

# 居宅介護支援専門員 業務の手引

【改訂(3版)】



平成 25 年 3 月

 東京都



## はじめに

介護支援専門員を取り巻く環境は、介護保険スタートの時点から数回にわたる制度改正を経て大きく変化し、医療や保険外サービスとの連携など、求められる専門性の多様化、能力水準の高度化が求められています。一方ケアマネジメントの基本は、利用者の立場に立って一人一人の個別性を尊重し、生活全体を捉えて利用者の自立支援、悪化の防止を促進するために計画的に総合的に支援を継続していく基本は変わるものではありません。

平成 24 年度の改正においては、地域包括ケアシステムによる在宅サービスにおける介護と医療の連携、日常生活圏における入院・退院・在宅復帰を通じて切れ目のない継続的支援を強化するための新たなサービスメニューの創設、連携に対する加算などが盛り込まれ、介護支援専門員はこれらの制度に対応できる実践力が求められています。

東京都においては、平成 15 年 3 月より「居宅介護支援専門員業務の手引」を作成し、制度が期待している標準手続を基本に、利用者の為に確実に行って欲しい業務のポイントを示してきました。平成 18 年度の改正により誕生した予防重視型システム、地域密着型サービス導入時はもとより報酬改定等も反映して修正・加筆を重ねてきました。

平成 24 年 10 月、介護支援専門員を取り巻く新たな環境の変化に対応し、介護支援専門員に求められる知識・技術を検証し、東京都における実践への基礎レベルを示した手引の内容を検討するために「介護支援専門員業務の手引作成委員会」が設置されました。

ケアマネジメントの基本理念は利用者の自立支援であり、個々の利用者の主たる生活の場が居宅であれ、施設であれ異なるものではありません。また、要支援・要介護状態の程度が異なっても、一人一人の「その人らしさ」を尊重し、主体性を引き出す関わり方を工夫していくケアマネジメントの視点は共通です。

手引の改定に際し委員会では、介護支援専門員は居宅介護支援、施設サービス支援、介護予防支援、地域密着型サービス（小規模多機能・認知症対応型共同生活介護）支援を全体として理解し、利用者の生活の場や程度の変化に応じて、ケアマネジメントの継続性を保つためにも相互関係を踏まえて協働すべき立場にあることから、居宅編、予防編、施設編の分冊にせず、合本とすべきであるとの意見もありました。しかし、根拠法令も細分化されている今日、日常的に繰り返し活用する部分の汎用性を考慮すると分冊が望ましいとの合意に至りました。

ケアマネジメントのさらなる質の向上、法令遵守が強く求められている中で、新たに作成した手引が、区市町村や地域包括支援センター等の関係機関はもとより、介護支援専門員が配属されている居宅支援事業所、各種施設、サービス事業者等においても活用していただくことを期待いたします。

平成 25 年 3 月

東京都介護支援専門員  
業務の手引作成委員会

委員長 國光 登志子

# 改訂にあたって

日本の高齢化を社会で支える仕組みとして今から13年前に施行された介護保険制度には、ケアマネジメントの手法が導入されました。様々なサービスを組み合わせて利用できる介護保険制度の中において専門的な相談窓口となり、チームの力動を活かして利用者を核として支える存在が介護支援専門員です。そのため介護支援専門員の専門性が利用者の生活やそれを支えるチームの力の発揮に大きく影響するのは、周知のことです。

私たち居宅介護支援専門員が担当する利用者像は、後期高齢者の増加、独居、認知症、医療処置を要する要介護高齢者等の増加、精神疾患、家族の支援等、年々、多様化し、複雑化しています。そのような中であっても7割以上の方は療養・介護が必要になっても自宅で生活したいと希望しています。したがって、「在宅の限界点を高める」ことが利用者やその家族の希望を叶えることに繋がります。すなわち居宅介護支援専門員が行う自立支援に資するケアマネジメントへの期待が高まっています。

このように利用者が希望する生活を実現するためには、より良い「連携」関係をつくる必要があります。連携は、介護保険制度のサービス事業所間だけでなく、医療との連携、インフォーマルなど地域を巻き込んだ連携、そして住まいの多様性に対応できる住み替え先との連携など、今後は更に大きな連携の輪を広げていかなければなりません。居宅介護支援専門員には、「連携の要」としての役割がますます期待されています。

一方で、高齢化による介護給付費の増加が避けられない中で、介護保険サービスを利用する方、利用していない方など誰に対しても「適切な給付の根拠を示す仕事」ぶりが居宅介護支援専門員の専門性の一つとして、社会的な要請となってきました。

決して簡単ではない状況下ですが、このようなときだからこそケアマネジメントという介護保険制度をはじめ保健・医療・福祉の諸制度と併せて「高齢者を地域で支える」効率的な手法が活きるのです。2025年に向け、地域包括ケアシステムを構築するにあたり、利用者とその家族、地域を支える上で介護支援専門員の役割の重要性は今後更に高まり、都民の皆さまからの大きな期待が寄せられていくことと思います。

そのようなときに大切なのは、「基本」となる介護支援専門員の理念、職業倫理、基礎知識に加え、関係法令や諸サービス、地域の特性を知っている等、引き出しの多さです。管理者は制度の適切な理解、ケアマネジメントの基礎理解と実践力、応用力、マネジメント力が必要です。

この「居宅介護支援専門員業務の手引き」は、介護保険制度が期待する標準手続を基本にし、業務のポイントについて解説を加えました。更に居宅介護支援専門員として知っていると支援の幅が広がる諸制度のポイントや連絡先一覧などをこの本にまとめました。毎日、利用者宅や関係期間を訪問し、移動が多い居宅介護支援専門員がたくさんの資料を持たず「これ一冊持っていれば大丈夫」と鞆の中に入れて業務ができるよう工夫しました。

初任者や中堅者は自分自身の業務の確認として自己研さんに、管理者やスーパーバイザーは、初任者育成のツールの一つとして使用できます。まずは各自が確認し、介護支援専門員の個々の能力を高めましょう。居宅介護支援事業所の中であって居宅介護支援専門員は、単独業務になりがちですが、相互に業務を確認し合うことで、個々の能力と業務の確実性を高め、居宅介護支援事業所としての質を担保することに繋がります。

利用者が望む生活の実現、広く都民の皆さまの要請にお応えする居宅介護支援専門員の資質向上に向けた取り組みに、各方面においてこの「居宅介護支援専門員業務の手引」をどうぞご活用ください。

平成25年3月

東京都介護支援専門員  
業務の手引作成委員会

居宅部会 部会長 石山 麗子

# 目次

- はじめに
- 改訂にあたって

## 第1章 介護保険制度と介護支援専門員

1 介護保険制度の基本理念	1
2 介護支援専門員業務の基本	2
3 介護支援専門員の役割	3
4 介護支援専門員の業務の全体像	5

## 第2章 居宅介護支援専門員の業務

1 介護支援専門員の業務	7
2 サービスの利用相談・情報提供	9
3 居宅介護支援の契約	13
4 アセスメント	15
5 居宅サービス計画（ケアプラン）原案の作成	17
6 サービス担当者会議	21
7 居宅サービス計画の作成とサービスの調整	24
8 初動期のモニタリング	26
9 継続的なモニタリング	27
10 給付管理	28
11 関係機関との連携	33
12 平成24年度制度改正により開始された新たなサービス	34

## 第3章 居宅介護支援専門員と居宅介護支援事業

1 ケアマネジメントは居宅介護支援事業者として実施する	39
2 指定居宅介護支援事業者とは	40
3 管理者の責務	44
4 居宅介護支援は、利用者と指定事業者との契約により成立する	46
5 主任介護支援専門員	47
6 ケアマネジメントの質の向上は事業所ぐるみで	50

## 第4章 資料

1	平成24年度介護保険制度改正の概要	51
2	居宅介護支援に係る運営基準	58
3	居宅サービス計画書記載要領・課題分析項目・様式・記入例	84
4	高額サービス費の給付	115
5	高齢者医療制度	116
6	保険優先の公費負担医療と介護保険	119
7	生活保護制度	121
8	成年後見制度と地域福祉権利擁護事業	123
9	国保連合会における苦情相談について	125
10	高齢者の虐待防止と権利擁護	128
11	介護サービス情報の公表	131
12	福祉サービス第三者評価制度	132
13	介護保険在宅サービス事業への指導検査における主な文書指摘事項	133
14	介護支援専門員の登録・研修	135
15	お問い合わせ先一覧（平成25年4月現在）	139

# 第1章 介護保険制度と介護支援専門員

## 1 介護保険制度の基本理念

### 本節のポイント

介護支援専門員は制度の理念の実現のために大きな役割を果たします。そのために本章では、介護保険制度の理念、介護支援専門員の業務の基本や役割を再確認します。

介護保険制度は、利用者が可能な限り居宅においてその有する能力を活かして日常生活を営むことができるように、その自己決定プロセスを大切にしながら支援します。その実現に向けて介護支援専門員の果たす役割は大きなものがあります。常にこの理念に照らして介護支援業務にあたることを望まれます。

#### (1) 自立支援

介護を必要とする状態であってもその人らしい暮らしをいきいきと過ごすために、残存している能力を最大限に引き出し、適切な生活環境を整え、日常生活を再建していくことが必要です。さらに、生きる意欲とできる限り社会性を持って生活ができるように支援することが求められます。利用者によって状態や置かれた環境はさまざまですが、それぞれの利用者が尊厳を保持し、その有する能力に応じた「自立」した生活を送ることができるよう考えることが大切です。

#### (2) 利用者本位

サービスを提供する側が介護の専門家としての判断や価値観を利用者に押し付けてはいけません。人には、自分自身で人生を切り拓いてきた積み重ねがあります。たとえ介護を必要とする状態となっても利用者自身の生活であり、自分で判断・選択する「自己決定」が基本です。利用者が適切な判断ができるように、十分な情報や専門的な知見、判断基準を提供したり、考え方の整理を共に行うなどして、判断を支援することが必要です。

#### (3) 保健・医療、福祉の連携

介護保険制度は、介護を必要とする生活を送る上で必要なサービスを総合的に提供する仕組みです。個々の介護支援専門員が保健・医療、福祉の全ての領域に精通することを求めているのではなく、不得意な領域はその領域の専門家と協働して、常に3つの領域の総合性が保たれ、専門的な視点が複合的に注がれているようにすることが大切です。

#### (4) 介護の社会化

介護の社会化とは、介護を共同連帯の仕組みで支えることです。具体的には専門的な知識と技術に裏打ちされた個別性のある介護サービスを適切に提供することで、要介護者を自立に導き、家族の介護負担、介護による離職、虐待等を回避することです。介護の社会化によって、家族や助け合いによるサービスなどが更に生きてきます。

#### (5) サービスの競い合い

介護支援専門員も含めて、サービス提供事業者は競い合いのなかで、利用者から選ばれる立場です。平成18年4月からは「介護サービス情報の公表」が実施されるなど、サービスの質に対する利用者の目が一層厳しくなっています。目先の利用者満足ではなく、真に利用者のためになる自立に向けた介護支援業務の質が問われてきます。

## 2 介護支援専門員業務の基本

### 本節のポイント

介護支援専門員は、常に利用者を中心におき、チームをつくって他職種が協働・連携して総合的に利用者を支援できるようにします。

#### (1) 利用者本位の相談・援助

要介護状態であっても利用者自身のかけがえのない生活です。利用者の生活上の「困難」や「要望」を十分に聴き取り、専門的な情報も提供しつつ介護保険サービスや多様な社会資源を利用者と相談しながら適切に調整し、利用者が持っている能力を最大限に活かしつつ、その人らしい生活を送り続けることができるように支援することが基本です。

##### ① 利用者を理解する

～語られない言葉、背景を理解し、真の気持ちに触れていますか～  
利用者の主訴を十分に聞き、利用者との悩みを共有していくことが大切です。

##### ② 利用者の価値観を尊重する

～生き方を決めつけていませんか～  
自分の価値観の押し付けではなく、利用者の価値観を理解し尊重しましょう。

##### ③ 利用者の意思決定を支援する

～自分で決定するようにサポートしていますか～  
利用者が生活者として自らの生活を決めていくために支援をします。

##### ④ 情報を十分に豊かに持つ

～起こりうる状況を予測して情報を提供できていますか～  
よりよい自己決定のために、適切な選択肢や情報を具体的にそれぞれの利用者の理解に合わせて提供できることが必要です。

##### ⑤ 利用者に関する秘密を守る

～生活に関与することの重みを忘れていませんか～  
利用者との信頼を築くために、秘密の保持、個人情報の適切な管理は基本です。

#### (2) 総合的サービス提供のための多職種協働・連携

生活を支えることは一人の力ではできません。多様な専門職が連携・協働してサービスを提供することが必要です。専門職が専門知識を出し合い、連携・協働して支援にあたるための環境づくりが介護支援専門員の大きな役割です。

##### ① サービス担当者間の連携を創る

～利用者ごとのチームをつくっていますか～  
必要なサービスの提供者の間に連携体制をつくることが基本です。

② **情報交換を円滑に行い、最新情報を共有する**

～今の情報を把握していますか～

チームでは、常に利用者の状況などの情報を共有することが大切です。

③ **目標を共有する**

～目標ある生活にサービスが連携していますか～

目標を共有し、その達成のためにそれぞれのサービス提供者が何を実現すべきかを明確にします。

**(3) 社会サービスの適切な利用のための給付管理**

介護保険制度は社会保険であり、国民が連帯して支え合うことで、介護を必要とする高齢者が介護サービスを利用できる仕組みです。適正な保険利用を、自立支援に資する「利用」と「請求」の両面からチェックすることが、介護支援専門員に期待される大きな役割です。

### 3 介護支援専門員の役割

#### 本節のポイント

介護支援専門員の役割は、自立を支援することです。介護保険制度は、自立を支援することと給付を一体的に行う意味から介護支援専門員の果たす役割は大きいものがあります。また、在宅生活の限界点を高めるためには、地域の中で利用者が多様な支援を受けられるよう介護支援専門員の創意工夫が必要となります。介護支援専門員の役割は、次の二つに大別されます。

#### (1) 介護支援専門員の役割

① **自立支援**

利用者がもつ能力を活かし、居宅での自立した生活の継続を目指して、生活上の課題を抽出し、その課題が解決されるよう介護保険サービス、保健医療福祉、その他のインフォーマルサービスを組み合わせます。

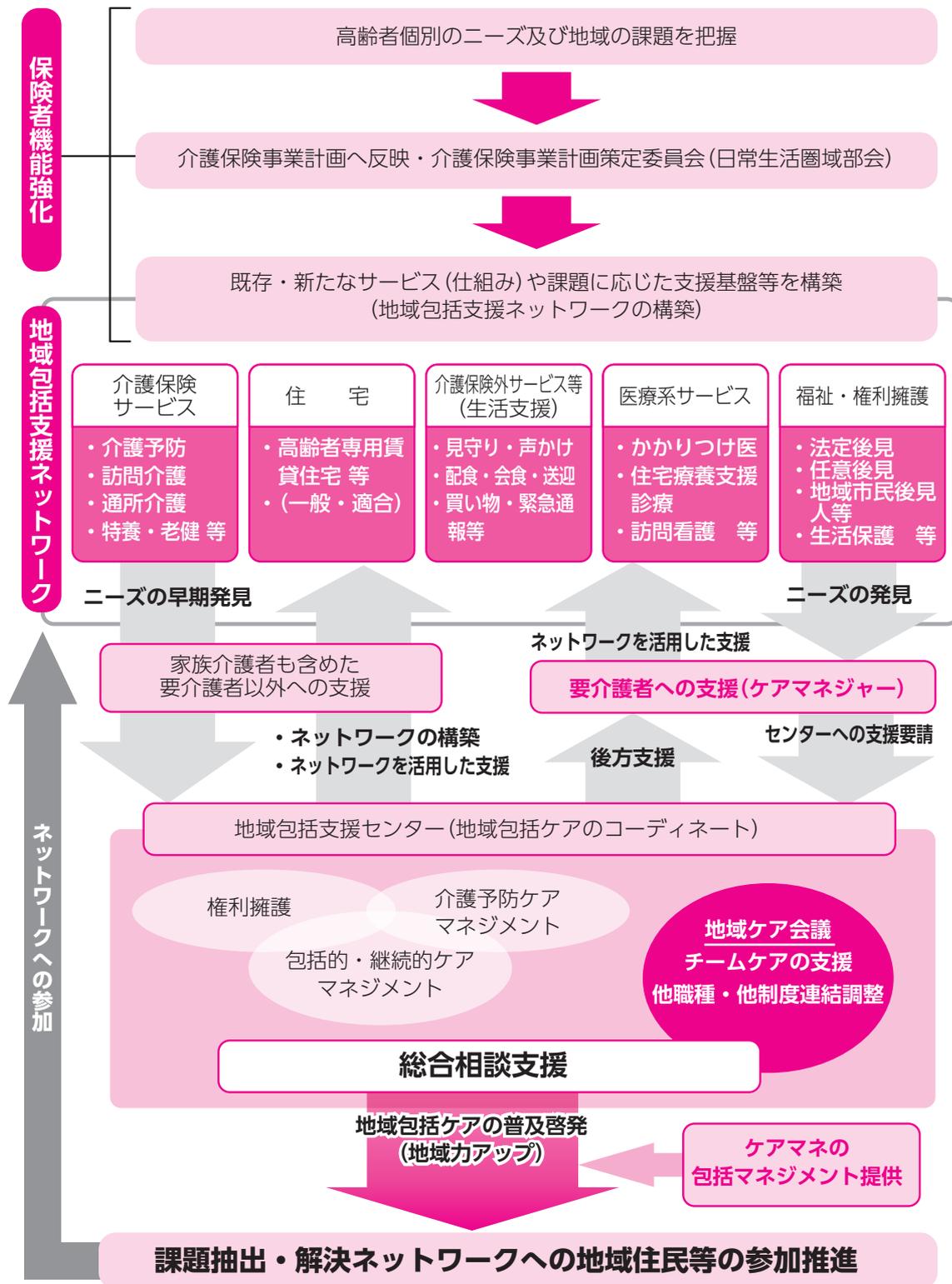
② **給付管理**

社会保険制度の一つである介護保険制度は、公平性を担保しなければなりません。一つひとつのケアプランの給付の適切さを常に確認することは、介護支援専門員の大切な仕事です。

#### (2) 地域包括ケアシステムにおける介護支援専門員の役割

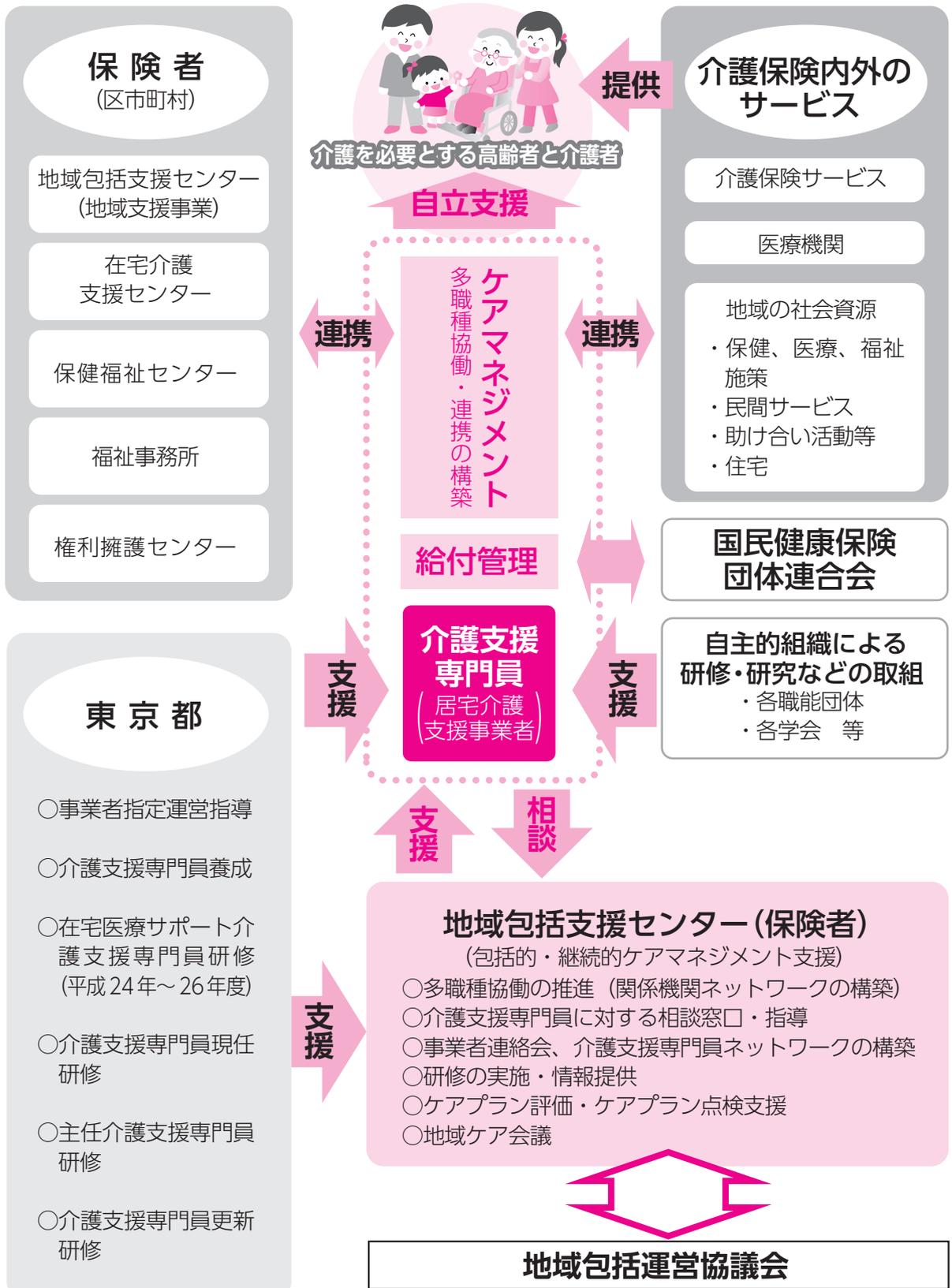
地域包括ケアシステムとは、たとえ介護度が重くなっても可能な限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるように構想された仕組みです。利用者が希望する住まいを選択したら、そこでは介護保険等の公的なサービスだけでなく、近隣、ボランティア等の参加も得てその人らしく暮らすことができるように支援することがこれからの介護支援専門員に求められています。その際、介護支援専門員やサービス担当者会議だけで解決できない課題がある場合は、地域ケア会議で課題を検討し、在宅生活の限界点を高めていきます。

# 地域包括ケアシステムの構築



出典：厚生労働省作成資料一部改

## 4 介護支援専門員の業務の全体像



## 介護保険制度のポイント① 地域包括支援センター

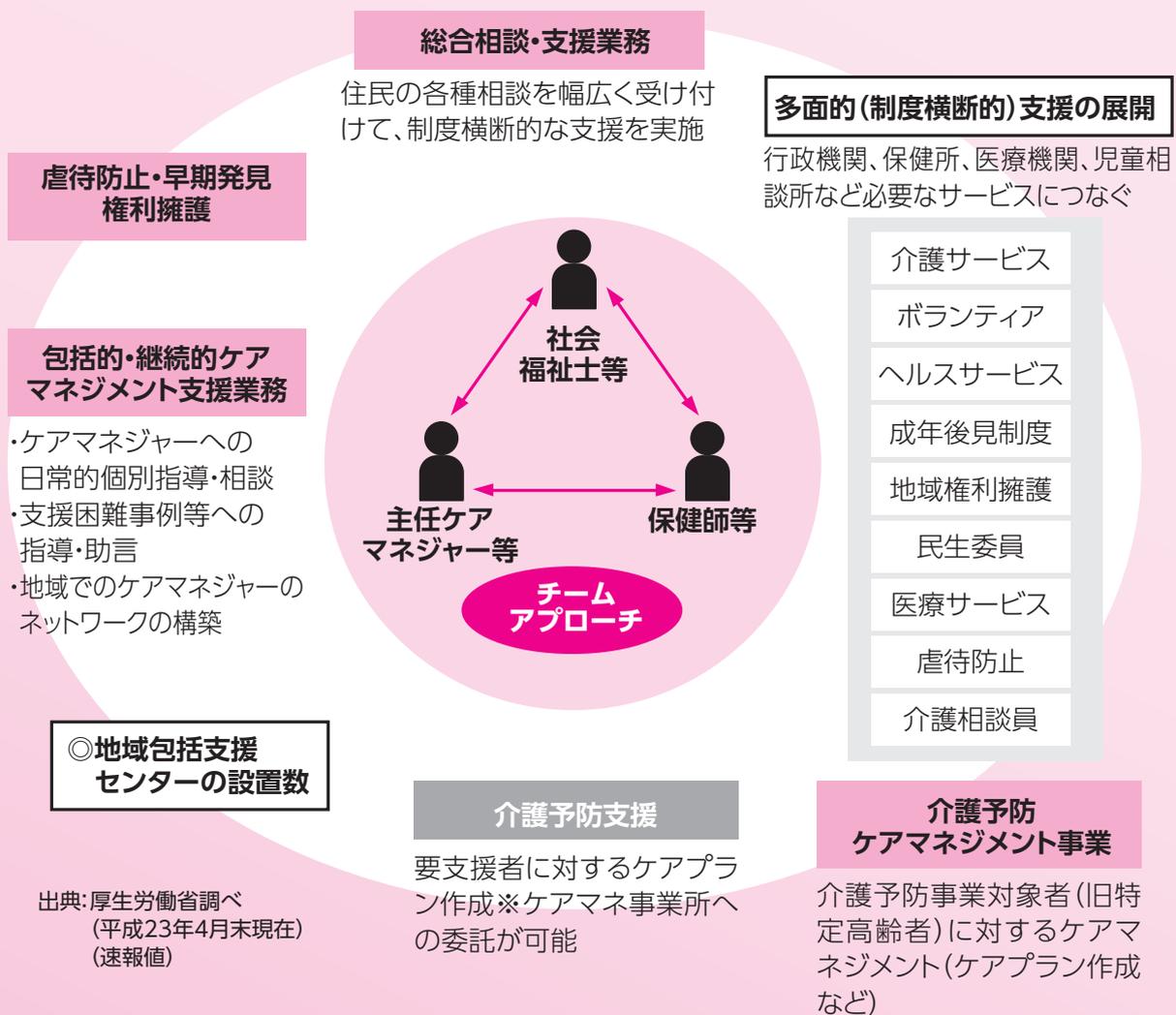
### 《地域包括支援センター》

公正・中立な立場から、「地域包括ケア」を実現するための中核機関として、地域包括支援センターが設置されています。

### 地域包括支援センターの業務

■:包括的支援事業(地域支援事業の一部)

■:介護予防支援(保険給付の対象)



出典:厚生労働省調べ  
(平成23年4月末現在)  
(速報値)

※地域包括支援センターの設置・運営に関しては、中立性の確保、人材確保支援の観点から、「地域包括支援センター運営協議会」(区市町村、サービス事業者、関係団体等で構成)が関わります。