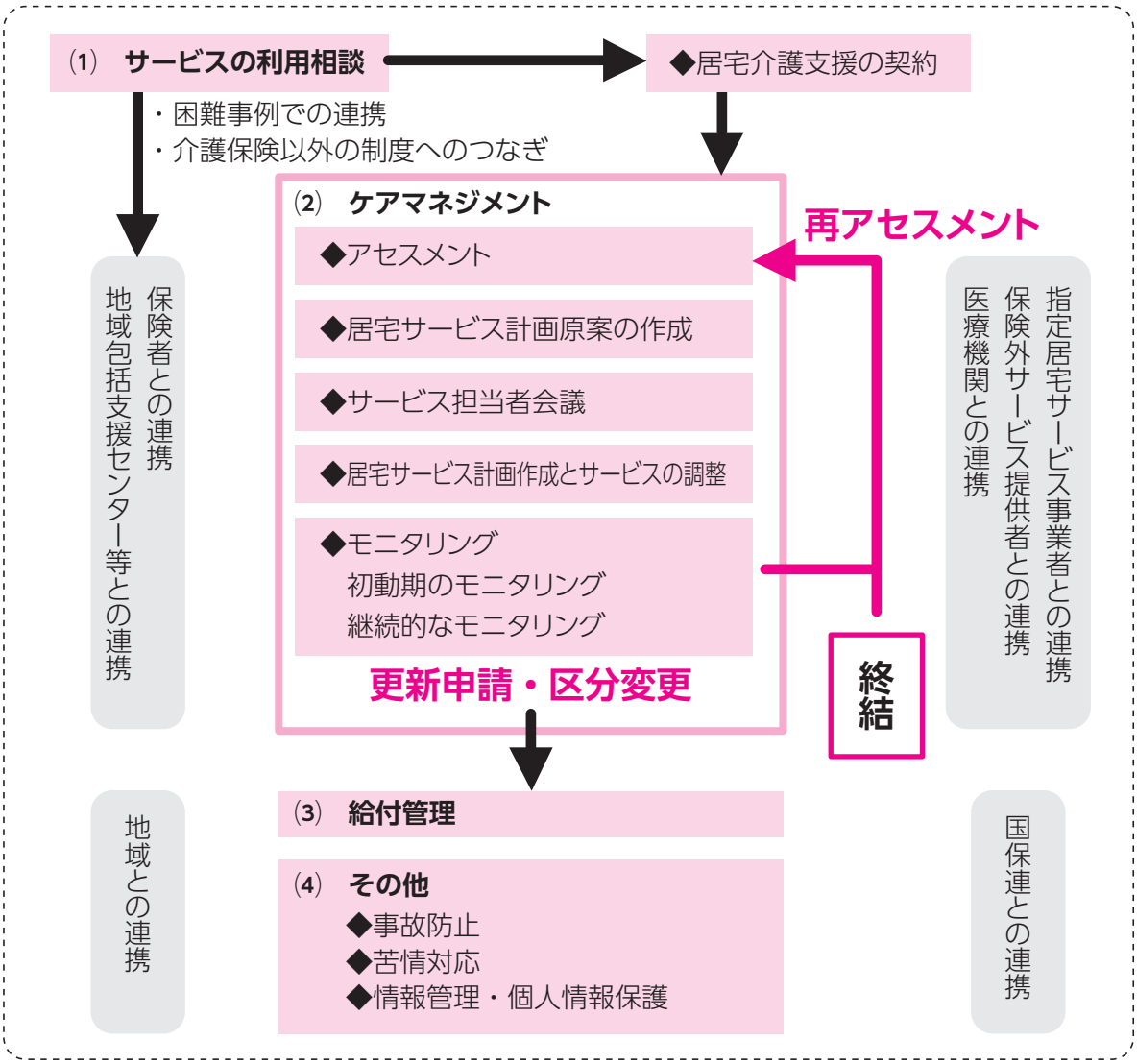
第2章　居宅介護支援専門員の業務

本章のポイント

ここでは介護保険制度の基本理念を意識しながら、一連のケアマネジメントについて再確認します。

1　介護支援専門員の業務

- ◆ 相談・援助だけではなく、多職種協働・連携の体制づくり、給付管理も重要な業務です。
- ◆ 必要な文書の作成、情報の管理は、必須の基本業務です。
- ◆ 専門的な観点から、利用者の真のニーズを把握しましょう。
- ◆ 利用者の自己決定・意志決定を支えましょう。
- ◆ 「自立」「自律」を意識し、「個としての自立・生活共同体としての自立」（家族・地域）の両輪の調和のマネジメントを目指しましょう。
- ◆ 中長期的な視野を持ち、目標を明確にしつつ、利用者の状況の変化に対応しながら、継続的に利用者を支援していくことが必要です。
- ◆ ケアマネジメントは以下の図のように基本プロセスに即して、P（Plan: 計画）、D（Do: 実行）、C（Check: 点検）、A（Act：調整、見直し）の循環サイクルで継続的に支援します。



⑴ サービスの利用相談と情報提供

◆居宅介護支援の契約

□ 居宅介護支援も利用者との契約によって成立します。契約は、相互にとって重要な行為です。

⑵ ケアマネジメント

◆アセスメント

□ アセスメントは、生活全般に関わる『課題分析標準項目』（「居宅サービス計画書記載要領（別紙 4）93 頁及び 94 頁参照」23 項目に関わる情報を、収集し、分析し、情報の意味を解釈し、利用者のニーズを明確にする過程です。

◆居宅サービス計画原案の作成

□ 利用者や家族のニーズを踏まえ、利用者の負担額を確認し、地域で利用可能な様々な社会資源を活用して居宅サービス計画原案を作成します。

◆サービス担当者会議

□ サービスに携わる担当者が協働・連携し、チームによって支援することを確認します。
□ 利用者・家族・サービス担当者からの意見をもとに、原案を修正し、総合的な援助方針を決定し、目標を共有化します。

◆居宅サービス計画作成とサービスの調整

□ 居宅サービス計画を、利用者及びサービス担当者に必ず交付します。
□ 各サービスの介護計画が居宅サービス計画の目標に沿っているかを確認します。

◆モニタリング　初動期のモニタリング
◆モニタリング　継続的なモニタリング
◆再アセスメント
◆終結

□ 居宅サービス計画に沿ったサービス実施の確認、利用者・介護者の生活のリズムにあっているかどうか、サービスの有効性やサービスに対する苦情がないかどうかを確認します。
□ 定期的に訪問し、利用者の状態を継続的に把握して、目標が達成されたか、そしてQOL（生活の質）が改善されたかを確認します。
□ 必要な場合、適時に再アセスメントを行い、居宅サービス計画を修正します。

◆更新申請・区分変更
◆再アセスメント

⑶ 給付管理

□ 適正･確実な請求手続、計画と実績のチェック、給付限度額の管理など、大事な業務です。

⑷ その他

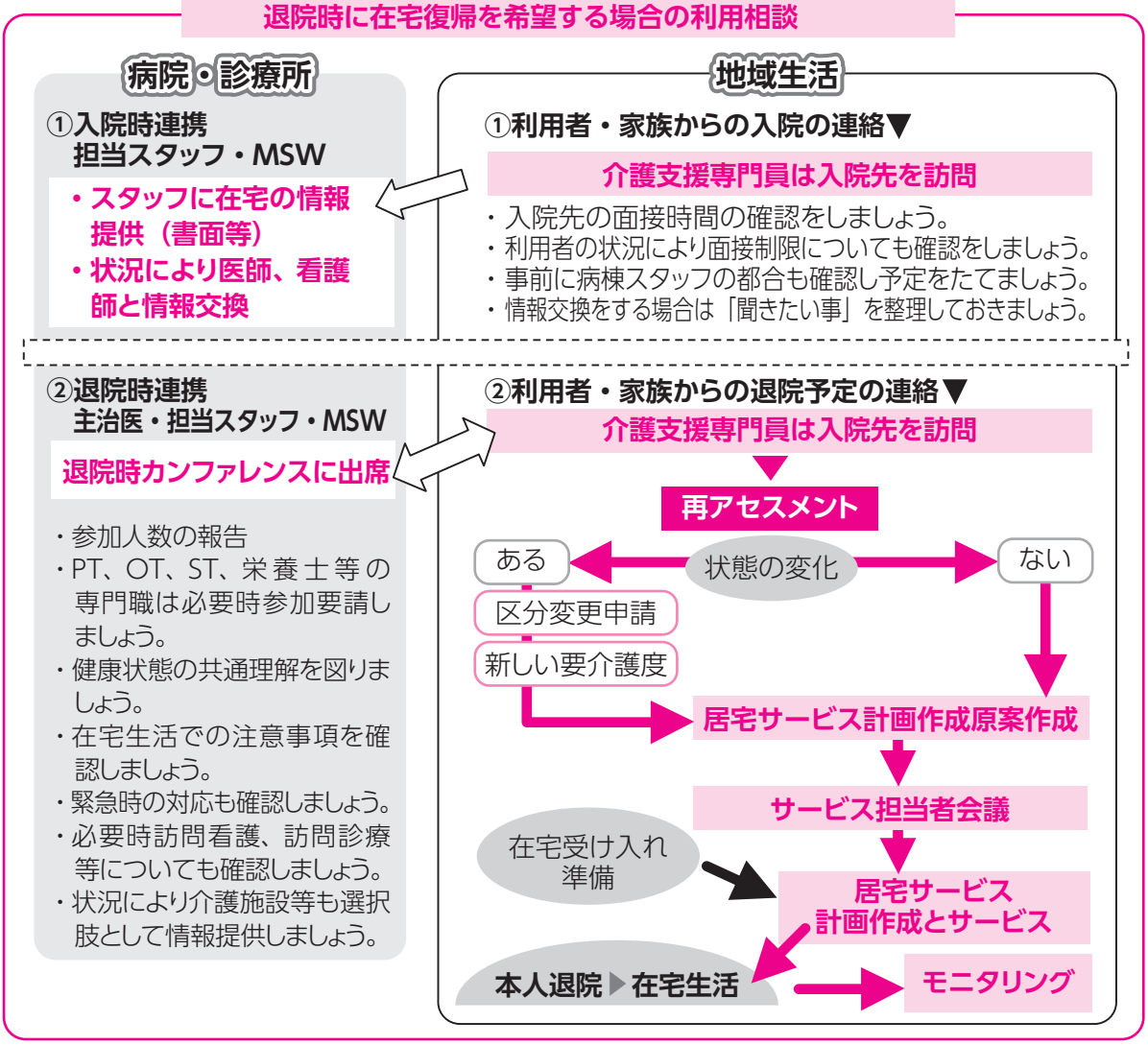
□ 事故防止、苦情対応、また、関係書類の整理・保管なども含む情報管理、特に個人情報保護を的確に行うことも重要な業務です。

2　サービスの利用相談・情報提供

本節のチェックポイント

- □ 介護支援専門員証の提示や事業所の説明など、安心して相談できる雰囲気づくりをしていますか。
- □ 相談者の話を十分に聞き、受け止め、相談の内容を的確に把握していますか。
- □ 相談者に必要な情報、今後の生活の選択肢など十分に提供できていますか。
- □ 要介護認定や介護保険制度の大まかな流れについて説明をしましたか。
- □ 介護の中心となるキーパーソンを把握しましたか。
- □ 相談者が介護給付の対象外の場合も、地域包括支援センターなど適切な窓口を紹介していますか。
- □ 困難事例に該当しそうな場合など、地域包括支援センターや保険者等との連携体制をつくっていますか。
- □ 介護サービスが緊急に必要な場合は、適時に対応していますか。
- □ 入院中の状態の把握や退院後の在宅受け入れ準備など、利用者や家族との継続的な関わりを大切にしていますか。
- □ 相談者に自己作成が可能なことも説明し相談窓口を紹介しましたか。相談窓口は保険者ごとに異なりますので確認しておきましょう。

（例）今まで介護支援専門員が担当していた利用者が入院して、退院時に在宅復帰を希望する場合の利用相談



◆介護保険制度の理解を促進しましょう

- □ 介護保険制度の仕組みや社会保険の理念について理解を得ましょう。
- □ 利用者が住んでいる区市町村のサービスの仕組みを分かりやすく説明しましょう。
- □ 利用者・家族の介護保険制度についての理解も確認しましょう。

◆要支援者から相談があった場合

- □ 利用者、家族にサービスの利用意向があるかを確認しましたか。利用意向がない、迷っている場合は地域包括支援センターを紹介し、地域支援事業などにつなげましょう。
- □ 要支援者又は要支援となることが見込まれる場合は、地域包括支援センターと利用者をつなげるように支援しましょう。

◆直ちにサービスの利用が必要な場合（暫定居宅サービス計画の作成）

- □ 要介護認定の前に、緊急に訪問介護等のサービスが必要な場合は、利用者の同意を得て、暫定居宅サービス計画を作成し、サービスを実施します。
- □ 要介護者になるか要支援者となるか判断に迷う場合は、介護給付と予防給付の両方の指定を受けているサービス事業者を利用するようにします。
- □ 認定の結果が「自立」の場合、認定調査前に死亡した場合は、その全額が自己負担になり、又、要介護認定区分の給付限度額を上回った場合は、その上回った費用の全額が自己負担になることを説明し同意を得ておく必要があります。

◆要介護認定結果がでてもサービス利用意向がない場合

- □ 利用者、家族の意向を確認し、利用意向がない場合は地域包括支援センターを紹介し地域支援事業などにつなげましょう。
- □ 要介護認定更新申請手続の代行時にも利用者、家族の意向を確認し、利用意向がない場合は地域包括支援センターと利用者をつなげるように支援しましょう。

◆介護保険制度に該当しないと判断される場合（認定で自立の場合）

- □ 介護保険制度には該当しなくても、見守りや閉じこもりの防止等が必要な場合もあります。
- □ 自立の方を対象として、区市町村が地域支援事業などを実施しています。地域包括支援センターを紹介しましょう。

◆利用者の権利が十分に守られない状況と思われる場合

- □ 早期のうちに、福祉サービス利用援助事業（地域福祉権利擁護事業）が、必要な場合は成年後見制度へつなげるようにします。
- □ 暴力や放置、経済的搾取などの虐待や支援困難事例については、早期に行政、地域包括支援センターなどと相談してください。

介護支援専門員は、介護保険制度はもちろん、地域にある様々な社会資源を組み合わせて、利用者の生活全体を自立に向けて支援する専門家です。常に自己研鑽に励み研修会や講習会などに積極的に参加しましょう。

介護保険制度のポイント②-1　介護予防ケアマネジメント

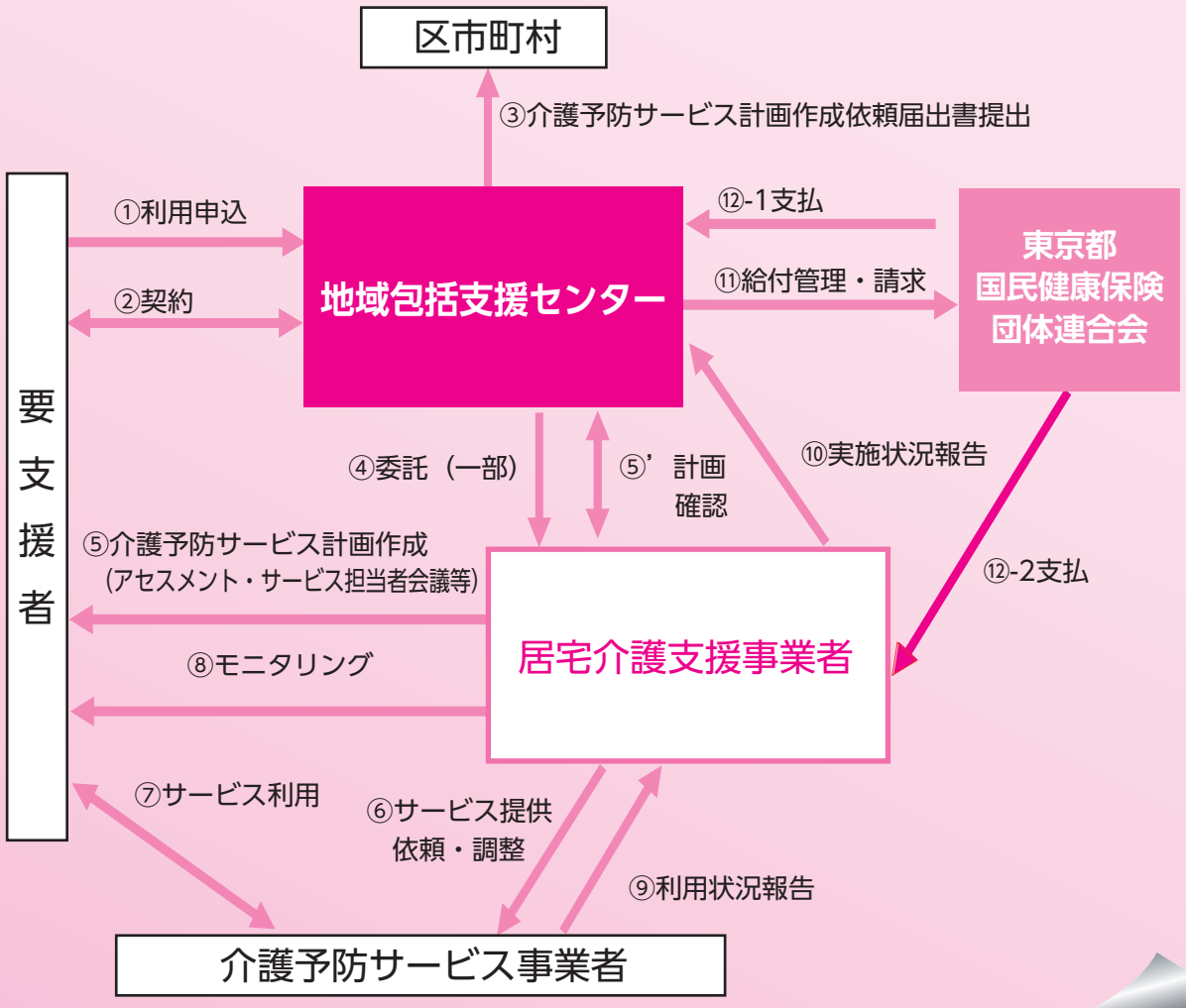
《予防重視型システムへの転換》

介護保険制度創設以来、要支援・要介護１の軽度者が大幅に増加しました。軽度者は、徐々に生活機能が低下していく「廃用症候群」の方が多く、適切な支援を行えば、状態の維持・改善が可能であると指摘されています。

平成 18 年の制度改正において、従来の要支援者及び要介護１の方のうち、状態の維持・改善の可能性が高い方を要支援者として、サービス提供の内容、マネジメント体制等を見直した新しい予防給付が導入されました。

要介護認定の結果、「要支援」と「要介護」を行き来する場合もあります。このような人に対しては切れ目のない効果的な支援を図ることで、要介護状態の改善が期待されます。重度化を予防し住み慣れた地域で可能な限り自立した日常生活が継続できるよう支援するため「介護予防マネジメント」について幅広い知識が求められ、地域包括支援センターと連携・協働が必要です。

介護予防サービス利用の流れ（居宅介護支援事業者への委託の場合）

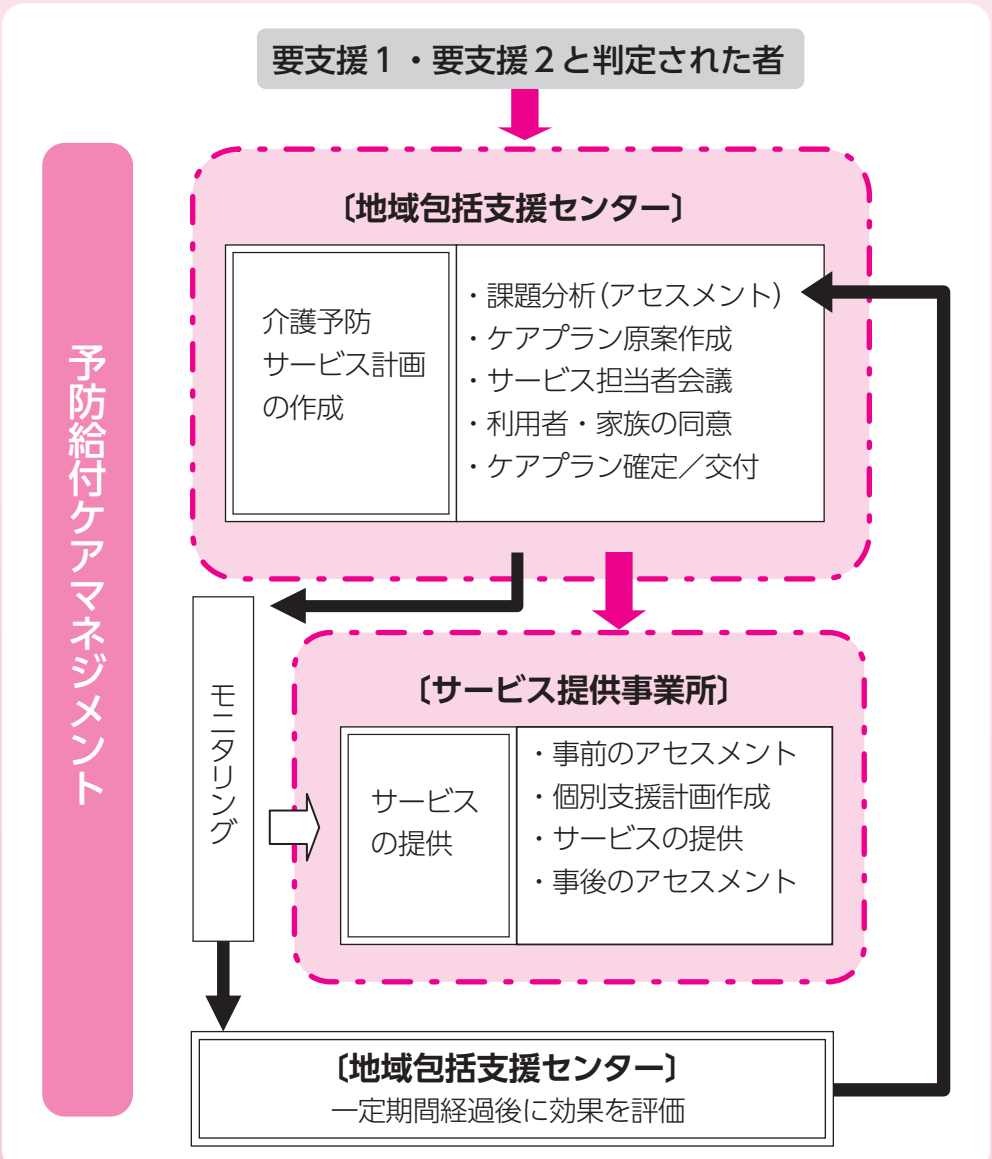


介護保険制度のポイント②-2　介護予防ケアマネジメント

《介護予防ケアマネジメント》

要支援認定を受けた人が、予防給付のサービスを利用しようとする時には、指定介護予防支援事業者に、介護予防支援の実施を依頼します。介護予防支援事業者となることができるのは、地域包括支援センターのみです。

なお、指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター）は、介護予防支援業務の一部を指定居宅介護支援事業者に委託することができます。



3　居宅介護支援の契約

本節のチェックポイント

- □ 介護保険被保険者証に記載されている内容の確認をしていますか。
- □ 介護支援専門員も利用者から選ばれる立場であることを認識していますか。
- □ 利用者が介護サービスを選択する上での必要な情報を提供していますか。
- □ 利用者の意思で、契約を行っていますか。
- □ 利用者本人の意思で契約締結することが難しい場合には、成年後見制度の活用を視野に入れていますか。
- □ 利用者に重要事項を説明し、理解を得て、重要事項説明書を手渡していますか。
- □ 利用者がサービス内容を理解して契約できるようにしていますか。
- □ 利用者に介護保険制度、居宅介護支援業務の範囲について説明していますか。
- □ 利用者に利用者の負担についても十分に説明していますか。

◆重要事項説明書を交付し、適切なルールにのっとった契約締結を行いましょう。

- □ 居宅サービス計画の作成の依頼があったときは、重要事項を説明し、理解してもらった上で契約を結びます。
- □ 利用者がひとり暮らしや判断力が十分にないと思われるときは、できる限り家族等に同席してもらいましょう。
- □ 利用者や家族が十分納得できるように説明した上で契約を交わすことが、後日のトラブルを未然に防ぐことにもなります。
- □ 契約締結のルールは、消費者契約法に定められています。契約締結の意味を十分理解しましょう。
- □ 居宅サービス計画作成依頼届出書を記入してもらい、被保険者証とともに区市町村に届けましょう。

事業者の特徴や担当者の専門性を積極的に示し、地域の居宅サービス事業者や社会資源について、いかに豊富な情報を用意しておくかが利用者から選ばれる「鍵」です。

＜初回相談面接のポイント＞

- ・身なりを整え礼儀を意識
- ・面接の適切な位置取り
- ・自己紹介と訪問の目的説明
- ・生活の様子把握
- ・問題把握と、利用者・家族が行っていた問題の対処法
- ・希望する支援の把握

◆適切な重要事項説明書、契約書の目的・意義について理解しましょう。

□ 指定居宅介護支援事業者の責務を示すもので、利用者に適切なサービスを提供するための説明責任の義務を負います。
□ 利用者は自分にあった適切な介護支援サービスを選択する「権利」があります。また、適切な介護支援サービスを受けられない時は解除もできます。
□ 重要事項説明書の交付を義務づけられています。
□ 契約成立の証明と同時にリスクマネジメントにおいて重要な役割を果たすものです。

◆重要事項説明書は理解されるよう工夫しましょう。

□ 説明すれば良いというわけではありません。事業者として理解してもらうための工夫が必要です。

◆契約を急がせないようにこころがけましょう。

□ 居宅介護支援という新しいサービスを理解するには時間がかかります。
□ どのようなことをするサービスか、納得できるまで説明をして、時には待つことも必要です。
□ 利用者本人の意向を聞かずに、家族や介護者だけのペースで契約を進めていないか注意しましょう。

◆事業者としての専門性や特性を十分踏まえて契約しましょう。

□ 介護支援専門員の専門性や事業者によって得意分野があり、利用者の状態によっては、対応困難な場合もあります。自分の所属する事業者の特徴や業務の範囲を客観的に把握し、無理をして抱え込まずに利用者の立場で他の事業者と連携を行いましょう。

◆個人情報には十分に配慮しましょう。

□ 介護支援専門員は、利用者の状況を把握する必要があることから、利用者やその家族の個人情報を得ることになります。職務上知り得た秘密の保持に配慮しましょう。
□ サービス提供者等への情報提供等業務の遂行上必要な個人情報の提供については、あらかじめ利用者・家族から同意を得て同意書をもらう必要があります。

○重要事項説明書は、「利用者がこのサービスを利用するに当たり、知りたいことや知っておくべき情報」を記載したものです。

<重要事項説明書の記載内容>

□ 運営規程
- ・事業の目的及び事業の運営方針
- ・従業者の職種・員数
- ・営業日・時間
- ・居宅介護支援の内容
- ・通常の実施地域など

□ 秘密の保持
□ 事故発生時の対応

(5) 消費者契約法

「消費者契約法」は、消費者と事業者との間の情報の質や量、また交渉力に格差があることから、「事業者の一定の行為によって消費者が誤認したり、困惑した場合について契約を取り消すことができる」ことと、「事業者の損害賠償の責任を免除する条項、その他の消費者の利益を不当に害する条項を無効とする」ことによって、消費者の利益を擁護することを目的とした法律です。高齢者の消費者トラブルは年々増加しています。日ごろからの注意も必要ですが、おかしいと思ったら、相談窓口につなぎましょう。東京都には、消費者生活相談、架空請求 110 番、高齢者被害 110 番、高齢者見守りホットラインなどがあります。

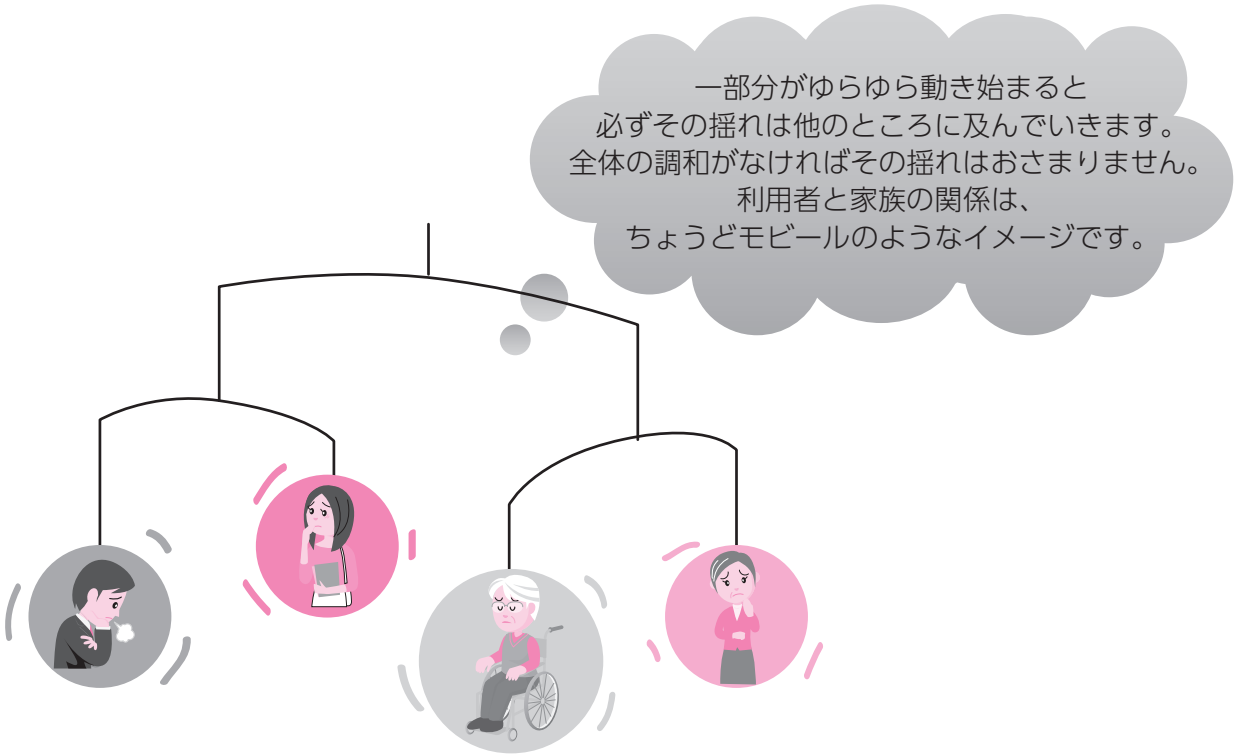
4　アセスメント

本節のチェックポイント

- □ 的確なアセスメントを行うためには、利用者や家族との信頼関係の構築が何よりも大切であることを認識して利用者に接していますか。
- □ 居宅サービス計画作成の根拠となることを意識してアセスメントを行っていますか。
- □ 判断のために必要な情報を十分に収集していますか。
- □ ニーズを正しく把握するための客観的な分析と利用者の希望や家族の思いなどを、専門職として総合的に判断していますか。
- □ 利用者のこれまでのライフスタイルや価値観を考慮し、その人がどういう生き方を望んでいるか、利用者の視点に立って考えていますか。
- □ 要介護状態の改善や軽減を図る視点を重視して分析していますか。
- □ チェックポイントシートやケアプラン点検支援マニュアル等を活用して、アセスメント内容について、自己点検していますか。

◆要介護状態の発生による利用者と家族のとまどいを理解しましょう。

- □ 入浴が困難となったり、買物が困難となる等、ＡＤＬ（日常生活動作能力）やＩＡＤＬ（手段的日常生活動作能力）の低下、あるいは認知症による徘徊などに直面した時の利用者の不安や生きることへの挫折感、家族の動揺や介護疲れなど、揺れ動く状態の変化を把握し、課題を客観的に整理しましょう。



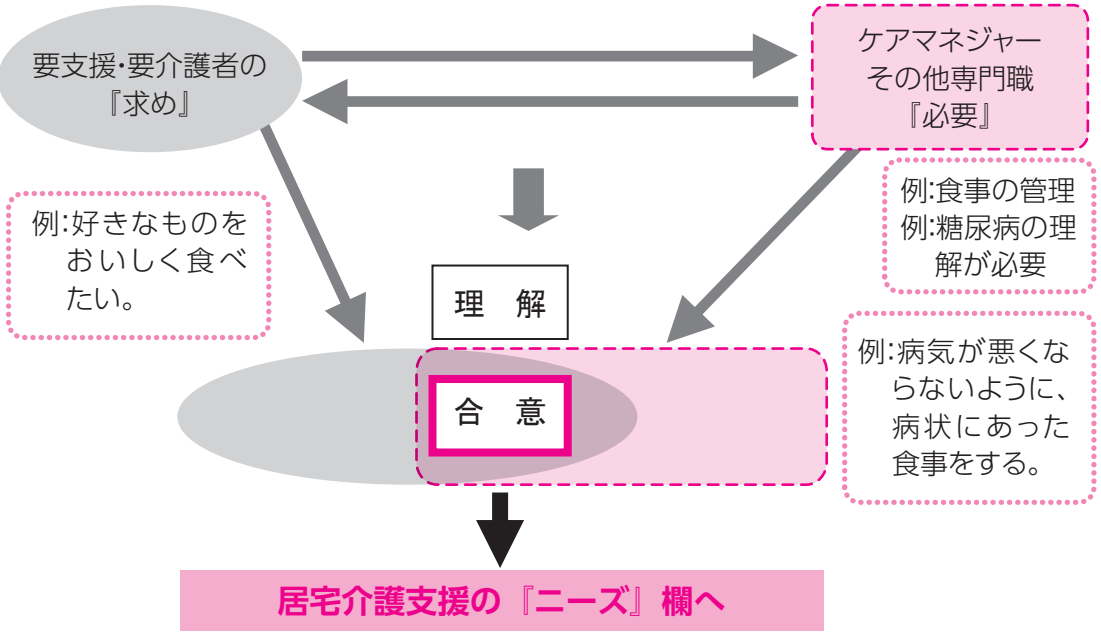
◆アセスメント（課題分析）の準備をしましょう。

- □ アセスメントは、利用者の居宅を訪問して行います。利用者や家族に対して、面接の趣旨を説明し、理解を得ましょう。
- □ 利用者が自らの生活を決める主体であることを忘れないようにしましょう。
- □ 利用者の意思を引き出すために、利用者や家族とのコミュニケーションを十分図りましょう。
- □ アセスメントは、個人的な考え方や手法で行わず、国の指定した標準項目を網羅しているアセスメントツールを活用するとともに、生活全体を見て、もれがないか確認しましょう。
- □ 介護認定審査会資料や主治医意見書などを保険者から収集し、利用者関係情報を整理しましょう。このとき、介護認定審査会資料の開示請求については、各保険者により対応が異なりますので、問い合わせをして確認をしましょう。

◆解決すべき課題（ニーズ）を明らかにしましょう。

- □ じっくり話を聞き、利用者との間に信頼関係を築きあげてニーズを把握しましょう。
- □ 具体的提案をわかりやすく、理解してもらえるように行いましょう。
- □ 介護支援専門員としての専門的知識を十分活かしましょう。
- □ 利用者と家族の要望がどのようなニーズに基づくものか、的確に把握しましょう。
- □ 利用者がどのような生活を送りたいのか、そのために何をしたらよいのかをイメージできるように働きかけましょう。
- □ 生活全般を検討してニーズを掘り起こしましょう。
- □ 従来から入っているサービスや家族による介護も本当にニーズとしてふさわしいかもう一度検討してみましょう。
- □ 現在の状況の悪化を招いている原因を突き止め、今後どのような変化をするのかを見極め、改善の可能性についても検討してみましょう。

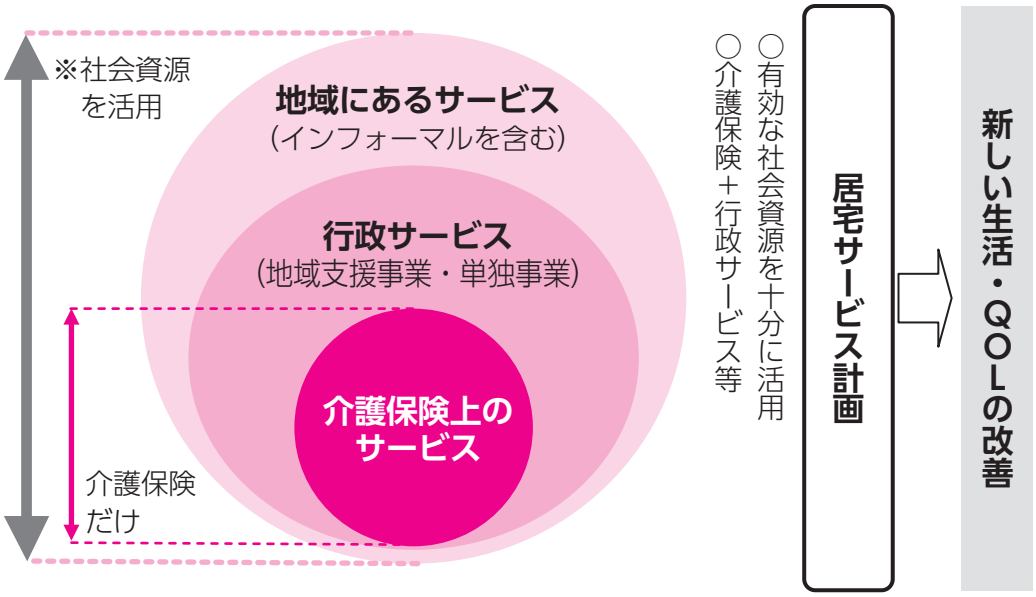
◎利用者･家族が求めている「求め」と要支援･要介護問題の解決に「必要」な支援の「求め」と「必要」の一致点「合意」を生活全般の解決すべき課題（ニーズ）として捉える考え方を示しています。



5　居宅サービス計画（ケアプラン）原案の作成

本節のチェックポイント

- □　利用者自身が自らの生活を決める主体であることを認識していますか。
- □　原案作成の段階で、利用者が意思表示しやすいように選択肢を提供していますか。
- □　目標は明確になっていますか。
- □　介護保険外のサービス、地域の社会資源も含めた生活全体を支える計画になっていますか。
- □　原案に関して、サービス担当者会議前に口頭で利用者・家族の同意を得ていますか。
- □　サービス担当者会議を経て原案が確定した段階で、内容について、利用者又は家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ていますか。
- □　専門用語など使用せず利用者や家族が理解しやすい表現になっていますか。



＊地域社会資源を活用したケアプランの構図

A ・介護保険からの給付 ・地域支援事業 ・高齢者向け区市町村の単独事業等	**B** ・要介護者自身（自立への意欲他） ・家族介護者 ・近隣・友人等 ・ボランティア等
C ・医療保険 ・年金保険 ・その他の公的給付	**D** ・民間営利サービス ・自己負担10割のサービス ・サービス付き高齢者向け住宅 ・有料老人ホーム（特定施設を除く）他

公的　私的

◆これまでの利用者の暮らしや価値観を尊重しましょう。

□ 介護支援専門員の価値観で、ニーズを把握していないか注意しましょう。
□ 利用者や家族のその人らしい暮らしや価値観を尊重しましょう。

◆健康管理がきちんとなされているかどうかについて確認しましょう。

□ 利用者に必要な健康管理について、主治医と相談してケアプランに組み込みましょう。

◆自立支援を目指し、在宅生活を継続できるサービスを組み合わせましょう。

□ 早期にリハビリテーションや住宅改修、福祉用具等を適切に導入しましょう。
□ 通所サービスや、短期入所サービスを効果的に使いましょう。
□ 利用者の状況に応じて、地域の社会資源を活用しましょう。

◆利用者の負担を念頭に置いて、効果的・効率的なサービスを組み合わせましょう。

□ 漫然とサービスを入れていないかチェックしましょう。

◆ケアプラン原案は介護支援専門員と利用者、家族との共同作業で作成しましょう。

□ アセスメントに基づいて、専門職として判断した目標やサービス内容と利用者、家族の希望の合意点を明確にした上で作成しましょう。
□ ケアプラン作成ソフトだけに依存したケアプランになっていないかチェックしましょう。

◆一人暮らしなどの場合は、緊急時の具体的対応方法も考えておきましょう。

□ 緊急時の連絡先を居宅サービス計画（第１表）の総合的な援助の方針欄に記載しましょう。
□ 連絡先を記載する時には、緊急連絡先として記載することの了解を得ておきましょう。

居宅サービス計画書（第１表）（第２表）（第３表）の書き方アドバイス

居宅サービス計画原案とは、居宅サービス計画の第１表から第３表まで、第６表及び第７表に相当するものすべてを指します。(95頁から104頁まで参照。)

居宅サービス計画原案

意向・援助方針	(第１表)
課題と目標	(第２表)
週間予定表	(第３表)
サービス利用票	(第６表)
サービス利用別表	(第７表)

＜居宅サービス計画書（第１表）＞

□ 利用者やその家族の生活に対する意向は利用者や家族が話した言葉を活かして書きましょう。
□ 利用者及び家族の生活に対する意向については「仮」で作成する場合もあります。

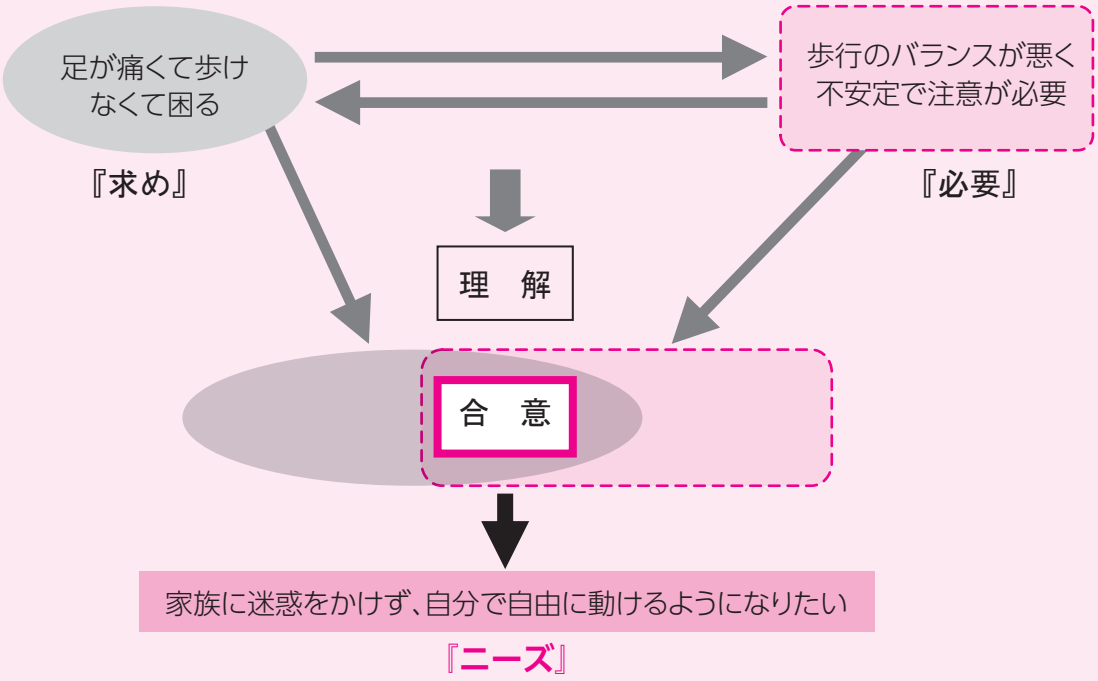
□ 利用者と家族の言葉は区別して書きましょう。
□ 一人暮らしの場合は関係の強い別居家族とも連絡をとりましょう。
□ 介護認定審査会の意見が記載されているかを確認しましょう。医療サービスについては事前に主治医に確認しましょう。
□ 介護認定審査会の意見とサービスの種類が指定されているときはサービス担当者会議でそれを踏まえて協議しましょう。
□ 総合的な援助の方針は第 2 表の長期目標を総合化した内容となります。介護支援専門員だけの判断に偏らないように、各サービス担当者と「どのようなチームケアを行うのか」をサービス担当者会議で協議しましょう。
□ 総合的援助の方針が介護保険サービスのられつにならないよう注意しましょう。
□ 生活援助中心型の算定理由についてもサービス担当者会議で協議しましょう。特に「その他」の理由の場合は、その事情の内容について記載をしましょう。
□ 緊急時の連絡先を総合的な援助の方針の欄に記載しましょう。この場合、個人情報保護との関係で記載の同意を確認することも忘れないようにしましょう。
□ 2 表作成後に再度総合的な援助の方針に戻り、長期目標を総合化した内容になっているかもう一度確認しましょう。

※在宅での生活を希望しても、利用者を取り巻く環境等の変化から、在宅生活を継続することが困難になるときがあります。医療関係者との連携の必要性、自宅からケアと結びついた住まい（ケア・リビング）などへの転居、さらには施設入所等をどのような状態になったときに考えるか、利用者や家族と話し合っておくことも大事です。

＜居宅サービス計画書（第 2 表）＞

□ 利用者の自立を支援する観点から、情報を的確に分析して解決すべき課題を具体的に考えましょう。
□ 医療系サービスについては、事前に主治医に確認をしましょう。
□ 発生している課題の中で、何を解決すればより効果があがるかについて、整理して考えましょう。
□ 長期目標及び短期目標は、解決すべき課題に対して実現可能なものとして、わかりやすく具体的に書きましょう。長期目標は、ニーズが解決したときに思い描ける生活を意識して設定し第 1 表の「総合的な援助の方針」の内容と連動させましょう。
□ 短期目標は、長期目標の達成に向けて、段階的に解決していくものとして設定しましょう。
□ 短期目標は、モニタリングの際に達成度を測れるように、抽象的な表現を避けて具体的に書きましょう。
□ 長期目標及び短期目標の期間設定は、達成が可能かどうかをチームとして考慮し、設定しましょう。原則、長期目標と短期目標の期間は同じにはなりません。
□ サービスは、課題の達成のために適切な内容を設定しましょう。
□ 利用者や家族にもわかりやすく、また、サービス事業者がサービス提供につなげられるような具体的な書き方にしましょう。

□ 利用者が行うこと、家族の行う援助やインフォーマルなサポート、保健・医療サービスなどの他の制度もサービス内容として記載しましょう。
□ 家族の介護力を的確に捉え、無理のない原案を作成しましょう。
□ サービス提供事業者は、利用者のニーズに応じたサービスを提供するのに適した事業者であるかどうかを考えましょう。
□ 利用者の選択を支援するため、複数の事業者情報を提供するようにしましょう。公正中立の観点から、過度に系列の事業者のサービスを組み込まないように注意しましょう。
□ ニーズの優先順位は、利用者と共に相談しながら決めて書きましょう。



◎利用者・家族が求めている「求め」と要支援・要介護問題の解決に「必要」な支援の「求め」と「必要」の一致点「合意」を生活全般の解決すべき課題（ニーズ）として捉える考え方を示しています。

＜居宅サービス計画書（第３表）＞

□ ２表に記載されている週単位で行われるサービス（インフォーマルサービスも含めて）は全て記載しましょう。
□ 「主な日常生活上の活動」には、利用者本人の食事や排泄など生活のリズムを書いて、適切な時間にサービスを組み込むための参考にしましょう。主介護者の援助内容や、出勤時間、帰宅時間等も書いてサービスの適切な提供の参考にしましょう。
□ 通院、ショートステイや隔週のサービス、居宅療養管理指導、福祉用具の貸与・購入、インフォーマルサポートなど、週単位以外のサービスも書きましょう。
□ １世帯に２人の介護保険利用者がいる時はお互いのサービス状況が分かるように一方のサービスを破線で表示するなど工夫して書きましょう。