

令和3年度 老人保険事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

**令和3年度 適切な介護予防ケアマネジメント手法の
普及促進に向けた調査研究事業**

報告書

一般財団法人 長寿社会開発センター

令和4年3月

目 次

第1章 本調査研究事業の概要	3
1. 本調査研究事業の背景・目的	3
2. 調査研究事業の実施方法	4
(1) 委員会の設置	4
(2) 委員会の開催	4
第2章 介護予防ケアマネジメントに係る実態調査	6
I. 調査概要	6
1. 調査の目的	6
2. 調査対象	6
3. 調査方法	6
4. 調査期間	7
5. 回収数	7
II. 調査結果詳細	9
1. 市町村	9
(1) 回答自治体属性	9
(2) 窓口対応について	15
(3) 介護予防支援に関する確認等の様式について	17
(4) 地域のニーズ把握について	20
(5) 介護予防・日常生活支援総合事業について	22
(6) 地域包括支援センターへの支援について	25
(7) 介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組について	29
(8) 介護予防ケアマネジメントに関する研修について	32
(9) 介護支援専門員への支援について	37
(10) 自立支援・重度化防止に向けた住民への啓発について	38
2. 地域包括支援センター管理者／居宅介護支援事業所管理者	41
(1) 回答者属性（地域包括支援センター管理者）	41
(2) 回答者属性（居宅介護支援事業所管理者）	46
(3) 介護予防ケアマネジメントの課題等について	54
3. 地域包括支援センター職員／居宅介護支援事業所介護支援専門員	62
(1) 回答者属性（地域包括支援センター職員）	62
(2) 回答者属性（居宅介護支援事業所介護支援専門員）	66
(3) 予防プラン利用者の情報収集について	70
(4) 予防プランについて	76
(5) 介護予防ケアマネジメントに関する研修機会について	96

Ⅲ. 結果と考察	112
1. 市町村	112
2. 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所（管理者）	113
3. 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所（担当者）	114
Ⅳ. 資料編	118
第3章 適切な介護予防ケアマネジメント手法を普及促進するための研修等	154
Ⅰ 研修等実施報告	154
1. 介護予防ケアマネジメントオンデマンド研修	154
2. 介護予防ケアマネジメント実践者トークセッション	154
Ⅱ 研修受講者のアンケート結果と研修教材としての動画・資料について ...	155
1. 研修受講者アンケート	155
2. 研修資料としての動画・資料	172
Ⅲ 介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた意見	173
Ⅳ 資料編	178

第1章 本調査研究事業の概要

1. 本調査研究事業の背景・目的

平成24年度の介護保険制度の改正により、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という。）が創設され、平成27年度から平成29年度にかけて、全市町村において総合事業の移行が行われた。総合事業への移行に伴い、従来の要支援者に対する保険給付上の「介護予防支援」から自治体事業として実施される「介護予防ケアマネジメント」に移行する見直しが行われた。

各市町村において介護予防ケアマネジメントの取組が進められるなかで、アセスメントの質の向上や適切なサービス選択のためのツール選択、地域包括支援センターや介護支援専門員をはじめとする関係者のスキル向上等が図られている一方で、介護予防ケアマネジメントの取組の重要性・意義の認識が不十分なまま進められている市町村も散見され、その結果として総合事業の上限額超過自治体の増加、従来相当サービスのみが提供される自治体がある状況となっている。

また、地域包括支援センターの業務は、年々複雑・多様化しており、包括支援業務と指定介護予防支援業務を限られた人員でこなすことが難しくなっている。

あわせて、介護予防ケアマネジメントの質を高めるには、個々の地域包括支援センター職員や介護支援専門員の力量のみならず、保険者である自治体の関与も重要である。

国においては、制度改正の前後年度に介護予防・日常生活支援総合事業や介護予防ケアマネジメントに係る研修等の実施があったが、改正施行後6年を経過し、担当する人材の異動等による交代や補充などで、研修等を受講していない者も数多くいることから、今一度、介護予防ケアマネジメントの取組の重要性・意義の認識など、適切な介護予防ケアマネジメント手法を普及促進することが必要と考えられる。

介護予防ケアマネジメントを介護予防の観点から効果的に推進するため、インタビューをはじめ、適切なアセスメントを踏まえたうえで、提供すべき事業やサービス、インフォーマル支援やセルフケアを含めた計画の立案、モニタリングを実施し、必要に応じて見直しを進めるプロセスが大切である。

また、計画立案に際しては、セルフケアの継続、インフォーマル資源の活用や必要に応じて新たなサービスや事業の構築など、介護予防ケアマネジメントの積み重ねから見えてくる地域の課題に向け、地域ケア会議や生活支援体制整備事業などとも連動させ、発信していくことも重要である。

そこで、介護予防ケアマネジメントに係る実態調査を実施し、取組の現状と課題を抽出・整理するとともに、研修プログラムを検討し、介護予防ケアマネジメントの実務に係る参考事例の紹介を含めた研修を展開することにより、適切な介護予防ケアマネジメント手法の普及促進を図ることを目的とした。

2. 調査研究事業の実施方法

前述の背景・目的を踏まえ、本調査研究事業は以下のとおり進めた。

(1) 委員会の設置

介護予防ケアマネジメントに関する学識経験者、行政担当者、実務者等で構成された調査研究委員会を設置し、委員会を開催した。

〔適切な介護予防ケアマネジメント手法の普及促進に向けた調査研究事業調査研究委員会〕

委員長	中澤 伸	(社会福祉法人 川崎聖風福祉会 理事/事業推進部長)
委員	石山 裕子	(大川市 健康課 高齢者支援係 係長)
	兼松 亜都子	(京極町地域包括支援センター センター長)
	小林 広美	(J A 長野厚生連 北信総合病院居宅介護支援事業所 所長)
	小山 茂孝	(国立市 健康福祉部 高齢者支援課 課長補佐兼地域包括支援センター主査)
	清水 智子	(横浜市 健康福祉局 高齢健康福祉部 地域包括ケア推進課 介護予防担当係長)

オブザーバー

	田中 明美	(厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室 室長補佐)
	佐々木 忠信	(厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室 室長補佐)
	引間 愛	(厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室 地域包括ケア推進係長)

事務局

	遠藤 征也	一般財団法人長寿社会開発センター 事務局長
	吉井 章	一般財団法人長寿社会開発センター 企画編集部 企画編集課長
	溝井 里美	一般財団法人長寿社会開発センター 企画振興部 企画係

長

	高橋 拓也	一般財団法人長寿社会開発センター 企画編集部企画編集課 主査
--	-------	--------------------------------

(2) 委員会の開催

第1回委員会 2021(令和3)年11月3日(水・祝)

- ・事業について
- ・調査研究について(調査票案、実施方法・期間等の検討)
- ・研修について(研修資料案、実施方法・期間、広報等の検討)
- ・今後のスケジュール、依頼事項について

第2回委員会 2022(令和4)年2月20日(日)

- ・事業の経過報告
- ・研修について(研修実施状況、今後のスケジュール)
- ・調査研究について(調査結果報告、調査結果分析案の検討)
- ・報告書について(報告書案の検討)

第3回委員会 2022(令和4)年3月12日(土)

- ・事業の経過報告

- ・ 研修等報告について（研修実施結果の報告）
- ・ 調査研究結果について（調査結果分析の報告）
- ・ 報告書について（報告書案の報告）

第2章 介護予防ケアマネジメントに係る実態調査

I. 調査概要

1. 調査の目的

介護予防ケアマネジメントを介護予防の観点から効果的に推進するため、インタビューを始め、適切なアセスメントを踏まえたうえで、総合的な課題を捉え、課題解決のための目標と具体策を設定し、サービスや事業の利用、インフォーマル支援やセルフケアをとおして目標達成に向けて取組めるよう支援する。その経過においては、定期的にモニタリングを実施し、必要に応じて見直しを進めるプロセスが大切である。

また、計画立案に際しては、セルフケアの継続、インフォーマル資源の活用や必要に応じて新たなサービスや事業の創出など、介護予防ケアマネジメントの積み重ねから見えてくる地域課題の解決に向けて、地域ケア会議の活用や生活支援体制整備事業などと連動させ、保険者に発信していくことも重要である。

しかしながら、地域包括支援センターの業務は、年々複雑・多様化しており、包括支援業務と指定介護予防支援業務を限られた人員でこなすことが難しくなっている。

そのような状況において、介護予防ケアマネジメントの質を高めるには、地域包括支援センターの業務負担の軽減を含め、居宅介護支援事業所が介護予防ケアマネジメントを受託しやすい環境整備、介護保険制度の理解を促す地域住民への啓発など、保険者である自治体の関与も重要である。

そこで、介護予防ケアマネジメントにおける様々な取組の現状や課題、啓発活動等に関する実態調査を行い、課題等の抽出・整理・分析することを目的とする。

2. 調査対象

- ・全国の市町村介護予防ケアマネジメント担当部署担当者
- ・全国の地域包括支援センター管理者および職員
- ・全国の居宅介護支援事業所管理者および介護支援専門員
(地域包括支援センターから予防プランの委託を受けている事業所)

3. 調査方法

以下の5種類の対象者別の調査票（Excelファイル）によるアンケート調査

- (1) 市町村調査票
市町村の介護予防ケアマネジメントにかかわる業務の担当者
- (2) 地域包括支援センター管理者調査票
地域包括支援センターの管理者
- (3) 地域包括支援センター担当者調査票
地域包括支援センターに勤務し、予防プランを作成している職員
- (4) 居宅介護支援事業所管理者調査票
居宅介護支援事業所の管理者
- (5) 居宅介護支援事業所担当者調査票
居宅介護支援事業所で日頃から予防プランを作成している介護支援専門員

《配付方法》

- ・都道府県から管内市町村へ依頼状および調査票ファイル一式（上記(1)～(5)）を送付
- ・市町村から管内全地域包括支援センターへ依頼状および調査票ファイル（上記(2)～(3)）

を送付

- ・地域包括支援センターから当該センターの日常生活圏域にある予防プランを委託している居宅介護支援事業所（複数ある場合は全て）へ依頼状および調査票ファイル（上記(4)～(5)）を送付

4. 調査期間

2021年12月8日～2022年1月20日

5. 回収数

- ・市町村調査票 921件
- ・地域包括支援センター管理者調査票 1,986件
- ・地域包括支援センター担当者調査票 1,920件
- ・居宅介護支援事業所管理者調査票 4,795件
- ・居宅介護支援事業所担当者調査票 4,232件

都道府県別回収数

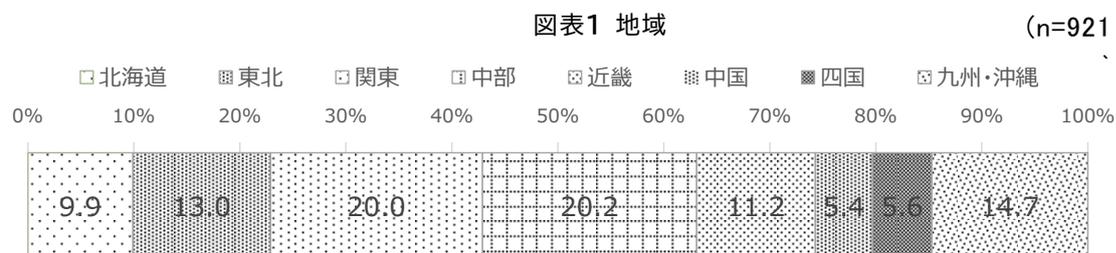
	市町村	地域包括 支援センター (管理者)	地域包括 支援センター (職員)	居宅介護 支援事業所 (管理者)	居宅介護 支援事業所 (介護支援専門員)
北海道	91	113	104	230	197
青森県	24	41	41	112	86
岩手県	21	35	26	75	67
宮城県	21	54	49	98	88
秋田県	17	26	27	76	71
山形県	16	33	34	91	77
福島県	21	39	42	45	33
茨城県	20	33	31	69	61
栃木県	17	60	62	119	107
群馬県	20	36	32	62	57
埼玉県	35	123	122	282	242
千葉県	33	89	79	306	277
東京都	40	102	102	228	197
神奈川県	19	67	65	65	48
新潟県	23	58	58	189	150
富山県	10	30	33	52	53
石川県	10	18	19	38	37
福井県	13	26	28	58	56
山梨県	12	15	11	49	42
長野県	30	53	55	107	95
岐阜県	19	28	29	92	65
静岡県	25	61	59	169	152
愛知県	30	102	98	206	176
三重県	14	32	29	51	49
滋賀県	9	20	19	95	80
京都府	14	22	24	77	73
大阪府	22	100	101	247	224
兵庫県	23	59	59	137	120
奈良県	16	21	19	30	31
和歌山県	19	29	29	141	128
鳥取県	6	11	11	25	26
島根県	7	9	9	45	40
岡山県	14	21	21	93	83
広島県	11	37	38	135	124
山口県	12	25	25	64	62
徳島県	10	15	16	10	10
香川県	12	9	8	38	36
愛媛県	13	14	15	75	66
高知県	17	11	9	17	17
福岡県	35	85	67	183	172
佐賀県	9	18	14	50	39
長崎県	11	32	26	68	65
熊本県	24	47	48	146	133
大分県	8	37	36	76	72
宮崎県	11	33	31	89	75
鹿児島県	23	37	40	49	34
沖縄県	14	20	19	26	19
不明			1	10	20
計	921	1986	1920	4795	4232

II. 調査結果詳細

1. 市町村

(1) 回答自治体属性

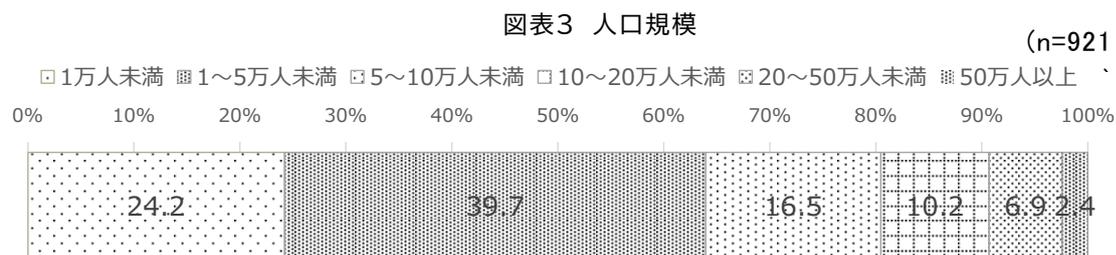
回答のあった市町村の地域は、「関東」、「中部」がそれぞれ2割で、次いで、「九州・沖縄」(14.7%)、「東北」(13.0%)の順に多い。



自治体区分は、「指定都市」が1.6%、「中核市」が4.3%、「その他市町村」が93.8%である。



人口規模は、「1～5万人未満」(39.7%)が最も多く、次いで「1万人未満」(24.2%)で、5万人未満がおよそ3分の2を占める。

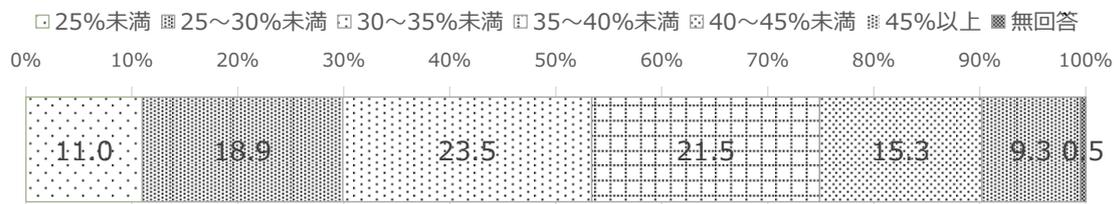


高齢化率は、「30～35%未満」(23.5%)が最も多く、次いで「35～40%未満」である。高齢化率40%以上は2割を超える。

人口規模別で高齢化率をみると、「1万人未満」は高齢化率40%以上の自治体が6割を超える。

図表4 高齢化率

(n=921)



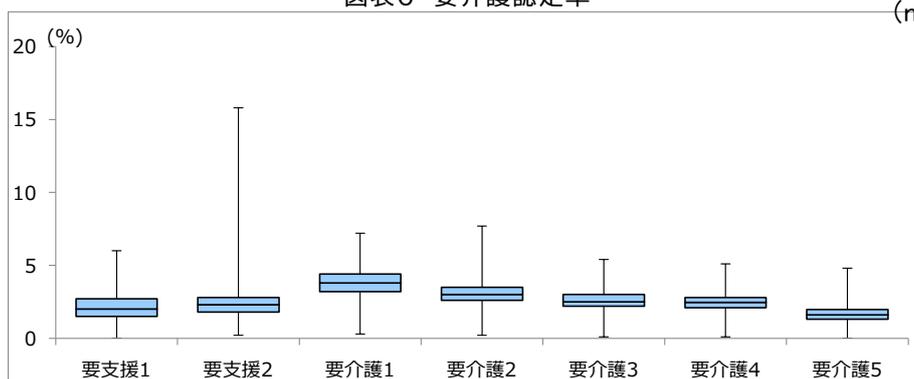
図表5 人口規模別高齢化率

	全体 (n=921)	1万人 未満 (n=223)	1～5万人 未満 (n=366)	5～10万人 未満 (n=152)	10～20万人 未満 (n=94)	20～50万人 未満 (n=64)	50万人 以上 (n=22)
25%未満	11.0	1.3	7.1	15.8	21.3	32.8	31.8
25～30%未満	18.9	0.9	12.0	31.6	40.4	46.9	54.5
30～35%未満	23.5	12.1	26.2	33.6	30.9	15.6	13.6
35～40%未満	21.5	22.4	31.7	15.1	6.4	4.7	0.0
40～45%未満	15.3	30.9	18.0	3.3	1.1	0.0	0.0
45%以上	9.3	31.4	4.4	0.0	0.0	0.0	0.0
無回答	0.5	0.9	0.5	0.7	0.0	0.0	0.0

要介護認定率を平均値で見ると、合計18.2%で、そのうち「要介護1」が3.8%、「要介護2」が3.1%である。

図表6 要介護認定率

(n=574)



	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
平均	2.2	2.3	3.8	3.1	2.6	2.5	1.7
標準偏差	1.0	1.0	0.9	0.8	0.6	0.6	0.5
最小値	0.0	0.2	0.3	0.2	0.1	0.1	0.0
中央値	2.0	2.3	3.8	3.0	2.5	2.5	1.6
最大値	6.0	15.8	7.2	7.7	5.4	5.1	4.8

要介護認定率を人口規模別でみると、5万人未満は5万人以上と比べて「要介護3」～「要介護5」の割合がやや高い。一方、人口10万人以上は、「要支援1」～「要介護1」の割合がやや高い。

また、高齢化率が高いほど、概ね要介護認定率の合計が上がる傾向がみられる。

図表7 要介護認定率
(人口規模別)

	全体 (n=574)	1万人 未満 (n=137)	1~5万人 未満 (n=234)	5~10万人 未満 (n=85)	10~20万人 未満 (n=59)	20~50万人 未満 (n=47)	50万人 以上 (n=12)
要支援1	2.2	2.0	2.1	2.2	2.5	2.8	3.1
要支援2	2.3	2.2	2.3	2.3	2.5	2.6	2.9
要介護1	3.8	3.8	3.8	3.7	4.0	4.1	4.1
要介護2	3.1	3.3	3.1	3.0	3.0	3.1	3.2
要介護3	2.6	2.9	2.6	2.4	2.4	2.4	2.5
要介護4	2.5	2.8	2.5	2.3	2.3	2.3	2.3
要介護5	1.7	2.0	1.7	1.5	1.5	1.6	1.5

図表8 要介護認定率
(高齢化率別)

	全体 (n=574)	25% 未満 (n=61)	25~30% 未満 (n=105)	30~35% 未満 (n=140)	35~40% 未満 (n=129)	40~45% 未満 (n=85)	45% 以上 (n=53)
要支援1	2.2	2.4	2.3	2.1	2.2	2.0	2.1
要支援2	2.3	2.4	2.5	2.1	2.5	2.2	2.5
要介護1	3.8	3.7	3.6	3.8	3.8	3.9	4.1
要介護2	3.1	2.9	2.9	3.0	3.2	3.4	3.5
要介護3	2.6	2.4	2.3	2.5	2.6	2.9	3.1
要介護4	2.5	2.2	2.2	2.4	2.6	2.8	3.0
要介護5	1.7	1.5	1.5	1.6	1.8	1.8	2.1

介護保険料（年額）は、「70,000～75,000円未満」（25.8%）が最も多く、次いで「65,000～70,000円未満」（22.0%）が多い。65,000～75,000円でおおよそ5割近くを占める。要介護認定率が高いほど介護保険料が高い傾向がみられる。

図表9 介護保険料
(年額)

(n=921)

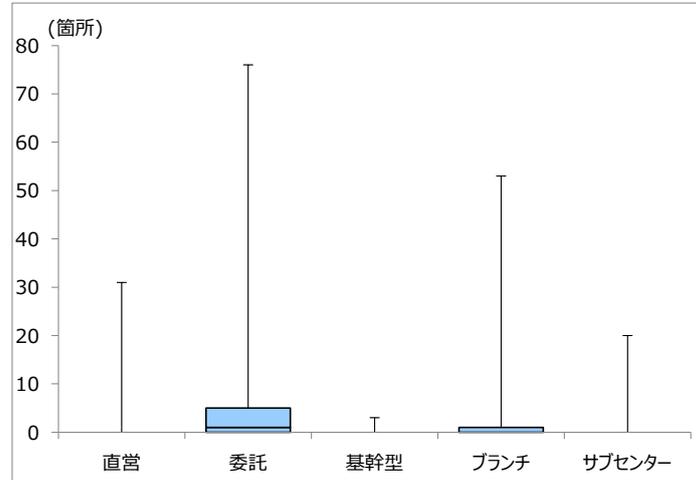


図表10 介護保険料
(高齢化率別平均額)

	全体 (n=909)	25% 未満 (n=101)	25~30% 未満 (n=172)	30~35% 未満 (n=215)	35~40% 未満 (n=197)	40~45% 未満 (n=135)	45% 以上 (n=84)
介護保険料	70,978	69,950	69,313	70,160	71,697	72,349	73,398

地域包括支援センター数を平均で見ると、直営が0.9か所、委託が4.0か所である。地域別では、関東の「委託」が5.6か所で他の地域より高い。自治体区分では指定都市の「委託」が34.4か所である。また、人口規模が大きいほど「委託」の箇所数が多くなる。

図表 11 地域包括支援センター数



	直営	委託	基幹型	ブランチ	サブセンター
平均	0.9	4.0	0.2	1.2	0.3
標準偏差	1.4	6.8	0.4	3.9	1.4
最小値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
中央値	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0
最大値	31.0	76.0	3.0	53.0	20.0

図表 12 地域包括支援センター数
(地域別)

	(平均箇所数)									
	全体 (n=682)	北海道 (n=75)	東北 (n=85)	関東 (n=120)	中部 (n=146)	近畿 (n=75)	中国 (n=36)	四国 (n=42)	九州・ 沖縄 (n=103)	
直営	0.9	1.0	0.8	0.7	0.8	0.9	1.0	0.9	1.1	
委託	4.0	1.8	3.5	5.6	3.7	4.5	3.7	1.3	3.8	
基幹型	0.2	0.0	0.1	0.2	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1	
ブランチ	1.2	1.6	1.4	1.5	0.7	1.7	1.7	1.1	0.8	
サブセンター	0.3	0.0	0.0	0.5	0.3	0.4	0.7	0.4	0.5	

図表 13 地域包括支援センター数
(自治体区分別)

	(平均箇所数)			
	全体 (n=682)	指定都市 (n=8)	中核市 (n=17)	その他 市町村 (n=655)
直営	0.9	3.9	0.7	0.9
委託	4.0	34.4	14.3	2.6
基幹型	0.2	0.0	0.7	0.1
ブランチ	1.2	11.0	3.8	0.9
サブセンター	0.3	0.6	0.7	0.3

図表 14 地域包括支援センター数
(人口規模別)

(平均箇所数)

	全体 (n=682)	1万人 未満 (n=196)	1~5万人 未満 (n=294)	5~10万人 未満 (n=96)	10~20万人 未満 (n=58)	20~50万人 未満 (n=28)	50万人 以上 (n=10)
直営	0.9	0.9	0.9	0.8	0.6	0.5	3.6
委託	4.0	0.3	1.0	3.2	5.6	12.3	29.5
基幹型	0.2	0.0	0.1	0.3	0.3	0.5	0.5
プランチ	1.2	0.1	1.0	1.6	1.2	2.9	10.4
サブセンター	0.3	0.0	0.2	0.5	0.6	1.4	0.8

居宅介護支援事業所数は、「5か所以下」(31.9%)が最も多く、次いで「10~20か所未満」(21.1%)である。人口規模が大きいほど居宅介護支援事業所数が多く、「1万人未満」と「50万人以上」の自治体では、居宅介護支援事業所数がおよそ100倍となる。

図表 15 居宅介護支援事業所数



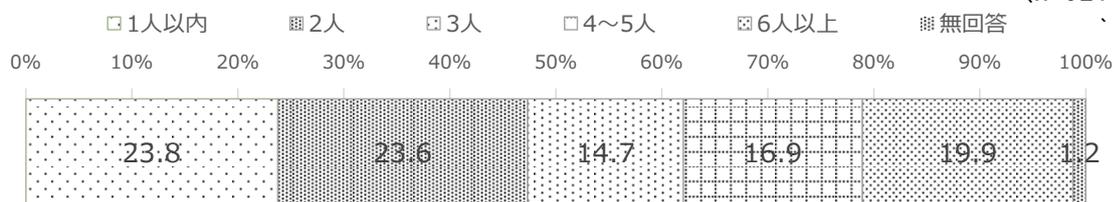
図表 16 居宅介護支援事業所数
(人口規模別)

(平均箇所数)

	全体 (n=916)	1万人 未満 (n=222)	1~5万人 未満 (n=365)	5~10万人 未満 (n=151)	10~20万人 未満 (n=92)	20~50万人 未満 (n=64)	50万人 以上 (n=22)
居宅介護支援事業所数	25.3	2.7	9.4	21.9	42.1	95.1	265.7

介護予防ケアマネジメントにかかわる業務を行う職員数は、「1人以内」(23.8%)、「2人」(23.6%)が同程度の割合で、これらで5割近くを占める。「6人以上」は2割程度である。人口規模が大きいほど介護予防ケアマネジメントにかかわる業務を行う職員数が多くなり、「1万人未満」と「50万人以上」の自治体では、およそ4倍となる。

図表 17 介護予防ケアマネジメントにかかわる業務を行う職員数 (n=921)



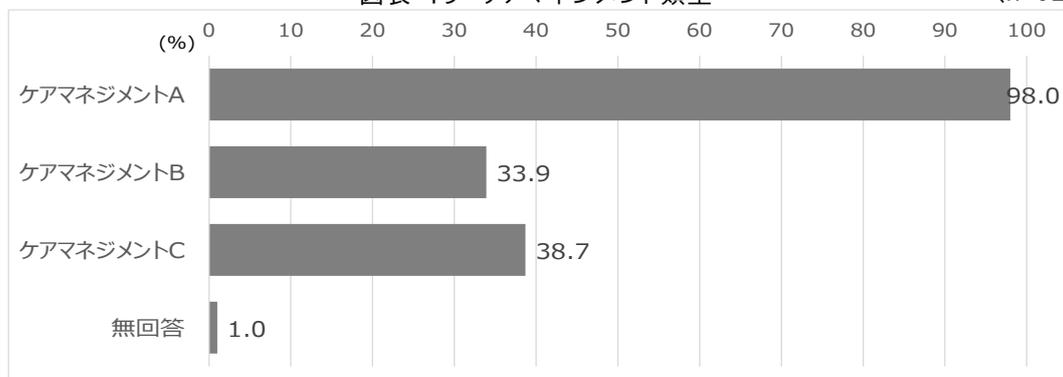
図表 18 介護予防ケアマネジメントにかかわる業務を行う職員数 (人口規模別)

(平均人数)

	全体 (n=910)	1万人 未満 (n=222)	1~5万人 未満 (n=360)	5~10万人 未満 (n=152)	10~20万人 未満 (n=90)	20~50万人 未満 (n=64)	50万人 以上 (n=22)
介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数	3.8	2.4	3.4	4.4	5.7	5.5	9.6

介護予防ケアマネジメントで設定している類型をみると、ほとんどの自治体は「ケアマネジメントA」で、人口規模が大きいほど「ケアマネジメントB」、「ケアマネジメントC」を設定している割合が高くなる。

図表 19 ケアマネジメント類型 (n=921)



図表 20 ケアマネジメント類型 (人口規模別)

	全体 (n=921)	1万人 未満 (n=223)	1~5万人 未満 (n=366)	5~10万人 未満 (n=152)	10~20万人 未満 (n=94)	20~50万人 未満 (n=64)	50万人 以上 (n=22)
ケアマネジメントA	98.0	95.1	98.6	99.3	100.0	100.0	95.5
ケアマネジメントB	33.9	22.9	31.1	39.5	48.9	46.9	50.0
ケアマネジメントC	38.7	20.2	32.2	53.3	57.4	67.2	68.2
無回答	1.0	2.7	0.5	0.7	0.0	0.0	0.0

(2) 窓口対応について

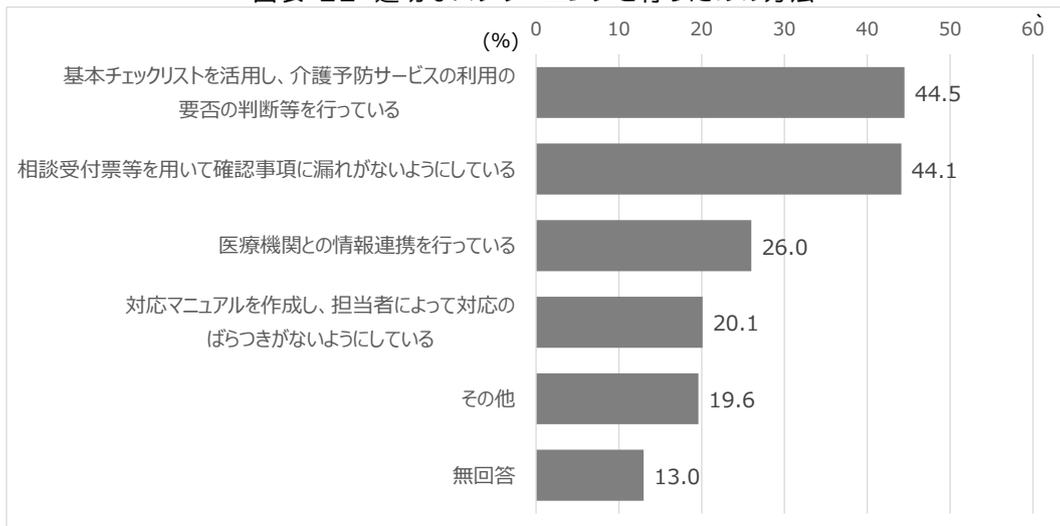
要介護認定申請で自治体窓口に来られた方に、介護保険制度の説明や本人・~~ご~~家族の困りごと等を十分聞き取ったうえで、総合事業、介護予防事業等につなぐためのスクリーニングが適切にできているかをみると、「十分できている」(20.6%)と「どちらかといえばできている」(49.6%)を合わせると7割となっている。

適切なスクリーニングを行うための方法として、「基本チェックリストを活用し、介護予防サービスの利用の要否の判断等を行っている」(44.5%)、「相談受付票等を用いて確認事項に漏れがないようにしている」(44.1%)が上位に挙がる。

図表 21 窓口対応におけるスクリーニングの適切な実施



図表 22 適切なスクリーニングを行うための方法



窓口でのスクリーニングについて、介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別で見ると、職員数が多いほど「十分できている」の割合が高くなる。

また、「十分できている」と回答した自治体では、「医療機関との情報連携を行っている」割合が他と比べて高い。

図表 23 窓口対応におけるスクリーニングの適切な実施
(介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別)

	全体 (n=921)	1人以内 (n=219)	2人 (n=217)	3人 (n=135)	4~5人 (n=156)	6人以上 (n=183)	無回答 (n=11)
十分できている	20.6	16.4	17.5	20.7	24.4	26.8	9.1
どちらかといえばできている	49.6	51.1	51.2	48.9	48.1	46.4	72.7
どちらともいえない	12.1	11.0	13.4	15.6	8.3	13.1	0.0
どちらかといえばできていない	1.7	1.8	3.2	0.7	1.3	1.1	0.0
できていない	0.9	1.4	1.8	0.0	0.6	0.0	0.0
スクリーニングは行っていない	15.1	18.3	12.9	14.1	17.3	12.6	18.2

図表 24 適切なスクリーニングを行うための方法
(スクリーニングの適切な実施別)

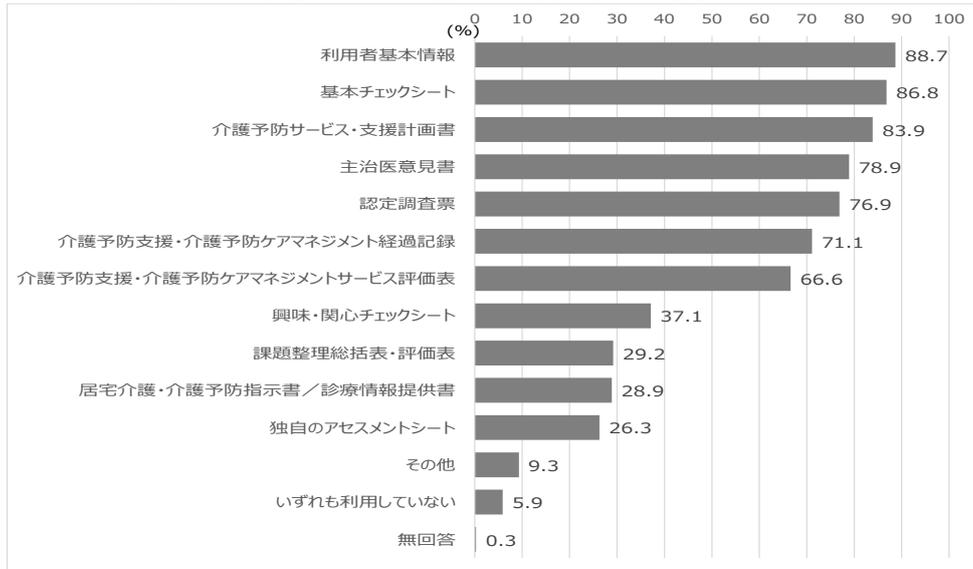
	全体 (n=782)	十分 できている (n=190)	どちらか といえ ば でき て い る (n=457)	どちら とも い え な い (n=111)	どちら か と い え ば で き て い な い (n=16)	でき て い な い (n=8)	スク リ ン グ は 行 っ て い な い (n=0)
基本チェックリストを活用し、介護予防サービスの利用の要否の判断等を行っている	44.5	48.4	46.0	35.1	37.5	12.5	0.0
相談受付票等を用いて確認事項に漏れがないようにしている	44.1	51.6	44.0	36.0	37.5	0.0	0.0
医療機関との情報連携を行っている	26.0	38.4	24.7	12.6	18.8	0.0	0.0
対応マニュアルを作成し、担当者によって対応のばらつきがないようにしている	20.1	24.2	17.7	24.3	6.3	25.0	0.0
その他	19.6	16.8	18.6	26.1	25.0	37.5	0.0
無回答	13.0	14.7	12.0	13.5	12.5	25.0	0.0

(3) 介護予防支援に関する確認等の様式について

予防プランの作成から評価に際して、利用しているものは、「利用者基本情報」(88.7%)、「基本チェックシート」(86.8%)、「介護予防サービス・支援計画書」(83.9%)が8割を超え上位に挙がる。また、「主治医意見書」(78.9%)、「認定調査票」(76.9%)なども7割以上の自治体が利用している。

「独自のアセスメントシート」は全体では26.3%であるが、人口規模が大きいほど利用している割合が高くなる。

図表 25 予防プランの作成から評価に際して利用しているもの (n=921)

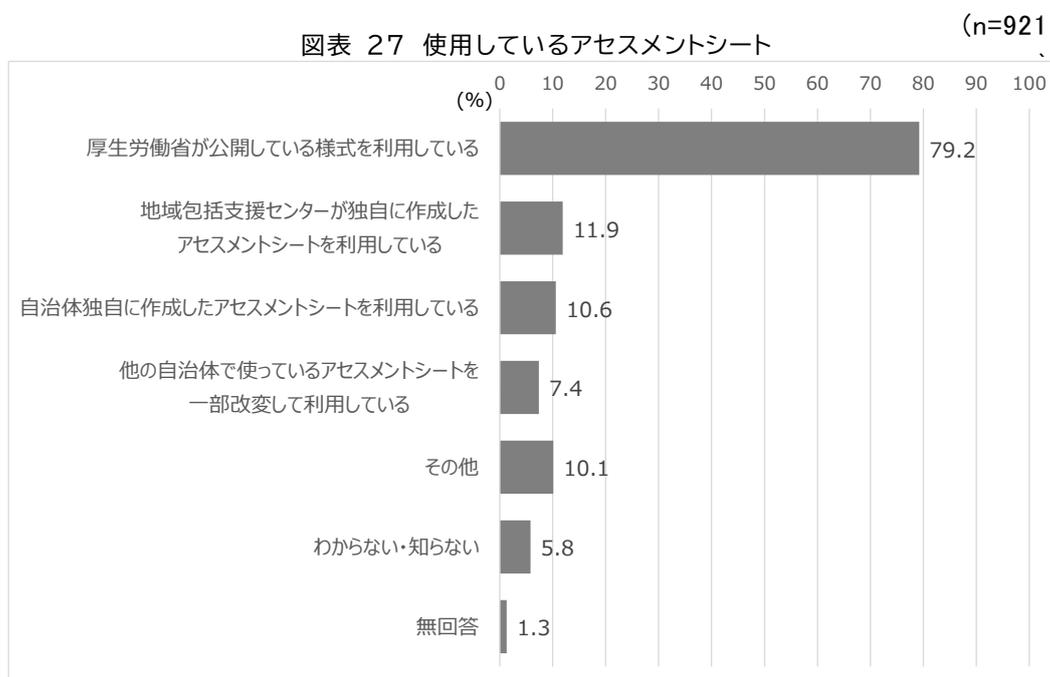


図表 26 予防プランの作成から評価に際して利用しているもの (人口規模別)

	全体 (n=921)	1万人 未満 (n=223)	1~5万人 未満 (n=366)	5~10万人 未満 (n=152)	10~20万人 未満 (n=94)	20~50万人 未満 (n=64)	50万人 以上 (n=22)
利用者基本情報	88.7	84.3	90.2	90.8	94.7	84.4	81.8
基本チェックシート	86.8	80.3	88.3	92.8	87.2	85.9	86.4
介護予防サービス・支援計画書	83.9	77.1	83.3	89.5	92.6	87.5	77.3
主治医意見書	78.9	78.9	81.4	80.3	79.8	64.1	68.2
認定調査票	76.9	78.5	79.5	78.3	73.4	60.9	68.2
介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録	71.1	57.8	72.7	75.0	83.0	81.3	72.7
介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表	66.6	52.5	67.2	73.0	76.6	79.7	72.7
興味・関心チェックシート	37.1	26.5	33.9	46.7	47.9	50.0	50.0
課題整理総括表・評価表	29.2	23.8	28.7	38.2	29.8	28.1	31.8
居宅介護・介護予防指示書／診療情報提供書	28.9	22.4	31.4	30.3	35.1	26.6	22.7
独自のアセスメントシート	26.3	17.0	25.1	29.6	35.1	39.1	40.9
その他	9.3	4.9	7.9	11.2	17.0	10.9	27.3
いずれも利用していない	5.9	7.6	6.0	2.0	2.1	14.1	4.5
無回答	0.3	0.4	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0

使用しているアセスメントシートは、「厚生労働省が公開している様式を利用している」(79.2%)が最も多く、これ以外の利用は少ない。

指定都市では、「自治体独自に作成したアセスメントシートを利用している」割合が5割近くある。



図表 28 使用しているアセスメントシート (自治体区別)

	全体 (n=921)	指定都市 (n=15)	中核市 (n=40)	その他 市町村 (n=864)	無回答 (n=2)
厚生労働省が公開している様式を利用している	79.2	73.3	75.0	79.4	100.0
地域包括支援センターが独自に作成したアセスメントシートを利用している	11.9	20.0	12.5	11.8	0.0
自治体独自に作成したアセスメントシートを利用している	10.6	46.7	25.0	9.4	0.0
他の自治体で使っているアセスメントシートを一部改変して利用している	7.4	0.0	7.5	7.5	0.0
その他	10.1	6.7	5.0	10.4	0.0
わからない・知らない	5.8	0.0	7.5	5.8	0.0
無回答	1.3	0.0	0.0	1.4	0.0

アセスメントシートについて、参考にした自治体が「ある」との回答が1割で、自治体名として「和光市」、「生駒市」、「松戸市」などが挙がっている。

図表 29 アセスメントシートについて、参考にした自治体の有無 (n=921)



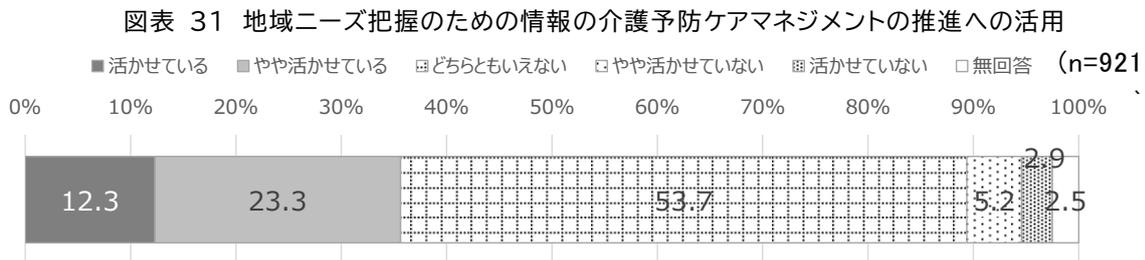
参考にした自治体	件数
和光市	23件
生駒市	12件
松戸市	7件
広島市	4件
神戸市	2件
東京都	2件
豊明市	2件

(4) 地域のニーズ把握について

介護予防ケアマネジメントに関する地域のニーズ把握について、どのような情報が活用されているかをみると、「地域ケア会議を通じた個別課題・地域課題の情報」(80.1%)、「日常的な相談内容、住民の声」(73.3%)、「日常生活圏域ニーズ調査」(65.1%)、「サービス提供者等からの意見・要望」(57.0%)が上位に挙がる。



上記の情報を介護予防ケアマネジメントの推進に活かしているかをみると、「活かしている」(12.3%)、「やや活かしている」(23.3%)を合わせて4割弱である。「どちらともいえない」が5割を超える。



ケアマネジメントの推進への情報活用を介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別で見ると、6人以上の自治体では、「活かしている」(15.8%)、「やや活かしている」(31.1%)をあわせて5割近くとなる。

図表 32 地域ニーズ把握のための情報の介護予防ケアマネジメントの推進への活用
(介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別)

	全体 (n=921)	1人以内 (n=219)	2人 (n=217)	3人 (n=135)	4~5人 (n=156)	6人以上 (n=183)	無回答 (n=11)
活かしている	12.3	9.6	9.7	13.3	14.7	15.8	9.1
やや活かしている	23.3	17.8	25.3	23.7	19.9	31.1	9.1
どちらともいえない	53.7	57.5	53.9	55.6	56.4	45.4	54.5
やや活かしていない	5.2	7.3	5.1	3.7	5.1	3.8	9.1
活かしていない	2.9	4.6	4.6	0.0	2.6	1.6	0.0
無回答	2.5	3.2	1.4	3.7	1.3	2.2	18.2

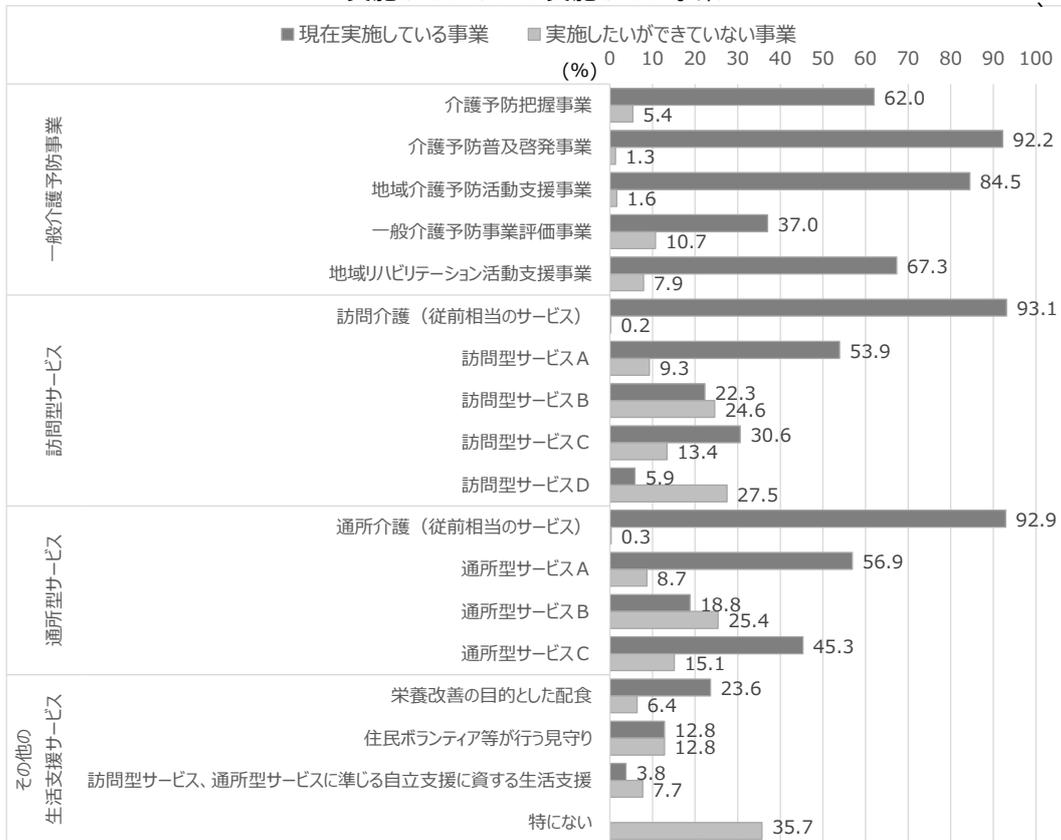
(5) 介護予防・日常生活支援総合事業について

現在、介護予防・日常生活支援総合事業で実施している介護予防・日常生活支援サービス事業の訪問型サービスでは、「訪問介護（従前相当のサービス）」(93.1%)、「訪問型サービスA」(53.9%)が多い。通所型サービスでは、「通所介護（従前相当のサービス）」(92.9%)、「通所型サービスA」(56.9%)、「通所型サービスC」(45.3%)が多い。

実施したいが、現在実施できていない事業・サービスは、訪問型サービスの「訪問型サービスD」(27.5%)、「訪問型サービスB」(24.6%)や、通所型サービスの「通所型サービスB」(25.4%)が比較的多く挙げられている。

一般介護予防事業では、「介護予防普及啓発事業」(92.2%)、「地域介護予防活動支援事業」(84.5%)、「地域リハビリテーション活動支援事業」(67.3%)が多い。

図表 33 介護予防・日常生活支援総合事業で実施している事業および実施していないが実施したい事業 (n=921)



現在実施している介護予防・日常生活支援総合事業を自治体区別でみると、指定都市、中核市は「その他市町村」と比べて、幅広く実施していることがうかがえる。

また、介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別でみると、「訪問型サービスB」、「訪問型サービスC」、「通所型サービスB」、「通所型サービスC」は6人以上職員がいる自治体で実施されている割合が高い。

図表 34 介護予防・日常生活支援総合事業で実施している事業
(自治体区別)

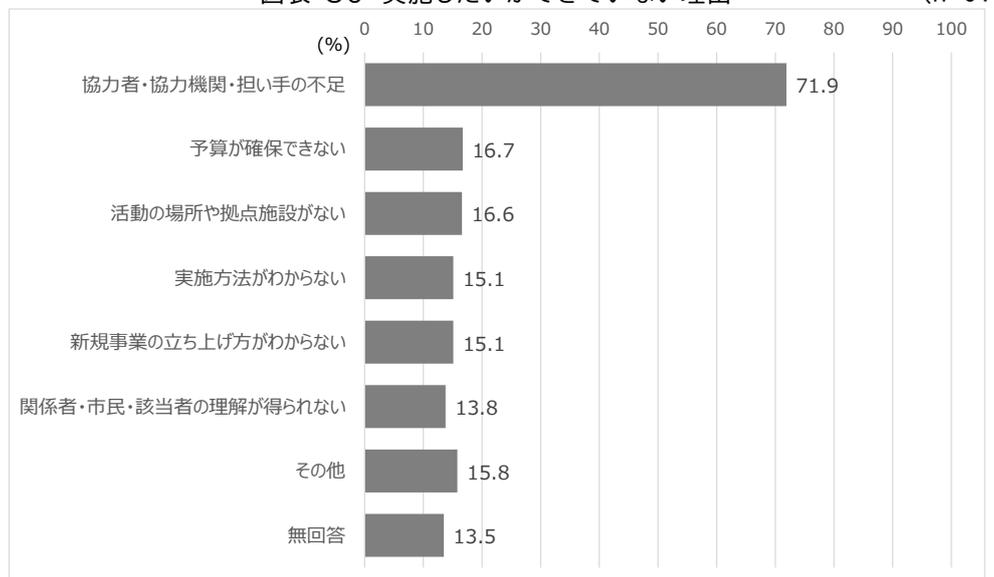
		全体 (n=921)	指定都市 (n=15)	中核市 (n=40)	その他 市町村 (n=864)	無回答 (n=2)
予一般 防事介 業	介護予防把握事業	62.0	66.7	77.5	61.2	50.0
	介護予防普及啓発事業	92.2	100.0	100.0	91.7	100.0
	地域介護予防活動支援事業	84.5	100.0	95.0	83.8	50.0
	一般介護予防事業評価事業	37.0	60.0	55.0	35.6	100.0
	地域リハビリテーション活動支援事業	67.3	93.3	82.5	66.1	100.0
サ一 ー訪 問 型 サ ー ビ ス	訪問介護（従前相当のサービス）	93.1	100.0	100.0	92.6	100.0
	訪問型サービスA	53.9	93.3	72.5	52.2	100.0
	訪問型サービスB	22.3	66.7	42.5	20.5	50.0
	訪問型サービスC	30.6	53.3	55.0	29.1	50.0
	訪問型サービスD	5.9	20.0	2.5	5.7	50.0
サ一 ー通 所 型 サ ー ビ ス	通所介護（従前相当のサービス）	92.9	100.0	100.0	92.5	100.0
	通所型サービスA	56.9	86.7	62.5	56.1	50.0
	通所型サービスB	18.8	46.7	32.5	17.6	50.0
	通所型サービスC	45.3	73.3	60.0	44.1	50.0
サ一 ー生 活 の 支 援	栄養改善の目的とした配食	23.6	20.0	17.5	23.7	100.0
	住民ボランティア等が行う見守り	12.8	13.3	12.5	12.7	50.0
	訪問型サービス、通所型サービスに 準じる自立支援に資する生活支援	3.8	6.7	5.0	3.6	50.0

図表 35 介護予防・日常生活支援総合事業で実施している事業
(介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別)

		全体 (n=921)	1人以内 (n=219)	2人 (n=217)	3人 (n=135)	4~5人 (n=156)	6人以上 (n=183)	無回答 (n=11)
予一般 防事介 業	介護予防把握事業	62.0	53.9	63.6	65.2	59.6	69.9	54.5
	介護予防普及啓発事業	92.2	90.4	92.6	94.8	88.5	96.2	72.7
	地域介護予防活動支援事業	84.5	78.1	86.6	91.1	82.7	86.9	72.7
	一般介護予防事業評価事業	37.0	27.9	36.9	43.0	37.2	45.4	9.1
	地域リハビリテーション活動支援事業	67.3	56.2	66.8	73.3	67.3	77.6	54.5
サ一 ー訪 問 型 サ ー ビ ス	訪問介護（従前相当のサービス）	93.1	90.0	93.5	95.6	94.9	92.9	90.9
	訪問型サービスA	53.9	44.7	52.5	52.6	55.1	66.7	45.5
	訪問型サービスB	22.3	13.2	21.7	23.7	26.9	29.5	9.1
	訪問型サービスC	30.6	25.6	24.4	27.4	31.4	46.4	18.2
	訪問型サービスD	5.9	3.2	4.1	8.9	8.3	7.1	0.0
サ一 ー通 所 型 サ ー ビ ス	通所介護（従前相当のサービス）	92.9	89.0	94.0	95.6	93.6	94.0	90.9
	通所型サービスA	56.9	51.6	53.5	53.3	55.8	70.5	63.6
	通所型サービスB	18.8	12.8	17.5	18.5	24.4	23.5	9.1
	通所型サービスC	45.3	37.0	45.6	43.0	43.6	59.0	27.3
サ一 ー生 活 の 支 援	栄養改善の目的とした配食	23.6	21.5	21.7	18.5	30.1	26.2	27.3
	住民ボランティア等が行う見守り	12.8	11.9	9.7	14.8	11.5	16.9	18.2
	訪問型サービス、通所型サービスに 準じる自立支援に資する生活支援	3.8	3.2	1.8	1.5	8.3	4.9	0.0

介護予防・日常生活支援総合事業で、現在実施していないが、実施したい事業・サービスがある自治体について、実施できていない理由を聞いたところ、「協力者・協力機関・担い手の不足」(71.9%)が最も多く挙げられた。また、これは自治体区分のその他市町村で多く挙がる。

図表 36 実施したいができていない理由 (n=615)



図表 37 実施したいができていない理由 (自治体区分別)

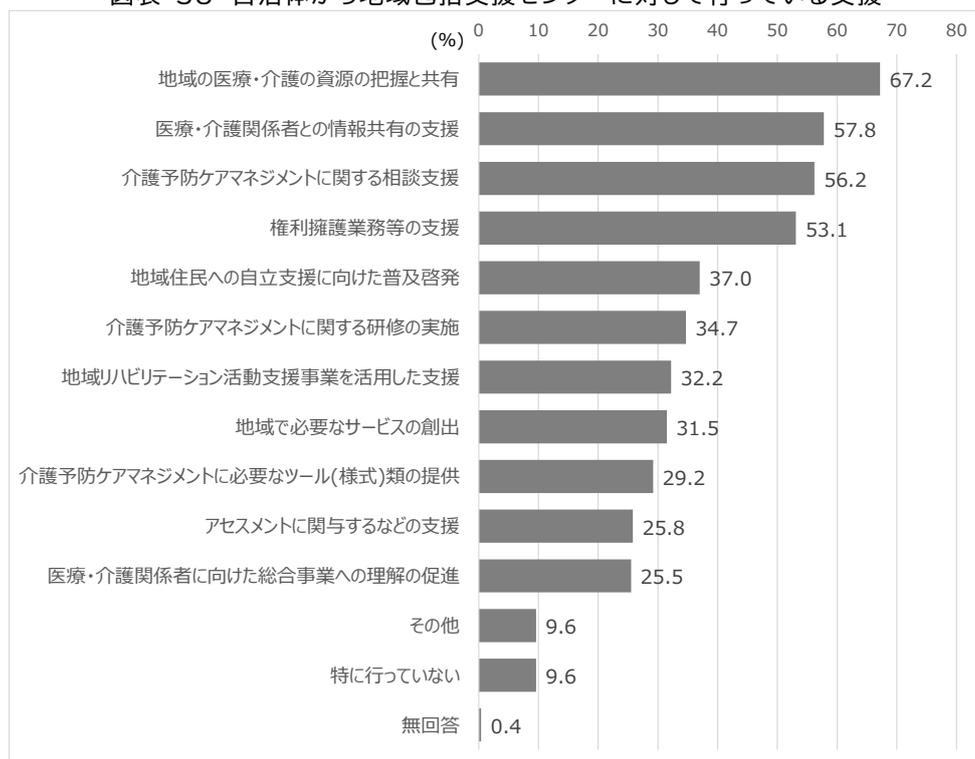
	全体 (n=615)	指定都市 (n=6)	中核市 (n=23)	その他 市町村 (n=584)	無回答 (n=2)
協力者・協力機関・担い手の不足	71.9	50.0	60.9	72.6	50.0
予算が確保できない	16.7	16.7	26.1	16.4	0.0
活動の場所や拠点施設がない	16.6	0.0	17.4	16.8	0.0
実施方法がわからない	15.1	0.0	4.3	15.8	0.0
新規事業の立ち上げ方がわからない	15.1	0.0	4.3	15.8	0.0
関係者・市民・該当者の理解が得られない	13.8	0.0	21.7	13.5	50.0
その他	15.8	33.3	21.7	15.4	0.0
無回答	13.5	16.7	21.7	13.0	50.0

(6) 地域包括支援センターへの支援について

自治体から地域包括支援センターに対して、どのような支援を行っているかをみると、「地域の医療・介護の資源の把握と共有」(67.2%)が最も多く、次いで「医療・介護関係者との情報共有の支援」(57.8%)、「介護予防ケアマネジメントに関する相談支援」(56.2%)、「権利擁護業務等の支援」(53.1%)が多い。

また、「地域住民への自立支援に向けた普及啓発」(37.0%)、「介護予防ケアマネジメントに関する研修の実施」(34.7%)や、「地域で必要なサービスの創出」(31.5%)などは支援が行われている割合が比較的低い。

図表 38 自治体から地域包括支援センターに対して行っている支援 (n=921)



地域包括支援センターへの支援を自治体区別でみると、「地域住民への自立支援に向けた普及啓発」、「介護予防ケアマネジメントに関する研修の実施」、「地域リハビリテーション活動支援事業を活用した支援」、「介護予防ケアマネジメントに必要なツール(様式)類の提供」などは、指定都市、中核市で実施されている割合が高い。

また、これらは、介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数が多いと実施されている割合が高くなる。

図表 39 自治体から地域包括支援センターに対して行っている支援
(自治体区別)

	全体 (n=921)	指定都市 (n=15)	中核市 (n=40)	その他 市町村 (n=864)	無回答 (n=2)
地域の医療・介護の資源の把握と共有	67.2	60.0	85.0	66.6	50.0
医療・介護関係者との情報共有の支援	57.8	80.0	75.0	56.6	50.0
介護予防ケアマネジメントに関する相談支援	56.2	80.0	72.5	55.1	50.0
権利擁護業務等の支援	53.1	73.3	87.5	51.2	50.0
地域住民への自立支援に向けた普及啓発	37.0	60.0	55.0	35.6	100.0
介護予防ケアマネジメントに関する研修の実施	34.7	93.3	72.5	31.9	50.0
地域リハビリテーション活動支援事業を活用した支援	32.2	80.0	62.5	30.0	50.0
地域に必要なサービスの創出	31.5	46.7	32.5	31.1	50.0
介護予防ケアマネジメントに必要なツール(様式)類の提供	29.2	80.0	72.5	26.3	50.0
アセスメントに関与するなどの支援	25.8	60.0	25.0	25.2	50.0
医療・介護関係者に向けた総合事業への理解の促進	25.5	33.3	37.5	24.8	50.0
その他	9.6	0.0	12.5	9.6	0.0
特に行っていない	9.6	0.0	0.0	10.2	0.0
無回答	0.4	0.0	0.0	0.5	0.0

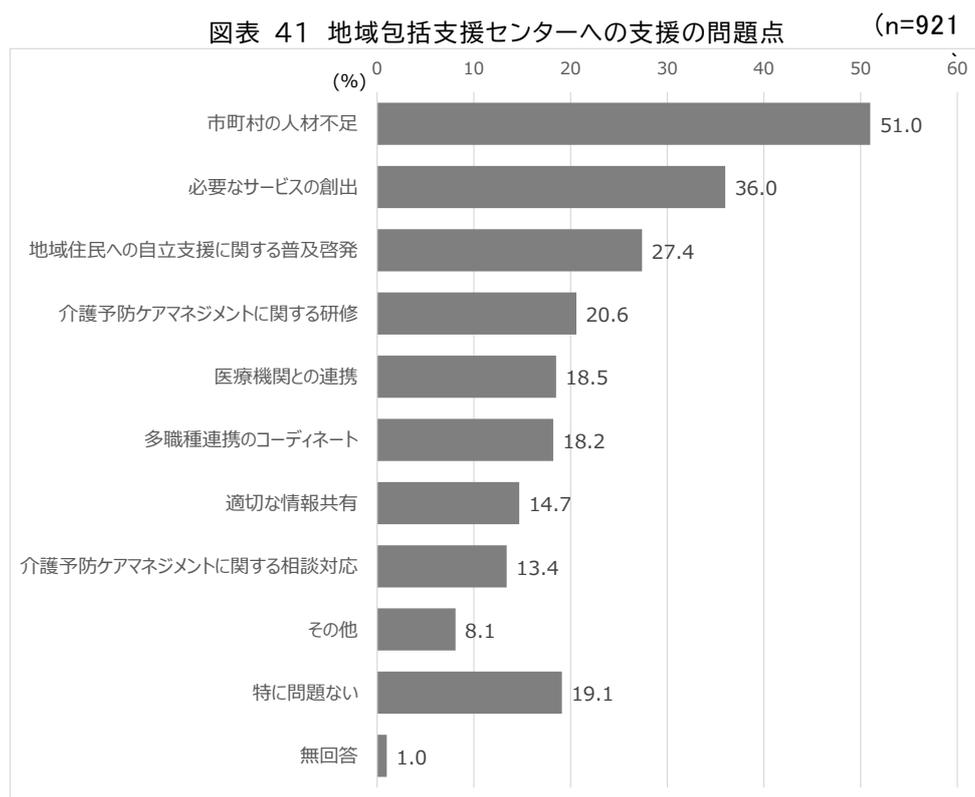
図表 40 自治体から地域包括支援センターに対して行っている支援
(介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別)

	全体 (n=921)	1人以内 (n=219)	2人 (n=217)	3人 (n=135)	4~5人 (n=156)	6人以上 (n=183)	無回答 (n=11)
地域の医療・介護の資源の把握と共有	67.2	58.4	72.8	70.4	63.5	72.1	63.6
医療・介護関係者との情報共有の支援	57.8	47.0	58.5	60.7	60.9	65.0	54.5
介護予防ケアマネジメントに関する相談支援	56.2	37.4	57.1	63.7	62.2	67.8	45.5
権利擁護業務等の支援	53.1	38.4	55.3	57.8	56.4	63.4	27.3
地域住民への自立支援に向けた普及啓発	37.0	34.2	32.7	39.3	34.6	47.0	18.2
介護予防ケアマネジメントに関する研修の実施	34.7	17.4	33.2	38.5	39.1	51.4	27.3
地域リハビリテーション活動支援事業を活用した支援	32.2	21.0	30.4	35.6	36.5	43.2	9.1
地域に必要なサービスの創出	31.5	27.4	27.6	39.3	34.6	33.9	9.1
介護予防ケアマネジメントに必要なツール(様式)類の提供	29.2	15.5	24.4	33.3	32.1	45.9	27.3
アセスメントに関与するなどの支援	25.8	17.8	21.2	30.4	29.5	34.4	27.3
医療・介護関係者に向けた総合事業への理解の促進	25.5	16.9	21.7	27.4	29.5	36.6	9.1
その他	9.6	9.6	9.2	8.9	9.6	9.3	27.3
特に行っていない	9.6	13.7	7.4	6.7	10.9	8.2	9.1
無回答	0.4	0.9	0.5	0.7	0.0	0.0	0.0

地域包括支援センターへの支援について、自治体の立場として問題と感ずることをみると、「市町村の人材不足」(51.0%)、「必要なサービスの創出」(36.0%)、「地域住民への自立支援に関する普及啓発」(27.4%)が上位に挙がる。

人口規模別では、「必要なサービスの創出」、「地域住民への自立支援に関する普及啓発」は、人口5万人未満の自治体でも多く挙がるわけではなく、5～50万人未満の自治体で問題点として挙がる割合が高い。

また、「市町村の人材不足」、「必要なサービスの創出」は、介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数が1人以内で多く挙がる。



図表 42 地域包括支援センターへの支援の問題点 (人口規模別)

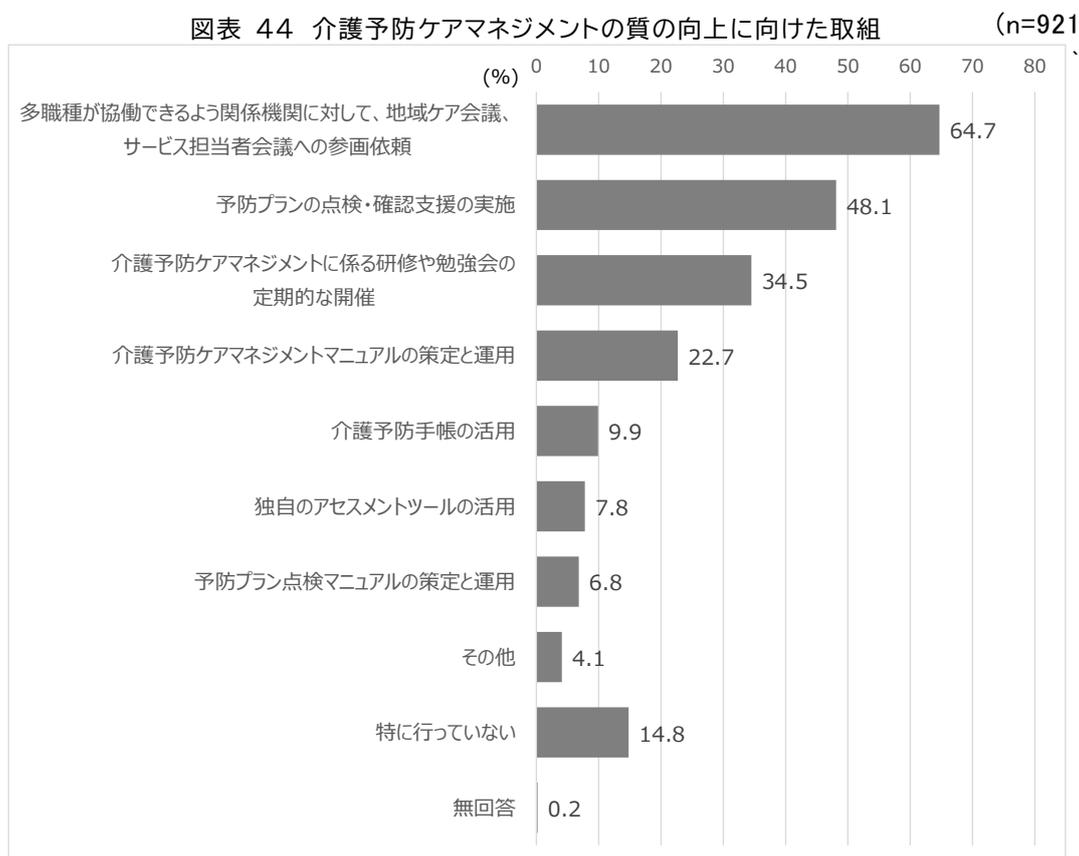
	全体 (n=921)	1万人 未満 (n=223)	1～5万人 未満 (n=366)	5～10万人 未満 (n=152)	10～20万人 未満 (n=94)	20～50万人 未満 (n=64)	50万人 以上 (n=22)
市町村の人材不足	51.0	58.7	49.2	50.7	48.9	43.8	36.4
必要なサービスの創出	36.0	33.6	31.4	41.4	43.6	46.9	36.4
地域住民への自立支援に関する普及啓発	27.4	20.6	23.0	32.9	38.3	45.3	31.8
介護予防ケアマネジメントに関する研修	20.6	13.9	18.0	24.3	33.0	23.4	45.5
医療機関との連携	18.5	16.1	14.8	17.8	21.3	39.1	36.4
多職種連携のコーディネート	18.2	15.7	16.1	21.1	16.0	26.6	45.5
適切な情報共有	14.7	11.2	13.1	13.2	20.2	23.4	36.4
介護予防ケアマネジメントに関する相談対応	13.4	6.3	12.0	18.4	14.9	21.9	40.9
その他	8.1	6.3	8.5	4.6	14.9	12.5	4.5
特に問題ない	19.1	22.0	22.7	13.2	16.0	9.4	13.6
無回答	1.0	1.8	0.8	0.0	1.1	1.6	0.0

図表 43 地域包括支援センターへの支援の問題点
 (介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別)

	全体 (n=921)	1人以内 (n=219)	2人 (n=217)	3人 (n=135)	4~5人 (n=156)	6人以上 (n=183)	無回答 (n=11)
市町村の人材不足	51.0	55.3	53.5	48.9	49.4	47.5	27.3
必要なサービスの創出	36.0	40.2	35.0	37.8	33.3	32.8	45.5
地域住民への自立支援に関する普及啓発	27.4	27.4	27.6	30.4	26.3	26.2	18.2
介護予防ケアマネジメントに関する研修	20.6	21.5	18.9	23.7	17.9	21.3	27.3
医療機関との連携	18.5	17.4	17.1	22.2	14.1	22.4	18.2
多職種連携のコーディネート	18.2	19.2	19.8	18.5	17.9	15.3	18.2
適切な情報共有	14.7	16.9	14.7	18.5	8.3	13.7	27.3
介護予防ケアマネジメントに関する相談対応	13.4	14.6	16.6	14.1	10.3	10.4	9.1
その他	8.1	5.5	6.0	6.7	12.8	10.9	9.1
特に問題ない	19.1	21.5	15.2	18.5	20.5	20.2	18.2
無回答	1.0	1.4	0.0	1.5	1.3	1.1	0.0

(7) 介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組について

介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組は、「多職種が協働できるよう関係機関に対して、地域ケア会議、サービス担当者会議への参画依頼」(64.7%)が最も多く、次いで「予防プランの点検・確認支援の実施」(48.1%)、「介護予防ケアマネジメントに係る研修や勉強会の定期的な開催」(34.5%)の順に多く挙がる。



介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組を自治体区分別でみると、「介護予防ケアマネジメントに係る研修や勉強会の定期的な開催」、「介護予防ケアマネジメントマニュアルの策定と運用」は、指定都市、中核市で取組まれている割合が高い。

また、介護予防ケアマネジメントに関わる職員数別でみると、6人以上いる自治体では多くの取組項目が、職員数が少ない自治体より取組まれている割合が高い。

図表 45 介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組
(自治体区分別)

	全体 (n=921)	指定都市 (n=15)	中核市 (n=40)	その他 市町村 (n=864)	無回答 (n=2)
多職種が協働できるよう関係機関に対して、地域ケア会議、サービス担当者会議への参画依頼	64.7	80.0	67.5	64.2	100.0
予防プランの点検・確認支援の実施	48.1	60.0	50.0	47.8	50.0
介護予防ケアマネジメントに係る研修や勉強会の定期的な開催	34.5	60.0	57.5	33.0	50.0
介護予防ケアマネジメントマニュアルの策定と運用	22.7	73.3	55.0	20.3	50.0
介護予防手帳の活用	9.9	40.0	17.5	9.0	0.0
独自のアセスメントツールの活用	7.8	26.7	25.0	6.7	0.0
予防プラン点検マニュアルの策定と運用	6.8	13.3	15.0	6.3	50.0
その他	4.1	6.7	12.5	3.7	0.0
特に行っていない	14.8	0.0	7.5	15.4	0.0
無回答	0.2	0.0	0.0	0.2	0.0

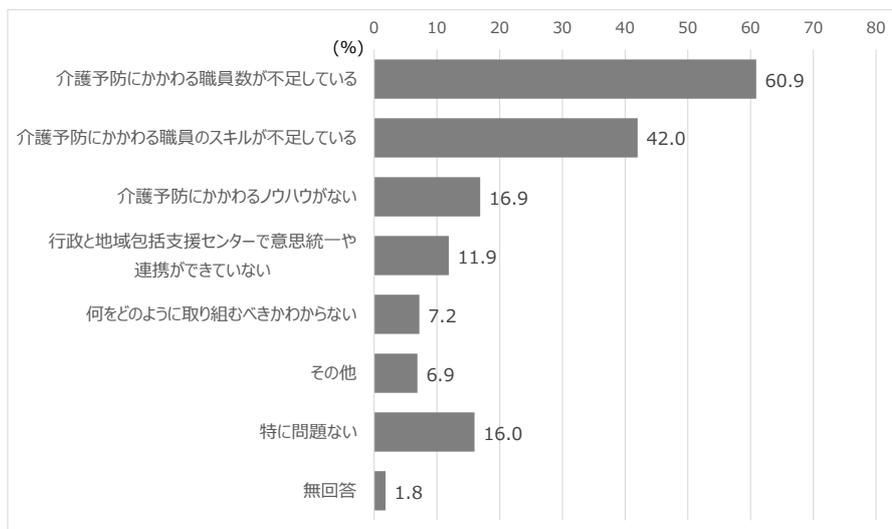
図表 46 介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組
(介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別)

	全体 (n=921)	1人以内 (n=219)	2人 (n=217)	3人 (n=135)	4~5人 (n=156)	6人以上 (n=183)	無回答 (n=11)
多職種が協働できるよう関係機関に対して、地域ケア会議、サービス担当者会議への参画依頼	64.7	56.2	61.3	64.4	67.3	78.7	36.4
予防プランの点検・確認支援の実施	48.1	40.6	45.6	50.4	48.7	58.5	36.4
介護予防ケアマネジメントに係る研修や勉強会の定期的な開催	34.5	19.6	32.3	34.8	39.1	51.4	27.3
介護予防ケアマネジメントマニュアルの策定と運用	22.7	12.3	26.3	23.0	18.6	35.5	0.0
介護予防手帳の活用	9.9	5.5	8.3	8.9	10.9	17.5	0.0
独自のアセスメントツールの活用	7.8	3.7	5.1	8.9	8.3	15.3	0.0
予防プラン点検マニュアルの策定と運用	6.8	5.0	6.0	10.4	4.5	9.8	0.0
その他	4.1	5.0	4.6	2.2	5.1	2.7	9.1
特に行っていない	14.8	23.7	18.9	9.6	8.3	7.1	36.4
無回答	0.2	0.0	0.0	0.7	0.0	0.0	9.1

介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組について、問題と思うことをみると、「介護予防にかかわる職員数が不足している」(60.9%)が最も多く挙がり、次いで「介護予防にかかわる職員のスキルが不足している」(42.0%)である。

図表 47 介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組の問題点

(n=921)



取組の問題点を介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別でみると、「介護予防にかかわる職員数が不足している」、「介護予防にかかわる職員のスキルが不足している」は職員が2～3人以下で多く挙がる。

また自治体区分別でみると、「介護予防にかかわる職員数が不足している」は、その他市町村だけでなく、指定都市でも多く挙がる。「介護予防にかかわる職員のスキルが不足している」は指定都市、中核市では5割挙がるが、その他市町村では4割である。

人口規模別では、「介護予防にかかわる職員のスキルが不足している」は、5万人未満の自治体より5万人以上の自治体で多く挙がる。「行政と地域包括支援センターで意思統一や連携ができていない」は10万人以上の自治体で多く挙がり、規模が大きいと連携が課題となることがうかがえる。

図表 48 介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組の問題点
(介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別)

	全体 (n=921)	1人以内 (n=219)	2人 (n=217)	3人 (n=135)	4～5人 (n=156)	6人以上 (n=183)	無回答 (n=11)
介護予防にかかわる職員数が不足している	60.9	65.3	62.7	58.5	59.6	55.7	72.7
介護予防にかかわる職員のスキルが不足している	42.0	42.5	46.5	50.4	32.7	38.8	27.3
介護予防にかかわるノウハウがない	16.9	21.9	19.8	17.0	12.2	12.0	9.1
行政と地域包括支援センターで意思統一や連携ができていない	11.9	11.9	9.7	15.6	12.2	12.6	0.0
何をどのように取り組むべきかわからない	7.2	10.5	8.8	5.9	5.8	3.3	9.1
その他	6.9	3.7	6.9	4.4	9.0	11.5	0.0
特に問題ない	16.0	15.5	16.6	12.6	17.9	16.9	9.1
無回答	1.8	1.8	0.9	3.0	0.6	2.2	18.2

図表 49 介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組の問題点
(自治体区分別)

	全体 (n=921)	指定都市 (n=15)	中核市 (n=40)	その他 市町村 (n=864)	無回答 (n=2)
介護予防にかかわる職員数が不足している	60.9	66.7	40.0	61.9	0.0
介護予防にかかわる職員のスキルが不足している	42.0	53.3	50.0	41.4	50.0
介護予防にかかわるノウハウがない	16.9	13.3	20.0	16.8	50.0
行政と地域包括支援センターで意思統一や連携ができていない	11.9	26.7	27.5	10.9	50.0
何をどのように取り組むべきかわからない	7.2	0.0	15.0	6.8	50.0
その他	6.9	20.0	25.0	5.9	0.0
特に問題ない	16.0	13.3	20.0	15.7	50.0
無回答	1.8	0.0	0.0	2.0	0.0

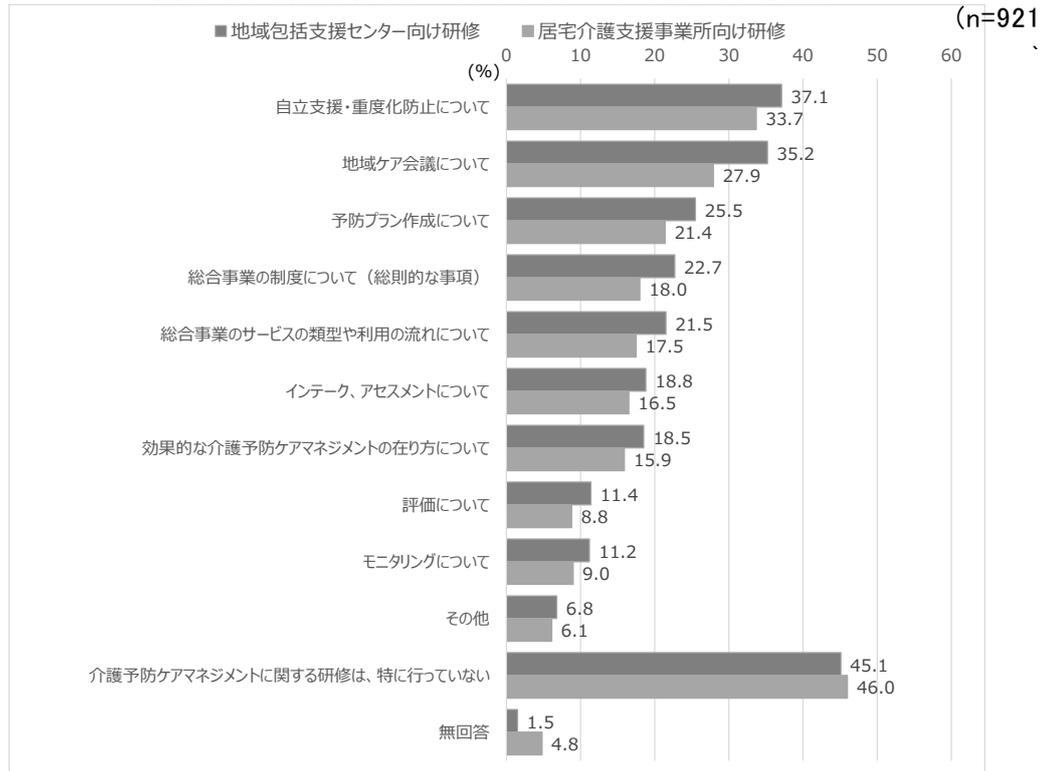
図表 50 介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組の問題点
(人口規模別)

	全体 (n=921)	1万人 未満 (n=223)	1～5万人 未満 (n=366)	5～10万人 未満 (n=152)	10～20万人 未満 (n=94)	20～50万人 未満 (n=64)	50万人 以上 (n=22)
介護予防にかかわる職員数が不足している	60.9	56.1	64.5	64.5	58.5	50.0	68.2
介護予防にかかわる職員のスキルが不足している	42.0	32.3	36.1	53.9	60.6	51.6	50.0
介護予防にかかわるノウハウがない	16.9	16.1	15.8	16.4	20.2	23.4	13.6
行政と地域包括支援センターで意思統一や連携ができていない	11.9	4.0	8.5	15.1	23.4	29.7	27.3
何をどのように取り組むべきかわからない	7.2	8.1	7.4	6.6	5.3	9.4	0.0
その他	6.9	2.2	6.6	6.6	9.6	18.8	18.2
特に問題ない	16.0	22.0	15.8	10.5	11.7	15.6	13.6
無回答	1.8	3.6	1.9	0.7	1.1	0.0	0.0

(8) 介護予防ケアマネジメントに関する研修について

介護予防ケアマネジメントに関する研修の実施状況をみると、地域包括支援センター向け、居宅介護支援事業所向けともに、「自立支援・重度化防止について」、「地域ケア会議について」、「予防プラン作成について」が上位に挙がるが、地域包括支援センターと比べて居宅介護支援事業所向けは実施の割合が低い。また、「介護予防ケアマネジメントに関する研修は、特に行っていない」が半数近くを占めている。

図表 51 介護予防ケアマネジメントについて行っている研修



介護予防ケアマネジメントについて行っている研修について、自治体区別で見ると、地域包括支援センター向け、居宅介護支援事業所向けともに、指定都市は幅広いテーマで研修が行われている。その他市町村は「介護予防ケアマネジメントに関する研修は、特に行っていない」が多く挙がる。

図表 52 介護予防ケアマネジメントについて行っている研修
(地域包括支援センター向け研修:自治体区別)

	全体 (n=921)	指定都市 (n=15)	中核市 (n=40)	その他 市町村 (n=864)	無回答 (n=2)
自立支援・重度化防止について	37.1	73.3	65.0	35.1	100.0
地域ケア会議について	35.2	66.7	47.5	34.0	50.0
予防プラン作成について	25.5	66.7	42.5	24.1	0.0
総合事業の制度について(総則的な事項)	22.7	80.0	65.0	19.8	0.0
総合事業のサービスの類型や利用の流れについて	21.5	60.0	55.0	19.3	0.0
インテーク、アセスメントについて	18.8	60.0	42.5	16.9	50.0
効果的な介護予防ケアマネジメントのあり方について	18.5	53.3	45.0	16.7	0.0
評価について	11.4	40.0	22.5	10.4	0.0
モニタリングについて	11.2	40.0	22.5	10.2	0.0
その他	6.8	20.0	10.0	6.5	0.0
介護予防ケアマネジメントに関する研修は、特に行っていない	45.1	13.3	17.5	46.9	50.0
無回答	1.5	0.0	0.0	1.6	0.0

図表 53 介護予防ケアマネジメントについて行っている研修
(居宅介護支援事業所向け研修:自治体区別)

	全体 (n=921)	指定都市 (n=15)	中核市 (n=40)	その他 市町村 (n=864)	無回答 (n=2)
自立支援・重度化防止について	33.7	53.3	55.0	32.2	100.0
地域ケア会議について	27.9	33.3	25.0	27.9	50.0
予防プラン作成について	21.4	53.3	32.5	20.4	0.0
総合事業の制度について(総則的な事項)	18.0	53.3	52.5	15.9	0.0
総合事業のサービスの類型や利用の流れについて	17.5	40.0	42.5	16.0	0.0
インテーク、アセスメントについて	16.5	46.7	32.5	15.2	50.0
効果的な介護予防ケアマネジメントのあり方について	15.9	40.0	32.5	14.7	0.0
モニタリングについて	9.0	33.3	17.5	8.2	0.0
評価について	8.8	33.3	20.0	7.9	0.0
その他	6.1	13.3	5.0	6.0	0.0
介護予防ケアマネジメントに関する研修は、特に行っていない	46.0	13.3	22.5	47.7	50.0
無回答	4.8	20.0	2.5	4.6	0.0

人口規模別では、地域包括支援センター向け、居宅介護支援事業所向けともに、「50万人以上」は幅広いテーマで研修が行われており、20万人未満は「介護予防ケアマネジメントに関する研修は、特に行っていない」が多く挙がる。

図表 54 介護予防ケアマネジメントについて行っている研修
(地域包括支援センター向け研修:人口規模別)

	全体 (n=921)	1万人 未満 (n=223)	1~5万人 未満 (n=366)	5~10万人 未満 (n=152)	10~20万人 未満 (n=94)	20~50万人 未満 (n=64)	50万人 以上 (n=22)
自立支援・重度化防止について	37.1	23.8	36.1	40.8	45.7	57.8	68.2
地域ケア会議について	35.2	25.6	37.4	34.2	40.4	43.8	54.5
予防プラン作成について	25.5	11.2	24.9	30.9	33.0	42.2	63.6
総合事業の制度について (総則的な事項)	22.7	10.8	18.9	22.4	35.1	51.6	72.7
総合事業のサービスの類型や利用の流れについて	21.5	8.5	18.0	24.3	37.2	45.3	54.5
インタビュー、アセスメントについて	18.8	6.7	16.1	23.7	28.7	35.9	59.1
効果的な介護予防ケアマネジメントのあり方について	18.5	9.4	16.1	17.8	27.7	42.2	45.5
評価について	11.4	3.6	10.1	13.8	16.0	25.0	36.4
モニタリングについて	11.2	4.0	9.8	13.8	12.8	26.6	36.4
その他	6.8	4.9	6.6	6.6	9.6	7.8	18.2
介護予防ケアマネジメントに関する研修は、特に行っていない	45.1	64.1	42.3	42.1	35.1	25.0	18.2
無回答	1.5	0.9	2.7	0.7	1.1	0.0	0.0

図表 55 介護予防ケアマネジメントについて行っている研修
(居宅介護支援事業所向け研修:人口規模別)

	全体 (n=921)	1万人 未満 (n=223)	1~5万人 未満 (n=366)	5~10万人 未満 (n=152)	10~20万人 未満 (n=94)	20~50万人 未満 (n=64)	50万人 以上 (n=22)
自立支援・重度化防止について	33.7	22.0	32.5	38.2	43.6	48.4	54.5
地域ケア会議について	27.9	23.3	33.3	24.3	26.6	23.4	27.3
予防プラン作成について	21.4	10.3	21.6	25.0	26.6	32.8	50.0
総合事業の制度について (総則的な事項)	18.0	10.8	16.4	17.1	21.3	39.1	50.0
総合事業のサービスの類型や利用の流れについて	17.5	9.0	16.7	19.1	21.3	35.9	36.4
インタビュー、アセスメントについて	16.5	6.3	13.9	20.4	26.6	32.8	45.5
効果的な介護予防ケアマネジメントのあり方について	15.9	9.4	14.5	15.8	21.3	31.3	36.4
モニタリングについて	9.0	4.9	7.4	10.5	8.5	21.9	31.8
評価について	8.8	4.5	6.8	10.5	11.7	18.8	31.8
その他	6.1	3.6	6.8	5.9	8.5	6.3	9.1
介護予防ケアマネジメントに関する研修は、特に行っていない	46.0	63.2	42.1	46.1	43.6	23.4	13.6
無回答	4.8	3.6	5.2	2.6	5.3	6.3	18.2

介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別では、地域包括支援センター向け、居宅介護支援事業所向けともに、6人以上はそれ以下と比べて幅広いテーマで研修が行われており、2人以内では「介護予防ケアマネジメントに関する研修は、特に行っていない」が多く挙がる。

図表 56 介護予防ケアマネジメントについて行っている研修
(地域包括支援センター向け研修:介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別)

	全体 (n=921)	1人以内 (n=219)	2人 (n=217)	3人 (n=135)	4~5人 (n=156)	6人以上 (n=183)	無回答 (n=11)
自立支援・重度化防止について	37.1	24.7	35.0	42.2	43.6	45.9	27.3
地域ケア会議について	35.2	23.3	33.2	40.0	42.9	41.5	36.4
予防プラン作成について	25.5	13.2	23.5	25.9	30.1	38.8	18.2
総合事業の制度について (総則的な事項)	22.7	12.3	18.4	23.0	27.6	36.6	9.1
総合事業のサービスの類型や利用の流れについて	21.5	11.9	19.8	24.4	24.4	31.7	0.0
インテーク、アセスメントについて	18.8	8.7	17.1	23.0	21.8	27.9	9.1
効果的な介護予防ケアマネジメントのあり方について	18.5	11.9	16.6	17.8	20.5	27.9	9.1
評価について	11.4	5.5	9.7	9.6	14.7	19.1	9.1
モニタリングについて	11.2	5.5	8.8	11.9	10.3	21.3	9.1
その他	6.8	4.6	6.5	5.2	10.3	8.2	9.1
介護予防ケアマネジメントに関する研修は、特に行っていない	45.1	62.1	47.0	40.7	39.1	31.1	36.4
無回答	1.5	2.3	0.5	0.7	0.0	2.7	18.2

図表 57 介護予防ケアマネジメントについて行っている研修
(居宅介護支援事業所向け研修:介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別)

	全体 (n=921)	1人以内 (n=219)	2人 (n=217)	3人 (n=135)	4~5人 (n=156)	6人以上 (n=183)	無回答 (n=11)
自立支援・重度化防止について	33.7	22.4	31.3	36.3	40.4	43.2	18.2
地域ケア会議について	27.9	17.8	26.3	33.3	35.3	32.2	18.2
予防プラン作成について	21.4	11.9	17.5	22.2	24.4	34.4	18.2
総合事業の制度について (総則的な事項)	18.0	9.6	16.1	19.3	18.6	29.5	9.1
総合事業のサービスの類型や利用の流れについて	17.5	7.3	19.4	20.0	16.7	27.3	0.0
インテーク、アセスメントについて	16.5	7.3	15.7	19.3	17.9	25.7	9.1
効果的な介護予防ケアマネジメントのあり方について	15.9	10.5	15.2	13.3	19.2	21.9	18.2
モニタリングについて	9.0	4.1	7.8	9.6	7.1	17.5	9.1
評価について	8.8	4.1	7.8	8.1	9.6	15.3	9.1
その他	6.1	4.1	6.5	4.4	7.7	7.7	9.1
介護予防ケアマネジメントに関する研修は、特に行っていない	46.0	62.1	47.5	40.0	41.0	34.4	36.4
無回答	4.8	5.0	3.2	6.7	3.8	4.4	27.3

居宅介護支援事業所向け研修について、居宅介護支援事業所数別でみると、事業所数が多いほど「予防プラン作成について」の研修を実施している割合が高くなる。また、「インテーク、アセスメントについて」は事業所数が20か所以上で実施の割合が高い。

図表 58 介護予防ケアマネジメントについて行っている研修
(居宅介護支援事業所向け研修:居宅介護支援事業所数別)

	全体 (n=921)	5か所 以下 (n=294)	6~9か所 (n=149)	10~20か所 未満 (n=194)	20~40か所 未満 (n=139)	40か所 以上 (n=140)	無回答 (n=5)
自立支援・重度化防止について	33.7	22.4	32.9	35.1	38.8	50.7	40.0
地域ケア会議について	27.9	27.6	27.5	31.4	28.8	23.6	20.0
予防プラン作成について	21.4	13.3	18.8	22.2	29.5	32.1	20.0
総合事業の制度について (総則的な事項)	18.0	11.6	16.1	15.5	19.4	36.4	0.0
総合事業のサービスの類型や利用の流れについて	17.5	9.9	14.8	19.1	20.9	31.4	0.0
インテーク、アセスメントについて	16.5	8.2	14.8	11.3	25.9	33.6	20.0
効果的な介護予防ケアマネジメントのあり方について	15.9	9.9	14.1	13.4	19.4	30.0	20.0
モニタリングについて	9.0	4.1	5.4	11.3	11.5	17.9	0.0
評価について	8.8	4.1	4.7	9.8	11.5	19.3	0.0
その他	6.1	4.1	6.0	7.7	5.0	8.6	20.0
介護予防ケアマネジメントに関する研修は、特に行っていない	46.0	59.2	46.3	39.2	46.0	27.1	60.0
無回答	4.8	4.1	6.0	3.6	3.6	7.9	0.0

介護予防ケアマネジメントに関する研修を行っている自治体について、研修の頻度を聞いたところ、「年に1回程度以内」(38.8%)が最も多い。特に地域包括支援センター数、居宅介護支援事業所数が多いと「年に1回程度以内」の割合が高い。

図表 59 介護予防ケアマネジメントについて行っている研修の頻度



図表 60 介護予防ケアマネジメントについて行っている研修の頻度
(地域包括支援センター数別)

	全体 (n=588)	1か所 (n=94)	2~3か所 (n=30)	4~5か所 (n=31)	6~9か所 (n=33)	10か所 以上 (n=30)	無回答 (n=370)
3か月に1回程度以内	18.7	19.1	23.3	19.4	18.2	10.0	18.9
6か月に1回程度以内	17.7	13.8	3.3	16.1	15.2	10.0	20.8
年に1回程度以内	38.8	34.0	33.3	29.0	48.5	66.7	38.1
1年超に1回程度	10.0	7.4	13.3	22.6	9.1	10.0	9.5
無回答	14.8	25.5	26.7	12.9	9.1	3.3	12.7

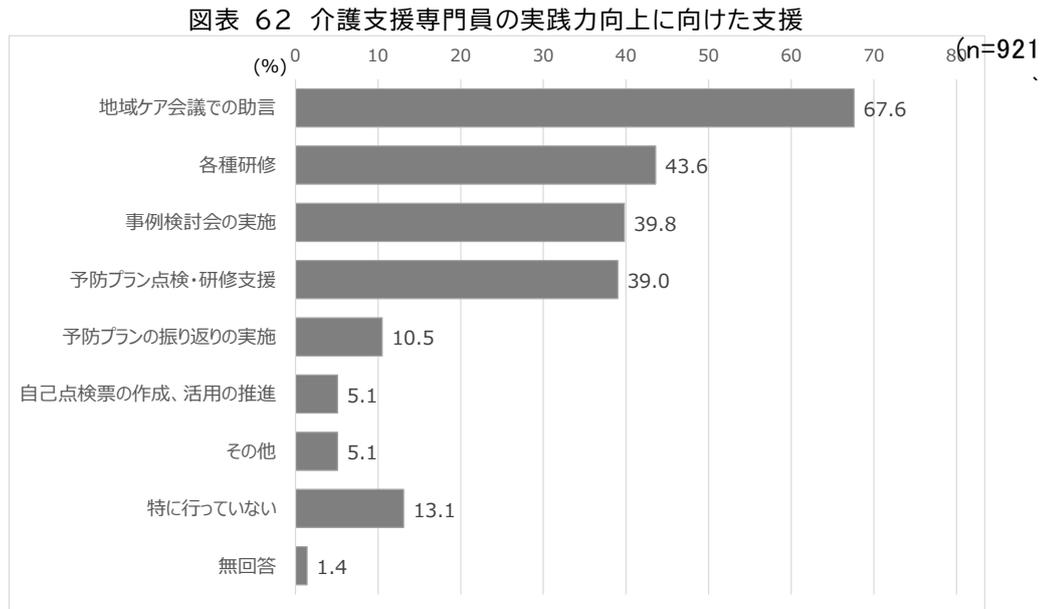
図表 61 介護予防ケアマネジメントについて行っている研修の頻度
(居宅介護支援事業所数別)

	全体 (n=588)	5か所 以下 (n=146)	6~9か所 (n=95)	10~20か所 未満 (n=132)	20~40か所 未満 (n=98)	40か所 以上 (n=114)	無回答 (n=3)
3か月に1回程度以内	18.7	23.3	20.0	23.5	16.3	8.8	0.0
6か月に1回程度以内	17.7	13.7	22.1	18.2	15.3	19.3	66.7
年に1回程度以内	38.8	33.6	26.3	34.8	42.9	57.9	0.0
1年超に1回程度	10.0	7.5	11.6	11.4	12.2	8.8	0.0
無回答	14.8	21.9	20.0	12.1	13.3	5.3	33.3

(9) 介護支援専門員への支援について

自治体として、介護支援専門員の実践力向上に向けて行っている支援をみると、「地域ケア会議での助言」(67.6%)、「各種研修」(43.6%)、「事例検討会の実施」(39.8%)、「予防プラン点検・研修支援」(39.0%)が上位に挙がる。

また、これらは介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別でみると概ね4人以上だと、それ以下と比べて実施している割合が高い。



図表 63 介護支援専門員の実践力向上に向けた支援
(介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別)

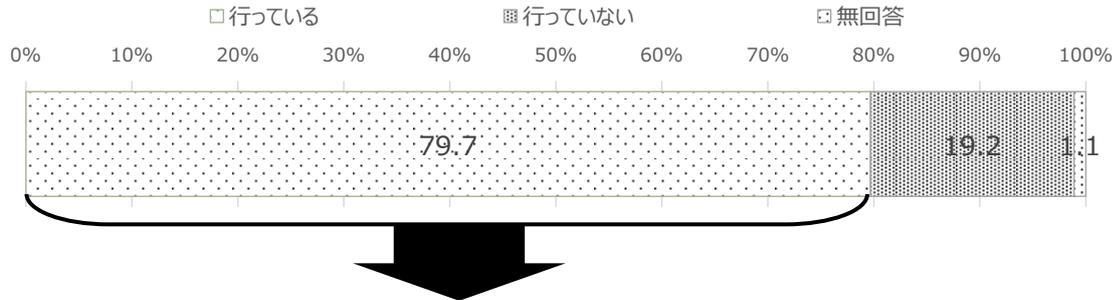
	全体 (n=921)	1人以内 (n=219)	2人 (n=217)	3人 (n=135)	4~5人 (n=156)	6人以上 (n=183)	無回答 (n=11)
地域ケア会議での助言	67.6	58.9	67.7	61.5	76.3	76.5	45.5
各種研修	43.6	30.6	39.2	48.9	46.8	58.5	36.4
事例検討会の実施	39.8	30.6	36.9	37.0	49.4	48.1	45.5
予防プラン点検・研修支援	39.0	32.9	35.9	37.0	42.9	48.1	36.4
予防プランの振り返りの実施	10.5	7.8	9.7	11.9	8.3	15.8	9.1
自己点検票の作成、活用の推進	5.1	3.2	4.1	5.2	5.8	8.2	0.0
その他	5.1	4.6	6.5	4.4	6.4	3.8	0.0
特に行っていない	13.1	20.5	17.5	12.6	7.7	4.4	9.1
無回答	1.4	0.9	0.9	1.5	1.3	1.6	18.2

(10) 自立支援・重度化防止に向けた住民への啓発について

自立支援・重度化防止に関する啓発を「行っている」割合は8割に上り、「通いの場などの設置の推進」(80.4%)、「介護予防に関する宣伝物の作成・配付」(70.0%)、「介護予防に関する説明会やイベントの開催」(49.7%)が行われている。

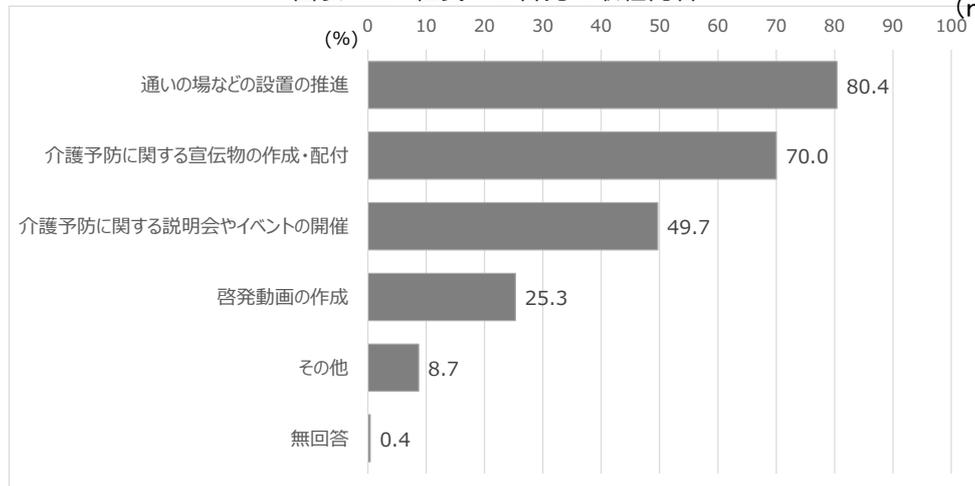
図表 64 自立支援・重度化防止に向けた住民への啓発の実施

(n=921)



図表 65 住民への啓発の取組内容

(n=734)



自立支援・重度化防止に関する啓発の実施について、自治体区別でみると、指定都市、中核市は「行っている」が9割以上であり、人口規模別では1万人以上で8割以上となっている。介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別では、3人以上の自治体では、およそ8割以上が実施している。

図表 66 自立支援・重度化防止に向けた住民への啓発の実施
(自治体区別)

	全体 (n=921)	指定都市 (n=15)	中核市 (n=40)	その他 市町村 (n=864)	無回答 (n=2)
行っている	79.7	93.3	90.0	78.9	100.0
行っていない	19.2	6.7	10.0	19.9	0.0
無回答	1.1	0.0	0.0	1.2	0.0

図表 67 自立支援・重度化防止に向けた住民への啓発の実施
(人口規模別)

	全体 (n=921)	1万人 未満 (n=223)	1~5万人 未満 (n=366)	5~10万人 未満 (n=152)	10~20万人 未満 (n=94)	20~50万人 未満 (n=64)	50万人 以上 (n=22)
行っている	79.7	67.7	80.3	88.2	83.0	87.5	95.5
行っていない	19.2	30.9	18.6	11.2	14.9	12.5	4.5
無回答	1.1	1.3	1.1	0.7	2.1	0.0	0.0

図表 68 自立支援・重度化防止に向けた住民への啓発の実施
(介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別)

	全体 (n=921)	1人以内 (n=219)	2人 (n=217)	3人 (n=135)	4~5人 (n=156)	6人以上 (n=183)	無回答 (n=11)
行っている	79.7	73.5	77.4	81.5	79.5	89.6	63.6
行っていない	19.2	25.1	22.6	17.0	18.6	10.4	18.2
無回答	1.1	1.4	0.0	1.5	1.9	0.0	18.2

自立支援・重度化防止に向けた住民への啓発の取組の内容を人口規模別で見ると、10万人以上と10万人未満で取組事項の実施割合にやや差がみられる。

介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別では、概ね4人以上の自治体で取組事項の実施割合が高い。

図表 69 住民への啓発の取組内容
(人口規模別)

	全体 (n=734)	1万人 未満 (n=151)	1~5万人 未満 (n=294)	5~10万人 未満 (n=134)	10~20万人 未満 (n=78)	20~50万人 未満 (n=56)	50万人 以上 (n=21)
通いの場などの設置の推進	80.4	75.5	77.6	83.6	82.1	96.4	85.7
介護予防に関する宣伝物の作成・配付	70.0	60.9	63.9	73.9	84.6	91.1	85.7
介護予防に関する説明会やイベントの開催	49.7	40.4	43.5	52.2	66.7	67.9	76.2
啓発動画の作成	25.3	10.6	15.6	33.6	46.2	58.9	47.6
その他	8.7	6.6	7.8	10.4	9.0	14.3	9.5
無回答	0.4	0.7	0.3	0.7	0.0	0.0	0.0

図表 70 住民への啓発の取組内容
(介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数別)

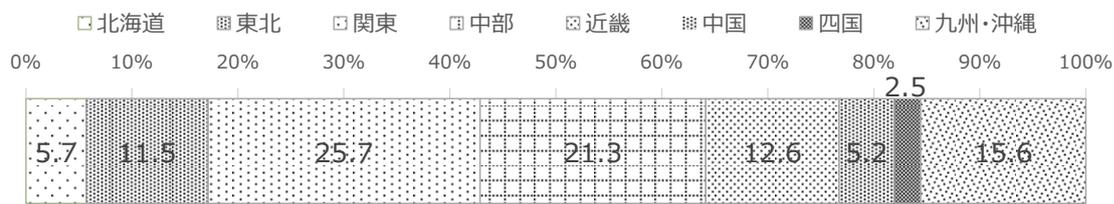
	全体 (n=734)	1人以内 (n=161)	2人 (n=168)	3人 (n=110)	4~5人 (n=124)	6人以上 (n=164)	無回答 (n=7)
通いの場などの設置の推進	80.4	77.6	79.8	78.2	79.0	85.4	100.0
介護予防に関する宣伝物の作成・配付	70.0	68.3	64.9	69.1	75.0	74.4	57.1
介護予防に関する説明会やイベントの開催	49.7	38.5	46.4	50.0	49.2	64.6	42.9
啓発動画の作成	25.3	19.9	24.4	22.7	28.2	31.1	28.6
その他	8.7	10.6	7.7	4.5	12.9	7.9	0.0
無回答	0.4	0.0	1.2	0.9	0.0	0.0	0.0

2. 地域包括支援センター管理者／居宅介護支援事業所管理者

(1) 回答者属性（地域包括支援センター管理者）

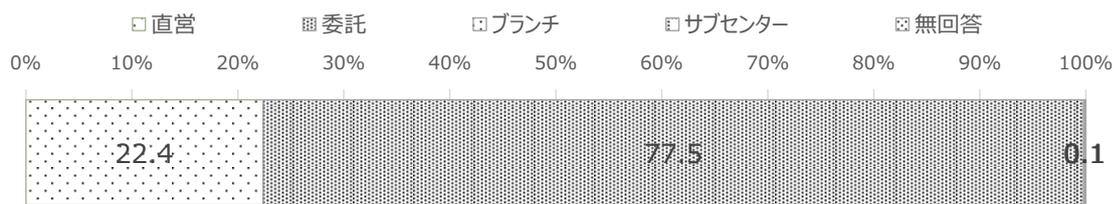
回答のあった地域包括支援センターの所在地域は、「関東」、「中部」がそれぞれ2割台で、次いで、「九州・沖縄」（15.6%）、「近畿」（12.6%）の順に多い。

図表 71 地域包括支援センターの所在地域 (n=1986)



地域包括支援センターの形態は、「直営」は22.4%で、「委託」が77.5%である。

図表 72 地域包括支援センターの形態 (n=1986)



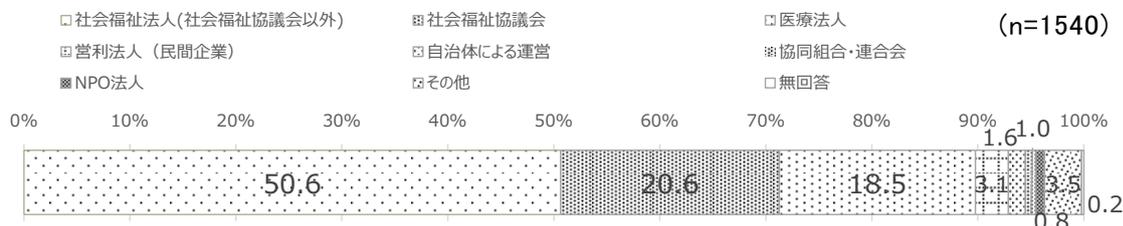
「直営」の地域包括支援センターの設置主体は、「市町村」が9割を超える。

図表 73 「直営」の地域包括支援センターの設置主体 (n=444)



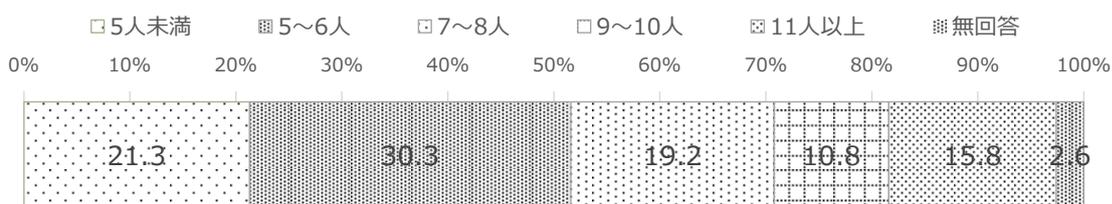
「委託」の地域包括支援センターの設置主体は、「社会福祉法人(社会福祉協議会以外)」(50.6%)が最も多く、次いで「社会福祉協議会」(20.6%)、「医療法人」(18.5%)で、この3つでおよそ9割を占める。

図表 74 「委託」の地域包括支援センターの設置主体

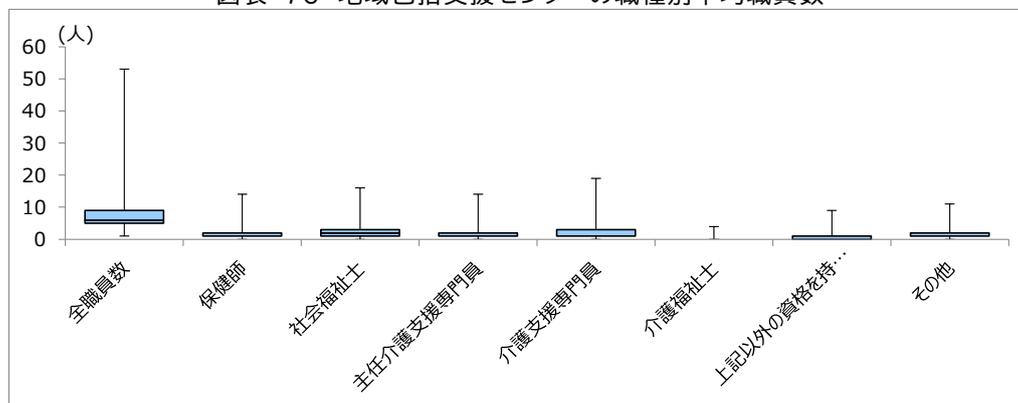


地域包括支援センターの職員数は、「5～6人」(30.3%)が多いが、平均は7.7人である。

図表 75 地域包括支援センターの職員数



図表 76 地域包括支援センターの職種別平均職員数



	全職員数	保健師	社会福祉士	主任 介護支援 専門員	介護支援 専門員	介護福祉士	左記以外の 資格を持つ 職員	その他
平均	7.7	1.8	2.1	1.6	2.1	0.2	1.0	1.3
標準偏差	4.9	1.3	1.5	1.0	1.9	0.5	1.3	1.2
最小値	1	0	0	0	0	0	0	0
中央値	6	1	2	1	1	0	1	1
最大値	53	14	16	14	19	4	9	11

地域包括支援センターの職員の職種別の平均人数を地域包括支援センターの形態別で見ると、全職員数は直営が委託よりも多い。職種別でも「保健師」、「介護支援専門員」は「直営」の方がやや多い。

図表 77 職種別平均職員数
(地域包括支援センターの形態別)

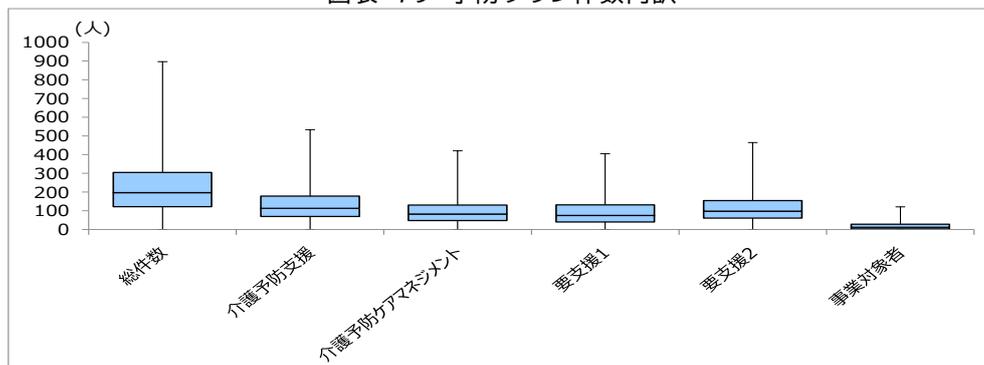
	(平均職員数)				
	全体 (n=1934)	直営 (n=436)	委託 (n=1496)	プラチ (n=1)	サブセンター (n=0)
全職員数	7.7	9.1	7.3	6.0	0.0
保健師	1.8	2.3	1.6	0.0	0.0
社会福祉士	2.1	1.8	2.2	0.0	0.0
主任介護支援専門員	1.6	1.5	1.6	2.0	0.0
介護支援専門員	2.1	2.5	1.9	4.0	0.0
介護福祉士	0.2	0.3	0.2	0.0	0.0
上記以外の資格を持つ職員	1.0	1.6	0.8	0.0	0.0
その他	1.3	1.9	1.0	0.0	0.0

地域包括支援センター全体でみた予防プランの件数は、「100～200件未満」が3割を超え多く、平均件数では235件である。

図表 78 予防プラン件数 (n=1986)



図表 79 予防プラン件数内訳 (n=1986)



	総件数	内訳①		内訳②		
		介護予防支援	介護予防ケアマネジメント	要支援1	要支援2	事業対象者
平均	235.2	133.9	98.9	93.6	115.6	19.7
標準偏差	160.1	93.5	71.8	73.0	79.7	23.3
最小値	0	0	0	0	0	0
中央値	197	112.5	82	75	98	12
最大値	897	533	420	405	465	120

予防プラン件数を地域包括支援センターの形態別でみると、件数全体では委託は直営よりも多い。また、職員数が多いほど予防プラン件数も多くなる。

図表 80 予防プラン件数内訳
(地域包括支援センターの形態別)

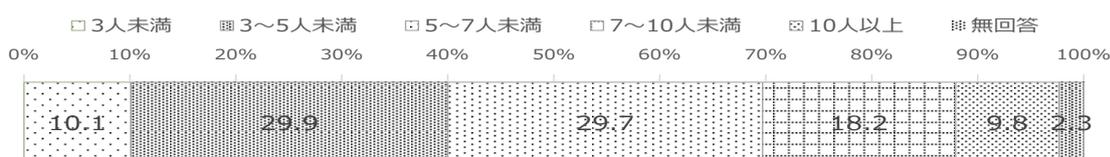
	(平均件数)				
	全体 (n=1889)	直営 (n=418)	委託 (n=1469)	ブランチ (n=1)	サブセンター (n=0)
センター全体の予防プランの件数	235.2	206.2	243.7	10.0	0.0
内訳① 介護予防支援	133.9	119.8	138.0	6.0	0.0
内訳① 介護予防ケアマネジメント	98.9	81.2	104.0	4.0	0.0
内訳② 要支援1	93.6	74.5	99.1	3.0	0.0
内訳② 要支援2	115.6	102.6	119.4	6.0	0.0
内訳② 事業対象者	19.7	20.1	19.6	1.0	0.0

図表 81 予防プラン件数内訳
(地域包括支援センターの職員数別)

	(平均件数)					
	全体 (n=1889)	5人未満 (n=417)	5~6人 (n=595)	7~8人 (n=368)	9~10人 (n=208)	11人以上 (n=251)
センター全体の予防プランの件数	235.2	131.2	183.1	246.7	317.2	453.6
内訳① 介護予防支援	133.9	75.4	104.9	142.0	178.5	257.9
内訳① 介護予防ケアマネジメント	98.9	55.8	78.2	105.1	136.9	182.5
内訳② 要支援1	93.6	48.4	71.8	101.2	130.9	182.1
内訳② 要支援2	115.6	66.1	91.0	122.5	152.4	221.3
内訳② 事業対象者	19.7	14.2	18.8	19.9	23.3	28.2

地域包括支援センター内で、予防プランを作成している職員数は、「3~5人未満」、「5~7人未満」がそれぞれ3割である。平均は5.7人で、予防プランの件数が多いほど予防プランを作成する職員数が増え、「100件未満」と「400件以上」では予防プランを作成している職員におよそ3倍の開きがある。

図表 82 予防プランを作成している職員数 (n=1986)



図表 83 予防プランを作成している平均職員数
(地域包括支援センターの形態別)

	(平均人数)				
	全体 (n=1941)	直営 (n=434)	委託 (n=1505)	ブランチ (n=1)	サブセンター (n=0)
予防プランを作成している職員数	5.7	5.3	5.8	3.0	0.0

図表 84 予防プランを作成している平均職員数
(予防プラン件数別)

	(平均人数)					
	全体 (n=1941)	100件 未満 (n=340)	100~200 件未満 (n=612)	200~300 件未満 (n=432)	300~400 件未満 (n=221)	400件 以上 (n=261)
予防プランを作成している職員数	5.7	3.2	4.6	5.7	7.1	9.4

予防プランを居宅介護支援事業所に委託している件数をみると、「30件未満」(27.2%)が最も多いものの、「150件以上」も2割を超える。平均委託件数を地域包括支援センターの形態別でみると、「直営」より「委託」の地域包括支援センターの方が予防プランの委託件数が多い。また、地域包括支援センターの予防プラン件数別で平均委託件数をみると、予防プランが100件未満の地域包括支援センターは平均21.4件委託しているが、予防プランが400件以上ある地域包括支援センターは、216.5件を居宅介護支援事業所に委託している。

予防プランの委託比率をみると、200件以上では委託比率が4割を超える。また、予防プランの作成職員数が少ないほど委託比率が高い。

図表 85 予防プラン委託件数 (n=1986)



図表 86 予防プラン平均委託件数 (センターの形態別)

	(平均件数)				
	全体 (n=1824)	直営 (n=409)	委託 (n=1414)	プラチ (n=0)	サブセンター (n=0)
予防プランの居宅介護支援事業所への委託件数	96.9	91.8	98.5	0.0	0.0

図表 87 予防プラン平均委託件数 (予防プラン件数別)

	全体 (n=1824)	100件未満 (n=298)	100~200件未満 (n=605)	200~300件未満 (n=430)	300~400件未満 (n=218)	400件以上 (n=238)
	予防プランの居宅介護支援事業所への委託件数	96.9	21.4	58.3	107.7	144.9

図表 88 予防プラン委託比率 (予防プラン件数別)

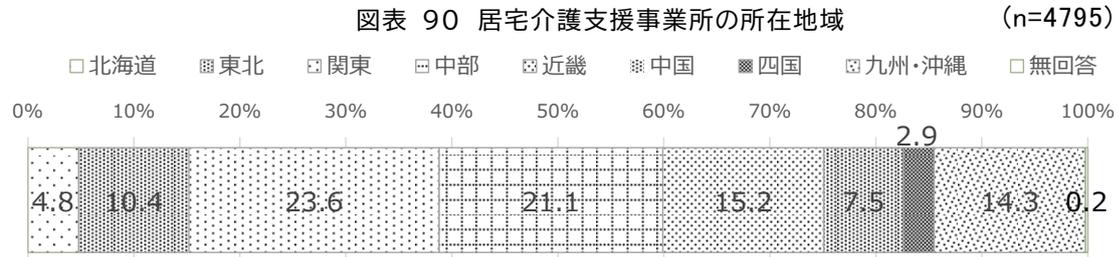
	全体 (n=1787)	100件未満 (n=296)	100~200件未満 (n=605)	200~300件未満 (n=430)	300~400件未満 (n=218)	400件以上 (n=238)
	予防プランの委託比率	39.9%	32.5%	38.8%	43.7%	42.2%

図表 89 予防プラン委託比率 (予防プランの作成職員数別)

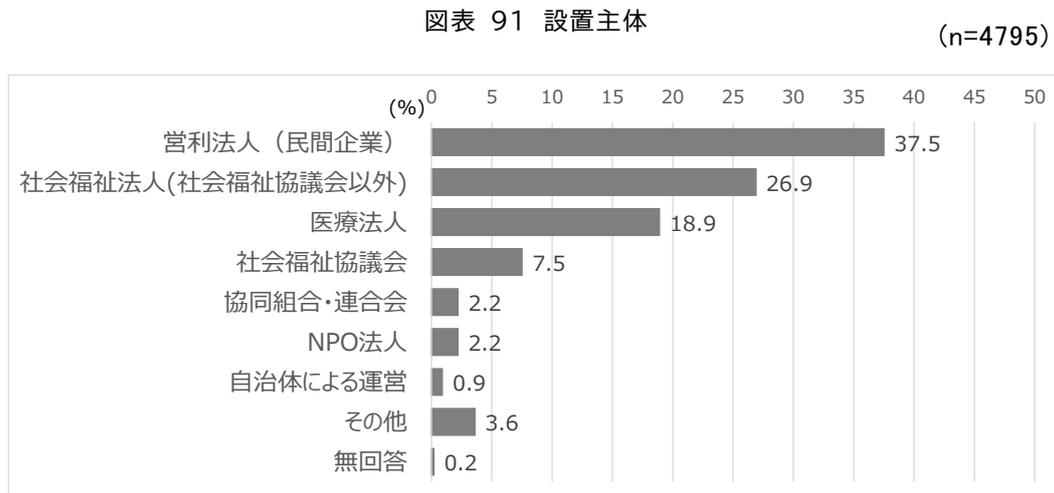
	全体 (n=1787)	3人未満 (n=173)	3~5人未満 (n=554)	5~7人未満 (n=563)	7~10人未満 (n=328)	10人以上 (n=147)
	予防プランの委託比率	39.9%	55.3%	43.7%	37.1%	36.9%

(2) 回答者属性（居宅介護支援事業所管理者）

回答のあった居宅介護支援事業所の所在地域は、「関東」、「中部」がそれぞれ2割台で、次いで、「近畿」（15.2%）、「九州・沖縄」（14.3%）の順に多い。

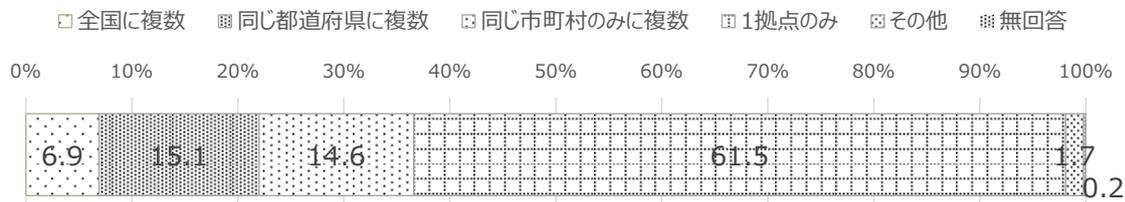


設置主体は、「営利法人（民間企業）」（37.5%）が最も多く、次いで「社会福祉法人（社会福祉協議会以外）」（26.9%）、「医療法人」（18.9%）である。



回答いただいた居宅介護支援事業所が所属する法人についての、居宅介護支援事業所の展開状況をみると、「1拠点のみ」(61.5%)が最も多い。「同じ都道府県に複数」、「同じ市町村のみに複数」が1割強で同程度の割合である。

図表 92 所属法人の居宅介護支援事業所の展開 (n=4795)



所属する法人全体について、行っている事業は、「介護保険事業として、居宅から地域密着サービス、施設サービスまでである」(49.0%)が半数を占める。次いで「介護保険事業として、居宅サービスを持っている」(38.5%)が多い。

設置主体別でみると、「介護保険事業として、居宅から地域密着サービス、施設サービスまでである」は「社会福祉法人(社会福祉協議会以外)」の割合が高い。

図表 93 所属法人で行っている事業 (n=4795)

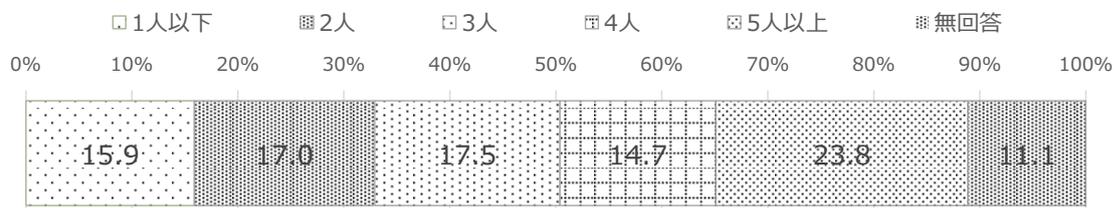


図表 94 所属法人で行っている事業 (設置主体別)

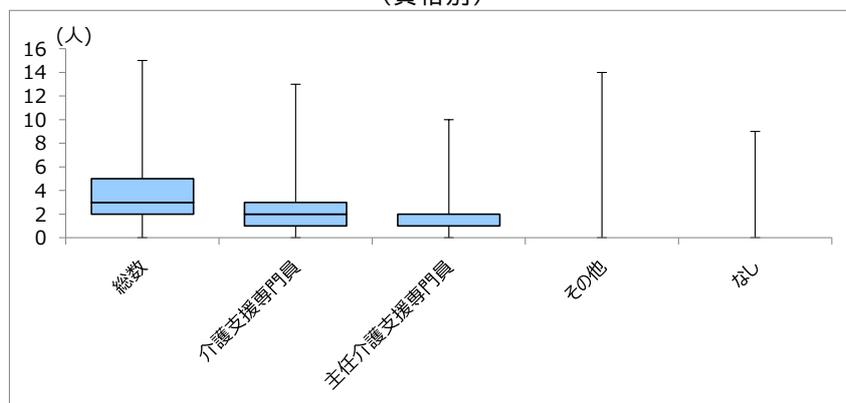
	全体 (n=4795)	自治体による運営 (n=44)	社会福祉協議会 (n=362)	社会福祉法人(社会福祉協議会以外) (n=1290)	協同組合・連合会 (n=104)	医療法人 (n=908)	NPO法人 (n=106)	営利法人(民間企業) (n=1799)	その他 (n=173)	無回答 (n=9)
介護保険事業として、居宅から地域密着サービス、施設サービスまでである	49.0	13.6	24.0	85.1	48.1	57.3	23.6	28.5	26.6	44.4
介護保険事業として、居宅サービスを持っている	38.5	36.4	70.7	13.3	49.0	39.2	53.8	47.0	53.8	22.2
介護保険事業としては、居宅介護支援事業のみ行っている	11.8	45.5	5.0	0.8	2.9	3.0	21.7	23.9	19.1	22.2
無回答	0.7	4.5	0.3	0.9	0.0	0.6	0.9	0.7	0.6	11.1

居宅介護支援事業所の職員数は、「5人以上」(23.8%)が多く、平均3.6人である。

図表 95 職員数 (n=4795)



図表 96 平均職員数 (資格別)



	総数	介護支援専門員	主任 介護支援専門員	その他	なし
平均	3.6	2.2	1.7	0.6	0.1
標準偏差	2.3	1.5	1.1	2.1	0.6
最小値	0	0	0	0	0
中央値	3	2	1	0	0
最大値	15	13	10	14	9

事業所全体の居宅ケアプランの件数は、「50~100件未満」が3割を超える。

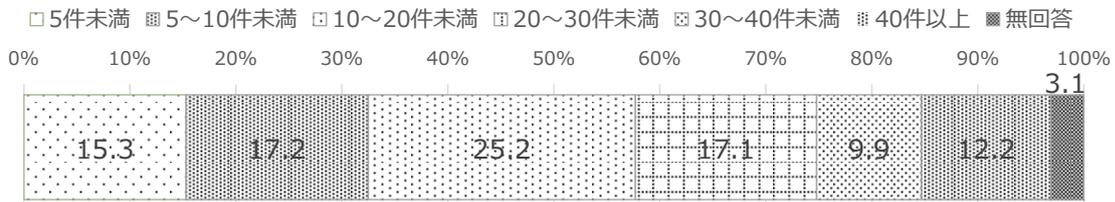
図表 97 居宅ケアプラン件数 (n=4795)



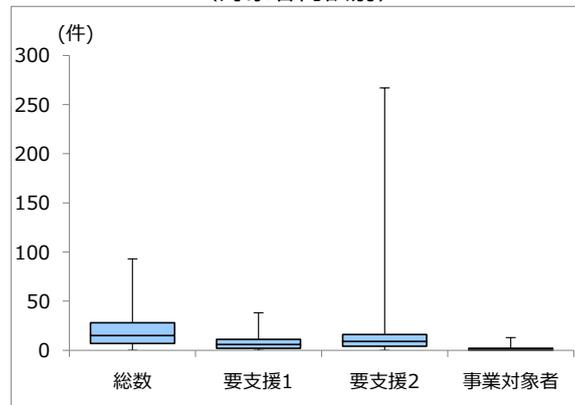
予防プランの件数は、「10～20件未満」(25.2%)が多く、平均19.7件である。

図表 98 予防プラン作成件数

(n=4795)



図表 99 平均予防プラン作成件数
(対象者内識別)



	総数	要支援1	要支援2	事業対象者
平均	19.7	7.7	12.3	1.7
標準偏差	16.8	7.0	13.1	2.6
最小値	0	0	0	0
中央値	15	6	9	1
最大値	93	38	267	13

居宅ケアプラン、予防プランの平均作成件数を設置主体別でみると、「社会福祉法人（社会福祉協議会以外）」と「医療法人」は同程度であるが、「営利法人（民間企業）」（74.7人）は少ない。

また、職員数別でみると、居宅ケアプラン、予防プランの平均作成件数ともに、職員数が多いほど件数が多くなる。

図表 100 居宅ケアプラン・予防プラン平均作成件数
（設置主体別）

	(平均件数)								
	全体 (n=4722)	自治体による運営 (n=40)	社会福祉協議会 (n=355)	社会福祉法人(社会福祉協議会以外) (n=1272)	協同組合・連合会 (n=102)	医療法人 (n=892)	NPO法人 (n=105)	営利法人(民間企業) (n=1777)	その他 (n=170)
事業所全体の居宅ケアプラン作成件数	93.2	60.9	117.5	106.2	105.9	104.9	70.5	74.7	93.7
事業所全体の予防プランの作成件数	19.7	18.8	21.1	22.1	21.7	20.0	18.1	17.8	17.8
内訳(要支援1)	7.7	6.7	7.9	8.5	8.7	7.8	6.6	7.2	6.8
内訳(要支援2)	12.3	20.4	15.4	13.5	13.7	12.8	10.4	10.6	10.9
内訳(事業対象者)	1.7	2.3	2.3	2.0	1.7	1.5	2.0	1.6	1.4

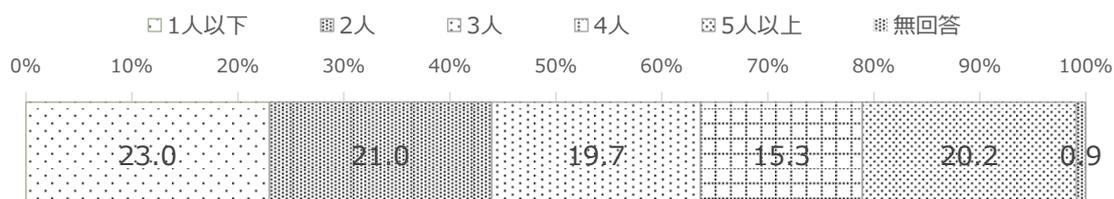
図表 101 居宅ケアプラン・予防プラン平均作成件数
（職員数別）

	(平均件数)					
	全体 (n=4722)	1人以下 (n=753)	2人 (n=810)	3人 (n=829)	4人 (n=702)	5人以上 (n=1116)
事業所全体の居宅ケアプラン作成件数	93.2	35.7	52.6	80.0	111.9	161.5
事業所全体の予防プランの作成件数	19.7	9.3	12.8	18.1	24.4	30.5
内訳(要支援1)	7.7	4.0	5.3	7.1	8.7	11.5
内訳(要支援2)	12.3	5.6	7.3	10.6	14.4	19.9
内訳(事業対象者)	1.7	1.1	1.4	1.8	2.2	2.0

予防プランを作成する職員数は、「1人以下」、「2人」、「5人以上」がほぼ程度で、平均3.1人である。平均職員数を設置主体別で見ると、「社会福祉法人（社会福祉協議会以外）」と「医療法人」は同程度であるが、「営利法人（民間企業）」は少ない。また、事業所全体の予防プラン作成件数別では、件数が多いほど職員数も多くなり、「5件未満」では1.3人であるが、予防プランが40件以上の事業所では予防プラン作成職員が5.2人と4倍の差がある。

図表 102 予防プランを作成している職員数

(n=4795)



図表 103 予防プランを作成している平均職員数
(設置主体別)

(平均人数)

	全体 (n=4754)	自治体による運営 (n=43)	社会福祉協議会 (n=356)	社会福祉法人(社会福祉協議会以外) (n=1280)	協同組合・連合会 (n=102)	医療法人 (n=901)	NPO法人 (n=106)	営利法人(民間企業) (n=1787)	その他 (n=170)
予防プランを作成している職員数	3.1	2.7	3.8	3.4	3.7	3.4	2.7	2.6	3.1

図表 104 予防プランを作成している平均職員数
(事業所全体の予防プランの作成件数別)

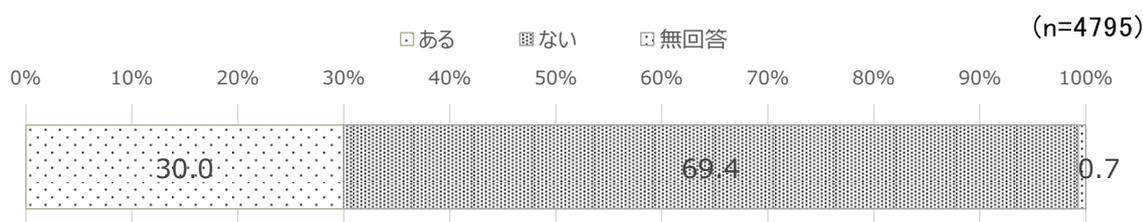
(平均人数)

	全体 (n=4754)	5件未満 (n=729)	5~10件未満 (n=820)	10~20件未満 (n=1207)	20~30件未満 (n=819)	30~40件未満 (n=472)	40件以上 (n=577)
予防プランを作成している職員数	3.1	1.3	2.0	2.9	3.6	4.3	5.2

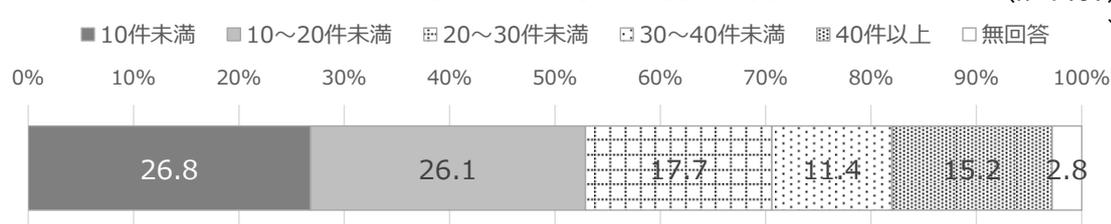
事業所全体で、予防プランの受入上限数の設定が「ある」は3割で、上限は「10件未満」(26.8%)、「10~20件未満」(26.1%)が多い。

平均受入上限数を設置主体別でみると、「社会福祉法人(社会福祉協議会以外)」と「医療法人」は同程度であるが、「営利法人(民間企業)」はやや少ない。予防プラン作成職員数別でみると、「1人以下」だと7.7件が上限であるが、「5人以上」だと35.2件と5倍近い差がある。

図表 105 予防プラン受入上限数の設定有無



図表 106 予防プラン受入上限数



図表 107 予防プラン平均受入上限数
(設置主体別)

(平均件数)

	全体 (n=1397)	自治体による運営 (n=9)	社会福祉協議会 (n=76)	社会福祉法人(社会福祉協議会以外) (n=357)	協同組合・連合会 (n=42)	医療法人 (n=280)	NPO法人 (n=34)	営利法人(民間企業) (n=548)	その他 (n=49)
予防プラン受入上限数	21.0	20.0	22.8	23.8	23.8	22.0	17.7	18.6	18.4

図表 108 予防プラン平均受入上限数
(予防プランの作成職員数別)

(平均件数)

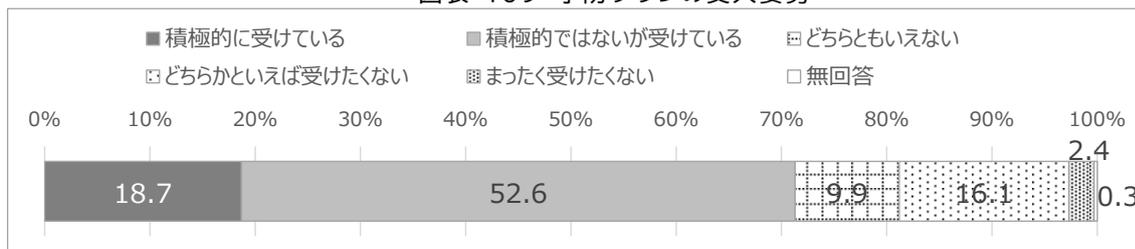
	全体 (n=1397)	1人以下 (n=292)	2人 (n=269)	3人 (n=250)	4人 (n=247)	5人以上 (n=328)
予防プラン受入上限数	21.0	7.7	13.4	19.2	25.9	35.2

予防プランの受入姿勢についてみると、「積極的に受けている」が18.7%、「積極的ではないが受けている」が54.6%である。合わせると7割に上る。

設置主体別でみると、「社会福祉法人（社会福祉協議会以外）」は、「積極的に受けている」と「積極的ではないが受けている」で8割近くとなるが、「医療法人」と「営利法人（民間企業）」は7割を下回る。

また、「積極的に受けている」と「積極的ではないが受けている」の割合は、事業所全体の予防プランの作成件数が多いほど高く、予防プランを作成している職員数が多いほど高い。

図表 109 予防プランの受入姿勢 (n=4795)



図表 110 予防プランの受入姿勢 (設置主体別)

	全体 (n=4795)	自治体による運営 (n=44)	社会福祉協議会 (n=362)	社会福祉法人(社会福祉協議会以外) (n=1290)	協同組合・連合会 (n=104)	医療法人 (n=908)	NPO法人 (n=106)	営利法人(民間企業) (n=1799)	その他 (n=173)	無回答 (n=9)
積極的に受けている	18.7	25.0	15.5	21.6	18.3	17.1	17.0	18.7	12.7	22.2
積極的ではないが受けている	52.6	40.9	56.1	55.2	51.9	52.1	57.5	49.6	60.7	44.4
どちらともいえない	9.9	18.2	11.6	8.5	10.6	10.4	8.5	10.3	9.2	11.1
どちらかといえば受けたくない	16.1	9.1	14.1	12.7	18.3	18.2	15.1	17.8	17.3	22.2
まったく受けたくない	2.4	6.8	2.2	1.8	1.0	2.2	1.9	3.3	0.0	0.0
無回答	0.3	0.0	0.6	0.2	0.0	0.1	0.0	0.3	0.0	0.0

図表 111 予防プランの受入姿勢 (事業所全体の予防プランの作成件数別)

	全体 (n=4795)	5件未満 (n=733)	5~10件未満 (n=823)	10~20件未満 (n=1209)	20~30件未満 (n=821)	30~40件未満 (n=474)	40件以上 (n=586)	無回答 (n=149)
積極的に受けている	18.7	9.3	12.6	18.2	20.1	22.2	32.4	28.9
積極的ではないが受けている	52.6	37.7	52.9	56.2	58.1	59.7	51.2	48.3
どちらともいえない	9.9	17.9	11.9	8.8	9.1	5.3	5.3	6.7
どちらかといえば受けたくない	16.1	25.2	21.0	15.2	11.0	12.4	10.1	14.8
まったく受けたくない	2.4	9.1	1.6	1.3	1.6	0.2	0.9	0.7
無回答	0.3	0.8	0.0	0.2	0.1	0.2	0.2	0.7

図表 112 予防プランの受入姿勢 (予防プランを作成している職員数別)

	全体 (n=4795)	1人以下 (n=1102)	2人 (n=1005)	3人 (n=946)	4人 (n=733)	5人以上 (n=968)	無回答 (n=41)
積極的に受けている	18.7	16.6	18.2	19.5	17.7	21.8	14.6
積極的ではないが受けている	52.6	44.0	55.2	53.9	57.0	55.4	43.9
どちらともいえない	9.9	15.2	9.7	8.9	6.3	8.1	9.8
どちらかといえば受けたくない	16.1	17.5	15.3	16.4	17.5	13.8	19.5
まったく受けたくない	2.4	6.4	1.4	1.0	1.4	0.8	9.8
無回答	0.3	0.3	0.2	0.4	0.1	0.1	2.4

(3) 介護予防ケアマネジメントの課題等について

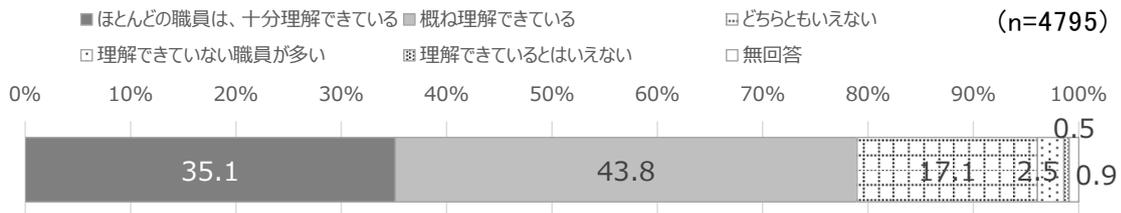
介護予防ケアマネジメントの理解度について、地域包括支援センターの管理者からみた居宅介護支援事業所の介護支援専門員の評価をみると、「ほとんどの介護支援専門員は、十分理解できている」(12.4%)と「概ね理解できている」(58.2%)を合わせると7割の評価となる。

また、居宅介護支援事業所の管理者からみた地域包括支援センターの職員の理解度は、「ほとんどの職員は、十分理解できている」(35.1%)と「概ね理解できている」(43.8%)をあわせると8割の評価となる。

図表 113 介護予防ケアマネジメントの理解度
 [「地域包括支援センターの管理者」→「居宅介護支援事業所の介護支援専門員」]



図表 114 介護予防ケアマネジメントの理解度
 [「居宅介護支援事業所の管理者」→「地域包括支援センター職員」]



地域包括支援センター管理者からみた居宅介護支援事業所の介護支援専門員の理解度（「ほとんどの介護支援専門員は、十分理解できている」と「概ね理解できている」）を地域包括支援センターの形態別で見ると、委託の地域包括支援センターは、直営と比べてやや厳しい評価である。また、予防プランの委託件数別では、30件未満と比較的件数の少ない地域包括支援センターは、居宅介護支援事業所の介護支援専門員の評価がやや低い。

図表 115 介護予防ケアマネジメントの理解度
 [「地域包括支援センター管理者」→「居宅介護支援事業所の介護支援専門員」]
 (地域包括支援センターの形態別)

	全体 (n=1986)	直営 (n=444)	委託 (n=1540)	ブランチ (n=1)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=1)
ほとんどの介護支援専門員は、 十分理解できている	12.4	21.2	9.9	0.0	0.0	0.0
概ね理解できている	58.2	57.0	58.6	0.0	0.0	0.0
どちらともいえない	22.9	18.5	24.2	0.0	0.0	100.0
理解できていない介護支援専門員 が多い	5.2	1.8	6.2	0.0	0.0	0.0
理解できているとはいえない	0.6	0.5	0.6	0.0	0.0	0.0
無回答	0.8	1.1	0.6	100.0	0.0	0.0

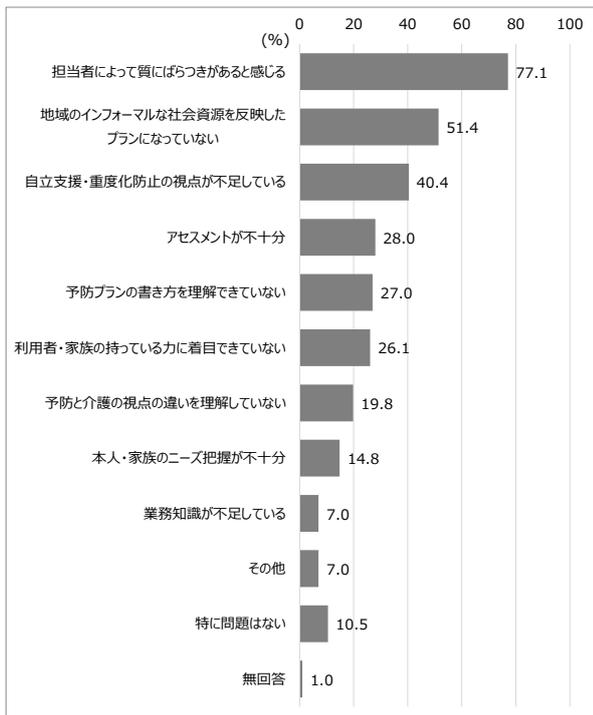
図表 116 介護予防ケアマネジメントの理解度
 [「地域包括支援センター管理者」→「居宅介護支援事業所の介護支援専門員」]
 (予防プランの居宅介護支援事業所への委託件数別)

	全体 (n=1986)	30件 未満 (n=540)	30~50件 未満 (n=213)	50~100 件未満 (n=390)	100~150 件未満 (n=266)	150件 以上 (n=415)	無回答 (n=162)
ほとんどの介護支援専門員は、 十分理解できている	12.4	15.2	14.1	11.3	11.3	9.4	13.0
概ね理解できている	58.2	51.5	56.8	62.6	59.4	64.6	53.1
どちらともいえない	22.9	24.6	23.5	20.8	25.6	20.7	22.8
理解できていない介護支援専門員 が多い	5.2	6.7	5.6	3.8	3.0	4.6	8.6
理解できているとはいえない	0.6	0.9	0.0	0.8	0.4	0.2	0.6
無回答	0.8	1.1	0.0	0.8	0.4	0.5	1.9

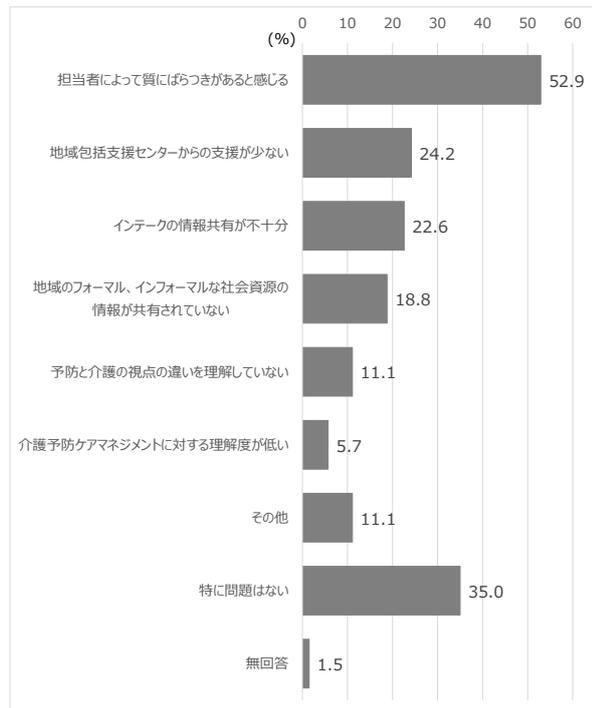
地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の双方からみた問題点についてみると、居宅介護支援事業所の介護支援専門員の問題点として、「担当者によって質にばらつきがあると感じる」(77.1%)、「地域のインフォーマルな社会資源を反映したプランになっていない」(51.4%)、「自立支援・重度化防止の視点が不足している」(40.4%)が上位に挙がる。

一方、地域包括支援センター職員の問題点として、「担当者によって質にばらつきがあると感じる」(52.9%)が最も多い。その他では「地域包括支援センターからの支援が少ない」(24.2%)、「インテークの情報共有が不十分」(22.6%)、「地域のフォーマル、インフォーマルな社会資源の情報が共有されていない」(18.8%)などが挙がる。

図表 117 「居宅介護支援事業所の介護支援専門員」の問題点(n=1986)



図表 118 「地域包括支援センターの職員」の問題点 (n=4795)



居宅介護支援事業所の介護支援専門員の問題点を地域包括支援センターの形態別で見ると、委託の地域包括支援センターは、直営と比べて「担当者によって質にばらつきがあると感じる」、「地域のインフォーマルな社会資源を反映したプランになっていない」、「予防プランの書き方を理解できていない」を挙げる割合が高い。

図表 119 「居宅介護支援事業所の介護支援専門員」の問題点
(地域包括支援センターの形態別)

	全体 (n=1986)	直営 (n=444)	委託 (n=1540)	ブランチ (n=1)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=1)
担当者によって質にばらつきがあると感じる	77.1	69.4	79.4	0.0	0.0	0.0
地域のインフォーマルな社会資源を反映したプランになっていない	51.4	33.6	56.6	0.0	0.0	0.0
自立支援・重度化防止の視点が不足している	40.4	37.8	41.2	0.0	0.0	0.0
アセスメントが不十分	28.0	26.6	28.4	0.0	0.0	0.0
予防プランの書き方を理解できていない	27.0	13.7	30.9	0.0	0.0	0.0
利用者・家族の持っている力に着目できていない	26.1	23.4	26.9	0.0	0.0	0.0
予防と介護の視点の違いを理解していない	19.8	15.1	21.2	0.0	0.0	0.0
本人・家族のニーズ把握が不十分	14.8	11.9	15.6	0.0	0.0	0.0
業務知識が不足している	7.0	4.1	7.9	0.0	0.0	0.0
その他	7.0	4.5	7.7	0.0	0.0	100.0
特に問題はない	10.5	20.0	7.8	0.0	0.0	0.0
無回答	1.0	2.0	0.6	100.0	0.0	0.0

居宅介護支援事業所の介護支援専門員の問題点を地域包括支援センターで予防プランを作成している職員数別で見ると、職員数が多いほど、居宅介護支援事業所の介護支援専門員の「担当者によって質にばらつきがあると感じる」の割合が高くなる。

図表 120 「居宅介護支援事業所の介護支援専門員」の問題点
(予防プランを作成している職員数別)

	全体 (n=1986)	3人未満 (n=201)	3~5人 未満 (n=593)	5~7人 未満 (n=590)	7~10人 未満 (n=362)	10人以上 (n=195)	無回答 (n=45)
担当者によって質にばらつきがあると感じる	77.1	67.7	75.2	79.0	79.8	80.5	82.2
地域のインフォーマルな社会資源を反映したプランになっていない	51.4	41.3	47.0	55.4	55.2	55.4	53.3
自立支援・重度化防止の視点が不足している	40.4	38.3	37.6	40.3	44.2	47.7	26.7
アセスメントが不十分	28.0	27.4	26.6	30.0	26.8	29.7	24.4
予防プランの書き方を理解できていない	27.0	22.9	26.1	31.4	26.2	22.6	26.7
利用者・家族の持っている力に着目できていない	26.1	23.9	23.9	26.9	29.3	27.2	22.2
予防と介護の視点の違いを理解していない	19.8	10.4	20.4	21.7	19.9	21.0	22.2
本人・家族のニーズ把握が不十分	14.8	13.4	14.7	14.9	14.9	15.4	15.6
業務知識が不足している	7.0	4.0	6.7	8.0	7.5	6.2	13.3
その他	7.0	5.0	6.1	6.8	8.6	8.7	13.3
特に問題はない	10.5	17.4	12.1	8.6	8.3	9.2	6.7
無回答	1.0	2.0	1.0	0.8	0.8	0.5	2.2

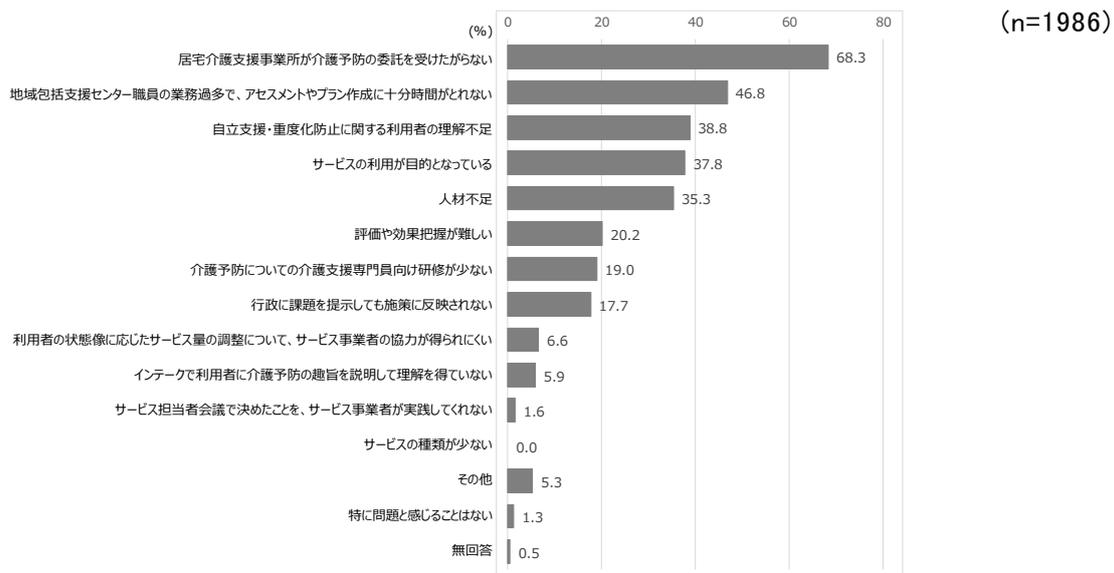
地域包括支援センターの職員の問題点を居宅介護支援事業所で予防プランを作成している職員数別でみると、職員数が3人以上では、地域包括支援センター職員の「担当者によって質にばらつきがあると感じる」の割合が2人以下と比べて高い。

図表 121 「地域包括支援センターの職員」の問題点
(予防プランを作成している職員数別)

	全体 (n=4795)	1人以下 (n=1102)	2人 (n=1005)	3人 (n=946)	4人 (n=733)	5人以上 (n=968)	無回答 (n=41)
担当者によって質にばらつきがあると感じる	52.9	43.9	48.5	54.4	60.7	60.8	41.5
地域包括支援センターからの支援が少ない	24.2	19.9	23.3	24.0	29.9	26.0	22.0
インテークの情報共有が不十分	22.6	14.8	20.8	24.8	25.6	28.9	17.1
地域のフォーマル、インフォーマルな社会資源の情報が共有されていない	18.8	16.5	18.6	20.7	18.8	19.9	14.6
予防と介護の視点の違いを理解していない	11.1	8.7	10.0	11.5	12.8	13.3	7.3
介護予防ケアマネジメントに対する理解度が低い	5.7	4.2	4.2	6.0	7.4	7.3	2.4
その他	11.1	10.5	9.0	12.1	12.4	11.8	12.2
特に問題はない	35.0	45.1	38.8	31.5	27.8	28.1	43.9
無回答	1.5	1.9	1.0	1.9	1.2	1.3	2.4

介護予防ケアマネジメントの推進において、地域包括支援センターとして問題と感じる点を見ると、「居宅介護支援事業所が介護予防の委託を受けない」(68.3%)が最も多く、次いで「地域包括支援センター職員の業務過多で、アセスメントやプラン作成に十分時間がとれない」(46.8%)、「自立支援・重度化防止に関する利用者の理解不足」(38.8%)、「サービスの利用が目的となっている」(37.8%)、「人材不足」(35.3%)が続く。

図表 122 介護予防ケアマネジメントの推進における問題〔地域包括支援センター〕



地域包括支援センターが感じる問題点を地域包括支援センターの形態別でみると、「居宅介護支援事業所が介護予防の委託を受けたがらない」、「地域包括支援センター職員の業務過多で、アセスメントやプラン作成に十分時間がとれない」は委託の地域包括支援センターが直営の地域包括支援センターよりも多く挙げている。

直営の地域包括支援センターは、「サービスの利用が目的となっている」、「人材不足」、「評価や効果把握が難しい」を挙げる割合が委託の地域包括支援センターよりも高い。

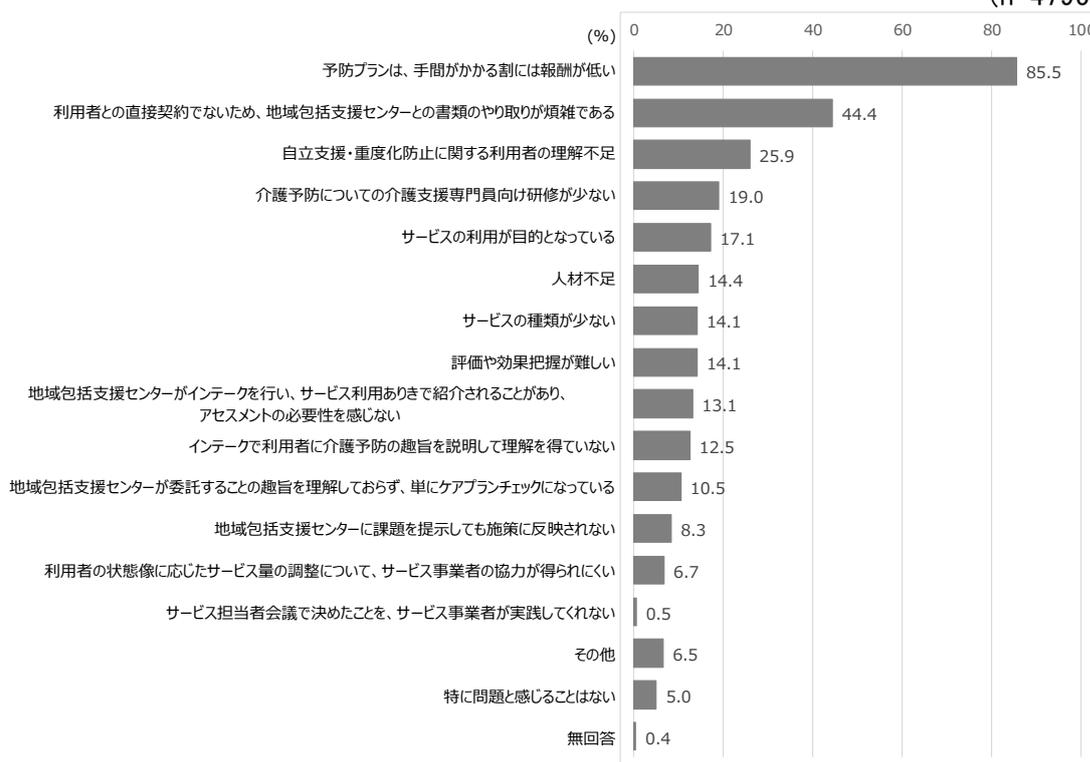
図表 123 介護予防ケアマネジメントの推進における問題〔地域包括支援センター〕
(地域包括支援センターの形態別)

	全体 (n=1986)	直営 (n=444)	委託 (n=1540)	ブランチ (n=1)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=1)
居宅介護支援事業所が介護予防の委託を受けたがらない(報酬、業務負担など)	68.3	49.3	73.8	0.0	0.0	100.0
地域包括支援センター職員の業務過多で、アセスメントやプラン作成に十分時間がとれない	46.8	36.7	49.8	0.0	0.0	0.0
自立支援・重度化防止に関する利用者の理解不足	38.8	35.4	39.8	0.0	0.0	0.0
サービスの利用が目的となっている	37.8	41.4	36.7	0.0	0.0	100.0
人材不足	35.3	40.3	34.0	0.0	0.0	0.0
評価や効果把握が難しい	20.2	29.1	17.7	0.0	0.0	0.0
介護予防についての介護支援専門員向け研修が少ない	19.0	14.9	20.3	0.0	0.0	0.0
行政に課題を提示しても施策に反映されない	17.7	4.7	21.5	0.0	0.0	0.0
利用者の状態像に応じたサービス量の調整について、サービス事業者の協力が得られにくい	6.6	7.2	6.4	0.0	0.0	0.0
インテークで利用者に介護予防の趣旨を説明して理解を得ていない	5.9	5.6	6.0	0.0	0.0	0.0
サービス担当者会議で決めたことを、サービス事業者が実践してくれない	1.6	1.8	1.6	0.0	0.0	0.0
サービスの種類が少ない	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	5.3	5.4	5.3	0.0	0.0	0.0
特に問題と感ずることはない	1.3	3.6	0.6	0.0	0.0	0.0
無回答	0.5	0.9	0.3	100.0	0.0	0.0

介護予防ケアマネジメントの推進において、居宅介護支援事業所として問題と感じる点を見ると、「予防プランは、手間がかかる割には報酬が低い」(85.5%)が最も多く、次いで「利用者との直接契約でないため、地域包括支援センターとの書類のやり取りが煩雑である」(44.4%)が続く。

「予防プランは、手間がかかる割には報酬が低い」と回答した方は、「利用者との直接契約でないため、地域包括支援センターとの書類のやり取りが煩雑である」、「自立支援・重度化防止に関する利用者の理解不足」も回答している割合が高く、書類の煩雑さ、利用者への理解促進に手間がかかることがうかがえる。

図表 124 介護予防ケアマネジメントの推進における問題〔居宅介護支援事業所〕
(n=4795)



居宅介護支援事業所が感じる問題点の「予防プランは、手間がかかる割には報酬が低い」は、事業所全体の予防プラン作成件数5件以上だと8割を超え高くなる。また、「自立支援・重度化防止に関する利用者の理解不足」は、予防プラン30件以上だと問題として挙げる割合が高くなる。

図表 125 介護予防ケアマネジメントの推進における問題〔居宅介護支援事業所〕
（事業所全体の予防プランの作成件数別）

	全体 (n=4795)	5件未満 (n=733)	5～10件 未満 (n=823)	10～20件 未満 (n=1209)	20～30件 未満 (n=821)	30～40件 未満 (n=474)	40件以上 (n=586)	無回答 (n=149)
予防プランは、手間がかかる割には報酬が低い	85.5	77.9	85.7	86.8	87.6	88.0	89.1	77.9
利用者との直接契約でないため、地域包括支援センターとの書類のやり取りが煩雑である	44.4	41.3	47.5	45.7	45.6	40.5	44.0	40.9
自立支援・重度化防止に関する利用者の理解不足	25.9	21.3	26.0	25.1	25.6	30.0	28.8	30.9
介護予防についての介護支援専門員向け研修が少ない	19.0	19.4	20.4	20.8	17.7	17.7	16.2	18.1
サービスの利用が目的となっている	17.1	14.9	15.2	15.7	17.2	21.7	20.6	19.5
人材不足	14.4	16.4	11.4	13.8	15.5	14.1	16.4	12.1
サービスの種類が少ない	14.1	15.1	15.1	13.6	15.7	11.8	11.9	13.4
評価や効果把握が難しい	14.1	15.6	15.3	13.2	14.1	14.8	11.4	14.8
地域包括支援センターがインテークを行い、サービス利用ありきで紹介されることがあり、アセスメントの必要性を感じない	13.1	11.5	10.2	12.8	14.7	14.3	16.6	13.4
インテークで利用者に介護予防の趣旨を説明して理解を得ていない	12.5	7.5	10.9	14.1	13.8	13.3	15.5	12.1
地域包括支援センターが委託することの趣旨を理解しておらず、単にケアプランチェックになっている	10.5	10.2	9.8	9.5	11.0	11.6	12.5	8.7
地域包括支援センターに課題を提示しても施策に反映されない	8.3	5.9	7.3	9.2	9.4	8.6	9.7	7.4
利用者の状態像に応じたサービス量の調整について、サービス事業者の協力が得られにくい	6.7	6.3	6.1	7.1	7.1	5.5	7.7	6.7
サービス担当者会議で決めたことを、サービス事業者が実践してくれない	0.5	0.7	0.6	0.4	0.7	0.0	0.5	0.0
その他	6.5	5.2	5.5	6.0	6.8	8.2	8.2	9.4
特に問題と感じることはない	5.0	9.5	5.7	4.5	2.9	3.6	3.8	4.7
無回答	0.4	0.3	0.4	0.3	0.6	0.2	0.0	2.7

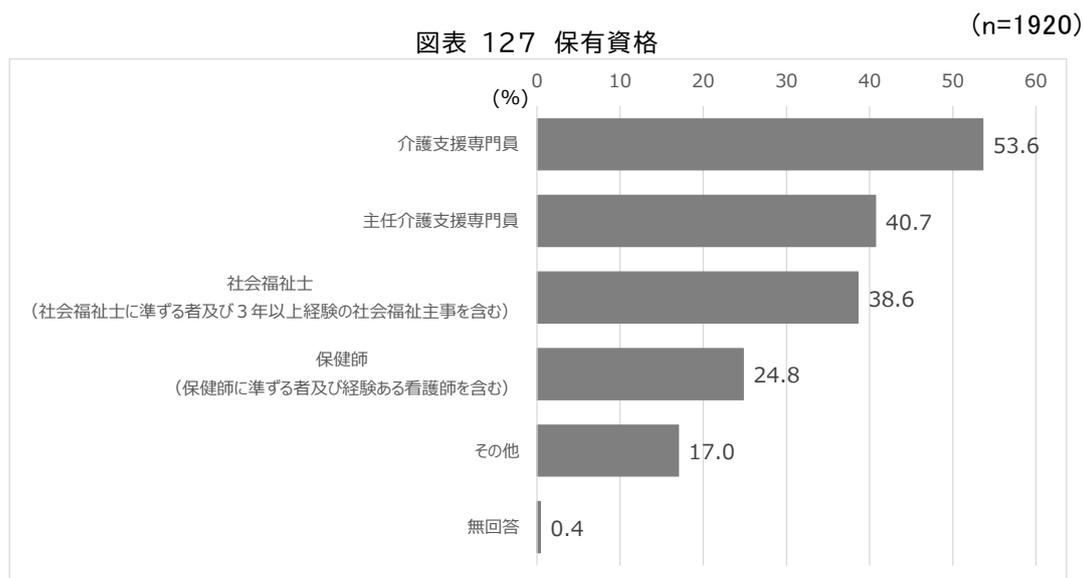
3. 地域包括支援センター職員／居宅介護支援事業所介護支援専門員

(1) 回答者属性（地域包括支援センター職員）

回答のあった地域包括支援センターの地域は、「関東」、「中部」がそれぞれ2割台で、次いで、「九州・沖縄」（14.6%）、「近畿」（13.1%）の順に多い。



地域包括支援センターの回答者の保有資格は、「介護支援専門員」（53.6%）が最も多く、次いで「主任介護支援専門員」（40.7%）、「社会福祉士（社会福祉士に準ずる者及び3年以上経験の社会福祉主事を含む）」（38.6%）が続く。



保有資格を地域包括支援センターの形態別で見ると、直営は委託と比べて「介護支援専門員」、「主任介護支援専門員」の割合がやや高く、委託は直営と比べて「社会福祉士（社会福祉士に準ずる者及び3年以上経験の社会福祉主事を含む）」の割合が高い。

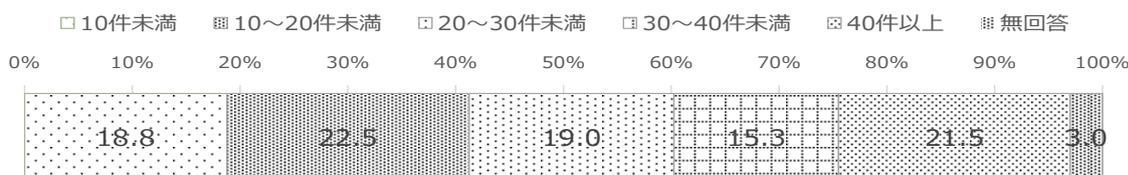
図表 128 保有資格
(地域包括支援センターの形態別)

	全体 (n=1920)	直営 (n=384)	委託 (n=1138)	ブランチ (n=0)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=398)
介護支援専門員	53.6	56.8	51.2	0.0	0.0	57.3
主任介護支援専門員	40.7	43.2	40.8	0.0	0.0	37.9
社会福祉士（社会福祉士に準ずる者及び3年以上経験の社会福祉主事を含む）	38.6	28.9	42.4	0.0	0.0	37.4
保健師（保健師に準ずる者及び経験ある看護師を含む）	24.8	32.8	21.4	0.0	0.0	27.1
その他	17.0	16.7	16.1	0.0	0.0	20.1
無回答	0.4	0.8	0.4	0.0	0.0	0.0

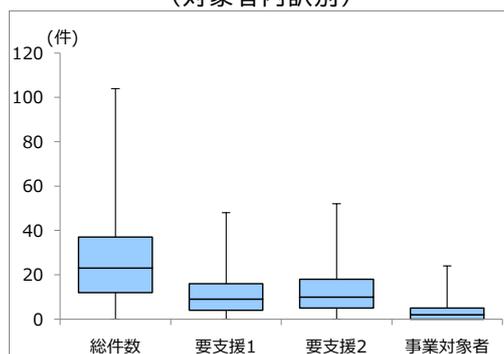
担当している予防プランの件数は、「10～20件未満」（22.5%）が最も多いが、「40件以上」（21.5%）も2割を超える。平均は26.4件である。

担当する予防プランの件数を地域包括支援センターの形態別で見ると、直営は20件未満の割合が委託より高い。平均は、直営が20.1件、委託が28.2件である。

図表 129 予防プラン件数 (n=1920)



図表 130 予防プランの平均件数
(対象者内訳別)



	総件数	要支援1	要支援2	事業対象者
平均	26.4	11.3	12.6	3.6
標準偏差	18.4	9.2	9.8	4.6
最小値	0	0	0	0
中央値	23	9	10	2
最大値	104	48	52	24

図表 131 予防プラン件数
(地域包括支援センターの形態別)

	全体 (n=1920)	直営 (n=384)	委託 (n=1138)	ブランチ (n=0)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=398)
10件未満	18.8	31.8	14.9	0.0	0.0	17.6
10～20件未満	22.5	24.5	21.7	0.0	0.0	22.9
20～30件未満	19.0	14.6	20.9	0.0	0.0	17.8
30～40件未満	15.3	15.1	15.6	0.0	0.0	14.6
40件以上	21.5	12.0	24.0	0.0	0.0	23.4
無回答	3.0	2.1	3.0	0.0	0.0	3.8

図表 132 予防プランの平均件数
(地域包括支援センターの形態別)

	(平均件数)				
	全体 (n=1863)	直営 (n=376)	委託 (n=1104)	ブランチ (n=0)	サブセンター (n=0)
担当している予防プランの件数	26.4	20.1	28.2	0.0	0.0

担当する予防プラン件数を地域包括支援センターの職員数別で見ると、8人以下は9人以上と比べて「10～20件未満」の割合が高く、「40件以上」は職員数が多いほど割合が高くなり、職員数11人以上では3割が「40件以上」である。

図表 133 予防プラン件数
(職員数別)

	全体 (n=1920)	5人未満 (n=369)	5～6人 (n=480)	7～8人 (n=280)	9～10人 (n=162)	11人以上 (n=232)	無回答 (n=397)
10件未満	18.8	25.5	17.3	15.7	14.2	20.3	17.6
10～20件未満	22.5	23.8	25.8	24.3	15.4	15.5	22.9
20～30件未満	19.0	20.1	19.2	21.8	25.3	11.2	17.9
30～40件未満	15.3	12.7	15.4	14.3	15.4	21.6	14.4
40件以上	21.5	14.4	19.8	21.8	25.3	29.7	23.4
無回答	3.0	3.5	2.5	2.1	4.3	1.7	3.8

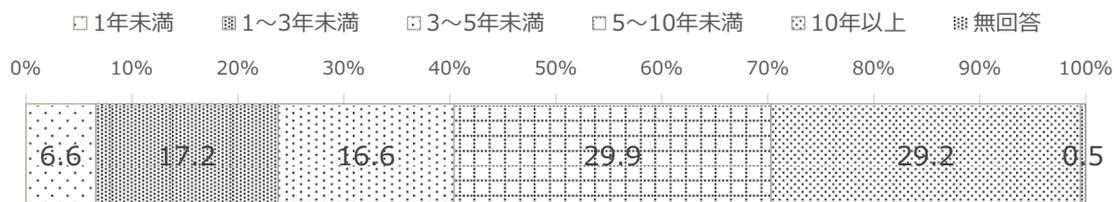
図表 134 予防プランの平均件数
(職員数別)

	(平均件数)					
	全体 (n=1863)	5人未満 (n=356)	5～6人 (n=468)	7～8人 (n=274)	9～10人 (n=155)	11人以上 (n=228)
担当している予防プランの件数	26.4	22.1	25.3	26.9	30.8	29.9

予防プランの作成経験年数は、「5～10年未満」(29.9%)、「10年以上」(29.2%)がそれぞれ3割程度である。

保有資格別では、主任介護支援専門員は予防プランの作成経験年数が「10年以上」の割合が5割を超える。

図表 135 予防プランの作成経験年数 (n=1920)

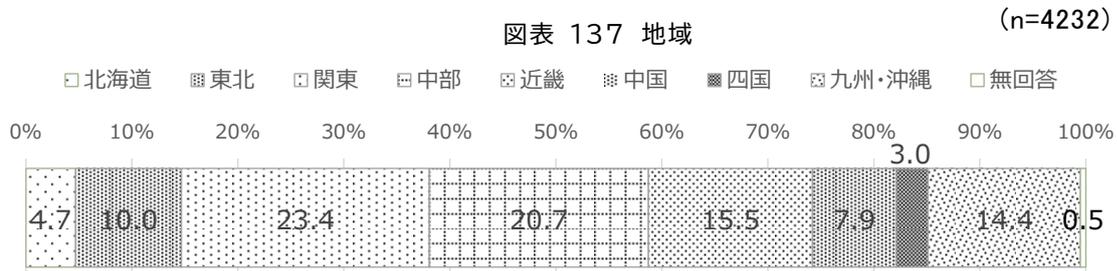


図表 136 予防プランの作成経験年数 (保有資格別)

	全体 (n=1920)	介護支援 専門員 (n=1029)	主任介護 支援専門 員 (n=781)	社会福祉 士(社会 福祉士に準 ずる者及び 3年以上 経験の社会 福祉主事を 含む) (n=742)	保健師 (保健師に 準ずる者及 び経験ある 看護師を含 む) (n=477)	その他 (n=327)	無回答 (n=8)
1年未満	6.6	5.1	1.5	6.3	10.1	5.2	25.0
1～3年未満	17.2	15.5	6.4	18.6	19.1	13.5	25.0
3～5年未満	16.6	17.7	7.4	16.7	17.4	16.8	25.0
5～10年未満	29.9	32.9	31.0	29.5	27.3	30.3	25.0
10年以上	29.2	28.4	53.0	28.3	24.9	33.3	0.0
無回答	0.5	0.5	0.6	0.5	1.3	0.9	0.0

(2) 回答者属性 (居宅介護支援事業所介護支援専門員)

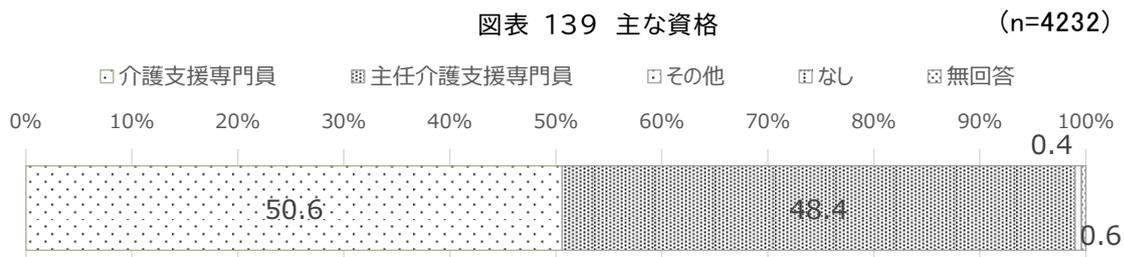
回答者の勤務する居宅介護支援事業所の地域は、「関東」、「中部」がそれぞれ2割台で、次いで、「近畿」(15.5%)、「九州・沖縄」(14.4%)の順に多い。



勤務経験年数は、「5～10年未満」(29.7%)が最も多く、次いで「10～15年未満」(22.7%)であり、合わせるとおよそ5割を占める。



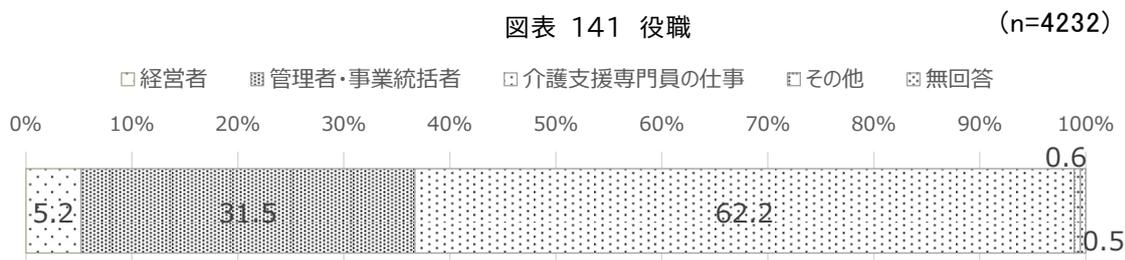
主な資格は、「介護支援専門員」(50.6%)、「主任介護支援専門員」がほぼ半々となっている。また、勤務経験年数別でみると、10年以上では「主任介護支援専門員」保有の割合が7割以上となる。



図表 140 主な資格 (勤務経験年数別)

	全体 (n=4232)	3年未満 (n=515)	3～5年 未満 (n=643)	5～10年 未満 (n=1256)	10～15年 未満 (n=959)	15～20年 未満 (n=639)	20年以上 (n=210)	無回答 (n=10)
介護支援専門員	50.6	91.8	89.9	51.8	28.9	18.6	19.5	20.0
主任介護支援専門員	48.4	5.4	9.2	47.5	70.5	80.4	80.5	50.0
その他	0.6	1.9	0.9	0.3	0.1	0.6	0.0	0.0
なし	0.0	0.2	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
無回答	0.4	0.6	0.0	0.4	0.4	0.3	0.0	30.0

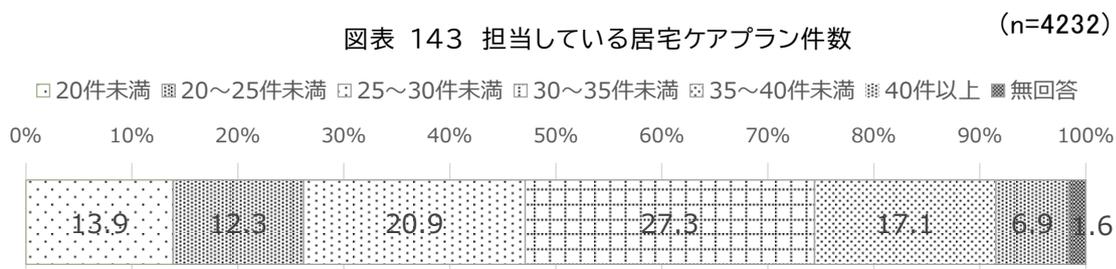
回答者の役職は、「介護支援専門員の仕事」(62.2%)が最も多く、「管理者・事業統括者」は31.5%である。



就業形態は、「常勤」が94.0%である。

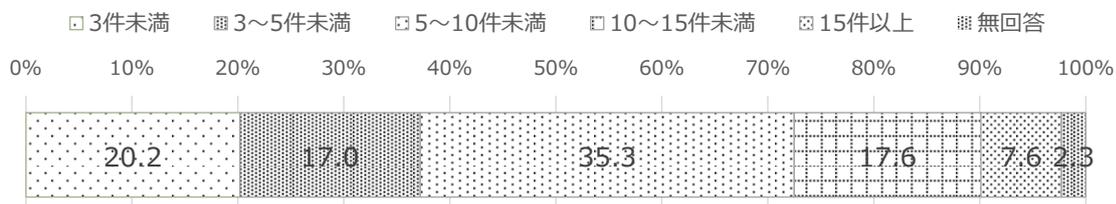


担当している居宅ケアプランの件数は、「30～35件未満」(27.3%)が最も多く、「25～30件未満」が20.9%である。

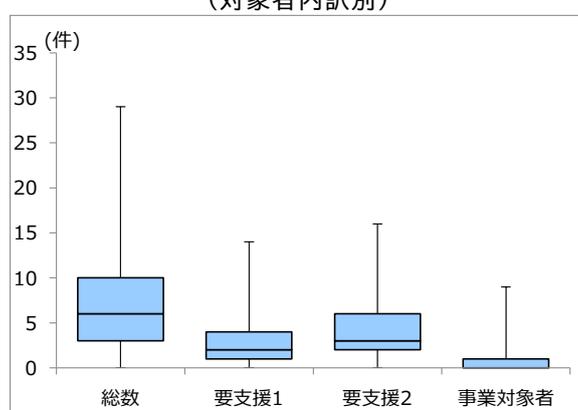


担当している予防プランの件数は、「5～10件未満」(35.3%)が最も多く、次いで「3～5件未満」、「10～15件未満」が同程度の割合である。平均は6.9件である。

図表 144 予防プラン件数 (n=4232)



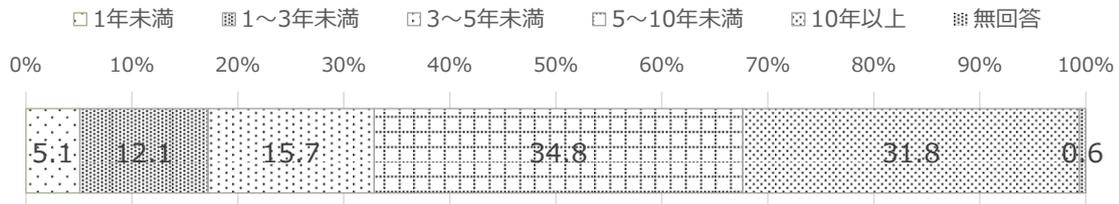
図表 145 予防プランの平均件数 (対象者内識別)



	総数	要支援1	要支援2	事業対象者
平均	6.9	3.0	4.1	0.9
標準偏差	4.9	2.5	2.9	1.4
最小値	0	0	0	0
中央値	6	2	3	0
最大値	29	14	16	9

予防プラン作成経験年数は、「5～10年未満」(34.8%)が最も多く、次いで「10年以上」(31.8%)である。また、勤務経験年数と予防プラン作成経験年数は相関関係がみられる。

図表 146 予防プラン作成経験年数 (n=4232)



図表 147 予防プラン作成経験年数 (勤務経験年数別)

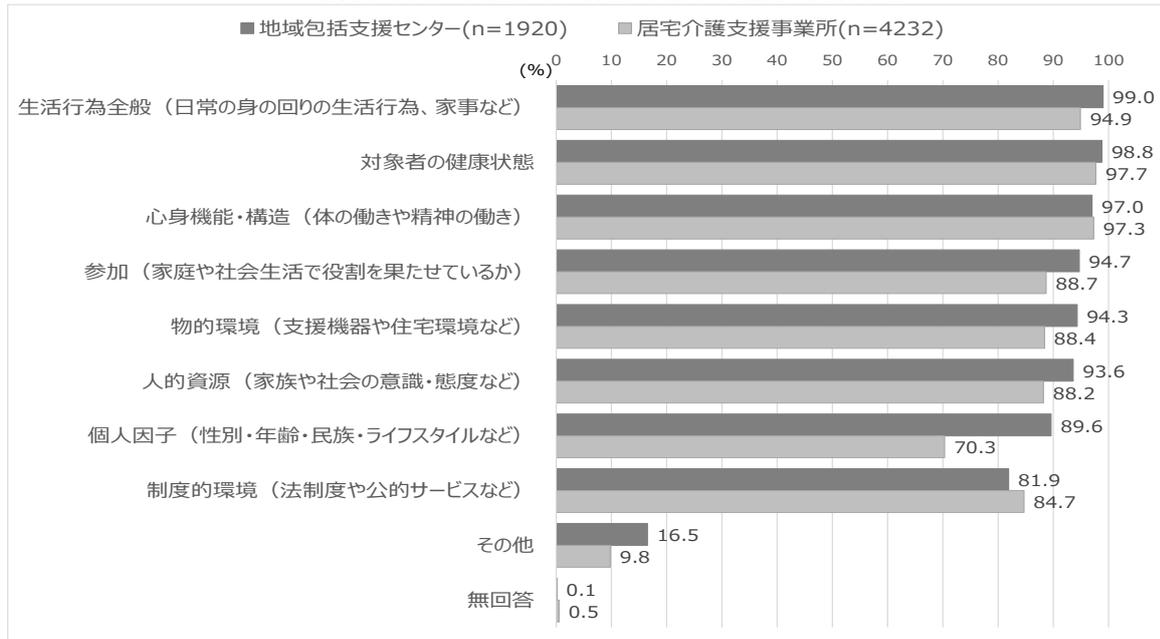
	全体 (n=4232)	3年未満 (n=515)	3～5年 未満 (n=643)	5～10年 未満 (n=1256)	10～15年 未満 (n=959)	15～20年 未満 (n=639)	20年以上 (n=210)	無回答 (n=10)
1年未満	5.1	30.9	2.3	1.4	1.7	0.9	0.5	0.0
1～3年未満	12.1	58.3	17.3	4.0	2.8	2.8	1.9	10.0
3～5年未満	15.7	2.5	70.6	11.0	3.8	2.3	3.3	0.0
5～10年未満	34.8	4.1	8.1	80.4	26.4	18.3	9.0	20.0
10年以上	31.8	3.7	1.7	2.8	65.0	74.3	83.8	50.0
無回答	0.6	0.6	0.0	0.5	0.4	1.3	1.4	20.0

(3) 予防プラン利用者の情報収集について

予防プラン作成のために確認・収集していることは、地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所介護支援専門員ともに「生活行為全般（日常の身の回りの生活行為、家事、趣味、余暇活動など）」、「対象者の健康状態」、「心身機能・構造（体の働きや精神の働き）」が上位に挙がるが、その他の項目も概ね確認されている。

予防プランの作成経験年数別でみると、経験が浅い地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所介護支援専門員でも概ねほとんどの項目を確認している。

図表 148 予防プラン作成のための確認・収集事項



図表 149 予防プラン作成のための確認・収集事項〔地域包括支援センター〕
（予防プラン作成経験年数別）

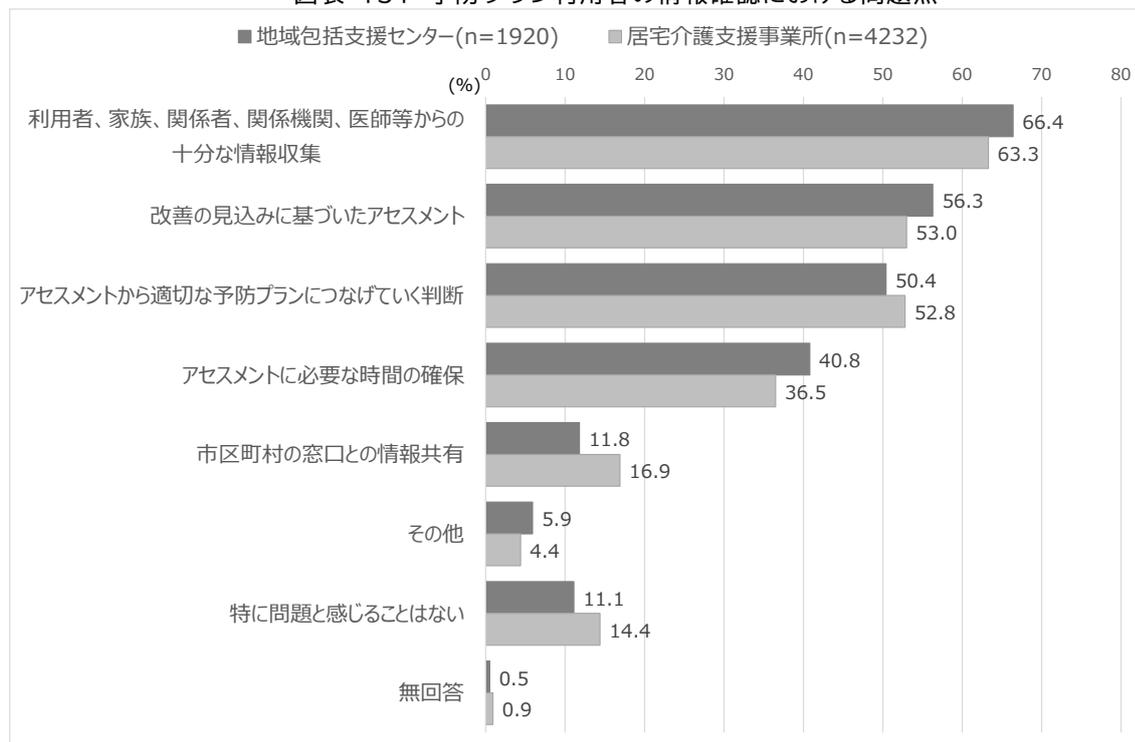
	全体 (n=1920)	1年未満 (n=127)	1~3年 未満 (n=331)	3~5年 未満 (n=319)	5~10年 未満 (n=574)	10年以上 (n=560)	無回答 (n=9)
生活行為全般（日常の身の回りの生活行為、家事、趣味、余暇活動など）	99.0	98.4	99.7	99.1	99.3	98.9	55.6
対象者の健康状態	98.8	96.9	99.4	99.4	99.5	98.2	77.8
心身機能・構造（体の働きや精神の働き）	97.0	94.5	97.6	96.6	97.7	96.8	88.9
参加（家庭や社会生活で役割を果たしているか）	94.7	89.0	92.7	94.0	97.2	95.5	66.7
物的環境（支援機器や住宅環境など）	94.3	89.0	94.6	96.2	94.1	95.2	44.4
人的資源（家族や社会の意識・態度など）	93.6	87.4	92.1	93.4	95.3	94.8	66.7
個人因子（性別・年齢・民族・ライフスタイルなど）	89.6	85.0	87.9	90.0	90.9	90.4	66.7
制度的環境（法制度や公的サービスなど）	81.9	70.9	79.8	80.9	83.6	85.0	55.6
その他	16.5	11.8	10.9	17.6	14.6	21.6	44.4
無回答	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	11.1

図表 150 予防プラン作成のための確認・収集事項〔居宅介護支援事業所〕
(担当している予防プラン件数別)

	全体 (n=4232)	3件未満 (n=856)	3~5件 未満 (n=719)	5~10件 未満 (n=1493)	10~15件 未満 (n=746)	15件以上 (n=322)	無回答 (n=96)
生活行為全般（日常の身の回りの生活行為、家事、趣味、余暇活動など）	97.7	95.6	97.8	98.6	98.1	98.4	96.9
対象者の健康状態	97.3	95.0	98.1	98.1	97.9	97.5	95.8
心身機能・構造（体の働きや精神の働き）	94.9	92.3	94.6	95.5	96.9	95.7	93.8
人的資源（家族や社会の意識・態度など）	88.7	83.6	87.5	90.7	90.6	90.4	91.7
参加（家庭や社会生活で役割を果たしているか）	88.4	85.7	87.2	89.9	88.6	90.7	87.5
物的環境（支援機器や住宅環境など）	88.2	83.2	85.4	90.6	91.2	90.7	85.4
個人因子（性別・年齢・民族・ライフスタイルなど）	84.7	83.2	82.3	86.0	85.5	87.0	81.3
制度的環境（法制度や公的サービスなど）	70.3	65.2	66.3	72.9	74.4	70.5	70.8
その他	9.8	10.2	8.6	9.3	12.3	7.5	9.4
無回答	0.5	1.8	0.4	0.1	0.0	0.0	1.0

利用者についての情報の確認において、問題と感ずることを3つまで挙げていただいたところ、地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所介護支援専門員ともに「利用者、家族、関係者、関係機関、医師等からの十分な情報収集」、「改善の見込みに基づいたアセスメント」、「アセスメントから適切な予防プランにつなげていく判断」、「アセスメントに必要な時間の確保」が上位に挙がる。確実な情報収集に基づき、適切なプランにつなげていくという過程がうまく機能していないことがうかがえる。

図表 151 予防プラン利用者の情報確認における問題点



地域包括支援センター職員について、利用者の情報確認における問題点を地域包括支援センターの形態別でみると、特に違いはみられないが、居宅介護支援事業所介護支援専門員が感じる問題点を勤務経験年数別でみると、「利用者、家族、関係者、関係機関、医師等からの十分な情報収集」は経験年数が短いほど問題として挙がる割合が高くなる。また、「アセスメントから適切な予防プランにつなげていく判断」、「アセスメントに必要な時間の確保」も勤務経験「3年未満」で挙がる割合が高い。勤務経験が浅い介護支援専門員へのサポートが必要であると思われる。

また、担当している予防プラン件数別でみると、件数が多いほど「利用者、家族、関係者、関係機関、医師等からの十分な情報収集」、「アセスメントに必要な時間の確保」を問題点として挙げる割合が高くなる。担当数が多く、アセスメントに時間が取れない状況がうかがえる。

図表 152 予防プラン利用者の情報確認における問題点〔地域包括支援センター〕
(センターの形態別)

	全体 (n=1920)	直営 (n=384)	委託 (n=1138)	プランチ (n=0)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=398)
利用者、家族、関係者、関係機関、医師等からの十分な情報収集	66.4	63.3	67.0	0.0	0.0	67.6
改善の見込みに基づいたアセスメント	56.3	59.9	54.5	0.0	0.0	58.0
アセスメントから適切な予防プランにつなげていく判断	50.4	51.8	50.1	0.0	0.0	50.0
アセスメントに必要な時間の確保	40.8	38.8	40.9	0.0	0.0	42.5
市区町村の窓口との情報共有	11.8	5.5	14.1	0.0	0.0	11.1
その他	5.9	4.7	6.1	0.0	0.0	6.5
特に問題と感ずることはない	11.1	10.4	11.2	0.0	0.0	11.6
無回答	0.5	1.0	0.3	0.0	0.0	0.5

図表 153 予防プラン利用者の情報確認における問題点〔居宅介護支援事業所〕
(勤務経験年数別)

	全体 (n=4232)	3年未満 (n=515)	3~5年 未満 (n=643)	5~10年 未満 (n=1256)	10~15年 未満 (n=959)	15~20年 未満 (n=639)	20年以上 (n=210)	無回答 (n=10)
利用者、家族、関係者、関係機関、医師等からの十分な情報収集	63.3	72.2	68.6	65.1	58.2	57.9	53.3	80.0
改善の見込みに基づいたアセスメント	53.0	54.8	56.3	53.3	50.6	52.4	47.6	90.0
アセスメントから適切な予防プランにつなげていく判断	52.8	62.5	56.6	54.5	48.8	45.2	47.1	80.0
アセスメントに必要な時間の確保	36.5	40.2	36.7	37.4	34.8	34.6	34.8	30.0
市区町村の窓口との情報共有	16.9	17.1	17.1	18.1	15.3	15.5	19.0	40.0
その他	4.4	2.3	3.6	4.5	4.8	5.5	6.2	10.0
特に問題と感ずることはない	14.4	8.2	11.8	14.5	16.8	17.7	16.7	0.0
無回答	0.9	1.0	0.6	0.9	1.3	0.8	0.0	0.0

図表 154 予防プラン利用者の情報確認における問題点〔居宅介護支援事業所〕
(担当している予防プラン件数別)

	全体 (n=4232)	3件未満 (n=856)	3~5件 未満 (n=719)	5~10件 未満 (n=1493)	10~15件 未満 (n=746)	15件以上 (n=322)	無回答 (n=96)
利用者、家族、関係者、関係機関、医師等からの十分な情報収集	63.3	57.1	62.2	65.0	66.5	68.0	59.4
改善の見込みに基づいたアセスメント	53.0	51.2	54.4	52.9	53.2	56.5	46.9
アセスメントから適切な予防プランにつなげていく判断	52.8	50.2	51.6	53.7	52.5	57.5	56.3
アセスメントに必要な時間の確保	36.5	30.8	34.5	38.4	39.5	42.2	29.2
市区町村の窓口との情報共有	16.9	18.0	17.2	15.3	19.0	15.8	15.6
その他	4.4	5.3	4.2	4.1	4.2	5.0	3.1
特に問題と感ずることはない	14.4	16.5	14.7	14.1	12.7	13.7	13.5
無回答	0.9	2.2	0.3	0.5	0.5	0.3	3.1

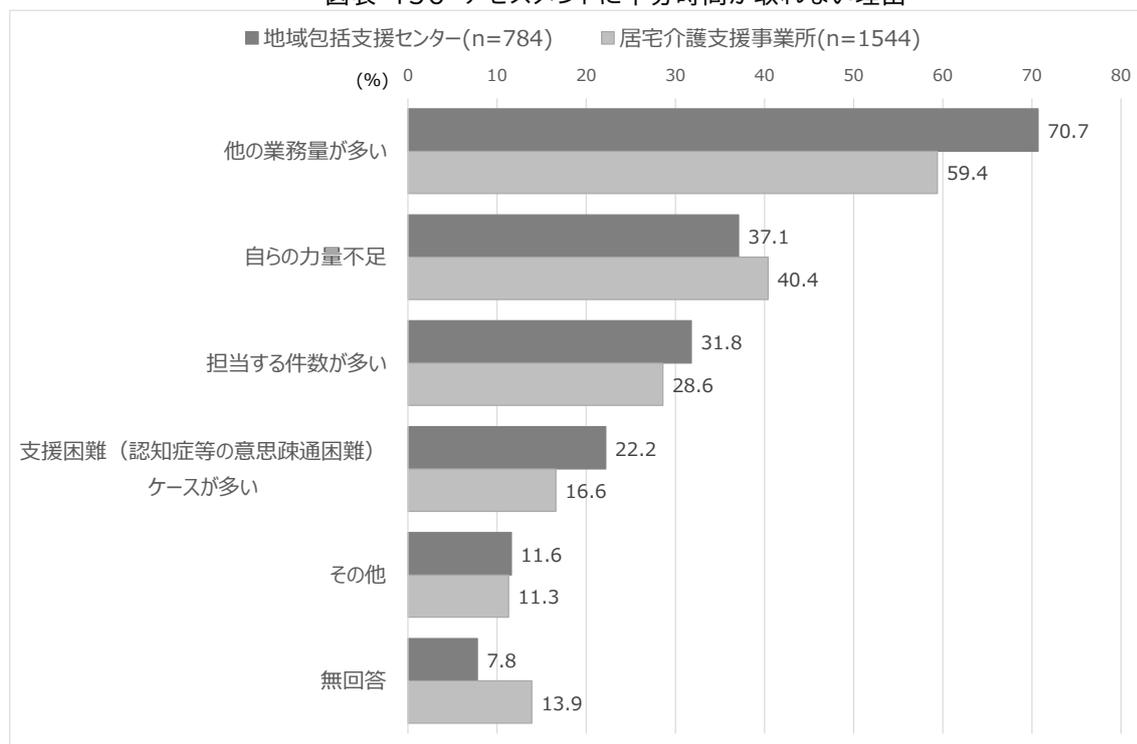
また、予防プラン作成経験年数別でみると、「利用者、家族、関係者、関係機関、医師等からの十分な情報収集」、「アセスメントから適切な予防プランにつなげていく判断」は3年未満で多く挙がる。先にみた勤務経験が短く、予防プランの経験年数が短い介護支援専門員へのサポートが必要であると思われる。

図表 155 予防プラン利用者の情報確認における問題点〔居宅介護支援事業所〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=4232)	1年未満 (n=214)	1~3年 未満 (n=511)	3~5年 未満 (n=663)	5~10年 未満 (n=1474)	10年以上 (n=1344)	無回答 (n=26)
利用者、家族、関係者、関係機関、医師等からの十分な情報収集	63.3	68.7	70.6	68.3	63.5	57.2	50.0
改善の見込みに基づいたアセスメント	53.0	50.0	54.4	57.0	52.1	52.1	46.2
アセスメントから適切な予防プランにつなげていく判断	52.8	65.4	60.1	56.7	51.8	47.4	38.5
アセスメントに必要な時間の確保	36.5	36.4	38.4	38.6	36.2	35.0	42.3
市区町村の窓口との情報共有	16.9	16.4	17.2	15.7	17.7	16.4	23.1
その他	4.4	3.7	2.2	3.8	4.9	5.1	3.8
特に問題と感ずることはない	14.4	7.0	9.6	13.1	15.2	17.1	15.4
無回答	0.9	4.2	0.4	0.6	0.7	0.5	15.4

問題点として「アセスメントに必要な時間の確保」を挙げた方に、アセスメントに十分時間が取れない理由を聞いたところ、地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所介護支援専門員ともに「他の業務量が多い」、「自らの力量不足」、「担当する件数が多い」が上位に挙がる。

図表 156 アセスメントに十分時間が取れない理由



地域包括支援センター職員について、アセスメントに十分時間が取れない理由を、地域包括支援センターの形態別で見ると、直営は委託と比べて「他の業務量が多い」割合がやや高く、委託は直営と比べて「自らの力量不足」、「担当する件数が多い」、「支援困難ケースが多い」を挙げる割合がやや高い。

担当している予防プラン件数別で見ると、30件以上担当していると「自らの力量不足」、「担当する件数が多い」を挙げる割合が高くなる。また、予防プラン作成経験が浅いほど「自らの力量不足」を挙げる割合が高くなる。

図表 157 アセスメントに十分時間が取れない理由〔地域包括支援センター〕
(センターの形態別)

	全体 (n=784)	直営 (n=149)	委託 (n=466)	ブランチ (n=0)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=169)
他の業務量が多い	70.7	74.5	70.6	0.0	0.0	67.5
自らの力量不足	37.1	31.5	39.3	0.0	0.0	36.1
担当する件数が多い	31.8	22.1	34.3	0.0	0.0	33.1
支援困難（認知症等の意思疎通困難）ケースが多い	22.2	18.1	24.7	0.0	0.0	18.9
その他	11.6	9.4	11.6	0.0	0.0	13.6
無回答	7.8	6.7	6.9	0.0	0.0	11.2

図表 158 アセスメントに十分時間が取れない理由〔地域包括支援センター〕
(担当している予防プランの件数別)

	全体 (n=784)	10件未満 (n=134)	10~20件 未満 (n=156)	20~30件 未満 (n=144)	30~40件 未満 (n=127)	40件以上 (n=193)	無回答 (n=30)
他の業務量が多い	70.7	75.4	78.2	72.2	73.2	58.0	73.3
自らの力量不足	37.1	23.9	34.0	35.4	40.9	47.2	40.0
担当する件数が多い	31.8	4.5	5.8	22.2	45.7	63.2	73.3
支援困難（認知症等の意思疎通困難）ケースが多い	22.2	17.9	25.0	19.4	27.6	21.2	23.3
その他	11.6	6.0	12.8	15.3	13.4	9.3	20.0
無回答	7.8	12.7	7.7	6.9	2.4	9.3	3.3

図表 159 アセスメントに十分時間が取れない理由〔地域包括支援センター〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=784)	1年未満 (n=51)	1~3年 未満 (n=134)	3~5年 未満 (n=142)	5~10年 未満 (n=233)	10年以上 (n=219)	無回答 (n=5)
他の業務量が多い	70.7	52.9	63.4	67.6	73.4	77.6	100.0
自らの力量不足	37.1	66.7	55.2	46.5	32.6	17.4	60.0
担当する件数が多い	31.8	13.7	29.1	40.8	33.9	27.9	100.0
支援困難（認知症等の意思疎通困難）ケースが多い	22.2	13.7	20.9	18.3	23.2	26.0	40.0
その他	11.6	5.9	10.4	10.6	12.0	12.8	60.0
無回答	7.8	9.8	8.2	9.9	7.3	6.4	0.0

居宅介護支援事業所介護支援専門員について、アセスメントに十分時間が取れない理由を、予防プラン作成経験年数別でみると、予防プラン作成経験が浅いほど「自らの力量不足」を挙げる割合が高くなる。

図表 160 アセスメントに十分時間が取れない理由〔居宅介護支援事業所〕
(予防プラン作成経験年数別)

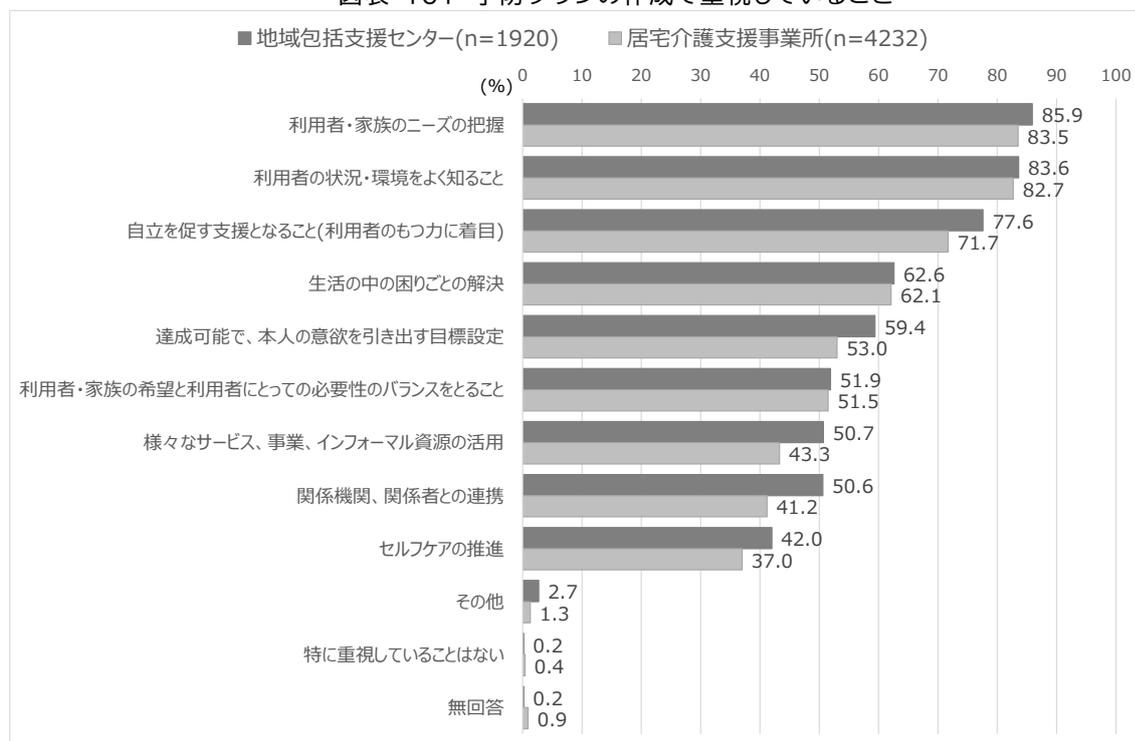
	全体 (n=1544)	1年未満 (n=78)	1~3年 未満 (n=196)	3~5年 未満 (n=256)	5~10年 未満 (n=533)	10年以上 (n=470)	無回答 (n=11)
他の業務量が多い	59.4	48.7	51.0	56.6	59.8	66.0	45.5
自らの力量不足	40.4	71.8	53.1	48.0	39.2	27.4	27.3
担当する件数が多い	28.6	11.5	23.5	30.5	31.1	29.6	27.3
支援困難（認知症等の意思疎通困難）ケースが多い	16.6	9.0	17.9	16.4	14.8	19.4	27.3
その他	11.3	17.9	6.1	9.0	11.3	13.6	18.2
無回答	13.9	10.3	17.3	14.1	14.4	11.7	36.4

(4) 予防プランについて

予防プランの作成に際して重視していることをみると、地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所介護支援専門員ともに、「利用者・家族のニーズの把握」、「利用者の状況・環境をよく知ること」、「自立を促す支援となること(利用者のもつ力に着目)」が上位に挙がる。

また、「自立を促す支援となること(利用者のもつ力に着目)」、「達成可能で、本人の意欲を引き出す目標設定」、「様々なサービス、事業、インフォーマル資源の活用」、「関係機関、関係者との連携」は地域包括支援センター職員と居宅介護支援事業所介護支援専門員で差がみられる。

図表 161 予防プランの作成で重視していること



地域包括支援センター職員について、重視していることを地域包括支援センターの形態別でみると大きな違いはみられないが、予防プラン作成経験年数別でみると、1年未満は他と比べて「生活の中の困りごとの解決」を挙げる割合が高く、「自立を促す支援となること（利用者のもつ力に着目）」を挙げる割合が低い。

また、予防プラン作成経験年数が高いほど、「自立を促す支援となること（利用者のもつ力に着目）」、「達成可能で、本人の意欲を引き出す目標設定」を重視する割合が高く、経験により自立支援や、意欲を引き出す目標設定がされていることがうかがえる。

図表 162 予防プランの作成で重視していること〔地域包括支援センター〕
(センターの形態別)

	全体 (n=1920)	直営 (n=384)	委託 (n=1138)	ブランチ (n=0)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=398)
利用者・家族のニーズの把握	85.9	84.4	86.2	0.0	0.0	86.7
利用者の状況・環境をよく知ること	83.6	79.7	84.4	0.0	0.0	85.2
自立を促す支援となること(利用者のもつ力に着目)	77.6	77.9	76.0	0.0	0.0	81.7
生活の中の困りごとの解決	62.6	59.6	62.3	0.0	0.0	66.1
達成可能で、本人の意欲を引き出す目標設定	59.4	56.0	59.5	0.0	0.0	62.3
利用者・家族の希望と利用者にとっての必要性のバランスをとること	51.9	54.4	50.3	0.0	0.0	54.3
様々なサービス、事業、インフォーマル資源の活用	50.7	46.4	50.5	0.0	0.0	55.3
関係機関、関係者との連携	50.6	47.9	50.6	0.0	0.0	53.3
セルフケアの推進	42.0	38.5	42.6	0.0	0.0	43.5
その他	2.7	2.3	2.7	0.0	0.0	3.0
特に重視していることはない	0.2	0.3	0.2	0.0	0.0	0.0
無回答	0.2	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0

図表 163 予防プランの作成で重視していること〔地域包括支援センター〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=1920)	1年未満 (n=127)	1~3年 未満 (n=331)	3~5年 未満 (n=319)	5~10年 未満 (n=574)	10年以上 (n=560)	無回答 (n=9)
利用者・家族のニーズの把握	85.9	89.0	87.0	85.0	88.0	83.2	77.8
利用者の状況・環境をよく知ること	83.6	85.0	83.7	85.0	83.6	83.0	44.4
自立を促す支援となること(利用者のもつ力に着目)	77.6	66.9	73.1	77.4	78.4	82.1	55.6
生活の中の困りごとの解決	62.6	71.7	66.2	68.7	60.6	57.0	55.6
達成可能で、本人の意欲を引き出す目標設定	59.4	52.0	56.5	57.7	60.6	62.3	66.7
利用者・家族の希望と利用者にとっての必要性のバランスをとること	51.9	51.2	49.5	58.9	52.8	48.9	33.3
様々なサービス、事業、インフォーマル資源の活用	50.7	44.1	46.8	53.0	51.4	52.1	66.7
関係機関、関係者との連携	50.6	50.4	49.5	52.4	49.7	51.4	44.4
セルフケアの推進	42.0	35.4	40.5	41.1	42.3	44.8	22.2
その他	2.7	1.6	3.0	2.8	3.1	2.3	0.0
特に重視していることはない	0.2	0.0	0.3	0.0	0.3	0.0	0.0
無回答	0.2	0.0	0.0	0.3	0.2	0.2	11.1

居宅介護支援事業所介護支援専門員について、重視していることを担当している予防プラン件数別でみると、概ね担当数が多いほど「生活の中の困りごとの解決」を挙げる割合が高くなる。

また、地域包括支援センター職員と同様に、予防プラン作成経験年数が高いほど、「自立を促す支援となること（利用者のもつ力に着目）」、「達成可能で、本人の意欲を引き出す目標設定」を重視する割合が高く、経験により自立支援や、意欲を引き出す目標設定がされていることがうかがえる。

図表 164 予防プランの作成で重視していること〔居宅介護支援事業所〕
(担当している予防プラン件数別)

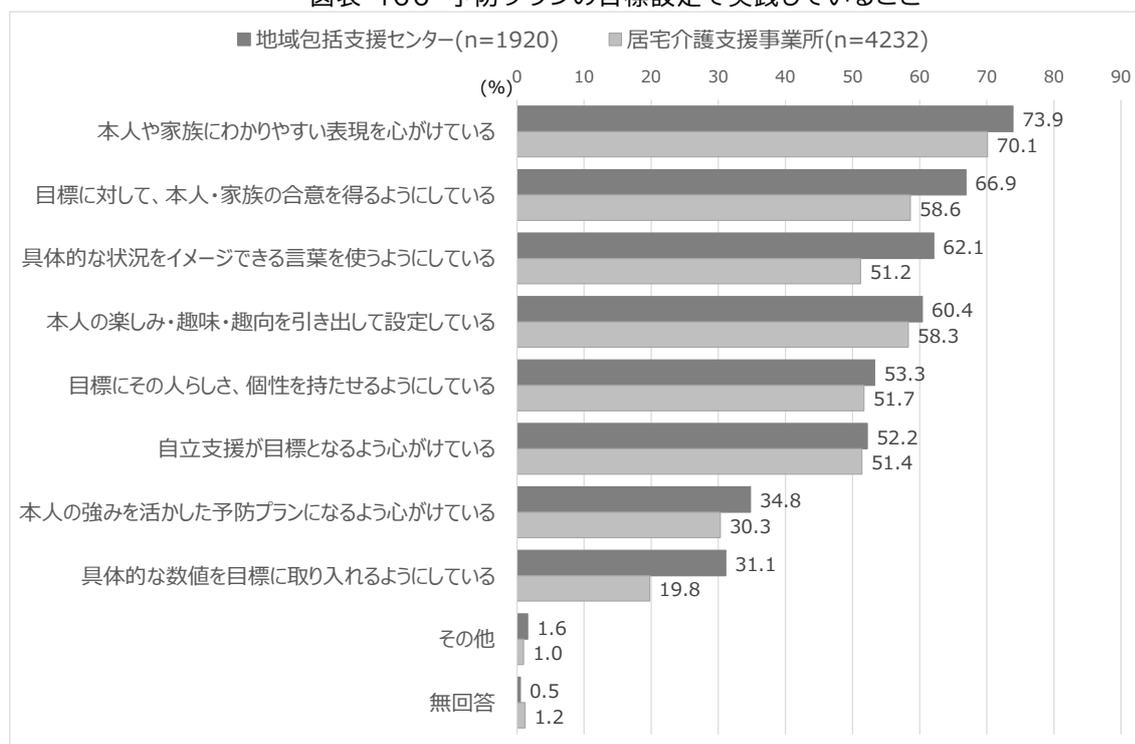
	全体 (n=4232)	3件未満 (n=856)	3~5件 未満 (n=719)	5~10件 未満 (n=1493)	10~15件 未満 (n=746)	15件以上 (n=322)	無回答 (n=96)
利用者・家族のニーズの把握	83.5	80.1	81.8	85.0	84.7	87.6	79.2
利用者の状況・環境をよく知ること	82.7	79.8	84.1	84.1	81.6	83.5	79.2
自立を促す支援となること(利用者のもつ力に着目)	71.7	70.8	72.5	73.7	69.6	69.3	65.6
生活の中の困りごとの解決	62.1	59.9	59.0	63.0	64.5	65.5	60.4
達成可能で、本人の意欲を引き出す目標設定	53.0	49.3	52.7	57.1	51.3	49.1	51.0
利用者・家族の希望と利用者にとっての必要性のバランスをとること	51.5	46.3	49.1	53.7	53.6	54.7	53.1
様々なサービス、事業、インフォーマル資源の活用	43.3	40.2	40.2	45.7	44.4	43.5	47.9
関係機関、関係者との連携	41.2	36.7	41.0	44.1	42.6	39.4	33.3
セルフケアの推進	37.0	35.2	34.8	38.9	36.6	36.0	44.8
その他	1.3	1.6	1.3	1.0	1.5	1.2	1.0
特に重視していることはない	0.4	0.4	0.8	0.2	0.0	0.6	3.1
無回答	0.9	2.1	0.4	0.3	0.5	0.9	3.1

図表 165 予防プランの作成で重視していること〔居宅介護支援事業所〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=4232)	1年未満 (n=214)	1~3年 未満 (n=511)	3~5年 未満 (n=663)	5~10年 未満 (n=1474)	10年以上 (n=1344)	無回答 (n=26)
利用者・家族のニーズの把握	83.5	86.4	84.7	88.4	82.2	81.8	65.4
利用者の状況・環境をよく知ること	82.7	83.2	83.2	84.5	82.0	82.8	53.8
自立を促す支援となること(利用者のもつ力に着目)	71.7	64.5	67.7	69.8	71.9	74.9	73.1
生活の中の困りごとの解決	62.1	65.9	65.9	67.9	60.2	59.4	46.2
達成可能で、本人の意欲を引き出す目標設定	53.0	42.1	45.4	52.2	53.4	57.7	50.0
利用者・家族の希望と利用者にとっての必要性のバランスをとること	51.5	51.9	47.6	51.7	50.9	53.6	42.3
様々なサービス、事業、インフォーマル資源の活用	43.3	36.4	37.2	43.9	43.9	46.1	26.9
関係機関、関係者との連携	41.2	40.7	36.8	40.9	43.1	41.5	23.1
セルフケアの推進	37.0	29.9	30.7	35.3	37.1	41.1	38.5
その他	1.3	1.4	0.6	0.6	1.2	1.9	3.8
特に重視していることはない	0.4	1.4	0.6	0.5	0.3	0.2	3.8
無回答	0.9	3.7	0.6	0.3	0.9	0.4	19.2

予防プラン作成における目標設定について実践していることは、地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所介護支援専門員ともに「本人や家族にわかりやすい表現を心がけている」、「目標に対して、本人・家族の合意を得るようにしている」、「具体的な状況をイメージできる言葉を使うようにしている」、「本人の楽しみ・趣味・趣向を引き出して設定している」が上位に挙がるが、地域包括支援センター職員の方が割合は高くなっている。

図表 166 予防プランの目標設定で実践していること



地域包括支援センター職員について、目標設定で実践していることを地域包括支援センターの形態別でみると、上位に挙がる項目は、委託の方が挙げる割合がやや高い。また、予防プラン作成経験年数が長いほど、「目標にその人らしさ、個性を持たせるようにしている」、「自立支援が目標となるよう心がけている」、「本人の強みを活かした予防プランになるよう心がけている」、「具体的な数値を目標に取り入れるようにしている」を挙げる割合が高くなる。

図表 167 予防プランの目標設定で実践していること〔地域包括支援センター〕
(地域包括支援センターの形態別)

	全体 (n=1920)	直営 (n=384)	委託 (n=1138)	ブランチ (n=0)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=398)
本人や家族にわかりやすい表現を心がけている	73.9	69.5	74.6	0.0	0.0	75.9
目標に対して、本人・家族の合意を得るようにしている	66.9	64.8	68.1	0.0	0.0	65.3
具体的な状況をイメージできる言葉を使うようにしている	62.1	56.5	62.7	0.0	0.0	66.1
本人の楽しみ・趣味・趣向を引き出して設定している	60.4	54.9	60.8	0.0	0.0	64.3
目標にその人らしさ、個性を持たせるようにしている	53.3	50.3	52.0	0.0	0.0	59.8
自立支援が目標となるよう心がけている	52.2	55.5	52.5	0.0	0.0	48.2
本人の強みを活かした予防プランになるよう心がけている	34.8	30.7	34.4	0.0	0.0	39.9
具体的な数値を目標に取り入れるようにしている	31.1	26.3	32.2	0.0	0.0	32.7
その他	1.6	1.6	1.6	0.0	0.0	1.5
無回答	0.5	0.3	0.6	0.0	0.0	0.3

図表 168 予防プランの目標設定で実践していること〔地域包括支援センター〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=1920)	1年未満 (n=127)	1～3年 未満 (n=331)	3～5年 未満 (n=319)	5～10年 未満 (n=574)	10年以上 (n=560)	無回答 (n=9)
本人や家族にわかりやすい表現を心がけている	73.9	74.0	71.3	75.2	73.7	75.0	55.6
目標に対して、本人・家族の合意を得るようにしている	66.9	60.6	65.0	70.8	68.1	66.3	44.4
具体的な状況をイメージできる言葉を使うようにしている	62.1	51.2	59.8	59.2	64.1	65.5	66.7
本人の楽しみ・趣味・趣向を引き出して設定している	60.4	57.5	58.3	63.6	61.5	59.3	55.6
目標にその人らしさ、個性を持たせるようにしている	53.3	48.8	49.2	51.4	52.6	58.0	77.8
自立支援が目標となるよう心がけている	52.2	44.1	46.8	51.1	55.7	54.5	33.3
本人の強みを活かした予防プランになるよう心がけている	34.8	29.9	30.2	31.0	34.8	41.1	22.2
具体的な数値を目標に取り入れるようにしている	31.1	22.8	23.3	30.1	34.3	35.2	11.1
その他	1.6	1.6	1.2	1.3	1.9	1.4	11.1
無回答	0.5	0.8	0.3	0.3	0.3	0.5	11.1

居宅介護支援事業所介護支援専門員について、目標設定で実践していることを担当している予防プランの件数別でみると、件数が多いほど「目標にその人らしさ、個性を持たせるようにしている」を挙げる割合が高くなる。

また、予防プラン作成経験年数が3年以上になると「目標にその人らしさ、個性を持たせるようにしている」、「自立支援が目標となるよう心がけている」、「本人の強みを活かした予防プランになるよう心がけている」を挙げる割合が高くなる。

図表 169 予防プランの目標設定で実践していること〔居宅介護支援事業所〕
(担当している予防プラン件数別)

	全体 (n=4232)	3件未満 (n=856)	3~5件 未満 (n=719)	5~10件 未満 (n=1493)	10~15件 未満 (n=746)	15件以上 (n=322)	無回答 (n=96)
本人や家族にわかりやすい表現を心がけている	70.1	63.4	69.3	72.3	73.7	70.8	71.9
目標に対して、本人・家族の合意を得るようにしている	58.6	53.5	57.9	60.3	62.3	56.2	62.5
本人の楽しみ・趣味・趣向を引き出して設定している	58.3	56.2	61.1	59.1	56.8	59.3	53.1
目標にその人らしさ、個性を持たせるようにしている	51.7	48.1	49.8	53.7	52.7	57.1	40.6
自立支援が目標となるよう心がけている	51.4	49.3	53.5	54.3	48.5	44.4	55.2
具体的な状況をイメージできる言葉を使うようにしている	51.2	45.4	51.7	53.3	51.5	55.0	52.1
本人の強みを活かした予防プランになるよう心がけている	30.3	29.4	29.9	31.2	29.6	30.7	30.2
具体的な数値を目標に取り入れるようにしている	19.8	17.8	18.9	21.6	18.6	20.8	24.0
その他	1.0	1.4	0.8	0.7	1.3	1.2	1.0
無回答	1.2	2.6	0.3	0.7	1.1	1.2	5.2

図表 170 予防プランの目標設定で実践していること〔居宅介護支援事業所〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=4232)	1年未満 (n=214)	1~3年 未満 (n=511)	3~5年 未満 (n=663)	5~10年 未満 (n=1474)	10年以上 (n=1344)	無回答 (n=26)
本人や家族にわかりやすい表現を心がけている	70.1	63.6	69.9	70.6	69.7	71.8	53.8
目標に対して、本人・家族の合意を得るようにしている	58.6	54.7	55.8	62.1	57.5	60.0	46.2
本人の楽しみ・趣味・趣向を引き出して設定している	58.3	48.6	55.2	57.9	59.5	60.0	57.7
目標にその人らしさ、個性を持たせるようにしている	51.7	41.6	49.1	52.8	51.4	54.1	50.0
自立支援が目標となるよう心がけている	51.4	49.1	47.6	51.1	51.2	53.6	53.8
具体的な状況をイメージできる言葉を使うようにしている	51.2	45.3	46.2	50.4	52.2	53.4	50.0
本人の強みを活かした予防プランになるよう心がけている	30.3	22.4	25.4	30.2	30.7	33.1	23.1
具体的な数値を目標に取り入れるようにしている	19.8	9.3	16.0	18.7	21.5	21.7	19.2
その他	1.0	1.9	1.4	0.5	0.9	1.2	0.0
無回答	1.2	3.7	0.6	0.9	1.3	0.7	19.2

予防プランの作成を担当している件数について、どのように感じているかをみると、地域包括支援センター職員は、「多すぎる」と「やや多い」を合わせて37.3%、「普通」が52.6%である。

居宅介護支援事業所介護支援専門員は、「多すぎる」と「やや多い」をあわせて32.9%、「普通」が56.7%である。

地域包括支援センター職員は、担当している予防プランの件数が30件以上になると多いと感じる割合が高くなる。

居宅介護支援事業所介護支援専門員は、担当している予防プランの件数が10件以上になると多いと感じる割合が高くなる。

図表 171 予防プラン作成担当件数の量〔地域包括支援センター〕 (n=1920)



図表 172 予防プラン作成担当件数の量〔居宅介護支援事業所〕 (n=4232)



図表 173 予防プラン作成担当件数の量〔地域包括支援センター〕
(地域包括支援センターの形態別)

	全体 (n=1920)	直営 (n=384)	委託 (n=1138)	プランチ (n=0)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=398)
多すぎる	9.6	5.2	11.9	0.0	0.0	7.3
やや多い	27.7	24.2	28.2	0.0	0.0	29.6
普通	52.6	56.8	51.1	0.0	0.0	53.0
やや少ない	8.2	9.9	7.6	0.0	0.0	8.0
少なすぎる	1.3	2.9	0.8	0.0	0.0	1.0
無回答	0.7	1.0	0.4	0.0	0.0	1.0

図表 174 予防プラン作成担当件数の量〔地域包括支援センター〕
(担当している予防プランの件数別)

	全体 (n=1920)	10件未満 (n=361)	10~20件 未満 (n=432)	20~30件 未満 (n=365)	30~40件 未満 (n=293)	40件以上 (n=412)	無回答 (n=57)
多すぎる	9.6	2.8	2.3	6.3	10.9	23.3	22.8
やや多い	27.7	8.0	22.0	28.5	38.9	41.5	33.3
普通	52.6	65.1	63.0	58.4	46.8	33.0	29.8
やや少ない	8.2	17.5	11.8	5.8	3.4	1.9	7.0
少なすぎる	1.3	5.0	0.7	0.8	0.0	0.0	0.0
無回答	0.7	1.7	0.2	0.3	0.0	0.2	7.0

図表 175 予防プラン作成担当件数の量〔居宅介護支援事業所〕

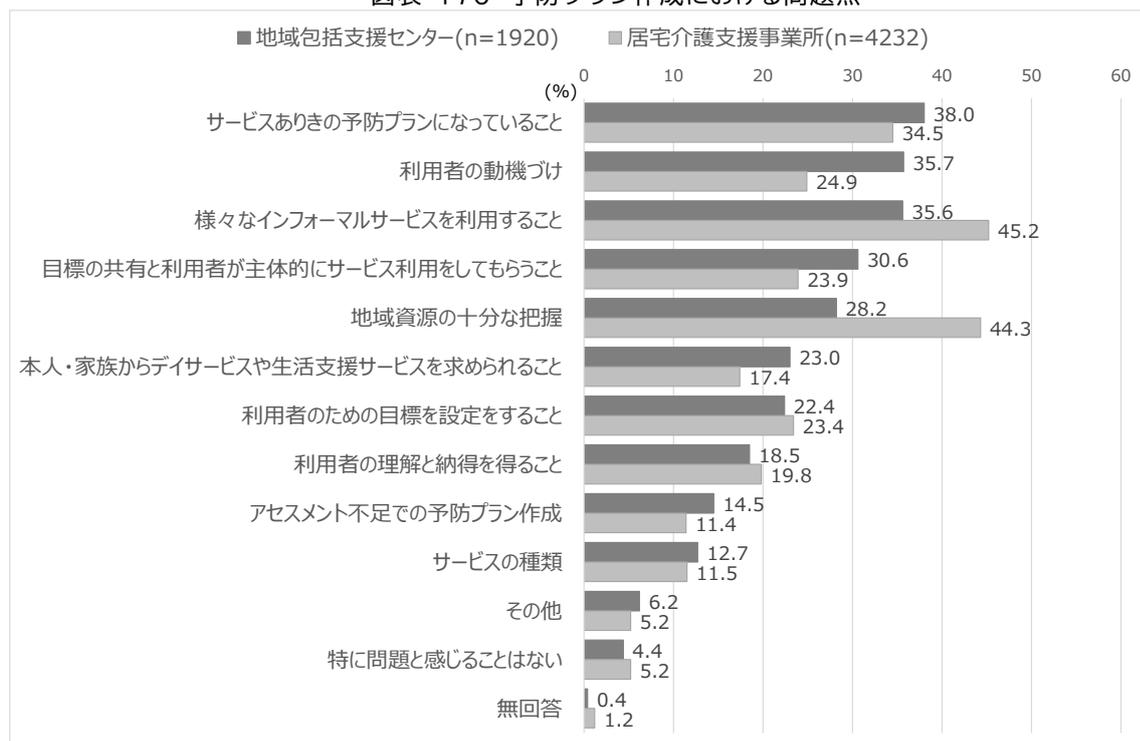
(担当している予防プランの件数別)

	全体 (n=4232)	3件未満 (n=856)	3~5件 未満 (n=719)	5~10件 未満 (n=1493)	10~15件 未満 (n=746)	15件以上 (n=322)	無回答 (n=96)
多すぎる	8.8	1.4	2.5	6.8	18.9	27.3	12.5
やや多い	24.1	2.6	10.2	28.9	42.4	42.2	44.8
普通	56.7	68.5	74.7	58.7	36.6	28.9	36.5
やや少ない	7.3	17.1	10.6	4.8	1.3	0.9	2.1
少なすぎる	1.7	6.8	1.5	0.2	0.0	0.0	0.0
無回答	1.3	3.7	0.6	0.6	0.8	0.6	4.2

予防プランの作成において問題と感ずることを3つまで回答いただいたところ、地域包括支援センター職員では、「サービスありきの予防プランになっていること」(38.0%)、「利用者の動機づけ」(35.7%)、「様々なインフォーマルサービスを利用すること」(35.6%)が上位に挙がる。

居宅介護支援事業所介護支援専門員では、「様々なインフォーマルサービスを利用すること」(45.2%)、「地域資源の十分な把握」(44.3%)、「サービスありきの予防プランになっていること」(34.5%)が上位に挙がる。

図表 176 予防プラン作成における問題点



地域包括支援センター職員について、予防プラン作成の問題点を地域包括支援センターの形態別でみると、委託は「様々なインフォーマルサービスを利用すること」、「地域資源の十分な把握」が直営と比べてやや多く挙げられている。

また、担当している予防プランの件数が10件以上になると、「サービスありきの予防プランになっていること」を挙げる割合が高い。

予防プラン作成経験年数が3年未満では「サービスありきの予防プランになっていること」、「地域資源の十分な把握」、「アセスメント不足での予防プラン作成」を挙げる割合が高い。

図表 177 予防プラン作成における問題点〔地域包括支援センター〕
(センターの形態別)

	全体 (n=1920)	直営 (n=384)	委託 (n=1138)	ブランチ (n=0)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=398)
サービスありきの予防プランになっていること	38.0	37.0	39.5	0.0	0.0	34.9
利用者の動機づけ	35.7	37.0	36.4	0.0	0.0	32.4
様々なインフォーマルサービスを利用すること	35.6	28.6	36.6	0.0	0.0	39.2
目標の共有と利用者が主体的にサービス利用をもらうこと	30.6	32.8	29.1	0.0	0.0	32.7
地域資源の十分な把握	28.2	19.0	29.7	0.0	0.0	32.9
本人・家族からデイサービスや生活支援サービスを求められること	23.0	21.4	24.7	0.0	0.0	19.8
利用者のための目標を設定をすること	22.4	25.3	21.9	0.0	0.0	21.1
利用者の理解と納得を得ること	18.5	19.0	18.3	0.0	0.0	18.8
アセスメント不足での予防プラン作成	14.5	12.8	14.3	0.0	0.0	16.6
サービスの種類	12.7	14.1	12.1	0.0	0.0	12.8
その他	6.2	4.2	6.8	0.0	0.0	6.5
特に問題と感ずることはない	4.4	4.7	4.5	0.0	0.0	3.8
無回答	0.4	0.5	0.2	0.0	0.0	0.8

図表 178 予防プラン作成における問題点〔地域包括支援センター〕
(担当している予防プランの件数別)

	全体 (n=1920)	10件未満 (n=361)	10~20件 未満 (n=432)	20~30件 未満 (n=365)	30~40件 未満 (n=293)	40件以上 (n=412)	無回答 (n=57)
サービスありきの予防プランになっていること	38.0	27.1	42.1	39.2	35.5	43.9	38.6
利用者の動機づけ	35.7	39.1	38.0	35.1	36.9	29.4	40.4
様々なインフォーマルサービスを利用すること	35.6	30.7	33.3	37.3	37.2	38.1	45.6
目標の共有と利用者が主体的にサービス利用をもらうこと	30.6	29.6	34.0	29.6	29.0	29.9	29.8
地域資源の十分な把握	28.2	22.4	28.9	28.2	28.7	33.7	17.5
本人・家族からデイサービスや生活支援サービスを求められること	23.0	18.8	24.1	25.5	22.9	23.8	21.1
利用者のための目標を設定をすること	22.4	18.8	27.3	21.1	21.5	21.4	28.1
利用者の理解と納得を得ること	18.5	18.6	16.7	19.7	17.1	20.1	21.1
アセスメント不足での予防プラン作成	14.5	11.1	13.9	13.2	15.7	18.0	17.5
サービスの種類	12.7	13.0	11.1	14.8	13.7	11.2	14.0
その他	6.2	7.8	6.0	5.5	6.1	5.6	7.0
特に問題と感ずることはない	4.4	5.8	3.0	4.4	3.8	5.3	1.8
無回答	0.4	1.1	0.2	0.0	0.3	0.2	0.0

図表 179 予防プラン作成における問題点〔地域包括支援センター〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=1920)	1年未満 (n=127)	1~3年 未満 (n=331)	3~5年 未満 (n=319)	5~10年 未満 (n=574)	10年以上 (n=560)	無回答 (n=9)
サービスありきの予防プランになっていること	38.0	50.4	42.9	44.2	38.0	28.9	33.3
利用者の動機づけ	35.7	28.3	32.3	33.9	36.2	39.8	33.3
様々なインフォーマルサービスを利用すること	35.6	33.9	34.7	34.5	36.6	36.1	33.3
目標の共有と利用者が主体的にサービス利用をしてもらうこと	30.6	30.7	27.8	31.3	32.8	30.0	0.0
地域資源の十分な把握	28.2	45.7	34.7	27.6	26.1	23.4	0.0
本人・家族からデイサービスや生活支援サービスを求められること	23.0	15.0	19.0	22.9	24.9	24.8	55.6
利用者のための目標を設定をすること	22.4	19.7	24.2	22.6	23.3	20.9	22.2
利用者の理解と納得を得ること	18.5	9.4	19.3	16.9	20.0	19.5	22.2
アセスメント不足での予防プラン作成	14.5	24.4	19.3	16.3	13.9	8.6	33.3
サービスの種類	12.7	11.0	13.9	13.8	12.7	11.4	22.2
その他	6.2	3.9	3.9	5.0	6.1	8.6	22.2
特に問題と感ずることはない	4.4	4.7	4.5	4.1	3.3	5.4	11.1
無回答	0.4	0.0	0.0	0.6	0.3	0.4	11.1

居宅介護支援事業所介護支援専門員について、予防プラン作成の問題点を担当している予防プラン件数別でみると、予防プランの件数が5件以上になると、「サービスありきの予防プランになっていること」を挙げる割合が高い。

また、予防プラン作成経験年数が浅いほど、「地域資源の十分な把握」を挙げる割合が高くなる。

図表 180 予防プラン作成における問題点〔居宅介護支援事業所〕
(担当している予防プランの件数別)

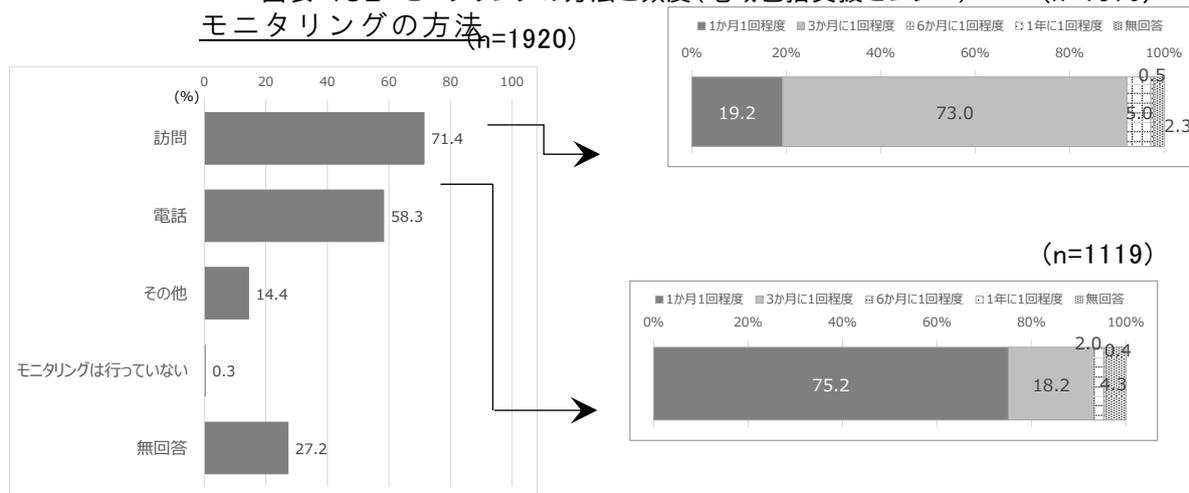
	全体 (n=4232)	3件未満 (n=856)	3~5件 未満 (n=719)	5~10件 未満 (n=1493)	10~15件 未満 (n=746)	15件以上 (n=322)	無回答 (n=96)
様々なインフォーマルサービスを利用すること	45.2	40.2	46.7	46.1	47.7	44.1	45.8
地域資源の十分な把握	44.3	43.0	49.0	43.9	43.8	42.5	36.5
サービスありきの予防プランになっていること	34.5	29.3	31.6	37.6	34.7	38.2	38.5
利用者の動機づけ	24.9	24.2	24.3	24.2	27.5	23.6	28.1
目標の共有と利用者が主体的にサービス利用をしてもらうこと	23.9	24.3	22.7	24.4	24.3	23.0	22.9
利用者のための目標を設定をすること	23.4	23.5	23.8	22.8	24.5	22.0	24.0
利用者の理解と納得を得ること	19.8	19.4	20.6	19.3	19.0	21.7	22.9
本人・家族からデイサービスや生活支援サービスを求められること	17.4	16.4	17.0	17.5	18.5	17.4	20.8
サービスの種類	11.5	10.2	10.0	12.8	12.6	10.2	10.4
アセスメント不足での予防プラン作成	11.4	9.9	9.6	11.7	12.3	15.8	10.4
その他	5.2	5.3	4.6	5.4	6.4	3.4	4.2
特に問題と感ずることはない	5.2	6.7	6.3	5.1	3.5	4.7	1.0
無回答	1.2	2.8	0.8	0.7	0.7	0.6	4.2

図表 181 予防プラン作成における問題点〔居宅介護支援事業所〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=4232)	1年未満 (n=214)	1~3年 未満 (n=511)	3~5年 未満 (n=663)	5~10年 未満 (n=1474)	10年以上 (n=1344)	無回答 (n=26)
様々なインフォーマルサービスを利用すること	45.2	42.5	46.4	50.4	45.9	42.0	30.8
地域資源の十分な把握	44.3	55.1	50.5	49.9	43.9	38.1	34.6
サービスありきの予防プランになっていること	34.5	29.9	37.2	35.4	33.9	34.6	19.2
利用者の動機づけ	24.9	20.1	24.1	24.0	24.8	26.1	38.5
目標の共有と利用者が主体的にサービス利用をしてもらうこと	23.9	23.8	21.3	25.3	25.1	23.0	23.1
利用者のための目標を設定をすること	23.4	27.1	23.5	20.8	23.1	24.2	34.6
利用者の理解と納得を得ること	19.8	16.8	18.2	18.4	20.1	21.0	26.9
本人・家族からデイサービスや生活支援サービスを求められること	17.4	14.5	14.5	17.0	18.3	18.2	23.1
サービスの種類	11.5	10.3	12.3	12.2	10.5	12.1	11.5
アセスメント不足での予防プラン作成	11.4	25.7	15.5	12.2	11.1	7.4	11.5
その他	5.2	4.7	5.3	4.8	4.5	6.5	0.0
特に問題と感ずることはない	5.2	1.9	4.9	4.1	5.5	6.2	0.0
無回答	1.2	4.7	0.6	0.9	1.0	0.9	23.1

モニタリングの方法についてみると、地域包括支援センター職員は「訪問」が71.4%、「電話」が58.3%で訪問によるモニタリングが多い。「訪問」の頻度は「3か月に1回程度」(73.0%)が多い。「電話」の頻度は「1か月に1回程度」(75.2%)が多い。

図表 182 モニタリングの方法と頻度(地域包括支援センター) (n=1370)
モニタリングの方法 (n=1920)



モニタリングの方法をセンターの形態別で見ると、直営は委託より「訪問」の割合が高い。

訪問頻度は、直営は委託と比べて「1か月に1回程度」の割合が高く、電話頻度は、委託が直営と比べて「1か月に1回程度」の割合が高い。

図表 183 モニタリングの方法〔地域包括支援センター〕
(センターの形態別)

	全体 (n=1920)	直営 (n=384)	委託 (n=1138)	ブランチ (n=0)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=398)
訪問	71.4	78.4	69.5	0.0	0.0	69.8
電話	58.3	52.9	60.0	0.0	0.0	58.5
その他	14.4	12.8	14.7	0.0	0.0	15.1
モニタリングは行っていない	0.3	0.3	0.3	0.0	0.0	0.5
無回答	27.2	20.3	28.8	0.0	0.0	29.1

図表 184 訪問頻度〔地域包括支援センター〕
(センターの形態別)

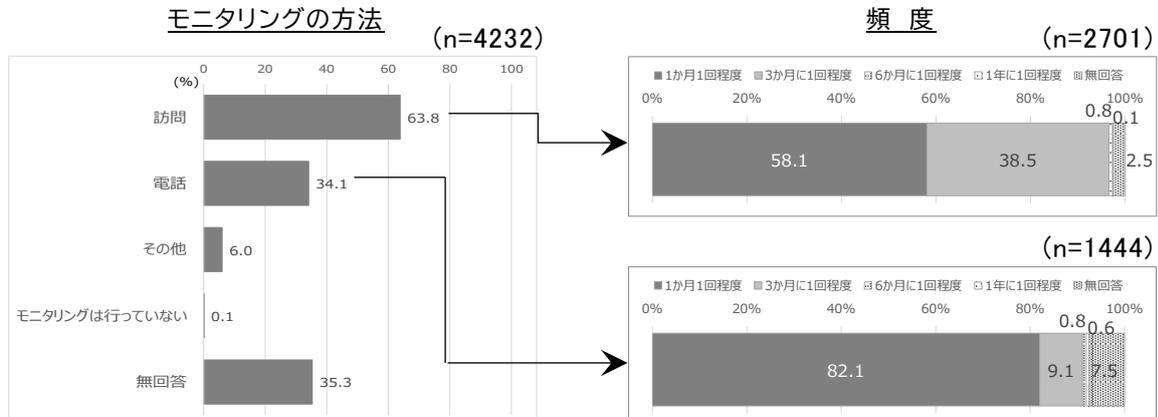
	全体 (n=1370)	直営 (n=301)	委託 (n=791)	ブランチ (n=0)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=278)
1か月に1回程度	19.2	32.2	15.7	0.0	0.0	15.1
3か月に1回程度	73.0	59.5	77.4	0.0	0.0	75.2
6か月に1回程度	5.0	5.0	4.3	0.0	0.0	7.2
1年に1回程度	0.5	1.3	0.3	0.0	0.0	0.4
無回答	2.3	2.0	2.4	0.0	0.0	2.2

図表 185 電話頻度〔地域包括支援センター〕
(センターの形態別)

	全体 (n=1119)	直営 (n=203)	委託 (n=683)	ブランチ (n=0)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=233)
1か月に1回程度	75.2	70.0	76.1	0.0	0.0	76.8
3か月に1回程度	18.2	22.2	17.7	0.0	0.0	16.3
6か月に1回程度	2.0	2.0	1.8	0.0	0.0	2.6
1年に1回程度	0.4	0.5	0.4	0.0	0.0	0.0
無回答	4.3	5.4	4.0	0.0	0.0	4.3

居宅介護支援事業所介護支援専門員のモニタリング方法は、「訪問」が63.8%、「電話」が34.1%で訪問によるモニタリングが多い。「訪問」の頻度は「1か月に1回程度」(58.1%)が多い。「電話」の頻度も「1か月に1回程度」(82.1%)が多い。

図表 186 モニタリングの方法と頻度〔居宅介護支援事業所〕



モニタリングの方法を担当している予防プランの件数別でみると、15件以上では「訪問」の割合がやや低くなる。

訪問頻度は、担当件数が少ないほど「1か月に1回程度」の割合が高くなる。

図表 187 モニタリングの方法〔居宅介護支援事業所〕
(担当している予防プラン件数別)

	全体 (n=4232)	3件未満 (n=856)	3~5件 未満 (n=719)	5~10件 未満 (n=1493)	10~15件 未満 (n=746)	15件以上 (n=322)	無回答 (n=96)
訪問	63.8	64.5	65.8	63.0	64.5	59.6	64.6
電話	34.1	25.9	31.7	35.0	40.2	43.2	34.4
その他	6.0	4.9	5.1	6.2	7.5	6.5	4.2
モニタリングは行っていない	0.1	0.4	0.0	0.1	0.0	0.3	1.0
無回答	35.3	34.1	33.8	36.2	34.6	39.8	34.4

図表 188 訪問頻度〔居宅介護支援事業所〕
(担当している予防プラン件数別)

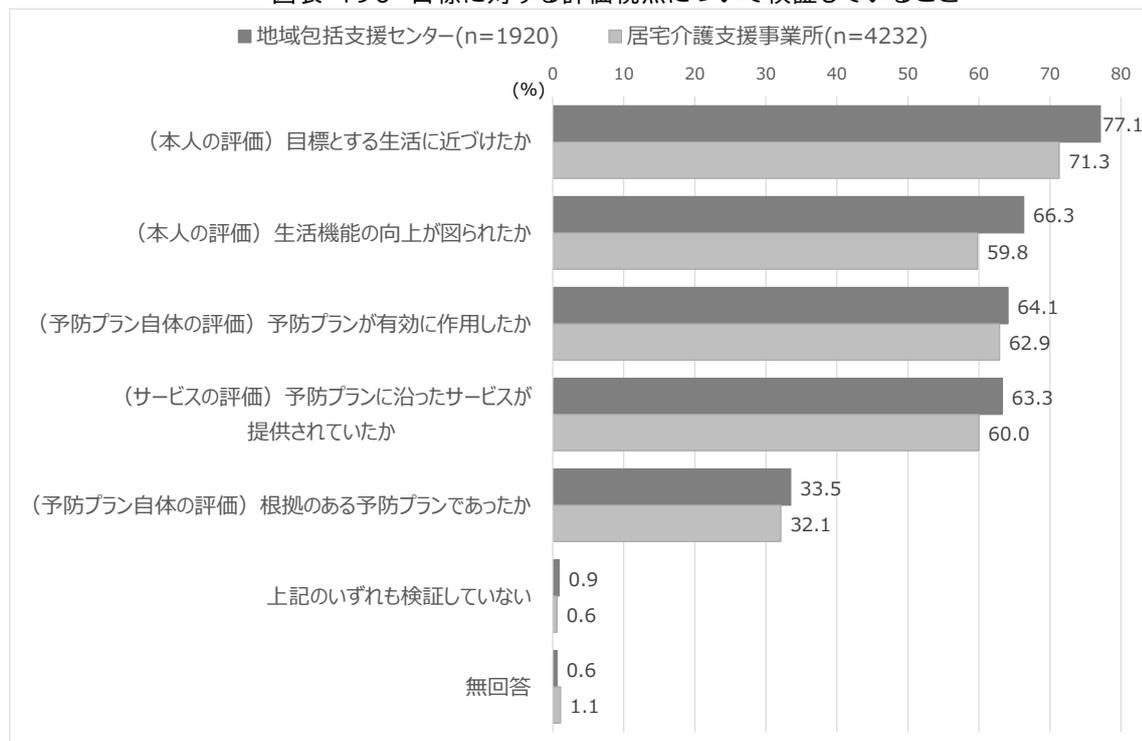
	全体 (n=2701)	3件未満 (n=552)	3~5件 未満 (n=473)	5~10件 未満 (n=941)	10~15件 未満 (n=481)	15件以上 (n=192)	無回答 (n=62)
1か月に1回程度	58.1	71.0	60.7	56.6	50.3	44.3	48.4
3か月に1回程度	38.5	25.5	35.3	40.1	47.2	51.6	45.2
6か月に1回程度	0.8	0.7	0.2	1.2	0.4	1.6	1.6
1年に1回程度	0.1	0.0	0.2	0.1	0.2	0.0	0.0
無回答	2.5	2.7	3.6	2.0	1.9	2.6	4.8

図表 189 電話頻度〔居宅介護支援事業所〕
(担当している予防プラン件数別)

	全体 (n=1444)	3件未満 (n=222)	3~5件 未満 (n=228)	5~10件 未満 (n=522)	10~15件 未満 (n=300)	15件以上 (n=139)	無回答 (n=33)
1か月に1回程度	82.1	79.7	83.8	81.6	83.0	84.2	75.8
3か月に1回程度	9.1	6.3	8.8	9.6	9.0	9.4	21.2
6か月に1回程度	0.8	1.4	0.9	0.4	1.3	0.0	0.0
1年に1回程度	0.6	1.4	0.4	0.4	0.3	1.4	0.0
無回答	7.5	11.3	6.1	8.0	6.3	5.0	3.0

介護予防ケアマネジメントの目標に対する評価視点について、どの程度検証できているかをみると、地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所介護支援専門員でやや順番が異なるものの「目標とする生活に近づけたか」、「生活機能の向上が図られたか」、「予防プランが有効に作用したか」、「予防プランに沿ったサービスが提供されたか」が多く挙げられた。

図表 190 目標に対する評価視点について検証していること



地域包括支援センター職員の評価視点について検証していることを地域包括支援センターの形態別でみると、委託は直営と比べて「生活機能の向上が図られたか」、「予防プランが有効に作用したか」を挙げる割合がやや高い。

居宅介護支援事業所介護支援専門員について、予防プラン作成経験年数別でみると、3年以上になると「目標とする生活に近づけたか」を挙げる割合が高い。

図表 191 目標に対する評価視点について検証していること〔地域包括支援センター〕
(センターの形態別)

	全体 (n=1920)	直営 (n=384)	委託 (n=1138)	ブランチ (n=0)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=398)
(本人の評価) 目標とする生活に近づけたか	77.1	75.0	77.6	0.0	0.0	77.9
(本人の評価) 生活機能の向上が図られたか	66.3	60.9	66.2	0.0	0.0	71.9
(予防プラン自体の評価) 予防プランが有効に作用したか	64.1	59.9	66.4	0.0	0.0	61.6
(サービスの評価) 予防プランに沿ったサービスが提供されていたか	63.3	64.1	63.4	0.0	0.0	62.1
(予防プラン自体の評価) 根拠のある予防プランであったか	33.5	31.3	32.2	0.0	0.0	39.2
上記のいずれも検証していない	0.9	0.5	0.9	0.0	0.0	1.5
無回答	0.6	1.3	0.4	0.0	0.0	0.5

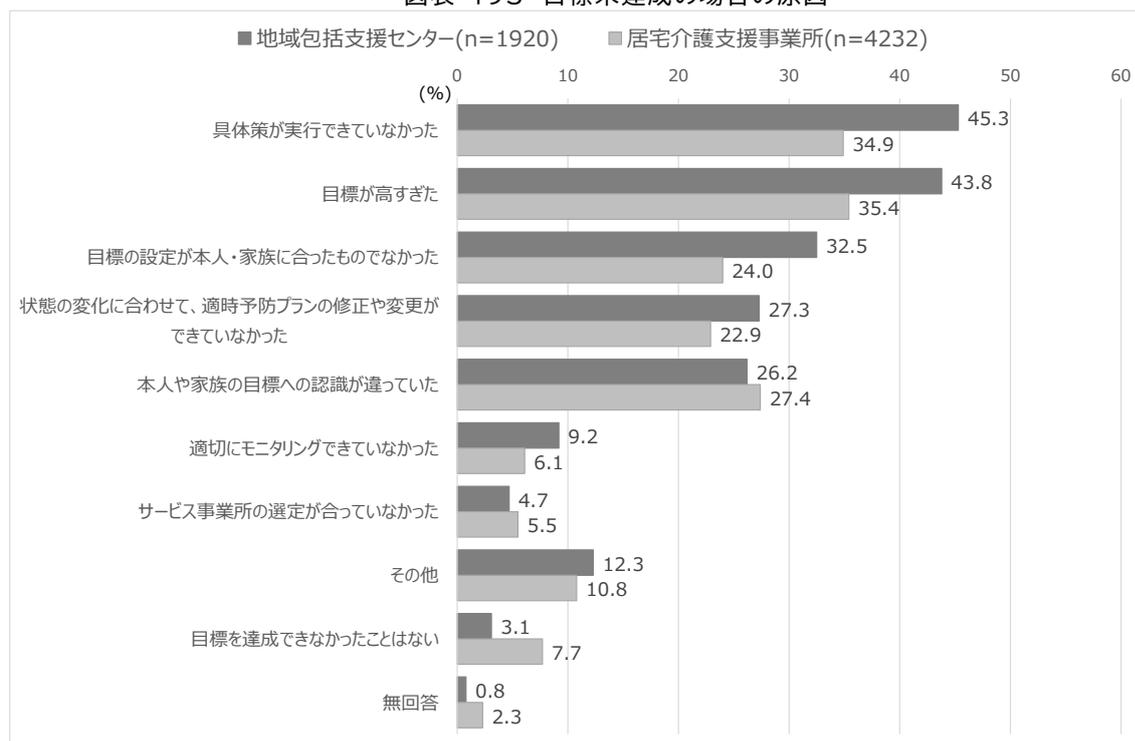
図表 192 目標に対する評価視点について検証していること〔居宅介護支援事業所〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=4232)	1年未満 (n=214)	1~3年 未満 (n=511)	3~5年 未満 (n=663)	5~10年 未満 (n=1474)	10年以上 (n=1344)	無回答 (n=26)
(本人の評価) 目標とする生活に近づけたか	71.3	61.7	69.5	72.9	72.9	71.4	50.0
(予防プラン自体の評価) 予防プランが有効に作用したか	62.9	56.5	62.4	66.7	63.0	62.6	38.5
(サービスの評価) 予防プランに沿ったサービスが提供されていたか	60.0	58.9	59.7	62.9	59.2	60.3	38.5
(本人の評価) 生活機能の向上が図られたか	59.8	55.6	56.8	57.5	59.9	62.8	46.2
(予防プラン自体の評価) 根拠のある予防プランであったか	32.1	33.2	33.5	31.5	32.0	32.2	15.4
上記のいずれも検証していない	0.6	3.7	0.6	0.2	0.5	0.4	0.0
無回答	1.1	4.7	0.4	0.8	0.7	0.9	30.8

介護予防ケアマネジメントの目標を達成できていない場合の原因について、地域包括支援センター職員は「具体策が実行できていなかった」(45.3%)、「目標が高すぎた」(43.8%)、「目標の設定が本人・家族に合ったものでなかった」(32.5%)が上位に挙がる。

居宅介護支援事業所介護支援専門員では、「目標が高すぎた」(35.4%)、「具体策が実行できていなかった」(34.9%)、「本人や家族の目標への認識が違っていた」(27.4%)が上位に挙がる。

図表 193 目標未達成の場合の原因



地域包括支援センター職員について、地域包括支援センターの形態別でみると、委託は直営と比べて「目標が高すぎた」を挙げる割合が高い。

居宅介護支援事業所介護支援専門員について、担当している予防プラン件数別でみると、5件以上になると「目標が高すぎた」、「具体策が実行できていなかった」を挙げる割合が高くなる。

図表 194 目標未達成の場合の原因〔地域包括支援センター〕
(センターの形態別)

	全体 (n=1920)	直営 (n=384)	委託 (n=1138)	ブランチ (n=0)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=398)
具体策が実行できていなかった	45.3	43.8	45.5	0.0	0.0	46.0
目標が高すぎた	43.8	35.7	44.7	0.0	0.0	49.0
目標の設定が本人・家族に合ったものでなかった	32.5	29.7	32.8	0.0	0.0	34.4
状態の変化に合わせて、適時予防プランの修正や変更ができていなかった	27.3	26.0	27.3	0.0	0.0	28.6
本人や家族の目標への認識が違っていた	26.2	24.5	27.1	0.0	0.0	25.4
適切にモニタリングできていなかった	9.2	10.7	8.2	0.0	0.0	10.8
サービス事業所の選定が合っていないかった	4.7	3.9	4.9	0.0	0.0	5.0
その他	12.3	10.7	13.2	0.0	0.0	11.6
目標を達成できなかったことはない	3.1	4.4	2.5	0.0	0.0	3.8
無回答	0.8	0.8	0.8	0.0	0.0	1.0

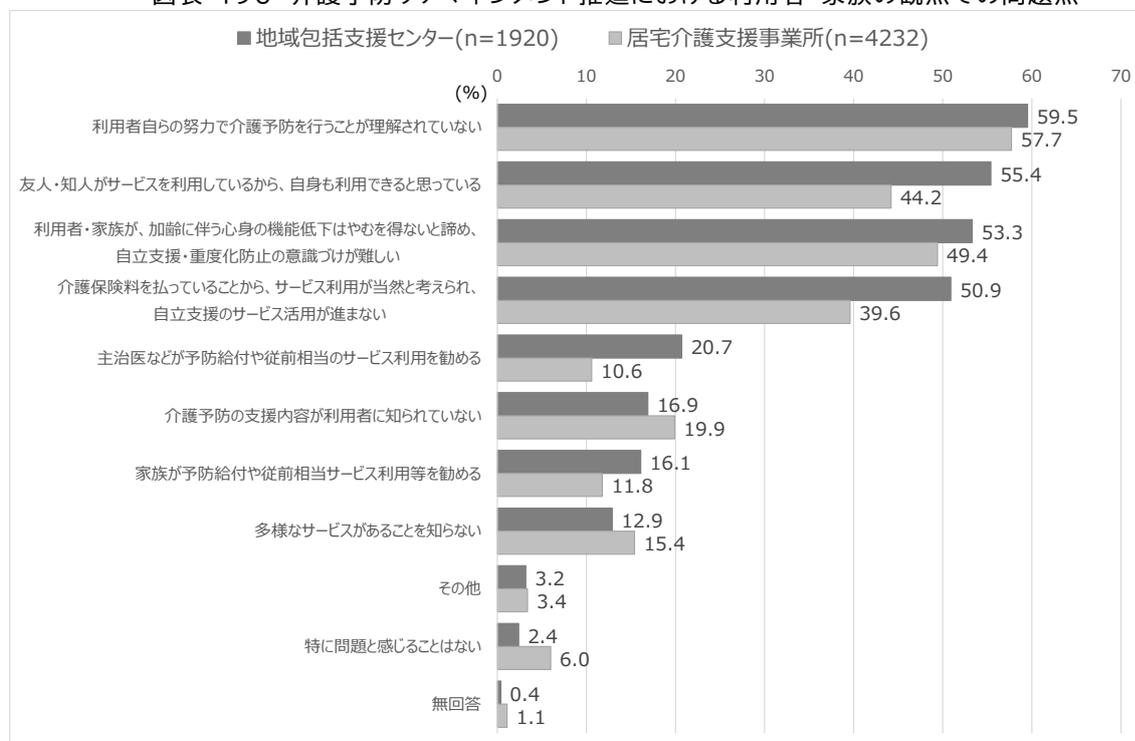
図表 195 目標未達成の場合の原因〔居宅介護支援事業所〕
(担当している予防プラン件数別)

	全体 (n=4232)	3件未満 (n=856)	3~5件 未満 (n=719)	5~10件 未満 (n=1493)	10~15件 未満 (n=746)	15件以上 (n=322)	無回答 (n=96)
目標が高すぎた	35.4	28.9	33.0	37.1	39.7	38.5	41.7
具体策が実行できていなかった	34.9	28.5	33.9	38.6	34.7	37.0	36.5
本人や家族の目標への認識が違っていた	27.4	22.7	27.5	28.7	28.6	30.1	29.2
目標の設定が本人・家族に合ったものでなかった	24.0	18.8	26.3	25.5	24.1	26.7	18.8
状態の変化に合わせて、適時予防プランの修正や変更ができていなかった	22.9	18.6	23.1	23.3	23.7	31.4	18.8
適切にモニタリングできていなかった	6.1	4.9	4.3	7.0	6.0	8.7	9.4
サービス事業所の選定が合っていないかった	5.5	3.5	5.3	5.4	6.8	7.8	9.4
その他	10.8	11.3	10.4	10.4	12.1	9.0	12.5
目標を達成できなかったことはない	7.7	12.9	10.7	5.6	5.6	2.8	5.2
無回答	2.3	5.5	1.4	1.7	0.9	0.9	5.2

介護予防ケアマネジメントの推進において、利用者・家族の観点からみて問題だと感じることは、地域包括支援センター職員では、「利用者自らの努力で介護予防を行うことが理解されていない」(59.5%)、「友人・知人がサービスを利用しているから、自身も利用できると思っている」(55.4%)、「利用者・家族が、加齢に伴う心身の機能低下はやむを得ないと諦め、自立支援・重度化防止の意識づけが難しい」(53.3%)、「介護保険料を払っていることから、サービス利用が当然と考えられ、自立支援のサービス活用が進まない」(50.9%)が上位に挙がる。

居宅介護支援事業所介護支援専門員では、「利用者自らの努力で介護予防を行うことが理解されていない」(57.7%)、「利用者・家族が、加齢に伴う心身の機能低下はやむを得ないと諦め、自立支援・重度化防止の意識づけが難しい」(49.4%)、「友人・知人がサービスを利用しているから、自身も利用できると思っている」(44.2%)、「介護保険料を払っていることから、サービス利用が当然と考えられ、自立支援のサービス活用が進まない」(39.6%)が上位に挙がる。

図表 196 介護予防ケアマネジメント推進における利用者・家族の観点での問題点



地域包括支援センター職員について、地域包括支援センターの形態別でみると、委託は直営と比べて「友人・知人がサービスを利用しているから、自身も利用できると思っている」、「介護保険料を払っていることから、サービス利用が当然と考えられ、自立支援のサービス活用が進まない」を挙げる割合が高い。また、予防プラン作成経験年数別でみると、経験が浅いほど「介護予防の支援内容が利用者に知られていない」を挙げる割合が高くなる。

図表 197 介護予防ケアマネジメント推進における利用者・家族の観点での問題点〔地域包括支援センター〕

(センターの形態別)

	全体 (n=1920)	直営 (n=384)	委託 (n=1138)	ブランチ (n=0)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=398)
利用者自らの努力で介護予防を行うことが理解されていない	59.5	59.6	59.1	0.0	0.0	60.8
友人・知人がサービスを利用しているから、自身も利用できると思っている	55.4	51.8	56.3	0.0	0.0	56.0
利用者・家族が、加齢に伴う心身の機能低下はやむを得ないと諦め、自立支援・重度化防止の意識づけが難しい	53.3	54.7	53.9	0.0	0.0	50.5
介護保険料を払っていることから、サービス利用が当然と考えられ、自立支援のサービス活用が進まない	50.9	44.3	52.5	0.0	0.0	52.8
主治医などが予防給付や従前相当のサービス利用を勧める	20.7	23.2	20.7	0.0	0.0	18.1
介護予防の支援内容が利用者に知られていない	16.9	13.3	17.3	0.0	0.0	19.3
家族が予防給付や従前相当サービス利用等を勧める	16.1	14.6	16.3	0.0	0.0	17.1
多様なサービスがあることを知らない	12.9	10.4	13.9	0.0	0.0	12.3
その他	3.2	2.9	2.5	0.0	0.0	5.5
特に問題と感じることはない	2.4	2.3	1.8	0.0	0.0	4.0
無回答	0.4	0.5	0.4	0.0	0.0	0.3

図表 198 介護予防ケアマネジメント推進における利用者・家族の観点での問題点〔地域包括支援センター〕

(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=1920)	1年未満 (n=127)	1~3年 未満 (n=331)	3~5年 未満 (n=319)	5~10年 未満 (n=574)	10年以上 (n=560)	無回答 (n=9)
利用者自らの努力で介護予防を行うことが理解されていない	59.5	60.6	61.3	60.8	59.4	57.5	66.7
友人・知人がサービスを利用しているから、自身も利用できると思っている	55.4	42.5	59.5	58.0	56.6	53.2	44.4
利用者・家族が、加齢に伴う心身の機能低下はやむを得ないと諦め、自立支援・重度化防止の意識づけが難しい	53.3	48.8	49.5	48.6	55.2	57.5	44.4
介護保険料を払っていることから、サービス利用が当然と考えられ、自立支援のサービス活用が進まない	50.9	38.6	43.2	53.6	56.8	51.1	33.3
主治医などが予防給付や従前相当のサービス利用を勧める	20.7	14.2	18.7	17.2	23.7	21.8	44.4
介護予防の支援内容が利用者に知られていない	16.9	26.0	22.1	16.6	17.1	12.1	0.0
家族が予防給付や従前相当サービス利用等を勧める	16.1	11.0	13.3	20.7	14.6	17.7	22.2
多様なサービスがあることを知らない	12.9	25.2	14.5	13.8	11.7	10.0	0.0
その他	3.2	0.8	2.4	2.8	3.3	4.3	0.0
特に問題と感じることはない	2.4	2.4	3.6	1.9	1.2	2.9	22.2
無回答	0.4	0.0	0.0	0.3	0.2	0.4	33.3

居宅介護支援事業所介護支援専門員について、担当している予防プラン件数別で見ると、5件以上になると、「利用者自らの努力で介護予防を行うことが理解されていない」、「友人・知人がサービスを利用しているから、自身も利用できると思っている」、「介護保険料を払っていることから、サービス利用が当然と考えられ、自立支援のサービス活用が進まない」を挙げる割合が高くなる。

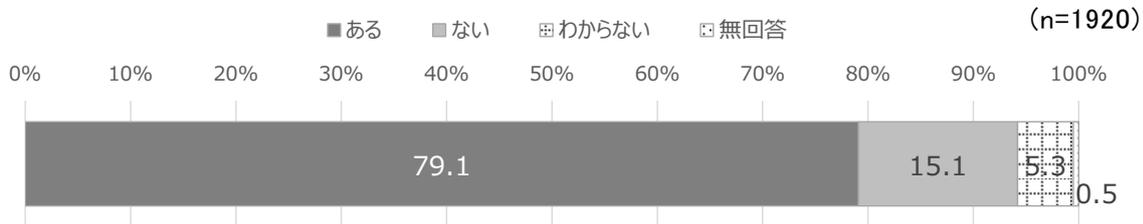
図表 199 介護予防ケアマネジメント推進における利用者・家族の観点での問題点〔居宅介護支援事業所〕
(担当している予防プラン件数別)

	全体 (n=4232)	3件未満 (n=856)	3～5件 未満 (n=719)	5～10件 未満 (n=1493)	10～15件 未満 (n=746)	15件以上 (n=322)	無回答 (n=96)
利用者自らの努力で介護予防を行うことが理解されていない	57.7	50.5	54.7	60.4	60.9	60.6	67.7
利用者・家族が、加齢に伴う心身の機能低下はやむを得ないと諦め、自立支援・重度化防止の意識づけが難しい	49.4	43.9	49.8	51.4	50.4	48.1	59.4
友人・知人がサービスを利用しているから、自身も利用できると思っている	44.2	36.4	41.3	46.2	50.0	49.7	41.7
介護保険料を払っていることから、サービス利用が当然と考えられ、自立支援のサービス活用が進まない	39.6	33.3	37.6	41.7	42.5	44.4	39.6
介護予防の支援内容が利用者に知られていない	19.9	19.5	18.6	20.6	18.9	22.0	24.0
多様なサービスがあることを知らない	15.4	16.7	14.7	14.1	16.4	17.7	15.6
家族が予防給付や従前相当サービス利用等を勧める	11.8	10.7	11.1	12.3	11.7	13.4	12.5
主治医などが予防給付や従前相当のサービス利用を勧める	10.6	8.6	9.6	10.2	12.7	12.7	17.7
その他	3.4	4.1	3.3	3.1	3.2	3.1	6.3
特に問題と感ずることはない	6.0	11.1	7.1	4.5	3.8	3.7	2.1
無回答	1.1	2.8	0.7	0.6	0.7	0.3	3.1

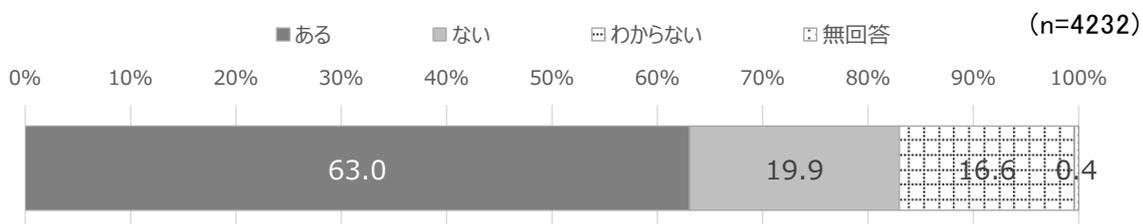
(5) 介護予防ケアマネジメントに関する研修機会について

地域包括支援センターで介護予防ケアマネジメントに関する研修が「ある」は79.1%、居宅介護支援事業所は「ある」が63.0%である。

図表 200 介護予防ケアマネジメントに関する研修有無〔地域包括支援センター〕



図表 201 介護予防ケアマネジメントに関する研修有無〔居宅介護支援事業所〕



地域包括支援センターの形態別では、委託は直営と比べて「ある」割合が高く、また、センターの予防プラン件数が200件以上は「ある」割合が8割を超える。

図表 202 介護予防ケアマネジメントに関する研修有無〔地域包括支援センター〕
(センターの形態別)

	全体 (n=1920)	直営 (n=384)	委託 (n=1138)	プランチ (n=0)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=398)
ある	79.1	65.9	83.0	0.0	0.0	80.4
ない	15.1	29.4	11.5	0.0	0.0	11.6
わからない	5.3	4.2	5.3	0.0	0.0	6.5
無回答	0.5	0.5	0.2	0.0	0.0	1.5

図表 203 介護予防ケアマネジメントに関する研修有無〔地域包括支援センター〕
(センター全体の予防プラン件数別)

	全体 (n=1920)	100件 未満 (n=310)	100~200 件未満 (n=485)	200~300 件未満 (n=336)	300~400 件未満 (n=166)	400件 以上 (n=213)	無回答 (n=410)
ある	79.1	69.7	76.7	82.7	85.5	84.5	80.5
ない	15.1	24.8	17.5	12.5	9.0	10.8	11.7
わからない	5.3	5.5	5.4	4.2	5.4	4.7	6.3
無回答	0.5	0.0	0.4	0.6	0.0	0.0	1.5

居宅介護支援事業所の設置主体別では、営利法人（民間企業）は社会福祉法人（社会福祉協議会以外）、医療法人と比べて「ある」割合が高い。また、担当している予防プラン件数が10件以上で「ある」割合が高く、予防プラン作成経験年数が3年以上で「ある」割合が高い。

図表 204 介護予防ケアマネジメントに関する研修有無〔居宅介護支援事業所〕
（設置主体別）

	全体 (n=4232)	自治体による運営 (n=32)	社会福祉協議会 (n=233)	社会福祉法人(社会福祉協議会以外) (n=865)	協同組合・連合会 (n=69)	医療法人 (n=584)	NPO法人 (n=65)	営利法人(民間企業) (n=1225)	その他 (n=113)	無回答 (n=1046)
ある	63.0	53.1	59.7	61.7	68.1	59.8	55.4	64.8	69.0	64.4
ない	19.9	37.5	27.5	20.7	8.7	21.7	33.8	18.1	16.8	18.5
わからない	16.6	6.3	12.9	17.1	23.2	18.0	10.8	16.7	14.2	16.6
無回答	0.4	3.1	0.0	0.5	0.0	0.5	0.0	0.4	0.0	0.5

図表 205 介護予防ケアマネジメントに関する研修有無〔居宅介護支援事業所〕
（担当している予防プラン件数別）

	全体 (n=4232)	3件未満 (n=502)	3~5件未満 (n=560)	5~10件未満 (n=854)	10~15件未満 (n=536)	15件以上 (n=312)	無回答 (n=389)
ある	63.0	52.8	57.9	61.4	68.3	68.3	71.2
ない	19.9	24.9	24.3	20.7	17.5	17.9	15.9
わからない	16.6	20.9	17.7	17.6	14.0	13.8	12.6
無回答	0.4	1.4	0.2	0.4	0.2	0.0	0.3

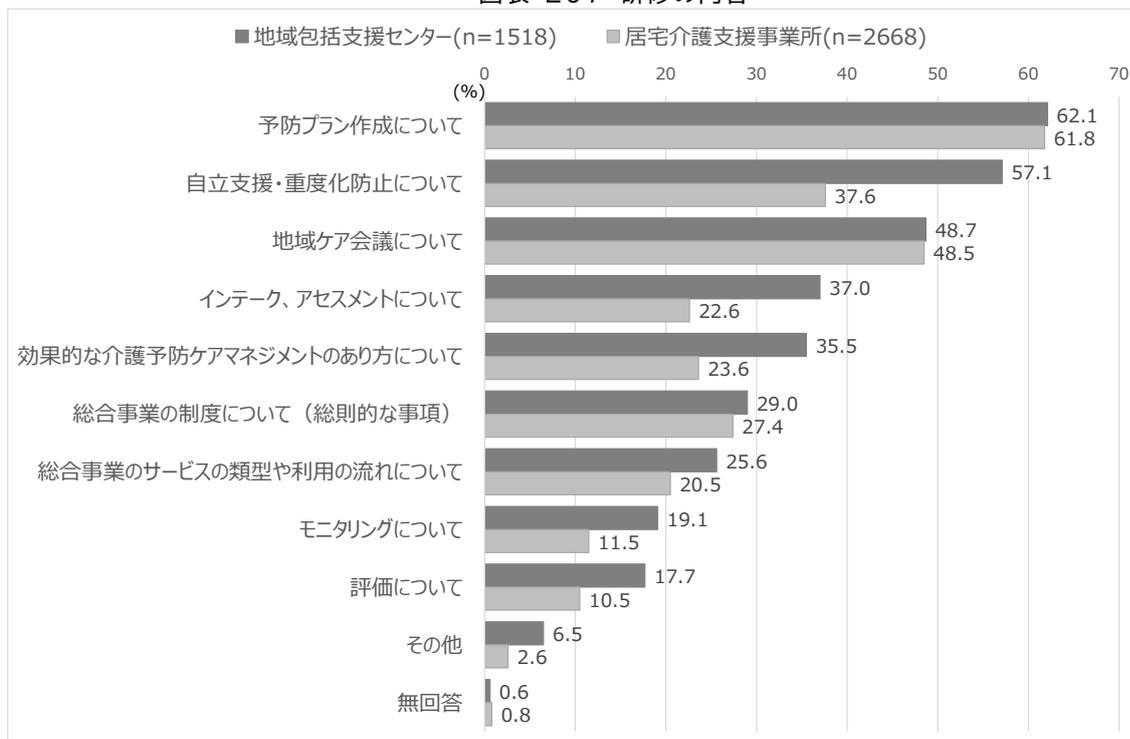
図表 206 介護予防ケアマネジメントに関する研修有無〔居宅介護支援事業所〕
（予防プラン作成経験年数別）

	全体 (n=4232)	1年未満 (n=214)	1~3年未満 (n=511)	3~5年未満 (n=663)	5~10年未満 (n=1474)	10年以上 (n=1344)	無回答 (n=26)
ある	63.0	47.7	57.9	65.0	64.3	65.3	50.0
ない	19.9	18.7	16.4	17.6	20.1	22.3	26.9
わからない	16.6	32.7	25.6	17.2	15.1	12.1	7.7
無回答	0.4	0.9	0.0	0.2	0.5	0.2	15.4

研修があると回答した方について、研修の内容を聞いたところ、地域包括支援センターでは、「予防プラン作成について」(62.2%)、「自立支援・重度化防止について」(57.1%)、「地域ケア会議について」(48.7%)が上位に挙がる。

居宅介護支援事業所では、「予防プラン作成について」(61.8%)、「地域ケア会議について」(48.5%)、「自立支援・重度化防止について」(37.6%)が上位に挙がる。

図表 207 研修の内容



※研修があると回答した方のみ

地域包括支援センターの形態別で見ると、委託は直営と比べて「予防プラン作成について」、「効果的な介護予防ケアマネジメントのあり方について」、「総合事業のサービスの類型や利用の流れについて」の研修を実施している割合が高い。

図表 208 研修の内容〔地域包括支援センター〕
(センターの形態別)

	全体 (n=1518)	直営 (n=253)	委託 (n=945)	ブランチ (n=0)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=320)
予防プラン作成について	62.1	49.8	65.4	0.0	0.0	62.2
自立支援・重度化防止について	57.1	53.8	57.8	0.0	0.0	57.8
地域ケア会議について	48.7	46.2	49.7	0.0	0.0	47.8
インテーク、アセスメントについて	37.0	34.4	38.7	0.0	0.0	33.8
効果的な介護予防ケアマネジメントのあり方について	35.5	27.7	36.6	0.0	0.0	38.4
総合事業の制度について（総則的な事項）	29.0	24.1	29.2	0.0	0.0	32.2
総合事業のサービスの類型や利用の流れについて	25.6	20.2	27.5	0.0	0.0	24.4
モニタリングについて	19.1	16.2	19.7	0.0	0.0	19.7
評価について	17.7	14.6	18.4	0.0	0.0	18.1
その他	6.5	10.3	5.4	0.0	0.0	6.6
無回答	0.6	0.8	0.5	0.0	0.0	0.6

※研修があると回答した方のみ

居宅介護支援事業所では、担当している予防プラン件数が5件以上では、「予防プラ

ン作成について」の研修を実施している割合が高く、担当件数が多いほど「効果的な介護予防ケアマネジメントのあり方について」の研修を実施している割合が高くなる。

図表 209 研修の内容〔居宅介護支援事業所〕
(担当している予防プラン件数別)

	全体 (n=2668)	3件未満 (n=444)	3~5件 未満 (n=436)	5~10件 未満 (n=997)	10~15件 未満 (n=497)	15件以上 (n=231)	無回答 (n=63)
予防プラン作成について	61.8	58.8	59.2	63.1	63.4	64.9	55.6
地域ケア会議について	48.5	46.8	48.9	49.7	49.1	45.5	46.0
自立支援・重度化防止について	37.6	38.1	33.9	38.2	39.8	35.9	39.7
総合事業の制度について（総則的な事項）	27.4	25.7	32.1	26.5	25.6	29.0	28.6
効果的な介護予防ケアマネジメントのあり方について	23.6	19.6	22.5	24.4	24.7	27.7	22.2
インテーク、アセスメントについて	22.6	23.0	18.1	23.8	22.9	24.2	25.4
総合事業のサービスの類型や利用の流れについて	20.5	20.0	24.1	20.2	18.7	18.6	27.0
モニタリングについて	11.5	12.8	9.2	12.2	10.3	12.1	14.3
評価について	10.5	11.7	8.3	11.2	10.1	9.1	15.9
その他	2.6	2.3	3.7	1.8	3.2	2.6	6.3
無回答	0.8	1.8	0.0	0.7	1.0	0.4	1.6

※研修があると回答した方のみ

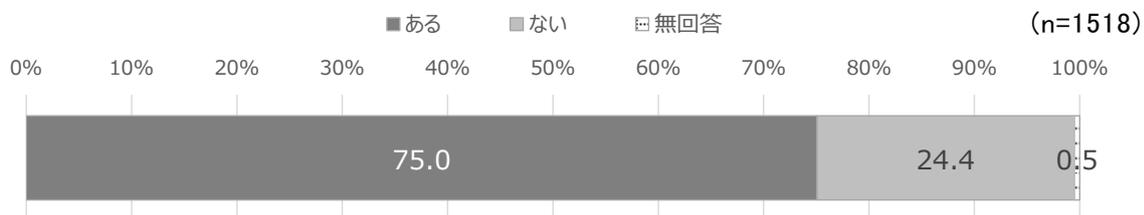
図表 210 研修の内容〔居宅介護支援事業所〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=2668)	1年未満 (n=102)	1~3年 未満 (n=296)	3~5年 未満 (n=431)	5~10年 未満 (n=948)	10年以上 (n=878)	無回答 (n=13)
予防プラン作成について	61.8	69.6	57.1	58.7	60.4	65.4	61.5
地域ケア会議について	48.5	49.0	49.0	50.3	50.8	45.3	23.1
自立支援・重度化防止について	37.6	33.3	39.5	41.5	36.8	36.4	38.5
総合事業の制度について（総則的な事項）	27.4	24.5	26.4	25.8	29.7	26.3	23.1
効果的な介護予防ケアマネジメントのあり方について	23.6	26.5	24.3	23.2	24.3	22.7	7.7
インテーク、アセスメントについて	22.6	26.5	26.7	24.6	22.3	20.4	15.4
総合事業のサービスの類型や利用の流れについて	20.5	20.6	18.2	20.4	23.6	18.2	7.7
モニタリングについて	11.5	23.5	16.6	12.1	10.3	9.6	0.0
評価について	10.5	16.7	15.5	10.7	9.9	8.9	0.0
その他	2.6	2.9	1.7	3.2	2.2	3.0	7.7
無回答	0.8	1.0	1.0	0.9	0.7	0.7	7.7

※研修があると回答した方のみ

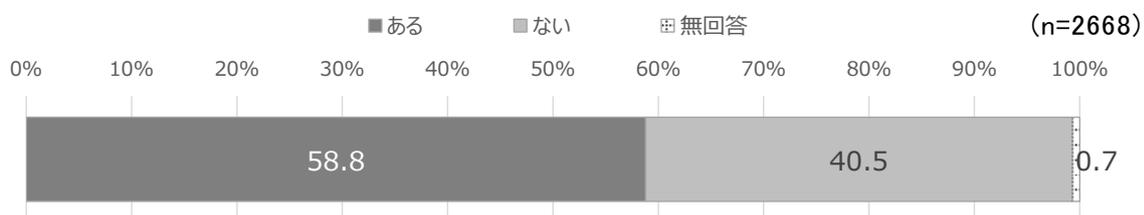
令和2年11月～令和3年10月までの期間に研修を受講した経験が「ある」割合は、地域包括支援センター職員で75.0%、居宅介護支援事業所介護支援専門員で58.8%である。

図表 211 研修受講経験:令和2年11月～令和3年10月まで〔地域包括支援センター〕



※研修があると回答した方のみ

図表 212 研修受講経験:令和2年11月～令和3年10月まで〔居宅介護支援事業所〕



※研修があると回答した方のみ

地域包括支援センター職員の予防プラン作成経験年数別でみると、1年未満は「ある」割合が9割近い。

居宅介護支援事業所介護支援専門員については、担当している予防プラン件数が15件以上では「ある」割合が7割となる。また、予防プラン作成経験年数が1年未満は「ある」割合が7割程度である。

図表 213 研修受講経験:令和2年11月～令和3年10月まで〔地域包括支援センター〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=1518)	1年未満 (n=107)	1～3年 未満 (n=257)	3～5年 未満 (n=250)	5～10年 未満 (n=456)	10年以上 (n=446)	無回答 (n=2)
ある	75.0	87.9	75.5	71.2	71.7	77.4	50.0
ない	24.4	12.1	24.1	28.0	28.3	21.5	50.0
無回答	0.5	0.0	0.4	0.8	0.0	1.1	0.0

※研修があると回答した方のみ

図表 214 研修受講経験:令和2年11月～令和3年10月まで〔居宅介護支援事業所〕
(担当している予防プラン件数別)

	全体 (n=2668)	3件未満 (n=444)	3～5件 未満 (n=436)	5～10件 未満 (n=997)	10～15件 未満 (n=497)	15件以上 (n=231)	無回答 (n=63)
ある	58.8	56.3	54.4	58.9	59.4	69.7	61.9
ない	40.5	42.8	45.4	40.7	39.6	29.4	34.9
無回答	0.7	0.9	0.2	0.4	1.0	0.9	3.2

※研修があると回答した方のみ

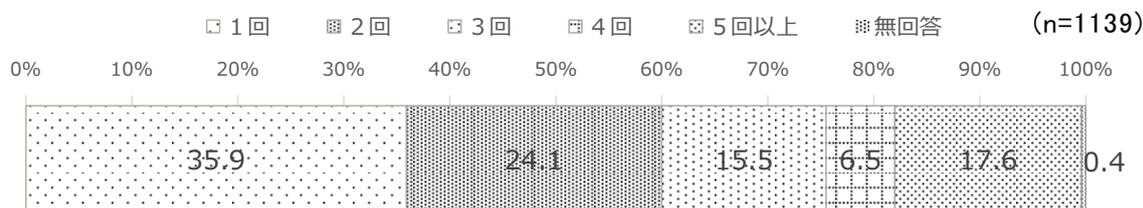
図表 215 研修受講経験:令和2年11月～令和3年10月まで〔居宅介護支援事業所〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=2668)	1年未満 (n=102)	1～3年 未満 (n=296)	3～5年 未満 (n=431)	5～10年 未満 (n=948)	10年以上 (n=878)	無回答 (n=13)
ある	58.8	68.6	65.5	58.5	59.6	55.0	38.5
ない	40.5	29.4	33.4	40.8	40.1	44.3	53.8
無回答	0.7	2.0	1.0	0.7	0.3	0.7	7.7

※研修があると回答した方のみ

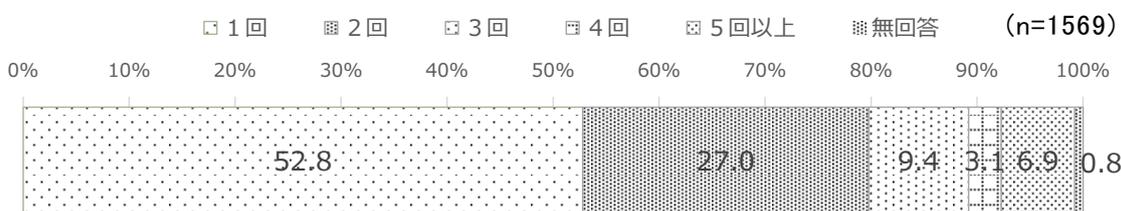
令和2年11月～令和3年10月までの期間に研修を受講した回数は、地域包括支援センター職員は「1回」が35.9%、居宅介護支援事業所介護支援専門員は「1回」が52.8%と、ともに「1回」の受講の割合が高い。

図表 216 研修受講回数:令和2年11月～令和3年10月まで〔地域包括支援センター〕



※研修受講経験があると回答した方のみ

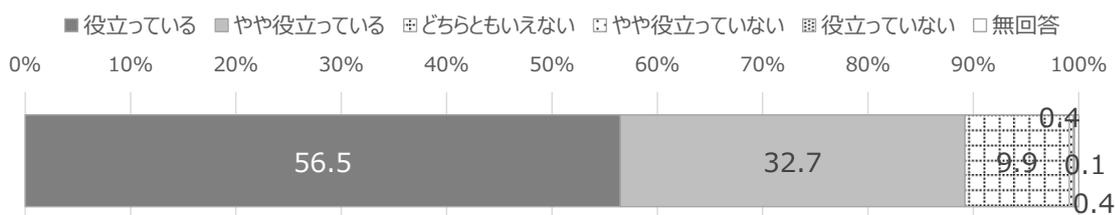
図表 217 研修受講回数:令和2年11月～令和3年10月まで〔居宅介護支援事業所〕



※研修受講経験があると回答した方のみ

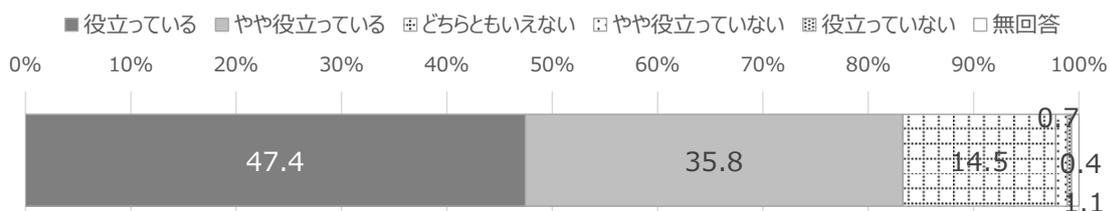
研修を受講した方について、実践に役立っているかを聞いたところ、地域包括支援センター職員は、「役立っている」と「やや役立っている」をあわせて89.2%、居宅介護支援事業所介護支援専門員で、同83.2%と研修が実践に役立っていることがわかる。

図表 218 研修の実践への役立ち度〔地域包括支援センター〕 (n=1139)



※研修受講経験があると回答した方のみ

図表 219 研修の実践への役立ち度〔居宅介護支援事業所〕 (n=1569)



※研修受講経験があると回答した方のみ

地域包括支援センター職員について、研修の実践への役立ち度を予防プラン作成経験年数別で見ると、経験年数が浅いほど「役立っている」と感じている割合が高くなる。

居宅介護支援事業所介護支援専門員についても、概ね予防プラン作成経験年数が浅いほど「役立っている」と感じている割合が高い。

図表 220 研修の実践への役立ち度〔地域包括支援センター〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=1139)	1年未満 (n=94)	1~3年 未満 (n=194)	3~5年 未満 (n=178)	5~10年 未満 (n=327)	10年以上 (n=345)	無回答 (n=1)
役立っている	56.5	52.1	53.6	57.9	59.9	55.1	100.0
やや役立っている	32.7	42.6	39.2	33.1	29.4	29.6	0.0
どちらともいえない	9.9	5.3	6.7	7.9	9.2	14.8	0.0
やや役立っていない	0.4	0.0	0.5	0.6	0.6	0.0	0.0
役立っていない	0.1	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0
無回答	0.4	0.0	0.0	0.6	0.6	0.6	0.0

※研修受講経験があると回答した方のみ

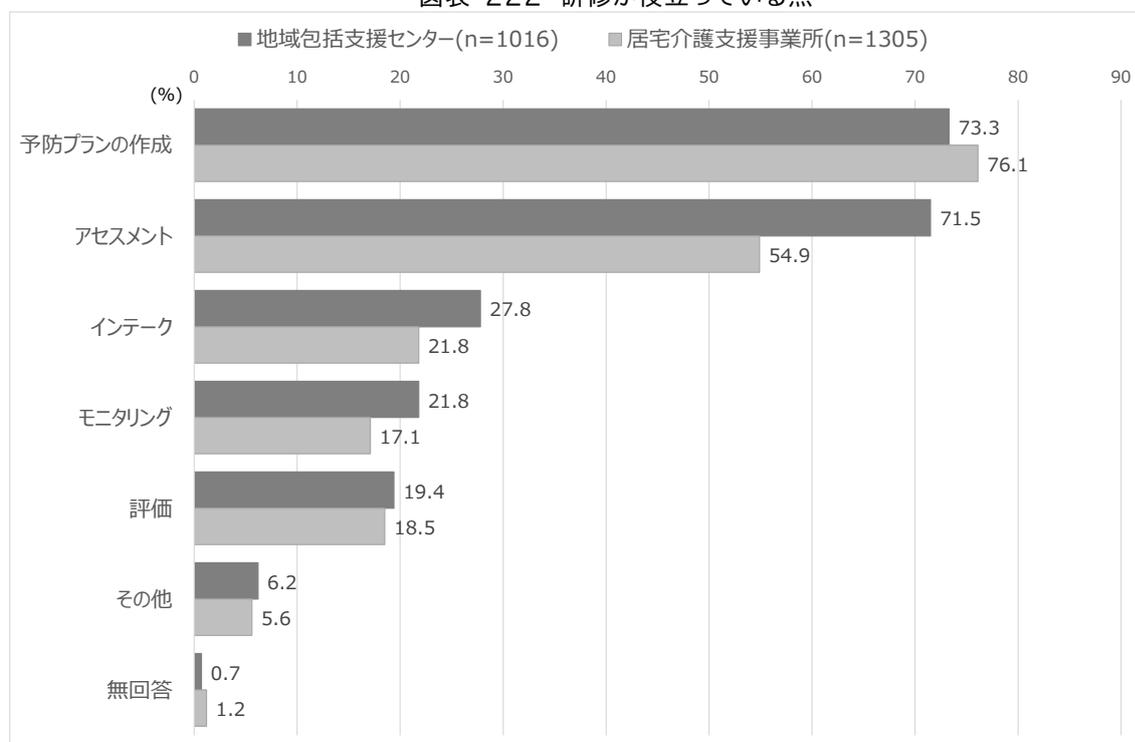
図表 221 研修の実践への役立ち度〔居宅介護支援事業所〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=1569)	1年未満 (n=70)	1~3年 未満 (n=194)	3~5年 未満 (n=252)	5~10年 未満 (n=565)	10年以上 (n=483)	無回答 (n=5)
役立っている	47.4	54.3	50.5	47.6	45.7	47.2	40.0
やや役立っている	35.8	27.1	37.6	37.3	37.2	33.7	40.0
どちらともいえない	14.5	15.7	11.3	12.7	15.2	15.7	20.0
やや役立っていない	1.1	2.9	0.5	0.8	0.5	2.1	0.0
役立っていない	0.4	0.0	0.0	0.4	0.5	0.6	0.0
無回答	0.7	0.0	0.0	1.2	0.9	0.6	0.0

※研修受講経験があると回答した方のみ

研修がどのような点で役立っているかをみると、地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所介護支援専門員ともに、「予防プランの作成」、「アセスメント」が上位に挙がる。一方、「モニタリング」、「評価」といったプロセスで役立っているとの回答は3割未満である。

図表 222 研修が役立っている点



※研修が「役立っている」または「やや役立っている」と回答した方のみ

地域包括支援センター職員について、担当している予防プランの件数別でみると、「予防プランの作成」は10件以上担当している職員で多く挙げられている。また、「予防プランの作成」、「モニタリング」は予防プラン作成経験年数が1年未満で多く挙げられている。

図表 223 研修が役立っている点〔地域包括支援センター〕
(担当している予防プランの件数別)

	全体 (n=1016)	10件未満 (n=177)	10~20件 未満 (n=225)	20~30件 未満 (n=198)	30~40件 未満 (n=159)	40件以上 (n=231)	無回答 (n=26)
予防プランの作成	73.3	67.2	73.3	74.2	73.6	76.6	76.9
アセスメント	71.5	70.6	71.6	71.2	69.2	71.9	88.5
インテーク	27.8	26.0	30.2	25.3	26.4	29.0	34.6
モニタリング	21.8	15.8	21.3	24.2	21.4	25.1	19.2
評価	19.4	18.6	20.0	19.2	17.6	20.8	19.2
その他	6.2	6.8	6.2	6.1	4.4	7.4	3.8
無回答	0.7	1.1	0.9	1.0	0.6	0.0	0.0

※研修が「役立っている」または「やや役立っている」と回答した方のみ

図表 224 研修が役立っている点〔地域包括支援センター〕
(予防プラン作成経験年数別)

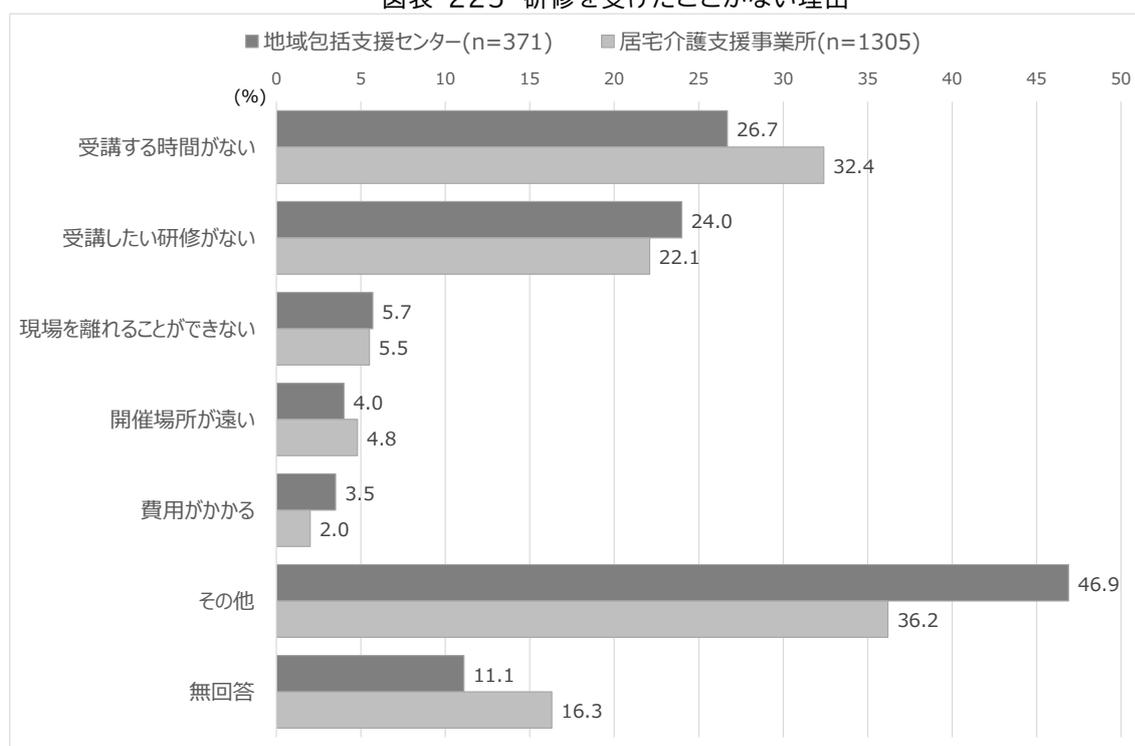
	全体 (n=1016)	1年未満 (n=89)	1~3年 未満 (n=180)	3~5年 未満 (n=162)	5~10年 未満 (n=292)	10年以上 (n=292)	無回答 (n=1)
予防プランの作成	73.3	84.3	73.9	75.9	74.0	67.5	100.0
アセスメント	71.5	65.2	73.3	75.3	68.5	72.9	100.0
インテーク	27.8	27.0	29.4	26.5	25.7	29.8	0.0
モニタリング	21.8	32.6	20.0	20.4	18.5	23.6	0.0
評価	19.4	20.2	16.7	16.0	19.2	22.9	0.0
その他	6.2	3.4	3.3	6.8	8.2	6.5	0.0
無回答	0.7	0.0	0.6	0.0	1.0	1.0	0.0

※研修が「役立っている」または「やや役立っている」と回答した方のみ

介護予防ケアマネジメントに関する研修はあるが、受講したことがない方について、その理由をみると、地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所介護支援専門員ともに、「受講する時間がない」、「受講したい研修がない」が上位に挙がる。

なお、「その他」が地域包括支援センター職員で46.9%、居宅介護支援事業所介護支援専門員で36.2%あるが、「コロナ禍で中止」、「開催されていない」、「過去に受講済み」、「タイミングが合わない」といった回答が多い。

図表 225 研修を受けたことがない理由



※研修が「ある」と回答し、受講経験がない方のみ

研修を受講したことがない理由を地域包括支援センターの形態別でみると、直営は「受講する時間がない」が多く、委託では「受講したい研修がない」が多い。

また、担当している予防プラン件数が30件以上だと「受講する時間がない」が多く挙がる。

居宅介護支援事業所介護支援専門員については、予防プラン作成経験年数が高いほど「受講したい研修がない」の割合が高くなる。経験が高い方への実践に役立つ研修の設定が必要であると思われる。

図表 226 研修を受けたことがない理由〔地域包括支援センター〕
(センターの形態別)

	全体 (n=371)	直営 (n=55)	委託 (n=231)	ブランチ (n=0)	サブセンター (n=0)	無回答 (n=85)
受講する時間がない	26.7	32.7	26.8	0.0	0.0	22.4
受講したい研修がない	24.0	12.7	25.5	0.0	0.0	27.1
現場を離れることができない	5.7	1.8	6.1	0.0	0.0	7.1
開催場所が遠い	4.0	10.9	2.2	0.0	0.0	4.7
費用がかかる	3.5	3.6	3.5	0.0	0.0	3.5
その他	46.9	45.5	47.2	0.0	0.0	47.1
無回答	11.1	12.7	10.8	0.0	0.0	10.6

※研修が「ある」と回答し、受講経験がない方のみ

図表 227 研修を受けたことがない理由〔地域包括支援センター〕
(担当している予防プラン件数別)

	全体 (n=371)	10件未満 (n=72)	10~20件 未満 (n=97)	20~30件 未満 (n=60)	30~40件 未満 (n=54)	40件以上 (n=77)	無回答 (n=11)
受講する時間がない	26.7	26.4	16.5	20.0	37.0	36.4	36.4
受講したい研修がない	24.0	23.6	28.9	21.7	20.4	18.2	54.5
現場を離れることができない	5.7	4.2	3.1	3.3	9.3	10.4	0.0
開催場所が遠い	4.0	5.6	1.0	6.7	3.7	5.2	0.0
費用がかかる	3.5	5.6	3.1	0.0	1.9	6.5	0.0
その他	46.9	51.4	49.5	53.3	44.4	40.3	18.2
無回答	11.1	5.6	12.4	11.7	14.8	11.7	9.1

※研修が「ある」と回答し、受講経験がない方のみ

図表 228 研修を受けたことがない理由〔居宅介護支援事業所〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=1081)	1年未満 (n=30)	1~3年 未満 (n=99)	3~5年 未満 (n=176)	5~10年 未満 (n=380)	10年以上 (n=389)	無回答 (n=7)
受講する時間がない	32.4	16.7	37.4	35.8	34.2	29.0	28.6
受講したい研修がない	22.1	10.0	14.1	19.9	21.8	25.7	57.1
現場を離れることができない	5.5	0.0	5.1	6.8	6.8	4.1	0.0
開催場所が遠い	4.8	3.3	9.1	4.0	5.5	3.6	0.0
費用がかかる	2.0	0.0	4.0	2.3	1.6	2.1	0.0
その他	36.2	50.0	33.3	32.4	33.9	39.8	28.6
無回答	16.3	26.7	23.2	17.6	15.5	13.9	14.3

介護予防ケアマネジメントに関する研修が必要かどうか聞いたところ、「非常に必要」と「必要」の割合は、地域包括支援センター職員で90.7%、居宅介護支援事業所介護支援専門員で71.8%と多くが研修を望んでいる。

図表 229 自身にとっての研修の必要性〔地域包括支援センター〕



図表 230 自身にとっての研修の必要性〔居宅介護支援事業所〕



地域包括支援センター職員の予防プラン作成経験年数別で研修の必要性をみると、概ね経験が浅いほど必要だと感じられている。

居宅介護支援事業所介護支援専門員については、担当している予防プラン件数が多いほど、必要性が感じられており、また予防プラン作成経験年数が5年未満で必要だと感じられている。

図表 231 自身にとっての研修の必要性〔地域包括支援センター〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=1920)	1年未満 (n=127)	1~3年 未満 (n=331)	3~5年 未満 (n=319)	5~10年 未満 (n=574)	10年以上 (n=560)	無回答 (n=9)
非常に必要	33.1	38.6	37.5	35.4	30.5	30.9	22.2
必要	57.6	55.1	57.1	56.7	60.3	56.6	33.3
どちらともいえない	7.1	4.7	4.5	6.3	7.1	9.8	0.0
必要ではない	0.3	0.0	0.0	0.6	0.5	0.2	0.0
まったく必要ではない	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
無回答	1.8	1.6	0.9	0.9	1.6	2.5	44.4

図表 232 自身にとっての研修の必要性〔居宅介護支援事業所〕
(担当している予防プラン件数別)

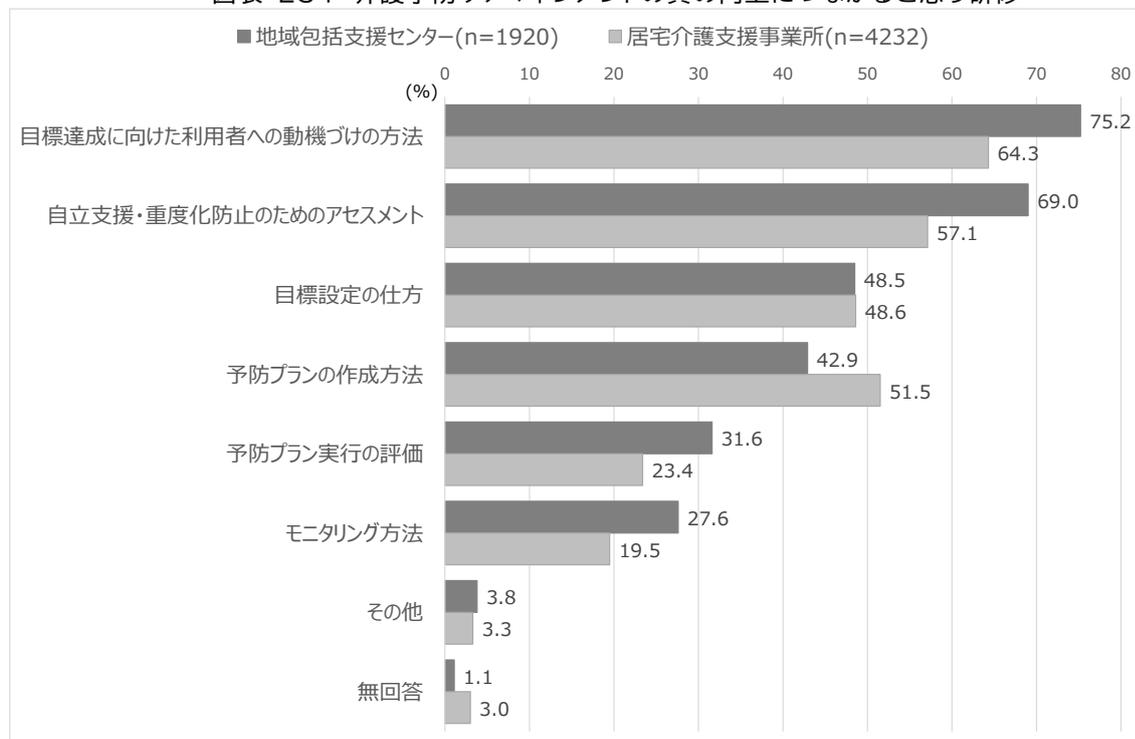
	全体 (n=4232)	3件未満 (n=856)	3~5件 未満 (n=719)	5~10件 未満 (n=1493)	10~15件 未満 (n=746)	15件以上 (n=322)	無回答 (n=96)
非常に必要	15.8	13.9	14.3	16.0	16.9	20.2	17.7
必要	62.3	58.8	63.4	62.9	63.1	64.3	63.5
どちらともいえない	17.2	21.0	17.7	16.8	15.3	12.1	17.7
必要ではない	0.8	0.9	1.7	0.3	0.8	0.9	0.0
まったく必要ではない	0.2	0.2	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0
無回答	3.7	5.1	2.9	3.5	3.9	2.5	1.0

図表 233 自身にとっての研修の必要性〔居宅介護支援事業所〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=4232)	1年未満 (n=214)	1~3年 未満 (n=511)	3~5年 未満 (n=663)	5~10年 未満 (n=1474)	10年以上 (n=1344)	無回答 (n=26)
非常に必要	15.8	33.6	21.7	16.1	14.8	11.9	3.8
必要	62.3	53.3	59.5	66.8	62.1	62.6	73.1
どちらともいえない	17.2	7.0	14.1	14.5	17.8	20.9	7.7
必要ではない	0.8	0.5	0.8	0.3	0.7	1.2	0.0
まったく必要ではない	0.2	0.0	0.2	0.0	0.2	0.3	0.0
無回答	3.7	5.6	3.7	2.3	4.4	3.1	15.4

どのような研修があれば、自身の介護予防ケアマネジメントの質の向上につながると思うかを聞いたところ、地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所介護支援専門員ともに、「目標達成に向けた利用者への動機づけの方法」、「自立支援・重度化防止のためのアセスメント」が上位に挙がる。また、居宅介護支援事業所介護支援専門員は「予防プランの作成方法」も5割を超える。

図表 234 介護予防ケアマネジメントの質の向上につながると思う研修



地域包括支援センター職員の予防プラン作成経験年数別で見ると、5年未満では、「目標設定の仕方」、「予防プランの作成方法」、「予防プラン実行の評価」が多く挙げられている。

居宅介護支援事業所介護支援専門員については、予防プラン作成経験年数が5年未満では「予防プランの作成方法」、「目標設定の仕方」、「予防プラン実行の評価」、「モニタリング方法」が多く挙げられている。

図表 235 介護予防ケアマネジメントの質の向上につながると思う研修〔地域包括支援センター〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=1920)	1年未満 (n=127)	1~3年 未満 (n=331)	3~5年 未満 (n=319)	5~10年 未満 (n=574)	10年以上 (n=560)	無回答 (n=9)
目標達成に向けた利用者への動機づけの方法	75.2	72.4	78.2	73.7	73.9	76.4	55.6
自立支援・重度化防止のためのアセスメント	69.0	66.1	68.3	74.3	68.1	68.4	44.4
目標設定の仕方	48.5	50.4	55.0	51.4	45.3	46.3	33.3
予防プランの作成方法	42.9	60.6	53.5	47.0	38.5	35.0	22.2
予防プラン実行の評価	31.6	40.9	35.0	33.2	29.4	28.9	22.2
モニタリング方法	27.6	42.5	34.7	29.2	27.0	19.8	11.1
その他	3.8	1.6	3.0	2.2	5.1	4.3	0.0
無回答	1.1	0.8	0.3	0.6	1.0	1.6	22.2

図表 236 介護予防ケアマネジメントの質の向上につながると思う研修〔居宅介護支援事業所〕
(予防プラン作成経験年数別)

	全体 (n=4232)	1年未満 (n=214)	1~3年 未満 (n=511)	3~5年 未満 (n=663)	5~10年 未満 (n=1474)	10年以上 (n=1344)	無回答 (n=26)
目標達成に向けた利用者への動機づけの方法	64.3	60.7	65.2	66.5	63.0	65.2	50.0
自立支援・重度化防止のためのアセスメント	57.1	66.8	59.1	58.4	55.8	55.9	46.2
予防プランの作成方法	51.5	66.4	67.1	60.9	49.9	40.7	38.5
目標設定の仕方	48.6	54.7	51.3	53.1	48.6	44.5	34.6
予防プラン実行の評価	23.4	36.0	28.2	26.5	21.5	20.2	15.4
モニタリング方法	19.5	35.0	26.8	22.5	17.4	15.2	11.5
その他	3.3	2.3	1.8	2.4	3.3	4.5	0.0
無回答	3.0	6.1	2.2	1.5	3.4	2.8	19.2

Ⅲ. 結果と考察

1. 市町村

(1) 地域のニーズ把握、事業実施

介護予防ケアマネジメントに関する地域のニーズ把握は、「地域ケア会議を通じた個別課題・地域課題の情報」(80.1%)、「日常的な相談内容、住民の声」(73.3%)、「日常生活圏域ニーズ調査」(65.1%)、「サービス提供者等からの意見・要望」(57.0%)の収集が半数以上の自治体で行われている。

これらの情報を介護予防ケアマネジメントの推進に活かしているかとなると、「どちらともいえない」が5割を超えており、ニーズに応じたサービスを実施するには至っていないことがうかがえる。介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数が少ない自治体では、収集した情報を介護予防ケアマネジメントの推進に活かしているという回答割合が低くなることから、人員不足も要因の一つであるといえる。

また、現在、介護予防・日常生活支援総合事業で実施している介護予防・生活支援サービス事業の訪問型サービスでは、「訪問介護(従前相当のサービス)」(93.1%)、「訪問型サービスA」(53.9%)、通所型サービスでは、「通所介護(従前相当のサービス)」(92.9%)、「通所型サービスA」(56.9%)、「通所型サービスC」(45.3%)、一般介護予防事業では、「介護予防普及啓発事業」(92.2%)、「地域介護予防活動支援事業」(84.5%)、「地域リハビリテーション活動支援事業」(67.3%)が自治体の規模にかかわらず多く取組まれている。

今後実施したいが、現在実施できていない介護予防・生活支援サービス事業は、訪問型サービスの「訪問型サービスD」(27.5%)、「訪問型サービスB」(24.6%)や、通所型サービスの「通所型サービスB」(25.4%)が比較的多く挙げられているが、「協力者・協力機関・担い手の不足」(71.9%)が原因で取組まれている。

ニーズ把握から事業への展開に至るプロセスについて、国や都道府県によるサポート(サービス開発ガイドライン、介護予防ケアマネジメントの推進に関する相談等のサポート、自治体間での連携・情報共有の場、事業者等の担い手の掘り起こし、窓口の案内、医療機関への協力依頼等々)があると介護予防ケアマネジメントの推進に貢献するのではないかと思われる。

(2) 地域包括支援センターへの支援／介護支援専門員への支援

地域包括支援センターへの支援は、「地域の医療・介護の資源の把握と共有」(67.2%)、「医療・介護関係者との情報共有の支援」(57.8%)、「介護予防ケアマネジメントに関する相談支援」(56.2%)などが多くの自治体で取組まれている。一方、「地域で必要なサービスの創出」(31.5%)、「介護予防ケアマネジメントに関する研修の実施」(34.7%)、「地域住民への自立支援に向けた普及啓発」(37.0%)などの支援を実施している自治体は多くない。

介護予防ケアマネジメントの推進に際し、①利用者の状況やニーズに即したサービス項目の整備、②介護予防ケアマネジメントの質の向上につなげるための人材教育の提供が可能となるような、③利用者への自立支援・重度化防止のための介護予防ケアマネジメントであることの周知・理解を促すことが必要であると思われる、これらへの支援も検討する必要がある。

介護支援専門員への支援は、「地域ケア会議での助言」(67.6%)、「各種研修」(43.6%)、「事例検討会の実施」(39.8%)、「予防プラン点検・研修支援」(39.0%)などが多くの自治体で取組まれているが、「各種研修」、「事例検討会の実施」、「予防プラン点検・研修支援」については、介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数が少ない自治体ほど実施の割合が低くなる。

今回の調査で、介護予防ケアマネジメントに関する研修について、4割超の自治

体が実施していないことがわかり、なかでも人口規模が小さく介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数が少ない自治体で研修が行われていないことがわかった。介護予防ケアマネジメントの推進に際し、自治体の人員不足等による自治体間で取組の差を縮小するためにも、地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所介護支援専門員に対する体系的な研修プログラムの整備を国や都道府県がサポートすることも必要であると思われる。

(3) 介護予防ケアマネジメントの推進に向けた取組

介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組として、「多職種が協働できるよう関係機関に対して、地域ケア会議、サービス担当者会議への参画依頼」(64.7%)、「予防プランの点検・確認支援の実施」(48.1%)、「介護予防ケアマネジメントに係る研修や勉強会の定期的な開催」(34.5%)が多く自治体で取組まれている。

「多職種が協働できるよう関係機関に対して、地域ケア会議、サービス担当者会議への参画依頼」は自治体の規模、職員数にかかわらず取組まれているが、「介護予防ケアマネジメントに係る研修や勉強会の定期的な開催」は、自治体の規模が小さく職員数が少ない自治体ほど取組まれている割合が下がる。小規模自治体では、近隣の自治体と協働で研修を持ち回りでの開催や、講師の確保などの工夫も必要である。

また、介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組の問題点として、「介護予防にかかわる職員数が不足している」(60.9%)、「介護予防にかかわる職員のスキルが不足している」(42.0%)が多く挙げられている。スキル不足については、人口規模が大きい自治体ほど問題として挙げる割合が高い。

介護予防ケアマネジメントに質の向上に向けた取組を行う自治体で、人材不足、スキル不足が問題となっている現状から、人材育成や現場で役立つ介護予防ケアマネジメントマニュアル・手順書等の整備など、自治体で展開できない部分については、国や都道府県等のサポートも必要であると思われる。

(4) 住民への啓発

「自立支援・重度化防止」に関する啓発を「行っている」(79.7%)自治体は8割に上る。取組内容は、「通いの場などの設置の推進」(80.4%)、「介護予防に関する宣伝物の作成・配付」(70.0%)、「介護予防に関する説明会やイベントの開催」(49.7%)が多く自治体で取組まれている。また、人口規模が小さい自治体、介護予防ケアマネジメントにかかわる職員数が少ない自治体でも「通いの場などの設置の推進」、「介護予防に関する宣伝物の作成・配付」を行っている割合が高い。今後は、さらに自立支援・重度化防止の啓発活動を行い、利用者の理解を促す取組が必要であると思われる。

2. 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所（管理者）

(1) 介護予防ケアマネジメント推進にかかわる問題意識

介護予防ケアマネジメントの推進において、地域包括支援センターでは、「居宅介護支援事業所が介護予防の委託を受けない」(68.3%)、「地域包括支援センター職員の業務過多で、アセスメントやプラン作成に十分時間がとれない」(46.8%)、「自立支援・重度化防止に関する利用者の理解不足」(38.8%)、「サービスの利用が目的となっている」(37.8%)、「人材不足」(35.3%)が問題点として多く挙げられている。

居宅介護支援事業所では、「予防プランは、手間がかかる割には報酬が低い」(85.5%)、「利用者との直接契約でないため、地域包括支援センターとの書類のやり取りが煩雑である」(44.4%)や「自立支援・重度化防止に関する利用者の理解不足」

(25.9%)が上位に挙げられている。

居宅介護支援事業所としては、手間のかかる割に報酬が低いことから、積極的に予防プランを受けている事業所は少ない（予防プランを「積極的に受けている」18.7%）。そのため、地域包括支援センターからみると、居宅介護支援事業所が委託を受けたがらないということが問題点のトップに挙げられている。また、地域包括支援センター職員の業務過多や人材不足も相まって、予防プランを居宅介護支援事業所に委託したいが受けてもらえないという悪循環に陥っていることがうかがえる。

介護予防ケアマネジメントの推進において、煩雑な書類のやりとりなど事務の簡素化などにより地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の双方が負担軽減となるよう見直しを検討する必要があると思われる。

(2) 地域包括支援センター職員／居宅介護支援事業所介護支援専門員の問題点

地域包括支援センター管理者からみた居宅介護支援事業所介護支援専門員の問題点として、「担当者によって質にばらつきがあると感じる」(77.1%)、「地域のインフォーマルな社会資源を反映したプランになっていない」(51.4%)、「自立支援・重度化防止の視点が不足している」(40.4%)が上位に挙げられている。

一方、居宅介護支援事業所管理者からみた地域包括支援センター職員の問題点として、「担当者によって質にばらつきがあると感じる」(52.9%)が最も多い。その他では「地域包括支援センターからの支援が少ない」(24.2%)、「インテークの情報共有が不十分」(22.6%)、「地域のフォーマル、インフォーマルな社会資源の情報が共有されていない」(18.8%)などが上位に挙げられている。

双方が「担当者の質のばらつき」をトップに挙げていることから、介護予防ケアマネジメントの平準化に向けた研修の開催、個々のケアプランを点検・確認する支援体制の構築、質の担保を図るためのアセスメントツールの活用や開発など、保険者としての取組を推進していくことも必要であると思われる。

また、地域包括支援センターからみて居宅介護支援事業所介護支援専門員は「地域のインフォーマルな社会資源を反映したプランになっていない」ことが問題として挙げられている一方で、居宅介護支援事業所からみると、「地域のフォーマル、インフォーマルな社会資源の情報が共有されていない」との声もある。包括的・継続的ケアマネジメント業務の観点からも、地域包括支援センターにより、地域資源の情報や、委託する前に得た利用者の情報を丁寧に提供するなど、情報共有や連携が求められていると思われる。

3. 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所（担当者）

(1) 情報収集・アセスメント

予防プラン作成に先立ち、利用者に関する多くの情報を確認・収集している一方で、「利用者、家族、関係者、関係機関、医師等からの十分な情報収集」、「改善の見込みに基づいたアセスメント」、「アセスメントから適切な予防プランにつなげていく判断」、「アセスメントに必要な時間の確保」が問題点として挙げられている。アセスメントに十分時間が取れない理由として、「他の業務量が多い」、「自らの力量不足」が上位に挙がる。予防プラン作成経験が浅いほど、力量不足を挙げる割合が高く、必要な担当者に十分な教育がなされていないものと思われる。

また、利用者に関する多くの情報を確認・収集しているものの、それらを元にアセスメントを行い、適切な予防プランにつなげていくというプロセスが上手く機能していないことがうかがえる。多くの担当者が業務多忙ななかでも受けられるようオンデマンド配信による研修の開催や実践に役立つ面談技術やアセスメント力向上研修など、課題のある部分に焦点をあてたスキルアップ研修を開催するなどの工夫

が必要である。

(2) 予防プラン作成と評価

① 予防プラン作成の重視点・目標設定・問題点

予防プランの作成に際して重視している点は、「利用者・家族のニーズの把握」、「利用者の状況・環境をよく知ること」、「自立を促す支援となること(利用者のもつ力に着目)」が上位に挙がる。予防プラン作成経験が長いほど、自立支援や意欲を引き出す目標設定を重視している一方で、経験が浅いほど「生活の中の困りごと」を重視する割合が高くなる。

予防プランの目標設定で実践していることは、「本人や家族にわかりやすい表現を心がけている」、「目標に対して、本人・家族の合意を得るようにしている」、「具体的な状況をイメージできる言葉を使うようにしている」、「本人の楽しみ・趣味・趣向を引き出して設定している」が上位に挙がる。予防プラン作成経験が長いほど、「目標にその人らしさ、個性を持たせるようにしている」、「自立支援が目標となるよう心がけている」、「本人の強みを活かした予防プランになるよう心がけている」を実践している割合が高くなり、介護予防ケアマネジメントの主旨を理解した予防プラン作成が行われていることがうかがえる。

予防プラン作成における問題点として、地域包括支援センター職員では、「サービスありきの予防プランになっていること」(38.0%)、「利用者の動機づけ」(35.7%)、「様々なインフォーマルサービスを利用すること」(35.6%)が上位に挙がり、居宅介護支援事業所介護支援専門員では、「様々なインフォーマルサービスを利用すること」(45.2%)、「地域資源の十分な把握」(44.3%)、「サービスありきの予防プランになっていること」(34.5%)が上位に挙がる。

地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所介護支援専門員ともに、予防プラン作成経験が浅いほど「地域資源の十分な把握」を挙げる割合が高くなることから、経験により地域資源を把握していくのではなく、情報を共有する仕組みを設けることで、経験の浅い担当者でもインフォーマルなサービス等をプランに組み込めるようになるものと思われる。

また、利用者・家族側は、行政からの介護予防ケアマネジメントに関する適切な情報や制度の理解に対する支援が必ずしも十分とは言い難い。そのため「利用者自らの努力で介護予防を行うことが理解されていない」、「友人・知人がサービスを利用しているから、自身も利用できると思っている」、「利用者・家族が、加齢に伴う心身の機能低下はやむを得ないと諦め、自立支援・重度化防止の意識づけが難しい」、「介護保険料を払っていることから、サービス利用が当然と考えられ、自立支援のサービス活用が進まない」といったことが多く挙げられている。

このようなことを鑑み、自治体は、介護保険の基本理念に立ち返り、住民が自ら介護予防に取り組むことの意識づけをあらゆる機会を通じて周知・啓発していく必要があると思われる。例えば、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業などの活用により、セルフケアの推進を図るなど、庁内連携によって主担当課以外でも周知・啓発は可能である。住民の理解が進むことで、予防プラン実施の際の動機づけにつながり、自立支援・重度化防止に向けた多様なサービスの利用や、インフォーマルサービスの利用を促すことが行いやすくなると思われる。そうした自治体の働きかけにより、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の介護予防ケアマネジメントに関する負担軽減へと結果的につながるものと思われる。

② 予防プランの評価

予防プランで設定した目標に対する評価について、「目標とする生活に近づけた

か」、「生活機能の向上が図られたか」、「予防プランが有効に作用したか」、「予防プランに沿ったサービスが提供されたか」を検証している割合が高い。(地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所介護支援専門員ともに概ね6割以上)

また、地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所介護支援専門員の9割以上が目標を達成できなかった経験を有するが、未達成の原因は、地域包括支援センター職員では「具体策が実行できていなかった」(45.3%)、「目標が高すぎた」(43.8%)、「目標の設定が本人・家族に合ったものでなかった」(32.5%)が上位に挙がる。居宅介護支援事業所介護支援専門員では、「目標が高すぎた」(35.4%)、「具体策が実行できていなかった」(34.9%)、「本人や家族の目標への認識が違っていた」(27.4%)が上位に挙がる。

このように目標を達成できない要因には、目標設定が利用者本人に適したものとなっていない場合や、具体策が本人の状態に即していないことが考えられる。モニタリングをとおして想定していた結果に近づいていない場合には、目標を再設定することや具体策の変更を行うなど、状況に応じた対策を練り直すことも必要である。その他の要因として、目標設定時に利用者に対し、本人の趣味・趣向を考慮して、わかりやすい表現を心がけ、合意を得て設定していると回答しているものの、アセスメントに十分時間をかけられない現状が見受けられることや、「アセスメントから適切な予防プランにつなげていく判断」が問題点として挙げられていることから、実践に役立つ予防プランの作成等の研修の機会が必要であると思われる。

(3) 介護予防ケアマネジメントに関する研修機会

①研修の有無と内容

介護予防ケアマネジメントに関する研修が「ある」と回答した割合は、地域包括支援センター職員で8割、居宅介護支援事業所介護支援専門員で6割であり、差がみられる。

研修の内容は、地域包括支援センター職員では、「予防プラン作成について」(62.2%)、「自立支援・重度化防止について」(57.1%)、「地域ケア会議について」(48.7%)が上位に挙がる。

居宅介護支援事業所介護支援専門員では、「予防プラン作成について」(61.8%)、「地域ケア会議について」(48.5%)、「自立支援・重度化防止について」(37.6%)が上位に挙がる。

「自立支援・重度化防止について」は、居宅介護支援事業所は地域包括支援センターと比べて実施している割合が低く、これが地域包括支援センター管理者からみた居宅介護支援事業所介護支援専門員の「自立支援・重度化防止の視点が不足している」という問題点につながっていると思われる。また、「インテーク、アセスメントについて」、「効果的な介護予防ケアマネジメントのあり方について」の研修も、地域包括支援センターでは4割弱に対し、居宅介護支援事業所では2割程度と差がみられ、介護予防ケアマネジメントの主旨を理解して予防プランを作成するスキルを身につける必要があると思われる。

②研修の効果

令和2年11月～令和3年10月までの期間に研修を受講した経験が「ある」割合は、地域包括支援センター職員で75.0%、居宅介護支援事業所介護支援専門員で58.8%と受講経験に差がみられる。また、地域包括支援センター職員で予防プラン作成経験年数が1年未満では87.9%が受講しているが、居宅介護支援事業所介護支援専門員は68.6%と差がみられる。

研修が実践に「役立っている」と回答した割合は、地域包括支援センター職員で

56.5%、居宅介護支援事業所介護支援専門員で47.4%となっており、「やや役立っている」をあわせると8割以上が研修の効果を感じている。

役立っている点では、「予防プランの作成」、「アセスメント」が上位に挙がるが、「アセスメントから適切な予防プランにつなげていく判断」が問題点として挙げられている一方で、受講者は研修の効果を感じている。研修の必要性についても、地域包括支援センター職員の9割、居宅介護支援事業所介護支援専門員で8割が必要であると感じている。

このようなことから、アセスメント、プラン作成、モニタリング、評価の一連のプロセスが学べる体系的な研修が必要であると思われる。

また、受講したことがない理由で「受講する時間がない」が最も多いことから、学びたいときに学べ、繰り返し学べる方法（eラーニング、オンデマンド研修など）を用意することも考えられる。

IV. 資料編

市町村調査票

介護予防ケアマネジメントに係るアンケート調査 ＜市町村：ご担当者様＞

<回答欄について>

単一回答の回答欄： … プルダウンより選択肢を1つ選んで、回答してください。

複数回答の回答欄： … 当てはまるものすべてに「○」を選択してください。

自由記述の回答欄： … 数字や文字列（文章）などを記入して回答してください。

※2021年10月末現在の情報でご記入ください。

【貴市町村について】

Q1 市町村名をお答えください。(1つを選択)

都道府県	<input type="text"/>
市町村	<input type="text"/>

Q2 自治体区分をお答えください。(1つを選択)

1 政令指定都市	<input type="text"/>
2 中核市	
3 その他市区町村	

Q3 人口規模をお答えください。(1つを選択)

1 1万人未満	<input type="text"/>
2 1～5万人未満	
3 5～10万人未満	
4 10～20万人未満	
5 20～50万人未満	
6 50万人以上	

Q4 貴自治体が広域連合の場合、広域連合名をお教えてください。

広域連合名

Q5 貴自治体の高齢化率をお答えください。(小数点第一位まで)

高齢化率 %

Q6 貴自治体の要介護認定率をお答えください。（小数点第一位まで）

要支援1	<input type="text"/>	%
要支援2	<input type="text"/>	%
要介護1	<input type="text"/>	%
要介護2	<input type="text"/>	%
要介護3	<input type="text"/>	%
要介護4	<input type="text"/>	%
要介護5	<input type="text"/>	%

Q7 貴自治体の第8期の介護保険料をお答えください。

第8期の介護保険料 円

※「介護保険料」は保険料基準額(年額)でお答えください。

Q8 貴自治体の地域包括支援センター数をお答えください。

直営	<input type="text"/>	箇所
委託	<input type="text"/>	箇所
基幹型	<input type="text"/>	箇所
ランチ	<input type="text"/>	箇所
サブセンター	<input type="text"/>	箇所

Q9 貴自治体の居宅介護支援事業所数をお答えください。

居宅介護支援事業所 箇所

Q10 貴自治体の介護予防ケアマネジメントに関わる職員数をお答えください。

役所内で介護予防ケアマネジメントに関わる業務を行う職員数^(※) 人

※介護予防ケアマネジメントに関して、研修の企画・実施、マニュアルの作成、包括職員等への指導・助言、ケアマネジメント類型の立案等を行う市町村職員数

Q11 貴自治体で、介護予防ケアマネジメントで設定している類型をお答えください。（複数回答可）

<input type="checkbox"/>	ケアマネジメントA(原則的プラン)
<input type="checkbox"/>	ケアマネジメントB(簡略化プラン)
<input type="checkbox"/>	ケアマネジメントC(初回のみプラン)

【窓口対応について】

Q12 新規で要介護認定申請等で市町村窓口に来られた方・ご家族への対応についてお伺いします。介護保険制度の説明を行い、本人・ご家族の困りごと等を十分聞き取った上で、総合事業、一般介護予防事業、介護認定等につなぐためのスクリーニングが適切にできていますか。
(1つを選択)

- 1 十分できている
- 2 どちらかといえばできている
- 3 どちらともいえない
- 4 どちらかといえばできていない
- 5 できていない
- 6 スクリーニングは行っていない

回答

※Q12で「スクリーニングは行っていない」以外を選択した方（スクリーニングを行っている方）

Q13 市町村窓口では、適切なスクリーニングを行うためにどのような方法をとっていますか。
(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	相談受付票等を用いて確認事項に漏れがないようにしている
<input type="checkbox"/>	基本チェックリストを活用し、介護予防サービスの利用の要否の判断等を行っている
<input type="checkbox"/>	医療機関との情報連携を行っている
<input type="checkbox"/>	対応マニュアルを作成し、担当者によって対応のばらつきがないようにしている
<input type="checkbox"/>	その他 ()

Q14 市町村での窓口対応について、問題と思われることがあれば、ご自由にお書きください。

--

【介護予防支援に関する確認等における様式について】

Q15 貴自治体として、予防プランの作成から評価に際して、利用しているものを以下の中からお教えください。(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	利用者基本情報
<input type="checkbox"/>	基本チェックシート
<input type="checkbox"/>	興味・関心チェックシート
<input type="checkbox"/>	主治医意見書
<input type="checkbox"/>	認定調査票
<input type="checkbox"/>	独自のアセスメントシート
<input type="checkbox"/>	居宅介護・介護予防指示書／診療情報提供書
<input type="checkbox"/>	介護予防サービス・支援計画書
<input type="checkbox"/>	介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録
<input type="checkbox"/>	介護予防支援・介護予防ケアマネジメントサービス評価表
<input type="checkbox"/>	課題整理総括表・評価表
<input type="checkbox"/>	その他 (<input type="text"/>)
<input type="checkbox"/>	いずれも利用していない

Q16 貴自治体では、アセスメントシートは、どのようなものを使っていますか。(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	厚生労働省が公開している様式（基本チェックリスト、興味・関心リスト、課題整理総括票等）を利用している
<input type="checkbox"/>	他の自治体で使っているアセスメントシートを一部改変して利用している
<input type="checkbox"/>	自治体独自に作成したアセスメントシートを利用している
<input type="checkbox"/>	地域包括支援センターが独自に作成したアセスメントシートを利用している
<input type="checkbox"/>	その他 (<input type="text"/>)
<input type="checkbox"/>	わからない・知らない

※Q16で「自治体独自に作成したアセスメントシートを利用している」を選択した方

Q17 アセスメントシートについて、独自作成にあたり工夫していることがありますか。

Q18 アセスメントシートについて、参考にした自治体はありましたか。(1つを選択)

- 1 ある
- 2 ない

回答

※Q18で「ある」を選択した方

Q19 どの自治体のアセスメントシートを参考にしましたか。

【地域のニーズ把握について】

Q20 介護予防ケアマネジメントに関する地域のニーズ把握について、どのような情報を活用していますか。(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	各種行政統計
<input type="checkbox"/>	人口動態統計
<input type="checkbox"/>	保健統計
<input type="checkbox"/>	国保データベース (KDB)
<input type="checkbox"/>	介護保険・医療保険の給付分析
<input type="checkbox"/>	日常生活圏域ニーズ調査
<input type="checkbox"/>	住民意識調査
<input type="checkbox"/>	社会資源調査
<input type="checkbox"/>	地域包括ケア「見える化」システム
<input type="checkbox"/>	日常的な相談内容、住民の声
<input type="checkbox"/>	サービス提供者等からの意見・要望
<input type="checkbox"/>	地域ケア会議を通じた個別課題・地域課題の情報
<input type="checkbox"/>	その他 (<input style="width: 400px;" type="text"/>)
<input type="checkbox"/>	上記のいずれも活用していない

Q21 Q20でお答えいただいた情報は、介護予防ケアマネジメントの推進に活かしていますか。(1つを選択)

- 1 活かしている
- 2 やや活かしている
- 3 どちらともいえない
- 4 やや活かしていない
- 5 活かしていない

回答

※Q21で「活かしている」または「やや活かしている」を選択した方

Q22 どのように活かしているか具体的にお答えください。

【サービス事業について】

Q23 現在、介護予防・日常生活支援総合事業で実施している事業やサービスをお教えてください。
(複数回答可)

一般介護予防事業	
<input type="checkbox"/>	介護予防把握事業
<input type="checkbox"/>	介護予防普及啓発事業
<input type="checkbox"/>	地域介護予防活動支援事業
<input type="checkbox"/>	一般介護予防事業評価事業
<input type="checkbox"/>	地域リハビリテーション活動支援事業
訪問型サービス	
<input type="checkbox"/>	訪問介護（従前相当のサービス）
<input type="checkbox"/>	訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）
<input type="checkbox"/>	訪問型サービスB（住民主体による支援）
<input type="checkbox"/>	訪問型サービスC（短期集中予防サービス）
<input type="checkbox"/>	訪問型サービスD（移動支援）
通所型サービス	
<input type="checkbox"/>	通所介護（従前相当のサービス）
<input type="checkbox"/>	通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）
<input type="checkbox"/>	通所型サービスB（住民主体による支援）
<input type="checkbox"/>	通所型サービスC（短期集中予防サービス）
その他の生活支援サービス	
<input type="checkbox"/>	栄養改善の目的とした配食
<input type="checkbox"/>	住民ボランティア等が行う見守り
<input type="checkbox"/>	訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援 (訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)

Q24 実施したいが、現在実施できていない事業やサービスはありますか。(複数回答可)

一般介護予防事業	
<input type="checkbox"/>	介護予防把握事業
<input type="checkbox"/>	介護予防普及啓発事業
<input type="checkbox"/>	地域介護予防活動支援事業
<input type="checkbox"/>	一般介護予防事業評価事業
<input type="checkbox"/>	地域リハビリテーション活動支援事業
訪問型サービス	
<input type="checkbox"/>	訪問介護（従前相当のサービス）
<input type="checkbox"/>	訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス)
<input type="checkbox"/>	訪問型サービスB(住民主体による支援)
<input type="checkbox"/>	訪問型サービスC(短期集中予防サービス)
<input type="checkbox"/>	訪問型サービスD(移動支援)
通所型サービス	
<input type="checkbox"/>	通所介護（従前相当のサービス）
<input type="checkbox"/>	通所型サービスA(緩和した基準によるサービス)
<input type="checkbox"/>	通所型サービスB(住民主体による支援)
<input type="checkbox"/>	通所型サービスC(短期集中予防サービス)
その他の生活支援サービス	
<input type="checkbox"/>	栄養改善の目的とした配食
<input type="checkbox"/>	住民ボランティア等が行う見守り
<input type="checkbox"/>	訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援 (訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等)
<input type="checkbox"/>	特にない

※Q24で「特にない」以外を選択した方（実施できていないサービスがある方）

Q25 実施したいと考えている理由をお教えてください。

※Q24で「特にない」以外を選択した方（実施できていないサービスがある方）

Q26 実施できていない理由をお教えてください。(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	実施方法がわからない
<input type="checkbox"/>	新規事業の立ち上げ方がわからない
<input type="checkbox"/>	協力者・協力機関・担い手の不足
<input type="checkbox"/>	活動の場所や拠点施設がない
<input type="checkbox"/>	予算が確保できない
<input type="checkbox"/>	関係者・市民・該当者の理解が得られない
<input type="checkbox"/>	その他 ()

【地域包括支援センターへの支援について】

Q27 自治体から地域包括支援センターに対して、どのような支援を行っていますか。(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	地域の医療・介護の資源の把握と共有
<input type="checkbox"/>	地域に必要なサービスの創出
<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメントに関する相談支援
<input type="checkbox"/>	医療・介護関係者との情報共有の支援
<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメントに関する研修の実施
<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメントに必要なツール(様式)類の提供
<input type="checkbox"/>	アセスメントに関与するなどの支援
<input type="checkbox"/>	地域リハビリテーション活動支援事業を活用した支援
<input type="checkbox"/>	地域住民への自立支援に向けた普及啓発
<input type="checkbox"/>	権利擁護業務等の支援
<input type="checkbox"/>	医療・介護関係者に向けた総合事業への理解の促進
<input type="checkbox"/>	その他 ()
<input type="checkbox"/>	特に行ってない

Q28 地域包括支援センターに対する支援について、自治体の立場として問題と感ずることはありますか。(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	適切な情報共有
<input type="checkbox"/>	必要なサービスの創出
<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメントに関する相談対応
<input type="checkbox"/>	多職種連携のコーディネート
<input type="checkbox"/>	医療機関との連携
<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメントに関する研修
<input type="checkbox"/>	地域住民への自立支援に関する普及啓発
<input type="checkbox"/>	市町村の人材不足
<input type="checkbox"/>	その他 ()
<input type="checkbox"/>	特に問題ない

【介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組について】

**Q29 介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けて、どのような取組を行っていますか。
(複数回答可)**

<input type="checkbox"/>	予防プランの点検・確認支援の実施
<input type="checkbox"/>	予防プラン点検マニュアルの策定と運用
<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメントマニュアルの策定と運用
<input type="checkbox"/>	介護予防ケアマネジメントに係る研修や勉強会の定期的な開催
<input type="checkbox"/>	多職種が協働できるよう関係機関に対して、地域ケア会議、サービス担当者会議への参画依頼
<input type="checkbox"/>	独自のアセスメントツールの活用
<input type="checkbox"/>	介護予防手帳の活用
<input type="checkbox"/>	その他 ()
<input type="checkbox"/>	特に行ってない

Q30 介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組について、問題と思われることはありますか。(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	介護予防に関わる職員数が不足している
<input type="checkbox"/>	介護予防に関わる職員のスキルが不足している
<input type="checkbox"/>	介護予防に関わるノウハウがない
<input type="checkbox"/>	行政と地域包括支援センターで意思統一や連携ができていない
<input type="checkbox"/>	何をどのように取り組むべきかわからない
<input type="checkbox"/>	その他 ()
<input type="checkbox"/>	特に問題ない

Q31 介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた取組について、我がまち自慢の取組を教えてください。

【介護予防ケアマネジメントに関する研修について】

Q32 介護予防ケアマネジメントに関する研修について、どのようなことを行っていますか。地域包括支援センター向けと居宅介護事業所向けのそれぞれについてお答えください。(複数回答可)

	地域包括支援センター	居宅介護事業所
自立支援・重度化防止について		
インテーク、アセスメントについて		
予防プラン作成について		
モニタリングについて		
評価について		
地域ケア会議について		
総合事業の制度について(総則的な事項)		
総合事業のサービスの類型や利用の流れについて		
効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方について		
その他 ()		
介護予防ケアマネジメントに関する研修は、特に行っていない		

※Q32で「介護予防ケアマネジメントに関する研修は、特に行っていない」以外を選択した方(研修を行っている方)

Q33 介護予防ケアマネジメントに関する研修はどのくらいの頻度で行っていますか。以下から最も近いものをお選びください。(1つを選択)

- 1 3か月に1回程度以内
- 2 6か月に1回程度以内
- 3 年に1回程度以内
- 4 1年超に1回程度

回答

【介護支援専門員への支援について】

Q34 自治体として、介護支援専門員の実践力向上に向けて、どのような支援を行っていますか。(複数回答可)

事例検討会の実施
地域ケア会議での助言
予防プランの振り返りの実施
各種研修
予防プラン点検・研修支援
自己点検票の作成、活用の推進
その他 ()
特に行っていない

【自立支援・重度化防止に向けた住民への啓発について】

Q35 自立支援・重度化防止に関する啓発を行っていますか。(1つを選択)

- 1 行っている
- 2 行っていない

回答

※Q35で「行っている」を選択した方

Q36 住民への啓発について、どのような取組を行っていますか。(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	介護予防に関する宣伝物の作成・配付
<input type="checkbox"/>	介護予防に関する説明会やイベントの開催
<input type="checkbox"/>	通いの場などの設置の推進
<input type="checkbox"/>	啓発動画の作成
<input type="checkbox"/>	その他 ()

Q37 自立支援・重度化防止に関する住民への啓発について、問題と思われることがあれば、ご自由にお書きください。

Q38 自立支援・重度化防止に関する住民への啓発について、工夫している我がまち自慢の取組を教えてください。

地域包括支援センター管理者調査票

介護予防ケアマネジメントに係るアンケート調査 ＜地域包括支援センター：管理者様＞

<回答欄について>

単一回答の回答欄： … プルダウンより選択肢を1つ選んで、回答してください。

複数回答の回答欄： … 当てはまるものすべてに「○」を選択してください。

自由記述の回答欄： … 数字や文字列（文章）などを記入して回答してください。

※2021年10月末現在の情報でご記入ください。

【貴事業所について】

Q1 貴センター名および所在地をお答えください。（都道府県、市町村はプルダウンリストから選択）

センターの名称	<input type="text"/>
都道府県	<input type="text"/>
市町村	<input type="text"/>

Q2 貴センターの形態をお答えください。（1つを選択）

- 1 直営
- 2 委託
- 3 ブランチ
- 4 サブセンター

回答

※Q2で「直営」を選択した方

Q3 設置主体をお答えください。（1つを選択）

「広域連合」を選択の場合、広域連合名をお教えてください。

- 1 市町村
- 2 広域連合

回答

()

※Q2で「委託」を選択した方

Q4 設置主体をお答えください。(1つを選択)

- 1 自治体による運営
- 2 社会福祉協議会
- 3 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
- 4 協同組合・連合会
- 5 医療法人
- 6 NPO法人
- 7 営利法人(民間企業)
- 8 その他

回答

Q5 貴センターの全職員数と資格別の内訳人数をお答えください。(2021年10月末現在)
複数の資格を保有する職員の場合は、主な職種1つをお答えください。

全職員数		人
資格(内訳)	保健師	人
	社会福祉士	人
	主任介護支援専門員	人
	介護支援専門員	人
	介護福祉士	人
	上記以外の資格を持つ職員	人
	その他	人

※「保健師」、「社会福祉士」、「主任介護支援専門員」はそれぞれ準ずる者を含む

Q6 貴センター全体の予防プランの件数(2021年10月末現在) ※委託分含む

センター全体の予防プランの件数		件
内訳①	介護予防支援	件
	介護予防ケアマネジメント	件
内訳②	要支援1	件
	要支援2	件
	事業対象者	件

※「予防プラン」は、事業対象者、要支援者を対象としたケアプラン(以下同様)

Q7 貴センターで予防プランを作成している職員数をお答えください。(2021年10月末現在)

予防プラン作成職員数 人

Q8 予防プランの居宅介護支援事業所への委託件数をお答えください。(2021年10月末現在)

予防プラン委託件数 件

【介護予防ケアマネジメントについて】

Q9 地域包括支援センターの管理者としてのあなた自身からみて、居宅介護支援事業所の介護支援専門員の介護予防ケアマネジメントの理解度はどの程度だと思いますか。(1つを選択)

- 1 ほとんどの介護支援専門員は、十分理解できている
- 2 概ね理解できている
- 3 どちらともいえない
- 4 理解できていない介護支援専門員が多い
- 5 理解できているとはいえない

回答

Q10 地域包括支援センターの管理者からみて、居宅介護支援事業所の介護支援専門員の問題点はありますか。(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	本人・家族のニーズ把握が不十分
<input type="checkbox"/>	アセスメントが不十分
<input type="checkbox"/>	予防プランの書き方を理解できていない
<input type="checkbox"/>	担当者によって質にばらつきがあると感じる
<input type="checkbox"/>	自立支援・重度化防止の視点が不足している
<input type="checkbox"/>	業務知識が不足している
<input type="checkbox"/>	地域のインフォーマルな社会資源を反映したプランになっていない
<input type="checkbox"/>	予防と介護の視点の違いを理解していない
<input type="checkbox"/>	利用者・家族の持っている力に着目できていない
<input type="checkbox"/>	その他 ()
<input type="checkbox"/>	特に問題はない

Q11 介護予防ケアマネジメントの推進において、地域包括支援センターとして問題と感ずることを上位3つまでお教えください。

	居宅介護支援事業所が介護予防の委託を受けない(報酬、業務負担など)
	サービスの種類が少ない
	行政に課題を提示しても施策に反映されない
	サービス担当者会議で決めたことを、サービス事業者が実践してくれない
	利用者の状態像に応じたサービス量の調整について、サービス事業者の協力が得られにくい
	評価や効果把握が難しい
	サービスの利用が目的となっている
	自立支援・重度化防止に関する利用者の理解不足
	人材不足
	介護予防についての介護支援専門員向け研修が少ない
	地域包括支援センター職員の業務過多で、アセスメントやプラン作成に十分時間がとれない
	インテークで利用者に介護予防の趣旨を説明して理解を得ていない
	その他 ()
	特に問題と感ずることはない

Q12 最後に、介護予防ケアマネジメントの推進に関して、要望があればお教えください。

地域包括支援センター担当者調査票

介護予防ケアマネジメントに係るアンケート調査 ＜地域包括支援センター：ご担当者様＞

＜回答欄について＞

単一回答の回答欄： … プルダウンより選択肢を1つ選んで、回答してください。

複数回答の回答欄： … 当てはまるものすべてに「○」を選択してください。

自由記述の回答欄： … 数字や文字列（文章）などを記入して回答してください。

※2021年10月末現在の情報でご記入ください。

【貴事業所について】

Q1 貴事業所名および所在地をお答えください。（都道府県、市町村はプルダウンリストから選択）

センターの名称	
都道府県	
市町村	

【あなた自身について】

Q2 あなた自身が保有する資格をお答えください。（複数回答可）

	介護支援専門員
	主任介護支援専門員
	社会福祉士（社会福祉士に準ずる者及び3年以上経験の社会福祉主事を含む）
	保健師（保健師に準ずる者及び経験ある看護師を含む）
	その他

Q3 あなたが現在担当している予防プランの件数(2021年10月末現在)をお答えください。

担当している予防プランの件数			件
内訳	要支援1		件
	要支援2		件
	事業対象者		件

※「予防プラン」は、事業対象者、要支援者を対象としたケアプラン（以下同様）

Q4 今までのあなた自身の予防プラン作成経験年数をお答えください。

- 1 1年未満
- 2 1～3年未満
- 3 3～5年未満
- 4 5～10年未満
- 5 10年以上

回答

【予防プランの利用者についての情報収集について】

Q5 あなた自身が予防プランの作成のために、確認・収集していることをお教えください。
(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	対象者の健康状態
<input type="checkbox"/>	心身機能・構造（体の働きや精神の働き）
<input type="checkbox"/>	生活行為全般（日常の身の回りの生活行為、家事、趣味、余暇活動など）
<input type="checkbox"/>	参加（家庭や社会生活で役割を果たしているか）
<input type="checkbox"/>	物的環境（支援機器や住宅環境など）
<input type="checkbox"/>	人的資源（家族や社会の意識・態度など）
<input type="checkbox"/>	制度的環境（法制度や公的サービスなど）
<input type="checkbox"/>	個人因子（性別・年齢・民族・ライフスタイルなど）
<input type="checkbox"/>	その他（ <input style="width: 400px; height: 15px;" type="text"/> ）

Q6 あなた自身が行っている予防プランの利用者についての情報の確認において、問題と感
ことを上位3つまでお教えください。

<input type="checkbox"/>	利用者、家族、関係者、関係機関、医師等からの十分な情報収集
<input type="checkbox"/>	改善の見込みに基づいたアセスメント
<input type="checkbox"/>	アセスメントに必要な時間の確保
<input type="checkbox"/>	アセスメントから適切な予防プランにつなげていく判断
<input type="checkbox"/>	市区町村の窓口との情報共有
<input type="checkbox"/>	その他（ <input style="width: 400px; height: 15px;" type="text"/> ）
<input type="checkbox"/>	特に問題と感することは無い

※Q6で「アセスメントに必要な時間の確保」を選択した方

Q7 アセスメントに十分な時間が取れない理由は何ですか。(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	担当する件数が多い
<input type="checkbox"/>	自らの力量不足
<input type="checkbox"/>	他の業務量が多い
<input type="checkbox"/>	支援困難（認知症等の意思疎通困難）ケースが多い
<input type="checkbox"/>	その他（ <input style="width: 400px; height: 15px;" type="text"/> ）

【予防プランについて】

Q8 あなた自身が行っている予防プランの作成に際して、重視していることを教えてください。
(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	利用者の状況・環境をよく知ること
<input type="checkbox"/>	利用者・家族のニーズの把握
<input type="checkbox"/>	自立を促す支援となること(利用者のもつ力に着目)
<input type="checkbox"/>	利用者・家族の希望と利用者にとっての必要性のバランスをとること
<input type="checkbox"/>	生活の中の困りごとの解決
<input type="checkbox"/>	達成可能で、本人の意欲を引き出す目標設定
<input type="checkbox"/>	様々なサービス、事業、インフォーマル資源の活用
<input type="checkbox"/>	セルフケアの推進
<input type="checkbox"/>	関係機関、関係者との連携
<input type="checkbox"/>	その他 ()
<input type="checkbox"/>	特に重視していることはない

Q9 あなた自身が行っている予防プラン作成における目標設定について、実践していることを教えてください。(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	目標にその人らしさ、個性を持たせるようにしている
<input type="checkbox"/>	本人の楽しみ・趣味・趣向を引き出して設定している
<input type="checkbox"/>	具体的な状況をイメージできる言葉を使うようにしている
<input type="checkbox"/>	自立支援が目標となるよう心掛けている
<input type="checkbox"/>	具体的な数値を目標に取り入れるようにしている
<input type="checkbox"/>	本人や家族にわかりやすい表現を心掛けている
<input type="checkbox"/>	目標に対して、本人・家族の合意を得るようにしている
<input type="checkbox"/>	本人の強みを活かした予防プランになるよう心掛けている
<input type="checkbox"/>	その他 ()

Q10 あなた自身が予防プランの作成を担当している件数について、どのようにお感じですか。
(1つを選択)

- 1 多すぎる
- 2 やや多い
- 3 普通
- 4 やや少ない
- 5 少なすぎる

回答

Q11 あなた自身が行っている予防プランの作成において、問題と感ずることを上位3つまでお教えください。

<input type="checkbox"/>	利用者のための目標を設定をすること
<input type="checkbox"/>	利用者の理解と納得を得ること
<input type="checkbox"/>	目標の共有と利用者が主体的にサービス利用をしてもらうこと
<input type="checkbox"/>	利用者の動機付け
<input type="checkbox"/>	地域資源の十分な把握
<input type="checkbox"/>	様々なインフォーマルサービスを利用すること
<input type="checkbox"/>	サービスの種類
<input type="checkbox"/>	本人・家族からデイサービスや生活支援サービスを求められること
<input type="checkbox"/>	アセスメント不足での予防プラン作成
<input type="checkbox"/>	サービスありきの予防プランになっていること
<input type="checkbox"/>	その他 (<input type="text"/>)
<input type="checkbox"/>	特に問題と感ずることはない

Q12 あなた自身が行っているモニタリングについて、方法と頻度をお教えください。

「頻度」は、およそ最も近いものを選択してください。

(「方法」複数回答可／「頻度」1つを選択)

方法	頻度
<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 回答
<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> 回答
<input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)	
<input type="checkbox"/> モニタリングは行っていない	

「頻度」選択肢

- 1 1か月1回程度
- 2 3か月に1回程度
- 3 6か月に2回程度
- 4 1年に1回程度

Q13 あなた自身が介護予防ケアマネジメントの目標に対する評価視点について、どの程度検証できていますか。以下のうち、検証しているものをお答えください。(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	(予防プラン自体の評価) 根拠のある予防プランであったか
<input type="checkbox"/>	(予防プラン自体の評価) 予防プランが有効に作用したか
<input type="checkbox"/>	(サービスの評価) 予防プランに沿ったサービスが提供されていたか
<input type="checkbox"/>	(本人の評価) 生活機能の向上が図られたか
<input type="checkbox"/>	(本人の評価) 目標とする生活に近づけたか
<input type="checkbox"/>	上記のいずれも検証していない

Q14 目標を達成できていない場合、原因としてどのようなことがありますか。(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	目標の設定が本人・家族に合ったものでなかった
<input type="checkbox"/>	目標が高すぎた
<input type="checkbox"/>	本人や家族の目標への認識が違っていた
<input type="checkbox"/>	具体策が実行できていなかった
<input type="checkbox"/>	サービス事業所の選定が合っていなかった
<input type="checkbox"/>	適切にモニタリングできていなかった
<input type="checkbox"/>	状態の変化に合わせて、適時予防プランの修正や変更ができていなかった
<input type="checkbox"/>	その他 (<input type="text"/>)
<input type="checkbox"/>	目標を達成できなかったことはない

Q15 介護予防ケアマネジメントの推進において、あなた自身が「利用者・家族」の観点から問題だと感じることを上位3つまでお教えてください。

<input type="checkbox"/>	利用者自らの努力で介護予防を行うことが理解されていない
<input type="checkbox"/>	介護保険料を払っていることから、サービス利用が当然と考えられ、自立支援のサービス活用が進まない
<input type="checkbox"/>	介護予防の支援内容が利用者に知られていない
<input type="checkbox"/>	利用者・家族が、加齢に伴う心身の機能低下はやむを得ないと諦め、自立支援・重度化防止の意識付けが難しい
<input type="checkbox"/>	友人・知人がサービスを利用しているから、自身も利用できると思っている
<input type="checkbox"/>	主治医などが予防給付や従前相当のサービス利用を勧める
<input type="checkbox"/>	家族が予防給付や従前相当サービス利用等を勧める
<input type="checkbox"/>	多様なサービスがあることを知らない
<input type="checkbox"/>	その他 (<input type="text"/>)
<input type="checkbox"/>	特に問題と感じることはない

【あなた自身の介護予防ケアマネジメントに関する教育機会について】

Q16 貴センターや自治体等で、介護予防ケアマネジメントに関する研修はありますか。
(1つを選択) (受講の有無は問わない)

- 1 ある
- 2 ない
- 3 わからない

回答

※Q16で「ある」を選択した方

Q17 その研修の主な内容をお教えてください。(複数選択可)

自立支援・重度化防止について
インテーク、アセスメントについて
予防プラン作成について
モニタリングについて
評価について
地域ケア会議について
総合事業の制度について (総則的な事項)
総合事業のサービスの類型や利用の流れについて
効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方について
その他 ()

※Q16で「ある」を選択した方

Q18 あなたは令和2年11月～令和3年10月までに研修を受けたことはありますか。Web、オンライン配信等含みます。(1つを選択)

- 1 ある
- 2 ない

回答

※Q18で「ある」を選択した方

Q19 研修を何回受講しましたか。(1つを選択)

- 1 1回
- 2 2回
- 3 3回
- 4 4回
- 5 5回以上

回答

※Q18で「ある」を選択した方

Q20 研修は実践に役立っていますか。(1つを選択)

- 1 役立っている
- 2 やや役立っている
- 3 どちらともいえない
- 4 やや役立っていない
- 5 役立っていない

回答

※Q20で「役立っている」または「やや役立っている」を選択した方

Q21 どのような点が役立っていますか。(複数回答可)

インテーク
アセスメント
予防プランの作成
モニタリング
評価
その他 ()

※Q18で「ない」を選択した方

Q22 研修を受けたことがない理由は何ですか。(複数回答可)

受講する時間がない
現場を離れることができない
開催場所が遠い
費用がかかる
受講したい研修がない
その他 ()

Q23 あなた自身にとって介護予防ケアマネジメントに関する研修は必要だと思いますか。
(1つを選択)

- 1 非常に必要
- 2 必要
- 3 どちらともいえない
- 4 必要ではない
- 5 まったく必要ではない

回答

Q24 どのような研修があれば、あなた自身の介護予防ケアマネジメントの質の向上に繋がると思いますか。(複数回答可)

自立支援・重度化防止のためのアセスメント
予防プランの作成方法
目標設定の仕方
目標達成に向けた利用者への動機付けの方法
モニタリング方法
予防プラン実行の評価
その他 ()

Q25 最後に、介護予防ケアマネジメントの推進に関して、要望があればお教えてください。

--

居宅介護支援事業所管理者調査票

介護予防ケアマネジメントに係るアンケート調査 ＜居宅介護支援事業所：管理者様＞

<回答欄について>

単一回答の回答欄： … プルダウンより選択肢を1つ選んで、回答してください。

複数回答の回答欄： … 当てはまるものすべてに「○」を選択してください。

自由記述の回答欄： … 数字や文字列（文章）などを記入して回答してください。

※2021年10月末現在の情報でご記入ください。

【貴事業所について】

Q1 貴事業所名および所在地をお答えください。（都道府県、市町村はプルダウンリストから選択）

事業所名	<input type="text"/>
都道府県	<input type="text"/>
市町村	<input type="text"/>

Q2 貴事業所の設置主体をお答えください。（1つを選択）

- 1 自治体による運営
- 2 社会福祉協議会
- 3 社会福祉法人(社会福祉協議会以外)
- 4 協同組合・連合会
- 5 医療法人
- 6 NPO法人
- 7 営利法人（民間企業）
- 8 その他

回答

Q3 貴事業所が所属する法人の居宅事業所の展開についてお答えください。（1つを選択）

- 1 全国に複数
- 2 同じ都道府県に複数
- 3 同じ市町村のみに複数
- 4 1拠点のみ
- 5 その他

回答

Q4 貴事業所が所属する法人全体について、行っている事業をお答えください。(1つを選択)

- 1 介護保険事業として、居宅から地域密着サービス、施設サービスまである
- 2 介護保険事業として、居宅サービスを持っている
- 3 介護保険事業としては、居宅介護支援事業のみ行っている

回答

**Q5 貴事業所における介護職の職員数と保有する資格をお答えください。
複数の資格を保有する職員の場合は、主な職種1つをお答えください。**

介護職の職員数(事務職除く)			人
資格(内訳)	介護支援専門員		人
	主任介護支援専門員		人
	その他		人
	なし		人

Q6 貴事業所で作成しているケアプランの件数(2021年10月末現在)をお答えください。

事業所全体の居宅ケアプラン作成件数			件
事業所全体の予防プランの作成件数			件
内訳	要支援1		件
	要支援2		件
	事業対象者		件

※「予防プラン」は、事業対象者、要支援者を対象としたケアプラン(以下同様)

Q7 貴事業所で予防プランを作成している職員数をお答えください。

予防プラン作成職員数 人

Q8 貴事業所全体の予防プラン受入数の上限設定はありますか。(1つを選択)

- 1 ある
- 2 ない

回答

※Q8で「ある」を選択した方

Q8-1 貴事業所での予防プラン受入上限数をお答えください。

予防プラン受入上限数 件

Q9 貴事業所での予防プランの受入状況をお答えください。(1つを選択)

- 1 積極的に受けている
- 2 積極的ではないが受けている
- 3 どちらともいえない
- 4 どちらかといえば受けたくない
- 5 まったく受けたくない

回答

Q10 Q9でお答えいただいた理由をお教えください。

--

【介護予防ケアマネジメントについて】

Q11 居宅介護支援事業所の管理者からみて、地域包括支援センターの職員の介護予防ケアマネジメントの理解度はどの程度だと思いますか。(1つを選択)

- 1 ほとんどの職員は、十分理解できている
- 2 概ね理解できている
- 3 どちらともいえない
- 4 理解できていない職員が多い
- 5 理解できているとはいえない

回答

Q12 居宅介護支援事業所の管理者からみて、地域包括支援センターの職員の問題点はありますか。(複数回答可)

	介護予防ケアマネジメントに対する理解度が低い
	インテークの情報共有が不十分
	地域包括支援センターからの支援が少ない
	地域のフォーマル、インフォーマルな社会資源の情報が共有されていない
	担当者によって質にばらつきがあると感じる
	予防と介護の視点の違いを理解していない
	その他 ()
	特に問題はない

Q13 介護予防ケアマネジメントの推進において、居宅介護支援事業所として問題と感ずることを上位3つまでお教えてください。

地域包括支援センターがインテークを行い、サービス利用ありきで紹介されることがあり、アセスメントの必要性を感じない
インテークで利用者に介護予防の趣旨を説明して理解を得ていない
予防プランは、手間がかかる割には報酬が低い
利用者との直接契約でないため、地域包括支援センターとの書類のやり取りが煩雑である
地域包括支援センターが委託することの趣旨を理解しておらず、単にケアプランチェックになっている
サービスの種類が少ない
地域包括支援センターに課題を提示しても施策に反映されない
サービス担当者会議で決めたことを、サービス事業者が実践してくれない
利用者の状態像に応じたサービス量の調整について、サービス事業者の協力が得られにくい
評価や効果把握が難しい
サービスの利用が目的となっている
自立支援・重度化防止に関する利用者の理解不足
人材不足
介護予防についての介護支援専門員向け研修が少ない
その他 ()
特に問題と感ずることはない

Q14 最後に、介護予防ケアマネジメントの推進に関して、要望があればお教えてください。

居宅介護支援事業所担当者調査票

介護予防ケアマネジメントに係るアンケート調査 ＜居宅介護支援事業所：ご担当者様＞

<回答欄について>

単一回答の回答欄： … プルダウンより選択肢を1つ選んで、回答してください。

複数回答の回答欄： … 当てはまるものすべてに「○」を選択してください。

自由記述の回答欄： … 数字や文字列（文章）などを記入して回答してください。

※2021年10月末現在の情報でご記入ください。

【貴事業所について】

Q1 貴事業所名および所在地をお答えください。（都道府県、市町村はプルダウンリストから選択）

事業所名	<input type="text"/>
都道府県	<input type="text"/>
市町村	<input type="text"/>

【あなた自身について】

Q2 あなた自身の居宅介護事業所（過去の他事業所での勤務も含む）での勤務経験年数をお答えください。（1つを選択）

- 1 3年未満
- 2 3～5年未満
- 3 5～10年未満
- 4 10～15年未満
- 5 15～20年未満
- 6 20年以上

回答

Q3 あなた自身が保有する主な資格をお答えください。（1つを選択）

- 1 介護支援専門員
- 2 主任介護支援専門員
- 3 その他
- 4 なし

回答

※「その他」を選択の場合、
左欄に資格名をご記入ください

Q4 あなた自身の役職をお答えください。(1つを選択)

- 1 経営者
- 2 管理者・事業統括者
- 3 介護支援専門員の仕事
- 4 その他

回答

Q5 あなた自身の就業形態をお答えください。(1つを選択)

- 1 常勤
- 2 非常勤
- 3 その他

回答

Q6 あなた自身が担当しているケアプランの件数(2021年10月末現在)をお答えください。

担当している居宅ケアプラン件数			件
担当している予防プランの件数			件
内訳	要支援1		件
	要支援2		件
	事業対象者		件

※「予防プラン」は、事業対象者、要支援者を対象としたケアプラン（以下同様）

Q7 今までのあなた自身の予防プラン作成経験年数をお答えください。

- 1 1年未満
- 2 1～3年未満
- 3 3～5年未満
- 4 5～10年未満
- 5 10年以上

回答

【予防プランの利用者についての情報収集について】

Q8 あなた自身が予防プランの作成のために、確認・収集していることをお教えてください。
(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	対象者の健康状態
<input type="checkbox"/>	心身機能・構造（体の働きや精神の働き）
<input type="checkbox"/>	生活行為全般（日常の身の回りの生活行為、家事、趣味、余暇活動など）
<input type="checkbox"/>	参加（家庭や社会生活で役割を果たしているか）
<input type="checkbox"/>	物的環境（支援機器や住宅環境など）
<input type="checkbox"/>	人的資源（家族や社会の意識・態度など）
<input type="checkbox"/>	制度的環境（法制度や公的サービスなど）
<input type="checkbox"/>	個人因子（性別・年齢・民族・ライフスタイルなど）
<input type="checkbox"/>	その他（ <input type="text"/> ）

Q9 あなた自身が行っている予防プランの利用者についての情報の確認において、問題と感ずることを上位3つまでお教えてください。

<input type="checkbox"/>	利用者、家族、関係者、関係機関、医師等からの十分な情報収集
<input type="checkbox"/>	改善の見込みに基づいたアセスメント
<input type="checkbox"/>	アセスメントに必要な時間の確保
<input type="checkbox"/>	アセスメントから適切な予防プランにつなげていく判断
<input type="checkbox"/>	市区町村の窓口との情報共有
<input type="checkbox"/>	その他（ <input type="text"/> ）
<input type="checkbox"/>	特に問題と感ずることはない

※Q9で「アセスメントに必要な時間の確保」を選択した方

Q10 アセスメントに十分な時間が取れない理由は何ですか。(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	担当する件数が多い
<input type="checkbox"/>	自らの力量不足
<input type="checkbox"/>	他の業務量が多い
<input type="checkbox"/>	支援困難（認知症等の意思疎通困難）ケースが多い
<input type="checkbox"/>	その他（ <input type="text"/> ）

【予防プランについて】

Q11 あなた自身が行っている予防プランの作成に際して、重視していることを教えてください。
(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	利用者の状況・環境をよく知ること
<input type="checkbox"/>	利用者・家族のニーズの把握
<input type="checkbox"/>	自立を促す支援となること(利用者のもつ力に着目)
<input type="checkbox"/>	利用者・家族の希望と利用者にとっての必要性のバランスをとること
<input type="checkbox"/>	生活の中の困りごとの解決
<input type="checkbox"/>	達成可能で、本人の意欲を引き出す目標設定
<input type="checkbox"/>	様々なサービス、事業、インフォーマル資源の活用
<input type="checkbox"/>	セルフケアの推進
<input type="checkbox"/>	関係機関、関係者との連携
<input type="checkbox"/>	その他 ()
<input type="checkbox"/>	特に重視していることはない

Q12 あなた自身が行っている予防プラン作成における目標設定について、実践していることを教えてください。(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	目標にその人らしさ、個性を持たせるようにしている
<input type="checkbox"/>	本人の楽しみ・趣味・趣向を引き出して設定している
<input type="checkbox"/>	具体的な状況をイメージできる言葉を使うようにしている
<input type="checkbox"/>	自立支援が目標となるよう心掛けている
<input type="checkbox"/>	具体的な数値を目標に取り入れるようにしている
<input type="checkbox"/>	本人や家族にわかりやすい表現を心掛けている
<input type="checkbox"/>	目標に対して、本人・家族の合意を得るようにしている
<input type="checkbox"/>	本人の強みを活かした予防プランになるよう心掛けている
<input type="checkbox"/>	その他 ()

Q13 あなた自身が予防プランの作成を担当している件数について、どのようにお感じですか。
(1つを選択)

- 1 多すぎる
- 2 やや多い
- 3 普通
- 4 やや少ない
- 5 少なすぎる

回答

Q14 あなた自身が行っている予防プランの作成において、問題と感ずることを上位3つまでお教えください。

利用者のための目標を設定をすること
利用者の理解と納得を得ること
目標の共有と利用者が主体的にサービス利用をしてもらうこと
利用者の動機付け
地域資源の十分な把握
様々なインフォーマルサービスを利用すること
サービスの種類
本人・家族からデイサービスや生活支援サービスを求められること
アセスメント不足での予防プラン作成
サービスありきの予防プランになっていること
その他 ()
特に問題と感ずることはない

Q15 あなた自身が行っているモニタリングについて、方法と頻度をお教えください。

「頻度」は、およそ最も近いものを選択してください。

(「方法」複数回答可／「頻度」1つを選択)

方法	頻度
電話	回答
訪問	回答
その他 ()	
モニタリングは行っていない	

「頻度」選択肢

- 1 1か月1回程度
- 2 3か月に1回程度
- 3 6か月に2回程度
- 4 1年に1回程度

Q16 あなた自身が介護予防ケアマネジメントの目標に対する評価視点について、どの程度検証できていますか。以下のうち、検証しているものをお答えください。(複数回答可)

(予防プラン自体の評価) 根拠のある予防プランであったか
(予防プラン自体の評価) 予防プランが有効に作用したか
(サービスの評価) 予防プランに沿ったサービスが提供されていたか
(本人の評価) 生活機能の向上が図られたか
(本人の評価) 目標とする生活に近づけたか
上記のいずれも検証していない

Q17 目標を達成できていない場合、原因としてどのようなことがありますか。(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	目標の設定が本人・家族に合ったものでなかった
<input type="checkbox"/>	目標が高すぎた
<input type="checkbox"/>	本人や家族の目標への認識が違っていた
<input type="checkbox"/>	具体策が実行できていなかった
<input type="checkbox"/>	サービス事業所の選定が合っていなかった
<input type="checkbox"/>	適切にモニタリングできていなかった
<input type="checkbox"/>	状態の変化に合わせて、適時予防プランの修正や変更ができていなかった
<input type="checkbox"/>	その他 ()
<input type="checkbox"/>	目標を達成できなかったことはない

Q18 介護予防ケアマネジメントの推進において、あなた自身が「利用者・家族」の観点から問題だと感じることを上位3つまで教えてください。

<input type="checkbox"/>	利用者自らの努力で介護予防を行うことが理解されていない
<input type="checkbox"/>	介護保険料を払っていることから、サービス利用が当然と考えられ、自立支援のサービス活用が進まない
<input type="checkbox"/>	介護予防の支援内容が利用者に知られていない
<input type="checkbox"/>	利用者・家族が、加齢に伴う心身の機能低下はやむを得ないと諦め、自立支援・重度化防止の意識付けが難しい
<input type="checkbox"/>	友人・知人がサービスを利用しているから、自身も利用できると思っている
<input type="checkbox"/>	主治医などが予防給付や従前相当のサービス利用を勧める
<input type="checkbox"/>	家族が予防給付や従前相当サービス利用等を勧める
<input type="checkbox"/>	多様なサービスがあることを知らない
<input type="checkbox"/>	その他 ()
<input type="checkbox"/>	特に問題と感じることはない

【あなた自身の介護予防ケアマネジメントに関する教育機会について】

Q19 貴事業所や自治体等で、介護予防ケアマネジメントに関する研修はありますか。(1つを選択)
(受講の有無は問わない)

- 1 ある
- 2 ない
- 3 わからない

回答

※Q19で「ある」を選択した方

Q20 その研修の主な内容をお教えてください。(複数選択可)

<input type="checkbox"/>	自立支援・重度化防止について
<input type="checkbox"/>	インテーク、アセスメントについて
<input type="checkbox"/>	予防プラン作成について
<input type="checkbox"/>	モニタリングについて
<input type="checkbox"/>	評価について
<input type="checkbox"/>	地域ケア会議について
<input type="checkbox"/>	総合事業の制度について(総則的な事項)
<input type="checkbox"/>	総合事業のサービスの類型や利用の流れについて
<input type="checkbox"/>	効果的な介護予防ケアマネジメントの在り方について
<input type="checkbox"/>	その他 ()

※Q19で「ある」を選択した方

Q21 あなたは令和2年11月～令和3年10月までに研修を受けたことはありますか。Web、オンライン配信等含みます。(1つを選択)

- 1 ある
- 2 ない

回答

※Q21で「ある」を選択した方

Q22 研修を何回受講しましたか。(1つを選択)

- 1 1回
- 2 2回
- 3 3回
- 4 4回
- 5 5回以上

回答

※Q21で「ある」を選択した方

Q23 研修は実践に役立っていますか。(1つを選択)

- 1 役立っている
- 2 やや役立っている
- 3 どちらともいえない
- 4 やや役立っていない
- 5 役立っていない

回答

※Q23で「役立っている」または「やや役立っている」を選択した方

Q24 どのような点が役立っていますか。(複数回答可)

インタビュー
アセスメント
予防プランの作成
モニタリング
評価
その他 ()

※Q21で「ない」を選択した方

Q25 研修を受けたことがない理由は何ですか。(複数回答可)

受講する時間がない
現場を離れることができない
開催場所が遠い
費用がかかる
受講したい研修がない
その他 ()

Q26 あなた自身にとって介護予防ケアマネジメントに関する研修は必要だと思いますか。

(1つを選択)

- 1 非常に必要
- 2 必要
- 3 どちらともいえない
- 4 必要ではない
- 5 まったく必要ではない

回答

Q27 どのような研修があれば、あなた自身の介護予防ケアマネジメントの質の向上に繋がると思いますか。(複数回答可)

自立支援・重度化防止のためのアセスメント
予防プランの作成方法
目標設定の仕方
目標達成に向けた利用者への動機付けの方法
モニタリング方法
予防プラン実行の評価
その他 ()

Q28 最後に、介護予防ケアマネジメントの推進に関して、要望があればお教えてください。

--

第3章 適切な介護予防ケアマネジメント手法を普及促進するための研修等

I 研修等実施報告

1. 介護予防ケアマネジメントオンデマンド研修

介護予防ケアマネジメントに関する研修のプログラムを検討し、『介護予防ケアマネジメントオンデマンド研修』の名称で、YouTubeによるオンデマンド配信を行い研修の開催とした。

効果的な研修を行うため、講義に使用するPowerPointスライドの作成・構成を工夫するとともに、本人、家族とのやり取りの場面について資料映像を制作した。また、効率的に視聴できるよう、当センターホームページに開設した研修専用サイトで動画のチャプター分けを行い、そのチャプターにあわせた形で研修資料と別冊資料を作成することで、研修受講しやすい環境を整えた。

なお、研修資料等は研修専用サイトからダウンロード可能とするとともに、本調査研究の調査票を回答し希望する者に対し、先着順で当該研修資料等の送付を行った。当初1,000名としていたが、一週間を待たずに予定数を超過したことから、さらに1,000名を追加し、合わせて2,000名に対し資料送付を行った。

広報については、当該研修開催の広告を情報誌・情報新聞へ複数回掲載するとともに、研修専用サイトにおいて、研修の内容や研修資料ダウンロードのお知らせ等を随時更新した。また、同サイト内において研修受講者アンケートの回答依頼も行った。

介護予防ケアマネジメントオンデマンド研修動画

◎ <https://www.youtube.com/watch?v=57jfSCTDDME>



介護予防ケアマネジメントオンデマンド研修資料

◎ https://nenrin.or.jp/tekisetsu_yobou/pdf/ondemandtraining_document_all.pdf



2. 介護予防ケアマネジメント実践者トークセッション

介護予防ケアマネジメントの実務にかかる参考事例を紹介する、「介護予防ケアマネジメント実践者トークセッション」を円滑に実施するため、トークセッション出席者の基本情報や地域紹介について、事前に情報収集し共有を図った。

トークセッションに関する広報は、情報新聞への広告掲載と記事としての取扱いとともに、研修専用サイトで告知を行った。

トークセッションは研修と同様に、YouTubeによるオンデマンド配信とした。

介護予防ケアマネジメント実践者トークセッション動画

◎ <https://www.youtube.com/watch?v=f8RF3JWejuw>



Ⅱ 研修受講者のアンケート結果と研修教材としての動画・資料について

1. 研修受講者アンケート

研修専用サイトに設けた研修受講者アンケートには、307名から回答いただき、「参考になった」「理解が深まった」「今後の参考にする」「振り返りと気づきがあった」など研修効果があったことが伺える内容であった。

YouTubeの視聴回数＝受講者数ではないが、研修利用が相当数あったと思われる。

〔視聴回数：15,400回（令和4年3月31日現在）〕

また、「コロナ禍で対面研修ができないため、圏域の居宅事業所にオンデマンド研修を受講させたい」、「自分のところの包括職員や委託先居宅介護支援事業所にこれを使用し研修をさせたい」などの問合せもあった。

令和3年度介護予防ケアマネジメントオンデマンド研修 受講者アンケート

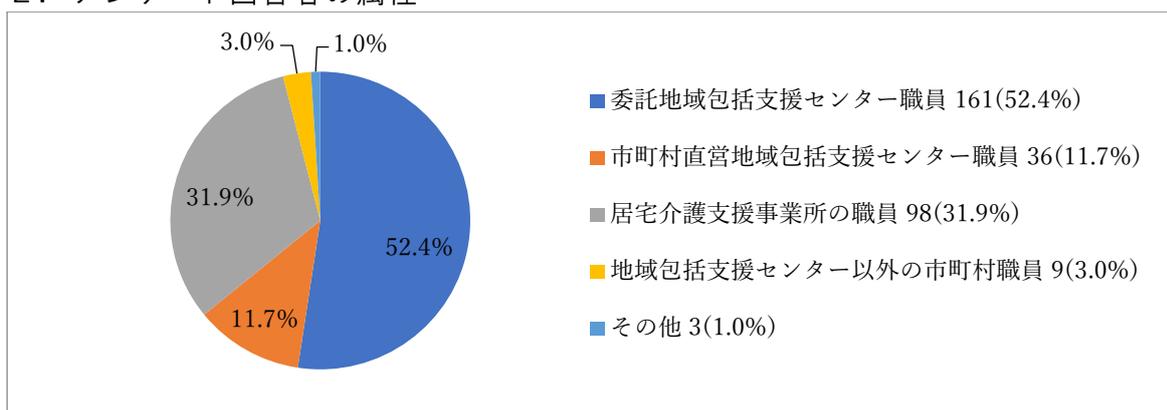
回答者数：307名（視聴回数：12,804）

回答期間：令和4年1月25日(火)～令和4年3月22日(火)

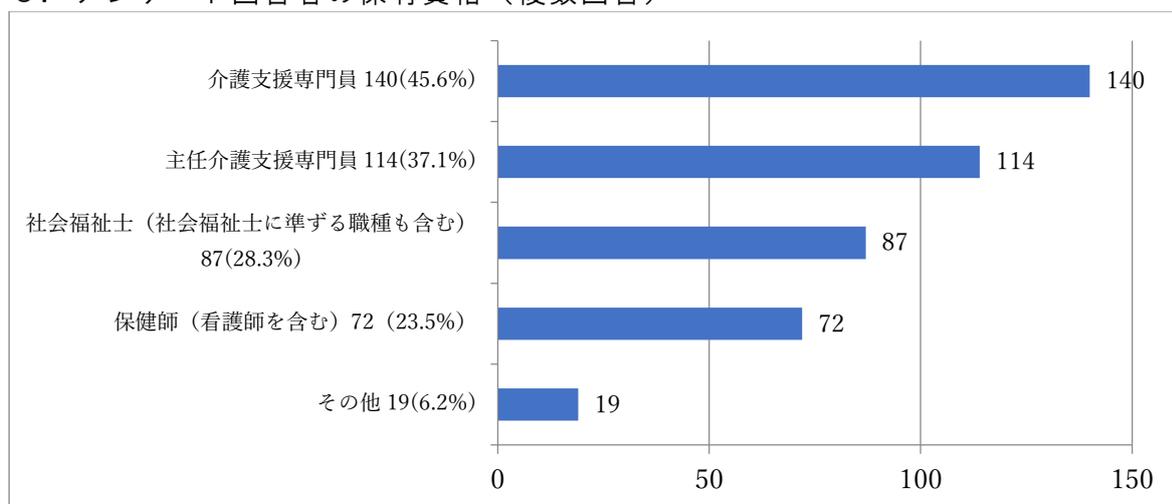
1. アンケート回答者の勤務地（都道府県）

東京都	49名	北海道	9名	愛媛県	3名	沖縄県	2名
岡山県	35名	大阪府	9名	福島県	2名	岩手県	1名
愛知県	28名	山形県	7名	栃木県	2名	石川県	1名
静岡県	24名	大分県	6名	富山県	2名	鳥取県	1名
宮城県	18名	青森県	4名	京都府	2名	島根県	1名
福岡県	18名	三重県	4名	兵庫県	2名	山口県	1名
千葉県	16名	和歌山県	4名	奈良県	2名	香川県	1名
埼玉県	12名	鹿児島県	4名	広島県	2名	高知県	1名
神奈川県	12名	長野県	3名	長崎県	2名	宮崎県	1名
群馬県	10名	岐阜県	3名	熊本県	2名	不明	1名

2. アンケート回答者の属性



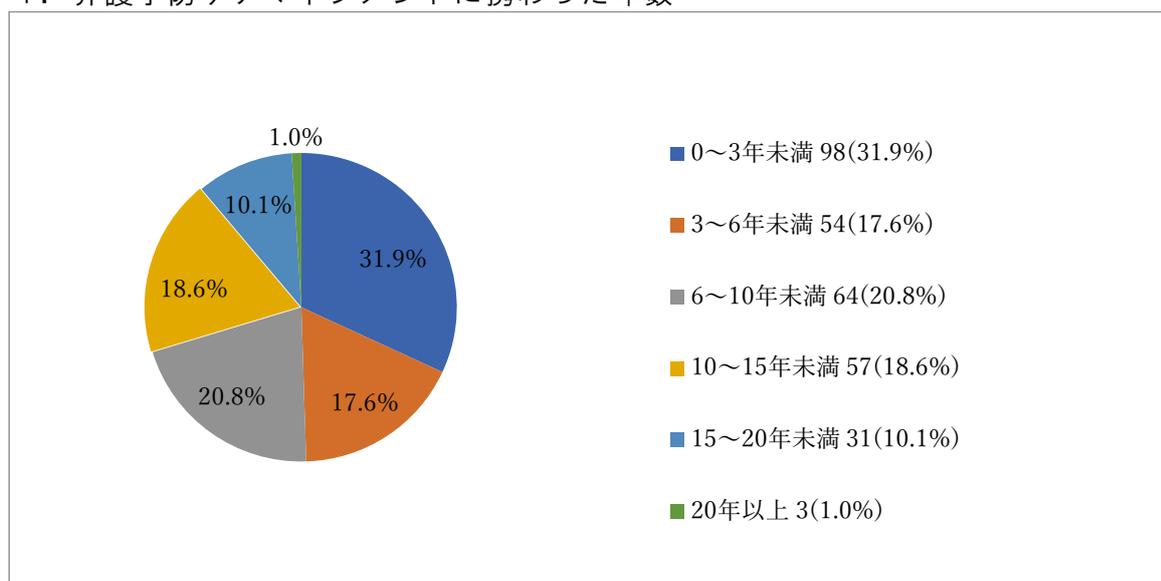
3. アンケート回答者の保有資格（複数回答）



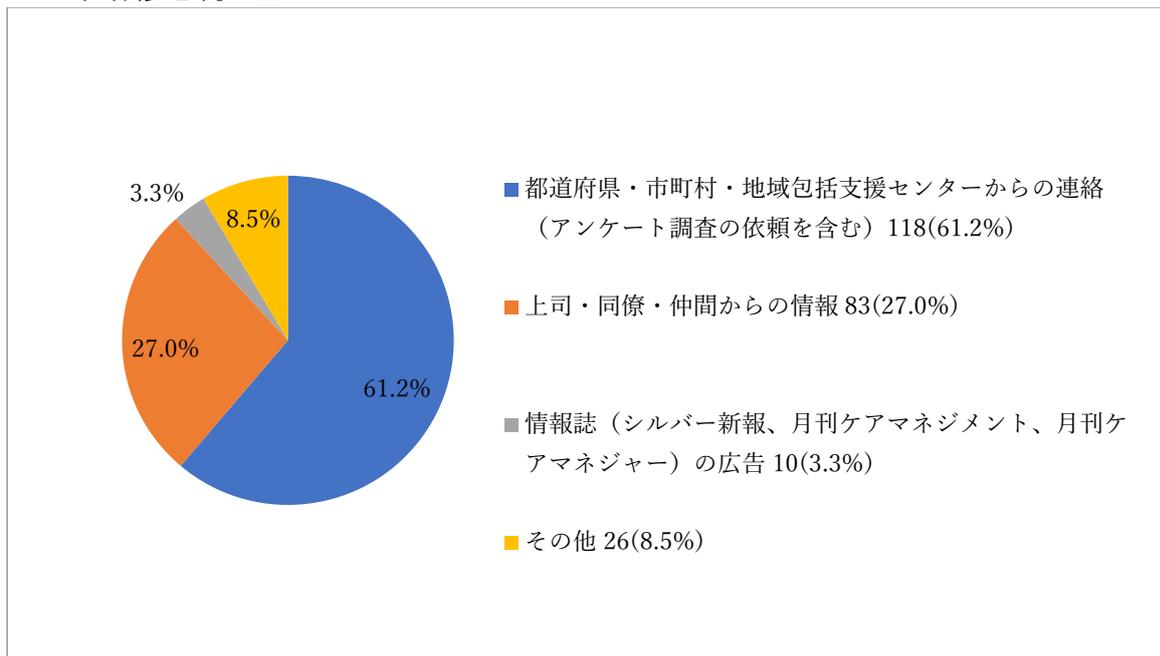
【その他の記載内容】

- ・ 介護福祉士 12
- ・ 精神保健福祉士 4
- ・ 作業療法士 1
- ・ 理学療法士 1
- ・ 臨床検査技師 1

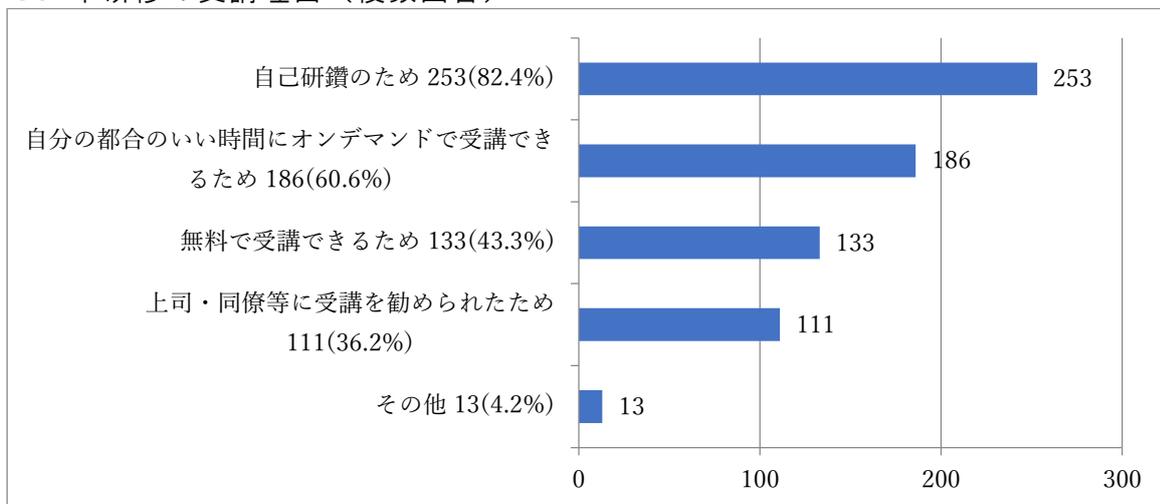
4. 介護予防ケアマネジメントに携わった年数



5. 本研修を何で知ったか



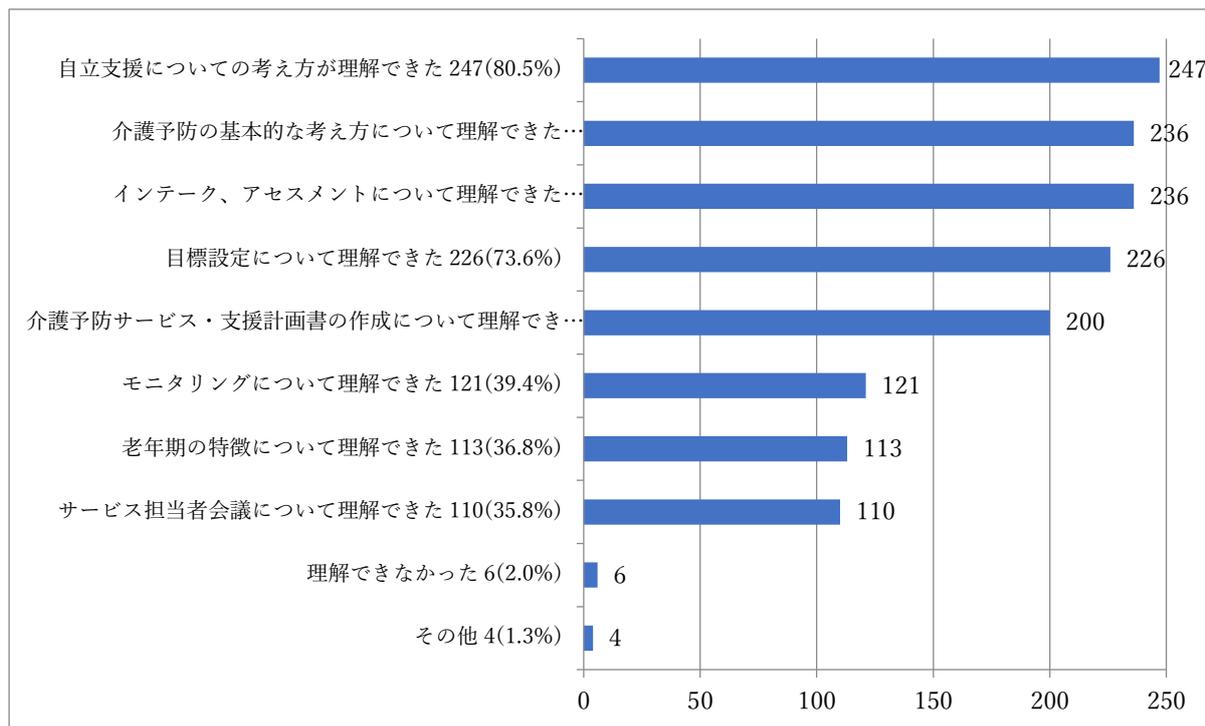
6. 本研修の受講理由 (複数回答)



【その他の記載内容】

- ・ 新人職員の研修に使用したい
- ・ 委託先のケアマネや新人教育への活用
- ・ 包括内の研修に代わるものとして
- ・ 職場の内部研修として受講
- ・ 会社からの受講
- ・ 全員受講のため
- ・ ケアマネジャーへの研修を行う際の参考とするため
- ・ 自立支援の考え方をどのように伝えるか知りたかった
- ・ 自分のやっていることを振り返り、今後に活かすため
- ・ 介護予防ケアマネジメントについて再確認したかったため
- ・ ケアプランに対して正しい指摘ができるようにしたいため
- ・ コロナ対策のため、在宅ワーク時間ができたため

7. 本研修を受講して、介護予防ケアマネジメントについて理解できたか (複数回答)



【その他の記載内容】

- ・ 動画で、実際に自宅に訪問しての対応や遠方家族への電話での会話など、視点がわかりやすく良かった。
- ・ ご本人や家族への働きかけや動機づけについて理解できた。
- ・ 理解を再確認できた。
- ・ 基礎的な内容だった。

8. 本研修を受講した感想

- コロナ禍であるこのタイミングで、介護予防ケアマネジメントについて、基本に立ち返り学べたことはとても良かったです。
- 簡潔にわかりやすくまとめられていて良かった。
- 介護予防の考え方を再認識できました。介護であれ予防であれ本人の思いをきちんと汲み取りつつ最後まで寄り添うとともに、本人らしい生活を送ってもらうために専門職としての提案も行なっていくことが大切だと思いました。予防の対象者はまだまだ自分の意思をはっきり表明できる方が多いので、表明できるように力をつけていけるような支援を行いたいです。
- 具体的な説明でわかりやすかったです。ビデオを止めたり繰り返し確認できたりして、自分のペースで学習できて理解の助けになりました。
- しっかりと、予防のプランなど勉強したことがなかったので、良い機会となった。チェックリストも本人にしてもらっていて、なるほどな、と思った。普段何気なくアセスメントしていたが、チェックリストに基づいて話をすると、本人自身が納得できるので、サービスなどにつなげやすく良いと思った。これから実践していこうと思う。
- 普段利用者とかかわるなかで、今まで意識してなかった部分もあり、勉強になりました。
- サービスありきのプランではなく状態と個々に合った支援の必要性を改めて学習で

きた。今後に活かしていきたい。

- 自立支援に対して再認識することができた。
- 日頃の業務を振り返ることができた。
- 自立支援の考え方や意欲を引き出す支援の重要性を改めて確認できた。
- わかりやすかった。今後、インテークから注意深く様子を伺おうと思った。
- 本人の意欲を引き出し、楽しみをもって生活できるプランを作成する着眼点について勉強になった。
- 普段、毎日の業務で振り返る時間が疎かになっていました。改めて、介護予防ケアマネジメントの目的や、私達に求められていることを学ぶことで、気が引き締まる思いでした。とても難しい仕事であり、まだまだ力をつけていけないと感じました。
- マネジメントの基本に立ち返ることができたと思う。チェックリストやアセスメントの結果をふまえての本人に対する意見や説明を十分していなかったと思うので、今後は意識して行いたい。
- 日々の業務の中で、しっかりと振り返る時間が必要だということを再確認しました。予防の方は少人数受け持たせていただいています。介護の方への支援と考え方は変わらないと思います。資料をじっくり読みながらまた、学んでいきたいと思いました。
- 自立支援の考え方や介護予防ケアマネジメントにおいて、アセスメントの重要性を丁寧に学びました。特に介護予防サービス・支援計画書の作成においては2パターン例示いただいたので、誰にでも当てはまるもの、個別性を感じられるものの違いが具体的にわかりやすかったです。目標設定も、本人が決めるだけでなく、家族からの提案からの設定でも良いことに関しては今まで考えていなかった。今後の選択肢に加えていきたいと思います。アセスメント、インテークについての丁寧な説明だった分、モニタリングやサービス担当者会議については今までやっていることの確認にとどまってしまったように感じます。講義中ではアセスメントが一番重要とありましたので、それで良いのかなとも思いました。今回、研修を受けて、普段の業務を振り返る良い機会になりました。ありがとうございました。
- 長年、介護予防ケアマネジメントを行っているが、改めて見直す機会になり、今後の業務に活かしていきたいと思う。
- 改めて、基本理念から勉強でき良かったと思います。事例とそれに基づく動画もありわかりやすかったです。
- 研修を受講してみて、ケアマネジメントの流れを改めて確認することができて良かったです。今後、ケアプランを作成する際には、その方だとわかるくらいに詳しくプランに情報を落とし込み、より質の良いケアを目指して、関係者と一緒に考えていきたいと思いました。
- ビデオにより、アセスメントや動機づけがとてもイメージしやすかった。小林保健師がとてもハキハキしていて、あのよう動機づけできればと思えた。
- 現在和光様式を取り入れて介護予防支援計画書を作成しています。今現在は自立支援に向かった介護予防ケアマネジメントができていると思えますが、その前はよくわからないままに支援計画書を作成していたので、その当時にこういった具体的な内容を沢山盛り込んだ研修が受けられたら良かったなと思います。地域包括支援センターの保健師としては、地域住民への介護予防、健康管理への関心を高めるためにこれまで以上にもっとできることがあると思ったので、広報活動やかかわり方、媒体の工夫等、この研修を通じて学び気づけたこともあるので、参考にしていきたいと思いました。ありがとうございました。
- 様々なところから必要な情報収集ができることを改めて学んだ。

- 基本的なことを学ぶことができ、初心に帰ることができました。
- 自身の業務を振り返り、確認することができました。丁寧な解説、動画でとてもわかりやすく、とても良い勉強になりました。ありがとうございました。
- 本人の強みを活用できるように支援していきたいと思います。
- 資料もわかりやすく具体的に説明して下さったのでとても良い内容でした。他のケアマネジャーにもお勧めしたいと思います
- 平成18年に介護予防ケアマネジメントについて研修を受けたものと、基本的な考え方が変わっていないことが確認でき、安心しました。当地域において、介護予防支援ケアマネジメントに対する理解や推進に向けて、一番できていない機関が、地域包括支援センターと思います。(スタッフの入れ替わりが激しすぎです。また、介護支援資格のない保健師や社会福祉士はケアプランの作成の思考プロセスを学んでいません)
 予防プランにまで手が回らないと、居宅支援事業所に委託を出すなら、それを支援できるだけの力量をつけてください。包括スタッフが立てたプランもメチャクチャだし、居宅が立てたケアプランに適切に支援ができていないケースも、山ほどです。
- 基本に立ち返る良い機会とできました。自分は介護プランを長年行ってきましたが予防プランの業務は人事異動などもあり今年度から久しぶりに再開する状況でしたので、良い確認作業ができました。
- ケアマネジャーとしてのこれまでの視点を少しかけることが必要と感じた。
- 居宅介護と包括支援の違いや注意点など初歩から理解できる内容でわかりやすかった。今度も自立支援について考え支援をしていきたいです。
- サービス担当者会議の様子を映像で視聴したかった。
- 今までのやり方を見直して、自立支援に向けたケアプランづくりをしていきたいと思う良い機会になりました。
- 基本の再確認の機会となった。今後の支援にいかしていきたい。
- ①介護保険制度の簡単説明方法については対利用者へわかりやすく伝えられる解釈方法と思い即時実践しようとする。②介護予防対象者の理解方法については『ハッ』とする機会となったため、自身のケアマネジメント作業を見直し改善を図ろうと思う。③インテーク動画の内容と事例ケアプランについては概ね、できていると自己評価しますが、部下への指導や今後新人受け入れの際には、有効となると考えるため、活用したいと考える。その他として、今回自身の生活スタイルに合わせ、早朝5時から研修に臨めたため、改めてオンデマンド研修のメリットを実感した。
- 遠方の家族にプランに参加していただく重要性や方法を確認できたことが参考になった。
- 予防ケアマネジメントについて、映像も入れながら学ぶことができました。
- インテーク・アセスメント時の留意点や、着目する部分について知ることができました。また、本人のエンパワメントが引き出せるよう本人に対して知る意識を持つと思いました。資料について…山本春子さんのケアプラン(別冊資料9P~10P)の期間がR4.1.31までのことと、1年間の目標と課題に対する目標に差異があったことの理由が何かあるのかなと思いました。
- とてもわかりやすかったです。
- アセスメント部分を可視化することで自身の問題や課題に気づいてもらう。そして、利用者自身が問題や課題に向き合い支援者が支えていくという、介護予防サービス・支援計画書の様式について様式の意図が理解できた。
- 大変わかりやすくつくられ、大変勉強になりました。感謝申し上げます。
- 今までは、まずは介護サービスにつながり維持できれば良いというような思いが中心でした。改めて要支援者の支援とはどういうことかを学ばせていただきました。

ありがとうございました。

- 介護予防マネジメントについて改めて再確認ができました。今回の研修内容を見直しながら業務に取り組んでいきたいです。
- 基本的なことを含めて学ぶことができた。動画もわかりやすく、自分が実際行っている訪問や家族とのやり取り等に重ねて状況を見直すことができた。利用者の意向を第一に、そして前向きに取り組めるような働きかけが大切であることを再確認した。
- 基本的な内容でわかりやすいと思います。CサービスやBサービスがない自治体にとっては悩みどころの多い問題です。
- 介護予防ケアマネジメントのケアマネジャーとしての考え方について気づかされる部分が大きかった。本人の意向や意欲を引き出せるアセスメントやモニタリングを心がけようと思います。とても分かりやすい研修内容で、定期的に受けたいと思いました。ありがとうございました。
- 新人職員やケアマネにも是非活用したいと思いました。期限なしでのオンデマンドで活用できるなど、包括が研修で使えるようにしてもらえると助かります
- 無料で受講でき、わかりやすく、印刷資料も充実していて、大変勉強になりました。ありがとうございました。話すスピードが調整できたり、テロップがついていたりするのが、大変嬉しいです。折角の研修を全国の居宅や包括職員が、どれくらい受講されたか知りたいところです。
- これまで見聞きした研修の中で一番わかりやすかったのが率直な感想です。チャプターひとつひとつ丁寧な説明で、実演を交えてすんなり理解することができました。包括支援センター職員として指導・助言する立場のため、今回の研修内容を今後の業務に活かしていきたいです。
- 介護予防のプランの進め方が理解できました。評価の部分をもう少し詳しく学びたいと思いました。
- アセスメントを通して利用者の身体状況のみならず、心理的な部分や生活全体を把握し、できなくなってしまったことをできるように、本人の気持ちに寄り添い、また、本人の強みを活かしながらその人らしい支援を展開できるようにしていく必要があることを再確認できた。遠方の家族や周囲の人々を利用者の応援団として巻き込むことも大切だということも理解できた。
- 改めて介護予防ケアマネジメントについて知ること、確認、復習できたので良かったです。
- 今回の研修で、介護予防ケアマネジメントや自立支援、考え方などについて勉強する良い機会をいただいたと思っているので、今後の業務に少しでも生かしていけるよう参考にさせていただきたいと思います。ありがとうございました。
- 地域包括支援センターからの依頼がなくて研修を実際に活用できません。
- 「インテークからアセスメントが始まっている」ということに、どこか長く携わっていると馴れ合いになってしまい、家屋状況まで注意が行き届いていなかったと感じた。介護予防計画書は可視化できる内容にしたいと思う。インフォーマルなサービス、例えば家族はもちろん、地域住民等の支援が受けられるような関係づくりや社会資源の活用だけではなく、発掘や構築を行っていくことが重要だと感じた。本人の意欲を引き出すことのみならず、時には「やりたくない」という選択肢を認めることも、自立支援につながる可能性があるかと再認識することができた。本人の「今の気持ち」も大切にかかわっていきたい。コロナ渦のご時世、WEB研修は非常に有意義だと、この研修の開催に感謝する。ありがとうございました。
- 予防ケアプランを立てるということは、その方そのものを理解することなのだと思うと荷が重いようにも恐れ多いようにも感じます。インテーク、アセスメントの力が身につかないまま業務をこなすだけになっていると気づき反省させられました。

- 資料だけではなく、動画などもあることでより具体的なイメージもできたので、とても良かった。自分の都合のいい時間に聴講できるし、何度も確認することもでき良かった。
- 私は目標設定等を簡潔に書いていたので、もう少し内容を深く、項目を増やして書こうと思いました。
- ケアマネジメントの基本を改めて勉強することができた。
- 介護支援専門員実務研修用として内容が的確で非常に見やすかった。チャプターのように單元ごとに見直せる方法もいい方法かと思いました。介護予防ケアマネジメントのサイクルでポイントを押さえ、また動画での説明はとてりリアルなやりとりでイメージしやすい。介護支援専門員での初回訪問時の「ケアマネあるある」なども盛り込まれていたと私個人は理解しました。事例も現在の感染症の流行のための遠方での家族支援の問題提起もあり、良い事例だと思いました。改善点として、評価表や支援計画書なども別冊資料へ添付できれば、もっとイメージしやすいのではないかと思います。ありがとうございました。
- 自身の日々の業務を振り返る良い機会になった。自立支援の重要性を再確認し、自身のプランニングでも自立支援に資するサービス利用や資源活用を意識していきたいと感じた。VTRで、世間話もせず急に基本チェックリストの作成を開始したり、「スクリーニング」という言葉を繰り返したりするシーンでは、本人との関係性構築や理解をいただくという点で違和感があった。オンデマンド配信は空き時間に受講ができるので、大変良かった。
- 再現映像を用いて具体例を挙げておりわかりやすい内容だと思いました。今後日々の業務の中で受講内容を意識して取組みたいと思います。
- 時間、内容ともに良かった（経験年数も浅い職員向け）。
- 今年度から初めて包括支援センターに配属となりました。今後、ケアプランを持つ予定はありませんが、日頃から所属する包括支援センターのプランナーさん（主に介護支援専門員）や利用者さんとかかわる機会も多いので、いつでもプランを立てることができるレベルになっていたいと思い、主業務の傍ら、ケアプラン作成の勉強をさせてもらっています。参考書を用いたり、プランナーさんに教わったりしながら勉強を進めてきたので、いまひとつ理解しきれていないところもありましたが、今回の研修をすべて拝聴し、自分の中で曖昧であった部分などの整理にもなりました。オンデマンドであることから、時間を気にせず、主業務に差し支えることもなく、自己学習に努められたことに感謝しています。とても理解しやすい内容であったため、いつでも再拝聴できる環境であればなお有り難いなと強く思いました。貴重なご講義をいただき、ありがとうございました。
- 動画を交えての説明で、このような方法があるんだということを知ることができ大変良かったです。なかなか実際ではすぐにはできそうにありませんが、少しでも近づけるようにして参りたいと思いました。
- 介護保険の基本となる考え方を学ぶことができた。
- いつも職員に伝えている内容であるが、職場には体系的に整えられたマニュアルや見本となる動画教材は無い状態であり、周知徹底が難しい現状があった。本研修は、教材としてとてもわかりやすい内容だった。繰り返し活用できるとありがたいと思う。
- 予防だけでなく要介護利用者への支援にも応用できる内容だと思いました。
- 内容と事例も映像で見られてとても良かった。
- 手順に沿った説明があり、参考にできる部分が多かった。映像も交えて事例が示され、理解しやすかった。
- その人らしく自立した生活を送るためには何が必要か、改めて考えさせられた。今

後の業務に活かしていきたい。

- 今までの振り返りや再度の認識で勉強になった。
- 居宅介護支援事業所として支援の担当者を積極的に受けることができない事情が問題だと思えます。
- 基本を振り返ることができた。
- 具体的でわかりやすかった。
- 新人にも経験者にもわかりやすい講義だったと思えます。新たに予防プランを作成する新人の研修に役立てるようこれからも期間を設けず視聴できるようにしていただけたらと思えます。
- とても勉強になりました。
- 基本チェックリストから読み取れることとれないこと等、今まで見過ごしていたことを再確認でき勉強になった。
- 介護保険の基本的な理念の理解を丁寧に解説していただき、改めて自立支援や重度化予防の大切さを振り返ることができました。利用者宅に初めに伺う際の、インテークをより丁寧に相手をよく理解するために行う様子に、日々の包括支援センターの方々の大変さや目のつけ所など大変学びになりました。今後、市町村の地域ケア個別会議など参加する機会があれば、今回の資料を参考にしたいと思えます。ありがとうございました。
- 自分ではできているつもりだったが、課題分析で今一つ踏み込みが足りない所があったと思う。今後も、今日の研修で学んだご本人へのもう一步踏み込んだ聞き取り（アセスメント）に注意しながら、ご本人にやる気を持ってもらえるケアプラン作成を心がけたい。
- 介護保険理念から自立支援の考え方、支援方法や目標設定と、よくある事例を基に作成されていたため、わかりやすく勉強になりました。「デイサービスがゴール」になるケースは当地区でも多く反省。フレイル状態にならないために利用者本人の心構えややる気を導き出せるような啓発ができればと感じました。またサービスの必要性があっても短期集中で改善できる提案ができればと思いました。ためになる勉強ができました。感謝します。
- 学んでも目標設定など難しく理解できていない。
- 日々の多忙な業務の中で、置き去りにしがちであった、利用者の背景を探るアセスメントの大切さや自立支援について、改めて見直す機会となりました。どうもありがとうございました。
- ケアマネジャーとして、基本を見直すことができたし、インテークの映像がわかりやすかった。専門職ではじめて包括の仕事をする人にはかなりおすすめしたいものだった。
- 動画もあり個人ワークも取り入れられており、考えることができるコーナーがあったことが良かった。動画を保存し、今後の新任者の研修に使いたい。研修も継続して実施してほしい。
- より利用者様を理解し、自立支援にむけたケアプランを作成し、意欲を引き出せるような対応を心がけたいと改めて感じました。日常の業務に活かしていきたいです。
- 今まで予防ケアプランを作成していて、理解できていなかったことがわかったと思う。今後に生かしたい。
- 長年、抱えている課題をストレートに説明してくれ自身の業務を振り返ることができました。また、介護予防の意義を住民や支援者が共通認識できるような仕組みが必要と感じました。配信期間が長く、カリキュラムが分割してあるため、業務の合間を活用して受講することができました。ありがとうございました。

- 重要なのはアセスメント能力。
- ケアマネジャーとしての経験が1年に満たず、なかなか目標設定やアセスメントのための情報収集についてつかめない部分がありました。今回の研修では動画を通してやり取りも見ることができ、今後に生かしていきたいと思います。ありがとうございました。
- 勉強になった。実際に他人が行う訪問の様子など見ることがないので参考になった。次回は担当者会議における進行の様子など動画で見たいと思いました。
- 映像も含まれており、介護予防ケアマネジメントの全体の流れがわかりやすく説明されており、今後の支援に役立つ内容でした。とても参考になりました。ありがとうございました。
- 見直しの機会になった。
- 改めて介護予防ケアマネジメント業務を振り返り、初心に戻ることができました。
- 介護予防ケアマネジメントの基本であると思うが、自分の技術を改めて見直す良い機会となった。
- 初心にかえて改めて勉強できました
- 改めて勉強する機会ができて良かったです。
- その人らしさが読み取れるケアプランを作ることを目標にしたいと思います。ありがとうございました。
- 以前の生活に戻れるような視点・支援の考え方・ケアプランの提案の大事さを学びました。
- 改めて自分が行っているケアマネジメントを振り返ることができた。説明方法や言葉選びを再度意識して自立支援に向けたサービス提供を行っていきたい。
- 職場の他のメンバーや委託先の居宅支援事業所にも紹介をしていきたい。
- わかりやすく、丁寧な説明で勉強になりました。
- 行政職2年目。昨年度未経験ながら、国の指針、書籍、現場の様子を参考に、計画策定にあたった。ケアプランの大切さ実感し、現場に伝える研修材料探していた。新聞記事を見てすぐに部下に視聴命令。視聴した職員から包括やSCにも視聴するべきと話題になった。全国の行政職員見るべきで、期間限定はもったいない。
- 別冊資料もあり、具体的でわかりやすかった。
- 介護予防プランは数少ないですが、アセスメント、本人を知り支援することの重要性を改めて実感しました。ありがとうございました。
- 今回ではまず介護保険制度の理念から入り高齢者の機能レベルや老年期の特徴を知る、基本的なことを聞くことで日頃の自分の担当利用者や家族、地域のサービス等を思い浮かべながら振り返ることができました。ビデオで実際に見ることにより、ポイントをつかみやすく、振り返りやすかったです。介護予防プランを比較する所もわかりやすく、自分のプランを見直すポイントがよりわかりやすかったです。アセスメントを言葉にしていくことがいつも難しいと感じますが、対話をしっかりし情報を丁寧に取ることと、本人の意思を確認する作業を丁寧に、一緒に導きながら本人に気づかせてあげられる、前向きなケアプランを作成し、自立支援できたらと感じました。
- 利用者本人に、自身の現状を知り、何が課題なのか気づいていただく、解決のために自分が取組むべきことを考えていただけるような面接の技術が必要であることを感じました。ケアプランは、利用者ご自身のためのものである。
- 介護予防ケアマネジメントの基本的考え方の振り返りを行うことができました。オンデマンドの研修でしたので、とても受講しやすかったです。今後もよろしくお願ひします。

- 利用者とのかかわり方の基準がわかりました。
- アセスメントや本人家族とのやり取りなどの動画もあり、理解しやすかったです。基本を振り返り、新人教育、居宅ケアマネへの助言に生かしていきたいと思います。いつでも受講でき、在宅ワークの取組にも活用でき、良かったです。
- 介護予防ケアマネジメントの研修機会がほぼなくこのような研修を待っていました。動画視聴ということもあり参加しやすく、またわかりやすい内容で満足しています。
- 訪問時の様子が動画で紹介されて非常にわかりやすかった。
- 折りに触れ何度も見直したいと思います。
- デモがあったので各場面で何をすべきか・何を視るべきかがよくわかりました。
- 介護予防ケアマネジメントについて特化した研修で、とても良い研修でした。自身のケアマネジメントの振り返りができ、今後にも活かしていくことができると思いました。
- 要支援のプラン作成をサービスありきで行っていると感じています。総合事業が始まり、通所サービスCは本自治体ではまだできていませんが、高齢者にセルフケアの意識を持ってもらうには、我々包括職員やケアマネジャーがまず意識変容をしなければならぬ、と感じています。とても丁寧に説明の仕方など具体的に示していただき大変勉強になりました。ありがとうございました。
- 介護保険の基本理念を再確認することができよかったです。また、映像でのアセスメント例があり、書面での説明よりも実際の場面が想像しやすくわかりやすかったです。計画書作成についても、2パターンあり比較しやすい内容で自分が作成するにあたり、より本人を想像しやすい作成を心がけていきたいと思いました。
- 自立支援の基本を改めて学ぶことができ、自分を振り返る機会にもなった。事例もあり、すぐに現場で生かすことができる方法もわかり、勉強になった。
- 基本に立ち返り、改めてプラン作成についての整理ができた。訪問時のチェックポイントなど、社会福祉士の現場実習に来た学生に説明していたことでもあり、わかりやすくまとめられてよかったです。今後も学生や新人にアドバイスしていけたらと思いました。
- プラン作成にあたり、ご本人の病状、ADL、IADL、したいこと等、聞き取りを行い、アセスメントをご本人とともに確認し、目標と計画を立案するプロセスがよくわかりました。今後の業務の参考とします。
- 日々の業務を振り返る機会としての受講でしたから、自分がやれていることの確認ができたこと、相手のペースになり提案がしにくい状況があっても言い方の工夫をして伝えるべきことは伝えることが大事であること等を確認することができました。時間をかけて本人と話し合うことも大事であることや、「本人だけで進めたい、本人だけで進めてもらいたい」との意見もあるがやはり家族とも話すことが大事であると再確認しました。
- 個別性を重視したケアプランの立て方の参考にさせていただきたいと思います。
- 来年度からケアプラン点検に参加することになり、ケアマネジメントについて学ぶことができ良かったです。
- 映像でのインテーク等の見方や言葉かけなどがわかりやすく参考になりました。ありがとうございました。
- これまで介護予防計画書作成を苦手としていました。どうしてなんだろうと常々思っていたことが研修を受けて、はっと気づくことができました。受講して良かったです。講師の先生もとても良かったです。ありがとうございました。頑張ります。
- 利用者本人としっかりと向き合い、個別性・予後予測を一緒に考え、プラン作成をする重要性が再確認できた。
- 介護予防ケアマネジメントにおけるケアプランの作成についての各種ポイントが把握

できた。また、自分が立案しているケアプランが、その人らしさのプランになっているのか疑問が残る。今回の研修を通して、その人らしさ、未来につながるプランを作成していきたいと感じた。

- 目標設定や意欲の引き出し方が難しく、プラン作成に悩んでいるので研修を受けました。まだまだアセスメント力や本人の意欲を引き出す力が不足していることを痛感しました。本人を知っていけるようアセスメント力をつけていきたいと思います。今後もプラン作成等で煮詰まったときに研修を参照したいと思います。
- 動画を視聴することで、オンライン上でも実際の訪問に即した臨場感を得ることができました。また、全体的に、具体的でわかりやすい研修内容で、介護予防ケアマネジメントが良く理解できました。
- 対象者とのかかわりの映像資料などが組み込まれていて、とてもわかりやすい内容でした。今後に生かしていければと思います。
- なかなかケアプラン作成に関するインテーク、アセスメントについて学ぶ機会がなかったのが、勉強になった。
- 以前予防プランを作成したときは気づかなかったこと、抜け落ちていたことを再認識することができた。定期的な振り返りは大切と思った。
- 基本に戻り再度勉強ができ大変良かった。
- ケアプランの作成の振り返りができた。
- 介護予防のプラン作成においての基本的な知識を学びなおすことができました。
- 基本にかえる学びができた。また、初めて聴講する人にとってビデオ学習はわかりやすいと思った。
- 改めて一連の流れを確認することができ、日頃の業務を見直すきっかけになりました。
- 振り返りを行うことができ良かった。これが正解というケアプランはないのだろうが、作り手の対応やとらえ方によって内容はいいも悪いも様々になるため、しっかりと根底にある介護予防の視点を持ち、その方が描く生活に寄り添って支援していきたいと思う。
- 介護のプランづくりにも役立ちます
- インテークとアセスメントを行うことでその人の人生や生き方など理解したうえで、その人の意欲を引き出す動機づけを行うことが大切であることを再確認しました。
- ご自身で課題に気がついていただくために、質問力を高めることがポイントと感じました。
- チャプターに分かれていて見やすかった。時間がある時やもう一度見たい時など、選んで見ることができるため。
- 介護予防ケアマネジメントの基本的な考え方を学ぶことができて良かった。
- 春子さんという架空の人物とのやり取りを通して解説がなされていたので、書籍だけでは理解しえなかった部分の理解ができました。ありがとうございました。
- 目標設定は、本人と家族で異なっていたり、経過途中で変化してきたりするので、その都度専門職の意見を聞きながら、取組んでいくことが大切だと思いました。
- 一連のケアマネジメントのそれぞれの項目で、押さえるべきポイントの振り返りができて大変勉強になりました。ありがとうございました。
- 意欲を引き出す等、具体的で理解しやすかった。
- 実際に事例を挙げていただき、計画書の記載例もあり、すごく理解しやすかったです。
- 要支援の方の目標設定が難しく、すぐにできてしまう目標であったりすることが多く感じる。利用者様も「年だからできないことも多いし」とあきらめていることもある。目標の提案を行うも「運動しすぎたら余計に身体が悪くなる。こけたらどう

してくれるの？」などネガティブな発言も多く聞かれるので目標設定が甘くなることがあります。今回の研修動画の中で娘様に本人が楽しみに思えることを伺ったりし、目標を設定している場面を見て今後の目標設定にいかせそうであると感じました。インテークの際にも何気に自宅に行くこともあるので事前に確認したいことをまとめて効率よく行っていきたいと思いました。

- 包括の新人研修向けだと思えます。
- 今まで、県外在住の家族と本人が様々な理由でかかわりを持つことができないので、苦慮していました。今回、遠方の家族からの支援を受けることができる方法を学ぶことができたので今後につなげていきたいと思いました。同時にアセスメントの重要性を改めて痛感し、今後は意識しながら実践していきたいと思います。
- 計画作成に時間を取られすぎています。業務圧迫しています。
- 自立支援のための介護予防ケアマネジメント過程の重要性を再確認した。本人から何も出てこない場合であっても、家の中や家族からも細かな情報をアセスメントすることが必要と感じた。事例の声掛けなども今後の参考にしたいと思う。
- 事例に基づく映像や資料があり、わかりやすく学べました。
- ケアマネジメントとは、本人が今の状態に気づき、今後を決めることができるようにサポートすることだということを教わりました。安易にサービスを提案するのではなく、本人や家族が欲していることに対して根拠と見通しを説明し、本人が未来を想像できるような支援を行うことができるように努力したいと思います。
- 新人研修やケアマネジメントの振り返りに活用したい。
- 昨年4月に入職し約1年経ったなかで、自身がケアプランを担当している利用者に対する支援を見直す良いきっかけとなった。
- インテーク・アセスメントの工夫、コロナ禍における家族の役割について理解することができた。
- その人らしさをケアプランに反映していきたいと思う。モチベーションにつながると思う。
- テキストの内容が基本的なものなので、講演での話の内容はもう少し膨らませてあるとより良い理解や知識の向上につながると思います。
- 基礎的なことが学べ、自分の知識の確認ができた。インテークの実演を実際に見ることで、話し方や聞き取り方、共感する返答の仕方等、自分の至らない点や足りない点があり、今後の参考になりました。
- とてもわかりやすい内容でした。特に、訪問場面、電話場面などの実演が動画で見られる所がとても参考になりました。何年もやっていると我流になりがちですが、良い振り返りになりました。
- やりたいことがみつかるよう支援、目標を持って成功体験を積み重ねる、家族も応援団になれるよう支援など支援者自身が前向きで健全な精神でいること、幅広い情報や伝える技術が必要であると感じた。
- 介護支援専門員の研修で介護予防ケアマネジメントに関する研修はほとんどないなか、自分のケアマネジメントの自立支援の視点や計画書の作成における目標設定等、わからなかった点が明確になりました。今後も研修の機会があるといいと思います。
- 計画書の作成において考慮するポイントがわかりやすく勉強になりました。
- その人を幅広くアセスメントして、個々に合わせたプランが立てられるようになりたいと思った。今回の研修を受講して、是非プランの立案の参考にさせていただきたい。
- いかに利用者の情報や思いを引き出し、アセスメントにつなげられるかで、計画の

質も変わってくるのだなと思った。その人にとって本当に必要なサービスなのか、まだ自分でできることがあるのではないかなど、本人・家族と一緒に考えて計画に組み込んでいきたいと思った。

- 介護予防サービス計画書について苦手意識がありました。研修を受けてどのような考え方で各項目について記載していくのか理解ができました。
- 介護予防ケアマネジメントでアセスメントや目標設定や計画書の作成に悩むことが多かったがポイントについて細かく、映像があるため理解がしやすかった。今後のケアマネジメントに役立つと思いました。
- 初めて予防ケアプランを作成する介護支援専門員研修でも取り入れるとよいと思いました。現任者研修でも、そのまま使えればよいと思います。
- 映像がわかりやすかったです
- 地域包括支援センターで管理者兼主任介護支援専門員をしております。毎年、居宅のケアマネジャー向けに介護予防プラン作成についての研修会を、主任介護支援専門員部会（市の包括主任介護支援専門員の集まり）で行っており、講師役を担っています。自らの自己研鑽と知識の確認のために、受講をしました。改めて原点を確認することができ、良い学びができました。ありがとうございました。
- わかりやすい講義で介護予防ケアマネジメントの整理ができました。事例の実際の訪問でのアセスメントと、ケアプランの2事例の比較が具体的で理解しやすかったです。
無料なうえ、自身の都合で受講することができたので、時間をとることができました。ありがとうございました。
- インテークやアセスメントについてはよくわかった。経過記録や評価についてもう少し詳しい説明がほしかった。
- 事例が動画で流れ、実際の会話が具体的でわかりやすかったです。予防計画書の書き方も具体的で違いもはっきりわかり、今後のプラン作成の参考にしたいと思いました。アセスメントの仕方もとても参考になりました。本人のもつストレングスをいかに引き出すか、声掛けが難しいと感じていましたが、面接技法を参考に実践していきたいです。計画書内に、できない部分の記載ばかりになりやすいので、強みも記載していきたいです。妥当な支援の実施に向けた方針の欄は、今までほとんど記載していませんでした。今後は、事例を参考にしていきたいです。
- 映像もあり、基本的な考え方をわかりやすく再確認することができた。包括だけでなく、行政やケアマネにも受講してほしいと感じた。
- 映像にて利用者とのかかわり方がわかりやすかった。ケアプランの見本も今後の参考になりました。
- とてもわかりやすかったです。是非、圏域のCMや包括の新しい職員にも学べる機会を作っていきたいし、その時に活用させてもらいたいと思いました。
- インテークとアセスメントの重要性を感じた。「安全」「安心」「清潔保持」など誰にでも該当するプランを作っている部分もあるので、その人本人に合ったプラン作成をしていく必要があると再認識した。
- 事例動画が大変勉強になりました。
- 動画のシーンがありわかりやすかった。支援計画書が2枚あり、違いが確認できた。
- 事例に沿って具体的に学ぶことができた。プラン作成の例を比較しながらわかりやすかった。
- 受講時間も自由が利くので時間のあるうちと思っていたら、やっぱり時間に追われて資料だけより、説明していただいて、解釈が深まったような気がします。「こんなふうに思っていないでしょうね」的ところが怖い位自分に当てはまってしまって、説明でわざわざ指摘されたのだから、そういう人も多いからだろうな。それを

直すことがこれからの課題です。添付資料を参考にして、作成していきます。視点を見直してみます。

- 自身で決定していくプランとして作成していきたい。意欲、意向を引き出すアセスメントが必要であると理解できた。
- インテークや電話対応の動画があり、わかりやすかった。
- 映像等もあり、初心者にはわかりやすかったです。
- 映像を見て学ぶことができ、見ておきたいポイント等を理解することができた。今後に活かしていきたい。
- わかりやすかったです。
- 自分の都合に合わせて受講でき、移動のための時間を必要としないので大変有効だった。介護予防のみの研修は少ないのでとても勉強になった。
- 日々悩んでいることが具体的に解決できるヒントをいただける内容でとても勉強になりました。高齢者の意欲を引き出すため、その人の生きがいを探っていこうと思います。オンデマンド配信の期間が限られているのが残念です。ずっと残して時々見返すことができればいいなと思いました。
- 動画や事例を通して実質的なケアマネジメント過程や技術がわかりやすく理解できました。
- 動画も交えての説明があったのでより理解できた。
- 今まで介護予防ケアマネジメントに関する研修の受講は1度のみであった。各包括支援センターによって修正や指導をしていただけたところと、全くないところとある。居宅のケアプランとはまた違うケアプランの記載の仕方になるため、“このような感じで良いのかな…”という感じでありあまり自信はなかった。今回のオンデマンド研修により、作成している目標に対しての具体策や目標が抽象的であったことの気づきがあった。オンデマンド研修であるため何度でも空いている時間に受講できるため、委託時やケアプラン作成時に部分的に再度視聴でき、介護予防ケアプラン作成に活かすことができ良い。
- 介護保険の基本理念や自立支援の考え方について改めて確認できた。専門職や利用者含め社会全体で規範的統合が課題だと感じた。
- 基本的な介護予防の考え方を再確認できた。日頃から意識はしているがアセスメント時の留意点がわかりやすく、今後の業務にも生かしやすと感じた。本人らしさを意識してプランは作成しているつもりだが、資料のような考え方があることが理解でき有効だった。
- 参考になりました。
- 具体的な事例での記入方法など、わかりやすかったです。
- インテークの重要性を再確認できた。
- 実践に活かせる内容でした。サービスが居場所になり、意欲になっている現状は否めません。十分な対話が自立支援そのものであり、包括職員の使命や必要な能力を再認識しました。
- ケアプランの細かいところまで理解ができた。定期的な開催を希望します。
- 研修資料だけでなく映像を確認することでわかりやすく受講することができた。
- 今後の個別介護予防ケアマネジメントだけでなく、地域への介護予防普及啓発にもいかしていきたい内容でした。ありがとうございました。
- 実践にすぐに役に立つ情報なので、受講できて良かった。
- 予防のケアマネ業務に就いてまだ日が浅く経験が少ないので、大変勉強になりました。映像で視聴することで、実際の業務にすぐに生かせると感じました。勉強させていただいたことを常に意識しながらご利用者様へのケアプランを提案していきたいと思います。

- とてもわかりやすかったです。ありがとうございました。
- その人を知ることが、その人らしいプランの作成につながり、その人らしい暮らしを作ることが理解できました。
- 日々の業務に紛れてしまっていることを反省し、改めてその人らしさを知ることが重要なことを理解した。今後の介護予防ケアマネジメントに活かし、センター職員、委託先のケアマネジャーにも伝達したいと思う。
- アセスメント能力を高める必要があると思いました。
- 改めて視聴してみることで、新たな気づきや振り返りの良い機会となりました。
- その人を知ることが一番のその人らしさにつながると思った。できないことだけでなく、できていること・できそうなこと等前向きな気持ちになるようなケアマネジメントが行えるよう、日々の業務に活かしていこうと思う。
- 自立支援に向けた介護予防の基本を理解することができました。実際の仕事の中で活用したいと思います。
- 行政や包括支援センターの取組が理解できた。
- 普段の業務を振り返り、アセスメントや目標設定が不十分であると認識することができました。自立支援に向けて効果的な支援を行うことができるように日々の業務を積み重ねていきたいと思います。
- 普段行っている介護予防ケアマネジメントについて再確認や視点について深めることができて良かった。
- アセスメントでチェックリストを活用していきたいと思いました。
- 予防ケアプランが2種類あって比較できた。ケアマネの力量によって、全く違うものになるので、がんばって勉強しようと思った。
- 事例も交えていただきわかりやすかった。特にケアプランの比較は良かった。
- 地域包括支援センターにおけるケアマネジメントの研修は少ないため良かった
- 入職して日が浅く、包括経験が少ないため、今回の研修では包括職員として、介護予防ケアマネジメントをするうえで、利用者を知ることに対してのインテークやアセスメントの考え方、アセスメント等いろいろな面で考えることができて良かったです。自分が今後訪問、実践するうえでとても参考になりました。
- 介護予防は悪化を防ぎ、維持または向上できるようにその方自身をしっかり知り、共に目標設定し自分らしい姿に向けたプランであること。説明能力やいろんな資源も活用し適切な支援ができることが大切。日々、学ぶこと・知識を深めていかなければいろいろなプランや提案もできないので、もっともっと知識を高めていく必要性を感じました。忙しいけれど、その方に寄り添い一般的なプランでないものを組み立てていけたら…目標達成できたら、お互いに満足感がある素晴らしいものになるんだろうな?と感じました。わかりやすい研修でした。ありがとうございました。
- 介護予防ケアマネジメントの過程において、インテーク時の情報や、本人や家族の気持ちを理解する、理解するためにアセスメントすることが重要であり、それらをケアプランに活かすことで、個別のケアプラン作成につながっていくのだということが理解できた。今回受講して良かった。今回の学びを今後に生かしていく。
- 介護予防について学べる書籍やセミナーは、ケアマネジャー向けのものより少ないため、今回の研修はとても役に立ちました。
- 自立支援についての考え方や介護予防ケアマネジメントの具体的な進め方がわかりやすく理解できました。今回の研修を参考にして、これからの支援に取組んでいきたいと思いました。
- 予防プラン作成に活かしていきます。
- 介護予防ケアマネジメントを振り返り、自分に足りていないところに気づくきっかけになりました。非常にわかりやすい内容でした。

- オンラインで都合の良い時間に見ることができたので、良かった。何度かに分けて視聴したが、またオンラインで研修を行ってほしい。
- 具体例もあり、わかりやすかった。
- 介護予防ケアマネジメントの過程、特にインテークとアセスメントについての理解を深めることができました。包括職員がご利用者宅を訪問し、かかわる様子を例として映像で見ることができ、わかりやすいと思いました。またこのような研修を受ける機会があれば、ぜひ受けさせていただきたいと思いました。ありがとうございました。
- 日頃の業務の振り返り、確認ができた。業務に活用していきたい。
- アセスメントの必要性を理解できた。
- 実際の支援にとっても取り組みやすい解説で理解できました。ありがとうございました。
- 動画やケアプランの比較があることによりわかりやすかった。
- 今回の動画研修は自宅でゆっくり見返すことができ、わからなかったところを再度見ることができて良かったです。介護予防サービス・支援計画書については毎回悩んでおります。ケアプラン作成時はアセスメントをしっかりと、ご本人様の希望だけではなく現状を踏まえながらよく話し合いたいのですが、感染症の予防もあり訪問時は短時間になってしまいます。電話での聞き取りをこまめに行いながら作成をしていきたいと思っております。ありがとうございました。
- 介護保険を利用している人から自分にとって都合の良いことのみを聞き取り希望される方が多く見受けられます。目標とする「希望を持ち、こんな風に暮らしたい」イメージを聞き取るよう努力しています。自身ができることでも一度手助けをもらおうと自立に向けての工夫、努力が本人にできにくくなっています。年齢を重ねていくとできにくくなることもあるとは思いますが、仕方がないのかなと思う日々です。
- コロナ禍の中で外出の頻度が減少し、今までできていたことが徐々にできなくなり閉じこもりがちになっている方が多く見られます。自立に向けての努力も体力、気力の低下も伴って難しくなっています。しっかりアセスメントを行い、より良い目標設定ができるように頑張ります。
- 研修内容をもっと深く理解し、利用者さんの自立に向けてしっかりアセスメントを行い本人に楽しみを持った毎日が送れるようにできるよう支援していきます。
- 自分の行っているプロセスと照らし合わせ再確認しながら研修を受けていました。研修の中で文字ばかりではなく実際の訪問場面等動画があったのがかなり良かったです。
- 基本的な研修をしっかり受講しないまま実践に入ってしまったので、これからの業務の参考にしたいと思い受講しました。考え方や組み立て方がとてもわかりやすくてためになる内容でした。ありがとうございました。
- 丁寧な解説や事例を通し、日々の業務で何気なく行なっていたこと、不足していることを再確認することができたため説明責任を果たしながら、本人を置き去りにしない支援を心がけていきたい。
- 予防支援費の低額から考えると非常に負担感を感じがちですが、プロセスでは努力が必要でも、身につける必要はあると感じました。スキルアップするようにします。
- 介護予防ケアマネジメントを深めることができました。
- 介護予防ケアマネジメントについて理解しやすく、新しい職員にも視聴を勧めました。「保険料払っているのだから利用しなければ損」と言われたり、サービスからの卒業を目指した目標設定したくても「サービスを使わせたくないのか」と捉えられてしまったりなど、自立支援を住民に理解して貰うことの難しさを感じています。今回再確認できたことを、日々の業務のなかで実践していけるようにしたいです。

- 同じ山本さんという事例であるにもかかわらず、担当するケアマネジャーの視点によっては、ああもプランの内容が変わるのかと驚くとともに、実際にありがちなと感じました。その人の望む生活にいかになら近づけていくか、そのための支援者のスキルアップが非常に大事だと感じました。この動画は3月31日で視聴終了してしまうのでしょうか？今後新しく赴任する方にも是非見てもらいたい動画で、残しておいてもらいたいと強く思いました。
- 説明がわかりやすかった。
- アセスメントや家族との電話のやり取りが動画になっていて、ポイントがわかりやすく、実践に活かしやすいと思います。大変勉強になりました。ありがとうございました。
- とてもわかりやすかったです。

2. 研修資料としての動画・資料

研修およびトークセッションについての今後の対応として、本事業は令和3年度老人保健事業推進費等補助金で事業実施期間は令和4年3月31日までとなっているが、コロナ禍で対面研修の実施困難や介護予防ケアマネジメント手法の啓発普及の観点、新年度の新人職員研修での活用、補助金事業における事業成果を当センターHP上に公表することから、令和4年度以降、当面の間、研修動画、トークセッション動画ならびに研修資料一式のダウンロードを可能とし、適切な介護予防ケアマネジメントの普及促進、研修機会の一助としたい。

Ⅲ 介護予防ケアマネジメントの質の向上に向けた意見

これからの研修はどうあるべきか

【研修の実施主体について】

- 介護予防ケアマネジメント研修は、本事業のアンケートで明らかとなったように、市町村の規模によってマンパワーが不足し十分な取組ができていないし、広域で実施した方が効率的であるため、国等が実施すべきと考える。
- 重要な項目については、ある程度、国で一元化することができるとよい（オンライン研修・動画配信等による直接受講や、都道府県や指定都市、中核市向けの研修を通じて、市町村や現場職員に展開していく方法等）。

【研修の体系について】

- インタークから学ぶ初任者向け介護予防ケアマネジメント研修、他事業と連動した地域づくりを意識する中級者向け研修、環境整備について学ぶ上級者向け研修が必要ではないか。
- 介護予防ケアマネジメントに関する研修開催が少ないので、初級編・中級編・ベテラン編等、経験年数に応じた研修を通年でオンライン配信いただくと、職員異動時や職員教育に有効と考える。
- 地域包括支援センターにおいては、介護予防ケアマネジメント単体の研修も必要であるが、総合相談、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援等をあわせて、相談支援の中でつながっていることを意識できる研修の組み立てができるとよいと感じる。

【研修の内容について】

- 生活支援コーディネーター養成研修では地域の資源調査を事前学習としているが、介護予防ケアマネジメントにおいても地域特性を知ることは大切。データ収集等が困難な場合は、地域をよく知っている方々から話を聴くことも有効である。
- 介護予防ケアマネジメントは、全国どこでも、市町村の大小を問わず共通であることから、オンラインを活用し中央研修を積極的に展開して行ってほしい。また研修にあわせて自己点検プログラムも作成し発信していただきたい。
- 介護予防ケアマネジメントが必要になってきた時期は、その対象となる人々が改めて自分の人生を見直す分岐点であることから、「今までどおり」ではなく、「暮らし方」の見直しをしながら、『今後自分は何をすべきか』がわかるようになる支援が必要となる。そのために、予防プラン作成（書き方）のみならず、動機づけの手法、自立支援・重度化防止の視点の取得に関する研修の機会が必要。
- 介護予防支援計画作成について、介護支援専門員の法定研修から外れたことにより、目標指向型の予防プラン作成について学ぶ機会がなく、わからないまま予防プランを作成している介護支援専門員が多く、研修の必要性を感じている。
- 普遍的な項目、制度改正等のトレンド、調査研究等から導き出されたその年の重点テーマ等が取り扱えるとよい。
- 各自治体や地域の独自性が重要な項目や考え方について示せるとよい。
- 居宅介護支援計画と介護予防支援計画の違いを理解せず、同じように作成している介護支援専門員が多く、居宅介護支援事業所の介護支援専門員も介護予防ケアマネジメントに関する研修を受ける機会が必要と感じている。

地域包括支援センターの役割はどうあるべきか

【予防プランの質について】

- 大規模自治体では、自治体職員が直接予防プランをつくったり個別事例にかかわったりしにくい分、地域包括支援センターは住民や居宅介護支援事業所に最も近い存在として、自治体の方針を適切に理解し、予防プランに具体的に落とし込む作業を、専門性を持って自立的に取り組めるようになってほしい。
- 予防プランを再委託している場合は、自治体の方針に基づいて一つひとつの予防プランにしっかり介入すべき。特に、自立支援・重度化防止の視点が入っているか、インフォーマルサポートの活用等の生活者支援としての視点が入っているか、しっかり指導すべき。主任介護支援専門員だけでなく保健師等の医療専門職がしっかりかかわることによって、対象者の心身の状態像の合った予防プランの立案を支援してもらいたい。それによって、要介護者のケアプラン作成にも役立つことが期待される。

【自治体との連携について】

- 地域包括支援センターの立ち位置（直営か委託か、1か所か複数か、機能強化型や基幹型があるか）や抱える人口等によって大きく変わるので、様々なパターンで市町村と地域包括支援センターのあり方が示せるとよい。
- 地域で起こっていること、居宅介護事業所の状況などのリアルタイムの情報を精査し、自治体にボトムアップしていく役割が求められる。大規模自治体の職員は役割が細分化されがちだが、一方でひとつの地域包括支援センターの中では、包括3職種が地域支援事業全体（総合事業、包括的支援事業等）にかかわることができ、包括的に事業を捉えやすい。自治体職員と情報共有し、連携しながら、総合相談や包括的・継続的ケアマネジメント（地域ケア会議）、一般介護予防事業等について、地域単位で効果的に連動させていってもらいたい。

【人員確保（職員数）について】

- 地域包括支援センターの業務は年々多岐に渡り増大していく一方である。人員を確保していくための財源は国から示されているが、常にマンパワー不足という地域包括支援センターが多い印象がある。人員確保のためには、地域包括支援センターの活動をいかに地域や市町村に見せていくかも重要で、地域の人たちに応援団になってもらう活動や事業の展開、市町村との協働を心がけ、良好な関係づくりにも苦心したいところである。
- 地域包括支援センターは、制度改正毎に機能強化が求められており、業務量も毎年増加している。介護予防ケアマネジメントを担う職員の増員等がなければ担いきれない状況も生じている。

居宅介護支援事業所の役割はどうあるべきか

【社会資源や地域の課題に対する理解について】

- 委託を受けている居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、介護保険サービスのみならず、その人が暮らす地域の社会資源を把握していること、その活用方法を考えられること、必要な資源がない場合は課題として提言し、地域とともに解決方法を考えていくことが大切。介護サービス利用が暮らしの目標になるのではなく、地域参加や役割取得の視点が必要。そのためには、地域の協議体の活動などに積極的に参加し、地域資源となる人々と顔の見える関係性を築きながら、潜在化している資源を発掘、活性化できるような働きかけをしていくことも、要介護者のケアマネジメントをしていくうえでも自身の視野が広がり、発想の転換にもつながっていく。

○居宅介護支援事業所は、最も住民やサービス事業者と深く直接的にかかわることができるため、自治体の施策や課題、日常生活圏域の特徴や課題などを意識し、予防プラン作成や日常的な支援のなかに具体的な落とし込みを行ってほしい。

【自治体や地域包括支援センターとの連携について】

○要支援者から要介護者まで、一連で直接支援できる存在として、自治体や地域包括支援センターと協力しながら一貫して自立支援・重度化防止に取り組んでもらいたい。

市町村の役割はどうあるべきか

【地域住民への普及啓発について】

- 人員と予算の確保はもとより、地域のニーズに応じたサービスや社会資源の整備、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員への研修機会の提供、地域住民や医療機関等の関係機関への周知啓発等の取組が求められる。
- 市町村は介護保険法第4条について市民の啓発と活用できる地域資源の広報をすすめていく。
- 高齢者の元気な時からの集いの場、活動の場から、訪問型サービスC（短期集中予防サービス）、介護予防支援までを一体的に考えて事業等を企画していくことで、高齢者がより介護予防に取組み、活躍できる町をつくっていくことにつながっていくと考えられるのではないか。

【介護予防ケアマネジメント等に対する理解・姿勢について】

- 市町村の役割は、地域包括支援センターの果たすべき役割と業務量を把握し、適切な介護予防ケアマネジメントができるよう環境整備をすること。
- 本来、介護予防ケアマネジメントに関するマニュアル作成や研修開催などは市町村（保険者）の機能と考えるが、その役割を十分に果たせる市町村のほうが少ない現状にあると思う。
- 市町村の介護予防ケアマネジメント担当者もマネジメントの一連の流れを把握し、研修の計画や介護予防ケアマネジメントの相談などができるようになることが望ましい。
- 本来であれば、介護予防ケアマネジメントは自治体が行うはずのものを委託することができるというだけなので、その意識を忘れないようにすることが大切。地域包括支援センターができてかなりの年月が経ったことで、民間にやってもらって当たり前の業務になってはいないか。
- 事業間の連動や地域支援事業・介護予防施策全体の体系図を意識しながら、その中での介護予防ケアマネジメントの位置づけを明確にする必要がある（業務分担制が細かい自治体であれば特に）。
- 地域づくりに取組んでいない市町村では、介護保険サービスに頼らざるを得ず、担当ケースは増えていく一方である。仕事の大半がケアマネジメント業務になり、地域づくりには到底手が回らないという負のスパイラルに陥っていく。支援に地域差があることは、そこに住む人たちの幸せにも影響をもたらすことを念頭におく必要があると思う。

【地域包括支援センターや居宅介護支援事業所への支援について】

○自治体の規模や体制によって、どこまで直接的に実践する役割を担うかは異なるが、介護予防ケアマネジメントの方向性の立案、実践の質の管理、プロセス・アウトプット評価、最終的なアウトカム評価までのPDCAの管理を行う役割は共通して担うべきと考える。

- PDCAのプロセスのなかで、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の力量、課題、介護予防ケアマネジメントの傾向等を把握し、業務の質を保つために必要な支援を行う必要がある。
- 実践を行う地域包括支援センターや居宅介護支援事業所が理解できるよう、研修等のoff-JTや、日頃の連絡調整や業務支援、地域ケア会議等の場でOJTとして伝わっていくとよい。

その他

【介護報酬や地域支援事業について】

- 地域包括支援センターは、予防プラン作成による介護報酬と地域支援事業の委託料で運営をしているが、介護報酬は低額で地域支援事業には65歳以上人口の伸びによる上限額がある。予防プラン作成数に応じて人を増やそうと思っても上限額を超えて委託料は出ないため、現状の人員で業務過多となりアセスメントに十分な時間が取れず適切なケアマネジメントが困難になるという悪循環に陥っている。介護報酬を上げるまたは地域支援事業の上限額を上げることが必要。
- 地域支援事業の上限額を上げることができれば、居宅介護支援事業所を地域包括支援センターのブランチと位置づけ、総合相談を担ってもらい市町村から委託料を支払うことができる。居宅介護支援事業所としては総合相談に対応するため社会資源の把握をする動機づけや地域包括支援センターとの連携強化ができるし、プランの一部委託料が安いこともカバーできるのではないかと考える。また、地域包括支援センターとしては地域の居宅介護支援事業所との連携強化のみならず相談対応の負担軽減が図られると考える。
- 委託型地域包括支援センターが予防プランを居宅介護支援事業所に再委託する場合、報酬が全額、居宅介護支援事業所にいく地域包括支援センターもある。双方での書類のやり取りや連絡調整が、地域包括支援センターでも業務負担になっており、一定の報酬が必要と感じる。
- 居宅介護支援事業所に委託を依頼する際に、介護予防支援の単位数が低く、事業所としても積極的に受けられない現状があると感じる。介護度の軽度、重度にかかわらず一連のマネジメントの過程、利用者とのかかわりは同様であり、居宅介護支援と同等の単位数であることが望ましいのではないかと考える。

【多職種連携、ネットワーク構築について】

- 地域包括支援センターや居宅介護支援事業所は、困りごとを抱える高齢者の生の声を聞ける立場で日頃仕事をしている。その声を地域づくりに取り組む人たちに届けていく役割がある。またともに取り組んでいくことも必要。地域に自助や互助の意識を育み、地域力を高めていくことで、予防プランにも支援にも地域の彩りと温かみが出てくる。
- 介護予防ケアマネジメントが必要となる人は、地域の高齢者でも一握りである。これまで人の力を借りずに、地域で普通に暮らしてこられた人であることを念頭におく必要がある。これからも、なるべくこれまで同様にご本人が望む自立した暮らしを続けられるよう、エンパワーメントを高め、その人を取り囲む地域や関係者のネットワークを構築することで、支援の終了を目指す視点も重要。その人の生活の主役はあくまでご本人であること、私たちはそれを地域とともに見守り続け、必要に応じていつでもまた支援できる存在として、地域に居ることを認識しておいてもらうことも大切になってくる。
- 予防プランの作成の際の「課題に対する目標と具体策の提案」は、専門的で効果的であることが重要。そのためには、予防支援が必要になるきっかけについての分析

とその人に必要な提案をすることが必要。そのため、予防のきっかけとなりやすい疾患等についての知識を持つ必要があるとともに、支援者である自分自身が提案できないのであれば、アドバイスや提案をしてくれる専門職との日頃の連携が大切となる。

IV 資料編

令和3年度 介護予防ケアマネジメント 実践者トークセッション

令和4年2月20日（日）於：芝パークホテル（会場：アイビー）

【進行】*****

これより「令和3年度 介護予防ケアマネジメント 実践者トークセッション」を開始いたします。会場におきましては、新型コロナウイルス感染防止の観点から、感染対策を十分に行い、ご出席者の方および運営スタッフは、マスクを着用してお送りいたします。

1月25日より公開しております「介護予防ケアマネジメントオンデマンド研修」につきましては、数多くの方にご視聴いただいております。誠にありがとうございます。皆様にとって本研修が、介護予防ケアマネジメントの質を高める一助となれば幸いです。

それでは、ここからの進行は、本日コーディネーターを務めていただきます、社会福祉法人 川崎聖風福祉会 理事・事業推進部長 中澤様をお願いしたいと思います。中澤様、よろしくお願いたします。

【中澤】*****

皆さんこんにちは。今回コーディネーターを務めさせていただきます、中澤と申します。どうぞよろしくお願いたします。それでは早速トークセッションに始めたいと思いますが、その前に簡単に今回のトークセッションの趣旨等をご説明をさせていただきます。

オンデマンドの介護予防ケアマネジメント研修を受講された方もたくさんいらっしゃるかと思います。現在のこの介護予防ケアマネジメントの手法が本格実施されたのが、地域包括支援センターが誕生した平成18年だった、というふうに記憶しています。あれから16年と経過をしているなかですが、最初は平成18年当初は比較的、全国市町村、そして職能団体も含めてたくさんの介護予防ケアマネジメントの手法に関する研修会が開催されていました。

その後16年が経過する中で、地域包括支援センターの職員もかなり入れ替わり、そして行政の職員も入れ替わりとそういったことと、社会的背景の変化そういったこともありながら、現場としては介護予防ケアマネジメントの質にばらつきがあるのではないかと、というようなところが問題意識として、今回の研修、そしてトークセッションにつながっています。

今まさに2025年、2040年に向かって、介護予防ケアマネジメントの質の向上は、本当に重要な課題であるというふうに認識しております。そこで今回は、この介護予防ケアマネジメントにかかわる方に、たくさんお集まりいただきました。行政の立場、そして委託・直営地域包括支援センターの立場、そして受託をしながら介護予防ケアマネジメントに取り組む居宅介護支援事業所の方、そういった方々にお越しいただきまして、さまざまな質の格差も生まれていると言われていたなかで、しっかり取り組みを行っている方々に来ていただきました。

まずは皆さんにそれぞれ取組をご紹介をいただいて、そして皆さんみんなで今後どう取組んでいけばいいのかを考えていきたいと思っています。ぜひ各地の皆さんの参考にしていただければというふうに思います。それでは早速入らせていただきたいと思います。

思います。まずはじめに自己紹介とご自身の地域での取組状況をご紹介していただきたいと思います。

まずはじめは、行政の立場ということで、福岡県大川市から来ていただきました、石山さん。よろしく願いいたします。

【石山】*****

はい、皆さまこんにちは。福岡県大川市健康課の石山と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

大川市は人口3万3000人弱にして、特に若年層の流出に伴いまして、人口減少が進み、高齢化率が36.1%ということで、高齢化が進んできている町でございます。

地域の特徴としましては、大川市は福岡県南西部に位置しておりまして、西側に筑後川が流れています。筑後川を渡ると、もう佐賀県という場所にありまして、筑後平野においてはほぼ中央部に位置してまして、本当に平坦な町並みでございます。

主要な産業としまして、全国一の生産量を誇る大川家具、建具などの木工業が最も盛んでありまして、木工業関連の会社は600社ほど集積しております。また、筑後川の最下流部にありますので水稲ですとか、イチゴ、海苔、といった産業も盛んに行われているところなんです。

大川市の総合事業「介護予防ケアマネジメント」の取組ですが、平成28年2月に総合事業に移行しまして、当初から通所Cの実施に取り組んできています。この時、総合事業の移行に当たりましては窓口マニュアルを作りまして、当時は直営包括でやりました。高齢者支援係と、要介護認定を担当する介護保険係、こちらが一緒にロールプレイを交えて対応方法を共通化したところございました。しかし、人事異動とともにマニュアルは窓口の片隅に置き去りになって、全くその対応がバラバラになっていたところでした。

そしてせっかくですね、効果ある通所事業、C型ということでやっておりましたけれども、この利用も低調になっておりました。そこで令和2年度に厚生労働省職員派遣支援事業という事業にエントリーしまして、これをきっかけに改めてこの各系の対応、そして地域包括支援センターの対応も共通化しようということで、窓口マニュアルの見直し、そして対応研修の実施に取り組みました。

その取り組みもありまして、今年度令和3年度からは異動してきた職員も含めて、高齢者支援係、介護保険係の職員が全員ですね、窓口対応研修を実施したところです。また、地域包括支援センターの職員にも同じ対応を取っていただく必要がありますので、この窓口マニュアルを含む「介護予防ケアマネジメントマニュアル」を新たに作成しまして、これを全員に交付し、新たに地域包括支援センターに配属された職員にも研修を実施したところです。

主として自立支援重度化防止というのを進めていくためには、通所Cをはじめとする総合事業のサービスを何で高齢者の方に利用していただくのかということ、市職員と包括職員が同じレベルで理解をし、説明ができるということが必要になりますので、マニュアルにつきましてはきちんと全員が把握をすること、そして対応研修これを毎年やっていくということにしています。

加えまして、市民の方に説明しやすいツールがあれば、より理解が得やすいという

ことで予防事業の担当者も連携をして、例えば通所Cのビフォーアフターの動画ですとか、その通所Cに通っておられる方の楽しそうな様子とか、そういった動画を作成したり、わかりやすいパンフレットなども作ってですね、民生委員ですとか医師会の研修、こういったところでも先生方に説明するのに使っているところです。

大川市はもともと直営包括1か所でしたけれども、令和2年度から委託3か所に切り替えました。高齢者がどの地域に住んでいても、同じレベルの相談支援、そして介護予防ケアマネジメントを受けられる体制にすることが市の責務だと考えていますので、委託先には市町村としてきちんと研修を受けていただいたりですとか、そのマネジメントの仕方についてきちんと指導していくと、こういった支援が不可欠だろうと考えています。

特にこの介護予防ケアマネジメントは、包括職員と一部委託を受ける居宅介護支援事業所の介護支援専門員の質の向上、そして平準化が必須になりますので、これについても先ほどから申し上げておりますマニュアル、そして研修の機会の継続的な設定、ということに取り組んでいます。マニュアル作成にあたりましては、これはやっぱり市からの一方的な押しつけというのでは理解が進みませんので、共通理解が得られるように意見交換をしながら作成に取り組みました。

そして、職員が入れ替わったとしても質が保てるように委託先への研修の開催、マニュアルの作成、これはマストだと考えております。そこで令和3年度はマニュアルにも搭載をしたケアマネジメントを「自己点検シート」を活用して、包括職員および居宅介護支援事業所の介護支援専門員を対象に「ケアプラン自己点検プログラム」という研修を実施をしたり、新たな体系で地域ケア会議を実施をすること、そして地域リハビリテーション活動支援事業を活用したケアマネジメント支援の実施、さらには総合事業のサービスの拡充など、主として地域包括支援センターが適切な介護予防マネジメントを実施できるように環境整備の取組を推進しております。

【中澤】*****

はい、ありがとうございました。石山さんからは、行政の立場として職員が入れ替わっても変わらない、質を下げない介護予防のシステムそういうことを紹介をいただきました。ありがとうございました。

続きまして、今度は小規模の自治体で委託型の包括センターをされている兼松さんにご報告いただければと思います。それでは兼松さん、よろしく願いいたします。

【兼松】*****

皆さんこんにちは。北海道京極町地域包括支援センターでセンター長をしております兼松亜都子です。よろしく願いいたします。

京極町は人口2,853人、高齢者数1,022人、高齢化率35.8%となっています。介護認定率は137人、認定率13.4%です。札幌市に隣接していますが、車だと峠を越えて1時間半ほどの距離にあります。別名「蝦夷富士」と呼ばれる羊蹄山の麓にある町で、豪雪地帯として知られスキーで有名なニセコ町も羊蹄山で隣接しています。主要産業は農業です。

町に高校がなく、子供たちは進学や就職で町を離れる子が大半で、人口減少、高齢

化が進んでいます。町にあるふきだし公園は名水百選にも選ばれ、羊蹄山からの湧き水が1日8万トン湧き出ています。京極町は社会福祉協議会に地域包括支援センターを委託しており、町に一つしかないセンターです。

社会福祉協議会が町の地域支援事業、介護保険事業をほぼ担っています。行政直営の場合、人事異動に伴い各事業が停滞することがありますが、専門職を多く配置している社会福祉協議会が担うことで、事業を推進し続けることができていると思います。

社協が住民に身近な存在として地域づくりに力を入れることで、住民の皆さんの信頼を得てきました。高齢者に関する困りごとや気になる方の情報も早期に地域包括支援センターに入ってきます。地域包括支援センターが個別支援、地域づくり両方の視点を持ち行政、関係者と協力し合い、仕事ができる環境にあると思います。

京極町の地域ケア会議は、事務局を行政と地域包括支援センターで担い、地域課題の共有、課題解決に向けた各事業の協働を考えていく場として機能しています。地域ケア会議をきっかけに、所在不明者対策の安心ネットワーク、移動手段の確保としてデマンドタクシー事業が始まっています。

地域包括支援センターは、行政や関係者との協働を常に意識し、情報発信、協働の場づくり、学ぶ場の提供などに尽力を注ぐよう心がけています。関係者の顔の見える関係は当然のことながら、現在何に課題を感じ、何に取り組もうとしているのかも把握しやすく、地域課題に関する資源開発も可能な環境にあります。例として、通所サービス卒業後の活動や活躍できる場づくりなどがあります。

共生型地域福祉拠点が町の中心部にあり、居場所、認知症カフェ、地域食堂、集いの場などに広く活用されていて、年間4,500人を超える利用者がいます。NPO団体によって運営され社協が後方支援やボランティア育成を担っています。特徴的なのは「町の未来が幸せであるように」という一住民からの社協への多額の寄付を財源に拠点がつくられたことです。

NPOは有償ボランティアによる生活支援サービスも活発に行っています。京極町では高齢になっても農作業を続けている方が多く、雪のない5月から10月の半年間は終日外で過ごす方も多くおられます。

それに伴い、長年の農作業で整形疾患を患い、運動機能の低下を招く方も多いという地域特性があります。このような方には、冬の期間だけ通所Aや通所Cに参加してもらい、翌年も農作業が続けられる身体づくりを目標に運動などに取り組んでもらっています。

コロナをきっかけに令和2年度からウォークラリーをスタートしましたが、1年の半分は雪に見舞われ、雪道でのウォーキングは転倒リスクを伴います。冬のウォークラリーはお休みにし、集いの場に通うことが難しい方向けに、今月からオンライン集いの場がスタートしたばかりです。

以上、京極町の紹介となります。

【中澤】*****

はい、兼松さんどうもありがとうございました。委託型であり、社協受託のメリッ

トを生かして、なおかつそれでも地域や会議を行政と協働するなどしながら展開している取組をご紹介いただきました。北国ならではの季節ごとの対策というのものもあるのも、すごく地域性が感じられて興味深かったです。どうもありがとうございました。

続きまして、今度はですね、包括から介護予防ケアプランの委託を受ける立場になります、居宅介護支援事業所の介護支援専門員の立場で小林さんからご報告をいただきたいと思います。小林さんよろしく願いいたします。

【小林】*****

はい。皆さんこんにちは。長野県の中野市にあります居宅支援事業所で介護支援専門員をしております小林と申します。よろしく願いいたします。

地域紹介ですが、長野県の中野市というところですが、地域の人口は41,500人ほどです。高齢者数が13,000人、高齢化率が31.6%、要介護認定者数が2,312人、というような地域でございます。地域の特徴ですけれども長野県の中野市、私のいる中野市というところは長野県の北部に位置しています。市は、ほぼ中央を流れる千曲川を挟んで山に囲まれている地域で、その裾野、扇状地のところに市街地が広がっています。

「シャボン玉」を作曲した中山晋平や「ふるさと」を作詞した高野辰之が生まれ育った中野市には、豊かな自然と美しい山々など、日本のふるさとの原風景が今も広がっています。平均気候は11.8度ですかね、気温の年間の差が大きくありまして、冬はマイナス10度、夏は30度以上となる内陸性気候です。

積雪量は南と北では大きな差がありまして、多い所では2メートルを超すところもありますし、まったく雪の降らない地域もあります。年間を通して、昼夜の気温の差が大きく、降水量が比較的少ないという地域ですので果樹栽培に適した気候のために農業が盛んで、果樹、キノコ等の栽培は全国でも有数の品質をはかっている中野市です。

そんななかで、私が居宅支援事業所でケアプランを包括から委託を受けている立場として、少しお話をさせていただきたいと思います。居宅支援事業所で委託を受けるという立場なんですけれども、包括の窓口にご相談に来た方に対する困りごとだったりとか、こんなサービスを使いたいという話をもう少し窓口で、「インテークの段階でゆっくりと話を聞いていただきたいな」というふうに思うことが数多くあります。

居宅支援事業所に情報を紹介するというだけではなくて「もう少しその気持ちをしつかりと聞いてほしい」というのは実際に紹介されたケースについては、本人の話を私たちが聞いているうちに、生活の工夫であるとか、本人の家族の意識を変えることで解決方法が出てくる場合というのがすごく多くあります。

地域包括支援センターによって「考え方」とか「姿勢」とか方法はいろいろかもしれないですけれども、支援でまた介護サービスを使わないということが素晴らしいことと思っているようなところもあるんですけれども、介護保険サービスを使ってはいけない、というような考えではなくて、そういった自立支援のためには、福祉用具であるとか、それから運動というのも大事なこともあるということも少し理解しておいていただきながら、相談に乗っていただけるといいな、というふうに思います。

そういったものを活用することによって生活が広がる、ということもあるので、まずは本人を理解する視点で事例に向き合って、本質をしっかりと見極めてほしいというふうに感じています。その人の暮らしの質が良くなるのであれば、介護サービスを使うことが一概に悪いということではないのではないかと、というふうに感じます。

また、委託をしたら任せきり、というのではなくて、ちょっと言い方は悪いかもしれませんが、提出されたケアプランに目を通す、印鑑を捺す、ということだけではなくて、それぞれのケースを集約して、地域の何が課題であるか、必要であるかを知るきっかけにもなりますので委託先の介護支援専門員との連携を意識して実践してほしいなというふうに感じています。

そうすることは、地域づくりは包括がすること、というふうに思っている委託先への介護支援専門員の意識を地域づくりに向けていくという意識に変わってくるのではないかなというふうに思います。

私が長野県の中で介護支援専門員に対して研修をしようと言っている立場で、皆さんに伝えたいな、というふうに思いながら伝えていること、というのも少しお伝えしたいなと思うんです。

まず利用者支援につきましては、介護支援専門員がすべき自立支援とは何かということ、プロとして何をどうしなければいけないかをしっかりと意識して支援にあたってほしいなということをお願いして指導し、研修を行っています。

特に介護予防ケアマネジメントをするというときに事業対象であるとか、予防支援の時から本人が自分自身の生活を計画を立てることができるようになることはその後も、もしもその人が要介護状態になって何か困難が生じたとしても、自分自身でそんな状態を整理したり考えたりすることができて、今度は要介護状態になっても自分の暮らしの設計を自分でできるということにつながっていきます。

そこを見込んで考えると予防の段階から「本人自身ができるように」という支援が必要になってくるので、私たち介護支援専門員は、相談を通して本人が自分自身の課題に気づいて解決策を考えることができる方法がわかるように、ご本人さんが自分自身の課題を理解して、その課題に気づいて、その力を活かして考えることができるように支援していくことが、より本人に寄り添っていくことが、すごく大切なのではないかなというふうに思っています。

安易に困りごとを解決するための方法をあてがうのではなく、その困りごとはなぜ発生しているのかを分析して方法や対策を考えることが大切なので、私たちは、向き合うときには、本人は「できない人」ではなく「自分自身の持っている力に気づいていなかったり、その力の活かし方がわかっていない人だ」ということをしっかりと理解して寄り添うことが大切となります。

相談がどうしても、目の前にある困りごとから始まるのでADLの自立とか、それから生理的欲求、安全の欲求が満たされることということだけに目がいてしまいがちですけれども、その困りごとは、本人はこんなふうになりたいという気持ちがあるから生じている困りごとなので、その困りごとや不安の先にあるその人が満足できる暮らしのさま、地域参加や役割を果たしている様子であったりとか、ご本人さんの価値観やこだわり、生きがいをしっかりと理解したうえで、「こんなふうに住みたい」「こんなふうな暮らしを実現したい」という本人の気持ちを言語化、代弁し、チームが共感的に理解できるようにすることがプロとしてすべき役割であるということをお伝えしたいというふうに思っています。

ケアマネジメントをするということは要支援者が本人を理解するためであることはもちろんのことですが、その一方で、ご本人さん自身が自分に気づく過程を支援することでもあるので、何に困っているのか、なぜ困っているのか、本当はどうしたいのかを私たちに語ることで、ご本人さん自身が自分を理解したり、暮らしをイメージしたりできるようになっていく過程でもあります。

そのために、アセスメントでは困りごとばかりに重点を置いて話を聞くのではなく、本人の意欲を引き上げるアプローチが大切です。ネガティブな思考を転換して、できないなと思っている気持ちからやってみようと、本人自身が力を活かしながら、これからの暮らしに前向きに進んでいけるような働きかけをぜひ心がけてほしいということを研修の中では伝えたいと思っています。

また、地域づくりという視点においては、利用者支援だけではなく、委託を受けた個々のケースの支援から見えてきた課題をしっかりと声として上げていくことが重要です。地域に必要とする資源がないこと、生活のしづらさについての課題があること、ただただその場で嘆いたり、愚痴を言ったりしているだけでは何も変えられません。

特に特定事業所や主任介護支援専門員の皆さんは、気づいた課題を集約するなどして、地域課題として提言をしていくことが求められているということを研修では伝えているつもりです。

以上で、私の話が終わりになります。ありがとうございました。

【中澤】*****

小林さん、どうも、ありがとうございました。小林さんは介護支援専門員として介護支援専門員はケアマネジメントのプロとして、このアセスメントが重要ということもかなり強調していただきました。その中で、その困りごとはなぜ発生しているのかを分析するということは共通している、というようなお話だったかと思います。地域課題の解決に向けても、共通点があるなというふうに感じさせていただきました。どうもありがとうございました。

それでは続きまして、今度は市直営の地域包括支援センターに従事されている、小山さんから報告をいただきたいと思います。では小山さん、よろしくお願いいたします。

【小山】*****

東京都国立市 健康福祉部 高齢者支援課 課長補佐兼地域包括支援センター主査の小山と申します。よろしくお願いいたします。

東京都の国立市は現在、人口が約76,000人強、高齢者数が18,000人を超え、高齢化率でいいますと、23.9%という形になっております。要介護認定を受けている方は3,927人、というふうになっているところになります。

国立市の地域特徴としましては、東京都の中心部に位置しておりまして、面積が8.15平方キロメートル、全国で4番目に小さい市となっております。このコンパクトな空間に高低差をあまり感じさせない、美しく住みやすい市街地と貴重な自然が調和しているさま、これが国立市の特徴の一つとなっております。

JR国立駅からまっすぐ延びる大学通りやその周辺には、一橋大学をはじめとして文教地区にふさわしい街並みが整備され、閑静で良好な住環境が広がっています。

一方で、南部は「ハケ」と呼ばれる段丘崖線が連なり、ハケの下には湧き水が流れ、都市と自然が融合する国立市ならではの風致景観を醸し出しています。また、大学通りは幅が約44メートルもあり、街のメインストリートになっています。道の両側のグリーンベルトには桜とイチヨウが交互に植えられ、春には桜の花びらのカーテンが街をピンク色に染め、秋にはイチヨウの葉が黄金色に輝きを放ちます。この景色は、新東京百景にも選ばれ、国立市の象徴となっているところになります。

国立市の地域包括支援センターは、直営型1か所のみで市役所の中に設置されています。また、市民の相談対応の窓口としてランチ窓口を3か所、委託で設置し相談体制を整えているところになっています。地域包括支援センターは在宅療養の推進担当も担っており、担当課長を含め現在28人の体制で運営をしているところになっています。

また、国立市の居宅介護支援事業所は現在18か所となっておりますが、最近では居宅介護支援事業所が他の市の事業所と統合ですとか、居宅介護支援事業所自体の廃止などによって、事業所の数及び介護支援専門員の数が増えているという状況がございます。

介護予防ケアマネジメントにつきましては、介護支援専門員10名非常勤の職員になりますが、その10人を中心として担当をしているところになります。3職種の職員も、担当している件数を含めて、令和3年12月の給付管理件数は645件、直営が425件で委託が220件という形になっています。

直営1か所の地域包括支援センターの配置ということもありまして、介護予防ケアマネジメントの委託の割合をできるだけ増やしていきたい、というふうに考えているところではあります。委託の割合は年々低下しているという状況がありまして、令和元年度は40%程度委託をお願いをすることができていたのですが、現在は33~34%というふうに低調になってきているというのが現状としてございます。

居宅介護支援事業所及び介護支援専門員、介護支援専門員が少なくなっている現状もあって、要介護のケアマネジメントで手一杯となっていて、要支援の介護予防ケアマネジメントを受けられなくなっているという状況もみられています。

国立市では今年度から居宅介護支援事業所に対して要支援の状態から要介護となっても、継続して同じ事業所の介護支援専門員がケアマネジメントを担当していただくことを目的として継続的支援体制加算というのを介護保険特別給付として位置づけました。

これは要支援の認定を受けた市民が認定の結果により担当が変わる負担を軽減すること、そして、早い段階から同じ介護支援専門員が担当することにより、状態像を継続的に把握して介護予防自立支援につなげていくということ、そして、居宅介護支援事業所による介護予防ケアマネジメントの委託割合を増やしていくことなどを目指して設置しているものになっています。

また、介護予防ケアマネジメントによって作成しているプラン自体が、そもそもその方が元気になれるプランなのかどうか、ということを検討する地域ケア会議を毎月

開催をしていて医師、作業療法士をアドバイザーとして多職種による検討会というのを行っているところになっています。

地域包括支援センターを国立市は、直営型1か所という形で運営しておりますが、直営型1か所で運営しているということは、介護予防ケアマネジメントを実施していくうえでは、やはり自治体が責任を持って取り組んでいく、そして総合相談、権利擁護、介護予防事業等ですね、それらを含めて一体的にかかわっていくことができるというメリットがある、というふうに考えております。

また、介護保険制度における判断等について、介護保険の担当係とすぐに相談しながら実施をし、判断をすることができる。そして、高齢者支援課以外の障害、生活保護、生活困窮、子育て等の担当部署と連携しながらかかわることができるなどのメリットがあげられると思っております。

しかしながら自治体が運営している直営型ということになりますので、人事異動や人事管理の観点から、専門職の確保や職員の増加というのが難しいということですか、あとは、委託先やサービス事業所から保険者としての判断を求められてしまったりですとか、あとは、地域包括支援センターの業務以外にも、保険者の支援ですとか自治体内での業務、そして事務事業の実施など職員が複数の業務を抱えざるを得ない状況があったりですとか、あとは市民からの相談や自治体内で、やはり高齢者にかかわることについては、すべて地域包括支援センターにというような形で集中してしまって、それ以外のことになかなか手が回らないというような問題も出てきているのが現状になっています。

あと、普段私の方も、介護予防のケアマネジメント等で講師をさせていただいているなかで感じていること等について少しお話をさせていただきます。

まず、介護予防ケアマネジメントに限った話ではないとは思いますが、私たち地域包括支援センターが高齢者等とかかわって支援をしているなかで、その方の状態が、私たちがかかわっているにもかかわらず低下をしていくということが非常に残念だなというふうに感じているところがあります。やはり、私たちが地域包括支援センターとしてかかわるのであれば、やっぱりかかわった人が今よりも元気になってもらう、それを普段から大切に思っているところになっています。

介護予防ケアマネジメントについては、提出を受けたものまたは直営で作成したもの等を普段からチェックするようにはしているんですが、明らかにサービス利用をすることしか記載がされていないというような、ちょっと残念な計画書を目にするということもあります。

今は介護支援専門員の法定研修にも介護予防ケアマネジメントの項目がなくなってしまっているということもあって、介護予防ケアマネジメントのプランの様式の書き方ですとか、目標志向型の考え方、アセスメントからの一連の視点等を知らずに介護予防ケアマネジメントにかかわっている人も少なくないのではないかな、というふうに思っております。

そのようななかで、介護予防ケアマネジメントにかかわる介護予防ケアマネジメントの支援計画書の意味や要点を理解して、目の前の方が意欲を持って元気になれるプランを作成できることや、計画作成の担当者が私たちのプランということではなくて、高齢者自身が元気になれる、その人のプランというふうに意識ができるように作成ができる、そういうようなことを伝えられるように、普段から講師としては心がけているところがあります。

私からは以上です。

【中澤】*****

小山さん、ありがとうございました。小山さんのお話では、介護支援専門員が減少しているというお話もありましたが、その中でも行政の直営のメリットを活かして、他の部署との一体的な支援とか、また印象的だったのは、今よりも元気になってもらうという、そういう気持ちを持ちながら介護予防ケアマネジメントに努めている、というようなご報告でした。ありがとうございました。

引き続きまして、今度は大規模政令市であります横浜市というところから来ていただきました、清水さんから行政の立場ということでご報告いただきたいと思います。では清水さん、よろしく願いいたします。

【清水】*****

皆さんこんにちは。神奈川県にあります横浜市健康福祉局 地域包括ケア推進課の清水でございます。私からはですね、政令市等の大規模な自治体における規範的統合という観点で、やや抽象的なお話になってしまうかもしれませんが、横浜市の取組を踏まえてお話をさせていただきたいと思います。

横浜市は、人口約3,760,000人、高齢者人口930,000人の非常に大きな自治体です。行政機能といたしましては、いわゆる本庁機能のある我々健康福祉局内の2部3課を中心に、地域包括支援センターを擁する市独自の福祉保健拠点である地域ケアプラザが約140か所以上、そのなかに包括の3職種、生活支援コーディネーター、独自職種である全世代の地域交流を支援するコーディネーターの最低5職種がおります。

また、行政区18区ございますけれども、それぞれに保健師や社会福祉職などの専門職が数百人程度おりますので、高齢者の地域支援を行う行政側の人間だけでも約1,000名を超える人数で運営をしております。さらに、ここからプラン作成の再委託を行ったり、ということも考えますと本当に多くの関係者の皆様方と協力をしながら事業を進めているということになります。

ここまでお話をすると、かかわる方が多いというのは良いことではないかというふうに思われる方もいらっしゃるかもしれませんが、一方で、例えば小規模な自治体さんであれば、5人や10人、数十人で集まって話し合いをすれば意志の統一が図れるところ、横浜市では意思決定ですとか、例えば各施策事業の推進方策のオーソライズなどについては、非常にたくさんの手続きを踏んで、時間をかけて行っていく必要があります。

特にこれだけ関係者が多いと、それぞれの職種のバックグラウンドがさまざまであったりですとか、各行政区ケアプラザ圏域を抱えている事情が異なりますので、そこで意志統一を図ったりですとか、同じ気持ちで施策を進めていくということの意思統合を図るのには、非常に時間と手間がかかるというところがございます。

特に地域支援事業ですとか、ケアマネジメントというところは、いわゆる指定の給付のサービスなどと比較をして、地域性ですとか個別性というところが非常に高いですので、目指すべき方向性ですとか押さえるべきポイントは共有しつつ、各行政区や

各地域ケアプラザ、地域包括支援センター、あるいは居宅介護支援事業所の皆様が、地域の特性を踏まえ展開をしていくということが非常に重要になりますので、例えば、「本庁がこれをこういうふうにやりなさい」と押し付けて、すべての行政区ケアプラザが同じことをやればよいというわけではないということもポイントです。

そのような観点からですね、横浜市では特に研修ですとか、研修をベースにした関係者間の協議、情報共有などをとても大切にしております。国や県から示されたものや研修も参照させていただきながらですね、本庁が大枠の示しですとか、データ活用などの手法を提供するというような研修を通しまして、行政区や地域ケアプラザ、地域包括支援センターが、各地域それぞれの課題や強みに応じた内容に沿って事業を展開していけるように工夫をしているという作りでございます。

行政区も本庁の研修を踏まえて、区の特性に合った研修を実施することができるので、ケアプラザや地域包括支援センターの方も区の特性を踏まえて、では自分の地域はどうだろうということ、さらに細分化した施策を立てていけるということ、非常に重層的なつながりをもって横浜市内で研修の展開しております。

地域性医療や総合事業とケアマネジメントというのは、本来であれば一連であり、一体であるという観点に立てば、大きな組織というのはそれがやや、やりにくいという点については否めませんけれども、関係者全員がこの制度の体系であったりですとか、ケアマネジメントと地域支援事業、相互事業のつながりを理解し、大切であるということのポイントさえ押さえられれば、困難なことではないというふうに考えております。

自治体が大きくなればなるほど、特に組織の上位に行けば行くほど、行政というのは施策の展開というところでどうしてもとらわれがちになるというのは、私も感じているところではあるんですけども、住民の皆様一人一人に直接働きかけられるケアマネジメントという手法は、自治体が大きくても小さくても全く同じ手法をとっているんですね。

こういった手法というのは、住民の皆様の行動変容を促して、一緒にこういう暮らしをつくっていかうとか、こういう地域をつくっていかうとか、そういう提案ができる絶好の機会ではないかというふうに考えております。専門性が高いから、委託に出しているから、というふうに現場の方に丸投げをしたり、あるいは担当が分かれているので事業が違うから、というふうに狭い範囲で最低限の事業の運営をすればいいというわけではなく、まずは本庁の機能であったりですとか、行政区が中心となって地域支援事業、総合事業の包括的支援事業、全体を捉えてその中でケアマネジメントというのはどういう位置づけなのか、市として行政区としてどういう方針でやっていったらいいのか、そのような一体的な施策の展開というところが非常に肝要であるというふうに考えております。

私からは以上です。ありがとうございました。

【中澤】*****

清水さん、どうもありがとうございました。大規模自治体がゆえにかかわる人が多いということで合意形成、情報共有を重視されているというようなお話、そしてまた市の中にもそれぞれの地域性があると、そういうなかでやはり介護予防ケアマネジメントの質の向上に取り組んでいるというようなご報告だったかと思えます。どうもありがとうございました。

ここまで5人の方に様々な立場から実践を報告いただきました。ここですね、厚生労働省の田中さんから感想も含めてですね、コメントをいただきたいと思います。田中さんよろしくお願いたします。

【田中】*****

厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 地域づくり推進室の田中でございます。どうぞよろしくお願いたします。

介護予防ケアマネジメントが法定外研修となって「研修を受講する機会が減った」とかですね「地域包括支援センターの職員の異動が多くて、なかなかその介護予防ケアマネジメントの質の担保が難しいんだ」というような現場の声を令和2年、令和3年と、総合事業の充実のための厚生労働省職員派遣事業等を通してたくさん地域で聞いてまいりました。

そのような背景もありまして、今回、基本的な研修をオンデマンドで展開、そして本日のトークセッションでは、本当に人口が2,853名の小さな小規模の地域包括支援センターの方から、人口が3,760,000人という大規模政令市の方まで、幅広い立場の方たちに本日おいでいただきまして、トークセッションを進めていくことができるということになりました。

今までご報告をいただいた、最初の石山さんのところに関しましては窓口対応マニュアルの見直しであったり、介護予防ケアマネジメントのマニュアル、そして介護予防ケアマネジメントの研修を、質の平準化に向けて行政の方たち、地域包括支援センターの方たちが協働して、その成果物も一緒にプロセスを踏みながら作られたというようなすごく貴重な体験を、お話をいただきました。

こういった行政と委託先地域包括支援センターと一緒に作業プロセスを踏みながら質の向上に向けて取組む、という姿勢が多分最後の清水さんの発表にあった規範的統合にもつながっていくものかな、というふうに聞いておりました。

2番目にご発表された兼松さんですね。地域包括支援センターは関係者との協働の場づくりを推進していく機関でもある。ということで、うまく共生型福祉拠点なんかも使いながら、いろいろ地域に密着した取り組みを進めておられる、ということ。あと、雪の多い地域ならではの様々な取組を進められておられて、今回、このようなコロナ禍におきましてはオンラインの通いの場なんかも進められている、というような新しい情報もいただきました。

次に発表いただいた小林さんです。実際、居宅介護支援事業所として、介護支援専門員として、委託を受ける側、そして長野県の研修を行っていく立場として、本当に自立支援とは何かということの本質を見極めるということを大切にしましょう、という話であるとか、あと介護支援専門員自身も地域包括支援センター自身も地域を支えていけるんだ、というような視点を持ちながら、介護予防ケアマネジメントに取り組むことの大切さであるとか、何よりも私が感動したのは、ご本人から自ら課題に気づくという支援を行う視点を持たないといけないんだよ、というそのアセスメントの時の大切にしたい視点、そのあたりもお話しいただけたかなというふうに思います。

あと、小山さんは、直営の包括として地域包括支援センターのメリットをしっかりとお伝えいただきました。最近は委託地域包括支援センターが増えるなか、直営としての理念といたしますか、そういったことをお伝えいただいたことは、すごく地域包括支援センターの設置当初のいろんな動きを思い出すきっかけにもなりました。

あと、直営の地域包括支援センターだからこそ、すごく災害に強いというような話も以前、国立の職員の方から聞いたことがあります。たくさんの方の顔が見える、いろんな総合相談やいろんな対応のなかから、どこに誰がいてということがすぐにわかるというのは災害にも強いんだ、というお話もあったかなと思います。

あと、継続的な加算ということで、特別給付を利用して市独自で加算をつけておられるというの、今いろいろと再委託の問題、委託の問題で悩んでおられる市町村にとっては、新しい情報かなというふうに思いました。

あと最後に清水さん。人口3,760,000人で高齢者数930,000人となかなか想像ができない人口規模のなか、規範的統合ということで本当に仕組みとして、組織としてマネジメントがなされている、そういった背景をお伝えいただけただかなというふうに思っています。丸投げ委託ではなくて、重層的な対応を目指してということで、そこで本庁、区の役割、そして現場の役割ということで、本当にわかりやすく丁寧にお伝えいただけただかなと思いました。

きっと聴講されている皆様の立場に応じたヒントが、本当に今日ご発表いただいた方々からメッセージとして伝わったんじゃないかなというふうに思っています。後半の時間を使って、次へと進めてまいりたいと思いますのでこれを少し深掘りしていきたいと思います。

以上です。

【中澤】*****

田中さん、どうもありがとうございました。

5人の方に様々な取組を発表していただきました。そして厚生労働省から田中さんからもコメントもいただきました。ここでそれぞれの取組について、今回出演していただいた方々、それぞれお互いにちょっと聞いてみたい、質問してみたい、ということがあると思いますので、お1人ずつ質問していただきたいと思います。

どなたにどんな質問というような説明をしながら、ご発言いただければと思います。ではトップバッターは小山さん、よろしいでしょうか？

【小山】*****

はい。先程、長野の小林さんの方から居宅介護支援事業所としての立場からご発言をいただいていたのを聞いていたんですが、私たち地域包括支援センターが、居宅介護支援事業所の方に委託という形でプランをお願いをするというような形をとっているんですが、実際に今は居宅介護支援事業所の介護支援専門員、国立市ではやはり数が少なくなっている状況があります。実際そのプランを受けるといようなところで考えると、今、地域の介護支援専門員さんの状況ですとか、あとは要介護と要支援のプランの単位数等の関係でプランを積極的に受けようという気持ちなのか、または、ちょっと遠慮したいなというような気持ちなのか、その辺のところを教えてください

たらと思います。

【小林】*****

はい、ありがとうございます。

プランは、それぞれの地域の受け皿的な所だったり、自分たちの抱えているケースにもよったりもするんだと思うんですけど、個人的には、その予防のケースを受けるということは、やっぱり自立支援で先程からもお話がありましたけど、元気になるといところに向けての支援ができるマネジメントができるってことは、要介護にもつながったりしていくので、すごく勉強になるな、という部分では、どんな介護支援専門員さんたちも受けてやっていくというのがすごく大事だなと思っているんですけども。ただ、先程も少し話しましたが、地域包括支援センターによっていろいろなんでしょうけど、私たちに委託をするときに、もう少しインテークの段階で「この人は介護サービスを使わなければいけない人なのか」とか、あるいは「要介護認定をしなければいけない人なのか」という、どうしても私たちからすると地域包括支援センターの方って、ただただ委託に出したいから、「はい、はい、はい」って話を聞いて「デイサービスに行きたいのね、なら介護申請」「福祉用具を使いたいのね、なら介護申請」みたいになんてなっているような、委託を受けているとそんな気がしてならなくて、もう少しインテークの段階で地域参加に向けての支援ができる人とか、あるいは自分の考え方を整理したら、「なんだ、なんだ、そんなに簡単なこと（例えば家具を動かすだけでも）で、暮らしがうまくいくのね」、なんていうことに少し気づかせてあげられる方たちって、本当は多くいらっしゃるような気がしているので、委託に出すということが中心ではなくて、その方がどういうふうにも暮らししていくことがいいと思っていて、ここの窓口で相談に来たのか、あのチェックリストあたりの部分であるとか、そういった部分をもう少ししっかりと聞いてから委託に出してほしいといったところと。

委託されたらずっとそのままなんですよ。だけどそうじゃなくて、出したケースが例えばケアプランの評価とかできたときに少し話に乗ってほしい。話に乗っていただいているなかで、やっぱりそこから何か私たちが伝えた情報で地域が変わるということに結びついていくんだとすると、委託を受けて報告している意味ってというのがあるんですけど、委託を受けて報告を受けても、「はい」って行って流されていて、何にも地域が変わっていかないとか、こんなサービスがあったらいいのにと話に結びついていかないとか、そんなことがあるとどうしても委託を受けている意味って何なんだろうって思ってしまうので、委託をするときの入り口であるとか、委託を出してからこう評価をしていくときの状況であるとか、そういった部分はお忙しいとは思いますが、少し一緒にかかわっていただけるともう少し連携っていうのができるんじゃないかな、なんていうのが日ごろ感じている点です。お答えになっているかどうかはあれですけど。

【中澤】*****

はい、ありがとうございます。

地域包括支援センターが委託をする場合でも、委託前も委託後も地域包括支援センターとしての介護予防ケアマネジメントのプロセスはあると、そこをしっかりと認識しながら一緒に組んでいきたい、というそういうメッセージでよろしいでしょうか。はい、ありがとうございました。

続きまして、石山さんからどなたに質問がいきますでしょうか。

【石山】*****

はい。京極町の兼松さんにお聞きしたいんですが。

ご報告のなかで、やっぱり地域ケア会議から例えば移動手段の確保として、デマンドタクシー事業が始まっていたりということで新たなサービスの創出ができていらっしゃるし、また豪雪地帯という地域特性から、雪のない5月から10月はもう活動をなさっているから、その雪の間だけです、通所Aとか通所Cに参加をしてもらって、その目標がやっぱり翌年の農作業が元気にできるようにという設定をされているというのがすごいなと思ひまして。

まず1つ目に、そのサービス開発は例えば地域ケア会議からどういうふうにサービス開発していったらいいのか、その流れというか仕組みづくりに悩んでいるところも多いかなと思ひますので、町ではどのような仕組みがあるのかお聞きしたいのと、もう1つはその豪雪の間だけ使うサービスを使うというところの目標設定って、実はなかなか難しいのかなと思ひていまして、結構サービスを使い続けるようなケアプランとかも多いなかで、そういう目標設定がされている地域包括支援センター職員へのケアマネジメントの研修など、どういった工夫をなさっているのか教えてください。

【兼松】*****

ご質問ありがとうございます。

1年の半分は雪に囲まれておりますので、除雪作業などで運動機能を維持される方も結構いらっしゃいますが、フレイルが進んでくるような方たちは半年間、家のなかに閉じこもった生活になってしまうというところで、冬場は短期集中的にフレイル対策をメインにした通所事業を展開しております。

通所Cは短期集中でできますが、通所Aがサービスが長期化しやすいというのが悩みのタネで、居場所になってしまい、なかなか卒業ができないところは課題になっておりました。

思い切って、卒業基準をつくってみました。卒業対象となる人たちが週1回ないし2回集まったり、交流できる場所があれば、通所Aを卒業できるのかもしれないと考えました。生活支援コーディネーターや、社協などと、さきほどご紹介しました地域福祉拠点にそういった居場所をつくっていかうか、ということで、居場所づくりにも力を入れてきました。今年度は何人かが卒業し、その後はその地域福祉拠点の方に定期的に通っていただいております。

京極町は夏場、予防給付がちょっと増えるんです。というのは屋外用歩行器を夏場はレンタルして、外で元気に活動してもらおうということで、冬になるとその方たちが総合事業に移っています。最近はその辺が特徴的かなと考えております。

あとは、サービスの開発という点ですが、地域ケア会議のなかに「うえきばち会議」という会議体も1つ持っております、そこは地域支援事業の実務者が集まって個別会議から上がってきた地域課題に対して、どんな資源開発できるんだろうかということをお話し合う場になっています。そのなかで、「どこと、どこが、協力したらどんなものができるかな」とか、「こんなものをつくるために、どことどこが協力したらいいかな」と実践的に話し合いながらゴール設定も決めて、「じゃあ今年度中にこういうものをこ

こに作ってみよう」とトライしてみようという、地域にそういう気風があります。介護予防ケアマネジメントとはいいますが、そこが地域づくりに直結しているのが、小さい町ならではのメリットなのかなと考えています。

【中澤】*****

はい、ありがとうございます。

卒業と資源開発を同時に進めていくという、ここら辺の重要性のある取組を感じました。ありがとうございます。

続きまして、そしたら小林さんからご質問があればどうぞ。

【小林】*****

はい。私は先程受託する側でという話があったんですけど、逆に地域包括支援センターの小山さんと兼松さんにお聞きしたいんですが、今度は委託する側として居宅介護支援事業所に委託するときに、どうしても居宅介護支援事業所側って丸投げ感が否めないというか、そういうところがあって、ちょっと引いてしまう部分もあるんですけど。委託する側としての思いであったりとか工夫であったりとか、お考えであったりとか、あれば少し教えていただけるとありがたいなと思います。

【中澤】*****

では小山さんからお願いできますか。

【小山】*****

はい。そうですね、確かに私たちの方から居宅介護支援事業所の方に委託をお願いをする、というような形でプランが進んでいくというふうになっているとは思いますが、実際に直営型、私の方は直営型の地域包括支援センターですので、他の地区の話の聞いたりするときには、直営型はプランの委託はせずに、すべて自分たちのところでプランを作成しているというところも聞くのは確かにございます。

ただ直営型のメリットとして、やはり介護予防の段階から高齢者の方にかかわって、実際に総合相談等があったときには、その人を事前に知っているというようなことが非常に多くありますが、その人に合ったプランですとかサービスですとかそのようなところを考えていくなかで、実際に地域包括支援センターがプランを作成していくと、要支援の担当の方しか受け持つことができず、状態が変化していくことによって要介護になると、その時点でケアマネジメントが一旦切れて、また改めて要介護を介護支援専門員さんがプランを担当するというような形で、どうしてもそこで切れてしまうというのもある。

そういうことを考えていたときに、実際に今回、継続的支援というような形で特別給付を国立市も考えましたが、やっぱり早い段階からその方のことを知って、マネジメントをしていっていただくというようなところにつなげることによって、本人の自立支援につながっていく、そのようなことに期待ができるのではないかなということも思って、委託をお願いするというところを考えているところです。

実際に相談を受けて、本当にそのままプランをお願いするというような形で委託に出してしまうと、実際には介護支援専門員さんと一緒に契約に地域包括支援センターの職員でお伺いをしたときに、そこで改めて話を聞くと、本当に介護予防事業に参

加をすればいいだけとか、地域の状況を知らなくて、地域の集いの場等にご紹介をすれば、それでご本人の必要な今の課題が解決できるというようなことにつながるということもありますので、実際には、私たちの方では総合相談のなかでしっかりと本人の状態等確認をして、それをもって直営のプランでやっていくのか、または委託でお願いをするのか、そういうようなところを考えてお願いをするというような形をとっているというふうになっています。

【中澤】*****

はい、引き続きまして兼松さん、いかがでしょうか。

【兼松】*****

はい。私たちは町内のケースに関しては、委託はしておりません。冬だけ都市部に住むお子さんたちのお家に同居して、夏場過ごしやすい時期は京極町に戻ってくる方などを委託しております。

ですので、町外に行ったときは予防給付のサービスを受けて、帰ってくると京極町は総合事業が比較的充実しておりますので、総合事業に変わる形になります。委託先の介護支援専門員さんが京極町のサービスをご存じないというところで、計画書のなかで移行していくときに、サービスのあり方にギャップがあったり、予防給付サービスだけでケアプランが組み立てられていると感ずることがあります。委託先の介護支援専門員さんに京極町の状況をいかに理解してもらうかというところでは、コミュニケーションを大事にしています。都市部の居宅介護支援事業所の介護支援専門員さんが受け持っていてくださっているのです、書類のやりとりもかなり煩雑で、私たちもそこら辺に配慮しながら、やり取りさせてもらうように気をつけております。

【中澤】*****

はい、ありがとうございます。双方の理解というのがすごく重要だなというふうに感じました。ありがとうございます。

それでは続きまして、清水さんご質問あればお願いします。

【清水】*****

横浜市の清水です。私は先ほど、規範的統合のお話をさせていただいたかと思うんですけども、石山委員の方から介護支援専門員さんですか地域包括支援センターの職員さんの質の向上や平準化を図るために、マニュアルを作成しているというような話をいただきました。横浜市でも同じようにマニュアル等を作らせていただいているんですが、地域包括支援センターの方って本当にたくさんお仕事をされていて、いっぱいマニュアルがあったりして、なかなか読めないってというようなお話も聞いております。

市としては、やはり業務全体を見たなかの連動性なども考えながらやっていただきたいというところもあるんですけども、地域包括支援センターの方たちにマニュアルを読んでいただくための工夫だったりとか、他の事業の連動などを意識していただくための工夫などあれば教えてください。

【石山】*****

はい。大川市で作成したマニュアルは、第一義的には地域包括支援センター3か所委託してますので、本当に地域差が出ないように質の平準化を図りたいというのがありました。それまでは直営でしたので小山さんのご報告にもありましたけど、やっぱり保険者である介護保険係がすぐ隣にあって、いつでも相談できるので、マニュアルって本当にあっさりしたものしか用意していなかったんですね。

ですが、それは外に出してしまいますので、きちんと皆さんが、それを読めばある程度理解ができるレベルのものにしなければいけないなというところがありました。しかしながら、特にケアマネジメントの部分では、押し付けになってはいけないというところもありましたので、そのところはきちんと意見交換をしながら作成する必要があるなというところで、ちょうどその厚労省の事業がありましたので、その機会を捉えながら、意見交換を重ねながら作っていったというところなんですけれども、やっぱり読んでもらうためにはというところなんですけど、実はマニュアルのなかには参考にさせていただいた、生駒市の自己点検マニュアルですかね、自己点検シートというものがございまして、それはインタークから基本チェックリスト、プラン作成など、その場面に応じてこういうチェックポイントに気をつけて、自分のケアマネジメントを振り返ることができるようなシートになっております。

ですので、それはきちんと手順を踏んでいくことで、質の向上にもつながるようなシートになっていきますので、もうそこを年に一度はみんな確認をする場をつくらうということで、毎年ですね、その自己点検プログラムという研修会を実施することにしました。

で、初めて今年度、実施をしたわけなんですけれども、実際に研修の前に自己点検してもらったうえで研修会に参加をし、振り返りシートという自分の振り返って見た結果どう思ったか、今後どうしていきたいか、それをきちんと文字にして自分なりに振り返りシートを作成して今後の目標を立てる、そういうプロセスを踏んでいただくことで、毎年毎年それをやっていくので、着実にこの介護予防ケアマネジメントのプロセスをしっかりと理解をして、そして次のステップにつながっていく機会にできるんじゃないかなと思って、そのような取組をしているところです。

【中澤】*****

はい、ありがとうございます。マニュアルもたくさんありますけど、その内容もそうですね、作るプロセス、そしてその活用までがすごく重要なんだというふうに今感じました。ありがとうございました。

それでは兼松さん、ご質問ありますでしょうか。

【兼松】*****

はい。私も大川市の石山さんにご質問させていただきます。

京極町でも窓口マニュアルについてはとても必要性を感じています。都市部の医療機関や、都市部に住むお子さんたちですと、都市部は相談が介護認定の申請がスタートになっているところが多くて「まず介護認定の申請をお願いします」というところから始まるケースが多いのが現状です。その場合に大川市さんのように総合事業を理解していただく、というところに非常に難しさを感じています。今現在、行政と地域包括支援センターで一緒にマニュアル作りをしていこうかという段階にあります。

今年度から始められたということなんですけど、委託の地域包括支援センターの皆さんがこの窓口マニュアルや、介護予防ケアマネジメントマニュアルを使ってみて、ど

ういったお声があるのかということをよくしければ教えていただきたいと思います。

【石山】*****

まず窓口マニュアルに関しましては、市の方に本人・ご家族が、兼松さんがおっしゃるように医療機関から特に先生からですね、「介護を申請しなさいと言われたので来ました」という例がとても多いです。そのときに、「じゃあどんなサービスを必要とされているんですか」とお尋ねすると「よくわからない」とか「とりあえずデイサービスかな」みたいな、そんなお話がよくあつたりします。

せっかく総合事業で、状態が改善できるようなサービスもつくっていますので、『そういったのもご案内できる状態か』を把握するために、簡単な質問項目を設定しました。『認定申請をしなければ使えないサービスが必要な状態』というのもありますので、そこも簡単に判別できるような質問項目になっています。

結構状態が良いと全部に○が付くんですけれども、全部○が付いた人は、総合事業のサービスを案内するのがいいんじゃないかなと思われる人、ということで市の方ではわかりやすい総合事業のパンフレットを作りましたし、また通所Cの動画も作成しますので、そういったのを窓口でお見せして、「今の状態ですとこのサービスを使えば短期間で改善する可能性もありますよ」とかですね、「このサービスを使うにあたっては基本チェックリストに該当されれば、認定申請で1か月以上待たずにサービスを使うこともできるんですよ」といった案内をすることもできますので、その対応を地域包括支援センターも市の窓口でも同じレベルでやるということで、研修会を実施しているところです。

それと、地域包括支援センター職員が説明をしやすくするために、先程の動画やパンフレットなどを高齢者のご自宅に持って行って、その動画が再生できるようにポータブルのDVDプレーヤーも配布をして使っていただいています。

また、介護予防ケアマネジメントマニュアルのなかに、その大川市の総合事業の目的ですとか、あとご家族も「介護保険料を払っているんだから、なんで使えないんだ」とおっしゃる方もいらっしゃると思いますので、そういった方への説明もできるようなわかりやすい説明資料もマニュアルのなかに組み込みまして、実際に使っていただくように、お渡しをしています。

こんなところでよろしいでしょうか。

【中澤】*****

はい、ありがとうございます。

皆さんそれぞれから質問、そしてお答えをいただいたことで、最初の発表がかなりまたさらに深まったんじゃないかなというふうに思います。ここで最後になりますけれども今日の発表、そして質疑、意見交換、そしてまた先日来のオンデマンドの研修と、今回の取組を振り返りましてですね、それぞれの立場で今後どういうふうに取り組んでいきたいかということも一言ずつ皆さんにいただければと思います。なおかつ、視聴されている皆さんにも一言メッセージ等もあれば、含めていただくと助かります。

それでは最初の発表の順番でよろしいでしょうかね。石山さんお願いします。

【石山】*****

そうですね。今回あの本当にいろんな地域特性に応じた取組をなさっている、特に兼松さんのお話を伺って、やはり適切な介護予防ケアマネジメントのためには、その人をお一人お一人の状態に応じて多様なサービスをつくる必要があるんだということに改めて感じました。

また、そのフォーマルな総合事業のサービスとしてだけではなくて、インフォーマルの部分でも本当にいろんな人がいらっしゃいますから、その人がフォーマルじゃない場でも通える、そんな場の開発といったところも重要なんだなというところを感じまして、大川市でも地域ケア会議に生活支援コーディネーターが入っておりますけれども、なかなかそのサービスの創出というところにつながっていないというところもあります。大川市の地域特性としましては、木工業を長年木工職人として仕事をされてこられて、80代になって引退した後、ちょっと体が弱って、という方がなかなか外に出ていこうとされないという課題があるんですが、最近、地域のなかから通いの場でちょっとしたモノづくりをして販売をしたりとか、そういったことで、生きがいづくりにつながっていきいたいなというお声が上がってきました。ですので、この声を捉えて町内連携会議を立ち上げましたので、あと別の事業系の課などとも連携をして、そういった新たな通いの場、そして生きがいづくりの場をつくっていただけたらなと思ったところです。

たぶん全国の自治体のなかでもですね、委託型地域包括支援センターになさったところも多いかと思いますが、ちょうど直営から委託に切り替えた大川市の立場では、先ほど小山さんのお話にあったんですけれども、直営型地域包括支援センターならではのメリットのところに、他の分野との連携がやりやすいといったところがあったかと思っています。

委託型にしたからといってですね、この部分、市が全くしないでいいというものではなくて、この部分をしっかり行政として地域包括支援センターをバックアップしていく、その役割はきちんと市として果たしていく必要があるんだ、ということも改めて感じましたので、こういったところをしっかりと頑張っていきたいなと思いました。

今日はありがとうございます。

【中澤】*****

石山さん、どうもありがとうございました。続きまして兼松さん、お願いできますでしょうか。

【兼松】*****

はい。私もこのような場をいただきまして、自分の町の地域性っていうのを気づかずに介護ケアマネジメントを展開していたんですが大小いろいろな地域の取組を知ることによって、この小さい町ならではの地域性を、改めて自分でも感じることができました。

皆さんの発表のなかでも、規範的統合ですとか、職員の質の平準化も大事だということが出ていて、私たちの町でもそこはすごく大事で、行政も地域包括支援センターも、そこにひと手間かけていく必要があると感じました。先ほど動画のお話が出ていましたが、コロナ禍でこういった動画の活用もすごく大切になってきていて、うちの町のいろいろな事業を知ってもらうときにも、パンフレットや動画などで介護支援専門員さんにも活用していただけるのかなと感じました。自分たちが新たにやれるとい

い取組も見えたような気がします。
ありがとうございました。

【中澤】*****

兼松さん、ありがとうございました。では続きまして、小林さん、よろしくお願
いします。

【小林】*****

お話を聞いているなかでなんですけども、ずっと私が常日頃感じていたのは、地域
包括支援センターの方たち、委託する側の意識というものと、委託を受ける側では何
かとても温度差があるような気がしていて、その温度差ってというのは何かなっている
のを今日考えてたんですけど、どうしても委託を受ける側の居宅介護支援事業所の介
護支援専門員としたら、地域包括支援センターの方たちの情報の渡し方のせいだとか、
あるいは伝え方のせいだとか、後のフォローのなかのせいみたいなどうしても地域包
括支援センターの方たちのせいだ、みたいなことで自分たちを守ってしまうみたいな
ところがあったのかなって。それがちょっと温度差につながったのかなってというの
が反省の一つで、私たち居宅介護支援事業所の介護支援専門員も要介護者の方ってい
うのは、介護サービスを使って人生を全て終わるのではなくて、これから本当は、ご
自分たちの力を活かして地域のなかで暮らしていくとか、地域のなかで何か役割を担
っていくとか、そういった支援をしていかなければいけないのだとすると、やっぱり
その私たちももう少し、自分たちもその町の状況をしっかりと知る、町に何があって、
町でどんなことをしていて、協議体の方たちとか協議体っていうのは、どんな活動
をしていてっていう、もう少ししっかりした町の情報を知るとか、あるいは介護サー
ビスの人たちとだけではなく、そういった町のネットワークとしっかりとつながって
いくっていうことを、自分たちが努力しなきゃいけないのではないかなっていうことを、
今日話を聞いていて感じたところです。

ありがとうございました。

【中澤】*****

小林さん、どうもありがとうございました。続きまして小山さん、お願いできま
すか。

【小山】*****

はい、今日はありがとうございました。皆さんのお話をいろいろとお伺いさせて
いただいて、やはり地域の状況によって、そのかわり方ですとか、だいぶ大きく違
うなというふうに感じたところです。私たち直営型の地域包括支援センターという形
で実施をしていくなかで、やっぱりどうしても直営型ですと、職員の人事の関係で長
年勤務をしても、異動ですぐに違う部署に動いてしまうですとか。なので地域の居
宅介護支援事業所の介護支援専門員さん等の方が本当にベテランで、私たちよりも
情報を知っていて、さらに経験があってそういうようなことも非常に多くあるなか
で、私たちが地域の居宅介護支援事業所の方と一緒にやっていくということを考えて
いくなかでは、やっぱり私たちの方もしっかりと地域の情報ですとか、介護予防のケ
アマネジメントについての発信、というのをしっかりとっていて、やっぱり一体的に実施

をするというような体制をつくっていかないと、今、小林さんの方からも話のあったように、どうしてもその委託をする側と委託を受ける側とのなんとなく、その乖離といいますか、そういうのが生まれてきているのかなというようなところもあるのかなというふうに思いました。

今回の介護予防の研修等を含めて、いろいろな働きかけの仕方ですとか、アセスメントの重要性ですとか、そういうのを改めて学ぶ機会というのもつくっていただいたというのもありまして、やっぱりそういうところを地域の皆さんと一緒に一体的になって取組んでいくということ、今後もやっていきたいなと思ったところです。

今日はどうもありがとうございました。

【中澤】*****

小山さん、どうもありがとうございました。続きまして清水さん、お願いできますか。

【清水】*****

はい、横浜市の清水です。今日はありがとうございました。私は今回、大都市の行政の立場でということ、お声かけをいただいて参加をしたんですけれども皆様のお話をお聞きいたしまして、本当に大切なこととかやるべきこと、っていうのは自治体の規模ですとか特性にかかわらず変わらないものだ、ということに改めて強く感じました。

特に、この事業を地域支援事業という形で全国同じような枠組みのなかで展開をされていて、さらにケアマネジメントは、市民の皆様にも日本全国どこでも必要なサービスとして直接提供されるものというところは全く同じですので、そういう意味では大都市だからとか、小規模な自治体だからというところは変わらないのかなというふうに思ったところです。ただですね、そのうえで、やはり自身の自治体がどういう体制でやっているのか、それを国の施策ですとか、ほかの自治体と比較しながらしっかり整理することは大切かなというふうに思いました。

自治体によっては、例えば直営の地域包括支援センターがあるっていうこと自体を知らなかったりですとか、例えば横浜市のように行政区に専門職がたくさんいるっていうのは、なかなか特殊な状況であるということであったりとか、その中に浸かっていると、それが当たり前で、その強みだとか弱みに気づけないというところもありますので、やっぱりこう視野を広く持って国全体としてどういう制度になっているのか、他の自治体で好事例っていうのはどうしてこのようにいい結果が出たのか、それをもし自分の自治体でやるとしたら、どういうふうな展開ができるのか、その自治体と何が違うから、どういうふうに工夫をして展開していけば、自分の自治体でうまくいくのか、そういうことをしっかり落とし込んで考えるということが非常に重要だというふうに感じました。

本日はたくさん良い事例を教えていただいて、非常に勉強になりました。本当にありがとうございました。

【中澤】*****

清水さん、どうもありがとうございました。

5人の方の発言、質疑等をお聞きになって田中さんからコメントいただきたいんですが、いかがでしょうか。

【田中】*****

はい。本当に5人の皆様の様々な角度からのご意見を聞いていて、本当に今視聴されておられる皆さんがどのように感じておられるのかなっていうことを、ぐるぐるぐるぐるこう想像しながらお話を聞いてました。

で、皆さんがあまりにも素晴らしい取組をされておられるので「うちの自治体ではちょっと」とか「うちの包括ではまだまだ」とか、いろいろ感じられるところもあるかもしれません。そういう時には、今は清水さんがおっしゃったみたいに好事例とかを検索をして、ただ好事例の結果だけを見るんじゃなくて、多分いろんなことにぶつかって、障壁を取り除いて、そこに行き着いた結果っていうことがあると思うので、できれば「なぜそれを取組んだのか」というそのきっかけであったりとか、その途上の苦労であったりとか失敗であったりとか、そういったプロセスのところを重視して、わが町に置き換えたときに「どのような展開ができるかな」とか「ここはチョイスしてもいいけど、ここはちょっと違うよね」って。

先程の石山さんとこの事例のところですごく学ぶことが多かったって、皆さんおっしゃってました。あれも去年の伴走支援のところ、かなり生駒市の情報を提供させていただきましたけど、大川市が素晴らしかったのは、自分たちの町に置き換えて、窓口の対応ツールとかを組み替えて、落とし込みをされたってところがやっぱり素晴らしかったってことです。

好事例や先行事例っていうのをそのまま鵜呑みにしてというか、コピーするのではなくて、やっぱりそこから何を生み出すかっていうことを皆さんと協議をしながら進めていくことが大切だなってことを、改めて感じたということと、あと小林さんのお話のなかで、介護支援専門員さんが受け身で行政や地域包括支援センターのことに關していると思うことを思うままで終わるんじゃなくて、自分たちも主体的にアクセスをしていったら、行政を動かすとか、地域を動かすってこともできるんだという、また要介護者の人たちもいろいろ活躍する場はきっとあるはずだ、ということで、地域マネジメントをもっともっとこう展開していきたいっていうお話とか、たくさんたくさん皆さんの皆さんからの発信のなかで学べるが多々あったんじゃないかなというふうに思いました。

本当に、「介護予防ケアマネジメント」というマネジメントのサイクルだけの話ではなくて、「地域づくり」という視点のなかで、皆さんが今日ご議論いただいたことが素晴らしかったかなと思いました。以上です。

【中澤】*****

はい、ありがとうございました。

介護予防ケアマネジメントという言葉のなかには、その個別性であるとか地域性であるとかあって、ここはすごく重要なポイントではあると。ただ、今日の皆さんのご発言を聞いてみると、やっぱりそれに取組むプロセスは自治体の規模に関係なく共通してるんだなっていうふうにすごく感じました。

特に今日の5人の皆さんは、「自分・わが町の介護予防マネジメントとそれ以外の状況がどうなってるか」っていうアセスメントをまずしてらっしゃるところから共通し

ているんじゃないかなって。アセスメントっていうと、月並みな言葉になりますけれども我が町の介護予防の状況、何が問題で何が強みでっていうことをちゃんとそこを分析をすると、「じゃあどういう取り組みが必要なんだ」ということ、そしてまたその問題意識と取り組みの方向性を共有していくということが、どの自治体にも重要、自治体以外にも地域包括支援センターも含めて重要な取り組みだなというのは感じられました。

そして今日も委託と受託というワードがたくさん出てきてますが、行政からすれば、例えば地域包括支援センターは委託先になるし、地域包括支援センターは受託側になる。さらに介護予防ケアマネジメントになると、地域包括支援センターからすれば、居宅介護支援事業所は委託先になるし、居宅介護支援事業所は受託側になる。それぞれが受託委託の関係にあるけれども。

ただ、委託しても受託しても、その前と後にも介護予防ケアマネジメントのプロセスはあるという認識でこの行政統括と介護支援専門員がしっかり協働していくことに、それぞれの取組の意味が感じられたというふうに私は個人的には感じました。

今日は長時間にわたって大切な取組をご発表いただきまして、どうもありがとうございました。

【進行】*****

皆さま、本日は貴重なご意見ありがとうございました。以上で令和3年度介護予防ケアマネジメント実践者トークセッションを終了いたします。ありがとうございました。

令和3年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

適切な介護予防ケアマネジメント手法の普及促進に向けた調査研究事業
報告書

2022(令和4年)3月発行

発行 一般財団法人長寿社会開発センター

〒105-8446 東京都港区西新橋3-3-1 KDX西新橋ビル6F

TEL 03(5470)6751 FAX 03(5470)6762

不許複製