

宮崎県ケアプラン適正化支援マニュアル

平成27年3月

宮崎県 ・ 一般社団法人 宮崎県介護支援専門員協会

はじめに

我が国の高齢化率は上昇を続け、全国では平成26年の推計で26%、本県はさらに速いペースで高齢化が進み、28%に達しており、平成37年(2025年)には、国民の3人に1人が65歳以上の高齢者という、これまで経験したことのない社会の到来が見込まれています。

また、高齢化の進展に伴い、今後、要支援・要介護者も増加していくことが見込まれていますが、こうした中、県においては、高齢者が介護等が必要な状態になっても、住み慣れた地域で、安心して生活ができるよう、平成37年(2025年)を見据えた高齢者施策の方向性を示す新たな計画として、「宮崎県高齢者保健福祉計画」を策定し、医療・介護・予防・生活支援・住まいを一体的に提供する「地域包括ケアシステム」の一層の推進を図っていくこととしたところです。

「地域包括ケアシステム」の推進にあたっては、医療ニーズの高い要介護者等を在宅を中心に支援していくこととなりますことから、「介護」の関係者間だけでなく、「医療」と「介護」の関係者が密接に連携し、医療・介護サービスを切れ目なく提供していくことが不可欠となります。

このため、介護支援専門員には、多職種連携の要として医療職をはじめとする多職種との連携を推進し、それぞれの専門的見地を取り入れたケアマネジメントを実施していくことがこれまで以上に求められていくこととなります。

こうしたことから、県では一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会に委託し、「ケアプラン適正化支援マニュアル」を作成しました。

本マニュアルは、介護支援専門員のケアマネジメント力を、多職種連携などを通して高め、利用者の自立支援に向けたケアプランに繋げていただくために作成したものです。

ケアマネジメントの実践にあたり、利用者の「真のニーズ」や「真に必要なとされるサービス」を導き出していく手引きとして、是非、活用していただきたいと思えます。

最後になりますが、マニュアルの作成にあたり御協力いただいた関係者の皆様、事務局として取りまとめに御尽力いただいた一般社団法人宮崎県介護支援専門員協会の皆様に、あらためて、心よりお礼申し上げます。

平成27年3月

宮崎県福祉保健部長寿介護課

目次

第1章 ケアマネジメントとは・・・・・・・・・・・・・・・・	1
1 ケアマネジメントの目的と重要性・・・・・・・・	2
(1) ケアマネジメントの目的	
(2) 自立支援に向けたアセスメント・モニタリングの重要性	
(3) ケアマネジメントにおける多職種連携	
(4) 居宅サービス計画（ケアプラン）と個別サービス計画の連動性	
2 ケアマネジメントの流れ・・・・・・・・	6
(1) サービス利用開始までのケアマネジメント	
(2) サービス利用開始後のケアマネジメント	
3 自立支援に向けたアセスメントの方法・・・・・・・・	8
(1) 課題分析標準項目	
(2) 自立支援に向けたアセスメントの着眼点	
4 自立支援に向けたモニタリングの方法・・・・・・・・	10
(1) 自立支援に向けたモニタリングの評価	
(2) 自立支援に向けたモニタリングの着眼点	
5 医療系サービスの活用・・・・・・・・	12
(1) 医療系サービスの活用方法	
(2) 医療との連携の具体例	
(3) 訪問看護の活用について	
【参考1】医療との連携に便利なツール・・・・・・・・	18
①主治医との連携シート	
②主治医意見書予診票	
【参考2】医療との連携のために知っておきたい知識・・・・・・・・	23
①入退院における介護・診療報酬加算について	
②医療費が控除される制度	
6 居宅サービス計画書の記載ポイント(第1表～第5表)・・・・・・・・	27
第2章 適切なサービスがケアプランに位置付けられていない事例と その改善に向けた取組・・・・・・・・	33
・事例1：同一サービスのみを利用している事例	
・事例2：褥瘡があるが福祉系サービスのみ位置付けられている事例	
・事例3：経口摂取を強く希望する事例	
・事例4：家での生活を希望する事例	
・事例5：有料老人ホームより福祉用具を借用している事例	
第3章 実態調査結果・・・・・・・・	51

第1章

ケアマネジメントとは

この章では、ケアマネジメントの目的や、利用者の「自立支援」の観点からの実践のポイントを掲載しています。ケアマネジメント力を高めていくことにより、質の高い居宅サービス計画（ケアプラン）の作成に役立ててください。

1 ケアマネジメントの目的と重要性

(1) ケアマネジメントの目的

ケアマネジメントとは、「介護サービス利用者の社会生活上のニーズを充足させるため、適切な社会資源と結びつける手続きの総体」として定義付けられています。

また、ケアマネジメントは、医師や介護サービス事業者をはじめとする多職種が連携し、利用者の身体的側面、心理的側面、社会環境的側面を総合的に改善・維持させ、生活の質（QOL）を高めることにより、利用者ができる限り住み慣れた地域社会の中で、自立した生活を続けていけるよう支援することを目的としています。

自立支援に関する介護保険法の規定

第1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。

第2条

- 1 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態に関し、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若しく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、その置かれている状況等に応じて、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。

(2) 自立支援に向けたアセスメント・モニタリングの重要性

利用者が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことを支援するケアマネジメントが実施されるためには、利用者の情報の収集・分析を行う「アセスメント」や、サービスの実施状況等を把握するとともに、新たなニーズを見出していく「モニタリング」が、利用者の真のニーズとケアプランをつなぐ重要な役割を担っています。

また、アセスメントやモニタリングがどのように行われたかが、ケアプランの方向性、様々な専門職種との連携、個別サービス計画の内容などに反映されるため、利用者に対する今後の支援内容にも大きく影響してくることとなります。

そのため、アセスメントやモニタリングにおいては、「利用者の真のニーズを把握しているか」、「利用者のその時々状態に合ったサービスとなっているか」、「目標達成に向かっているか」など、利用者の自立支援の観点を絶えず意識して実施していくことが重要となります。

(3) ケアマネジメントにおける多職種連携

ケアマネジメントの実施においては、利用者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、介護支援専門員、主治医、地域の関係機関等の連携など、多職種相互の協働等により連携し、個々の利用者の状況や変化に応じて支援していくことが重要です。

このため、ケアプランの内容を検討する「サービス担当者会議」では、利用者の課題・目標を共有し、支援者が各々の役割分担を認識することにより、各支援者がチームとして連携することが必要となります。

また、介護支援専門員は自らが抱える困難事例について、地域包括支援センターに相談を行うとともに、さらに、当センターで開催される「地域ケア会議」において個別ケース（困難事例等）の支援を受けることにより、様々な専門職種等の見地を取り入れていくことは、介護支援専門員だけでは気付かなかった課題や、解決の方法を見出すことができ、自立支援に向けたケアプランを作成するために重要となります。

とりわけ、今後は高齢化の進展に伴い、重度者や医療ニーズの高い要介護者等が増えていくことが想定される中、必要とされる医療サービスをケアプランに適切に位置付けていくためには、入退院時をはじめケアマネジメントの様々な過程において、介護支援専門員と医療職との緊密な連携が一層重要となります。

しかしながら、一方で、国の介護給付費分科会審議報告等で、ケアマネジメントについては、「医療関係職種との連携が不十分なのではないか」といった課題が指摘されており、また、介護支援専門員を対象に本県が行った「ケアプラン適正化支援事業実態調査（本紙P51）」においても、医療と連携する上で、「主治医等への連絡にためらいがある」、「自身の医療に関する知識に自信がない」など、医療に対して強い苦手意識を持つ回答が多く見られました。

こうしたことから、今後、多職種連携の要となる介護支援専門員が中心となって、多職種が互いの専門性を生かしながらチームとして利用者をサポートしていく連携体制を構築し、自立支援に向けたケアマネジメントを行っていくことが求められるとともに、介護と医療の連携を推進していくため、介護支援専門員において、医療に関する知識や医療との連携方法を習得していくことが不可欠となります。

（４）居宅サービス計画（ケアプラン）と個別サービス計画の連動性

ケアプランで示した目標を確実に達成していくためには、ケアプランとそれに基づいて作成される個別サービス計画との「連動性」を高めていく必要があります。

平成27年の介護保険制度改正においては、連動性をより一層高めていくため、運営基準省令の見直しが行われ、介護支援専門員がサービス提供事業者へケアプランを交付したときは、事業者に対し、個別サービス計画の提出を求め、ケアプランと個別サービス計画の連動性や整合性について確認することとなりました。

また、連動性や整合性を確認していくためには、介護支援専門員とサービス提供事業者が、ケアプランの交付時に限らず、サービス担当者会議などケアマネジメントの様々な過程で継続的に連携し、意識の共有や調整を図っていくことが重要となります。

担当者に対する個別サービス計画の提出依頼（基準第13条第12号）

居宅サービス計画と個別サービス計画との連動性を高め、居宅介護支援事業者とサービス提供事業者の意識の共有を図ることが重要である。

このため、基準13条第12号に基づき、担当者に居宅サービス計画を交付したときは、担当者に対し、個別サービス計画の提出を求め、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性について確認することとしたものである。

なお、介護支援専門員は、担当者と継続的に連携し、意識の共有を図ることが重要であることから、居宅サービス計画と個別サービス計画の連動性や整合性の確認については、居宅サービス計画を担当者に交付したときに限らず、必要に応じて行うことが望ましい。

さらに、サービス担当者会議の前に居宅サービス計画の原案を担当者に提供し、サービス担当者会議に個別サービス計画の提出を求め、サービス担当者会議において情報の共有や調整を図るなどの手法も有効である。

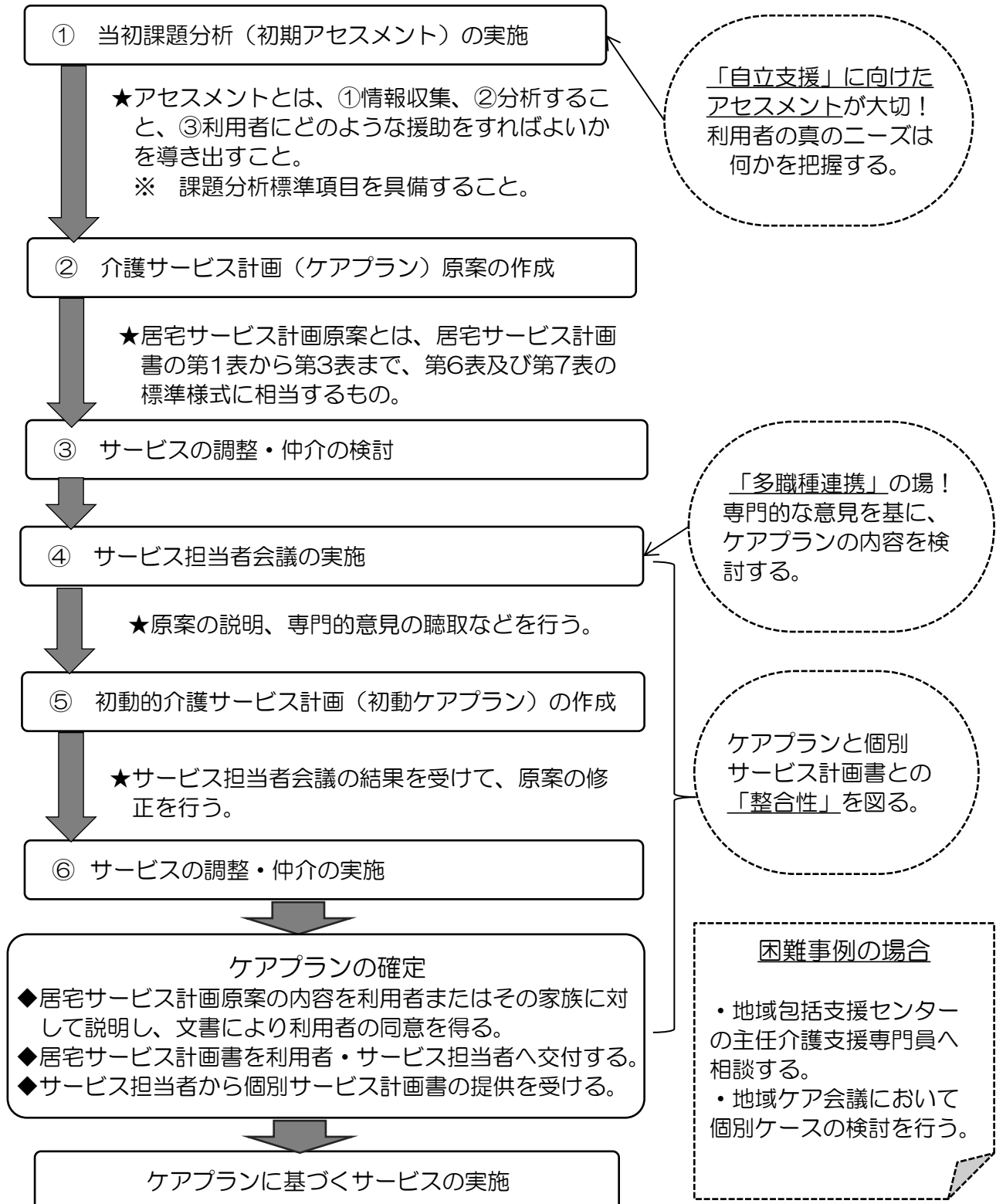
（指定居宅介護支援等基準省令の解釈通知）

2 ケアマネジメントの流れ

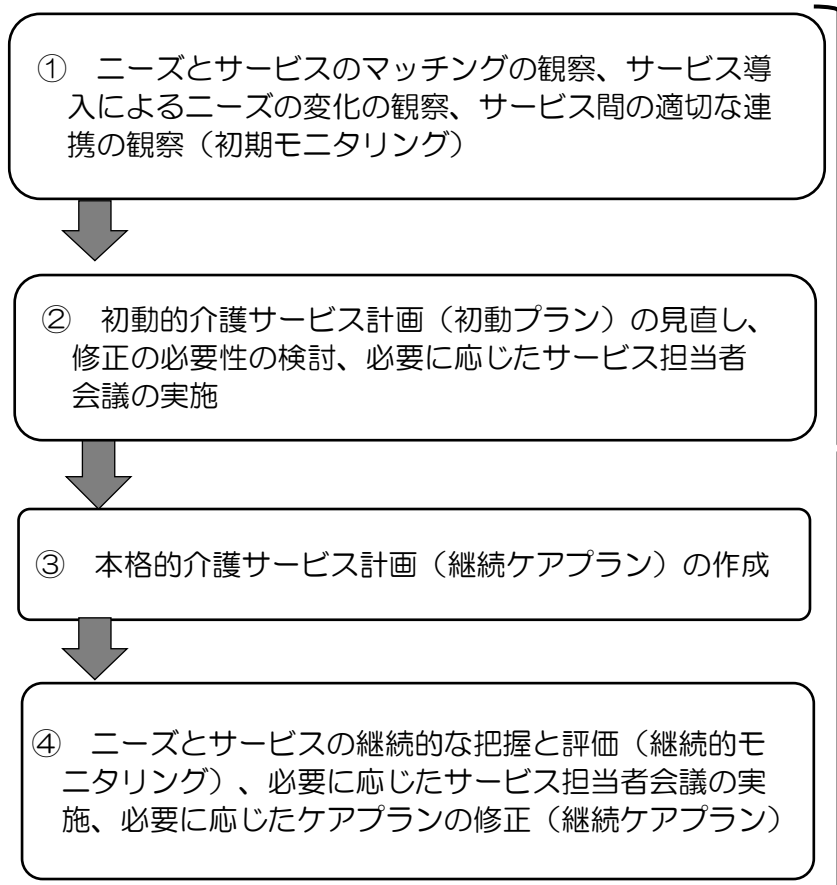
利用者の自立支援に向け、利用者のニーズに合ったサービスを提供するために必要とされるケアマネジメントの流れを示しています。

ケアマネジメントを実施していくには、多職種と連携し、専門的見地からの意見をもらいながらケアプランの内容を検討していくことが重要です。

(1) サービス利用開始までのケアマネジメント



(2) サービス利用開始後のケアマネジメント



「自立支援」に向けたモニタリングが大切！
 ＊目標の達成に向かって
 いるか。
 ＊ケアプランの意図した
 サービス提供がなされて
 いるか。

「多職種連携」が必要！
 ＊サービス利用時の様子
 を各担当者から聞き取る。
 ＊専門的意見を基に、ケ
 アプランの内容を再検討
 する。

＊困難事例の場合

- ・地域包括支援センターの主任介護支援専門員へ相談する。
- ・地域ケア会議において個別ケースの検討を行う。

★モニタリングとは
 ケアプランが適切に実行されているか、利用者の新たなニーズが発生していないかを「再アセスメント」していくプロセス

★モニタリングの機能

- ①援助内容等が適切か「監視」する。
- ②援助の有効性を「評価」する。
- ③関係者の役割を「調整」する。

★モニタリングの目的
 次の3点を確認しましょう。

- ①介護サービスが計画通り適切に実行されているか。
- ②介護サービスが短期目標の達成に向かっていているか。
- ③新たなニーズが発生していないか。

↓

再アセスメントによるケアプランの見直し

参考文献
 【ケアマネジメントの基本―補足資料― 宮崎県長寿介護課（平成27年4月改訂版）】
 「居宅サービス計画書作成の手引き」準拠実務研修指導者用参考書
 「介護サービス計画（ケアプラン）作成の基本的な考え方―試論ノート― 佐藤信人著

3 自立支援に向けたアセスメントの方法

(1) 課題分析標準項目

アセスメントについては、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われることのないよう、利用者の有する課題を客観的に抽出する適切な方法を用いる必要があります。

このため、国は、アセスメントにおいて収集することが必要とされる情報の標準例を「課題分析標準項目」として示しています。

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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 障害高齢者の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度	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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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

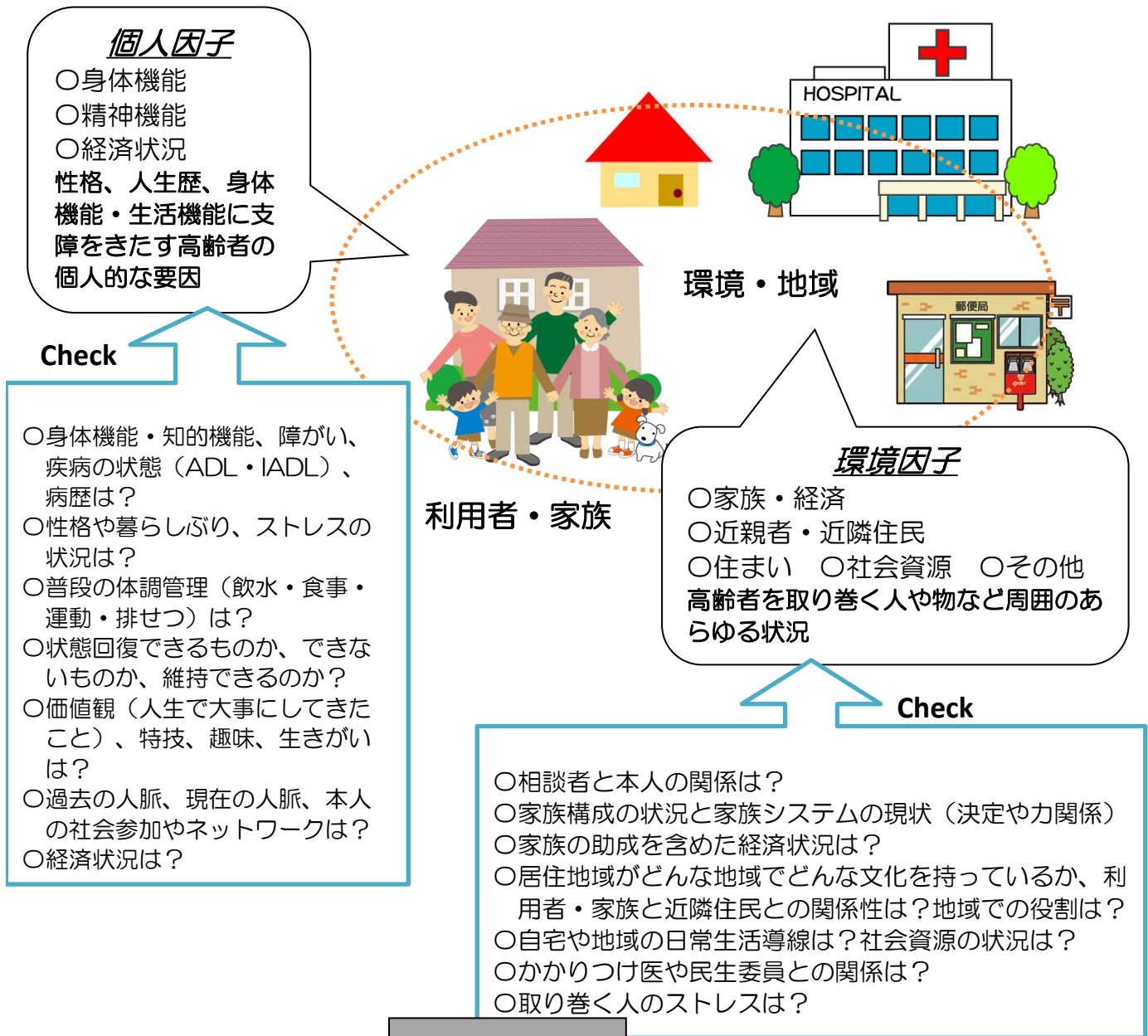
課題分析（アセスメント）に関する項目

No.	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	<input type="checkbox"/> 健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、病状、痛み等）について記載する項目
11	<input type="checkbox"/> ADL	ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	<input type="checkbox"/> IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> コミュニケーション能力	意志の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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

(2) 自立支援に向けたアセスメントの着眼点

アセスメントは、単に情報収集するだけでは真のニーズを把握することは困難であり、介護支援専門員の専門的知識・技術が問われる部分です。

下記に示したように、利用者の自立支援の観点から「課題分析標準項目」などの情報収集を行い、その情報を整理・分析し、さらに必要な情報を収集することで、利用者の真のニーズを把握することが出来ます。

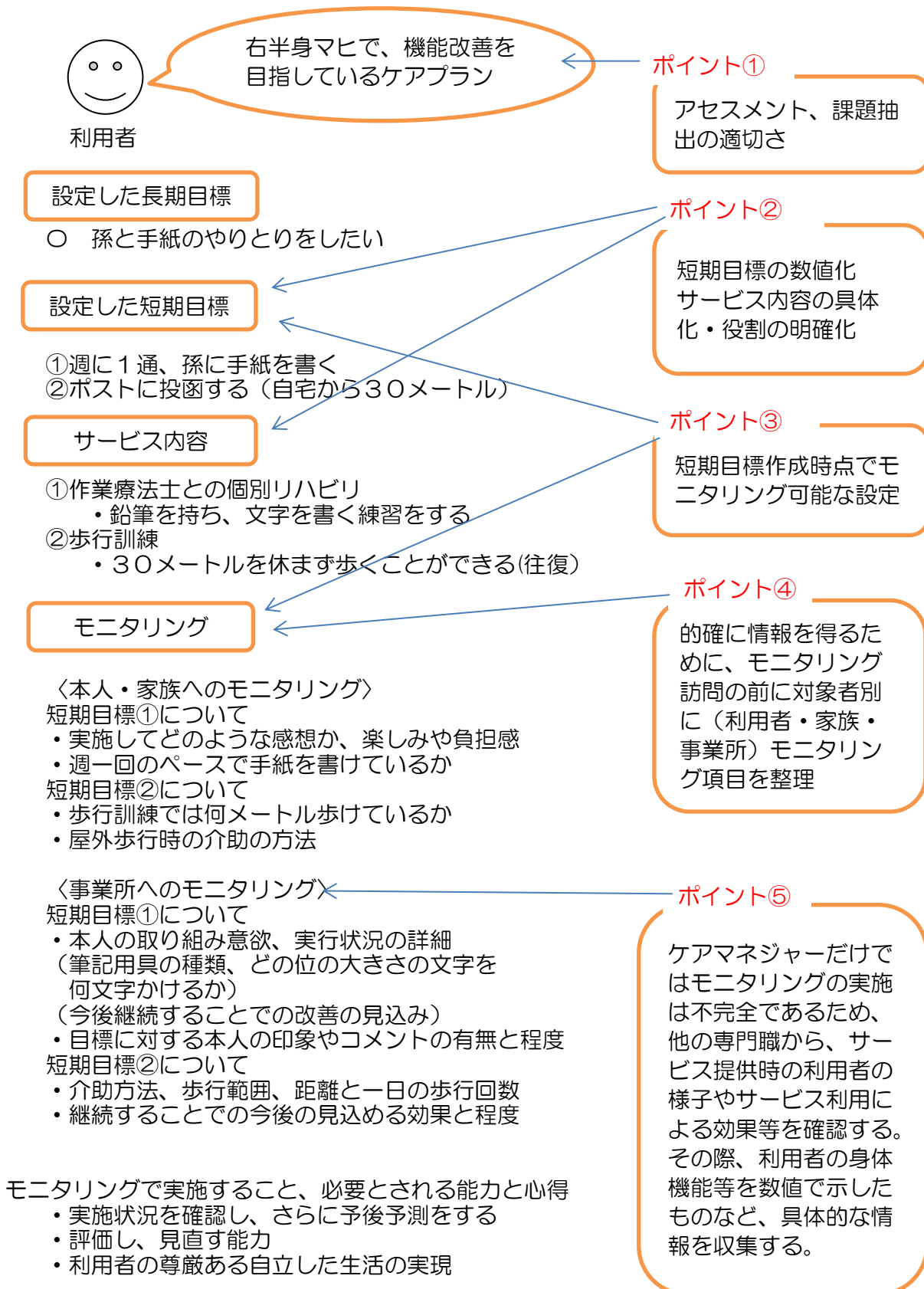


アセスメントで実施すること、また、必要とされる能力と心得

- ・現状課題の可視化にとどまらず、現状課題の分析や過程を可視化する。
- ・課題となる原因（個人因子・環境因子）を追及する。
- ・改善の可能性を見極める「予後予測」を見立てる。
- ・利用者や家族から、ありたい姿を引き出し、あるべき姿を考え、現状とその姿にどのくらいの距離があるかをとらえる。
- ・「〇〇できるようになる」との目標を叶えるため、サービスを手段として考える。

(2) 自立支援に向けたモニタリングの着眼点

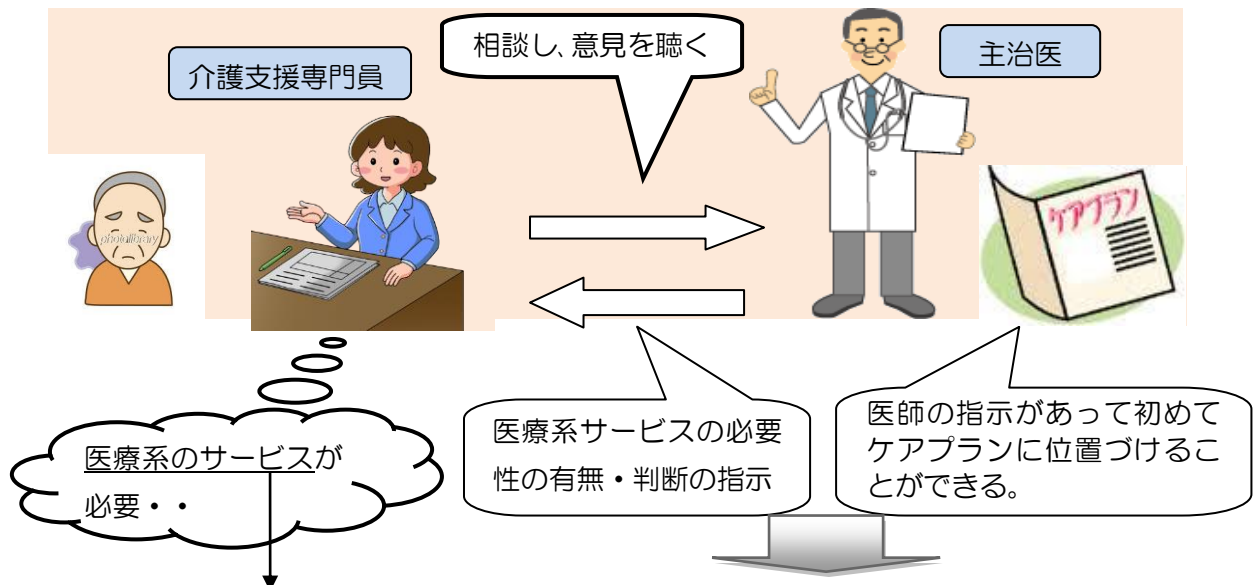
利用者のその時々状態に合った適切なサービスを提供するために、丁寧なモニタリングが必要です。自立支援に向けたサービス提供となっているかの評価を意識したモニタリングを実施しましょう。



5 医療系サービスの活用

(1) 医療系サービスの活用方法

要介護度が増すにつれ、なんらかの疾患がある方が多くなります。そのため、ケアプランに医療系サービスを適切に位置付け、利用者の自立支援に繋げていくことが重要です。



医療系サービスとは？

- ・訪問看護
- ・訪問リハビリテーション
- ・通所リハビリテーション
- ・居宅療養管理指導
- ・短期入所療養介護
- ・複合型サービス、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の「訪問看護サービス」

主治医の指示が必要！！

ケアプランに位置づけができる医療系サービスは、主治医が必要性を認めたものに限られます。ケアマネジャーは、利用者の同意を得て、あらかじめ主治医又は歯科医師の指示・意見を求める必要があります。

【確認】

意見を求める先は、主治医であり、例えば通所リハビリテーション提供事業者（例：老人保健施設付の医師等）の医師ではありません。

【記録】

主治医の指示は、文書のほか、電話や訪問等でもやり取りは行えますが、主治医とやり取りをした内容については、ケアプランを立案するにあたっての検討・判断の根拠となるため、必要な情報を支援経過記録に記録しておきましょう。

⇒ (例) 確認した日時 主治医

指示を受けた内容 (必要性や留意事項など)

(2) 医療との連携の具体例

介護支援専門員が医療職とスムーズに連携するためのポイントを記載しました。互いの役割を理解し、緊密に情報交換をしながら、利用者の自立支援に向けて力を合わせましょう！

在宅での医療職との連絡・情報交換などの場の持ち方の例です！



- 利用者の通院に同行する。
- 医師の訪問診療あるいは往診時間に合わせて利用者宅を訪問する。
- 事前に連絡して外来終了後に訪問する。
- 病院の医療ソーシャルワーカーに連絡して情報交換する。
- 確認事項についてまとめた書面を、病院受診前に利用者又は家族に渡し、病院受診時に確認してもらう。
- FAX(連絡票など)で意見を交換する。(地域によっては所定の様式がある)
- ケアマネタイム(病院側が介護支援専門員からの質問を受け付ける時間帯)を活用する。(地域によっては問い合わせ窓口を整理した一覧表がある)

入退院時の医療職との連絡・情報交換などの場の持ち方の例です！



急性期・回復期・長期療養・在宅医療の機能分化が推し進められ、急性期病棟では機能に合わせた評価として、在院日数の短縮が求められています。医療機関とこまめに情報交換を行い、治療終了後の急な退院を想定し、準備しておくことが大切です。

- 利用者・家族に対して、入院になった際は必ず連絡を入れてもらうよう日頃から説明をしておく。
- 入院の連絡を受けた際は、可能な限り病院へ足を運び入院前の情報を提供し、情報共有を図る。
- 病院に医療ソーシャルワーカーがいる場合は、ソーシャルワーカーを窓口にして情報交換する。
- 利用者や家族より、入院計画書の内容を確認し、治療内容や入院期間を把握する。
- スムーズに在宅生活に移行する準備を行うため、病院に対して、退院が近くなったら連絡をしてもらえるよう依頼する。
- 入院中は、こまめに家族や病院に状況を確認し、相談しながら退院準備を進める。
- 退院前に継続的な医療的管理が必要な状況かどうか確認を行う。
- 退院前のカンファレンス開催について、病院(ソーシャルワーカー)に相談する。

(3) 訪問看護の活用について

医療と介護の両方が必要な場合、訪問看護を利用する機会は多くなります。医師から指示を受けた時だけでなく、適切な利用が検討できるように、訪問看護について十分に理解しておくことが大切です。

入院中からでも訪問看護を利用できることを
ご存知ですか？



- 病院・地域・在宅が連携することで、入院中から訪問看護が利用できます。
- 在宅主治医が訪問看護が必要と判断した場合は、病院から訪問看護ステーションに連絡します。
- 訪問看護師は、利用者が入院している病院に出向き（退院前）、退院カンファレンスや退院時共同指導（多職種との連携）、入院中の退院に向けた一時的な外泊支援など、在宅移行の支援を行います。
- 「訪問看護指示書（主治医が診療に基づいて訪問看護の必要性を認めた場合に交付する指示書）」の交付を受けた訪問看護ステーションでは、退院当日に訪問看護師が利用者の住まいを訪問して在宅療養のスタートを手伝うこともあります。
- 「特別訪問看護指示書（主治医が、利用者の急性憎悪等により、頻回な訪問看護が必要と判断した場合に交付する指示書）」の交付がある場合、退院直後から2週間、毎日でも訪問看護を利用できます。

平成 24 年医療保険改正で新設！
外泊中の入院患者に訪問看護が利用できる
ことをご存知ですか？



- 退院後に指定訪問看護を受けようとする入院患者が、在宅療養に備えて一時的に外泊（1泊2日以上）をする際、訪問看護ステーションの看護師等が外泊先に訪問して訪問看護を行うことができるものです。
- 外泊中に訪問看護が必要と認められた者であれば、訪問看護を受けた後に状態の変化等で退院ができなくなった場合についても利用可能です。

対象者：(1)末期の悪性腫瘍、神経難病等の利用者・・・入院中2回まで
(2)特別管理加算の対象者・・・入院中2回まで
(3)その他、在宅療養に備えた一時的な外泊に当たり、訪問看護が必要であると認められた者・・・入院中1回限り

利用額：¥8,500（医療保険1割負担だと、¥850+交通費など・・・土日の場合は、休日加算別途あり）

また、こんな時には、訪問看護の利用について
検討し、主治医にご相談ください！！



- 食事療法が必要
- 脱水を起こしやすい
- 誤嚥しやすい
- 排尿障害がある
- 排便コントロールが難しい（本人や介護者だけでは）
- 入浴や清拭の介助が必要（医療依存度が高く）
- 口腔内の清潔が保持できない（本人や介護者だけでは）
- 今回の入院でインシュリンの自己注射が始まった
- 今回の入院で経管栄養が始まった
- 今回の入院で人工肛門や膀胱ろうが造設された
- 退院後、点滴が必要
- 退院後、酸素療法や人工呼吸器が必要
- 退院後、中心静脈栄養が必要
- 退院後、創や褥瘡の処置が必要
- 退院後、疼痛管理が必要
- 退院後、寝たきりや、生活不活発病となるリスクが高い
- 薬に対する理解が不十分であり、自己での管理が困難
- 在宅療養に対して本人や家族の不安が大きい
- 病状が不安定で入退院を繰り返している
- 終末期を自宅で過ごしたいという希望がある

次は、介護職員が「たんの吸引」などを行う場合の訪問看護師による支援についてお話しします。



平成 23 年 6 月 22 日に交付された「介護サービス基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴い、2012 年 4 月から、次の条件のもとに、介護職員がたんの吸引などを行うことになりました。

●介護職員によるたんの吸引などとは？

介護職員ができる行為の範囲は、たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）と経管栄養（胃ろう、腸ろう、経鼻）です。

●たんの吸引を行う事業所は？

たんの吸引を業として行うものとして、都道府県から登録特定行為事業者の登録を受けた介護保険事業所や有料老人ホーム等です。

●たんの吸引などができる介護職員とは？

登録事業所に所属する介護職員で、たんの吸引などの研修を修了して、都道府県知事から認定特定行為業務従事者の認定証を交付されています。

●たんの吸引などを実施する上での手順

主治医から、「介護職員等喀痰吸引等指示書」が登録事業所に交付され、介護職員は実施内容の計画書を作成して実施し、報告書を医師に提出します。急変などに備えて、緊急時の医師・看護職員への連絡方法を予め定めておきます。

●訪問看護師による介護職員の支援

在宅では、施設のようにマニュアル化されにくく、療養環境も機材も様々です。訪問看護師は、たんの吸引などが必要な利用者ごとに心身の情報を介護職員に提供し、役割分担を行ってケア体制を整えます。平成 24 年度介護報酬改定では、訪問看護師による介護職員への支援の評価として、「看護・介護職員連携強化加算」が新設されました。

訪問看護師は、介護職員が安心して技術提供が出来るように支援するとともに、訪問看護師が行わなければならない吸引などは自ら実施し、呼吸ケア全体のマネジメントを行い、医師やケアマネジャー、介護職員とのつなぎ役となります。

要支援、要介護の認定を受けていても、医療保険（健康保険など）で訪問看護サービスを利用することがあります。



対象

(1) 介護保険における厚生労働大臣の定める疾病等を患っている方。

●厚生労働大臣の定める疾病等

- ①末期の悪性腫瘍 ②多発性硬化症 ③重症筋無力症 ④スモン
- ⑤筋委縮性側索硬化症 ⑥脊髄小脳変性症 ⑦ハンチントン症
- ⑧進行性筋ジストロフィー症 ⑨パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病／ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって、生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度のものに限る）
- ⑩多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）⑪プリオン病 ⑫亜急性硬化性全脳炎 ⑬ライソゾーム病
- ⑭副腎白質ジストロフィー ⑮脊髄性筋委縮症 ⑯球脊髄性筋委縮症
- ⑰慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ⑱後天性免疫不全症候群
- ⑲頸髄損傷 ⑳人工呼吸器を使用している状態

(2) 状態が悪くなり（急性増悪期）、病状が不安定で、頻繁に訪問看護が必要な方。終末期や退院直後に訪問看護が必要な方。

- 主治医が「訪問看護特別指示書」を訪問看護ステーションに交付することによって、主治医から特別指示が出されている期間に医療保険での訪問看護を利用することができます。

【参考1】 医療との連携に便利なツール

① 主治医との連携シート

市町村によっては、主治医と介護支援専門員がFAX（下記様式参照）を利用して情報交換を行っています。多忙なため、日中連絡を取りにくい医師が、空いた時間を利用して情報提供できるという利点があります。このように、医師と連携しやすい方法を考え、工夫しましょう！

※ 連携シートを使用する場合は、各市町村において使用可能な様式があるかを確認し、必ず病院側の了解をとったうえで使用するようにしてください。また、個人情報の取り扱いには十分御注意下さい！



様式1

医療と介護の連携 連絡票 (FAX照会)		平成 年 月 日		
医療機関名	_____ 先生	事業所名称	_____	
TEL	_____	所在地	_____	
FAX	_____	TEL	_____	
		FAX	_____	
		メールアドレス	_____	
		担当者	_____	
<p>日頃より大変お世話になっております。下記の件について、ご意見をいただきたいと思ひます。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合のよい連絡方法を含めて、ご回答をお願い致します。</p> <p>*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、 <input type="checkbox"/>ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/>ご本人の心身状況から同意を得ておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。</p>				
利用者	フリガナ	_____	介護度	申請中・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
	住所	_____	TEL	_____
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		男・女
照会目的	<input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更後・状態変化時のケアプラン作成時の医学的意見について <input type="checkbox"/> 利用者の医療・看護・介護・病状の医学的意見・指示について <input type="checkbox"/> サービス担当者会議における医学的意見について <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（購入）について、医師からの医学的意見について <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・助言など <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
	<相談内容等>			
	<p>【医師記入欄】 *この連絡票での回答は、診療情報提供料の算定対象にはなりません。</p>			
	回答方法	<input type="checkbox"/> FAXで回答 <input type="checkbox"/> 別紙文書で回答 (_____ 枚)		
		<input type="checkbox"/> 電話で回答 (日時: 月 日 時頃に電話を ください・します)		
<input type="checkbox"/> 直接会って回答 (日時: 月 日 時頃に来院ください)				
<input type="checkbox"/> メールで回答 メールアドレス: _____				
<p>医師意見・要望欄</p> 				
<p>上記のとおり回答いたします。 平成 年 月 日</p>				
<p>【医師名】 _____</p>				

※平成23年4月宮崎市地域包括支援センター・宮崎市介護支援専門員連絡協議会作成

② 主治医意見書予診票

この予診票は、主治医が要介護認定申請者の状況を今一度把握するために参考とする書類で、主治医意見書の精度を高め、より円滑な認定を行うためのものです。

利用者の実態に合った要介護認定を受けることで、適切なケアマネジメントの実施に繋がり、必要なサービスを利用することができます。病院とご相談のうえ、ぜひご活用ください。

宮崎県医師会HPより、
ダウンロードできます！

<http://www.miyazaki.med.or.jp/>



介護保険主治医意見書予診票

- ☆ この予診票は、介護保険の要介護認定申請に必要な主治医意見書を作成する際に参考にさせていただく資料です。意見書作成目的以外には使用せず、他に公開することはありません。
- ☆ ご本人もしくはご家族など介護している方が記入してください。
- ☆ 記入についてわからないことがありましたら、遠慮なくお尋ねください。

記入日 平成 年 月 日

申請者 氏名 _____ 性別 男 ・ 女 _____

生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)

記入者 氏名 _____ 続柄 _____

電話番号 () _____

ケアプランを依頼しているところ 事業者名 _____

1. 介護保険の認定を受けていますか？あてはまる口に✓印をつけてください。

- いない
- 要支援1 要支援2
- 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

2. 他の医療機関（医師）にかかっていますか？あてはまる口に✓印をつけてください。

- いる いない

↓

「いる」と答えられた方は、あてはまる口に✓印をつけてください。

- 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科
- 皮膚科 泌尿器科 婦人科 眼科
- 耳鼻科 リハビリ 歯科 その他 (科)

3. 心身の状態について

1) 体の不自由なところがありますか？あてはまる口に✓印をつけてください。

- 体の不自由なところはまったくない。
- 体が多少不自由であるが、バスやタクシー等を利用してひとりで外出できる。
- 体が不自由であるが、隣近所であれば歩いて外出できる。

- ひとりでの外出はむずかしいが、家の中ではだいたい身のまわりのことはできる。
- 介助してもらっても外出が少ないし、家の中では横になっていることが多い。
- 車いすが必要な生活であるが、食事やトイレは人の手を借りずにできる。
- 車いすに乗り降りするのもひとりではむずかしい。座っていることは出来る。
- 一日中ベッドの生活。排泄、食事、着替えで人の手がかかるが、寝返りはうてる。
- 一日中ベッドの生活。排泄、食事、着替えで人の手がかかり、寝返りも打てない。

2) 認知症のすすみ具合について、あてはまる口に✓印をつけてください。

- 認知症はない。
- もの忘れなど、少し精神面でのおとろえはあるが、一応ひとりでも生活できる。
- 家の外に出ると、時々道に迷ったり、買い物でお釣を間違えたりする。
- 家の中でも薬を飲み忘れてたり、電話や来客の対応ができない。
- 日中、トイレで不始末をしたり、理由もなく外へ出歩くことがある。
- 夜間、トイレで不始末をしたり、外へ出歩いて、家族が起こされる。
- 昼も夜も目が離せず、家族がおちついて眠ることもできない。
- 被害妄想、暴力、落ち込みなどがひどく、家族の手におえない。

3) 理解したり、記憶したりすることについて、あてはまる口に✓をつけてください。

- ①物忘れはありますか？ はい いいえ
- ②日常生活でものごとを自分で決める（判断する）ことができますか？
 できる だいたいできる あまりできない まったくできない
- ③自分のしてほしいこと、ほしくないことは、きちんと伝えられますか？
 伝わる だいたい伝わる あまり伝わらない まったく伝わらない

4) 問題行動について、介護をする方におたずねします。該当に○印をつけてください。

- ①実際にはいない人や、虫、動物などがみえると言うことがありますか？（ある・時々・ない）
- ②実際にはいない人の声や、物音が聞こえると言うことがありますか？（ある・時々・ない）
- ③金品などを盗まれたなど、実際にはない事を言う事がありますか？（ある・時々・ない）
- ④昼間寝て、夜間騒ぐことがありますか？（ある・時々・ない）
- ⑤介護する人などに暴言をはくことがありますか？（ある・時々・ない）
- ⑥介護する人などに暴力をふるうことがありますか？（ある・時々・ない）
- ⑦介護する際に抵抗して、世話ができないことがありますか？（ある・時々・ない）
- ⑧目的もなく出歩き、迷子になったりすることがありますか？（ある・時々・ない）
- ⑨ガスの消し忘れなど、火の不始末がありますか？（ある・時々・ない）
- ⑩便をこねたり、下着を何日も替えないなど不潔な行動がありますか？（ある・時々・ない）
- ⑪紙や消しゴムなど通常食べられない物を食べることがありますか？（ある・時々・ない）
- ⑫性的問題行動がありますか？（ある・時々・ない）

5) きき腕は? 右 左

6) 体重は? () k g

身長は? () c m

ここ6ヵ月で体重の変化がありましたか? 増えた 変わらない 減った

7) 次の状態がありますか?あてはまる□に✓印をつけてください。

麻痺 筋力のおとろえ 関節の痛み 床ずれ 皮膚病

4. 生活機能について、あてはまる□に✓印をつけてください。

- 1) 屋外歩行 ひとりでできる 介助があればできる していない
2) 車椅子 用いていない 自分で操作 他人が操作
3) 歩行補助具・装具 用いていない 屋外で使用 屋内で使用
4) 食事 自分で食べる 一部介助 食べられない
5) その他 尿もれ 転倒 床ずれ 意欲の低下 食事でむせる

5. 介護保険で現在利用しているサービス全てに✓印をつけてください。

- 医師が家庭訪問して診察している。
 看護師が自宅を訪問している。
 リハビリの専門家が自宅を訪問している。
 通所リハビリテーション（デイケア）にかよって、リハビリをしてもらっている。
 病院（療養型病床）や老人保健施設に何日か泊まっている。
 歯科医師が家庭訪問して診察している。
 歯科衛生士が家庭訪問して口の中を衛生について指導してくれる。
 薬剤師が家庭訪問して、薬の飲み方について教えてくれる。
 栄養士が家庭訪問して、食事のとり方について教えてくれる。
 ホームヘルパーが家庭を訪問して、入浴や食事の世話をしてくれる。
 特別養護老人ホームなどにかよい、通所介護（デイサービス）をうけている。
 家庭を訪問して、浴槽を提供し入浴の介助をしてくれる。
 特別養護老人ホームなどに何日か泊まっている。

6. その他に困っていることや何かしてほしいことがありましたら記入してください。

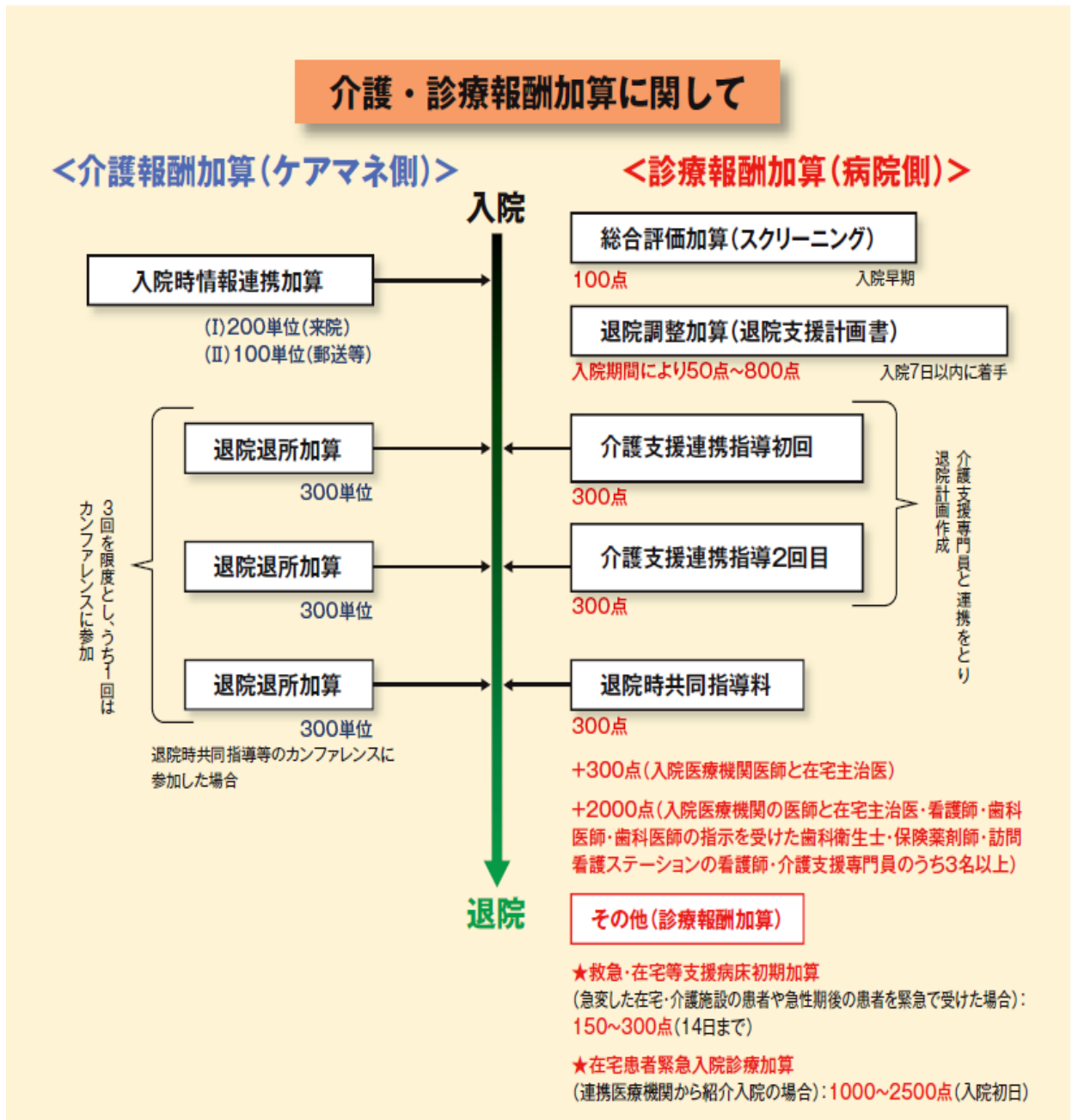
[]

【参考2】 医療との連携のために知っておきたい知識

① 入退院における介護・診療報酬加算について

入院時知っておくと良い診療報酬・介護報酬についての【連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧】です。

(引用：公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会「在宅移行の手引き2」)



② 医療費が控除される制度

医療や介護を利用する方に対しては、経済的負担を軽減するための制度がありますが、原則「申請主義」となっています。介護支援専門員は、それらの制度の内容を理解し、利用者へ情報提供できるようにしましょう。

●高額療養費制度

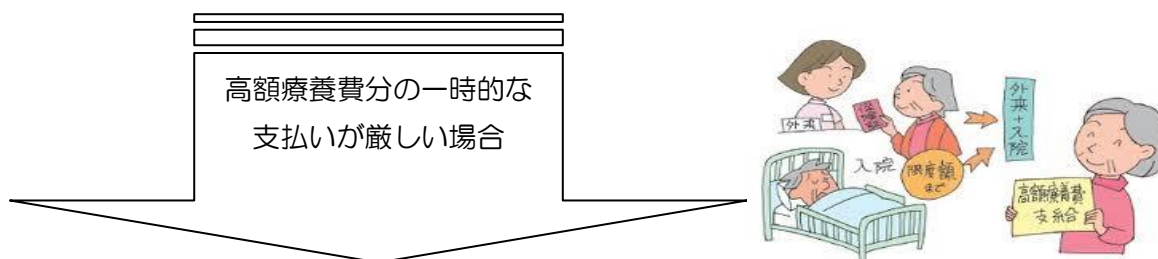
概要：医療機関や調剤薬局などの窓口で、1カ月（月初～月末）に支払った医療費（※）が一定額を超えた場合、超過した額が支給される制度。（※先進医療の費用、差額ベッド代や入院時の食事負担などは含まれない）

★同じ月に同一世帯に医療費を支払った人がいる場合（世帯合算）、または、1年間に3回以上高額療養費に該当した場合（多数該当）には、条件が変わることもある。

対象：医療保険の加入者 窓口：加入する医療保険の窓口

手続き：該当すれば医療保険者から書類が送付される。その書類に記載し、支払った医療費の領収書を添付して提出する。3カ月程度で、高額療養費分の費用が支給される。

★70歳以上（住民税非課税世帯等の人以外）には手続きが不要。医療機関の窓口で、高齢受給者証などを提示すれば、上限額までの支払いで済む。



●限度額適用認定証

概要：70歳未満の方でも、医療機関で限度額適用認定証を提示すれば、窓口で支払う医療費が入院、外来ともに上限額までにとどめられる。

手続き：事前に参加する医療保険者に認定証の交付を申請する。

●高額療養費貸付制度

概要：加入する医療保険者が、支給される高額療養費の一部(8割～9割)を無利子で貸し付けてくれる制度

手続き：医療保険者に申請。医療機関などの発行した医療費請求書などが必要になる場合もある。

●高額療養費受領委任払い制度

概要：一部の国民健康保険のみ実施。医療費の支払いが困難な人に対し、上限額を超えた医療費を加入する国民健康保険の保険者が直接医療機関に支払ってくれる。

手続き：加入する国民健康保険の窓口で行う。医療機関などの発行した医療費請求書などが必要になる場合もある。

●高額医療・高額介護合算療養費制度

概要：同じ世帯で同じ医療保険に加入している人たちが、医療と介護の両方を利用し、その年間（毎年8月1日～翌年7月31日）の費用が上限額を超えた場合、超過分が支給される仕組み。

対象：医療と介護をともに利用している人・世帯

窓口：市区町村の介護保険の窓口と加入する医療保険の窓口

手続き：介護保険者に申請し、介護自己負担額証明書を交付してもらう。その証明書を添えて医療保険者に申請を行う。その後、介護保険者、医療保険者それぞれから支給額が支払われる。なお国民健康保険や後期高齢者医療制度に加入している場合、1か所の窓口でまとめて手続きを行える場合もある。

●医療費控除

概要：1年間で自分や家族のために支払った医療費が一定額（10万円程度）を超えると、超過額が税金の控除対象となり、確定申告が必要である。

★控除対象となる医療費には、治療費、訪問看護師、薬代のほか、おむつ代（おむつ証明書が必要）、一部の介護保険サービスの自己負担額が認められる。介護保険サービスについては、訪問看護や、デイケア、老人保健施設といった医療系サービスの外、それらと一緒に利用した場合に限り、訪問介護、デイサービスなどの自己負担も対象になる。

対象：税金を納めている人

窓口：住居地の税務署

手続き：住居地の税務署で、確定申告を行うことで医療費控除が受けられ、支払う税金額が下がる。

●難病医療費支援制度（特定疾患医療費助成制度）

概 要：難病の患者に対し、医療費に加え、訪問看護や訪問リハビリなどの一部介護サービスの自己負担額を助成する制度。所得や入院・外来などのサービスに応じて、ひと月の負担額の上限が設定されている。厚生労働省は制度の対象として、110疾患（平成27年1月1日時点）を定めている。

対 象：厚生省や都道府県が定めた難病にかかっている、生計中心者の所得税額が一定額以下の人

窓 口：住居地を管轄する保健所

手続き：医師の診断書（臨床調査個人票）、住民票、患者の生計中心者の所得に関する状況を確認できる書類などを添付して、保健所へ申請する。

●傷病手当金

概 要：会社員や公務員などが、病気やけがで仕事を休み給与が出ない場合などに、生活保障のために支給される。退職後でも在職中にその条件を満たしていた場合などは受給できる。

対 象：会社員や公務員など健康保険、共済、船員保険（被用者保険）の加入者本人

窓 口：加入する医療保険の窓口

手続き：医師の証明（申請書への記載）や、会社からの休業中の資金台帳や出勤簿などを添付し、医療保険者に申請する。各保険者によって異なる。



6 居宅サービス計画書の記載ポイント

ケアプランの作成にあたり、アセスメント、モニタリング、医療サービスの活用など、ケアマネジメントにおいて留意すべき事項を踏まえた記載のポイントを掲載しています。常に自立支援に向けたケアプランとなるよう意識して作成しましょう。

- 第1表居宅サービス計画書（1）
- 第2表居宅サービス計画書（2）
- 第3表週間サービス計画表
- 第4表サービス担当者会議の要点
- 第5表介護支援経過表

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 年 月 日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 殿 生年月日 年 月 日 住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

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

認定日 年 月 日 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

要介護状態区分	要支援	要支援1	要支援2	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	<input type="checkbox"/> 「〇〇したい」と言う本人の想いを記載。「リハビリをしたい」ではなく、「リハビリをしてどのような生活を送りたいのか」を記載 <input type="checkbox"/> アセスメント（課題分析）と連動								
介護認定審査の意見及びサービスの種類の指定	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証で確認								
総合的な援助の方針	<input type="checkbox"/> アセスメントから得られた「本人らしさ」をここに表す <input type="checkbox"/> 総合的な援助の方針にも個別性があり、ケア（支援）に取り組む上での方針を具体的に記載 <input type="checkbox"/> 主治医の連絡先や、主たる介護者の連絡先を複数記入し、緊急時にも慌てないよう工夫が必要								
生活援助中心型の算定理由	1. 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・同意日	年 月 日	利用者同意欄
								印	

利用者名 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	援助目標		援助内容			
	長期目標(期間)	短期目標(期間)	サービス種別	※2		
<p>□アセスメントでの課題が網羅できるところ</p> <p>□家族や支援者側の課題があれば取り上げる</p> <p>□これまでは「〇〇してあげる」が中心のケアプランが多い傾向にあったが、利用者の立場で真のニーズを捉えることが必要</p> <p>□本人らしさをケアマネジャーが汲み取り、目標やサービス内容に反映することは、家族の精神的な負担軽減につながることを理解</p>	<p>□自立支援を意識した目標</p> <p>□具体的ケアチームが何を意識するかイメージできるような目標</p> <p>□長期目標はサービス種別に限らず、共通認識が重要</p>	<p>□具体的達成可能な目標設定。可能であれば「数値化」すると評価しやすい</p> <p>□短期目標の積み重ねが、長期目標の達成に繋がることを理解</p> <p>□認知症がある場合には、要望の有無だけにとらわれない</p>	<p>※1</p> <p>サービスの自立の3要素(身体的・精神的・社会的自立)の側面から考える</p> <p>□具体的なサービス内容を把握すること 例：歩行訓練、段差昇降引導→個別機能訓練加算、個別リハビリ加算など</p> <p>□家族などのインフォーマルサービスを積極的に盛り込む(住宅型有料老人ホームに入居すること、家族支援の検討を見落としがち)</p>	<p>※2</p> <p>通所介護には、福祉系の通所介護やセラピスト等を配置し機能訓練等に充実した通所介護をおく</p> <p>□通所リハや訪問看護などは医師の指示を確認する必要</p> <p>□インフォーマルサービスについて、ケアマネジャーは視野を広く持ち、地域のことを知っておくことが重要</p>	<p>頻度</p> <p>□「定時(定期)」＝一日複数回決められた時間</p> <p>□「随時」＝利用者からのコール対応など、必要に際した対応</p>	<p>期間</p>

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・同意日

年 月 日

利用者同意欄

印

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては〇印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

第3表		利用者名： 殿		週間サービス計画表			作成年月日 年 月 日	
	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
0:00								
深夜								0時~2時：排せつ
4:00								起床：声掛け
6:00								新聞
8:00								朝食：家族と一緒に
午前								テレビ（ニュース）
10:00								テレビ 非デイ日
12:00								出発
午後								ハイタルチェック
14:00								リハビリ
16:00								昼食・口腔ケア
18:00								ベット臥床
20:00								入浴
22:00								帰宅・ベット臥床
深夜								夕食：家族は不在が多い
24:00								テレビ→とうと
								就寝

□24時間の時間軸で生活を可視化することが重要

□このように通所サービス利用日と自宅で過ごす時の日課に分けて記述をする

□インフォーマルサービスや介護保険サービス以外のご記載
 □介護保険以外のサービスや、家族の支援も記入することで、一ヶ月間や数ヶ月先の流れを把握する

週単位以外のサービス
 記載例：訪問診療・居宅療養管理指導（月2回） PEG交換（半年に一回：〇〇病院）
 福祉用具貸与（特殊寝台、付属品：サイドレール2本、オーバーテーブル 床ずれ予防用具） 長女とドライブ（月一回程度）

利用者名 股

居宅サービス計画(作成者(担当者)氏名)

開催日 年 月 日 開催場所

開催時間 開催回数

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
検討した項目	<p>※専門職による第2のアセスメント □あらゆる専門職の見立て、意見、ケア内容を聞く機会にする □何のために開く会議なのか分かるようなタイトルを付けることが大切</p>					
検討内容						
結論						
残された課題 (次の開催時期)						

サービス担当者会議の確認事項

- 状態の悪化の原因や予後予測
- ニーズの適切さ
- 設定した長期目標の実現可能性
- 短期目標の設定の適切さと具
体性や実現可能性
- 各目標の達成期間の適切さ
- 各目標実行のために位置付け
ているケアサービスの内容・提
供回数やサービス種別の適切さ
- インフォーマルなサービス導
入の必要性とそれらの情報交換

状態悪化の予防と対応

- どの情報をどの時点でケアマネジャーに連絡し、チームで共有すべきか、具体的なラインを引いておく
- 「どの時点から危険か」という見極め方法と、この状況が起きたら連絡を取りあいフォローしあうという「連携のタイムライン」まで確認

サービス担当者会議で必要とされる能力と心得

- ・ケアマネジャーはチームケアのキーパーソンであることを自覚し、サービス担当者会議でチームケアを具体化する
- ・コーディネート合意形成能力
- ・地域のネットワーク作りと医療等との連携の機会

介護支援経過表

利用者名: _____

作成者名: _____

日付	内容	日付	内容
	<p>※支援のプロセスを記録する □日付（日時）、方法、目的、内容を記載 例＞日付（日時）：4月1日 15時～16時 方法：自宅訪問 目的：モニタリング 内容：自宅を訪問しモニタリングを実施した。 別紙モニタリング表参照。</p> <p>□誰がみても分かる記述 表現の方法として虐待や介護放棄などは、虐待 という記載ではなく、認識した事実と根拠を記載</p> <p>□継続的に実施状況を把握</p>		<p style="text-align: center;">居宅介護支援経過の考え方</p> <p>1) 居宅介護支援経過は、次のことに留意して記載するよう努める ①利用者や利用者をとりまく家族、事業所などで発生している事実、利用者・家族や事業所間との連絡などのやりとりの事実 ②利用者か家族の思いや考え ③ケアマネジャーの判断。ケアマネジャー自身は、記録しようとする内容が上記の①、②のどちらにあたるかを意識し、整理して記載</p> <p>2) 居宅介護支援経過は、ケアマネジャー業務の実施状況を証明する役割を果たす。運営基準を満たしながら業務を実行していることがわかるよう努める ①相談受付日時、経路 ②重要事項説明と同意 ③アセスメントの実施と記録、サービス担当者会議の実施と記録、ケアプラン原案の提示、ケアプランの確定と交付（利用者及び事業所など）、モニタリングの実施と記録などケアマネジメントプロセスの実施状況を示すことから ④居宅介護支援の加算に関すること（独居加算、認知症加算など）</p> <p>3) 居宅介護支援経過は、他の居宅サービス計画書など（アセスメントシート、居宅サービス計画書（1）（2）、週間サービス計画書、サービス担当者会議の要点、サービス利用票・別表）、モニタリングシートと同様に行政が行う実施指導や監査の際に当然、提示すべき書類です）に記載した事柄は実地指導での最低限の確認事項となることを理解</p> <p>4) 居宅介護支援経過は、ケアマネジャーとして利用者の支援経過を振り返り、客観的にケースを捉え、今後の対応のあり方や、他の似たようなケースへの対応の応用を検討するなど、ケアマネジャーとしての資質を高めるものとしての役割も果たす</p> <p>5) 仮に事故や訴訟などが発生した場合には、居宅介護支援経過は、事故や関係者とのかわり、その状況を証明する重要な書類となる。専門職が見た時の思考の整理、更には指導監査や事故発生時の対応に耐えられる居宅介護支援経過を書くためには、自分以外のだれが見ても、事実、経過が分かるように「いつ、どこで、誰が、どのように、何をした」の漏れがないように記載するよう努める</p>

第2章

適切なサービスがケアプランに位置付けられていない事例とその改善に向けた取組

この章では、適切なサービスがケアプランに位置付けられていない事例について、ケアマネジメントにおける問題点とその改善に向けた検討事項を掲載しました。ケアプランを作成する際の参考にしてください。

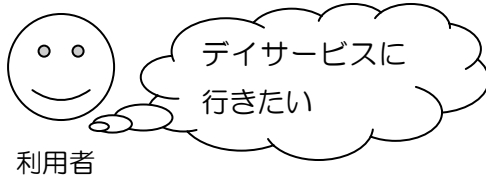
《内容》

- 事例1：同一サービスのみを利用している事例
- 事例2：褥瘡があるが福祉系サービスのみ位置付けられている事例
- 事例3：経口摂取を強く希望する事例
- 事例4：家での生活を希望する事例
- 事例5：有料ホームより福祉用具を借用している事例

事例1：同一サービスのみを利用している事例

生活の拠点：自宅または有料老人ホーム

居宅サービス計画書	
利用者名	生年月日
住所	
要介護状態区分	要支援 ・ 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	本人：知人から聞くとデイサービスは楽しらしい。自分も行きたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし。
総合的な援助の方針	過去に脳梗塞の既往もあります。現在、下肢の浮腫は軽減傾向ですが、先日は表皮剥離がありました。ワーファリン服用のため、今後は特に怪我しないよう注意していきたいと思います。
生活援助中心型算定理由	1. 1人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ()



【ケアマネジメントが不十分な対応】
 本人の「要望、希望（デマンド）」を叶えるため、
 デイサービスのみを位置付けたケアプランを作成。

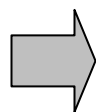
週間サービス計画表								
利用者名		殿						
時間	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
午前	4:00							
	10:00							
	12:00	【通所介護】	【通所介護】	【通所介護】	【通所介護】	【通所介護】	【通所介護】	
	14:00							
午後	16:00							
	18:00							

《 問題点 》

- 本人の発言のままにサービスを位置付けている。
 真のニーズが不明。
- サービスの利用効果、妥当性がみえない。
 利用者の目指すところ、将来の可能性が考えにくい。
- 金太郎飴型プランになっている（個別性の無い、どの利用者も同じケアプラン）。
 利用者のもつ残存機能を活かすことが出来ない、不必要なサービスを利用する。
- 利用者や家族が「自立支援を実現」するための意欲がなくなってしまう。
 サービス依存を強くする可能性が高い。

デイサービスに行くことが目的となり、目標やサービス内容が後付けのケアプランになっていませんか？

利用者の自立支援に繋がらない…



要介護度の悪化

【改善や見込まれる生活機能の向上の可能性を探る対応】

本人・家族の希望と全身状態、専門的見地からの意見等を総合して、自立支援のために必要なサービスを判断する。

①自立支援を意識した丁寧なアセスメントから、必要なサービスを判断する。

- ・利用者がなぜそのサービスを要望・希望しているのか、言葉に表れない隠れたニーズを捉える。
- ・心身機能の状態を確認し、機能低下の背景や残存機能の把握、予後予測を行う。
- ・利用者の日課や役割等を把握し、主な日常生活上の活動を整理する。
- ・主治医の意見を確認し、医学的観点からも利用者の身体状況を把握する。

例：脳梗塞後遺症による歩行状態の確認。

服薬状況→ワーファリン服用のため怪我(出血)にも注意が必要。

リハビリ実施による浮腫の改善の可能性を検討。

- ・有料老人ホーム入居後の家族の意向・役割をとらえる。

②サービス担当者会議等において多職種で検討・調整を行う。

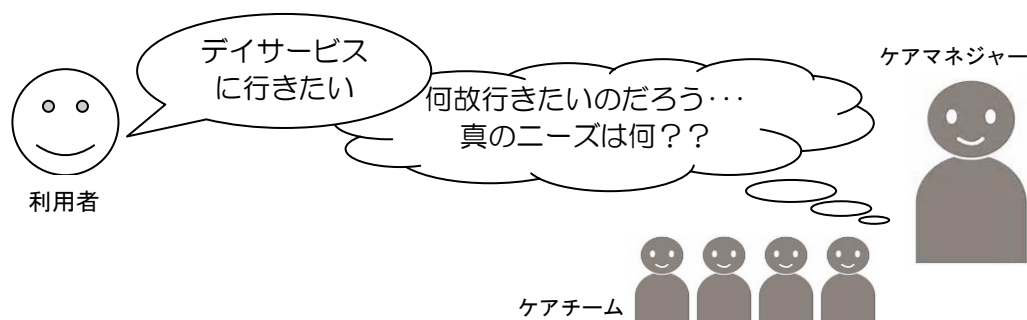
- ・各サービス事業者が専門的な視点で検討・調整を行う。
- ・医療との連携を行い、必要なサービスを検討する。

【自立支援の考え方】

利用者が要介護状態等となっても、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支援すること（介護保険法第1条）

介護保険における保険給付	利用者の努力・義務
<ul style="list-style-type: none">・要介護状態、要支援状態の維持改善・医療との連携・利用者の選択に基づいた保健医療福祉サービスの総合的、効率的な提供・居宅において利用者の有する能力に応じた日常生活の実現	<ul style="list-style-type: none">・要介護状態等となることを予防するため、健康の保持促進に努める・要介護状態等となってもリハビリテーション等の適切な保健医療福祉サービスの利用による能力の維持向上

改善に向けた取組



【アセスメントにおいて収集・検討すべき情報】

- ・ 本人・家族の希望（発言を鵜呑みにするのではなく、理由を確認する）
- ・ ADL、IADL（身体機能・知的機能等）の評価はどうか。
- ・ 健康面での管理は出来ているか、認知機能の低下はないか。
- ・ 生活不活発病や生活機能低下は起こっていないか。
- ・ 利用者の強みや能力を引き出しているか。
- ・ 支援、協力者など対人関係を把握しているか。
- ・ 寝具類を含む住環境に問題はないか。 など

【検討及び情報提供すべきサービス】

- ・ 訪問介護（身体介護、家事援助など）
- ・ 訪問リハビリ、通所リハビリ（個別リハビリの実施。理学療法、作業療法など）
- ・ 訪問看護（健康管理、個別リハビリの実施など）
- ・ 通所介護（日常生活動作訓練など）
- ・ インフォーマルサービスの利用

【介護支援専門員の判断のポイント】

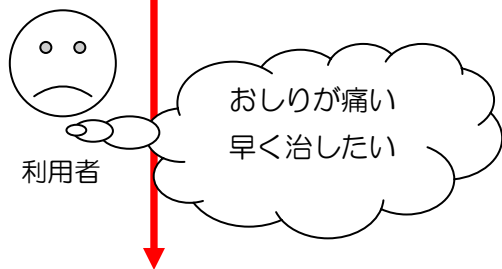
アセスメントを適正に行うことが必要となります。

利用者や家族の発言だけでなく、利用者の日常生活上の活動の整理や、心身機能の状態を確認し、真のニーズを把握することが重要です。

事例2：褥瘡があるが福祉系サービスのみ位置付けられている事例

生活の拠点：自宅または有料老人ホーム

居宅サービス計画書	
利用者名	生年月日
住所	
要介護状態区分	要支援 ・ 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	本人：おしりが痛い。早く治したい。歩きたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	なし。
総合的な援助の方針	褥瘡ができています。創部の対応と皮膚の清潔保持に努めます。また、車椅子での座位時の圧迫で痛みがあります。クッションを新たにレンタルします。
生活援助中心型算定理由	1. 1人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ ）



【ケアマネジメントが不十分な対応】

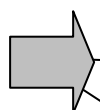
経過観察は各サービス担当者へおまかせ。何か変わったことがあれば報告を待つ、受け身の姿勢。

利用者名		週間サービス計画表							主な日常生活上の活動
曜日	時間	月	火	水	木	金	土	日	
午前	4:00								
	10:00				【訪問介護】			【訪問介護】	
午後	12:00	【通所介護】	【通所介護】	【通所介護】		【通所介護】	【通所介護】		
	14:00								
後	16:00								
	18:00				【訪問介護】			【訪問介護】	

《 問題点 》

- ・褥瘡が出来ているにも関わらず、医療系サービスが位置付けられていない。
通所介護等に所属する看護師への報告はするものの、ケアプランの見直しはせず、通所介護等利用時に経過観察を行うのみである。
- ・本人や家族の意向、主治医等の意見が十分にケアプラン作成に活かされていない。
床ずれ予防クッションを使用するだけで褥瘡の軽減が図れると安易に対処しており、専門職等の意見が反映されていない。

このような状態が
続いてしまうと・・・



- ・本人の苦痛、疼痛が増大。
- ・他の好発部位にも褥瘡を形成。
- ・発熱の原因や免疫力が低下し、緑膿菌、MRSA等の感染リスクが増大。
- ・敗血症を患い、死亡の原因にもなる。

【褥瘡発生の要因】

1. 個体要因

- I 外力：病的骨突出、関節拘縮（基本的日常生活動作自立度、浮腫）
- II 湿潤：多汗、尿・便失禁
- III 栄養：（低）栄養状態、浮腫
- IV 自立：基本的日常生活動作自立度

2. 環境・ケア要因

- I 外力：体位変換、体位分散寝具、頭側拳上
下肢拳上、座位保持
- II 湿潤：スキンケア
- III 栄養：栄養補給
- IV 自立：リハビリテーション、介護力

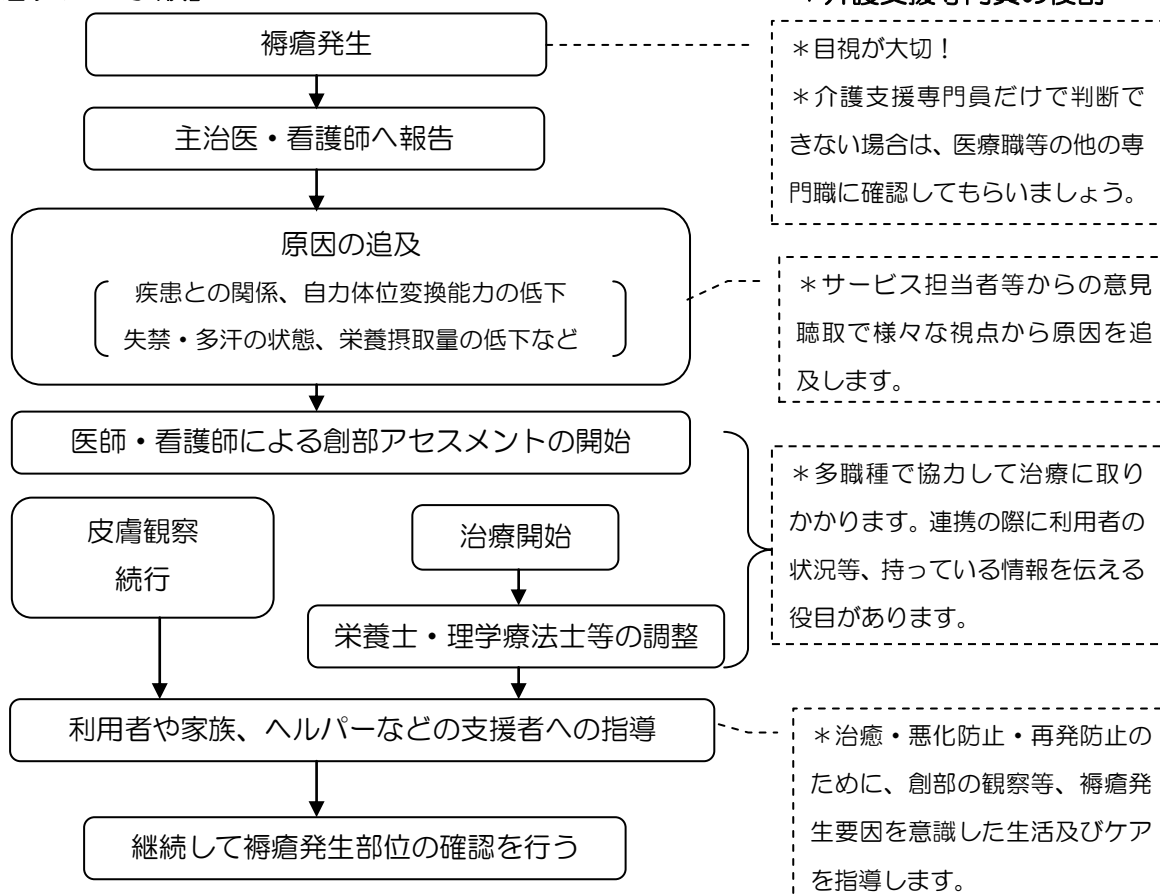
3. その他の要因

褥瘡発生は、疾患や重症度にも関連する。特に注意を要する時期と内容は下記のとおり。

- 急性期・手術期：治療中の在室時間、カテコールアミンの使用、心血管系手術、術中体位
- 終末期：疼痛、呼吸困難
- 特殊疾患：糖尿病、精神疾患
- 脊椎損傷（車いす）：活動性良好、麻痺レベル、体重、発汗、抑うつ状態、喫煙

※寝たきりの高齢者の場合は、褥瘡になる要因がそろいやすい。これらが複合的に働き、一旦褥瘡が発生すると創傷治癒が遅延し難治性へと陥りやすい。

【褥瘡ケアの手順】

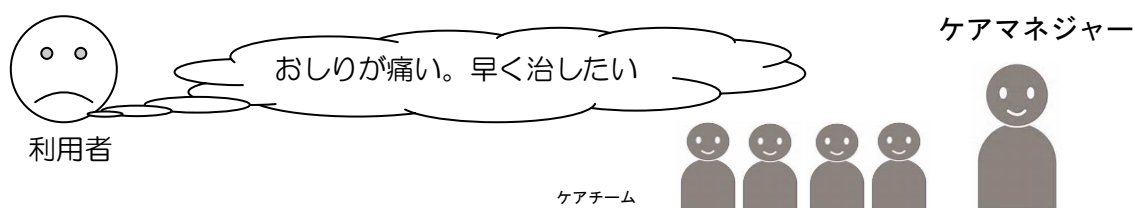


【改善や見込まれる生活機能向上の可能性を探る対応】

褥瘡は出来てしまうと治癒するまでに時間を要するため、予防と必要な医療系サービスの導入による早期発見、早期対応が重要。このため、下記の「褥瘡の予防と管理のポイント」を押さえる必要がある。

- ①皮膚の観察を行う。
創部及びその他好発部位（大転子部、仙骨部、腸骨部、踵骨部など）を確認。
- ②体圧分散ケアを実施する。
体圧分散寝具（床ずれ予防用具）や体位変換器、クッションなどの福祉用具を活用。
介護時の摩擦とずれに注意し、定期的な体位変換を実施。
- ③スキンケアの状況を確認し、不足している場合はサービス利用等を検討する。
入浴介助や排せつ介助の際に皮膚の観察を行い、清潔を保持。
汚染部位は早急に清潔にし、不潔な湿潤状態を避ける。
- ④栄養状態を確認する。栄養状態が向上するような工夫を考えていく。
血液検査データ（アルブミン値など）や食事の摂取状況を評価。
十分なカロリーとタンパク質、ビタミンCを摂取。
- ⑤心身機能の評価を行う。
知覚の認知状態を確認。
活動状況の把握や自力での体動、可能性を評価。
- ⑥介護力の確認を行う。
①～⑤について利用者自身で自己管理できるか、又は管理できる介護者はいるかを確認。

改善に向けた取組



【アセスメントにおいて収集・検討すべき情報】

- ・皮膚の観察をして、予後予測を行う。
- ・主治医への報告はなされているか、また悪化予防や改善策について主治医の意見や治療方針はどうなっているか。
- ・栄養面に原因はないか。
- ・ADL や IADL、認知機能の変化を見逃していないか。
- ・福祉用具や寝具類など環境に問題はないか。
- ・皮膚掻痒感や引っかき傷の対応などスキンケアは万全か。



【検討及び情報提供すべきサービス】

- 訪問看護（褥瘡治療・ケアの実施。利用者や家族、サービス担当者への助言指導など）
- 訪問リハビリ、通所リハビリ（個別リハビリの実施。理学療法、作業療法など）
- 訪問介護（入浴介助・清拭時の皮膚の観察など）
- 居宅療養管理指導（医師、管理栄養士による指導など）
- 医療機関（褥瘡創部の治療、栄養管理、褥瘡発生の原因疾患の治療など）

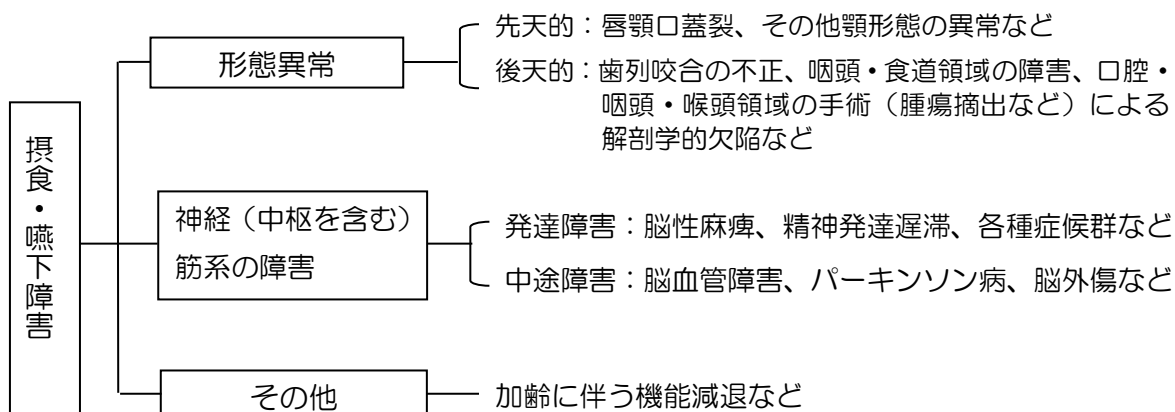
【介護支援専門員の判断のポイント】

医療との連携を適切に行うことが必要となります。

医療職とともに、褥瘡の治療やケア、回復に向けたサービス利用について検討し、適切な医療系サービスを位置付けたケアプランの見直しを行うことが重要です。

参考文献：日本褥瘡学会学術教育委員会・褥瘡発生要因の抽出とその評価.褥瘡会誌
在宅褥瘡予防・治療ガイドブック 第2版

【摂食・嚥下障害の原因疾患】



【改善や見込まれる生活機能向上の可能性を探る対応】

嚥下困難の原因追及と予後予測を行うとともに、本人・家族・サービス事業者と目標を共有し、安全にサービスを利用しながら自立支援を目指していくことが重要。

①摂食、嚥下困難になっている原因をきちんと把握する。（嚥下出来ないのは疾患のせいなのか、嚥下機能の低下なのか）

年齢を重ねると噛む力や飲み込む力が衰えるのは自然なことではあるが、それが長く続くと食事に対する意欲を失いかねないため、嚥下状態をしっかりと評価することが大切。

②医師や歯科医師、歯科衛生士などの専門職からの指導、助言を受けて適切な対応を行うとともに、チームケアとしての共通認識を持つ。

チームケアで目標を共有することで、目標達成に向けた適切なサービス提供が可能となる。

③目標を明確にする。（毎食経口摂取がよいのか、将来的に経口摂取できるようになりたいのか、自分の手で食べたいのか等）

本人・家族と目標を共有し、目標達成に向けて安全なサービスの利用を行うとともに、具体的な目標を持つことにより、本人の意欲を高める。

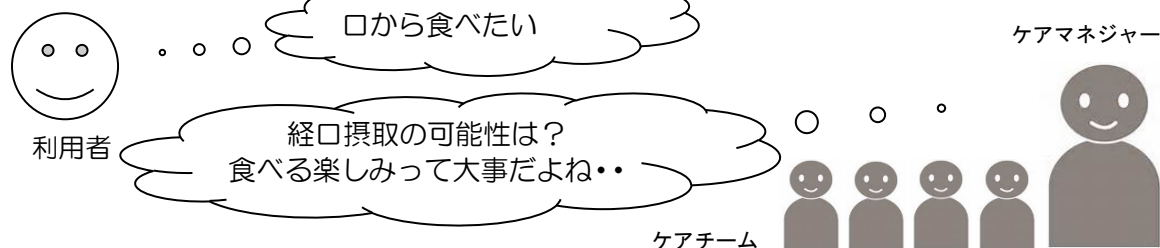
④自分で食べるための工夫を考えていく。

介護職は、口から食事がとれるように固さや飲み込みやすさを工夫し、味や栄養バランスにも気を配る。

⑤口腔内を清潔に保つ方法を検討する。

口腔内の清潔を保つことで、おいしく食事をすることができ、誤嚥や感染による肺炎の予防にもつながる。

改善に向けた取組



【アセスメントにおいて収集・検討すべき情報】

- ・「口から食べたい」の真のニーズを明らかにする。（今口から食べたいだけなのか、毎食口から食べたいのか、将来的に口からの食事を望んでいるのか等）
- ・経口摂取ができない根本となる要因を掘む。
- ・専門職と連携して問題解決方法を検討する。（嚥下状態を評価し、嚥下訓練の必要性を検討するなど）
- ・経口摂取がどの程度可能か（量・固さなど）、現状を把握する。
- ・食事をするための身体状況を確認する。（座位の確保、箸は使えるか等）
- ・栄養状態の確認（経口摂取だけで栄養が補えるか）
- ・経口摂取におけるリスクを評価し、安全の確保について検討する。（食事を詰ませた場合の吸引など、緊急時の対応を含む）
- ・介護者の介護力について検討する。（見守りや食事介助は可能か）

【検討及び情報提供すべきサービス】

- ・訪問介護・通所介護（食事介助の実施など）
- ・訪問リハ・通所リハ（言語聴覚士による嚥下リハビリ、理学療法士・作業療法士による身体的なリハビリの実施など）
- ・訪問看護（健康管理、個別リハビリの実施など）
- ・居宅療養管理指導（医師、歯科医師、歯科衛生士、管理栄養士による指導など）
- ・訪問診療（内科医、歯科医による治療）
- ・福祉用具販売（口腔ケア、食事に関する福祉用具の購入など）

【介護支援専門員の判断のポイント】

多職種との連携や目標の設定（継続的なモニタリング）を適切に行うことが必要となります。

継続的に、利用者の身体状態の確認や嚥下困難の原因追及と予後予測を行い、多職種が協働して目標達成に向けた適切なサービスを提供することが重要です。

参考文献 『金子芳洋、他：摂食・嚥下リハビリテーション、医歯薬出版より改変』

事例4：家での生活を希望する事例

生活の拠点：有料老人ホーム

居宅サービス計画書	
利用者名	生年月日 住所
要介護状態区分	要支援 ・ 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	本人 よくなったら家で生活したい。 家族 在宅で介護するのは困難。介護サービスを利用して安心、安全に暮らしてほしい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	本人の能力を活かして生活に楽しみ、喜びを見いだせるよう支援します。 また、主治医や関連機関との連携を図り、御家族の介護負担の軽減を図ります。
生活援助中心型算定理由	1. 1人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ()



【ケアマネジメントが不十分な対応】
本人、家族の真のニーズを捉えないままにホームで生活するためのケアプランを作成

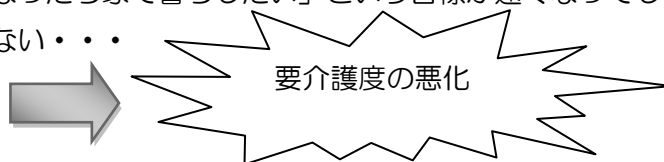
週間サービス計画表									
利用者名		殿							
時間		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
午前	4:00								朝食
	10:00								
午後	12:00	【通所介護】	【通所介護】	【通所介護】	【通所介護】	【通所介護】	【通所介護】		昼食
	14:00								
	16:00								夕食
	18:00								

《問題点》

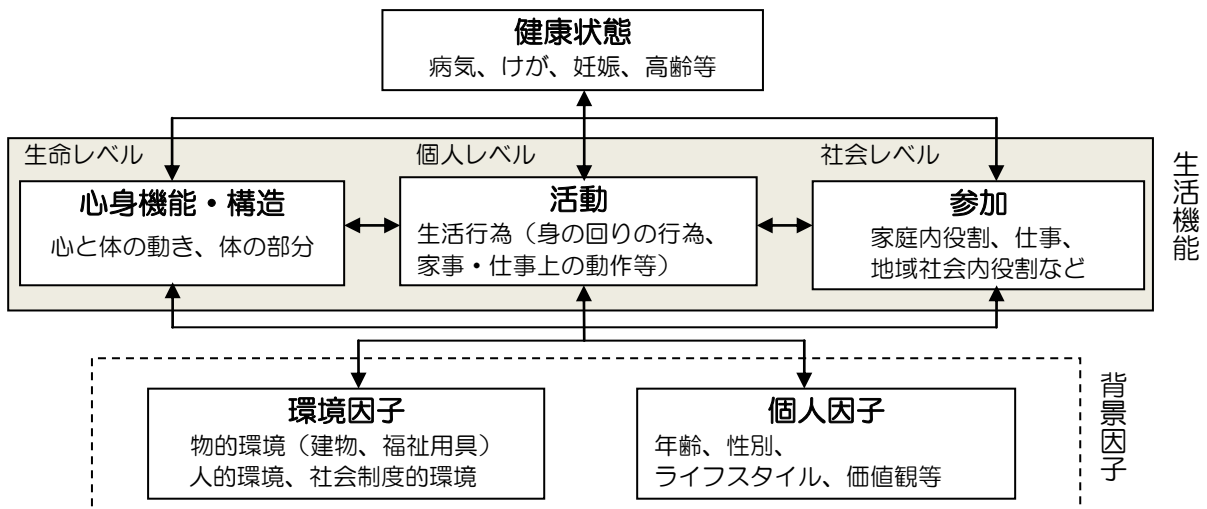
- 本人、家族の真のニーズを把握できていない。
 デマンド：要望や希望～困りごとを解決するに当たり他者に依存することを結論。
 ニーズ：なくてはならない必要なもの～自ら動くことで、解決の道を探ることを結論。
- 具体的に総合的な援助の方針が書かれていない。
 ケアチームとしてどのような支援で自立の方向へ支援していくのかが不明瞭であり、目標を共有できない。
- 在宅生活がどういう環境（身体、家族、経済など）で阻害されているのか原因追究と予後予測が出来ていない。

生活意欲がなくなり「よくなったら家で暮らしたい」という目標が遠くなってしまふ。

利用者の自立支援に繋がらない・・・



【国際生活機能分類（ICF）の構成要素の関連図】



国際生活機能分類とは、人間の生活機能と障害の分類法として世界保健機関（WHO）総会において採択されたもので、障害に関することや、健康に関することなど約 1,500 項目に分類し、それらが上の図のように複雑に絡み合って相互作用していることを示したものです。

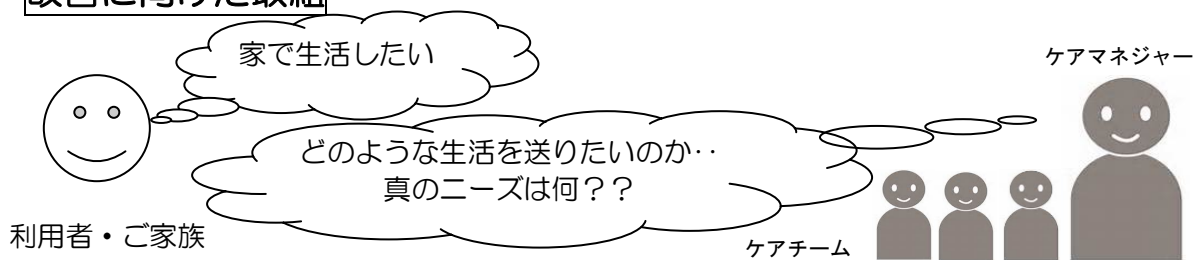
要介護状態となることにより利用者が感じる不便さは、健康状態の問題への直接的な対応だけではなく、周囲の働きかけを工夫すること（環境因子への着目）やその方の興味関心は何か（個人因子への着目）など、背景因子に配慮することで、心身機能や生活行為の向上、社会参加にもつながっていくと言えます。

【改善や見込まれる生活機能向上の可能性を探る対応】

身体機能の評価や生活習慣、役割（家庭・社会的なもの）を明らかにし、残存能力を生かしながら自立できる方法を検討することが必要。

- ①「できる活動」から「している活動」を増やしていくために、日常生活動作の一つ一つを訓練するようなサービス利用を検討する。
- ②活動の「レパートリー」を増やすために、身体機能が向上する方法を検討する。
例：家族や訪問介護の利用等により家事を手伝ってもらおう等の工夫をし、積極的に家事に関する動作ができるようになる。
- ③自宅で今までと変わらない生活ができるようなサービス利用を検討する。
例：訪問介護による入浴介助により自宅で入浴することができる。
- ④できることを見つけ出すために、生活の場での動作診断及び動作指導を行う。
- ⑤家族介護の負担軽減について検討する。
- ⑥日常生活動作の出来ない部分に対して、福祉用具の利用を検討する。
- ⑦インフォーマルサービスの利用について検討する。
例：家族を中心に、近隣者、民生委員、福祉協力員、友人、新聞配達員などの関わる人を見つけることで、安否確認や困りごとの早期発見に繋げる。

改善に向けた取組



【アセスメントにおいて収集・検討すべき情報】

「セルフケア」をスタートとして、活動、参加に目を向けていく。

- ・何が困難なため家で過ごせないのか？
- ・家族等の協力者はいるか？
- ・既往歴やかかりつけ医など、現病歴と予後予測はできているか？
- ・様々なサービスについて情報提供しているか？（本人の選択肢を広げる）
- ・家でどのように過ごしたいのか、どうして家で過ごしたいのか（家族と過ごしたいから？金銭的な問題？）など、本人の思いをしっかりと確認する。
- ・家族の思いを確認する。（自宅で生活する場合の介護負担や安全面の問題など）

【検討及び情報提供すべきサービス】

- ・通所介護（日常生活動作訓練など）
- ・通所リハビリ（個別リハビリの実施。理学療法・作業療法など）
- ・訪問介護（家事援助・身体介護など）
- ・短期入所生活介護・短期入所療養介護
- ・訪問看護（健康管理、リハビリ訓練など）
- ・福祉用具貸与・福祉用具販売
- ・インフォーマルサービスの利用

【介護支援専門員の判断のポイント】

在宅復帰に向けた生活機能を向上させるための適切なサービスを提供することが必要となります。

身体機能の評価や日常生活の状況等から残存機能を把握するとともに、家族の介護力や在宅環境等、在宅生活を阻害する要因を明らかにすることが重要です。

参考文献： 中央法規 「よくする介護」を実践するためのICFの理解と活用
目標指向的介護に立って 大川弥生[著]

事例5：有料老人ホームより福祉用具を借用している事例

生活の拠点：有料老人ホーム

居宅サービス計画書	
利用者名	生年月日 住所
要介護状態区分	要支援 ・ 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	本人：自分が出来ないことは手伝ってもらいながら、楽しみのある生活を送ってほしいです。 家族：身体が弱らないように本人が出来ることは声かけして促してほしいですし、転倒がないようにお願いしたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
総合的な援助の方針	脳梗塞の再発や脱水、誤嚥性肺炎等で一時入院されていましたが状態は改善されています。ご本人の出来ることを活かしながら適度に運動する機会を持てるよう援助していきます。
生活援助中心型算定理由	1. 1人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他 ()



【ケアマネジメントが不十分な対応】

利用者に必要な福祉用具の活用について十分検討しないままに、便宜性だけで既存のものを使用。

週間サービス計画表								
利用者名		殿						主な日常生活上の活動
	月	火	水	木	金	土	日	
午前	4:00							
	10:00	【訪問介護】	【訪問介護】	【訪問介護】	【訪問介護】	【訪問介護】	【訪問介護】	朝食
午後	12:00		【訪問介護】			【訪問介護】		昼食
	14:00							
夜間	16:00							
	18:00							夕食
深夜	20:00	【訪問介護】	【訪問介護】	【訪問介護】	【訪問介護】	【訪問介護】	【訪問介護】	就寝
	22:00	【訪問介護】	【訪問介護】	【訪問介護】	【訪問介護】	【訪問介護】	【訪問介護】	夜間にトイレ2回程度
週単位以外のサービス	ベッド、車椅子貸与(有料老人ホームから貸与)							

《問題点》

- 福祉用具を利用することによる利用者の心身状態への影響についての検証が不十分である。
ホーム所有の福祉用具は無料だから…と経済性、費用負担を優先して、安易に使用している。身体状態の変化や介護度変更の場面でも、使用状況を検証せず継続利用する。
- 福祉用具を使用することについて、専門的な意見を求めている。
ホーム所有の福祉用具の使用状況や評価を、利用者本人の意向（良し悪し）だけで確認している。

利用者の自立支援に
繋がらない・・・



自立支援の阻害
事故の危険性

(例) ベッドの高さが合わず、介助がないと起き上がれなくなった。
・車いすの座位姿勢が安定せず、操作できない。

(例) 電動操作を誤ってサイドレールに身体を挟んだ。
・車いすのブレーキが緩く、立ち上がる際に転倒した。
・フットサポートに躓き転倒した。

【福祉用具の使用目的と効用】

- ①利用者の日常生活の自立と生活の質の向上
 - ・要介護者本人の心身の機能を改善し、生活行為の自立を助ける。
 - ・事故防止、安全面の効用。
 - ・生活の主体者としての自信回復、意欲向上、生活全体の活性化。

- ②介護者の負担軽減
 - ・介護負担が軽減し、心身の健康状態に好影響をもたらす。

【改善や見込まれる生活機能向上の可能性を探る対応】

利用者のその時々々の身体機能を評価し、福祉用具を利用することによる効果と安全性を検討することが重要。

- ①福祉用具の選択及び適合について検討する。
 - 単に「車いす」ではなく、どのような車いすが必要なか（リクライニング式か、電動か等）を検討する必要がある。

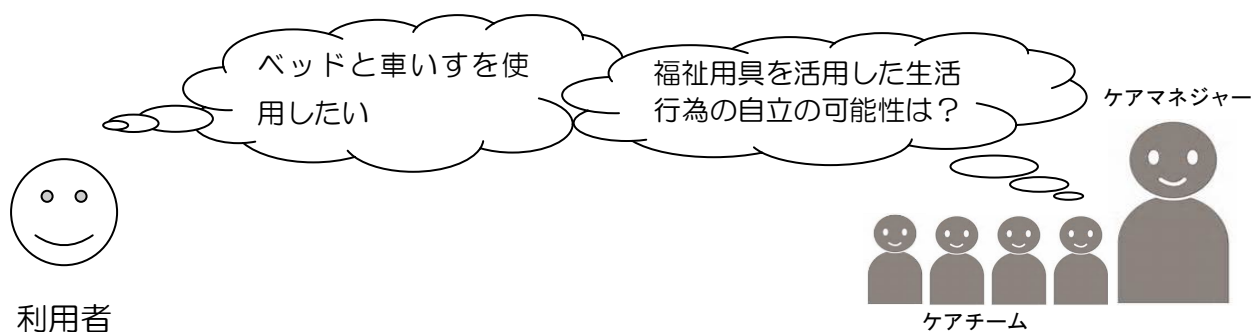
 - ②利用者の自立支援、身体機能、生活の質（QOL）の向上を図る。
 - 福祉用具を使うことで、QOLの向上が見込めるか、どのような効果があるかを予測する。

 - ③介護負担の軽減について検討する。
 - 介護者が容易に扱うことができるか、介護負担の軽減となるかを検討・確認する。

 - ④福祉用具導入の生活イメージを共有させる。
 - 福祉用具を導入することで変わる生活をイメージしておく。また、利用者自身にも「これを使ったら、このようなことができる」といった具体的なイメージを共有してもらう。

 - ⑤福祉用具利用の専門的評価を行う。
 - 福祉用具については専門的評価を繰り返しながら、利用者の状態の変化に合わせて適時見直しを図る。
 - 福祉用具は一度選定・適合したら目的が達成され完了するということではなく、利用者の身体状況や生活環境は、時間の経過とともに変化していくことを理解する。
- * 平成24年度介護報酬改定に伴い、平成25年4月1日から福祉用具サービス計画書が義務化。福祉用具サービス計画書の導入によって、利用者の状態に応じた福祉用具の選定により、より質の高いサービス提供が行われることが期待されている。

改善に向けた取組



【アセスメントにおいて収集・検討すべき情報】

- 使用する福祉用具の特徴や長所、短所を理解して、利用者の身体機能や認知機能に適合しているか。※専門職と連携して判断すること！
- 福祉用具を活用することで、事故の危険性はないか。
- 姿勢や活動性の状況、離床促進など、生活機能低下や生活不活発病の要因になっていないか。
- 移動、食事、排せつなどADL全般において、利用者の自立支援に有効な手段となっているか。



【福祉用具貸与等のサービス利用時に連携する職種】

福祉用具の利用を検討する場合、各専門職と連携し、評価・検討を行うことが重要。

• 福祉用具専門相談員

福祉用具を利用する際、ご本人やご家族の希望に応じて、その方の状況にあった福祉用具の選定相談や身体状態に合わせて福祉用具を調整すること等を行う専門職。

• 作業療法士、理学療法士

リハビリの専門職が生活行動の連続性や自立支援の実現にむけて、福祉用具の必要性判断、用具の選定、適合に関与してもらう専門職。

【介護支援専門員の判断のポイント】

利用者の日常生活の自立と生活の質の向上に向けたサービスの提供が必要です。

専門職の意見を求めながら、福祉用具を利用することによる効果と安全性を十分に検討し、既存のサービスの見直しを行う等、その時々の利用者の状態に合ったサービスを提供することが重要です。

第3章

実態調査結果

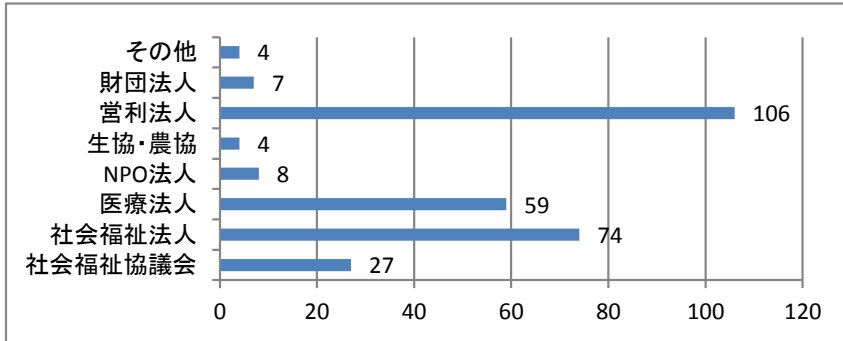
本県におけるケアマネジメントに関する実態を把握し、利用者の自立支援に向けたケアプランの作成に必要な基礎資料を得るため、介護支援専門員を対象にアンケート調査を実施しました。

- 調査対象 : 居宅介護支援事業所管理者及び介護支援専門員
- 調査期間 : 平成25年6月～11月
- 回答数 : 居宅介護支援事業所(292事業所)
介護支援専門員(442名)

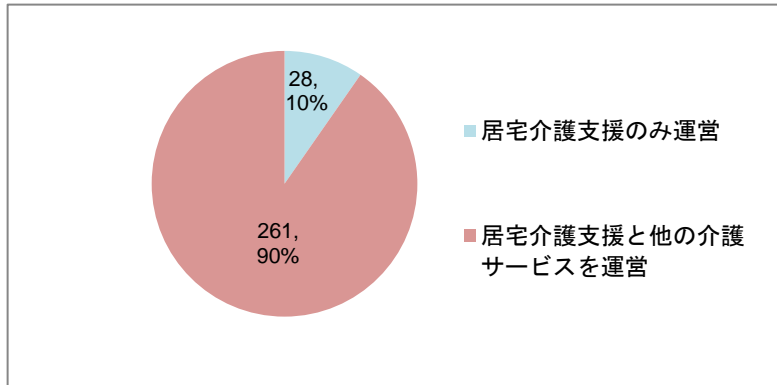
実態調査結果

(1) 居宅介護支援事業所管理者（回答 292 事業所）

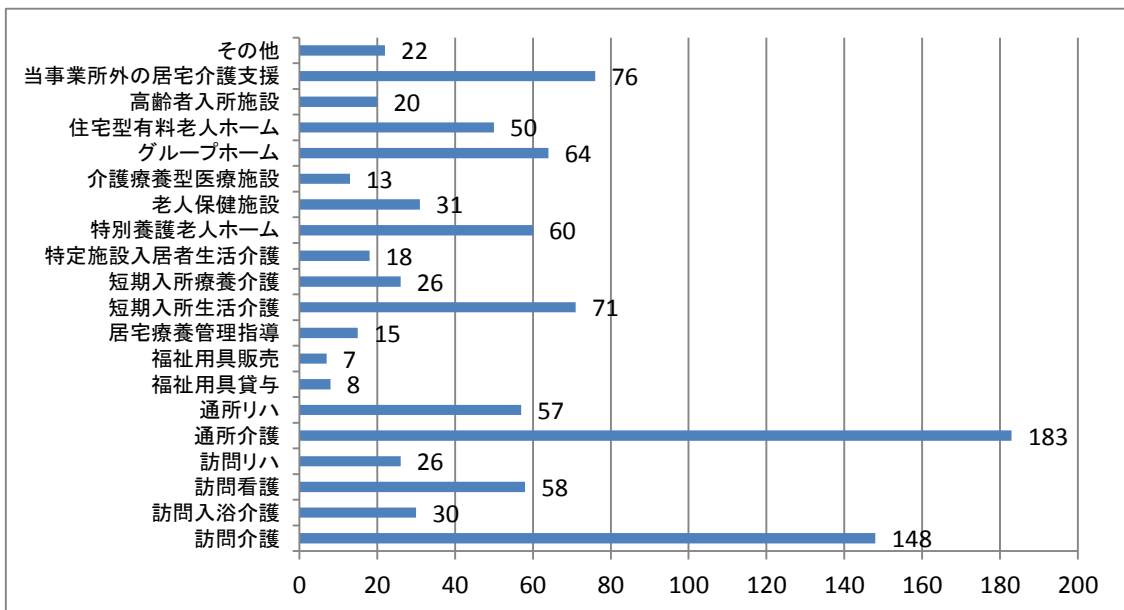
①事業所の設置主体（N=289）



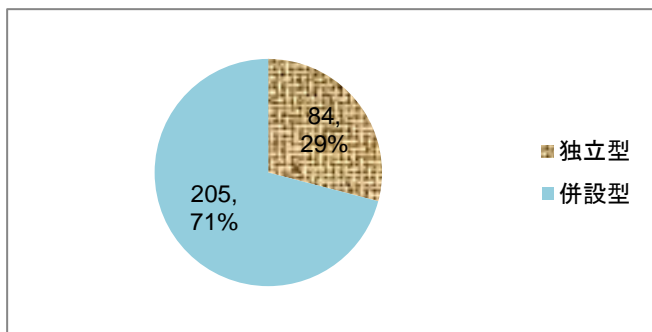
②設置主体の他サービス事業所運営の有無



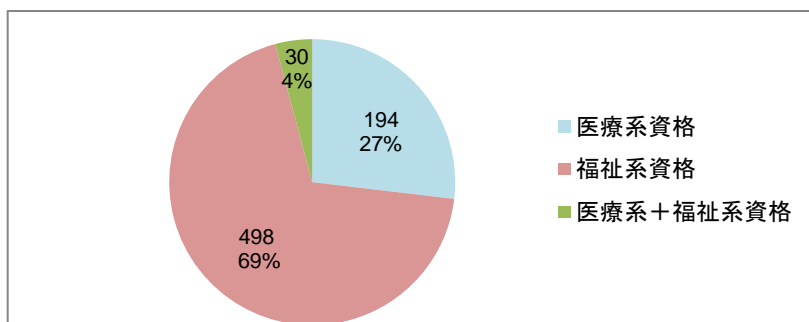
③運営する他の介護サービス事業所の種別



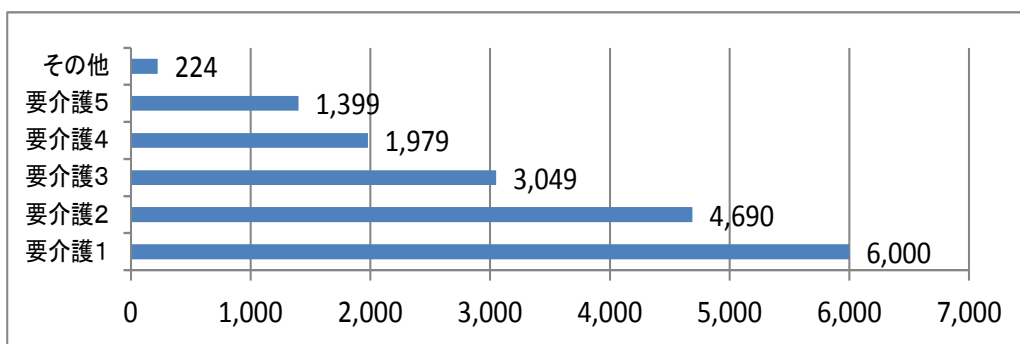
④回答事業所の独立型・併設型の状況



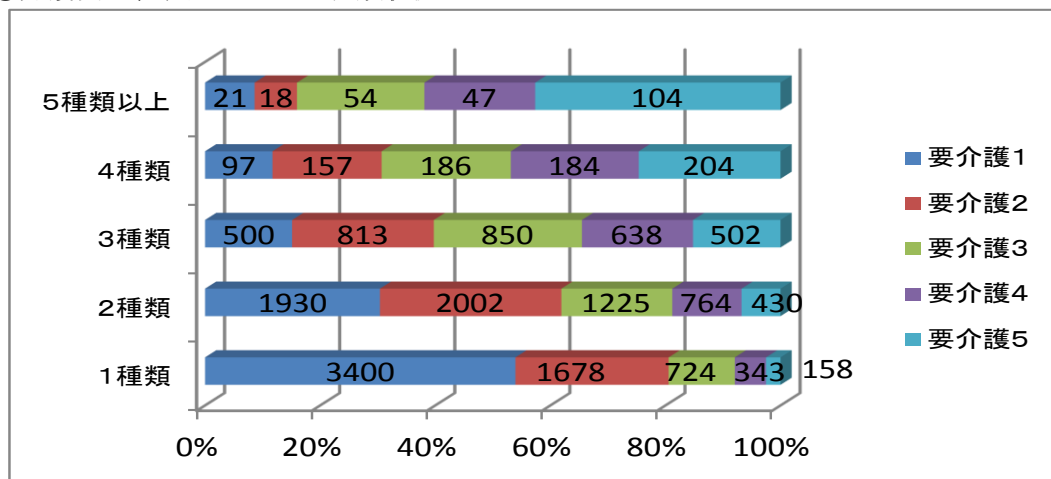
⑤介護支援専門員保有資格状況



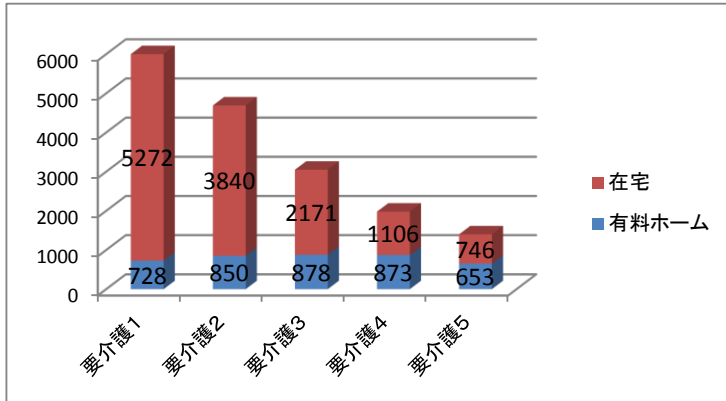
⑥事業所が担当している利用者数



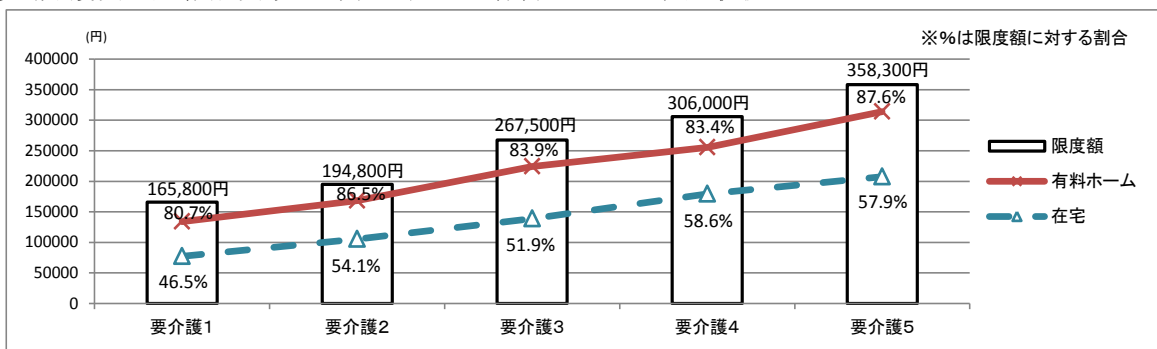
⑦介護度別、利用サービス種類状況



⑧利用者数の在宅・有料ホーム入居別内訳

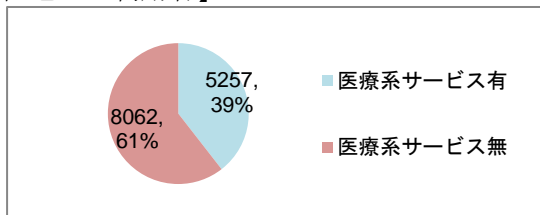


⑨要介護度別支給限度額に対する在宅・有料ホーム別利用状況

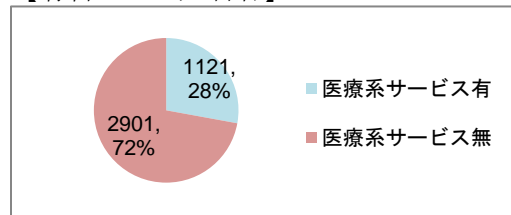


⑩ケアプランに位置づけている医療系サービスの割合

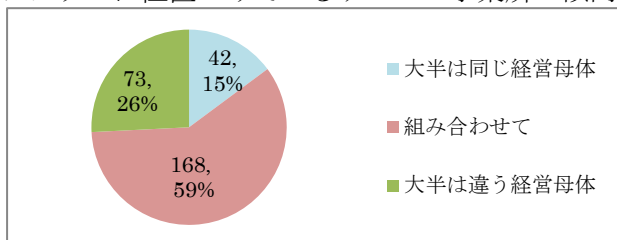
【在宅での利用者】



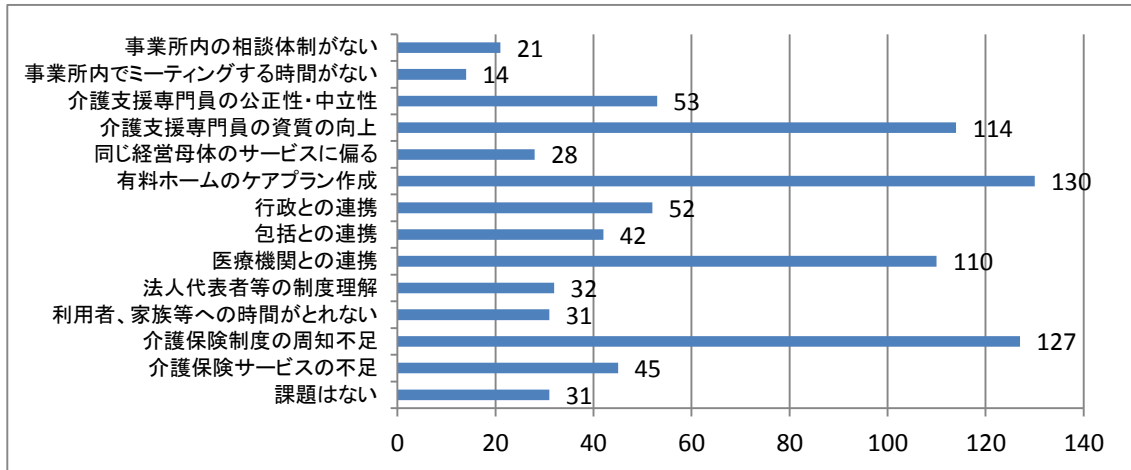
【有料ホーム入居者】



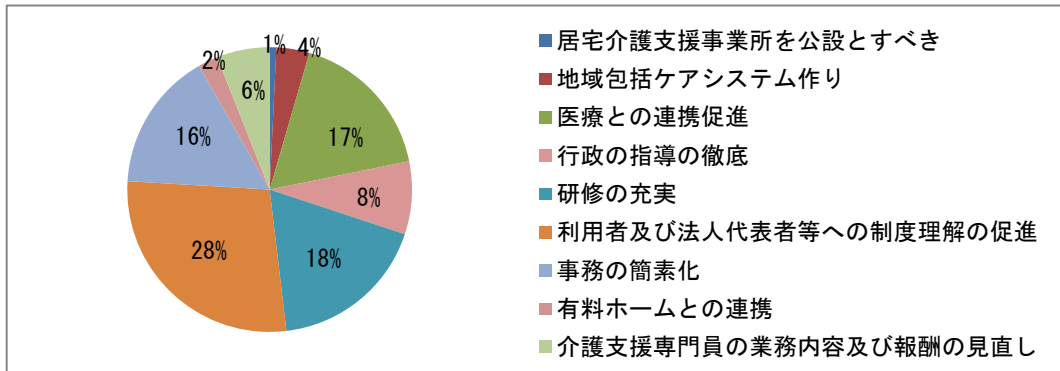
⑪ケアプランに位置づけているサービス事業所の傾向



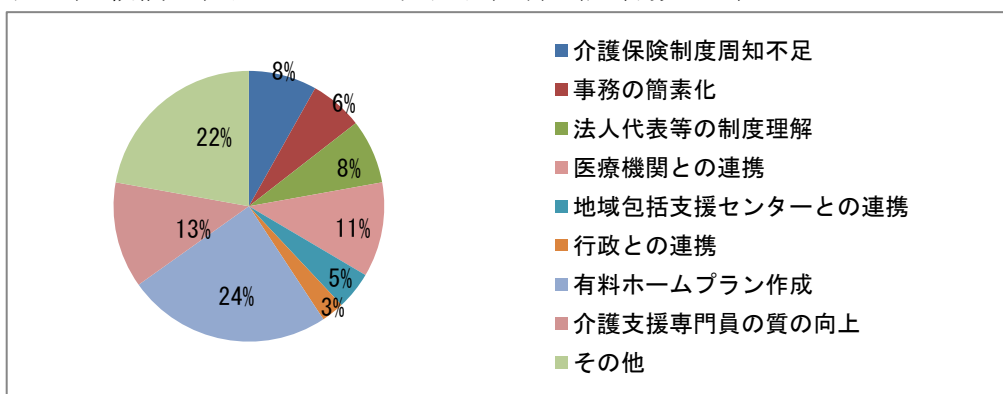
⑫介護支援専門員業務を行う上での課題（複数回答）



⑬課題を解決するために必要な事項（自由記載）

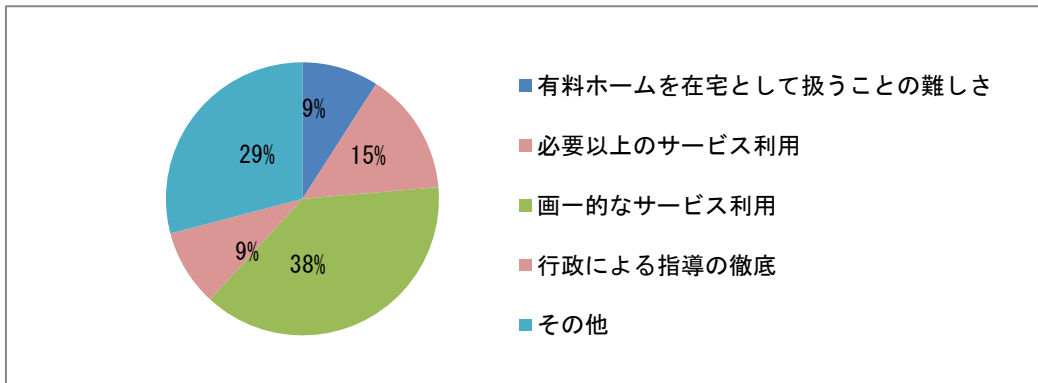


⑭自由記載欄に記入のあった項目別割合（回答数 221）

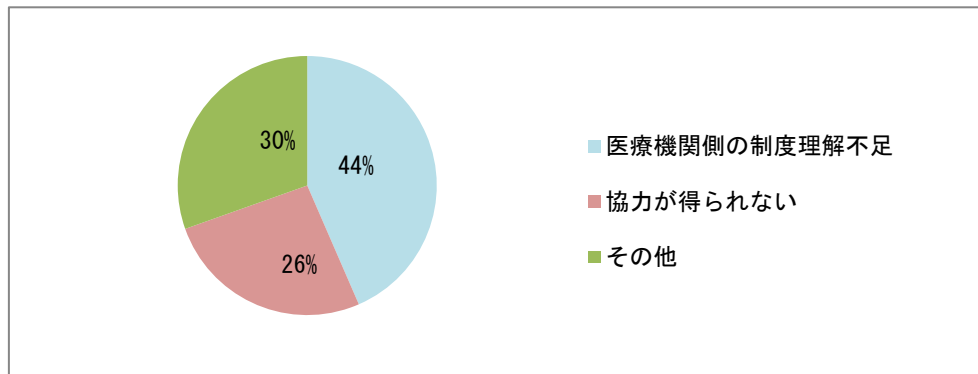


⑮自由記載欄に記入の多い項目の主な内容

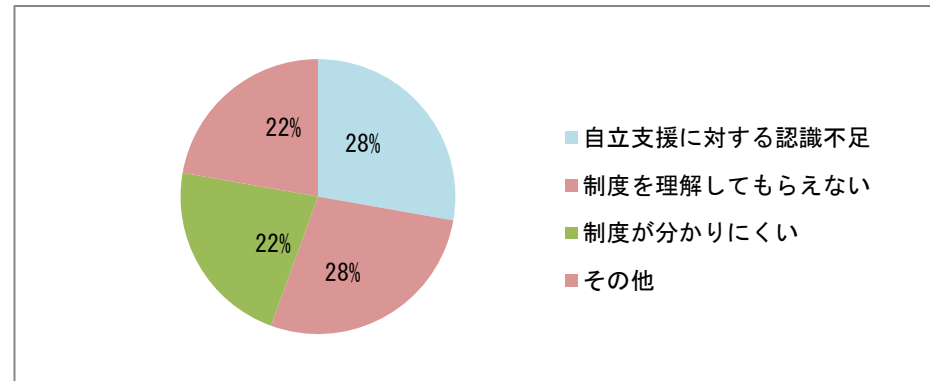
○有料ホームのプラン作成（回答数 55）



○医療機関との連携（回答数 23）

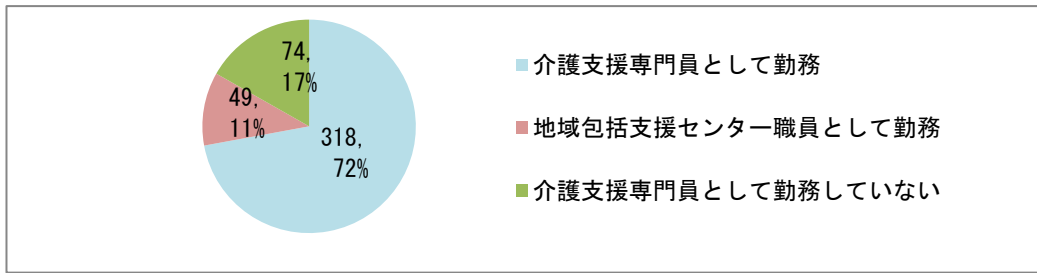


○介護保険制度周知不足（回答数 18）

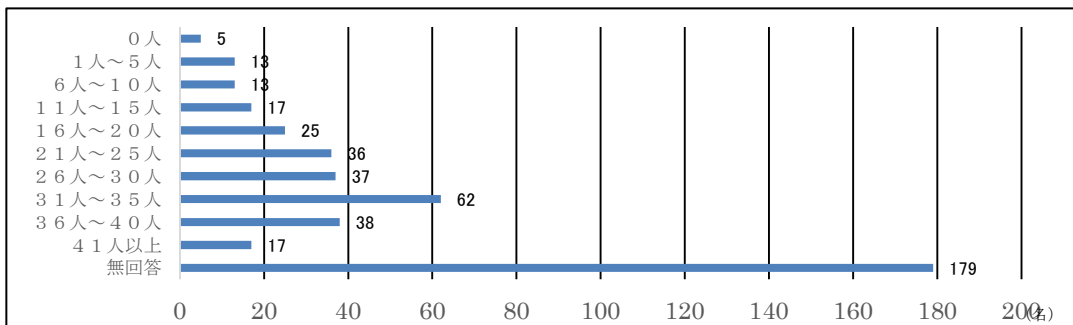


(2) 介護支援専門員（回答 442 名）

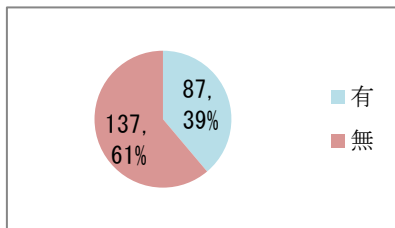
①現在の勤務状況



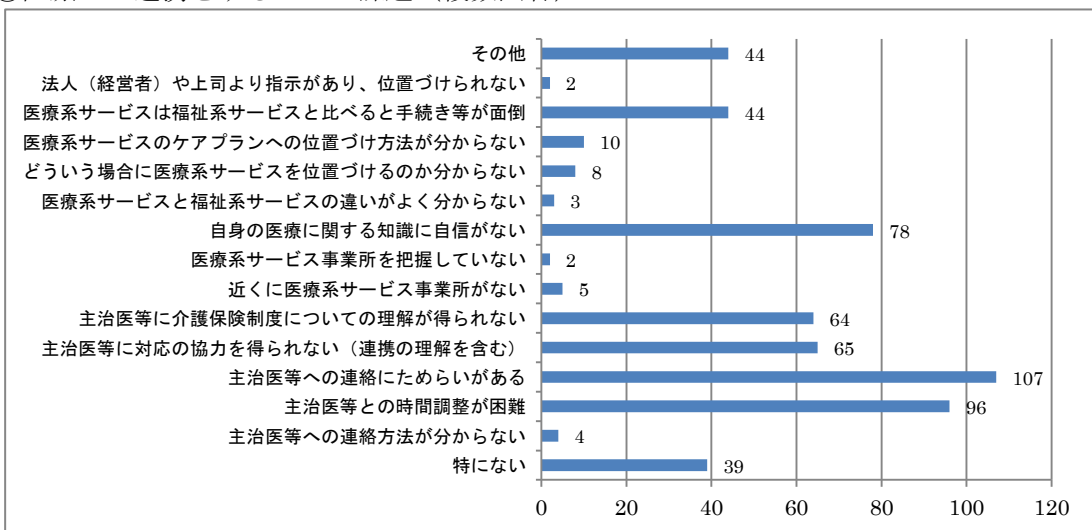
②担当利用者実人数



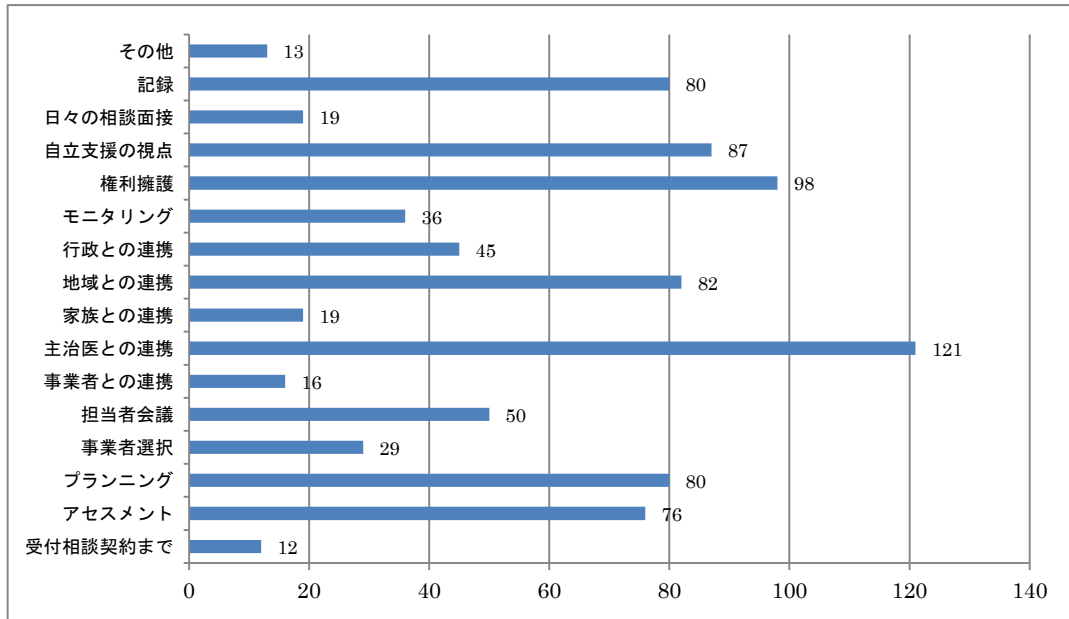
③医療系サービスを位置づけるにあたって、うまく支援ができた事例の有無



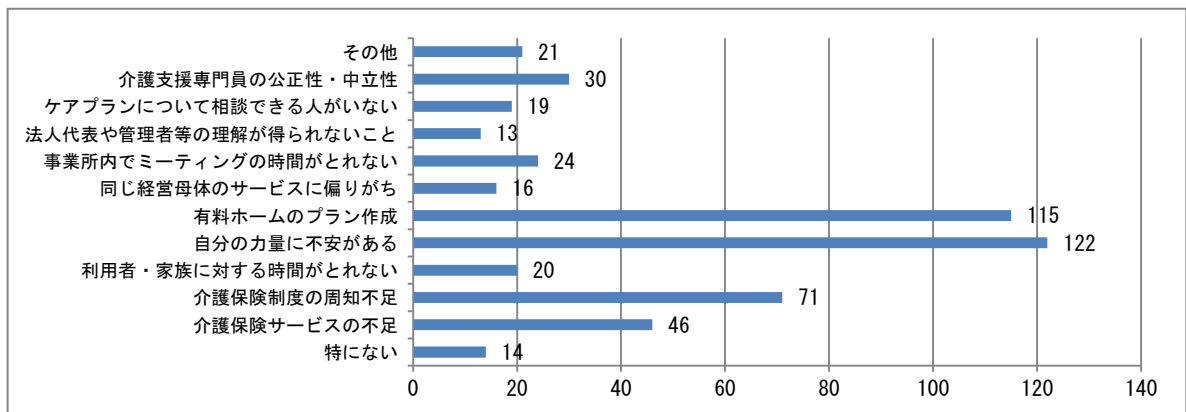
④医療との連携をする上での課題（複数回答）



⑤介護支援専門員として不安のある業務内容（複数回答）



⑥ケアプランを作成する上での課題（複数回答）



⑦ケアプランを作成する際に、上司より指導された事項（複数回答）

