

山口県介護支援専門員実務研修 ケアマネジメントプロセス場面のポイント



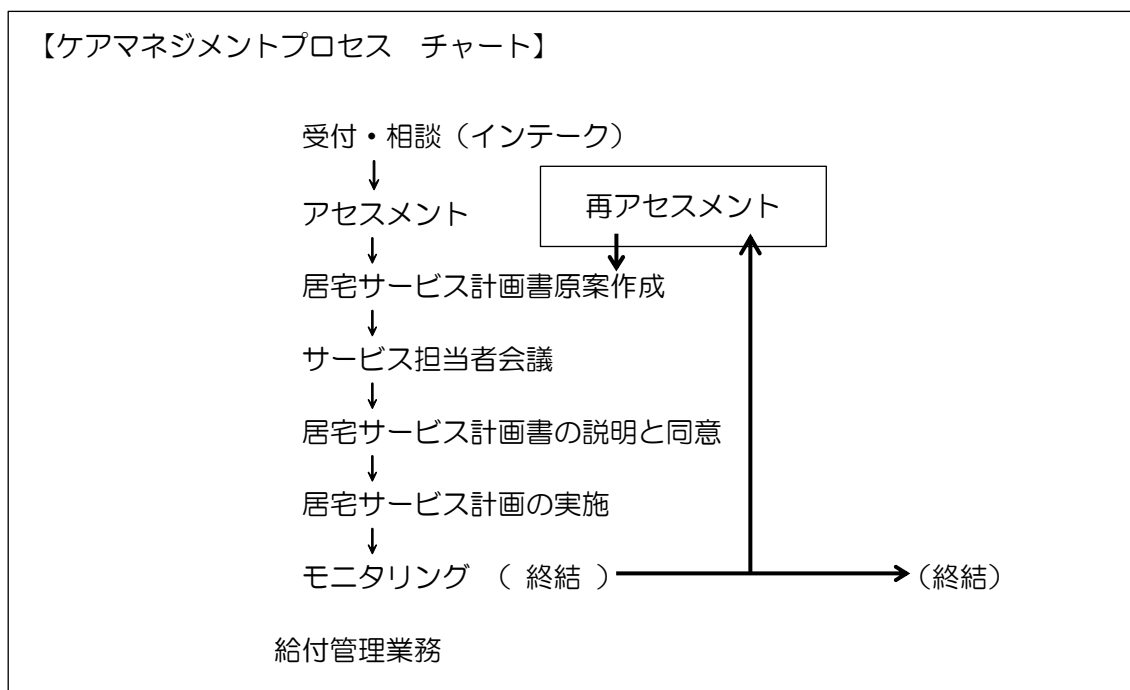
受講生用

各ケアマネジメントプロセス場面における留意点を復習したうえで、
ケアプラン作成演習・見学実習に臨みましょう。

山口県介護支援専門員協会事務局



ケアマネジメントプロセス チャートとポイント



（１） インテーク場面

- ・ 受付・相談（インテーク）の段階では、相談対象者から入ってくる情報はそれほど多くはない。
- ・ 面接では利用者の話に対して先入観を持たず、あるがままの状態を受容する。
- ・ 「〇〇だろう」、「〇〇に違いない」という思い込みは、客観的な分析・判断の阻害要因となる。
- ・ 自分は利用者をどのように捉えやすいのか（思いこみやすいのか）を知っていると、偏った視点によるアセスメントの防止となり、幅の広い情報収集が行える。

１） 初回面接のポイント

初回の面接では、お互いが初めての出会いの過程を経て、相互理解のもと、支援を必要とする利用者にとって安心できる信頼関係を構築することを意識して臨む。

初回面接で気をつけること（１度の面接で全てが出来るとは限りませんが、意識して面接に臨む）

- ・ 利用者や家族との信頼関係を築くことを優先する。
- ・ 先ずは、利用者や家族の話を「傾聴」して、ありのままの利用者や家族を受け止める（個別性重視）
- ・ 一方通行の会話ではなく、双方向のコミュニケーションを意識する。
- ・ 面接の目的をしっかりと伝え、内容の理解をしていただく。利用者や家族の理解度に配慮した丁寧な説明を心掛け、インテークの段階で伝える必要事項（介護保険制度やケアマネジャーの役割、ケアマネジメントプロセス、アセスメントの同意等）について、説明を行う。
- ・ 面接中は、相手の表情、しぐさ、言葉のイントネーションなどから心情の理解や情報収集に努める
- ・ 時間の配慮も心掛け、面接の開始時に「１時間程度は必要…」等、相手に面接の時間を伝える。

２） 主訴確認のポイント

- ・ 「主訴」とは利用者が直接訴えている「困り事や希望・要望」といった内容そのもの。この「主訴」を確認することはアセスメントの「入り口」となる重要な部分である。
- ・ 主訴を通して、現在の生活状況や、そこで起きている問題等の要因や背景となる事項について情報収集を行い、整理・分析を行う。また、主訴とは利用者や家族が、言語として訴えているものだけから判断できるものではないが、可能な限り利用者や家族から直接聞くことを大切にする。
- ・ そして、必ずこちらから相手に対して「（主訴は）～こういう事ですね」と合意を図るプロセスを忘れず行う。

【インテーク場面の契約事務】

受付・インテーク面接に入る時点で必ず利用者の意向を確認し、自分がこれからケアマネジメントを行うことに、本人、家族の同意を求める。その上で居宅介護支援事業所としての契約を締結する。初回の訪問の際に下記の書類一式を準備して持参する。利用者、家族に提示し、説明を行う。

① 重要事項説明書

事業所の運営規程の概要、居宅介護支援サービス等について説明

② 契約書（重要事項説明書兼用、利用申込書、同意書の形式の場合もあり。電磁的方法による提供も可。署名押印を求めないことも可能）

③ 個人情報使用同意書

利用者や家族の個人情報を、介護保険サービス事業所や担当で共有することについて同意を受ける。

④ ケアマネジメントの公正中立性の確保に関する書類

前6月間に当該事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに訪問介護、通所介護、福祉用具貸与、地域密着型通所介護が位置づけられた居宅サービス計画の数が占める割合、また同一のサービス提供事業所によって提供されたものが占める割合（上位3位まで）について説明するよう努める。

⑤ 居宅サービス計画書作成依頼届出書

保険者である市町へ提出することで利用サービスは介護保険給付となり、当該居宅介護支援事業所が給付管理を行い、サービス計画費を請求できる。提出されないと報酬が受け取れず、サービス利用料も全額自己負担となる。

（2）アセスメント場面

1） 目標

利用者や家族の「望む暮らし」「こういう暮らし方をしたい」、「この役割を続けていきたい」というニーズをできるだけ具体的に表し、それらを実現するために必要な支援をケアマネジメントとして展開していく。

「〇〇ができなくて困る」「〇〇ができるようになりたい」という訴えだけではなく、過去の生活、今後改善できるであろう状況の予測、利用者自らが目標とする生活を明確にイメージできることが重要である。利用者や家族が課題に対する目標と具体策を十分納得し選択できるよう支援していくことが求められる。

2）アセスメント場面の実際

アセスメント場面では、利用者や家族の困っている状況や希望する生活を実現していくために、解決しなければならない課題を明確にするとともに、対処方法を明らかにする。

アセスメントにあたっては、顕在化している問題等（利用者や家族が実際に言葉にしている困り事やかなえることができない希望）表面的な情報収集のみを行うのではなく、介護支援専門員としての専門的な面接技術に裏付けられた情報の収集と分析から潜在的課題（利用者や家族が語っていない、認識していない生活上の問題）についてもアプローチしていく。

① 「利用者の悩み・主訴・要望」に関する確認

アセスメントの第1歩は、利用者や家族から悩みや要望を聴くことから始まる。また、利用者の問題状況を把握するにあたっては、利用者を身体・心理・社会的存在として全人的にとらえ、利用者の生活をその歴史を踏まえ、あるがままに受け入れることが重要。

② 「顕在化している問題」に関する確認

利用者や家族からの情報や介護支援専門員の観察によってある程度顕在化している課題についても、必

ず言語化して利用者や家族に確認する。

③ 「潜在化している問題」に関する確認

利用者が抱えている問題は、必ずしも利用者のニーズとは一致しないことも多く、問題自体がいつも顕在化しているとも限らず、利用者さえ気づいていない潜在化している問題もある。介護支援専門員が専門的見地から情報を分析することが必要。

④ 生活ニーズの把握

真に有効な支援計画を作成するためには、利用者が普段どのような生活をしているのか、24時間の生活をどのように送っているのかを知ることが大切。例えば、起床・食事・就寝時間等の生活リズムや排泄の回数・時間などについて把握する。また、通院や買い物などの外出の機会など、一週間のリズムの中での生活をみることも重要。

⑤ 総合的な援助の方針

アセスメントの過程のなかで、利用者の「目標とする生活」のイメージを引き出すことができるよう、課題に対する目標と具体策を十分に納得していただくための合意のプロセスを丁寧に進めていくことが求められる。

3) 居宅サービス計画書 第1表の確認事項

① 居宅サービス計画の見方

居宅サービス計画書には、利用者の望む生活に向けて、利用者や家族、サービス提供者が共通の認識を持つことができるようにする役割がある。

居宅サービス計画原案は、利用者の希望及び利用者についてのアセスメントの結果による専門的見地に基づき、利用者の家族の希望と地域におけるサービスの提供体制等を勘案して実現可能なものとする。利用者及びその家族の生活に対する意向と総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題を記載した上で、提供されるサービスについて、長期的な目標とそれを達成するための短期的な目標、それらの達成時期などを明確に盛り込む。さらに、目標の達成時期には、居宅サービス計画と個別の指定居宅サービス等の評価ができるようしておく。

なぜ記載されたサービスの提供が必要なのか、共通認識を持てるように分かりやすく記すことが重要。

② 利用者及び家族に対する意向の項目

生活に対する意向欄の記入は、できるだけ利用者の言葉の表現を大切にしながら行う。

アセスメントを行った結果として、今後どのような生活を送るかを相談したうえで記入する。

③ 総合的な援助の方針

総合的な援助の方針は、アセスメントから導き出された生活課題に対して、介護支援専門員やサービス担当者がどのような方針で援助を行うかを明確にする。

④ 認知症の方の生活の意向の確認

認知症の利用者の中には、「望む暮らし」について「言語」で表すことが困難なこともありえるが、言語以外の方法で理解し、明確化していくことが求められる。介護支援専門員が「非言語コミュニケーション」を活用することによって認知症の方の「望む暮らし」について把握することが可能となる。

さらに、本人に直接確認することが困難である場合は、家族や関係の深い人から話を聞き、生活歴や好きだったこと、何をしたいと思っていたのか等の情報を出発点として「望む暮らし」を探っていく。

4) 居宅サービス計画書 第2表の確認事項

① 生活全般の解決すべきニーズ

第2表では、アセスメントの結果から利用者の直面する課題を明らかにし、一つ一つの課題に対する対応策を検討するとともに、どのようなことを優先して解決を図るべきか整理する。課題を明確化することは、「何のために支援を受けるか」を明確にすることでもある。「生活課題（ニーズ）=困りごと」ではないと理解する。

確認の視点

- ・利用者の主訴の背景に何があるのか。
- ・主治医に本人の健康状態を聞いているのか。
- ・本人の困っていることについて、どのようになりたいのか、そのためにはどのような支援が必要か、それによって生活はどのように変化するのか。
- ・ニーズは単に困っていることの羅列になっていないか。問題点の指摘のみになっていないか。
- ・ニーズ化された背景に何があるのか。ニーズとした根拠を示すことのできるのか。
- ・困っていること、できないことをどのようにすると、本人の自立支援や生活の質の変化にどのような影響を与えるのかを考える視点や発想はあるのか。
- ・ニーズは介護サービスを利用するための目的になっているのか。
- ・ニーズは個別性のある具体的な記載になっているのか。
- ・ニーズや目標の捉え方は達成可能な具体的な表記となっているのか。サービスの提供がなぜ必要か、共通認識をもてるような記載になっているのか。
- ・利用者や家族の取り組むべき課題が明確になっているのか。
- ・「在宅生活で安全に生活できる」等の漠然とした表現になっていないか。利用者にとっての安全とは何かをアセスメントを通じて具体的に考えているか。

(3) サービス担当者会議について

1) サービス担当者会議の役割

サービス担当者会議が持つ以下の役割、開催の目的や必要性を明らかにして、運営する。

- ・要介護者等や家族の生活全体を共通理解すること。
- ・支援目標と言われる「本人や家族の生活に対する意向」や援助者側の「総合的支援目標の方針」について共通理解すること。
- ・要介護者等の生活全般の解決すべき課題（生活ニーズ）をお互いが共有化すること。
- ・居宅サービス計画の内容を相互に深めること。
- ・作成された居宅サービス計画でのサービス提供者の相互の役割分担を理解すること。

2) 担当者会議の準備

サービス担当者会議を円滑に行うためには、介護支援専門員による事前準備が重要である。誰に参加してもらうのか、どこで開催するのか、何を検討するのか等の項目を決定した後、利用者、家族、主治医、サービス事業所等の関係者に開催を伝え日程調整を行う。

3) 担当者会議の運営

チームの各担当者が、利用者やその家族の生活全体や望む方向について共通理解を得るため、一方的に介護支援専門員が状況を伝達するのではなく、各担当者が課題や解決策について前向きに話し合うことができる場を作る。何を検討するかを明確にしながら進行すると、より深く話し合いが進む。

4) 担当者会議の記録

サービス担当者会議の要点に関する記録については、多職種のサービス関係者がどのような場面で、どのような検討がなされたかを評価する上で大変重要であり、また、チームとして利用者を支援していく上において不可欠なものである。また、居宅介護支援事業所の運営基準に沿ったサービス担当者会議の開催、担当者への照会を行っていない場合は、介護報酬が減算されることになるので、その根拠となる書類を整理することは介護支援専門員の重要な業務の一つである。サービス担当者会議の要点に関しては、次の点に留意して記録を行う。

「居宅サービス担当者会議の記録に関する留意点」

- ① 検討項目番号に対応して結論を記載する。
- ② 「いつまでに誰が〇〇する」という具体的な書き方で結論を明記する。
- ③ それぞれの役割分担に漏れや重複がないか、計画がスムーズに進行するか、話し合った要点を書きとめる。
- ④ 決定事項については、利用者や参加者に配布して、共通認識を図るようにする。

5) 著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者についての対応

末期の悪性腫瘍と診断され、日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると主治の医師等が判断した場合、利用者の状態変化に応じて、迅速にサービス種類や利用回数の変更等の必要なサービスを提供するため、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすることができる。日常生活上の障害が出現する前に、今後利用が必要と見込まれる指定居宅サービス等の担当者を含めた関係者を招集した上で、予測される状態変化と支援の方向性について関係者間で共有しておく。

6) オンラインで開催する場合の留意点

サービス担当者会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができる。ただし、利用者又はその家族が参加する場合には、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。その活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守する。

(4) モニタリングについて

1) モニタリングの意義

モニタリングは、介護支援専門員が、ケアプランに基づいたサービスの実施状況の確認を行い、必要に応じてプランの変更や事業所等との連絡調整等を行うものと規定される。つまり、モニタリングとは、利用者自身の日常生活能力や家族の状況又は社会状況等の変化によって課題が変化していないかを継続的に把握しながら、ケアプランを作成してサービスを提供した結果が利用者の自立支援、生活の質の向上につながっているか否かを評価するとともに、必要に応じてケアプランの修正や事業者等との連絡調整を行うものである。

2) モニタリングの視点

モニタリングには、大きく分けて「利用者の状況を把握するためのモニタリング」と「サービス提供の状況を把握するためのモニタリング」という2つの視点がある。利用者の状況を把握するためのモニタリングは、利用者やその家族のニーズに変更がないか、利用者や家族の健康状態・生活状態・環境等に変化がないかという2つの視点で行うことが必要である。

3) モニタリングの記録の視点

- ・サービスの実施状況、いわゆるケアプラン通りのサービスが提供されているか。
- ・サービスの内容が適切であるか。ケアプランの生活課題を解決するために、提供されるサービスの量や質が適切であるか。
- ・ケアプランの短期目標に対しての達成状況はどのようになっているか。短期目標に対するサービスの提供状態は適切であるか。
- ・ケアプランの内容が効果的で、このケアプランの実施によって利用者の望む暮らしの実現が図られているか。
- ・ケアプランの内容について修正の必要があるか。また、担当者会議等を開催してチームメンバーで検討する必要があるか。

4) オンラインで実施する場合の留意点

以下の要件を満たす場合、テレビ電話装置その他の情報通信機器を活用したモニタリングが可能

- ・利用者の同意を得る。
- ・サービス担当者会議等において、以下の事項について主治医、関係者等の合意を得ている。
 - i 利用者の状態が安定している。
 - ii 利用者がオンラインを介して意思疎通ができること（家族のサポートがある場合も含む）。
 - iii オンラインモニタリングでは収集できない情報について、他のサービス事業者との連携により情報収集。
- ・少なくとも2月に1回（介護予防支援の場合は6月に1回）は利用者の居宅を訪問すること。

（5）給付管理業務とは

1) 給付管理業務

給付管理業務は、ケアプランにしたがって提供されたサービスの実績を1ヶ月単位で給付管理票として取りまとめ、介護報酬の審査・支払いの基礎資料として活用するために国民健康保険団体連合会(以下、国保連)に提供する一連の業務を言う。

2) 給付管理業務の流れ

介護支援専門員は基本的には区分支給限度額の範囲内でケアプランを作成する。給付管理業務はこのケアプランと密接な関係があり、サービス提供月を中心として、前月、翌月までの一連の業務として整理すると分かりやすい。

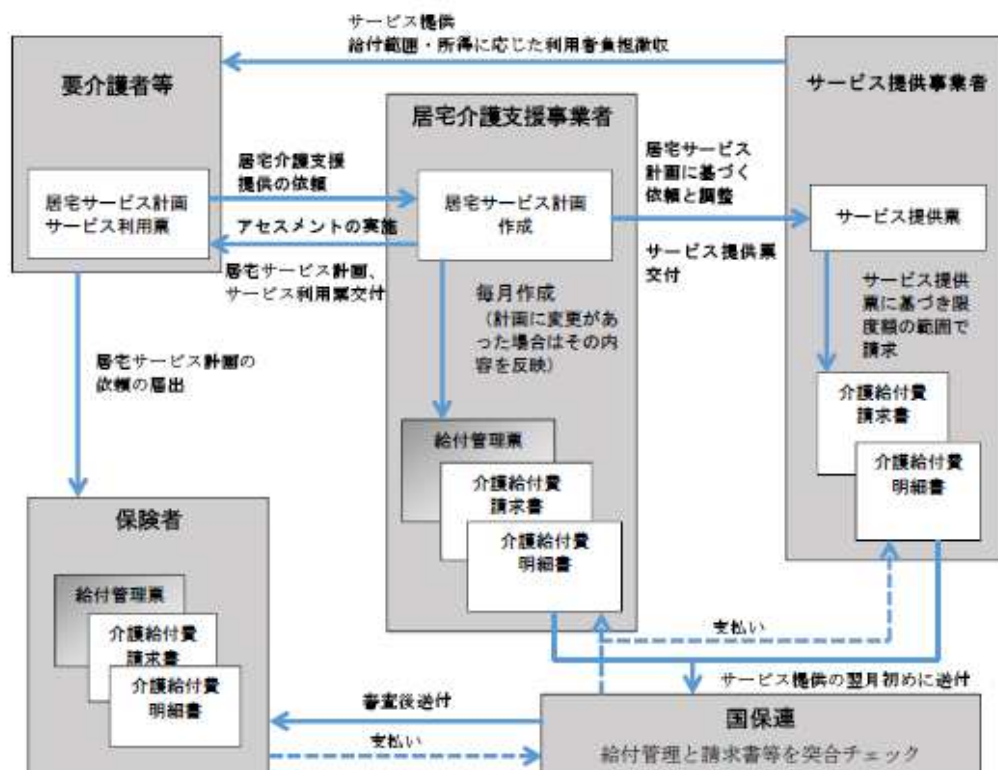
【給付管理業務の流れ】

サービス 提供前月	① ケアプランを作成する。 ② ケアプランに位置付けられたサービスの保険給付費および利用者負担額の計算を行い、限度額管理を行う。 ③ ケアプラン、サービス利用票および別表を利用者に交付する。 ④ サービス提供票および別表をサービス提供事業者に交付する。
サービス 提供月	① サービス実施状況を継続的に把握し、サービス提供事業者と必要な連絡調整を行う。 ② サービス利用に変更がある場合、保険給付費および利用者負担額の再計算を行い、サービス利用票を変更する。
サービス 提供翌月	① 前月のサービス提供実績を把握する。 ② 限度額対象内の給付について給付管理票を作成し、国保連に送付する。

3) 給付管理業務の手順

介護支援専門員がケアプランを作成・変更する際に保険給付費合計額を算定し管理することで上限管理する。介護保険制度ではサービス利用に対する保険給付の上限額が設定されている。

サービス提供月終了後、介護支援専門員は実施した上限管理の結果を「給付管理票」として国保連に提出する。



4) 国保連でのデータ突合

国保連は、給付管理票を受け取り、これを審査の「原本」とし、サービス提供事業者より送付される「介護給付費請求書」「介護給付費明細書」と突合し、審査を行う。

5) 給付管理業務の基礎知識

介護保険制度において、保険給付されるサービス利用には、要介護度に応じた限度が設定されている。限度に応じたサービスか否かを管理する仕組みが「給付管理業務」であり、居宅介護支援事業者に給付管理票の提出が義務づけられている。

① 法定代理受領と居宅サービス計画

本来、保険給付は、保険者から被保険者（利用者本人）に支払われるべきものだが、サービス提供事業者がサービスに要した経費の9割（利用者の所得に応じて8割または7割）相当分を、利用者に代わって保険者から受け取る仕組みが「法定代理受領」である。

「利用者が1割または2割、3割負担で利用＝サービス提供事業者が代理して受領」できるためには、その居宅サービスが居宅サービス計画（ケアプラン）に位置づけられていることが前提となっている。

- * 介護保険法第41条（居宅介護サービス費の支給）
- * 介護保険法第46条（居宅介護サービス計画費の支給）

② 区分支給限度基準額管理について

居宅サービスは、「単位数」による支給限度額管理されている。介護給付費の1単位の単価は、事業所の所在地の等級により異なるため、限度額の枠内で利用可能なサービス量を一定のものとするため、「単

位数」による支給限度額管理を行う。

居宅サービス区分は1か月を管理期間として管理する（利用していない単位は翌月に繰り越せない）。

③サービスの種類と支給限度額

介護保険の給付に関する法の規定は、対象者による区分（要支援者に対する給付か、要介護者に対する給付か）、サービスの種類、事業者の指定、監督機関による区分等、さまざまな要素が組み合わさる。短期利用ではない「特定施設入居者生活介護」や「認知症対応型共同生活介護」、また、医療従事者による「居宅療養管理指導」、利用者負担のない「居宅介護支援」「介護予防支援」（ケアプラン作成費等）については支給限度額に含めない。

④限度額管理の審査方法

居宅サービス区分の限度額の審査は、①居宅介護支援事業者等の介護支援専門員が作成した給付管理票と②サービス提供事業者からの「介護給付費請求書」「介護給付費明細書」を突合することにより行う。

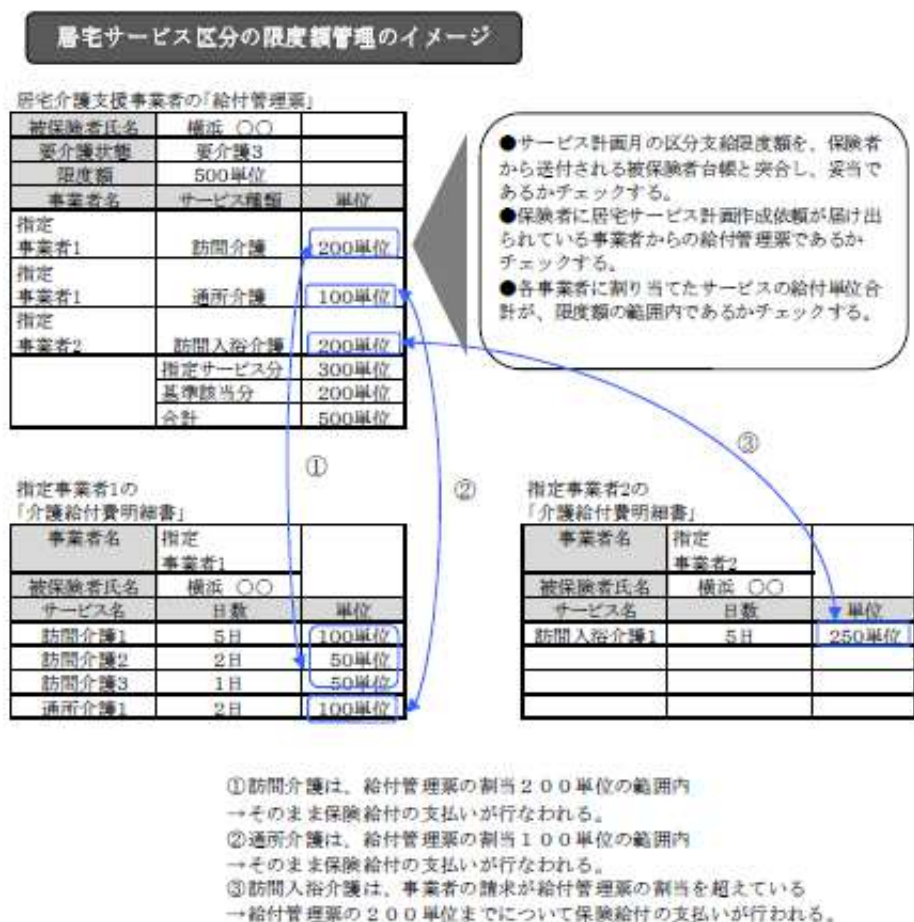
a) 居宅介護支援事業者等(ケアプラン作成機関)

居宅介護支援事業者は、サービス提供月の翌月に、サービス提供月の実績ベース(計画の変更があった場合等、それらを反映する)の「給付管理票」を国保連に送付する。

b) サービス提供事業者

サービス提供事業者は、提供したサービスの内容を記載した「介護給付費請求書」「介護給付費明細書」を国保連に送付する。

国保連では、「介護給付費明細書」のサービス種類ごとの請求「単位」が、給付管理票で当該事業者の該当するサービスに割り振られている「単位」を超えていないかを確認し、上限額を管理する。



⑤給付管理上の留意点について

a) 給付管理票上の留意点について

国保連における審査・支払義務の基礎資料である給付管理票は、正しい内容が提出されなければ、サー

ビス提供事業者に対して介護報酬が適切に支払われなくなるおそれがある。

① 利用者ごとに異なる区分支給限度額と、ケアプランに位置つけたサービスの保険給付額を正確に計算すること。

② ケアプランと実際のサービス提供には相違が生じる可能性があるため、正確に確認すること。

b) 区分支給限度額管理の対象外となる加算

区分支給限度額管理対象サービスには、区分支給限度額外の取扱いとする加算もある。これらは区分支給限度額を超えても保険が給付される(限度額超過分にかかる部分のみ保険対象外となる加算もある)。

c) サービス利用が区分支給限度額を超えた場合

利用者の希望により、区分支給限度額を超えるサービスを受けるときには、超えた部分に相当する費用を、利用者がサービス提供事業者にも全額支払う。

⑥福祉用具購入と住宅改修

福祉用具購入と住宅改修については、要介護度にかかわらず一律に定められた限度額のなかでの利用が可能である。

福祉用具購入は毎年4月から翌3月までに10万円、住宅改修は20万円を限度(原則1回)として利用できる。

原則、償還払いであること、必要のない購入や改修は認められないことに注意をする。

*介護保険法施行規則第70条

*介護保険法施行規則第74条

⑦介護保険優先公費について

医療・福祉と同様に、介護保険においても費用の一部または全部を公費(税金)によってまかなうという措置を取ることがある。この場合、介護保険が優先するものと他法が優先するものがあり、注意する。

「介護保険が優先」とは、該当サービスを受けたときに「介護保険で優先して負担する」。公費負担医療の取扱いは、サービスの利用単位に影響を及ぼすものではないので、居宅サービス計画(ケアプラン)に直接的な影響は及ばないが、実質的には利用者負担額が減る。

また、サービス提供事業者は、その請求をどこにするか(介護保険の保険者か公費負担者か)の取扱いが異なる。