

介護保険の活用と 介護支援専門員との連携



一般社団法人 日本介護支援専門員協会
副会長 七種 秀樹

第1章：制度の理解

介護保険制度の基本的な考え方

○自立支援

単に介護を要する高齢者の身の回りの世話をするということを超えて、高齢者の自立を支援することを理念とする。

○利用者本位

利用者の選択により、多様な主体から保健医療サービス、福祉サービスを総合的に受けられる制度

○社会保険方式

給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用

介護保険法の目的

▶ 第1条

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が**尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、**必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、**国民の共同連帯の理念**に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

介護保険法とは

▶ 第2条

介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

- 2 前項の保険給付は、要介護状態等の**軽減又は悪化の防止**に資するよう行われるとともに、**医療との連携**に十分配慮して行われなければならない。
- 3 第1項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その**置かれている環境等**に**応じて、被保険者の選択**に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、**総合的かつ効率的に提供**されるよう配慮して行われなければならない。
- 4 第1項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その**有する能力に応じ自立した日常生活を営む**ことができるように配慮されなければならない。

介護保険制度の枠組み

▶ 保険者…**制度の運営責任者**

市町村（広域連合の形態も有）

▶ 被保険者…**保険の加入者**

- 65歳以上（第1号被保険者）
- 40歳～64歳（第2号被保険者）

▶ 要介護（要支援）認定…**保険事故**

▶ 介護（予防）給付…**保険給付**

- ケアマネジメントや介護サービスの現物支給
- 費用補填（住宅改修や福祉用具の購入）

▶ 介護保険料及び公費…**制度運営の財源**

- 第1号・第2号被保険者（50%）
- 国、都道府県、市町村（50%）

介護支援専門員とは

▶ 第7条

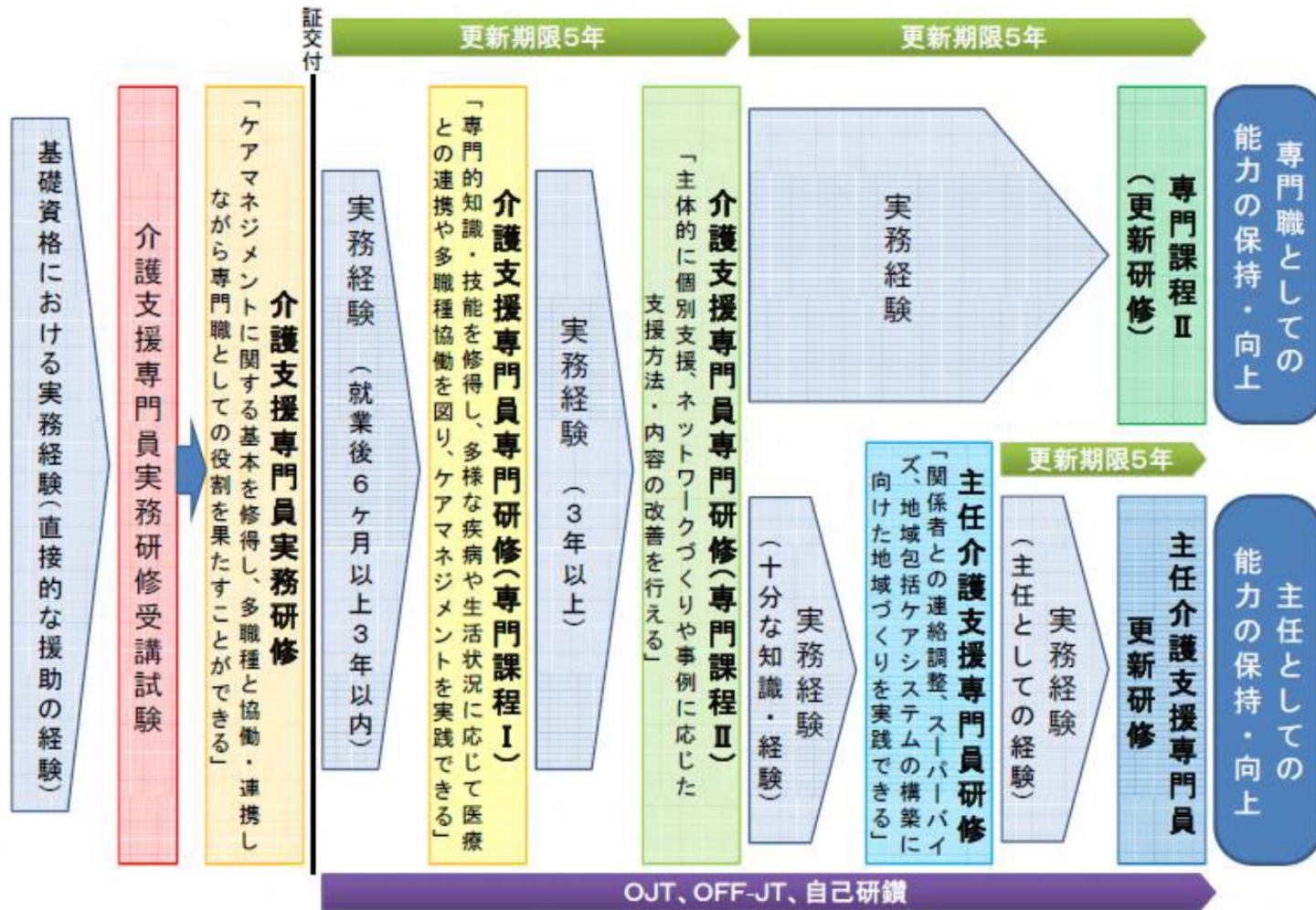
5 この法律において「介護支援専門員」とは、要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業を利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者、特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第69条の7第1項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。

主任介護支援専門員とは

- ▶ 介護保険サービスや他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との連絡調整、他の介護支援専門員に対する**助言・指導**などケアマネジメントが適切かつ円滑に提供されるために必要な業務に関する**知識及び技術を修得**するとともに、地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりを実践できる者

厚生労働省.主任介護支援専門員研修実施要綱

介護支援専門員の養成課程



出典：厚生労働省・介護支援専門員資質向上事業ガイドライン

介護支援専門員になるための基礎資格

①以下資格取得後の実務経験5年（900日以上）の実務経験

- ▶ 社会福祉士／精神保健福祉士
- ▶ 医師／看護師／准看護師／助産師
- ▶ 歯科医師／歯科衛生士
- ▶ 保健師
- ▶ 薬剤師
- ▶ 理学療法士／作業療法士／言語聴覚士／視能訓練士
- ▶ 義肢装具士
- ▶ 介護福祉士
- ▶ あん摩マッサージ指圧師／はり師、きゅう師／柔道整復師
- ▶ 栄養士（管理栄養士含む）

介護支援専門員になるための基礎資格

②以下の業務に従事して実務経験5年（900日以上）の実務経験

- ▶ 介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護・介護予防特定施設入居者生活介護の**生活相談員**
- ▶ 介護老人保健施設の**支援相談員**
- ▶ 計画相談支援・障害児相談支援の**相談支援専門員**
- ▶ 生活困窮者 自立相談支援事業の**主任相談支援員**

介護支援専門員資格取得へのプロセス

前ページ及び前々ページの資格または業態＋実務経験5年



介護支援専門員実務研修受講試験（原則年1回）



介護支援専門員実務研修（87時間以上）



介護支援専門員登録および介護支援専門員証の発行

介護支援専門員の配置義務がある事業

- ▶ 居宅介護支援事業所
- ▶ 介護予防支援事業所
- ▶ 介護保険施設（指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院
地域密着型介護老人福祉施設）
- ▶ 地域包括支援センター
- ▶ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- ▶ 特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護
- ▶ 小規模多機能型居宅介護
- ▶ 看護小規模多機能型居宅介護

介護支援専門員の禁止事項

▶ 名義貸しの禁止等（法第69条の35）

介護支援専門員は、**介護支援専門員証を不正に使用し、又はその名義を他人に介護支援専門員の業務のため使用させてはならない。**

▶ 信用失墜行為の禁止（法第69条の36）

介護支援専門員は、介護支援専門員の**信用を傷つけるような行為**をしてはならない。

▶ 秘密保持義務（法第69条の37）

介護支援専門員は、正当な理由なしに、その業務に関して**知り得た人の秘密を漏らしてはならない。**介護支援専門員でなくなった**後においても、同様とする。**

実際に起きた信用失墜行為として介護支援専門員としての登録が削除された事例

- ▶ A介護支援専門員は、**兼務が禁止**されている居宅介護支援事業所の介護支援専門員の業務に従事し、**介護報酬を不正に請求**していた。また、S市の実地指導で、当該事実が発覚することを恐れ、**虚偽の書類を作成**した。
- ▶ B介護支援専門員は、介護支援専門員については**名義貸し**が禁止されているにもかかわらず、自分の名義を使って**書類を偽造**していることを容認していた。

第2章：介護支援専門員の役割と ケアマネジメントプロセス

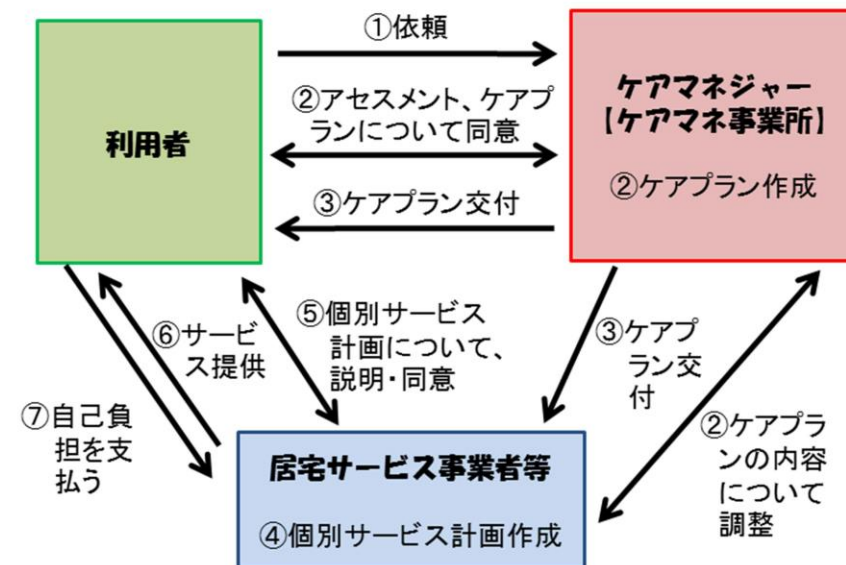
(各ケアマネジメント場面での連携)

居宅の要介護者を支援する介護支援専門員

- 居宅介護支援（要介護）と介護予防支援（要支援）

要介護者や要支援者からの相談を受け、ケアプラン（原案）を作成し、支援内容の調整を実施するとともに、支援にあたる居宅サービス事業者等との連絡調整等や、入所を要する場合の介護保険施設への紹介等を行う。

居宅における業務の流れ（イメージ）



介護支援専門員の基本姿勢

- 利用者や家族の人権尊重
→ 守秘義務や個人情報の取り扱いに対する遵守
- 利用者本位
→ 自己選択と決定を尊重
- 公正中立
→ 特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に**不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない。**

介護支援専門員の留意すべき4つの視点

①自立支援

その能力に応じた**身体的・精神的・経済的・社会的**な自立の実現

②エンパワメント（自律）

利用者の意思や意欲を引き出し、**利用者のストレングス**や**可能性**を見い出して、それを最大限に活用できる支援を行う。

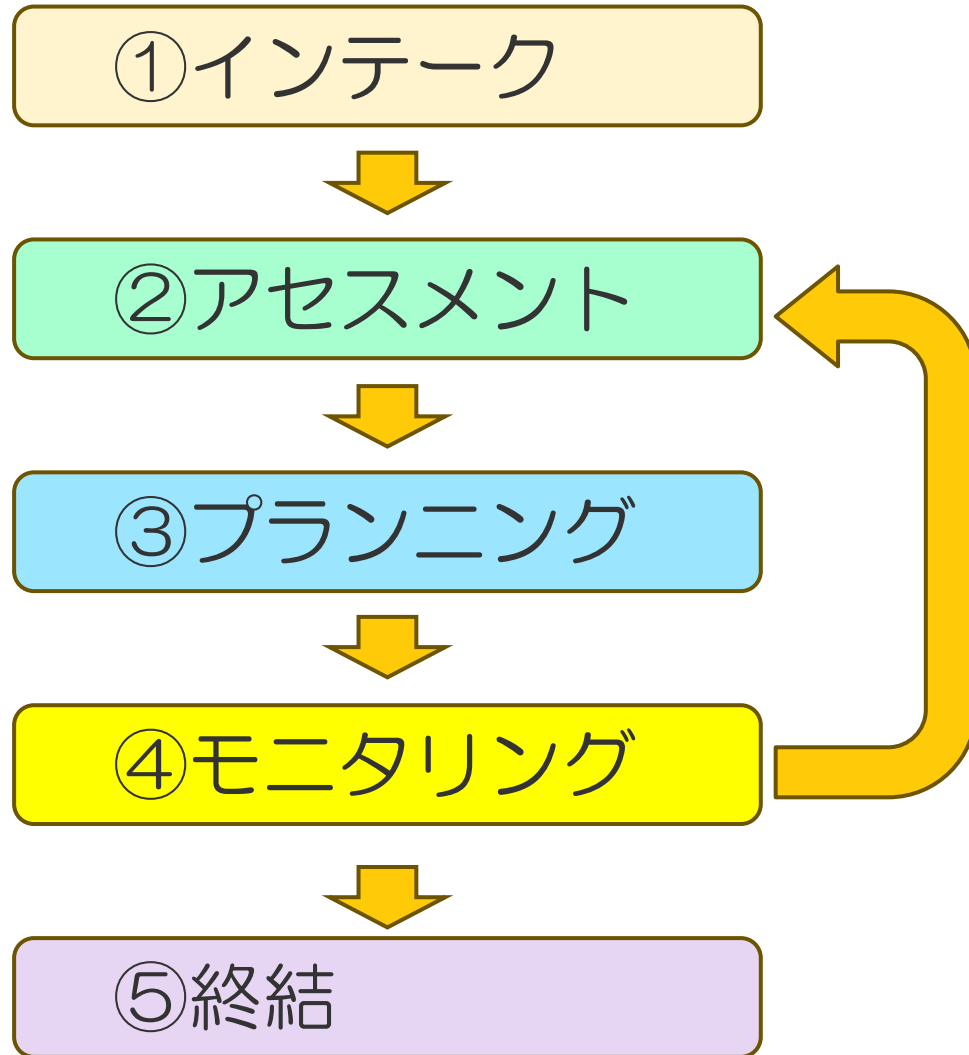
③利用者の権利の擁護

利用者が望む暮らしの実現するため、代弁機能や調整機能を発揮して**利用者の保持する権利**を擁護する。

④総合的かつ効果的な支援の提供

利用者の心身状態や環境等の改善または悪化の防止に役立つために、必要な支援を**過不足なく適切な時期**に行う。

介護保険制度でのケアマネジメントプロセス



インテークとは

原則として初回面接（支援開始前に行う情報収集と確認作業）

【インテークでの確認内容】

- 居宅介護支援の対象者になり得るのか
- 対象者に対して事業所が支援を継続的かつ効果的に実施できるのか
- 対象者は支援内容や事業所のことを理解しているのか（重要説明事項）
- 上記の事を踏まえて、対象者が支援を受ける事を同意しているか

(内容及び手続の説明及び同意)

第四条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、**あらかじめ**、利用申込者又はその家族に対し、第十八条に規定する運営規程の概要その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した**文書を交付して説明**を行い、当該提供の開始について利用申込者の**同意**を得なければならない。

第十三条の二 指定居宅介護支援の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、**理解しやすいように説明を行う**。

アセスメントとは

アセスメント（課題分析）は2つの作業で構成

- 利用者の心身の状態および置かれた環境に関する情報の収集
- 情報を基にしたニーズの抽出

第十三条

六 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、**その有する能力、既に提供を受けている指定居宅サービス等のその置かれている環境等の評価**を通じて利用者が現に抱える**問題点を明らかにし**、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で**解決すべき課題を把握**しなければならない。

七 介護支援専門員は、前号に規定する解決すべき課題の把握(以下「アセスメント」という。)に当たっては、利用者の**居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない**。この場合において、介護支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。

アセスメントにおける情報の項目

基本情報に関する項目		
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日、住所、電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報
2	これまでの生活と現在の状況	利用者の現在の生活状況、これまでの生活歴等について記載する項目
3	利用者の社会保障制度の利用情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険等）、年金の受給状況（年金種別等）、生活保護受給の有無、障害者手帳の有無など
4	現在利用している支援や社会資源の状況	現在利用している社会資源（介護保険サービス・医療保険サービス・障害福祉サービス、公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む）の状況
5	日常生活自立度（障害）	「障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）」について、現在の要介護認定を受けた際の判定の内容、介護支援専門員からみた現在の自立度
6	日常生活自立度（認知症）	「認知症高齢者の日常生活自立度」について、現在の要介護認定を受けた際の判定の内容、介護支援専門員からみた現在の自立度
7	主訴・意向	利用者や家族等の主訴や意向について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、区分支給限度額等）について記載
9	今回のアセスメントの理由	今回のアセスメントの実施に至った理由（初回、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、居宅介護支援事業所の変更等）

アセスメントにおける情報の項目

課題分析（アセスメント）に関する項目		
10	健康状態	健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況
11	ADL	寝返り、起き上がり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等
12	IADL	調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（背景要因を含む）
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等
15	生活リズム	1日及び1週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況）等
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）

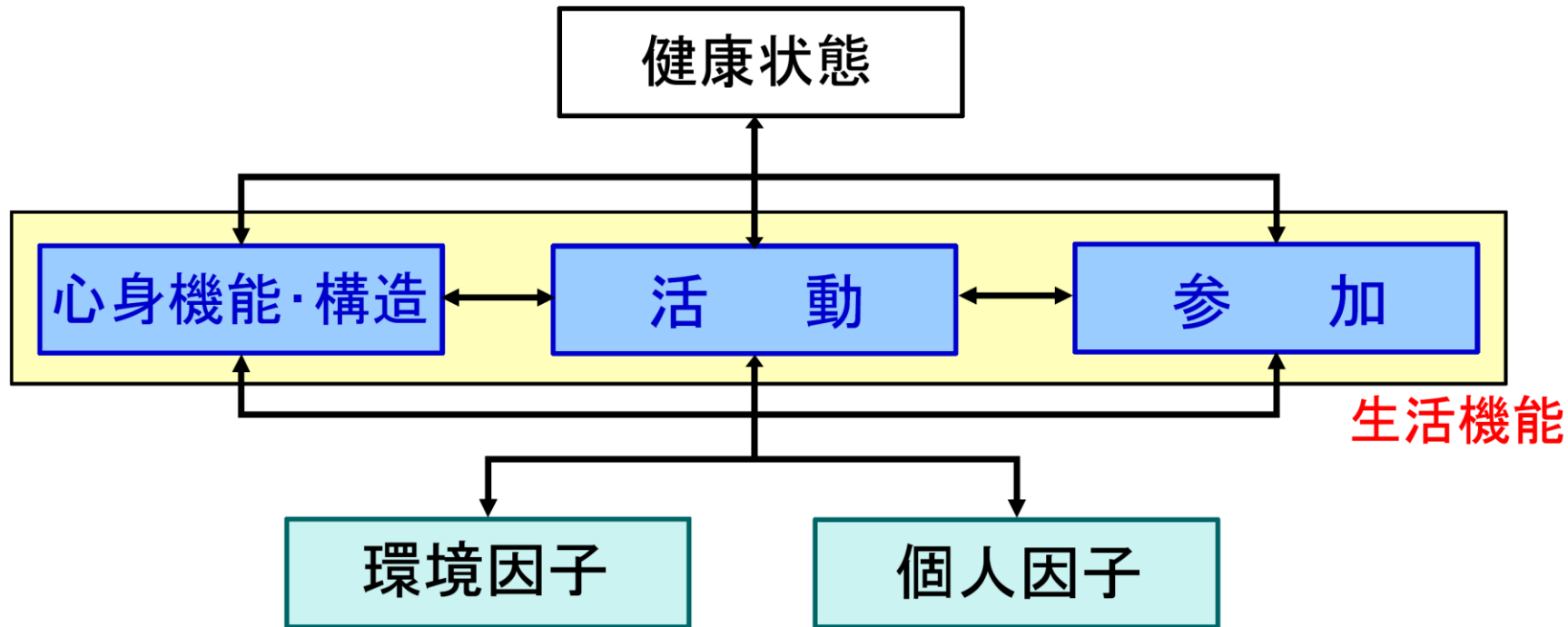
アセスメントにおける情報の項目

課題分析（アセスメント）に関する項目		
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損等）、義歯の状況（汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭、口腔乾燥、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（形態、回数、内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量、食事制限の有無
20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わり方の状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項
22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等
23	その他留意すべき事項・状況	特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項

アセスメントにおける分析の視点

① ICF（国際生活機能分類）の視点からの関係性

図 ICFの生活機能モデル



出典：社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会

©Japan Care Manager Association

アセスメントにおける分析の視点

②リアルニーズの発見

フェルトニーズ
本人が自覚しているニーズや欲求

利用者の意向

ノーマティブニーズ
専門家による価値基準や科学的判断に基づく絶対的基準との比較によって顕在化するニーズ

専門的・客観的な視点

リアルニーズ
利用者にとって実現可能な目標にむかって、取り組むべき現実的なニーズ

アセスメントにおけるニーズ抽出のポイント

①現実的で実現可能であること

→理想的、空想的ではない

②継続した取り組みが可能であること

→目標が達成されるまで継続できること

③目標が明確に示す事ができること

→抽象的であったり、曖昧な目標設定にならないこと

④達成すべき期間が想定できること

→一定の期間で達成できること（ただし継続しなければならない場合も有）

⑤利用者の状況に合わせた個別性が担保されている事

→普遍的なものではなく、利用者特有のものであること

ケアプラン（居宅サービス計画等）とは

ケアプラン作成の3つの段階

- ①アセスメント結果を踏まえて、居宅サービス計画の原案を作成
- ②利用者および家族に対する説明と同意
- ③サービス担当者会議での居宅サービス計画の確定
- ④利用者またはその家族およびサービス担当者への計画書の交付

第十三条

八 介護支援専門員は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果に基づき、利用者の家族の希望及び当該地域における指定居宅サービス等が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題に対応するための最も適切なサービスの組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供されるサービスの目標及びその達成時期、サービスの種類、内容及び利用料並びにサービスを提供する上での留意事項等を記載した**居宅サービス計画の原案**を作成しなければならない。

ケアプランの内容（第1表）

居宅サービス計画書（1）

作成年月日

年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 _____ 殿 生年月日 年 月 日 住所 _____
 居宅サービス計画作成者氏名 _____
 居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 _____
 居宅サービス計画作成（変更）日 _____ 年 月 日 初回居宅サービス計画作成日 _____ 年 月 日
 認定日 _____ 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向を踏まえた課題分析の結果	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ _____ ）

利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたと考えているのかについて意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。

その際、課題分析の結果として、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題が把握できているか確認する。そのために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者を持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。

なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、**各々の主訴を区別して記載**する。

課題分析により抽出された、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員をはじめ各種のサービス担当者が、**どのようなチームケアを行おうとするのか**、利用者及び家族を含むケアチームが確認、検討の上、総合的な援助の方針を記載する。

あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、**対応機関やその連絡先**、また、あらかじめケアチームにおいて、どのような場合を緊急事態と考えているかや、緊急時を想定した対応の方法等について記載することが望ましい。

例えば、利用者の状態が急変した場合の連携等や、将来の予測やその際のも職種との連携を含む対応方法について記載する。

ケアプランの内容（第2表）

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
	<p>利用者の自立を阻害する要因等であって、個々の解決すべき課題（ニーズ）についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する</p>									
	<p>「長期目標」は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。 「長期目標」の「期間」は、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を、いつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載する。</p>									
	<p>「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものである。 「短期目標」の「期間」は、「長期目標」の達成のために踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載する。</p>									
	<p>「短期目標」の達成に必要であって最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。 この際、できるだけ家族等による援助や必要に応じて保険給付対象外サービスも明記し、また、当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。</p>									
	<p>「期間」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する。</p>									

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

ケアプランの内容（第3表）

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 殿

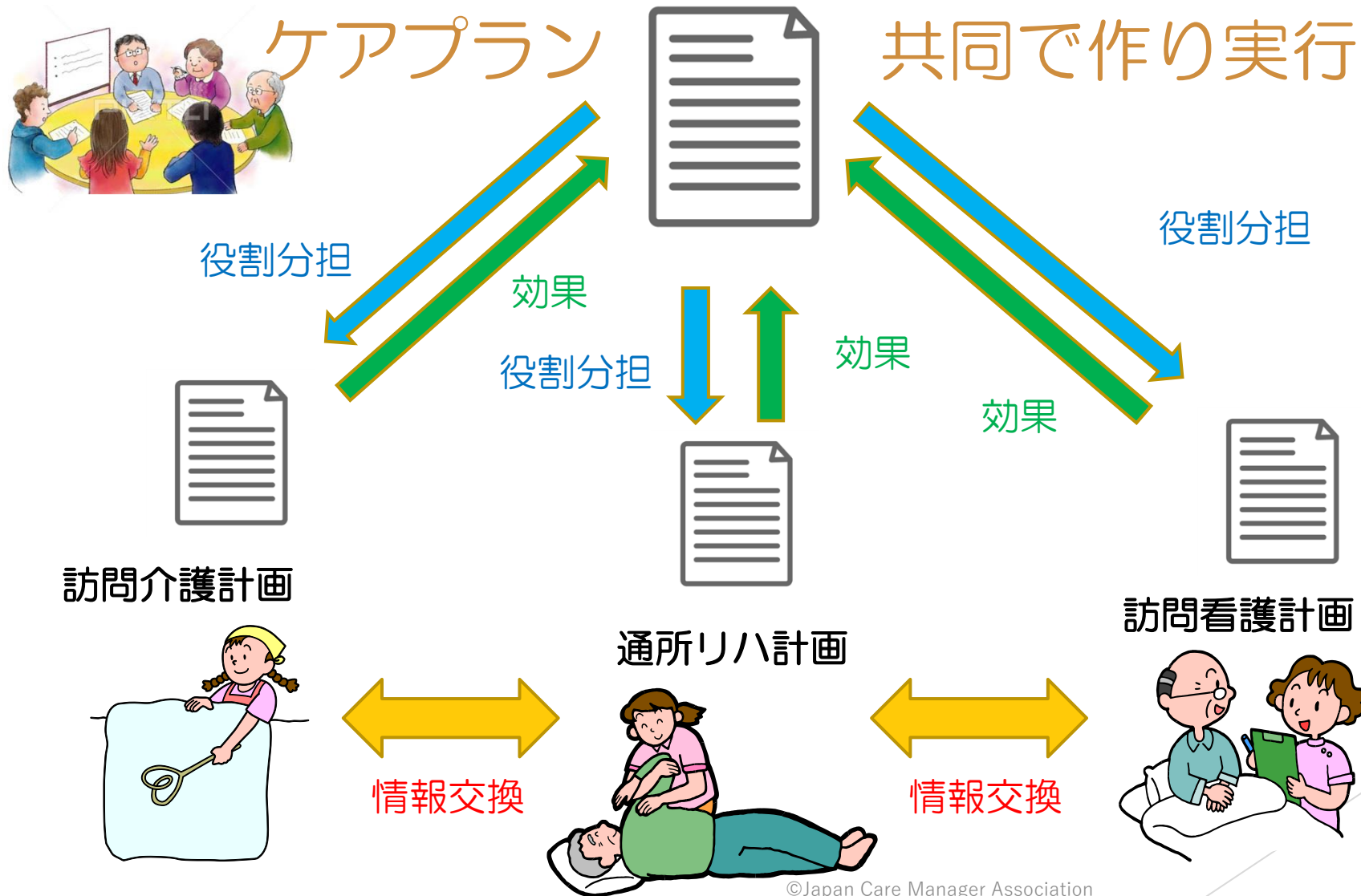
		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	0:00								
	2:00								
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								

利用者の起床や就寝、食事、排泄などの平均的な一日の過ごし方について記載する。
 例えば、食事については、朝食・昼食・夕食を記載し、その他の例として、入浴、清拭、洗面、口腔清掃、整容、更衣、水分補給、体位変換、家族の来訪や支援など、**家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れ**が見えるように記載する。

週単位以外のサービス

各月に利用する短期入所等、福祉用具、住宅改修、医療機関等への受診状況や通院状況、その他の外出や「多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービス」などを記載する。

ケアプランと個別計画の関係



居宅サービス計画書原案の説明と同意

- ①居宅サービス計画書の原案については説明義務がある。
- ②サービス担当者会議にて協議する居宅サービス計画原案については利用者の同意が必要となる。

第十三条

十 介護支援専門員は、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるかどうかを区分した上で、当該居宅サービス計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。

サービス担当者会議では

- ①利用者および家族の参加が基本
- ②サービス担当者からの専門的見地から意見を聴取
- ③各サービスを提供する事業所の役割や支援内容の確認
- ④利用者とその家族、サービス支援担当者各々の役割などの認識共有
- ⑤参加者全員の合意形成（居宅サービス計画の確定）

第十三条

九 介護支援専門員は、サービス担当者会議（略）を招集して行う会議（略）を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該居宅サービス計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師の意見を勘案して必要と認める場合その他のやむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。

居宅サービス計画書の交付

- ①利用者への交付
- ②サービスを提供する担当者（または事業所）への交付
- ③個別サービス計画の授受と確認

第十三条

十一 介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。

十二 介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問介護計画等指定居宅サービス等基準において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。

モニタリングでは

- ①月に1回居宅での訪問が原則。
- ②①のうち2か月に1回はオンラインでも可能だが制約あり
- ③利用者の満足度、サービスの実施状況や生活状況等の変化を確認
- ④③を踏まえた居宅サービス計画の修正の必要性の有無
- ⑤利用者だけではなく、サービス事業所の担当者からも聴取

第十三条

十四 介護支援専門員は、第十三号に規定する実施状況の把握に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

イ 少なくとも一月に一回、利用者に面接すること。

ロ イの規定による面接は、利用者の居宅を訪問することによって行うこと。

ハ 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。

第3章：地域包括ケアシステムと 社会資源

地域包括ケアシステムとは



出典：厚生労働省ホームページ

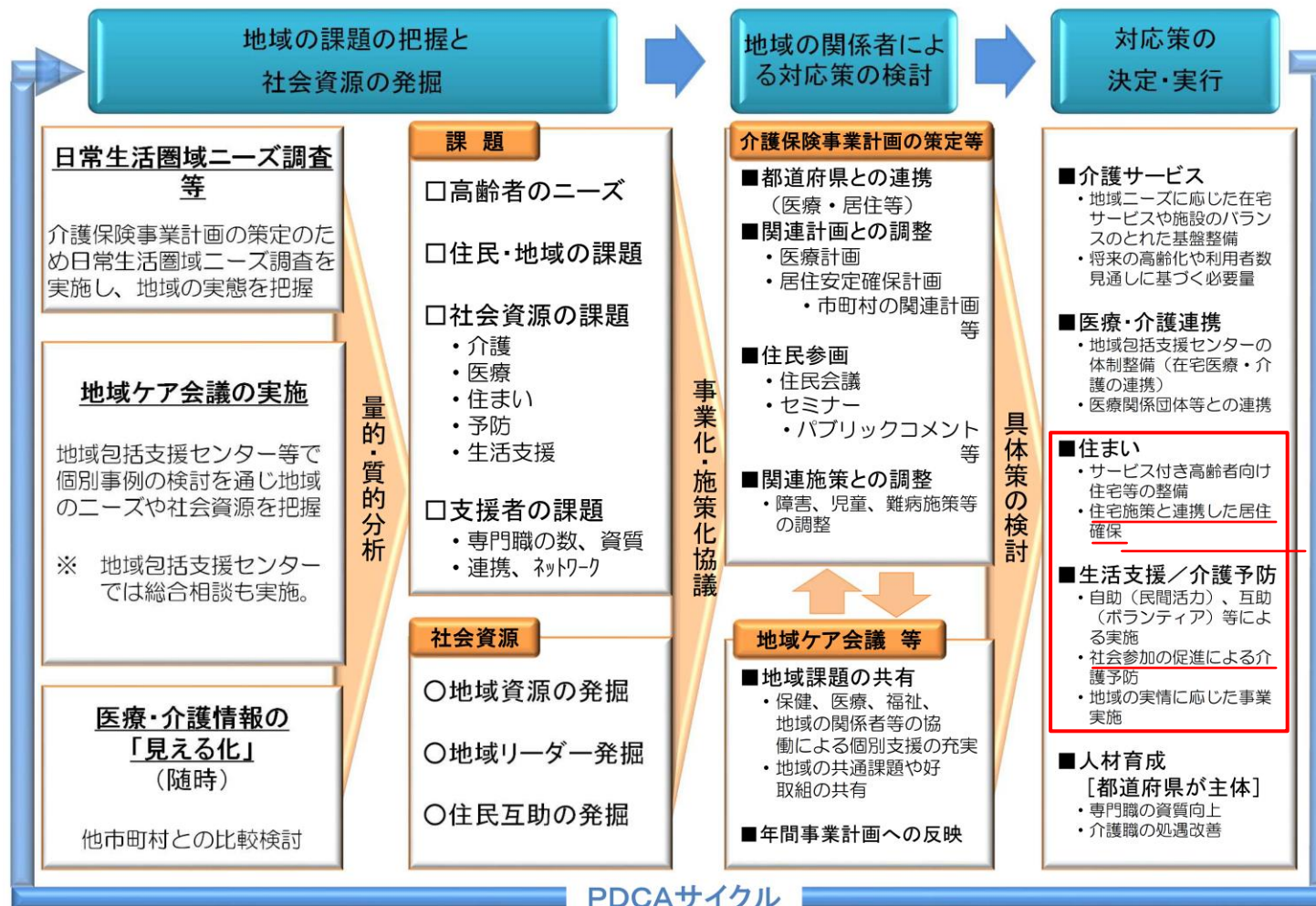
団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても**住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける**ことができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。

厚生労働省ホームページ一部抜粋

地域包括ケアシステムの構築

市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)



地域包括ケアシステムにおいて『住まい』というのは非常に重要なカテゴリーです。

第4章：まとめ

住み慣れた環境での生活の限界点を上げる

高齢者にとって住み慣れた環境を離れる事は大きなダメージ

2. 日常生活支援住居施設における支援内容について

基本的考え方

- 日常生活支援住居施設における支援は、居宅での日常生活が困難な場合に、生活の維持や向上等を図るための支援を行うものと考えられる。
- ただし、生活費にあたる生活扶助とは別に支援のための委託費を支出するものであることから、単に食事を提供するなど、本来、生活扶助で賄われる生活上の便宜を供与するだけではなく、**本人の生活課題に応じた専門的個別的支援を行う**こととしてはどうか。

※ 障害に関する支援は、障害福祉サービスにより、高齢による介護に関しては、介護保険サービス(介護扶助)により提供されるべきものであることから、日常生活支援住居施設において直接提供を行うことは想定しない。(介護等の必要があれば、それぞれ外部サービスとしてホームヘルプサービスやデイサービス等を活用)

外部サービスを効果的に使うことで施設利用の限界点を上げる

支援内容の定義

【現状と課題】

- 日常生活支援住居施設においては、本人の生活課題に応じた支援が行われることを求める観点から、**利用者ごとに個別支援計画の策定を必須**としてはどうか。
- 日常生活支援住居施設で行われる支援は、「**日常生活上の支援を行う体制を確保した上で、必要に応じて食事の提供などの日常生活上の便宜を供与するとともに、個人毎に策定する支援計画に基づいて、入居者がその能力等に応じた自立した日常生活を営むことができるよう家事等の支援、服薬等の健康管理支援、金銭管理支援、生活課題に関する相談支援、関係機関との調整その他の必要な支援を行うもの**」としてはどうか。

【個別支援計画の策定】

- ① 本人の能力、置かれている環境等、生活全般の評価等を通じて、入居者が希望する生活や課題等の把握(アセスメント)を行い、**本人の不安の解消や生活する上での意欲の向上を含め**、入居者がその能力等に応じた自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容の検討を行う。
- ② アセスメント及び支援内容の検討に基づき、入居者の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、支援を行う上での目標及びその達成時期、支援を行う上での留意事項等を記載した個別支援計画の原案を作成
※ その際に、日常生活支援住居施設以外が提供する保健医療福祉サービスとの連携も含めて計画の原案に位置づけ
- ③ 計画原案については、福祉事務所の担当ケースワーカーと協議することとする。
- ④ 計画の原案について、入居者本人に説明し、文書により同意を得た上で、計画を策定。本人にも計画を交付する。
- ⑤ 個別支援計画の実施状況の把握(モニタリング)を行うとともに、少なくとも6か月に1回は個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて計画の変更を行う。
- ⑥ 計画の見直し時に際しては、担当ケースワーカーにこれまでのモニタリングの状況を報告し、計画の見直しについて協議する。

社会福祉住居施設及び生活保護受給者の日常生活支援のあり方に関する検討会(第11回)

介護支援専門員との連携ポイント

①利用者にとっての社会資源としての存在意義を再確認

介護支援専門員にとっては施設やそこの人的支援も社会資源と認識

→サービス担当者会議への積極的参加

→居宅サービス計画への支援内容の記載

②生活情報の共有

生活に関わる情報を共有することは、連携の基本

→モニタリング時の情報提供

③役割分担の明確化（不明瞭な役割については担い手を明確に）

担うべき役割の相互理解

→担い手が不明瞭な役割については、必ず協議を

介護支援専門員の業務の考え方

業務の種類	主な事例	対応例
①法定業務	<ul style="list-style-type: none"> 利用者からの相談対応 関係機関との連絡調整 ケアプラン作成 	-
②保険外サービスとして対応しうる業務	<ul style="list-style-type: none"> 郵便・宅配便等の発送、受取 書類作成・発送 代筆・代読 救急搬送時の同乗 	<ul style="list-style-type: none"> 保険外サービスとしてケアマネジャーが対応、または他の地域資源につないで対応
③他機関につなぐべき業務	<ul style="list-style-type: none"> 部屋の片付け・ゴミ出し、買い物などの家事支援 	<ul style="list-style-type: none"> 自費サービス、NPO団体、ボランティア団体等
	<ul style="list-style-type: none"> 福祉サービスの利用や利用料支払いの手続き 預貯金の引き出しや振込 財産管理 	<ul style="list-style-type: none"> 市町村、地域包括支援センター、社会福祉協議会と連携（→日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用へとつなぐ）等
	<ul style="list-style-type: none"> 入院中・入所中の着替えや必需品の調達 	<ul style="list-style-type: none"> 病院や施設等と打合せ、体制を整える（社会福祉協議会や知人の協力を仰ぐ） 自費サービスやサポート事業者
	<ul style="list-style-type: none"> 徘徊時の搜索 	<ul style="list-style-type: none"> 家族、友人・知人、近隣住民などに搜索への協力を仰ぎ、その後の対応は警察等へつなぐ 行政、地域包括支援センター、民生委員等と連携（→見守りネットワークを構築） 介護保険の徘徊感知器等や民間のGPS
④対応困難な業務	<ul style="list-style-type: none"> 医療同意 	-

地域の関係者間で協議

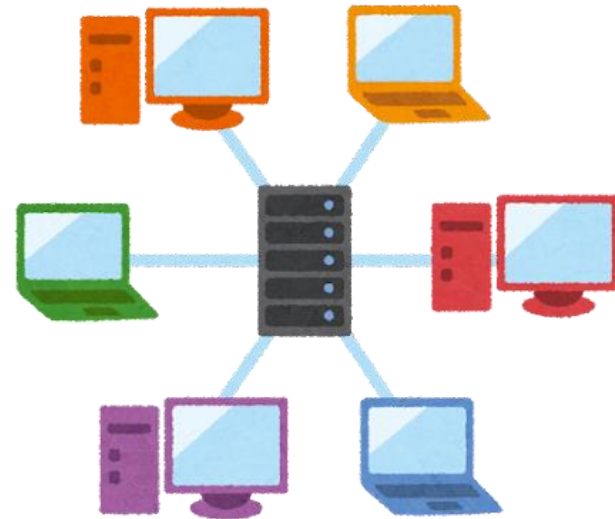
出典：第4回
ケアマネジメントに係る
諸課題に関する検討会

介護支援専門員が担うハブ機能

介護支援専門員の業務は情報を双方向で共有させる役割

- 誰が支援するのか
- どの部分を支えるのか
- いつ支えるのか
- 効果的な方法は？
- 適切なタイミングは
- いつまで支援するのか
- 具体的に何をするのか
- 利用者や家族は何を考えているのか など

これらを介護支援専門員と共有し、協働で利用者を支える。



最後に

介護支援専門員は協働できる仲間を求めています。
チームアプローチで利用者を多くのチームで支える事で
相互の負担は軽減し、利用者が住み慣れた環境で末永く生活できる。
そのような専門家チームを作ってください。



皆様のご活躍を期待しています。
ご清聴ありがとうございました。

