

介護支援専門員を支える 地域包括支援センター

介護保険制度改正と介護支援専門員(上)

今回の介護保険制度改正では、ケアマネジメントに関する部分が大幅に見直される。見直しのポイントのひとつは、新たに設置される地域包括支援センターが軽度者のケアマネジメントを担うようになることだろう。要支援・要介護状態になる前からの一貫性・連続性のある「介護予防マネジメント体制」を確立することがねらいであり、その業務の一部は居宅介護支援事業所に委託できるとはいえ、軽度者を対象とした新たな介護予防アセスメントツールも導入される予定であり、介護支援専門員の業務は大きく変わることになりそうだ。

その一方で、改正法の施行準備作業に取り組み始めた市町村にとって最大の関心事のひとつは地域包括支援センターの設置であり、既存の在宅介護支援センターとの調整など、検討を急がなければならない課題が山積している。

今回のトークセッションでは、介護保険制度改正と介護支援専門員との関係について話し合っていた。

出席者



厚生労働省老健局振興課長

香取 照幸 氏



全国介護支援専門員
連絡協議会会長

木村 隆次 氏



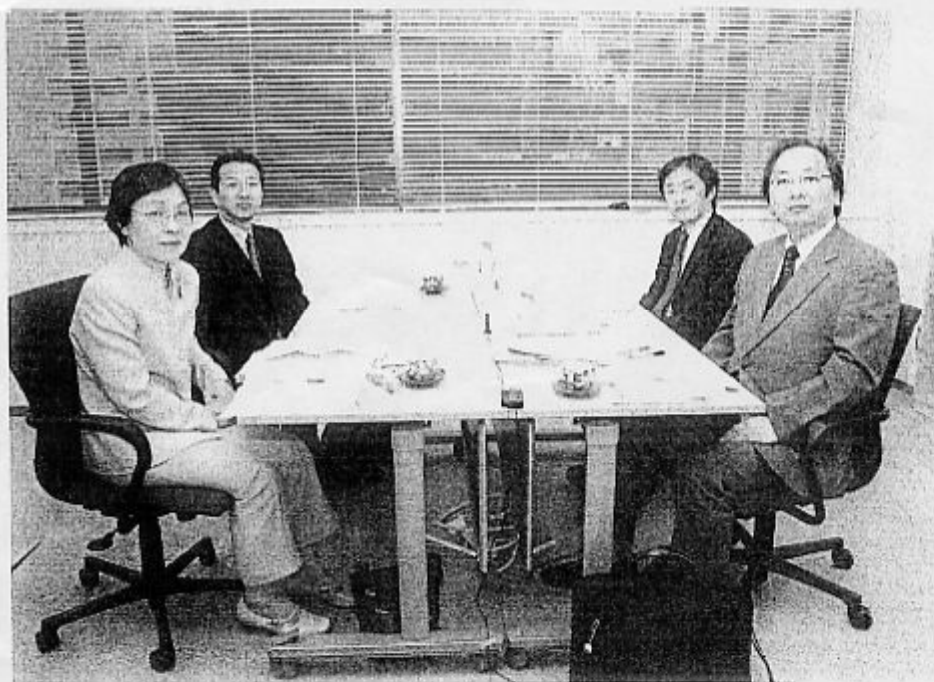
東京都稲城市福祉部
介護保険担当課長

石田 光広 氏



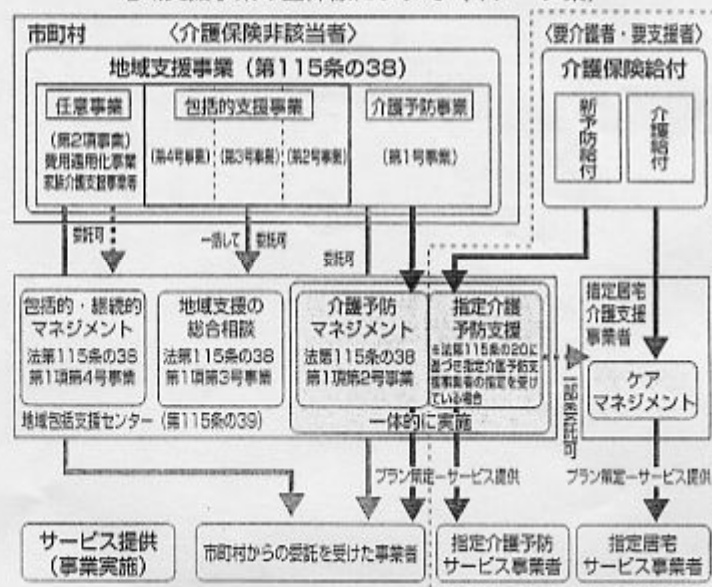
立正大学社会福祉学部
助教授

國光 登志子 氏
(司会)



地域包括支援センターは、原則とし

各市町村においては、原則として平成18年度から、新たな地域包括支援センターの体制をスタートさせることになるが、同センターの体制が整わない市町村では、2年間の経過措置が設けられている。



地域から見えない 在宅介護支援センター



立正大学社会福祉学部助教授

國光 登志子 氏

くにみつ・としこ
日本社会事業大学大学院博士前期課程修了。
板橋区立おとしより保健福祉センター所長、
北陸学院短期大学助教授を経て、平成14年
から現職。介護支援専門員。

地域包括支援センター と介護支援専門員

● 國光登志子氏（立正大学社会福祉学部助教授）

まず、制度改正の主要な柱のひとつであり、介護支援専門員の業務にも大きな影響を与えることが予想される「地域包括支援センター」についてですが、厚生労働省老健局の香取さんに、新しく創設されるセンターの役割とねらいを説明していただきます。

● 香取照幸氏（厚生労働省老健局振興課長）

今回、地域包括支援センターを創設することにしたねらいはいくつかあります。ひとつは、介護保険制度の最も中核的なシステムであるケアマネジメントをより徹底・充実し、地域においてケアマ

ネジメントを機能させることで、そのために、介護支援専門員をサポートするシステムや、ケアマネジメントをより有機的に機能させるためのシステムをつくる。ことが、地域包括支援センターの基本コンセプトといえます。

また、介護保険サービスを支えている介護支援専門員がかかえるいくつかの課題を解決することもねらいのひとつです。課題のひとつには、介護支援専門員がその専門性をまっとうできていないことがあげられます。サービス事業所と併設していること等による中立・公正性の問題などのほか、事業所の規模が小さく地域のなかで孤立しがちであることや、業務が多忙で、バーンアウト（燃え尽き症候群）などを引き起こしている現実があります。

地域包括支援センターは、介護支援専門員をネットワーク化し、それを後方で支えるスーパーバイズ機能をもつことによって、個々の介護支援専門員がその専門性を発揮できるよう支援することが大きな仕事のひとつとなります。

そもそもケアマネジメントとは、介護保険とそれ以外のさまざまな地域のサービスをつながなければいけないものですが、介護支援専門員は「保険制度のなかの

専門職種ですから、介護保険制度以外のサービスを調整するには一定の限界があります。そこで、地域全体で包括的なマネジメントを行うための拠点として市町村に地域包括支援センターを置こうと考えたわけです。

地域包括支援センター自体には、社会福祉士、主任介護支援専門員（仮称）、保健師等といった3つの専門職種を配置して、それぞれの職種が多職種協働で機能するようなコンセプトになっています。予防から介護までのサービス提供を支える包括的なマネジメント、一元的なワンストップの相談サービスができるような拠点を地域で用意することが基本的な仕組みになります。市町村が設置することになりますが、在宅介護支援センターの運営法人等に委託することができそうです。

現在の在宅介護支援センターは、介護保険スタート前の措置の時代につくられたものですので、基本的には、施設・在宅を通じた長期継続のマネジメントや、介護を超えた包括的なマネジメントを行うには、機能的にも規模的にも限界があるということで、地域包括支援センターは、「在宅」だけではなく「地域」で、「介護」だけではなく「包括」して、さ

10年後には当たり前のセンターとして存在する



厚生労働省老健局振興課長

香取 照幸氏

かとり・てるゆき

昭和55年厚生省に入り、老人保健福祉局企画課長補佐、大臣官房政策課長補佐（高齢者介護対策）、同企画官、厚生労働大臣官房付（併：内閣官房内閣参事官）を経て、平成14年8月から現職。

らには「支援」ではなくて「マネジメント」をする機関として構想しました。

● 國光氏

全国の介護支援専門員を束ねる立場からみて、今回の地域包括支援センターをどのように受け止めていますか。

● 木村隆次氏（全国介護支援専門員連絡協議会会長）

「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」で、全国の介護支援専門員の業務実態を調査したところ、支援困難ケースを担当している者が7割以上という、かなり高い割合であることがわかりました。本来、支援困難ケースというのは、市町村が積極的に関与すべきだと思うのですが、それが介護支援専門員ひとりに任されてしまっていて、

すごく悩んでいる実態があります。

そういった場合のサポート機能が必要だということを、現場から訴えてきました。それに対するひとつの答えとして、今回、地域包括支援センターが創設されることになったものと理解しています。このセンターに主任介護支援専門員（仮称）等が配置されて、支援困難ケースをサポートする体制が確立されることを期待しています。

また、新予防給付のケアマネジメントは「地域包括支援センターの保健師等」が担うという断片的な情報が現場に流れていて、現場の介護支援専門員のなかには、「自分たちは軽度者を担当しなくてもいいんだ」と理解しているむきもあるようですが、そうではありませぬ。地域の人たちが、軽度な要介護状態、その前のハイリスクな状態のときから、中・重度の要介護状態になるまで、長期的にずっと寄り添ってマネジメントとしていくことが介護支援専門員の仕事です。

地域包括支援センターが要支援者のケアマネジメントをすることになっていますが、実際には現場のケアマネジャーが委託を受けて、軽度者のケアマネジメントをしていく体（な）になっていくと理解

しています。このセンターとわれわれ現場の介護支援専門員とは切っても切れない仲になるのであって、しっかりと連携して、ケアマネジメントに取り組んでいかなければいけません。

地域包括支援センターは、地域で公正・中立に機能しなければならぬという意味がありません。中立性を確保するために、「地域包括支援センター運営協議会」が設けられますが、その運営協議会のなかには、その地域の介護支援専門員の組織代表を入れていただいて、現場の介護支援専門員と一緒に、現場のケアマネジメント体制づくりを具体的に進めていただきたいと思っています。

● 國光氏

介護保険の保険者として市町村は、地域包括支援センターを設けることを通して、介護支援専門員に対するバックアップ機能や継続的なマネジメントを支援していく役割が求められるわけですね。

● 石田光広氏（東京都稲城市福祉部介護保険担当課長）

市町村の現場で、最も関心の高いのは、地域包括支援センターをどのように具体化するということとです。同センターをつくることによって、これまで地域の資源が担っていたケアマネジメントの役

市町村の関心が高い 包括センターの中身



東京都稲城市福祉部介護保険担当課長

石田 光広 氏

いしだ・みつひろ

昭和54年東京都稲城市役所入庁。福祉部高齢・障害福祉課高齢者福祉係長、同課長補佐（介護保険担当主査）、厚生労働省老健局計画課老人保健福祉計画官を経て、15年4月から現職。

割が、行政にもとされるような印象をもたれがちです。たとえば、行政がマネジメントすることによって「予算管理型」に近づくのではないかとといったことや、これまで在宅介護支援センターが培ってきたノウハウを活用できる可能性はあるのかといったことに関心が集まっています。

当市の場合は、在宅介護支援センター職員と居宅支援事業所の介護支援専門員の兼務を認めていないので、介護保険の本体のケアマネジメントは居宅介護支援事業所が担っていて、在宅介護支援センターでは、介護予防を中心とする地域のマネジメントをすすで行っているほか、介護予防の健診、介護の基盤づくり、意識啓発、相談機能などによって、居宅介護支援事業所の「隙間」を埋めています。さきほど香取さんは、在宅介護

支援センターとは機能が違うとおっしゃいましたが、地域で長年にわたってノウハウを蓄積し、地域全体を視野に入れてみることでできる人材が育ってきているので、われわれとしては、新たに求められる機能を、在宅介護支援センターが獲得できるようにして地域包括支援センターに転換できるように応援したいと考えています。

● 國光氏

稲城市の場合、在宅介護支援センターが地域で機能してきているということですが、一般的に在宅介護支援センターというのは、住民にとって非常に見えにくく、わかりにくい存在です。なかでも基幹型在宅介護支援センターのほとんどはその看板すら掲げておらず、住民には見えない存在です。

これまでの在宅介護支援センターは規模が小さいために、どうしても社会福祉法人や医療法人の軒先を借りるようなかたちになっていて、地域の介護支援専門員やサービス事業所、一般住民や民生委員などから見えていなかったことが、在宅介護支援センターが育ってこなかったことの背景にあるように思うのですが、いかがでしょうか。

● 香取氏

在宅介護支援センターは、個別事業所、特に「別養護老人ホーム

等に併設されているので、住民にとっては、サービス調整やマネジメントといった独立した機能を担っているというイメージをもちにくい面がありますね。

そもそもケアマネジメントという仕組みは今でこそ定着していますが、最初はほとんど誰も理解できないものだったのです。本来の機能・役割が一般に理解され始めたのは、最初の介護報酬改定が行われた平成15年以降ではないでしょうか。

今回の地域包括支援センターも、正直言って、かなり理想的な制度として設計していますので、市町村からすると、「そんなことを言われてもついていけない」という受け止め方もあるだろうし、「住民や介護支援専門員に理解されるだろうか」と疑問をおもちだろうと思います。ただ、ケアマネジメントの仕組みをつくったときのことを考えれば、5年後、遅くとも10年後にはいまの介護支援専門員以上に、当たり前前に地域に存在するサービスセンターとして認知されるようになると、私は確信しています。

● 國光氏

地域包括支援センターのスタートは、原則として来年4月です。市町村では、住民にわかりやすく、

支援困難ケースの サポート機能に期待



全国介護支援専門員連絡協議会会長

木村 隆次 氏

きむら・りゅうじ

平成12年4月から日本薬剤師会常務理事、
15年8月から全国介護支援専門員連絡協議
会会長。社会保障審議会・介護保険部会と
同審議会・介護給付費分科会の委員を務め
る。

かつ高い理想の中身を備えた同セ
ンターを来年4月までに立ち上げ
る準備は進んでいるのでしょうか。

● 石田氏

在宅介護支援センターに求めら
れている役割をきちんと受け止め
て、しっかりと育ててきた市町村に
とっては、今回の地域包括支援セ
ンター構想は十分受け止められる
ものだと思うのですが、福祉用具
の展示程度しかしていないような
在宅介護支援センターしか整備し
てこなかったところにとっては、
受け止めきれないかもしれませ
ん。地域にある在宅介護支援セン
ターの内容には差がありますの
で、市町村によって準備の進め方
もさまざまでしょう。

ただし、今後のスケジュールを
考えると、市町村にとっては、平
成17年度前半の半年間が勝負でし

よう。地域包括支援センターを自
ら設置するのか、委託するのかと
いった基本的な方向性は、10月頃
までには決めなければならぬと
考えています。

当市では平成18年4月1日に
は、地域包括支援センターを地域
に設置できるように努力するつも
りです。日常生活圏域にひとつづ
つ設置できるかどうかは、業務量
のボリュームが関係してくるの
で、必ずしもそうはならない可
能性もありますが、遅くとも平成27
(2015)年に向けて、日常生
活圏域を視野に置いた体制を整備
していく必要があると思います。

また、役所内の組織も再編が必
要になります。それは、老人保健
事業との統合の問題があるからで
す。地域包括支援センターの業務
のなかにどれだけ従来の老人保健
事業の内容が入ってくるかによっ
て、組織のあり方はずいぶん違っ
てくると思っています。すでに、
健康づくりの担当部署、高齢・障
害の担当部署、介護保険の担当部
署と合同で事務検討会をスタート
させていて、組織改正も視野に入
れた検討を進めています。

また、地域包括支援センターに
関しては運営協議会が設けられる
ことになっていますが、当市では
常設の介護（？）制度に関する運営

協議会をすでに設置していますの
で、そこにその機能を追加したい
と考えています。

● 木村氏

稲城市の場合、在宅介護支援セ
ンターのレベルも高く、具体的
な準備も相当進んでいるようです
が、全国をみると、本当に大変な
状況になっている、市町村あが
て「無理だよ」と言っているところ
もあります。しかし、そういう市
町村に対するひとつの提案なの
ですが、たとえば、市町村には既存
の保健センターや福祉センターが
あって、保健センターであれば保
健師がいるわけです。そこに地域
包括支援センターとしての機能を
入れ込めば、小さな町などでは十
分カバーできるのではないかと思
うのです。

保健センターなども視野に入れ
て柔軟に対応できるようにすれば、
地域住民の健康な時期から介護
の時期までを、地域全体でサポー
トするセンターとしてつながりが
出てくるのではないのでしょうか。

● 香取氏

さる4月12日に全国介護保険担
当課長会議を開き、各都道府県か
ら、今回の制度改正に関する質問
をいただきました。質問が集中し
たのは地域包括支援センターと地
域支援事業でしたが、地域包括支

援センターに関しては、「うちでは

こういうかたちでしょうと思うけれど、これでもよい」といった具体的な提案もかなりありました。その際、私どものほうからも、

ある程度統一的な考え方を示したけれども、5月にはその「Q&A」を公表したところです。

そのなかでは、複数市町村で1カ所の設置でもよいとか、小さな自治体では兼務でもよいとか、人口10万人都市に手はじめにひとつだけセンターをつくって、主任介護支援専門員3人、社会福祉士4人、保健師5人を配置するような大規模なものを設置し、あとで地域ごとに分割していく方法とか、

直営の場合、保健センターを使う方法もあるといったようなことを示しました。

委託する場合の委託先としては、社会福祉法人や医療法人はもちろんかまわないし、事業協同組合やNPO法人といったところでもよいといった具体的なことを示してありますので、かなりイメージしやすくなったのではないかと思います。

● 國光氏

次に、介護予防マネジメントと従来のケアマネジメント

従来のケアマネジメントとの相違

についてお話をうかがいます。香取さんから、それぞれの位置づけと相違を説明していただきます。

● 香取氏

軽度者については介護保険を超えるさまざまなサービス調整が必要になるので、地域包括支援センターで一元的にマネジメントを行うことはひとつの方向性です。自立の人も含めて、予防という面での継続的なマネジメントやサービス調整をする業務は、介護支援専門員の手を離れますので、軽度者については、地域包括支援センターが一元的なマネジメントをすることになります。

しかし、その一方で、個々の人にとって継続的なケアマネジメントを行うためには、利用者一人ひとりにオーダーメイドのプランをつくる介護支援専門員がきちんとはりついている体制は維持していく必要があるのです。今回の制度案では、軽度者については、最終的なプラン策定の権限は地域包括支援センターにあります。個別のアセスメントやプランの原案作成という、ケアマネジメントのプロセスは、現場の介護支援専門員に委託できるようにしています。

簡単にいうと、地域包括支援センターは、ケアプランを最終的に

「オーソライズ」する部分と、ケアプランに基づくサービスを提供したあとの評価の部分を行うことになり、具体的なプロセスは引き続き介護支援専門員に委託できるかたちをとっています。

もちろん、地域包括支援センターがプランをチェックすることとした背景には、現状の軽度者のマネジメントにはいろいろと問題があるのです。保険者である市町村がチェックするという意味合いもありますが、それはあまり本質的なことではなくて、むしろマネジメントの継続性を担保するため、基本的な業務を現場の介護支援専門員におろしたという意味合いなのです。

● 國光氏

現場の介護支援専門員には、軽度者のアセスメントをきちんと行い、自立意欲を高めるプランを作成して、その役割を果たせるかどうか不安があると思いますし、実施するに当たっては、そのための研修など、さまざまなことが必要になってくると思うのですが、木村さんはどのようにお考えでしょうか。

● 木村氏

現在の介護支援専門員のケアマネジメントは、利用者本人がまだまだできることがあるにもかかわらず、アセスメントの際にその点

に着眼できなくて、ただ足りない部分を補完するだけのケアプランにとどまっているという実態があることは否めないと思います。

全国の介護支援専門員に早くそのことに気づいてもらわないといけないのですが、私が思うには、いまの状況では、ただ一斉に研修をして、そういったマネジメントをやらうといっても難しいと思います。むしろ、ケアマネジメントのプロセスを標準化し、介護予防のアセスメントツールを開発して、その道具を使って、こうしてやっていけばよいのだということを具体的に示していかないと、理念だけを伝えても理解できないでしょう。

今後開発される介護予防のアセスメントツールを使うなかで、介護支援専門員が理解できるようにしたほうが、早く浸透し、ねらっていることが実現できるのではないかと思います。

現場の介護支援専門員に聞くと、中・重度の利用者の場合は、何をしなければいけないかという課題がはつきり見えるが、軽度の利用者の場合、課題が多様であって、介護保険サービス以外のサービスとも連携しなければならぬので、すごく難しいと言います。

今後、介護保険以外の部分は、地域包括支援センターと連携をとつ

に着眼できなくて、ただ足りない部分を補完するだけのケアプランにとどまっているという実態があることは否めないと思います。

全国の介護支援専門員に早くそのことに気づいてもらわないといけないのですが、私が思うには、いまの状況では、ただ一斉に研修をして、そういったマネジメントをやらうといっても難しいと思います。むしろ、ケアマネジメントのプロセスを標準化し、介護予防のアセスメントツールを開発して、その道具を使って、こうしてやっていけばよいのだということを具体的に示していかないと、理念だけを伝えても理解できないでしょう。

今後開発される介護予防のアセスメントツールを使うなかで、介護支援専門員が理解できるようにしたほうが、早く浸透し、ねらっていることが実現できるのではないかと思います。

現場の介護支援専門員に聞くと、中・重度の利用者の場合は、何をしなければいけないかという課題がはつきり見えるが、軽度の利用者の場合、課題が多様であって、介護保険サービス以外のサービスとも連携しなければならぬので、すごく難しいと言います。

今後、介護保険以外の部分は、地域包括支援センターと連携をとつ

に着眼できなくて、ただ足りない部分を補完するだけのケアプランにとどまっているという実態があることは否めないと思います。

全国の介護支援専門員に早くそのことに気づいてもらわないといけないのですが、私が思うには、いまの状況では、ただ一斉に研修をして、そういったマネジメントをやらうといっても難しいと思います。むしろ、ケアマネジメントのプロセスを標準化し、介護予防のアセスメントツールを開発して、その道具を使って、こうしてやっていけばよいのだということを具体的に示していかないと、理念だけを伝えても理解できないでしょう。

今後開発される介護予防のアセスメントツールを使うなかで、介護支援専門員が理解できるようにしたほうが、早く浸透し、ねらっていることが実現できるのではないかと思います。

現場の介護支援専門員に聞くと、中・重度の利用者の場合は、何をしなければいけないかという課題がはつきり見えるが、軽度の利用者の場合、課題が多様であって、介護保険サービス以外のサービスとも連携しなければならぬので、すごく難しいと言います。

今後、介護保険以外の部分は、地域包括支援センターと連携をとつ

に着眼できなくて、ただ足りない部分を補完するだけのケアプランにとどまっているという実態があることは否めないと思います。

全国の介護支援専門員に早くそのことに気づいてもらわないといけないのですが、私が思うには、いまの状況では、ただ一斉に研修をして、そういったマネジメントをやらうといっても難しいと思います。むしろ、ケアマネジメントのプロセスを標準化し、介護予防のアセスメントツールを開発して、その道具を使って、こうしてやっていけばよいのだということを具体的に示していかないと、理念だけを伝えても理解できないでしょう。

今後開発される介護予防のアセスメントツールを使うなかで、介護支援専門員が理解できるようにしたほうが、早く浸透し、ねらっていることが実現できるのではないかと思います。

現場の介護支援専門員に聞くと、中・重度の利用者の場合は、何をしなければいけないかという課題がはつきり見えるが、軽度の利用者の場合、課題が多様であって、介護保険サービス以外のサービスとも連携しなければならぬので、すごく難しいと言います。

今後、介護保険以外の部分は、地域包括支援センターと連携をとつ

に着眼できなくて、ただ足りない部分を補完するだけのケアプランにとどまっているという実態があることは否めないと思います。

全国の介護支援専門員に早くそのことに気づいてもらわないといけないのですが、私が思うには、いまの状況では、ただ一斉に研修をして、そういったマネジメントをやらうといっても難しいと思います。むしろ、ケアマネジメントのプロセスを標準化し、介護予防のアセスメントツールを開発して、その道具を使って、こうしてやっていけばよいのだということを具体的に示していかないと、理念だけを伝えても理解できないでしょう。

て、きちんとマネジメントできるようにすれば、現場の介護支援専門員も不安を感じずにやっていけるのではないかと思いますね。

● 國光氏

介護保険財政を預かる市町村としては、今回の介護予防マネジメントをどのように受け止めているのでしょうか。

● 石田氏

これまでの5年間を振り返って、制度設計当初に想定したものと違う結果が相当出てきたことから、いろいろと知恵をしぼったもののひとつだと理解しています。が、保険者としては、利用者の現状だけを見るのではなく、利用者の意識を変えるための努力がもっと必要だろうと思います。マネジメント手法の技術的な問題はさることながら、サービスを使う側の意識を変えないと予防の効果はうまくあがらないと思います。

また、サービス担当者会議が開けないなど、ケアマネジメントのプロセスがうまく実行されていない理由にはさまざまなものがあると思いますが、とくにサービス担当者の情報の共有化のための基盤づくりなどは市町村がもっと積極的に取り組んでもよいことだと思います。

プロセスが効率化できれば、介

護支援専門員は、利用者との対面サービスにもっと時間が割けるようになるでしょうし、そうすれば効果測定にも目を向けるようになるのではないのでしょうか。

● 國光氏

サービス担当者会議の話が出ましたが、私自身も、介護予防というものは、利用者も家族も介護支援専門員も主治医も入って、しっかりコンセンサスを得たうえでスタートするという「意識づけ」が大事で、そこを徹底しないと効果もあがってこないと考えています。

これまでサービス担当者会議は、原則として利用者・家族も参加していますが、サービス担当者会議という名称になっているので、「サービス担当者」が集まる専門家集団の会議といった、間違った認識もあるようです。介護支援専門員やサービス提供事業者の専門性を強調するといったレッテルをはり、一緒に議論すると混乱の元になるので、居宅サービス計画書の原案を、「そのまま受け取ってくればよい」という考え方になりがちです。利用者の主体性を引き出すためにも、サービス担当者会議のイメージを変えていかなければならないと思っています。いかがでしょうか。

● 香取氏

4月12日の衆議院の厚生労働委員会に、参考人として出席された木村さんが、「軽度者が利用しているサービス内容についても議論がなされているけれども、ケアマネジメントの手順を確実に踏んでいけばそんなに大変なケアプランにはならない。アセスメントがきちんとできて、さまざまな職種が目を通していけば、適正なケアプランにつながる」という発言をされましたが、非常に印象に残りました。

さまざまな職種の人が議論しながら最適なプランをつくっていくうえで、サービス担当者会議は非常に重要です。また、総合的なケアの方針を、サービス担当者だけでなく、本人や家族も共有していることは、個々のサービスのパフォーマンスを高めるうえで極めて重要ですので、本人・家族が参加したカンファレンスを実行し、方針を決めていくことが大切です。

● 國光氏

とすると、介護予防サービス計画書の確認だけでなく、介護予防訪問介護計画や介護予防通所リハビリテーション計画など、介護予防サービス計画に連動した個別のサービス計画書も

同時にこの会議で合意できれば、利用者も介護者もサービス提供者も、何のために、何をめざして介護予防サービスを提供し、利用するのか共通認識ができるので、介護予防のスタートラインでのチームの決意が明確になります。実際にサービスが開始されてから、内容を変更するのはなかなか大変ですから。

● 香取氏

そうですね。介護支援専門員の報酬を設定するときにも、初回ケアプランの加算など、いろいろなことが検討されたのですが、最終的には一律単価という現在の形になりました。今回の介護報酬改定ではそういうことも考えていくことになるでしょう。ケアマネジメントでは、初回や変更するときなどのポイントが非常に重要になるので、メリハリのきいた評価ができるような報酬体系にしていきたいと思っています。なかでもきちんとサービス担当者会議を行うことは非常に重要なポイントだと思っています。

● 國光氏

ありがとうございます。後半は、主任介護支援専門員制度や二重指定制などについてお話をうかがいます。