

# サービス提供責任者

管理者として必要な業務の理解と高齢者関連法規・加算解釈～

- サービス提供責任者とは
- 研修について
- サービス提供責任者の責務一覧
- サービス行為ごとの区分
- 同行訪問について
- 事業所内におけるコーディネート業務
- 総合事業とケア会議 ～地域包括支援センターとケアマネジメント～
- サービス提供の流れ
- サービス提供責任者の各業務についての説明
  - (1) 介護保険請求
  - (2) 介護計画、モニタリング
  - (3) 利用者・家族とのとのかわりについて
  - (4) 説明責任（アカウンタビリティ）について
  - (5) コンプライアンスと法令順守
  - (6) サービス担当者会議
  - (7) 高齢者関連法規
  - (8) 介護保険制度について



(株)東京シティ福祉サービス FC 加盟店

福岡シティ福祉サービス

## サービス提供責任者とは

3 サービス提供責任者（第 5 条第 2 項に規定するサービス提供責任者をいう。以下この節及び次節において同じ。）は、次の各号に掲げる業務を行うものとする。

- 一 指定介護予防訪問介護の利用の申込みに係る調整をすること。
- 二 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握すること。
- 三 サービス担当者会議への出席等介護予防支援事業者等との連携に関すること。
- 四 訪問介護員等（サービス提供責任者を除く。以下この条において同じ。）に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達すること。
- 五 訪問介護員等の業務の実施状況を把握すること。
- 六 訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理を実施すること。
- 七 訪問介護員等に対する研修、技術指導等を実施すること。
- 八 その他サービス内容の管理について必要な業務を実施すること。

指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準

（管理者）

### 第二章 訪問介護 第二節 人員に関する基準

第六条 指定訪問介護事業者は、指定訪問介護事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、指定訪問介護事業所の管理上支障がない場合は、当該指定訪問介護事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準



要約すると・・・

- ・ 管理者は、事業所の従業者と業務の管理を一元的に行う
- ・ 書管理者は、事業所の従業者に運営基準の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。
- ・ サービス提供責任者は、訪問介護計画の作成に関する業務のほか、次の業務を行う
  - 1 訪問介護の利用の申込みにかかわる調整
  - 2 利用者の状態の変化やサービスに関する意向の定期的な把握
  - 3 サービス担当者会議への出席等による、居宅介護支援事業者等との連携
  - 4 ヘルパー等に対する、具体的な援助目標と援助内容の指示と、利用者の状況についての情報伝達
  - 5 ヘルパー等の業務の実施状況の把握
  - 6 ヘルパー等の能力や希望を踏まえた業務管理の実施
  - 7 ヘルパー等に対する研修、技術指導等の実施
  - 8 その他サービス内容の管理について必要な業務の実施

## サ責の配置と資格要件

### 〈サービス提供責任者の配置基準〉

指定訪問介護事業者は、指定訪問事業所ごとに「常勤の訪問介護員等のうち、利用者の数が 40 又はその端数を増すごとに 1 人以上の者をサービス提供責任者としなければならない。この場合において、当該サービス提供責任者の員数については、利用者の数に応じて常勤換算方法によることができる。



利用者数に応じて配置すべきサービス提供責任者の人数は、次のとおり

- 利用者 40 人以下           ⇒常勤 1 人
- 利用者 40 人超 80 人以下   ⇒常勤 2 人
- 利用者 80 人超 120 人以下   ⇒常勤 3 人
- 利用者 120 人超 160 人以下⇒常勤 4 人

平成 27 年の基準改正により

サービス提供責任者の配置について、以下の要件を全て満たす場合には、利用者 50 人につき 1 人のサービス提供責任者の配置が可能とする

- ① 常勤のサービス提供責任者を 3 名以上配置している
- ② サービス提供責任者の業務に主として従事する者を 1 人以上配置している
- ③ サービス提供責任者が行う業務が効率的に行われている場合

## 資格要件

- ・介護福祉士、看護師、准看護師、保健師のいずれかの資格を取得している
- ・実務者研修を修了している
- ・ホームヘルパー 1 級を取得している(※1)
- ・介護職員基礎研修を修了している(※1)
- ・介護職員初任者研修（旧・ホームヘルパー 2 級）修了+実務経験 3 年以上(※2)

※1：ホームヘルパー 1 級講習、介護職員基礎研修はすでに廃止されているが、廃止前に資格を取得している者・研修を修了している者はサービス提供責任者になることができる

※2：介護報酬が 30%減算

# サービス提供責任者の責務一覧

| 実務事項                                       | 主な内容                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービスの申し込み等の調整<br>(新規)                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規ケース受付（サービス提供依頼受付票記入）</li> <li>・初回の実態調査（アセスメント）の実施、地域包括支援センターまたはケアマネジャーよりサービス提供票を受け取る</li> <li>・サービス担当者会議</li> <li>・利用にかかわる契約書、重要事項説明書作成</li> <li>・介護保険以外での申し込み等の対応（生活支援、障害者福祉制度）</li> </ul> |
| （介護予防）訪問介護計画書の作成                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービス計画、介護予防サービス計画の理解</li> <li>・利用者のニーズを評価し、これに対応した（介護予防）訪問介護計画書作成</li> </ul>                                                                                                                |
| （介護予防）訪問介護計画書の説明                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者または家族へ（介護予防）訪問介護計画書を説明する</li> <li>・契約書の説明と契約</li> <li>・初回訪問の同行とサービス内容確認</li> </ul>                                                                                                         |
| サービスの提供                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者へのサービス提供</li> <li>・緊急の必要性によりサービスを提供</li> <li>・スタッフの病欠等の際の代行</li> </ul>                                                                                                                     |
| サービス提供後の状況把握                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供後の（介護予防）訪問介護計画書の変更と調整、業務日誌の確認</li> <li>・たんの吸引等がある場合はケア実施記録の確認</li> </ul>                                                                                                                |
| （介護予防）訪問介護計画書の見直し（関係機関との連携、サービス担当者会議への参加等） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス担当者会議の参加や実施の呼びかけ</li> <li>・地域包括支援センター、ケアマネジャーへの報告、連絡、相談等・他事業所との連絡調整</li> </ul>                                                                                                            |
| スタッフ等のサービス内容の管理                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・スタッフとのサービス提供に関する報告や申し送り、連絡</li> <li>・利用者からの苦情や、事故発生時の対応</li> </ul>                                                                                                                            |
| サービス提供にかかわるスケジュールの作成や理                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供にかかわるスタッフのスケジュール作成と管理</li> <li>・担当スタッフの選定</li> <li>・サービス提供票と実績の管理</li> </ul>                                                                                                            |
| スタッフに対する評価や訪問介護の知識・技術指導、助言や相談              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・スタッフの健康管理</li> <li>・スタッフの評価</li> <li>・スタッフに対する業務指導（介護技術、対人援助の技術、困難事例、利用者への接遇等）</li> <li>・新人スタッフへのオリエンテーション（訪問介護員としての心得、訪問時の注意事項等）</li> <li>・実習生の同行訪問日程の組み立て等</li> </ul>                       |
| 定例会・会議等の実施                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的なミーティング（ミーティング、内部研修会等）</li> <li>・サービスにかかわるスタッフ会議の実施</li> </ul>                                                                                                                             |

## サービス行為ごとの区分

### 【1 身体介護】

#### サービス準備・記録等

|        |              |
|--------|--------------|
| 健康チェック | 相談援助、情報収集・提供 |
| 環境整備   | サービス提供後の記録等  |

#### 排泄・食事介助

|                                                            |                      |
|------------------------------------------------------------|----------------------|
| 排泄介助                                                       | 身体整容（日常的な行為としての身体整容） |
| トイレ利用                                                      | 更衣介助                 |
| ポータブルトイレ利用                                                 | 体位変換，移動・移乗介助，外出介助    |
| 食事介助                                                       | 体位変換                 |
| 特段の専門的配慮をもって行う調理                                           | 移乗・移動介助              |
| 清拭・入浴、身体整容                                                 | 移乗                   |
| 清拭（全身清拭）                                                   | 移動                   |
| 部分浴                                                        | 通院・外出介助              |
| 手浴及び足浴                                                     | 起床及び就寝介助             |
| 洗髪                                                         | 起床・就寝介助              |
| 全身浴                                                        | 起床介助                 |
| 動作                                                         | 就寝介助                 |
| 洗面等                                                        | 服薬介助                 |
| 自立生活支援のための見守りの援助（自立支援、ADL 向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等） |                      |

### 【2 生活援助】

次のような行為は生活援助の内容に含まれないものであるので留意すること。

- （1）商品の販売・農作業等生業の援助的な行為
- （2）直接、本人の日常生活の援助に属しないと判断される行為

|                   |              |
|-------------------|--------------|
| 健康チェック            | 相談援助、情報収集・提供 |
| 利用者の安否確認、顔色等のチェック | サービスの提供後の記録等 |
| 環境整備              | ベッドメイク       |
| 換気、室温・日あたりの調整等    | 一般的な調理，配下    |
| 掃除                | 衣類の整理・被服の補修  |
| 買い物。薬の受取          |              |

訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について（老計第 10 号）

同行訪問について

①同行訪問を行う目的

- ・ホームヘルパー間でサービス内容を伝達する為
- ・利用者や家族が安心してサービスを受け入れられるように働き掛ける働きがある
- ・利用者や家族の信頼を得る上で重要な意味を持つ



信頼構築を得ることで今後のケアがうまくいく

②介護職員によるメリット

- ・どのような利用者なのかあらかじめ確かめることが出来る
- ・新人職員の場合、サ責と利用者のやり取りを聞くことにより、どこに注意してケアに当たればよいかが分かる。
- ・記録の仕方が分かる。
- ・分からないところがあれば、その場で質問することが出来る。
- ・業務の流れが分かる・・・等

③「初期加算」

新規利用者宅へサ責とともにヘルパーが同行したときに加算されるもの

〈「初回加算」の算定基準〉

指定訪問介護事業所において、新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が初回若しくは初回の訪問介護を行った日の属する月に訪問介護を行った場合又は当該指定訪問介護事業所のその他の訪問介護員等が初回若しくは初回の訪問介護を行った日の属する月に訪問介護を行った際にサービス提供責任者が同行した場合は、1月につき所定単位数（200単位）を加算する。

く「初回加算」の取り扱い

①本加算は、利用者が過去2月に当該指定訪問介護事業所から訪問介護の提供を受けていない場合に算定されるものである。

②サービス提供責任者が、訪問介護に同行した場合については、（中略）同行訪問した旨を記録するものとする。また、この場合において、当該サービス提供責任者は、訪問介護に要する時間を通じて滞在することは必ずしも必要ではなく、利用者の状況等を確認した上で、途中で現場を離れた場合であっても、算定は可能である。

新規の取り扱いについて

過去2カ月、訪問介護の提供を受けていない。

過去2カ月に訪問介護事業所から訪問介護の提供を受けていない場合に算定。

「2カ月」とは、暦月（月の初日から月の末日まで）による。

例）4月15日に利用者に訪問介護を行った場合、初回加算が算定できるのは、同年の2月1日以降にその事業所から訪問介護の提供を受けていない場合となる。

| 2月1日     | 3月1日     | 4月15日    |
|----------|----------|----------|
| 訪問サービス × | 訪問サービス × |          |
|          |          | 初期加算算定可能 |

## 事業所内におけるコーディネート業務

### ①派遣スケジュール〔シフト〕の調整

#### 〈シフト調整の際に考慮すべき点〉

##### 【利用者側】

- ・サービス内容に適した時間を調整する（例：通院、食事、排泄、入浴など）。
- ・他のサービスの利用スケジュールを考慮する（例：通所サービスの利用日、訪問看護や往診の時間など）。
- ・出来るだけ要望を取り入れること（ヘルパーの氏名、サービス内容等）

##### 【ホームヘルパー側】

- ・ホームヘルパーの勤務可能時間を考慮する。
- ・ホームヘルパーの移動手段を考慮して派遣先を決定する。
- ・求められるサービスに適した能力を有するホームヘルパーを調整する。
- ・ホームヘルパーの希望する派遣体制を考慮する。
- ・ホームヘルパーの希望する収入を考慮する。

#### シフト作成の手順

当月のシフトを作成する日を決め、前日までに勤務できない日、時間を届けてもらう。

予め、届出票のテンプレートを作成しておく

届出を基に勤務できない日時を台帳に埋め込む

全体を見直し、また利用者・ヘルパー双方の要望を考慮し、シフトを組んでいく

#### 登録型ヘルパー台帳について

予めパソコンでテンプレートを作成して必要に応じてプリントアウトできるように保存（デスクトップ）しておく、同時にデータ消失防止の為 USB にも保存しておく。

| 氏名 | 年齢 | 資格 | 経験 | 交通手段 | 希望      |       |      |    |
|----|----|----|----|------|---------|-------|------|----|
|    |    |    |    |      | 勤務曜日・時間 | 対応エリア | 援助内容 | 収入 |
|    |    |    |    |      |         |       |      |    |
|    |    |    |    |      |         |       |      |    |
|    |    |    |    |      |         |       |      |    |

新規の登録ヘルパーが入職したら、そのたびに本人にヒアリングして台帳に必要事項を埋めておく

必要事項を埋めた台帳をテンプレートとして保存しておく

保存先

パソコン  
(デスクトップ)

パソコン  
(USB メモリー)

ファイル

バックアップ

他スタッフとの  
情報共有

いつ、だれが、どの援助に入っているかひと目でわかるように

## ホームヘルパー別のシフト表

|       |    |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |
|-------|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|--|--|--|--|--|
| Aヘルパー | 月曜 |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |
|       | 火曜 |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |
|       | 水曜 |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |
|       | 木曜 |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |
|       | 金曜 |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |
|       | 土曜 |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |
|       | 日曜 |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |
|       |    | 8時 | 9時 | 10時 | 11時 | 12時 | 13時 | 14時 | 15時 | 16時 | 17時 | 18時 |  |  |  |  |  |  |
| Bヘルパー | 月曜 |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |
|       | 火曜 |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |
|       | 水曜 |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |
|       | 木曜 |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |
|       | 金曜 |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |
|       | 土曜 |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |
|       | 日曜 |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |
|       |    | 8時 | 9時 | 10時 | 11時 | 12時 | 13時 | 14時 | 15時 | 16時 | 17時 | 18時 |  |  |  |  |  |  |
| Cヘルパー | 月曜 |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |
|       | 火曜 |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |
|       | 水曜 |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |  |  |  |  |  |

勤務依頼可能時間帯、どの時間帯にどの利用者のケアに入っているか一目瞭然

該当時間帯を網掛けで塗りつぶす

## 日付ごとのシフト表

|      | 利用者名 | 8時 | 9時 | 10時 | 11時 | 12時 | 13時 | 14時 | 15時 | 16時 | 17時 | 18時 |  |
|------|------|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| 日(月) |      |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|      |      |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|      |      |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 日(火) |      |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|      |      |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|      |      |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 日(水) |      |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|      |      |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|      |      |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 日(木) |      |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|      |      |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|      |      |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
| 日(金) |      |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|      |      |    |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |

その日、どの利用者に誰が何時まで派遣されているかが一目瞭然

出来上がったシフト表を各ヘルパーに配布する。(情報共有の為)

## 事務所内の業務分担

業務内容を具体的に細分化する

業務を円滑に進めるためには、事業所内での連携や役割分担を適切に行うことが重要。

管理者が的確な采配を振らない組織において複数のサービス提供責任者が配置されている場合は、特に業務の責任の所在が曖昧になりがち



そのためには

業務分担表を作成すること

どのサ責が何をやるか一目瞭然



特に 2 名以上のサ責が配置されている場合は作成必須!!

|         | 業務内容              | 所要時間           | サ責A | サ責B |
|---------|-------------------|----------------|-----|-----|
| 前月末～3 日 | 実績確認・実績入力         | 5 時間           |     |     |
| 1 日～3 日 | 他事業所（居宅・包括）実績報告   | 訪問 1 件 45 分    |     |     |
| 1 日～9 日 | モニタリング報告書作成       | 1 件 1 時間       |     |     |
| 8 日～9 日 | CSV 作成・伝送・請求明細発行  | 伝送・請求明細発行 60 分 |     |     |
| 10 日    | 居宅・包括へモニタリング報告書提出 | 訪問 1 件 45 分    |     |     |
| 10 日    | 記録簿提出確認・提出の督促     | 1.5 時間         |     |     |

帳簿作成の進捗管理

利用者基本情報，訪問介護計画書，モニタリング報告書など，訪問介護事業所で作成する書類の進捗状況を管理する必要がある。

利用者ごとに整えるべき帳票類を日常的にチェックしていけば，遅れている業務が明確に把握でき，業務の優先順位を考えやすくなる。

複数のサ責が情報共有している証

訪問介護事業 帳票作成進捗管理表

|    |       |              |             |       |                   |       |        |       |           | 管理者   | サ責A   | サ責B |
|----|-------|--------------|-------------|-------|-------------------|-------|--------|-------|-----------|-------|-------|-----|
|    |       |              |             |       |                   |       |        |       |           |       |       |     |
| 番号 | 利用者氏名 | ケアプラン有効期間    | 基本情報・アセスメント |       | 訪問介護・介護予防訪問介護 計画書 |       |        |       | モニタリング報告書 |       |       |     |
|    |       |              | 担当者         | 作成完了日 | 担当者               | 作成完了日 | 利用者交付日 | 居宅交付日 | 担当者       | 作成完了日 | 居宅交付日 |     |
| 1  |       | / / ~<br>/ / |             | 年 月 日 |                   | 年 月 日 | 年 月 日  | 年 月 日 |           | 年 月 日 | 年 月 日 |     |
| 2  |       | / / ~<br>/ / |             | 年 月 日 |                   | 年 月 日 | 年 月 日  | 年 月 日 |           | 年 月 日 | 年 月 日 |     |
| 3  |       | / / ~<br>/ / |             | 年 月 日 |                   | 年 月 日 | 年 月 日  | 年 月 日 |           | 年 月 日 | 年 月 日 |     |

進捗管理票を作成する利点

- ・アセスメントをいつ行ったか、計画書交付日が一目瞭然でわかる。
- ・減算対策、実地指導対策に必須ツール

## 研修について

ホームヘルパーのスキルアップの為、定期的に研修を行う事  
なお、研修を行ったという証の為、記録を残さなければならない

特定事業所加算・算定要件

### 研修を行ったという証を残すためには

- ・研修計画
- ・研修に出席したという事が分かる書類
- ・レジュメ
- ・研修に参加した者だけに渡される補助レジュメ等
- ・場合によっては受講証明書

これを残しておく必要がある

実地指導の為にも必要

イ 特定事業所加算(I)～(Ⅲ) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) (省略) 訪問介護員等ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定していること。

### 特定事業所加算 (Ⅳ)

(2) 指定訪問介護事業所の全てのサービス提供責任者に対し、サービス提供責任者ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定していること。

### ① 体制要件

#### イ 計画的な研修の実施 解釈通知

厚生労働大臣が定める基準(平成 27 年厚生労働省告示第 95 号。以下「大臣基準告示」という。)第 3 号イ(1)の「訪問介護員等ごとに研修計画を作成」又は同号ニ(2)の「サービス提供責任者ごとに研修計画を作成」については、当該事業所におけるサービス従事者の資質向上のための研修内容の全体像と当該研修実施のための勤務体制の確保を定めるとともに、訪問介護員等又はサービス提供責任者について個別具体的な研修の目標、内容、研修期間、実施時期等を定めた計画を策定しなければならない。



- ・年間研修計画を立案する事
- ・研修の実施
- ・介護職員のみならず、サ責も専門研修を受講する事
- ・事業所内部研修のみならず外部研修も積極的に受講すること
- ・研修目標、内容、研修期日を明記した記録簿を保存しておく事

## 研修計画表立案について

### 新人研修予定表

| 新人研修予定表 |                                                                               |     |     | 管理者 | 提供責任者 |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-------|
| ヘルパー氏名  |                                                                               |     |     |     |       |
| 研修名     | 研修内容                                                                          | 実施日 | 担当者 |     |       |
| 新人研修Ⅰ   | オリエンテーション<br>(事業所の概要、就職規則の説明、ヘルパー派遣時の注意事項、接遇等)                                |     |     |     |       |
| 新人研修Ⅱ   | 各記録類の記入について<br>①ヘルパー業務日誌の記入の仕方<br>②サービス提供記録の記入の仕方<br>③出勤簿・勤務管理簿の記入の仕方<br>④その他 |     |     |     |       |
| 新人研修Ⅲ   | 利用者の担当について<br>①サービス提供責任者との関わり<br>②個別援助計画書作成                                   |     |     |     |       |

回覧印を設けること



情報共有の為

### 年間予定表

| 年間研修予定表( 年度) |     |    |    |    |     |    |
|--------------|-----|----|----|----|-----|----|
| 予定日          | 研修名 | 内容 | 講師 | 時間 | 実施日 | 備考 |
|              |     |    |    |    |     |    |
|              |     |    |    |    |     |    |
|              |     |    |    |    |     |    |

### 受講者名簿

| 受講生出欠表(介護記録とリスクマネジメント) |        |        |       |      |    |    |      |
|------------------------|--------|--------|-------|------|----|----|------|
| NO                     | 10月21日 | 10月27日 | 受講者氏名 | フリガナ | 性別 | 資格 | 勤務年数 |
| 1                      |        |        |       |      |    |    |      |
| 2                      |        |        |       |      |    |    |      |
| 3                      |        |        |       |      |    |    |      |
| 4                      |        |        |       |      |    |    |      |

出席者にはサインもしくは印鑑をもらう

### 研修テーマの決め方

- ・ヘルパーにアンケートを取って研修に関する希望を聞く
- ・介護記録、ケア記録を見直し、特定のヘルパーに不足している箇所に関する研修を受けさせる
- ・新人ヘルパーがマスターしなければならない事項(倫理規定、個人情報保護など)
- ・事業所全体で受講しなければならないもの(食中毒の予防、熱中症)

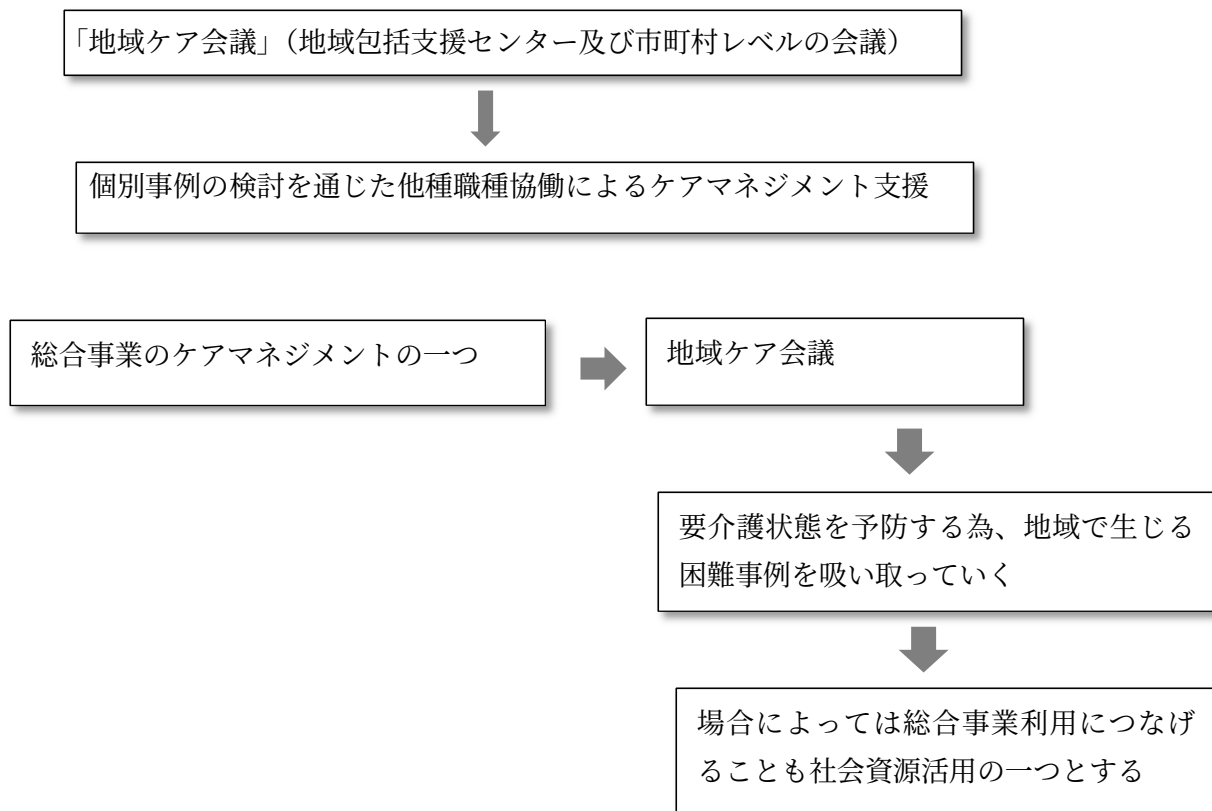
## 総合事業とケア会議 ～地域包括支援センターとケアマネジメント～

総合事業への取組が、地域包括ケアの具現化、「地域力」の向上に資するものであることから、地域ケア会議等の定期的な開催により、個別ケースの課題のみならず、日常生活圏域内の生活課題を共有化することも必要である。

そのためにも、日常生活圏域（さらには町内会ごと等の小地域）ごとに地域のニーズを把握・分析し、そのニーズを満たすための地域資源の発掘を含め、必要な支援策について検討することが必要である。具体的には、地域資源マップ等を作成することにより、既存資源や不足している資源等を明らかにし、地域内で不足しているサービスについては新たに確保・育成する取組も求められる。

### 地域ケア会議について

#### (1)概要



#### 構成員

- ・介護事業所職員（生活相談員等）
- ・地域包括支援センター職員（社会福祉士、主任ケアマネ等）
- ・民生員
- ・市区町村職員等

## (2) 機能

### 個別課題の解決機能

個別ケースについて多機関・多職種が多様な視点から検討を行うことにより、住民の問題解決を支援するとともに、そのプロセスを通して地域包括支援センター職員や介護支援専門員等の問題解決力向上を図り、支援の質を高める。

個別課題解決のために取り上げる個別事例は、

|                          |
|--------------------------|
| ・サービス未利用で支援を要する高齢者等への対応  |
| ・周辺住民が困っている事例            |
| ・支援者が困っている事例             |
| ・支援のための資源や環境整備が必要な事例     |
| ・高齢者の心身の健康や権利が侵害されている事例  |
| ・保険者から見てサービス提供内容に課題がある事例 |

等サービス担当者会議で解決できないケースが対象となる。

### 地域包括支援ネットワーク構築機能

医師会、介護サービス事業者、地域リハビリ広域支援センター等、地域の関係機関等との連携を高める機能のこと。地域包括支援センター間や関係機関間の情報交換の促進と、運営協議会の場等を活用した共同体制を構築する。

### 地域課題の発見・把握機能

個別ケースの検討において、地域の共通課題を見出すことを念頭に置き、個別ケースの背後にある解決すべき地域課題を明らかにする機能。

### 地域づくり・資源開発機能

個別課題の検討の過程で、地域で不足する資源や仕組みがあれば創出する必要がある。インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、住民との役割分担を図りながら地域に必要な資源を創出していく。

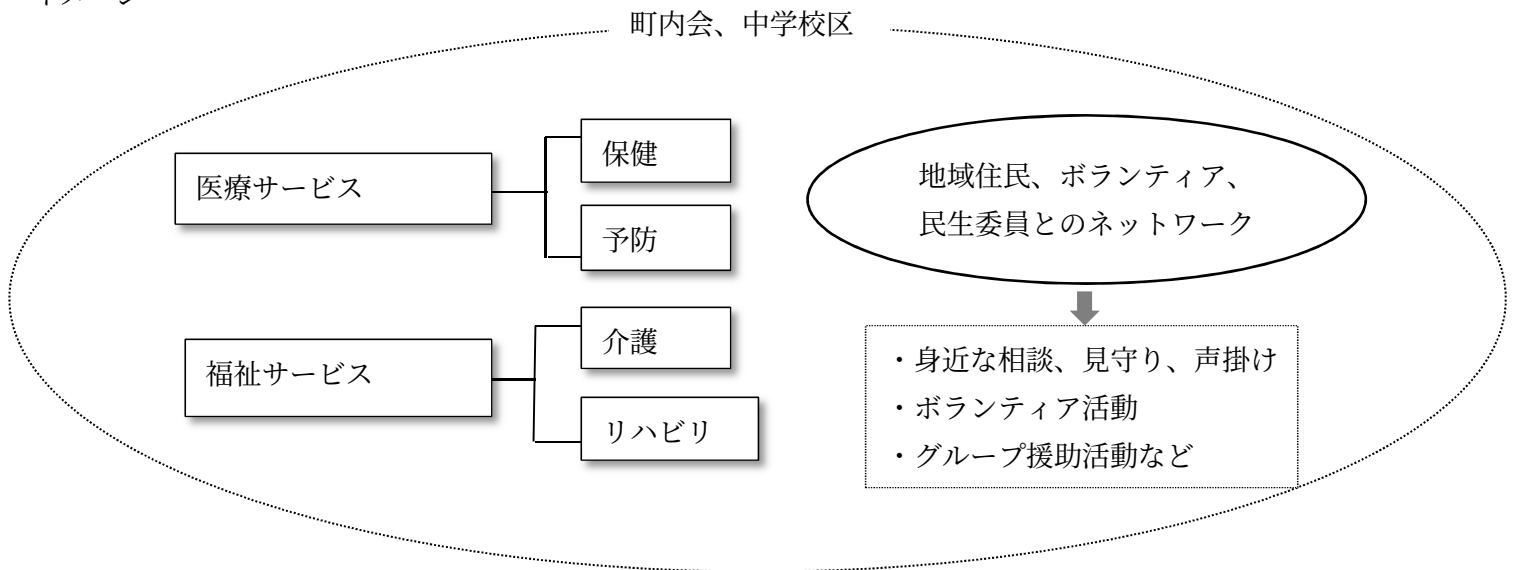
## (3) 地域ケア会議の運営主体

地域包括支援センターまたは市区町村が運営主体となる。

## 地域包括ケアシステムとは

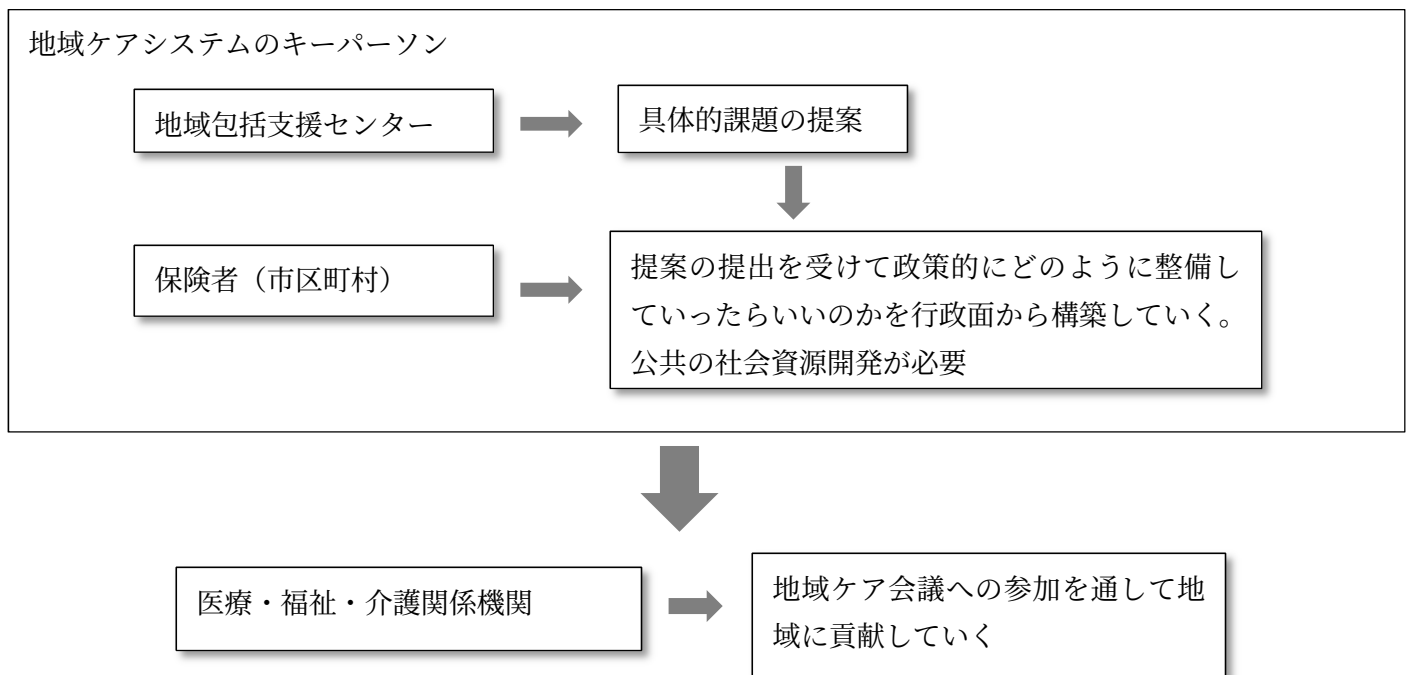
重度になっても住み慣れた地域で人生の最後まで自分らしく暮らし続けることが出来るシステム

イメージ



## 地域ケアシステムの構成要素

下記のいずれも不足してはいけない



## 地域包括支援センターの役割

- ・ 日常的な業務（総合相談事例）地域課題を明らかにする
- ・ 地域を含めた関係者の支援体制を構築する
- ・ 地域課題を関係者と構築する。特に行政に対しても情報提供を行う



特に地域課題を解決していくためには行政の力が必要不可欠

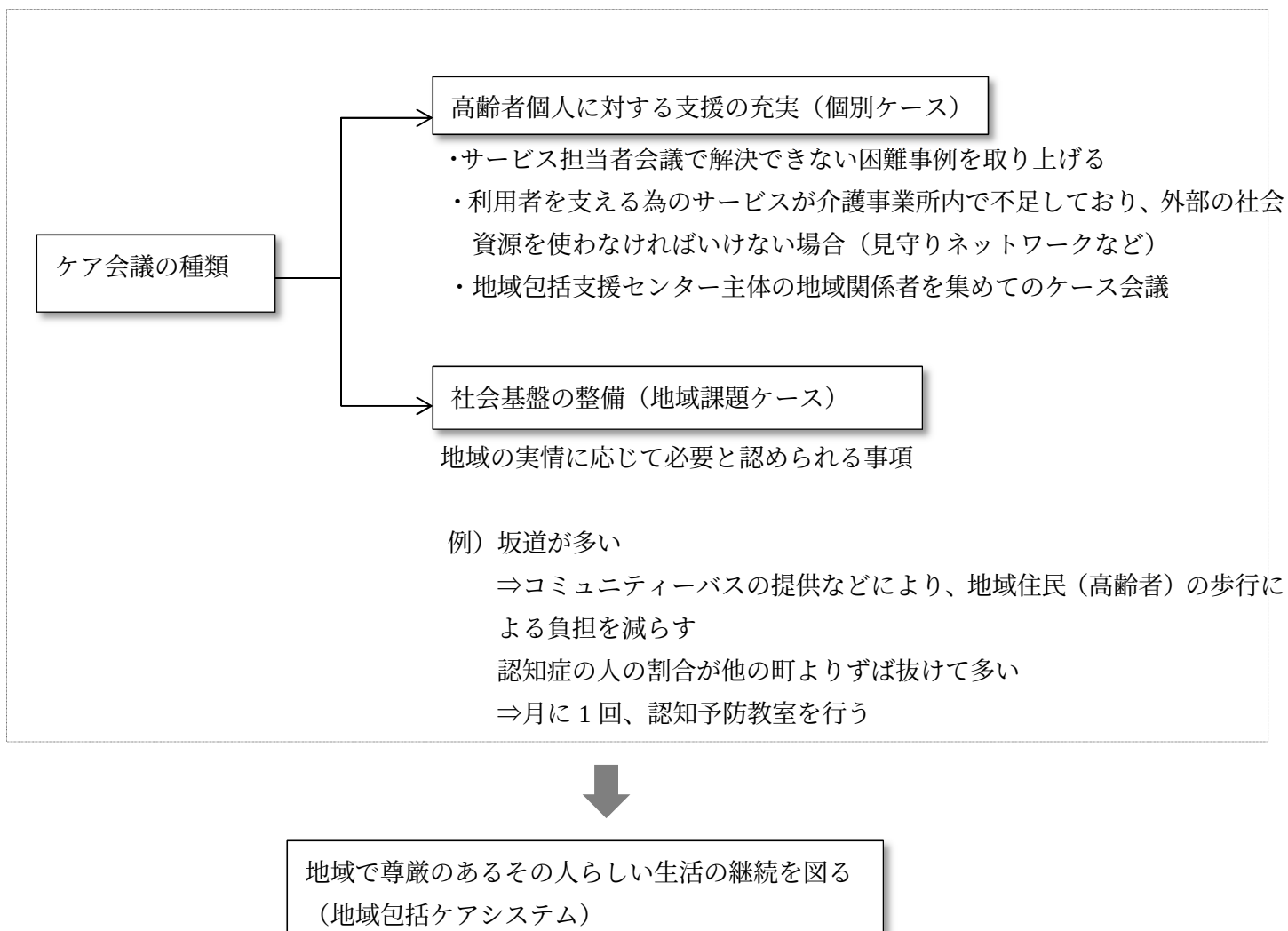


地域ケア会議の有効活用

## 市町村【保険者】の役割

- ・ 地域包括ケアシステム構築のための環境整備
- ・ 生活支援サービス（インフォーマル）の基盤整備
- ・ 在宅医療支援体制の構築を医師会と共同で推進する
- ・ 地域で認知症の人を支える体制を構築
- ・ 地域包括支援センターが適切に業務を遂行できるように環境を整備していく

## ■ケア会議の役割



個別ケースの検討を行う地域ケア会議で取り上げる個別ケースの種類

- ・サービス未利用で支援を要する高齢者等への対応
- ・支援者が困っている事例
- ・支援が自立を阻害していると考えられる事例
- ・支援者個人の為の資源や環境整備が必要な事例
- ・保険者から見てサービス提供内容に課題がる事例 など

地域課題の検討を行う地域ケア会議について

地域づくり、資源開発機能 [こういうサービスがあったらなおよいというもの]

インフォーマルサービスや地域見守りネットワーク等、地域に必要なと考えられる資源の開発

政策形成機能 [保険者の役割]

地域に必要な取り組みを明らかにして、施策や政策を立案・提言する

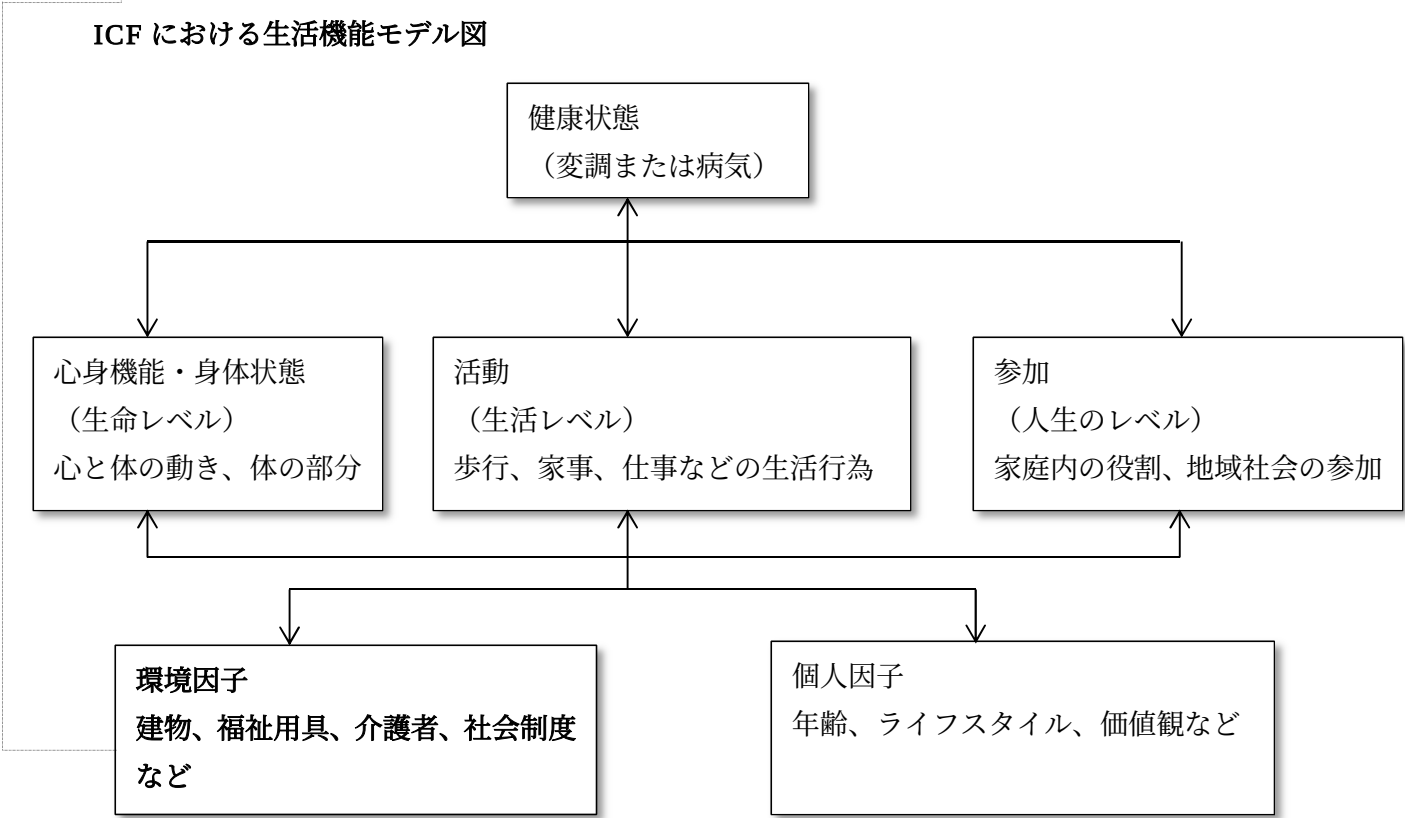
地域課題の抽出方法のヒント

①量的調査（日常生活圏域ニーズ調査、日常の相談データ等）から導き出す

②環境因子より引き起こされる課題が地域課題の可能性が高い

個別課題を地域課題に変換する機能が困難を要する

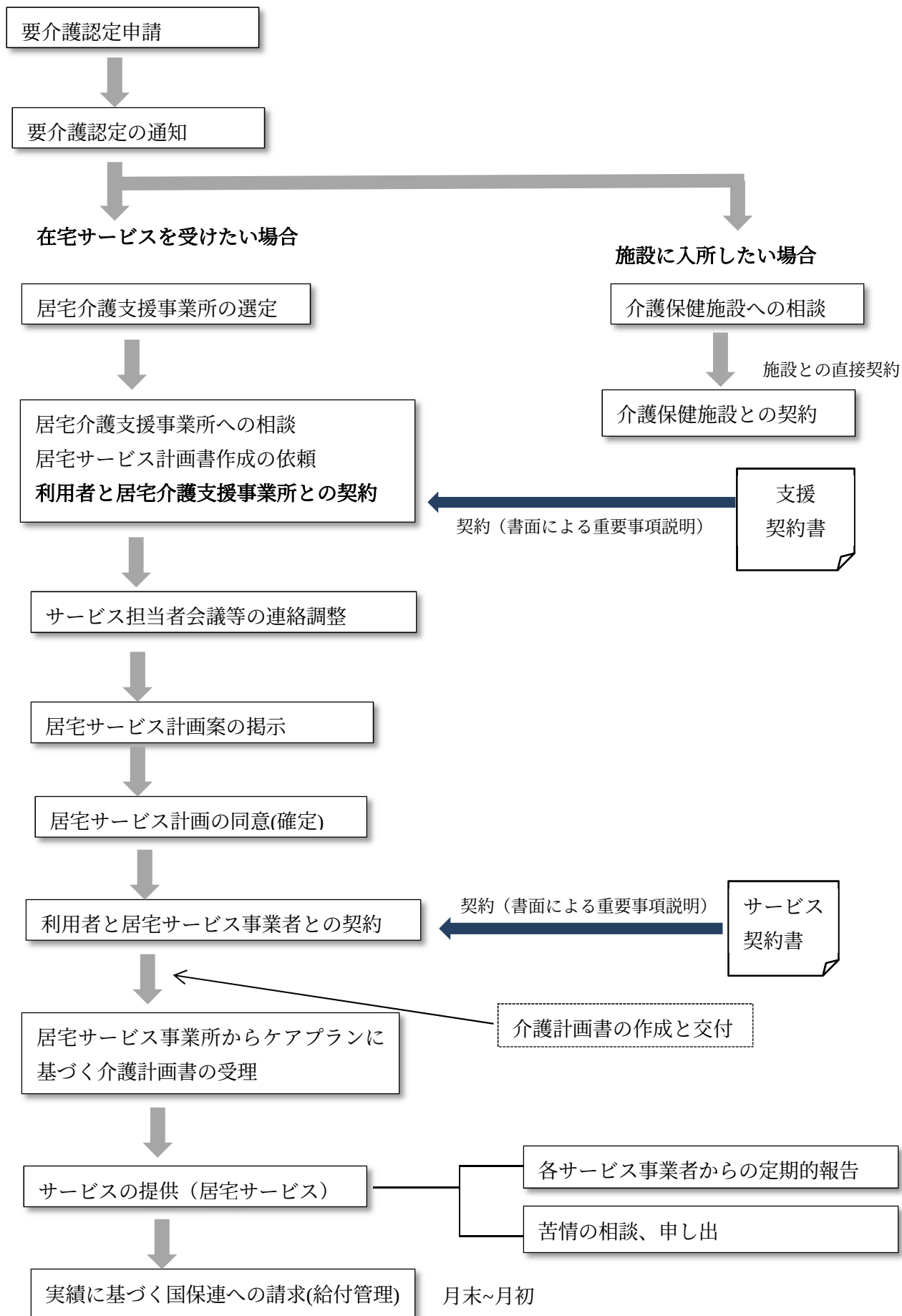
ICF における生活機能モデル図



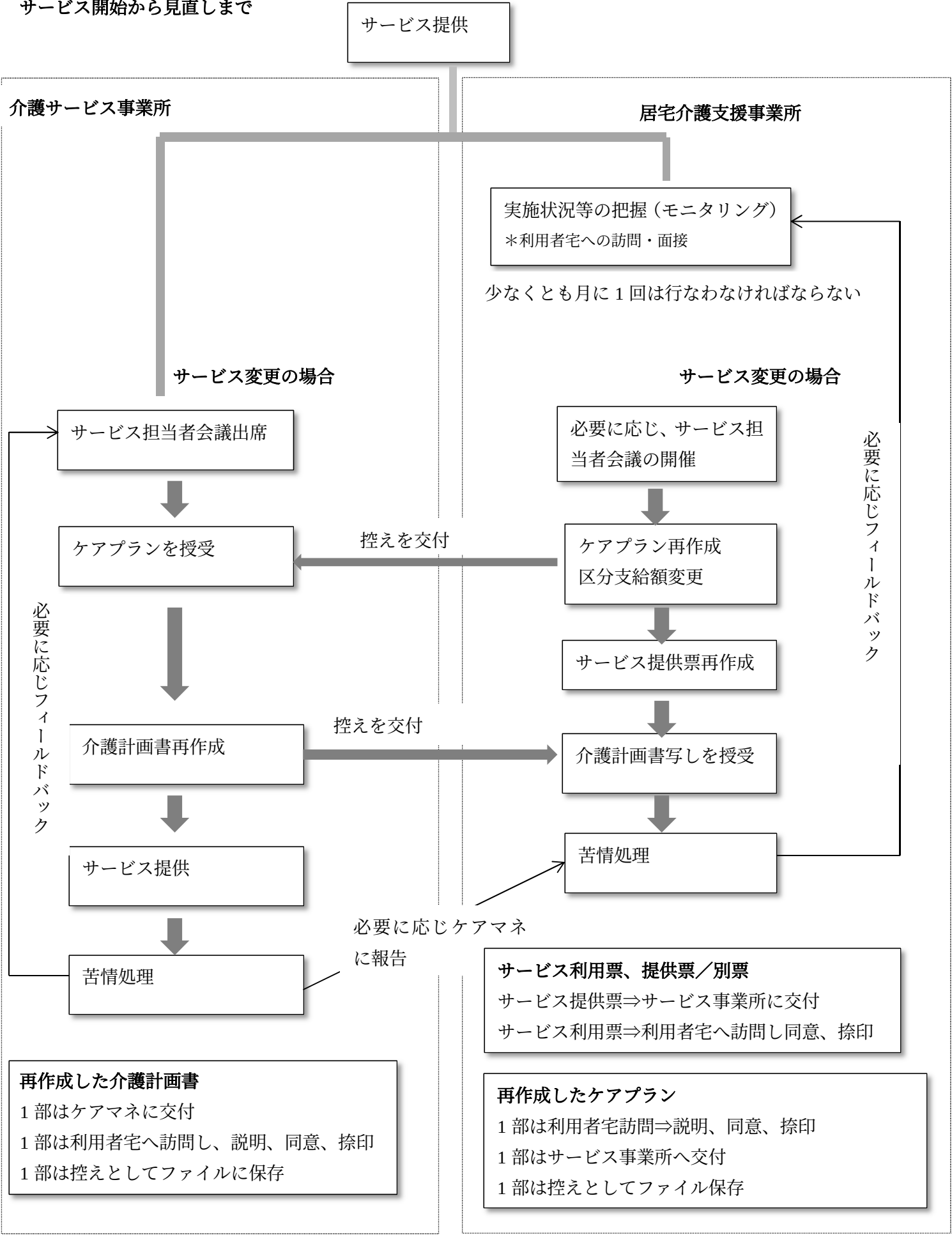


## サービス提供の流れ

### 介護保険法に基づくサービス提供の流れ



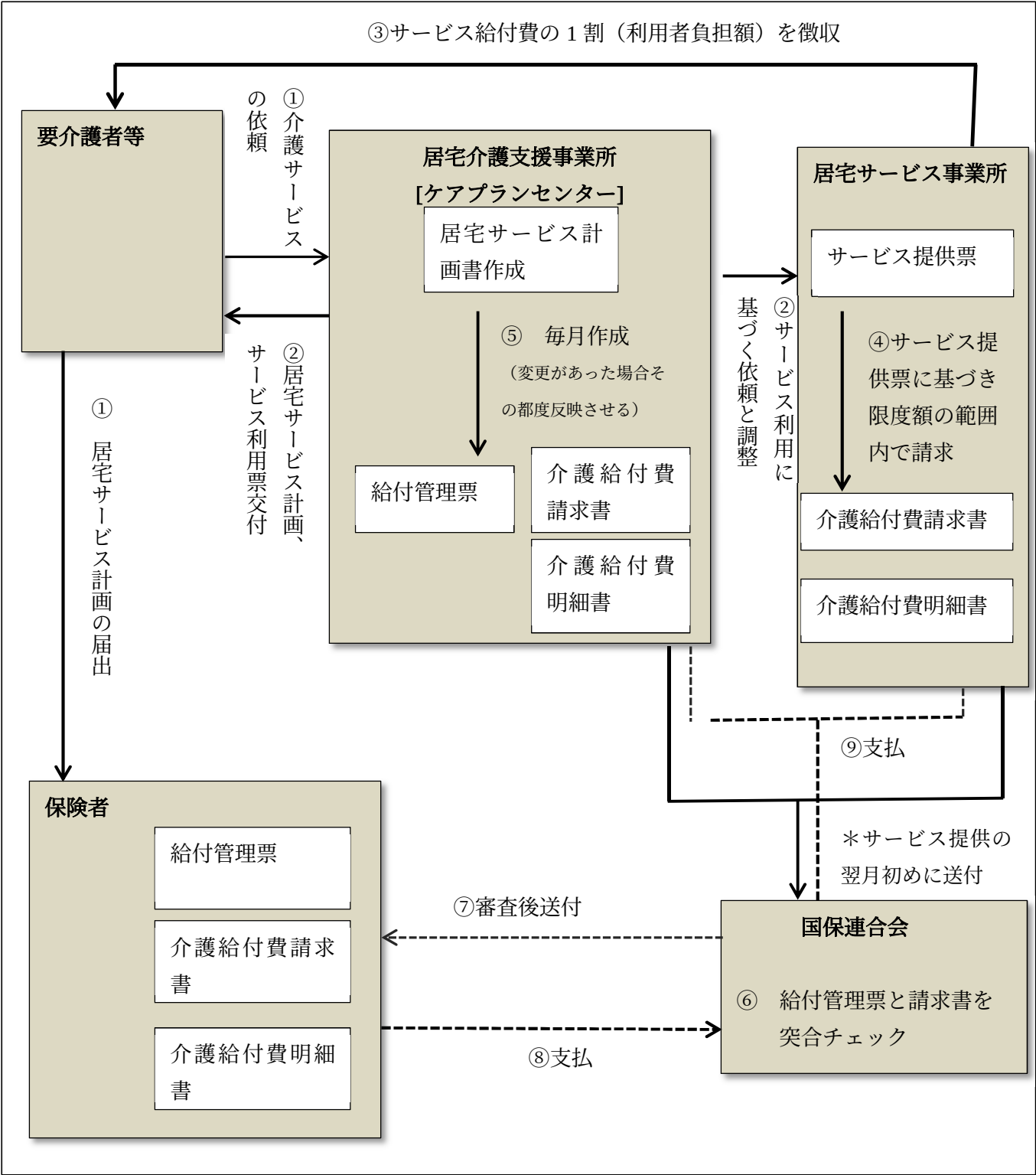
変更時におけるサービス提供の手続  
サービス開始から見直しまで



サービス提供責任者の各業務についての説明

(1) 介護保険請求  
介護給付費請求の流れ

- 利用者にサービスを提供する事業所は大きく分けて
- ① 居宅支援事業所[ケアプランセンター]、地域包括支援センター
  - ② 居宅サービス事業所
  - ③ 介護施設
- の 3 つ



## 要介護者の居宅サービス費の請求

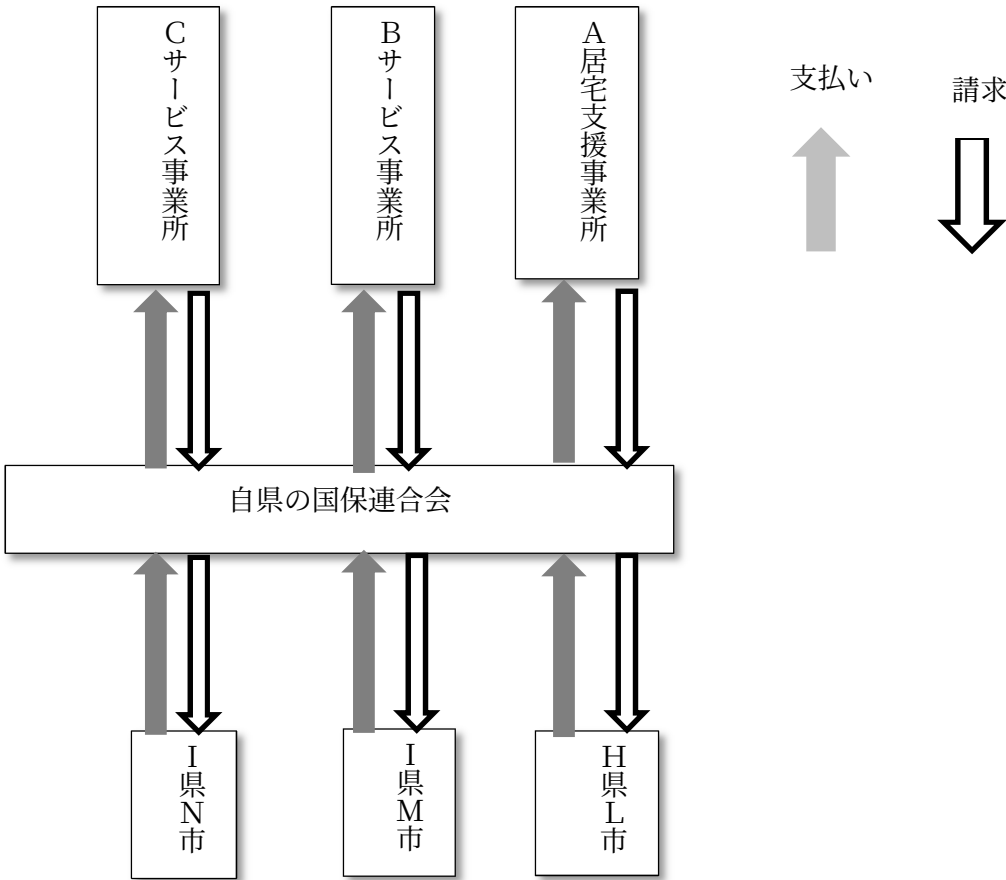
- ① 要介護者は、居宅介護支援事業所に居宅支援サービスの依頼を受けるとともに居宅サービス計画[ケアプラン]の作成の依頼の旨を市町村に届け出る。
- ② 居宅支援事業所は要介護者などの同意をもとに、居宅サービス事業所とサービス提供についての調整を行い、居宅サービス計画を作成する。作成するのは居宅介護支援事業所に所属しているケアマネージャーが行う。
- ③ サービス提供票、サービス利用表を作成し、それぞれに居宅サービス事業所、要介護者に交付する
- ④ 居宅サービス事業所はサービス提供票に基づきサービスを提供する
- ⑤ 居宅サービス事業所は要介護者に対して一部負担[1割]を請求する
- ⑥ 居宅サービス事業所は、提供したサービスの介護給付費請求書及び介護給付費明細書を翌月の10日までに各都道府県の国民健康団体連合会【国保連】に送付
- ⑦ 居宅支援事業所は、要介護者が受けたサービスに基づき給付管理票を作成し、居宅介護サービス計画費などの請求書などとともに翌月10日までに国保連に送付
- ⑧ 国保連は、給付管理票をもとに、居宅サービス事業所の請求書などと突合（とつごう：突き合わせること）し、支給限度額などの審査を行う。
- ⑨ 国保連は、居宅支援サービス事業所及び居宅サービス事業所からの請求について審査後、保険者に請求する。
- ⑩ 保険者は、国保連に支払いを行う。
- ⑪ 国保連は、居宅介護支援事業所及び居宅サービス事業所に支払いを行う。

## 要支援者の居宅サービス費の請求

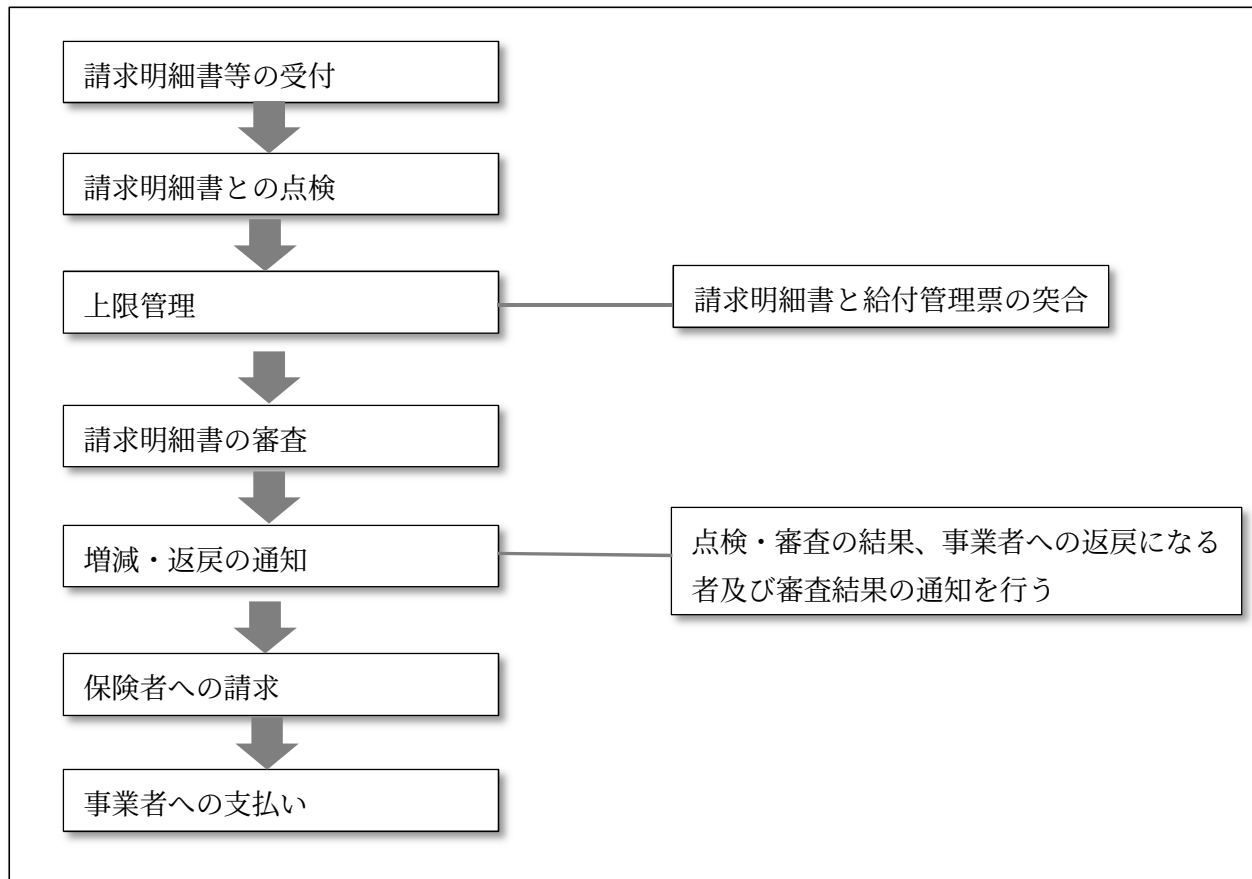
要支援者の居宅サービスの請求で要介護者と異なる点はサービス計画書の作成を地域包括支援センター所属のケアマネージャーが行うことである。ここで注意したいのは特例として社会福祉士が要支援者の介護計画書[ケアプラン]を作成できることである。

自県以外の介護保険請求

サービス事業所・介護施設がその所在地以外の地域のサービスを提供している場合や所在地以外にある他の都道府県の市町村に住む利用者(被保険者)に対してサービスを提供した場合でも請求は所在地の都道府県の国保連に行う。



## 国保連での審査支払業務の流れ



- ① 事業所番号、保険者番号、生年月日、日数等に誤りがないか審査
- ② 資格審査として、事業所・施設台帳及び受給者台帳との突合せの不一致がないか、明細書・給付管理票の重複がないかを審査
- ③ 居宅サービス事業者の場合、上限審査として、介護給付費明細書のサービスの種類ごとの合計請求単位数が給付管理票の支給限度基準額内であるかどうかの突合せ等の審査
- ④ 緊急時施設療養費及び特定診療費（出来高サービス）の請求内容を審査
- ⑤ 他都道府県の被保険者は国民保険中央会通して被保険者が属する都道府県国保連で審査

# 介護保険請求にあたってのチェックポイント

| 点検事項            | 点検内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス提供年月日       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ サービス提供年月日の設定はあるか</li> <li>・ 月遅れ分である場合、請求権の時効は切れていないかどうか</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                 |
| サービス事業所等に係る設定事項 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業者台帳と照合し、事業所番号が有効であるか</li> </ul> <p>(1) 指定サービス事業所<br/>該当サービス年月において都道府県の指定が有効であるか</p> <p>(2) 基準該当サービス事業所<br/>該当サービス提供年月において市区町村の指定が有効であるか</p>                                                                                                                                                                      |
| 請求先に係る設定事項      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険者台帳、公費負担者台帳と照合し、サービス提供年月において有効な保険者番号かどうか</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 受給者に係る設定事項      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 区市町村の要介護認定を受け、当該サービス年月における介護給付または予防給付の受給資格〔受給者台帳の要介護区分と認定有効期間〕を有しているか</li> <li>・ 保険料滞納による保険給付制限を受けていないかどうか</li> </ul>                                                                                                                                                                                              |
| 請求内容にかかわる設定事項   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 受給者に対するサービス提供年月の請求が重複していないか</li> <li>・ 給付管理票と照合して、サービスに合ったサービスコード、単位数であるかどうか</li> <li>・ 居宅サービスにおいて <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 該当受給者のサービスが提供年月の給付管理票〔ケアプラン〕に計画されているか</li> <li>(2) 受給者が、サービス計画の作成依頼を届出後ケアプランセンターから給付管理票が提出されているかなど</li> </ul> </li> <li>・ 介護保険施設の場合、食事提供日にかかる請求が適切であるかどうか</li> </ul> |
| 給付管理票の突合せ       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護給付費明細書と同月、同一受給者の給付管理票が存在するかどうか</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                        |

公費を伴った介護保険請求

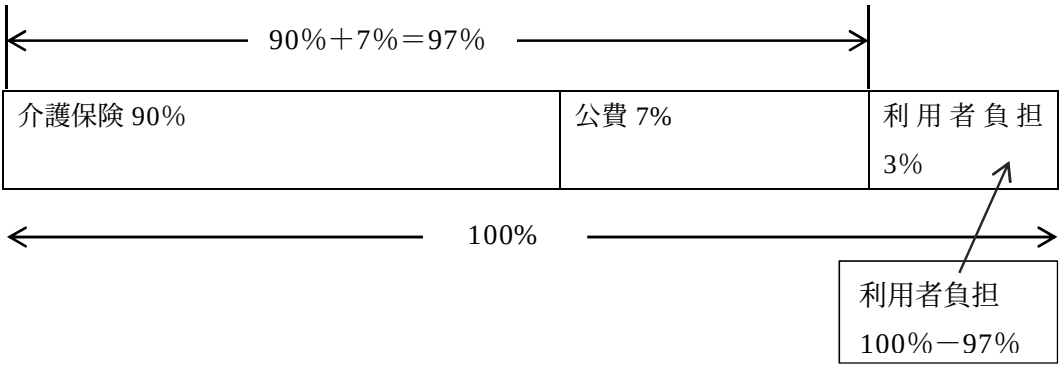
介護保険＋公費併用の場合

公費と優先順位

| 優先<br>順位 | 制度                    | 公費給<br>付率<br>(%) | サービス種類  |
|----------|-----------------------|------------------|---------|
| 1        | 結核(一般)                | 95               | 医療系     |
| 2        | 精神保健（通院）              | 100              | 医療系     |
| 3        | 更生医療                  | 100              | 医療系     |
| 4        | 原爆(一般)                | 100              | 医療系     |
| 5        | 原爆（被爆体験者）             | 100              | 医療系     |
| 6        | 特定疾患治療研究              | 100              | 医療系     |
| 7        | 血液凝固                  | 100              | 医療系     |
| 8        | 水俣病・メチル水銀             | 100              | 医療系     |
| 9        | メチル水銀の健康被害に係る調査研究     | 100              | 医療系     |
| 10       | 有機ヒ素・緊急措置             | 100              | 医療系     |
| 11       | 石綿・救急措置               | 100              | 医療系     |
| 12       | 特別対策(全額免除)            | 100              | 福祉系     |
| 13       | 原爆被害者の訪問介護利用負担に対する助成  | 100              | 福祉系     |
| 14       | 原爆被害者の介護保険等利用負担に対する助成 | 100              | 福祉系     |
| 15       | 中国残留邦人等の永住帰国の自立支援     | 100              | 医療系・福祉系 |
| 16       | 生活保護                  | 100              | 医療系・福祉系 |

公費給付率・・・介護保険と公費の給付率を足した値

事例）給付率 97%の場合





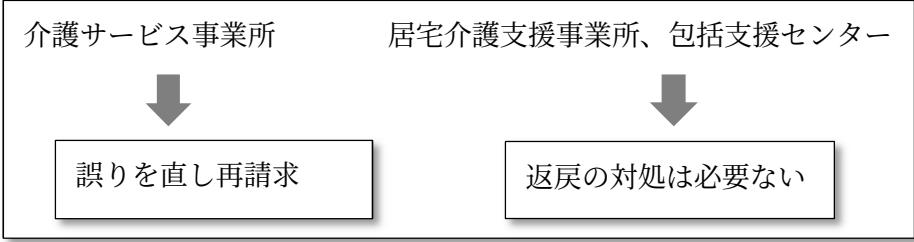
返戻と査定対処法

1 返戻（介護給付明細書の場合）

介護給付費明細書に不備があった場合に各事業所に差し戻されること。

受給者の介護保険番号、生年月日の誤り、要介護状態区分や認定有効期間の漏れなどが原因  
 居宅介護支援事業所、包括支援センターで作成する給付管理票にはこのような返戻はない。

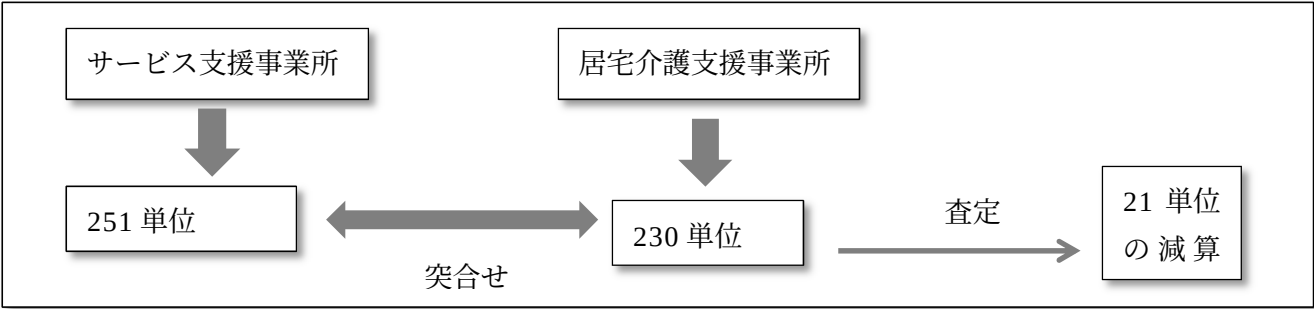
◆対処法 明細書の誤り、漏れを訂正し、再請求



2 査定

サービス単位の増減査定のこと

給付管理票と介護給付費明細書の情報の突合せにより、居宅サービス事業の請求が給付管理票の単位数を上回っていた  
 場合に行われる。



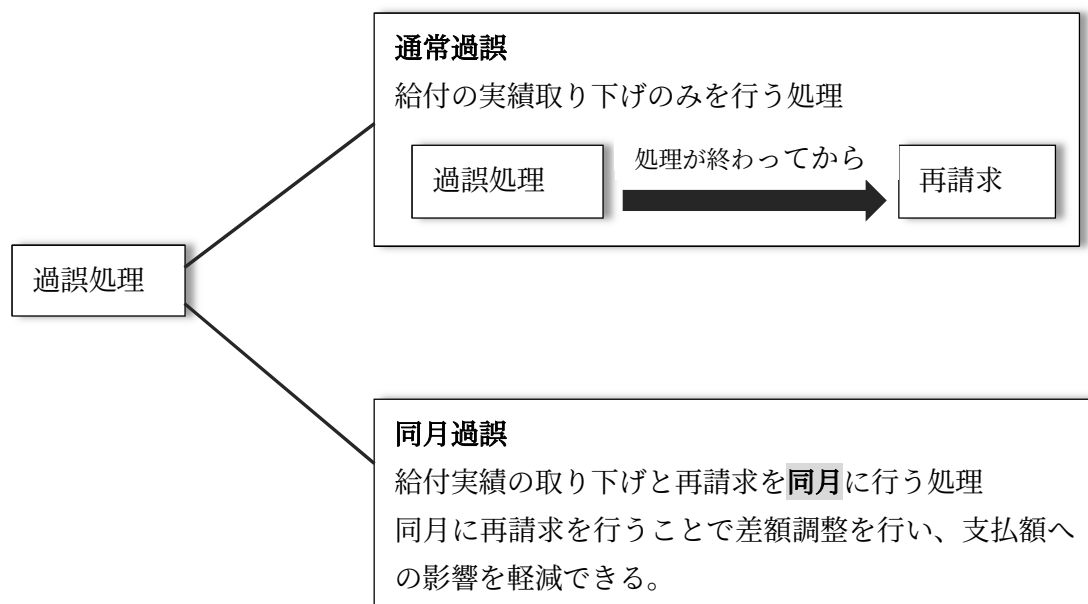
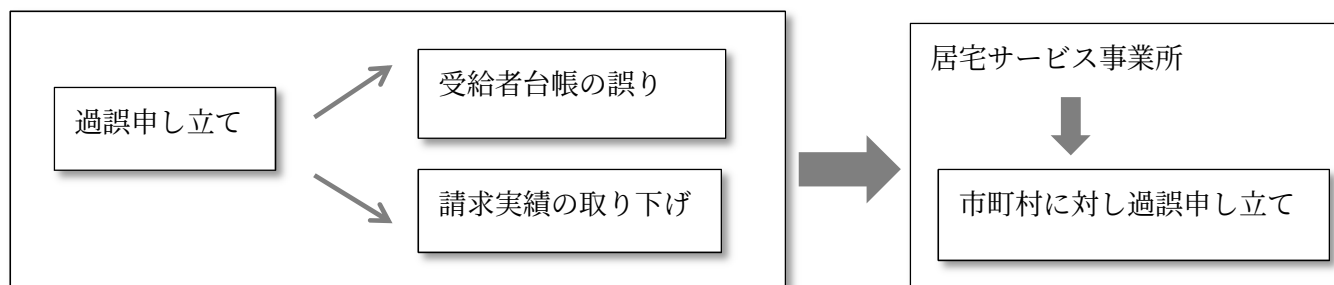
◆対処法

- 居宅介護支援事業所 ⇒ 単位数を訂正した給付管理票の再提出
- サービス支援事業所 ⇒ 査定に対する処理は必要ない

### 3 過誤

国保連で保険者からの受給者情報をもとに点検・審査を行い、その結果に対し、保険者が受給者情報を発見した場合や事業所によって誤りの発見がされた場合に請求を取り下げることができる。

国保連に対する過誤申し立ては保険者が行う。したがって居宅サービス事業者は保険者に申し立てを行うことができる。



#### 再審査（給付管理票の訂正）と過誤処理の関係について

同一審査月に、同一被保険者の同一サービス提供月の、給付管理票の訂正（再審査）とサービス事業所からの過誤処理については、給付管理票の訂正はできない。

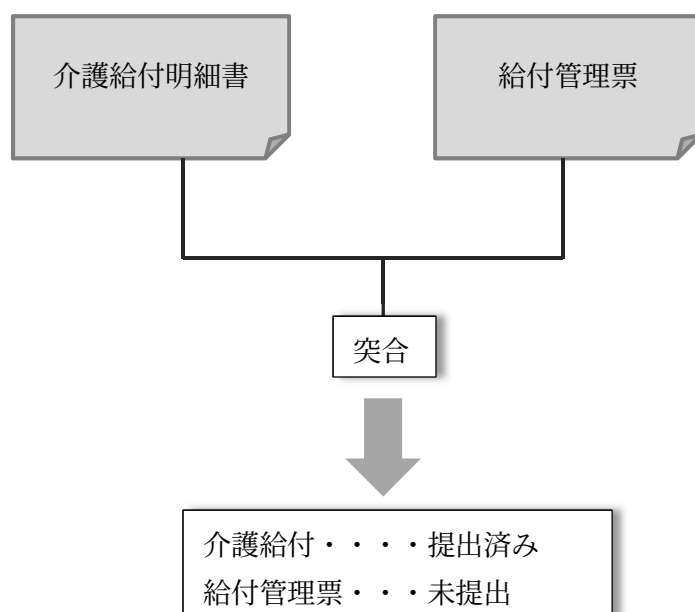
審査が確定し、支払が終了したのち、給付管理票の訂正とサービス事業所の過誤取り消しをしなければならない場合の処理については次の通り

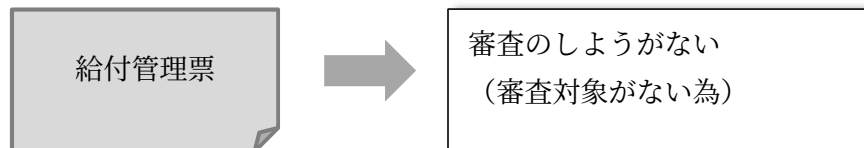
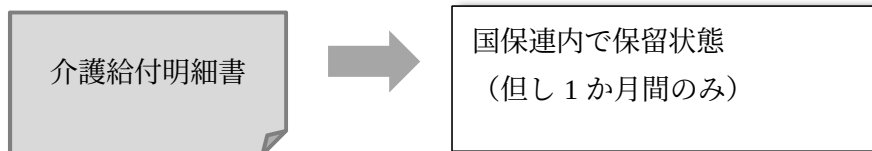
| 処理月 | ケアプランセンター | サービス事業所  |   | 国保連         |
|-----|-----------|----------|---|-------------|
| 4 月 |           |          |   | 審査（支払）決定    |
| 5 月 |           | 過誤申請     | → | 支払決定額取消     |
|     | 修正依頼      |          |   |             |
| 6 月 | 給付管理票訂正   |          | → | 給付管理票再審査    |
|     |           |          |   | ↓<br>訂正審査完了 |
| 7 月 |           | 請求明細書再請求 | → | 給付明細書再審査    |
|     |           |          |   | 再審査（再決定額）決定 |
| 8 月 | 訂正支払額支払   | 訂正支払額支払  |   |             |

#### 4 保留について

保留とは・・・？

介護提供サービス事業所（例 訪問介護事業所）から提出された介護給付明細書とケアプランセンターから提出された給付管理票を突合させた結果、介護給付明細書は提出されているが、給付管理票が未提出の場合、国保連内で介護給付明細書 1 か月間保留状態になること。





### 保留と処理の関係フローチャート

| 処理月 | ケアプランセンター                                                                                                                                                                                                                                                | サービス事業所   | 国保連                                           |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------|
| 4 月 | 給付管理票未提出                                                                                                                                                                                                                                                 | 介護給付明細書提出 | 審査<br><div>給付管理票 ⇒再審査<br/>介護給付明細書⇒審査 OK</div> |
|     |                                                                                                                                                                                                                                                          |           |                                               |
| 5 月 |                                                                                                                                                                                                                                                          | 審査結果⇒保留   |                                               |
| 6 月 | 修正給付管理票を提出                                                                                                                                                                                                                                               | 処理なし      |                                               |
| 7 月 | <div><div>修正給付管理票</div><div><div>提出</div><div>ケアプランセンター⇒<br/>サービス事業所 ⇒</div><div>支給額支払決定</div></div><div>未提出</div><div>サービス事業所 ⇒</div><div>返戻</div></div> <div>返戻に対する処理方法</div> <div><div>ケアプランセンター⇒<br/>サービス事業所 ⇒</div><div>通常の返戻処<br/>理を行う</div></div> |           |                                               |

## (2) 介護計画、モニタリング

### 介護計画書作成の目的

#### 予測性を持った根拠が必要な介護を可能とする

- ・ 介護計画書を立てることにより、各スタッフバラバラな統一していない介護をしなくてよい。
- ・ 利用者の情報共有が図ることができる

#### 介護が質的に改善される

- ・ 介護計画書を作成することによって、統一した介護が受けられ、利用者にとって安心したものとなる
- ・ 介護計画書に目標を設けることで、段階的にレベルアップした質の高い介護を受けることが可能となる

#### 利用者が自分の介護に参加できる

スタッフによる一方的な介護ではなく、利用者にも納得した介護を受けることで、利用者自身が安心できる。

#### 介護の無駄な労力を減らし、効率性を図ることができる

利用者にとってベストな介護を提供することができ、スタッフにとって余計な労力を買わなくて済み、時間短縮にもなる

#### 介護を提供しているという証拠となる

万が一の時、リスクマネジメントに役立ち、自身の身を守る材料になる

### 介護計画作成において必要なこと

平成 11 年 3 月 31 日厚生省令第 37 号「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」

#### (訪問介護計画の作成)

**第二十四条** サービス提供責任者（第五条第二項に規定するサービス提供責任者をいう。以下この条及び第二十八条において同じ。）は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定訪問介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問介護計画を作成しなければならない。

2 訪問介護計画は、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成しなければならない。

3 サービス提供責任者は、訪問介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

4 サービス提供責任者は、訪問介護計画を作成した際には、当該訪問介護計画を利用者に交付しなければならない。

5 サービス提供責任者は、訪問介護計画の作成後、当該訪問介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該訪問介護計画の変更を行うものとする。

6 第一項から第四項までの規定は、前項に規定する訪問介護計画の変更について準用する。

- ① 作成に当たっては、利用者の状況を把握・分析し、訪問介護の提供によって解決すべき問題状況を明らかに（アセスメント）し、これに基づき、援助の方向性や目標を明確にし、担当する訪問介護員等の氏名、訪問介護員等が提供するサービスの具体的な内容、所要時間、日程等を明らかにすること。
- ② サービス提供責任者は、訪問介護計画の目標や内容等について、利用者及びその家族に、理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うこと。

アセスメント

情報収集

ニーズ分析

- ・ アセスメント
- ・ 長期目標、短期目標の設定
- ・ 目標に基づくサービス内容の設定
- ・ 説明責任（アカウンタービリティ）

### 介護計画作成の上で重視するポイント

#### 社会福祉法〔第3条 基本理念〕

福祉サービスは個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービス利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じた日常生活を営むことができるように支援するものとして良質かつ適切な者でなければならない

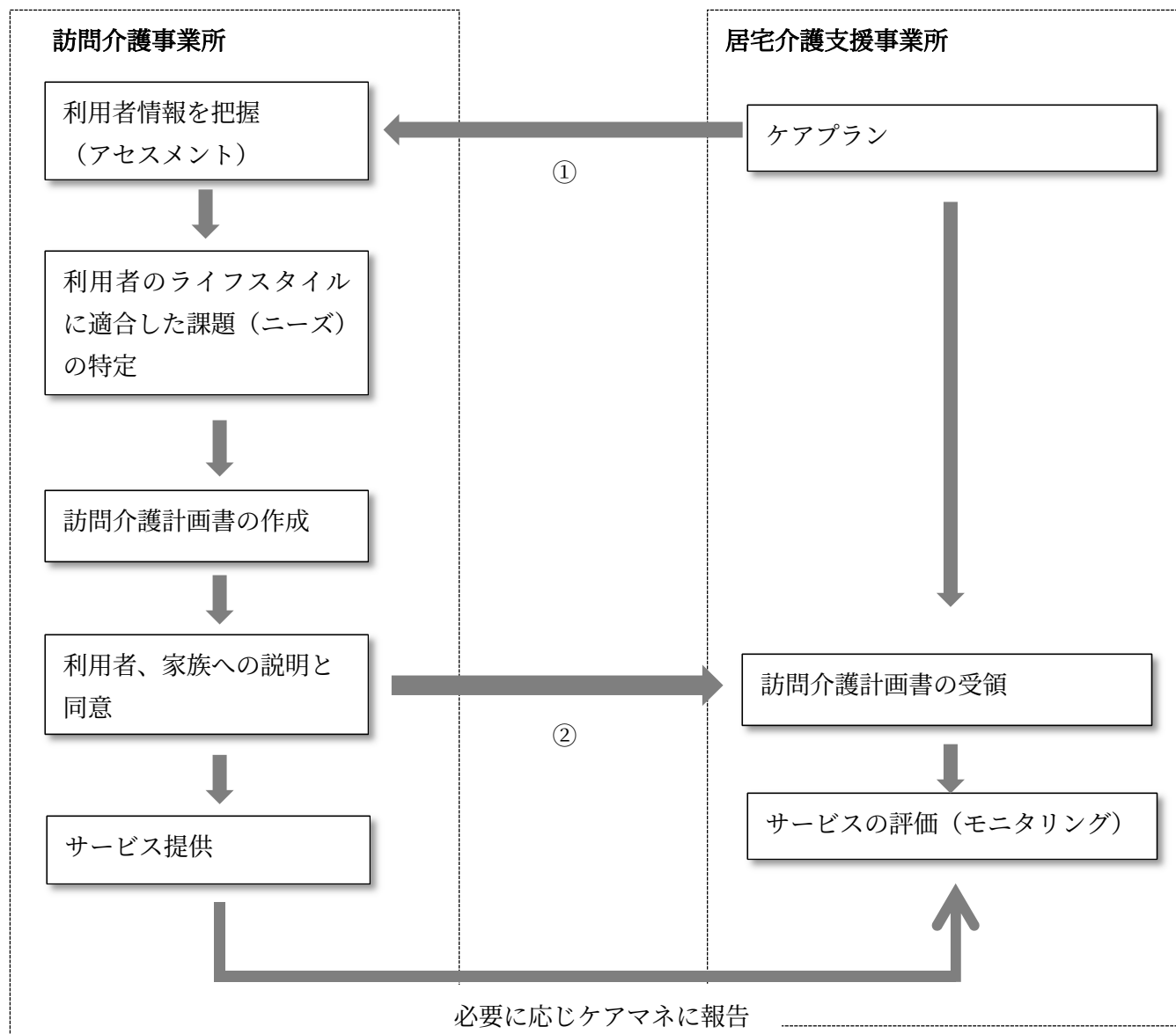
#### 介護保険法 第一章 総則 第一条

（目的）

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。

様々な原因によって自立した日常生活を営むことができなくなった人に対して、営むことができるようにする（維持したり、取り戻したりする）こと

## 訪問介護計画作成の流れ

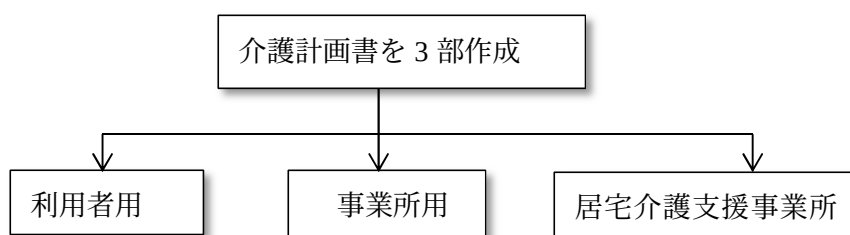


- ① アプランに基づいてある程度の利用者の情報は収集できる



利用者宅へ訪問し、どんなサービスを望んでいるのか（ニーズ）を引き出すためのアセスメントを出来れば数回に分けて行うこと

- ② 作成した介護計画書は、3部作成して1部は事業所用にファイルに綴じて保存



## 介護計画作成の重要性

介護計画書等をケアマネに交付する努力義務（H27 介護保険改正）

### 居宅介護支援事業所とサービス事業所の連携

居宅介護支援事業所と指定居宅サービス等の事業所の意識の共有を図る観点から、介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等の担当者から個別サービス計画の提出を求めることとする。

### 地域ケア会議における関係者間の情報共有

今般の制度改正で介護保険法上に位置づけた地域ケア会議において、個別のケアマネジメントの事例の提供の求めがあった場合には、これに協力するよう努めることとする。

## アセスメントと情報収集

### アセスメントにおいて知っておくべき情報

国際生活機能によって分類された ADL（日常生活操作）と IADL（手段的日常生活動作）に関する情報【参考資料参照】

基本情報に関する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

氏名、要介護区分など

ADL IADL に関する情報（買い物、食事など日常生活能力に関する項目）

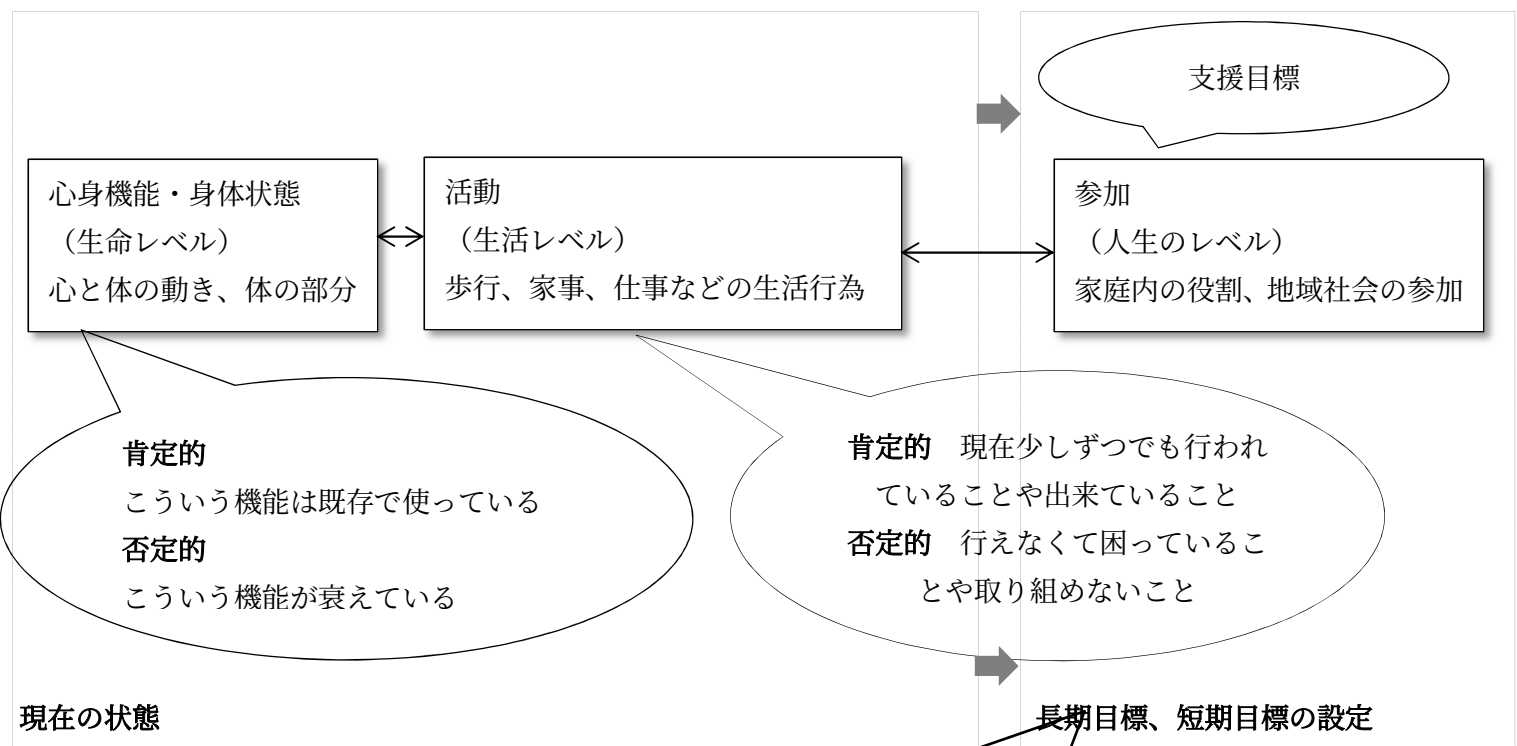
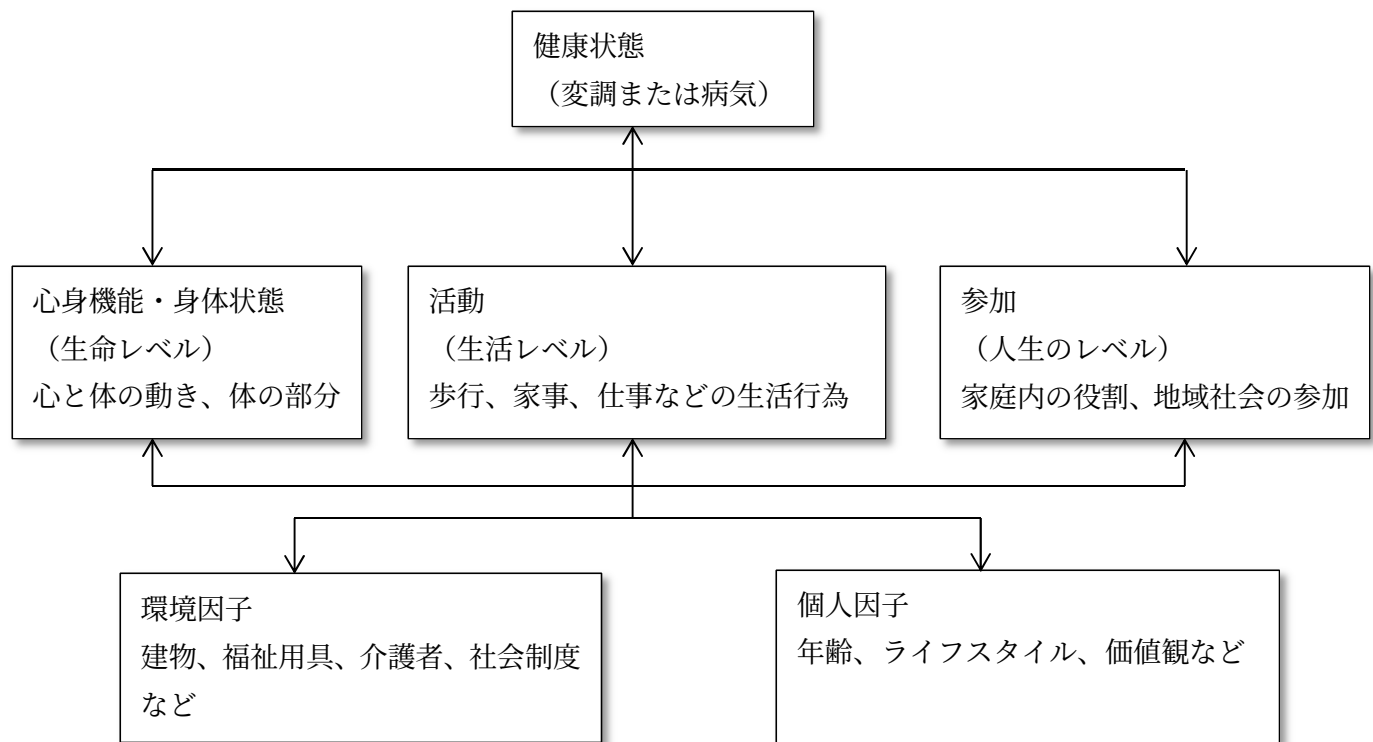
ケアマネより交付される利用者情報シートより確認

アセスメントで情報収集する

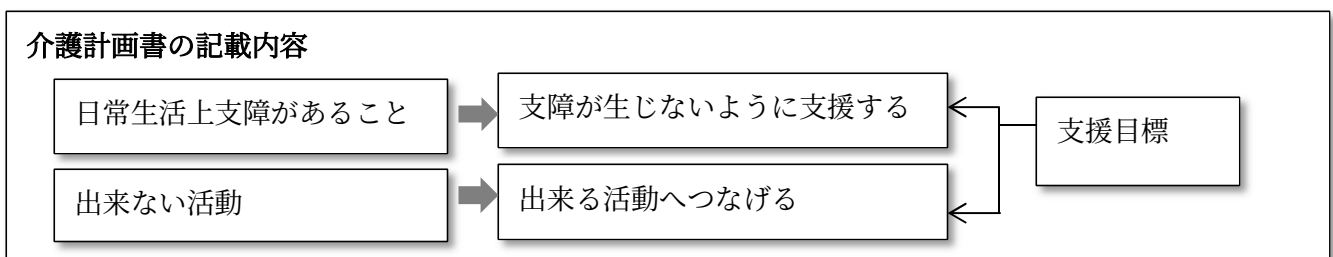
この ADL と IADL 介護計画作成の為に必要な情報となる

これらのもとになっているのは ICF（国際生活機能分類）の考え方に基づく





料理ができるようになる  
家の周りが散歩できるようになる  
生きがいを持って生活できるようになる等



## 利用者宅での情報収集のポイント

### 利用者の本音

利用者・家族はこの人に本当に任せて大丈夫なんだろう、他人様にうちの事をされるのは嫌だ！



利用者との信頼関係を築く

アセスメントの成功のカギを握っている

そのためには・・・まずたわいもない世間話から入ること、  
そうすることでだんだんと本音を話してくるようになる



ニーズの引き出しにつながるケースも

### 事例

事例利用者本人または家族：「私、昔から友人と旅行するのが好きでねえ。よくあちこち行ったものだわ」  
サ責またはスタッフ：「そうですか、楽しかったのですねえ～どんなとこに行かれたんですか」  
利用者本人または家族：「そーねえ～ 九州にいったわ、温泉が良かったわねえ～ できればまた行ってみたいわ」

利用者本人は歩行が困難ということは交付された情報から理解済み

ケアの支援内容につながる言葉⇒旅行に行ってみたい



この方はまた元気になって自分の力で歩きたいとスタッフに訴えている

### 支援内容

足のリハビリにつながる支援内容を計画書に盛り込むとよいことが分かる

初めからどんな支援内容が必要か、矢継ぎ早に聞いてはいけない



利用者・家族の心を閉ざしてしまうだけ

### (3) 利用者・家族とのとのかかわりについて

面談（利用者宅訪問）とは

相手が安心して話せる場をつくり、信頼関係を築くと同時に介護保険について説明し、ケアプラン作成にあたって必要な情報を集める場となること

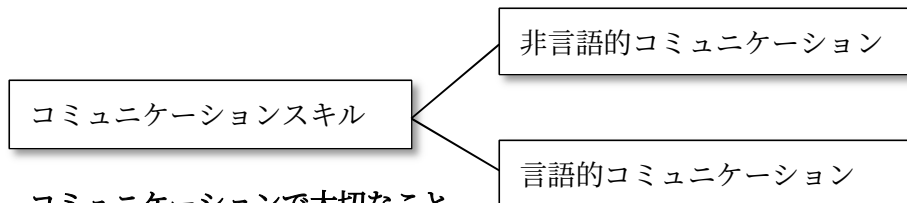
#### 面談の目的

- 相談者が安心して話せるように信頼関係をつくる
- 介護保険制度、自分の事業所の特徴をしっかりと説明する
- 介護計画書作成にあたって必要な情報を収集する

#### 傾聴の重要性について

面接に必要なコミュニケーションスキル

- ・説明責任（アカウンタビリティ）⇒リスクマネジメントにつながる



コミュニケーションで大切なこと

- ・まず、利用者家族との信頼関係を築くことが大切
- ・相手が話しやすくするような雰囲気を作る事
- ・後々でもめないようにしっかりと説明をして相手が納得できてるか確認しながら面談を進めることが大切  
⇒介護保険制度の簡単な説明
- ・守秘義務についても説明

#### ◆コミュニケーションの種類(対人援助技術)

##### 情報をやり取りするコミュニケーション

「名前を訊く」「住所を訊く」「それにこたえる」など日常によくおこなわれるコミュニケーション

##### 感情をやり取りするコミュニケーション

利用者の感情を感じ取り、感じ取ったことを言葉にして返す事

##### 情報と感情をやり取りするコミュニケーション

情報を求められたとき⇒情報を  
感情を求められたとき⇒感情を } 言葉にしてあらわす

ケアマネジメントを成功させるにはまず、利用者の本音を知ることから

出来れば、よそ様にうちの中に踏み入れてもらいたくない!!

でもサービスを利用しないと生活  
が続けられない

矛盾、葛藤

ここを理解することが大切!!

専門職=指導・助言ではない!!

ねぎらいの言葉をかけることが大切

例

- ・お辛いですね。
- ・そのお気持ちよくわかります
- ・よく頑張っておられますね。
- ・そのお気持ち、お母様（認知症高齢者）にはきっと伝わっていますよ。
- ・今までよくここまで頑張っておられましたね。
- ・無理だけはしないでくださいね。あなたが着いておられることがお母様にとって一番大事ですから。

介護する家族にとって最も理不尽なこと

周辺症状が軽減してきたとき

周りから「症状が安定してる」

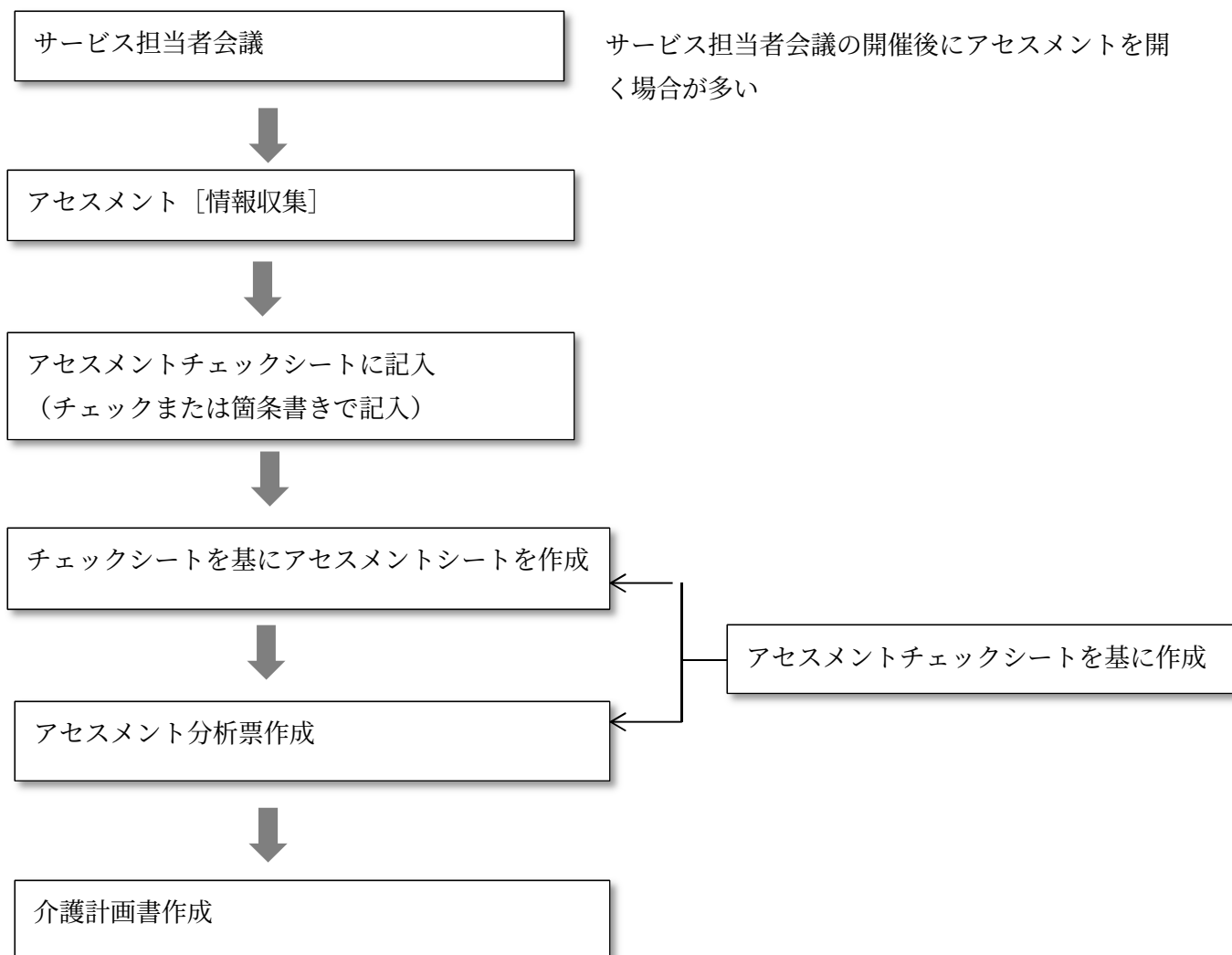
認知症状が悪化したとき

周りから「介護する人の関わり方が悪い」

**理不尽さ**

介護する人が頑張ったからこそ症状が落ち着いたにもかかわらず、評価されることは滅多にない!!

## サービス担当者会議から介護計画書作成まで



### サービス担当者会議の目的

- ・ 利用者の状況等に関する情報の共有
- ・ ケアプラン原案の内容について担当者の専門的見地からの意見の聴取

### 担当者会議の話し合い内容

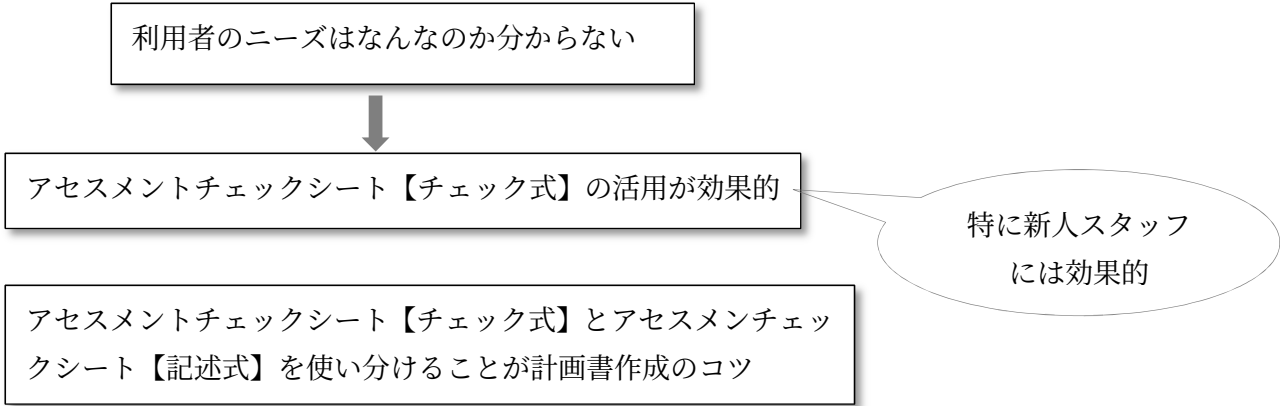
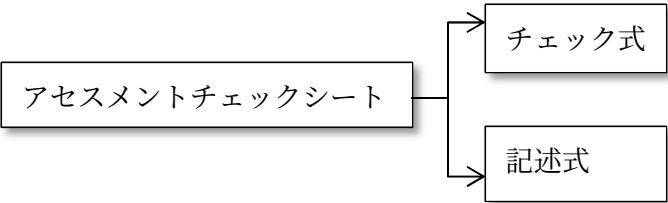
- ・ 新規利用者との契約内容の打ち合わせ
- ・ 担当者との調整連絡
- ・ 利用者の課題
- ・ 利用者情報の共有
- ・ 利用者の家族の事業者への希望の聴取



ここでケアマネージャーからある程度の利用者情報が提示されるはず。



情報を収集する絶好のチャンス



チェックシートの利点

- ・該当箇所を✓するだけで済む
- ・業務の時間短縮につながる
- ・チェックにない項目に関してのみ箇条書きにして記録を残す（参考資料参照）

アセスメントチェックシートサンプル【チェック式】

| 項目 | 詳細動作         | チェック項目                           |                                    |                                      |
|----|--------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 買物 | 買物に行く        | <input type="checkbox"/> できる（自立） | <input type="checkbox"/> 介助があればできる | <input type="checkbox"/> 全くできない（全介助） |
|    | 自分で物品を選ぶ     | <input type="checkbox"/> できる（自立） | <input type="checkbox"/> 介助があればできる | <input type="checkbox"/> 全くできない（全介助） |
|    | 品物を袋やカゴに入れる  | <input type="checkbox"/> できる（自立） | <input type="checkbox"/> 介助があればできる | <input type="checkbox"/> 全くできない（全介助） |
|    | 袋やカゴを持つ（軽い物） | <input type="checkbox"/> できる（自立） | <input type="checkbox"/> 介助があればできる | <input type="checkbox"/> 全くできない（全介助） |
|    | 袋やカゴを持つ（重い物） | <input type="checkbox"/> できる（自立） | <input type="checkbox"/> 介助があればできる | <input type="checkbox"/> 全くできない（全介助） |
|    | 支払い          | <input type="checkbox"/> できる（自立） | <input type="checkbox"/> 介助があればできる | <input type="checkbox"/> 全くできない（全介助） |

## 介護計画作成について

### 短期目標について

※（H20.7.29「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」厚労省通達

- 『短期目標』は、解決すべき課題及び長期目標を段階的に対応し解決に結びつけるものである。
  - 『緊急対応が必要になった場合』には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度「長期目標」「短期目標」の見直しを行い記載する。
- なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかり易い具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

（記載方法）

- ①短期目標は、モニタリングの際に達成度がわかるよう、具体的に書く
- ②短期目標は、ニーズごとに解決の要点に対応して段階的な計画を決めて的を絞り書く  
ただし、ニーズによっては、段階的ではなく、一挙に達成しなければならない場合もある
- ③短期目標は、サービス事業者がそれぞれのサービス計画を作成する際に、その目標になるもの

### 長期目標について

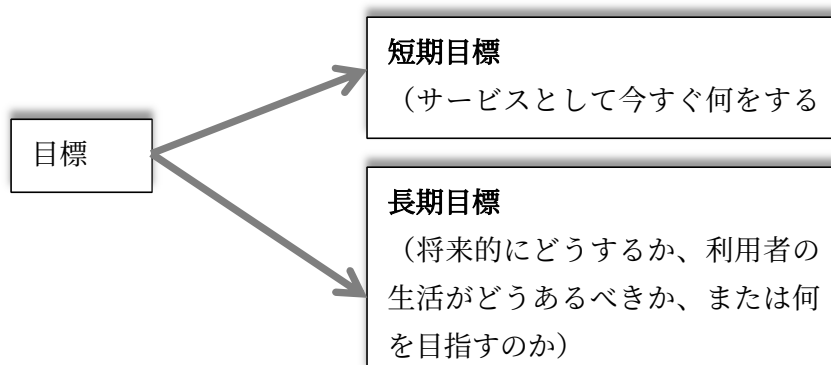
※（H20.7.29「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」

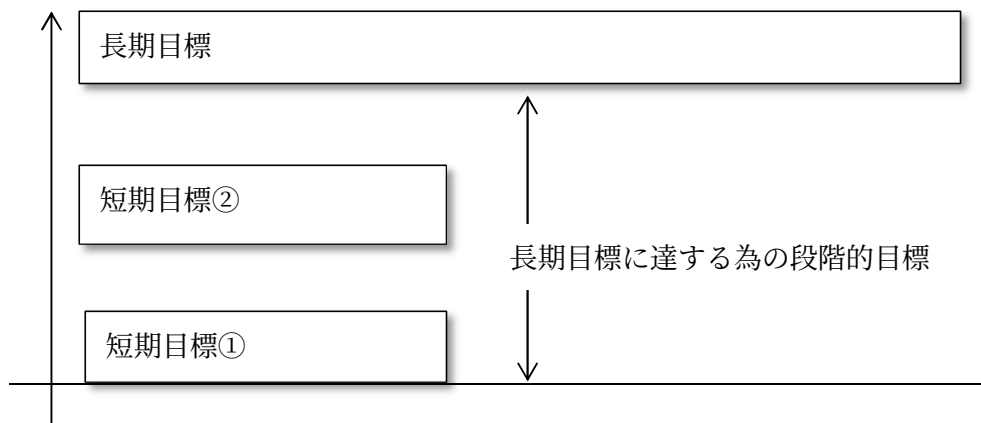
- 【長期目標】は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。
- ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合や、いくつかの課題が解決されて始めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。
- 『緊急対応が必要になった場合』には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記載する。
- なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかり易い具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

## 2.「記載について」

※（長寿社会開発センター発行「居宅サービス計画書作成手引き」より引用）（記載方法）

- |                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| ①長期目標は、ニーズごとに支援を受けながら利用者也努力する到達点として書くこと               |
| ②目標設定は具体的にイメージを持ちながら、利用者・家族と共に立てること                   |
| ④利用者が目標設定できない場合などには、専門家の意見を聞き利用者・家族と介護支援専門員とで一緒に考えること |





《具体的なケース》

|           |                                                                                           |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者・家族の希望 | 腰が弱くなり、以前は散歩が趣味でよく外出していたが、最近では外出がなくなり会話がめっきり減ってしまい、生きがいをなくしてしまった。以前のように外出して散歩が楽しめるようにしたい。 |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------|

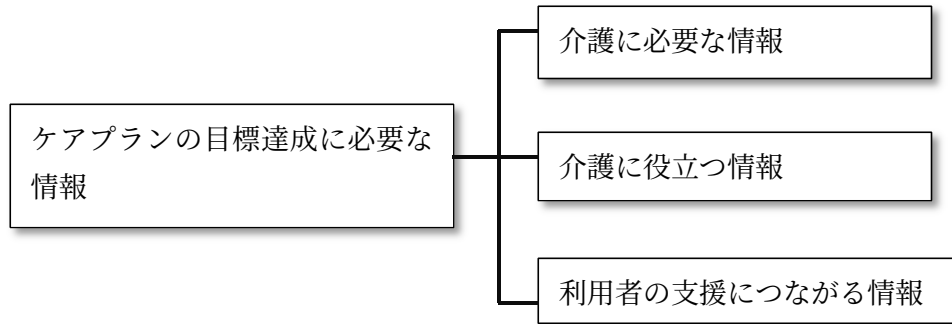


|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 長期目標 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自宅周辺あたりを短時間散歩できるようにします。</li> <li>・ ヘルパーとのコミュニケーションを図るほか近所の住民とも会話ができるようにして生きがいを取り戻すようにします。</li> </ul>                                                                                                                                                     |
| 短期目標 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 週2日デイサービスを利用し、足腰の筋力の可動域を広め、筋力がつくようにします。そのために足のリハビリの為踏み台昇降運動を○分で○回できるようにします。</li> <li>・ なるべく福祉用具（車いす）を使わなくても歩けるようにします。そのために車いす→杖に次第に移行できるようにします。</li> <li>・ 訪問介護を利用しているのでヘルパーとコミュニケーションを取れるようにします。</li> <li>・ 積極的にデイサービスのレクリエーションへの参加するようにします。</li> </ul> |



## 【参考】ケアプランの目標と介護記録の関係

全ての介護記録はケアマネから提出されたケアプランの目標に沿った記録をしなければならない。



### 事例

#### ケアマネから提出されたケアプラン

##### 長期目標

施設内を転倒なく確実に一人で歩行することができる。

##### 短期目標

歩行訓練を繰り返し、1日3分は手すりにつかまりながら、歩くことができる。

ケアプランを  
反映

#### 介護現場での介護記録

##### 書くべき情報

- ①利用者の日常生活の歩行の様子はどうであったか
- ②歩行訓練時の様子や効果はどうであったか
- ③職員が歩行介助したのはどんな状況の時で、どのような介助をし、その時の利用者の反応(表現、言動)はどうであったか
- ④職員がどんな声掛けをし、どんな会話を交わしたか
- ⑤職員が気づいたこと

##### 長期目標

楽しみをもって生活できるようにする

##### 短期目標

- ・レクリエーションに参加し、楽しみを見つめられるようにする。
- ・他の利用者と雑談できるようにする。

ケアプランを  
反映

##### 書くべき情報

- ①利用者の日常生活の様子はどうであるか
- ②どんなレクリエーションに興味を持っているのか
- ③レクリエーションに参加時の利用者と職員はどのような会話を交わしたか
- ④他の生活場面で利用者が楽しみをもっていることは何か
- ⑤職員が気づいたこと

参考文献： 富川雅美「よくわかる介護記録の書き方」

## 介護計画書立案作成のポイント

- サービスによっては単純に身体介護、生活援助サービスなど厚労省で定められた区分で整理できない項目がある。その場合は備考欄を設け、今後の介護の方向性、家族がケアをする上で注意する点を記載していく。
- 病気の症状が特殊性を有するのでサービス内容には簡単な症状の特徴を盛り込んだうえで、支援方法を記載するようにする。(例 この症状は〇〇だから△△します。など)
- あくまで利用者の為の計画書ということを念頭に置き、介護サービスの事が詳しくない方にも分かりやすい言葉で記載する。(リスクマネジメント対策の為にも)
- アセスメントの段階で家族から発せられた言葉をできるだけ盛り込む。そうすることでご家族との信頼関係構築が強固なものとなる。(例 家族の要望から〇〇を提供します。など)
- 利用者が知りたいのは、症状の状況ではない、「こういう症状があるからどういうサービスを提供してくれるか」なのだ。その点を記載する上での重要ポイントとすること。
- 介護計画書では具体的な手順については担当ヘルパー専用の「ケア手順書」を作成してもよい。

## ニーズ分析について

### アセスメントで得た情報を整理すること

#### ポイント

アセスメントチェックシートの記載内容を基に、また短期目標を基に具体的な支援策を練り上げていく

#### ニーズを拾い上げる資料

- ・ケアプラン（長期目標、短期目標）
- ・モニタリングチェックシート（家族の要望、希望）
- ・サービス担当者会議参加時の議事録
- ・訪問時の利用者の発せられた言葉 等



目標設定から自事業所ではどんなサービスができるのかを考えていく

## 事例

足腰が弱ってきたので、夜中転倒の危険性がある



ポータブルトイレの使用のほか夜中には転倒の恐れがあるので、本人に説明をしてオムツの着用をしてもらうように徐々に慣れていただく  
訪問リハを使い、足腰の可動域の維持に努める

声が小さくなり、コミュニケーションがとりにくくなっている



しぐさ等の観察をするとともに、変化があった時は B 男さんに報告する

## ニーズ分析の際に取り入れてほしいこと、注意点

### ①メンタル面でのケア【介護者】

利用者の方々は、今までできていたことができなくなってしまう、人様に迷惑をかけるくらいなら生きている資格などない、死んだ方がましだという想いを持つことが多い。



訪問介護なら限った時間だけ話し相手の時間を作る  
デイサービスならただ単にレクリエーションの参加を促すだけでなく、業務時間内もしくは時間外に数十分でもいいから話し相手の時間を作ることを心がけるなどメンタル面でのケアが必要



介護計画書に盛り込まれていないことが多い

#### 例

幻覚・妄想がある



B 男さんへのストレス負担軽減が必要ではないか



出来るだけ B 男さんには気分転換を図るために、外出を促す。また息抜きの時間を作ってもらうようにデイ、ショートステイの利用の提案をしていく

### ②病気の理解とケアの仕方の習得

最近は難病を持った利用者も見受けられ、介護保険サービスを利用するようになった。

もし、医学書などで知られている病気ならば、すすんで習得することが重要

もしくはそれらに関連したセミナーがあれば、すすんで受講することが必要。

これらに支援のヒントが隠されているから。今後は介護スタッフと言えども、ある程度の医療知識（病気・症状に対する知識の習得）が必要になってくる。



病気の症状が日常生活を妨げている可能性がある。利用者の隠れたニーズが見つかるヒントともなる。

家族との信頼関係の構築

観察力

支援が困難な場合、介護記録から支援のヒントを拾う必要がある。そのためにはまず先輩ヘルパーと同行して利用者宅に伺い観察力の習得を養うことが求められる

病気の理解とケアの仕方の習得

今後は介護スタッフと言えども、ある程度の医療知識（病気・症状に対する知識の習得）が必要

介護計画書の作成・立案マスター

とにかく実践を繰り返すこと!!

この介護計画書は利用者の方に支援内容を分かっていたくということを前提で作成することが求められる

作成手順

- ① アセスメントチェックシート・・・家族から要望を聞き出す（ヒアリング）  
↓
- ② アセスメント分析票・・・・・・・・アセスメントチェックシートから必要なサービスを検討する  
↓
- ③ アセスメントシート・・・・・・・・アセスメント分析票をもとにアセスメントシートを作成  
↓
- ④ 介護計画書立案・作成・・・・・・・・アセスメント分析票、アセスメントシートをもとに作成

介護する家族への心理的ケアを計画書に盛り込むことを忘れずに

家族へのメンタル面のケア



介護がうまくいくかどうか

- ・利用者家族は、介護で生じたストレスを誰にも話せずに一人で抱えているケースがほとんど
- ・限界を超えると一家心中と言った最悪の事態を招いてしまう
- ・利用者家族は介護ならではの理不尽さ



アセスメント時における傾聴の重要性

#### (4) 説明責任（アカウンタビリティ）について

##### 第四節 運営に関する基準

（訪問介護計画の作成）

3. サービス提供責任者は、訪問介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。
4. サービス提供責任者は、訪問介護計画を作成した際には、当該訪問介護計画を利用者に交付しなければならない。

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成十一年三月三十一日厚生省令第三十七号）

##### 説明責任

介護記録の開示



相手に理解できる形で提供しなければならない



説明責任

##### 専門用語を使わない

介護計画書

（各事業所で作成後、利用者に説明が義務付けられている）



利用者本人に説明するとき、専門用語の羅列では、分からないどころか、裁判の原因に！

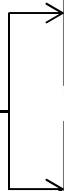
また身内から利用者本人から説明を求められた場合、うまくこたえることができなければ、身内が介護事業所を訴える羽目になってしまう。

必ず、説明者に理解しているかどうか確認しながら説明を行う

##### 略語について

略語についても極力使わないように 血圧：BP など

略語を使うとき



→ どういうときに利用者に略語を使うか施設内・事業所内で記載基準を作成しておく

→ 開示の時に、略語の意味を記載した用語集を作成しておく

## (5) コンプライアンスと法令順守

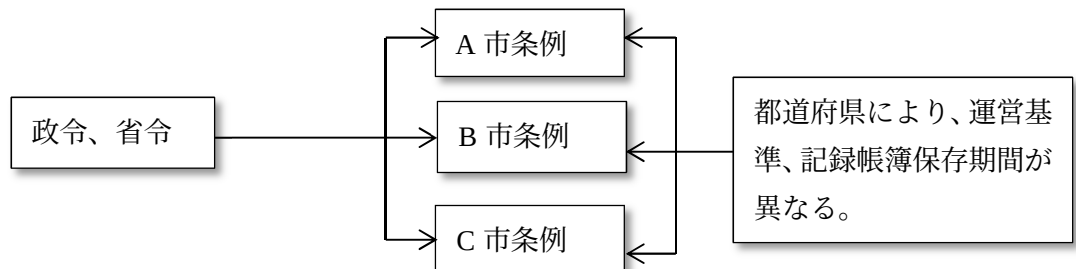
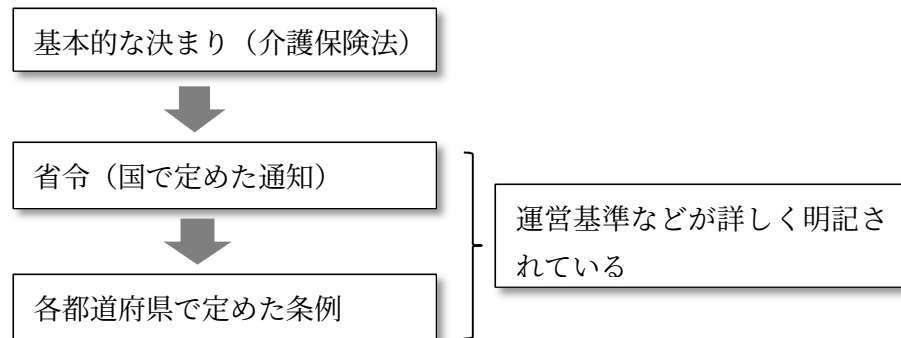
介護保健事業における“コンプライアンス [法令順守]”とは・・・

法令順守・・・法律を守ること

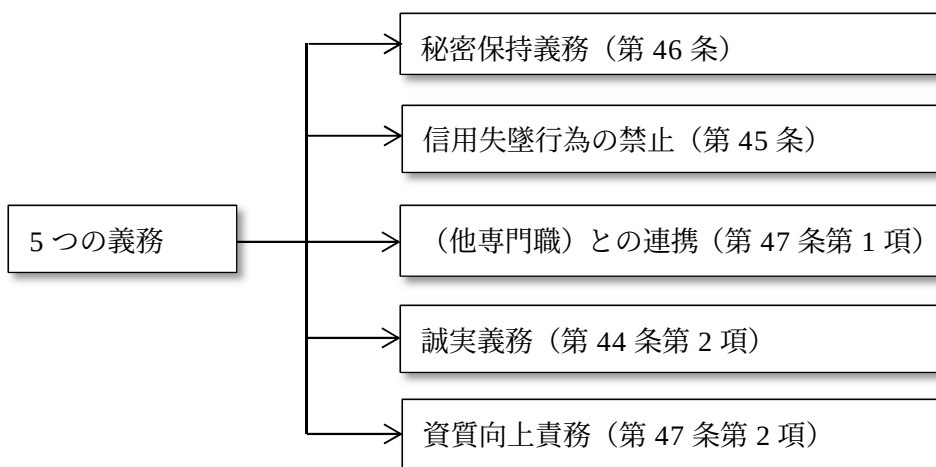
### ①「介護保険法」及びそれに付随する 政令、省令 並びに条例の順守



もっとも基本的な決まりは“介護保険法”この範囲内で省令もしくは県・政令指定都市それぞれの都合に応じた条例がある



### ②「社会福祉士法及び介護福祉士法」の5つの「義務」の徹底



## 福祉サービス事業をめぐる変化とリスクマネジメントの必要性

|        |                                                                  |        |
|--------|------------------------------------------------------------------|--------|
| 2000 年 | 社会福祉事業法の改正<br>介護保険法施行                                            | 措置⇒契約へ |
| 2002 年 | 「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取組指針」<br>福祉サービス分野のリスクマネジメントの目的を定める |        |
| 2006 年 | 改正介護保険法<br>・ 事故防止のための指針<br>・ 事故が発生した場合の報告の義務化<br>・ 事故防止のための研修の設置 |        |
| 2007 年 | 「特別養護老人ホームにおける介護事故予防ガイドライン」                                      |        |
| 2009 年 | 「社会福祉施設におけるリスクマネジメントガイドライン」                                      |        |

## 秘密保持の大原則

サービス提供者として利用者（家族）の情報の取り扱いには厳重かつ細心の注意が必要

### 社会福祉士および介護福祉士法 第46条「秘密保持義務」

業務上知り得た利用者のプライバシーを漏らしてはならない

### 他の利用者に対する説明の「手段」として情報を漏らしてしまうケース

サービス利用者についてなかなか理解が得られない家族や利用者に対してつい『〇〇さんのお宅でもこうなっていますよ』といってしまう

## 利用者の同意

個人情報は「私的目的」の範囲で取り扱うことが大前提

介護サービスを提供するときに必要不可欠な「チームケア」を行う場合関連する事業者間、スタッフで共有しなければ、適切なサービスを提供することは難しい

その時、家族及び利用者の同意が必要になる

口頭や暗黙の了解ではなく  
「**文書**」で同意を得ておくこと

事例検討会に介護記録など、個人情報が入った  
帳簿を使用する場合

事例検討会に使用する旨の「同意」を必ず  
得ること！

## 記録の開示について

- ・すべての記録は利用者や家族から開示請求があった場合、これに応じなければならない。

(個人情報保護法第 25 条)

### (開示)

第 25 条 個人情報取扱事業者は、本人から、当該本人が識別される保有個人データの開示を求められたときは本人に対し、政令で定める方法により、遅滞なく、当該保有個人のデータを開示しなければならない、ただし開示することにより次の各号のいずれかに該当する場合はその全部又は一部を開示しないことができる。

一 本人または第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害する恐れがある場合

二 該当個人情報取扱事業者の業務の適正な実施に著しい障害または支障を及ぼす恐れがある場合

三 他の法令に違反することとなる場合

2 個人情報取扱事業者は前項の規定に基づき求められた保有個人データの全部または一部について開示しない旨の決定をしたときは、本人に対し、遅滞なく、その旨を通知しなければならない

例外 以下の場合には関係職種と協議をしたうえ、開示を拒否できることがある

- ・法令に基づく情報の開示の場合

例：介護保険法に基づく不正受給者にかかる市町村への通知、情報公共制度における調査員への開示など

- ・人の生命、身体または財産の保護のために必要である場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき

例：重度の認知症高齢者の状況を家族に説明するときなど

## ケース

本日、末期がんで一時利用中の高橋さんから、記録の情報開示を求められた。

高橋さんは、介護者である妻が体調不良のため、検査入院する間の利用である。高橋さん本人も妻も在宅での生活を強く希望しており、介護者（妻）の退院後は家庭へ復帰する予定である。

そのようなこともあり、介護者の健康の回復、維持を図り、今後の在宅生活継続に向けての利用となった。その際、妻をはじめとする家族や主治医の意見としては、高橋さん本人が、自分の病状や余命について知らされておらず、現状で告知しても、一高橋さんの生きる意欲を奪い、QOL を落としかねないというものである。当施設でも、それに基づく対応を求められた。

高橋さん本人との面接、妻や主治医とのカンファレンスを通じ、施設側も同様に判断したため、従事者にもその旨の周知徹底を行っていた。

しかし、本人からの直接の開示請求が行われたため、急遽、施設長、事務長、看護介護部長、各フロアリーダーと主任、担当者、当施設主治医が参加し委員会を組織し、協議・検討を行った（詳細は会議録参照）。その結果、個人情報保護法第 25 条規定に該当すると判断し、病状や余命等に関する記載に関してはマスキングを施して開示することに決定した。

決定結果について、利用者の主治医および妻に生活相談員が報告し、同日、同意を得た。



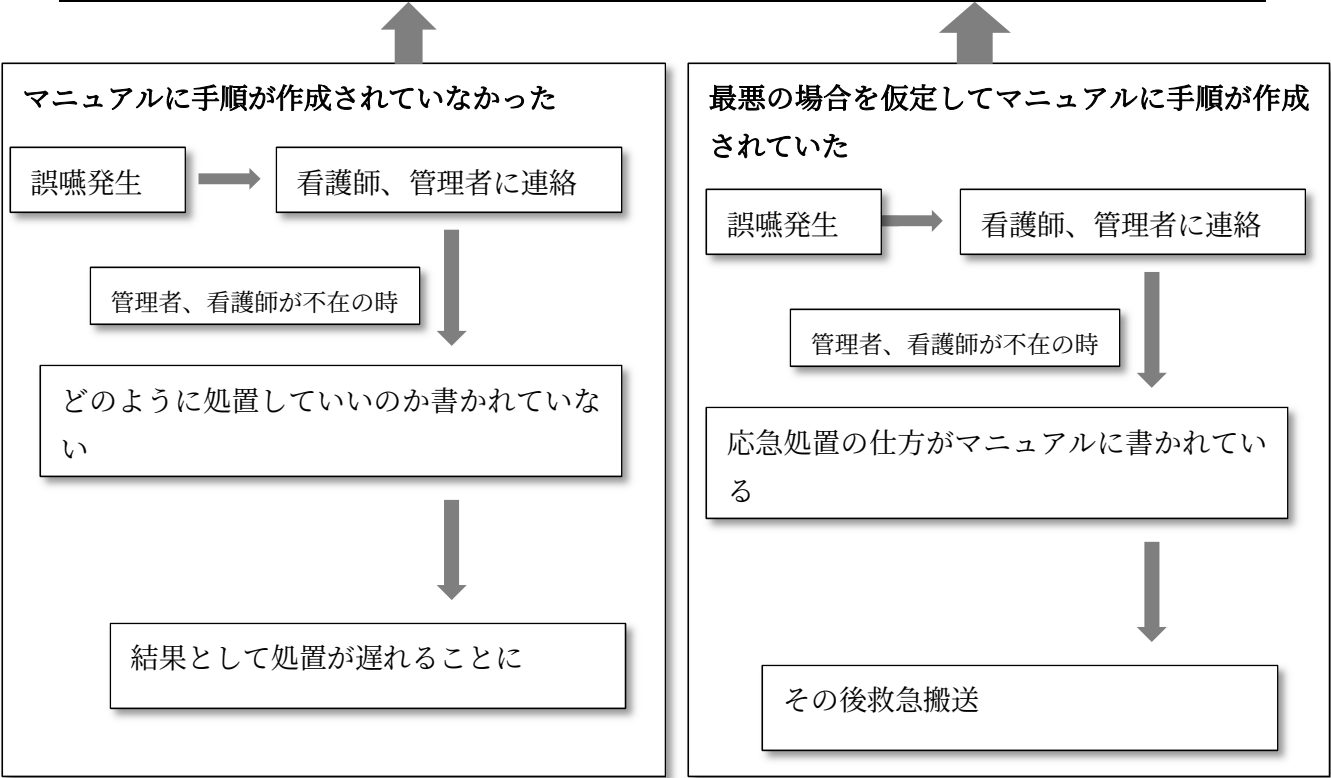
リスクマネジメントに関するマニュアルについて

常に最悪の場合を想定して作成することが大切

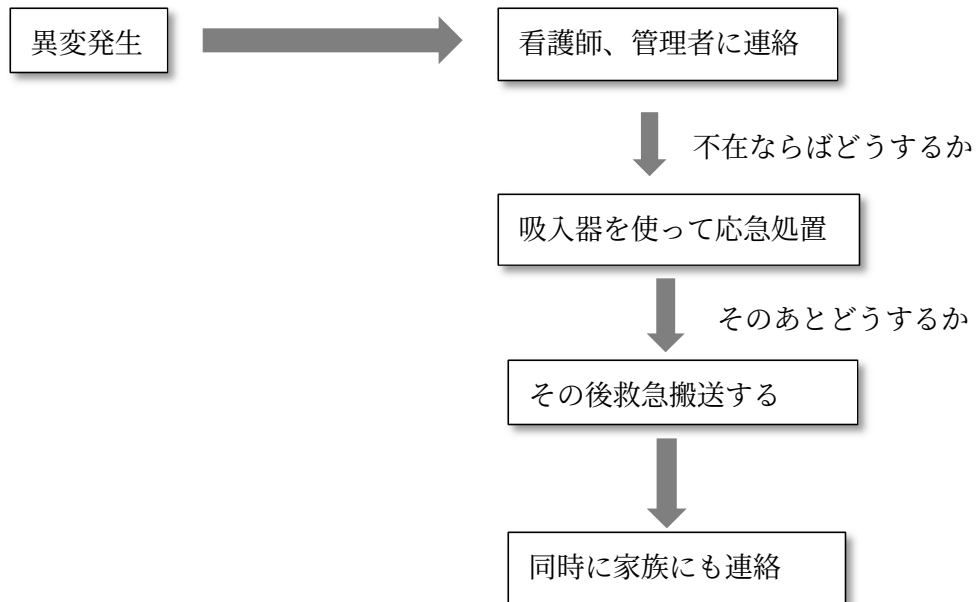


細かいマニュアルを作成したか、しないかによって、判決に差が出てしまった事例

| 施設種別 | 特別養護老人ホーム                                                                   | 老人保健施設                                                                                                                                   |
|------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用形態 | ショートステイ                                                                     | 一般入所（3ヶ月）                                                                                                                                |
| 事故状況 | 朝食中に薬を飲んだところ、異変が起こり死亡                                                       | 夕食のこんにゃくをのどに詰まらせ死亡                                                                                                                       |
| 経過概要 | 異変発見後から <u>救急車を呼ぶのに 15 分かったことや吸入器を使用しなかったことなど誤飲の応急処置をとらなかったことが過失を認められた。</u> | こんにゃく等の食材選定の妥当性が問われたが、一般家庭の食事にも使われ、小さく切る等提供方法にも某表がされていた為、献立上の過失は認められなかった。<br>また、こんにゃくを除去するなどの処置を行い、 <u>併設病院に 搬送して こと</u> が評価され、過失は否定された。 |
| 判 決  | 【地裁】<br>施設側敗訴<br>施設の過失が <u>認定</u> された。<br>【高裁】<br>遺族に <b>1.800 万円</b> 支払う。  | 【地裁】<br>施設側勝訴<br>施設側の過失は <u>無い</u> とされた。<br>遺族に見舞金として <b>100 万円</b> 支払う。                                                                 |



### マニュアル作成について（例）



### 苦情のとらえ方



#### サービス提供中に受けるクレームの事例

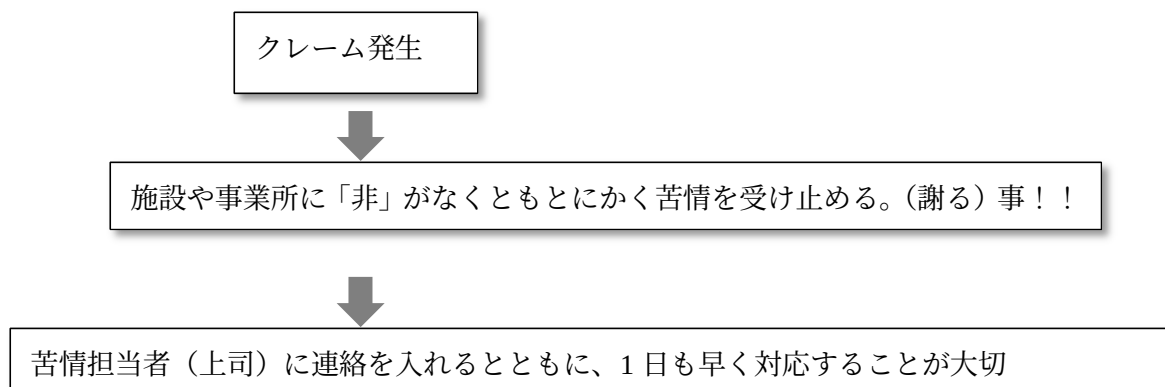
- ・ 態度、言葉使いが悪い
- ・ ケアの内容や方法が気に入らない
- ・ 契約内容に不満がある など

#### 厚労省通知（1999 年 老企第 25 号）

##### 指定居宅サービス等及び介護予防サービス等に関する基準について

- ・ 苦情をサービス向上の質の向上を図る上で重要な情報としてとらえるべき
- ・ サービス提供者は上記の認識を持ったうえでサービスの質向上に向けた取り組みを自ら行わなければならない。

クレームから逃げてはいけない！！むしろ改善のヒントの宝庫だととらえるべきことが大切！！



苦情内容は必ず記録として残すこと⇒苦情内容を専門的に記載する書類を作成しておく。



後日、カンファレンスなどで、対応策を話す材料に

苦情の初期段階において「分かりません」「無理です」などとは絶対言ってはいけない！！⇒相手の怒りを買うだけ

## サイレントクレーマーについて (沈黙の批判者)

### サイレントクレーマーの特徴

普段、いいたくても言わない、自分が我慢すれば済むと思っている



ここで小さな苦情を処理しておくことが大切

小さな不満が抑えきれず（我慢の限界を超えて）大きな怒りが爆発



表出された苦情に！！

## 苦情報告書について

### 指定居宅サービス等及び介護予防サービス等に関する基準について（1999年 老企第25号）

同条第2項は、利用者及びその家族からの苦情に対し、指定訪問介護事業者が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情（指定訪問介護事業者が提供したサービスとは関係のないものを除く。）の受付日、その内容等を記録することを義務づけたものである。

- ・利用者から苦情が出たら、内容を漏らさず記載
- ・記録があることにより今後の対応の基準につながる
- ・報告書には苦情内容だけでなく今後の対応も記載すること
- ・報告書をもとにカンファレンスなどで対応策を話し合う
- ・事業所・施設職員全員が共有する為、回覧印を押すこと（この印がないと、苦情を軽く見ていると行政から疑われてしまう）

記載が終わった後は利用者別ファイルに保存して残す（必ず文書として保存）

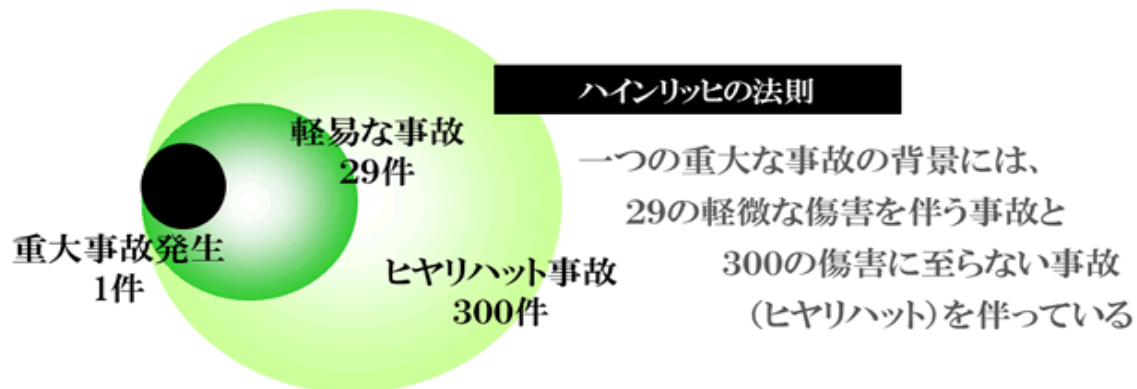
### 苦情を減らすために

- ・苦情が出たら素直に謝ること（たとえ自分に「非」がなくとも）
- ・上司に報告し、対応すること
- ・苦情報告書を作り、チーム全体で苦情内容を共有すること

## 「ハインリッヒの法則」について

「1 件の重大事故の背景には、29 件の軽微なケガを伴う災害があり、その背景に 300 件の無傷の災害がある」

つまり、介護保険施設などにおける事故も、重大な入院に至るような事故、死亡事故の影には、29 件の軽易な事故とケガを伴わない 300 件の事故があるということ。このケガに至らない 300 件の事故を「ヒヤリハット事故」と呼んでいる。文字通り、「突発的な事象やミスで、ヒヤリとしたり、ハットしたりしたもの」となる。



「高住経ネット」HP より引用

このように見れば、重大な事故を減らすためには、いかに軽易な事故を減らすか、またそのためには、ヒヤリハット事故を早期に発見し、減らしていくという作業が必要であることがわかる。

## (6) サービス担当者会議

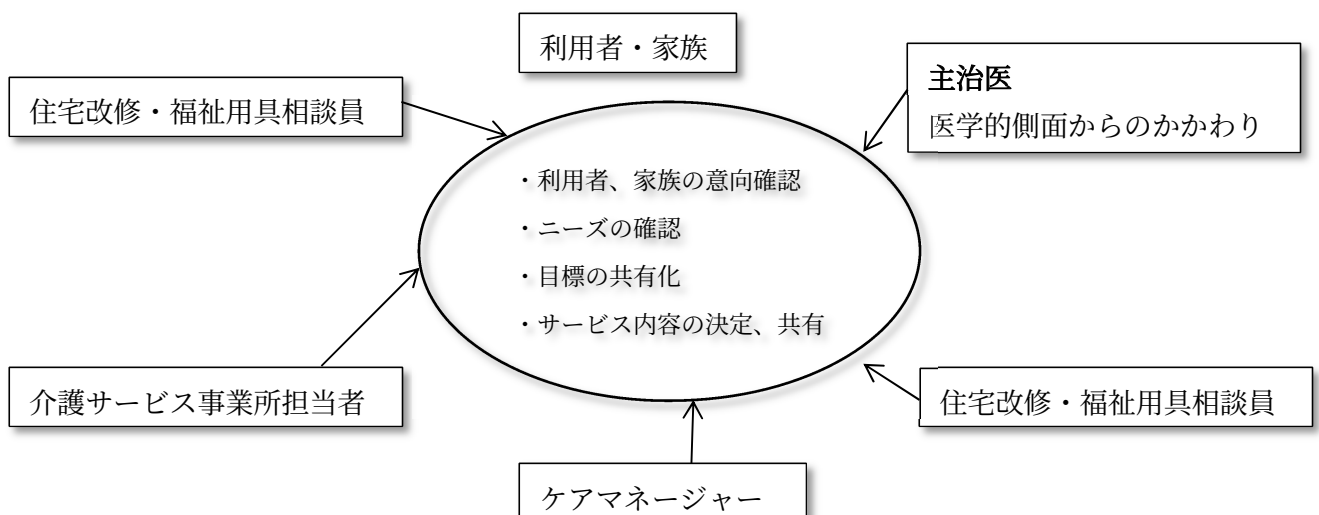
### 開催時期について

- ①新規に居宅サービス計画を作成する場合
- ②要介護度更新時
- ③要介護度変更時

①～③以外で、居宅サービス計画を変更する際には、関係者の意見を集約することが義務づけられている。

### 開催の狙い

サービス関係者、利用者、家族それぞれの立場からの意見を出し合い、居宅サービス計画原案の見直しを行い、目標の共有化を図る。



### サービス担当者会議の目的

- ・利用者の状況等に関する情報の共有
- ・ケアプラン原案の内容について担当者の専門的見地からの意見の聴取

実際は、業務上、関係する全員が集まるのが難しく、電話、ファックスのみで済ませていることが多い。  
(H24 年から介護保険法が改正され、担当者会議を開催しなければ、ペナルティーが科せられるようになった)

### 担当者会議の話し合い内容

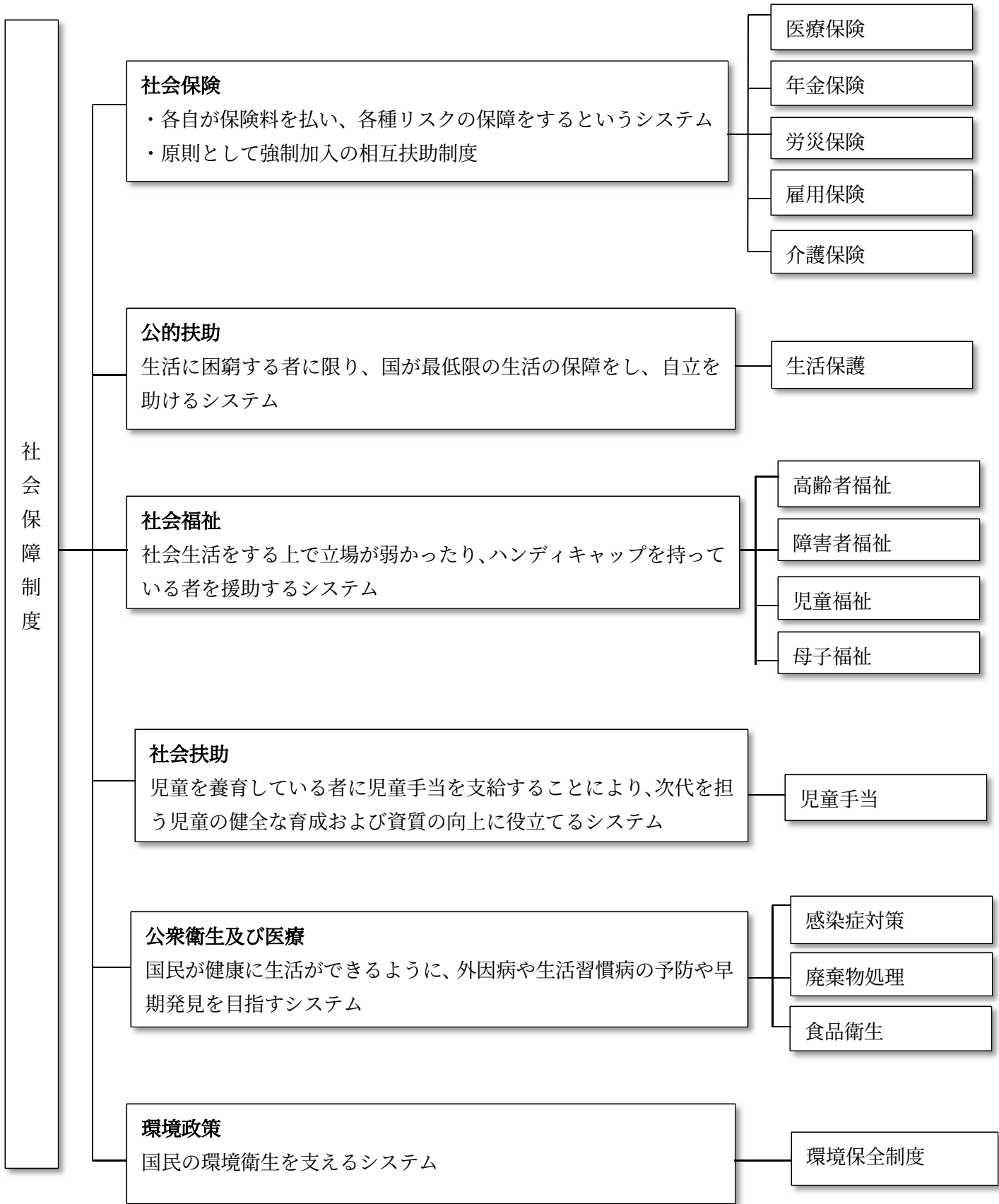
- ・新規利用者との契約内容の打ち合わせ
- ・担当者との調整連絡
- ・利用者の課題
- ・利用者情報の共有
- ・利用者の家族の事業者への希望の聴取

### 記録の残し方

記録は要点を整理し、文書にしてファイル保存

社会保障制度の法体系の中での高齢者関連法規の位置づけ

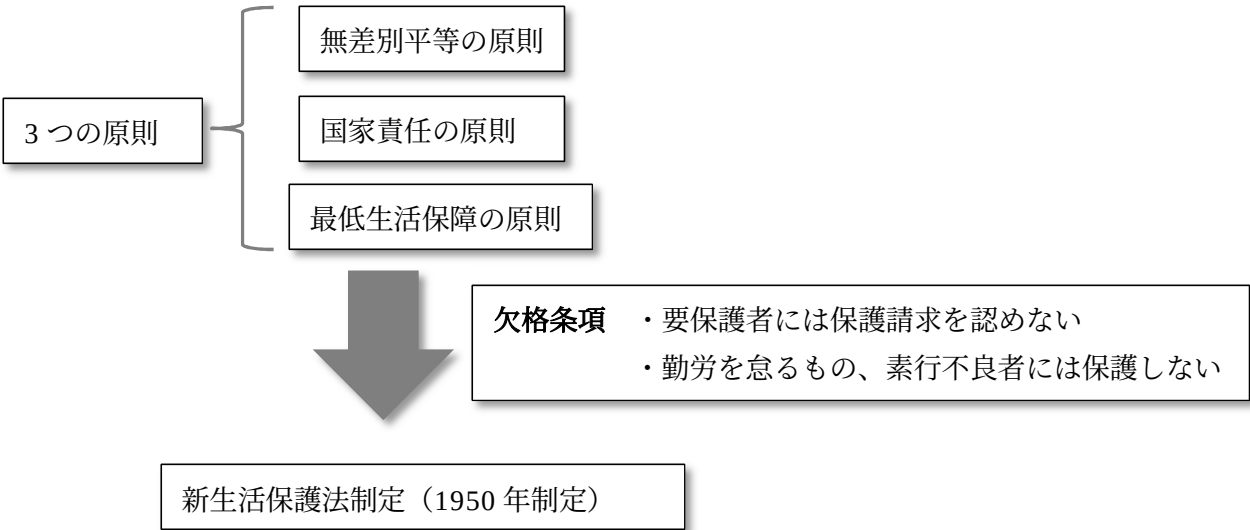
介護保険制度、生活保護制度などは社会保障制度の構成要素の一つとなっている



① 生活保護法

- 公的扶助制度
- ①国家責任のもとに国民の最低生活を保障することを目的とする
  - ②自助努力では生活できない困窮者を対象にする
  - ③要保護者の生活状況を把握するため資産調査を行う
  - ④本人の抛出は要件とされず、全額公的負担で給付される。
  - ⑤他の社会保障制度に対して補完的な関係にあり、国民の最低生活を保障する制度である

◆旧生活保護法・・・1946 年に施行



◆新生活保護法・・・1950 年施行

- 基本原理
- ・無差別平等の原理
  - ・最低生活保障の原理
  - ・補足性の原理・・・各自持っているすべてを活用したうえで「最低限度の生活」を維持するのに不足する部分を保護する。

|               |          |
|---------------|----------|
| 最低生活費         |          |
| 年金、児童扶養手当等の収入 | 支給される保護費 |

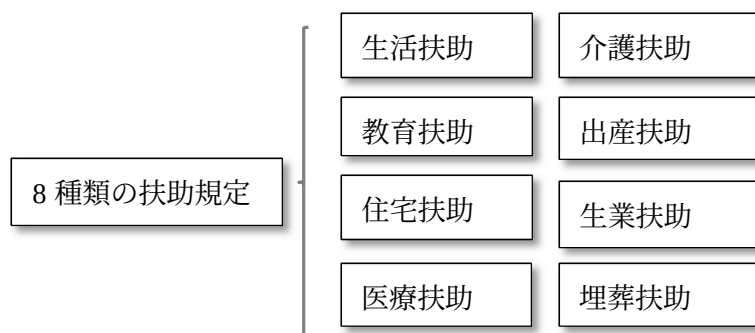
## 運営の原則

申請保護の原則・・・・・・・・要保護者、その扶養義務者又はその他に同居の親族が申請して保護の開始とする

基準及び程度の原則・・・・・・・・厚労省大臣の定める基準で測定した要保護者の需要に基づく

必要即応の原則・・・・・・・・要保護者の年齢や性別、健康状態など、個人や世帯の実際の必要の相違を考慮して有効かつ適切に行う。

世帯単位原則・・・・・・・・世帯を単位としてその要否・程度を定める



## 恤救規則について

- ・ 1874 年設立（大正時代）
- ・ 原則は**人民相互の情誼**（じょうぎ） つまり親族など相互の助け合いが原則
- ・ 対象者は労働能力がなく、稼ぎもできずしかも極貧で親族の者からなんら援助も得られないもの



対象者から外れるものに限り地方官の決済により国費で救済する

## 救護法（1929 年成立）

- ・ 日本における**初めての公的救済法**
- ・ 高齢者のみを対象とするのではない一般救護法
- ・ 対象者として、労働不能者及び 13 歳未満の児童とともに 65 歳以上の老衰で貧困により生活できないものと規定



救護法及び新旧生活保護法の比較

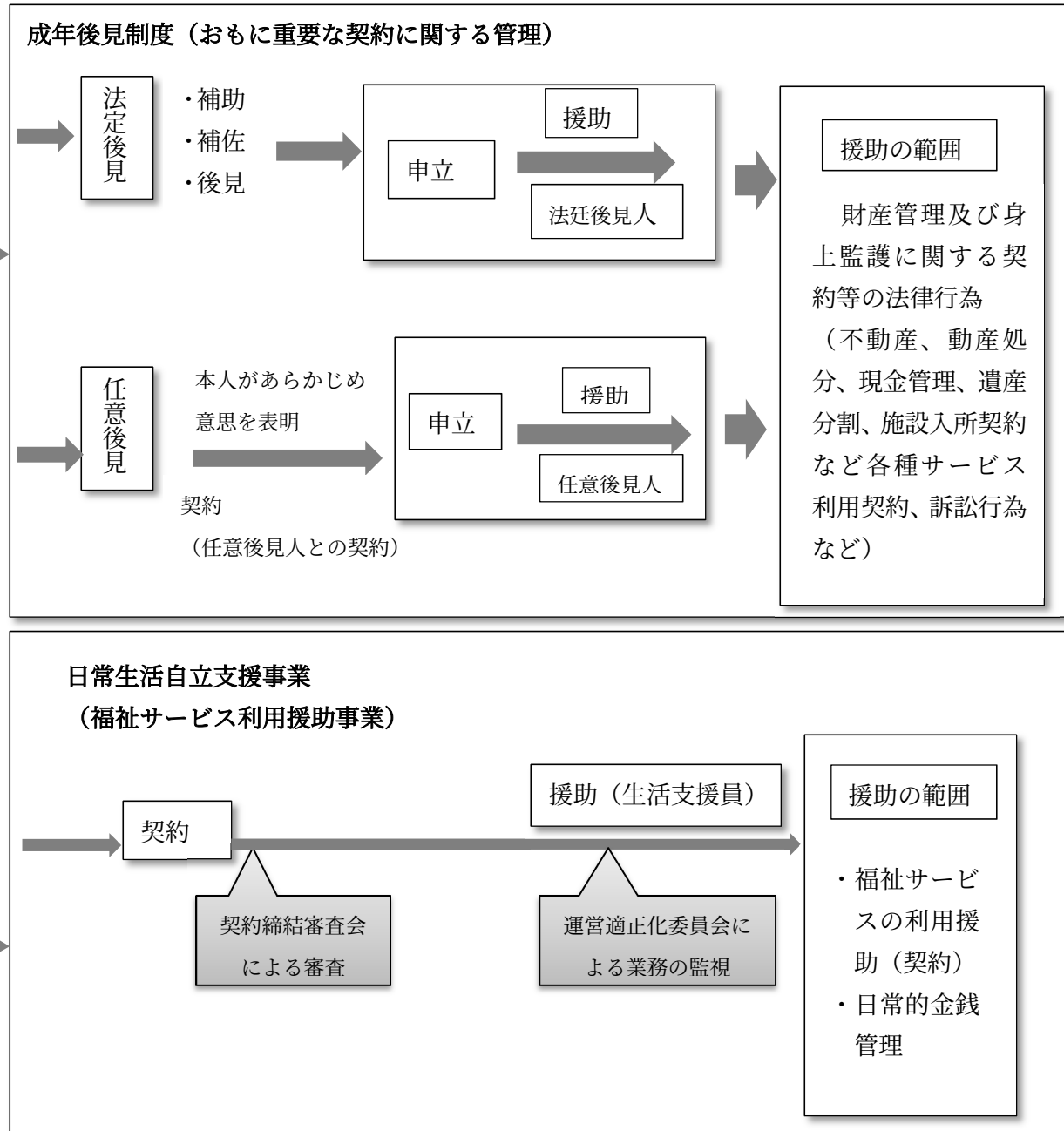
|             | 救護法                                                                                          | 旧生活保護法                                                                                                                     | 新生活保護法                                                                                                                                                               |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 目的          |                                                                                              | 生活の保護を有する状態にある者の生活を、国が差別的または優先的な取り扱いをすることなく、平等に保護して社会福祉を増進する                                                               | 国が生活に困窮するすべての国民に対しその困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その <b>最低限度の生活</b> を保障するとともに、その自立を助長する                                                                                          |
| 制定          | 1929 年                                                                                       | 1946 年                                                                                                                     | 1950 年                                                                                                                                                               |
| 保護<br>非該当   | 14~64 歳で、妊産婦でない者<br>障害、疾病のない者                                                                | 能力があるにもかかわらず勤労の意思のない者及び勤労を怠るもの、生計の維持に努めない者、素行不良な者                                                                          |                                                                                                                                                                      |
| 扶養<br>義務者   | 被扶養義務者が扶養をなしうる者には救護しない                                                                       | 扶養義務者が扶養をなしうる者には保護を行わない                                                                                                    | 民法に定める扶養義務者の扶養は保護に優先して行われる                                                                                                                                           |
| 保 護 の<br>種類 | <ul style="list-style-type: none"><li>・生活扶助</li><li>・医療扶助</li><li>・助産</li><li>・埋葬費</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>・生活補助</li><li>・医療扶助</li><li>・助産扶助</li><li>・生業扶助</li><li>・葬祭扶助</li></ul> <b>の 4 つ</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>・生活扶助</li><li>・教育扶助</li><li>・住宅扶助</li><li>・医療扶助</li><li>・出産扶助</li><li>・生業扶助</li><li>・葬祭扶助</li><li>・介護扶助</li></ul> <b>の 8 つ</b> |
| 不服申<br>立て   |                                                                                              |                                                                                                                            | 審査請求、再審査請求の後、訴訟を提訴できる                                                                                                                                                |

保護非該当の規定がなくなった  
(新生活保護法)

新生活保護法で不服申して立ての規定が定め  
られたことが大きな相違点

## ②利用者保護制度の概要

判断能力が低下した高齢者や障害者の福祉サービスの利用については、権利擁護しくみが整えられている。  
判断能力が低下したに認知症や障害者に代わって契約、金銭管理などを行う制度として成年後見人制度と福祉サービス利用援助事業がある。

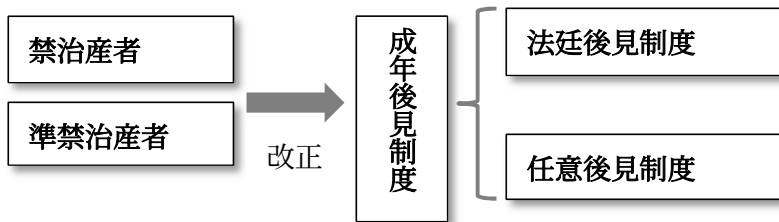


| 制度   | 成年後見制度          | 福祉サービス利用援助事業                   |
|------|-----------------|--------------------------------|
| 運営   | 国               | 都道府県社会福祉協議会                    |
| 援助範囲 | 不動産、遺産分割など重要な契約 | 日常の利用契約など<br>(通帳管理、日常的な金銭管理など) |

## I.成年後見制度について

認知症や知的障害者、精神障害者など判断能力が不十分なものを法律的に養護する制度である。

もともと、禁治産、準禁治産として民法に定められていたが、戸籍に記載され、個人情報をおびやかす恐れがあったため、今回の介護保険法改正に合わせて成立した。



### 法廷後見人制度の類型

#### (1) 後見

後見とは本人が一人で生活できないなど、**判断能力が全くないもの**が対象になる。

家庭裁判所より後見開始の審判がなされると、成年後見人が付され、本人がなした行為は**日常生活にかかわるものを除き、すべて取り消すことができる。**

また成年後見人は本人に代わって財産を管理し、契約を行う権利がある。

#### (2) 保佐

保佐とは**本人の判断能力が失われてはいないものの、特に不十分なものが対象**になる。

日常の買い物はできても一定の重要な取引行為（金銭管理、不動産売買、自宅の改修など）は一人でできないという段階の者である。

**保佐人の同意を得ないでなした行為は後から取り消すことができる。**

また家庭裁判所の審判により、特定の行為に対して保佐人に代理権を与えることができる。

#### (3) 補助

補助とは**通常の生活はできるけども、本人の判断能力が不十分なものが対象**になる。

補助開始の審判により、本人を援助する保佐人が選任され、同意見や代理権の範囲を定める申し立てをする。

補助の場合、事柄に応じて個別に決定されるが、**すべて本人の同意が必要**となる。



任意後見制度は本人が契約の締結に必要な**判断能力を有している間に**、精神上の障害により判断能力が不十分な状態になった場合、後見をする者（任意後見人）を**自ら事前に契約によりあらかじめ決めておく制度**である

## 補助・補佐・後見の3種類型概要

|         |                 | 補助                                                    | 保佐                       | 後見人                       |
|---------|-----------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 要件      | ≪対象者≫<br>≪判断能力≫ | 精神上の障害（認知症・知的障害・精神障害など）により便宜する能力が不十分なもの               | 精神上の障害により遂行する能力が著しく不十分な者 | 精神上の障害により遂行する能力を欠く状況になるもの |
| 開始の手続   | 申立権者            | 本人、配偶者、4親等以内の親族、検察官など<br>任意後見人受任者、任意後見人、任意後見監督人（市町村長） |                          |                           |
|         | 本人の同意           | 必要                                                    | 不要                       | 不要                        |
| 機関の名称   | 本人              | 被補助人                                                  | 被保佐人                     | 成年被後見人                    |
|         | 保護者             | 補助人                                                   | 保佐人                      | 成年後見人                     |
|         | 監督人             | 補助監督人                                                 | 保佐監督人                    | 成年後見監督人                   |
| 同意権・取消権 | 付与の対象           | 家庭裁判所が定める「特定の法律行為」                                    | 同左                       | 日常生活における行為以外の行為           |
|         | 取消権者            | 本人・補助人                                                | 本人・補佐人                   | 本人・成年後見人                  |
| 代理権     | 付与の手続           | 家庭裁判所が定める「特定の法律行為」                                    | 同左                       | 財産に関するすべての法律行為            |
|         | 付与の手続           | 本人の同意必要                                               | 本人の同意必要                  | 本人の同意不要                   |
|         | 本人の同意           | 必要                                                    | 必要                       | 不要                        |

重症

## Ⅱ.日常生活自立支援事業

認知症高齢者、知的障害者、精神障害者など判断能力が十分でない者が地域において自立した生活を送れるように、福祉サービスの利用や金銭管理に関する援助を行うことにより、在宅生活を支援する事業

### (1) 実施体制

各都道府県・指定都市社会福祉協議会が実施主体

事業の一部を市町村社会福祉協議会に委託できるとされている

### (2) 事業の対象者

- 判断能力が不十分なために、日常生活を営むのに必要なサービスを利用するための理解、判断、意思表示を適切に行うのが困難である者
- 日常生活自立支援事業の利用契約を締結する能力がある者

### (3) 援助の内容

#### ● 福祉サービスの利用援助

福祉サービスを利用するとき、または利用をやめるとき所定の手続、苦情解決制度を利用する手続き、福祉サービスを利用に関する情報の提供・相談など

#### ● 日常金銭管理サービス

年金・福祉手当などの手続、病院への医療費支払いの手続き、社会保険料や電気、ガス、水道など公共料金の支払い手続き、預金の払い戻し、預入・解約手続き、日用品・食費。家賃などの支払い手続きなど

#### ● 書類などの預かりサービス

年金証書、預金通帳、保険証書、銀行印などの預かり

#### 成年後見制度との関係 日常生活自立支援事業の限界と

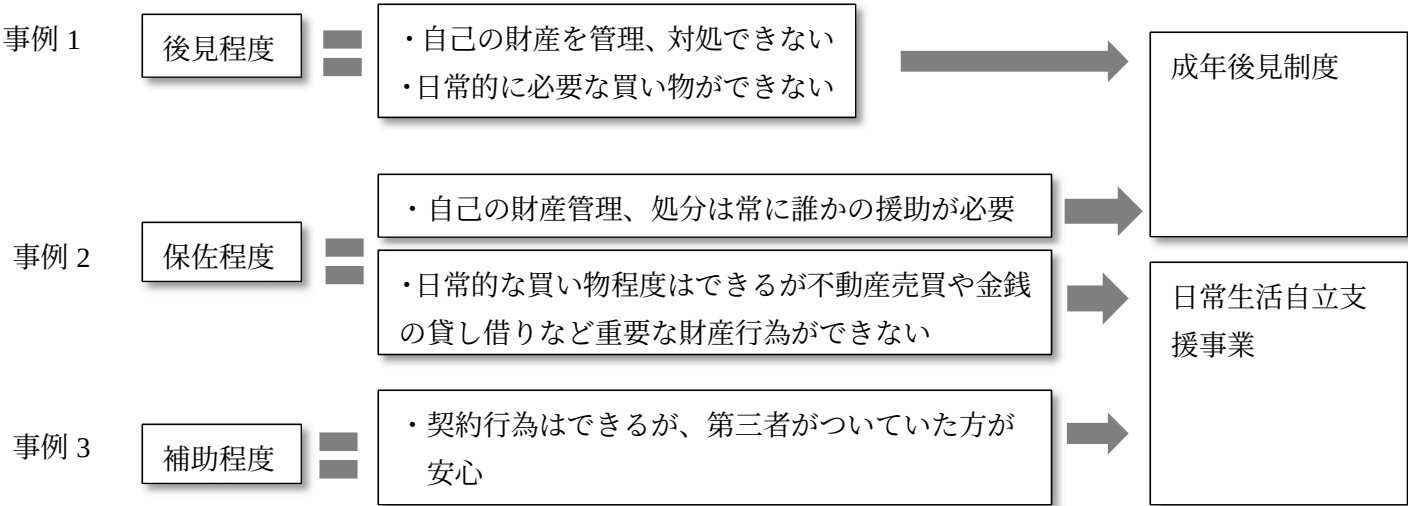
日常生活自立支援事業を利用している間に利用者が判断能力を喪失した場合、日常生活自立支援事業の契約は終了する。契約終了後は、成年後見制度への移行や、利用者の生活に応じたほかの援助サービスへのつながりが必要となる。

・不動産の売却などの財産管理に関する法律行為や、施設入所の代理契約などは、日常生活自立支援事業では対応できない。

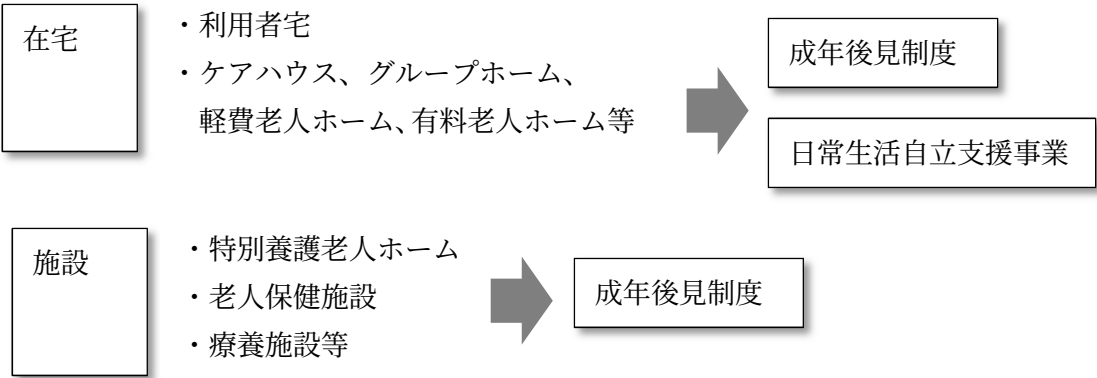
・利用者が悪徳商法などの財産侵害の被害に遭った場合、日常生活自立支援事業においては、成年後見制度の同意権・取消権に相当するものがないため、対応には限界がある。財産侵害の防止には、成年後見制度の利用が望ましい。

日常生活自立支援事業の利用範囲と成年後見制度

(1) 判断能力からみた場合



(2) 居住状態から見た場合



(3) 援助内容から見た場合

|          | 成年後見制度                            | 日常生活自立支援事業                                                                                          |
|----------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 生活に関すること | <b>身上監護</b><br>施設入所契約、医療契約、介護契約など | <b>日常生活支援</b><br>・ 心配ごと相談<br>・ 福祉サービス利用援助                                                           |
| 金銭に関すること | <b>財産管理</b><br>不動産の処分、遺産分割など      | <b>日常的金銭管理</b><br>家賃、公共料金、医療費の支払い、小遣い引出等<br><b>書類等預かり</b><br>銀行貸金庫での書類（年金証書、定期預貯金通帳、不動産権利証書など）等の預かり |

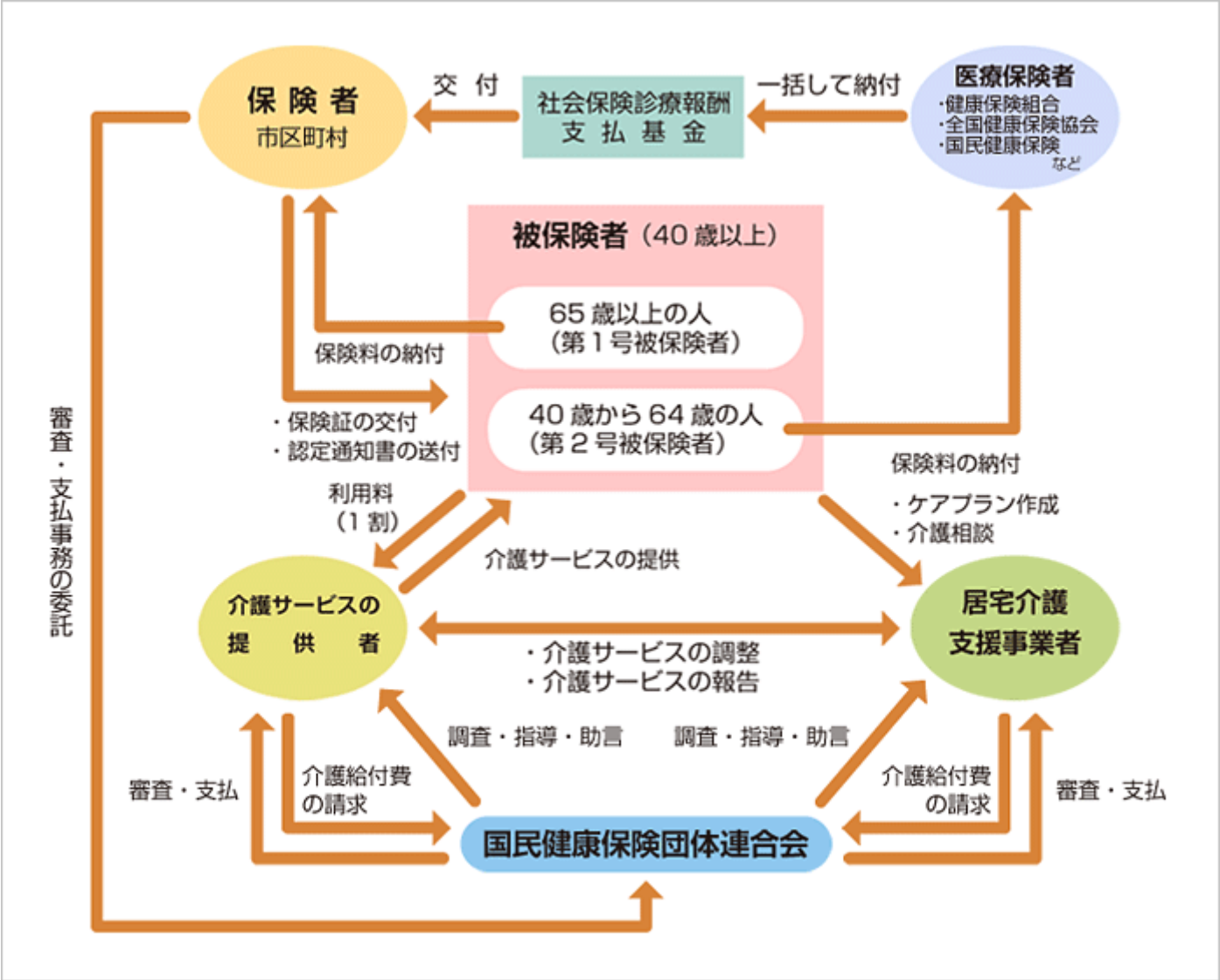
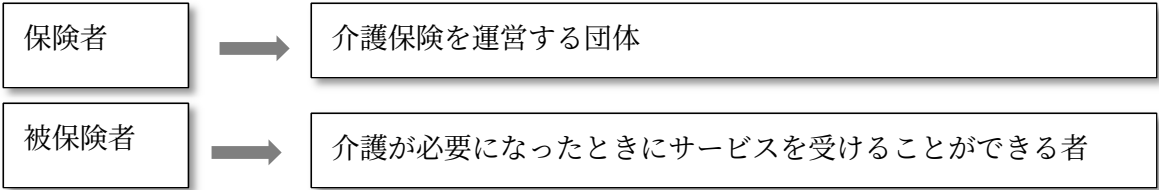
介護保険制度について

介護保険制度とは

- ・ 介護が必要になった高齢者やそのご家族を社会全体で支えていく仕組み
- ・ 「介護が必要になる」のは限られた者だけでなく、リスクを多くの人で負担しあい、万が一介護が必要になったときに、サービスを受けられるようにする制度

運営について

- ・ 40 歳以上の者が支払う「保険料」と「税金」とで運営されている。
- ・ 運営は市区町村と特別区（以下、市区町村）が行い、これを都道府県と国がサポートする仕組み。



I 介護保険費用総額

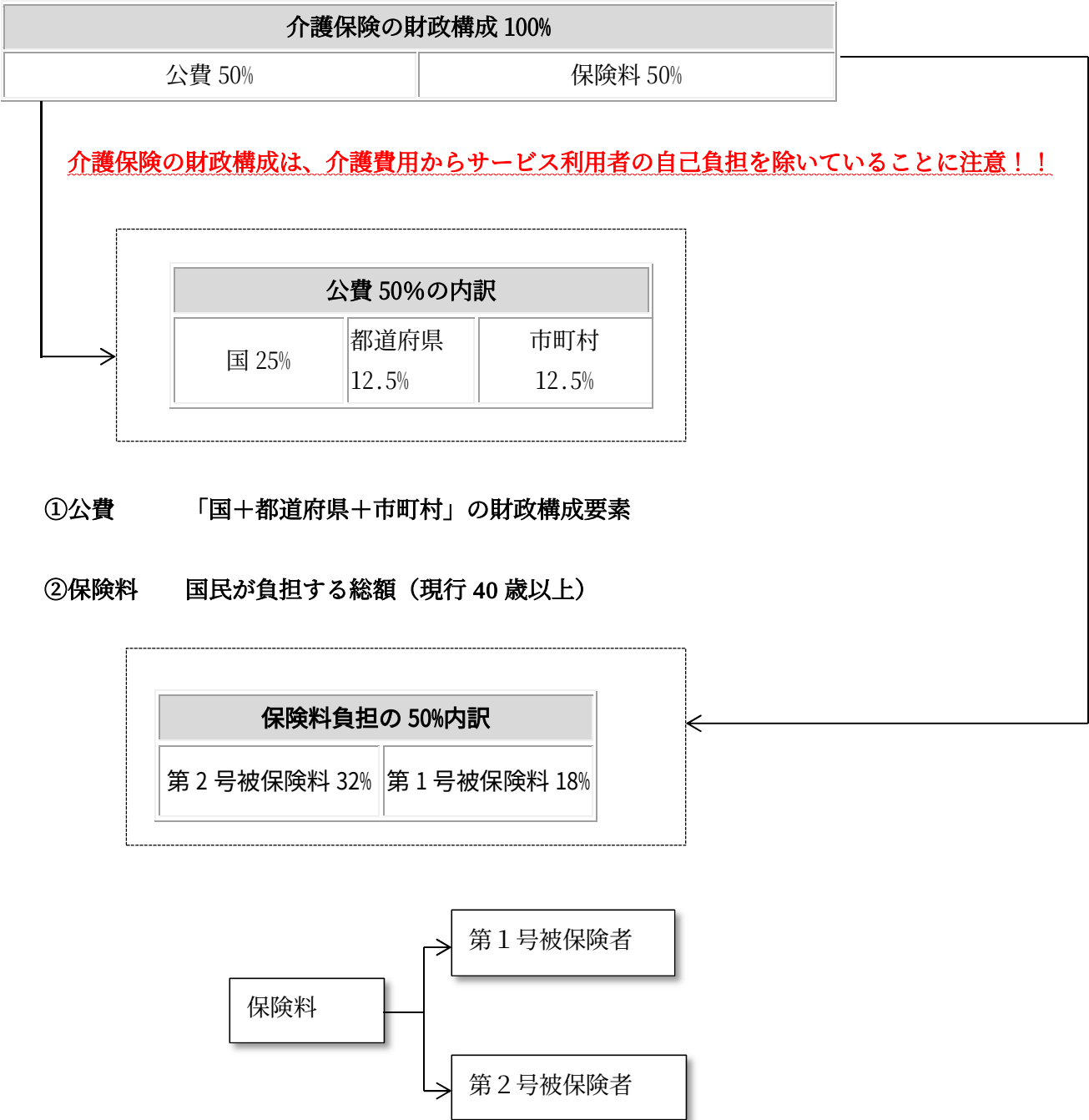
介護費用総額＝公費＋保険料＋利用者負担

- 保険料

介護保険のサービスを利用しなくても支払う義務がある。（現行 40 歳以上）
- 利用者負担

通常福祉サービスを利用するのに利用者本人 1 割を負担する。

II 介護保険の財政構成





介護保険制度内容

保険者の役割と事務

1 国

介護保険に関連する法律を制定し、市町村の指揮命令系統の機能を果たしている。

|   |         |                                                                                             |
|---|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① | 基本方針の提示 | 介護保険サービスの提供体制の確保、市町村・都道府県が策定する介護保険事業計画の基本方針の策定                                              |
| ② | 全国基準の決定 | ・ 要介護認定等に係る審査、判定の基準<br>・ サービス支援事業所等の人員設備運営に関する基準<br>・ サービスに要する費用の額の算定に関する基準<br>などを省令、告示で定める |
| ③ | 財政負担    | 市町村の介護給付等について国が公費によって負担                                                                     |

2 都道府県(政令指定都市を含む)

市町村の事業を支援し、広域的な調整やサービスの提供の体制を整備

|   |                   |                            |
|---|-------------------|----------------------------|
| ① | 介護保険審査会の設置        |                            |
| ② | 指定介護サービス事業者の指定    | 地域密着サービスを除く在宅、施設サービス事業者の指定 |
| ③ | ケアマネージャーの登録・養成    | ケアマネージャー試験の実施、登録、更新研修の実施   |
| ④ | 都道府県介護保険事象支援計画の策定 | 3 年を 1 期とする計画の策定           |
| ⑤ | 財政負担              | 財政安定化基金の設置                 |

3 市町村の役割と事務

1) 役割

|   |                         |                                             |
|---|-------------------------|---------------------------------------------|
| ① | 介護保険特別会計の設置             | 介護保険に関する収支をほかの会計と区分して管理                     |
| ② | 被保険者の資格管理と第 1 号保険料の徴収   |                                             |
| ③ | 介護認定審査会の設置              |                                             |
| ④ | 保険給付                    |                                             |
| ⑤ | 地域密着型サービス事業者等の指定        |                                             |
| ⑥ | 地域支援事業の実施と地域包括支援センターの設置 |                                             |
| ⑦ | 市町村介護保険事業計画の策定          | 3 年を 1 期として計画を策定する。各年度におけるサービスの種類ごとの見込み量の策定 |

2) 事務

- ① 被保険者の把握、確認、管理
- ② 被保険者台帳の作成
- ③ 被保険者証を発行し必要があれば更新する
- ④ 要介護・要支援を申請した被保険者への訪問調査
- ⑤ 介護認定審査会の設置、被保険者の申請を受け介護が必要かどうかの判定を行い、認定結果を通知する

- ⑥ 介護給付を要介護・要支援者に行う
- ⑦ 条例で定めた市町村特別給付（市町村独自の保険給付）を行う
- ⑧ 第1号被保険者の保険料を条例で決定し徴収
- ⑨ 保険料を滞納する被保険者への督促や処分
- ⑩ 地域支援事業（介護予防事業、包括支援事業その他）
- ⑪ 地域密着型サービス、介護予防マネジメントなどに対する指定・指導を行う

## 被保険者

|                                          | 第1号被保険者                                 | 第2号被保険者                                                                          |
|------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者                                     | 65歳以上の者                                 | 40歳以上 65歳未満の医療保険加入者<br>※40歳以上 65歳未満の生活保護による医療扶助受給者は医療保険に加入していないため、介護保険の被保険者にならない |
| 受給権者<br>介護保険サービスの給付を受けることができるのは要支援者と要介護者 | 要介護・要支援の認定を受けたもの<br>(原因を問わない)           | 要介護・要支援の状態であってその原因が <b>特定疾患</b> であるものと認定されたもの                                    |
| 保険料                                      | 特別徴収・・・年額 18 万以上の年金受給者<br>普通徴収・・・それ以外の者 | 介護保険料＋医療保険料を一緒に徴収                                                                |

- ①第1号被保険者⇒市町村の区域内に住所を有する 65 歳以降のものであること
- ②第2号被保険者⇒市町村の区域内に住所を有する 40 歳以上 65 歳未満のもので医療保険加入者であること

## 介護保険制度で適用される特定疾患（16 種）

介護保険法では、特定疾患とは

『心身の病的加齢現象との医学的関係があることが考えられる者であって次のいずれかの要件を満たすものについて総合的に勘定し、加齢に伴って生じる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障害を生じさせるものであるものと認められる疾病である』

と規定されている

|   |                    |   |                              |
|---|--------------------|---|------------------------------|
| ① | ガン末期               | ⑨ | 脊柱管狭窄症                       |
| ② | 関節リュウマチ            | ⑩ | 早老症                          |
| ③ | 筋萎縮性側索硬化症          | ⑪ | 糖尿病性障害（神経障害・陣症・網膜症）          |
| ④ | 後靭帯骨化症             | ⑫ | 脳血管疾患                        |
| ⑤ | 骨折を伴う骨粗しょう症        | ⑬ | 進行性核上性まひ大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病 |
| ⑥ | 多系統委縮症             | ⑭ | 閉塞性動脈硬化症                     |
| ⑦ | 初老期における認知症（若年性認知症） | ⑮ | 慢性閉塞性肺疾患                     |
| ⑧ | 骨髄小脳変性症            | ⑯ | 両股の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変性性関節症  |

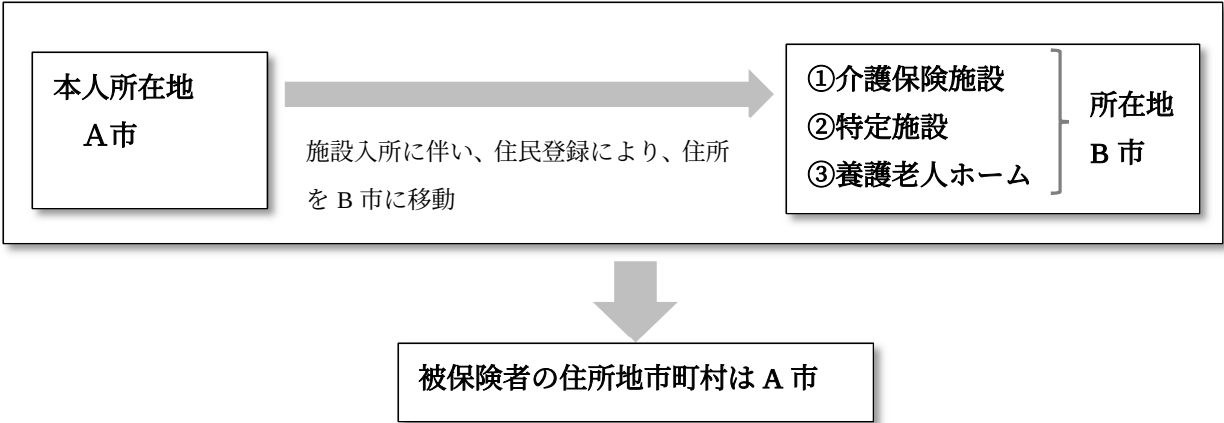
適用除外

次の者は介護保険の適用を受けることはできない。  
それぞれの介護サービスが提供されており、その重複を避けるため

|                                                 |
|-------------------------------------------------|
| 障害者総合支援法上の生活介護及び施設入所を受けている指定障害者支援施設             |
| 身体障害福祉法及び知的障害者福祉法に基づく処置による障害者支援施設（生活介護を行うものに限る） |
| 指定障害サービス事業者による医療機関                              |
| 児童福祉法上の重症心身障害施設                                 |
| 児童福祉法上の肢体不自由児施設支援を行う医療機関                        |
| 国立重度知的障害者総合施設のぞみ園                               |
| ハンセン病療養所                                        |
| 生活保護上の救護施設                                      |
| 労働者災害補償保険法上の被災労働者の援護施設                          |

住所地特例

他の市町村に存在する施設（介護保険施設、特定施設、養護老人ホーム）に入所して、住所をその施設の所在地に変更しても元の所在地市町村の被保険者となる

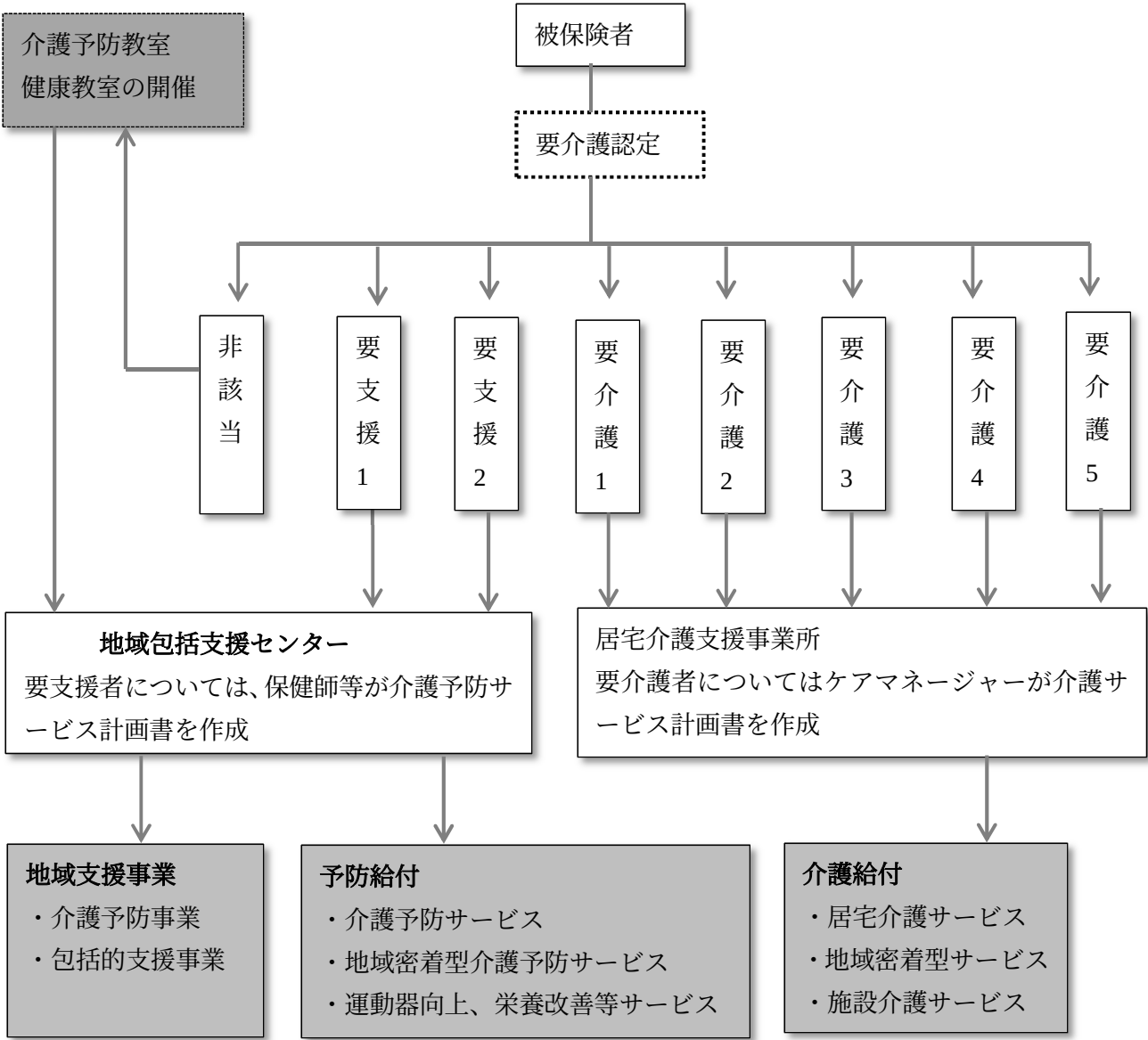


例）C 市にある特養に入所した場合

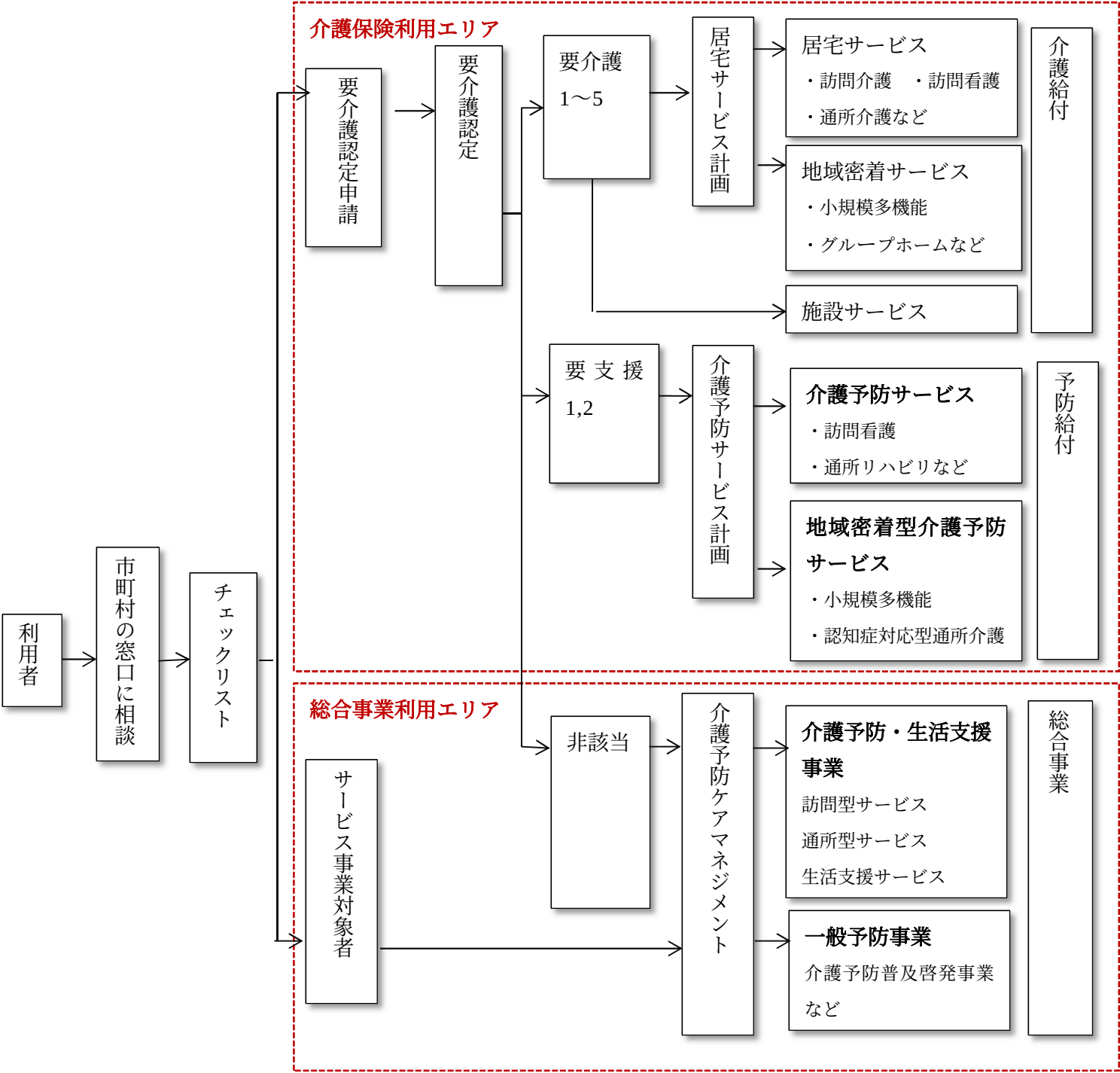
C 市の住民だが、介護保険に関してのみ B 町の被保険者となる

| B 市       | C 市    |
|-----------|--------|
| 被保険者      | 住民票    |
| 介護保険料の支払い | 住民税    |
| 介護給付      | 行政サービス |

総合的な給付体系



【参考】総合事業を取り入れている市区町村におけるサービス提供の流れ

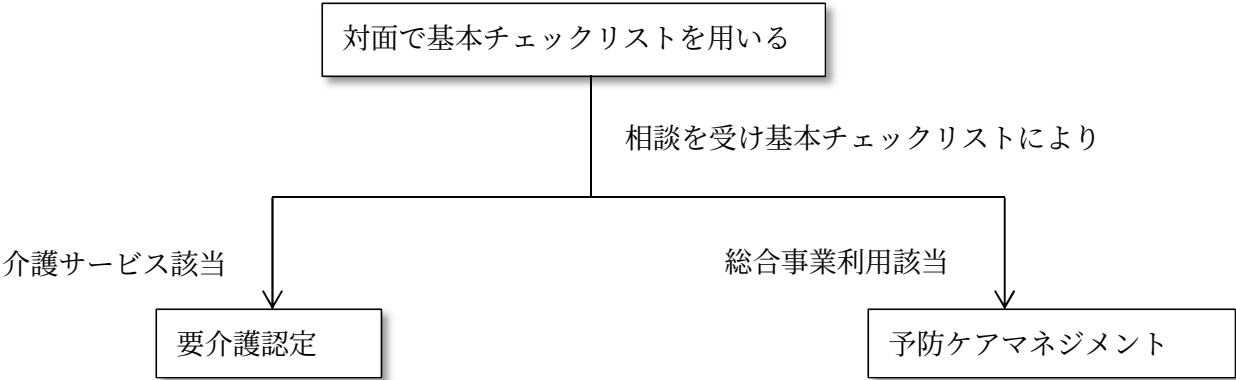


基本チェックリストについて

・市町村または包括支援センターにサービス利用相談に来た被保険者に対して以下の順序で行う

第1 被保険者の場合

基本チェックリストにより介護サービスまたは総合事業の判断を行う



第2 被保険者の場合

基本チェックリストは不要。ただちに介護サービスを利用する為、要介護認定の手続へと進む

がんや関節リウマチ等の特定疾患に起因して要介護状態等となる事がサービスを受ける前提となる為、基本チェックリストを実施するのではなく要介護認定の申請を行う

| No | 質 問 項 目               |                                                    | 回 答   |        |
|----|-----------------------|----------------------------------------------------|-------|--------|
| 1  | 生<br>活<br>状<br>況      | バスや電車で一人で外出していますか                                  | 0. はい | 1. いいえ |
| 2  |                       | 日用品の買い物をしていますか                                     | 0. はい | 1. いいえ |
| 3  |                       | 預貯金の出し入れをしていますか                                    | 0. はい | 1. いいえ |
| 4  |                       | 友人の家を訪ねていますか                                       | 0. はい | 1. いいえ |
| 5  |                       | 家族や友人の相談にのっていますか                                   | 0. はい | 1. いいえ |
| 6  | 運<br>動<br>機<br>能      | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか                              | 0. はい | 1. いいえ |
| 7  |                       | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか                       | 0. はい | 1. いいえ |
| 8  |                       | 15分位続けて歩いていますか                                     | 0. はい | 1. いいえ |
| 9  |                       | この1年間に転んだことがありますか                                  | 1. はい | 0. いいえ |
| 10 |                       | 転倒に対する不安は大きいですか                                    | 1. はい | 0. いいえ |
| 11 | 栄<br>養                | 6か月で2～3k g 以上の体重減少がありましたか                          | 1. はい | 0. いいえ |
| 12 |                       | 身長        cm        体重        k g （BMI        ）（注） |       |        |
| 13 | 口<br>腔<br>機<br>能      | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか                            | 1. はい | 0. いいえ |
| 14 |                       | お茶や汁物等でむせることがありますか                                 | 1. はい | 0. いいえ |
| 15 |                       | 口の渇きが気になりますか                                       | 1. はい | 0. いいえ |
| 16 | 閉<br>じ<br>こ<br>も<br>り | 週に1回以上は外出していますか                                    | 0. はい | 1. いいえ |
| 17 |                       | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか                                | 1. はい | 0. いいえ |

## 参考文献

---

- 【厚労省】平成 27 年度介護報酬改定の概要（案）（第 119 回 介護給付費分科会資料）  
居宅介護事業所における人員基準  
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
- 【日総研】ケアマネしあわせ便利帳  
サ責業務ダンドリ仕事術
- 【つしま医療福祉研究財団】介護保険事務士養成テキスト～上級コース～ 基礎編  
（株）東経システム HP「介護マネジメント」
- 【厚生労働省】省令第 37 号「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」
- 【厚生労働省】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
- 【介護労働安定センター・佐賀支部】個別援助計画を作ろう！研修配布資料
- 【介護労働安定センター・熊本支部】介護課程の基礎的展開（居宅系）研修配布資料
- 【福岡シティ福祉サービス】 「介護保険請求について」レジュメ参考資料
- 【瀬谷出版】居宅介護支援専門員の為のケアマネジメント入門
- 【大阪府健康福祉部高齢介護室・在宅課事業者指導グループ】訪問介護計画の作成について
- 【介護労働安定センター・佐賀支部】個別援助計画を作ろう！研修配布資料
- 【介護労働安定センター 佐賀支部】介護記録の書き方セミナー配布資料
- 【介護労働安定センター・熊本支部】介護課程の基礎的展開（居宅系）研修配布資料
- 【中央法規】サービス提供責任者 仕事ハンドブック
- 【中央法規】田形隆尚 根拠のある介護記録のつくり方
- 【大阪府健康福祉部高齢介護室・在宅課事業者指導グループ】訪問介護計画の作成について