

平成15年度  
愛知県介護支援専門員  
支援会議報告書

(ケアマネージャーを育むために...)

愛知県介護支援専門員支援会議  
愛知県健康福祉部

## 平成 15 年度愛知県介護支援専門員支援会議報告書目次

### はじめに

愛知県介護支援専門員支援会議	1
1 会議の設置目的	
2 協議事項	
3 委員の構成	
4 開催状況	
介護保険制度の基本理念	3
1 自立支援	
2 利用者本位	
3 保健・医療・福祉の連携	
4 サービスの競い合い	
介護支援専門員業務の基本	4
1 利用者本位の相談・援助	
2 総合的なサービス提供のための多職種との協働・連携	
3 適切な利用のための給付管理	
居宅介護支援専門員の業務	5
1 サービスの利用相談	
2 アセスメント	
3 居宅サービス計画原案の作成	
4 居宅サービス計画と各事業所の個別支援計画との調整	
5 サービス担当者会議	
6 初期のモニタリング	
7 継続的なモニタリング	
8 給付管理	
9 減算	

### 添付書類

- 1 居宅介護支援事業所減算されないためのチェックリスト
- 2 愛知県実務研修の新・旧実施計画の対比表
- 3 愛知県介護支援専門員支援会議設置要綱

## はじめに

介護保険制度は、利用者やその家族の方々をはじめ多くの関係者から、概ね順調に運営がされているとの評価を得ています。

介護保険制度の円滑な実施を図るためには、利用者の制度の理解が重要であることは言うまでもありませんが、各事業者・施設が自ら適切な運営を行うための自主点検を行うことも必要です。

介護保険制度も施行後 3 年を経過した昨年 3 月に介護報酬の改定が行われ、各介護サービスの運営基準の改正が行われました。

居宅介護支援事業所の介護給付費の算定も居宅訪問による面接、サービス担当者会議の開催、居宅サービス計画原案の内容の説明と同意、1 ヶ月に 1 回の居宅訪問、3 ヶ月に 1 回のモニタリングの記録など基準を満たさないと減算することになりました。

そのため、ここで改めて原点に立ち戻り、行政を始めとした関係機関が一体となって介護支援専門員の業務を再確認し、介護支援専門員を育てていくことが必要であります。

この愛知県介護支援専門員支援会議は、「介護支援専門員」の健全な育成を図り、その活動を支援する必要があるとして、具体的な方策を総合的に協議するために平成 13 年 8 月に設置しました。

制度の改正を受け、改めて介護支援専門員の業務を見直し、利用者本位の自立支援を目指したケアプラン作成の一助となることを願い、支援会議で協議しましたことを「報告」として取りまとめました。今後、この報告をもとに介護支援専門員を始め県や市町村など関係機関の方々が十分に介護支援専門員の業務について議論されることを期待するものであります。

平成 16 年 3 月

愛知県介護支援専門員支援会議委員長  
遠藤 英俊

## 愛知県介護支援専門員支援会議

### 1 会議の設置目的

介護支援専門員の健全な育成を図り、その活動を支援するための具体的な方策を総合的に協議するために、平成 13 年 8 月愛知県介護支援専門員支援会議を設置し平成 15 年 3 月に 1 次のまとめを行いました。

1 次のまとめを引き続き検討するために、平成 15 年度も愛知県介護支援専門員支援会議を開催しております。

### 2 協議事項

- (1) 実態把握に基づく介護支援専門員に対する支援方策について
- (2) サービス担当者会議について
- (3) 介護支援専門員の資質の向上を図るため、実務研修や現任研修を含む研修のあり方について
- (4) その他介護支援専門員の支援に必要な事項について

### 3 委員の構成

11 名 [ 外部有識者、市町村職員及び県職員 ]

### 4 開催状況

- (1) 第 1 回介護支援専門員支援会議
  - ア 開催日  
平成 15 年 8 月 26 日(火)
  - イ 協議内容
    - ・サービス担当者会議について
    - ・その他
- (2) 愛知県介護支援専門員支援会議小委員会
  - ア 開催日  
平成 15 年 11 月 6 日(木)
  - イ 協議内容
    - ・モニタリングについて
    - ・サービス担当者会議について
- (3) 第 2 回介護支援専門員支援会議
  - ア 開催日  
平成 15 年 12 月 16 日(火)

イ 協議内容

- ・介護支援専門員の業務について
- ・「セルフチェック表」について

(4) 第3回介護支援専門員支援会議

ア 開催日

平成16年3月23日(火)

イ 協議内容

- ・平成15年度介護支援専門員支援会議報告書(案)の取りまとめについて
- ・「セルフチェック表」について
  - 「福祉用具貸与事業所のセルフチェック表」(案)について
  - 「訪問入浴介護事業所のセルフチェック表」(案)について

## 介護保険制度の基本理念

介護保険制度は、高齢者の介護に関する制度を再編成し、利用しやすく公平で効率的な社会支援システムとして、新たな理念のもとに創られました。この理念の実現に向けて、介護支援専門員の果たす役割は大きなものがあります。

介護支援専門員は、常にこれらの理念に照らして介護支援業務に当たることが要求されます。

### 1 自立支援

その人らしい暮らしを過ごすためには、残存している能力を最大限に引き出し、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。生きる意欲とできる限りの社会性をもって生活できるように支援することが求められます。利用者の状態に応じた自立を考えることが大切です。

### 2 利用者本位

提供されるサービスについては、利用者自身の生活であるのですから、自分で判断選択する自己決定が基本です。このため、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るのではなく、利用者が適切な判断が出来るように、十分な情報や専門的な判断基準を提供し、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、人が介護を必要とする生活を送るうえで必要なサービスを総合的に提供する仕組みです。介護支援専門員は保健・医療・福祉の全ての領域に精通しているわけではありません。不得意な領域はその領域の専門家の協力を仰ぎ、常に3つの領域の総合性を保つ必要があります。

### 4 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中で、利用者には選ばれる立場です。これからは利用者の目が一層厳しくなっていきます。利用者の目先の満足でなく、真に利用者のためになる業務の質が求められます。

## 介護支援専門員業務の基本

### 1 利用者本位の相談・援助

利用者の生活上の困難や要望を十分に聞き取り、これを基に介護保険サービスや多様な社会資源を適切に調整し、利用者が持っている能力を最大限に活かし、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。

そのため、次の項目等を念頭に利用者に接することが重要です。

利用者の訴えを十分に聞き、利用者を理解していること。

自分の価値観を押し付けていないこと。

利用者が自らの生活を定める事が出来るよう意思決定を支援すること。

利用者にサービスの適切な選択肢や情報を具体的に提供すること。

利用者との信頼を築くために、秘密の保持、個人情報の管理を適切に行うこと。

### 2 総合的なサービス提供のための多職種との協働・連携

利用者の生活を支えることは、一人では出来ません。多様な専門家が協働・連携してサービスを提供することが重要です。訪問介護と通所介護の2種類のサービスを提供する場合、訪問介護事業所と通所介護事業所間で利用者に対する目標を共有し連携してサービスを提供することが必要です。サービスの専門家が協働・連携して支援に当たるための環境作りも介護支援専門員の役割です。

そのためには、次のようなことが必要です。

サービス提供者の間に、利用者ごとのサービスチームを作ることが必要です。チームリーダーは、介護支援専門員です。

チームは、目標を共有し、目的達成のためにそれぞれが何をすべきかを明確にすることが必要です。

チームは、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。

モニタリングは、サービス提供事業所も行き、介護支援専門員と連携を図ることが必要です。

### 3 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、国民が連携して支え合うことで、介護を必要とする利用者がサービスを利用できる仕組みです。適正な保険利用について利用と請求の両面からチェックすることも介護支援専門員の大きな役割です。

## 居宅介護支援専門員の業務

### 1 サービスの利用相談

相談者は、介護保険制度について、十分な知識を持っていません。相談者の話を聞き、受け止め、相談内容を的確に把握し、安心させることが必要です。

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。その場合、認定の結果が、「自立」の場合は全額が、要介護認定区分の給付限度額を上回った場合は、上回った金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。

相談が、介護保険対象外の内容であっても、他の適切な相談窓口を紹介するなど安心して相談できる環境づくりが必要です。

### 2 アセスメント

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うことが必要です。

#### ワンポイントチェック

ニーズを正しく把握するための客観的な分析と利用者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。

少なくとも初回のアセスメントは、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ツールを活用することが大切です。

### 3 居宅サービス計画原案の作成

居宅サービス計画原案とは、平成 11 年 11 月 12 日付け老企第 29 号に定める介護サービス計画書第 1 表、第 2 表、第 3 表、第 7 表及び第 8 表に相当するもの全てであります。

特に第 2 表は居宅サービス計画全体の中核になるものです。介護支援専門員と利用者・家族との関係は課題分析（アセスメント）から始まります。アセスメントの結果、導き出した生活全般の解決すべき課題（ニーズ）を利用者と相談しながら優先順位を決めて書くことが大事です。

平成 15 年 3 月に「ケアマネジメント原則実践研究委員会」が「ケアマネジメントの原則に則った実践の確保方策に関する研究報告書」を報告してから、ニーズの記載方法が、従来のものから変化してきました。

ニーズを本人の「できるようになりたい」「したい」というような、利用者が主体的・意欲的に取り組めるような表現のほうが、利用者にプラスの面を与え自覚を促すことができると考えられてきたからです。

ニーズに背景要因を含めると、記載の方法も「のためできない」というような問題点や原因を指摘し、かつ、ネガティブなとらえ方になりやすく、とりわけ、この欄で問題点を取り上げると、そこから直ちに具体的なサービスを想起してしまい、問題点とサービスを結び付けてしまいがちです。この欄が「生活全般のニーズ」とされているのは、単に困った問題状況を明らかにするといったレベルにとどまらず、目の前の「困った状況を改善して望む生活をしたい」というポジティブな生活意欲に転換するという考え方に国の指導は変わってきました。

従来の記載方法を否定するものではありませんが、「ネガティブなもの」から「ポジティブなもの」に変化しています。利用者が目標を実現できるように、また、利用者が生活に目標を持てるように働きかけることは、介護支援専門員の役割です。

作成に当たっては、第1表・第2表・第3表を読めば、利用者の生活環境の輪郭がわかるものを次の項目を念頭に置き作成します。

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ること。

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ること。

援助目標が明確であること。

介護保険外サービス、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ること。

原案については、利用者又はその家族に対し説明し、文書により利用者の同意を得ることが必要です。

モニタリング、サービス担当者会議等により、第1表は変わらず、第2表、第3表のみが変更される場合があります。変更した部分についても利用者又はその家族に対し日付を付し説明し、文書により利用者の同意を得ることが必要です。

## **ワンポイントチェック**

利用者の言うがままの「わがままプラン」「御用聞きプラン」になっていないか。

事業所の都合による「営業プラン」になっていないか。

ケアプラン作成ソフトに依存した「ソフトプラン」になっていないか。

### 第1表（意向・援助方針）

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生かす。

利用者とその家族の生活に対する意向が全く反する場合は、利用者の意思を尊重する。家族の意見は別に記載するか、サービス担当者会議で家族の意思を伝え情報を共有する。

医療サービスについては、事前に主治医に確認する。

総合的な援助方針は、介護支援専門員だけの判断に偏らないようにする。

### 第2表（居宅サービス計画）

ニーズとは、困りごとを発生させている原因や背景要因そのものではない。発生している課題の中で、何を解決すればよいか、整理する。

優先順位は、利用者との相談しながら決める。

長期目標は、ニーズごとに支援を受けながら利用者も努力する到達点とする。

長期目標及び短期目標の期間設定は達成可能かどうかを考慮して設定する。

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にする。

短期目標は、モニタリングの際に達成度が分るよう具体的なものとする。

サービスは、課題達成のために適切な内容を設定する。

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をする。

家族の行う援助やインフォーマルなサービスも内容に記載する。

サービス事業所に背景要因を伝える必要があるものは、サービス担当者会議で共有する。

右上欄外に、第2表の作成年月日を書いておきましょう。

### 第3表（週間サービス計画表）

利用者本人の家庭における食事や排泄などの生活のリズムを書いて、適切な時間にサービスを取り組むための参考にする。

ショートステイ等の週単位以外のサービスも記載する。

右上欄外に、第3表の作成年月日を書いておきましょう。

## 4 居宅サービス計画と各事業所の個別支援計画との調整

サービス事業者は、ケアプランを基にして個別支援計画を作成し、介護支援専門員に返送します。各サービス事業者からの確かな情報を得るためには、情報を共有する必要があります。

居宅サービス計画を各サービス事業所に送付すること。

サービス事業者から「訪問介護計画」「通所介護計画」等事業所の個別援助計画を受け取ります。作成していない場合は督促すること。

計画書が援助目標に沿っているか確認し、必要があれば調整すること。

### ワンポイントチェック

居宅サービス計画（第1表、第2表、第3表）を利用者に交付し、確定した案をサービス提供事業者に提供する。

利用者が、サービス事業者とサービス提供について契約をしたことを確認する。

個別援助計画が居宅サービス計画に沿ったものか確認する。

利用者に個別援助計画が渡されているか確認する。渡されていない場合は督促する。

## 5 サービス担当者会議

介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、居宅サービス計画原案に位置付けた居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議の開催又は当該担当者への照会等により、専門的な見地からの意見を求め調整を図ることが必要です。

また、介護支援専門員は、利用者の状況を分析し、多職種間で直接に意見調整を行う必要の有無について、十分に見極める必要があります。

会議終了後は、必ず必要な記録を整備し、保存することが必要です。

### ワンポイントチェック

サービス担当者会議は、利用者ごとのサービスチームのサービスに関する打合せ会です。

それぞれの専門家がサービス提供の目標を共有し確認する場です。

何をチームで議論するのか開催の主旨を明確にする必要があります。

サービス担当者会議には、利用者及びその家族の同席が望まれます。

欠席したサービス事業所には、会議録を送付します。

居宅サービス計画原案を確定する際に開催します。

居宅サービス計画の変更の必要がある場合に開催します。

サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いる場合は、利用者の同意を得ていますか。

サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いる場合は、当該家族の同意を得ていますか。

## 6 初期のモニタリング

サービス提供を開始して2週間をめぐり、利用者の状態を観察しながら居宅サービス計画に組み込まれたサービスが的確に提供されているか、サービスがニーズを満たしているか訪問して確認をすることが必要です。

的確に提供されていない場合は、当該事業者に見合わせるなどして調整することが必要です。

確認した結果を整理して記録しておくことが必要です。介護支援専門員だけの記録ではありません。

## 7 継続的なモニタリング

介護支援専門員は、月に1度以上利用者宅を訪問すること、モニタリング結果を記録することが義務づけられています。

モニタリングは、介護支援専門員が専門職として残す記録です。その際には、利用者やその家族の意向、満足度、援助目標の達成度、プランの実践状況、居宅サービス計画の見直しの必要性が生じているか確認する視点を持つことが大切です。

訪問時には次の事項を念頭に訪問します。

介護支援専門員が直接利用者の身体的状態をチェックできる機会は、サービス事業者に比べ少ないので、日頃、利用者に接しているサービス担当者の情報がとても大切です。情報は整理し記録しておく必要があります。自分が欲しい情報を様式にして、サービス担当事業所に報告を依頼することも一つの方法です。

本人や家族の意向を確認して、居宅サービス計画の変更を検討します。必要に応じて、要介護認定区分の変更申請を行います。

## 8 給付管理

サービス事業所から報告された実績は、利用者に確認する必要があります。特に利用者の都合等でサービスの変更があった場合や、利用限度額を超過した場合は、トラブルにならないよう注意するためにも介護支援専門員自らが確認する必要があります。

## 9 減算

次のような場合は、居宅介護支援費の所定単位数の100分の70に相当する単位数を当該月からその状態が解消された月の前月まで算定しなければなりません。

介護支援専門員が、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接していない場合。

介護支援専門員が、サービス担当者会議の開催又は担当者に対する照会等を行っていない場合。

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た上で、居宅介護サービス計画を利用者及び担当者に交付していない場合。

要介護認定を受けている利用者が要介護状態区分等の変更の認定を受けた時にサービス担当者会議の開催又は担当者に対する照会等を行っていない場合。

居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（モニタリング）がされていない場合。

参考として、名古屋市介護保険課が、居宅介護支援事業所の指導用として作成された「居宅介護支援 減算されないためのチェックリスト」の資料提供を受けましたので掲載しました。

ケースごとに自主点検を行い、減算しなくても良いよう勤めてください。