

生活相談員について

～業務範囲と会議出席、計画立案、介護報酬請求～

- 生活相談員とは
- 地域ケア会議について
- 生活相談員の業務範囲
- 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
- 生活相談員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) 相談業務について
 - (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
- 高齢者関連法規



(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

生活相談員とは

(1) 資格要件

社会福祉法第 19 条第 1 項

(資格等)

第 19 条 社会福祉主事は、都道府県知事又は市町村長の補助機関である職員とし、年齢二十年以上の者であつて、人格が高潔で、思慮が円熟し、社会福祉の増進に熱意があり、かつ、次の各号のいずれかに該当するもののうちから任用しなければならない。

- 一 学校教育法に基づく大学、旧大学令に基づく大学、旧高等学校令に基づく高等学校又は旧専門学校令に基づく専門学校において、厚生労働大臣の指定する社会福祉に関する科目を修めて卒業した者
- 二 厚生労働大臣の指定する養成機関又は講習会の課程を修了した者
- 三 社会福祉士
- 四 厚生労働大臣の指定する社会福祉事業従事者試験に合格した者
- 五 前各号に掲げる者と同等以上の能力を有すると認められる者として厚生労働省令で定めるもの



大学または短期大学を卒業し、指定の 3 科目を履修していると社会福祉主事任用資格を有することになり、介護職経験の有無を問わず、生活相談員の資格要件を満たすこととなる

居宅基準第 94 条

通所介護事業者は通所介護事業所ごとにもっぱらその職務に従事する常勤の管理者を置かなくてはならない。

ただし、通所介護事業所の管理上支障がない場合は当該事業所の他の職務に従事し、また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



生活相談員と管理者の兼務が非常に多い

(2) 配置基準

居宅基準第 93 条

提供日ごとに当該通所介護を提供している時間帯に、生活相談員が勤務している時間数の合計数を通所介護を提供している時間帯の時間州で除して得た値が 1 以上確保しなければならない



$$\frac{\text{サービス提供時間中における生活相談員の勤務時間数の合計}}{\text{サービス提供時間数}} = 1 \text{ 以上}$$

(通所介護の生活相談員は、通所介護の提供日ごとに配置しなければいけない)

生活相談員の配置に当たっての注意事項

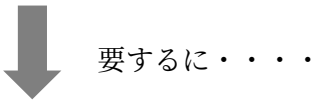
- (1) 営業日は毎日配置する必要があること。
- (2) 計算の際は、サービス提供時間中の勤務時間のみを算入すること。
- (3) 生活相談員又は介護職員のうち 1 人以上は、常勤職員が必要であること。
- (4) 1 人の生活相談員の勤務時間は、原則、週 40 時間までとすること。

生活相談員の人員基準の緩和（H27 改正）

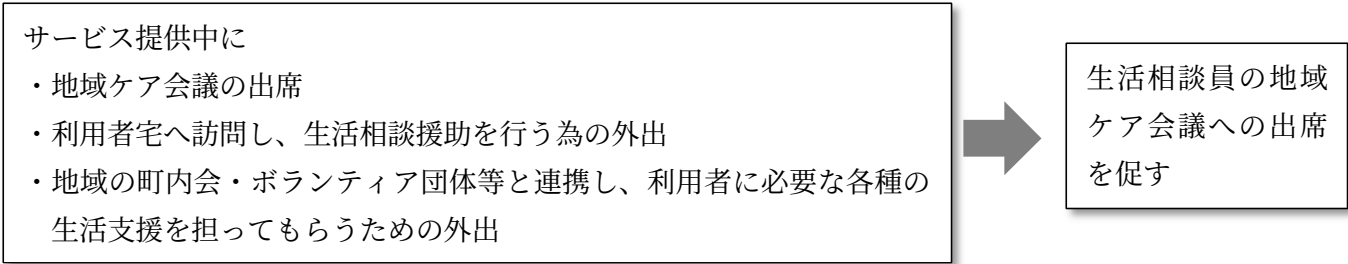
④ 地域連携の拠点としての機能の充実

利用者の地域での暮らしを支えるため、医療機関や他の介護事業所、地域の住民活動等と連携し、通所介護事業所を利用しない日でも利用者を支える地域連携の拠点としての機能を展開できるよう、生活相談員の専従要件を緩和し、事業所内に限った利用者との対話を主体とした相談業務のみならず、サービス担当者会議に加えて地域ケア会議への出席などが可能となるようにする。

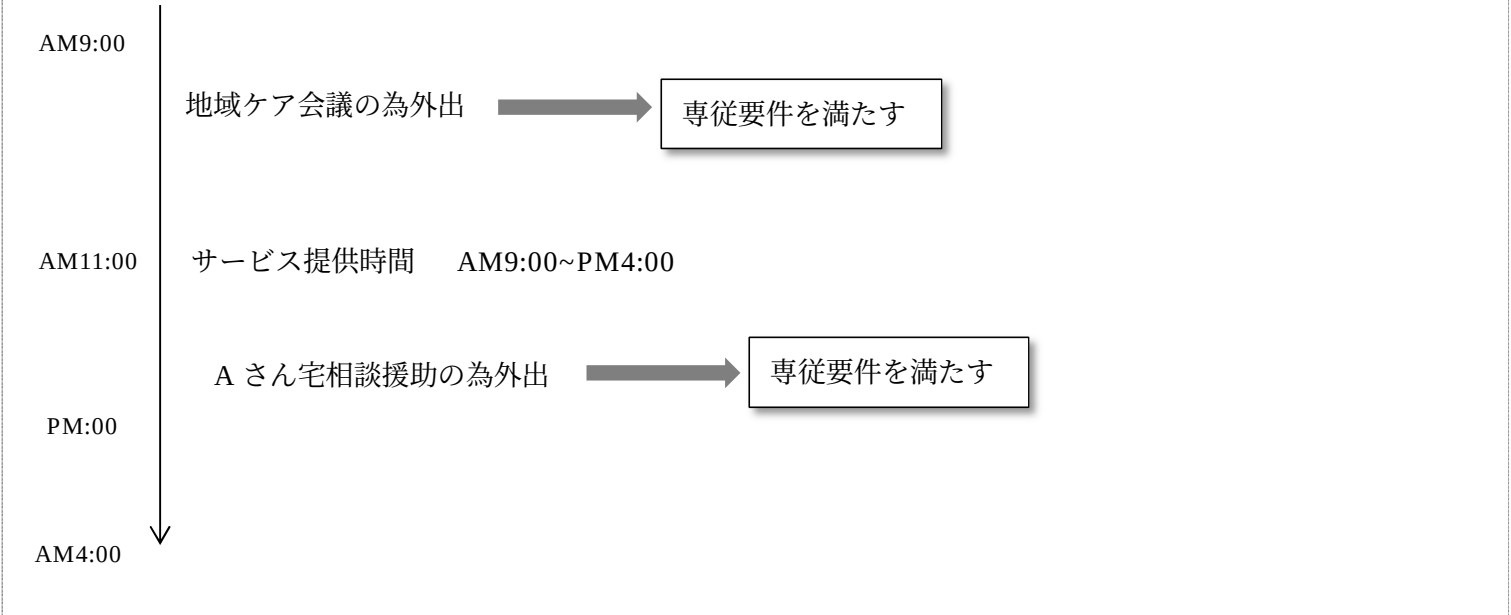
平成 27 年度介護報酬改定の概要（案）（第 119 回 介護給付費分科会資料）



以下の場合、サービス提供時間中に以下の外出は生活相談員が事業所にいるもの（専従要件）とみなす



生活相談員・専従要件イメージ



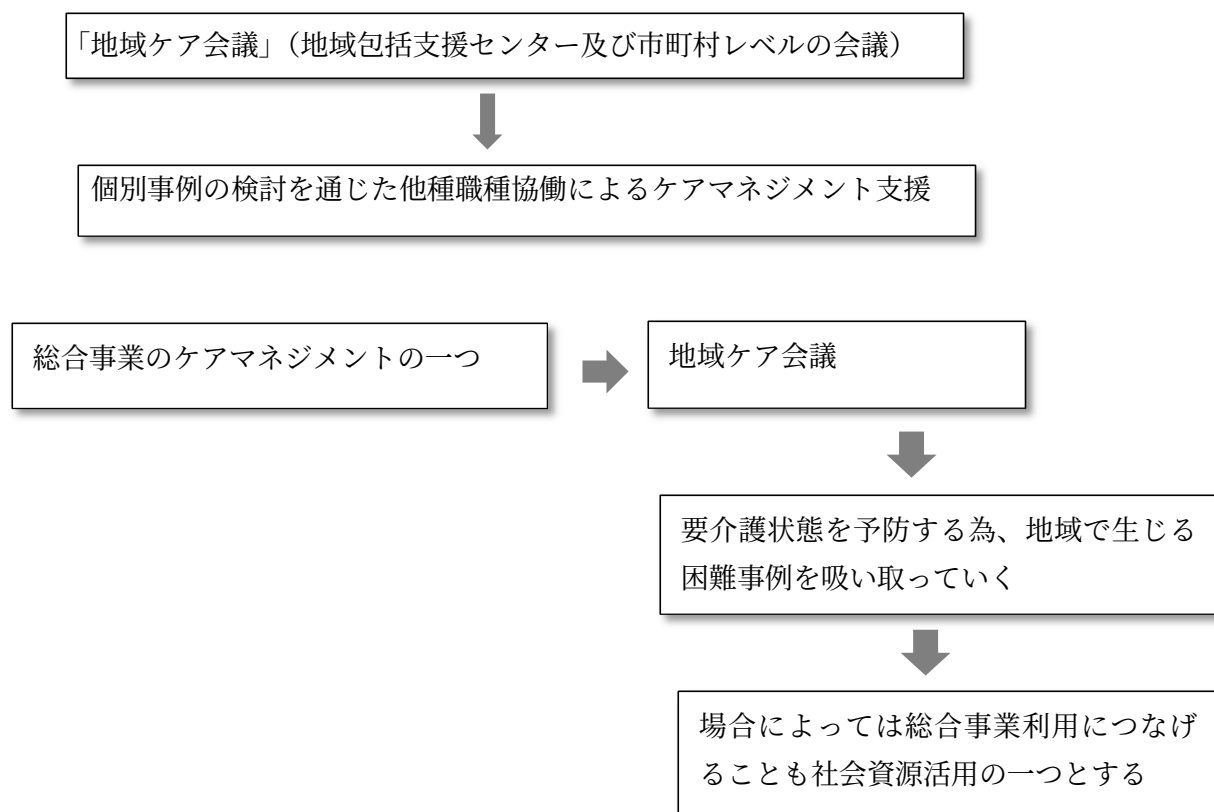
【参考】総合事業とケア会議 ～地域包括支援センターとケアマネジメント～

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

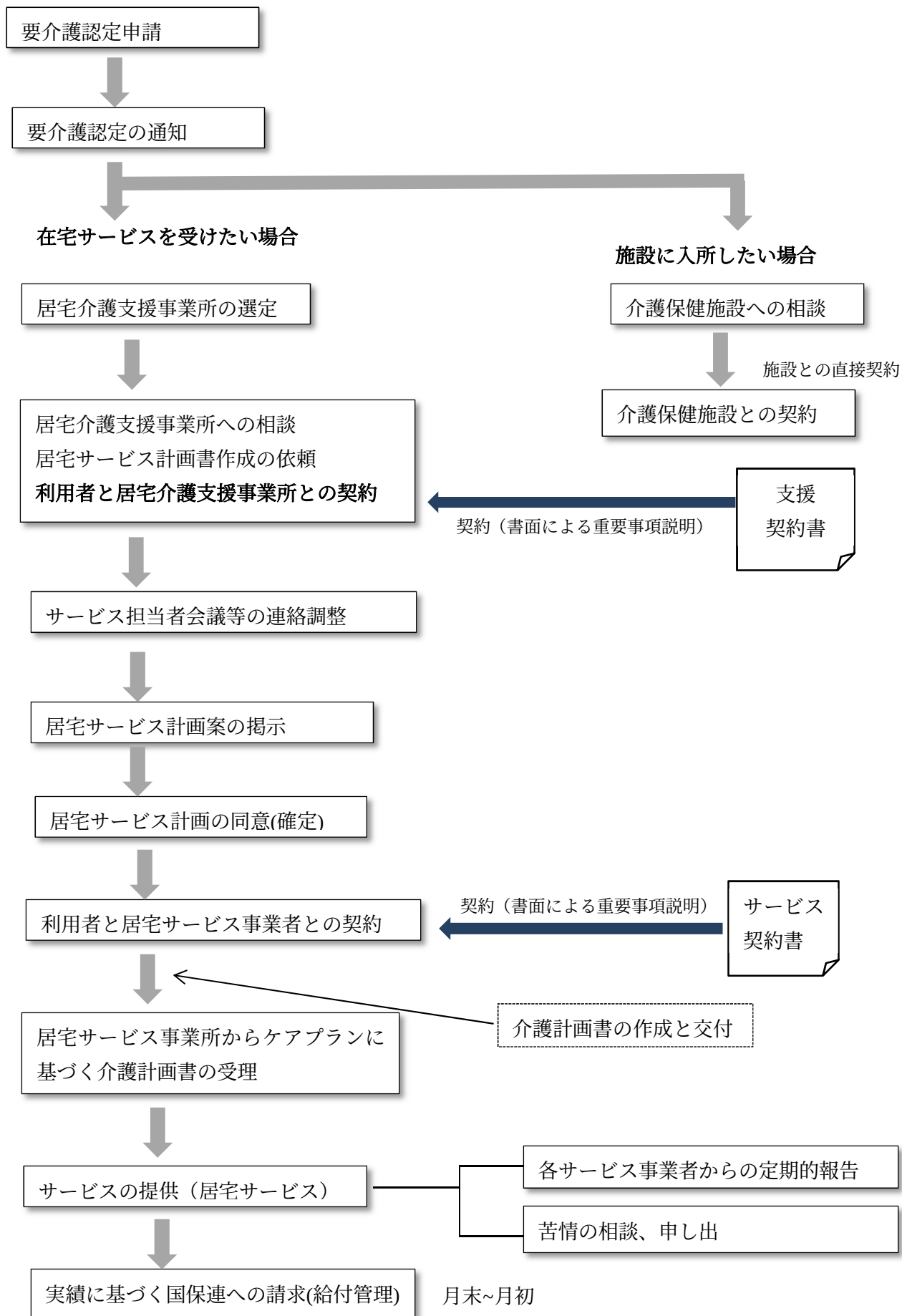
地域包括支援センターまたは市区町村が運営主体となる。

(3) 業務範囲

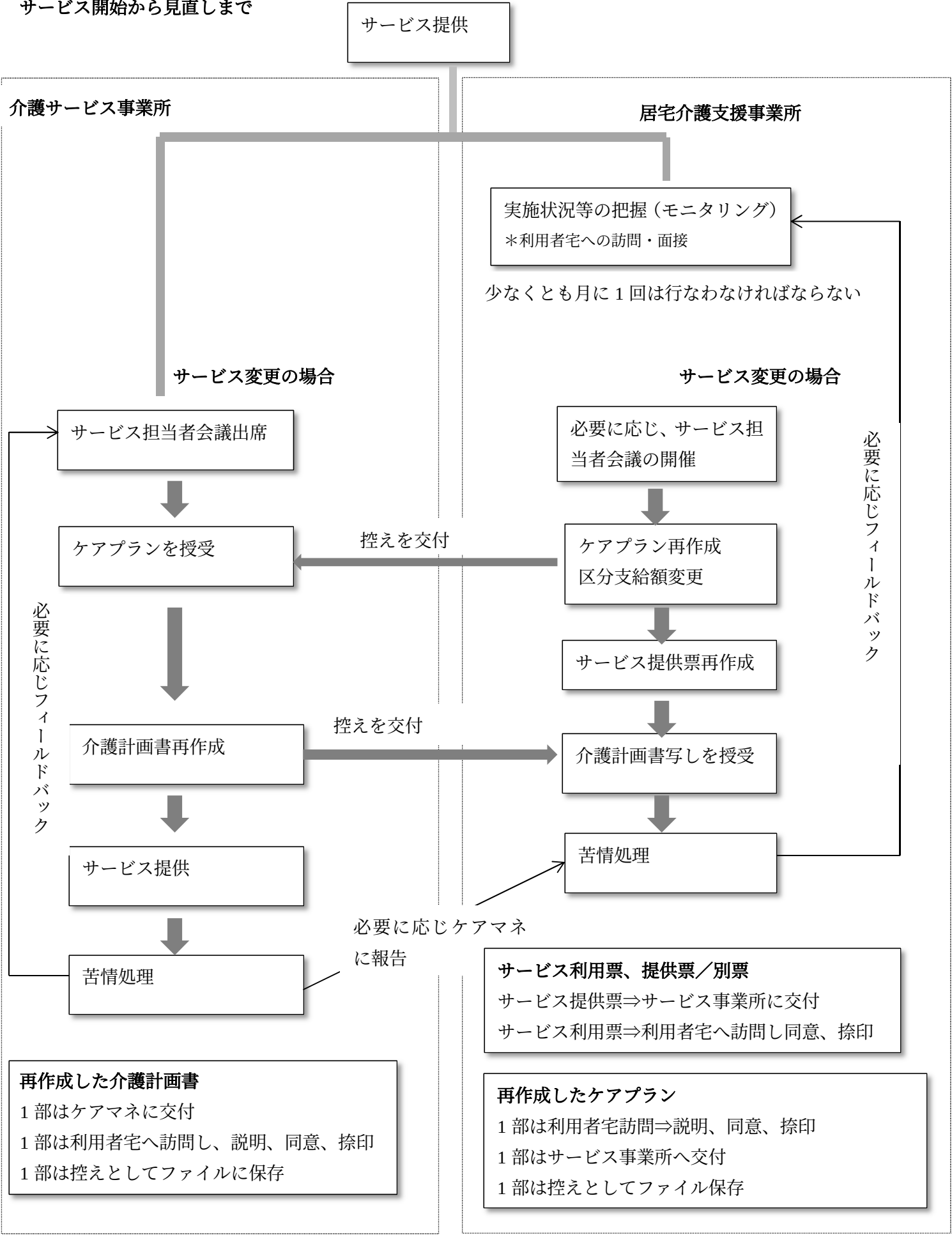
専従業務	利用契約 利用受付、自宅訪問、契約内容・重要事項の説明と同意
	適所介護計画作成 アセスメント、適所介護計画書原案作成、利用者・家族へ説明と同意、利用者・家族・ケアマネジャーに通所介護計画書の送付、通所介護計画内容の職員周知、利用者個別目標管理、適所介護計画の変更・更新
	モニタリング カンファレンス、利用者個別目標に対する評価、課題の抽出、モニタリング報告書作成、利用者・家族・ケアマネジャーにモニタリング報告書の送付
	サービス担当者会議 自宅訪問、サービス担当者会議出席・検討、サービス担当者会議結果記録・報告
	相談援助 利用者面接、家族面接
	事業所内連携会議 事業所職員間の連絡・調整、利用者情報等の周知徹底、職員間の意見調整、事業運営のコンセンサス作り
	地域連携 地域関係機関との連絡・調整・情報交換、地域会議出席、地域貢献事業の企画運営、事業所の広報活動
管理者との兼務業務	ボランティア受け入れ 募集、受け付け、オリエンテーション、モニタリング
	介護請求 基本情報入力、実績入力、介護報酬明細書作成、返戻過誤請求、伝送、利用請求書作成入金確認、領収書作成

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



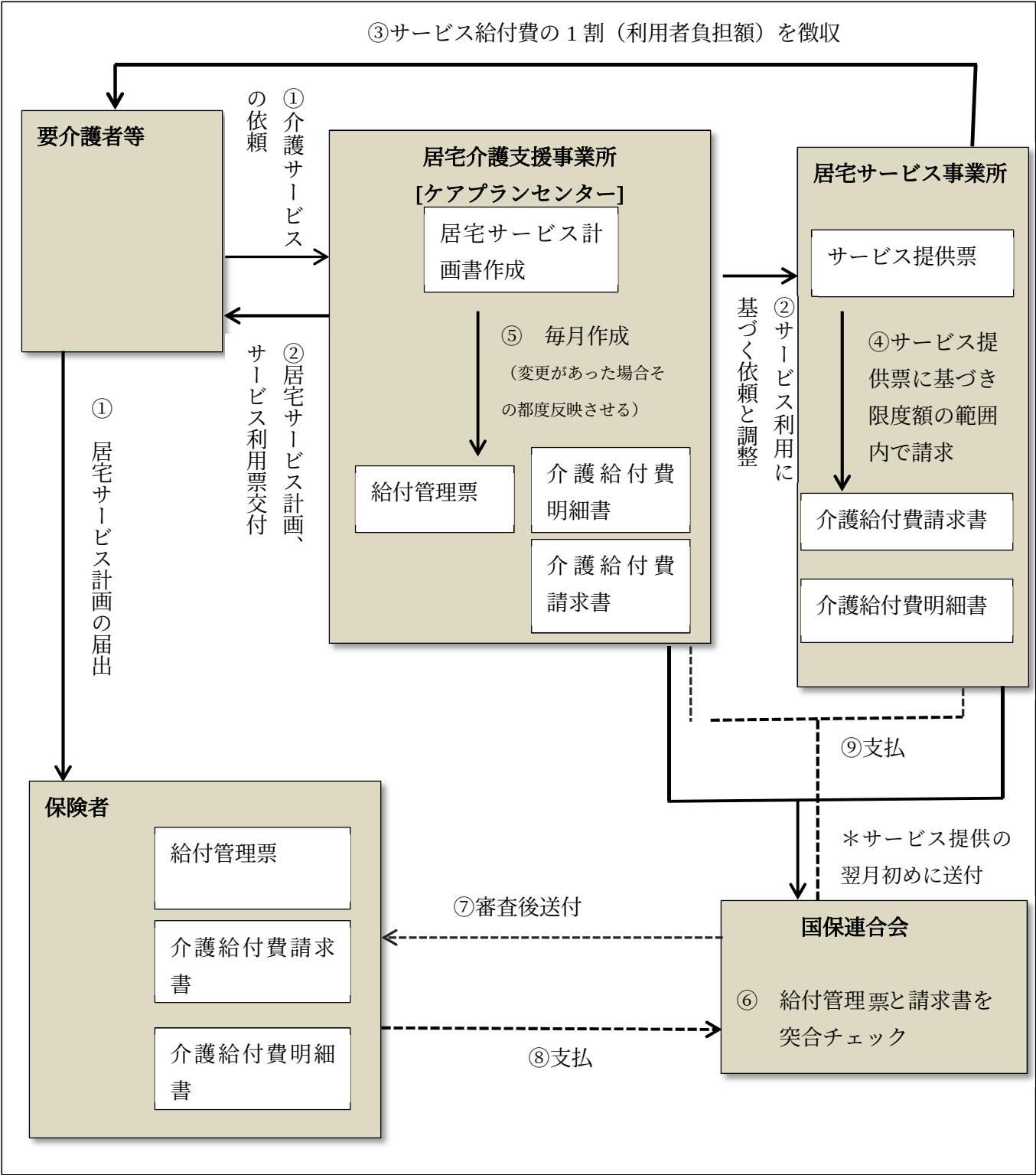
変更時におけるサービス提供の手続
サービス開始から見直しまで



各生活相談員の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

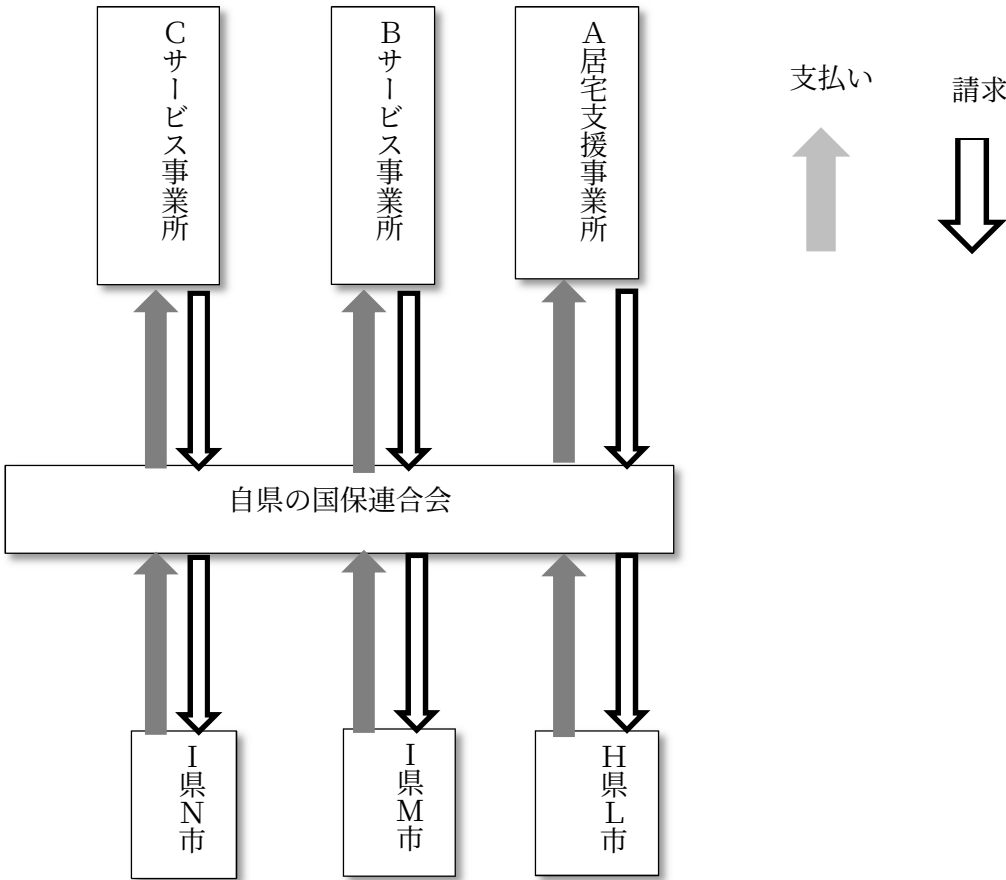
要支援者の居宅サービスの請求で要介護者と異なる点はサービス計画書の作成を地域包括支援センター所属のケアマネージャーが行うことである。ここで注意したいのは特例として社会福祉士が要支援者の介護計画書[ケアプラン]を作成できることである。

施設サービス費の請求

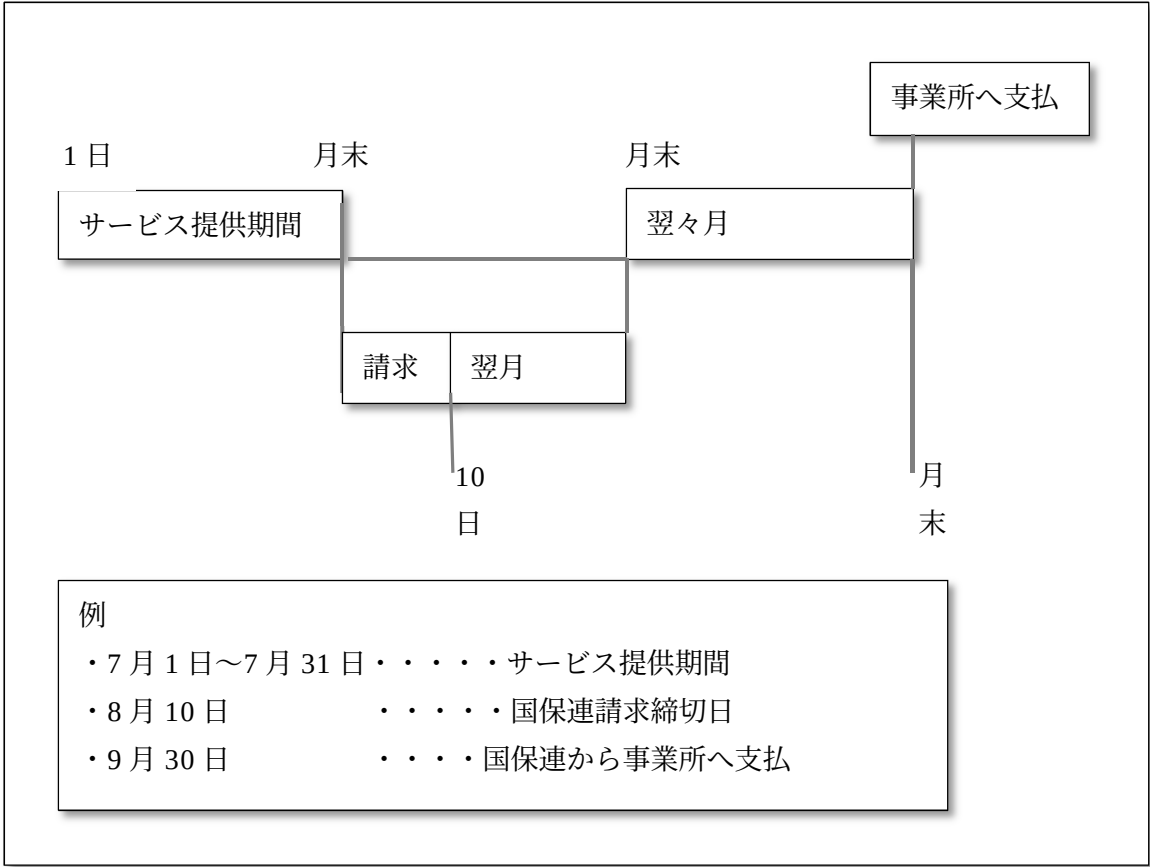
施設サービス費の請求は、要支援者のサービスの一つであり、要支援者は利用することはできない。施設サービス費の請求で要介護者の居宅サービスと異なる点は、施設の職員であるケアマネージャーがケアマネジメント、ケアプランの作成を行うことである。

自県以外の介護保険請求

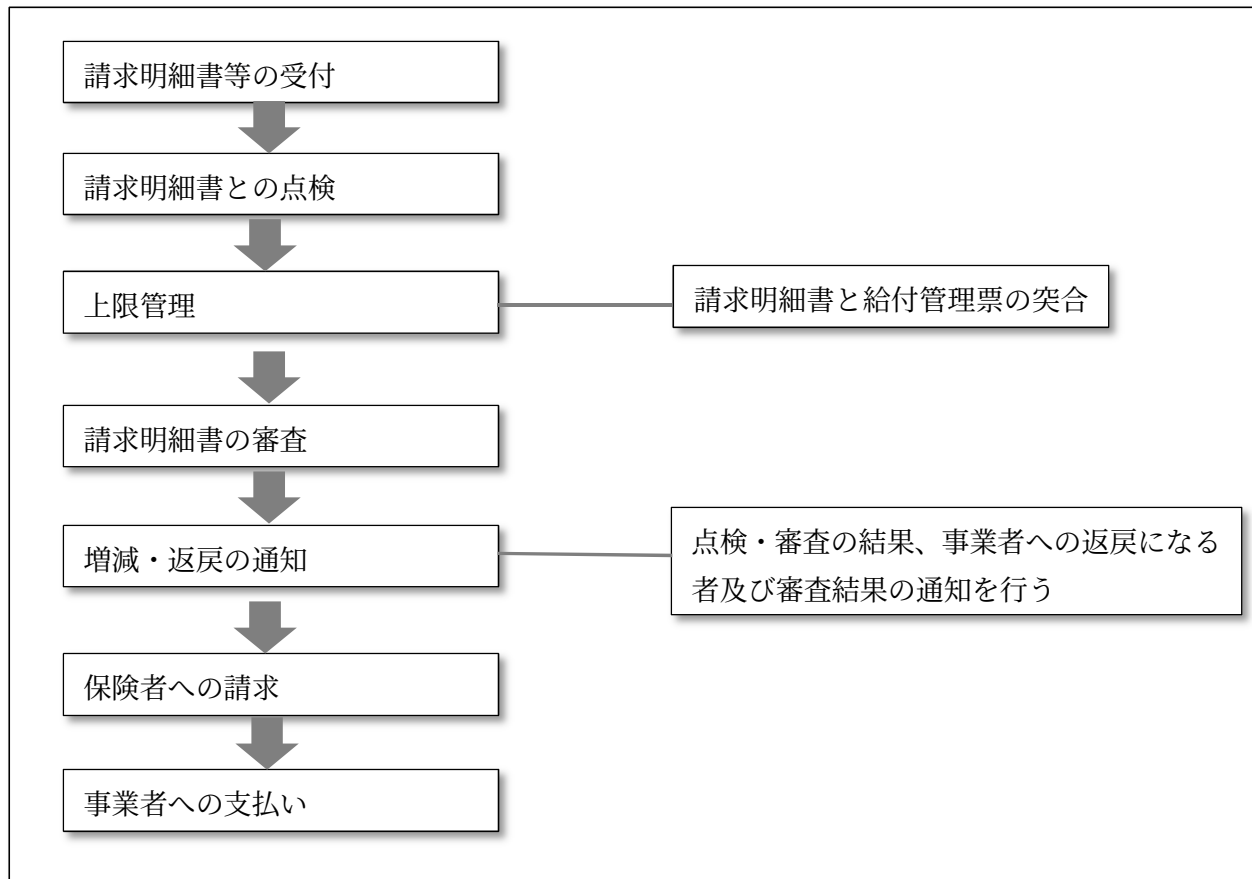
サービス事業所・介護施設がその所在地以外の地域のサービスを提供している場合や所在地以外にある他の都道府県の市町村に住む利用者(被保険者)に対してサービスを提供した場合でも請求は所在地の都道府県の国保連に行う。



標準的な事務処理日程



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用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	・ サービス提供年月日の設定はあるか ・ 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
サービス事業所等に係る設定事項	・ 事業者台帳と照合し、事業所番号が有効であるか (1) 指定サービス事業所 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 (2) 基準該当サービス事業所 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
請求先に係る設定事項	・ 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
受給者に係る設定事項	・ 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 ・ 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
請求内容にかかわる設定事項	・ 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 ・ 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 ・ 居宅サービスにおいて (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 (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 ・ 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
給付管理票との突合せ	・ 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

公費を伴った介護保険請求

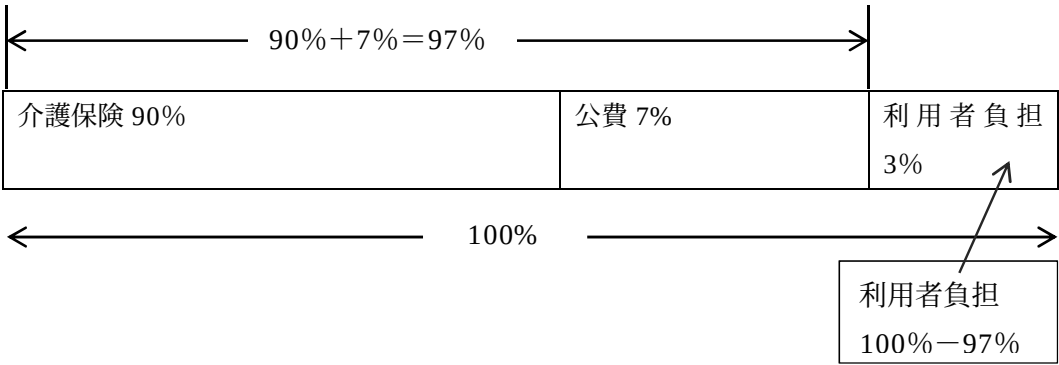
介護保険＋公費併用の場合

公費と優先順位

優先 順位	制度	公費給 付率 (%)	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



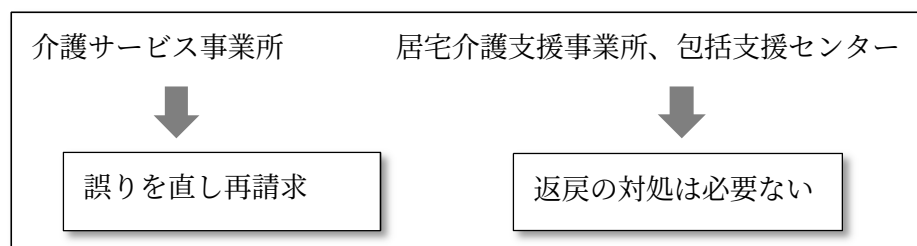
返戻と査定対処法

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。

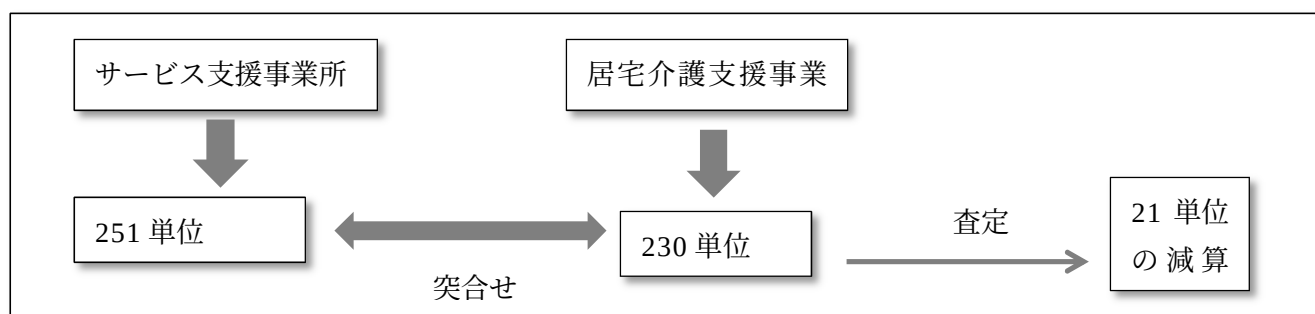
◆対処法 明細書の誤り、漏れを訂正し、再請求



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

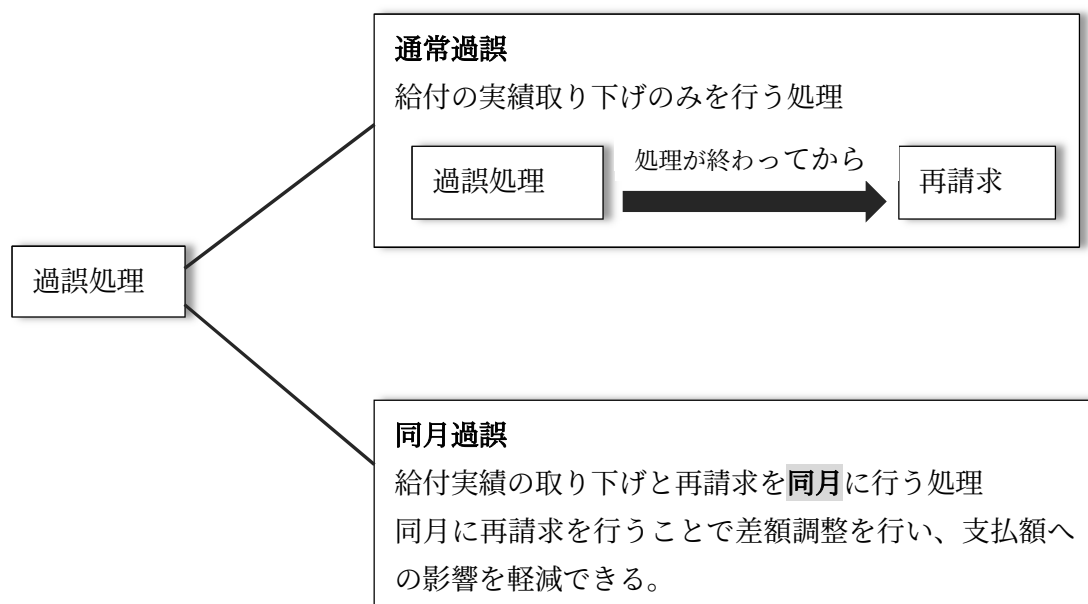
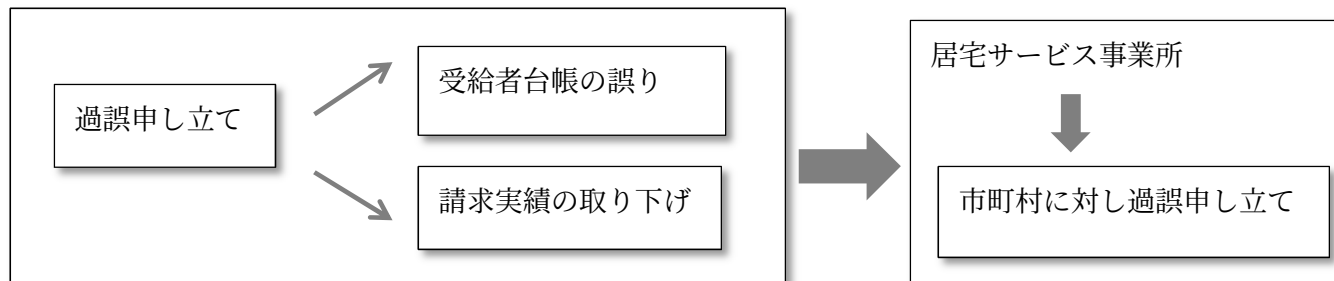
居宅介護支援事業所 ⇒ 単位数を訂正した給付管理票の再提出

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。

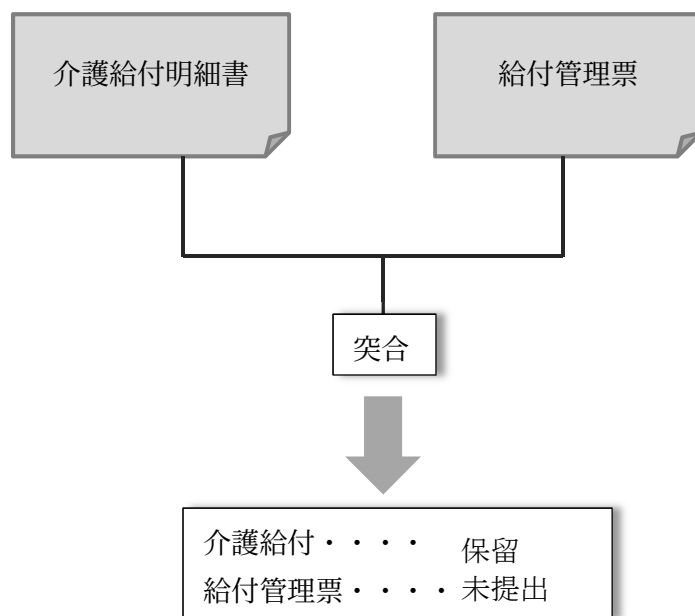
審査が確定し、支払が終了したのち、給付管理票の訂正とサービス事業所の過誤取り消しをしなければならない場合の処理については次の通り

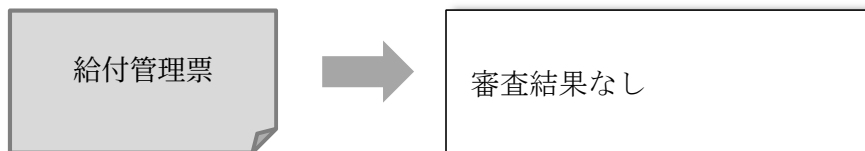
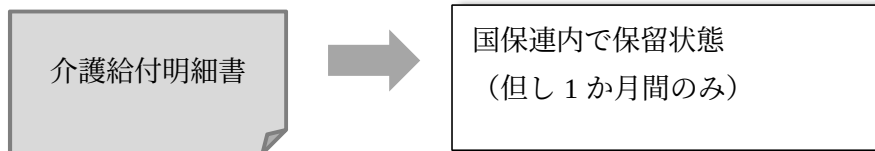
処理月	ケアプランセンター	サービス事業所		国保連
4月				審査（支払）決定
5月		過誤申請	→	支払決定額取消
	修正依頼			
6月	給付管理票訂正		→	給付管理票再審査
				↓ 訂正審査完了
7月		請求明細書再請求	→	給付明細書再審査
				再審査（再決定額）決定
8月	訂正支払額支払	訂正支払額支払		

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が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 給付管理票 ⇒再審査 介護給付明細書⇒審査 OK
5 月	審査結果⇒ なし	審査結果⇒保留	
6 月	修正給付管理票を提出	処理なし	
8 月	修正給付管理票 提出 ケアプランセンター⇒ サービス事業所 ⇒ 支給額支払決定 未提出 サービス事業所 ⇒ 返戻 ↓ 返戻に対する処理方法 ケアプランセンター⇒ サービス事業所 ⇒ 通常の返戻処理を行う		

(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

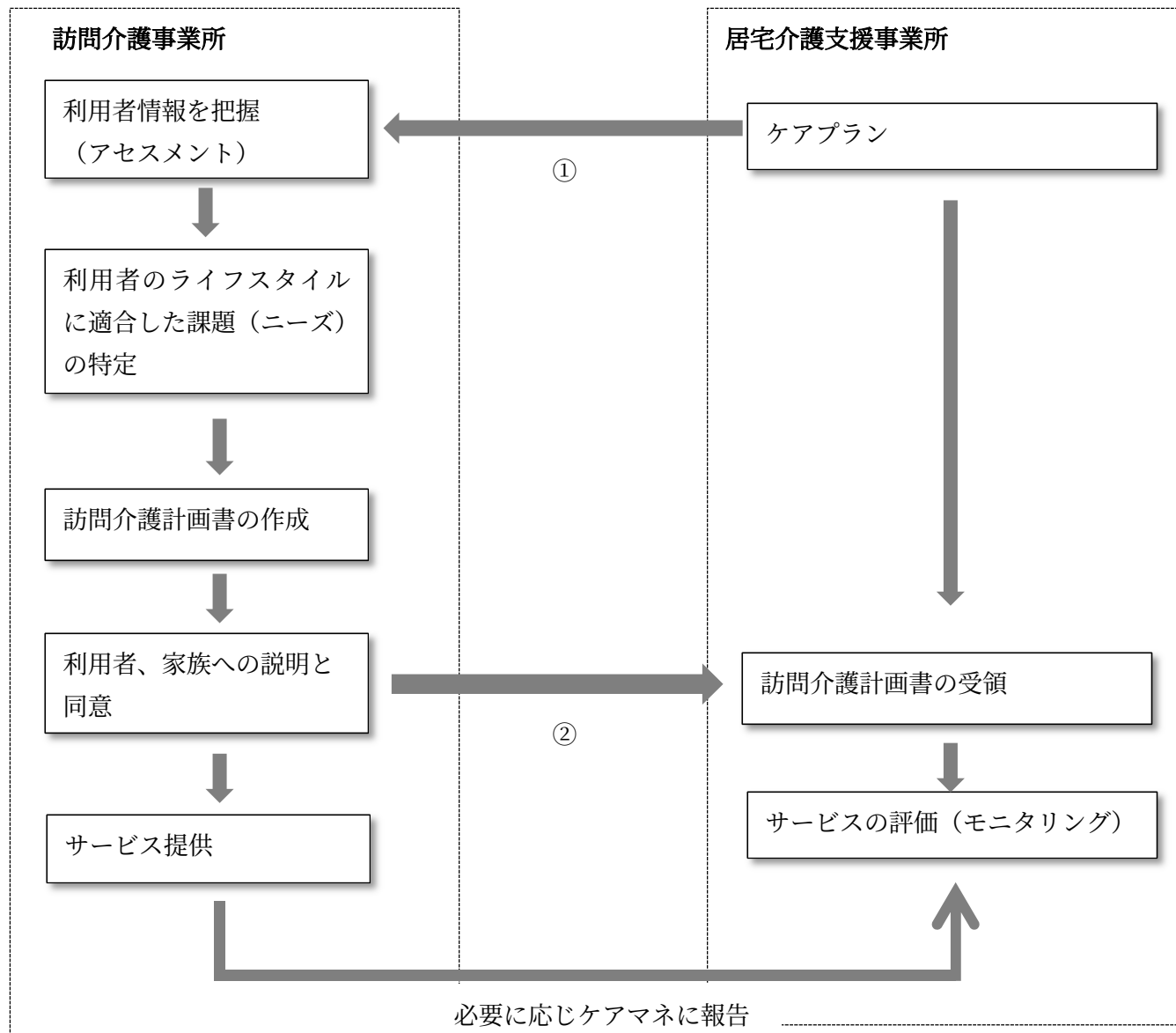
介護保険法 第一章 総則 第一条

（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

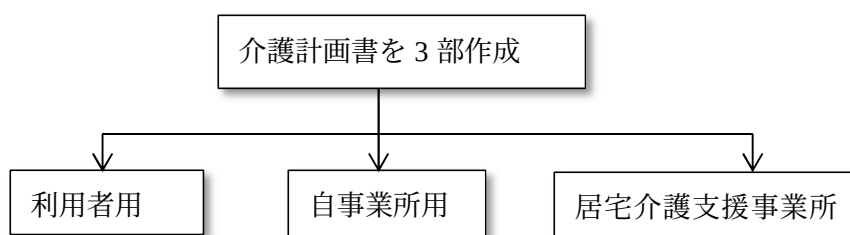


- ① アプランに基づいてある程度の利用者の情報は収集できる



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

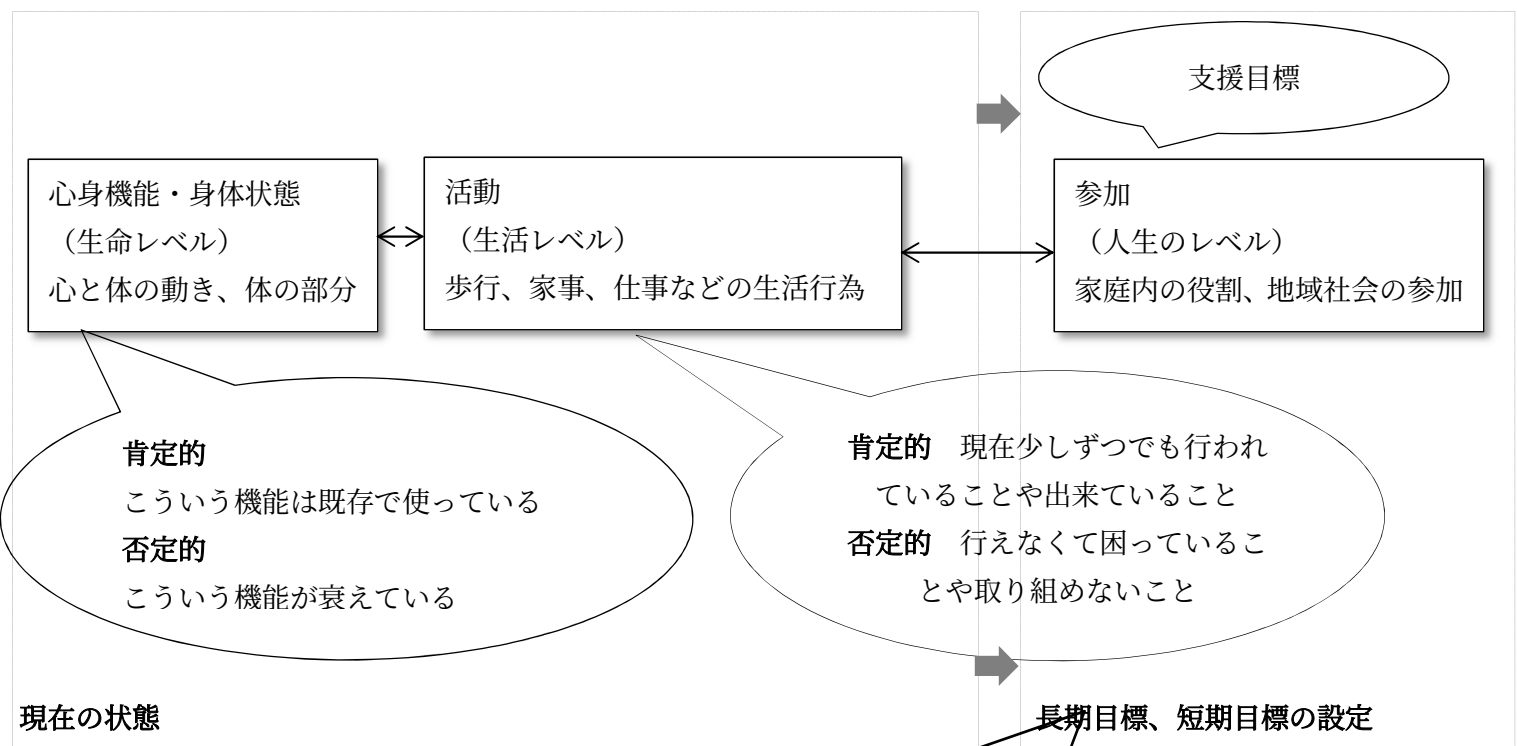
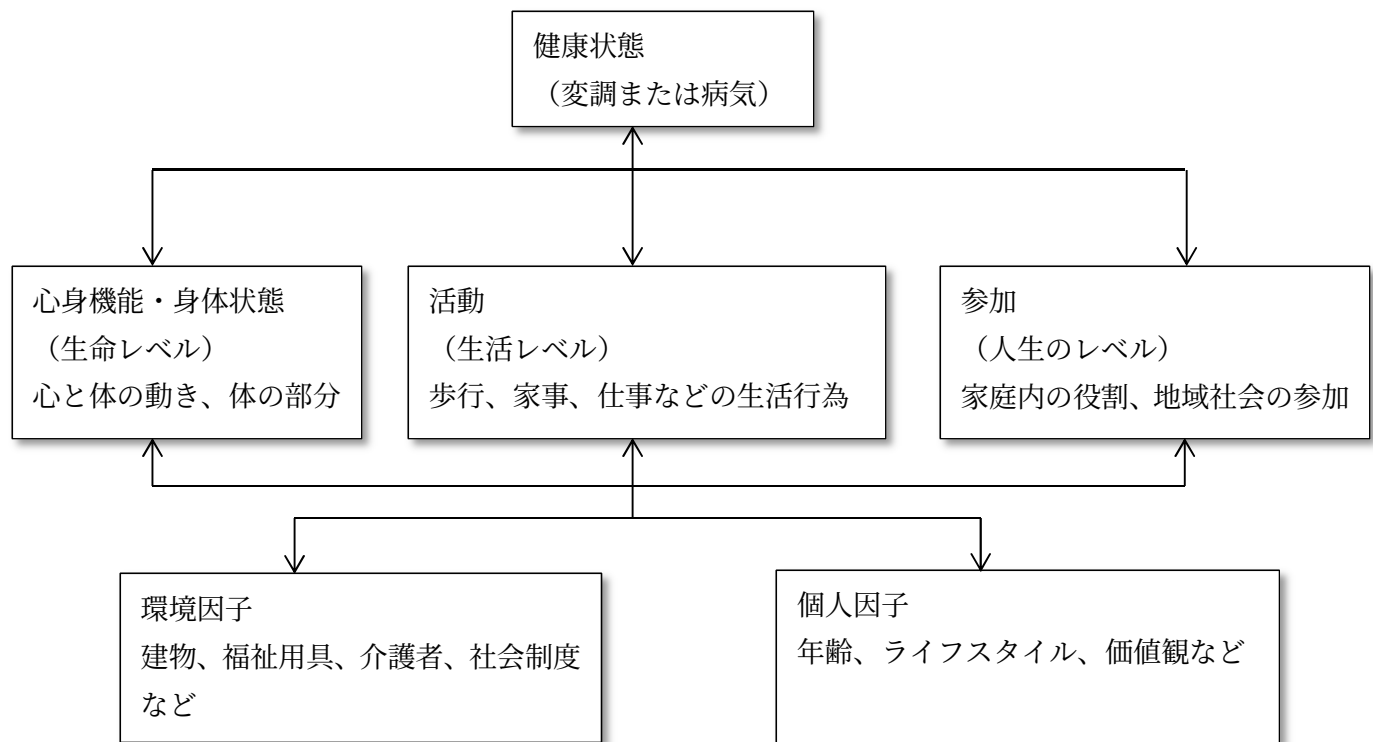
ADL IADL に関する情報（買い物、食事など日常生活能力に関する項目）

ケアマネより交付される利用者情報シートより確認

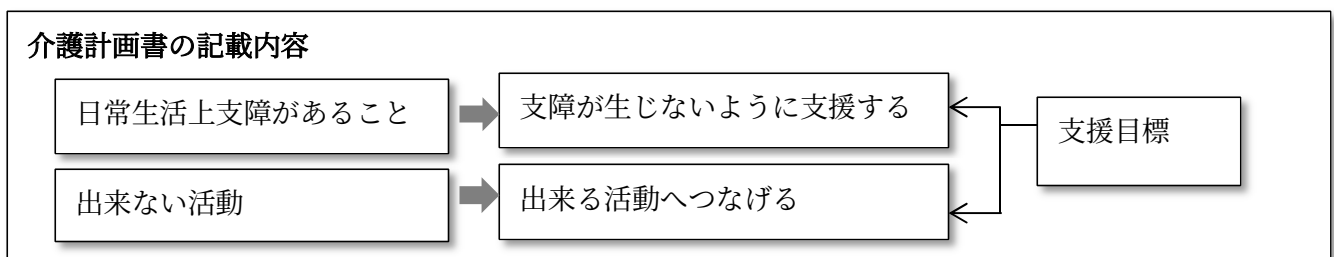
アセスメントで情報収集する

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か、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～どんなところ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) 相談業務について

相談とは

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

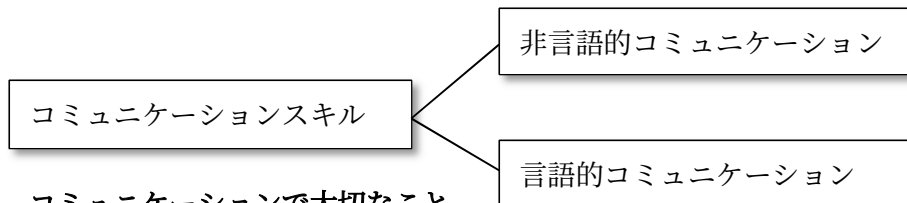
相談（面接）の目的

- 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」

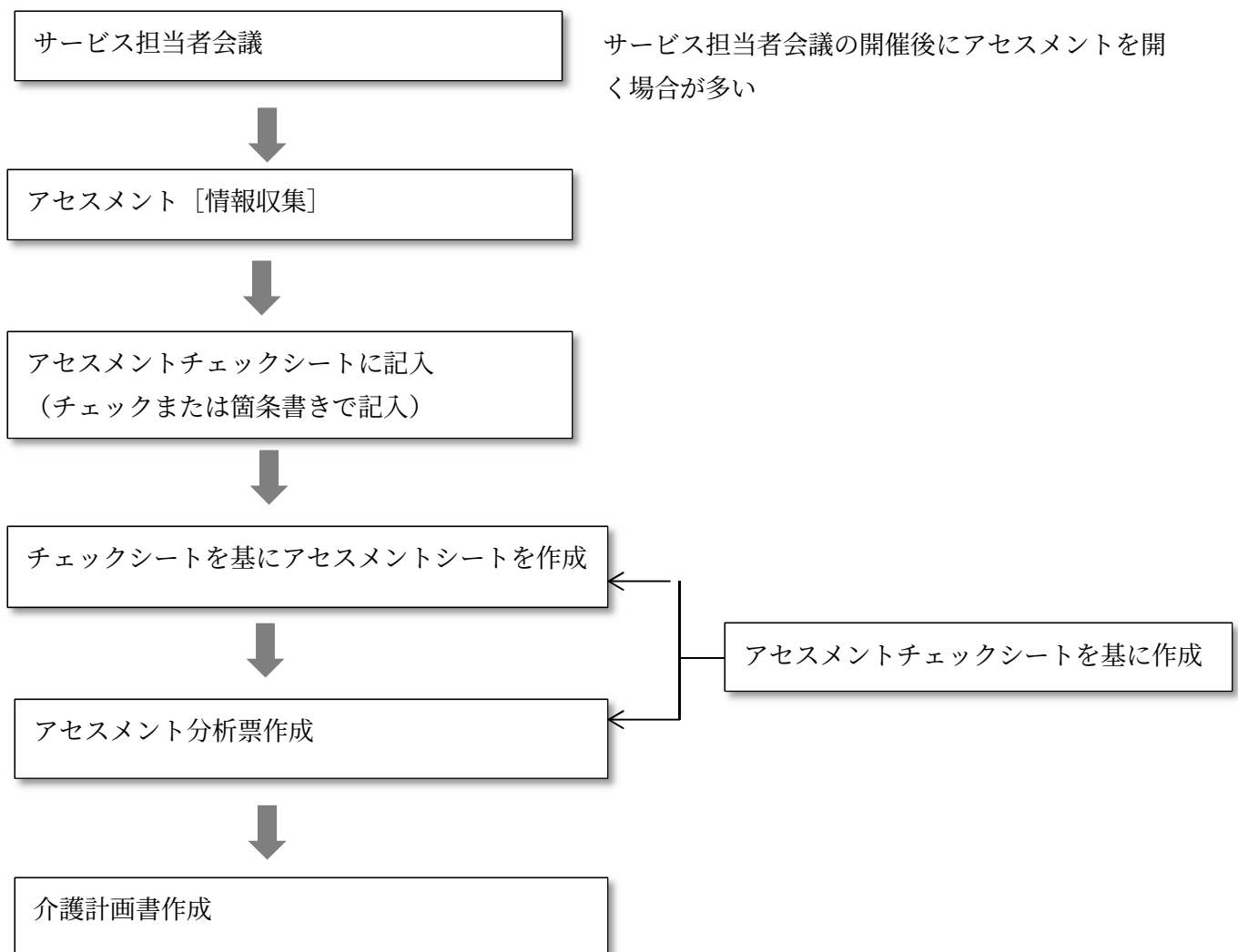
認知症状が悪化したとき

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、評価されることは減
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

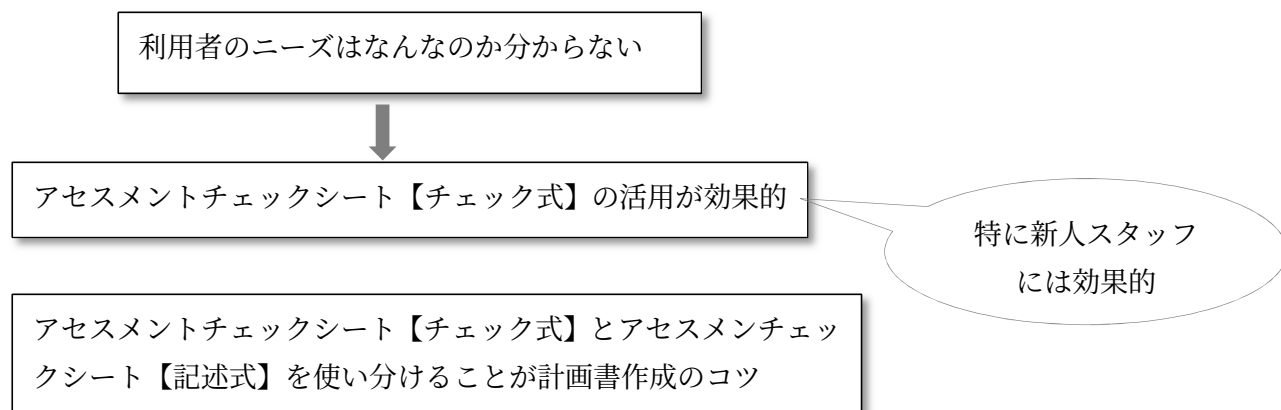
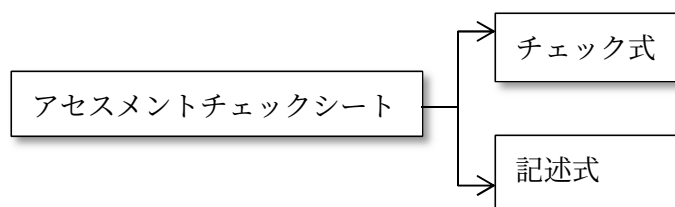


ここでケアマネージャーからある程度の利用者情報が提示されるはず。



情報を収集する絶好のチャンス

アセスメント・チェックシートの活用



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	☐ できる（自立）	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない（全介助）
	自分で物品を選ぶ	☐ できる（自立）	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない（全介助）
	品物を袋やカゴに入れる	☐ できる（自立）	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない（全介助）
	袋やカゴを持つ（軽い物）	☐ できる（自立）	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない（全介助）
	袋やカゴを持つ（重い物）	☐ できる（自立）	☐ 介助があればできる	☐ 全くできない（全介助）
	支払い	☐ できる（自立）	☐ 介助があればできる	☐ 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

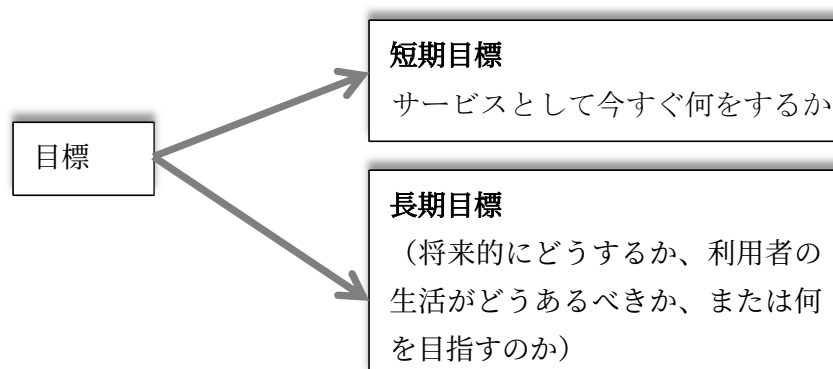
※（H20.7.29「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」

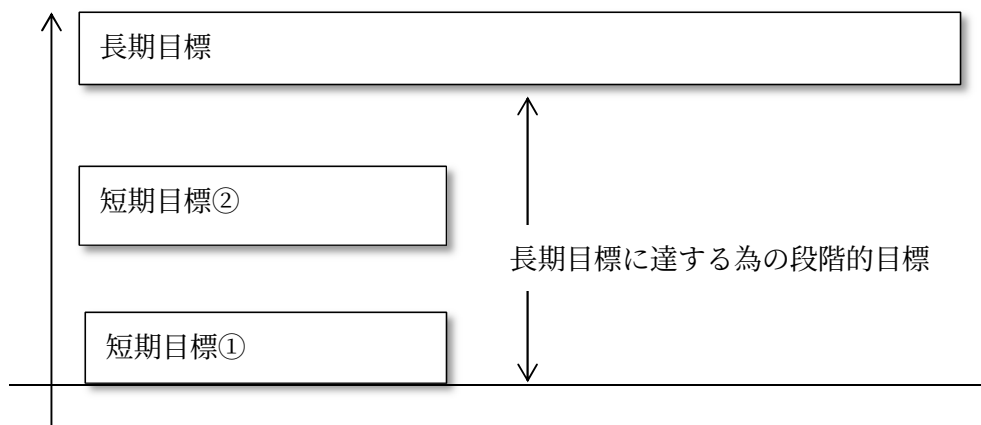
- 【長期目標】は、基本的には個々の解決すべき課題に対応して設定するものである。
ただし、解決すべき課題が短期的に解決される場合や、いくつかの課題が解決されて始めて達成可能な場合には、複数の長期目標が設定されることもある。
- 『緊急対応が必要になった場合』には、一時的にサービスは大きく変動するが、目標として確定しなければ「短期目標」を設定せず、緊急対応が落ち着いた段階で、再度「長期目標」・「短期目標」の見直しを行い記載する。なお、抽象的な言葉ではなく誰にもわかり易い具体的な内容で記載することとし、かつ目標は、実際に解決が可能と見込まれるものでなくてはならない。

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》

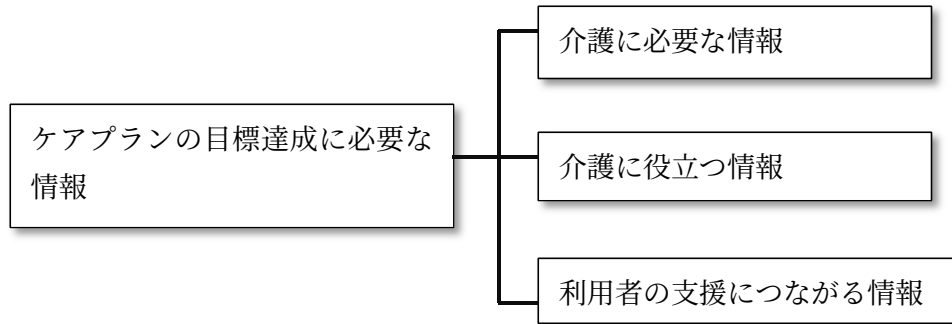
利用者・家族の希望	腰が弱くなり、以前は散歩が趣味でよく外出していたが、最近は外出がなくなり会話がめっきり減ってしまい、生きがいをなくしてしまった。以前のように外出して散歩が楽しめるようにしたい。
-----------	--



長期目標	・自宅周辺あたりを短時間散歩できるようにします。 ・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。
短期目標	・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。 ・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。 ・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。 ・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。

【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！

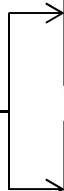
また身内から利用者本人から説明を求められた場合、うまくこたえることができなければ、身内が介護事業所を訴える羽目になってしまう。

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

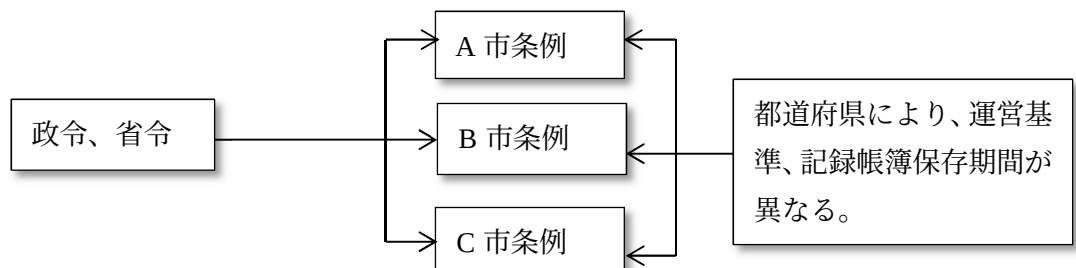
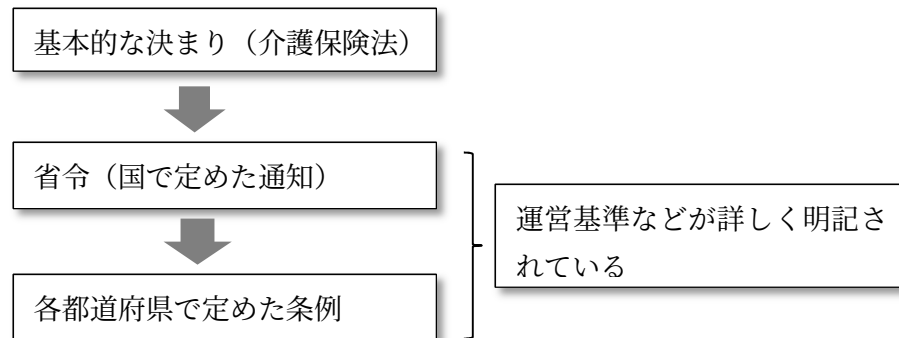
介護保健事業における“コンプライアンス [法令順守]”とは・・・

法令順守・・・法律を守ること

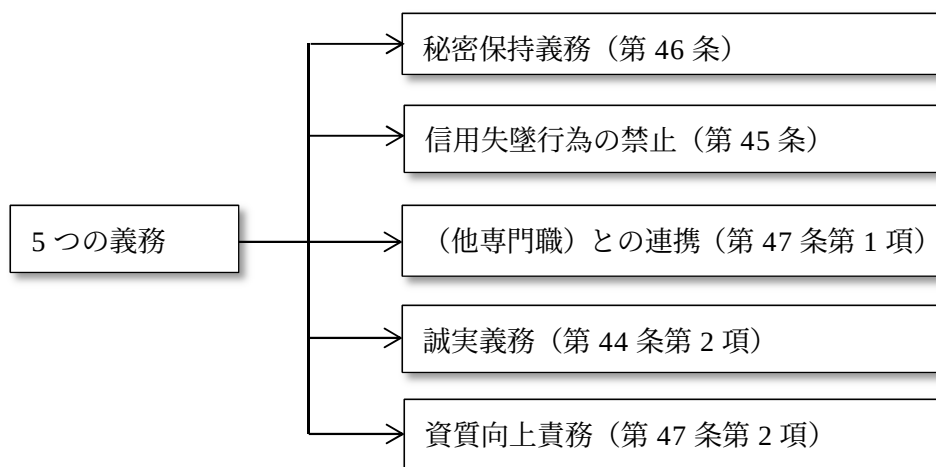
①「介護保険法」及びそれに付随する 政令、省令 並びに条例の順守



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 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」 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 ・ 事故防止のための指針 ・ 事故が発生した場合の報告の義務化 ・ 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。

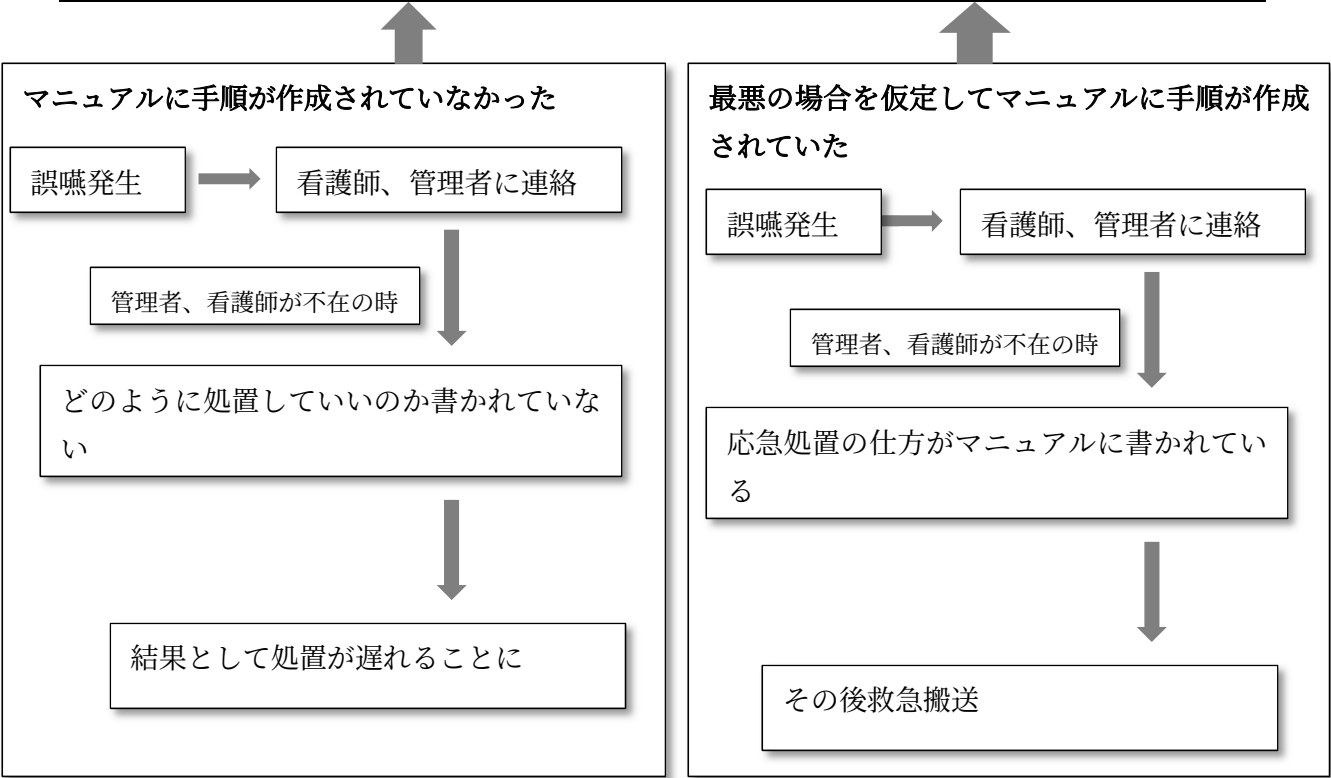
リスクマネジメントに関するマニュアルについて

常に最悪の場合を想定して作成することが大切

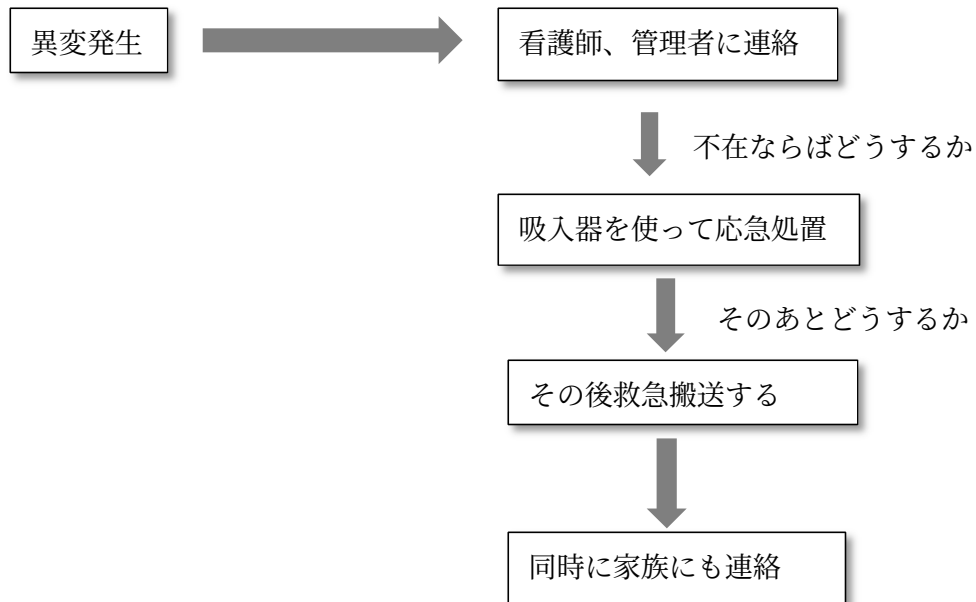


細かいマニュアルを作成したか、しないかによって、判決に差が出てしまった事例

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を予防する処置をとらなかったことが過失を認められた。	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。 また、こんにゃくを除去するなどの処置を行い、併設病院に搬送してことが評価され、過失は否定された。
判決	【地裁】 施設側敗訴 施設の過失が認定された。 【高裁】 遺族に1.800万円支払う。	【地裁】 施設側勝訴 施設側の過失は無いとされた。 遺族に見舞金として100万円支払う。



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

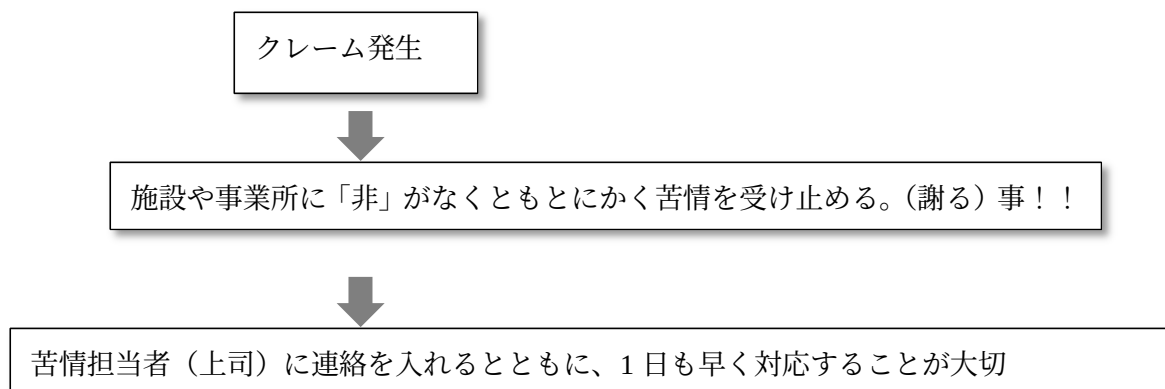
- ・ 態度、言葉使いが悪い
- ・ ケアの内容や方法が気に入らない
- ・ 契約内容に不満がある など

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）

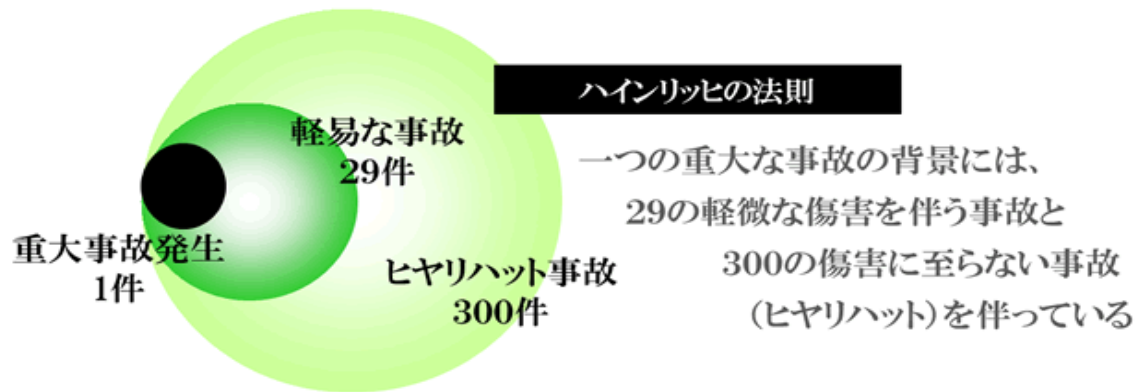
苦情を減らすために

- ・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

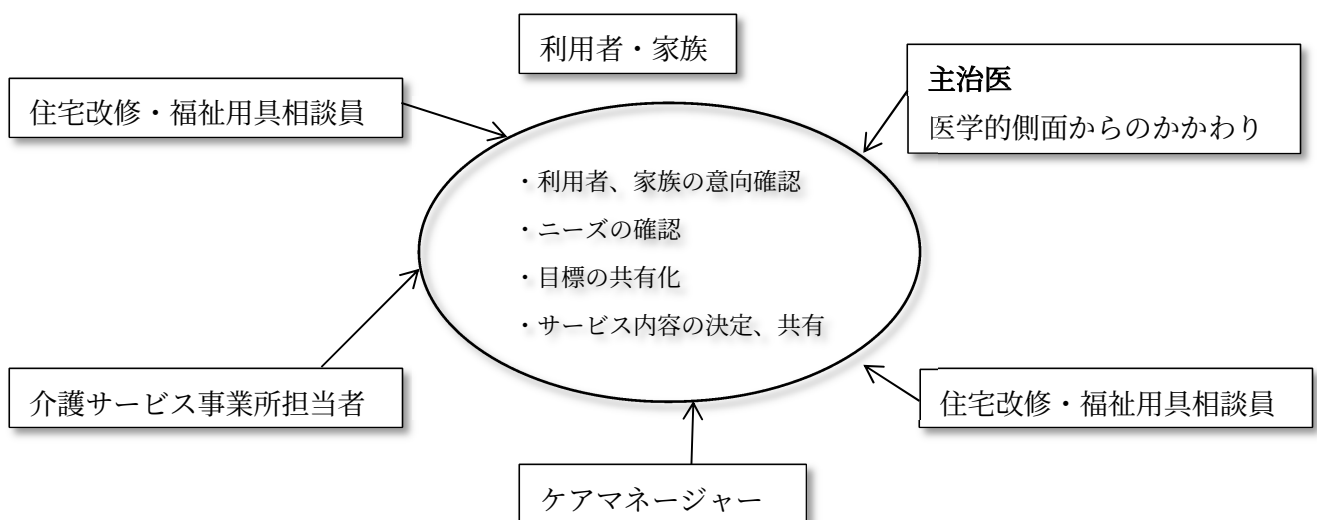
開催時期について

- 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
後日、サービス事業者に交付する

【参考】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（省令第 38 号）

第十三条

九 介護支援専門員は、サービス担当者会議（介護支援専門員が居宅サービス計画の作成のために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の担当者（以下この条において「担当者」という。）を召集して行う会議をいう。以下同じ。）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、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。

利用者の様子、サービス利用状況について各サービス担当者が一堂に集まり、話し合う。また情報を共有する

①ケアプラン変更について

十四 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法第二十八条第二項に規定する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法第二十九条第一項に規定する要介護状態区分の変更の認定を受けた場合

但し以下の場合は紹介などにより意見を求めることで代替可能

開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合
利用者の状態に大きな変化が見られなかった場合
同一事業所における週 1 回程度の単なるサービス利用回数の増減など軽微な変更の場合

軽微な変更の事例

サービス提供の曜日変更	目標もサービスも変わらない単なる事業所の変更
サービス提供の回数変更	福祉用具を同等の用具に変更する際に単位数が異なる場合
利用者の住所変更	目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合
事業所の名称変更	担当ケアマネの変更
目標期間の延長	

③サービス担当者会議に代わる照会

照会で済ませてもよい場合

ケアプラン新規作成・変更時
・ 開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由によりサービス担当者会議への参加が得られなかった場合
・ ケアプランの変更であって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
・ 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 など

認定切り替え時
・ 開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により会議への参加が得られなかった場合
・ ケアプランの変更から間もない場合で利用者の状態に大きな変化が見られない場合など

④サービス担当者会議の開催時期

会議の開催期限

算定基準の通知（省令第 38 号）

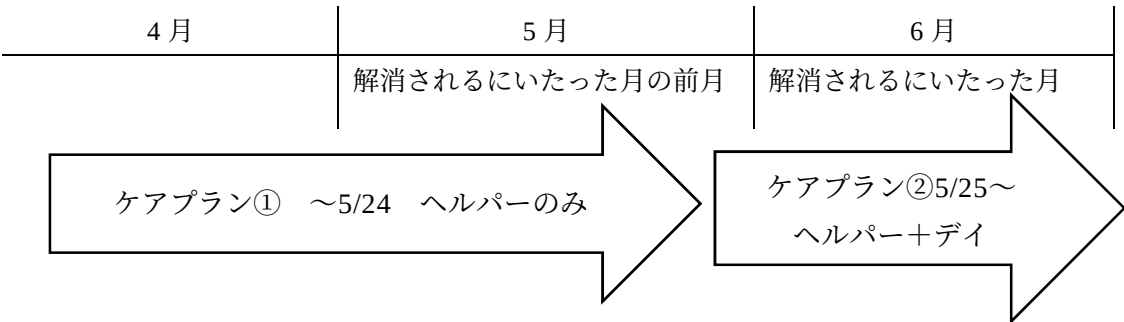
居宅サービス計画に係る月（以下該当月）から該当状態が解消されるに至った月までの前月まで減算とする

- ・ サービス担当者会議には開催限度がある
- ・ 不備な状態が解消されるまでに至った月の前月まで減算
- ・ 新たなケアプランの初月内（月まで）にプロセスを完遂する

事例

- ・ ～5/24 ケアプラン① ヘルパーのみ
- ・ 5/25～ ケアプラン② ヘルパー＋デイサービス

6/1 に解消



6月1日にサービス担当者会議を開催



該当状態が解消されるに至った月

解消されるに至った月までの前月まで減算



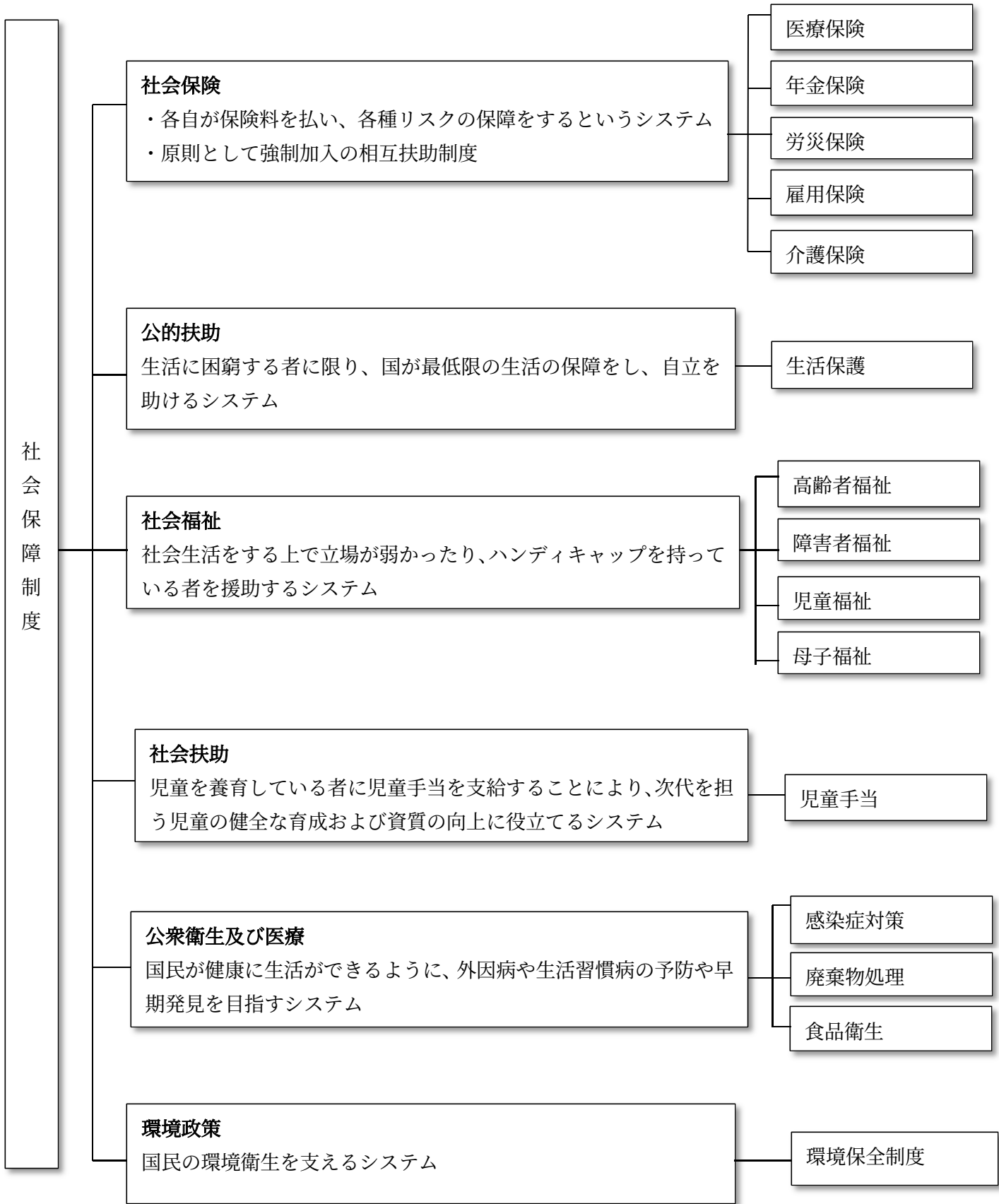
5月が減算月



遅くとも新たなケアプランの初月内（月末まで）にプロセスを経れば減算にならない

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

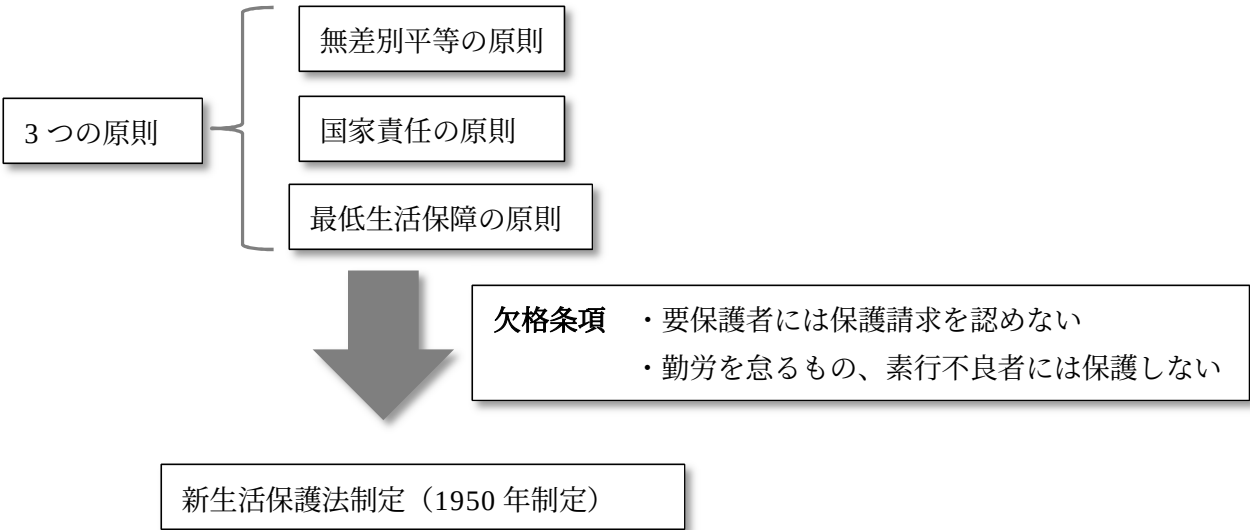
介護保険制度、生活保護制度などは社会保障制度の構成要素の一つとなっている



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

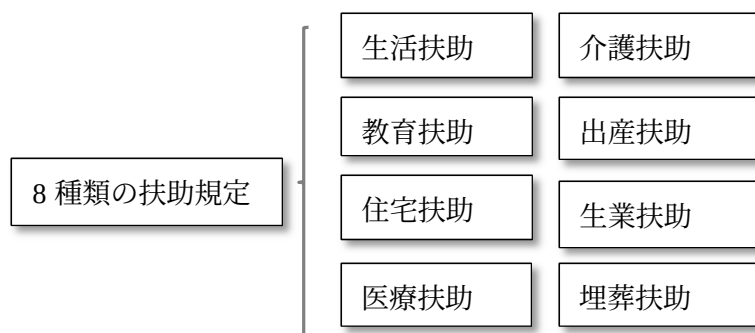
運営の原則

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。

世帯単位の原則・・・・・・・・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

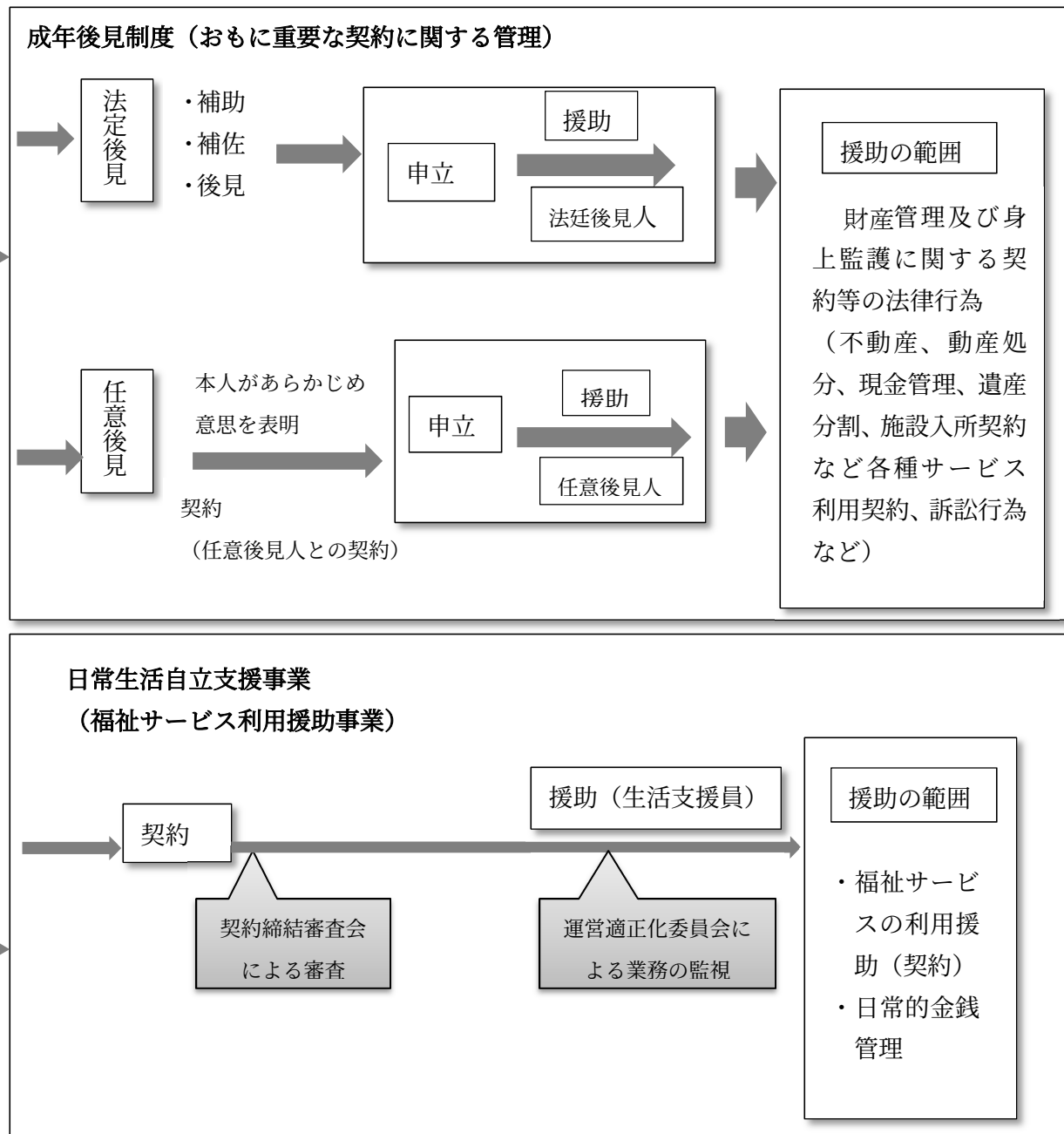
	救護法	旧生活保護法	新生活保護法
目的		生活の保護を有する状態にある者の生活を、国が差別的または優先的な取り扱いをすることなく、平等に保護して社会福祉を増進する	国が生活に困窮するすべての国民に対しその困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その 最低限度の生活 を保障するとともに、その自立を助長する
制定	1929 年	1946 年	1950 年
保護 非該当	14~64 歳で、妊産婦でない者 障害、疾病のない者	能力があるにもかかわらず勤労の意思のない者及び勤労を怠るもの、生計の維持に努めない者、素行不良な者	
扶養 義務者	被扶養義務者が扶養をなしうる者には救護しない	扶養義務者が扶養を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 種類	・生活扶助 ・医療扶助 ・助産 ・埋葬費	・生活補助 ・医療扶助 ・助産扶助 ・生業扶助 ・葬祭扶助 の 4 つ	・生活扶助 ・教育扶助 ・住宅扶助 ・医療扶助 ・出産扶助 ・生業扶助 ・葬祭扶助 ・介護扶助 の 8 つ
不服申 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。

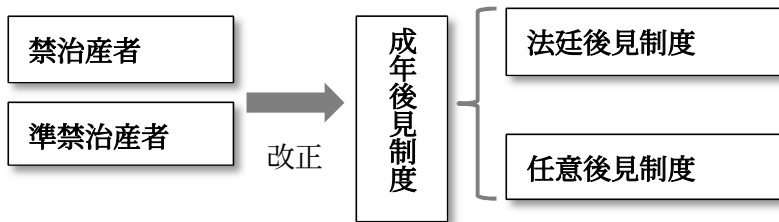


制度	成年後見制度	福祉サービス利用援助事業
運営	国	都道府県社会福祉協議会
援助範囲	不動産、遺産分割など重要な契約	日常の利用契約など (通帳管理、日常的金銭管理など)

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

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

その後実際に精神上の障害により判断能力が不十分になった時に、家庭裁判所によって選任された任意後見監督人の監督のもとで、任意後見人による保護・支援を受ける制度である。

補助・補佐・後見の3種類概要

		補助	保佐	後見人
要件	《対象者》 《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 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

← 軽症

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。

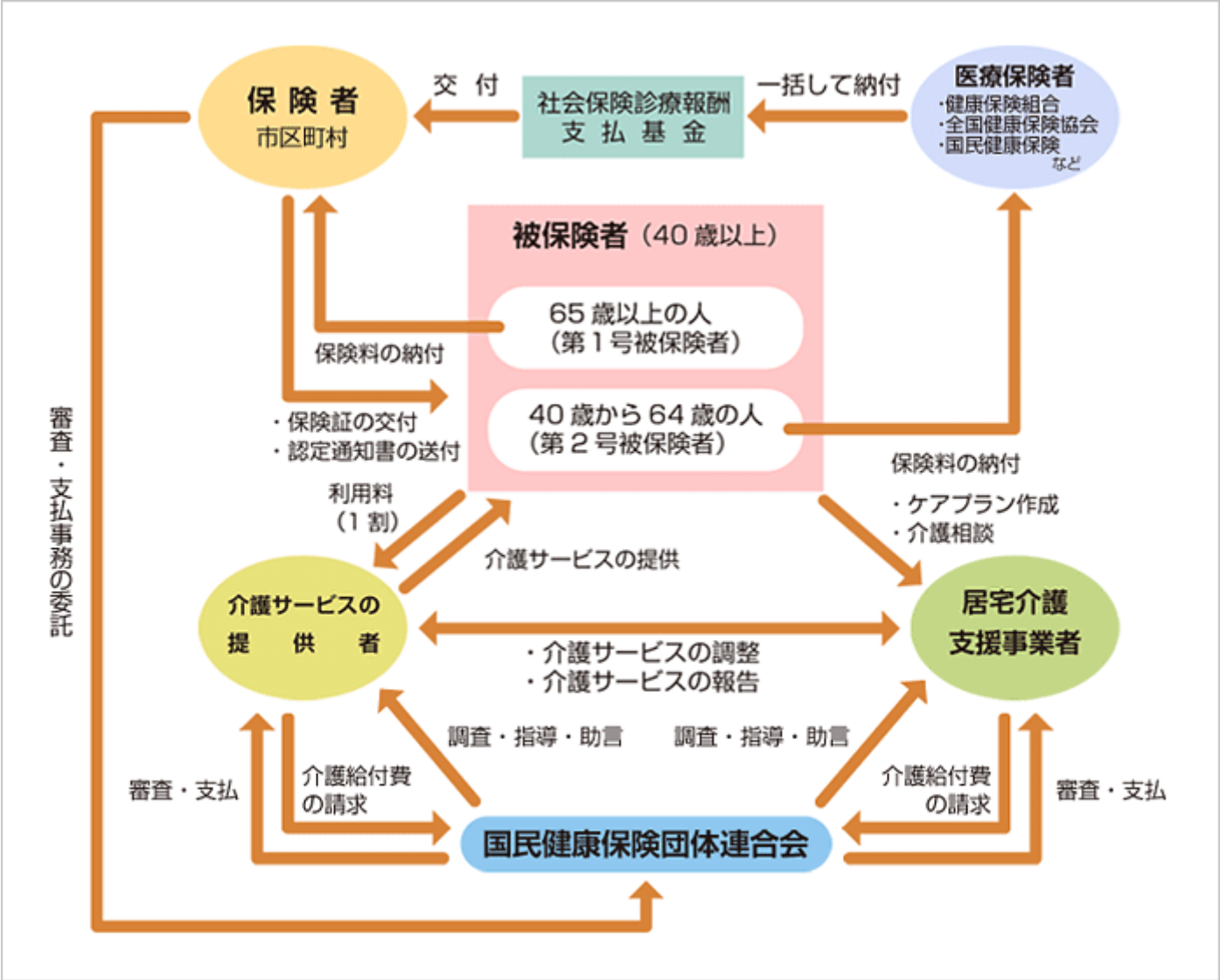
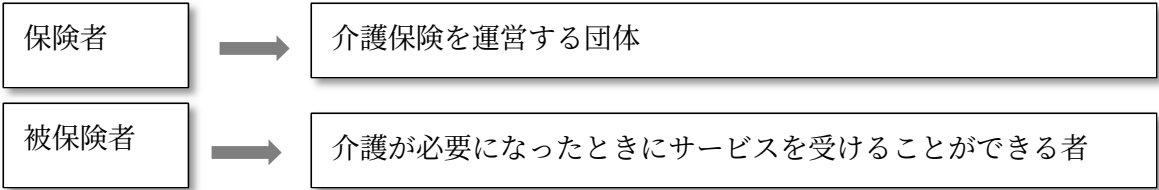
介護保険制度について

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。

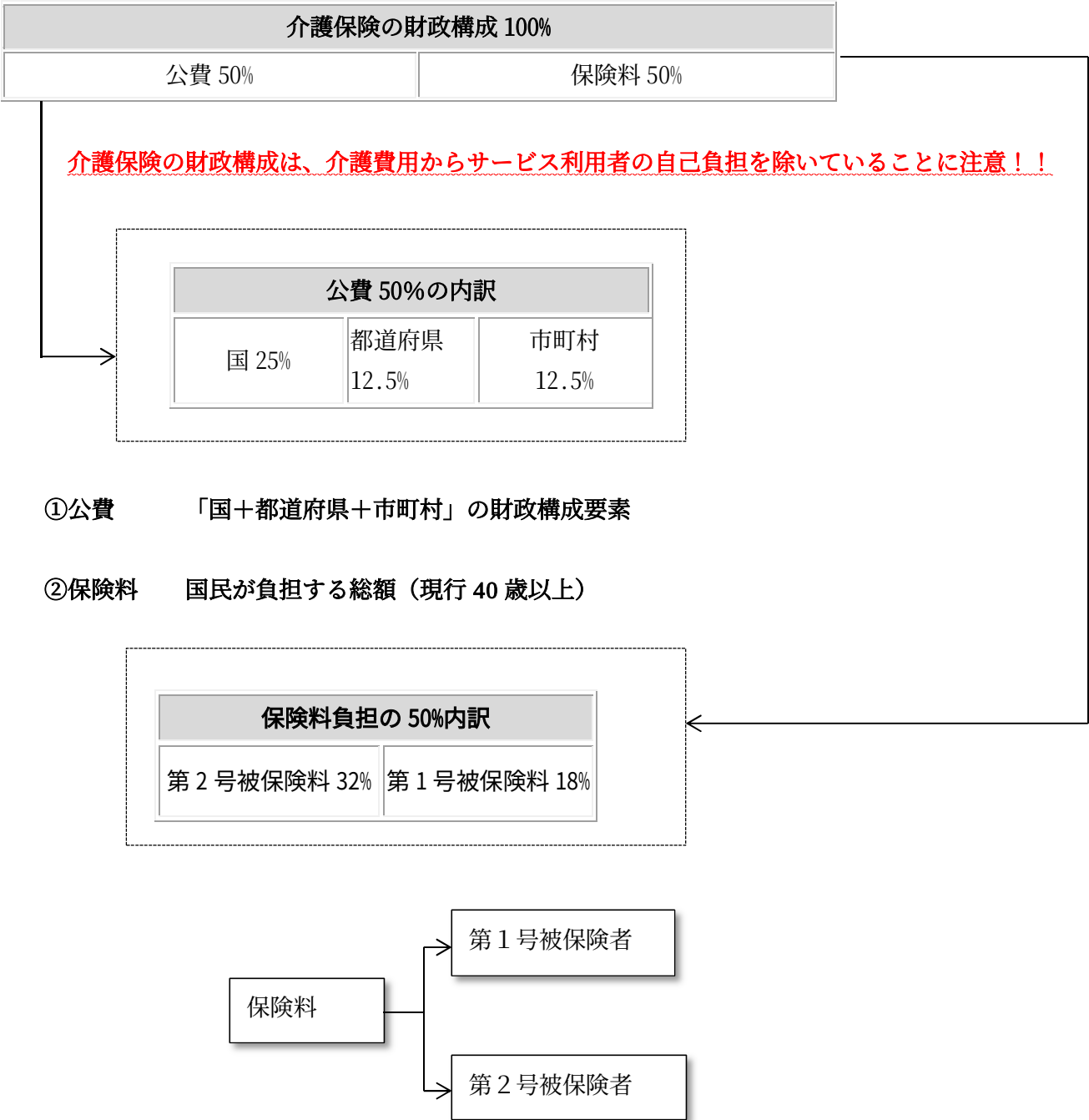


I 介護保険費用総額

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 ・ サービス支援事業所等の人員設備運営に関する基準 ・ サービスに要する費用の額の算定に関する基準 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 ※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 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 (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 特定疾患 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 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

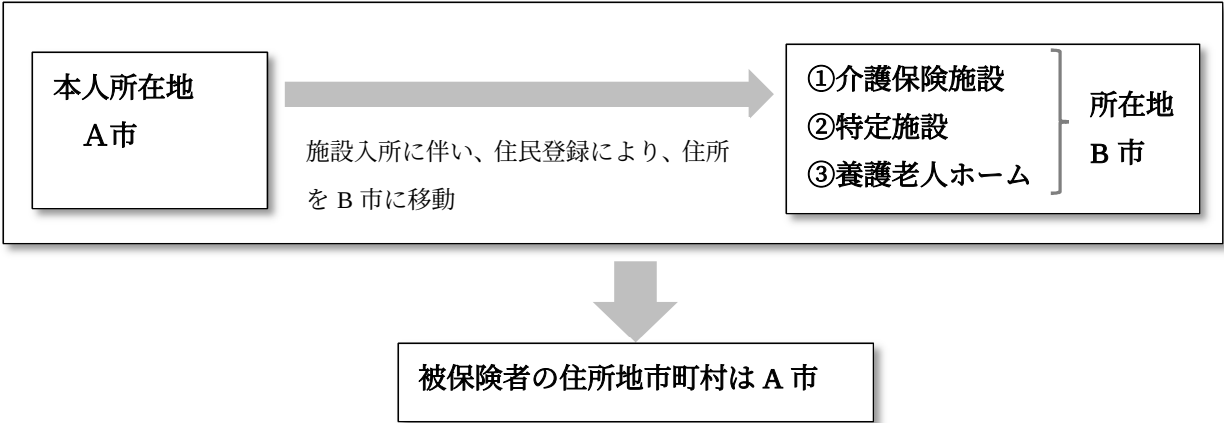
適用除外

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

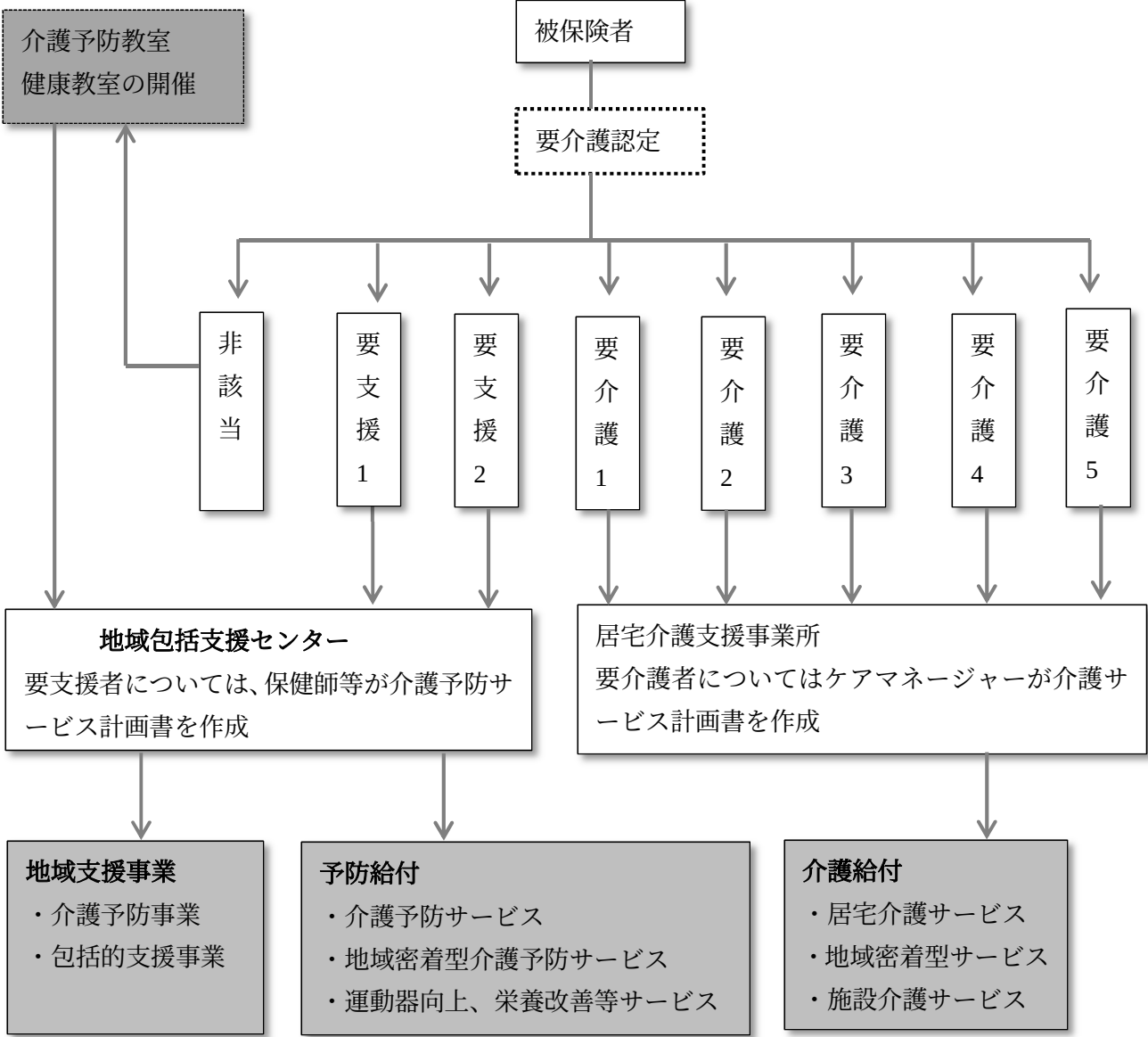


例）C 市にある特養に入所した場合

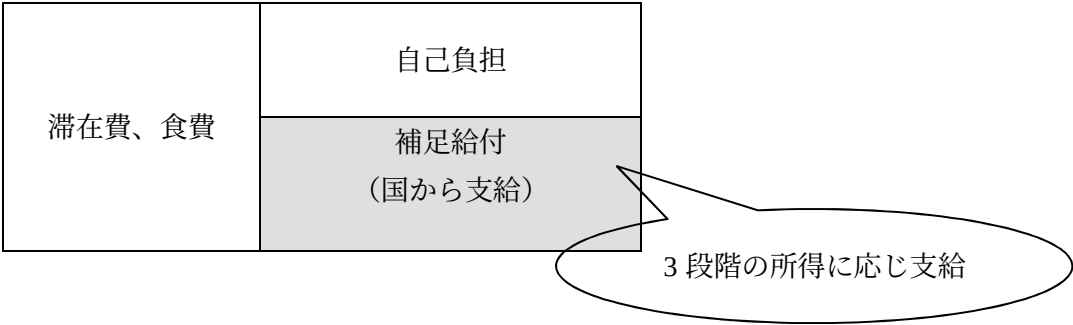
C 市の住民だが、介護保険に関してのみ B 町の被保険者となる

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



補足給付とは・・・H17年の介護保険改正により、それまで介護保険から出されていた施設の滞在費、食費などが利用者負担とされた。それを世帯の年収に応じ3段階に分け、国から利用者負担分の一部を支給するもの（負担軽減対策）



対象者

	対象（市区町村が世帯で非課税）
第1段階	老年基礎年金受給者、生活保護受給者
第2段階	世帯合計所得金額+課税年金収入=80万円以下
第3段階	世帯合計所得金額+課税年金収入=80万円以上

補足給付対象サービス

居宅サービス	短期入所者生活介護（生活）	施設サービス	老健ホーム
	短期入所者生活介護（療養）		特養ホーム
			療養型医療施設

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】新人ケアマネ即戦力化マニュアル
ケアマネしあわせ便利帳
- 【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
- ；8【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