

第4節 ケアプラン作成

1. ケアプランの目的

(1) ケアプランとは

ケアプランとは、介護を必要とする利用者やその家族の状況や希望をふまえ、利用者に対する支援の方針や解決すべき課題、提供される介護サービスの目標と内容をまとめた計画書のことです。一人ひとりの利用者がどのような介護サービスを受ければ、質の高いその人なりの自立した生活が送れるようになるかを考えて、介護サービスや様々な社会資源を組み合わせて作成します。また、ケアプランは介護認定の度合いやサービスを受ける場所により3つの種類に分けられます。

- ① **居宅サービス計画書**：要介護1～5の認定を受け、在宅でサービスを受けられる利用者のプラン
- ② **施設サービス計画書**：要介護1～5の認定を受け、施設（特養・老健・介護医療院など）に入所して受けるサービスが中心となるプラン
- ③ **介護予防サービス支援計画書**：要支援1～2の認定を受けた利用者のプラン

ケアプランは介護支援専門員が作成するのが一般的ですが、利用者本人や家族、または支援者が作成することも可能です。その時の計画書は、セルフケアプランと呼ばれます。

(2) ケアプランの目的

ケアプランは、要介護者・要支援者が介護保険サービスを利用したいときに必須となる書類であり、ケアプランがあることで**利用者や家族、サービス事業者は、サービスの方向性と目標を共通理解する事**が出来ます。

また介護保険サービスの提供・給付管理はケアプランの内容（実績）に基づき、行われます。ケアプランの作成は介護報酬でまかなわれるため、利用者の自己負担はありません。

(3) ケアプラン作成の留意点

○利用者の意向に沿った個別的な計画を

ケアプランは利用者の意向に沿った個別的な内容でなければなりません。それは、同じ障害や疾病でも、利用者一人ひとりの望む生活スタイルが異なり、同じということはないからです。また、利用者の主体性を側面的に支援する必要があります。ただし、利用者が重度の認知症や、病状の悪化等で明確な意志を表明できない場合には、家族等の意向に沿ったケアプランになりがちになってしまいますが、そのような場合でも利用者本人の意見をできる限りくみ取るように心がけましょう。

利用者の名前を書き換えれば、他の誰かのプランになる…そんな内容になっていませんか？

○自立支援のためのケアプランに

利用者がケアプランを読んだときに『この目標ならば達成出来るかもしれない』と感じ、意欲が湧くような計画（目標）を立てる事が重要です。短期目標が達成出来たら、次は長期目標が目指せるように、具体的で実現可能な内容にし、理解しやすい言葉で記載しましょう。

意向や目標が漠然としている、目標が達成出来そうにない、などの内容になっていませんか？

○責任分担の明確化と効率性のある計画に

『誰が』『いつ』『どこで』『何のために』『どのようなサービスを』『どの程度』『いつまで行うのか』等、利用者や家族、サービス事業者がそれぞれ担うべき役割は何なのか明確に分かるような計画を立てましょう。

○医療管理上の問題を踏まえた計画に

高齢者の多くは、一つ又は複数の慢性疾患をもっています。したがって、よりよい生活を送るためには、その慢性疾患が良い状態に管理されていることが必要です。

元職が介護職だったケアマネは生活中心のプランになりがちです。医療的な支援が置き去りにになっていないか見直しを！

高血圧症や虚血性心臓病など日によって状態が変化するものや、脳梗塞後遺症や膝関節症など日によって影響しないものもあります。利用者の疾患が医療管理上のニーズの対象なのか、ADL上のニーズの対象なのかを見極め、必要に応じてプランに反映していきましょう。

関連法令

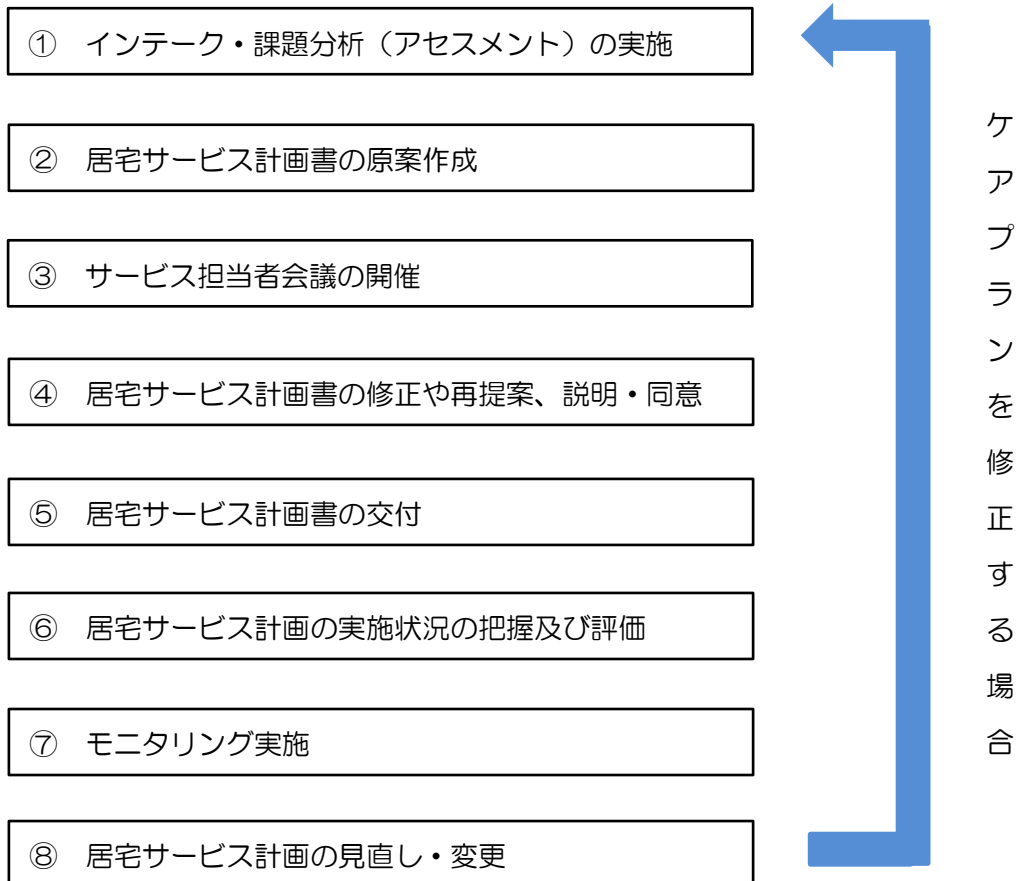
・『居宅介護支援』とは、サービス等の適切な利用等ができるよう、要介護者や家族の依頼を受けて、その心身の状況、環境、利用者及び家族の希望をふまえ、サービス等の種類及び内容、これを担当する者の計画を作成するとともに、介護サービス計画に基づくサービス等の提供が確保されるよう、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うことと介護保険法第8条21項に規定されています。

・「介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に指定居宅サービス等の利用が行われるようにしなければならない。」と運営基準第13条第3項に規定されています。

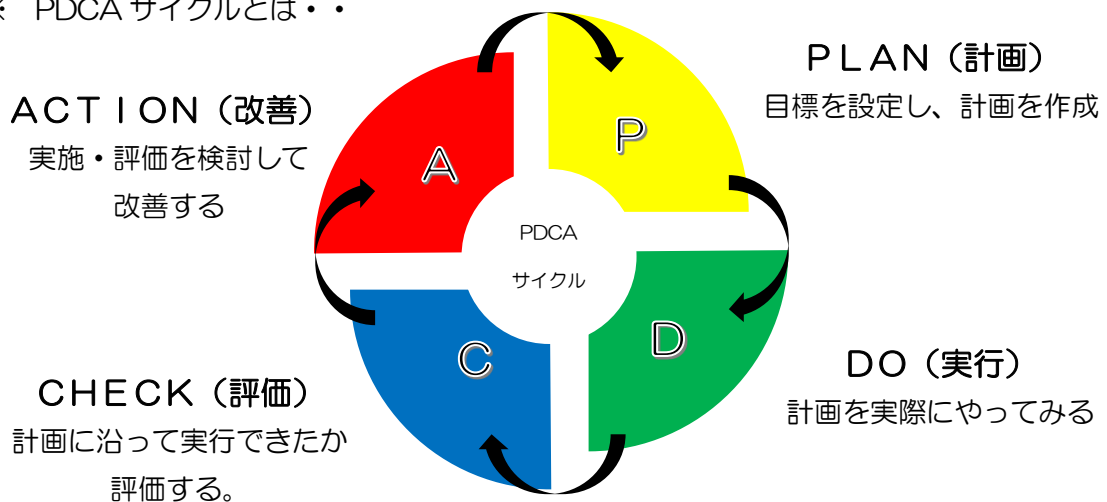
・「指定居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。」と運営基準第12条第1項に規定されています。

(4) 居宅介護支援業務のプロセス

ケアマネジメントは下記の図のように P (PLAN: 計画)、D (DO: 実行)、C (CHECK: 点検)、A (ACT: 調整見直し) のサイクルで継続的に支援します。



※ PDCA サイクルとは・・・



2. ケアプランの作成

(1) 第1表

利用者及び家族の生活に対する意向

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い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介護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。

平成11年11月12日 老企第29号

総合的な援助の方針

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）」に対応して、当該居宅サービス計画を作成する介護支援専門員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事が望ましい。

平成11年11月12日 老企第29号

利用者及び家族の生活に関する意向を踏まえた課題分析の結果

利用者及び家族が、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いと考えているのか意向を踏まえた課題分析の結果を記載する。その際、課題分析の結果として、「自立支援」のために、利用者の主訴や相談内容等を踏まえた利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め利用者が抱える問題点を明らかにしていくこと。なお、利用者及び家族の生活に対する意識が異なる場合には、各々の主訴を区別して記載する。

令和3年3月31日 厚労省

居宅サービス計画書記載要領の冒頭（新たに加筆された部分）

居宅サービス計画書や施設サービス計画書は、「利用者本人の計画」とされ、あくまでも利用者本人が主体的に作成に関与していくことが大切です。
介護支援専門員は、専門知識や技術を駆使して、利用者による計画書作成の援助や、仲介や調整、情報収集と提供等を行う事で計画書に基づくチームケアが円滑に進むように利用者及びその家族を支援します。
計画を作成する場合は利用者本人の目線での記述を意識しましょう。

令和3年、厚労省よりケアプランの新様式が公表されました。新様式の中に「課題分析」という文言が標準様式にも反映される事になりました。それにより、課題分析時には「利用者の意向を踏まえる」という主訴（利用者や家族が望む暮らしの原点）の重要性を再確認する事となりました。合わせて利用者自身が自分の課題をどれだけ把握しているか、利用者が持っている力（強みや長所など）を明らかにする事も求められるようになりました。

「総合的な援助の方針」では、関係機関と連携・連絡の方法に加え、利用者の生活上の課題やその解決に向けた対応と、それらについてチーム全体で認識し共有した結果を記すことが求められます。

①ニーズの検討

○利用者の意向を受け止め、利用者の「望む暮らし」をかなえるための具体的達成目標が「生活の目標」となります。利用者の声にきちんと耳を傾ける必要があります。

○利用者の「望む暮らし」と「現状」の違いを明らかにすることで「生活の目標」が明らかになります。

○ICF（国際生活機能分類）の基本概念である「生活機能」というプラス面を中心にとらえ、目標にすえるものです。

「△△して欲しい」という要望や「△△出来ない」という生活上の困り事が、生活の目標ではありません。

○利用者本人が抱えている課題や持っている強みや長所を整理して、「望む暮らし」をかなえるために「何から始めたらよいのか」を明確にしていきましょう。



- アセスメントで得た情報を整理します。これにより相談内容がどのようにして成り立っているかを理解する事ができます。
- 利用者の「望む暮らし」を介護支援専門員が具体的にイメージできるまで話し合います。
- 利用者の周囲の状況によって気持ちは変化するものです。それにより「望む暮らし」も変化する事を意識しておく必要があります。

※改訂介護支援専門員実務研修テキスト P223 参照（H18 年 12 月発行）

②介護認定審査会の意見およびサービスの種類の指定

介護認定審査会で、特にこのサービスを利用した方がよいと判断された場合、サービスの種類が指定され、介護保険被保険者証に「サービスの種類の指定」が記載されます。そうなるとその指定されたサービス以外、利用できなくなり、第1表のこの欄に必ず記載する必要があります。そのため、ケアマネジャーが介護保険被保険者証を確認する事は必須業務とされています。ただ、介護認定審査会でサービスを指定されることが稀なため、保険証に記載がない事が多いです。その場合は未記入でも問題はありませんが、支援経過記録には保険証を確認した際に、サービスの種類の指定の有無について「同欄に記載なし」「特に意見なし」など記載しておきましょう。ケアマネジャーが介護保険証を確認した証明にもなります。

(2) 第2表

①生活目標からニーズに展開する

生活を営む上での目標「生活目標」に対して、困っている現状とその状態を解決するための条件が「生活のニーズ」となります。



- ① 「望む暮らし」をかなえるために何が必要なのか、そのための「望む暮らし」は何かということから導き出します。
- ② それぞれの課題（ニーズ）が導き出された原因や背景を明らかにしていくことが大切です。
- ③ ニーズが複数個挙げた場合は、優先順位は利用者と共に決めます。
- ④ 「△△できるようになりたい」「△△したい」など利用者が主体的・意欲的に取り組める表現で書きます。
- ⑤ アセスメントでは挙げているが利用者に理解が得られなかったニーズは、理解を得るための働きかけを継続的に行ないます。利用者の理解が得られた時点でニーズとして計画に挙げます。
- ⑥ 認知症などがあり、利用者が明確な「望む暮らし」を表明出来ない場合であっても、「望む暮らし」を明らかにしていこうとする援助側の姿勢が重要です。

参照：改訂介護支援専門員実務研修テキスト P222 ケアマネジメントツール川崎版 P57

また運営基準では、介護保険外サービスや住民による自発的な活動によるサービス等（インフォーマルサービス）についても、ケアプランに位置づけるように求めています。ただ位置づける際には、利用者や家族の同意、位置づけられる支援者の同意も必要です。個人情報の使用同意という意味と利用者を支える支援者チームの一員であるという思いを共有するためです。

想定されるインフォーマルサービス…

家族・友人・近隣住民・自治会・老人会など

②長期・短期目標を検討する

○長期目標とは？

- ・長期目標は、いつまでに、どのレベルまで解決するか（達成するか）を記載したものです。
- ・長期目標は短期目標が1つずつ解決できたゴール（結果）になります。
- ・課題をニーズ化した理由と支援内容を決定した理由を理解するカギとなる内容が長期目標です。
- ・長期目標を設定することで、生活課題（ニーズ）を今後どうしていきたいのか？具体的に利用者が考えられるようになります。

- ・長期目標の期間はおおむね6ヶ月～12ヶ月とします。

○短期目標とは？

- ・それぞれのニーズ毎に短期目標を設定します。
- ・短期目標は長期目標を達成する為の手段です。
- ・短期目標はモニタリングの指標となります。
- ・短期目標の期間はおおむね3ヶ月～6ヶ月とします。



- ① 期間を設定することで、目標達成時期が本人・家族・サービス業者に明らかになり、方針が明確になります。長期目標は、短期目標が1つずつ解決できたゴール（結果）として、利用者・家族は具体的にイメージできるように記載します。
- ② 抽象的な言葉ではなく、具体的な内容かつ達成可能な目標にします。
- ③ 長期目標は、これまでの利用者の生活の仕方、価値観、希望を踏まえたうえで設定します。
- ④ 短期目標の設定には、長期目標の達成を妨げる要因の排除などを考えます。
- ⑤ 短期目標は、長期目標を段階的に解決する視点で考えます。
- ⑥ 短期目標で、いつまでに、どのような状態に到達すればよいか明らかにします。
- ⑦ ニーズと長期・短期目標は連動したものにします。

※認定の有効期間が短い場合、**短期目標と長期目標が同じになってしまう場合**があるかもしれません。しかし、まったく同じ期間で、目標の達成レベルや内容が違うということでは、整合性がとれなくなってしまうます。その場合には、長期目標の期間を「〇月〇日～」と終了日を記載しないという方法があります。そして長期目標が次の計画書にもつながるような内容の記載をしておく、継続性もてるようになります。長期目標と短期目標を同じ期間にしたからといって、運営基準の減算にはなりません、実地指導では、助言・指摘される可能性があります。

(3) ICF とは

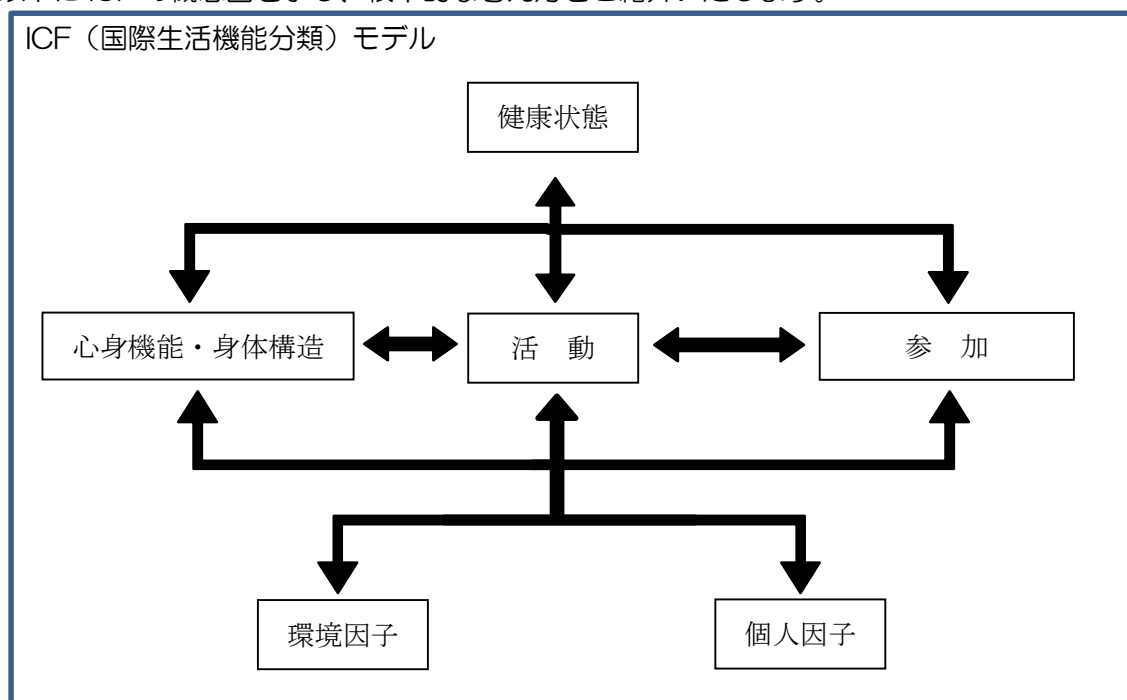
国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health）

人間のあらゆる健康状態に関係した生活機能状態から、その人を取り巻く社会制度や社会資源までをアルファベットと数字を組み合わせた方式で分類し、記述・表現しようとするものです。

ICF は、できないこと（障害）に着目するのではなく、できていること（実行状況・し

ている状況) できること (能力・できる活動) に着目しその活動範囲を拡大しようとする考え方です。つまり ICF は、生活機能や障害を分類する「考え方」であり、ケアマネジメントの支援過程とは異なります。(注: ケアプラン作成については、ICF の考え方や、視点を活用することは必要ですが、1424 項目からなる ICF の生活機能分類を基本にケアプラン作成するという意味ではありません。)

以下に ICF の概念図を示し、根本的な考え方をご紹介します。

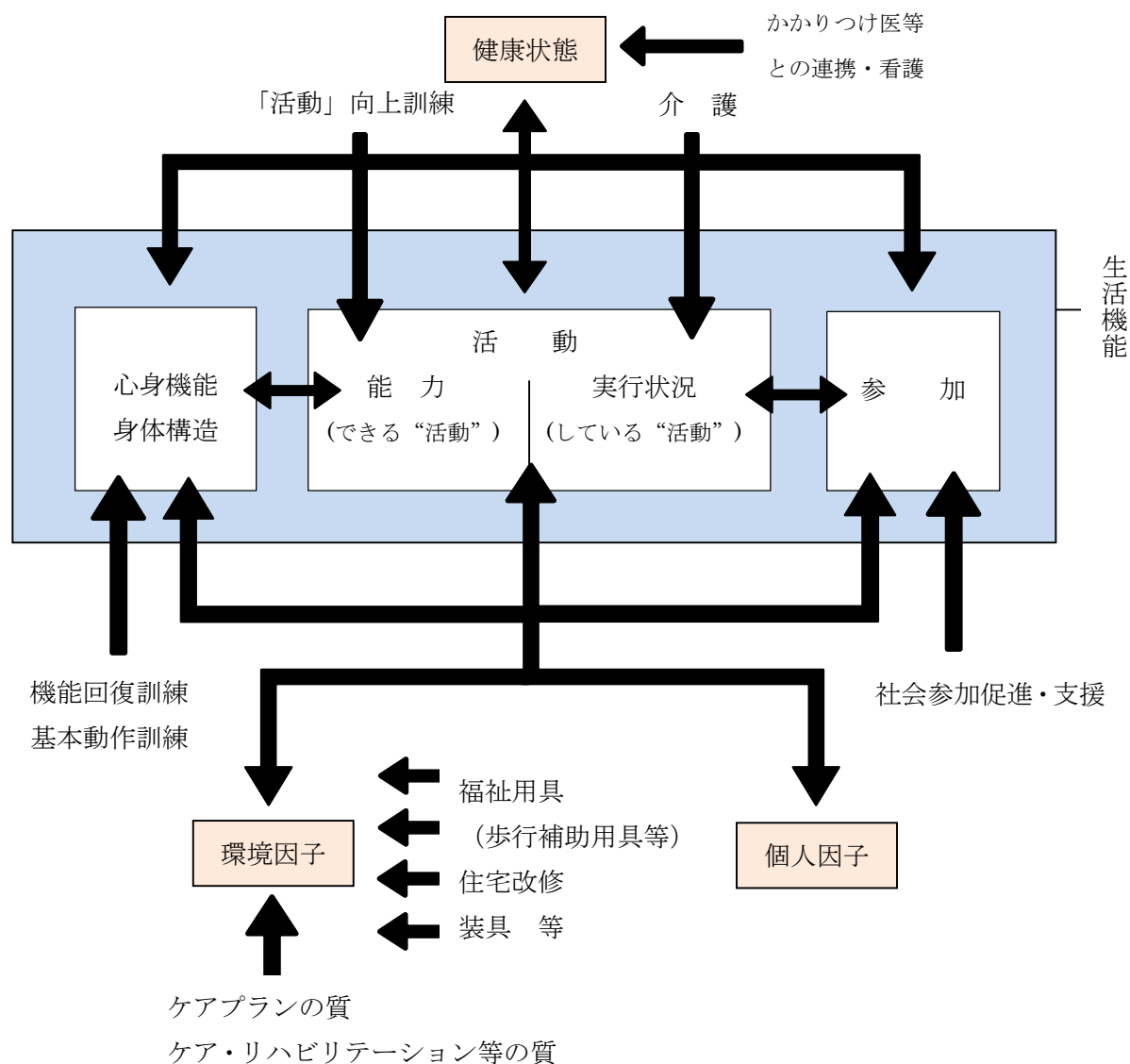


背景因子		
環境因子		個人因子
個人的環境因子	社会的環境因子	個人因子
家庭や職場、学校などの場面を含む個人にとって身近な環境のこと。	コミュニティーや社会における公式または非公式な社会構造、サービス、全般的なアプローチ、または制度であり、個人に影響を与えるもの。	個人の人生や生活の特別な背景であり、健康状態や健康状態以外のその人の特徴からなる。

生活機能の階層構造（各階層の特徴）

心身機能・身体構造	活 動	参 加
生物レベル (生命レベル)	個人レベル (生活レベル)	社会レベル (人生レベル)
*体の働きや精神の働き、 また体の一部分の構造のこと。	*生きていくのに役立つ 様々な行為のこと。	*社会的な出来事に関与し たり、役割を果たすこと。
それに問題が起こった状態 は機能障害（例：手足の麻 痺、関節の拘縮）と構造障 害（例：手足の一部の切断 など）。	日常生活活動（ADL）から 家事、仕事、人との交際、趣 味等、生活行為のすべて。 それらが困難になった状態 は活動制限。	例：主婦としての役割、親 や祖父母としての役割、地 域社会（町内会や交友関係） のなかでの役割、その他 色々な社会参加での役割。 それらが困難になった状態 は参加制約。

ICF モデルに沿ってケアプランを考える



3. 支援の内容の作成

(1) 援助内容（サービス）を決めるポイント

介護保険法（平成9年法律第123号）第2条第3項には「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」と規定されています。ケアマネジャーは専門職として、サービスと事業者を提案し、利用者自身が選択出来るように配慮しなければなりません。

平成30年の介護報酬改定以降、利用者や家族はケアマネジャーに対し、「ケアプランに位置付ける居宅サービス事業者について、複数の事業者の紹介を求めることができる」「サービス事業者をケアプランに位置づけた理由を求めることができる」ため、説明をする事となりました。また令和3年度の介護報酬改定では「ケアプランにおける訪問介護等の各サービスの利用割合と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（上位3位）を公表し、利用者に説明する」ことになりました。

これらの集計は、特定事業所集中減算の報告と同様に年に2回、①前期（3月1日～8月末）、②後期（9月1日～2月末）となっており、利用者への説明は、直近の①又は②の期間のものとします。初回の契約時に説明する事が一般的ですが、すでに利用されている利用者に対しては、ケアプランの更新時が望ましいでしょう。

(2) サービスは、目標達成の手段

- ① サービスを入れることで、短期目標が達成できるよう常に意識しましょう。
- ② サービス選択は利用者や家族、介護者等と共同で行います。
- ③ 自立支援のサービスを選びましょう。
- ④ サービス内容は、利用者や家族が知らない場合もあります。
 - ・ 利用者や家族が納得するように、十分な説明、わかりやすい説明をすることが大事です。
 - ・ 説明するときは、具体的にパンフレットを示しながら、それぞれのサービスの特性を話しましょう。
 - ・ 何故そのサービスが良いと判断したのかを話しましょう。
- ⑤ 介護保険以外のサービスも視野に入れましょう。（大牟田市発行「高齢者の暮らしを応援します」のパンフレットを参照ください。）

参考：平成16年3月発行 北九州市保健福祉局地域福祉部
介護保険係介護支援専門員実用ハンドブック

(3) サービス内容検討のポイント

①過剰なサービス（時間、回数、内容）になっていませんか？

利用者や家族の希望（≠ニーズ）のみでプランをたてる御用聞きプランやわがままプランにならないようにしましょう。



利用者や家族の持っている力を奪うことにもつながります。利用者の健康な部分・強さを引き出せるよう働きかけたり、自身で決定することを待つことも大事な援助です。

②介護者への支援も視野に入れていますか？

介護者は、介護によるストレスを感じている場合が多くあります。



介護者への「ケアする者へのケア」という視点をもつことも介護支援専門員の重要な役割です。

③今までのサービスをそのまま継続させていませんか？

事業所の都合で営業プラン、お仕着せプランにならないようにしましょう。



利用者や家族の状態・意向は常に変化するものです。“他にどのようなサービスがあればもっといい状態になれるか”という視点で常に検討していきましょう。

(4) 利用者や家族への説明ポイント

①サービス内容だけの説明に終わっていませんか？



サービス利用＝短期目標ではありません。“何故△△サービスの利用がよい”と判断したのか“△△のサービスを利用することで、このような改善が得られると予測したのか”などの説明を行きましょう。

②費用の見積もりを正確に利用者や家族に伝えていますか？



サービス内容に関するだけでなく、費用負担についても説明した上で利用者や家族が決定できるよう、心がけましょう。

参考：平成 16 年 3 月発行 北九州市保健福祉局地域福祉部
介護保険係介護支援専門員実用ハンドブック

4. サービス事業所を選定する

関係機関や関係者との連携を図り、多様な選択肢を用意しましょう。

利用者の生活ニーズは一人ひとり違うものです。介護支援専門員は、介護サービス計画の作成や実施を円滑に進めていくために、関係機関や関係者との連携を行い、多様な選択肢を用意し、まとめていく能力が必要です。利用者の生活ニーズに応じた介護サービスが利用できるよう支援しましょう。



- サービス事業所は年々増加しています。日頃から情報収集を行いましょう。
- サービス依頼の際、サービス提供の目標・目的・内容などをサービス事業所に伝え、サービス提供に必要な情報を共有しましょう。
- インフォーマルな社会資源も上手に活用しましょう。
- 担当医や経験豊富な介護支援専門員又は地域包括支援センターにもアドバイスをもらいましょう。

利用者や家族と共同で決めていきましょう。最終的な選択は利用者または家族が行います。利用者と家族が納得した上で選択できるよう説明し、同意を得ましょう。援助内容によっては、サービスではなく家族が行うこともあるでしょう。



- 家族が行った方がよいのか、サービス事業者等が行った方がよいのか、利用者と家族の状況をふまえて検討しましょう。

参考：平成 16 年 3 月発行 北九州市保健福祉局地域福祉部
介護保険係介護支援専門員実用ハンドブック

5. 障害福祉サービスと介護保険サービス

障害福祉サービス受給者の方が65歳になると、利用できるサービスが介護保険サービス優先に変わります。このため、介護保険認定の新規申請が必要となります。40～64歳の特定疾病が原因で介護や支援が必要となられた方も同様です。

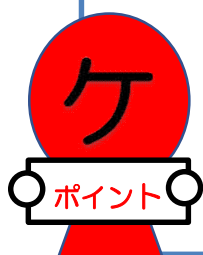
障害者総合支援法と介護保険法では制度が異なるため、サービスの算定方法や内容が変わることもあります。

(1) 障害者総合支援法に基づくサービス

①障害福祉サービス

障害福祉サービスの介護給付（居宅介護、短期入所、生活介護等）を受給するためには、障害支援区分の申請が必要です。手続きに必要なものは、障害者として確認できる書類等（身体障害者手帳、療育手帳、障がい者更生相談所等の判定書、精神障害者保健福祉手帳など）です。申請後は、調査員が対象者の心身の状況や、生活状況等の訪問調査を行い、訪問調査で聞き取った内容や主治医の意見書に基づき、認定審査会で審査されます（認定審査会は月に1回開催）。障害支援区分は、1～6までの段階に分けられ、1が最も軽度、6が最重度となります。介護保険のように暫定という考えがありません。具体的には、認定がおりて相談支援専門員が計画案を提出したのちに、支給決定となり、受給者証が交付されます。支給決定を受けなければサービスの利用はできません。

障害福祉サービス費用負担は、原則費用の1割です。所得区分に応じて負担上限月額が設定されます。

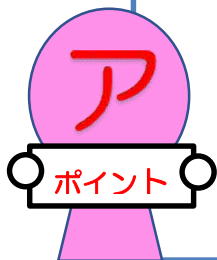


居宅介護（ホームヘルプ）

通院介助や家事支援等の時間は、サービス毎に決められており、他のサービスの時間には充てられません。障害支援区分に応じた基準時間があり、各サービスの支給量を超過しないよう調整する必要があります。介護保険の訪問介護とは、仕組みが違います。

・補装具の給付

身体障害児・者の失われた部位や障害のある機能を補い、日常生活を容易にするために必要な補装具の購入又は修理に要する費用の給付です。身体障害者手帳所持者又は難病患者に対し給付が行われますが、介護保険制度の対象となる方は、介護保険のサービスが優先します。

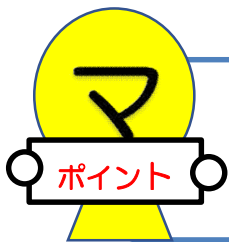


購入前の支給申請が必要です。介護認定を受けている方であっても、聴覚障害の方の補聴器や視覚障害の方の白杖など介護保険にはなく、申請が可能な補装具があります。既製品では対応できない車いすや電動車いすは、介護支援専門員の意見書等でレンタルでは対応できないことが確認できれば例外として申請できます。事前にご相談ください。

問い合わせ先：福祉課障害福祉担当 電話 41-2663

・日常生活用具の給付

在宅の重度障害児・者及び難病患者に対し、日常生活用具を給付することにより、日常生活の便宜を図ることを目的とする制度であり、身体障害者手帳又は療育手帳所持者、難病患者が対象です。介護保険制度の対象となる品目は、介護保険サービスが優先します。



介護認定がある高齢者は、ストーマ装具の給付が大半です。介護支援専門員は、手帳の写しを持って福祉課障害担当窓口にご相談しましょう。

(2) 障害のある方の介護保険サービス利用について

①障害福祉サービス利用者と介護保険制度の適用関係

- ・介護保険制度において、障害福祉サービスを利用している障害のある方を含め、原則として40歳になると、被保険者として介護保険に加入します。
- ・65歳以上の方は、市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、利用料の1割負担（所得によっては2割または3割）でいつでも介護保険サービスを利用することができます。
- ・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、介護保険サービスを利用することができます。
- ・指定障害者支援施設への入所者や療養介護施設への入所者等、介護保険適用除外施設に入所されている方は、介護保険の被保険者とならず、介護保険料が賦課されません。
- ・市内の指定障害者支援施設
大牟田恵愛園 あけぼの苑 有明ホーム 大牟田ワークショップセンター
- ・市内の療養介護施設
独立行政法人国立病院機構大牟田病院

②障害福祉サービスと介護保険サービスの適用関係

障害福祉サービスと介護保険サービスで同じ内容のサービスについては、介護保険優先されますが、介護保険サービスにない障害福祉サービス固有のものについては、利用が認められているものもあります。

※下記「介護保険利用者が使える障害福祉サービスなど」を参照

年齢	特定疾病該当なし	特定疾病該当者	生活保護受給者
0～39歳	障害福祉サービス（介護保険サービス適用外）		
40～64歳	障害福祉サービス	介護保険サービス	障害福祉サービス
65歳～	介護保険サービス		

障害福祉サービスを利用している方が65歳になると、障害者総合支援法第7条の規定により、障害福祉サービスに相当する介護保険サービス（下記参照）については、原則として介護保険サービスにかかる介護給付を優先して利用することになります。

	介護保険サービス	障害福祉サービス等
共通するサービス例	訪問介護	居宅介護 重度訪問介護※
	通所介護	生活介護
	短期入所	短期入所
	訪問看護	訪問看護（自立支援医療） ※

※ 例外規定あり

③介護保険利用者が使える障害福祉サービスなど（一部）

障害者が、心身の状況やサービス利用を必要とする理由は多様であり、介護保険サービスを一律に優先させ、これにより必要な支援を受けられることができるか否かを一概に判断することは困難であることから、障害福祉サービスの種類や利用者の実情に応じてサービス調整を実施することができます。その際には、大牟田市福祉課障害福祉担当への相談が必要です。

障害福祉サービス	内容
同行援護	重度の視覚障害により、移動が困難な人に外出時に同行し、移動に必要な情報を提供するとともに、外出する際の必要な援護を行います。
行動援護	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行います。
自立訓練（生活訓練、機能訓練）	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を行います。
就労移行支援	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な

（開始時に65歳未満である方）	な知識及び能力の向上のために必要な訓練、求職活動に関する相談、支援等を行います。
就労継続支援（A型・B型） （65歳以上の利用は条件あり）	一般企業等への就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。A型は雇用契約等に基づくなど、一般企業に近い働き方となります。



事例を通して確認しましょう

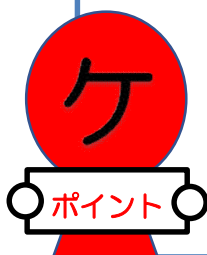
主病名：脳梗塞発症 年齢：45歳

受傷後、身体障害者手帳取得。しばらくは、課税世帯であり、まずは介護保険が適用されました。その後、収入がなくなったことで、生活保護を受給することになり、2号被保険者ではなくなったため、障害福祉サービス等の申請が可能となりました。

（3）障害福祉サービスから介護保険サービスへの移行の具体的流れ

介護保険制度の案内

- ・65歳の誕生日の前日（1日生まれの方は前々月）までに、介護保険担当と障害福祉担当から介護保険制度の説明と、申請についての通知があります。
- ・65歳に到達する前の適切な時期から、相談支援専門員（必要に応じて、地域包括支援センター、介護支援専門員等）より介護保険制度の説明等を行い、納得に基づくサービス利用ができる事が重要です。
- ・介護保険サービスに相当するものがない障害福祉サービス固有のサービスや、介護保険サービスだけでは十分な支援が受けられない場合は、障害福祉サービス等の利用が可能な場合もあるため、できるだけ早い時期から相談支援専門員と介護支援専門員等が連携し、サービスの調整を行う必要があります。



精神や知的障害の方は、新しい環境へ適応するのに時間がかかる場合等があり、サービスの調整が難しいこともあります。本人との関係性を築くのに時間がかかることもあります。共生型サービスなどを利用していくことで、これまでの関係性をそのまま引き継ぐことも可能となりました。また、介護認定が下りてから介護サービスへの移行まで、サービスの調整や引き継ぎ等にかかる期間として、誕生月の翌月から2か月の猶予期間が設けられています。この期間はそれまでと同様に、障害福祉サービスの利用が可能です。

共生型サービスとは

介護保険サービスか障害福祉サービスかのどちらかの指定を受けている事業所がもう一方の制度の指定も受けやすくすることを目的に創設されました。共生型サービスにかかる指定基準は、どちらかの制度における指定を受けた事業所であれば基本的に共生型サービスの指定を受けられるよう、特例の基準が設定されています。

障害福祉サービスを受けていた方は、65歳になると介護保険の事業所に移らなければなりませんでした。共生型のサービスを利用することで65歳になっても環境を変えずにサービスの提供を受けることができます。

(4) 地域生活支援事業

障害福祉サービスは国が定め、どこの市町村でも同じサービスを実施していますが、地域生活支援事業は大牟田市の特性や利用者の状況に応じて、事業を実施しています。

障害者及び障害児が、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、地域の特性や利用者の状況に応じ、柔軟な形態により事業を効果的・効率的に実施。

もって、障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無に関わらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与する。

(厚生労働省)

地域生活支援事業は、自立支援給付と違い障害支援区分の認定や利用計画の作成を必要としません。相談・利用申請後、聞き取り調査が行われ、支給（給付）決定となります。大牟田市の事業内容は以下の通りです。

相談支援事業	障害のある人、その保護者、介護者などからの相談に応じ、必要な情報提供等や権利擁護のために必要な援助を行います。
意思疎通支援事業	聴覚、言語機能、音声機能、視覚等の障害のため、意思疎通を図ることに支障がある人とその他の人の意思疎通を仲介するために、手話通訳や要約筆記等を行う者の派遣などを行います。
日常生活用具給付事業	重度障害のある人等に対し、自立生活支援用具等日常生活用具の給付を行います。
移動支援事業	屋外での移動が困難な障害のある人について、外出のための支援を行います。
地域活動支援センター事業	障害のある人が通い、創作的活動又は生産活動の提供、社会との交流等の促進等の便宜を図ります。
日中一時支援事業	障害者支援施設等を日中における活動の場として提供し、見守り、社会に適應するための日常的な訓練その他必要な

	支援を行います。
福祉ホーム事業	住居を必要としている人に、低額な料金で、居住等を提供するとともに、日常生活に必要な支援を行います。
社会参加支援事業等	障害者の社会参加を支援するために、点字・声の広報等発行事業、自動車運転免許取得助成事業、生活訓練事業、スポーツ教室・大会、点訳、朗読、手話奉仕員養成事業などを行います。

第5節 サービス担当者会議

1. サービス担当者会議とは

サービス担当者会議は、利用者・家族を主体として開催されるものであり、作成したケアプラン（原案）をもとに、利用者・家族・介護支援専門員・主治医・関係するサービス事業者が意見交換し、話し合う場です。

（1）サービス担当者会議は、チームアプローチを促進させます。

- ①利用者・家族の意見とサービス担当者からの専門的な意見をもとに、ケアプラン（原案）を修正し、総合的な援助の方針を決定し、目標を共有化します。
 - ・関係者が顔を合わせて介護サービス計画に関する意見交換が出来る大切な機会です。
 - ・それぞれの持っている専門的知識や技術を用いて、ケアプラン（原案）をよりよいものとする機会です。
- ②利用者中心の支援であることを確認
 - ・さまざまな関係機関が利用者の生活に対する意向や希望に耳を傾け、それらを実現する方向で意見交換をする事で、利用者中心のアプローチであることを確認します。
- ③チームアプローチの促進
 - ・サービス担当者が協働・連携し、チームで居宅介護支援にあたっている事を確認します。
 - ・関係者が相互に顔を合わせての意見交換を行なう事で、関係者の中で相互理解が促進される事、目標や役割分担を共有する事が出来る事などの利点があります。

（2）サービス担当者会議は、利用者自身が大勢の支援を得ている事を確認する場でもあります。

- ①利用者にとって、サービス担当者会議に出席する事は必ずしも心地よいものではありません。たくさんの専門職に囲まれて意見交換をする事は、利用者にとって大きなストレスになる場合もある事を忘れないようにしましょう。
- ②介護支援専門員は、適切に利用者のストレスを和らげ、「大勢の人達が自分の事を支えようと協力してくれている」と感じるような雰囲気づくり（話し方、場所の設定）に努めましょう。
 - ・介護支援専門員は、利用者・家族の孤独感の解消に努め、利用者が在宅生活を意欲的に送れるように支える為に、サービス担当者会議を有効に活用しましょう。

2. サービス担当者会議開催の時期

サービス担当者会議は、開催する望ましいタイミングがあります。

(1) 最初のケアプラン作成時

ケアプランが作成され、初めてサービスが提供される時点では、サービス事業者は利用者のことを十分に把握している訳ではありません。利用者についての理解を深め、目標の共有化と相互役割の分担を図るため、最初の時点でサービス担当者会議が開催される事が重要です。

(2) たくさんのサービス事業者が関わる場合

多くのサービス事業者や関係者が関わって支えていかなければならないような場合、チームを構成する者の足並みは乱れがちになります。サービス担当者会議を開催し、目標の共有化と役割分担の確認を行なう事が有効です。

(3) 利用者の状態が大きく変化した場合

利用者の心身の状態や利用者を取り巻く環境要因が大きく変化した場合、新たな状況に対応するために、ケアプランが大幅に変更することがあります。その場合には状況に対応する意味合いから、サービス担当者会議の開催が必要になります。

(4) 困難事例の場合

困難事例に対するサービス担当者会議は、どちらかという情報を共有するためというより、問題解決のためのカンファレンスが必要な場合です。その場合は専門職で構成されるカンファレンスを開催し、援助の糸口を見つけ出す作業を行います。

(5) 更新認定・区分変更認定を受けた場合

利用者の要介護更新認定・区分変更認定があった場合には、サービス担当者会議を開催するか、サービス担当者からの専門的意見の聴取を行なう事によって、利用者の状況の変化に対して介護サービス計画の修正の必要性があるか否かの判断を行います。その必要性がある場合には、聴取した専門的意見を踏まえた再アセスメント、介護サービス計画の修正を行い、それを関係者に周知させることが必要になります。

(6) 担当者会議を開催しない軽微な変更

サービス担当者会議は、前述したように利用者・家族・介護支援専門員・主治医・関係するサービス事業者が意見交換し、話し合う場であり、重要な場面です。必要時に開催されていない場合は、運営基準減算に該当します。ですが、下記の場合に限り、「必ずしも実施しなければならないものではない」とされています。

①サービス提供の曜日変更

(利用者の体調不良や家族の都合などの臨時的、一時的なもので、単なる曜日、日付の変更のような場合)

②サービス提供の回数変更

(同一事業所における週1回程度のサービス利用回数の増減のような場合)

③利用者の住所変更

④事業所の名称変更

⑤目標期間の延長

(ケアプラン上の目標設定を変更する必要が無く、単に目標設定期間を延長する場合)

⑥福祉用具で同等の用具への変更に際して単位数のみが異なる場合

(福祉用具の同一種目における機能の変化を伴わない用具の変更)

⑦目標もサービスも変わらない(利用者の状況以外の原因による)単なる事業所変更

⑧目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合

(第1表の総合的な援助の方針や第2表の生活全般の解決すべき課題、目標、サービス種別等が変わらない範囲で、目標を達成するためのサービス内容が変わるだけの場合)

⑨担当介護支援専門員の変更

(契約している居宅介護支援事業所における担当介護支援専門員の変更【但し、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者と面識を有していること】の場合)

※「軽微な変更」に該当するものであれば、例えばサービス担当者会議の開催など、必ずしも実施しなければならないものではないです。しかしながら、例えば、ケアマネジャーがサービス事業所へ周知したほうが良いと判断されるような場合などについて、サービス担当者会議を開催することを制限するものではなく、その開催にあたっては、やむを得ない理由がある場合として照会等により意見を求めることが想定されます。

介護保険最新情報 V o l . 9 5 9

「居宅介護支援等に係る書類・事務手続きや業務負担等の取り扱いについて」

厚生労働省老健局

3. 会議の開き方

本人・家族やサービス提供者・主治医が一堂に集まり効果的な会議を開くためには、いろいろな前準備や工夫が必要です。

(1) 事前準備

- ①議題として提示する情報は、利用者本人と家族に個人情報の使用についてあらかじめ了解（口頭可）を得ておく必要があります。
- ②開催目的や検討課題を明確にし、開催場所・所要時間を記入した資料を事前に配布し、会議がスムーズに行く様にしましょう。（電話でも可）
- ③会議の趣旨に合わせ、主要な役割を果たすサービス提供機関の出席は確保しましょう。
- ④参加が難しいサービス提供者からは、事前に情報を収集しておきましょう。

(2) 会議の流れ

司会進行：介護支援専門員

- ① 開催挨拶
- ② 参加者紹介
- ③ 利用者・家族の意向の確認
- ④ 課題分析（アセスメント）の概要の説明と確認
- ⑤ 総合的な援助の方針説明と確認〔居宅サービス計画（1）〕
- ⑥ 居宅サービス計画書（原案）の確認
- ⑦ 各サービス業者からの意見の聴取・意見交換

ポイント：連絡先の窓口を見つけると、連携が上手くいきますよ。

- ⑧ 居宅サービス計画書(原案)の修正

ポイント：サービス提供者の方と顔見知りになっておきましょう。それぞれ専門職の役割と限界を理解しましょう。

- ⑨ 利用者・家族への説明と合意（修正部分があれば）
- ⑩ 各サービス業者への役割分担の確認
- ⑪ 閉会の挨拶

(3) 進行上の留意点（注意点）

- ・利用者・家族を支え、会議内容と結果に十分反映されるようにサポートしましょう。
- ・関係者全員の発言を促し、チームケアアプローチの促進を図りましょう。
- ・利用者・家族にも理解できるように専門用語の使用は避けましょう。
- ・議論からはずれた場合は必ず修正し、予定時間どおりに終了しましょう。

4. 会議の形式

(1) 関係者全員による会議

多方面からの意見が出し合え、利用者理解もスムーズです。同じ目標に向かっていく仲間として協力体制も生まれやすくなります。

(2) 主な関係者中心のミニカンファレンス

開催時間の都合のつきやすい少人数でのミニカンファレンスを活用してもよいでしょう。ただし、参加しているサービス提供者間では情報の共有は容易です。一方で欠席者との情報共有や援助目標の確認を怠ることがないように心がけましょう。

(3) その他

サービス担当者会議は担当者全員による会議が望ましいのですが、担当者全員が集まること自体が目的ではありません。今できることを積み重ねて、いずれ全員参加の会議を開催できる方向へ進めていきましょう。介護支援専門員がそれぞれのサービス担当者と連絡を取り、専門的意見の聴き取り、集約したものをケアプランに反映させ、作成することでサービス担当者会議の開催とみなす場合があります。

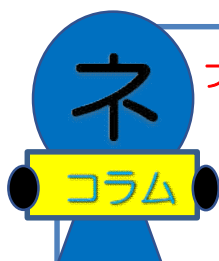
その集約方法を紹介します。

① 各機関を訪問して、直接担当者と面談する

担当者と直接対面しての意見交換は、そこで交換される情報の質・量の双方からみて、非常に有効な方法だといえます。さらに、そうした接触がお互いの信頼関係作りに役立ちます。主治医の往診時や外来受診時に同席すると情報が得やすいでしょう。

② 電話での打合せ

電話による連絡では、担当者や直接顔を合わせることは出来ませんが、かなりの情報をやり取りすることが出来ます。偏った情報は支援の方向性をあやまってしまう危険性があります。また、一方的なやり取りにならないよう注意し、電話を掛ける時間帯も、相手の事を考えて「今よろしいでしょうか？」の一言を忘れないようにしましょう！



ファシリテーターの役割

ファシリテーション (facilitation) を日本語に直訳すると、「物事を容易にできるようにすること。簡易化。」という意味です。つまりファシリテーターとは、集団におけるメンバーが、効果的に機能を果たせるように促す役割であり、また、集団におけるそれぞれのメンバーが彼らの役割を果たしているかを察知し、できるだけメンバーが機能するように促す役割です。

介護支援専門員は、ファシリテーション手法（集団で問題を解決するよう、認識の一致や相互理解に向けたサポートを行って成果を生み出す手法）の知識を深めると、より効果的に進行ができるようになります。

第6節 モニタリングとは

1. モニタリング

(1) モニタリングとは

計画に位置づけられたサービスが計画どおりに提供され、それが目標達成に有効であるものかをケアマネジャーがサービスの利用者や家族、またサービス提供者である介護スタッフ、その他の支援者から生活状況等について定期的に聞き取りを行い情報収集した上で、以下のポイントを踏まえ、継続的なアセスメントとサービスの点検・評価を行うものです。

①初期のモニタリングのポイント（利用者の現状から）

- 居宅サービスに組込まれたサービスが、的確に提供されているか
- サービス内容は適切で、目標に沿って提供されているか
- 介護者が、サービスの導入にうまく適合できているか
- 利用者が変更や取消しを、繰り返していないか
- 現実にサービスを利用した新しい生活状況が、利用者にとってどうか

②継続期のモニタリングのポイント

- 提供されているサービスの有効性を確認しているか
- 提供されているサービスに対する、利用者からの苦情等がないか
- 時間の経過とともに、利用者の状態や取巻く環境、例えば介護家族の状況や、生活環境などの変化を把握しているか
- 利用者の状態変化の兆候の早期発見を心がけているか
- 目標の達成度を把握しているか
- ケアプラン作成時に残された課題があった場合は、経過確認や今後の対応を検討しているか
- 各サービス担当者から利用者の状態を確認し、必要に応じて情報交換しているか

令和3年度 福岡県 集団指導資料

- 少なくとも1ヶ月に1回、利用者宅を訪問し、利用者及びその家族と面接すること。
- 少なくとも1月に1回モニタリングの結果を記録すること。記載様式として、これがモニタリング用紙という規定はありません。⇒5表「居宅介護支援経過」を用いることが多いようです。
- 記載内容には以下の項目が必要となります。
 - ①評価日、評価期間、評価項目
 - ②利用者の状態（健康状態、身体機能、生活の様子、精神状態、環境、経済状況等）
 - ③家族の状態（介護者の健康状態、介護の状況、精神的ストレス等）
 - ④目標の達成度
 - ⑤計画の実施状況、サービスの利用状況
 - ⑥新たな医療上の留意事項の確認（治療変更、内服薬変更の有無等）
 - ⑦利用者（家族）の満足度等サービスに関する意向

⑧総合評価

⑨今後の方針（再アセスメント、プラン変更の必要性、担当者会議開催等）

これらは運営基準に定められており、減算の対象となります。

2. モニタリングの実際

(1) モニタリングの方法

①家庭に訪問します。

- ・ 予め電話をするか、利用者・ご家族のご都合を見計らって訪問します。
- ・ 利用者が自由に発言できる環境設定が大切です。

②サービスを利用している時に訪問します。

- ・ サービス事業者または家庭へ訪問します。
- ・ 利用者の様子（状況・表情など）を観察します。
- ・ サービス提供者からも話を聞きましょう。

③電話で状況を伺います。

- ・ 利用者の声や様子を聞き取ります。
- ・ 利用者の家族の状況によってはFAX、Eメールの利用も検討しましょう。

ここで大切なことは質問形式にならないことです。何気ない会話からポイントを見出しましょう。

④ケアカンファレンスを開きます。

- ・ サービス担当者会議を開き、利用者・家族、サービス提供者との連絡を継続的にいきます。
- ・ モニタリングのためにカンファレンスを用いる場合は、困難事例への対応に関してそれぞれの関係機関が把握している情報を共有、現状の評価を行う場合が考えられます。

(2) 利用者・家族へのアプローチ

①利用者・家族から実施状況を尋ねたり、確認したりしてモニタリングします。

サービス開始後早い時期に利用者に利用後の印象を聞き、下記のことを確認しましょう。

- ・ 介護サービス計画どおりにサービスが実施されていますか？
- ・ 総合的な援助方針に沿った生活になっていますか？
- ・ 生活の課題に対する長期目標・短期目標に近づいていますか？
- ・ サービス内容、接遇に対して、不満や改善してもらいたいことはありませんか？
- ・ 新しいニーズが発生していませんか？

②サービス別には。

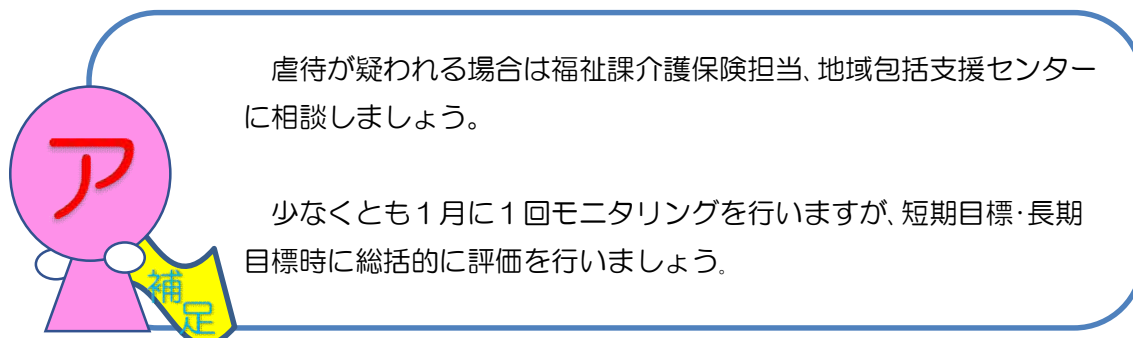
- ・ 通所系の場合－食事、送迎、入浴、リハビリテーション、レクリエーションはどうだったのか
- ・ 訪問系の場合－家庭に来る時間が遅れたり、早く帰ったりしないか
- ・ レンタル・福祉用具の場合－品物の汚れや不具合はなかったか
- ・ 住宅改修の場合－工事のとき、傷などをつけなかったか

- 短期入所の場合—入浴や食事などの処遇をはじめ、居室やベッドなど環境面に不満がなかったか等上記の点に留意しながら、記録します

(3) サービス事業者へのアプローチ

① サービス事業者からの情報によってモニタリングします

- | | |
|----------|--|
| 心身の確認 | <input type="checkbox"/> 身体的レベル(ADL)の情報と確認 |
| | <input type="checkbox"/> 認知症レベルの情報と確認 |
| ポジティブな変化 | <input type="checkbox"/> サービスの利用後、新たに意欲の変化はないか |
| | <input type="checkbox"/> 意欲及び行動の好転に伴い、新たなリスク(危機)がないか |
| ネガティブな変化 | <input type="checkbox"/> 病状の悪化はないか |
| | <input type="checkbox"/> ADL 等の悪化はないか |
| サービスの効果 | <input type="checkbox"/> サービスを利用したときの利用者の満足度はどうであったか |
| | <input type="checkbox"/> サービス利用後の家族の満足度はどうであったか |
| 危険因子 | <input type="checkbox"/> 家族も知らない皮膚疾患がなかったか |
| | <input type="checkbox"/> 家庭内の不仲及び放置・放任・虐待がなかったか |
| | <input type="checkbox"/> サービスを強制的に受けている様子がなかったか |
| | <input type="checkbox"/> 眼に見えない精神的な悩みが発覚していないか |



虐待が疑われる場合は福祉課介護保険担当、地域包括支援センターに相談しましょう。

少なくとも1月に1回モニタリングを行いますが、短期目標・長期目標時に総括的に評価を行きましょう。

• 過程評価(プロセス評価)

ケアマネジメントを構成する各プロセスが適切に展開されていたかを評価することです。

• 成果評価(アウトカム評価)

利用者の状況がケアプラン作成時点と一定期間後でどのように変化したのか、どのような効果があったのかを測定するものです。

※目標の達成状況をモニタリングしながら、ケアマネジメントの実施過程(アセスメント～ケアプラン作成～サービスの実施)のどこに問題があったのか、どのように対応すべきかを検討します。

3. 再課題分析（再アセスメント）実施

モニタリングの結果を踏まえ、再課題分析を行いましょ。モニタリングし、再課題分析を行い、計画を修正していくことが利用のサービスを向上させていくことにつながります。

(1) 見直しが必要となる理由

- 利用者にとって、より有効な介護サービスにする為
- 利用者の不満足や不都合を修正する為
- 利用者の満足度を高める為
- 利用者のリスクを回避する為・・・等々

(2) 見直しに必要な留意点

総合的な援助の方針を見直します。

- 「総合的な援助の方針」は利用者の生活に対する意向に沿っていますか？
- 「総合的な援助の方針」は現実的ですか？
- 「総合的な援助の方針」はわかりやすい言葉で表現されていますか？

「健康状態の維持・向上」という観点から見直します。

- 利用者の「疾病」「障害」について、適切な情報を得ていますか？
- 利用者の「疾病」「障害」について、理解していますか？
- 利用者の「疾病」「障害」の状態が今以上に改善する、またはこれ以上悪化しないように配慮したケアプランが立てられていますか？

「ADL の維持・改善」という観点で見直します。

- 利用者の持っている「ADL」を阻害している要因（心理的、人的、物理的要因等）について、十分把握していますか？
- 利用者の持っている「ADL」の発揮を阻害する要因に対して、ケアプラン上で対策が立てられていますか？

「QOL を高める」という観点で見直します。

- 利用者の「希望や意向」について、十分に把握していますか？
- 利用者の抱いている「希望や意向」を話し合える関係を築けていますか？
- 利用者の「希望や意向」の実現を阻害する要因について、充分理解していますか？
- 利用者の「希望や意向」を実現できるケアプランが立てられていますか？

「介護者の介護負担の軽減・QOLの向上」という観点で見直します。

- 介護者が感じている身体的・精神的負担について、十分把握していますか？
- 介護者が身体的・精神的に負担と感じていることを軽減できるケアプランとなっていますか？
- 介護者の「希望や意向」について、十分に把握していますか？



介護プランの見直しを行った際、医療サービスの必要性がある場合について

「利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない」とされています。ですが医療サービスの有無にかかわらず、普段より医療機関や医師との連携を図り、情報共有を行いながら利用者の福利につながるよう支援を行いましょう。

第7節 記録

1. 記録の整備

(1) 記録を整備しましょう

ポイント

ファイリング（一元管理）

- 保管場所を確保し、責任を持って管理。
- いつ、だれが、どこで、誰に対して、どのような方法で、何を行ったかわかる記録をつくる。

大牟田市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等を定める条例 第32条

指定居宅介護支援事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備しておかなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存しなければならない。

- (1) 第16条第13号に規定する指定居宅サービス事業者等との連絡調整に関する記録
- (2) 利用者ごとに次に掲げる事項を記載した居宅介護支援台帳
 - ア 居宅サービス計画
 - イ 第16条第7号に規定するアセスメントの結果の記録
 - ウ 第16条第9号に規定するサービス担当者会議等の記録
 - エ 第16条第16号に規定するモニタリングの結果の記録
- (3) 第19条に規定する市への通知に係る記録
- (4) 第29条第2項に規定する苦情の内容等の記録
- (5) 第30条第2項に規定する事故及び事故に際して採った処置についての記録

整備に必要な記録

- サービス事業者等との連絡調整に関する記録
- 個々の利用者ごとに次の事項を記載した居宅介護支援台帳
 - 居宅サービス計画（第1表～第7表）
 - アセスメント結果の記録
 - サービス担当者会議等の記録
 - モニタリング結果の記録
- 利用者に関する市町村への通知の記録

苦情の内容等の記録

事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

※ 記録類はサービス終了の日(居宅サービス計画終了の日)から **5年間保存**をしましょう。

(2) 苦情の内容等の記録

ポイント

苦情を処理するための体制・手順づくり

苦情の内容は、きちんと記録しておくことが重要です。内容を受け止め、分析し、対策を検討してより良いサービスにつなげましょう

大牟田市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等を定める条例

第29条

指定居宅介護支援事業者は、自ら提供した指定居宅介護支援又は自らが居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス等(第6項において「指定居宅介護支援等」という。)に対する利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応しなければならない。

2 指定居宅介護支援事業者は、前項の苦情を受け付けた場合は、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者は、自ら提供した指定居宅介護支援に関し、法第23条の規定により市が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は市の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市が行う調査に協力するとともに、市から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

4 指定居宅介護支援事業者は、市からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市に報告しなければならない。

5 指定居宅介護支援事業者は、自らが居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスに対する苦情の国民健康保険団体連合会への申し立てに関して、利用者に対し必要な援助を行わなければならない。

6 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援等に対する利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う法第176条第1項第3号の調査に協力するとともに、自ら提供した指定居宅介護支援に関して国民健康保険団体連合会から同号の指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

7 指定居宅介護支援事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

・認定結果や保険料の決定などに不服がある場合、結果を知った日の翌日から「60日」以内に福岡県が設置する「介護保険審査会」に、文書または口頭で審査請求することができます。（電話：092-643-3321）

・サービス事業者に対する苦情については、「福岡県国民健康保険団体連合会」でも対応・処理にあたります。（電話：092-642-7859）

（3）事故の状況及び事故の際に採った処置についての記録

ポイント

- 事故発生時の対応の流れをつくる
- 記録の整備
- 事故発生については、原因を解明し、再発防止の対策を検討する

介護サービス事故に係る報告要領

1 趣旨

指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定地域密着型サービス事業者、指定介護予防支援事業者及び介護保険施設が保険者に対して行う事故報告については、この要領に基づき、適切に取り扱うものとする。

2 サービスの種類

事業所又は施設のサービスの種類については、次のとおりとする（介護予防サービス及び共生型サービスを含む。）。

- | | |
|---------------|---|
| (1) 訪問系サービス | 指定訪問介護、指定訪問入浴介護、指定訪問看護、指定訪問リハビリテーション、指定居宅療養管理指導 |
| (2) 通所系サービス | 指定通所介護（指定通所介護事業所の設備を利用し提供する夜間及び深夜の指定通所介護以外のサービスを含む。）、指定通所リハビリテーション |
| (3) 居住系サービス | 指定特定施設入居者生活介護 |
| (4) 短期入所系サービス | 指定短期入所生活介護、指定短期入所療養介護 |
| (5) 施設サービス | 指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、指定介護療養型医療施設 |
| (6) 地域密着型サービス | 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護、指定夜間対応型訪問介護、指定認知症対応型通所介護（指定認知症対応型通所介護事業所の設備を利用し提供する夜間及び深夜の指定認知症対応型通所介護以外のサービスを含む。）、指定小規模多機能型居宅介護、指定認知症対応型共同生活介護、指定地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、指定地域密着型特定施設入居者生活介護、指定 |

看護小規模多機能型居宅介護、指定地域密着型通所介護（指定地域密着型通所介護事業所の設備を利用し提供する夜間及び深夜の指定地域密着型通所介護以外のサービスを含む。）、指定療養通所介護（指定療養通所介護事業所の設備を利用し提供する夜間及び深夜の指定療養通所介護以外のサービスを含む。）

(7) その他

指定居宅介護支援、指定介護予防支援、指定福祉用具貸与、指定特定福祉用具販売

3 報告の範囲

9の根拠法令等に掲げる各サービスの基準における利用者又は入所者（以下「利用者」と総称する。）に対する各サービスの提供により事故が発生した場合については、直接介護を提供していた場合のみでなく、次の場合を含む。

- (1) 利用者が事業所又は施設（以下「事業所」と総称する。）内にいる間に起こったもの
- (2) 利用者の送迎中に起こったもの
- (3) その他サービスの提供に密接な関連があるもの

4 報告すべき事故の種類

(1) 報告すべき事故の種別は、次の内容とする。

転倒、転落、異食、不明、誤薬・与薬もれ等、誤嚥・窒息、医療処置関連（チューブ抜去等）、その他（感染症（インフルエンザ等）、食中毒、交通事故、徘徊（利用者の行方不明を含む。）、接触、職員の違法行為・不祥事、事業所の災害被災）

※ 「職員の違法行為・不祥事」は、サービス提供に関連して発生したものであって、利用者に損害を与えたもの。例えば、利用者の個人情報の紛失、送迎時の利用者宅の家屋の損壊、飲酒運転、預り金の紛失や横領などをいう。

(2) 報告すべき事故における留意点

- ① 死亡については、死亡診断書で、老衰、病死等の主に加齢を原因とするもの以外の死因が記載されたものを報告すること。
- ② けが等については、医師（施設の勤務医、配置医を含む）の診断を受け投薬、処置等何らかの治療が必要となった事故を報告すること。なお、報告すべきか不明の場合は、保険者に問い合わせること。
- ③ 食中毒、感染症等のうち、次の要件に該当する場合は、保険者への報告と併せて管轄の保健所に報告し、指導を受けること。

<報告要件>

- イ 同一の感染症若しくは食中毒による、又はそれらによると疑われる死亡者又は重篤な患者が1週間以内に2人以上発症した場合
- ロ 同一の有症者等が10人以上又は全利用者の半数以上発症した場合

ハイ及び口に掲げる場合のほか、通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われ、特に管理者等が必要と認めた場合

- ④ 従業者の直接行為が原因で生じた事故及び従業者の介助中に生じた事故のうち、利用者の生命又は身体に重大な被害が生じたもの（自殺、行方不明及び事件性の疑いがあるものを含む。）については、管轄の警察署に連絡すること。

（注）事故報告には該当しないが、これに準ずるもの（利用者が転倒したものの、特に異常が見られずサービス提供を再開した場合や、職員による送迎時の交通違反の場合等）については、個人記録や事故に関する帳簿類等に記録するとともに、ヒヤリ・ハット事例として事業所内で検討して、再発防止を図ることが望ましい。

5 報告の時期等

所要の措置（救急車の出動依頼、医師への連絡、利用者の家族等への連絡等）が終了した後、速やかに保険者に対して報告を行うこと。また、併せて居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所に対して報告を行うこと。

報告は、事故発生後速やかに、遅くとも5日以内に行うこと。ただし、事故の程度が大きいものについては、まず、電話等により、保険者に対し、事故の概要について報告すること。報告に当たっては、次の点に留意すること。

- (1) 利用者の事故について、事業所所在地の保険者と当該利用者の保険者双方に報告すること。
- (2) 報告後に、当該利用者の容態が急変して死亡した場合等は、再度報告を行うこと。

6 報告すべき内容

- (1) 事故状況の程度（受診、入院、死亡等）
- (2) 事業所の名称、事業所番号、連絡先及び提供しているサービスの種類
- (3) 利用者の氏名、年齢、性別、サービス提供開始日、住所、保険者、要介護度及び認知症高齢者日常生活自立度
- (4) 事故の概要（事故発生・発見の日時及び場所、事故の種別、発生時の状況等）
- (5) 事故発生・発見時の対応（対応状況、受診方法、受診先、診断結果等）
- (6) 事故発生・発見後の状況（家族や関係機関等への連絡）
- (7) 事故の原因分析（本人要因、職員要因、環境要因の分析）
- (8) 再発防止策（手順変更、環境変更、その他の対応、再発防止先の評価時期および結果等）

7 保険者に対する事故報告の様式

別に保険者が定める事故報告書の様式がある場合はそれによることとし、基本的に上記6の項目を満たす必要がある。

事故報告書の様式の標準例は、別紙のとおりとする。

保険者への事故報告の提出は、電子メールによる提出が望ましい。

また、事故報告書は、基本的には利用者個人ごとに作成するが、感染症、食中毒等において、一つのケースで対象者が多数に上る場合は、事故報告書を1通作成し、これに対象者のリスト（標準例の項目3「対象者」及び5「事故発生・発見時の対応」、各人の病状の程度、搬送先等の内容を含むこと。）を添付してもよい。

8 記録

事故の状況及び事故に際して採った処理は必ず記録し、完結後2年間は保存すること。ただし、保険者の条例が適用される場合において、異なる期間を定めるときは、その期間とすること。

9 根拠法令等

(1) 居宅サービス及び施設サービス

- ① 福岡県介護サービス事業等の人員、設備及び運営の基準等に関する条例（平成24年福岡県条例第55号）第6条（それぞれ第12条、第17条、第18条の5、第21条、第26条で準用する場合を含む。）、第7条、第13条、第18条、第18条の6、第22条及び第27条又は指定都市若しくは中核市が定める条例における相当の規定
- ② 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第37条（それぞれ第39条の3、第43条、第54条、第58条、第74条、第83条、第91条、第119条、第140条（第140条の13で準用する場合を含む。）、第140条の15、第140条の32、第155条（第155条の12で準用する場合を含む。）、第192条、第192条の12、第206条、第216条で準用する場合を含む。）、第104条の2（それぞれ第105条の3、第109条で準用する場合を含む。）
- ③ 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第39号）第35条（第49条で準用する場合を含む。）
- ④ 介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）第36条（第50条で準用する場合を含む。）
- ⑤ 介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成30年厚生労働省令第5号）第40条
- ⑥ 健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第41号）第34条（第50条で準用する場合を含む。）
- ⑦ 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第53条の10（それぞれ第61条、第74条、第84条、第93条、第123条、

第 142 条（第 159 条で準用する場合を含む。）、第 166 条、第 185 条、第 195 条（第 210 条で準用する場合を含む。）、第 245 条、第 262 条、第 280 条、第 289 条で準用する場合を含む。）

(2) 地域密着型サービス

- ① 保険者が定める条例における相当の規定
- ② 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）第 3 条の 38（それぞれ第 18 条、第 88 条、第 108 条、第 129 条、第 182 条で準用する場合を含む。）、第 35 条（それぞれ第 37 条の 3、第 40 条の 16、第 61 条で準用する場合を含む。）、第 155 条（第 169 条で準用する場合を含む。）
- ③ 指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 36 号）第 37 条（それぞれ第 64 条、第 85 条で準用する場合を含む。）

(3) 居宅介護支援及び介護予防支援

- ① 保険者が定める条例における相当の規定
- ② 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（平成 11 年厚生省令第 38 号）第 27 条
- ③ 指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 37 号）第 26 条

附 則

この要領は、平成 27 年 4 月 27 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 28 年 4 月 27 日から施行し、改正後の介護サービス事故に係る報告要領の規定は、平成 28 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 30 年 4 月 30 日から施行し、改正後の介護サービス事故に係る報告要領の規定は、平成 30 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、令和 3 年 5 月 19 日から施行する。

第8節 災害時の対応

昨今大規模な災害の発生が見られる中、施設・事業所において、災害発生時に適切な対応を行い、その後も利用者に必要なサービスを継続的に提供できる体制を構築することが求められています。介護支援専門員が、大地震や水害等の自然災害に対し、平時から準備・検討しておくべき事や発生時の対応について、大牟田市における令和2年7月豪雨時の対策を例にとってまとめました。

(1) 災害救助法の適用

災害救助法とは、災害が一定の規模以上の場合に国の責任で救助を行う法律です。食料の供給や避難所の開設など発災後の被災者の救済を目的とした応急的、一時的な救助です。特徴の一つとして、原則現物支給となっています。大牟田市では、令和2年7月豪雨にて被災された被保険者に対して災害救助法が適用されました。

(参考) 令和2年7月豪雨により被災された被保険者に対する介護サービス利用者負担金の免除について

令和2年7月6日の豪雨により、大牟田市に災害救助法が適用されました。それに伴い下記(1)～(5)のいずれかに該当する被保険者が、利用する介護サービス事業所等の窓口で申立てをした場合、介護サービス利用者負担金の徴収を猶予し、後日、市の窓口で申請し認められた場合は、令和2年7月分から令和3年12月分までの介護サービス利用者負担金が免除されます。

[大牟田市役所 ホームページ](#)

(2) り災証明書とは

風水害、地震等の自然災害により、住家（現に居住する家屋）が被害を受けた場合、「全壊」「大規模半壊」「半壊」「準半壊」「準半壊に至らない（一部損壊）」など被害の程度を証明するものです。申請には、被災した状況を撮影した写真が必要になるなど、高齢者だけでは対応が困難な場合があります。介護支援専門員は普段から申請書類などを確認しておく必要があります。

(3) 「被災証明」とは

風水害、地震等の自然災害により、店舗や事務所、物置、カーポート、農林水産施設などの被災の事実を証明するものです。

(参考) 「り災証明」「被災証明」の発行について

[大牟田市ホームページ](#)



被災すると、すぐに片づけたくなると思いますが、その前に写真を撮る等、被災した状況が分かるようにしておくことも重要です。

(3) 事前のリスト

災害発生時、緊急の対応を行うことを考え、介護支援専門員は、日頃から利用者のリストを準備しておく必要があります。例えば「一人暮らし」「寝たきり」「ハザードマップの危険な場所に住宅がある」などの情報を事業所で共有しておくことで緊急時に慌てずに対応ができます。また地域住民の協力が得られるのかなど、民生委員に声掛け等を行うことも有効な方法となります。日常的に地域との連携を図ることが重要です。

(4) 事業継続計画（BCP）とは

身体、生命の安全確保に加え、優先的に継続、復旧すべき重要業務の継続または早期復旧を目的としています。

(参考) 介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）ガイドラインについて

介護サービスは、利用者の方やその家族の生活に欠かせないものであり、感染症や自然災害が発生した場合であっても、利用者に対しての必要なサービスが安定的・継続的に提供されることが重要。

必要なサービスを継続的に提供するためには、また、仮に一時中断した場合があっても早期の業務再開を図るためには、業務継続計画の策定が重要であることから、その策定を支援するため、介護施設・事業所における業務継続ガイドライン等を作成。

厚生労働省ホームページ

[「介護施設・事業所における業務継続計画（BCP）作成支援に関する研修」](#) 参照

(5) 支援制度一覧

災害時における支援制度（令和2年7月豪雨時）

種別	制度	概要	問い合わせ
証明	り災証明	災害により住家（店舗等の併用住宅含む）に被害を受けたことの証明で、支援制度の申請や税の減免、保険金請求等に必要となる証明書	福祉課（障害福祉担当） TEL：41-2663 FAX：41-2664
	被災証明書	災害により住家の工作物（物置、カーポート等）、店舗等、農林水産施設に被害を受けたことの証明	※住家の工作物は、福祉課（障害福祉担当） TEL：41-2663 FAX：41-2664

			※店舗等は、産業振興課 TEL：41-2762 FAX：41-2751 ※農林水産施設は、農林水産課 TEL：41-2754 FAX：41-2756
住宅	住宅に関する相談	入居可能な市営住宅、県営住宅及び民間賃貸住宅の情報提供	建築住宅課 TEL：41-2787 FAX：41-2795
	住宅の応急修理	災害救助法に基づく住宅の応急修理の援助 ※「り災証明書」の写し等が必要	
衛生	災害ごみの処理	分別して、仮置き場へ搬入（指定ごみ袋を使用しなくても可）	環境業務課 TEL：41-2723 FAX：41-2733
	し尿処理手数料の減免（予定）	自宅又は店舗等の「り災証明書」等の交付を受けた方（減免の申請は不要） ※これ以外にも、過去3ヶ月の収集実績の平均値を基に減免	
	家屋の消毒	浸水家屋の床下、家屋周りの消毒	保健衛生課 TEL：41-2615 FAX：41-2675
	水道料金・下水料金の減免（予定）	自宅または店舗等の「り災証明書」等の交付を受けた方。（減免の申請は不要）	
生活	市県民税の減免	住宅や家財が一定以上の被害を受けた場合、市県民税の一部を減免 ※「り災証明書」の写し等が必要	税務課（市民税担当） TEL：41-2608 FAX：41-2621
	固定資産税・都市計画税の免除	固定資産（土地・家屋・償却資産）が一定以上の被害を受けた場合、固定資産税・都市計画税の一部を減免 ※「り災証明書」の写し等が必要	税務課（固定資産税担当） TEL：41-2609 FAX：41-2621
	国民健康保険及び医療費の自己負担分の減免	災害により住宅等の財産に著しい損害を受けた場合、り災証明書に基づき、国保税や後期高齢者医療保険料の一部及び医療費の自己負担分の一部を減免 ※「り災証明書」の写し等が必要	保険年金課（国民健康保険担当） TEL：41-2606 FAX：41-2621
	後期高齢者医療の保険料および医療費の自己負担分の減免		保険年金課（後期高齢者医療担当） TEL：41-2665 FAX：41-2621
	国民献金保険料の免除	災害により住宅等の財産に一定の損害を受けた国民年金第1号被保険者について、「り災証明書」等に基づき、国民年金保険料を免除	保険年金課（国民年金担当） TEL：41-2607 FAX：41-2621
	市税の納税の猶予	災害により市税を一時的に納付することができない場合	納税課 TEL：41-2600 FAX：41-2621
	介護保険料の減免	災害により住宅等の財産に著しい損害を受けた場合「り災証明書（写しでも可）」に基づき、介護保険料の一部を免除	福祉課（介護保険担当） TEL：41-2683 FAX：41-2662
	介護サービス費等の減免	災害により住宅等の財産に著しい損害を受けた場合「り災証明書（写しでも可）」に基づき、介護サービス等の利用に必要な費用負担額の一部を減免	福祉課（介護保険担当） TEL：41-2683 FAX：41-2662
住民票の写し等の諸証明書交付手数料の減免	被災された方に対する住民票の写し、印鑑登録証明書、戸籍に関する証明書、所得課税証明書等の交付手数料の減免（ただし、コンビニ交付は対象外） ※「り災証明書」等の提示が必要	・住民票、印鑑証明書等 市民課 TEL：41-2602 FAX：41-2621 ・所得証明書等 税務課（諸税担当） TEL：41-2471 FAX：41-2621	

教育	就学援助	被災した児童生徒の保護者等に対する市立小中学校の就学に必要な学校給食費、学用品費等の援助 ※「り災証明書」(写しでも可)が必要	教育委員会事務局学務課 福祉課(介護保険担当) TEL: 41-2866 FAX: 41-2862
	見舞金・貸付金・支援金	災害により住宅に著しい被害を受けた場合等の見舞金、貸付金、生活再建のための支援金【被害状況によって支援制度が異なります。】	福祉課(障害福祉担当) 福祉課(介護保険担当) TEL: 41-2663 FAX: 41-2664

※支援制度の詳細や必要書類等、詳しくはお問い合わせ先にお尋ねください。

※上表は、市関係の主な支援制度です。国県の支援制度は、それぞれの機関にお尋ねください。福岡県庁(代表092-651-1111) 総務省九州管区行政評価局 行政相談専用ダイヤル(092-473-1100) また、事業所に対する支援・相談は産業振興課(41-2762)へ、農林漁業者に対する支援・相談は農林水産課(41-2601)へお問い合わせください。

2 大牟田市災害ボランティアセンター(大牟田市社会福祉協議会内)

家の掃除や片づけ、荷物の運び出しをボランティアがお手伝いします。ただし、専門的技術を要することや危険を伴う作業はできません。

3 大牟田市介護支援専門員連絡協議会

大牟田市介護支援専門員連絡協議会のホームページでも随時、緊急のお知らせや届け出など、災害時に役に立つ情報を掲載しています。

ホームページ <https://omuta-cm.net/>

第9節 スーパービジョンとは

1. スーパービジョンの定義

スーパービジョン（Supervision）とは、読んで字のごとく、Superは「卓越した」「極上の」、visionは「視力」「視点」「洞察力」の意味があり、ケアマネジメント実践においては、介護支援専門員が利用者に対してよりよい援助ができるように組織的責任をもって教育・管理するものであり、間接的援助技術として捉えることができます。

従来から、対人援助を業務とするソーシャルワーカーやケアワーカーの実践現場においては、専門職として養成され専門資格が与えられた後も、クライアントと1対1で向き合うことも多く、「これで良いのか」「ほかに優れた方法があるのではないか」「自分は専門職として業務をしているのだろうか」と悩むことが多々あります。しかし一方では、「制度上で定められた手続きや確認、書類作成などを間違いなくこなしているので、対人援助者としての専門技術を備えている」と独りよがりになってしまうこともあります。

要介護状態に至った高齢者に、それぞれの尊厳を保持し、主体的に多様な自立に向けた支援を継続していくことが介護支援専門員の業務ですから、自らの支援プロセスを振り返り、修正する機能を持たなければ、対人援助者としてのスキルの向上はありえません。とりわけケアマネジメントという援助方法を専任の介護支援専門員として通算5年以上経験し、合計70時間以上の法定研修を習得した主任介護支援専門員から、新人や後輩、同僚に指導・助言するスーパービジョンの実践活動は、ケアマネジメントの質の向上が求められている今日、非常に重要なものとなっています。スーパービジョンを受ける人を「スーパーバイザー」といい、スーパービジョンをする人を「スーパーバイザー」といいます。

2. スーパービジョンの機能

スーパービジョンの目的を果たすためには、管理的機能、教育的機能、指示的機能、評価的機能を発揮しなければなりません。これらの機能は常にバラバラに発揮されるものではなく、時と場合により2つ、3つの機能を意識して展開される場合も多く、特に評価的機能は、その他の3つの機能に全て関係するものです。

介護支援専門員に対するスーパービジョンの目的は、組織の中で、ケアチーム内での、チームの推進役として介護支援専門員の役割が果たせるように、スーパーバイザーが援助、指導、監督し、ケアマネジメント技術を向上させることです。この目的を具体化すると次の4つの機能に分かれます。

(1) 管理的機能

介護支援専門員のなすべき義務は、介護保険法第69条の34に定められており、これと関連して、してはいけない禁止事項もあります。これらの義務や禁止事項は、介護支援専門員が所属する居宅介護支援事業者、施設、地域包括支援センターなどのそれぞれの組

織としての理念や基本方針にも位置付けられており、各組織は、これを守り、実践するためのルール（内部規定）を定め、人的・物的環境を整えていかなければなりません。

スーパービジョンには、これらのルールが曖昧になっていないか、ケアマネジメント業務が実践できる職場環境になっているか確認し、改善すべきことがあれば、スーパービジョンによって管理的機能を果たし、改善することが求められます。具体的には、次のことを実施します。

- ① 介護支援専門員が所属している居宅介護支援事業所（地域包括支援センター、施設等）の理念、運営方針を理解し、順守させる。
- ② 就業規則等に即して、訪問、面接、記録、報告、データ入力などが実施しているか確認する。
- ③ 緊急事態、非常事態にも適切に対応できるように、予め体制を定めておき、いざというときに備えて年に数回は訓練等を行う。
- ④ 担当の介護支援専門員が不在時の代替性、協力体制、バックアップ体制があるか、機能しているか確認する。
- ⑤ 同一法人内の併設事業者、協力機関に位置付けている関係機関との連携・協働の実態を確認し、必要に応じて機能するように管理する。

(2) 教育的機能

介護支援専門員に対するスーパービジョンの基本は、要支援・要介護者の自立支援を推進する専門職として必要な知識、技術、技能、価値、倫理を主任介護支援専門員がスーパーバイザーとして具体的に教えることです。スーパーバイザーが一方向的に原則論を繰り返して伝えても、スーパーバイザーは自ら努力し、実践していると信じている場合もあるでしょう。スーパーバイザーが自ら工夫し、自分で方策を考え、利用者から認められ、学習し向上したいと意欲的になることを考慮すると、スーパーバイザーもスーパーバイザーの思いを引き出し、指導技術を高める努力をしなければなりません。

(3) 支持的機能

介護支援専門員が利用者の主体性と尊厳を保持して、自立に向けて専門的な視点をもって支援をしていく過程においては、努力をしても報われない場面も多く、利用者から拒否されたり、介護者の考え方がつかめない場合などはストレスフルな状態に陥ることもあります。スーパーバイザーへの心理的サポートやバーンアウト防止は、介護支援専門員がやる気を取り戻し、ケアマネジメントという専門業務の意義を感じ取るのに不可欠です。スーパーバイザーが支持的機能を発揮するためには、相互に信頼関係が構築されていることが必要です。介護支援専門員自身も思い込みがあること、利用者のストレングスや残存機能を活用することを忘れていたことなど、支持的機能により自らを振り返り、自己覚知に至ることもできるでしょう。

(4) 評価的機能

スーパーバイザーに対して、スーパーバイザーが効果的なスーパービジョンを展開して専門職としての成長を促すためには、スーパーバイザーのスキルは何が不足しているか、どういう状態に陥っているか、優れているところは何か等の評価をしなければ、スーパービジョンの成果を期待することはできません。スーパービジョンはただやればよいものではなく、意図的に目的をもって行う実践活動ですから、スーパービジョンを実施した結果に対しても、目的を達成することができたか評価しなければ、一人相撲で終わってしまいます。介護支援専門員が利用者に対してPDCAを意識してケアマネジメントを進めていくように、スーパービジョンにおいてもスーパーバイザーは、スーパーバイザーに対して、スキルアップの課題を明確にして、目標に向かってスーパービジョンの機能をPDCAに基づき展開していくことが重要です。

3. スーパービジョンの形態と特徴

スーパービジョンの形態としては、以下の6つがあります。それぞれの特徴を活かして活用し、個人スーパービジョンに引き続きグループスーパービジョンに連続するなど、組み合わせることができます。

(1) 個人スーパービジョン

スーパーバイザー1人とスーパーバイジー1人の1対1の関係で行います。介護支援専門員が抱えている課題を深く掘り下げ、自己覚知や自己洞察を促し、信頼関係を深める機会にすることができる等のメリットがある一方で、定期的に継続的に行うためには、スーパーバイザーとスーパーバイジーの双方に時間の確保が必要であり、うまくいかなかった場合は、双方の人間関係を悪化させてしまうことになる可能性もあります。同じ職場で上司や先輩にちょっと相談したり、上司から呼び止められて注意されたりといった日常的な相互のやり取りは、双方ともにスーパービジョン関係が形成されているとはいえ、記録も振り返りも行われていないので、個人スーパービジョンとはいえません。

(2) グループスーパービジョン

スーパーバイザー1人に対して複数のスーパーバイジーで実施します。複数の介護支援専門員が抱えている共通の課題に対して取り組むことができ、介護支援専門員同士の意見の違いや共通点など相互理解や学習効果を高め、広げることが可能です。ただし、デメリットとしては、討議が表面的なものにとどまってしまう、個別の課題が隠されたり、表面化されにくい傾向に陥る可能性があります。事業所や法人内で行う場合には、組織としての課題を取り上げることも可能です。

(3) ピアスーパービジョン

主任介護支援専門員や管理者を含めなくて、スーパーバイザーである介護支援専門員同士で行われるスーパービジョンをいいます。親しみやすい雰囲気の中で共感を得やすい環境を活かしてメリットにしていくためには、互いの成長やレベルアップを目指して学び、考え、実践する意識をもって主催することが求められます。

(4) ライブスーパービジョン

スーパーバイザーである主任介護支援専門員が、スーパーバイザーである介護支援専門員が行っているケアマネジメント業務に同席し、その場で具体的なスーパービジョンを実施する方法です。居宅介護支援の場合は、アセスメント、モニタリングに同行訪問し、介護支援専門員が情報収集しにくい場面や、説明が利用者に理解されていない場合など、その場で直接介護支援専門員に代わって質問したり、説明することにより、その場で直接指導し、指導を受けることができます。新人の介護支援専門員等は頭で理解していても、実践できない場合もあり、利用者、家族との信頼関係が構築しにくい場合などは、その後の好循環につなげることができると同時に、事業所としてのケアマネジメント実施体制を利用者に理解してもらう機会となります。サービス担当者会議にも有効です。ただし、利用者には事前にスーパーバイザーが同席し、スーパービジョンが展開されることを説明し、理解を得ておく必要があります。また、ライブスーパービジョンの直後には、個人スーパービジョンを実施し、何を学んだか、自らの実践に何を活用するのか、スーパーバイザーが意図した指導内容が理解されたかを確認し、評価する必要があります。

(5) ユニットスーパービジョン

複数のスーパーバイザーが1人のスーパーバイザーに対して実施する形態です。ケアマネジメントは生活全体を捉える総合性が常に求められていますが、1人のスーパーバイザーが、医療、看護、介護、住宅、リハビリテーション、心理などの多領域における高度な知識や技術を有しているわけではありません。そのため、重層的な課題を抱えている利用者や、緊急対応を要する利用者のスーパービジョンなどには有効です。複数のスーパーバイザーの日程調整が必要ですが、事前にスケジュールを立て、スーパービジョンの目的、対象、内容を明確にし、事前にコメントを提出してもらう等の方法もあります。

(6) セルフスーパービジョン

スーパーバイザー自身が、自分が行ったケアマネジメントについて点検し、評価し、スキルアップの課題を見つけ、自己研鑽していく方法です。この場合においても、一定の期間ごとに客観的な評価をスーパーバイザーから受けることにより自信が付き、更に意欲を高めることができます。

4. 基礎の習熟と実践の積み重ね

介護支援専門員は対人援助の専門職です。対人援助職として実践力を高めていく事が、介護支援専門員としてのスキルを高めていく事につながっていきます。では、実践力を高めるためにはどうしたらいいのでしょうか？それは、基礎の習熟と実践の積み重ねに尽きます。

少し具体的に説明していきます。

「基礎の習熟」：「基本（基礎）」は初心者に限らず大切なものです。振り返る時期（経験）に応じて「基本」に対する習熟が深まり、援助職としての「軸」をより強固にしてくれます。スーパービジョン研修では、対人援助の基本を振り返るとともに、理解を深め、頭で理解するだけでなく、自らが言語化していける事を目的としています。ここでいう「基礎」とはなんでしょう。奥川幸子先生の「身体知と言語」に詳細に説明してありますので、是非一度目を通して頂ければと思います。例えば、「対人援助の仕事とは何か？」「何を目的として仕事をするのか？」を理解する事だったり、「自分は誰に対して、何をする人か？」と立ち位置を確認する事だったりします。その根本的な部分を叩き込んでおかないと、対人援助職としての的確な支援を行っていく事が出来ません。介護支援専門員として、サービスにつなぐ事は出来ても利用者（クライアント）自身の悩みの解決に至る事が難しくなるでしょう。ある程度の経験を積み重ねてきた対人援助職者が陥りやすいのが、ニーズ認識の乖離（かいり）です。利用者が必要としているニーズ（フェルトニーズ）と、援助者によって判断されるニーズ（ノーマティブニーズ）がありますが、互いのニーズが一致しているのであるならば、問題はありません。しかし、援助者が利用者の訴えをそのままニーズとしてしまったり、これまでの経験値で「こういう方はこういうサービスが必要だろう」とか表面的な問題行動の解決だけを図ろうとしたりするならば、利用者との間に大きな乖離が生じてきます。そういった事が起きないように、「基本」に立ち返り、対人援助職者としての自分の言動や立ち振る舞いを振り返る必要があるでしょう。また利用者の言動の変化に「気づく」視点をもつことも基本の習得から始まります。基礎知識の習得と共に気づきも深まっていきます。基本は不変で、色あせることはありません。

【基本的な対人援助の知識・技術・視点・態度】

- ・対人援助の特性
- ・専門的援助関係とは
- ・職業倫理
- ・権利擁護
- ・自律支援
- ・ノーマリゼーション
- ・クライアントの理解
- ・人間の発達
- ・疾患
- ・家族力動
- ・対象喪失
- ・防衛機制
- ・基本的欲求
- ・相談援助面接の基本
- ・面接の組立
- ・実践の枠組みと組立
- ・対人援助の構図
- ・バイスティックの7原則
- ・ソーシャルサポート6分類
- ・アセスメント16項目
- ・ポジショニング
- ・共感的理解から自己決定を支える援助の構図
- ・治療的コミュニケーション技術 等

「実践の積み重ね（事例検討やスーパービジョン）」：対人援助職者として、前述のような基礎知識を理解すれば、素晴らしい面接が出来るような技術が身につくのかというところではありません。技術は知的な作業を反復することのみ発達させる事が出来ます。実践は応用の繰り返しの作業となります。

- 身近なグループでの事例検討会等の継続的な開催（スーパービジョン）
- （生の私）と職業的な私の成長
- 内省の反復→実践知の精度向上