

「施設における介護支援専門員業務の手引」 編

～計画担当介護支援専門員の方々へ～

第2章 介護保険施設における介護支援専門員業務の手引

第1部 「施設のケアマネジメント」の6つの目的	17
第2部 「施設のケアマネジメント」の手順とそのポイント	18
1 「施設のケアマネジメント」の開始	19
2 アセスメント（課題分析）の実施	21
3 施設ケアプラン原案の作成	23
4 サービス担当者会議（ケアカンファレンス）の開催	25
5 施設ケアプランの決定	27
6 モニタリング（実施状況の把握と評価等）	28
7 在宅復帰の可能性のチェックと連絡調整	29
8 事例の紹介	30
事例Ⅰ 特別養護老人ホーム 認知症ケアの事例	36
事例Ⅱ 老人保健施設 在宅復帰支援の事例	44
事例Ⅲ 有料老人ホーム 看取りの事例	54

第2章 介護保険施設における介護支援専門員業務の手引

第2章のポイント

- ・施設のケアマネジメントの目的を理解する。
- ・施設のケアマネジメントを行う手順とポイントを確認する。
- ・事例を通して、施設のケアマネジメントの具体的な進め方を理解する。

第1部 「施設のケアマネジメント」の6つの目的

チェックポイント

- 施設のケアマネジメントには次の6つの目的があります。これらを踏まえ、施設は地域包括ケアの重要な拠点であることも意識しながら、利用者本位の立場に立った支援を行うことが大切です。

① 『その人らしい自立』の実現

- ・介護保険施設においては、「その人らしい自立」の実現に向けたケアサービスが必要です。職員や他利用者との関わり、さらには施設内だけではなく、利用前に関わりのあった地域に存在する様々な資源の活用や在宅復帰の可能性など、「生活の継続性」という視点を持つことも重要です。

② 『利用者本位で過不足のないケアサービスの提供』

- ・利用者にとって必要なサービスが不足したり、過剰に提供されてはいけません。
- ・計画担当介護支援専門員には、一人ひとりの生活を支援するために必要なサービスの質と量を把握・評価し、利用者本位の視点から生活の質（QOL）の向上に向けた働きかけを行うことが求められています。

③ 『利用者の尊厳を支えるアドボカシー（代弁）の役割』

- ・利用者あるいは家族は、施設に対して十分に自分の意見を伝えられない場合があります。施設にはこのように意見が言いにくい利用者・家族の代弁者機能を併せ持つことが必要です。
- ・利用者の尊厳ある自立を実現するため、施設のケアマネジメントには、利用者のアドボカシー（代弁）機能が内在されていなければなりません。
- ・施設職員だけでは限界もありますので、必要に応じて成年後見人（法定代理人）や福祉サービス利用援助事業などを活用します。

④ 『チームアプローチによる切れ目のないケア』

- ・サービスを担当する施設の職員は利用者についての情報を共有し、24時間365日、継続したサービスが一貫した方針のもとに安定的に提供されなければなりません。
- ・サービス担当者間の協働・連携の確保が、施設ケアのマネジメントの重要な核となります。

1 「施設のケアマネジメント」の開始

チェックポイント

- 丁寧な対応で利用者や家族に対して安心感を与えていますか。
- 施設の位置付けや機能について説明し、入所（入院）の目的と合っているかどうかを確認していますか。
- 施設での入所（入院）生活に伴う環境変化について説明していますか。
- 受け入れ準備をするために必要な体制や情報は整理されていますか。
- ケアスタッフ等との協働作業で進めていますか。
- 個人情報の取り扱いについて説明していますか。
- 終末期をどのように迎えるか本人・家族の意向を確認していますか。

施設の受け入れ体制の整備

- ・入所前に担当していた介護支援専門員をはじめ、かかりつけ医師などとも密接な連携に努めましょう。
- ・施設の特徴やスタッフの専門性を積極的に示し、利用者の生活を支援する豊富な情報を用意しておきましょう。
- ・計画担当介護支援専門員は決して万能ではありません。計画担当介護支援専門員が機能を発揮するためには、経営者による施設サービス運営システムの構築等の環境整備が必要です。

< 「受け入れを行う際の留意点」 >

- ・利用者一人ひとりの意思や人格を尊重しましょう。
- ・その人の立場に立ってサービスを提供できる体制を作っていきましょう。
- ・明るく家庭的な雰囲気大切にしましょう。
- ・地域や家庭との結びつきを重視しましょう。



入所（院）するかどうかに関わる手続

- ・心身の状況や病歴などの把握に努め、利用対象者となるかどうかについて、確かめましょう。
- ・正当な理由なく、サービス提供を拒んではいけません。受け入れの対象とならない場合は、他の適切な医療機関や施設を紹介しましょう。

施設種別	入所対象
指定介護老人福祉施設	身体上又は精神上、著しい障害があり、常時の介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難な者
介護老人保健施設	その心身の状況及び病状並びにそのおかれている環境に照らし、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療等が必要であると認められる者
指定介護療養型医療施設 (平成 30 年 3 月末廃止予定)	長期にわたる療養や医学的管理が必要であると認められる者
認知症対応型共同生活介護	認知症高齢者で共同生活を送ることができる者
特定施設入居者生活介護	要介護者等で、特定施設入居者生活介護事業所に指定されている施設（有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅）に入居を希望する者

- ・重要事項（下表を参照）については、パンフレット等の文書を活用して、丁寧な説明を行いましょう。
- ・施設サービスの提供を受けることについて、利用者に確認しましょう。
- ・要介護認定を受けていない場合は、説明をして申請を促しましょう。
- ・被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定の有無、及び要介護認定の有効期間を確かめましょう。
- ・措置の場合や保険給付対象外の利用料の負担などについても、説明をして理解してもらいましょう。

【施設における重要事項（運営規程）】

- ①施設の目的及び運営の方針
- ②従業員の職種、員数及び業務内容
- ③入所定員
- ④介護保険施設のサービス内容及び利用料その他の費用の額
- ⑤施設利用に当たっての留意事項
- ⑥非常災害対策
- ⑦その他、運営に関する重要事項

入所（院）決定後の手続

- ・認定審査会の意見が記載されているときは、それに配慮したサービス提供に努めましょう。
- ・入退所の記録は、被保険者証に記載しましょう。
- ・介護老人保健施設の場合は、入所者の健康手帳の医療に係る記載も忘れないようにしましょう。
- ・介護老人福祉施設の場合は、健康手帳に、健康管理に関し、必要な事項を記載することになっています。

2 アセスメント（課題分析）の実施

チェックポイント

- 居宅介護支援専門員からの情報収集を行っていますか。
- 施設においてアセスメントを行うためには、組織内の多職種からの情報収集が必要であることを常に認識していますか。
- 施設ケアプラン作成の根拠となることを意識してアセスメントを行い、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尊重していますか。
- 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、利用者本位の視点に立って考えていますか。
- 利用者や家族が持っている「生活の力や介護の力」を把握して、施設における生活の継続性を重視していますか。
- 地域資源の活用や在宅復帰の可能性などを視野に入れてしていますか。

○利用者やその家族との信頼関係や多職種との協働関係を大切にしましょう。

- ・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。
- ・日常的なミーティングなどの機会を捉えて、施設内の多職種から情報を得るようにしましょう。
- ・家族にも面会等について働きかけを行い、交流が続くよう配慮しましょう。

○アセスメントでは、利用者及びその家族との面接から得られる情報が重要です。

- ・利用者及びその家族に面接の主旨を十分に説明し、理解を得ましょう。
- ・利用者は生活者であり、自らの生活を決める主体であることを基本に、利用者の生活意欲を引き出すように働きかけていきましょう。

○アセスメントで、利用者が生活全般に抱える課題を明らかにしましょう。

- ・心身の障害だけでなく、社会参加など生活の質（QOL）を高めるためのニーズも把握しましょう。
- ・施設に入ることによって充足されるニーズや施設に入ることによって新たに発生するニーズもあります。これらのニーズを明確にしましょう。
- ・自宅での生活スタイルを把握することで、施設の役割について再確認しましょう。

○利用者が持つ日常生活上の能力や取り巻く環境等を評価しましょう。

- ・施設を利用するに当たっての集団生活への適応状況や生活リズムの適合性をチェックしましょう。

○アセスメントは、適切な方法で行いましょう。

- ・アセスメントは、個人的な考え方や手法で行わず、国の指定した以下の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共に、生活全体をトータルに見て、もれがないかを確認しましょう。

【アセスメント（課題分析）の着眼点】

- 課題分析標準項目にそって、包括的に情報が集められているか。
- 組織内の多職種から情報を収集しているか。
- 利用者や家族の希望を確認しているか。
- 緊急時の対応が必要でないか確認しているか。
- 成年後見制度や福祉サービス利用援助事業など、権利擁護の必要性はないか確認しているか。

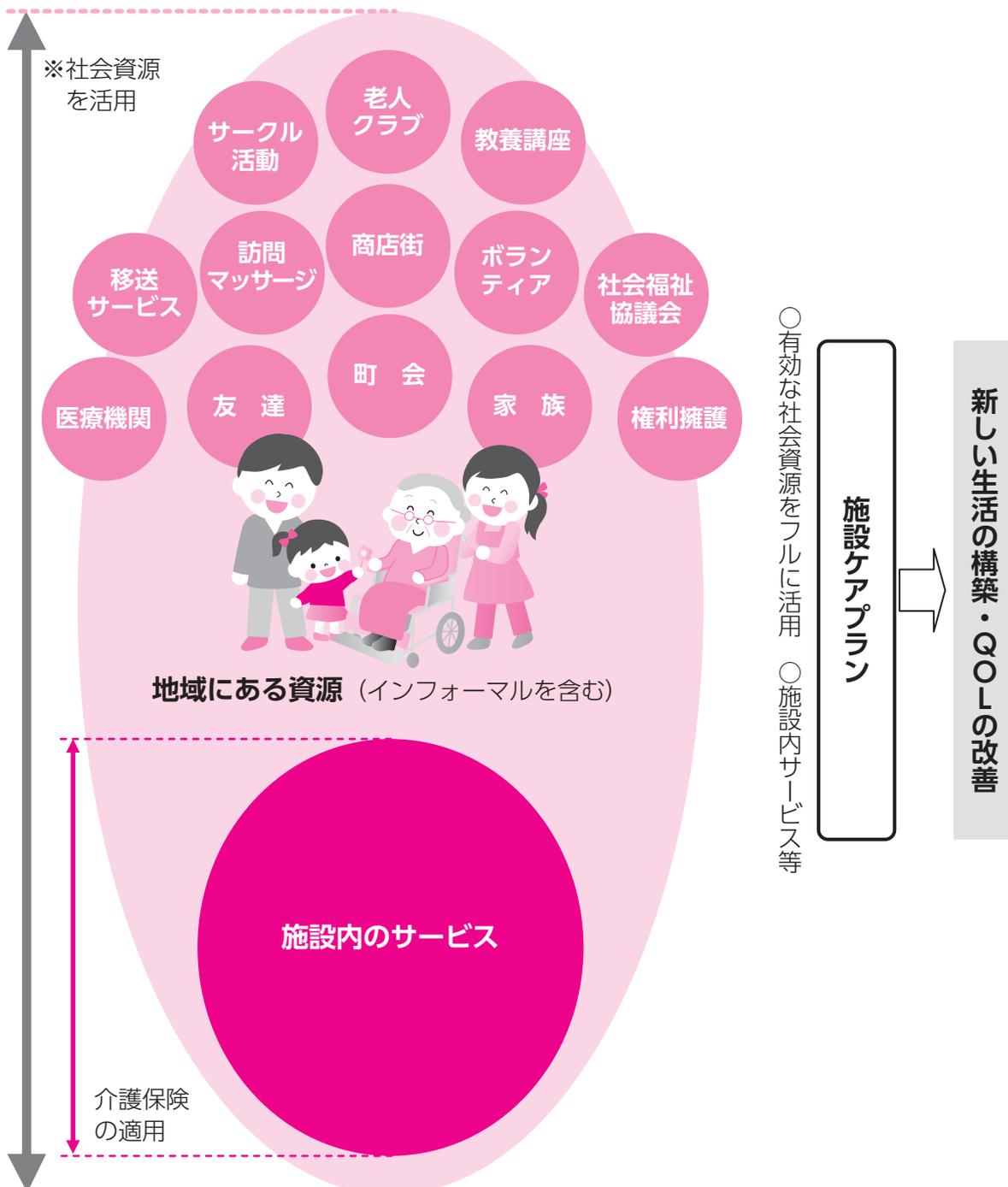
標準項目名	項目の主な内容（例）
健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
ADL	ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、更衣、入浴、排せつ等）に関する項目
IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
排尿・排便	失禁の状況、排尿・排せつ後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
※介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
※居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

- ・表中の※印には、在宅生活が困難な理由を記入することになります。
- ・ケアスタッフ等が提供しているサービス内容の評価が必要になります。
- ・施設の居住環境が利用者にも与えている影響についても評価が必要です。

3 施設ケアプラン原案の作成

チェックポイント

- 計画策定にあたり、ニーズにあったサービスが提供されるよう働きかけていますか。
- 家族の支援や地域の社会資源の活用も視野に入れてありますか。
- 原案作成の段階で、利用者が意思表示しやすいように、施設での生活におけるさまざまな選択肢を設けていますか。
- 総合的な援助方針は組織内の多職種で共有できるものとなっていますか。
- 援助目標は、個人の尊厳を保持できるものとなっていますか。



○施設のケアプランが、利用者の暮らし方に直接影響する重要なものであることを十分に認識して原案を作成しましょう。

○利用者の持つ残存能力を引き出しましょう。それには、利用者が意欲的な入所（入院）生活を送れるよう目標を持つことが大切です。

○利用者の生活全般を支援する観点に立って原案を作成しましょう。

- ・基本となる施設内のサービスを効果的に活用しましょう。
- ・家族の面会やボランティアなどの社会資源を原案に位置づけるよう努めましょう。
- ・利用者の生活を施設内で完結させてしまうことのないように、利用者の希望や心身の状況を踏まえて地域の資源を活用しましょう。

○現実的で、無理のない施設ケアプランの原案を作成しましょう。

○施設ケアプランの原案は、利用者の個性を尊重して作成しましょう。

- ・ケアスタッフなどとも協議しながら、利用者一人ひとりの入所（入院）生活全般に配慮したプランを作りましょう。

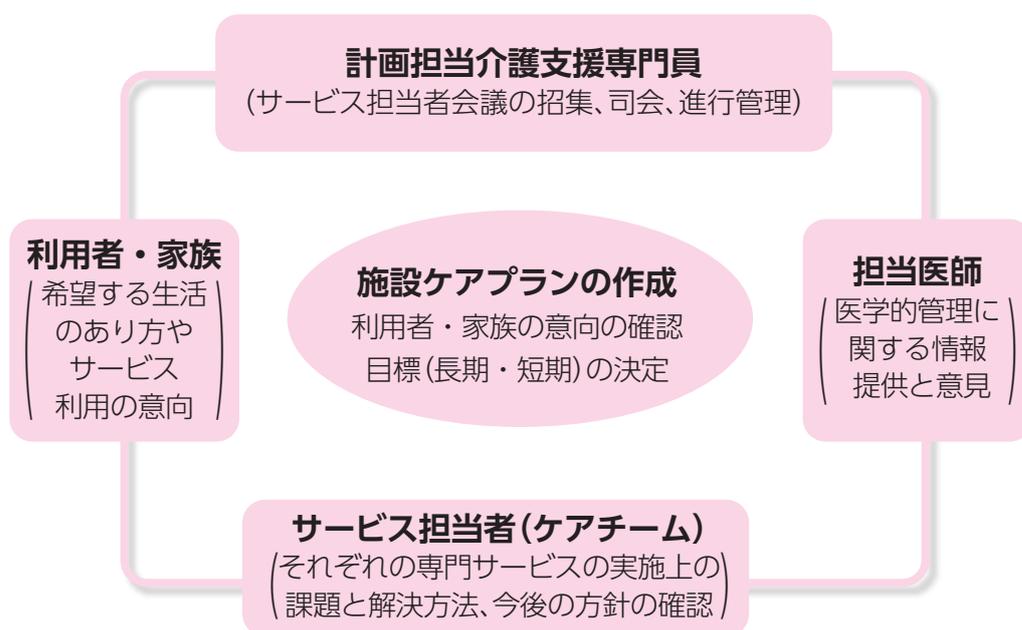
生活場面	個別ケアの視点
食 事	<ul style="list-style-type: none">・食事をおいしく、楽しい雰囲気です召し上がっていただくよう工夫していますか。・その方にあった食事形態としていますか。・時間や場所も工夫しましょう。・季節感のある食事や、郷土料理なども取り入れましょう。
排 泄	<ul style="list-style-type: none">・ご本人の希望と今の状態にあった適切な排泄方法を検討していますか。・排泄の自立（一部であっても）はリハビリテーションの動機づけとなります。・快適な排泄環境を整えましょう。
入 浴	<ul style="list-style-type: none">・入浴はプライベートな行為であるため、特に配慮しましょう。・身体機能やご本人の希望により、入浴方法や浴室（個浴等）を決定していますか。・脱衣室などの環境を整えましょう。・事前の健康チェックや入浴中の見守りを行い、安全に入浴していただきましょう。
機能訓練	<ul style="list-style-type: none">・適切な評価により、ご本人の持てる能力を最大限に生かしましょう。・起き上がり動作や立ち上がり動作など、生活の中での機能改善・維持を図りましょう。
その人らしい暮らし	外出・外泊・外食・ケータリング・旅行・墓参り・宗教・映画・カラオケ・スポーツ観戦・インターネット・麻雀・ゲーム・カメラ・編み物・フラワーアレンジメント・園芸・アロマセラピー・動物・音楽・クッキング・美容・おしゃれ・お化粧品・ネイルケア…等

4 サービス担当者会議（ケアカンファレンス）の開催

チェックポイント

- 施設ケアプランを決定するための貴重な場として活用していますか。
- 施設ケアプランは利用者や家族の意向を尊重し、同意を得られる内容となっていますか。
- 専門用語を用いずに、わかりやすい言葉で提案するように心がけていますか。
- 組織内の多職種（ケアチーム）で、個人情報の利用目的や守秘義務について確認をしていますか。
- 利用者の要介護認定の切り替えや状態変化のあった時など、適切な時期に開催していますか。

< サービス担当者会議（ケアカンファレンス） >



<開催の趣旨を明確にしましょう。>

何をサービス担当者会議（ケアカンファレンス）で議論するのか、目的や課題、論点などを予め絞っておきましょう。

主な論点

- 利用者及び家族のニーズの共有化
- 組織内の多職種の情報の共有化
- 活動目標、プランの共有化
- 役割分担の明確化



○組織内のケアチームでは何ができるのかについて、専門的な見地からの意見を求め調整を図りましょう。

○サービス担当者会議は原案をより適切なプランに近づける目的があります。各々の専門職の意見を聞いて、1、2表の見直しを行いましょう。

○利用者の状態に応じ、組織として必要な専門職が参加できるようにしましょう。

……………〈各介護保険施設のサービス担当者の違い〉……………

指定介護老人福祉施設… 生活相談員、介護職員、看護職員、栄養士、機能訓練指導員、医師 等

介護老人保健施設… 医師、薬剤師、看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士、栄養士、調理員、事務員、言語聴覚士 等

指定介護療養型医療施設… 医師、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士、看護職員、介護職員、精神保健福祉士、言語聴覚士 等

○認知症が重い場合など、本人の意思表示が十分でない場合は、専門的な見地からの意見を聞いて、1、2表の見直しを行いましょう。

○介護支援専門員は利用者のその人らしい生活の実現に向けて最善を尽くし、施設の都合を優先することのないようにしましょう。

……………【利用者が意思表示できない場合の対応】……………

- ・利用者が意思表示を十分できない場合は、ケアカンファレンスなどを通じて施設ケアプランを作成する計画担当介護支援専門員が利用者の自立を支援します。
- ・その場合は、利用者の意思表示によらずに、サービスを調整することになりますので、成年後見人（法定代理人）や家族などサービス提供者以外の第三者が関って慎重に行なわなければならない、施設の都合を優先するようなことは避けなければなりません。

5 施設ケアプランの決定

チェックポイント

- 利用者に対して施設ケアプランの内容を説明した上で、文書により同意を得ていますか。
- 施設ケアプランの内容について、理解しやすいように丁寧に説明していますか。
- 施設ケアプランの作成後、速やかに利用者や家族に交付していますか。

○ケアプラン帳票の位置付けと作成のポイント

帳票名	位置付け	作成のポイント
施設サービス 計画書 (第1表)	<ul style="list-style-type: none"> ・課題分析（アセスメント）で明らかになった課題を解決するためのケアプラン全体の方向性を示すものです。 	<ul style="list-style-type: none"> ・課題分析（アセスメント）の結果を踏まえていますか。 ・利用者や家族の意向が反映されていますか。
施設サービス 計画書 (第2表)	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン全体の中核となるもので、各サービスの個別計画の目標ともつながるものです。 	<ul style="list-style-type: none"> ・課題分析（アセスメント）に基づいてニーズを設定していますか。 ・ニーズ、目標、サービス内容は整合性が取れた内容となっていますか。
週間サービス 計画表 (第3表)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の日常生活や家族の面会日などを含む施設サービスの全体的な配置を示すものです。 ・第4表「日課計画表」のどちらかを作成すれば良いことになっています。 	<ul style="list-style-type: none"> ・第2表に記載されたサービスの提供状況が週間計画としてわかりやすく表示されていますか。 ・利用者の1週間の生活がわかりやすく表示されていますか。 ・週単位以外のサービスを利用する場合に記載されていますか。
日課計画表 (第4表)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設における利用者の日常生活やサービス日課の全体的な配置を示すものです。 ・第3表「週間サービス計画表」のどちらかを作成すれば良いことになっています。 	<ul style="list-style-type: none"> ・日常的に実施するサービスと、その担当者を記載していますか。 ・日課以外のその他のサービスを記載されていますか。
サービス担当者 会議の要点 (第5表)	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス担当者会議の要点をわかりやすく記載するものです。 	<ul style="list-style-type: none"> ・検討する項目は明確ですか。 ・検討した項目、検討内容や結論がわかりやすく記載されていますか。 ・結論や今後の課題は、ケアチーム全体で共有できる内容となっていますか。 ・会議に出席できないサービス担当者の所属・氏名・出席できない理由を記載していますか。 ・欠席者に検討項目の照会をした年月日、内容および回答を記載していますか。 ・利用者や家族の意向や満足度を確認していますか。
施設介護支援 経過 (第6表)	<ul style="list-style-type: none"> ・支援記録のほか、施設介護支援専門員が専門職としてケアマネジメントを進める上での判断・根拠を明らかにするものです。 	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の正式な記録として記載されていますか。 ・項目ごとに整理され、誰が見てもわかりやすい記録になっていますか。 ・ケアプラン作成や変更時の判断や根拠について記載されていますか。 ・利用者や家族の感情や意向なども記載されていますか。

*各帳票の記載要領については資料編を参考にしてください。*参考事例については事例編をご参照ください。

6 モニタリング（実施状況の把握と評価等）

チェックポイント

（初動期のモニタリング）

- 利用者が、生活環境の変化に適応しているかどうか確認しましたか。
- 環境の変化や集団で生活するようになった利用者の状況を把握していますか。
- 利用者に予想外の反応やサービス利用に対する拒否はありませんか。

（継続的なモニタリング）

- 時間の経過に伴う利用者の状態の変化を把握していますか。
- 状態変化の兆候の早期発見を心がけていますか。
- 利用者の状態確認と、必要な情報交換を組織として行っていますか。
- 定期的に施設ケアプランの評価・見直しを行っていますか。

○積極的に利用者とのコミュニケーションをとりましょう。

- ・ 日常の会話や時間の共有など、利用者とはふれあうことが何よりも大切です。
- ・ 面接技法の研鑽にも努めましょう。

○ケアチームとの緊密な連携をとりながら利用者の解決すべき課題の変化を把握しましょう。

- ・ 日頃、利用者には接しているケアスタッフなどの情報がとても大切です。
- ・ 組織として、多職種間の日常的な情報を共有する仕組みを持つことが大切です。
- ・ 利用者の状態の変化は医学的な知見が必要な場合が多く、必要に応じて医師との連絡を取り合うことが必要です。
- ・ 施設ケアプランに組み込まれているサービス内容に過不足があったときは、変更を含めて対応しましょう。

○モニタリングの結果や新たに得た情報は、すぐに記録しましょう。

- ・ モニタリングの記録は、定期的に整理して、記録にとどめておくことになっています。忘れないうちに記録しておきましょう。

○利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合には、必要に応じて施設ケアプランを変更しましょう。

- ・ 状態の変化が大きい場合は、再度アセスメントを行い、ニーズを把握します。
- ・ 状態の変化、環境の変化に応じ、「施設ケアプラン」を修正します。
- ・ 修正した「施設ケアプラン」に基づき、ケアスタッフ等への連絡を行います。
- ・ 必要に応じて、介護認定区分の変更申請について検討します。

○ケアチーム内で円滑にコミュニケーションがとれる体制を整備しましょう。

- ・ 日々の利用者の状態を共通認識するために、ミーティングや引継ぎノートの活用など、施設ごとに工夫しましょう。

○モニタリングで、施設サービスの質の評価を行いましょう。

- ・ 目標の達成の状況、利用者の状態変化など、必要に応じてケアチーム間の情報交換を行い、適切な対応がなされることが基本です。

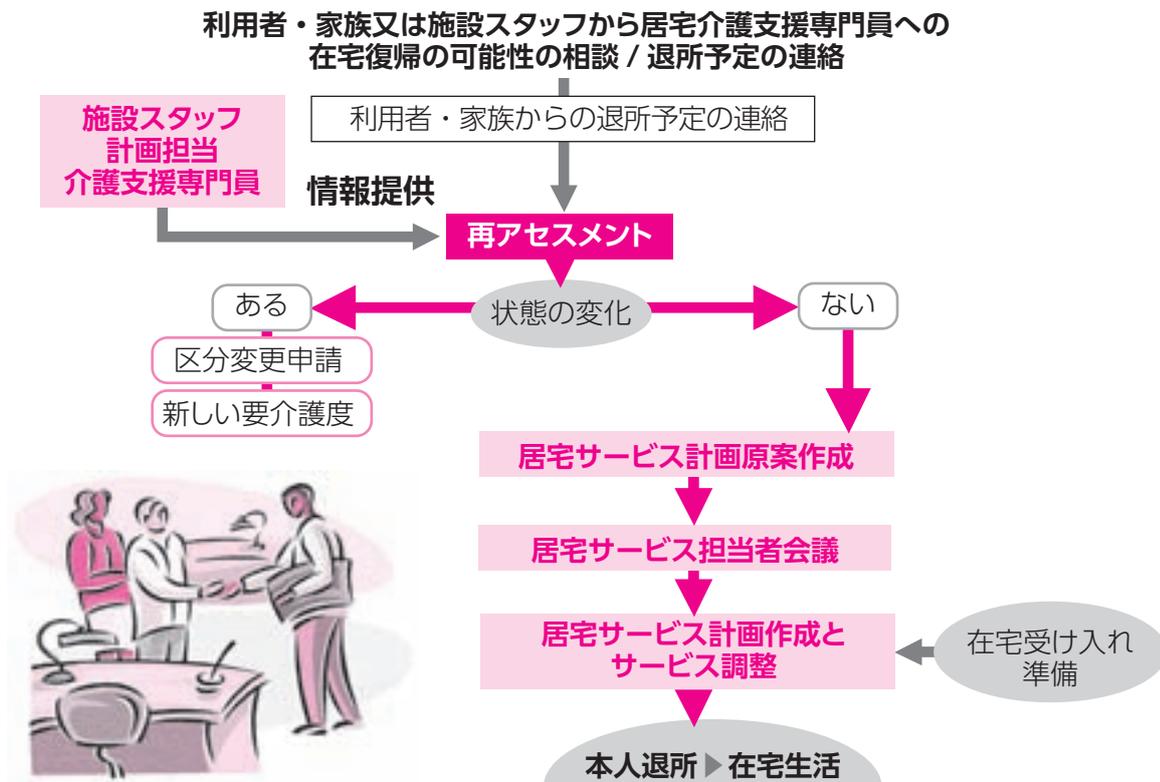
モニタリングには、「計画通りにサービスが提供されているか」という側面と「サービスが提供されて利用者の状態は目標に近づいたか」という側面の、2つの側面があります。モニタリングのポイントは、施設ケアが常に適切であるかどうかを確認することにあります。

7 在宅復帰の可能性のチェックと連絡調整

チェックポイント

- 利用者の心身の状況や介護力、あるいは居住環境や家族の状況等に照らして、居宅での生活ができるかどうか判断していますか。
- 退所に際しては、居宅介護支援専門員に情報提供するほか、主治医やサービス提供事業者と密接に連携しながら進めていますか。
- 施設側の理由により、安易に退所を促すことのないよう留意していますか。

施設に入所していた利用者が、在宅復帰を希望して退所する場合に居宅介護支援専門員に支援を依頼する場合の利用相談(例)



○退所に際しては、利用者や家族の同意を得て、居宅介護支援専門員に情報提供するほか、主治医やサービス提供事業者と密接に連携しながら進めましょう。

○在宅復帰に向けては、利用者の意向を大切に、家族（主たる介護者）との調整を行うことが必要です。

○退所して居宅で日常生活を営むことができるかどうかについて定期的に検討しましょう。

○利用者の心身の状況やそのおかれている環境等に照らして、居宅での生活ができるかどうか判断しましょう。その際、居宅介護支援専門員の意見を踏まえて判断することが大切です。

○退所が円滑に進むために必要な援助を行いましょう。

- ・家庭での介護方法等に関する適切な指導など、家族が安心して迎え入れるための体制づくりにも配慮しましょう。
- ・居宅介護支援事業者等に対する情報提供等の必要な援助をしましょう。