

サービス提供責任者・参考資料

- 区分支給限度基準額と種類支給限度基準額
- 国保連の審査項目
- 介護計画書作成通達文・課題分析標準項目
- 長期・短期目標記載例
- 対人援助スキルの重要性
- 介護サービスを利用するに当たってのサービス利用者家族の本音（体験談）
- アセスメント各テンプレート
- ヒヤリハット・事故報告書
- サ責管理用テンプレート
- H27 年介護保険改正及び総合事業の概要



(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

区分支給限度基準額と種類支給限度基準額について

区分支給限度基準額 厚生労働大臣が要介護度に応じた標準的なサービス利用の状況や介護報酬などを勘案して、それぞれの区分ごとに給付の上限を決めることになっている

種類支給限度基準額 市町村は厚生労働大臣が定める区分支給限度基準額の範囲内で、個々のサービスの種類について給付上限を定めることができる。

要介護区分		身体の状態（目安）	利用限度額 （月額）
要支援	要支援 1	日常生活の能力は基本的にあるが、要介護状態とならないように一部支援が必要。	50,030 円
	要支援 2	立ち上がりや歩行が不安定。排泄、入浴などで一部介助が必要であるが、身体の状態の維持または改善の可能性はある。	104,730 円
要介護	要介護 1	立ち上がりや歩行が不安定。排泄、入浴などで一部介助が必要。	166,920 円
	要介護 2	起き上がりが自力では困難。排泄、入浴などで一部または全介助が必要。	196,160 円
	要介護 3	起き上がり、寝返りが自力ではできない。排泄、入浴、衣服の着脱などで全介助が必要。	269,310 円
	要介護 4	日常生活能力の低下がみられ、排泄、入浴、衣服の着脱など多くの行為で全介助が必要。	308,060 円
	要介護 5	介護なしには日常生活を営むことがほぼ不可能な状態。意思伝達も困難。	360,650 円

利用限度額について

介護サービスを利用するにあたって要介護度区分ごとに限度額が決まっている。

この限度額を超えてサービスを受ける場合、介護保険で定められた金額を超えた分については、全額自己負担となる。

例) 要介護 3 の場合

ケース 1

利用限度額269,310円

ス 内 訳 利 用 サ ー ビ	訪問介護（週 2 回）	125,352 円
	通所介護（週 2 回）	92,505 円
	訪問リハビリ（週 1 回）	52,801 円
	訪問看護（週 1 回）	12,500 円

利用限度額：269,310円			
訪問介護 125,352 円	通所介護 92,505 円	訪 問 リ ハ ビ リ 52,801 円	訪 問 看 護 12,500 円
		51,453 円 【 保 険 適 用 】	1,348 円 【保険適用外】
介護保険適用（1割負担）			保険適用外 13,848

介護保険内
自己負担額 125,352円+92,505円
(1割) $= 217,857円 \times 0.1$
 $= \underline{21,785円}$

利用限度額269,310円－(125,352＋
92,505)＝51,453円 [保険適用]
 $\Rightarrow 52,801 - 51,453$
 $= \underline{1,348円}$ (自己負担) 10割

全 額 自
己 負 担

ケース 2

ス 内 訳 利 用 サ ー ビ	訪問看護（週 1 回）	12,500 円
	通所介護（週 2 回）	92,505 円
	訪問介護（週 2 回）	125,352 円
	訪問リハビリ（週 1 回）	52,801 円

サービス利用優先順位

①訪問看護＞②通所介護＞③訪問介護
＞④訪問リハビリ

利用限度額：269,310円				
訪問看護 12,500 円	通所介護 92,505 円	訪問介護 125,352 円	訪 問 リ ハ ビ リ 52,801 円	
			38,953 円	13,848 円
介護保険適用（1割負担）				保 険 適 用 外

介護保険内

自己負担額(1割)

$$12,500円 + 92,505円 + 125,352円 = 230,357円$$

$$\therefore 230,357円 \times 0.1$$

$$= 23,035.7円 \quad (\text{切り捨て}) \Rightarrow \underline{\underline{23,035円}}$$

全額自己負担

$$52,801円 - 38,953円$$

$$\underline{\underline{13,848円}}$$

自己負担1割

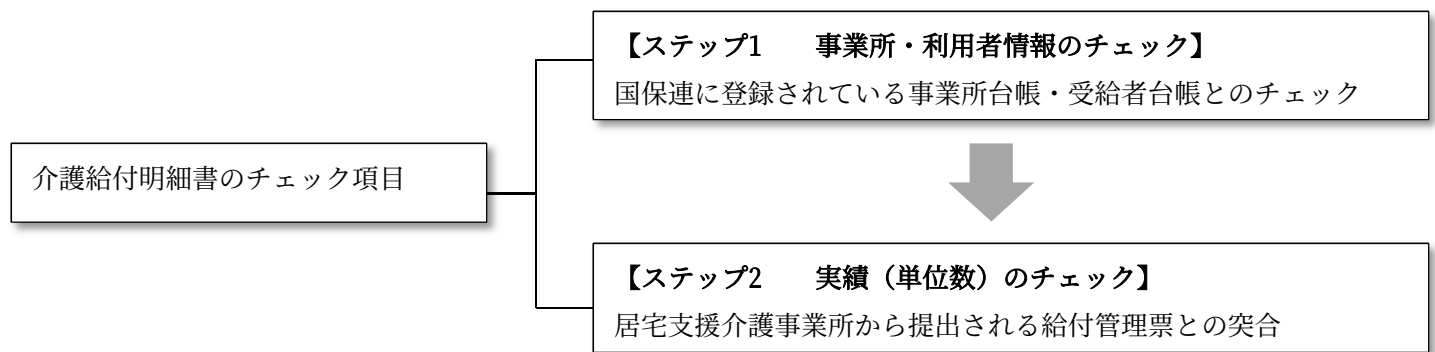
$$269,310円 - (12,500円 + 92,505円 + 125,352円)$$

$$= 38,953円$$

$$\therefore 38,953円 \times 0.1 = 3895.3 \quad (\text{切り捨て})$$

$$\Rightarrow \underline{\underline{3,895円}}$$

国保連における介護給付明細書の点検項目について



国保連の審査項目について

【ステップ1 事業所・利用者情報のチェック】

国保連に登録されている情報

台帳名	登録内容		
事業所台帳	・ 事業所番号		
	・ 指定/基準該当区分コード		
	・ 事業所のサービス種類ごとの届出情報等		
	事業所名	事業所番号	サービス種類コード
	A 事業所	487258263	11 訪問介護
受給者台帳	B 事業所		
	487258265		
	15 通所介護		
	・ 被保険者番号		
	・ 氏名		
・ 年齢			
・ 生年月日			
・ 性別			
・ 要介護度区分			
・ 認定有効期間			
・ 居宅サービス計画作成区分			
・ 作成事業所番号			

国保連に登録されている事業所台帳・受給者台帳と給付明細書とのチェックを行う。

事業所等から送付された介護給付費請求書・明細書情報については、点検の際誤りがあったものは、原則「返戻」の扱いとなる。

また、居宅サービス費等の請求のうち、対応する給付管理票情報が未提出で「返戻」扱いとなる場合には、各国保連会合の判断により一定期間保留扱いとする。

国保連会合における主な点検事項は次のとおり。

点検項目	点検内容	エラー時の取り扱い
サービス提供年月	審査年月以前であるか。	返戻
保険者番号	保険者台帳に登録されているか。	返戻
公費負担者番号	公費負担者台帳に登録されているか。	返戻
事業所番号	事業所台帳に登録されているか。	返戻

被保険者番号 要介護状態区分 認定有効期間 居宅サービス計画	受給者台帳と照合し、一致することを確認する。	返戻
開始・中止年月日 入・退所年月日 入所実日数 外泊日数	日付の妥当性を確認する。	返戻
サービスコード 単位数 日数・回数	単位数表等に定められている内容と一致するか確認する。	返戻または査定
緊急時施設療養費 特定診療費 特別療養費	請求内容が適正であるかを確認する。	返戻または査定

【ステップ2 実績（単位数）のチェック】

給付管理票との突合のイメージ

給付管理票

事業者	サービス種類	単位数
A 事業者	訪問介護	200
B 事業者	訪問介護	100
B 事業者	訪問入浴	100

請求書（A 事業者）

サービス内容	単位数
身体介護〇〇	90
生活援助△△	110
訪問入浴〇〇	60

⇒ OK ⇒
OK
⇒ 査定

請求書（B 事業者）

サービス内容	単位数
身体介護△△	50
生活援助□□	70
訪問入浴〇〇	100

⇒ 査定
⇒ 査定
⇒ OK

請求書(C 事業所)

サービス内容	単位数
身体介護××	60

⇒ 査定

■結果

A事業者

訪問介護200 : OK
訪問入浴60 : 査定

B事業者

訪問介護120 : 査定
訪問入浴100 : OK

C事業者 ; 査定

介護計画書作成関係通達文

「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)

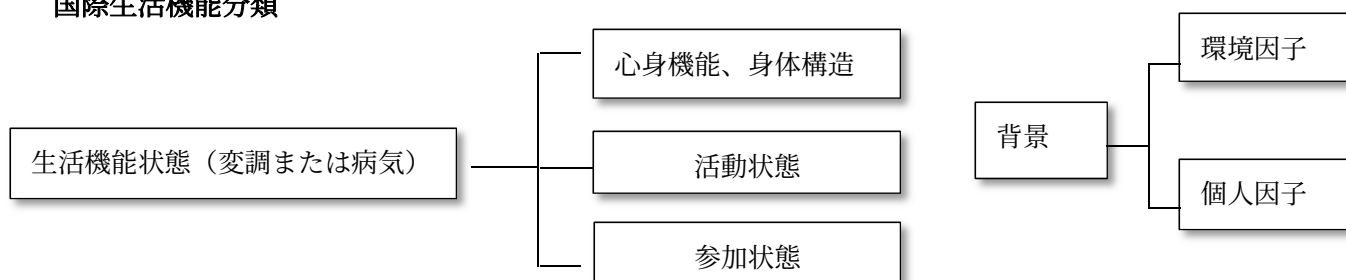
①訪問介護

(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。

国際生活機能分類



「国際生活機能分類－国際障害分類改訂版－」（日本語版）の厚生労働省ホームページ掲載について
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 企画課より作成

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報 （受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日・住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起きあがり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（平成 11 年 11 月 12 日 老企第 29 号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知）の別紙 4 の別添より

短期目標記載例

1.健康面について

①【健康維持・病気の予防】
○体調を崩さずに過ごす
○体調を崩さず、健康が維持できる
○体調の変化を早期に発見できる
○病状の変化を早期に発見する
○血圧が安定する
○血糖値を安定させる
○うがいと入歯の管理を毎日行う
○誤嚥性肺炎を予防する
○誤嚥性の肺炎や、飲み込み時の事故を防ぐ
○腰痛を悪化させるような動作・姿勢に注意して過ごす
○関節のこわばりや痛みが、悪化せず過ごせる
○毎朝の両足マッサージを日課にする
○足先に傷をつくらずに過ごす
○尿路感染を予防する
○褥瘡を作らずに過ごす
○床ずれ症状や、尿路感染症を予防する
②【健康チェック】
○毎日の体調、血圧、服薬、食事などの管理・記録をする
○日々の健康チェックを行う
○血圧・体温の記録を行う
○尿量や排便状況を記録する
○毎日の食事・水分量を確認する
③【服薬管理】
○高血圧を予防するため、きちんと薬を服用する
○1週間の薬を管理し飲み忘れをなくす
○薬の飲み忘れを無くす
○体調にあわせ服薬し、疼痛の管理を行う
④【医療との連携】
○医療と連携し、病状の把握・健康管理を行う
○通院し適切な治療を受ける
○定期通院し病状の把握ができる
○自宅で定期的に健康指導が受けられる
○定期的に、治療や病状管理ができる
○物忘れ症状の治療・服薬ができる
○痰の吸引、口腔ケアを確実に行う
○身体の状態を正確に主治医に伝えられる

⑤【痛みの緩和・軽減】
○胃部の不快感が軽減される
○皮膚の乾燥を予防し、かゆみをなくす
○腰の痛みが少なくなる
○足の痛みが軽減する
○足腰の痛みが緩和される
○歩行時、乗車時の痛みが軽くなる
○腰痛が悪化せず、痛みをコントロールできる
○疼痛コントロールができる
⑥【病気の治療】
○床ずれが完治する
○臀部・陰部のただれが治る
○陰部の湿疹、かゆみが治る
○通院し適切な治療を受ける
○湿疹が治る
○褥瘡と湿疹の処置が受けられる
○歯科受診し、義歯を合せる
⑦【病状の管理】
○病状の管理と異常の発見ができる
○血圧管理ができる
○高血圧・高脂血症の管理ができる
○糖尿病の悪化を防止し、血糖値が安定する
○糖尿病を理解できる
○毎日の血糖チェック、インスリン注射を行う
○リウマチの悪化を防止する
○リウマチの維持、病状管理が行える
○酸素療法を行いながら外出ができる
○病状について理解を深め、在宅酸素療法の管理ができる
○気分のむらが減り、前向きな気持ちで過ごせる
○物忘れ症状について相談し、適切なアドバイスを受ける
○痰の吸引が定期的（3～4時間ごと）にできる
○人口肛門の管理方法が理解でき、皮膚トラブルを防止する

2.能力の維持・向上

①【筋力の維持】
☐ 日常生活の動作を維持できる
☐ 下肢の筋力を維持するために、家の周りを歩ける
☐ 朝の両足マッサージを日課にする
☐ 朝起きたら、自分で着替えを行う
☐ 散歩や活動参加を行い、下肢筋力を維持する
☐ 体を動かす機会が多くもてる
☐ 生活パターンを作り、日中起きて過ごせる
②【拘縮予防】
☐ 関節が硬くならず、動かすことができる
☐ 股関節、膝関節の固縮を予防する
☐ 体操を行い、関節の動く範囲が狭くならないようにする
③【移動】(臥床～座位)
☐ 起き上がり動作を一人で行う
☐ 1時間、座った姿勢を維持できる
☐ 安定した座位を保てる
☐ 車イスの座位時間が延長する
☐ 適度な離床時間を作り、メリハリ有る生活が過ごせる
④【移動】(座位～移乗)
☐ 立ち上がり動作を安全に行う
☐ 移乗時の立ち上がりが一人で行える
☐ ふらつきが無く、立位が安定する
☐ 移乗が一人で行える
⑤【移動】(歩行)
☐ 足腰の筋力をつけるため、リハビリを行う
☐ 足の筋力がつき、歩行時にふらつかない
☐ 立ち上がり、移動動作がふらつかないで行える
☐ つまずかないで室内を歩くことができる
☐ 室内の歩行が1本杖でできるようになる
☐ 外を10分間続けて歩けるようになる
☐ 近所の商店まで休まずに、歩いて行ける
☐ △△医院まで歩いて通院する
☐ 転倒しても自分で起き上がれるようになる
⑥【その他】
☐ 衣類の着脱が容易になる
☐ ズボンの上げ下げを自分で行う
☐ 洗身動作を自分で行う

3.転倒防止

①【環境整備】
○住環境を整え、安全に移動が行える
○住環境を整え、安全に自宅で生活できる
○安全で快適な環境で過ごせる
○居室内の環境整備を行う
○安全に移動できる環境が整う
○室内環境を整え、物につまずくことがなくなる
②【移乗】
○立ち上がり動作が安全に行える
○安全に移乗、移動動作が行える
○転倒なく、安全に移乗する
③【歩行】
○転ぶことなく安全に歩ける
○手すりを使用しながら、安全に歩くことができる
○手すりにつかまり、つまづかないで歩く
○杖を利用し、歩行が安定する
○歩行補助具を安全に使いこなせる
○室内の安全な動作が身につく
○安全にトイレまでの移動ができる
○室内歩行・入浴などが安全に行える
○事故なく安全に入浴できる
○浴槽への出入りが一人で行えるようになる
○階段昇降が安全に行えるようになる
○玄関の段差越えが安全にできる
○安全に外出が出来る

4.生活意欲の拡大

○洗濯物たたみや皿洗いなど、自宅での役割をもつ
○季節ごとにある将棋大会に出場する
○盆栽や植木の手入れを継続する
○筆談や文字盤を活用し交流ができる
○折り紙や編み物など、指先を使い物を作る
○△△市の孫宅に妻と訪問する
○座位を保ちながら、手芸を行う
○寝たきりを防止し、適度に刺激のある生活が送れる
○将棋やカラオケなど、趣味活動が楽しめる
○生活リズムをつくり、ベッドで寝ている時間を少なくする

5.交流・外出機会の促進

【交流機会促進】
☐ 人との交流や外出の機会など、生活に楽しみができる
☐ 交流の場に参加し、会話や活動など刺激が得られる
☐ 外部との交流を持ちながら、生活を活性化する
☐ 適度な刺激を受け、メリハリある生活を送る
☐ 外の人と、かかわりを持てるようになる
☐ 人との交流の場に参加できる
☐ 活動の場への参加に慣れる
☐ 交流の場に休まずに参加する
☐ 他者と交流をもち、楽しく過ごす
☐ 外出し、人と話す事を継続する
☐ 知人が増え、会話が楽しめる
☐ 接する際のコミュニケーションが積極的に取れる
☐ 人と話すことで曜日や時間を意識できる
【外出促進】
☐ 定期的に外出し、気分転換する
☐ 安全に外出でき、気分転換が図れる
☐ 天候の良い日は、庭先の散歩を行う
☐ 介助を受けながら、外出を行う
☐ 週に2回は、近隣の公園まで散歩をする

6.日常生活について

【買い物】
☐ 見守りにより買物ができる
☐ 近隣商店で好みの食材を購入できる
☐ 週1回は買い物に行くことができる
【調理】
☐ ヘルパーと一緒に食事づくりを行う
☐ 介助を受けながら、自分で調理をする
☐ 座ってできる範囲の配膳・片付けを行う
☐ 野菜の皮むきと、料理の下ごしらえを行う
☐ 火の始末を確実に行う
【掃除】
☐ 居室の整理整頓を行う
☐ 負担のない範囲で、自宅内の掃除・片づけを行う
☐ ベッド周辺の掃除は自分で行う
☐ キッチン周辺の掃除を行う
【その他】
☐ 無理のない範囲で、家事を継続する
☐ お金の管理を継続して行う
☐ 家族不在時の電話対応を行い、伝言する

7.清潔保持

【入浴・清拭関係】
☐ 定期的に体をきれいにできる
☐ 定期的に体を清潔にし、爽快感が持てる
☐ 体の清潔を保ち、快適に過ごせる
☐ 皮膚の保清により、気持ちよく過ごせる
☐ 皮膚の清潔が保てる
☐ 入浴・部分浴ができ、さっぱりできる
☐ 介助を受けて入浴する
☐ 週1回ゆっくり入浴できる
☐ 週に2回は自宅でシャワー浴ができる
☐ 一人で安全に入浴出来るようになる
☐ 定期的な入浴・清拭を行い清潔を保つ
☐ 全身清拭を行い、快適に過ごせる
【口腔衛生】
☐ 口腔内の清潔が保てる
☐ 食後は口の中を清潔にできる
☐ 歯磨きやうがいを日課にする
☐ 自分で入歯の管理を行う
【室内環境】
☐ 居室・寝室の清潔が維持する
☐ 清潔な環境で生活できる
☐ 清潔な部屋で生活できる
☐ ベット周辺の簡単な片づけは自分で行う
☐ キッチンの掃除を自分で行う
☐ 清潔な服で快適に過ごす

8.排泄関係

☐ 規則的な排便の習慣が身につく
☐ 臀部をきれいにし、さっぱりできる
☐ 声掛けをうけ、トイレで排泄する
☐ ポータブルトイレで排泄できる
☐ 日中、誘導によりポータブルトイレで排泄する
☐ 定期的にオムツ交換し、陰部の清潔を保つ
☐ オムツを適宜交換できる（1日4回は交換する）
☐ 指導を受けて、自己導尿できるようになる
☐ 1日数回クランプを外して尿を出せる

9.食事関係

【普通食】
☐ 低栄養と脱水症状を改善する
☐ 3食規則正しく食べられる（1200kcal/日）
☐ 食事を残さずに食べる
☐ バランスのよい食事がとれる
☐ 適切な食事を、規則正しく食べることができる
☐ 栄養状態が改善し、体重が増える
☐ 水分がムセずにとれる
☐ ムセることなく、ゆっくりと食事をする
☐ 自助具を活用し、自分で食事を取る
☐ 日中は離床して食事をする
【その他】
☐ 1日、最低でも1ℓの水分を取る
☐ 食事療法（1500kcal）ができる
☐ 中心静脈栄養の管理がトラブルなく行える
☐ 中心静脈栄養管理・輸液バッグ交換ができる
☐ 胃瘻から栄養・水分の注入が1日3回できる
☐ 胃瘻から経管栄養剤注入（950kcal）が確実に受けられる
☐ 腎臓病に配慮した食生活送る（1日 1200kcal・タンパク質 40g 以下）

10.介護負担の軽減

☐ 夜間は尿瓶を利用する
☐ 浴時、洗身は自分で行う
☐ ポータブル移乗を一人で行う
☐ 着替え動作は自分で行う
☐ 義歯の手入れを自分で行う
☐ 定期的な外出に慣れる
☐ 家族の休養が定期的にとれる
☐ 家族介護者の自由な時間が確保できる
☐ 夫の負担にならず透析通院ができる
☐ 介護者の所用時でも、日常生活の介護が受けられる
☐ 異常時・不安時の連絡体制が取れる
☐ 夫が不在の時の介護体制を整える
☐ 緊急時の連絡体制が整う
☐ 緊急時に、食事や排泄、入浴など介助を受けられる

株式会社インターネットインフィニティ主催
ケアマネジメントオンラインより引用

長期目標記載例

1.健康面について

【病状の把握・健康維持】
○体調を崩さずに過ごす
○体調を崩さずに、健康を維持する
○体調を崩さず、安心して在宅で生活できる
○健康管理を行い、体調不良を未然に防ぐ
○健康管理を行い、病状の安定を図る
○健康管理を行ない体調維持が出来る
○病状の悪化を防止する
○感染症を予防する
○床ずれを作らずに過ごす
○床ずれ症状や、尿路感染症を予防する
【痛みの緩和・病状の改善】
○病状が安定し、健康を保持できる
○病気の悪化を予防し、一人暮らしの不安を軽減できる
○疼痛のコントロールができ、痛みを少なくする
○胃の不快感がなくなり、安心して生活できる
○痰がらみが少なくなり、安心して生活できる
○褥創が治癒し、痛みなく過ごせる
○早期に褥創と湿疹が治る
○腰の痛みが少なくなる
○足の痛みが軽減する
○足腰の痛みが緩和される
○痛みが少なくなり、楽に体が動く
【再発予防・病状の管理】
○健康を維持し、病気の再発を予防できる
○脳梗塞の再発を防止する
○体調が整い、血圧が安定する
○脳梗塞の再発や物忘れの悪化を予防できる
○血圧の変動がなく、病状が安定する
○糖尿病の悪化を防止し、血糖値が安定する
○糖尿病の合併症を予防できる
○糖尿病のことを理解し健康管理をする
○肺炎を予防し、体調良く過ごすことができる
○誤嚥性の肺炎や、飲み込み時の事故を防ぐ
○在宅酸素が自己管理できる
○人口肛門の管理が自分でできる
○自分でカテーテルの管理ができる
○物忘れによる不安が相談でき、安心できる

2.筋力の維持・向上

【筋力維持】
○足腰の筋力を維持する
○筋力を維持し転倒なく過ごす
○出来ている生活動作を維持する
○日常の中で動く機会を持ち、筋力の低下を予防する
○散歩や活動参加など、下肢筋力が維持できる
【筋力向上】
○寝たきりの状態を少なくする
○起き上がりが自分で行う
○座位が保てるようになる
○無理なく座位がとれる
○日中は起きて生活できるようになる
○座位を保ちながら、手芸ができる
○臀部の痛みが軽減し、安定した座位が保てる
○適度な離床時間を作り、メリハリのある生活ができる
○ふらつくことなく立位が安定する
○自分で車いすやポータブルトイレへ移乗できる
○自宅内は手伝いなく、歩けるようになる
○自宅周辺を、安全に散歩できるようになる
○家の周囲を杖で散歩できる
○下肢筋力をつけ将棋教室までの距離が歩ける
○「△△」まで歩いて行くことができる

3.「転倒防止」

○安全に移乗ができる
○杖を利用した歩行が安定する
○安全に室内を移動できる
○屋内を転倒せず一人で移動できる
○安全に外出できる
○安全で快適な環境で過ごす
○住環境を整え、転倒なく安全に過ごす
○自宅内をつまづくこと無く、安全に移動する
○トイレまでの移動を安全に行う
○階段の昇り降りが、安全にできる
○自宅にて転ばずに入浴できる
○浴室内の事故を防止する
○入浴動作が安全に行える
○浴槽への出入りが一人でできる

4.清潔保持

【体の清潔保持】
○清潔を保持し快適に過ごす
○身体の清潔を保ち、気持ちよく生活する
○お風呂に入り、心身ともにリラックスする
○一人で安全に入浴出来るようになる
○快適に入浴できる
○安全に入浴する
○自宅で安全に入浴できる
○体を清潔にし、感染症を予防する
【室内環境における清潔保持】
○室内環境を整え、快適に生活する
○不用品を片付け、環境整備を行う
○定期的に室内清掃を行い、衛生的な環境を維持する

5.外出・交流の機会促進

【生活意欲の拡大】
○生きがいをもち、楽しく毎日過ごす
○生活意欲を持ち、前向きな気持ちで過ごす
○将棋やカラオケなど、趣味活動を楽しむ
○寝たきりを防止し、適度に刺激のある生活を送る
○生活パターンを作り、日中起きて過ごす
○身の回りの掃除が自分で出来るようになる
○孫の家に遊びに行く
【外出機会の促進】
○外出し、気分転換する
○定期的に外出ができ、気分転換する
○外出の機会を持ち、メリハリのある生活を送る
○車イスを使い、外出できるようになる
○介助を受け、外出を行う
【交流促進】
○他者と交流をもち、楽しく過ごす
○人との交流、外出の機会など、生活の楽しみが出来る
○交流の場に参加し、会話や活動参加など気分転換できる
○外部との交流をもち、生活を活性化する
○適度な刺激を持ち、生活にメリハリをつける
○外部との交流を通し、活気ある生活ができる
○昔から友人たちと楽しく会話ができる
○新たな友人ができる
○人とふれあうことで、気分転換できる

6.排泄関係

☐ トイレで排泄できる
☐ トイレを我慢することなく生活ができる
☐ オムツを使わずに生活できる
☐ ポータブルトイレを使用し排泄ができる

7.食事関係

☐ 栄養状態の安定
☐ 栄養障害を予防
☐ 食事がおいしく食べられる
☐ 食べ残しによる栄養障害を防止する
☐ バランスの良い食生活をする
☐ 栄養バランス良く食事が取れる
☐ 義歯を調整し、おいしく食事ができる
☐ 口腔内の清潔を維持する

8.在宅生活の維持について

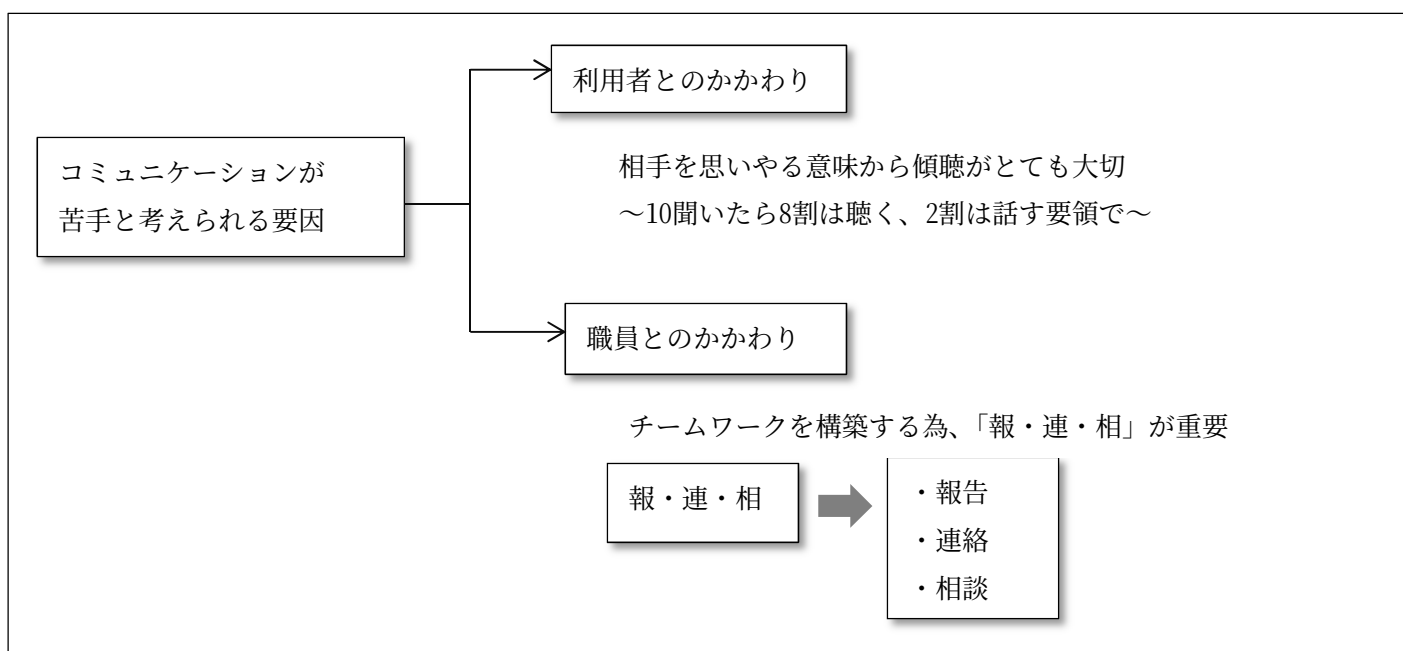
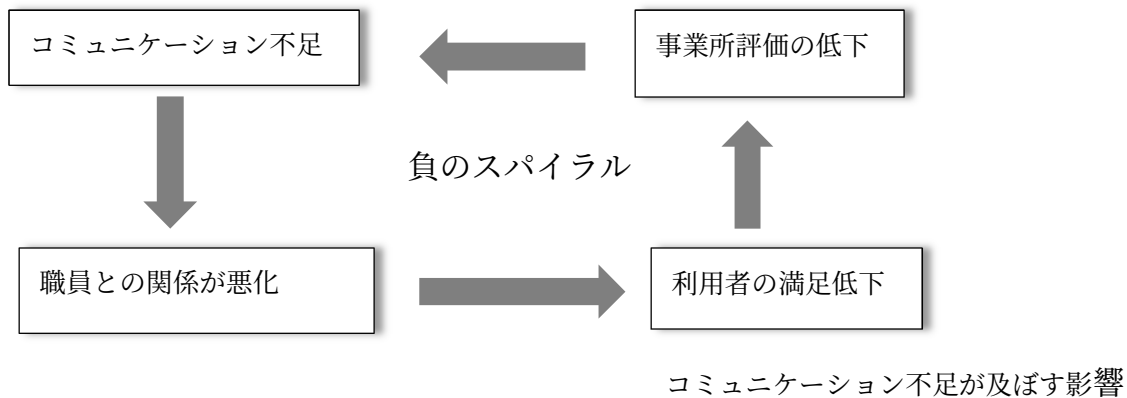
【生活基盤】
☐ 安心して一人暮らしが継続できる
☐ 生活基盤が整い、安心して生活できる
☐ 通院治療をしながら自宅で生活できる
☐ 規則正しい生活をする
☐ 適切な介護が受けられ、在宅生活を継続できる
☐ 家族不在時でも、安心して生活できる
【生活環境】
☐ 快適な環境で生活できる
☐ きれいな部屋で、清潔に生活できる
☐ 清潔な環境の確保
☐ 徘徊による事故防止
☐ 徘徊による危険が少なくなる

9.介護負担の軽減

☐ 排泄介助など、介護者の負担が少なくなる
☐ 通院が自分で行えるようになる
☐ 階段の昇り降りが自分で行える
☐ 安全にトイレまで移動できる
☐ 家族の介護負担を軽減し、ゆとりを持ち在宅生活を送れる

対人援助スキルの重要性

介護の質向上⇒利用者満足向上⇒生活の質（QOL）向上⇒選ばれる事業所・施設⇒事業所評価向上



対人援助スキルの技法について

表情	悲しい表情には悲しげな表情で 笑顔には笑顔で聴く（ミラーリング）が大切
アイコンタクト、 目線の位置	相手と同じ高さで目線を合わせるのが原則
言葉使い	・聞き手が聞き取りやすいように、ゆっくりと明瞭に。 ・分かりやすいように完結に、理解できているか確認しながら ・専門用語は極力使用しない。
スキンシップ （タッチング）	初対面に相手の体に触れることは逆効果、ある程度面識が付いてきたら 肩等のボディタッチは有効
声のトーン	高齢に従い、甲高い声はただうるさく聞こえるだけ。
イントネーション	
チューニング	相手の感情やフィーリング、価値観や思考とあわせる。 ⇒楽しい話は楽しげに聞き、悲しげな話には悲しげに聴く。
マッチング	相手の言葉や話し方と合わせる。相手と同じような言葉を使用するときなど、 相手との共通点や類似点を増やしていく方法。 相手の言ったことを利用して返答する工夫をすることが好ましい。 例）「水をください」といったとき「お冷ですね」というよりも「水ですね」と答えるということ
ミラーリング （鏡像性）	コミュニケーションの最中に相手の姿勢やジェスチャー、呼吸、声の調子、話す速度、 声の大きさなどをさりげなくあわせること。
リフレージング	共感を持って利用者のキーワードを彼らの口調や表現を使って繰り返す
うなずき（操作）	
相槌	うんうん なるほど ……など
繰り返し（復唱）	・相手の話やキーワードをそのまま返す ・相手ががんばっているんだ！と言ったら頑張っているんですねと返す ・キーワード（聞いてほしい言葉）を返すだけで、相手はよく聞いてくれていると受け止めることができる
要約（話の内容を一度 整理する）	

介護サービスを利用するに当たってのサービス利用者家族の本音（体験談）

母が亡くなって六年になります。

私は母がパーキンソン病を発症し、看取るまで約十六年間介護生活を送りました。

大部分が、病院や施設の利用でしたが、在宅で看ていたこともありました。

母は要介護4の半寝たきり状態でした。病院の入退院の繰り返しで、妄想も併発していたこと、また食事を受け付けなことから、医師の施設への入所の勧めを断り、在宅で、とにかく「体力が人並みになる」まで、介護サービスを利用して頑張ろうと決めて、万全の態勢で臨みました。

しかし当時は親戚一同助けを求める状況ではなく、兄弟も遠方でしたので、私が24時間母を看なければいけませんでした。しかし、最初のころはなんとかなっていたのですがさすがに疲れがたまり、母のささいな言動に八つ当たりをしては、泣いて謝るような状況になってしまいました。

これでは危ないと思い、「ショートステイ」を利用しようと思って担当のケアマネさんに相談しました。

「少し休みたいので、ショートステイを利用したいんです。どこかいいところはありませんか？」

私は精一杯、HELPの気持ちを込めて言ったつもりでした。

しかしケアマネさんは

「これがリストです。実際、見てみないとわかりませんからどこか知っているところに行かれたら？」

こういって、膨大なリスト、いわゆる「施設名、電話番号、住所」が書かれたものを微笑みながらさし出したのです。

「うちはこのような状態です。母は動けない状態です。私一人が介護をしている・・・」

ケアマネさんは言葉を遮り「個人情報ですから、こちらもこうするしかないんです。では、できるだけ早くお願いしますね」

こう言って帰って行ってしまいました。

親戚も「危篤状態」の身内を抱えていて、相談しても「お医者さんに聞いたら？」と言われるばかりです。

何のために介護サービスを利用しているのだろう・・・。カイゴサービスなんて、言葉だけではないか！

ケアマネさんに対する不信、自分に対する自責の念。

ないまぜになりついには、母と心中してしまうのではないか、それなら私が死ねば、誰か母を助けてくれるかもしれない・・・と思い詰め、私は、自殺しようとしたが未遂に終わったのです。

助かった私は、当のケアマネさんの献身的な手配りのおかげで、母の施設入居がなんとかできたことなど、さんざん「お礼をいいたりないくらいだ」と言われ、逆に施設に早く入れればよかったのに、と責められました。

私が、なぜ、命を絶つまで追い詰められたのか、俗にいう「介護地獄」に陥った気持ちを問う親戚は少なかったです。

個人情報とはいえ、せめて地図があり、家の周囲にどこがあるか、それくらいの手助けがあれば、母が寝ている間など、どうこうすることもできたのかもしれない。

というより、「命を絶つ」ということには、発展しなかったかもしれません。

生活環境

【B 男さんについて】

- ・頑固で真面目、自分の気持ちを外に出さない性格。
- ・人の話の聞き役が多い、人に相談されやすい。
- ・妻の介護には献身的。定年後は、これまでの付き合いを断り（好きなゴルフもやめた）
- ・生活の中心は妻である
- ・高血圧で、薬を飲んでいる
- ・腰をいため、慢性の腰痛で、整形外科に通院している（週 1 回、痛みどめを打ってもらう）
- ・将来の漠然な不安で眠れないことがあり、軽い安定剤を内科で処方してもらっている

【発祥の経緯と A 子さんについて】

- ・A さんが、43 歳のとき、姑の C さんが、脳梗塞で倒れた。生還するも右側に麻痺が残る状態で退院。以後、7 年間、A さんは、姑の看病や介護に奔走する。在宅介護が中心。
- ・姑の C さんは、A さんが 50 歳のときに他界。
- ・56 歳（2006 年）、A さんは右足に異変を感じる。親指が勝手に震えるので大学病院の神経内科を受診し、パーキンソン病と診断される。
- ・B 男さんは、この年 60 歳を迎えて、定年退職。以後、年金での夫婦二人暮らしとなる。A さんは、陽気で、愚痴をほとんどきいたことがない、いわゆる「陽気な芯の強い母親」だという。
- ・子育て中は、ママさんバレーに熱中しており、スポーツが趣味でもあった。
- ・健康には人一倍気を使い、子供たちをつれて、毎朝の散歩が日課であった。

家族・本人の要望

利用者の状態について

- 右足が内側にまがっており（せんそく）自力で立てない状態（介助要）
- しばしば夜中に目が覚める・寝つきが悪い・・・（睡眠導入剤服用）
- ジスキネア頻繁
- オン・オフ現象・・・薬が効いている状態が短くなっている
- 固縮・手足の震え、姿勢保持障害（座位の姿勢を保つためクッションが必要）
- 体の筋肉の痛み
- 慢性的な便秘・・・浣腸が必要
- 頻尿（夜中もたびたび起きる）・・・なかなか尿がでない。
- 声が小さくなった。やっと聞き取れる程度である
- 食欲不振・・・食が細くなっている、うまく呑み込めないこともある
（血液検査の結果、軽い低栄養状態・・・いろうも将来考える時期にきているかもしれない）
- 幻覚妄想・・・被害妄想顕著・・・
デイサービスを休みがち（他の利用者から苦情もでている状態・・・他の利用者が財布を盗んだ等の妄想で B 男さんが断っている）また、孫が誘拐された。知らない人が盗み見ているので怖い。息子が北朝鮮に拉致された。等、介護者夫の B 男さんに常に訴えている
- A さんはスポーツが趣味で散歩が日課だったので、気分転換に外出させてあげたい

本人の希望	・今まで２人の子供を育て上げて家庭を守ってきた。 ・こんなことで子供たちに迷惑をかけてはいけない。 ・早く治って夫を支えなくてはいけない。
家族の希望	・両親には楽になってほしい。 ・老々介護をさせており、申し訳ない ・孫がまだ小さいので子供の世話にはなりたくない ・【長男】 実家にも帰れない状態なので、お金は、なんとかだすので、施設に入所してもらいたい ・【長女】 父親のことが心配。しかし両親の生活を考えると施設入所以外の方法はないか検討を考えている。 ・今まで３人の子供を育てて迷惑ばかりかけてきた。申し訳ない。妻と住み慣れた家で暮らしたい

項目	詳細動作	チェック項目	特記事項
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)	
調理	おつりの確認	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	メニュー決め	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	材料の確認	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	調味料の確認	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	味つけ (調味料を使う)	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	味見	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	野菜類を洗う	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	切る…やわらかいもの	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	…硬いもの	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	…みじん切り	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	ミキサー・フードプロセッサー	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
片付け・配膳 下膳	調味料の補充	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	・チェック項目は全て記入しなく体よい。該当する箇所のみ✓を入れるようにする。 ・特記事項はスタッフが本人または家族と接した際に気づいた事、またケアする うえて特に注視しなければいけないことを記入すること。
	盛りつけ		
	実施		
	配膳		
	下膳		
	食器洗い		
	調理器具類	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	食器拭き	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	収納	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	残飯整理	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
掃除	はたきかけ	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	バケツに水溜め	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	雑巾洗い	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	雑巾しぼり	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	掃除機使用	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	掃く	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	拭く…台、タナ	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	…床、たたみ	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	ゴミまとめ	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	ゴミ出し	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
被服の補修	ボタンつけ	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	ホックつけ	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	被服の補修	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	針の糸通し	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
洗濯	洗濯機使用	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	干す	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	たたむ	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	収納	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	アイロン使用	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
着脱	衣類の着脱	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	穴にボタンを通す	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	ホックを留める	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	ファスナーの上げ下げ	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	部分更衣 ()	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
整容	髪をとかす	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	ひげそり	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	爪切り	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	着衣整え	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
入浴	浴槽出入り	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	洗身	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	洗髪	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
口腔ケア	歯磨き	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	義歯洗浄	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
歩行	屋外 ()	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	屋内 ()	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	階段昇降 ()	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
服薬	内服	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	点眼	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	湿布貼付	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	軟膏塗布	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
金銭	預貯金の出し入れ	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	公共料金の支払い	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
立ち上がり		☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
移動手段	バス	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	タクシー	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	電車	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	
	自家用車	☐ できる (自立) ☐ 介助があればできる ☐ 全くできない (全介助)	

(介護予防) 訪問介護アセスメントシート

記入日 年 月 日

記入者

1. 基本情報

ふりがな	性 別	年 齢	生 年 月 日
本人氏名		歳	M・T・S 年 月
現 住 所	〒 (電話番号)		— —
世 帯 類 型	1.同居 2.同居(日中独居) 3.単身 4.要介護()		
緊急連絡先	ケアプランの情報を記載する		
①	〒		—
②	〒		—

2. 身心の現状

ADLなど	現 状		備 考
歩 行	自立 見守り 一部介助(杖, カート, 歩行器) 介助(車いす)		
動 作	起立可 つかまり立ち可 座位可 寝返り可 常臥床		
食 事	自立 声かけ 一部介助() 全介助()		
食 形 態	主食() 副食()	禁 止 食	
会 話	健常 やや難 とても難 不可	聴 力	
着 脱 衣	ケアプランの情報を記載するのが基本		
入 浴	もし、ケアプランにない項目は情報収集の際に		
排 泄	利用者・家族に聞く		
認 知 症	なし 少し有 中ぐらい有 多く有 問題行動 徘徊, 妄言, 介護拒否, 異食, ()		
主治医①	医療機関名	医師名	<TEL> — —
主治医②	医療機関名	医師名	<TEL> — —
既往歴・病歴	服用薬		
点眼・点鼻薬	外用薬		
特 記 事 項			

3. 趣味・希望

ご本人の趣味	旅行、昔から妻と一緒に全国の観光地を回るのが趣味		
ご本人の希望	足を直して旅行が出来るまでに回復したい。		
ご家族の希望	今はよい。気持ちの意思を尊重してあげ		
特 記 事 項	情報情報収集の際、利用者・家族から気持ちを表す言葉を要望欄に書き加えるのがポイント。 気持ちを言葉で記載することで利用者・家族に 週2.3回の訪問介護が必要。また、時々奥様にもリハビリに協力してもらい、本人に生活上のサポートが必要。また、時々奥様にもリハビリに協力していき、本人に生活上のサポートが必要。		

訪問介護計画書

利用者	フリガナ		性別	更新日	平成	〇〇	年	△	月	×	日
	氏名	〇〇A子様	様	女	計画作成者（担当サービス提供責任者）						
					〇〇 〇〇						

【長期目標】

- ・B男さんの介護負担を軽減するようにし、共依存状態が少しでも抜け出すことができるようにします。
- ・B男さんのご希望からできるだけ在宅で介護ができるようにします。
- ・A子さんの筋力維持を図ります。

【短期目標】

- ・B男さんの介護負担軽減の為、息抜きの時間を作っていただきます。
- ・B男さんが一人で介護できるようにヘルパーがサービス提供できる部分は積極的に提供していきます。
- ・可能な限り長女の方に介護に参加していただけるようにします。
- ・理学療法士による在宅リハビリサービスを利用しA子さんの筋力維持を図ります。

【家族の要望】

身体・家事に関する事	【B男さん】今まで奥様に迷惑ばかりかけてきたからせめて家で出来る限り介護をしてあげたい。 【長男】両親には楽になってもらいたため、母親には施設に入所してもらいたい。 【長女】病院や施設の食事が合わないので介護をできるようにして、施設入所以外の選択肢がないか探したい。
------------	---

週 間 予 定 表					
曜 日	時 間 帯			訪問介護員	
月、木	10	:	10 ～ 11 : 10	〇〇	〇〇
火、金	13	:	00 ～ 14 : 30	〇〇	〇〇
土	18	:	00 ～ 19 : 00	〇〇	〇〇
	:		～ :		

【サービス内容】

【身体介護】

サービス項目	サービス内容
トイレ介助	ヘルパーが伺った際は、ポータブルトイレにお連れします。
	深夜についてはA子さんのリスクを減らすためオムツの着用徐々に慣れていただくようにします。
	B男さんが腰を痛めないように、楽にポータブルトイレに移乗できる技術をお伝えします。
	慢性的な便秘なので注意深く見守りながら介助を行います。
足の筋力維持	骨折、転倒のリスクを減らすため理学療法士を派遣し、在宅によるリハビリサービスを毎週土曜日に行います。
	時間帯によっては立てるときもあるので筋力維持の為、その時間帯はヘルパーの介助により車いすへの移乗を自力で行っていただきます。
入浴介助	B男さんの介護負担を減らすため、毎週水曜日に入浴介助を行います。
	A子さんの安全を考え、2人体制で行います。入浴介助の際、関節の硬直を少しでも防ぐため手足のマッサージを行います。

【生活援助】

サービス項目	サービス内容
共依存状態への解消	伺った際には、B男さんに外に出て行ってもらい、気分転換を図っていただきます。
	また、同時にB男さんへのストレス解消の為、ヘルパーがメンタルケアを行います。
幻覚・妄想の解消	A子さんが安心して暮らせるように環境を整えます。
食事介助	誤嚥がしやすくなってきているので、とろみ食等の誤嚥しにくい料理の提供をします。
	A子さんに好みの味を聞いた上でB男さんに簡単にできる料理のレシピをお教えます。
服薬管理	毎日、決まった時間の投薬が必要なので、ヘルパーが投薬を行った時間を記録し、B男さんに報告します。また同時に決まった時間に薬を飲んでいただくように、薬の管理をしやすいように工夫し、B男さんにアドバイスします。
コミュニケーション	A子さん本人は声が小さく、聞き取りにくいところがあるので、また愚痴を言わない性格なのでわずかなSOSを見逃さずに注視し、随時B男さん他ご家族に報告します。
見守り	パーキンソン病は進行すると痛みを伴います。常に見守りをして痛みを訴えているようでしたらすぐにご家族と主治医に報告します。また他の病気を発症していないか見守りを行います。
	常に主治医と連絡を取りながら見守りとケアを行っていきます。

【備考】

- ◆今のサービスはあくまでもB男さんのご希望により、できるだけ介護負担が軽減するようにする手段にすぎません。子供さんの希望から今後は施設への入所も検討に入れなければならない時期にきています。症状が進み、いよいよB男さんが精神的・身体的に限界を感じた際に速やかに入所手続きができるように、家族・ケアマネジャー・介護スタッフ・主治医も含め、話し合いの機会を頻度にとっていきましょう。
- ◆また昼夜介護はお互い「共依存状態」つまりお互いがお互いを頼っている状態になりがちです。これがひどくなるとB男さんがうつ状態になり、利用者への虐待につながり、最悪自殺してしまう危険性をはらんでいますので十分気を付けましょう。
- ◆食事に関して、誤嚥のリスクが高まっています。A子さんにとって食事は唯一の楽しみだと思いますので「胃ろう」の検討も含め、スタッフ、家族も含め話し合ってください。
- ◆B男さんの息抜きの時間を作っていただくためショートステイ、デイサービスの提案をしていきましょう。
- ◆A子さんの転倒のリスクを減らすため24時間対応のネットワークを作っていきましょう。

私は上記の訪問介護計画書に基づきサービスを提供することに同意します。

<指定訪問介護事業所：0000000000>

平成 〇〇 年 △ 月 × 日

◆〇〇ケアステーション

東京都中央区東日本橋〇ー〇ー〇 △△ビル5 F
TEL: 00-0000-0000 / FAX: 00-0000-0000
代表取締役：介護 太郎 管理責任者： 〇〇 〇〇

利用者 _____ 印

代理人 _____ 印

利用 開始日	平成 年 月 日	記入日	平成 年 月 日	記録者・場所		
フリガナ		男 女	昭和	年 月 日生（ 歳）		
利用者 氏名			大正			
			平成			
利用者 現住所	〒		要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
			電話	() —		
身元 引受人	氏名	男・女		歳	続柄	
	住所				電話	
家族構成			氏名	続柄	連絡先	
生 活 状 況	歩行	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		障害など部位 (正面)  (背面) 		
	食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
	着脱衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
疾 患 等	褥瘡	☐ 有 ☐ 無（部位 ）				
	皮膚疾患	☐ 有 ☐ 無（部位 ）				
	内服薬	☐ 有（朝・昼・晩） ☐ 無				
	既往歴					
身 体 状 況	視力	☐ 見える ☐ 少し見えにくい ☐ ほとんど見えない ☐ 見えない			眼鏡の有無	☐ 有 ☐ 無
	聴力	☐ 見える ☐ 少し見えにくい ☐ ほとんど見えない ☐ 見えない			補聴器	☐ 有 ☐ 無
	歯	義歯及び治療の有無	☐ 有 ☐ 無	総義歯（上・下） 部分義歯（上・下）		
	運動機能	☐ 問題なし ☐ 低下を認める ☐ 極度な低下を認める				
精 神 面	意思表示	☐ 問題なし ☐ 普段は問題なし ☐ 困難がある ☐ ほとんど表示できない				
	話しの了解	☐ 問題なし ☐ 普段は問題なし ☐ 困難がある ☐ ほとんど表示できない				
	認知症	☐ 有・ ☐ 無（軽度・中度・重度） ☐ ひどい物忘れ ☐ 徘徊 ☐ 感情の起伏が目立つ				
特 記 事 項						

				担当	副主任	在宅課長	施設長	
平成	年	月	日 ()					
ヒヤリハット・事故報告書								
						報告者名	⑩	
発生日時	平成	年	月	日 ()	時	分		
氏 名	様 男・女			M・T・S	年	月	日生	
分 類	事故・状況・ヒヤリハット・苦情・トラブル・ミス・その他 ()							
	☐ 転倒 ☐ 転落 ☐ 衝突 ☐ ずり落ち ☐ 内出血 ☐ 皮むけ ☐ 誤嚥・誤飲 ☐ 異食 ☐ 誤薬							
区 分	☐ 暴行 ☐ 自虐行為 ☐ 器物破損 ☐ 紛失・盗難 ☐ 車両事故							
	☐ その他<言動・医療処置> ()							
	☐ 打撲 ☐ 捻挫 ☐ 骨折 ☐ 切り傷				☐ ＜左側 右側＞ ☐ 頭部(前後) ☐ 顔面 ☐ 背部			
ケガの状況	☐ 火傷 ☐ 擦過傷 ☐ 精神的被害			部 位	☐ 頸部 ☐ 肩部 ☐ 腕 ☐ 手／手首 ☐ 胸部 ☐ 腹部			
	☐ 発熱 ☐ その他 ()				☐ 腰部 ☐ 脚／足 ☐ その他 ()			
発生場所	☐ 階 ☐ 居室 ☐ 廊下 ☐ トイレ ☐ 浴室・更衣室 ☐ 食堂 ☐ エレベーター内 ☐ ベランダ ☐ 屋外(施設内・敷地外) ☐ その他 () 詳細:							
家族への	様(関係) 連絡者:							
連 絡	平成	年	月	日 ()	時	分	保険:未使用・使用 (傷害 賠償 併用)	
内 容	略図				発生状況			
対 応								
原 因								
対 策								
報 告	☐ 医務 ☐ 副主任 ☐ 課長 ☐ その他							
備 考								

① 76 歳 女 要介護度 3 自立度 A 1 認知症Ⅲ a

ショートステイの利用者が、午後から落ち着きがなくなり廊下を行き来していたため聞いてみると、「家に帰りたい」と言っていた。フロアにいた職員が、別の利用者をトイレに誘導し介助している間に・廊下奥の非常口のドアノブを回してドアを開けようとしているところを発見した。

② 76 歳 男性 要介護度 5 自立度 C 1 認知症Ⅱ b

夜勤の巡回中に、利用者の下半身がベッドから落ちているところを発見した。利用者に聞いてみると、「トイレに行こうとした」と言っていた。対応として、利用者の身体状況からはトイレでの排泄は無理なことを説明し、又、身体を位置をベッド左側（麻痺側）に寄せておいた。

③ 85 歳 女性 要介護度 2 自立度 B 1 認知症Ⅰ

介護職員が夜間に居室を巡回中、利用者がベッドの横の床に横たわっているところを発見した。特に外傷はなく意識もあるので、ベッドへ移し、安静にして様子を見ることにし、バイタルサイン等その後の状態確認を行った。自力でベッドから車いすに移乗しようとして失敗し、転倒したと推測される。

介護事故 リスクマネジメント（日総研）より引用

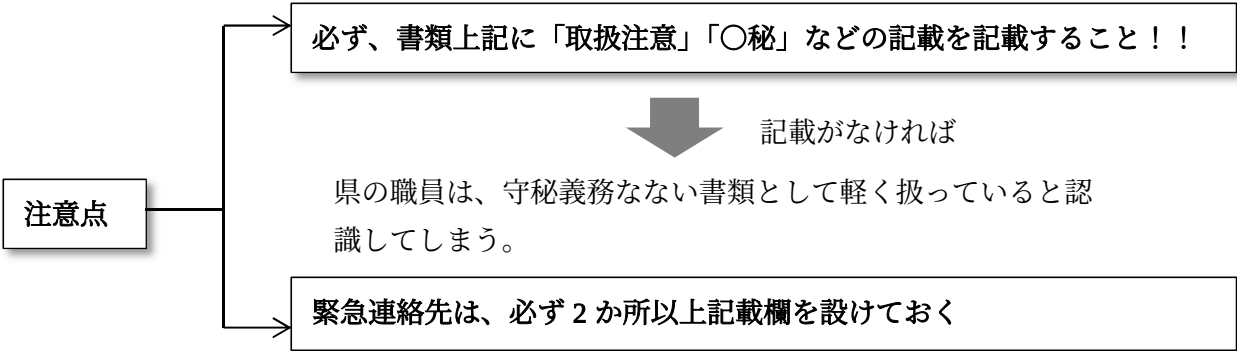
各帳簿で注意しなければならないこと

I ファイスシート（基本情報記録）

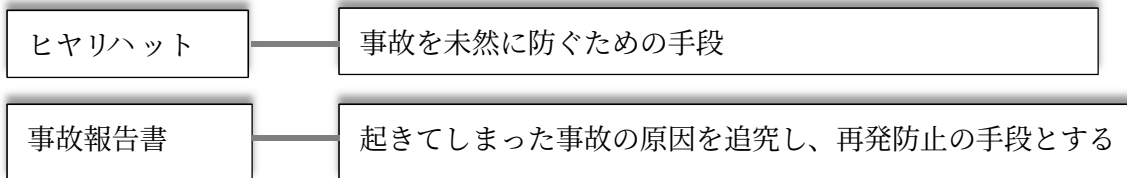
利用者の氏名、年齢、生年月日、身体状況、経済状況、生活環境、家族関係、パーキンソン病などの基本情報を記載した書類

主訴	本人			介護者			
家族構成			氏名	続柄	年齢	備考(職業等)	
生活歴							

記載内容としては、サービス全体をマネジメントするケアマネなどが作成した内容を、利用者の同意を得たうえで作成する



2 ヒヤリハットまたは事故報告書



発生場所	略図
利用者・家族への説明・内容	

管理者	相談員	看護	介護	栄養	事務

他のスタッフの状況はどうだったかも記載

- ・チームでケアすることが多い職場では、ほかのスタッフがどうしていたかを記載することが重要になる

たとえば興奮状態の利用者に対応していたときに事故が起きたのであればだれもその転倒を未然に防ぐことができなかったのか。あるいは誰かフォローすることができなかったのか、もしできなかったとすれば何が原因か、あるいはフォローできる体制を整備するには何が重要なのかなどを探ることで今後の対応が見えてくる

この報告書はこの事故が二度と起きないようにみんなで考える材料にすることができる
そのため、略図を用いることが大切⇒スタッフ全員が共有しやすい用紙にならない

回覧確認欄

- ・出せば終わりではない！！本体の記録の意味をなしていないことになる
 - ・周知したことを証明として残す
- 「聞いていない」「知らない」とならないようにしなければならない

ホームヘルパーシフト管理表 (日付ごと)

日 (月)	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 (火)	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 (水)	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 (木)	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 (金)	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 (土)	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 (日)	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

サ責業務ダンドリ仕事術 (日総研)

登録型ホームヘルパー台帳

平成 年 月 日 現在

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

サ責業務ダンドリ仕事術（日総研）

ホームヘルパーシフト管理表 (ホームヘルパー別)

		8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時	18時
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											
	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
Dヘルパー	月曜											
	火曜											
	水曜											
	木曜											
	金曜											
	土曜											
	日曜											

サ責業務タンドリ仕事術 (日総研)

訪問介護事業 サービス提供責任者業務分担表

平成 年 月 日作成

☆：主担当 ○：担当 △：サブ

	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		
10日～20日	フェースシート，事前アセスメント作成	1件1.5時間		
20日	登録ヘルパー給与計算	1.5時間		
20日～月末	訪問介護計画作成	（新規ケース）1件1.5時間 （更新ケース）1件30分		
	提供票内容確認・コピー・配布	30分		
28日	訪問介護計画書を居宅・包括へ提出	（他事業所）1件45分 （同一法人）1件10分		
	訪問介護計画書を利用者へ交付	訪問1件60分		
随時実施	シフト調整の連絡	1回3分まで		
	ホームヘルパーへの業務連絡	1回5分まで		
	ホームヘルパーからの相談対応	1件10分まで		
	サービス担当者会議	1回1時間		
	サービス提供記録簿コメント記入	1週間分1.5時間		
	サービス提供記録簿整理	1週間分1時間		
	同行訪問	訪問1件1.5時間		
	利用料金の集金	訪問1件45分		
書類作成	シフト表作成	1回30分		
	サービス提供記録簿作成	1件10分		
	月間予定作成	1回15分		
	援助マニュアル作成	1件1時間		
	利用者状況記録（フェースシート）の作成	（新規ケース）1件30分 （更新ケース）1件10分		
	人事評価作成・会議（半年1回）	1人45分		
その他	契約・重要事項説明	1件1.5時間		
	事業所会議（報告内容準備・報告）	1回2時間		
	ホームヘルパー研修会	（企画）1回1.5時間		
		（司会）1回1時間		
		（記録）1回30分		

※所要時間は目安です。

サ責業務ダンドリ仕事術（日総研）

										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		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
2		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
3		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
4		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
5		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
6		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
7		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
8		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
9		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	
10		/ / ~ / /		年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日		年 月 日	年 月 日	

年間研修予定表(年度)

[illegible]

サービス提供責任者仕事ハンドブック (中央法規)

新人研修予定表

ヘルパー氏名

管理者	提供責任者

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 (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、待遇等)		
新人研修 Ⅱ	各記録類の記入について ①ヘルパー業務日誌の記入の仕方 ②サービス提供記録の記入の仕方 ③出勤簿・勤務管理簿の記入の仕方 ④その他		
新人研修 Ⅲ	利用者の担当について ①サービス提供責任者との関わり ②個別援助計画書作成		
新人研修 Ⅳ	手洗いの仕方と感染予防およびエプロンの使用について		
新人研修 Ⅴ	同行研修(実技含む) ①車椅子移乗について ②オムツ交換・トイレ排泄介助について ③食事介助について ④その他必要な介助		
新人研修 Ⅵ	事故発生時の対処法について		

サ責業務ダンドリ仕事術(日総研)

受講生出欠表 (生活相談員)

NO	○月○日	○月○日	受講者氏名	フリガナ	性別	資格①	資格②	資格③	勤務年数
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									

H27 年介護保険改正の概要

改正のポイント

H27 年 4.1～改正 ● 要支援 1・2 の対象者について介護保険本体の給付（予防給付）から、訪問介護と通所介護を外し、対応するサービスについて地域支援事業を再編成する、これに従い地域支援事業を再編成する。 ● サービス付き高齢者向け住宅への住所特例の適用 ● 特別養護老人ホームの入所対象者を原則要介護 3 以上にする。
H27 年 8.1 補足給付に一定以上の所得がある利用者に対して自己負担額の引き上げ（資産等を勘定）
H28 年 4.1～ 地域密着通所介護の創設（18 人以下の小規模デイサービスを地域密着とする） 通所介護においては定員 18 人以下の小規模デイサービスを地域密着型サービス（総合事業）に移行する。それに従い事業所開設など許認可については市町村の管理下に置くものとする。
H30 年 4.1 居宅支援事業所の指定権限を市町村に移譲

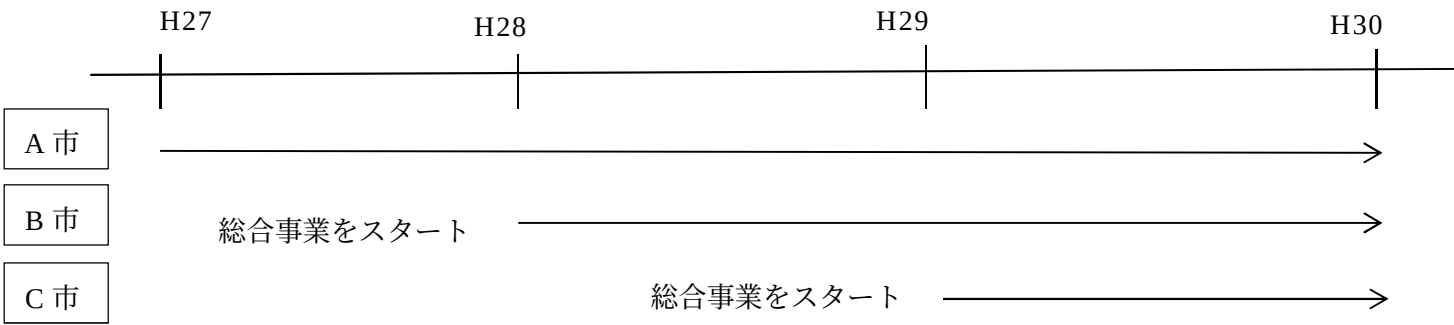
各ポイントの説明

介護予防・日常生活支援総合事業にかかわる経過措置について



総合事業は H27 から始まり市町村の判断により H30 年までにはすべての市町村が総合事業に移行することとする

イメージ

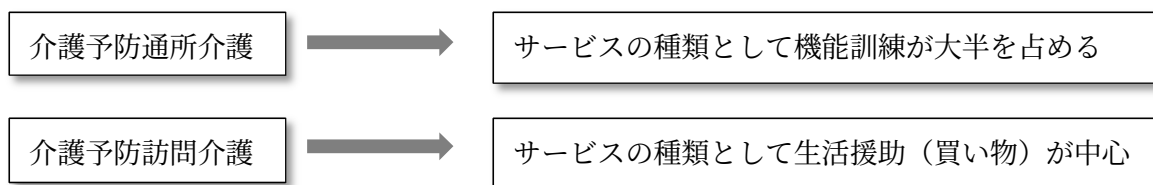


但し、介護保険における介護予防認定期間は 1 年間⇒1 年後には総合事業へ半強制移行となる

要支援 1・2 の軽度者について、訪問介護・通所介護の予防給付の対象から除外へ（介護予防・生活支援総合事業）

介護予防でのサービスの利用は、介護予防通所介護と介護予防訪問介護が現在中心となっている。

それぞれのサービスの内容は、次のとおり



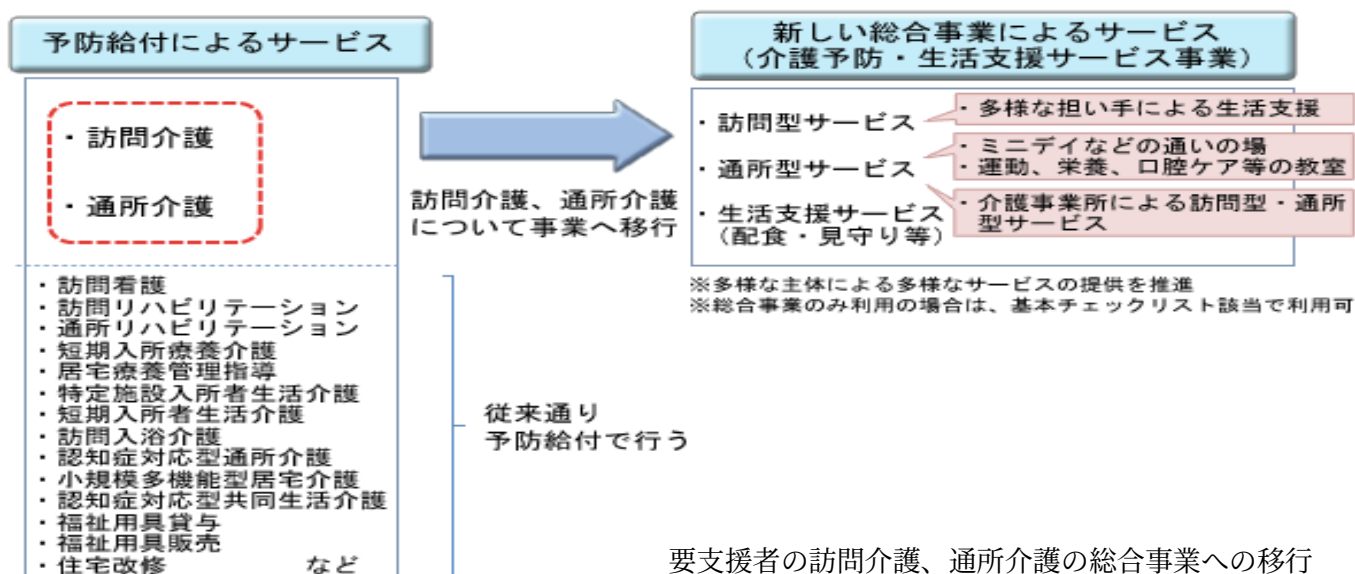
全国平均で介護予防の利用者は全体の約 27%（平成 25 年 4 月末。地域によっては 30%強、あるいはそれ以上。）、そのうち 57%が利用している訪問介護と通所介護が介護保険の本体給付から外れることになる。

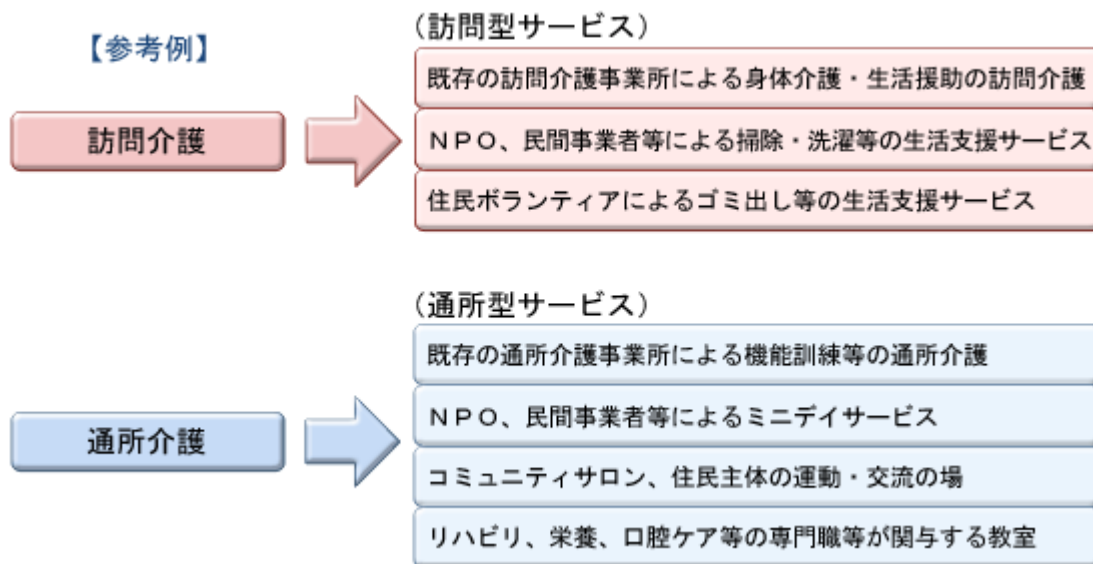
また、要支援サービスの廃止については、平成 27 年度当初からではなく、自治体の準備状況等に応じて、27 年度から 3 年以内に完了という日程設定としている。

今回の「新しい」要支援事業の概要

実施主体	市町村
対象者	要支援者及び介護予防、生活支援サービス事業対象者
利用手続き	要支援認定によりケアマネジメントに基づき利用
事業内容	介護予防・生活支援サービス事業として、訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービス（配色・見守り等）を実施
事業費の単価	市町村による単価設定を可能とする。単価については現在の予防給付の報酬以下の単価を市町村が設定できるものとする。
利用料	内容に応じた利用料を市町村で設定
事業者	市町村が委託する方法に加え、認定によって特定し、事後的に支払う仕組みを検討
限度額管理	利用者個人の限度額管理を実施
財源	予防給付と同じ

全国一律のサービス内容であった訪問介護や通所介護については、新しい総合事業に移行することにより、介護事業所による既存のサービスに加えて、様々な主体により、多様なサービスが提供されることにより、利用者の選択の幅が広がることとなる。

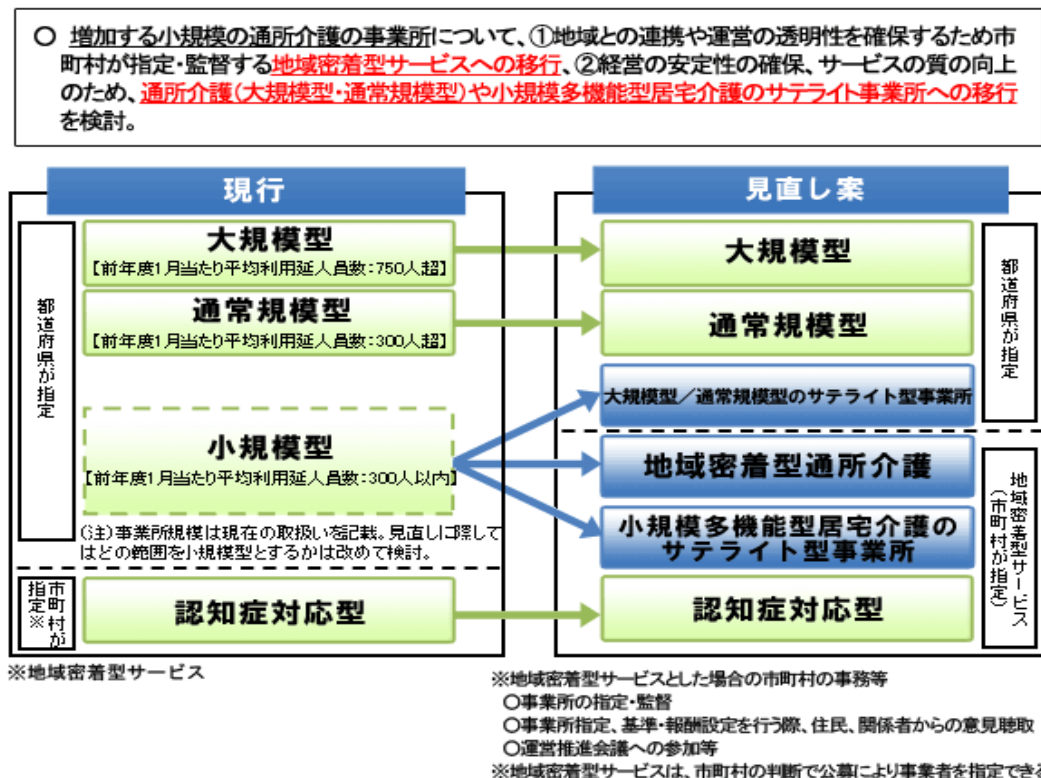




利用定員 18 名以下の事業所を自動的に地域密着型通所介護とする（みなし指定）

- 小規模型通所介護の地域密着型への移行と再編
 - ・小規模型については、地域密着型サービスへ移行する。
 - ・その他として、小規模多機能居宅介護のサテライトや大規模型・通常規模型の通所介護のサテライト型事業所という位置づけとする。
 - ・地域密着型サービスに移行することにより、その指定は当該市町村になり、整備目標数は、介護保険事業計画において管理されることになり、それを超える開設は事実上困難となる。
- なお、通所介護の事業所数は平成 24 年度末現在 35,453 ヶ所で、そのうち小規模型は 17,963 ヶ所で、事業所数全体の 50%を超えている。

小規模型通所介護の移行イメージ（案）



特養入所条件は要介護 3 以上 ただし条件付きにより要介護 1・2 の入所も認めるものとする

- ・要介護 1・2 の要介護者でやむを得ない事情により自宅での生活が著しく困難である場合には特例的に入所を認める
- ・現在の入所者の継続入所を認める
- ・入所後、要介護 1・2 に改善した場合、継続入所を可能とする（経過措置）

要介護 1・2 において入所を申し込める条件（特例入所）

- 「認知症で常時見守りが必要なケース」
- 「家族介護に限界があり、他の介護資源も不十分であるケース」
- 「知的障害や精神障害を伴い、地域では生活が困難なケース」
- 「虐待など処遇困難事例と思われるケース」などが想定

補足給付について資産を勘定する（平成 27 年 8 月施行）

特養に入所する低所得者の食費や居住費を給付する補足給付は、現行は本人が属する世帯の課税状況や本人の年金収入、所得を勘案して支給されている。貯蓄の資産などは勘案されていない

預貯金について	
夫婦世帯	2000 万円以上
単身世帯	1000 万円以上



- ・資産、預金残高を勘定
- ・この年収額以上の者には支給されない

収入に応じ現在の利用者負担 1 割を 2 割にする。

財政を考慮し、一定額収入がある高齢者の介護サービス自己負担を現在の 1 割から 2 割にする。介護サービス利用者の 5 人に 1 人が影響を受けることになる。

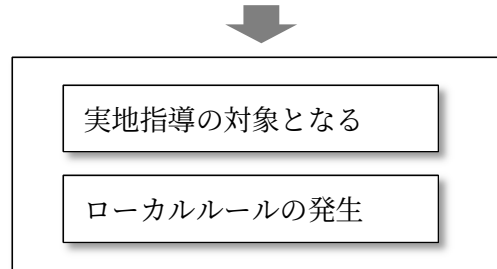
2 割自己負担対象者

全体の 20%	年金のみ 単身世帯	年金のみ 夫婦世帯
	280 万円以上	359 万円上

- ・自分の年金を切り崩しながら生活している
- ・決して、経済的に余裕があるわけではない

居宅介護支援事業所〔ケアプランセンター〕及びケアマネジメントに関する改正

- 居宅介護支援事業所の指定権限を都道府県から市町村に移譲（平成 30 年 4 月施行）



- ケアマネ試験受験要件の見直し
 - ・ 受験資格を生活相談員、支援相談員、生活支援専門員⇒実務経験 5 年以上
または社会福祉士、介護福祉士などの国家資格取得者とする
 - ・ 試験における解答免除を廃止
- ケアマネの研修カリキュラムの見直し
 - ・ 医療介護連携と医療知識の追加⇒医療機関との連携を強化する為
- 主任介護支援専門員への更新制および更新研修の導入や研修カリキュラムの見直し
- 各研修終了後に確認テストを実施
⇒合格することが終了条件
- 支援計画書作成費用の自己負担を 1 割にすることが検討されている

サービス付き高齢者向け住宅に住所地特例を適用する（賃貸契約）

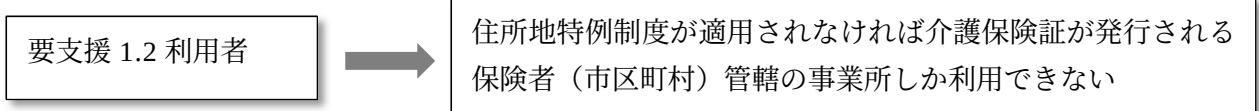
- ・ 平成 27 年 4 月 1 日以降の入所から適用する
- ・ 介護や食事の提供が行われるなど有料老人ホームに該当するサービス付き高齢者住宅（サ高住）について住所特例の対象とする

現在の住所地特例の対象施設
老健、特養、療養施設の 3 施設
介護付き有料老人ホーム（特定施設）
経費老人ホーム（特定施設）
養護老人ホーム（特定施設）



サービス付き高齢者住宅が地域特例地の対象に加わる

今回の改正では、地域支援事業（要支援 1,2 を介護保険から外す事業）に住所地特例制度を適用



H27 年介護報酬改定についてポイント

介護サービス評価の導入
例 要介護 3⇒要介護 2 へ改善した場合の加算導入

高齢者住宅の「同一建物減算」の強化

定期巡回随時対応、複合サービスへの「同一建物減算」の適用

訪問看護に機能強化型を新設
通常の訪問看護の報酬体系に加え、機能強化型の報酬体系を新たに設ける

区分支給限度額のサービス単位の設定
包括に限ってアップする

地域密着型通所介護の報酬体系を新たに創設する

訪問介護サービスについて
・身体 0 を日中でも使用できるようにする
・生活援助サービスの減算を適用

介護職員処遇改善加算を存続
但し、区分によっては加算要件に雇用規定の作成を義務づける

老健について
短期間で入所退所を繰り返す利用者に対し、介護報酬を減算

医療機関連携の評価加算を強化

地域区分について
級地区分 1 区分増設し今の 7 段階から 8 段階へ

1 級地	2 級地	3 級地	4 級地	5 級地	6 級地	その他
------	------	------	------	------	------	-----

↓

1 級地	2 級地	3 級地	4 級地	5 級地	6 級地	7 級地	その他
------	------	------	------	------	------	------	-----

介護予防・生活支援サービス事業について

■事業と内容

訪問型サービス（第 1 号訪問事業）

要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供

通所型サービス（第 1 号通所事業）

要支援者等に対し機能訓練や憩いの場など日常生活上の支援を提供

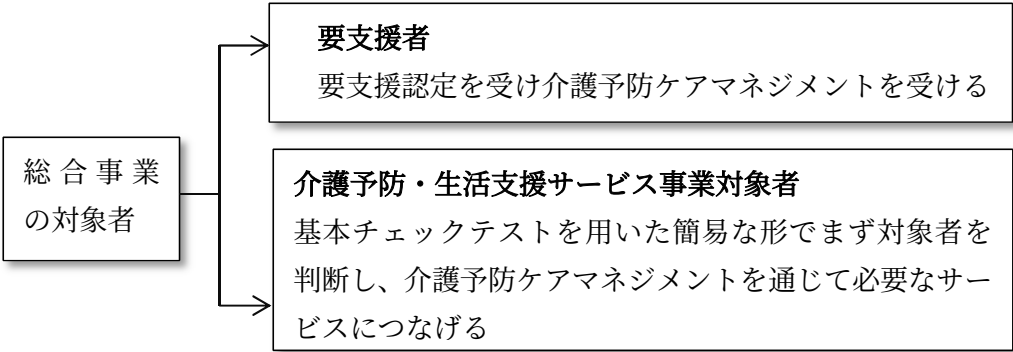
その他の生活支援サービス（第 1 号生活支援事業）

要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らしの高齢者等への見守りを提供

介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）

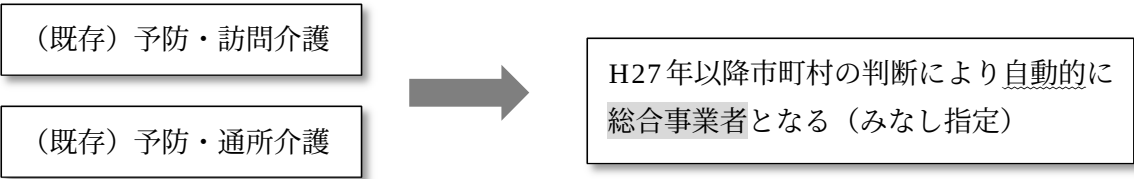
要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

■対象者

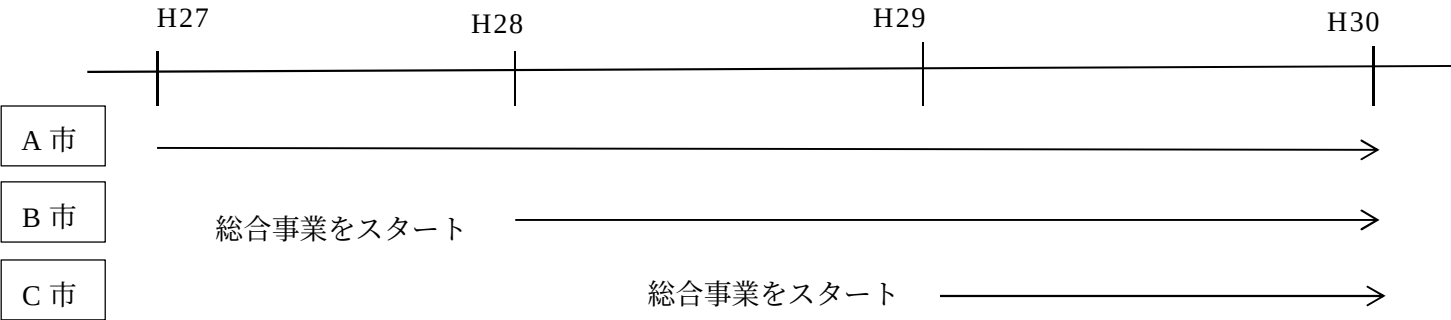


介護予防・総合事業移行について

介護予防・日常生活支援総合事業にかかわる経過措置について



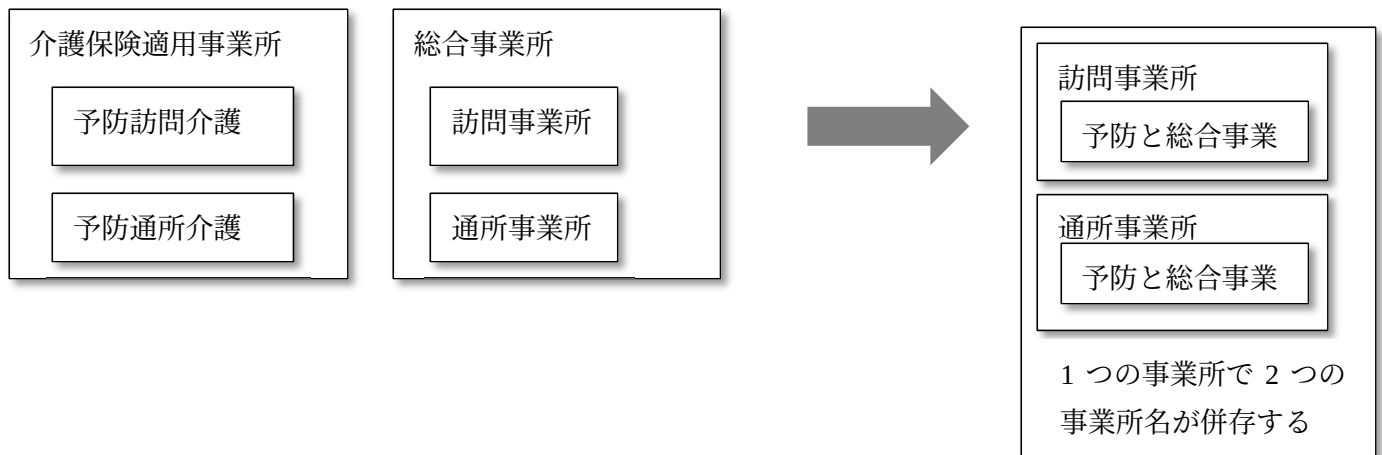
総合事業は H27 から始まり市町村の判断により H30 年までにはすべての市町村が総合事業に移行することとするイメージ



但し、介護保険における介護予防認定期間は 1 年間⇒1 年後には総合事業へ半強制移行となる

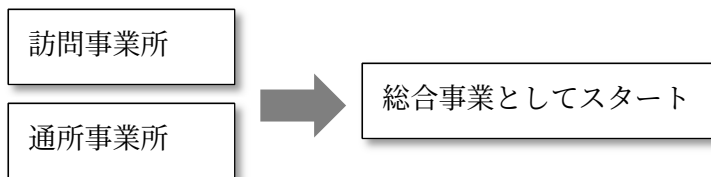
従って

H27 年 4 月～H30 年 3 月まで



例えば A 事業所がみなし指定を受けたとき、A 事業所は指定を拒むことができる。その場合は事業所が所在する都道府県または市町村に届出を提出する。

H30 年以降



介護保険における介護予防（要支援 1.2）における認定期間について

予防サービスの事業者認定は平成 30 年 3 月末日までは有効ではあるが、総合事業開始後も予防サービスを利用する要支援認定者は要支援の認定更新までに限って予防サービスを継続して利用できるが、要支援の認定有効期間は最大 1 年であるため、総合事業の開始から 1 年ですべての要支援者は総合事業に移行するものとする

希望者から段階的に移行する場合であっても、一度、総合事業によるサービスを利用した場合は、以降は予防給付の訪問介護や通所介護を利用することができない

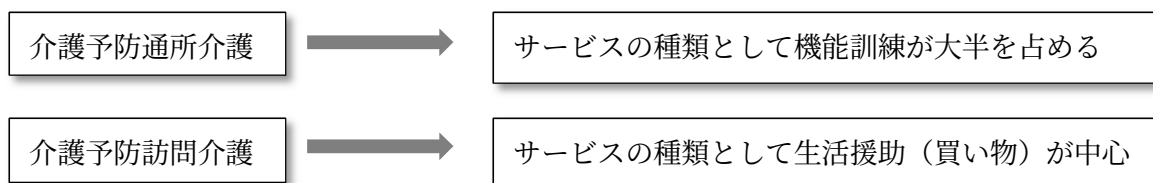
介護保険条例参考例（案）Q&A より

たとえ介護予防サービス利用可能期間中であってもこのガイドラインを適用するものとする

要支援 1・2 の軽度者について、訪問介護・通所介護の予防給付の対象から除外へ（介護予防・生活支援総合事業）

介護予防でのサービスの利用は、介護予防通所介護と介護予防訪問介護が現在中心となっている。

それぞれのサービスの内容は、次のとおり



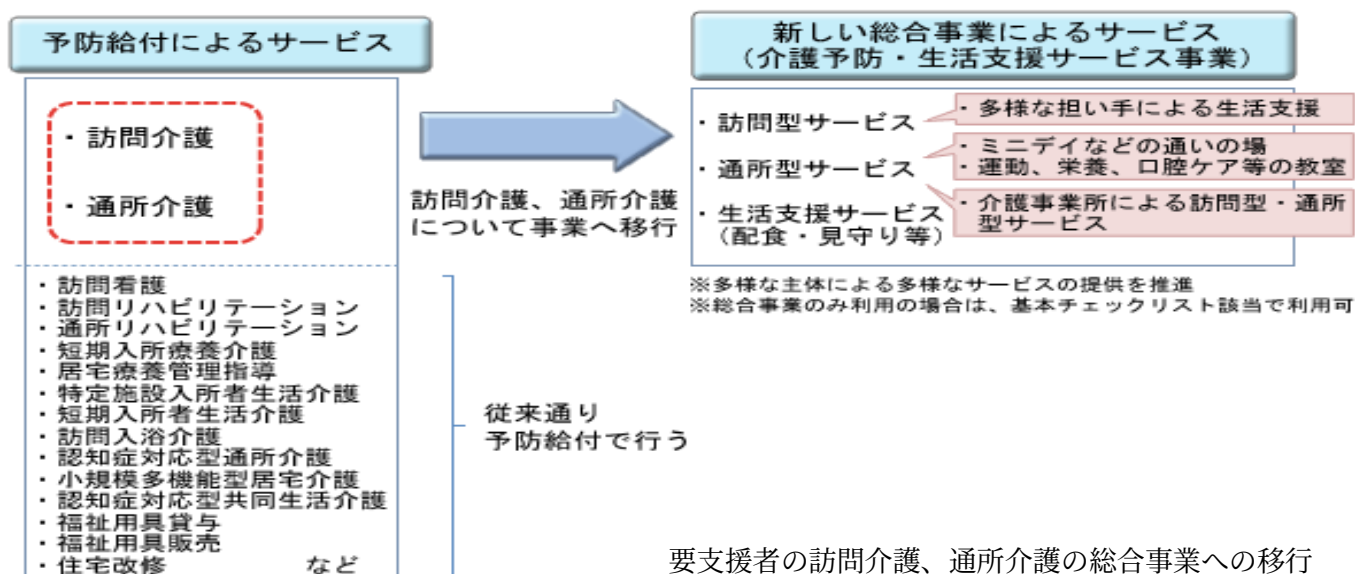
全国平均で介護予防の利用者は全体の約 27%（平成 25 年 4 月末。地域によっては 30%強、あるいはそれ以上。）、そのうち 57%が利用している訪問介護と通所介護が介護保険の本体給付から外れることになる。

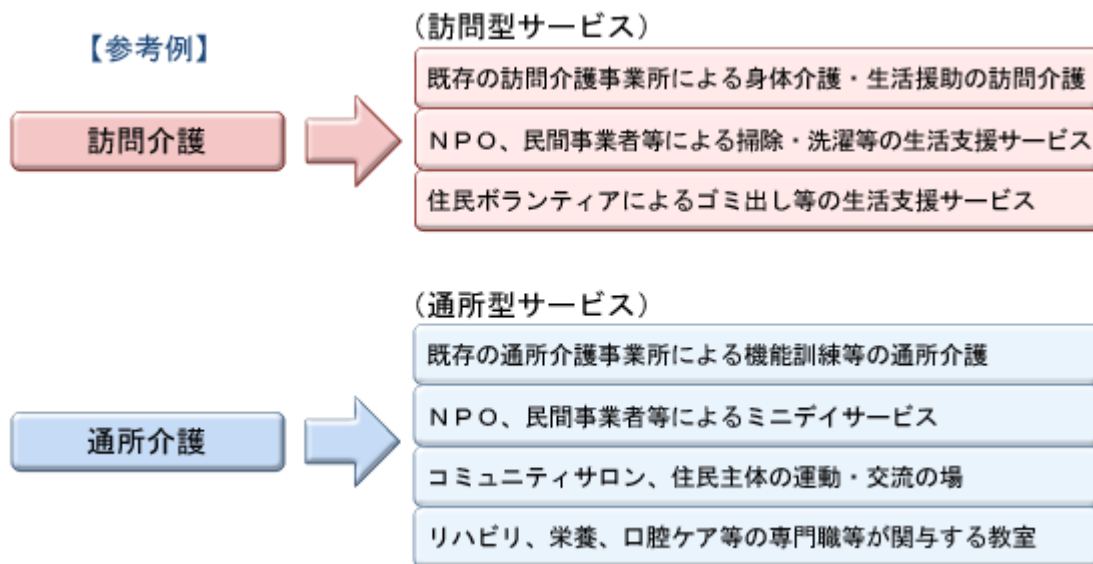
また、要支援サービスの廃止については、平成 27 年度当初からではなく、自治体の準備状況等に応じて、27 年度から 3 年以内に完了という日程設定としている。

今回の「新しい」要支援事業の概要

実施主体	市町村
対象者	要支援者及び介護予防、生活支援サービス事業対象者
利用手続き	要支援認定によりケアマネジメントに基づき利用
事業内容	介護予防・生活支援サービス事業として、訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービス（配色・見守り等）を実施
事業費の単価	市町村による単価設定を可能とする。単価については現在の予防給付の報酬以下の単価を市町村が設定できるものとする。
利用料	内容に応じた利用料を市町村で設定
事業者	市町村が委託する方法に加え、認定によって特定し、事後的に支払う仕組みを検討
限度額管理	利用者個人の限度額管理を実施
財源	予防給付と同じ

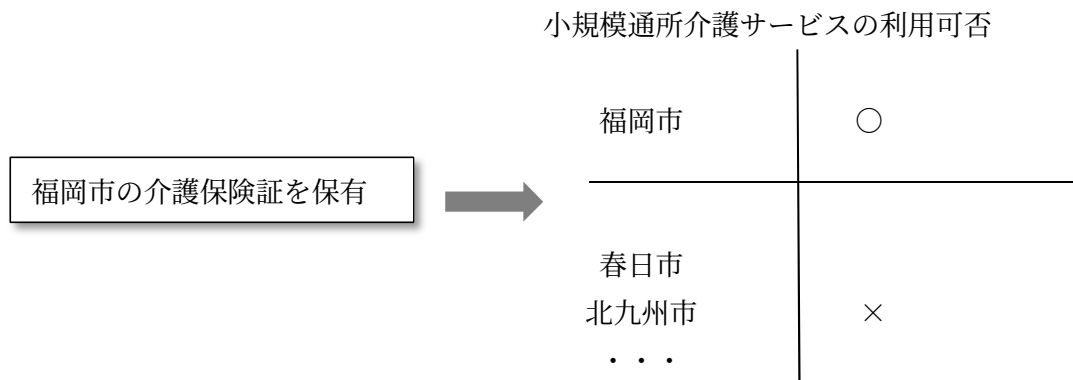
全国一律のサービス内容であった訪問介護や通所介護については、新しい総合事業に移行することにより、介護事業所による既存のサービスに加えて、様々な主体により、多様なサービスが提供されることにより、利用者の選択の幅が広がることとなる。



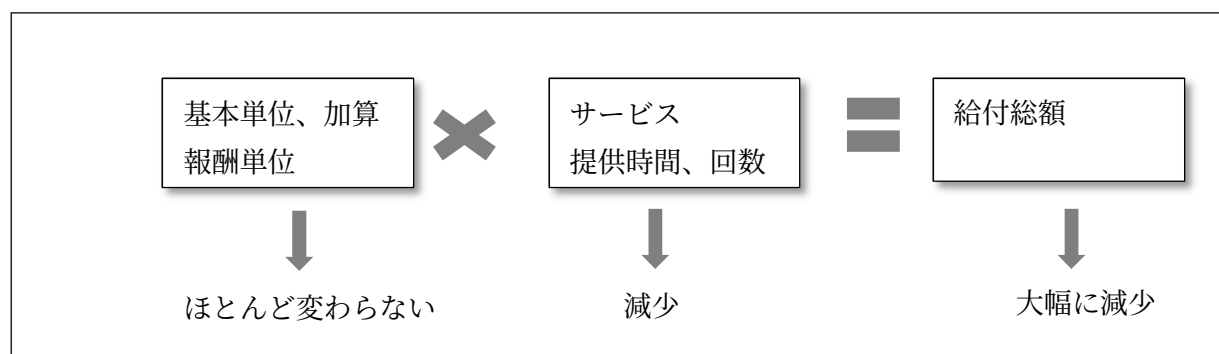


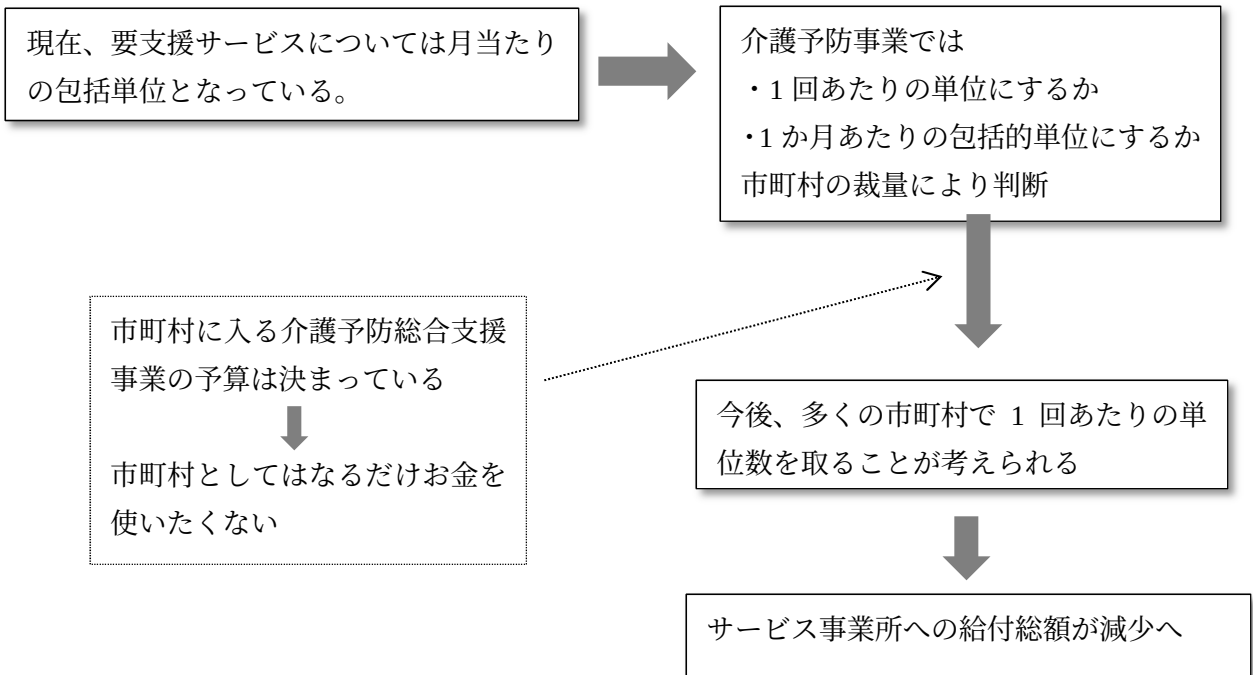
要支援者に対する訪問介護・通所介護の多様化（イメージ）

- 地域密着型へ移行することへの考えられる影響
 - ・市町村の判断で公募による指定（指定数に上限有）
 - ・許認可制限（1年間で設置できる数に上限有）⇒新規の事業所が設置しにくくなる
 - ・地域での利用者制限（隣接する市区町村からの利用はできない）
 - ・地域独自のローカルルール形成
 - ・地域をまたいだ利用者の受け入れはできない。



● 要支援事業に移行することによる介護報酬の影響



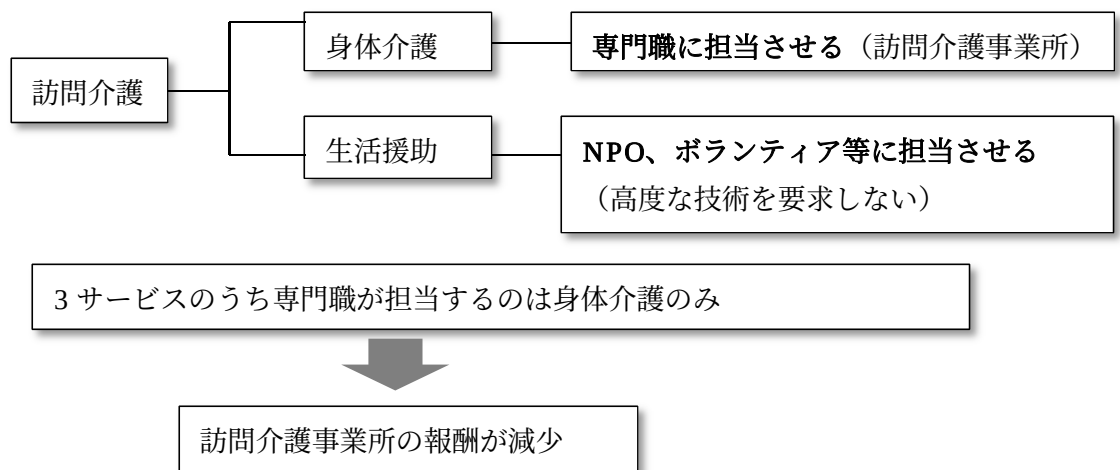


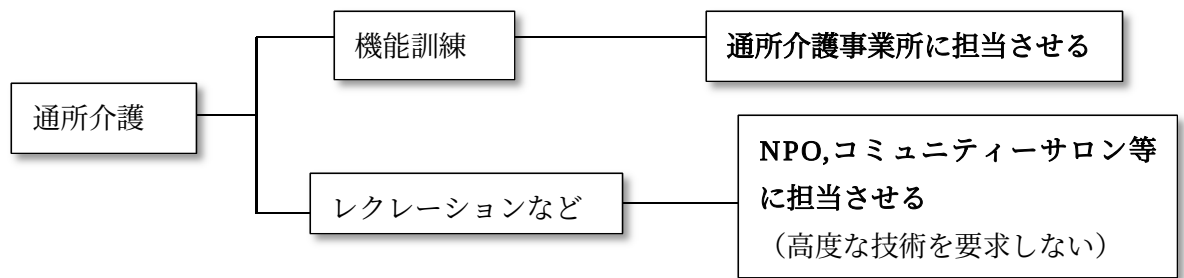
生活支援サービスコーディネーター【新規資格】の創設

- ・訪問介護における生活支援サービスの人材育成、連絡調整

主な役割	
資源開発	・地域に不足するサービスの創出 ・サービスの担い手の育成 ・元気な高齢者などが担い手として活動する場の確保など
ネットワーク構築	・関係者間の情報共有 ・サービス提供主体間の連携の体制づくりなど
ニーズとのマッチング	・地域との支援ニーズとサービス提供主体の活動をマッチング ・サービス提供主体間の活動ニーズと活動可能な地域資源のマッチングなど

総合事業へ移行することで推測される影響





2 サービスのうち通所介護事業所が担当するのは機能訓練のみ



介護報酬の減少

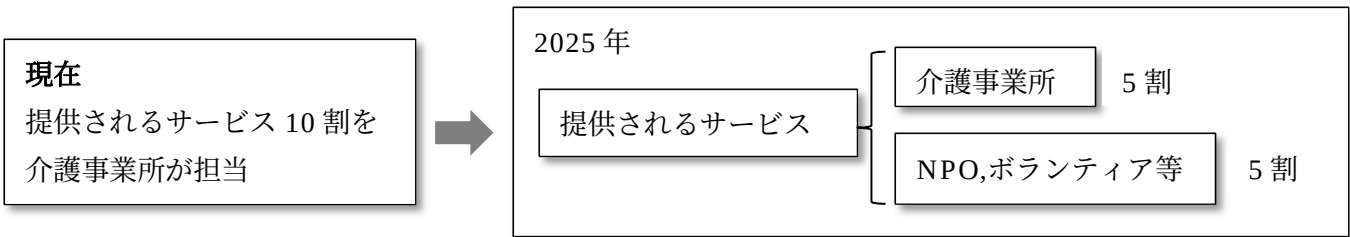
● 総合支援事業移行後のサービス利用割合について

6 月 11 日 厚労省老健局通達より

専門的なサービスのサービス量については、多くとも現状維持であり、基本的には一定程度減っていくことが考えられ、変動幅については様々な仮定が考えられる。

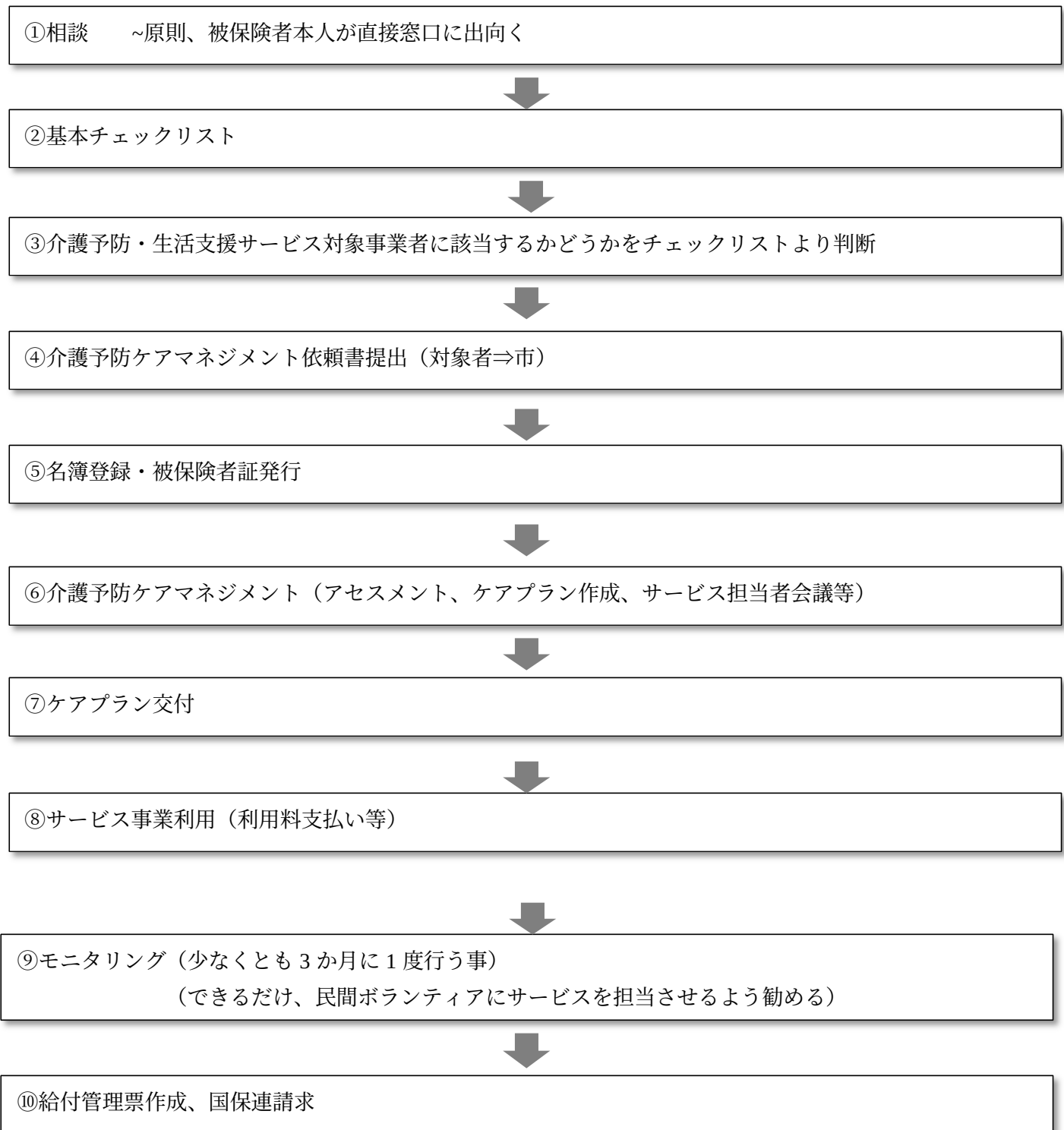
仮に、専門的サービスのサービス量を現状維持として、今後サービス量が増える分（過去の要支援者の伸び率 7%程度で伸びると仮定）を様々なサービスとして計算した場合、2025 年の専門的サービスと様々なサービスはそれぞれ 5 割ずつと計算される。

この資料から言えること



総合事業を施行させることにより 2025 年には必要とされる介護サービスの提供量により事業所が担当する介護サービス量を 5 割に減らすと厚労省はもくろんでいる。

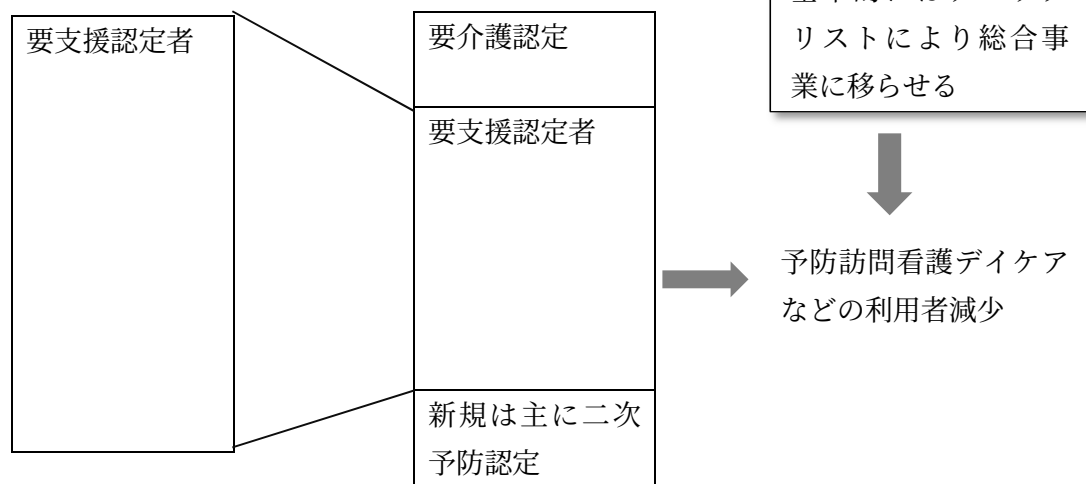
総合事業利用の流れについて



- 総合事業の利用は要介護認定がいらないことが大きなポイント
- 基本的に利用者本人からの申請要請がないと介護予防サービスは利用できない
- ケアプラン作成は包括が担当する

・第2被保険者については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こと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

総合事業を利用することによる要支援者数について

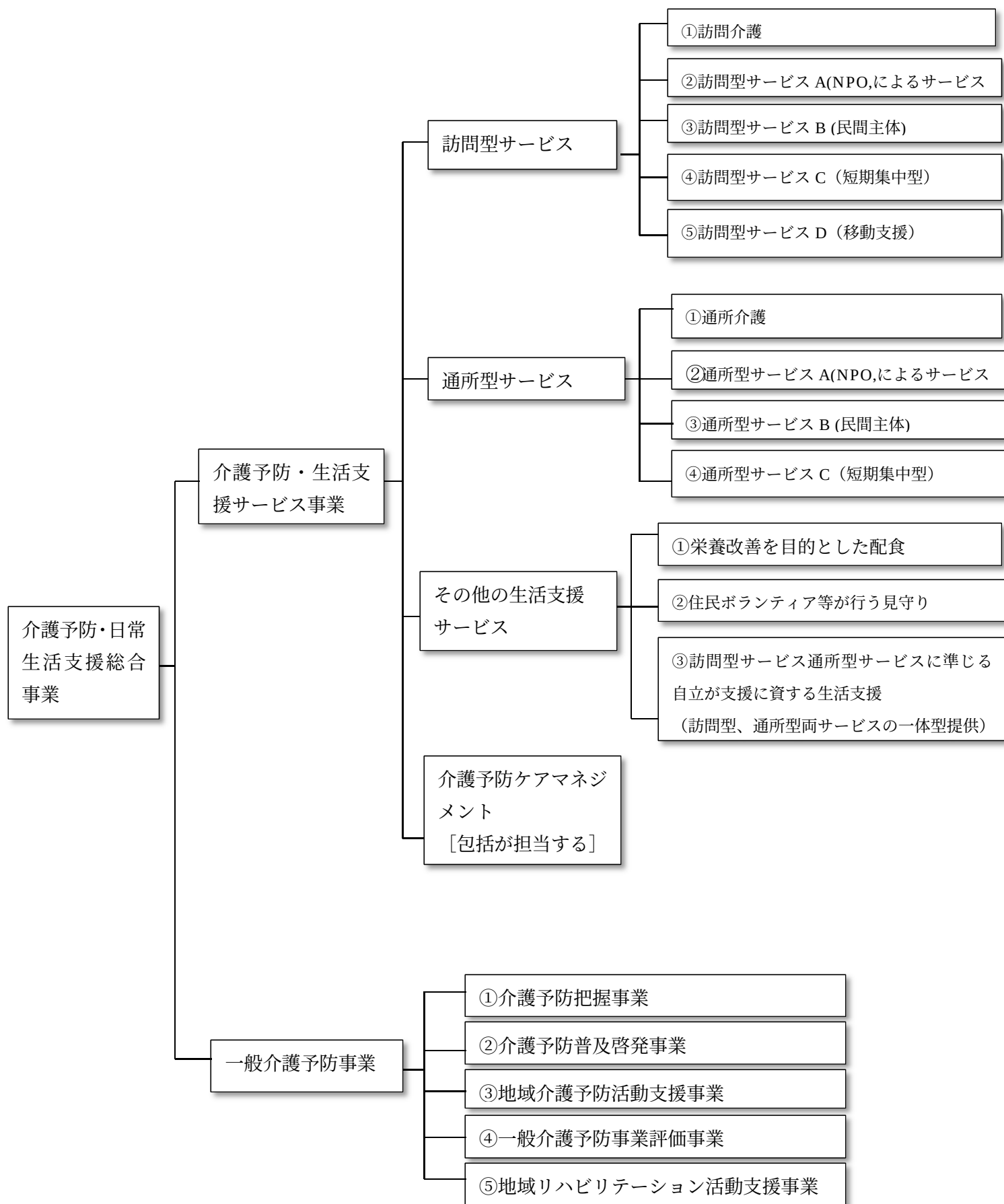


総合事業には介護保険適用サービスと違い、更新がない

たとえ、要支援者の介護度が重くなったとしても、介護保険証などの更新がない

要支援者の利用者減少につながる

介護予防・日常生活支援総合事業の構成（全体像）



＊②訪問型、通所型サービス A・・・・・・・ NPO 法人（直接雇用者）が担当

③ // B・・・・・・・ ボランティアが担当

④ // C・・・・・・・ 一定期間を保健・医療の専門職が担当、症状が回復してきたら民間ボランティアが担当する

市町村の総合事業実施での留意事項

新しく事業の対象となる要支援者等について

出来るだけ、住民主体の支援等の多様なサービスの利用を施す。



簡易チェックリストで出来るだけ、事業所ではなく、市民団体で出来るサービスにつながるよう施すこと

訪問介護型サービスにおいて事業所を利用するケース

認知機能の低下により日常生活に支障があるケース、身体介護サービス（入浴、排せつなど）の提供を受ける場合のみに限定

通所型サービスにおいて事業所を利用するケース

生活機能向上のための機能訓練を受ける場合のみ、また認知症があり日常生活に支障が出ると判断した場合に限る

一定期間終了後のモニタリングにおける留意点

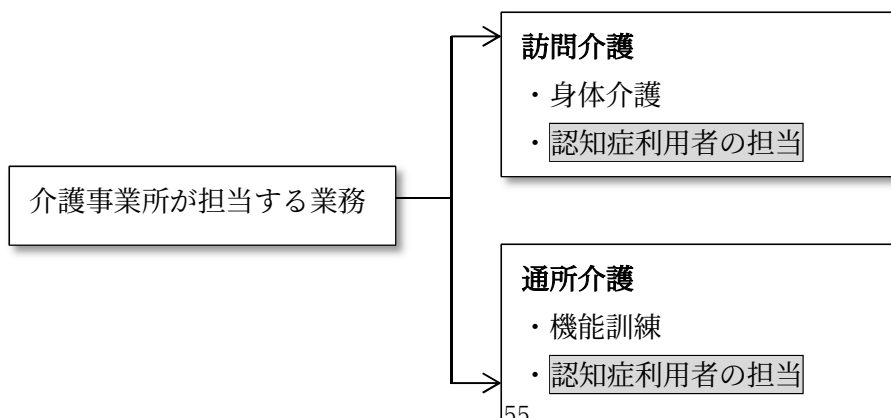
可能な限り、事業所によるサービスから民間主体のサービス（NPO, ボランティア主体）にシフトする

(3) 今回の総合事業におけるまとめと対策

- ・既にサービスを利用しているケースで、利用継続が必要とケアマネジメントにおいて認められるケースは、介護予防担当のサービス利用に配慮する。
- ・新しく事業の対象となる要支援者等については、自らの能力を最大限活用しつつ、住民主体による支援等の多様なサービスの利用を施す。
- ・訪問介護員等によるサービスは、主に認知機能の低下等により日常生活に支障があるような症状や行動を伴うケース等
- ・通所介護事業者のサービスについては主に「多様なサービス」の利用が難しいケース・不適切なケースや、専門職の指導を受けながら生活機能の向上の為にトレーニングを行う事で生活機能の改善・維持が見込まれるケース等
- ・一定期間後のモニタリングに基づき、可能な限り、住民主体の支援に移行していくことを検討することが重要
- ・多様なサービスについては、サービス内容は柔軟に提供可能とし、ケアマネジメントにより、利用者の自立支援に資する支援を提供する

全国介護保険担当課長会議資料 2014.7/28

注) 多様なサービスとは市民ボランティア、NPO 法人など市民団体によるサービスの事
このガイドラインから今後の対策をまとめると・・・





今現在、認知症高齢者数はサービスを利用していない者も含めると 800 万ともいわれる



全ての事業所スタッフに認知症の知識の習得を済ませておくことが今後の業務の必須条件となる
今後は、市区町村が定める認知症に関する研修を受けることが評価につながる（加算要件につながる）と思われる

地域医療・介護総合確保推進法（平成 26 年 6 月 25 日施行）

正式名称は、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」。高齢化が進行する中で、社会保障制度を将来も維持していくために、医療・介護提供体制の構築や、医療・介護を対象とした新たな税制支援制度の確立、地域包括ケアシステムの構築などを行い、地域における医療と介護の総合的な確保を推進するもの



在宅ケア、包括システムの移行強化、医療と介護の融合

ではなぜ、厚労省は施設から在宅の移行を強力に推し進めるのか

ただでさえ財政的に苦しいのに、施設、病院に金を出したくない!!

これが、本音。
在宅ケアの現実を知らないお役人が多すぎる!!