A photograph of a desk setup. On the left is an open silver laptop. Next to it is a small potted plant with green leaves. In the center is a white ceramic cup. To the right of the cup is a spiral-bound notebook with a pen resting on it. In front of the notebook are a pair of black-rimmed glasses and a white smartphone. The background is a plain, light-colored wall.

介護支援専門員実務研修

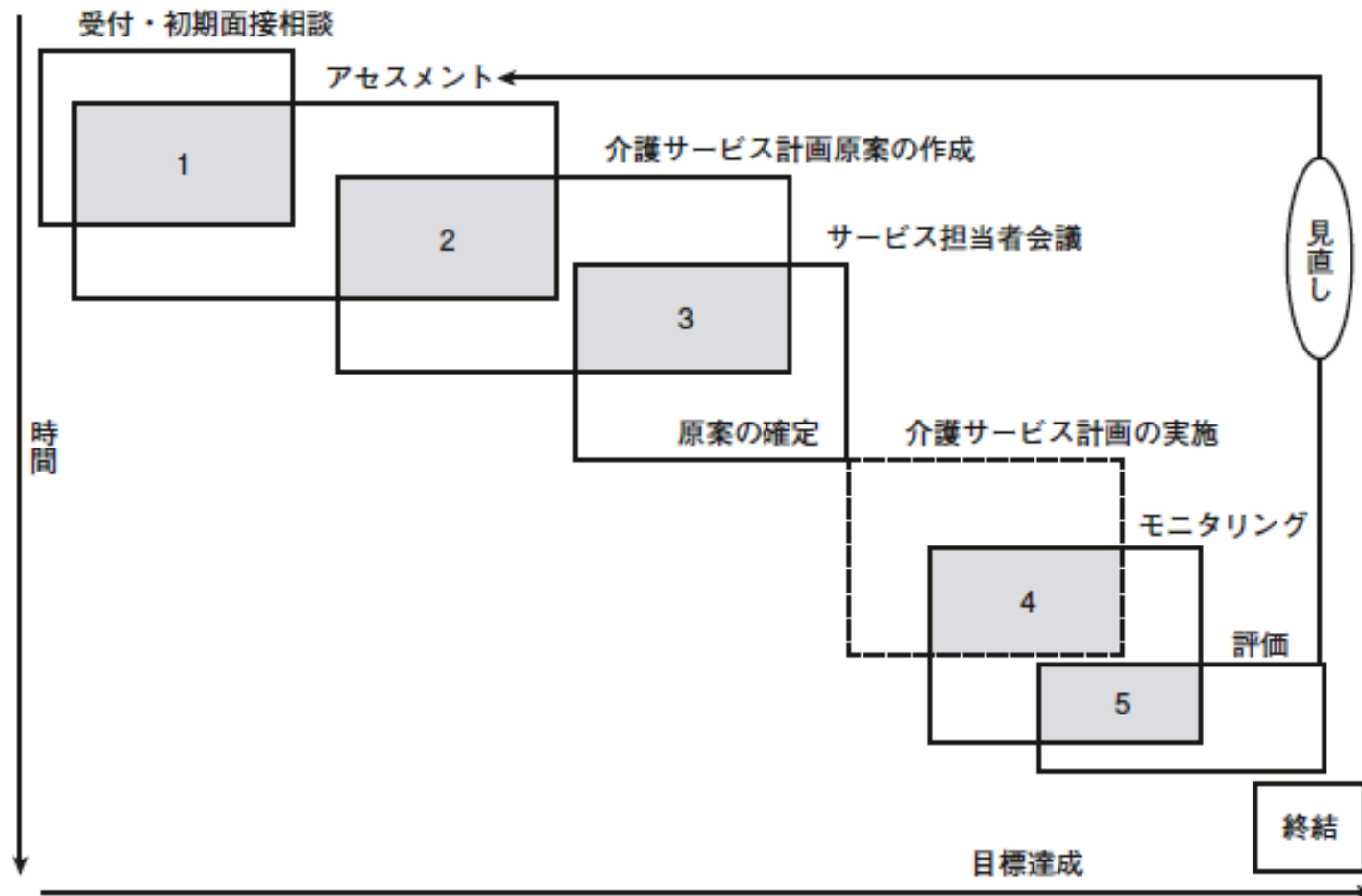
補足資料

ケアマネジメントの目的

生活を継続するうえで解決すべき課題のある人に対して、その人たちが地域のなかで生活できるよう、その実現を図ること。

アセスメント (ケアマネジメントプロセス)

図2-1-2 ケアマネジメントプロセス



出典：太田貞司・關光登志子編『対人援助職をめざす人のケアマネジメント——Learning10』みらい、67頁、2007年、關光登志子作成を一部
改変

運営基準第13条

指定居宅介護支援の具体的取扱方針

基準第13条は、利用者の課題分析、サービス担当者会議の開催、居宅サービス計画の作成、居宅サービス計画の実施状況の把握などの居宅介護支援を構成する一連の業務のあり方及び当該業務を行う介護支援専門員の責務を明らかにしたものである。

なお、利用者の課題分析（第六号）から担当者に対する個別サービス計画の提出依頼（第十二号）に掲げる一連の業務については、基準第1条の2に掲げる基本方針を達成するために必要となる業務を列記したものであり、基本的にはこのプロセスに応じて進めるべきものであるが、緊急的なサービス利用等やむを得ない場合や、効率的・効果的に行うことを前提とするものであれば、業務の順序について拘束するものではない。ただし、その場合にあっても、それぞれ位置付けられた個々の業務は、事後的に可及的速やかに実施し、その結果に基づいて必要に応じて居宅サービス計画を見直すなど、適切に対応しなければならない。

居宅のケアマネジメントプロセスと運営基準の条項

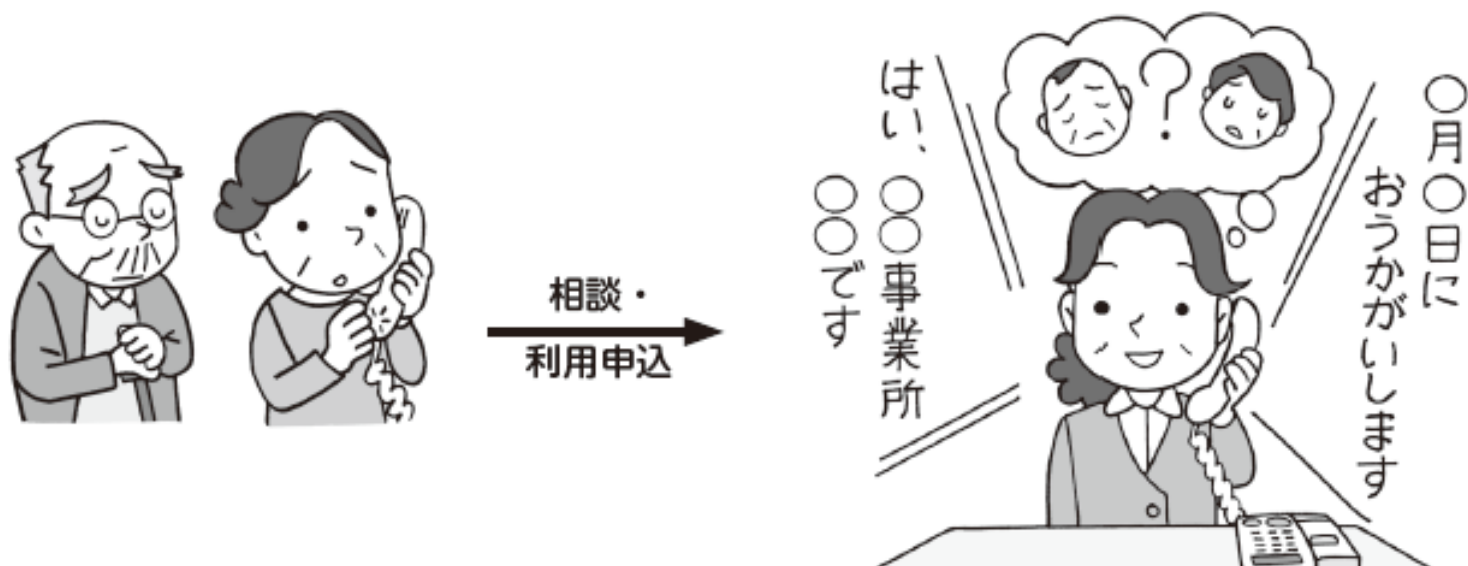
ケアマネジメント	主に関連する運営基準の状況
受付・初期面接相談（契約・インテーク）	第13条第2号、
アセスメント	第13条第6号、第7号
居宅サービス計画原案の作成	第13条第3号・第4号・第5号・第8号
サービス担当者会議	第13条第9号、第15号、
居宅サービス計画の実施	第13条第10号、第11号、第12号
モニタリング・評価	第13条第13号、第14号
見直し（再アセスメント）	第13条第13号、第16号
終結	

利用者

居宅介護支援事業所

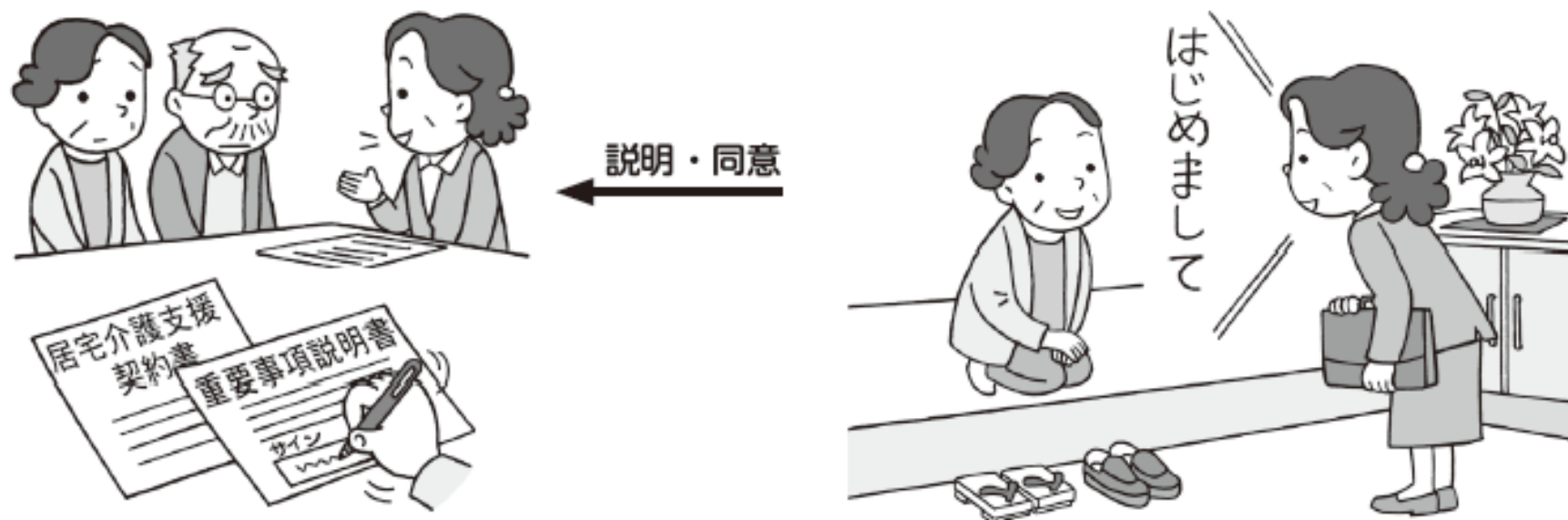
1 受付*①

利用者・家族から相談、そして居宅サービス計画作成依頼の連絡が。利用者が事業所に来訪することも、病院から退院前に連絡が入ることもあります。この時点から、情報収集が始まっています。



2 初期面接相談*②

利用者・家族と介護支援専門員が一緒に居宅サービス計画をつくっていくこと、個人情報の扱い等の説明を行い、「重要事項説明書」「居宅介護支援契約書」で同意を得ます。利用者から依頼を受け「居宅サービス計画作成依頼届」を市町村へ提出。



インタビューに関連する運営基準の条項

項目	概要
第13条第2号	指定居宅介護支援の基本的留意点

運営基準第13条 第2号

指定居宅介護支援の基本的留意点

利用者及びその家族の主体的な参加及び自らの課題解決に向けての意欲の醸成と相まって行われることが重要である。

このためには、指定居宅介護支援について利用者及びその家族の十分な理解が求められているものであり、介護支援専門員は、指定居宅介護支援を丁寧に行うことを旨とし、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行うことが肝要である。 ※肝要:最も重要・必要なこと

③ アセスメント 利用者と協働して現状の確認*③

利用者・家族からていねいに話を聞き、介護サービスを受けながらどのような生活をしたいかを確認していきます。利用者・家族の意向を尊重し、信頼関係を築くよう努めます。



4 アセスメント 解決すべき課題（ニーズ）の把握*③

利用者・家族の「生活に対する意向」を探り、利用者の自立を阻害する要因などを整理していきます。「目の前の困った状況を改善し、望む生活をしたい」と、利用者が主体的・意欲的に取り組めるように解決すべき課題（ニーズ）を探ります。多職種でのアセスメントが大切です。



アセスメントに関連する運営基準の条項

項目	概要
第13条第6号	課題分析における留意点
第13条第7号	アセスメント時は利用者の居宅を訪問

運営基準第13条第6号（解釈通知）

課題分析の実施

居宅サービス計画は、個々の利用者の特性に応じて作成されることが重要である。このため介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成に先立ち利用者の課題分析を行うこととなる。

課題分析とは、利用者の有する日常生活上の能力や利用者が既に提供を受けている指定居宅サービスや介護者の状況等の利用者を取り巻く環境等の評価を通じて利用者が生活の質を維持・向上させていく上で生じている問題点を明らかにし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上で解決すべき課題を把握することであり、利用者の生活全般についてその状態を十分に把握することが重要である

運営基準第13条第7号（解釈通知）

課題分析における留意点

解決すべき課題の把握にあたっては、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合を除き必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。この場合において、利用者やその家族との間の信頼関係、協働関係の構築が重要であり、介護支援専門員は、**面接の趣旨**を利用者及びその家族に対して十分説明し、**理解を得なければならない**。なお、このため介護支援専門員は**面接技法等の研鑽**に努めることが重要である。

趣旨:目的や理由、物事の肝心な部分

5 居宅サービス計画原案の組み立て*④⑤

何を目標に、どのような内容のサービスが必要かを検討します。適切に提供できるサービス事業所を調整し、提供を依頼。地域資源に計画を合わせるのではなく、利用者・家族のために計画をたて、ケアチームを編成します。



6 居宅サービス計画原案の作成*⑥

原案が固まり、利用者負担額の計算もできました。利用者・家族、サービス事業所へも原案を送り、検討してもらいます。日程を調整し、サービス担当者会議の開催をする準備をします。



ケアプラン原案の作成に関連する運営基準の条項

項目	概要
第13条第3号	課題分析における留意点
第13条第4号	アセスメント時は利用者の居宅を訪問
第13条第5号	利用者自身によるサービスの選択
第13条第8号	居宅サービス計画原案の作成

運営基準第13条第3号（解釈通知）

継続的かつ計画的な指定居宅サービス等の利用

利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うためには、利用者の心身又は家族の状態等に応じて、継続的かつ計画的に居宅サービスが提供されることが重要である。

介護支援専門員は、居宅サービス計画の作成又は変更に当たり、継続的な支援という観点に立ち、計画的に指定居宅サービス等の提供が行われるようにすることが必要であり支給限度額の枠があることのみをもって、特定の時期に偏って継続が困難な、また**必要性に乏しい居宅サービスの利用を助長するようなことがあってはならない。**

運営基準第13条第4号（解釈通知）

総合的な居宅サービス計画の作成

居宅サービス計画は、**利用者の日常生活全般を支援する観点に立って作成されることが重要**である。このため、居宅サービス計画の作成又は変更に当たっては、**利用者の希望や課題分析の結果に基づき、介護給付等対象サービス以外も含めて居宅サービス計画に位置づけることにより総合的な計画となるように努めなければならない。**

- 市町村保健師等が居宅を訪問して行う指導等の保険サービス、
- 老人介護支援センターにおける相談援助
- 市町村が一般施策として行う配食サービス、寝具乾燥サービスや当該地域の住民による見守り配食、会食など自発的な活動によるサービス等
- 精神科訪問看護等の医療サービス
- はり師・きゅう師による施術、保健師・看護師・柔道整復師・あん摩マッサージ指圧師による機能訓練など

運営基準第13条第5号（解釈通知）

利用者自身によるサービスの選択

介護支援専門員は、**利用者自身がサービスを選択することを基本に、これを支援する**ものである。このため、介護支援専門員は、利用者によるサービスの選択に資するよう、利用者から居宅サービス計画案の作成にあたって複数の指定居宅サービス事業者等の照会の求めがあった場合等には、誠実に対応するとともに、居宅サービス計画案を利用者に提示する際には、当該利用者が居住する地域の指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。

したがって、特定の指定居宅サービス事業者に不当に偏した情報を提供するようなことや、利用者の選択を求めることなく、同一の事業主体のサービスのみによる居宅サービス計画原案を最初から定時するようなことがあってはならない。また、例えば集合住宅等において、特定の指定居宅サービス事業者のサービスを利用することを、選択の機会を与えることなく入居条件とするようなことがあってはならないが、居宅サービス計画についても、利用者の意思に反して、集合住宅と同一敷地内等の指定居宅サービス事業者のみを居宅サービス計画に位置付けるようなことはあってはならない。

運営基準第13条第8号（解釈通知）

居宅サービス計画原案の作成

居宅サービス計画原案は、利用者の希望およ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および地域における居宅サービス等が提供される体制を**勘案**した上で、実現可能なものとする必要がある。

基づく：判断のよりどころとする。根拠とする。

勘案：あれこれと考え合わせること

7 サービス担当者会議*⑦

介護支援専門員が責任をもって開催します。利用者・家族、介護支援専門員、主治医等、関係するサービス事業所等が集まり、「居宅サービス計画書（原案）」の第1表、第2表、第3表について協議します。



サービス担当者会議に関連する運営基準の条項

項目	概要
第13条第9号	利用者およびその家族の参加をきほんとしつつ、サービス担当者会議（オンライン会議も可）等による専門的意見の聴取
第13条第15号	居宅サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取

運営基準第13条第9号（解釈通知）

サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

介護支援専門員は、効果的かつ実現可能な質の高い居宅サービス計画とするため、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、利用者やその家族、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者からなるサービス担当者会議の開催により、利用者の状況等に関する情報を当該担当者と共有するとともに、専門的な見地からの意見を求め、調整することが重要である。

（略）

運営基準第13条第9号（解釈通知）

サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

なお、利用者やその家族の参加が望ましくない場合（家庭内暴力等）には、必ずしも参加を求めるものではないことに留意されたい。また、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとしているが、この場合にも、緊密に相互の情報交換を行うことにより、利用者の状況等についての情報や居宅サービス計画原案の内容を共有できるようにする必要がある。なお、ここでいうやむを得ない理由がある場合とは、利用者（末期の悪性腫瘍の患者に限る）の心身の状況等により、主治の医師又は歯科医師の意見を勘案して必要と認める場合のほか、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由により、サービス担当者会議への参加が得られなかった場合、居宅サービス計画の変更であって、利用者の状態に大きな変化が見られない等における軽微な変更の場合等が想定される。

運営基準第13条第9号（解釈通知）

サービス担当者会議等による専門的意見の聴取

（略）

また、末期の悪性腫瘍の利用者について必要と認める場合とは、主事の医師等が日常生活上の障害が1ヶ月以内に出現すると判断した時点以降において、主治の医師等の助言を得た上で、介護支援専門員がサービス担当者に対する照会等により意見を求めることが必要と判断した場合を想定している。なお、ここでいう「主治の医師」とは、利用者の最新の心身の状態、受診中の医療機関、投薬内容等を一元的に把握している医師であり、主治医意見書を記載した医師に限定されないことから、利用者又はその家族等に確認する方法等により、適切に対応すること。また、サービス種類や利用回数の変更等を利用者に状態変化が生じるたびに迅速に行っていくことが求められるため、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ことが望ましい。

なお、当該サービス担当者会議の要点又は、当該担当者への照会内容について記録する。

運営基準第13条第15号（解釈通知）

居宅サービス計画の変更の必要性についてのサービス担当者会議等による専門的意見の聴取

介護支援専門員は、利用者が要介護状態区分の変更の認定を受けた場合など本号に掲げる場合には、サービス担当者会議の開催により、**居宅サービス計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。**

ただし、やむを得ない理由がある場合については、サービス担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。なお、ここでいうやむを得ない理由がある場合とは、開催の日程調整を行ったが、サービス担当者の事由によりサービス担当者会議への参加が得られなかった場合や居宅サービス計画の変更から間もない場合で利用者の状態に大きな変化が見られない場合等が想定される。

また、前記の担当者からの意見により、居宅サービス計画の変更の必要性がない場合においても、記録の記載については同様である。

8 「居宅サービス計画書」の決定・交付*⑧

サービス担当者会議を受け、利用者・家族のニーズを反映させ、「居宅サービス計画書(原案)」の第1表、第2表、第3表を調整します。利用者・家族に説明し、同意を得て、押印をもらいます。



9 「サービス利用票」の決定・交付 *⑨⑩⑪

「サービス利用票（第6表）」「サービス利用票別表（第7表）」を作成し、利用者・家族に説明し、同意を得て、押印をもらいます。第6表、第7表をサービス事業所へ交付。これで居宅サービス計画が成立です。



ケアプランの実施に関連する運営基準の条項

項目	概要
第13条第10号	居宅サービス計画の説明及び同意
第13条第11号	居宅サービス計画の利用者及び担当者に対する交付
第13条第12号	担当者に対する個別サービス計画の提出依頼

運営基準第13条第10号（解釈通知）

居宅サービス計画の説明及び同意

居宅サービス計画に位置づける指定居宅サービス等の選択は、利用者自身が行うことが基本であり、また、当該計画は利用者の希望を尊重して作成されなければならない。利用者に選択を求めることは介護保険制度の基本理念である。このため、当該計画原案の作成に当たって、これに位置付けるサービスについて、またサービスの内容についても利用者の希望を尊重することとともに、作成された居宅サービス計画の原案についても、最終的には、その内容について説明を行った上で文書によって利用者の同意を得ることを義務づけることにより、利用者によるサービスの選択やサービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障しようとするものである。

また、当該説明及び同意を要する居宅サービス計画原案とは、いわゆる居宅サービス計画書の第1表から第3表まで、第6表及び第7表に相当するものすべてを指すものである。

運営基準第13条第11号（解釈通知）

居宅サービス計画の交付

居宅サービス計画を作成した際には、遅滞なく利用者及び担当者に交付しなければならない。

また介護支援専門員は、担当者に対して居宅サービス計画を交付する際には、当該計画の趣旨および内容等について十分に説明し、各担当者との共有、連携を図った上で、各担当者が自ら提供する個別サービス計画における位置づけを理解できるように配慮する必要がある。

運営基準第13条第12号（解釈通知）

担当者に対する個別サービス計画の提出依頼

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、基準第13条第十二号に基づき、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、居宅サービス計画書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時に限らず、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案の提出を求め、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。

10 サービス計画の実施、モニタリング*⑫

いよいよサービスが始まりました。利用者・家族やサービス事業所との連絡を継続的に行うことにより、モニタリングを実施し、目標達成の評価をします。



11 評価*⑬⑭

解決すべき課題（ニーズ）に変化があれば、再びアセスメントし、居宅サービス計画を見直します（82頁③へ戻る）。なお、利用者が要介護更新認定や要介護状態区分の変更の認定を受けた場合等は原則としてサービス担当者会議を開催します。



モニタリングに関連する運営基準の条項

項目	概要
第13条第13号	居宅サービス計画の実施状況の把握及び居宅サービス事業者等との連絡調整
第13条第13号の2	利用者にかかる情報を医師（歯科医師）または薬剤師に提供
第13条第14号	モニタリングの実施

運営基準第13条第13号（解釈通知）

居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等

指定居宅介護支援においては、**利用者の有する解決すべき課題に即した適切なサービスを組み合わせて利用者に提供し続けることが重要**である。このために介護支援専門員は、**利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要**であり、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。）を行い、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合等必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連携調整その他の便宜の提供を行うものとする。

運営基準第13条第13号の2（解釈通知）

居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等

なお、利用者の解決すべき課題の変化は、利用者に直接サービスを提供する指定居宅サービス事業者等に把握されることも多いことから、介護支援専門員は、当該指定居宅サービス事業者等のサービス担当者との緊密な連携を図り、利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合には、円滑に連絡がとれる体制の整備に努めなければならない。

運営基準第13条第13号の2（解釈通知）

居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等

また、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報は、**主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師が医療サービスの必要性等を検討するにあたり有効な情報**である。このため、利用者の心身又は生活状況に係る情報を得た場合は、それらの情報のうち、主治の医師若しくは歯科医師または薬剤師の助言が必要であると**介護支援専門員が判断したもの**について、主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。

- 薬が大量に余っている又は複数回分の薬を一度に服用している
- 薬の服用を拒絶している 使いきらないうちに新たに薬が処方されている
- 口臭や口内出血がある 体重の増減が推測される見た目の変化がある
- 食事量や食事回数に変化がある 下痢や便秘が続いている
- 皮膚が乾燥していたり湿疹等がある
- リハビリテーションの提供が必要と思われる状態にあるにもかかわらず提供されていない

運営基準第 13 条第14号（解釈通知）

モニタリングの実施

介護支援専門員は、モニタリングにあたっては、居宅サービス計画の作成後においても、利用者およびその家族、主治の医師、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、当該指定居宅サービス事業者等の担当者との連携により、モニタリングが行われている場合においても、特段の事情がない限り、少なくとも1月に1回は利用者の居宅で面接を行い、かつ、少なくとも1月に1回はモニタリングの結果を記録することが必要である。

また、「特段の事情」とは、利用者の事情により、利用者の居宅を訪問し、利用者に面談することができない場合を主として指すものであり、介護支援専門員に起因する事情は含まれない。

さらに、当該特段の事情がある場合については、その具体的な内容を記録しておくことが必要である。

再アセスメントに関連する運営基準の条項

項目	概要
第13条第13号	居宅サービス計画の実施状況の把握及び居宅サービス事業者等との連絡調整（モニタリングと同様）
第13条第16号	居宅サービス計画の変更

運営基準第13条第13号（解釈通知）

居宅サービス計画の実施状況等の把握及び評価等

指定居宅介護支援においては、利用者の有する解決すべき課題に即した適切なサービスを組み合わせて利用者に提供し続けることが重要である。このために介護支援専門員は、利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であり、居宅サービス計画の作成後、居宅サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。以下「モニタリング」という。）を行い、**利用者の解決すべき課題の変化が認められる場合等必要に応じて居宅サービス計画の変更、指定居宅サービス事業者等との連携調整その他の便宜の提供を行うものとする。**

運営基準第13条第16号（解釈通知）

居宅サービス計画の変更

居宅サービス計画を変更する際には、原則として基準第13条第三号から第一二号（③～⑫）までに規定された居宅サービス計画作成に当たっての一連の業務を行うことが必要である。

なお、利用者の希望による軽微な変更（例えばサービス提供日時の変更で介護支援専門員が基準第13条第三号から第一二号までに掲げる一連の業務を行う必要性がないと判断したもの）を行う場合には、この必要はないものとする。ただし、この場合においても、介護支援専門員が利用者の解決すべき課題の変化に留意することが重要であることは、同条第一三号（⑬）に規定したとおりであるので念のために申し添える。

ケアプランの軽微な変更の内容について

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臨時的、一時的なもので単なる曜日、日付の変更
サービス提供回数の変更	同一事業所における週1程度のサービス利用回数の増減
利用者の住所変更	利用者の住所変更
事業所の名称変更	単なる事業所の名称変更
目標期間の延長	ケアプラン上の目標設定（課題や期間）を変更する必要がなく、単に目標設定期間の延長を伴う場合
福祉用具で同等の用具に変更する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
目標もサービスも変わらない単なる事業所変更（利用者の状況以外の原因）	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
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	第一表の総合的な援助の方針や、第二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
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 （ただし、新しい担当者が利用者はじめ各サービス担当者とは面識を有していること）

第5表 介護支援経過

居宅サービス計画書標準様式及び記載要領

モニタリングを通じて把握した、利用者やその家族の意向・満足度等、目標の達成度、事業者との調整内容、居宅サービス計画の変更の必要性等について記載する。漫然と記載するのではなく、項目毎に整理して記載するように努める。

第5表「居宅介護支援経過」は、介護支援専門員等がケアマネジメントを推進する上での判断の根拠や介護報酬請求に係る内容等を記録するものであることから、介護支援専門員が日頃の活動を通じて把握したことや判断したこと、持ち越された課題などを、記録の日付や情報収集の手段（「訪問」（自宅や事業所等の訪問先を記載）、「電話」・「FAX」・「メール」（これらは発信（送信）・受信がわかるように記載）等）とその内容について、時系列で誰もが理解できるように記載する。

第5表 介護支援経過

具体的には、

- 日時（時間）、曜日、対応者、記載者（署名）
- 利用者や家族の発言内容
- サービス事業者等との調整、支援内容等
- 「軽微な変更」の場合の根拠や判断等の客観的な事実や判断の根拠を、簡潔かつ適切な表現で記載する。

簡潔かつ適切な表現については、誰もが理解できるように、例えば、文章における主語と述語を明確にする、共通的でない略語や専門用語は用いない、曖昧な抽象的な表現を避ける、・箇条書きを活用する等わかりやすく記載する。

なお、モニタリングを通じて把握した内容について、モニタリングシート等を活用している場合については、例えば、「モニタリングシート等（別紙）参照」等と記載して差し支えない。（重複記載は不要）ただし、「（別紙）参照」については、多用することは避け、その場合、本表に概要をわかるように記載しておくことが望ましい。※ モニタリングシート等を別途作成していない場合は本表への記載でも可。

12 給付管理*⑮

サービス事業所から「サービス提供票」を受け取り、実績の確認をします。「給付管理票」「介護給付費請求書」「介護給付費明細書」をサービス提供次月の1日～10日までに、国民健康保険団体連合会へ提出します。

