 80.0%	348 27.2%	155 12.1%	47 3.7%	194 15.2%	9 0.7%

図表 145 5 (2) 3) 契約書や重要事項説明書の作成における工夫 (複数回答)

	件数	定期的にひな形の見直しを行っている	制度改正等への対応については、変更箇所についてのみ別紙(覚書等)対応(締結済書類の変更はしない)として、変更する箇所を別紙とするなど、編集しやすくしている	介護保険法や介護報酬改定等、契約書や重要事項説明書の内容に関わる変更があった場合に、確実にひな形が改訂される仕組みや手順を定めている	作成のためのマニュアルやチェックリストを用意している	誤記がないか複数名で確認している	その他	特になし	無回答
合計	1279	495 38.7%	625 48.9%	315 24.6%	34 2.7%	396 31.0%	26 2.0%	126 9.9%	6 0.5%

契約書や重要事項説明書等の説明における負担の内容については、「利用者や家族が十分に理解できない場合がある(独居高齢者への対応も含む)」が73.5%と最も多く、次いで「説明事項が多く説明に時間を要する」が68.5%であった。

また、契約書や重要事項説明書の説明において工夫している内容については、「新人の介護支援専門員の場合、契約時に上司や管理者が同行する」が47.2%と最も多く、次いで「説明のポイントをまとめて事業所で共有している」が42.3%であった。

図表 146 5 (2) 4) 契約書や重要事項説明書等の説明における負担 (複数回答)

	件数	説明事項が多く説明に時間を要する	説明に用いる文書の内容が利用者や家族にとってわかりにくい	利用者や家族が十分に理解できない場合がある(独居高齢者への対応も含む)	その他	負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	876 68.5%	713 55.7%	940 73.5%	58 4.5%	100 7.8%	5 0.4%

図表 147 5 (2) 5) 契約書や重要事項説明書の説明における工夫 (複数回答)

	件数	説明のポイントをまとめて事業所で共有している	要点を抜粋した簡易な資料を別途作成している	過去に利用者や家族から受けた質問、困難事例等を事業所内で共有している	新人の介護支援専門員の場合、契約時に上司や管理者が同行する	その他	特になし	無回答
合計	1279	541 42.3%	59 4.6%	210 16.4%	604 47.2%	71 5.6%	284 22.2%	10 0.8%

必要書類（要介護認定情報や負担割合証）の取得における負担が大きいことをみると、「利用者・家族が適切に管理していない（手元に見当たらない）ため入手できない」が 71.5%と最も多く、次いで、「写しをとるために、借用するための手続きが煩雑である」が 37.6%であった。

必要書類（要介護認定情報や負担割合証）の取得において行っている工夫については、「利用者、家族に早めに、繰り返し伝えている」が 88.7%と最も多く、「市町村の窓口の担当者」と情報共有を行っている」が 24.2%であった。

また、必要書類を効率的に取得するための方策として有効だと思うものとしては、「保険者から提供を受けることができるようにする」が 73.2%、「必要書類を電子ファイル化し、保険者等で一元管理して必要時に参照可能とする」が 53.4%だった。

図表 148 5（2）6）必要書類（要介護認定情報や負担割合証）の取得における負担（複数回答）

	件数	利用者・家族に書類の必要性の理解を得ることが難しい	利用者・家族が適切に管理していない（手元に見当たらない）ため入手できない	写しをとるために、借用するための手続きが煩雑である	その他	負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	344 26.9%	914 71.5%	481 37.6%	120 9.4%	175 13.7%	6 0.5%

図表 149 5（2）7）必要書類（要介護認定情報や負担割合証）の取得においてどのような工夫をしていますか（複数回答）

	件数	利用者、家族に早めに、繰り返し伝えている	市町村の窓口の担当者」と情報共有を行っている	その他	特になし	無回答
合計	1279	1134 88.7%	310 24.2%	85 6.6%	70 5.5%	4 0.3%

図表 150 5（2）8）必要書類を効率的に取得するための方策として有効だと思うもの（複数回答）

	件数	必要書類を電子ファイル化し、保険者等で一元管理して必要時に参照可能とする	保険者から提供を受けることができるようにする	その他	無回答
合計	1279	683 53.4%	936 73.2%	48 3.8%	45 3.5%

(3) 署名・捺印の取得

捺印取得における負担について、「利用者・家族が印鑑を適切に管理できていない（手元に見当たらない）ため、捺印できない」と回答した事業所が 55.4%と最も多く、次いで「法的には署名があればよいが、指導等で捺印も求められる」が 46.7%であった。「負担が大きいことはない」は 18.6%であった。

また、電子署名にした場合の懸念事項について、「利用者、家族にとって対応が難しい」と回答した事業所が 66.3%と最も多く、次いで「セキュリティ（ネット回線、サーバー接続等）面での不安がある」が 51.5%であった。

図表 151 5 (3) 1) 捺印取得における負担（複数回答）

	件数	利用者・家族に捺印の必要性の理解を得ることが難しい	利用者・家族が印鑑を適切に管理できていない（手元に見当たらない）ため、捺印できない	法的には署名があればよいが、指導等で捺印も求められる	その他	負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	238 18.6%	709 55.4%	597 46.7%	120 9.4%	238 18.6%	5 0.4%

図表 152 5 (3) 2) 電子署名にした場合の懸念事項（複数回答）

	件数	利用者、家族にとって対応が難しい	原本性が担保できない	セキュリティ（ネット回線、サーバー接続等）面での不安がある	その他	電子署名にした場合の懸念事項は特にない	無回答
合計	1279	848 66.3%	339 26.5%	659 51.5%	84 6.6%	171 13.4%	10 0.8%

(4) 契約手続きに関する負担の大きさ

契約手続きに関する負担の大きさについて、「大きい」または「やや大きい」と回答した割合が高い項目としては、回答者および事業所全体ともに、「契約書や重要事項説明書の説明」が5～6割と最も多く、次いで「必要書類の取得」が約5割であった。

図表 153 5 (4) 1) 回答者が感じる負担の大きさ

	件数	小さい	やや小さい	やや大きい	大きい	無回答
認定申請に必要な書類の準備	1279	404 31.6%	508 39.7%	257 20.1%	95 7.4%	15 1.2%
契約書や重要事項説明書の作成	1279	273 21.3%	456 35.7%	409 32.0%	126 9.9%	15 1.2%
契約書や重要事項説明書の説明	1279	160 12.5%	336 26.3%	594 46.4%	175 13.7%	14 1.1%
必要書類の取得	1279	185 14.5%	444 34.7%	502 39.2%	130 10.2%	18 1.4%
捺印の取得	1279	234 18.3%	485 37.9%	407 31.8%	133 10.4%	20 1.6%

図表 154 5 (4) 2) 事業所全体としての負担の大きさ

	件数	小さい	やや小さい	やや大きい	大きい	無回答
認定申請に必要な書類の準備	1279	360 28.1%	516 40.3%	306 23.9%	64 5.0%	33 2.6%
契約書や重要事項説明書の作成	1279	241 18.8%	464 36.3%	441 34.5%	105 8.2%	28 2.2%
契約書や重要事項説明書の説明	1279	162 12.7%	381 29.8%	564 44.1%	141 11.0%	31 2.4%
必要書類の取得	1279	196 15.3%	457 35.7%	497 38.9%	96 7.5%	33 2.6%
捺印の取得	1279	226 17.7%	499 39.0%	414 32.4%	103 8.1%	37 2.9%

6 ケアマネジメントプロセスについて

(1) アセスメント

アセスメントのために収集した情報の記録の方法について、新規利用者・継続利用者のアセスメントともに「訪問時にメモをとり、事業所等に戻ってからアセスメント記録を作成」が約9割であった。訪問時にメモをとり、事業所等に戻ってからアセスメント記録を作成する場合の詳細について、「紙にメモを取り、パソコン等でアセスメント記録を電子入力」したとの回答が新規利用者・継続利用者ともに約9割であった。

訪問時にその場でアセスメント記録を作成した場合の詳細については、「アセスメント記録用紙に直接記入」したとの回答が新規利用者・継続利用者ともに7割前後であった。

また、ケアマネジメント業務用のソフトウェア上での入力状況について、新規利用者・継続利用者ともに「はい」が約7割であった。

図表 155 6 (1) 1) アセスメントのために収集した情報の記録 (複数回答)

	件数	訪問時にメモをとり、事業所等に戻ってからアセスメント記録を作成	訪問時にその場でアセスメント記録を作成	その他	無回答
新規利用者	1279	1214 94.9%	150 11.7%	11 0.9%	28 2.2%
継続利用者	1279	1150 89.9%	159 12.4%	15 1.2%	67 5.2%

図表 156 6 (1) 1) ①アセスメントのために収集した情報の記録

【訪問時にメモをとり、事業所等に戻ってからアセスメント記録を作成】(複数回答)

	件数	紙にメモを取り、紙のアセスメント記録用紙に記入	紙にメモを取り、パソコン等でアセスメント記録を電子入力	携帯情報端末(タブレット等)にメモした内容を電子的に入力、転送、転記	その他	無回答
新規利用者	1214	200 16.5%	1086 89.5%	119 9.8%	4 0.3%	3 0.2%
継続利用者	1150	173 15.0%	1023 89.0%	108 9.4%	4 0.3%	15 1.3%

図表 157 6 (1) 1) ②アセスメントのために収集した情報の記録方法
【訪問時にその場でアセスメント記録を作成】(複数回答)

	件数	アセスメント記録用紙に直接記入	ノートパソコン等でアセスメント記録を電子入力	携帯情報端末(タブレット等)でアセスメント記録を電子入力	その他	無回答
新規利用者	150	111 74.0%	37 24.7%	44 29.3%	6 4.0%	1 0.7%
継続利用者	159	104 65.4%	37 23.3%	45 28.3%	6 3.8%	7 4.4%

図表 158 6 (1) 1) ③ケアマネジメント業務用のソフトウェア上での入力状況
【携帯情報端末(タブレット等)にメモした内容を電子的に入力、転送、転記、または、携帯情報端末(タブレット等)でアセスメント記録を電子入力している場合】

	件数	はい	いいえ	その他	無回答
新規利用者	126	88 69.8%	37 29.4%	2 1.6%	1 0.8%
継続利用者	122	88 72.1%	33 27.0%	2 1.6%	1 0.8%

アセスメント記録の作成に要する時間について、平均的な利用者の場合、新規利用者の平均は約 79 分、継続利用者の平均は約 40 分であった。アセスメントに特に時間を要する場合の理由について、新規利用者・継続利用者ともに「利用者・家族の状況による」との回答が 7～8 割と最も多かった。

図表 159 6 (1) 2) ①平均的な利用者のアセスメント記録の作成に要する時間

	件数	0分	20分以内	21～30分	31～35分	36～40分	41～45分	46～50分	51～55分	56～60分	61分以上	無回答	平均
新規利用者	1279	1 0.1%	28 2.2%	138 10.8%	2 0.2%	74 5.8%	30 2.3%	26 2.0%	2 0.2%	504 39.4%	444 34.7%	30 2.3%	78.68
継続利用者	1279	1 0.1%	333 26.0%	481 37.6%	1 0.1%	73 5.7%	39 3.0%	9 0.7%	1 0.1%	241 18.8%	58 4.5%	42 3.3%	39.84

図表 160 6 (1) 2) ②特に時間を要する場合(複数回答)

	件数	介護支援専門員のスキル、経験による	利用者・家族の状況による	その他	無回答
新規利用者	1279	446 34.9%	1004 78.5%	129 10.1%	63 4.9%
継続利用者	1279	311 24.3%	937 73.3%	92 7.2%	151 11.8%

アセスメント記録作成における負担について、新規利用者・継続利用者ともに「記録作成に時間を要する、記録作成の時間の確保が難しい」との回答が最も多く約6～7割、次いで、「アセスメント記録の作成のために必要な情報の収集が難しい」が継続利用者は33.1%であったのに対し、新規利用者は61.5%であった。

アセスメント記録を電子化する場合の課題については、現在、電子化していない場合は「費用がかかる」との回答が最も多かったが、現在、電子化している場合は「入力に難しい、時間がかかる」との回答が最も多かった。

図表 161 6 (1) 3) アセスメント記録作成における負担 (複数回答)

	件数	記載が難しい項目がある	どこまで記載するか判断が難しい場合がある	記録作成に時間を要する、記録作成の時間の確保が難しい	アセスメント記録の作成のために必要な情報の収集が難しい	その他	負担が大きいことはない	無回答
新規利用者	1279	339 26.5%	290 22.7%	856 66.9%	786 61.5%	94 7.3%	73 5.7%	36 2.8%
継続利用者	1279	179 14.0%	201 15.7%	757 59.2%	423 33.1%	52 4.1%	174 13.6%	126 9.9%

図表 162 6 (1) 4) アセスメント記録を電子化する場合の課題

①現在、電子化していない場合 (複数回答)

【「①現在、電子化していない場合」に回答がある場合のみ】

	件数	入力に難しい、できない	費用がかかる	実地指導等で紙での保管が求められている	セキュリティ(ネット回線、サーバー接続等)面で不安がある	電子化すると画一化する懸念がある	その他	特になし
合計	679	120 17.7%	391 57.6%	310 45.7%	273 40.2%	109 16.1%	52 7.7%	66 9.7%

図表 163 6 (1) 4) アセスメント記録を電子化する場合の課題

②現在、電子化している場合 (複数回答)

【「②現在、電子化している場合」に回答がある場合のみ】

	件数	入力に難しい、時間がかかる	転記が効率的にできない	データが消えてしまうことが不安	セキュリティ(ネット回線、サーバー接続等)面で不安がある	画一化する懸念がある	その他	特になし
合計	700	304 43.4%	213 30.4%	219 31.3%	141 20.1%	107 15.3%	47 6.7%	150 21.4%

(2) サービス担当者会議

サービス担当者会議の実施頻度について、平均的な利用者の場合は「4～6か月に1回」と回答した事業所が43.9%と最も多く、次いで「10～12か月に1回」が39.0%であった。

また、特に開催回数が多い利用者について、開催回数が多い利用者を見ると、「サービス

の変更が多い」と回答した事業所が 49.9%であった。

事業所全体の1カ月間のサービス担当者会議の開催回数については、平均で10.7回であった。介護支援専門員数別にみると、介護支援専門員数が「0～3人未満」の場合は平均5.6回であったのに対し、「10人以上」の場合は平均35.1回であった。

1年間の暫定ケアプラン作成対応のためのサービス担当者会議の開催回数（事業所全体）をみると、「5回以下」が最も多かった。

図表 164 6（2）1）サービス担当者会議の実施頻度 ①平均的な利用者の場合

	件数	1か月に1回以上	2～3か月に1回	4～6か月に1回	7～9か月に1回	10～12か月に1回	12か月に1回未満	無回答	平均
合計	1279	43 3.4%	57 4.5%	561 43.9%	43 3.4%	499 39.0%	27 2.1%	49 3.8%	8.57

図表 165 6（2）1）サービス担当者会議の実施頻度 ②特に開催回数が多い利用者

	件数	サービスの 変更が多い	体調が 変化しやすい	入退院 が多い	その他	無回答
合計	1279	638 49.9%	159 12.4%	117 9.1%	32 2.5%	333 26.0%

図表 166 6（2）1）サービス担当者会議の実施頻度 ③1カ月間のサービス担当者会議の開催回数（事業所全体）

	件数	0回	1～5回	6～10回	11～15回	16～20回	21回以上	無回答	平均
合計	1279	20 1.6%	450 35.2%	346 27.1%	159 12.4%	97 7.6%	140 10.9%	67 5.2%	10.72

図表 167 6 (2) 1) 介護支援専門員数別のサービス担当者会議の開催回数：③1カ月間のサービス担当者会議の開催回数（事業所全体）

	件数	0回	1～5回	6～10回	11～15回	16～20回	21回以上	無回答	平均
全体	1279	20 1.6%	450 35.2%	346 27.1%	159 12.4%	97 7.6%	140 10.9%	67 5.2%	10.72
0～3人未満	641	18 2.8%	356 55.5%	171 26.7%	48 7.5%	12 1.9%	3 0.5%	33 5.1%	5.58
3～5人未満	389	2 0.5%	67 17.2%	126 32.4%	81 20.8%	51 13.1%	45 11.6%	17 4.4%	12.34
5～7人未満	150	0 0.0%	16 10.7%	37 24.7%	21 14.0%	23 15.3%	43 28.7%	10 6.7%	17.41
7～9人未満	50	0 0.0%	7 14.0%	5 10.0%	6 12.0%	7 14.0%	21 42.0%	4 8.0%	22.96
9～10人未満	8	0 0.0%	0 0.0%	2 25.0%	1 12.5%	0 0.0%	5 62.5%	0 0.0%	23.25
10人以上	41	0 0.0%	4 9.8%	5 12.2%	2 4.9%	4 9.8%	23 56.1%	3 7.3%	35.08
無回答	-	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	-

図表 168 6 (2) 1) サービス担当者会議の実施頻度 ④1年間の暫定ケアプラン作成対応のためのサービス担当者会議の開催回数（事業所全体）

	件数	5回以下	6～10回	11～15回	16～20回	21回以上	無回答
合計	1279	385 30.1%	351 27.4%	169 13.2%	114 8.9%	224 17.5%	36 2.8%

サービス担当者会議の1回あたりの所要時間について新規のケアプランの場合をみると、「平均的な場合」は平均45.8分に対し、「所要時間が特に長い場合」は平均77.2分であった。サービス担当者会議が特に長い場合について、新規のケアプランでは「困難事例であり検討すべき内容が多い」が65.1%と最も多く、次いで、「出席する関係者の人数が多い」が60.5%であった。継続のケアプランでは、「困難事例であり検討すべき内容が多い」が67.2%と最も多く、次いで、「利用しているサービスが多い」が58.6%であった。

図表 169 6 (2) 2) ①サービス担当者会議の1回あたりの所要時間：平均的な場合

	件数	0分	20分以内	21～30分	31～35分	36～40分	41～45分	46～50分	51～55分	56～60分	61分以上	無回答	平均
新規のケアプラン	1279	1 0.1%	43 3.4%	385 30.1%	5 0.4%	158 12.4%	117 9.1%	42 3.3%	2 0.2%	496 38.8%	18 1.4%	12 0.9%	45.76
継続のケアプラン	1279	1 0.1%	352 27.5%	691 54.0%	3 0.2%	95 7.4%	54 4.2%	5 0.4%	0 0.0%	61 4.8%	2 0.2%	15 1.2%	29.57

図表 170 6 (2) 2) ①サービス担当者会議の1回あたりの所要時間：特に長い場合

	件数	0～29分	30～59分	60～89分	90分以上	無回答	平均
新規のケアプラン	1279	7 0.5%	91 7.1%	584 45.7%	553 43.2%	44 3.4%	77.15
継続のケアプラン	1279	35 2.7%	389 30.4%	649 50.7%	152 11.9%	54 4.2%	57.19

図表 171 6 (2) 2) ②サービス担当者会議が特に長い場合 (複数回答)

	件数	利用しているサービスが多い	出席する関係者の人数が多い	ケアプランの原案について、説明すべき内容が多い	ケアプラン原案の内容について、本人・家族や関係者の同意を得るのが難しい	困難事例であり検討すべき内容が多い	その他	無回答
新規のケアプラン	1279	760 59.4%	774 60.5%	620 48.5%	216 16.9%	832 65.1%	114 8.9%	38 3.0%
継続のケアプラン	1279	750 58.6%	688 53.8%	348 27.2%	169 13.2%	860 67.2%	79 6.2%	73 5.7%

サービス担当者会議の参加人数をみると、平均的な利用者の場合の平均は 4.5 人、最大の場合の平均は 8.7 人であった。

図表 172 6 (2) 4) サービス担当者会議の参加人数

	件数	0名	1名	2名	3名	4名	5名	6名	7名	8名	9名	10名以上	無回答	平均
平均的な利用者の場合	1279	0.1%	0.1%	1.9%	13.8%	29.4%	41.8%	9.1%	0.8%	0.6%	0.0%	0.2%	2.1%	4.51
最大の場合	1279	0.1%	0.0%	1.1%	13.0%	38.8%	32.2%	7.6%	1.8%	2.5%	0.2%	0.5%	0.1%	8.74

サービス担当者会議に関する問題点や負担が大きいことについて、「関係者の日程が合わず、日程を調整することが難しい」と回答した事業所が 92.9%と最も多く、次いで「記録の作成に手間がかかる」が 83.4%であった。

サービス担当者会議の効率性や有効性を高めるための工夫について、「個々の利用者について、日頃から情報共有や連携を図っている」と回答した事業所が 76.1%と最も多く、次いで「サービス担当者会議の議題について事前に参加者に共有している」が 59.3%であった。また、工夫のうち ICT に関連する項目をみると、「日程調整・出席依頼において便利なツール (電子ファイル、各種ウェブサイト等) を利用している」が 7.7%、「開催後、作成した記録等をソフトウェア等、電子上で共有している」が 6.7%であった。

図表 173 6 (2) 5) サービス担当者会議に関する問題点や負担が大きいこと (複数回答)

	件数	出席依頼の続きに時間を要する	関係者の日程が合わず、日程を調整することが難しい	意見書の取り寄せに手間がかかる	意見書に記載された情報量が (会議参加に比べて) 不十分な場合がある	進行が難しい	発言が得にくい場合がある	当日の欠席や予定変更がある	予定よりも時間がかかってしまうことがある	記録の作成に手間がかかる	作成した記録をサービス提供事業所・医療機関と共有する手間がかかる	その他	負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	684 53.5%	1188 92.9%	316 24.7%	254 19.9%	291 22.8%	432 33.8%	344 26.9%	852 66.6%	1067 83.4%	583 45.6%	46 3.6%	4 0.3%	5 0.4%

図表 174 6 (2) 6) サービス担当者会議の効率性や有効性を高めるための工夫
(複数回答)

	件数	日程調整・出席依頼において便利なツール(電子ファイル、各種ウェブサイト等)を利用している	意見書をソフトウェア等、電子上で共有している	サービス担当者会議の議題について事前に参加者に共有している	事前にケアプラン原案を共有し、意見を収集している	開催後、作成した記録等をソフトウェア等、電子上で共有している	地域のサービス提供事業所との関係構築を図っている(勉強会、連絡会など)	個々の利用者について、日頃から情報共有や連携を図っている	その他	特になし	無回答
合計	1279	98 7.7%	36 2.8%	758 59.3%	390 30.5%	86 6.7%	310 24.2%	973 76.1%	19 1.5%	86 6.7%	15 1.2%

特に負担が大きいと回答されたサービス担当者会議の日程調整について、99.4%の事業所が「担当する介護支援専門員が実施」していると回答し、手段としては「電話」が95.7%と最も多く、「専用のツール」は1.3%であった。

サービス担当者会議の日程調整の問題点、負担が大きい内容を見ると、「すべての関係者の日程が揃わない場合がある」と回答した事業所が85.8%、「すべての関係者へ出席依頼をするのに時間と手間を要する」が76.7%であった。

図表 175 6 (2) 7) サービス担当者会議の日程調整の方法 ①担当者(複数回答)

	件数	担当する介護支援専門員が実施	事務職員が実施	その他	無回答
合計	1279	1271 99.4%	1 0.1%	4 0.3%	5 0.4%

図表 176 6 (2) 7) サービス担当者会議の日程調整の方法 ②手段(複数回答)

	件数	電話	FAX	メール、ライン等	専用のツール	その他	無回答
合計	1279	1224 95.7%	734 57.4%	222 17.4%	16 1.3%	10 0.8%	14 1.1%

図表 177 6 (2) 8) サービス担当者会議の日程調整の問題点、負担が大きいことなど
(複数回答)

	件数	すべての関係者へ出席依頼をするのに時間と手間を要する	すべての関係者から出席依頼や日程調整に関する返信を得るのが難しい	すべての関係者の日程が揃わない場合がある	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	981 76.7%	598 46.8%	1097 85.8%	64 5.0%	21 1.6%	6 0.5%

(3) ケアプラン原案（第1表～第3表）の作成と交付

ケアプラン原案の作成に要する時間の平均については、「平均的な場合」は約71分、「特に時間を要する場合」は約120分であった。特に時間を要する場合については、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）が多い」が77.6%と最も多く、次いで「援助目標や援助内容が多い」が65.1%であった。

第3表「主な日常生活上の活動」にどのようなことを記載しているかの詳細については、「利用者の起床や就寝、食事、排せつなどの平均的な1日の過ごし方」の回答が90.5%であった。

ケアプラン原案作成に関する問題点や負担が大きいことについては、「書類の作成や書類のやりとりの量が多い」との回答が78.6%と最も多く、次いで「サービス提供事業所を探すのに時間がかかる」との回答が51.2%であった。

図表 178 6 (3) 1) ①ケアプラン原案の作成に要する時間

	件数	0分	20分以内	21～30分	31～35分	36～40分	41～45分	46～50分	51～55分	56～60分	61分以上	無回答	平均
平均的な場合	1279	1 0.1%	41 3.2%	213 16.7%	3 0.2%	109 8.5%	41 3.2%	11 0.9%	1 0.1%	446 34.9%	378 29.6%	35 2.7%	71.45
特に時間を要する場合	1279	1 0.1%	5 0.4%	26 2.0%	0 0.0%	25 2.0%	24 1.9%	22 1.7%	0 0.0%	264 20.6%	855 66.8%	57 4.5%	119.5

図表 179 6 (3) 1) ②特に時間を要する場合（複数回答）

	件数	利用者及び家族の生活に対する意向を把握しにくい	総合的な援助の方針を立てるのが難しい	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）が多い	援助目標や援助内容が多い	週間サービス計画について、曜日ごとに変動が多い	週間サービス計画の主な日常生活上の活動に記入すべき事項が多い	その他	無回答
合計	1279	594 46.4%	469 36.7%	992 77.6%	832 65.1%	320 25.0%	144 11.3%	58 4.5%	10 0.8%

図表 180 6 (3) 1) ③第3表にどのようなことを記載しているか（複数回答）

	件数	利用者の起床や就寝、食事、排せつなどの平均的な1日の過ごし方	介護者の外出や帰宅時間	独居や認知症など、利用者の状況等を踏まえた活動上の留意点	インフォーマルサポートが多い場合（家族や親族の支援など）の配慮等の事項	その他	あまり記載していない	無回答
合計	1279	1157 90.5%	246 19.2%	228 17.8%	347 27.1%	31 2.4%	60 4.7%	3 0.2%

図表 181 6 (3) 1) ④ケアプラン原案作成に関する問題点や負担が大きいこと
(複数回答)

	件数	サービス提供事業所を探すのに時間がかかる	書類の作成や書類のやりとりの量が多い	介護予防給付からの移行時に再作成が必要となるが、情報把握の負担が大きい	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	655 51.2%	1005 78.6%	473 37.0%	49 3.8%	64 5.0%	12 0.9%

一方、利用者や家族へのケアプラン交付に関する問題点や負担が大きいことについては、「利用者や家族が十分に理解できない場合がある（独居高齢者への対応も含む）」が70.4%と最も多く、次いで「説明事項が多く時間を要する」が38.6%であった。また、利用者や家族へのケアプラン交付において工夫していることについては、「特にない」が44.9%であったが、工夫している場合の詳細として最も回答が多かったのは「説明のポイントをまとめて事業所で共有している」で28.5%であった。

図表 182 6 (3) 2) ①利用者や家族へのケアプラン交付に関する問題点や負担が大きいこと (複数回答)

	件数	説明事項が多く時間を要する	ケアプランの内容について利用者や家族に理解を得ることが難しい	利用者や家族が十分に理解できない場合がある(独居高齢者への対応も含む)	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	494 38.6%	292 22.8%	901 70.4%	59 4.6%	193 15.1%	14 1.1%

図表 183 6 (3) 2) ②利用者や家族へのケアプラン交付において工夫していること
(複数回答)

	件数	説明のポイントをまとめて事業所で共有している	ケアプランの見方など簡易な資料を別途作成している	印刷する用紙や文字を大きくする	その他	特にない	無回答
合計	1279	364 28.5%	68 5.3%	267 20.9%	119 9.3%	574 44.9%	24 1.9%

また、ケアプラン原案への捺印取得における負担については、「利用者・家族が印鑑を適切に管理していない（手元に見当たらない）ため、捺印できない」との回答が 53.1%と最も多かった。ケアプラン原案への捺印を電子署名にした場合に懸念されることとしては、「利用者、家族にとって対応が難しい」との回答が 65.0%と最も多く、次いで「セキュリティ（ネット回線、サーバー接続等）面での不安がある」が 42.3%であった。

図表 184 6 (3) 2) ③捺印取得における負担（複数回答）

	件数	利用者・家族に捺印の必要性の理解を得ることが難しい	利用者・家族が印鑑を適切に管理していない（手元に見当たらない）ため、捺印できない	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	165 12.9%	679 53.1%	109 8.5%	454 35.5%	28 2.2%

図表 185 6 (3) 2) ④電子署名にした場合に懸念されること（複数回答）

	件数	利用者、家族にとって対応が難しい	原本性が担保できない	セキュリティ（ネット回線、サーバー接続等）面での不安がある	その他	懸念されることはない	無回答
合計	1279	831 65.0%	352 27.5%	541 42.3%	61 4.8%	178 13.9%	28 2.2%

(4) 利用者への面接（訪問）によるモニタリング

1か月に2回以上の頻度でモニタリングを行う利用者の割合をみると、3割未満と回答した事業所が74.1%であった。2回目以降の訪問以外の方法でのモニタリング頻度については、「電話やSNSでの話し合い」が平均15.2回、「その他の方法でのモニタリング」が平均5.0回であった。

利用者宅への訪問の目的別割合をみると、訪問全体に占める割合は、それぞれ、本人のモニタリングのためだけの訪問が平均7割、本人のモニタリング以外の目的も含めた訪問が平均3割であった。また、本人のモニタリング以外の目的として利用者宅への訪問の目的をみると、「その他家族からの相談対応」が87.1%と最も多く、次いで「困難ケースへの対応」が70.2%であった。

図表 186 6 (4) 1) ①1か月に2回以上の頻度でモニタリングを行う利用者の割合

	件数	1割未満	1~2割未満	2~3割未満	3~4割未満	4~5割未満	5~6割未満	6~7割未満	7~8割未満	8~9割未満	9~10割未満	10割	無回答	平均
合計	1279	86 6.7%	534 41.8%	328 25.6%	181 14.2%	38 3.0%	24 1.9%	13 1.0%	4 0.3%	11 0.9%	1 0.1%	6 0.5%	53 4.1%	1.91

図表 187 6 (4) 1) ②2回目以降の訪問以外の方法でのモニタリング頻度
(1か月あたり)(事業所全体)

	件数	0回	1~2回	3~4回	5~6回	7~8回	9~10回	11~12回	13~14回	15~16回	17~18回	19~20回以上	無回答	平均	
電話やSNSでの話し合い	1279	100 7.8%	362 28.3%	128 10.0%	83 6.5%	11 0.9%	114 8.9%	3 0.2%	1 0.1%	36 2.8%	1 0.1%	62 4.8%	153 12.0%	225 17.6%	15.23
その他の方法でのモニタリング	1279	384 30.0%	146 11.4%	41 3.2%	35 2.7%	3 0.2%	45 3.5%	0 0.0%	0 0.0%	10 0.8%	1 0.1%	15 1.2%	33 2.6%	566 44.3%	5.04

図表 188 6 (4) 1) ③利用者宅への訪問について

	件数	1割未満	1~2割未満	2~3割未満	3~4割未満	4~5割未満	5~6割未満	6~7割未満	7~8割未満	8~9割未満	9~10割未満	10割	無回答	平均
本人のモニタリングのためだけの訪問(訪問全体に占める割合)	1279	12 0.9%	73 5.7%	52 4.1%	40 3.1%	14 1.1%	76 5.9%	47 3.7%	135 10.6%	290 22.7%	271 21.2%	170 13.3%	99 7.7%	7.45
本人のモニタリング以外の目的も含めた訪問(訪問全体に占める割合)	1279	35 2.7%	368 28.8%	325 25.4%	176 13.8%	55 4.3%	75 5.9%	13 1.0%	25 2.0%	31 2.4%	32 2.5%	26 2.0%	118 9.2%	3.08

注：平均については、記入結果をそのまま平均している

図表 189 6 (4) 1) ③利用者宅への訪問について 本人のモニタリング以外の目的
(複数回答)

	件数	徘徊対応	困難ケースへの対応	虐待等の対応	その他家族からの相談対応	その他	無回答
合計	1279	279 21.8%	898 70.2%	225 17.6%	1114 87.1%	208 16.3%	57 4.5%

モニタリング記録の方法について、9割超の事業所が「訪問時にメモをとり、事業所等に戻ってからモニタリング記録を作成」と回答した。

また、「訪問時にメモをとり、事業所等に戻ってからモニタリング記録を作成」する場合、「紙にメモを取り、パソコン等でモニタリング記録を電子入力」と回答した事業所が約9割であった。「訪問時にその場でモニタリング記録を作成」する場合は、「携帯情報端末（タブレット等）でモニタリング記録を電子入力」と回答した事業所が51.7%で、次いで「モニタリング記録用紙に直接記入」と回答した事業所が50.0%であった。

パソコン・携帯情報端末（タブレット等）での入力をケアマネジメント業務用のソフトウェア上で入力を行っているかについては、「はい」と回答した事業所の方が84.2%と多かった。

図表 190 6（4）2）モニタリング記録の方法（複数回答）

	件数	訪問時にメモをとり、事業所等に戻ってからモニタリング記録を作成	訪問時にその場でモニタリング記録を作成	その他	無回答
合計	1279	1250 97.7%	60 4.7%	15 1.2%	8 0.6%

図表 191 6（4）2）①モニタリング記録の方法【「1 訪問時にメモをとり、事業所等に戻ってからモニタリング記録を作成」の場合】（複数回答）

	件数	紙にメモを取り、紙のモニタリング記録用紙に記入	紙にメモを取り、パソコン等でモニタリング記録を電子入力	携帯情報端末（タブレット等）にメモした内容を電子的に入力、転送、転記	その他	無回答
合計	1250	155 12.4%	1139 91.1%	234 18.7%	6 0.5%	15 1.2%

図表 192 6（4）2）②モニタリング記録の方法【「2 訪問時にその場でモニタリング記録を作成」の場合】（複数回答）

	件数	モニタリング記録用紙に直接記入	ノートパソコン等でモニタリング記録を電子入力	携帯情報端末（タブレット等）でモニタリング記録を電子入力	その他	無回答
合計	60	30 50.0%	21 35.0%	31 51.7%	2 3.3%	2 3.3%

図表 193 6 (4) 2) ③パソコン・携帯情報端末での入力をケアマネジメント業務用のソフトウェア上での入力状況【「携帯情報端末（タブレット等）にメモした内容を電子的に入力、転送、転記」または「携帯情報端末（タブレット等）でモニタリング記録を電子入力」の場合】

	件数	はい	いいえ	その他	無回答
合計	240	202 84.2%	34 14.2%	4 1.7%	0 0.0%

モニタリング記録作成の実態をみると、平均的な場合の平均時間は23.9分であった。特に時間を要する場合は、「介護支援専門員のスキル、経験による」が51.1%であり、次いで「利用者・家族の状況による」と回答した事業所が41.0%であった。また、「介護支援専門員のスキル、経験による」場合の具体的なスキル、経験をみると、「文章をまとめる能力」が92.8%であった。

図表 194 6 (4) 3) ①モニタリング記録作成の平均的な時間

	件数	0分	20分以内	21～30分	31～35分	36～40分	41～45分	46～50分	51～55分	56～60分	61分以上	無回答	平均
合計	1279	1 0.1%	833 65.1%	281 22.0%	5 0.4%	25 2.0%	19 1.5%	3 0.2%	0 0.0%	69 5.4%	19 1.5%	24 1.9%	23.92

図表 195 6 (4) 3) ②モニタリング記録作成で特に時間を要する場合

	件数	介護支援専門員のスキル、経験による	利用者・家族の状況による	その他	無回答
合計	1279	654 51.1%	524 41.0%	54 4.2%	47 3.7%

図表 196 6 (4) 3) ②モニタリング記録作成で特に時間を要する場合の介護支援専門員の具体的なスキル、経験【「介護支援専門員のスキル、経験による」場合】（複数回答）

	件数	文章をまとめる能力	パソコン入力スキル	その他	無回答
合計	654	607 92.8%	365 55.8%	25 3.8%	0 0.0%

モニタリングに基づく第5表（支援経過）への目標の達成状況の記載状況について、「達成／未達成といった判断」は常に記載していると回答した割合が69.2%であり、「目標に対する変化の内容」は51.3%、「目標に対して実施したこと」は45.7%であった。

図表 197 6 (4) 4) ①モニタリングに基づく第5表（支援経過）への目標の達成状況の記載状況

	件数	常に記載	場合によって記載	記載していない	無回答
達成／未達成といった判断	1279	885 69.2%	281 22.0%	94 7.3%	19 1.5%
目標に対する変化の内容	1279	656 51.3%	579 45.3%	24 1.9%	20 1.6%
目標に対して実施したこと	1279	585 45.7%	616 48.2%	48 3.8%	30 2.3%
その他	1279	96 7.5%	140 10.9%	1043 81.5%	

モニタリング記録作成に関する問題点や負担が大きいことについて、「記録に手間や時間を要する、記録作成のための時間をとりにくい」と回答した事業所が 66.8%と最も多く、次いで「第5表（支援経過）以外にも追加で作成しなければいけない書類がある」が 49.0%であった。

モニタリング記録作成に関する問題点や負担が大きいこととして、モニタリング記録の項目のうち、わかりにくい項目の詳細については、「目標の達成度」と回答した事業所が 55.8%、次いで「利用者やその家族の意向・満足度等」が 47.8%であった。

モニタリング記録作成において工夫していることについて、「特になし」と回答した事業所が 49.1%と最も多かったが、工夫している場合は「事業所独自のモニタリング用紙を作成している」が 34.6%であった。

図表 198 6 (4) 5) モニタリング記録作成に関する問題点や負担が大きいこと（複数回答）

	件数	記録すべき範囲や項目がわかりにくい	記録に手間や時間を要する、記録作成のための時間をとりにくい	第5表（支援経過）以外にも追加で作成しなければいけない書類がある	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	424 33.2%	855 66.8%	627 49.0%	37 2.9%	123 9.6%	15 1.2%

図表 199 6 (4) 5) モニタリング記録作成に関する問題点や負担が大きいこと
 わかりにくい項目 (複数回答)

	件数	利用者 やその家 族の意 向・満足 度等	目標の 達成度	事業者と の調整 内容	居宅 サービス 計画の 変更の 必要性	その他	無回答
合計	1279	612 47.8%	714 55.8%	234 18.3%	268 21.0%	36 2.8%	190 14.9%

図表 200 6 (4) 6) モニタリング記録作成において工夫していること (複数回答)

	件数	ICT機器 (タブレット等携帯 情報端末)の活 用(音声 入力等、 入力作 業の効 率化も含 む)	事業所 独自の モニタ リング用紙 を作成し ている	その他	特にな い	無回答
合計	1279	85 6.6%	443 34.6%	77 6.0%	628 49.1%	61 4.8%

(5) 訪問日程の調整について

利用者宅訪問のための日程調整の担当者については「担当する介護支援専門員が実施」が 99.4%、手段については「電話」が 97.3%であった。「メール、SNS (LINE) 等」は 40.3%であった。

利用者宅訪問のための日程調整の問題点や負担が大きいことについては、「利用者や家族等が多忙のため時間を確保しにくい (スケジュールを組みにくい)」、「利用者や家族等の都合に合わせるため、休日や遅い時間に訪問することがある」、「利用者や家族等と連絡をとり、訪問時間を調整することに時間を要する」がいずれも 6～7割の回答であった。

利用者宅訪問のための日程調整における工夫については、「特にない」が 37.7%であったが、工夫している場合の内容としては「FAX、電話、テレビ会議やWEB会議等の活用」が 30.8%、「利用者・家族との連絡手段の充実」が 28.8%であった。

図表 201 6 (5) 1) ①利用者宅訪問のための日程調整の方法 (平常時)
担当者 (複数回答)

	件数	担当する 介護支援 専門員が 実施	事務職 員が実 施	その他	無回答
合計	1279	1271 99.4%	0 0.0%	6 0.5%	6 0.5%

図表 202 6 (5) 1) ②利用者宅訪問のための日程調整の方法 (平常時)
手段 (複数回答)

	件数	電話	FAX	メール、 SNS (LI NE)等	専用の ツール	その他	無回答
合計	1279	1245 97.3%	187 14.6%	516 40.3%	5 0.4%	66 5.2%	20 1.6%

図表 203 6 (5) 2) 利用者宅訪問のための日程調整の問題点や負担が大きいこと
(複数回答)

	件数	利用者 や家族 等と連絡 をとり、訪 問時間を 調整する ことに時 間を要す る	利用者 や家族 等と連絡 が取れる 時間帯 が夜間・ 休日等 のみに 限定され る	利用者 や家族 等の都 合に合 わせるた め、休日 や遅い 時間に 訪問する ことがあ る	直前の 変更を余 儀なくさ れること がある	利用者 や家族 等が多 忙のため 時間を 確保し にくい (スケ ジュール を組み にくい)	その他	問題点 や負担 が大きい ことはな い	無回答
合計	1279	835 65.3%	732 57.2%	852 66.6%	490 38.3%	877 68.6%	61 4.8%	58 4.5%	6 0.5%

図表 204 6 (5) 3) 利用者宅訪問のための日程調整における工夫 (複数回答)

	件数	便利な ツール (電子 ファイ ル、各種 ウェブサ イト等)を 利用して いる	FAX、電 話、テレ ビ会議や WEB会 議等の 活用	利用者・ 家族との 連絡手 段の充 実	その他	特にな い	無回答
合計	1279	68 5.3%	394 30.8%	368 28.8%	114 8.9%	482 37.7%	31 2.4%

(6) ICTによる訪問代替について

1) 新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う対応：サービス担当者会議

政府による緊急事態宣言（令和2年4月7日・16日）発令後、調査時点（令和2年9月末日）までの期間でのサービス担当者会議における新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う対応をみると、「通常の訪問、対面で開催した」が74.7%と最も多く、次いで「通常の訪問、対面以外で開催した」が69.4%、「やむを得ない場合を除き、開催を見送った」が11.1%であった。新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う対応について、サービス担当者会議の開催方法別割合をみると、通常の訪問、対面で開催した割合が平均6割、通常の訪問、対面以外で開催した割合は約5割であった。

図表 205 6 (6) 1) ①新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う対応：
サービス担当者会議（複数回答）

	件数	通常の訪問、対面で開催した	通常の訪問、対面以外で開催した	やむを得ない場合を除き、開催を見送った	無回答
合計	1279	955 74.7%	887 69.4%	142 11.1%	14 1.1%

図表 206 6 (6) 1) ①新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う対応：
サービス担当者会議

	件数	1割未満	1～2割未満	2～3割未満	3～4割未満	4～5割未満	5～6割未満	6～7割未満	7～8割未満	8～9割未満	9～10割未満	10割	無回答	平均
通常の訪問、対面で開催した割合	955	3 0.3%	90 9.4%	115 12.0%	58 6.1%	26 2.7%	135 14.1%	33 3.5%	62 6.5%	124 13.0%	141 14.8%	158 16.5%	10 1.0%	6.08
通常の訪問、対面以外で開催した割合	887	17 1.9%	131 14.8%	116 13.1%	62 7.0%	27 3.0%	126 14.2%	25 2.8%	55 6.2%	113 12.7%	86 9.7%	34 3.8%	95 10.7%	4.85

サービス担当者会議を通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由については、「対面で実施すべきと判断した」事業所が32.9%と最も多く、次いで「テレビ会議を開催するための設備、機器がなかった」が30.7%であった。

「テレビ会議を開催するための設備、機器がなかった」主体をみると、「利用者・家族」が約8割であったが、「居宅介護支援事業所」および「サービス提供事業所」についても5～6割であった。

次に、「テレビ会議を開催するための方法がわからなかった、機器の取扱いができなかった」主体をみると、「利用者・家族」、「居宅介護支援事業所」および「サービス提供事業所」ともに、テレビ会議を開催するための設備、機器がなかった割合より小さかった。

図表 207 6 (6) 1) ①通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由：サービス担当者会議（複数回答）

	件数	該当するケースがなかった	対面で実施すべきと判断した	テレビ会議を開催するための設備、機器がなかった	テレビ会議を開催するための方法がわからなかった、機器の取り扱いができなかった	その他	無回答
合計	1279	155 12.1%	421 32.9%	393 30.7%	139 10.9%	161 12.6%	397 31.0%

図表 208 6 (6) 1) ①サービス担当者会議を通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由（テレビ会議を開催するための設備、機器がなかった主体について）
【「テレビ会議を開催するための設備、機器がなかった」場合】（複数回答）

	件数	利用者・家族	居宅介護支援事業所	サービス提供事業所	無回答
合計	393	312 79.4%	231 58.8%	210 53.4%	68 17.3%

図表 209 6 (6) 1) ①サービス担当者会議を通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由（テレビ会議を開催するための方法がわからなかった、機器の取り扱いができなかった主体）
【「テレビ会議を開催するための方法がわからなかった、機器の取り扱いができなかった」場合】（複数回答）

	件数	利用者・家族	居宅介護支援事業所	サービス提供事業所	無回答
合計	139	104 74.8%	79 56.8%	56 40.3%	26 18.7%

通常の訪問、対面以外で開催・実施した理由については、「訪問による開催はリスクが高いと判断した」が69.4%と最も多く、次いで「利用者・家族が自宅での開催を拒否した」が61.4%であった。

通常の訪問、対面以外で実施した場合の方法については、「電話」が78.1%であったが、「その他」も42.1%であった。「その他」の方法の多くは、FAXや郵送等の文書による情報確認や照会であった。

「オンライン会議（テレビ会議）」で開催した事業所は2.6%であったが、その内訳としては「Zoom」を利用した事業所が52.2%であった。

図表 210 6 (6) 1) ②通常の訪問、対面以外で開催・実施した理由：
サービス担当者会議【通常の訪問、対面以外で開催した場合】（複数回答）

	件数	利用者・ 家族が 自宅で の開催を 拒否した	利用者 の入院 等により 訪問でき なかった	介護支 援専門 員が在 宅勤務 のため訪 問できな かった	訪問によ る開催は リスクが 高いと判 断した	その他	無回答
合計	887	545 61.4%	190 21.4%	13 1.5%	616 69.4%	108 12.2%	36 4.1%

図表 211 6 (6) 1) ③通常の訪問、対面以外で実施した方法：サービス担当者会議
【通常の訪問、対面以外で開催した場合】（複数回答）

	件数	電話	メール	オンライ ン会議 (テレビ 会議)	その他	無回答
合計	887	693 78.1%	125 14.1%	23 2.6%	373 42.1%	35 3.9%

図表 212 6 (6) 1) ③通常の訪問、対面以外で実施した方法：サービス担当者会議
オンライン会議（テレビ会議）の方法【通常の訪問、対面以外で開催した場合】
（複数回答）

	件数	Skype	Zoom	Teams	Google Meet	その他	不明	無回答
合計	23	4 17.4%	12 52.2%	0 0.0%	2 8.7%	9 39.1%	0 0.0%	1 4.3%

通常の訪問、対面以外で実施した場合の課題については、「特にない」と回答した事業所が27.5%と最も多く、課題がある場合、「書面開催とした場合、書類作成と郵送費が負担となった」が26.4%であった。

通常の訪問、対面以外で実施した場合に工夫した点としては、「特にない」と回答した事業所が38.8%と最も多く、次いで「事前の情報収集」が30.8%であった。

図表 213 6 (6) 1) ④通常の訪問、対面以外で実施した場合の課題：
サービス担当者会議【通常の訪問、対面以外で開催した場合】（複数回答）

	件数	オンライ ン開催を 可能とす るための 調整、準 備が困 難であっ た	情報収 集が困 難であっ た	情報共 有が困 難であっ た	参加者 からの発 言が得 にくかつ た	開催後 の情報 共有がし にくかつ た	書面開 催とした 場合、書 類作成と 郵送費 が負担と なった	その他	特にない	無回答
合計	887	191 21.5%	106 12.0%	107 12.1%	132 14.9%	57 6.4%	234 26.4%	37 4.2%	244 27.5%	61 6.9%

図表 214 6 (6) 1) ⑤通常の訪問、対面以外で実施した場合に工夫した点：
サービス担当者会議【通常の訪問、対面以外で開催した場合】（複数回答）

	件数	オンライン開催を可能とするための関係者との調整、準備	事前の情報収集	事前の情報共有	参加者の発言を促す工夫	開催後の情報共有、フォロー	その他	特になし	無回答
合計	887	20 2.3%	273 30.8%	203 22.9%	62 7.0%	141 15.9%	36 4.1%	344 38.8%	86 9.7%

2) 新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う対応：モニタリング

政府による緊急事態宣言（令和2年4月7日・16日）発令後、調査時点（令和2年9月末日）までの期間での新型コロナウイルス感染拡大防止のためのモニタリングについては「通常の訪問、対面で実施した」が82.5%と最も多く、次いで「通常の訪問、対面以外で実施した」が73.3%、「やむを得ない場合を除き、実施を見送った」が5.2%であった。新型コロナウイルス感染拡大防止のためのモニタリングの方法別割合については、通常の訪問、対面で実施した割合の平均は7割超、通常の訪問、対面以外で実施した割合は平均3割超であった。

通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由については、「対面で実施すべきと判断した」事業所が32.1%と最も多く、次いで「オンラインで実施するための設備、機器がなかった」が28.4%であった。

図表 215 6 (6) 1) ①新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う対応：モニタリング
（複数回答）

	件数	通常の訪問、対面で実施した	通常の訪問、対面以外で実施した	やむを得ない場合を除き、実施を見送った	無回答
合計	1279	1055 82.5%	938 73.3%	67 5.2%	16 1.3%

図表 216 6 (6) 1) ①新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う対応：モニタリング

	件数	1割未満	1～2割未満	2～3割未満	3～4割未満	4～5割未満	5～6割未満	6～7割未満	7～8割未満	8～9割未満	9～10割未満	10割	無回答	平均
通常の訪問、対面で開催した割合	1055	3 0.3%	41 3.9%	60 5.7%	36 3.4%	20 1.9%	77 7.3%	29 2.7%	90 8.5%	167 15.8%	287 27.2%	234 22.2%	11 1.0%	7.47
通常の訪問、対面以外で開催した割合	938	25 2.7%	242 25.8%	152 16.2%	82 8.7%	27 2.9%	78 8.3%	18 1.9%	40 4.3%	72 7.7%	53 5.7%	21 2.2%	128 13.6%	3.63

注：平均については、記入結果をそのまま平均している

図表 217 6 (6) 1) ①モニタリングを通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由
(複数回答)

	件数	該当する ケースがな かった	対面で実施 すべきと判 断した	オンラインで 実施するた めの設備、 機器がな かった	オンラインで 実施するた めの方法が わからな かった、機 器の取り扱 いができな かった	その他	無回答
合計	1279	171 13.4%	410 32.1%	363 28.4%	123 9.6%	158 12.4%	409 32.0%

また、モニタリングを通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由のうち、「オンラインで実施するための設備、機器がなかった」場合の主体をみると、「利用者・家族」と回答した割合が約8割であったが、「居宅介護支援事業所」についても約6割の回答があった。

また、「オンラインで実施するための方法がわからなかった、機器の取扱いができなかった」場合の主体をみると、「利用者・家族」が8割、「居宅介護支援事業所」が6割弱であった。

図表 218 6 (6) 1) ①モニタリングを通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由のうちオンラインで実施するための設備、機器がなかった主体について
【「オンラインで実施するための設備、機器がなかった」場合】(複数回答)

	件数	利用者・ 家族	居宅介 護支援 事業所	無回答
合計	363	287 79.1%	209 57.6%	68 18.7%

図表 219 6 (6) 1) ①モニタリングを通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由のうちオンラインで実施するための方法がわからなかった、機器の取扱いができなかった主体【「オンラインで実施するための方法がわからなかった、機器の取扱いができなかった」場合】(複数回答)

	件数	利用者・ 家族	居宅介 護支援 事業所	無回答
合計	123	96 78.0%	68 55.3%	19 15.4%

モニタリングを通常の訪問、対面以外で開催・実施した理由について、「利用者・家族が自宅への訪問を拒否した」と回答した事業所が62.9%と最も多く、次いで「訪問による実

施はリスクが高いと判断した」が 56.5%であった。

通常の訪問、対面以外で実施した場合の方法については、「電話」が最も多く 88.1%であった。「オンライン会議（テレビ会議）」でモニタリングを実施した事業所は 1.5%であったが、そのオンライン会議（テレビ会議）の方法については、「その他」が 64.3%と最も多く、次いで「Skype」、「Zoom」がそれぞれ 21.4%であった。「その他」の内訳としては LINE や FaceTime、タブレットでのテレビ電話が挙げられた。

図表 220 6（6）1）②通常の訪問、対面以外で開催・実施した理由：モニタリング
【通常の訪問、対面以外で実施した場合】（複数回答）

	件数	利用者・ 家族が 自宅へ の訪問を 拒否した	利用者 の入院 等により 訪問でき なかった	介護支 援専門 員が在 宅勤務 のため訪 問できな かった	訪問によ る実施は リスクが 高いと判 断した	その他	無回答
合計	938	590 62.9%	222 23.7%	23 2.5%	530 56.5%	123 13.1%	87 9.3%

図表 221 6（6）1）③通常の訪問、対面以外で実施した方法：モニタリング
【通常の訪問、対面以外で実施した場合】（複数回答）

	件数	電話	メール	オンライ ン会議 (テレビ 会議)	その他	無回答
合計	938	826 88.1%	162 17.3%	14 1.5%	110 11.7%	69 7.4%

図表 222 6（6）1）③通常の訪問、対面以外で実施した方法：モニタリング オンライン会議（テレビ会議）の方法【通常の訪問、対面以外で実施した場合】（複数回答）

	件数	Skype	Zoom	Teams	Google Meet	その他	不明	無回答
合計	14	3 21.4%	3 21.4%	0 0.0%	0 0.0%	9 64.3%	0 0.0%	1 7.1%

モニタリングを通常の訪問、対面以外で実施した場合の課題について、「対面でないと把握しにくい情報があった」と回答した事業所が 59.4%であった。一方、「特にない」も 19.5%であった。対面でないと把握しにくい情報の詳細については、「利用者の心身の状況」が 88.3%と最も多く、次いで「住環境の状況」が 50.6%であった。

モニタリングを通常の訪問、対面以外で実施した場合に工夫した点については、「メールや FAX 等の文書と電話を組み合わせる」と回答した事業所が 37.0%と最も多く、「特にない」が 36.4%であった。

図表 223 6 (6) 1) ④通常の訪問、対面以外で実施した場合の課題：モニタリング会議【通常の訪問、対面以外で実施した場合】(複数回答)

	件数	利用者、 家族への説明 が困難 であった	利用者 や家族 の理解を 得るこ とが困 難であ った	利用者 や家族 からの聞 き取り が困難 であ った	対面 でな いと 把握 しに くい 情報 があ った	その他	特 に な い	無 回 答
合計	938	97 10.3%	68 7.2%	211 22.5%	557 59.4%	39 4.2%	183 19.5%	85 9.1%

図表 224 6 (6) 1) ④通常の訪問、対面以外で実施した場合の課題：モニタリング対面でないと把握しにくい情報【通常の訪問、対面以外で実施した場合のうち、対面でないと把握しにくい情報があった場合】(複数回答)

	件数	利用者 の心身 の状況	住環境 の状況	近隣住 民から 提供さ れる情 報	その他	無 回 答
合計	557	492 88.3%	282 50.6%	46 8.3%	31 5.6%	28 5.0%

図表 225 6 (6) 1) ⑤通常の訪問、対面以外で実施した場合に工夫した点：モニタリング【通常の訪問、対面以外で実施した場合】(複数回答)

	件数	家族の 協力を 得るな どし て、カ メラ映 像を用 いてオ ンライ ンで対 話でき るよう にした	複数回 にわか て実施 した	メール やFAX 等の文 書と電 話を組 み合わ せて実 施した	その他	特 に な い	無 回 答
合計	938	14 1.5%	112 11.9%	347 37.0%	82 8.7%	341 36.4%	115 12.3%

3) ICT を活用した訪問代替について

ICT の活用により訪問を代替することの適切性について、契約については「代替すべきではない」との回答が 34.7%、「どちらともいえない」との回答が 33.4%であった。

契約の際に訪問の代替として ICT を活用する場合の懸念については、「十分な理解に基づく契約ができない」との回答が 80.7%と最も多かった。

また、契約の際の訪問の代替として ICT を活用する場合、質の担保のための留意事項については、「機器を通じたコミュニケーションが十分に可能な利用者限定する」との回答が 69.7%と最も多かった。

図表 226 6 (6) 2) ①契約 ICT の活用により訪問を代替することは適切か

	件数	代替してもよい	代替すべきではない	どちらともいえない	無回答
合計	1279	351 27.4%	444 34.7%	427 33.4%	57 4.5%

図表 227 6 (6) 2) ①契約 訪問の代替として ICT を活用する場合の懸念【「代替すべきでない」、「どちらともいえない」場合】(複数回答)

	件数	十分な理解に基づく契約ができない	電子捺印とした場合原本性が担保できない	セキュリティ(ネット回線、サーバー接続等)に不安がある	その他	特にない	無回答
合計	871	703 80.7%	206 23.7%	306 35.1%	72 8.3%	39 4.5%	22 2.5%

図表 228 6 (6) 2) ①契約 訪問の代替として ICT を活用する場合、質の担保のための留意事項【「代替してもよい」、「どちらともいえない」場合】(複数回答)

	件数	機器を通じたコミュニケーションが十分に可能な利用者限定する	一定期間内に訪問による確認を行うことを前提とする	その他	特にない	無回答
合計	778	542 69.7%	298 38.3%	28 3.6%	69 8.9%	41 5.3%

アセスメントの際に訪問を代替することについては、「代替してもよい」との回答は17.4%のみであった。

アセスメントの際に訪問の代替として ICT を活用する場合の懸念については、「信頼関係の構築が困難である」と「十分な情報収集・評価が困難である」がいずれも74.2%と最も多かった。

また、アセスメントの際の訪問の代替として ICT を活用する場合、質の担保のための留意事項については、「初回や変更時は面談を基本とする等、条件をつける」との回答が61.3%と最も多く、次いで「機器を通じたコミュニケーションが十分に可能な利用者限定する」との回答が60.6%であった。

図表 229 6 (6) 2) ②アセスメント ICT の活用により訪問を代替することは適切か

	件数	代替してもよい	一部は代替してもよい	代替すべきではない	どちらともいえない	無回答
合計	1279	222 17.4%	376 29.4%	384 30.0%	237 18.5%	60 4.7%

図表 230 6 (6) 2) ②アセスメント 訪問の代替として ICT を活用する場合の懸念【「代替すべきでない」、「どちらともいえない」場合】(複数回答)

	件数	信頼関係の構築が困難である	十分な情報収集・評価が困難である	セキュリティ(ネット回線、サーバー接続等)に不安がある	その他	特にない	無回答
合計	621	461 74.2%	461 74.2%	176 28.3%	23 3.7%	18 2.9%	16 2.6%

図表 231 6 (6) 2) ②アセスメント_訪問の代替として ICT を活用する場合、質の担保のための留意事項【「代替してもよい」、「一部は代替してもよい」、「どちらともいえない」場合】(複数回答)

	件数	遠隔で確認できない情報を補う手段を確保するとともに、遠隔での情報収集のための ICT 環境が整備されていることを前提とする	機器を通じたコミュニケーションが十分に可能な利用者に限定する	初回や変更時は面談を基本とする等、条件をつける	その他	特にない	無回答
合計	835	378 45.3%	506 60.6%	512 61.3%	18 2.2%	43 5.1%	52 6.2%

ケアプランへの同意取得・交付の際に訪問を代替することについては、「代替してもよい」との回答は 42.0%であった。

ケアプランへの同意取得・交付の際に訪問の代替として ICT を活用する場合の懸念については、「十分な説明が困難である」との回答が 67.9%と最も多く、次いで「理解を得ることが困難である」との回答が 58.0%であった。

また、ケアプランへの同意取得・交付の際の訪問の代替として ICT を活用する場合、質の担保のための留意事項については、「機器を通じたコミュニケーションが十分に可能な利用

者に限定する」との回答が 60.9%と最も多く、次いで「初回ではなく更新時（内容に変更がない場合）のみ可とする」との回答が 59.9%であった。

図表 232 6（6）2）③ケアプランへの同意取得・交付 ICT の活用により訪問を代替することは適切か

	件数	代替してもよい	代替すべきではない	どちらともいえない	無回答
合計	1279	537 42.0%	291 22.8%	395 30.9%	56 4.4%

図表 233 6（6）2）③ケアプランへの同意取得・交付 訪問の代替として ICT を活用する場合の懸念【「代替すべきでない」、「どちらともいえない」場合】（複数回答）

	件数	十分な説明が困難である	理解を得ることが困難である	同意の原本性を確認することが困難である	セキュリティ(ネット回線、サーバー接続等)に不安がある	その他	特になし	無回答
合計	686	466 67.9%	398 58.0%	247 36.0%	201 29.3%	27 3.9%	26 3.8%	21 3.1%

図表 234 6（6）2）③ケアプランへの同意取得・交付 訪問の代替として ICT を活用する場合、質の担保のための留意事項【「代替してもよい」、「どちらともいえない」場合】（複数回答）

	件数	初回ではなく更新時(内容に変更がない場合)のみ可とする	機器を通じたコミュニケーションが十分に可能な利用者に限定する	その他	特になし	無回答
合計	932	558 59.9%	568 60.9%	22 2.4%	84 9.0%	53 5.7%

サービス担当者会議について訪問を代替することについては、「代替してもよい」との回答は46.8%であった。

サービス担当者会議の際に訪問の代替としてICTを活用する場合の懸念については、「参加者とのコミュニケーションが困難である」が72.4%と最も多く、次いで「利用者・家族の理解を得ることが困難である」との回答が56.9%であった。

また、サービス担当者会議の際の訪問の代替としてICTを活用する場合、質の担保のための留意事項については、「機器を通じたコミュニケーションが十分に可能な利用者限定する」が63.9%と最も多く、次いで「初回ではなく更新時(内容に変更がない場合)のみ可とする」が61.2%であった

図表 235 6 (6) 2) ④サービス担当者会議 ICTの活用により訪問を代替することは適切か

	件数	代替してもよい	代替すべきではない	どちらともいえない	無回答
合計	1279	598 46.8%	176 13.8%	443 34.6%	62 4.8%

図表 236 6 (6) 2) ④サービス担当者会議 訪問の代替としてICTを活用する場合の懸念【「代替すべきでない」、「どちらともいえない」場合】(複数回答)

	件数	利用者・家族の理解を得ることが困難である	参加者とのコミュニケーションが困難である	セキュリティ(ネット回線、サーバー接続等)に不安がある	その他	特にない	無回答
合計	619	352 56.9%	448 72.4%	204 33.0%	35 5.7%	19 3.1%	22 3.6%

図表 237 6 (6) 2) ④サービス担当者会議 訪問の代替としてICTを活用する場合、質の担保のための留意事項【「代替してもよい」、「どちらともいえない」場合】(複数回答)

	件数	初回ではなく更新時(内容に変更がない場合)のみ可とする	機器を通じたコミュニケーションが十分に可能な利用者限定する	その他	特にない	無回答
合計	1041	637 61.2%	665 63.9%	31 3.0%	70 6.7%	50 4.8%

ICT の活用によりモニタリングのための訪問を代替することについて、「一部は代替してもよい」と回答した事業所が 36.0%、「代替してもよい」が 30.4%であった。

訪問の代替として ICT を活用する場合の懸念については、「十分な情報収集・評価が困難である」が 68.4%と最も多く、次いで「信頼関係の構築が困難である」が 67.0%であった。

また、訪問の代替として ICT を活用する場合、質の担保のための留意事項については、「状態が安定している利用者に限定する」が 67.4%、「機器を通じたコミュニケーションが十分に可能な利用者に限定する」が 65.9%であった。

図表 238 6 (6) 2) ⑤モニタリング ICT の活用により訪問を代替することは適切か

	件数	代替してもよい	一部は代替してもよい	代替すべきではない	どちらともいえない	無回答
合計	1279	389 30.4%	461 36.0%	148 11.6%	225 17.6%	56 4.4%

図表 239 6 (6) 2) ⑤モニタリング 訪問の代替として ICT を活用する場合の懸念【「代替すべきでない」、「どちらともいえない」場合】(複数回答)

	件数	信頼関係の構築が困難である	十分な情報収集・評価が困難である	セキュリティ(ネット回線、サーバー接続等)に不安がある	その他	特にない	無回答
合計	373	250 67.0%	255 68.4%	122 32.7%	15 4.0%	19 5.1%	14 3.8%

図表 240 6 (6) 2) ⑤モニタリング 訪問の代替として ICT を活用する場合、質の担保のための留意事項【「代替してもよい」、「一部は代替してもよい」、「どちらともいえない」場合】(複数回答)

	件数	遠隔で確認できない情報を補う手段を確保するとともに、遠隔での情報収集のための ICT 環境が整備されていることを前提とする	機器を通じたコミュニケーションが十分に可能な利用者に限定する	状態が安定している利用者に限定する	訪問間隔の制限を設ける	その他	特にない	無回答
合計	1075	486 45.2%	708 65.9%	725 67.4%	274 25.5%	12 1.1%	60 5.6%	32 3.0%

(7) 書類の保管について

書類の保管方法について、契約書については「紙」で保管している割合が 87.2%であったが、アセスメント記録とケアプラン、サービス担当者会議記録、モニタリング記録については「紙、電子データ両方」で保管している割合が約5割であった。また、紙で保管している理由については、いずれの書類においても「実地指導の際等、紙での提示が求められるため」と回答した割合が約5～6割と最も多かった。

書類の保管期間について、いずれの書類においても「介護保険サービスが終了してから5年間」と回答した割合が約8割と最も多かった。保管期間の理由については、いずれの文書においても「保険者が条例で定めている」と回答した割合が約6割であった。

図表 241 6 (7) 1) 書類の保管方法

	件数	電子データ	紙	紙、電子データ両方	無回答
①契約書	1279	25 2.0%	1115 87.2%	117 9.1%	22 1.7%
②アセスメント記録	1279	135 10.6%	420 32.8%	658 51.4%	66 5.2%
③ケアプラン	1279	62 4.8%	446 34.9%	703 55.0%	68 5.3%
④サービス担当者会議記録	1279	107 8.4%	394 30.8%	707 55.3%	71 5.6%
⑤モニタリング記録	1279	210 16.4%	394 30.8%	607 47.5%	68 5.3%
⑥その他	1279	18 1.4%	61 4.8%	41 3.2%	1159 90.6%
⑦その他	1279	9 0.7%	45 3.5%	29 2.3%	1196 93.5%
⑧その他	1279	6 0.5%	38 3.0%	18 1.4%	1217 95.2%

図表 242 6 (7) 1) 紙で保管している理由【「紙」「紙、電子データ両方」の場合】
(複数回答)

	件数	電子化するための機材がないため	紙の方が使用しやすいため	紙で保管するよう保険者から指示があるため	実地指導の際等、紙での提示が求められるため	無回答
①契約書	1232	391 31.7%	307 24.9%	263 21.3%	685 55.6%	68 5.5%
②アセスメント記録	1078	127 11.8%	272 25.2%	209 19.4%	646 59.9%	105 9.7%
③ケアプラン	1149	155 13.5%	293 25.5%	237 20.6%	695 60.5%	109 9.5%
④サービス担当者会議記録	1101	119 10.8%	273 24.8%	214 19.4%	670 60.9%	107 9.7%
⑤モニタリング記録	1001	119 11.9%	249 24.9%	184 18.4%	600 59.9%	103 10.3%
⑥その他	102	17 16.7%	28 27.5%	23 22.5%	59 57.8%	6 5.9%
⑦その他	74	16 21.6%	22 29.7%	16 21.6%	39 52.7%	4 5.4%
⑧その他	56	9 16.1%	16 28.6%	12 21.4%	31 55.4%	4 7.1%

図表 243 6 (7) 1) 保管期間

	件数	介護保険サービスが終了してから2年間	介護保険サービスが終了してから5年間	その他	無回答
①契約書	1279	163 12.7%	994 77.7%	77 6.0%	45 3.5%
②アセスメント記録	1279	171 13.4%	1001 78.3%	43 3.4%	64 5.0%
③ケアプラン	1279	171 13.4%	996 77.9%	44 3.4%	68 5.3%
④サービス担当者会議記録	1279	171 13.4%	991 77.5%	45 3.5%	72 5.6%
⑤モニタリング記録	1279	170 13.3%	972 76.0%	45 3.5%	92 7.2%
⑥その他	1279	20 1.6%	88 6.9%	10 0.8%	1161 90.8%
⑦その他	1279	13 1.0%	60 4.7%	8 0.6%	1198 93.7%
⑧その他	1279	12 0.9%	42 3.3%	7 0.5%	1218 95.2%

図表 244 6 (7) 1) 保管期間の理由【「介護保険サービスが終了してから5年間」
「その他」の場合】

	件数	保険者が条例で定めている	条例が求める要件を超えて、事業所として決めている	その他	無回答
①契約書	1071	687 64.1%	258 24.1%	48 4.5%	78 7.3%
②アセスメント記録	1044	676 64.8%	245 23.5%	45 4.3%	78 7.5%
③ケアプラン	1040	671 64.5%	242 23.3%	43 4.1%	84 8.1%
④サービス担当者会議記録	1036	667 64.4%	243 23.5%	43 4.2%	83 8.0%
⑤モニタリング記録	1017	654 64.3%	236 23.2%	43 4.2%	84 8.3%
⑥その他	98	55 56.1%	26 26.5%	10 10.2%	7 7.1%
⑦その他	68	37 54.4%	20 29.4%	8 11.8%	3 4.4%
⑧その他	49	24 49.0%	16 32.7%	6 12.2%	3 6.1%

書類の保管に関する問題点や負担が大きい内容について、「紙で保管する場合、保管場所の確保が難しい」と回答した事業所が 84.1%と最も多く、次いで「紙で保管する場合、閲覧や廃棄を効率的に行える保管場所や配置など、管理方法に苦慮している」が 74.2%であった。

また、現在、紙で保管されている場合、電子化することによる課題として懸念されることについては、「過去に保管している書類の電子化に時間・労力がかかる」と回答した事業所が 51.1%と最も多く、次いで「実地指導への対応が難しい」が 48.1%であった。

図表 245 6 (7) 2) 書類の保管について、問題点や負担が大きいこと (複数回答)

	件数	紙で保管する場合、保管場所の確保が難しい	紙で保管する場合、閲覧や廃棄を効率的に行える保管場所や配置など、管理方法に苦慮している	電子データで保管している場合、意図せずに消去されてしまうなどの懸念がある	電子データで保管している場合、必要な書類を見つけるのに時間を要する	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	1075 84.1%	949 74.2%	449 35.1%	144 11.3%	30 2.3%	35 2.7%	8 0.6%

図表 246 6 (7) 3) 現在、紙で保管されている場合、電子化することによる課題として懸念されること (複数回答)

	件数	電子データでの記録の作成が難しい	過去に保管している書類の電子化に時間・労力がかかる	過去の書類の記録の確認が難しい	実地指導への対応が難しい	データの流出・消失の恐れがある	その他	懸念されることはない	無回答
合計	1279	265 20.7%	654 51.1%	377 29.5%	615 48.1%	516 40.3%	55 4.3%	84 6.6%	51 4.0%

(8) 介護保険サービス提供事業所との情報連携について

サービス提供事業所との書類のやり取りの方法について、「実施している」と回答した割合が最も多かったのは「手交」の88.3%で、次いで「FAX」が82.9%、「郵送」が78.1%であった。「連携ツールやネットワーク」は9.0%、「クラウドサービス」は4.4%だった。

サービス提供事業所との書類のやり取りの頻度について、FAXは「ほぼ毎日」が22.0%であったのに対し、それ以外の方法については「それ以下（週1、2日以下）」が約5～7割であった。

図表 247 6（8）1）サービス提供事業所との書類のやり取り：方法

	件数	実施していない	実施している	無回答
手交	1279	55 4.3%	1129 88.3%	95 7.4%
郵送	1279	162 12.7%	999 78.1%	118 9.2%
FAX	1279	105 8.2%	1060 82.9%	114 8.9%
電子メール	1279	684 53.5%	202 15.8%	393 30.7%
連携ツールやネットワーク	1279	753 58.9%	115 9.0%	411 32.1%
クラウドサービス	1279	791 61.8%	56 4.4%	432 33.8%
その他	1279	165 12.9%	12 0.9%	1102 86.2%

図表 248 6（8）1）サービス提供事業所との書類のやり取り：頻度
【実施している場合】

	件数	ほぼ毎日	週3、4日	週1、2日	それ以下	無回答
手交	1129	77 6.8%	118 10.5%	320 28.3%	602 53.3%	12 1.1%
郵送	999	58 5.8%	87 8.7%	243 24.3%	597 59.8%	14 1.4%
FAX	1060	233 22.0%	173 16.3%	265 25.0%	371 35.0%	18 1.7%
電子メール	202	16 7.9%	18 8.9%	37 18.3%	129 63.9%	2 1.0%
連携ツールやネットワーク	115	11 9.6%	9 7.8%	18 15.7%	72 62.6%	5 4.3%
クラウドサービス	56	1 1.8%	3 5.4%	6 10.7%	43 76.8%	3 5.4%
その他	12	2 16.7%	0 0.0%	1 8.3%	8 66.7%	1 8.3%

ケアプランをサービス提供事業所に交付する際の問題点や負担が大きい内容について、「サービス提供事業所が多い場合、交付に手間がかかる」と回答した事業所が 64.4%と最も多く、次いで「個別サービス計画書との連動のため、交付のタイミングを急ぐ必要がある場合がある」が 53.3%であった。

ケアプラン交付を効果的に行うために工夫していることについては、「FAX やメールを活用している」が 49.6%と最も多かったが、「特にない」も 43.8%あった。

個別援助計画の内容がケアプランに沿っているか確認している割合の平均については、約 8 割であった。

図表 249 6 (8) 2) ケアプランをサービス提供事業所に交付する際の問題点や負担が大きいこと (複数回答)

	件数	個別サービス計画書との連動のため、交付のタイミングを急ぐ必要がある場合がある	サービス提供事業所が多い場合、交付に手間がかかる	保険者が利用者の捺印付き「確定版」「最新版」の配布を求めため、サービス担当者会議後にその場で配布できない、またはその都度、配布しなければならない	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	682 53.3%	824 64.4%	579 45.3%	33 2.6%	127 9.9%	9 0.7%

図表 250 6 (8) 3) ケアプラン交付を効果的に行うために工夫していること (複数回答)

	件数	FAXやメールを活用している	交付のためのソフトウェア等を活用している	効率的な交付方法について、保険者の了承を得て実施している	その他	特にない	無回答
合計	1279	634 49.6%	20 1.6%	9 0.7%	67 5.2%	560 43.8%	20 1.6%

図表 251 6 (8) 4) 個別援助計画の内容がケアプランに沿っているか確認している割合

	件数	1割未満	1~2割未満	2~3割未満	3~4割未満	4~5割未満	5~6割未満	6~7割未満	7~8割未満	8~9割未満	9~10割未満	10割	無回答	平均
合計	1279	6 0.5%	20 1.6%	18 1.4%	29 2.3%	10 0.8%	90 7.0%	30 2.3%	77 6.0%	156 12.2%	123 9.6%	358 28.0%	362 28.3%	8.24

サービス提供事業所との情報共有における問題点や負担が大きい内容について、「時間や労力がかかる」と回答した事業所が 54.6%、「迅速な応答が得られない場合がある」が 54.5%であった。

また、情報共有における工夫については、「特にない」と回答した事業所が 54.7%と最も多かったが、次いで、「サービス提供事業所と合同での勉強会や事例検討会等に参加し、関係構築に努めている」が 25.3%であった。

図表 252 6 (8) 5) サービス提供事業所との情報共有における問題点や負担が大きいこと (複数回答)

	件数	時間や労力がかかる	迅速な応答が得られない場合がある	担当者との連絡がとりにくい	事業所側から適時に情報が共有されない	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
合計	1279	698 54.6%	697 54.5%	537 42.0%	558 43.6%	42 3.3%	141 11.0%	16 1.3%

図表 253 6 (8) 6) 情報共有における工夫 (複数回答)

	件数	サービス提供事業所との連絡にICT機器を活用している	クラウドを利用するなどして地域内のサービス提供事業所と全部または一部のデータを共有している	サービス提供事業所と合同での勉強会や事例検討会等に参加し、関係構築に努めている	その他	特にない	無回答
合計	1279	96 7.5%	29 2.3%	323 25.3%	131 10.2%	700 54.7%	64 5.0%

ICTを活用した介護保険サービス提供事業所との情報連携について、アセスメントとケアプランへの交付と個別援助計画の受け取り、サービス担当者会議、モニタリングともに「ICTを活用して実施していない」と回答した割合が約7～8割であった。ICTを活用している回答が多い業務としては、サービス担当者会議における「日程調整」が8.9%、「アセスメント情報の提供」が8.4%であった。

図表 254 6 (8) 7) ICTを活用した介護保険サービス提供事業所との情報連携
①アセスメント (複数回答)

	件数	アセスメント情報の提供	アセスメントに際しての情報収集	アセスメント内容に関する意見交換	その他	ICTを活用して実施していない	無回答
合計	1279	108 8.4%	82 6.4%	50 3.9%	5 0.4%	1015 79.4%	108 8.4%

図表 255 6 (8) 7) ICTを活用した介護保険サービス提供事業所との情報連携
②ケアプランへの交付と個別援助計画の受け取り (複数回答)

	件数	ケアプランの交付	個別援助計画の受け取り	計画に関する意見交換	その他	ICTを活用して実施していない	無回答
合計	1279	72 5.6%	40 3.1%	61 4.8%	3 0.2%	980 76.6%	181 14.2%

図表 256 6 (8) 7) ICTを活用した介護保険サービス提供事業所との情報連携
③サービス担当者会議 (複数回答)

	件数	日程調整	事前の情報共有、意見照会	開催	事後の情報共有	その他	ICTを活用して実施していない	無回答
合計	1279	114 8.9%	81 6.3%	38 3.0%	56 4.4%	3 0.2%	957 74.8%	177 13.8%

図表 257 6 (8) 7) ICTを活用した介護保険サービス提供事業所との情報連携
④モニタリング (複数回答)

	件数	モニタリング情報の提供	モニタリングに際しての情報収集	モニタリング内容に関する意見交換	その他	ICTを活用して実施していない	無回答
合計	1279	98 7.7%	94 7.3%	52 4.1%	3 0.2%	952 74.4%	182 14.2%

サービス提供事業所との情報連携において ICT を活用していない理由については、「法人が ICT 化に取り組んでいないため」と回答した事業所が 63.5%と最も多く、次いで「サービス提供事業所等が ICT に対応していないため（サービス提供事業所が対応できるか、確認していない場合も含む）」と回答した事業所が 48.0%であった。

また、「法人が ICT 化に取り組んでいないため」、「自事業所のインターネット環境が整っていないため」または「事業所内にパソコン等の機器が不足しているため」と回答した場合、その理由をみると、「ICT 機器を導入するためにはコストがかかるため」と回答した事業所が 63.6%と最も多かったが、「ICT 機器やツールの維持・保守のためのコストがかかるため」または「ICT に関する知識不足や ICT を活用した連携ツールの導入方法がわからないため」も約 4～5割であった。

図表 258 6 (8) 8) サービス提供事業所との情報連携において ICT を活用していない理由（複数回答）

	件数	法人がICT化に取り組んでいないため	自事業所のインターネット環境が整っていないため	事業所内にパソコン等の機器が不足しているため	サービス提供事業所等がICTに対応していないため（サービス提供事業所が対応できるか、確認していない場合も含む）	セキュリティ（ネットワーク回線、サーバー接続等）面での不安があるため	ICT経路では情報が不足するため	十分なコミュニケーションができないため	ICT化する必要性を感じていないため	その他	無回答
合計	1072	681 63.5%	121 11.3%	104 9.7%	515 48.0%	432 40.3%	105 9.8%	338 31.5%	199 18.6%	65 6.1%	14 1.3%

図表 259 6 (8) 8) サービス提供事業所との情報連携において ICT を活用していない理由：1～3の場合、その理由（複数回答）

	件数	ICTに関する知識不足やICTを活用した連携ツールの導入方法がわからないため	ICT機器を導入するためにはコストがかかるため	ICT機器やツールの維持・保守のためのコストがかかるため	無回答
合計	777	336 43.2%	494 63.6%	397 51.1%	107 13.8%

(9) 医療機関との情報連携について

医療機関とのケアプラン交付の方法について、「実施している」と回答した割合が最も多かったのは手交の76.0%で、次いで郵送が70.4%であった。連携ツールやネットワークは4.8%、クラウドサービスは2.8%のみであった。

医療機関とのケアプラン交付の頻度について、いずれの方法においても「それ以下（週1日、2日以下）」と回答した割合が7～8割であった。

図表 260 6 (9) 1) 医療機関へのケアプランの交付：方法

	件数	実施していない	実施している	無回答
手交	1279	175 13.7%	972 76.0%	132 10.3%
郵送	1279	232 18.1%	900 70.4%	147 11.5%
FAX	1279	375 29.3%	689 53.9%	215 16.8%
電子メール	1279	811 63.4%	67 5.2%	401 31.4%
連携ツールやネットワーク	1279	813 63.6%	61 4.8%	405 31.7%
クラウドサービス	1279	831 65.0%	36 2.8%	412 32.2%
その他	1279	195 15.2%	15 1.2%	1069 83.6%

図表 261 6 (9) 1) 医療機関へのケアプランの交付：頻度

	件数	ほぼ毎日	週3、4日	週1、2日	それ以下	無回答
手交	972	12 1.2%	29 3.0%	150 15.4%	766 78.8%	15 1.5%
郵送	900	16 1.8%	29 3.2%	148 16.4%	691 76.8%	16 1.8%
FAX	689	29 4.2%	39 5.7%	117 17.0%	493 71.6%	11 1.6%
電子メール	67	2 3.0%	3 4.5%	9 13.4%	51 76.1%	2 3.0%
連携ツールやネットワーク	61	1 1.6%	1 1.6%	9 14.8%	48 78.7%	2 3.3%
クラウドサービス	36	1 2.8%	1 2.8%	3 8.3%	30 83.3%	1 2.8%
その他	15	0 0.0%	1 6.7%	2 13.3%	12 80.0%	0 0.0%

ケアプランの主治医への交付と意見交換等については、「①主治医にケアプランを提出している割合（全体のうち）」の平均は4割強、そのうち「②主治医に意見を求めている割合（ケアプランを提出したうち）」の平均は5割弱、さらに「③ケアプランについて主治医から助言があった割合（意見を求めたうち）」の平均は4割弱であった。一方、「②主治医に意見を求めている割合（ケアプランを提出したうち）」と「③ケアプランについて主治医から助言があった割合（意見を求めたうち）」については、10割と回答した事業所も約1～2割であった。

図表 262 6（9）2）ケアプランの主治医への交付と意見交換等について

	件数	1割未満	1～2割未満	2～3割未満	3～4割未満	4～5割未満	5～6割未満	6～7割未満	7～8割未満	8～9割未満	9～10割未満	10割	無回答	平均
①主治医にケアプランを提出している割合(全体のうち)	1279	42 3.3%	246 19.2%	170 13.3%	168 13.1%	69 5.4%	126 9.9%	58 4.5%	56 4.4%	86 6.7%	41 3.2%	173 13.5%	44 3.4%	4.48
②主治医に意見を求めている割合(ケアプランを提出したうち)	1279	102 8.0%	258 20.2%	114 8.9%	117 9.1%	40 3.1%	108 8.4%	20 1.6%	31 2.4%	78 6.1%	51 4.0%	271 21.2%	89 7.0%	4.76
③ケアプランについて主治医から助言があった割合(意見を求めたうち)	1279	220 17.2%	307 24.0%	107 8.4%	80 6.3%	22 1.7%	71 5.6%	19 1.5%	24 1.9%	78 6.1%	55 4.3%	192 15.0%	104 8.1%	3.85

ケアプランを医療機関に交付する際の問題点や負担が大きいことについて、最も回答が多かったのは「ケアプランを提供しても、意見や助言が得られない場合がある」で診療所が42.5%、病院が63.1%であった。二番目に回答が多かったのは、診療所では「交付のための時間や労力が大きい」が34.0%、病院では「規模の大きい医療機関では、送付先の確認が必要となる」が57.7%であった。

ケアプラン交付を効果的に行うために工夫していることについては、「特にない」と回答した事業所が47.8%と最も多く、次いで「FAXやメールを活用している」が41.4%であった。

図表 263 6（9）3）ケアプランを医療機関に交付する際の問題点や負担が大きいこと（複数回答）

	件数	交付のための時間や労力が大きい	医療機関側に受け取りの時間をとってもらうことが困難である	ケアプランを提供しても、意見や助言が得られない場合がある	規模の大きい医療機関では、送付先の確認が必要となる	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
診療所	1279	435 34.0%	239 18.7%	544 42.5%	185 14.5%	59 4.6%	214 16.7%	243 19.0%
病院	1279	598 46.8%	445 34.8%	807 63.1%	738 57.7%	65 5.1%	110 8.6%	90 7.0%

図表 264 6 (9) 4) ケアプラン交付を効果的に行うために工夫していること
(複数回答)

	件数	FAXやメールを活用している	交付のためのソフトウェア等を活用している	効率的な交付方法について、保険者の了承を得て実施している	その他	特にない	無回答
合計	1279	530 41.4%	11 0.9%	8 0.6%	105 8.2%	612 47.8%	43 3.4%

入院時・退院時の情報共有の方法について、「実施している」と回答した割合が最も高かったのは FAX の 78.7% で、手交についても 76.6% であった。連携ツールやネットワーク、クラウドサービスについては「実施している」割合は 3~4% であった。

入院時・退院時の情報共有の頻度については、手交、郵送、FAX や電子メールにおいても週 1、2 回「それ以下」と回答した事業所が約 7~8 割であった。

図表 265 6 (9) 5) 入院時・退院時の情報共有の方法：方法

	件数	実施していない	実施している	無回答
手交	1279	157 12.3%	980 76.6%	142 11.1%
郵送	1279	366 28.6%	677 52.9%	236 18.5%
FAX	1279	140 10.9%	1006 78.7%	133 10.4%
電子メール	1279	797 62.3%	67 5.2%	415 32.4%
連携ツールやネットワーク	1279	805 62.9%	53 4.1%	421 32.9%
クラウドサービス	1279	816 63.8%	35 2.7%	428 33.5%
その他	1279	195 15.2%	49 3.8%	1035 80.9%

図表 266 6 (9) 5) 入院時・退院時の情報共有の方法：頻度【情報共有を「実施している」場合】

	件数	ほぼ毎日	週3、4日	週1、2日	それ以下	無回答
手交	980	9 0.9%	21 2.1%	132 13.5%	802 81.8%	16 1.6%
郵送	677	7 1.0%	14 2.1%	103 15.2%	542 80.1%	11 1.6%
FAX	1006	16 1.6%	27 2.7%	165 16.4%	778 77.3%	20 2.0%
電子メール	67	2 3.0%	0 0.0%	6 9.0%	56 83.6%	3 4.5%
連携ツールやネットワーク	53	0 0.0%	0 0.0%	6 11.3%	42 79.2%	5 9.4%
クラウドサービス	35	0 0.0%	0 0.0%	2 5.7%	30 85.7%	3 8.6%
その他	49	0 0.0%	1 2.0%	10 20.4%	33 67.3%	5 10.2%

ケアマネジメントプロセス全般において医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいことについて、診療所では、「医療機関側に時間をとってもらうことが困難である」が46.8%と最も多く、次いで、「時間や労力が大きい」が39.2%であった。病院では、「医療機関側に時間をとってもらうことが困難である」が67.9%、「主治医とコミュニケーションを図ることが困難である」が67.8%であった。

医療機関との情報共有における工夫については、診療所、病院両方に対して最も回答が多かったのは「利用者の受診時に同行し、主治医と面談している」が約6割であった。また、次いで両方ともに回答が多かったのは、「主治医等との連絡シート」（保険者・医師会・包括・ケアマネ連絡会が協働作成）があり、医師への情報提供・連絡・質問・照会等に活用している」が約4割であった。

図表 267 6 (9) 6) ケアマネジメントプロセス全般において医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいこと（複数回答）

	件数	時間や労力が大きい	医療機関側に時間をとってもらうことが困難である	医療に関する表や用語の難解な部分が多い	主治医とコミュニケーションを図ることが困難である	情報提供しても、活用されない（活用されているか不明である）ことが多い	主治医と利用者の自宅での生活への理解や関心を共有することが困難である	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
診療所	1279	502 39.2%	599 46.8%	320 25.0%	459 35.9%	427 33.4%	358 28.0%	30 2.3%	136 10.6%	179 14.0%
病院	1279	697 54.5%	868 67.9%	492 38.5%	867 67.8%	617 48.2%	659 51.5%	26 2.0%	61 4.8%	44 3.4%

図表 268 6 (9) 7) 医療機関との情報共有における工夫（複数回答）

	件数	ICT機器を活用している	クラウドを利用するなどして地域内の医療機関と全部または一部のデータを共有している	医療機関との合同での勉強会や事例検討会等に参加し、関係構築に努めている	利用者の受診時に同行し、主治医と面談している	自治体等が作成した、ケアマネタイムや、情報提供シートなどを利用している	主治医等との連絡シート（保険者・医師会・包括・ケアマネ連絡会が協働作成）があり、医師への情報提供・連絡・質問・照会等に活用している	返信用封筒をつけて、ケアプランとともに、意見照会用紙を送る	その他	特になし	無回答
診療所	1279	72 5.6%	31 2.4%	271 21.2%	803 62.8%	315 24.6%	495 38.7%	285 22.3%	46 3.6%	88 6.9%	116 9.1%
病院	1279	40 3.1%	24 1.9%	346 27.1%	749 58.6%	328 25.6%	504 39.4%	309 24.2%	42 3.3%	88 6.9%	88 6.9%

ICTを活用した医療機関との情報連携について、アセスメント、ケアプランへの交付と個別援助計画の受け取り、サービス担当者会議、モニタリングともに「ICTを活用して実施していない」が約8割であった。ICTを活用しているとの回答が多い業務としては、「アセスメント情報の提供」が6.3%、サービス担当者会議における「日程調整」が6.1%であった。

図表 269 6 (9) 8) ICT を活用した医療機関との情報連携

①アセスメント (複数回答)

	件数	アセスメント情報の提供	アセスメントに際しての情報収集	アセスメント内容に関する意見交換	その他	ICTを活用して実施していない	無回答
合計	1279	80 6.3%	70 5.5%	38 3.0%	4 0.3%	1029 80.5%	134 10.5%

図表 270 6 (9) 8) ICT を活用した医療機関との情報連携

②ケアプランへの交付と個別援助計画の受け取り (複数回答)

	件数	ケアプランの交付	ケアプランに関する意見交換	その他	ICTを活用して実施していない	無回答
合計	1279	59 4.6%	49 3.8%	3 0.2%	997 78.0%	195 15.2%

図表 271 6 (9) 8) ICT を活用した医療機関との情報連携

③サービス担当者会議 (複数回答)

	件数	日程調整	事前の情報共有、意見照会	開催	事後の情報共有	その他	ICTを活用して実施していない	無回答
合計	1279	78 6.1%	74 5.8%	24 1.9%	50 3.9%	5 0.4%	961 75.1%	193 15.1%

図表 272 6 (9) 8) ICT を活用した医療機関との情報連携

④モニタリング (複数回答)

	件数	モニタリング情報の提供	モニタリングに際しての情報収集	モニタリング内容に関する意見交換	その他	ICTを活用して実施していない	無回答
合計	1279	70 5.5%	67 5.2%	35 2.7%	2 0.2%	976 76.3%	195 15.2%

医療機関との情報連携において「ICTを活用して実施していない」場合の活用していない理由については、「法人がICT化に取り組んでいないため」と回答した事業所が64.0%と最も多く、次いで「医療機関側がICTに対応していないため（対応できるか、確認していない場合も含む）」が34.3%であった。

また、「法人がICT化に取り組んでいないため」、「自事業所のインターネット環境が整っていないため」または「事業所内にパソコン等の機器が不足しているため」を選択した場合の理由の詳細について、「ICT機器を導入するためにはコストがかかるため」と回答した事業所が62.3%と最も多かったが、「ICT機器やツールの維持・保守のためのコストがかかるため」または「ICTに関する知識不足やICTを活用した連携ツールの導入方法がわからないため」も約4～5割であった。

図表 273 6（9）9）サービス提供事業所との情報連携においてICTを活用していない理由（複数回答）

	件数	法人がICT化に取り組んでいないため	自事業所のインターネット環境が整っていないため	事業所内にパソコン等の機器が不足しているため	医療機関側がICTに対応していないため（対応できるか、確認していない場合も含む）	法人からの許可が得られない	セキュリティ（ネットワーク回線、サーバー接続等）面での不安があるため	ICT経由では情報が不足するため	十分なコミュニケーションができないため	ICT化する必要性を感じていないため	その他	無回答
合計	1075	688 64.0%	130 12.1%	125 11.6%	369 34.3%	246 22.9%	352 32.7%	109 10.1%	268 24.9%	207 19.3%	56 5.2%	22 2.0%

図表 274 6（9）9）サービス提供事業所との情報連携においてICTを活用していない理由：1～3の場合、その理由（複数回答）

	件数	ICTに関する知識不足やICTを活用した連携ツールの導入方法がわからないため	ICT機器を導入するためにはコストがかかるため	ICT機器やツールの維持・保守のためのコストがかかるため	その他	無回答
合計	783	336 42.9%	488 62.3%	408 52.1%	25 3.2%	109 13.9%

(10) 暫定ケアプランについて

1事業所あたりの1年間（令和元年10月～令和2年9月末）の暫定ケアプランの作成件数については、「新規申請や区分変更で認定が下りるまでの期間にサービス利用やサービス変更が必要な場合」が平均11.5件、「更新申請で有効期間中に認定が下りない場合」が平均5.3件であった。

暫定ケアプランを合計1件以上作成した場合の暫定ケアプラン交付の際の捺印の有無については、「捺印あり」と回答した事業所が87.7%であった。

図表 275 6（10）1）暫定ケアプラン作成件数（令和元年10月～令和2年9月末）

	件数	0件	1～4件	5～9件	10～14件	15～19件	20～24件	25～29件	30～34件	35～39件	40～44件	45～49件	50件以上	無回答	平均
新規申請や区分変更で認定が下りるまでの期間にサービス利用やサービス変更が必要な場合	1279	49 3.8%	336 26.3%	261 20.4%	241 18.8%	68 5.3%	103 8.1%	14 1.1%	41 3.2%	11 0.9%	18 1.4%	2 0.2%	34 2.7%	101 7.9%	11.53
更新申請で有効期間中に認定が下りない場合	1279	267 20.9%	462 36.1%	195 15.2%	130 10.2%	23 1.8%	37 2.9%	5 0.4%	11 0.9%	1 0.1%	1 0.1%	1 0.1%	9 0.7%	137 10.7%	5.34
その他	1279	526 41.1%	14 1.1%	2 0.2%	4 0.3%	2 0.2%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	730 57.1%	0.24

図表 276 6（10）2）暫定ケアプラン交付の際の捺印の有無
（暫定ケアプランを合計1件以上作成した場合）

	件数	捺印あり	捺印なし	場合による	無回答
合計	1150	1008 87.7%	64 5.6%	69 6.0%	9 0.8%

暫定ケアプラン作成に関する問題点、負担が大きいことについて、「予防と介護では書式が異なるので作り直しが発生するため、非効率である」が71.8%と最も多く、次いで「本プラン作成時に同様の対応を行うことが非効率である」が56.0%であった。

図表 277 6（10）3）暫定ケアプラン作成に関する問題点、負担が大きいことなど
（複数回答）

	件数	サービス担当者会議を開催できない場合がある（減算の対象となる）	本プラン作成時に同様の対応を行うことが非効率である	保険者によって取り扱いが異なる	予防と介護では書式が異なるので作り直しが発生するため、非効率である	その他	問題点や負担が大きいことは特になし	無回答
合計	1279	172 13.4%	716 56.0%	148 11.6%	918 71.8%	64 5.0%	100 7.8%	40 3.1%

暫定ケアプランに関する業務の簡素化についての意見では、「内容に変更がなければ本プランと一体で基準を適用することを可能とすることが望ましい」と回答した事業所が83.0%であった。

暫定ケアプランに関する業務を簡素化した場合に懸念されることについては、「暫定ケアプランを簡素化した場合に懸念されることは特にない」が48.6%であった。

図表 278 6 (10) 4) 暫定ケアプランに関する業務の簡素化についての意見
(複数回答)

	件数	内容に変更がなければ本プランと一体で基準を適用することを可能とすることが望ましい	行政側から一定の取扱いを示すことが望ましい	通常時に求められる基準が緩和されることが望ましい	その他	暫定ケアプランに関する業務の簡素化についての意見は特にない	無回答
合計	1279	1061 83.0%	384 30.0%	574 44.9%	15 1.2%	73 5.7%	45 3.5%

図表 279 6 (10) 5) 暫定ケアプランに関する業務を簡素化した場合に懸念されること
(複数回答)

	件数	利用者の状態の把握に影響が生じる恐れがある	サービス提供事業所との調整に影響が生じる恐れがある	必要なケアプランが作成されず、ケアプランの空白ができてしまう	その他	暫定ケアプランを簡素化した場合に懸念されることは特にない	無回答
合計	1279	266 20.8%	320 25.0%	286 22.4%	15 1.2%	621 48.6%	57 4.5%

7 ケアプランの軽微な変更について

(1) 軽微な変更の判断

「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直し」に関するご意見への対応について（平成22年7月30日介護保険最新情報 Vol.155）における「3. ケアプランの軽微な変更について（ケアプランの作成）」の内容について把握を行った。

「軽微な変更」に該当するかどうか、事業所としての判断のルールの設定については、「定められていない」事業所の方が53.5%とやや多かった。

また、「軽微な変更」に該当するか判断に迷う場面については、「サービス提供の回数変更」については「よくある」または「ときどきある」と回答した割合の合計が56.9%と最も多かったのに対し、「事業所の名称変更」については「よくある」または「ときどきある」と回答した割合の合計が20.6%と最も少なかった。「あまりない」と回答した割合が最も高かったのは「利用者の住所変更」の80.7%であった。

図表 280 7（1）1）「軽微な変更」に該当するかどうか、事業所として判断のルールが定められているか

	件数	定められている	定められていない	無回答
合計	1279	518 40.5%	684 53.5%	77 6.0%

図表 281 7（1）2）「軽微な変更」に該当するか判断に迷う場面

	件数	よくある	ときどきある	あまりない	無回答
①サービス提供の曜日変更	1279	189 14.8%	352 27.5%	698 54.6%	40 3.1%
②サービス提供の回数変更	1279	207 16.2%	521 40.7%	512 40.0%	39 3.0%
③利用者の住所変更	1279	42 3.3%	157 12.3%	1032 80.7%	48 3.8%
④事業所の名称変更	1279	45 3.5%	219 17.1%	966 75.5%	49 3.8%
⑤目標期間の延長	1279	224 17.5%	315 24.6%	688 53.8%	52 4.1%
⑥福祉用具で同等の用具に変更するに際して 単位数のみ異なる場合	1279	120 9.4%	400 31.3%	715 55.9%	44 3.4%
⑦目標もサービスも変わらない(利用者の状況 以外の原因による)単なる事業所変更	1279	106 8.3%	375 29.3%	746 58.3%	52 4.1%
⑧目標を達成するためのサービス内容が変 わるだけの場合	1279	120 9.4%	472 36.9%	635 49.6%	52 4.1%
⑨担当介護支援専門員の変更	1279	51 4.0%	240 18.8%	939 73.4%	49 3.8%

保険者等から一連の対応を求められるケースについて、「よくある」または「ときどきある」と回答した割合の合計が最も多かったのは、「サービス提供の回数変更」の21.3%であり、いずれの軽微な変更においても「あまりない」と回答した割合が約6～7割であった。

「軽微な変更」に関する問題点や負担が大きいことについて、「軽微な変更」と考えられる内容であっても、「実地指導時、保険者との解釈の相違により、減算の対象となる」や「サービス提供事業所から一連の対応を求められる」、「保険者から一連の対応を求められる」と回答した事業所がいずれも約2～3割強であった。一方、「問題点や負担が大きいことはない」も30.1%であった。

図表 282 7 (1) 2) 保険者等から一連の対応を求められるケース

	件数	よくある	ときどきある	あまりない	無回答
①サービス提供の曜日変更	1279	48 3.8%	80 6.3%	947 74.0%	204 15.9%
②サービス提供の回数変更	1279	103 8.1%	169 13.2%	811 63.4%	196 15.3%
③利用者の住所変更	1279	58 4.5%	74 5.8%	937 73.3%	210 16.4%
④事業所の名称変更	1279	56 4.4%	88 6.9%	925 72.3%	210 16.4%
⑤目標期間の延長	1279	86 6.7%	141 11.0%	842 65.8%	210 16.4%
⑥福祉用具で同等の用具に変更するに際して 単位数のみが異なる場合	1279	47 3.7%	115 9.0%	909 71.1%	208 16.3%
⑦目標もサービスも変わらない(利用者の状況 以外の原因による)単なる事業所変更	1279	87 6.8%	112 8.8%	872 68.2%	208 16.3%
⑧目標を達成するためのサービス内容が変わ るだけの場合	1279	78 6.1%	146 11.4%	846 66.1%	209 16.3%
⑨担当介護支援専門員の変更	1279	62 4.8%	92 7.2%	911 71.2%	214 16.7%

図表 283 7 (1) 3) 「軽微な変更」に関する問題点や負担が大きいこと (複数回答)

	件数	「軽微な 変更」と 考えられ る内容で あっても、サー ビス提供 事業所 から一連 の対応を 求められ る	「軽微な 変更」と 考えられ る内容で あっても、保 険者から一 連の対 応を求め られる	「軽微な 変更」と 考えられ る内容で あっても、実 地指導時、 保険者と の解釈 の相違 により、 減算の 対象とな る	その他	問題点 や負担 が大きい ことはな い	無回答
合計	1279	346 27.1%	282 22.0%	460 36.0%	75 5.9%	385 30.1%	85 6.6%

8 加算減算要件の取り扱いなど

(1) 退院・退所加算の要件である「(医療機関・施設等が)利用者又は家族に提供した文書の写し」について

1年間(令和元年10月～令和2年9月末)の医療機関からの退院件数の平均は12.5件、施設からの退所件数の平均は2.3件であった。施設からの退院件数については、「0件」の事業所も50.7%であった。

退院加算の取得件数については「Ⅰイ(カンファレンスなし)」の取得件数の平均が4.7件であったのに対し、「Ⅰロ(カンファレンスあり)」は平均2.1件、「Ⅱイ(カンファレンスなし)」は平均1.3件、「Ⅱロ(カンファレンスあり)」は平均0.5件、「Ⅲ」は平均0.1件であった。退所加算の取得件数については「Ⅰイ(カンファレンスなし)」の取得件数の平均が0.6件で、「Ⅰロ(カンファレンスあり)」は平均0.4件、「Ⅱイ(カンファレンスなし)」は平均0.1件、「Ⅱロ(カンファレンスあり)」は平均0.1件、「Ⅲ」は平均0.03件であった。

図表 284 8(1)1) 医療機関からの退院件数(令和元年10月～令和2年9月末)

	件数	0件	1～4件	5～9件	10～14件	15～19件	20～24件	25～29件	30～34件	35～39件	40～44件	45～49件	50件以上	無回答	平均
合計	1279	22.0%	281 16.1%	206 13.5%	173 12.5%	160 7.4%	95 5.8%	74 1.7%	22 3.4%	43 1.8%	23 1.3%	16 0.9%	11 4.8%	62 8.8%	113 12.5

図表 285 8(1)1) 退院加算取得件数(令和元年10月～令和2年9月末)

	件数	0件	1～4件	5～9件	10～14件	15～19件	20～24件	25～29件	30～34件	35～39件	40～44件	45～49件	50件以上	無回答	平均
Ⅰイ(カンファレンスなし)	1279	45.2%	578 18.5%	237 11.1%	142 7.2%	92 3.0%	38 2.3%	30 1.3%	17 0.9%	11 0.4%	5 0.5%	6 0.2%	2 0.6%	8 8.8%	113 4.72
Ⅰロ(カンファレンスあり)	1279	57.9%	740 20.2%	258 7.2%	92 2.9%	37 1.1%	14 0.9%	12 0.3%	4 0.2%	3 0.2%	2 0.0%	0 0.2%	2 0.1%	2 8.8%	113 2.08
Ⅱイ(カンファレンスなし)	1279	71.5%	915 11.5%	147 4.7%	60 1.9%	24 0.6%	8 0.2%	3 0.2%	3 0.0%	0 0.2%	2 0.0%	3 0.0%	0 0.1%	1 8.8%	113 1.25
Ⅱロ(カンファレンスあり)	1279	77.8%	995 10.6%	136 2.1%	27 0.2%	3 0.2%	3 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.2%	2 8.8%	113 0.53
Ⅲ	1279	86.6%	1108 4.0%	51 0.4%	5 0.2%	2 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 8.8%	113 0.11

図表 286 8(1)1) 施設からの退所件数(令和元年10月～令和2年9月末)

	件数	0件	1～4件	5～9件	10～14件	15～19件	20～24件	25～29件	30～34件	35～39件	40～44件	45～49件	50件以上	無回答	平均
合計	1279	50.7%	649 22.0%	281 5.1%	65 2.4%	31 0.6%	8 0.6%	8 0.2%	3 0.1%	1 0.2%	2 0.1%	1 0.1%	1 0.2%	2 17.7%	227 2.31

図表 287 8(1)1) 退所加算取得件数(令和元年10月～令和2年9月末)

	件数	0件	1～4件	5～9件	10～14件	15～19件	20～24件	25～29件	30～34件	35～39件	40～44件	45～49件	50件以上	無回答	平均
Ⅰイ(カンファレンスなし)	1279	70.1%	897 9.1%	116 2.1%	27 0.5%	7 0.2%	2 0.0%	0 0.0%	0 0.2%	2 0.0%	0 0.0%	0 0.1%	1 0.0%	0 17.7%	227 0.56
Ⅰロ(カンファレンスあり)	1279	72.9%	933 7.1%	91 1.6%	20 0.4%	5 0.2%	2 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.1%	1 0.0%	0 0.0%	0 17.7%	227 0.39
Ⅱイ(カンファレンスなし)	1279	78.2%	1000 3.6%	46 0.5%	6 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 17.7%	227 0.11
Ⅱロ(カンファレンスあり)	1279	79.9%	1022 1.5%	19 0.6%	8 0.2%	2 0.1%	1 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 17.7%	227 0.11
Ⅲ	1279	81.9%	1048 0.2%	3 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 17.7%	227 0.03

医療機関、施設からの退院、退所時に取得している文書について、医療機関からの退院時および施設からの退所時ともに最も多く取得していたのは「退院・退所時サマリー（様式あり・様式なし）」で、医療機関からの退院時の場合は94.0%、施設からの退所時には53.8%であった。「取得している文書は特になし」は、医療機関からの退院時の場合は1.1%であったのに対し、施設からの退所時には13.0%であった。

図表 288 8 (1) 2) 医療機関、施設からの退院、退所時に取得している文書（複数回答）

	件数	退院・退所時サマリー (様式あり・様式なし)	退院・退所時カンファレンス議事録	情報連携シート (退院・退所時サマリー以外)	その他	取得している文書は特になし	無回答
医療機関からの退院時	1279	1202 94.0%	382 29.9%	528 41.3%	61 4.8%	14 1.1%	26 2.0%
施設からの退所時	1279	688 53.8%	188 14.7%	303 23.7%	61 4.8%	166 13.0%	304 23.8%

カンファレンスありの退院・退所加算を算定する上で問題点や負担が大きいことについて、医療機関からの退院、施設からの退所ともに最も回答が多かったのは「3職種以上の参加が求められるなど、算定要件が厳しすぎる」であった。

カンファレンスなしの退院・退所加算を算定する上で問題点や負担が大きいことについては、医療機関からの退院で最も多かったのは「カンファレンス以外の面談による情報収集が困難である」で33.3%、施設からの退所の場合は「問題点や負担が大きいことはない」が30.9%であった。

図表 289 8 (1) 3) ①カンファレンスありの退院・退所加算を算定する上で問題点や負担が大きいこと（複数回答）

	件数	カンファレンスの案内がなく、参加することが困難である	要件に合致するカンファレンスが開催されていない	カンファレンスに参加した場合、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等についてケアプラン等に記録することが困難、負担である	医療機関、施設が利用者又は家族に提供した文書の写しを添付(取得)することが困難である	3職種以上の参加が求められるなど、算定要件が厳しすぎる	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
医療機関からの退院	1279	359 28.1%	429 33.5%	303 23.7%	222 17.4%	690 53.9%	107 8.4%	150 11.7%	113 8.8%
施設からの退所	1279	159 12.4%	206 16.1%	139 10.9%	86 6.7%	323 25.3%	129 10.1%	238 18.6%	416 32.5%

図表 290 8 (1) 3) ②カンファレンスなしの退院・退所加算を算定する上で問題点や負担が大きいかこと（複数回答）

	件数	カンファレンス以外の面談による情報収集が困難である	カンファレンス以外の情報収集の記録を残すことが困難である	その他	問題点や負担が大きいかことはない	無回答
医療機関からの退院	1279	426 33.3%	250 19.5%	118 9.2%	399 31.2%	233 18.2%
施設からの退所	1279	211 16.5%	118 9.2%	143 11.2%	395 30.9%	471 36.8%

(2) 特定事業所加算の要件である「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議」について

特定事業所加算の届出有無については「届出済み」の事業所が 49.7%であり、加算の種類については「特定事業所加算（Ⅱ）」が 45.9%と最も多く、次いで「特定事業所加算（Ⅲ）」が 28.0%であった。（図表 133、図表 134）

利用者に関する情報伝達を目的とした会議等の方法と頻度について、定期的な会議は 1 週間あたり平均 1.2 回、不定期の会議は 1 週間あたり平均 0.4 回、両方の合計の平均は 1.6 回であった。

特定事業所加算算定のために保険者に提出している会議記録の期間（特定事業所加算を算定している場合のみ）について、「10～12 か月分」が 10.2%と最も多かった。

図表 291 8 (2) 1) 利用者に関する情報伝達を目的とした会議等の方法と頻度（1 週間あたり）

	件数	0回	1回	2～5回	6～9回	10回以上	無回答	平均
定期的な会議	1279	112 8.8%	457 35.7%	36 2.8%	4 0.3%	3 0.2%	667 52.2%	1.16
不定期の会議	1279	490 38.3%	81 6.3%	35 2.7%	3 0.2%	3 0.2%	667 52.2%	0.41
会議合計	1279	97 7.6%	384 30.0%	110 8.6%	14 1.1%	7 0.5%	667 52.2%	1.57

図表 292 8 (2) 2) 特定事業所加算算定のために保険者に提出している会議記録の期間（特定事業所加算を算定している場合のみ）

	件数	1か月分	2～3か月分	4～6か月分	7～9か月分	10～12か月分	13か月分以上	無回答	平均
合計	1279	51 4.0%	28 2.2%	17 1.3%	2 0.2%	131 10.2%	53 4.1%	997 78.0%	5.33

(3) 報酬請求について

令和2年9月中に、情報提供や相談、ケアプラン作成やサービス調整等を行ったが給付管理に至らなかった人数については、1事業所あたり平均2.6人であった。

図表 293 8 (3) 1) 1) 令和2年9月中に、情報提供や相談、ケアプラン作成やサービス調整等を行ったが給付管理に至らなかった人数

	件数	0人	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人	9人	10人以上	無回答	平均
合計	1279	311 24.3%	244 19.1%	216 16.9%	182 14.2%	57 4.5%	75 5.9%	8 0.6%	10 0.8%	12 0.9%	6 0.5%	55 4.3%	103 8.1%	2.63

(4) 現在の給付管理、請求管理システムについて

現在の給付管理、請求管理システムの事業所における使用ソフトについて、「給付管理票作成」、「居宅介護支援費請求」とともに「国保中央会のソフト」が約3割、「国保中央会以外のソフト」が約6割であった。

また、居宅介護支援費請求時に「国保中央会以外のソフト」を使用した場合の請求の可否については、「請求できる（請求して国保連から支払われる）」が95.2%であった。

図表 294 8 (4) 1) 現在の給付管理、請求管理システムの使用ソフト

	件数	国保中央会のソフト	国保中央会以外のソフト	無回答
給付管理票作成	1279	362 28.3%	735 57.5%	182 14.2%
居宅介護支援費請求	1279	412 32.2%	766 59.9%	101 7.9%

図表 295 8 (4) 2) 居宅介護支援費請求時に「国保中央会以外のソフト」を使用した場合の請求の可否

	件数	請求できる（請求して国保連から支払われる）	請求できない（請求したが、給付管理票がないため返戻になり支払われない）	請求したことがない（ソフトの制約で給付管理票が作成できないため請求をしていない）	無回答
合計	766	729 95.2%	3 0.4%	22 2.9%	12 1.6%

9 開設主体別の業務負担の状況

調査項目のうち、事業所全体としての負担の大きさに関連し、開設主体別にクロス集計を行った結果は下記のとおりである。

事業所全体としての負担の大きさについて、社団・財団法人では、認定申請に必要な書類の準備の負担が「やや大きい」または「大きい」と回答した割合が開設主体の中で最も高かった。都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合では、契約書や重要事項説明書の作成や説明、捺印の取得の負担が「やや大きい」または「大きい」と回答した割合が開設主体の中で最も高かった。また、協同組合及び連合会では、必要書類の取得の負担が「やや大きい」または「大きい」と回答した割合が開設主体の中で最も高く、開設主体別に共通した違いは見られなかった。

図表 296 開設主体別の事業所全体としての負担の大きさ
(認定申請に必要な書類の準備)

	件数	小さい	やや小さい	やや大きい	大きい	無回答
全体	1279	360 28.1%	516 40.3%	306 23.9%	64 5.0%	33 2.6%
都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合	20	5 25.0%	8 40.0%	5 25.0%	1 5.0%	1 5.0%
社会福祉協議会	78	27 34.6%	29 37.2%	16 20.5%	4 5.1%	2 2.6%
社会福祉法人(社協以外)	256	77 30.1%	103 40.2%	63 24.6%	9 3.5%	4 1.6%
医療法人	205	49 23.9%	95 46.3%	46 22.4%	8 3.9%	7 3.4%
社団・財団法人	25	8 32.0%	9 36.0%	6 24.0%	2 8.0%	0 0.0%
協同組合及び連合会	31	11 35.5%	13 41.9%	6 19.4%	1 3.2%	0 0.0%
営利法人(株式・合名・合資・合同・有限会社)	597	167 28.0%	230 38.5%	148 24.8%	35 5.9%	17 2.8%
特定非営利活動法人(NPO)	36	8 22.2%	17 47.2%	9 25.0%	1 2.8%	1 2.8%
その他の法人	20	6 30.0%	8 40.0%	4 20.0%	2 10.0%	0 0.0%
その他	8	2 25.0%	4 50.0%	1 12.5%	1 12.5%	0 0.0%
無回答	3	0 0.0%	0 0.0%	2 66.7%	0 0.0%	1 33.3%

図表 297 開設主体別の事業所全体としての負担の大きさ
(契約書や重要事項説明書の作成)

	件数	小さい	やや小さい	やや大きい	大きい	無回答
全体	1279	241 18.8%	464 36.3%	441 34.5%	105 8.2%	28 2.2%
都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合	20	2 10.0%	5 25.0%	11 55.0%	1 5.0%	1 5.0%
社会福祉協議会	78	13 16.7%	35 44.9%	21 26.9%	7 9.0%	2 2.6%
社会福祉法人(社協以外)	256	46 18.0%	100 39.1%	89 34.8%	17 6.6%	4 1.6%
医療法人	205	28 13.7%	67 32.7%	81 39.5%	23 11.2%	6 2.9%
社団・財団法人	25	2 8.0%	11 44.0%	9 36.0%	3 12.0%	0 0.0%
協同組合及び連合会	31	8 25.8%	9 29.0%	11 35.5%	3 9.7%	0 0.0%
営利法人(株式・合名・合資・合同・有限会社)	597	132 22.1%	214 35.8%	191 32.0%	45 7.5%	15 2.5%
特定非営利活動法人(NPO)	36	5 13.9%	14 38.9%	15 41.7%	2 5.6%	0 0.0%
その他の法人	20	4 20.0%	6 30.0%	8 40.0%	2 10.0%	0 0.0%
その他	8	1 12.5%	3 37.5%	2 25.0%	2 25.0%	0 0.0%
無回答	3	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%

図表 298 開設主体別の事業所全体としての負担の大きさ
(契約書や重要事項説明書の説明)

	件数	小さい	やや小さい	やや大きい	大きい	無回答
全体	1279	162 12.7%	381 29.8%	564 44.1%	141 11.0%	31 2.4%
都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合	20	3 15.0%	2 10.0%	11 55.0%	4 20.0%	0 0.0%
社会福祉協議会	78	8 10.3%	23 29.5%	30 38.5%	14 17.9%	3 3.8%
社会福祉法人(社協以外)	256	30 11.7%	79 30.9%	116 45.3%	26 10.2%	5 2.0%
医療法人	205	9 4.4%	60 29.3%	103 50.2%	27 13.2%	6 2.9%
社団・財団法人	25	3 12.0%	6 24.0%	13 52.0%	3 12.0%	0 0.0%
協同組合及び連合会	31	5 16.1%	4 12.9%	16 51.6%	6 19.4%	0 0.0%
営利法人(株式・合名・合資・合同・有限会社)	597	98 16.4%	184 30.8%	246 41.2%	54 9.0%	15 2.5%
特定非営利活動法人(NPO)	36	2 5.6%	15 41.7%	16 44.4%	3 8.3%	0 0.0%
その他の法人	20	3 15.0%	7 35.0%	8 40.0%	2 10.0%	0 0.0%
その他	8	1 12.5%	1 12.5%	3 37.5%	2 25.0%	1 12.5%
無回答	3	0 0.0%	0 0.0%	2 66.7%	0 0.0%	1 33.3%

図表 299 開設主体別の事業所全体としての負担の大きさ
(必要書類の取得)

	件数	小さい	やや小さい	やや大きい	大きい	無回答
全体	1279	196 15.3%	457 35.7%	497 38.9%	96 7.5%	33 2.6%
都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合	20	2 10.0%	5 25.0%	10 50.0%	2 10.0%	1 5.0%
社会福祉協議会	78	15 19.2%	30 38.5%	25 32.1%	4 5.1%	4 5.1%
社会福祉法人(社協以外)	256	37 14.5%	96 37.5%	101 39.5%	18 7.0%	4 1.6%
医療法人	205	22 10.7%	76 37.1%	85 41.5%	15 7.3%	7 3.4%
社団・財団法人	25	4 16.0%	11 44.0%	6 24.0%	3 12.0%	1 4.0%
協同組合及び連合会	31	5 16.1%	4 12.9%	18 58.1%	4 12.9%	0 0.0%
営利法人(株式・合名・合資・合同・有限会社)	597	101 16.9%	204 34.2%	231 38.7%	46 7.7%	15 2.5%
特定非営利活動法人(NPO)	36	4 11.1%	15 41.7%	16 44.4%	1 2.8%	0 0.0%
その他の法人	20	4 20.0%	11 55.0%	3 15.0%	2 10.0%	0 0.0%
その他	8	2 25.0%	4 50.0%	1 12.5%	1 12.5%	0 0.0%
無回答	3	0 0.0%	1 33.3%	1 33.3%	0 0.0%	1 33.3%

図表 300 開設主体別の事業所全体としての負担の大きさ
(捺印の取得)

	件数	小さい	やや小さい	やや大きい	大きい	無回答
全体	1279	226 17.7%	499 39.0%	414 32.4%	103 8.1%	37 2.9%
都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合	20	4 20.0%	5 25.0%	9 45.0%	1 5.0%	1 5.0%
社会福祉協議会	78	15 19.2%	31 39.7%	21 26.9%	6 7.7%	5 6.4%
社会福祉法人(社協以外)	256	43 16.8%	111 43.4%	80 31.3%	17 6.6%	5 2.0%
医療法人	205	28 13.7%	82 40.0%	71 34.6%	17 8.3%	7 3.4%
社団・財団法人	25	3 12.0%	13 52.0%	7 28.0%	2 8.0%	0 0.0%
協同組合及び連合会	31	8 25.8%	8 25.8%	12 38.7%	3 9.7%	0 0.0%
営利法人(株式・合名・合資・合同・有限会社)	597	112 18.8%	220 36.9%	196 32.8%	51 8.5%	18 3.0%
特定非営利活動法人(NPO)	36	7 19.4%	16 44.4%	11 30.6%	2 5.6%	0 0.0%
その他の法人	20	3 15.0%	10 50.0%	4 20.0%	3 15.0%	0 0.0%
その他	8	3 37.5%	2 25.0%	2 25.0%	1 12.5%	0 0.0%
無回答	3	0 0.0%	1 33.3%	1 33.3%	0 0.0%	1 33.3%

10 同一法人が運営する他の介護保険施設・事業所の有無別の業務負担の状況

同一法人が運営する他の介護保険施設・事業所の有無別の業務負担の状況についてクロス分析の主な結果は以下の通りであった。

サービス提供事業所との情報共有における問題点や負担が大きいことをみると、同一法人が運営する他の介護保険施設・事業所の有無別で上位2項目の差はなかった。

また、ケアマネジメントプロセス全般において医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいこと（診療所・病院）をみると、同一法人が運営する他の介護保険施設・事業所の有無別で上位2項目の差はなかった。

同一法人が運営する他の介護保険施設・事業所の有無別のカンファレンスありまたはなしの退院・退所加算を算定する上で問題点や負担が大きいこと（医療機関からの退院・施設からの退所）についても、同一法人が運営する他の介護保険施設・事業所の有無別で上位2項目の差はなかった。

図表 301 同一法人が運営する他の介護保険施設・事業所の有無別のサービス提供事業所との情報共有における問題点や負担が大きいこと（複数回答）

	件数	時間や労力がかかる	迅速な応答が得られない場合がある	担当者との連絡がとりにくい	事業所側から適時に情報が共有されない	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
全体	1279	698 54.6%	697 54.5%	537 42.0%	558 43.6%	42 3.3%	141 11.0%	16 1.3%
同一法人・系列法人が運営する介護保険施設・事業所を併設している	946	525 55.5%	520 55.0%	407 43.0%	432 45.7%	28 3.0%	98 10.4%	11 1.2%
同一法人・系列法人が運営している介護保険施設・事業所があるが、併設ではない	144	78 54.2%	83 57.6%	58 40.3%	54 37.5%	4 2.8%	16 11.1%	1 0.7%
同一法人・系列法人が運営する他の介護保険施設・事業所はない	163	79 48.5%	80 49.1%	62 38.0%	62 38.0%	9 5.5%	26 16.0%	2 1.2%
無回答	26	16 61.5%	14 53.8%	10 38.5%	10 38.5%	1 3.8%	1 3.8%	2 7.7%

図表 302 同一法人が運営する他の介護保険施設・事業所の有無別のケアマネジメントプロセス全般において医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいこと（診療所）（複数回答）

	件数	時間や労力が大きい	医療機関側に時間をとってもらうことが困難である	医療に関する表現や用語の難解な部分がわかりにくい	主治医とコミュニケーションを図ることが困難である	情報提供しなくても、活用されない（活用されていないか不明である）ことが多い	主治医と利用者の自宅での生活への理解や関心を共有することが困難である	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
全体	1279	502 39.2%	599 46.8%	320 25.0%	459 35.9%	427 33.4%	358 28.0%	30 2.3%	136 10.6%	179 14.0%
同一法人・系列法人が運営する介護保険施設・事業所を併設している	946	374 39.5%	444 46.9%	233 24.6%	350 37.0%	326 34.5%	285 30.1%	23 2.4%	97 10.3%	116 12.3%
同一法人・系列法人が運営している介護保険施設・事業所があるが、併設ではない	144	56 38.9%	75 52.1%	41 28.5%	49 34.0%	49 34.0%	35 24.3%	2 1.4%	20 13.9%	22 15.3%
同一法人・系列法人が運営する他の介護保険施設・事業所はない	163	63 38.7%	69 42.3%	39 23.9%	53 32.5%	46 28.2%	33 20.2%	5 3.1%	18 11.0%	34 20.9%
無回答	26	9 34.6%	11 42.3%	7 26.9%	7 26.9%	6 23.1%	5 19.2%	0 0.0%	1 3.8%	7 26.9%

図表 303 同一法人が運営する他の介護保険施設・事業所の有無別のケアマネジメントプロセス全般において医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいこと（病院）
（複数回答）

	件数	時間や労力が大きい	医療機関側にとって時間をとることが困難である	医療に関する表現や用語の難解な部分がわかりにくい	主治医とコミュニケーションを図ることが困難である	情報提供しても、活用されない(活用されていないか不明である)ことが多い	主治医と利用者の自宅での生活への理解や関心を共有することが困難である	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
全体	1279	697 54.5%	868 67.9%	492 38.5%	867 67.8%	617 48.2%	659 51.5%	26 2.0%	61 4.8%	44 3.4%
同一法人・系列法人が運営する介護保険施設・事業所を併設している	946	515 54.4%	640 67.7%	365 38.6%	642 67.9%	462 48.8%	496 52.4%	17 1.8%	44 4.7%	26 2.7%
同一法人・系列法人が運営している介護保険施設・事業所があるが、併設ではない	144	79 54.9%	102 70.8%	55 38.2%	99 68.8%	70 48.6%	74 51.4%	2 1.4%	7 4.9%	8 5.6%
同一法人・系列法人が運営する他の介護保険施設・事業所はない	163	88 54.0%	108 66.3%	61 37.4%	108 66.3%	75 46.0%	76 46.6%	7 4.3%	9 5.5%	10 6.1%
無回答	26	15 57.7%	18 69.2%	11 42.3%	18 69.2%	10 38.5%	13 50.0%	0 0.0%	1 3.8%	0 0.0%

図表 304 同一法人が運営する他の介護保険施設・事業所の有無別のカンファレンスありの退院・退所加算を算定する上で問題点や負担が大きいこと（医療機関からの退院）
（複数回答）

	件数	カンファレンスの案内がなく、参加することが困難である	要件に合致するカンファレンスが開催されていない	カンファレンスに参加した場合、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等についてケアプラン等に記録することが困難、負担である	医療機関、施設が利用者又は家族に提供した文書の写しを添付(取得)することが困難である	3職種以上の参加が求められるなど、算定要件が厳しすぎる	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
全体	1279	359 28.1%	429 33.5%	303 23.7%	222 17.4%	690 53.9%	107 8.4%	150 11.7%	113 8.8%
同一法人・系列法人が運営する介護保険施設・事業所を併設している	946	267 28.2%	329 34.8%	221 23.4%	158 16.7%	519 54.9%	78 8.2%	109 11.5%	76 8.0%
同一法人・系列法人が運営している介護保険施設・事業所があるが、併設ではない	144	42 29.2%	45 31.3%	31 21.5%	28 19.4%	73 50.7%	7 4.9%	19 13.2%	12 8.3%
同一法人・系列法人が運営する他の介護保険施設・事業所はない	163	46 28.2%	49 30.1%	47 28.8%	32 19.6%	85 52.1%	21 12.9%	18 11.0%	18 11.0%
無回答	26	4 15.4%	6 23.1%	4 15.4%	4 15.4%	13 50.0%	1 3.8%	4 15.4%	7 26.9%

図表 305 同一法人が運営する他の介護保険施設・事業所の有無別のカンファレンスありの退院・退所加算を算定する上で問題点や負担が大きいこと（施設からの退所）
（複数回答）

	件数	カンファレンスの案内がなく、参加することが困難である	要件に合致するカンファレンスが開催されていない	カンファレンスに参加した場合、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等についてケアプラン等に記録することが困難、負担である	医療機関、施設が利用者又は家族に提供した文書の写しを添付(取得)することが困難である	3職種以上の参加が求められるなど、算定要件が厳しすぎる	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
全体	1279	159 12.4%	206 16.1%	139 10.9%	86 6.7%	323 25.3%	129 10.1%	238 18.6%	416 32.5%
同一法人・系列法人が運営する介護保険施設・事業所を併設している	946	128 13.5%	153 16.2%	102 10.8%	62 6.6%	247 26.1%	93 9.8%	183 19.3%	289 30.5%
同一法人・系列法人が運営している介護保険施設・事業所があるが、併設ではない	144	17 11.8%	26 18.1%	17 11.8%	9 6.3%	37 25.7%	9 6.3%	27 18.8%	50 34.7%
同一法人・系列法人が運営する他の介護保険施設・事業所はない	163	13 8.0%	25 15.3%	18 11.0%	13 8.0%	33 20.2%	26 16.0%	26 16.0%	61 37.4%
無回答	26	1 3.8%	2 7.7%	2 7.7%	2 7.7%	6 23.1%	1 3.8%	2 7.7%	16 61.5%

図表 306 同一法人が運営する他の介護保険施設・事業所の有無別のカンファレンスなしの退院・退所加算を算定する上で問題点や負担が大きいこと（医療機関からの退院）
（複数回答）

	件数	カンファレンス以外の面談による情報収集が困難である	カンファレンス以外の情報収集の記録を残すことが困難である	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
全体	1279	426 33.3%	250 19.5%	118 9.2%	399 31.2%	233 18.2%
同一法人・系列法人が運営する介護保険施設・事業所を併設している	946	324 34.2%	187 19.8%	91 9.6%	303 32.0%	151 16.0%
同一法人・系列法人が運営している介護保険施設・事業所があるが、併設ではない	144	45 31.3%	33 22.9%	6 4.2%	48 33.3%	34 23.6%
同一法人・系列法人が運営する他の介護保険施設・事業所はない	163	49 30.1%	29 17.8%	20 12.3%	45 27.6%	34 20.9%
無回答	26	8 30.8%	1 3.8%	1 3.8%	3 11.5%	14 53.8%

図表 307 同一法人が運営する他の介護保険施設・事業所の有無別のカンファレンスなしの退院・退所加算を算定する上で問題点や負担が大きいこと（施設からの退所）
（複数回答）

	件数	カンファレンス以外の面談による情報収集が困難である	カンファレンス以外の情報収集の記録を残すことが困難である	その他	問題点や負担が大きいことはない	無回答
全体	1279	211 16.5%	118 9.2%	143 11.2%	395 30.9%	471 36.8%
同一法人・系列法人が運営する介護保険施設・事業所を併設している	946	157 16.6%	87 9.2%	104 11.0%	310 32.8%	328 34.7%
同一法人・系列法人が運営している介護保険施設・事業所があるが、併設ではない	144	26 18.1%	19 13.2%	11 7.6%	46 31.9%	56 38.9%
同一法人・系列法人が運営する他の介護保険施設・事業所はない	163	24 14.7%	11 6.7%	27 16.6%	37 22.7%	68 41.7%
無回答	26	4 15.4%	1 3.8%	1 3.8%	2 7.7%	19 73.1%

4 ヒアリング調査について

4.1 目的

居宅介護支援事業所を対象として、業務負担に関わる項目として、ケアマネジメントプロセス、加算・減算に関する理解の度合い、業務負担の度合い等の実態を把握するため、アンケート調査およびヒアリング調査を実施した。特にヒアリング調査では、ケアマネジメントプロセスにおける質の担保と業務負担軽減の観点から、現場の実態および先進的な取組や工夫等について情報収集することを目的として、居宅介護支援事業所を対象に調査を実施した。

4.2 実施概要

(1) 調査対象

以下の6箇所にてヒアリング調査を実施した。

図表 308 ヒアリング調査対象一覧

	取組事例	ヒアリング先の概要
事例1	ICT 活用事例	営利法人 A 居宅介護支援事業所（単独型） 5 事業所
事例2	単独型事業所における業務負担軽減	営利法人 B 居宅介護支援事業所（単独型） 2 事業所
事例3	医療介護連携事例 (MCS の活用)	医療法人 C 居宅介護支援事業所（併設型） 1 事業所
事例4	地方部における取組事例	医療法人 D 居宅介護支援事業所（併設型） 1 事業所
事例5	地域内での組織的な業務負担軽減事例	会員組織 E 居宅介護支援事業所 約 100 事業所が加入
事例6	地域内での組織的な業務負担軽減事例	会員組織 F 居宅介護支援事業所 111 事業所が加入

(2) 調査内容

以下に示す取組や課題について聞き取りを行った。取組については、個々の事業所、法人による取組や、地域における行政および多機関と連携して推進している取組などについて情報提供いただいた。

- ① ケアマネジメントプロセスにおける質の担保と負荷軽減のための取組の経緯
 - ・ 開始時期、導入のきっかけ、導入の流れ、導入のなかで苦労した点等
- ② ケアマネジメントプロセスにおける質の担保と負荷軽減のための取組における課題
- ③ ケアマネジメントプロセスにおける質の担保と負荷軽減のための取組の効果
 - ・ ケアマネジャー側の反応、利用者・家族側の反応、サービス事業所・医療機関側の反応、ケアマネジャーへの支援
- ④ 今後の課題等

4.3 調査結果

ヒアリング調査結果は以下のとおり。

事例1：ICT活用事例

ICT 機器やソフト等の効果的な活用を通じ、記録業務や事業所内外との情報共有の効率化を実現！

1. 業務負担等の軽減のための取り組みの詳細

(1) 貴事業所・貴団体における取組の内容について

1) ICT 機器の活用

- 全社員にスマートフォンを配布している。タブレット端末も各事業所で1台程度備えているが、スマートフォンに介護業務支援ソフトを入れているため、タブレットの活用頻度は多くない。訪問先で簡易なメモを入力する程度である。
- ツールとしては、ビジネスチャットツール（社内情報共有）、カレンダーアプリ（スケジュール登録・共有）、メッセージアプリ（社外関係者、利用者・ご家族との連絡）を使用している。
- ICT 機器の導入・活用にあたっては拒否感を示す方も多いため、採用面接の段階でスマートフォンを使用しているか、使用している場合は iOS か Android かも確認している。
- ケアマネジャー（以下、ケアマネ）の平均年齢は 40 代後半～50 代後半くらいである。年代よりもパソコンの活用等に慣れているかによるだろう。
- ビジネスチャットツールを事業所内での情報共有に活用している。
- 事業所ごとのチャンネルがあり、そこに社員が書き込んでいけるものである。社内共通の情報共有ツールとして用いている。
- 特定事業所加算の算定要件として、週1回の会議の開催があるが、ビジネスチャットツールに会議用のチャンネルを用意し、予め、概要（小見出し）にミーティングの議事録のフォーマットをアップしておき、ミーティング前に各自が入力し、その内容に基づいて会議を実施する。よって、特定の職員が会議後に議事録を作成するのではなく、会議時には概ねできている状況になっており、記録作成の負担が少ない。
- カレンダーアプリも利用しており、訪問予定を登録している。以前は事業所に設置しているホワイトボードに記載していたが、事業所内でしか確認ができない、事業所内においても記載内容の確認のために近くに行かなければ見えないなど、不便だった。
- 初回訪問時に、自転車で利用者宅へ向かう際、ナビ代わりに地図アプリを活用して

- いる職員もいる。
- スマートフォン、タブレット端末を導入したことで、新規利用者の動作確認のために動画撮影することが増えてきている。
 - 退院前カンファレンスなどの会議について、コロナが流行してから、病院側に Web 会議ツールで実施できるかを確認するようになった。しかし、なかなか対応してくれる病院は少ない。
- 2) 事業所外との情報連携
- 他事業所との日程調整は電話連絡で実施している。または、ビジネスチャットツールに参加していただいているサービス事業所の場合は、ビジネスチャットツールでも連絡することができる。また、利用者宅への訪問日程の調整においては、日時を調整するというよりは、「○日に訪問するが、同行できるか」という確認の仕方をしている。
 - 当社としてビジネスチャットツールを使い始めた際に、サービス事業所にも参加を働き掛けていたが、職員にスマートフォンが支給されていなかったこともあり、参加いただけないケースが多かった。利用者ごとにチャンネルを設け、そこに情報を書き込むことで、関係者間での情報共有ができるようになり便利である。訪問診療、薬局、訪問看護も参加している。訪問診療の医師の方で積極的に活用いただいているケースもあり、紹介状や処方箋等をビジネスチャットツール上で送付し、それを受けて各サービス事業所が利用者への対応を行っている。
 - 大手事業者はセキュリティの問題で協力いただけない場合が多い。
 - 利用者家族との連絡方法も、ショートメールやメッセージングアプリを使用するケースが増えてきた。
- (2) 貴事業所・貴団体における取組の開始時期および開始のきっかけについて
- スマートフォンに切り替えたきっかけは、数年間にスマートフォンの価格が一気に下がったため、それを機に、かつ、アプリも使用できるため事業所全体で切り替えた。
 - 情報共有・連携について、メッセージングアプリは1週間前の添付ファイルの確認ができない、概要欄がない、パソコンで使用するとうまく操作できない、発信後のメッセージ修正ができないという難点がある。また、閲覧履歴が残ることが精神的に負担になる。上記を踏まえ、他のアプリとも比較し、現在使用しているビジネスチャットツールを選択した。ビジネスチャットツール上のやり取りはコピー&ペーストで支援経過記録に貼り付けなども可能である。
 - 利用者が気にするのは情報漏洩であるが、各サービス事業所が個々に個人情報取り扱いの同意を得ている。よって、情報保護については各事業所で実施してもら

ようにしており、何かがあっても当社が責任を負わないよう免責事項を予め設けている。

- スマートフォンで介護業務支援ソフトを利用している。記録等の書類作成はパソコンで行うことが多く、パソコンも全職員に1台配布している。職員個々に1人1アカウントを設定しており、事業所外でも介護業務支援ソフトの操作は可能である。コロナ禍のため、事業所へ入社することも控えている。自宅からでも介護業務支援ソフトへのアクセスは可能であり、事業所へ立ち寄ることなく業務を行うことができる。

(3) 貴事業所・貴団体における取組の流れについて

- 以前は PHS を全社員に配備していたが電話機能しか使用することができなかった。訪問先等でアプリを使用したいと思い、5～6年前からスマートフォンに切り替えた。
- スマートフォンにはパスワードを設定し、紛失しても情報漏洩しないよう留意している。

(4) 貴事業所・貴団体における取組の中で特に苦勞した点について

- 社員の平均年齢が高いため、ビジネスチャットツールの活用など、すんなりと覚えられる方ばかりではない。何度も丁寧に説明して覚えてもらった。また、他の方のビジネスチャットツール上のやりとりを見て、どのように使うのか体感しながら理解していつてももらった。
- ビジネスチャットツールの活用等、当社で導入しているシステムについては、覚えないと仕事にならない。
- ユーザーとして使用することは難しいものではないが、事業所として初期のセッティングに最も苦勞する。初期設定等は事業所の管理者が担当している。

- ICT 機器の導入において補助金を活用したことはない。
- 最近ではスマートフォンも安価で購入できる。1か月あたり何件通話しているか、ショートメールは何件程度発信しているかなども確認することができる。ケアマネ1人あたりの利用者数が同じ方でも、業務が遅いケアマネは電話の通話時間が長いなどの傾向があり、効率的に業務を行うためのアドバイス等を行うことがある。

(5) 貴事業所・貴団体における業務負担等に関する取組におけるケアマネジメントプロセスの質の確保のための工夫について

- 当事業所で使用しているアセスメントツールは、介護業務支援ソフトに搭載されているツールを使用している。
- 別の1事業所ではエクセルのアセスメントシートを活用していることもあるが、

できるだけ介護業務支援ソフト上のシートを使用するように指導している。

- また、法人内の1事業所に事務職員を配置し、書類整備の進捗確認等を実施している。介護業務支援ソフト上でアセスメントシートを作成してもらえると、事務職員が他の事業所の実施状況を確認することもできる。

- 署名・捺印が必要な書類、モニタリング記録は紙で保管している。
- 当社では、管理シートというチェックシートを用意しており、書類管理ができているか、担当者会議ができているか、アセスメントシート、モニタリング記録等の各種書類についてチェックシートに基づいて自己点検の上、第三者チェックとして主に事務職員に一式揃っているかを確認してもらっている。
チェックシートに基づいた確認は、ケアプラン変更、利用終了のタイミングで事務職員が確認している。2人1組で相互チェックの体制をとっており、業務管理表というシートに担当利用者が記載されており、利用者の各種記録がきちんとあるかを介護業務支援ソフト上の登録状況の確認を行う。

- 現在紙で保管している書類についてスキャナで取り込み、パソコンに保存するとした場合には、バックアップをどのように保管するかが課題になる。実地指導の際も、結局は紙で提示を求めるケースもまだまだ多いため、書類については紙で保管している。
- 担当者会議の記録、個別計画書は紙（FAX）がまだまだ主流であり、PDF化して名称を変更するなどが手間であり、かつ、職員も紙の方がやりやすいため、現在は紙で保管する場合のルールを定めている。

- サービス担当者会議について、利用者の了承が得られればオンライン開催でもよいとなった場合でも、初回の会議の場で契約書を取得するため、初回は参集すると思われる。初回訪問がなくなると契約書を郵送すると、やり取りや不備が発生するのではないかと懸念される。郵送になると、返送がない場合や、返送が遅れるケースもあるため、訪問してその場で署名・捺印をもらった方が効率的である。初回訪問に合わせて遠方のご家族も利用者宅に来てもらうが、契約のために再度日程調整しなければならない。
- ケアマネとしても1度は全員で顔を合わせておかないと、安心してサービス提供してもらえるのか不安に思う。
- 訪問診療の医師については、時間調整が難しくオンラインで参加でも可であれば、有効ではないか。退院前カンファレンスなど、必要なタイミングに合わせて同席してもらいたい。

- 担当者会議については、参加がなくても照会や事前に電話をもらうこともある。本来に担当者会議が必要なケースは初回であり、その場合は2週間前から全員が参

加できる日程を調整することになる。プラン変更の度に毎回実施するが、事業所側はまたかと感じているのではないか。

- 軽微な変更の取り扱いは事業所として取扱っていない。複数の保険者と相対しているため、事業所としては同一の基準で実施するようにしている。全員参加でなくても、意見照会で対応する。電話照会は記録が残らないため、基本は紙で残るようにしている。サービス担当者会議用の用紙に記載して返送してもらうよう依頼している。
- テレビ会議への参加で、意見照会を作成する手間は削減されると思われるが、サービス事業所にとっては、その時間にパソコンの前にいることが逆に負担になるのではないか。インターネット接続に制限がある法人もあり、どこまでのサービス事業所が対応できるのか。意見照会用の用紙に記載し、返送してもらう方が空いた時間に対応できるなど、対応しやすいのではないか。

- コロナ禍でのモニタリングは、訪問していないケースの方が多い。事業者として、感染者を出してしまい利用者が死亡するようなことになっては困る。当社では、在宅でも業務できる環境があるため、事業所に出社させるのも躊躇している。
- 退院前や介護保険証が変わったことにより、サービス担当者会議の開催が必要なケースは訪問で開催するようにしている。
- 容態に変化のない方についてはご家族に確認し、電話でのモニタリングとしてもよいか確認し、了承を得られれば電話モニタリングとする。
- 3か月程度でもお会いしない利用者があると、ケアマネとしては気になるところである。先日までは感染状況が落ち着いていたため訪問し始めていたが、再度感染者数が増えてきたため控えたいと思っている。
- 電話確認だけでは情報不足の部分もあるため、家族やサービス事業所に直近の状況を確認するようにしている。皮膚状態、顔色、体重の増減などは実際にお会いしないとわからない情報である。実際に訪問している事業者を確認している。

- テレビ会議等によるモニタリングも可とした場合、テレビ会議を使える方がどの程度いるかが課題になる。ご家族は使用できる方も増えてきている。また、利用者宅の状況については、同居家族がいればインターネット環境が整ってきた。
- 現在も些細な連絡はメッセージアプリを使用することが多く、モニタリングの実施方法としてメッセージアプリの電話機能を活用することもできるかもしれない。実際にTV会議でのモニタリングが可能になるならば、事業所として手順書を作成し、問題なく実施できるかを確認することになるだろう。
- 署名捺印が不要となれば、利用計画等は郵送することでもよいかもかもしれない。また、サービス事業所についても、ビジネスチャットツールに電子データを貼り付けることでダウンロード頂くなどが考えられる。
現時点でも利用者の状況によって頻繁に訪問しているが、容態が安定している方

については訪問しなくてもよいかもしれない。しかし、信頼関係が構築できるかが心配である。毎月訪問することで関係性を作っているところもある。よって要支援の場合のモニタリングは3か月に1回の訪問になっているため、利用者との信頼関係が薄いのではないかと感じている。

(6) 貴事業所・貴団体における取組における職員のための教育や研修、支援等の実施有無および内容について

- 最近、研修動画を作成し、動画共有プラットフォームで共有できるようにした。動画として作成しておくことで、記録として残るので、色々な場面で活用しやすい。
- 動画作成にあたっては、制度改正もあるため、いつ作成したものかは記録しておくようにしている。
- 他の居宅介護支援事業所でも使用してもらってよいというスタンスであるため、動画共有プラットフォームで広く一般公開している。

- 先日、市内で主任者研修が開催されたが300人の会場に60名の参加者を対象に研修を実施した。まだまだ法定研修（主任研修）も参集して実施するケースが多い。Web会議ツールでの開催が可能になれば、遠方の方々も参加しやすくなるだろう。

2. 業務負担等の軽減のための取組の効果について

(1) 実際の取組による業務負担等の軽減の効果について

- 介護業務支援ソフト、ビジネスチャットツールを使用した業務に馴染んでしまっているため、ICTがなくなると仕事にならないだろう。単独型事業所はある程度の件数を持たなければ利益がでないこともあり、効率的に業務を行うことは重要である。
- 提供票の送信について、一斉送信機能を活用することで送付に関する業務が不要になる。以前、FAX送付を行っていた際には半日～1日かけて実施していたところである。この機能を活用することで、空いた時間の分、担当利用者を増やすことができる。
- ICTを活用して効率的に業務を行えるケアマネもいるが、うまくできないケアマネもあり、こういった要因があるかを確認し、その改善を支援している。ケアマネ1人あたり35件担当できるようにしている。

- 間接業務を減らしたからといって、利用者への対応時間が大きく増えることはないだろう。利用者に合わせて必要な時間をこれまでも使っていたと考えている。
- ケアマネはやらないことを決めることも大切なところである。やろうと思えばどこまでも範囲は広い。しかし、ケアマネの業務時間は1か月あたり8時間×20日＝160時間が基本である。その範囲でやれなかった部分は他の職員に負担がかかることであり、残業に繋がる。ケアマネ1人1人がケアマネとして何をすべきかをきちんと

考えるようにしてもらいたいと考えている。

- (2) 実際の取組における貴事業所・貴団体のケアマネジャー側の反応について
- ケアマネ間の力量の差はあり、医療職との話し合いの用語の使い方や、支援経過の内容についてどこまで共有すべきかについては考えている。地域によって連携に使っているツールが違うことも一つの課題である。
- (3) 実際の取組における利用者やその家族側の反応について
- 利用者・家族とのやり取りはメッセージングアプリやショートメールで行うケースが多くなってきた。利用者側から希望されることが多い。
 - ショートステイの予約なども、メッセージングアプリでの家族とのやり取りの記録が残るので、記録作成時に振り返ることもできる。
 - メッセージングアプリやショートメールを利用できるようになり、サービス事業所の案内などの URL を貼り付けて送付できるようになり、効率的になった。 これまではサービス事業所からパンフレット等を取り寄せ、利用者へ配布しなければならなかった。

3. 業務負担等の軽減のための取組の課題について

- (1) 現在の取組で改善したい課題およびその予定について
- 全利用者について、利用者ごとのビジネスチャットツールのチャンネルを作ることで、サービス事業者との情報共有の高速化が考えられる。しかし、ビジネスチャットツールの利用ができるサービス事業者に限られるため、集中減算につながらないかが心配になる。
 - ビジネスチャットツール上での情報共有についても、ケアマネによって対応力の差はある。医療側が専門用語でのスピーディなやり取りがなされるため介護側がついていけないようなケースも見受けられる。
 - 医療介護連携（MCS）について、A自治体はA社のシステム利用を推奨している。グループの設定はA自治体が行い、利用者への説明もA自治体の職員が行う。しかし、医療職とケアマネしか参画できず、サービス事業者は参加できない。その場合は、サービス事業者には別途 FAX での情報共有となる。
 - B自治体はB社のシステム利用を推奨している。
 - 当社はビジネスチャットツールを活用しており、情報連携のシステムが統一されればよいと思う。
- (2) ケアマネジャーの業務負担およびその軽減に関するご意見について
- 訪問看護などのサービス事業所は365日稼働しているため、ビジネスチャットツールへの書き込みも行われる。ケアマネによっては、休日にもビジネスチャットツ

ルを確認しなければならないと思い、負担に感じる方もいる。

4. その他

- 訪問範囲が広くなりすぎると業務の効率化が図れなくなるため、利用者数が増えてくれば事業所を新設するようにしている。他事業所からの引継ぎ案件も多く受け入れている。
- 事務員は法人内の1つの事業所に2名配置しており、その2名で全事業所の対応を行っている。業務範囲は特に固定していない。法令を覚えてもらいケアマネ業務の支援を行っている。データ転記作業、電話対応、来客対応は事務員の業務としている。
- サービス提供票への実績入力作業は事務員に依頼し、最終チェックをケアマネが実施するということもある。基本的にはケアマネ各自で実施して欲しいところである。
- 介護業務支援ソフトの連携機能として、サービス事業所から実績データを提供してもらえれば自動的に提供票との位置合わせが完了できるが、データ連携が実施できるサービス事業所は全体の1割程度である。全件可能であれば1か月あたり2～3時間削減ができる。作業が遅いケアマネは毎月20時間程度かけているケースもある。

事例 2：単独型事業所における業務負担軽減

事務員の配置や SNS による事業所内の情報共有、ICT 活用による在宅勤務等、働きやすい職場環境づくりを実施！

1. 業務負担等の軽減のための取り組みの詳細

(1) 貴事業所・貴団体における取組の内容について

- ケアマネジャー（以下、ケアマネ）資格を有した方を事務員として配置している。
ケアマネ 7 名程度になった際に、事務担当の職員の配置を決めた。ケアマネの気持ちわかる事務員がいることで、どこまで支援すれば楽になるか、担当ケアマネが対応すべき点はどこかということが判断でき、効率的な業務遂行ができています。
- 事務員が提供票の送付、国保連請求は事務担当が実施できるため、ケアマネが身軽に動けるといことが、業務効率の面でよい点である。
- また、電話相談についても、急ぎ対応が必要かの判断や、書類の要望などにも対応できる場所もあり、全てを担当ケアマネに繋がなくても対応が完了できるという利点がある。

- 現在所属しているケアマネジャーは 23 名であり、人数も多いため事業所内職員同士の情報共有はメッセージングアプリのグループ機能で行っている。
市役所に書類提出に行く際や（他のケアマネ分もまとめて持参）、地域のサービス事業所の情報などを共有している。
- また、他市に渡り利用者がいるため、メッセージングアプリのグループ機能を使って他市の事業所情報を教えてもらったり、ローカルルールがあった場合に記録に残し、事業所内で留意点を共有している。市によって申請様式も異なっている。
- 退院・退所加算も、市によっては事前に確認が必要だったケースもあった。他市では届出実績もないというケースもあった。
- メッセージングアプリのグループ機能上には個人情報を書き込まないことが基本である。

- サービス事業所との連絡は主に電話、FAX である。ビジネスチャットツールを使用しているケースは全体の 1 割程度、メッセージングアプリやメールを活用する場合もある。
- 会社のメールアドレスを用いてやり取りするケースやメッセージングアプリでの連絡も行っている。しかし、当事業所ではタブレット端末を個々に支給しているため会社としてのアカウントを作成して使用しているが、サービス事業所によっては、個人アカウントを活用しているケースもあり、連絡先を教えてもらにくい。

- コロナ禍においてタブレット端末を使ったテレビ会議を事業所内では実施するこ

とができた。しかし、サービス担当者会議は相手の都合もあるため、実施することはできていない。

- 市内のケアマネ連絡会の会長を担っているため、ケアマネ連絡会の場で、市内事業所を対象にテレビ会議の使用方法について説明会を実施した。

 - 介護ソフト会社からタブレット端末もレンタルできる。緊急事態宣言が発令され、テレワーク時には1人1台タブレット端末が配布されており、事業所外から介護ソフトにもアクセスすることができたため自宅で問題なく作業することができた。
 - また、今までは利用者宅でサービス事業所の検索結果等をスマートフォンの画面で見せていたが、タブレット端末の方が画面も大きく、利用者への説明もしやすくなった。
 - 更に、全員ではないが介護ソフトの音声入力も活用し、空き時間にもメモ的な記録を作成することもできる。音声で入力しても正しい文書ではないため、手が離せない時などの簡易メモとして記録し、事業所に戻ってから修正して使用する。
 - 限度額を気にする利用者もいるため、利用者宅で介護ソフトに提供予定のサービスを入力し、金額の試算を示すこともできるようになった。限度額を計算するために事業所に一旦持ち帰ることなく、その場で利用サービスを決定できる利点がある。

 - 当事業所で勤務するケアマネは30代～40代が7割程度であるが、最年長は70代の方も勤務している。70代の方でもタブレット端末を活用して業務を行っている。
 - 当事業所のケアマネは、Web 会議ツール、メッセージアプリの使用には全員慣れている。
 - 勤怠管理も市販の勤怠管理システムを導入している。
- (2) 貴事業所・貴団体における取組の流れについて
- 新たなシステムやアプリを導入する際には、1人担当者を任命し、その人が、導入に当たっての準備やケアマネ個々のサポート等を実施している。
 - 当事業所では色々な担当を設けており、自転車担当、研修担当、衛生担当、フェイスマスク担当などがある。担当を引き受けた場合のボーナスも支給している。個々がそれぞれ担当を担っているため、互いに苦勞がわかり、支援しあっている。
- (3) 貴事業所・貴団体における業務負担等に関する取組におけるケアマネジメントプロセスの質の確保のための工夫について
- 特定事業所加算を取得しているため、教育には留意している。半年ごとに利用が終了したケアプラン、モニタリング記録、支援経過記録等、必要書類一式をまとめて各担当ケアマネから提出してもらい、他のケアマネに確認してもらおうということを実施している。

- 書類チェックをしつつ、「こういった記載があるんだ」という気づきも得ていただきたいと思っている。また、他のケアマネが見る前提で作成するため、そういった面でもはかしくないプランを作成するという意識をもってもらっている。
 - 毎月 50 件程度があり、それらを毎月全ケアマネに配分し、確認している。
- (4) 貴事業所・貴団体における取組における職員のための教育や研修、支援等の実施有無および内容について
- 入職時には OJT として新人と先輩ケアマネの 2 人で利用者を担当する。当事業所では基本的にケアマネの変更は行わないことから、新人は初めのうちは新規の利用者ばかりを担当することになる。
 - 事業所内では、週 1 回（特定事業所加算の要件）、月 1 回、半年に 1 回、会議の場があり、定期的に話し合う機会がある。
 - サービス事業所、利用者への対応は、当事業者としての理念に則って、連携をとることを意識して実施するよう指導している。ケアプランの結果ではなく、作成するまでの相談対応やサービス事業者の選定・調整を重要視している。
 - 当事業所は単独型のため集中減算を気にせずサービス事業所を選定しており、多い事業所でも 20%程度である。また、新たな施設・事業所ができれば積極的に内覧会に行き、写真などをメッセージアプリのグループ機能で共有している。

2. 業務負担等の軽減のための取組の効果について

- (1) 実際の取組による業務負担等の軽減の効果について
- 23 名ケアマネが在籍しており、設立後から今（7年目）まで離職者は 0 人である。
 - 当事業所の基本給は担当利用者数 30 件を基本としており、30 件を超える分はボーナスとして支給している。
 - 担当利用者数は、自己申告としてもらっており、多く働きたい方は何件でも対応してもらいボーナスで評価し、子供が小さい方などは 30 件までで収めておくなど、個々の働き方に合わせて働いてもらっている。
 - 固定残業として 20 時間分を基本給に含めているが、全員その時間内に納まっており、有給も完全取得できている。
 - タブレット端末を全員に配布していたことで、コロナ禍において事業所に出社することなく業務が継続できたことはよかった点である。

3. 業務負担等の軽減のための取組の課題について

- (1) 現在の取組で改善したい課題およびその予定について
- メッセージアプリで連絡をとる利用者や家族が増えてきた。働いている家族に対し、昼間に電話をすることは躊躇するが、メッセージアプリであれば都合の良いときに確認いただけて、ケアマネ側としても既読が把握できる。

- 家族・利用者の了承を得てメッセージングアプリ上で、家族とサービス事業所が一緒に情報共有することも始めている。今まで、ケアマネが中心になって双方に連絡していたが、その負担を減らすことができていると思っている。
 - アセスメントツールは介護支援ソフトのものを使用しており、請求情報の伝送まで一気通貫で活用している。サービス事業所との連絡もデータで実施できれば、より効果的と思っている。
 - 現状、データ連携ができているサービス事業所は2事業所程度に留まっている。両方ともにサービス事業所側の要望に応じて始めている。
- (2) 現在の取組以外に新たに実施したい取組およびその予定について
- 担当者会議についても、訪問できない方はオンライン参加も可となるとより参加しやすくなるだろう。そういった取組で加算がつけば取組がより進むのではないかと。
 - 利用者の状態像や重要度に合わせて対応できるとよい。
 - モニタリングについて、緊急事態宣言中の1か月は訪問での実施はできなかったが、その後、9割以上は訪問で実施できている。訪問できない利用者場合は、他のサービス利用も停止している。モニタリングについては、訪問しないと空気感や利用者の表情、居室の汚れ、家族の状況など、電話だけでは把握できない。電話だけでも問題ない利用者もいるが、訪問しないとわからない利用者もいる。
- (3) ケアマネジャーの業務負担およびその軽減に関するご意見について
- 当事業所では祝日も休みとしている。モニタリング記録等、毎月作成しなければならない業務は毎月月末3営業日までに終わらせるというルールに基づき、働いてもらっている。急がない業務は先延ばしにして積みあがっていくということがないようにしている。これにより、月末に空き時間ができて有給休暇をとるケアマネもいる。

4. その他

- 癌末期の方が自宅で最期を迎えることが多くなった。病院からはまず電話で相談を受けつける。当事業所では、常に午前、午後に分けてフリーの担当者を事業所に待機させるようにしており、緊急時の対応などに迅速に対応できるようにしている。
- ターミナルの方については、急変も多いため、2名で担当するようにしている。
- インフォーマルサービスについても、事業所として各種パンフレットを整理して共有している。福祉タクシー（介護保険を使用しないもの）、便利屋、配食、遺品整理など多々あり、営業にきてもらうことも多く、配食や福祉タクシーは利用することが多い。

事例3：医療介護連携事例（MCSの活用）

MCSによる効率的な医療介護連携により、円滑な医療機関との情報共有を実施！

1. 業務負担等の軽減のための取り組みの詳細

(1) 貴事業所・貴団体における取組の内容について

- 現在、居宅介護支援事業所のケアマネジャー（以下、ケアマネ）は6名（うち、主任ケアマネ3名※令和2年11月時点）である。社会福祉士（管理者）、作業療法士（病院勤務）、介護福祉士の資格を有するケアマネジャーが勤務している。
- 市医師会主導によるMCS導入にあたり、導入検討の段階から関与しており、情報連携ツールとしてMCSを活用している。
- MCSのトップ画面には、書き込んだ時間順に記載が並び、冒頭に事業所の略称、利用者名で一覧が表示される。一覧から確認したいチャンネルを選択すると個々の記載内容が確認できる。主に、患者の病状、既往歴、服薬の状況などが記載されている。
- MCSでは利用者毎のチャンネルが設定されているが、参加者に個人的なメール送信（全体の一覧には表示されない）も可能である。
- 緊急時ではなく、あくまで日常的なやりとりをMCSに記入するルールとしている。例えば、担当ケアマネが欠勤しているときに、別のケアマネがこれまでの経過を把握し、代わりに緊急時の対応をすることができるという利点がある。関係者へ報告として挙げておかなければならないものは、必ず書き込むことにしているが、通知の負担を減らすためにタイムリーな閲覧は必須としていないこともルールとして周知している。
- ケアマネ業務として、支援経過、モニタリングの作成を優先としている。これらの記録を作成する際、MCSの記載内容をコピー&ペーストして作成することも可能である。

(2) 貴事業所・貴団体における取組の開始時期および開始のきっかけについて

- MCSの導入検討が開始されたのは約5～6年前である。市医師会が都の補助を受け検討を開始する際、法人の理事長および職員が委員として参画したという経緯がある。
- 訪問診療、訪問看護、居宅介護が、MCS連携に参画している。
- MCSには、医師は毎回の訪問診療終了後に診療内容や利用者の容態等を書き込み、ケアマネ等は日々の生活上の相談事項等を書き込んでいる。医師側から訪問看護側へ指示書を送る際にも活用されている。
- MCSでは既読状況も把握できる。医師が記入したものを、ケアマネ等が確認する（既読）という仕組みである。
- 医師会主導の事業であるが、市医師会からは是非ケアマネにも参画してもらいたいと

の声掛けがあった。当初、参加事業所は多数あったが、訪問看護はほぼ参画しているものの、介護は少なく、ケアマネ事業所は事業所の入れ替わりもありつつ5事業所程度に留まっている。

- 要因として、医師会の中でも MCS を使用しているケースや、他社のシステムを使用しているなど、ツールが異なっているためでもある。また、介護事業所では個人情報取り扱いに躊躇して参画しないなどがある。
 - ケアマネが、医師と繋がることに気を遣うということもあるのではないかと感じている。医師から書き込みがあると、必ず既読にしなければならない、返信しなければならないなどと感じてしまうこともあるのではないか。
 - 利用者のかかりつけ医についても、MCS を活用してもらっており、電子カルテの記入後に、別途、MCS にも書き込んでいただいている。医療関係者に問い合わせることが苦手なケアマネが多いので、MCS に書き込まれた情報を参照することで情報収集ができることは有益である。
 - 写真もアップすることができる（褥瘡の状態等を看護師がアップ、など）。
 - 但し、医師の意見書については FAX で貰っている。
 - MCS はタイムリーに情報を得るものではなく、必要な情報を取りに行くツールである。よって、予め緊急時の連絡には MCS は使わないというルールになっている。
- (3) 貴事業所・貴団体における取組の流れについて
- タブレットの導入等については、法人本部にシステム担当や物品調達担当が実施した。事業所で対応したものは、個々の ID を配布するのみであり、MCS 導入時の負担は大きくなかった。
 - MCS による情報共有は医師が利用者のチャンネルを作成し、関係者をそのチャンネルに招待することから始まる。活用が広まらなかった要因として、医師がケアマネを招待しなければならないことにある。また、招待するためにはケアマネが予め医師会に連絡先を登録しておかなければならないという点もある。
 - MCS に参加していないケアマネが多いため、招待したくてもできないという状況もある。
 - 医師は利用者の状況や対応の難易度によって、ケアマネが必須と思う場合に招待する。
 - 大手事業所は法人としてのセキュリティの関係から MCS には参画できない。しかし、そういった事業所のケアマネからも、説明会で使ってみた感想としては、利用者状況が把握しやすく使いやすいといわれている。当事業所でも導入開始時はセキュリティの面で心配していたが、これまで情報漏洩もなく問題ないのではないかと思う。

- (4) 貴事業所・貴団体における取組の中で特に苦労した点について
- 新しい参加者（医師）の登録が難しい（クリニック側で実施する事項）。
 - MCSは医師会に医師のメールアドレスを登録することで、医師会のプラットフォームに参画することになる。医師会のシステムであるため、事業所としてシステム利用料はかからない。
 - MCSの操作は一般のSNSのように活用でき、難しいものではないため、日々使いながら慣れていくことができる。まずは、MCSを確認することに慣れるということ。当初は、医師が入力した際の通知が携帯電話に都度届き、対応に苦慮することがあったが、使用する中で効率的に活用できるようになってきた。
 - 入職したての職員からは、医療関係者も閲覧するものであるため、入力した文章に問題ないか確認を求められ、管理者として指導することもある。
- (5) 貴事業所・貴団体における取組における職員のための教育や研修、支援等の実施有無および内容について
- MCSの活用方法については、システム会社の方から丁寧に説明いただいた。その際、タイムリーに閲覧、返信を必須とすると負担になるということを予め説明を受けた。
 - MCSを確認する頻度としては、職員によるが、朝出勤した際に自身の担当利用者の状況を確認することが多い。また、訪問診療の予定等を把握しておき、そのタイミングで確認することもある。
 - 医療側との連携については、当事業所の場合は、訪問介護、訪問看護、居宅介護支援が同室にあり、また、日ごろから医師が隣にいる状況のため、他の事業所のケアマネよりも医師と話し易い環境と思われる。しかし、外部の医師の場合は、先輩と同行して会話の仕方を見せたり、医師への手紙の書き方などは指導することはある。

2. 業務負担等の軽減のための取組の効果について

- (1) 実際の取組による業務負担等の軽減の効果について
- 看護師、医師に直接連絡を取らなくても情報を得ることができる。医療関係者とのコミュニケーションに時間を掛けず、精神的負担も軽減できている。
- (2) 実際の取組における貴事業所・貴団体のケアマネジャー側の反応について
- 当事業所では医療との連携が多いため情報量がとても多く、退職していった職員も悩んでいたところである。MCSがあれば、とりあえずここに入力しておけばよいという整理ができる。
 - MCSを活用していない頃は、訪問診療の医師が診療所に戻ってくるのを待って状況を確認するなどの対応をしていたが、MCSが導入され、気を遣わずに情報が収

集でき（医師が書き込んだ情報を確認するだけ）、書き込まれた情報を踏まえ、必要な時に同行の打診等ができるようになった。

- MCS に記録することで、これまでの経過が全て継続して載っているため、過去の情報の振り返りもしやすい。
 - 医師の意見書等の正式な文書よりも、簡易な記載のため読みやすく、医師も医療用語をあまり書き込まないように配慮してくれている。
- (3) 実際の取組における利用者やその家族側の反応について
- MCS の情報を踏まえ、家族等に困りごとなどがなかったか確認した際に、「そこまで知ってくれているのか」と驚かれたり、喜ばれたりする。家族側としても、何度も同じことを複数回説明しなくてもよくなる。
 - MCS 導入を検討した際に、家族の参画についても検討された。しかし、家族としては知りたくない情報や（特に癌末期など）、専門用語が出てくるなどがあるため家族は含めないこととした。
 - また、利用者の個人情報の取り扱いについても、別途同意を得る必要があるか検討したが、既に個人情報の取り扱いについては同意を得ているということで、改めて対応する必要はないと、市医師会とともに整理したところである。
- (4) 実際の取組におけるサービス事業所・医療機関・自治体等の反応について
- 医師同士でも記載内容を見て、病気だけでなくその他の状況もみていかなければいけないのかと気づいてもらえる。
 - 薬局や訪問介護事業所も参画している。しかし事業所数は少ない。
 - ケアマネとしては、ヘルパーが訪問した際に気づいた利用者情報をデイサービスに伝えなければならないケースなども多く、情報は全てケアマネに集まってくる。ケアマネが間に入り、電話や FAX で連絡するだけで時間がかかってしまう。そういったケースは MCS を活用することで、業務負担軽減に繋がる。現状、外出から戻ると伝言や FAX が多くあり、そういったことが削減できるはずである。
 - MCS はメッセージを投稿するだけだが、今後、サービス提供票が閲覧できる等までできると望ましい。

3. 業務負担等の軽減のための取組の課題について

- (1) 現在の取組で改善したい課題およびその予定について
- 医療介護連携について、MCS を活用しているので内部での連携はとてもとれている。
 - 市においては医療側の相談員と密な連携が取れているが、市外の病院や MCS を導入していない大病院の医師との連携については課題と感じている。
 - 当事業所では MCS へ接続できるタブレット端末を 1 人 1 台配布しており、介護ソ

フトを使用するためのデスクトップ（WEB サイトとの連携なし）も1人1台配布している。MCS連携を呼びかけた際、他事業所では端末の手配をどうするかが課題となっている。

- 当事業所では介護ソフトを使用しているが、MCS との連携ができないところが課題である。
 - MCS と連動ができるものを探したが、なかなかない。事業所によって使用している介護ソフトが異なっていることが、システム活用における課題である。
 - MCS 連携を開始する以前からの介護ソフトから、別の介護ソフトへの移行タイミングが難しく、また、データ移管や既存データの保管にあたり費用がかかることもあり、なかなか変更しにくい状況である。ケアマネは各自、35～40件担当しており、利用者数も多くなっており、データ移管は困難である。

 - 退院・退所加算の届出に必要な書類について、病院側としては、退院時療養計画書はあると思うが、そこにケアマネが参加していたかの記録がないため、それでは証拠にはならない。退院前カンファレンスに関する書類がそもそも作成していないケースがある。
 - 必要な書類を作成してもらうには、参考様式として提示するしかないのではないか。
 - 加算に関連して、看護師等も多く関与するようになったが、日々の業務の流れにおいて個々で新たな書類を作成することもできないと想定されるため、様式を提示してあげるとよいだろう。
 - 医療側としても退院支援加算の裏返しの加算であるため、加算を取得している医療機関では提供してもらえらるだろう。
 - 人員要件を満たしていても最終的に書類がもらえないことで算定できないこともある。
- (2) ケアマネジャーの業務負担およびその軽減に関するご意見について
- ケアマネ不足が大きな課題と考えている。
 - ケアマネは業務外の負担も大きい。緊急時対応も多く、通院同行、介護保険以外の手続きや相談相手になることなどがある。訪問看護、訪問介護を利用していない利用者の緊急時対応は、対応を依頼できる先がないため、ケアマネが対応しなければならない。
 - 利用者から要望されたことを断ることは簡易だが、利用者が必要としていることは対応する必要がある。ケアマネが実施すべき業務範囲の線引きや、報酬に含める等も検討いただけると望ましい。
 - 実費徴収を行った場合、実地指導の際に実費徴収に関する対応をした時間は給付サービスへの対応時間から除くように、などの指導を受けることが懸念される。

- また、実地指導では「この文書」「この文言」がなければいけない等の指導が多く、記録量が膨大になっている。
- サービス担当者会議についても軽微な変更で参集しなくてもよいということを、具体的に示してもらえるとよい。
- 当事業所で担当している利用者は、医療ニーズ、困難事例（精神科からの退院）が多く、利用者の回転率は高いが、すぐに次の利用者の新規対応を行わなければならないこともあり、1件ずつの対応時間も多い。
- ケアマネジメントプロセスに沿ってケアプランを作成することが基本だが、ターミナルへの対応があるため、記録を作成しながら日々の対応を行うことになる。
- 特定事業所加算の算定要件で毎週会議を実施している。当事業所に勤務するケアマネは多様な職種の専門性を有するため、その専門性による意見交換が可能である。全員が介護系のみでのケアマネ事業所の場合ではケース検討においても偏った対応策しか考えられないことや、医療側との連携に苦手意識を持つことが多いのではないかと思われる。
- ターミナル、癌末期のケースは要介護度の区分変更前に亡くなってしまいうケースも多い。介護保険では報酬が少ないが、対応する事項は多く別途報酬を設けてもらえるとよい

4. その他

- 退院から自宅へ戻る予定だったが、結果として利用がないケースは年間で両手では足りないくらいは発生している。
- 多くは福祉用具貸与サービスにおいてベッドを自宅に搬入しても、結局使用しないケースも多く、福祉用具貸与事業者には申し訳ないと感じることも多い。こういったケースにも基本報酬、退院退所加算を付けてもらえると嬉しい。
- 地域の方々が困っているのであれば、支援していきたいという気持ちで取り組んでいる。社会福祉の1つとしての支援である。本人のニーズ把握、インフォーマルサービスの活用など、相談支援というよりは決め手に準じて動くケアマネが増えており、質の担保に繋がっていないのではないかとも思う。
- オンラインを活用した担当者会議については、初回は利用者宅に関係者全員が参集することが望ましい。また、トラブルがあった時や、利用者の容態に大きな変化があった際は、参集して協議することが望ましい。
- オンラインを活用した担当者会議はあくまで補助的なものと思う。コロナ禍においてWEB会議を開催したが、オンラインで実施する際の難しさを感じている。全員が発言できないことや、声の大きい方だけの発言になってしまう傾向にある。

事例 4：地方部における取組事例

移動時間や待機時間も効率的に活用し、残業のない働き方を実現！

1. 事業所の概要

- 医療法人併設の居宅介護支援事業所（平成 21 年 9 月設立）であり、ケアマネジャー（以下、ケアマネ）2 名（うち、1 名は主任ケアマネ）で約 70 名の利用者支援を行っている。
- 法人主導の基、ICT 活用等を通じた業務負担軽減等に関する取組を実施している。

2. 業務負担等の軽減のための取り組みの詳細

(1) 事業所における取組の内容について

【法人内における ICT 活用】

- 現在、事業所内で使用するためのパソコンを配備しており、介護ソフトを活用した各種書類の作成、法人内ポータルサイトの閲覧（情報共有）を行っている。
- 内線機能を設定したスマートフォンも貸与している。スマートフォン配布時には全員に誓約書を記載してもらうとともに、法人として許可したアプリ以外は使用しないこととしている。
- 法人として業務に使用するためのメールアドレスを用意しており、保険者やケアマネ連絡会、高齢者支援センターからの情報共有等を行っている。
- 法人として新システムの導入準備中であり、新システム導入後はケアマネ事業所においてもタブレット端末の活用を想定している。既に、法人内の訪問看護ステーションではタブレット端末を使用しており、訪問記録については、これまでは利用者宅で複写式の用紙に手書きしたものをその場で渡し、写しを事業所内で保管していたが、現在は記録を写真撮影し、デジタルノートアプリケーションに保存し、法人内の他サービス事業所と共有している。

【MCS の活用】

- 法人外の医師との情報共有は MCS を活用している。
- MCS による情報共有を行う対象利用者は、訪問診療や訪問看護が深く関わっているケース、対応が困難な利用者である。また、新規利用者の情報共有やカンファレンスにおいても活用している。新規利用者は月 1～2 名程度である。長期で利用を継続するケースも多いが、施設入所を期にケアマネとの関与がなくなるため、対象から外れてしまう。
- カンファレンスについては関係者間の資料や記録の共有、医師の意見照会を必要とする場合に MCS を活用している。医師も短時間であればカンファレンスに参加もしてくれている。
- 平成 27 年から導入しており、導入当初はアプリがなかったためパソコンのみでの利用に限られていたが、現在はスマートフォンからもアクセスが可能となっている。

(2) 事業所における取組の開始時期および開始のきっかけについて

【法人内における ICT 活用】

- これまでは、主な拠点間での情報共有を法人として導入したクラウドシステムを活用して行っており、法人内共通の介護ソフトを活用し、介護記録やケアプランの作成、法人内ポータルサイトの活用、メールによる連携を行っていた。
(現時点では、クラウドサービスの接続状況が悪いため、一旦、法人内のサーバーに戻している。よって、外出先からのアクセスができない状況にある。)
- 利用者情報のデータベースが入所施設と居宅介護支援事業所で別に作成・管理されており、統合したいと考えている。また、クリニックも2箇所あり、クリニックの電子カルテとも連携するシステムに入替を予定している。
- 新システムが導入されれば、ケアマネ事業所においても事業所外でタブレット端末にてシステムへのアクセスも可能になる (以前とは異なるクラウドサービスを導入)。よって、利用者宅に訪問した際の各種記録(支援計画、モニタリング記録等)について、現在は事業所に帰所してから作成していたが、利用者宅で入力できれば業務効率化に繋がるのではないかと想定している。
- 理事長が ICT 活用に関心が高く、法人として積極的に取り組んでいる。

【MCS の活用】

- MCS 活用の経緯としては、地域において多職種連携ネットワークが立ち上がった際、そこで使用するシステムが MCS であったためである。当初は医師会主導で導入が進められていたが、現在は町が主導している。
- また、法人としては、厚生労働省が主導しているデータヘルス集中改革プランに基づいた、「ICT 医療ネットワーク」に参画し、医療情報を有効活用していく方針であり、医療介護連携を進めている。地域の医療ネットワーク等にも連携していくことを想定している。

(3) 事業所における取組の中で特に苦労した点について

- MCS の活用においては、訪問看護事業所において既に取組が開始されていたため、ケアマネ事業所として特に準備するようなことはなかった。
- しかし、このシステムで利用者情報を共有することは問題ないのかという点で心配なところがあった。一般企業における情報漏洩の事例も発生していた頃であり、往診の医師からもセキュリティは大丈夫かという質問もあった。
- 医師が各サービス事業所等を MCS へ招待する仕組み(入所施設のみ施設側から登録可能)であるため、医師の理解がなければ導入が進まない。協力機関が少なければ情報連携も進んでいかないことが課題である。現在は、ICT 活用に積極的な医師が主導で取組を進めているところである。

(4) 貴事業所・貴団体における業務負担等に関する取組におけるケアマネジメントプロセスの質の確保のための工夫について

- MCSには、利用者本人・家族とケアマネで連絡を取ることができるチャンネルがある。利用できる利用者本人・家族の場合には、個人情報の取り扱いやMCSの説明パンフレットが医師会にて用意されているため、そういったものを使用して説明している。しかし、活用できる方は少数である。
- ケアマネ事業所からは、利用者の基本情報や、必要とするサービスについて医師の意見を求める際にMCSを活用している。医師へ気を使わずに意見照会ができる。
- 訪問リハビリテーション等の他サービス事業所からの情報について、医師から共有いただけることがあり、参考になる。

(5) 事業所における取組における職員のための教育や研修、支援等の実施有無および内容について

- 導入に当たり、MCSの運営会社側からの研修を受けた。
- 法人内でも職員に向けたITやWeb活用に関する研修会を行っている。

(6) その他

- ICT多職種ネットワークに参画しており、8市町村を対象にICT活用の説明会を開催しており、MCS連携に参画する事業者を増やしているところである。
- 各法人の方針もあり、なかなか参画してもらえないところである。また、高齢のケアマネも多く、なかなかICT活用の理解をいただけないという課題もある。
- 医師会の会長が当法人の理事長であるため、MCS導入前からICT関連の企業から説明を受けるなど、MCS導入にあたり活用を広めていくための方法について、法人としても一緒に検討していた。医師会としては厚生労働省や都の方針等も踏まえ、当地区としてどういった方向に進んでいくべきか等、地域全体を考えており、法人として支援できることについては協力している。

3. 業務負担等の軽減のための取組の効果について

- 利用者・家族もMCSが活用できるケースにおいては、医師との情報連携をMCSで実施できることに驚かれることがある。しかし、活用できる利用者は限られる。また、MCSによる利用者・家族も含めた情報連携を行う場合には、配慮すべき情報が多くない方を選定している。
- MCSの活用は利用者・家族との情報共有というよりは、医師や他サービス事業所との情報連携が主になる。訪問看護、訪問リハビリテーション、薬剤師がサービス事業所として参画している。

4. 業務負担等の軽減のための取組の課題について

(1) 現在の取組で改善したい課題およびその予定について

- 当地域は車移動が主であり、移動時間が長くなる。利用者宅に訪問した際に、その場で利用者・家族から聞き取った情報を記録に反映できると良いと思っている。また、事業所に戻らずに記録が作成できれば、訪問先から自宅へ直帰することも可能となる。
- 移動時間は電話連絡の時間に活用することで、業務効率化を意識している。

(2) 現在の取組以外に新たに実施したい取組およびその予定について

- これまで使用してきた各種様式や作成した記録についても、導入予定の新たなシステムに引き継ぐ予定である。特にケアマネ事業所については、様式が決まっているため、データ移行は容易であると考えている。
- 新たなシステムを導入すると音声入力も可能になるため、パソコンによる文字入力が苦手なケアマネにとっては、音声入力を活用することで入力時間の短縮につながると想定している。

(3) ケアマネジャーの業務負担およびその軽減に関するご意見について

- 各サービス事業所や利用者・家族との連絡方法については、電話、FAX が主であるが、家族は仕事の場合もあるため、相手に合わせてメール等を活用することもある。
- コロナ禍におけるモニタリングについては、3か月程度は電話で対応していた。状態が変わっていない方については訪問しなくても問題ないと思われる。全員同一に訪問するというよりは、必要な利用者（本人が電話に出られないなど）については訪問する必要がある。
- サービス担当者会議については、参加者が10名程度になることもあり、利用者宅で開催する場合は密になるケースが多い。
- 法人内のデイサービスにおいて緊急事態宣言以前にオンラインで開催したこともある。
- サービス担当者会議をオンラインで実施するメリットとしては移動時間が不要になることである。また、利用者によっては自宅に来てもらいたくないと思っている方もいる。
- デメリットとしては、途中電源が落ちる、通信量オーバーで速度が遅くなる、順番に話さなければならず、慣れないうちは会話が円滑に行えないなどがある。また、地域によっては利用者宅へタブレット端末を持参しても圏外になってしまい、通信できなかったということがあった。
- 現在は、参加者の日程が合わない場合には、意見照会で対応している。

5. その他

- 法人内の介護老人保健施設から退所する利用者については、法人内システム上の共有

フォルダにアクセスすることで、利用者情報を閲覧することができ、業務時間の短縮に繋がっている。新たなシステムが導入されれば他事業所の情報も共有することができるようになる。

- 法人内での研修については、最近はオンラインでの開催が増えてきている。職員個々にスマートフォンからアクセスし参加してもらっている。
- 法人全体として働き方改革が進められており、時間外に病院に行かなければならないこともあるが、基本的には残業しないようにしている。

事例 5：地域内での組織的な業務負担軽減事例

地域の組織として現場の声を発信し、保険者と協力して様式の統一化等の取組を実施！

1. 組織の概要

- 地域内の利用者にサービス提供している居宅介護支援事業所が加入している組織である。現在、約 100 事業所が加入している。
- 保険者に登録されているケアマネジャー（以下、ケアマネ）は 300 人程度であり、実際に稼働しているのは約 250 名程度であろう。そのうち、当組織に加入している事業所に所属しているケアマネは 200 名程度である。
- 活動内容は、定例会（6回／年）、研修会（6回／年、外部講師を招聘）の開催、自主学習会（事例検討など）、ワーキンググループの運営などがある。会の世話人は 13 名程度である。
- 研修会や定例会などは区の産業会館等の会議室を使用してもらい、会の冒頭では保険者職員からの情報共有も実施してもらおうなど、保健者との連携もとれている。
- 当組織の取組は、地域で連携し、質の向上、情報交換、行政・医療との連携など、地域包括ケアシステム等も含め、地域を巻き込んだ取り組みを行っている。

2. 業務負担等の軽減のための取り組みの詳細

- (1) 貴事業所・貴団体における取組の内容について
 - 定例会で現状の課題など意見をもらい、その課題について行政や医療機関に相談や調整を行ったり、ワーキンググループで対応策等を検討している。
 - 定例会で挙げられた課題として、ICT の活用や業務効率化があり、ワーキンググループで検討を進めているところである。
 - 具体的に進んでいる取組みとしては、アセスメント表（独自様式）から連動した入退院連携の様式の統一（完了）、各サービス事業所やインフォーマルサービスへの申込書の統一（進行中）がある。
- (2) 貴事業所・貴団体における取組の開始時期および開始のきっかけについて
 - 定例会で実施したアンケートにおいて、書類作成等の事務量が多いという意見が多くあったため、ワーキンググループのテーマとして対応を検討した。
 - ワーキンググループメンバー（7名）で具体的にどの書類において業務負担軽減ができるかを検討した。平成 30 年度の介護報酬改定におけるタイムリーな話題として入退院連携について、連携シートにおいて膨大な量の記載が求められることが負担となっており、記録を作成するよりも電話で実施した方が効率的ではないかという意見も多かった。
 - 医療機関との連携については、医療機関側に利用者宅の状況なども理解していただくことで、さらに連携が進むのではないかと思われるため、入退院連携を積極的に実施してもらおうとよいと考えている。

- また、ケアプラン作成後に作成するサービス事業所やインフォーマルサービスへの利用申込書の様式が事業所によって異なっていることも負担になっていることから、申込書の統一化についても取組を開始した。
 - ケアマネジメントプロセスの業務に付随する部分の業務が負担になっているところである。残業も多い。事務作業に時間を取られるだけでなく、病院同行や苦情対応、相談対応などがあり、毎日の業務を計画的に進められないことが多い。訪問予定はキャンセルできないため、時間調整できればするが、変更・キャンセルはなかなかできない。
ICT を活用したコミュニケーションや電話では伝わりにくく、訪問して丁寧に説明する必要がある。そういったことに時間がかかり、記録もとにかく記載するということしかできない。
 - コロナの影響で今年度の定例会や世話人の打合せなど、Web 会議ツールを活用して実施した。実施してみて、メリット、デメリットを把握することができた。
 - オンラインを活用するメリットとしては、今まで参加しなかった方が携帯からでも参加できるようになり、往復の移動時間も不要になった。また、WEB でアンケートを実施することで回答率も高く、効率的に集計も実施することができるようになった。
 - デメリットとしては、研修時のグループワークなど意見交換がしにくく、自分の意見をなかなか伝えにくかったということもあった。今後、ファシリテーターが上手く回せるようになるようにすることが必要であると考えている。
 - ケアマネの高齢化が進んでおり、50 代後半～60 代くらいが平均年齢である。以前はメールでの連絡も好まれない状況にあり、オンラインによる定例会等への参加がしにくいのではないかと思ったが、想定以上に参加いただくことができた。
- (3) 貴事業所・貴団体における取組の流れについて
- エクセルを活用し、アセスメント表の入力項目を埋めると、入退院連携シートやサービス事業所・インフォーマルサービスへの申込書様式に転記されるアセスメントツールを、パソコン操作に詳しいケアマネが作成した。
 - 当地域では、10 年程前に独自のアセスメント表を保険者と連携して作成しており（3 年前にも見直しを実施）、地域内のケアマネの多くはこの様式を活用している。よって、新たに作成したツールについても、多くのケアマネが使用できるものになっている。
 - 医療介護連携については自治体の後押しもあり、保健医療の運営会議体に当会で作成した入退院連携シートを提示し、各医療機関の受入窓口に連携してもらうとともに、連携に必要な情報項目を提示してもらうよう依頼した。また、その際に各医療機関の受入窓口の一覧を整理することもできた。

- 医師等にもご意見をいただき、シートの修正を行い、各医療機関の院長から下部組織に連携していただいた。当地域は大病院が多いため、トップダウンで指示いただくと効果的であり、かつ、自治体からは医療機関の受入窓口に退院連携シートが提供される旨を伝達いただくことで、入退院連携シートについては共通の様式で活用することができるようになった。
- (4) 貴事業所・貴団体における取組の中で特に苦勞した点について
- 入退院連携シートについては、以前から医療機関側に提供していたところだが、現場に働きかけてもなかなか活用が進まないところがあった。共通の様式で情報連携することで、医療職にも活用しやすいものになったのではないか。
 - サービス事業所への申込書様式の統一化については、現在も調整しているところである。
 - 大手法人の事業所においては、法人としての申込書があるため、別様式では受け付けられないと言われてしまう。
 - 以前にも様式の統一化を考え、各サービス事業所へ一斉 FAX で様式の案内を実施したところ、対応を断られてしまうことが多く、統一化が図れなかった。よって、今回は通所連絡会や訪問連絡会など各サービス団体を通じて案内することとし、各団体が様式について承認いただけるよう昨年末に依頼したところであるが、新型コロナウイルス感染症の影響で進捗は滞っている。
 - アセスメントツールを使用しているケアマネは多いが、パソコン操作が苦手な方もおり、全員とはいえない。
 - 各事業所では請求業務をオンラインで実施しているため、パソコンの配備は進んでいると思われるが、ケアマネの平均年齢が高く手書きでアセスメントを記入している方もいる。新たなことを覚えてもらうこと自体がストレスになってしまう。
- (5) 貴事業所・貴団体における取組における職員のための教育や研修、支援等の実施有無および内容について
- アセスメントツールの使用説明書を作成し、定例会を活用して説明会を実施した（2回開催）。
 - アセスメントツールの活用は難しいものではないため、エクセルデータをメールで共有し、活用してもらっている。家屋内の図面作成なども簡易に作成できるよう、家具のアイコンなども用意されているなど、工夫されたツールになっている。
3. 業務負担等の軽減のための取組の効果について
- アセスメントツールについては、大勢のケアマネが使用してくださっている。各種サービスの利用申込書が完成し、活用が始まれば、業務負担は大きく減るのではないかと思っている。

- 医療連携はシートを作成することで、具体的な窓口が決められたこと、統一様式でわかりやすくなったという評価を、ケアマネ、医療機関双方からいただいた。

4. 業務負担等の軽減のための取組の課題について

(1) 現在の取組で改善したい課題およびその予定について

- 入院時の情報提供については、利用者からの承諾をもらうことが難しい。なぜ、病院に情報提供するのか理解いただきにくい状況がある。家族、専門職が情報共有することで、より質が向上するということを本人、家族に理解してもらいにくい。息子・娘と同居している方も多く、家族の意向に本人が合わせてしまうこともあり、利用者の希望というよりは、家族の意向が中心になってしまうことが多い。
- ターミナルにおいては特に本人の意向が短期間で変更になることもある。本人の意向確認は難しい部分であると思う。
- ICT活用も個人情報の取り扱いがネックになる。
- スマートフォン、タブレットを活用した業務効率化については、利用者宅で操作することに対し、失礼だと感じる利用者もいるため、現場での記録作成には使用できていない。医療機関での画面提示等については、問題なく受け入れる方が多いが、生活環境では受け入れられにくい。
- 当事業所では助成金を活用し、スマートフォンを配備し、ヘルパーの訪問スケジュールが把握できるソフトを導入した。チャット機能もあり活用している。
- 当地域ではクラウドサービスを利用した情報連携を推進されている。医師が主導で情報発信できるが、利用者の同意を得るところが難しく活用しきれていない。
- 事業所によっては音声入力を活用して記録しているケアマネもいる。
- ICTの効果的な活用については、今後、ワーキンググループでも検討していきたい。

(2) 現在の取組以外に新たに実施したい取組およびその予定について

- アセスメントツールにはモニタリングシートも含まれているが、以前作成してから古くなってきているため、使っていないことも多い。
- モニタリングシートは介護記録ソフトに入っているため、そちらを使用しているケースが多い。
- ケアプラン点検の際に保険者の指導係から、以前独自で作成したアセスメント表の見直しをしてもらいたい、また、モニタリングも共通のツールがあると良いと言われている。支援経過をきちんと記録し、モニタリングシートでしっかり評価できるようにしてもらいたいとのこと。
- 以前、アセスメント表を作成した際、23項目を網羅されていればよいとされていた。

たが、多様なツールが公表されており、どれを使ったらよいかわからないという状況にあった。実地指導や医師から要望される情報のため、共通のシートがあるとケアマネとしても安心感がある。

- ケアプラン作成の根拠を示すため、アセスメントシートにおいてケアプランに反映すべき項目の該当箇所に○を付け、○を付けた箇所が2表に繋がるというルールとしており、見る側にとってもわかりやすいものになっている。
- モニタリングシートについても、実地指導で確認されるものであり、共通のシートがあるとケアマネとしても安心だろう。次に取り組む課題と感じている。

(3) ケアマネジャーの業務負担およびその軽減に関するご意見について

- 現在、通減性で担当する利用者数は40人までとされているのに対し、45人まで伸ばそうかという議論があるが、ケアマネジメントの質の低下が懸念される。緊急対応などもあり、日々予定通り業務が進められないため、担当利用者数を増やすと、そのリスクが増えることになる。しかし、事務負担の軽減や工夫することによって時間を効率的に使うことができれば、ある程度は質の低下を防ぐことは可能となると思われる。
- ケアマネジメント手法の標準化について、勉強会などで説明を受けている。その考え方は良いが、現場で実践できるかと言われると、厳しいところはある。気付く視点として理解しておくことは重要だが、それを必須とされると厳しいところである。
- 地域で業務効率化に取り組むことで、医療介護連携等にも取り掛かることができること、また事業所間の相乗効果を得られることは利点だと感じている。また、公正中立に関する取り組みもでき、年1回倫理に関する事例集をもとにした研修を行うこともできている。

5. その他

- 併設事業所が多いが単独事業所として新設するケースもある。当組織に参加することで情報共有等もしやすく、仕事もしやすいという環境である。しかし、ケアマネの入れ替えも激しく、事業所の縮小や閉鎖もある。
- ケアマネ業務については、報酬請求にあたって加算等もあり、仕組みが複雑になっている。経験がある程度ないとわかりにくい業務でもある。
- 退院時サマリーについて、病院によるが、当地域ではきちんといただくことができている。
- コロナ禍におけるモニタリング訪問については、控えて欲しいというケースが多く、電話やオンラインによるモニタリングを実施した。しかし、訪問して欲しいという方も3割程度いた。一時的に落ち着いていた時は7割程度訪問で実施した。

- 家族からオンラインでやって欲しいという要望があれば実施したが1～2名程度であった。電話が主だったが、電話によるモニタリングの難点は、本人が電話を使用できないことや、ご家族が出てしまうことが多いためご家族の意見が多くなってしまふことである
- ケアマネとしては、電話だけでは不安に思うところもあり訪問したいと思う。今まで外出していた習慣を控えた利用者では廃用が進んだケースがあった。
- サービス担当者会議は、訪問診療の医師、看護師、全サービス事業者が利用者宅に訪問して開催することが基本であるが、最近は少人数で開催することを心掛けている。
- 利用者の問題点や中心となるテーマに関与する関係者に声を掛け、他のサービス事業者には追って情報共有することとした。
- オンラインで実施した際は、ケアマネが利用者宅へパソコンを持参し、関係者とオンラインを繋いだ。医療関係者にとっては職場でオンライン参加できるため、効果的だったと感じた。他の事業所では、ケアマネ自身も利用者宅へ訪問せずに実施しているケースもあると聞いている。

事例6：地域内での組織的な業務負担軽減事例

多職種連携を目的とした研修会等を通じ、顔の見える関係をつくることで組織としての業務効率化を推進！

1. 組織の概要

- 登録事業所・施設は、居宅系 111 事業所（市内のほぼすべての事業所が所属）と介護老人福祉施設、介護老人保健施設や小規模多機能型居宅介護等の施設で構成されている組織であり、主にケアマネの資質向上を目的として、研修の企画・運営を行っている。新型コロナ感染症発生以前は最低でも2か月に1回は研修会を開催していた。
- 研修会は多職種連携も目的としており、医療連携、包括との連携、リハビリテーション関連、薬剤師会と共催での開催や、地域の医師やサービス事業所等の方に講師を依頼していた。研修会の参加率は各回定員の8割程度である。
- 研修会のテーマについては、ケアマネに要望を聞いても具体的なテーマはなかなか上がってこないことから、協議会の幹事で最近不足している点や、他団体からの声掛け、他地域での開催状況などを踏まえ決めている。
- 所属事業所ごとに本会に登録し、登録事業所に所属するケアマネジャー（以下、ケアマネ）ごとに会費を徴収し運営している。

2. 居宅介護支援事業所連絡協議会としての取組み

- 現会長（昨年度より就任）は、以前からケアマネの業務負担軽減に関する取組を実施していきたいと考えていたところであった。
- 会員への連絡方法として、メールアドレスの登録を促しており、少しでも業務効率に繋がればと思っている。
- 他団体との連携についても、顔の見える関係をつくること、他団体の活動を知るということも業務効率化に繋がるのではないかと考え、研修会のテーマにするなどの取組みを行っている。
- 介護保険以外の制度の知識（医療保険等も含め）も習得し、対応していかなければならないことはケアマネの負担である。ケアマネは期待されている部分も多いが、求められていることも多い。ケアマネは介護保険制度開始時に新設された職種だが、最近は障害者支援や困難事例等も多くなっている。個々の知識だけでは対応しきれない部分も多く、研修会等で情報収集等を実施していかなければならないため、協議会のように研修会を開催していく環境は必要と感じる。

3. 業務負担等の軽減のための取組の課題について

- スーパービジョン、主任ケアマネ研修の受講等、ケアマネの業務は日々勉強である。学ぶことも多く作成する書類も増えている。また、利用者は増えている状況にある

が、ケアマネの高齢化も進んでおり、近隣では事業所が閉鎖されることも見受けられ、人材不足が懸念される。

- ケアマネ業務には線引きがなく、障害と介護保険の両方を使用しているケースは介護のケアマネが調整しなければならないことが負担である。サービス事業所は業務範囲が明確であり、範囲外の部分についてはケアマネに依頼されてしまう。対応することにより加算が算定できるか等で業務の線引きの判断をするのではなく、利用者のためにと考えているからこそ、なかなか線引きができないところである。
- ターミナルケアが多くなっているが、地域包括支援センターからアセスメントをせずに紹介され、介護サービスを一切使用せずに死亡されるケースもあり、そういった場合はケアマネの報酬には繋がらない。ターミナルケアについては、ベッドが必要になるケースが多く、軽度者であっても軽度者利用の特例申請を行わずともベッドの貸与利用ができるとよいと感じる。
- 介護予防の報酬は安価であるが、介護度が低いから対応が容易とはいえず、逆に本人の要望等も多く対応すべきことも多い。地域包括支援センターが苦労しているのもそういった部分ではないか。要介護と要支援では作成すべきケアプランの様式や必要書類も異なり、対応が負担になっている。
- 居宅介護支援事業所のケアマネは利用者が入所してしまうと関与できなくなるが、継続して関与していけるようにならないかを感じる。施設併設の居宅介護支援事業所の場合、施設入所後もモニタリング等にも対応できるため、継続して関与していきたいと感じている。
- 介護サービスの利用が発生することでケアマネは報酬を得られるが、軽度者については介護サービスが不要なケースでもサービスが付けられていることが見受けられる。個々の介護サービス費用を請求させるのではなく、総合事業の対象者という枠を用意し、その中で必要なサービスを利用することにより、不要なサービス提供が削減され、介護給付費の削減にも寄与するのではないかと感じる場所がある。
- 通院同行は長時間になるため、報酬的にどうにかならないかを感じる場所がある。要支援であっても通院同行の支援を必要とする方もいる。

4. その他

- 要介護5の方など、3年経過して利用者の状態変化がないのであれば、更新する必要はないのではないかと感じている。医師の意見書等のみにするなどできないか。状態変化がない場合、前回資料と同じ資料を作成し、審査会議を行うのは無駄ではないかと感じる。また、認定審査については、書面のみでは利用者像が把握しにくいいため、映像等を用いた審査ができないかとも感じる。

5 目指すべき介護支援専門員像に関する議論

5.1 目的

介護保険制度創設から 20 年経過する状況において、社会情勢や利用者のニーズが多様化する中で、介護支援専門員が果たしてきたこれまでの役割等を踏まえ、今一度専門職として介護支援専門員はどうあるべきか、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”について、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、当該検討委員会においてとりまとめ、全国の介護支援専門員が、将来理想とするイメージ像を描けるようにすることを目的として検討を行った。

5.2 目指すべき介護支援専門員像の議論

検討委員会において“目指すべき介護支援専門員像”及び、全国の介護支援専門員に向けて日々の業務におけるモチベーションの向上や、矜持を高めるためのメッセージを発信することとし、以下の4つのポイントについて議論を行った。

【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
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
3. 各地域において、どうあるべきか
4. 多（他）職種連携において、どうあるべきか

検討プロセスは以下のとおり。

第1段階：原案を示し、第6回検討委員会にて委員よりご意見をいただいた。

第2段階：第1段階を踏まえ、第2案を示し、主に介護支援専門員を中心とした座談会でご意見をいただいた。

第3段階：第2段階を踏まえた最終案を示し、第7回検討委員会にて委員よりご意見を頂き、最終案の修正を行い、最終版としてとりまとめた。

1. 利用者・家族との関係において、どうあるべきか

(1) 第1段階の議論

原案を提示し、以下のご意見をいただいた。

原案

- ①利用者本位のもと、利用者の過去、現在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、先手で主体的に動けること
- ②利用者、家族以外はもとより第三者にも根拠をもって、自身のケアマネジメントに相手を理解できる説明能力を身につけること
- ③専門職としての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

(背景)

◆ 介護支援専門員は、利用者の多種多様（多彩）なニーズを踏まえ、チームケアにおいて常に先頭になって、利用者や利用者を取り巻く支援の状況や流れを見極め、専門力と応用力などを発揮することこそ、介護支援専門員としての存在意義、存在価値がある。

委員からのご意見

- ・ あくまでもケアマネジャーは**サポート役**であり、主人公は利用者・家族ではないかと考えているため、つかず、はなれずの方がケアマネジャーとしての本来の仕事ができる
- ・ 一番近い関係性の中で、**何でも相談できる**ワンストップの関係になることが重要な意味でのゼネラリストとしての役割も必要ではないか
- ・ **信頼関係をつくる**。ともに笑って、ともに泣けるケアマネジャーになって欲しい
- ・ 介護保険だけでなく**広範囲の相談に乗れる**ということではないか
- ・ **中立公正**であることが必要である
- ・ 常に丁寧な業務をしていくということである
- ・ 利用者に寄り添い・**信頼される**ことが大切である
- ・ フットワークを軽くしよう、ということをお願いしたい
- ・ 利用者家族に寄り添うこと、**信頼関係を築く**ことではないか
- ・ 過去も知り、**未来も描ける**ようなケアマネジャーを目指すとしてはどうか
- ・ 「ともに笑い、ともに泣く」というケアマネジャーを目指すべきところである。利用者に興味を持ち、**時間軸で利用者を知る**ことができれば、おのずと未来像が描けるのではないか
- ・ 興味をもって**信頼関係を築き**、関わりを持って、励まし合い、時には注意も素直に言うことができ、利用者に受け入れられるという関係性をつくっていけることが必要である
- ・ **職業観、倫理観、公平中立**という部分は非常に重要である
- ・ **予後を見据えた上で先手を打っていく**ことが必要である
- ・ 専門的な援助関係の中に、**職業観**などがある。また、寄り添えるということは、情緒的な関わりが家族やクライアントも含めきちんとできるということになるのではないか
- ・ ①の文末に「先手で主体的に動けること」とあるが、「動ける」は広い意味があり、ケアマネジャーの支援内容が曖昧になるように感じる。「調整」等、今の議論を集約できるような表現が望ましいのではないか
- ・ 「尊厳」「価値観」「ウェルビーイング (well-being)」など、質を保つということを表現として入れた方がよいのではないか。「利用者本位」に集約されているのか
- ・ 人への尊厳の心が大切である

(2) 第2段階の議論

上記のご意見を踏まえた第2案を提示し、以下のご意見をいただいた。

第2案

介護支援専門員、個人としてどうあるべきかという視点で整理

- ①介護保険だけでなく、広範囲の相談やマネジメント業務に対応できること
- ②過去、現在を把握し、将来も見据えた支援ができること

委員からのご意見

- ・「信頼される」「信頼関係」という表現がないため、含めたい
- ・②は共感できる。「信頼関係」「公平中立」についてはケアマネジャーとして重視すべき点であるため、記載した方がよいのではないか
- ・「公平中立」とよく言われるところだが、「職業倫理感」としておくことでも通じるのではないか。また、「信頼関係」「人への尊厳」についても、是非記載してもらいたい
- ・「尊厳」「信頼」についてはしっかり記載いただきたい
- ・「①介護保険だけでなく、」と初めにあることに抵抗感がある。あくまでも介護保険を中心に動くものであるためである
- ・広範囲ということをどのように表現するかではないか。「介護保険を中心に置きつつ」、ということではいかがか
- ・ケアマネジャーにアンケート調査を行った際も「信頼されるケアマネジャー」という意見が多かった。「①介護保険だけでなく」とあるが、実際に社会福祉や障害福祉などの支援も行っており、そういった知識がなければ信頼は得られないものである
- ・①②の前に「利用者に寄り添い信頼されること」を追記するとよいのではないか
- ・①の初めに「介護保険だけではなく」とあるためきつい印象がある。「広範囲の相談やマネジメントの視点を持つ」ということを先に示し、「介護保険ではなく視野を広めましょう」ということを伝えるとよいのではないか。受け取り方の違いである
- ・「①介護保険だけではなく」とされると、介護保険サービスしか活用していないケアマネジャーへの批判に取られかねない。あくまでエールであるため、「介護保険を含めた広範囲の社会保障サービス等」などの表現にしてはどうか
- ・②について、ADL等だけでなく、利用者の人柄として「過去、現在を把握し、将来も見据えた支援」を強調していただきたい
- ・ライフステージという意味で、「人の暮らし」という言葉を補ってはどうかというご意見である
- ・①について、インフォーマルサービスから先にプランニングを進めるが、そういう視点が日本のケアマネジャーには足りないのではないか。「広範囲の相談」では曖昧になってしまっているのではないか。インフォーマルサービスは別途記載してはどうか
- ・①について、ライフステージごとの相談を受けることもあるため、広範囲の相談に対応できることは大事なのではないか。他職種との関わりも日々多いため、狭めるよりは広げる方がよい

- ・ ①のメッセージは具体的な方が良い。「寄り添う」や「信頼」は人によって尺度が違うため、伝わらないのではないかな。
- ・ ②について、予後予測を立てること、生活歴から未来の支援を考えることは大事である
- ・ ②について、産業ケアマネジャー等、介護離職ゼロを国として掲げているため、どこかで取り上げる必要はないか

(3) 第3段階の議論

上記のご意見を踏まえた最終案を提示し、以下のご意見をいただき、最終案の修正を行った。

最終案

- ① 利用者へ寄り添い、尊厳の心を持って、利用者の自己実現・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、現在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、調整、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。

委員からのご意見

- ・ 「～～すること」という記載は、上から言われているような印象を受ける。例えば、①については、「信頼される」というところで留めておくことでもよいのではないかな。
- ・ 「～～～こと」という表現については気にならない。伝えたい内容が全て反映されていたため安心したところである
- ・ ②の表現として、「利用者の過去、現在の生活歴等を踏まえ」ではなく、「過去から現在までの生活歴を」としてはどうか
- ・ 「過去、現在、今後」というより「未来」とした方が、一貫性があるのではないかな。
- ・ 意味としては共通の認識でいるため、表現の問題である
- ・ テーマの提示が「～～べき」となっているため、「～～～こと」でも違和感はない
- ・ ①について、介護保険はADL中心の自立支援が主になるが、自己決定支援も含まれると思われる。「自律」も括弧に入れておいてはどうか
- ・ 介護保険法第7条第5項、介護支援専門員の役割を確認しつつ最終案を確認している。「介護支援専門員は市区町村、サービス事業者等と連絡調整等を行う」とあり、法律に「連絡」という言葉が含まれている。最終案に「調整」は含まれているが、「連絡」がないが、記載しておく必要はないかな。また、法律では「市区町村」と記載されているが、最終案では保険者、行政という表現になっている
- ・ 今回は法律に縛られず、実践を踏まえてどうあるべきかを検討したいと考えていたところである。最終的には用語の統一含め、ご指摘を踏まえて検討したい
- ・ ②に「調整」とあり、強調されている。「調整」も含めた支援であるため、逆に「調整」

を削除してもよいのではないか

- ・「支援」には「連絡」「調整」いずれも含まれるとすれば簡潔になるというご意見と理解した

最終案の修正等

- 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、調整、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）第1段階の議論

原案を提示し、以下のご意見をいただいた。

原案

- ①ケアマネジメントの本質は利用者本位に基づく自己実現、自立支援であることから、介護支援専門員としての専門性を確立すること
 - ②保険者の助言内容を十分に理解する一方、保険者に対して助言の根拠の説明を求められることができる質問力を身につけること
 - ③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、常に制度等に動向を把握すること
- （背景）
- ◆介護支援専門員は、多様なニーズに対して対応できるよう、幅広い視点に基づくネットワークの構築や柔軟な調整力が求められることから、常に専門性を磨き、社会情勢を見極め研鑽することが求められる。

委員からのご意見

下線・波線：事業所内、下線・直線：地域全体、に関する主なキーワード

- ・事業所間で取組を共有するようなことはないため、情報交換をして切磋琢磨し、事業者全体のスキルを上げていくが必要ではないか
- ・BCP対策も必要ではないか
- ・ケアマネジャーそれぞれ、各自の強みがある。お互いに活かして研修や勉強会で学び合うことが重要ではないか。自分のケアマネジメントに責任を持ち、自分の言葉で説明していく力も必要ではないか
- ・事業所全員で事業所運営をしようとしてはどうか

- ・仲間同士で助け合うだけでなく、**お互いが高め合っていく**ということも事業所では大切である
- ・個人でできる部分、事業所単位だからできること、地域の連絡会だからできることがある。自分の身の置き方で事業所としてどうあるべきかという点も追加してはどうか
- ・居宅介護支援事業所はケアマネジャーの教育機関でもあるべきである。**地域で活躍できるケアマネジャーを育てていく**ということを記載してはどうか
- ・独立性、中立性はケアマネジャー個人としても、事業所としても大事な点である
- ・自分の事業所に誇りや思いを持ち、みんなで居宅介護支援事業所の未来を描こうということを記載してもらいたい
- ・ベテランが持っている**技術や技を伝承**していけること、ケアマネジャーとしての財産を作っていくことを記載してはどうか
- ・地域のケアマネジャーと情報を共有し、**地域の底上げ**を図っていかなければならないのではないか
- ・医師会や看護協会などとの連携により、事業所全体の底上げをしていかなければならないのではないか
- ・**地域から信頼される**事業所になるということも必要である
- ・組織の中で相談ができ、**高め合う**ことは大事である
- ・ケアマネジャーは事業計画、予算という**運営**が分かっていない人が多く、事業についても理解しておいてもらいたいところである
- ・介護支援専門員も組織の一員であるということをしっかりと認識した上で、事業所内で自身の立ち位置がどうなのかを踏まえ、**人材育成**や事業所でどう活かしていくのかを考えてもらいたい
- ・**健全な経営**が大切である。加算を何のために取得するのかもきちんと教え、ケアマネジメント上必要であるとともに、経営としても必要な加算であるということを学習させることも必要である
- ・自分の**仕事に対する効率化**という視点も必要である
- ・**健全経営**は大事なことである
- ・**感染症対策**も大切だが、**法令遵守**の視点も重要である
- ・全員で法令遵守するということが重要である
- ・本来の目的である居宅介護事業所の機能と、地域の財産として居宅介護支援事業所としてできることということがある。介護の専門集団である居宅介護支援事業所としてできる、**公共社会資源**としての機能についても考えてよいのではないか
- ・介護支援ができることは当たり前である。その上で介護離職防止の視点として労働法の理解も必要である。また、災害時に救助者をどう支援するかというところも今後見据えていければよいのではないか
- ・社会福祉法人は社会貢献事業が義務付けられている。そういった役割を地域の中で担っていければ、地域の中で必要とされる**社会資源**であることが認識されるようになるのではないか

- ・バーンアウトを防ぐという視点も入れてはどうか
- ・事業所としてスーパービジョンの視点をきちんと入れておき、ケアマネジャー同士のスーパービジョン、上司から部下へのスーパービジョン、そういったこともやりつつ、支えていくという視点を入れてはどうか
- ・最終的にケアマネジャーは事業所運営を何のためにやっているのか。地域から信頼される事業所になるということを「最終ゴール」とし、①の初めに記載するとよいのではないか
- ・居宅介護支援事業の運営や経営についても記載してはどうか
- ・介護支援専門員の「地位の確立」と専門職としての「誇り」と「希望」も入れてはどうか
- ・次世代のケアマネジメントへの取組も視野に入れていきたい
- ・新型コロナウイルス感染症の感染者が増えてきているが、どのように対応すべきか。行動指針を検討しておくことも必要ではないか

(2) 第2段階の議論

上記のご意見を踏まえた第2案を提示し、以下のご意見をいただいた。

第2案

組織の中で（事業所の一員として）どうあるべきかという視点で整理

- ①自分自身だけではなく、事業所全体の資質向上を意識した人材育成（技術や技の伝承）をしていくこと
- ②継続的な利用者支援を行うために、事業所としての運営や経営に関心を持ち、保険者に対しても説明を求めるだけでなく、提案していく（双方向のコミュニケーションが取れる）こと
- ③介護の専門集団である居宅介護支援事業所の一員として、公共社会資源にも寄与すること

委員からのご意見

- ・ケアマネジャーは自ら考えて動くこと（主体性）が求められていると思っている。個々の主体性に基づき、かつ事業所全体のレベルアップを目指すとしてはどうか
- ・上記、ご意見のとおり「主体性を持って」というところであるが、仕事に対する根拠を持つということも含めてもらいたいキーワードである
- ・居宅介護支援事業所としては感染症や災害発生の場合どうあるべきか、地域の中での役割について検討しておく必要があるのではないか
- ・③について、公共社会資源として、「例えば地域の中での災害時の役割」ということを追記してはどうかという提案と理解した
- ・②について、事業所の経営や運営に「関心を持ち」とあるが、「把握し」という表現の方がよいのではないか。また、「地域の中のネットワークに参加し」という点もどこかに含めておく必要があるのではないか。そして、「自分の事業所に誇りを持つ」ということも含めていただきたい。
- ・事業所の経営を把握した上で、経営者に対して適切な方向に導くという意識を持つこともケアマネジャーに考えてもらいたい

- ・「保険者に対しても説明を求めるだけでなく、提案していく」とあるが、経営者に対しても同様に提案していくということが必要だということか
- ・人材育成だけでなく、法令遵守についてもきちんと責任を負うということも書いておいた方がよいのではないか
- ・人材育成については、「体系づくり」や「仕組み」ということを含めてもらいたい
- ・事業所間でのやり取りを通じた高め合いや、業務効率化の視点での整理は事務局案としては整理しないということか
- ・2と3の違いが難しい。事業所として地域に関わる場所や事業所の一員として地域に関わる部分もあり、このあたりの整理が難しい
- ・居宅介護支援事業所同士の連携や、コロナ禍における危機管理については触れるべきではないか
- ・ケアマネジャーの役割と主任ケアマネジャーの役割を分けて記載してはどうか。ケアマネジャー、主任、管理者、エリアマネジャー等、ケアマネジャーと一括りにいっても、求められる役割は異なる
- ・経営について、「把握し」よりは「関心を持ちながら」の方が良いのではないか。経営について把握してもらう必要はなく、最低限のところ（担当件数や業務効率化）を意識してもらえればよいと考えている
- ・ICTや業務効率化については事業所単位で取り組むべきものであるため、大事なキーワードではないか。業務改善は常に意識していくことが大事である
- ・併設型の場合、併設事業所のサービスをプランに入れなければ新規は引き受けないなどのルールを設けている法人もあり、そういったケースにおいては、組織に提案していく姿勢も必要ではないか
- ・人材育成含め、マニュアルを事業所内でしっかり作成したほうが良い。現場における細かいルールは事業所ごとに考える必要があり、そういった業務マニュアルを作っておく必要がある。「体制づくり」、「仕組みづくり」というところに繋がる。小規模事業所では体系がなく、利用者や家族が戸惑うこともある

（3）第3段階の議論

上記のご意見を踏まえた最終案を提示し、以下のご意見をいただき、最終案の修正を行った。

最終案

- 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・技の伝承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、事業所の歴史、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 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。

委員からのご意見

- ・ ③について、「資質向上を前提に」とあるが、何の資質向上を前提とするのかが不明確である。どのような意味か。この記載が必要なのかも含め質問したい
 - ICTの記載をすると、業務負担軽減・効率化が目立つ。しかし、ケアマネジメントの質の向上が前提にあるため、記載しているところであるが、言葉足らずな部分もあるため丁寧に記載したい
- ・ 本委員会の当初から効率化とはいえ、質は落とさないということは皆さんの思いであった。今の指摘を踏まえると、「ケアマネジメントの」と加えた方がよいということであれば検討したい
- ・ ①について、「技の伝承」とある。意図していることは理解できるが、裏技やものづくりの印象を受けるため修正してはどうか
 - 技術をきちんと伝えていくということが伝わるようにしたい
- ・ ②について、「事業所の歴史」とあるが、これはどこから出てきたものか
 - 事業所の経緯を踏まえた上での経営や運営の理解があると考え、こちらで追記したところである。不明瞭ということであれば、調整させていただきたい
 - 事業所の歴史というよりは、理念や方針としてはどうか
 - 理念や運営の方針とした方が伝わりやすいのではないか
- ・ ④について、「第三者」は「第三者」とした方がよいのではないか
- ・ ④について、「組織として感染症等の発生にも対応し」とある。コロナ禍のため、強調しているのかもしれないが、「災害」とした方がよいのではないか
- ・ ④について、感染症等についてはBCP対策についての記載か
 - 含まれるという理解である

最終案の修正等

- 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・技の伝承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、事業所の歴史理念や方針、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3~~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) 第1段階の議論

原案を提示し、以下のご意見をいただいた。

原案

- ①地域共生社会の実現に向けて、利用者の生活支援の重点を前提に、全世代や全住民といった地域全体を俯瞰するケアマネジメント力を醸成し、地域の期待に応えられること
- ②利用者以外からも介護支援専門員の専門性や重要性について、認知してもらえるよう社会的評価を高めていくこと
- ③利用者、家族の相談・ニーズに対して、介護保険制度以外の他の分野に携わる関係者等に繋ぎ切る役割を担えること

(背景)

◆ケアマネジメントを通じて、地域アセスメントを行うことで、地域の課題を把握しつつ、地域の中核、専門家としての役割が求められると同時にその専門性を発揮することで、介護支援専門員の覚悟を示し、介護支援専門員の重要性を認知させることが必要である。

委員からのご意見

- ・ **地域資源**をどれだけ活用できるか、**地域資源を作っていく**ことが主任ケアマネの1つの仕事でもある。社会全体、地域の人に働きかけを行うということで、**地域づくり**を担っていくということが目指すべき介護支援専門員像ではないか
- ・ **地域**の長所・短所をよく知った上で利用者にとって何が活用できるか、足りないものは何かを把握し、ないものはあきらめるのではなく**地域住民と「創っていける」**ということが必要であり、介護支援専門員の評価を高めていけるのではないか
- ・ ケアマネジャーは骨惜しみせず**働きましよう**というところが必要である。企画力、提案力、運営力、組織化力、**ネットワーク力**、そして最後の**巻き込み力**が最も大事である
- ・ 連携について、医療との連携といわれるところだが、まずは**介護職同士の連携・協働**が大事ではないか
- ・ **医療、行政、住民を巻き込んで大きな輪を作っていこう**ということである
- ・ **連絡協議会という組織**として行政と対等に話し合いができるとよいのではないか
- ・ **地域資源を作り出していく**ことも大事と思うが、まずは**地固め**が大事ではないか。常に地域の人たちと良好な関係を築くことが重要である
- ・ 地域の中で認知症に対する理解を促していくことも必要である
- ・ **人的なネットワーク**をつくらなければいけない
- ・ **地域全体のケアの質の底上げ**ができればよい。ケアマネジャーが他職種連携の中心になって地域の介護力を高めることで、在宅で過ごせる限界点を高めるなどできないか
- ・ 包括支援センターとの連携を強化してもらいたい。地域包括支援センターを中心としてうまく活用してもらった方が、居宅介護支援事業所の負担は減ると考えられる
- ・ **共生社会との連携が必要である**

- ・ **繋ぐ役割**がある。保健医療福祉だけに限らず、地域の中では共創ということで必要な資源なども一緒に考えていける、地域を維持していくという視点も必要である
- ・ **発見して繋ぐ**という役割が求められているのではないか
- ・ 「**必要な資源の発掘**」のように、新たに作るという役割も担っているということに繋がる言葉も必要ではないか
- ・ **今ある資源を上手に工夫する力**もケアマネジャーに必要な力である
- ・ **非常時の役割**は大事である。地域の困りごとなど、事業所として利用者の困りごとを吸い上げ、情報発信していけるのも地域の居宅介護支援事業所ではないか

(2) 第2段階の議論

上記のご意見を踏まえた第2案を提示し、以下のご意見をいただいた。

第2案

地域や行政と共同で取り組むという視点で整理

- ①契約している利用者だけでなく、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、行政や各種職能団体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こと

委員からのご意見

- ・ 活躍するには事業所の了承も得る必要があり、誤解を生まない記載が必要である。また、事業所全体を見て、如何に地域の中で活躍していくかということが必要である
- ・ 「契約している利用者だけでなく」は、どこまでの範囲をケアマネジャーが支援しなければならぬのかと感ずるのではないか
- ・ 「～だけでなく」という表現がきつく感ずるのではないか
- ・ 地域包括ケアの中で、地域の課題を発掘し、一緒に解決していくということをケアマネジャーは理解しているはずである。原案に「利用者の生活支援の重点を前提に」とあり、自分の利用者の生活を支援するなかで気づいた課題を解決していくと表現することで、「契約している利用者だけでなく」は削除してよいのではないか
- ・ 「担当している利用者の個別支援を通じて、地域全体の課題把握や解決に向けて活躍していけること」とすることで、主は利用者の個別支援を通じて、地域全体に発展させていくという表現になるのではないか
- ・ ②について、「行政や各種職能団体等」と記載されていることで、行政にも意識してもらうことが期待できるのではないか
- ・ 通常「契約している利用者」とは言わず、「担当している利用者」であるため修正が必要である
- ・ 地域連絡会、行政、各種職能団体とあるが、住民は含まれないのか。含めるべきである

- ・ 地域という言葉を使う際には、住民を抜いてはいけない。例えば、地域の住民のグループなどとして記載しておきたい
- ・ 「主体的に」「リーダーシップをもって」取り組むことが大事ではないか
- ・ データの活用についても入れてはどうか。CHASE や VISIT などのデータに関連する活動を積み上げ、それらを AI に落とし込み地域課題の抽出に繋げるとよいのではないか。問題を拾い上げて提案する視点と、データを入れて活用する形が大事なのではないか
- ・ 地域共生社会のためのネットワークづくりも重要である。地域全体の課題を解決していくためには、利用者支援のみではない
- ・ 行政側からも歩み寄っていただければ協働しやすいのではないか。ケアマネジャー以外の職能団体同士の連携についても入れたほうが良いのではないか
- ・ 地域連絡会等とすると、近隣地域における組織となってしまうが、もう少し広く、都道府県や国単位での組織に繋がる表現もあると良いのではないか
- ・ 「地域共生社会」は曖昧だが、「全世代」と表現されると具体的に良いのではないか

(3) 第3段階の議論

上記のご意見を踏まえた最終案を提示し、以下のご意見をいただき、最終案の修正を行った。

最終案

- 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、全世代や全住民といった地域全体を俯瞰する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、行政や各種職能団体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こと。
- ④ 利用者以外からも介護支援専門員の専門性や重要性について、認知してもらえるよう社会的評価を高めていくこと。

委員からのご意見

- ・ ① 2行目、「地域全体を俯瞰するケアマネジメント力を醸成し」とあるが固い印象を受ける。もう少し柔らかい表現にできないか。意味を問われたときに説明しにくい
 - 個別支援を通じて地域全体を把握するという事で、視点が広くなりすぎていると感じる部分でもあるため検討させていただきたい
 - 社会福祉法4条のように、本人を中心に置きながら地域生活課題を見つけるということ表現すると、このような固い表現になってしまうということだろう
- ・ 特定事業所加算の取得要件として、他法人と共同での事例検討会の開催が義務付けられているが、先ほどの居宅介護支援事業所としてのところか、地域全体のところか、いずれかに追加する必要はないか。また、全体を通じて「公平中立」の一文がないため、ど

ここに入れてもよいのではないか

- ・ ④について、「専門性や重要性について、認知してもらえるような」とあるが、逆に認知してもらえていないのではないかと感じてしまうところがある。
 - 認知してもらえていないという点は削除いただきたい
- ・ 前の文章にかけて、「介護支援専門員の専門性や重要性について、認知してもらえる」ということであり、何でも屋ではないということを強調したかった。あくまでケアマネジャーの専門性、役割を認知いただきたいと考えた。誤解を招くということであり、削除したい
- ・ ①について、「全世代や全住民といった地域全体を俯瞰するケアマネジメント力」の表現の代案として、「全世代や全住民を視野に入れたケアマネジメント力」としてはどうか。また、2か3か、対事業所間の意味で経営が2箇所出てくる。地域包括支援においては、点ではなく面で支えていく意味合いがある。経営は競争という意味合いがあるため、経営に加えて、事業者同士が支えあい、面でケアマネジメント力を高めていくことを追加してはどうか
 - 地域の事業者全体の底上げをしようという意味と思う。2か4いずれに加えるか整理が必要である
- ・ ②について「地域連絡会等」とあるが、職能団体となっていないことは気になる点である
 - この委員会の議論の中でも地域との話し合いが重要ということであり、地域の中での活動を強調したいと考えた。「等」に全国的な職能団体も含まれる認識である
 - 地域連絡会等については、地域単位での表現でよいのではないか

最終案の修正等

- 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、全世代や全住民といった地域全体を俯瞰する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、行政や、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こと。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 利用者以外からも介護支援専門員の専門性や重要性について、認知してもらえるよ
うを踏まえ、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) 第1段階の議論

原案を提示し、以下のご意見をいただいた。

<p>原案</p> <p>①他職種との共通言語や共通認識を持ちつつ、他職種特有の文化、言語を習熟し、協働を深めること</p> <p>②他職種の専門的見地を引き出せるように、各分野の横断的な知識等を兼ね備えること</p> <p>③“介護支援”の専門家として、他職種の役割や対応を見極め、他職種（自職種含）の意見や考えを否定しないこと（尊重すること）</p> <p>(背景)</p> <p>◆対人援助職のプロとして、多職種連携の中心的な役割を果たせるよう、対等な関係を踏まえた他職種との信頼関係を築き上げ、生活支援における幅広い視野に立った役割が求められると同時に介護支援専門員の業務を全うする覚悟を示すことが必要である。</p>

委員からのご意見

<ul style="list-style-type: none">・特に医療と介護の連携では共通言語の理解ということでハードルが高いと感じているケアマネジャーが多い。他の専門職が持っている情報は最大限活用でき、利点が多いということも理解し、連携してもらいたいと考えている・ケアマネジャーは連携の要である。間に入って上手く連携が保てるように、緩衝材として利用者のための支援のシステムづくりをしていくことが必要である・医療・介護それぞれが互いをしっかり知り、情報を伝えることが必要である。協働ということである・介護支援専門員として意見すべきところはしつつ、多職種の意見も聞き、それらをすり合わせて最適な提案をしていけるスキルを身に着けることが必要である・コミュニケーション力と情報のシェアということを入れてはどうか・行動力、フットワークを軽くという表現を入れてはどうか・「他職種特有の文化、言語を習熟し、協働を深めること」の視点はとても共感できた点である・共通言語は大事なところである・他の職種の意見を吸い上げて利用者の支援に繋げる必要があり、他の職種の力を引き出すということも必要である・各専門職をケアマネジャーが知ることと、知った上で連携をとることが必要である。専門職には資格を持った方だけでなく、インフォーマルの関係者も含まれるのではないか・医療との連携はあえて記載しない方がよいのか。あえて目立たせるために「医療との連携」「医療との連携の窓口になる」「医療との連携の要になる」などを記載しておく必要はないか
--

(2) 第2段階の議論

上記のご意見を踏まえた第2案を提示し、以下のご意見をいただいた。

第2案

幅広い連携と、特に医療との連携を強調する視点で整理

- ①医療ニーズを抱える利用者が増えてきている現状も踏まえ、医療との連携の窓口として活躍すること
- ②複雑多様な地域生活課題を持つ事例の増加に対して、地域共生社会構築の視点で、介護領域以外の障害、子ども、などの支援機関も含めた多職種との連携関係を築くこと

委員からのご意見

- ・全体を通じてタイトルが「～～において、どうあるべきか」という表現が基準のように感じる。「～～していこう」など全体を通じた表現についてもご意見をいただきたい
- ・①について「医療ニーズを抱える利用者が増えてきている現状も踏まえ、」までは良いが、「医療との窓口として活躍すること」については、どのように活躍すべきかと感じるケアマネジャーもいるのではないか。「医療と繋ぐ役割」という言葉をいれてはどうか
- ・「医療との連携の窓口になろう」という雰囲気ではどうか。「～～すること」とされると、厳しく感じる
- ・「繋ぐ」ということと、「協働していく」という柔らかい表現がよいのではないか
- ・②について「介護領域以外の障害、子ども、など」と挙げられているが、「全世代型」というキーワードを入れると、もう少しここにフォーカスが当たるのではないか
- ・②について「介護領域以外」という表現は必要か。「広い視野」とすることで、障害や子どもも含まれるのではないか
- ・上記の意見に賛成である。また、最後に「多職種との連携関係を築くこと」と義務のようにになっている。「連携ができる社会を目指しましょう」といった表現の方がよいのではないか
- ・連携ができる社会を目指すうえでケアマネジャーはどのような役割を担うのか、何か言葉を補いたい
- ・②について「複雑多様な地域生活課題を持つ事例の増加に対して」の表現が固い。また、「全世代型」は是非入れておいた方がよい。そして、連携だけでなく「協働」という段階に入っているため、含める必要がある
- ・「複雑多様な地域生活課題を持つ事例の増加に対して」は既に認識しているところであるため、削除してもよいのではないか。また、多職種と協働するという表現は是非入れてもらいたい
- ・医療介護の窓口であり、医療側の言語を理解し、伝えることが大事である
- ・連携の先に協働があると思うが、協働まで含めるか。多職種連携の症例検討をする等、ネットワークづくりはできているため、その発展形でも良いのではないか
- ・多職種をどこまでの範囲とするか。法律家等の医療介護以外の専門職との連携もある。「職種」とすると専門職に限られてしまうところである

(3) 第3段階の議論

上記のご意見を踏まえた最終案を提示し、以下のご意見をいただき、最終案の修正を行った。

最終案

- 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を持ちつつ、他職種特有の文化、言語を習熟し、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引き出せるように、介護分野に限らない各分野の横断的な知識等を兼ね備えること。
- 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見極め、介護保険制度以外の他の分野に携わる関係者等に繋ぎ切り、または組む役割を担えること。

委員からのご意見

- ・ ①について「言語を習熟し」とあるが、専門職でも習熟には時間を要するところであり、習熟までを介護支援専門員に求めるのは荷が重いのではないか。更に④について「関係者等に繋ぎ切り」は、繋いだら関係を切ってしまう印象を受けたため、表現を見直す必要があるのではないか。代案として「文化、言語の理解に努め」としてはどうか。
 - お互いのことを理解することが大事と思うため、上記意見の通りでよいのではないか
- ・ ③について「介護分野に限らない各分野の横断的な知識等を兼ね備えること」とあるが、研修等でのケアマネジャーへの指導の際、医師や看護師ほどの知識を兼ね備えることはなく、他職種との連携で兼ね備えることができればよいと伝えている。このような記載があると誤認されてしまうため、「横断的な知識を広く知ること」という表現としてはどうか
- ・ ③について「専門的見地を引き出せるように」とあるが、医師等からの知見を上から引き出すように捉えられかねない。「専門的見地を尊重できるように」などの表現に見直してはどうか
- ・ ④について「役割や対応を見極め」とあるが、ケアマネジャーが見極めてもよいものか。先ほどの「認知してもらう」も同様だが、「理解し」というような表現の方がよいのではないか
- ・ ④について「繋ぎ切り」もそうだが、「または組む」という表現も硬い印象がある
 - 渡すだけでなく、一緒に組むという意図を伝えたく、良い表現があれば、ご意見いただきたい「携わる関係者等を含めて、広範に繋ぐ役割を担えること」という表現ではいかがか。「リーダーシップを発揮しつつ携わる関係者等を含めて、広範に繋ぐ役割を担えること」としてはどうか

最終案の修正等

- 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、共有の視点をもちつつ、他職種特有の文化、言語を習熟しの理解に努め、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引き出せるように尊重できるように、介護分野に限らない各分野の横断的な知識等を兼ね備えること広く知ること。
- 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見極め理解し、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切り、または双方で連携して取り組む役割を担えること。

5.3 まとめ

上記の検討プロセスを踏まえ、次ページ以降に、議論した結果（最終版）をとりまとめた。

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 利用者へ寄り添い、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直しを考え、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はなく、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、利用者以外に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

以下は目指すにあたってのポイントを2枚に分割したものである（記載内容は同一）。

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”（1/2）



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。

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”（1/2）

目指すにあたってのポイント

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、利用者以外に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

5.4 現場でご活躍される全国の介護支援専門員のみなさんへのメッセージ (エール) ～ケアマネジャーは人と人を結ぶ架け橋～

目指すべき介護支援専門員像の議論とともに、日常の業務に取り組んでいる全国の介護支援専門員に向け、希望を持って歩んでいただくことを願い、エールとして現場の介護支援専門員を中心とした検討委員会よりメッセージを送ることとした。メッセージの内容は次ページのとおり。

現場でご活躍される全国の介護支援専門員の みなさんへのメッセージ（エール）

～ケアマネジャーは人と人を結ぶ架け橋～



立場を超えた連携・協働を！

このメッセージは…

全国の介護支援専門員のみなさんが「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”」をきっかけに理想の介護支援専門員像を描き、目標に向かって希望を持って歩みを進めることを願い、「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」一同より、みなさんとともに歩む介護支援専門員としてメッセージを送ります。

- みなさんが介護支援専門員として利用者や家族と向き合う中で、様々な困難に直面されることや悩まれる日々もあると思います。時にその支援が、利用者の生きがいを支え、ご本人のニーズの達成や自己実現に結実した時、笑顔や幸せな時間が生まれているということもあるのではないかと思います。幾重もの困難があったとしても利用者・家族に温かな時間をもたらすことができるよう、あきらめず、これまで磨かれた個々の専門性を大いに発揮しましょう。介護支援の専門職として、チームケアにおいて心をつなぐ精神を大切に、利用者・家族のために、また、チームケアによる喜び、楽しさを共有できるような気持ち、経験を心に刻みながら気概をもって、相互の連携（つながり）を緊密なものにしていきましょう。介護支援専門員の立場を発展させ、ケアマネジメントやそのプロセスの重要性をより多くの人々に知っていただくために、みなさん一人ひとりにその一翼を担っていただけるよう、私たちも一緒に取り組んでいきます。
- 日々の研鑽の積み重ねが、利用者はじめ社会からの信頼醸成、介護支援専門員の社会的評価につながります。さらに、自身が担える役割を思考することで、地域全体、ひいては全国に最適な支援を届けることができます。地域における取組みを着実に積み重ね、高齢者、家族の生活を地域全体で支えるサービス提供に対して、全体を俯瞰できる相談を担う調整者のプロフェッショナルとして、そのフロントランナーあるいは鑑であるような介護支援専門員と、今後全国各地で出逢えることを切に期待しています。
- 私たちも引き続き、同じ時代に働く仲間を大事にして、切磋琢磨し、時に自らの歩みを振り返りながら「介護支援専門員としての心」を磨き続けたいと思います。さらに数十年後を見据えた介護支援専門員としての専門性の扉を開いて道を作っていきます。また、他職種、関係機関、行政など立場は異なっても、一人ひとりの幸福や自己実現という目的をひとつにしてお互いを認め合い、地域の多様なニーズに応えるべく、研鑽に励むことをお約束します。このメッセージ（エール）が全国の介護支援専門員のみなさんに届けば幸いです。

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

現場でご活躍される全国の介護支援専門員の みなさんへのメッセージ（エール）

～ケアマネジャーは人と人を結ぶ架け橋～（1/2）



立場を超えた連携・協働を！

ひとことメッセージ

私たちは一人じゃない、力を合わせて共に歩んでいこう

一人で頑張り、一人で悩んでいませんか。私たちは一人ではありません。事業所や地域の中で、ケアマネジャー同士、みんなで力を合わせて歩んでいきましょう。手をつなぎ、一緒に前に進みましょう。

みんな悩んで大きくなった

ケアマネジャーの悩みは全国共通。ベテランも若手も、みんな同じように悩んでいるのです。気軽に相談してみませんか。

自分自身も大事にしながら、他職種と助け合っていこう

ケアマネジャーだけの力で解決しようとするのではなく、他職種のみなさんと協力しながらチームで助け合ひましょう。がんばりすぎは禁物です。自分自身も大事にしながら、ケアマネジャーとしての役割を果たしていきましょう。

介護の代表として多職種と協働しよう

これからの高齢化社会においては、医療と介護・福祉が三位一体となって支えあっていかなければ、乗り越えていけません。今一度、介護の代表として、真のプロフェッショナルを目指しましょう。そして、多職種と対等に話し合い、協働し、地域包括ケアシステムを構築しましょう。

施設の介護支援専門員もみんなで頑張ろう

介護支援専門員の活躍の場は居宅介護支援だけではなく、施設の介護支援専門員のみなさんも、コロナ禍に負けず、みんなで頑張ります。

笑顔で前を向いていこう

コロナ禍で、世の中全体が先の見えない不安に包まれています。こんなときこそ、ケアマネジャーが明るい道しるべになれるよう、話を傾聴し、不安を包み込むやさしさと、温かなその笑顔で、これからも前を向いていきましょう。

今こそ介護支援専門員の底力をみせてやろう！

介護保険と共に歩んできた介護支援専門員。20年間、介護保険を支えてきたケアマネジャーが持っている力を存分に発揮しましょう。そして、ケアマネジメントのアウトカムをしっかりとアピールしていきましょう。

強靭で思いやりのある援助者になろう

私たちケアマネジャーは対人援助の専門職です。専門職としての自信を持って、強さと柔軟さを合わせもち、思いやりにあふれた援助者を目指しましょう。

専門職として学び続ける姿勢を

専門職の学びに終わりはありません。経験を重ねながら新しい知識を取り入れ、成長することができるのです。学び続ける姿勢を大切にしましょう。

私たちはやればできる

ICTをはじめ、ケアマネジャーの業務にも、いよいよ新しいテクノロジーの活用が必要になってきました。上手く使えるか、不安はあると思いますが、大丈夫です。私たちは、今までも、かなり難しいと思えることも1つずつマスターしてきました。良質なケアマネジメントを実現するために、便利な手段や道具は上手に使うことにしましょう。皆で、助け合い進みましょう。

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

現場でご活躍される全国の介護支援専門員の みなさんへのメッセージ（エール）



～ケアマネジャーは人と人を結ぶ架け橋～（2/2）

立場を超えた連携・協働を！

ひとことメッセージ

やりがいや感謝はかけがえない喜び

ケアマネジャーは大変な仕事だけれど、その向こう側に大きなやりがいがあります。利用者からの感謝の言葉は、お金で買えるものではなく、何ものにも代えられない喜びであり、私たちの仕事の原動力ですね。

高い人間力が求められる尊い仕事

困難を抱えた人を支援するケアマネジャーの仕事は、高い人間力が求められる尊い仕事です。自覚と誇りを持ちましょう。

未来を創る、未来を拓く

ケアマネジャーの仕事はルーチンワークではありません。利用者の生活の質を高め、よりよい未来を創る、未来を拓くことを支援する、とても創造的な仕事です。新しい時代に向かって、私たちケアマネジャーも、受け身ではなく自分で考え自分で創る気概を持ちましょう。

ケアマネジャーは人生の最終伴走者

ケアマネジャーは利用者にとって、人生の最終伴走者といえるかもしれません。あなたは利用者から「人生で最高の一期一会」「あなたにあえてよかった」と言われたことがありますか。

誇りある一生の仕事

ケアマネジャーは、誇りをもって一生の仕事にできる職業です。胸をはってそう言いたい！

すべての人の可能性を広げる扇の要

ケアマネジャーは人と人、利用者とサービスや制度を繋ぐ扇の要と言われますが、つなぐだけではありません。すべての人の可能性を「広げる」役割をも担っているのです。

楽しくかっこいい仕事に

これからのケアマネジャーは最新のICTを使いこなして、楽しくかっこよく、、、子どもたちの憧れの職業にあげられるような、魅力ある仕事にしていきたいと思います。

人を支える仕事を通じて人として成長

人を支えることを通じて、自分自身の人間力が育ってきたことを実感しています。ケアマネジャーは人として成長できる仕事です。

後進を育てよう

ケアマネジャーの仕事が、将来、みんなの憧れの職業になれるように、次の世代に向けて、後進の人材育成に力を注いでいきたいと思います。

コロナ禍の生活を支えるケアマネジャー

コロナ禍での懸命な対応に、ねぎらいや感謝の言葉をかけられる医療職に比べて、ケアマネジャーの活躍は広く知られていないかもしれません。対人援助職のひとつであるケアマネジャーも、大変な状況の中で、日々使命感を胸に業務に取り組み、重要な役割を果たしているのです。

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

III. 管理者要件に関する調査

次ページ以降に、調査の目的、調査方法および調査結果概要を示す。

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

「管理者要件に関する調査」 (結果概要)

1. 調査の目的

- 前回の介護報酬改定(平成30年度)において、質の高いケアマネジメントの推進の観点から、指定居宅介護支援事業所の管理者要件を主任介護支援専門員とする見直しが行われ、その際に経過措置期限が設けられた。令和元年度に実施された管理者要件に関する調査の結果を踏まえて、令和元年12月17日に開催された居宅介護支援事業所の管理者要件等に関する審議報告(社会保障審議会介護給付費分科会)でとりまとめられた意見(※1)を受けて、介護報酬改定時に定められた経過措置期限が一部延長された。
- 本年度は、経過措置期限延長後の指定居宅介護支援事業所の管理者の配置状況を把握するため、管理者の主任介護支援専門員資格の有無や経過措置期限までの資格取得の見込み、資格取得が見込めない場合の課題を把握することを目的に調査を実施した。

(※1)審議報告では、管理者要件に対して、「経過措置期限を一部延長し、令和3年3月31日時点で主任ケアマネジャーでない者が管理者の事業所は、当該管理者が管理者である限り、管理者を主任ケアマネジャーとする要件の適用を令和9年3月31日まで猶予することが適当である。」等という意見がとりまとめられた。

2. 調査方法

- 厚生労働省より都道府県を介し、全国の保険者へ調査協力の依頼
- 保険者は管轄の指定居宅介護支援事業所へ調査協力の依頼
- 保険者より依頼を受けた指定居宅介護支援事業所の管理者がWeb、電子ファイルのメール送付またはFAX送付で本調査に回答
- 調査時期は、令和2年10月から令和3年2月まで実施

3. 調査対象・回収状況

- 調査対象は、全国の指定居宅介護支援事業所38,373箇所(悉皆)(※2)(令和2年8月1日時点)、休止中の事業所を除く。
- 調査対象の選定については、厚生労働省より依頼を受けた保険者が調査対象一覧を作成
- 回収状況は、回収率78.2%(30,021事業所)

(※2)本調査で作成した事業所リストに基づく。このリストは保険者より提出を受けた調査対象一覧を基本とし、一部を「介護サービス情報公表システム」に登録された事業所情報から補った。

以降の集計結果では、構成比については小数第2位を四捨五入した値を記載しているため、記載された構成比の総和が100%にならない場合や、各項目に記載された値の合計が合計欄の値と一致しない場合がある。

以下、昨年度調査とは、次の調査を指す。三菱総合研究所:「管理者要件に関する調査 結果概要」、令和元年度厚生労働省老人保健健康増進等事業(老人保健事業推進費等補助金)居宅介護支援及び介護予防支援における平成30年度介護報酬改定の影響に関する調査研究事業、2020年3月

4. 調査結果概要

(1) 調査対象の基本情報(事業所属性)

【事業所の開設主体】

○ 居宅介護支援事業所の開設主体としては、営利法人(株式・合名・合資・合同・有限会社)が46.9%と最も多く、次いで社会福祉法人(社協以外)が21.2%、医療法人が15.7%であった。

図表1 事業所の開設主体

(単位:事業所)

	全体	都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合	社会福祉協議会	社会福祉法人(社協以外)	医療法人	社団・財団法人	協同組合及び連合会	営利法人(株式・合名・合資・合同・有限会社)	特定非営利活動法人(NPO)	その他の法人	その他	無回答	
本調査(R2.7)	30,021 100.0%	259 0.9%	1,476 4.9%	6,356 21.2%	4,723 15.7%	616 2.1%	634 2.1%	14,083 46.9%	835 2.8%	659 2.2%	264 0.9%	116 0.4%	
令和元年度管理者要件に関する調査(R1.7)	33,264 100.0%	350 1.1%	1,589 4.8%	6,717 20.2%	5,065 15.2%	675 2.0%	589 1.8%	15,984 48.1%	991 3.0%	942 2.8%	354 1.1%	8 0.0%	
改定検証事業	平成30年度調査(H30.11)	1,288 100.0%	16 1.2%	84 6.5%	273 21.2%	198 15.4%	31 2.4%	39 3.0%	552 42.9%	49 3.8%	15 1.2%	11 0.9%	20 1.6%
	平成28年度調査(H28.11)	1,572 100.0%	12 0.8%	106 6.7%	348 22.1%	242 15.4%	33 2.1%	39 2.5%	694 44.1%	57 3.6%	-	38 2.4%	3 0.2%
	平成27年度調査(H27.11)	1,616 100.0%	16 1.0%	112 6.9%	348 21.5%	275 17.0%	32 2.0%	45 2.8%	674 41.7%	53 3.3%	-	48 3.0%	13 0.8%
老健事業	第7回調査(H25.11)	742 100.0%	10 1.3%	67 9.0%	176 23.7%	140 18.9%	21 2.8%	24 3.2%	268 36.3%	20 2.7%	-	13 1.7%	3 0.4%
	第6回調査(H23.11)	606 100.0%	9 1.5%	55 9.1%	136 22.4%	110 18.2%	15 2.5%	23 3.8%	222 36.5%	24 4.0%	-	7 1.2%	5 0.8%
	第5回調査(H21.11)	760 100.0%	9 1.2%	61 8.0%	178 23.4%	153 20.1%	27 3.6%	25 3.3%	283 37.2%	10 1.3%	-	7 0.9%	7 0.9%
	第4回調査(H19.11)	704 100.0%	18 2.6%	63 8.9%	171 24.3%	149 21.2%	25 3.6%	22 3.1%	220 31.3%	23 3.3%	-	10 1.4%	3 0.4%
	第3回調査(H17.11)	742 100.0%	25 3.4%	81 10.9%	197 26.5%	163 22.0%	32 4.3%	28 3.8%	189 25.5%	13 1.8%	-	11 1.4%	3 0.4%
	第2回調査(H15.11)	696 100.0%	38 5.5%	80 11.5%	189 27.2%	156 22.4%	30 4.3%	16 2.3%	155 22.3%	12 1.7%	-	15 2.2%	5 0.7%
	第1回調査(H13.7)	851 100.0%	76 8.9%	111 13.0%	209 24.6%	209 24.6%	48 5.6%	27 3.2%	145 17.0%	6 0.7%	-	5 0.6%	15 1.8%

※「老健事業」は、厚生労働省老人保健健康増進等事業(老人保健事業推進費等補助金)、「改定検証事業」は、厚生労働省介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査を指す。

※改定検証事業、老健事業は標本調査、令和元年度調査、本調査は悉皆調査であるため、全体の事業所数には差がある。

(出所) 昨年度調査(令和元年度管理者要件に関する調査)の図表1に本年度調査の結果を追加して掲載している。

4. 調査結果概要

(1) 調査対象の基本情報(事業所属性)

【1事業所あたりの介護支援専門員の人数】

○ 令和2年7月時点の1事業所あたり介護支援専門員の人数について、実人員合計、換算人員合計ともに、「1~2人」の事業所が47.6%(実人員合計)、54.7%(換算人員合計)と最も多かった。次いで「3~4人」がそれぞれ33.0%、29.9%であった。

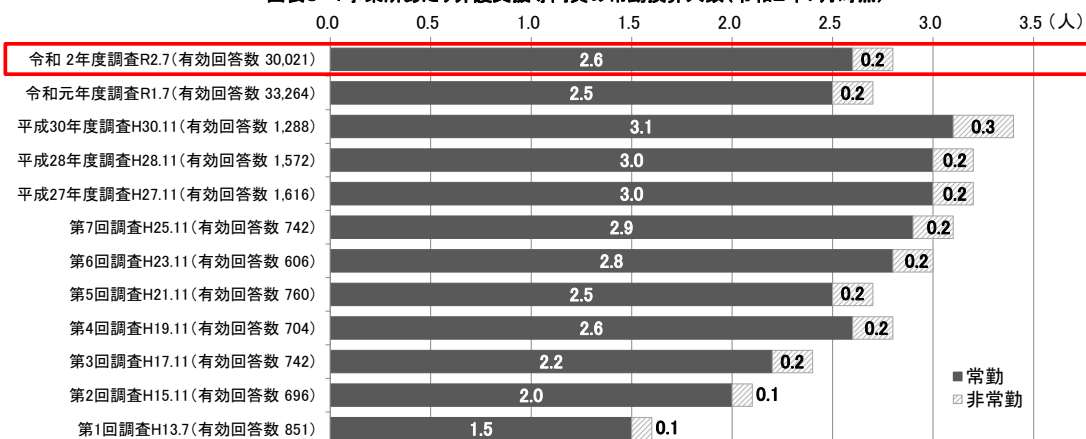
○ 令和2年7月時点の1事業所あたり介護支援専門員の常勤換算人数については、常勤の介護支援専門員が2.6人、非常勤が0.2人であった。

図表2 1事業所あたり介護支援専門員の人数(実人員合計、換算人員合計)(令和2年7月時点)

(単位:事業所)

	全体	0人	1~2人	3~4人	5~9人	10~29人	30人以上	無回答	平均(人)	標準偏差
実人員合計	30,021 100.0%	0 0.0%	14,286 47.6%	9,903 33.0%	5,362 17.9%	441 1.5%	17 0.1%	12 0.0%	3.11	2.39
換算人員合計	30,021 100.0%	268 0.9%	16,426 54.7%	8,964 29.9%	3,896 13.0%	214 0.7%	4 0.0%	249 0.8%	2.82	1.96

図表3 1事業所あたり介護支援専門員の常勤換算人数(令和2年7月時点)



※第1回~第7回調査、令和元年度~令和2年度調査: 厚生労働省老人保健健康増進等事業(老人保健事業推進費等補助金) 平成27~平成30年度調査: 厚生労働省介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査

(出所) 昨年度調査「令和元年度管理者要件に関する調査 結果概要」の図表3に本年度調査の結果を追加して掲載している。

4. 調査結果概要

(1) 調査対象の基本情報(事業所属性)

【介護支援専門員人数別の利用者数】

○ 要介護度別の平均利用者数について、介護支援専門員の人数別にそれぞれの構成比をみると、介護支援専門員の人数と関係なく、「要介護1」が最も多く、次いで「要介護2」が多かった。

図表4 介護支援専門員人数別・要介護度別；平均利用者数(令和2年7月時点)

(単位:事業所)

(単位:人/事業所)

(単位:人/事業所)

		全体	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要支援者合計数	要介護者合計数	利用者合計数
全体		30,021	5.50 6.2%	8.60 9.7%	25.95 29.4%	22.33 25.3%	12.59 14.3%	8.32 9.4%	4.99 5.7%	14.10	74.17	88.27
介護支援 専門員 実人員合 計	1人	7,275	2.13 7.1%	3.09 10.3%	8.36 27.9%	7.24 24.2%	4.32 14.4%	2.94 9.8%	1.83 6.1%	5.22	24.69	29.92
	2人	7,011	3.64 6.8%	5.45 10.2%	15.62 29.2%	13.22 24.7%	7.57 14.1%	5.07 9.5%	2.97 5.5%	9.09	44.43	53.52
	3人	5,636	5.45 6.3%	8.61 10.0%	25.30 29.4%	21.94 25.5%	11.98 13.9%	8.04 9.4%	4.63 5.4%	14.06	71.90	85.94
	4人	4,267	7.17 6.2%	11.36 9.8%	35.05 30.1%	29.47 25.3%	16.56 14.2%	10.55 9.1%	6.09 5.2%	18.52	97.73	116.26
	5人以上	5,820	10.77 5.8%	17.27 9.3%	54.38 29.4%	47.31 25.6%	26.66 14.4%	17.62 9.5%	10.95 5.9%	28.04	156.91	184.95

※表内の各セルは表側の区分ごとの事業所に対して、要介護度別の平均値を表している。このため各行の合計と内訳が一致しない。

※表内の比率は、各要介護度別の利用者について、利用者合計数に占める割合を意味する。

※表側では実人員が無回答の場合を掲載していないため、全体と表側の事業所数の合計とが一致しない。

4. 調査結果概要

(2) 調査対象の基本情報(利用者属性)

【要支援・要介護度別利用者の状況】

○ 居宅介護支援事業所が委託を受けて令和2年7月にケアマネジメントを実施した1事業所あたりの平均利用者数は、「要支援1」が5.50人、「要支援2」が8.60人であった。

○ 居宅介護支援事業所が令和2年7月分の給付管理を行った1事業所あたりの平均利用者数は、「要介護1」が25.95名、「要介護2」が22.33人、「要介護3」が12.59人、「要介護4」が8.32人、「要介護5」が4.99人であった。

図表5 要支援度別；居宅介護支援の利用者数(令和2年7月時点)

(単位:事業所)

	全体	0人	1~2人	3~4人	5~9人	10~29人	30人以上	無回答	平均(人)	標準偏差
要支援1	30,021 100.0%	7,238 24.1%	6,283 20.9%	4,460 14.9%	6,401 21.3%	5,179 17.3%	460 1.5%	0 0.0%	5.50	7.47
要支援2	30,021 100.0%	5,309 17.7%	4,035 13.4%	3,818 12.7%	6,922 23.1%	8,724 29.1%	1,208 4.0%	5 0.0%	8.60	10.39

※居宅介護支援事業所が委託を受けてケアマネジメントを実施した利用者数

図表6 要介護度別；居宅介護支援の利用者数(令和2年7月時点)

(単位:事業所)

	全体	0人	1~2人	3~4人	5~9人	10~29人	30人以上	無回答	平均(人)	標準偏差
要介護1	30,021 100.0%	312 1.0%	986 3.3%	1,272 4.2%	4,331 14.4%	13,009 43.3%	10,108 33.7%	3 0.0%	25.95	22.39
要介護2	30,021 100.0%	326 1.1%	1,009 3.4%	1,529 5.1%	5,369 17.9%	13,738 45.8%	8,041 26.8%	9 0.0%	22.33	23.76
要介護3	30,021 100.0%	678 2.3%	2,553 8.5%	3,511 11.7%	8,041 26.8%	13,075 43.6%	2,163 7.2%	0 0.0%	12.59	11.13
要介護4	30,021 100.0%	1,433 4.8%	4,846 16.1%	5,152 17.2%	9,132 30.4%	8,824 29.4%	632 2.1%	2 0.0%	8.32	12.34
要介護5	30,021 100.0%	3,643 12.1%	8,405 28.0%	6,178 20.6%	7,649 25.5%	3,921 13.1%	224 0.7%	1 0.0%	4.99	6.10

※居宅介護支援事業所が給付管理を行った利用者数

4. 調査結果概要

(3) 管理者の基本属性(介護支援専門員としての業務経験年数)

【管理者の介護支援専門員としての業務経験年数】

○居宅介護支援事業所の管理者の介護支援専門員としての業務経験年数については、「5年以上」の管理者が87.9%であり、「10年以上」の管理者は59.0%であった。

【主任介護支援専門員でない管理者の介護支援専門員としての業務経験年数】

○管理者が主任介護支援専門員でない、かつ管理者の介護支援専門員としての業務経験年数が「5年以上」の事業所は18.5%であった。
○管理者が主任介護支援専門員でない、かつ管理者の介護支援専門員としての業務経験年数が「5年未満」の事業所は10.6%であった。

図表7 管理者の介護支援専門員としての業務経験年数(令和2年7月時点)

(単位:事業所)

全体	1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 6年未満	6年以上 7年未満	7年以上 8年未満	8年以上 9年未満	9年以上 10年未満	10年以上	(別掲) 5年以上	無回答
30,021 100.0%	416 1.4%	444 1.5%	745 2.5%	787 2.6%	1,124 3.7%	1,732 5.8%	1,634 5.4%	1,753 5.8%	1,609 5.4%	1,928 6.4%	17,726 59.0%	26,382 87.9%	123 0.4%

図表8 主任介護支援専門員でない管理者の介護支援専門員としての業務経験年数(令和2年7月時点)

(単位:事業所)

全体	管理者が 主任介護 支援専門 員である	管理者が 主任介護 支援専門 員でない												(別掲) 5年以上	無回答	
			1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 6年未満	6年以上 7年未満	7年以上 8年未満	8年以上 9年未満	9年以上 10年未満	10年以上			
30,021 100.0%	21,233 70.7%	8,748 29.1%	355 1.2%	391 1.3%	686 2.3%	707 2.4%	1,030 3.4%	1,268 4.2%	590 2.0%	448 1.5%	302 1.0%	336 1.1%	2,601 8.7%	5,545 18.5%	34 0.1%	40 0.1%
累積※			355 1.2%	746 2.5%	1,432 4.8%	2,139 7.1%	3,169 10.6%	4,437 14.8%	5,027 16.7%	5,475 18.2%	5,777 19.2%	6,113 20.4%	8,714 29.0%			

調査時点(令和2年7月)において、主任介護支援専門員研修の受講要件を満たしていない。

調査時点(令和2年7月)において、主任介護支援専門員研修の受講要件を満たしている。

※累積は、業務経験年数が当該年未満の主任介護支援専門員でない管理者の人数または割合の合計値

4. 調査結果概要

(3) 管理者の基本属性(介護支援専門員としての業務経験年数)

【介護支援専門員人数別の主任介護支援専門員でない管理者の介護支援専門員としての業務経験年数】

○管理者が主任介護支援専門員でない、かつ管理者の介護支援専門員としての業務経験年数が「5年以上」の事業所について、介護支援専門員の実人員の合計人数が「1人」の事業所が、26.2%と最も多く、次いで「2人」が23.3%であった。

○管理者が主任介護支援専門員でない、かつ管理者の介護支援専門員としての業務経験年数が「5年未満」の事業所について、介護支援専門員の実人員の合計人数が「1人」の事業所が、いずれの業務経験年数においても、最も多かった。

図表9 介護支援専門員人数別;主任介護支援専門員でない管理者の介護支援専門員としての業務経験年数(令和2年7月時点)

(単位:事業所)

	全体	管理者が 主任介護 支援専門 員である	管理者が 主任介護 支援専門 員でない												(別掲) 5年以上	無回答		
				1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 6年未満	6年以上 7年未満	7年以上 8年未満	8年以上 9年未満	9年以上 10年未満	10年以上				
全体	30,021 100.0%	21,233 70.7%	8,748 29.1%	355 1.2%	391 1.3%	686 2.3%	707 2.4%	1,030 3.4%	1,268 4.2%	590 2.0%	448 1.5%	302 1.0%	336 1.1%	2,601 8.7%	5,545 18.5%	34 0.1%	40 0.1%	
介護支援 専門員 実人員 合計	1人	7,275 100.0%	4,186 57.5%	3,079 42.3%	110 1.5%	168 2.3%	258 3.5%	262 3.6%	367 5.0%	443 6.1%	195 2.7%	166 2.3%	111 1.5%	126 1.7%	864 11.9%	1,905 26.2%	9 0.1%	10 0.1%
	2人	7,011 100.0%	4,404 62.8%	2,600 37.1%	97 1.4%	108 1.5%	217 3.1%	228 3.3%	302 4.3%	366 5.2%	201 2.9%	115 1.6%	86 1.2%	93 1.3%	774 11.0%	1,635 23.3%	13 0.2%	7 0.1%
	3人	5,638 100.0%	4,204 74.6%	1,427 25.3%	75 1.3%	53 0.9%	97 1.7%	98 1.7%	171 3.0%	210 3.7%	97 1.7%	78 1.4%	47 0.8%	52 0.9%	440 7.8%	924 16.4%	9 0.2%	5 0.1%
	4人	4,267 100.0%	3,501 82.0%	759 17.8%	40 0.9%	31 0.7%	54 1.3%	48 1.1%	88 2.1%	119 2.8%	40 0.9%	50 1.2%	20 0.5%	35 0.8%	233 5.5%	497 11.6%	1 0.0%	7 0.2%
	5人以上	5,820 100.0%	4,933 84.8%	877 15.1%	32 0.5%	31 0.5%	60 1.0%	71 1.2%	102 1.8%	129 2.2%	56 1.0%	39 0.7%	38 0.7%	30 0.5%	288 4.9%	580 10.0%	1 0.0%	10 0.2%

調査時点(令和2年7月)において、主任介護支援専門員研修の受講要件を満たしていない。

調査時点(令和2年7月)において、主任介護支援専門員研修の受講要件を満たしている。

4. 調査結果概要

(4) 管理者の基本属性(保有資格)

【管理者の保有資格】

○管理者が保有している資格としては「介護福祉士」が68.3%と最も多く、次いで「介護職員初任者研修(旧ホームヘルパー2級)」が28.3%、「社会福祉士」が18.0%であった。

図表10 管理者の保有資格(複数回答)(令和2年7月時点)

(単位:事業所)

	全体	看護師	社会福祉士	介護福祉士	ヘルパー1級(旧ホームヘルパー1級)	ヘルパー2級(旧ホームヘルパー2級)	介護職員初任者研修(旧ホームヘルパー2級)
本調査(R2.7)	30,021 100.0%	2,872 9.6%	5,406 18.0%	20,491 68.3%	2,062 6.9%		8,498 28.3%
令和元年度管理者要件に関する調査(R1.7)	33,264 100.0%	3,299 9.9%	5,671 17.0%	22,522 67.7%	2,132 6.4%		8,827 26.5%
参考:介護支援専門員の保有資格							
改定検証事業	平成30年度調査(H30.11)	3,489 100.0%	340 9.7%	510 14.6%	2,513 72.0%	315 9.0%	1,618 46.4%
	平成28年度調査(H28.11)	4,682 100.0%	429 9.2%	592 12.6%	3,301 70.5%	480 10.3%	2,315 49.4%
	平成27年度調査(H27.11)	4,807 100.0%	481 10.0%	571 11.9%	3,074 63.9%	137 2.9%	528 11.0%
老健事業	第7回調査(H25.11)	2,132 100.0%	246 11.5%	217 10.2%	1,351 63.4%	64 3.0%	240 11.3%
	第6回調査(H23.11)	1,851 100.0%	261 14.1%	204 11.0%	1,047 56.6%	58 3.1%	180 9.7%
	第5回調査(H21.11)	2,172 100.0%	372 17.1%	153 7.0%	1,085 50.0%	77 3.5%	229 10.5%
	第4回調査(H19.11)	2,108 100.0%	443 21.0%	157 7.4%	944 44.8%	63 3.0%	139 6.6%
	第3回調査(H17.11)	2,166 100.0%	594 27.4%	159 7.3%	846 39.1%	90 4.2%	147 6.8%
	第2回調査(H15.11)	1,927 100.0%	585 30.4%	126 6.5%	629 32.6%	129 6.7%	106 5.5%
	第1回調査(H13.7)	2,203 100.0%	798 36.2%	126 5.7%	632 28.7%	141 6.4%	99 4.5%

※本調査において回答の多かった上位5位の保有資格を抜粋している。

(出所)昨年度調査「令和元年度管理者要件に関する調査 結果概要」の図表10に本年度調査の結果を追加して掲載している。

4. 調査結果概要

(5) 管理者の基本属性(主任介護支援専門員研修の修了)

【主任介護支援専門員研修修了の有無】

○「管理者が主任介護支援専門員でない」と回答した事業所は、令和元年7月時点の40.9%から29.1%に低下した。

【主任介護支援専門員でない管理者の経過措置期間中の主任介護支援専門員研修修了の見込み】

○管理者が主任介護支援専門員でない事業所で、管理者が「経過措置期間中に修了できる見込みだが、時期は不明」の事業所が最も多く8.7%であった。「経過措置期間中に修了することが困難である、または見込みが立てられない」は6.5%であった。

○管理者が主任介護支援専門員でない事業所で、管理者が経過措置期間中に主任介護支援専門員研修を修了する見込みがある事業所は、時期不明を含めると22.5%であった。

図表11 管理者の主任介護支援専門員研修修了の有無(令和2年7月時点)

(単位:事業所)

	全体	管理者が主任介護支援専門員である	管理者が主任介護支援専門員でない	無回答
本調査(R2.7)	30,021 100.0%	21,233 70.7%	8,748 29.1%	40 0.1%
令和元年度管理者要件に関する調査(R1.7)	33,264 100.0%	19,644 59.1%	13,608 40.9%	12 0.0%

図表12 経過措置期間中の主任介護支援専門員研修修了の見込み(令和2年7月時点)

(単位:事業所)

	全体(管理者が主任介護支援専門員でない事業所)	令和3年3月末日までに修了見込み	令和4年3月末日までに修了見込み	令和5年3月末日までに修了見込み	令和6年3月末日までに修了見込み	令和7年3月末日までに修了見込み	令和8年3月末日までに修了見込み	令和9年3月末日までに修了見込み	経過措置期間中に修了できる見込みだが、時期は不明	経過措置期間中に修了することが困難である、または見込みが立てられない	無回答
管理者が主任介護支援専門員でない	8,748 100.0%	1,302 14.9%	1,264 14.4%	624 7.1%	483 5.5%	220 2.5%	111 1.3%	150 1.7%	2,603 29.8%	1,942 22.2%	49 0.6%
全体(30,021)に対する割合	29.1%	4.3%	4.2%	2.1%	1.6%	0.7%	0.4%	0.5%	8.7%	6.5%	0.2%

主任介護支援専門員研修を修了できる見込みがある。

22.5%

全体(30,021)に対する割合

4. 調査結果概要

(5) 管理者の基本属性(主任介護支援専門員研修の修了)

【主任介護支援専門員研修修了の有無】

○介護支援専門員の実人員の合計人数が少ない事業所ほど「管理者が主任介護支援専門員でない」と回答した割合が高く、介護支援専門員の実人員の合計人数が「1人」の事業所で「管理者が主任介護支援専門員でない」と回答した割合は42.3%であった。

【経過措置期間中の主任介護支援専門員研修修了の見込み】

○介護支援専門員の実人員の合計人数別に「経過措置期間中に修了することが困難である、または見込みが立てられない」と回答した割合をみると「5人以上」で24.7%で最も多く、次いで「4人」が22.7%、「3人」が22.5%、「1人」が21.8%、「2人」で21.5%であった。

図表13 介護支援専門員人数別；
管理者の主任介護支援専門員研修修了の有無
(令和2年7月時点)

		(単位:事業所)			
		全体	管理者が主任介護支援専門員である	管理者が主任介護支援専門員でない	無回答
全体		30,021	21,233	8,748	40
		100.0%	70.7%	29.1%	0.1%
介護支援専門員 実人員合計	1人	7,275	4,186	3,079	10
		100.0%	57.5%	42.3%	0.1%
	2人	7,011	4,404	2,600	7
		100.0%	62.8%	37.1%	0.1%
	3人	5,636	4,204	1,427	5
		100.0%	74.6%	25.3%	0.1%
4人	4,267	3,501	759	7	
	100.0%	82.0%	17.8%	0.2%	
5人以上	5,820	4,933	877	10	
	100.0%	84.8%	15.1%	0.2%	

図表14 介護支援専門員人数別；経過措置期間中の主任介護支援専門員研修修了の見込み(2区分)
(令和2年7月時点)

		(単位:事業所)			
		全体 (管理者が主任介護支援専門員でない事業所)	経過措置期間中に修了の見込み	経過措置期間中に修了することが困難である、または見込みが立てられない	無回答
全体		8,748	6,757	1,942	49
		100.0%	77.2%	22.2%	0.6%
介護支援専門員 実人員合計	1人	3,079	2,386	672	21
		100.0%	77.5%	21.8%	0.7%
	2人	2,600	2,030	558	12
		100.0%	78.1%	21.5%	0.5%
	3人	1,427	1,097	321	9
		100.0%	76.9%	22.5%	0.6%
4人	759	583	172	4	
	100.0%	76.8%	22.7%	0.5%	
5人以上	877	659	217	1	
	100.0%	75.1%	24.7%	0.1%	

※管理者が主任介護支援専門員でない場合に限定している。

※「経過措置期間中に修了見込み」は、「令和3年3月末日までに修了見込み」から「令和9年3月末日までに修了見込み」、「経過措置期間中に修了できる見込みだが、時期は不明」までの合計である。

10

4. 調査結果概要

(5) 管理者の基本属性(主任介護支援専門員研修の修了)

【経過措置期間中に主任介護支援専門員研修を修了することが困難である、または見込みが立てられない理由】

○主任介護支援専門員研修を修了することが困難である、または見込みが立てられない理由については、「経過措置期間が終わるまでに、管理者を主任介護支援専門員の資格保有者に交代する予定のため」が2.2%と最も多かった。介護支援専門員の実人員の合計人数が2名以上の事業所では同様に最も多く、それぞれ「2人」が2.6%、「3人」が2.5%、「4人」が2.1%、「5人以上」が2.0%であった。

○介護支援専門員の実人員の合計人数が1名の事業所では、「主任介護支援専門員研修を受講するための経済的負担が重い」が2.6%と最も多く、次いで「主任介護支援専門員研修を修了する前に、事業所を閉鎖する予定のため」が2.4%であった。

図表15 介護支援専門員人数別；経過措置期間中に主任介護支援専門員研修を修了することが困難である、または見込みが立てられない理由(令和2年7月時点)(複数回答)

		(単位:事業所)																
		全体	管理者が主任介護支援専門員である	管理者が主任介護支援専門員でない	経過措置期間中に修了見込み	経過措置期間中に修了することが困難である、または見込みが立てられない	主任介護支援専門員研修を受講するための経済的負担が重い	担当事例の資料提出が難しい	事業所の方針として主任介護支援専門員を配置しない	経過措置期間中に修了するまでに、管理者を主任介護支援専門員の資格保有者に交代する予定のため	事業所内以外で主任介護支援専門員が配置されている	他事業所との業務の関わり、専任の介護支援専門員としての実務経験5年以上の要件が満たせない	離島・中山間地域等のため、研修受講が困難である	主任介護支援専門員研修を修了する前に、事業所を閉鎖する予定のため	その他	無回答	無回答	
全体		30,021	21,233	8,748	6,757	1,942	384	210	83	659	261	346	39	275	638	6	49	40
		100.0%	70.7%	29.1%	22.5%	6.5%	1.3%	0.7%	0.3%	2.2%	0.9%	1.2%	0.1%	0.9%	2.1%	0.0%	0.2%	0.1%
介護支援専門員 実人員合計	1人	7,275	4,186	3,079	2,386	672	188	99	50	128	9	64	18	177	277	0	21	10
		100.0%	57.5%	42.3%	32.8%	9.2%	2.6%	1.4%	0.7%	1.8%	0.1%	0.9%	0.2%	2.4%	3.8%	0.0%	0.3%	0.1%
	2人	7,011	4,404	2,600	2,030	558	111	55	21	184	48	99	15	74	197	5	12	7
		100.0%	62.8%	37.1%	29.0%	8.0%	1.6%	0.8%	0.3%	2.6%	0.7%	1.4%	0.2%	1.1%	2.8%	0.1%	0.2%	0.1%
	3人	5,636	4,204	1,427	1,097	321	51	27	5	143	65	81	5	19	82	1	9	5
		100.0%	74.6%	25.3%	19.5%	5.7%	0.9%	0.5%	0.1%	2.5%	1.2%	1.4%	0.1%	0.3%	1.5%	0.0%	0.2%	0.1%
4人	4,267	3,501	759	583	172	22	10	4	89	55	43	0	2	37	0	4	7	
	100.0%	82.0%	17.8%	13.7%	4.0%	0.5%	0.2%	0.1%	2.1%	1.3%	1.0%	0.0%	0.0%	0.9%	0.0%	0.1%	0.2%	
5人以上	5,820	4,933	877	659	217	12	19	2	115	84	59	1	2	43	0	1	10	
	100.0%	84.8%	15.1%	11.3%	3.7%	0.2%	0.3%	0.0%	2.0%	1.4%	1.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.2%	

【その他の主な内容】

- 研修期間が長い、1日あたりの拘束時間が長い、研修場所への移動時間が長い等で、通常業務に支障があるため。
- 管理者が高齢のため。管理者が退職予定であるため。
- 新型コロナウイルス感染症の影響で受講の目的が立たないため。コロナ禍での研修受講に不安があるため。

11

IV. 介護支援専門員の処遇状況等調査

1.1 目的

居宅介護支援事業所を対象として、介護従事者の処遇の状況の評価を行うとともに、介護報酬改定のための基礎資料を得ることを目的として、アンケート調査を実施した。

1.2 実施概要

(1) 調査設計

調査設計は下記のとおりとして実施した。

○調査客体：居宅介護支援事業所 1,702 事業所

※「介護サービス情報公表システム」の登録事業所（母集団名簿）から層化無作為抽出

○回答方法：郵送調査と WEB 調査の併用。依頼状および調査票一式を郵送し、インターネットまたは紙での回答を選択可能

○調査票：事業所票、従事者票

(2) 調査時期

調査は、令和 2 年 9 月～10 月に実施した。

(3) 回収状況

回収状況については、事業所票は回収数 1,012 件、回収率 59.5%であった。また、従事者票は、1,973 人分の有効回答を得た。

(4) 主な調査項目

事業所票

居宅介護支援事業所の概況（利用者数、職員数等）

従事者票

在籍する介護従事者等の給与等の状況（平成 31 年 2 月および令和 2 年 2 月）

(5) 推計方法

地域区分別、規模別の事業所数（母集団の構成）と、これらの区分ごとの回収状況（有効回答数）、および事業所の従事者数と従事者票の記入状況（有効回答数）を基に乗率を算出し、これらを個々の値に乘じることにより全国推計値を算出した（ウエイトバック集計）。

2. 調査結果

調査結果の集計上の留意点は下記のとおりである。

- 平成31年と令和2年ともに在籍している者、かつ給与額が算出できる者（給与算出の際に必要な項目が有効である者）を集計対象とし、平均給与額、平均基本給額を比較した。
- 平均給与額は基本給（月額）＋手当＋一時金（10～3月支給金額の1/6）である。
- 平均給与額、平均基本給額は10円未満を四捨五入した。
- 勤続年数は令和2年2月までに勤続した年数である。当該事業所での勤務以前に同一法人が経営する施設・事業所に勤務していた場合、勤続年数は当該法人での勤続年数を通算して計上した。

(1) 介護支援専門員の平均給与額・平均基本給額の状況（月給・常勤の者）

介護支援専門員の平均給与額と平均基本給額は、下記のとおりであった。

- 介護支援専門員（月給・常勤の者）の平均給与額は、平成31年2月では325,230円、令和2年2月では330,660円であり、平成31年から令和2年にかけて5,430円増加していた。
- また、平均基本給額は、平成31年2月では218,790円、令和2年2月では221,300円であり、平成31年から令和2年にかけて2,510円増加していた。
- なお、集計対象とした介護支援専門員の平均勤続年数は8.8年であった。

(2) 主任介護支援専門員の平均給与額の状況（月給・常勤の者）

主任介護支援専門員の平均給与額は、下記のとおりであった。

- 主任介護支援専門員（月給・常勤の者）の平均給与額は、平成31年2月では350,960円、令和2年2月では351,480円であり、平成31年から令和2年にかけて520円増加していた。
- なお、集計対象とした主任介護支援専門員の平均勤続年数は10.6年であった。

V. 参考資料

1 論点 2-6 に関する参考事例

入退院時の医療介護連携の推進に向けた取組事例

第 152 回社会保障審議会介護給付費分科会「居宅介護支援の報酬・基準について(案)」資料
(平成 29 年 11 月 22 日開催)

入退院時の医療介護連携の推進に向けた取組事例

■福井県における退院支援ルールの策定の取組

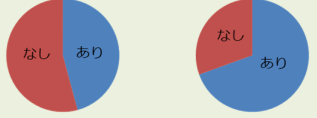
居宅介護支援の報酬・基準について(案)

社保審一介護給付費分科会
第152回 (H29.11.22) 資料 1

取組開始時の現状と課題

- 入院時、介護支援専門員から医療機関への情報提供は約5割、要支援者では3割未満だった。
- 退院時、医療機関から介護支援専門員への連絡は約2割で情報提供がなく、その2割以上が退院直前だった。

ケアマネジャーから病院への情報提供(入院時) 病院からケアマネジャーへの情報提供(退院時)



- 病院と介護支援専門員の連携ルールは、一部で取り組まれていたが、医療機関や地域で様式等が異なり、十分活用されていなかった。

医療・介護関係者の意見調整

県庁と県医師会が連携し、入退院時の退院支援ルール作成に向け取り組むことを確認。

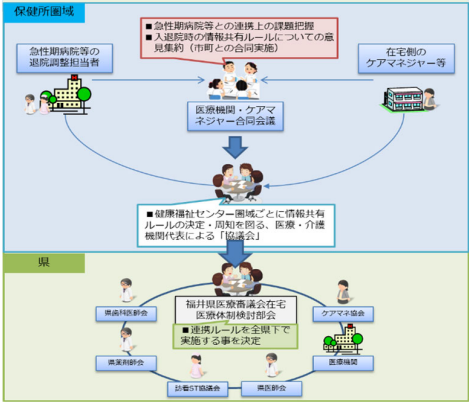
全県の介護支援専門員を対象に入退院時連携の実態を調査。

県内すべての保健所が関係者の協議の場を設置。医療機関、介護支援専門員、医師会等による複数回の協議を経て、入退院時の医療介護連携に関する現状と課題の整理、退院支援ルールについての意見の取りまとめ。

市町や医療圏をまたぐ入退院の事例が多く見られることから、ルールの適用範囲は広域にする必要があるとの意見があった。

福井県退院支援ルールの策定

退院支援ルールの適用範囲を全県とすることとし、保健所圏域毎の協議会で出た現場の意見を踏まえた上で、圏域代表者会議および県医療審議会において全県統一のルールを策定した。(平成28年4月運用開始)



県の役割

- 事業の企画・予算の確保
- 市町への参加要請(介護保険担当部局、地域包括支援センター、居宅介護事業所等)
- 県庁は、全県的な関係者協議の場の設置、県保健所は、保健所圏域毎の協議の実施や関係機関の連携調整を支援。
- 入退院時の連携状況の定期的な把握・評価、退院支援ルールの改善

県医師会の協力

- 事業の実施方法や退院支援ルール等に対する医療的見地からの助言
- 郡市区医師会に対する連絡調整や協力要請
- 病院、有床診療所、介護支援専門員協会等の関係機関に対する協力要請

取組の成果

- 退院調整のフローを標準化したことにより、入退院時の情報提供率の向上につながる
 - 入院時情報提供がなかった割合：約5割→約2割
 - うち要支援者：約7割→約4割
 - 退院時に介護支援専門員に情報提供がなかった割合：約2割→約1割
- 協議を重ねる事で、お互いの事情や役割への理解が深まり、信頼関係が構築され、互いに仕事しやすくなる
- ルールの活用により入院・退院にかかる診療報酬および介護報酬上の評価・加算につながる

福井県において運用されている退院支援ルール

	病院	介護支援専門員(ケアマネ)
入院 ↓	<p>②ケアマネの有無、介護保険サービスの確認</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者・家族への聞き取りや、介護保険証、担当ケアマネの名刺の有無等により、ケアマネの有無や介護保険サービスの確認 担当ケアマネがいる場合は、速やかに入院を連絡 ※要介護認定を受けているかどうか分からない場合は、市町村介護保険担当課に問い合わせる。 <p>④要介護認定を受けていない場合、退院調整の必要性を判断し、家族等の介護保険申請を支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 「介護保険申請の目安」に基づき、退院調整や要介護認定の申請の要不要を判断→担当ケアマネが決まり次第連携 	<p>①日頃の工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の介護保険証・健康保険証にケアマネの名刺を挟んでおく、入院が決まったらケアマネに伝えるよう本人・家族に説明しておく等 <p>③入院時情報提供書の提出</p> <ul style="list-style-type: none"> 病院や家族等からの連絡により、利用者(要介護・要支援とも)の入院を把握した場合は速やかに、入院期間の見込みや患者の状態等について、「入院時情報提供シート」(県参考様式)等を提出し、入院時から連携して情報共有に努める。
退院の見込 ↓	<p>⑤サービス調整に必要な日数を考慮して、ケアマネへ退院見込日を連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者が「在宅退院ができそうと判断する目安」により退院できると判断した場合、介護支援専門員が退院準備に必要な期間(ケアプラン作成、事業所との調整等)を考慮して、退院支援開始の連絡をする <p>⑦共通様式に基づきケアプラン作成に必要な情報収集</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員がケアプラン作成等に必要な情報を、カンファレンス等の面談日までに院内関係者から収集 ※「退院支援情報共有シート」を活用する <p>⑧退院前カンファレンスの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院支援に必要な情報を共有する。 ※「退院支援情報共有シート」を活用する 追加のカンファレンスや退院時共同指導の実施の要否については、病院担当者と介護支援専門員で調整し、病院が決定する 	<p>⑥ケアプラン作成準備</p> <ul style="list-style-type: none"> 病院から退院の時期、必要となりそうな支援を確認し、サービス調整の上、ケアプランの素案を作成
退院時・退院後の情報共有	<ul style="list-style-type: none"> 看護・介護の引継書(退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日、入浴日、服薬内容等)を介護支援専門員に提供 	<ul style="list-style-type: none"> 原則、ケアプランの写しを病院に提供する

横浜市（退院調整をスムーズにするための情報共有ツール）

横浜市ホームページにて以下が掲載されています。

トップ > 暮らし・総合 > 健康・医療 > 医療 > 在宅医療 > 退院調整をスムーズにするための情報共有ツール

<https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryo/iryo/zaitaku/tainchouseitool.html>

○ 入院・退院サポートマップ



出所：横浜市 退院調整をスムーズにするための情報共有ツール（閲覧日：令和3年3月）

○ 介護職のための看取り期の在宅療養サポートマップ



出所：横浜市 退院調整をスムーズにするための情報共有ツール（閲覧日：令和3年3月）

○ 入院時・退院時情報共有シート

次ページに掲載

○ 脳血管疾患ケアサポートガイド～医療・介護連携ケアパス～

トップ > 暮らし・総合 > 福祉・介護 > 高齢者福祉・介護 > 地域包括ケアシステム > 脳血管疾患ケアサポートガイド～医療・介護連携ケアパス～

<https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/fukushi-kaigo/koreisha-kaigo/care-system/keasapo-togaido.html>



出所：横浜市 脳血管疾患ケアサポートガイド～医療・介護連携ケアパス～

入院時・退院時 情報共有シート

1枚目【表】											
年 月 日 作成			【事業者名】 *必須項目				【作成者名】 *必須項目				【入院日】 *必須項目 年 月 日
入院時・退院時 情報共有シート											
1 利用者（患者）基本情報											
利用者氏名 様											
○ 生年月日		年	月	日	歳	性別					
○ 要介護認定		負担割合		認定有効期間		年	月	日から	年	月	日まで
		認定日	年	月	日	障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度			
○ (入院時) 情報提供日		年	月	日							
○ (退院時) 情報共有日		年	月	日							
○ 居宅介護支援事業所名		TEL - - - - - FAX - - - - -				担当ケアマネジャー氏名					
区担当ケースワーカー/保健師		区役所	社会福祉課	保健師	生活保護有/無	担当ケースワーカー					
地域包括支援センター(地域ケアプラザ)		名称: 地域ケアプラザ	主任ケアマネジャー	看護職	社会福祉課			(備考)			
手帳	身体障害者手帳	種別	種類	精神障害者保健福祉手帳				経済状況			
助成及び減免制度		負担限度額認定証		助成種類				(備考)			
2 家族・地域の支援について											
○ 家族情報		手書きでお願いします【ジェノグラム】					地域支援等				
ジェノグラムの材料		<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> <input type="checkbox"/>									
○ キーパーソン等		家族等	関係	自宅電話	携帯電話	主介護者		関係	自宅電話	携帯電話	
		近隣等	関係	自宅電話	携帯電話	民生委員		自宅電話	携帯電話		
3 本人家族の意向について											
○ 本人の性格・趣味・関心ごと											
○ 生活歴											
○ 本人の意向											
○ 家族の意向											

2枚目【裏】

4 医療・薬等について														
○入院時 情報提供先	病院名					担当医			病院電話					
	担当MSW 担当NS					氏名			相談室等 直通電話					
○かかりつけ医	病院・ 診療所名					担当医			連絡先					
○既往														
○現病														
○服薬 ／一包化		薬情報												
○特別な医療										(備考)				
5 身体・生活機能の状況														
○住居環境	住宅 種類		エレベーター		給湯器		階	トイレ		浴室		浴室 手摺り		トイレ 手摺り
○ADL	食事		排泄		入浴		移動		整容		口腔 ケア		更衣	
○IADL	調理		洗濯		買物		掃除		通院		金銭 管理			
認知 症	認知症診断 有無	短期記憶		日常の意思決定 を行う為の認知能力				自分の意思の伝達能力						
	認知症状の 周辺症状	幻視 幻聴	昼夜 逆転	介護 拒否	徘徊	不潔 行為	性的 暴行	(備考)						
		妄想	暴力	暴行	火の 気配	異常 行動	その他 (備考欄へ記載)							
○夜間の状態														
○入院時 サービス利用 状況		頻度				頻度		(備考)						
		頻度				頻度								
6 カンファレンスについて														
病内カンファレンス 参加頻度	有		無		退院時カンファレンス 参加頻度	有		無	(備考)					
退院・退所時に留意する事項														
○退院後に在宅生 活において、利用 者（患者）及び利 用者家族（患者家 族）への指導内容														
【退院前に確認し ましたか？】 □発熱・下痢・お う吐・便秘・痛み などの対処方法 は？ □緊急で受診しな くてもいけないと きの症状（サイ ン）は？ □時間外に受診す る場合の連絡方法 は？ 【病気の説明】 【ACP（本人の意 思・家族の意向）】	訪問看護の導入について				指示書の依頼				(備考)					

出所：横浜市 退院調整をスムーズにするための情報共有ツール（閲覧日：令和3年3月）

2 「居宅介護支援における業務負担等に関する調査」 調査票

「居宅介護支援における業務負担等に関する調査」 調査票

■ご記入にあたってのご注意

- この調査票は事業所の管理者の方(事業所全体の方針や経営について回答できる方)がご記入ください。
- 貴事業所の状況や、貴事業所内の介護支援専門員の業務の状況を総括してご回答ください。
- 特に指定の無い限り、令和2年10月1日現在の状況についてご回答ください。
- 業務プロセスの実施状況、課題や工夫などについては、(6(6)1)の新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う対応に関する設問以外は、新型コロナウイルス感染拡大防止のための対応前の通常の業務についてお答えください。
- 将来的な負担軽減に向けた可能性や懸念事項についての設問には、回答者ご自身のお考えをご回答ください。
- 数字を記入する欄が0(ゼロ)の場合は「0」とご記入ください。
- 具体的な回答方法については、同封の「調査実施要領」をご確認ください。
- 令和2年10月23日(金)までに同封の返信用封筒にて、返送ください。

■調査に関するお問い合わせ先

「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」事務局
 電話:0120-966-326(平日 9:30~17:30) ◎お問い合わせの際に、調査名をお伝えください◎
 〒103-8790 東京都中央区日本橋3丁目13番5号 KDX313ビル 5階 SRC内
 株式会社三菱総合研究所 ヘルスケア・ウェルネス事業本部

1. 貴居宅介護支援事業所の概況について

(1)開設年	(西暦)()年		
(2)開設主体(あてはまるもの一つに○)			
1. 都道府県、市区町村、広域連合・一部事務組合	6. 協同組合及び連合会		
2. 社会福祉協議会	7. 営利法人(株式・合名・合資・合同・有限会社)		
3. 社会福祉法人(社協以外)	8. 特定非営利活動法人(NPO)		
4. 医療法人	9. その他の法人		
5. 社団・財団法人	10. その他(具体的に:)		
(3)地域区分(あてはまるもの一つに○)			
1. 1級地	3. 3級地	5. 5級地	7. 7級地
2. 2級地	4. 4級地	6. 6級地	8. その他
(4)同一法人(同系列を含む)が運営する他の介護保険施設・事業所の有無			
1. 同一法人・系列法人が運営する介護保険施設・事業所を併設している(同一建物または同一敷地内に施設・事業所が複数ある)			
2. 同一法人・系列法人が運営している介護保険施設・事業所があるが、併設ではない			
3. 同一法人・系列法人が運営する他の介護保険施設・事業所はない(居宅介護支援事業所以外は行ってない)			

2. 居宅介護支援・介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの利用者数および給付管理の状況について

(1)令和2年9月の居宅介護支援費の算定状況(人数)							
①居宅介護支援費(Ⅰ)		②居宅介護支援費(Ⅱ)			③居宅介護支援費(Ⅲ)		
()人		()人			()人		
(2)令和2年9月分の給付管理を行った実利用者数							
地域包括支援センターから委託			④要介護1	⑤要介護2	⑥要介護3	⑦要介護4	⑧要介護5
①介護予防ケアマネジメント※1	②要支援1	③要支援2					
()人	()人	()人	()人	()人	()人	()人	()人
※1 訪問介護・通所介護のみを利用する要支援者は、介護予防ケアマネジメントとしてカウントし、要支援1・要支援2には含めないでください。							

3. 加算について

(1)中山間地域等居住者サービス提供加算を算定した件数(令和2年9月)	()件
(2)中山間地域等における小規模事業所加算を算定した件数(令和2年9月)	()件
(3)特別地域居宅介護支援加算を算定した件数(令和2年9月)	()件
(4)入院時情報連携加算を算定した件数(令和2年9月)	加算(Ⅰ) ()件
	加算(Ⅱ) ()件

(5) 特定事業所加算の届出有無(あてはまるもの一つに○)	
1. 届出済み(令和元年9月より前に届けた場合を含む)	⇒【1の場合】算定有無
2. 届出していない	1. 特定事業所加算(I) 4. 特定事業所加算(IV) 2. 特定事業所加算(II) 5. 算定していない 3. 特定事業所加算(III)

※退院・退所加算の算定状況については、P15の8(1)にてお尋ねします。

4. 職員について(令和2年10月1日現在)						
(1) 介護支援専門員数(介護支援専門員の業務を実施している管理者除く) (他のサービス・事業と兼務している場合は、「併設事業所と兼務」の欄に人数を記入してください) ※換算人員の計算は、実施要領3ページをご参照ください。						
常勤			非常勤			
①居宅介護支援事業所に専従	併設事業所と兼務		居宅介護支援事業所に専従		併設事業所と兼務	
	②実人数	③換算人員※	④実人数	⑤換算人員※	⑥実人数	⑦換算人員※
()人	()人	()人	()人	()人	()人	()人
(2) 新カリキュラム(平成28年4月以降)に基づく法定研修修了者数						
専門Ⅰ		専門Ⅱ		主任介護支援専門員		主任介護支援専門員(更新)
()人		()人		()人		()人
(3) 事務職員(ケアマネジャー以外の職員)の人数(実人数)				常勤		非常勤
①居宅介護支援事業所専従の事務職員				()人		()人
②他の事業所等と兼務の事務職員				()人		()人

5. 契約手続きについて 貴事業所における通常時の状況についてお答えください。	
(1) 要介護認定の申請に係る援助	
1) 認定申請に必要な書類をどのように準備していますか(複数回答)	
①要介護認定等申請書	②主治医の意見書
1. 利用者本人が準備している	1. 保険者が主治医に依頼して準備している
2. 利用者の家族や親族等が準備している	2. 利用者本人が準備している
3. 貴事業所の介護支援専門員が準備している	3. 利用者の家族や親族等が準備している
4. 地域包括支援センターが準備している	4. 貴事業所の介護支援専門員が準備している
5. 介護支援専門員以外の申請代行(代理)人(成年後見人、民生委員、介護相談員等)が準備している	5. 地域包括支援センターが準備している
6. その他(具体的に:)	6. 介護支援専門員以外の申請代行(代理)人(成年後見人、民生委員、介護相談員等)が準備している
	7. その他(具体的に:)
2) 書類の準備において負担が大きいこと(複数回答)	
1. 要介護認定等申請書の作成に必要な個人情報の提供を受けるのが難しい	
2. 要介護認定等申請書の作成に必要な過去の情報(前回の要介護認定の結果等、過去6月間の入院・入所の有無)の提供を受けるのが難しい	
3. 要介護認定等申請書の作成に必要な主治医の情報の提供を受けるのが難しい	
4. 主治医の意見書の提供を受けるのが難しい	
5. 保険者ごとに申請様式が異なるため、様式を取り寄せることが負担である	
6. その他(具体的に:)	
7. 負担が大きいことはない	
3) 書類の準備を効率化するために、どのような工夫をしていますか。(複数回答)	
1. 他の書類と共通の部分(個人情報)は自動的に反映できるようにしている	
2. 普段から主治医との関係性を構築している	
3. Excel等で申請用紙を作成し、必要な項目のみ修正している	
4. その他(具体的に:)	
5. 特にない	
(2) 契約書の作成・交付	
1) 契約書や重要事項説明書の様式について	⇒【1の場合】事業所内の様式はどのようにして作成していますか(複数回答)
1. 事業所内で決められた様式がある	1. 法人としてひな形を作成している
2. 事業所内で決められた様式はなく、その都度作成している	2. 事業所としてひな形を作成している
	3. 保険者が提示した様式を利用している
	4. その他(具体的に:)

2) 契約書や重要事項説明書の作成において負担が大きいこと(複数回答)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 制度改正等への対応のため、ひな形を頻繁に更新する必要がある 2. 記載、確認箇所が多く作成に時間を要する 3. 関係団体等により統一したひな形が提示されていない 4. その他(具体的に:) 5. 負担が大きいことはない
3) 契約書や重要事項説明書の作成においてどのような工夫をしていますか(複数回答)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 定期的にひな形の見直しを行っている 2. 制度改正等への対応については、変更箇所についてのみ別紙(覚書等)対応(締結済書類の変更はしない)として、変更する箇所を別紙とするなど、編集しやすくしている 3. 介護保険法や介護報酬改定等、契約書や重要事項説明書の内容に関わる変更があった場合に、確実にひな形が改訂される仕組みや手順を定めている 4. 作成のためのマニュアルやチェックリストを用意している 5. 誤記がないか複数名で確認している 6. その他(具体的に:) 7. 特になし
4) 契約書や重要事項説明書等の説明において負担が大きいこと(複数回答)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 説明事項が多く説明に時間を要する 2. 説明に用いる文書の内容が利用者や家族にとってわかりにくい 3. 利用者や家族が十分に理解できない場合がある(独居高齢者への対応も含む) 4. その他(具体的に:) 5. 負担が大きいことはない
5) 契約書や重要事項説明書の説明においてどのような工夫をしていますか(複数回答)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 説明のポイントをまとめて事業所で共有している 2. 要点を抜粋した簡易な資料を別途作成している 3. 過去に利用者や家族から受けた質問、困難事例等を事業所内で共有している 4. 新人の介護支援専門員の場合、契約時に上司や管理者が同行する 5. その他(具体的に:) 6. 特になし
6) 必要書類(要介護認定情報や負担割合証)の取得において負担が大きいこと(複数回答)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者・家族に書類の必要性の理解を得ることが難しい 2. 利用者・家族が適切に管理していない(手元に見当たらない)ため入手できない 3. 写しをとるために、借用するための手続きが煩雑である 4. その他(具体的に:) 5. 負担が大きいことはない
7) 必要書類(要介護認定情報や負担割合証)の取得においてどのような工夫をしていますか(複数回答)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者、家族に早めに、繰り返し伝えている 2. 市町村の窓口の担当者と情報共有を行っている 3. その他(具体的に:) 4. 特になし
8) 必要書類を効率的に取得するための方策として有効だと思うもの(複数回答)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 必要書類を電子ファイル化し、保険者等で一元管理して必要時に参照可能とする 2. 保険者から提供を受けることができるようにする 3. その他(具体的に:)
(3) 署名・捺印の取得	
1) 捺印取得において負担が大きいこと(複数回答)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者・家族に捺印の必要性の理解を得ることが難しい 2. 利用者・家族が印鑑を適切に管理できていない(手元に見当たらない)ため、捺印できない 3. 法的には署名があればよいが、指導等で捺印も求められる 4. その他(具体的に:) 5. 負担が大きいことはない
2) 電子署名にした場合の懸念事項(複数回答)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者、家族にとって対応が難しい 2. 原本性が担保できない 3. セキュリティ(ネット回線、サーバー接続等)面での不安がある 4. その他(具体的に:) 5. 電子署名にした場合の懸念事項は特になし

(4) 契約手続きに関する負担の大きさ

	実施項目	負担の大きさ				【4の場合】	
		小さい	やや小さい	やや大きい	大きい	その理由を具体的にご記入ください	
1) ご回答者が感じる負担の大きさ	認定申請に必要な書類の準備	1	2	3	4	⇒	
	契約書や重要事項説明書の作成	1	2	3	4	⇒	
	契約書や重要事項説明書の説明	1	2	3	4	⇒	
	必要書類の取得	1	2	3	4	⇒	
	捺印の取得	1	2	3	4	⇒	
2) 事業所全体としての負担の大きさ	認定申請に必要な書類の準備	1	2	3	4	⇒	
	契約書や重要事項説明書の作成	1	2	3	4	⇒	
	契約書や重要事項説明書の説明	1	2	3	4	⇒	
	必要書類の取得	1	2	3	4	⇒	
	捺印の取得	1	2	3	4	⇒	

6. ケアマネジメントプロセスについて

(1) アセスメント **貴事業所における通常時の状況についてお答えください。**

※当該調査において、アセスメントとは、生活全般の解決すべき課題(ニーズ)を把握するために、①情報を収集し、②分析する等、一連の過程を指します。

「新規の利用者」の場合と「継続の利用者」の場合のそれぞれについてご回答ください。

1) 通常は、アセスメントのために収集した情報をどのように記録していますか(複数回答)		新規の利用者の場合	継続の利用者の場合
1. 訪問時にメモをとり、事業所等に戻ってからアセスメント記録を作成	①をご回答ください	1	1
2. 訪問時にその場でアセスメント記録を作成	②をご回答ください	2	2
3. その他 (新規利用者の場合:) (継続利用者の場合:)		3	3
①「1. 訪問時にメモをとり、事業所等に戻ってからアセスメント記録を作成」の場合: (複数回答)		新規の利用者の場合	継続の利用者の場合
1. 紙にメモを取り、紙のアセスメント記録用紙に記入		1	1
2. 紙にメモを取り、パソコン等でアセスメント記録を電子入力		2	2
3. 携帯情報端末(タブレット等)にメモした内容を電子的に入力、転送、転記		3	3
4. その他 (新規利用者の場合:) (継続利用者の場合:)		4	4
②「2. 訪問時にその場でアセスメント記録を作成」の場合(複数回答)		新規の利用者の場合	継続の利用者の場合
1. アセスメント記録用紙に直接記入		1	1
2. ノートパソコン等でアセスメント記録を電子入力		2	2
3. 携帯情報端末(タブレット等)でアセスメント記録を電子入力		3	3
4. その他 (新規利用者の場合:) (継続利用者の場合:)	③をご回答ください	4	4
③パソコン・携帯情報端末(タブレット等)で入力している場合(①②で3と回答)、ケアマネジメント業務用のソフトウェア上での入力を行っていますか		新規の利用者の場合	継続の利用者の場合
1. はい (新規利用者の場合【記録しているソフトの名称】:) (継続利用者の場合【記録しているソフトの名称】:)		1	1
2. いいえ		2	2
3. その他 (新規利用者の場合:) (継続利用者の場合:)		3	3
2) アセスメント記録の作成に要する時間		新規の利用者の場合	継続の利用者の場合
①平均的な利用者の場合に作成に要する時間	合計	()分程度	()分程度
②特に時間を要するのはどのような場合ですか(複数回答)		新規の利用者の場合	継続の利用者の場合
1. 介護支援専門員のスキル、経験による (新規利用者の場合【具体的に】:) (継続利用者の場合【具体的に】:)		1	1
2. 利用者・家族の状況による		2	2
3. その他 (新規利用者の場合:) (継続利用者の場合:)		3	3

3) アセスメント記録作成において負担が大きいこと(複数回答)		新規の利用者の場合	継続の利用者の場合
1. 記載が難しい項目がある	(新規利用者の場合【具体的に】:) (継続利用者の場合【具体的に】:)	1	1
2. どこまで記載するか判断が難しい場合がある	(新規利用者の場合【具体的に】:) (継続利用者の場合【具体的に】:)	2	2
3. 記録作成に時間を要する、記録作成の時間の確保が難しい		3	3
4. アセスメント記録の作成のために必要な情報の収集が難しい		4	4
5. その他	(新規利用者の場合:) (継続利用者の場合:)	5	5
6. 負担が大きいことはない		6	6

4) アセスメント記録を電子化する場合の課題(複数回答) 貴事業所の状況に応じて、現在電子化している場合、していない場合のいずれかにご回答ください。	
①現在、電子化していない場合	②現在、電子化している場合
1. 入力が難しい、できない	1. 入力が難しい、時間がかかる
2. 費用がかかる	2. 転記が効率的にできない
3. 実地指導等で紙での保管が求められている	3. データが消えてしまうことが不安
4. セキュリティ(ネット回線、サーバー接続等)面で不安がある	4. セキュリティ(ネット回線、サーバー接続等)面で不安がある
5. 電子化すると画一化する懸念がある	5. 画一化する懸念がある
6. その他(具体的に:)	6. その他(具体的に:)
7. 特にない	7. 特にない

(2) サービス担当者会議 貴事業所における通常時の状況についてお答えください。

1) サービス担当者会議の実施の実態・頻度	
①平均的な利用者の場合	()か月に1回程度
②特に開催回数が多いのはどのような利用者ですか	1. サービスの変更が多い 3. 入退院が多い 2. 体調が変化しやすい 4. その他 ()
③1カ月間のサービス担当者会議の開催回数(事業所全体) ※令和2年2月の状況をお答えください	()回
④1年間の暫定ケアプラン作成対応のためのサービス担当者会議の開催回数(事業所全体) ※およその数でかまいません	1. 5回以下 4. 16~20回 2. 6~10回 5. 21回以上 3. 11~15回

2) サービス担当者会議の所要時間 ※「新規」「継続」それぞれについて回答		新規のケアプラン	継続のケアプラン
①1回あたりの所要時間	平均的な場合	()分程度	()分程度
	特に長い場合	()分程度	()分程度
②特に長いのはどのような場合ですか (複数回答)	1. 利用しているサービスが多い	1	1
	2. 出席する関係者の人数が多い	2	2
	3. ケアプランの原案について、説明すべき内容が多い	3	3
	4. ケアプラン原案の内容について、本人・家族や関係者の同意を得るのが難しい	4	4
	5. 困難事例であり検討すべき内容が多い	5	5
	6. その他 ()	6	6

4) サービス担当者会議の参加人数	平均的な利用者の場合	1回あたり約()名
	最大の場合	1回あたり約()名

5) サービス担当者会議に関する問題点や負担が大きいこと(複数回答)	調整・準備	1. 出席依頼の手続きに時間を要する 2. 関係者の日程が合わず、日程を調整することが難しい 3. 意見書の取り寄せに手間がかかる 4. 意見書に記載された情報量が(会議参加に比べて)不十分な場合がある
	開催	5. 進行が難しい 6. 発言が得にくい場合がある 7. 当日の欠席や予定変更がある 8. 予定よりも時間がかかってしまうことがある
	開催後	9. 記録の作成に手間がかかる 10. 作成した記録をサービス提供事業所・医療機関と共有する手間がかかる 11. その他(具体的に:) 12. 負担が大きいことはない

6) サービス担当者会議の効率性や有効性を高めるための工夫(複数回答)	調整・準備	1. 日程調整・出席依頼において便利なツール(電子ファイル、各種ウェブサイト等)を利用している→(ツール名:) 2. 意見書をソフトウェア等、電子上で共有している
	開催	3. サービス担当者会議の議題について事前に参加者に共有している 4. 事前に参加者にケアプラン原案を共有し、意見を収集している
	開催後	5. 開催後、作成した記録等をソフトウェア等、電子上で共有している
	その他	6. 地域のサービス提供事業所との関係構築を図っている(勉強会、連絡会など) 7. 個々の利用者について、日頃から情報共有や連携を図っている。 8. その他(具体的に:) 9. 特にない
7) サービス担当者会議の日程調整の方法(①担当者、②手段それぞれについて複数回答)	①担当者	1. 担当する介護支援専門員が実施 2. 事務職員が実施 3. その他(具体的に:)
	②手段	1. 電話 3. メール、ライン等 2. FAX 4. 専用のツール 5. その他(具体的に:)
8) サービス担当者会議の日程調整の問題点、負担が大きいことなど(複数回答)	1. すべての関係者へ出席依頼をするのに時間と手間を要する 2. すべての関係者から出席依頼や日程調整に関する返信を得るのが難しい 3. すべての関係者の日程が揃わない場合がある 4. その他(具体的に:) 5. 問題点や負担が大きいことはない	

(3) ケアプラン原案(第1表～第3表)の作成と交付 貴事業所における通常時の状況についてお答えください。

1) ケアプラン原案(第1表～第3表)の作成

①作成に要する時間	平均的な場合	()分程度
	特に時間を要する場合	()分程度
②特に時間を要する場合は、どのような場合ですか(複数回答)	1. 利用者及び家族の生活に対する意向を把握しにくい 2. 総合的な援助の方針を立てるのが難しい 3. 生活全般の解決すべき課題(ニーズ)が多い 4. 援助目標や援助内容が多い 5. 週間サービス計画について、曜日ごとに変動が多い 6. 週間サービス計画の主な日常生活上の活動に記入すべき事項が多い 7. その他(具体的に:)	
②第3表「主な日常生活上の活動」にどのようなことを記載していますか(複数回答)	1. 利用者の起床や就寝、食事、排せつなどの平均的な1日の過ごし方 2. 介護者の外出や帰宅時間 3. 独居や認知症など、利用者の状況等を踏まえた活動上の留意点 4. インフォーマルサポートが多い場合(家族や親族の支援など)の配慮等の事項 5. その他(具体的に:) 6. あまり記載していない	
③ケアプラン原案作成に関する問題点や負担が大きいこと(複数回答)	1. サービス提供事業所を探すのに時間がかかる 2. 書類の作成や書類のやりとりの量が多い 3. 介護予防給付からの移行時に再作成が必要となるが、情報把握の負担が大きい 4. その他(具体的に:) 5. 問題点や負担が大きいことはない	

2) 利用者・家族への交付について

①利用者や家族へのケアプラン交付に関する問題点や負担が大きいこと(複数回答)	1. 説明事項が多く時間を要する 2. ケアプランの内容について利用者や家族に理解を得ることが難しい 3. 利用者や家族が十分に理解できない場合がある(独居高齢者への対応も含む) 4. その他(具体的に:) 5. 問題点や負担が大きいことはない
②利用者や家族へのケアプラン交付において工夫していること(複数回答)	1. 説明のポイントをまとめて事業所で共有している 2. ケアプランの見方など簡易な資料を別途作成している 3. 印刷する用紙や文字を大きくする 4. その他(具体的に:) 5. 特にない

③捺印取得において負担 が大きいこと(複数回 答)	1. 利用者・家族に捺印の必要性の理解を得ることが難しい 2. 利用者・家族が印鑑を適切に管理していない(手元に見当たらない)ため、捺印できない 3. その他(具体的に: 4. 問題点や負担が大きいことはない
④電子署名にした場合に 懸念されること(複数回 答)	1. 利用者、家族にとって対応が難しい 2. 原本性が担保できない 3. セキュリティ(ネット回線、サーバー接続等)面での不安がある 4. その他(具体的に: 5. 懸念されることは特にな

※サービス提供事業所や医療機関へのケアプランの交付については6(8)(9)でお尋ねします。

(4)利用者への面接(訪問)によるモニタリング 貴事業所における通常時の状況についてお答えください。

※当該調査において、モニタリングとは、利用者の居宅等を訪問し、利用者へ面接、その結果を記録することを指します。

1)モニタリングの頻度・方法(通常時)(事業所全体の状況についてお答えください)

①1か月に2回以上の頻度でモニタ リングを行う利用者の割合	()割程度	
⇒それは、どのような場合ですか (具体的に)		
②2回目以降の訪問以外の方法での モニタリングについて(事業所全体 の合計)	電話やSNSでの話し合い	1か月に()回程度
	その他の方法でのモニタリング ⇒方法(具体的に)	1か月に()回程度
③利用者宅への訪問について(訪問 の内訳)	本人のモニタリングのためだけの訪問	訪問全体の()割程度
	本人のモニタリング以外の目的も含めた訪問	訪問全体の()割程度
	⇒どのような目的ですか(複数回答)	
	1. 徘徊対応	4. その他家族からの相談対応
	2. 困難ケースへの対応	5. その他(具体的に:)
	3. 虐待等の対応	

2)通常は、モニタリング記録をどのように記録していますか(複数回答)

1. 訪問時にメモをとり、事業所等に戻ってからモニタリング記録を作成	①をご回答ください
2. 訪問時にその場でモニタリング記録を作成	
3. その他(具体的に:)	
①「1. 訪問時にメモをとり、事業所等に戻ってからモニタリング記録を作成」の場合(複数回答)	②をご回答ください
1. 紙にメモを取り、紙のモニタリング記録用紙に記入	
2. 紙にメモを取り、パソコン等でモニタリング記録を電子入力	
3. 携帯情報端末(タブレット等)にメモした内容を電子的に入力、転送、転記 4. その他(具体的に:)	
②「2. 訪問時にその場でモニタリング記録を作成」の場合(複数回答)	③をご回答ください
1. モニタリング記録用紙に直接記入	
2. ノートパソコン等でモニタリング記録を電子入力	
3. 携帯情報端末(タブレット等)でモニタリング記録を電子入力 4. その他(具体的に:)	
③パソコン・携帯情報端末(タブレット等)で入力している場合(①②で3と回答)、ケアマネジメント業務用のソフトウェア上での 入力を行っていますか	
1. はい →記録しているソフトの名称を教えてください()	
2. いいえ	
3. その他(具体的に:)	

3)モニタリング記録作成の実態

①平均的な場合	()分程度		
②特に時間を要する のはどのような場合で すか	1. 介護支援専門員のスキル、経験による 2. 利用者・家族の状況による(具体的に: 3. その他(具体的に:)		
【1の場合】 具体的なスキル、 経験をご回答くださ い(複数回答)	1. 文章をまとめる能力	2. パソコン入力スキル	3. その他 (具体的に:)

4) 記載内容 モニタリングに基づく第5表(支援経過)への目標の達成状況の記載状況	常に記載	場合によって記載	記載していない
①達成/未達成といった判断	1	2	3
②目標に対する変化の内容	1	2	3
③目標に対して実施したこと	1	2	3
④その他 ()	1	2	
5) モニタリング記録作成に関する問題点や負担が大きいこと (複数回答)	1. 記録すべき範囲や項目がわかりにくい 2. 記録に手間や時間を要する、記録作成のための時間をとりにくい 3. 第5表(支援経過)以外にも追加で作成しなければいけない書類がある 4. その他(具体的に:) 5. 問題点や負担が大きいことはない		
わかりにくい項目 (複数選択可)	1. 利用者やその家族の意向・満足度等 2. 目標の達成度 3. 事業者との調整内容 4. 居宅サービス計画の変更の必要性 5. その他(具体的に:)		
6) モニタリング記録作成において工夫していること (複数回答)	1. ICT 機器(タブレット等携帯情報端末)の活用(音声入力等、入力作業の効率化も含む) 2. 事業所独自のモニタリング用紙を作成している 3. その他(具体的に:) 4. 特にない		

<プロセス共通>

(5) 訪問日程の調整について		貴事業所における通常時の状況についてお答えください。	
1) 利用者宅訪問のための日程調整の方法(契約、アセスメント、ケアプラン交付、モニタリング等)(平常時)(①担当者、②手段それぞれ複数回答)	①担当者	②手段	
	1. 担当する介護支援専門員が実施 2. 事務職員が実施 3. その他(具体的に:)	1. 電話 2. FAX 3. メール、SNS(LINE)等 4. 専用のツール 5. その他(具体的に:)	
2) 利用者宅訪問のための日程調整の問題点や負担が大きいこと(複数回答)	1. 利用者や家族等と連絡をとり、訪問時間を調整することに時間を要する 2. 利用者や家族等と連絡が取れる時間帯が夜間・休日等のみに限定される 3. 利用者や家族等の都合に合わせるため、休日や遅い時間に訪問することがある 4. 直前の変更を余儀なくされることがある 5. 利用者や家族等が多忙のため時間を確保しにくい(スケジュールを組みにくい) 6. その他(具体的に:) 7. 問題点や負担が大きいことはない		
3) 利用者宅訪問のための日程調整における工夫(複数回答)	1. 便利なツール(電子ファイル、各種ウェブサイト等)を利用している →(ツール名:) 2. FAX、電話、テレビ会議やWEB会議等の活用 3. 利用者・家族との連絡手段の充実 4. その他(具体的に:) 5. 特にない		

(6) ICT による訪問代替について	
この問いでは、平時と緊急時の取扱いについてお尋ねします。	
※ここでの ICT とは、パソコンや携帯情報端末(スマートフォン、タブレット)等の情報通信機器、インターネットを介した情報通信のためのツール(アプリケーション)等を指しています。	
1) 新型コロナウイルス感染拡大防止に伴う対応	
政府による緊急事態宣言(令和2年4月7日・16日)発令後、調査時点(令和2年9月末日)までの期間の貴事業所における対応についてご回答ください。	
① 貴事業所では、新型コロナウイルス感染拡大防止のため、サービス担当者会議やモニタリングを通常の訪問、対面以外で実施しましたか。(複数回答)	
サービス担当者会議	モニタリング
1. 通常の訪問、対面で開催した→()割 2. 通常の訪問、対面以外で開催した →()割 【2の場合】②③④⑤にご回答ください。 3. やむを得ない場合を除き、開催を見送った 【通常の訪問、対面以外で実施しなかった場合】①-1にご回答ください。	1. 通常の訪問、対面で実施した→()割 2. 通常の訪問、対面以外で実施した →()割 【2の場合】②③④⑤にご回答ください。 3. やむを得ない場合を除き、実施を見送った 【通常の訪問、対面以外で実施しなかった場合】①-2にご回答ください。

サービス担当者会議		モニタリング	
①-1 通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由(複数回答)		①-2 通常の訪問、対面以外で実施しなかった理由(複数回答)	
1. 該当するケースがなかった 2. 対面で実施すべきと判断した 3. テレビ会議を開催するための設備、機器がなかった 1.利用者・家族 2.貴居宅介護支援事業所 3.サービス提供事業所 4. テレビ会議を開催するための方法がわからなかった、機器の取り扱いができなかった 1.利用者・家族 2.貴居宅介護支援事業所 3.サービス提供事業所 5. その他(具体的に:)		1. 該当するケースがなかった 2. 対面で実施すべきと判断した 3. オンラインで実施するための設備、機器がなかった 1.利用者・家族 2.貴居宅介護支援事業所 4. オンラインで実施するための方法がわからなかった、機器の取り扱いができなかった 1.利用者・家族 2.貴居宅介護支援事業所 5. その他(具体的に:)	
「2. 通常の訪問、対面以外で開催した」「2. 通常の訪問、対面以外で実施した」と回答した場合のみご回答ください。			
②通常の訪問、対面以外で開催・実施した理由(複数回答)			
サービス担当者会議		モニタリング	
1. 利用者・家族が自宅での開催を拒否した。 2. 利用者の入院等により訪問できなかった。 3. 介護支援専門員が在宅勤務のため訪問できなかった 4. 訪問による開催はリスクが高いと判断した 5. その他(具体的に:)		1. 利用者・家族が自宅への訪問を拒否した。 2. 利用者の入院等により訪問できなかった。 3. 介護支援専門員が在宅勤務のため訪問できなかった 4. 訪問による実施はリスクが高いと判断した 5. その他(具体的に:)	
③通常の訪問、対面以外で実施した場合、その方法(複数回答)			
サービス担当者会議		モニタリング	
1. 電話 2. メール 3. オンライン会議(テレビ会議) 1. Skype 4. GoogleMeet 2. Zoom 5. その他() 3. Teams 6. 不明 4. その他(具体的に:)		1. 電話 2. メール 3. オンライン会議(テレビ会議) 1. Skype 4. GoogleMeet 2. Zoom 5. その他() 3. Teams 6. 不明 4. その他(具体的に:)	
④通常の訪問、対面以外で実施した場合の課題(複数回答)			
サービス担当者会議		モニタリング	
1. オンライン開催を可能とするための調整、準備が困難であった(具体的に:) 2. 情報収集が困難であった(具体的に:) 3. 情報共有が困難であった(具体的に:) 4. 参加者からの発言が得にくかった(具体的に:) 5. 開催後の情報共有がしにくかった(具体的に:) 6. 書面開催とした場合、書類作成と郵送費が負担となった 7. その他(具体的に:) 8. 特にない		1. 利用者、家族への説明が困難であった 2. 利用者や家族の理解を得ることが困難であった 3. 利用者や家族からの聞き取りが困難であった 4. 対面でないと把握しにくい情報があつた →具体的に 1. 利用者の心身の状況 2. 住環境の状況 3. 近隣住民から提供される情報 4. その他(具体的に:) 5. その他(具体的に:) 6. 特にない	
⑤通常の訪問、対面以外で実施した場合に工夫した点(複数回答)			
サービス担当者会議		モニタリング	
1. オンライン開催を可能とするための関係者との調整、準備(具体的に:) 2. 事前の情報収集(具体的に:) 3. 事前の情報共有(具体的に:) 4. 参加者の発言を促す工夫(具体的に:) 5. 開催後の情報共有、フォロー(具体的に:) 6. その他(具体的に:) 7. 特にない		1. 家族の協力を得るなどして、カメラ映像を用いてオンラインで対話できるようにした 2. 複数回にわけて実施した 3. メールやFAX等の文書と電話を組み合わせで実施した 4. その他(具体的に:) 5. 特にない	

2)ICT を活用した訪問代替について

以下のケアマネジメントプロセスの実施において、(コロナウイルス対応に限らず)今後 ICT を活用して訪問を代替することが適切と考えられますか。あなた自身のお考えをお答えください。

※ここでの ICT とは、パソコンや携帯情報端末(スマートフォン、タブレット)等の情報通信機器、インターネットを介した情報通信のためのツール(アプリケーション)等を指しています。

A. ICT の活用により訪問を代替することは適切だと思いますか

【A で「代替すべきでない」または「どちらともいえない」と回答した場合】

→B. 訪問の代替として ICT を活用する場合の懸念に回答してください(複数回答)。

【A で「(一部は)代替してもよい」または「どちらともいえない」と回答した場合】

→C. 訪問の代替として ICT を活用する場合、質の担保のための留意事項などに回答してください(複数回答)。

① 契約	A	B
	C	
② アセスメント	A	B
	C	
③ ケアプランへの同意取得・交付	A	B
	C	
④ サービス担当者会議	A	B
	C	
⑤ モニタリング	A	B
	C	

(7)書類の保管について															
1) 保管している書類の保管訪問、保管期限についてお答えください。															
	保管方法			紙で保管している理由 (複数回答)				保管期間				保管期間が2、3の場合、その理由			
	電子データ	紙	紙、電子データ両方	電子化するための機材がないため	紙の方が使用しやすいため	紙で保管するよう保険者が指示があるため	実地指導の際等、紙での提示が求められるため	介護保険サービスが終了してから2年間	介護保険サービスが終了してから5年間	その他(具体的な年数)	具体的な年数	保険者が条例で定めている	条例が求める要件を超えて、事業所として決めている	その他	具体的に
①契約書	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	
②アセスメント記録	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	
③ケアプラン	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	
④サービス担当者会議記録	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	
⑤モニタリング記録	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	
⑥その他()	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	
⑦その他()	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	
⑧その他()	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3		1	2	3	
2) 書類の保管について、問題点や負担が大きいこと(複数回答)	1. 紙で保管する場合、保管場所の確保が難しい 2. 紙で保管する場合、閲覧や廃棄を効率的に行える保管場所や配置など、管理方法に苦慮している 3. 電子データで保管している場合、意図せず消去されてしまうなどの懸念がある 4. 電子データで保管している場合、必要な書類を見つけるのに時間を要する 5. その他(具体的に:) 6. 問題点や負担が大きいことはない														
3) 現在、紙で保管されている場合、電子化することによる課題として懸念されること(複数回答)	1. 電子データでの記録の作成が難しい 2. 過去に保管している書類の電子化に時間・労力がかかる 3. 過去の書類の記録の確認が難しい 4. 実地指導への対応が難しい 5. データの流出・消失の恐れがある 6. その他(具体的に:) 7. 懸念されることはない														

(8)介護保険サービス提供事業所との情報連携について 貴事業所における通常時の状況についてお答えください。									
1) サービス提供事業所との書類のやり取りの方法(ケアプランの交付や個別援助計画の受領など)実施している方法に○をつけて、事業所全体で合計した頻度を回答してください。	方法	実施		【2の場合】	頻度(全体の合計)				
		していない	している		ほぼ毎日	週3、4日	週1、2日	それ以下	
	手交	1	2	⇒	1	2	3	4	
	郵送	1	2	⇒	1	2	3	4	
	FAX	1	2	⇒	1	2	3	4	
	電子メール	1	2	⇒	1	2	3	4	
	連携ツールやネットワーク	1	2	⇒	1	2	3	4	
	クラウドサービス	1	2	⇒	1	2	3	4	
	その他()	1	2	⇒	1	2	3	4	
2) ケアプランをサービス提供事業所に交付する際の問題点や負担が大きいこと(複数回答)	1. 個別サービス計画書との連動のため、交付のタイミングを急ぐ必要がある場合がある 2. サービス提供事業所が多い場合、交付に手間がかかる 3. 保険者が利用者の捺印付きの「確定版」「最新版」の配布を求めため、サービス担当者会議後にその場で配布できない、またはその都度、配布しなければいけない 4. その他(具体的に:) 5. 問題点や負担が大きいことはない								
3) ケアプラン交付を効果的に行うために工夫していること(複数回答)	1. FAXやメールを活用している 2. 交付のためのソフトウェア等を活用している(ソフトの名称:) 3. 効率的な交付方法について、保険者の了承を得て実施している(具体的に:) 4. その他(具体的に:) 5. 特になし								

4)個別援助計画の内容がケアプランに沿っているか確認している割合	割程度
5)サービス提供事業所との情報共有における問題点や負担が大きいことなど(複数回答)	1. 時間や労力がかかる 2. 迅速な応答が得られない場合がある 3. 担当者と連絡がとりにくい 4. 事業所側から適時に情報が共有されない 5. その他(具体的に: 6. 問題点や負担が大きいことはない)
6)情報共有における工夫(複数回答)	1. サービス提供事業所との連絡に ICT 機器を活用している 2. クラウドを利用するなどして地域内のサービス提供事業所と全部または一部のデータを共有している 3. サービス提供事業所と合同での勉強会や事例検討会等に参加し、関係構築に努めている 4. その他(具体的に: 5. 特にな)

7)ICT を活用した介護保険サービス提供事業所との情報連携について

※ここでの ICT とは、パソコンや携帯情報端末(スマートフォン、タブレット)等の情報通信機器、インターネットを介した情報通信のためのツール(アプリケーション)等を指しています。

プロセス	ICT を活用して実施していること(複数回答)	
①アセスメント	1. アセスメント情報の提供 2. アセスメントに際しての情報収集 3. アセスメント内容に関する意見交換	4. その他(具体的に: 5. ICT を活用して実施していない)
②ケアプランへの交付と個別援助計画の受け取り	1. ケアプランの交付 2. 個別援助計画の受け取り 3. 計画に関する意見交換	4. その他(具体的に: 5. ICT を活用して実施していない)
③サービス担当者会議	1. 日程調整 2. 事前の情報共有、意見照会 3. 開催	4. 事後の情報共有 5. その他(具体的に: 6. ICT を活用して実施していない)
④モニタリング	1. モニタリング情報の提供 2. モニタリングに際しての情報収集 3. モニタリング内容に関する意見交換	4. その他(具体的に: 5. ICT を活用して実施していない)

8)をご回答ください

8)サービス提供事業所との情報連携において ICT を活用していない場合、その理由(複数回答)

ICT 機器等の導入・整備に関する理由	1. 法人が ICT 化に取り組んでいないため 2. 自事業所のインターネット環境が整っていないため 3. 事業所内にパソコン等の機器が不足しているため	} → 1~3の場合、その理由 ご回答ください
	1. ICT に関する知識不足や ICT を活用した連携ツールの導入方法がわからないため 2. ICT 機器を導入するためにはコストがかかるため 3. ICT 機器やツールの維持・保守のためのコストがかかるため	
信頼性や情報連携の充実度に関する理由	4. サービス提供事業所等が ICT に対応していないため(サービス提供事業所が対応できるか、確認していない場合も含む) 5. セキュリティ(ネット回線、サーバー接続等)面での不安があるため 6. ICT 経由では情報が不足するため 7. 十分なコミュニケーションができないため 8. ICT 化する必要性を感じていないため	
その他	9. その他(具体的に:)	

(9)医療機関との情報連携について

貴事業所における通常時の状況についてお答えください。

1)医療機関へのケアプラン交付の方法 実施している方法に○をつけて、事業所全体としての頻度を回答してください。	方法	実施		【2の場合】	頻度(事業所全体の合計)			
		していない	している		ほぼ毎日	週3、4日	週1、2日	それ以下
手交		1	2	⇒	1	2	3	4
郵送		1	2	⇒	1	2	3	4
FAX		1	2	⇒	1	2	3	4
電子メール		1	2	⇒	1	2	3	4
連携ツールやネットワーク		1	2	⇒	1	2	3	4
クラウドサービス		1	2	⇒	1	2	3	4
その他 ()		1	2	⇒	1	2	3	4

2) ケアプランの主治医への交付と意見交換等について	①主治医にケアプランを提出している割合	全体の	()	割程度				
	②主治医に意見を求めている割合	ケアプランを提出したうちの	()	割程度				
	③ケアプランについて主治医から助言があった割合	意見を求めたうちの	()	割程度				
3) ケアプランを医療機関に交付する際の問題点や負担が大きいこと (交付先が診療所の場合、病院の場合についてそれぞれご回答ください)								
				診療所	病院			
1. 交付のための時間や労力が大きい				1	2			
2. 医療機関側に受け取りの時間をとってもらうことが困難である				1	2			
3. ケアプランを提供しても、意見や助言が得られない場合がある				1	2			
4. 規模の大きい医療機関では、送付先の確認が必要となる				1	2			
5. その他 ()				1	2			
6. 問題点や負担が大きいことはない				1	2			
4) ケアプラン交付を効果的に行うために工夫していること(複数回答)	1. FAXやメールを活用している 2. 交付のためのソフトウェア等を活用している(ソフトの名称:) 3. 効率的な交付方法について、保険者の了承を得て実施している(具体的に:) 4. その他(具体的に:) 5. 特にない							
5) 入院時・退院時の情報共有の方法 実施している方法に○をつけて、頻度を回答してください	方法	実施		【2の場合】	頻度(事業所全体の合計)			
		していない	している		ほぼ毎日	週3、4日	週1、2日	それ以下
	手交	1	2	⇒	1	2	3	4
	郵送	1	2	⇒	1	2	3	4
	FAX	1	2	⇒	1	2	3	4
	電子メール	1	2	⇒	1	2	3	4
	連携ツールやネットワーク	1	2	⇒	1	2	3	4
	クラウドサービス	1	2	⇒	1	2	3	4
その他 ()	1	2	⇒	1	2	3	4	
6) ケアマネジメントプロセス全般において医療機関との情報共有における問題点や負担が大きいことなど(複数回答) (連絡先が診療所の場合、病院の場合についてそれぞれご回答ください)								
				診療所	病院			
1. 時間や労力が大きい				1	2			
2. 医療機関側に時間をとってもらうことが困難である				1	2			
3. 医療に関する表現や用語の難解な部分がわかりにくい				1	2			
4. 主治医とコミュニケーションを図ることが困難である				1	2			
5. 情報提供しても、活用されない(活用されているか不明である)ことが多い				1	2			
6. 主治医と利用者の自宅での生活への理解や関心を共有することが困難である				1	2			
7. その他 ()				1	2			
8. 問題点や負担が大きいことはない				1	2			
7) 医療機関との情報共有における工夫(複数回答) (連絡先が診療所の場合、病院の場合についてそれぞれご回答ください)								
				診療所	病院			
1. ICT 機器を活用している				1	2			
2. クラウドを利用するなどして地域内の医療機関と全部または一部のデータを共有している				1	2			
3. 医療機関との合同での勉強会や事例検討会等に参加し、関係構築に努めている				1	2			
4. 利用者の受診時に同行し、主治医と面談している				1	2			
5. 自治体等が作成した、ケアマネタイムや、情報提供シートなどを利用している				1	2			
6. 「主治医等との連絡シート」(保険者・医師会・包括・ケアマネ連絡会が協働作成)があり、医師への情報提供・連絡・質問・照会等に活用している				1	2			
7. 返信用封筒をつけて、ケアプランとともに、意見照会用紙を送る				1	2			
8. その他 ()				1	2			
9. 特にない				1	2			

8)ICT を活用した医療機関との情報連携について
 ※ここでの ICT とは、パソコンや携帯情報端末(スマートフォン、タブレット)等の情報通信機器、インターネットを介した情報通信のためのツール(アプリケーション)等を指しています。

プロセス	ICT を活用して実施していること(複数回答)	
①アセスメント	1. アセスメント情報の提供 2. アセスメントに際しての情報収集 3. アセスメント内容に関する意見交換	4. その他(具体的に:) 5. ICT を活用して実施していない
②ケアプランへの交付と個別援助計画の受け取り	1. ケアプランの交付 2. ケアプランに関する意見交換	3. その他(具体的に:) 4. ICT を活用して実施していない
③サービス担当者会議	1. 日程調整 2. 事前の情報共有、意見照会 3. 開催	4. 事後の情報共有 5. その他(具体的に:) 6. ICT を活用して実施していない
④モニタリング	1. モニタリング情報の提供 2. モニタリングに際しての情報収集 3. モニタリング内容に関する意見交換	4. その他(具体的に:) 5. ICT を活用して実施していない

9)をご回答ください

9)サービス提供事業所との情報連携において ICT を活用していない場合、その理由(複数回答)	
ICT 機器等の導入・整備に関する理由	1. 法人が ICT 化に取り組んでいないため 2. 自事業所のインターネット環境が整っていないため 3. 事業所内にパソコン等の機器が不足しているため 4. 医療機関側が ICT に対応していないため(対応できるか、確認していない場合も含む)
	1～3の場合、その理由(複数回答) <ul style="list-style-type: none"> 1. ICT に関する知識不足や ICT を活用した連携ツールの導入方法がわからないため 2. ICT 機器を導入するためにはコストがかかるため 3. ICT 機器やツールの維持・保守のためのコストがかかるため 4. その他(具体的に:)
信頼性や情報連携の充実度に関する理由	5. 法人からの許可が得られない 6. セキュリティ(ネット回線、サーバー接続等)面での不安があるため 7. ICT 経由では情報が不足するため 8. 十分なコミュニケーションができないため 9. ICT 化する必要性を感じていないため
その他	10. その他(具体的に:)

(10)暫定ケアプランについて		
1)暫定ケアプランを作成する状況(令和元年10月～令和2年9月末までの1年間)	新規申請や区分変更で認定が下りるまでの期間にサービス利用やサービス変更が必要な場合	()件程度
	更新申請で有効期間中に認定が下りない場合	()件程度
	その他 ()	()件程度
2)暫定ケアプラン交付の際の捺印の有無	1. 捺印あり 2. 捺印なし 3. 場合による <ul style="list-style-type: none"> (ありの場合具体的に:) (なしの場合具体的に:) (その理由:) 	
3)暫定ケアプラン作成に関する問題点、負担が大きいことなど(複数回答)	1. サービス担当者会議を開催できない場合がある(減算の対象となる) 2. 本プラン作成時に同様の対応を行うことが非効率である 3. 保険者によって取り扱いが異なる 4. 予防と介護では書式が異なるので作り直しが発生するため、非効率である 5. その他 (具体的に:) 6. 問題点や負担が大きいことは特にない	()
4)暫定ケアプランに関する業務の簡素化についての意見(複数回答)	1. 内容に変更がなければ本プランと一体で基準を適用することを可能とすることが望ましい 2. 行政側から一定の取扱いを示すことが望ましい 3. 通常時に求められる基準が緩和されることが望ましい 4. その他(具体的に:) 5. 暫定ケアプランに関する業務の簡素化についての意見は特にない	()
5)暫定ケアプランに関する業務を簡素化した場合に懸念されること(複数回答)	1. 利用者の状態の把握に影響が生じる恐れがある 2. サービス提供事業所との調整に影響が生じる恐れがある 3. 必要なケアプランが作成されず、ケアプランの空白ができてしまう 4. その他(具体的に:) 5. 暫定ケアプランを簡素化した場合に懸念されることは特にない	()

7. ケアプランの軽微な変更について

「介護保険制度に係る書類・事務手続きの見直し」に関するご意見への対応について(平成 22 年 7 月 30 日介護保険最新情報 Vol.155)における「3. ケアプランの軽微な変更について(ケアプランの作成)」の内容についてお答えください。

(1) 軽微な変更の判断

1) 「軽微な変更」に該当するかどうか、事業所として判断のルールが定められていますか

1. 定められている
2. 定められていない

2)(通知の内容)についての対応	「軽微な変更」に該当するか判断に迷う場面			保険者等から一連の対応を求められるケース			具体例(自由記述)
	よくある	ときどきある	あまりない	よくある	ときどきある	あまりない	
①サービス提供の曜日変更	1	2	3	1	2	3	
②サービス提供の回数変更	1	2	3	1	2	3	
③利用者の住所変更	1	2	3	1	2	3	
④事業所の名称変更	1	2	3	1	2	3	
⑤目標期間の延長	1	2	3	1	2	3	
⑥福祉用具で同等の用具に変更するに際して単位数のみが異なる場合	1	2	3	1	2	3	
⑦目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更	1	2	3	1	2	3	
⑧目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合	1	2	3	1	2	3	
⑨担当介護支援専門員の変更	1	2	3	1	2	3	

3) 「軽微な変更」に関する問題点や負担が大きいことなど(複数回答)

1. 「軽微な変更」と考えられる内容であっても、サービス提供事業所から一連の対応を求められる
2. 「軽微な変更」と考えられる内容であっても、保険者から一連の対応を求められる
3. 「軽微な変更」と考えられる内容であっても、実地指導時、保険者との解釈の相違により、減算の対象となる
4. その他(具体的に:)
5. 問題点や負担が大きいことはない

(2) 「軽微な変更」の範囲として追加すべき項目(自由記述)

8. 加算減算要件の取り扱いなど

(1) 退院・退所加算の要件である「(医療機関・施設等が)利用者又は家族に提供した文書の写し」について

1) 加算の算定状況(令和元年10月～令和2年9月末)	医療機関からの退院	施設からの退所
退院・退所件数	()件	()件
うち退院・退所加算取得件数		
Ⅰイ(カンファレンスなし)	()件	()件
Ⅰロ(カンファレンスあり)	()件	()件
Ⅱイ(カンファレンスなし)	()件	()件
Ⅱロ(カンファレンスあり)	()件	()件
Ⅲ	()件	()件

2) 医療機関、施設からの退院、退所時に取得している文書(複数回答)		医療機関からの退院時	施設からの退所時
1. 退院・退所時サマリー(様式あり・様式なし)		1	1
2. 退院・退所時カンファレンス議事録		2	2
3. 情報連携シート(退院・退所時サマリー以外)		3	3
4. その他 (医療機関からの退院時:) (施設からの退所時:)		4	4
5. 取得している文書は特になし		5	5
3) 退院・退所加算を算定する上での問題点や負担が大きいこと		医療機関からの退院	施設からの退所
①カンファレンスありの加算算定の場合(複数回答)			
※ 退院・退所加算Ⅰ口、Ⅱ口、Ⅲの算定の場合			
1. カンファレンスの案内がなく、参加することが困難である		1	1
2. 要件に合致するカンファレンスが開催されていない		2	2
3. カンファレンスに参加した場合、カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等についてケアプラン等に記録することが困難、負担である		3	3
4. 医療機関、施設が利用者又は家族に提供した文書の写しを添付(取得)することが困難である		4	4
5. 3職種以上の参加が求められるなど、算定要件が厳しすぎる		5	5
6. その他 ()		6	6
7. 問題点や負担が大きいことはない		7	7
②カンファレンスなしの加算算定の場合(複数回答)※ 退院・退所加算Ⅰイ、Ⅱイの算定の場合		医療機関からの退院	施設からの退所
1. カンファレンス以外の面談による情報収集が困難である。		1	1
2. カンファレンス以外の情報収集の記録を残すことが困難である		2	2
3. その他 ()		3	3
4. 問題点や負担が大きいことはない		4	4
(2) 特定事業所加算の要件である「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議」について			
1) 利用者に関する情報伝達を目的とした会議等の方法と頻度	形態	内容	頻度
	定期的な会議		週 回
	不定期の会議		週 回
2) 特定事業所加算算定のために保険者に提出している会議記録の期間(特定事業所加算を算定している場合のみ回答してください)		()か月分	
(3) 報酬請求について			
1) 令和2年9月中に、情報提供や相談、ケアプラン作成やサービス調整等を行ったが給付管理に至らなかった人数(現時点で契約につながるかどうか不明な人を含む) 例) <ul style="list-style-type: none"> ● 新規依頼によりケアプランを作成したが、介護保険サービスを利用しなかった(アセスメントの結果、給付管理の必要がないサービスの利用だけで終わった) ● 入院・入所や退院・退所の際に、相談・情報提供を行ったのみ ● 退院・退所に先立って、医療機関・施設から情報提供を受けたり、サービス調整を行ったが、サービス利用に至らなかった ● サービス調整を行ったが、入院・入所、転居、その他の理由でサービス提供に至らなかった 		()人	
(4) 現在の給付管理、請求管理システムについて			
1) 事業所の使用ソフトについて、給付管理票作成、請求時それぞれについていずれかに○をつけてください。	給付管理票作成	国保中央会のソフト	国保中央会以外のソフト
	居宅介護支援費請求		
2) (請求時「国保中央会以外のソフト」に○つけた場合のみ) 請求の可否	1. 請求できる(請求して国保連から支払われる) 2. 請求できない(請求したが、給付管理票がないため返戻になり支払われない) 3. 請求したことがない(ソフトの制約で給付管理票が作成できないため請求行為をしていない)		

以上で調査は終了です。お忙しいところご協力ありがとうございました。

3 管理者要件に関する調査（単純集計表）

参考図表 1 事業所の開設主体

（単位：事業所）

全体	都道府 県、市区 町村、広 域連合・ 一部事務 組合	社会福祉 協議会	社会福祉 法人(社 協以外)	医療法人	社団・財 団法人	協同組合 及び連合 会	営利法人 (株式・合 名・合資・ 合同・有 限会社)	特定非営 利活動法 人(NPO)	その他の 法人	その他	無回答
30,021 100.0%	259 0.9%	1,476 4.9%	6,356 21.2%	4,723 15.7%	616 2.1%	634 2.1%	14,083 46.9%	835 2.8%	659 2.2%	264 0.9%	116 0.4%

参考図表 2 特別地域加算または中山間地域等における小規模事業所加算の該当有無

（単位：事業所）

全体	当該加算 の算定要 件には該 当しない	特別地域 居宅介護 支援加算 の算定要 件を満た している	中山間地 域等にお ける小規 模事業所 加算の算 定要件を 満たして いる	無回答
30,021 100.0%	27,828 92.7%	1,409 4.7%	212 0.7%	572 1.9%

参考図表 3 昨年度の調査回答時（2019年8月～9月）から、管理者の交代有無

（単位：事業所）

全体	昨年度の 調査回答 時から、 管理者を 変更して いない	昨年度の 調査回答 時から、 管理者を 変更した	昨年度の 調査には 回答して いない	昨年度の 調査に回 答したか 覚えてい ない、回 答したか どうかわ からない	無回答
30,021 100.0%	19,649 65.5%	2,937 9.8%	2,441 8.1%	4,715 15.7%	279 0.9%

参考図表 4 1事業所あたりの介護支援専門員の人数（実人員合計、換算人員合計）

（単位：事業所）

	全体	0人	1～2人	3～4人	5～9人	10～29人	30人以上	無回答	平均(人)	標準偏差
実人員合計	30,021 100.0%	0 0.0%	14,286 47.6%	9,903 33.0%	5,362 17.9%	441 1.5%	17 0.1%	12 0.0%	3.11	2.39
換算人員合計	30,021 100.0%	268 0.9%	16,426 54.7%	8,964 29.9%	3,896 13.0%	214 0.7%	4 0.0%	249 0.8%	2.82	1.96

※換算人員合計は「常勤専従」の実人員、「常勤兼務」「非常勤専従」「非常勤兼務」の換算人員の合計である。

参考図表 5 1事業所あたりの介護支援専門員の人数（実人員）

（単位：事業所）

	全体	0人	1～2人	3～4人	5～9人	10～29人	30人以上	無回答	平均(人)	標準偏差
常勤専従	30,021 100.0%	3,293 11.0%	15,232 50.7%	8,271 27.6%	3,071 10.2%	139 0.5%	3 0.0%	12 0.0%	2.29	1.89
常勤兼務	30,021 100.0%	18,638 62.1%	11,024 36.7%	268 0.9%	53 0.2%	19 0.1%	7 0.0%	12 0.0%	0.46	1.09
非常勤専従	30,021 100.0%	24,019 80.0%	5,414 18.0%	461 1.5%	88 0.3%	24 0.1%	3 0.0%	12 0.0%	0.30	0.87
非常勤兼務	30,021 100.0%	28,503 94.9%	1,430 4.8%	58 0.2%	11 0.0%	6 0.0%	1 0.0%	12 0.0%	0.07	0.43

参考図表 6 1事業所あたりの介護支援専門員の人数（換算人員）

（単位：事業所）

	全体	0人	1～2人	3～4人	5～9人	10～29人	30人以上	無回答	平均(人)	標準偏差
常勤兼務	30,021 100.0%	22,738 75.7%	6,980 23.3%	56 0.2%	12 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	235 0.8%	0.32	0.50
非常勤専従	30,021 100.0%	28,054 93.4%	1,760 5.9%	86 0.3%	14 0.0%	3 0.0%	0 0.0%	104 0.3%	0.17	0.47
非常勤兼務	30,021 100.0%	29,684 98.9%	248 0.8%	1 0.0%	0 0.0%	1 0.0%	0 0.0%	87 0.3%	0.03	0.17

参考図表 7 1事業所あたりの介護支援専門員の人数（常勤換算人数）

（人/事業所）

合計	2.8
常勤	2.6
非常勤	0.2

※合計は、常勤と非常勤それぞれ四捨五入したものを合計している。

換算人員は次の範囲にもとづいてカウントしている。

0人	$0 \leq X < 1$
1～2人	$1 \leq X < 3$
3～4人	$3 \leq X < 5$
5～9人	$5 \leq X < 10$
10～29人	$10 \leq X < 30$
30人以上	$30 \leq X$

参考図表 8 要支援度別；居宅介護支援の利用者数

(委託を受けて令和2年7月にケアマネジメントを実施した実利用者数)

(単位:事業所)

	全体	0人	1~2人	3~4人	5~9人	10~29人	30人以上	無回答	平均(人)	標準偏差
要支援1	30,021 100.0%	7,238 24.1%	6,283 20.9%	4,460 14.9%	6,401 21.3%	5,179 17.3%	460 1.5%	0 0.0%	5.50	7.47
要支援2	30,021 100.0%	5,309 17.7%	4,035 13.4%	3,818 12.7%	6,922 23.1%	8,724 29.1%	1,208 4.0%	5 0.0%	8.60	10.39

参考図表 9 要介護度別；居宅介護支援の利用者数

(令和2年7月に給付管理を行った実利用者数)

(単位:事業所)

	全体	0人	1~2人	3~4人	5~9人	10~29人	30人以上	無回答	平均(人)	標準偏差
要介護1	30,021 100.0%	312 1.0%	986 3.3%	1,272 4.2%	4,331 14.4%	13,009 43.3%	10,108 33.7%	3 0.0%	25.95	22.39
要介護2	30,021 100.0%	326 1.1%	1,009 3.4%	1,529 5.1%	5,369 17.9%	13,738 45.8%	8,041 26.8%	9 0.0%	22.33	23.76
要介護3	30,021 100.0%	678 2.3%	2,553 8.5%	3,511 11.7%	8,041 26.8%	13,075 43.6%	2,163 7.2%	0 0.0%	12.59	11.13
要介護4	30,021 100.0%	1,433 4.8%	4,846 16.1%	5,152 17.2%	9,132 30.4%	8,824 29.4%	632 2.1%	2 0.0%	8.32	12.34
要介護5	30,021 100.0%	3,643 12.1%	8,405 28.0%	6,178 20.6%	7,649 25.5%	3,921 13.1%	224 0.7%	1 0.0%	4.99	6.10

参考図表 10 事業所あたり利用者数

(単位:事業所)

	全体	0人	1~2人	3~4人	5~9人	10~29人	30人以上	無回答	平均(人)	標準偏差
利用者数計	30,021 100.0%	0 0.0%	110 0.4%	144 0.5%	423 1.4%	3,682 12.3%	25,642 85.4%	20 0.1%	88.27	71.82
要支援者数	30,021 100.0%	4,552 15.2%	2,574 8.6%	2,556 8.5%	5,662 18.9%	10,699 35.6%	3,973 13.2%	5 0.0%	14.10	16.81
要介護者数	30,021 100.0%	0 0.0%	161 0.5%	204 0.7%	597 2.0%	5,668 18.9%	23,376 77.9%	15 0.0%	74.17	62.70

参考図表 11 介護支援専門員常勤1人あたり利用者数

(単位:事業所)

	全体	0人	1~2人	3~4人	5~9人	10~29人	30人以上	無回答	平均(人)	標準偏差
利用者数計	30,021 100.0%	12 0.0%	138 0.5%	163 0.5%	608 2.0%	11,366 37.9%	17,465 58.2%	269 0.9%	30.96	13.60
要支援者数	30,021 100.0%	5,845 19.5%	5,373 17.9%	5,330 17.8%	8,866 29.5%	4,291 14.3%	62 0.2%	254 0.8%	5.11	4.83
要介護者数	30,021 100.0%	15 0.0%	199 0.7%	262 0.9%	900 3.0%	18,902 63.0%	9,479 31.6%	264 0.9%	25.85	12.43

介護支援専門員常勤1人あたり利用者数は次の範囲にもとづいてカウントしている。

0人	$0 \leq X < 1$
1~2人	$1 \leq X < 3$
3~4人	$3 \leq X < 5$
5~9人	$5 \leq X < 10$
10~29人	$10 \leq X < 30$
30人以上	$30 \leq X$

参考図表 12 管理者の介護支援専門員としての業務経験年数

(単位:事業所)

全体	1年未満	1年以上2年未満	2年以上3年未満	3年以上4年未満	4年以上5年未満	5年以上6年未満	6年以上7年未満	7年以上8年未満	8年以上9年未満	9年以上10年未満	10年以上	(別掲)5年以上	無回答
30,021 100.0%	416 1.4%	444 1.5%	745 2.5%	787 2.6%	1,124 3.7%	1,732 5.8%	1,634 5.4%	1,753 5.8%	1,609 5.4%	1,928 6.4%	17,726 59.0%	26,382 87.9%	123 0.4%

参考図表 13 管理者の保有資格(複数回答)

n = 30,021

(単位:事業所)

医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師	准看護師	理学療法士	作業療法士	社会福祉士	介護福祉士	視能訓練士	義肢装具士
22 0.1%	13 0.0%	165 0.5%	216 0.7%	51 0.2%	2,872 9.6%	1,144 3.8%	99 0.3%	60 0.2%	5,406 18.0%	20,491 68.3%	11 0.0%	10 0.0%

歯科衛生士	言語聴覚士	あん摩マッサージ指圧師	はり師	きゆう師	柔道整復師	栄養士	精神保健福祉士	介護福祉士養成のための実務者研修(旧ホームヘルパー1級)	介護職員初任者研修(旧ホームヘルパー2級)	介護職員3級(旧ホームヘルパー3級)	その他	無回答
755 2.5%	13 0.0%	148 0.5%	256 0.9%	257 0.9%	207 0.7%	636 2.1%	841 2.8%	2,062 6.9%	8,498 28.3%	655 2.2%	2,596 8.6%	78 0.3%

※本調査(令和2年度)では保有資格「なし」が0.6%(191事業所)であった。

参考図表 14 管理者の主任介護支援専門員研修修了の有無

(単位:事業所)

全体	管理者が主任介護支援専門員である	管理者が主任介護支援専門員でない	無回答
30,021 100.0%	21,233 70.7%	8,748 29.1%	40 0.1%

※主任介護支援専門員研修を修了している場合を主任介護支援専門員であるとした。

参考図表 15 経過措置期間中（令和9年3月31日まで）の主任介護支援専門員研修修了の見込み

【回答者限定質問：管理者が主任介護支援専門員でない場合】

（単位：事業所）

全体 （管理者 が主任介護支援専門員でない事業所）	令和3年3月末日までに修了見込み	令和4年3月末日までに修了見込み	令和5年3月末日までに修了見込み	令和6年3月末日までに修了見込み	令和7年3月末日までに修了見込み	令和8年3月末日までに修了見込み	令和9年3月末日までに修了見込み	経過措置期間中に修了できる見込みだが、時期は不明	経過措置期間中に修了することが困難である、または見込みが立てられない	無回答
8,748 100.0%	1,302 14.9%	1,264 14.4%	624 7.1%	483 5.5%	220 2.5%	111 1.3%	150 1.7%	2,603 29.8%	1,942 22.2%	49 0.6%

※管理者が主任介護支援専門員でない場合に限定している。

参考図表 16 経過措置期間中（令和9年3月31日まで）の主任介護支援専門員研修修了の見込み（2区分）

【回答者限定質問：管理者が主任介護支援専門員でない場合】

（単位：事業所）

全体 （管理者が主任介護支援専門員でない事業所）	経過措置期間中に修了見込み	経過措置期間中に修了することが困難である、または見込みが立てられない	無回答
8,748 100.0%	6,757 77.2%	1,942 22.2%	49 0.6%

※管理者が主任介護支援専門員でない場合に限定している。

※「経過措置期間中に修了見込み」は、「令和3年3月末日までに修了見込み」から「令和9年3月末日までに修了見込み」、「経過措置期間中に修了できる見込みだが、時期は不明」までの合計である。

令和2年度 厚生労働省
老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
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月発行

発行 株式会社 三菱総合研究所 ヘルスケア&ウェルネス本部

〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3

TEL 03 (6858) 0503 FAX 03 (5157) 2143

不許複製