

介護支援専門員実務研修 2日目

第2章 自立支援のための ケアマネジメントの基本

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第1節 ケアマネジメントの成り立ちや機能の理解[60分] 【1 ケアマネジメント誕生の背景】

上巻P47

○ケアマネジメント(ケースマネジメント)の誕生

- ・ケースマネジメントの起こりはアメリカ
- ・1960年代・・・脱施設化 / 1970年代・・・地域生活支援の工夫
- ・当時の精神病院の入院患者の多くは社会的入院だったが課題が多かった
- ・退院後地域生活に移るには、安定した地域生活や病状悪化防止などの複数の課題に応じた個別の退院調整を必要とした
- ・相談窓口を統一し、個人の生活ニーズを捉え、それに応じたサービスの利用などの工夫がなされ、ワンストップのサービスによる相談援助を「ケースマネジメント」とよぶ
- ・1980年代のイギリスに伝わったケースマネジメントはケアマネジメントとも称された
- ・1990年に制定されたコミュニティケア法により、ケアマネジメントが導入され、福祉サービスの利用時にはケアマネジメントに基づいたケアプランの作成が義務づけられた
- ・イギリス、カナダ、オーストラリア、ドイツ、日本、台湾、等で活用されている。

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第1節 ケアマネジメントの成り立ちや機能の理解[60分] 【2 ケアマネジメントが求められる背景】

2. 介護保険制度におけるケアマネジメント機能

上巻P48

○利用者のニーズは個別性が高く、同時に多様性がある

- ・介護が必要な状態になっても、地域社会でその人らしく自立した日常生活を送るには、その人の生活や価値観に応じた、介護保険制度内外のさまざまな支援を総合的に活用する必要がある
- ・しかし、利用者は要介護状態にあるため、自らのおかれた状況を適切に理解し、それに即したサービスの種類、事業所、事業所ごとの特徴を調べ、的確に選んで利用し、そのサービスの給付単位を支給限度基準額の範囲に収めていくことは難しい
- ・利用者が自分らしく、自立した日常生活を送るには、個別の相談に応じ、ニーズに対応するサービス利用(継続)の手続きが必要
- ・介護保険制度では、ケアマネジメントを位置づけ、介護支援専門員が利用者の生活全般の状況を総合的に把握し、ニーズに即した最適なサービスを利用者が自ら選択し、利用できるように支援するしくみが設けられた

第1章 介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント[3時間]

第2節 ケアマネジメントの基本理念・意義[30分] 【1 利用者の尊厳の保持】

上巻P19

9. ニーズの優先

○ニーズの定義

- ・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」(支援すべき総合的な課題:要支援の場合)

○ニーズの活用場面

- ・ケアプラン作成時:課題をアセスメントの形で把握し、利用者とその家族の意向を反映したケアプラン原案の作成
- ・ケアマネジメント実施時:常に利用者のニーズを優先したケアマネジメントを行う

「主訴」と「ニーズ」の違いとは？

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第1節 ケアマネジメントの成り立ちや機能の理解[60分] 【3 ケアマネジメントに求められる多様な機能】

上巻P49

1. 相談援助を通じたアセスメントとニーズの形成

○ケアマネジメントにおける相談援助

- ・ケアマネジメントで最初に行うことは**相談援助(コミュニケーション)**
- ・相談内容はきわめてプライベートなことを含むため、多くの場合は秘密にしたい内容である。介護支援専門員だからといって何でも話してもらえるというわけではない
- ・利用者からの信頼の度合いにより開示してもらえる情報量は異なる
- ・アセスメントは、利用者と介護支援専門員との両者の協力によって成り立つ

○介護支援専門員と利用者(家族)との相談援助における関係性

- ・利用者は、介護支援専門員からの問いかけにより、自分がおかれた状況を改めて見つめ、言語化することにより認識していくプロセスとなる

○両者によってニーズ形成していく

- ・このような共同作業は信頼関係があればこそ可能となる

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第1節 ケアマネジメントの成り立ちや機能の理解[60分] 【3 ケアマネジメントに求められる多様な機能】

上巻P50

3. モニタリングと評価

○ケアプランに基づいてサービスが展開されると同時にモニタリングは開始される

***モニタリングの視点 / *モニタリングの情報源**

○再アセスメント

○サービス担当者への改善連絡

○相談援助の質(ケアプラン内容)とチーム(多職種)が提供したサービスの質の評価

○設定した目標の変更やサービスの終結が妥当であるかの判断

○介護保険サービスの提供終結後の状況の確認

○ケアマネジメントには始まりと終結があるが、その間は相談援助が一貫して行われる

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第1節 ケアマネジメントの成り立ちや機能の理解[60分] 【3 ケアマネジメントに求められる多様な機能】

上巻P50

2. エンパワメントに向けた社会資源の編成とソーシャルネットワーク

○エンパワメントと課題解決を目指したその利用者にとっての社会資源のチーム編成

- ・個別援助に基づくニーズ形成後の作業
- ・社会資源の種類は、介護保険や医療保険のサービスはもとより、他法他制度、社会保障制度以外のインフォーマルサポート(金融機関、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、スポーツセンター等)など、利用者のこれまでの生活範囲や生活状況により異なる
- ・近隣や友人・知人とのつながりも含めたチームを編成する
- ・介護支援専門員は利用者の自立支援に向けて協働するチームを編成し、目標とそれぞれの役割を明確化したうえで、どのような時に何を情報共有すべきかなどを明示する
- ・明示の方法はケアプランを用いて、サービス担当者を招集する会議等により共有される

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第1節 ケアマネジメントの成り立ちや機能の理解[60分] 【3 ケアマネジメントに求められる多様な機能】

上巻P51

4. 社会保険制度におけるコスト管理・財源調整等

○介護保険の給付に関する考え方(法第2条第2項、第3項および第4項)

- ・ケアプランは自立支援に向けた介護の計画であるとともに、保険給付に直結している
- ・一つひとつのケアプランの額は小さいもののように感じる
- ・しかし、全国の要支援・要介護の総体となると莫大な金額となる
- ・それはわが国の介護保険のコスト、財源調整につながっている

○介護保険の財源は保険料と税金等の公費

- ・介護支援専門員は、コスト管理・財源調整の観点も持つ必要がある
- ・目の前の利用者だけでなく、保険料を抛出し、納税しながらもサービスを利用していない多くの被保険者の立場も理解する配慮が求められる

○その為には、法の理念である尊厳の保持、自立支援を目指した効率的かつ効果的なケアマネジメントを行うこと、その技術を高める必要があります。

介護保険法

第2条(介護保険)

1 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態に関し、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 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。

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第1節 ケアマネジメントの成り立ちや機能の理解[60分] 【4 ケアマネジメントと介護支援専門員の役割】

○個別支援を行う際、生活ニーズに即した選択肢を提示できない場合もある

- ・その地域に必要なサービスがない
- ・サービスはあっても量が不足している

○個別支援の連絡調整はその地域の社会資源の充足状況を把握すること

- ・その地域に社会資源が不足している場合にははたらきかけが必要となる
- ・個別支援と地域支援は不可分の関係にある

○個別支援を行う狭義の、地域支援を指す広義のケアマネジメントがある

- ・介護支援専門員が行う地域支援とは、個別支援を行う過程で把握した地域課題について、社会資源開発のためのアドボカシー、社会資源の改善や開発、既存の資源のネットワーク等を行うこと
- ・介護保険法では、地域ケア会議の構成員として介護支援専門員を位置づけ
- ・運営基準では、指定居宅介護支援事業者に対し、地域ケア会議に協力する努力義務が規定されている(第 13 条第 27 号)

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第1節 ケアマネジメントの成り立ちや機能の理解[60分] 【4 ケアマネジメントと介護支援専門員の役割】

○個別支援を行う狭義の、地域支援を指す広義のケアマネジメントがある

・主任介護支援専門員研修

基本的な考え方として、「地域包括ケアシステムを構築していくために必要な情報の収集・発信、事業所・職種間の調整を行うことにより地域課題を把握し、地域に必要な社会資源の開発やネットワークの構築など、個別支援を通じた地域づくりを行うことができる者を養成するための研修」と明記。

○介護保険制度におけるケアマネジメント機能

- ・制度施行当初は個別支援だけのケアマネジメント
- ・現在は地域支援までを行う包括モデルに発展
- ・地域支援を行うことで個別支援を可能とする相互関連があるため

○ケアマネジメントの中核的実行者である介護支援専門員は、介護保険制度におけるケアマネジメントの機能を理解し、個別支援と地域支援の両方を射程に据えた実践が求められている

憲法	法律	政令	省令	告示	通知・通達
国会	国会	内閣	厚生労働大臣	厚生労働大臣	局長・課長
	介護保険法	介護保険法施行令	介護保険法施行規則、人員運営基準など	報酬告示 算定基準 施設基準	介護保険最新情報 解釈通知
		介護支援専門員の試験要綱 介護認定審査会運営方法など	介護支援専門員登録、研修内容など 被保険者資格の届け出など		老企第22号 老企第29号 老企第36号
大枠				詳細	法令ではない
				法令ではない	法令ではない

介護保険法

第八条24 この法律において「**居宅介護支援**」とは、居宅要介護者が第四十一条第一項に規定する**指定居宅サービス**又は特例居宅介護サービス費に係る居宅サービス若しくはこれに相当するサービス、第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービス又は特例地域密着型介護サービス費に係る地域密着型サービス若しくはこれに相当するサービス及びその他の**居宅において日常生活を営むために必要な保健医療サービス又は福祉サービス**(以下この項において「指定居宅サービス等」という。)の適切な利用等を行うことができるよう、当該居宅要介護者の依頼を受けて、その心身の状況、その置かれている環境、当該居宅要介護者及びその家族の希望等を勘案し、利用する指定居宅サービス等の種類及び内容、これを担当する者その他厚生労働省令で定める事項を定めた計画(以下この項、第百十五条の四十五第二項第三号及び別表において「**居宅サービス計画**」という。)を作成するとともに、当該居宅サービス計画に基づく指定居宅サービス等の提供が確保されるよう、第四十一条第一項に規定する**指定居宅サービス事業者**、第四十二条の二第一項に規定する指定地域密着型サービス事業者その他の者との連絡調整その他の便宜の提供を行い、並びに当該居宅要介護者が地域密着型介護老人福祉施設又は**介護保険施設への入所を要する場合にあっては、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設への紹介**その他の便宜の提供を行うことをいい、「**居宅介護支援事業**」とは、居宅介護支援を行う事業をいう。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について(老企第22号)
(各都道府県介護保険主管部(局)長あて厚生省老人保健福祉局企画課長通知)

(2) 管理者 指定居宅介護支援事業所に置くべき管理者は、主任介護支援専門員であって、専ら管理者の職務に従事する常勤の者でなければならないが、当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の職務に従事する場合及び管理者が同一敷地内にある他の事業所の職務に従事する場合は必ずしも専ら管理者の職務に従事する常勤の者でなくても差し支えないこととされている。この場合、同一敷地内にある他の事業所とは、必ずしも指定居宅サービス事業を行う事業所に限るものではなく、例えば、介護保険施設、病院、診療所、薬局等の業務に従事する場合も、当該指定居宅介護支援事業所の管理に支障がない限り認められるものである。指定居宅介護支援事業所の管理者は、指定居宅介護支援事業所の営業時間中は、常に利用者からの利用申込等に対応できる体制を整えている必要があるものであり、管理者が介護支援専門員を兼務して、その業務上の必要性から当該事業所に不在となる場合であっても、その他の従業者等を通じ、利用者が適切に管理者に連絡が取れる体制としておく必要がある。また、例えば、訪問系サービスの事業所において訪問サービスそのものに従事する従業者との兼務は一般的には管理者の業務に支障があると考えられるが、訪問サービスに従事する勤務時間が限られている職員の場合には、支障がないと認められる場合もありうる。また、併設する業所に原則として常駐する老人介護支援センターの職員、訪問介護、訪問看護等の管理者等との兼務は可能と考えられる。なお、介護保険施設の常勤専従の介護支援専門員との兼務は認められないものである。 **なお、令和9年3月31日までの間は、令和3年3月31日時点で主任介護支援専門員でない者が管理者である居宅介護支援事業所については、当該管理者が管理者である限り、管理者を主任介護支援専門員とする要件の適用を猶予することとしているが、指定居宅介護支援事業所における業務管理や人材育成の取組を促進する観点から、経過措置期間の終了を待たず、管理者として主任介護支援専門員を配置することが望ましい。**

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

(管理者)

第三条 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援事業所ごとに常勤の管理者を置かなければならない。

2 前項に規定する**管理者は**、介護保険法施行規則(平成十一年厚生省令第三十六号)第四百四十条の六十六第一号イ(3)に規定する**主任介護支援専門員**(以下この項において「主任介護支援専門員」という。)でなければならない。ただし、主任介護支援専門員の確保が著しく困難である等やむを得ない理由がある場合については、介護支援専門員(主任介護支援専門員を除く。)を前項に規定する管理者とすることができる。

3 第一項に規定する管理者は、専らその職務に従事する者でなければならない。ただし、次に掲げる場合は、この限りでない。

一 管理者がその管理する指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員の職務に従事する場合

二 管理者が他の事業所の職務に従事する場合(その管理する指定居宅介護支援事業所の管理に支障がない場合に限る。)



厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

[ホーム](#)

[Google カスタム検索](#)

[▼ 本文へ](#)

[▶ お問い合わせ窓口](#)

[▶ よくある御質問](#)

[▶ サイトマップ](#)

[▶ 国民参加の場](#)

テーマ別に探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

統計情報・白書

所管の法令等

申請・募集・情報公開

[ホーム](#) > [政策について](#) > [分野別の政策一覧](#) > [福祉・介護](#) > [介護・高齢者福祉](#) > [介護・高齢者福祉分野のトピックス](#) > [介護保険最新情報掲載ページ](#)

介護保険最新情報掲載ページ

○介護保険最新情報の掲載一覧

令和3年1月1日以降に発出された介護保険最新情報を下記に掲載いたします。

※令和2年12月31日までに発出された介護保険最新情報については、「[「WAM.NET（独立行政法人福祉医療機構HPI）」](#)をご参照ください。

○PDF 介護保険最新情報Vol.1343（介護サービス事業所・施設等への支援に関する「重点支援地方交付金」等の更なる活用について（食材料費への対応））[130KB] 

（令和6年12月26日厚生労働省老健局総務課、介護保険計画課、高齢者支援課、認知症施策・地域介護推進課、老人保健課事務連絡）

○PDF 介護保険最新情報Vol.1342（「介護サービス事業者経営情報の報告等に関するQ & A（Vol.3）」の発出について）[156KB] 

（令和6年12月25日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課事務連絡）

○PDF 介護保険最新情報Vol.1341（「介護現場における生産性向上推進フォーラム」の開催について）[2.0MB] 

（令和6年12月24日厚生労働省老健局高齢者支援課事務連絡）

○PDF 介護保険最新情報Vol.1340（科学的介護情報システム（LIFE）研修会の周知について）[280KB] 

（令和6年12月22日厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）

政策について

分野別の政策一覧

健康・医療

福祉・介護

障害者福祉

生活保護・福祉一般

介護・高齢者福祉

雇用・労働

年金

他分野の取り組み

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室） 御 中
← 厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課

介護保険最新情報

今回の内容

「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について
計50枚（本紙を除く）

Vol.958
令和3年3月31日
厚生労働省老健局

認知症施策・地域介護推進課

【貴関係諸団体に速やかに送信いただきますようお願いいたします。】

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線3936）
FAX：03-3503-7894

老健発0331第6号
令和3年3月31日

新道府県
各 指定都市 介護保険主管部（局）長 殿
中 核 市

厚生労働省老健局
認知症施策・地域介護推進課長
（公 印 省 略）

「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について

今後、別添のとおり「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成11年11月12日老健発第29号）について、以下のとおり一部改正いたしますので、各都道府県におかれましては、趣旨をご理解の上、管内市区町村、関係団体、関係機関に周知徹底をお願いいたします。

記

1 居宅サービス計画書標準様式及び記載要項（別紙1）
標記別添については、本通知の別添1のとおり改正する。

2 介護サービス計画書の様式について（別紙3）
標記別添については、本通知の別添2のとおり改正する。

ケアマネ担当課 老健局企画課
↓
老健局振興課
↓
老健局認知症施策・地域介護推進課

©Okayama Care Manager Association

17

第1章 介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント【3時間】

第3節 介護保険制度におけるケアマネジメント【50分】 【1 居宅介護支援等の定義と実施事項】

上巻P24

2. 運営基準

○国が定めた運営基準がそのまま適用されるのではない

- ・地方分権改革の関係から、**居宅介護支援**、介護予防支援および介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の場合は市町村が定める運営基準等
- ・施設におけるケアマネジメントの場合は都道府県が定める運営基準等
- ・事業者にとって運営基準の遵守は法的な義務である
- ・運営基準違反の場合には、その是正のための勧告、命令、指定の取り消し等のペナルティの対象になる

6 指定居宅介護支援の具体的取扱方針（基準条例第16条・予防条例第33条）

（1）介護支援専門員による居宅サービス計画の作成（基準条例第16条第1号・予防条例第33条第1号）

【×】指定居宅介護支援の主要な業務（アセスメント、居宅サービス計画の作成、サービス担当者会議の開催、モニタリング）を介護支援専門員以外の者が行っている。

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本【6時間】

第2節 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準に基づく介護支援専門員の責務・業務【30分】 【1 指定居宅介護支援の基本方針】

上巻P55

1. 指定居宅介護支援の基本方針

○運営基準（支援）の第1条の2（基本指針）には、**居宅介護支援はいかなる理念と目的をもち、誰に対し何に留意して実行すべきかが記されている**

- ・ケアマネジメントの特徴、要介護高齢者に対する介護保険の責務等が組み込まれている非常に重要な条文なため、介護支援専門員になる人は、必ず自分で直接本文を読んで確認し、認識が薄れたり誤った理解に基づく行動とならないよう定期的に確認すること

○第1条の2第1項および第2項は、介護保険法第2条と似ているが、読み比べどのよう異なるのかを理解する

○運営基準（支援）には、より具体的なことが書かれており、例えば、利用者の意思、人格を尊重し、常に利用者の立場に立つこと、利用者に提供されるサービスが特定の種類や事業者に不当に偏らないよう、公正中立でなければならないことなどが示されている

介護保険法

第2条（介護保険）

第1項 **介護保険は**、被保険者の要介護状態又は要支援状態に関し、必要な保険給付を行うものとする。

第2項 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。

第3項 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。

第4項 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。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準

第1条の2（運営の方針）

第1項 指定**居宅介護支援の事業は**、要介護状態となった場合においても、その利用者が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して行われるものでなければならない。

第2項 **指定居宅介護支援の事業は**、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、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るものでなければならない。

©Okayama Care Manager Association

20

第2節 ケアマネジメントの基本概念・意義[30分] 【1 利用者の尊厳の保持】

上巻P18

5. 公平性・中立性の確保

○公平・中立の意味

- ・公平・・・等しいものは等しく(不等になるものは不等に)
- ・中立・・・対立する場合のどちらにも与しない

○介護保険制度における公平・中立

- ・運営基準(支援)の基本方針(第1条の2第3項)
- ・指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効率的な支援の方法に関する基準(省令第37号)

※サービス等が特定の種類または特定の事業者等に不当に偏することのないよう公正中立に行われなければならない(運営基準の基本方針第1条の2第3項)

ケアマネジャーの公正・中立性の確保について

- 制度改正や報酬改定等により、ケアマネジャーの公正・中立性を確保するための対策を講じてきた。

介護保険制度改正

【平成17年介護保険制度改正】

- 更新制(5年)を導入。 ○ 主任ケアマネジャーを導入。 ○ 居宅介護支援事業所の管理者をケアマネジャーに限定。
- ケアマネジャー1人当たりの標準担当件数を「50件」から「35件」へ変更。

介護報酬改定

【平成18年度報酬改定】

- 特定事業所集中減算の創設: 正当な理由なく、特定の事業所に偏るケアプランを作成した場合は減算。
- 特定事業所加算の創設: 中重度者や支援困難ケースへの積極的な対応を行ったり、専門性の高い人材を確保するなど、質の高いケアマネジメントを実施している事業所に対して加算を実施。

【平成21年度報酬改定】

- 特定事業所加算をより取得しやすくするため、特定事業所加算Ⅱを創設。

【平成24年度報酬改定】

- 質の高いケアマネジメントを推進していく観点から、加算の取得要件を見直す。(特定事業所加算Ⅱの要件の追加)
 - ・介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。
 - ・地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合においても、居宅介護支援を提供していること。

【平成27年度報酬改定】

- 特定事業所加算の要件に、人員配置の強化や人材育成への協力体制整備を追加。特定事業所加算Ⅲを創設。
- 特定事業所集中減算の判定対象を、全てのサービスに拡大。集中割合を90%から80%超に引き下げ。

その他

【介護給付適正化事業(ケアプラン点検)の実施】

- 不適正な報酬算定等の発見、ケアプランの質の向上等のために、各保険者において、介護給付費適正化事業としてケアプランの点検を実施(実施保険者の割合 平成22年度:64.7% → 平成23年度:61.0% → 平成24年度:63.0%)
- 実施した保険者の14.9%は過誤申立てにつながったと回答。

介護保険法

第69条の34(介護支援専門員の義務)

1 介護支援専門員は、その相当する要介護者等の人格を尊重し、常に当該要介護者等の立場に立って、当該要介護者等に提供される居宅サービス、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が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くてはならない。

©Okayama Care Manager Association

居宅介護支援 公正中立なケアマネジメントの確保(契約時の説明等)

概要

ア 契約時の説明等

利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であることや当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額する。

なお、例えば、集合住宅居住者において、特定の事業者のサービス利用が入居条件とされ、利用者の意思、アセスメント等を勘案せずに、利用者にとって適切なケアプランの作成が行われていない実態があるとの指摘も踏まえ、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の居宅サービス事業所のみをケアプランに位置付けることは適切ではないことを明確化する。【通知改正】

単位数

平成30年(2018年)改正

運営基準減算	＜現行＞ 所定単位数の50/100に相当する単位数	⇒	＜改定後＞ 変更なし
--------	------------------------------	---	---------------

算定要件等

○ 以下の要件を追加する。
利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、
・複数の事業所の紹介を求めることが可能であること
・当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であること
の説明を行わなかった場合。

©Okayama Care Manager Association

©Okayama Care Manager Association

概要

令和3年度改定

○ ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、事業所に、以下について、利用者に説明を行うとともに、介護サービス情報公表制度において公表することを求める。【省令改正】

・前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合

・前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合



居宅介護支援事業所の運営基準減算

- ・ 居宅介護支援の提供開始の際、利用者にあらかじめ「複数のサービス事業者等を紹介できること」、「居宅サービス計画に位置付けたサービス事業者等の選定理由」、「前6月間の居宅サービス計画における訪問介護や通所介護等のサービスが位置付けられたそれぞれのサービスの割合」、「前6月間の居宅サービス計画における訪問介護や通所介護等の回数のうち、同一のサービス事業者によって提供されている割合」について **文書を交付して説明を行っていない場合。**
- ・ 居宅サービス計画の新規作成・変更のための **アセスメントにあたり**、介護支援専門員が **利用者の居宅を訪問し、利用者とその家族に面接をしていない場合。**
- ・ 居宅サービス計画の **新規作成・変更にあたり**、介護支援専門員が **サービス担当者会議を開催していない場合。**
- ・ 居宅サービス計画の **新規作成・変更にあたり**、介護支援専門員が居宅サービス計画の原案の内容について、利用者またはその家族に説明し、利用者からの同意を得た上で、**居宅サービス計画を利用者と担当者に交付していない場合。**
- ・ 居宅サービス計画作成後、モニタリングにあたり、介護支援専門員が **1月に1回、利用者の居宅を訪問して利用者に面接をしていない場合。**
- ・ 居宅サービス計画作成後、**モニタリングにあたり**、介護支援専門員が **モニタリングの結果を記録していない状態が1月以上継続する場合。**

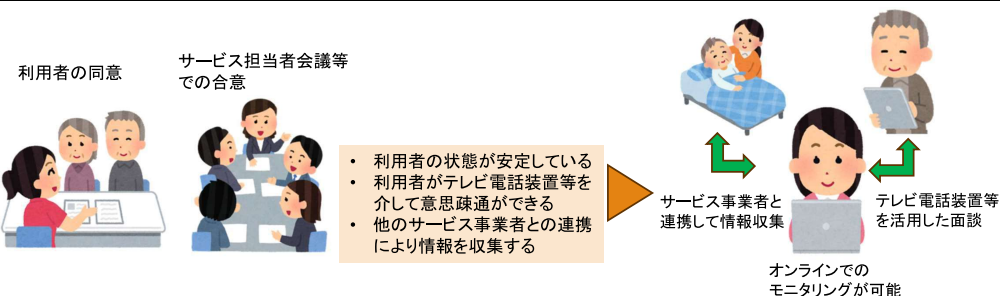
他のサービス事業所との連携によるモニタリング

概要

○ 人材の有効活用及び指定居宅サービス事業者等との連携促進によるケアマネジメントの質の向上の観点から、以下の要件を設けた上で、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリングを可能とする見直しを行う。

【省令改正】

- ア 利用者の同意を得ること。
- イ サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について **主治医、担当者その他の関係者の合意を得ていること。**
- 利用者の状態が安定していること。
 - 利用者がテレビ電話装置等を介して意思疎通ができること(家族のサポートがある場合も含む)。
 - テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報を収集すること。
- ウ 少なくとも2月に1回(介護予防支援の場合は6月に1回)は利用者の居宅を訪問すること。



オンラインを活用したモニタリングの実施プロセス



- ・ オンラインを活用したモニタリングが実施可能な利用者の検討
- ・ 対象となる利用者の同意
- ・ サービス担当者会議等での協議
- ・ サービス事業所への協力依頼

- ・ 実施方法の確認(使用するICT機器、通話アプリケーション等)
- ・ 日程調整
- ・ サービス事業所との情報連携

- ・ オンラインを活用したモニタリングの実施

- ・ オンラインを活用したモニタリングに問題がなかったか確認
- ・ オンラインを活用したモニタリングの記録

対象者の
選定

- ・オンラインを活用したモニタリングが実施可能な利用者の検討
- ・対象となる利用者の同意
- ・サービス担当者会議等での協議
- ・サービス事業所への協力依頼

利用者との合意	◆ 文書による同意を得る
主治医やサービス事業所等の合意	◆ 支援経過記録やサービス担当者会議の要点等に同意が得られたことを記載する
サービス事業所等との情報連携	◆ 情報連携シート等、サービス事業所と介護支援専門員の相互の情報交換の内容を記録する

【オンラインモニタリングの前提】

介護支援専門員によるモニタリングは訪問により実施されることが原則です。

オンラインを活用したモニタリングの実施にあたっては、以下に留意ください。

- ① オンラインを活用したモニタリングが実施可能な利用者であること(利用者の心身の状況が安定している、オンラインを活用して意思疎通できる等)
- ② 利用者の同意を得ること
- ③ サービス担当者会議等において、主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ること
- ④ サービス事業所の担当者と連携して情報収集を行うこと
- ⑤ 少なくとも2月に1回、介護予防支援の場合は6月に1回、利用者の居宅へ訪問すること
また、オンラインの活用によって得られる情報と得られない情報をよく理解し、予めオンラインを活用したモニタリングの課題を認識しておきましょう。

令和6年3月発行 株式会社三菱総合研究所 居宅介護支援・介護予防支援におけるオンラインを活用したモニタリングポイント集より引用及び一部改変

©Okayama Care Manager Association

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第2節 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準に基づく介護支援専門員の責務・業務[30分] 【1 指定居宅介護支援の基本方針】

上巻P55

2. 人員基準

○運営基準(支援)の第2章には人員に関する基準が定められてる

・人員配置は、利用者へのケアマネジメントサービスの質を保つために不可欠

・人員配置とは、従業員である介護支援専門員の員数と管理者の要件を示す

・利用者の数が35またはその端数を増すごとに1人の介護支援専門員を増やさなければ
ならない

・近年の人口減少に伴う人手不足やICTの活用による業務効率化を考慮し、報酬改定に
より人員配置と報酬の関係に変化が生じている

・実際に運営する際には、運営基準(支援)と「指定居宅介護支援に要する費用の額の算
定に関する基準」の両方を確認する

例) 情報連携シートの活用 実際の記載内容については、参考としてご紹介します。

1. 基本情報

参考事例 90 代 女性 要介護 3 視覚・聴覚に大きな問題なく、意思疎通可能
息子・娘との2世代世帯(同居家族による自宅介護)
本人はテレビ電話装置等の ICT 機器を使用できないが、家族の同席が可能

1日色のセルは
居宅介護支援事業所が記入してください
記入例は赤字で示しています

1オレンジ色のセルは
サービス事業所が記入ください
記入例は赤字で示しています

	居宅介護支援事業所	サービス事業所
フリガナ	カ イ シ ェ ン	・利用者を別添共有できる場合、 利用者は記入不要
事業所名	●●居宅介護支援事業所	■■訪問看護ステーション
記載者名	×× ××	△△ △△
記載者役職	介護支援専門員	看護師
記載日	〇〇月〇〇日	〇〇月〇〇日

2. ケアの実施状況・目標の達成状況(本項目はサービス事業所が記入ください)

ケアの実施状況(具体的内容、ケアプラン通りに実施されているか、サービスの内容が適切か等)	バイタル測定、疼痛の確認、全身状態の観察(皮膚、排泄、睡眠、体調など)、食事・水分摂取量の確認、指導、清潔保持、内服確認、会話を通じた認知機能の観察、こ家族のメンタルケア
目標の内容	ADLの維持
目標達成状況と状況	達成 一部達成 未達成 達成 一部達成 未達成
ケアの評価と観察	継続 見直し 中止

● 毎月の報告書としても活用いただけるよう、ケアの内容や目標などを記載いただけます

3. ケアマネジメントとサービス事業所の情報連携

サービス事業所に確認してほしい項目(該当する項目をすべてチェック)

☐利用しているサービス事業所の状況(満足度等) ☒利用者の変化 ☐利用者の家族の要望 ☒家族の状況変化
☒サービスの適正度 ☐新しい生活リズム ☐居宅サービス計画・個別援助計画変更の必要性 ☒健康状態
☐ADL ☐IADL ☐認知機能や判断 ☐コミュニケーションにおける理解と表出の状況
☐生活リズム ☐排泄の状況 ☐清潔の保持に関する状況 ☐居宅の状況 ☐食事摂取の状況
☐社会との関わり ☐家族等の状況 ☐居住環境 ☐その他留意すべき事項・状況

情報収集の観点	確認した事項(※介護支援専門員から依頼があった項目の他、変化や課題があった項目にはコメント記入ください)	具体的な内容
体調面に変化がないか、 両足の浮腫の状況等。	あり/なし	両足の浮腫はあるが軽減傾向。
同居の家族との関係性 に変化はないか。	あり/なし	問題なく、関係性良好。
支援内容について問題 なく実施できているか。	あり/なし	現在のサービスで生活状況は安定している。
圧迫骨折後の要の痛み 等はないか。	あり/なし	腫痛の訴え減。
	あり/なし	食形態によって食べにくいものがあるようです。

特に確認したい事項・情報共有事項、総括

浮腫や圧迫骨折後の疼痛について、状況の変化があれば報告ください。
現時点では、症状落ち着いており、安定して過ごされています。

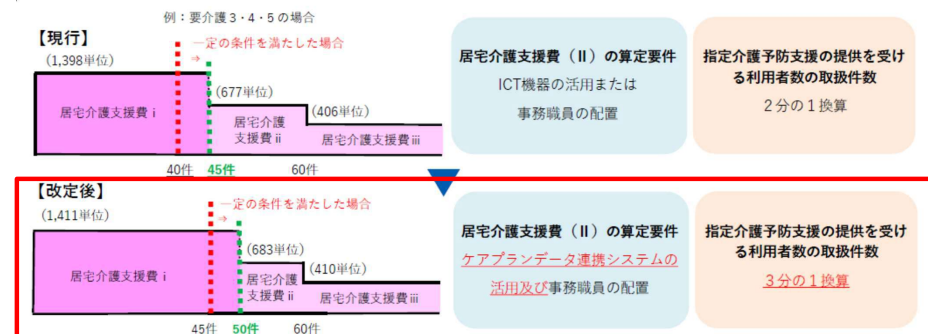
● 全ての項目について情報提供を依頼するのではなく、介護支援専門員が依頼したい項目を選択し、サービス事業所へ情報連携を依頼しましょう
● また、必要時にはサービス事業所からも依頼項目以外の情報を得るように、相互に情報交換することが望まれます

©Okayama Care Manager Association

介護支援専門員1人当たりの取扱件数(報酬)

概要 【居宅介護支援】

○ 居宅介護支援事業所を取り巻く環境の変化を踏まえ、ケアマネジメントの質を確保しつつ、業務効率化を進め人材を有効活用するため、居宅介護支援費について、以下の見直しを行う。【告示改正】
ア居宅介護支援費(Ⅰ)(ⅰ)の取扱件数について、現行の「40未満」を「45未満」に改めるとともに、居宅介護支援費(Ⅰ)(ⅱ)の取扱件数について、現行の「40以上60未満」を「45以上60未満」に改める。
イ居宅介護支援費(Ⅱ)の要件について、ケアプランデータ連携システムを活用し、かつ、事務職員を配置している場合に改めるとともに、居宅介護支援費(Ⅱ)(ⅰ)の取扱件数について、現行の「45未満」を「50未満」に改め、居宅介護支援費(Ⅱ)(ⅱ)の取扱件数について、現行の「45以上60未満」から「50以上60未満」に改める。
ウ居宅介護支援費の算定に当たっての取扱件数の算出に当たり、指定介護予防支援の提供を受ける利用者数については、3分の1を乗じて件数に加えることとする。



45未満というのは、事業所の1人あたり
平均44.9999はOK。45.0は不可となる。

©Okayama Care Manager Association

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第2節 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準に基づく介護支援専門員の責務・業務[30分] 【1 指定居宅介護支援の基本方針】

上巻P56

3. 運営基準

○運営に関する基準は、通称「運営基準」と称されている

- ・ケアマネジメント業務の具体例が規定されており、事業者、管理者、介護支援専門員の義務が明示されている
- ・特にケアマネジメント実践上、第4条(内容及び手続の説明と同意)、第5条(提供拒否の禁止)、第12条(指定居宅介護支援の基本取扱方針)、第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)、第23条(秘密保持)、第25条(居宅サービス事業者等からの利益收受の禁止等)、第29条(記録の整備)等は重要で、倫理にかかわる事項となる

○条文を読む際には、主語を確認する

- ・第13条(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)は大半が介護支援専門員の責務を、第4号から第16号は、ケアマネジメントプロセスを示す

(提供拒否の禁止)第五条

指定居宅介護支援事業者は、正当な理由なく指定居宅介護支援の提供を拒んではならない。

正当な理由とは？

- ①事業所の現員では対応しきれない場合
- ②利用申込者の居住地が通常の実施地域外である場合
- ③利用申込者が他の居宅介護支援事業所にも併せて依頼している場合

(指定居宅介護支援の基本取扱方針)第十二条

2 指定居宅介護支援事業者は、自らその提供する指定居宅介護支援の質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

(内容及び手続の説明及び同意)第四条 ※抜粋

- 1 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、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。
- 2 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、利用者又はその家族に対し、利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等につき説明を行い、理解を得なければならない。
- 3 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、利用者又はその家族に対し、前六月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護(以下この項において「訪問介護等」という。)がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合及び前六月間に当該指定居宅介護支援事業所において作成された居宅サービス計画に位置付けられた訪問介護等ごとの回数のうちに同一の指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者によって提供されたものが占める割合につき説明を行い、理解を得るよう努めなければならない。
- 4 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、利用者又はその家族に対し、利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、当該利用者に係る介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めなければならない。

→日頃から介護支援専門員の連絡先等を、介護保険被保険者証や健康保険被保険者証、お薬手帳等と合わせて保管することを依頼しておくようにしましょう。

©Okayama Care Manager Association

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)第十三条 ※抜粋

居宅介護支援の方針は、次に掲げるところによるものとする。

- 一 居宅介護支援事業所の管理者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させるものとする。
- 二の二 居宅介護支援の提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下「身体的拘束等」という。)を行ってはならない。
- 二の三 前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならない。
- 四 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、利用者の日常生活全般を支援する観点から、介護給付等対象サービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて居宅サービス計画上に位置付けるよう努めなければならない。
- 五 介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成の開始に当たっては、利用者によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。

©Okayama Care Manager Association

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)第十三条 ※抜粋

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。

No	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（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、居宅サービス計画作成の状況（初回、初回以外）について記載する項目
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、その他の社会保障制度等の利用状況について記載する項目
4	現在利用している支援や社会資源の状況	利用者が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、自治体が提供する公的サービス、フォーマルサービス以外の生活支援サービスを含む）の状況について記載する項目
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（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）、認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
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（判定結果、判定を確認した書類（認定調査票、主治医意見書）認定年月日）、介護支援専門員からみた現在の自立度について記載する項目
7	主訴・意向	利用者の主訴や意向について記載する項目 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）について記載する項目
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、短期目標期間の更新、要介護認定の更新、区分変更、サービスの変更、退院・退所、入所、転居、そのほか生活状況の変化、介護支援専門員の変更、居宅介護支援事業所の変更等）について記載する項目

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）
各介護保険関係団体 御中
— 厚生労働省 認知症施策・地域介護推進課

介護保険最新情報

今回の内容

「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について
計5枚（本紙を除く）

Vol.1178

令和5年10月16日

厚生労働省老健局

認知症施策・地域介護推進課

「貴関係諸団体に速やかに送信いただきますようお願いいたします。」

連絡先 TEL：03-5253-1111（内線3936）
FAX：03-3503-7894

課題分析標準項目の改正に関するQ&A

【全体に関連する内容】

問1 今回、課題分析標準項目を改正することとなった理由如何。

（答）

課題分析標準項目については、これまで大幅な改正は行ってこなかったが、項目の名称や「項目の主な内容（例）」の記載が一部現状とそぐわないものになっていることや、令和6年4月から開始される新たな法定研修カリキュラムにおいて「適切なケアマネジメント手法」が盛り込まれることを踏まえ、当該手法との整合性を図る必要があることから、文言の適正化や記載の充実を図ったものである。**なお、情報収集項目がこれまでと変わるわけでない。**また、「項目の主な内容（例）」について、各項目の解釈の違いにより把握する内容に差異が生じないように、**全体的に具体的な加筆を増やしているが、これらの内容についてすべての情報収集を行うことを求めるものではなく、各利用者の課題分析に必要な情報を判断するための例示であることに留意されたい。**

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)第十三条 ※抜粋

七 介護支援専門員は、アセスメントに当たっては、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。

八 介護支援専門員は、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。

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)第十三条 ※抜粋

九 介護支援専門員は、サービス担当者会議の開催により、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、主治の医師等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。

意見照会を行うのは、次のような「やむを得ない理由」がある場合に限る。

- ①サービス担当者の事由により参加が得られなかった場合
- ②利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合

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、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。

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。

同意を要する居宅サービス計画書とは？

➡居宅サービス計画書の第1～3表及び第6、7表の全て。

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)第十三条 ※抜粋

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、訪問介護計画等の提出を求めるものとする。

十三の二 介護支援専門員は、居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師等又は薬剤師に提供するものとする。

(例)

- ・薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
- ・薬の服用を拒絶している
- ・使いきらないうちに新たに薬が処方されている
- ・口臭や口腔内出血がある
- ・体重の増減が推測される見た目の変化がある
- ・食事量や食事回数に変化がある
- ・下痢や便秘が続いている
- ・皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- ・リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにも関わらず提供されていない

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)第十三条 ※抜粋

十四 介護支援専門員は、モニタリングに当たっては、利用者及びその家族、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 面接は、利用者の居宅を訪問することによって行うこと。ただし、次のいずれにも該当する場合であって、少なくとも二月に一回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接するときは、利用者の居宅を訪問しない月においては、テレビ電話装置等を活用して、利用者に面接することができるものとする。

(1)テレビ電話装置等を活用して面接を行うことについて、文書により利用者の同意を得ていること。

(2)サービス担当者会議等において、次に掲げる事項について主治の医師、担当者その他の関係者の合意を得ていること。

- (i)利用者の心身の状況が安定していること。
- (ii)利用者がテレビ電話装置等を活用して意思疎通を行うことができること。
- (iii)介護支援専門員が、テレビ電話装置等を活用したモニタリングでは把握できない情報について、担当者から提供を受けること。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。

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)第十三条 ※抜粋

十五 介護支援専門員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、居宅サービス計画の変更の必要性について、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、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。

イ 要介護認定を受けている利用者が要介護更新認定を受けた場合

ロ 要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

十六 第三号から第十二号までの規定は、第十三号に規定する居宅サービス計画の変更について準用する。

十八の二 介護支援専門員は、居宅サービス計画に厚生労働大臣が定める回数以上の訪問介護を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該居宅サービス計画に訪問介護が必要な理由を記載するとともに、当該居宅サービス計画を市町村に届け出なければならない。

厚生労働大臣が定める訪問介護(生活援助中心型サービス)の回数(1月あたり)

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
27 回	34 回	43 回	38 回	31 回

(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)第十三条 ※抜粋

十九 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。

十九の二 前号の場合において、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主治の医師等に交付しなければならない。

二十 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあっては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあっては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師等の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

【医療サービス】

- ・訪問看護
- ・訪問リハビリテーション
- ・通所リハビリテーション
- ・居宅療養管理指導
- ・短期入所療養介護
- ・定期巡回 随時対応型訪問介護看護(訪問看護を利用する場合に限る)
- ・看護小規模多機能型居宅介護(訪問看護を利用する場合に限る)

➡訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションについて
医療機関からの退院患者において、入院中の医療機関の医師による意見を踏まえて、速やかに医療サービスを含む居宅サービス計画を作成すること。

送付日時 令和 年 月 日

ケアプラン作成連絡票 (返信兼用)

医療機関名 _____

主治 医 _____ 先生

事業所名 _____

所在地 _____

担当ケアマネジャー _____

TEL _____ / FAX _____

次の通りケアプランを作成したいと思っておりますので、ご意見や留意点、必要情報等についてご指導いただけます幸いです。
お忙しいところ恐縮ですが、「主治医記載欄」欄にご記入の上、なるべく早くご返信くださいますようお願い申し上げます。

【居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー) 記載欄】

① 被保険者 (利用者) 情報

氏 名	性 別	☐ 男 ☐ 女
生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日	(歳)
要 介 護 認 定 区 分	☐ 申請中 要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	
認定の有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	

② 照会目的

☐ 診断 ☐ 更新 ☐ 区分変更 ☐ その他 ()

☐ 利用者の状態について / 利用者の医療、看護、介護、療養等における医学的意見等

☐ 医療サービスの利用について / 訪問看護と居宅療養サービスの利用に係る主治医の意見等

☐ 福祉用具等 (購入) について / 軽度者に対する福祉用具等の特例給付に係る確認手続き等

☐ その他 ()

③ その他特記すべき事項

主治医への質問・連絡事項など

主治医記載欄

サービスのケアプランの位置付けについてのご意見など ☐ サービスは必要 ☐ サービスは不要

居宅療養管理指導費算定の有無 ☐ 有 ☐ 無

主治医氏名 _____ 返信日時 令和 年 月 日

一般社団法人 岡山県介護支援専門員協会

【ケアプラン作成連絡票の岡山県版の作成について】
居宅サービス計画に、訪問看護等の医療サービスを位置付ける場合は、主治医等の指示が必要である。

その際、通院の同行等によって顔の見える関係を基本とした対面での確認が最も望ましいが、主治医や医療機関との信頼関係のもとで、状況に応じて電話やFAXを用いての確認が行われている。

中でもFAXでの確認においては、県内各地域で様々なシートが使われていることで、受け取り側の医療機関の業務が煩雑になっていること、医療機関の窓口で依頼を行う際、依頼の意図がスムーズに伝わらないなどの課題が指摘されている。

そのような課題を踏まえ、県内共通様式を作成することで、名称や様式の統一を図り、ケアマネジャーと医療機関双方の事務負担の軽減を図ることを目的に、「岡山県版ケアプラン作成連絡票」を作成した。

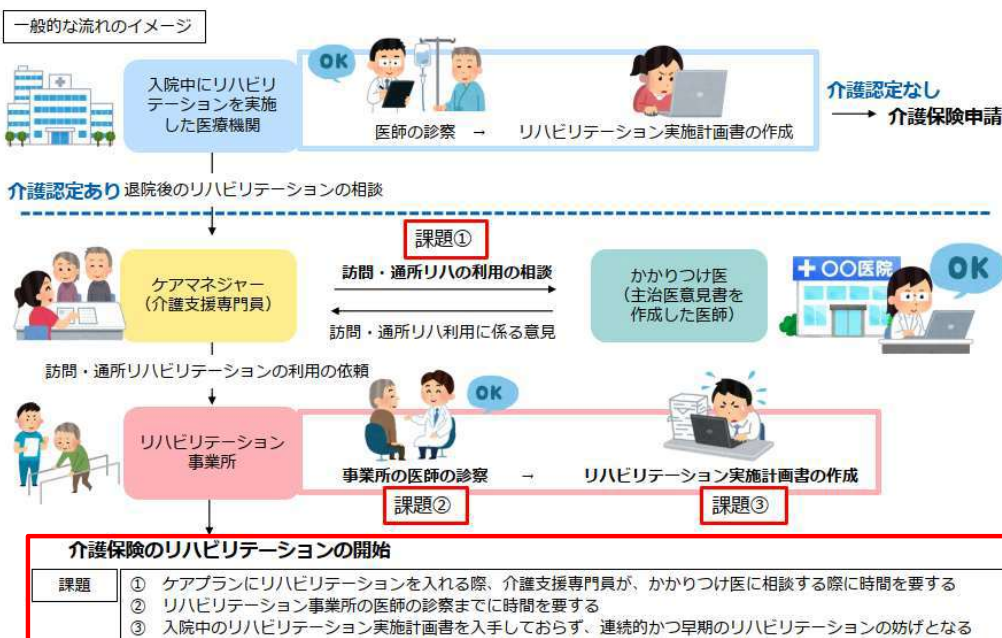
この共通様式は、「ケアプラン作成連絡票」という名称に統一することで、ケアマネジャーは勿論、医療機関でも、

- ① 共通した名称が使用されること
- ② その目的や内容が明確なこと
- ③ 記載欄を最小限にすることで双方の事務負担が軽減されること

などの効果を目的としている。

なお、今回作成された「岡山県版ケアプラン作成連絡票」は、各地域で作成されたシートや各事業所で作成されたものから変更を求めたものではない。あくまで現場での活用において、医療機関との連携促進や業務の負担軽減に役立つものであれば有効に活用して頂きたい。

退院後の介護保険によるリハビリテーション移行の流れと課題 (イメージ)

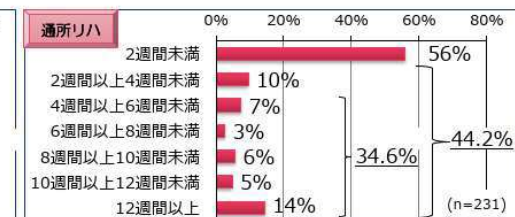


退院後のリハビリテーション利用開始までの期間と機能回復

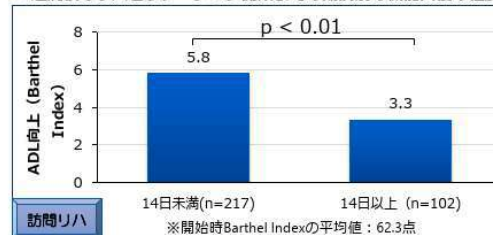
社保審一介護給付費分科会
第220回 (第5.7.24) 資料4

- 退院後のリハビリテーション利用の開始について、
 - ・ 訪問リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約32%、4週間以上かかっている者が約24%
 - ・ 通所リハ：利用開始まで2週間以上かかっている者が約44%、4週間以上かかっている者が約35%
- 退院後から訪問・通所リハビリテーションを利用開始するまでの期間が短いほど、機能回復が大きい傾向が見られた。

■退院後のリハビリテーションの利用開始までの期間



■退院後のリハビリテーション開始までの期間別の機能回復の程度



(出典)平成27年度介護報酬改定検証調査(平成28年度調査)の結果を事務局で集計

退院直後の診療未実施減算の免除

概要 【訪問リハビリテーション★】

○ 入院中にリハビリテーションを受けていた利用者が、**退院後早期に介護保険のリハビリテーションを開始する**観点から、退院後1月に限り、入院中の医療機関の医師の情報提供のもと、訪問リハビリテーションを実施した場合の減算について見直す。【告示改正】

単位数

< 現行 >
診療未実施減算50単位減算



< 改定後 >
変更なし
※**入院中リハビリテーションを受けていた利用者の退院後1ヶ月に限り減算を適用しない**

算定要件等

- 以下のいずれにも該当する場合、訪問リハビリテーションの**診療未実施減算を適用しない**。
 - ・ 医療機関に入院し、当該医療機関の医師が診療を行い、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士から**リハビリテーションの提供を受けた利用者**であること。
 - ・ 訪問リハビリテーション事業所が、当該利用者の**入院していた医療機関から**、利用者に関する**情報の提供を受けている**こと。
 - ・ 当該利用者の**退院日から**起算して**1月以内**の訪問リハビリテーションの提供であること。

©Okayama Care Manager Association

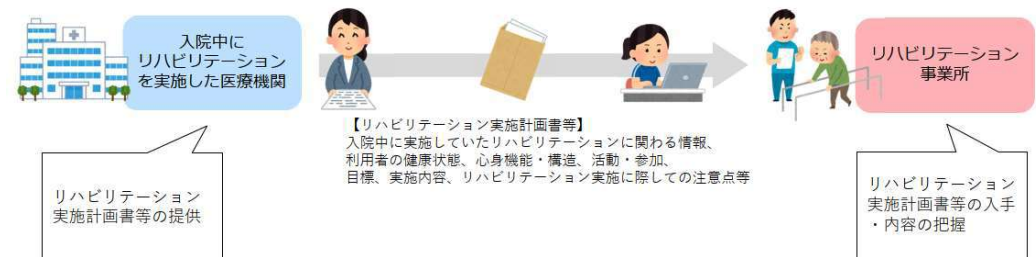
医療機関のリハビリテーション計画書の受け取りの義務化

概要 【訪問リハビリテーション★、通所リハビリテーション★】

- **退院時の情報連携を促進し、退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点**から、医師等の従業者が、入院中にリハビリテーションを受けていた利用者に対し退院後のリハビリテーションを提供する際に、リハビリテーション計画を作成するに当たっては、**入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等**を入手し、**内容を把握することを義務付ける**。【省令改正】

基準

- < 運営基準（省令） >
 - サービス毎に、以下を規定（通所リハビリテーションの例）
 - 医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しなければならない。



©Okayama Care Manager Association

（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）第十三条 ※抜粋

二十一 介護支援専門員は、居宅サービス計画に**短期入所生活介護又は短期入所療養介護を位置付ける場合にあっては**、利用者の居宅における自立した日常生活の維持に十分に留意するものとし、**利用者の心身の状況等を勘案して特に必要と認められる場合を除き、短期入所生活介護及び短期入所療養介護を利用する日数が要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない。**

二十二 介護支援専門員は、居宅サービス計画に福祉用具貸与を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に福祉用具貸与が必要な理由を記載するとともに、必要に応じて随時サービス担当者会議を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証をした上で、継続して福祉用具貸与を受ける必要がある場合にはその理由を居宅サービス計画に記載しなければならない。

二十三 介護支援専門員は、居宅サービス計画に特定福祉用具販売を位置付ける場合にあっては、その利用の妥当性を検討し、当該計画に特定福祉用具販売が必要な理由を記載しなければならない。

©Okayama Care Manager Association

【右】カナディアンクラッチ カフ：肘の上(二の腕) 【左】ロフストランドクラッチ カフ：肘の下(前腕部)

つまり、カナディアンクラッチの方が握り棒からかなり上にカフが付いていて、ロフストランドクラッチは握り棒のすぐ上にカフがついている。

対象になる単点杖（松葉づえを除く）

プラットホームクラッチ腕で体重を支える。肘支持型杖とも呼ばれる。リウマチや関節炎関患者向け。



固定用スロープ



歩行器



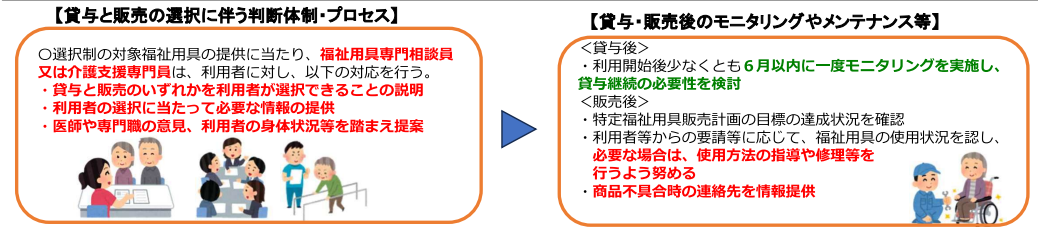
多点杖&単点杖

引用：公益財団法人テクノエイド協会HP

©Okayama Care Manager Association

一部の福祉用具に係る貸与と販売の選択制の導入

概要	【福祉用具貸与★、特定福祉用具販売★、居宅介護支援★】
○ 利用者の過度な負担を軽減しつつ、制度の持続可能性の確保を図るとともに、福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保する観点から、一部の福祉用具について貸与と販売の選択制を導入する。具体的には、要介護度に関係なく給付が可能な福祉用具のうち、比較的廉価で、購入した方が利用者の負担が抑えられる者の割合が相対的に高い、固定用スロープ、歩行器(歩行車を除く)、単点杖(松葉づえを除く)及び多点杖を対象とする。【告示改正】 ○ 福祉用具の適時・適切な利用、利用者の安全を確保する観点から、貸与と販売の選択制の導入に伴い、以下の対応を行う。 ア 選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員又は介護支援専門員(※)が、福祉用具貸与又は特定福祉用具販売のいずれかを利用者が選択できることについて、利用者等に対し、メリット及びデメリットを含め十分説明を行うこととともに、利用者の選択に当たって必要な情報を提供すること及び医師や専門職の意見、利用者の身体状況等を踏まえ、提案を行うこととする。【省令改正、通知改正】 ※ 介護支援専門員については、居宅介護支援及び介護予防支援の運営基準の解釈通知を改正。 イ 福祉用具貸与について、選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員が、利用開始後6月以内に少なくとも1回モニタリングを行い、貸与継続の必要性について検討を行うこととする。【省令改正】 ウ 特定福祉用具販売について、選択制の対象福祉用具の提供に当たっては、福祉用具専門相談員が、特定福祉用具販売計画の作成後、当該計画における目標の達成状況を確認することとする。また、利用者等からの要請等に応じて、販売した福祉用具の使用状況を確認するよう努めるとともに、必要な場合は、使用方法の指導、修理等(メンテナンス)を行うよう努めることとする。【省令改正】	



第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第3節 自立支援の考え方とケアマネジメントの役割[60分] 【1 自立支援の基本的な考え方】

上巻P58

1. 自立支援の考え方 ー自律と自立ー

○ **自立支援には、目的としての自立(自律)支援と、目的を実現するための具体的な活動としての自立(自律)支援がある**

○ **介護支援専門員に期待されていることは、たとえ、要介護状態になっても、利用者が、自分の意思によって「その人らしく」生きることができるように支援すること**

○ **それは認知症があっても自分が思うことを表出できない状態になったとしても、サービスを利用する主体は利用者であることを改めて確認する必要がある**

○ **また、自立支援には、疾病の予防や身体機能の低下を防ぐリハビリテーション、生きがいづくり、地域における居場所づくり、地域づくりといった視点や取り組みも重要である**

○ **「自分らしく生きる」という自立支援の理念を持ち続ける取り組みは、本来の目的でもある**

- (秘密保持)第二十三条 ※抜粋
- 1 居宅介護支援事業所の**介護支援専門員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。**
 - 2 居宅介護支援事業者は、**介護支援専門員その他の従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じなければならない。**
 - 3 居宅介護支援事業者は、サービス担当者会議等において、**利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。**
- (記録の整備)第二十九条 ※抜粋
- 1 指定居宅介護支援事業者は、**従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。**
 - 2 居宅介護支援事業者は、**利用者に対する居宅介護支援の提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から二年間保存しなければならない。**
 - ・居宅サービス事業者等との連絡調整に関する記録、
 - ・個々の利用者ごとのアセスメント、サービス担当者会議、モニタリングの結果の記録
 - ・身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録
 - ・市町村への通知に係る記録 ・苦情の内容等の記録
 - ・事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第3節 自立支援の考え方とケアマネジメントの役割[60分] 【1 自立支援の基本的な考え方】

- 上巻P58
1. 自立支援の考え方 ー自律と自立ー
- ・1994(平成 6)年 12 月に「**新たな高齢者介護システムの構築を目指して**」のなかで高齢者介護の基本理念を「**高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること**」とし、これを「**高齢者の自立支援**」とした
 - ・さらに「**重度の障害を有する高齢者であっても、例えば、車椅子で外出し、好きな買い物ができ、友人に会い、地域社会の一員として様々な活動に参加するなど、自分の生活を楽しむことができるような、自立した生活の実現を積極的に支援すること**」が「**介護の基本理念**」として置かれるべきであるとした

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第3節 自立支援の考え方とケアマネジメントの役割[60分] 【1 自立支援の基本的な考え方】

上巻P59

2. 意思決定家庭の支援における介護支援専門員の役割

○ケアマネジメントや介護保険制度のサービスは利用者の立場に立って行うことが基本

- ・利用者の意思や意向を確認することから始まる
- ・高齢化に伴い認知症やターミナル期の人が増加し、明確な意思確認が難しくなった

○介護保険サービス利用に関する意思決定の確認

- ・居宅介護支援事業所に相談があるからといってそのまま居宅サービスの話に入るのでなく、介護保険全体の情報提供を行う

○介護支援専門員が行う意思決定支援(意思決定の種類)

- ・日常生活を送るうえでの小さな意思決定
- ・人生を左右するような大きな意思決定

○このような意思決定には介護支援専門員だけで関与するわけではない

- ＊チームで行う意思決定支援では以下の点に留意
- ・本人を中心としながら、家族、ケアチームと共同して意思決定できるよう支援する
- ・発言力の強い人の意見だけが汲み取られないようにする

○プロセスを重視し、本人の尊厳と立場が尊重されるように常に配慮する

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第3節 自立支援の考え方とケアマネジメントの役割[60分] 【3 根拠に基づくケアマネジメントの展開】

上巻P66

1. 科学的観点も踏まえたケアマネジメント実践を行う必要性

○介護保険制度は全国一律の「保険制度」の為、効果性の認められるサービス水準が求められる

○サービス提供は専門職により行われるため、誰が行っても一律の再現性と質が要求される

○上記2つは介護保険制度開始当初は整備されていなかった

- ・1990 年代…要介護高齢者を対象とした理論に基づく体系的な整理は実践知の蓄積がなかったことから、研究することすら難しい状況

○2016(平成 28)年…厚生労働省では根拠に基づく介護を創り上げていく試みを始める

- ・介護支援専門員に対し「適切なケアマネジメント手法」の策定
- ・介護に対し「科学的介護と科学的介護情報システム(LIFE)」の構築
- ・今の高齢者とこれから要介護となる人々への根拠あるケアを創出していく活動となる事を目途としているため、今現在何かの利益を得られるかという近視眼的かつ受け身の姿勢ではなく、使いながら年月をかけて育てることを目指す

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第3節 自立支援の考え方とケアマネジメントの役割[60分] 【1 自立支援の基本的な考え方】

上巻P62

指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準

(計画担当介護支援専門員の責務) ※抜粋

第二十二條の二 計画担当介護支援専門員は、第十二條に規定する業務のほか、次に掲げる業務を行うものとする。

一 入所申込者の入所に際し、その者に係る居宅介護支援事業者に対する照会等により、その者の心身の状況、生活歴、病歴、指定居宅サービス等の利用状況等を把握すること。

二 入所者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、その者が居宅において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すること。

三 その心身の状況、その置かれている環境等に照らし、居宅において日常生活を営むことができると認められる入所者に対し、その者及びその家族の希望、その者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、その者の円滑な退所のために必要な援助を行うこと。

四 入所者の退所に際し、居宅サービス計画の作成等の援助に資するため、居宅介護支援事業者に対して情報を提供するほか、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者と密接に連携すること。

五 身体的拘束等の態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。

六 苦情の内容等を記録すること。

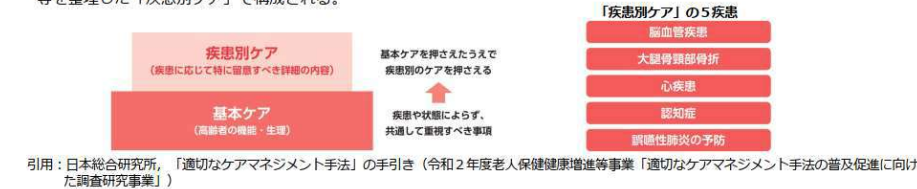
七 事故の状況及び事故に際して採った処置について記録すること。

適切なケアマネジメント手法の概要

上巻P67

適切なケアマネジメント手法の構成

- 「適切なケアマネジメント手法」は、ケアマネジャーの実践知と各職域で培われてきた知見に基づいて想定される支援内容を体系化し、その必要性や具体化を検討するためのアセスメント／モニタリングの項目を整理したもの。
- 本人の状態や有する疾患によらず共通して重視すべき視点や事項を整理した「基本ケア」と、疾患に応じて特に留意すべき点等を整理した「疾患別ケア」で構成される。



「基本ケア」及び「疾患別ケア」の項目構成

- 「基本ケア」及び「疾患別ケア」では、①想定される支援内容、②支援の概要・必要性、③適切な支援内容とするための関連するアセスメント／モニタリング項目等を一体的に整理している。

想定される支援内容				支援の概要・必要性		適切な支援内容とするための関連するアセスメント／モニタリング項目等		
(基本方針)	大項目	中項目	想定される支援内容 (小項目)	支援の概要・必要性		主なアセスメント項目	主なモニタリング項目	相談すべき専門職
・ 尊厳の保持や自立支援に基づく基本的な考え方 ・ 疾患への医療的なアプローチにとどまらず、本人や家族の疾患への理解促進や状況が変化した際の体制構築など、ケアマネジメントが果たすべき役割を踏まえたもの				・ どのような支援を、誰が行うか、その支援がなぜ必要になり得るかを列挙したもの		・ 想定される支援内容ごとに、その必要性や妥当性を判断するために確認すべき主なアセスメント／モニタリング項目、その際に相談すべき専門職を列挙したもの		

出典：日本総合研究所、「適切なケアマネジメント手法」の手引き（令和2年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の普及促進に向けた調査研究事業」）

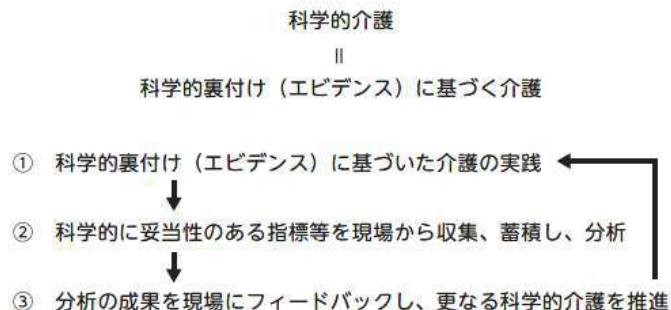
第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第3節 自立支援の考え方とケアマネジメントの役割[60分] 【3 根拠に基づくケアマネジメントの展開】

上巻P68

3. 科学的介護と科学的介護情報システム(LIFE)

○科学的介護とは



第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第4節 各種データやITのケアマネジメントプロセスの活用に関する理解[60分] 【2 その他の各種データやITのケアマネジメントプロセスへの活用の視点】

上巻P77

2. ICTの活用

○社会保障審議会介護保険部会等において介護支援専門員の人材確保の難しさについて働き方改革の観点からICTの活用を通じた取り組みが期待されている

・「人間がやるべき業務」と「ICT に頼ってよい業務」を切り分けるという考え

・パソコン画面と書類を対照させる機械的な作業はICTを活用する

・そうすることで専門職にしかできない仕事に集中できるようにする

・自分たちの業務負担軽減や経営改善というより、利用者への職責を果たすために大切

○新しい技術に拒否反応を示すことが少なくないが、ICT化は世界的な潮流で介護においても重要

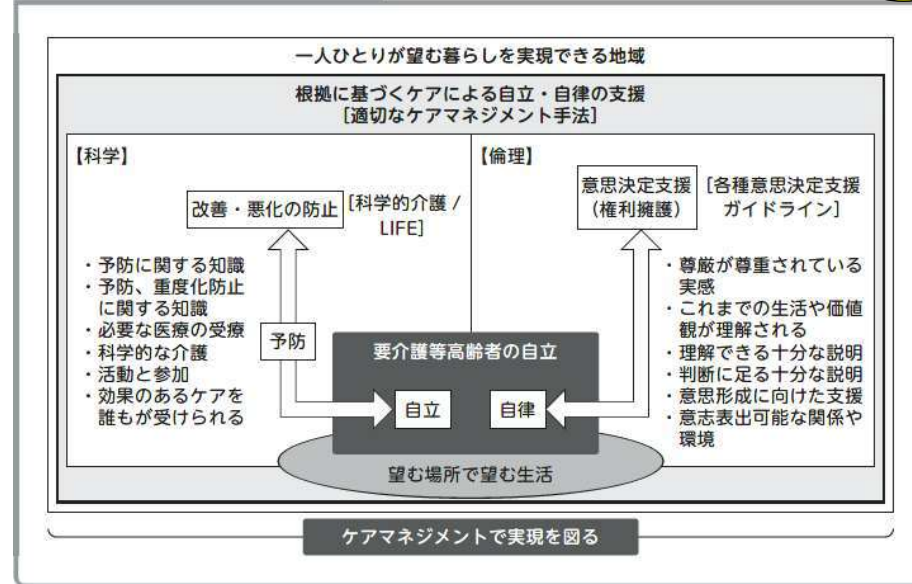
○ICTの活用と推進は大前提ととらえ、前向きな視点で考えることが求められる

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第3節 自立支援の考え方とケアマネジメントの役割[60分] 【1 自立支援の基本的な考え方】

上巻P58

本節で学習することの概要



第1章 介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント[3時間]

第1節 介護保険制度の理念と現状[60分] 【6 家族等の支援に関連する制度施策や事業等の動向】

上巻P13-14

* 家族等の支援に関連する制度施策や事業等の動向

○介護保険制度は家族介護問題の解消を目指す制度として確立された

○介護問題・・・家族問題と密接な関わり

・介護離職 ・ダブルケア ・ヤングケアラー 等

・「育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律(育児・介護休業法)」等の制定

○介護問題の解決に向けた施策・取り組み

・2000(平成12)年・・・家族介護支援特別事業

・2001(平成13)年・・・介護予防・地域支え合い事業(家族介護支援事業)

・2006(平成18)年・・・地域支援事業(家族介護支援事業・任意事業)

・2011(平成23)年・・・地域支援事業(介護予防・日常生活支援総合事業)

＜認知症高齢者見守り事業＞＜家族介護継続支援事業＞等

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第5節 家族等に対する支援の必要性や支援における介護支援専門員の役割や留意事項の理解[60分]

【1 家族等に対する支援の重要性】

上巻P78

1. 家族が感じる負担やストレスに目を向けること

○介護保険制度の支援対象・給付対象は被保険者である利用者だが、介護支援専門員は利用者の家族に対しても目を向ける必要がある

- ・自分の家族に病気の人や継続的な介護が必要な人が出てきた場合を想定してみる
- ・望む・望まないにかかわらず家族の役割、家族関係・力関係に変化が起きる

(1日の時間の使い方、休日の過ごし方、場合によっては睡眠時間や睡眠の深さにも変化が起きる可能性がある)

○日常的な介護を担っていない遠方の家族の状況

- ・日頃の状況を理解できず、本人の実態にそぐわない要求の可能性
- ・支援が入ることで重度化の様子を知り、つらい思いをしている可能性

○家族が精神的なサポートを求めている場合は少なくない

- ・近年の核家族化により、副介護者のいる世帯は減少した

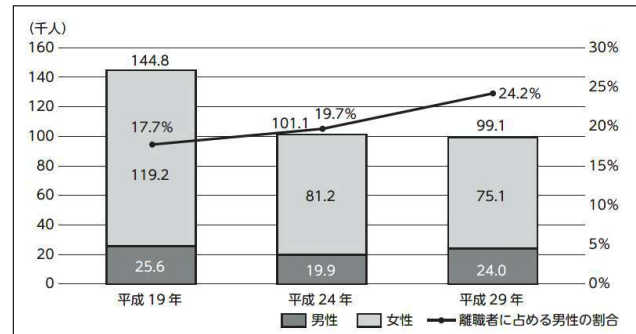
第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第5節 家族等に対する支援の必要性や支援における介護支援専門員の役割や留意事項の理解[60分]

【2 仕事と介護の両立支援の必要性と法制度の動向と支援ツール】

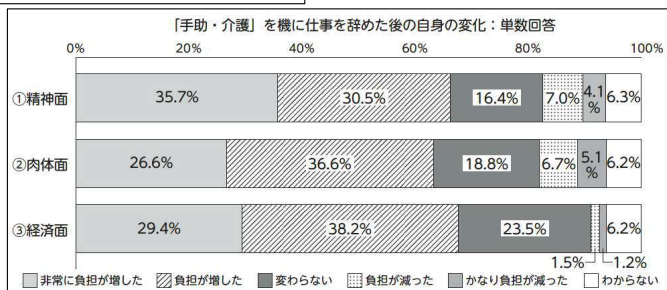
1. 望まない介護離職を防ぐ必要性

上巻P81



介護・看護のために
1年間前職を離職した
人数の推移

離職後の介護負担の変化



第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第5節 家族等に対する支援の必要性や支援における介護支援専門員の役割や留意事項の理解[60分]

【1 家族等に対する支援の重要性】

上巻P79

2. 介護支援専門員が抱く家族への無意識の期待に気づくこと

○“家族が利用者の最も身近でコストのかからない存在”という意識を持たない

- ・介護支援専門員がそのような意識を持つと、家族が当然のように何らかの介護の役割を担い、家族は要介護高齢者の介護が終結するまで介護から逃げられないという状況をつくってしまう

○家族は介護するために存在しているのではない

- ・それぞれの家族には、その人が主人公として歩んでいる人生がある
- ・介護支援専門員が最初から家族に対して

「あなたは何かができますか」と問いかけるのと、

「娘さんは、お父様のこれからと、ご自身のこれからの生活についてどのようにお考えですか」という、利用者・家族双方の人生に同じ重みがあるという考えや姿勢を示しながら接するのでは、家族の心理的負担は異なります。

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第5節 家族等に対する支援の必要性や支援における介護支援専門員の役割や留意事項の理解[60分]

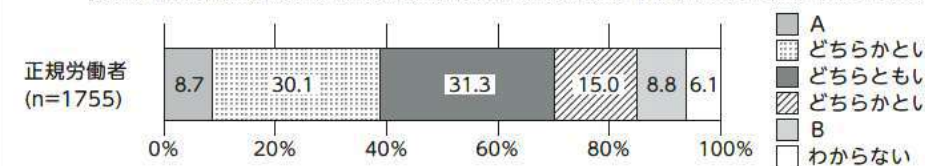
【2 仕事と介護の両立支援の必要性と法制度の動向と支援ツール】

2. 育児・介護休業法の正しい理解と活用の支援

上巻P82

(介護休業利用への考え方<就労している家族介護者>)

A：介護休業期間は主に仕事を続けながら介護をするための体制を構築する期間である。
B：介護休業は、仕事をせずに介護に専念するための期間である。



○介護離職防止のための法律を間違えて活用し、かえって介護離職を誘発してしまうおそれがある

○介護支援専門員は、介護休業は「仕事と介護を両立させるため体制を整えるための準備期間」とであるという認識をもち、それを実現できるよう支援する必要がある

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第6節 介護予防ケアマネジメントの意義や基本的なプロセス等の理解[60分]

【1 介護予防ケアマネジメントの意義・目的】

1. 介護予防の考え方

○介護保険法

第2条（介護保険）

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。

第4条（国民の努力及び義務）

国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

○介護保険制度における介護予防の基本的な考え方

①高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐこと（＝健康の保持増進）

②要介護状態等になっても、状態がそれ以上悪化しないようにすること（＝状態の改善・維持・悪化の遅延）

○運動機能や栄養状態など、特定の機能や状態の単なる改善を目指すものではない

○ICFの機能である「心身機能・身体構造」「活動」「参加」それぞれにはたらきかけることにより、介護保険制度の基本理念である「自立支援」につながる考え方

○介護予防とは、一人ひとりの高齢者の生きがいや自己実現を図ることにより、その人らしい QOL(Quality of Life:生活の質)の向上を目指す取り組みであるといえる

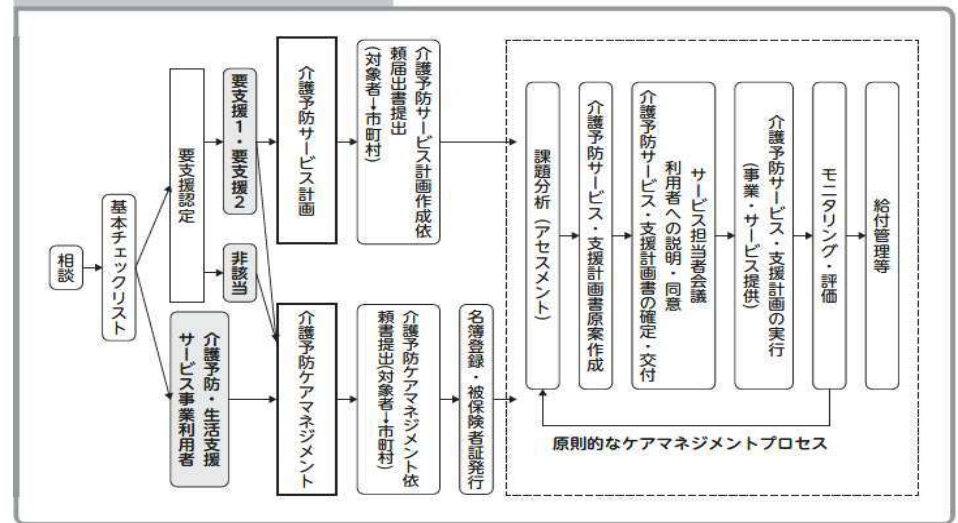
上巻P90

第2章 自立支援のためのケアマネジメントの基本[6時間]

第6節 介護予防ケアマネジメントの意義や基本的なプロセス等の理解[60分]

上巻P90

本節で学習することの概要



居宅介護支援事業者が市町村から指定を受けて介護予防支援を行う場合の取扱い

上巻P96

概要

○ 令和6年4月から居宅介護支援事業者も市町村からの指定を受けて介護予防支援を実施できるようになることから、以下の見直しを行う。

ア市町村長に対し、介護予防サービス計画の実施状況等に関して情報提供することを運営基準上義務付けることに伴う手間やコストについて評価する新たな区分を設ける。【省令改正】【告示改正】

イ以下のとおり運営基準の見直しを行う。【省令改正】

i 居宅介護支援事業所が現在の体制を維持したまま円滑に指定を受けられるよう、居宅介護支援事業者が指定を受ける場合の人員の配置については、介護支援専門員[※]のみの配置で事業を実施することを可能とする。

ii また、管理者を主任介護支援専門員[※]とするとともに、管理者が他の事業所の職務に従事する場合（指定居宅介護支援事業者である指定介護予防支援事業者の場合であって、その管理する指定介護予防支援事業所の管理に支障がないときに限る。）には兼務を可能とする。

ウ居宅介護支援と同様に、特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算及び中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の対象とする。【告示改正】

単位数・算定要件等

＜現行＞

介護予防支援費 438単位
なし

＜改定後＞

介護予防支援費（Ⅰ） 442単位※地域包括支援センターのみ

介護予防支援費（Ⅱ） 472単位（新設）※指定居宅介護支援事業者のみ

なし ▶▶▶ 特別地域介護予防支援加算所定単位数の15%を加算（新設）

※ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在

なし ▶▶▶ 中山間地域等における小規模事業所加算所定単位数の10%を加算（新設）

※ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在し、かつ別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合

なし ▶▶▶ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算所定単位数の5%を加算（新設）

※ 別に厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、指定介護予防支援を行った場合

第1章 介護保険制度の理念・現状及びケアマネジメント[3時間]

第2節 ケアマネジメントの基本理念・意義[30分] 【1 利用者の尊厳の保持】

上巻P19

8. 社会資源の適切な活用

○社会資源の定義

・人々が社会生活を営むうえで、必要に応じて活用できるさまざまな法制度やサービス、施設や機関、人材、知識や技術などの総称である（社会福祉学辞典）

○主な社会資源

- ・介護保険制度で規定される人材（介護支援専門員他）
- ・社会保障制度全般で規定される人材（相談支援専門員他）
- ・住民
- ・NPO法人
- ・ボランティア、等

フォーマルな社会資源

インフォーマルな社会資源

※社会資源＝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

3. インフォーマルサポートとの連携

○介護予防ケアマネジメント

- ・予防給付や総合事業などのサービス
- ・地域におけるインフォーマルサポートの活用
- ・民生委員などの地域のリーダー、老人クラブや町内会などの地区組織、福祉団体、さまざまなボランティアや民間団体(NPO、住民団体等)と連携等

○介護予防とは、家庭でのセルフケアや地域でのインフォーマルサポートをも含む取り組み

- ・インフォーマルサポートとの連携・協働こそが介護予防を成功に導く鍵
- ・民間団体などの参加を促すことで、高齢者のニーズをよりの確に反映した事業の企画・運営が可能となる
- ・地域のなかで活動している住民や民間団体は、日頃から高齢者の抱える問題や希望を的確に把握していることも多いためそれらの人から意見を取り入れることは重要である
- ・自立や社会参加の意欲の高い対象者には、ボランティアやサポーターとしての参加を促すことも検討する

振り返りとまとめ

- ケアマネジメントの成り立ちや機能について
- 運営基準に遵守したケアマネジメントの重要性について
- 自立支援の考え方や自立支援のためのケアマネジメントの必要性について
- インフォーマルサービス等も含めた社会資源を活用したケアマネジメントの必要性について
- 家族等に対する支援の重要性や支援における介護支援専門員の役割について
- 家族等の支援に関連する法制度や事業等の動向について説明できる。
- 介護予防ケアマネジメントの意義や目的、対象者について説明できる。
- 介護予防ケアマネジメントの流れとケアマネジメントプロセスについて。