

ケアマネジャー ガイドライン

令和2年4月
(改訂版)



横浜市健康福祉局

《 目 次 》

I 介護保険制度の概要

- 1 介護保険制度の目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2 介護保険制度の基本理念・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 3 介護保険制度の変遷・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

II 介護保険制度とケアマネジャー業務

- 1 ケアマネジャー業務の基本概念・・・・・・・・・・・・・・ 3
- 2 ケアマネジャーを取り巻く環境・・・・・・・・・・・・・・ 5
- 3 ケアマネジャー業務の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
- 4 ケアマネジャーの1か月の動きと業務内容・・・・・・・・ 7
- 5 ケアマネジャー業務のポイント
 - (1) インテーク・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14
 - (2) 契約・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16
 - (3) アセスメント・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18
 - (4) ケアプラン原案作成・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 24
 - (5) サービス担当者会議・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 30
 - (6) ケアプラン原案修正及び説明・・・・・・・・・・・・ 33
 - (7) ケアプランの交付・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 35
 - (8) モニタリング・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 37
 - (9) 給付管理・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 39
 - (10) その他業務
 - ア 要介護認定関連業務・・・・・・・・・・・・・・・・ 42
 - イ 苦情対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 45
 - ウ 緊急時や事故発生時の対応・・・・・・・・・・・・ 47
 - エ 介護予防支援事業者(地域包括支援センター)との連携 49
- 6 医療と介護の連携
 - (1) 主治医との連携・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 51
 - (2) 在宅医療連携拠点(在宅医療相談室)・・・・・・・・ 54
 - (3) 医療と介護の連携ツール・・・・・・・・・・・・・・ 55
 - (4) 多様な医療職との連携・・・・・・・・・・・・・・ 56

III ケアマネジャー支援体制

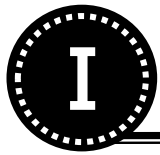
- 1 支援体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 57
- 2 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の具体的内容 58
- 3 ケアマネジャーを支える仕組み・・・・・・・・・・・・・・ 60

IV 支え合う地域社会 地域包括ケアシステム

- 1 地域包括ケアシステムとは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・61
- 2 横浜型地域包括ケアシステムとは・・・・・・・・・・・・・・・・61
- 3 地域の社会資源の活用・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・62
- 4 地域包括ケアシステムの構築に向けて・・・・・・・・・・・・65
- 5 意思決定支援 ～本人の選択と本人・家族の心構え～・・・・66

V 巻末資料

- 1 入院・退院サポートマップ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・70
- 2 入院時・退院時情報共有シート・・・・・・・・・・・・・・・・74
- 3 看取り期の在宅療養サポートマップ・・・・・・・・・・・・76



介護保険制度の概要

ケアマネジャーは介護保険制度の目的を達成するために大きな役割を担っています。そのため制度の目的と理念を理解し、常にこの理念に照らして業務にあたることが望めます。

1 介護保険制度の目的

介護保険法は、加齢に伴って生じる心身の変化による疾病等により介護を要する状態となった者に対して、その人々が有する能力に応じ、尊厳を保持したその人らしい自立した日常生活を営むことができることを目指しています。この実現のため、必要な保健・医療サービス及び福祉サービスが給付されます。この制度は、社会保険制度の一つであり、国民の保健医療の向上および福祉の増進を図ることが目的となっています。

(目的)

第一条

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。

2 介護保険制度の基本理念

介護保険給付は、要介護状態等の軽減または悪化の防止に資するように、医療と連携しながら行われなければならないとされています。そして、このような保健医療サービスや福祉サービスは、本人の選択によって、総合的かつ効率的に提供されるべきだとされています。

介護保険は要介護状態になっても、可能な限り、居宅において本人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ことを目指しています。

(介護保険)

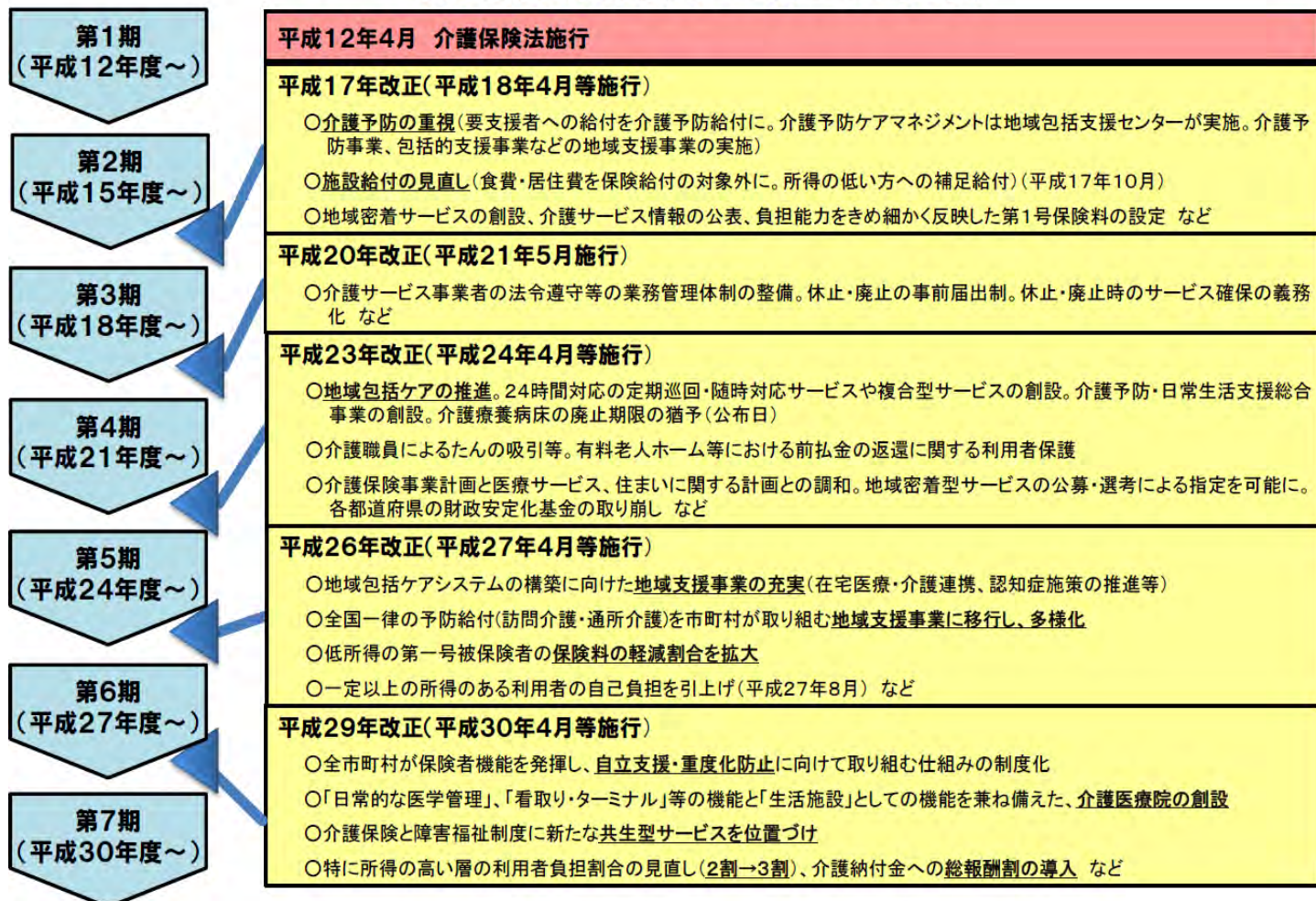
第二条

1. 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。
2. 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。
3. 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。
4. 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

3 介護保険制度の変遷

平成 12 年から施行された介護保険制度ですが、人口や国の財政など社会状況が変わって
いく中で、持続可能な制度となるよう3年に1度見直されています。

介護保険制度の改正の経緯



出典：厚生労働省

■平成29年改正のポイント■

(1) 地域包括ケアシステムの深化・推進

- ① 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進
 - ・全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化
- ② 医療・介護の連携の推進等
 - ・「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設
 - ・医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備
- ③ 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等
 - ・市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
 - ・高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

(2) 介護保険制度の持続可能性の確保

- ① 2割負担者のうち特に所得が高い層の負担割合を3割とする
- ② 介護納付金への総報酬割の導入

Ⅱ

介護保険制度とケアマネジャー業務

1 ケアマネジャー業務の基本概念

(1) 基本理念

ケアマネジャー業務の基本理念は、「要介護者等が可能な限り居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるように支援すること」とされています。

(2) 基本姿勢

ア 人権尊重

援助関係において、利用者の権利を守ることは当然のことながら、地域社会・家庭においても、その人権が侵害されることなく生活できるように、配慮しなければなりません。

イ 主体性の尊重

支援過程においては、常に利用者の意思及び人格を尊重し、利用者が適切な判断ができるように助言をおこないます。

ウ 公平性・中立性の視点

ア) 利用者との関係において、ケアマネジャーは私的な感情や偏見にとらわれることなく、公平中立であることが求められます。

イ) サービスの利用において、利用者に提供される居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏ることがないように、公正中立であることが求められます。

エ 社会的責任

ケアマネジャーは利用者にとって、単なる友人や相談相手ではなく、職業人として専門的な援助関係のうえにある支援者であることを念頭におく必要があります。

オ 個人情報の保護

ケアマネジャーは業務上さまざまな個人情報に触れます。個人情報の保護については十分に留意する必要があります。また、個人情報を取り扱う際には、利用者の同意を取ることが必要です。

(3) 業務の視点

ア「自立」「生活の質の向上」の視点による「生活全体」の支援

介護保険では要介護者等を対象とすることから、概して介護等のサービスに目を向けがちになりますが、ケアマネジャーは、サービスのコーディネートを含めた生活全体を支援することが求められます。

また、要介護者等の自立とは「自らの責任で自らの生活設計をすること」であり、それを支援することがケアマネジャーには求められます。「自立」とはADL以外の面での自立を含めたものであり、ADLの自立が困難な利用者に対しても「自立」を支援することは必要です。

自立を支援するためには、ケアマネジャーは要介護者等の自己決定や自己選択を支援していくことになり、「利用者本位」の視点を持つことが重要となります。そのためには、ケアマネジャーは要介護者等の人間としての尊厳や、一人ひとりの生活に対する価値観を大切にすることが求められます。

イ 総合的なサービス提供のための多職種協働・連携

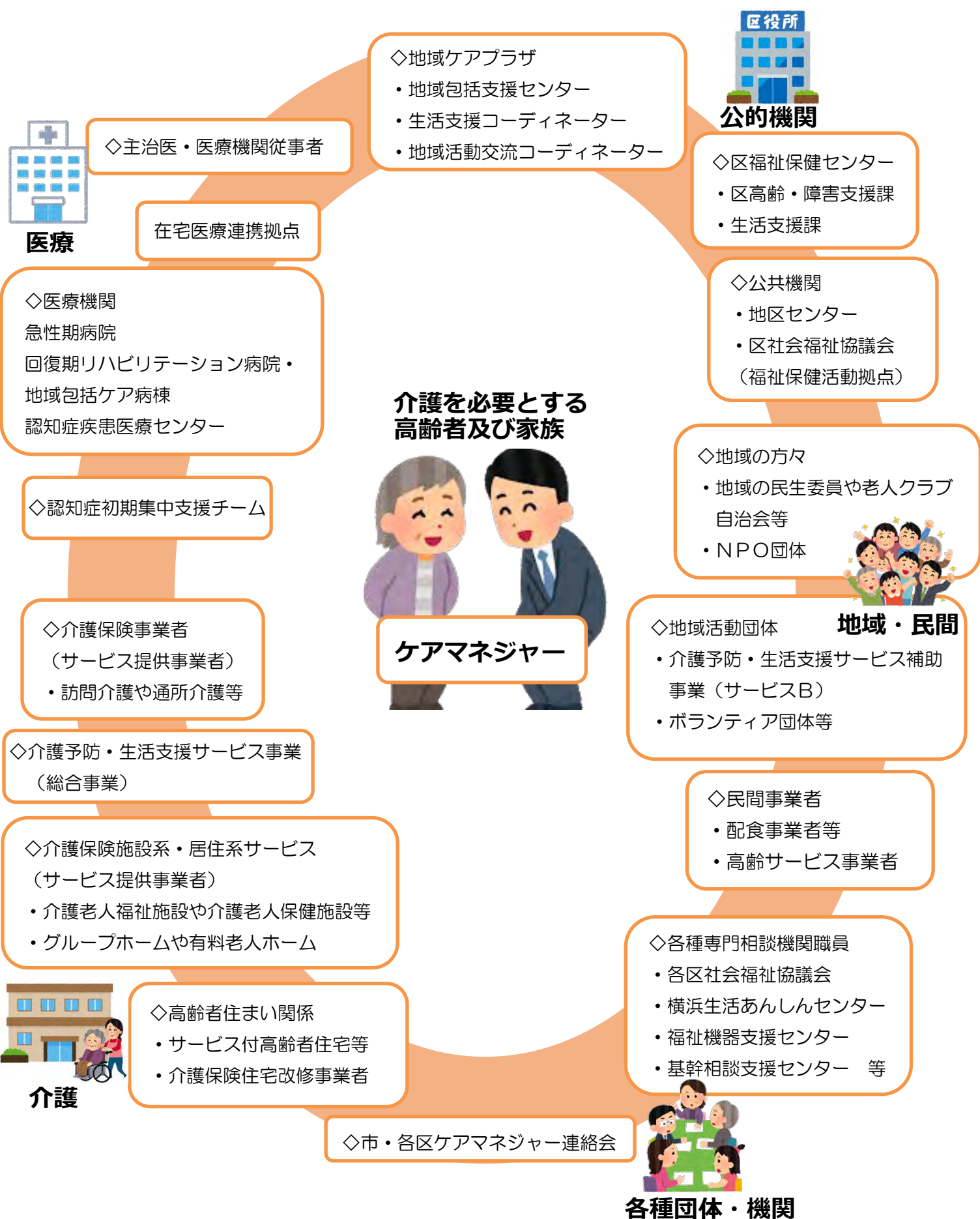
要介護者等の生活を支えることは、ケアマネジャー一人だけの力ではできません。そのため、多様な専門職が協働・連携してサービスを提供することが不可欠です。ケアマネジャーには、専門家がそれぞれの専門的立場から協働・連携して要介護者等を支えられるような環境づくりを行うことが求められます。

ウ 総合的なケアプラン（居宅サービス計画）の実施

ケアプランは、要介護者等の日常生活全般を支援する視点に立って作成することが重要ですが、そのためケアプランの作成又は変更にあたっては、介護保険サービスだけでなく、横浜市が提供する介護保険外サービスや地域のボランティア団体が提供しているインフォーマルサービス等を含めてケアプランに位置付け、総合的な計画となるように努めなければなりません。

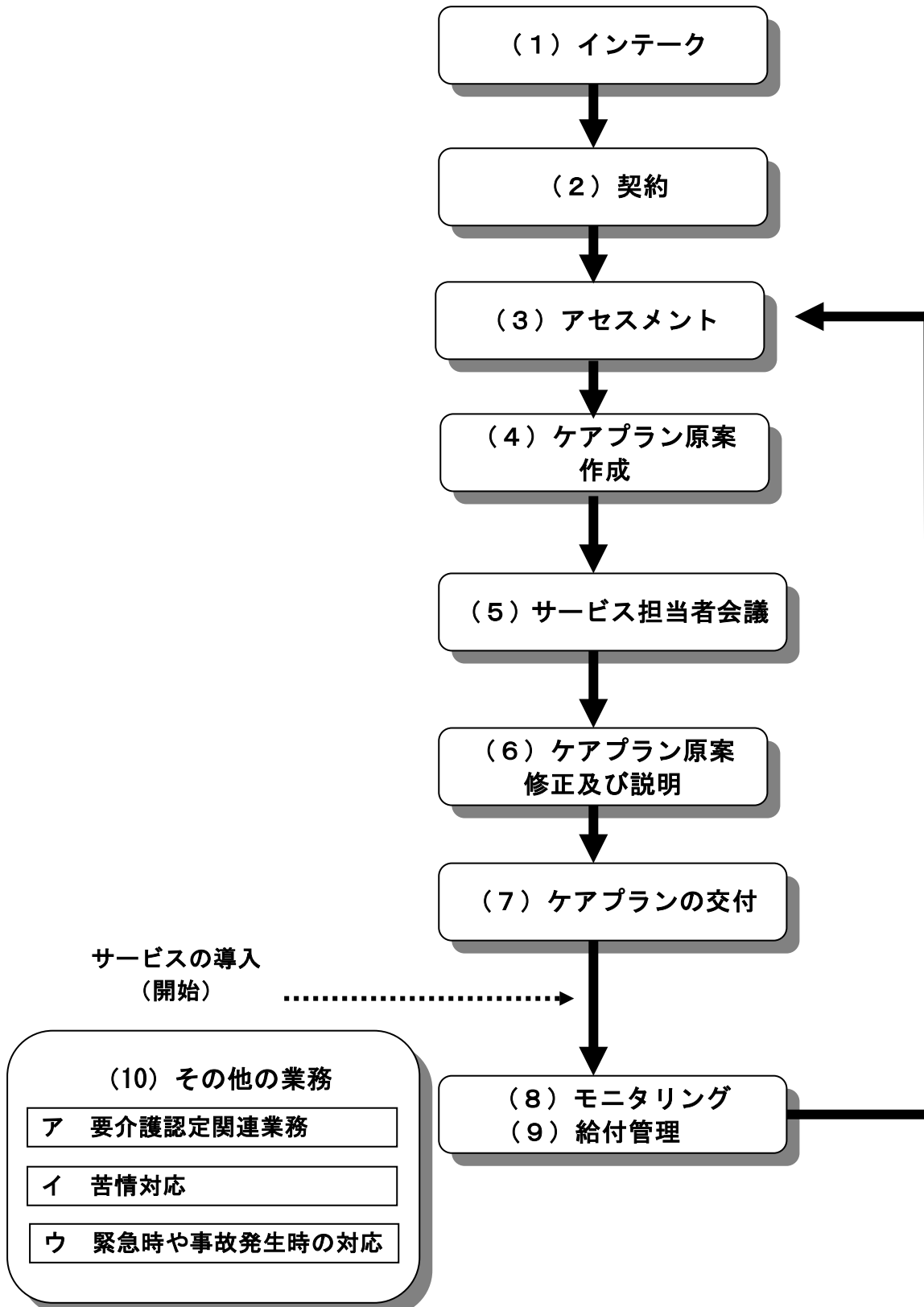
また、ケアマネジャーは、利用者の希望や課題分析の結果を踏まえ、地域で不足していると考えられるサービス等については、関係機関（地域包括支援センターなど）に働きかけ、必要な社会資源の充実等、課題の解決が図られることが望ましいといえます。

2 ケアマネジャーを取り巻く環境



3 ケアマネジャー業務の流れ

【ケアマネジャー業務の流れ】





4 ケアマネジャーの1か月の動きと業務内容

【注意】

この表は、ケアマネジャーの1か月の動きを必要最小限にまとめたものです。所属事業所の職員配置などにより、実際に行うことの無い業務も含まれています。業務の詳細はそれぞれの事業所で確認するようにしてください。

ケアマネジャー 業務カレンダー（例）

1か月の業務を請求事務の締切である10日を基準に、余裕を持って予定を立てておくことで、緊急時の対応や新規利用者の対応などが、スムーズにできるようになります。

1		2	3	4	5	6		7	
		<ul style="list-style-type: none"> 介護保険更新申請の手続き 短期入所サービス（ショートステイ）の利用申込み 				サービス利用実績の確認			
8	国保連への請求書類の提出 締切（毎月10日迄）			11	翌月のサービス利用票の作成・準備	12	<ul style="list-style-type: none"> 毎月の訪問（モニタリング） 翌月のサービス利用票を持参し、交付 必要時のサービス担当者会議の開催やサービス調整の実施 		
15	・毎月の訪問（モニタリング）・翌月のサービス利用票を持参し、交付・必要時のサービス担当者会議の開催やサービス調整の実施								21
22	<ul style="list-style-type: none"> 毎月の訪問（モニタリング） 翌月のサービス利用票を持参し、交付 必要時のサービス担当者会議の開催やサービス調整の実施 			25	サービス提供票の作成と提供事業者への送付	26	27	28	
29	30	翌月の業務準備		31					

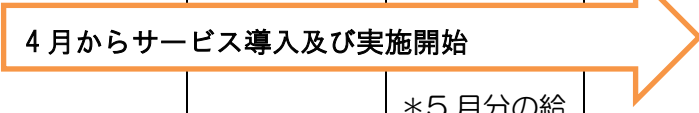
■ その他の不定期な業務の例

- ◇ 新規利用者への対応
- ◇ 援助困難事例への対応
- ◇ 保険者、地域ケアプラザ（地域包括支援センター）、県、市・区ケアマネジャー連絡協議会等が主催する研修会（法定研修含む）、会議、連絡会、情報交換会等
- ◇ 入院をされている方の状態確認
- ◇ 介護保険施設等の入退所に関する支援
- ◇ 新規事業所への挨拶・見学
- ◇ サービス内容等への苦情対応
- ◇ 緊急時の対応

(1) 上旬 (1日～10日頃)

項目	具体的内容	備考・注意
介護保険証の更新申請の代行	認定期間が残り 60 日間未満になった方に対しては、更新申請を代行します。	<ul style="list-style-type: none"> * 提出日に関しては、予め祝日や土日等、調べておく事も必要です。 * 有効期間に注意しましょう。 * 負担割合証の状況確認も合わせて行います。
ショートステイの予約受付日	施設により予約方法が異なるので、事前に申込日・方法を確認し、それぞれの方法により申込みます。	<ul style="list-style-type: none"> * 申込日が土日にあたる場合は、要注意です。 * 負担限度額認定証の段階にも注意しましょう。
介護給付費の取り下げ (過誤取り下げ)	前月以前に請求し、確定した介護給付費明細書について必要な場合は取り下げます。 (※毎月1日～8日まで)	<ul style="list-style-type: none"> * 取り下げが確定した後に、再請求を行うことができます。 (翌月以降になります)
サービス利用実績の確認	サービス提供事業所から提出されるサービス利用実績の内容を確認します。	<ul style="list-style-type: none"> * 実績の有無や、加算の有無に、注意しましょう。 * 計画(ケアプラン)に基づくサービスであるかを注意しましょう。 * 支給限度基準額を超えると利用者の全額自己負担になります。利用者の経済面に大きくかかわることになりますので、余裕をもったスケジュールで早めに確認しましょう。
給付管理票及び介護給付費の請求期限(伝送等)	<ul style="list-style-type: none"> * 前月分の返戻の確認 * 前月分のサービス実績の確認 * 介護給付費明細書の作成(サービス計画費の請求) * 給付管理票の作成 * 予防給付の場合は、担当利用者のサービス実績を地域ケアプラザ(地域包括支援センター)へ報告 	<ul style="list-style-type: none"> * 返戻があった場合は、内容を確認のうえ、サービス提供事業所と調整しながら行いましょう。 * サービス実績は各事業所より FAX や郵送等で届きます。 * 計画費にかかる請求書(介護給付管理票、介護給付費明細書)を作成し、これらを毎月 10 日迄に国民健康保険団体連合会(国保連)に提出します。 * 請求業務はケアマネジャーだけの業務ではありません。サービス提供事業所と連携を図り、適切かつ正確に行うことが大切です。

■ 給付管理業務の月毎の流れ

	3月	4月	5月	6月	7月		
4月分	計画作成から利用者への説明・同意	4月からサービス導入及び実施開始 				左記と同じ	多くは管理者又は請求担当者が実務を行いますが、請求の基本的な流れは理解しましょう
		計画に基づくサービス提供・実施状況の確認	＊4月分の給付管理票・明細書の作成・提出 ＊月末に4月分の介護報酬の支払い ＊月末に返戻の有無確認。	＊5月分の給付管理票・明細書の作成・提出 ＊4月分返戻分の請求 ＊4月分で間違えた介護給付費明細書を取り下げ（毎月1～8日迄） ＊月末に返戻の有無確認			

ここがポイント



■ 月初めに確認すべき項目！

- 介護保険証の更新申請の代行
- 短期入所サービス（ショートステイ）の予約
- 介護予防支援の実績報告
- 給付管理業務（サービス提供実績確認）

《要介護認定等の更新予定者の申請代行》

要介護認定等の更新は、認定の有効期間 60 日前から申請受付が可能です。申請受付が可能となる月の前月末迄には、モニタリング訪問時等に、申請書類の手続きを済ませておくと、更新申請の代行がスムーズになります。

日頃から利用者の介護保険証の有効期間については、担当ケアマネジャーとして適切に管理しておくようにしましょう。

《短期入所サービス（ショートステイ）の予約調整》

定期的な入所を利用される方の都合を確認し、事業所（ショートステイ先）へ予約を入れます。申込方法（申込書式の有無、予約開始日、予約方法）などは事業所によって異なりますので、確認が必要です。

尚、家族都合による緊急利用や医療ニーズの高い方の受入れの可否等についても日頃から確認しておくようにしておきましょう。

(2) 中旬 (11日～20日頃)

月の中旬から下旬(11日～20日頃)は、定型的な業務が一番少ない時期です。しかし、月の初めや月末の業務を順調に行うためにも、この時期からのスケジュール管理が重要です。

項目	具体的内容	備考・注意
訪問(モニタリング)	少なくとも1か月に1度は利用者宅を訪問し、利用者に状態変化があるかどうかなどのモニタリングを行います。翌月のサービス利用票を持参し、利用者に意向の変化がないか、計画どおりにできているかなどを確認しましょう。	*訪問(モニタリング)では、自宅内の様子の変化にも注意し、新たな課題が出てきていないか確認しましょう。
サービス担当者会議の開催	前の月に利用者が認定の更新申請をした場合、その結果が出始めますので、保険証情報を確認しながら更新時のサービス担当者会議の日程調整を行い、会議を開催すると良いでしょう。	*会議に参加できない事業所等にはあらかじめ照会を行い、会議で情報を共有しましょう。
研修参加	月末から翌月月初めは、請求業務等がある忙しい時期です。この時期に余裕を見て行政・包括・ケアマネジャー団体が開催する研修に積極的に参加しましょう。	ケアマネジャー向け研修の主な実施主体 *都道府県・市町村 *各地域の介護支援専門員連絡協議会等 *地域ケアプラザ(地域包括支援センター) *都道府県等社会福祉協議会 *財団法人や株式会社等 *介護支援専門員証には有効期間があります。更新研修等の受講のタイミングには十分留意しましょう。

項目	具体的内容	備考・注意
サービス担当者会議の開催及びケアプランの作成と交付	<p>①以下の場合には、サービス担当者会議を開催しなければなりません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン原案を作成した場合。 ・要介護認定を受けた場合。(更新・区分変更含める) ・ケアプランを大きく修正する場合(サービス導入を含める) <p>②次月末に有効期限の切れる利用者の開催の調整(本人、サービス事業所などの参加依頼、日時の調整、計画原案の作成など)を行います。</p> <p>③上記の調整が出来て認定の結果が出たら、有効期限の切れるのを待たずに開催します。</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 介護保険の更新手続きを行ったら、早めに日程調整等を行いましょう。 * 担当者会議を開催する場所の確保が難しい場合(原則自宅で行ってください)は、地域ケアプラザ(地域包括支援センター)や区役所高齢・障害支援課へ相談してください。 * 地域包括支援センター職員が担当者会議に参加する事も可能です。 * 会議に参加出来なかった事業所等には照会を行い、情報収集してください。
認定調査の内容と主治医意見書の確認	<p>認定結果が出たら、その結果の情報を収集しましょう。「要介護認定等に係る情報提供申込書」にて、区役所高齢・障害支援課介護保険担当窓口にて申込を行います。認定は原則30日以内に行われます。</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 情報提供書(主治医意見書含む)の取扱いには十分注意して下さい。 * 複写はしないでください。 * 更新後新しい認定となった場合等、速やかに区介護保険担当窓口へ返却してください。

ここがポイント



■翌月に向けて確認すべき項目！

- 要介護認定の更新者の有無と該当者
- 短期入所サービス(ショートステイ)の定期利用の希望
- 介護タクシーの利用日時
- 祝日のサービス調整の必要性
- 入退院者の有無と、サービス事業所への連絡
- 短期目標・長期目標の期限
- 翌月に誕生日を迎える利用者等(64歳から65歳へ等)
- 介護保険証の確認
- 負担割合証の確認(更新時期も確認)

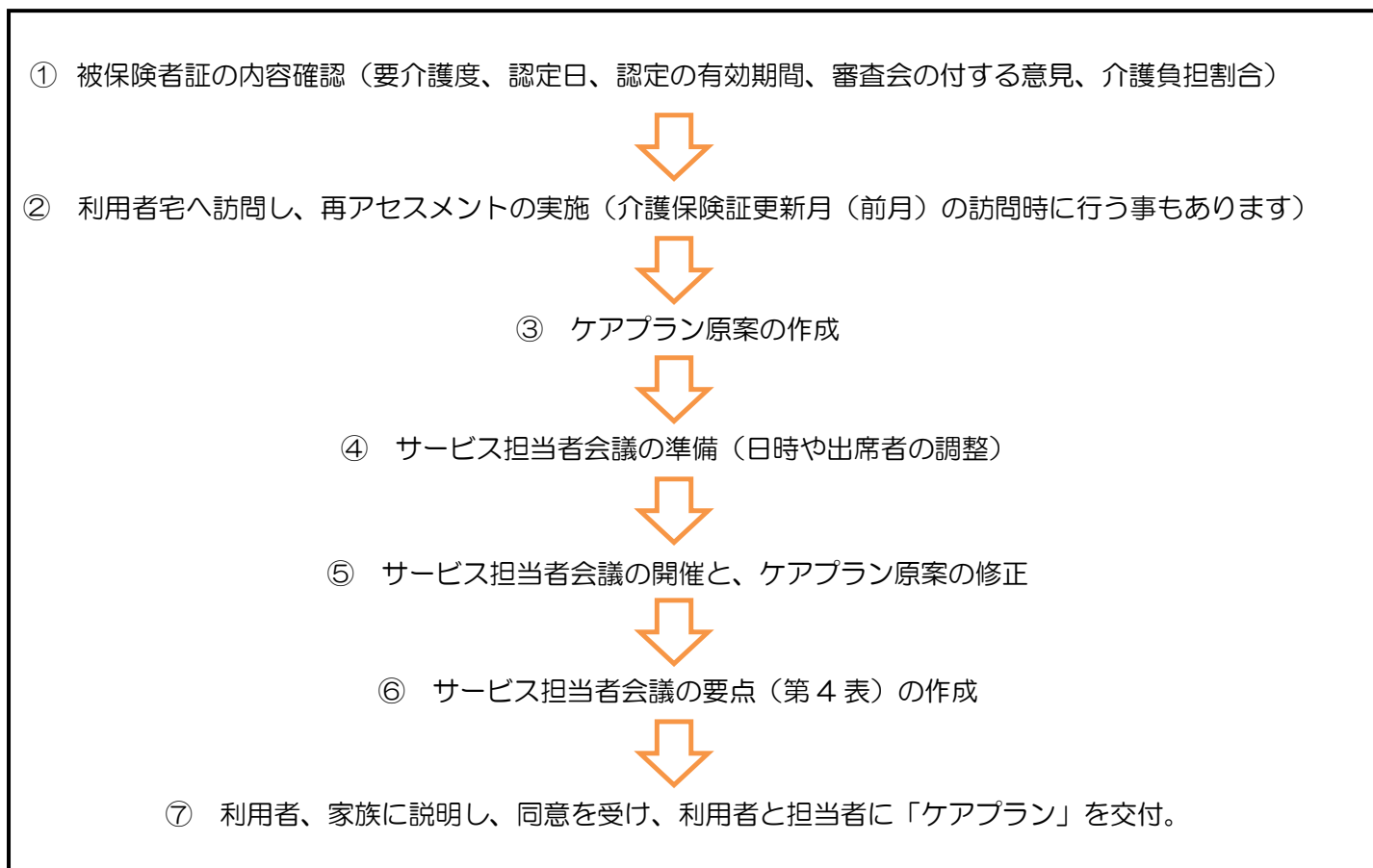
(3) 下旬 (21日～月末)

項目	具体的内容	備考・注意
サービス提供票の作成	翌月のサービス提供票を作成し、各サービス事業所に送付します。 サービス提供事業所側においても、翌月の予定を組む必要があるため、月末ギリギリではなく、予め25日くらい迄に事業所に届けられるよう努力しましょう。	郵送先やFAX番号等、個人情報漏えいには十分注意ください。

(4) 時期が確定していない (不定期) 業務

【介護保険更新結果通知後に行う業務】

要介護更新認定の申請から、約30日程度で、新たな介護保険の被保険者証が区役所から利用者宅へ郵送されます。ケアマネジャーは内容を確認し、以下の業務を行います。



(5) 不定期業務の主な例

- ◇新規利用者への対応
- ◇援助困難事例の対応
- ◇入院中の方への対応
- ◇介護保険施設等の入退所に関する支援
- ◇新規事業所への挨拶・見学
- ◇サービス内容等への苦情対応
- ◇緊急時の対応
- ◇都道府県・市町村、地域ケアプラザ（地域包括支援センター）、各種団体などが主催する研修会や情報交換会への参加

ここがポイント



- ◇ 研修を受講したら、事業所内でも内容を共有しましょう。

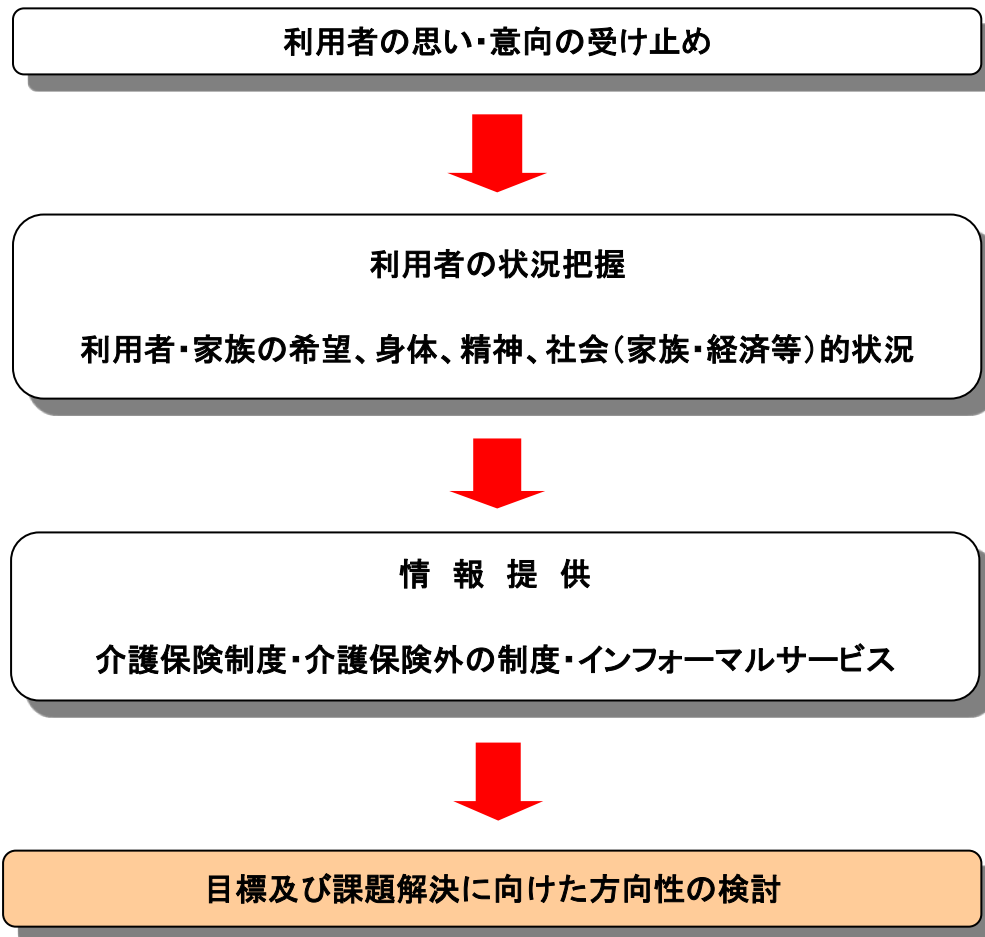
5 ケアマネジャー業務のポイント

(1) インテーク

何のために

相談者の話を聴き、居宅介護支援の対象者としての確認が出来ると、具体的な相談が始まります。相談業務は、さまざまな期待と不安をもった利用者が自立した生活を送るために、必要なサービスや施策の利用を選択できるようにするとともに、専門家として助言を行い、課題解決に向けた方向性を利用者と検討するために行うものです。

利用者の抱えている問題のポイントを整理し、支援の方向性を的確に見定めていくように心がけましょう。



■こんなことをします

- ◇利用者の思い・意向の受け止め及び状況把握
- ◇課題把握
- ◇情報提供
- ◇目標及び課題解決の方向性の検討
- ◇関係機関への紹介

ここがポイント



- ◇ 相手は「何に困っているのか」、「どうしたいのか」。まず、相手の意向をきちんと聴きましょう。
- ◇ 主治医がいるのかどうか、また主治医から生活上の注意点や指示が出ているかを確認しておきましょう。
※主治医がない場合は、在宅医療連携拠点等へご相談ください。
- ◇ すでに利用している制度やサービスがあるか確認しておきましょう。
- ◇ 介護保険制度以外の利用希望があった時は、利用者の状況に合わせて迅速かつ丁寧に関係機関を紹介しましょう。
- ◇ 地域のインフォーマルサービスにも精通するよう、日頃から区役所・地域ケアプラザ等やケアマネジャー連絡会等から情報を収集しましょう。
- ◇ 本人や家族など関係者の個人情報のうち、アセスメントやケアプラン作成のために必要な情報を「どこから」「何のために」「どのような方法で」収集するかを説明し、同意を得ておきましょう。
- ◇ 利用者の状況に合わせて課題解決の実践に向けて必要な支援を行いましょう。
- ◇ 利用者に十分な判断能力が認められない場合は、成年後見制度の紹介や地域ケアプラザ（地域包括支援センター）等の関係機関へつなげるなど、後見的支援を行いましょう。

■多職種・行政との連携

多くの複雑な問題を抱えており、行政機関との連携が必要と判断した場合は、地域ケアプラザ（地域包括支援センター）、区役所高齢・障害支援課と情報共有をした上で連携体制をつくります。

医療的な課題等があり、医療職との連携が必要な場合などについては、区内の在宅医療連携拠点に相談しましょう。また、その他必要に応じ、他の介護サービス、障害サービスの事業所等にも相談をしてみましょう。

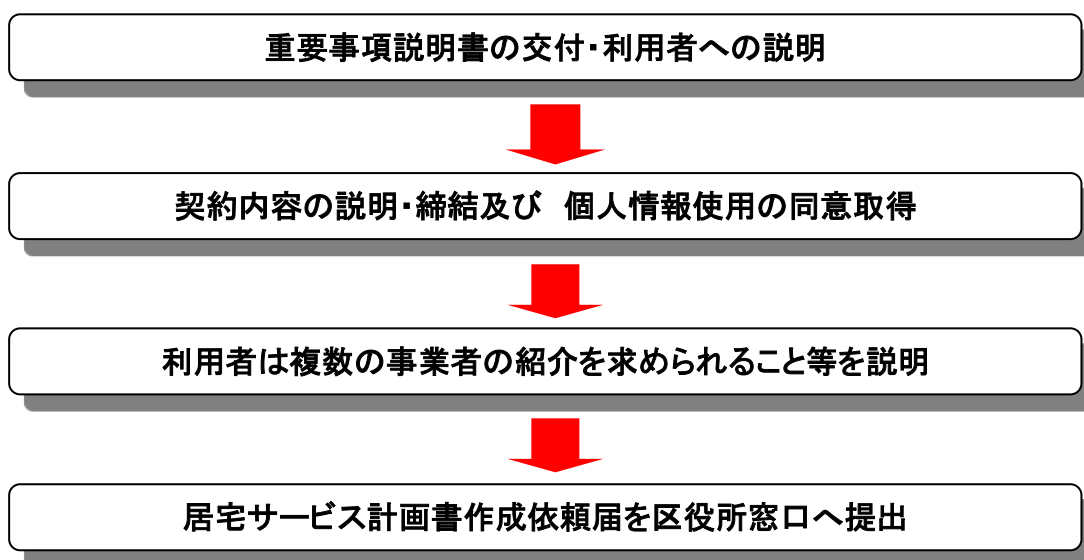
自己診断カルテ

- 安心して相談できるような態度や話し方を心がけ、利用者の立場で相談に応じていますか。
- ゆとりを持った時間や、相手の都合などを考慮して訪問の約束をしていますか。
- 日頃から地域のインフォーマルサービスを把握するよう心掛けていますか。
- 介護保険制度やケアマネジャーの役割について説明し、理解を得ていますか。
- 介護保険を利用するまでの大まかな流れについての説明や、必要に応じて詳細な説明を行っていますか。
- 個人情報の収集について（目的・方法・収集先・内容など）説明して了承を得ていますか。
- 介護保険証の有無、内容（要介護度、有効期間、負担割合、意見欄、給付制限等）を確認し、必要な援助を行っていますか。

(2) 契約

何のために

居宅介護支援を行うにあたり、利用者と事業者の関係及び約束事を明確にするためには、「契約」を締結することが重要です。契約は法的な知識や判断能力が十分でない高齢者がトラブルに巻き込まれることを防止するとともに、事業所の行うサービスの内容を明確にして利用者側に理解してもらうことでサービス開始後のトラブルを防止するために行うものです。そのためには、契約内容を分かりやすくはっきりとしておくことが大切です。また「契約書」を交付して、利用者、事業者双方で保管しておくことが良いでしょう。



ここがポイント



- ◇ 契約は、利用者の権利擁護だけではなく事業所側が実施するサービスの内容を明確にするためにも、書面で締結することが望ましいでしょう。
- ◇ 契約にあたり、特に重要となる事項（利用者負担額やサービス提供方法等）を記した文書（重要事項説明書）を交付し、利用者に理解してもらえるようにわかりやすく説明し、文書により同意を得なければなりません。
- ◇ 契約を急がせることなく、契約書を読み上げるなど、ゆっくり利用者に理解してもらってから締結するようにしましょう。
- ◇ 重要事項説明書や契約書等は、2通作成し、利用者・事業者双方共に署名、押印の上、1通ずつ保管しておきましょう。
- ◇ 個人情報の使用にあたって、同意が得られない場合は情報の取扱方法や業務上の制約などについて、利用者と話し合しましょう。

ここに注目

- ◇ 居宅介護支援事業者は、事業の運営についての重要事項に関する規程（運営規程）として、職員の職種・員数・職務内容、営業日・営業時間・利用料及び事業の実施地域などの事項を定めなければなりません。
- ◇ 居宅介護支援事業者は、居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要やサービスの選択に資すると認められる内容を記した文書（重要事項説明書）を交付して説明を行い、当該提供の開始について、利用申込者の同意を文書で得なければなりません。
- ◇ 居宅介護支援事業者は、利用者が①複数の指定居宅サービス等事業者等を紹介できるよう求めることができること、②ケアプラン原案に位置付けた居宅サービス事業所等の選定理由の説明を求めることができること、につき文書の交付と応答の説明を行い、理解を得たことについて利用者から署名を得なければなりません。
- ◇ 居宅介護支援事業者は、利用申込があった場合は、①当該事業所の現員からは利用申込に応じきれない場合②利用申込者の居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合 ③利用申込者が他の指定居宅介護支援事業者にも併せて指定居宅介護支援の依頼を行っていることが明らかな場合等を除いては、利用を拒んではならないとされています。また、①～③に該当し、適切な居宅介護支援を提供できない場合については、他の居宅介護支援事業所の紹介、その他の必要な措置を講じなければなりません。
- ◇ 契約締結後、速やかに利用者が居住する区の区役所高齢・障害支援課に「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書」を提出する必要があります。当月の給付管理を月遅れとしないために、遅くとも月末までには提出します。本来は利用者が届出書を提出するものですが、提出の代行等必要な援助をしてください。

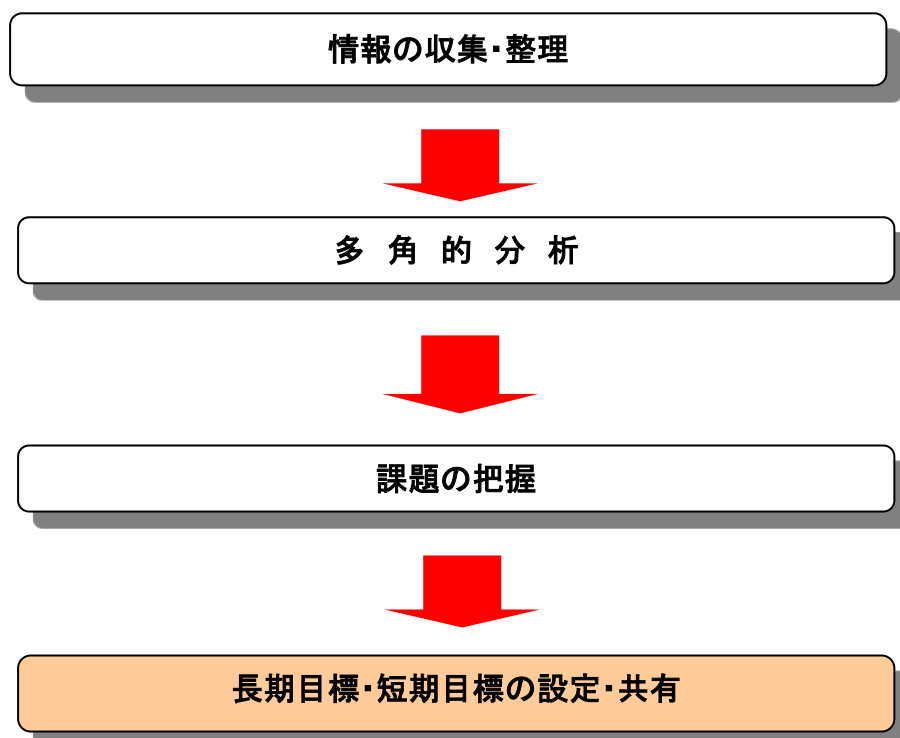
自己診断カルテ

- 契約に先立ち、重要事項説明書を交付して説明していますか。
- 契約締結後は、事業者・利用者の双方が記名押印した契約書を交付していますか。
- 契約の内容は分かりやすく、利用者が理解できるように説明していますか。
- 通常事業の実施地域などを勘案し、適切なサービス提供が困難で、利用を断らざるを得ない場合は、他の事業所等を紹介していますか。
- 利用者・家族から個人情報使用同意書を得ていますか。
- 契約後に区役所高齢・障害支援課に居宅サービス計画作成依頼（変更）の届出を行いましたか。
- 契約期間が満了し、引き続き契約を継続するときに、契約更新の手続きを忘れていませんか。
- 施設入所し契約が終了する際は、区役所高齢・障害支援課に居宅サービス計画の廃止届を提出しましょう。

(3) アセスメント

何のために

相談を終えた後は利用者が抱える課題を明らかにして、具体的な生活の目標を設定するためにアセスメントを行います。そのためには、情報を収集・整理して、利用者のおかれている状況を多角的に分析することが求められます。その分析結果をもとにして、改めて利用者とともに課題や目標を共有化しましょう。



■こんなことをします

- ◇総合的な情報収集
- ◇情報の整理
- ◇情報の関連性の検討・分析
- ◇課題の把握と整理
- ◇長期目標・短期目標の検討

ここがポイント



- ◇ 利用者・家族からの情報収集に加え、要介護認定調査に関する情報の請求や、主治医等の関係機関から、情報を総合的に収集しましょう。
- ◇ 利用者宅を訪問して利用者及び家族に面接をして解決すべき課題の把握を行いましょよう。
- ◇ 住環境や周辺の環境にも注目して、事実に基づいて客観的な分析をしましょう。また、家族構成は可能な限り親や兄弟などの親族も把握しましょう。
- ◇ それぞれの課題について、「その課題が誰の課題か」、「解決する力は（誰に）どの程度あるか」を検討しましょう。
- ◇ 現在の状況に至った経過や、今までの「生活歴」にも注目しましょう。
- ◇ 目の前の状況だけでなく、利用者の将来について、予後予測のイメージを図りましょう。また要介護状態の改善や軽減を図る視点も重視しましょう。
- ◇ 障害者手帳等の所持や生活保護の受給についても確認するようにしましょう。
- ◇ 認定審査会からの意見やサービス種類制限及び、給付制限等の有無を介護保険証で確認しましょう。

ここに注目

～横浜市集団指導講習（居宅介護支援編）資料より～

（ア）課題分析標準項目

アセスメントは、ケアマネジメントにおいて、ケアマネジャーが行う最も重要で専門的な作業です。アセスメントは、「適切な方法」（※）で、利用者が現に抱える問題点を明らかにし、自立した日常生活を営めるように支援する上で解決すべき課題を把握しなければなりません。

「課題分析標準項目」は、居宅サービス計画の適切な作成等を担保する標準例として提示されているものです。このため、独自のアセスメント方法等を採用する場合であっても、この **23 項目は網羅されるべきです。**

※「適切な方法」：介護支援専門員の個人的な考え方や手法ではなく、利用者の課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められるもの

■ 課題分析標準項目（23項目）

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	痴呆性老人の日常生活自立度	痴呆性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情報等)に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇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

(イ) 利用者の解決すべき課題把握

- ◇利用者の心身状態、生活環境、介護力等の各項目の情報を総合的に把握し、利用者や家族が直面している問題や生活を営む上での課題（自覚・無自覚）を整理し、その原因・背景をあらゆる面から分析し、「状態」と「原因」をつなぐ必要があります。
- ◇アセスメントを通じ、利用者が「望む生活」に向けて前向きに課題を受け止め、主体的な取り組みができるよう、専門職として働きかけることが重要です。
- ◇自立支援を目指す居宅サービス計画の作成が重要です。問題点や課題等から、支援が必要な状況を明らかにし、また、利用者や家族から前向きな生活意欲を引き出し、利用者の有する能力や改善可能性に着目したアセスメントを行う必要があります。
- ◇アセスメント表は、アセスメントを適切に実施するために必要不可欠なものですが、アセスメント表を作成することが目的ではありません。
- ◇不十分なアセスメントからは、適切な課題や目標は導き出されず、本来目指すべき「自立支援」とかけ離れた居宅サービス計画となってしまいます。

自己診断カルテ

- 課題の把握にあたっては、居宅を訪問し、利用者及び家族に面接していますか。
- 常に身分証明書及び携帯用介護支援専門員登録証明書を携行しており、求めに応じて提示できるようにしていますか。
- 事前に訪問や質問の目的を説明し、利用者や家族の理解を得ていますか。
- 身体状況、精神状況、認知症の症状、社会参加の状況、家族の介護力、家族との関係、住環境等について23項目を総合的にアセスメントしていますか。
- 問題点や、できない部分だけでなく、利用者の有する能力や強み、改善の可能性に着目していますか。
- 現在の状況だけでなく、今までの生活歴や今後の生活に対する希望や不安等を確認していますか。
- 必要に応じて主治医や行政機関、在宅医療連携拠点、地域ケアプラザ（地域包括支援センター）等関係機関から情報収集していますか。
- 介護保険外サービス（行政サービス及び民間サービス等）の利用の有無を確認していますか。
- 介護保険証で認定審査会からの意見や給付制限の有無などを確認していますか。
- ケアマネジャー自身がニーズと感じる事と、利用者や家族が要望（欲求）していることを整理した上で正確に把握していますか。
- 収集した個人情報の保管にあたっては、個人情報の保護に留意して適切に管理していますか。
- アセスメント記録は、利用者や家族から公開を求められた場合、速やかに閲覧できるように記録・管理していますか。



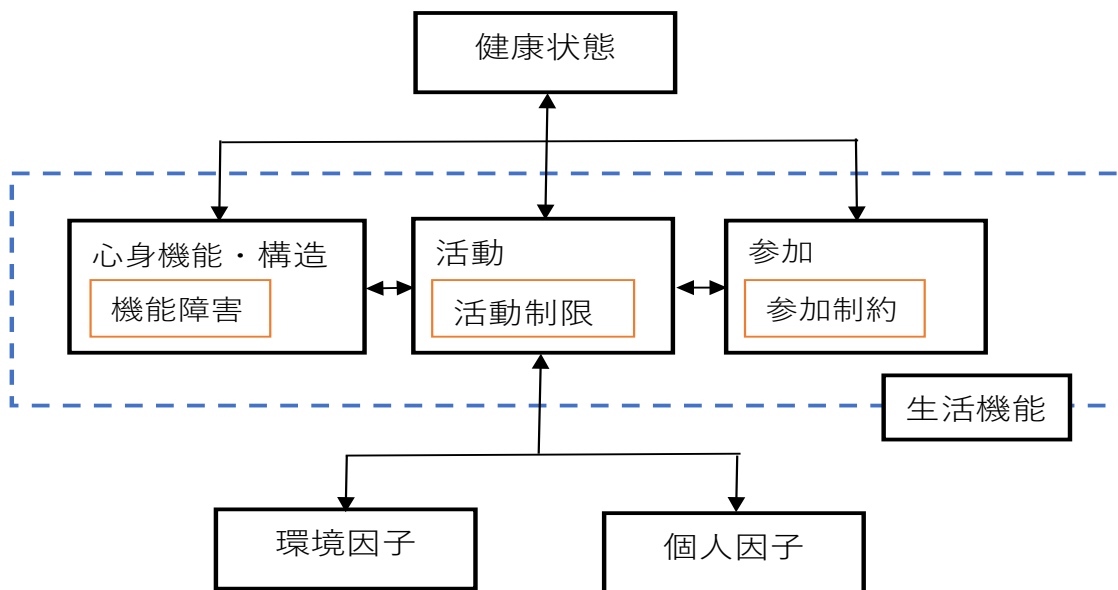
国際生活機能分類（ICF）の活用

■ アセスメントのポイント ～ICFを活用する視点～

高齢者の日常生活は、ADL や IADL、社会との交流など、さまざまな生活行為の関係性のうえに成り立っています。そうした関連性に配慮しながら、自立支援を促すには、個々の特性を理解したうえで、課題を整理し、「活動者参加」につなげるように、対象者の健康状態「心身機能・構造、活動、参加」といった生活機能に加え、物的環境（支援機器や住宅環境等）、人的資源（家族や社会の意識・態度等）、制度的環境（法制度や公的サービス等）といった環境因子、性や年齢、民族、ライフスタイルといった個人因子等を相対的に情報収集し、課題を分析することが必要です。

それらを分類したものが ICF（国際生活機能分類）であり、さまざまな要因を統合して考えていくプロセスにおいて、大変理解しやすいツールであり、高齢者の生活全般について総合的な支援を考えていくうえでも、とても重要です。

≪ 国際生活機能分類（ICF） ≫



人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、

- ①体の働きや精神の働きである「心身機能」
 - ②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」
 - ③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」
- の3つの構成要素からなる

出典：「高齢者リハビリテーション研究会報告書」（平成16年1月）

より個別性の高いケア
マネジメントができそうね。





課題整理総括表

利用者の状態等を把握し、情報の整理・分析を通じて課題を導きだした過程について、多職種協働の場面等で説明する際に、適切な情報共有に資することを目的としてつくられました。利用者像や課題に応じた適切なアセスメント（課題把握）を図るためにご活用してください。

■ 活用の場面

- ◇ サービス担当者会議等における多職種間での情報共有に活用
- ◇ 課題を導いた考え方が明確にされ具体的な指導につながることから、初任のケアマネジャーがOJT研修を受ける際に活用 など

■ 様式

課題整理総括表

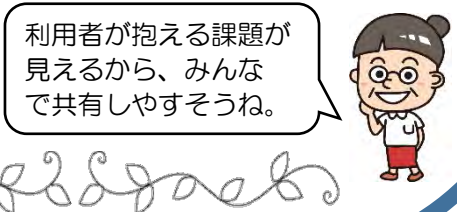
利用者名 _____ 殿 作成日 _____ / _____ / _____

自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		①	②	③	利用者及び家族の 生活に対する意向	
		④	⑤	⑥		
状況の事実 ※1	現在 ※2	要因※3	改善/維持の可能性※4	備考(状況・支援内容等)	見 通 し ※5	
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
食事	食事内容	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化		
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化		
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
更衣	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
掃除	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
洗濯	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
整理・物品の管理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
金銭管理	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
買物	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化			
コミュニケーション能力	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
認知	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
社会との関わり	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
褥瘡・皮膚の問題	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
行動・心理症状(BPSD)	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
介護力(家族関係含む)	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
居住環境	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化			
			改善 維持 悪化			

※1 本表は紙媒体での入力システムソフトではないため、必ずしも詳細な情報収集・分析を行うこと、なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した各観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」「見守り」「一部介助」「全介助」以外である場合に、そのような状況をもたらしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。
 ※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる「通達済状況(自理)」を記載する。
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

■ 入手方法

独立行政法人福祉医療機構「WAMNET (ワムネット)」よりダウンロードできます。
 ◇介護保険最新情報 Vol.379「課題整理総括表・評価表の活用の手引き」の活用について



(4) ケアプラン原案作成

何のために

アセスメントによって把握された課題や設定した目標を達成するためには、具体的な方法を検討する必要があります。様々な課題を日常生活の中で、どのように解決していくことができるかを総合的かつ具体的に検討し、ケアプランの原案を作成します。原案として書面にまとめて提示することで、利用者及び事業者がより具体的に、ケアプランの検討を行うことが可能になります。

目標を達成するための具体的方法の検討・記録の整備

居宅サービス計画書(1)【第1表】

本人・家族の意向、総合的な援助方針等を記載します。

居宅サービス計画書(2)【第2表】

課題・長期目標・短期目標を整理し、それら一つ一つに対し、達成に向けて、介護保険内外のサービス、インフォーマルサービスを含めて組み立てます。

居宅サービス計画書(3)【第3表】

日常生活に照らし合わせて居宅サービス計画書(2)の内容の週間計画を立案します。

サービス利用票【第6表】

サービス提供日時・サービス内容・サービスを提供する事業者を詳細に記入します。

サービス利用票別紙【第7表】

第6表に記載した内容の費用詳細について記入します。

ケアプラン検討・共有に向けた準備

■こんなことをします

- ◇ 具体的サービスの抽出・選定
- ◇ 利用者負担額の算出
- ◇ サービス提供事業者との調整
- ◇ ケアプラン原案の作成
- ◇ 利用者及び関係者へのケアプラン原案の提示

ここがポイント



- ◇ アセスメントの結果、ケアマネジャーとして把握した課題や利用者の意向に基づき、課題解決及び目標達成に向けて適切なサービスの組み合わせについて検討しましょう。さらに、介護保険内外のサービス・インフォーマルサービスを取り入れた総合的な援助方針を立てましょう。
- ◇ 第2表・第3表では、誰が、何のために、何をどの程度担当するのか、役割分担を明確にし、利用者の実生活に合わせた計画を立案しましょう。
- ◇ 目標達成時期、計画評価の時期を設定しましょう。
- ◇ 要介護認定状況や、負担割合状況等を保険証等で確認し、介護保険給付額や利用者負担額について説明し、利用者・家族の意向を確認しておきましょう。
- ◇ 必要に応じて経済状況を把握し、行政機関が発行している助成証により、各種助成制度の対象者であるかどうかを確認しましょう。
- ◇ サービス担当者会議開催時に、ケアプラン原案を利用者・サービス提供事業者に提示しましょう。
- ◇ ケアプランはあくまでも利用者ご本人のものです。専門用語は極力使わない等、ご本人が理解できる分かりやすい文章を書くことを心がけましょう。

ここに注目

- ◇ 利用者がサービス提供事業所を選択するための情報を、偏ることなく提供しなければなりません。
- ◇ 居宅サービスには、要介護度ごとに支給限度額が定められています。限度額を超える費用は原則全額自己負担となります。また、住宅改修、福祉用具購入にもそれぞれの支給限度額が定められています。
- ◇ 居宅療養管理指導は、区分支給限度額の対象ではありませんが、回数に制限があります。
- ◇ ケアプランに訪問看護・通所リハビリテーション等の医療系サービスを位置付ける場合には、主治医の指示が必要です。利用者を通じてもしくは利用者の同意を得て、主治医の指示を確認しましょう。
- ◇ 訪問看護を利用する際には主治医の指示書が必要です。
- ◇ 給付制限が措置されている利用者は、措置内容に応じて利用者負担が異なりますので注意が必要です。

第1表の標準様式と記載要領

第1表

作成年月日 令和2年4月5日

居宅サービス計画書 (1)

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 横浜 太郎 殿 生年月日 大正 15年 01月 01日 住所 神奈川県横浜市中区

居宅サービス計画作成者氏名 中区 花子

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 ○○介護保険センター 神奈川県横浜市中区○○2丁目1番地14

居宅サービス計画作成(変更)日 令和 02年04月5日 初回居宅サービス計画作成日 令和 02年04月5日

認定日 令和2年3月25日 認定の有効期間 令和2年4月1日 ~ 令和5年3月31日

要介護状態区分	経過的要介護	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	1					
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	2					
総合的な援助の方針	3					
生活援助中心型の算定理由	4 一人暮らし 2 家族等が障害、疾病等 3 その他 ()					
居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。説明・同意 5 年 月 日 署名・捺印 印						

①	利用者及びその家族が、どのような内容の介護サービスをどの程度の頻度で利用しながら、どのような生活をしたと考えているのかについて課題分析の結果を記載する。なお、利用者及びその家族の生活に対する意向が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。
②	介護保険証を確認し、「認定審査会意見及びサービスの種類の指定」が記載されている場合には、これを転記する。記載がない場合は「記載無し」と記載する。
③	課題分析により抽出された「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」に対して、当該居宅サービス計画を作成するケアマネジャーをはじめ各種のサービス担当者がどのようなチームケアを行おうとするのか、総合的な援助の方針を記載する。あらかじめ発生する可能性が高い緊急事態が想定されている場合には、対応機関やその連絡先等について記載することが望ましい。
④	介護保険給付対象サービスとして、居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置付けることが必要な場合に記載する。
⑤	居宅サービス計画原案が本居宅サービス計画書として同意が得られた日付を記入し、署名または記名押印を頂く。

第2表の標準様式と記載要領

第2表

作成年月日 令和 年 月 日

居宅サービス計画書 (2)

利用者名 _____ 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
①	②	③	②	③	④	⑤	⑥	⑥	⑦	⑧

①	利用者の自立を阻害する要因であって、個々の解決すべき課題(ニーズ)についてその相互関係をも含めて明らかにし、それを解決するための要点がどこにあるかを分析し、その波及する効果を予測して原則として優先度合いが高いものから順に記載する。
②	「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。「短期目標」は、解決すべき課題及び長期目標に段階的に対応し、解決に結びつけるものである。なお、抽象的な言葉ではなく、誰にもわかりやす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。
③	「長期目標」の期間は、「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」をいつまでに、どのレベルまで解決するのかの期間を記載する。「短期目標」の期間は、「長期目標」の達成のために、踏むべき段階として設定した「短期目標」の達成期限を記載する。
④	「短期目標」の達成に必要であって、最適なサービスの内容とその方針を明らかにし、適切・簡潔に記載する。この際、生活状況に考慮した上で、家族による援助も明記し、また当該居宅サービス計画作成時において既に行われているサービスについても、そのサービスがニーズに反せず、利用者及びその家族に定着している場合には、これも記載する。なお、生活援助中心型の訪問介護を必要とする場合には、その旨を記載する。
⑤	「サービス内容」中、保険給付対象内サービスについて○印を付す。
⑥	「サービス内容」およびその提供方針を適切に実行することができる居宅サービス事業者等を選定し、具体的な「サービス種別」および当該サービス提供を行う「事業所名」を記載する。公的介護保険以外のインフォーマルサービス等についても同様に記載する。また、家族が担う介護部分についても、誰が行うのかを明記する。
⑦	「頻度」は、「サービス内容」に掲げたサービスをどの程度の「頻度(一定期間内での回数、実施曜日等)」で実施するかを記載する。
⑧	「期間」は、サービスをどの程度の「期間」にわたり実施するかを記載する。

第3表の標準様式と記載要領

第3表 作成年月日

週間サービス計画表

利用者名	殿	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00				①				
午前	12:00								
	14:00								②
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								
	③								
週単位以外のサービス									

- | | |
|---|---|
| ① | その月の標準的なサービス計画を週単位で記載する。第2表にあげたサービスを保険給付の内外を問わず記載する。 |
| ② | 利用者の起床や就寝、食事、排泄などの基本的な一日の行動はもとより、利用者が生活の中で大切にしている活動の内容など、その人がどのように週単位で生活しているかを記載する。 |
| ③ | 2週に1回の通院や短期入所、福祉用具貸与など月単位や隔週のサービスを記載する。 |

《ケアプラン原案作成に必要な要素》

- ◇ 利用者と家族の希望がわかる。
- ◇ 利用者についてのアセスメント結果に基づいている。
- ◇ 地域におけるサービスの体制を勘案している。
- ◇ ニーズに対応するサービスを組み合わせている。

※以下の記載漏れがないこと

利用者及びその家族に対する意向／総合的な援助の方針・生活全般の解決すべき課題／目標／目標の達成時期／サービスの種類・サービスの内容／サービスの利用料／

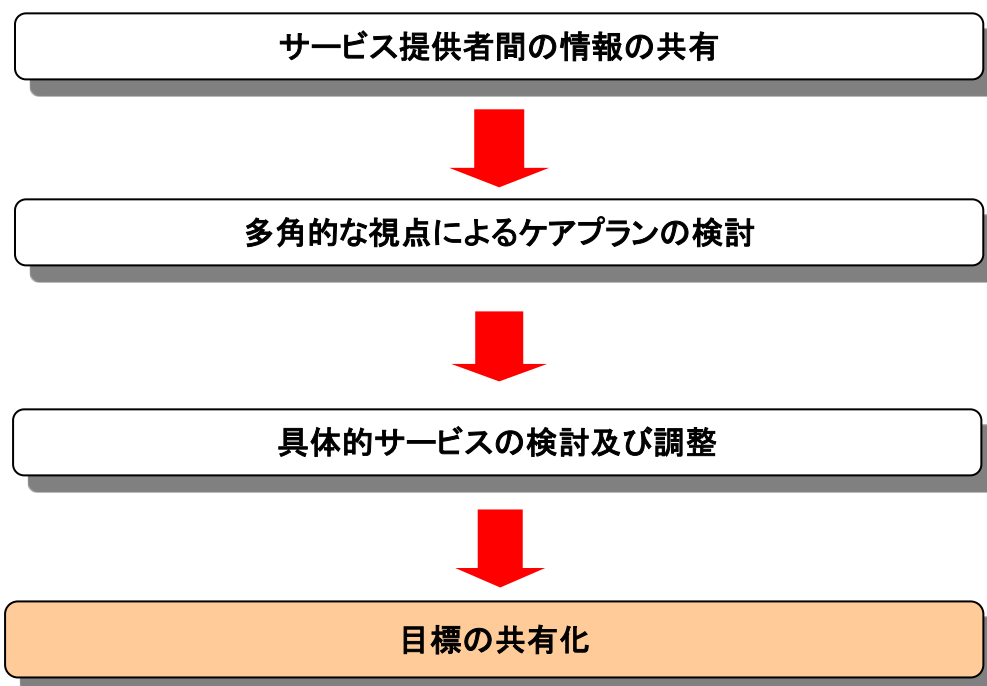
自己診断カルテ

- 居宅サービス計画は、介護保険制度内外のサービス等を取り入れて、アセスメントの結果を踏まえて総合的に立案し、長期・短期目標に基づいた具体的サービス内容、目標達成時期等を明確に記載していますか。
- サービス事業者と連絡調整し、実現可能な居宅サービス計画となっていますか。
- 同一の事業主体やサービスに偏らないような原案作成に努めていますか。
- 訪問介護のサービスで、一定回数以上の生活援助中心型サービスを位置づける場合、その妥当性を検討し居宅サービス計画に記載し、その居宅サービス計画を市町村に届け出ていますか。
- 医学的な観点からの留意事項が示されている場合に、主治医の指示を求め、その留意点を原案に反映していますか。
- 訪問看護、通所リハビリテーション等の医療系サービスを利用する場合は、主治医等と連絡し、意見を求めましたか。
- 利用者が介護保険制度以外の公的サービスを受けている場合は、必要に応じて関係機関と連絡・連携を取りましたか。
- 居宅サービス計画の作成にあたり、利用者や家族の意向が反映されるものであることを説明し、主体的な参加を求めていますか。また、居宅サービス計画は利用者や家族、関係者にも分かりやすく具体的に記載されていますか。
- 各種助成制度の対象者であるか等、利用者負担額の確認を行い、サービス事業者と連絡調整を行っていますか。
- 介護保険証で、給付率及び給付制限の有無を確認し、利用者負担額や支払方法について利用者に説明するとともに、サービス事業者と連絡調整を行っていますか。区分支給限度額を超える費用は原則全額自己負担になることを説明しましたか。

(5) サービス担当者会議

何のために

ケアプランの原案を作成したら、サービス担当者会議を開催し、担当者から専門的な見地からの意見を求めます。これらを行うことで、ケアマネジャー1人の手によって作成されたケアプラン原案は、利用者やその家族をはじめ関係機関との情報交換や多角的な検討がなされ、より良いものになっていきます。また、ケアプランの作成後も必要に応じてサービス担当者会議の開催や、担当者への照会を行いましょ。チームケアを実践するためには、お互いにコミュニケーションをとることがとても大切です。目標を共有し、それぞれの役割分担を確認することで、効果的なケアプランの実践が可能となります。



■こんなことをします

- ◇場所・日時の設定
- ◇事前にサービス提供事業者への呼びかけ
- ◇情報交換
- ◇課題の共有化
- ◇援助目標（長期・短期）の共有化
- ◇ケアプランの妥当性の検討
- ◇サービス内容及び提供量の調整
- ◇役割分担の明確化
- ◇チーム形成・連携

ここがポイント



- ◇ 担当者及び利用者やその家族等との間で、「どのようなサービスを」「誰が」「何のために」「どの程度」「いつまで行うのか」を明らかにしていきます。
- ◇ できる限り多くの人が出席できるような日程調整や場所の選定を心がけましょう。
- ◇ 参加者間で、会議で話す問題点などを、事前に情報を共有するようにしましょう。また、そのためにもケアマネジャーが利用者等の問題点を要約したフェイスシート等を配布するのも効果的です。
- ◇ 特に、医療系サービスが組み込まれている利用者などについては、必要に応じて主治医にサービス担当者会議への参加を依頼し、参加が難しい場合は、事前に意見照会などをお願いしましょう。
- ◇ 担当者会議の結果は第4表に記録しておきましょう。また、記録の様式や管理方法は、事業所内で統一しておきましょう。
- ◇ 担当者会議の開催記録は残しておきましょう。
- ◇ 開催については、地域ケアプラザ（地域包括支援センター）も支援します。

ここに注目

《サービス担当者会議を行う基準》

サービス担当者会議の開催は以下の場合に実施し、担当者から専門的な見地による意見を聴取しなければなりません。

- ① 新規に計画作成する時
（ただし、末期の悪性腫瘍の利用者について必要と認める場合や、「やむを得ない理由」がある場合はあらかじめの意見照会でも可）
- ② 要介護更新認定時
- ③ 要介護状態区分の変更認定時
- ④ 居宅サービス計画の変更時

「やむを得ない理由」とは

- ・サービス担当者会議の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
- ・居宅サービス計画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」に該当する場合（軽微な変更には該当するか判断に迷う場合については、個別の事例をもって保険者に確認してください）

「一連の業務」を行う必要のない場合の要件

次の要件を満たす場合には「一連の業務」を行う必要はありませんが、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であることに変わりはありません。

- ・利用者の希望による「軽微な変更」（例：サービス提供日時の変更 等）
- ・ケアマネジャーが「（第3号）継続的かつ計画的なサービスの利用」～「（第12号）指定居宅サービス等事業者に対する個別サービス計画の提出要求」に掲げる一連の業務を行う必要がないと判断したとき

《参考：横浜市指定居宅介護支援事業の人員、運営等の基準に関する条例》

第16条（指定居宅介護支援の具体的取扱方針）

- 第3号 継続的かつ計画的なサービスの利用
- 第4号 総合的な居宅サービス計画の作成
- 第5号 利用者自身によるサービスの選択
- 第6号 課題分析（アセスメント）の実施
- 第7号 課題分析における留意点（利用者の訪問・面接等）
- 第8号 居宅サービス計画の原案の作成
- 第9号 サービス担当者会議による専門的な見地からの意見聴取
- 第10号 居宅サービス計画の原案に係る説明・同意
- 第11号 居宅サービス計画の交付
- 第12号 指定居宅サービス等事業者に対する個別サービス計画の提出要求

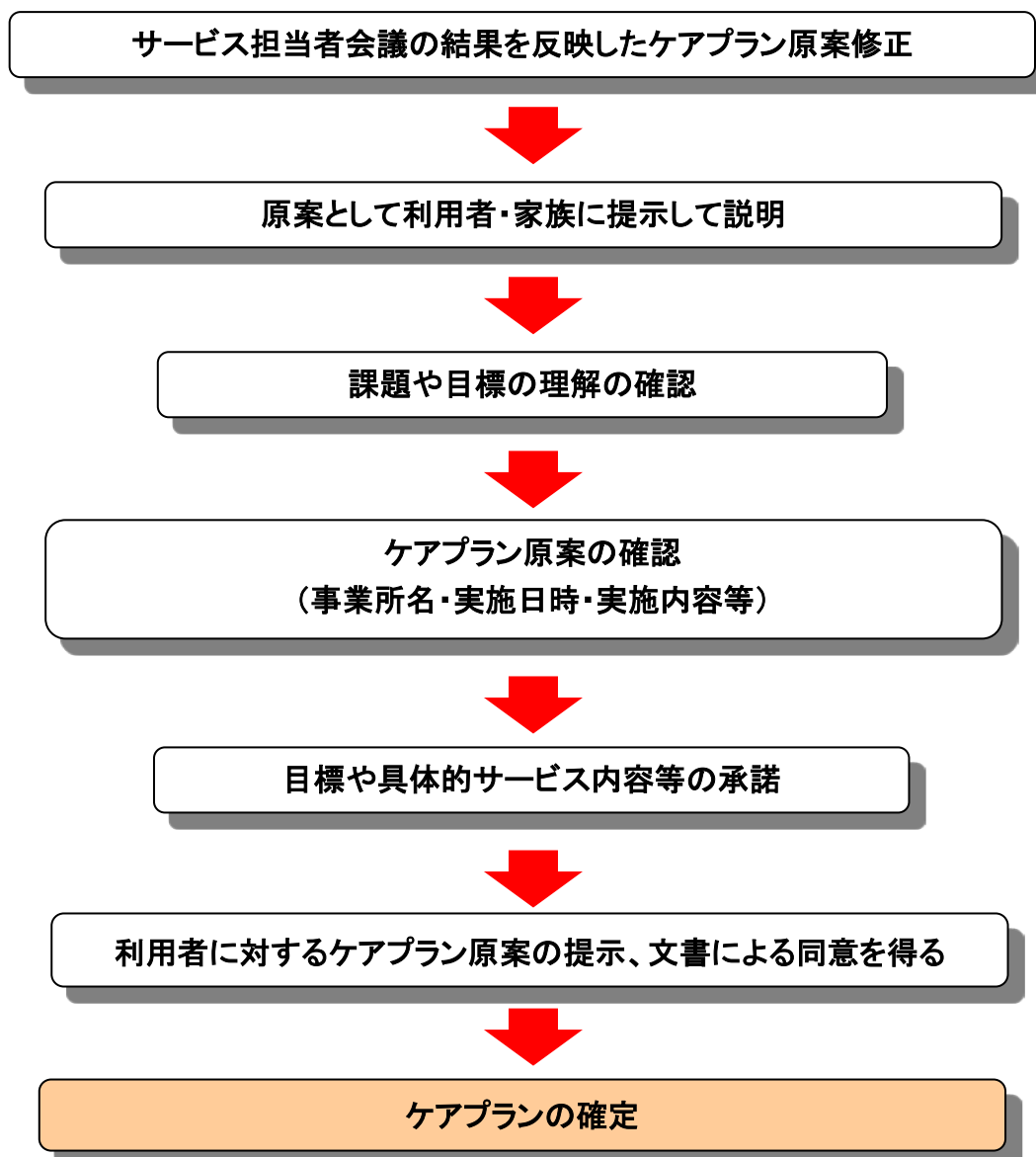
自己診断カルテ

- ケアプラン作成やケアプラン変更、及び要介護認定や更新認定の際に、サービス担当者会議の開催を行っていますか。
- サービス担当者会議への参加が得られない場合など、「担当者に対する照会」とする場合、その要件は満たしていますか。
- サービス担当者会議等を開催する前に、話し合うテーマを明確にしていますか。
- 利用者等の情報をサービス担当者会議で共有することについて、あらかじめ文書により利用者の同意を得ていますか。
- サービス担当者会議等では、生活課題、利用者の目標、ケアプランの内容等をサービス事業者へ伝えて援助方針の共有化を図り、関係者に専門的な意見を求めるとともに、それぞれの役割分担が明確になるよう、ケアプランの内容の調整を図っていますか。
- 「担当者に対する照会」による意見がある場合は、その内容を参加者と共有していますか。
- サービス担当者会議等に利用者や家族に参加してもらい、サービスに対する要望や家族の役割などを確認していますか。
- 会議の要点をまとめ、記録に残しましょう。

(6) ケアプラン原案修正及び説明

何のために

サービス担当者会議等を終え、その結果を反映したケアプラン原案を利用者やその家族に提示し、説明し、文書での同意（署名または記名押印）を得たうえで原案を確定させます。



■こんなことをします

- ◇サービス担当者会議等からの意見を反映したケアプラン原案修正
- ◇ケアプランの提示・説明
- ◇目標の共有
- ◇ケアプランの内容の詳細について確認をとる
- ◇ケアプラン原案を提示し、利用者から文書での同意を得る（署名または記名押印）

ここがポイント



- ◇ ケアプラン原案にサービス担当者会議の結果を適切に反映しましょう。
- ◇ 利用者や家族に提示するものです。居宅サービス計画書第1表・第2表の記載については、利用者や家族の気持ちに配慮した表現に注意しましょう。
- ◇ 利用者や家族が生活の目標やサービス利用の目的を理解し、生活に対する不安を取り除くことができるように、分かりやすく、的確かつ具体的に説明しましょう。

ここに注目

- ◇ 説明及び同意を要するケアプラン原案とは、「居宅サービス計画書の第1表から第3表、第6表及び第7表に相当するすべて」です。ケアプラン原案に文書での同意を得たものが、ケアプランとなるため、ケアプラン原案とケアプランは同じ帳票となります。
- ◇ ケアプラン原案の内容についての利用者又は家族に対する説明及び文書による利用者の同意の取得が義務付けられています。

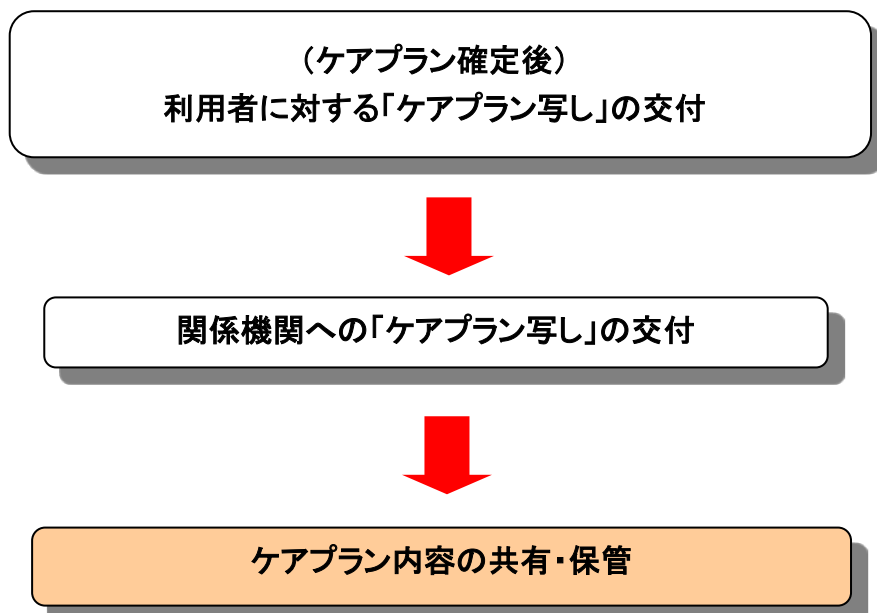
自己診断カルテ

- アセスメントより抽出された生活全般の解決すべき課題に対応して、総合的な援助方針に基づいてケアプラン原案を作成していますか。
- ケアプラン原案は、長期的な目標及びそれを達成するための短期的な目標並びにそれらの達成時期等を明確に記載していますか。
- 居宅サービス等に係る主治医等の医学的な観点からの留意事項や指示が示されている場合には、それらに沿ったものとなっていますか。その留意点を生かしていますか。
- 各サービス事業者が提供するサービスの特性を把握し、適切なサービスの選択のもとで、実現可能なケアプラン原案となっていますか。
- 同一事業者主体のサービスに偏ったケアプラン原案を作成することが無いよう努めていますか。
- ケアプラン原案は利用者やその家族、関係者にも分かりやすく具体的に記載されていますか。
- 必要に応じて行政機関や地域ケアプラザ（地域包括支援センター）、関係団体と連携を図っていますか。
- 生活保護受給者の場合、担当ケースワーカーに連絡を取っていますか。
- 居宅サービス計画書第1表～第3表及び第6表・7表が揃っていますか。
- 本人又は家族に対してケアプラン原案を提示して、サービス内容や自己負担などについて具体的に説明した上で、文書で利用者の同意を得ていますか。

(7) ケアプランの交付

何のために

利用者から文書による同意を得て、確定した「ケアプラン」について利用者・家族及び関係機関の担当者に文書で交付することにより、共通の目標に向かってサービス利用を開始することになります。これにより利用者とその家族、サービス事業者、医療機関、ケアマネジャー間で認識の共有化が図られた内容について、利用者やその家族に認識してもらうことができ、今後の生活に対する不安を取り除くことができます。



■こんなことをします

- ◇利用者から同意を得たケアプランの原本を居宅介護支援事業所に保管する。
- ◇利用者・家族へのケアプランの写しを交付。
- ◇関係機関の担当者へのケアプランの写しを交付、目標の共有。
- ◇ケアマネジャーが交付した時点、交付の方法、交付先がわかるよう支援経過記録等に記録する。

ここがポイント



- ◇ 第1表～第3表と第6表、第7表の5種類すべてを交付します。
- ◇ サービス提供事業所等、各関係機関の担当者へ必ず交付してください。
- ◇ 利用者が医療サービスの利用を希望している場合、その他必要な場合に主治医等へも交付します。
- ◇ ケアプランが交付されることで、具体的なサービスの利用が開始されます。ケアプランの交付前に、ケアプランどおりにサービスが提供されるよう、サービス提供事業所と最終確認をしておくとい良いでしょう。

ここに注目

- ◇ ケアプランは利用者及び担当者への交付が義務付けられています。
- ◇ ケアプラン交付後は、サービス提供事業所との意識の共有を図る観点から個別サービス計画の提出を求めてください。

自己診断カルテ

- ケアプラン作成およびケアプラン変更の際に、居宅サービス計画第1表～第3表、第6表、第7表の5種類を利用者（またはその家族）、サービス提供事業所や医療機関へ交付していますか。
- 医療サービスを位置づける場合、主治の医師等へ意見聴取を行い、ケアプランを交付していますか。
- サービス提供事業所が作成する個別サービス計画は、ケアプランと連動した内容になっていますか。
- ケアマネジャーが交付した時点、交付先、交付方法がわかるよう、支援経過記録等に記録していますか。
- ケアプラン原本は事業所に保管されていますか。

(8) モニタリング

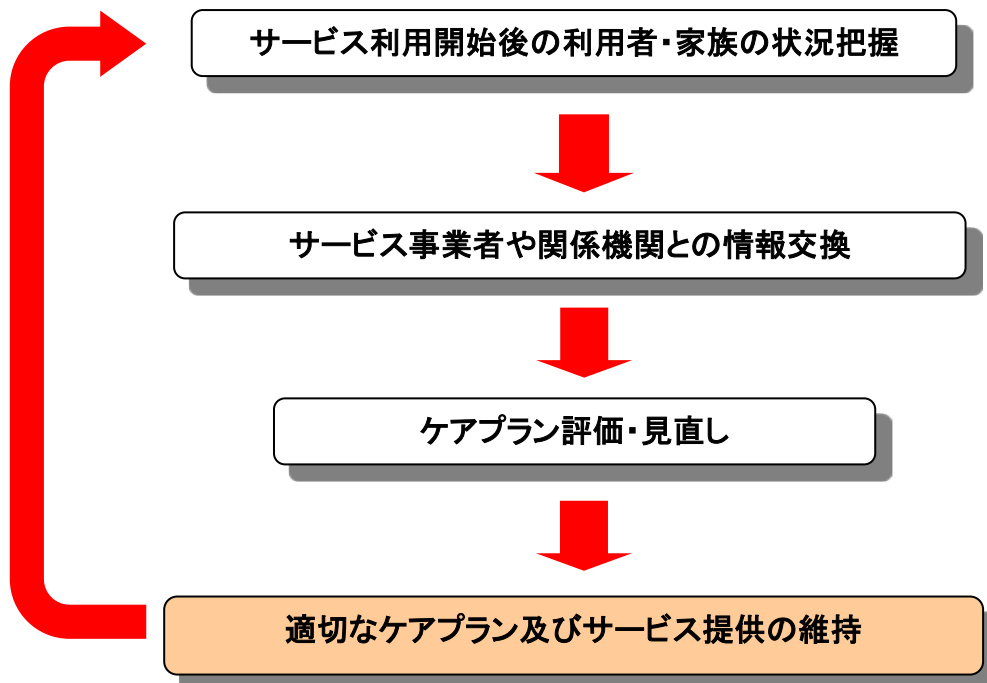
何のために

ケアプランの実施状況等を把握、評価し、状況に合わせた修正等を行う必要があります。この過程をモニタリングといいます。

ケアマネジャーの業務はケアプランを作って終わりではありません。介護サービスの利用開始に伴って、利用者の生活はさまざまな変化を見せているはずで、「新たな課題が生じていないか」等をチェックして、場合によっては、ケアプランの変更も検討します。

「ケアプランは常に変化するものであり、完璧なケアプランは存在しません。」

そのため、利用者の心身の状況だけではなく、家族や自宅周辺的生活環境の把握や、サービス提供事業者、医療職や医療機関などとの情報交換も重要となります。



■こんなことをします

- ◇少なくとも1か月に1回、利用者宅等を訪問して、利用者・家族に面接
- ◇サービス提供事業者からの情報収集
- ◇心身の状態や生活の変化の把握
- ◇ケアプランの評価・見直し

ここがポイント



- ◇ サービスを利用することで、利用者の心身の状態や生活は必ずどこかが変化しています。どこがどのように変化したか、新たな課題が出てきていないか、訪問して、確認しましょう。
- ◇ モニタリングを行う際には、訪問をして、利用者の様子だけでなく、住環境や、自宅周辺の様子の変化にも注意しましょう。
- ◇ 変化の様子は、「目標」に合致したものであるかという視点も含めてチェックしましょう。
- ◇ ケアプランに組み込まれたサービスが提供されているか、サービスの内容は適切で、目標に沿った的確に提供されているかをサービス提供事業所からのサービス報告書類や、個別サービス計画書等の他に、利用者や家族との面談などで、把握しましょう。また、状況に応じて、サービスが提供されている場면을訪問しましょう。
- ◇ モニタリングの結果は支援経過記録や、モニタリングシート等に必ず記録しておきましょう。

ここに注目

- ◇ 忘れてはならないモニタリングの目的
 - ①ケアプランの妥当性の確認
 - ②サービス内容の妥当性の確認
 - ③確実なサービス提供の確認
- ◇ 少なくとも1か月に1回、利用者宅等で、面接によるモニタリング及びモニタリング記録が義務付けられています。

自己診断カルテ

- 少なくとも1か月に1回、利用者宅等を訪問して、利用者・家族に面接していますか。
- サービス提供事業者が作成した個別サービス計画の内容を確認し、あらかじめ設定した時期に目標がどの程度達成されたかを確認していますか。
- 少なくとも1か月に1回、モニタリングで収集された情報を記録していますか。
- 計画的に再アセスメントを行い、ケアプランの見直しを行っていますか。
- モニタリングにより修正すべき目標や心身の状態及び介護内容の変化があった時は、その根拠や、理由を具体的に整理し、主治医、サービス提供事業所等と情報交換をしていますか。

(9) 給付管理

何のために

計画作成やサービス事業所との連絡調整などの本来業務のほか、適正なサービスが提供され、利用者に不要な負担がかからないようにするために、給付管理は重要です。

■こんなことをします

- ◇ サービス提供の実績及びケアプランの遂行状況の確認
- ◇ 利用者負担の確認及び適正な給付の確保

ここがポイント



◇ 介護保険負担割合証の確認

介護保険負担割合証に記載されている自己負担割合（1割～3割）を確認しましょう。

◇ サービス提供実績の確認

毎月、利用者及びサービス提供事業者の利用実績を確認しましょう。

◇ 月の途中で要支援状態区分と要介護状態区分をまたぐ変更等があった場合

月末時点で担当している居宅介護支援事業者（または介護予防支援事業者）が給付管理票を作成し、居宅介護（介護予防）支援費を請求します。また、介護予防支援や総合事業、定期巡回型随時対応型サービス、小規模多機能型居宅介護などの月額包括報酬のサービスについては、日割りで計算します。

（給付管理票、介護給付費明細書の具体的な記載方法等については、県国保連の「介護報酬請求の手引き」を参照ください。）

◇ 月末の時点で要介護（要支援）認定が確定しない場合

要介護（要支援）認定が確定してから、月遅れで報酬請求を行ってください。

（要介護（要支援）認定が確定してからでないでないと給付管理を行う事業者や限度額が確定しないため。）

◇ 月の途中で住所変更をした場合

- 横浜市内で他の区へ転居した場合は、月末時点の居住区の保険者番号で請求します。
- 月の途中で横浜市外へ転出、あるいは市外から転入した場合
区分支給限度額→それぞれの保険者ごとに別々に算定されます。
居宅介護支援（介護予防支援）費→両方の保険者に請求します。

（転入前後で事業者が変更していなくても、両方に請求可。）

各サービス提供に係る報酬→転入前の利用分と転入後の利用分をそれぞれ保険者に請求します。

◇ 各種利用者負担軽減制度の確認

それぞれ該当者には証書が交付されています。軽減期間、軽減率等を証で確認し、利用者負担額の確認、サービス提供事業所の利用料徴収の調整を行ってください。

①介護サービス自己負担助成

- 在宅サービス助成
- グループホーム助成
- 施設居住費助成

②社会福祉法人による利用者負担軽減

※各種利用者負担軽減制度の詳細については、[ハートページ](#)を参照してください。

◇ 給付制限の確認

被保険者が保険料を滞納し、給付制限を受けていると、通常の方法で報酬請求を行っても返戻となってしまいます。

給付制限については、介護保険証に記載してから実施されますので、サービス提供月の前に、必ず介護保険証を確認するようにしてください。

介護保険被保険者証 (一)		要介護3 (二)		居宅介護支援事業所等 (三)	
番号	0123456789	認定年月日	令和2年3月31日	居宅介護支援事業所等	R2.3.1 ~ R4.2.28 〇〇〇センター
住所	231-0017 横浜市 中区 港町1丁目1番地	認定の有効期間	R2.3.1 ~ R4.2.28	給付制限	令和元年12月1日から 支払方法の変更
氏名	横浜 太郎	居宅	R2.3.1 ~ R4.2.28 1月当たり 27,048 単位	給付制限	令和元年12月1日から 令和2年5月31日まで 給付額の減額
生年月日	昭和5年8月1日	サービス等		介護保険給付等	年月日
交付年月日	令和2年4月1日	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		年月日	年月日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	1 4 1 0 4 4 横浜市 印			年月日	年月日

サービス提供時に介護保険証の提示を受けた際には、ここも必ず確認してください。

・支払方法の変更（償還払い化）

保険料を1年間滞納すると保険給付が償還払い化されます。この措置を受けた被保険者は、サービス利用の際、いったんサービス費用の全額を事業所に支払い、区役所に保険給付分の償還払いの申請を行います。

・保険給付の支払いの一時差止、滞納保険料の控除

償還払い化が措置され、かつ、納期限から1年6か月以上保険料を滞納すると、償還払い分の保険給付が差し止められる措置がとられます。また、差し止められた保険給付から、滞納保険料が控除される場合があります。

・給付額の減額

保険料を2年以上滞納し、かつ、時効の期間がある場合、その期間に応じて、一定の期間、保険給付率が7割（または6割）に減額されます。

給付額減額措置期間中は、高額介護サービス費、食費・居住費の補足給付は支給対象外となります。高額医療高額介護合算制度も合算対象外となります。

居宅介護支援費は、もともと自己負担がないので給付額減額措置による減額はありません。

自己診断カルテ

- 介護保険負担割合証に記載された自己負担割合（1割～3割）を確認していますか。
- サービス提供実績をサービス利用票等により確認していますか。
- 介護報酬の請求前に、利用者もしくはサービス事業者と連絡を取り、サービス提供実績の確認をしていますか。
- 介護報酬の請求の際、介護保険証で被保険者番号や届出年月日を確認していますか。
- 区分変更申請中の利用者ではありませんか。
- 加算・減算に対応した適正な請求をしていますか。

■ 給付管理業務の作業手順

【作業手順】

手順	関係書類	備考
①居宅サービス計画作成届出書の提出	・居宅サービス計画作成届出書	
②ケアプランの作成	・ケアプラン	
③サービス利用票の作成 サービス提供票の作成	・サービス利用票 ・サービス提供票	・利用者へ自己負担等の説明 ・各事業所への手配
④計画対象期間中の実施状況把握と連絡調整	・サービス提供票	・利用者、サービス提供事業所、ケアマネジャー間の連絡調整 ・月の途中でサービスの変更があった場合は改めてサービス利用票を作成
〈居宅支援事業者〉 ⑤給付管理票の作成と提出 居宅介護支援介護給付費明細書の作成と請求	・給付管理票 ・居宅介護支援介護給付費明細書	・毎月10日までに国保連合会へ提出
〈指定サービス事業者〉 ⑤介護給付費明細書の作成と請求	・居宅サービス介護給付費明細書	・毎月10日までに国保連合会へ提出
⑥国保連合会による審査	・審査結果通知書	・審査月の月末～翌月初めに国保連合会から届く
⑦国保連合会からの支払	・介護給付費等決定額通知書 ・介護給付費等決定額内訳書	・毎月、指定の銀行へ振込

【国保連合会による審査】

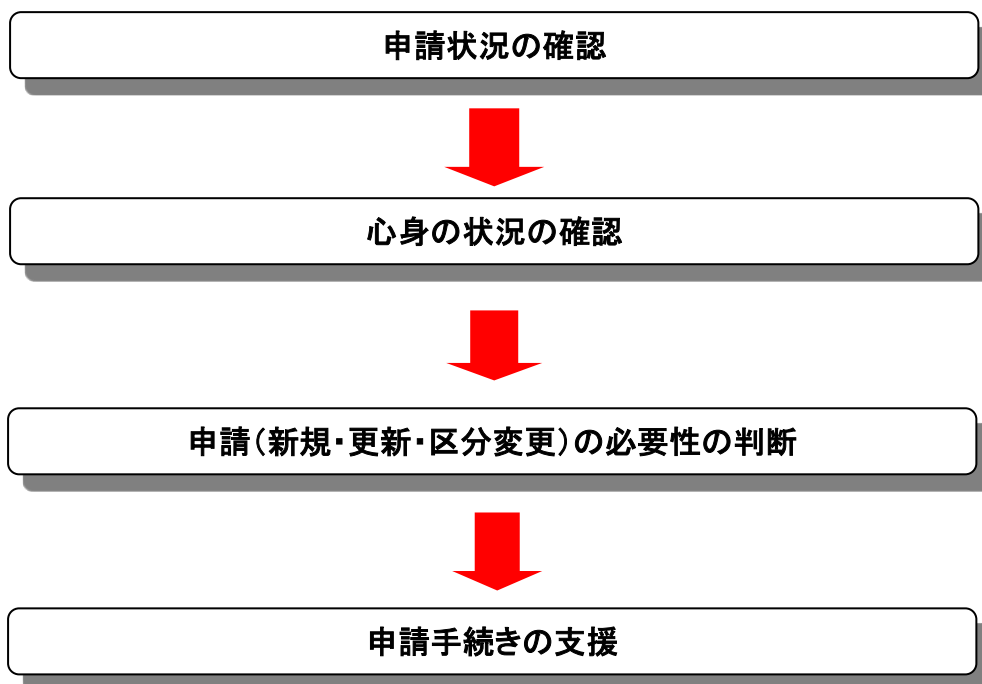
審査項目	主な点検項目	審査内容
一次審査	・給付管理票の記載不備の点検 ・請求明細書の記載不備の点検	・単純な記載誤りによるもの→返戻
資格審査	・被保険者の情報に対する点検 ・事業者の情報に対する点検	・受給者情報・事業者情報との照合誤りによるもの→返戻
上限審査	・給付管理票の内容と請求明細書の内容の照合	・給付管理票との照合誤りによるもの→査定または返戻 ・給付管理票の提出または確定がないもの→介護給付費請求明細書の保留

(10) その他業務

ア 要介護認定関連業務

何のために

要介護認定は、介護を要する状態かどうかを判定するために行います。また、介護保険サービスを受けるために認定されることが必要となります。居宅介護支援事業者は、利用者の意思を踏まえ、新規・更新はもとより、利用者が常に適正な要介護認定が受けられるよう、モニタリングや再アセスメントの結果から区分変更申請などについて、必要な助言や協力を行う必要があります。



■こんなことをします

- ◇認定にかかる相談への対応
- ◇申請に関する助言
- ◇申請代行（必要に応じて）
- ◇認定調査（委託等を受けている場合）

ここがポイント



- ◇ 日頃から利用者の認定有効期間を把握し、更新申請の漏れが無いように注意を払いましょう。
- ◇ モニタリングや再アセスメントの結果から区分変更申請が必要と判断した場合は、利用者・家族に必要な助言を行いましょ。
- ◇ 認定結果に対する苦情等があった場合は、要介護認定の仕組みを説明するとともに、必要に応じて区役所高齢・障害支援課に引継ぎましょ。

■ 要介護（要支援）認定の更新

日頃から利用者の認定有効期間を把握し、更新申請の漏れが無いように注意し、必要に応じて、申請手続き等の支援を行ってましょ。

更新認定の場合、有効期間満了の60日前から申請ができるので、介護保険証を添付して、代行申請を行ってましょ。

更新認定のための調査については、担当ケアマネジャーが行う場合もありますし、または担当外（事業所外）のケアマネジャーや横浜市職員・事務受託法人調査員が行う場合もあります。担当ケアマネジャー以外が行う場合は、担当ケアマネジャーは、適正な認定調査に協力することや、更新の際の再課題分析などのケアマネジメント業務が発生ましょ。

このため、更新が多い時期を把握し、その前後の業務量を調整するなどの工夫が必要ましょ。

ここに注目

- ◇ 要介護認定等に係る申請について、被保険者の意思を踏まえ、必要な協力を行わなければならないとされてましょ。
 - ◇ 要介護認定は介護保険制度の重要な手続きましょ。制度を十分に理解し、必要な協力や助言を行いましょ。
 - ①新規・区分変更申請はその申請のあった日に遡って認定ましょ。
 - ②更新申請は、現に受けてましょる要介護認定の有効期間満了の日の60日前から満了の日までの間に行うことができます。
- ※やむを得ない理由もなく、更新申請の手続きを忘れ、現に受けてましょる要介護認定の有効期間が満了してましょった場合は、有効期間満了以降に新規申請を行うまでの期間については、介護保険によるサービスは受けることはできません。

■要介護認定の有効期間（平成30年4月から）

申請区分等	原則の認定有効期間	設定可能な認定有効期間の範囲	
新規申請	6か月	3か月～12か月※	
区分変更申請	6か月	3か月～12か月※	
更新申請	前回要支援⇒今回要支援	12か月	3か月～36か月
	前回要支援⇒今回要介護	12か月※	3か月～36か月※
	前回要介護⇒今回要支援	12か月	3か月～36か月
	前回要介護⇒今回要介護	12か月※	3か月～36か月※

※状態不安定による要介護1の場合は、6か月が上限となります。

自己診断カルテ

- 各利用者の認定有効期間を把握していますか。
- 各月毎の認定有効期間満了者のリスト等を作成するなど、更新手続きに漏れがないようにしていますか。
- 区分変更申請の必要性を把握した場合に、利用者・家族に必要な助言を行っていますか。

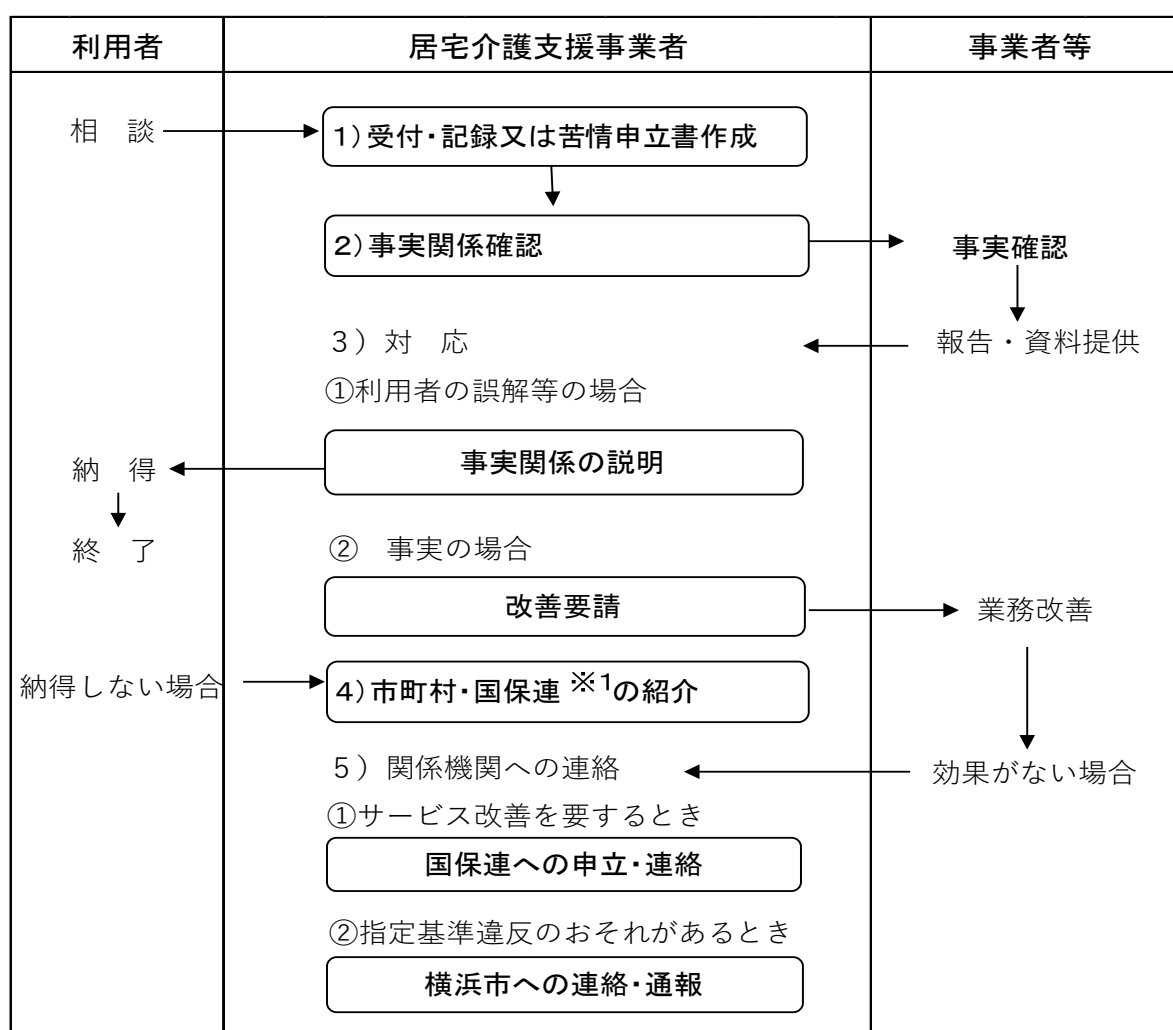
イ 苦情対応

何のために

「利用者の選択に基づいて適切なサービスが提供される」ためには、利用者が提供されたサービスに不満がある場合に、苦情を申し出ることができ、それに対し、関係機関が迅速かつ適切に対応する必要があります。そのため、居宅介護支援事業者は、自ら作成したケアプランに関する苦情の他に、個別サービスに関する苦情が当事者間で解決できない場合についても、解決に向けた調整を図ります。

なお、苦情にはサービス提供事業者に対するものだけでなく、居宅介護支援事業者に対するものもあるので、その場合も同様に適正に対応する必要があります。

■サービスに関する苦情相談の流れ



※横浜市では第三者機関として、中立な立場から苦情を受け付ける横浜市福祉調整委員会(TEL045-671-4045)も設置しています。

※1 神奈川県国民健康保険団体連合会。

■こんなことをします

- ◇事実関係の確認
- ◇必要に応じて、サービス提供事業者へ業務改善を要請
- ◇サービス提供事業者の変更などの調整
- ◇必要に応じた関係機関への連絡
- ◇苦情を活かしたサービスの質の見直し
- ◇苦情相談記録の作成（※完結の日から2年間の保存義務あり）

ここがポイント



- ◇ サービス事業所に事実確認を行う場合、相談者の名前を事業者に明らかにしてもよいか必ず確認しましょう。
- ◇ 速やかな事実確認と正確な記録及び説明を心がけましょう。
- ◇ 苦情はケアマネジャーが個人的に受け付けるものではなく、事業所として受け付けるものです。
- ◇ 事業所としての対応が必要です。事業所内における苦情対応マニュアルを作成するようにしましょう。
- ◇ 業務改善の要請に対してサービス内容に改善が見られない場合は、区役所高齢・障害支援課介護保険担当や国保連に相談・連絡しましょう。
- ◇ 事実関係を確認した結果、指定基準に違反しているおそれが大きい場合、横浜市健康福祉局介護事業指導課指導監査係（Tel045-671-2356）に連絡します。
- ◇ 受付けた苦情内容・対応経過等を記録して、整理しましょう。
- ◇ 自らの居宅介護支援事業所に対する苦情についても、事実確認を行い、必要な説明・改善を行います。
- ◇ 自ら提供した指定居宅介護支援、または自らがケアプランに位置付けた指定居宅サービス等に対する利用者からの苦情には、迅速かつ適切に対応しなければなりません。また、受け付けた苦情の内容等を記録しなければなりません。
- ◇ 自らがケアプランに位置付けた指定居宅サービスに対する苦情の国保連への申立に関して、利用者に対し必要な援助を行わなければなりません。
- ◇ 横浜市では、区役所高齢・障害支援課及び地域ケアプラザ（地域包括支援センター）についても利用者からの苦情相談窓口として位置付け、介護保険サービスに関する利用者の苦情に対応しています。

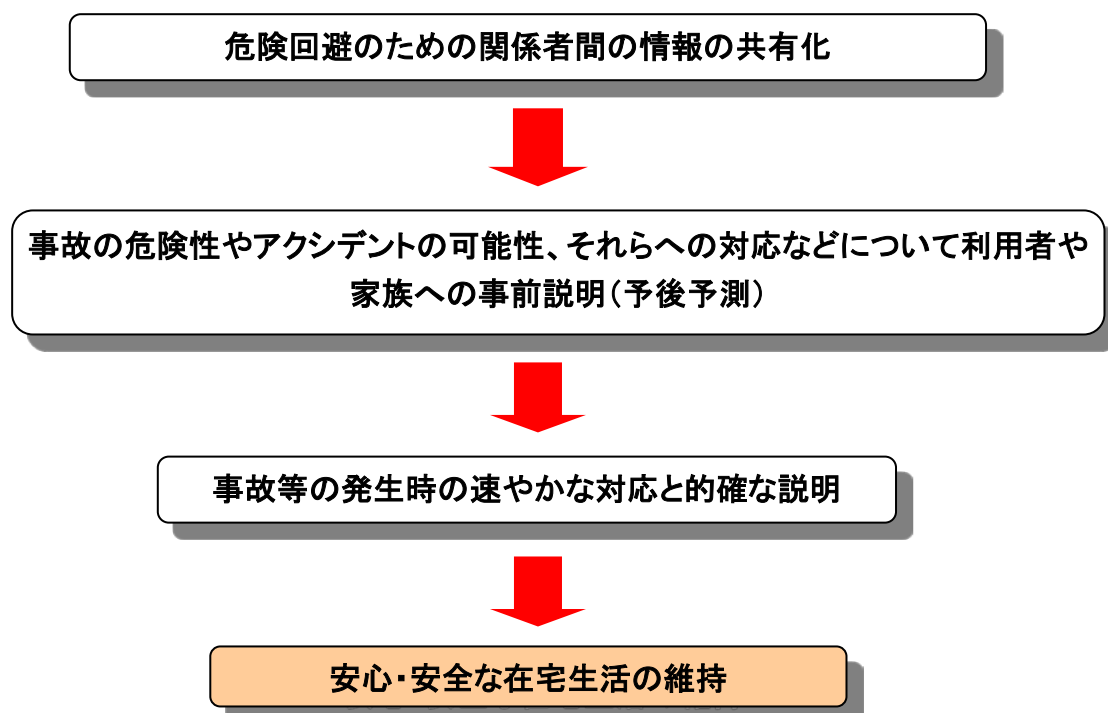
自己診断カルテ

- 利用者に提供されたサービスの苦情相談窓口の説明をしていますか。
- 利用者に苦情相談の趣旨を説明して記録を作成していますか。
- サービス事業者に苦情の事実確認を行う際には、利用者の名前を公表してよいか確認していますか。
- 事実確認の結果を、利用者の理解が得られるまで説明していますか。
- 自分の事業所に対する苦情の相談窓口を利用者に説明していますか。
- 苦情対応に関する報告を適宜上司や責任者に行い、助言を求めていますか。
- 必要に応じて、区役所高齢・障害支援課、横浜市健康福祉局や、国保連等の関係機関に連絡または報告をしていますか。
- 国保連への苦情申立に関して、利用者に必要な援助をしていますか。
- 記録は個人情報に配慮した方法で管理していますか。

ウ 緊急時や事故発生時の対応

何のために

介護サービスは、人が人に直接触れたり、利用者の居宅内で提供されるサービスが多く、「事故」が発生する危険が高いと言われています。また、急なアクシデントなどで予定されていたサービスが提供できなくなってしまうこともあります。「利用者に安定した在宅生活を提供すること」がケアマネジャーの業務である以上、サービス提供事業所や居宅介護支援事業所において、このような事故やアクシデントが起こった場合の対応も重要な業務です。



■こんなことをします

- ◇心身の安全確保を最優先した処置
- ◇家族や関係機関への連絡
- ◇原因追求とそれを踏まえた再発防止策の策定
- ◇事故報告の対象事案の場合、市への報告
- ◇家族や関係者への経過報告
- ◇記録作成

ここがポイント



- ◇ 契約時などに事故防止策やアクシデント発生時の対応について説明しましょう。
- ◇ ケアマネジャーとしてできることの範囲を事前に説明しておきましょう。（例を示して対応方法を説明すると良いでしょう。）
- ◇ サービス提供時の注意点や緊急時の連絡方法などについて、関係者間で共有しておくこと。特にかかりつけ医や医療職との情報の共有が重要です。
- ◇ 速やかな事後処置と正確な説明ができるようにしておきましょう。
- ◇ 緊急時の連絡先を決めておきましょう。
- ◇ 事故やアクシデントの内容や対応経過はできるだけ詳細に記録しておきましょう。
- ◇ 事案を十分に検証し、具体的な原因を把握し、再発防止につなげましょう。
- ◇ 緊急時に適切な対応が行えるよう、日頃から突発的な事態を想定した対応を事業所内で統一しておきましょう。
- ◇ サービス提供事業所より事故報告の対象事案の連絡を受けた際、市への報告をしたかどうか確認しましょう。
- ◇ 災害時（地震、台風など）の対応について、普段から利用者、家族と話し合っておきましょう。

ここに注目

【緊急連絡事項のポイント】

※あくまでも参考例です。状況に応じて必要な項目を正確に伝えましょう。

- ◇ いつ、どこで、何が起きたか
- ◇ 本人の心身状態など現在の様子
- ◇ 本人の所在（例／近くの〇〇病院など）
- ◇ 原因（事故の場合など）
- ◇ これからの対応の見込み（例／入院する。自宅に戻る。家族が戻るまで〇〇が付き添う。など）
- ◇ 次の連絡時期や連絡先、連絡方法

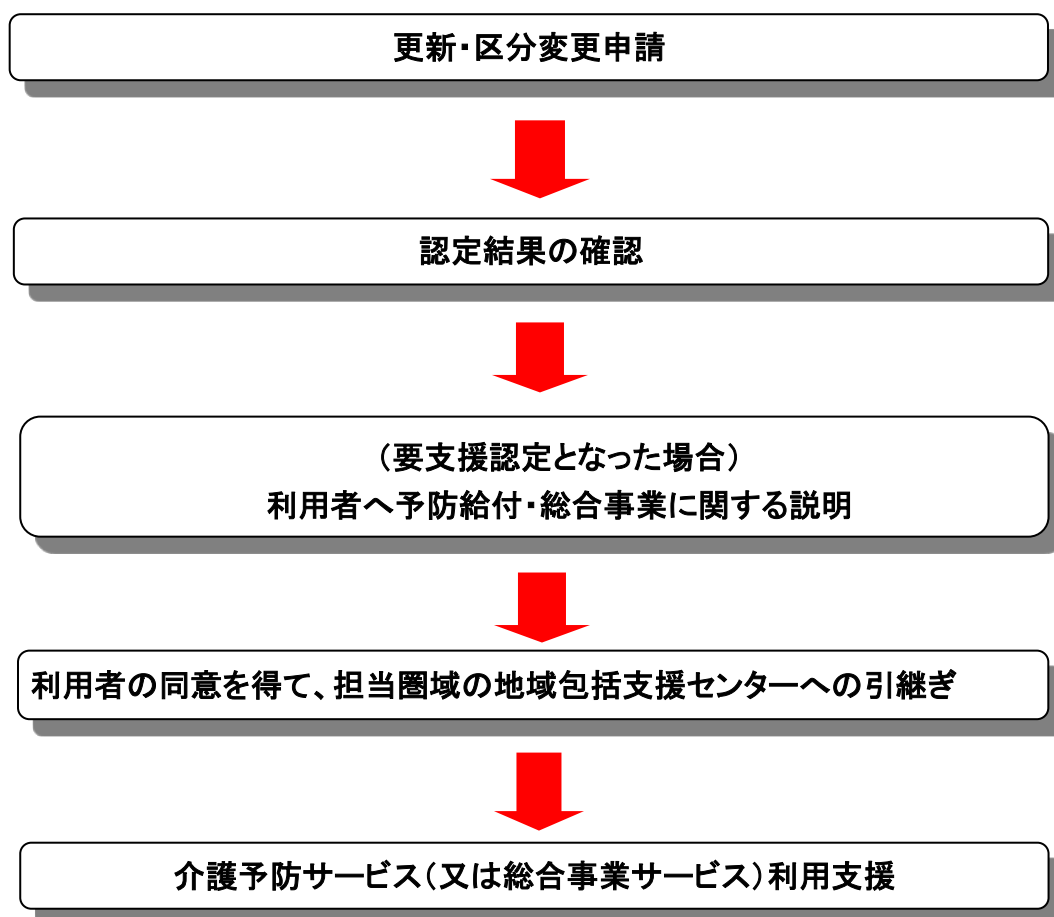
自己診断カルテ

- 身体状況や介護者の状況の変化に伴って、急なサービスの変更や中止などへの対応方法を構築していますか。
- 想定される緊急事態について家族などから必要な情報を入手した上で、本人への手当や関係機関との調整など、対応方法について確認できていますか。
- 緊急事態が発生した際の対応方法について、契約時などに本人や家族に説明していますか。
- 緊急事態が発生した際の連絡先や連絡方法等を把握していますか。
- 緊急事態が発生した際の関係機関との連絡方法や調整など、きちんとした対応がとられていますか。
- 緊急事態が生じた際に、協力を依頼できるネットワークを持っていますか。
- 緊急事態が生じた際の対応経過について、記録を作成していますか。
- 市への事故報告の対象事案の場合、横浜市電子申請システムで報告しましたか。
- 作成した記録について、個人情報保護等に配慮して適切に管理していますか。

エ 介護予防支援事業者（地域包括支援センター）との連携

何のために

要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合には、介護支援業務を行う主体が介護予防支援事業者である地域包括支援センターに移りますので、ケアマネジャーは、介護予防支援事業者にその利用者に係わる必要な情報を引き継ぐなどの連携を図ります。あらかじめ、介護予防支援に関する制度の主旨・基本理念及び要支援認定にあたって変更となるサービス利用に係わる説明を充分に行うことが必要です。



■こんなことをします

- ◇介護保険制度の基本理念（自立支援と尊厳の保持）の説明
- ◇介護予防サービス・総合事業サービスの内容及び地域包括支援センターの役割などの説明
- ◇個人情報の引継ぎの同意確認
- ◇地域包括支援センターへ情報引継ぎ

ここがポイント



- ◇ 更新申請は早めに行い（認定有効期間満了の日の 60 日前から申請できます）、認定結果が要支援認定となった場合でも利用者や介護予防支援事業者への説明及び引継等が円滑に実施できるようにしましょう。
- ◇ 要支援認定となった利用者が混乱しないように、担当の地域包括支援センターや介護予防・総合事業に関連するサービス内容を利用者に理解していただけるよう、引継方法などを具体的に説明しましょう。
- ◇ 引継ぎにあたり、個人情報の使用について同意を得ることも必要です。もし同意が得られない場合は、円滑に介護予防に係るサービスの利用ができるようにするためであることを再度説明し、それでも同意が得られない場合は、地域包括支援センターへの相談を促し、連絡先などを紹介するようにしましょう。
- ◇ 介護予防に関する知識を得るようにしましょう。これは利用者からの相談、依頼があった場合に、利用者の立場に立って、常に、その居宅において日常生活を営むことができるという視点から検討し支援をするために大切なことです。
- ◇ 横浜市健康福祉局ホームページの「介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務委託の流れ」も参照してください。

【横浜市役所トップページ> 事業者向け情報> 分野別メニュー> 福祉・介護> 高齢者福祉・介護>事業者指定・委託等の手続き> 地域密着型サービス関連> 変更届・運営に関する情報等>介護予防支援（地域包括支援センター）】

https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/shinsei/service/henkou_unei/kaigo-yobou.html

ここに注目

- ◇ ケアマネジャーは、要介護認定を受けている利用者が要支援認定を受けた場合には、介護予防支援事業者が速やかに介護予防サービス計画の作成に着手できるよう、その利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図ることとされています。
- ◇ 介護予防支援事業者（その業務を受託した居宅介護支援事業者）は、事業の運営に当たっては、市や地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、居宅サービス等事業者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取組を行う者等との連携に努めなければならないとされています。

自己診断カルテ

- 介護保険の理念や、自立支援と尊厳の保持などの主旨を説明していますか。
- 地域包括支援センターについて、利用者へ分かりやすく説明していますか。
- 更新認定後には、介護保険証などで認定結果を確認し、要支援認定となった利用者へ、予防給付や総合事業に関するサービスや利用までの手続きなどを分かりやすく説明していますか。
- 要介護認定を受けている利用者が要支援認定となった場合には、地域包括支援センターにその利用者に係る情報を引き継ぐ等の連携を図っていますか。

何のために

介護保険制度は保健・医療・福祉の連携のもとで、効率的・総合的にサービスを提供していくことを基本理念としています。その実現のためには、主治医や薬局等の医療機関との連携は欠くことができません。

利用者が安全かつ安心して在宅で生活できるよう、医療機関との連携を図ることが重要です。

(1) 主治医との連携

ここがポイント



【連絡のポイント】

- ◇ 利用者の情報は、利用者本人や家族に確認することが基本です。利用者自身が管理する退院療養計画書や薬の説明書等でも必要な情報を確認することは可能です。そのうえで、入手が必要な情報について、要点を整理して、問い合わせるようにしましょう。
- ◇ 医療情報を得る場合には、本人の同意が必要です。書面等で同意内容を医療機関に示す等の工夫をすることで、医療関係者も本人以外の者へ情報を開示しやすくなります。書式等、同意の確認方法は、各医療機関で定められているか確認しましょう。
- ◇ 情報交換を始める前に、自分が担当のケアマネジャーであることを主治医に伝えておくことが連携の第一歩です。
電話やファックスでの連絡だけではなく、時間を予約して医療機関を訪問するなど、日頃から顔の見える関係づくりを心掛けましょう。
- ◇ 連絡や相談をする場合には、まずは電話やメール等で、連絡方法等について相手の希望を確認しましょう。緊急時以外は、医師への突然の電話による相談は避けましょう。
- ◇ 病院の医師が主治医の場合、医師と直接連絡をとるのは難しいかもしれませんが、しかし、病院には外部と連絡をとる際の窓口が設置されているところもあります。
まずは、そのような窓口で連絡し、医療ソーシャルワーカー（MSW）、看護師等と相談のうえ、主治医との連絡方法を確認すると良いでしょう。

【説明のポイント】

- ◇ 結論から先に伝えましょう。「訪問診療のご相談をしたいと思っています。対象者は～」というように、相談の主旨を最初に話し、その後に詳しい内容を説明しましょう。
- ◇ 相談したい点が複数ある場合は、いくつあるか内容を箇条書きに伝えましょう。「先生に3つ相談があります。3点とは〇〇と●●と□□です。」というように、先にまとめて伝え、その後に詳しい内容を説明しましょう。
- ◇ 医学的な判断に踏み込んだ表現はしないようにしましょう。「食べられないので点滴をしてほしいのですが～」 「体調が悪いので入院させてください。」というように、医療現場での判断となる内容について、決めつけてしまうような表現は避けましょう。
- ◇ 曖昧な表現はしないようにしましょう。「たぶん…らしいのですが。」 「私はよく分からないのですが…」 というように、聞き伝えた曖昧さのまま伝達せず、しっかりと正確な事実を伝えましょう。

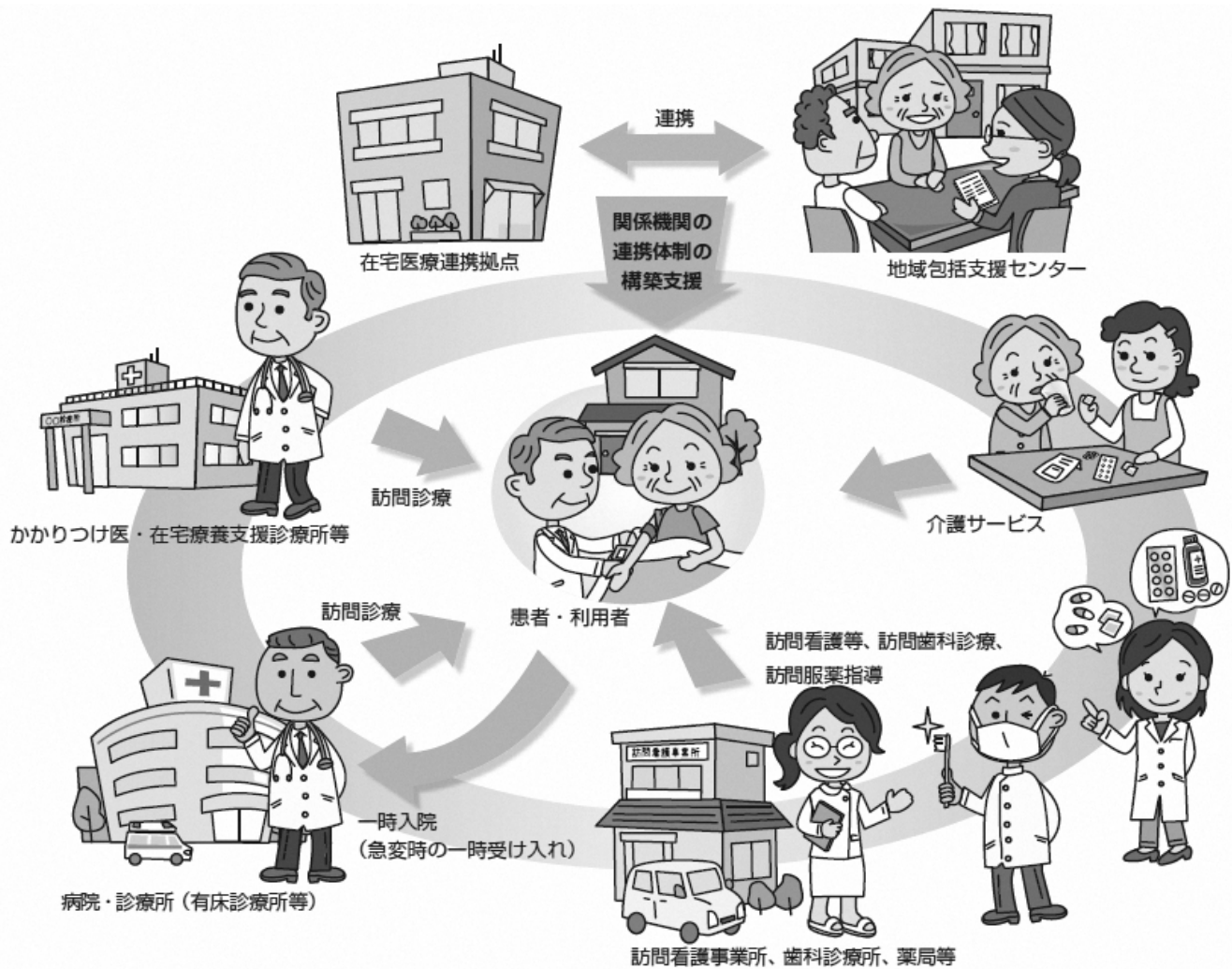
サービス担当者会議の活用

- ◇ 出席が難しい場合もありますが、無理のない範囲で声をかけてみましょう。依頼する際には、なぜ出席してほしいのか、何を話し合うのかを明確にしておくことが大切です。また、出席が難しい場合にはファックス等でのやり取りも有効でしょう。
訪問診療等で医師が利用者宅に赴く機会を活用し、訪問先で会議を開くことも可能です。

医療機関との連携が密に必要な利用者の例

- ◇ 呼吸器・酸素吸入器等の医療機器の使用や、点滴・経管栄養・吸引・インスリン注射等の医療処置を在宅で行っている方
- ◇ 在宅でターミナルケアを行っている方
- ◇ 食事制限・活動制限等の医学的管理を行っている方
- ◇ 退院後間もない方、入退院を頻繁に繰り返している方

在宅医療・介護連携のイメージ図



訪問診療と往診

「訪問診療」と「往診」は訪問をして診療をすることは同じですが、それぞれ以下の違いがあります。

訪問診療

定期

同意を得て、計画的な医学管理の下に通院が困難な方に定期的に訪問して診療を行った場合

往診

緊急

患者や家族の求めに応じて患者のもとに赴き、診療を行った場合

呼び名は似ているけど
意味が違うのね。



(2) 在宅医療連携拠点（在宅医療相談室）

市民が、病気を抱えても住み慣れた自宅等で、安心して継続的な在宅医療・介護を受けることができるよう、医師会等と協力して在宅医療連携拠点を全区に設置しています。

医療依存度の高い方の退院時支援のほか、在宅医療を行うかかりつけ医の紹介や、地域の在宅医療・介護資源の情報提供等在宅医療と介護の相談支援を行います。

日頃から在宅医療に関する相談機関として連携を図りましょう。

在宅医療連携拠点

職員体制 在宅医療連携拠点業務に必要な介護に関する知識を有する看護師等2名、事務職員1名

開設場所 各区医師会館等

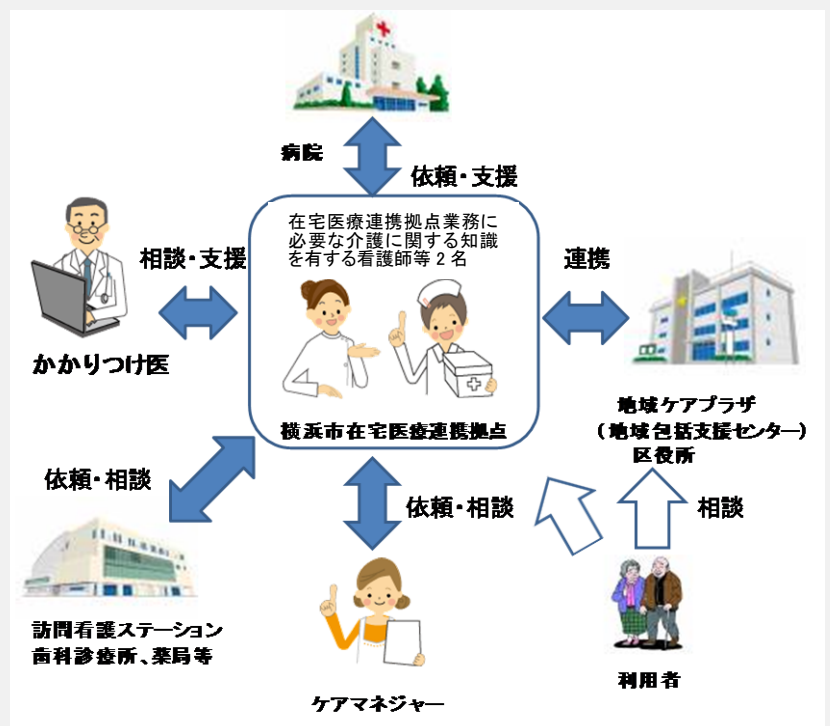
業務内容 ●ケアマネジャー・病院（地域連携室等）等からの在宅医療に関する相談・支援
区内の医療資源情報を集約し、関係機関へ在宅医療を行うかかりつけ医の紹介等の医療情報を提供するとともに、医療と介護間のコーディネート、各機関への調整・相談等の医療的支援を行います。

- 医療連携・多職種連携
- 市民啓発

利用できる相談例

- ・医療依存度の高い人が退院するが療養の相談をしたい
- ・訪問診療ができる医師を探している
- ・訪問看護や訪問リハビリのサービス導入のタイミングについて相談したい

など



(3) 医療と介護の連携ツール

ア 入院・退院サポートマップと入院時・退院時情報共有シート

疾患を持ちながらも住み慣れた自宅などでその人らしく暮らしていくために、病院からの移行期において、患者に関わる医療・介護関係者が連携し、情報共有を円滑にするための「入院・退院サポートマップ」、「入院時・退院時情報共有シート」です。医療職との連携や情報共有に活用してください。

◇入院・退院サポートマップ



◇入院時・退院時情報共有シート

※実際の入院・退院サポートマップ、入院退院時情報共有シートは巻末に掲載されています。

イ 看取り期の在宅療養サポートマップ

看取り期を在宅で過ごす方をささえるために、支援チーム（医療職・介護職）が連携してサポートできるよう、看取り期の一般的なプロセスやケアのポイントを理解し、医療職と共通イメージが持てるようにするための、サポートマップです。

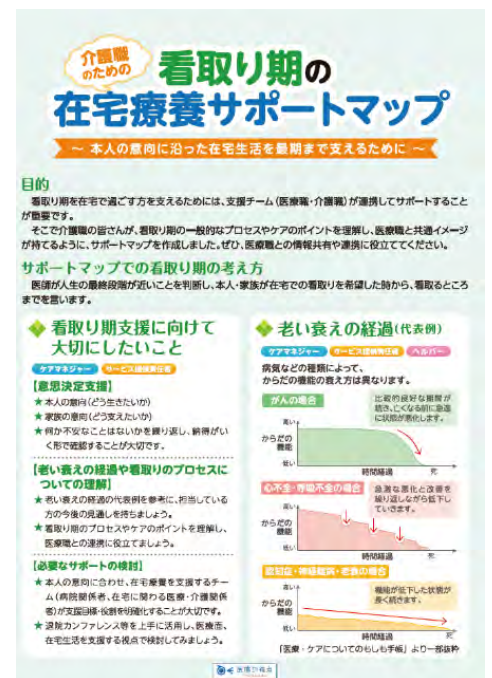
※実際の看取り期の在宅療養サポートマップは巻末に掲載されています。

配付について

「入院・退院サポートマップ」「入院時・退院時情報共有シート」
「看取り期の在宅療養サポートマップ」のダウンロードはこちらから
【横浜市ホームページ】



横浜市トップページ > 暮らし・総合 > 健康・医療 > 医療 > 在宅医療 > 退院調整をスムーズにするための情報共有ツール
<https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryoy/iryoy/zaitaku/tainchouseitool.html>



(4) 多様な医療職との連携

ア 薬局との連携

何のために

高齢者は、複数の疾病を有することが多く、多種類の薬剤を併用しているため、薬の副作用や服薬管理について相談を受けることがあります。薬についての説明は、医師、看護師等においても行われますが、薬局と連携して、適切な服薬管理ができるように配慮することも必要です。

ここがポイント



- ◇ **かかりつけ薬局を見つけましょう。** 複数の病院や診療所にかかっていると、それぞれの医療機関から薬を処方されることがあります。かかりつけ薬局をつくと、他の医療機関の処方薬や市販薬との重複・相互作用・副作用の可能性などを確認・助言を得ることができ、服薬管理の支援が行いやすくなります。
- ◇ **お薬手帳を活用しましょう。** 複数の病院や診療所にかかっていると、それぞれの医療機関から薬を処方されることがあります。たくさんの薬を飲んでいればいるほど、服薬方法を正しく守って飲まなくてはなりません。
薬局で希望すると、「お薬手帳」を作ってもらえます。お薬手帳の記入は利用者自身でもできますが、薬の相互作用や副作用のチェックが必要と思われるときは、薬剤師に記録をお願いします。

イ 歯科医院との連携

何のために

歯及び口腔の健康は、健康寿命の延伸及び生活の質の向上に重要な役割を果たしています。高齢者の口腔機能が低下する（オーラルフレイル）と、低栄養や誤嚥性肺炎など様々な問題を引き起こし、ひいては身体機能全体の低下につながります。口腔ケアの重要性について意識を高め、口腔内の問題の改善や食べる機能の回復を図れるよう、歯科医院との連携をしていきましょう。

ここがポイント



- ◇ 居宅療養管理指導では、訪問での歯科医師による継続的な歯科医学的管理や、歯科衛生士による実地指導等も導入することができます。
- ◇ 居宅療養管理指導で歯科医師より受けた情報提供の内容についてしっかりと確認しましょう。
- ◇ 利用者の口腔内の状態にも目を向けましょう。
- ◇ 利用者、家族にも口腔ケアの重要性を伝え、定期的に歯科検診の受診を勧めましょう。
- ◇ 体重減少や誤嚥性肺炎の要因に、口腔内や口腔機能の課題がないか意識しましょう。
- ◇ 歯科訪問診療について、市内の「在宅歯科医療連携室」等で相談ができます。
※ 横浜市歯科医師会ならび神奈川県歯科医師会ホームページに掲載されています。

1 支援体制

地域包括支援センター

地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活を継続できるよう、高齢者の生活や身体の状態に応じた援助、支援を包括的に行う中核機関として、地域ケアプラザと一部の特別養護老人ホームに設置されています。

1 総合相談支援

個々の高齢者がどのような支援が必要かを把握し、地域における適切なサービス、関係機関や制度の利用につなげる等の支援を行います。

2 権利擁護

高齢者の人権や財産を守る権利擁護事業や成年後見制度など権利擁護を目的とするサービスや制度を活用しながら、高齢者のニーズに即したサービスや機関につなぎ、高齢者の虐待の防止や権利擁護を図ります。

保健師等
社会福祉士
主任ケアマネジャー

3 介護予防支援・ 介護予防ケアマネジメント

要支援者、事業対象者のケアプランを作成します。心身機能の改善だけでなく、地域の中で生きがいや役割をもって生活できるような居場所に通い続けるなど、「心身機能」「活動」「参加」にバランス良くアプローチし、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送れるよう支援します。



4 包括的・継続的ケアマネジメント 支援

居宅介護支援事業所のケアマネジャーが地域におけるさまざまな資源を活用し（「包括的」）、途切れることなく（「継続的」）、施設・在宅を通じたケアマネジメントを実践することができるように、関係機関等との連携推進支援や、相談対応・研修等を通してケアマネジャーへの支援を行います。（P.58参照）

各区福祉保健センター

区福祉保健センターは区内の地域包括支援センターが行う包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を通じて支援を行います。また、ケアマネジャーやサービス事業者からの権利擁護・虐待などの支援困難事例などの個別相談への対応やカンファレンスの開催などは、地域包括支援センターとともに実施します。

市・区ケアマネジャー連絡会

■各団体の連絡先は「横浜市介護支援専門員連絡協議会」のホームページでご確認ください。<http://www.ycm-kyougikai.net/>

ケアマネジャー間の情報交換や自主研修などのネットワークづくりを目的に、任意の組織として各地域で「ケアマネジャー連絡会」が運営されています。この連絡会の運営について地域包括支援センターとともに区福祉保健センターは、研修や事例検討等の共同企画や講師派遣、行政情報の提供や会場の確保等さまざまな支援を行っています。

ケアマネジャー向け研修

ケアマネジャーの質の向上を目的とした様々な研修が、各区福祉保健センターや地域包括支援センター、市・区ケアマネジャー連絡会などで開催されています。

2 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の具体的内容

目的	業務内容	具体的実施内容
1 地域住民、 関係機関等との連携推進支援	(1) 地域住民・関係機関との連携推進支援	ア ケアマネジャーのニーズ等の把握
		イ 地域の社会資源の情報収集及び情報提供
		ウ 地域住民・関係機関等への周知
		エ ケアマネジャーとインフォーマル組織・関係機関等との意見交換等の場の設定
		オ 関係機関と情報共有のための仕組みづくり
	(2) 医療・介護の連携推進支援	ア ケアマネジャーと医療機関等との意見交換等の場の設定
		イ 連携のための仕組みづくり
	2 ケアマネジャー支援	(1) 相談への支援
イ 支援困難事例への支援・助言		
(2) ケアマネジメントの質の向上		ア サービス担当者会議やケアカンファレンスの開催支援及びスーパーバイズ
		イ 事例検討会、研修会等の開催
		ウ 事業所訪問による、情報提供・ケアプラン立案等の相談支援の実施
		エ ケアマネジャー同士の連携推進支援 (ア) ケアマネジャー同士の連携支援 (イ) 居宅介護支援事業者の主任ケアマネジャーとの連携支援 (ウ) 区ケアマネジャー連絡会への支援
(3) 新人・就労予定ケアマネジャーへの支援		実習や研修の開催



ケアマネジャー支援の取組例

① ケアマネジャー・民生委員の交流会

同じ地域の高齢者を支援する立場として、顔の見える関係を築き協力し合うことで、高齢者がいつまでも住み慣れた地域で過ごすことができるよう、ケアマネジャーと民生委員の交流会等の取組が進められています。お互いの仕事や役割を確認したり、民生委員が主催している高齢者サロンの地域情報を交換するなど、連携を深めるきっかけとなっています。

【テーマ（例）】

- ◇民生委員の活動内容について
- ◇ケアマネジャーの業務について
- ◇連携の取り方について
- ◇高齢者の見守り方法について
- ◇お互いに頑張っていること、苦労していること



② ケアマネジャーサロン

事業者が違って地域ケアマネジャー同士が横の繋がりをもてるように、相談や学び合える場として、ケアマネジャーを対象としたサロンが開催されています。小規模の事業者も多い中、同じ仕事をするケアマネジャー同士で課題に対する意見を交わしたり、困ったことを相談し、学び合う中で、専門職としての仲間と巡り合える交流の場にもなっています。

【テーマ（例）】

- ◇フリートーク
- ◇事例検討会
- ◇医療相談員との連携交流会
- ◇地域のインフォーマルサービスの情報交換会
- ◇高齢者虐待防止について考える



③ 新任・就労予定 ケアマネジャー研修

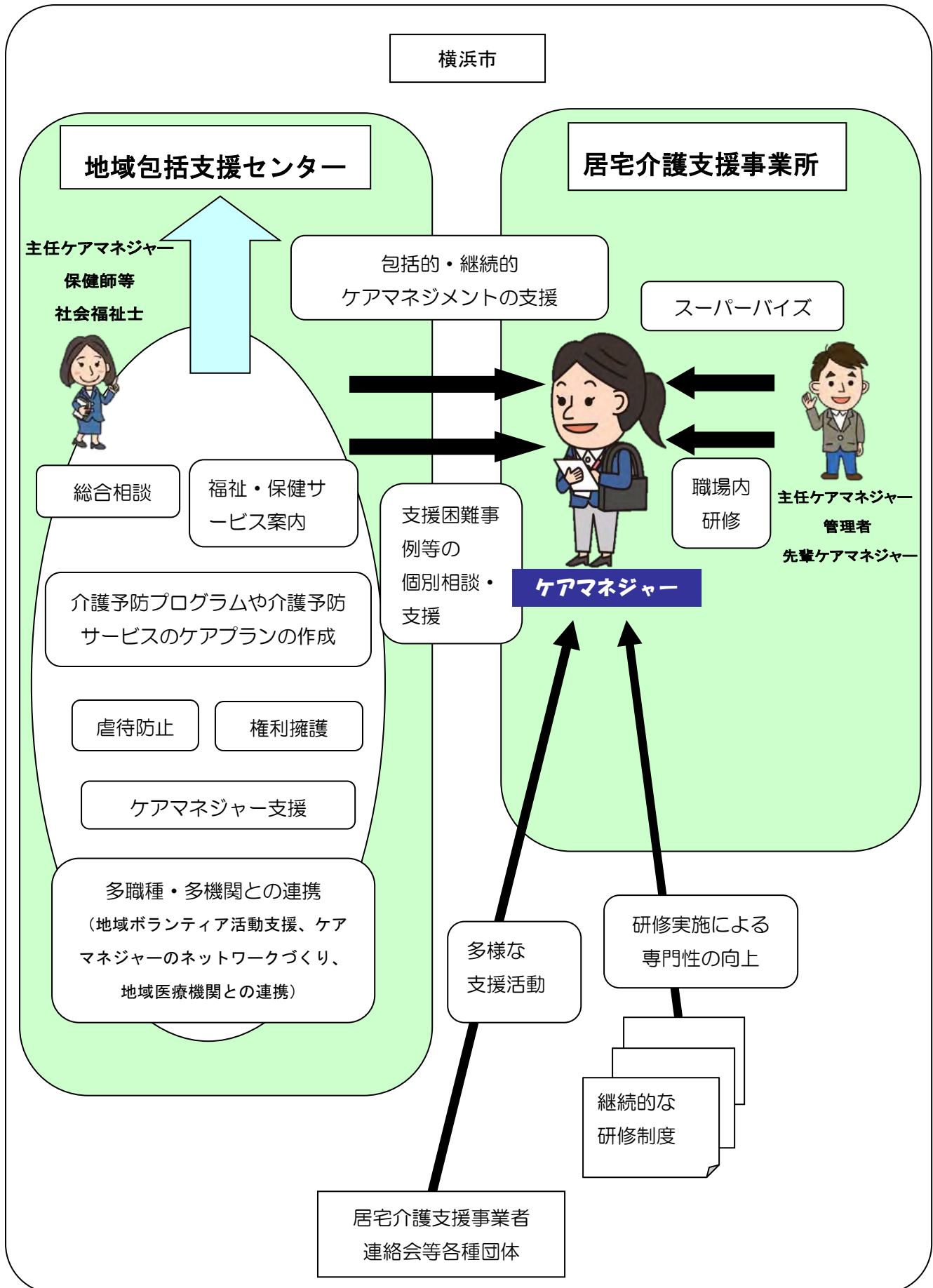
新任者や就労予定者がケアマネジメントに関する基本的な知識や技術を習得できるよう、新任・就労予定者ケアマネジャー研修を、各区で実施しています。

【テーマ（例）】

- ◇ケアマネジメントの基礎知識
- ◇ケアプラン作成について
- ◇介護保険外の行政サービスについて
- ◇福祉制度全般について

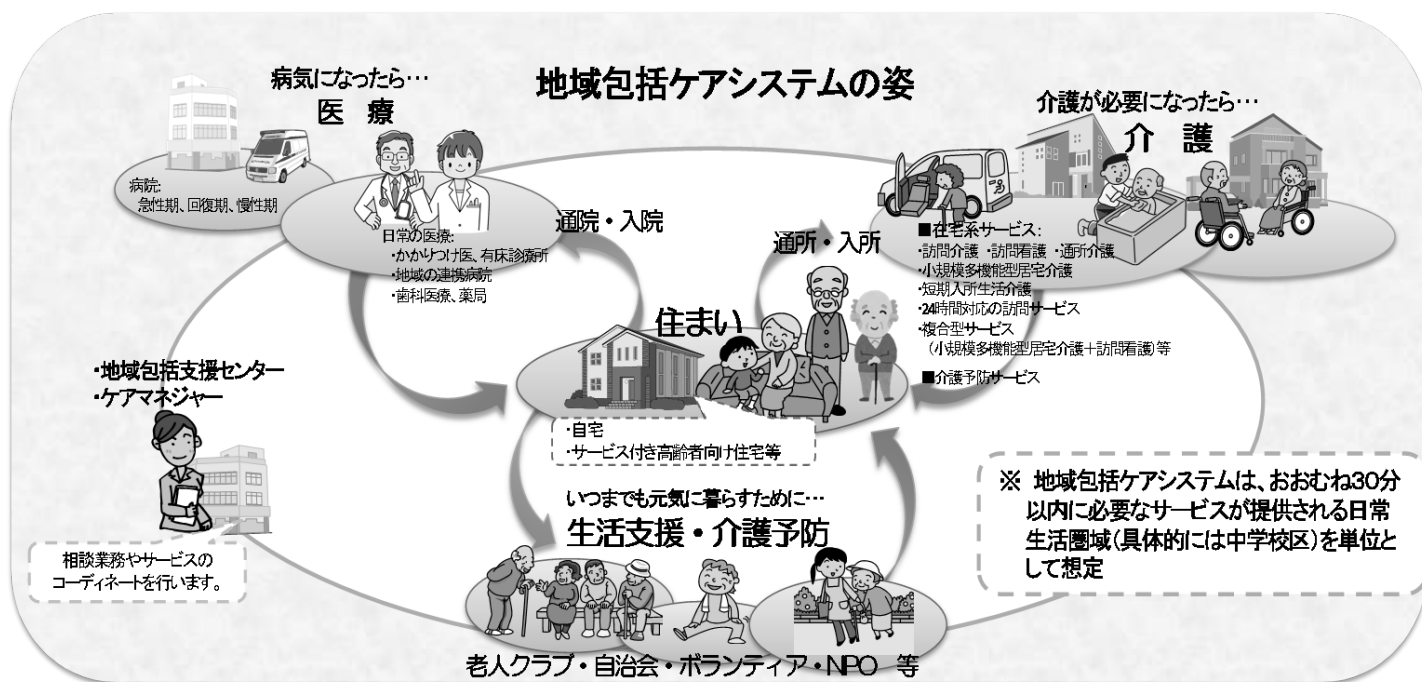


3 ケアマネジャーを支える仕組み



1 地域包括ケアシステムとは

「地域包括ケアシステム」とは、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けるために、介護・医療・介護予防・生活支援・住まいが一体的に提供される、日常生活圏域ごとの包括的な支援・サービス提供体制のことです。2025年を目途に全国各地で、地域のあらゆる機関、住民が一体となって支え合う、地域包括ケアシステムの構築が進められています。



2 横浜型地域包括ケアシステムとは

「横浜型地域包括ケアシステム」とは、横浜市域において「介護・医療・介護予防・生活支援・住まい」が一体的に提供される、包括的な支援・サービスの提供体制のことで、地域ケアプラザ（地域包括支援センター）を中心に、日常生活圏域ごとに進めていくものです。

具体的には以下の取組を進めていきます。

- ① 活発な市民活動と協働します。
- ② 「介護予防・健康づくり」、「社会参加」、「生活支援」を一体的に推進し、健康寿命の延伸につなげます。
- ③ 医療・介護の連携など、多職種連携の強化を進めます。
- ④ 高齢者が「地域を支える担い手」として活躍できる環境整備を進めるとともに、医療や介護などの人材確保・育成に取り組めます。

3 地域の社会資源の活用

「地域包括ケアシステム」の考え方として、高齢者の生活は介護保険制度だけで支えるのではなく、介護、医療と福祉が切れ目なくサービス提供を行う仕組みが重要であり、同時に自助や共助といった「相互扶助」を社会資源の重要な役割の一つとして、その必要性を掲げています。

介護サービス以外に、本人、家族、知人、町内会等の住民組織、商店や宅配業者等の民間企業、NPOなど様々な主体が関わる「自助、共助、公助」を組み合わせることで高齢者の生活を支えていくことが大切です。

■ 社会資源とは

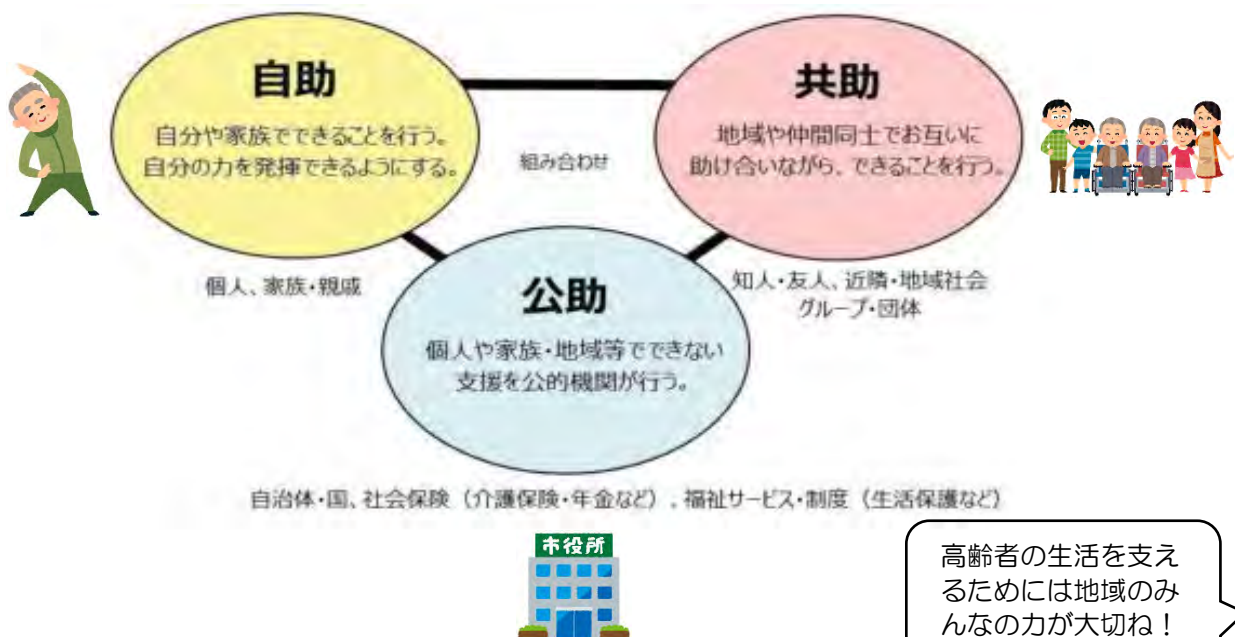
社会資源とは主に「支援に活用できるヒト、モノ、財源、情報」のことをいいます。ケアマネジメントにおいては、高齢者の課題を解決するために必要であれば、様々な社会資源の活用を図るよう求められています。それらの社会資源を支援につなげていくには、担当している地域で暮らす高齢者の生活範囲にどのような社会資源があるのか把握することを心がけていく必要があります。

自助・共助・公助とは

【自助】自分や家族でできることを行う。自分の力を発揮できるようにする。

【共助】地域や仲間同士でお互いに助け合いながら、できることを行う。

【公助】個人や家族・地域等でできない支援を公的機関が行う。



高齢者の生活を支えるためには地域みんなの力が大切ね！

ここがポイント



- ◇ 利用者が、介護サービスを利用する以前の生活において地域でどのような活動を行っていたか把握しましょう。
- ◇ 利用者が、友人や家族、地域の方々と現在、どのような関わりをもっているか確認しましょう。
- ◇ 利用者の趣味や関心ごとが実現できるための場が、身近な地域にないか探してみましょう。
- ◇ 地域ケアプラザには、高齢者サロンや地域の体操教室（元気づくりステーション等）、ボランティアなど地域の社会資源の情報が 있습니다。利用者の課題を解決する社会資源がないか尋ねてみましょう。
- ◇ 画一的なサービスでは支え切れない利用者の多様な生活課題を支援するために、住民同士の助け合いなどのインフォーマル機能を活かしたケア体制をつくりましょう。

■ 地域ケアプラザとは

横浜市独自の施設である地域ケアプラザは、「地域の身近な福祉保健の拠点」として「地域づくり」「地域のつながりづくり」を行うとともに、地域及び行政と連携し、地域の中での孤立を防ぎ、支援が必要な人を把握し支援につなげていく役割を担っており、地域包括ケアシステムの構築に向けて中心的な役割を果たすことが求められています。

横浜市では、地域包括支援センターは原則として地域ケアプラザに設置されています。その強みを生かし、地域包括支援センター配置の社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャーと地域活動交流コーディネーター及び生活支援コーディネーターが連携して個別課題から地域の課題を捉え、地域の力を生かしながら取組を進めます。

地域ケアプラザ ～地域の身近な福祉・保健の拠点

地域ケアプラザ ※2

- ・福祉保健に関する相談・助言
- ・地域の福祉保健活動の支援やネットワークづくり
- ・地域の福祉保健活動の拠点として活動の場の提供
- ・ボランティア活動の担い手を育成

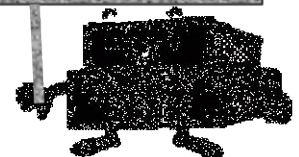
地域包括支援センター

- ・高齢者に関する相談・支援
- ・介護予防・認知症予防教室の開催など、介護予防の取組
- ・成年後見制度の活用や高齢者虐待防止などの権利擁護
- ・地域のケアマネジャー支援や事業者や地域の関係者などとの支援のネットワークづくり
- ・介護予防ケアマネジメントの作成

地域ケアプラザの主な職種

- 所長
- 社会福祉士
- 保健師等
- 主任ケアマネジャー
- 地域活動交流コーディネーター
- 生活支援コーディネーター など

地域包括支援センター※1



※1 地域包括支援センターは、地域ケアプラザと一部の特別養護老人ホームに設置しています。

※2 地域ケアプラザではこの他に、居宅介護支援事業を実施しています。また、一部を除き、高齢者デイサービス等を実施しています。

出典：第7期横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

■ 生活支援コーディネーターとは

生活支援コーディネーターは、地域ケアプラザ等に配置され、高齢者一人ひとりが、できることを大切にしながら暮らし続けるために、高齢者の社会参加を進め、多様な主体が連携・協力する地域づくりをすすめるコーディネーターです。地域のニーズに合わせて、高齢者に必要な生活支援の活動・サービスを創出・持続・発展させる取組の支援、関係者間の情報共有・連携体制づくり等を行っています。

利用者が住み慣れた地域で自分らしく暮らすために、生活支援コーディネーターと連携を図りましょう。



居場所



生活援助



配食



見守り

生活支援コーディネーターって、どんなことをする人？

第1層生活支援コーディネーター
(区社会福祉協議会にいます。)
第2層生活支援コーディネーター
(地域ケアプラザ等にいます。)



地域で活動している団体や現場に伺います。



地域の活動や暮らしについて
お話を伺いまとめます。



地域の皆様と一緒につながりのある
住みよい地域づくりを進めます。



様々な方と連携しながらニーズと
取組をマッチング支援します。

出典：第7期横浜市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

■ 地域活動交流コーディネーターとは

地域活動交流コーディネーターは、子どもや高齢者、障害者等、地域に暮らす全ての人々が、地域の一員として自分らしく支え合って暮らしていくために、住民主体の地域づくりを支援するコーディネーターです。

横浜市独自の職種として地域ケアプラザ等に配置され、地域住民と一緒に、地域の魅力を高め、課題解決ができるようなつながりや仕組みづくりを行っています。

地域包括支援センター、生活支援コーディネーター、その他の関係機関と連携をしながら、高齢者に限らず、地域住民が主体となる様々な地域の活動を支援しています。

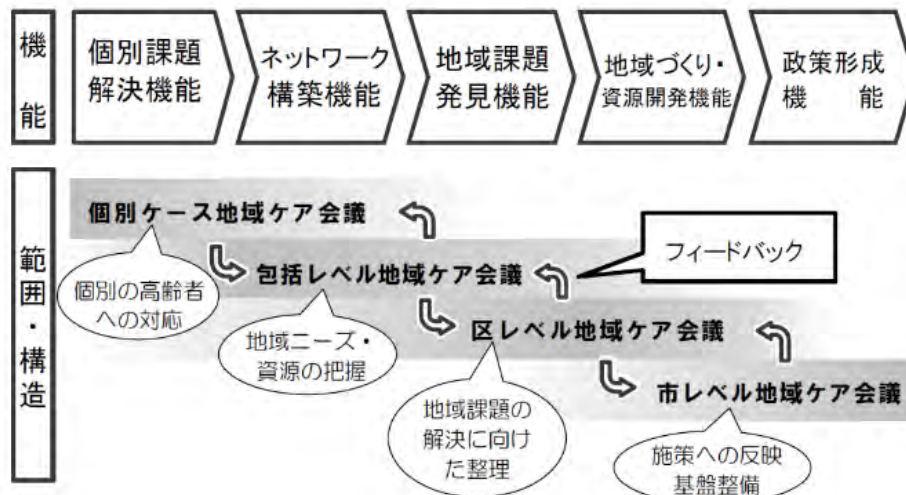
利用者が住み慣れた地域で自分らしく暮らすために、地域活動交流コーディネーターとも連携を図りましょう。

4 地域包括ケアシステムの構築に向けて

利用者の状況に合わせて医療・介護・保健福祉が一体的に提供できるよう、地域ケア会議の取組を進めています。多職種連携・地域との連携を強め、包括的・継続的ケアマネジメントを推進しています。

地域ケア会議

地域ケア会議は、多職種の協働のもと、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントを支援し、地域の方々も含めた地域で高齢者を支えるネットワークを構築するとともに、具体的な地域課題やニーズを必要な社会基盤整備につなげていく一つの手法です。



個別ケースの検討を行う会議を始点として、包括レベル、区レベル、市レベルの地域ケア会議が重層的に構成されており、各レベルで解決できない課題は、より広域レベルで検討し、資源開発や政策形成にまでつなげていきます。また、その結果をフィードバックすることで個別支援に活かします。

個別ケース地域ケア会議では、多職種による多角的な視点から、支援を必要とする本人の強みを評価し、将来の目標や見通しを立てケアマネジメントの検討を行います。それにより、ケアマネジャーをはじめとする医療、介護、福祉等の関係者の自立支援の視点を養うと共に、実践力の向上を目指します。

利用者の抱える課題はそこに住む地域の高齢者全体の課題かも…。具体的な地域課題を考えるうえで、現場の声がきけると嬉しいわ。



5 意思決定支援 ～本人の選択と本人・家族の心構え～

地域包括ケアシステムの土台は本人の選択と本人・家族の心構えです。地域包括ケアシステムが構築され、たくさんのサービスや社会資源、支え合いの仕組みができて、本人の意思で選択できないと本当の意味で「自分らしい」暮らしとは言えません。

ケアマネジメントの基本は利用者の自己決定です。どのような介護状態になっても、その人らしい生活が継続できるよう利用者が自らの人生の選択ができ、意思決定の主役となるよう支援をしていくことが大切です。

横浜型地域包括ケアシステムの「植木鉢」



ここがポイント



- ◇ 利用者が何を望むかを、「外出したいですか。」という質問ではなく、「今どんなことをしたいですか。」など開かれた質問で聞きましょう。
- ◇ 利用者を選択肢を示す場合には、可能な限り複数の選択肢を示し、理解できるよう、分かりやすい言葉や文字にして、ゆっくりと説明しましょう。
- ◇ 今後、利用者の生活がどのように変わっていくかを見通しを、本人や家族、関係者で話し合い、今後起こりうることについてあらかじめ決めておくなど、先を見通した意思決定の支援が繰り返し行われることが大切です。
- ◇ 利用者と時間をかけてコミュニケーションを取ることが重要です。決断を迫るあまり、本人を焦らせるようなことは避けましょう。
- ◇ 利用者の意思は変化するものであることから、利用者が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要です。この際、利用者が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要となります。

参考文献：「認知症の人の日常生活・社会における意思決定支援ガイドライン」(厚生労働省)

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省)



「エンディングノート」と「もしも手帳」

横浜市では、市民の意思決定を支援する媒体として、「エンディングノート」と「もしも手帳」を作成しています。利用者が、最期まで自分らしい生活を継続できるよう、利用者の自己決定を尊重するための意思決定の支援ツールとして、また、本人の考えを家族等の信頼のおける人や医療・介護従事者などと話す際の手助けとして、ぜひご活用ください。

■エンディングノート

これまでの人生を振り返り、これからの人生をどう歩んでいきたいか、自分の思いを記すノートです。

市民一人ひとりが自らの意思で自身の生き方を選択し、人生の最期まで自分らしく生きることができるよう、市内18区でオリジナルのエンディングノートを配布しています。あわせて、書き方講座等を開催し、市民への普及を進めています。

【配布について】

各区高齢・障害支援課にお問合せ下さい。



各区のエンディングノート

■もしも手帳

人生の最終段階での医療・ケアについて、市民の方それぞれが元気なうちから考え、希望を意思表示できるための手帳です。

治らない病気などになったり、自分の気持ちを伝えられなくなったときを想定し、中面に3つの質問を用意しています。選択肢をチェックする方式とし、回答しやすくしています。

また、自分の考えや気持ちが変わった場合には、何度でも書き直すことができます。

【配布について】

各区高齢・障害支援課、在宅医療連携拠点、地域ケアプラザで配布しています。

薬局、診療所などの医療機関でも配布している場合があります。

(市HPで各区の配布場所が閲覧できます)



もしも手帳(表紙)

自分の思いを明らかにし、大切な人と分かち合い、つないでいく…。そんなきっかけになればいいわね。



V 卷末資料

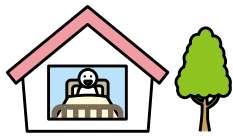
ケアマネジャーの
ための

入院・退院サポートマップ

目的

疾患がありながらも住み慣れた在宅でその人らしく暮らしていくために、病院からの移行期において、患者に関わる医療・介護関係者が連携し、情報共有を円滑にすすめるための入院・退院サポートマップを作成しました。

入院・退院サポートマップをケアマネジャーが使うことで、必要な医療情報について病院等と共有し、患者・家族への適切な支援や退院後の在宅生活に向けた準備などの対応がスムーズになります。

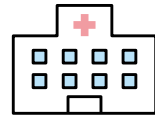


医療政策マスコットキャラクター
イリヨーネ

使い方

入院・退院サポートマップと

入院時・退院時情報共有シートとセットで使います。



1

入院・退院
サポートマップの
流れを確認

2

入院した時から
病院との連携を
開始

3

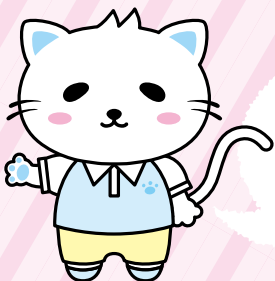
入院時・退院時
情報共有シートの
活用

4

項目に
チェックしながら、
モレなく退院調整

5

退院後の生活も
定期的にcheck



医療政策マスコットキャラクター
イリヨーネ

ケアマネジャーのみなさんへ

- ★ 日々の気づきを発信しましょう
『どうしたのだろう、いつもと違う、あれ、おかしいな』
そう感じたら遠慮せずに専門職に伝えましょう
- ★ 判断に困ったら気軽に相談できる人(専門職)を持ちましょう
- ★ 退院調整を一緒にサポートできる人を持ちましょう



- ★ 入院・退院サポートマップ、入院時・退院時情報共有シートのダウンロードはこちらから
横浜市医療局 在宅医療 <http://www.city.yokohama.lg.jp/iryo/zaitakuryouyou/>
- ★ アイデアなどございましたら、
横浜市医療局 在宅医療担当へ ir-zaitakuiryo@city.yokohama.jp



ケアマネジャーの動き

- 入院セットを準備しておきましょう
- 緊急時連絡先をメモしておきましょう
- 家族等に「入院したら、すぐにケアマネジャーに連絡を」と伝えましょう



チェック
しましょう

実施内容

在宅での様子等を情報提供しよう

患者・家族の状況を把握しよう

連絡先

TEL:

担当

病棟

担当

TEL:

必要書類

入院時情報共有シート



シートは3日以内に提出してください

在宅

入院直後～48時間くらい

入院中

病院からのアプローチ(例)

入院したことの連絡がくる

入院中の情報を共有

病院はこんな風に思っているみたい



退院前の病状説明時に
ケアマネジャーと情報の共有をしたい

→ 退院前の病状説明の日程・退院日を確認しましょう

病院に
要点を整理し

→ 事前に予約

患者の日常生活の様子を病院は知りたい
(本人・家族の同意あり)

→ 患者が今までどんな生活をしてきたか等、病院はわからないので、患者の生活をみる視点を病院スタッフに伝えましょう

病



- 本人・家族と面談
- 居宅サービス計画書・サービスの調整
- 退院前カンファレンスの日程確認

- サービス担当者会議を実施
- 在宅サービスの開始手続き
- 退院後の情報提供

担当
TEL: _____

退院後の相談先

主治医 _____
在宅医療連携拠点 _____
地域包括支援センター _____

- 退院時情報共有シート
- その他、多職種間連携で共有が必要な書類の確認

在宅

退院準備期間

退院前調整

退院

- 退院支援開始の連絡がくる
- 退院時の情報提供をもらう
- 退院前カンファレンスの開催

何か聞きたいことがあるときは、
前から、連絡をもらえるとわかりやすい
を入れてから、明確に用件を伝えましょう

聞きたいことを
院にわかりやすく伝えるためには

- (1) 相談したい点がいくつあるか
- (2) 結論・まとめを先に言う
- (3) 曖昧な表現をしない

具体例



ケアマネジャー

例1

△さんの担当の〇〇事業所の
ケアマネジャー××です。
△さんの※※の件で
▲分程度お時間ありますでしょうか？

△さんの件で、
伺いたいことが〇点あります。
何時ごろご連絡したら
よろしいでしょうか。

例2



ケアマネジャー



変化をチェック!

“おかしいな、いつもと違うな”と思った時には、一人で抱えず、相談を。
毎月の訪問の際にも利用者の変化をチェックし、早めに気づきましょう。

STEP1 医療ニーズが高いと思われる利用者像をチェックしましょう

1 医療機器等を装着している状態である

● 医療的処置が必要な人

- カテーテルの留置(膀胱、腎、胆管も含む)
- 経管栄養チューブの使用
- 胃ろうの使用
- 人工呼吸器の使用
- たん、唾液の吸引
- 中心静脈栄養、持続点滴
- インスリンの自己注射
- がん性疼痛のコントロール(注射・内服等)
- 腹膜透析
- 気管カニューレの装着
- 在宅酸素療法の使用
- ストマの装着(大腸・尿路)



● 皮膚・爪のケアが必要な人

- 皮膚に問題がある(褥瘡、潰瘍、熱傷など)
- 足の状態に問題がある(不潔、著明なむくみ、皮膚の色が悪い)
- 足の傷が治らない
(傷がじくじくしている、白癬が化膿している、熱感がある)
- 爪に問題がある(陥入爪、感染など)

2 感染症がある

- 疥癬
- MRSA感染
- 尿路感染を繰り返している
- 結核治療中である
- 肺炎を繰り返している
- AIDS
- その他の感染症



3 認知症がある

- 認知症の症状コントロールが困難
- 家族が疲弊し支援が必要
- 病状変化がつかみにくく日頃の観察が必要
- 排泄コントロールが必要

4 指定難病・慢性疾患がある

- 病状悪化に伴い、入退院を繰り返している
- 指定難病(神経難病、膠原病など)
- 肝臓
- 肺(慢性閉塞性肺疾患、結核など)
- 糖尿病
- 腎臓
- 心臓
- 精神疾患

5 退院後の療養生活に不安がある

- リハビリを必要としている
- 日常生活に障害がある
- 再発、進行のリスクが考えられる
- 本人の理解力が不十分(服薬、生活リズム、生活の仕方など生活全般)



6 ターミナルステージにある

- 本人がターミナルステージにあることを理解していない
- 家族がターミナルステージにあることを理解していない
- 状況を理解しているがケアに不安を感じている
- 本人の「穏やかな最期を迎えたい」意思が不明確
- 家族の「穏やかな最期を迎えたい」意思が不明確

7 口の中・食べることに課題がある

- 食事量が低下した
- 食べるものの好みが変わってきた
- 口の中に食べ物が残る
- 食べ方が遅くなった
- お茶や汁物でむせる

8 状態が変化し、在宅療養生活に支障がある

- 転倒し、打撲、骨折で臥床状態にある
- 急な病状変化で不安がある
- 急に閉じこもり、うつ状態にある
- 排泄コントロールが必要
- セルフケアの支援が必要



STEP1で、チェックが増えてくる場合は、要注意!

相談先をあらかじめ決め、すぐ対応できるよう備えておきましょう!

※主治医・在宅医療連携拠点・訪問看護ステーションなど

STEP2 さらに利用者の背景をチェックしましょう

- 独居である
- 介護者の理解が不良である
- 介護者の疲弊が予測される
- 24時間365日対応するような状態である
- 家族背景・経済背景などに何らかの事情がある
- 服薬状況の確認や残薬確認が必要である
- 虐待等を含め介護状況に問題のある可能性がある

平成29年6月発行

発行:横浜市医療局がん・疾病対策課 横浜市中区港町1-1 TEL:045-671-2444 FAX:045-664-3851

- ① 必須項目（*赤）
- ② 基本記載項目（黒） ○印
- ③ 選択記載項目（青）

1枚目【表】

年 月 日 作成	【事業者名】 *必須項目	【作成者名】 *必須項目	【入院日】 *必須項目 年 月 日
----------	--------------	--------------	----------------------

入院時・退院時 情報共有シート

1 利用者（患者）基本情報

利用者氏名 様												
○ 生年月日			年		月		日		歳	性別		
○ 要介護認定			負担割合		認定有効期間		西暦		年		月	日から
							西暦		年		月	日まで
		認定日		年		月	日	障害高齢者の日常生活自立度			認知症高齢者の日常生活自立度	
○（入院時）情報提供日	電話	西暦		年		月	日	(備考)				
○（退院時）面談日		西暦		年		月	日					
○ 居宅介護支援事業所名	TEL	-	-	FAX	-	-	担当ケアマネジャー氏名					
区担当 ケースワーカー/保健師	区役所	社会福祉職	TEL		保健師	TEL		生活保護有/無	担当 ケースワーカー	TEL		
地域包括支援センター（地域ケアプラザ）	名称： 地域ケアプラザ	主任ケアマネジャー	TEL		看護職	TEL		社会福祉職	TEL		(備考)	
手帳	身体障害者手帳	種別		種類		精神障害手帳		経済状況				
助成及び減免制度	負担限度額認定証			助成種類							(備考)	

2 家族・地域の支援について

○ 家族情報	手書きでお願いします【ジェノグラム】						地域支援等						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> ジェノグラムの材料 <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> </div>													
○ キーパーソン等	家族等		関係	自宅電話		主介護者		関係	自宅電話				
	近隣等		関係	自宅電話			民生委員		自宅電話				

3 本人家族の意向について

○ 本人の性格・趣味・関心ごと	
○ 生活歴	
○ 本人の意向	
○ 家族の意向	

2枚目【裏】

4 医療・薬等について																						
○ 入院時 情報提供先	病院名					担当医					病院電話											
	担当MSW 担当NS					氏名					相談室等 直通電話											
○ かかりつけ医	病院・ 診療所名					担当医					連絡先											
○ 既 往																						
○ 現 病																						
○ 服 薬 ／一包化		薬情報																				
○ 特別な医療											(備考)											
5 身体・生活機能の状況																						
○ 住居環境	住宅 種類			エレベーター			総階数			階	トイレ			浴室			浴室 手摺り			トイレ 手摺り		
○ A D L	食事			排泄			入浴			移動			整容			口腔 ケア			更衣			
○ I A D L	調理			洗濯			買物			掃除			通院			金銭 管理			(備考)			
○ 認知症	認知症診断 有無			短期記憶			日常の意思決定 を行う為の認知能力				自分の意思の伝達能力											
	認知症状の 周辺症状	幻視 幻聴	昼夜 逆転	介護 抵抗	徘徊	不潔 行為	性的問 題行動	(備考)														
	妄想	暴言	暴行	火の不 始末	異食 行動	その他 (備考欄へ記載)																
○ 夜間の状態																						
○ 入院時 サービス利用 状況	頻度			頻度			頻度			頻度			(備考)									
	頻度			頻度			頻度			頻度												
6 カンファレンスについて																						
院内カンファレンス 参加希望	有			無			退院時カンファレンス 参加希望	有			無			(備考)								
退院・退所時に留意する事項																						
○退院後に在宅生 活において、利用 者（患者）及び利 用者家族（患者家 族）への指導内容																						
【退院前に確認し ましたか？】 □発熱・下痢・お う吐・便秘・痛み などの対処方法 は？ □緊急で受診しな くてはいけないと きの症状（サイ ン）は？ □時間外に受診す る場合の連絡方法 は？																						
【病気の認識】 【ACP（本人の意 思・家族の意 向）】	訪問看護の導入について					指示書の依頼					(備考)											

介護職
のための

看取り期の在宅療養サポートマップ

～ 本人の意向に沿った在宅生活を最期まで支えるために ～

目的

看取り期を在宅で過ごす方を支えるためには、支援チーム（医療職・介護職）が連携してサポートすることが重要です。

そこで介護職の皆さんが、看取り期の一般的なプロセスやケアのポイントを理解し、医療職と共通イメージが持てるように、サポートマップを作成しました。ぜひ、医療職との情報共有や連携に役立ててください。

サポートマップでの看取り期の考え方

医師が人生の最終段階が近いことを判断し、本人・家族が在宅での看取りを希望した時から、看取るところまでを言います。

◆ 看取り期支援に向けて大切にしたいこと

ケアマネジャー

サービス提供責任者

【意思決定支援】

- ★ 本人の意向（どう生きたいか）
- ★ 家族の意向（どう支えたいか）
- ★ 何か不安なことはないかを繰り返し、納得がいく形で確認することが大切です。

【老い衰えの経過や看取りのプロセスについての理解】

- ★ 老い衰えの経過の代表例を参考に、担当している方の今後の見通しを持ちましょう。
- ★ 看取り期のプロセスやケアのポイントを理解し、医療職との連携に役立てましょう。

【必要なサポートの検討】

- ★ 本人の意向に合わせ、在宅療養を支援するチーム（病院関係者、在宅に関わる医療・介護関係者）が支援目標・役割を明確化することが大切です。
- ★ 退院カンファレンス等を上手に活用し、医療面、在宅生活を支援する視点で検討してみましょう。

◆ 老い衰えの経過（代表例）

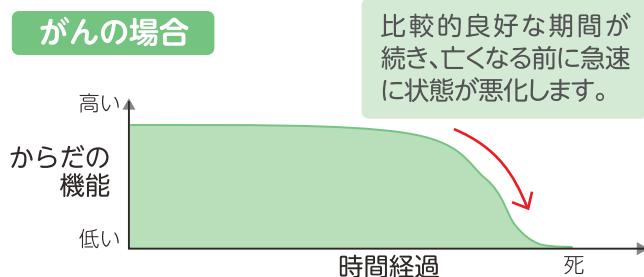
ケアマネジャー

サービス提供責任者

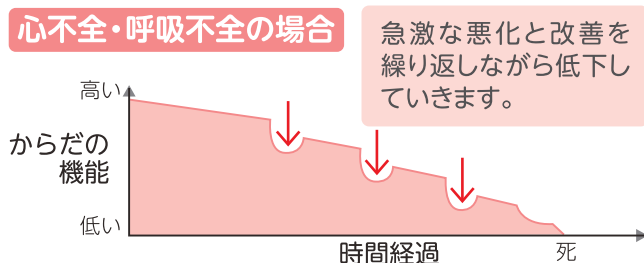
ヘルパー

病気などの種類によって、からだの機能の衰え方は異なります。

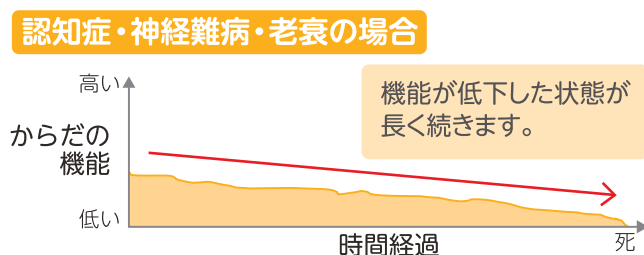
がんの場合



心不全・呼吸不全の場合



認知症・神経難病・老衰の場合



「医療・ケアについてのもしも手帳」より一部抜粋

様の サポートマップ

◆ 看取り期に向けた視点

ケアマネジャー

【意思決定支援】

- 人生の最期をどのように過したいか、本人・家族の意向は確認しましたか。
- 本人・家族の意向は、何度でも変わってよいことを説明していますか。

【看取りのプロセスについての理解】

- 右の図を参考に、看取りが近づいた時の状態変化やケアについて、漠然とでもイメージができましたか。

【必要なサポートの検討】

本人の状態悪化を予測して環境調整の準備はできていますか。

- ベッド 排泄用具 車いす
- 床ずれ防止マット 手すり

看取り期を自宅で過ごしたい意向を確認した場合、

- 訪問診療 訪問看護 訪問歯科
- 訪問介護

につながっていますか。

本人の状態変化の見通しなどについて情報交換できていますか。

- 医師 看護師 本人 家族
- サービス提供責任者

看取りに向け、本人・家族を支えるチームの体制は整っていますか。

- 緊急時の連絡体制・連絡先の確認はできていますか。

人生の最期を どのように過ごしたいか

[本人の]

ケアマネジャー

サービス提供責任者

◆ 看取りが近づいた時の状態変化

数週間から1週間前

食事

- ・ 飲食がかなり減少する。
- ・ 錠剤が飲めなくなる

意識

- ・ うとうとして寝ている時間が多くなる。

呼吸

- ・ 息切れや息苦しさを感ずることがある。

循環

- ・ 血圧はまだ保たれている。
- ・ 脈が少し速くなる。



◆ 看取りが近づいた時のケアの

数週間から1週間前

食事

- ★ 低下していく嚥下機能に合わせた食形態の
- ★ 本人がおいしいと感じられることが大切
- ★ 栄養にこだわらず、食べたいものを提供

意識

- ★ 本人の望みをできるだけ叶えるケアが大切
- ★ 調子の良い時は、会いたい方との大切な時間を過ごせるよう配慮したり、本人・家族の思いに寄り添うことが大切

呼吸

環境調整 ・ 部屋の温度、新鮮な空気を取れる等工夫する。

息切れや息苦しさがある場合 ・ 安楽の姿勢として、枕を使う、角度の調整、頭の位置を工夫する

全身状態

清潔ケアについて 虚弱が進むため、医

安楽な体位を保てる工夫 倦怠感が強くなるのするとともに、褥瘡

排泄について 本人の希望と状態傷



医師・看護師・薬剤師に、苦痛の緩和や状態の

変化[参考]

ケアマネジャー

サービス提供責任者

ヘルパー

	数日前	48時間前から直前
	<ul style="list-style-type: none"> 一回にごく少量の水分しか飲めない。 わからないことを言う。 混乱する。 	<ul style="list-style-type: none"> 飲み込みができなくなる。 反応がほぼなくなる。
	<ul style="list-style-type: none"> 呼吸のリズムが変化する。 のどがゴロゴロいう。 血圧が下がり始める。 尿が減る、尿が濃くなる。 	<ul style="list-style-type: none"> 肩や顎だけで行う呼吸となる。 血圧がさらに下がり、手足が紫色、冷たくなる。 尿が出なくなる。

つじつまの合わないこと
言ったり、手足を動かす
など落ち着かなくなる

手足の先が冷たく青ざ
め、脈が弱くなります

ポイント

サービス提供責任者



病気などの種類によって、異なる看取り期の対応をヘルパーと共有しておきましょう。

	数日前	48時間前から直前
の工夫	<p>ごく少量の水分しか飲めない場合</p> <p>少量の水分をムセないように飲んでもらう。 口腔内が乾燥するため、保湿する。 (スプレー、ゲル剤等)口腔ケアを行う。</p>	<p>水分も飲み込めなくなる場合</p> <p>口腔内を潤し、乾燥を防ぐ。 (スプレー、ゲル剤等) 口腔ケアも重要。</p>

つじつまの合わないことを言う場合 否定せず、本人が安心できるよう対応、普段どおりの声かけや、手足にやさしく触れ、温かさを伝える。

混乱がひどく興奮が激しい場合 何もしないのではなく、今まで本人が好きだった音楽を聞いてもらったり、快適と感じていたケアや声かけなど、尊厳を持った対応を心がける。

声かけに反応が少なくなった場合 まずは本人が安心できるよう対応、場合によっては、ケアマネジャー、医師や訪問看護師に相談する。

痰・のどゴロゴロがある場合
・姿勢の工夫(首を横に向けるなど)
・口腔内の唾液や痰をこまめにぬぐう。
・痰やのどがゴロゴロしている状況をケアマネジャー、医師や訪問看護師に相談する。

あえぐような呼吸がある場合
・苦しそうに見えるが慌てずに、安楽な体位の工夫を行う。
・家族が慌てたり、つらくなるので、家族ケアを行う。

医師や訪問看護師と相談しながら、本人・家族の希望をもとに、ケアを行う。(入浴、洗髪、清拭、手浴、足浴、陰部洗浄、口腔ケア)

状態で、状態像の変化に合わせて、福祉用具(ベッド、除圧マットレス、エアマットレス、クッション等)のすみやかな選定・変更を検討し、予防と早期発見に努める。

状態に合わせた排泄方法の選択と支援を行う。

変化など不安や疑問があった時は相談しましょう

◆ 看取りが近づいた時のケアのポイント

ケアマネジャー

サービス提供責任者

👉 本人・家族の意向に沿った最期の時を慌てず、落ち着いて行動できるよう事前に確認し、情報共有しておきましょう。

一番にすること 例) この方は救急車で搬送を希望していない。必ず訪問看護師へ連絡する。

◆ 医療関係者連絡先

☀ 日 中

① 訪問看護師

ステーション名
電話番号

② 主治医

氏 名
電話番号

🌙 夜 間

① 訪問看護師

ステーション名
電話番号

② ※事前確認

氏 名
電話番号

ヘルパー
報告

● ヘルパーが自宅を訪問した時、本人の反応がない、顔色が悪い、冷たくなっている、息をしていないかもしれないと感じた場合

サービス提供責任者

● 訪問看護師に連絡しましょう。(一般的には訪問看護師が主治医に連絡を入れてくれます)

上記の連絡先(日中・夜間)を見て、落ち着いて電話をかけます。

ケアマネジャー

● 電話で伝えること
(例)「呼んでも反応がなく、息をしていない気がする」

◆ 看取り後のこと【参考】

ケアマネジャー

サービス提供責任者

ヘルパー

◆ エンゼルケア

亡くなった方を最期にふさわしい姿に整えるため、化粧を施したり、口腔、身体をきれいにするケア。訪問看護師がご家族と一緒にすることがあります。

◆ グリーフケア

大切な人と死別をすると、残された人は強い悲しみや喪失感を感じながらも、死別という現実に対してこの窮地を何とかしようと努力を試み、この2つの間で揺れ動く、不安定な状態になります。このような状態にある人に、さりげなく寄り添い援助することを言います。ご家族のグリーフケアはもちろんですが、支援者(関わったすべての方)もグリーフケアが必要です。

◆ デスカンファレンス

亡くなった方の経過やケアについて、チームで振り返って、自分の気持ちを話す機会のことです。

* 参考文献

- ・あおぞら診療所【川越正平・山川真理子】:介護職のための医療とのつきあいかた
- ・OPTIM:これからの過ごし方について 緩和ケア普及のための地域プロジェクト

平成31年3月発行

発行:横浜市医療局 がん・疾病対策課 横浜市中区港町1-1 TEL 045-671-2444 FAX 045-664-3851

URL <https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryo/iryo/zaitaku/taiinchouseitool.html>

ケアマネジャーガイドライン【改訂版】
令和2年4月発行

- 平成16年1月 初版
- 平成19年2月 改訂
- 平成23年3月 改訂

発行：横浜市健康福祉局高齢健康福祉部高齢在宅支援課