

まちだ市民大学HATS

「まちだの福祉」前期講座

【第3回】介護保険のきほん

～ケアマネさんって、何をしてくれるの？～

特定非営利活動法人こころ

居宅介護支援事業所こころ 大島 泰嗣

特定非営利活動法人こころ



●特定非営利活動法人こころは

『ご利用者・ご家族・スタッフ、全ての人々が笑顔あふれる生活を送ってほしい……。』そんな思いから始まりました。

- ▶ 平成24年7月9日 法人設立
- ▶ 平成24年10月1日 居宅介護支援事業所こころ開設
- ▶ 平成25年4月1日 デイサービスこころ開設



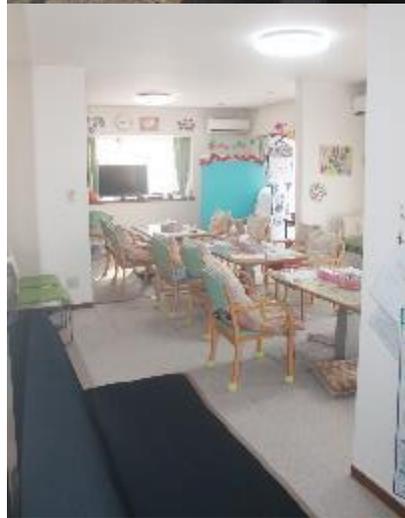
居宅介護支援事業所こころ

- ▶ 主任介護支援専門員 3名
- ▶ 介護支援専門員 3名 計6名
- ▶ 月～金 8:30～17:30 営業
- ▶ 特定事業所加算を算定



デイサービスこころ

- ▶ 15名定員
- ▶ 月～土 9:30～16:40サービス提供
(営業時間 8:30～17:30)



介護保険制度について

▶ 介護保険制度

介護保険制度は、平成12年4月からスタートし、現在は住まいの市区町村（保険者という。）が制度を運営している。

40歳になると、被保険者として介護保険に加入。65歳以上の方は、市区町村（保険者）が実施する要介護認定において介護が必要と認定された場合、いつでもサービスを受けることができる。また、40歳から64歳までの方は、介護保険の対象となる特定疾病により介護が必要と認定された場合は、介護サービスを受けることができる。

厚生労働省HPより引用

制度概要

▶ 第一章 総則

(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。

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする。

自立した生活（自立支援）

- ▶ 自立した生活とは、「介護等の支援を受けながらも、主体的、選択的に生きること」（『三訂 介護福祉用語辞典（増補版）』中央法規出版、2006.）である。介護保険制度は、要介護高齢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支援するため、保健医療や福祉のサービスの提供により支援する仕組みである。

厚生労働省HPより引用

介護認定の流れ

▶ 実際にサービスを受けるには？

①要介護認定の申請

まずは、お住まいの市区町村の窓口で要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）の申請。申請後は市区町村の職員などから訪問を受け、聞き取り調査（認定調査）が行われる。

また、市区町村からの依頼により、かかりつけのお医者さんが心身の状況について意見書（主治医意見書）を作成。

その後、認定調査結果や主治医意見書に基づくコンピュータによる一次判定及び、一次判定結果や主治医意見書に基づく介護認定審査会による二次判定を経て、市区町村が要介護度を決定する。

介護保険では、要介護度に応じて受けられるサービスが決まっているため、自分の要介護度が判定された後は、自分が「どんな介護サービスを受けるか」「どういった事業所を選ぶか」についてサービス計画書（ケアプラン）を作成し、それに基づきサービスの利用が始まる。

厚生労働省HPより引用

- ▶ 介護（介護予防）サービスを利用する場合は、介護（介護予防）サービス計画書（ケアプラン）の作成が必要となる。

「要支援1」「要支援2」の介護予防サービス計画書は地域包括支援センターに相談し、「要介護1」以上の介護サービス計画書は介護支援専門員（ケアマネジャー）のいる、保険者の指定を受けた居宅介護支援事業者（ケアプラン作成事業者）へ依頼する。

※「要介護1」以上：居宅介護支援事業者（ケアプラン作成事業者）

※「要支援1」「要支援2」：地域包括支援センター

厚生労働省HPより引用



居宅介護支援事業所とは

▶ 居宅介護支援の指定基準【人員基準】

- ・ 介護支援専門員1名以上（介護支援専門員資格必須）
- ・ 管理者1名必須 事業所の管理責任者のこと（介護支援専門員との兼務可）

▶ 居宅介護支援の指定基準【設備基準】

- ・ 事務室、相談室、会議室（相談室と兼ねることは可能）その他設備（洗面所やトイレなども含む）が必要。また、帳簿やサービス計画書等の個人情報情報を保管できる鍵付きのキャビネットも必要。

▶ 居宅介護支援の指定基準【運営基準】

- ・ 時間の関係上、割愛させていただきます。

居宅サービス計画作成依頼 (変更) 届出書

目>

居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書

受付印

いずれかにチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 要支援 ⇒ 要介護 <input type="checkbox"/> 事業対象者 ⇒ 要介護		<input type="checkbox"/> 変更		<input type="checkbox"/> 居宅の変更(以下に変更理由を記載)	
被保険者氏名				被保険者番号			
フリガナ				0 0 0			
				個人番号(マイナンバー)			
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	
居宅サービス計画作成を依頼(変更)する事業者							
事業者の事業所名				事業所の所在地 〒			
担当()							
事業所番号				電話番号 ()			
開始又は変更年月日 (年 月 日付)							
町田市長様							
上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届出ます。							
年 月 日							
住所							
被保険者				電話番号 ()			
氏名							
(注意)							
1 この届出書は、要介護認定の申請時に、もしくは、居宅サービス計画作成を依頼する事業者が決まり次第速やかに町田市へ提出してください。							
2 居宅サービス計画作成を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず町田市に届け出てください。							
※届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。							
居宅サービス計画作成するために必要があるときは、要介護認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を上記居宅介護支援事業者に提示することに							
<input type="checkbox"/> 同意します				<input type="checkbox"/> 同意しません			
保険者確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格		<input type="checkbox"/> 届出の重複		<input type="checkbox"/> 事業所番号	

ケアマネジャーとは

- ▶ 2000年介護保険法の施行と共に誕生した資格。
- ▶ 要介護又は要支援と認定された利用者からの相談応じ、及び利用者がその心身の状況などに応じて適切な介護サービスを利用できるように市町村、介護サービス事業者、施設などとの連絡調整を行う専門職。**利用者が自立した日常生活を送るために必要となる援助**に関する専門的知識と技術をもつものとして、介護支援専門員証を交付されている。（介護支援専門員＝ケアマネジャー）。

ケアマネジャーの資格要件

- ▶ 医療・福祉に関わる国家資格等を取得し、一定の職種で5年以上かつ900日以上勤務実績がなければならない。

【医療・福祉に関わる国家資格等】

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、管理栄養士、精神保健福祉士

【一定の職種】

「国家資格」「生活相談員」「支援相談員」「相談支援専門員」「主任相談支援員」

▶ ケアマネジャーとして業務を行なうためには

介護支援専門員として登録・任用されるには、都道府県の実施する「介護支援専門員実務研修受講試験」に合格し、「介護支援専門員実務研修」を修了する必要がある（第69条の2）。登録を受けたものには介護支援専門員証が交付され、その有効期間は5年である（第69条の7）。

『ウィキペディア (Wikipedia) 』より引用

取得後は5年ごとに決められた研修過程を受講し、更新を行なっていく必要がある。

【主な研修】

- ・実務研修 87時間…試験合格後に研修を受講し、本研修を経て登録となる。
- ・専門Ⅰ研修過程 56時間…現任で就業後6か月以上の者が対象
- ・専門Ⅱ研修過程 32時間…現任で専門研修Ⅰを修了し、就業後3年以上の者が対象

主任介護支援専門員 (主任ケアマネジャー)

- ▶ 主任介護支援専門員については、地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域課題の把握から社会資源の開発等の地域づくりや地域の介護支援専門員の人材育成等の役割を果たすことができる専門職の養成を図ることを目的とし、平成18年に生まれた資格であり、平成30年度からは居宅介護支援事業所の管理者要件となっている。

厚生労働省 主任介護支援専門員研修 ガイドラインより引用

ケアマネジャーのしごと

▶ 居宅介護支援

居宅サービス、地域密着型サービス、そのほか利用者が日常生活を送るために必要となる保健医療サービスまたは福祉サービスなどを適切に利用することができるよう、利用者の依頼を受けて、その心身の状況、おかれている環境、利用者本人や家族の希望などを考慮したうえで、利用するサービスの種類や内容、これを担当する者などを定めた計画を立案し、その計画に基づいてサービスが提供されるよう、事業者などと連絡・調整を行うことをいう。また、利用者が地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設への入所を希望する場合には、それらの施設の紹介や必要な便宜を図る。居宅介護支援を行う専門職を「介護支援専門員（ケアマネジャー）」という。なお、居宅介護支援を利用できるのは、居宅（ここでいう「居宅」には、自宅のほか軽費老人ホームや有料老人ホームなどの居室も含む）で生活を送る、「要介護」と認定された人である。

厚生労働省HPより引用

▶ ケアマネジャーの担当人数（基準）

35件／一人（※要支援者の場合は一人当たり2分の1を掛けた数で計算）

▶ 居宅介護支援の具体的内容

- ①最初の面接・相談
- ②アセスメント
- ③居宅サービス計画（ケアプラン）の作成
- ④サービス調整
- ⑤サービス担当者会議
- ⑥モニタリング
- ⑦給付管理業務



アセスメント

- ▶ 事前評価、初期評価。一般的には環境分野において使用される用語であるが、福祉分野においては、福祉利用者が直面している問題や状況の本質、原因、経過、予測を理解をするために、援助活動に先立って行われる一連の手続きをいう（『三訂介護福祉用語辞典（増補版）』中央法規出版、2006.）。

厚生労働省HPより引用

利用者や家族の体調や生活環境の変化など、様々な要因によりケアプランを見直す際、その都度アセスメントを実施する。アセスメントの技法は各種あり、多様に用いられているが、標準的に使用されているものでは『課題分析標準項目』に沿った技法が挙げられる。課題分析標準項目とは、要介護者の有する課題を客観的に抽出する手法として合理的なものと認められる適切な方法として平成11年に厚生労働省から提示された。厚生労働省が提示した課題分析標準項目は、大きくは「基本情報に関する項目」と「課題分析（アセスメント）に関する項目」に分けられ、全部で23項目にわたってご利用者の基本的な情報から、おかれている状況や能力などについて整理するのに役立つ内容となっている。

課題分析標準項目

▶ 基本情報に関する項目（9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	障害高齢者の日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である高齢者の日常生活自立度	認知症である高齢者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（14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	A D L	A D L（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	I A D L	I A D L（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、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

平成11年11月12日老企第29号課題分析標準項目について（別紙4）参照

- ▶ アセスメントは、ケアプランを作成するために必要な情報収集と分析

利用者が望む自立した生活を阻害する利用者本人の身体的・心理的・社会的（生活環境、介護力等）要因を、生活全般から明らかにすることで、利用者の「**自立**」の一步へとつながります。単なる情報収集ではなく、課題の原因解明や解決策を探ります。

町田市介護保険課給付係発行 「介護給付適正化情報誌 きゅうふさぷりvo.3」より

- ▶ 東京都では『リ・アセスメントシート』と呼ばれる書式を活用して研修を実施。リ・アセスメントシートの活用で抽出される「その方らしさ・強み（ストレングス）」をケアプランに反映することで、介護保険法の目的である**自立支援**に資する支援へと繋げている。

サービス担当者会議

- ▶ 居宅サービス計画の策定に当たって介護支援専門員が開催する会議。要介護者・要支援者とその家族、介護支援専門員、利用者のサービス提供に関連する指定居宅サービス事業所の担当者から構成される。介護支援専門員によって課題分析された結果をもとに、要介護者と家族に提供されるサービス計画を協議し、本人の了承を経てサービス提供につなげる。また、認定期間中であってもサービス担当者が介護サービス計画の見直しが必要と考えた場合には、担当者会議が要請され適宜開かれる（『三訂介護福祉用語辞典（増補版）』中央法規出版、2006.）。

モニタリング

- ▶ 介護支援専門員は、ケアプランの実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行わなければならない。

イ 少なくとも一月に一回、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。

ロ 少なくとも一月に一回、モニタリングの結果を記録すること。

※要支援の場合は三月に一回、他二月はTEL等による聞き取りも可

『指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準』より引用

ケアマネジャーの選び方

- ▶ 2021年6月現在、町田市内の居宅介護支援事業所数は110か所程あり、要介護認定を受けると、保険者証と共に市内の居宅介護支援事業所一覧が郵送される。
- ▶ 厚生労働省HP『介護サービス情報公表システム』による検索も可能。

とは言っても選べない…

⇒ 住まい管轄の高齢者支援センターに相談を！！



ケアマネジメントの公正中立性

▶ 平成30年度介護保険報酬改定において、次の内容が義務化

利用者の意思に基づいた契約であることを確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることが可能であることや、当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることが可能であることを説明することを義務づけ、これらに違反した場合は報酬を減額（所定単位数の50/100に相当する単位数（運営基準減算））する。

厚生労働省「平成30年度介護報酬改定の主な事項について」より引用

▶ 令和3年度介護保険報酬改定において、次の内容が義務化

ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、事業所に、以下について、利用者に説明を行うとともに、介護サービス情報公表制度において公表することを求める。【省令改正】

- ・ 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合
- ・ 前6か月間に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

厚生労働省「令和3年度介護報酬改定における改定事項について」より引用

【参考例】

サービス項目	紹介率 1位	紹介率 2位	紹介率 3位
訪問介護 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)
通所介護 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)
地域密着型通所介護 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)
福祉用具貸与 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)	〇〇事業所 (〇%)

ケアマネジャーの利用料金

- ▶ 他介護サービスと異なり、ケアマネジャーの利用料金は全額保険給付となっている。

要介護1・2 11,965円（1,076単位/月）

要介護3・4・5 15,545円（1,398単位/月）

※他、次頁の通り各種加算あり



居宅介護支援費 加算

- ・ 特定事業所加算（Ⅰ～Ⅲ）
- ・ 初回加算
- ・ 入院時情報連携加算
- ・ 退院・退所加算
- ・ 通院時情報連携加算 ※令和3年度新設
- ・ 緊急時等居宅カンファレンス加算
- ・ ターミナルケアマネジメント加算

介護保険サービスの内容

▶ 在宅サービス

サービス種類	サービス内容
ホームヘルプサービス（訪問介護）	ホームヘルパーがご自宅を訪問します、食事等の介護や、日常生活上の世話を行なう。
訪問入浴介護	浴槽を積んだ入浴車でご自宅を訪問し、入浴の介護・支援を行なう。
訪問看護	看護師や保健師がご自宅を訪問し、療養上の世話や助言を行なう。
訪問リハビリテーション	リハビリ（機能訓練回復）の専門家がご自宅を訪問し、リハビリテーションを行なう。
居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士などがご自宅を訪問し、療養上の管理・指導を行なう。
デイサービス（通所介護）	デイサービスセンターに通い、食事・入浴などの介護サービスや生活機能向上の訓練を行なう。
デイケア（通所リハビリテーション）	老人保健施設などに通い、食事・入浴などの日常生活上の支援や理学療法士・作業療法士などによるリハビリを行なう。
ショートステイ（短期入所生活介護）	特別養護老人ホームなどに短期入所し、食事・入浴などの介護サービスや生活機能維持・向上訓練を行なう。
ショートステイ（短期入所療養介護）	老人保健施設などに短期入所し、医学的な管理のもとに医療・介護・機能訓練を行なう。
介護保険の住宅改修	身体機能の低下に伴い生じた、手すりの取り付けや段差解消などの工事について、住宅改修費を支給する。住民票に登録のある住宅が対象。
福祉用具の購入	日常生活上の自立を助ける目的で、厚生労働省が定める福祉用具を購入することができる。福祉用具販売事業所は福祉用具選びの援助や取り付けの調整などを行なう。
福祉用具のレンタル	日常生活上の自立を助ける目的で、福祉用具をレンタルすることができる。

▶ 在宅サービス（地域密着型サービス）

サービス種類	サービス内容
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	介護と看護が連携を図りヘルパーによる入浴・排せつの介護や看護職員による療養上の世話の補助などを行います。
認知症対応型通所介護 （認知症対応型デイサービス）	認知症の方がデイサービスセンターに通い、食事、入浴などの介護や支援、機能訓練を行います。
地域密着型通所介護 （地域密着型デイサービス）	定員が19人未満のデイサービスセンターに通い、食事、入浴などの介護サービスや生活機能向上の訓練を行います。
小規模多機能型居宅介護	通いを中心としながら、利用者の様態や希望などに応じ、訪問や泊まりを組み合わせる食事、入浴などの介護や支援を行います。
看護小規模多機能型居宅介護	小規模多機能型居宅介護に、さらに訪問看護を組み合わせたサービスです。
夜間対応型訪問介護	夜間を通じて定期巡回や緊急時など、必要に応じて随時訪問をします。

▶ 入所系サービス

介護保険の要介護認定で要介護1から5と認定された方は、介護保険施設に入所して介護サービスを受けることもできる。

- 1.介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）※原則要介護3以上の方
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ※原則要介護3以上の方
- 2.グループホーム（認知症対応型共同生活介護）※要支援2、要介護1から5の方
- 3.介護老人保健施設
- 4.介護医療院
- 5.介護療養型医療施設

「5.介護療養型医療施設」は2024年3月31日をもって廃止となるため、介護医療院などへ転換が求められている。

* 町田市には介護療養型医療施設はなし。

町田市HPより一部引用

サービス利用の流れ

- 1.居宅介護支援事業者にケアプランの作成を依頼し、契約を結ぶ
- 2.居宅介護支援事業者を通じて「居宅サービス計画依頼（変更）届出書」を市へ提出。
- 3.本人の状態や希望に沿ったケアプランを介護支援専門員が作成。
- 4.ケアマネジャーがケアプランに沿ってサービス提供事業者と調整し、サービスを確保する。
- 5.本人・家族・ケアマネジャー・サービス提供事業者が集まり、サービス担当者会議を開催。
- 6.サービス事業者と契約を結ぶ
- 7.サービス利用開始

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名 忠生 二郎 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「入院前のように、自由に外出ができる生活を取り戻したい。」 家族「入院が長引き、足腰が弱くなってしまった。屋外を安全に移動できるようになり、以前のように外出や知り合いとの交流を楽しんでほしい。」
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	脳梗塞に対する治療とリハビリにより長期入院とされました。脳梗塞後遺症により、左半身に軽度の麻痺が残ったものの退院とされましたが、定期的な通院による医療とのつながりや福祉用具・リハビリを中心とした介護サービスの活用により、入院以前のような活動的な生活を取り戻していただけるよう支援してまいります。 緊急連絡先：忠生 二子 様（妻） 042-●●●-●●●●●● 救急搬送先：〇〇病院 （主治医 △△医師）
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（ ）

週間サービス計画表

作成年月日 年 月 日

利用者名 忠生 二郎 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								6:30 起床
									7:00 朝食
午前	10:00		デイサービス△□			デイサービス△□			10:00 TV体操
	12:00		9:00-12:10			9:00-12:10			12:00 昼食
午後	14:00								14:00 リハビリ自己
	16:00								メニュー
	18:00								17:00 入浴
夜間	20:00								18:30 夕食
	22:00								21:00 就寝
深夜	24:00								
	2:00								
深夜	4:00								

週単位以外のサービス 定期受診 (2回/月) ・ 歩行器の貸与 (毎日)

ケアマネジャーが感じる 在宅介護の現状と課題

- ▶ 独居・身寄りなし・認知症のケース
- ▶ 8050問題を抱えるケース

▶ 独居・身寄りなし・認知症のケース

夫・妻の他界などにより、独居となり、認知症が進行した段階で支援につながるケースも少なくない。既にライフラインが止まる寸前であったり、金銭・食材等の管理が行えず、支援センターとともに銀行への同行や生活援護課への相談、受診同行など本来のケアマネジャー業務に行きつくまでに時間と労力を費やす状況も見受けられる。中には救急搬送の際の医療同意が問題になるケースも・・・。

⇒地域活動への参加の継続（自治会活動や町トレへの参加など）

⇒支援センターでの『物忘れ相談』の活用

⇒地域権利擁護事業や成年後見人の活用など

⇒アドバンス・ケア・プランニング※の促進

※今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス

厚生労働省「第1回 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」資料3より引用

▶ 8050問題を抱えるケース

親が80代、子が50代を迎えたまま孤立し、生きることに行き詰るなどして、これまで見えづらかった地域課題(8050問題)は各地で噴出しています。背景に、家族や本人の病気、親の介護、離職(リストラ)、経済的困窮、人間関係の孤立など、複合的課題を抱え、地域社会とのつながりが絶たれた社会的孤立の姿があります。親子共倒れの問題が発生するまで(事件化するまで)SOSの声を上げられない家族の孤立が地域に潜在化しています。

特定非営利活動法人 KHJ全国ひきこもり家族会連合会

『～地域包括支援センターにおける「8050」事例への対応に関する調査～報告書』より

⇒生活困窮者自立支援制度の活用

⇒地域包括支援センター、障がい者支援センター、生活援護課、専門医、訪問看護、訪問介護等々、多職種での連携・支援が必須

医療・多職種との連携

▶ 町田・安心して暮らせるまちづくりプロジェクト (通称：町プロ)

町田市の高齢者がいつまでも住み慣れた地域で安心して暮らしていくことができるように、市内の高齢者の在宅療養を支えるため、医療と介護をはじめとした多職種の連携の促進等を目的とした取り組み。町田市では、2013年10月に、この取組を協議するための体制として、町田市医師会が中心となり、市と連携して運営する「町田・安心して暮らせるまちづくりプロジェクト推進協議会」を発足し、定期的に協議会と研修会を開催している。この協議会には、医師会と市のほか、16団体が加入している。

町田市HPより引用



シンボルマーク



▶ 平成30年度介護保険報酬改定において、次の内容が義務化された。

i 居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務づける。【省令改正】

ii 入院時情報連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差は設けないこととする。

iii より効果的な連携となるよう、入院時に医療機関が求める利用者の情報を様式例として示すこととする。【通知改正】

厚生労働省 「平成30年度介護報酬改定の主な事項について」より引用

▶ ケアマネサマリー

ケアマネサマリー				
(町田市入院時・外来受診時等情報提供書)				
作成日	平成	年	月	日
提出先	医療機関名			
	ご担当者		様	
以下の情報は、利用者及び家族等の同意に基づき提供しています。				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 発行元 事業所名 担当ケアマネジャー 電話番号 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 名刺添付 (のりでしっかりと貼ってください) 添付しない場合は以下に記入 </div> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> ■ 提出理由 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 医療系サービス利用によるケアプランの提出 </div> <div> ■ 入院日 年 月 日 </div> </div>				
■ 基本情報				
フリガナ		性別	家族構成(同一世帯は○で囲む・キーパーソンは☆をつける)	
氏名		男・女		
<div style="font-size: 2em; font-weight: bold;">中 小 略</div>				
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助	特記事項		
着脱	自立・見守り・一部介助・全介助			
移動	自立・見守り・一部介助・全介助			
■ 添付書類 <input type="checkbox"/> 基本情報 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(第1~3表) <input type="checkbox"/> 服薬内容 <input type="checkbox"/> その他()				
■ お願い 病院側で在宅生活に向けた支援の検討を開始する際に、ケアマネジャーにご連絡ください。また、必要に応じて、退院時に情報提供(診療情報提供書、看護サマリー等)もお願いいたします。				
<<町田市様式 2019.2版>>				

ケアマネジャー連絡会の取り組み

- ▶ 2000年の介護保険法施行とともに、町田市に勤務するケアマネジャーの職能団体として組織。法人の垣根を超え、年に数回の研修会や制度改正に対する共通理解、法令順守に向けた取り組みを行なっている。2020年度の会員数は400名に上る。



(例) 平成31年度研修の内容

平成31年5月8日 (水)	福祉用具連絡会との合同開催
平成31年7月10日 (水)	通所事業所連絡会との合同開催
平成31年9月17日 (火)	訪問看護連絡会との合同開催
平成31年11月13日 (水)	市内訪問介護事業所との合同開催
平成32年1月15日 (水)	主任ケアマネ連絡会主催
平成32年3月19日 (木)	町田市との合同開催

最後に

介護保険制度は我々の納める保険料が財源となっており、公的な保険です。また、公的な保険であるがゆえに一律のルールが設けられています。このルールを熟知し、遵守しながら、利用者・家族が必要とする支援に繋げていく役割を担っているのがケアマネジャーです。ケアマネジャーは制度の目的である『自立支援』を念頭に置き、利用者の生活と権利を守る立場ですが、自立支援の達成には、利用者とケアマネジャー、サービス事業者の間に対等な関係と相互理解が必要不可欠です。対等な関係と相互理解があるからこそ、ケアマネジャーは専門性を十分に発揮することができ、自身のアセスメントに基づく提案や助言を行なうことができるのです。

我々ケアマネジャーはこれからも自己研鑽に努めて参ります。どうぞ、安心してご相談いただければと思います。

居宅介護支援事業所こころ 大島 泰嗣

ご清聴ありがとうございました。